Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



4/2001



Því að meðhöndla í 10 daga þegar 3 dagar nægja?

Zitromax®

azitrómýcín

einu sinni á dag í 3 daga

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

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

Pfizer

Zitromax. Pfizer. TÖFLUR; R 0. Hver tafla inniheldur: Azithromycinum INN, díhýdrat, samsvarandi Azithromycinum INN 500 mg. MIXTÚRUDUFT; J 01 F A 10 R 0. 1 ml af lyfinu fullbúnu inniheldur: Azithromycinum INN, díhýdrat, samsvarandi Azithromycinum INN 40 mg, Saccharum 774 mg, bragðefni, hjálparefni, Aqua purificata ad 1 ml. Ábendingar: Sýkingar af völdum azitrómýsínnæmra baktería eins og sýkingar í neðri hluta öndunarfæra, þ.m.t. berkjubólga og lungnabólga, sýkingar í húð og mjúkvefjum, miðeyrnabólga og sýkingar í efri hluta öndunarfæra, þ.m.t. skútabólga (sinusitis) og hálsbólga. (Venjulega er penisillín valkostur við meðferð á hálsbólgu af völdum Streptococcus pyogenes; einnig sem fyrirbyggjandi meðferð við gigtsótt. Azitrómýsín er oftast virkt til að uppræta hálsbólgu af völdum keðjusýkla, en hins vegar liggja ekki fyrir gögn er staðfesta virkni azitrómýsíns til að koma í veg fyrirgigtsótt í kjölfarið). Við kynsjúkdómum er Zitromax ætlað til meðferðar ásýkingum í kynfærum af völdum Chlamydia trachomatis. Lyfið er einnig ætlað til meðferðar á sýkingum í kynfærum af völdum Neisseria gonorrhoeae, sem eru ekki fjölónæmar, þó skal fyrst útiloka að sýking sé einnig af völdum Treponema pallidum. Skammtar og lyfjagjöf: Zitromax á að gefa í einum skammti á dag. Meðferðarlengd er tilgreind hér að neðan og fer eftir eðli sýkingar. Azitrómýsín í formi mixtúru og taflna má taka án eða með mat. Fullorðnir: Til meðferðar á kynsjúkdómum af völdum Chlamydia trachomatis eða af völdum Neisseria gonorrhoeae, sem eru næmir fyrir lyfinu er gefinn 1 g skammtur til inntöku í eitt skipti. Við öllum öðrum ábendingum er heildarskammtur 1,5 g og á að gefa 500 mg skammt daglega í 3 daga. Sem valkost má gefa sama heildarskammt á 5 dögum og eru þá 500 mg gefin fyrsta daginn og síðan 250 mg á dag næstu 4 daga. Aldraðir: Öldruðum er gefinn sami skammtur og öðrum fullorðnum. Börn: Heildarskammtur handa börnum er 30 mg/kg sem gefa á annað hvort í einum 10 mg/kg skammti á dag í 3 daga eða 10 mg/kg í einum skammti fyrsta daginn og síðan 5 mg/kg á dag næstu 4 daga. Zitromax í formi 500 mg taflna á einungis að gefa börnum, sem eru þyngri en 45 kg. Mæla á magn Zitromax mixtúru eins nákvæmlega og unnt er með meðfylgjandi mælisprautu þegar Zitromax er notað handa börnum, sem vega innan við 15 kg.Þegar Zitromax er gefið börnum, sem vega meira en 15 kg, skal mæla mixtúruna með meðfylgjandi mæliskeið. Sjá nánar um skammtastærðir í Sérlyfjaskrá. Frábendingar: Má ekki nota handa sjúklingum, sem eru meðhöndlaðir með ciklóspóríni, nema vel sé fylgst með blóðþéttni ciklósporíns. Lyfið má ekki nota handa sjúklingum með sögu um ofnæmu fyrir azitrómýsíni eða einvherju sýklalyfi af flokki makrólíða. Aukaverkanir: Zitromax þolist vel og tíðni aukaverkana er lág. Flestar aukaverkanir sem vart verður eru vægar eða meðalvægar. Heildartíðni sjúklinga sem hætt hafameðferðinni vegna aukaverkana er 0,3%. Ákvæði um meðferð/meðhöndlun lyfsins: Töflurnar á að gleypa heilar. Mixtúruduft: 9 ml af vatni eru notaðir í 15 ml mixtúru og 12 ml af vatni í 22,5 ml mixtúru.Hristist vel. Mixtúruna á að hrista fyrir notkun. Pakkningar og verð 1. apríl 2000: Töflur 500 mg: 2 stk. (þynnupakkað) - kr. 1.827. Töflur 500 mg: 3 stk. (þynnupakkað) - kr. 2.409. Mixtúruduft 40 mg/ml: 15 ml - kr. 1.446. Mixtúruduft 40 mg/ml: 22,5 ml - kr. 2.215. Umboðsaðili á Íslandi: Pharmaco hf. **Sjá nánari upplýsingar um lyfið í Sérlyfjaskrá.**

Heimildir:

1) Myburgh J. et al. J Antimicrobial Chemotherapy 1993:31 (suppl. E):163-169. 2) Daniel R.J. Int Med Res 1991;19:373-383. 3) Nahata M.J Antimicrobial Chemotherapy 1996;37, (suppl. C):133-142. 4) Greenberg R.N.Clinical Therapeutics 1984;6(5):592-599.

279 **Ritstjórnargreinar:**
Áfallastreita
Kristinn Tómasson

281 **Höfum við sofnað á verðinum**
Pétur Pétursson

285 **Um greiningu og meðferð áfallastreitu**
Guðfinnur P. Sigurfinnsson, Kristinn Tómasson
Það var ekki fyrr en um 1980 sem áfallastreita komst fyrst inn í greiningarlykla geðlæknisfræðinnar þótt mönnum hafi lengi verið ljós hættan sem einstaklingum er búin af hörmulegri lífsreynslu. Höfundar rekja sögu greiningar áfallastreitu og hvernig hugmyndir lækna hafa þróast í tímans rás. Greiningarskilmerki eru útskýrð svo og flokkun streituviðbragða.

293 **Hjáverkanir eftir mænumyndatöku af lendhrygg. Framskyggn athugun á sjúklingum utan spítala**
Örn Thorstensen, Gróa Þorsteinsdóttir, Halldór Benediktsson
Frá því mænumyndatökur hófust hefur lengst af verið talið nauðsynlegt að leggja sjúklinga inn til myndatöku vegna hættu á hjáverkunum. Höfundar benda á að tíðni hjáverkana hafi stórum minnkað eftir að farið var að nota vatnsleysanleg skuggaefni og í dag eru þessar rannsóknir nánast undantekningarlaust framkvæmdar án innlagnar.

299 **Sjónarofskynjanir í kjölfar heilablóðfalls**
Kristín Huld Haraldsdóttir, Kolbrún Benediktsdóttir, Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir
Lýst er þremur sjúkratilfellum þar sem sjúklingar fengu ofsjónir og ofheyrnir í kjölfar heilablóðfalls. Höfundar rekja tilgátur sem settar hafa verið fram um ofskynjanir svipaðar þeim sem lýst er, en um margt er óljóst hvað veldur. Bent er á að góðar líkur séu til þess að ofskynjanirnar hverfi af sjálfu sér.

305 **Ársþing Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands 5. og 6. apríl 2001**

Dagskrá

Ágrip erinda og veggspjalda

Höfundaskrá

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

4. tbl. 87. árg. Apríl 2001

Aðsetur:
Hlíðasmári 8, 200 Kópavogi

Útgefandi:
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Símar:
Læknafélög: 564 4100
Læknablaðið: 564 4104
Bréfasími (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: 1.700

Áskrift: 6.840,- m.vsk.
Lausasala: 700,- 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

ÞUNGLYNDI ER SJALDNAST EITT Á FERÐ



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, árättu- og þráhyggjuröskun, felmturköst (ofsakvíði, panic disorders) og félagslegur ótti/félagsleg fælni. **Frábendingar:** Skert nýrna- og lifrarstarfsemi. **Varúð:** Óstöðug flogaveiki. Lækkaður krampaþröskuldur. **Milliverkanir:** Forðast skal samtímis notkun MAO-hemjara og skulu líða a.m.k. 14 dagar milli þess sem þessi lyf eru gefin. Aukin blæðingarhætta getur sést samtímis gjöf warfaríns og annarra kúmaríntyfja. Lyfið getur hindrað niðurbrot annarra lyfja svo sem neuroleptica af fentíazínflokki og lyfja við hjartsláttartruflun af flokki IC (flekaíníð) vegna áhrifa á cytochrom P450-kerfið í lifur. Kínidín getur hindrað niðurbrot paroxetíns. Paroxetín hefur áhrif á verkun cimetidíns, fenytóíns, móklóbemíðs, selegilíns auk þríhringlaga geðdeyfðarlyfja. **Meðganga og brjóstagjöf:** Takmörkuð reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum. Dýratilraunir hafa sýnt hærri dánartíðni hjá afkvæmum og ber því að forðast gjöf lyfsins á meðgöngutíma. Lyfið útskilst í brjóstamjólk í magni, sem gæti valdið lyfjaáhrifum hjá barninu. **Aukaverkanir:** Algengar (> 1%): Ógleði með eða án uppkasta (12%) og þreyta eru algengustu aukaverkanirnar. Truflun á sáðláti hefur sést hjá 9% karla. **Almennar:** Vanlíðan, svitaútsláttur, breytingar á þyngd, yfirlið og svimi. **Frá hjarta- og æðakerfi:** Hjartsláttur, lækkaður blóðþrýstingur í uppréttri stöðu. **Frá miðtaugakerfi:** Svefnleysi, æsingur, vöðvatitringur, órói, taugaveiklun. Skortur á einbeitingu og náladofi. Truflun á sáðláti og minnkuð kynhvöt hjá körlum. **Frá meltingarvegi:** Ógleði, uppköst, niðurgangur, munnþurrkur, lystarleysi og breytingar á bragðskyni. **Frá öndunarfærum:** Geispar. **Þvagfæri:** þvaglátatruflanir. Sjaldgæfar (0,1-1%): **Almennar:** Bjúgur og þorsti. **Miðtaugakerfi:** Tilfinningalegar truflanir. Mania. Minnkuð kynhvöt hjá konum. **Frá meltingarfærum:** Kyngingarörðugleikar. Sjúklingar gnísta tönnum, einkum í svefni. **Frá húð:** Kláði og útbrot. **Frá eyrum:** Suða fyrir eyrum. **Annað:** Vöðvaslappleiki. **Við félagslegum ótta/félagslegri fælni:** Mælt er með 20 mg skammt á dag sem má auka í allt að 50 mg háð svörun sjúklings. **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 árättu og þráhyggjusýki:** Byrjunarskammtur er 20 mg/dag venjulegur viðhaldsskammtur er 40 mg/dag og hámarkskammtur er 60 mg/dag. **Við felmturköstum:** Byrjunarskammtur er 10 mg/dag (hálf tafla), skammtinn má auka um 10 mg/dag á viku fresti. Venjulegur viðhaldsskammtur er 40 mg/dag og hámarksskammtur er 60 mg/dag. Mælt er með lágum upphafsskammti í felmtursröskunarmeðferð til að minnka hættu á versnun sjúkdómsins í byrjun meðferðar. **Við félagslegum ótta/félagslegri fælni:** Mælt er með 20 mg skammti á dag sem má auka í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum **Pakkningar og verð 01. jan 2001:** 20 stk. 3516,- 60 stk. 9.143,- 100 stk. 14.169,- kr. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðslufyrirkomulag: B **19.01. 2001 (b)**

GlaxoSmithKline
Þverholti 14 • 105 Reykjavík
Sími: 530 3700 • www.gsk.is

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

334 **Af sjónarhóli stjórnar: Verður settur kvóti á fjölda sérfræðinga?**
Hulda Hjartardóttir

335 **Málþing um friðhelgi einkalífs og gagnagrunna á heilbrigðissviði**

337 **Viðhorfskönnun Gallups: Könnunin sem varð að karpi**
Anna Ólafsdóttir Björnsson

341 **Hárrétt ákvörðun að slíta viðræðum**
Rætt við Sigurbjörn Sveinsson
Anna Ólafsdóttir Björnsson

345 **Deila um keisarans skegg**
Rætt við Pál Magnússon
Anna Ólafsdóttir Björnsson

349 **Varðar almannaheill**
Rætt við Tómas Zoëga
Anna Ólafsdóttir Björnsson

353 **Hver ræður spurningum og birtingu?**
Rætt við Þorlák Karlsson
Anna Ólafsdóttir Björnsson

355 **Gráu svæðin**
Rætt við Ólaf Þ. Harðarson
Anna Ólafsdóttir Björnsson

361 **Læknar og stjórnun: Stofnun háskólasjúkrahúss krefst nýrra leiða í stjórnun**
Rætt við Reyni Tómas Geirsson
Anna Ólafsdóttir Björnsson

368 **Smásjá**

368 **Norræna læknaráðið. Stjórnarfundur í Stokkhólmi**
Jón Snædal
Margrét Aðalsteinsdóttir

369 **Smásjá**

371 **Íðorðasafn lækna 132. Hand-, foot- and mouth disease**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

373 **Faraldsfræði 6. Áhætta**
María Heimisdóttir

375 **Broshornið 14. Af magnýl og sterum**
Bjarni Jónasson

377 **Tilkynningar**

378 **Lausar stöður**

382 **Styrkir**

383 **Námskeið/fundir**

385 **Okkar á milli**

386 **Minnisblað**

Sími Læknablaðsins er 564 4104

Bréfasíminn er 564 4106

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



Ljósm.: Sigrún Eldjárn

© Sigrún Eldjárn

Sigrún Eldjárn er án efa þekktust fyrir barnabækur sínar en hún á líka að baki langan sýningaferil, sýndi fyrst árið 1977 og hefur haldið um 20 einkasýningar. Þá eru verk eftir hana í flestum opinberum söfnum á Íslandi og víða í stofnunum og fyrirtækjum. Framan af sýndi Sigrún einkum grafík en á sýningum hennar undanfarin ár hefur mest farið fyrir málverkum sem sýna fólk í landslagi líkt og í verkinu **Samtal** sem nú er á forsíðu blaðsins. Fólkið í myndum Sigrúnar hefur aðeins ógreinileg einstaklingseinkenni og tilgangurinn með ferð þess um landslagið er óljós. Því er líkast sem það leiti einhvers eða bíði einhvers sem það væntir að fari að gerast. Þannig grunar mann stundum að þetta séu einhvers konar píla-grímar; að tilgangur ferðarinnar sé fyrst og fremst huglægs eðlis og verði því ekki lesinn út úr því ytra umhverfi sem birtist í myndunum. Einbeitingin í fasi fólksins leynir sér ekki og yfirbragð myndanna einkennist af festu, bæði í formi og byggingu.

Þessi málverk eru í sérkennilegri andstöðu við myndskreytingar Sigrúnar og frásagnarmyndir. Það er engu líkara en að með þessum verkum sé hún að leita einhvers konar jafnvægis við eldri myndirnar, sem eðli málsins samkvæmt fjalla um athafnir og sögur, að finna í þeim einhverja kyrrð og æðri tilgang.

Í málverkunum er hins vegar verið að beinar sjónum að grundvallarspurningum um tilgang mannfólksins og samband þess hvers við annað. Samræður fólksins í málverkinu á forsíðu blaðsins eru dæmi um slíkar vangaveltur og við getum látið okkur detta í hug að með því að setja það upp á hóla með gjá á milli sé Sigrún að ýja að því að í samræðum fólks yfirleitt beri oft meira á milli en við viljum vera láta og að kannski sé einstaklingunum jafnvel fyrirmunað að ná nokkurn tímann marktæku sambandi við aðra. Án þess að taka endilega undir svartsýnustu viðhorf um samskipti fólks og samhengi er óhætt að segja að slíkar spurningar séu þarfar og verðugt viðfangsefni fyrir listamanninn.

Jón Proppé



Flixonase

Fluticasone propionate 50 µg/sk



Flixonase er áhrifaríkt og hraðvirkt nefúðasteralyf gegn ofnæmisbólgum í nefi.

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

gsk GlaxoSmithKline
Þverholt 14 - sími 530 3700
www.gsk.is

Flixonase, GlaxoSmithKline
NEFÚÐALYF; RE 1 g inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 0,5 mg, Benzalkonii chloridum 0,2 mg, Phenethanolum 2,5 mg, hjálparefni og Aqua purificata q.s. ad1 g. Hver úðaskammtur inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 50 míkróg. **Eiginleikar:** Lyfið er vatnslausn af flútíkasóni til staðbundinnar meðferðar á ofnæmisbólgum í nefslímhúð. Lyfið er barksteri með kröftuga bólgueyðandi verkun en hefur lítlar almennar aukaverkanir, þar sem lyfið umbrotnar hratt í lifur í óvirkt umbrotsefni. Staðbundinn verkunartími er allt að 24 klst. **Ábendingar:** Til meðferðar á og til að fyrirbyggja ofnæmisbólgur í nefslímhúð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varúð:** Ekki er mælt með notkun lyfsins á meðgöngutíma. **Aukaverkanir:** Þurrkur og erting í nefi og hálsi. Óþægilegt bragð og lykt. Blóðnasir hafa komið fyrir. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** 2 úðanir í hvora nös einu sinni á dag. Í stöku tilvikum þarf að gefa lyfið tvisvar sinnum á dag. **Skammtastærðir handa börnum:** *Börn 12 ára og eldri:* Sömu skammtar og handa fullorðnum, sbr. hér að framan. *Börn 4-11 ára:* Ein úðun í hvora nös einu sinni á dag. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 4 ára. **Pakkningar og verð:** 16 ml (120 úðaskammtar). Verð 1. okt. 2000: 2.821 krónur. - 20.11.00
Hverri pakkningu lyfsins skal fylgja leiðarvísir á íslensku með leiðbeiningum um notkun þess.

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

Áfallastreita



Kristinn Tómasson

Áhugi lækna og annars heilbrigðisstarfsfólks hér á landi á afleiðingum óvæntra áfalla, eins og náttúruhamfara eða stórslysa, fyrir heilsu og líðan fólks hefur aukist mjög á síðastliðnum 10 árum. Þessi áhugi er almennur um víða veröld en tengist fyrst og fremst hernaðarátökum. Nýleg athugun frá Kuwait sýnir að séu hörmungarnar nægilega miklar geta næstum allir fengið áfallastreitu. Athugunin sýndi að hálfu fimmta ári eftir innrás Íraka voru 45% stúdenta enn með einkenni og um þriðjungur almennings (1). Það sem gerir rannsóknir á þessu viðfangsefni enn mikilvægari er að afleiðingar hörmunganna vara oft mjög lengi, til dæmis finnast einkenni um áfallastreitu enn hjá Hollendingum, 50 árum eftir að seinni heimsstyrjöldinni lauk (2). Algengið var mest hjá þeim sem höfðu mátt þola ofsóknir 50 árum áður, þá hjá hermönnum sem tóku þátt í stríðinu, en minnst hjá almenningi.

Við mat á umfangi og afleiðingum áfallastreitu þarf að taka tillit til margra atriða. Í nýlegri yfirlitsgrein er vakin athygli á því að skipta megi þeim í 11 flokka, svo sem: hver er streituvaldur, einkenni sjúklinga, önnur núverandi veikindi, fyrri veikindasaga, erfiðleikar og áföll í æsku, lýðfræðilegir þættir, fjölskyldusaga, meðferð sem hefur verið veitt og núverandi starfsgeta (3). Þessi upptalning á þáttum sem hafa þarf í huga við mat og ákvörðun um meðferð á áfallastreitu ætti að undirstrika það fyrir læknum að verkefnið er á þeirra sviði og að þeir eiga að hafa forystu um hvernig þessum sjúklingum verði best hjálpað. Jafnframt þarf að gera sér grein fyrir að ýmsir aðrir hópar gegna einnig lykilhlutverkum í ýmsum verkþáttum sem sinna þarf vegna forvarna, mats og meðferðar áfallastreitu.

Forvarnir hafa ótvírætt gildi. Reynt hefur verið að skoða gildi tilfinningalegrar viðrunar sem fyrirbyggjandi aðgerðar fyrir þá sem lent hafa í miklum hörmungum. Þessi aðgerð er umdeild, eins og rakið er annars staðar í þessu blaði, og hefur sætt vaxandi gagnrýni, jafnvel svo að hörðustu gagnrýnendur hafa spurt hvort hún geti verið skaðleg. Ljóst er að því verður seint fullsvarað (4). Því er mikilvægt að skoða aðrar leiðir til forvarna. Almenn fræðsla, eins og við þekkjum að hluta til frá almannavörnum um viðbrögð við hættuástandi, er mikilvæg og sjálfsagt að efla hana, en ekki einvörðungu vegna náttúruhamfara heldur ber einnig að efla fræðslu um hættur sem stafað geta af ýmiss konar iðnaði, notkun hættulegra efna í miklu umfangi, umferð í lofti, á láði og legi. Rétt viðbrögð við hættuástandi draga úr ótta og skelfingu og þar með hættu á áfallastreitu, bæði hjá þolendum og björgunarliði (5).

Í grein sem birtist nú í Læknablaðinu (6) um áfallastreitu er fjallað um sögu greiningarinnar til þess að auka mönnum skilning á eðli vandamálsins. Jafnframt er vakin athygli á því að almenn meðferð byggir á aðferðum sem duga vel við önnur kvíðavandamál og ætti því að vera öllum læknum vel kunn.

Heimildir

1. al-Naser F, al-Khulaifi IM, Martino C. Assessment of posttraumatic stress disorder four and one-half years after the Iraqi invasion. Int J Emerg Ment Health 2000; 2: 153-6.
2. Bramsen I, van der Ploeg HM. Fifty years later: the long-term psychological adjustment of ageing World War II survivors. Acta Psychiatr Scand 1999; 100: 350-8.
3. Simon RI. Chronic posttraumatic stress disorder: a review and checklist of factors influencing prognosis. Harv Rev Psychiatry 1999; 6: 304-12.
4. Deahl M. Psychological debriefing: controversy and challenge. Aust N Z J Psychiatry 2000; 34: 929-39.
5. Nocera A. Prior planning to avoid responders becoming "victims" during disasters. Prehospital Disaster Med 2000; 15: 46-8.
6. Sigurfinnsson GP, Tómasson K. Um greiningu og meðferð áfallastreitu. Læknablaðið 2001; 87: 285-91.

Höfundur er yfirlæknir Vinnueftirlits ríkisins.

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 næsta blað er 17. apríl.

ACTOS

ein tafla á dag bætir stjórn blóðsykurs og samsetningu blóðfitu



Nýtt lyf við tegund 2 sykursýki.

actos™
pioglitazone HCl

Minnkar insúlín viðnám, bætir blóðfitusamsetningu og fleira.

Ábendingar: Pioglitazón er eingöngu ætlað til samhliða meðferðar með sykursýkilyfjum til inntöku við sykursýki af tegund 2, þegar ekki er unnt að stjórna blóðsykri, þrátt fyrir að sjúklingur hafi fengið hæstu skammta sem hann þoldi af annað hvort metformíni eða súlfónýlúrea sykursýkilyfjum til inntöku. Fyrir feita sjúklinga skal einungis nota lyfið með metformíni. Lyfið skal nota samhliða súlfónýlúrea, eingöngu fyrir sjúklinga sem hafa óþol fyrir metformíni eða mega ekki nota metformín vegna frábendinga við notkun þess.
Skammtar og lyfjagjöf: Pioglitazón töflur eru til inntöku einu sinni á dag án tillits til máltíða.
Samhliða metformíni: Gefa má 15 mg eða 30 mg einu sinni á dag af pioglitazóni samhliða metformíni. Skammtar metformíns geta verið óbreyttir þegar pioglitazóni er bætt við meðferðina.
Samhliða súlfónýlúrea: Gefa má 15 mg eða 30 mg einu sinni á dag af pioglitazóni samhliða súlfónýlúrealyfi. Skammtar af súlfónýlúrealyfi geta verið óbreyttir þegar pioglitazóni er bætt við meðferðina. Ef sjúklingur lýsir blóðsykursfalli, skal lækka skammtinn af súlfónýlúrealyfinu.
Frábendingar: Pioglitazón má ekki gefa sjúklingum með: ofnæmi fyrir pioglitazóni eða einhverju hjálparefnanna í töflunni. Hjartabilun eða sögu um hjartabilun (NYHA stig I-IV). Skerta lifrarstarfsemi. Pioglitazón má auk þess ekki gefa samhliða með insúlíni.
Varnaðarorð og varúðarreglur við notkun: Engin klínísk reynsla er af notkun pioglitazóns í þriggja lyfja meðferð með öðrum sykursýkilyfjum til inntöku. Pioglitazón ætti ekki að nota eitt sér. Ekki ætti ekki að nota pioglitazón á meðgöngu eða hjá konum með barn á brjósti. Engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla.
Milliverkanir: Rannsóknir á milliverkunum hafa sýnt að pioglitazón hefur engin marktæk áhrif hvorki á lyfhrif né lyfjahvörf digoxíns, warfaríns, phenprocoumon og metformíns. Samhliða gjöf pioglitazóns með súlfónýlúrealyfjum virðist ekki hafa áhrif á lyfjahvörf þeirra. Rannsóknir á mönnum benda ekki til virkjunar á aðal örvanlegum sýtókrómum P450, 1A, 2C8/9 og 3A4. In vitro rannsóknir hafa ekki sýnt hömlun á neina af undirflokkum sýtókróms P450. Ekki er að vænta milliverkana við efni sem eru umbrotin af þessum ensímum, t.d. getnaðarvarnartöflur, ciclosporin kalsíumgangalokar og HMGCoA reductasa hemlar.
Aukaverkanir: Pioglitazón gefið samhliða metformíni: Algengar (< 1 %): Blóðleysi, þyngdaraukning, höfuðverkur, óeðlileg sjón, liðverkir, blóð í þvagi, getuleysi. Sjaldgæfar (0,1-1%): Uppþemba. Pioglitazón gefið samhliða súlfónýlúreu: Algengar (< 1%): Þyngdaraukning, sundl, uppþemba. Sjaldgæfar (0,1-1%): Þreyta, sykur í þvagi, blóðsykurlækkun, hækkaður mjólkursýru dehýdrógenasi (LDH), aukin matarlyst, höfuðverkur, svimi, óeðlileg sjón, aukin svitamyndun, prótein í þvagi.
Pakkningar og verð desember 2000: Töflur 15 mg: 28 stk. Þynnupakkað, 5.799kr; 98 stk. Þynnupakkað, 17.913kr. Töflur 30 mg: 28 stk. Þynnupakkað, 8.548kr; 98 stk. Þynnupakkað, 26.745kr. Lyfið er lyfseðilskylt og er greitt að fullu af Tryggingastofnun ríkisins.
Markaðsleyfishafi: Takeda Europe R&D Centre Limited

200012

Takeda Lilly

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

Höfum við sofnað á verðinum?



Pétur Pétursson

Segja má með nokkrum sanni, að oft hafi risið á íslenzkri læknastétt verið hærra en undanfarna mánuði. Læknafélag Íslands hefur af fullkomnu áhugaleysi þvælzt inn í fjölmiðlaglímu við ósvífin peningaöfl, þar sem árásaraðilinn setur leikreglurnar sjálfur og virðist með óskilgreindum hætti fá þá þjónustu hjá fjölmiðlum þessa lands, sem hann óskar eftir hverju sinni. Læknafélagið hefur orðið undir í þessari glímu og afar lítið gert til þess að verja sig, þótt mótaðilinn hafi orðið uppvís að bolabrögðum og afhjúpað með því sitt rétta fés. Hér er átt við kynningu Íslenzkrar erfðagreiningar á viðhorfskönnun meðal lækna, þar sem Gallup á Íslandi lét kaupa sig til vinnubragða, sem hvorki geta talist fagleg né vísindaleg, því það er grundvallaratriði við gerð spurninga í viðhorfskönnunum, að hvorki sé hægt að misskilja þær né rangtúlka svörin við þeim.

Einnig er athyglisvert hið mikla sinnuleysi lækna gagnvart samningum þeim, er ÍE gerði við nokkrar heilbrigðisstofnanir á síðustu jólaföstu, þar sem þrír af ráðherrum ríkisstjórnarinnar létu sér sæma að taka þátt í skrautsýningu og auglýsingaleikfléttu hlutabréfabraskara. Í þessum samningum hafa stofnanirnar skuldbundið sig með óafturkræfum hætti til að láta af hendi allar þær trúnaðarupplýsingar um sjúklinga, sem ÍE gæti dottið í hug að fara fram á og nefndar eru í rekstarleyfi gagnagrunnsins. Þar gæti meðal annars verið um að ræða upplýsingar um leynda erfðagalla, félagsleg tengsl, kynlíf, skoðanir, gildismat, og trú! Allur þvælingur með slík trúnaðargögn í hendur margra aðila innan eða utan meðferðarstofnunar, sem á engan hátt tengjast sjúklingi eða meðferð hans eða vísindarannsókn, sem hann hefur sjálfur samþykkt að taka þátt í, felur í sér útþynningu ábyrgðar og misnotkun upplýsinga, þegar nokkur minnsti möguleiki er á að þær séu persónugreinanlegar. Að láta slíkt viðgangast er ekki lækni sæmandi, sízt af öllu á tölvuöld, þegar samkeyrsla gagnasafna býður upp á óendanlega möguleika til persónunjósna.

Við ofangreinda samningsgerð virðist sú grein gagnagrunnslaganna greinilega hafa verið brotin, er kveður á um samráð við læknaráð, eða svo var að minnsta kosti á Akranesi, þar sem samþykkt læknaráðs var hunzuð, og á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri. Þar voru samningsdrögin aldrei borin undir læknaráð til álitsgjafar, enda var fullkominnar þagmælsku krafizt af formanni ráðsins meðan á samningum stóð. Var hann því sambandslaus við umbjóðendur sína. Mátti þó ljóst vera af fyrri samþykktum ráðsins, að með samningnum var höfð að engu krafa læknaráðsins um upplýst samþykki. Læknasamtökin voru yfirmáta svifasein í viðbrögðum sínum við þessari yfirkeyrslu og ekki hefur mér vitanlega nein athugasemd verið gerð ennþá við hæfi sumra þeirra, er stóðu að samningunum fyrir hönd heilbrigðisstofnananna, þótt um samstarfslækna ÍE hafi verið að ræða, sem höfðu margvíslegra einkahagsmuna að gæta.

Í þessu sambandi er við hæfi að við læknar veltum fyrir okkur hlutverki okkar. Er það í okkar verkahring að stuðla að atvinnuskapandi rekstri í heimabyggð okkar? Er það í okkar verkahring að lána læknisheiður okkar í þeim tilgangi að hækka gengi hlutabréfa í einkafyrirtæki? Samrýmist það læknisheiðri að gera sér trúnaðarupplýsingar sjúklinga, sem aðrir hafa safnað, að persónulegri féþúfu sinni? Því fer víðs fjarri. Auðvitað ber okkur að stuðla að framgangi vísinda og hugsa um þjóðarheill, en slíku er nú tæplega að heilsa í gagnagrunnsmálinu, því vísindi verða einvörðungu til úr upplýsingum, sem safnað er með vísindalegum og mjög samræmdum hætti en ekki úr klínískum vinnugögnum lækna og minnisnótum. Skylda okkar hlýtur fyrst og síðast að vera við sjúklinga okkar, sem hafa treyst okkur fyrir velferð sinni, og án trúnaðar þeirra erum við flest í svipaðri aðstöðu og verkfæralaus skurðlæknir. Hafi sjúklingur hins vegar sjálfur gefið leyfi sitt til þessarar upplýsingadreifingar, er ekki við okkur að sakast.

Hvert er leiðarljós okkar í þessu máli? Eigum við að láta undan hinni frábærlega vel heppnuðu múgsefjun og selja okkur og trúnaðinn við skjólstæðinga okkar í von um að hreppa einhverja mola af nægtaborði væntinganna eins og sumir samstarfslæknar ÍE hafa gert? Eða eigum við að hafa árþúsunda gamlar siðareglur læknastéttarinnar, alþjóðasamninga og viðteknar starfs- og siðareglur alþjóðavísindasamfélagsins í heiðri? Þessu hafa læknar raunar svarað og gerðu þá ekki ráð fyrir neinum útúrsnúningum.

Og hvað er það raunar, sem gerzt hefur? Nýtt gildismat og ný tegund siðferðis hafa verið leidd til öndvegis í hinu íslenzka vísindasamfélagi af markaðssnillingum, sem sumir hverjir hafa hingað til ekki þótt reiða siðvitið í þverpoka. Læknavísindin hafa mengazt og sýkzt af fjárgróðahugsunarhætti. Í stað þess að bíða með fjölmiðlakynningu, þangað til vísindaniðurstöður liggja fyrir, þykja það nú stórfréttir, þegar kannski hyllir undir einhvern áfanga í óskilgreindri framtíð. Þetta hét í mínu ungdæmi óábyrg sýndarmennska, enda munu óraunhæfar

Höfundur er sérfræðingur í heimilislækningum.

væntingar og brask með hlutabréf í deCODE trúlega svipta tugi eða hundruð íslenzkra fjölskyldna aleigu sinni. En það alvarlegasta er, að alþingismenn og ráðherrar hafa orðið að leiksoppum stærstu múgsefjunar Íslandssögunnar og afgreitt pöntun um lög um miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði, sem hvorki byggja á siðgæði, réttlæti né alþjóðasamningum, sem Íslendingar hafa skuldbundið sig til að hlíta. Þetta hefur verið gert í andstöðu við stóran hluta þeirra einstaklinga, sem munu eiga að safna efni í gagnagrunninn. Það er því engin ástæða til að fara að þessum lögum, fyrr en reynt hefur á réttmæti þeirra fyrir dómstólum. Fyrrverandi hæstaréttardómari hefur látið þá skoðun í ljósi og rökstutt hana, að lagasetningu síðari ára sé lögfræðilega um margt áfátt og standi verulega að baki þeim lögum, sem við þyddum áður fyrr úr dönsku. Enda eru lagafrumvörp gjarnan samin af kontóristum ráðuneytanna, sem eru yfirhlaðnir verkefnum. Alþingismenn eru aftur á móti mun reynslumeiri og áhugasamari um að deila út fé en að tryggja siðgæði og mannhelgi. Það er því full ástæða til að reyna dómstólaleiðina til þrautar, áður en læknastéttin lætur þessi ólög yfir sig ganga. Glæsilegt líftæknifyrirtæki er alls góðs maklegt á meðan það byggir ekki afkomu sína á bellibrögðum og sjónhverfingum. Læknar eru því ekki að hindra framgang vísindanna, þótt þeir kyssi ekki á vönd Heilbrigðisráðuneytisins fyrir milligöngu málaliða.

Við þurfum því hvorki að missa móðinn né leggjast í forina eins og barðir rakkar, því tíminn vinnur með okkur. Sannleikurinn kemur alltaf í ljós um síðir og blekkingavefi er hægt að rekja upp. Læknar hafa siðferðilegar skyldur gagnvart skjólstæðingum sínum og stétt sinni. Okkur er ekki sæmandi að kyssa vöndinn möglunarlaust og láta stjórnendur heilbrigðisstofnana komast upp með það að sniðganga ákvæðið um samráð. Tvö þúsund og fimm hundruð ára gamlar siðareglur stéttar okkar munu, þegar til lengdar lætur, reynast okkur happadrýgri en spilaborgir braskara. Og umfram allt verðum við að verja trúnaðarupplýsingar við skjólstæðinga og vinnugögn okkar sjálfir, en ekki gefa þau eftir leikmönnum í stjórnum heilbrigðisstofnana, til að hafa þær að söluvöru, því það er engan veginn tryggt að þeir þekki eða virði alþjóðlegar siðareglur lækna eða alþjóðasamninga um vísindarannsóknir og persónuvernd.

REMINYL (JANSSEN-CILAG) **MIXTÚRA,TÖFLUR**, N06DA04. **R 0**
Ábendingar: Galantamín er ætlað til meðferðar við einkennum vægra eða miðlungi mikilla vitglapa af Alzheimer gerð. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Galantamín á að gefa tvisvar sinnum á dag, helst með morgunmat og kvöldverði. Upphafsskammtur: Ráðlagður upphafsskammtur er 8 mg/dag (4 mg tvisvar sinnum á dag) í fjórar vikur.Viðhaldsskammtur: Viðhaldsskammtur er í byrjun 16 mg/dag (8 mg tvisvar sinnum á dag) og halda ætti sjúklingum á 16 mg/dag í að minnsta kosti 4 vikur. Aukningu í 24 mg/dag (12 mg tvisvar sinnum á dag) viðhaldsskammt skal meta fyrir hvern einstakling fyrir sig eftir viðeigandi mat, þar með talið á klínískum ávinningi og þoli. Hjá einstaka sjúklingi sem ekki sýnir aukna svörun eða þolir ekki 24 mg/dag, skal íhuga lækkun skammts í 16 mg/dag. Viðhaldsmeðferð má halda áfram svo lengi sem sjúklingur hefur lækninglegt gagn af. Því skal endurmeta klíniskan ávinning galantamíns reglulega. Íhuga skal að hætta meðferð ef lækningleg áhrif eru ekki lengur fyrir hendi. Ekki þarf að óttast snögga versnun þótt meðferð sé hætt skyndilega (t.d. við undirbúning aðgerðar). Skert lifrarstarfsemi: Plasmaþéttni galantamíns getur hækkað hjá sjúklingum með miðlungi eða alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Hjá sjúklingum með miðlungi skerta lifrarstarfsemi ætti skömmtun að hefjast með 4 mg einu sinni á dag, helst á morgnanna, í a.m.k. eina viku. Síðan á sjúklingur að halda áfram með 4 mg tvisvar sinnum á dag í að minnsta kosti 4 vikur. Hjá þessum sjúklingum á dagsskammtur ekki fara yfir 8 mg tvisvar sinnum á dag. Hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh skor hærra en 9), á ekki að nota galantamín (sjá Frábendingar). Ekki þarf að breyta skömmtum hjá sjúklingum með lítið skerta lifrarstarfsemi. Skert nýrnastarfsemi: Hjá sjúklingum með kreatínín klerans yfir 9 ml/mín. þarf ekki að breyta skammti. Hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín klerans lægri en 9 ml/mín.), á ekki að nota galantamín.**Skammtastærðir handa börnum:** Notkun galantamíns handa börnum er ekki ráðlögð. **Frábendingar:** Galantamín á ekki að gefa sjúklingum með þekkt ofnæmi fyrir galantamín hýdróbrómíði eða einhverju hjálparefnanna í lyfjaforminu. Þar sem engin gögn eru fyrirliggjandi um notkun galantamíns hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrar- (Child-Pugh skor hærra en 9) og nýrnastarfsemi (kreatínín klerans lægri en 9 ml/mín.) á ekki að gefa þessum sjúklingum galantamín. Galantamín má ekki að nota hjá sjúklingum sem hafa bæði marktæka nýrnastarfstruflun og lifrarstarfstruflun. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Læknir með reynslu í greiningu á Alzheimer vitglöpum á að framkvæma greininguna samkvæmt núgildandi leiðbeiningum. Meðferð með galantamíni á að vera undir eftirliti læknis og á einungis að hefja hana ef til staðar er umsjónarmaður sem getur fylgst reglulega með lyfjainntöku sjúklingsins. Sjúklingar með Alzheimer sjúkdóm léttast. Meðferð með kólínesterasahemlum, þ.á m. galantamíni, hefur verið tengd þyngdartapi hjá þessum sjúklingum. Fylgjast skal með þyngd sjúklings meðan á meðferð stendur. Notkun galantamíns hjá sjúklingum með aðrar gerðir vitglapa eða aðrar gerðir minnistruflana hafa ekki verið rannsakaðar. Eins og þegar önnur kólínvirk lyf eiga í hlut, á að gefa galantamín með varúð við eftirfarandi aðstæður: Hjarta- og æðar: Vegna lyfjafræðilegrar verkunar, geta kólínvirk lyf haft vagotónísk áhrif á hjartslátt (t.d. hægslátt). Mögueiki á þessari verkun getur skipt sérstaklega miklu máli fyrir sjúklinga með sjúkan sínushnút eða aðrar ofanslegils leiðnitruflanir og hjá þeim sem samhliða nota lyf sem minnka hjartslátttíðni marktækt, eins og digoxín og beta blokkar. Meltingarfæri: Fylgjast á með einkennum hjá sjúklingum sem eru í aukinni hættu á að fá magasár, t.d. þeim sem hafa sögu um magasárssjúkdóma eða þeir sem eru viðkvæmir fyrir slíku. Notkun galantamíns er ekki ráðlögð handa sjúklingum með garnastíflu eða þeim sem eru að ná sér eftir aðgerð á maga/þörmum. Taugar: Talið er að kólínvirk lyf geti mögulega valdið flogakrömpum. Þó getur flogavirkni einnig verið staðfesting á Alzheimer sjúkdómi. Í klínískum rannsóknum varð engin aukning á tíðni krampa við notkun galantamíns samanborið við lyfleysu. Lungu: Kólínvirkum lyfjum skal ávísa með varúð handa sjúklingum með sögu um alvarlegan astma eða teppusjúkdóma í lungum. Þvag-/kynfæri: Notkun galantamíns er ekki ráðlögð handa sjúklingum með þvagteppu eða þeim sem eru að ná sér eftir blöðruaðgerð. Svæfing: Líklegt er að galantamín, sem kólínvirkt lyf, auki vöðvaslökun af súxametóngerð meðan á svæfingu stendur. Sunset Yellow (E 110), litarefni í 12 mg töflunum getur valdið ofnæmi. Sjúklingar með sjaldgæfa arfgenga kvilla eins og galaktósu ópol Lapp laktósu skort og glúkósu-galaktósu vanfrásog eiga ekki að taka þetta lyf. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Milliverkanir vegna lyfhrifa: Vegna verkunarháttar á ekki að gefa galantamín samhliða öðrum kólínvirkum lyfjum. Galantamín verkar gegn áhrifum andkólínvirkra lyfja. Eins og búast má við með kólínvirk lyf, eru milliverkanir hugsanlegar við lyf sem minnka hjartsláttartíðni marktækt (t.d. dígoxín og beta blokkar). Líklegt er að galantamín, sem kólínvirkt lyf, auki vöðvaslökun af súxametóngerð meðan á svæfingu stendur. Milliverkanir vegna lyfjahvarfa: Margskonar umbrotsleiðir og nýrnaútskilnaður koma við sögu í útskilnaði galantamíns. Samhliða fæðugjöf hægir á frásogshraða galantamíns en hefur ekki áhrif á það magn sem frásogast. Mælt er með að galantamín sé tekið með mat til þess að minnka kólínvirkar aukaverkanir. Önnur lyf sem hafa áhrif á umbrot galantamíns: Skipulagðar rannsóknir á millliverkunum sýndu um 40% aukningu á aðgengi galantamíns við samtímis gjöf paroxetíns (öflugur CYP2D6 hemill) og 30% og 12% aukningu við samtímis meðferð með ketókónazóli og erýtrómýcíni (bæði CYP3A4 hemlar). Við upphaf meðferðar með öflugum CYP2D6 hemlum (t.d. kínidín, paroxetín, flúoxetín eða flúvoxamín) eða CYP3A4 hemlum (t.d. ketókónazól, rítónavír) geta sjúklingar því fundið fyrir aukinni tíðni kólínvirkra aukaverkana, aðallega ógleði og uppköst. Við þessar aðstæður má á grundvelli þolni íhuga lækkun á viðhaldsskammti galantamíns. Áhrif galantamíns á umbrot annarra lyfja: Meðferðarskammtar galantamíns (12 mg tvisvar sinnum á dag) höfðu engin áhrif á lyfjahvörf dígoxíns og warfaríns (sjá einnig milliverkanir vegna lyfhrifa). **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Galantamín getur valdið svima og syfju, sem getur haft áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla, sérstaklega fyrstu vikurnar eftir að meðferð er hafin. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir (tíðni * 5% og tvöfalt hærri en lyfleysa) voru ógleði, uppköst, niðurgangur, kviðverkir, meltingartruflanir, lystarleysi, þreyta, svimi, höfuðverkur, syfja og þyngdartap. Konur voru líklegri til að fá ógleði, uppköst og lystarleysi.Aðrar algengar aukaverkanir (tíðni * 5% og * lyfleysa) voru rugl, dettni, áverkar, svefnleysi, nefslímubólga og þvagfærasýkingar. Flestar þessara aukaverkana komu fram meðan verið var að stilla skammta. Ógleði og uppköst, algengustu aukaverkanirnar, stöðu í flestum tilvikum skemur en eina viku og flestir sjúklinga fengu þær aðeins einu sinni. Gagnlegt getur verið að ávísa uppsöluhemjandi lyfjum og tryggja nægilega vökvaneyslu í þessum tilvikum. Skjálfti var sjaldgæfur meðferðartengdur kvilli. Yfirlið og alvarlegur hægslátturkomu afar sjaldan fram. **Ofskömmtun:** Talið er að merki og einkenni um verulega ofskömmtun galantamíns séu svipuð og við ofskömmtun annarra kólínvirkra lyfja. Þessi áhrif ná yfirleitt til miðtaugakerfis, parasýmpatíska taugakerfisins og taugavöðvamóta. Auk vöðvaþróttleysis eða vöðvatitrings geta komið fram nokkur eða öll merki alvarlegrar kólínvirkrar truflunar: alvarleg ógleði, uppköst, krampar í meltingarvegi, aukning á munnvatnsmyndun, tárasetyingu, þvaglátum, hægðum og svitamyndun, hægsláttur, lágþrýstingur, lost og krampar. Aukinn vöðvaslappleiki ásamt barkaofseytingu og berkjukrampa, geta leitt til lífshættulegs ástands í öndunarvegi. Eins og í sérhverju tilviki ofskömmtunar á að veita almenna stuðningsmeðferð. Í alvarlegum tilvikum er hægt að nota andkólínvirkt lyf svo sem atrópín sem almennt andefni fyrir kólínvirk lyf. Mælt er með 0,5 til 1,0 ml upphafsskammti í æð og að síðari skömmtun sé byggð á klínískri svörun. Þar sem áætlanir fyrir meðhöndlun ofskömmtunar eru í sífelldri endurskoðun, er ráðlagt að hafa samband við Upplýsingamiðstöð um eitranir til þess að fá nýjustu leiðbeiningar við meðhöndlun á ofskömmtun. Lyfhrif: Galantamín, þriðja stigs alkalóíð er sértækur, samkeppnis- og afturkræfur hemill acetýlkólínesterasa. Auk þess eykur galantamín innri virkni acetýlkólíns á nikótín viðtaka, sennilega með bindingu við stýristað á viðtakanum. Þar ef leiðandi má ná aukinni virkni kólínvirka kerfisins í tengslum við bætta vitsmunastarfsemi hjá sjúklingum með vitglöp af Alzheimer gerð. Skammtar af galantamíni sem höfðu áhrif í samanburðarrannsóknum með lyfleysu í 5 til 6 mánuði voru 16, 24 og 32 mg/dag. Af þessum skömmtum er talið að 16 og 24 mg/dag hafi besta ávinning/áhættu og var haldið sem ráðlögðum viðhaldsskammti. Sýnt hefur verið fram á virkni galantamíns með því að nota niðurstöður mælinga sem meta þrjú megin einkennabrot sjúkdómsins og alþjóðlegan skala; ADAS-Cog (mæling á vitrænni starfsemi byggð á frammistöðu), DAD og ADCS-ADL-Inventory (mælingar á grunn og tæknilegri getu daglegs lífs), "the Neuropsychiatric Inventory " (kvarði sem mælir hegðunartruflanir) og CIBIC-plus (alþjóðlegt mat gert af óháðum lækni byggt á klínískum samtölum við sjúkling og umsjónarmann). Frásog: Frásog er hratt, með tmax um eina klst. bæði eftir töflur og lausn til inntöku. Algjört aðgengi galantamíns er hátt, 88,5 * 5,4%. Ef fæða er til staðar minnkar frásogshraði og Cmax minnkar um 25%, án þess að hafa áhrif á það magn sem frásogast (AUC). Útskilnaður: Plasmaþéttni galantamíns minnkar með tvíþrepa veldisfalli, með loka helmingunartímann 7-8 klst. hjá heilbrigðum einstaklingumSkammta-línuleikiLyfjahvörf galantamíns eru línuleg á bilinu 4 – 16 mg tvisvar sinnum á dag. Hjá sjúklingum sem taka 12 eða 16 mg tvisvar sinnum á dag, varð engin uppsöfnun á galantamíni frá 2. til 6. mánaðar. Sérkenni hjá sjúklingum: Upplýsingar úr klínískum rannsóknum hjá sjúklingum benda til þess að plasmaþéttni galantamíns hjá sjúklingum með Alzheimer sjúkdóm sé 30-40% hærri en hjá heilbrigðum einstaklingum.
Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá. **Pakkningar og hámarksverð** 1.2.2001: Töflur 4 mg: 14 stk – 3.016.kr,töflur 8 mg: 56 stk.- 12.104 kr.,töflur 12 mg: 56 stk.- 13.447 kr.



Gegn einkennum vitglapa af Alzheimer gerð

Reminyl™
GALANTAMINE

Nýr tvöfaldur verkunarmáti

- VARÐVEITIR VITRÆNA GETU
- VIÐHELDUR ATHÖFNUM DAGLEGS LÍFS
- SEINKAR KOMU HEGÐUNARTRUFLANA
- MINNKAR STREITU HJÁ AÐSTANDENDUM

Hjálpar Alzheimer sjúklingum að hugsa, framkvæma og vera þeir sjálfir lengur en ella.

JANSSEN-CILAG

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

sjá sérlyfjaskrártexta aftar í blaðinu

VIOXX
MSD 990068 TÖFLUR M O1 A H

Virkt innihaldsefni: 12,5 mg eða 25 mg rofekoxíb. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Meðferð við einkennum af völdum slitgigtar. Skammtar: Ráðlagður upphafsskammtur er 12,5 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. **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 miðlungsalvarlega 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 þörmum. Sjúklingum með langt gengna hjartabilun.

Varnaðarorð og varúðarreglur: Þegar blóðflæði um nýru er minnkað getur rófekoxíb dregið úr myndun prostaglandína og með því minnkað blóðflæði um nýru enn meira og þannig valdið skerðingu á nýrnastarfsemi. Þeir sem eru í mestri hættu m.t.t. þessa eru sjúklingar sem hafa verulega skerta nýrnastarfsemi fyrir, hjartabilun sem líkaminn hefur ekki náð að bæta upp, og sjúklingar með skorpulifur. Hafa skal eftirlit með nýrnastarfsemi slíkra sjúklinga. Gæta skal varúðar þegar meðferð er hafin hjá sjúklingum með verulegan vökvaskort. Ráðlegt er að bæta slíkan vökvaskort upp áður en meðferð með rófekoxíbi er hafin. Eins og á við um önnur lyf sem koma í veg fyrir myndun prostaglandína, hafa vökvasöfnun og bjúgur átt sér stað hjá sjúklingum á rófekoxíb meðferð. Þar sem meðferð með rófekoxíbi getur leitt til vökvasöfnunar 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. Eftirlit skal haft með öldruðum og sjúklingum með truflanir á nýrna-, lifrar-, eða hjartastarfsemi, þegar þeir eru á rófekoxíb meðferð. 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 (u.þ.b. þreföld eðlileg efri mörk, eða meira) hafa verið skráðar hjá u.þ.b. 1% sjúklinga í klínískum rannsóknum á rófekoxíbi. Ef sjúklingur fær einkenni sem benda til truflana á lifrarstarfsemi, eða niðurstöður úr lifrarprófum eru óeðlilegar, skal hætta rófekoxíb meðferð ef óeðlileg lifrarpróf eru viðvarandi (þreföld eðlileg efri mörk). Rófekoxíb getur dulið hækkaðan líkamshita. Notkun rófekoxíbs, sem og allra annarra lyfja sem hamla COX-2, er ekki ráðlögð hjá konum sem eru að reyna að verða þungaðar. Börn: Rófekoxíb hefur ekki verið rannsakað hjá börnum og skal aðeins gefið fullorðnum. Magn laktósu í hverri töflu er líklega ekki nægilegt til þess að framkalla einkenni laktósuóþols.

Milliverkanir: Hjá sjúklingum sem náð höfðu jafnvægi á langvarandi warfarín meðferð varð 8% lenging á prótrombíntíma í tengslum við daglega gjöf 25 mg af rófekoxíbi. Því skal hafa nákvæmt eftirlit með prótrombíntíma hjá sjúklingum sem eru á warfarín meðferð þegar rófekoxíb meðferð er hafin. Hjá sjúklingum með vægan eða miðlungsmikinn háþrýsting, varð örlítil minnkun á blóðþrýstingslækkandi áhrifum í tengslum við samhliða gjöf 25 mg af rófekoxíbi á dag og ACE-hemils í 4 vikur, miðað við áhrifin af ACE-hemlinum eingöngu. Hvað varðar önnur lyf sem hamla cýclóoxýgenasa, þá getur gjöf ACE-hemils samhliða rófekoxíbi, hjá sumum sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi, leitt til enn meiri skerðingar á nýrnastarfsemi, sem þó gengur venjulega til baka. Þessar milliverkanir ber að hafa í huga þegar sjúklingar fá rófekoxíb samhliða ACE-hemlum. Notkun bólgueyðandi verkjalyfja samhliða rófekoxíbi gæti einnig dregið úr blóðþrýstingslækkandi verkun beta-blokka og þvagræsilyfja sem og annarra verkana þvagræsilyfja. Forðast skal samhliða gjöf stærri skammta af acetýlsalicýlsýru eða bólgueyðandi verkjalyfja og rófekoxíbs. Samhliða gjöf cýklósporíns eða takrólímus og bólgueyðandi verkjalyfja getur aukið eiturverkanir cýklósporíns eða takrólímus á nýru. Eftirlit skal hafa með nýrnastarfsemi þegar rófekoxíb er gefið samhliða öðru hvoru þessara lyfja. Áhrif rófekoxíbs á lyfjahvörf annarra lyfja: Blóðþéttni litíums getur aukist af völdum bólgueyðandi verkjalyfja Hafa ber í huga þörf fyrir viðeigandi eftirlit með eiturverkunum tengdum metótrexati þegar rófekoxíb er gefið samhliða metótrexati. Engar milliverkanir við dígoxín hafa komið fram. Gæta skal varúðar þegar rófekoxíb er gefið samhliða lyfjum sem umbrotna fyrst og fremst fyrir tilstilli CYP1A2 (t.d. teófyllíni, amitryptilíni, tacríni og zileútoni).Gæta skal varúðar þegar lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4 er ávísað samhliða rófekoxíbi. Í rannsóknum á milliverkunum lyfja, hafði rófekoxíb ekki klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf prednisóns/prednisólons eða getnaðarvarnartaflna (etinýlöstradíóls/norethindróns 35/1). Áhrif annarra lyfja á lyfjahvörf rófekoxíbs: Þegar öflugir cýtókróm P450 innleiðarar eru ekki til staðar, er CYP-hvatt umbrot ekki meginumbrotsleið rófekoxíbs. Engu að síður olli samhliða gjöf rófekoxíbs og rifampíns, sem er öflugur innleiðari CYP ensíma, u.þ.b. 50% lækkun á blóðþéttni rófekoxíbs. Því skal íhuga að gefa 25 mg skammt af rófekoxíbi þegar það er gefið samhliða lyfjum sem eru öflugir innleiðarar umbrots í lifur. Gjöf ketókónazóls (öflugur CYP3A4 hemill) hafði ekki áhrif á lyfjahvörf rófekoxíbs í blóði. Címetidín og sýruhamlandi lyf hafa ekki klínískt þýðingarmikil áhrif á lyfjahvörf rófekoxíbs. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun rófekoxíbs, sem og allra annarra lyfja sem hamla COX-2, er ekki ráðlögð hjá konum sem eru að reyna að verða þungaðar. Rófekoxíb á ekki að nota á síðasta þriðjungi meðgöngu þar sem það gæti, eins og önnur lyf sem hamla myndun prostaglandína, dregið úr samdrætti legs í fæðingu og valdið ótímabærri lokun á slagæðarás. Notkun rófekoxíbs hefur ekki verið rannsökuð hjá þunguðum konum í fullnægjandi samanburðarrannsóknum og skal því ekki nota lyfið á fyrstu tveimur þriðjungum meðgöngu nema væntanlegt gagn af meðferðinni réttlæti mögulega áhættu fyrir fóstrið. Ekki er vitað hvort rófekoxíb skilst út í brjóstamjólk, en það skilst út í mjólk tilraunadýra. 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 %):** Almennar: Bjúgur,vökvasöfnun, kvíðverkir, svimi. Hjarta- og æðakerfi: Hár blóðþrýstingur. Meltingarfæri: Brjóstsviði, ógleði í efri hluta kviðar, niðurgangur, ógleði, meltingartruflanir. Taugakerfi: Höfuðverkur. Húð: Kláði. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Almennar: Þreyta/máttleysi, uppþemba, brjóstverkur. Meltingarfæri: Hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, nábítur. Augu, eyru, nef og kok: Eyrnasuð. Efnaskipti og næring: Þyngdaraukning. Stoðkerfi: Sinadráttur. Taugakerfi: Svefnleysi, svefnhöfgi, svimi.Geðræn einkenni: Geðdeyfð, minnkuð andleg skerpa. Öndunarfæri: Andþyngsli. Húð: Útbrot, atópískt exsem. 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 og verð (desember, 2000):** Töflur 12,5 mg og 25 mg: 14 stk. 2756 kr. 28 stk. 4888 kr. 98 stk. 14555 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

FARMASÍA ehf.

EIN Á DAG

VIOXX®

(rófekoxíb, MSD)

Sértækt - Áhrifaríkt - Einfalt

Um greiningu og meðferð áfallastreitu

Guðfinnur P. Sigurfinnsson[1],

Kristinn Tómasson[2]

Ágrip

Geðraskanir tengdar alvarlegri vá voru teknar upp sem sérstakur flokkur í greiningarlyklum læknisfræðinnar fyrir um 20 árum. Markmið þessarar greinar er að læknar í dreifðum byggðum landsins öðlist grundvallarskilning á áfallastreitu, átti sig á hverjir eru í áhættu og hvernig eigi að bregðast við.

Til að ná þessu er rakin saga greiningarinnar og hvernig hugmyndir lækna hafa þróast um eðli áfallastreitu, meðferð og fyrirbyggjandi aðgerðir. Einkennum áfallastreitu er lýst og jafnframt er bent á áhættuþætti svo sem ýmsa veikleika fólks, aðstæður og samhengi ýmissa þátta, sem geta skipt meiru um langtímavanda fólks en eðli og styrkur áfallsins. Raktar eru efasemdir um gildi viðrunar tilfinninga (debriefing) í áfallahjálp, en jafnframt bent á aðra kosti í meðferð, sem heimilislæknar ættu að kunna skil á.

Inngangur

Íslenska þjóðin hefur búið við ýmiss konar harðræði í landi sínu. Náttúruöflin eru, þrátt fyrir ógn við líf og heilsu, ekki ill í eðli sínu. Höfuðskepnurnar hafa ekkert markmið í þá veru að valda okkur skaða og fjörtjóni. Þótt mönnum hafi um margt verið ljós hætta sem af slíku stafar eins og rakið er hér á eftir er það ekki fyrr en 1980 að áfallastreita kemst fyrst inn í greiningarlykla geðlæknisfræðinnar (1).

Þrátt fyrir þetta hafa verið gerðar nokkrar rannsóknir á Íslandi á áfallastreitu. Rannsókn hefur verið gerð á áhrifum sjóslysa á geðheilbrigði, vinnufærni og þróun áfallastreitu verið metin löngu eftir að slíkir atburðir áttu sér stað (2). Önnur íslensk rannsókn hefur beinst að áfallastreitu íbúa tveggja þorpa í kjölfar snjóflóða á nýliðnum árum (3).

Menn hafa lengi hugleitt áhrif hörmulegrar lífsreynslu og harðræðis á fólk. Stór hluti mannkyns hefur ávallt búið við slíkt og meirihluti fólks sýnt nær óskiljanlega hæfileika til að lifa af án þess að guggna (4). Oft virðist sem raunir fólks hafi orðið sú deigla, sem mótaði það til frekari þroska og framfara.

Á mynd 1 er minnt á álagsvalda, samhengi upplifunar og túlkunar, styrk einstaklinga og varnarhætti. Þá er rakið þegar viðbrögð eru hagstæð og atburðirnir verða reynslusjóður virkra og ábyrgra einstaklinga. Á hinn bóginn er fylgt leið, þegar illa tekst til og upplifunin kallar fram tilfinningalegt ójafnvægi, stjórnleysi og ábyrgðarleysi. Í stað ávinnings reynslunnar bíður fólk heilsutjón í líki letjandi og skaðlegra streituviðbragða og vansældar.

1Geðdeild Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík, 2Vinnueftirlit ríkisins, Bíldshöfða 16, 112 Reykjavík. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Guðfinnur P. Sigurfinnsson, Bjarmalandi 8, 108 Reykjavík. Netfang: gudfinno@landspitali.is

Lykilorð: *álagsvaldur, auðsæranleiki, endurupplifun, áfallastreita.*

ENGLISH SUMMARY

Sigurfinnsson GP, Tómasson K

Posttraumatic stress disorder

Læknablaðið 2001; 87: 285-91

Post traumatic stress disorder (PTSD) and post-traumatic therapeutic intervention are relatively new concepts, and in fact it was only recently that psychiatric disorders connected with disastrous events were accepted as a separate category in the medical nomenclature.
An attempt will be made here to shed some light on these concepts, principally in the hope that it may be of use to doctors in rural areas.
Both old and recent papers, have been reviewed concerning the immediate as well as the long-term effects on individuals and groups who have been exposed to stressful experiences such as life-threatening situations.
In addition to describing the symptoms of PTSD, risk factors are discussed such as individual vulnerability, particular circumstances, and the interaction of factors more conducive to chronic problems than the nature or intensity of the stressor.
Then the term post-traumatic therapeutic intervention is evaluated. The view that emotional processing is the essence of treatment of the disorder is widely questioned. More comprehensive ideas about methods, and aid to people suffering from PTSD, are considered.

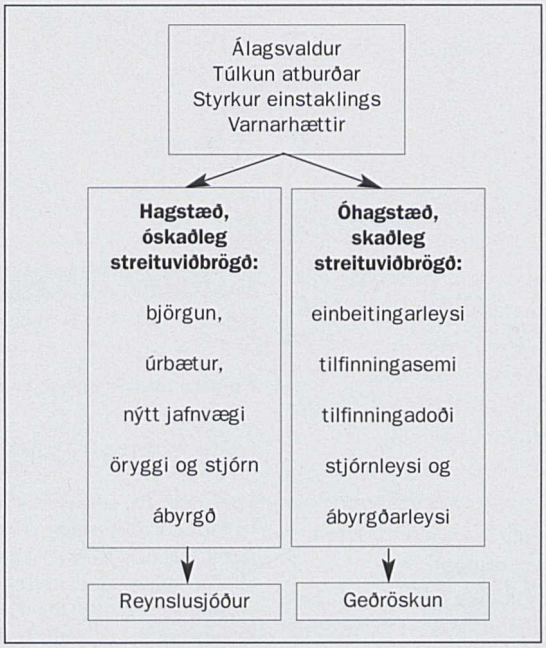
Key words: *stressor, vulnerability, reexperience, post traumatic stress disorder.*

Correspondence: Guðfinnur P. Sigurfinnsson. E-mail: gudfinno@landspitali.is

Sögulegt yfirlit

Til þess að átta sig á áfallastreitu, eins hún er skilgreind núna, er nauðsynlegt að skilja hvernig umræða og hugsun um afleiðingar stóráfalla á geðheilsu hefur þróast.

Fyrstu skrif sem greinarhöfundar þekkja til eru skrif Johns Erics Erichsens frá árinu 1866, en hann ritaði um afleiðingar járnbrautarslysa; minnkaða virkni, svefntruflanir, kvíða og líkamleg einkenni. Erichsen lýsti hálshnykksáverkum en yfirsást hins vegar mikilvægi tilfinningalegra áhrifa slysfaranna (5,6). Nokkru síðar birti DaCosta rannsókn sína á sálvefrænum einkennum og óvirkni 200 bandarískra hermanna í borgarastyrjöldinni (7). Í 38,5% tilvika virtist harðræði herþjónustunnar orsök hjartsláttartruflana auk annarra einkenna, einkum höfuðverkja, svima, svefntruflana og martraða. DaCosta veitti



Mynd 1. *Einfaldur uppdráttur af þróun tvenns konar ferla í lífi einstaklinga sem verða fyrir yfirþyrmandi álagi. Þessu yfirliti er ætlað að minna á að mikill hluti manna lifir áfram virku lífi þrátt fyrir lífsreynslu, sem ætla mætti að kippti undan þeim fótunum.*

athygli einstaklingsbundnum áhættuþáttum. Þannig var heilsuveilum og illa þjálfuðum hermönnum mun hættara en öðrum við að fá slík sjúkdómseinkenni (7). Næsta skref í sögu greinarinnar var að benda á þátt hryllings og skelfingar í þróun andlegrar vanheilsu (8), en það gerði Edouard Stierlin í rannsóknum á námuslysum og jarðskjálftum.

Það var hins vegar ekki fyrr en í fyrri heimsstyrjöldinni sem hugsun manna um tilfinningalegar afleiðingar hörmunga og viðbrögð við þeim skerptist verulega. Charles Samuel Myers kom á framfæri hugtakinu sprengjulost (shell shock) (9) í þeirri trú að sprengingar yllu smágerðum heilaáverkum. Hann komst hins vegar fljótlega að þeirri niðurstöðu að um sálrænar truflanir væri að ræða (9). Um þetta leyti hófu breskir og franskir læknar að sinna kvíðnum og taugaveikluðum hermönnum með stuttri hvíld frá vígvellinum í sérstökum æfingabúðum (9).

Russel rannsakaði hermenn, sem tóku þátt í fyrri heimsstyrjöldinni og lýsti erfiðleikum við greiningu á taugasjúkdómum annars vegar og hugbrigðaröskun (conversion), sefasýki (hysteria) og uppgerð (malingering) hins vegar (10). Honum virtist sem óttablandin upplifun og hryllileg lífsreynsla hafi tært andlegt þrek hermanna, þeir hafi misst stjórn og gripið til frumstæðra varnarhátta og lamast. Á orrustuvellinum reyni mjög á eðlishvatir mannsins sem höfundur nefnir sjálfsbjargarhvöt (selfpreservation) og lífshvöt (procreation). Óttaviðbrögð af ýmsu tagi, flótti og felur, séu eðlileg viðbrögð. Líkamleg einkenni undir þessum kringumstæðum, ásamt lélegu sjálfsmati, geri einstaklinginn áhrifagjarnan og næman fyrir hvers kyns sefjun. Sjúklingshlutverkið dregur úr óttanum og kvíðanum, sem er hinn eðlislægi þáttur sjálfsbjargarhvatarinnar. Auk líkamlegra einkenna lýsir Russel óvirkni, lélegu sjálfsmati, bjargarleysi og frumkvæðisleysi. Einstaklingsbundnir áhættuþættir varðandi uppgjöf af þessu tagi voru geðsjúkdómar, greindarskerðing, almennur lasleiki, hungur og svefnleysi. Þeir sem voru hins vegar vel þjálfaðir, höfðu sjálfsvirðingu og nægilega greind (dómgreind) áttu betur með að berjast áfram og stóðu sig mjög lengi þrátt fyrir ógnir eldlínunnar.

Russel lagði áherslu á að meðferðin væri mannúðleg, benti á mikilvægi þess að ávinna sér traust sjúklinganna, útskýra fyrir þeim eðli hins tilfinningalega áfalls og orsakir einkenna þeirra (vitræn meðferð). Ennfremur þyrfti að byggja upp sjálfsvirðingu, agað líferni og stjórn á eigin lífi (atferlismeðferð). Gæta þyrfti þess að ýta ekki undir uppgerð. Dýpri sálkönnun (þar með talin tilfinningaleg úrvinnsla) þótti ónauðsynleg (10).

Það er síðan þegar komið er fram í seinni heimsstyrjöldina að Abraham Kardiner skýrði frá reynslu sinni af athugun og meðferð bandarískra hermanna úr fyrri heimsstyrjöldinni (11). Hann lýsti afar nákvæmlega einkennum sjúklinga sinna og til hans má rekja flest þau skilmerki, sem þarf til greiningar áfallastreitu. Hann gerði sér grein fyrir hvernig sjúklingar hans læstust eða ánetjuðust áfallastreitu, stríddu við sífelldar martraðir, ofurviðbrigðni, lítið álagsþol og hömlulausa árásargirni. Kardiner gerði sér grein fyrir gildi sállækninga en einnig hugsanlegum skaðlegum áhrifum þess að ræða um reynslu áfallsins. Hann hafði miklar efasemdir um hvaða meðferð ætti við og hvort það þjónaði hagsmunum sjúklinganna að stuðla að upprifjun hryllilegrar reynslu í stað afneitunar, óraunveruleikakenndar og margháttaðra líkamlegra einkenna (11).

Næstu framfaraspor urðu á Norðurlöndunum. Hellvig og samstarfsmenn hans rannsökuðu 1282 Dani er lifðu af vist í útrýmingarbúðum í Þýskalandi (12). Þeir lýstu sérkennandi einkennum andlegrar hnignunar þessara manna (K-Z heilkenni). Í framhaldinu, árið 1957, vakti Norska Krigsinvalideforbundet athygli á síðkominni vanheilsu og ófærni fyrrum stríðsfanga þar í landi. Við háskólann í Osló var skipaður samstarfshópur lækna undir forystu Axels Ströms prófessors, ásamt Eitinger, Lönnum og fleiri læknum (13). Metnaðarfull vísindaleg rannsókn var framkvæmd, er náði til 100 fyrrum fanga í útrýmingarbúðum Þýskalands, sem höfðu verið lagðir inn á taugalækningadeild Ríkissjúkrahússins í

Osló. Einkenni er þóttu sértæk fyrir fyrrum fanga útrýmingarbúða voru 11 og fimm til sjö voru viðmiðun greiningarinnar: 1. þrekleysi, 2. skert minni, 3. vanlíðan, 4. óstöðug geðbrigði, 5. truflun á svefni, 6. vanmáttarkennd, 7. framtaksleysi, 8. óöryggi, ókyrrð og pirringur, 9. svimi, 10. iðjuleysi og 11. höfuðverkur.

Leo Eitinger, sem var í hópi 3% norskra gyðinga sem lifðu af dvöl í Auschwitz, rannsakaði K-Z heilkenni og komst að þeirri niðurstöðu að líffræðilegir heilaskaðar, orsakaðir af veikindum, hungri og öðru harðræði væru meginorsök þessa heilkennis, þar sem einkennin komu fram óháð fyrri geðsögu og félagslegu umhverfi eftir stríð (14).

Þá fann hann meira af ofsóknarhugmyndum og hugbrigðaröskun hjá geðsjúku flóttafólki seinni heimsstyrjaldarinnar en öðrum geðsjúklingum sem að líkindum mætti rekja til yfirþyrmandi öryggisleysistilfinningar tengda lífreynslu þeirra (15).

Í kjölfar afleiðinga Víetnamstríðsins komu síðan út fyrstu formlegu greiningarlyklar fyrir áfallastreitu (1) sem verða grunnur að fjölmörgum rannsóknum.

Hin síðari ár hefur áhugi jafnframt beinst að afleiðingum ýmissa annarra hörmunga en stríðum. Til að mynda var á árunum milli 1980 og 1990 gerðar vel undirbúnar og skipulagðar rannsóknir á iðnaðarslysum í Noregi, þar sem kortlögð voru nákvæmlega viðbrögð björgunarmanna strax í kjölfar slysanna og síðar. Áhersla er lögð á að sérhvert líkan sem nota skuli til að skýra áfallastreitu verði að vera fjölþætt og meta einstaklingsbundinn breytileika ekki síður en mismunandi eðli og styrk ógnar (16). Þekking sem þannig hefur skapast hefur síðan orðið grunnur að greiningarskilmerkjum áfallastreitu í dag.

Tafla I. *Einkenni áfallastreitu (17). Einkenni standa skemur en einn mánuð: bráð áfallastreita. Einkenni vara einn til þrjá mánuði: síðkomin áfallastreita. Einkenni vara þrjá mánuði eða lengur: langvinn áfallastreita.*

Endurnýjun reynslunnar
- Óvelkomnar endurminningar
- Skýrar upplifanir
- Martraðir
- Óviðeigandi tilfinningaleg og líkamleg viðbrögð gagnvart áreitum sem minna á ógnvekjandi fyrri atburði

Að forðast
- Verkefni, umhverfi, hugsanir, tilfinningar eða samræður tengdar lífsreynslu

Dofi
- Áhugaleysi
- Skeytingarleysi
- Tilfinningakuldi

Viðbrigðni
- Svefntruflanir
- Pirringur/reiðiköst
- Einbeitingarerfiðleikar
- Ofurárvekni
- Ofurviðbrögð

Fylgikvillar
- Misnotkun vímuefna eða fíkn
- Alvarlegt þunglyndi
- Ofsakvíði, víðáttufælni
- Almenn kvíðaröskun
- Þráhyggja-áráttuhegðun
- Félagsfælni
- Geðhvarfasjúkdómur

Greiningarskilmerki

Í ljósi þess sem hér hefur verið skýrt frá á undan hafa menn komið sér saman um ákveðna skilgreiningu á áfallastreitu.

Greining áfallastreitu tengist mjög hugmyndum um eðli og styrk ógnar, sem er nánast utan hins venjulega reynsluheims (17). Þá er greiningin byggð á áhrifum ógnarinnar (impact) á einstaklinga, sem fyrir slíkri reynslu verða:

Álagsvaldar: Náttúruhamfarir (jarðskjálftar, eldgos, flóð), alvarleg slys (húsbrunar, sjóslys, umferðarslys, flugslys) ógn í samskiptum manna (hernaður, heimilisofbeldi).

Áhrif ógnar: Fólk upplifir ákafan ótta, vanmátt eða hrylling. Ytra og innra öryggi brestur.

Eðli ógnarinnar og styrkur hefur vissulega mismikil skaðleg áhrif:

a. Einstakar náttúruhamfarir sem eyðilegging og dauði fylgja eru líklegar til að valda öryggisleysi, vanmáttarkennd, kvíða og öllu litrófi áfallastreitu, sér í lagi hjá þeim sem illa eru undir slíkt búnir.

b. Einstök slys, hvort heldur er í umferðinni á vegum, lofti eða legi, auk heldur bruni í íbúðarhúsum og verksmiðjum, reyna meir á mannlega þætti í viðbrögðum, hugleiðingar um óvarkárni, mistök og mannlegan ófullkomleika. Ýmislegt bendir einnig til að slíkir atburðir skilji eftir sig slóð fleiri einstaklinga sem bugast og ná ekki upp fyrri færni og sjálfsmati.

c. Mannleg átök, stríðsrekstur, fangabúðir og hvers konar ofbeldi virðast enn skaðlegri og líklegri til að brjóta einstaklinga niður í varanlega vansæld, óvirkni og bjargarleysi. Í öllu ofbeldi virðist skaðinn líklegur til að verða mestur, þegar sá er brýtur rétt á fórnarlambinu stendur því nærri til dæmis náinn vinur eða einhver úr sömu fjölskyldu.

Almennt mat á hver styrkur ógnarinnar þyrfti að vera til að réttlæta greininguna áfallastreitu hefur ekki staðist vel. Styrkur og áhrif áfalls eru ávallt háð samhengi innri og ytri þátta, sem hefur afgerandi þýðingu fyrir það hvernig einstaklingurinn túlkar reynslu sína. Hversu alvarlegar afleiðingarnar verða er ekki heldur einungis háð því hve skelfileg reynsla atburðurinn er fyrir einstaklinginn. Þar skiptir einnig máli tilhneiging, auðsæranleiki, félagslegur stuðningur og aðlögunarhæfni (18).

Ýmis bitur reynsla mannlífsins, svo sem skilnaður, atvinnumissir, fall á prófi eða dauði vinar, getur

hrundið af stað einstaklingsbundnum geðsveiflum og jafnvel skerðingu á félagslegri færni og óvirkni í vinnu. Þessi viðbrögð flokkast þó yfirleitt undir aðlögunarröskun (adjustment disorder) í stað áfallastreitu.

Í töflu I er gerð grein fyrir greiningarskilmerkjum á heilkennum áfallastreitu. Flest þessara skilmerkja hafa verið rakin til Abrahams Kardiners (11).

Flokkun streituviðbragða

Streituviðbrögð má flokka enn nánar þannig að þau nái yfir:

1. bráð áfallaviðbrögð (acute stress response),
2. bráða áfallastreitu (acute stress disorder(ASD)),
3. síðkomna áfallastreitu (posttraumatic stress disorder (PTSD)) og
4. fjölþætta áfallastreitu, þar með taldar langvinnar persónuleikabreytingar eftir hrikalega lífsreynslu.

Bráð áfallaviðbrögð (19) eiga við skammvinna geðröskun fyrstu tvo dagana eftir ógnvænlega lífsreynslu. Þetta tímabil er oft hlaðið einkennum kvíða og óraunveruleikakenndar. Ýmsar tilfinningar bera fólk ofurliði eins og reiði, örvænting, tilfinningadofi, sinnuleysi, yfirþyrmandi sorgarviðbrögð og stjórnleysi.

Bráð áfallastreita (20) er að minnsta kosti tveggja sólarhringa tímabil vanlíðunar sem truflar félagslega virkni og starfshæfni einstaklingsins. Miklar sveiflur geta verið í einkennum sem eru helst þessi: óvelkomnar hugsanir eða endurupplifanir, afneitun og doði, kvíði, ofurárvekni og hugrænn flótti frá raunveruleikanum.

Nokkur áherslumunur er á einkenni í *Greiningar og tölfræðihandbók Ameríska geðlæknafélagsins, fjórðu útgáfa* (DSM-IV) og *Alþjóðlegu tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála, tíundu útgáfu* (ICD-10) og erfitt getur verið að meta forspárgildi einkenna. Hugsanlegt er að líta á bráð einkenni sem jákvæða varnarhætti fyrstu dagana eftir áfall, sem geti síðar orðið neikvæð læsing. Nánari athugun einkenna þegar svo er komið gefur þá nánari vísbendingar um horfur.

Síðkomin áfallastreita (19,20) á við einkenni, sem haldast lengur en mánuð ellegar koma fram mánuði eða síðar eftir áfall. Fjari einkenni ekki út á þremur mánuðum er hætta á varanlegum veikindum meiri og búast má við auknum fylgikvillum. Bráð áfallastreita er ekki ávallt undanfari síðkominnar áfallastreitu. Einstaklingar sem ráða við aðstæður að því er virðist býsna vel á meðan áfallið dynur yfir geta fest í minni skynjun ógnar og hryllings og þannig fengið síðkomna áfallastreitu síðar (21). Erfiðlega hefur gengið að meta batahorfur út frá hinum ýmsu einkennum.

Fjölþætt áfallastreita (19): Skilmerki síðkominnar áfallastreitu, samanber að ofan, lýsa ekki á fullnægjandi hátt ýmsum afleiðingum reynslu. Því er notað hugtakið fjölþætt áfallastreita (complex PTSD eða disorders of extreme stress, DES) um afleiðingar langtíma harðræðis, sem fylgir gíslatöku, misþyrmingum, lífi stríðsfanga og fólks í útrýmingarbúðum, ennfremur reynslu barna og fullorðinna, sem búa við heimilisofbeldi, barsmíðar eða kynferðislegt ofbeldi.

Hér virðist smánin, óraunveruleikakenndin og afneitun sektarkenndar leiða til aukinnar hættu á að endurtaka og halda í sársaukafulla reynslu, líkt og einstaklingarnir hafi ánetjast kvölinni tilfinningalega (22). Þetta birtist í lélegri stjórn á geðslagi, sjálfskaðandi hegðun og endurtekningum á sársaukafullri reynslu. Hugsanlega er fyrir hendi einhver ómeðvituð óraunsæ hvöt til stjórnunar en einstaklingnum hættir til að velkjast áfram á milli hlutskiptis fórnarlambs og árásarmanns.

Aukin hætta er hér á öðrum geðsjúkdómum, svo sem kvíðaröskunum, þunglyndissjúkdómum, líkamlegri einkennaheild og vímuefnamisnotkun.

Þessi einkenni hafa um margt á sér yfirbragð persónuleikaröskunar (19).

Það sem helst greinir síðkomna áfallastreitu frá öðrum geðröskunum er að einkennin eru nátengd yfirþyrmandi lífsreynslu. Það sem helst einkennir áfallastreitu eru endurupplifanir og óvelkomnar minningar, kvíðaköst og martraðir. Slíkt bendir til að einstaklingarnir hafi tekið inn á sig allar hugsanir og tilfinningar tengdar ógninni, sem virðist leiða til geðröskunar. Aðrar síðkomnar afleiðingar eru ekki síður mikilvægar svo sem persónuleikabreytingar, pirringur og hnignun á félagslegri færni (23).

Gangur sjúkdómsins, áhættuþættir

Viðbrögð fólks við áföllum eru óendanlega margbreytileg. Flestum tekst að standa af sér erfiða og ógnvænlega reynslu og sigrast á vanlíðan og óvirkni, sem gjarnan heltekur fólk fyrsta kastið eftir alvarlega ógnandi lífsreynslu. Þetta getur gefið vísbendingar um hvernig bregðast skuli við og hvernig meðferð þeirra sem bugast eftir áföll verður best við komið.

Mikilvægi samhjálpar, lífsgilda og þess að hafa stjórn á eigin lífi eru þýðingarmestu þættir í að ráða við og standast ógnvænlega lífsreynslu. Góð geðheilsa og þjálfun við erfiðar aðstæður minnka ennfremur hættu á áfallastreitu (16,24).

Við áhættumat skiptir yfirleitt máli að horfa á auðsæranleika einstaklinganna en ekki einvörðungu eðli ógnarinnar. Við afbrigðilegustu aðstæður skiptir styrkur einstaklinganna þó ekki ávallt sköpum.

Það sem einkum hefur áhrif á auðsæranleika og líkur á þróun langvinnrar áfallastreitu eru: geðsjúkdómar í ætt og einstaklingsbundnir veikleikar eins og skert aðlögunarhæfni í bernsku, hegðunartruflanir á unglingsárum, persónuleikaraskanir og önnur vanheilsa á geði. Reynsla barna og kvenna af ofbeldi eykur líkur á áfallastreitu í kjölfar erfiðrar lífsreynslu síðar. Hvort þessir áhættuþættir eru sértækir varðandi áfallastreitu eða hafi forspárgildi gagnvart geðsjúk-

dómum almennt er ekki ljóst (25). Þótt áfallastreita og sér í lagi langvinn áfallastreita þróist hjá minnihluta þeirra sem reyna hörmulega atburði er fjöldi þjáðra mikill. Geðræn röskun eftir áföll rýrir lífsgæði og getur leitt til alvarlegrar og langvinnrar skerðingar á almennri virkni, vinnugetu og færni í mannlegum samskiptum. Í mörgum tilvikum ná einstaklingar góðum tímabilum en ýmsar vísbendingar eru um að menn geti orðið fyrir varanlegum andlegum og líffræðilegum skaða sem minnki mótstöðu þeirra gegn ýmsum öðrum geðkvillum. Sér í lagi virðist hætta á endurteknum skeiðum ofurkvíðaröskunar, þunglyndis og fælniraskana (26).

Sjúklingum með viðvarandi áfallastreitu vegnar misvel og ræður þar mestu aðlögunarhæfni þeirra og þol gagnvart veikindunum. Ekki er sjálfgefið að allir endurheimti félagslega færni og aðra virkni þótt verulega dragi úr helstu einkennum og vanlíðan (21). Á hinn bóginn geta aðrir haft þann styrk að viðhalda vinnufærni og félagslegri virkni, þrátt fyrir þjáningar.

Meðferð

Fyrsta hjálp: Hjálparstarf og aðhlynning í kjölfar ógnvænlegra atburða miðast almennt við að ná stjórn á óreiðunni, koma fólki í öryggi og sporna gegn meiri vá. Þá er fólki mikils virði að eiga þess kost að blanda geði við aðra, sem eru í svipuðum sporum og ná auk þess sambandi við vini og ættingja. Mikilsvert er að umgangast fólkið, sem í hlut á, með rósemi og æðruleysi og forðast allt tilfinningalegt rót og yfirheyrslur (27).

Þegar um hópslys er að ræða skiptir örugg og markviss stjórn forsvarsmanna á staðnum miklu máli til að veita íbúum þá öryggistilfinningu og framsýni sem nauðsynleg er. Allir, sem vettlingi geta valdið, þurfa að fá hlutverk, sem stuðlar að eigin velferð og öryggi, auk þess að hefja endurreisn samfélagsins og styðja meðbræður og -systur. Þennan lærdóm má ekki síst draga af reynslu þeirra sem við hrikalegar aðstæður fangabúða gátu fundið sér hlutverk til að létta byrðar samfanga sinna. Sérfræðingar geta helst orðið að liði með því að styðja forráðamenn samfélagsins í skipulagningu, stjórnun og hvatningu til endurreisnar. Áætlanir verða að vera raunhæfar, trúverðugar og öruggar til að heildin fái tækifæri til að grafa hið liðna og hefja nýtt líf þrátt fyrir sorg og þjáningar. Þá getur skipt máli að ljúka rannsókn máls á fullnægjandi hátt til að forðast sársaukafulla eftirmála, vangaveltur og bakþanka löngu síðar.

Athugun og meðferðarúrræði heilbrigðisstarfsmanna: Ógætileg nálgun heilbrigðisstarfsfólks, strax í kjölfar áfalls, einkum sú leið er nefnd hefur verið tilfinningaleg viðrun (debriefing), getur hugsanlega valdið fórnarlambi áfalla þjáningu. Ýmsir þeir varnarhættir sem fólk grípur til geta verið nauðsynlegir og óvarlegt að trufla þá með offorsi. Athugun ætti að beinast að virkni, líðan og sjálfsmati fórnarlambanna og hvort einstaklingarnir eru færir um að endurskipuleggja sitt daglega líf og framtíð.

Á liðnum árum hefur verið lögð nokkur áhersla á að bjóða einstaklingum, sem verða fyrir alvarlegu álagi, svokallaða áfallahjálp strax í kjölfar atburðanna. Þessi meðferð hefur byggst á þeirri trú að einstaklingum létti við að fá útrás fyrir geðshræringu sína og færa í orð tilfinningalega upplifun atburða. Ýmsir hafa á síðustu árum reynt að meta gildi þessa.

Viðrun tilfinninga innan 24-48 klukkustunda frá atburði:

- rifja upp og endurmeta ógnvænlega reynslu,
- hvetja fólk til að tjá og túlka tilfinningar sínar,
- hvetja fólk til að vinna með reynslu sína af skynsemi,
- gefa ráð og upplýsingar um venjuleg tilfinningaleg viðbrögð, gildi þess að tala um reynslu sína og
- hverfa aftur í skrefum til venjulegra lífshátta.

Áður en ákveðið verður að nota aðferðina almennt í stórum stíl þarf að bíða ítarlegri rannsókna, sem gefa okkur svör um hvernig, hvar og hvenær eigi að vinna á þennan hátt. Þá hafa komið fram vísbendingar um að viðrun tilfinninga geti verið skaðleg, ef hún fer ekki fram af kunnáttusemi og með mikilli gát (28-30).

Lyf geta komið að gagni til að draga úr einkennum. Þau geta dregið úr kvíðaeinkennum, auk þess geta þau dugað vel við hvers konar fylgigeðkvillum. Huga þarf sérstaklega að fólki sem hættir til misnotkunar lyfja og vímuefna. Helstu lyf sem reynd hafa verið eru SSRI lyf, þríhringlaga geðdeyfðarlyf, jafnlyndislyf og kvíðastillandi lyf. Þegar takast þarf á við síðkomna áfallastreitu er lyfjum almennt beitt samhliða annarri meðferð svo sem kvíðastjórn og hugrænni atferlismeðferð.

Svo virðist sem hugræn atferlismeðferð eða áþekkar aðferðir eigi rétt á sér fram yfir aðrar aðferðir til að minnka líkur á langvinnri áfallastreitu. Slík aðferð kann ennfremur að minnka verulega hættu á þunglyndi síðar því svo virðist sem þunglyndi fylgi gjarnan í kjölfar yfirþyrmandi áfallastreituheilkenna (31). Markmið meðferðarinnar er að létta vanlíðan og losna úr viðjum fortíðar og einnig að bæta almennt sjálfstraust, virkni og ná stjórn á mannlegum samskiptum. Reynt er að fá fólk til að takast á við lífið og þjálfa sig í félagslegri færni (32).

Hugræn atferlismeðferð er kjarni þeirrar meðferðartækni, sem mælt er með og sýnist geta skilað árangri. Markmið meðferðarinnar eru eftirfarandi:

- að fræðast,
- takast á við áreiti,
- ná stjórn á viðbrögðum sínum undir hæfilegu álagi og
- endurmeta tengsl milli sársaukafullrar reynslu og áreita nútímans (33).

Lögð er áhersla á að upplýsa fólk um eðli áfallastreitu og skýra hvernig ýmiss konar viðbrögð og vanlíðan megi rekja til lífsreynslu fortíðarinnar. Bent

er á hve tilfinningalegt ójafnvægi er skaðlegt ekki síst í mannlegum samskiptum. Þá er mikilvægt að sjúklingurinn geri sér grein fyrir þeim áreitum sem vekja upp óviðeigandi viðbrögð. Reynt er að stuðla að bættu sjálfsmati og sjálfsstjórn með því að hjálpa sjúklingi að horfast í augu við vanmátt sinn og smán, sigrast á áfallatengdum ótta, læra að ná stjórn á óhóflegum tilfinningalegum viðbrögðum og sjúklegum varnarháttum.

Þessu er hægt að ná með því að kenna sjúklingum að ná stjórn á kvíða, mynda traust meðferðarsamband og takast á við áreiti. Hér er átt við nokkurs konar afnæmismeðferð þar sem fólk tekst á við hæfileg áreiti í huganum eða á vettvangi og reynir að ná valdi á upprifjunum og kvíðaviðbrögðum. Listin er að sjúklingar þurfi ekki að endurupplifa áfallið af fullum styrk en heldur ekki einangra minningarnar í einhverjum afkima sem opnast af minnsta tilefni. Undirbúningur felst í að auka skilning á að þrátt fyrir áreiti eigi kvíðaviðbrögð og önnur óhagstæð viðbrögð ekki við. Með þessum æfingum er stefnt að því að auka þol gagnvart minningum og tilfinningum.

Þannig lærir sjúklingur að stjórna viðbrögðum og athöfnum sínum þannig að minningarnar missi vald sitt, þær virkist ekki af áreitum dagsins og valdi geðbrigðum og athöfnum, sem eru úr takt við nútíðina. Leitast er við að fá fólk til að takast á við verkefni sem það ræður við og veitir því hamingjutilfinningu, til dæmis að rækta garðinn sinn, líkamsrækt, líknarstörf og fleira. Markmið þessarar meðferðar er ekki einungis að sefa ýmsa vanlíðan heldur ekki síður að bæta almennt sjálfstraust, virkni og ná tökum á mannlegum samskiptum.

Kvíðastjórn næst með slökun og öndunaræfingum, jákvæðum hugsunum í stað neikvæðra og með því að bægja frá sér óvelkomnum hugsunum ásamt æfingu í tjáningu óska, skoðana og tilfinninga.

Eins og í öðrum lækningum vegur þyngst traust samband sjúklings og hjálparmanns hans. Slíkt traust er forsenda þess að komið verði við meðferð, sem líkleg sé að skila árangri. Sá sem veitir meðferð þarf að gæta sín á þeirri tilfinningu, sem sjúklingurinn kemur inn hjá honum, að ástandið sé vonlaust. Sá er hjálpar er ekki einungis að taka við því, sem sjúklingurinn segir og gefur til kynna, heldur sá er skilar til baka jákvæðum skilaboðum til að örva uppbyggingu í stað niðurrifs. Tengsl við lækninn er mikilvægur liður meðferðarinnar, sem getur orðið græðandi og gjöful lind, sem sjúklingur lærir að nýta sér undir ýmsum kringumstæðum lífsins til að lagfæra óviðeigandi og eyðileggjandi venjur í sínu daglega lífi (33).

Áhugaleysi og lélegt sjálfsmat minnka líkur á að fólk geti tileinkað sér meðferð af þessu tagi. Vanhæfni að þekkja og tjá tilfinningar getur verið óyfirstíganlegur þröskuldur. Mikil hætta er á gagnúð og andúð í meðferð. Almenn hnignun í hegðun og hvatastjórn reynir mjög á meðferðarsamband. Þannig getur virst að sjúklingurinn vilji viðhalda óbreyttu ástandi, varpi af sér allri ábyrgð og láti skeika að sköpuðu hverjar afleiðingar hegðunar hans verða. Þá virðist fólk með áfallaröskun oft eiga í miklum vandræðum með kvíðastjórn og vera ófærir um að stunda nokkra slökun að gagni (34).

Umræða

Hér hefur verið vakin athygli á að langt er síðan menn fóru að velta fyrir sér afleiðingum harðræðis og skelfilegrar lífsreynslu á geðheilsu og færni. Rétt er að benda á, að í fyrri heimsstyrjöldinni var þegar fyrir hendi mikil þekking um áfallsstreitu samanber skrif Russels (10). Hann áttaði sig ekki einvörðungu á afleiðingum hermennskunnar, heldur gerði hann sér einnig ljósa grein fyrir ýmsum veikleikum og samhengi, sem skipta máli fyrir það, hvort menn gefast upp. Hann benti ennfremur á mikilvægi styrkleika einstaklinga og þjálfunar þeirra. Þá dró hann í efa gildi ýmissa hugmynda um meðferð, sem höfðu verið að ryðja sér til rúms, meðal annars ýmsar tegundir sállækninga, en skildi vel mikilvægi trausts meðferðarsambands ekki síður en þekkingar læknisins.

Eitinger (14,15) lagði með rannsóknum sínum eftir síðari heimsstyrjöldina grunn að líffræðilegri skýringu á þróun áfallastreitu. Hann gerði sér ljósa grein fyrir afleiðingum langvinnrar áfallastreitu, skerðingu verklegrar og félagslegrar færni og truflun lífsgæða.

Síðari tíma rannsóknir byggja á og staðfesta margt af niðurstöðum þessara frumkvöðla. Þannig hefur áhersla verið lögð á líffræðilega þætti í leit að skýringu á áfallastreitu. Niðurstöður þeirra rannsókna eru ekki raktar hér en ættu að vera áhugasömum auðfundnar. Auðsæranleiki er mjög mikilvægt rannsóknarefni til að velja úr þá sem eru í hættu varðandi óheillavænlega sjúkdómsþróun. Hjálp þarf að skipuleggja út frá þörfum hvers og eins en ekki sem staðlaða aðgerð fyrir alla.

Þrátt fyrir mikla áherslu á ýmiss konar meðferðarúrræði er langt í frá ljóst, hvernig meðferð verður best hagað. Engin meðferð er þekkt, sem hægt er að líta á sem fullnægjandi úrræði varðandi áfallastreitu. Margir rannsakendur hafa varað við að kafa of langt niður í sálarlíf fólks í þeim tilgangi að rifja upp minningar og tilfinningar löngu liðinnar lífsreynslu. Bent hefur verið á vanhæfni þessara sjúklinga að gera sér grein fyrir og orða tilfinningar sínar. Tilfinningaleg viðrun getur leitt til versnunar sállíkamlegra einkenna sjúklinga með áfallastreitu (34) en sumir höfundar sem skrifað hafa yfirlit um efnið hafa beinlínis mælt gegn kerfisbundinni notkun slíkrar meðferðar í kjölfara áfalla (35). Hins vegar er ljóst að gildi meðferðar, eins og hugrænnar atferlismeðferðar,

er verulegt í meðferð áfallastreitu, en þetta meðferðarform hefur viðamikið notagildi í meðferð vægari kvíðaraskana (36) og ætti því í grunnatriðum að vera á þekkingarsviði heimilislækna.

Í þessari grein hefur lítið verið fjallað um lyf og kann það að vekja upp spurningar lesenda. Margt hefur verið ritað um einkennamiðaða lyfjameðferð hjá sjúklingum með áfallastreitu. Þar hefur einkum verið miðað við þarfir þeirra sjúklinga, sem þrátt fyrir öll venjuleg bjargráð, hafa ekki náð bata og þurft á meðferð geðlækna að halda.

Enn eru margvíslegar efasemdir um gildi greiningarinnar áfallastreita og eins víst að skilmerki eigi eftir að breytast. Mörgum spurningum er enn ósvarað, þar má meðal annars nefna:

Er einhver einkennaheild sem með vissu er hægt að tengja áföllum?

Er nokkur sá sem ekki á í lífi sínu geymslusjóð erfiðrar lífsreynslu, sem alltaf má tengja geðröskunum af ýmsu tagi síðar, með réttu eða röngu?

Er ekki hugsanlegt í sumum tilvikum að erfðir persónuleikaþættir fólks eigi ekki síður þátt í að það lendir í alls kyns áföllum heldur en að áföllin sem slík móti persónuleikann?

Er ekki hugsanlegt einnig að aðrar geðraskanir geri menn sérlega næma fyrir hörmulegri reynslu og um leið óheyrilega næma fyrir versnandi geðheilsu í kjölfar áfalla?

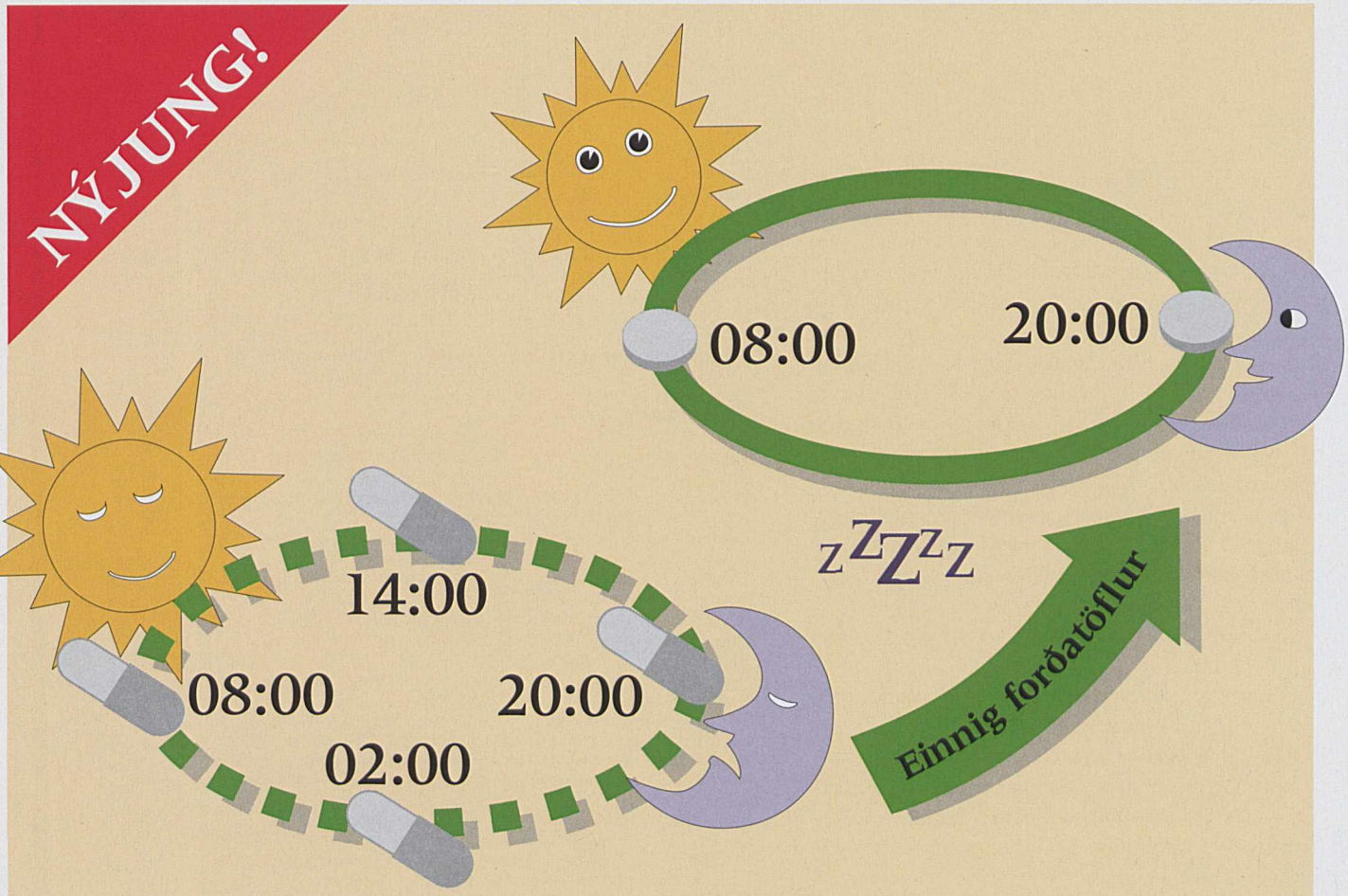
Af þessum spurningum má ráða að enn er mikið efni til rannsókna á þessu litrófi mannlegra þjáninga.

Þakkir

Sérstakar þakkir til dr. Lars Weisæths prófessors við Katastrofecentret við háskólasjúkrahúsið í Osló fyrir lestur greinarinnar og góðar ábendingar, einkum er varðar sögu greiningarinnar, meðferð og val heimilda. Þá viljum við ekki síður þakka dr. Tómasi Helgasyni, fyrrum prófessor geðdeildar Landspítalans, fyrir þá alúð, sem hann hefur lagt í yfirlestur greinarinnar. Ábendingar hans um efni og stílbrögð hafa reynst okkur afar gagnlegar.

Heimildir

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1980.
2. Líndal E, Stefánsson JG. A national study of longtime effects of accidents at sea on health and social well-being of seamen. Section Symposium from Epidemiologi to Clinical Practice [abstract]. Turku: University of Turku; 1999: 106.
3. Ásmundsson G, Oddsson Á. Áfallaröskun eftir snjóflóðin á Vestfjörðum. Sálfræðiritið 2000; 6: 9-26.
4. Solomon SD, Davidson RT. Trauma: Prevalence, Impairment, Service Use, and Cost. J Clin Psychiatry 1997; 58/Suppl 9: 3-11.
5. Erichsen JE. On concussion of the spine, nervous shock and other obscure injuries to the nervous system in their clinical and medicolegal aspects. New York: William Wood; 1866. Cited in: van der Kolk BA, et al (6).
6. van der Kolk BA, Mc Farlane AC, van der Hart O. History of Trauma in Psychiatry. In: van der Kolk, McFarlane AC, Weisæth L, eds. Traumatic Stress. New York, London: The Guilford Press; 1996: 48-59.
7. Da Costa JM. On Irritable heart. Am J Med Sci 1871 (Jan): 2-52.
8. Stierlin E. Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. Dtsch Med Wochenschr 1911; 37: 2028-35. Cited in: van der Kolk BA, et al (6).
9. Myers CS. A contribution to the study of shell shock. Lancet 1915: 316-20. Cited in: van der Kolk BA, et al (6).
10. Russel CK. War Neuroses, some views on diagnosis and treatment. Arch Neurol Psychiatry 1919: 25-38.
11. Kardiner A. The traumatic neuroses of war. New York: Hoeber; 1941. Cited in: van der Kolk BA, et al (6).
12. Helweg L, Hoffmeyer H, Kieler J, Thaysen EH, Thaysen JH, Thygesen P, et al. Famine disease in German Concentration Camps Complications and Sequels. Acta Psyhciatr Neurol Scand 1952; 69/Suppl 83: 235-50.
13. Malt UF, Weisæth L. Disaster psychiatry and traumatic stress studies in Norway. Acta Psychiatr Scand 1989; 355/Suppl 80: 7-12.
14. Eitinger L. Pathology of the Concentration Camp Syndrome. Arch Gen Psychiatry 1961; 5: 79-87.
15. Eitinger L. The Symptomatology of Mental Disease among Refugees in Norway. J Mental Sci 1960; 106: 947-66.
16. Weisæth L. A study of behavioral responses to an industrial disaster. Acta Psychiatr Scand 1989; 355/Suppl 80: 13-24.
17. Foa EB, Davidson JRT, Frances A. Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. Guidelines. J Clin Psychiatry 1999; 60/Suppl 16: 6-11.
18. Weisaeth L. PTSD: The stressor response relationship: Bailliére´s Clin Psychiatry 1996; 2: 191-217.
19 The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders. Geneva: World Health Organization; 1992: 145-153.
20. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994: 424-32.
21. McFarlane AC, Yehuda R. Resilience, Vulnerability, and the Course of Posttraumatic Reactions. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisæth L, eds. Traumatic Stress. New York, London: The Guilford Press; 1996: 169-72.
22. van der Kolk BA. The Complexity of Adaptation to Trauma. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisæth L, eds. Traumatic Stress. New York, London: The Guilford Press; 1996: 199-205.
23. Weisæth L. The stressors and the post-traumatic stress syndrome after an industrial disaster. Acta Psychiatr Scand 1989; 355/ Suppl 80; 25-37.
24. Ersland S, Weisæth L, Sund A. The stress upon rescuers involved in an oil rig disaster. "Alexander L. Kielland" 1980. Acta Psychiatr Scand 1980; 355/Suppl 80: 38-49.
25. Weisaeth L. PTSD; vulnerability and protective factors. Bailliére´s Clin Psychiatry 1996; 2: 217-28.
26. McFarlane A. The longitudinal course of trauma. Bailliére´s Clin Psychiatry 1996; 2: 353-67.
27. Tómasson K. Áfallastreita. Geðvernd 1992; 23: 15-9.
28. Bisson JI, Jenkins PL, Alexander J, Bannister C. Randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of acute burn trauma. Br J Psychiatry 1997; 171: 78-81.
29. Hobbs M, Mayou R, Harrison B, Worlock P. A randomized controlled trial of psychological debriefing for victims of road traffic accidents. Br Med J 1966; 313: 1438-9.
30. Solomon SD. Intervention for acute trauma response. Curr Op Psychiatry 1999; 12: 175-80.
31. Bryant RA, Harvey AG, Dang ST, Sackville T, Basten C. Treatment of Acute Stress Disorder: A Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Supportive Counseling. J Consult Clin Psychol 1998; 66: 862-6.
32. van der Kolk BA, Mc Farlane AC, van der Hart O. A General Approach to Treatment of Posttraumatic Stress Disorder. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisæth L, eds. Traumatic Stress. New York London: The Guilford Press; 1996: 417-34.
33. Roth S, DeRosa RR, Turner K. Cognitive-behavioral interventions for PTSD. Bailliére´s Clin Psychiatry. 1996; 2: 281-96.
34. Gabbard GO. Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: Am Psych Press 1994; 37: 273-8.
35. Wessely S, Rose S, Bisson J. Brief psychological interventions ("debriefing") for trauma-related symptoms and the prevention of post traumatic stress disorder. Cochrane Database Syst Rev 2000; (2): CD000560.
36. Andrews G, Crino R, Hunt, Lampe L, Page A. The treatment of anxiety disorders. New York: Cambridge University Press; 1994.



Tramadol hylki 3-4 sinnum á sólarhring

NOBLIGAN® RETARD

KVÖLDS OG MORGNA

NOBLIGAN® RETARD TRAMADÓL

FORÐATÖFLUR: N 02 A X 02 (Nobligan retard) △ RE. Hver forðatafla inniheldur: Tramadolum INN, klóríð, 100 mg, 150 mg eða 200 mg. **Ábendingar:** Miklir eða meðalsvæsnir verkir. **Skammtar og lyfjagjöf:** Venjulegur upphafsskammtur er 100 mg tvisvar sinnum á dag, kvölds og morguns. Ef verkjastilling er ekki nægileg má breyta skammtinum í 150 mg eða 200 mg tvisvar sinnum á dag. Töflurnar á að gleypa heilar. Lyfið á ekki undir nokkrum kringumstæðum að nota lengur en nauðsynlegt er. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 15 ára. **Frábendingar:** Ekki má nota lyfið ef þekkt er ofnæmi fyrir tramadóli eða einhverju öðru innihaldsefni lyfsins, við bráða eitrun af völdum áfengis, svefnlyfja, deyfingarlyfja, ópíóíða eða geðlyfja og við samhliða notkun MAO-hemla eða ef slík lyf hafa verið tekin síðustu 14 dagana. Ekki má nota lyfið til að venja af notkun ávana- og fíknisefna. **Varnarorð og varúðarreglur:** Sérstakrar varúðar skal gæta við meðferð sjúklinga sem háðir eru ópíóíðum, sjúklinga með höfuðáverka, sjúklinga sem eru í losti eða með skerta meðvitund af óþekktum orsökum, sjúklinga með öndunartruflanir og við aðstæður þar sem þrýstingur innan höfuðkúpu er aukinn. Sjúklingar með flogaveiki eða með hættu á krampaflogum á ekki að meðhöndla með lyfinu nema í undantekningartilvikum. Tramadól hefur væg vanabindandi áhrif. Þol, andlegur og líkamlegur ávani getur myndast við langtímanotkun. Sjúklingum með tilhneigingu til misnotkunar eða ávana á einungis að gefa lyfið í skamman tíma og undir nákvæmu lækniseftirliti. Tramadól er ekki ætlað sem stuðningslyf fyrir ópíóíðháða sjúklinga. **Milliverkanir:** Samhliða gjöf lyfsins og annarra lyfja sem virka á miðtaugakerfið, þ.á.m. alkóhóls getur aukið áhrif á miðtaugakerfið. Samhliða eða fyrri gjöf karbamazepíns (enzýmörvandi) getur dregið úr verkjastillandi áhrifum og stytt verkunartímann. Við samhliða gjöf sértækra serótónínblokka, þríhringlaga geðdeyfðarlyf, geðlyfja og krampastillandi lyfja getur tramadól valdið eða aukið hættu á krömpum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Reynsla af meðferð hjá þunguðum konum er takmörkuð og þess vegna eiga þungaða konur ekki að nota lyfið. Ekki er ráðlegt að nota lyfið við brjóstagjöf. **Áhrif á akstur og stjórnun vinnuvéla:** Lyfið getur dregið úr viðbragðsflýti einnig við venjulega skammta. **Aukaverkanir:** Ógleði og svimi koma oft fyrir (yfir 10%). *Algengar aukaverkanir (1-10%)* eru uppköst, hægðatregða, aukin svitamyndun, munnþurrkur, höfuðverkur og syfja. *Sjaldgæfar (<1%)* aukaverkanir eru áhrif á hjarta- og æðakerfi, köfnunartilfinning, erting í meltingarfærum og húðviðbrögð. *Í mjög sjaldgæfum tilvikum (<0,1%)* geta komið fram máttleysi, breytingar á matarlyst og truflanir á tæmingu þvagblöðru. Í einstaka tilvikum geta komið fram skapbreytingar, breytingar á virkni, breytingar á vitsmuna- og skyngetu, ofnæmisviðbrögð og bráðaofnæmi. Krampar, hækkun blóðþrýstings, hægur hjartsláttur, öndunarbæling og vanabinding. **Markaðsleyfishafi:** Grünenthal GmbH, Þýskalandi. **Umboðsaðili á Íslandi:** Pharmaco hf. Hörgatún 2, Garðabær. **Pakkningar og verð 1. janúar 2001:** Forðatöflur: 100 mg: 20 stk. (þynnupakkað) kr. 1.694,- ; 100 stk. (þynnupakkað) kr. 5.520,- ; 150 mg: 20 stk. (þynnupakkað) kr. 2.389,- ; 100 stk. (þynnupakkað) kr. 7.522,- ; 200 mg: 20 stk. (þynnupakkað) kr. 2.882,- ; 100 stk. (þynnupakkað) kr. 9.649,- Stytting á Sérlyfjaskrártexta 07.2000. Hægt er að nálgast Sérlyfjaskrártextann í fullri lengd hjá Lyfjaumboðsdeild Pharmacia, Pharmaco hf.

Hjáverkanir eftir mænumyndatöku af lendhrygg

Framskyggn athugun á sjúklingum utan spítala

Örn Thorstensen,

Gróa Þorsteinsdóttir,

Halldór Benediktsson

Ágrip

Inngangur: Frá því farið var að framkvæma mænumyndatökur hefur innlögn á sjúkrahús lengst af verið talin sjálfsögð vegna hættu á hjáverkunum. Tíðni og alvarleiki hjáverkana minnkaði verulega þegar notkun vatnsleysanlegra skuggaefna hófst og í dag eru þessar rannsóknir framkvæmdar án innlagnar á mörgum myndgreiningardeildum.

Markmið rannsóknarinnar var að athuga hjáverkanir og óþægindi eftir mænumyndatöku af lendhrygg hjá sjúklingum án innlagnar. Myndatakan fór fram á myndgreiningardeild Sjúkrahúss Reykjavíkur.

Efniviður og aðferðir: Upplýsingum var safnað á framskyggnan hátt hjá sjúklingum sem vísað var til mænumyndatöku af lendhrygg á fimm mánaða tímabili, frá 1. janúar til 31 maí 1995.

Allar rannsóknirnar voru framkvæmdar á sama hátt. Mænuástunga var oftast gerð á liðþófabilinu L3/L4. Ávallt var notað sama magn joðs í mænugöng. Sjúklingum var leyft að sitja á biðstofu og hreyfa sig að vild en þeir voru undir eftirliti á deildinni í þrjár klukkustundir frá lokum rannsóknarinnar.

Sjúklingar svöruðu þremur spurningalistum. Þar var kannað ástand fyrir rannsókn, strax á eftir og að tveimur sólarhringum liðnum. Einnig var athugað heildarmat á óþægindum svo og hvort farið var að fyrirmælum um eftirmeðferð.

Niðurstöður: Rannsóknin tók til 99 sjúklinga. Heildarsvörun við spurningum var frá 89-97%.

Flestir fengu fyrirmæli í lok rannsóknar og fóru eftir þeim.

Í lok rannsóknarinnar höfðu í heild 44% sjúklinganna kvartað um höfuðverk, 23% um ógleði og 44% um verk á stungustað. Að tveimur sólarhringum liðnum höfðu 33% höfuðverk, 10% ógleði og 36% verk á stungustað.

Fyrir rannsóknina voru 93% sjúklinganna með bakverk, 86% með verk í læri/lærum og 77% með verk í kálfa/kálfum. Strax eftir rannsóknina voru 54%, 71% og 66% með verk í baki, læri/lærum eða kálfa/kálfum. Að tveimur sólarhringum liðnum höfðu 75% bakverk. Langflestir eða 83% töldu rannsóknina óþægindalitla.

Ályktun: Tíðni hjáverkana vegna mænumynda-

Myndgreiningardeild Sjúkrahúss Reykjavíkur. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Örn Thorstensen myndgreiningardeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. Netfang: ornthors@landspitali.is

Lykilorð: *mænumyndataka, hjáverkanir, Iohexol.*

ENGLISH SUMMARY

Thorstensen Ö, Þorsteinsdóttir G, Benediktsson H

Side effects after lumbal myelography. A prospective study of outpatients

Læknablaðið 2001; 87: 293-6

Introduction: Since myelography was first introduced, hospitalization has been considered necessary. The incidence of side effects and their severity is considerably less since the introduction of water-soluble contrast media, and today the procedure is carried out on outpatients in many X-ray departments.

The aim of this study was to examine the incidence of side effects after lumbal myelography performed at the Radiological Department of Reykjavík City Hospital.

Material and methods: Patients referred for lumbal myelography during a five month period from January to May 1995 were included in the study group. All data were prospectively collected.

All procedures were carried out in the same way. The injection was most often between the lumbar vertebrae L3/L4. The same quantity of iodine was used in each case. After the examination, patients were permitted to sit in the waiting room and move about freely, but remained under the supervision of the department for three hours.

Patients answered three questionnaires regarding their condition before the examination, after, and again two days later, to obtain a general assessment of the total discomfort and also to see whether they had followed directions.

Results: Ninety nine patients were included in the study. The total response rate was 89-97%. Most patients were given instructions at the end of the procedure and followed those directions. At the end of the procedure totally 44% of the patients had complaints of headache, 23% of nausea and 44% of pain at the injection site. Before the procedure 93% of the patients had complaints of pain in the back, 86% in the thighs and 77% had complaints of pain in the calves. Immediately after the procedure 54%, 71% and 66% had complaints of pain in the back, thighs or calves. Two days days later 75% had complainst of pain in the back. The large majority of the patients, or 83%, viewed the procedure as having caused little discomfort.

Conclusions: The incidence of side effects from lumbal myelography performed at the X-Ray Department of Reykjavík City Hospital is within acceptable limits.

Key words: *myelography, adverse effects, Iohexol.*

Correspondence: Örn Thorstensen. E-mail: ornthors@landspitali.is

töku af lendhrygg, sem framkvæmd var á myndgreiningardeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, er innan viðunandi marka.

Inngangur

Árið 1919 var mænumyndataka kynnt í fyrsta sinn. Í áranna rás hafa margar gerðir skuggaefna verið notaðar. Fyrstu skuggaefnin höfðu háa tíðni hjáverkana og sumar alvarlegar (1,2). Eftirlit á sjúkrastofnun hefur því lengst af verið talið nauðsynlegt að rannsókn lokinni (3,4). Með nýjum tegundum vatnsleysanlegra skuggaefna hefur tíðni hjáverkana minnkað (5-8) og á seinni árum hafa birst niðurstöður rannsókna þar sem færð eru rök fyrir því að óhætt sé að gera þessar rannsóknir án innlagnar (9-12).

Með síðari ára framförum í myndgreiningu, einkum með tilkomu tölvusneiðmynda og síðar segulómunar, hefur þörfin á mænumyndatöku minnkað. Árið 1997 voru framkvæmdar 262 slíkar rannsóknir á myndgreiningardeild Sjúkrahúss Reykjavíkur (SHR) en 241 árið 1999. Þessi inngrip eru nánast undantekningarlaust gerð sem hluti rannsóknar á lendhrygg sem felst í mænumyndatöku og síðan tölvusneiðmynd en svo er einnig víða annars staðar (13,14).

Þeirri reglu var lengst af fylgt á Borgarspítalanum og síðar Sjúkrahúsi Reykjavíkur að sjúklingar voru lagðir inn til eftirlits í sólarhring að lokinni mænumyndtöku. Þessu hefur verið breytt og eru rannsóknirnar nú nær undantekningarlaust gerðar án innlagnar.

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna tíðni hjáverkana og óþæginda eftir mænumyndatökur af lendhrygg, framkvæmdar á myndgreiningardeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, meðal sjúklinga án innlagnar.

Efniviður og aðferðir

Sjúklingar, sem vísað var til myndgreiningardeildar Sjúkrahúss Reykjavíkur á fimm mánaða tímabili frá 1. janúar til 31. maí 1995 til mænumyndatöku af lendhrygg, voru beðnir um að taka þátt í þessari rannsókn. Sjúklingar, sem af einhverjum ástæðum þurfti að leggja inn eða lágu inni á sjúkrastofnun þegar rannsóknin var gerð, voru útilokaðir frá þátttöku. Rannsóknin var gerð með vitund og munnlegu samþykki þátttakenda.

Allar rannsóknirnar voru framkvæmdar á sama hátt. Ekki var krafist neins sérstaks undirbúnings. Í byrjun var framkvæmd og eðli rannsóknarinnar útskýrð fyrir sjúklingi. Ástunga á mænugöngum var gerð við dauðhreinsaðar aðstæður og oftast á liðþófabilinu L3/L4 en á öðrum liðbilum eftir atvikum. Möguleiki var á skyggningu og var hún notuð ef þess var þörf. Sama tegund og stærð mænunálar var ávallt notuð (0,7 mm, 22 G, Quincke). Stunga var framkvæmd með sjúkling liggjandi á hlið með hné dregin að bringu eða á grúfu með kodda undir maga. Í einstaka tilfellum var gefin staðdeyfing í húð með Xylocain®, 20 mg/ml. Ávallt voru notaðir 15 ml af Omnipaque®,180 mgI/ml. Þannig fengu allir sjúklingar sama magn joðs í mænugöng. Höfuðgafl var reistur í 15-20° við inndælingu skuggaefnisins. Auk venjulegarar mænumyndatöku var keila (conus) skoðuð með því færa skuggaefni á það svæði. Þetta var gert með því að lækka höfuðgafl. Strax eftir mænumyndatöku var gerð tölvusneiðmynd af lendhrygg. Sjúklingum var vísað á biðstofu og leyft að hreyfa sig að vild að rannsókn lokinni. Sjúklingar voru undir eftirliti á deildinni í þrjár klukkustundir frá mænugangaástungunni. Að þeim tíma liðnum var heimferð leyfð.

Engin sérstök fyrirmæli voru gefin um mataræði eða vökvainntöku. Munnleg fyrirmæli voru gefin um hvíld það sem eftir var dags, jafnframt var sjúklingum ráðlagt var að hafa hátt undir höfði þegar lagst var út af.

Þeir sjúklingar, sem tóku þátt í þessari rannsókn, fengu þrjá númeraða spurningalista án allra persónuupplýsinga merkta I, II og III. Spurningalista I svaraði sjúklingur fyrir rannsókn og spurningalista II strax að rannsókn lokinni. Spurningalista III svaraði sjúklingur tveimur sólarhringum síðar og póstsendi til myndgreiningardeildarinnar. Í spurningalista I var ástand sjúklings fyrir rannsóknina kannað. Spurt var um höfuðverk, verk í baki, læri/lærum, kálfa/kálfum og var gefinn kostur á já eða nei svari. Þessum einkennum var fylgt eftir með sams konar spurningum í spurningalistum II og III. Ef verkur var fyrir hendi var kannað hvort líðan væri óbreytt eða verri en fyrir rannsóknina. Í spurningalistum II og III var bætt við spurningum um ógleði og verk á stungustað. Ef svarað var játandi í spurningalista III var kannað hvort ástand hefði verið viðvarandi frá rannsókn. Gefinn var kostur á að merkja við já eða nei í hverju tilviki fyrir sig. Beðið var um mat á heildaróþægindum vegna rannsóknarinnar með tvennum hætti í spurningalista II. Annars vegar með því að merkja við eitthvað af eftirfarandi: engin óþægindi, lítil óþægindi, mikil óþægindi og hins vegar með því að gefa einkunn á 10 sm langan, línulegan kvarða (Visual Analog Scale, VAS). Sjúklingarnir settu strik á kvarðann og var einkunn mæld með reglustiku frá núllpunkti að striki. Merki við núllpunktinn samsvaraði engum óþægindum en óbærilegum við töluna 10. Í spurningalista III var einnig kannað hvort sjúklingar hefðu fengið fyrirmæli um eftirmeðferð og hvort farið hefði verið eftir þeim fyrirmælum.

Allar rannsóknirnar voru framkvæmdar af sérfræðingum í geislagreiningu.

Niðurstöður

Í rannsóknarhópnum var 101 sjúklingur. Einn neitaði þátttöku og eina rannsókn tókst ekki að framkvæma. Rannsóknin tók því til 99 sjúklinga, 56 karla og 43 kvenna. Meðalaldur var 46,8 ár (21-82).

Alls svöruðu 97% spurningalista I, 96% spurningalista II og 89% spurningalista III. Vafasvör voru ekki talin með.

Af 86 sjúklingum sem svöruðu sögðust 82 (95%) hafa fengið fyrirmæli um eftirmeðferð. Fjórir sjúklingar töldu sig engin fyrirmæli hafa fengið og einn kvaðst ekki hafa farið að fyrirmælum.

Í lok rannsóknarinnar höfðu í heild 44% sjúklinganna kvartað um höfuðverk, 23% um ógleði og 44% um verk á stungustað (tafla I). Enginn hafði þessar kvartanir fyrir rannsóknina (tafla I). Hjá nokkrum byrjuðu einkennin strax að rannsókn lokinni (tafla I). Að tveimur sólarhringum liðnum höfðu 33% höfuðverk, 10% ógleði og 36% verk á stungustað (tafla I). Viðvarandi höfuðverkur var fyrir hendi hjá 19% sjúklinganna og ógleði hjá 1%. Stöðugur verkur á stungustað var fyrir hendi hjá 26% sjúklinganna (tafla I).

Fyrir rannsóknina voru 93% sjúklinganna með bakverk, 86% með verk í læri/lærum og 77% með verk í kálfa/kálfum. Strax eftir rannsóknina voru 54%, 71% og 66% með verk í baki, læri/lærum eða kálfa/kálfum (tafla IIA). Að tveimur sólarhringum liðnum höfðu 75% bakverk. Hjá 58% hafði verkurinn verið viðvarandi (tafla IIA). Strax að lokinni rannsókn var verkur óbreyttur í baki hjá 32% en hafði versnað hjá 22% sjúklinganna. Hjá 46% sjúklinganna var verkur í læri/lærum óbreyttur en verri hjá 24%. Verkur í kálfa/kálfum var óbreyttur hjá 45% sjúklinga en verri hjá 21% (tafla IIB).

Við mat, gert strax að rannsókn lokinni, töldu 83% sjúklinganna rannsóknina annað hvort vera án óþæginda eða óþægindalitla (tafla III), en 17% sjúklinganna töldu sig verða fyrir miklum óþægindum (tafla III). Mat sjúklinganna á óþægindum, gefið með merkingum á línulegan kvarða, voru á bilinu 0,1 til 7,9, en meðaltal var 2,2 og miðgildi 1,3.

Tafla I. *Hlutfall þeirra sjúklinga sem höfðu kvartanir, fyrir og/eða eftir mænumyndatöku af lendhrygg.*

	Fyrir rannsókn	Heildarfjöldi sjúklinga sem höfðu kvartanir	Strax að lokinni rannsókn	Að liðnum tveimur sólarhringum	Viðvarandi í tvo sólarhringa
Höfuðverkur	0	44%	21%	33%	19%
Ógleði	0	23%	9%	10%	1%
Verkur á stungustað	0	44%	23%	36%	26%

Tafla IIA. *Hlutfall þeirra sjúklinga sem höfðu kvartanir, fyrir og/eða eftir mænumyndatöku af lendhrygg. Skyggðir reitir tákna að ekki var spurt um þau atriði.*

	Fyrir rannsókn	Strax að lokinni rannsókn	Að liðnum tveimur sólarhringum	Viðvarandi í tvo sólarhringa
Bakverkur	93%	54%	75%	58%
Verkur í læri/lærum	86%	71%		
Verkur í kálfa/kálfum	77%	66%		

Tafla IIB. *Hlutfall þeirra sjúklinga sem höfðu kvartanir, strax að lokinni mænumyndatöku af lendhrygg.*

	Óbreytt líðan	Verri líðan
Bakverkur	32%	22%
Verkur í læri/lærum	46%	24%
Verkur í kálfa/kálfum	45%	21%

Tafla III. *Mat sjúklinga á heildaróþægindum eftir mænumyndatöku af lendhrygg.*

Óþægindalaus	16%
Lítil óþægindi	67%
Mikil óþægindi	17%

Umræða

Þrátt fyrir stöðuga þróun í gerð skuggaefna þá er heildartíðni hjáverkana enn há við mænumyndatöku (8). Hins vegar eru þær hjáverkanir sem rekja má beint til þeirra skuggaefna sem notuð eru í dag yfirleitt ekki alvarlegar þó slíkt sé vissulega til (8). Fleiri þættir en skuggaefni hafa áhrif. Þekkt er að hvers konar mænugangaástunga, til dæmis til sýnatöku eða deyfingar, getur valdið margvíslegum hjáverkunum (15,16). Í rannsókn á inniliggjandi sjúklingum frá 1981 er greint frá því að allt að 64% sjúklinga hafi fengið höfuðverk og 33% ógleði eftir mænumyndatöku (17). Í annarri svipaðri rannsókn er greint frá 75% tíðni höfuðverkja (4). Þetta er nokkuð hærri tíðni en fram kemur í okkar niðurstöðum. Það gæti skipt máli að eldri gerðir vatnsleysanlegra skuggaefna voru notaðar í þessum rannsóknum. Í samanburðarrannsókn frá 1989 kom fram allt að 50% tíðni höfuðverkja og um 20% tíðni ógleði. Enginn munur var á sjúklingum innan spítala og utan í þessari rannsókn (12). Í nýbirtri alþjóðlegri samanburðarrannsókn er greint frá rúmlega 35% tíðni höfuðverkja (8). Rannsóknin var gerð bæði á sjúklingum innan spítala og utan. Í yfirlitsgrein frá 1985 (18) á inniliggjandi sjúklingum er greint frá 19% tíðni höfuðverkjar. Þetta er lægri tíðni en fram kemur í niðurstöðum okkar. Í þremur síðasttöldu rannsóknunum voru notuð sams konar skuggaefni og svipaðri tækni beitt eins og gert var á myndgreiningardeild Sjúkrahúss Reykjavíkur, hins vegar var nokkur breytileiki á eftirmeðferð. Ekki kom fram hvort keila var skoðuð sérstaklega en það var alla jafna gert á myndgreiningardeild Sjúkrahúss Reykjavíkur. Þetta táknar að lækka þarf höfuðgafl til að koma skuggaefni á réttan stað sem eykur nokkuð hættu á höfuðverk (17,19). Þess var heldur ekki getið hvort tölvusneiðmynd fylgdi á eftir en slík rannsókn var framkvæmd á öllum sjúklingunum sem þátt tóku í þessari rannsókn, og eykur það enn á þessa áhættu (9). Há tíðni höfuðverkjar er því enn fylgifiskur þessarar rannsóknar-

aðferðar (20). Í rannsókn okkar voru aðeins gefin fyrirmæli um hvíld það sem eftir var dagsins en engin sérstök fyrirmæli um rúmlegu eða legu á grúfu. Niðurstöður þessar styrkja því tilgátu, sem sett hefur verið fram, að rúmlega á eftir mænuholsástungu breyti litlu um tíðni höfuðverkja (4,21). Orsök höfuðverkjar eftir mænuástungu er ekki alveg ljós. Sennileg skýring er lækkun þrýstings á mænuvökva vegna leka af völdum stungunnar (15). Blóðbót, sem er áhrifarík meðferð í erfiðum tilfellum, styður þessa kenningu (22). Þannig bendir ýmislegt til að þessi hjáverkun sé að minnsta kosti að hluta til orsök þeirrar tækni sem beitt er fremur en af völdum skuggaefnisins sjálfs.

Kvörtun um bakverk á eftir mænugangaástungu er algeng og þá oft talin af völdum stungunnar (16,23,24). Sýnt hefur verið fram á að enginn munur er á tíðni bakverkja milli sjúklinga innan spítala og utan eftir þessar rannsóknir (25). Í rannsókn birtri 1985 er sýnt fram á að 39% sjúklinga kvarta um bakverk á eftir rannsókninni, flestir mildan en nokkrir kvörtuðu um mikinn verk (11). Aukning á bakverk í 28% tilvika var niðurstaða annarrar rannsóknar frá 1986 (7). Það er sammerkt þessum rannsóknum að ekki er greint á milli verkja vegna stungu eða hugsanlegrar þrýstingsaukningar vegna inndælingar skuggaefnisins. Í athugun okkar kemur fram að þrátt fyrir að flestir hafi verk strax að lokinni rannsókn þá fækkar kvörtunum um verk í baki, læri/lærum eða kálfa/kálfum hjá nokkrum strax að lokinni rannsókn (tafla IIA) og það þrátt fyrir inndælingu skuggaefnis. Nokkir höfðu ekki fundið fyrir bakverk að tveimur dögum liðnum. Þetta er athyglisvert og ekki er á því sannfærandi skýring. Þessum sjúklingum var því miður ekki fylgt eftir lengur en í tvo sólarhringa en slíkt hefði verið áhugavert. Þrátt fyrir ítarlega leit höfum við ekki fundið sambærilegar niðurstöður í öðrum rannsóknum.

Einkunnagjöf á línulegan kvarða bendir til þess að þrátt fyrir tiltölulega háa tíðni hjáverkana sé rannsóknin ekki til mikilla óþæginda fyrir flesta sjúklinga. Hins vegar eru þessi óþægindi talsverð fyrir hluta þeirra og verður að hafa það í huga.

Lokaorð

Eftirlit með starfsemi og gæðum er nauðsynlegur þáttur í starfsemi myndgreiningardeilda. Rannsóknin sem hér er kynnt er liður í slíku eftirliti.

Við teljum að tíðni hjáverkana vegna mænumyndatöku sem framkvæmdar voru á myndgreiningardeild Sjúkrahúss Reykjavíkur sé innan viðunandi marka. Nú eru þessar rannsóknir framkvæmdar nánast undantekningarlaust án innlagnar.

Þakkir

Þakkir til röntgentækna deildarinnar svo og til starfsfólks í afgreiðslu en án hjálpar þeirra hefði rannsóknin ekki verið möguleg. Starfsfólk bókasafns Sjúkrahúss Reykjavíkur fær þakkir fyrir hjálp við öflun heimilda. Örn Smári Arnaldsson forstöðulæknir fær þakkir fyrir góðar ábendingar.

Heimildir

1. McKenzie GA. A review of myelography. Radiography 1973; 39: 79-91.
2. Peterson HO. The hazards of myelography. Radiology 1975; 115: 237-9.
3. Hauge O, Falkenberg H. Neuropsychologic reactions and other side effects after metrizamide myelography. Am J Roentgenol 1982; 139: 357-60.
4. Baker RA, Hillman BJ, McLennan JE, Strand RD, Kaufman SM. Sequelae of metrizamide myelography in 200 examinations. Am J Roentgenol 1978; 130: 499-502.
5. Dugstad G, Eldevik P. Lumbar myelography. Acta Radiol 1977; Suppl 355: 17-30.
6. Kieffer SA, Binet EF, Davis DO, Gabrielsen TO, Kido DK, Latchaw RE, et al. Lumbar myelography with iohexol and metrizamide: a comparative multicenter prospective study. Radiology 1984; 151: 665-70.
7. Hoe JW, Ng AM, Tan LK. A comparison of iohexol and iopamidol for lumbar myelography. Clin Radiol 1986; 37: 505-7.
8. Skalpe IO, Bonneville JF, Grane P, Gyldenstedt C, Otto B, Kristoffersen DT, et al. Myelography with a dimeric (iodixanol) and a monomeric (iohexol) contrast medium: a clinical multicentre comparative study. Eur Radiol 1998; 8: 1054-7.
9. Badami JP, Baker RA, Scholz FJ, McLaughlin M. Outpatient metrizamide myelography: prospective evaluation of safety and cost effectiveness. Radiology 1986; 158: 175-7.
10. Kostiner AI, Krook PM. Outpatient lumbar myelography with metrizamide. Radiology 1985; 155: 383-5.
11. Tate CFd, Wilkov HR, Lestrange NR, Gardiner HF, Stein KR. Outpatient lumbar myelography. Initial results in 79 examinations using a low-dose metrizamide technique. Radiology 1985; 157: 391-3.
12. Davies AM, Fitzgerald R, Evans N. Out-patient lumbar radiculography with iohexol. Clin Radiol 1989; 40: 413-5.
13. Fukushige T, Kano T, Sano T, Irie M. Computed tomographic epidurography: an aid to understanding deformation of the lumbar dural sac by epidural injections. Eur J Anaesthesiol 1999; 16: 628-33.
14. Magnaes B. [Surgical treatment of low back pain.] Tidsskr Nor Laegeforen 1999; 119: 1773-7.
15. Evans RW. Complications of lumbar puncture. Neurol Clin 1998; 16: 83-105.
16. Schultz AM, Ulbing S, Kaider A, Lehofer F. Postdural puncture headache and back pain after spinal anesthesia with 27-gauge Quincke and 26-gauge Atraucan needles. Reg Anesth 1996; 21: 461-4.
17. Gulati AN, Guadagnoli DA, Quigley JM. Relationship of side effects to patient position during and after metrizamide lumbar myelography. Radiology 1981; 141: 113-6.
18. Shaw DD, Bach-Gansmo T, Dahlstrom K. Iohexol: summary of North American and European clinical trials in adult lumbar, thoracic, and cervical myelography with a new nonionic contrast medium. Invest Radiol 1985; 20/Suppl 1: S44-S50.
19. Robertson WD, Lapointe JS, Nugent RA, Robinson RG, Daly LF. Positioning of patients after metrizamide lumbar myelography. Am J Roentgenol 1980; 134: 947-8.
20. Sand T. Which factors affect reported headache incidences after lumbar myelography? A statistical analysis of publications in the literature. Neuroradiology 1989; 31: 55-9.
21. Peterman SB. Postmyelography headache rates with Whitacre versus Quincke 22-gauge spinal needles [see comments]. Radiology 1996; 200: 771-8.
22. Olsen KS. Epidural blood patch in the treatment of post-lumbar puncture headache. Pain 1987; 30: 293-301.
23. Abouleish E, Vega S, Blendinger I, Tio TO. Long-term follow-up of epidural blood patch. Anesth Analg 1975; 54: 459-63.
24. Salmela L, Aromaa U, Cozanitis DA. Leg and back pain after spinal anaesthesia involving hyperbaric 5% lignocaine. Anaesthesia 1996; 51: 391-3.
25. Sykes RH, Wasenaar W, Clark P. Incidence of adverse effects following metrizamide myelography in nonambulatory and ambulatory patients. Radiology 1981; 138: 625-7.

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



StilNoct® (zolpidem)

Sofið rótt – vaknið endurnærð[2]

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

12. apríl 2000

Thorarensen lyf - JBB - Skýjum ofar

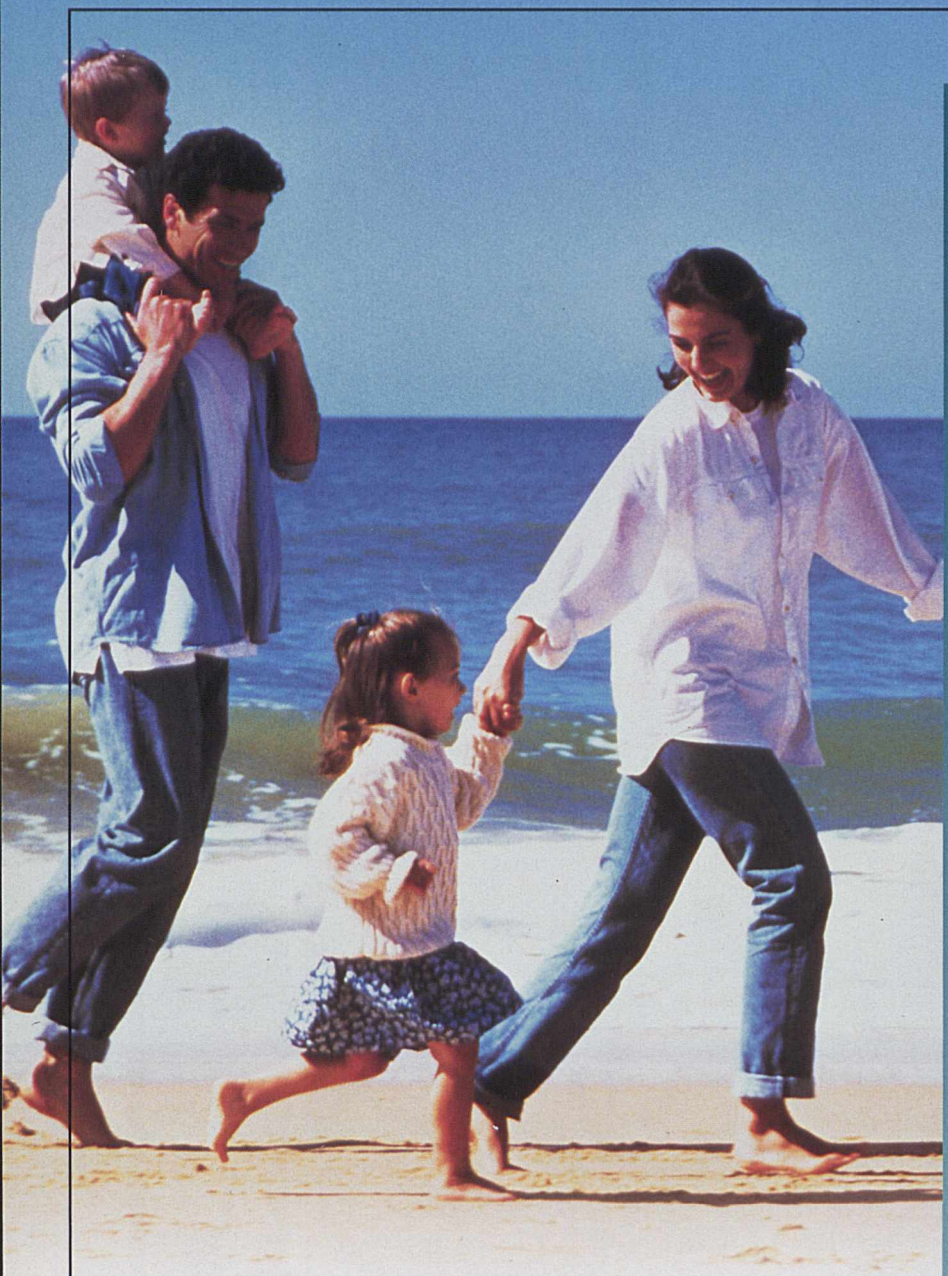
Stilnoct Töflur; N 05 CF 02 R, 0. Hver tafla inniheldur: Zolpidemum INN 10 mg. **Eiginleikar:** Zolpidem er svefnlyf af ímídazópýrímídínflokki, sem er efnafræðilega óskylt benzódíazepínum, en binst sömu viðtækjum. Það flýtir fyrir svefni og lengir hann. Hefur ekki áhrif á REM-svefn í lágum skömmtum. 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. Verkun 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 er 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 lyfinu 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, sjúkrahúsþakkning) – 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 Center, 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

SCHERING



Levonova®
HORMÓNALYKKJA
Levónorgestrel 20 míkróg / 24 klst

GETNAÐARVÖRN
FYRIR KONUR SEM HAFA FÆTT
– einnig meðan á brjóstagjöf stendur –

ÞÆGILEG:
„Geymd og gleymd"

ÖRYGGI SAMBÆRILEGT
VIÐ ÓFRJÓSEMISAÐGERÐ
Getnaðarvarnaráhrif hverfa um leið og lykkjan er fjarlægð[1]

BLÆÐINGAR MINNKA,
styttast eða hverfa alveg.
Dregur úr tíðaverkjum[2]

Levonova®
Getnaðarvörn nýrrar aldar

Levonova Leiras, 920074
LYKKJA Í LEG (lyfjalykkja); G 03 A C 03. Hver lykkja inniheldur: Levonorgestrelum INN 52 mg: gefur frá sér 20 míkróg/24 klst. **Ábendingar:** Getnaðarvörn, miklar legblæðingar. **Skammtar:** Lykkja er sett í legið innan 7 daga frá upphafi tíðablæðinga. Levonova má setja í leg í fyrsta lagi 6 vikum eftir fæðingu. Lykkjuna á að fjarlægja eftir 5 ár. Í upphafi losar lykkja 20 míkróg af levónorgestreli á sólarhring. **Frábendingar:** Staðfest þungun eða grunur um þungun. Sýking í kynfærum. Staðfest eða grunur um meinsemd í legi eða leghálsi. Ósjúkdómsgreindar óeðlilegar legblæðingar. Meðfædd eða áunninn afbrigðleiki í legi, þ.á.m. góðkynja bandvefsæxli ef þau aflaga legholið. Bráðir lifrarsjúkdómar eða lifraræxli. Segarek.
Varnaðarorð og varúðarreglur: Ef eitthvert af eftirfarandi er til staðar eða kemur fram í fyrsta skipti skal athuga hvort fjarlægja þurfi lykkjuna eða nota megi hana í nánu samráði við sérfræðing: migreni, versnandi migreni, staðbundið migreni með ósamhverfum sjónmissi eða öðrum einkennum sem geta bent til tímabundins blóðskorts í heila; alvarlegur nístandi höfuðverkur; gula; greinileg aukning í blóðþrýstingi; staðfest eða grunur um hormónaháða æxlismyndun, þ.á.m. brjóstakrabbamein, meinsemdir sem hafa áhrif á blóð eða hvítblæði; alvarlegir slagæðasjúkdómar eins og heilablóðfall eða kransæðastífla; segabláæðabólga. Gera skal viðeigandi sjúkdómsgreiningar og lækningafræðilegar ráðstafanir þegar í stað ef til staðar eru einkenni eða merki sem benda til blóðtappamyndunar í sjónhimnu; óútskýrður sjónmissir að hluta til eða alger, upphaf á úteygð eða tvísýni, doppubjúgur eða æðaskemmd í sjónhimnu. Levónorgestrel í litlum skömmtum getur haft áhrif á sykurþol, og skal fylgjast með blóðstyrk glúkósa hjá sykursjúkum sem nota Levonova. Óreglulegar blæðingar geta dulið einkenni og merki um krabbamein í legslímhúð.
Milliverkanir: Lyf sem örva lifrarensím geta skert virkni getnaðarvarnalyfja sem innihalda hormón þ.á.m. barbitúröt, fenýtóín, karbamazepín og rífampisín. Áhrif þessara lyfja á verkun Levonova hafa ekki verið rannsökuð en þau eru ekki talin mikilvæg því Levonova er aðallega staðbundin getnaðarvörn.
Meðganga og brjóstagjöf: *Meðganga:* Ef þungun verður á meðan Levonova er notuð þarf að fjarlægja lykkjuna og íhuga ætti fóstureyðingu. Ef slíkt er ekki hægt á að upplýsa konuna um að við notkun kopar- og plastlykkja er aukin áhætta sjálfkrafa fósturláts eða fyrirmálshriða. Auk þess skal fylgjast vel með slíkri meðgöngu. Vegnalegu sinnar í legi og staðbundinna áhrifa hormónsins, er ekki hægt að útiloka algjörlega að lyfið valdi fósturskaða (einkum aukin karlkynseinkenni fósturs). Klínísk reynsla af þungun þegar Levonova er notuð er takmörkuð vegna öflugra getnaðarvarnaráhrifa. *Brjóstagjöf:* Dagskammtur og blóðþéttni levónorgestrels við notkun Levonova er lægri en eftir aðrar hormónagetnaðarvarnir. Levónorgestrel hefur greinst í brjóstamjólk kvenna. Hormónagetnaðarvarnir eru ekki ráðlagðar sem fyrsta val á getnaðarvörn hjá konum með barn á brjósti. Levonova kemur þó vel til greina sé gestagen getnaðarvörn talin viðeigandi.
Aukaverkanir: Algengasta aukaverkun Levonova er breyting í tíðablæðingamynstri. Breytingin getur falið í sér blettablæðingar, styttri eða lengri tíðablæðingar, óreglulegar blæðingar, tíðafæð/tíðateppu, miklar blæðingar, bakverki og tíðaþrautir. Truflun á tíðablæðingum veldur því að 9% þeirra sem nota Levonova hætta notkun fyrsta árið. Þungun sem verður þegar Levonova er notuð getur verið utanlegs. Grindarholssjúkdómar geta komið fram hjá þeim sem nota Levonova. Lykkjan eða hluti hennar getur farið í gegnum legvegginn. Stærri eggbú (starfrænar blöðrur á eggjastokkum) geta myndast.
Meðhöndlun: Levonova er í dauðhreinsuðum pakkningum sem ekki á að opna fyrr en við uppsetningu lykkjunnar. Viðhafa skal smitgát þegar lykkjan er meðhöndluð. Ef innsigli dauðhreinsaða pokans er rofið á að henda lykkjunni. Sérstakar leiðbeiningar um uppsetningu er að finna í pakkningunni.

Pakkningar og verð 1. Október 2000: 1 stk 15.207 kr.
Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: 0. Nánari upplýsingar í texta Sérlyfjaskrár. Handhafi markaðsleyfis: Schering AG.
Umboðsmaður á Íslandi: Thorarensen Lyf ehf.. UIS-00-81.
Heimildir: [1]Andersen et al.Contraception 1994;49:56-72. [2]Andersen Br.J.Obstet.Gynaecol. 1990;97:690-694.

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 568 6044

Sjónarofskynjanir í kjölfar heilablóðfalls

Kristín Huld Haraldsdóttir[1],

Kolbrún Benediktsdóttir[2],

Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir[3]

Ágrip

Þessi greinarstúfur lýsir ofsjónum og ofheyrnum sem komu í kjölfar heilablóðfalls hjá þremur einstaklingum. Ofskynjanirnar voru mismunandi, allt frá einfaldri litasýn til endurofsjónar (palinopsia), endurofheyrnar (palinacusis) og fullmótaðra ofsjóna, sem ýmist urðu til í helftarsjónsviði eða í öllu sjónsviðinu. Heilaskemmdir voru staðsettar á hvirfil- og hnakkablaðs- (lobus occipitalis) svæðum.

Niðurstöður: Ofskynjanir, bæði ofsjónir og ofheyrnir geta komið í kjölfar heilablóðfalls og hverfa yfirleitt af sjálfu sér dögum eða vikum eftir heilablóðfallið. Æskilegt er að læknar þekki til þeirra, geti útskýrt einkennin fyrir skjólstæðingum sínum og upplýst þá um horfur.

[1]Handlækningadeild, [2]röntgendeild, [3]endurhæfingardeild Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir, endurhæfingardeild Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík. Sími: 560 1430; bréfasími: 560 1433; netfang: sigurls@landspitali.is

Lykilorð: ofskynjanir, ofsjónir, ofheyrnir, heilablóðfall.

Inngangur

Ofskynjanir geta fylgt ýmsum sjúkdómum eða framkallast af lyfjameðferð og hefur margvíslegum lyktarofskynjunum, ofsjónum og ofheyrnum verið lýst í áranna rás. Ofsjónir koma stöku sinnum í kjölfar heilablóðfalls, allt frá einföldum ljósglömpum eða litablossum til fullmótaðra hreyfanlegra- eða óhreyfanlegra mynda af fólki, dýrum og hlutum. Stundum eru þetta myndir með myndrænum bakgrunni, svo sem landslagi, ýmist ólitaðar eða í litum sem eru eðlilegir eða jafnvel ýktir. Ofsjónir þessar eru venjulega þöglar, dýr gefa ekki frá sér hljóð, svo að dæmi sé tekið (1-3). Í sjaldgæfari tilvikum framkallast endurofsjónir (palinopsia) eða endurofheyrnir (palinacusis) (4-15).

Orðið *palinopsia* er samsett úr grísku orðunum palin (aftur) og opsia (sjón) og þýðir áframhaldandi sýn eða endursjón þótt sjónaráreiti sé horfið. Endursjónin framkallast gjarnan í öllu sjónsviðinu en getur einnig komið í helftarsjónsvið.

Charles Bonnet varð fyrstur til að lýsa þessu árið 1769 (4) og taldi hann þetta vera merki um sjúkdóm í augum. Síðar varð mönnum ljóst að endurofsjón er oftast einkenni sjúkdóma eða starfstruflunar í heila (5-7). Einstaklingar með sjónhimnu- eða sjóntaugarskemmdir fá þó slík einkenni stöku sinnum (7). Endurofsjón hefur meðal annars verið lýst í kjölfar heiladreps, heilablæðinga, höfuðáverka og flogakasta og sem hluta af flogakasti. Einfaldasta gerðin skynjast líkt og bönd sem standa aftur úr hlutum á hreyfingu. Menn hafa velt því fyrir sér hvort skyldleiki sé við eftirsýnir eins og gjarnan framkallast eðlilega þegar menn horfa lengi í ljós og sjá skugga svarandi til ljóssins þegar þeir loka augunum. Algengara er þó að sama hlutnum, yfirleitt stökum, óhreyfanlegum hlut, skjóti endurtekið upp í skertu sjónsviði (10,11). Varpast myndin þá oftast á eðlilegan sjónbakgrunn (mynd 1). Þessar sýnir geta verið margvíslegar til að mynda af fólki, hlutum, mynstri eða litum. Fjölsýn (polyopia) getur einnig komið fram, það er stakir hlutir margfaldast í sjónsviðinu og varpast á eðlilegan bakgrunn (mynd 2). Þriðju gerðinni fylgir flóknari sjónmyndun, til dæmis af heilli atburðarás, sem myndast í sjónsviðinu eða hluta þess og endurtekur sig.

ENGLISH SUMMARY

Haraldsdóttir KH, Bendiktsdóttir K, Sveinbjörnsdóttir S

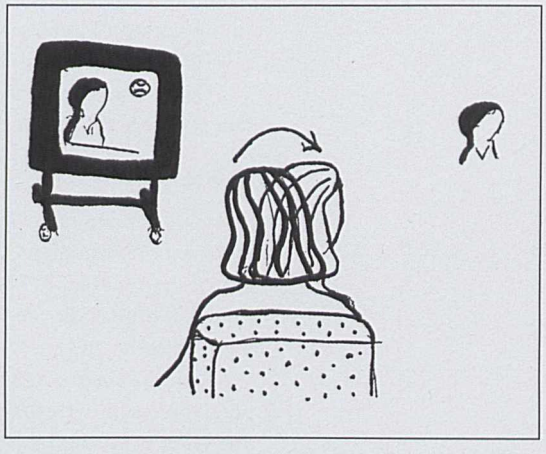
Visual hallucinations and palinopsia in stroke

Læknablaðið 2001; 87: 299-302

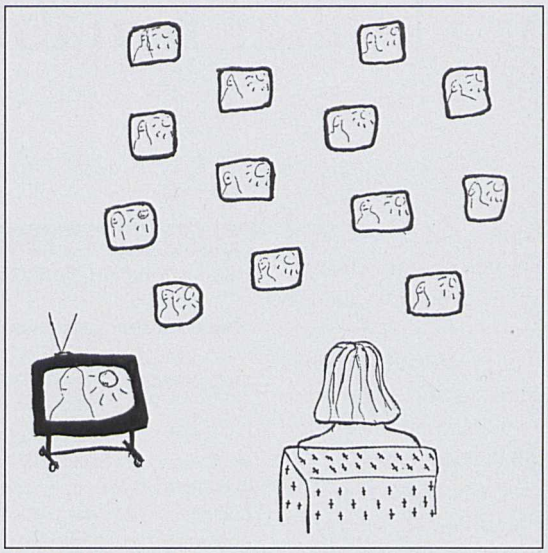
We describe three patients who experienced simple and complex visual hallucinations, palinopsia and palinacusis in the immediate post-stroke period following parietal and occipital stroke. The hallucinations and palinopsia occurred in a defective or a blind visual field in two of the three patients. Such hallucinations are relatively uncommon but should be recognised as a complication of stroke, as part of or following an epileptic attack and after brain surgery. They usually disappear with time.

Key words: *palinopsia, palinacusis, visual, auditory, hallucinations, stroke.*

Correspondence: Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir. E-mail: sigurls@landspitali.is



Mynd 1. *Einföld endurofsjón. Mynd úr sjónvarpi varpast á eðlilegan bakgrunn þegar horft er í aðra átt. Mynd teiknuð af einum höfunda greinarinnar, Sigurlaugu Sveinbjörnsdóttur, byggð á lýsingu fyrrverandi sjúklings.*



Mynd 2. *Fjölsýn. Sjónvarpsskermur fjölfaldast í sjónsviðinu. Mynd teiknuð af einum höfunda greinarinnar, Sigurlaugu Sveinbjörnsdóttur, byggð á lýsingu fyrrverandi sjúklings.*

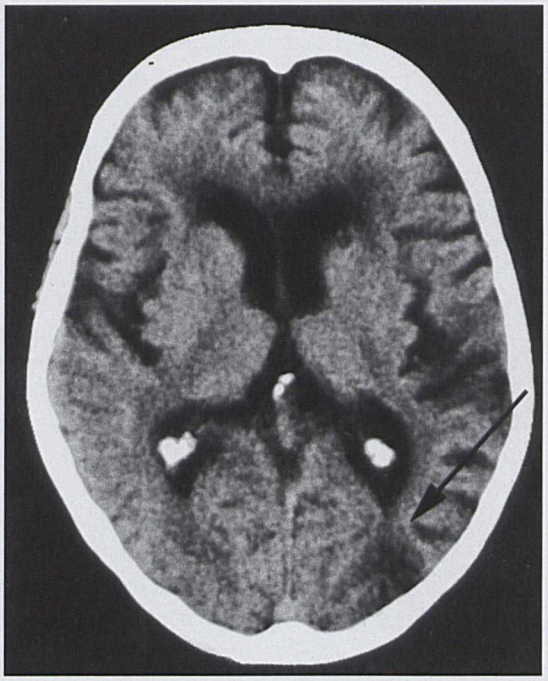
Endurofsjónir eru mistíðar allt frá því að koma oft á dag til þess að koma með vikna eða mánaða millibili. Þessar sýnir hverfa yfirleitt án þess að nokkuð sé að gert. Tímamunur á milli þessara sýna hefur leitt til þess að margir telja að um tvö aðskilin fyrirbæri sé að ræða þótt aðrir telji sömu ástæður liggja að baki endurofsjónum sem koma strax í kjölfar heilablóðfalls eða síðar. Sjúklingar gera sér alltaf grein fyrir því að um óraunverulegar sýnir sé að ræða. Séu heilaskemmdir fyrir hendi eru þær yfirleitt í sjónheilaberki í hnakkablaði (lobus occipitalis), en geta einnig náð gagnaugablaði (occipitotemporal svæði). Flestir hafa sjónsviðsskerðingu. Sú tilgáta hefur komið fram að sjúklingar sem fá endurofsjónir hafi oftar skemmd í hægra heilahveli en vinstra (6). Sé endurofsjón hluti af flogakasti getur heilalínurit sýnt flogavirkni, en er annars eðlilegt eða sýnir auknar hægbylgjur yfir skemmdu heilasvæði (8,9).

Palinacusis þýðir á sama hátt endurofheyrn. Heyra menn þá samtöl eða hluta úr þeim endurtekið eftir að heyrnaráreiti er horfið. Þetta fyrirbæri getur einnig komið í kjölfar heilablóðfalls eða fylgt flogaveiki (12).

Í þessari grein lýsum við ofsjónum og ofheyrnum sem þrír einstaklingar fengu í kjölfar heilablóðfalls.

Sjúkratilfelli I

Sjötíu og sex ára gamall einstaklingur kom á bráðamóttöku Landspítalans vegna skyndilegrar blindu á hægra auga sem hafði komið kvöldið áður og varað í þrjár klukkustundir. Þessu fylgdu þyngsli yfir höfði, meiri hægra megin. Við komu á bráðamóttöku kvartaði sjúklingur um viðvarandi stjörnusýn eða litaglampa sem virtust vera í öllu sjónsviðinu. Hann átti mjög erfitt með að lýsa þessu frekar, en fannst ofsjónirnar vera óþægilegar. Sjúklingur hafði sögu um kransæðasjúkdóm, háþrýsting og hafði þekktan æðagúl á meginslagæð í kvið. Hann hafði hætt að reykja þremur árum áður og átti að baki 50 pakkaár.



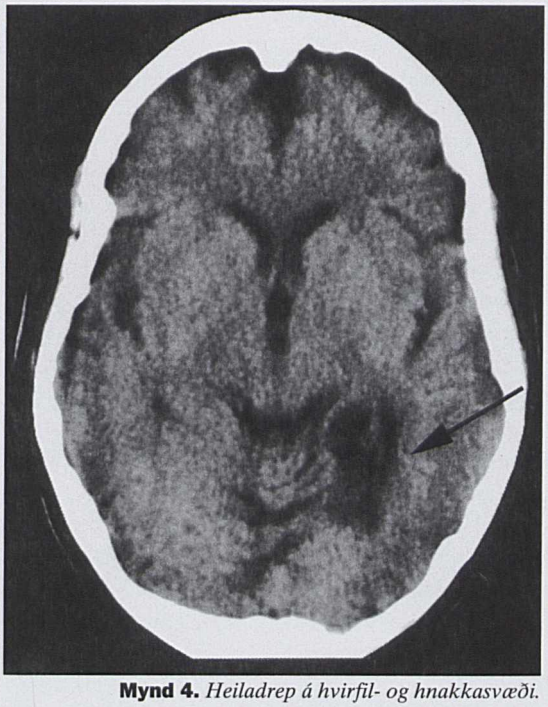
Mynd 3. *Heiladrep á hnakkasvæði vinstra megin.*

Skoðun á auganu leiddi í ljós ský á augasteini, en augnbotnar voru eðlilegir. Sjón virtist eðlileg svo og sjónsvið fyrir fingri. Sársauka- og snertiskyn voru lítillega skert í hægri útlimum og hugsanlega einhver máttminnkun þeim megin. Iljaviðbrögð voru óeðlileg. Blóðrannsóknir og hjartalínurit voru eðlileg. Tölvusneiðmynd af höfði sýndi merki um heiladrep í hnakkablaði vinstra megin. Rannsóknin var endurtekin sex dögum síðar og sýndi þá að heiladrepið náði yfir stærra svæði en áður (mynd 3). Ómskoðun af hjarta sýndi vægt þykknaða ósæðarloku. Ómun af hálsæðum sýndi 69-79% þrengsli í báðum hálsslagæðum, heldur meiri vinstra megin. Ljóst var því að sjúklingur hafði talsverðan æðasjúkdóm, þótt hálsæðaþrengslin væru ekki orsök heilablóðfalls í hnakkablaði. Heilalínurit var ekki gert.

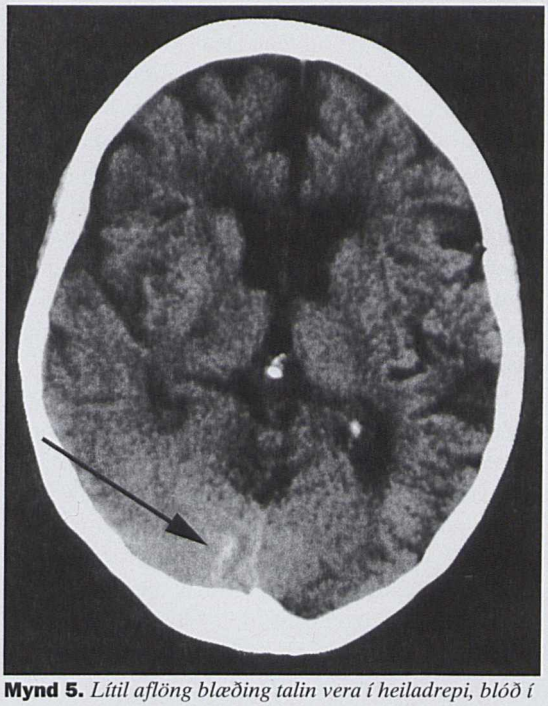
Litaglamparnir hurfu eftir sólarhring og við eftirgrennslan þremur mánuðum eftir útskrift var sjúklingur einkennalaus.

Sjúkratilfelli II

Sextíu og eins árs gamall einstaklingur leitaði í nóvember 1997 á bráðamóttöku Landspítalans vegna roða og ertingar í auga. Greindist hann með adenóveiru slímhimnubólgu. Stuttu fyrir innlögn hafði hann farið að finna fyrir ofsjónum, sem hann gerði sér grein fyrir að væru óraunverulegar. Um var að ræða sýnir sem skutust upp í hægri helming sjónsviðs á formi uxa með trékerru sem færðist upp á vegginn. Jafnhliða fannst honum hann lifa á tvennum tímum, annars vegar í nútímanum vinstra megin, en hins vegar á gömlum tímum hægra megin og leið honum líkt og hann væri klofinn í tvennt. Ofsjónirnar komu oft á dag, stóðu yfirleitt stutt og hurfu alveg á



Mynd 4. *Heiladrep á hvirfil- og hnakkasvæði.*



Mynd 5. *Lítil aflöng blæðing talin vera í heiladrepi, blóð í heilaberki.*

milli. Alltaf var um sömu sýnir að ræða. Samfara þessu hafði hann ofheyrnir, bæði endurofheyrn og heyrði eigin rödd tala. Hann heyrði son sinn endurtekið segja sömu hlutina og sjálfan sig endurtaka eftir honum. Erfitt var að lýsa þessu en helst líktist þetta bergmáli. Ekki kannaðist hann við að hafa heyrt eða séð framangreint áður. Ofskynjanirnar hurfu eftir nokkra daga, en komu oft á dag meðan á þeim stóð. Auk 20 ára sögu um hjarta- og æðasjúkdóm hafði sjúklingur níu ára sögu um fjölvöðvagigt og var á prednisólonmeðferð.

Taugaskoðun var ómarkverð utan sjónsviðsskerðingar til hægri á báðum augum svarandi til skemmdar í hnakkablaði vinstra megin. Rannsóknir leiddu í ljós sökkhækkun (105 mm/klst), en steralyfjum var ekki breytt og sökk lækkaði sjálfkrafa eftir komu á sjúkrahúsið. Sýni frá gagnaugaslagæð (arteria temporalis) var eðlilegt. Tölvusneiðmyndun af höfði sýndi nýlegt heiladrep á vinstra hvirfil- og hnakkablaðssvæði (mynd 4). Heilalínurit sýndi hæga virkni yfir báðum heilahvelum en engar staðbundnar breytingar eða flogavirkni. Goldman sjónsviðsmæling staðfesti brottfall á hægra helftarsjónsviði án skemmdar á skörpu sjóninni. Ómskoðun af hjarta leiddi í ljós mjög skerta hreyfingu í vinstra slegli og var talið að þaðan hefði orðið segarek til heila.

Ekki er þekkt hvort ofskynjanirnar hurfu alveg, því sjúklingur lést skyndidauða af völdum hjartasjúkdóms skömmu eftir útskrift.

Sjúkratilfelli III

Áttatíu og fimm ára gamall einstaklingur kom á bráðamóttöku Landspítalanum í mars 1998 vegna gruns um heilablóðfall. Sex mánuðum áður hafði sjúklingurinn fengið tímabundið málstol sem talið var stafa af skamvinnri blóðþurrð í heila (transient ischemic attack, TIA). Skömmu fyrir komu hafði heimilislæknir greint hann með óreglulegan púls. Auk máltruflunar kvartaði hann um skjálfta og dofa í hægri hendi. Taugaskoðun leiddi í ljós eðlilega skynjun og kraft í hliðinni en vægt málstol var til staðar án málskilningsstols. Skoðun á heilataugum var eðlileg, þar með talið sjónsvið. Hjartalínurit sýndi gáttatif (atrial fibrillation). Tölvusneiðmyndun af höfði leiddi í ljós litla aflanga blæðingu ofarlega í vinstra hvirfilblaði og aðra enn smærri í hægra hnakkablaði. Í ljósi sjúkrasögu var talið líklegast að blóðið væri í heilaberki eða blæðing í heiladrep (mynd 5). Aukalega sáust eldri menjar eftir lítið heiladrep í hægri hluta framheila. Heilalínurit var ekki gert.

Þegar við innlögn fór að bera á sjónarofskynjunum. Um var að ræða mynstur, liti og fólk í öllu sjónsviðinu. Lýst var ókunnugu fólki við rúmstokkinn, bæði börnum og fullorðnum. Meðal annars sást maður í rauðum frakka, á stultum sem sífellt fór fram hjá sjúkrastofunni. Ofsjónirnar komu bæði þegar augun voru opin og lokuð. Sjúklingur gerði sér grein fyrir því að sýnirnar voru óraunverulegar, en fann fyrir mikilli hræðslu þeim samfara. Ofsjónirnar voru allan legutímann en hurfu fljótlega eftir útskrift. Alls voru þær fyrir hendi í tæpar tvær vikur. Rannsóknir leiddu ekki í ljós segalind en hjartsláttaróreglan benti til segareks frá hjarta.

Umræða

Í þessari grein er sagt frá þremur einstaklingum sem fengu ofskynjanir eftir heilablóðfall. Sjúklingur í

sjúkratilfelli I hafði einfalda stjörnusýn sem hvarf á sólarhring. Skemmd var í hnakkablaði vinstra megin. Sjúklingur í sjúkratilfelli II hafði endurofsjón og endurofheyrn. Endurofsjónin kom í hægri hluta sjónsviðs, þar sem sjón var skert af völdum heilablóðfalls. Ekki var um kunnuglega sýn að ræða, en svo virðist sem raunveruleikaskynjun hafi verið eitthvað skert. Sjúklingur í sjúkratilfelli III hafði bæði einfaldar litaofsjónir og mótaðar ofsjónir af fólki. Hjá sjúklingi í sjúkratilfelli II hurfu ofskynjanirnar alveg á milli en voru nær viðvarandi á legutímabilinu hjá sjúklingum í sjúkratilfellum I og III.

Ekki er þekkt hvað liggur að baki ofskynjunum eins og hér er lýst, en vitað er að sjúklingar með skemmdir á takmörkuðu heilasvæði, sérstaklega í hnakkablaði þegar um ofsjónir er að ræða, hafa meiri líkur á að fá þær en sjúklingar með víðtækari heilaskemmdir. Einnig eru meiri líkur á ofsjónum séu skemmdir bundnar við sjálfan heilabörkinn fremur en skemmdir bæði í heilaberki og hvítfyllu (6). Ekki er heldur ljóst hvað veldur því að ofsjónirnar koma gjarnan í allt sjónsviðið þótt skemmdin sé eingöngu í öðru heilahvelinu. Líklegt er að þessu valdi hröð boðleið á milli hvirfilblaða um aftasta hluta tengslabrauta heilahvela (splenium corpus callosi) til samhæfingar á sjón. Sú tilgáta hefur komið fram að sjúklingar með endurofsjónir hafi oftar skemmd í hægra heilahveli en því vinstra, sem væri í samræmi við sérhæfingu heilahvela á sjónminni (6). Andstætt því höfðu sjúklingar í sjúkratilfellum II og III, sem höfðu endurofsjónir, heilaskemmdir í vinstra heilahveli eða beggja vegna.

Ekki eru ofsjónir alltaf tengdar skemmdum í aftari hluta heilahvela. Lepore og félagar rannsökuðu 104 sjúklinga með ofsjónir og fundu að skemmdir hvar sem var í sjónbrautum, allt frá sjónheilaberki til sjónhimnu, gátu orsakað ofsjónir (17). Svo virðist sem slíkar ofsjónir geti bæði verið einfaldar og flóknar, sem bendir til þess að staðsetning skemmdarinnar ein ráði ekki gerð þeirra (6,7). Menn greinir á um það hvort sömu ástæður liggi að baki endurofsjónum sem koma strax í kjölfar heilablóðfalls eða síðar. Telja verður líklegt að sömu ástæður liggi að baki því einstaklingar sem fá endurofsjónir strax eftir áfall geta fengið sömu sýnir endurtekið löngu síðar. Tap á taugafrumuhömlun hefur þótt líkleg skýring þessara sýna.

Góðar horfur eru á að ofskynjanir í kjölfar heilablóðfalls hverfi hvort sem þær koma strax eftir áfallið eða þegar lengra líður frá. Meðferð virðist almennt ekki viðhöfð sé um að ræða einstaklinga án flogaveiki. Heilalínurit hefur verið eðlilegt í flestum tilvikum hafi það á annað borð verið tekið, nema þegar um flogatengd einkenni er að ræða og eru þá yfirleitt önnur klínísk greiningaratriði samfara. Ekki er að finna miklar upplýsingar um árangur meðferðar. Flogalyfjameðferð með fenýtóíni, fenóbarbítali, karbamazepíni og oxkarbazepíni hefur stundum verið reynd án árangurs nema þegar ofskynjanirnar tengjast flogaveiki (7,8,18). Heilalínurit var einvörðungu tekið hjá sjúklingi í sjúkratilfelli II, sem hafði önnur einkenni samfara, svo sem óraunveruleikakennd og hræðslu. Ritið sýndi ekki staðbundna flogavirkni sem útilokar þó ekki flogaköst, hafi ritið verið tekið á einkennalausu tímabili.

Ofsjónir eru tiltölulega sjaldgæfar eftir heilablóðfall og ofheyrnir enn sjaldgæfari. Nákvæmar tölur um tíðni þeirra eru ekki til, en ein rannsókn á tíðni ofsjóna eftir heilablóðfall á svæðum sjónbrauta hjá 32 sjúklingum sýndi að 41% fengu einhvers konar ofsjónir í blint sjónsvið, og sumir gátu bægt þeim frá tímabundið með því að þrýsta á sjálft augað (7). Í rannsókn á heilablóðföllum á Landspítalanum á tímabilinu frá janúar 1997 til desember 1998 voru einungis þrír sjúklingar af rúmlega 370 (1%) sem lýstu slíkum ofskynjunum (óbirtar tölur úr heilablóðfallsskráningu á Landspítala Hringbraut) en uppgjör á staðsetningu heilaskemmda hjá þessum hópi liggur ekki fyrir. Æskilegt er að læknar, sem annast sjúklinga með heilablóðfall, þekki þessi einkenni, geti útskýrt þau fyrir sjúklingum sínum og upplýst þá um horfur.

Heimildir

1. Chatterjee A, Southwood MH. Cortical blindness and visual imagery. Neurology 1995; 45: 2189-95.
2. Pessin MS, Lathi ES, Cohen MB, Kwan ES, Hedges TR III, Caplan LR. Clinical features and mechanism of occipital infarction. Ann Neurol 1986; 21: 290-9.
3. Brain WR. Some observations on visual hallucinations and cerebral metamorphopsia. Acta Psychiatr Neurol Scand 1947; 60/Suppl 46: 28-40.
4. Bonnet C. Essai analytique sur les facultes de l´ame. Chopenhagen: Philibert; 1776: 426-9. Reprinted: Hildesheim: Verlag GO; 1973: 552.
5. Meadows JC, Munro SSF. Palinopsia. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1977; 40: 5-8.
6. Vaphiades MS, Celesia GG, Brigell MG. Positive spontaneous visual phenomena limited to the hemianopic field in lesions of central visual pathways. Neurology 1996; 47: 408-16.
7. Pomeranz HD, Lessell S. Palinopsia and polyopia in the absence of drugs or cerebral disease. Neurology 2000; 54: 855-9.
8. Lefebre Ch, Kölmel HW. Palinopsia as an Epileptic Phenomenon. Eur Neurol 1989; 29: 323-7.
9. Muller TH, Buttner Th, Kuhn W, Heinz A, Przuntek H. Palinopsia as sensory epileptic phenomenon. Acta Neurol Scand 1995; 91: 433-6.
10. Lazaro RP. Palinopsia: Rare but ominous symptom of cerebral dysfunction. Neurosurgery 1983; 13: 310-3.
11. Cleland PG, Saunders M, Rosser R. An unusual case of visual perseveration. J Neurol Neurosurg Psychiatr 1981; 44: 262-3.
12. Jacobs L, Feldman M, Diamond SP, Bender MB. Palinacousis: persistent or recurring auditory sensations. Cortex 1973; 9: 275-87.
13. Michel EM, Troost BT. Palinopsia: cerebral localization with computed tomography. Neurology 1980; 30: 887-9.
14. Young WB, Heros EO, Ehrenberg BL, Hedges TR III. Metamorphopsia and Palinopsia. Arch Neurol 1989; 46: 820-2.
15. Jacobs L. Visual allesthesia. Neurology 1980; 30: 1059-63.
16. Cummings JL, Syndulko K, Goldberg Z, Treiman DM. Palinopsia reconsidered. Neurology 1982; 32: 444-7.
17. Lepore FE. Spontaneous visual phenomena with visual loss: 104 patients with lesions of retinal and neural afferent pathways. Neurology 1990; 40: 444-7.
18. Kupersmith MJ, Berenstein A, Nelson PK, ApSimon HT, Setton A. Visual symptoms with dural arteriovenous malformations draining into occipital veins. Neurology 1999; 52: 156-62.

NÝTT VERKJALYF

ZYTRAM®

Tramadól forðatöflur

Zytram

Norpharma

FORÐATÖFLUR; N 02 A X 02 **R E**

Hver forðatafla inniheldur: Tramadolum, INN, hýdróklóríð, 75 mg, 100 mg, 150 mg eða 200 mg. Forðatöflurnar innihalda laktósu og litarefnin títantvíoxíð (E171), indígó karmín (E132) (75 mg forðatöflur), járnoxíð (E172) (75 mg, 150 mg, 200 mg forðatöflur). **Ábendingar:** Til meðferðar á bæði vægum og slæmum verkjum. **Skammtar:** Skammta skal ákvarða eftir eðli verkja og næmi hvers sjúklings. Ef ekki eru gefin önnur fyrirmæli skal gefa Zytram forðatöflur á eftirfarandi hátt: Forðatöflurnar á að gleypa heilar, óháð máltíðum, með nægjanlegum vökva og ekki má skipta þeim eða tyggja þær. Almennt skal nota lægsta skammt sem gefur nægjanlega verkun. Ekki má gefa stærri dagsskammt af virka efninu en 400 mg nema við sérstakar klínískar aðstæður. Ráðlagt er að auka skammta smám saman hjá sjúklingunum til þess að draga úr tímabundnum aukaverkunum. Zytram forðatöflur skal nota í eins skamman tíma og unnt er. *Fullorðnir og börn eldri en 12 ára:* Skammtar gefnir á 12 klukkustunda fresti. Venjulegur upphafsskammtur er 75 mg forðatafla tvisvar sinnum á dag. *Börn:* Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 12 ára. *Aldraðir sjúklingar:* Yfirleitt þarf ekki að breyta skömmtun hjá öldruðum sjúklingum (allt að 75 ára aldri) ef ekki er um að ræða skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi. Hjá eldri sjúklingum (eldri en 75 ára) getur útskilnaðartíminn verið lengri. Því skal auka bil á milli skammta, ef þörf er á, í samræmi við þarfir sjúklingsins. *Sjúklingar með skerta nýrna- og lifrarstarfsemi eða sem eru í blóðskilun:* Notkun Zytram forðataflna er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi. Hjá sjúklingum með lítillega skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi má meta hvort auka þarf bil á milli skammta. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir tramadóli eða öðrum innihaldsefnum taflnanna, í tengslum við bráða áfengiseitrun, svefnlyf, verkjalyf, ópíóíða eða taugalyf og hjá sjúklingum sem taka mónóamínóoxídasa hemla (MAO) eða hafa tekið slík lyf á síðustu 14 dögum. Zytram forðatöflur má ekki nota við afvötnun vegna eiturlyfja. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Gæta skal sérstakrar varúðar við meðferð sjúklinga sem eru háðir ópíóíðum, einnig hjá sjúklingum með höfuðáverka, í losti, með litla meðvitund án þekktrar orsakar, með áverka á öndunarstöð eða öndunarstarfsemi svo og með hækkaðan þrýsting innan höfuðkúpu (intrakranial). Gæta skal varúðar við notkun lyfsins hjá sjúklingum sem eru viðkvæmir fyrir ópíötum. Uppköst hafa komið fyrir hjá sjúklingum sem meðhöndlaðir eru með ráðlögðum skömmtum af tramadóli. Áhættan getur aukist ef tramadól skammtarnir fara yfir ráðlögð efri mörk daglegs skammts (400 mg). Auk þess getur tramadól aukið hættuna á krömpum hjá sjúklingum sem taka önnur lyf sem lækka krampaþröskuldinn (sjá „Milliverkanir"). Flogaveikisjúklinga og sjúklinga með tilhneigingu til krampa skal aðeins meðhöndla í undantekningartilvikum með Zytram forðatöflum. Tramadól hefur væg ávanabindandi áhrif. Við langvarandi notkun getur þol, sálræn og líkamleg fíkn myndast. Hjá sjúklingum með tilhneigingu til lyfjamisnotkunar eða lyfjafíklar skal einungis gefa Zytram forðatöflur í skamman tíma í senn og undir nákvæmu eftirliti læknis. Tramadól er ekki hentugt sem uppbótarlyf við ópíóíðfíkn. Þrátt fyrir að tramadól sé ópíóíðagónisti dregur það ekki úr fráhvarfseinkennum morfíns. **Milliverkanir:** Zytram forðatöflur skal ekki gefa samtímis MAO-hemlum. Samtímis gjöf annarra lyfja sem hafa slævandi áhrif á miðtaugakerfið, þar með talið áfengi, getur aukið áhrifin á miðtaugakerfið. Niðurstöður rannsókna á verkunarhætti lyfsins hafa hingað til sýnt að samtímis eða fyrri gjöf címetidíns (ensímhemill) leiðir líklega ekki til milliverkana sem hafa klínískа þýðingu. Samtímis eða fyrri gjöf karbamazepíns (ensímörvandi) getur minnkað verkjastillandi áhrif og stytt verkunartímann. Tramadól á ekki að nota með lyfjum sem hafa blandaða agónista/antagónista verkun (t.d. búprenorfín, nalbúfín, pentazócín) þar sem verkjastillandi áhrif tramadóls geta fræðilega minnkað í slíkum tilvikum. Tramadól getur örvað og aukið hættuna á krömpum við samtímis gjöf sérhæfðra blokkara á serótónín endurupptöku, þríhringlaga þunglyndislyfja, taugalyfja og annara lyfja sem lækka krampaþröskuld. Önnur lyf sem hemja CYP3A4 t.d. ketókónazól og erýthrómýcín geta hindrað umbrot tramadóls (N-demetýlering), eins og sennilega einnig umbrot virka O-demetýleraða umbrotsefnisins. Klínísk þýðing þessarar milliverkunar er ekki þekkt. **Meðganga:** Dýratilraunir með tramadóli hafa sýnt fram á að gjöf mjög stórra skammta hafði áhrif á líffæraþroska, beinmyndun og lífslíkur nýbura. Engin vansköpunarmyndandi áhrif hafa sést. Tramadól fer yfir fylgju. Reynsla af notkun lyfsins hjá þunguðum konum er takmörkuð. Þess vegna eiga þungaðar konur ekki að nota Zytram forðatöflur. Tramadól, gefið fyrir eða í fæðingu, hefur ekki áhrif á samdráttargetu legsins. Tramadól getur valdið breytingum á öndunartíðni nýbura. Þetta hefur yfirleitt ekki klínískа þýðingu. Um 0,1 % af gefnum skammti skilst út í móðurmjólk. Ekki er mælt með notkun lyfsins við brjóstagjöf. Eftir einn einstakan skammt þarf yfirleitt ekki að hætta brjóstagjöf. **Akstur:** Jafnvel við venjulega skammta geta Zytram forðatöflurnar skert viðbragðsflýti. Þetta skal hafa í huga t.d. við akstur og stjórnun véla. Þetta á einkum við ef tekin eru önnur lyf samhliða sem hafa áhrif á miðtaugakerfi. **Aukaverkanir:** Algengar aukaverkanir (> 10 %) eru ógleði og svimi. Öðru hverju (1-10%) koma fram uppköst, hægðatregða, svitnun, munnþurrkur, höfuðverkur og sljóleiki. Í sjaldgæfum tilvikum (<1%) geta komið fram áhrif á hjarta- og æðakerfi (hjartsláttarónot, hraðtaktur, réttstöðuþrýstingsfall eða blóðþrýstingsfall). Þessi áhrif koma einkum fram í tengslum við gjöf lyfsins í æð og hjá sjúklingum sem eru undir líkamlegu álagi. Ógleði, erting í meltingarvegi (þrýstingstilfinning í maga, uppþemba) og áhrif á húð (t.d. kláði og útbrot) geta komið fram. Í mjög sjaldgæfum tilvikum (<0,1%) hefur skert hreyfigeta, breytingar á matarlyst og truflanir í blóðstreymi sést. Ýmsar sálrænar aukaverkanir geta í mjög sjaldgæfum tilvikum komið fram eftir gjöf Zytram. Hversu alvarlegar þær eru og hvernig þær koma fram er mismunandi á milli einstaklinga (háð persónuleika og meðferðarlengd). Hér má nefna breytingar í skapgerð (venjulega gleði; stundum vanlíðan), breytingar í atorku (venjulega minnkun, stundum aukning) og breytingar á skilvitlegri starfsemi og skynjunar hæfileika (t.d. geta tekið ákvarðanir, skynningur). Ofnæmi (t.d. andnauð, berkjukrampar, blástursthljóð, ofsabjúgur) og ofnæmislost) getur myndast í örfáum tilvikum. Krampar sem líkjast flogaveiki hafa örsjaldan sést. Þetta kom yfirleitt fram eftir stóra skammta af tramadóli og samtímis meðhöndlun með lyfjum sem lækka krampaþröskuld eða framkalla krampa í heila (t.d. þunglyndislyf og taugalyf). Hækkaður blóðþrýstingur og hægataktur hafa örsjaldan komið fram. Öndunarslæving getur orðið, ef farið er verulega yfir ráðlagða skammta og önnur lyf sem hafa áhrif á miðtaugakerfi gefin samtímis. Lyfið getur verið ávanabindandi. Fráhvarfseinkenni, svipuð þeim sem koma fram við ópíata afvötnun, geta komið fram á eftirfarandi hátt: æsingur, kvíði, taugaveiklun, svefnleysi, sjúkleg hreyfingarþörf, skjálfti og truflanir í meltingarvegi. **Útlit:** Forðatöflur 75 mg: Ljósgráar, kringlóttar, tvíkúptar, þvermál 7 mm, Forðatöflur 100 mg: Hvítar, kringlóttar, tvíkúptar, þvermál 8 mm, Forðatöflur 150 mg: Ljósappelsínugular, kringlóttar, tvíkúptar, þvermál 9,5 mm, Forðatöflur 200 mg: Ferskjulitar, kringlóttar, tvíkúptar, þvermál 9,5 mm. **Pakkningar og verð (febrúar 2001):** Forðatöflur 75 mg: 56 stk. Kr. 3069.- Forðatöflur 100 mg: 56 stk. Kr. 3886.-, Forðatöflur 150 mg: 56 stk. Kr. 5355.- Forðatöflur 200 mg: 56 stk. Kr. 6699.- **Greiðslufyrirkomulag:** Elli- og örorkulífeyrisþegar greiða að hámarki 1250 krónur fyrir lyfið og aðrir að hámarki 4500 krónur. **Áth:** Nánari upplýsingar í sérlyfjaskrártexta

Langvirkt verkjalyf

Einföld skömmtun

1 tafla 2svar á dag

Fáanlegt í 4 styrkleikum



PARTNERS AGAINST PAIN®

norpharma a/s

Umboð á Íslandi: Thorarensen Lyf • Sími 530 7100 • Fax 530 7101

norpharma

®: ZYTRAM er skrásett vörumerki

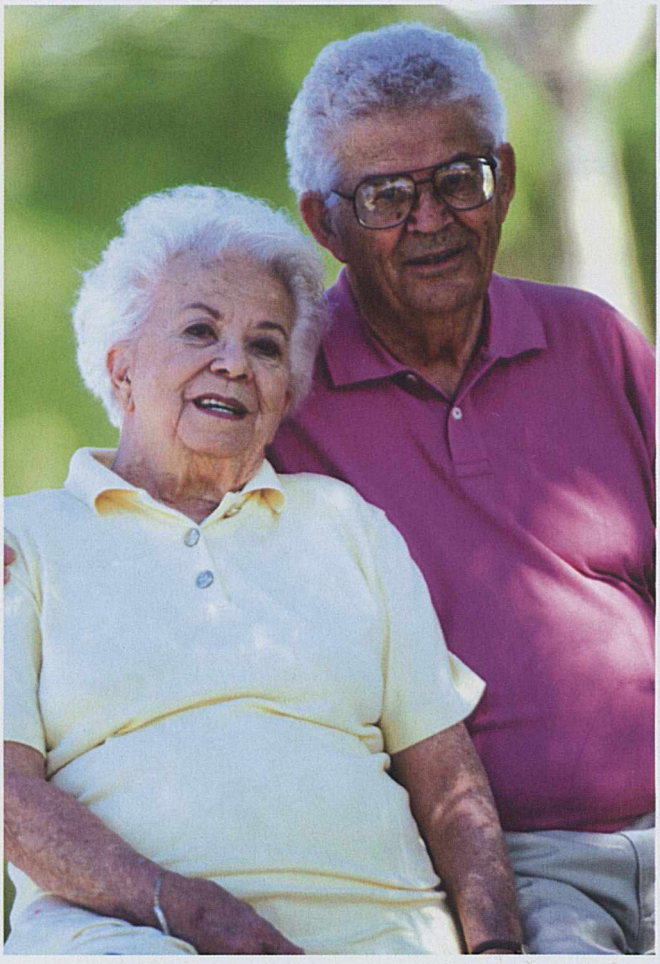
Ölkelduhönnun ehf

NONNI OG MANNI • NM03243 / SÍA.IS

Aventis

Amaryl®

Glimepirid



Einfalt og öruggt lyf við sykursýki af tegund 2

- **Lágmarksáhætta á alvarlegu blóðsykursfalli** [1)]
- **Viðheldur hæfileika hjartans til að koma í veg fyrir blóðþurrð** [2)]
- **Veldur ekki þyngdaraukningu** [3)]
- **Alltaf gefið einu sinni á dag** [4)]

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 glímepíríd 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. mars 2001):** Töflur 1 mg: 30 stk. (þynnupakkað) 983 kr., 90 stk. (þynnupakkað) 2.619 kr. Töflur 2 mg: 90 stk. (þynnupakkað) 4.154 kr. Töflur 3 mg: 90 stk. (þynnupakkað) 5.226 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) Holstein A, Plaschke A, Egberts EH. Lower incidence of severe hypoglycaemia in type 2 diabetic patients treated with glimepiride vs. glibenclamide. Diabetalogica 2000;43 (Suppl 1):A157 **2)** Klepzig H, Kober G, Matter C, Luus H. Sulfonylureas and ischeamic preconditioning. A double blind, placebo controlled evaluation of glimepiride and glibenclamide. Eur. Heart J 1999;20:439-46. **3)** Bugos C, Austin M, Atherton T, Viereck C. Long term treatment of type 2 diabetes mellitus with glimepiride is weight neutral: A Meta-Analysis. Dia Res Clin Pract 2000; Vol 50, (Suppl 1): P251 **4)** Sérlyfjaskrá 2000.

Ársþing Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands

5. og 6. apríl 2001 á Grand hóteli Reykjavík

Dagskrá

Fimmtudagur 5. apríl

09:00-09:10 **Setning:** Hannes Petersen formaður Skurðlæknafélags Íslands

Í Gullteigi **Skurðlæknafélag Íslands**

09:10-10:10 Frjáls erindi SK 01-06
10:10-10:35 Kaffi, lyfja- og áhaldasýning
10:35-12:15 Frjáls erindi SK 07-16

Í Hvammi **Svæfinga- og gjörgæslulæknafélag Íslands**

09:10-10:00 Frjáls erindi SV 01-05
10:00-10:30 Kaffi, lyfja- og áhaldasýning
10:30-11:40 Frjáls erindi SV 06-12

Hádegishlé

Í Gullteigi 13:15-17:00 **Málþing: Sjúkraflutningar með flugi á Íslandi**
Fundarstjóri: Oddur Fjalldal yfirlæknir

13:15-13:30 **Setning**: Oddur Fjalldal
13:30-13:45 **Aðbúnaður í sjúkraflugi. Íslenskur raunveruleiki - framtíðarsýn**
Sveinbjörn Dúason sjúkraflutningamaður
13:45-14:00 **Skipulag og reynsla af sjúkraflugi í Svíþjóð**
Jóhann Valtýsson sérfræðingur
14:00-14:15 **Mönnun í sjúkraflugi. Lágmarkskröfur til lækna**
Jón Baldursson yfirlæknir
14:15-14:30 **Stjórnstöð sjúkra- og þyrluflugs. Flugöryggisstaðlar**
Benóný Ásgrímsson yfirflugstjóri Landhelgisgæslunnar

14:30-15:00 Kaffi, lyfja- og áhaldasýning

15:00-15:15 **Hefur landlæknisembættið gæðastefnu í sjúkraflutningamálum?**
Matthías Halldórsson aðstoðarlandlæknir
15:15-15:30 **Á læknisþjónusta í almennu sjúkraflugi og þyrluflugi að vera á einni hendi?**
Friðrik Sigurbergsson sérfræðingur
15:30-15:45 **Tekur Tryggingastofnun ríkisins landsbyggðarstefnu og sparnað fram yfir öryggi í sjúkraflugi?**
Kristján Guðjónsson skrifstofustjóri TR
15:45-16:00 **Hefur Heilbrigðisráðuneytið brugðist í að styrkja undirstöður og skipulag sjúkraflugsins?**
Sveinn Magnússon skrifstofustjóri Heilbrigðisráðuneytinu
16:00-16:45 **Pallborðsumræður**

17:00-18:00 **Aðalfundur Skurðlæknafélags Íslands**

Oropram

cítalópram



Hamingja hversdagsins er ekki alltaf gefin

Tafla, filmuhúðuð; N 06 A B 04 R B

Hver tafla inniheldur: Citalopranum INN, hýdróbrómið, samsvarandi Citalopranum INN 10 mg, 20 mg eða 40 mg, litarefni (títantvíoxíð) E171, et constit. q.s.

Ábendingar: Punglyndi. Felmtursköst (ofsahræðsla) með eða án víðáttufælni (panic disorder with or without agarophobia). **Skammtar og lyfjagjöf: Skammtar handa fullorðnum:** Lyfið er gefið einu sinni á dag, en skammtar eru breytilegir. **Punglyndi:** Upphafskammtur er 20 mg á dag, en má auka í 40 mg á dag, ef þörf krefur. Ekki er mælt með hærri skömmtum en 60 mg á dag. Hjá sjúklingum eldri en 65 ára er ráðlagður skammtur helmingur ofangreindra skammta, þ.e. 10-30 mg á dag, að hámarki 40 mg á dag. Mikilvægt er að gefa lyfið a.m.k. í 2-3 vikur áður en árangur meðferðarinnar er metinn. Meðferðarlengd er 4-6 mánuðir eftir svörun sjúklings. **Felmturköst:** Lágir skammtar eru notaðir í upphafi meðferðar til að draga úr líkum á versnun sjúkdómsins. Ráðlagður upphafsskammtur er þannig 10 mg á dag. Eftir einnar viku meðferð er skammturinn aukinn í 20 mg á dag. Venjulegur viðhaldsskammtur er 20-30 mg á dag. Ef svörun er ófullnægjandi má auka skammtinn en ekki er mælt með hærri skömmtum en 60 mg á dag. Við meðferð á felmturköstum nær árangur hámarki eftir u.þ.b. 3 mánuði og er viðvarandi við áframhaldandi meðferð. **Skammtar handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir cítalóprami eða einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. Samtímis notkun MAO-hemla. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Gæta skal varúðar við gjöf lyfsins hjá sjúklingum með skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi. Punglyndi fylgir sjálfsvígshætta, sum þunglyndislyf geta í upphafi meðferðar aukið þessa hættu. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Citalópram og MAO-hemla skal ekki gefa samtímis og skulu að minnsta kosti líða 14 sólarhringar á milli þess að þessi tvö lyf séu gefin nema MAO-hemill hafi mjög skamman helmingunartíma. Niðurbrot cítalóprams er aðeins að hluta háð cýtókróm P450 ísóensíminu CYP 2D6 og ólíkt sumum öðrum sérhæfðum hemlum serótónín endurupptöku er cítalópram mjög vægur hemill þessa ensímskerfis (cýtókróm P450) sem er viðriðið umbrot margra lyfja. Próteinbinding cítalóprams er tiltölulega lítil (80%). Vegna þessara eiginleika cítalóprams eru möguleikar þess til að valda klínískt mikilvægum milliverkunum litlir. **Meðganga og brjóstagjöf:** Reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum er mjög takmörkuð, en dýratilraunir benda ekki til fósturskemmandi áhrifa. Þangað til ítarlegri reynsla af notkun cítalóprams hjá barnshafandi konum liggur fyrir skal það aðeins gefið að vandlega athuguðu máli. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk en í dýratilraunum hefur lítið magn lyfsins fundist í mjólk. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Cítalópram hefur ekki áhrif á vitsmunalegar aðgerðir og skynhreyfigetu. Samt sem áður, má sjúklingur sem er á geðlyfjum búast við að hann hafi skerta almenna athygli og einbeitni, annaðhvort vegna sjúkdómsins sjálfs, lyfjameðferðarinnar eða hvorutveggja og því ætti að vara sjúklinga við hæfni þeirra til að aka bíl eða stjórna vélknúnum ökutækjum. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir af völdum cítalóprams eru almennt vægar og tímabundnar og ganga yfir enda þótt meðferð sé haldið áfram. Algengasta aukaverkun lyfsins er ógleði allt að 7%. **Algengar (>1%): Almennar:** Höfuðverkur, aukinn svitamyndun, þreyta, slen, titringur, breytingar á þyngd og svimi. **Æðakerfi:** Þungur hjartsláttur. **Miðtaugakerfi:** Svefntruflanir, skyntruflanir og óróa. **Meltingarfæri:** Ógleði, hægðatregða, niðurgangur, meltingaróþægindi og munnþurrkur. **Þvagfæri:** Erfiðleikar við að tæma þvagblöðru. **Augu:** Sjónstillingarerfiðleikar. **Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennar:** Almenn lasleikatilfinning, geispar. **Miðtaugakerfi:** Æsingur, rugl, erfiðleikar við einbeitingu, minnkuð kynhvöt og truflun á sáðláti. **Meltingarfæri:** Aukið munnvatnsrennsli. **Húð:** Útbrot. **Öndunarfæri:** Nefstífla. **Augu:** Stækkað ljósop. **Mjög sjaldgæfar (< 0,1%): Miðtaugakerfi:** Mania. **Ofskömmtun:** Ef tekinn er inn of stór skammtur af cítalóprami geta aukaverkanir magnast. Þungur hjartsláttur og skert meðvitund getur jafnframt sést. **Lyfhrif:** Cítalópram er tvíhringlaga þalíð-afleiða og er virkt gegn þunglyndi og felmturköstum. Verkunarháttur lyfsins er vegna sértækrar hindrunar á upptöku serótónins í heila. Lyfið hefur engin áhrif á endurupptöku noradrenalíns, dópamíns eða GABA. Lyfið og umbrotsefni þess hafa því enga anddópamín-, andadren-, andserótónín-, og andhistamínvirka eða andkólínvirka eiginleika. Jafnvel við langtíma notkun hefur lyfið engin áhrif á fjölda viðtaka fyrir boðefni í miðtaugakerfi. Lyfið hefur hvorki áhrif á leiðslukerfi hjartans né blóðþrýsting og eykur ekki áhrif alkóhóls. Lyfið hefur væga róandi verkun. **Lyfjahvörf:** Frásog cítalóprams er mjög gott og óháð inntöku matar. Aðgengi eftir inntöku er yfir 80%. Hámarksblóðþéttni næst eftir 1-6 klst. Stöðug blóðþéttni næst eftir 1-2 vikur. Próteinbinding er um 80%. Dreifingarrúmmál er u.þ.b. 14 l/kg. Lyfið umbrotnar áður en það útskilst; um 30% í þvagi. Umbrotsefni hafa svipaða en vægari verkun en cítalópram. Helmingunartími er um 36 klst. en er lengri hjá öldruðum.

Útlit:
Töflur 10 mg: Hvítar, filmuhúðaðar, kringlóttar og kúptar, 6 mm.
Töflur 20 mg: Hvítar, filmuhúðaðar, kringlóttar og kúptar, 8 mm, með deiliskoru.
Töflur 40 mg: Hvítar, filmuhúðaðar, kringlóttar og kúptar, 10 mm, með krossskoru.

Pakkningar og verð: (Lyfjaverðskrá 1. janúar)
Oropram 10 mg/28 stk. 2.308 kr.
Oropram 10 mg/100 stk. 6.446 kr.
Oropram 20 mg/28 stk. 3.721 kr.
Oropram 20 mg/56 stk. 6.610 kr.
Oropram 20 mg/100 stk. 10.917 kr.
Oropram 40 mg/28 stk. 6373 kr.
Oropram 40 mg/56 stk. 11.738 kr.
Oropram 40 mg/100 stk. 20.089 kr.
Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti.



Omega Farma

www.omega.is

GRAFÍSKA SMIÐJAN EHF. - Málverk: Bilson

Föstudagur 6. apríl

Í Gullteigi	**Skurðlæknafélag Íslands**	
	08:30-10:10	Frjáls erindi SK 17-26
	10:10-10:40	Kaffi, lyfja- og áhaldasýning
	10:40-12:10	Frjáls erindi SK 27-35
Í Hvammi	**Svæfinga- og gjörgæslulæknafélag Íslands**	
	09:00-10:00	**Aflfræði öndunarvega, nýjar aðferðir til að mæla krafta sem verka á öndunarfæri sjúklinga í öndunarvél** Sigurbergur Kárason læknir Sahlgränska sjúkrahúsinu í Gautaborg
	10:00-10:30	Kaffi, lyfja- og áhaldasýning
	10:30-12:00	**Aðalfundur Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands**
		Hádegishlé
Í Gullteigi	13:15-16:30	**Málþing: Skurðaðgerðir á landsbyggðarsjúkrahúsum. Samstarf og framtíðarþróun** **Fundarstjóri:** Hannes Petersen yfirlæknir
	13:15-13:30	**Framtíðarhlutverk landsbyggðarsjúkrahúsa. Almenn þjónusta - neyðarþjónusta** Þorsteinn Jóhannesson yfirlæknir
	13:30-13:45	**Framtíðarhlutverk landsbyggðarsjúkrahúsa. Draumsýn íbúa og stjórnmálamanna gegn veruleika nútímalækninga** Jónas Magnússon prófessor
	13:45-14:00	**Hefur Heilbrigðisráðuneytið einhverja langtímastefnu gagnvart landsbyggðarsjúkrahúsum?** Sveinn Magnússon
	14:00-14:15	**Er landlæknisembættið áhorfandi eða þátttakandi í þróun landsbyggðarsjúkrahúsa?** Sigurður Guðmundsson landlæknir
	14:15-14:30	**Áhrif stjórnmálamanna á framtíð landsbyggðarsjúkrahúsa** Kristinn H. Gunnarsson alþingismaður
	14:30-15:00	Kaffi, lyfja- og áhaldasýning
	15:00-15:15	**Hvaða væntingar gera læknar á landsbyggðarsjúkrahúsum til samstarfs við Landspítala háskólasjúkrahús?** Björn Magnússon yfirlæknir
	15:15-15:30	**Samstarf Landspítala háskólasjúkrahúss og sjúkrahúsa á landsbyggðinni. Er þetta faglega og skipulagslega raunhæfur kostur í framtíðinni?** Páll Helgi Möller yfirlæknir
	15:30-15:45	**Eiga skurðlæknar og svæfingalæknar að bjóða upp á skipulagða einkavædda þjónustu við landsbyggðarsjúkrahús?** Sveinn Geir Einarsson yfirlæknir
	15:45-16:30	**Pallborðsumræður**
Iðnó	**Kl. 19:00**	**Kvöldverður og skemmtun í Iðnó**

Lyfja- og áhaldasýning

Í tengslum við þingið verður lyfja- og áhaldasýning í Gullteigi og er hún opin meðan á þinginu stendur. Eftirtaldir taka þátt í sýningunni:

3M
A. Karlsson
Abbot
Agilent
AstraZeneca
Austurbakki
Aventis
Búnaðarbanki Íslands
Convatec
Farmasía
Fresenius Kabi
GlaxoSmithKline
Glóbus
Inter
Ísmed
Norpharma
Novartis
Omega Farma
Organon Teknika
Pharmacia

ERINDI

SK 01 **Ættlægni blöðruhálskirtilskrabbameins á Íslandi**

Bjarki Jónsson Eldon[1], Albert Kjartansson Imsland[1], Jón Tómasson[2], Eiríkur Jónsson[2]

[1]Urður, Verðandi, Skuld, [2]þvagfæraskurðdeild Landspítala Hringbraut

Tilgangur: Blöðruhálskirtilskrabbamein (bhk) er algengasta tegund krabbameins meðal íslenskra karla. Fjölskyldusaga um blöðruhálskirtilskrabbamein er talin vera einn af áhættuþáttum krabbameinsins. Meginmarkmið þessarar rannsóknar var að meta áhættu á blöðruhálskirtilskrabbameini meðal ættingja íslenskra ættvísa með slíkt krabbamein.

Efniviður og aðferðir: Ættir ættvísa sem greindust með blöðruhálskirtilskrabbamein á árunum 1983-1987 voru raktar til þriðja stigs ættingja hvers ættvísis af erfðafræðinefnd. Ættirnar voru tengdar krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands.

Alls fengust upplýsingar um krabbameinstilfelli hjá fjölskyldum 370 ættvísa. Aldursdreifing ættingja var fundin fyrir hvert ár frá 1955 til og með 1999. Væntanlegur fjöldi ættingja var síðan fundinn með því að margfalda saman fjölda ættingja á hverju aldursbili hvers árs með nýgengi sama aldursbils og árs. Áhættan á krabbameini var metin sem hlutfall fjölda fundinna krabbameinstilfella og væntanlegs fjölda.

Niðurstöður: Áhætta (RR) fyrsta stigs ættingja á blöðruhálskirtilskrabbameini var marktækt aukin (fjöldi = 1832; áhættuhlutfall = 1,7; 95% vikmörk 1,28-2,34). Áhættan var ekki marktæk meðal annars stigs ættingja (fjöldi = 5604; áhættuhlutfall = 1,3; vikmörk = 0,91-1,72) og var lægst, en þó marktækt aukin meðal þriðja stigs ættingja (fjöldi = 10.649; áhættuhlutfall = 1,2; vikmörk = 1,01-1,47). Áhættan á blöðruhálskirtilskrabbameini var einnig metin eftir því, hvort ættvísar hefðu greinst með huldumein eða látist úr sjúkdómnum. Áhættuaukning ættingja fyrrnefndu ættvísanna var ekki marktæk. Hún var hins vegar marktæk fyrir fyrsta og annars stigs ættingja þeirra ættvísa sem létust úr blöðruhálskirtilskrabbameini.

Ályktanir: Þessar niðurstöður styðja mikilvægi fjölskyldusögu sem áhættuþáttar blöðruhálskirtilskrabbameins.

SK 02 **Ættlægni nýrnafrumukrabbameins á Íslandi**

Ásgeir Thoroddsen[1], Tómas Guðbjartsson[1,2], Guðmundur V. Einarsson[1], Þóra J. Jónasdóttir[3], Guðrún M. Jónsdóttir[3], Kristján Jónasson[3], Kristleifur Kristjánsson[3], Jeffrey Gulcher[3], Kári Stefánsson[3], Laufey Þ. Ámundadóttir[3]

[1]Þvagfæraskurðdeild Landspítala Hringbraut, [2]hjarta-og lungnaskurðdeild Háskólasjúkrahússins í Lundi, [3]Íslensk erfðagreining, [4]læknadeild HÍ

Inngangur: Nýrnafrumukrabbamein (adenocarcinoma renis) eru á meðal 10 algengustu greindra krabbameina á Íslandi. Lítið er vitað um orsakir sjúkdómsins og þáttur erfða og tengsl við umhverfis- og áhættuþætti eru óljós. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna ættlægni nýrnafrumukrabbameins á Íslandi síðastliðin 45 ár.

Efniviður og aðferðir: Alls voru 1078 Íslendingar (660 karlar og 418 konur), sem greindust með nýrnafrumukrabbamein á tímabilinu 1955 til 1999, teknir með í rannsóknina. Upplýsingar um einstaklinga sem greinst hafa með nýrnafrumukrabbamein fengust úr sjúkraskrám, vefjasvörum og krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands. Skrá yfir alla greinda sjúklinga var síðan borin saman við ættfræðigrunn Íslenskrar erfðagreiningar. Þar er að finna upplýsingar á tölvutæku formi um nær alla núlifandi Íslendinga auk forfeðra aftur að landnámi, alls um 630.000 manns. Fjölskyldutré sjúklinga voru skoðuð og ættlægni sjúkdómsins rannsökuð með því að reikna skyldleikastuðul (kinship coefficient, KC) annars vegar og áhættuaukningu (relative risk, RR) ættingja hins vegar, fyrir bæði sjúklingahóp og samanburðarhópa.

Niðurstöður: Alls greindust 205 fjölskyldur (samtals 630 einstaklingar) með tvo eða fleiri einstaklinga með nýrnafrumukrabbamein (fimm meiósur) og í 49 fjölskyldum (samtals 280 einstaklingar) voru fjórir eða fleiri einstaklingar með nýrnafrumukrabbamein. Sjúklingahópurinn (n=1078) er marktækt skyldari en samanburðarhópar. Meðalskyldleikastuðull sjúklinga reyndist um það bil fjórum staðalfrávikum hærri en fyrir 1000 samanburðarhópa ($p<0,001$). Þegar fyrstu gráðu sambönd voru fjarlægð var skyldleikastuðullinn enn marktækt aukinn eða um þremur staðalfrávikum frá meðaltali samanburðarhópa ($p= 0,007$). Áhættuaukning ættingja og maka er sýnd í meðfylgjandi töflu.

Tengsl	Áhættu-hlutfall	95%-öryggisbil	p-gildi	Fjöldi tengslafólks (alls/í sjúklingaskrá)
Systkini	2,46	1,6-3,1	<0,001	3867/74
Foreldri	2,22	1,5-3,8	<0,001	848/15
Systkini foreldra	1,15	0,8-1,6	0,156	4476/41
Tvímenningur	1,60	1,2-1,9	<0,001	8750/109
Maki	1,80	0,7-5,5	0,102	839/12

Ályktanir: Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að nánir ættingjar sjúklinga með nýrnafrumukrabbamein (systkini og foreldrar) eru í rúmlega tvöfaldri áhættu að fá nýrnafrumukrabbamein. Þáttur erfða hefur áður verið óljós en virðist geta átt marktækan hlut að tilurð sjúkdómsins. Styrkur rannsóknarinnar er að hún byggir á ættfræðigrunni frá heilli þjóð og á öllum tilfellum sem greindust á landinu á löngu tímabili. Slíkar niðurstöður hafa ekki verið birtar áður fyrir nýrnafrumukrabbamein. Leit stendur nú yfir að meingeni sjúkdómsins.

SK 03 **Skurðdauði eftir brottnámsaðgerð á nýra vegna nýrnafrumukrabbameins**

Ásgeir Thoroddsen[1], Guðmundur Vikar Einarsson[2,4], Þorsteinn Gíslason[2], Tómas Guðbjartsson[3]

[1]Handlækningadeild Landspítala Hringbraut, [2]þvagfæraskurðdeild Landspítala háskólasjúkrahúss, [3]hjarta-og lungnaskurðdeild Háskólasjúkrahússins í Lundi, [4]læknadeild HÍ

Inngangur: Meðferð staðbundins nýrnafrumukrabbameins er nýrabrottnám en í völdum tilvikum kemur einnig til greina að fjarlægja nýru hjá sjúklingum með fjarmeinvörp í líknandi tilgangi. Nýrabrottnám er viðamikil skurðaðgerð en lítið er vitað um algengi eða ástæður andláts eftir slíka aðgerð.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin er afturskyggn og nær til allra sjúklinga sem gengust undir nýrabrottnám vegna nýrnafrumukrabbameins á Íslandi 1971-1999. Litið var sérstaklega á sjúklinga sem létust innan 30 daga frá aðgerð (hópur A), samanber viðtekna skilgreiningu á skurðdauða, og þeir bornir saman við þá sem ekki

létust eftir aðgerð (hópur B). Markmið rannsóknarinnar var að kanna tíðni skurðdauða á rannsóknartímabilinu, dánarorsakir og ástand sjúklinga fyrir aðgerð. Borin voru saman tímabil I: 1971-1985 og tímabil II: 1986-1999.

Niðurstöður: Frá 1971 til 1999 greindust 843 sjúklingar með nýrnafrumukrabbamein og gengust 544 (65%) þeirra undir nýrabrottnámsaðgerð, þar af 80% með lækningu í huga (Robsons stig I-III). Aðgerðirnar voru framkvæmdar af 32 skurðlæknum á átta sjúkrastofnunum og framkvæmdu níu læknar yfir 20 aðgerðir og 15 læknar fimm aðgerðir eða færri. Skurðdauði reyndist 2,9% á öllu tímabilinu (n=16) og dreifðist jafnt á milli spítala, 2,3% á tímabili I (n=5) af 214 aðgerðum og 3,3% á tímabili II (n=11) af 330 aðgerðum, sem er ekki marktæk aukning (p=0,5). Sjúklingarnir létust 2-24 dögum frá aðgerð (miðgildi 10 dagar), þar af sex í fyrstu vikunni. Enginn lést í aðgerð. Meðalaldur í hópi A var 72,6 ár og 63,9 ár í hópi B (p<0,05). Ekki reyndist marktækur munur á stigun sjúkdóms hjá hópum A og B (p>0,05) en sjö sjúklingar í hópi A reyndust á stigi I (44%) og voru fimm þeirra greindir fyrir tilviljun. Átta sjúklingar í hópi A voru með áhættumat (ASA) 3 eða hærra fyrir aðgerð en áhættumat fyrir hóp B liggur ekki fyrir. Ekki var marktækur munur á stærð æxla í hópum A og B. Algengustu dánarorsakir í hópi A voru blæðing/lost fimm, og fóru fjórir í enduraðgerð vegna blæðinga, hjartsláttartruflanir þrír, sýkingar/-sýkingalost þrír, lungnarek tveir, nýrnabilun tveir og fjölkerfabilun einn.

Ályktanir: Skurðdauði eftir nýrabrottnám hér á landi er vel sambærilegur við erlendar rannsóknir og ekki hefur orðið marktæk breyting á tíðni skurðdauða síðustu þrjá áratugina. Algengustu dánarorsakir eftir nýrabrottnám eru tengdar blæðingum, hjartsláttaróreglu og sýkingum. Sjúklingar sem deyja eftir aðgerð eru eldri en hafa ekki útbreiddari sjúkdóm né stærri æxli en þeir sem lifa af aðgerðina.

SK 04 **Tilviljanagreind nýrnafrumukrabbamein og áhrif þeirra á lífshorfur**

Tómas Guðbjartsson[1,2], Ásgeir Thoroddsen[2], Kjartan Magnússon[3], Þorsteinn Gíslason[2], Sverrir Harðarson[4], Vigdís Pétursdóttir[4], Þóra Jónasdóttir[5], Laufey Ámundadóttir[5], Kári Stefánsson[5], Guðmundur Vikar Einarsson[2,6]

[1]Hjarta- og lungnaskurðdeild Háskólasjúkrahússins í Lundi, [2]þvagfæraskurðdeild Landpítala Hringbarut, [3]krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut, [4]Rannsóknastofa Háskólans í meinafræði, [5]Íslensk erfðagreining, [6]læknadeild HÍ

Inngangur: Nýrnafrumukrabbamein er óvenju algengt á Íslandi en ástæður þessa eru ekki þekktar. Erlendis er vaxandi nýgengi að verulegu leyti rakið til fleiri tilviljanagreindra æxla (incidentalom). Í þessari rannsókn voru kannaðar breytingar á nýgengi og lífshorfum frá 1955-1999 en einnig litið nánar á sjúklinga greinda 1971-1999 með sérstöku tilliti til tilviljanagreiningar og áhrifa hennar á lífshorfur.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin nær til allra sem greindust með nýrnakrabbamein (adenocarcinoma renis) á Íslandi 1955-1999, alls 1108 einstaklinga (665 karlar og 443 konur). Af þeim greindust 194 (18%) við krufningu og 72 (6%) voru greindir klínískt án vefjagreiningar. Tveir síðustu hóparnir voru aðeins teknir með í útreikninga á nýgengi og meðalaldri sem var 65 ár (bil 17-96 ár).

Niðurstöður: Aldursstaðlað nýgengi fyrir karla jókst úr 7,3 á 100.000 á ári 1955-1960 í 16 á 100.000 á ári 1991-1995 (p=0,028). Hjá konum sást ekki marktæk aukning í nýgengi á sömu tímabilum, eða 6,6 og 8,6 á 100.000 á ári. Frá 1971 til 1999 greindust 503 af 671 sjúklingi með einkenni og voru kviðverkir (54%) og blóðmiga (44%) algengustu einkennin. Rúmur helmingur sjúklinga greindist innan 12 vikna frá upphafi einkenna. Eitt hundrað sextíu og átta sjúklingar greindust fyrir tilviljun (25%), 44 eftir nýrnamyndatöku, 35 eftir ómskoðun, 24 við sneiðmyndatöku og 23 við uppvinnslu smásjárrar blóðmigu. Tilviljanagreindum æxlum fjölgaði úr 12% tilfella 1971-1980 í 32% tilfella 1996-1999 (p<0,05). Tilviljanagreindu æxlin reyndust minni (5,4 cm.) en æxli sjúklinga með einkenni (8,1 cm.) (p<0,05). Blóðrauði við greiningu var 129 g/L og sökk 40 mm/klukkustund (bil 0-168 mm/klukkustund). Flestir greindust á stigi I, eða 36%, en 33% á stigi IV. Fleiri tilviljanagreind æxli greindust á stigi I (68% á móti 25%) og aðeins 8% á stigi IV (p<0,05). Fimm ára lífshorfur voru 44% fyrir allt tímabilið og jukust úr 16% 1955-1960 í 37% 1966-1970. Frá 1971 varð ekki marktæk breyting á lífshorfum (p=0,416). Við einþáttagreiningu bætti tilviljanagreining lífshorfur umtalsvert (p<0,001) en lágur blóðrauði (p<0,001), hátt sökk, stigun og tímalengd einkenna lengur en þrír mánuðir (p=0,002) drógu marktækt úr lífshorfum. Einu sjálfstæðu forspárþættir lífshorfa við fjölbreytugreiningu reyndust hár aldur (p=0,016), sökk (p=0,006) og stigun (p<0,001).

Ályktanir: Nýgengi nýrnafrumukrabbameins er vaxandi hjá körlum á Íslandi sem að hluta til skýrist af fleiri tilviljanagreindum æxlum. Sjúklingar með tilviljanagreind æxli eru með betri lífshorfur en þeir sem greinast með einkenni vegna lægri stigunar æxlanna. Aukning tilviljanagreindra æxla hefur ekki verið nægilega mikil hér á landi til að bæta heildarlífshorfur sjúklinga með nýrnafrumukrabbamein. Stöðnun lífshorfa í þessum sjúklingahópi er áhyggjuefni og mikilvægt að finna leiðir til úrbóta.

SK 05 **Vaxandi nýgengi og stórbættar lífshorfur karla með krabbamein í eistum á Íslandi 1955-1999**

Tómas Guðbjartsson[1,2], Kjartan Magnússon[3], Jón Þ. Bergþórsson[4], Rósa B. Barkardóttir[4], Bjarni A. Agnarsson[5], Laufey Ámundadóttir[6], Ásgeir Thoroddsen[2], Kári Stefánsson[6], Guðmundur Vikar Einarsson[2,7]

[1]Hjarta- og lungnaskurðdeild Háskólasjúkrahússins í Lundi, [2]þvagfæraskurðdeild Landspítala Hringbraut, [3]krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut, [4]rannsóknastofa H.Í. í frumulíffræði, [5]Rannsóknastofa Háskólans í meinafræði, [6]Íslensk erfðagreining, [7]læknadeild Háskóla Íslands

Inngangur: Eistnakrabbamein er algengasta krabbameinið sem greinist í karlmönnum á milli 20 og 40 ára aldurs. Á sjöunda áratugnum komu á markað frumudrepandi lyf, með cisplatín í broddi fylkingar, sem bættu horfur sjúklinga með krabbamein í eistum. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna breytingar á nýgengi og hegðun sjúkdómsins hér á landi með sérstaka áherslu á lífshorfur sjúklinga eftir meðferð.

Efniviður og aðferðir: Allir íslenskir karlar sem greindust með eistnakrabbamein á 45 ára tímabili, 1955-1999, voru teknir með í rannsóknina og var stuðst við sjúkraskrár, vefjasvör og gögn úr krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands. Aldursstaðlað nýgengi var reiknað fyrir allt tímabilið en hegðun sjúkdómsins á tímabilinu 1970-1999 (n=172) könnuð nánar. Lífshorfur voru reiknaðar með Kaplan-Meier aðferð.

Niðurstöður: Af 198 sjúklingum greindust 113 (58%) með sáðkrabbamein (SK) og 82 (42%) með önnur frjófrumuæxli en sáðkrabbamein (ÖFS). Nýgengi (3,9 á 100.000 karla) jókst á rannsóknartímabilinu fyrir bæði sáðkrabbamein og önnur frjófrumuæxli en sáðkrabbamein ($p<0,001$) og 1995-1999 ($n=40$; 5,3 á 100.000 karla) greindust rúmlega fjórum sinnum fleiri eistnakrabbamein en 1955-1959 ($n=9$; 2,2 á 100.000 karla). Meðalaldur við greiningu var 34 ár (bil 2-62 ár), 38 ár fyrir sáðkrabbamein og 29 ár fyrir önnur frjófrumuæxli en sáðkrabbamein ($p<0,05$), og hélst óbreyttur á tímabilinu ($p=0,144$). Fyrirferð í pung var algengasta einkennið (86%) en næst komu verkir í eista (56%) og einkenni meinvarpa (7%). Flestir greindust innan átta vikna frá upphafi einkenna en 12% eftir meira en sex mánuði. Meðalþvermál æxlanna var 4,9 cm. og fór minnkandi á rannsóknartímabilinu ($p<0,02$). Sáðkrabbameinsæxlin reyndust 0,7 cm. stærri en önnur frjófrumuæxli en sáðkrabbamein (4,5 cm.) ($p<0,05$) Langflestir ($n=110$) greindust á Boden-Gibb stigi I (68%) og 32% á stigi II-IV, þar með taldir 9% með fjarmeinvörp (stig IV). Allir sjúklingarnir gengust undir brottnám á eista, með eða án geisla- og/eða frumudrepandi lyfjameðferðar. Fimm ára lífshorfur fyrir hópinn í heild voru 88% 1955-1999 og jukust úr 67% 1955-1977 í 96% 1978-1999. Frá 1978 til 1999 voru fimm ára lífshorfur sjúklinga á stigi I 97% en 94% á stigum II-V. Einungis hafa tveir sjúklingar látist úr sjúkdómnum frá 1978. Við fjölbreytugreiningu (Cox) reyndust stig sjúkdómsins ($p<0,02$) og greiningarár sjálfstæðir áhættuþættir ($p<0,001$), en vefjagreining, tímalengd einkenna, stærð æxlis og aldur sjúklings ekki marktækir áhættuþættir.

Ályktanir: Nýgengi eistnakrabbameins hefur tæplega þrefaldast á síðustu fjórum áratugum á Íslandi sem er svipuð þróun og sést hefur á hinum Norðurlöndunum. Eftir að cisplatínmeðferð var tekin upp hér á landi í kringum 1977 hafa lífshorfur þessa sjúklingahóps batnað umtalsvert. Núna má gera ráð fyrir að rúmlega 96% sjúklinga með staðbundinn sjúkdóm læknist og sjúklingar með fjarmeinvörp eiga jafnvel góða möguleika á lækningu. Þessi árangur í meðferð eistnakrabbameins sem hér er lýst er með því besta sem þekkist.

SK 06 **Fyrstu 10 nýblöðrur á þvagrás á Sjúkrahúsi Reykjavíkur / Landspítala Fossvogi**

Eiríkur Orri Guðmundsson, Eiríkur Jónsson

Þvagfæraskurðdeild Landspítala Fossvogi

Inngangur: Undanfarin ár hafa á Sjúkrahúsi Reykjavíkur, síðar Landspítala Fossvogi, verið framkvæmdar aðgerðir þar sem þvagblaðra sjúklings hefur verið fjarlægð og sköpuð ný blaðra úr görn sem síðan hefur verið tengd á þvagrás

Markmið: Að rannsaka afdrif fyrstu 10 sjúklinganna sem gengist hafa undir brottnám á þvagblöðru og fengið nýblöðru á þvagrás. Markmið rannsóknarinnar er að meta árangur aðgerðarinnar og kanna afdrif sjúklinganna.

Aðferð: Sjúkraskrár sjúklinganna voru yfirfarnar og sjúklingarnir svöruðu spurningalista.

Niðurstöður: Níu sjúklingar gengust undir aðgerðina vegna ífarandi krabbameinsvaxtar í þvagblöðru og einn vegna interstitial cystitis, níu karlar og ein kona. Tveir sjúklingar hafa látist af völdum sjúkdóms. Sjúklingarnir voru á aldrinum 46-76 ára (meðaltal 63,4 ár). Meðallengd aðgerðar var 368 mínútur og blæðing í aðgerð að meðaltali 1372 ml. Meðallegutími var 21 dagur. Meðalrýmd nýblöðrunnar er 540 ml. Af átta karlmönnum með krabbamein í þvagblöðru reyndust fjórir einnig hafa krabbamein í blöðruhálskirtli. Meðallengd eftirlits var 24 mánuðir. Snemmkomnir fylgikvillar voru gliðnun á skurðsári, garnalömun vegna samvaxta og þrenging á þvagleiðara. Síðkomnir fylgikvillar voru þrenging á mótum þvagrásar og nýblöðru, fistill milli nýblöðru og garnar og fistill milli nýblöðru og legganga. Sjúklingarnir hafa almennt mjög jákvætt viðhorf til aðgerðarinnar og afleiðinga hennar og myndu allir kjósa nýblöðru fram yfir Brickersblöðru og úróstómíu, þyrftu þeir að taka þá ákvörðun nú.

Ályktanir: Nýblaðra á þvagrás er góður valkostur ef nema þarf þvagblöðru brott. Sjúklingar virðast vilja mikið til vinna til að losna við úróstómíu á húð með tilheyrandi þvagpoka, jafnvel þó að þeir þurfi að nota bindi vegna þvagleka eða framkvæma hreina sjálftæmingu. Þessar aðgerðir eru þó flóknari og tímafrekari en Brickersblaðra og þeim geta fylgt ýmsir fylgikvillar sem skurðlæknirinn þarf að vera tilbúinn að leysa, jafnframt því sem eftirlit eftir aðgerðina þarf að vera nákvæmt og meðferðarfylgni sjúklinga trygg.

SK 07 **Árangur beinskurðar í sköflung á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri 1982-1997**

Andri Már Þórarinsson, Júlíus Gestsson, Þorvaldur Ingvarsson

Bæklunardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

Tilgangur: Markmið rannsóknarinnar var að meta árangur beinskurðar (osteotomy) á bæklunadeild FSA og bera saman við erlendar niðurstöður. Meta hversu lengi aðgerðirnar duga sjúklingum (hversu lengi er hægt að seinka gerviliðaaðgerð í hné). Er hægt að mæla með beinskurði sem meðferð?

Efniviður og aðferðir: Fengnar voru upplýsingar úr sjúklingabókhaldi FSA um sjúklinga sem hafa gengist undir beinskurð á bæklunardeild FSA á árunum 1982-1997 og þær upplýsingar bornar saman við gerviliðaskrá 1982-2000 sem er til á FSA.

Niðurstöður: Alls voru framkvæmdar 75 aðgerðir á 67 sjúklingum (33 konum og 34 körlum) meðalaldur 55 (31-69) ár fyrir konur og 58 (33-69) ár fyrir karla. Á tímabilinu voru settir gerviliðir í 25 hné sem áður hafði verið framkvæmdur beinskurður á. (Meðaltími frá beinskurði til gerviliðaaðgerðar var fimm ár (1-14).) Hjá þeim sem ekki hafa farið í gerviliðaaðgerð enn, eftir beinskurð eru að meðaltali liðin níu ár eftir beinskurðinn (4-15). Sé tekið tillit til þeirra sem hafa farið í gerviliðaaðgerð þá virðist beinskurður geta seinkað gerviliðaaðgerð um átta ár að meðaltali.

Umræða: Beinskurður í hnjám hefur verið framkvæmdur á FSA í 18 ár, þetta er viðurkennd meðferð sem getur seinkað gerviliðaaðgerð um átta ár að meðaltali. Árangur aðgerða á FSA er sambærilegur við erlendar niðurstöður.

Hægt er að mæla með þessari aðgerð sérstaklega á ungu fólki.

Margar spurningar vakna:

1. Skiptir máli hvort viðkomandi hefur slit í báðum hnjám?
2. Skiptir máli hvort viðkomandi hefur slit í mjöðm og hné?

3. Skiptir máli hvort viðkomandi hefur handarslitgigt?
4. Skiptir máli hvort um frumslitgigt eða áunna slitgigt er að ræða?

SK 08 **Erfðir slitgigtar í mjöðmum á Íslandi**

Þorvaldur Ingvarsson[1,4], Stefán Einar Stefánsson[2], Ingileif B. Hallgrímsdóttir[2], Halldór Jónsson jr.[3], Jeff Gulcher[2], Helgi Jónsson[3], Jón Ingvar Ragnarsson[3], L. Stefan Lohmander[4], Kári Stefánsson[2]

[1]Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri, [2]Íslensk erfðagreining, [3]Landspítali háskólasjúkrahús, [4]Háskólasjúkrahúsið í Lundi

Tilgangur: Að kanna í Íslendingum erfðir slitgigtar í mjöðmum sem leiða til gerviliðaaðgerða.

Aðferðir: Erfðir slitgigtar voru kannaðar með því að keyra saman tvo gagnabanka. A. Gerviliðaskrá sem inniheldur alla einstaklinga sem hafa gengist undir gerviliðaaðgerðir vegna slitggitar í mjöðm á árunum 1972-1996. B. Ættfræðiupplýsingar úr Íslendingabók sem inniheldur upplýsingar um stóran hluta Íslendinga fædda á síðustu 10 öldum.

Erfðaþátturinn var kannaður á fernan hátt: A. Með því að finna fjölskyldur með slitgigt í mjöðm. B. Með því að nota svonefnt MFT próf, þar sem minnsti fjöldi af forfeðrum er fundinn sem tengir saman alla sjúklinga (2713) sem hafa fengið gervilið í mjöðm vegna slitgigtar, borið saman við meðaltal forfeðra í samanburðarhópum. C. Með því að reikna skyldleikastuðul (kinship coefficient, KC) fyrir sjúklinga með slitgigt og samanburðarhópa. D. Með því að reikna áhættu þess að ættingjar sjúklinga með gerviliði vegna slitgigtar í mjöðm fái gervilið vegna slitgigtar. Í öllum tilfellum voru niðurstöður bornar saman við 1000 samanburðarhópa úr Íslendingabók sem eru jafnstórir og upprunalegi hópurinn.

Niðurstöður: Fjöldi fjölskyldna fannst, MFT prófið sýndi að sjúklingar með gerviliði í mjöðmum vegna slitgigtar áttu færri sameiginlega forfeður en samanburðarhópar ($p<0,001$). Meðaltalsgildi skyldleikastuðuls var hærra hjá sjúklingum með gerviliði í mjöðmum vegna slitgigtar en í samanburðarhópum ($p<0,001$). Áhætta hjá börnum slitgigtarsjúklinga er 3,05 (2,52-3,10) ($p<0,001$).

Umræða, ályktanir: Þessi rannsókn sýnir að sjúklingar með gervilið í mjöðm vegna slitgigtar eru innbyrðis marktækt skyldari hver öðrum en samanburðarhópar. Þessi skyldleiki náði út fyrir hefðbundnar kjarnafjölskyldur. Þessar niðurstöður benda til að auk umhverfisþátta séu erfðaþættir mikilvægir sem orsök slitgigtar og hvetja til áframhaldandi leitar af genum sem geta orsakað sjúkdóminn.

SK 09 **Árangur gerviliðaaðgerða í mjöðmum á bæklunardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri 1982-2000**

Jónas Franklín jr., Júlíus Gestsson, Ari H. Ólafsson, **Þorvaldur Ingvarsson**

Bæklunardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

Tilgangur: Að kanna árangur gerviliðaaðgerða á mjöðm á bæklunardeild FSA 1982-2000 og bera saman við niðurstöður erlendis sem hérlendis.

Efniviður og aðferðir: Aflað var upplýsinga úr sjúklingabókhaldi, sjúkraskrám og frá gerviliðaskráningu FSA. Skráð voru aldur, kyn, ábending og orsök fyrir aðgerð og enduraðgerð. Til að kanna hvort sjúkingar hefðu leitað annað til enduraðgerða var leitað upplýsinga á sjúkrahúsunum í Reykjavík og á Akranesi.

Niðurstöður: Á árunum 1982-2000 voru gerðar 736 Exeter gerviliðaaðgerðir á 585 sjúklingum á bæklunardeild FSA. Sex hundruð fjörutíu og sjö aðgerðir voru framkvæmdar sem fyrsta aðgerð en 89 enduraðgerðir voru framkvæmdar á tímabilinu. Þar af voru 32 aðgerðir vegna Exeters gerviliða sem settir voru í á FSA en 57 voru vegna annarra gerviliða, mest McKee Arden sem voru settir inn á Landspítalanum. Meðalaldur sjúklinga var 68 ár og var hlutfall kynja mjög svipað. Ábendingar fyrir fyrstu aðgerð voru: vegna slitgigtar 568, liðbólgu 17, brota 41, annars 24. Enduraðgerðir voru flestar gerðar vegna loss á gerviliði eða 22, vegna liðhlaupa voru sjö aðgerðir og fjórar vegna sýkinga. Enduraðgerðir vegna Exeter gerviliða voru á þessum tíma 4,4%.

Umræða, ályktanir: Árangur Exeter gerviliðaaðgerða á Akureyri stenst fyllilega alþjóðlegan samanburð og gott betur. Aðgerðartími og innlagnarlengd hefur styst. Ekki er að sjá að meðalaldur sjúklinga hafi breyst á tímabilinu. Það vekur athygli að einungis tveir sjúklingar hafa farið í enduraðgerð vegna sýkingar. Tíðni vegna sýkinga er því 0,35% sem stenst allan alþjóðlegan samanburð. Exeter gerviliðurinn stenst fyllilega tímans tönn og árangur af notkun hans er mjög góður.

SK 10 **Lærleggshálsbrot er komu til meðferðar á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri 1981-1994**

Cecilia Rönnfjörd, Nanna Úlfarsdóttir, Hjörtur Jónsson, Júlíus Gestsson, **Þorvaldur Ingvarsson**

Frá bæklunardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

Tilgangur: Markmið rannsóknarinnar var að kanna árangur aðgerða vegna brota á lærleggshálsi á bæklunardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri.

Efniviður og aðferðir: Upplýsingar voru fengnar úr sjúklingabókhaldi FSA frá árunum 1981-1994. Leitað var eftir greiningum ICD-9 820.0 og 820.1 (lærleggshálsbrot), 820.2 (brot á stærri lærhnútu (pertrochanteric fracture), lærhnútubrot (subtrochanteric fracture)). Sjúkraskrár allra sjúklinga voru teknar fram og upplýsinga aflað um eftirfarandi: hvaðan sjúklingur kom, meðferð, afdrif (lifun), enduraðgerðir og orsakir þeirra.

Niðurstöður: Þrjú hundruð níutíu og sjö brot í 371 einstaklingi komu til meðferðar á þessu tímabili (303 konum og 94 körlum). Tuttugu og sex brotnuðu báðum megin. Lærleggshálsbrot voru 252 (63%), brot á stærri lærhnútu voru 134 (34%) og lærhnútubrot voru 12 (3%). Brot vinstra megin voru 197 og hægra megin 200. Meðalaldur var 80 ár (28-101), 84% voru 70 ára og eldri. Að heiman komu 195, 75 af dvalarheimilum, 65 af hjúkrunarheimilum, 13 af öldrunardeildum, 23 af öðrum sjúkrahúsum, 22 af öðrum deildum FSA og tveir úr þjónustuíbúðum.

Allir nema sex gengust undir skurðaðgerð (LIH=159, DHS=130, gerviliður=4, hálfgerviliður=51, Rydell=24, Ender=22).

Afdrif: Tæp 20% sjúklinga létust á fyrsta árinu eftir aðgerð. Tuttugu og fimm prósent sjúklinga hafa gengist undir enduraðgerð vegna brotsins. Flestir vegna eymsla frá nöglum og þeir því teknir.

Umræða, ályktanir: Ekki verður séð af þessari rannsókn að nýgengi lærleggshálsbrota hafi aukist á upptökusvæði FSA á tímabilinu. Þó

fer öldruðum fjölgandi. Meðalaldur sjúklinga og lifun eftir aðgerð eru mjög svipuð og í erlendum rannsóknum. Þó er lifun ívið betri. Fjöldi enduraðgerða kemur ekki á óvart en velta má því fyrir sér hvort ekki sé rétt að setja gervilið eða hálfgervilið í fólk eldra en 80 ára með lærleggshálsbrot sem er mikið úr lagi fært.

SK 11 **Þörf fyrir gerviliðaaðgerðir næstu 30 árin á Íslandi**
Þorvaldur Ingvarsson

Bæklunardeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

Tilgangur: Að meta þörf fyrir gerviliðaaðgerðir í mjöðm og hné á Íslandi næstu 30 árin.
Efniviður og aðferðir: Fengnar voru tölur um fjölda aðgerða úr gerviliðaskrá fyrir árin 1982-2000. Niðurstöðurnar voru aldursstaðlaðar. Upplýsingar um fólksfjölda og spá um mannfjöldaþróun fyrir næstu 30 ár voru fengnar frá Hagstofu Íslands og aldursstöðluðu tölurnar notaðar til að spá fyrir um fjölda aðgerða sem þarf að framkvæma næstu 30 árin.
Niðurstöður: Frá árinu 1982 hefur gerviliðaaðgerðum á mjöðm fjölgað jafnt og þétt úr 100 aðgerðum 1982 í um 300 aðgerðir árið 2000. Sama fjölgun hefur orðið á aðgerðum á hnjám og árið 2000 voru framkvæmdar um 200 gerviliðaaðgerðir, þannig voru gerðar samtals 500 gerviliðaaðgerðir árið 2000. Á síðasta áratug kemur í ljós að framkvæmdar eru sífellt fleiri aðgerðir á fólki yfir 80 ára. Gildir það sama um hné og mjaðmir. Enduraðgerðir eru um 40-50 á ári á síðasta áratug. Þegar tekið er tillit til mannfjöldaþróunar næstu 30 árin er talið að aðgerðum þurfi að fjölga um 30% á næstu 15 árum og 60% á næstu 30 árum. Þetta jafngildir því að fjölga þurfi aðgerðum um 10 árlega.
Umræða, ályktanir: Á næstu árum þarf að reikna með auknu fé í gerviliðaaðgerðir ef biðlistar eiga ekki að aukast enn, en um áramótin 2000-2001 voru 500 sjúklingar á biðlista eftir gerviliðaaðgerðum. Ef tekið er tillit til þeirra 500 sjúklinga sem voru um síðustu áramót á biðlista eftir gerviliðaaðgerð þá þarf að stórauka fé til þessa málaflokks strax. Ef miðað er við að sjúklingar þurfi einungis að bíða aðgerðar í sex mánuði er þörfin strax komin í 750 aðgerðir á árinu 2001 sem er sami fjöldi og spáð er að þurfi að framkvæma árið 2015.
Ef fólk með slitgigt á að fá eðlilega þjónustu í heilbrigðiskerfinu þá þarf að stórauka fé til gerviliðaaðgerða. Líklega um 60-70 milljónir á ári.

SK 12 **Árangur skálarauka við Howse gervimjöðm**
Elsa B. Valsdóttir, Ríkarður Sigfússon, Svavar Haraldsson, Halldór Jónsson jr.

Bæklunarskurðdeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Við endurtekin liðhlaup gervimjaðma getur þurft að grípa til enduraðgerðar þar sem settur er inn svokallaður skálarauki, en þá er tekinn randhluti úr nýrri plastskál sem er skrúfaður á afturbrún gömlu skálarinnar.
Tilgangur: Að kanna árangur enduraðgerða þar sem settur er skálarauki við Howse gervimjaðmir vegna liðhlaupa.
Efniviður og aðferðir: Gerð var afturskyggn rannsókn og upplýsingar fengnar úr sjúkraskrám þeirra sjúklinga sem fengu Howse gervilið á tímabilinu 1984-1999, hrukku úr liði og fóru á sama tímabili í enduraðgerð og fengu skálarauka. Árangur var metinn eftir því hvort ítrekuð liðhlaup urðu eftir skálaraukaísetningu.
Niðurstöður: Af 39 sjúklingum sem hrukku úr liði var 31 sem hrökk úr liði oftar en einu sinni (80%). Af 31 sem hrökk oftar en einu sinni úr liði fengu 23 skálarauka (75%). Einungis þrír af þessum 23 hrukku úr liði eftir skálarauka (13%), þar af hrökk einn alls átta sinnum úr liði og annar fimm sinnum.
Ályktanir: Við teljum að skálaraukaaðgerð sé heppileg aðgerð þegar um er að ræða endurtekin liðhlaup. Ástæða margra liðhlaupa fyrir aðgerð er sú að almennt hefur verið beðið eftir þremur liðhlaupum áður en gripið er til skálarauka. Í ljósi niðurstaðna okkar og þess að aðgerðin er tiltölulega einföld og hefur ekki haft sýkingar í för með sér, teljum við að framvegis þurfi ekki að bíða svo lengi.

SK 13 **Orsök liðhlaups í Howse gervimjöðm**
Elsa B. Valsdóttir, Ríkarður Sigfússon, Svavar Haraldsson, Halldór Jónsson jr.

Bæklunarskurðdeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Algengasti fylgikvilli þess að hafa gervilið í mjöðm er liðhlaup. Þó tiltölulega auðvelt sé að kippa gerviliði í lið veldur þetta þeim sem í því lenda umtalsverðum óþægindum, kvíða og óöryggi. Fyrir um 17 árum var byrjað að nota Howse gervilið í mjaðmir á bæklunarskurðdeild Landspítalans.
Tilgangur: Að kanna hvort hægt væri að finna áhættuþætti þess að hrökkva úr liði í þeim tilgangi að draga úr tíðni liðhlaupa.
Efniviður og aðferðir: Gerð var afturskyggn rannsókn og upplýsingar fengnar úr sjúkraskrám þeirra sjúklinga sem fengu Howse gervilið á tímabilinu 1984-1999 og hrukku úr liði. Meðal annars voru metnir þættir eins og aldur og kyn sjúklings, lyfjanotkun fyrir og eftir aðgerð, halli á skálarhluta gerviliðarins og við hvaða aðstæður liðhlaupið varð.
Niðurstöður: Á rannsóknartímabilinu voru settar inn 1108 Howse gervimjaðmir. Þrjátíu og níu sjúklingar fundust með alls 100 liðhlaup, 28 konur og 11 karlar. Tuttugu og tveir sjúklingar (56%) höfðu aðrar ábendingar fyrir aðgerð en slitgigt, svo sem brot, aðra gigtsjúkdóma eða endurísetningu á gervimjöðm. Tuttugu sjúklingar (51%) hrukku úr liði á fyrstu 30 dögunum eftir aðgerð. Tuttugu og níu sjúklingar (75%) voru skýrir þegar liðhlaupið varð, enginn var ruglaður eftir aðgerðina. Skýring á liðhlaupi fannst á legu gervimjaðmahlutanna samkvæmt röntgenmynd hjá 17 sjúklingum (44%), það er of mikill halli á bollanum. Aðrar orsakir voru til dæmis áverki eða áfengisneysla. Engin skýring eða áhættuþáttur fyrir liðhlaupi fannst hjá sjö sjúklingum (18%).
Umræða: Miðað við aðrar rannsóknarniðurstöður er liðhlaupstíðni gervimjaðma almennt talinn 2-5%. Við teljum niðurstöður okkar benda til að orsökin hjá okkur sé frekar tengd ástandi viðkomandi sjúklings og ákveðnum sjúklingahóp og ekki gerviliðnum sjálfum.

SK 14 **Fremri hryggstólpaaðgerð í lendhrygg. Nýir aðgerðarmöguleikar og fyrsti árangur**
Halldór Jónsson jr., Bogi Jónsson

Bæklunarskurðdeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Á síðustu árum hafa ýmsir meðferðarmöguleikar þróast til aðgerða á liðþófabili hryggsúlunnar. Má þar nefna gerviliði, gerviþófa og málmstólpa. Við vekjum athygli á títan málmstólpum eða hryggstólpum. Þeir eru af tvenns konar gerð, BAK og Proximity og eru settir inn fram í frá.
Efniviður og aðferðir: Gerð var afturskyggn rannsókn á ástæðu aðgerðar, fjölda liðbila, breytingu á verkjalyfjanotkun, breytingu á einkennum í fótum, breytingu á vinnugetu og aukaverkunum aðgerðar.
Niðurstöður: Á einu og hálfu ári (12.05.99-31.12.00) fóru 16 sjúklingar (11 konur, fimm karlar) í aðgerð, meðalaldur var 38 ár (26-51). Ástæðan var verkir vegna: miðlægrar hryggþófabungunar (central disc protrusion) þrír, hryggþófaáverki (post-trauma disc collapse) tveir, eftir brjósklosaðgerð (post-discectomiu) sjö, hryggskrið (spondylolisthesis) einn, eftir aftari spengingu (posterolateral fusion L4-S1) þrír. Aðgerð var framkvæmd á einu liðbili hjá ellefu sjúklingum (tveimur á L4-5 og níu á L5-S1) og hjá fimm á tveimur liðbilum (L4-5 + L5-S1). Hjá öllum nema tveimur (L4-5 aftan lífhimnu (retroperitoneal)) var aðgerðin í gegnum lífhimnu (transperitoneal). Aðgerðartími var 90 mínútur á liðbil. Einn fékk rifu í vena iliaca. Allir fengu sýklalyf og blóðþynningu. Meðallegutími var sex dagar.
Allir urðu verkjaminni. Einungis sjúklingar sem voru spengdir 360° (aftari spenging fyrir) héldu áfram á meðalsterkjum verkjalyfjum og hafa ekki orðið vinnufærari. Allir losnuðu strax við fótaverki nema ein kona (hafði áður brjósklos), sem fékk aftur verk í fótinn. Enginn karlanna fékk bakskot (retrograd ejaculation);
Ályktanir: Fremri hryggstólpaaðgerðir í lendhrygg hafa reynst vel hjá okkur og eru stórt framfaraskref miðað við fyrri möguleika. Árangur okkar er sambærilegur niðurstöðuviðmiði framleiðanda. Vegna þessa höfum við einnig byrjað notkun fremri hryggstólpa í hálshrygg og munum innan skamms einnig nota þá frá hlið í brjósthrygg og efra lendhryggjarsvæði.

SK 15 **Augnslys**
Stefán Haraldsson, Brynjólfur Mogensen, Jón Baldursson

Slysa- og bráðamóttaka Landspítala Fossvogi

Inngangur: Augnáverkar, aðskotahlutur í augum og áverkar á augnumgjörð eru mjög algengir. Ástæður áverkanna og aðskotahlutanna eru margvíslegar. Markmið rannsóknarinnar var að athuga fjölda og orsakir augnáverka, aðskotahluta í augum og áverka á augnumgjörð þeirra sem komu á slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi árin 1998 til ársloka 2000.
Efniviður og aðferðir: Leitað var í alþjóðlegu slysa- og sjúkdómaskránni (ICD 10) vegna allra sem komu á slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi frá 1. janúar 1998 til og með 31. desember 2000 með augnáverka, aðskotahlut í augum eða áverka á augnumgjörð. Jafnframt var leitað að orsökum slysanna í Norræna slysaskráningarkerfinu fyrir sama tímabil.
Niðurstöður: Alls leituðu 5833 einstaklingar á slysa- og bráðamóttöku vegna augnáverka, aðskothluts í auga eða áverka á augnumgjörð. Vegna augnáverka komu 1264, aðskotahluts í auga 2367 og vegna áverka á augnumgjörð, til dæmis áverka á augnloki eða brots á augnumgjörð komu 2202. Karlmenn voru í miklum meirihluta í öllum þremur flokkunum, samtals 4554 á móti 1279 konum. Fólki á aldrinum 20-29 ára er hættast við aðskotahlut eða áverka (áverki á auga 297, aðskotahlutur í auga 722 og áverki á augnumgjörð 537). Af áverkum á augnumgjörð virðist áverki af mannavöldum algengastur.
Aðskotahlutir og áverkar á augum og augnumgjörð hjá börnum eru algengir. Mestar líkur voru á því að verða fyrir augnáverka eða áverka á augnumgjörð á laugardegi og sunnudegi en að fá aðskotahlut í auga á fimmtudegi. Fremur jöfn dreifing er yfir mánuðina.
Umræða: Augnáverkar, aðskotahlutir í auga og áverkar á augnloki eða augnumgjörð eru mjög algeng ástæða fyrir komu á slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi. Flestir koma með lítilsháttar áverka. Mannlegi þátturinn virðist alls ráðandi og börn virðast þurfa meiri aðgæslu. Fræðsla og forvarnarstarfsemi gæti orðið til bóta.

SK 16 **Skíða- og snjóbrettaslys**
Gísli E. Haraldsson, Brynjólfur Mogensen, Jón Baldursson

Slysa- og bráðamóttaka Landspítala Fossvogi

Inngangur: Fremur lítið er vitað um hversu algeng skíða- og snjóbrettaslys eru og hvers eðlis þau eru hér á landi. Áverkar eftir slík slys geta verið margs konar. Markmið rannsóknarinnar var að athuga fjölda og tegund slysa og gerð áverka hjá þeim sem komu á slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi árin 1998 til ársloka 2000 vegna áverka eftir skíða- og snjóbrettaslys.
Efniviður og aðferðir: Leitað var í Norræna slysaskráningarkerfinu að öllum sem komu á slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi frá 1. janúar 1998 til og með 31. desember 2000 eftir slys við iðkun skíðaíþrótta.
Niðurstöður: Alls leituðu 726 slasaðir á slysa- og bráðamóttöku eftir skíða- og snjóbrettaslys. Skíðaslysin voru samtals 491 en snjóbrettaslysin 235. Af höfuðborgarsvæðinu komu 670 einstaklingar. Karlar voru 430 en konur 296. Langflest slysanna (675) eiga sér stað í janúar til og með apríl ár hvert, þar af flest í apríl, samtals 206. Jafnframt verða flest slys á laugardögum og sunnudögum. Af skíðaslysum eiga flest slysanna (362) sér stað hjá einstaklingum á aldrinum 10-19 ára en elsti einstaklingurinn var kominn yfir áttrætt. Flestir slasast þegar þeir detta en aðeins lítill hluti slasast í árekstri við aðra í brekkunum. Áverkar á handlegg og öxl voru áberandi og rúmlega helmingur af öllum greiningum. Mar, tognanir og brot voru algengustu greiningarnar á hendi, handlegg og öxl og áttu við í 436 tilvikum af samtals 822 greiningum. Áverki á höfði greindist 68 sinnum. Af 726 tilfellum þurfti að leggja 55 inn á sjúkrahús.
Umræða: Skíða- og snjóbrettaslys eru algeng ástæða fyrir komu á slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi fyrstu fjóra mánuði ársins ár hvert meðan vetur ræður ríkjum. Hlutfall innlagðra á sjúkrahús er hátt og hærra en vegna slysa í flestum öðrum

íþróttagreinum. Ekki er vitað hversu stórt hlutfall þeirra sem slösuðust voru utan brauta. Ekki var heldur vitað um skíðafæri eða hjálmanotkun. Til þess að hægt sé að veita markvissa fræðslu er þörf á ítarlegri rannsóknum.

SK 17 **Botnlangataka hjá sjúklingum sem þjást af offitu. Samanburður á kviðsjáraðgerð og hefðbundinni botnlangatöku**

Tómas Guðbjartsson[1], Lars Enochsson[4], Anders Hellberg[2], Claes Rudberg[2], György Fenyö[4], Eric Kullman[5], Ivar Ringquist[3], Stefan Sörensen[3], Jörgen Wenner[1]

[1]Skurðdeild Lasarettet Helsingborg, [2]skurðdeild Centralsjukhuset Västerås, [3]rannsóknadeild Centralsjukhuset Västerås, [4]skurðdeild Södersjukhuset Stokkhólmi, [5]skurðdeild Universitetssjukhuset Linköping

Inngangur: Verkir eru minni eftir botnlangatöku með kviðsjá (KA) samanborið við hefðbundna opna aðgerð (OA) og sjúklingar eru yfirleitt fljótari að jafna sig. Opnar skurðaðgerðir eru tæknilega erfiðari hjá sjúklingum sem þjást af offitu og fylgikvillar eru tíðari. Lítið er vitað um árangur botnlangatöku með kviðjá í þessum hópi sjúklinga og var markmið rannsóknarinnar að bæta úr því.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin er hluti af sænsku KLAPP-rannsókninni og voru teknir með í rannsóknina 106 sjúklingar af 500 slembuðum sem höfðu þyngdarstuðul (body mass index, BMI (þyngd/hæð^2) yfir 26,4 (efsti 1/5 hópsins). Fimmtíu sjúklingar gengust undir opna botnlangatöku (hópur A) og 56 undir kviðsjáraðgerð (hópur B) og eru hóparnir bornir saman innbyrðis og við sjúklinga með eðlilega þyngd (EÞ) (þyngdarstuðull undir 26,3). Eftirfarandi þættir voru bornir saman í hópunum: svæfingar- og aðgerðartími, verkir eftir aðgerð, sjúkrahúsdvöl, færni viku eftir aðgerð, fjarvistir úr vinnu og tíminn sem leið þar til fullri færni var náð eftir aðgerð.

Niðurstöður: Eftir opna aðgerð var aðgerðartími marktækt lengri í hópi A samanborið við sjúklinga með eðlilega þyngd (40 á móti 35 mínútum ($p<0,005$)), en eftir kviðsjáraðgerð sást ekki munur á hópi B og sjúklingum með eðlilega þyngd. Hins vegar var aðgerðar- og svæfingartími lengri í hópi B en hópi A ((55 á móti 40 mínútum ($p<0,001$) og 125 á móti 100 mínútum ($p<0,001$)). Sjúklingar í hópi A höfðu mun meiri verki eftir aðgerð en sjúklingar í hópi B. Enginn munur var á fylgikvillum í hópi A og B. Sjúkrahúsdvöl var lengri hjá hópi A en sjúklingum með eðlilega þyngd eftir opna aðgerð (3,0 á móti 2,0 dögum ($p<0,01$)) og þeir voru lengur frá vinnu (17 á móti 13 dögum ($p<0,01$)). Hjá sjúklingum sem gengust undir kviðsjáraðgerð (það er hópur B borinn saman við sjúklinga með eðlilega þyngd) sást ekki slíkur munur á sjúkrahúsdvöl, fjarvistum úr vinnu, verkjum né heldur færni eftir aðgerð. Sjúklingar í hópi A voru lengur að ná fullri færni en sjúklingar í hópi B (22 á móti 15 dögum ($p<0,001$)).

Ályktanir: Sjúklingar sem þjást af offitu og gangast undir botnlangatöku með kviðsjá hafa minni verki eftir aðgerð og eru fljótari að jafna sig en þeir sem fara í opna botnlangatöku. Árangur kviðsjáraðgerða virðist ekki síðri hjá þessum hópi sjúklinga samanborið við sjúklinga með eðlilega þyngd sem gangast undir botnlangatöku með kviðsjá. Botnlangataka með kviðsjá virðist því fýsilegur kostur hjá þessum hópi sjúklinga.

SK 18 **Tíðni endurtekinna kviðslita í Karlskrona**

Fritz Berndsen[1], Dan Sevonius[2]

[1]Skurðdeild Háskólasjúkrahússins í Málmey, [2]Blekinge sjúkrahúsið í Karlskrona

Inngangur: Jacques Borelius var skurðlæknir í Karlskrona í lok 19. aldar. Hann var brautryðjandi í aðgerðum á nárakviðsliti og tileinkaði sér aðgerð þá sem lýst var af Bassini árið 1887. Tíðni endurtekinna kviðslita (hernia recidivans) hjá Borelius var 12% sjö árum eftir aðgerð og hafði hann miklar áhyggjur af þessari háu tíðni. Árið 1993 var meðferð nárakviðslita í Karlskrona breytt með tilkomu nýrra aðgerðarmöguleika. Markmið rannsóknarinnar var að kanna árangurinn af nárakviðslitsaðgerðum 1990, það er áður en áðurnefndar breytingar voru gerðar.

Efniviður og aðferðir: Afturskyggn rannsókn var gerð á sjúkraskrám allra sjúklinga og aðgerðartækni og tíðni fylgikvilla voru athugaðar. Spurningalisti var sendur til allra sjúklinga og þeir spurðir um óþægindi eftir aðgerð og einkenni um endurtekið kviðslit. Þeir sjúklingar sem lýstu óþægindum eða grun um endurtekið kviðslit, gengust undir læknisskoðun.

Niðurstöður: Árið 1990 gengust 147 fullorðnir sjúklingar undir aðgerð við nárakviðsliti við sjúkrahúsið í Karlskrona og voru 17% aðgerðanna vegna endurtekins kviðslits. Meðalaldur sjúklinga var 58 ár. Aðgerðirnar voru framkvæmdar af 19 læknum, níu skurðlæknum og 10 aðstoðarlæknum. Flestar aðgerðir voru gerðar með McVay aðferð en erfitt var að meta hvaða aðgerð var notuð í 35% tilvika. Í öllum tilvikum var notaður þráður sem eyðist. Tíðni fylgikvilla var 13%. Svörun við spurningalista var 96%. Tíðni endurtekinna kviðslita var 27% fimm árum eftir aðgerð, 20% hjá þeim sjúklingum sem voru skornir í fyrsta skipti en 64% hjá þeim sjúklingum sem voru skornir við endurteknu kviðsliti. Enginn marktækur munur var á árangri skurðlækna og aðgstoðarlækna ($p>0,05$).

Ályktanir: Rannsóknin sýnir að meðferð nárakviðslita í Karlskrona árið 1990 var verulega ábótavant og árangur óviðunandi en meðferðinni var breytt mikið 1993. Frá 1994 er gerð framskyggn skráning á öllum nárakviðslitssjúklingum og árangur metinn reglulega. Þessi rannsókn sýnir hve gæðaeftirlit er mikilvægt í skurðlækningum.

SK 19 **Slembirannsókn á kviðsjáraðgerð (TAPP) og Shouldice aðgerð við nárakviðsliti - skammtímaárangur**

Fritz Berndsen[1], Agneta Montgomery[1], Dag Arvidsson[2], Carl Eric Leijonmarck[3], Claes Rudberg[4], SMIL-hópurinn

[1]Skurðdeild Háskólasjúkrahússins í Málmey, [2]skurðdeild Karolínska sjúkrahússins í Stokkhólmi, [3]skurðdeild St. Görans sjúkrahússins í Stokkhólmi, [4]skurðdeild sjúkrahússins í Västerås

Inngangur: Áhugi á meðferð nárakviðslita hefur aukist verulega síðustu ár, bæði vegna nýrra aðgerðarmöguleika og vegna aukinnar vitneskju um ófullnægjandi árangur eldri aðgerða. Árið 1992 var myndaður rannsóknarhópur skurðlækna frá átta sjúkrahúsum í Svíþjóð (SMIL-hópurinn: Swedish Multicenter trial of Inguinal hernia repair by Laparoscopy) til að meta árangur kviðsjáraðgerða við nárkviðsliti. Aðalmarkmið þessarar rannsóknar er að bera saman árangur kviðsjáraðgerðar (Trans-Abdominal Preperitoneal Patch, TAPP) og Shouldice aðgerðar með tilliti til tíðni

endurtekinna kviðslita fimm árum eftir aðgerð. Markmið þessa hluta rannsóknarverkefnisins sem hér er lýst er að meta skammtímaárangur.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin er slembuð þar sem TAPP aðgerð (518 sjúklingar) var borin saman við opna Shouldice aðgerð (524 sjúklingar). Í rannsóknina voru valdir 1042 karlmenn 30-70 ára sem gengust undir aðgerð vegna nárakviðslits í fyrsta skipti. Upplýsingar fyrir og eftir aðgerð voru skráðar. Verkir eftir aðgerð og verkjalyfjanotkun var metin fyrstu vikuna og verkir síðan metnir reglulega í 12 vikur með VAS-kvarða.

Niðurstöður: Aðgerðartími var marktækt lengri við TAPP aðgerð en við Shouldice aðgerð (68 á móti 54 mínútum; p<0,001). Ekki var marktækur munur á tíðni fylgikvilla í sambandi við aðgerð (TAPP aðgerð: 17%; Shouldice aðgerð: 14%; p>0,1) og voru flestir fylgikvillar vægir. Hópurinn sem gekkst undir TAPP aðgerð var með mun minni verki eftir aðgerð en hópurinn sem gekkst undir Shouldice aðgerð. Miðgildi samanlagðra VAS-gilda einum, tveimur, þremur, fimm og sjö dögum eftir aðgerð voru 90 í hópnum sem gekkst undir TAPP aðgerð en 160 í hópnum sem gekkst undir Shouldice aðgerð (p<0,0001). Hópurinn sem fór í TAPP aðgerð notaði samanlagt þrjár verkjatöflur (paracetamól/dextróprópoxýfen) fyrsta, annan, þriðja, fimmta og sjöunda dag eftir aðgerð (miðgildi) en hópurinn sem fór í Shouldice aðgerð notaði samanlagt 12 verkjartöflur (p<0,0001). Veikindaleyfi voru marktækt styttri hjá hópnum sem gekkst undir TAPP aðgerð (10 dagar á móti 14 dögum; p <0,001). Þremur mánuðum eftir aðgerð voru sjúklingar með meiri óþægindi eftir Shouldice aðgerð en eftir TAPP aðgerð.

Ályktanir: Rannsókn þessi, sem er sú stærsta sinnar tegundar í heiminum, sýnir að TAPP aðgerð við nárakviðsliti er örugg og hentug aðgerð. Tíðni fylgikvilla er ekki hærri en við Shouldice aðgerð. Sjúklingar eru með minni verki en við Shouldice aðgerð auk þess sem þeir eru styttri tíma frá vinnu.

SK 20 **Meðferð tvíhliða nárakviðslita með kviðsjáraðgerð**

Fritz Berndsen, Agneta Montgomery , Ulf Petersson

Skurðdeild Háskólasjúkrahússins í Málmey

Inngangur: Aðgerðir á nárakviðsliti eru meðal algengustu skurðaðgerða. Á síðasta áratugi hefur meðferð nárakviðslita breyst verulega með tilkomu nýrrar aðgerðartækni og vegna aukins gæðaeftirlits í skurðlækningum. Um 15-20% sjúklinga með nárakviðslit hafa tvíhliða (bilateral) kviðslit. Áður voru þessir sjúklingar meðhöndlaðir með tveimur aðgerðum með nokkurra vikna millibili en með tilkomu kviðsjáraðgerða og opinna aðgerða með netinnlögn, eru báðir nárar í auknum mæli meðhöndlaðir í sömu aðgerð. Markmið rannsóknarinnar var að meta árangur kviðsjáraðgerða við meðferð á tvíhliða nárakviðsliti.

Efniviður og aðferðir: Afturskyggn rannsókn var gerð á sjúkraskrám allra sjúklinga. Aðgerðartækni, skurðtími, fylgikvillar og legutími voru athuguð. Spurningalisti var sendur til allra sjúklinga og þeir spurðir um óþægindi eftir aðgerð og einkenni um endurtekið kviðslit. Níutíu og fimm prósent af sjúklingunum svaraði heimsendum spurningalista. Þeir sjúklingar sem lýstu óþægindum eða grun um endurtekið kviðslit gengust undir læknisskoðun.

Niðurstöður: Frá 1993 til 1998 voru 168 sjúklingar meðhöndlaðir með kviðsjáraðgerð vegna 336 tvíhliða nárakviðslita en 25% voru endurtekin kviðslit. Meðalaldur sjúklinga var 65 ár (spönnun: 26-86). Flestir sjúklingar lágu inni í sólahring eftir aðgerð en 45% sjúklinganna fóru heim aðgerðardag. TAPP aðgerð (Trans-Abdominal Preperitoneal Patch) var notuð hjá 83% sjúklinga en TEP aðgerð (Totally Extraperitoneal Patch) hjá 13%. Aðgerðartími (miðgildi) var 75 mínútur (spönnun: 32-165). Tíðni fylgikvilla var 13,8% og voru flestir vægir en skurðdauði var enginn. Tíðni endurtekinna kviðslita var 2,7%, þremur árum eftir aðgerð. Af þeim sem svöruðu spurningalista höfðu 15,5% einhver óþægindi eftir aðgerðina en þau voru í allflestum tilfellum væg.

Ályktanir: Niðurstöður okkar sýna að kviðsjáraðgerð er örugg meðferð við tvíhliða nárakviðslitum og tíðni fylgikvilla og endurtekinna kviðslita er ekki hærri en lýst er við kviðsjáraðgerð á nárakviðsliti öðrum megin.

SK 21 **Brjóstakrabbamein á Íslandi 1989-1993, meðferð og horfur**

Andri Konráðsson[1], Páll Helgi Möller[1], Höskuldur Kristvinsson[1], Jón Gunnlaugur Jónasson[2], Helgi Sigurðsson[3]

[1]Skurðdeild Landspítala Hringbraut, [2]Rannsóknarstofa Háskólans í meinafræði, [3]krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Brjóstakrabbamein er algengasta krabbamein kvenna á Íslandi. Handlæknisfræðileg meðferð sjúkdómsins hefur orðið inngripsminni á síðustu árum og æ meira gert af svokölluðum brjóstasparandi aðgerðum. Hefðbundið er þó enn að gera holhandarskurð til stigunar og fleira hjá öllum konum með brjóstakrabbamein. Ný tækni sem fyrirhugað er að taka upp á Landspítala háskólasjúkrahúsi mun breyta þessu. Svokölluð „Sentinel node biopsy" tækni gerir kleift að úrskurða hvort holhandarmeinvörp eru fyrir hendi, og þannig er hægt að komast hjá holhandarskurði hjá þeim stóra hópi kvenna sem ekki hefur holhandarmeinvörp. Slíkt er tvímælalaust ávinningur þar sem helstu fylgikvillar brjóstaaðgerða stafa af holhandarskurðinum.

Tilgangur rannsóknarinnar er að meta nýgengi brjóstakrabbameins á Íslandi, meðferð og lifun. Einnig að kanna sérstaklega algengi holhandarmeinvarpa hjá konum með æxli minni en 2 cm. enda mun þeim helst gagnast þessi tækni. Ennfremur að bera saman lifun við mismunandi skurðaðgerðir og algengi staðbundinnar endurkomu æxlis.

Efniviður og aðferðir: Úr krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands voru fengnar upplýsingar um allar konur sem greindust með brjóstakrabbamein á árunum 1989 til 1993. Vefjameinafræðileg svör þeirra sem fóru í skurðaðgerð voru yfirfarin, upplýsingar um geislameðferð á frumæxli eða staðbundið endurkomuæxli voru fengnar frá geislaeiningu krabbameinslækningadeildar Landspítala Hringbraut. Kannað var hvort vefjasýni frá staðbundinni endurkomu æxlis innan fimm ára höfðu verið send einhverri þriggja vefjafræðirannsóknastofa sem starfandi voru á tímabilinu.

Niðurstöður: Á tímabilinu greindist krabbamein í öðru brjósti 608 kvenna og báðum brjóstum níu kvenna. Aldur þeirra var frá 29 til 97 ára (meðaltal 59,9 ár) og heildar fimm ára lifun 60,9%. Ítarlegri niðustöður verða kynntar á þinginu.

SK 22 **Holsjárröntgenmyndataka af gallvegum og brisgangi á vegum skurðdeildar Landspítala Fossvogi árið 2000**

Hjörtur Gíslason

Skurðdeild Landspítala Háskólasjúkrahúss í Fossvogi

Inngangur: Víða erlendis hefur ný myndgreiningartækni (MRCP) leitt til þess að holsjárröntgenmyndatökum af gallvegum og brisgangi (endoscopic retrograde cholangio- pancreatography, ERCP) hefur fækkað verulega og tæknin nýtt fyrst og fremst sem ein af aðgerðum við gallsteinavandamál, æxli og bólgusjúkdóma í brisi og gallvegum. Kynnt er niðurstaða framskyggnrar skráningar á sjúklingum sem fóru í holsjárröntgenmyndatöku af gallvegum og brisgangi á vegum skurðdeildar Landspítala Fossvogi árið 2000.
Efniviður og aðferðir: Alls voru 102 holsjárröntgenmyndatökur af gallvegum og brisgangi framkvæmdar hjá 95 sjúklingum, 35 körlum og 60 konum. Meðalaldur var 63 ár (19-93ár).
Niðurstöður: Holsjárröntgenmynd af gallvegum og brisgangi var tekin eingöngu til sjúkdómsgreiningar hjá 15 sjúklingum (16%) og hjá 19 sjúklingum (20%) var myndatakan til rannsóknar til að útiloka steina í gallgöngum fyrir fyrirhugaða gallkögun. Holsjárröntgenmyndun af gallvegum og brisgangi var því nýtt til sjúkdómsgreiningar hjá 34 sjúklingum (36%).
Holsjár þrengisnám (endoscopic sphincterotomy, ES) var framkvæmt hjá 51 sjúklingi (54%). Hjá 34 sjúklingum voru fjarlægðir gallgangasteinar, hjá sjö sjúklingum var grunur um gallgangasteina en ekkert náðist út við kústun. Hjá sex sjúklingum með gallsteinabriskirtilsbólgu var gert fyrirbyggjandi holsjár þrengisnám. Hjá þremur sjúklingum var holsjár þrengisnám framkvæmt vegna gallleka eftir aðgerð og hjá einum sjúklingi vegna þrengingar í útfærsluopi gallveg (papillastenosu). Holsjár þrengisnám á brisgangi framkvæmt hjá fjórum sjúklingum.
Ellefu sjúklingar (12%) voru meðhöndlaðir með ísetningu af ræsi (stent). Ræsi var sett í gallganga hjá sjö sjúklingum og í brisgang hjá fimm sjúklingum. Holsjárröntgenmyndataka af gallvegum og brisgangi mistókst hjá fjórum sjúklingum.
Fimm sjúklingar fengu fylgikvilla (5,3%): Einn sjúklingur fékk magarof (áður framkvæmt Bilroth II aðgerð og var sjúklingur á sterum) og var tekinn beint í aðgerð. Einn sjúklingur lagðist inn með blóðhægðir/blóðþurrð (melena/anemia) viku eftir holsjár þrengisnám. Þrír sjúklingar voru lagðir inn með kviðverki og fengu staðfesta briskirtilsbólgu.
Ályktanir: Hjá tveimur þriðju sjúklinga okkar var holsjárröntgenmyndun af gallvegum og brisgangi nýtt sem meðferðartæki en hjá þriðjungi sjúklinga var myndatakan eingöngu nýtt til greiningar. Betra aðgengi að MRCP rannsókn gæti leyst af hólmi flestar holsjárröntgenmyndatökur af gallvegum og brisgangi í greiningarskyni.

SK 23 **Meðferð á sýndarblöðru í brisi. Tvö sjúkratilfelli**

Ari Konráðsson[1], Kristbjörn Reynisson[2], Páll Helgi Möller[3], Hjörtur Gíslason[1]

[1]Skurðdeild Landspítala Fossvogi, [2]röntgendeild Landspítala Fossvogi, [3]skurðdeild Landspítala Hringbraut

Ýmsum aðgerðum hefur verið beitt við meðferð sjúklinga með sýndarblöðru í brisi (pancreatic pseudocyst). Árangur af ísetningu á dreni í gegnum húð til sýndarblöðru er slæmur með marga fylgikvilla. Árangur opinna aðgerða er góður en þar er gerður samgangur milli sýndarblöðru og mjógirnis eða maga. Þetta eru þó fremur stórar aðgerðir. Um 40% sjúklinga með sýndarblöðru er hægt að meðhöndla með ræsi með holsjárröntgenmyndatöku af gallvegum og brisgangi.
Kynnt er sjúkrasaga og meðferð tveggja sjúklinga (báðir 48 ára karlmenn) með sýndarblöðru í brisi sem voru meðhöndlaðir með percutan cystogastrostomiu aðgerð sem virðist í flestum tilvikum geta leyst stærri aðgerðir af hólmi.

SK 24 **Gallblöðrunám um kviðsjá á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri. Fyrstu 400 tilfellin**

Aðalsteinn Arnarson, Haraldur Hauksson, Valur Þór Marteinsson, Sigurður M. Albertsson, Shreekrishna Datye

Handlækningadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

Gerð var framskyggn rannsókn á gallblöðrunámi um kviðsjá á tímabilinu 27. júlí 1992 til 2. febrúar 2001 á FSA. Alls voru framkvæmd 426 gallblöðrunám á sjúkrhúsinu, í 26 tilfellum var um hefðbundna opna aðgerð að ræða frá byrjun og þar af átta í tengslum við aðra aðgerð (en passant). Átján aðgerðir voru því gerðar opnar vegna gallblöðrusteinasjúkdóms eingöngu (4,2%). Gallblöðrunám um kviðsjá var reynt hjá 400 sjúklingum.
Um 69% sjúklinga komu frá heilsugæslusvæði Akureyrar og af Eyjafjarðarsvæði, flestir aðrir frá Norðurlandi vestra og eystra. Hlutfall kvenna/karla var 311/89 eða um 3,5/1. Meðalaldur sjúklinga var 51 ár (17-89 ára).
Hjá 41 sjúklingi (10,3%) var um aðgerð vegna bráðrar gallblöðrubólgu að ræða og 359 sjúklingar voru teknir í valaðgerð. Snúa þurfti 16 kviðsjáraðgerðum í opna aðgerð (4%) og helstu ástæður voru mikil bólga eða samvextir (níu), grunur um stein í megingallrás (þrír) og blæðing (tveir). Hlutfall opnunar við bráðaaðgerðir var 12,2% á móti 3,1% við valaðgerðir ($p<0,01$). Meðalfjöldi legudaga var 3,6 dagar (1-45 dagar) eftir kviðsjáraðgerðir á móti 12,6 dögum (4-31 dagur) eftir hefðbundnar opnar aðgerðir ($p<0,01$). Meðalaðgerðartími við fyrstu 100 kviðsjáraðgerðirnar var 89 mínútur og 75 mínútur við síðustu 100 aðgerðirnar ($p<0,01$). Meðalfjöldi veikindadaga hjá sjúklingum sem fóru í gallblöðrunám um kviðsjá var 13,5 dagar (4-70 dagar). Eftir gallblöðrunám um kviðsjá var tíðni fylgikvilla 11% (44/400). Algengustu fylgikvillar voru sýkingar (3%), steinar í gallgöngum eftir aðgerð (1,5%), blóðsöfnun undir lifur (1%), blæðing (0,75%), gallsöfnun í kviðarhol (0,75%) og dauðsföll (0,5%). Enduraðgerð þurfti að framkvæma hjá fjórum sjúklingum og ástæður þeirra voru gallsöfnun í kviðarhol (tveir), blæðing (einn) og gallsteinn í megingallrás (einn). Enginn gallvegaskaði varð við gallblöðrunám um kviðsjá.
Samkvæmt niðurstöðum okkar er gallblöðrunám um kviðsjá örugg aðgerð á FSA. Hlutfall kviðsjáraðgerða sem breyta þurfti í opna aðgerð er sambærilegt og jafnvel lægra en aðrar innlendar og erlendar rannsóknir sýna. Tíðni fylgikvilla er ekki hærri og færni sjúklinga eftir aðgerð er sambærileg við aðrar rannsóknir.

SK 25 **Krabbamein í endaþarmi á Landspítalanum 1980-1995**

Tómas Guðbjartsson[1], Sigríður Másdóttir[2], Tómas Jónsson[2], Páll Helgi Möller[2], Jónas Magnússon[2,3]

[1]Hjarta- og lungnaskurðdeild Háskólasjúkrahússins í Lundi, [2]handlækningadeild Landspítala Hringbraut, [3]læknadeild HÍ

Inngangur: Skurðaðgerðir við endaþarmskrabbameini eru flóknar og fylgikvillar eru tíðir, sérstaklega staðbundið endurvakið krabbamein. Með bættri aðgerðartækni og geislameðferð æxlanna fyrir skurðaðgerð hefur tekist að sýna fram á umtalsvert betri árangur í meðferð þessara krabbameina erlendis. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna afdrif sjúklinga með endaþarmskrabbamein sem voru á Landspítalanum og þá sérstaklega hvaða skurðaðgerðum var beitt og fylgikvilla þeirra.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin er afturskyggn og tekur til allra sjúklinga sem greindust með endaþarmskrabbamein á Landspítalanum frá 1. janúar 1980 til 31. desember 1995. Alls greindust 43 sjúklingar, 22 karlar og 21 kona og meðalaldur var 73 ár (bil 54-96).

Niðurstöður: Algengasta einkennið var blóð í hægðum (77%) en hægðabreytingar (63%) og verkir í kviði/grindarholi (37%) komu þar næst á eftir. Rúmlega 80% sjúklinganna höfðu haft einkenni í meira en mánuð fyrir greiningu og helmingur æxlanna var staðsettur í neðsta þriðjungi endaþarmsins. Þriðjungur sjúklinganna greindist með útbreiddan sjúkdóm (Dukes-stig C og D) en 54% voru á stigi B. Fimm ára lífshorfur reyndust 30% fyrir allan hópinn en 52% fyrir sjúklinga á stigi B. Af 43 sjúklingum gekkst 41 undir skurðaðgerð, þar af gengust 30 (73%) undir læknandi aðgerð. Flestir fóru í lágt fremra endaþarmshögg/úrnám (n=17) og af þeim greindust tveir með leka í garnatengingu. Næstflestir (n=11) fóru í algert/gagngert brottnám á endaþarmi og fjórir sjúklingar með ólæknandi sjúkdóm fengu ristilstóma. Skurðdauði var 0%.

Ályktanir: Lífshorfur eru heldur lakari í þessari rannsókn samborið við nýrri rannsóknir á stærri sérdeildum erlendis. Þar hefur tekist að sýna fram á verulega bættan árangur með umfangsmeiri skurðaðgerðum og geislameðferð æxlanna fyrir skurðaðgerð. Síðustu ár hefur sama þróun átt sér stað í meðferð þessara krabbameina hér á landi og margt bendir til þess að horfur þessa sjúklingahóps eigi eftir að vænkast.

SK 26 **Heilkenni aukins kviðarholsþrýstings . Áhrif aukins kviðarholsþrýstings á nýrnastarfsemi og blóðstyrkt hormóna**

Fjölnir F. Guðmundsson[1], Knut Svanes[1], Asgaut Viste[1], Hjörtur Gíslason[2]

[1]Handlækningadeild Haukeland Sykehus í Bergen, [2]handlækningadeild Landspítala Fossvogi

Inngangur: Heilkenni aukins kviðarholsþrýstings kallast það þegar þrýstingur í kviðarholi verður hærri en bláæðaþrýstingur og fram koma sjúkleg einkenni svo sem nýrnabilun. Tilgangur rannsóknarinnar var að reyna að varpa betra ljósi á hvaða áhrif það hefur á nýrnastarfsemi og blóðstyrkleika æðaherpandi hormóna þegar þrýstingur í kviðarholi eykst.

Efniviður og aðferðir: Tuttugu og einn grís var svæfður. Lærisslagæð var þrædd til mælinga á meðalslagæðaþrýstingi og hjartslætti. Lagður var leggur inn í þvagblöðru til mælingar á þvagmagni. Flæðinemi (transit time flow probe) var lagður umhverfis vinstri nýrnaslagæð. Vinstri nýrnabláæð var þrædd til mælingar á blóðþrýstingi og til blóðtöku. Lagður var leggur gegnum kviðvegg til innhellingar á Ringers lausn og til þrýstingsmælinga. Þrýstingur var aukinn í 20 mmHg (sjö grísir), 30 mmHg (sjö grísir) 40 mmHg (fjórir grísir) og án þrýstings (sjö grísir). Þessum kviðarholsþrýstingi var haldið í 180 mínútur. Dýrin voru síðan aflífuð. Litakúlur (microspheres) voru gefnar inn í hjartað til mælinga á blóðflæði í nýrum. Mældur var styrkleiki eftirtalinna hormóna í blóði nýrnabláæðar, sem geta haft áhrif á blóðflæði í nýrum og þvagmyndun: adrenalín, noradrenalín, kortisól, renín, aldósterón, ANF og endóþelín.

Niðurstöður: Þrýstingur í kviðarholi 20 mmHg olli ekki marktækum breytingum á blóðflæði í nýrum eða blóðstyrkleika ofangreindra hormóna. Við 30 mmHg þrýsting hætti þvagútskilnaður og blóðflæði í nýrum féll marktækt og verulega hækkuð mótstaða varð í nýrnaslagæðakerfi. Blóðstyrkt hormóna sem hafa áhrif á æðasamdrátt og þvagmyndun svo sem renín, endóþelín, adrenalín, noradrenalín, kortisól og aldósterón jókst verulega við 30 mmHg þrýsting í kviðarholi en var óbreytt við 20 mmHg. Blóðstyrkt ANF breyttist ekki við 30 mmHg þrýsting í kviðarholi. Hugsanlega hefur þessi hormónaaukning áhrif á þvagmyndun og nýrnastarfsemi til viðbótar við minnkaðan gegnflæðiþrýsting í nýrum sem verður við aukinn kviðarholsþrýsting.

SK 27 **Ættlægni magakrabbameins**

Albert Kjartansson Imsland[1], Bjarki Jónsson Eldon[1], Sturla Arinbjarnarson[1], Steinunn Thorlacius[1], Valgarður Egilsson[2], Hjörtur Gíslason[2], Súsanna Jónsdóttir[1], Þórgunnur Hjaltadóttir[1], Shreekrishna, Datye[3], Reynir Arngrímsson[4], Jónas Magnússon[2]

[1]Urður, Verðandi, Skuld, [2]handlækningadeild Landspítala Háskólasjúkrahúss, [3]handlækningadeild Fjórðungssjúkrahúsins á Akureyri, [4]erfðalæknisfræði HÍ

Tilgangur: Að kanna ættlægni magakrabbameins á Íslandi og meta áhættu ættingja þeirra sem hafa greinst með magakrabbamein.

Inngangur: Magakrabbamein var algengasta krabbamein hjá íslenskum körlum en nýgengi þess hefur lækkað síðustu áratugi og er það þakkað breyttu mataræði. Fylgni milli magakrabbameins og umhverfisþátta svo sem mataræðis og sýkinga er því vel þekkt. Ættlægni magakrabbameins á Íslandi hefur hins vegar lítið verið rannsakað og ekki er vitað hvort fylgni er á milli magakrabbameins og annarra krabbameina innan sömu fjölskyldu.

Efniviður og aðferðir: Upplýsingar fengnar úr krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands. Ættir ættvísa sem eru yfir 60 ára við sjúkdómsgreiningu voru skoðaðar. Fjölskyldutré allra sjúklinga sem greindust með krabbamein á árunum 1955 til 1999 voru könnuð. Fjölskyldur voru raktar til þriðja stigs ættingja beggja kynja. Fjöldi karlkynsættvísa var 455 og fjöldi kvenkynsættvísa var 161. Könnuð var tíðni krabbameins á meðal þessara ættingja í krabbameinsskrá. Væntanlegur fjöldi krabbameina var reiknaður út frá aldri ættingja og tekið tillit til mismunandi nýgengis eftir aldri og tímabilum. Áhættuhlutfall (RR) reiknað sem hlutfallið *fundið/vænst* og gert ráð fyrir Poisson dreifingu á *fundið* með meðalgildi *vænst*. Öryggismörk (ÖM) fundin samkvæmt Rothman (1986).

Niðurstöður: Hlutfallsleg áhætta á magakrabbameini var marktækt aukin á meðal 2846 fyrsta stigs (áhættuhlutfall =2,2; 95% öryggismörk =1,6-3,0) karlkynsættingja en féll síðan marktækt á milli fyrsta og annars stigs (áhættuhlutfall =1,3; 95% öryggismörk =1,0-1,7; N=8658) karlkynsættingja. Áhættan var einnig aukin á meðal fyrsta stigs kvenkynsættingja (áhættuhlutfall =1,6; 95% öryggismörk =1,1-2,6; N=2764). Á meðal fyrsta stigs ættingja beggja kynja þeirra ættvísa sem greinst höfðu með magakrabbamein fyrir 50 ára aldur var áhættan enn aukin (konur áhættuhlutfall =3,2; 95% öryggismörk =1,2-8,7; karlar áhættuhlutfall 2,4; 95% öryggismörk =1,3-4,4). Enginn munur fannst á áhættu ættingja þeirra ættvísa sem sjúkdómsgreindir voru með 'intestinal' magakrabbamein (Lauren 1) og þeirra sem sjúkdómsgreindir voru með dreift (diffuse) magakrabbamein (Lauren 2). Ekki fannst fylgni á milli áhættu á magakrabbameini og aukinni áhættu á öðrum algengum krabbameinum til dæmis ristilskrabbameini, endaþarmskrabbamein eða brjóstakrabbameini. Í rannsókninni greindust 58 fjölskyldur með tvo eða fleiri einstaklinga með magakrabbamein og í 26 fjölskyldum voru þrír eða fleiri einstaklingar með magakrabbamein.
Ályktanir: Ættingjar sjúklinga með magakrabbamein hafa rösklega tvöfalda áhættu á að fá magakrabbamein. Áhættan er mest fyrir nánustu ættingja sjúklinganna og eykst með lækkandi aldri ættvísis.

SK 28 **Lífsgæði sjúklinga með vélindabakflæði fyrir og eftir aðgerð**
Sigríður Ása Maack[1], Kristinn Tómasson[2], Margrét Oddsdóttir[3]

[1]Læknadeild HÍ, [2]Vinnueftirlit ríkisins , [3]handlækningadeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Talið er að um 7-10% fólks hafi það mikil einkenni frá vélindabakflæði að það hái því verulega í daglegu lífi. Erlendar rannsóknir sýna að lífsgæði þessa fólks eru skert. Lífsgæðakannanir eru taldar góð leið til að meta árangur meðferðar út frá sjónarhóli sjúklingsins sem viðbót við hin hefðbundnu klínísku viðmið.
Efniviður og aðferðir: Tveir spurningalistar, HL=Heilsutengd lífsgæði og GSRS=Gastrointestinal Symptom Rating Scale voru lagðir fyrir alla sjúklinga fyrir og eftir aðgerð vegna vélindabakflæðis á Landspítala Hringbraut á tímabilinu 10. janúar-12. apríl 2000 (n=31). Öllum sjúklingum á biðlista eftir vélindabakflæðisaðgerð voru sendir listarnir í pósti (n=210).
Niðurstöður: Þrjátíu sjúklingar svöruðu spurningalistunum fyrir og eftir aðgerð. Svörun fólks á biðlista var 76%. Heilsutengd lífsgæði sjúklinga með vélindabakflæði eru marktækt lakari en almennings. Á biðlista kom yngra fólk verr út en eldra en ekki mældist munur á lífsgæðum kvenna og karla. Meðalgildi almennings á kvarða yfir heilsutengd lífsgæði er 50, en sjúklingar fyrir aðgerð voru með 42,3 og eftir aðgerð 49,7 ($p<0,0003$). Verstu gildin fyrir aðgerð voru fyrir heilsufar, líkamsheilsu og verki, auk lífsgæða í heild. Gildi fyrir fjárhag og sjálfsstjórn voru nánast eðlileg bæði fyrir og eftir aðgerð. GSRS stig lækkuðu úr 46,5 fyrir aðgerð í 35,9 eftir aðgerð ($p<0,00008$). Marktæk lækkun varð á kvörðum fyrir bakflæði, kviðverki og niðurgang.
Ályktanir: Vélindabakflæði er sjúkdómur sem skerðir lífsgæði sjúklinga og er aðgerð góð meðferð sem bætir heilsutengd lífsgæði verulega. Skerðing heilsutengdra lífsgæða er meiri hjá yngra fólki. Af þessu mætti álykta að löng bið eftir aðgerð sé óæskileg fyrir sjúklinga með vélindabakflæði.

SK 29 **Bandvefsæxli við vélinda-magamótin - brottnám án brottnáms líffæris**
Margrét Oddsdóttir[1], Jón Gunnlaugur Jónasson[2], Sigurður Blöndal[1], Höskuldur Kristvinsson[1], Jónas Magnússon[1]

[1]Handlækningadeild Landspítala Hringbraut , [2]Rannsóknastofa Háskólans í líffærameinafræði

Góðkynja æxli í á vélinda-magamótunum tilheyra flest GIST æxlum eða eru frá sléttum vöðvafrumum. Æxli þessi þarf yfirleitt að fjarlægja vegna einkenna og til að útiloka illkynja vöxt. Til þessa hafa aðgerðir á æxlum á þessu svæði oftast þýtt brottnám á neðri hluta vélindans og efsta hluta magans um annað hvort brjóstholsskurð eða brjósthols- og kviðarholsskurð. Með tilkomu vídeó-holsjáraðgerða hafa aðgerðir orðið mun minna inngrip fyrir sjúklinginn.
Frá mars 2000 til febrúar 2001 hafa fimm sjúklingar komið á skurðdeild Landspítala Hringbraut með fyrirferð við vélinda-magamótin. Einkenni þeirra voru kyngingartruflanir, verkir og hjartsláttarköst. Einkennin höfðu varað frá fjórum mánuðum og upp í meira en 10 ár. Stærð æxlanna voru á bilinu 3-10 cm. Eitt æxlanna var vaxið hringinn í kringum vélindað og náði niður á magann. Tvö voru aðallega í neðri hluta vélindans en náðu niður á cardia magans, en eitt var að mestu í cardia magans en teygði sig upp á vélinda-magamótin. Öll voru æxlin fjarlægð um kviðsjá án brottnáms á vélinda eða maga. Í einni aðgerðinni kom 1 cm. gat á vélinda-magamótin sem var yfirsaumað. Engin aðgerðartengd vandamál komu upp eftir aðgerð. Sjúklingarnir útskrifuðust heim á öðrum til sjöunda degi eftir aðgerð. Einn er á H_2-hemjara vegna vægs bakflæðis.
Brottnám góðkynja æxla á vélinda-magamótum hefur orðið mun einfaldara fyrir sjúklinginn eftir tilkomu kviðsjártækninnar. Maga-vélindamótin og neðri hluti vélindans eru aðgengileg með þessari tækni. Einnig leiðir stækkun á skjánum til þess að tiltölulega auðvelt er að greina til dæmis vöðvaþræði og slímu (mucosa).

SK 30 **Brottnám legs. Afturskyggn samanburðarrannsókn á kviðsjáraðgerðum og kviðskurðaraðgerðum**
Lovísa Leifsdóttir[1], Jens A. Guðmundsson[2]

[1]Læknadeild HÍ, [2]kvennadeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Brottnám legs er algeng aðgerð og eru um 4-500 slíkar aðgerðir framkvæmdar árlega á Íslandi. Harry Reich í New York framkvæmdi fyrstu legnámsaðgerðina í New York 1989, en á kvennadeild Landspítalans var það fyrst gert af Auðólfi Gunnarssyni árið 1993. Markmið með kviðsjáraðgerðum er minni áverki og skjótari bati eftir aðgerð.
Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna hvort kviðsjár-aðgerðartæknin hefði kosti fram yfir kviðskurð við brottnám á legi, með tilliti til aðgerðartíma, notkunar verkjalyfja eftir aðgerð, fylgikvilla, legutíma og lengdar veikindaleyfis eftir aðgerð.
Efniviður og aðferðir: Sjúkraskrár kvenna, sem fóru í brottnáms-aðgerð á legi með kviðsjá (hópur LH) á tímabilinu 1. janúar 1997 til 10. mars 2000 á kvennadeild Landspítalans, voru kannaðar. Viðmiðunarhóp (hópur AH) mynduðu konur sem farið höfði í legnámsaðgerð með kviðskurði á sama tímabili og voru þær valdar

með tilliti til aldurs (+/- 5 ár) og þyngdar legs, sem metin var út frá stærð sýnis sem sent var til vefjarannsóknar. Gerður var samanburður á ofangreindum breytum.

Niðurstöður: Fjöldi kvenna sem fór í legnámsaðgerð með kviðsjá á tímabilinu var 109, en í þremur tilvikum var aðgerð breytt í kviðskurð. Til viðmiðunar fundust 98 tilfelli. Meðalaldur í tilfellahópi var 46,9 ár, en 46,0 í viðmiðunarhópi (p=0,87). Meðalstærð legsýna til vefjarannsóknar var 133 g í tilfellahópi en 140 í viðmiðunarhópi (p=0,95). Í töflunni sjást aðrar niðurstöður.

	LH*		AH**		
	n	meðaltal	(n)	meðaltal	P-gildi
Aðgerðartími (mínútur)	109	128	98	76,5	<0,01
Fall blóðrauða (g/l)		22,0		21,6	0,532
Blóðgjafir (n)		6		8	
Legutími (dagar)	109	2,7	98	4,8	<0,001
Veikindaleyfi (dagar)	48	22	30	43	<0,001

* Konur sem fóru í brottnámsaðgerð á legi með kviðsjáraðgerð.
** Viðmiðunarhópur.

Konur sem gengust undir kviðsjáraðgerð þurftu minna af verkjalyfjum eftir aðgerð, en konur í viðmiðunarhópi. Fylgikvillar aðgerðar komu fyrir hjá 19 konum (18%) í kviðsjárhópi og 17 konum (18%) í samanburðarhópi, en enginn þeirra var alvarlegur.

Ályktanir: Legutími og veikindaleyfi eftir aðgerð voru mun styttri eftir kviðsjáraðgerð en tíðkast eftir hefðbundnar aðgerðir. Kviðsjáraðgerðir valda minni verkjum og leiða til skjótari bata en gerist við hefðbundnar aðgerðir, en aðgerðartími er mun lengri. Þessar niðurstöður vekja spurningu um hvort stefna beri að því að nota kviðsjártækni við flestar brottnámsaðgerðir á legi.

SK 31 **Árangur meðferðar vegna hótandi dreps í ganglimum**
Helgi H. Sigurðsson, **Jóhanna M. Sigurðardóttir**

Æðaskurðdeild Landspítala Hringbraut

Við höfum kannað árangur aðgerða vegna hótandi dreps í ganglimum hjá sjúklingum sem komu til meðferðar á æðaskurðlækningadeild Landspítalans á fimm ára tímabili, 1995-1999.

Hópurinn sem skoðaður var, var allur með krítíska blóðþurrð, það er með hvíldarverk, blóðþurrðarsár eða yldudrep (gangrene) við komu.

Hjá 156 sjúklingum voru 165 ganglimir meðhöndlaðir vegna krítískrar blóðþurrðar. Framkvæmdar voru alls 154 aðgerðir; 133 opnar hjáveituaðgerðir, 26 endovascular aðgerðir. Aðeins ein primer amputation var framkvæmd og fimm fengu primert líknandi meðferð.

Gerð voru lifunarlínurit með tilliti til lifunar ganglima (amputation free survival) sem meðhöndlaðir voru samanborið við heildarlifun þessa sjúklingahóps.

Við ályktum að hér sé rekin mjög aggressiv stefna í að revasculera krítískt ischemíska ganglimi í þeirri trú að án aðgerða yrði aflimun í flestum tilfellum óhjákvæmileg.

Tíðni primera aflimana er lág og lifunartölur að minnsta kosti sambærilegar við tölur birtar af háttvirtum erlendum æðaskurðdeildum

Þar af leiðandi teljum við að þessi sjúklingahópur fái að minnsta kosti fullnægjandi meðferð og bætt lífsgæði þrátt fyrir almennt lélegar langtímahorfur.

Stefnt er að því að reyna að bæta horfur þessara sjúklinga enn meir á næstu árum.

SK 32 **Árangur lungnasmækkunaraðgerða við langvinna lungnateppu**
Kristinn B. Jóhannsson[1], Björn Magnússon[2], Marta Guðjónsdóttir[3], Tryggvi Ásmundsson[4]

[1]Hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala, [2]Fjórðungssjúkrahúsið í Neskaupstað, [3]Reykjalundur, [4]lyflækningadeild Landspítala

Inngangur: Árið 1996 var byrjað að framkvæma lungnasmækkunaraðgerðir hérlendis hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu á lokastigi. Aldur sjúklinga var 59 ár ±4. Skilyrði aðgerða var misdreifður sjúkdómur á röntgen- og sneiðmyndum, FEV_1 30-40% af áætluðu, $PaCO_2$ <50 mmHg, andlegt jafnvægi og reykleysi auk endurhæfingar í mánuð fyrir og eftir aðgerð.

Efniviður og aðferðir: Frá 1996 til 2000 voru framkvæmdar aðgerðir á níu sjúklingum. Þær voru allar gerðar með bringubeinsskurði. Venjulega voru 20-30% af skemmdum lungnavef hvors lunga numin brott. Þessar aðgerðir gengu vel. Dauðsföll voru engin. Allir sjúklingarnir fór í endurhæfingu að Reykjalundi.

Skammtímaáhrif aðgerðar á niðurstöður öndunar- og þolmælinga.

	Fyrir	Eftir	P-gildi
FEV_1 (L)	0,9 ± 0,1	1,2 ± 0,3	0,0004
FVC (L)	2,9 ± 0,8	3,3 ± 0,9	0,0138
RV/TLC	0,52 ± 0,04	0,48 ± 0,67	0,0329
VO_2 hámark (ml/mín)	1031 ± 256	1062 ± 294	0,6153
VE/MVV	0,98 ± 0,2	0,76 ± 0,19	0,0589

FEV_1 gildi hækkuðu um 280 ± 150 ml. eftir aðgerð en hafa lækkað um 112 ± 135 ml. á ári hjá þeim sem fylgt hefur verið eftir til lengri tíma.

Niðurstöður: 1) Lungnasmækkanir hérlendis hafa haft jákvæð áhrif með því að auka útönduanrgetu og minnka loftleif. 2) Þol breytist ekki en VE/MVV lækkar lítillega eftir aðgerð. 3) Við langtíma-eftirlit fellur FEV_1 í fyrra gildi á um þremur árum.

SK 33 **Sogsvampsmeðferð við miðmætisbólgu eftir opnar hjartaaðgerðir**
Ronny Gustafsson, Tómas Guðbjartsson, Richard Ingemansson

Hjarta- og lungnaskurðdeild Háskólasjúkrahússins í Lundi

Skurðsýkingar í brjóstholi eru alvarlegir fylgikvillar eftir opnar hjartaskurðaðgerðir og sjást í 1-5% tilfella. Slíkar sýkingar hafa yfirleitt verið meðhöndlaðar í upphafi með því að hreinsa upp sárið og skilja það síðan eftir opið með dúkum eða loka sárinu og beita skolmeðferð í gegnum kera. Síðar hefur brjóstbeininu verið lokað með stálvír eða flutt miðmætisfita og/eða brjóstholsvöðvi til að loka sárinu og þannig flýtt fyrir gróanda. Ofangreindar meðferðir eru flóknar og sjúklingarnir þurfa oftast að liggja lengi á sjúkrahúsi uns meðferð er lokið. Árangur þessara aðgerða hefur þar að auki verið ófullnægjandi en hjá sjúklingum með svæsna miðmætisbólgu hefur dánarhlutfall verið á bilinu 10-40%.

Á hjartaskurðdeildinni í Lundi var meðferð þessara sýkinga breytt fyrir tveimur árum. Nú er auk sýklalyfjameðferðar notast við svamp sem komið er fyrir í skurðsárinu eftir að það hefur verið hreinsað. Sárinu er síðan lokað með loftþéttum umbúðum, svampurinn tengdur við sogtæki (VAC® með sog -20 til –200mmHg) og sáravökvi sogaður úr sýktu sárinu. Skipt er um svamp í svæfingu eftir nokkra daga og sárinu síðan lokað þegar sýkingin er horfin. Þessi meðferð hefur kallast „Vacuum Assisted Closure" og má beita við aðrar alvarlegar sýkingar, eins og til dæmis í kviðarholi. Ótvíræður kostur meðferðarinnar er hversu fljótt sárin gróa en auk þess eru sárin „lokuð" og svampurinn dregur þau saman þannig að auðveldara verður að loka þeim.
Í Lundi hefur á annan tug sjúklinga með alvarlegar sýkingar (miðmætisbólgu) eftir hjartaaðgerð verið meðhöndlaður með þessari nýju tækni. Árangur er mun betri en við fyrri meðferðir. Sýnt verður myndband úr aðgerðinni og greint frá helstu niðurstöðum.

SK 34 **Er hættulítið að fara í hjartaskurðaðgerð á Íslandi?**
Zoran Trifunovic, Bjarni Torfason

Hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Hjartaskurðaðgerðir eru öflugar læknisaðgerðir en þeim fylgir áhætta. EuroSCORE er viðurkennd aðferð við að meta áætlaða dánartíðni fyrir hjartaskurðaðgerðir hjá fullorðnum. Gæðaeftirlit innan hjartaskurðdeilda er hægt að byggja á samanburði við EuroSCORE, hvað varðar dánartíðni. Tilgangur þessarar rannsóknar er gæðaeftirlit sem felst í því að athuga dánartíðni hjá fullorðnum sem fóru í hjartaskurðaðgerð á hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala Hringbraut árið 2000 og bera niðurstöður saman við áætlaða dánartíðni samkvæmt EuroSCORE.
Efniviður og aðferðir: Rannsóknin nær til 228 fullorðinna sjúklinga sem fóru í hjartaskurðaðgerð á Íslandi árið 2000. Karlar voru 154 og konur 74. Meðalaldur var 64,6 ár (bil: 21-86 ár). Undanskildir eru allir 16 ára og yngri og allir þeir sem ekki fóru í opna hjartaskurðaðgerð. Reiknað er út EuroSCORE gildi fyrir hvern sjúkling. Sjúklingarnir eru flokkaðir með tilliti til áætlaðrar dánartíðni í aðgerð og fyrstu 30 dagana frá aðgerð og afdrif þeirra könnuð.
Niðurstöður: Hjá þeim 228 sjúklingum sem rannsóknin nær til er áætluð dánartíðni í aðgerð og fyrstu 30 daga eftir aðgerð samkvæmt EuroSCORE 6,9 % (bil: 0-18%).
Heildardánartíðni í og eftir aðgerð reyndist 3,5% eða mun lægri en gera mátti ráð fyrir.
Mikill meirihluti (73,7%) sjúklinganna sem rannsóknin nær til var áhættusjúklingar með EuroSCORE gildi hærra en 4. Áætluð dánartíðni í þeim hópi mældist 8,42% fyrir aðgerð, samkvæmt EuroSCORE, en dánartíðni þeirra reyndist þó mun lægri eða 4,8%.
Mikill minnihluti (16,3%) sjúklinganna flokkaðist sem áhættulitlir með EuroSCORE gildi 4 eða lægra. Áætluð dánartíðni í þeim hópi mældist 2,83% fyrir aðgerð samkvæmt EuroSCORE en dánartíðni þeirra reyndist þó mun lægri eða 0,0%. Þeir sem létust höfðu EuroSCORE gildi 13,5 að meðaltali (bil:8-18) .
Ályktanir: Dánartíðni við hjartaskurðaðgerðir á Íslandi er mjög lág EuroSCORE er handhæg og áreiðanleg aðferð til að meta dánartíðni fyrir hjartaskurðaðgerðir en aðferðin ofmetur áhættuna verulega miðað við íslenskar aðstæður.

SK 35 **Brjóstholsspeglun með aðstoð myndbandsupptöku í aðgerðum á lungum og fleiðru**
Zoran Trifunovic, Þórarinn Arnórsson, Hörður Alfreðsson

Hjarta-og lungnaskurðdeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Þessi aðgerðartækni er núorðið notuð víða til að sjá betur líffærafræði og draga úr áverkum í aðgerð. Kröfur sjúklinga um aðgerðir sem valda minni lýtum hafa vaxið, sérstaklega hjá yngri sjúklingum með góðkynja sjúkdóma.
Við segjum frá árangri okkar með því að kynna tvö sjúkratilfelli:
1. Brottnám lunga og brjóstveggsfleiðru með brjóstholsspeglun vegna lungnaþans. Sjúklingurinn er 25 ára karlmaður með sögu um að hafa tvisvar fengið brátt sjálfkrafa loftbrjóst.
2. Sýnataka úr lífhinmu gerð í brjóstholsspeglun. Sjúklingurinn er 40 ára kona sem fór í hlutabrottnám á hægra brjósti fyrir 12 árum vegna brjóstakrabbameins og hefur nú greinst með breytingar í fleiðru á röntgenmynd. Sýnatakan var gerð í greiningarskyni.
Ályktanir: Þessi aðgerðartækni gefur betri yfirsýn í aðgerð, heldur áverka í aðgerð í lágmarki og gefur einnig fagurfræðilega ásættanlegan árangur.

Myndbandsupptökur munu fylgja kynningunni.

SV 01 **Blóðhlutanotkun við gerviliðaaðgerðir á mjöðmum. Afturskyggn rannsókn á tímabilinu 1. júlí 1998 - 1. júlí 1999 á Landspítalanum og Sjúkrahúsi Reykjavíkur**

Katrín María Þormar, Guðrún Bragadóttir, María Sigurðardóttir, Hjörtur Sigurðsson, Jóhann Valtýsson, Sveinn Guðmundsson, Halldór Jónsson jr., Brynjólfur Mogensen

Tilgangur: Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna blóðhlutanotkun við gerviliðaaðgerðir á mjöðmum sem framkvæmdar voru á eins árs tímabili frá 1. júlí 1998 til 1. júlí 1999 á Landspítalanum og Sjúkrahúsi Reykjavíkur.
Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var afturskyggn. Safnað var gögnum úr sjúkraskrám 129 sjúklinga með slitgigt í mjöðm, sem gengust undir gerviliðaaðgerð á umræddu tímabili.
Niðurstöður: Eitt hundrað tuttugu og níu sjúklingar, 51 karl og 78 konur tóku þátt í rannsókninni. Meðalaldur var 70 ár. Fimmtíu og fimm prósent sjúklinga lentu í ASA-flokki II, 23% í ASA I, 21% í ASA III og 1% í ASA IV. Flestar aðgerðanna eða 9% voru framkvæmdar í mænudeyfingu, 5% í mænu- og utanbastsdeyfingu, 3% í svæfingu og 2% í mænudeyfingu og svæfingu. Blóðrauðagildi við innlögn var að meðaltali 137 g/l og 109 g/l við útskrift. Meðalblæðing í aðgerð var 995 ml. Marktækur munur var á blæðingu eftir því hvaða gerviliðategund var notuð. Ekki var marktækur munur á blæðingu eftir því hvort sjúklingar tóku magnýl eða önnur NSAID-lyf fyrir aðgerð. Sjötíu og fjögur prósent sjúklinganna fengu blóðgjöf ýmist í aðgerð eða eftir aðgerð, á vöknun eða legudeild. Að meðaltali voru gefnar 2,0 einingar af rauðkornaþykkni. Eftir því sem heildarblæðing var meiri voru gefnar fleiri einingar af rauðkornaþykkni. Kyn og aldur höfðu engin marktæk áhrif á blóðgjöf. Meðallegutími sjúklinga var 6,9 dagar. Ekki var munur á legutíma sjúklinga eftir því hvort þeir fengu blóðgjöf eða ekki. Sjúklingar með hjarta- og æðasjúkdóma lágu að meðaltali einum degi lengur inni en hinir.
Ályktanir: Sjötíu og fjögur prósent sjúklinga sem fóru í gerviliðaaðgerð á mjöðm á Landspítalanum og Sjúkrahúsi Reykjavíkur fengu blóðgjöf. Þetta er talsvert hærra hlutfall en sambærilegar erlendar rannsóknir síðustu ára sýna. Í dag er mikil áhersla lögð á að takmarka notkun blóðhluta við aðgerðir. Ítarlegri rannsóknir eru nauðsynlegar til að ná því markmiði hjá þessum sjúklingahópi.

SV 02 **Blóðhlutanotkun við gerviliðaaðgerðir á hnjám. Afturskyggn rannsókn á tímabilinu 1. júlí 1998 - 1. júlí 1999 á Landspítalanum og Sjúkrahúsi Reykjavíkur**

Guðrún Bragadóttir, Katrín María Þormar, María Sigurðardóttir, Hjörtur Sigurðsson, Jóhann Valtýsson, Sveinn Guðmundsson, Halldór Jónsson jr., Brynjólfur Mogensen

Tilgangur: Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna blóðhlutanotkun við gerviliðaaðgerðir á hnjám sem framkvæmdar voru á eins árs tímabili frá 1. júlí 1998 til 1. júlí 1999 á Landspítalanum og Sjúkrahúsi Reykjavíkur.
Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var afturskyggn. Safnað var gögnum úr sjúkraskrám 116 sjúklinga með slitgigt í hnjám, sem gengust undir gerviliðaaðgerð á umræddu tímabili.
Niðurstöður: Eitt hundrað og sextán sjúklingar, 33 karlar og 83 konur tóku þátt í rannsókninni. Meðalaldur var 70 ár. Sextíu og átta prósent sjúklinga lentu í ASA-flokki II, 21% í ASA III og 11% í ASA I. Flestar aðgerðanna eða 62% voru gerðar í mænu- og utanbastsdeyfingu, 28% einungis í mænudeyfingu, 7% einungis í utanbastsdeyfingu og 3% í svæfingu. Blóðrauðagildi við innlögn var að meðaltali 140 g/l og 108 g/l við útskrift. Meðalblæðing í aðgerð var 980 ml. Marktækur munur var á blæðingu eftir því hvaða gerviliðategund var notuð. Ekki var marktækur munur á blæðingu eftir því hvort sjúklingar tóku magnýl eða önnur NSAID-lyf fyrir aðgerð. Sextíu og sex prósent sjúklinganna fengu blóðgjöf ýmist á vöknun eða legudeild. Að meðaltali voru gefnar 1,6 einingar af rauðkornaþykkni. Tilhneiging var til þess að gefa meira rauðkornaþykkni eftir því sem blæðing var meiri. Kyn og aldur höfðu engin marktæk áhrif á blóðgjöf. Meðallegutími sjúklinga var 7,6 dagar. Ekki var munur á legutíma sjúklinga eftir því hvort þeir fengu blóðgjöf eða ekki.
Ályktun: Sextíu og sex prósent sjúklinga sem fóru í gerviliðaaðgerð á mjöðm á Landspítalanum og Sjúkrahúsi Reykjavíkur fengu blóðgjöf. Þetta er talsvert hærra hlutfall en sambærilegar erlendar rannsóknir síðustu ára sýna. Í dag er mikil áhersla lögð á að takmarka notkun blóðhluta við aðgerðir. Ítarlegri rannsóknir eru nauðsynlegar til að ná því markmiði hjá þessum sjúklingahópi

SV 03 **Tíðni draumfara við notkun sevóflúrans við dagdeildaraðgerðir**

Gísli Vigfússon, Guðmundur Már Stefánsson

Domus Medica

Inngangur: Draumar við svæfingar hafa þekkst um áratuga skeið. Tíðni þessara draumfara er háð tegund svæfingalyfja sem notuð eru. Þekkt er að ketamín veldur martraðardraumum í og eftir svæfingu og takmarkar það verulega notkun þess við svæfingar fullorðinna. Með tilkomu própófóls sem innleiðslu- og svæfingarlyfs jókst mjög tíðni ánægjulegra drauma. Á síðari árum hafa komið fram innöndunarlyf með minni fituleysanleika en fyrri kynslóðir þeirra. Þau eru því skjótvirkari og sjúklingar vakna fyrr úr svæfingu en áður var. Eitt þessara lyfja er sevóflúran. Könnuð var tíðni draumfara og efni þeirra við sevóflúransvæfingu hjá dagdeildarsjúklingum.
Efniviður og aðferðir: Þrjú hundruð og átta sjúklingar voru með í rannsókninni, 305 konur og þrír karlar. Allir voru meðhöndlaðir fyrir svæfingu með verkja- og ógleðistílum. Svæfing var innleidd með própófóli 2 mg/kg, fentanýli 1-2μg/kg. Svæfingu var síðan viðhaldið með súrefni/glaðlofti og sevóflúrani 1,5-3%. Notaður var kokmaski og hringrásarkerfi með CO_2-eyði. Þegar sjúklingur vaknaði úr svæfingu var hann spurður um draumfarir. Væri svarið jákvætt var hann spurður hvort draumurinn hefði verið ánægjulegur, martröð eða hvorugt. Spurninginn var síðan endurtekin við útskrift.
Niðurstöður: Eitt hundrað og sjö sjúklinga (35%) dreymdi í svæfingunni. Í 87 tilvikum (81%) var um ánægjudrauma að ræða. Í 17 tilvikum (16%) var um hvorugt að ræða en þrír (3%) sögðust hafa haft martröð meðan á svæfingu stóð. Við útskrift einni til þremur klukkustundum eftir vöknun minntust 43 sjúklingar (14%) þess að hafa dreymt meðan á svæfingu stóð, en fæstir gátu kallað fram drauminn. Enginn munur var á aldri, tegund aðgerða eða aðgerðarlengd milli þeirra sem dreymdi og hinna sem ekki dreymdi.

Ályktanir: Í þessari könnun er tíðni draumfara við sevóflúran 34,7%. Gerðar hafa verið kannanir á tíðni draumfara við notkun própófóls og enflúrans og reyndust þær vera 60% og 11%. Hærri tíðni draumfara við sevóflúran en enflúran mætti hugsanlega skýra í minni fituleysanleika þess og því að lyfið rýkur fyrr úr sjúklingi og hann dvelur lengur í drauma-REM fasa í vöknunar. Hins vegar ber þess að geta að própófól, gefið við innleiðslu svæfingar, getur hafa haft áhrif á tíðni draumfara meðan á aðgerð stóð. Úr því verður ekki skorið nema með ítarlegri svefnrannsóknum.

SV 04 **Bætir gæðaeftirlit árangur og fækkar fylgikvillum utanbastsverkjameðferðar? Skoðun á hreyfigetu, staðsetningu utanbastsleggjar og tíðni tæknivandamála við utanbastslegg á handlækningadeild Landspítala Hringbraut á árunum 1996-2000**
Gísli Vigfússon, Oddur Fjalldal, Ástríður Jóhannesdóttir, Jón Sigurðsson

Svæfingadeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Forsenda góðs árangurs í læknisfræði er virkt eftirlit með árangri meðferðar. Með því móti safnast reynsla og þekking sem leiðir til bættrar þjónustu við sjúklinga, styttir legutíma, fækkar fylgikvillum og lækkar kostnað við heilbrigðisþjónustu. Um fimm ára skeið hefur svæfingadeildin boðið upp á utanbastsverkjameðferð við stærri aðgerðir á handlækningadeild Landspítalans. Á sérstakt eftirlitsblað hafa verið skráð lífsmörk sjúklingsins, árangur verkjameðferðar, hreyfimat, fylgikvillar og ástæður meðferðarloka. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna hvort virkt eftirlit á ofangreindu fimm ára tímabili hefði leitt til breyttrar staðsetningar utanbastsleggjar við mismunandi aðgerðir, bættrar hreyfigetu sjúklinga og færri tæknilegra vandamála á legudeildum.
Efniviður og aðferðir: Eitt þúsund sjö hundurð og fjórir sjúklingar voru í úttektinni. Af eftirlitsblöðum var skert hreyfigeta samkvæmt kvarða Bromage frá 0-3 metin fyrir hvert ár. Lega leggjar frá Th_3-L_5 og hreyfigeta var metin fyrir hvert ár. Staðsetning leggjar og tegund aðgerðar var könnuð. Ástæður meðferðarloka voru skoðaðar út frá því hversu oft leggur hafði dottið í sundur eða dregist út.
Niðurstöður: Skerðing hreyfigetu við efri kviðarholsaðgerðir (129 sjúklingar) fór úr 7,6% á árinu 1996 í 0% árið 2000, sama þróun varð við neðri kviðarholsaðgerðir (548 sjúklingar): 16,9% á móti 4,6%, brjóstholsaðgerðir (235 sjúklingar): 3,9% á móti 0%, útæðaaðgerðir (223 sjúklingar): 53,8% á móti 40%, bæklunaraðgerðir (367 sjúklingar) 51,7% á móti 20,7% og þvagfæraaðgerðir (138 sjúklingar) úr 18,7% í 3,1% á árinu 2000. Á ofangreindu fimm ára tímabili fækkaði mjög staðsetningu leggjar neðan L_2 (úr 84 í 11) og þar með skertri hreyfigetu. Þessi fækkun átti sér stað fyrst og fremst við útæða- og bæklunaraðgerðir. Litlar breytingar urðu til bötnunar á ástæðum meðferðarloka út frá því að leggur datt út (6,2% á móti 8,3%) og því að leggur datt í sundur (1,4% á móti 3,8%).
Ályktanir: Virkt eftirlit og skráning á meðferðartíma er forsenda góðs árangurs læknismeðferðar. Skráningin gerir kleift að endurmeta meðferðina með reglulegu millibili, bæta hana og breyta henni. Ofangreindar niðurstöður sýna að virkt gæðaeftirlit hefur leitt til breyttrar staðsetningar utanbastsleggja á tímabilinu, fækkað fylgikvillum, minnkað hjúkrunarþyngd og bætt líðan sjúklinga. En lengi getur gott batnað og enn er þörf breyttrar tæknilegra útfærslna á að festa legg og hindra los á samskeytum hans.

SV 05 **Mat á árangi utanbastsverkjameðferðar með ropívakaíni eftir legtöku á kvennadeild Landspítala Hringbraut**
Ástríður Jóhannesdóttir, Gísli Vigfússon, Guðrún Bragadóttir, Guðjón Sigurbjörnsson

Svæfingadeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Góð verkjameðferð eftir aðgerðir eykur andlega og líkamlega vellíðan sjúklinga, minnkar hættu á lungna- og hjartafylgikvillum, styttir sjúkrahúslegu og lækkar heilbrigðiskostnað. Undanfarin tvö ár hefur utanbastsverkjameðferð með ropívakaíni verið beytt til verkjastillingar við aðgerðir á kvennadeild Landspítala Hringbraut. Tilgangur könnunar var að meta árangur og fylgikvilla meðferðarinnar.
Efniviður og aðferðir: Eitt hundrað fjörutíu og sex sjúklingar voru með í úttektinni á aldrinum 14-83 ára (51,4 ár). Skráð var á eftirlitsblaði árangur og fylgikvillar verkjameðferðar. Við matið var notast við kvarða 1-10, þar sem VAS innan við 3 (Visual Analog Scale) taldist ásættanleg verkjastilling. Verkir voru metnir í hvíld og við hreyfingu eftir aðgerð. Lagður var utanbastsleggur á viðeigandi verkjasvæði og gefið 0,5% búkaín auk 0,1 mg fentanýls. Sjúklingur var síðan svæfður. Eftir aðgerð fékk sjúklingur í sídreypi ropívakaín 0,2% 4-8 ml/klst. til næsta dags.
Niðurstöður: Dreypihraði var 4-8 ml/klukkustund (4,9 ml/klst. meðal). Í hvíld töldust 13 sjúklingar (8,9%) hafa meðalslæma verki VAS (5-6) og 11 sjúklingar (7,5%) hafa slæma verki. Við hreyfingu voru 15 sjúklingar (10,2%) með meðalsterka verki og 17 sjúklingar (11,6%) með slæma verki. Sjúklingar með slæma verki þurftu á aukaskammti verkjalyfja að halda auk þess sem dreypi var hækkað. Fjörutíu og sex (31,5%) sjúklingar höfðu væga hindrun á hreyfigetu (Bromage kvarði 1). Fjórir (2,7%) sjúklingar höfðu verulega skerta hreyfigetu (Bromage 2). Tuttugu og fimm (17,1%) sjúklingar kvörtuðu yfir vægri ógleði og átta (5,4%) sjúklingar voru með slæma ógleði og uppköst. Hjá 17 (11,6%) sjúklingum var vægur kláði til staðar og einn sjúklingur þurfti meðhöndlun vegna kláða. Þrír sjúklingar kvörtuðu undan dofa í fótum.
Ályktanir: Um 80% sjúklinga voru verkjalausir eftir aðgerð og héldust verkjalitlir til næsta dags þegar dreypi var tekið niður og önnur meðferð hafin. Þrátt fyrir að um 20% sjúklinga hefðu meðalsterka til sterka verki var í flestum tilfellum hægt að bæta þar um með því að hækka dreypi og gefa aukaskammt af verkjalyfjum. Miðað við hefðbundna verkjalyfjameðferð sem notuð var fyrir tíma ropívakaíns í utanbast hefur þessi meðferð gjörbreytt líðan sjúklinga og létt hjúkrunarþyngd þeirra.

SV 06 **Valda margendurteknar svæfingar með sevóflúrani hækkun á lifrarensýmum?**
Jón Sigurðsson

Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Síðan ljóst varð að endurteknar halótansvæfingar gætu valdið lifrarbólgu hafa öll önnur innöndunarlyf til svæfinga verið rannsökuð ítarlega með tilliti til áhrifa þeirra á lifur. Ekkert bendir enn til þess að sevóflúran valdi lifrarskemmdum.

Efniviður og aðferðir: Stúlka var svæfð 37 sinnum á tæplega átta vikna tímabili. Eftir innleiðslu með própófóli í æð var svæfingu haldið við með innöndun sevóflúrans. Blóðsýni voru tekin fimm sinnum á tímabilinu (á degi 1, 15, 26, 47 og 54). Gerðar voru mælingar á bílírúbíni og eftirtöldum ensímum: ALP, ASAT, GGT, LD og CK.
Niðurstöður: Bílírúbín 6, 6, 7, 7, 6 µmól/L (viðmiðunarmörk <20), ALP 346, 291, 225, 137, 129 U/L (viðmiðunarmörk 80-280), ASAT 34, 25, 26, 24, 24 U/L (viðmiðunarmörk <35), GGT 13, 19, 23, 25, 24 U/L (viðmiðunarmörk <40), LD 430, 376, 465, 514, 540 U/L (viðmiðunarmörk <450), CK 57, 20, 20, 20, 20 U/L (viðmiðunarmörk <150).
Ályktanir: Rannsókn þessi styður fullyrðingar um að endurteknar sevóflúransvæfingar valdi ekki lifrarbólgu.

SV 07 **Notkun á magnesíumsúlfati við alvarlega meðgöngueitrun**
Hildur Harðardóttir[1], Ástríður Jóhannesdóttir[2]

[1]Kvennadeild Landspítala , [2]svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Alvarlegasti fylgikvilli meðgöngueitrunar er krampi (eclampsia) sem er ein algengasta orsök fyrir sjúkdómum og dauðsföllum hjá bæði mæðrum og nýburum í heiminum í dag.
Magnesíumsúlfat er kjörlyf sem fyrirbyggjandi meðferð við krömpum en hefur lítið verið notað í Evrópu þar til á síðustu árum. Markviss meðferð með magnesíum byrjaði á fæðingadeild Landspítalans árið 1996 en fram að því var díazepam kjörlyf við fæðingarkrömpum.
Efniviður og aðferðir: Fæðingadeild Landspítala Hringbraut sér um meðferð á alvarlegum meðgöngueitrunum fyrir allt landið. Þar eru 2800 fæðingar árlega. Í rannsókninni var farið yfir allar fæðinga-skýrslur kvenna með alvarlega meðgöngueitrun á tímabilinu 1. janúar 1997 - 31 .desember 1998.
Greining á alvarlegri meðgöngueitrun byggist á blóðþrýstingi yfir 160/110 að minnsta kosti tvímælt, 5 g prótín í þvagi á sólarhring. Tregur þvagútskilnaður undir 400 ml á sólarhring.
Höfuðverkur og/eða sjóntruflanir, verkir um ofanverðan kvið sem ekki láta undan meðferð sýrubindandi lyfja, lungnabjúgu, blámi, skert lifrarstarfsemi, blóðflögufæð undir 100.000. Þegar greining liggur fyrir eru lögð drög að fæðingu og meðferð hafin með magnesíumsúlfati. Notast er við Zuspan protocol: Gefinn er hleðsluskammtur 4 g í æð og í framhaldi af því sídreypi 2 g/klst. Sermisgildi mæld á sex klukkustunda fresti. Æskileg gildi 1,6-3,3 mmól/L (4-8 mg/dL). Sívöktun eins og á gjörgæslu. Meðferð haldið áfram þar til 24 klukkustundum eftir fæðingu.
Niðurstöður: Tíðni alvarlegrar meðgöngueitrunar var 1,1% eða í 61 af 5569 fæðingum. Upplýsingar fengust frá 58 sjúklingum. Tveir sjúklingar fengu krampa fyrir komu á sjúkrahús sem er 1:2785 fæðingum. Meðalaldur var 26 ár (17-41 ár) meðalmeðgöngulengd 35 vikur + fjórir dagar (25 vikur sex dagar - 41 vika sex dagar) og meðalfæðingarþyngd var 2502 g (560-4650 g), 60% sjúklinga fengu magnesíummeðferð og engin fékk krampa eftir að meðferð hófst. Meðferðarlengd var að meðaltali 29 klukkustundir (10-57 stundir). Enginn fékk magnesíumeitrun. Sextíu prósent sjúklinga höfðu blóðþrýsting yfir 160/110 og meðalprótínleki var 3,9 g á sólarhring, 15,5% fengu HELLP heilkenni, 6,5% fengu lungnabjúg, 76% voru frumbyrjur og 43 fóru í keisaraskurð.
Fimmtíu og níu börn fæddust (þar af einir tvíburar) helmingur fullbura, þriðjungur eftir meðgöngu skemmri en 34 vikur og eitt barn fæddist andvana. Dánarhlutfall barna í þessum hópi reiknaðist 17:1000.
Ályktanir: Eingöngu 60% kvenna með alvarlega meðgöngueitrun fengu kjörmeðferð með magesíumsúlfati. Þetta sýnir innbyggða tregðu gegn breytingum þrátt fyrir kennslu og fundi fyrir starfsfólki. Við munum stefna að magnesíummeðferð fyrir allar konur með alvarlega meðgöngueitrun.

SV 08 **Halótan og önnur innöndunarlyf til svæfinga. Aldamótakönnun meðal svæfingalækna**
Jón Sigurðsson, Oddur Fjalldal

Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Halótan var tekið í notkun hérlendis árið 1960. Hér á landi sem erlendis tók það fljótt stöðu eters sem mest notaða innöndunarlyfið til svæfinga. Síðan komu fleiri lyf til sögunnar og notkun halótans fór minnkandi. Var það að lokum tekið af skrá á Íslandi í september 2000. Frá sögulegu sjónarmiði kann það að hafa þýðingu í framtíðinni að gera úttekt á notkun innöndunarlyfja á aldamótaári og líta sérstaklega á stöðu halótans.
Efniviður og aðferðir: Spurningalisti var sendur öllum (45) starfandi svæfingalæknum á Íslandi, einnig fjórum (4) lands-byggðarsjúkrahúsum, þótt ekki væru þar svæfingalæknar í starfi. Auk spurninga um innöndunarlyf var spurt um notkun tveggja innleiðslulyfja í æð. Spurningum svöruðu 46 (94%).
Niðurstöður: Notkun halótans: mikil 3%, stundum 5%, sjaldan 20%, aldrei 72%. Notkun sevóflúrans: mjög mikil 54%, mikil 28%, stundum 9%, aldrei 9%. Innöndunarlyf til innleiðslu svæfingar hjá börnum: halótan 7%, sevóflúran 86%, ísóflúran 8%. Viðhald svæfingar hjá börnum: halótan 7%, sevóflúran 82%, ísóflúran 12%. Innöndunarlyf fullorðinna: halótan 2%, sevóflúran 65%, ísóflúran 27%, enflúran 3%. Notkun glaðlofts: oftast 87%, oft 4%, stundum 7%. Æskileg innöndunarlyf samkvæmt könnunni eru: halótan 9%, enflúran 11%, ísóflúran 70%, sevóflúran 96%, desflúran 9%. Notkun pentótals: mikil 2%, stundum 9%, sjaldan 57%, aldrei 33%. Notkun própófóls: mjög mikil 83%, mikil 17%.
Ályktanir: Í byrjun nýrrar aldar eru sevóflúran og ísóflúran talin bestu innöndunarlyfin til svæfinga. Notkun halótans er lítil. Própófól hefur næstum algerlega ýtt pentótali til hliðar.

SV 09 **Taugaskaðar hjá mæðrum við fæðingar og deyfingar þeim tengdum á fæðingadeild Landspítalans 1998-2000**

Haukur Hjaltason[1], Gísli Vigfússon[2], Þóra Steingrímsdóttir[3], Steinunn Hauksdóttir[4]

[1]Taugadeild, [2]svæfingadeild og [3]kvennadeild Landspítala Hringbraut, [4]læknadeild HÍ

Inngangur: Margs konar taugaköðum er lýst hjá mæðrum við fæðingar. Orsök þessara skaða getur verið þrýstingur af fæðingunni sjálfri á taug(ar), lega konunnar í fæðingu eða deyfingar. Tilgangur eftirfarandi rannsóknar var að kanna tíðni og orsakir taugaskaða í neðri útlimum við fæðingar hjá mæðrum á fæðingadeild Landspítalans á tveggja ára tímabili, 1998-2000.

Efniviður og aðferð: Á rannsóknartímanum fæddu 5902 konur á fæðingadeild Landspítalans. Af þeim fengu 2645 utanbast- og/eða mænuvökvadeyfingu. Til að meta tíðni taugaskaða var farið yfir skráðar sjúkdómsgreiningar á álitsbeiðnum til taugalækna frá kvennadeild Landspítalans og valdar út mæður með sjúkdómsgreiningar sem gáfu til kynna að um taugaskaða í neðri útlimum gæti verið að ræða við fæðingu. Þessar mæður voru 12. Símasamband var haft við þær allar og sjö komu til viðtals og skoðunar. Orsök taugaskaða var ákvörðuð eftir ítarlega athugun höfunda á þáttum sem tengdust bæði fæðingu og deyfingu þegar það átti við.

Niðurstöður: Ellefu mæður voru taldar hafa orðið fyrir taugaskaða við fæðingu.

Hjá sex mæðrum var um þrýstingsskaða að ræða, hjá fjórum þessara var fæðingin sjálf talin orsök en hjá tveimur var legu og stöðu móður við fæðinguna um kennt.

Í tveimur tilvikum var deyfing talin orsök taugaskaðans. Í báðum tilvikum var utanbastsdeyfing reynd tvisvar en ekki talin takast nægilega vel og því lögð mænudeyfing. Báðar konurnar fengu endurtekin rótarskot við lögn mænudeyfingar. Í tveimur tilvikum reyndist ekki unnt að skera úr um hlut deyfingar og fæðingar. Hjá einni móður var brjósklos orsök.

Allar mæðurnar, utan ein, fengu utanbasts- eða mænudeyfingu við fæðinguna.

Heildartíðni taugaskaða við fæðingar var 11 á 5902 eða 1,9 á 1000. Tíðni taugaskaða vegna fæðingarinnar sjálfrar var 4 á 5902 eða 0,7 á 1000 fæðingar. Tíðni taugaskaða við utanbasts- og mænudeyfingar var 2 á 2645 eða 0,8 á 1000 fæðingar.

Ályktanir: Taugaskaðar eru sjaldgæfur en alvarlegur fylgikvilli fæðinga. Erlendar rannsóknir hafa sýnt að tíðni taugaskaða við fæðingar er um 1,89 á 1000 fæðingar. Við utanbasts- og mænuvökvadeyfingar er tíðnin á bilinu 0,2-3,6 á 1000 fæðingar. Niðurstöður okkar gefa svipaðar tíðnitölur. Utanbasts- og mænuvökvadeyfingar tengdust í rannsókn okkar öðrum þáttum sem vitað er að geta valdið taugaköðum hjá mæðrum. Því er ekki hægt með óyggjandi hætti að ályktа að utanbasts- eða mænuvökvadeyfing auki áhættuna á taugaskaða þótt það verði að teljast líklegt og vert að vera á varðbergi gagnvart hugsanlegum fylgikvillum sem upp geta komið við vissar kringumstæður í fæðingunni.

SV 10 **TIVA - sprautudæluforrit**

Ólafur Z. Ólafsson

Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala Fossvogi

TIVA - forrituð vinnslukerfi fyrir fjögur svæfingalyf: própófól (fjögur forrit), fentanýl (fjögur forrit), remifentaníl (sex forrit) og ketamín (fjögur forrit), ásamt 70 kg viðmiðun.

Öll eru þau gerð fyrir IVAC®-sprautudælur (TIVA og TIVA/TCI frá Alaris™ Medical Systems), sem rúma 24 slík forrit, en auk a) TIVA-gjafamáta eru í þeim b) TCI-gjafamáti fyrir Diprivan® og svo venjulegur c) ml- eða rúmmáls-gjafamáti, sem ekki þarf að forrita.

Í TCI-kerfi eru sett inn bæði aldur og þyngd sjúklinga en aðeins þyngd sjúklinga í TIVA-kerfunum. Þar eru jafnframt fimm höfuðatriði, auk tegunda og stærð sprautna: 1) styrkur blöndu svæfingalyfja, 2) innleiðslumagn svæfingalyfja, 3) tími á innleiðslugjöf, 4) viðhaldsgjöf og 5) bólusgjöf. Öllum þessum atriðum er auðvelt að breyta þegar forritið er staðfest, áður en hægt er að hefja gjöf. Það er samt einstaklega þægilegt að hafa tilbúin nokkur mismunandi forrit fyrir hvert lyf, þegar lítill tími er á milli aðgerða á annasömum skurðstofum. Þá er valið það forrit sem henta þykir og treyst er á, en ekki hannað á ný hverju sinni, sem auðveldar villur. Síðari fjórum þáttunum má líka breyta eftir að hafist er handa, til dæmis að stöðva innleiðslugjöf eða aðlaga viðhaldsgjöf. Að sjálfsögðu verður að velja kerfi og blöndur, sem í hverju tilviki taka tillit til hagkvæmnisjónarmiða, þar á meðal kostnaðar. Dælan gefur ætíð upp á skjánum hve miklu búið er að dæla, bæði ml og mg, og hve langur tími er uns sprautan tæmist miðað við núverandi gjöf, með tveggja mínútna viðvörun að lokatæmingu. Í minni sprautudæla geymast allar síðari færslur, en þær eldri hverfa. Hægt er að fletta upp magni svæfingalyfs sem gefið var, einnig eftir að slökkt var á dælu. TCI-kerfið tekur einungis ákveðnar forfylltar 50 ml sprautur frá AstraZeneca með 1% eða 2% blöndum af Diprivan®, en einnig er afar hentugt að nota þær í TIVA-kerfunum, en þar er annars hægt að nota 5, 10, 20, 30, 50 og 100 ml sprautur af 11 tegundum.

Öll þessi fjögur lyf er hægt að nota ein sér sem „mono-anestheticum" í miskröftugum forritum (með O_2 og með/án N_2O) í ákveðnum tilvikum, en í vægari forritunum sem kvalastillandi (analgetic), óminnis (amnestic) eða sefandi (sedative) (með O_2). Langoftast eru þau þó samtvinnuð, þar sem eitt meginlyf er notað eftir einhverju áðurtöldu forriti og ýmis önnur þá með í bólusgjöfum. Eða gefa tvö lyf samhliða eftir vægari forritunum, til dæmis remifentaníl og própófól þar sem nýttir eru eiginleikar beggja um hraða innleiðslu, stöðug blóðföll og skjóta uppvöknun, og þá jafnframt hugsað um kvalastillandi og svæfandi (hypnotic) þætti svæfinga.

Miklir kostir eru við notkun þessara nákvæmnigjafaforrita, sem auðvelda á margan hátt að stilla inn innleiðslu og dýpt svæfinga, ásamt uppvöknunartíma og áframhaldandi verkjameðferð.

Best er svo auðvitað að hafa BIS-vaktara eða AEP-vaktara til að meta áhrif í heila.

TIVA: total intravenous anesthesia
TCI: target controlled infusion
BIS: bispectral index
AEP: auditory evoked potentials

SV 11 **Aldamótakönnun meðal svæfingalækna: A) notkun vöðvaslakandi lyfja við svæfingar, B) hryggdeyfingar og armflækjudeyfingar**

Oddur Fjalldal, Jón Sigurðsson

Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: A. Fyrir hálfri öld var súxametón tekið í notkun, en það var fyrsta vöðvaslakandi lyfið sem notað var við svæfingar. Síðan þá hafa nokkur önnur vöðvaslakandi lyf komið á markað, en súxametón er þó enn í notkun. B. Hryggdeyfingar (mænuvökvadeyfingar og utanbastsdeyfingar) hafa verið notaðar í stórum stíl síðustu áratugi og hlutfallslega virðist notkun þeirra aukast. Hins vegar fer armflækjudeyfingum sennilega fækkandi.

Efniviður og aðferðir: Spurningalisti var sendur öllum (45) starfandi svæfingalæknum á Íslandi, einnig fjórum (fjórum) landsbyggðarsjúkrahúsum, þótt ekki væru þar svæfingalæknar í starfi. Spurningum svöruðu 46 (94%).

Niðurstöður: Notkun súxametóns: mikil 9%, stundum 37%, sjaldan 46%, aldrei 7%. Önnur vöðvaslakandi lyf mest notuð: vecuronium 9%, rocuronium 87%, atracurium 2%. Æskileg vöðvaslakandi lyf: suxametón 91%, pancuronium 41%, vecuronium 33%, rocuronium 83%, atracurium 26%, cisatracurium 35%, mivacurium 4%, rapacurium 7%. Notkun mænuvökvadeyfinga: mjög mikil 15%, mikil 54%, stundum 15%, sjaldan 4%, aldrei 13%. Staðdeyfilyf: lídókaín 1/41, 2%, búpívakaín 40/41, 98%. Notkun utanbastsdeyfinga við skurðaðgerðir: mjög mikil 7%, mikil 43%, stundum 26%, sjaldan 9%, aldrei 15%. Lyf (af 39 sem nota deyfinguna): lídókaín 5%, mepívakaín 8%, búpívakaín 65%, rópívakaín 22%. Notkun armflækjudeyfinga: mjög mikil 2%, mikil 15%, stundum 22%, sjaldan 48%, aldrei 13%.

Ályktanir: Suxametón er talið nauðsynlegt lyf, þótt notkun þess sé ekki mikil. Vecuronium, sem var mjög mikið notað þar til fyrir tveimur til þremur árum, er nú lítið notað. Pancuronium, lyf áttunda og níunda áratugarins, er lítið notað, en margir vilja þó hafa það við hendina. Rocuronium er langmest notað allra vöðvaslakandi lyfja og talið besta vöðvaslakandi lyfið nú í byrjun nýrrar aldar. Utanbastsdeyfingar eru talsvert notaðar við skurðaðgerðir. Mænuvökvadeyfingar hins vegar mun meira og staðdeyfilyf númer eitt er búpívakaín. Armflækjudeyfing skipar áfram ákveðinn sess í svæfingalæknisfræðinni, þótt meira en helmingur svæfingalækna noti þessa deyfingu sjaldan eða aldrei.

SV 12 **Monsjör Lemierre í heimsókn. Sjúkratilfelli**

Sigurður E. Sigurðsson[1], Helga Kristín Magnúsdóttir[1], Girish Hirlekar[1], Sigurður Heiðdal[2]

[1]Svæfinga og gjörgæsludeild og [2]lyflækningadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri

Saga: Þrjátíu og þriggja ára karlmaður veikist með hita, hálsríg, ógleði og uppköstum. Hann beið í fimm daga með að leita sér læknishjálpar og þá í gegnum síma. Daginn eftir versnaði honum hratt og var orðinn gulur. Fór þá hraða leið frá heilsugæslustöð til gjörgæslu með stuttri viðkomu á lyfjadeild.

Við komu á gjörgæslu var sjúklingur með alvarleg blóðeitrunareinkenni, í nýrnabilun, mjög brengluð lifrarpróf, saltbúskapur raskaður, með blóðflögufæð og var í byrjandi öndunarbilun. Sett var barkarenna og sjúklingur lagður í öndunarvél tveimur dögum seinna vegna versnandi öndunarbilunar. Enn tveimur dögum seinna er fyrirhugað að skipta um barkarennu vegna stíflu en þá vellur upp blóðlitaður gröftur frá hálskirtlabeði. Tölvusneiðmynd og ómun leiða síðan í ljós bólgu í koki, stíflu í innri hóstarbláæð (v. jugularis interna) og margar ígerðir í lungum. Blóðræktun leiðir í ljós þrjár tegundir sýkla: *Streptococcus milleri, Bacteroides fragilis* og að auki gram-neikvæðan loftfælinn staf sem ekki hefur enn fengist nákvæm greining á. Með almennri stuðningsmeðferð og sýklalyfjum batnaði sjúklingi hægt en örugglega. Eftir fimm daga öndunarvélarmeðferð var barkarenna fjarlægð og fimm dögum síðar var sjúklingur útskrifaður á legudeild og til síns heima 17 dögum síðar án varanlegs meins.

Umræða: Heilkenni Lemierres er greint á þríeykinu ígerð í hálsi, sýktur segi í hálsbláæð og sýkt meinvörp, sérstaklega í lungum. Orsökin er nánast alltaf sýkill sem kallast *Fusobacterium necrophorum*, sem er gram-neikvæður algerlega loftfælinn sýkill. Lemierre lýsir 20 tilfellum í Lancet 1936 með 90% dánartíðni. Fram að tímum sýklalyfja virðist þetta nokkuð vel þekktur sjúkdómur og þá sérstaklega vegna hárrar dánartíðni. Síðustu áratugi hefur sjúkdómurinn næstum horfið þó menn velti fyrir sér hvort greina megi aukningu þegar reynt er að draga úr notkun sýklalyfja. Í afturskyggnri rannsókn í Danmörku er tíðnin reiknuð 1 á 1.000.000 íbúa en þar telja menn að þetta sé vangreint. Horfurnar í dag eru mjög góðar ef réttri meðferð er beitt, það er opna ígerð, gefa sýklalyf og veita almenna stuðningsmeðferð.

Heimild

Hagelskjaer Kristensen L, Prag J. Human necrobacillosis, with emphasis on Lemierre's syndrome. Clin Infect Dis 2000; 31: 524-32.

SV 13 **Nátturuefni, notkun og áhrif þeirra á svæfingu og skurðaðgerð**

Girish Hirlekar

Svæfinga- og gjörgæsludeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri,

Inngangur: Notkun nátturuefna (nátturulyfja, nátturuvara og fæðubótarefna) hefur farið stöðugt vaxandi í Bandaríkjunum og Evrópu. Engar tölur eru til um það hér á landi en notkun þeirra gæti verið að aukast að sama skapi. Talið er að sala nátturuefna hafi numið hátt í fjórum milljörðum dollara eða liðlega 350 milljörðum íslenskra króna í Bandaríkjunum fyrir þremur árum. Fimmti hver maður þar í landi, sem notar hefðbundin lyf, notar einnig nátturuefni. Talið er að fleiri noti þessi efni en rannsóknir benda til. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin hefur viðurkennt notagildi og öryggi þessara efna sem hafa verið í notkun í aldaraðir hjá mörgum þjóðum. Þrátt fyrir það hefur litið verið rætt um auka- og eiturverkanir þessara efna og þá sérstaklega í sambandi við svæfingar og skurðaðgerðir.

Efniviður: Meðal þessara efna eru ginseng, ginkgo biloba, efedra, hvítlaukur, engifer, freyspálmi, sólhattur, Jóhannesarjurt, baldrian og fleiri. Margar ábendingar eru til um notkun þessara efna, studdar vísindalegum rannsóknum. Í viðtölum lækna við sjúklinga er sjaldan spurt um notkun nátturuefna. Oft heldur sjúklingurinn

að neysla þessara efna hafi engin skaðleg áhrif á líkamann og telur vera í lagi að taka þau með hefðbundnum lyfjum. Sum þessara efna hafa áhrif á blóðflögur og starfsemi þeirra. Neysla efnanna fyrir deyfingu og skurðaðgerð geta því haft alvarlegar afleiðingar vegna blæðingartilhneigingu. Þar að auki má nefna önnur áhrif svo sem hjartsláttartruflanir, lengingu á áhrifum svæfingalyfja og truflun á saltbúskap líkamans.

Ályktanir: Í ljósi mikillar aukningar á notkun þessara efna er fræðsla um aukaverkanir og eiturverkanir brýn. Mikilvægt er ræða við sjúklinga um notkun nátturuefna fyrir skurðaðgerð. Félag bandarískra svæfingalækna hefur gefið út upplýsingabækling um þetta málefni. Mælt er með því að notkun nátturuefna sé hætt að minnsta kosti tveimur vikum fyrir skurðaðgerð.

SV 14 **Lokun smærri loftvega hjá börnum í svæfingu**

Aðalbjörn Þorsteinsson[1], Anders Larsson[2], Christer Jonmarker[4], Olof Werner[3]

Svæfinga- og gjörgæsludeildir háskólasjúkrahúsanna í [1]Reykjavík, [2]Gentofte og [3]Lundi, [4]Children´s Hospital, Seattle

Inngangur: Við útöndun hefur verið hægt að sýna fram á aldursháða lokun smærri loftvega hjá fullorðnum við venjulega öndun (tidal breathing). Þetta er þó stöðuháð, kemur fyrir í uppréttri stöðu við 66 ára aldur og liggjandi við 44 ára aldur. Þannig lokun verður hjá flestum fullorðnum sem eru svæfðir. Tíðni þessarar lokunar virðist aukast hjá yngri börnum. Ekki liggja fyrir upplýsingar um þessa lokun hjá börnum yngri en sex ára. Þetta á við um bæði svæfð og vakandi börn. Vegna eðlis rannsóknarinnar hefur ekki verið mögulegt að kanna þetta ástand hjá vakandi börnum yngri en sex ára og ekki liggja heldur fyrir upplýsingar um svæfð börn.

Markmið: Markmið rannsóknarinnar var að kanna lokun smærri loftvega hjá svæfðum börnum.

Efniviður og aðferðir: Tuttugu og eitt barn var rannsakað. Notuð var snefilgasaðferð. Í byrjun innöndunar frá -20 cmH_2O var snefilgasi sprautað inn í loftveg við barkaslöngu og lungun þanin upp í 20/30 cmH_2O þrýsting. Styrkur snefilgass var síðan mældur samhliða rúmmáli meðan útöndun átti sér stað og lauk henni við -20 cmH_2O. Skyndileg aukning í styrk snefilgass var túlkuð sem lokun smærri loftvega. Hvíldarrúmmál (FRC) var einnig mælt með snefilgasaðferð. Ef lokunin verður ofan svokallaðs hvíldarrúmmáls verður lokunin á því svæði þar sem venjuleg öndun fer fram.

Niðurstaða: Fimm af 21 barni hafði lokun smærri loftvega ofan hvíldarrúmmáls þegar 20 cmH_2O innöndunarþrýstingur var notaður og átta af 11 við 30 cmH_2O innöndunarþrýstingur. Ekki var hægt að sýna fram á að lækkandi aldur yki líkur lokunar ofan hvíldarrúmmáls.

Ályktanir: Lokun smærri loftvega virðist algeng hjá svæfðum börnum. Athyglisvert er að hærri innöndunarþrýstingur eykur á hættuna á lokun.

V 01 **Sjálfkrafa hvarf á meinvörpum nýrnafrumukrabbameins í fleiðruholi. Sjúkratilfelli**

Ásgeir Thoroddsen[1], Tómas Guðbjartsson[2], Guðmundur Geirsson[3], Bjarni A. Agnarsson[4], Gunnar H. Gunnlaugsson[5], Kjartan Magnússon[6]

[1]Handlækningadeild Landspítala Hringbraut, [2]hjarta-og lungnaskurðdeild Háskólasjúkrahússins í Lundi, [3]þvagfæraskurðdeild Landspítala Fossvogi, [4]Rannsóknastofa Háskólans í meinafræði, [5]handlækningadeild Landspítala Fossvogi, [6]krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Um þriðjungur sjúklinga með nýrnafrumukrabbamein hafa fjarmeinvörp (Robson stig IV) við greiningu. Algengustu meinvörpin eru í lungum, beinum og lifur en mun sjaldnar í fleiðruholi (1%). Lífslíkur sjúklinga með meinvörp eru slæmar og flestir látast innan sex mánaða. Þekkt er að í einstaka tilvikum geti meinvörp minnkað eftir nýrnabrottnám og jafnvel horfið alveg. Hér er lýst tilfelli þar sem fleiðrumeinvörp nýrnafrumukrabbameins hurfu af sjálfu sér.

Sjúkratilfelli: Fjörutíu og sjö ára áður hraustur maður var lagður inn á lyflækningadeild Borgarspítala vegna slappleika og kvefeinkenna. Lungnamynd sýndi mikinn vökva í hægra fleiðruholi. Lagður var keri í fleiðruhol og tæmdir yfir 2 lítrar af blóðlituðum vökva. Rannsóknir sýndu hvít blóðkorn í vökvanum en engar illkynja frumur og ræktun var neikvæð. Berkjuspeglun var eðlileg en á tölvusneiðmyndum af brjóstholi sáust nokkrar hnöttóttar 2-5cm. fyrirferðir neðarlega í hægri fleiðruholi sem líktust meinvörpum. Brjóstholsspeglun sýndi áðurnefndar skellur í vegghluta fleiðru og vefjagreining leiddi í ljós kirtilfrumukrabbamein. Í framhaldi voru fengnar tölvusneiðmyndir af kviði sem sýndu stórt æxli í vinstra nýra. Ekki fundust önnur meinvörp. Framkvæmt var nýrnabrottnám, og í nýranu var 7x6 cm. kirtilfrumukrabbamein með sams konar útliti og fleiðruæxlið. Því var ljóst að æxlið í fleiðrunni var meinvarp frá nýrnaæxlinu. Sjúklingi var vísað til krabbameinslæknis og var ákveðið að bíða með frekari meðferð. Fjórum mánuðum síðar sýndu tölvuneiðmyndir að fleiðrumeinvörpin voru horfin. Þétt eftirlit og tölvusneiðmyndir á næstu árum sýndu engin merki um meinvörp. Í dag níu árum eftir greiningu er sjúklingurinn einkennalaus og án teikna um meinvörp þrátt fyrir ítarlega leit.

Ályktanir: Hér er lýst tilfelli þar sem meinvörp hafa klárlega horfið níu árum eftir nýrnabrottnám og án annarrar meðferðar. Þetta tilfelli, líkt og önnur sem lýst hafa verið og verða rædd, sýnir hversu sérkennilega nýrnafrumukrabbamein getur hagað sér. Tilfelli á borð við þetta mætti hafa í huga þegar tekin er ákvörðun um meðferð sjúklinga með útbreitt nýrnafrumukrabbamein.

V 02 **L_5-S_1 verkur í fæti reynist sarkmein. Tvö sjúkratilfelli**

Ásgeir Thoroddsen[1], Snorri Björnsson[1], Helgi Sigurðsson[2], Halldór Jónsson jr.[1]

[1]Bæklunarskurðdeild Landspítala Hringbraut, [2]krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Orsök taugarótarverkja í fæti er oft hægt að rekja til ertingar eða klemmu á úttaugum L_4, L_5 eða S_1, til dæmis vegna brjóskloss. Við blönduð eða óljós einkenni geta sjaldgæfari orsakir gleymst. Vegna átakanlegrar sögu tveggja sjúklinga með blönduð L_5-S_1 einkenni teljum við rétt að greina frá þeim og vekja athygli á sarkmeinum sem orsök taugarótarverkja.

Tilfelli 1: Sautján ára áður hraust kona leitaði til læknis á meðgöngu vegna verkja í hægri ganglimi. Talið var að verkirnir tengdust þunguninni, en þeir löguðust ekki eftir fæðinguna. Á næstu þremur árum leitaði hún endurtekið til lækna með versnandi verki án þess að skýring fengist. Að lokum fór hún til taugasjúkdómalæknis þar sem skoðun og rannsókn leiddu í ljós blönduð L_5-S_1 einkenni. Tölvusneiðmynd (TS) af lendhrygg var eðlileg en tölvusneiðmynd og segulómskoðun af neðri hluta kviðarhols sýndu æxli í hægri iliacus og piriformis vöðvum og teygði sig út um setbeinsgat (foramen ischiadicum). Æxlið klemmdi iskíastaugina og skýrði þar með blönduð L_5-S_1 einkennin. Rannsóknir leiddu í ljós Ewings sarkmein án fjarmeinvarpa. Æxlið var fjarlægt (wide excision). Í kjölfarið var gefin fyrirbyggjandi háskammta krabbameinslyfjameðferð og geislameðferð. Konan er í dag, átta árum eftir greiningu, í fullri vinnu og án merkja um útbreiðslu sjúkdóms.

Tilfelli 2: Fjörutíu ára kona með sögu um kvíða og þunglyndi leitaði til læknis vegna vaxandi verkja í öllum hægri ganglimi. Einkennin voru túlkuð sem „taugaspenna". Þegar verkir löguðust ekki eftir tvo mánuði fór hún í skoðun og rannóknir, meðal annars taugaleiðnipróf sem sýndu blönduð L_5-S_1 einkenni. Með brjósklos í huga var tölvusneiðmynd tekin af lendhrygg sem sýndi liðþófaútbungun á L_{4-5} bili, einnig var framkvæmd skuggaefnisrannsókn (myelografia) af lendhrygg sem sýndi ekki merki um brjósklos. Grunur vaknaði um að orsökin væri heilkenni ristarganga (tarsal tunnel syndrome). Nokkrum mánuðum síðar var framkvæmd aðgerð vegna þess, en einkenni löguðust ekki. Á næstu mánuðum leitaði sjúklingur margoft til lækna vegna vaxandi verkja án árangurs. Einu ári eftir byrjun einkenna var sjúklingur orðinn ósjálfbjarga vegna verkja og máttleysis í fætinum. Aðstandandi konunnar tók þá eftir því að hægra lærið hafði gildnað. Var konan þá send í segulómskoðun af lærinu sem sýndi mjög stórt æxli í aftara vöðvahólfinu. Æxlið klemmdi á iskíastaugina og skýrði þannig einkennin. Æxlið var fjarlægt (radical excision) og vefjagreining leiddi í ljós Ewings sarkmein. Ítarlegri rannsóknir sýndu að sjúkdómurinn var útbreiddur með meinvörpum í lendhrygg.

Ályktun: Hafa ber í huga að blönduð eða illskýranleg taugarótareinkenni geta haft aðrar orsakir en meinsemd í baki. Leið úttauga frá hryggsúlu, gegnum mjaðmagrind og læri er ekki svo sjaldgæf staðsetning sarkmeina, en fellur gjarnan utan við rannsóknarvídd hefðbundinna myndgreininga.

V 03 **Lifrarmeinvörp eftir ristilkrabbamein. Tuttugu og átta ára gömul kona læknuð með endurteknu lifrarúrnámi. Sjúkratilfelli**

Tómas Guðbjartsson[1], Nick Cariglia[2], Shreekrishna Datye[2], Jónas Magnússon[3,4]

[1]Hjarta- og lungnaskurðdeild Háskólasjúkrahússins í Lundi, [2]Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri, [3]handlækningadeild Landspítala Hringbraut, [4]læknadeild HÍ

Inngangur: Lífshorfur sjúklinga sem greinast með lifrarmeinvörp frá ristilkrabbameini eru slæmar og án meðferðar eru flestir dánir innan árs. Lifrarúrnám er eina læknandi meðferðin. Aðgerðinni má beita við endurtekin meinvörp. Lýst er tilfelli af endurteknu lifrarhöggi hér á landi. Einnig er getið nýjustu rannsókna í meðferð lifrarmeinvarpa frá ristilkrabbameinum.

Sjúkratifelli: Tuttugu og átta ára gömul áður hraust kona greindist

með kirtilfrumukrabbamein í fallristli sem óx út í hengisfitu. Tölvusneiðmyndir fyrir aðgerð sýndu meinvörp í bæði hægra og vinstra lifrarblaði sem staðfest voru með sýnatöku. Rúmum mánuði eftir að ristilæxlið hafði verið fjarlægt var framkvæmt lifrarúrnám á Borgarspítala þar sem vinstri hluti lifrar (geirar II, III og IV) auk geira VI í hægri lifur voru fjarlægðir. Bati var góður eftir aðgerðina og tveimur mánuðum síðar var hafin meðferð með frumudrepandi lyfjum og henni haldið áfram í sex mánuði. Við lok lyfjameðferðarinnar hækkaði CEA og nýjar sneiðmyndir sýndu meinvarp neðarlega í hægra lifrarblaði. Önnur meinvörp greindust ekki. Níu mánuðum eftir fyrri skurðaðgerðina var því framkvæmdur fleygskurður á meinvarpinu í hægra lifrarblaði sem reyndist af sama toga og fyrri meinvörp. Bati var góður eftir aðgerð. Rúmum 10 árum síðar er sjúklingur við góða heilsu og hvorki hafa greinst ný meinvörp né ristilæxli.

Ályktanir: Hér er lýst árangursríkri meðferð á lifrarmeinvörpum. Bent er á að möguleiki sé á lækningu í völdum tilfellum þrátt fyrir að meinvörp séu í lifur frá ristilkrabbameini.

V 04 **Eitlaæxli í briskirtli sem orsök stíflugulu. Sjúkratilfelli**

Ingi Þór Hauksson[1], Tómas Guðbjartsson[1,2], Friðbjörn Sigurðsson[3], Jónas Magnússon[1,4]

Frá [1]handlækningadeild Landspítala Hringbraut, [2]hjarta- og lungnaskurðdeild Háskólasjúkrahússins í Lundi, [3]krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut, [4]læknadeild HÍ.

Inngangur: Eitilfrumuæxli (lymphoma) upprunnin í briskirtli eru afar sjaldgæf krabbamein sem erfitt er að greina. Líkt og kirtilkrabbamein í briskirtilshöfði geta þau orsakað stíflugulu og kviðverki. Horfur eitilfrumuæxlanna eru hins vegar miklu betri þar sem þau svara yfirleitt vel meðferð með frumudrepandi lyfjum og geislun. Lýst er fyrsta þekkta tilfellinu hér á landi.

Sjúkratilfelli: Sjötíu og eins árs gamall hraustur maður var lagður inn á handlækningadeild Landspítala vegna gulu og kviðverkja. Vinnugreining var gallgangastífla af völdum gallsteina. Ómskoðun sýndi enga gallsteina en gallvegir voru víðir. Stór og þétt fyrirferð greindist í briskirtilshöfði. Mældist hún um 7x9 cm. stór á tölvusneiðmynd og lá kringum efri garnahengisslagæð (a. mesenterica superior) og þrýsti á skeifugörn. Ekki sáust eitilstækkanir eða meinvörp í kviðarholi. Reynd var holsjárröntgenmyndataka af gallvegum og brisgangi (endoscopic retrograde cholangio- pancreatography, ERCP) til að létta á gulunni með stoðlegg en hún mistókst vegna þrengsla í skeifugörn. Í staðinn voru tekið vefjasýni úr æxlinu sem sýndi B-stóreitilfrumukrabbamein. Með vefjagreininguna að leiðarljósi var hætt við skurðaðgerð á briskirtlinum. Til að létta á gallstíflu var stungið gegnum kviðvegg og lifur inn í megingallvegi (PTC) með ómstýringu og stoðlegg komið fyrir. Við það létti á gallstíflunni og í kjölfarið hófst frumudrepandi lyfjameðferð (CHOP). Eftir sex lotur sýndi tölvusneiðmynd að æxlið var horfið. Einnig var gefin geislameðferð. Rúmu einu og hálfu ári frá greiningu æxlisins er sjúklingurinn við góða heilsu og án teikna um endurvakinn sjúkdóm.

Ályktanir: Eitilfrumukrabbamein geta skotið upp kollinum í brisi þar sem erfitt er að greina þau frá kirtilkrabbameini sem hafa miklu verri horfur. Eitilfrumukrabbamein er hægt að lækna án skurðaðgerðar með frumudrepandi lyfjum og geislameðferð.

V 05 **Að snúa kviðsjáraðgerð í opna botnlangatöku. Orsakir og afdrif sjúklinga eftir aðgerð**

Tómas Guðbjartsson[1], Anders Hellberg[2], Claes Rudberg[2], Lars Enochsson[4], Jörgen Wenner[1], Erik Kullman[5], György Fenyö[4], Ivar Ringquist[3]

[1]Skurðdeild Lasarettet Helsingborg, [2]skurðdeild Centralsjukhuset Västerås, [3]rannsóknadeild Centralsjukhuset Västerås, [4]skurðdeild Södersjukhuset Stokkhólmi, [5]skurðdeild Háskólasjúkrahússins Linköping

Inngangur: Á síðustu árum hafa kviðsjáraðgerðir við botnlangabólgu náð töluverðri útbreiðslu. Kviðsjáraðgerð er örugg og verkir eru minni eftir aðgerð og sjúklingar fljótari að ná sér. Ókostir kviðsjáraðgerða eru lengri svæfingar- og aðgerðartími, aukinn tækjakostnaður og í 0-16% tilvika verður að snúa kviðsjáraðgerð í opna botnlangatöku. Lítið er vitað um afdrif síðastnefnda hópsins. Í þessari rannsókn voru kannaðar ástæður fyrir því að kviðsjáraðgerð er breytt í hefðbundna aðgerð, hugsanlegir forspárþættir og afdrif sjúklinganna eftir aðgerð.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin er hluti af sænsku KLAPP-rannsókninni og nær til 500 sjúklinga þar sem 244 sjúklingar slembuðust í kviðsjáraðgerð og 256 í hefðbundna botnlangatöku.

Niðurstöður: Þrjátíu (12%) kviðsjáraðgerðum var snúið í opna aðgerð og voru algengustu ástæðurnar svæðisbundnar (til dæmis retrocoecal botnlangi) og ígerð við botnlanga (25/30). Rof á botnlanga sást oftar í sjúklingahópnum þar sem kviðsjáraðgerð var snúið í opna aðgerð samanborið við sjúklinga í kviðsjár- og opna hópnum. Aðgerðar- og svæfingartími og lengd sjúkrahúsdvalar voru marktækt lengri hjá sjúklingum sem var snúið í opna aðgerð en hjá sjúklingum sem gengust undir kviðsjáraðgerð eða opna botnlangatöku. Sama á við um fjarvistir úr vinnu ef frá eru skildir þeir sem höfðu rof á botnlanga. Enginn munur var á tíðni fylgikvilla í hópunum þremur. Ekki tókst að finna sjálfstæða forspárþætti fyrir því hvenær kviðsjáraðgerð er snúið í opna botnlangatöku.

Ályktanir: Erfiðar staðbundnar aðstæður og ígerðir eru algengustu ástæður fyrir því að kviðsjáraðgerð við botnlangabólgu er snúið í opna aðgerð. Bati þessara sjúklinga er langdregnari en þeirra sem gangast eingöngu undir kviðsjáraðgerð eða hefðbundna opna botnlangatöku.

V 06 **Briskirtilsbólga og panniculitis. Sjúkratilfelli**

Elsa B. Valsdóttir[1], Sigurður Blöndal[1], Jón Hjaltalín[2]

[1]Handlækningadeild Landspítala Hringbraut, [2]húð- og kynsjúkdómadeild Landspítala Hringbraut

Panniculitis er þekktur en sjaldgæfur fylgikvilli við briskirtilsbólgu. Talið er að lípasi og jafnvel amýlasi frá brisi í blóðinu valdi niðurbroti fitu. Algengast er að þetta gerist í fitu í húðbeð (subcutis) og jafnvel í fitu slímhúðarbeðs (submucosal) garna. Því er lýst að húðbreytingar geti komið fram á undan einkennum um sjúkdóm í brisi. Einnig er þekkt að panniculitis hverfi þegar briskirtilsbólgan er gengin yfir.

Klínísk einkenni panniculitis eru erythematous subcutaneus nodules sem geta myndað sár eða gróið með örvef. Nauðsynlegt er að taka vefjasýni til greiningar. Í smásjá myndi sjást fitufrumudrep (-necrosa), bólgufrumuíferðir og fitufylltar gleypifrumur (macrophages) sem eru einkennandi fyrir þennan sjúkdóm.

Kynnt verður sjúkratilfelli þar sem 58 ára gömul kona, sem hafði legið inni með briskirtilsbólgu, leitaði til húðsjúkdómalæknis nokkru eftir útskrift vegna kláða og rauðra útbrota og sára á ökklum, fótleggjum og lærum. Hún reyndist hafa panniculitis vegna briskirtilsbólgu.

V 07 **Sjúkratilfelli. GIST æxli í skeifugörn**

Björn G.S. Björnsson[1], Helgi J. Ísaksson[2], Páll Helgi Möller[1]

[1]Handlækningadeild Landspítala Hringbraut, [2]Rannsóknastofa Háskólans í meinafræði

Um er að ræða 54 ára konu sem veikist skyndilega með hrolli, slappleika og síðan verkjum í kviði. Við skoðun var sjúklingur með auma fyrirferð hægra megin í kviði. Ómskoðun og tölvusneiðmynd sýndi 10x15 cm. stóra fyrirferð sem fyllti mestan hægri hluta kviðar. Sjúklingur var tekinn til aðgerðar og var fyrirferðin frílögð frá aðliggjandi vefi nema hvað hluta skeifugarnar þurfti að fjarlægja þar sem æxlið virtist vera upprunið. Niðurstaða meinafræðings var að æxlið væri gastrointestinal stromal tumor (GIST) með sármyndun í vegg skeifugarnar.
Flokkun og uppruni æxla frá stoðvef meltingarvegarins hefur verið nokkuð á reiki en lagt hefur verið til að GIST sé notað sem samheiti fyrir öll þessi æxli, þar með talin sléttvöðvaæxli (leiomyoma/-leiomyosarcoma). Þau sýna mismikla sérhæfingu og erfitt getur verið að meta illkynja eiginleika þeirra. Fyrstu einkenni GIST eru oft blæðing eða önnur bráð einkenni og þau leiða yfirleitt til bráðrar aðgerðar áður en full greining er komin.

V 08 **Líffærahlutaflutningur á Íslandi**

Zoran Trifunovic, Bjarni Torfason

Hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Flutningur líffærahluta er góður kostur sérstaklega við ýmsa meðfædda hjartagalla. Þá er um að ræða djúpfrystan hluta líffæris í fljótandi köfnunarefni sem eftir þíðnun er græddur í sjúkling. Slíkur líffærahluti hefur þann kost að endast vel og starfa afbragðsvel í líffæraþeganum. Möguleiki á slíkri meðferð var nýjung á Íslandi til skamms tíma. Lýst er einu af fyrstu sjúkratilfellunum af þessu tagi á hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala Hringbraut.
Sjúkratilfelli: Tuttugu og fimm ára gömul kona sem fæddist með þrengsli í lungnaslagæðarloku kom til aðgerðar á deildinni eftir að hafa fyrr á ævinni gengist undir fjölmargar hjartaskurðaðgerðir vegna sjúkdómsins. Lýst er ábendingu aðgerðar, aðgerðaráhættu, hjartaskurðaðgerð og afdrifum sjúklingsins.
Ályktun: Ígræðsla líffærahluta úr mönnum er nú gerð á Íslandi.

HÖFUNDA-SKRÁ

SK = erindi á þingi skurðlækna

SV = erindi á þingi svæfinga- og gjörgæslulækna

V = veggspjald

Aðalbjörn Þorsteinsson ..... SV 14
Aðalsteinn Arnarson ..... SK 24
Agneta Montgomery ..... SK 19, SK 20
Albert Kjartansson Imsland ..... SK 01, SK 27
Anders Hellberg ..... SK 17, V 05
Anders Larsson ..... SV 14
Andri Konráðsson ..... SK 21
Andri Már Þórarinsson ..... SK 07
Ari Konráðsson ..... SK 23
Ari H. Ólafsson ..... SK 09
Asgaut Viste ..... SK 26

Ásgeir Thoroddsen ..... SK 02, SK 03, ... SK 04, SK 05, V 01, V 02
Ástríður Jóhannesdóttir ..... SV 04, SV 05, SV 07

Bjarki Jónsson Eldon ..... SK 01, SK 27
Bjarni A. Agnarsson ..... SK 05, V 01
Bjarni Torfason ..... SK 34, V 08
Björn G.S. Björnsson ..... V 07
Björn Magnússon ..... SK 32
Bogi Jónsson ..... SK 14
Brynjólfur Mogensen.. SK 15, SK 16, SV 01, SV 02

Carl Eric Leijonmarck ..... SK 19
Cecilia Rönnfjörd ..... SK 10
Christer Jonmarker ..... SK 14
Claes Rudberg ..... SK 17, SK 19, V 05

Dag Arvidsson ..... SK 19
Dan Sevonius ..... SK 18

Eiríkur Orri Guðmundsson ..... SK 06
Eiríkur Jónsson ..... SK 01, SK 06
Elsa B. Valsdóttir ..... SK 12, SK 13, V 06
Eric Kullman ..... SK 17, V 05

Fjölnir F. Guðmundsson ..... SK 26
Friðbjörn Sigurðsson ..... V 04
Fritz Berndsen ..... SK 18, SK 19, SK 20

Girish Hirlekar ..... SV 12, SV 13
Gísli E. Haraldsson ..... SK 16
Gísli Vigfússon ..... SV 03, SV 04, SV 05, SV 09
Guðjón Sigurbjörnsson ..... SV 05
Guðmundur Vikar Einarsson . SK 02, SK 03, SK 04, ... SK 05
Guðmundur Geirsson ..... V 01
Guðmundur Már Stefánsson ..... SV 03
Guðrún Bragadóttir ..... SV 01, SV 02, SV 05
Guðrún M. Jónsdóttir ..... SK 02
Gunnar H. Gunnlaugsson ..... V 01
György Fenyö ..... SK 17, V 05

Halldór Jónsson jr. ... SK 08, SK 12, SK 13, SK 14, ... SV 01, SV 02, V 02,
Haukur Hjaltason ..... SV 09
Haraldur Hauksson ..... SK 24
Helga Kristín Magnúsdóttir ..... SV 12
Helgi J. Ísaksson ..... V 07
Helgi Jónsson ..... SK 08
Helgi Sigurðsson ..... SK 21, V 02
Helgi H. Sigurðsson ..... SK 31
Hildur Harðardóttir ..... SV 07
Hjörtur Gíslason ..... SK 22, SK 23, SK 26, SK 27
Hjörtur Jónsson ..... SK 10
Hjörtur Sigurðsson ..... SV 01, SV 02
Hörður Alfreðsson ..... SK 35
Höskuldur Kristvinsson ..... SK 21, SK 29

Ingi Þór Hauksson ..... V 04
Ingileif B. Hallgrímsdóttir ..... SK 08
Ivar Ringquist ..... SK 17, V 05

Jeffrey Gulcher ..... SK 02, SK 08
Jens A. Guðmundsson ..... SK 30
Jóhann Valtýsson ..... SV 01, SV 02
Jóhanna M. Sigurðardóttir ..... SK 31
Jón Baldursson ..... SK 15, SK 16
Jón Þ. Bergþórsson ..... SK 05
Jón Hjaltalín ..... V 06
Jón Gunnlaugur Jónasson ..... SK 21, SK 29
Jón Ingvar Ragnarsson ..... SK 08
Jón Sigurðsson ..... SV 04, SV 06, SV 08, SV 11
Jón Tómasson ..... SK 01
Jónas Franklín jr. ..... SK 09
Jónas Magnússon . SK 25, SK 27, SK 29, V 03, V 04
Júlíus Gestsson ..... SK 07, SK 09, SK 10
Jörgen Wenner ..... SK 17, V 05

Katrín María Þormar ..... SV 01, SV 02
Kári Stefánsson ..... SK 02, SK 04, SK 05, SK 08
Kjartan Magnússon ..... SK 04, SK 05, V 01
Knut Svanes ..... SK 26
Kristbjörn Reynisson ..... SK 23
Kristinn B. Jóhannsson ..... SK 32
Kristinn Tómsason ..... SK 28
Kristján Jónasson ..... SK 02
Kristleifur Kristjánsson ..... SK 02

L. Stefan Lohmander ..... SK 08
Lars Enochsson ..... SK 17, V 05
Laufey Þ. Ámundadóttir .... SK 02, SK 04, SK 05
Lovísa Leifsdóttir ..... SK 30

Margrét Oddsdóttir ..... SK 28, SK 29
María Sigurðardóttir ..... SV 01, SV 02
Marta Guðjónsdóttir ..... SK 32

Nanna Úlfarsdóttir ..... SK 10
Nick Cariglia ..... V 03

Oddur Fjalldal ..... SV 04, SV 08, SV 11
Olof Werner ..... SV 14

Ólafur Z. Ólafsson ..... SV 10

Páll Helgi Möller ..... SK 21, SK 23, SK 25, V 07

Reynir Arngrímsson ..... SK 27
Richard Ingemansson ..... SK 33
Ríkarður Sigfússon ..... SK 12, SK 13
Ronny Gustafsson ..... SK 33
Rósa B. Barkardóttir ..... SK 05

Shreekrishna Datye ..... SK 24, SK 27, V 03
Sigríður Ása Maack ..... SK 28
Sigríður Másdóttir ..... SK 25
Sigurður M. Albertsson ..... SK 24
Sigurður Blöndal ..... SK 29, V 06
Sigurður Heiðdal ..... SV 12
Sigurður E. Sigurðsson ..... SV 12
Snorri Björnsson ..... V 02
Stefan Sörensen ..... SK 17
Stefán Haraldsson ..... SK 15
Stefán Einar Stefánsson ..... SK 08
Steinunn Hauksdóttir ..... SV 09
Steinunn Thorlacius ..... SK 27

Sturla Arinbjarnarson ..... SK 27
Súsanna Jónsdóttir ..... SK 27
Svavar Haraldsson ..... SK 12, SK 13
Sveinn Guðmundsson ..... SV 01, SV 02
Sverrir Harðarson ..... SK 04

Tómas Guðbjartsson ..... SK 02, SK 03, SK 04, SK 05, SK 17, SK 25, SK 33, V 01, V 03, V 04, V 05
Tómas Jónsson ..... SK 25
Tryggvi Ásmundsson ..... SK 32

Ulf Petersson ..... SK 20

Valgarður Egilsson ..... SK 27
Valur Þór Marteinsson ..... SK 24
Vigdís Pétursdóttir ..... SK 04

Zoran Trifunovic ..... SK 34, SK 35, V 08

Þorsteinn Gíslason ..... SK 03, SK 04
Þorvaldur Ingvarsson. . SK 07, SK 08, SK 09, SK 10, ... SK 11
Þóra J. Jónasdóttir ..... SK 02, SK 04
Þóra Steingrímsdóttir ..... SV 09
Þórarinn Arnórsson ..... SK 35
Þórgunnur Hjaltadóttir ..... SK 27

Nexium SÝRUHJÚPTÖFLUR, A 02 BC 05 *(Sérlyfjaskrártexti og heimildaskrá)*

Innihaldslýsing: Hver sýruhjúptafla inniheldur: Esomeprazolum INN, magnesíum þríhýdrat samsvarandi Esomeprazolum INN 20 eða 40 mg. **Ábendingar:** Sjúkdómar af völdum bakflæðis frá maga í vélinda (gastroesophageal reflux disease): Meðferð á ætandi bólgu í vélinda af völdum bakflæðis, langtímameðferð til þess að koma í veg fyrir að læknuð bólga í vélinda taki sig upp að nýju, meðferð á einkennum sjúkdóma af völdum bakflæðis frá maga í vélinda. Til upprætingar á Helicobacter pylori ásamt viðeigandi sýklalyfjameðferð: Til að lækna Helicobacter Pylori tengt skeifugarnarsár og koma í veg fyrir endurtekinn sársjúkdóm í meltingarvegi hjá sjúklingum með Helicobacter Pylori tengd sár. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflurnar á að gleypa heilar ásamt vökva og þær má hvorki tyggja né mylja. Sjúkdómar af völdum bakflæðis frá maga í vélinda (gastroesophageal reflux disease): Meðferð á ætandi bólgu í vélinda af völdum bakflæðis: 40 mg einu sinni á sólarhring í 4 vikur. Fjögurra vikna meðferð til viðbótar er ráðlögð handa þeim sjúklingum sem ekki hafa fengið lækningu, eða ef einkenni eru enn til staðar. Langtímameðferð til að koma í veg fyrir að læknuð bólga í vélinda taki sig upp að nýju: 20 mg einu sinni á sólarhring. Meðferð á einkennum vegna bakflæðis frá maga í vélinda: 20 mg einu sinni á sólarhring handa sjúklingum sem ekki eru með bólgu í vélinda. Ef einkenni hafa ekki horfið innan 4 vikna, skal sjúklingur gangast undir frekari rannsóknir. Eftir að einkenni hafa horfið, má halda þeim niðri með því að taka 20 mg einu sinni á sólarhring eftir þörfum. Ásamt viðeigandi sýklalyfjameðferð til upprætingar á Helicobacter pylori og til að lækna Helicobacter pylori tengt skeifugarnarsár og koma í veg fyrir endurtekinn sársjúkdóm í meltingarvegi hjá sjúklingum með Helicobacter pylori tengd sár: 20 mg ásamt amoxicillini 1 g og klaritromycini 500 mg eru gefin samtímis tvisvar sinnum á sólarhring í 7 daga. Börn: Nexium er ekki ætlað börnum. Skert nýrnastarfsemi: Hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. Vegna takmarkaðrar reynslu hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi, skal gæta varúðar við meðferð þeirra. Skert lifrarstarfsemi: Hjá sjúklingum með vægt til miðlungs alvarlega skerta lifrarstarfsemi er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. Sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfssemi ætti ekki að gefa meira en 20 mg hámarksskammt af Nexium. Aldraðir: Hjá öldruðum er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir esómeprazóli, benzímidazólsamböndum eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur við notkun lyfsins:** Útiloka skal illkynja sjúkdóm, þar sem meðferð með Nexium getur dregið úr einkennum og seinkað sjúkdómsgreiningu. Sjúklingar á langtímameðferð (sérstaklega ef meðferð varir lengur en eitt ár) skulu vera undir reglulegu eftirliti. Sjúklingum sem nota lyfið eftir þörfum skal leiðbeina um að hafa samband við lækninn sinn ef eðli einkenna breytast. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Áhrif esómeprazóls á lyfjahvörf annarra lyfja:Minna sýrumagn í maga við meðferð með esómeprazóli getur aukið eða minnkað frásog lyfja, ef frásog þeirra er háð sýrustigi magans. Eins og á við um önnur lyf, sem hamla sýruseytingu eða sýrubindandi lyf, getur frásog ketókónazóls minnkað meðan á meðferð með esómeprazóli stendur. Esómeprazól hamlar CYP2C19, sem er aðalumbrotsensím esómeprazóls. Þegar sómeprazól er gefið samtímis lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP2C19, eins og díazepam, citalópram, imipramín, klómipramín, fenýtóín o.s.frv., getur það valdið aukinni plasmaþéttni þessara lyfja þannig að minnka þurfi skammta. Þetta skal hafa í huga, sérstaklega þegar esómeprazóli er ávísað til notkunar eftir þörfum. Samtímis gjöf á 30 mg af esómeprazóli olli 45% lækkun á klerans díazepams, sem er CYP2C19 hvarfefni. Við samtímis gjöf á 40 mg af esómeprazóli jókst lægsta plasmaþéttni fenýtóíns um 13% hjá flogaveikum sjúklingum. Ráðlagt er að fylgjast með plasmaþéttni fenýtóíns þegar meðferð með esómeprazóli hefst eða henni er hætt. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum olli gjöf á 40 mg af esómeprazóli samtímis gjöf á cisapríði, því að flatarmál undir plasmaþéttni-tímaferli (AUC) jókst um 32% fyrir cisapríð og útskilnaðarhelmingunartími (t1/2) lengdist um 31%, en engin marktæk hækkun varð á hámarksþéttni cisapríðs. Örlítil lenging á QTc bili, sem kom í ljós eftir gjöf á cisapríði einu sér, lengdist ekki frekar þegar cisapríð var gefið ásamt esómeprazóli. Sýnt hefur verið fram á að esómeprazól hefur ekki klínísk marktæk áhrif á lyfjahvörf amoxicillíns, kínídíns eða warfaríns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun esómeprazóls á meðgöngu. Gæta skal varúðar þegar lyfið er gefið þunguðum konum. Ekki er vitað hvort esómeprazól berst í brjóstamjólk og ættu konur með barn á brjósti ekki að nota Nexium. Aukaverkanir: Algengar **(> 1%):** Höfuðverkur, kviðverkir, niðurgangur, vindgangur, ógleði/uppköst, hægðatregða. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Svimi, munnþurrkur, húðbólgur (dermatitis), kláði, ofsakláði. **Lyfhrif:** Esómeprazól er S-handhverfa ómeprazóls og dregur úr seytingu magasýru og er verkunarháttur mjög sértækur. Það hemlar sértækt sýrupumpuna í parietal frumum magans. Bæði R- og S- handhverfur ómeprazóls hafa svipuð lyfhrif. **Lyfjahvörf:** Frásog og dreifing:Esómeprazól er ekki sýrustöðugt og þess vegna er það gefið til inntöku sem sýruhjúpkyrni. Umbreyting í R-handhverfu er óveruleg in-vivo. Esómeprazól frásogast hratt, hámarksþéttni í plasma næst um 1-2 klst. eftir inntöku. Aðgengi er 64%. Dreifirúmmál við stöðuga þéttni er um 0,22 l/kg líkamsþunga. Esómeprazól er 97% próteinbundið í plasma. Fæðuneysla bæði seinkar og dregur úr frásogi esómeprazóls en hefur engin marktæk áhrif á verkun esómeprazóls á sýrustig magans.

Heimildaskrá 1. Talley NJ, Venables TL, Green JRB, Armstrong D, O´Kane KPJ, Giaffer M et al. Esomeprazole 40 mg and 20 mg is efficacious in the long-term management of patients with endoscopy negative GERD: a placebo-controlled trial of on-demand therapy for 6 months; Gastroenterology 2000;118:A658. 2. Talley NJ, Lauristen K, Tunturi-Hihnala H, Lind T, Moum B, Bang CJ et al. Esomeprazole 20 mg maintains symptom control in endoscopy-negataive GERD: a randomized placebo-controlled trial of on-demand therapy for 6 months. Gastroenterology 2000;118:A21. 3. Röhss K, Claar-Nilsson C, Rydholm H, Nyman L. Esomeprazole 40 mg provides more effective acid control than lansoprazole 30 mg; Gastroenterology 2000; 118:A20. 4. Junghard O, Hassan-Alin M, Hasselgren G; The effect of AUC and Cmax of esomeprazole on acid secretion and intragastric pH; Gastroenterology 2000;118:A17. 5. Johnson DA, Benjamin SB, Whipple J, D´Amico D, Hamelin B. Efficacy and safety of esomeprazole as maintenance therapy in GERD patients with healed erosive esophagitis (EE). Gastroenterology 2000;118:A17. 6. Åbelö A, Andersson T, Antonsson M, Naudot AK, Skånberg I, Weidolf L. Stereoselective metabolism of omeprazole by human cytochrome P450 enzymes. Drug Metab Dispos 2000;28:966-972. 7. Lind T, Rydberg L, Kylebäck A, Jonsson A, Andersson T, Hasselgren G et al. Esomeprazole provides improved acid control vs omeprazole in patients with symptoms of gastro-oesophageal reflux disease.:Aliment Pharmacol Ther 2000;14:861-67. 8. Wilder-Smith C, Röhss K, Lundin C, Rydholm H. Esomeprazole (E) 40 mg provides more effective acid control than pantoprazole (P) 40 mg; Gastroenterology 2000; 118:A22. 9. Richter JE, Kahrilas PJ, Hwang C , Marino V, Hamelin B. Esomeprazole is superior to omeprazole for healing of erosive esophagitis (EE) in GERD patients. Gastroenterology 2000; 118:A20. 10. Vakil NB, Shaker R, Hwang C, D'Amico D, Hamelin B. Esomeprazole is effective as maintenance therapy in GERD patients with healed erosive esophagitis (EE). Gastroenterology 2000;118:A22. 11. Kahrilas PJ, Falk G, Johnson DA, Schmitt C, Collins DW, Whipple J et al. Esomeprazole improves healing and symptom resolution as compared with omeprazole in reflux esophagitis patients: a randomised controlled trial. Aliment Pharmacol Ther 2000;in press.

Markaðsleyfishafi: *AstraZeneca, A/S Albertslund, Danmark* **Umboð á Íslandi:** *Pharmaco hf., Hörgatúni 2, Garðabæ.* **Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá**



EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 401-01

AstraZeneca Leiðarstjarna í lækningu meltingarsjúkdóma Umboðsaðili: Pharmaco hf. • Hörgatúni 2, 210 Garða

Ný leið með Nexium®: Sýrustjórnun eftir þörfum í langtímameðferð á vélindabakflæði!

Nýja lyfið Nexium® frá AstraZeneca er fyrsti sýrudæluhemillinn sem nota má eftir þörfum við sýrubakflæðisjúkdómi. Eftir upphafsmeðferð við einkennum, taka bakflæðissjúklingar (án vélindabólgu) Nexium® 20 mg eftir þörfum til að hafa hemil á einkennum. Í slíkri langtímameðferð er meðalnotkun ein tafla, þriðja hvern dag. [1,2]

Með nýja lyfinu Nexium® hefur AstraZeneca stigið framfaraskref á þróunarbrautinni og eflt sýruhemilsmeðferð svo að að hún tekur omeprazole viðmiðuninni fram. Með því að hagnýta eiginleika öflugs ísómers, hefur okkur tekist að þróa lyf sem brotnar niður á mjög hagkvæman og sérstakan hátt og skilar því auknum afköstum. [3,4,5,6,7]

Í krafti yfirburða á sviði sýrustjórnunar, tryggir Nexium® árangursríkari og varanlegri lausn á bakflæðiseinkennum og losar fleiri sjúklinga við óþægindi af völdum brjóstsviða. [3,4,5,7,8,9,10,11]

(Sjá sérlyfjaskrártexta og heimildaskrá á næstu síðu)

Nexium®
esomeprazole

ími 535 7000 • Fax 565 6485 • Fax pantanamóttöku 565 5628 • pharmaco@pharmaco.is • www.pharmaco.is

Verður settur kvóti á fjölda sérfræðinga?



Hulda Hjartardóttir

Höfundur er sérfræðingur í kvenlækningum og ritari LÍ.

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

NÚ Á DÖGUNUM ÁKVAÐ ÉG AÐ HEFJA EINKAREKSTUR á stofu ásamt starfssystur minni sem hefur ásamt fleirum rekið stofu til margra ára. Höfðu á tímabili verið fjórir kvensjúkdómalæknar á þessari stofu en hafði fækkað um tvo fyrir þremur árum og nú nýlega ákvað önnur af starfandi læknum á stofunni að hætta þar rekstri. Ákvað ég þá að ganga inn í rekstur stofunnar þar sem eftirspurn eftir viðtölum við kvensjúkdómalækna er geysilega mikil og framboðið engan veginn nægilegt.

Hafði ég samband við TR um miðjan febrúar til að fá upplýsingar um hvað þyrfti að fylgja umsókn um aðild að samningi en fékk strax svar um að beiðni mín yrði sennilega ekki tekin til greina þar sem ég hefði þurft að sækja um aðild að samningnum fyrir 30. nóvember síðastliðinn. Var vísað í tilkynningu frá tryggingayfirlækni í októberhefti Læknablaðsins þar sem segir að þeir sem sæki um aðild á fullnægjandi hátt frá 1.10. til 30.11.2000 geti hafið störf 1.1.2001 en þeir sem sæki um eftir þessa dagsetningu til loka nóvember 2001 muni ekki geta hafið störf fyrr en 1.1.2002. Skrifaði ég strax bréf til TR þar sem ég sótti um aðild og rökstuddi beiðni mína með því að ég væri í raun og veru aðeins að ganga inn í rekstur læknis sem væri að hætta störfum og læknirinn sem ég tók við af skrifaði sömuleiðis bréf og báðar lýstum við þörfinni fyrir kvensjúkdómalækna í Reykjavík.

Nú hefur mér borist bréf þar sem beiðni minni er synjað og mun ég ekki fá aðild að samningi við TR fyrr en um næstu áramót. Konur þær sem leita til mín þurfa því að greiða fullt gjald fyrir viðtal og skoðun og TR kemst hjá því að taka þátt í kostnaðinum. Rökstuðningur TR er að þar á bæ þurfi þeir að vita fyrirfram hversu margir sérfræðingar muni starfa samkvæmt samningi við stofnunina svo hægt sé að leggja fram raunhæfa fjárhagsáætlun fyrir árið. Þykir mér afar ólíklegt að fjárhagsáætlun TR sé svo nákvæm að ekki sé hægt að gera ráð fyrir því að nýir sérfræðingar hefji störf eins og hefur verið áður og skyldi maður ætla að hægt væri að gera ráð fyrir slíku með því að skoða þróun undanfarinna ára. Þykir mér sennilegra að þetta sé byrjun á ferli þar sem settur verður kvóti á fjölda sérfræðinga og samningum skammtað rétt eins og sett hefur verið þak á aðgerðir og reikninga sjálfstætt starfandi lækna af TR. Eftir nokkur ár gætum við verið komin í svipaða aðstöðu og heimilislæknar eru nú, en þeim er algerlega synjað um samninga við TR.

Ég hef grun um að það hafi ekki margir áttað sig á þessari tilkynningu og þýðingu hennar. Fyrir mig breytir þetta kannski ekki miklu nú en þýðir talsverðan kostnaðarauka fyrir konurnar sem til mín leita, sérstaklega þær sem einhverra hluta vegna eiga rétt á afslætti hjá TR. Þarna er því fyrst og fremst verið að mismuna sjúklingum eftir fjárhag, eftirspurn eftir tímum er það mikil að ég get starfað sjálfstætt án þess að þurfa að hafa áhyggjur af samningum við TR, en ég er ósátt við að þurfa að starfa á þennan hátt, ég vil að konur geti notið starfskrafta minna án tillits til efnahags.

Hér á landi er engin einkasjúkratrygging til og er sjúklingum þannig ekki mismunað eftir greiðslugetu hvað varðar biðtíma eftir þjónustu, skurðaðgerðum eða hvað snertir þægindi og einrými þegar kemur til innlagna á sjúkrahús eins og margir kannast við eftir störf erlendis. Flestir eru sennilega sáttir við þetta fyrirkomulag, Íslendingar hafa aldrei verið upp-veðraðir af tiginleik eða ríkidæmi annarra og hafa viljað að allir sætu við sama borð þegar kemur að því að sinna því sem er flestum kærast, heilsunni. Mismunandi rekstrarform þau sem eru til staðar í íslenska heilbrigðiskerfinu byggjast því öll á því sama: að heilbrigðisyfirvöld séu fáanleg til að greiða fyrir þá þjónustu sem boðin er.

Á stórum ríkisreknum stofnunum er oft erfitt að koma í kring nýjungum í rekstri og læknisþjónustu. Því hefur vaxtarbroddurinn í lækningum oft verið í minni einingunum, þeim einkareknu, þar sem einn eða fleiri læknar geta komið sér saman um að stefna að nýrri þjónustu án þess að þurfa að halda um það marga fundi, skrifa greinargerðir eða finna húsnæði sem hentar innan sjúkrahúsanna sem öll eru þjökuð af plássleysi.

Afar fáir þættir heilbrigðisþjónustunnar eru algerlega ókeypis, þó get ég nefnt mæðravernd og ungbarnavernd. Þessi þjónusta hefur um áratuga skeið verið öllum að kostnaðarlausu sem á henni þurfa að halda. Ekki hefur læknum tekist að fá neitt svigrúm til að starfa við þessa þjónustu á annan hátt en innan ríkisrekinna heilsugæslustöðva eða sjúkrahúsa. Tvær nýjungar eru þó komnar fram sem vert er að benda á. Þessar nýjungar hafa komið frá stétt ljósmæðra. Annars vegar er um að ræða heimaþjónustu við nýorðnar mæður. Þessi þjónusta er veitt ef konur útskrifast af sjúkrahúsi innan 36 klukkustunda frá fæðingu. Ljósmæður hafa gert samning við TR um greiðslu fyrir þessa þjónustu sem sjálfstæðir verktakar. Hins vegar er hið nýlega MFS kerfi þar sem ljósmæður taka sig saman um að veita samfellda þjónustu við þungaðar konur, í fæðingu og í sængurlegu. Þessi þjónusta er mjög vinsæl og stefnir í aukningu á starfseminni. Greiðslur fyrir vinnu

þessara ljósmæðra hafa komið frá Landspítala - háskólasjúkrahúsi en í báðum þessum dæmum hafa útreikningar sýnt að þjónustan er ódýrari, unnin á þennan hátt. Fleiri nýjungar eru á döfinni sem vonandi verða til góðs og verða til þess að TR og heilbrigðisyfirvöld verði opnari fyrir nýjungum í rekstri.

Á kvennadeild Landspítala Hringbraut er nú búið að taka upp fjármögnunarkerfi byggt á DRG-greiningu og greiningu ferliverka. Þetta er tilraunaverkefni og er byggt á greiningu starfseminnar eftir sjúkdómsgreiningum, aðgerðum, legudögum, ástæðu komu og fleiru tengt sjúklingnum. Sviðið fær síðan greitt 70% fast og 30% eftir umfangi, það er fjölda sjúklinga og verka. Jafnframt verður unnið að reglulegri upplýsingagjöf til stjórnenda á sviðinu um umfang og raunkostnað. Tilgangurinn er að sviðið öðlist meira sjálfstæði í rekstri, og að ábyrgðin á rekstrinum flytjist yfir á sviðið. Þetta verður vonandi til þess að starfsmenn sviðsins fái tækifæri til að koma með úrbætur og nýjungar í rekstrinum án þess að þurfa alltaf að fara í gegnum hið þunga stjórnsýslukerfi sjúkrahússins. Aukin áhrif einstaklingsins á vinnuumhverfið hljóta að leiða til aukinnar starfsánægju og betri þjónustu við sjúklingana. Þetta er afar spennandi tilraun og verður vonandi til þess að nýta betur hugmyndauðgi okkar læknanna og veita okkur meira svigrúm innan stofnananna sem við vinnum á.

Læknafélag Íslands
og
Lögmannafélag Íslands

Málþing um friðhelgi einkalífs og gagnagrunna á heilbrigðissviði

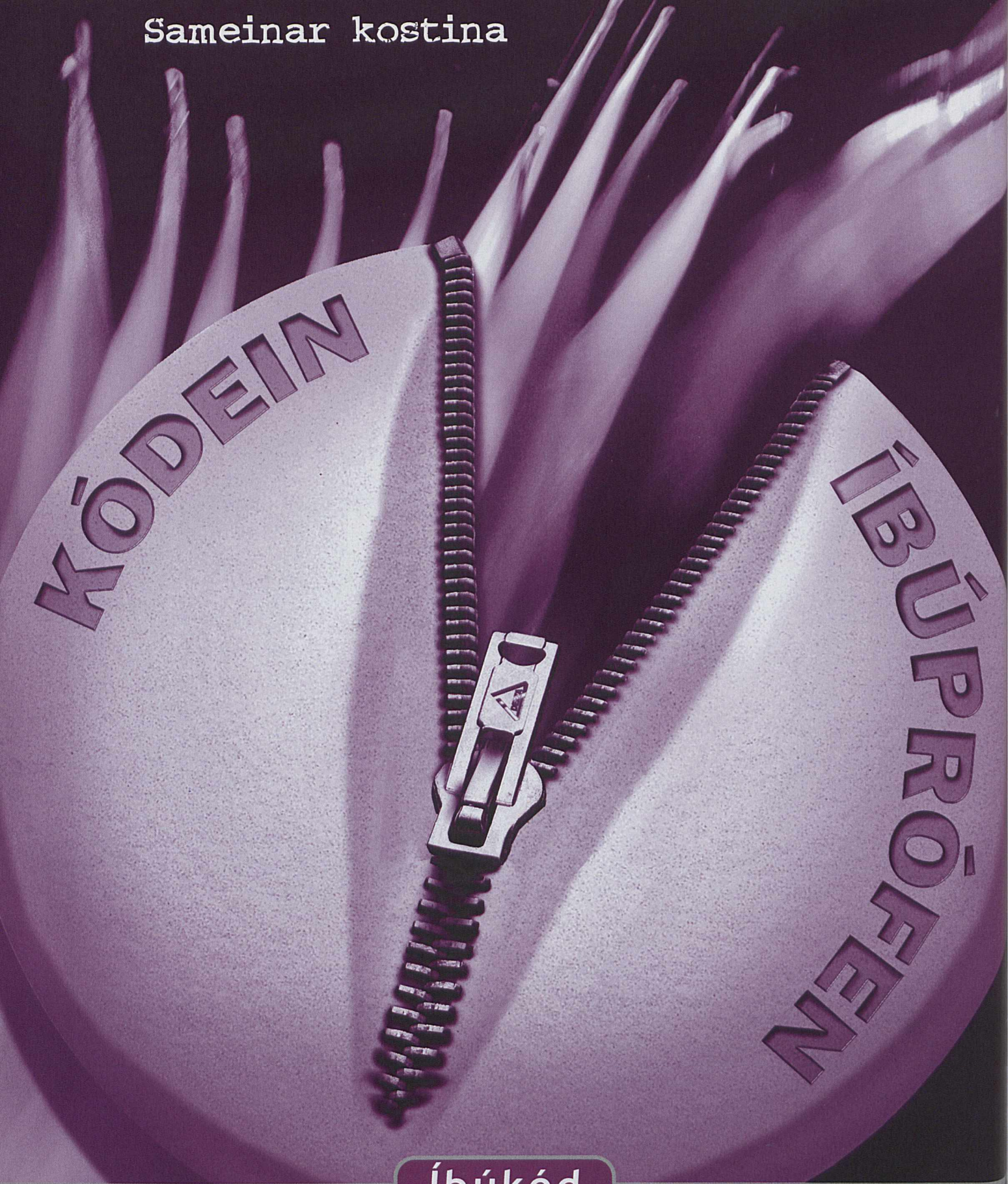
Læknafélag Íslands og Lögmannafélag Íslands halda saman málþing um friðhelgi einkalífs og gagnagrunna á heilbrigðissviði föstudaginn 27. apríl næstkomandi.

Dagskrá málþingsins, frummælendur og fundarstaður verða kynnt nánar með bréfi til félagsmanna og með auglýsingu í fjölmiðlum.

Áætlaður fundartími er frá 14.15 til 18.00 og verða léttar veitingar í lokin.

Félagsmenn eru hvattir til að skrá fundartímann í dagbækur sínar.

Stjórn LÍ



Íbúkód

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 prostaglandínhemjandi 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, kinidíni, metótrexati, geðlyfjum eða tíklópídíni. Við samtímis notkun Íbúkóds með þunglyndislyfjum, betablokkum, ciclospóríni, kaptóprili og þvagræsilyfjum, getur þurft að breyta skammtastærð. Eigi skal neyta áfengis meðan á töku lyfsins stendur. **Pakkningar: Íbúkód töflur:** 10 stk.; 100 stk. **Íbúkód sterkar töflur:** 20 stk.; 40 stk.; 100 stk.

DELTA

LYFJAÞRÓUN • HUGVIT • GÆÐI

www.delta.is

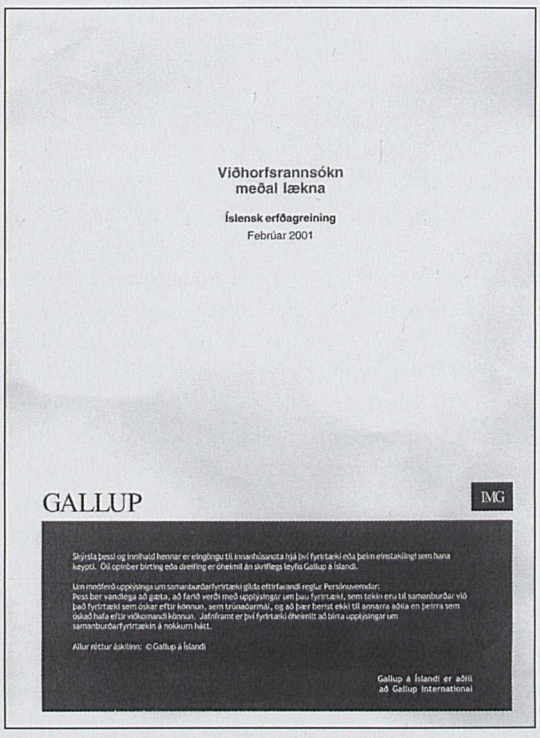
Könnunin sem varð að karpi

Að undanförnu hefur verið talsverð umfjöllun í fjölmiðlum um viðhorfskönnun sem Íslensk erfðagreining lét gera nýverið og þeirra eftirmála sem urðu eftir að könnunin var kynnt. Læknablaðið mun að þessu sinni skyggnast á bak við tjöldin og gefa lesendum sínum eins glögga mynd af atburðarásinni og unnt er og skoðunum nokkurra helstu þátttakenda í þessari atburðarás. Einnig þótt rétt að hafa samband við óháðan fulltrúa frá Háskóla Íslands og fá álit hans á nokkrum spurningum sem vöknuðu í kjölfar könnunarinnar. Þá eru birt með greininni nokkur helstu gögn sem málið varða með leyfi viðkomandi aðila.

Kannanirnar

Í raun var um tvær kannanir að ræða, önnur náði til „Starfandi lækna á Íslandi" en í hinni var 1200 manna slembiúrtak úr þjóðskrá spurt. Spurningarnar sem spurt var í könnun þeirri sem gerð var meðal lækna 9.-12. febrúar síðastliðinn voru eftirfarandi:

1. Ertu fylgjandi eða andvíg(ur) uppbyggingu á miðlægum gagnagrunni á heilbrigðissviði ef farið er eftir öllum skilmálum alþjóðasamtaka lækna og vísindasamfélagsins?



2. Ertu sammála eða ósammála þeirri ákvörðun stjórnar Læknafélagsins að slíta viðræðum við Íslenska erfðagreiningu um miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði?

Svörin við fyrri spurningunni um gagnagrunn að uppfylltum skilyrðum voru þessi (vikmörk +/- í sviga):

Mjög fylgjandi	57,2% (4,3)
Fremur fylgjandi	26,7% (3,8)
Hvorki né	2,2% (1,3)
Fremur andvíg(ur)	2,2% (1,3)
Mjög andvíg(ur)	11,8% (2,8)
Fylgjandi alls	**83,9% (3,2)**
Hvorki né	**2,2% (1,3)**
Andvígir alls	**13,9% (3,0)**

Svörin við seinni spurningunni um viðræðuslitin voru þessi:

Mjög sammála	44,4% (4,4)
Fremur sammála	12,3% (2,9)
Hvorki né	4,5% (1,8)
Fremur ósammála	10,5% (2,7)
Mjög ósammála	28,3% (4,0)
Sammála alls	**56,7% (4,4)**
Hvorki né	**4,5% (1,8)**
Ósammála alls	**38,8% (4,3)**

Þýðið í könnuninni var 790 manns. Erlendis, veikir eða látnir voru 11, endanlegt úrtak var því 779. Af þeim neituðu 97 að svara og ekki náðist í 100. Fjöldi svarenda var samtals 582, sem gefur 74,7% svarhlutfall.

Þýðið í könnuninni er skilgreint sem „Starfandi læknar á Íslandi". Það byggist að stofni til á skrá frá landlæknisembættinu um starfandi lækna á Íslandi, sem mun væntanlegt á vefsíðu embættisins innan skamms. Á þeirri skrá sem nú er á vefsíðunni eru tæplega 1600 nöfn en þar á meðal eru allar heilsugæslustöðvar í landinu, læknar sem hafa hætt störfum vegna aldurs og læknar sem starfa erlendis. Gallup fór yfir skrá landlæknisembættisins þar sem læknar eru taldir á níunda hundrað og eftir athugun þeirra var niðurstaðan sú að þýðið væri rétt talið 790 manns. Til samanburðar má geta þess að þeir læknar sem eru

áskrifendur Læknablaðsins, búsettir hérlendis og undir 70 ára aldri eru 915.

Hin könnunin, sem gerð var meðal almennings, byggðist sem fyrr segir á 1200 manna úrtaki úr þjóðskrá. Hún var gerð dagana 7.-18. febrúar og var svarhlutfallið 70,2%. Spurt var þriggja efnislegra spurninga, auk spuninga um aldur, búsetu, menntun og þess háttar. Spurningarnar voru:

1. Ert þú fylgjandi eða andvíg(ur) því að settur verði saman gagnagrunnur á heilbrigðissviði?

2. Nýlega sleit stjórn Læknafélagsins viðræðum við Íslenska erfðagreiningu um miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði. Hefur þú fylgst lítið eða mikið með þessu máli?

3. Ertu sammála eða ósammála þeirri ákvörðun stjórnar Læknafélagsins að slíta viðræðunum?

Svör almennings voru í stórum dráttum þau að 82,8% svarenda voru mjög eða frekar fylgjandi gagnagrunninum, 6,6% svöruðu „hvorki né“ og 10,6% voru frekar eða mjög andvíg; 30,2% höfðu fylgst mikið eða fremur mikið með viðræðuslitunum, 14,3% sögðu „hvorki né“ og 55,5% „mjög lítið eða ekkert“; 16,3% voru mjög eða fremur sammála ákvörðum Læknafélagsins, 11,2% „hvorki né“ og 72,4% fremur eða mjög ósammála.

Eins og fram kemur í meðfylgjandi viðtölum er ekki hægt að leggja að jöfnu spurningarnar sem læknar annars vegar og almenningur hins vegar voru spurð varðandi afstöðuna til gagnagrunnsins. Skilyrðingin í spurningunni til læknanna gerbreytir efni hennar frá þeirri opnu spurningu sem lögð var fyrir almenning. Í raun má segja að verið sé að spyrja um tvo mismunandi gagnagrunna.

Kynningin

Í kjölfar þessara kannana hélt Íslensk erfðagreining blaðamannafund um niðurstöðurnar og sendi frá sér fréttatilkynningu. Í niðurlagi fréttatilkynningarinnar áréttaði fyrirtækið að farið yrði að þeim skilyrðum sem voru forsenda spurningarinnar sem lögð var læknana. Þar segir:

Í ljósi ofangreindra staðreynda, áréttar Íslensk erfðagreining, að fyrirtækið mun fara að samþykktum alþjóðasamtaka lækna og hins alþjóðlega vísindasamfélags. Með því að fara með þessum hætti að vilja yfirgnæfandi meirihluta íslenskra lækna, og vilja yfirgnæfandi meirihluta þjóðarinnar allrar, vonast Íslensk erfðagreining til þess að víðtæk sátt sé orðin um þetta mál, og allir geti sameinast um að gera gagnagrunninn að því einstæða tæki til vísindarannsókna og framþróunar í heilbrigðismálum, sem efni standa til.

Það var þó ekki þessi yfirlýsing sem mesta athygli vakti í kjölfar fundarins, heldur það að forsvarsmenn Íslenskrar erfðagreiningar kynntu aðeins fyrstu spurninguna í hvorri könnun fyrir sig. Formaður Læknafélagsins lýsti í útvarpsviðtali eftir svörum við síðari spurningunni sem læknar svöruðu, um viðræðuslitin, eins og nánar kemur fram í viðtalinu við hann. Áhugi fjölmiðla vaknaði og framkvæmdastjóri samskipta- og upplýsingasviðs Íslenskrar erfðagreiningar tók strax fram að ekki hefði verið ætlunin að fela niðurstöðurnar úr þessum hluta könnunarinnar. Jafnframt upplýsti hann að meirihluti lækna styddi stjórn félagsins varðandi viðræðuslitin.

11. greinin

Deilum í kjölfar könnunarinnar var ekki lokið. Fljótlega kom í ljós mismunandi túlkun fulltrúa Íslenskrar erfðagreiningar og Læknafélagsins á því hvað fælist í orðalagi spurningarinnar sem læknar svöruðu varðandi gagnagrunninn. Í viðtölum þeim sem birtast með þessari umfjöllun er rækilega farið í saumana á þeim ágreiningi. Ummæli Kára Stefánssonar forstjóra Íslenskrar erfðagreiningar, í Morgunblaðinu 27. febrúar síðastliðinn, vöktu einna hörðustu viðbrögðin er hann vitnaði í vinnuplagg sem um þessar mundir er til umfjöllunar innan Alþjóðafélags lækna þar sem lagðar eru línurnar varðandi gagnagrunna á heilbrigðissviði. Haft var eftir Kára í viðtalinu að *„11. gr. uppkasts Alþjóðsamtaka lækna að yfirlýsingu vegna gagnagrunna á heilbrigðissviði sé eins og sniðin að þeim ramma sem settur hafi verið í kringum miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði hér á landi.“* Og í fyrirsögn greinarinnar mátti lesa stóru letri: **11. greinin eins og sniðin fyrir gagnagrunninn hér á landi.**

Formaður Læknafélags Íslands og formaður Siðfræðiráðs félagsins hafa mótmælt þessari túlkun á þeim texta sem nú er til umfjöllunar og fleiri ummælum Kára. Í þýðingu löggilts skjalaþýðanda hljóðar greinin svo:

Meginmarkmiðið frá læknisfræðilegu sjónarmiði með söfnun persónulegra heilsufarsupplýsinga varðar upphaflega ástæðu þess að sjúklingur leitar læknis og fær umönnun og meðferð, en er síðan vísað til annarra lækna með þeim upplýsingum sem nauðsynlegt er að gefa hverju sinni. Meginmarkmiðið til langs tíma litið varðar söfnun samsettra gagna um tiltekinn sjúkling í því skyni að stuðla að bættri áframhaldandi meðferð hans. Þegar önnur markmið koma til verður að greina á milli markmiða samkvæmt viðeigandi lögum (á landsvísu eða innan hluta þess) og annarra markmiða (svo sem varðandi kennslu og rannsóknir). Söfnun persónulegra heilsufarsupplýsinga án [upplýsts] samþykkis má aðeins fara fram undir ströngu eftirliti og við mjög takmarkandi aðstæður þegar slíks er krafist eða það heimilað samkvæmt landslögum eða þegar dómstóll skipar svo fyrir eða ákveður það.

Þótt það sé mat forsvarsmanna Læknafélags Íslands að ekki sé hægt að túlka þessa grein á þann

veg sem Kári Stefánsson gerir, hefur félagið sent frá sér breytingartillögur við skjalið til að útilokað sé að takast á um túlkun hennar. Meðal annars er lagt til að í síðustu setningu 11. greinar verði það sundurliðað mun nákvæmar hvað við er átt og hin takmarkandi ákvæði skerpt. Doktor Delon Human framkvæmdastjóri Alþjóðafélags lækna áréttaði einnig í viðtali við Morgunblaðið 8. mars síðastliðinn að hér væri um uppkast að ræða og því fráleitt að vitna í greinar uppkastsins á þessu stigi eins og um væri að ræða opinbera stefnu Alþjóðafélags lækna. Þá segir einnig í viðtali blaðsins við doktor Human:

Hann bendir á að í yfirlýsingu WMA [Alþjóðafélags lækna] frá Helsinki 1964 verði ýmis grundvallaratriði um réttindi sjúklings tekin upp í væntanlegri stefnuyfirlýsingu í október. Þar sé m.a. kveðið á um upplýst samþykki sjúklings og jafnframt rétt hans til að vita í hvaða tilgangi rannsókn sé gerð.

Tómas Zoëga hefur tekið þátt í starfinu við gerð þessara reglna og segir nánar frá því í meðfylgjandi viðtali.

Læknablaðið hefur fengið allnokkur viðbrögð vegna þessarar könnunar og eftirmála hennar. Þau hafa öll verið frá læknum sem hefur þótt sitthvað athugavert við könnunina, kynninguna á henni og umræðuna í kjölfarið.

Það er von Læknablaðsins að umfjöllun blaðsins varpi einhverju ljósi á það hvernig þetta mál er vaxið og svari einhverjum af þeim fjölmörgu spurningum sem án efa hafa vaknað í kjölfar blaðafregna og flugufregna.

aób

Atacand Plus

AstraZeneca, 960203 TÖFLUR; C90 DA60 R B *(Sérlyfjaskrártexti)*

Hver tafla inniheldur Candesartanum, INN, cilexetil 16 mg og Hydrochlorothiazidum INN 12,5 mg. **Ábendingar:** Hár blóðþrýstingur, þegar meðferð með einu lyfi hefur ekki reynst nægjanleg. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir: Ráðlagður skammtur er 1 tafla á dag. Blóðþrýstingslækkandi áhrif nást að mestu innan 4 vikna frá upphafi meðferðar. Lyfið á að taka inn einu sinni á dag með eða án matar. Aldraðir: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtun lyfsins hjá öldruðum. Börn: Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun lyfsins hjá börnum. Skert nýrnastarfsemi: Ekki þarf að breyta skömmtum lyfsins hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi, sem hafa kreatínínklerans (30 ml/mín./1,73 m2 líkamsyfirborðs. Skert lifrarstarfsemi: Ekki þarf að breyta skömmtum hjá sjúklingum með væga eða meðalskerta lifrarstarfsemi. Sjúklingar með mjög skerta lifrarstarfsemi og/eða gallteppu eiga ekki að nota lyfið. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins eða fyrir súlfónamíðlyfjum (hýdróklórtíazíð er súlfónamíðafleiða). Meðganga og brjóstagjöf (sjá sérkafla). Alvarlega skert nýrnastarfsemi (kreatínínklerans < 30 ml/mín./1,73 m2 líkamsyfirborðs). Alvarlega skert lifrarstarfsemi og/eða gallteppa. Þvagsýrugigt. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Nýrnaslagæðaþrengsli (renal artery stenosis): rACE hemlar, sem verka á renín-angíótensín-aldósterón kerfið, geta aukið þvagefni í blóði og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með slagæðaþrengsli til beggja nýrna eða í nýrnaslagæð ef aðeins eitt nýra er til staðar. Búast má við svipuðum áhrifum af völdum angíótensín II viðtakablokka. Skert blóðrúmmál: Lyf sem hafa áhrif á renín angíótensín-aldósterón kerfið geta valdið einkennum vegna lágþrýstings ef sjúklingurinn hefur skert blóðrúmmál eða natríumskort í blóði. Slíkt skal lagfæra áður en byrjað er að nota lyfið. Skert nýrnastarfsemi / nýrnaígræðsla: Þegar lyfið er gefið sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi er mælt með því að fylgst sé reglulega með gildum kalíums, kreatínins og þvagsýru. Engin reynsla liggur fyrir af notkun lyfsins hjá sjúklingum sem nýverið hafa gengist undir nýrnaígræðslu. Ósæðar- og miturlokuþrengsli eða hjartavöðvakvilli með útstreymishindrun (obstructive hypertrophic cardiomyopathy): Gæta skal sérstakrar varúðar hjá sjúklingum með blóðrennslistruflanir vegna ósæðar- eða miturlokuþrengsla eða hjartavöðvakvilla með útstreymishindrun. Truflanir á saltbúskap: Við notkun þvagræsilyfja á að fylgjast með sermisgildum salta. Hýdróklórtíazíð getur valdið röskun á vökva- eða saltjafnvægi, hækkun á kalsíum, lækkun á kalíum, natríum, magnesíum og sýrustigstruflun (hypochloraemic alkalosis). Kalíumlækkun í kjölfar hýdróklórtíazíðs virðist minni þegar það er notað með candesartan cilexetili. Með hliðsjón af reynslu af notkun annarra lyfja sem hafa áhrif á renín-angíótensín-aldósterón kerfið, getur samtímis notkun Atacand® Plus og kalíumsparandi þvagræsilyfja, kalíumuppbótar eða saltuppbótar eða annarra lyfja sem geta aukið kalíumgildi í sermi, leitt til aukningar á kalíummagni í sermi. Áhrif á efnaskipti og innkirtla: Meðferð með tíazíð þvagræsilyfjum getur skert sykurþol. Nauðsynlegt getur verið að breyta skömmtum sykursýkilyfja, þ.m.t. insúlíns. Sykursýki getur komið í ljós vegna meðferðar með tíazíði. Hækkuð gildi kólesteróls og þríglýseríða hafa verið tengd þvagræsilyfjum af flokki tíazíða, en 12,5 mg skammtur svo sem í Atacand® Plus hefur lítil áhrif. Þvagræsilyf af flokki tíazíða auka þéttni þvagsýru í sermi og geta valdið þvagsýrugigtarkasti. Almennt: Sumir sjúklingar eru háðir virkni renín-angíótensín-aldósterón kerfisins (t.d. sjúklingar með alvarlega hjartabilun eða nýrnasjúkdóm). Meðferð með lyfjum, sem hafa áhrif á þetta kerfi, geta valdið bráðri blóðþrýstingslækkun, blóðniturauknungu, þvagþurrð eða jafnvel bráðri nýrnabilun. Ekki er hægt að útiloka svipuð áhrif af völdum angíótensín II viðtakablokka. Of mikil lækkun á blóðþrýstingi getur leitt til kransæðastíflu eða heilablóðfalls hjá sjúklingum með hjartakvilla af völdum blóðþurrðar (ischaemic heart disease) eða æðasjúkdóms í heila (atherosclerotic cerebrovascular disease). **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Blóðþrýstingslækkandi áhrif Atacand® Plus geta aukist ef önnur blóðþrýstingslækkandi lyf eru notuð samtímis. Gera má ráð fyrir að kalíumminnkandi verkun hýdróklórtíazíðs geti aukist af völdum annarra lyfja sem tengjast kalíumtapi og blóðkalíumlækkun (t.d. önnur þvagræsilyf sem valda kalíumtapi, hægðalyf, amfóterísín, karbenoxólón og salísýlsýrufleiður). Blóðkalíumlækkun og blóðmagnesíumlækkun af völdum þvagræsingar eykur hættu á eiturverkunum á hjarta af völdum digitalis glýkósíða og lyfja við hjartsláttartruflunum. Þegar Atacand® Plus er gefið með slíkum lyfjum er mælt með því að fylgst sé reglulega með kalíumgildum í sermi. Greint hefur verið frá hækkun á litíumþéttni í sermi og auknum eiturverkunum litíums, sem hvort tveggja gengur til baka, við samtímis notkun litíums og ACE-hemla eða hýdróklórtíazíðs. Því er ráðlagt að fylgst sé náið með litíumgildum í sermi við samtímis notkun lyfjanna. Bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID) minnka þvagræsandi, natríumlosandi og blóðþrýstingslækkandi verkun hýdróklórtíazíðs. Kólestípól og kólestýramín minnka frásog hýdróklórtíazíðs. Fæðuneysla hefur ekki áhrif á aðgengi lyfsins. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá konum á meðgöngu en í dýrarannsóknum á candesartan cilexetili hafa sést nýrnaskemmdir seint á fósturstigi og hjá nýburum. Verkunin er talin verða fyrir tilstilli lyfjafræðilegra áhrifa á renín-angíótensín-aldósterón kerfið. Nýrnagegnflæði hjá fóstrum manna, sem er háð þroska renín-angíótensín-aldósterón kerfisins, hefst á öðrum þriðjungi meðgöngu. Áhættan fyrir fóstur eykst því, ef lyfið er gefið á öðrum og þriðja þriðjungi meðgöngu. Hýdróklórtíazíð getur minnkað plasmarúmmál sem og blóðflæði um leg og fylgju. Það getur einnig valdið blóðflagnafæð hjá nýburum. Byggt á ofannefndum upplýsingum, skal ekki nota lyfið á meðgöngu. Ef kona verður þunguð meðan á meðferð stendur, skal hætta töku lyfsins. Ekki er vitað hvort candesartan skilst út í brjóstamjólk. Hýdróklórtíazíð skilst út í brjóstamjólk. Vegna hugsanlegrar hættu á aukaverkunum á brjóstmylking, skal hætta brjóstagjöf ef taka lyfsins er talin óhjákvæmileg. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Áhrif lyfsins á hæfni manna til aksturs bifreiða og til stjórnunar vinnuvéla hafa ekki verið rannsökuð, en með hliðsjón af lyfhrifum þess er ólíklegt að það hafi nokkur áhrif á þessa hæfni. Við akstur bifreiða og stjórnun vinnuvéla skal hafa í huga að sjúklingur, sem meðhöndlaður er við háþrýstingi, getur stöku sinnum fundið fyrir sundli eða þreytu. **Aukaverkanir:** Í rannsóknum voru aukaverkanir vægar, gengu fljótt yfir og voru sambærilegar við lyfleysu. Ekkert samband var á milli aukaverkana annars vegar og aldur eða kyns hins vegar. **Algengar (>1%):** Almennar: Höfuðverkur, bakverkir, svimi. Öndunarvegur: Sýkingar í öndunarvegi. **Sjaldgæfar (0,1%-1%):** Hjarta- og æðakerfi: Fyrsta stigs AV-blokk. Meltingarvegur: Uppköst. Einstaka sinnum veldur meðferð með lyfinu ofsabjúg. Rannsóknaniðurstöður: Lyfið getur aukið þvagsýru, blóðsykur og ALAT (S-GPT) í sermi og einstaka sinnum verður minnkun á blóðrauða og aukning á ASAT (S-GOT) í sermi. Hýdróklórtíazíð veldur örsjaldan gulu (intrahepatic cholestatic jaundice), brisbólgu, hvítfrumnafæð (leukopenia), hlutleysiskyrningafæð (neutropenia)/kyrningahrap (agranulocytosis), blóðflagnafæð, vanmyndunarblóðleysi (aplastic anaemia), blóðlýsublóðleysi (hemolytic anaemia), auknu ljósnæmi, æðabólgu með drepi (necrotising angitis), drepi í húðþekju (toxic epidermal necrolysis), bráðaofnæmi, andnauð (þar á meðal lungnabólga og lungnabjúgur), skertri nýrnastarfsemi og millivefjanýrnabólgu (interstitial nephritis). **Ofskömmtun:** Einkenni: Með hliðsjón af verkunarhætti lyfsins má gera ráð fyrir að helstu einkenni ofskömmtunar séu lágþrýstingur og sundl. Ofskömmtun með hýdróklórtíazíði lýsir sér einkum með bráðu vökva- og saltatapi. Einnig geta sést sundl, lágþrýstingur, þorsti, hraðtaktur, hjartsláttartruflanir frá sleglum, slæving/skert meðvitund og vöðvakrampi. Meðferð: Engar sértækar upplýsingar liggja fyrir um meðferð við ofskömmtun með Atacand® Plus. Eftirfarandi er þó ráðlagt við ofskömmtun. Þegar það á við er mælt með að uppköst séu framkölluð og magaskolun beitt. Ef fyrir kemur lágþrýstingur með einkennum skal veita meðhöndlun við þeim og fylgjast með mikilvægustu líkamsstarfsemi. Sjúklingur skal liggja á bakinu með hærra undir fótum. Ef það nægir ekki, skal auka plasmarúmmál með innrennslislyfi, t.d. saltvatnslausn. Kanna skal salt- og sýrujafnvægi og leiðrétta það, gerist þess þörf. Adrenvirk lyf má gefa ef ofannefnt reynist ófullnægjandi. Ekki er hægt að fjarlægja candesartan með blóðskilun. Ekki er vitað í hve miklum mæli er unnt að fjarlægja hýdróklórtíazíð með blóðskilun. **Pakkningar:** 28 stk. *(þynnupakkað): 3.640 kr.* 98 stk. *(þynnupakkað): 10.460 kr.*

Umboð á Íslandi: *Pharmaco hf. AstraZeneca, Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími:535 7152 Fax: 565 7366*



Ný tangarsókn gegn háþrýstingi með tvíefldri meðferð Atacand Plus

Fá einungis 12.7% sjúklinga með háþrýsting fullnægjandi meðferð?

EFLIR / HNOTSKÓGUR

Ætla má að um 50% sjúklinga, sem meðhöndlaðir eru gegn háum blóðþrýstingi, fái ekki fullnægjandi meðferð. Tvíefld meðferð með ATACAND PLUS lækkar blóðþrýstinginn á öruggan og áhrifaríkan hátt.

ATACAND (candesartan cilexetil) og HCT er öflug samsetning vegna verkunarmáta lyfjanna. Þau þolast vel og hafa engar klínískar milliverkanir* ● Lækkar bæði systólískan og diastólískan blóðþrýsting marktækt meira en losartan 50 mg + hýdróklórtíazíð 12.5 mg** ● Lækkar blóðþrýsting marktækt meira en losartan 50 mg + hýdróklórtíazíð 12.5 mg bæði 24 klst. og 48 klst. eftir síðasta skammt. Sérhæfð binding candersartan cilexetil við AT1 viðtakann tryggir verkun þótt skammtur gleymist***

(sjá sérlyfjaskrártexta á næstu síðu)



AstraZeneca

annt um líf og líðan

*Plouin P-F. Combination therapy with candesartan cilexetil plus hydrochlorothiazide in patients unresponsive of low-dose hydrochlorothiazide. J. Hum Hypertens 1997; 11 Suppl 2:S65-6. **Öhman et al. Candersartan cilexetil-HCT in primary hypertension insufficiently controlled on monotherapy - a comparison with losastan-HCT. JRAAS 2000; 1:101. ***Koenig et al. Cpmparison of Efficacy and Tolerability of Combination Tablets Containing Candesartan Cilexetil and Hydrochlorothiazide or Losartan and Hydrochlorothiazide in Patients With Moderate to Severe Hypertension. Clin Drug Invest 2000 Apr; 19(4): 239-246.

Hárrétt ákvörðun að slíta viðræðum

SIGURBJÖRN SVEINSSON, FORMAÐUR LÆKNAFÉLAGS Íslands, hefur þurft að svara ýmsum spurningum fjölmiðla varðandi skoðanakönnun Gallups fyrir Íslenska erfðagreiningu. Hann var í sjálfu sér ekkert sérlega undrandi á því að skoðanakönnunin væri gerð. Hver er ástæða þess að könnunin kom honum lítið á óvart:

„Ég lét þau orð falla á fundi á Akureyri að ég teldi að meirihluti lækna væri sammála stjórn Læknafélagsins um meginatriðin í gagnagrunnsmálinu. Ég var spurður úr hvaða gagnagrunni ég hefði þá niðurstöðu. Ég benti á höfuðið og sagði: „Þessum hérna". Skömmu síðar var könnunin gerð.

Við, sem í viðræðunum stóðum, vorum með fingurinn á púlsinum og þurftum auðvitað að bera ábyrgð á þessari ákvörðun og gera það sem okkur fannst vera rétt í stöðunni. Auðvitað urðu margir fyrir vonbrigðum þegar við slitum viðræðunum, vonuðu að þessu máli myndi ljúka í friði. Þegar blaðamannafundur Íslenskrar erfðargreiningar var haldinn án þess að kynna niðurstöðuna úr þeim hluta könnunarinnar sem varðaði viðræðuslitin, þá lýsti ég eftir svarinu í útvarpsviðtali. Ég hugsaði með mér, að ef svo kynni að fara að niðurstaðan væri stjórn Læknafélagsins í óhag, þá væri eins gott að taka slaginn strax. Íslensk erfðagreining lýsti því síðar yfir að þessi spurning hafi ekki átt heima með hinni fyrri. Skýringarnar á því hvers vegna niðurstöðurnar voru ekki birtar eru ruglingslegar og mér finnst þar hvað rekast á annars horn. Ég skal alveg viðurkenna að ég hef ekki alveg skilið þær ennþá.

En auðvitað er ég ánægður með niðurstöðuna og bara þakklátur fyrir þessa skoðanakönnun, því ég álít að hún hafi ekki gert annað en að endurnýja það umboð sem við höfðum frá aðalfundi Læknafélags Íslands í haust. Eftir því sem tíminn líður sannfærist ég æ betur um um að þessi ákvörðun hafi verið hárrétt."

Hvað fannst þér um að fyrirtæki úti í bæ væri að spyrja umbjóðendur ykkar álits?

„Það leynist ekki nokkrum manni að þessi skoðanakönnun er gerð í áróðursskyni, í þeirri von að hægt yrði að einangra stjórn Læknafélagsins frá öðrum félögum í Læknafélaginu og skapa sér þannig betri vígstöðu. Það mistókst.

Það er í rauninni tvennt sem hefur verið reynt að gera, annars vegar að einangra stjórn Lækna-



Sigurbjörn Sveinsson, formaður Læknafélags Íslands.

félagsins frá félögum þess og hins vegar að reka fleyg á milli Læknafélags Íslands og Alþjóðafélags lækna. Hvort tveggja hefur mistekist. Tíminn er þeirra náttúru að hann vinnur með þeim sem hefur góðan málstað að verja."

Alþjóðafélag lækna hefur talsvert verið í sviðsljósinu vegna þessa máls og Kári Stefánsson forstjóri Íslenskrar erfðargreiningar hefur látið nokkur orð falla um samskipti ykkar og félagsins. Hvernig snýr það mál að þér?

„Kári Stefánsson gaf í skyn í blaðaviðtali 27.2. að við Tómas Zoëga gætum stýrt Alþjóðafélagi lækna með símhringingum. Það er auðvitað alveg út í hött. Framkvæmdastjóri Alþjóðafélags lækna, doktor Delon Human, hefur bæði í bréfi til mín og í samtali við Morgunblaðið leiðrétt ýmislegt af því sem Kári hefur sagt í fjölmiðlum. En það sem hann gerir er auðvitað alveg hans eigin ákvörðun. Í bréfinu sem hann sendi til mín áréttaði hann að reglurnar um gagnagrunna væru enn í vinnslu og þar af leiðandi væri það óeðlilegt ef Íslensk erfðagreining byggði á einhvern hátt stefnu sína á þeim drögum sem nú eru í vinnslu. Hann ítrekar einnig í bréfinu að allt tal um að Læknafélag Íslands og Alþjóðafélag lækna séu ósamstíga sé út í hött og ég megi ekki láta neinn komast upp með að reyna að halda því fram. Alþjóðafélag lækna hefur ávallt stutt baráttu Læknafélagsins fyrir því að sjúklingum sé sýndur trúnaður og að upplýst samþykki sjúklings þurfi til að upplýsingar um hann séu vistaðar í gagnagrunni. Félögin hafa líka talað einum rómi um rétt sjúklings til að draga

Cipramil® hefur skjóta verkun[1,2]

Cipramil
Lundbeck, 880074
TÖFLUR; N 06 A B 04 R B
Hver tafla inniheldur: Citalopramum INN, hýdróbrómíð, samsvarandi Citalopramum INN 10 mg, 20 mg, 30 mg eða 40 mg. Töflurnar innihalda laktósu og litarefnið títantvíoxíð. Ábendingar: Alvarlegt þunglyndi (ICD - 10: Miðlungs til alvarleg geðdeyfðarlota). Fyrirbyggjandi meðhöndlun vegna síendurtekinna þunglyndiseinkenna. Felmtursröskun (panic disorder). **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir: Þunglyndi: Í upphafi 20 mg daglega. Tekið skal mið af svörun sjúklings en skammta má auka, að hámarki í 60 mg á dag. Aldraðir: Ráðlagður dagsskammtur er 10–20 mg á dag. Tekið skal mið af svörun sjúklings en skammta má auka, að hámarki í 40 mg á dag. Felmtursröskun: Í upphafi 10 mg daglega. Eftir einnar viku meðferð er skammturinn aukinn í 20 mg á dag. Algengur skammtur er 20–30 mg á dag. Tekið skal mið af svörun sjúklings en skammta má auka, að hámarki í 60 mg á dag. Börn: Lyfið er ekki ætlað börnum. Skert lifrarstarfsemi: Ekki á að nota hærri skammta en 20–30 mg á dag. Skert nýrnastarfsemi: Við væga eða miðlungs skerðingu á nýrnastarfsemi er hægt að nota hefðbundna skammta. Reynslu skortir þegar um alvarlega skerðingu á nýrnastarfsemi er að ræða (kreatínín klerans< 20 ml/mínútu). **Meðferðarlengd:** Geðdeyfðarleysandi verkun og verkun gegn felmtursröskun koma fram 2–4 vikum eftir að meðferð er hafin. Meðferð með þunglyndislyfjum er einkennameðferð og á að vara í nægjanlega langan tíma, venjulega í 6 mánuði eða lengur til að fyrirbyggja bakslag. **Lyfjagjöf:** Cipramil töflur eru teknar inn einu sinni á dag. Lyfið má taka inn hvenær sem er sólarhringsins óháð máltíðum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir cítaloprami. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Cipramil má ekki taka inn ásamt lyfjum úr flokki mónóamín oxidasa hemla (MAO-hemla) eða fyrr en 2 vikum eftir að gjöf MAO-hamlandi lyfs hefur verið hætt. Meðferð með MAO-hemla má hefja 7 dögum eftir að gjöf Cipramil hefur verið hætt. Þegar felmtursröskun er meðhöndluð með þunglyndislyfjum getur kvíði orðið meira áberandi hjá einstaka sjúklingi, í upphafi meðferðarinnar. Þessi þverstæðu áhrif í upphafi eru mest áberandi allra fyrstu daga meðferðarinnar og þau hverfa við áframhaldandi meðferð. **Milliverkanir:** Ef MAO-hamlandi lyf er notað samtímis getur það orsakað hættulega blóðþrýstingshækkun. Grunur leikur á að lyf af þessum flokki auki á serótónínlík áhrif sumatriptans. Þar til frekari upplýsingar liggja fyrir er ráðlagt að gefa ekki sumatriptan og Cipramil samtímis. Címetidín olli miðlungs aukningu á meðaltals blóðþéttni gildum af cítaloprami við jafnvægi. Því er ráðlegt að viðhafa varúð þegar stórir skammtar af Cipramil eru notaðir samtímis háum skömmtum af címetidíni. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið á ekki að nota. **Akstur:** Lyfið hefur áhrif á hæfni til að aka bíl. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin er ógleði allt að 7%. Algengar (> 1%): Almennar: Höfuðverkur, sviti, þreyta, slen, titringur, breytingar á þyngd og svimi. Æðakerfi: Þungur hjartsláttur. **Miðtaugakerfi:** Svefntruflanir, skyntruflanir og órói. Meltingarfæri: Ógleði, breytingar á hægðavenjum, meltingaróþægindi og þurrkur í munni. Þvagfæri: Erfiðleikar við að tæma þvagblöðru. Augu: Sjónstillingarerfiðleikar. Sjaldgæfar: (0,1%-1%): Almennar: Almenn lasleikatilfinning. Geispar. Miðtaugakerfi: Æsingur, rugl, erfiðleikar við einbeitingu, minnkuð kynhvöt og truflun á sáðláti. Meltingarfæri: Aukið munnvatnsrennsli. Húð: Útbrot. Öndunarfæri: Nefstífla. Augu: Stækkað ljósop. Mjög sjaldgæfar (< 0,1%): Miðtaugakerfi: Oflæti (mania). Aukaverkanir eru oft tímabundnar og ganga yfir enda þótt meðferð sé haldið áfram. **Ofskömmtun:** Einkenni: Ógleði, handskjálfti, svimi, slen - skerðing á meðvitund. Hraðtaktur (sinus tachycardi). Meðhöndlun: Einkennameðferð. **Útlit:** Töflur 10 mg: Hvítar kringlóttar, merktar „C-N", Ø 6 mm. Töflur 20 mg: Hvítar, aflangar, ávalar, með deilistriki, merktar „C-N", lengd 8 mm. Töflur 30 mg: Hvítar, aflangar, ávalar, með deilistriki, merktar „C-P", lengd 10 mm. Töflur 40 mg: Hvítar, aflangar, ávalar með deilistriki, merktar „C-R", lengd 11,5 mm. **Pakkningar og verð (febrúar 2001):** Töflur 10 mg: 28 stk. (þynnupakkað) kr. 2429.-; 100 stk. kr. 6852.- Töflur 20 mg: 28 stk. (þynnupakkað) kr. 3944.-, 56 stk. (þynnupakkað) kr. 7027.-; 100 stk. kr. 11.619.- Töflur 30 mg: 28 stk. (þynnupakkað) kr. 5530.-; 100 stk. kr. 16.753.- Töflur 40 mg: 28 stk. (þynnupakkað) kr. 6773.-; 56 stk. (þynnupakkað) kr. 12.498.-; 100 stk. kr. 21.397. Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti. **Ath:** Nánari upplýsingar í Sérlyfjaskrártexta

Heimildir:
1. Stahl SM. Placebo-Controlled Comparison of the Selective Serotonin Reuptake Inhibitors Citalopram and Sertraline. Biol Psych 2000; 48: 894-901
2. Patris M et al. Citalopram versus fluoxetine: a double-blind, controlled, multicentre, phase III trial in patients with unipolar major depression treated in general practice. Int Clin Psychopharmacol 1996 (Vol 11): 129-136
3. Sérlyfjaskrá 2000
4. Muldoon C. The safety and tolerability of citalopram. Int Clin Psychopharmacol 1996; II Suppl 1: 35-40
5. Noble S, Benfield P. Citalopram. A Review of its Pharmacology, Clinical Efficacy and Tolerability in the Treatment of Depression. CNS Drugs 1997 Nov 8 (5): 410-431
6. Hyttel J et al. The Pharmacology of Citalopram. Rev Contemp Pharmacother 1995; 6: 271-285



Cipramil® Citalopram

Einstæðir eiginleikar, 20 mg einu sinni á dag[3]

Cipramil® hefur skjóta verkun[1,2]

Cipramil® þolist vel[4]

Cipramil® er með litla hættu á milliverkunum[5]

Cipramil® er sértækasta SSRI-lyfið[6]

Cipramil® er danskt frumlyf

Lundbeck Pharma A/S
Umboð á Íslandi:
Austurbakki hf
Köllunarklettsvegi 2

104 Reykjavík
Sími 563 4000
Myndsendir 563 4090
www.austurbakki.is

upplýsingar um sjálfan sig hvenær sem er úr grunninum. Þetta áréttar doktor Human í bréfinu til mín. Forstjóri Íslenskrar erfðagreiningar lét líka þau orð falla að Alþjóðafélag lækna væru regnhlífasamtök stéttarfélaga. Sú túlkun er í hæsta máta óeðlileg þegar í hlut á það félag sem hefur um áratuga skeið verið í forystu fyrir læknafélög um allan heim, bæði stéttarfélög og önnur félög lækna. Hlutverk Alþjóðafélagsins í stefnumótun í heilsufarsmálum, siðfræðilegum málum og mannréttindamálum er óumdeilt. Allt þetta rekur doktor Human í bréfi sínu, og bætir því reyndar við að Alþjóðafélag lækna hafi engra fjárhagslegra hagsmuna að gæta í þessu máli. Hann spyr: Er hægt að segja hið sama um gagnaðila?

Alþjóðafélag lækna hefur fengið öll gögn er varða málið send í heild, þýdd af löggiltum skjalaþýðanda, sem eru nauðsynleg vinnubrögð, svo ekki sé hætta á geðþóttaþýðingum. Það er ekki valið úr hvað sent er til félagsins heldur mótar félagið afstöðu sína í samræmi við allt sem fram kemur í málinu. Svona formsatriði verða að vera í fullkomnu lagi og eru það."

Túlkunin á 11. grein vinnuplaggs um gagnagrunna hefur verið talsvert í umræðu eftir að forstjóri Íslenskrar erfðagreiningar gaf út þá yfirlýsingu að hún væri sniðin fyrir gagnagrunninn sem fyrirtæki hans er að vinna að. Er merkingin eitthvað óskýr?

„Nei, hún er alveg skýr og ekki eins og Kári Stefánsson túlkar hana. Þannig að hún stendur alveg fyrir sínu. Læknafélag Íslands hefur hins vegar komið með breytingartillögur við skjalið í heild, meðal annars við þessa grein. Það hlýtur að vera verkefni okkar að orða textann þannig að það sé ekki hægt að rangfæra hann. Læknafélög annars staðar í heiminum munu eflaust einnig koma með ábendingar og niðurstaðan gæti orðið þriðja orðalagið, en aðalatriðið er eftir sem áður að textinn sé svo skýr að ekki sé hægt að takast á um túlkun á honum."

Ef við víkjum að skoðanakönnuninni á nýjan leik, þá hefur síðari spurningin sem lögð var fyrir læknana verið talsvert rædd, aðallega vegna þess að hún fól í sér skilyrðingu. Varðst þú var við að hún ylli einhverjum vandræðum?

„Ég er ekki fræðimaður á þessu sviði en ég lét þau orð falla við fulltrúa Gallups að orðalag spurningarinnar gæti varla staðist. Einn læknir sem ég hef heyrt í sagðist ekki hafa svarað vegna þess að hann vissi ekki hvað „vísindasamfélagið" stæði fyrir. Og læknir sem ekki hefur tjáð sig áður við mig um gagnagrunninn sagði eftir að niðurstöðurnar voru birtar að hann teldi sig hafa verið prettaðan. Það voru nákvæmlega hans orð.

Læknafélagið hefur alltaf sagt það skýrt að það væri ekki í herferð gegn gagnagrunninum, ef vissum skilyrðum væri fullnægt. Það er ekki stefna félagsins að koma í veg fyrir þennan gagnagrunn."

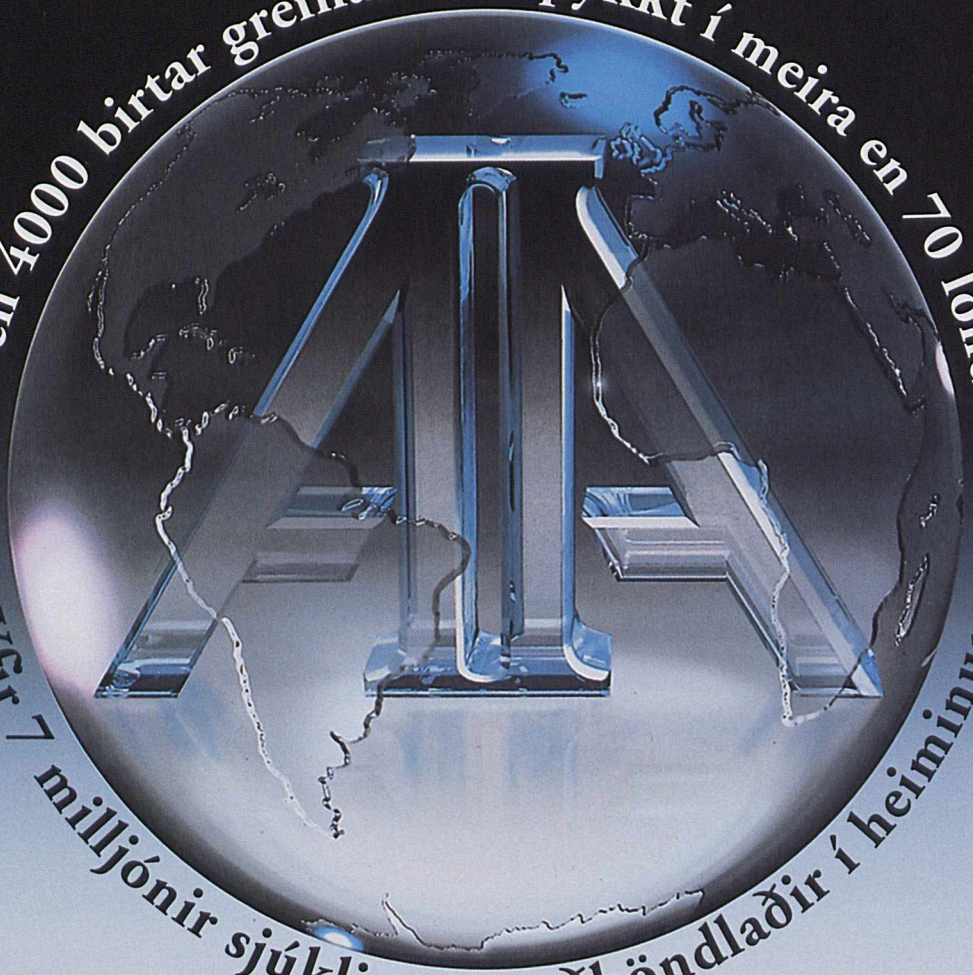
Hvernig sérð þú framhald þessa máls?

„Það er sama hvaða lausn finnst á þessu máli, það verður að taka á henni pólitíska ábyrgð. Meðal annars í ljósi gildandi laga, reglugerðar sem sett hefur verið á grundvelli hennar og þeirra samninga sem sérleyfishafinn hefur gert og þarf að standa við. Stjórnmálamenn í ábyrgðarstöðum hafa nýlega endurtekið eða ítrekað að engu verði breytt. Það þýðir að við erum áfram í sömu stöðu og getum átt von á að skoðanir lækna verði ekki virtar, í krafti gildandi lagaákvæða.

Sérleyfishafinn hefur lofað heilbrigðisráðherra að standa að grunninum á ákveðinn hátt og samkvæmt lögum. Meðal annars á hann að standa skil á heilbrigðisskýrslum, en landlæknir hefur sett fram efasemdir um að þær verði fullnægjandi. Kjarni málsins er sá að nú þegar er búið að lofa að framkvæma verkið á ákveðinn hátt og ef það verður gert á annan hátt, til dæmis með því að fara að kröfum Læknafélagsins, þá gæti ríkið strangt til tekið sakað sérleyfishafa um vanefndir, nema lögunum verði breytt.

Það er mjög mikilvægt í þessari stöðu að læknar geri sér grein fyrir því að þeir þurfa ekki að skipta um skoðun eða láta af skoðunum sínum, þó að þessar skoðanir séu ekki virtar. Þeir þurfa að halda skoðunum sínum á loft áfram, vegna þess að það er mjög mikilvægt að þessi mannréttindi séu virt. Samþykki sjúklings og rétturinn til úrsagnar eru öryggishnappar sem á að vera hægt að virkja. Þessi öryggishandföng á þjóðin að hafa í hendi sér. Hún á að geta stoppað grunninn með réttinum til að segja sig úr honum. Þetta eigum við að draga fram. Þetta er réttur þjóðarinnar."

Fyrstur í nýjum flokki



Sértæk verkun -

COZAAR®

LOSARTAN, MSD

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. Íhuga ætti lægri upphafsskammt fyrir sjúklinga með sögu um skerta lifrarstarfsemi. Skert nýrnastarfsemi. Breytingar á nýrnastarfsemi, þ.m.t. nýrnabilun, hafa verið skráðar hjá næmum einstaklingum; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka ef meðferð er hætt. Aukning á úrea og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með þrengsli í annarri eða báðum nýrnaslagæðum hafa verið skráð hjá COZAAR; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka, ef meðferð er hætt. *Sjúklingar með hjartabilun* Hvorki gjöf COZAAR í staðinn fyrir ACE hemil né notkun COZAAR með ACE hemlum hefur verið rannsökuð nægilega hjá sjúklingum með hjartabilun. ***Aukaverkanir: Algengar (>1%):*** Svimi, lágþrýstingur. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Stöðubundinn lágþrýstingur. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** Ofnæmi: Ofnæmisbjúgur sem felst í bjúg á barkakýli og raddfærum og veldur andnauð og/eða bjúg í andliti, vörum, koki og/eða tungu. Sumir þessarra sjúklinga hafa áður fengið ofnæmisbjúg með öðrum lyfjum þ.m.t. ACE hemlum. *Meltingarfæri:* Niðurgangur, lifrarbólga, truflanir á lifrarstarfsemi. *Blóð:* Blóðleysi. *Húð:* Ofsakláði, kláði. *Stoðkerfi:* Vöðvaverkir. *Taugakerfi:* Mígreni. *Breytingar á blóðgildum*: Hækkað kalíum í blóði, væg hækkun á lifrarensímum kom sjaldan fyrir, sem gekk venjulega til baka ef meðferð var hætt. **Milliverkanir:** Ekki þekktar. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Háþrýstingur. Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur fyrir flesta sjúklinga er 50 mg einu sinni á dag. Hámarks blóðþrýstingslækkandi áhrif lífsins nást 3-6 vikum eftir að meðferð er hafin. Auka má skammtinn í 100 mg einu sinni á dag. Nota skal 25 mg upphafsskammt einu sinni á dag handa sjúklingum sem misst hafa mikinn vökva og þeim sem hafa eða hafa haft skerta lifrarstarfsemi. Ekki er þörf á að breyta upphafsskammti aldraðra sjúklinga eða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklinga sem fá kvið- eða blóðskilun. COZAAR má gefa með öðrum háþrýstingslyfjum. Hjartabilun: Upphafsskammturinn af COZAAR hjá sjúklingum með hjartabilun er 12,5 mg einu sinni á dag. Auka má skammtinn á viku fresti um 12,5 mg daglega (þ.e. í skammtana 25 mg daglega eða 50 mg daglega), í venjulegan viðhaldsskammt, 50 mg einu sinni á dag. Tekið skal tillit til hvernig sjúklingur þolir þetta. **Skammtastærðir handa börnum:** COZAAR er ekki ætlað börnum **Pakkningar, verð(desember, 2000), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: 12,5 mg:** 28 stk Verð: 2168 kr. **50 mg**: 28 stk. Verð: 3276 kr 98 stk. Verð: 9491 kr. **Upphafspakkning: 12,5+50 mg: 35 stk:** Verð: 3276 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** B. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi**: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Deila um keisarans skegg

PÁLL MAGNÚSSON ER FRAMKVÆMDASTJÓRI SAMskipta- og upplýsingasviðs Íslenskrar erfðagreiningar. Fyrsta spurningin sem Læknablaðið lagði fyrir Pál var hvert markmið fyrirtækisins hefði verið með Gallup-könnuninni:

„Við gerum margar og margvíslegar kannanir, sem aðallega helgast af því að fyrirtækið á afskaplega mikið undir því að sátt sé um það sem verið er að gera, bæði í þjóðfélaginu í heild og meðal þeirra hópa sem það þarf að hafa samskipti við, heilbrigðisstéttir, sjúklingahópa og fleiri. Við höfum reglulega mælt afstöðu almennings til gagnagrunnsins og erum að fylgjast með því hvort umræðan í samfélaginu hafi áhrif á afstöðu fólks til okkar og gagnagrunnsins og þá hvaða áhrif. Ástæða þess að við spurðum félaga í Læknafélaginu svipaðrar spurningar nú var sú að í desember tók stjórn Læknafélagsins þá ákvörðun að láta viðræðum við okkur lokið. Okkur þótti afar forvitnilegt að vita hver væru hin almennu sjónarmið meðal lækna. Við fáum ýmiss konar skilaboð inn til okkar, meðal annars frá læknum sem segjast styðja okkur en einnig öðrum. Því vildum við vita hvort afstaða lækna væri í samræmi við afstöðu stjórnar Læknafélagsins. Formaður Læknafélagsins hvatti okkur beinlínis til að koma með yfirlýsingu um þá afstöðu sem við myndum taka að viðræðum loknum. Þessi skoðanakönnun meðal lækna var undirbúningur að því að ljúka málinu með einhverjum hætti."

Umræða hefur orðið um hvort ljóst sé hvað átt var við með því að skilyrða spurninguna um afstöðu lækna til gagnagrunnsins því, að farið yrði að öllum skilmálum alþjóðasamtaka lækna og vísindasamfélagsins. Er skýrt hvað við er átt?

„Ég tel að við hefðum ekki getað orðað spurninguna með skýrari hætti. Orðalagið réðst af því að þetta var aðalinnihaldið í síðasta umræðuplagginu sem fór frá okkur til stjórnar Læknafélagsins. Ég spurði fulltrúa Gallups að því hvort þessi spurning hefði vafist fyrir læknum, til dæmis hvað átt væri við með vísindasamfélaginu, og eftir því sem ég best veit var það mjög lítið eða ekkert. Mér finnst merking þessa hugtaks augljós, vísindasamfélagið í þessu samhengi á við alla þá sem stunda læknisfræðilegar rannsóknir. Þeir tilheyra síðan ýmsum samtökum, til dæmis alþjóðasamtökum lækna. Þeir eru einnig undirseldir lögum og reglugerðum viðkomandi lands um hvernig eigi að standa að rannsóknum og um þetta erum við að tala."



Páll Magnússon er framkvæmdastjóri samskipta- og upplýsingasviðs Íslenskrar erfðagreiningar.

Þið tilgreinið sérstaklega alþjóðasamtök lækna og lítið þá væntanlega svo á að þau séu burðarásinn í stefnumótun þeirra?

„Það skiptir auðvitað miklu máli hver niðurstaðan verður hjá alþjóðasamtökum lækna í október, þegar þeir ljúka gerð siðareglna um gerð gagnagrunna á heilbrigðissviði. Önnur atriði sem skipta máli eru meðal annars afdrif reglugerðar sem Clintonstjórnin í Bandaríkjunum lauk við rétt áður en hún fór frá. Hún verður væntanlega tilbúin 14. apríl en þá lýkur 60 daga fresti sem nýr heilbrigðisráðherra nýtti sér. Þessi reglugerð mun væntanlega hafa áhrif á niðurstöðu alþjóðasamtakanna í október. Spurningin um hvernig farið skuli með upplýsingar af þessu tagi er til umræðu um allan hinn vestræna heim núna. Ég hef fylgst með umræðunni í Kanada, Ástralíu, Bretlandi, Bandaríkjunum og á meginlandi Evrópu. Þessi misserin freista menn þess að ná einhvers konar sameiginlegri niðurstöðu um allan heim. Við erum í dálitlu millibilsástandi núna."

Helsinkiyfirlýsingin er þó fyrir hendi og ákvæði hennar.

„Jú, það er rétt. En hún tekur ekki með beinum hætti á því sem hér um ræðir."

Hvað viltu segja um þann ágreining sem fram hefur komið milli fulltrúa Læknafélagsins og Íslenskrar erfðagreiningar um 11. grein draga Alþjóðafélags lækna um gagnagrunninn?

„Okkur finnst þessi grein skýr og taka til þess sem við erum að gera, en í raun held ég að þetta sé deila um keisarans skegg. Þetta eru drög og vinnuplagg sem er í meðferð og ég vona að endanlegt skjal sem vonandi verður afgreitt í október taki af öll tvímæli um hvað meint er."

Og það mun verða haft að leiðarljósi?

„Ég held við getum ekki sagt að þetta verði það eina sem við notum sem vegvísi um það hvernig við förum að þessu, sundurslitið frá því sem kann að gerast á öðrum vettvangi. Tökum fræðilega, mögulegt dæmi: Ef alþjóðasamtök lækna myndu ganga út frá því að ekki þyrfti skriflegt samþykki vegna upplýsinga sem settar yrðu í gagnagrunn en vísindasamfélagið myndi að öðru leyti gera ráð fyrir að alltaf þyrfti skriflegt samþykki. Þá væri afstaða alþjóðalæknasamtakanna á skjön við allt annað sem væri að gerast í heiminum. Þá myndum við varla geta tekið samþykkt alþjóðasamtakanna og farið einir og sér eftir henni. Ég er hins vegar sannfærður um að úr öllu því sem er verið að vinna munu koma viðmiðanir sem að minnsta kosti verður farið eftir á Vesturlöndum. Og í þeirri umræðu eru alþjóðalæknasamtökin mjög leiðandi."

Ef við gerum ráð fyrir að skilaboðin verði skýr og gangi lengra en íslensk lög, hver verða viðbrögð ykkar, til dæmis hvað íslensk lög varðar?

„Ég held að það liggi í hlutarins eðli að við getum aldrei farið að hafa annan hátt á en alþjóðasamtök lækna og vísindasamfélagið í heild samþykkja. Það er síðan lögfræðilegt úrlausnarefni hvort það kallar á lagabreytingu eða hvort hægt er að fullnægja þessum alþjóðlegu samþykktum án þess að breyta lögunum."

Annað ágreiningsefni sem verið hefur til umræðu og varðar 11. greinina í drögum Alþjóðafélags lækna varðar í hvaða undantekningartilfellum megi safna gögnum án þess að fyrir liggi skriflegt leyfi sjúklings. Íslensk erfðagreining hefur verið gagnrýnd fyrir að leggja að jöfnu krabbameinsskráningu sem verið hefur við lýði mjög lengi og gagnagrunninn sem nær til heillar þjóðar með samtengingu erfða- og ættfræðiupplýsinga og sjúkraskrár.

„Já, ég þekki þá gagnrýni og hlýt að vera ósammála henni og við verðum að muna að nú erum við bara að tala um gagnagrunn með ópersónugreinanlegum heilsufarsupplýsingum. Það gegnir allt öðru máli um erfðaupplýsingarnar. Við höfum einfaldlega bent á að mannréttindi eru réttindi einstaklings og ef það er brot á mannréttindum að nota heilsufarsupplýsingar einstaklings án skriflegs samþykkis þá brýtur krabbameinsskráin mannréttindi. Gagnagrunnurinn er óvenjulegur fyrir það að hann nær til heilsfarsupplýsinga heillar þjóðar. Það breytir ekki því að regluverkið íslenska er mjög strangt. Það getur enginn notað þennan gagnagrunn eins og hann vill. Vísindasiðanefnd þarf að samþykkja hverja rannsókn fyrir sig. Persónuvernd þarf að ganga úr skugga um það í hverri rannsókn að settum reglum sé fylgt og persónuverndar gætt að fullu. Við höfum nefnt krabbameinsskráninguna einungis sem dæmi um það að hér á landi, eins og víðast annars staðar, er heilsufarsupplýsingum safnað saman í grunna og þær notaðar í rannsóknum með ætluðu samþykki. Við lítum ekki svo á að takmörkunin í 11. greininni eigi við takmörkun í umfangi heldur að aðstæður séu takmarkandi, eins og til dæmis regluverkið í kringum rannsóknirna."

Ef við víkjum að seinni spurningunni í könnuninni, höfðuð þið ekki áhyggjur af því að spyrja spurningar sem bauð upp á að etja saman læknum úr Læknafélaginu og stjórn félagsins?

„Nei, við vorum ekki smeykir við það.

Ég vil að það komi fram í þessu sambandi að það stóð aldrei til að fela svörin við þessari spurningu, eins og virðist vera einhver misskilningur uppi um. Enda væri það afar kjánaleg afstaða hjá okkur, að halda að við gætum falið eitthvað sem við værum búnir að láta tvö þúsund manns vita um í könnuninni sjálfri. Ástæðan fyrir því að við birtum hana ekki á þessum blaðamannafundi og í þessu samhengi er þessi: Þegar við ákváðum að spyrja þessarar spurningar lá á borði stjórnar Læknafélags Íslands beiðni okkar um að viðræður yrðu teknar aftur upp eftir að hún sleit þeim í desember. Henni var ósvarað þegar könnunin fór í gang. Við vonuðumst til þess að niðurstaða úr þessari spurningu yrði til þess að hafa áhrif á þá afstöðu sem stjórnin tæki til beiðni okkar. Könnunin fór af stað að kvöldi föstudagsins 9. febrúar. Á mánudeginum, eftir að búið var að spyrja á föstudag, laugardag og sunnudag, frétti ég af neitun stjórnar Læknafélagsins um að taka viðræðurnar upp aftur. Ég held að bréfið frá félaginu hafi komið hingað á föstudeginum en ég frétti ekki af neituninni fyrr en á mánudag. Vegna tilgangs spurningarinnar, sem ég lýsti fyrir þér, að hafa áhrif á stjórn Læknafélagsins, þá mat ég það svo að svarið hefði ekki neina þýðingu lengur, þar sem endanlegt svar væri komið frá stjórn Læknafélagsins. Meginefni blaðamannafundarins föstudaginn 16. febrúar átti að vera að kynna hvað tæki nú við, eftir að þessum viðræðum var endanlega slitið. Spurningin var samt ekkert leyndarmál eða

svörin við henni, hvorki frá læknum eða almenningi enda svaraði ég spurningum um hana strax og ég fékk þær morguninn eftir. Ef við værum svo óheiðarlegir að birta aðeins það sem passaði okkur, þá hefðu við birt niðurstöðurnar meðal almennings, sem studdi ekki ákvörðun stjórnar Læknafélagsins, en sleppt því að birta niðurstöðu læknanna. Það kom í ljós að meirihluti lækna, að vísu naumur eða 56%, studdi ákvörðun stjórnar félagsins. Mjög stór minnihluti, 40% var á móti þessari ákvörðun."

Voru svör læknanna vonbrigði fyrir ykkur?

„Nei, ég get ekki sagt það. Hins vegar get ég alveg játað að þetta kom mér svolítið á óvart þegar ég skoðaði niðurstöðurnar úr báðum spurningunum samhliða. Mér fannst vera ákveðin mótsögn á milli svaranna. Það er hins vegar skiljanlegt að læknar hiki við að taka opinskáa afstöðu gegn stjórn síns félags, þótt þeir væru efnislega ósammála henni. Það hlýtur aftur á móti að vera umhugsunarefni fyrir stjórn félagsins að hafa tekið ákvörðun í þýðingarmiklu máli, sem fjórir af hverjum tíu læknum eru andsnúnir."

Myndir þú taka aðra ákvörðun varðandi kynningu á könnuninni nú, í ljósi umræðunnar sem fylgdi í kjölfarið?

„Ég gæti best trúað því. Ég áttaði mig ekki á að það kæmu upp raddir um að við værum að reyna að fela eitthvað. Við skildum líka aðra spurningu eftir, sem okkur þótti ekki hafa neitt fréttagildi, en hún varðaði það hvort fólk hefði fylgst lítið eða mikið með deilum okkar og stjórnar Læknafélagsins.

Blaðamannafundurinn og kynningin átti að þessu sinni ekki að snúast um deilurnar við stjórn Læknafélagsins. Fjölmiðlar vildu hins vegar eðlilega, og ég skil þá út frá fréttagildi, viðhalda þessum fleti, vegna þess að það er einfaldlega meira spennandi fréttaefni. Þannig að umræðan fór öll í þann farveg öfugt við það sem við stefndum að. Í því voru kannski mistök okkar fólgin, að sjá þetta ekki fyrir.

Ég held að þessi umræða hafi ekki skaðað Íslenska erfðagreiningu, þvert á móti. Satt að segja held ég að almenningur í landinu sé búinn að fá sig fullsaddan af þessu rifrildi milli Íslenskrar erfðargreiningar og stjórnar Læknafélagsins. Varðandi læknana, þá verður þetta moldviðri, sem verið hefur, að öllum líkindum leyst af sjálfu sér áður en farið verður að flytja gögn í þennan gagnagrunn. Þá verður væntanlega komin niðurstaða hjá hinu alþjóðlega vísindasamfélagi."

aób

Seroquel AstraZeneca, 960203 TÖFLUR; N 05 A H 04 R * *(Sérlyfjaskrártexti)*

Hver tafla inniheldur: Quetiapinum INN, fúmarat, samsvarandi Quetiapinum INN 25 mg, 100 mg eða 200 mg. Töflurnar innihalda mjólkursykur (laktósu). **Ábendingar:** Seroquel er notað til meðhöndlunar á geðklofa. **Skammtar og lyfjagjöf:** Seroquel á að gefa tvisvar á dag, með eða án matar. Fullorðnir: Heildardagskammtur fyrstu fjóra daga meðferðarinnar er 50 mg (dagur 1), 100 mg (dagur 2), 200 mg (dagur 3) og 300 mg (dagur 4). Eftir þessa fjóra daga er mælt með 300 mg dagskammti. Dagskammtinn má aðlaga að klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings, á bilinu 150-750 mg/dag. Aldraðir: Eins og með önnur geðlyf, skal lyfið notað með varúð hjá öldruðum, sérstaklega í upphafi meðferðar. Skammtaaukning getur þurft að vera hægari og dagsskammtur lægri en hjá yngri sjúklingum, og fer það allt eftir klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings. Klerans quetiapíns var að meðaltali um 30-50% minni hjá öldruðum samanborið við yngri sjúklinga. Börn og unglingar: Mat á öryggi og verkun lyfsins hjá börnum og unglingum er ekki fyrirliggjandi. Sjúklingar með nýrnabilun: Ekki er nauðsynlegt að aðlaga skammtinn. Sjúklingar með lifrarbilun: Quetiapin umbrotnar að miklu leyti í lifur, og skal því notað með varúð hjá sjúklingum með lifrarbilun, sérstaklega í upphafi meðferðar. Upphafsskammtur lyfsins skal vera 25 mg/dag hjá sjúklingum með lifrarbilun. Skammtinn skal auka daglega um 25-50 mg þar til viðunandi skammti er náð, og fer það allt eftir klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Samtímis sjúkdómar: Lyfið skal nota með varúð fyrir sjúklinga með þekkta hjarta- og æðasjúkdóma, sjúkdóma í heilaæðum og fyrir sjúklinga sem hættir til að fá of lágan blóðþrýsting. Seroquel getur orsakað stöðubundið blóðþrýstingsfall, sérstaklega í upphafi þegar verið er að auka skammta smám saman. **Flog:** Í klínískum samanburðarrannsóknum var enginn munur í tíðni floga hjá sjúklingum sem fengu lyfið eða lyfleysu. Eins og með önnur geðlyf, skal gæta varúðar við meðhöndlun sjúklinga sem fengið hafa flog. Síðkomin hreyfitruflun (tardive dyskinesia): Í klínískum samanburðarrannsóknum var enginn munur í tíðni extrapýramídal einkenna hjá sjúklingum sem fengu ráðlagða meðferðarskammta af lyfinu eða lyfleysu. Þetta bendir til að lyfið valdi síður síðkominni hreyfitruflun en venjuleg sefandi lyf. Hafa skal í huga að minnka skammta lyfsins eða hætta notkun þess ef vísbending og einkenni um síðkomna hreyfitruflun koma fram. Illkynja sefunarheilkenni: Illkynja sefunarheilkenni hefur verið tengt við sefandi lyfjameðferð. Klínísk einkenni eru t.d. ofurhiti, breytt andlegt ástand, vöðvastífni, óstöðugleiki í ósjálfráða taugakerfinu og hækkun á kreatínín fosfókínasa. Í slíkum tilvikum skal hætta notkun á lyfinu og gefa viðeigandi lyfjameðferð **Milliverkanir:** Aðalverkun lyfsins er á miðtaugakerfið, og því skal gæta varúðar við samtímis notkun annarra lyfja sem verka á miðtaugakerfið og alkóhóls. Lyfjahvörf lithíums breytast ekki ef það er notað samtímis lyfinu. Samtímis notkun á sefandi lyfjunum risperidon eða halóperidól hefur ekki marktæk áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samtímis notkun á thioridazín eykur klerans quetiapins. Lyfið örvar ekki lifrarensímin sem taka þátt í umbrotum fenazóns. Samtímis notkun á fenýtóíni (örvar microsomal ensím) veldur aukningu í klerans quetiapins. Sjúklingar sem taka samtímis lyfinu og fenýtóín, eða önnur lyf sem örva lifrarensím s.s. karbamazepín, barbitúröt og rífampicín, geta þurft að auka skammtinn af lyfinu til að hafa stjórn á einkennum sjúkdómsins. Ef sjúklingur hættir að taka fenýtóín og tekur í staðinn lyf sem örva ekki lifrarensím, s.s. natríum valpróat, getur þurft að minnka skammtinn af lyfinu. Ensímið CYP3A4 er helst ábyrgt fyrir sýtókróm P450 tengdum umbrotum quetiapins. Samtímis notkun á címetidíni, sem letur P450 ensímið, hefur ekki áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samtímis notkun á geðdeyfðarlyfjunum imipramín (letur CYP2D6) eða flúoxetín (letur CYP3A4 og CYP2D6) hefur ekki marktæk áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samt sem áður er mælt með að gæta varúðar þegar lyfið er notað samtímis lyfjum sem letja CYP3A4 (t.d. ketókónazól eða erýthrómýcín). **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki hefur verið færð sönnun á öryggi og verkun lyfsins á meðgöngu. Því skal aðeins nota lyfið á meðgöngu ef kostir þess réttlæta hugsanlega áhættu af notkun þess. Ekki er vitað að hve miklu leyti lyfið útskilst í móðurmjólk. Því skal ráðleggja konum sem nota lyfið að forðast að hafa börn á brjósti. **Akstur og stjórnun annarra véla:** Sjúklingum skal ráðlagt að aka ekki bifreið eða stjórna öðrum tækjum fyrr en þeir vita hvaða áhrif lyfið hefur. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin er svefnhöfgi, sem kemur helst fram í upphafi meðferðar, en hættir yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Lyfið veldur ekki hækkun á prólaktíni líkt og mörg önnur geðlyf. **Algengar (>1%):** Taugakerfi: *Svefnhöfgi.* Almennt: *Þróttleysi, svimi.* Hjarta- og æðakerfi: *Réttstöðuþrýstingsfall, of lágur blóðþrýstingur, hraðtaktur.* Meltingarfæri: *Hægðatregða, munnþurrkur, meltingartruflun.* Blóð: *Fækkun hvítra blóðkorna, hlutleysiskyrningafæð.* Efnaskipti: *SGPT (ALT) hækkun, SGOT (AST) hækkun, þyngdarauknin*g. Öndunarfæri: *Nefslímubólga.* **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Almennt: *Illkynja sefunarheilkenni.* Hjarta- og æðar: *Yfirlið.* Efnaskipti: *Kólesterólhækkun, blóðfituhækkun, hækkun á gamma-GT.* Blóð: *Fjölgun eósínfíkla.* Taugakerfi: *Rykkjakrampi, grand mal rykkjakrampi.* Meðferð með lyfinu hefur tengst örlítilli skammtaháðri lækkun á skjaldkirtilshormónum, sérstaklega í heildar T4 og fríu T4. Lækkunin náði hámarki á fyrstu 2-4 vikum meðferðarinnar, en við áframhaldandi notkun varð ekki frekari lækkun. **Ofskömmtun og eiturverkanir:** Takmörkuð reynsla er af ofskömmtun á lyfinu í klínískum rannsóknum. **Útlit:** Töflur 25 mg: *Kringlóttar, Ø 6 mm, ferskjulitaðar, kúptar og filmuhúðaðar.* Töflur 100 mg: *Kringlóttar, Ø 8,5 mm, gular að lit, kúptar og filmuhúðaðar.* Töflur 200 mg: *Kringlóttar, Ø 11 mm, hvítar að lit, kúptar og filmuhúðaðar.* **Pakkningar:** Töflur 25 mg: *100 stk (þynnupakkað);10952-kr.* Töflur 100 mg: *30 stk. (þynnupakkað);7.105-kr. 100 töflur (þynnupakkað);20.652-kr.* Töflur 200 mg: *30 stk. (þynnupakkað);10.350-kr. 100 töflur (þynnupakkað);30.263-kr.*

Umboð á Íslandi: *Pharmaco hf. AstraZeneca, Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími:535 7152 Fax: 565 7366*



Að ná tökum á tilverunni

„Við bindum ekki öll bagga okkar sömu hnútum!"

EFLIR / HNOTSKÓGUR

Seroquel er í flokki sefandi lyfja (neuroleptica). Ábending er geðklofi (schizophrenia). *(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu síðu)*



Tíðni extrapyramídal (EPS) aukaverkana hjá þeim sem taka Seroquel er svipuð og af lyfleysu. * Engin þyngdaraukning við langtímanotkun. ** Gildi prólaktíns hækka ekki við töku á Seroquel

AstraZeneca

annt um líf og líðan

*Arvantis L and Miller B et. al. Biol Psychiatry 1997; 42 (4): 233-246. **Davis J, Metalon L, Watanabe M, Blake L 1994: Depot antipsychotic drugs. Place in therapy. Drugs 47: 741-73



Tómas Zoëga er formaður stjórnar Siðfræðiráðs Læknafélags Íslands.

Varðar almannaheill

TÓMAS ZOËGA ER FORMAÐUR STJÓRNAR SIÐFRÆÐIráðs Læknafélags Íslands og situr fyrir hönd Læknafélagsins í nefnd Alþjóðafélags lækna sem um þessar mundir vinnur að setningu almennra reglna um gagnagrunna á heilbrigðissviði. Í kjölfar Gallupkönnunarinnar mótmælti hann túlkun Íslenskrar erfðagreiningar á því hvað fælist í skilmálum alþjóðasamtaka lækna og vísindasamfélagsins varðandi gagnagrunna á heilbrigðissviði. Tómas var spurður hvort túlkunin væri álitaefni.

"Það fer ekkert á milli mála hvað felst í þeim skoðunum sem vísindasamfélagið hefur sett fram um málið og þá sér í lagi Alþjóðafélag lækna. Læknafélag Íslands hefur átt fulltrúa á fjórum fundum þar sem þetta mál hefur verið til umræðu, stundum mjög ítarlega, og það leikur enginn vafi á því að Alþjóðafélag lækna styður kröfuna um upplýst samþykki, að svo miklu leyti sem samþykki getur verið upplýst í málum sem þessu. Félagið styður ennfremur að eftirlit óháðrar vísindasiðanefndar sé nauðsynlegt og að fólk geti sagt sig úr grunninum hvenær sem er.

Það sem þessi viðhorfskönnun segir manni fyrst og fremst er að menn eru að reyna að gera úr þessu áróðursstríð. Málið er ekki rætt efnislega heldur er fyrirtæki, í þessu tilfelli Íslensk erfðagreining, tilbúið að eyða mörg hundruð þúsund krónum til að kanna afstöðu lækna til þessa máls. Afstöðu sem fulltrúar lækna hafa í tvígang lýst yfir á aðalfundum félagsins. Niðurstaða könnunarinnar er nánast sú sama og aðalfundar Læknafélagsins, það er að krefjast beri skriflegs samþykkis einstaklinga áður en gögn eru látin í gagnagrunninn. Það er líka mjög merkilegt að fyrirtæki skuli taka að sér að kanna hjá félagsmönnum afstöðu þeirra til einnar ákvörðunar stjórnar félagsins. Í ljós kom að verulegur meirihluti lækna studdi afstöðu stjórnar Læknafélags Íslands um slit á viðræðum við Íslenskra erfðagreiningu. Stjórn Læknafélagsins hlýtur að vera fyrirtækinu þakklát fyrir könnun sem þessa.

Það er áberandi að eftir þriggja ára deilur er stjórn Íslenskrar erfðagreiningar smátt og smátt að gera sér grein fyrir því að ekki verður hægt að ná gögnum án samvinnu við lækna nema einstaklingar séu spurðir hvort þeir vilji láta gögnin af hendi. Það er verulegur árangur. Ég held að flestir læknar séu komnir á þá skoðun að lagabreyting sé nauðsynleg um þetta atriði og nokkur önnur, áður en hægt er að hefjast handa."

Hefur þú trú á því að það muni verða?

„Ég held að það sé eina mögulega niðurstaðan.

Hagsmunir fyrirtækisins eru auðvitað miklir í þessu efni og fulltrúar þess þeir einu sem geta haft áhrif á stjórnvöld. Spá mín er að forystumenn Íslenskrar erfðagreiningar muni innan tíðar komast að þessari niðurstöðu og leita til stjórnvalda með óskir um lagabreytingar."

Umræða hefur orðið um 11. greinina í drögum um gagnagrunna á heilbrigðissviði sem eru til umræðu innan Alþjóðafélags lækna. Kári Stefánsson forstjóri Íslenskrar erfðagreiningar taldi hana sérsniðna að hagsmunum fyrirtækis síns og kallaði yfir sig hörð viðbrögð, meðal annars frá Alþjóðafélaginu. Hvað viltu segja um það mál?

„Forstjóri Íslenskrar erfðagreiningar snýr þarna út úr plaggi sem er í vinnslu. Framkvæmdastjóri Alþjóðafélags lækna, doktor Delon Human, hefur lýst því yfir að þetta sé vinnuplagg sem verður til umræðu á vorfundi Alþjóðafélagsins í Frakklandi og að öllum líkindum til endanlegrar afgreiðslu í októbermánuði. Forystumenn Íslenskrar erfðagreiningar lesa þessa grein svolítið með sama hugarfari og skrattinn les biblíuna."

Heldur þú að til þess komi að reyna muni á mismunandi túlkanir áfram?

"Ég vona að það plagg sem kemur frá Alþjóðafélagi lækna verði það skýrt og afdráttarlaust að ekki þurfi að deila mikið um niðurstöður, þegar þær koma. Það verður áreiðanlega lögð töluverð vinna í að ganga þannig frá textanum að ekkert orki tvímælis. Á síðustu árum hafa stór, alþjóðleg fyrirtæki haft mikinn hug á að komast í sjúkraskrárupplýsingar og það eru hagsmunir þeirra fyrirtækja að komast í slíkar upplýsingar eins hindrunarlítið og hægt er. Læknar sem bera ábyrgð á vörslu sjúkraskráa og hið alþjóðlega vísindasamfélag hafa reynt að tryggja að rætt sé við þá einstaklinga sem veitt hafa upplýsingar sem varðveittar eru í sjúkraskránum, hugur þeirra kannaður og þeim gefinn kostur á að segja sig frá rannsóknum hvenær sem er. Einnig er gerð krafa um að óháð vísindasiðferðilegt mat sé lagt á þær rannsóknir sem gerðar verða.

Það hefur hins vegar verið gefið í skyn að upplýsingasöfnun sú sem fer í þennan miðlæga gagnagrunn sé ekkert meiri en gerist mjög víða um heiminn. Það er ekki rétt. Staðreyndin er sú að samkvæmt gagnagrunnslögunum verður um miklu víðtækari söfnun á heilbrigðisupplýsngum að ræða en nokkur annar aðili eða þjóð hefur farið út í. Þarna er verið að samkeyra allar heilbrigðisupplýsingar um einstaklinga á einn stað, með þeim möguleika að tengja þær annars vegar ættfræðigrunni og hins vegar grunni með upplýsingum um erfðaefni. Allt þetta er gert án þess að leitað sé til einstaklinganna sem eiga þessar upplýsingar. Læknar hafa ekki neitunarvald gagnvart því hvað er flutt í grunninn og það má kannski líkja þessu við að heilbrigðiskerfinu sé umbreytt í stóra trekt og í hana hellt öllum upplýsingum sem safnað hefur verið saman og þær færðar þessu stóra fyrirtæki. Læknar hafa sömu stöðu í þessu kerfi og þeir sem skoða bifreiðar. Þeir skrá ástand ökutækjanna en hafa að öðru leyti ekkert um það að segja hvað gert verður við upplýsingarnar.

Ég er alveg viss um það, að þegar menn líta til baka á það tímabil sem nú hefur varað í tæp þrjú ár, verða þeir undrandi. Sett hafa verið fram loforð um ætlaða gagnsemi grunnsins, loforð sem allir sjá, með örlítilli gagnrýninni hugsun, að geta ekki staðist. Verulegur hluti fjárfesta hefur trúað þessum loforðum, meðal annars almenningur. Einnig stór hluti stjórnmálamanna og það sem kannski er merkilegast, hluti lækna. Það er eins og menn hafi búið í ákveðnum sýndarveruleika og viljað trúa því að í grunni sem þessum sé ekki aðeins hægt að leysa íslensk heilbrigðismál, heldur heilbrigðismál alls heimsins. Auðvitað er það fráleitt, en fyrirtækið hefur verið duglegt við að reka áróður fyrir þessum hugmyndum og gert það mjög vel. Fyrirtækið hefur líka lagt áherslu á það í áróðri sínum að íslenska þjóðin sé einsleitari en aðrar þjóðir, en margt er að koma í ljós á síðustu mánuðum sem bendir til þess að við séum álíka margbreytileg og nágrannaþjóðirnar.

Samt má ekki vera of neikvæður. Líftæknifyrirtækin, þar á meðal Íslensk erfðagreining, hafa til að byrja með komið með nýtt fjármagn sem annars hefði hugsanlega ekki komið til landsins. Læknar fá tækifæri til rannsókna sem ella hefðu verið gerðar á annan hátt og ungt, velmenntað fólk hefur flust til landsins fyrr en ella. Það sem kemur á óvart, og læknar ættu að hugsa um, er að framsetning á ætluðum niðurstöðum er á annan hátt hjá þessu fyrirtæki en venjulegt er. Skýrt er frá þeim á blaðamannafundum sem fjárfestar eiga greiðan aðgang að, gjarnan í endurtekin skipti til að hækka gengi fyrirtækisins. Læknar þurfa að vera meðvitaðir um að það er verið að nota þá í þessum tilgangi. Menn þurfa að gæta þess að enda ekki með niðurstöður sem fást ekki birtar í vísindatímaritum, sem gera þá kröfur að ekki sé búið að birta efnið annars staðar."

Þarf þá að árétta þær reglur sem í gildi eru?

„Já, þegar vísindaniðurstöður eru fyrst og fremst kynntar í fjármálatímaritum er það ekki hinn venjulegi framgangsmáti, að minnsta kosti hefur ekki verið svo til þessa. Auðvitað verða menn að geta skýrt frá niðurstöðum sínum og stundum verður að vera möguleiki á að geta birt þær með hröðum hætti, ef niðurstöðurnar varða almannaheill. Því er ekki til að dreifa í þeim dæmum sem ég vitnaði til."

Hvað áhrif hafa þessar deilur sem verið hafa um gagnagrunninn, uppbyggingu hans, og kynningu á afstöðunni til hans?

"Ég held að Íslendingar séu almennt mjög tilbúnir til að taka þátt í vísindarannsóknum, tilbúnari en margar aðrar þjóðir. Þessar deilur hafa líklega vakið fólk til umhugsunar um eðli slíkra rannsókna og

hvaða kröfur þær þurfa að uppfylla. Skaðinn sem orðið hefur er hins vegar sá, að fólk er ekki eins reiðubúið að taka þátt í rannsóknum og fyrr, þótt fylgt sé öllum settum reglum. Það er slæmt ef umræðan leiðir til þessa. Þetta er ekki síður pólitískt mál en vísindasiðfræðilegt. Það á enginn að geta gengið í þessar upplýsingar án þess að spyrja fólk um leyfi. Mér finnst pólitíkusarnir hafa brugðist í þessu, ekki síst þeir sem kenna sig við frelsi einstaklingsins. Skoðun mín er að stór hluti af íslenskum stjórnmálamönnum hafi litið á þetta sem einfalt fyrirgreiðslumál, eins og því miður er of algengt í íslenskum stjórnmálum. Þetta mál snýst um grundvallarrétt einstaklinganna og yfirráðarétt yfir upplýsingum sem varða einkahagi þeirra. Ef fólk kýs að taka þátt í rannsóknum þá á það að ráða því sjálft. Ef það vill það ekki, þá á hvorki að þurfa að spyrja nokkurn, gefa skýringar né verja sig með því að segja sig úr gagnagrunninum, það á að leita fyrirfram samþykkis fyrir þátttöku. Ætlað samþykki er ekkert samþykki og býður upp á margvíslega misnotkun.

Hingað hafa komið fulltrúar allra stærstu fjölmiðla heims. Þessu fólki þykir mjög undarlegt að vestrænt þjóðfélag, með langa lýðræðishefð, skuli samþykkja lög sem þessi. Við erum eins og dýr í dýragarði sem umheimurinn kemur til að skoða og skemmta sér yfir. Það er reyndar mjög sérkennilegt að lög eins og þessi skuli vera sett í algerri andstöðu við meginþorra lækna og vísindasamfélagsins.

Niðurstaðan er sú að á meðan ekki er farið að almennum reglum í máli eins og þessu, þá verður enginn gagnagrunnur til. Það er ekkert flóknara en það. Það er hægt að semja um ákveðin mál en um önnur er ekki hægt að semja og hagsmunir allra felast í því að farið sé að reglum alþjóðlega vísindasamfélagsins. Þær eru að sumu leyti settar af biturri reynslu og um þær er mikil eining. Eftir að hafa setið nokkra fundi hjá Alþjóðafélagi lækna hef ég komist að raun um að læknar úr öllum heimshornum eru sammála um þessar reglur. Þarna er verið að safna saman á einn stað viðkvæmustu upplýsingum sem nokkur einstaklingur gefur öðrum. Þótt þær séu dulkóðaðar og eigi ekki að vera persónugreinanlegar, þá eru þær það engu að síður. Upplýsingarnar eru dulkóðaðar í eina átt, samt er hægt að rekja þá kóðun til baka með uppflettitöflu. Annað sem gerir upplýsingarnar persónugreinanlegar er, að í fámenninu er samhengi upplýsinganna gegnsætt og fjölskyldumynstrin einstök. Tökum sem dæmi 54 ára geðlækni, kvæntan hjúkrunarfræðingi. Þau eiga fjögur börn, þrjár dætur og einn son. Hér þarf engar ítarlegri upplýsingar til þess að vita um hverja er að ræða.

Allar heilbrigðisupplýsingar eru viðkvæmar, að minnsta kosti á það við um þorra fólks. Einhverjir kjósa reyndar að tala um heilsufar sitt í viðtölum blaða og tímarita. Það er allt í lagi, það er val, og einstaklingurinn tekur ákvörðun um það."

Það sem þú ert að ræða kemur að meira eða minna til kasta þeirrar nefndar sem þú situr í og er að móta reglur um gagnagrunna á heilbrigðissviði. Hvernig sérð þú framhald þess starfs?

„Vinnuplaggið sem nú er verið að fjalla um er samið af doktor James Appleyard gjaldkera Breska læknafélagsins, mjög reyndum manni á þessu sviði. Við, sem sitjum í nefndinni, tókum ekki beinan þátt í samningu þess. Við höfum rætt við hann um þá agnúa sem við sáum strax á því og Læknafélag Íslands hefur gert skriflegar athugasemdir og tillögur um breytingar. Ég reikna með því að önnur læknafélög muni senda inn athugasemdir og nefndin fái þetta efni til umfjöllunar. Ég hef ekki trú á öðru en samstaða verði um þessar reglur á fundum Alþjóðafélags lækna, í maí og október."

Býstu við að athugasemdir Læknafélagsins verði teknar til greina?

„Það er mjög líklegt í ljósi þeirra umræðna sem átt hafa sér stað á síðustu þremur árum. Sú afstaða sem stór hluti íslenskra lækna hefur verið að berjast fyrir er engin sérskoðun þeirra, heldur afstaða sem þorri lækna um allan heim styðst við eða fer eftir.

Það sem er ef til vill athyglisverðast er að Íslensk erfðagreining hefur lýst því yfir við fleiri en eitt tækifæri að fyrirtækið muni fara eftir þessum niðurstöðum. Þá verður að breyta lögunum um gagnagrunninn. Enda eru þau um margt sérkennileg og að stofni til skrifuð af fyrirtækinu."

aób



Einu sinni á dag við exemi[4,5,8]

- Áhrifarík meðferð fyrir börn og fullorðna[4, 6, 9]
- Góður kostur í langtímameðhöndlun exems[5]
- Lítil hætta á aukaverkunum[1, 3, 5, 6, 7, 8]
- Einföld skömmtun[3, 4, 5]

Cutivat
Fluticasone Propionate

CUTIVAT GlaxoSmithKline; RB

KREM; 1 g inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 0,5 mg (=500 míkróg), Paraffinum liquidum, Alcoholum cetosteraylicus, Isopropylis myristas, Cetomacrogolum 1000, Propylenglycolum, Imidurea, Natrii phosphas, Acidum citricum monohydricum, Aqua purificata q.s. ad 1 g. **SMYRSLI;** 1 g inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat 50 míkróg, Propylenglycolum, Sorbitanum sesquioleas, örkristallað vax, Paraffinum liquidum q.s. ad 1 g. **Eiginleikar:** Flútíkasónpróþíónat er sykursteri með kröftuga bólgueyðandi verkun (flokkur III) en bælandi áhrif á nýrnahettustarfsemi eru lítil þegar lyfið er borið á húð (sjá kaflann um varúð). **Ábendingar:** Húðsjúkdómar sem þurfa staðbundna sterameðferð, svo sem exem, ofnæmi, kláði prurigo nodularis, psoriasis (þó ekki útbreiddur psoriasisskellur), staðbundinn helluroði (discoid lupus erythematosus), skordýrbit, hitabólur og taugahúðkvillar (neurodermatoses). Stuðningsmeðferð við sterainntöku við erythroderma generalisata. **Frábendingar:** Húðsýkingar af völdum baktería, sveppa eða veira. Rosacea, þrymlabólur (acne vulgaris), kláði kringum endaþarm og á kynfærum (perianal og genital pruritus). Húðútbrot hjá börnum innan 1 árs, þ.m.t. bleiuútbrot. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið ætti ekki að nota á meðgöngu nema brýna nauðsyn beri til. Ekki er líklegt að lyfið finnist í brjóstamjólk við venjulega notkun. **Aukaverkanir:** Sjaldgæfar (0,1 - 1%): *Húð:* Staðbundinn sviði eða kláði, húðþynning, útvíkkun á æðum í húð, húðslit, sýkingar. Mjög sjaldgæfar (< 0,1%): *Innkirtlar:* Bæling á starfsemi nýrnahetttna. *Húð:* Litabreytingar, óeðlilegur hárvöxtur og ofnæmi. Dæmi eru þess að einkenni húðsjúkdóma versni við notkun sykurstera. Beri á ofnæmi skal notkun lyfsins strax hætt. **Milliverkanir:** Engar þekktar. **Varúð:** Langvarandi notkun lyfsins í miklu magni, sem borið er á stór húðsvæði, getur valdið bælingu á nýrnahettustarfsemi. Ólíklegt er að slíkt gerist nema ef lyfið er borið á yfir 50% af líkamsyfirborði fullorðinna eða meira en 20 g eru notuð daglega. Hjá börnum getur frásog sykurstera verið hlutfallslega meira og því aukin hætta á almennum aukaverkunum. Forðast ber að nota lyfið um langan tíma í andlit og gæta skal þess að lyfið komi ekki í augu. Ef sýking berst í húðsvæði sem verið er að meðhöndla er þörf á viðeigandi sýklalyfjameðferð. Ef sýkingin breiðist út þarf að hætta notkun lyfsins. Auknar líkur eru á sýkingu ef ógegndræpar umbúðir eru notaðar. **Notkun: Krem 0,5 mg/g:** *Við exemi:* Berist á í þunnu lagi, einu sinni á dag. *Við öðrum ábendingum:* Berist á í þunnu lagi tvisvar á dag. **Smyrsli 0,5 míkróg/g:** Berist á í þunnu lagi tvisvar á dag. **Pakkningar: Krem 0,5 mg/g:** 30 g; 100 g. **Smyrsli 50 míkróg/g:** 30 g; 100 g. **Verð:** Cutivat krem og smyrsli: 30 gr. kr. 1.233, 100 gr. kr. 3.296. **TILV.** 1.Lebwohl M. Cutis 1996;57(2s):62-68. 2.Olsen EA.Cutis1996;57(2S):57-61. 3.Spencer CM et al. BioDrugs 1997:7(4):318-334. 4.Bleehen SS et al. Br.J Dermatol 1995; 592-597. 5.Van der Meer JB et al Br J Dermatol 1999;140: 1117-1121. 6.Young MMR et al. (Abstract) Br J Dermatol 1994;131:135. 7.Oranje AP et al. J Dermatol Treat 1999; 10(1):73-74. 8. Wolkerstorfer A et al. J am acad Dermatol 1998;39(2pt1):226-232. 9. Westerhof W et al. Arch Dermatol 1999; Sept 135: 1061-1066. 19.03.01.

gsk GlaxoSmithKline

Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 530 3700 • www.gsk.is

Hver ræður spurningum og birtingu?

Þorlákur Karlsson framkvæmdastjóri hjá Gallup á Íslandi er sennilega sá maður sem besta mynd getur gefið af framkvæmd Gallup-könnunarinnar sem rætt er um í þessu yfirliti. Hann var fenginn til að svara nokkrum spurningum Læknablaðsins varðandi könnunina sem fyrirtækið sá um fyrir Íslenska erfðagreiningu. Ein af þeim spurningum sem hefur vaknað er hver ráði ferðinni varðandi spurningar í slíkum könnunum. Er það viðskiptavinurinn sem öllu ræður eða hafa fyrirtækin sem sjá um framkvæmdina eitthvað um málið að segja?

„Það fer að nokkru leyti eftir því um hvað er verið að fjalla. Ég vil skipta spurningunni í þrennt, efni spurningarinnar, spurninguna sjálfa og síðan svarmöguleikana. Efni spurningarinnar kemur viðskiptavinurinn með. Það er okkar faglega ábyrgð að breyta því efni í spurningu og svarkosti sem eru eins vel gerðir og fræðin og reynslan leyfa. Og við erum sérfræðingar í því. Við höfum mikla reynslu í að orða spurningar og styðjumst bæði við eigin rannsóknir og erlendar í tugi ára. Þetta er mjög flókið mál og margir pyttir sem þekkjast í orðalagi spurninga. Einn er sá að koma með fullyrðingu og spyrja fólk hvort það sé sammála eða ósammála henni. Þar þekkist fyrirbrigði sem nefnist samþykkishneigð og verður til þess að of hátt hlutfall fólks segist vera sammála, svo dæmi sé tekið. Þannig er það á okkar ábyrgð að vera með rétt orðalag og rétta svarkosti. Við höfum hafnað viðskiptum vegna þess að það var ágreiningur um orðalag sem ekki leystist. Það gerist hins vegar ekki oft, auðvitað sannfærum við viðskiptavini okkar oftast."

Eitt af því sem hefur komið fram í kjölfar könnunarinnar er að sumir þeirra lækna sem hafa haft samband við Læknablaðið segjast hafa verið tregir til að svara eða fundist að skilyrta spurningin sem varðar gagnagrunninn hafi verið til þess fallin að kalla á jákvætt svar.

„Spurningar sem fela í sér skilyrðingu eru algengar. Oft er nauðsynlegt að gefa forsendur til að fólk viti hverju það er að svara. Spurningin sem við stöndum frammi fyrir er hvort allir skilji forsenduna eins. Ég velkist ekki í vafa um að nánast hver einasti læknir skilur hvað átt er við með alþjóðasamtökum lækna og vísindasamfélaginu. Ef ég hefði ekki haft þessa viðbót og aðeins spurt: Ertu fylgjandi eða andvíg(ur) uppbyggingu á miðlægum gagnagrunni á heilbrigðissviði?, þá hefði það verið gölluð spurning. Læknar vita of mikið um málið. Þeir hefðu spurt: Áttu við með þeim skilyrðum sem læknar vilja að settar séu, eða er átt við að byggja eigi upp gagnagrunninn eins og fyrirtækinu sýnist? Þessi útskýring er að mínu mati alveg nauðsynleg fyrir þennan hóp, það er að segja lækna."



Þorlákur Karlsson framkvæmdastjóri hjá Gallup á Íslandi.

En almenningur var spurður annarrar spurningar?

„Almenningur hefur ekki tekið mikinn þátt í umræðunni um það sem alþjóðasamtök lækna og vísindasamfélagið hafa lagt áherslu á. Þegar almenningur er spurður held ég hins vegar að allir átti sig á því að verið er að tala um þann gagnagrunn á heilbrigðissviði sem Íslensk erfðagreining hefur verið að fást við."

Er það ekki ótvírætt að þessar spurningar eru ekki sambærilegar?

„Þær eru ekki sama spurningin ef sami hópur er spurður. En ég tel að til þess að fá sem besta mynd af afstöðu til miðlægs gagnagrunns á heilbrigðissviði hafi verið nauðsynlegt að hafa spurninguna með þessari viðbót þegar læknarnir voru spurðir. Þá verður líka að skoða niðurstöðuna hjá þeim með það í huga að það verði farið eftir öllum skilmálum alþjóðasamtaka lækna og vísindasamfélagsins. Spurningin sem við beindum til almennings er vissulega almennar orðuð. En þetta er vandmeðfarið, það skal ég viðurkenna."

En hvað með þær athugasemdir úr hópi lækna að með því að setja þessa skilyrðingu fram sé verið að gefa til kynna að niðurstaðan verði sú að farið verði að þessum skilmálum, sem engin niðurstaða hefur fengist um á þessari stundu, og þar með geti það kallað á jákvæðari svör en ella?

„Við vitum að minnsta kosti að tæp 84% lækna eru fylgjandi uppbyggingu, að þessum skilyrðum uppfylltum. Ég skoða þennan hóp auðvitað fyrst og

fremst með tilliti til viðbótarinnar í spurningunni. Við verðum að gera það. Við vitum ekki hvað hefði komið út úr þessari könnun ef önnur forsenda hefði verið gefin eða alls engin."

Fréttir fjölmiðla gátu gefið það til kynna að leggja mætti þessar tvær spurningar að jöfnu, með og án skilyrðingar. Gerist það stundum að bornar eru saman niðurstöður sem eru ekki sambærilegar?

„Já, það gerist vissulega. Reyndar fylgdist ég ekki með fréttum þennan föstudag, þegar blaðamannafundur Íslenskrar erfðagreiningar var haldinn. Ég var staddur í sumarbústað úti á landi. Þar af leiðandi fylgdist ég ekki nógu vel með umræðunni þessa helgi og þori ekki að segja til um hvort eitthvað var mistúlkað.

Varðandi spurninguna sem lögð var fyrir almenning, þá hefur hennar verið spurt þrisvar á síðastliðnum tveimur árum og niðurstaðan er nánast óbreytt í öll skiptin. Nú síðast voru það einungis 9% sem ekki tóku afstöðu, sem er lágt hlutfall. Auk þess voru þeir fáir sem svöruðu: Hvorki né. Það má því fullyrða að á þessu tveggja ára tímabili hafi yfirgnæfandi meirihluti þjóðarinnar stutt uppbyggingu gagnagrunns á heilbrigðissviði. Ég sé ekki að öðruvísi orðuð spurning myndi breyta miklu í dag. Hún hefði breytt meiru á meðan málið var nýtt og menn að móta sér skoðun. Núna held ég að mikið þyrfti að vera að í orðalagi til að fá mjög ólíka niðurstöðu."

Ef við snúum okkur að túlkun spurninganna, eru þá einhver ákvæði um það hvernig kannanir skuli kynntar, eða er það alveg í höndum viðskipavinarins?

„Yfirleitt er lögð mikil áhersla á það að við séum viðstödd þegar könnun er kynnt, ef um mjög flókin mál er að ræða. Til dæmis ef við erum með stórar kannanir fyrir viðskiptavini þar sem oft koma upp spurningar um túlkun. Þar á ég við tölfræðilega túlkun eða aðferðafræðilega, vikmörk og óvissu til dæmis. Í þessu tilfelli hafði ég engar áhyggjur af slíku, fyrirtækið hefur fengið slíkar skýrslur áður og þekkir túlkunina og það sem í henni felst mæta vel. Spurningarnar voru að miklu leyti hliðstæðar spurningum sem spurt hafði verið áður.

Síðan er til önnur túlkun sem snýr að því hvaða ályktanir má til dæmis draga af þessari könnun, um samskipti við lækna og fleira. Það sem snýr að Íslenskri erfðagreiningu er að mikill meirihluti vill að farið sé eftir því sem alþjóðasamtök lækna og vísindasamfélagið vill. Það er ekkert vafamál, en hvað það þýðir í framtíðinni varðandi samskipti við lækna er erfitt að túlka.

Það vill svo til að ég starfa einmitt um þessar mundir í hópi með fleirum sem standa af rannsóknum af þessu tagi, það er að segja PriceWaterhouseCoopers, Félagsvísindastofnun, Rannsóknum og greiningu, DV og Hagstofunni og við erum að semja siðareglur fyrir svona samtök. Við horfum að sjálfsögðu til útlanda þegar við erum að skoða þetta. Þar eru til ákvæði þess efnis, að það sé skylda okkar, ef viðskiptavinur mistúlkar niðurstöður gróflega aðferðafræðilega og tölfræðilega, að leiðrétta það. Þanng að þetta er nokkuð sem vonandi verður gert í ríkari mæli. Við höfum gripið inn í nokkrum sinnum, þegar okkur hefur til dæmis fundist að auglýsingar væru villandi. Stundum má lesa í auglýsingum eitthvað á þessa leið: Samkvæmt Gallup-könnun ... en framsetning í auglýsingunni getur verið þannig að hægt sé að misskilja hana og fá röng skilaboð ef maður þekkir ekki til málsins. Við höfum gripið inn í þegar svoleiðis gerist. Þetta á ekki við um Íslenska erfðagreiningu."

Skiptið þið ykkur eitthvað að því hvort niðurstöður eru kynntar í heild eða einungis hluti þeirra?

„Nei, því getum við ekki stjórnað. Það verða fulltrúar fyrirtækisins að ákveða. Þegar við skilum skýrslu upp á 200 blaðsíður þarf alltaf að velja og hafna. Það orkar kannski frekar tvímælis þegar um stutta könnun er að ræða, en það er ekki okkar að ákveða. Við getum staðið við hvora niðurstöðuna sem er. Við getum ekki gert þá kröfu að allt sé birt, en það kom reyndar í ljós í þessu tilviki að það varð að birta það sem eftir stóð seinna."

Er þessi könnun sú fyrsta sem þýðið „Starfandi íslenskir læknar" er notað í?

„Nei, það hefur verið notað oftar, meðal annars áttum við í góðu samstarfi við rannsóknarmenn vegna könnunar um bakflæði í fyrra. Hins vegar er þetta í fyrsta sinn sem við notum þetta þýði í könnun fyrir Íslenska erfðagreiningu.

Það má reyndar nefna það að samkvæmt fræðunum eru sumir hópar erfiðari en aðrir og fræðin segja að hópar á borð við lækna, lögfræðinga og fleiri slíkar stéttir séu erfiðir hópar. Þá er oft mælt með sérstakri þjálfun fyrir spyrla. Fyrstu sekúndurnar í könnunum skipta höfuðmáli og sagt er að læknar séu meðal þeirra sem neiti oftar en aðrir að taka þátt í svona könnunum. Að þessu sinni fengum við nánast 75% svörun á fjórum dögum og þar af voru aðeins 12% sem neituðu að svara. Við fáum stundum allt að 20% neitanir. Að vísu var þetta kynnt sem stutt könnun en ég var samt ánægður og undrandi hve vel hún gekk."

Getur það spilað inn í að þetta er mál sem margir hafa mjög sterkar skoðanir á?

„Kannski, ef ég væri læknir væri ég forvitinn, þetta eru bara tvær spurningar, hvaða spurningar ætli það séu? Á framkvæmdafundi hjá okkur á þriðjudeginum eftir könnunina spurði ég yfirspyrilinn okkar hvernig hefði gengið og henni fannst hafa gengið alveg sérlega vel. Læknarnir komust að vísu ekki í sama hóp og uppáhaldssvarendurnir okkar, bændur og sjómenn, en þeir hringja gjarnan aftur í okkur og vilja ræða málin betur."

aób

Gráu svæðin

Ólafur Þ. Harðarson prófessor í stjórnmálafræði við Háskóla Íslands er gerkunnugur skoðanakönnunum og framkvæmd þeirra. Hann hefur meðal annars unnið að því að byggja upp þær kannanir sem gerðar eru hjá Félagsvísindastofnun Háskólans. Hann var inntur álits á þeim spurningum sem lagðar voru fyrir íslenska lækna og almenning í könnun Gallups og kynningunni á niðurstöðunum. Einnig um þær almennu reglur sem hafa þarf í huga varðandi skoðanakannanir. Hann var fyrst spurður um það hver réði venjulega ferðinni varðandi orðalag spurninga í skoðanakönnunum.

„Þau fyrirtæki sem kaupa spurningar af könnunarfyrirtækjum ráða á endanum hvaða spurninga er spurt. Hins vegar eru fyrirtæki sem hafa metnað, eins og Gallup til dæmis hefur augljóslega, mjög á varðbergi gagnvart því að spyrja spurninga sem eru augljóslega leiðandi eða gallaðar. Þarna er að vísu alls konar grá svæði í sambandi við samskipti viðskiptavinar og fyrirtækis, eins og oft er, ekki aðeins í sambandi við skoðanakannanir heldur einnig hjá ráðgjafarfyrirtækjum og fleiri aðilum."

Er falin einhver gildra í skilyrtum spurningum eins og til dæmis þeirri sem læknar svöruðu varðandi gagnagrunninn? Eins og fram hefur komið hefur spurningin verið túlkuð mismunandi af fulltrúum Íslenskrar erfðagreiningar og Læknafélagsins þar sem meðal annars hefur verið tekist á um hvenær upplýst samþykki þurfi að liggja fyrir?

„Fyrst ber þess að gæta að spurningin sem læknar voru spurðir varðandi afstöðu til gagnagrunnsins og sú sem almenningur fékk eru tvær ólíkar spurningar. Svörin við þeim eru alls ekki sambærileg. Það hefði verið áhugavert að hafa spurningarnar eins og spyrja læknana bara þessarar einfaldari spurningar.

Það er í sjálfu sér allt í lagi að gefa sér forsendur og því betur sem svarendur þekkja til málsins þeim mun líklegri eru þeir til að geta áttað sig á tiltölulega flóknum atriðum. Ég geri ráð fyrir að læknar hafi í grófum dráttum einhverja sæmilega hugmynd um hvað átt er við með öllum skilmálum alþjóðasamtaka lækna og vísindasamfélagsins. Þeir sem vilja að farið sé að þessum skilmálum, án tillits til þess hverjir þeir eru, geta svarað spurningunni með jái eða neii. Hins vegar getur það vel haft áhrif ef ekki er vel ljóst hvað átt er við með



Ólafur Þ. Harðarson prófessor í stjórnmálafræði við Háskóla Íslands.

því hvaða skilyrði er verið að tala um. Það væri heppilegast að spyrja þessarar spurningar og spyrja síðan fleiri spurninga, til dæmis að spyrja þá beint um upplýst samþykki. Þegar verið er að spyrja um viðhorf segja ein eða tvær spurningar aldrei alla söguna."

Er til einhver þumalfingursregla um hvað sé heppilegt að spyrja margra spurninga?

„Nei, það er ekki hægt að segja það. Mjög oft eru fáar spurningar vegna þess að menn hafa ekki endalausa peninga og verða að láta sér þær nægja. Ef maður vill kortleggja afstöðu fólks mjög vel þá er gott að spyrja fimm, 10 eða jafnvel 20 spurninga."

Hvað finnst þér annars um þessa könnun sem slíka?

„Almennt eru þetta mjög klassískar spurningar og settar upp á þann hátt sem venjulegt er. Það má auðvitað alltaf velta fyrir sér einhverjum blæbrigðum í spurningu, eins og hvort það að vísa til þess að farið sé eftir öllum skilmálum alþjóðasamtaka lækna og vísindasamfélagsins þjóni þeim tilgangi að auka fjölda jákvæðra svara. En ég sé ekkert augljóslega ámælisvert í spurningunum þótt túlkunin á þeim sé ekki endilega augljós.



Livial® tibolon

Eftir tíðahvörf er konan komin á þann aldur að hún er laus við óvissu æskunnar. Þess vegna er sanngjarnt að hún sé einnig laus við óæskilega spennutilfinningu í brjóstum þrátt fyrir að hún sé á meðferð við óþægindum af völdum tíðahvarfa.

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

Er spennutilfinning í brjóstum vandamál?

Organon

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

Ef fyrsta spurningin sem læknarnir svöruðu er túlkuð þannig, að allir sem svara henni játandi séu samþykkir núverandi uppbyggingu á gagnagrunni, þá er það augljóslega ekki rétt túlkun, nema þá að allir læknar hafi sama skilning á skilyrðum alþjóðasamtaka lækna og vísindasamfélagsins, sem ég held að sé ekki. Það er reyndar mjög algengt að menn fari frjálslega með hvers er spurt í umfjöllun eftir á. Ég hef einmitt séð rannsóknir á því að oft þegar menn eru að skoða stöðugleika í viðhorfum almennings þá má skýra sveiflur sem fram koma með því að ekki er verið að spyrja um sama hlutinn. Stöðugleiki í viðhorfum fólks er miklu meiri en menn halda oft, jafnvel árum og áratugum saman. Einnig er til í dæminu að greina megi ákveðna þróun sem gengur öll í sömu átt eins og hefur verið kannað í Bandaríkjunum, þar sem afstaðan til kvenna hefur til dæmis í rólegheitum breyst verulega á undanförnum 60-70 árum. En í fréttum virðist sem einhverjar miklar sveiflur séu í gangi og menn draga þær ályktanir að almenningsálitið sé svona óskaplega flöktandi. Menn benda á að í gær hafi 70% manna verið meðmæltir Persaflóastríðinu en í dag séu þeir aðeins 50%. Þegar grannt er skoðað kemur í ljós að spurningarnar sem spurt var eru ekki sambærilegar."

Nú urðu talsverð blaðaskrif vegna þess að Íslensk erfðagreining birti ekki svör nema við annarri aðalspurningunni. Er það algengt að tekinn sé hluti úr könnun og kynntur en öðrum sleppt, ef til vill ef sá fyrrnefndi er hagstæður en hinn ekki?

„Ég er nú ekki sjálfur að framkvæma svona kannanir nú og veit ekki hversu algengt það er. Ég gæti þó trúað því að það væri töluvert algengt. Sá sem kaupir spurningar er ekki skyldugur til að birta allar niðurstöðurnar. Sumir birta engar. Þetta er hins vegar eins og með aðrar upplýsingar, ég held að könnunarfyrirtæki geti ekki gert kröfu um að allt sé birt. Stundum er um margar spurningar að ræða og þá vilja menn sýna færri og skýrari niðurstöður, sem eru samt dæmigerðar. Ef hins vegar sá sem lætur gera könnun fyrir sig kýs viljandi að birta villandi niðurstöður sem eru á skjön við meginniðurstöður könnunarinnar, þá er það náttúrulega siðferðilega ámælisvert. En það á líka við um aðrar upplýsingar, það er líka ámælisvert ef Þjóðhagsstofnun eða Seðlabankinn birta 30 vísa um þjóðahagsstærðir og stjórnmálamaður kýs að taka aðeins einn eða tvo sem eru á skjön við heildarmyndina. Þar eru að vísu allar upplýsingar á borðinu."

Þarna var um að ræða tvær aðalspurningar, breytir það einhverju?

„Í þessu tilfelli hefði ég nú talið það lang heiðarlegast og hyggilegast af þeim að birta allt. En það er auðvitað þeirra mat, sem keyptu könnunina, hvernig staðið var að kynningunni."

Eru skoðanakannanir farnar að vera tæki til að birta jákvæða mynd af fyrirtækjum?

„Skoðanakannanir eru ekkert öðru vísi en aðrar upplýsingar. Það getur skipt miklu máli hvernig afkomureikningur fyrirtækja er settur upp. Þarna er grá lína, hvenær upplýsingarnar eru svona svolítið villandi og hvenær er farið að falsa eða ljúga. Auðvitað vill maður hafa framsetningu sem einfaldasta og heiðarlegasta en í veruleikanum eru alls konar grá svæði á þessu sviði eins og öðrum. Maður verður fyrst og fremst að gera þá kröfu að upplýsingar um framkvæmdina séu ljósar og ljóst sé hvernig er spurt. Þá geta menn metið sjálfir hvort þeir telja að eðlilega sé að staðið eða ekki. Reyndar er það nú þannig að það getur komið í bakið á mönnum ef þeir ætla að búa sér til hagstæða niðurstöðu, til dæmis með því að búa til mjög hlutdrægar spurningar. Það er venjulega augljóst hvað þeir eru að gera. Og þá eru þeir bara hlegnir út úr húsinu."

aób

Seretide Diskus
GlaxoSmithKline, 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:* Höfuðverkur. *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. 19.03.01

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.

SERETIDE

gsk GlaxoSmithKline

Þverholti 14 • 105 Reykjavík • Sími 530 3700 • www.gsk.is



GOTT FÓLK McCANN-ERICKSON · SÍA · 13983

Kallar þú þetta að lifa eðlilegu lífi?

Dag hvern verður hann að leggja harðar að sér en flestir aðrir – því hann þjáist af astma. En jafnvel þótt hann reyni að tryggja að neyðarúðinn sé alltaf innan seilingar, koma köstin fyrirvaralaust. Og staðreyndin er sú að jafnvel neyðarúðinn nægir ekki í öllum tilvikum. Andar hann samviskusamlega að sér steralyfinu á hverjum degi? Eða hefur ofurtrúin á neyðarúðann ruglað hann í ríminu?

Með **Seretide Diskus** fær sjúklingurinn í einu tæki áhrifaríka meðferð við astma- og bólgueinkennum. Þannig má fækka astmaköstum og þörfin fyrir neyðarúðann minnkar[1,2]. Sjúklingurinn nýtur fyrirbyggjandi meðferðar sem hann finnur að virkar frá fyrsta skammti.

Seretide - minni astmi – betra líf!



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

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

Virk innihaldsefni: Hvert hylki inniheldur 120 mg orlístat.

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

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

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

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

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

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

Meðganga og brjóstagjöf: Notkun orlístats á meðgöngu er ekki ráðlögð. Enn sem komið er eru ekki fullnægjandi upplýsingar fyrirliggjandi um tóku 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), fitugar/seigfljótandi hægðir (20% sjúklinga), þunnfljótandi hægðir (12% sjúklinga), aukin hægða-losun (11% sjúklinga) og vangeta við stjórn á hægðum (8% sjúklinga).
Tíðni aukaverkana minnkaði með langtímanotkun orlístats.
Aðrar meðferðartengdar aukaverkanir sem komu fram við tíðni > 2% og með tíðni >1% yfir lyfleysu voru: Meltingarfæri: Kviðverkir/-óþægindi, 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 1.1. 2001:
Hylki 120 mg: 42 stk. (þynnupakkað): 5.490 kr.; 84 stk. (þynnupakkað): 9.783 kr.

Greiðsluþátttaka: Tryggingastofnun ríkisins tekur ekki þátt í greiðsu 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 Conduitation on Obesity (Geneva, 3-5 June, 1997). Geneva: WHO.

Megrunarlyf við offitu

XENICAL®
orlístat

Fyrir þá sem þurfa að léttast

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

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

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

Fylgikvillar offitu[3]:

Verulega aukin áhætta (yfir þreföld áhætta)	Töluvert aukin áhætta (tvö- til þreföld áhætta)
Sykursýki (gerð 2) Gallblöðrusjúkdómar Hækkaðar blóðfitur Insúlínviðnám Mæði Kæfisvefn	Kransæðasjúkdómur Háþrýstingur Slitgigt í hnjám Þvagsýrudreyri/-gigt
Lítillega aukin áhætta (allt að tvöföld áhætta)	
Brjóstakrabbamein eftir tíðahvörf Legslímukrabbamein Ristilkrabbamein Óeðlileg hormónaframleiðsla í æxlunarfærum Fjölblöðru-eggjastokksheilkenni Minnkuð frjósemi Mjóbaksverkir Aukin áhætta við svæfingu Fósturgallar sem tengjast offitu móður	

Hylki 120 mg: 42 stk.; 84 stk.

1 hylki 3svar á dag með mat

Roche
Hoffmann - La Roche

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

Stofnun háskólasjúkrahúss krefst nýrra leiða í stjórnun

Í DESEMBERBLAÐI LÆKNABLAÐSINS HÓFST UMFJÖLLUN um lækna og stjórnun með viðtali við Gísla Sigurðsson. Nú verður þessari umræðu haldið áfram og spjallað við Reyni Tómas Geirsson prófessor, deildarforseta læknadeildar Háskóla Íslands. Reynir Tómas hefur margþætta reynslu af stjórnunarstörfum, bæði innan Háskóla Íslands og Landspítalans, og er virkur í því samningaferli sem nú á sér stað um stjórnun hins nýja háskólasjúkrahúss. Hann var skipaður sviðsstjóri á kvennasviði Landspítala – háskólasjúkrahúss, en er í þriggja ára leyfi frá því starfi vegna anna við læknadeildina. Hann vinnur þó að stjórnun á kvennasviði sjúkrahússins og að uppbyggingu rannsókna- og fræðastarfsemi þar ásamt sviðsstjórum þess.

Í þeim umbreytingum sem nú eiga sér stað á Landspítala – háskólasjúkrahúsi, er fróðlegt að fá að skyggnast inn í þær hugmyndir sem stjórnendur innan stofnunarinnar gera sér um skipan stjórnunarmála. Reynir Tómas var því fyrst beðinn um að lýsa því hvernig stjórnun spítalans væri háttað ef hann gæti ráðið för:

„Ég vildi vinna hér á landi á vel búnu og öflugu háskólasjúkrahúsi, sem sér bæði um erfið og ýmis létt tilvik, með móttökum, göngudeildum og legudeildum, og þar sem rannsóknarvinna og fræðastarfsemi er innbyggður þáttur í allri starfseminni. Starfsfólk og almenningur væri meðvitaður um að nemar í ýmsum heilbrigðisgreinum fengju kennslu á sjúkrahúsinu og allir álitu það sjálfsagt mál og til hagsbóta fyrir alla. Sú staðreynd að kennt er á sjúkrahúsinu er trygging fyrir gæðum og eftir því á að sækjast. Stjórnunarfyrirkomulag á slíku sjúkrahúsi væri þannig að Háskóli Íslands væri fullgildur þátttakandi í að stýra ferlinu í þessa átt með beinni þátttöku í stjórnun háskólasjúkrahússins, því hann er eini raunverulegi rannsóknarháskólinn á Íslandi. Yfirstjórnin hefði það markmið að sjá um meginþætti stjórnunarinnar og láta aðra þá þætti, sem hún hefði ekki möguleika á að sjá um, fara til hinna einstöku sviða. Sviðin sjálf þyrftu að vera góður, samhentur hópur fagfólks úr mörgum stéttum, sem ynni á þverfaglegum grunni, að því að efla velferð skjólstæðinganna og hafa gæðin sem mest. Jafnframt sinntu þau kennslu- og fræðsluhlutverki sem sjálfsögðum hluta af hinum daglegu störfum sviðanna."



Reynir Tómas Geirsson prófessor, deildarforseti læknadeildar Háskóla Íslands.

Kostir stærðarinnar og kostir smæðarinnar

Ein af spurningunum sem hafa heyrst um sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík í háskólasjúkrahús er að einingin sé of stór. Í þínum huga gætir einskis ótta varðandi stærðina ...

„Stórar einingar eru góðar að því leyti að þær eru öflugar og fólk getur skipt með sér verkum innan hópsins. Þess vegna er hægt að byggja upp kröftuga innri starfsemi í viðkomandi einingum. Stór stofnun verður að nýta sér kosti smærri eininga og virka eins og hún væri samsett úr mörgum minni einingum. Þannig er hægt að skapa meiri nánd og betri samskipti milli skjólstæðinga og heilbrigðisstarfsfólks. Margar tiltölulega sjálfstæðar smærri einingar, sem hver og ein þarf að hafa dálítið sjálfræði um innri mál, mynda síðan stærri svið. Það getur verið byggt í kringum þjónustu við konur, eins og á mínu sviði, börn, fólk með innkirtlavandamál, hjartasjúklinga, sjúklinga með lungnavandamál og ýmislegt fleira."

Á þeim sjúkrahúsum sem sameinuð voru var talsvert um hliðstæða starfsemi. Telur þú að sameina eigi deildir á sama sviði?



Ljósmynd: Ljósmyndadeild Landspítala Hringbraut.

„Ég held að það eigi að sameina það sem hægt er, sérstaklega í sérhæfðri starfsemi, því það er dýrt að kaupa sérhæfðan tækjabúnað og þjálfun á sérhæfðu starfsfólki er líka dýr. Það þarf að spara og ekki aðeins þar heldur einnig í yfirstjórn. Samt verður það kannski alltaf svo, á meðan starfsemin er að mestu í tveimur byggingum, að við komust ekki hjá því að hafa sumar stærri einingarnar að einhverju leyti tvöfaldar en ekki endilega í núverandi formi. Ágætt dæmi er barnasviðið, þar sem stór barnadeild er við Hringbraut og verið er að byggja þokkalega stóran barnaspítala þar. Það er ekki þörf á sjálfstæðri barnadeild í Fossvogi, en þar mætti hafa barnamóttöku. Þó er ég ekki viss um að ekki væri hægt að komast hjá því. Við höfum komist mjög vel af í gegnum árin án nokkurra stærri vandkvæða með eitt kvennasvið. Í flestum tilfellum hefur verið auðvelt að flytja fólk á milli staða og í þau fáu skipti sem það er ekki hægt gætum við læknarnir á kvennasviðinu á Hringbrautarspítalanum vel skroppið á Fossvogsspítalann og það hefur gerst."

Að stunda hvítan pappír, diktafóna og fundahöld

„Í nútíma læknisfræði er sérhæfingin stöðugt að aukast. Ekki eru allir jafn góðir og þjálfaðir í að fást við alla mögulega hluti. Á mínu sviði eru sumir betri en aðrir í stærri skurðaðgerðum, aðrir í fæðingafræði og enn aðrir í ófrjósemivandamálum, svo dæmi séu tekin. Stórar einingar gefa kost á að nýta þessa sérhæfingu betur en ella. Þannig að það er ýmislegt hagstætt við stærri einingar. Hins vegar verður að gæta þess að þær verði ekki of stífar og erfiðar í rekstri. Stjórnendur mega ekki stöðugt vera að skipta sér af minni einingum, þeir eiga að láta þær þróast sjálfar og veita fólki umboð til að gera sitt besta. Á undanförnum árum hefur gæðaeftirlit verið aukið, bæði formlegt eftirlit sem byggist á könnunum og óformlegt eftirlit sem stjórnendur þurfa að hafa með starfseminni. Einingarnar mega þó ekki vera stærri en svo að stjórnandinn geti alltaf verið sýnilegur. Mér finnst nauðsynlegt að taka vaktir á minni deild til að hitta starfsfólkið. Á meðan ég gegni deildarforsetaembættinu í læknadeildinni get ég auðvitað ekki verið eins mikið og áður á kvennadeildinni yfir daginn, sem er minn klíníski bakgrunnur, svo þessar vaktir eru ómetanlegar. Það er mjög erfitt að vera lærður læknir og vanur því að stunda fólk og vera allt í einu farinn að stunda hvítan pappír, diktafóna og fundahöld.

Svo er líka nauðsynlegt að koma inn á deildirnar, allar einingarnar, til að ekki sé hægt að segja: Ja, ég hef ekki séð hann í óratíma."

Of miklar væntingar stjórnvalda

Eitt af því sem rætt hefur verið um varðandi sameiningu sjúkrahúsanna í Reykjavík er fækkun í yfirstjórn hins nýja sjúkrahúss. Ertu sammála þeim breytingum?

„Það er augljóst að með sameiningu eininga og deilda hljóta að verða breytingar, en menn verða þá að framkvæma þær með þeim hætti að góðum starfsmönnum sé ekki misboðið. Það þarf að taka nægan tíma til að ræða breytingarnar, finna lausnir þar sem ágreiningur verður, og það eru margvíslegar lausnir til á flestum málum. Stjórnvöld gera sér ef til vill of miklar væntingar um hverju hagræðingin eigi að skila. Það getur gleymst að hagræðingin ein og sér kostar eitthvert fé. Nú á að reyna að taka þann kostnað af þjónustuhlutverki spítalans. Það getur ekki verið rétt. Svo þarf að hugsa um að hagræðingin kostar tíma, af því það er verið að hagræða mannfólki. Mest af starfsemi spítalans snýst um fólk, launagreiðslur starfsfólks eru 80% af kostnaðinum.

Oft er sagt á góðum stundum að sá auður sem felst í starfsfólkinu sé mikilvægastur, en þessi auður er líka vandmeðfarinn. Vissulega má reyna að hagræða í ýmsu sem lagt er til rekstrarins, og það er gjarnan gert og nokkuð hefur áunnist í þeim efnum. Annað eru þættir sem við getum ekki ráðið við og eru utanaðkomandi."

Læknar velja sér sérgreinar eftir áhugasviði

Oft er því fleygt að læknar séu ekkert ýkja áfjáðir í að stjórna, þeir vilji heldur stunda fólk, er það goðsögn?

„Nei, ég held að það sé ekki goðsögn heldur alveg rétt í flestum tilfellum. Menn hafa alltaf taugar til sjúklinga sinna. Menn velja sér hins vegar sérgreinar og þar með lífsstarf í samræmi við það áhugasvið sem þeir hafa og komast flestir að því í náminu hvar hæfileikarnir liggja. Ég spurði einn sinn kennara minn í röntgenfræðum hvers vegna hann hefði valið röntgenlækningar og hann svaraði því til að hann vildi hafa mátulega mikið af sjúklingum að segja og í röntgenlækningum hefði maður það. Það getur reyndar orðið einum of mikið. Ég hugsaði um nám í geðlækningum en var ekki viss um að ég myndi standast það heila starfsævi að gefa jafn mikið af mér og góðir geðlæknar verða óhjákvæmilega að gefa. Þess vegna valdi ég annað svið. En ég reyni samt að gefa vel af sjálfum mér í því starfi sem ég stunda."

Þrátt fyrir það að læknar séu ef til vill ekki áfjáðir í að stjórna, finnst þér koma til greina að þeir eftirláti öðrum alveg stjórnunarstörfin á sjúkrahúsunum? Verða þeir ekki að vera með í ákvarðanatöku?

„Jú, þeir hafa hina faglegu þekkingu og þekkja þarfirnar á spítalanum áfkaflega vel. Fáir, nema kannski hjúkrunarfræðingar, þekkja þarfirnar betur. Hjúkrunarfræðingar nálgast málið frá dálítið öðrum forsendum en læknarnir. Það má margt gott segja um það að læknar og hjúkrunarfræðingar komi sameiginlega að stjórnun sjúkrahúss. Þannig nýtum við vel bakgrunnsmenntun og þekkingu beggja stétta. Læknar hafa meiri fræðilegan bakgrunn í grunn- og lífvísindum og sjúkdómafræði, hjúkrunin snýr meira að félagslegum fræðum í viðbót við sjúkdómafræðina sem einnig er lögð áhersla á. Það er styrkleiki lækna að koma inn með þá þekkingu sem þeir hafa tileinkað sér í námi og sérlega í sérnámi, sem oft er langt og verulega akademískt. Því verða þeir að vera með í stjórnun. Sem betur fer hafa sumir læknar fundið að stjórnun á vel við þá. Það er oftast fólk sem er nokkuð fljótt að taka ákvarðanir, en er líka vel meðvitað um nauðsyn þess að ræða við aðra, skoða mismunandi sjónarhorn og fólk sem hefur lag á því að gera það. Aðrir veljast kannski í stjórnunarstörf meira og minna fyrir tilviljun og finna sig ekki endilega vel í þeim eða hafa ekki lag á einhverjum af þessum þáttum."

Naumur tími ætlaður til stjórnunar

Nú hefur einnig verið gagnrýnt að læknum sé ekki ætlaður nægur tími til að sinna stjórnun, hefur þú orðið var við það?

„Svo sannarlega. Ég hef ákaflega lítinn tíma til flestra hluta, því miður. Það er erfitt að hlaupa allt í einu frá því að vera virkur í rannsóknum og vísindum, hafa eigin sjúklinga og sjá um ákveðna sjúklingahópa í að þurfa að taka þátt í enn meiri stjórnun, annars vegar á eigin deild og hins vegar í læknadeild. Það er augljóst að eitthvað verður undan að láta. Maður reynir að gera sem mest en ætla sér ekki um of. Það gengur oft illa. Því miður er oft ekki nægilega vel búið að stjórnendum. Oft vantar nægilega mikla ritara-þjónustu, aðstoð við stjórnunarverk og svo eru gerðar einum of miklar kröfur til stjórnenda um virkni á mörgum vígstöðvum. Stöðugt er verið að halda fundi um ýmis mál sem oft ætti ekki að þurfa að funda um. Það er verið að biðja um skýrslur og álit á hinu og þessu. Sumt gerir gagn og dregur athygli að því sem fjalla á um, en oft er gagnið næsta lítið og hlutirnir hafna niðri í skúffum og gleymast þar."

Hvaðan koma slíkar kröfur?

„Þær koma sjaldan neðan frá, frá starfsfólkinu, því þaðan koma fyrst og fremst óskir um að bæta þjónustuna með einhverjum hætti og stundum um bætta starfsaðstöðu og launakjör eins og eðlilegt er. Kröfurnar koma mest ofan frá, frá æðri stjórnendum, stjórnvöldum, innlendum og erlendum aðilum sem snúa sér til stjórnvalda og yfirmanna og frá fólki sem hefur atvinnu af því að afla upplýsinga um hitt og þetta."

Er eðlilegt að hægt sé að krefjast þess af stjórnendum að þeir sinni svona erindum eða þarf að finna þeim annan stað í stjórnkerfi sjúkrahúsa?

„Það væri æskilegt að starfssvið stjórnenda væri betur skilgreint en gert er. Erindisbréf eru mjög fátækleg og ráðningarsamningar lækna eru til að mynda lítils virði varðandi starfsskyldur og starfskjör. Erlendis tíðkast miklu nánari útlistarnir um réttindi og skyldur æðri stjórnenda en hér á landi vantar svona lagað tilfinnanlega."

Þannig að það væri hægt að fara betur með tímann?

„Já, maður þarf líka að hafa tíma til að anda, jafnvel í vinnunni! Það koma dagar á fæðingaganginum þegar ljósmæðurnar hafa fáar konur inni, jafnvel engar. Þá er hægt að ganga í ýmis önnur verk sem hafa dregist og stundum er dálítið rólegt. Þetta er alveg nauðsynlegt fyrir starfsfólkið. Sama máli gegnir um stjórnendur. Það þarf að vera tími til að hugsa, eins og Sigurður Líndal sagði vera það sem háskólakennarar þörfnuðust mest. Í stjórnun verða oft til heimatilbúin vandamál ef maður ætlar að keppast við að uppfylla allar kröfur um allt sem þarf að gera. Nú er mikið talað um að það þurfi að gera

hlutina hratt og vel en oft á að gera þá svo hratt að það sem gera á vel fer forgörðum. Stjórnendur færast oft út í fen þar sem þeir komast hvorki afturábak né áfram og þá er erfitt að leysa málin, eins og hefur kannski verið að gerast í sumum stjórnunarathöfnum á háskólasjúkrahúsinu síðustu misserin."

Skattur vegna sameiningar

Nú eiga sér stað ýmsar breytingar, hefur þú trú á að hægt sé að breyta stjórnunarmálum í þá átt sem þú telur æskilegast?

„Það er verulegt rúm til breytinga og til þeirra þarf einnig tíma. Ég vona að við komumst yfir í léttari stjórnunartíma þegar við erum búin að koma okkur saman með samningi um háskólasjúkrahúsið, í hverju svoleiðis stofnun á að felast, og starfsfólk jafnt sem almenningur verður meðvitaður um hvað háskólasjúkrahús er. Mér finnst að ráðuneyti heilbrigðis- og menntamála verði að gera okkur kleift að vinna vel að uppbyggingu háskólasjúkrahússins og skilji að til þess þarf einhverja peninga. Fyrst og fremst þarf að losna við hallann sem nú er til staðar. Horfurnar eru ekkert allt of góðar. Nú á til dæmis að taka skatt af öllum deildum sjúkrahússins vegna sameiningarinnar. Hvað þýðir það annað en skerta þjónustu, minni rannsóknargetu og verri kennsluaðstæður? Við vitum að víða á spítalanum þarf í raun að auka starfsemina, bæta við fólki, svo við getum rekið almennilegt háskólasjúkrahús sem er að verulegu leyti kennslu- og fræðastofnun. Það er ekki hægt að sinna rannsóknum, þjónustuhlutverki og kennslu nema hafa til þess nægan tíma og til þess að fá hann þarf nægt starfslið, ekki síst lækna, enda eru þeir forystusveitin í mjög miklu af starfsemi spítalans. Það þarf að fjölga störfum en auðvitað eru ekki til þess endalausir peningar. Hvaðan á þá að taka þá peninga? Það er fljótlegt að benda á ráðuneytin og ríkiskassann og vissulega verða þau að koma stöðugt til móts við þarfir spítalans sem meginsjúkrahúss, rannsókna- og kennslustofnunar heilbrigðisstétta. En ef við lítum fyrst á það sem er okkur næst, þá er landlægt hér á landi að vera í fleiri en einu starfi. Það er kannski í raun og veru ekki eðlilegt að ég sé í 100% yfirlæknisstarfi sem spítalinn kaupir af mér og 50% prófessorsstarfi, sem Háskólinn kaupir. Sumir vinna þar að auki önnur störf, utan við spítalann, sem gætu farið upp í önnur 30-50%. Þannig að það er augljóst að þó menn vinni mikið, kannski 60-80 klukkustundir á viku að jafnaði, eða meira en Evrópusambandið leyfir, þá dugar það tæplega til. Menn verða að klípa af störfum sem verið er að kaupa þá til. Mín skoðun er sú að læknar eigi að hafa ágæt laun eftir langa skólagöngu. En það er stundum spurning hversu hátt þarf að fara, áður en það fer að koma niður á lífsgæðunum. Stundum væri betra að við réðum fleira fólk til þess að sinna störfunum og dreifðum þeim á fleiri herðar, jafnvel þótt það kostaði það að lækka eitthvað í tekjum. Ef til vill þarf að byggja hugmyndina um eitt starf á spítalanum betur inn í kjarasamningana og háskólasjúkrahússamninga líka, þannig að menn geti unnið utan hans, til dæmis í Háskólanum eða í einkarekstri með ákveðnu hámarki áður en spítalahlutinn færi að lækka."

Er ekkert slíkt fyrir hendi núna?

„Í raun og veru ekki. Þetta þýðir að ef maður er 100% sérfræðingur og tekur að sér 37% dósentsstarf að auki, þá verður hann í sama vinnutímanum að fá starfsfélaga til að vinna störf, sem háskólakennarinn er keyptur til að vinna, ef hann á að geta sinnt kennsluhlutverkinu vel. Að vísu ber háskólakennarinn meiri ábyrgð á kennslunni en starfsfélagarnir sem eru ekki ráðnir af Háskólanum í kennslu, en þeir komast heldur ekki sem sérfræðingar á háskólasjúkrahúsi undan vissri ábyrgð á henni og fá ekki umbun fyrir það eins og sjúkrahúskerfið er nú.

Fjármagni er misskipt í heilbrigðisþjónustu. Fjármagnið hefur ekki alltaf fylgt eftir þeim breytingum sem orðið hafa í þjóðfélaginu. Fólk hefur flutt á suðvesturhorn landsins en þjónustan eykst ekki í takt við það. Dæmi eru um heilbrigðisstarfsmenn utan Reykjavíkur, þó kannski ekki í hópi lækna, sem hafa orðið tiltölulega litlu hlutverki að gegna. Mikið af því fólki sem þeir önnuðust er nú sent eða það velur að fara annað, en starfsfólkið fylgir ekki með. Nærtækt dæmi er í ljósmæðrastörfum.

Í stað þess að færa til fjármagn þangað sem þess er þörf þegar álagið eykst, er okkur gert að sæta flötum niðurskurði. Á minni deild hefur gengið þó nokkuð vel að spara og afla sértekna, en þrátt fyrir það er þjónustan í járnum. Fólk hættir ekki að vera veikt, konur hætta ekki að fæða og við losnum ekki við krabbamein og þó kröfur um meiri og betri þjónustu aukist með fleiri skjólstæðingum að auki, þá fylgir fjármagnið ekki með.

Ef við mætum niðurskurðinum sem nú á að fara í með lokunum og minni þjónustu þá verður stjórnunarhlutverkið þyngra og erfiðara. Við verðum að eyða meiri tíma í að finna lausnir á fjárhagsvandanum í stað þess að fá umbun fyrir að standa okkur vel og meira fjármagn til að mæta fleiri verkefnum sem samfélagið vill að við sinnum."

Læknadeildin þarf á uppbyggingu að halda

„Læknadeildin stendur frammi fyrir því á næstu árum að þurfa að fjölga læknanemum til að mæta þörf fyrir lækna. Störf lækna hafa breyst og spár sem gerðar voru fyrir 10 árum eiga ekki við í dag. Læknar fara í fleiri og fjölbreyttari störf en áður. Íslendingar eru ekki aðeins að framleiða lækna fyrir heimamarkað, heldur fyrir víðari markað í öllum heiminum. Við verðum að efla og bæta kennsluna og



Ljósmynd: Ljósmyndadeild Landspítala Hringbraut.

það kostar erfiði fyrir kennara, sem þurfa að eyða meiri tíma í hana en áður. Kennslan er heldur betur borguð nú en áður var og einnig hafa laun spítalalækna hækkað. Þess vegna mætti hugsa sér að starfið yrði hóflegra á hvorum vængnum fyrir sig og unnt yrði að ráða inn fleira fólk. Menn væru í 80% stöðu á spítalanum og 37% eða 50% stöðu við kennslu og hefðu þá einn dag í viku helgaðan háskólahlutverkinu á háskólasjúkrahúsinu. Ekki spara til að eyða meiru í stjórnsýslu eða með því að halda gangandi ofrausn í heilbrigðisþjónustu, heldur á að nota það fé sem kynni að sparast til þess að leggja upp læknanámið, hækka laun og bæta við kennslutitlum til sérfræðinga spítalans og þeirra sem þar hafa akademíska menntun að baki. Um leið má þá vænta meiri framlegðar þeirra í kennslu- og rannsóknarhlutverk háskólasjúkrahússins."

Horfast verður í augu við breyttar aðstæður

Hefur verið sest niður og farið í saumana á samstarfi Háskóla Íslands og Landspítalans með tilliti til verkaskiptingar, hlutverks og ákvarðanatöku?

„Margar tillögur hafa komið fram á síðustu 15 árum eða svo. Þær hafa aðallega komið frá háskólamönnum sem velta því fyrir sér hvernig á að byggja upp háskólasjúkrahús og bæta kennslu- og fræðahlutverk sjúkrahússins, jafnhliða því að halda uppi fjölbreyttri þjónustu vegna sjúkdóma. Til eru skýrslur um hvernig megi stuðla að þessu en það er einkum núna sem komin er veruleg alvara í málið vegna samninganna sem gera þarf í kjölfar breytinga á háskólalögum og eftir sameiningaferli Hringbrautar- og Fossvogshluta spítalans. Landspítalinn var skírður upp á nýtt í fyrra og formlega gefið nafnið háskólasjúkrahús. Áður höfðu menn talað um að Landspítalinn væri háskólasjúkrahús og kallað gamla Borgarspítalann kennslusjúkrahús. Nú er þessu öllu steypt saman og búnar til nýjar, sterkari einingar og um leið þarf að efla háskólastarfsemina. Menn hafa valið að fara þessa leið meðvitað. Þá þurfum við líka að tryggja akademísk áhrif á þjónustu, kennslu og fræðastarfsemi, þessi þrjú meginverkefni spítalans. Stjórnendur verða að vera þannig menntaðir að við getum gert til þeirra kröfur um þekkingu úr háskólastarfi og akademíska reynslu á öllum fagsviðum sjúkrahússinus og í öllum stéttum. Við eigum að velja vel menntað fólk inn, og það þarf að fá nægilega góð laun, má ekki vera ofhlaðið verkefnum og nægilega margt til að geta höndlað þau verk sem þarf að sinna. Aukastarfavenjan íslenska þarf að víkja. Þeir sem eru með besta akademíska bakgrunninn eiga að hafa ákveðna forystu í uppbyggingu í heilbrigðisþjónustu á Landspítalanum. Það liggur í eðli málsins að frá háskólasjúkrahúsinu á að síast þekking út í þjóðfélagið. Þar með skal ekki gert lítið úr minni sjúkrahúsum á landsbyggðinni, en hlutverk þeirra hefur breyst. Það þarf að endurskipuleggja hvert fjármagn heilbrigðisþjónustunnar fer, færa til það sem ekki þarf lengur, nota fé frá Háskólanum vel og sjá til þess að það fé sem fer í ríkisrekinn íslenskan einkarekstur gegnum Tryggingastofnun nýtist einnig vel."

Hver ber ábyrgð á að leiðrétta þetta?

„Það er í verkahring Heilbrigðisráðuneytisins. Þar

ræður þó á endanum pólitísk stefna. Byggðasjónarmið í þessum málaflokki ganga stundum út á að vernda starfsemi sem mönnum finnst að ætti að vera fyrir hendi en er það ekki. Þarna þarf að hugsa hlutina upp á nýtt og peninga sem losna mætti nýta til að stofna nýjar stöður við háskólasjúkrahúsið um leið og vinnuálagi er jafnað og stöðugildi færð nær raunveruleikanum. Öll launamál eru hins vegar viðkvæm, þar sem þau fjalla um hvað menn telja sig eiga að bera úr býtum fyrir vinnuframlag sitt. Það gengi til dæmis ekki að taka á einu bretti stöðu yfirlæknis og prófessors sem er ígildi 150% starfs og launa og skera launin niður að 100% starfi. Við verðum að finna einhverja millileið og geta boðið upp á góð laun fyrir fullt starf sem væru sambærileg við það sem gerist í löndunum í kringum okkur en um leið dreift verkunum á fleiri herðar. Það þarf líka að vera hægt fyrir lækna og aðra að færast úr stjórnunarstöðum og loka þeim ekki of lengi fyrir öðrum."

Sárt að sjá menn vinna of lengi

Ertu ef til vill að tala um að endurskoða ráðningar á ákveðnu árabili?

„Já, innan heilbrigðisgeirans þarf slíkt að vera hægt.

Ég tel kerfið sem verið er að koma á í Uppsölum mjög athyglivert. Þar eru menn ráðnir til þriggja ára í senn í yfirmannsstöðu og endurráða má þá tvisvar, mest í níu ár. Þá er gert ráð fyrir að menn fari aftur að vinna í starfi venjulegs sérfræðings. Allir hætta við 62 ára aldur í yfirmannsstöðum og eru endurþjálfaðir, ef með þarf, til að vinna sem almennir sérfræðingar þann starfstíma sem þeir eiga eftir. Enginn á að enda starfsævina í yfirmannsstöðu. Ég hef séð það gerast að yfirmenn eldast og hafa ekki sama starfsþrek og áður. Þeir hafa heldur ekki sömu getu til að fylgjast með og þar af leiðandi geta þeir ekki veitt sömu forystu og áður. Þeir draga sig til hliðar og verða lítið virkir og það er erfitt fyrir deildinar. Við verðum að bíða hér á Íslandi þar til menn hafa náð 70 ára aldri áður en þeir hætta. Þetta er ekki gert í nágrannalöndunum, nema í Danmörku. Eftirlaun manna hér á landi ráðast af því í hvaða stöð þeir enda. Það þyrfti að vera hægt að miða við hæstu tekjur til eftirlauna en gefa mönnum frí til léttari starfa þegar þeir eldast og senda þá út á golfvöllinn mun fyrr en nú gerist.

Sama máli gegnir um háskólastöður. Þær eiga ekki að vera eilífar. Ég held að það sé rangt að ráða prófessora til æviloka eða starfsloka um sjötugt. Um sextugt verð ég ekki með þá þekkingu á líftækni samtímans að ég verði nægilega góður leiðandi á mínu sviði. Eftir sextugt, og örugglega við 62-63 ára aldur, ætti ég að vera farinn að gera eitthvað annað en að vera prófessor. Sama máli gegnir um yfirlækna og annað háttsett starfsfólk innan hvers geira. Þú verður að geta fært þig til, en haft möguleika á að halda þinni reisn og launum. Mér finnst dálítið sárt að sjá menn stundum vinna of lengi. Svo þegar þeir eiga að fara að njóta lífsins á þeim launum sem þeir hafa vænst og eiga inni, þá bilar heilsan eða fólk er komið á þann aldur að það getur ekki notað sér þau eftirlaun sem unnið hefur verið fyrir. Við erum með of háan eftirlaunaaldur og hann þarf að vera sveigjanlegri en hann er nú. Sumir halda sér vel til sjötugs, aðrir brenna mun fyrr út.

Nú eru fimm ára tímamörk á dósents- og lektorsstöður. Það er starfshvetjandi að þurfa að sækja aftur um stöðu og fá hana. Mér finnst að prófessorar eigi að vera undir það sama settir, en þeir þurfa lengri tíma. Tíu ár eru mátulegt í upphafi. Við erum ekki með sama starfsumhverfi og fyrir 90 árum þegar Háskólinn var stofnaður. Þá voru prófessorar í virðingarstöðu sem þeir héldu svo lengi sem þeir entust. Það á ekki við í samkeppnisumhverfi dagsins í dag.

Eitt af baráttumálum í samningum um háskólasjúkrahús er að tengja saman háskóla- og sjúkrahússtöður þannig að hægt sé að fá háskólatitil ef viðkomandi er virkur í kennslu, rannsóknum og fræðastarfsemi á háskólasjúkrahúsinu, jafnvel þó menn séu ekki í hinum formlegu háskólakennslustöðum. Þá þurfa menn líka að eiga möguleika á framgangi eins og í háskólakerfinu. Það þarf líka að vera svigrúm til að lækka úr háskólatitli eða í launum þá sem ekki eru nægilega virkir. Læknafélag Reykjavíkur hefur komið með athyglisverðar hugmyndir um að menn séu í byrjun fyrst og fremst í klínískri vinnu en ef þeir sýna árangur þar, með því að takast á hendur rannsóknir jafnhliða, þá geti þeir fengið stöður sem eru meira kennslu- og rannsóknatengdar og jafnvel farið út í að sinna nær eingöngu rannsóknum. En það er ekki nóg að hafa bara möguleika á framgöngu, það þarf líka að vera möguleiki á „afturgöngu", ef menn standa ekki undir væntingum."

Á fleygiferð

Telur þú að nú sé lag til breytinga?

„Já, með stofnun háskólasjúkrahúss er lag að bæta spítalann. Það eru vissulega ýmis ljón á veginum og það verður að gera kröfu til sanngjarnrar málamiðlunar og samráðs við fólk og leyfa breytingunum að gerast með þeim hraða sem þarf. Einhver hafði orð á því á fundi nýlega að við væru á fleygiferð og ég sagði að rútan mætti ekki aka svo hratt að sumir dyttu af henni, öðrum liði illa og bílstjórinn vissi ekki hvert hann væri að fara. Hann verður jafnvel að ráðgast við farþegana um hversu hratt skuli farið og hvaða leið sé best að aka."

aób

Aventis

áhrifaríkt[1]

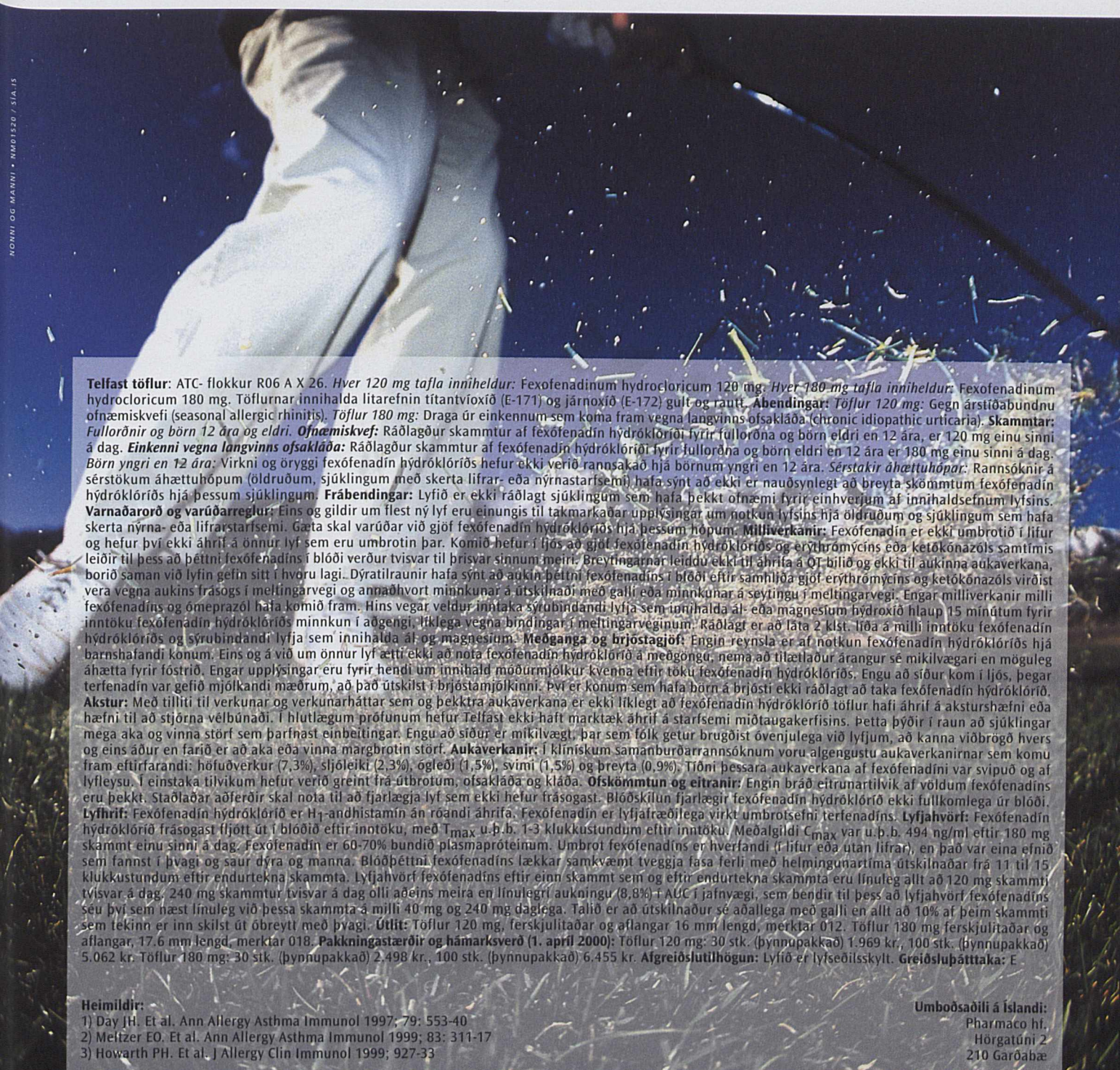
andhistamín

aukin lífsgæði[2]

ekki slævandi áhrif[3]

Telfast®

fexofenadin



NONNI OG MANNI • NM01520 / SÍA.IS

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

Heimildir:

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

Umboðsaðili á Íslandi:
Pharmaco hf.
Hörgatúni 2
210 Garðabæ

Sjúkraþjálfarar mótmæla skerðingu á sjúkraþjálfun

Læknablaðinu hefur borist afrit af bréfi sem Félag sjálfstætt starfandi sjúkraþjálfara (FSSS) sendi formanni Tryggingaráðs þann 5. mars síðastliðinn. Í bréfinu kemur fram að félagið samþykkti á aðalfundi sínum að mótmæla harðlega þeirri skerðingu sem Tryggingastofnun ríkisins boðaði með auglýsinu í desemberhefti Læknablaðsins og í dreifibréfi frá 29. desember 2000.

Aðalfundurinn mótmælir þeirri óvirðingu sem Tryggingastofnun sýnir sjúkraþjálfurum, háskólamenntaðri fagstétt, með þessu og telur slíka framkomu ekki sæma stofnuninni. Þá segir í bréfinu: „Það vekur furðu að tryggingayfirlæknir skuli hvetja lækna til að sýna aðgát í að vísa sjúklingum í sjúkraþjálfun þar sem útgjöld vegna sjúkraþjálfunar hafa aukist. Útgjöld til sjúkraþjálfunar hafa hins vegar aukist mun minna en lyfjakostnaður, sérfræðikostnaður, iðjuþálfun o.fl.“. Vísað er til upplýsinga í fylgiriti þessu til stuðnings og auk þess bent á að öldruðum hefur fjölgað og áherslur í heilbrigðiskerfinu hafa breyst.

Fundurinn gagnrýnir einnig að Tryggingastofnun skuli krefjast greinargerða frá sjúkraþjálfurum og leggja þær undir dóm lækna en ekki telja þær marktækar.

Það er krafa fundarins að Tryggingaráð endurskoði afstöðu sína til þess fjölda skipta sem boðið er upp á í sjúkraþjálfun og treysti faglegri ábyrgð sjúkraþjálfara. Bent er á að skerðingin sem boðuð er komi niður á þeim sem síst skyldi, fötluðum, öldruðum og öryrkjum, og skerðingin muni fyrr eða síðar leiða til aukins kostnaðar annars staðar.

aób

Norræna læknaráðið
Stjórnarfundur í Stokkhólmi

Þann 27. febrúar síðastliðinn var haldinn fundur stjórnar Norræna læknaráðsins í húsakynnum sænska læknafélagsins í miðborg Stokkhólms. Fyrir hönd LÍ mættu Jón Snædal varaformaður og Margrét Aðalsteinsdóttir utanríkisfulltrúi skrifstofu LÍ.

Helstu mál fundarins voru:

Lögfræðileg aðstoð

Öll félögin hafa skilað inn upplýsingum um hvernig lögfræðilegri aðstoð er háttað gagnvart læknum annarra Norðulanda sem koma til skammrar dvalar/vinnu. Fyrir lá stutt samantekt sem samþykkt var að hvert félag setti á heimasíðu sína, félögum sínum til upplýsingar.

Símenntun

Norska félagið hefur unnið að bæklingi með enskri útgáfu á sameiginlegri stefnu (policy), ekki síst til nota gagnvart öðrum löndum. Hann er væntanlegur á næstunni.

Rætt var um norræna *loggbók* (nokkurs konar punktakerfi) en verið er að vinna að símenntunarkerfum hér og þar á Norðurlöndunum en samræmi vantar. Samþykkt var að félögin beini því til fræðslunefnda sinna að þau vinni að sameiginlegri norrænni skráningu fyrir símenntun. Það var sameiginlegur skilningur að félögin ættu að hafa frumkvæði, annars tækju aðrir það og ekki að vita hvernig kröfur yrðu uppi.

Læknar í vanda (bad apples)

Mikilvægt er að halda umræðunni aðskilinni frá umræðu um gæðaeftirlit til að bæta þjónustu, fækka mistökum og svo framvegis og einnig aðskilinni frá umræðu um símenntun. Þetta var rætt á síðasta fundi en ekkert hefur gerst síðan. Norska félagið heldur áfram að skoða málið og lofaði að hafa eitthvað tilbúið fyrir fundinn í september og jafnframt var ákveðið að taka þessi efni fyrir á almennum læknaráðsfundi í Bergen í maí 2002, sem opinn verður öllum læknum á Norðurlöndunum. Í umræðunni var greint frá umfangsmikilli rannsókn sem danska læknafélagið er að gera á mistökum lækna og telja þeir að niðurstöðurnar verði ekki upplífgandi. Einnig þarf að skoða hvaða aðferðir væru bestar til að finna lækna sem greinilega væru ekki hæfir þegar í náminu og síðan á kandídatsári.

Alþjóðafélag lækna

Almenn ánægja ar með niðurstöður kosninga til stjórnar, en það gekk eftir að Norðurlöndin fengu tvo fulltrúa í stjórn, frá LÍ og norska læknafélaginu. Töluvert var rætt um hvernig staðið verði að kosningum til trúnaðarstarfa innan Alþjóðafélagsins. Upplýst var að Anders Milton, sem er fráfarandi formaður stjórnar félagsins, gefi kost á sér sem forseti samtakanna tímabilið 2002–2003, en um það verður kosið í haust. Ljóst er að hann hefur víðtækan stuðning og reyndar voru stjórnir bæði danska og norska félagsins búnar að ræða málið og ákveða að styðja hann. Fulltrúi Íslands lýsti yfir að vafalítið myndi stjórn LÍ lýsa yfir stuðningi við hann en finnsku fulltrúarnir greindu hins vegar frá því að fráfarandi formaður finnska félagsins, Katy Myllimäki, hygðist gefa kost á sér og kom þessi yfirlýsing nokkuð á óvart því þetta hafði ekki verið kynnt áður.

Tillögur fyrir stjórnarfund Alþjóðafélags lækna:

a. Tillaga norska félagsins um faglegt sjálfstæði lækna (10.130/D). Fram hafa komið athugasemdir frá danska félaginu sem var með í þessari vinnu í upphafi. Tillaga indverska félagsins um kyngreiningu á fósturstigi (17.280/B). Tillagan var rædd töluvert efnislega og komu fram breytingartillögur frá danska læknafélaginu. Rætt var um nauðsyn þess að þessi tillaga verði afgreidd í Nýju-Delí í haust til stuðnings Indverjum.
b. Tillaga nefndar Alþjóðafélags lækna um upplýsingabanka (10.333/A). Fulltrúi LÍ (JS) gerði grein fyrir athugasemdum Siðfræðiráðs LÍ og reifaði almennt nokkrar aðrar athugasemdir sem eftir eiga að fá umræðu heima. Fram komu sjónarmið sem erindi eiga í þessa umfjöllun okkar svo sem hvernig hægt er að skilja að í yfirlýsingunni upplýsingar sem eiga að notast í gæðaeftirliti og þær sem notast í vísindarannsóknum. Í umræðunni var gerð grein fyrir viðræðuslitum LÍ og ÍE og lögð fram gögn, bæði bréf formanns til félaga og uppkast að samningi við fyrirtækið eins og hann lá fyrir í desember síðastliðnum.

Fréttir frá félögunum

Danmörk: Fulltrúar greindu frá nýjum lögum um heilbrigðisþjónustu sem gefa yfirvöldum möguleika á enn nánara eftirliti með læknum og möguleika á aðgerðum svo sem að tilkynna opinberlega um lækna sem ekki þykja standa sig. Þeir greindu einnig frá athugun sem Vinnueftirlitið danska hefur verið að gera á vinnuaðstöðu lækna sem í ljós kom að var víða bágborin. Í kjölfarið hafa nokkrar heilbrigðisstofnanir fengið tilmæli um úrbætur.

Svíþjóð: Verið er að ganga frá samningum og verða þeir meira staðbundnir en áður. Greint var frá starfi vinnuhóps sem skoðar starfsaðstæður lækna á kerfisbundinn hátt og reynir að koma á úrbótum í kjölfarið. Vegna læknaskorts hefur verið unnið að innflutningi lækna frá Evrópubandalagslöndunum og hafa þeir einkum komið frá Spáni og Þýskalandi, en einnig hefur verið nokkuð um innflutning frá Póllandi. Verið er að setja á laggirnar sérstaka endurmenntunarstofnun (Institut för läkarnas professionella utveckling), en ekki var nánar greint frá hlutverki hennar.

Finnland: Verið er að undirbúa verkfall sem að óbreyttu skellur á eftir fimm daga, þegar þetta er skrifað. Mikill undirbúningur hefur átt sér stað og verkfallið er skipulagt í smáatriðum þar sem sjúkrahús, heilsugæslustöðvar og einstakar deildir skiptast á. Fulltrúar greindu frá því að aðgerðirnar hefðu töluverðan stuðning í samfélaginu. Takmarkið er að hækka grunnlaun til samræmis við það sem gerist í Skandinavíu en það þýðir hækkun um 20%. Viðsemjendur eru tilbúnir að hækka laun um 5,5% sem er sambærilegt og aðrir hafa verið að fá nema á finnska þinginu þar sem menn hækkuðu laun sín um 20%!

Ísland: Sagt var frá nýjum lögum um sjúklingatryggingar og hvernig þau snerta lækna. Sagt frá lögum um persónuvernd. Lesnar voru upp þakkir stjórnar LÍ til Anders Milton fyrir stuðning hans við sjónarmið LÍ gagnvart stjórnvöldum í gagnagrunnsmálinu.

Noregur: Sagt var frá skipulagsmálum sjúkrahúsanna þar sem þau eru nú að færast til ríkisins en jafnframt eru þau gerð að sjálfseignarstofnunum. Margir líta á það sem upphaf að einkavæðingu. Norska læknafélagið styður þessar fyrirætlanir.

Næsti fundur verður haldinn í Reykjavík 27. og 28. ágúst næstkomandi.

Jón Snædal
Margrét Aðalsteinsdóttir

Fosshótel

Ódýrar en margur heldur



Í upplýsingabæklingi orlofsnefndar LÍ, sem út kom fyrir skemmstu, er meðal annars fjallað um samkomulag það sem náðist við Fosshótel um möguleg kaup félagsmanna LÍ á gistimiðum.

Rétt er að benda sérstaklega á að uppgefið verð á gistimiða, kr. 6.100 fyrir nóttina með morgunverði, **gildir fyrir tvo** í tveggja manna herbergi.

Sá skilningur hefur komið upp að gistinóttin kosti 6.100 kr. fyrir einstaklinginn, en boðið er sem sagt enn betra!

Sala gistimiða fer fram á aðalskrifstofu Fosshótela að Skipholti 50c, Reykjavík gegn framvísun félagsskírteinis LÍ. Sími á skrifstofunni er 562 4000, en sameiginlegt bókunarnúmer fyrir öll Fosshótelin er 562 3355.

Að öðru leyti vísast til upplýsingabæklings orlofsnefndar.

Norræn samtök um læknaskop. Opin öllum íslenskum læknum

Sá leiði misskilningur mun hafa risið, að Norræn samtök um læknaskop (Nordisk Selskap for Medisinsk Humor, NSMH) séu lokaður félagsskapur nokkurra sérvitra hláturbelgja og Noregsvina, sem haldi að þeir séu fyndnir!

Hið rétta er, að samtökin eru opin öllum íslenskum læknum án tillits til kynferðis, aldurs, tungumáls, litarháttar, vaxtarlags, fjölda höfuðhára eða skóstærðar. Kímnigáfa hefur ekkert með inntökuskilyrði að gera, en hún telst þó ekki til persónugalla.

Þeir kollegar sem hafa áhuga á að verða félagar í NSMH og þá um leið félagar í Fróndeild samtakanna geta haft samband við undirritaðan. Þeir hinir sömu ættu ekki að búast við því að aðild að samtökunum hafi í för með sér almenn leiðindi. Árgjald fyrir árið 2001 er 200 krónur (íslenskar, sic!).

Með broskveðju,
Bjarni Jónasson, varaforseti NSMH og forstöðumaður Fróndeildar.
Sími: 520 1800; netfang: bjarni.jonasson@hg.is



KVÍÐI OG ÞUNGLYNDI ERU HRÆÐILEGIR SJÚKDÓMAR



HELMINGSLÆKKUN ÞUNGLYNDISEINKENNA ER EKKI ÁSÆTTANLEGUR ÁRANGUR



VEITUM SJÚKLINGUM BATA[1] MEÐ EFEXOR® DEPOT

Efexor Depot Wyeth Lederle Nordiska, 970067 FORÐAHYLKI; N 06 A X 16 R
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. Almenn kvíðaröskun (GAD).

Skammtar og lyfjagjöf: Lyfið ætti að taka með mat og gleypa hylkin heil. Venjulegur skammtur er eitt hylki einu sinni á dag. Upphafsskammtur er 75 mg. Þegar þess er þörf má 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 kreatínín?úthreinsun er minni en 30 ml/mín. eða við meðalalvarlega 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 mónóaminoxíðasahemlum.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 mónóaminoxíðasahemli til venlafaxíns skal gera minnst 14 daga meðferðarhlé. Ef breytt er meðferð frá venlafaxíni til mónóaminoxíðasahemils 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 (hlébilsþrýstingur hækkar um 10-30 mmHg). Mælt er með því að fylgst sé með blóðþrýstingi við hverja heimsókn sjúklings. Hjá öldruðum og sjúklingum með þekktan hjarta- og æðasjúkdóm ætti að fylgjast með blóðþrýstingi á hálfsmánaðar fresti í 4-6 vikur og eftir það við hverja heimsókn til viðkomandi læknis. Sjúklinga í langtímameðferð ætti að fræða um mikilvægi góðrar tannhirðu vegna þess að þurrkur í munni kann að valda aukinni hættu á tannskemmdum. Ekki hefur fengist reynsla af meðferð sjúklinga með geðklofa. Áhrif venlafaxíns á tviskauta geðlægð (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið þróun til oflætisfasa. Sjúklingar með flogaveiki þarfnast viðeigandi flogaveikilyfja meðan á meðferð stendur. Ekki hefur fengist klínísk reynsla hjá börnum. Lækkun natríums í blóði hefur stöku sinnum sést við meðferð með geðdeyfðarlyfjum, m.a. serótónínupptökuhemlum, oftast hjá öldruðum og sjúklingum sem eru á þvagræsilyfjum. Upp hafa komið örfá tilvik með lækkun á 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 litlum, díazepami og etanóli á meðan á meðferð stendur með venlafaxíni. Rannsóknir benda til þess að venlafaxín umbrotni í O-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP2D6 og í N-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP3A3/4. Vænta má eftirtalinna milliverkana þótt þær hafi ekki verið rannsakaðar sérstaklega in vivo. Samtímis meðferð með lyfjum, sem hamla CYP2D6, gæti valdið aukinni uppsöfnun venlafaxíns svipað því og búast má við í einstaklingi með hæg umbrot debrisokíns. Aðgát skal höfð þegar venlafaxín 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 t.d. ketókónazóli. 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 og stjórnun vinnuvéla: 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: Í geðlægð er ávallt erfitt að greina á milli raunverulegra aukaverkana lyfja og einkenna um geðlægð. Aukaverkanir ógleði og uppköst tengjast skammtastærð; stærri upphafsskammtar valda aukinni tíðni af ógleði. Styrkur og tíðni þessarar aukaverkunar minnka yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): Almennt: Þróttleysi, lystarleysi, höfuðverkur, kviðverkir, þyngdarminnkun eða þyngdaraukning, svitakóst, eyrnasuð, svimi, svefnhöfgi, skjálfti. Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundið blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, æðavikkun, hjartsláttaróregl. Miðtaugakerfi: Æsingur, rugl, martröð, minnkuð kynhvöt, svefnleysi, truflað hugskyn, kvíði, taugaóstyrkur. Meltingafæri: Ógleði, uppköst, niðurgangur, hægðatregða, meltingartruflun, munnþurrkur. Húð: Útbrot, flekkblæðing. Þvag- og kynfæri: Áhrif á sáðlát/fullnægingu, getuleysi. Augu: Sjónstillingartruflun. Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennt: Bjúgur. Blóð: Blóðflagnafæð. Miðtaugakerfi: Slen, ósamhæfðar hreyfingar, ofhreyfni, ofskynjanir, geðhæð. Meltingarfæri: Bólga í vélinda, magabólga, tannholdsbólga, breytingar á bragðskyni. Húð: Hárlos, ofsakláði, aukið ljósnæmi. Lifur: Hækkuð lifrarenzým í blóði. Öndunarfæri: Astmi. Augu: Tárubólga. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Almennt: Hálfdvali (stupor). Blóðrás: Breytingar á hjartarafriti (T-bylgja, S-T hluti, gátta-sleglarof af gráðu I). Miðtaugakerfi: Krampar, einkenni um utanstrýtukvilla (Parkinsonlík einkenni), persónuleikatruflun. 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. Lyfhrif: 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 tækni í kólínvirka(muskarín-), histamínvirka eða alfa1-adrenvirka viðtaka og ekki hefur verið sýnt fram á neina sækni í ópíum- eða bensódíazepínnæma viðtaka. Venlafaxín hamlar ekki starfsemi enzýmsins mónóamínoxíðasa. Lyfjahvörf: Venlafaxín hefur ekki verið gefið í æð. Heildaraðgengi eftir inntöku er talið vera 42%±15%. Hámarksblóðþéttni Efexor Depot 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.). Hámarksblóðþéttni 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: Forðahylki 75 mg: 14 stk. (þynnupakkað); 28 stk. (þynnupakkað); 98 stk. (þynnupakkað); 100 stk. Forðahylki 150 mg: 14 stk. (þynnupakkað); 28 stk. (þynnupakkað); 98 stk. (þynnupakkað); 100 stk. Texti Sérlyfjaskrár desember 2000

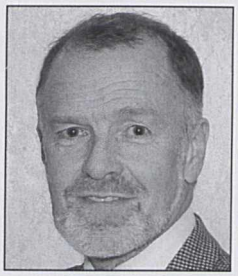
Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 1.janúar 2001, hámarksútsöluverð útsöluverð úr apótekum: Efexor Depot forðahylki 75 mg: 28stk 5451 kr., 98stk 15784 kr., 100stk 15054 kr., Efexor Depot forðahylki 150 mg: 28stk 9705 kr., 98stk 29861 kr., 100stk 28465 kr..

1.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
Kóllunarklettsvegi 2, 104 Reykjavík

Hand-, foot- and mouth disease



Jóhann Heiðar Jóhannsson
Netfang: johannhj@landspitali.is

Dægradvöl VII

Tilvitnunin er tekin úr íslenskri bók sem gefin var út árið 1975. Hvaða sjúkdómi er þar verið að lýsa og hver er sá sem upphaflega gaf þessa tilþrifamiklu lýsingu?

„Um lokastig sjúkdómsins segir XX-XX, að fáir sjúkdómar séu jafnhræðilegir á því stigi. Gömul, gróin sár og beinbrot geta þá rifnað upp, húðin á fótleggjum springur, sérstaklega yfir hnútunum og úr sprungunum verða ljót sár. Margir sjúklinganna látast úr stórblæðingum frá þvagfærum, þörmum, lungum, nefholi, maga, gylliniæðum eða öðrum líffærum."

Katrín Davíðsdóttir og Þórólfur Guðnason, barnalæknar, komu að máli við undirritaðan og spurðu hvort til væri gott íslenskt heiti á þeim barnasjúkdómi sem á ensku nefnist **hand-foot-and-mouth disease**. Þau töldu ástæðu til að ræða þetta núna þar sem umfjöllun um annan og óskyldan dýrasjúkdóm, **foot-and-mouth disease**, *gin- og klaufaveiki*, væri mjög áberandi í fjölmiðlum um þessar mundir. Þau vildu reyna að koma í veg fyrir þá smekkleysu að heiti dýrasjúkdómsins færðist yfir á barnasjúkdóminn.

Í Íðorðasafni lækna er ekki lausn að finna, en þar er þó stutt lýsing: *Smitnæmur kvilli sem venjulega leggst á börn og einkennist af blöðruútþotum á höndum, fótum, munni og koki; fyrir koma særindi í hálsi og munni og vægur hiti.* Hin nýja læknisfræðiorðabók Dorlands birtir heldur ítarlegri lýsingu: *Venjulega væg og tímabundin útbrot, sem oftast stafa af coxsackie-veiru A16, finnast helst hjá forskólabörnum og einkennast af blöðrum á kinnarslímhúð, tungu, mjúka gómi, tannholdi, höndum og fótum, þar meðtöldum lófum og iljum.*

Hvað á að kalla þennan sjúkdóm? Við þýðingu á alþjóðlegu sjúkdómaheitunum, ICD-10, fór Orðanefndin þá leið að nefna fyrirbærið *hand-, fót- og munnsjúkdóm*. Þegar litið er til nálægra þjóða sést að sama leið hefur verið farin víðar, að þýða enska heitið orðrétt: hånd, fot og munnsykdom (norska), hand-fot-mun sjukdom (sænska), hånd-fod-mund sygdom (danska) og Hand-Fuss-Mund Krankheit (þýska). Ef nauðsynlegt er að útbreiðsla útbrotanna komi fram í heitinu sýnist ekki annar kostur betri. Til fróðleiks má bæta því við að sjúkdómnum var fyrst lýst í Ástralíu á árinu 1956 og var hann orðinn vel þekktur á sjöunda áratugnum.

Barnablöðrungar

Undirritaður hugleiddi þó ýmsar aðrar leiðir og rifjaði af því tilefni upp íslensk og latnesk heiti nokkurra barnasjúkdóma: *barnaveiki* (diphteria), *hettusótt* (parotitis epidemica), *hlaupabóla* (varicella), *kighósti* (pertussis), *mislingar* (morbilli), *rauðir hundar* (rubeola) og *skarlatssótt* (scarlatina). Gætu þau gefið einhverjar hugmyndir? Sjúkdómurinn einkennist af blöðrum og finnst hjá börnum. Heitin *bólusótt* (variola) og *blöðrusótt* (pemphigus) eru þegar frátekin og heitið *barnablöðrukvilli* (bullous dermatosis of childhood) sömuleiðis. Þá má nefna að heitið *blöðrubóla* er komið í notkun í samsetningunni *meðgöngublöðrubóla* (herpes gestationis).

Spyrja má hvort **barnablöðrusótt** komi til greina eða **munnblöðrusótt**? Með hliðsjón af heitinu mislingar má einnig búa til fleirtöluorðið **barnablöðrungar**, en eintalan *blöðrungur* merkir **vesicula**. Enn einn möguleikinn er **blöðrungasótt** eða **blöðrungaveiki.** Lengra komst undirritaður ekki að sinni og biður nú um aðstoð hugmyndaríkra manna.

Metabolic syndrome

Ófeigur Ófeigsson, lyflæknir á Selfossi, sendi tölvupóst og spurði um íslenska þýðingu á nýstárlegu ensku heiti, **metabolic syndrome**. Ófeigur sagði þetta heilkenni hafa mörg önnur heiti, svo sem **metabolic syndrome X, cardiovascular metabolic syndrome, multiple metabolic syndrome, pre-diabetes** og **the deadly quartet.** Leit í tiltækum gagnasöfnum bætti við samheitunum **insulin resistance syndrome** og **pluri-metabolic syndrome**.

Heilkennið markast af kviðlægri fitusöfnun, skertu sykurþoli með ónæmi fyrir insúlíni, hækkaðri blóðfitu og hækkuðum blóðþrýstingi (háþrýstingi). Að auki má bæta við blóðstorkutruflun, þvagsýruhækkun í blóði og vægri prótínmigu. Heilkennið er mjög algengt hjá vestrænum allsnægtaþjóðum, einkum hjá miðaldra karlmönnum, og því fylgir verulega aukin hætta á slagæðasjúkdómi. Í einni greininni var hættan á kransæðasjúkdómi talin tuttuguföld. Til grundvallar liggur blanda af erfðaþáttum, ofnæringu, óheppilegu fæðuvali, hreyfingarleysi, streitu og hugsanlega geðrænum þáttum.

Kviðfituheilkenni

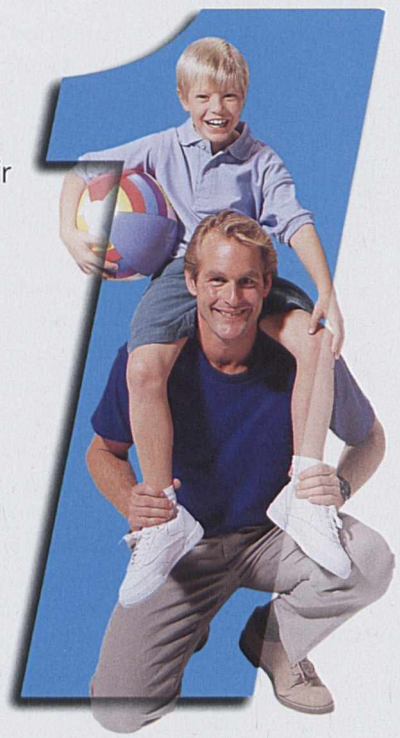
Fyrstu viðbrögð undirritaðs voru þau að þýða ensku orðin beint og tala um **efnaskiptaheilkenni** eða **heilkenni efnaskipta**. Þessi heiti eru þó ekki gegnsæ, þau lýsa ekki ástandinu sem að baki liggur og gætu eins átt við um önnur heilkenni sem fela í sér efnaskiptatruflun. Beinar þýðingar á framangreindum samheitum, til dæmis **X-efnaskiptaheilkennið**, **fjölefnaskiptaheilkennið, dauðakvartettinn** eða **forsykursýki**, vekja heldur engan sérstakan fögnuð. Því gæti verið freistandi að reyna að leita að fyrri orðhluta, sem vísaði í einhvern af aðal markþáttunum, og tengja hann við "heilkenni" sem síðari orðhluta. Spyrja má því hvort **kviðfituheilkennið** eða **insúlínheilkennið** geta dugað.

Complex

Þorgeir Þorgeirsson, yfirlæknir á F.S.A., sendi stutt bréf til að minna á að Þórbergur Þórðarson hefði kallað fyrirbærið **meinloku** í bók sinni Bréf til Láru.

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, 970103
Tuggutöflur og töflur: R 03 DC 03
Virkt innihaldsefni: Montelúkastsýra; 5 mg eða 10 mg. Ábendingar: Montelukast er ætlað til meðferðar við astma sem viðbótarmeðferð hjá sjúklingum sem hafa vægan eða miðlungsmikinn viðvarandi astma, þegar meðferð með innúðasterum er ekki fullnægjandi og þegar notkun stuttverkandi (-agónista „eftir þörfum" veitir ekki fullnægjandi klíníska meðferð við astma. Montelukast er einnig ætlað til fyrirbyggjandi meðferðar á astma þegar aðallega er um berkjusamdrátt við áreynslu að ræða. Skammtar og lyfjagjöf: Skammtastærð handa fullorðnum, 15 ára og eldri, er ein 10 mg tafla á dag, tekin inn að kvöldi. Skammtastærð handa börnum 6-14 ára er ein 5 mg tuggutafla daglega, tekin inn að kvöldi. Montelukast má bæta við þá astmameðferð sem sjúklingurinn er þegar að fá. Montelukast má bæta við meðferð þegar meðferð með stuttverkandi B-agónistum „eftir þörfum" dugir ekki ein sér. Þegar klínísk svörun hefur átt sér stað (venjulega eftir fyrsta skammtinn), getur sjúklingurinn e.t.v. dregið úr meðferð með stuttverkandi B-agónistum „eftir þörfum". Meðferð með montelukast má nota sem viðbótarmeðferð þegar önnur lyf s.s. innúðabarksterar veita ekki fullnægjandi klíníska meðferð. Frábendingar: Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun: Ráðleggja skal sjúklingum að nota aldrei montelukast töflur við bráðum astmaköstum, heldur hafa sín venjulegu viðeigandi lyf tiltæk til notkunar við slíkar aðstæður. Ef brátt astmakast á sér stað skal nota stuttverkandi (B-agónista til innúðunar. Sjúklingar skulu ráðfæra sig við sinn lækni svo fljótt sem auðið er, ef þeir þurfa meira af B-agónistum til innúðunar, en áður. Montlukast á ekki að gefa í stað innúðabarkstera eða barkstera til inntöku. Ekki hefur verið sýnt fram á að hægt sé að draga úr notkun barkstera til inntöku þegar montelukast er gefið samhliða þeim. Í sjaldgæfum tilvikum getur fjölgun eósínófíla átt sér stað hjá sjúklingum á meðferð með astmalyfjum, þ.á.m. montelukast, sem stundum kemur fram með klínískum einkennum æðabólgu sem samræmist Churg-Strauss heilkenni, sjúkdómi sem oft er meðhöndlaður með barksterum (systemic). Í flestum þessara tilvika, en ekki öllum, hafa skammtar af barksterum til inntöku verið minnkaðir eða notkun þeirra hætt. Hvorki er hægt að útiloka né staðfesta að Churg-Strauss heilkenni komi upp í tengslum við leukotríen viðtaka antagónista. Læknar skulu vera á verði m.t.t. fjölgunar eósínófíla, útbrota í tengslum við æðabólgu, versnandi lungnaeinkenna, aukaverkana á hjarta, og/eða taugakvilla hjá sjúklingunum. Endurmeta skal ástand sjúklinga sem fá þessi einkenni og endurskoða meðferð þeirra. Reynsla lyfsins handa börnum er takmörkuð. 5 mg tuggutafla inniheldur aspartam sem inniheldur fenýlalanín (0,842 mg fenýlalanín í 5 mg tuggutöflu). Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir: Montelukast á gefa samhliða annarri hefðbundinni fyrirbyggjandi meðferð og hefðbundinni meðferð við langvinnum astma. Í rannsóknum á milliverkunum hafði ráðlagður klínískur skammtur af montelúkasti engin klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf eftirfarandi lyfja: theófyllíns, prednisóns, prednisólóns, getnaðarvarnartaflna (ethinyl estradíol/norethindrone 35/1), terfenadíns, dígoxíns og warfaríns. AUC fyrir montelúkast var u.þ.b. 40% minna hjá einstaklingum sem fengu fenóbarbítal samhliða montelúkasti. Þar sem montelúkast umbrotnar fyrir tilstilli CYP 3A4 skal gæta varúðar sérstaklega hjá börnum þegar montelukast er gefið samhliða lyfjum sem innleiða CYP 3A4, svo sem fenýtóíni, fenóbarbítali og rífampicíni. Meðganga og brjóstagjöf: Þar sem engar samanburðarrannsóknir hafa verið gerðar hjá þunguðum konum eða konum með börn á brjósti á ekki að nota montelukast á meðgöngu eða hjá konum með börn á brjósti nema brýna nauðsyn beri til. Aukaverkanir: Aukaverkanir, sem almennt eru vægar, hafa yfirleitt ekki orðið til þess að hætta þyrfti meðferð. Eingöngu kviðverkir og höfuðverkur voru skráð sem lyfjatengdar aukaverkanir sem áttu sér stað hjá ≥ 1% sjúklinga sem fengu montelukast og tíðari en hjá sjúklingum sem fengu lyfleysu í tveimur klínískum rannsóknum á 10 mg töflum. Ekki var marktækur munur á tíðni þessara aukaverkana í meðferðarhópunum tveimur. Þrátt fyrir að ekki væri um staðfest tengsl við notkun montelúkasts að ræða voru eftirfarandi aukaverkanir, sem voru jafntíðar eða tíðari en hjá þeim sem fengu lyfleysu, skráðar hjá ≥ 1% sjúklinga í klínískum rannsóknum. Almennar: máttleysi/þreyta, hiti , kviðverkir, áverkar. Meltingarfæri: niðurgangur, meltingartruflanir, maga- og garnabólga af völdum sýkingar, tannverkir. Taugakerfi/geðræn einkenni: svimi, höfuðverkur, svefnleysi. Öndunarfæri: nefstífla, hósti, inflúensa. Húð: útbrot.
Eingöngu höfuðverkur var skráð sem lyfjatengd aukaverkun sem áttu sér stað hjá ≥ 1% sjúklinga sem fengu montelukast og tíðari en hjá sjúklingum sem fengu lyfleysu í klínískri rannsókn á 5 mg tuggutöflum. Ekki var marktækur munur á tíðni þessara aukaverkana í meðferðarhópunum tveimur. Þó að orsakasamhengi við montelúkast hafi ekki verið staðfest voru eftirfarandi aukaverkanir, sem voru tíðari en hjá þeim sem fengu lyfleysu, skráðar hjá ≥ 3% barna í klínískum rannsóknum. Almennar: hiti. Meltingarfæri: niðurgangur, ógleði. Öndunarfæri: inflúensa, hálsbólga, skútabólga. Eftirfarandi aukaverkanir hafa verið skráðar við almenna notkun lyfsins: máttleysi/þreyta, svimi, óeðlilegir draumar þar á meðal martraðir, syfja, svefnleysi, önuglyndi, eirðarleysi, liðverkir, niðurgangur, munnþurrkur, meltingartruflanir, ofnæmisviðbrögð (þ.á.m. bráðaofnæmi, ofsabjúgur, ofsakláði, kláði, útbrot og í mjög sjaldgæfum tilvikum íferð eósínófíla í lifur), lasleiki, vöðvaverkir, ógleði og uppköst. Pakkningar, verð (desember, 2000), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: Tuggutöflur 5 mg og töflur 10 mg: 28 stk. 5360 kr. 98 stk. 16041 kr. Afgreiðsla: Lyfseðilsskylda. Greiðsluþátttaka: B. Handhafi markaðsleyfis: Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

TAFLA Á DAG
SINGULAIR® (MONTELÚKAST, MSD)
1 tafla á dag stuðlar að betri stjórn á astma.

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

Faraldsfræði í dag
Áhætta



María Heimisdóttir
Netfang:
mariah@decode.is

ÁHÆTTA (RISK) ER MÆLIKVARÐI Á TILURÐ NÝRRA sjúkdómstilfella í þýðinu og er skilgreind sem það hlutfall „heilbrigðra" einstaklinga sem fá sjúkdóminn á tilteknu tímabili. Lykilatriðin í þessari skilgreiningu eru þrjú. Í fyrsta lagi: um er að ræða ný tilfelli (incident cases). Í öðru lagi: áhættan er skilgreind með tilliti til ákveðins tímabils, ekki er hægt að vísa til til dæmis tvöfaldrar áhættu án þess að taka fram að átt sé við tiltekið tímabil. Síðast en ekki síst: hlutfall „heilbrigðra" einstaklinga sem fá sjúkdóminn byggist eingöngu á þeim hluta þýðisins sem á raunverulega á hættu að fá tiltekinn sjúkdóm, það er áhættuþýði (population at risk). Þannig er áhætta á legkrabbameini reiknuð út frá hlutfallinu milli fjölda heilbrigðra kvenna sem fá sjúkdóminn og fjölda heilbrigðra kvenna almennt, en ekki sem hlutfall af öllu þýðinu, þar sem um það bil helmingur þess á alls ekki á hættu að fá legkrabbamein. Áhætta hefur engar einingar en miðast við skýr tímamörk, talað er um að áhættan sé til dæmis 10% á 10 árum. Vegna skírskotunar til fjölda tilfella á tilteknu tímabili er áhætta einnig nefnd heildarnýgengi (cumulative incidence) þar sem um er að ræða safntölu nýgengis yfir ákveðið tímaskeið. Nýgengi, það er fjöldi nýrra tilfella á ákveðnu tímabili í skilgreindum hluta áhættuþýðisins, er einnig mælikvarði á áhættu en hefur tiltekinn fjölda einstaklinga sem einingu, til dæmis er talað um nýgengi á einu ári meðal 100.000 einstaklinga.

Áhætta, eins og hún er skilgreind að ofan, endurspeglar áhrif allra orsakaþátta sjúkdómsins, jafnt áhættuþátta sem verndandi þátta, en er ekki mælikvarði á áhrif einstakra áhættuþátta. Um er að ræða þá áhættu sem á við um allt áhættuþýðið að meðaltali en vísar ekki sérstaklega til einstaklinga innan þýðisins. Á ensku hefur slík meðaláhætta verið nefnd **background risk**.

Til að meta áhættuna sem tengist einstökum áhættuþáttum, og þar með skapa möguleika til að meta áhættu einstaklinga, er notuð hlutfallsleg áhætta (relative risk, risk ratio). Þá er fyrst reiknuð áhætta meðal þeirra sem hafa tiltekinn áhættuþátt og síðan meðal þeirra sem ekki hafa þennan áhættuþátt. Hlutfallsleg áhætta er hlutfallið á milli þessara tveggja stærða eða hlutfall heildarnýgengis milli þessara tveggja hópa, henni fylgir engin eining. Hlutfallsleg áhætta lýsir styrk tengslanna á milli áhættuþáttar og sjúkdóms, hún er afleiða af áhættu og því gilda um hana sömu lykilatriði og lýst var að ofan.

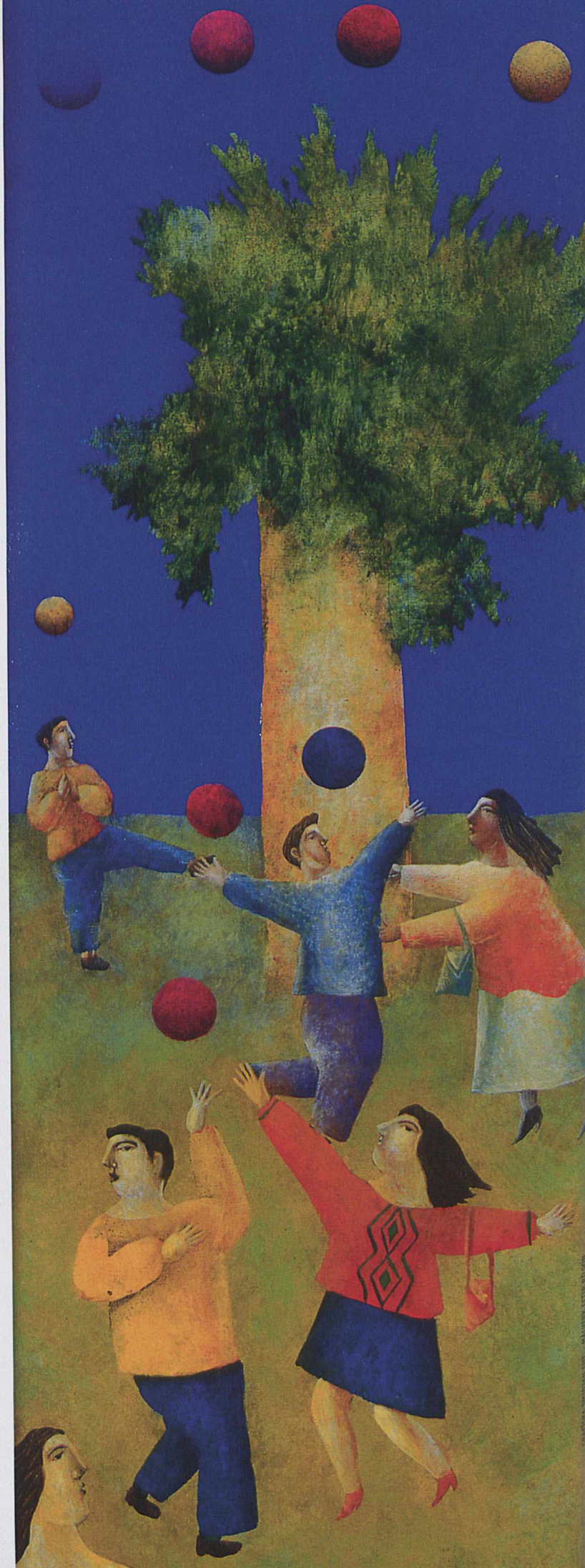
Rétt er að leggja sérstaka áherslu á mikilvægi tíma við mat á áhættu eða hlutfallslegri áhættu. Í báðum tilfellum verður að miða við vel skilgreint tímabil og áhættan getur verið mjög mismikil eftir lengd tímabilsins. Þetta verður best skýrt með dæmi. Setjum sem svo að meta eigi áhrif áhættuþáttar X á almenna dánartíðni með því að bera saman dánartíðni tveggja hópa þar sem annar hefur áhættuþáttinn en hinn ekki. Óháð dánartíðni meðal einstakra aldurshópa verður dánartíðnin augljóslega hin sama (100%) fyrir báða hópana, hvað sem áhættuþættinum líður, ef við fylgjumst með þeim nægilega lengi. Áhrif X á dánartíðnina eru greinilegust til skemmri tíma litið og munu dvína eftir því sem eftirlitstímabilið lengist, hlutfallslega áhættan mun stefna á 1,0.

Lengd tímabilsins sem áhættumatið á við um er aðeins einn af mörgum tímatengdum (temporal) þáttum sem hafa þarf í huga við mat og túlkun á áhættu. Áhætta getur augljóslega vaxið eða dvínað eftir því sem lengra líður frá áreiti. Jafnframt getur tiltekið áreiti haft í för með sér mjög mismikla áhættu eftir aldri og þroska einstaklings sem fyrir því verður. Þannig verður túlkun á áhættu að byggjast á fullkomnum upplýsingum um alla þá tímatengdu þætti, og auðvitað ýmsa aðra þætti, sem mikilvægir eru í hverju tilviki.

Þar sem áhætta og hlutfallsleg áhætta byggjast á nýgengi, en ekki algengi, er almennt aðeins unnt að reikna þessar stærðir út frá rannsóknum þar sem fylgst er með einstaklingum yfir tiltekið tímaskeið. Þannig má reikna áhættuhlutfall í ferilrannsókn þar sem fylgst er með nýgengi sjúkdóms meðal einstaklinga með og án tiltekins áhættuþáttar. Eins má nota gögn úr sjúklingasamanburðarrannsókn (case-control study) að tilteknum skilyrðum uppfylltum (sjá nánar síðar). Almennt er ekki unnt að meta áhættu eða hlutfallslega áhættu í þverskurðarrannsóknum (cross-sectional studies) þar sem rannsóknin fer fram á ákveðnum tímapunkti og einstaklingunum er ekki fylgt eftir í tíma til að finna ný tilfelli.

Sertral
(sertralín)

Öruggt og árangursríkt lyf við þunglyndi, þráhyggju- og áráttusýki



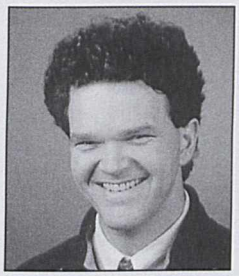
Hver tafla inniheldur: Sertralín hýdróklóríð, samsvarandi sertralín 50 mg. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Þunglyndi. Þráhyggju- og áráttusýki (obsessive-compulsive disorder). Felmtursköst (ofsahræðsla (panic disorder)), með eða án víðáttufælni (agoraphobia). **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtastærðir handa fullorðnum: **Við þunglyndi og þráhyggju- og áráttusýki:** Upphafsskammtur er 50 mg á dag, tekið í einum skammti. Ef þörf krefur, má auka þennan skammt um 50 mg á dag, í þrepum á nokkrum vikum, í allt að 200 mg á dag. Sé þörf á langtímanotkun lyfsins er venjulegur viðhaldsskammtur 50 mg á dag. **Við felmtursköstum (ofsahræðslu) með eða án víðáttufælni:** Upphafsskammtur er 25 mg á dag. Skammtur er aukinn í 50 mg á dag eftir eina viku. Ef þörf krefur má auka þennan skammt um 50 mg á dag, í þrepum á nokkrum vikum. Hámarksskammtur sem mælt er með er 200 mg á dag. Skammtastærðir handa öldruðum eru þær sömu og að framan er getið. Árangur meðferðar getur komið fram innan 7 daga, en oftast þarf 2-4 vikna meðferð áður en full verkun næst. Sertralín er að mestu leyti umbrotið í lifur. Minni eða færri skammta skal gefa af lyfinu ef sjúklingur er með minnkaða lifrarstarfsemi. Lyfið er tekið einu sinni á dag, annað hvort að morgni eða að kvöldi. Töflurnar má taka ýmist með eða án matar. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Samtímis notkun MAO-hemils. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ekki skal gefa sjúklingum sertralín, sem notað hafa MAO-hemlandi lyf, fyrr en 2 vikum eftir að slíkri meðferð hefur verið hætt. Á sama hátt skal ekki gefa MAO-hemlandi lyf fyrr en 2 vikum eftir að sertralín meðferð hefur verið hætt. Eins og hjá öðrum þunglyndislyfjum hefur verið skráð örvun á maníu og hypómaníu hjá nokkrum sjúklingum. Flogaveiki getur hugsanlega versnað við notkun lyfsins og því skal gæta varúðar við gjöf sertalíns hjá sjúklingum með flogaveiki. Meðferð með sertralíni skal hætt ef sjúklingar fá krampakóst. Sertralín er að mestu leyti umbrotið í lifur. Hjá sjúklingum með takmarkaða lifrarstarfsemi minnkar útskilnaðarhraði lyfsins, minni eða færri skammta skal þá gefa af lyfinu. Vegna aukinnar hættu á sjálfsvígstilraunum samfara þunglyndi skal hafa náið eftirlit með sjúklingum í upphafi meðferðar. Gæta ber varúðar við notkun lyfsins hjá sjúklingum, sem eru með sykursýki og meðhöndlaðir með insúlíni eða sykursýkilyfjum af súlfónýlúreaflokki. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Samtímis gjöf MAO-hemlandi lyfja getur valdið skyndilegum háþrýstingi og oförvunarástandi. Gæta ber varúðar við samtímis gjöf sertralíns og annarra lyfja sem verka á miðtaugkerfið. Neysla áfengis er ekki ráðlögð meðan á sertralín meðferð stendur. Samtímis notkun litíums getur aukið tíðni aukaverkana sertralíns, einkum ógleði, skjálfta og kvíða. Þar til frekari upplýsingar liggja fyrir ætti ekki að nota serótónín virk lyf eins og tryptófan, súmatriptan eða fenflúramín samtímis sertralíni, vegna hugsanlegrar hættu á milliverkunum. Þar sem sertralín er bundið plasmapróteinum, skal hafa í huga möguleikann á að sertralín milliverki við önnur próteinbundin lyf (t.d. warfarín og digitoxín). Samtímis gjöf sertralíns og címetidíns getur valdið aukningu í blóðstyrk sertralíns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Dýratilraunir benda ekki til að lyfið hafi áhrif á frjósemi eða hafi fósturskemmandi áhrif, en mjög hár skammtar hafa leitt til aukinnar dánartíðni nýfæddra dýra. Engar tilraunir hafa verið gerðar á barnshafandi konum. Ber því að forðast notkun lyfsins á meðgöngu nema brýna nauðsyn beri til. Engar upplýsingar liggja fyrir um hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk, þess vegna ættu konur með barn á brjósti ekki að nota lyfið. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Lyfið getur haft áhrif á viðbragðsflýti og ber að hafa það í huga við akstur og stjórnun véla. Sjúklingar sem aka bifreiðum eða stjórna öðrum vélknúnum tækjum skal ekki gefið sertralín samtímis bensódíazepínafbrigðum eða öðrum róandi lyfjum. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkun lyfsins er ógleði, u.þ.b. 20%. **Algengar (>1%): Almennar:** Aukin svitamyndun, svimi, syfja, höfuðverkur, óróleiki, þyngdartap, lystarleysi (anorexia). **Taugakerfi:** Vöðvaskjálfti, truflun á sáðláti. **Meltingarfæri:** Ógleði, munnþurrkur, niðurgangur, meltingaróþægindi. **Sjaldgæfar (0,1-1%): Geðrænar:** Kvíði. **Mjög sjaldgæfar (< 0,1): Efnaskipti:** Lækkun natríums í sermi (hyponatremi). **Taugakerfi:** Rugl, kynlífsóþægindi hjá konum, náladofi, dofi, ofsjónir, árásarhneigð, æsingur, óróleiki. **Ofskömmtun:** Einkenni eins og lýst er varðandi aukaverkanir. **Meðhöndlun:** Einkennameðferð. **Lyfhrif:** Sertralín hindrar upptöku serótóníns (5-HT) á sértækan hátt í taugum, sem leiðir til aukningar á áhrifum 5-HT. Lyfið hefur aðeins mjög væg áhrif á endurupptöku í taugar af noradrenalíni og dópamíni. Í lækningalegum skömmtum hemur sertralín endurupptöku serótóníns í blóðflögum. Sertralín hefur engin örvandi, róandi eða andkólínvirk áhrif og hefur ekki eitrunaráhrif á hjarta í dýratilraunum. Í rannsóknum á sjálfboðaliðum hafði sertralín hvorki róandi áhrif né áhrif á hughreyfilegt atferli. Í samræmi við hina sértæku hömlun á 5-HT upptöku eykur sertralín ekki katekólamínvirkni. Sertralín hefur ekki sækni í múskarín (kólínvirka), serótónínvirka, dópamínvirka, adrenvirka, histamínvirka, GABA eða benzódíazepín viðtaka. Ólíkt þríhringlaga geðdeyfðarlyfjum, hefur þyngdaraukning ekki sést eftir meðferð með lyfinu. Ekki hefur komið í ljós, að sjúklingar verði líkamlega aða andlega háðir lyfinu. **Lyfjahvörf:** Sertralín hefur skammtaháð lyfjahvörf á skammtabilinu 50 - 200 mg á dag. Eftir 50 - 200 mg á dag í 14 daga sést hámarksblóðþéttni hjá mönnum 4,5 - 8,4 klst. eftir gjöf. Stöðugri blóðþéttni er náð eftir daglega gjöf sertralíns í eina viku. Lyfið er nánast allt próteinbundið (um 98%). Rannsóknir á dýrum hafa sýnt að lyfið hefur mjög stórt dreifingarrúmmál. Sertralín umbrotnar mikið í fyrstu umferð í lifur. Sertralín og aðalumbrotsefni þess,
N-desmetýlsertralín (sem virðist að mestu óvirkt) umbrotna að mestu leyti í líkamanum og umbrotsefnin skiljast út með saur og þvagi. Aðeins lítið magn af sertralíni skilst óbreytt út með þvagi. Helmingunartími í útskilnaðarfasa er u.þ.b. 26 klst.. Lyfjahvörf lyfsins eru eins hjá eldri og yngri sjúklingum. Inntaka sertralíns með mat hefur ekki marktæk áhrif á aðgengi lyfsins.
Útlit: Hvítar, filmuhúðaðar töflur, ílangar, kúptar (stærð: 10 x 5 mm), með deilistriki.
Pakkningar og verð (Lyfjaverðskrá 1. nóvember)

Sertral 50 mg, 28 stk	3.377 kr
Sertral 50 mg, 98 stk.	10.704 kr

Omega Farma

www.omega.is

Af magnýl og sterum



Bjarni Jónasson

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.

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

Barn á leiðinni

Verðandi föður var mikið niðri fyrir þegar hann hringdi á fæðingadeildina.

„Konan mín á von á sér og samdrátturinn kemur á tveggja mínútna fresti."

„Er þetta fyrsta barnið hennar?," spurði ljósmóðirin sem svaraði símanum.

„Nei, er ekki allt í lagi með þig? Þetta er eiginmaðurinn."

Á stofugangi

Geðlæknirinn gekk stofugang. Þegar hann kom inn á tvíbýli þar sem Nonni og Maggi dvöldu sá hann að Nonni var að þykjast saga spýtu í sundur. Maggi hékk hins vegar niður úr loftinu með höfuðið á undan sér.

„Nonni, hvað ertu eiginlega að gera?," spurði læknirinn.

„Sérðu ekki að ég er að saga spýtu í tvennt?"

„En hvað er Maggi þá að gera þarna uppi í loftinu?"

„Æ, hann er dálítið ruglaður í dag. Hann heldur að hann sé ljósapera."

„Heldurðu að það væri ekki skynsamlegt að fá hann til að koma niður á gólf?"

„Hvað meinarðu?," spurði Nonni. „Á ég þá að vinna í myrkri?"

Setningar sem sjúklingurinn má alls ekki heyra inni á skurðstofu

„Oops!"

„Hefur nokkur séð úrið mitt?."

„Þetta var alveg rosalegt partý í gærkvöldi. Ég held ég hafi aldrei orðið eins fullur á ævinni."

„Heyrðu mig, þetta virðist vera skemmtilegt. Viltu leyfa mér að prófa?"

„Geymdu það sem er í skálinni. Við gætum þurft á því að halda við krufninguna."

„Fjandinn sjálfur, þar fór rafmagnið enn einu sinni."

„Er það ekki rétt hjá mér að þessi sjúklingur eigi eitthvað af börnum?"

„Var þessi sjúklingur ekki örugglega búinn að skrifa undir að hann vildi gefa líffæri úr sér?"

Lífssýn skurðlæknisins

Skurðlæknirinn fann þörf hjá sér til að tjá sig við geðlækninn.

„Ef mér verður verulega á í messunni deyr sjúklingurinn. Ef þér mistekst eitthvað illilega á sjúklingurinn um sárt að binda alla ævi."

Einn af fjórum

Geðlæknar vilja meina að einn af hverjum fjórum þjáist af geðsjúkdómi. Athugaðu þrjá vini þína. Ef þeir eru í lagi þá ert það þú sem ert sá klikkaði.

Magnýl

Kona kom inn í lyfjabúð og spurði afgreiðslustúlkuna:

„Áttu til acetýlsalicýlsýru?"

„Meinarðu magnýl ?"

„Já, einmitt," sagði konan. „Ég get bókstaflega aldrei munað þetta nafn."

Kál í eyranu

Maður nokkur kom til læknis og kvartaði undan því að spergilkál væri farið að vaxa út úr öðru eyranu.

Læknirinn trúði varla sínum eigin augum, þegar hann skoðaði manninn og gat staðfest, að í raun og veru var spergilkál farið að vaxa í hægra eyranu.

„Það hlýtur að vera erfið reynsla fyrir þig að kál skuli vaxa í eyranu á þér," sagði læknirinn.

„Já, því máttu trúa og ég er alveg grútspældur af því að ég sáði gulrótum."

Hænusystir

Læknirinn: „Hvað er eiginlega að bróður þínum?"

Systir sjúklingsins: „Hann heldur að hann sé hæna."

Læknirinn: „Hvað hefur hann haldið það lengi?"

Systirin: „Í þrjú ár."

Læknirinn: „Í þrjú ár. Því í ósköpunum komstu ekki með hann fyrr?"

Systirin: „Við þurftum að nota eggin."

Á sterum

Kona ofarlega á miðjum aldri kom á stofu til Skeggja læknis, sem hafði skrifað upp á stera handa henni.

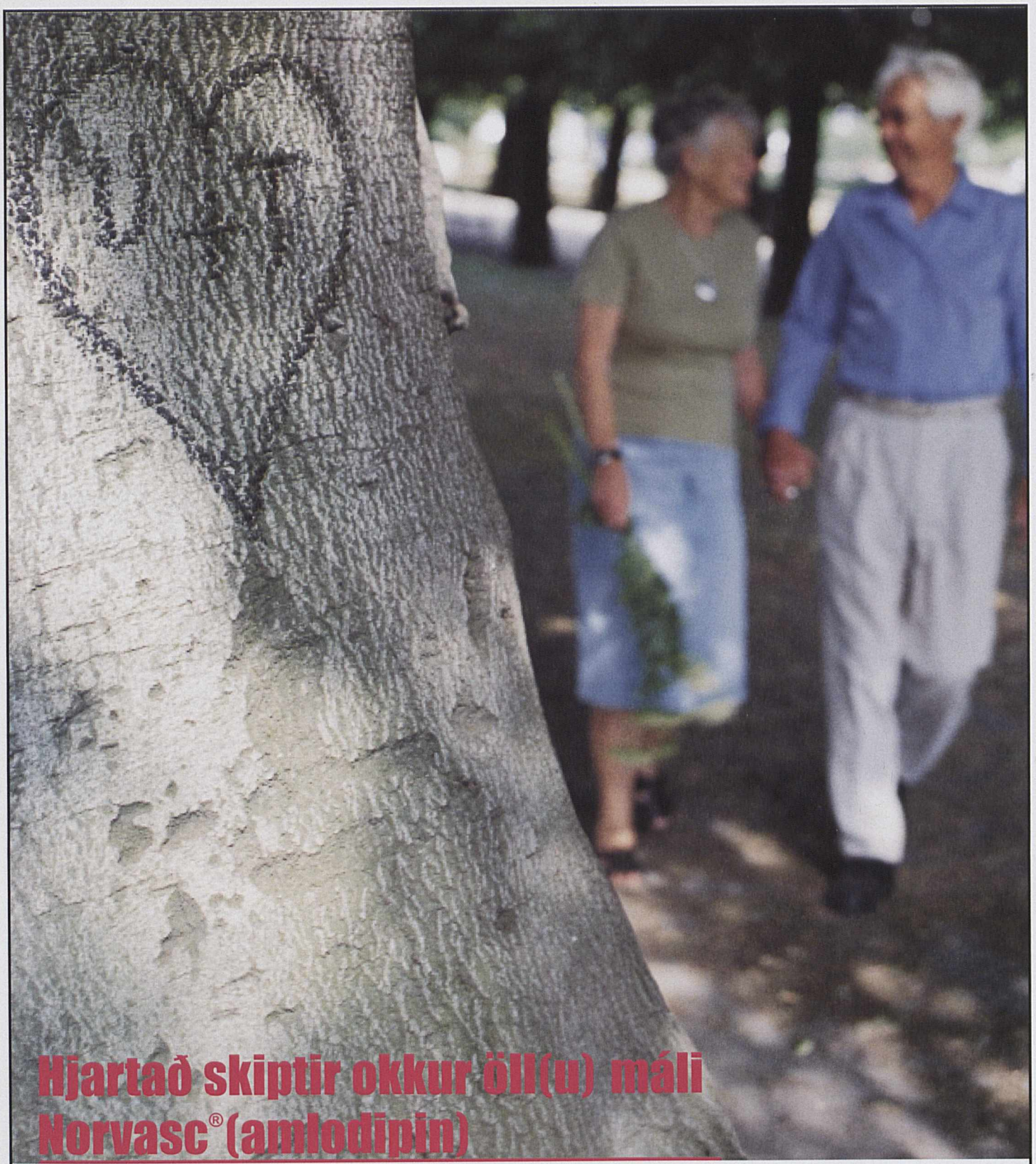
„Ég hef nokkrar áhyggjur af þessu lyfi, sem þú ert að láta mig taka, Skeggi."

„Af hverju hefurðu áhyggjur af því?"

„Ég er komin með hár á bringuna," sagði konan og hneppti frá tveimur efstu tölunum á blússunni. Við lækninum blasti hármotta milli brjósta konunnar.

„Guð minn góður," hrópaði læknirinn upp yfir sig. „Hversu langt niður nær hárvöxturinn?"

„Það er reyndar hitt málið, sem ég ætlaði að ræða við þig. Hann nær alveg niður að eistum."



Hjartað skiptir okkur öll(u) máli

Norvasc® (amlodipin)

Norvasc

Pfizer, 880133. TÖFLUR; C 08 C A 01 R B. Hver tafla inniheldur: Amlodipinum INN, besýlat, samsvarandi Amlodipinum INN 5 mg eða 10 mg. Eiginleikar: Kalsíumblokkari, dihýdrópýridínafbrigði með löngum helmingunartíma. Minnkar innflæði kalsíumjóna í frumur hjartavöðvans og sléttra vöðva í æðum. Lækkar blóðþrýsting, vegna beinna slakandi áhrifa á slétta vöðva í æðum. Útvíkkun á slagæðum og kransæðum dregur úr hjartaöng. Mesta blóðþéttni er eftir 6-12 klst. Helmingunartími er 35-50 klst. Fullnægjandi blóðþéttni fæst með einni gjöf daglega og jöfn þéttni eftir 7-8 daga. 10% útskilst óbreytt og 60% sem niðurbrotsefni í þvagi. Ábendingar: Háþrýstingur, hjartaöng. Frábendingar: Ofnæmi fyrir lyfinu og skyldum lyfjum. Meðganga og brjóstagjöf. Aukaverkanir: Algengasta aukaverkun lyfsins er vægur ökklabjúgur sem er háður skömmtum (3% við 5 mg/dag og 11% við 10 mg/dag). Algengar (>1%): Almennar: Ökklabjúgur, höfuðverkur, svimi, roði og hiti í andliti, þróttleysi. Hjarta: Hjartsláttarónot. Miðtaugakerfi: Vöðvakrampar. Meltingarfæri: Ógleði, magaverkir. Öndunarfæri: Andþrengsli. Sjaldgæfar (0,1-1%): Hjarta og blóðrás: Blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, brjóstverkir. Húð: Útbrot, kláði. Stoðkerfi: Verkir í vöðvum og liðum. Geð: Svefntruflanir. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Hjarta: Aukaslög. Meltingarfæri: Ofvöxtur í tannholdi. Húð: Ofsakláði, regnbogaroðsótt. Lifur: Aukið magn lifrarenzýma í blóði. Geð: Rugl. Umbrot: Hækkun blóðsykurs. Milliverkanir: Ekki þekktar. Eiturverkanir: Varast skal að hefja meðferð hjá eldra fólki með háum skammti, en viðhaldsskammtur er svipaður í öllum aldurshópum. Helmingunartíminn lengist hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Ofskömmtun getur valdið of lágum blóðþrýstingi. Skammtastærðir handa fullorðnum: 5 mg einu sinni á dag. Má auka í 10 mg á dag. Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum.

Pakkningar og verð (1. mars 2001): Töflur 5 mg: 30 stk. (þynnupakkað) kr. 2.901
Töflur 5 mg: 100 stk. (þynnupakkað) kr. 7.346
Töflur 10 mg: 30 stk. (þynnupakkað) kr. 4.143
Töflur 10 mg: 100 stk. (þynnupakkað) kr. 11.584

Samningur Pfizer við lyfsala í landinu gerir þeim kleift að selja Norvasc® á viðmiðunarverði.
Umboðsaðili á Íslandi: Pharmaco hf.

Pfizer

Stofnað Félag íslenskra áfengis- og vímuefnalækna

Nýverið var stofnað Félag íslenskra áfengis- og vímuefnalækna (Icelandic Society of Addiction Medicine). Tilgangur félagsins er meðal annars að efla kennslu, þekkingu og rannsóknir á sviði fíknisjúkdóma, vímuefnafræða og vímuefnalækninga, ekki síst meðal lækna og annarra heilbrigðisstétta.

Félagar geta orðið þeir íslenskir læknar sem hafa eða hafa haft vímuefnalækningar og meðferð að starfi eða hafa sérstakan áhuga á málinu.

Sextán læknar hafa gerst stofnfélagar að FÍÁV en ákveðið var á framhaldstofnfundi 27. febrúar síðastliðinn að þeir sem gengju í félagið á árinu 2001 teldust stofnfélagar. Tengsl eru við alþjóðasamtökin ISAM, International Society of Addiction Medicine. Guðbjörn Björnsson er stjórnarmaður í ISAM en árlegt þing samtakanna verður haldið hér á landi árið 2002.

Í stjórn félagsins voru kjörin: Þórarinn Tyrfingsson formaður, Sveinn Rúnar Hauksson ritari og Elín Hrefna Garðarsdóttir gjaldkeri. Endurskoðendur eru Jóhannes Bergsveinsson og Valur Júlíusson.

Staða kvenna í læknastétt á Íslandi

Málþing 17. maí kl. 13.30-16.00 í Hlíðasmára 8

Um tæplega tveggja ára skeið hefur verið starfandi Félag kvenna í læknastétt á Íslandi - FKLÍ. Félagið hefur ýmis stefnumál á dagskrá sinni með megináherslu á stöðu kvenna innan læknastéttarinnar, hvernig megi bæta hana og efla. Nokkur kynning fór fram á félaginu, markmiðum þess og væntingum félagskvenna í febrúar- og marsheftum Læknablaðsins. Þar kemur meðal annars fram að konur hafa á undanförnum árum sótt í meira mæli í nám í læknisfræði. Þær hafa einnig í auknum mæli haldið af stað í sérnám og er vaxandi fjöldi kvenna starfandi í flestum sérgreinum læknisfræðinnar hér á landi. En þegar litið er til stöðuveitinga á stóru sjúkrahúsunum og innan Háskóla Íslands, einkum varðandi stjórnun og kennslu, fæst ekki sama speglun.

Til þess að varpa nánara ljósi á stöðu kvenna í læknastétt hér á landi, framgang kvenna til starfa og hindranir á þeirri leið, hyggst félagið efna til málþings undir yfirskriftinni **Skref til framtíðar. Hvert stefnum við í jafnréttismálum?** með þátttöku forsvarsmanna lækna og stjórnenda í heilbrigðiskerfinu.

Málþingið verður haldið fimmtudaginn 17. maí kl. 13.30-16.00 í húsakynnum Læknafélaganna í Hlíðasmára 8, Kópavogi.

Fundarstjóri verður Guðrún Agnarsdóttir læknir og forstjóri Krabbameinsfélags Íslands.

Skálholtsferð

Öldunagdeild LÍ boðar til ferðar að Skálholti laugardaginn 7. apríl næstkomandi. Farið verður með áætlunarbifreið frá skrifstofum LÍ að Hlíðasmára 8, Kópavogi, kl. 10.00. Áætluð heimkoma kl. 16.00.

Prófessor Pétur Pétursson mun fræða okkur um sögu staðarins og fjalla sérstaklega um Þórð biskup Þorláksson (1674-1697).

Snæddur verður veislumatur að hætti Þorláks biskups helga. Nánari tilkynning um ferðatilhögun mun berast félagsmönnum síðar.

Stjórnin

Norvasc®

FRUMLYF

Pfizer

LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

Stöður aðstoðarlækna við Landspítala háskólasjúkrahús

Lausar eru til umsóknar stöður aðstoðarlækna við Landspítala háskólasjúkrahús. Um er að ræða 36 stöður fyrir kandídata í læknisfræði sem nú eru í fyrsta skipti auglýstar í fyrirfram ákveðnu blokkarkerfi. Stöðurnar veitast frá 1. júlí næstkomandi. Ráðningartími er í 12-15 mánuðir. Stöður þessar eru læknakandídötum nauðsynlegar til að geta sótt um lækningaleyfi. Samsetning blokka tekur mið af þörfum Landspítala háskólasjúkrahúss og óskum aðstoðarlækna um niðurröðun á deildir.

Eftirtaldar deildir eru í boði:

Lyflækningadeild
Handlækningadeild
Barnadeild
Kvennadeild
Slysadeild
Myndgreiningardeild
Geðdeild
HNE-deild

Störf í heilsugæslu verða skipulögð í nánu samstarfi við kennslustjóra hennar.

Umsækjendur skulu hafa lokið læknaprófi frá læknadeild HÍ eða öðrum sambærilegum læknadeildum. Störfunum fylgir vaktskylda samkvæmt fyrirfram ákveðnu skipulagi og þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta.

Nánari upplýsingar veitir sviðsstjóri læknisfræðisviðs skrifstofu kennslu og fræða í síma 525 1246 (ritari, tölvupóstur: fridsb@landspitali.is).

Umsóknum skal skilað til sviðsstjóra læknisfræðisviðs kennslu og fræða eða með rafrænum hætti um heimasíðu Landspítala háskólasjúkrahúss. Starfskjör á sjúkrahúsum fara eftir kjarasamningi Læknafélags Íslands við Fjármálaráðuneytið. Starfskjör í heilsugæslu eru samkvæmt úrskurði Kjaranefndar.

Umsóknarfrestur er til 15. apríl næstkomandi.

Öllum umsóknum um stöðurnar verður svarað.

Landspítali háskólasjúkrahús

SCHERING

Yasmin®

30 µg etínýlöstradíol, 3 mg dróspírenón

VELLÍÐAN

- með nýrri getnaðarvarnartöflu -



Yasmin - SCHERING
TÖFLUR, filmuhúðaðar: G 03 AA Hver tafla inniheldur: Drospirenunum INN 3 mg og Etinylestradiolum INN 30 míkróg. Lactosum.
Ábendingar: Getnaðarvörn.—**Skammtar og lyfjagjöf:** Áður en byrjað er að taka lyfið, eða notkun þess er hafin á ný, ber að skrá nákvæma sjúkrasögu konunnar (og fjölskyldusögu) og útiloka þungun. Konu skal bent á að lesa fylgiseðil lyfsins nákvæmlega og fara eftir þeim ráðum sem þar eru gefin. Minna ber konur á að getnaðarvarnartöflur til inntöku veita ekki vörn gegn HIV-smiti (eyðni) né öðrum kynsjúkdómum.
***Yasmin*:** Taka verður töflunar á svipuðum tíma á hverjum degi í þeirri röð sem töfluspjaldið sýnir. Taka skal eina töflu á dag í 21 dag samfleytt. Byrja skal á næsta spjaldi eftir 7 daga hlé og eiga tíðablæðingar sér venjulega stað á þeim tíma. Þær hefjast að jafnaði á 2. til 3. degi eftir að síðasta tafla var tekin og kunna að standa yfir enn þegar byrjað er á næsta töfluspjaldi.
Hvernig byrjað er að taka lyfið: -Ef ekki hefur verið notuð hormónagetnaðarvörn síðasta mánuðinn er rétt er að byrja að taka töflurnar á fyrsta degi tíðahringsins (þ.e. á fyrsta degi tíðablæðinga). -Þegar skipt er frá annarri tegund getnaðarvarnartaflna sem inniheldur blöndu hormóna má byrja að taka töflurnar daginn eftir venjulegt töflulaust tímabil eða eftir töku síðustu óvirku töfluna af fyrri getnaðarvarnartöflutegundinni.
Frábendingar: Ekki ber að nota getnaðarvarnartöflur sem innihalda blöndu hormóna í eftirfarandi tilvikum. Komi eitthvert þessara tilvika fram í fyrsta skipti þegar getnaðarvarnartöflur eru notaðar, ber að hætta töku þeirra strax. - Segamyndun í blæðum eða sjúkrasaga um slíkt (segamyndun í djúpum bláæðum, blóðreksstífla í lungum). - Segamyndun í slagæðum eða sjúkrasaga um slíkt (t.d. heilablóðfall, hjartadrep) eða fyrirboði um það (t.d. hjartaöng og skammvinn blóðþurrðaráföll). **Aukaverkanir:** Greint hefur verið frá eftirfarandi aukaverkunum við notkun lyfsins:
***Algengar* (= 1%):** *Innkirtlakerfi*: Blæðingartruflanir, milliblæðingar, verkir í brjóstum. *Taugakerfi*: Höfuðverkur, geðdeyfð. *Hjarta- og æðakerfi*: Mígreni. *Meltingarfæri*: Ógleði. *Æxlunarfæri og brjóst*: Hvítleit útferð, sveppasýking í leggöngum. ***Sjaldgæfar* (0,1-1%):** *Almennt*: Vökvasöfnun, breytingar á líkamsþyngd. *Taugakerfi*: Breytingar á kynhvöt. *Hjarta- og æðakerfi*: Háþrýstingur, lágþrýstingur. *Meltingarfæri*: Uppköst. *Húð og húðbeðskerfi*: Þrymlabólur, eksem, ofsakláði. *Æxlunarfæri og brjóst*: Slíðurbólga.
***Mjög sjaldgæfar* (<0,1%)** *Ónæmiskerfi*: Astmi. *Innkirtlakerfi*: Seyting úr brjóstum. *Eyra og völundarhús*: Heyrnaskerðing. *Hjarta- og æðakerfi*: Segarek. Sjá einnig varnaðarorð og varúðarreglur varðandi alvarlegar aukaverkanir getnaðarvarnartaflna.
Pakkningar og verð 1. Febrúar 2001: Yasmin : 21 stk x 3 (þynnupakkað) 3.072 kr.
Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: **0. Nánari upplýsingar í texta Sérlyfjaskrár**. Handhafi markaðsleyfis: Schering AG. Umboðsmaður á Íslandi: Thorarensen Lyf ehf. Heimildir: Foidart J-M et al. Eur.J.Contracept Reprod Health Care 2000; 5:124-34
UIS 01-29

Yasmin® er einfasa, lágskammta getnaðarvarnartafla, með nýrri tegund gestagens; dróspírenón.
Dróspírenón er afleiða af 17-alfa spirólaktóni og hefur aðallega prógestógen áhrif, en einnig andmíneralkortikóíð- og andandrógen eiginleika, en það gerir **Yasmin®** einstaka í sinni röð.
Ekkert annað gestagen hefur þessa eiginleika dróspírenóns og það er ekki í neinni annarri getnaðarvarnatöflu á markaðnum.

www.femalelife.com

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



FJÓRÐUNGSSJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI

Staða sérfræðings í almennum lyflækningum og hjartalækningum

Laus er til umsóknar staða lyflæknis með undirgrein í hjartasjúkdómum við lyflækningadeild. Umsækjandi skal hafa fullgild réttindi í lyflækningum og hjartalækningum. Æskilegt er að umsækjandi hafi reynslu í öllum hefðbundnum störfum hjartasérfræðings, sérstaklega í hjartaómskoðunum og gangráðsísetningum. Einnig skal umsækjandi hafa góða reynslu í almennum lyflækningum.

Staða sérfræðings í almennum lyflækningum

Laus er til umsóknar staða lyflæknis við lyflækningadeild. Umsækjandi skal hafa fullgild réttindi í almennum lyflækningum og einhverri undirgrein lyflækninga, til dæmis meltingarfærasjúkdómum, krabbameins- eða blóðlækningum eða nýrnasjúkdómum.

Störfunum fylgir vaktaskylda á lyflækningadeild, þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta og þjálfun aðstoðar- og deildarlækna, auk þátttöku í rannsóknavinnu.
Við ráðningu verður lögð áhersla á faglega þekkingu ásamt hæfileikum á sviði samskipta, samvinnu og sjálfstæðra vinnubragða.

Laun eru samkvæmt gildandi kjarasamningum sjúkrahúslækna og möguleiki er á ferliverkasamningi við sjúkrahúsið.

Umsóknum skulu fylgja ítarlegar upplýsingar um náms- og starfsferil ásamt upplýsingum um fræðilegar rannsóknir og ritstörf auk kennslustarfa. Umsóknarfrestur um framangreindar stöður er til 20. apríl 2001. Stöðurnar veitast frá 1. júní eða eftir samkomulagi.

Umsóknir á þar til gerðum eyðublöðum, ásamt fylgiskjölum, skulu berast í tvíriti til Þorvaldar Ingvarssonar framkvæmdastjóra lækninga. Nánari upplýsingar gefa Jón Þór Sverrisson forstöðulæknir lyflækningadeildar, í síma 460 3100, Nick Cariglia yfirlæknir meltingasjúkdóma á lyflækningadeild og Þorvaldur Ingvarsson framkvæmdastjóri lækninga í síma 460 3100, tölvupóstur thi@fsa.is

Staða yfirlæknis á meinafræðideild

Staða yfirlæknis á meinafræðideild er laus til umsóknar. Við deildina vinna fimm starfsmenn en verður fjölgað um tvo innan tíðar, jafnframt stendur fyrir dyrum flutningur í nýtt húsnæði. Deildin, sem er vel tækjum búin, þjónar um 40 þúsund manna byggðarlagi, það er mestöllu Norðurlandi og Norðausturlandi. Árlega berast skurðsýni úr 2.400–2.500 sjúklingum og krufningar eru á bilinu 45-50, um helmingur þeirra réttarfræðilegur. Vaktskylda er innifalin. Starfsfólk deildarinnar hefur annast meinafræðikennslu við heilbrigðisdeild Háskólans á Akureyri og vinna við rannsóknaverkefni er orðin veigamikill þáttur í daglegu starfi. Hefur sérstök rækt verið lögð við rannsóknir á sjúkdómum í meltingarvegi í samvinnu við speglunardeild. Á döfinni er samstarf við líftæknifyrirtæki og áform um samstarfsverkefni með Háskólanum á Akureyri eru á umræðustigi.

Í umsókn skal gerð grein fyrir náms- og starfsferli, rit-, kennslu- og stjórnunarstörfum, svo og sérstökum áhugasviðum faglegs efnis.

Við ráðningu verður sérstaklega tekið mið af sem víðtækastri reynslu í klínískri vefjameinafræði. Færni í túlkun ónæmisfræðilegra litunaraðferða er áskilin. Lagt verður mat á framlagðar ritsmíðar.

Staða sérfræðings á meinafræðideild

Staða sérfræðings á meinafræðideild er laus til umsóknar. Óskað er eftir ítarlegum upplýsingum um nám og fyrri störf, þar með talin rannsóknavinna og kennsla. Umsækjandi þarf að geta unnið sjálfstætt, meðal annars sinnt frystiskurðarþjónustu. Auk hefðbundinnar vinnu við sjúkdómsgreiningu, er ætlast til þátttöku í rannsóknaverkefnum og kennslu.

Umsóknarfrestur um framangreindar stöður á meinafræðideild er til 1. júní 2001, en stöðurnar veitast frá 1. september eða eftir samkomulagi. Laun eru samkvæmt gildandi kjarasamningum sjúkrahúslækna. Við ráðningu verður lögð áhersla á faglega þekkingu ásamt hæfileikum á sviði samskipta, samvinnu og sjálfstæðra vinnubragða. Umsóknum skulu fylgja ítarlegar upplýsingar um náms- og starfsferil ásamt upplýsingum um fræðilegar rannsóknir og ritstörf auk kennslustarfa. Umsóknir á þar til gerðum eyðublöðum, ásamt fylgiskjölum, skulu berast í tvíriti til Þorvaldar Ingvarssonar framkvæmdastjóra lækninga, sem jafnframt veitir nánari upplýsingar í síma 463 0109, tölvupóstfang: thi@fsa.is

Öllum umsóknum um stöðurnar verður svarað.

Karolinska Institutet ledigförklarar härmed en anställning som

professor i smittskydd, ssk klinisk bakteriologi, förenad med en anställning som överläkare vid Smittskyddsinstitutet

med placering vid Mikrobiologiskt och Tumörbiologiskt Centrum.
Ref nr 2286/2000PA

Mikrobiologiskt och Tumörbiologiskt Centrum (MTC) är en akademisk institution vars verksamhet omfattar olika subdiscipliner inom mikrobiologi, smittskydd, immunologi och tumörbiologi. Institutionen erbjuder en kreativ, interaktiv och internationellt präglad miljö; den är organiserad omkring 30 forskargrupper, med tillgång till flera vetenskapliga service-faciliteter inom institutionen eller Karolinska Institutet.

Smittskyddsinstitutet (SMI) är en central förvaltningsmyndighet med uppgift att bevaka det epidemiologiska läget i fråga om smittsamma sjukdomar och att aktivt medverka till att skyddet mot sådana sjukdomar upprätthålls och förstärks. SMI skall följa, informera och genom förslag till preventiva åtgärder tillgodose det nationella smittskyddet i samarbete med de internationella smittskyddsnätverken. SMI skall bedriva forskning, metodutveckling och utbildning inom smittskyddsområdet. Den bakteriologiska enheten vid SMI består av ca 45 tillsvidareanställda och ett 30 tal projektanställda doktorander och forskare. MTC och SMI ligger inom samma byggnadskomplex på Karolinska Institutets område i Solna.

Följande ämnesbeskrivning har fastställts för anställningen:

Ämnesområdet omfattar forskning kring egenskaper hos bakterier av betydelse för deras patogenicitet, smittspridning och resistensutveckling. Detta innebär cellulära, molekylära och genetiska studier av bakterie-värd interaktioner, taxonomi, epidemiologi samt mekanismer för bakteriell transmission och studier av bakteriers tillväxt och resistens mot antibakteriella substanser. Som överläkare på SMI skall man även driva utveckling och forskning kring diagnostiska metoder väsentliga för smittskyddsarbetet i samarbete med övrig klinisk mikrobiologi i landet. Till anställningen är knuten vissa kringresurser.

Professorn anställs av rektor efter förslag från rekryteringsutskottet och i samråd med SMI. Behörig att anställas som professor är den som visat vetenskaplig och pedagogisk skicklighet. Vidare bör sökande ha klinisk specialistkompetens i relevant disciplin. Vid bedömningen av de sökande kommer den vetenskapliga skickligheten att väga tyngst. Stor vikt kommer också att fästas vid förmåga att informera om forsknings- och utvecklingsarbete, liksom lednings-, utvecklings- och samverkansskicklighet. Även den pedagogiska skickligheten kommer att vägas in. Behörighet och bedömningsgrunder framgår av Högskoleförordningen 4 kap 5 §, 15 § och 16§.

Ansökan skall vara inkommen till Registrator, Karolinska Institutet, 171 77 Stockholm, **senast tisdag 17 april 2001**. Övriga handlingar skall inges inom fyra veckor från ansökningstidens utgång.

Nedanstående handlingar insändes i **fyra exemplar.**
Handlingarna under punkterna b – f skall vara avfattade på ENGELSKA
a) Ansökan.
b) Styrkt meritförteckning (Meriter uppställda i enlighet med Karolinska Institutets meritportfölj (styrkt)).
c) Skriftlig redogörelse för vetenskapliga, pedagogiska och kliniska meriter samt erfarenhet av administration och ledningsansvar redovisat i enlighet med Karolinska Institutets meritportfölj. Därvid skall särskilt beskrivas den personliga insatsen i arbeten, främst i dem som bifogas, där det finns flera medförfattare.
d) Fullständig publikationsförteckning.
e) Kortfattad skriftlig redogörelse för framtida forskning.
f) Vetenskapliga arbeten, 20 st skrifter eller andra arbeten som enligt den ökandes mening främst bör beaktas.

Handlingarna skall vara uppdelade i fyra identiska paket så att dessa direkt kan tillställas sakkunniga utsedda av rekryteringsutskottet.

De flesta professorer vid Karolinska Institutet är män, varför vi gärna ser kvinnliga sökande.

Information om meritportföljen och riktlinjer vid begäran om anställning som professor kan hämtas på http://info.ki.se under aktuellt, lediga tjänster eller rekvireras från registrator, tel 08/728 65 94.

Upplysningar om befattningen lämnas av professor Klas Kärre, prefekt, MTC, tel 08-728 62 82, fax 08-30 42 76, e-post klas.karre@mtc.ki.se, samt professor Ragnar Norrby, generaldirektör SMI, tel 046-17 11 26, e-post ragnar.norrby@smi.ki.se. Fackliga representanter är professor Staffan Arvidson (MTC), tel 08-728 71 72, e-post staffan.arvidson@mtc.ki.se samt laborator Hans Gaines tel (SMI) 08-457 2671, e-post Hans.Gaines@smi.ki.se .

NORDLAND FYLKESKOMMUNE
Nordland Sentralsykehus

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

Øre/nese/hals-avdeling

Overlege

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

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

Sykehuset er sentralsykehus for Nordland fylke med ca. 240.000 innbyggere og lokalsykehus for Salten-regionen med ca. 74.000 innbyggere og har alle de støttefunksjoner man forventer å finne i et sentralsykehus.

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

Søker må beherske norsk både skriftlig og muntlig.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til avdelingsoverlegen.

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

Se også sykehusets hjemmeside: www.nss.nl.no

Søknad sendes personalavdelingen, Nordland Sentralsykehus, N-8092 Bodø **innen 23. april 2001.**

Fylkets stillinger ligger også på www.jobbnord.com

Røykfritt miljø

CICERO jn

Heilbrigðisstofnunin Hvammstanga

óskar að ráða lækni til afleysinga í sumar, tímabilið júní til ágúst. Upplýsingar veita Lárus Þór Jónsson yfirlæknir, í símum: 451 2345 og 451 2484, netfang: larus@hghvammst.is og Guðmundur Haukur Sigurðsson framkvæmdastjóri, í símum: 451 2348 og 893 4378, netfang: gudmunds@hghvammst.is

Hafið samband og kynnið ykkur hvað er í boði.

Skurðlæknar

Yfirlæknir skurðdeildar óskast strax eða eftir nánara samkomulagi í fullt starf á Fjórðungssjúkrahúsinu í Neskaupstað.

Við leitum að fjölhæfum skurðlækni til krefjandi starfa þar sem búast má við miklum framkvæmdum og fólksfjölgun á Austurlandi á næstu árum.

Nánari upplýsingar veitir forstöðulæknir Björn Magnússon eða rekstrarstjóri Elísabet Benediktsdóttir í síma: 477 1400.

Umsóknum skal skila fyrir 1. maí næstkomandi.

Í Neskaupstað eru fjölbreytt tækifæri til útivistar og þar er Verkmenntaskóli með verknáms- og bóknámsbraut þaðan sem stúdentar útskrifast.

Viltu breyta til

Læknir óskast til starfa við Heilsustofnun NLFÍ.
Upplýsingar gefur Trausti Valdimarsson, yfirlæknir.
Sími: 483 0300 eða 8968777

Heilsustofnun NLFÍ
Grænumörk 10
Hveragerði

Vísindasjóður Félags íslenskra heimilislækna

Umsóknir um vísindastyrki fyrir vorúthlutun 2001 þurfa að berast sjóðnum fyrir 10. maí 2001 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

Stjórnun og rekstur í heilbrigðis-þjónustu

Þriggja missera hagnýtt nám í Stjórnun og rekstri í heilbrigðisþjónustu hefst á hausti komanda hjá Endurmenntunarstofnun HÍ. Þetta er í fjórða sinn að boðið er upp á þetta nám hér á landi, en það er skipulagt í samstarfi við Norræna heilbrigðisháskólann í Gautaborg. Námið er ætlað háskólamenntuðu fólki sem starfar í heilbrigðisþjónustu og vill afla sér þekkingar um rekstur, stjórnun og stefnumótun. Þegar hafa 83 heilbrigðisstarfsmenn lokið þessu námi.

Nám í Stjórnun og rekstri í heilbrigðisþjónustu jafngildir 15 háskólaeiningum og eru kennarar íslenskir og erlendir sérfræðingar, meðal annars í heilsuhagfræði, skipulags- og stjórnunarfræðum, starfsmannastjórnun, gæðastjórnun, fjármálafræðum, upplýsingatækni, forvörnum og siðfræði. Meðal kennara að þessu sinni er Philip Jacobs prófessor í heilsuhagfræði við Háskólann í Alberta í Kanada og Guðjón Magnússon rektor Norræna heilbrigðisháskólans.

Fimm manna stjórn skipuleggur námið og er hún skipuð Sigurði Guðmundssyni landlækni, Guðjóni Magnússyni rektor Norræna heilbrigðisháskólans, Guðrúnu B. Yngvadóttur hjá Endurmenntunarstofnun HÍ, Kristjáni Jóhannssyni lektor við viðskipta- og hagfræðideild HÍ og Brynju Guðmundsdóttur meinatækni hjá heilbrigðisdeild Tækniskóla Íslands.

Fyrirhugað er að bjóða upp á fjarkennslu í þessu námi á Akureyri ef þátttaka verður næg.

Umsóknarfrestur rennur út 30. apríl næstkomandi.

Nánari upplýsingar eru á vefsetri Endurmenntunarstofnunar HÍ www.endurmenntun.is og er fyrirspurnum svarað í símum 525 4444 og 525 4232.

Námskeið í stoðkerfisfræði að Reykjalundi dagana 31. maí - 2. júní

Hálshryggur

Námskeið í stoðkerfisfræði (ortópedískri medisín) verður haldið að Reykjalundi dagana 31. maí - 2. júní næstkomandi. Er þetta þriðja í röð fjögurra slíkra námskeiða.

Aðalkennari verður sem fyrr Bernt Ersson læknir frá Gävle. Farið er í líffærafræði og líftækni (biomekanik), en aðaláhersla verður lögð á meðferð. Á námskeiðinu verður farið í greiningu og meðferð vandamála í hálshrygg og verður stuðst við bók Bernts, sem verður seld á niðursettu verði á námskeiðinu.

Kennt verður á sænsku eða ensku eftir þörfum. Námskeiðin eru ætluð læknum og sjúkraþjálfurum en fjöldi þátttakenda verður takmarkaður og gert ráð fyrir að þeir sem fyrstir sækja um gangi fyrir.

Lokanámskeið er síðan fyrirhugað um útlimi, væntanlega í haust eða á næsta ári.
Upplýsingar og skráning á námskeiðin eru hjá Magnúsi Ólasyni, lækni á Reykjalundi. Sími: 566 6200; netfang: magnuso@reykjalundur.is og Óskari Reykdalssyni, lækni á Heilbrigðisstofnuninni Selfossi. Sími: 482 1300.

Slitgigtar-rannsóknir Alþjóðlegur fundur

Alþjóðlegur fundur um slitgigtarrannsóknir verður haldinn í Reykjavík, að Hóteli Íslandi, 2.-5. maí næstkomandi. Fyrirlestrar verða haldnir frá 8:30-17:00 dagana 2.-4. maí. Á fundinn koma um 30 erlendir vísindamenn.

Þátttökugjald er kr. 5.000 og er hádegisverður og kaffi innifalið. Skráning og nánari upplýsingar hjá: camilla@icelandtravel.is

Þorvaldur Ingvarsson og Stefan Lohmander eru aðalskipuleggjendur fundarins.

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 kólesterólhækkun, arfhrein ættbundin kólesterólhækkun, og blönduð blóðfituhækkun þegar sérstakt fitusnautt mataræði hefur ekki borið tilætlaðan árangur. Meðferð á sjúklingum með kransæðasjúkdóma til að auka lífslíkur og minnka hættu á hjartaáfalli, heilablóðfalli og skammvinnri blóðþurrð í heila. Þá má minnka þörf á hjáveituaðgerðum og kransæðavíkkun og hægja á framvindu á æðakölkun í kransæðum, þar á meðal draga úr myndun nýrra vefjaskemmda og nýrra stíflna. Meðferð á sjúklingum með arfhreina ættbundna kólesterólhækkun, sem viðbót við aðra meðferð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna lyfsins. Virkur lifrarsjúkdómur eða stöðugt hækkaðir transamínasar í blóði af óþekktri orsök. Samhliða gjöf mibefradils (afskráð lyf) sem er kalsíumblokkari úr tetralóflokki. **Meðganga og brjóstagjöf:** ZOCOR má ekki nota á meðgöngu og kona með barn á brjósti má heldur ekki nota ZOCOR. **Varúð:** *Vöðvaáhrif:* ZOCOR og aðrir HMG-CoA redúktasa hemlar geta stundum valdið vöðvakvilla, sem lýsir sér sem vöðvaverkur eða þróttleysi sem tengist mikið hækkuðum kreatínkínasa (>10 x eðlileg efri mörk). Rákvöðvasundrun, með eða án bráðrar nýrnabilunar, sem kemur eftir vöðvarauðamigu, hefur sjaldan sést. Vöðvakvilli sem orsakast af milliverkunum lyfja: Tíðni og alvarleiki vöðvakvilla aukast með samhliða gjöf HMG-CoA redúktasa hemla og lyfja, sem geta valdið vöðvakvilla, þegar þau eru gefin ein sér, eins og gemfíbrózíl og önnur fíbröt og blóðfitulækkandi skammtar ((1g/dag) af níkótínsýru. Að auki virðist hættan á vöðvakvilla aukast með háum gildum á HMG-CoA redúktasahemlavirkni í plasma. ZOCOR og aðrir HMG-CoA redúktasahemlar eru umbrotnir af cýtókróm P450 ísóformi 3A4. Hjá sjúklingum, sem taka cýklóspórín, fíbröt eða níkótínsýru samhliða, ætti ZOCOR skammturinn venjulega ekki að fara yfir 10 mg, þar sem hættan á vöðvakvilla eykst verulega við hærri skammta. Frábending er fyrir notkun mibefradils og ZOCORs. Varast ætti samhliða notkun með öðrum lyfjum t.d. cýklóspóríni; ítrakónazóli, ketakónazóli og öðrum azól sveppalyfjum; makrólíð-sýklalyfjunum erýtrómýcíni og klaritrómýcíni og þunglyndislyfinu nefazódón sem í lækningaskömmtum hafa hamlandi áhrif á cytokróm P450 3A4, nema því aðeins að kostir samhliða meðferðar vegi meira en aukin áhætta. *Áhrif á lifrarstarfsemi:* Mælt er með því, að prófanir á lifrarstarfsemi séu gerðar hjá öllum sjúklingum, áður en meðferð hefst og síðan með reglulegu millibili fyrsta ár meðferðarinnar eða þar til einu ári eftir síðustu skammtahækkun. Hjá sjúklingum sem fá 80 mg skammt ætti auk þess að athuga lifrarstarfsemi eftir 3 mánuði. Sérstaka athygli skal veita sjúklingum, sem fá hækkaða þéttni transamínasa í sermi og ætti að endurtaka mælingarnar fljótt og síðan framkvæma þær oftar. Ef transamínasaþéttnin virðist stöðugt hækka og sérstaklega ef hún hækkar í þrisvar sinnum eðlileg efri mörk og er þrálát, ætti að hætta lyfjameðferð. Hjá sjúklingum sem neyta verulegs magns af áfengi og/eða hafa einhvern tíma fengið lifrarsjúkdóm, ætti að nota lyfið með varúð. Virkir lifrarsjúkdómar eða óskýrðir hækkaðir transamínasar eru frábendingar fyrir notkun simvastatíns.
Aukaverkanir: ZOCOR þolist almennt vel. Aukaverkanir hafa aðallega verið vægar og skammvinnar. Minna en 2% sjúklinga hafa hætt í klínískum viðmiðunarrannsóknum vegna aukaverkana, sem rekja má til ZOCORs. *Algengar (>1%):* Kviðverkir, hægðatregða og uppþemba. *Sjaldgæfar (0,1-1%):* Þróttleysi og höfuðverkur og vöðvakvilli. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%):* Ógleði, niðurgangur, húðútbrot, meltingartruflanir, kláði, hárlos, svimi, vöðvakrampar, vöðvabólga, brisbólga, þreytt húðskyn, útlægur taugakvilli, uppköst og blóðskortur. Rákvöðvasundrun og lifrarbólga/gula komu sjaldan fyrir. Ofnæmisheilkenni hafa sjaldan sést og hafa einhver eftirfarandi einkenna komið fyrir: Ofsabjúgur, einkenni lík rauðum úlfum, fjölvöðvagigt, æðabólga, blóðflagnafæð, eósínfíklafjölda, hækkað sökk, liðbólga, liðverkur, ofsakláði, ljósnæmi, hiti, kinnroði, andnauð og lympa.
Milliverkanir: Gæta skal varúðar við samhliða notkun ZOCORs og lyfja sem marktækt hindra cytokróm P450 3A4 (svo sem cíklóspórins, mibefradils, azól-sveppalyfjanna ítrakónazóls og ketókónazóls, makrólíð-sýklalyfjanna 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 árangursríkt eitt sér eða með gallsýrubindandi lyfjum. Fyrir sjúklinga, sem fá cíklóspórín, fíbröt eða níkótínsýru ásamt ZOCOR, er hámarksskammturinn 10 mg/dag. *Skömmtun við nýrnabilun:* Ekki ætti að vera þörf fyrir skammtabreytingar við miðlungsalvarlega nýrnabilun. Hjá sjúklingum með alvarlega nýrnabilun, er hámarks skammtur 10 mg/dag. **Skammtastærðir handa börnum:** ZOCOR er ekki ætlað börnum. **Pakkningar, verð (desember, 2000), afgreiðsla og greiðsluþátttaka:** Töflur 10mg: 28 stk. Verð: 3414 kr. 98 stk. Verð: 9935 kr Töflur 20mg: 28 stk.. Verð: 5196 kr. 98 stk.. Verð: 15520 kr Töflur 40mg: 28 stk. Verð: 5938 kr. 98 stk. Verð: 18386 kr Töflur 80 mg: 28 stk. Verð: 7567 kr. 98 stk. Verð: 23610 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 Sur-vival Study Group: *Randomised trial of chole-sterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvasta-tin Survival Study (4S).* Lancet 344(8934): 1383-1389, 1994 **2** Kjekshus J et al: Reducing the risk of coronary events: Evidence from the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Am J Cardiol 76(9): 64C-68C, 1995 **3** Pedersen TR et al: Safety and tolerability of cholesterol lowering with simvastation over 5 years in the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Arch Intern Med 156: 2085-2092, 1996 **4** Pyörälä K et al: Choleste-rol lowering with simvastatin improves prognosis of diabetic patients with coronary heart disease: A subgroup analysis of *the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S).* Diabetes Care 20(4): 614-620, 1997

ÞRÍÞÆTT ÁHRIF



EVIDENSBASERET ZOCOR® MEDICIN

ZOCOR®* (SIMVASTATIN, MSD)
20-40 mg
Eykur lífslíkur
- eins og sýnt var í 4S[1,2,3,4]



MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

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

09-2001-ZCR-00-SCAN-(DK)-001-J/M

Heimburger MedCom 1299

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**
Félags íslenskra landsbyggðarlækna:
www.icemed.is/felog_laekna/fill.htm
FÍLÍB: **p.matthiasson@iop.kcl.ac.uk**
FÍLÍS: **http://www.filis.nu**
gudjon.kristjansson@medsci.uu.se
FILumHeil: **http://www.se/~gks/FILumHeil.html**
Magnús Jóhannsson: **http://www.hi.is/~magjoh/**
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**
Klínísk eðlisfræði, æðarannsóknir: **http://www.hi.is/~lpa**
Landspítalinn: **http://www.rsp.is**
Sjúkrahús Reykjavíkur: **http://www.shr.is**
Barnaspítali Hringsins: **http://www.rsp.is/hringur**
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
Ugeskrift for læger: **http://www.dadl.dk**
bureauet@dadl.dk
Tidskrift for Den norske lægeforening:
http:// www.tidsskriftet.com
tidsskriftet@legeforeningen.no
Läkartidningen: **http://www.ronden.se/lt**
redaktionen@lakartidningen.se

Hef opnað lækningastofu

í Læknasetrinu, Þönglabakka 6.
Tímapantanir í síma 535 7700.

Hlíf Steingrímsdóttir
sérgrein **lyflækningar og blóðsjúkdómar**

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. ágúst 2000**	42,00
Sérfræðieining fyrir klíníska greinar sem sömdu 1998	**frá 1. janúar 2000**	170,00
	frá 1. janúar 2001	180,00

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2000	214.245,00
A liður 2	frá 1. janúar 2000	187.464,00
B liður	frá 1. júlí 2000	174.700,00
	frá 1. janúar 2001	177.958,00
D liður	frá 1. mars 2000	104.019,00
E liður 1-6	frá 1. júlí 2000	228,00
	frá 1. janúar 2001	232,00
E liður 7	frá 1. júlí 2000	456,00
	frá 1. janúar 2001	465,00

Skólaskoðun í framhaldsskólum
Miðað við fyrri forsendur 222,00

Kílómetragjald frá 1. desember 2000

Almennt gjald	45,70
Sérstakt gjald (utan malbiks +15%)	52,55

Dagpeningar frá 1. desember 2000
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	9.900,00
Gisting eina nótt	5.600,00
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	4.300,00
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	2.150,00

Dagpeningar frá 1. júní 2000

Erlendis			**SDR**
	Gisting	Annað	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 alla fimmtudaga kl. 5 síðdegis í fundarherbergi Domus Medica á 2. hæð. **Athugið** breyttan fundartíma.

Ráðstefnur og fundir

4. apríl
Í Reykjavík á vegum Endurmenntunarstofnunar HÍ. Dagsnámskeið um ofvirkni fullorðinna. Aðalfyrirlesari verður dr. Susan Young réttarsálfræðingur hjá South London and Mudsley NHS sjóðnum á Bretlandi. Kennt verður á ensku. Nánari upplýsingar og skráning: www.endurmenntun.is

18.-21. apríl
Í Juan Les Pins á frönsku Rívierunni. 1st Annual Meeting of the Scandinavian College of Neuro-Psychopharmacology. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og á veffangi: www.scnp-nordic.org

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

24.-26. apríl
Í London. Infosecurity Europe. Nánari upplýsingar í netfangi: infosecurity@reedexpo.co.uk

24.-27. apríl
Í Edinborg. British Society for Rheumatology Annual General Meeting/Scandinavian Societies for Rheumatology Joint. Nánari upplýsingar í netfangi: bsr@rheumatology.org.uk

25.-27. apríl
Í Belfast. British Fertility Society Conference. Upplýsingar: (028) 9027 4716 4717.

26. apríl
Í London. Mental health: developing care closer to home. Upplýsingar: info@hcm.co.uk

2.-5. maí
Í Barcelona. 35th annual meeting of the European Society for Clinical Investigation. Nánari upplýsingar á netfangi: 25329agc@comb.es og/eða veffangi: www.searteriosclerosis.org/barcelona2001

2.-5. maí
Í Reykjavík, á Hótel Íslandi. Alþjóðlegur fundur um slitgigtarrannsóknir. Sjá ítarlegri auglýsingu í blaðinu. Nánari upplýsingar og skráning: camilla@icelandtravel.is

3.-7. júní
Í Tampere. Wonca Europe.

4.-5. júní
Í London. BBD 2001. 9th International Symposium on benign breast disease. Upplýsingar: info@greenlines.co.uk

7.-9. júní
Í Marina Congress Center, Helsinki. The 40th Nordic Lung Congress. Haldið á vegum the Finnish Society of Respiratory Medicine, the Pulmonary Association Heli og the Finnish Lung Health Association. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og í netfangi: nlc2001@congrex.fi

17.-22. júní
Í London. XVII World Congress of Neurology. Upplýsingar: elaine.snell@which.net

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

28.-30. júní
Í Stokkhólmi. 2nd European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. Nánari upplýsingar í síma: +46 8 517 748 81, í netfangi: gerd.nyman@cspo.sll.se og hjá Læknablaðinu.

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

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

2.-5. september
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.

4.-8. september
Í Bled, Slóveníu. 10th International workshop learning and teaching about out of office care in General Practice. Námskeiðið er skipulagt í samráði við EURACT - the European Academy of Teachers in General Practice. Nánari upplýsingar á www.drmed.org/srecanja/bled2001/index.htm

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

14.-16. september
Í Oxford. Balint helgi. Dagskrá hefst síðdegis á föstudegi og lýkur um hádegi á sunnudegi. Allar máltíðir eru innifaldar. Ekki er nauðsynlegt að hafa fyrri reynslu af Balint vinnu en mælt með því að þátttakendur hafi í farteskinu (huganum) nokkur sjúkratilfelli þar sem læknirinn á í erfiðleikum með samskipti. Nánari upplýsingar: dr. David Watt, Tollgate Health Centre, 220 Tollgate Rd, London E6 5JS. Bréfasími: 0207 445 771.

Imigran
GlaxoSmithKline

STUNGULYF sc; N 02 CC 01 RE 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 CC 01 RE** Hver tafla inniheldur: Sumatriptanum INN, súkkínat, samsvarandi Sumatriptanum INN 50 mg eða 100 mg. **Eiginleikar:** Súmatriptan virkjar sérhæft serótóníinviðtaka af undirflokki 5-HT1D í heilaæðum. Verkun lyfsins hefst 10-15 mínútum eftir gjöf undir húð og um 30 mínútum eftir inntöku **Ábendingar:** Erfið mígreniköst, þar sem ekki hefur náðst viðunandi árangur með öðrum lyfjum. Cluster (Hortons) höfuðverkur. Lyfið á einungis að nota, þegar greiningin mígreni eða Cluster-höfuðverkur er vel staðfest. **Frábendingar:** Kransæðasjúkdómur, alvarlegur háþrýstingur, blóðrásartruflanir í útlimum, nýrnabilun, lifrarbilun. Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Ekki má nota samtímis lyf, sem innihalda ergótamín. Imigran má ekki gefa fyrr en 24 klst. eftir gjöf ergótamíns og ergótamín má ekki gefa fyrr en 6 klst. eftir gjöf Imigran. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki er vitað hvort lyfið geti skaðað fóstur en dýratilraunir benda ekki til þess. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í móðurmjólk. **Aukaverkanir:** Allt að 50% sjúklinganna fá einhverjar aukaverkanir. Ýmis þessara óþæginda hverfa eftir 30-60 mín. og gætu sum þeirra verið hluti af mígrenikastinu. **Algengar** (>1%): Óþægindi á stungustað. Þreyta, sljóleiki. Tímabundin blóðþrýstingshækkun og húðroði. Ógleði og uppköst. Máttleysi og spenna í vöðvum. Náladofi og hitatilfinning. Svimi. Þrýstingstilfinning með mismunandi staðsetningu, oftast fyrir brjósti. Sjaldgæfar (0,1% - 1%): Hækkun lifrarenzýma í blóði. **Milliverkanir:** Ekki má nota samtímis lyf sem innihalda ergótamín. Engar sérstakar milliverkanir hafa fundist við própranólól, díhýdróergótamín, pízótífen eða alkóhól. **Varúð:** Vara ber sjúklinga við stjórnun vélknúinna ökutækja samtímis notkun lyfsins. Við notkun lyfsins geta komið fram tímabundin einkenni eins og brjóstverkur og þrýstingstilfinning, sem getur orðið töluverð og getur leitt upp í háls. Þó þessi einkenni líkist hjartaöng, heyrir til undantekninga að þau séu af völdum samdráttar í kransæðum. Herpingur í kransæðum getur leitt til hjartsláttartruflanna, blóðþurrðar og hjartavöðvadreps. Sjúklinga, sem verða fyrir slæmum eða langvarandi einkennum, sem líkjast hjartaöng, ber að rannsaka með tilliti til blóðþurrðar. **Athugið:** Stungulyfið má ekki gefa í æð vegna herpings í kransæðum og mikillar blóðþrýstingshækkunar, sem getur átt sér stað. Vegna takmarkaðrar klíniskrar neyslu er ekki mælt með notkun lyfsins handa sjúklingum eldri en 65 ára. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Lyfið á að gefa við fyrstu merki um mígrenikast en getur verkað vel þó það sé gefið síðar. Imigran er ekki ætlað til varnandi meðferðar. **Töflur:** Venjulegur upphafsskammtur er ein 50 mg tafla. Sumir sjúklingar geta þó þurft 100 mg. Ef einkennin koma fram á nýjan leik má gefa fleiri skammta þó ekki meira en 300 mg á sólarhring. Töflurnar á að gleypa heilar með vatni. **Stungulyf:** Venjulegur upphafsskammtur er 6 mg (ein sprauta) undir húð. Ef ekki fæst fullnægjandi árangur má gefa aðra sprautu (6 mg) innan 24 klst., en minnst ein klst. verður að líða á milli lyfjagjafa. Takmörkuð reynsla er af gjöf fleiri en fjögurra skammta (24 mg) á mánuði. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Pakkningar og verð:** Stungulyf: einnota dæla 0,5 ml (= 6 mg virkt efni) x 2 - 7.685 - kr einnota dæla 0,5 mg (= 6 mg virkt efni) x 2 + lyfjapenni (Glaxopen). ˆ 7.685 - kr. Töflur 50 mg: 12 stk. (þynnupakkað) ˆ 10.962 ˆ kr. Töflur 100 mg: 6 stk. (þynnupakkað) ˆ 9.313 ˆ kr. Skráning lyfsins í formi stungulyfs er bundin því skilyrði, að notkunarleiðbeiningar á íslenzku um meðfylgjandi lyfjapenna (Glaxopen) fylgi hverri pakkningu þess. Skráning lyfsins er bundin því skilyrði að ávísanir takmarkist við mest eina pakkningastærð hvors lyfjaforms.19.03.01.

VALTREX
VALACICLOVIR

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

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

Hjá sjúklingum sem eru á blóðskilun er mælt með sömu skömmtum og hjá sjúklingum með kreatíninklerans minni en 15 ml/mín., en skammturinn gefinn eftir hverja blóðskilun.
Herpes simplex: 500 mg tvisvar á dag í 5 daga. Við frumsýkingu getur verið þörf á að meðhöndla í allt að 10 daga. Skammtaaðlögun við verulega nýrnabilun: 500 mg einu sinni á dag.
Pakkningar:
10 stk. (þynnupakkað) 4.924.-;
42 stk. (þynnupakkað) 18.750.-.

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

gsk GlaxoSmithKline
Þverholti12•105 Reykjavík
Sími 5303700

Gegn ristli og herpes simplex sýkingum

Vinnur á einkennunum

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



Ráðstefnur og fundir

4. apríl
Í Reykjavík á vegum Endurmenntunarstofnunar HÍ. Dagsnámskeið um ofvirkni fullorðinna. Aðalfyrirlesari verður dr. Susan Young réttarsálfræðingur hjá South London and Mudsley NHS sjóðnum á Bretlandi. Kennt verður á ensku. Nánari upplýsingar og skráning: www.endurmenntun.is

18.-21. apríl
Í Juan Les Pins á frönsku Rívierunni. 1st Annual Meeting of the Scandinavian College of Neuro-Psychopharmacology. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og á veffangi: www.scnp-nordic.org

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

24.-26. apríl
Í London. Infosecurity Europe. Nánari upplýsingar í netfangi: infosecurity@reedexpo.co.uk

24.-27. apríl
Í Edinborg. British Society for Rheumatology Annual General Meeting/Scandinavian Societies for Rheumatology Joint. Nánari upplýsingar í netfangi: bsr@rheumatology.org.uk

25.-27. apríl
Í Belfast. British Fertility Society Conference. Upplýsingar: (028) 9027 4716 4717.

26. apríl
Í London. Mental health: developing care closer to home. Upplýsingar: info@hcm.co.uk

2.-5. maí
Í Barcelona. 35th annual meeting of the European Society for Clinical Investigation. Nánari upplýsingar á netfangi: 25329agc@comb.es og/eða veffangi: www.searteriosclerosis.org/barcelona2001

2.-5. maí
Í Reykjavík, á Hótel Íslandi. Alþjóðlegur fundur um slitgigtarrannsóknir. Sjá ítarlegri auglýsingu í blaðinu. Nánari upplýsingar og skráning: camilla@icelandtravel.is

3.-7. júní
Í Tampere. Wonca Europe.

4.-5. júní
Í London. BBD 2001. 9th International Symposium on benign breast disease. Upplýsingar: info@greenlines.co.uk

7.-9. júní
Í Marina Congress Center, Helsinki. The 40th Nordic Lung Congress. Haldið á vegum the Finnish Society of Respiratory Medicine, the Pulmonary Association Heli og the Finnish Lung Health Association. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og í netfangi: nlc2001@congrex.fi

17.-22. júní
Í London. XVII World Congress of Neurology. Upplýsingar: elaine.snell@which.net

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

28.-30. júní
Í Stokkhólmi. 2nd European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. Nánari upplýsingar í síma: +46 8 517 748 81, í netfangi: gerd.nyman@cspo.sll.se og hjá Læknablaðinu.

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

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

2.-5. september
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.

4.-8. september
Í Bled, Slóveníu. 10th International workshop learning and teaching about out of office care in General Practice. Námskeiðið er skipulagt í samráði við EURACT - the European Academy of Teachers in General Practice. Nánari upplýsingar á www.drmed.org/srecanja/bled2001/index.htm

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

14.-16. september
Í Oxford. Balint helgi. Dagskrá hefst síðdegis á föstudegi og lýkur um hádegi á sunnudegi. Allar máltíðir eru innifaldar. Ekki er nauðsynlegt að hafa fyrri reynslu af Balint vinnu en mælt með því að þátttakendur hafi í farteskinu (huganum) nokkur sjúkratilfelli þar sem læknirinn á í erfiðleikum með samskipti. Nánari upplýsingar: dr. David Watt, Tollgate Health Centre, 220 Tollgate Rd, London E6 5JS. Bréfasími: 0207 445 771.

Imigran
GlaxoSmithKline

STUNGULYF sc; N 02 CC 01 RE 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 CC 01 RE** Hver tafla inniheldur: Sumatriptanum INN, súkkínat, samsvarandi Sumatriptanum INN 50 mg eða 100 mg. **Eiginleikar:** Súmatriptan virkjar sérhæft serótóníinviðtaka af undirflokki 5-HT1D í heilaæðum. Verkun lyfsins hefst 10-15 mínútum eftir gjöf undir húð og um 30 mínútum eftir inntöku **Ábendingar:** Erfið mígreniköst, þar sem ekki hefur náðst viðunandi árangur með öðrum lyfjum. Cluster (Hortons) höfuðverkur. Lyfið á einungis að nota, þegar greiningin mígreni eða Cluster-höfuðverkur er vel staðfest. **Frábendingar:** Kransæðasjúkdómur, alvarlegur háþrýstingur, blóðrásartruflanir í útlimum, nýrnabilun, lifrarbilun. Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Ekki má nota samtímis lyf, sem innihalda ergótamín. Imigran má ekki gefa fyrr en 24 klst. eftir gjöf ergótamíns og ergótamín má ekki gefa fyrr en 6 klst. eftir gjöf Imigran. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki er vitað hvort lyfið geti skaðað fóstur en dýratilraunir benda ekki til þess. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í móðurmjólk. **Aukaverkanir:** Allt að 50% sjúklinganna fá einhverjar aukaverkanir. Ýmis þessara óþæginda hverfa eftir 30-60 mín. og gætu sum þeirra verið hluti af mígrenikastinu. **Algengar** (>1%): Óþægindi á stungustað. Þreyta, sljóleiki. Tímabundin blóðþrýstingshækkun og húðroði. Ógleði og uppköst. Máttleysi og spenna í vöðvum. Náladofi og hitatilfinning. Svimi. Þrýstingstilfinning með mismunandi staðsetningu, oftast fyrir brjósti. Sjaldgæfar (0,1% - 1%): Hækkun lifrarenzýma í blóði. **Milliverkanir:** Ekki má nota samtímis lyf sem innihalda ergótamín. Engar sérstakar milliverkanir hafa fundist við própranólól, díhýdróergótamín, pízótífen eða alkóhól. **Varúð:** Vara ber sjúklinga við stjórnun vélknúinna ökutækja samtímis notkun lyfsins. Við notkun lyfsins geta komið fram tímabundin einkenni eins og brjóstverkur og þrýstingstilfinning, sem getur orðið töluverð og getur leitt upp í háls. Þó þessi einkenni líkist hjartaöng, heyrir til undantekninga að þau séu af völdum samdráttar í kransæðum. Herpingur í kransæðum getur leitt til hjartsláttartruflanna, blóðþurrðar og hjartavöðvadreps. Sjúklinga, sem verða fyrir slæmum eða langvarandi einkennum, sem líkjast hjartaöng, ber að rannsaka með tilliti til blóðþurrðar. **Athugið:** Stungulyfið má ekki gefa í æð vegna herpings í kransæðum og mikillar blóðþrýstingshækkunar, sem getur átt sér stað. Vegna takmarkaðrar klíniskrar neyslu er ekki mælt með notkun lyfsins handa sjúklingum eldri en 65 ára. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Lyfið á að gefa við fyrstu merki um mígrenikast en getur verkað vel þó það sé gefið síðar. Imigran er ekki ætlað til varnandi meðferðar. **Töflur:** Venjulegur upphafsskammtur er ein 50 mg tafla. Sumir sjúklingar geta þó þurft 100 mg. Ef einkennin koma fram á nýjan leik má gefa fleiri skammta þó ekki meira en 300 mg á sólarhring. Töflurnar á að gleypa heilar með vatni. **Stungulyf:** Venjulegur upphafsskammtur er 6 mg (ein sprauta) undir húð. Ef ekki fæst fullnægjandi árangur má gefa aðra sprautu (6 mg) innan 24 klst., en minnst ein klst. verður að líða á milli lyfjagjafa. Takmörkuð reynsla er af gjöf fleiri en fjögurra skammta (24 mg) á mánuði. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Pakkningar og verð:** Stungulyf: einnota dæla 0,5 ml (= 6 mg virkt efni) x 2 - 7.685 - kr einnota dæla 0,5 mg (= 6 mg virkt efni) x 2 + lyfjapenni (Glaxopen). ˆ 7.685 - kr. Töflur 50 mg: 12 stk. (þynnupakkað) ˆ 10.962 ˆ kr. Töflur 100 mg: 6 stk. (þynnupakkað) ˆ 9.313 ˆ kr. Skráning lyfsins í formi stungulyfs er bundin því skilyrði, að notkunarleiðbeiningar á íslenzku um meðfylgjandi lyfjapenna (Glaxopen) fylgi hverri pakkningu þess. Skráning lyfsins er bundin því skilyrði að ávísanir takmarkist við mest eina pakkningastærð hvors lyfjaforms.19.03.01.

VALTREX
VALACICLOVIR

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

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

Hjá sjúklingum sem eru á blóðskilun er mælt með sömu skömmtum og hjá sjúklingum með kreatíninklerans minni en 15 ml/mín., en skammturinn gefinn eftir hverja blóðskilun.
Herpes simplex: 500 mg tvisvar á dag í 5 daga. Við frumsýkingu getur verið þörf á að meðhöndla í allt að 10 daga. Skammtaaðlögun við verulega nýrnabilun: 500 mg einu sinni á dag.
Pakkningar:
10 stk. (þynnupakkað) 4.924.-;
42 stk. (þynnupakkað) 18.750.-.

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

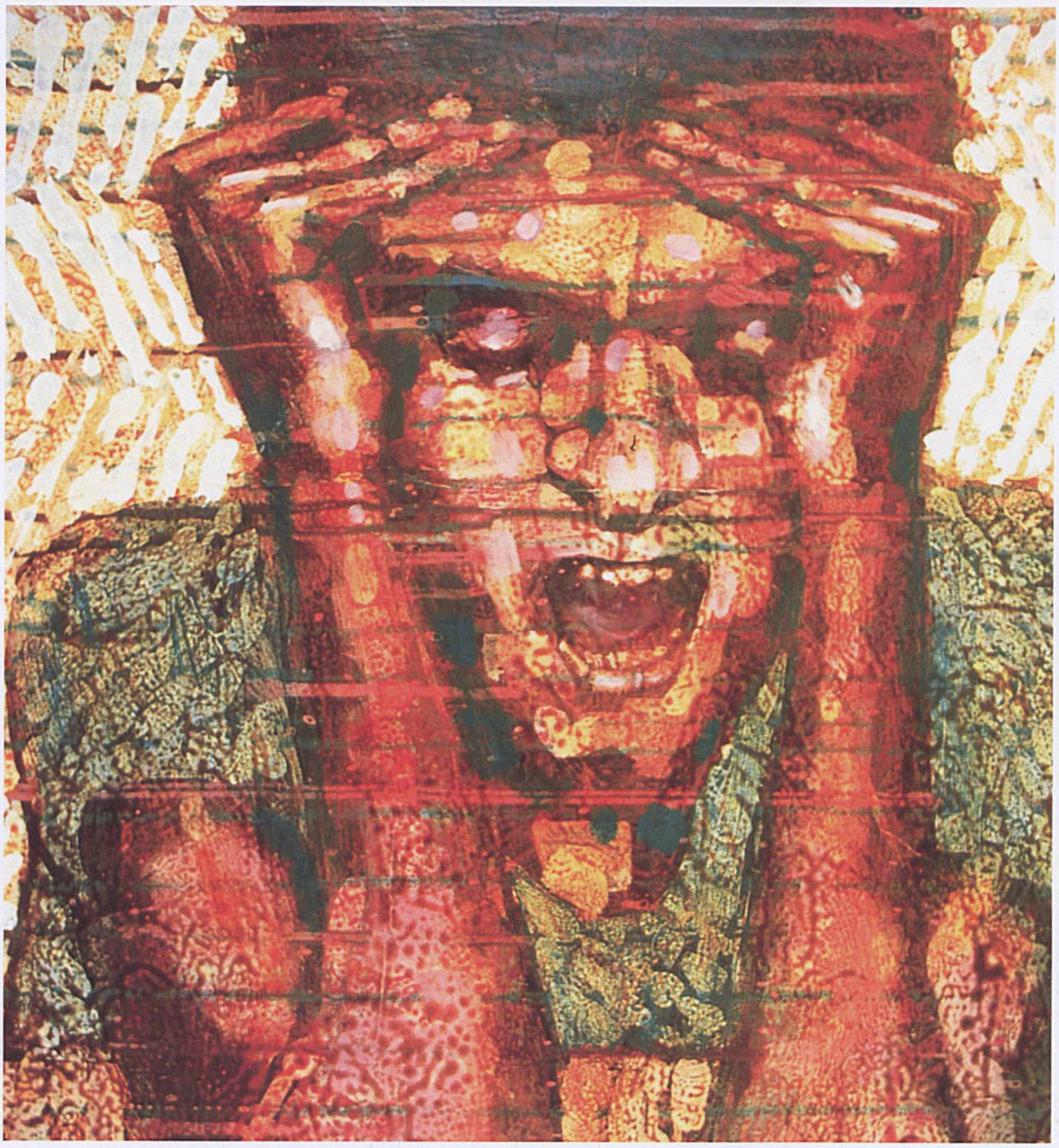
gsk GlaxoSmithKline
Þverholti12•105 Reykjavík
Sími 5303700

Gegn ristli og herpes simplex sýkingum

Vinnur á einkennunum

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





ÞEGAR TIL KASTANNA KEMUR

IMIGRAN

gsk GlaxoSmithKline
Þverholt 14 - sími 530 3700
www.gsk.is