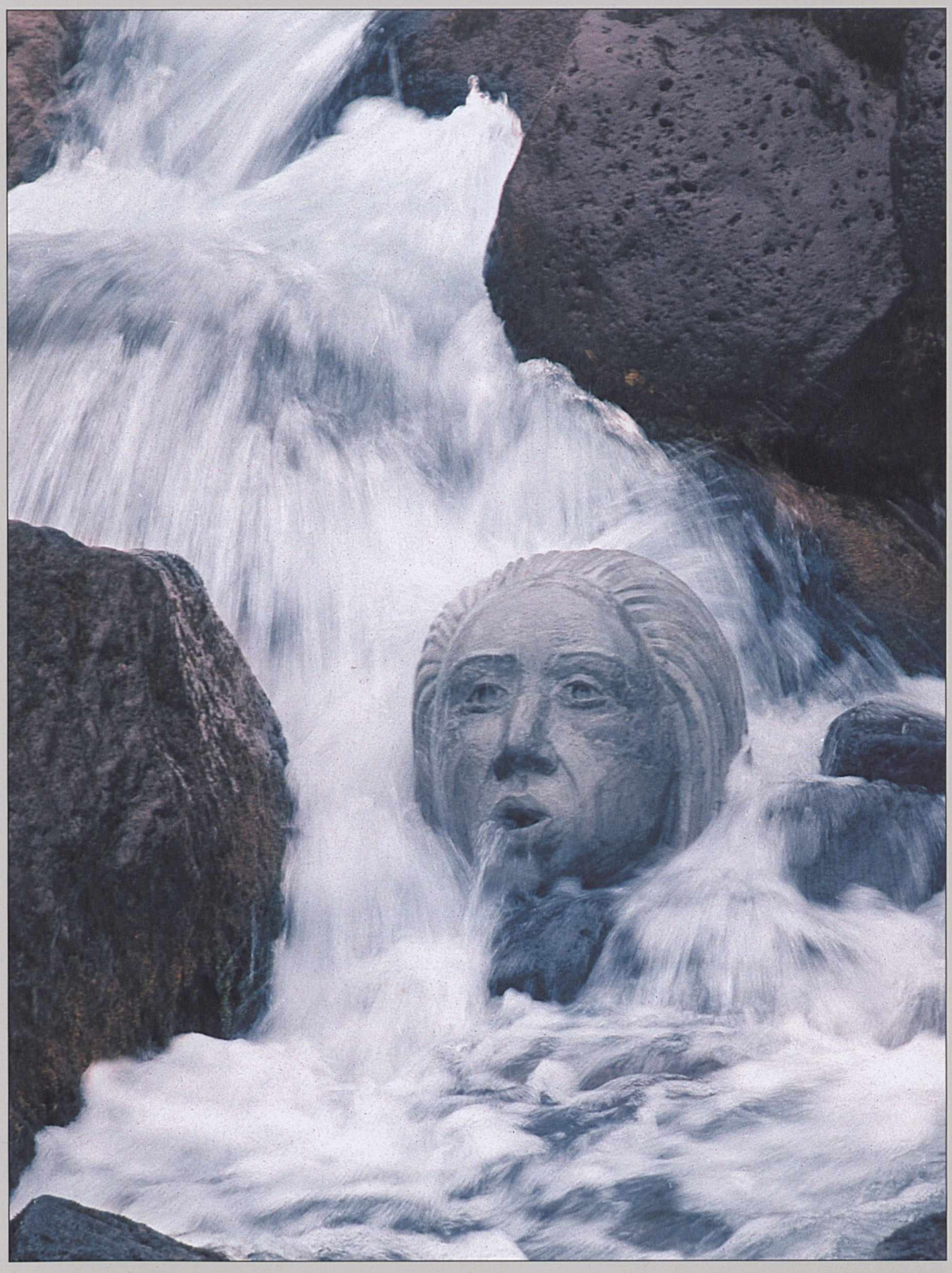
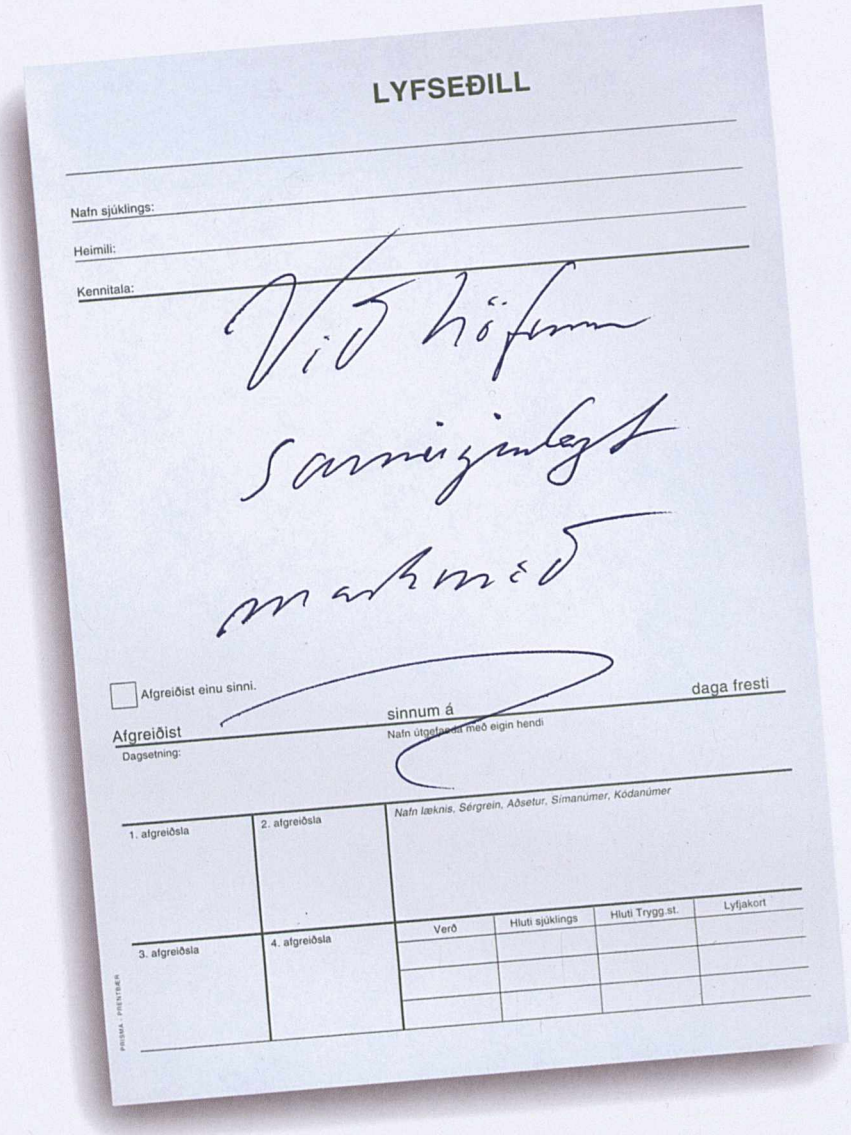
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



6/2001



Lífið er okkar lífsstarf

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

Pfizer

Umboðsaðili á Íslandi: Pharmaco

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

6. tbl. 87. árg. Júní 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: 1.600

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

Ritstjórnargreinar:

507 **Sjúkdómsgreining fyrr og nú. Tímalaus læknislist í stöðugri framþróun**
Arnór Víkingsson

509 **Tæknifrjóvganir á Íslandi. Þróun starfseminnar**
Þórður Óskarsson

513 **Arfbundin kólesterólhækkun. Yfirlit yfir stöðu þekkingar og árangur markvissrar leitar á Íslandi**
Bolli Þórsson, Vilmundur Guðnason, Guðrún Þorvaldsdóttir, Gunnar Sigurðsson
Einstaklingar með arfbundna kólesterólhækkun hafa margfalt aukna hættu á kransæðasjúkdómum. Vegna þessa hefur Alþjóðaheilbrigðisstofnunin hvatt til átaks í greiningu og meðhöndlun sjúkdómsins. Hjartavernd hefur hafið slíkt átak hér á landi og er verkefnið unnið í samvinnu við alþjóðleg samtök.

521 **Íslenskir sjúklingar með öndunarvél heima. Nýr meðferðarmöguleiki**
Guðbrandur Kjartansson, Sóley Ingadóttir, Bryndís Halldórsdóttir, Alda Gunnarsdóttir, Gunnar Guðmundsson, Einar Örn Einarsson, Þórarinn Gíslason
Undanfarinn áratug hefur meðferð sjúklinga í heimahúsum með öndurvélar rutt sér mjög til rúms á Vesturlöndum. Í greininni er meðferðinni lýst. Rannsóknin náði til allra sjúklinga á Íslandi, í heimahúsum, sem vitað var að notuðu öndunarvél vegna annarra sjúkdóma en kæfisvefns eingöngu.

525 **Fræðigreinar íslenskra lækna í erlendum tímaritum**

527 **Lifrarfrumukrabbamein á Íslandi**
Brynja Ragnarsdóttir, Jón Gunnlaugur Jónasson, Hrafn Tulinius, Sigurður Ólafsson
Lifrarfrumukrabbamein er illvígur sjúkdómur og horfur sjúklinga sem greinast með það afar slæmar. Aðaláhættuþættir sjúkdómsins eru lifrarbólgur B og C, skorpulifur og alfatoxín B. Nýgengi sjúkdómsins hefur vaxið mjög á síðustu árum, ekki síst í Bandaríkjunum og Evrópu. Rannsóknin sem hér er greint frá náði til allra einstaklinga sem greindust með lifrarfrumukrabbamein á Íslandi á árunum 1984-1998. Nýgengi sjúkdómsins hér á landi reyndist lægra en fram hefur komið í sambærilegum rannsóknum.

533 **Við rúmstokkinn. Fimmtíu og fimm ára kona með sögu um risafrumuæðabólgu í átta mánuði og nú vaxandi kyngingarörðugleika og heilataugalömun**
Brynjar Viðarsson, Kjartan B. Örvar, Eyþór Björgvinsson, Bjarni A. Agnarsson, Friðbjörn Sigurðsson
Fræðslustofnun lækna hóf í vetur röð fræðslu- og umræðufundi undir heitinu Við rúmstokkinn. Á þessum fundum er fjallað um einstök sjúkratilfelli á skipulagðan hátt, með kynningu, umræðu, greiningaraðferðum er lýst og sjúkdómsgreining gefin. Hér er frásögn af fyrsta fundinum.



Beint fyrir framan nefið á þér er fljótlegri lausn gegn mígreni

Imigran nefúði er helmingi fljótvirkari en töflur [1)]

IMIGRAN

ÞEGAR TIL KASTANNA KEMUR

Imigran
GlaxoSmithKline

NEFÚÐALYF; N 02 C C 01. R.E. Hver skammtur inniheldur: Sumatriptanum INN, 20 mg, hjálparefni og Aqua purificata ad 0,1 ml. **STUNGULYF sc; N 02 C C 01.** 1 ml inniheldur: Sumatriptanum INN, súkkínat, 16,8 mg, samsvarandi Sumatriptanum INN 12 mg, Natrii chloridum 7 mg, Aqua ad iniectabilia ad 1 ml. **TÖFLUR; N 02 C C 01.** Hver tafla inniheldur: Sumatriptanum INN, súkkínat, samsvarandi Sumatriptanum INN 50 mg eða 100 mg. **Ábendingar:** Erfið mígreniköst, þar sem ekki hefur náðst viðunandi árangur með öðrum lyfjum. Cluster (Hortons) höfuðverkur. Lyfið á einungis að nota, þegar greiningin mígreni eða Cluster-höfuðverkur er vel staðfest. **Skammtar; Skammtastærðir handa fullorðnum:** Lyfið á að gefa við fyrstu merki um mígrenikast en getur verkað vel þó það sé gefið síðar. Imigran er ekki ætlað til varnandi meðferðar. **Töflur:** Venjulegur upphafsskammtur er ein 50 mg tafla. Sumir sjúklingar geta þó þurft 100 mg. Ef einkennin koma fram á nýjan leik má gefa fleiri skammta þó ekki meira en 300 mg á sólarhring. Töflurnar á að gleypa heilar með vatni. **Stungulyf:** Venjulegur upphafsskammtur er 6 mg (ein sprauta) undir húð. Ef ekki fæst fullnægjandi árangur má gefa aðra sprautu (6mg) innan 24 klst., en minnst 1 klst. verður að líða á milli lyfjagjafa. Takmörkuð reynsla er af gjöf fleiri en fjögurra skammta (24mg) á mánuði. **Nefúðalyf:** Venjuleg skammtastærð er 20 mg (einn úðaskammtur) í aðra nösina. Ef einkenni hverfa en koma aftur innan 24 klst. má taka annan skammt en þó fyrst eftir 2 klst. frá töku fyrri skammtsins. Ekki má taka fleiri en tvo skammta á sólarhring. Ef einkenni hverfa ekki eftir fyrsta skammt á ekki að taka annan skammt við sama mígrenikastinu. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Kransæðasjúkdómar, alvarlegur háþrýstingur, blóðrásartruflanir í útlimum, nýrnabilun, lifrarbilun. Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Ekki má nota samtímis lyf, sem innihalda ergótamín. Imigran má ekki gefa fyrr en 24 klst. eftir gjöf ergótamíns og ergótamín má ekki gefa fyrr en 6 klst. eftir gjöf Imigran. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Við notkun lyfsins geta komið fram tímabundin einkenni eins og brjóstverkur og þrýstingstilfinning, sem getur orðið töluverð og leitt upp í háls. Þó þessi einkenni líkist hjartaöng, heyrir til undantekninga að þau séu af völdum samdráttar í kransæðum. Herpingur í kransæðum getur leitt til hjartsláttartruflanna, blóðþurrðar og hjartavöðvadreps. Sjúklinga, sem verða fyrir slæmum eða langvarandi einkennum, sem líkjast hjartaöng, ber að rannsaka með tilliti til blóðþurrðar. **Athugið:** Stungulyfið má ekki gefa í æð vegna herpings í kransæðum og mikillar blóðþrýstingshækkunar, sem getur átt sér stað. Vegna takmarkaðrar klínískrar neyslu er ekki mælt með notkun lyfsins handa sjúklingum eldri en 65 ára. **Milliverkanir:** Ekki má nota samtímis lyf sem innihalda ergótamín. Engar sérstakar milliverkanir hafa fundist við própranólól, díhýdróergótamín, pízótífen eða alkóhól. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki er vitað hvort lyfið geti skaðað fóstur en dýratilraunir benda ekki til þess. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í móðurmjólk. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Vara ber sjúklinga við stjórnun vélknúinna ökutækja eða vinnuvéla þar sem bæði mígrenið og lyfið geta haft slævandi áhrif. **Aukaverkanir:** Allt að 50% sjúklinganna fá einhverjar aukaverkanir. Ýmis þessara óþæginda hverfa eftir 30-60 mín. og gætu sum þeirra verið hluti af mígrenikastinu. **Algengar (>1%):** Óþægindi á stungustað (stungulyf). Bragð og tímabundin, væg erting eða sviði í nefi eða koki, blóðnasir (nefúðalyf). Þreyta og sljóleiki. Tímabundin blóðþrýstingshækkun og húðroði. Ógleði og uppköst. Máttleysi og spenna í vöðvum. Náladofi og hitatilfinning. Svimi. Þrýstingstilfinning með mismunandi staðsetningu, oftast fyrir brjósti. **Sjaldgæfar (0,1%-1%):** Hækkun lifrarensíma í blóði. **Mjög sjaldgæfar(<0,1%):** Ofnæmislost. Blóðþrýstingsfall, hægataktur, hjartsláttaróþot, hraðtaktur. Kláði, roði, útbrot, ofsakláði. Krampar. Sjóntruflanir. **Ofskömmtun:** Við ofskömmtun skal fylgjast með sjúklingi í a.m.k. tíu klst. og veita stuðningsmeðferð eftir þörfum. Ekki er vitað um áhrif blóð- eða kviðskilunar á blóðþéttni súmatriptans. **Lyfhrif:** Súmatriptan virkjar sérhæft serótónínviðtaka af undirflokki 5-HT_{1D} í heilaæðum. Lyfið veldur þannig samdrætti í heilaæðum, einkum greinum a. carotis. Víkkun þessara æða er talin orsök verkjanna við mígreni. **Lyfjahvörf:** Verkun lyfsins hefst 10-15 mínútum eftir gjöf undir húð, 15 mínútum eftir nefúða og um 30 mínútum eftir inntöku. Aðgengi eftir gjöf undir húð er nánast 100%, en að meðaltali 14-16% eftir inntöku eða nefúða. Blóðþéttni nær hámarki innan 25 mín. eftir gjöf undir húð, oftast innan 45 mín. eftir inntöku og 60-90 mín. eftir notkun nefúða. Dreifingarrúmmál er 2,7 l/kg. Binding við plasmaprótein er 20-30%. Lyfið umbrotnar að miklu leyti (80%) í óvirk umbrotsefni í lifur og skilst út í nýrum. **Pakkningar; Nefúðalyf:** Einnota nefúðatæki (0,1 ml) x 2; einnota nefúðatæki (0,1 ml) x 6. Stungulyf: einnota dæla 0,5 ml (=6 mg virkt efni) x 2; einnota dæla 0,5 (=6 mg virkt efni) x 2 + lyfjapenni (Glaxopen). Töflur 50 mg: 12 stk. (þynnupakkað). Töflur 100 mg: 6 stk. (þynnupakkað). Skráning lyfsins í formi stungulyfs er bundin því skilyrði, að notkunarleiðbeiningar á íslensku um meðfylgjandi lyfjapenna (Glaxopen) fylgi hverri pakkningu þess. Greiðsluþátttaka miðast við merkingu "E" í lyfjaskrám sem takmarkast við lyfjaávísun á mest 6 stk. einnota nefúðatæki (0,1 ml) x 6, 2 stk. einnota dælu 0,5 ml (=6 mg virkt efni), 12 töflur á 50 mg og 6 töflur á 100 mg. Imigram nefúði, verð: 6 stk. kr. 8.339, 2 stk. kr. 3455. Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 23.02.2001.

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

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

540 **Af sjónarhóli stjórnar: Af gagnagrunnum**
Jón Snædal

541 **Formannaráðstefna LÍ**
Birna Þórðardóttir

542 **Málþing lækna og lögmanna: Endurupptaka á Alþingi eina raunhæfa leiðin**
Birna Þórðardóttir

544 **Heimilislæknirinn og gagnagrunnurinn**
Friðrik Vagn Guðjónsson

549 **Læknar eru ekki einkynja**
Rætt við Ingibjörgu Hinriksdóttur
Anna Ólafsdóttir Björnsson

552 **Vel sótt málþing Félags kvenna í læknastétt á Íslandi**
Anna Ólafsdóttir Björnsson

554 **Framsæknar, ungar og í skemmtilegu starfi**
Rætt við Huldu Maríu Einarsdóttur og Sigríði Björnsdóttur
Anna Ólafsdóttir Björnsson

556 **Læknatalið, áminning**

Forsíðumynd, leiðrétting

560 **Ragnheiður Guðmundsdóttir heiðursfélagi FKLÍ**
Anna Ólafsdóttir Björnsson

561 **Heimilislæknar, út úr öngstrætinu!**
Pétur Pétursson

567 **Gjaldskrárkerfi sem stýringartæki heilbrigðisyfirvalda**
Guðmundur Pálsson

571 **Fundir Comité Permanente í desember 2000 og apríl 2001**
Katrín Fjeldsted

575 **Fundur Alþjóðafélags lækna í Divonne-les Bains, Frakklandi**
Jón Snældal, Sigurbjörn Sveinsson, Tómas Zoëga

577 **Tæpitungulaust. Góði hirðirinn**
Árni Björnsson

581 **Klínískar leiðbeiningar 1. Neyðargetnaðarvörn**

583 **Íðorðasafn lækna 134. Vala**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

585 **Faraldsfræði 8. Sjúklingasamanburðarrannsóknir 1.**
María Heimisdóttir

586 **Lyfjamál 95**

587 **Broshornið 16. Af sondu og brjóstamjólk**
Bjarni Jónasson

588 **Lausar stöður**

589 **Styrkir**

592 **Okkar á milli**

594 **Minnisblaðið**

Sumarlokun Læknablaðsins

Skrifstofa Læknablaðsins verður lokuð vegna sumarleyfa frá og með mánudeginum 9. júlí til og með föstudeginum 3. ágúst.

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



© Hulda Hákon

Ljósm.: © Þorvaldur Örn Kristmundsson

Hulda Hákon er þekktust fyrir lágmyndir sínar sem oft eru til þess gerðar að vekja tilfinningu fyrir undrum hins hversdagslega, fyrir sögunum sem leynast allt í kringum okkur en enginn segir. Í verkum hennar finna þessar sögur sér sögumann: Dýrin í miðbæ Reykjavíkur segja frá ævintýrum sínum, hversdagslega fólkið veltir fyrir sér tilverunni og jafnvel skrýmslin í sjónum fá að segja frá sér.

Verkið sem prýðir forsíðu blaðsins er hins vegar gert fyrir sýningu á Þingvöllum í tilefni af því að þúsund ár voru liðin frá því kristni var lögfest á Íslandi. Viðfangsefni sýningarinnar var dyggðir og var leitast við kanna hvaða dyggðir stæðu nútíma Íslendingum næst, hvaða eiginleika í fari og framkomu fólks þeir mætu mest. Verk Huldu nefnist **Hreinskilni** og túlkar upplifun hennar á þessu margræða hugtaki. Er hreinskilni dyggð? Á maður að segja frá öllu sem maður veit eða er kannski réttara að halda sumu leyndu, að segja ekki allan sannleikann?

Verki Huldu var komið fyrir í sjálfum Öxarárfossi og var höfuð steypt í málm og þannig gert að vatnið sem braut á hnakkanum flóði jafnóðum aftur út um opinn munninn. Þannig sér Hulda fyrir sér að hreinskilnin sé í raun tvöföld, dyggð og löstur. Sá sem segir satt og rétt frá er dyggðugur en sá sem lætur allt flakka og ekki er trúandi fyrir leyndarmálum er það ekki. Þannig má segja að Hulda snúi upp á viðfangsefnið og bendi á þá tvíræðni sem einkennir allar reglur. Ekkert er alveg rétt og ekkert er heldur alltaf rangt. Hverri reglu tilheyra undantekningar sem geta jafnvel stundum verið áhugaverðari en reglan sjálf. Með verki sínu tekst Huldu að virkja náttúruna til að túlka hið huglæga og nýta þær sterku tilvísanir sem staðurinn hefur í íslenska sögu og þjóðarkennd til að koma ögrandi og umhugsunarverðum skilaboðum til áhorfenda sinna.

Jón Proppé



Flixonase -nú er rétti tíminn

Fluticasone propionate 50 µg/sk



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

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

gsk GlaxoSmithKline

Þverholti 14 • 105 Reykjavík • 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. ad 1 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 litlar almennar aukaverkanir þar sem lyfið umbrotnar hratt í lifur í óvirkt umbrotsefni. Staðbundinn verkunartími er allt að 24 klst. **Ábendingar:** Til meðferðar á og til að fyrirbyggja ofnæmisbólgur í nefslímhúð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Varúð: Ekki er mælt með notkun lyfsins á meðgöngutíma. **Aukaverkanir:** Þurrkur og erting í nefi og hálsi. Óþægilegt bragð og lykt. Blóðnasir hafa komið fyrir. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** 2 úðanir í hvora nös einu sinni á dag. Í stöku tilvikum þarf að gefa lyfið tvisvar sinnum á dag. **Skammtastærðir handa börnum:** Börn 12 ára og eldri: Sömu skammtar og handa fullorðnum, sbr. hér að framan. Börn 4-11 ára: 1 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. mars 2001: 2.744 krónur. - 18.04.01

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. Storms WW. Journal of Asthma 1998;35(4);313-336.

Sjúkdómsgreining fyrr og nú

Tímalaus læknislist í stöðugri framþróun



Arnór Víkingsson

Sú var tíðin að eiginleg læknavísindi og læknislist voru tæpast til. Örlög sjúkra voru á valdi gríska guða þar sem Eskulapíus ríkti með snákastafinn í hendi og naut aðstoðar barna sinna Hýgeu og Panakeu. En gríski læknar með „föður læknisfræðinnar", Hippókrates, í broddi fylkingar breyttu viðhorfinu til sjúkdóma, þeir reyndu að skilja eðli þeirra og lögðu þar með grunninn að síðari tíma lækningahefð. Í stað yfirnáttúrulegra afla leituðu þeir skýringa á vanheilsu í manninum sjálfum. Ójafnvægi í líkamsvessunum, blóði, gulu galli (frá lifur), svörtu galli (frá milta) og slími var talið skýra flesta sjúkdóma. Með eigin skynfæri og hugsun að vopni skráðu grísku læknarnir sjúkrasögu og skoðun af mikilli kostgæfni. Skilningarvitin fimm, snerting, sjón, heyrn, lykt og bragð nýttust til sjúkdómsgreiningar. Yfirbragð sjúklings, útlit húðar eða hárs og mýkt kviðar þótti skipta máli. Ennfremur lyktin af þvagi, saur, svita og andadrætti. Þeir létu einskis ófreistað til að fá sem bestar upplýsingar um ástand hins sjúka, til dæmis „efnagreindu" þeir líkamsvessa með bragðlaukunum. Sætan í þvaginu benti til sykursýki (mellitus = sætur). Eldhugur þessara frumkvöðla var aðdáunarverður.

Á meðan svartnætti miðaldanna grúfði yfir Evrópu urðu litlar framfarir í læknisfræði og að sumu leyti var beinlínis um afturför að ræða. Í háskólum sem voru stofnaðir einn af öðrum upp úr 11. öldinni, var áhersla lögð á lyflæknisfræðilega nálgun en handlækningum ýtt til hliðar. Bartskerum voru eftirlátin þau verkefni að stinga á kaunum, gera að sárum og laga beinbrot. Það er furðulegt til þess að hugsa að á fyrri hluta 18. aldar byggðist sjúkdómsgreining á því einu að skrá niður kvartanir sjúklings, meta almennt yfirbragð hans, athuga slagæðarpúls og skoða líkamsvessa. Líkamsskoðun var sjaldan gerð, því hún þótti bæði óviðurkvæmileg og gefa litlar viðbótarupplýsingar.

Með tilkomu *upplýsingarinnar* urðu straumhvörf í læknisfræðilegu mati á sjúklingum. Handlækningar urðu hluti af órofa heild læknisfræðinnar og fræðimenn eins og Giovanni Morgagni (1682-1771) og René Laennec (1781-1826) hófu líffæramiðaða sjúkdómsgreiningu til vegs og virðingar. Hagnýtar aðferðir til sjúkdómsgreiningar voru fundnar upp, til dæmis „percussion" 1761, hlustpípan 1816 og hitamælingar 1868.

Smám saman varð ljóst hversu lærdómsríkt væri fyrir kennslu og framþróun í læknisfræði að sjá hvernig það sem fyndist við krufningu látins sjúklings samsvaraði þeirri sjúkdómsgreiningu er hann hafði fengið í lifanda lífi. Hefðbundnum vinnudegi hjá Laennec á Charité sjúkrahúsinu í París er svo lýst: Að morgni dags var stofugangur þar sem Laennec dvaldi við sjúkrabeð hvers sjúklings og kenndi nemunum sögutöku og líkamsskoðun. Þá var farið í fyrirlestrasalinn og tilfellin rædd nánar. Dagurinn endaði svo í krufningasalnum þar sem tækifæri gafst til að bera saman niðurstöðu krufningar og sjúkdómsgreiningu.

Á 19. öldinni varð hröð framþróun í læknisfræði. Rudolf Wirchow innleiddi vefjameinafræðilega smásjárskoðun (1855), Louis Pasteur uppgötvaði tilveru sýkla (1857), meinefnafræði þróaðist hægt og bítandi og Wilhelm Röntgen uppgötvaði fyrir tilviljun notagildi röntgengeisla til sjúkdómsgreiningar (1895). Þar með höfðu að verulegu leyti verið lagðir þeir hornsteinar sem við enn í dag byggjum sjúkdómsgreiningu á. Aukin þekking krafðist sérhæfingar því einum og sama lækninum er ógerlegt að vera nægilega vel að sér á öllum sviðum. Á Massachusett´s General Hospital óttuðust menn að með aukinni sérhæfingu myndi sú heildræna mynd, sem einn læknir hafði áður af vandamálum sjúklingsins, brotna. Því var komið á reglubundnum sjúkratilfellafundum sem allar götur síðan hafa notið mikilla vinsælda, eins og vikuleg umfjöllun í því virta blaði The New England Journal of Medicine ber vitni um.

Á síðustu 20 árum hafa orðið geysimiklar framfarir í greiningu sjúkdóma ekki síst í myndgreiningartækni. Þrátt fyrir allar þessar mikilvægu tækniframfarir er staðreyndin þó sú að vel tekin sjúkrasaga og nákvæm læknisskoðun halda gildi sínu ár og síð.

Góðir kollegar! Sjúkratilfellafundirnir *Við rúmstokkinn* verða vonandi gagnlegir fræðslufundir öllum læknum og læknanemum. Um leið og þeir eru skírskotun til vestrænnar læknisheðar ættu þeir að vera okkur til áminningar og brýningar um að viðhalda iðkun hinnar klínísku læknislistar.

Höfundur er sérfæðingur í lyflækningum með gigtsjúkdóma sem undirgrein.

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 á ensku og íslensku
- 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, ekki er hægt að nýta myndir úr PowerPoint eða af netinu.

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

Eftir lokafrágang berist allar greinar á tölvutæku formi með útprenti.

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

Umræðuhluti

Skilafrestur efnis í næsta blað er 20. undanfarandi mánaðar nema annað sé tekið fram.

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

Tæknifrjóvganir á Íslandi

Þróun starfseminnar



Þórður Óskarsson

Lög um tæknifrjóvgun öðluðust gildi á Íslandi 1. júní 1996. Þar er *tæknifrjóvgun* skilgreind sem getnaður er verður í framhaldi af *tæknisæðingu* eða *glasafrjóvgun*. Tæknisæðing er aðgerð þegar sæði er komið fyrir í eða nærri kynfærum konu á annan hátt en með samförum. Glasafrjóvgun er aðgerð þegar eggfruma sem numin hefur verið úr líkama konu er frjóvguð með sæðisfrumu utan líkamans. Reglugerð um framkvæmd laganna var sett 30. september 1997 af heilbrigðisráðherra. Tæknifrjóvgun má eingöngu framkvæma á heilbrigðisstofnun sem fengið hefur til þess leyfi ráðherra og undir eftirliti sérfræðinga í kvensjúkdómum og fæðingarhjálp. Meðal annarra ákvæða laganna er að konan, sem gengst undir aðgerðina, sé í samvistum við karlmann, í hjúskap eða óvígðri sambúð, sem staðið hafa samfellt í þrjú ár hið skemmsta. Aldur pars skal teljast eðlilegur með tilliti til velferðar barnsins á uppvaxtarárum. Konan skal þó aldrei vera eldri en 45 ára og eiginmaður eða sambýlismaður að jafnaði ekki eldri en 50 ára þegar settur er upp fósturvísir. Bjóða skal upp á faglega ráðgjöf sérfræðinga, svo sem félagsráðgjafa eða sálfræðinga. Andleg og líkamleg heilsa og félagslegar aðstæður parsins skulu vera góðar. Læknir ákveður hvort tæknifrjóvgun fer fram en synjun má kæra til landlæknis. Gjafakynfrumur eru leyfilegar samkvæmt ákveðnum reglum, en skilyrði er að, að minnsta kosti önnur kynfruman komi frá parinu sjálfu. Þannig er gjöf fósturvísa óheimil sem og staðgöngumæðrun. Geyma má kynfrumur í allt að 10 ár og frysta fósturvísa má geyma í fimm ár. Rannsóknir, tilraunir og aðgerðir á fósturvísum skulu vera óheimilar. Þó skal heimilt að gera rannsóknir á fósturvísum ef þær eru liður í glasafrjóvgunarmeðferð, ef þeim er ætlað að greina arfgenga sjúkdóma í fósturvísunum sjálfum, ef þær miða að framförum í meðferð vegna ófrjósemi eða ef þær eru ætlaðar til aukins skilnings á orsökum meðfæddra sjúkdóma og fósturláta. Hámarks leyfilegur ræktunartími fósturvísa utan líkamans er 14 dagar. Óheimilt er að framkvæma einræktun.

Höfundur er sérfræðingur í kvensjúkdómum og fæðingarhjálp, yfirlæknir á tæknifrjóvgunardeild kvennadeildar Landspítala Hringbraut.

Upphaf tæknifrjóvgana á Íslandi

Tæknisæðingar með gjafasæði hófust á Íslandi 1977-1978. Fyrstu íslensku pörin fóru hins vegar í glasafrjóvgunarmeðferð á Bourn Hall Clinic í Englandi 10 árum síðar þar sem íslensk heibrigðisyfirvöld höfðu gert samning um meðferð íslenskra para. Starfsemi tæknifrjóvgunardeildar Landspítalans hófst í október 1991. Á tæknifrjóvgunardeildinni eru nú 12 starfsmenn og sinnir deildin tæknisæðingum, glasafrjóvgunum og sæðisrannsóknum. Við upphaf starfseminnar var áformað að framkvæmdar yrðu 100-150 glasafrjóvgunarmeðferðir árlega. Eftirspurnin reyndist hins vegar mun meiri og auk þess sem húsnæðið varð fljótt allt of lítið lengdist biðlistinn stöðugt. Eftir að deildin var flutt í stærra húsnæði í ágúst 1996 reyndist unnt að fjölga meðferðum, stytta biðlista úr rúmlega tveimur árum í eitt ár og taka upp ýmsar rauðsynlegar nýjungar.

Nýjungar

Frysting fósturvísa hófst í apríl 1996. Hjá um 40% para er unnt að frysta umfram fósturvísa en við uppsetningu þeirra þarf konan ekki að gangast undir örvun eggjastokka eða eggheimtuaðgerð. Þá hefur í nokkrum tilfellum verið hægt að frysta fósturvísa áður en frumudrepandi lyfjameðferð hefst hjá konum sem fengið hafa krabbamein. Ekki er hins vegar unnt að frysta ófrjóvguð egg sem takmarkar þessa meðferð við konur í sambúð. Reynt er að þróa þá tækni frekar víða erlendis. Smásjárfróvganir (intracytoplasmic sperm injection) hófust í mars 1997. Hér er einni sæðisfrumu sprautað inn í eggfrumuna. Þessi aðferð er notuð þar sem sæðisfrumur eru mjög fáar, með skertan hreyfanleika eða ef frjóvgun hefur verið dræm í fyrri glasafrjóvgunum. Þetta hefur opnað alveg nýja vídd þar sem þörf fyrir gjafasáðfrumur hefur minnkað mjög mikið. Í árslok 1997 var tekin upp aðferð, „assisted hatching", til að auka líkur á legfestu fósturvísanna. Þá er rétt fyrir uppsetningu fósturvísanna gert svolítið gat á hlífðarhjúpinn (zona pellucida) sem umlykur fósturvísinn. Í samvinnu við þvagfæraskurðlækna Landspítalans var í ársbyrjun 1998 byrjað að sækja sáðfrumur í eistalyppuna (microsurgical ependidymal sperm aspiration, MESA) eða í eistað sjálft (testicular sperm extraction, TESE). Þessi aðgerð hefur gefið góða raun hjá allmörgum pörum þar sem engar sæðisfrumur finnast í sæðisprufunni. Á þessu ári hefur hluti þessarra aðgerða flust yfir á tæknifrjóvgunardeildina þar sem sáðfrumum er náð með

ástungu á eistalyppunni (percutaneous epididymal sperm aspiration, PESA) eða á eistanu sjálfu (testicular sperm aspiration, TESA).

Biðlistar

Fjölgun meðferða eftir stækkun deildarinnar gerði kleift að minnka biðlista úr rúmlega tveimur árum í eitt ár fyrir pör sem bíða eftir sinni fyrstu glasafrjóvgunameðferð. Hjá þeim sem ekki tekst í fyrstu tilraun er biðin nokkru styttri eða sex til átta mánuðir. Þá er ekki lengur nauðsynlegt að neita pörum um meðferð sem eiga þegar eitt eða fleiri börn saman og kjósa að stækka fjölskylduna enn frekar. Það hefur hins vegar ekki reynst unnt að verða við beiðnum sem borist hafa erlendis frá um meðferð.

Árangur

Glasafrjóvgunarmeðferðir hófust á Landspítalanum í október 1991 og fyrsta barnið fæddist níu mánuðuðum síðar. Um og yfir eitt hundrað börn hafa fæðst árlega eftir glasafrjóvganir og nú eru fædd vel á annað þúsund börn eftir tæknifrjóvganir á deildinni. Árangur hefur verið góður frá upphafi þannig að tekið hefur verið eftir erlendis. Hver tilraun til glasafrjóvgunar hefur leitt af sér fætt barn eða börn í um þriðjungi tilfella og hver eggheimta hefur leitt til þungunar hjá um 50% kvenna. Árið 1999 var sett á fót nefnd á vegum Evrópusamtaka tæknifrjóvgunardeilda (ESHRE) sem hefur það hlutverk að safna saman tölulegum upplýsingum um árangur tæknifrjóvgunardeilda í Evrópu. Á síðasta Evrópuþingi tæknifrjóvgunardeilda í Bologna á Ítalíu var birtur árangur í Evrópu fyrir árið 1997 og var hann borinn saman við árangur í öðrum heimsálfum. Í ljós kom að um helmingur allra glasfrjóvgunarmeðferða sem framkvæmdar eru í heiminum eru gerðar í Evrópu. Árangur í Evrópu var svipaður og í Ástralíu, Nýja-Sjálandi, Norður-Ameríku og Kanada. Innan Evrópu komu Norðurlöndin betur út en aðrir hlutar álfunnar þrátt fyrir vaxandi tilhneigingu á Norðurlöndum til að koma fyrir færri fósturvísum í von um færri fjölburavandamál sem hingað til hafa verið fylgifiskur glasafrjóvgana. Tíðni þungana eftir fósturfærslu í Evrópu var 26,1%; lægst í Sviss, 17,9% en hæst á Íslandi 44,7%. Næstu lönd fyrir neðan Ísland voru Grikkland með 34,2% og Svíþjóð 32,5%. Þess ber að geta að í Grikklandi er í 42,4% tilvika settir upp fjórir eða fleiri fósturvísar en slíkt er aldrei gert á Norður löndum. Athygli vekur að aldursdreifing kvenna er ólík milli landa. Vel þekkt er minnkandi frjósemi með hækkandi aldri konunnar. Í ljós kom að hlutfall kvenna yngri en 30 ára var 19,1%; hæst í Rússlandi 35,2% en langlægst á Íslandi 3,2%. Hlutfall kvenna eldri en 40 ára var 11,8%; lægst í Portúgal 6,3% en hæst í Grikklandi 17,9% og á Íslandi var það næsthæst 14,7%. Hvað varðar fjölburatíðni þá var Ísland um miðjan hóp Evrópulanda með tvíburatíðni 27,8% og þríburatíðnin var 4,8%. Meðalfjöldi glasafrjóvgunarmeðferða á hverja miljón íbúa í Evrópu var 765 og þar var Ísland í þriðja sæti með 1422 meðferðir, á eftir Finnlandi með 1538 meðferðir og Danmörku með 1448 meðferðir.

Framtíðin

Þegar horft er fram á veginn þarf að gæta vel að þeim þáttum sem ráða mestu um árangur tæknifrjóvgana. Þar vegur þungt mikilvægi þess að deildinni haldist vel á því starfsfólki sem skapað hefur þennan góða árangur. Þetta hefur reynst æ erfiðara með vaxandi samkeppni um vel menntað og þjálfað starfsfólk. Svigrúm til að taka þátt í þessari samkeppni hefur verið takmarkað innan ríkisgeirans og hafa einkarekin fyrirtæki óumdeilanlega staðið þar betur að vígi.

Meðferð við ófrjósemi hefur tekið stórstígum framförum á síðastliðnum 20 árum. Nauðsynlegt er að fylgjast vel með eftirsóknarverðum nýjungum sem fram koma og einnig með umdeildum þáttum frjósemilækninga sem áberandi hafa verið í fjölmiðlum undanfarna mánuði. Má þar nefna ræktanir á stofnfrumum í þeim tilgangi að lækna sjúkdóma. Hlutverk glasafrjóvgana kann því að víkka út á næstu árum og áratugum. Það er því mikilvægt að fagfólk sem og stjórnmálamenn fylgist vel með þróun þessara vísinda og gæti þess að gildandi lög og reglur verði endurskoðuð eftir því sem tilefni gefst til.

Ef þú vilt vera viss um að sjúklingurinn fái það lyf sem þú ávísar merktu það þá með ...



ÞANNIG FERÐ ÞÚ AÐ ...

Lyfseðill

Nafn sjúklings	Lyfseðill gildir til Lyfseðill gildir í lengst 12 mánuði frá útgáfudegi.
Kennitala	Kvittun lyfjafr.
Heiti lyfs **LANZO®**	Styrkleiki / Ávísað magn
Lyfjaform	

Wyeth Lederle Nordiska, 920025

Sýruhjúphylki; A 02 B C 03 R E

Hvert sýruhjúphylki inniheldur: Lansoprazolum INN 15 mg eða 30 mg.

Ábendingar: Sársjúkdómur í skeifugörn og maga. Bólga í vélinda vegna bakflæðis. Zollinger- Ellisonheilkenni. Æskilegt er að þessar greiningar séu staðfestar með röntgen eða speglun. Fyrirbyggjandi vegna aukinnar hættu á ópægindum, eins og sársjúkdómi í maga, vélinda eða skeifugörn, fleiðri í maga og/eða skeifugörn eða meltingartruflunum, við meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum. **Langtímanotkun** við bólgu í vélinda vegna bakflæðis eða við endurteknum sárum í skeifugörn. Uppræting á Helicobacter pylori úr efri hluta meltingarfæra hjá sjúklingum með sársjúkdóma, ásamt viðeigandi sýklalyfjum. **Einkennameðferð:** Meðferð brjóstsviðaeinkenna og einkenna vegna sýrubakflæðis við bakflæðissjúkdóm í vélinda og maga. **Frábendingar:** Engar þekktar. **Varúð:** Við skerta lifrarstarfsemi er helmingunartími lengdur og skammta getur þurft að minnka. **Meðganga og brjóstagjöf:** Klínísk reynsla af gjöf lyfsins á meðgöngutíma er lítil. Fósturskemmdir hafa ekki komið fram við dýratilraunir. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk. **Aukaverkanir:** Algengar (>1%): Niðurgangur, ógleði, magaverkir, hægðatregða, uppköst, vindgangur. **Húð:** Útbrot. Sjaldgæfar (0,1-1%): Þreyta. **Milliverkanir:** Lyfið umbrotnar fyrir tilstilli cýtókróm P450 enzýma og gæti haft milliverkanir við önnur lyf sem þetta enzýmkerfi umbrýtur. Lyfið virðist ekki hafa milliverkanir við díazepam, fenýtóín, teófýllín, warfarín, sýrubindandi lyf eða bólgueyðandi gigtarlyf. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Sýruhjúphylkin á að gleypa heil og má hvorki tyggja þau né mylja. Hins vegar má tæma innihaldið úr hylkjunum og blanda því saman við kaldan vökva skömmu fyrir inntöku. Sjúklingum sem ekki er unnt að gefa Lanzo í inntöku er hægt að gefa Lanzo með magaslöngu. Innihaldi eins sýruhjúphylkis skal blandað í 5 ml af eplasafa og gefa í gegnum slönguna. **Skeifugarnarsár:** Venjulegur skammtur er 30 mg á dag í 4 vikur. Hafi sárið ekki gróið, má halda meðferð áfram í 2 vikur í viðbót. Við bakslag skal meðferð endurtekin. Venjulegur skammtur er 30 mg á dag í 4 vikur. Við bakslag skal meðferð endurtekin. Við langtímameðferð er ráðlagður skammtur 15 mg á dag. **Magasár:** Venjulegur skammtur er 30 mg á dag í 4 vikur. Hafi sárið ekki gróið, má halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar. **Bólga í vélinda vegna bakflæðis:** Venjulegur skammtinn í 30 mg einu sinni á dag. Meðhöndlun á góðkynja maga- og skeifugarnarsárum vegna bólgueyðandi gigtarlyfja og linun einkenna: Lanzo 15 mg eða 30 mg einu sinni á dag, í 7 daga. **Zollinger Ellison heilkenni:** Ráðlagður skammtur í upphafi meðferðar er 60 mg einu sinni á dag. Meðhöndlun á sérstökum áhættuhópi eða með magasár sem gæti reynst erfitt að græða, ætti að nota hærri skammta og/eða lengri meðferðartíma. **Uppræting á Helicobacter pylori:** Lanzoprazól 30 mg gefið tvisvar sinnum á dag auk tveggja af eftirfarandi sýklalyfjum: Amoxicillin 1 g tvisvar á dag, metrónídazól 400 mg tvisvar á dag, klaritrómýcin 250 mg tvisvar á dag, í 7 daga. Fari dagskammtur yfir 120 mg ætti að skipta honum í tvær lyfjagjafir. **Einkennameðferð:** Venjulegur skammtur skammt hverju sinni og skal meðferðinni haldið áfram svo lengi sem nauðsyn krefur. Skammtur getur verið allt að 180 mg daglega. Ef einkenni eru enn til staðar eftir 2-4 vikna meðferð ætti sjúklingur að gangast undir frekari rannsóknir.

Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum. **Pakkningar og verð:** Sýruhjúphylki 15 mg: 28 stk. (þynnupakkað); kr. 5.784. 56 stk. (þynnupakkað); kr. 10.588. 98 stk. (þynnupakkað); kr.17.317. Sýruhjúphylki 30 mg: 28 stk. (þynnupakkað); kr. 5396. 56 stk. (þynnupakkað); kr. 9958.

Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti.

1.apríl 2001

Austurbakki
Köllunarklettsvegi 2 104 Reykjavík

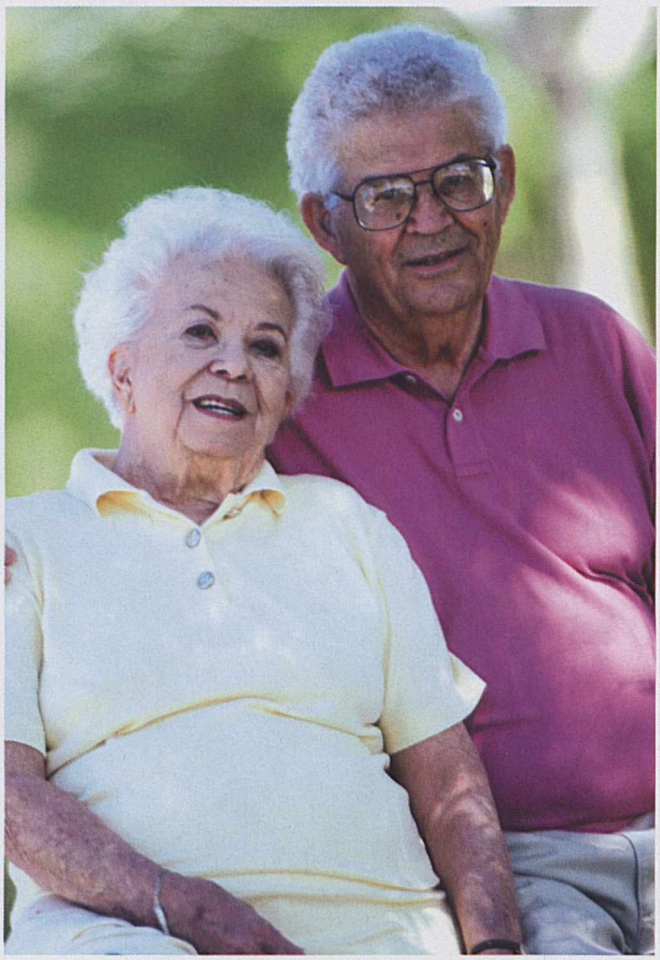
WYETH LEDERLE

Prentsmiðjan Grafík

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 glímepíríð og hefja insúlínmeðferð fyrst með lágum skömmtum og svo skal smám saman hækka skammtinn. **Frábendingar:** Insúlínháð sykursýki, sykursýkidá, ketónblóðsýring, alvarlegir nýrna- eða lifrasjúkdómar, ofnæmi fyrir glímepíríð eða öðrum súlfónýlúrealyfjum eða súlfónamíðum eða hjálparefnum í lyfinu. Við mjög skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi er nauðsynlegt að skipta yfir í insúlínmeðferð. Lyfið má hvorki nota á meðgöngu né hjá konum með barn á brjósti. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Lyfið skal taka rétt fyrir eða með mat. Ef máltíðir eru óreglulegar eða þeim alveg sleppt, getur meðhöndlun með lyfinu valdið lágum blóðsykri. Það er þekkt frá notkun á öðrum sulfónýlúrealyfjum að þótt upphaflega sé auðveldlega hægt að snúa blóðsykurslækkuninni við getur hún átt sér stað aftur. Við meðferð með lyfinu er þörf á reglulegum mælingum á sykur magni í blóði og þvagi. Auk þess er mælt með að meta hlutfall af glúkósatengdu hemóglóbíni. Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi eða hjá sjúklingum í blóðskilun. Hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi er mælt með að skipta yfir í insúlínmeðferð. **Milliverkanir við lyf eða annað:** Ef lyfið er tekið samtímis öðrum lyfjum, geta bæði óæskileg hækkun og lækkun á blóðsykursáhrifum glímepíríds átt sér stað. Neysla alkóhóls getur á ófyrirsjáanlegan hátt aukið eða minnkað blóðsykurslækkandi áhrif glímepíríds. **Meðganga og brjóstagjöf:** Amaryl má ekki nota á meðgöngu. Þar sem súlfónýlúrea-afleiður eins og glímepíríð 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.

NONNI OG MANNI • NM03243 / SIA IS

Arfbundin kólesterólhækkun

Yfirlit yfir stöðu þekkingar og árangur markvissrar leitar á Íslandi

Bolli Þórsson[1],

Vilmundur Guðnason[1,3],

Guðrún Þorvaldsdóttir[2],

Gunnar Sigurðsson[1,2,3]

Ágrip

Arfbundin hækkun á kólesteróli (familial hypercholesterolemia, FH) er erfðasjúkdómur sem orsakar ævilanga hækkun á kólesteróli og hefur í för með sér mjög aukna hættu á kransæðasjúkdómi. Lyfjameðferð með kólesteróllækkandi lyfjum er oftast árangursrík og benda rannsóknir til að meðferðin dragi verulega úr hættu á kransæðasjúkdómi. Sjúkdómsgreiningin byggir á kólesterólmælingu einstaklingsins og nánustu ættingja eða á erfðaprófi. Algengi sjúkdómsins er áætlað 1/500.

Hér á landi hefur greinst tæpur helmingur þeirra sem áætlað er að hafi arfbundna kólesterólhækkun (rúmlega 200 manns). Þrjár stökkbreytingar hafa fundist sem valda sjúkdómnum í Íslendingum og er ein langalgengust og áætlað að hún valdi 60% af arfbundinni hækkun á kólesteróli hér á landi.

Í þessari grein er gefið stutt yfirlit yfir stöðu þekkingar á arfbundinni kólesterólhækkun, einkum með tilliti til hættu á kransæðasjúkdómi og gerð grein fyrir þeim árangri sem náðst hefur í leit að sjúkdómnum hér á landi. Einnig er kynnt átak Hjartavendar til að finna ógreinda einstaklinga með sjúkdóminn.

Inngangur

Undanfarna tvo áratugi hefur verið leitað með kerfisbundnum hætti að einstaklingum með arfbundna kólesterólhækkun (familial hypercholesterolemia, FH) á göngudeild háþrýstings og blóðfitu Landspítala Hringbraut. Áætlað er að tæpur helmingur einstaklinga með arfbundna kólesterólhækkun á Íslandi hafi þegar greinst á deildinni. Vegna margfalt aukinnar hættu á kransæðasjúkdómi hjá einstaklingum með arfbundna kólesterólhækkun hefur Alþjóðaheilbrigðisstofnunin hvatt til átaks í greiningu og meðhöndlun sjúkdómsins (1). Hjartavernd hefur nú hafið slíkt átak þar sem leitast er við að finna sem flesta einstaklinga með þennan sjúkdóm í þeim tilgangi að bjóða þeim viðeigandi meðferð en einnig verður haldið áfram með faraldsfræðilega og erfðafræðilega rannsókn á sjúkdómnum. Verkefnið er unnið í samvinnu við alþjóðlegu samtökin MEDPED (Make Early Diagnosis Prevent Early Death), sem voru stofnuð til að skrá og aðstoða fólk með arfbundna kólesterólhækkun. Aðilar frá 140 meðferðarstofnunum eru þátttakendur í samtökunum (sjá nánar um samtökin á heimasíðu http://www.medped.org/).

[1]Hjartavernd, [2]göngudeild háþrýstings og blóðfitu Landspítala Hringbraut, [3]læknadeild HÍ. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Bolli Þórsson, Hjartavernd, Lágmúla 9, 108 Reykjavík. Sími: 535 1800. Bréfasími: 535 1801. Netfang: bolli@hjarta.is

Lykilorð: *arfbundin kólesterólhækkun, kransæðasjúkdómur, skimun.*

ENGLISH SUMMARY

Þórsson B, Guðnason V, Þorvaldsdóttir G, Sigurðsson G

Familial hypercholesterolemia in Iceland. Review and outcome of family screening

Læknablaðið 2001; 87: 513-8

Familial hypercholesterolemia is a genetic disorder causing lifelong elevation of cholesterol and severely increased risk of coronary heart disease. Cholesterol lowering drug treatment is usually effective and clinical trials indicate a substantial lowering of risk, thanks to treatment. The diagnosis is based on cholesterol level in the individual and in his/her closest relatives or on a genetic test. The prevalence is estimated 1/500.

In Iceland nearly half of the estimated number of individuals with familial hypercholesterolemia has been diagnosed (about 200). Three mutations have been identified that cause familial hypercholesterolemia in the Icelandic population and the most common one is estimated to cause 60% of the disease in Iceland.

In this paper we give a short review of the literature on familial hypercholesterolemia especially regarding risk of coronary heart disease and describe the results of screening for the disease in Iceland. Also we present a new campaign to find undiagnosed individuals with the disease.

Key words: *familial hypercholesterolemia, coronary heart disease, screening.*

Correspondence: Bolli Þórsson. E-mail: bolli@hjarta.is

Þessari grein er ætlað að gefa stutt yfirlit yfir stöðu þekkingar á arfbundinni kólesterólhækkun einkum með tilliti til hættu á kransæðasjúkdómi og gera grein fyrir árangri leitar að sjúkdómnum hér á landi hingað til.

Almenn atriði varðandi sjúkdóminn

Arfbundin kólesterólhækkun orsakast af stökkbreytingum í geni því sem tjáir viðtaka fyrir kólesterólríku eðlisléttu fituprótíni (low density lipoprotein, LDL) (2). Þessar stökkbreytingar skaða gerð og virkni viðtakans. LDL eru megin flutningsferjur fyrir kólesteról frá lifur til vefja líkamans og er hreinsun þeirra úr plasma skert hjá einstaklingum með arfbundna kólesterólhækkun. Skert virkni LDL við-

Table I. *Estimated Risk, in Percents, of Heterozygotes Having Symptoms of Coronary Heart Disease and Dying of Myocardial Infarction at Different Ages.*

	Male Heterozygotes		Female Heterozygotes	
Age	Coronary Symptoms	Coronary Death	Coronary Symptoms	Coronary Death
40 years	20	–	3	0
50 years	45	25	20	2
60 years	75	50	45	15
70 years	–	80	75	30

These estimates were compiled (3) from the data of Slack (6), Jensen et al (7), Heiberg (8), Stone et al (9) and Beaumont et al (10). Scriver C. The Metabolic Bases of Inherited Diseases. 7th ed. New York: The McGraw-Hill Companies; 1994. By permission of McGraw-Hill Companies.



Figure 1. *Tendon xanthomata in the Achilles tendons in a patient with heterozygote familial hypercholesterolemia (FH).*

takans, sérstaklega á yfirborði lifrarfrumna sem gegna lykilhlutverki í kólesterólefnaskiptunum, orsakar þannig ævilanga hækkun á kólesteróli í blóði. Kólesterólgildi einstaklinga með arfbundna kólesterólhækkun er oftast um tvöfalt hærra en hjá jafnöldrum af sama kyni (3). Langvarandi hátt kólesteról í blóði getur valdið kólesterólútfellingum í ýmsa vefi líkamans og aukið mjög hættu á kransæðasjúkdómi snemma á ævinni og ótímabærum dauðsföllum af þeim sökum. Kólesterólútfellingar í sinar, sérstaklega í hæl- og handarsinar (tendon xanthomata), eru taldar sérkennandi fyrir arfbundna kólesterólhækkun (mynd 1). Sjúkdómurinn erfist ríkjandi og ókynbundið. Af því leiðir að helmingslíkur eru á að afkomandi arfblendins (heterozygote) einstaklings með arfbundna kólesterólhækkun fái sjúkdóminn. Tíðni arfblendinna með sjúkdóminn er álitin vera um einn af hverjum 500 í flestum þýðum en nákvæm tíðni erfðagallans hefur hvergi verið mæld. Á sömu forsendum er algengi arfhreinna með sjúkdóminn áætlað einn af milljón (4).

Hætta á kransæðastíflu meðal einstaklinga með arfbundna kólesterólhækkun

Rannsóknir á síðustu áratuga hafa leitt í ljós verulega aukna hættu á kransæðasjúkdómi og ótímabærum dauðsföllum af þeim sökum hjá einstaklingum með arfbundna kólesterólhækkun (5-10). Tafla I sýnir samantekt úr nokkrum þessara rannsókna þar sem hættan kemur vel í ljós. Athuga ber að þessar tölur byggjast á niðurstöðum áður en ýmis meðferðarúrræði eins og statínlyf komu til sögunnar.

Í Bretlandi hefur upplýsingum um einstaklinga með arfbundna kólesterólhækkun verið safnað af Simon Broome Familial Hyperlipidaemia Register frá 1980 (11). Þetta gagnasafn hefur að geyma skrár sjúklinga með arfbundna kólesterólhækkun frá 21 blóðfitugöngudeild í Bretlandi. Árið 1991 birtist uppgjör frá Simone Broome Register á hlutfallslegri áhættu á andláti af völdum kransæðasjúkdóms hjá einstaklingum með arfbundna kólesterólhækkun en fæstir voru meðhöndlaðir með kólesterólækkandi lyfjum fyrir þann tíma. Reiknuð var hlutfallslega hættan, það er hlutfall nýgengis andláta af völdum kransæðasjúkdóms hjá rannsóknarhópnum og nýgengis hjá almennu þýði. Hjá einstaklingum milli tvítugs og fertugs var hlutfallslega hættan 84 (11) sem þýðir áttatíu og fjórfalda hættu í þessum aldurshópi. Árið 1999 birti Simone Broome Register nýtt uppgjör sem sýndi að hlutfallsleg hætta þessa hóps á andláti af völdum kransæðasjúkdóms lækkaði úr 84 í 17,5 (12). Líklega má þakka þessa lækkun bættri meðferð en 86% sjúklinga í Simon Broome Register voru meðhöndlaðir með statínum í seinna uppgjörinu en mjög fáir höfðu fengið þá meðferð í fyrra uppgjörinu (12). Í eldri aldurshópum dró úr hlutfallslegu áhættunni vegna aukinnar tíðni hjartasjúkdóma í almennu þýði með vaxandi aldri. Hættan var þó enn veruleg í elsta aldurshópnum.

Niðurstöður rannsókna á arfbundinni kólesterólhækkun eru því samhljóða í að lýsa verulega aukinni áhættu á kransæðasjúkdómi hjá einstaklingum með sjúkdóminn.

Klínísk skilmerki arfbundinnar kólesterólhækkunar

Klínísk greining arfbundinnar kólesterólhækkunar getur verið vandasöm þar sem kólesterólgildi einstaklinga með erfðagallann geta verið svipuð kólesterólgildum einstaklinga sem hafa hátt kólesteról af öðrum orsökum. Kólesterólútfellingar í sinar (mynd 1) eru þó taldar nær öruggt klínískt merki um arfbundna kólesterólhækkun en næmi þess er ekki mikið þar sem aðeins helmingur einstaklinga um sextugt með sjúkdóminn hefur þessar útfellingar (1). Klíníska sjúkdómsgreiningin byggir því á kólesterólmælingu einstaklings og nánustu ættingja. Simon Broome FH Register í Bretlandi hefur sett fram eftirfarandi skilmerki:

1. Heildarkólesteról hærra en 6,7 mmól/L hjá einstaklingum yngri en 16 ára en hærra en 7,5 mmól/L hjá einstaklingum eldri en 16 ára.
2. Kólesterólútfellingar í sinar viðkomandi einstaklings eða hjá fyrstu eða annarrar gráðu ættingja.
3. Ættarsaga, það er fyrstu gráðu ættingi með kransæðastíflu fyrir sextugt eða annarrar gráðu ættingi

með sögu um kransæðastíflu fyrir fimmtugt. (Fyrstu gráðu ættingjar eru systkini, börn og foreldrar en annarrar gráðu ættingjar eru afar, ömmur og systkini foreldra.)
4. Fjölskyldusaga um heildarkólesteról hærra en 7,5 mmól/L í fyrstu eða annarrar gráðu ættingja.

Sjúkdómsgreining er talin örugg ef skilmerki 1 og 2 eru uppfyllt en líkleg ef skilmerki 1 og 3 eða 1 og 4 eru uppfyllt (11).

Þríglýseríðar og HDL (high density lipoprotein, háþéttnifituprótín) -kólesteról eru hins vegar eðlileg hjá einstaklingum með arfbundna kólesterólhækkun nema aðrir erfðaþættir eða umhverfisþættir komi til viðbótar.

Erlendar rannsóknir hafa sýnt að einstaklingar með arfbundna kólesterólhækkun eru iðulega ekki meðhöndlaðir á fullnægjandi hátt (13). Því er í skýrslu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar frá 1997 um arfbundna kólesterólhækkun (1) hvatt til þess að skýrar leiðbeiningar séu kynntar um greiningu og meðferð á sjúkdómnum og meðferðarúrræði á hverjum stað gerð aðgengileg. Hjartavernd leggur til eftirfarandi vinnutilhögun ef klínískur grunur um arfbundna kólesteról vaknar:

1. Auk heildarkólesteróls verði mæld þríglýseríð, háþéttnifituprótín, kreatínin, blóðsykur og TSH (thyroid stimulating hormone) í sermi eftir næturföstu.
2. Farið verði yfir klínísk skilmerki sem lýst er hér að ofan.
3. Meðferðarlæknirinn feli Hjartavernd að gera DNA-próf til að kanna hvort sjúklingurinn hafi þekkta stökkbreytingu sem orsök sjúkdómsins og hvort viðkomandi ættrekist til þekktra ætta með arfbundna kólesterólhækkun. Hjartavernd býður sjúklingum þessa rannsókn, þeim að kostnaðarlausu.
4. Hjartavernd mun senda svarbréf til viðkomandi læknis með niðurstöðum rannsóknanna.
5. Læknar geta ávallt vísað einstaklingum með háa blóðfitu á göngudeild háþrýstings og blóðfitu til greiningar og meðferðar.

Meðferð hækkaðs kólesteróls hjá einstaklingum með arfbundna kólesterólhækkun

Hornsteinn meðferðar við arfbundinni kólesterólhækkun eru lyf í flokki HMG-coA reduktasa hemlara eða statín. Þessi lyf eru mjög virk til lækkunar á LDL kólesteróli hjá einstaklingum með arfbundna kólesterólhækkun (14) og hafa rannsóknir sýnt að meðferðin dregur úr kransæðaþrengslum hjá einstaklingum í þessum sjúklingahópi (15). Rannsóknir á gildi þessarar meðferðar, bæði meðal sjúklinga með kransæðasjúkdóm og í almennu þýði, hafa einnig sýnt fram á verulegan ávinning bæði með tilliti til ævilengdar og til að hindra kransæðastíflu (16,17). Matarráðgjöf er mikilvæg en árangur hennar er minni en hjá öðrum með sambærileg kólesterógildi vegna erfðagallans.

Table II. *Mean cholesterol level for Icelandic men and women based on cholesterol measurements from the Icelandic Heart Association in December 2000.*

Age (years)	Mean cholesterol level for Icelandic men (mmol/L) (±SD)	Mean cholesterol level for Icelandic women (mmol/L) (±SD)
15-19	4.50 (±0.84)	4.72 (±0.83)
20-29	5.05 (±0.96)	4.93 (±0.92)
30-39	5.65 (±1.04)	5.29 (±0.96)
40-49	6.16 (±1.09)	5.88 (±1.10)
50-59	6.34 (±1.06)	6.60 (±1.21)
60-69	6.24 (±1.05)	6.79 (±1.18)
70-79	6.05 (±1.11)	6.82 (±1.22)

Fullorðinn einstaklingur með arfbundna kólesterólhækkun er í meiri hættu á að fá kransæðasjúkdóm en jafnaldri hans með sama kólesterólgildi og aðra svipaða áhættuþætti. Ástæða þessa er að kólesterólhækkun einstaklinga með arfbundna kólesterólhækkun er fyrir hendi frá fæðingu og börn með arfbundna kólesterólhækkun hafa einnig verulega hækkað kólesteról. Sjúkdómsgreiningin felur því í sér þörf á ákveðnari meðferð við áhættuþáttum kransæðasjúkdóms hjá einstaklingum með arfbundna kólesterólhækkun heldur en jafnöldrum með svipaða áhættuþætti að öðru leyti.

Markmið blóðfitumeðferðarinnar er að ná kólesterólgildi viðkomandi niður fyrir aldursbundið meðaltal. Í töflu II er meðaltalskólesterólgildi Íslendinga samkvæmt hóprannsókn Hjartaverndar eftir aldurshópum og kyni. Hafi viðkomandi þegar einkenni kransæðasjúkdóms er stefnt að því að koma kólesteróli vel niður fyrir 5 mmól/L. Byrja skal meðferð með statínum samkvæmt leiðbeiningum í Sérlyfjaskrá. Skammtur skal aukinn á þriggja mánaða fresti uns meðferðarmarkmiði er náð eða aukaverkanir koma fram. Oft þarf að gefa hámarksskammt af statínum og í vissum tilfellum einnig önnur blóðfitulækkandi lyf eins og fíbröt og gallsýrubindandi resín. Mikilvægt er að einstaklingar með arfbundna kólesterólhækkun reyki ekki og að háþrýstingur og aðrir áhættuþættir kransæðasjúkdóms séu vel meðhöndlaðir.

Hefja skal meðferð með statínum um 20 ára aldur en mælt er með að börnum með arfbundna kólesterólhækkun sé vísað til sérfræðings í efnaskiptasjúkdómum barna eða á göngudeild háþrýstings og blóðfitu á Landspítala Hringbraut. Statínlyfin eru ekki skráð fyrir börn og unglinga en vert er að hefja meðferð með gallsýrubindandi resínum ef kólesteról er mjög hátt.

Arfbundin kólesterólhækkun á Íslandi

Undanfarna tvo áratugi hefur verið leitað að einstak-

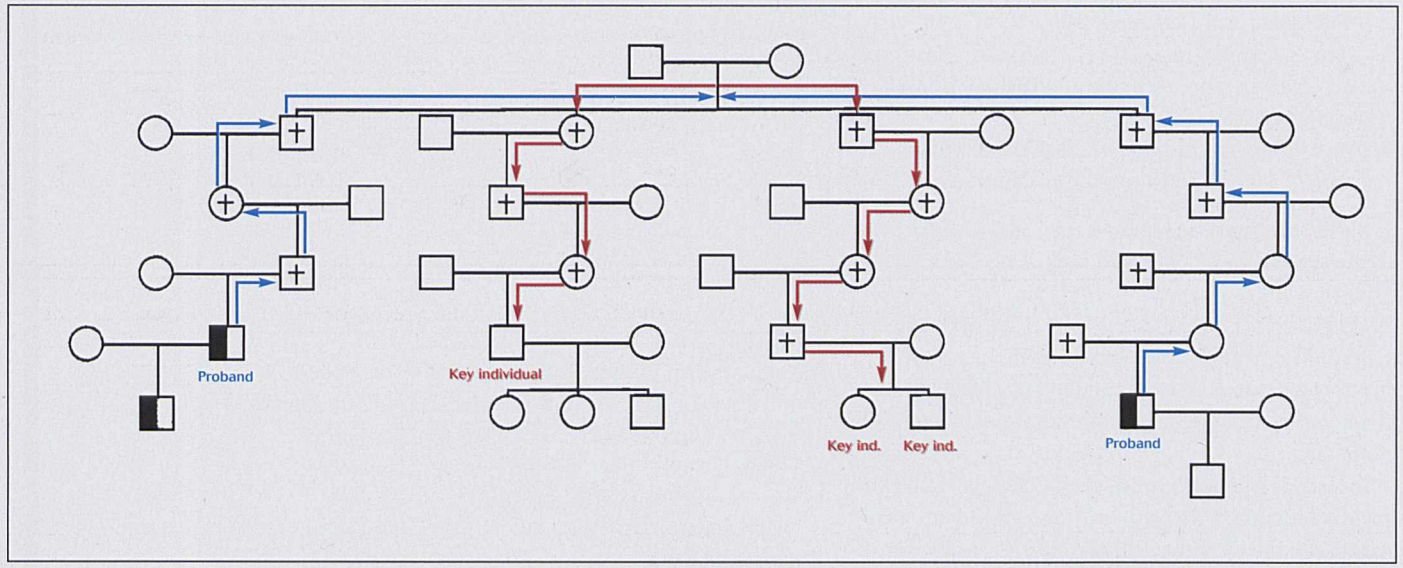


Figure 2. *The pedigree shows how two individuals with familial hypercholesterolemia (FH) are traced to a common ancestor (blue line). The oldest individual alive in each family lineage was identified as key individual and contacted for genetic testing (red line). Offspring of the key individuals positive for the mutation were recruited for testing. If positive, their offspring were also called in and so on. Relatives of key individuals negative for the mutation were not recruited. A cross means a deceased individual, a box means a male, a circle a female and black filling an affected individual.*

lingum með arfbundna kólesterólhækkun á göngudeild háþrýstings og blóðfitu. Fyrir fjórum árum var hafin vinna við að þróa aðferð til að fjölga nýgreiningum á arfbundinni kólesterólhækkun á deildinni með það að lokamarkmiði að greina alla einstaklinga með arfbundna kólesterólhækkun á Íslandi. Gerð var frumrannsókn í þeim tilgangi að kanna gildi þessarar aðferðar sem byggðist á að nýta ættrakningu og erfðatækni til að afmarka rannsóknarhóp með nægilega háa tíðni af sjúkdómnum svo skimun yrði fýsileg. Erfðafræðinefnd Háskóla Íslands annaðist ættrakningu. Niðurstöður þessarar rannsóknar eru enn óbirtar en helstu niðurstöður voru að með því að ættrekja 10 einstaklinga með arfbundna kólesterólhækkun saman í þrjár ættir og skima fyrir sjúkdómnum í ættunum, fundust 45 einstaklingar með arfbundna kólesterólhækkun af 306 sem voru prófaðir. Forfeður þessara þriggja ætta voru fæddir í byrjun 19. aldar. Algengi arfbundinnar kólesterólhækkunar í þýðinu var því um 13% sem er rúmlega 60 sinnum hærra en er áætlað í almennu þýði sem er 0,2%. Rannsóknin var takmörkuð í upphafi við elstu kynslóð í hverjum ættlegg sem unnt var að kalla í (mynd 2). Þannig var ekki leitað að arfbundinni kólesterólhækkun í afkomendum þeirra sem ekki reyndust hafa sjúkdóminn. Þegar einstaklingar í þessari elstu kynslóð greindust hins vegar með sjúkdóminn voru afkomendur þeirra einnig athugaðir. Þannig greindust 37 einstaklingar til viðbótar.

Erfðarannsóknirnar til þessa hafa leitt í ljós þrjár stökkbreytingar í íslenskum ættum með arfbundna kólesterólhækkun en yfir 600 stökkbreytingar hafa greinst hjá öðrum þjóðum (18). Flestar stökkbreytingar sem hafa greinst eru bundnar við ákveðnar ættir eða þjóðir. Algengasta stökkbreytingin í Íslendingum (I4T+C) er staðsett á mótum fjórðu innraðar og fjórðu útraðar og orsakar truflun í samtengingu á útröð 4 í LDL viðtakageninu (19). Þessi stökkbreyting hefur fundist hjá nokkrum einstaklingum í Bandaríkjunum og verið er að kanna hvort þeir einstaklingar eigi rætur að rekja til Íslands. Þessi stökkbreyting hefur ekki fundist á Norðurlöndum þrátt fyrir víðtæka leit. Önnur stökkbreyting (A519T) er staðsett í útröð 11 (18). Þessi stökkbreyting hefur líka fundist í Þýskalandi en ekki er vitað um tengsl Þjóðverja og Íslendinga með þessa stökkbreytingu. Þriðja stökkbreytingin er 2 kb brottfall úr útröð 9 og 10 auk innraðar 10 (20) og hefur þessi stökkbreyting aðeins fundist hér á landi. Allar valda þessar stökkbreytingar truflun á myndun LDL viðtakans og þær eru greinanlegar með aðferðum sem byggja á keðjuverkun með liðunarensími (polymerase chain reaction, PCR), sem er forsenda kerfisbundinnar leitar að þeim.

Alls hafa 206 einstaklingar greinst með arfbundna kólesterólhækkun á göngudeild háþrýstings og blóðfitu. Áætlað er að rúmlega 500 manns (1:500) á Íslandi hafi sjúkdóminn og hefur því tæplega helmingur einstaklinga með arfbundna kólesterólhækkun á Íslandi verið greindur.

Af þeim sem þegar hafa greinst með arfbundna kólesterólhækkun eru 62% (128 einstaklingar) með þekkta stökkbreytingu í geni LDL viðtakans. Algengasta stökkbreytingin (I4T+C) var áætluð valda um 60% af arfbundinni kólesterólhækkun í landinu en það mat byggðist á rannsókn á hópi óskyldra sjúklinga með arfbundna kólesterólhækkun (19). Nú hafa greinst 93 einstaklingar (43%) með þessa stökkbreytingu en 25 (11%) í útröð 11 og 10 (5%) með brottfall úr útröð 9 og 10.

Meðalkólesterólgildi karla með þekkta stökkbreytingu var 9,6 mmól/L við greiningu. Kólesterólgildi karla var marktækt lægra hjá þeim sem hafa óþekkta stökkbreytingu eða 8,2 mmó/L (tafla III). Hjá konum var meðaltal kólesteróls sjúklinga með þekkta stökkbreytingu 9,1 mmól/L en 8,7 mmól/L hjá

Table III. *Mean blood lipids levels of Icelandic patients with familial hypercholesterolemia (FH) older than 18 years (± standard deviation). Comparison between known and unknown mutations. (Statistical test: unpaired t tests.)*

	Men			Women		
	Known mutations	Unknown mutations	P-value	Known mutations	Unknown mutations	P-value
Total cholesterol * (mmol/L)	9.6±1.7 (44)	8.2±1.5 (27)	0.0007	9.1±2.0 (49)	8.7±1.7 (40)	0.29
HDL cholesterol * (mmol/L)	1.12±0.34 (38)	1.14±0.34 (21)	0.8	1.36±0.35 (43)	1.43±0.36 (39)	0.35
Triglycerides * (mmol/L)	1.33 (41)	1.38 (23)	0.8**	1.22 (47)	1.50 (39)	0.051**

* Measurements are not age standardised.
** Calculated for ln-transformed data.

Table IV. *Clinical characteristics of Icelandic patients with familial hypercholesterolemia (FH). Comparison between known and unknown mutations. Age in years (± standard deviation). (Statistical test: unpaired t-tests.)*

	Men					Women				
	Known mutations		Unknown mutations			Known mutations		Unknown mutations		
	Number	Mean age at diagnosis	Number	Mean age at diagnosis	P-value (mean age)	Number	Mean age at diagnosis	Number	Mean age at diagnosis	P-value (mean age)
Total number with FH	65	31±15	33	41±14	0.002	63	36±18	45	50±18	0.0001
Coronary heart disease	8 (12%)	46±9	8 (24%)	52±16	0.45	7 (11%)	50± 9	6 (13%)	72±7	0.002
Tendon xanthomata	14 (21%)	–	12 (36%)	–	–	18 (29%)	–	9 (20%)	–	–

sjúklingum með óþekkta stökkbreytingu (P = 0,29) (tafla III). Meðalaldur við greiningu var marktækt lægri bæði hjá körlum og konum hjá þeim sem höfðu þekkta stökkbreytingu (tafla IV) sem endurspeglar væntanlega ákafari leit í þeim ættum þar sem stökkbreyting er þekkt enda greining auðveldari einkum hjá börnum og unglingum.

Um 11% kvenna með arfbundna kólesterólhækkun í þessu uppgjöri höfðu fengið kransæðastíflu (tafla IV). Konur með þekkta stökkbreytingu fengu kransæðastíflu fyrr eða um fimmtugt en konur með óþekkta stökkbreytingu um sjötugt. Þessi munur sést ekki hjá körlum. Kólesterólútfellingar í sinar fundust hjá um 20-30% einstaklinga með arfbundna kólesterólhækkun en þær eru einkennandi fyrir sjúkdóminn eins og áður var getið.

Rétt er að álykta varlega út frá frá þessum niðurstöðum þar sem um tiltölulega fáa einstaklinga er að ræða. Þó má segja að einstaklingar með þekkta stökkbreytingu hafi dæmigerð klínísk einkenni arfbundinnar kólesterólhækkunar með háu kólesteróli og kransæðasjúkdómi snemma á ævinni. Tíðni kransæðasjúkdóms er þó lág í hópnum sem líklega má rekja til þess hve lágur meðalaldur var við greiningu (30 ár hjá körlum og 37 ár hjá konum). Einstaklingar með óþekkta stökkbreytingu virðast hafa vægari klíníska mynd þar sem kólesterólgildið við greiningu er heldur lægra og kransæðasjúkdómur virðist koma seinna fram hjá þessum hópi kvenna. Því er mögulegt að mismunandi stökkbreytingar hafi í för með sér mismunandi röskun á virkni LDL viðtakans eins og erlendar rannsóknir hafa bent til (21). Einnig er mögulegt að stökkbreytingar í öðrum genum eins og apólípóprótín B geninu eða í nýuppgötvuðu geni á litningi 1 (22) sé orsök klínísku myndarinnar. Enginn þessara einstaklinga hefur þó greinst með stökkbreytinguna apólípóprótín B 3500 samkvæmt birtum og óbirtum niðurstöðum höfunda (23).

Framtíðaráform

Í þessari grein hefur verið rætt allítarlega um mikilvægi þess að greina og meðhöndla einstaklinga með arfbundna kólesterólhækkun. Niðurstöður frumrannsóknar sem höfundar stóðu að sýndu fram á mikinn ávinning af skimun fyrir arfbundinni kólesterólhækkun í íslenskum ættum og var það kveikjan að því átaki sem nú er hafið hjá Hjartavernd. Gagnagrunnur Hjartaverndar verður nýttur til að finna einstaklinga með mjög hátt kólesteról og ættrekja þá til sameiginlegra forfeðra. Einnig verður kannað hvort þeir tengjast ættum sem þegar eru þekktar á göngudeild háþrýstings og blóðfitu. Vonast er til að með þessum hætti verði skilgreint þýði með háa tíðni sjúkdómsins þar sem skimun skilar miklum ávinningi.

Hver nýr einstaklingur sem finnst með arfbundna kólesterólhækkun er mikilvægur, ekki aðeins vegna þess einstaklings heldur einnig vegna þeirra nákomnu ættingja sem oftast greinast einnig þegar ný ætt hefur verið skilgreind og skimun hafin. Hjartavernd mun framkvæma sjúkdómsgreinandi erfðapróf og kanna ættartengsl við þekktar ættir hjá þátttakendum í átaki því sem nú er hafið. Það er von höfunda að þeir læknar sem telja að skjólstæðingar þeirra hafi arfbundna kólesterólhækkun beini þeim til rannsóknar og leggi því lið að fleiri greinist með sjúkdóminn.

Þakkir

Höfundar vilja þakka starfsfólki Hjartaverndar og starfsfólki göngudeildar háþrýstings og blóðfitu Landspítala Hringbraut fyrir margvíslega aðstoð við gerð þessarar greinar.

Heimildir

1. Familial hypercholesterolemia (FH) a WHO Report, 3 October 1997. Geneva: WHO; 1997: 1-45.
2. Goldstein JL, Sobhani MK, Faust JR, Brown MS. Heterozygous familial hypercholesterolemia: failure of normal allele to compensate for mutant allele at a regulated

genetic locus. Cell 1976; 9: 195-203.
3. Goldstein JL, Hobbs HH, Brown MS. Familial Hypercholesterolemia. In: Scriver C, ed. The Metabolic Bases of Inherited Diseases. 7th ed. New York: McGraw-Hill Companies; 1994: 1981-2029.
4. Goldstein JL, Schrott HG, Hazzard WR, Bierman EL, Motulsky AG. Hyperlipidemia in coronary heart disease. II. Genetic analysis of lipid levels in 176 families and delineation of a new inherited disorder, combined hyperlipidemia. J Clin Invest 1973; 52: 1544-68.
5. Mabuchi H, Miyamoto S, Ueda K, Oota M, Takegoshi T, Wakasugi T, et al. Causes of death in patients with familial hypercholesterolemia. Atherosclerosis 1986; 61: 1-6.
6. Slack J. Risks of ischaemic heart-disease in familial hyperlipoproteinaemic states. Lancet 1969; 2: 1380-2.
7. Jensen J, Blankenhorn DH, Kornerup V. Coronary disease in familial hypercholesterolemia. Circulation 1967; 36: 77-82.
8. Heiberg A. The risk of atherosclerotic vascular disease in subjects with xanthomatosis. Acta Med Scand 1975; 198: 249-61.
9. Stone NJ, Levy RI, Fredrickson DS, Verter J. Coronary artery disease in 116 kindred with familial type II hyperlipoproteinemia. Circulation 1974; 49: 476-88.
10. Beaumont V, Jacotot B, Beaumont JL. Ischaemic disease in men and women with familial hypercholesterolaemia and xanthomatosis. A comparative study of genetic and environmental factors in 274 heterozygous cases. Atherosclerosis 1976; 24: 441-50.
11. Risk of fatal coronary heart disease in familial hypercholesterolaemia. Scientific Steering Committee on behalf of the Simon Broome Register Group. BMJ 1991; 303: 893-6.
12. Mortality in treated heterozygous familial hypercholesterolaemia: implications for clinical management. Scientific Steering Committee on behalf of the Simon Broome Register Group. Atherosclerosis 1999; 142: 105-12.
13. Williams RR, Schumacher MC, Barlow GK, Hunt SC, Ware JL, Pratt M, et al. Documented need for more effective diagnosis and treatment of familial hypercholesterolemia according to data from 502 heterozygotes in Utah. Am J Cardiol 1993; 72: 18D-24D.
14. Havel RJ, Hunninghake DB, Illingworth DR, Lees RS, Stein EA, Tobert JA, et al. Lovastatin (mevinolin) in the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. A multicenter study. Ann Intern Med 1987; 107: 609-15.
15. Kane JP, Malloy MJ, Ports TA, Phillips NR, Diehl JC, Havel RJ. Regression of coronary atherosclerosis during treatment of familial hypercholesterolemia with combined drug regimens. JAMA 1990; 264: 3007-12.
16. Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 1994; 344: 1383-9.
17. Shepherd J, Cobbe SM, Ford I, Isles CG, Lorimer AR, MacFarlane PW, et al. Prevention of coronary heart disease with pravastatin in men with hypercholesterolemia. West of Scotland Coronary Prevention Study Group. N Engl J Med 1995; 333: 1301-7.
18. The low density lipoprotein receptor (LDLR) gene in familial hypercholesterolemia. http://www.ucl.ac.uk/fh/
19. Gudnason V, Sigurdsson G, Nissen H, Humphries SE. Common founder mutation in the LDL receptor gene causing familial hypercholesterolaemia in the Icelandic population. Hum Mutat 1997; 10: 36-44.
20. Taylor R, Bryant J, Gudnason V, Sigurdsson G, Humphries S. A study of familial hypercholesterolaemia in Iceland using RFLPs. J Med Genet 1989; 26: 494-8.
21. Kotze MJ, De Villiers WJ, Steyn K, Kriek JA, Marais AD, Langenhoven E, et al. Phenotypic variation among familial hypercholesterolemics heterozygous for either one of two Afrikaner founder LDL receptor mutations. Arterioscler Thromb 1993; 13: 1460-8.
22. Hunt SC, Hopkins PN, Bulka K, McDermott MT, Thorne TL, Wardell BB, et al. Genetic localization to chromosome 1p32 of the third locus for familial hypercholesterolemia in a Utah kindred. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2000; 20: 1089-93.
23. Guðnason V, Sigurðsson G, Humphries S. Notkun ensímhvattrar fjölföldunar á DNA til að skima eftir erfðagalla í apóprótíni-B í íslenskum fjölskyldum með hátt kólesteról í sermi. Læknablaðið 1990; 76: 431-6.

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 þríar fitusýrur og einglýseríð.

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

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

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

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

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

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

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

Aukaverkanir: Aukaverkanir af völdum orlístats eru aðallega frá meltingarvegi. Á fyrsta meðferðarári voru algengustu aukaverkanirnar fitublettir frá endaþarmi (27% sjúklinga), hægðavottur með vindgangi (24% sjúklinga), bráð þörf fyrir 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)	Kransæðasjúkdómur
Gallblöðrusjúkdómar	Háþrýstingur
Hækkaðar blóðfitur	Slitgigt í hnjám
Insúlínviðnám	Þvagsýrudreyri/-gigt
Mæði	
Kæfisvefn	

Lítillega aukin áhætta (allt að tvöföld áhætta)

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

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

VIOXX
MSD 990068 TÖFLUR M O1 A H

Virkt innihaldsefni: 12,5 mg eða 25 mg rofekoxib. 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 digoxín hafa komið fram. Gæta skal varúðar þegar rófekoxíb er gefið samhliða lyfjum sem umbrotna fyrst og fremst fyrir tilstilli CYP1A2 (t.d. teófýllíni, 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 rífampíns, 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, kviðverkir, svimi. Hjarta- og æðakerfi: Hár blóðþrýstingur. Meltingarfæri: Brjóstsviði, ógleði, uppgangi 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 eksem. Að auki hafa væg ofnæmisviðbrögð verið skráð í sjaldgæfum tilvikum í klínískum rannsóknum.Aukaverkanir voru svipaðar hjá sjúklingum sem fengu rófekoxíb í eitt ár eða lengur. **Breytingar á niðurstöðum blóð- og þvagrannsókna: Algengar (>1 %):** Hækkun á ALAT, lækkun á hematókrít, hækkun á ASAT. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** hækkun á þvagefni, lækkun á hemóglóbíni, hækkun á kreatíníni, Hækkun á alkalískum fosfatasa, prótein í þvagi, fækkun rauðra og hvítra blóðkorna. Eftirtaldar alvarlegar aukaverkanir hafa verið skráðar í tengslum við notkun bólgueyðandi verkjalyfja og ekki er hægt að útiloka þær í tengslum við rófekoxíb: Eiturverkanir á nýru, þ.á m. millivefs nýrnabólga nýrungaheilkenni (nephrotic syndrome) og nýrnabilun; eiturverkanir á lifur, þ.á m. lifrarbilun og lifrarbólga; eiturverkanir á meltingarfæri, þ.á m. rof, sár og blæðingar; eiturverkanir vegna of mikils blóðrúmmáls, þ.á m. hjartabilun og bilun í vinstri slegli; aukaverkanir á húð og slímhúðir og alvarleg viðbrögð í húð. Eins og á við um bólgueyðandi verkjalyf geta alvarlegri ofnæmisviðbrögð átt sér stað þ.á m. bráðaofnæmi án þess að viðkomandi hafi áður fengið rófekoxíb. **Pakkningar 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.

Nýtt frá MSD:

VIOXX® (RÓFEKOXÍB, MSD)

– fyrsta "KOXÍB" á Íslandi

Gigtarlyf sem opnar nýjan heim



Til meðferðar við einkennum af völdum slitgigtar

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

EIN Á DAG

VIOXX®

(rófekoxíb, MSD)

Sértækt - Áhrifaríkt - Einfalt

Íslenskir sjúklingar með öndunarvél heima

Nýr meðferðarmöguleiki

Guðbrandur Kjartansson,

Sóley Ingadóttir,

Bryndís Halldórsdóttir,

Alda Gunnarsdóttir,

Gunnar Guðmundsson,

Einar Örn Einarsson,

Þórarinn Gíslason

Ágrip

Tilgangur: Að lýsa þeim hópi sjúklinga sem notar öndunarvél heima.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin náði til allra sjúklingar á Íslandi í heimahúsum, sem þann 30. apríl 1999 var vitað að notuðu öndunarvél vegna annarra sjúkdóma en kæfisvefns eingöngu. Notuð var þverskurðarmynd af sjúklingahópi samkvæmt staðlaðri aðferð.

Niðurstöður: Alls voru 54 sjúklingar með öndunarvél í heimahúsum, 33 karlar og 21 kona. Meðalaldur hópsins var 61 ár. Meðalmeðferðartími var 3,5 ár. Langflestir voru með þrýstingsstýrðan búnað sem tengdur var grímu sem náði yfir nef eða nef og munn samtímis. Algengasta ástæða meðferðar var minnkaður styrkur öndunarvöðva á grundvelli vöðva- eða taugasjúkdóma (11), vegna eftirstöðva berkla (9) eða mænuveiki og hryggskekkju (6). Til viðbótar var 21 sjúklingur með sambland langvinnrar lungnateppu og svefntengdra öndunartruflana. Cheyne-Stoke öndunarmynstur samfara hjartabilun var ástæða öndunarvélarmeðferðar hjá fimm körlum og tveimur konum. Langflestir sjúklinganna voru með verulega skerðingu á lungnastarfsemi og var blástursgeta að jafnaði minni en helmingur af viðmiðunargildum, nema hjá þeim sem voru með Cheyne-Stoke öndunarmynstur. Súrefnisskortur í slagæðablóði var algengur og 16 sjúklingar voru til viðbótar öndunarvélarmeðferðinni einnig með langtíma (yfir 16 klukkustundir á sólarhring) súrefnismeðferð.

Ályktanir: Öndunarvélarmeðferð í heimahúsi er orðinn hluti af læknismeðferð á Íslandi og nýtist hópi sjúklinga með minnkaða öndunargetu, einkum í svefni.

Lungnadeild Landspítala Vífilsstöðum, 210 Garðabæ. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Þórarinn Gíslason, lungnadeild Landspítala Vífilsstöðum, 210 Garðabæ. Sími: 560 2800. Netfang: thorarig@landspitali.is

Lykilorð: *meðferð, faraldsfræði, svefn, öndunarvélarmeðferð.*

Inngangur

Undanfarinn áratug hefur meðferð sjúklinga í heimahúsum með öndunarvél rutt sér mjög til rúms á Vesturlöndum (1-3). Þessi meðferðarmöguleiki opnaðist í kjölfar mænuveikifaraldra um miðja tuttugustu öldina, en þá þurfti talsverður fjöldi sjúklinga meðferð með öndunarvél um lengri tíma (4). Öndunarvélar þessa tíma voru dýrar og tæknilega flóknar, en þrátt fyrir það voru einstaka sjúklingar með minnkaða öndunargetu meðhöndlaðir næstu áratugi til lengri tíma í öndunarvél. Öndunarvélarnar voru rúmmálsstýrðar og sjúklingarnir í langflestum tilfellum meðhöndlaðir með barkaskurði (tracheostomy), sem öndunarvélin var tengd við (5). Árið 1981 lýsti ástralski lungnalæknirinn Colin Sullivan fyrst meðferð kæfisvefnssjúklinga með stöðugum yfirþrýstingi á innöndunarlofti um grímu yfir nef (6). Yfirþrýstingi á innöndunarlofti hefur síðan verið beitt í vaxandi mæli hjá öðrum sjúklingahópum, einkum þeim með svefntengdar öndunartruflanir. Slíkar öndunarvélar eru þá þrýstingsstýrðar með mismun-

ENGLISH SUMMARY

Kjartansson G, Ingadóttir S, Halldórsdóttir B, Gunnarsdóttir A, Guðmundsson G, Einarsson EÖ, Gíslason Þ

Home mechanical ventilation in Iceland

Læknablaðið 2001; 87: 521-5

Objective: To describe the users of home mechanical ventilation treatment in Iceland.
Material and methods: Records for all patients in Iceland using noninvasive ventilatory support at home on April 30th 1999 were analysed.
Results: A total of 54 patients were using ventilatory support at home. There were 33 males and 21 females. The mean age for the group was 61 years. The mean treatment time was 3.5 years. The majority were using pressure controlled ventilators that were connected to a nose mask or full face mask. The most common reason for treatment was decreased respiratory muscle function. In 11 patients this was secondary to muscle- or neurological diseases, in nine from TBC sequelae and in six post polio or from idiopathic kyphoscoliosis. In addition there were 21 patients that had a combination of chronic obstructive pulmonary disease and sleep-related breathing disorder. Cheyne-Stoke breathing secondary to congestive heart failure was the reason for home ventilatory treatment in five males and two females. These patients had relatively normal spirometric and bloodgas results, which is in contrast to the rest of the group, where spirometric values were on the average less than 50% of predicted. Arterial blood gases commonly showed hypoxia and 16 of the patients had long-term oxygen therapy (over 16 hrs/day).
Conclusions: Home ventilatory treatment has become part of medical treatment in Iceland and benefits patients with decreased ventilatory function, especially during sleep.

Key words: *treatment, epidemiology, sleep, home ventilatory treatment.*

Correspondence: Þórarinn Gíslason. E-mail: thorarig@landspitali.is

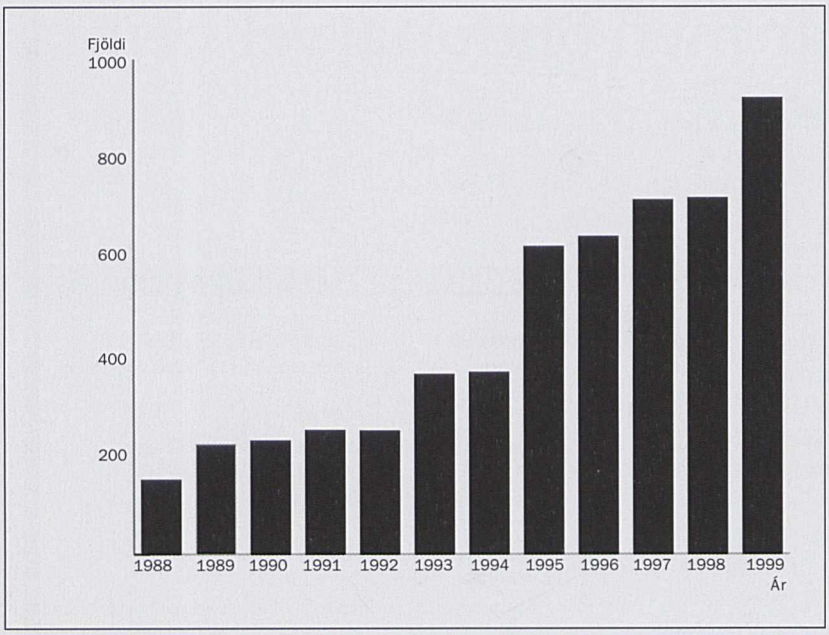


Figure 1. *Number of admissions to Pulmonary division, Vífilsstaðir Hospital for diagnosis or treatment of sleep disordered breathing in the period 1987-1999.*

andi þrýstingi í inn- og útöndun og sjúklingnum nægir að hafa grímu yfir nef eða nef og munn, án þess að beita þurfi barkaskurði. Einnig eru til rúmmálsstýrðar öndunarvélar, sem eru einfaldari og tæknilega fullkomnari en áður og hafa framfarir í öndunarvélarbúnaði fyrst og fremst tengst aukinni tölvutækni. Jafnframt hafa orðið mjög örar tækniframfarir við greiningu öndunartruflana í svefni, samhliða áreiðanlegri tækni til þess að fylgjast með súrefni og koltvísýringi blóðs án slagæðaástungu, og notkun tölvutækni við að skrá og vinna úr margháttuðum líffræðilegum merkjum hefur aukist mjög (5). Þessi nýi meðferðarmöguleiki hefur náð almennri útbreiðslu á fáum árum og gagnast augljóslega vissum sjúklingahópum mjög vel. Við suma sjúkdóma svo sem hreyfitaugungahrörnun (NMD) er þó ennþá verulega óljóst hvort og hvenær eigi að meðhöndla (5,7). Sama gildir um sjúklinga með langvinna lungnateppu (LLT) (5,8,9).

Markmið þessarar greinar er að gefa þverskurðarmynd af þeim hópi íslenskra sjúklinga sem er heima og notar öndunarvél vegna öndunarbilunar í svefni, vöku eða hvoru tveggja.

Efniviður og aðferðir

Greining og meðferð sjúklinga með öndunartruflanir í svefni hófust á lungnadeild Vífilsstaðaspítala haustið 1987 og hefur sjúklingum sem eru innlagðir til greiningar eða meðferðar vegna öndunartruflana í svefni fjölgað mjög (mynd 1).

Langflestir eru innlagðir vegna kæfisvefns, sem einkennist af öndunartruflunum í svefni (hrotum og öndunarhléum) sem leiða til svefntruflana, dagsyfju og dagþreytu (10). Allir þeir sjúklingar sem eru á meðferð með öndunartæki vegna kæfisvefns eða minnkaðrar öndunar í svefni eru á skrá á lungnadeild Landspítala Vífilsstöðum. Nákvæm skráning er á tegund tækjabúnaðar og fylgihlutum auk skráningar á öllum samskiptum við sjúklinginn og innlögnum. Kæfisvefnssjúklingar, sem voru með öndunarvél á vegum lungnadeildar Vífilsstaða þann 30. apríl 1999, voru alls 548. Ekki verður gerð hér nánari grein fyrir þeim sjúklingum, sem voru eingöngu með kæfisvefn heldur aðeins þeim sem voru með öndunarvélar heima af öðrum ástæðum.

Meðferð sjúklinga sem voru með öndunarvél þann 30. apríl 1999 hefur borið mismunandi að. Hún hefur oft verið hafin í kjölfar þess að sjúklingi hefur versnað snögglega, sem leitt hefur til sjúkrahúsvistar eða sjúklingur hefur komið af biðlista að heiman. Minnkuð öndunargeta í svefni hefur verið staðfest með mælingu á súrefnismettun, hlutþrýstingi koltvísýrings við húð, öndunarhreyfingum brjóstkassa og kviðveggjar, legu sjúklings og loftflæði við nef og munn. Undanfarin ár er í sívaxandi mæli farið að beita öndunarvélarmeðferð með nef- eða andlitsgrímu hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu sem hefur versnað snögglega, þannig að leitt hefur til öndunarbilunar. Er sjúklingum snöggversnar á þann hátt eru þeir meðhöndlaðir strax á klínískum grunni og varir meðferðin frá klukkustundum til fáeinna daga. Framhaldsmeðferð þessa sjúklingahóps byggir á klínísku mat og oft næturmælingu.

Hefðbundið mat sjúklinga á árunum 1987-1999 hefur einnig falið í sér mælingu á blóðgösum í slagæðablóði (ABL80, Radiometer, Kaupmannahöfn). Blástursgeta hefur jafnframt verið mæld með öndunarmæli af gerðinni Vitalograph (Bechman, England) og heildarfráblástur (forced vital capacity, FVC) og einnar sekúndu fráblástur skráðir (forced expiratory volume in one second, FEV1). Gildin eru hér sett fram sem hlutfall af spáðu viðmiðunargildi sem reiknað eru með tilliti til aldurs, kyns, kynþáttar og hæðar, en hjá sjúklingum með verulega hryggskekkju var miðað við faðmbreidd í stað hæðar.

Framkvæmd meðferðar með heimaöndunarvél: Þegar ákvörðun liggur fyrir eru sjúklingar undirbúnir fyrir væntanlega meðferð og valinn sá búnaður sem talinn er henta hverjum og einum best. Öndunarvélarmeðferðin er gefin með nef- eða andlitsgrímu, sem er fest á sjúklinginn með sérstökum höfuðbúnaði (mynd 2 a-c). Val á grímu fer eftir því hvort sjúklingurinn er fær um að anda eingöngu með nefinu í svefni eða ekki. Ef eingöngu er um að ræða vandkvæði við að halda munninum lokuðum í svefni er fyrst reynt að nota hökuband til stuðnings en ef það nægir ekki er notuð andlitsgríma, sem nær yfir munn og nef (mynd 2b). Ein aðal forsenda þess að meðferð heppnist er að gríman passi vel. Í seinni tíð hefur komið á markað mikið úrval af grímum og verið ör þróun í framleiðslu þeirra. Áður fyrr var algengt að sjá sáramyndanir í andliti undan

grímunum, þá sérlega á nefrót, en nú má segja að það heyri sögunni til. Meðferðarheldni ræðst að stórum hluta af gæðum grímu og höfuðbúnaðar, en aðrir þættir geta valdið sjúklingi óþægindum. Loftblásturinn getur orsakað ertingu á slímhúð í munni og nefi og lýsir sér sem munnþurrkur, nefrennsli, þrálátur hnerri eða nefstíflur. Koma má í veg fyrir stóran hluta þessara einkenna með notkun hitarakagjafatækis, sem hita- og rakamettar loftið í öndunarvélinni (mynd 2a).

Lögð er mikil áhersla á stuðning við sjúklinga og þeim fylgt þétt eftir í upphafi, bæði með símtölum og göngudeildarviðtölum. Sjúklingar með öndunarvél heima njóta aðstoðar fagfólks á lungnadeild Landspítala Vífilsstöðum ef vandamál eru til staðar, auk þess sem þeim er fylgt eftir reglulega á göngudeild. Við upphaf meðferðar er veitt fræðsla til sjúklings, maka og annarra aðstandenda eftir því sem við á.

Rannsóknin tók til allra sjúklinga á lungnadeild Vífilsstaða sem notuðu að staðaldri öndunarvél heima þann 30. apríl 1999 vegna annarra öndunartruflana í svefni en kæfisvefns eingöngu. Sjúkraskrár þeirra voru yfirfarnar með tilliti til aldurs, kyns, tímalengdar meðferðar, blóðgasa, niðurstöðu blásturspróf a, súrefnismeðferðar og aðalsjúkdómsgreininga.

Tölfræði: Gildi eru birt sem meðalgildi með einu staðalfráviki (SD). Tvíhliða t-próf notað til samanburðar á samfelldum breytum.

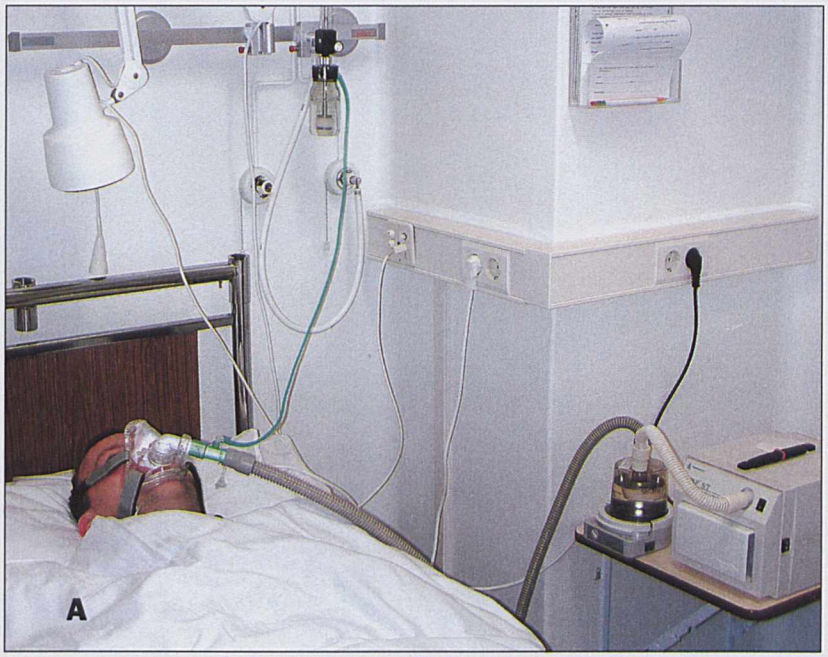






Figure 2. *a) A typical home ventilator, heated humidifier and tubes. b) Nasal mask with a chin strip c) a face mask.*

Niðurstöður

Alls reyndust 54 sjúklingar vera með öndunarvél í heimahúsum þann 30. apríl 1999 af öðrum ástæðum en kæfisvefni eingöngu. Enginn þeirra lá inni á lungnadeild Vífilsstaða á þeim tíma. Eingöngu voru tveir sjúklingar með rúmmálsstýrðar vélar en 52 með þrýstingsstýrðar. Ekki hafði verið framkvæmdur barkaskurður á neinum. Meðaltími frá upphafi meðferðar var 41 mánuður (staðalfrávik 33 mánuðir), eða rúm þrjú ár og höfðu þrír sjúklingar haft heimaöndunarvél lengur en í 10 ár. Samkvæmt tímamæli sem er í öllum vélunum þá notaði þessi sjúklingahópur öndunarvélarnar að meðaltali í 7,4 klukkustundir á sólarhring. Hópurinn samanstóð af 33 körlum og 21 konu. Eins og sjá má í töflu I var meðalaldur 61 ár (staðalfrávik 18) og aldursbil var 8-84 ár, en tveir voru yngri en 16 ára og þrír yfir áttrætt. Meðalaldur karla var 60 ár (staðalfrávik 20) og kvenna 63 ár (staðalfrávik 17) (p=0,52). Yngstu einstaklingarnir voru í hópi sjúklinga með vöðva- og/eða taugasjúkdóma (tafla I). Stærsti hópurinn, eða 21 einstaklingur, var með sambland af langvinnri lungnateppu og öndunartruflunum í svefni. Hjá 11 sjúklingum, sem voru með vöðva- og/eða taugasjúkdóma og einnig hjá þeim sex sem þjáðust af afleiðingum mænuveiki og/eða hryggskekkju, var

Table I. *Patients on home ventilatory treatment in Iceland in spring 1999. Mean values and standard deviation.*

Diagnosis	Number	Gender M/F	Age (mean)	BMI (kg/m²)	Treatment time (months)
Status post TBC	9	4/5	74 (4)	23.2 (2.4)	42 (27)
Status post polio and idiop. kyphoscoliosis	6	5/1	67 (9)	33.0 (7.0)	64 (39)
Neuromuscular diseases and degenerative diseases	11	8/3	48 (27)	26.6 (13.7)	29 (31)
SDB with COPD	21	11/10	57 (16)	38.8 (12.9)	41 (35)
Cheyne Stoke breathing	7	5/2	71 (9)	35.7 (4.9)	38 (27)
All	**54**	**33/21**	**61 (19)**	**32.5 (12.1)**	**41 (33)**

SDB: sleep disordered breathing.
COPD: chronic obstructive pulmonary disease.
BMI: body mass index

Table II. *Patients on home ventilatory treatment and ventilatory parameters.*

Diagnosis	FVC (% predicted, mean (SD))	FEV1 (% predicted, mean (SD))	Blood gases (mmHg) PO2 Mean (SD)	PCO2 Mean (SD)	LOT
Status post TBC	28 (8)	24 (9)	62 (13)	52 (6)	5
Status post polio and idiop. kyphoscoliosis	38 (25)	45 (33)	53 (10)	64 (21)	1
Neuromuscular diseases and degenerative diseases	41 (21)	46 (24)	64 (13)	50 (6)	4
SDB with COPD	56 (19)	50 (27)	60 (12)	47 (8)	5
Cheyne Stoke breathing	82 (24)	79 (26)	70 (17)	45 (7)	1
All	**49 (24)**	**47 (28)**	**61 (13)**	**50 (12)**	**16**

SDB: sleep disordered breathing.
COPD: chronic obstructive pulmonary disease.
LOT: longterm oxygen therapy.
FEV1: forced expiratory volume in one second.
FVC: forced vital capacity.

minnkaður styrkur öndunarvöðva. Hjá þeim níu sem báru merki berkla var einnig oft um að ræða aflögun á brjóstkassa vegna þess að þeir höfðu verið höggnir. Samtals voru sjö sjúklingar með öndunarmynstur sem kennt hefur verið við Cheyne og Stoke. Allir voru þeir með hjartabilun. Í öllum hópunum, nema hjá þeim sem þjáðist af afleiðingum berkla, var líkamsþyngdarstuðull fyrir ofan eðlileg gildi. Hann var langhæstur hjá þeim sem höfðu kæfisvefn og langvinna lungateppu. Meðferðartíminn var stystur hjá hópnum með tauga- og/eða . Allir hóparnir voru með blástursgildi sem voru óeðlileg nema þeir sem höfðu hjartabilun (tafla II). Að meðaltali var fráblásturinn skertur sem nam 50% eða meira af viðmiðunargildum. Súrefnisþrýstingur í blóði var að jafnaði lágur, en var þó hæstur í hópnum sem hafði hjartabilun. Þrýstingur koltvísýrings í blóði var einnig aukinn. Þriðjungur hópsins eða 16 talsins notuðu súrefni í heimahúsi til viðbótar öndunarvélunum.

Umræða

Meðferð með öndunarvélum í heimahúsum á Íslandi hjá 54 einstaklingum, eða tæplega 20 af 100.000 íbúum, lætur nærri að vera tvöfalt meiri notkun en miðgildi í löndum Evrópu, sem í nýlegri samanburðarathugun reyndist vera 10 af 100.000 (11). Rétt er þó að benda á að meðal þeirra sem við viljum helst bera okkur saman við, svo sem í umhverfi háskólasjúkrahúsa á Norðurlöndum, var notkunin svipuð og hjá okkur (11). Meðferðin á Íslandi er öll á einum stað, lungnadeild Landspítala Vífilsstöðum, þar sem öll þjónusta fyrir þessa sjúklinga er veitt af þverfaglegum hópi.

Á Íslandi er þessi sjúklingahópur að fá öndunarvélarmeðferð með grímu en ekki með barkaskurði. Áður var slíkt forsenda þess að hægt var að veita öndunarvélarmeðferð í heimahúsi (4). Það veitir mun meiri lífsgæði að þurfa ekki að fá barkaskurð þar sem hægt er að borða og tala eðlilega. Þá er venjulega byrjað mun fyrr á meðferð þegar notuð er gríma en við barkaskurð (4,5).

Mælitæknin er orðin svo einföld að ef grunur er um öndunartruflanir í svefni, ætti skilyrðislaust að gera næturmælingu og athuga blóðgös. Óvíst er hvenær best er að hefja slíka meðferð hjá sumum þeirra sem til greina koma. Þar sem hér er um að ræða fremur nýjan meðferðarmöguleika vantar fleiri vel gerðar rannsóknir um notagildi hennar og tímasetningu. Munu slíkar rannsóknir vafalaust birtast á næstu misserum. Í rannsókn okkar reyndust þeir sem eru með vöðva- og taugasjúkdóma vera yngstir og hafa notað öndunarvélarnar styst. Þetta stafar af því að margir þessir sjúkdómar eru meðfæddir eða koma fram snemma á ævinni og draga sjúklingana til dauða á tiltölulega stuttum tíma. Enn er nokkur fjöldi sjúklinga sem ber menjar berkla, bæði eftirstöðvar sýkingar með bandvefsmyndun og kölkun, og hefur farið í aðgerð sem leitt hefur til afmyndunar á brjóstkassa. Þessum hópi er hætt við að fá hækkun á koltvísýringi í svefni og þarf að gera svefnrannsókn hjá þeim sem hafa einkenni sem bent geta til slíks. Sjúklingum með langvinna lungnateppu án kæfisvefns gagnast að jafnaði ekki öndunarvélarmeðferð í heimahúsi til lengri tíma, nema um sé að ræða kæfisvefn eða aðrar svefnháðar öndunartruflanir til viðbótar (8,9). Oft er unnt að þekkja úr þá sem gætu haft gagn af slíkri meðferð, því þeir eru með háan líkamsþyngdarstuðul og eru því verulega of feitir eins og kemur fram í þessari rannsókn. Þeir eru líka gjarna með lungnateppu á miðlungs eða háu stigi eins og sést af blásturprófum hjá þessum sjúklingahópi.

Sjúklingar með hjartabilun á lokastigi eru oft með öndunartruflanir í svefni (12). Oftast er um að ræða blöndu af kæfisvefni og miðlægum öndunarhléum. Þetta veldur því oft að einkenni um hjartabilun versna endurtekið og lífsgæði skerðast (13). Þá sjúklinga sem hafa hjartabilunareinkenni á næturna og dagsyfju og dagþreytu ætti að rannsaka með næturmælingu. Einnig þá sem hafa mikil einkenni um hjartabilun og versnar þrálátt þrátt fyrir lyfjameðferð (14).

Sá sjúklingahópur sem hér um ræðir er mjög misjafnlega á sig kominn líkamlega með tilliti til sjálfsbjargargetu og hæfni til að viðhalda meðferð. Þess er vandlega gætt við útskrift af deildinni, þegar svefnrannsóknum er lokið og meðferðaráform liggja fyrir, að sjúklingur og stuðningsaðilar fái ítarlega fræðslu og þjálfun varðandi öndunarvélarmeðferðina. Nokkrir þessara einstaklinga eru hreyfihamlaðir með mikið minnkaðan eða engan mátt í höndum og þurfa því alla aðstoð við framkvæmd meðferðarinnar. Ákveðinn hluti hópsins nýtur heimahjúkrunar frá heilsugæslustöðvum auk þess sem veitt er sérhæfð heimaþjónusta og reglubundið eftirlit af hjúkrunarfræðingum lungnadeildarinnar. Mest þörf er á stuðningi við upphaf meðferðar, meðan sjúklingurinn er að venjast henni, en síðan fyrst og fremst áframhaldandi stuðningi og hvatningu. Rannsóknir hafa sýnt að hægt er að bæta meðferðarheldni með stuðningi svo sem símaviðtölum og fræðslu. Árangursríkast er að veita slíkan stuðning á fyrstu vikum meðferðar (15). Meðferðarheldni sjúklinga sem nota öndunarvélar er almennt talin góð og styðja okkar niðurstöður það (16,17). Þessi rannsókn sýnir að öndunarvélarmeðferð með grímu og án inngrips er orðin hluti af læknismeðferð á Íslandi og gagnast völdum hópi sjúklinga. Þar sem meðferðin er sérhæfð er mikilvægt að nægilegt þekking og þjálfun starfsfólks sé til staðar svo að áframhaldandi þróun geti átt sér stað.

Heimildir

1. Midgren B, Olofson J, Harlid R, Dellborg C, Jacobsen E, Nörregaard O. Home mechanical ventilation in Sweden, with reference to Danish experiences. Resp Med 2000; 94: 135-8.
2. Adams AB, Whitman J, Marcy T. Surveys of long-term ventilatory support in Minnesota: 1996 and 1992. Chest 1993; 103: 1463-9.
3. Muir JF, Voisin C, Ludot A. Organization of home respiratory care: the experience in France with ANTA-DIR. Monaldi Arch Chest Dis 1993; 48: 462-7.
4. Hillberg RE, Johnson DC. Noninvasive ventilation. N Engl J Med 1997; 337: 1746-52.
5. Loube DI, Gay PC, Strohl KP, Pack AI, White DP, Collop NA. ACCp consensus statement: indications for posetive airway pressure treatment of adult obstructive sleep apnea patients. Chest 1999; 115: 863-6.
6. Sullivan CE, Berthon-Jones M, Issa FG, Eves L. Reversal of obstructive sleep apnea by continuous positive airway pressure applied through the nares. Lancet 1981; 1: 862-5.
7. Aboussouan LS, Khan SU, Meeker DP, Stelmach K, Mitsumoto H. Effect of noninvasive positive pressure ventilation on survival in amyotrophic lateral sclerosis. Ann Intern Med 1998; 127: 450-3.
8. Strumpf DA, Millman RP, Carlisle CC, Grattam LM, Ryan SM, Ericksson AD, et al. Nocturnal positive-pressure ventilation via nasal mask in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. Am Rev Respir Dis 1991; 144: 1234-9.
9. Meecham-Jones DJ, Paul EA, Jones PW, Wedzicha JA. Nasal pressure support ventilation plus oxygen compared with oxygen therapy alone in hypercapnic COPD. Am J Rev Respir Crit Care Med 1995; 152: 538-44.
10. Gíslason Þ, Benediktsdóttir B. Kæfisvefn: Einkenni, orsakir, algengi og afleiðingar. Læknablaðið 1993; 79: 249-52.
11. Muir JF. Home mechanical ventilation in Europe. In: Hodkins JE, Celli BR, Connors GL, eds. Pulmonary rehabilation. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2000: 407-12.
12. Naughton MT, Liu PP, Bernard DC, Goldstein RS, Bradley TD. Treatment of congestive heart failure and Cheyne-Stokes respiration during sleep by continuous positive airway pressure. Am J Respir Crit Care Med 1995; 151: 92-7.
13. Davies RJ, Harrington KJ, Ormerod OJ, Stradling JR. Nasal continuous positive airway pressure in chronic heart failure with sleep-disordered breathing. Am Rev Respir Dis 1993; 147: 630-4.
14. Javaheri S. Treatment of central sleep apnea syndrome in heart failure. Sleep 2000; 23: S224-S227.
15. Chervin RD, Theut S, Bassetti C, Aldrich MS. Compliance with nasal CPAP can be improved by simple interventions. Sleep 1997; 20: 284-9.
16. Engleman HM, Martin SE, Douglas NJ. Compliance with CPAP therapy in patients with the sleep apnoea/hypopnoea syndrome. Thorax 1994; 49: 263-6.
17. Meurice JC, Dore P, Paquereau J, Neau JP, Ingrand P, Chavagnut JJ, et al. Predictive factors of long-term compliance with nasal continuous positive airway pressure treatment in sleep apnea syndrome. Chest 1994; 105: 429-33.

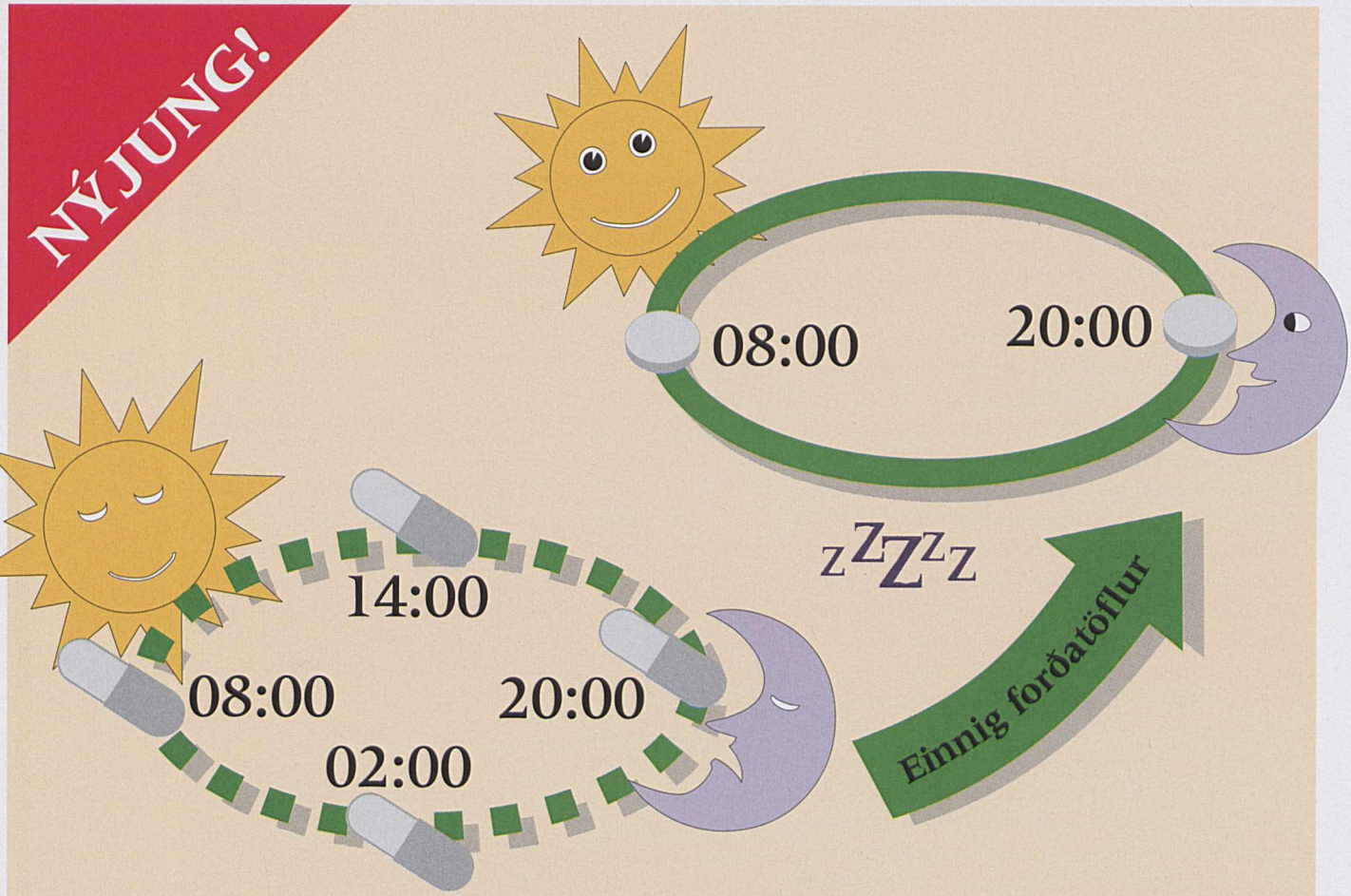
Fræðigreinar íslenskra lækna í erlendum tímaritum

Sendið heiti greinar, nöfn höfunda og birtingarstað. Miðað er við greinar sem birst hafa á yfirstandandi og síðasta ári. Til glöggvunar verður íslenskra höfunda getið með fornafni þótt svo hafi ekki verið við birtingu.

* **Gunnar B. Ragnarsson, Evgenía Kristín Mikaelsdóttir, Hilmar Viðarsson, Jón Gunnlaugur Jónasson, Kristrún Ólafsdóttir, Katrín Kristjánsdóttir, Jens Kjartansson, Helga M. Ögmundsdóttir, Þórunn Rafnar**
Intracellular Fas ligand in normal and malignant breast epithelium does not induce apoptosis in Fas-sensitive cells. Br J Cancer 2000; 83: 1715-21.

* **Gunnar Sigurðsson, Leifur Franzson, Laufey Steingrímsdóttir, Helgi Sigvaldson**
The Association between Parathyroid Hormone, Vitamin D and Bone Mineral Density in 70-Year-Old Icelandic Women. Osteoporos Int 2000; 11: 1031-5.

* **Helga Hannesdóttir, Þórarinn Tyrfingsson, Piha J.** *Psychological functioning and psychiatric comorbidity among substance-abusing Icelandic adolescents.* Nord J Psychiatry 2001; 55: 43-8.



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 fíkniefna. **Varnaðarorð 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 læknseftirliti. 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.

Lifrarfrumukrabbamein á Íslandi

Brynja Ragnarsdóttir[1],

Jón Gunnlaugur Jónasson[1,2]

Hrafn Tulinius[1,3],

Sigurður Ólafsson[4]

Ágrip

Inngangur: Nýgengi lifrarfrumukrabbameins (hepatocellular carcinoma) er mjög mismunandi eftir löndum og landsvæðum. Í Norður-Evrópu er nýgengið lágt (um það bil fimm á 100.000) og hefur stærsti hluti sjúklinganna skorpulifur. Á Íslandi hefur tíðni skorpulifrar og sýkinga af lifrarbólguveirum verið talin lág, en þetta eru meginähættuþættir fyrir lifrarfrumukrabbameini. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna nýgengi lifrarfrumukrabbameins á Íslandi og tengsl við þekkta áhættuþætti þessa sjúkdóms.

Efniviður og aðferðir: Allir sjúklingar á Íslandi, sem greindust með þessa tegund krabbameins á tímabilinu 1984-1998, voru með í rannsókninni. Leitað var í tölvuskrám Rannsóknastofu Háskólans í meinafræði, meinafræðideildar Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri og í Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands. Greining var staðfest með vefjasýni. Upplýsingar voru unnar úr vefjagreiningarsvörum, krufningarskýrslum og sjúkraskrám sjúkrahúsa.

Niðurstöður: Alls greindist 71 einstaklingur, 51 karl og 20 konur. Meðalaldur karla við greiningu var 69,3 ár (18-95) og kvenna 72,9 ár (52-89). Aldursstaðlað nýgengi á tímabilinu var 1,08 á 100.000 (nýgengi karla 2,10, kvenna 0,67). Nýgengi hækkaði ekki marktækt á tímabilinu. Algengustu áhættuþættirnir voru misnotkun áfengis (15,5%) og hemochromatosis (11%). Skorpulifur höfðu 23 (32%) en 39 (55%) höfðu engan þekktan áhættuþátt. Af þeim 55 tilvikum þar sem upplýsingar voru til um lifrarvef reyndust 27 hafa lifrarsjúkdóm utan æxlis.

Ályktanir: 1) Nýgengi lifrarfrumukrabbameins er lægra á Íslandi en í nágrannalöndum. 2) Misnotkun áfengis og hemochromatosis eru algengustu áhættuþættirnir hér á landi. 3) Hlutfall sjúklinga með skorpulifur er lágt.

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]Rannsóknastofa Háskólans í meinafræði, [3]Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands, [4]lyflækningadeild Landspítala Fossvogi. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Sigurður Ólafsson, lyflækningadeild Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. Sími: 525 1000. Netfang: sigurdol@landspitali.is

Lykilorð: *lifrarfrumukrabbamein, faraldsfræði, orsakir, Ísland.*

ENGLISH SUMMARY

Ragnarsdóttir B, Ólafsson S, Jónasson JG, Tulinius H

Hepatocellular carcinoma in Iceland

Læknablaðið 2001; 87: 527-31

Introduction: The incidence of hepatocellular carcinoma (HCC) varies throughout the world, being relatively low in Northern Europe (less than five per 100,000 population) where the majority of the patients have cirrhosis. In Iceland the prevalence of viral hepatitis and cirrhosis, the main risk factors for HCC, is lower than reported in many other countries. The aim of our study was to investigate the incidence and etiology of HCC in Iceland.
Material and methods: All patients diagnosed with HCC in Iceland in 1984-1998 were included in the study. Histologic diagnosis was required for inclusion. Patients were identified from the Icelandic Cancer Registry and by reviewing autopsy and histopathology reports. Further information was obtained from medical records.
Results: A total of 71 cases of HCC were identified, 51 males and 20 females. The mean age for males was 69.3 years (18-95) and 73 years (52-89) for females. The age-standardized annual incidence rate of HCC was 1.08/100,000 (males 2.10, females 0.67). The incidence did not increase significantly during the study period. Alcohol abuse (15.5%) and hemochromatosis (11%) were the most common risk factors. Twenty-three (32%) had cirrhosis but 39 (55%) had no known risk factors. Of 55 cases where non-neoplastic tissue was available for examination, 27 had liver disease.
Conclusions: 1) The incidence of HCC in Iceland is lower than reported in other countries. 2) Alcohol abuse and hemochromatosis are the most common risk factors. 3) The ratio of patients with cirrhosis is low.

Key words: *hepatocellular carcinoma, epidemiology, etiology, Iceland.*

Correspondence: Sigurður Ólafsson: sigurdol@landspitali.is

Inngangur

Lifrarfrumukrabbamein (hepatocellular carcinoma) eru æxli upprunnin frá lifrarfrumum. Þau eru meðal algengustu krabbameina í heiminum en nýgengi er þó afar mismunandi eftir landsvæðum (1). Það er hæst í Asíu þar sem 20-30 ný tilfelli greinast árlega á hverja 100.000 íbúa. Sjúkdómurinn er mun sjaldgæfari í Mið- og Norður-Evrópu, þar sem nýgengi er innan við fimm á 100.000 íbúa. Þessi mikli munur skýrist aðallega af mismunandi tíðni áhættuþátta. Aðaláhættuþættir lifrarfrumukrabbameins eru lifrarbólga B og C, skorpulifur og alfatoxín B. Þar sem nýgengi lifrarfrumukrabbameins er hæst svo sem í sumum löndum Asíu og Afríku er lifrarbólga B landlæg (2).

Nýgengi sjúkdómsins hefur farið vaxandi á undanförnum árum, ekki síst í Bandaríkjunum og

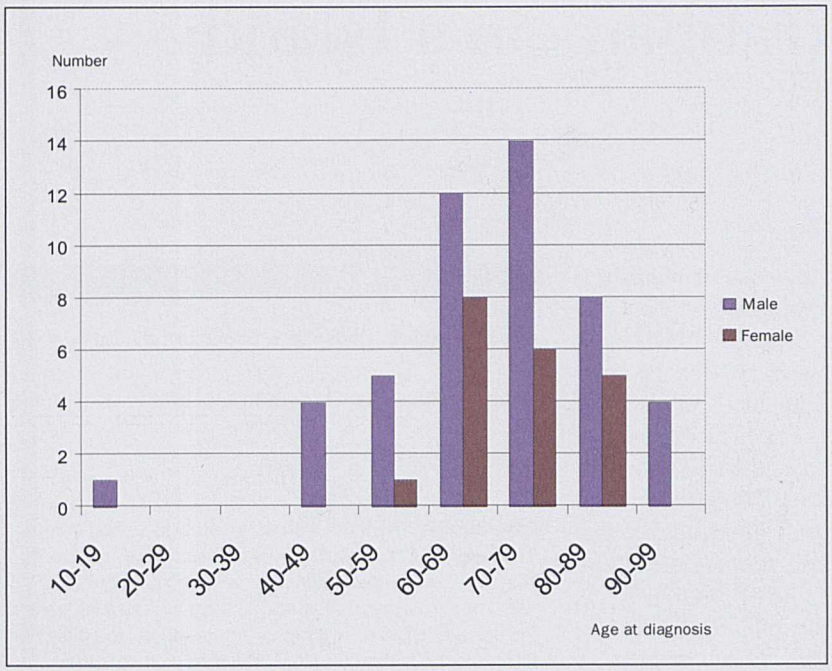


Figure 1. *Age (years) at diagnosis of hepatocellular carcinoma.*

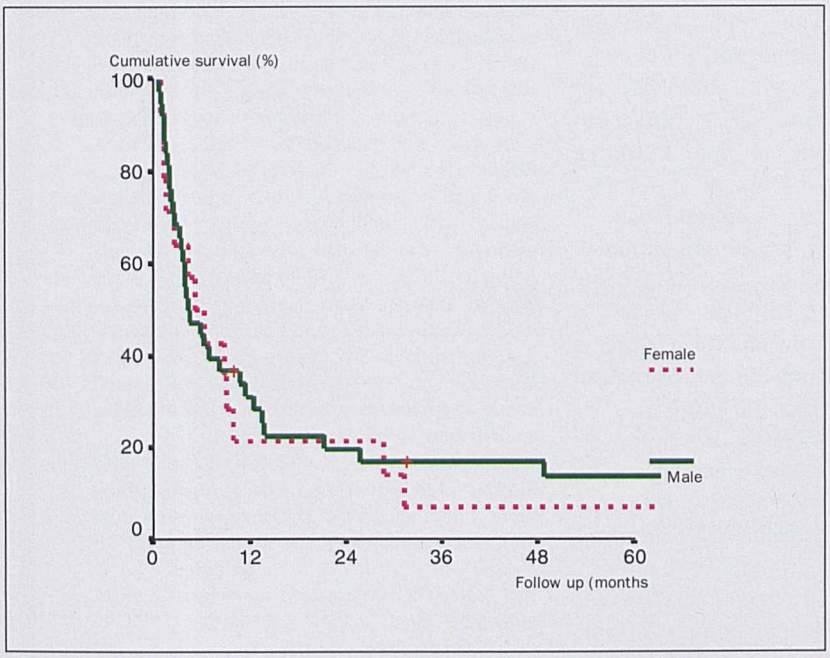


Figure 2. *Survival of patients with hepatocellular carcinoma.*

Evrópu (3,4). Ekki er til einhlít skýring á því en aukningin er að nokkru leyti rakin til faraldurs af lifrarbólgu C. Lifrarfrumukrabbamein er illvígur sjúkdómur. Æxlið greinist yfirleitt seint og horfur sjúklinga eru slæmar. Faraldsfræði lifrarfrumukrabbameins hefur ekki verið rannsökuð hér á landi áður. Þeir sjúkdómar sem teljast til helstu áhættuþátta svo sem skorpulifur og lifrarbólgur af völdum veira eru ekki taldir eins algengir hér á landi og víða annars staðar (5).

Megintilgangur þessarar rannsóknar var að athuga nýgengi og áhættuþætti lifrarfrumukrabbameins á Íslandi.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin náði til allra Íslendinga sem greindust með lifrarfrumukrabbamein frá 1. janúar 1984 til 31. desember 1998. Skilmerki við val þátttakenda var að greining væri staðfest með vefjasýni (SNOMED flokkun = T56000, M81703). Leitað var í tölvuskrám Rannsóknastofu Háskólans í meinafræði (RH) að öllum þeim sem fengu vefjagreininguna krabbamein upprunnið í lifur. Gerð var sams konar leit í skrám meinafræðideildar Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri. Ef einhver vafi virtist á greiningunni endurskoðaði vefjameinafræðingur (JGJ) sýnin. Einnig var leitað í Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands að öllum þeim sem fengu greininguna illkynja mein í lifur (C22.0, ICD-10 og 1550, ICD-9) á tímabilinu. Ef vefjafræðilega greiningu vantaði var athugað hvort gerð hefði verið frumurannsókn (cytology). Þannig var gerð tvöföld leit til að tryggja sem best að öll tilfelli væru talin með.

Upplýsingar um meingerð æxlis og lifrarsjúkdóma voru unnar úr vefjagreiningarsvörum og krufningarskýrslum Rannsóknastofu Háskólans í meinafræði og meinafræðideildar Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri. Sérstaklega var athugað hvort lýst væri sjúklegum breytingum í lifrarvef utan æxlis. Upplýsinga um greiningu, lifrarsjúkdóma og aðra áhættuþætti, einkenni, rannsóknarniðurstöður, útbreiðslu æxlis, sjúkdómsgang og meðferð var aflað úr sjúkraskrám sjúkrahúsa.

Lifun var metin með því að leita í þjóðskrá Hagstofu Íslands að skráningu þátttakenda þann 31. desember 1998 sem var lokadagsetning í eftirfylgni rannsóknarinnar. Dánarvottorð voru athuguð með tilliti til dánarorsakar.

Við tölfræðilega gagnavinnslu voru forritin Excel og SPSS notuð. Við útreikninga á lifun var notuð Kaplan-Meier aðferð. Útreikningar á nýgengi voru byggðir á mannfjöldatölum frá Hagstofu Íslands. Við útreikninga á aldursstöðluðu nýgengi var miðað við alþjóðlegt staðalþýði (tölur frá Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands).

Tilskilin leyfi fyrir rannnsóknninni voru fengin hjá Tölvunefnd og Vísindasiðanefnd.

Niðurstöður

Alls greindist 71 einstaklingur með lifrarfrumukrabbamein á tímabilinu samkvæmt vefjagreiningu, 51 karl og 20 konur. Auk þess voru átta einstaklingar í Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands með klíníska greiningu án þess að vefjagreining lægi fyrir. Í engu þessara tilvika hafði frumurannsókn verið gerð og voru þeir því útilokaðir.

Meðalaldur við greiningu var 69,3 ár hjá körlum (aldursbil 18-95 ár) og 72,9 ár hjá konum (aldursbil 52-89 ár). Flestir greindust á aldrinum 60-90 ára (mynd 1).

Nýgengi: Meðalnýgengi fyrir tímabilið miðað við íslenskt þýði var 1,83 tilfelli á hverja 100.000 íbúa á ári. Meðalnýgengi hjá körlum var 2,61 á 100.000 og hjá konum 1,04 á 100.000. Aldursstaðlað nýgengi miðað við alþjóðlegt staðalþýði var 1,08 fyrir bæði kynin en 2,10 hjá körlum og 0,67 hjá konum. Kynjahlutfall (karlar: konur) var 3,1:1. Til að athuga hvort breyting hefði orðið á nýgengi voru borin saman tvö tímabil. Meðalnýgengi var 1,792 fyrir tímabilið 1984-1988 og 2,148 fyrir árin 1994-1998. Þessi aukning var ekki marktæk (P= 0,594).

Greining og útbreiðsla æxlis: Vefjagreining fékkst með nálarsýni í 40 (56,3%) tilvikum, sýni teknu við skurðaðgerð í 17 (23,9%) og með krufningu í 14 tilvikum (19,7%). Alls var 21 einstaklingur (29,6%) krufinn. Algengustu einkennin voru kviðverkir (50,7%), slappleiki (28,4%) og megrun (22,4%). Alfafetóprótín var mælt hjá 39 sjúklingum og reyndist hækkað hjá 25 (64,1%). Meðaltal hækkaðra gilda var 10.466 µg/L (14-158.000).

Hjá 32 sjúklingum var einn æxlishnútur í lifrinni, hjá tveimur voru þeir tveir en í 32 tilvikum voru æxlishnútarnir fleiri en tveir. Upplýsingar vantaði hjá fimm sjúklingum. Þar sem æxlið var eitt var meðalstærð 9,1 cm (2,5-22 cm). Hjá 23 sjúklingum óx æxlið í báðum lifrarblöðum. Meinvörp fundust við greiningu hjá 12 einstaklingum. Algengustu staðir meinvarpa voru lungu (sex), svæðiseitlar (fjórir), nýrnahettur, kviðveggur og hryggur (þrír hvert).

Áhættuþættir: Af einstökum áhættuþáttum (tafla I) var misnotkun áfengis algengastur (15,5%). Hafa þarf í huga að ekki er alltaf getið um áfengisneyslu í sjúkraskrám. Hemochromatosis var næstalgengasti áhættuþátturinn (11% sjúklinga). Flestir þeirra sem höfðu annan hvorn þessara áhættuþátta voru með skorpulifur. Alls höfðu 23 (32%) sjúklingar skorpulifur. Skorpulifur af óþekktri orsök höfðu fimm einstaklingar (7%). Hjá 14 sjúklingum voru gerð blóðpróf fyrir lifrarbólgu B. Þrír voru HBsAg jákvæðir. Í einungis níu tilfellum var leitað að lifrarbólgu C mótefnum og var enginn jákvæður. Hjá 39 (55%) fannst enginn áhættuþáttur.

Lifrarsjúkdómar samkvæmt vefjagreiningu: Í 55 tilvikum var unnt að meta lifrarvef utan æxlis með tilliti til sjúkdóma (tafla II). Hjá 13 sjúklingum var lifrarvefur eðlilegur en hjá 27 (49%) sáust ákveðin merki um lifrarsjúkdóm. Fullnægjandi upplýsingar skorti hjá 16 og voru hlutfallslega fleiri konur í þeim hópi. Ekkert þessara 16 hafði klíníska greiningu á lifrarsjúkdómi.

Af þeim 27 sem greindust með lifrarsjúkdóm við vefjarannsókn reyndust flestir með skorpulifur (tafla III). Í tveimur tilvikum greindist hemochromatosis án þess að skorpulifur væri jafnframt til staðar.

Table I. *Risk factors for hepatocellular carcinoma in Iceland.*

Risk factors	Number (%)	Cirrhosis
Alcohol abuse	11 (15.5)	7
Hemochromatosis	8 (11.0)	6
Hepatitis B	3 (4.0)	1
Primary biliary cirrhosis	1 (1.5)	1
Autoimmune hepatitis	1 (1.5)	1
Adenoma	1 (1.5)	0
Wilson´s disease	1 (1.5)	1
Chronic hepatitis of unknown cause	1 (1.5)	1
Cirrhosis of unknown cause	5 (7.0)	5
No known risk factors	39 (55.0)	0
Total	**71 (100)**	**23**

Table II. *Histopathology of non-neoplastic liver.*

Liver tissue	Men	Women	Total
Normal	9	4	13
Nonspecific changes	10	5	15
Liver disease	24	3	27
Not sufficient data	8	8	16
Total	**51**	**20**	**71**

Table III. *Liver diseases in patients with hepatocellular carcinoma.*

Liver disease	Number of cases	Sex (male/female)
Cirrhosis	23	21/2
Hemochromatosis (without cirrhosis)	2	2/0
Adenoma	1	0/1
Chronic hepatitis B	1	1/0
Total	**27**	**24/3**

Table IV. *Etiology of cirrhosis in patients with hepatocellular carcinoma.*

Etiology	Number (%)
Alchohol abuse	7 (30.4)
Hemochromatosis	6 (26.1)
Wilson´s disease	1 (4.3)
Primary biliary cirrhosis	1 (4.3)
Autoimmune hepatitis	1 (4.3)
Chronic hepatitis of unknown cause	1 (4.3)
Chronic hepatitis B	1 (4.3)
Unknown cause	5 (21.7)
Total	**23 (100)**

Áfengisneysla og hemochromatosis voru algengustu orsakir skorpulifrar (30,4% og 26,1%) en í fimm tilvikum (21,7%) var orsökin óþekkt (tafla IV).

Meðferð og lifun: Í flestum tilvikum, (51 sjúklingur) var engri sértækri meðferð beitt. Aðgerð með brottnámi lifrarblaðs (lobectomy) var gerð á sjö sjúklingum en þrír fengu lyf og/eða geisla.

Meðaltalslifun karla var 18 mánuðir, miðgildi 4,5 mánuðir. Meðaltalslifun kvenna var 16,5 mánuðir, miðgildi 5,8. Fimm ára lifun karla var 13,6% og kvenna 7,14% (mynd 2).

Umræða

Þessi rannsókn er eftir bestu vitund höfunda sú eina þar sem faraldsfræði lifrarfrumukrabbameins heillar þjóðar er athuguð með þeim hætti að byggja fyrst og fremst á vefjagreiningu. Skráning og varsla heilbrigðisupplýsinga er betri á Íslandi en annars staðar. Fyrri athuganir hafa einkum beinst að ákveðnum landshlutum eða borgum (6-8) eða þá að stuðst hefur verið við krabbameinsskrár (9). Greining er ekki eins nákvæm í slíkum skrám og ef notast er við vefjagreiningu eingöngu, eins og í okkar rannsókn. Vefjarannsóknar er hins vegar ekki alltaf þörf við greiningu á lifrarfrumukrabbameini hjá sjúklingum með æxli í lifur til dæmis ef saman fer jákvæð frumurannsókn og/eða veruleg hækkun á alfafetóprótíni (2). Hugsanlegt er því að raunverulegt nýgengi sé nokkru hærra en fram kemur í niðurstöðum okkar þar sem þeir sjúklingar sem höfðu klíníska greiningu voru ekki taldir með. Frumurannsókn var hins vegar ekki gerð hjá neinum þeirra. Þrátt fyrir þessa mögulegu skekkju er nýgengi hér á landi mjög lágt.

Nýgengi lifrarfrumukrabbameins á Íslandi, 1,08 á 100.000 á ári, er lægra en lýst er í öðrum sambærilegum rannsóknum. Nýgengið er einna lægst í löndum Norður-Evrópu. Nýgengi í Svíþjóð var 3,6 á 100.000 (8) og í Saarland í Þýskalandi 1,4 á 100.000 (7). Nýleg rannsókn í Bandaríkjunum sýndi aldurstaðlað nýgengi 2,4 (3). Sums staðar, einkum í Asíulöndum, er það mun hærra eða allt að 30 á 100.000 (2,10). Líklegasta skýringin á lágu nýgengi lifrarfrumukrabbameins á Íslandi er sú að þeir sjúkdómar sem teljast til aðaláhættuþátta eru ekki eins algengir hér og víða annars staðar. Rannsóknir hafa sýnt að tíðni skorpulifrar hér á landi er með því lægsta sem þekkist (5,11). Þetta á bæði við um skorpulifur af völdum alkóhóls og skorpulifur af öðrum orsökum. Jafnframt hefur dánartíðni af völdum alkóhólskorpulifrar lækkað hér á landi á undanförnum áratugum (5).

Líkt og í öðrum löndum Norður Evrópu er tíðni langvinnrar lifrarbólgu af völdum veira lág hér á landi miðað við það sem gerist til dæmis í Asíu og Afríku. Rannsókn hér á landi á úrtaki sjúklinga sem komu á göngudeildir vegna kvilla, annarra en lifrarsjúkdóma á árunum 1979 og 1987, sýndi að 0,14% voru HBsAg jákvæðir (12). Þetta hlutfall var svipað og annars staðar á Norðurlöndum. Þar sem nýgengi lifrarfrumukrabbameins er hvað hæst eru allt að 15% íbúa með lifrarbólgu B (13). Talið er að lítið hafi verið um lifrarbólgu C hér á landi þar til í lok áttunda áratugarins þegar sprautfíklum tók að fjölga mjög. Að meðaltali líða 25-30 ár frá smiti þar til þessir sjúklingar fá lifrarfrumukrabbamein (14). Áhrifa lifrarbólgu C á nýgengi þessa krabbameins er því ekki farið að gæta hér á landi ennþá. Algengi lifrarbólgu C mótefna meðal íslenskra blóðgjafa reyndist vera 0,1% (15). Meðal bandarískra blóðgjafa eru um 0,5% smitaðir (16) og í spænskri rannsókn rúmlega 1% (17).

Á undanförnum áratugum hefur orðið vart aukningar á nýgengi lifrarfrumukrabbameins víða um heim. Í Bandaríkjunum jókst nýgengi úr 1,4 fyrir tímabilið 1976-1980 í 2,4 fyrir tímabilið 1991-1995 (3). Tvöföld aukning varð í Japan á tímabilinu 1963-1983 (6). Svipuð þróun hefur einnig orðið á Ítalíu (4) og í Svíþjóð (8) svo dæmi séu nefnd. Þessi aukning er talin tengjast lifrarbólgu C. Ekki var marktæk aukning hér á landi. Líklega skýringu er að finna í lækkandi tíðni alkóhólskorpulifrar (5) svo og faraldsfræði lifrarbólgu C hér á landi. Nýgengi lifrarfrumukrabbameins er mun hærra hjá körlum en konum. Þetta er í samræmi við niðurstöður annars staðar. Að hluta til skýrist þessi munur af mismunandi algengi áhættuþátta meðal kynjanna.

Mynstur áhættuþátta er verulega frábrugðið því sem rannsóknir í öðrum löndum hafa sýnt. Alls hafa 39 (55%) sjúklingar engan þekktan áhættuþátt. Þetta er hátt hlutfall miðað við rannsóknir annarra (7,8,18). Einungis 23 sjúklingar eða 32% voru með skorpulifur. Þetta er lægra hlutfall en lýst hefur verið annars staðar. Í nýlegri sænskri rannsókn var þetta hlutfall 72% (8) en á Ítalíu (4) og í Japan (19) er hlutfallið enn hærra. Hugsanlegt er að tíðni skorpulifrar og annarra áhættuþátta sé vanmetin í okkar rannsókn. Ekki var í öllum tilfellum unnt að meta vefjafræðilega lifrarvef utan æxla. Vel er þekkt að sjúklingar geta haft skorpulifur án þess að hafa um það klínísk merki. Ef einungis eru athugaðir þeir sjúklingar þar sem unnt var að rannsaka lifrarvef utan æxlis var hlutfall skorpulifrar 42%, sem er enn mjög lágt. Hið lága hlutfall sjúklinga með skorpulifur stafar væntanlega af mjög lágri tíðni hennar hér á landi (5). Þá voru gerð blóðpróf á tiltölulega fáum sjúklingum með tilliti til lifrarbólgu B og C. Með hliðsjón af því sem að ofan er sagt um faraldsfræði lifrarbólgu C verður þó að teljast ólíklegt að margir hafi leynst með ógreint smit. Meginskýringin á hinu lága hlutfalli sjúklinga með þekktan áhættuþátt er líklegast lág tíðni þeirra hér á landi. Hver er þá undirrót krabbameinsins hjá þeim sem ekki eru í þekktum áhættuhópi? Hugsanlegt er að erfðafræðilegir þættir hafi þýðingu en umhverfisáhrif eru þó líklegri. Krabbameinsvaldandi efnasambönd, til dæmis lífræn leysiefni, hafa verið bendluð við tilurð lifrarfrumukrabbameins (20). Ekki voru tök á að kanna slíka mögulega áhættuþætti í okkar rannsókn.

Áfengismisnotkun var algengasti áhættuþátturinn. Mögulegt er að mikilvægi hennar sé vanáætlað í okkar rannsókn þar sem greiningin kemur ekki alltaf fram í sjúkraskýrslum. Áfengissjúklingar sem fá þessa tegund krabbameins hafa

yfirleitt skorpulifur. Rannsóknir benda þó til að áhættan sé aukin hjá þessum hópi, jafnvel þótt skorpulifur sé ekki til staðar (2). Af 11 áfengissjúklingum í okkar rannsókn höfðu sjö skorpulifur.

Hemochromatosis vegur mun þyngra sem áhættuþáttur hér á landi en annars staðar. Í sænsku rannsókninni reyndist einungis 1% hafa þennan kvilla (8). Þessi munur er mögulega til kominn vegna hlutfallslega lágrar tíðni annarra áhættuþátta eða ef til vill vegna nákvæmari upplýsinga í okkar rannsókn. Einnig er mögulegt að hemochromatosis sé raunverulega algengari hér á landi. Vitað er að sjúkdómurinn er algengur meðal Vestur-Evrópubúa og viðamikil rannsókn á járnbúskap Íslendinga sýndi fram á óvenjumiklar járnbirgðir og háa tíðni hemochromatosis hér á landi (21). Sjúklingar með hemochromatosis eru í aukinni hættu á að fá lifrarfrumukrabbamein en áhættan er fyrst og fremst bundin við þá sem komnir eru með skorpulifur þar sem tíðnin er allt að 200-föld (22). Af átta sjúklingum með hemochromatosis í okkar rannsókn voru sex með staðfesta skorpulifur.

Horfur sjúklinga sem greinast með lifrarfrumukrabbamein eru afar slæmar. Þegar sjúklingur er kominn með einkenni er lifun oftast talin í vikum og mánuðum. Lifun hér á landi er sambærileg við það sem gerist í öðrum löndum (1,2).

Rannsókn okkar sýnir að nýgengi lifrarfrumukrabbameins er lægra hér á landi en annars staðar er lýst í sambærilegum rannsóknum. Mynstur helstu áhættuþátta er einnig frábrugðið því sem gerist annars staðar. Skýringa er helst að leita í lágri tíðni skorpulifrar og lifrarbólgu af völdum veira hér á landi.

Þakkir

Erni Ólafssyni tölfræðingi er þökkuð aðstoð við tölfræðilega úrvinnslu. Einnig eru Þorgeiri Þorgeirssyni yfirlækni meinafræðideildar Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri færðar þakkir fyrir veitta aðstoð.

Heimildir

1. Schafer DF, Sorrell MF. Hepatocellular carcinoma. Lancet 1999; 353: 1253-7.
2. Colombo M. Hepatocellular carcinoma. Review. J Hepatol 1992; 15: 225-36.
3. El-Serag HB, Mason AC. Rising incidence of hepatocellular carcinoma in the United States. N Engl J Med 1999; 340: 745-50.
4. Stroffolini T, Andreone P, Andriulli A, Ascione A, Craxi A, Chiaramonte M, et al. Characteristics of hepatocellular carcinoma in Italy. J Hepatol 1998; 29: 944-52.
5. Ludviksdottir D, Skulason H, Jakobsson F, Thorisdottir A, Cariglia N, Magnusson B, et al. Epidemiology of liver cirrhosis morbidity and mortality in Iceland. Eur J Gastroenterol Hepatol 1997; 9: 61-6.
6. Okuda K, Fujimoto I, Hanai A, Urano Y. Changing incidence of hepatocellular carcinoma in Japan. Cancer Res 1987; 47: 4967-72.
7. Rimkus K, Dhom G. The epidemiology of primary liver cancer in a West German population: the Saarland. J Cancer Res Clin Oncol 1986; 111: 248-56.
8. Kaczynski J, Hansson G, Wallerstedt S. Incidence of primary liver cancer and aetiological aspects: a study of a defined population from a low-endemicity area. Br J Cancer 1996; 73: 128-32.
9. Saracci R, Repetto F. Time trends of primary liver cancer: indication of increased incidence in selected cancer registry populations. JCNI 1980; 65: 241-7.
10. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. Cancer Incidence in Five Continents. Vol VII. IARC Sci Publ No. 143. Lyon: International Agengcy for Reseach and Cancer. World Health Organization; 1997.
11. Skúlason H, Jakobson F, Þjóðleifsson B. Faraldsfræðileg rannsókn á skorpulifur á Íslandi. Læknablaðið 1987; 73: 315-8.
12. Briem H, Weiland O, Einarsson ET, von Sydow M. Prevalence of hepatitis B virus markers in Icelandic outpatients and hospital personnel in 1979 and in 1987. Scand J Infect Dis 1990; 22: 149-53.
13. Di Bisceglie AM, Rustgi VK, Hoofnagle JH, Dusheiko GM, Lotze MT. Hepatocellular carcinoma. NIH conference. Ann Int Med 1988; 108: 390-401.
14. Castellas L, Vargas V, Gonzales A, Esteban J, Esteban R, Guardia J. Long interval between HCV infection and development of hepatocellular carcinoma. Liver 1995; 15: 159-63.
15. Löve A, Stanzeit B. Lifrarbólguveiru C sýkingar á Íslandi. Greining og útbreiðsla. Læknablaðið 1994; 80: 447-51.
16. Di Bisceglie AM. Hepatitis C. Lancet 1998; 351: 351-5.
17. Esteban JI, López-Talavera JC, Genesca J, Madoz P, Viladomiu L, Muniz E, et. al. High rate of infectivity and liver disease in blood donors with antibodies to hepatitis C virus. Ann Int Med 1991; 115: 443-9.
18. Villa E, Baldini GM, Pasquinelli C, Melegari M, Cariani E, Di Chirico G, et al. Risk factors for hepatocellular carcinoma in Italy. Cancer 1988; 62: 611-5.
19. Okuda K, Nakashima T, Kojiro M, Kondo Ym, Wada K. Hepatocellular carcinoma without cirrhosis in Japanese patients. Gastroenterology 1989; 97: 140-6.
20. Hardell L, Bengtsson NO, Jonsson U, Eriksson S, Larsson LG. Aetiological aspects on primary liver cancer with special regard to alcohol, organic solvents and acute intermittent porphyria-an epidemiological investigation. Br J Cancer 1984; 50: 389-97.
21. Jonsson JJ, Johannesson GM, Sigfusson N, Magnusson B, Thjodleifsson B, Magnusson S. Prevalence of iron deficiency and iron overload in the adult Icelandic population. J Clin Epidemiol 1991; 44: 1289-97.
22. Niederau C, Fischer R, Sonnenberg A, Stremmel W, Trampisch HJ, Strohmeyer G. Survival and causes of death in cirrhotic and in noncirrhotic patients with primary hemochromatosis. N Engl J Med 1985; 313: 1256-9.

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: Þunglyndi. 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. **Þunglyndi:** 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 er 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. Þunglyndi fylgir sjálfsvígshætta, sum þunglyndislyf geta í upphafi meðferðar aukið þessa hættu. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Cítalópram 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 serótóníns 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

Fimmtíu og fimm ára kona með sögu um risafrumuæðabólgu í átta mánuði og nú vaxandi kyngingarörðugleika og heilataugalömun

Brynjar Viðarsson,

Kjartan B. Örvar,

Eyþór Björgvinsson,

Bjarni A. Agnarsson,

Friðbjörn Sigurðsson

Fundur á Hótel Loftleiðum 6. janúar 2001 á vegum Fræðslustofnunar lækna.

GlaxoSmithKline eru færðar þakkir fyrir að gera þennan fund mögulegan.

Umsjón
Arnór Víkingsson,
Ásbjörn Sigfússon,
Jón Gunnlaugur Jónasson,
Kjartan B. Örvar,
Óskar Einarsson

Kynning sjúkratilfellis

Kjartan B. Örvar St. Jósepsspítala Hafnarfirði:

Fimmtíu og fimm ára kona með þekkta risafrumuæðabólgu (temporal arteritis, TA) er lögð inn. Konan hefur 10 daga sögu um hálssærindi, hita, hósta með slímuppgangi, hæsi og vaxandi kyngingarerfiðleika. Átta mánuðum fyrr var hún lögð inn á annað sjúkrahús með tveggja mánaða sögu um almenna vanlíðan, lystarleysi, ógleði, kviðverki og niðurgang. Hún hafði þá lést á stuttum tíma um 5 kg og kennt nætursvita í tvær til þrjár vikur. Hún fann fyrir verk í mjóbaki, hægri mjöðm og herðum og var með slæman höfuðverk hægra megin. Hún hafði fyrri sögu um höfuðkúpu- og kinnbeinsbrot eftir bílslys 1969 og brjósklosaðgerð 1982. Hún var nýhætt að reykja eftir 40 ára reykingar. Lyf við komu: Spasmerin og Estrofem Forte.

Skoðun þá: Blóðþrýstingur 120/70, púls 90 og hiti 38° C. Engar eitlastækkanir, kviður mjúkur og án líffærastækkana, en dreifð eymsli. Vöðvar á hálsi og við hrygg aumir við þreifingu. Niðurstaða helstu blóðrannsókna sjást í töflu I. Blóðsökk var gríðarlega hátt, 125 mm/klukkustund. Rafdráttur prótína sýndi fjölstofna (policlonal) IgA hækkun. Aðrar blóðrannsóknir, (blóðsölt, blóðsykur, lifrarpróf, ANCA (Anti Neutrophilic Cytoplasmic antigen Antibody)), hjarta- og lungnamynd, beinaskann og tölvusneiðmynd af kviði sýndu ekkert óeðlilegt nema blöðrur í lifur 0,5-1,5 cm í þvermál. Sýni frá gagnaugaslagæð var dæmigert fyrir risafrumuæðabólgu með bólgufrumuíferð, bólguhnúðum (granuloma) og fjölda margkjarna risafrumna.

Sjúklingur var því talinn hafa risafrumuæðabólgu sem gæti útskýrt öll einkennin væga lifrarbólgu og nýrnagauklabólgu og hafin var meðferð með prednisólóni.

Einum mánuði síðar er líðan sjúklings mun betri og blóðrannsóknir hafa lagast, en þremur mánuðum síðar, þá á 10 mg af prednisólóni, kennir sjúklingur aukins nætursvita og versnandi höfuðverks. Blóðsökk, sem hafði lækkað verulega, var nú 44 mm/klukkustund og prednisólónskammturinn því aukinn í 20 mg á dag. Mánuði fyrir núverandi innlögn höfðu ógleði, kviðverkir og niðurgangur byrjað aftur. Þá kom sjúklingur á göngudeild þar sem skoðun var eðlileg utan dreifðra eymsla um allt kviðarhol. Lyf þá, prednisólón 20 mg á dag, Losec 20 mg á dag og Estrofem Forte auk HUSK trefjadufts. Niðurstaða helstu blóðrannsókna þá sjást í töflu I.

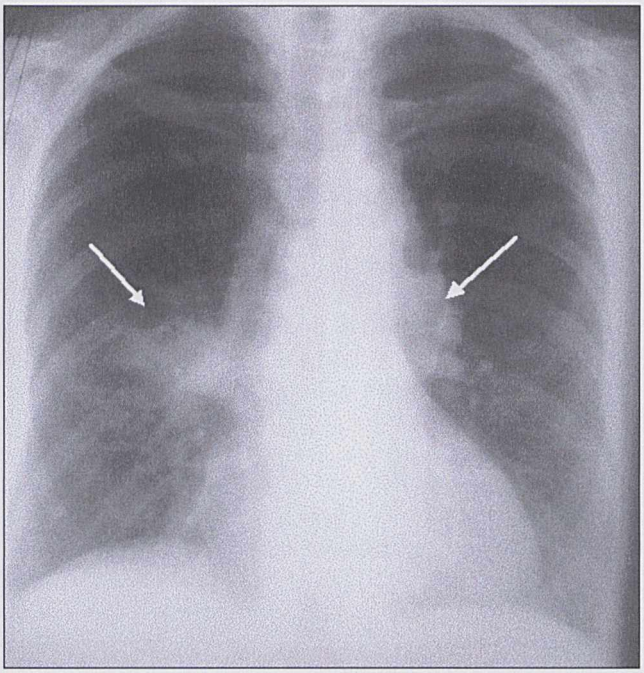
Speglun af efri hluta meltingarvegar sýndi þindarslit og væga vélindabólgu og við ristilspeglun voru ofvaxtar- (hyperplastic) separ fjarlægðir. Við útskrift var sjúklingur talinn hafa, auk risafrumuæðabólgu, iðraólgu og ef til vill vægan bakflæðissjúkdóm.

Tíu dögum fyrir núverandi innlögn fékk sjúklingur hálssærindi, hæsi og hósta með slímuppgangi og hita. Í fyrstu greint sem hálsbólga en síðar lungnabólga þegar lungamynd sýndi íferð. Sjúklingur fékk amoxicillín, en þrátt fyrir þá meðferð var konan með viðvarandi hálsbólgueinkenni. Rétt fyrir innlögn fór að bera á kyngingarerfiðleikum, fyrst á fasta fæðu en síðar átti sjúklingur einnig erfit með að kyngja vökva.

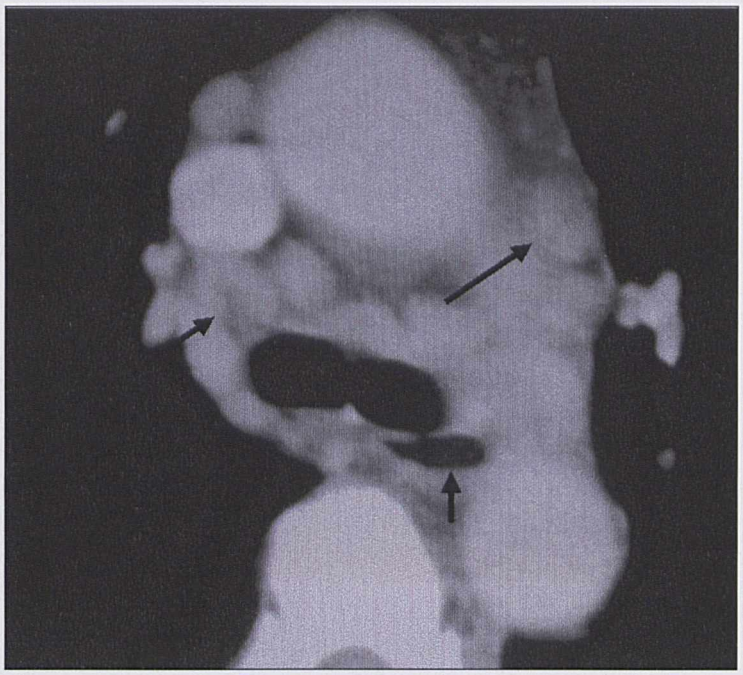
Þegar konan leggst inn nú er hún hitalaus, blóðþrýstingur 150/70, púls 90. Rödd mjög hás en ekki þurr. Það þreifast engar eitlastækkanir. Sjúklingur er með greinilega lömun hægra megin í koki og lamað hægra raddband. Þegar sjúkingur kyngir vatni kemur það samstundis út um nef. Skoðun að öðru leyti eðlileg nema áfram eymsli í kviði. Niðurstaða helstu blóðrannsókna má sjá á töflu I. Auk þess er afbrigðilegum (atypical) eitilfrumum lýst í blóðstroki og prótínrafdráttur sýnir hækkun á IgA, 21,6 gr/L. Vélindaþrýstingsmæling sýnir lækkaðan efri hringvöðvaþrýsting og minnkaðan vöðvasamdrátt í þverrákótta hluta vélinda. Á hjarta- og lungnamynd

Tafla I. *Niðurstöður helstu blóðrannsókna frá upphafi veikinda (átta mánuðum frá núverandi innlögn).*

	Átta mánuðum fyrir innlögn	Sjö mánuðum fyrir innlögn	Einum mánuði fyrir innlögn	Núverandi innlögn
Blóðrauði	99	145	155	148
Hvít blóðkorn	12300	10600	11400	9700
Sökk	125	8	35	56
Alkalískur fosfatasi	616	196	135	114
GGT	236	58	34	49
LDH			440	768
Albúmín		28		36
Haptóglóbín		6,85		0,92
CRP	268			<6
IgA	5,64			21,6
Þvagskoðun	25-50 rbk.	2-5 rbk		



Mynd 1. *Lungnamynd. Örvarnar benda á eitlastækkanir í báðum lungnahliðum (hili). Einnig sjáum við eitlastækkanir í miðmæti, það er þykknun meðfram barka báðum megin, meira vinstra megin.*



Mynd 2. *Þetta er sneið úr TS-rannsókn af lungum og miðmæti. Sneiðin er í hæð við berkjuskiptingu (carina). Löngu örvarnar benda á stækkaða eitla. Stutta örin sýnir okkur loft í vélinda aftan við berkjuskiptingu.*

sést íferð í efri- og miðlappa hægra lunga og smáar þéttingar neðarlega í vinstra lunga. Vélindamynd sýnir 3 cm svæði í miðju vélinda sem er samandregið og hangir skuggaefni í vélinda fyrir ofan þetta svæði eftir kyngingu. Þetta svæði nær þó að víkka að hluta og þá er slímhúðarmynstrið eðlilegt. Við kyngingu fer örlítið af skuggaefni niður í efsta hluta barka. Tölvusneiðmynd af brjóstholi leiðir í ljós eitlastækkanir í miðmæti og hnútlaga þéttingar í báðum lungum. Segulómun af höfði sýndi töluverða slímhúðarbólgu í fleygbeinsholu (sinus sphenoidalis). Auk þess beinbreytingar í hnakkabeinsklif (clivus) og fleygbeinsvængnum. En við munum fá nánari lýsingu á myndgreiningarannsóknum síðar.

Konan var lögð inn á sjúkrahús og rannsókn gerð til greiningar á sjúkdómnum.

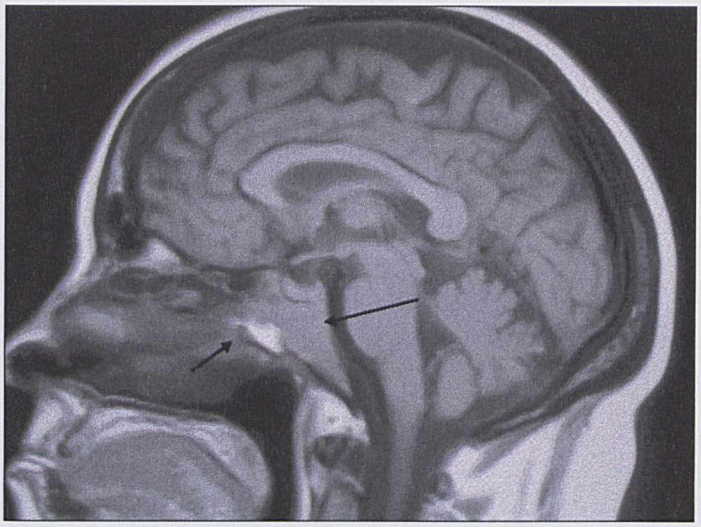
Samantekt

Brynjar Viðarsson blóðfræðideild Landspítala:
Áður hraust 55 ára gömul reykingakona, með átta mánaða sögu um risafrumuæðabólgu, sem svaraði hefðbundinni sterameðferð, en er nú aftur komin með almenn einkenni, slappleika og þyngdartap og einkenni frá meltingarvegi sem virðast reyndar aldrei hafa horfið. Aðalvandamálið nú eru vaxandi kyngingarerfiðleikar og nýtilkomið hæsi sem reynist stafa af lömun í koki og raddbandi hægra megin. Sjúklingur er með hátt einstofna (monoclonal) IgA og afbrigðilegar eitilfrumur á blóðstroki. Má ég sjá röntgenmyndirnar.

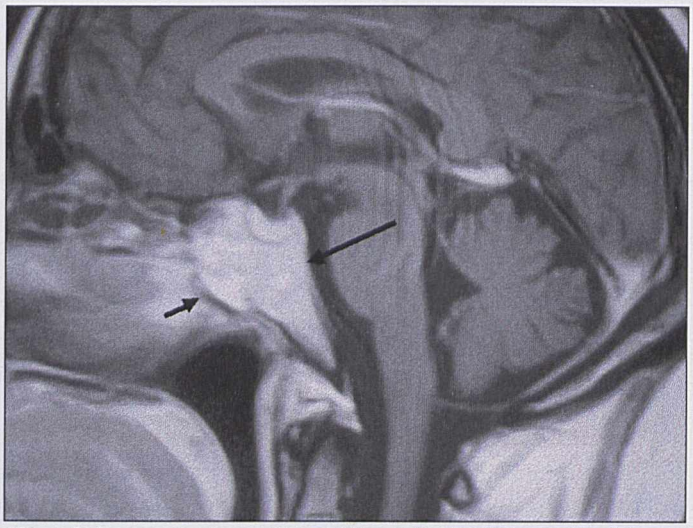
Myndgreining

Eyþór Björgvinsson Röntgen Domus Medica:
Á lungnamynd (mynd 1), sem tekin er við komu sést fyrirferð í báðum lungnahliðum (hili) og tvöfaldur skuggi við ósæðarbogann ásamt þykknun á mjúkvef meðfram barkanum. Þetta útlit bendir eindregið til eitlastækkana í miðmæti og við lungnahlið. Síðan er fyrirferð út frá hægra lungnahliði, gæti verið æxli. Auk þessa sjást litlar hnökróttar þéttingar í neðri hluta lungna. Á hliðarmyndinni sést, eins og venjulega, loft í barkanum, en einnig önnur loftsúla þar fyrir aftan. Þetta er loft í vélinda sem getur tengst kyngingarörðugleikunum sem talað var um. Skuggaefnisrannsókn af vélinda sýnir ásvelgingu (aspiration) yfir í barka við kyngingu og þrengingu á vélinda í hæð við berkjuskiptingu (carina). Í þessari þrengingu er órofin slímhúð og ekki yfirhangandi brúnir eins oft sést þegar æxlisvöxtur er í slímhúð. Tölvusneiðmynd af brjóstholi (mynd 2) sýnir stækkaða eitla í miðmæti. Í hæð við ósæðarbogann er töluvert loft í vélindanu en neðar, í hæð við berkjuskiptingu, fellur vélindað saman í miðju eitlaberði. Á sneiðunum fyrir neðan sést þrenging á berkju til hægra lunga. Það eru því eitlastækkanir í fram- og miðhluta miðmætis. Í báðum lungunum eru dreifðir litlir hnútar sem ganga bæði út frá fleiðru og í lungnavef.

Segulómun af heila (mynd 3) sýnir slímhúðarbólgu í sáldbeins- (ethmoidal) og fleygbeinsholum. Fleygbeinsholan er alveg þétt og í henni stutt vökvaborð. Það er aukið segulskin í beininu (T2



Mynd 3. *Þetta er T1 mynd úr segulómrannsókn af heila. Þessi rannsókn er án skuggaefnis og í miðlínu. Heilastofn sést vel. Langa örin bendir á hnakkabeinsklif (clivus), þar er bein með auknu segulskini. Stutta örin bendir á vökva í fleygbeinsholu (sphenoidal sinus).*



Mynd 4. *Þetta er einnig segulóm-miðlínusneið. Hér hefur verið gefið gadólíneum-skuggaefni og verður hnakkabeinsklif (clivus) mjög segulskært og einnig eykst segulskinið í fleygbeinsholu (sphenoidal sinus). Þetta bendir til bólgubreytinga.*

mynd) aðlægt fleygbeinsholu, sem vekur spurningu um bjúg (aukið vökvainnihald). Þetta aukna segulskin neðst í fleygbeinsholunni sést einnig á T1 myndum. Það er fátt sem er segulskært bæði á T1 og T2 myndum, helst blæðing eða prótínútfelling. Eftir gadólínum-skuggaefnisgjöf í æð (mynd 4) eru beinin í hnakkabeinsklifi, í kringum fleygbeinsholu ásamt íferðinni hvít. Þetta eru merki um aukið blóðflæði, bólgu eða ífarandi vöxt. (Til fróðleiks má geta þess að segulómrannsókn er nokkuð tímafrek og reynir á úthald sjúklingsins. Ein rannsókn af heila tekur um það bil 25-40 mínútur, sjúklingurinn er inni í seglinum allan þann tíma!)

Umræða um sjúkratilfelli

Brynjar Viðarsson:

Við skulum fyrst ræða upphafsgreininguna, risafrumuæðabólgu. Þau mörgu og margvíslegu einkenni sem sjúklingurinn hefur á þeim tíma eiga mjög vel við þá greiningu. Risafrumuæðabólga er æðabólga í stórum slagæðum frá hálsslagæð og fylgja gjarnan almenn einkenni eins og hiti, nætursviti og megrun. Hækkun á alkalískum fosfatasa er einnig algeng í risafrumuæðabólgu og hækkað sökk passar vel, en í læknadeildinni var okkur kennt að það væru aðallega þrír sjúkdómar sem hækkuðu sökk yfir 100; risafrumuæðabólga, myeloma multiplex og krabbamein í nýra. Í blóðhag er að sjá bólgusvarsblóðleysi (normochromic normocyte anemia, anemia of chronic inflammation). Þá halda átfrumur fast í járnið og það nýtist ekki við myndun nýrra blóðkorna. Þetta er dæmigert fyrir risafrumuæðabólgu. Þá eru afmynduð rauð blóðkorn og rauðblóðkornaafsteypur í þvagi, sem þýðir að blóðið kemur frá nýrunum. Þetta getur sést í risafrumuæðabólgu. Svar við sterameðferð er einnig gott sem er dæmigert fyrir risafrumuæðabólgu.

Það eru samt ákveðnir hlutir sem passa ekki alveg við risafrumuæðabólgu svo sem kviðverkir og kyngingarörðugleikar, þótt tyggingarverkir (claudication) sjáist í risafrumuæðabólgu. Mismunagreiningar eru aðrar æðabólgur, sem þó eru ólíklegar: Takayasu er sjaldgæfur sjúkdómur og í slagæðum frá ósæð, aðallega hjá ungum konum; Wegeners granulomatosis sést í öndunarvegi (lungum, afholum nefs) og nýrum, en neikvætt ANCA útilokar nánast þá greiningu; Churg-Strauss sjúkdómur veldur lungnaíferðum með astmalíkum einkennum og eósínófíl blóðkornum (eosinophilia). Aðra sjúkdóma, er gætu komið fram sem æðabólga (vasculitis) (hluti af sjúkdómsmynd), ber einnig að hafa í huga, og má þar nefna iktsýki, herslismein (scleroderma), heilkenni Sjögrens og rauða úlfa. Þessir sjúkdómar valda samt frekar leukocytoclastic æðabólgu í arteriolum (slagæðlingum) og venulum (bláæðlingum). Ég er því sáttur við **upphafsgreininguna risafrumuæðabólgu.** Meðferðin er samkvæmt bókinni, prednisólon 1 mg/kg, og er mikilvægt að hefjast handa þegar í stað, jafnvel áður en greining liggur fyrir, þar sem annars getur verið hætta á blindu.

Góð en aðeins tímabundin meðferðarsvörun er áhyggjuefni. Sökk fer aftur hækkandi og á sama tíma aukast einkenni frá kviði, sem hurfu reyndar aldrei alveg. Sjúklingur er því lagður inn á ný til rannsókna á þessum kviðareinkennum og reynist einnig hafa kyngingarerfiðleika samrýmanlega oro-pharyngeal dysphagia (gúlpast út um nef strax aftur) og lömun í koki og á raddbandi hægra megin. Blóðhagur er eðlilegur, (jafnvel hækkun á Hb þar sem vanalega sést vægt blóðleysi samfara langvinnri bólgu). Á

blóðstroki sjást afbrigðilegar eitilfrumur (27%). Það er hækkun á einstofna IgA-mótefni í blóði og LD (lactic dehydrogenase) mælist hátt (mikilvægt ef grunur er um sjúkdóma með tíðum frumuskiptingum). Það sjást íferðir á lungnamynd og eitlastækkanir í miðmæti, þeir stærstu allt að 2 cm í þvermál. Ífarandi vöxtur í fleygbeinsholu er áhyggjuefni.

Mín nálgun hér er að búa til vandamálalista eða lista yfir einkenni og/eða óeðlilegar rannsóknarniðurstöður. Síðan má gera lista yfir mismunagreiningar fyrir hvert einstakt einkenni, en þeir listar yrðu bæði margir og langir. Reyni ég því að sameina einkenni á einn eða fáa lista og finna þær fáu mismunagreiningar sem tengja þau saman. Mikilvægt er samt að hafa í huga að **„óalgeng einkenni algengra sjúkdóma eru algengari en algeng einkenni óalgengra sjúkdóma“.** Þetta á kannski ekki við á þessum fundi, þar sem líkast til er ekki verið að fjalla um einfalda pneumókokkalungnabólgu og skútabólgu, heldur sjaldgjæfan sjúkdóm með undarlega sjúkdómsmynd!

Orsakir tauga- og vöðvakyngingarerfiðleika (neuromuscular dysphagia) væri dæmi um langan lista. Það má stytta hann talsvert ef við gerum annan um orsakir koklömunar og bræðum þá saman. Þá væri kominn viðráðanlegri listi mismunagreininga. Einnig getum við hugsað um taugun (innervation) í kokinu. Flakktaugin (n. vagus), sem er lengsta taug líkamans, sér um þetta svæði að mestu, þótt tungu- og koktaug (n. glossopharyngeus) komi þar eitthvað að. Heilastofnsskaði hjá upptökum þessara tauga gæti skýrt einkenni, en engin merki eru um breytingar í heilastofni á segulómun. Þessar tvær taugar, ásamt aukataug (n. accessorius), fara síðan út um kúpubotninn í gegnum hóstargat (foramen jugularis). Ef einhver þrengsli eru á þeim stað, eru yfirleitt allar þrjár taugarnar skaddaðar (heilkenni Vernets) en engin merki fundust um lömun á tungu- og koktaug eða aukataug. Við megum samt ekki gleyma því að þessar taugar koma út um kúpubotninn nálægt hnakkabeinsklifi, þar sem beinbreytingar sjást á segulómun. Ef við höldum áfram niður eftir flakktauginni, þá fara frá henni þræðir ofarlega á hálssvæðinu, sem sjá um taugun koksins. Það gerist áður en taugin kemur niður í miðmætið og til þess að fá lömun í kokið þarf hún því að skaddast áður en þessir þræðir fara út frá henni. Skaði á afturhverfri taug barkakýlis (n. laryngeus recurrence) (kemur frá flakktaug í miðmæti) veldur hæsi vegna lömunar á raddbandi en ekki vegna lömunar í koki. Líklegast er að hér sé um skaða á flakktauginni að ræða, einhvers staðar milli kúpubotns og miðmætis.

Annan langan lista má gera um orsakir eitlastækkana. Þar eru stórir flokkar sjúkdóma, sýkingar, sjálfsofnæmissjúkdómar, sarklíki (sarcoidosis) og illkynja sjúkdómar. Erfitt er að nálgast greininguna frá slíkum lista. En ef við setjum saman þann lista og annan álíka langan lista yfir ástæður einstofna mótefnamyndunar (monoclonal gammapathy), er hægt að þrengja hringinn talsvert. Líkurnar á að hér sé um að ræða eitilfrumuæxlissjúkdóm, myeloma eða aðra plasmafrumusjúkdóma aukast mikið. Tengslum myeloma og risafrumuæðabólgu hefur verið lýst (1). Eitilfrumuæxli og hæggengt eitilfrumuhvítblæði (chronic lymphocytic leukemia) valda hækkun á paraprótíni í innan við 10% tilfella. Hækkun á paraprótíni sem finnst fyrir tilviljun (Monoclonal Gammopathy of Unknown Significans, MGUS) er samt langalgengasta ástæða einstofna mótefnahækkunar (2), en ólíkleg hér, þar sem paraprótínhækkunin fylgir einkennunum. Afbrigðilegar eitilfrumur á blóðstroki auka líkurnar á eitilfrumusjúkdómi enn frekar. Myeloma veldur yfirleitt aldrei eitlastækkunum eins og í þessu tilfelli, og því líklegra að um eitilfrumuæxli eða hugsanlega afbrigði plasmafrumusjúkdóms væri að ræða.

Sýkingar væru efst á lista um orsakir „bólgu“ í afholum nefs. Beinbreytingarnar eru hins vegar áhyggjuefni og geta bent til ífarandi vaxtar. Líklegast er að um illkynja vöxt sé að ræða, þar sem langvinnar bakteríusýkingar valda yfirleitt ekki svona breytingum. Sveppasýkingar (3), til dæmis *Aspergillosis,* sem einstaklingar með ónæmisbælingu fá (oftast vegna langvinnrar neutropenia), gætu valdið slíkum breytingum, en þessi kona virðist ekki sérstaklega ónæmisbæld. Þá ætti maður einnig von á meiri hita og höfuðverk, ásamt sárum í nefi með slímútferð. M*ucormycosis* væri enn ólíklegri ástæða.

Íferðir í afholur nefs og fjölgun afbrigðilegra eitilfrumna leiðir hugann að fremur sjaldgæfum eitilfrumusjúkdómum, þótt ólíklegir séu. Einn þessara sjúkdóma er AILD (Angio-Immunoblastic Lymphadenopathy with Dysproteinemia) (4), þar sem fástofna (oligoclonal) aukning verður á mótefnum og telst hann því ekki illkynja. Þessi sjúkdómur getur samt orðið einstofna í allt að 20-30% tilfella og þá oftast af T- eða NK- (natural killer)frumu eitilfrumumeini. Það sjást oft mjög miklar eitlastækkanir í AILD, og þrátt fyrir að flokkast ekki sem illkynja sjúkdómur nema í minnihluta tilfella, deyr helmingur sjúklinganna vegna sýkinga á fyrstu þremur árunum eftir greiningu.

Castelmans sjúkdómur (CD), eða angiofollicular lymph node hyperplasia, er annað sjaldgæft eitilmein (5), sem hefur svipaða sjúkdómsmynd þegar það er dreift um líkamann. Yfirleitt er samt um fjölstofna mótefnaaukningu að ræða ásamt blóðleysi en sjúkdómurinn getur orðið einstofna og umbreytist þá í eitilfrumuæxli í allt að 40% tilfella og í Kaposisarkmein í 13% tilfella. Castelmans sjúkdómur hefur verið tengdur human herpes vírus 8 (HHV-8), öðru nafni Kaposi sarcoma related herpes virus sem drífur áfram fjölgun eitilfrumna með framleiðslu interleukin-6. Castelmans sjúkdómur og risafrumu-

æðabólga hafa einnig greinst saman (6), þó óvíst sé um orsakatengsl.

Auðvitað þarf að hafa mögulegt krabbamein (carcinoma) í huga sem orsakavald (til dæmis frá brjósti eða lungum), þó eitilfrumuæxli séu mun ofar á lista mismunagreininga. Gróft má skipta eitilfrumuæxlum í tvo meginhópa, T- og B-frumu eitilmein. B-frumu sjúkdómarnir eru mun algengari, en staðsetning utan eitla og í afholum nefs passar betur við T-/NK-frumu eitilmein. T-frumur framleiða hins vegar ekki mótefni og eru þau eitilmein því illsamrýmanleg sjúkdómsmyndinni. Væru afbrigðilegu frumurnar í blóði æxlisfrumur eru eitilfrumusjúkdómarnir sem ég nefndi áðan eða plasmafrumusjúkdómar þeir helstu sem gætu sameinað þetta allt. Af B-frumusjúkdómum má nefna að Mantel-eitilfrumuæxli getur komið fram sem separ í ristli. Konan sem hér um ræðir, reyndist hafa ofvaxtar-(hyperplastic) sepa við ristilspeglun en ekki Mantelfrumur. Þessar frumur sjást oft á blóðstroki og þarf að gera frumuflæðisrannsókn (flow-cytometry) til frekari greiningar. Stórfrumueitilfrumuæxli (LCL) sem er algengasta eitilfrumumein á Íslandi, er ólíklegt í þessari mynd, en immunoblastic eitilfrumumein, sem segja má að sé afbrigði af stórfrumueitilfrumuæxli, gæti hugsanlega komið svona fram. Listi eitilfrumumeina er hins vegar gríðarlega langur og er alltaf möguleiki að eitthvert þeirra væri orsökin. Plasmafrumusjúkdómar fara efst á greiningarlistann. Samt er afar ólíklegt að um venjulegt myeloma sé að ræða, þar sjást yfirleitt hvorki eitlastækkanir, herslis- (sclerotic) beinbreytingar né plasmafrumur í blóði. Plasmafrumuhvítblæði er einnig ólíklegt þar sem hvorki er um að ræða mergbilun né IgG-paraprótín og eitlastækkanir eru óvenjulegar þar (8). Einungis afbrigðilegar frumur á blóðstroki og væg hækkun á LD passar við þá greiningu. Eitt heilkenni plasmafrumufjölgunar, POEMS (Polyneuropathy, Organomegaly, Endocrinopathy, M-protein, Skin changes), og tengt afbrigði, osteosclerotic myeloma (7), passar betur við sjúkdómsmyndina. Það er reyndar ekki saga um húðbreytingar eða fjöltaugakvilla (polyneuropathia) en hinum þremur skilmerkjunum er fullnægt (líffærastækkun (eitlar), innkirtlavandi (hækkun á TSH) og M-prótín) og telst það nægilegt. Í osteosclerotic myeloma eru plasmafrumur í eitlum og í þéttum (sclerotic) beinum, á meðan beineyðing (osteolysis) fylgir myeloma (myndar holur). Fleira sem passar við POEMS/osteosclerotic myeloma er aukinn blóðrauði (polycythemia) (40% tilfella), blóðflagnafjölgun (thrombocytosis) (75%), M-prótín eru oftast IgA og ekki merki um mergbilun (beinmergur ekki fullur af plasmafrumum). Eins og áður sagði, þá hefur einnig verið lýst tengslum milli risafrumuæðabólgu og plasmafrumusjúkdóma (1).

Lokagreining mín er því sjúkdómur þar sem fjölgun verður á eitilfrumum, líklegast plasmafrumum, og hallast ég helst að POEMS heilkenni/osteosclerotic myeloma. Mismunagreiningar eru eitilfrumuæxli, krabbamein (carcinoma) og sarklíki (sarcoidosis) (þarf að vera á öllum listum).

Til að nálgast greininguna þarf fyrst að líta á blóðstrokið. Afbrigðilegu eitilfrumurnar má síðan rannsaka með frumuflæðissjá og athuga hvaða frumur þetta eru (B- eða T-eitilfrumur, plasmafrumur og svo framvegis) og hvort þær eru einstofna. Við þurfum samt vefjasýni til frekari greiningar, og þá helst eitil eða sýni frá afholum nefs (einnig til að útiloka sýkingu). Þá er auðvelt að gera berkjuspeglun og fá vefjabita frá lungum (transbronchial biopsia). Best væri samt að fá heilan eitil til að sjá bygginguna, sérstaklega ef grunur er um eitilfrumuæxli. Beinmergssýni hjálpar lítið við greininguna, því að ef þetta er osteosclerotic myeloma þá er beinmergurinn oft með minna en 5% plasmafrumur. Hins vegar er auðvelt að taka beinmergssýni og ætti að gera ef einhver merki eru um leukoerythroblastic blóðmynd (kyrnd rauð blóðkorn, forstig hvítra blóðkorna og tárdropafrumur), það er merki um ífarandi vöxt í merginn.

Blóðstrok

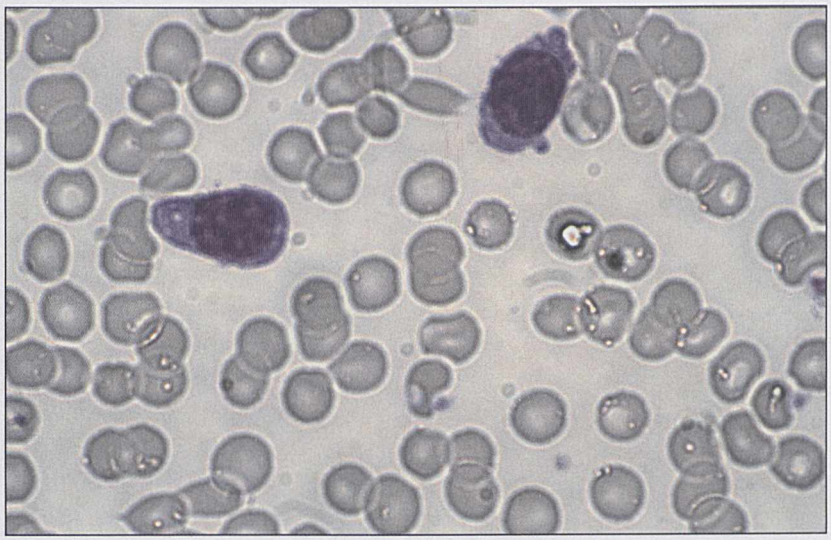
Brynjar:
Þetta eru frumur af eitlauppruna með bláleitt umfrymi með vacuolur og randstæðan kjarna (mynd 5). Þær hafa því plasmafrumulíkt útlit sem alltaf er áhyggjuefni. Lítið er hægt að segja um rauðu blóðmyndina eða blóðflögur á þessari mynd.

Sjúkdómsgreining

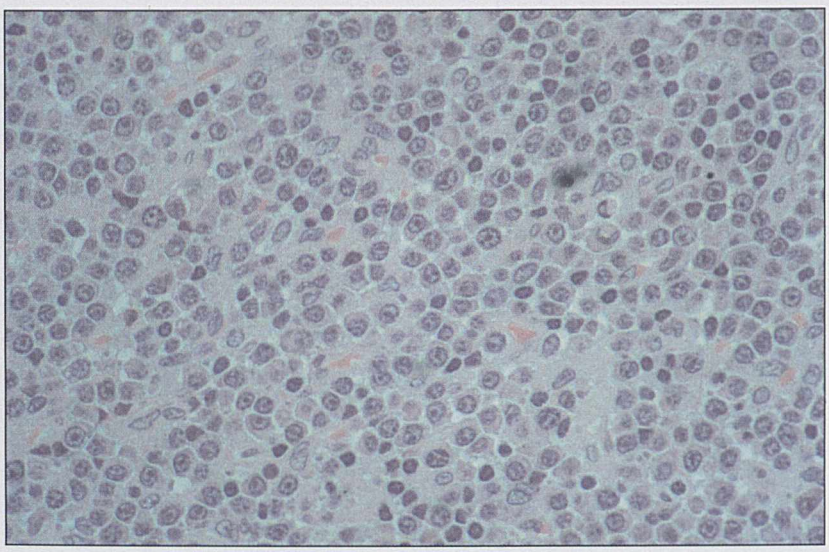
Brynjar:
1. Plasmafrumusjúkdómur/POEMS heilkenni
2. Ásvelgingar- (aspiration´s) lungnabólga
3. Risafrumuæðabólga í bata (temporal arteritis in remission)

Bjarni A. Agnarsson Rannsóknastofu Háskólans í meinafræði:

Rannsóknin, sem gerð var í greiningarskyni, var miðmætisspeglun með sýnistöku úr eitli. Við smásjárskoðun (mynd 6) kom í ljós frumuríkur æxlisvöxtur allstórra frumna með dreifðu vaxtarmynstri. Flestar frumurnar höfðu vesicular kjarna, bláleitt plasmafrumulíkt umfrymi og í mörgum frumum sást stórt miðstætt kjarnakorn. Þetta útlit samrýmist B-immunoblöstum en sums staðar líktust frumurnar þó meira plasmafrumum en immunoblöstum. Mikill fjöldi af kjarnadeilingum var til staðar og athyglisvert var að sums staðar, þar sem immunoblastarnir voru ráðandi, sást fjöldi átfrumna í æxlinu með svokölluðu stjörnuhimins- (starry-sky) mynstri. Gerð var ónæmisrannsókn (immunoperoxidasarannsókn) á vefjasneiðum sem sýndi að



Mynd 5. *Blóðstrok skömmu eftir að konan leggst inn.*



Mynd 6. *Eitill frá miðmæti. Dreifður æxlisvöxtur stórra frumna með plasmafrumulíkt útfrymi. Margar frumur hafa áberandi miðstætt kjarnakorn.*

æxlisfrumur tjá einstofna IgA og lambda, en hvorki CD45 (leukocyte common antigen) né CD20 (pan B-frumu antigen). Flæðigreining gerð á blóðsýni á Rannsóknastofu Háskólans í ónæmisfræði staðfesti einstofnatjáningu lambda léttkeðja og neikvæði fyrir CD20 en sýndi auk þess jákvæði fyrir CD38 (plasmafrumu mótefnavaki) og CD56 (NK-frumu mótefnavaki sem sést einnig oft á illkynja plasmafrumum). Sams konar æxlisvöxtur fannst einnig í beinmergssýni.

Í samantekt er um að ræða æxli með mikinn vaxtarhraða, áberandi plasmafrumulík einkenni og liggur mismunagreiningin milli myeloma multiplex af svokallaðri anaplastic (villivaxtar) gerð með plasmafrumuhvítblæði annars vegar og eitilfrumuæxli af immunoblastic gerð (lymphoma immunoblasticum) með dreifingu í blóð (leukemic phase) hins vegar.

Það getur verið erfitt eða jafnvel ómögulegt, eins og í þessu tilviki að greina þessi æxli í sundur með hefðbundinni smásjárskoðun (9-11), en um leið mikilvægt að greina þarna á milli því að bæði er meðferðin ekki hin sama auk þess sem horfur eru ólíkar. Klíníska myndin samrýmist betur eitilfrumuæxli en myeloma vegna þess að dreifing sjúkdómsins er fyrst og fremst í eitlum og vefjum og íferð í merg tiltölulega lítil. Varasamt er þó að treysta um of á dreifingu sjúkdómsins í þessu samhengi þar sem vel er þekkt að myeloma getur stöku sinnum dreifst frá beinmerg til annarra líffæra, þar á meðal eitla. Ónæmissvipgerð (immunophenotype) frumna er oft hjálpleg í tengslum við þessa mismunagreiningu (10,11). Eitt megineinkenni bæði B-eitilfrumna og plasmafrumna er tjáning ónæmisglóbúlína. Eitilfrumuæxli tjá fyrst og fremst IgM eða IgG en myeloma IgG eða IgA. Sú tjáning IgA sem fram kom í því æxli sem hér er til umfjöllunar samrýmist því betur myeloma en eitilfrumuæxli. Athugun á því hvaða aðrir mótefnavakar eru tjáðir á himnum æxlisfrumnanna getur einnig verið mjög gagnleg. Í myeloma er sterk tjáning CD38 og CD56 dæmigerð en tjáning CD45 og CD20 finnst aftur á móti yfirleitt ekki, en þessu er öfugt farið ef um eitilfrumuæxli er að ræða. Ónæmisgerðin sem fannst í því æxli sem hér er til umfjöllunar var CD38+, CD56+, CD45-,CD20- og verður því að teljast dæmigerð fyrir myeloma þótt klíníska myndin passi ef til vill betur við eitilfrumuæxli. Þar sem talið er að ónæmissvipgerð skipti mestu máli hvað varðar mismunagreininguna verður því að álykta að sú greining sem hér eigi best við sé myeloma. Velta má því fyrir sér hvort að hér gæti verið um raunverulegt blandað æxli að ræða, það er nokkurs konar blöndu af eitilfrumuæxli og myeloma, og bæði niðurstaða flæðigreiningarinnar og vefjafræðilegt útlit gæti stutt það, en stjörnuhiminsmynstrið sem sást í æxlinu og lýst er að ofan verður að telja mjög óvenjulegt fyrir myeloma, en sést hins vegar oft í eitilfrumuæxlum. Möguleiki á blönduðu æxli af þessari gerð þarf alls ekki að koma á óvart þar sem immunoblastar og plasmafrumur liggja hlið við hlið í þroskunarferli B-frumna.

Fyrri saga sjúklings um risafrumuæðabólgu er athyglisverð. Lengi hefur verið deilt um það hvort sjúklingar með risafrumuæðabólgu og/eða fjölvöðvagigt (polymyalgia rheumatica) séu í aukinni áhættu hvað krabbamein varðar. Í framskyggnri rannsókn frá Noregi (12) þar sem slíkir sjúklingar voru athugaðir var aðeins unnt að sýna fram á áhættu samanborið við viðmiðunarhóp ef sjúklingar höfðu jákvætt æðasýni en þá var áhættan ríflega tvöföld og var meðaltími frá greiningu þar til að æxli fannst 6,5 ár. Flest þessara æxla voru af þekjuuppruna (carcinoma). Í nýlegri yfirlitsgrein (1) kemur fram að æðabólga samfara myeloma hafi aðeins verið lýst í 12 sjúklingum. Aðeins þrír þeirra voru með æðabólgu af risafrumugerð þannig að þetta tilfelli telst samkvæmt því vera það fjórða.

Samantekt og afdrif

Friðbjörn Sigurðsson krabbameinsdeild Landspítala:

Ég vil þakka Brynjari fyrir stórglæsilega nálgun á þessu tilfelli. Við sem önnuðumst þennan sjúkling höfðum nokkrar viðbótarupplýsingar. Við nálguðumst þetta tilfelli í upphafi þannig að hér væri líklega um eitilfrumukrabbamein að ræða. Í byrjun voru afbrigðilegu frumurnar í blóði eins og afbrigðilegar eitilfrumur en strokið sem sýnt var hér, var síðar í sjúkdómsferlinu og þá var klárlega um illkynja frumur að ræða. Til viðbótar þessum rannsóknum sem hér voru sýndar þá höfðum við beinaskann sem sýndi upptöku í höfuðkúpunni á þeim stað sem segulómun sýndi breytingu en ekki annars staðar og eins sýndu beinamyndir hvergi úrátubreytingar. Hér var því um að ræða plasmafrumsjúkdóm í merg, eitlum og blóði og sennilega í höfuðkúpu.

Klínísk greining var því plasmafrumuhvítblæði. Er þetta þá sami sjúkdómur og myleoma? Ég get ekki svarað því, en hér er um að ræða plasmafrumusjúkdóm á mjög háu stigi. Hvort við köllum hann plasmafrumuhvítblæði eða myeloma skiptir ef til vill ekki öllu máli. Sumir hafa líkt þessu sjúkdómsástandi við langvinnt mýelógen hvítblæði (CML) en einstaka sinnum greinast sjúklingar með þann sjúkdóm í bráðafasa (blastic crisis).

Konan var með vélindalömun og gat því ekki nærst vegna ásvelginga (aspirations). Meðferð var hafin með sterum í háum skömmtum með skjótum árangri, endurtekin kyngingarmynd sýndi næstum því eðlilega kyngingu fjórum dögum síðar. Í framhaldi af því fékk hún krabbameinslyfjameðferð (CHOP) sem hún svaraði vel í byrjun, (LDH lækkaði hratt og líðan betri) og útskrifaðist. Næsta meðferð var fyrirhuguð þremur vikum síðar, en þá var sjúklingur orðinn mikið veikur með hratt vaxandi sjúkdóm, LDH rúmlega 5000, 40.000 hvít blóðkorn (verulegur hluti plasmafrumublastar) og lungnabólgu. Þá var ákveðið að reyna aðra krabbameinslyfjameðferð sem konan svaraði í fyrstu hratt (allir blastar hurfu í blóði og LDH varð nær eðlilegt). Hins vegar fékk hún einnig langvarandi neutropenia og *Candida tropicalis* blóðsýkingu sem hún síðar lést úr. Það er lærdómsríkt að á meðan á neutropenia stóð þá fundust ekki nein klínísk merki um sýkingu og lungnamynd var eðlileg. En um leið og hvítum blóðkornum fjölgaði þá fékk hún húðútbrot með graftarbólum (pustules) og lungnastarfsemi versnaði til muna. Hún lést skömmu síðar úr öndunar- og nýrnabilun, vegna Candida blóðsýkingu.

Sjúkdómsgreiningar (PAD)

Myeloma multiplex (anaplastic type) með plasmafrumuhvítblæði

Risafrumuæðabólga (temporal arteritis) í gagnaugslagæð

Heimildir

1. Keung YK, Yung C, Wong JW, Shah F, Cobos E. Association of temporal arteritis, retinal vasculitis, and xanthomatosis with multiple myeloma: case report and literature review. Mayo Clin Proc 1998; 73: 657-60.
2. Kyle RA. "Benign" monoclonal gammopathy-after 20 to 35 years of follow-up. Mayo Clin Proc 1993; 68: 26-36.
3. DeShazo RD, Chapin K, Swain RE. Fungal Sinusitis. N Engl J Med 1997; 337: 254-9.
4. Freter CE, Cossman J. Angioimmunoblastic lymphadenopathy with dysproteinemia. Sem Oncol 1993; 20: 627-35.
5. Herrada J, Cabanillas F, Rice L, Manning J, Pugh W. The clinical behaviour of localized and multicentric Castelman´s disease. Ann Intern Med 1998; 128: 657-62.
6. Peterson BA, Frizzera G. Multicentric Castleman's disease. Sem Oncol 1993; 20: 636-47.
7. Miralles GD, O´Fallon JR, Talley NJ. Plasma-cell dyscrasia with polyneuropathy. The spectrum of POEMS syndrome. N Engl J Med 1992; 327: 1919-23.
8. Garcia-Sanz R, Orfao A, González M, Tabernero MD, Bladé J, Fernández-Calvo J, et al. Primary plasma cell leukaemia: clinical, immunophenotypic, DNA ploidy, and cytogenetic characteristics. Blood 1999; 93: 1032-7.
9. Strand WR, Banks PM, Kyle RA. Anaplastic plasma cell myeloma and immunoblastic lymphoma. Clinical, pathologic and immunologic comparison. Am J Med 1984; 76: 861-7.
10. Strickler JG, Audeh MW, Copenhaver CM, Warnke RA. Immunophenotypic differences between plasmacytoma/multiple myeloma and immunoblastic lymphoma. Cancer 1988; 61: 1782-6.
11. Warnke RA, Weiss LM, Chan JKC, Cleary ML, Dorfman RF. Tumors of the Lymph Nodes and Spleen. Bethesda: Armed Forces Institute of Pathology; 1995: 315-24.
12. Haga HJ, Eide GE, Brun J, Johansen A, Langmark F. Cancer in association with polymyalgia rehumatica and temporal arteritis. J Rheumatol 1993; 20: 1335-9.

Af gagnagrunnum



Jón Snædal

Síðasti aðalfundur LÍ fól stjórn að ganga til viðræðna við Íslenska erfðagreiningu um ágreiningsmál varðandi notkun heilsufarsupplýsinga úr gagnagrunnum. Þeim viðræðum lauk án niðurstöðu um síðastliðin áramót og fengu félagsmenn bréf frá formanni LÍ þar sem sjónarmið stjórnarinnar voru skýrð.

Undangengið hálft ár hefur rekstrarleyfishafi gert samninga við margar heilbrigðisstofnanir um afhendingu heilsufarsupplýsinga og síðasti stóri samningurinn af því tagi er nú til umfjöllunar en hann er við Landspítala háskólasjúkrahús (LSH). Formaður LÍ hefur fyrir hönd stjórnar gert athugasemdir við það hvernig læknaráð heilbrigðisstofnana hafa verið sniðgengin við fyrri samninga og hefur starfrækslunefnd gagnagrunnsins tekið undir þau sjónarmið að samráð hafi ekki verið fullnægjandi við læknaráðin. Tillit hefur verið tekið til þessa á Landspítala háskólasjúkrahúsi og samningurinn lagður formlega fyrir læknaráð til umsagnar. Samráðið felur þó ekki í sér að læknaráðið geti komið í veg fyrir að samningur verði gerður en líklega geta þau haft einhver lítilsháttar áhrif á innihald hans. Samkvæmt rekstraleyfi þarf fyrirtækið að reiða fram kr. 70 milljónir til ríkisins innan tiltekins tíma frá undirritun samningsins við Landspítala háskólasjúkrahús. Það er því greinilega full alvara í þeirri fyrirætlan að safna heilsufarsupplýsingum í einn grunn og vinnan við það fer vafalítið í gang á næstu mánuðum. Andstaða LÍ virðist því ekki hafa haft nein áhrif en þegar nánar er að gætt kemur annað í ljós.

Stjórn LÍ, undir forystu þáverandi formanns, Guðmundar Björnssonar, óskaði þess að Alþjóðafélag lækna (World Medical Association, WMA) tæki þetta mál til skoðunar. Það var gert vorið 1999 á fundi samtakanna í Santiago í Chile og hlýddu fundarmenn þar á málflutning LÍ og heilbrigðisráðuneytisins íslenska en fulltrúar beggja sóttu fundinn. Eftir það hefur þetta málefni verið rætt á öllum fundum Alþjóðafélagsins og samtökin hafa nú í vinnslu eigin yfirlýsingu um gagnagrunna á heilbrigðissviði. Samtökin telja þetta málefni vera eitt af stóru málum sínum og líkja því við Helsinkiyfirlýsinguna. Þau vilja því vanda vel til verksins og eftir umræður um málið á vorfundi samtakanna nýverið er ljóst að mikil vinna er eftir við yfirlýsinguna og að það mun vafalítið taka eitt ár til viðbótar að ljúka henni. Umræðan um gagnagrunna er víða miklu skemur á veg komin en hér og því mörg atriði sem okkur eru ljós sem vefjast fyrir öðrum. Það virðist þó vera sameiginlegur skilningur að afla verði samþykkis sjúklinga fyrirfram áður en gögn um þá verði flutt í gagnagrunna, en þegar kemur að útfærslu þarf að gæta ýmissa sjónarmiða svo sem þegar almenningsheill er í húfi eða þegar grunnar eru notaðir til gæðaeftirlits á afmörkuðum deildum. Samtökin reyna því að auka réttindi sjúklinga og ákvörðunarrétt, en vilja hins vegar ekki tefla öryggi sjúklinga í tvísýnu eða standa í vegi fyrir framþróun. Útkoman er því ekki ljós í dag, en þó er ljóst að fyrirframgefið samþykki (explicit consent) verði meginreglan. Í þessu ljósi er mikilvægt að vita að í reglugerð um gagnagrunna sem og í rekstraleyfi er sagt beinlínis að fara verði eftir alþjóðasamþykktum og bæði stjórnvöld og fulltrúar rekstraraðila hafa sagt að farið verði eftir yfirlýsingu Alþjóðafélags lækna þegar hún liggi fyrir. Það er áþreifanleg niðurstaða af vinnu LÍ undanfarin misseri.

Nú þegar staðið er frammi fyrir því að miðlægur gagnagrunnur verði að veruleika er eðlilegt að spyrja hvernig auka megi áhrif og réttindi almennings og koma til móts við félaga okkar sem vinna á þeim heilbrigðisstofnunum sem gera samning um flutning gagna en geta ekki unað því (eða láta það yfir sig ganga). Nú er til umræðu hugmynd sem er í augum okkar sem styðjum hana ásættanlegur áfangi að því markmiði að réttindi almennings verði viðunandi. Ef fallist verður á að almenningur geti hvenær sem er farið fram á að gögnum sem þegar finnast um hann í grunninum verði fargað aukast réttindi hans frá því sem nú er. Þessi hugmynd er ekki ný því þegar lögin voru í undirbúningi var þessu varpað fram en talið tæknilega ógerlegt enda grunnurinn ópersónugreinanlegur. Nú hefur hins vegar verið upplýst að þetta sé hægt á sama hátt og þegar nýjar upplýsingar eru sendar inn í grunninn og rata í sama bás og upplýsingar sem fyrir eru um sama einstakling. Munurinn er sá að í stað nýrra upplýsinga kemur skipun um að eyða þeim sem fyrir eru. Þetta verður auðvitað ekki hægt með upplýsingar sem þegar eru komnar í úrvinnslu, en þær nýtast þó ekki við síðari vinnslu. Í fljótu bragði er hægt að sjá þetta gagnast í nokkrum tilvikum. Eitt

Höfundur er varaformaður Læknafélags Íslands.

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

Formannaráðstefna LÍ

FORMANNARÁÐSTEFNA LÍ VAR HALDIN Í húsnæði læknasamtakanna að Hlíðasmára 8 hinn 11. maí síðastliðinn.

Fundinn sóttu formenn aðildarfélaga LÍ auk formanna og/eða fulltrúa fastanefnda og einstakra starfshópa.

Formaður, Sigurbjörn Sveinsson, gerði grein fyrir starfi stjórnar frá síðasta aðalfundi og hvernig unnið hefur verið að framkvæmd samþykkta þess fundar. Mikill tími stjórnar hefur farið í umfjöllun um væntanlegan miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði, Sigurbjörn rakti þá sögu og samskipti LÍ við fulltrúa Íslenskrar erfðagreiningar. Hann gerði einnig grein fyrir umræðu á nýlegum fundi Alþjóðafélags lækna sem þrír fulltrúar LÍ sátu, en skýrslu frá þeim fundi má lesa annars staðar í blaðinu.

Læknaskortur

Í máli formanna einstakra aðildarfélaga bar hátt mönnunarmál og lýstu menn þungum áhyggjum vegna þess skorts sem þegar er orðinn á læknum hér á landi. Fulltrúar svæðafélaga, einkum utan Stór-Reykjavíkur hafa miklar áhyggjur af mönnunarmálum þar sem víða eru ósetnar stöður og viðvarandi læknaskortur sem ekki er fyrirsjáanlegt að rætist úr. Ágúst Oddsson formaður Félags landsbyggðarlækna benti á að á landsbyggðinni eru 85 stöðugildi lækna, af þeim eru 15-20 ósetin. Einungis eru um 50% setin sérfræðingum í heimilislækningum. Svipað kom fram í máli formanns Félags sjálfstætt starfandi heimilislækna og eins fulltrúa Félags ungra lækna, Þorvarðar Jóns Löve. Þorvarður Jón benti á þann skort sem þegar er orðinn á ungum læknum. Á sama tíma og sjúklingum fjölgar fækkar læknum. Hann fjallaði einnig um það gífurlega álag og aðstöðuleysi sem unglæknar búa við og kvað unglækna hafa dregist aftur úr sambærilegum háskólamenntuðum stéttum kjaralega.

Aðrir tóku undir það álit að fjölga þyrfti útskrifuðum læknum. Jón Snædal benti á skýrslu sem Læknafélag Danmerkur fékk Vinnueftirlitið þar í landi til að taka saman um starfsaðstöðu unglækna og deildarlækna. Niðurstöður Vinnueftirlitsins voru missvartar skýrslur um einstaka spítala, en allar svartar.

Ýmis mál

Nokkuð var fjallað um samninga deCode og einstakra heilbrigðisstofnana sem þegar hafa verið gerðir eða eru í undirbúningi. Fram kom að í samningaviðræðum milli félagsins og Heilbrigðisstofnunar Vesturlands hefði verið gengið framhjá læknaráði stofnunarinnar og mönnum þar þótti í raun að tjáningarfrelsi í opinberri þjónustu hefði verið afnumið.

Á vegum Skurðlæknafélags Íslands hefur allnokkur umræða átt sér stað um kjaramál og hvaða leiðir geti verið færar til úrbóta. Lítil nýliðun er meðal skurðlækna, námið er langt og meðalaldur hár. Helgi H. Sigurðsson formaður félagsins sagði skurðlækna langþreytta á stöðunni og menn íhuguðu jafnvel hvort vænlegt væri að segja sig úr LÍ til þess að ná þeim markmiðum sem sett hefðu verið fram.

Ólöf Sigurðardóttir formaður Félags kvenna í læknastétt á Ísland skýrði frá starfsemi félagsins til þessa, en mikil gróska hefur verið þau tvö ár sem félagið hefur starfað. Hún greindi frá fyrirhuguðu málþingi þann 17. maí en um það má lesa annars staðar í blaðinu.

Á fundinum varpaði formaður LÍ fram þeirri spurningu hvort mönnum þætti formannafundir sem þessi nauðsynlegir eða hvort þetta væri ef til vill arfur liðins tíma sem rétt væri að leggja af.

Fundarmenn lýstu almennt þeirri skoðun að formannafundir væru afar gagnlegir til þess að skiptast á skoðunum og bera saman bækur, hvort heldur væri um kjaramál, tryggingamál eða önnur heilbrigðispólitísk mál svo sem gagnagrunninn. Hér væri afar góður vettvangur til umræðna, sem vert væri að viðhalda.

Sigurbjörn lýsti því jafnframt yfir að á aðalfundi LÍ næsta haust myndi hann gefa kost á sér til áframhaldandi starfa formanns næstu tvö árin. Gerðu aðrir fundarmenn góðan róm að því.

-bþ

dæmið er af unglingi sem gegn sínum vilja (en með vilja foreldranna) sér að gögn um hann fara í grunninn, en getur við 18 ára aldur látið eyða þeim gögnum. Annað dæmi er af einstaklingi sem gefur þessu máli ekki gaum en skiptir af einhverjum sökum um skoðun og getur þá látið farga upplýsingum um sig. Síðast en ekki síst hefur almenningur möguleika á að hafa veruleg áhrif á afdrif grunnsins ef fyrirtækið glatar trausti hans. Rekstrarleyfishafi getur einnig haft af þessu hag því þetta fyrirkomulag er einfalt og þarfnast ekki sérstakrar útfærslu eða kostnaðar. Líklega verður meiri friður um fyrir0tækið en verið hefur og hugsanlegt er að færri verði í úrsagnargrunni fyrir vikið. Rétt er að taka fram að stjórn LÍ hefur þegar þetta er skrifað ekki samþykkt þessa hugmynd, en er með hana til umfjöllunar.

Er þessi lausn of dýru verði keypt? Verður Læknafélagið trúverðugt eftir alla þá vinnu sem lögð hefur verið í að breyta því fyrirkomulagi sem nú er? Þessu verður hver að svara fyrir sig en undirritaður telur að ef félagið ákveður að standa að slíkri lausn sé náð áfanga að því lokatakmarki að enginn sjái á eftir upplýsingum um sig í gagnagrunn án þess að hafa gefið til þess ótvírætt, skriflegt samþykki.

Endurupptaka á Alþingi eina lausnin

Af málþingi lækna og lögmanna um gagnagrunninn

LÖGMANNAFÉLAG ÍSLANDS OG LÆKNAFÉLAG ÍSlands efndu til málþings þann 27. apríl síðastliðinn um persónuvernd og friðhelgi einkalífs í ljósi gagnagrunna á heilbrigðissviði. Spurt var hvort lausnarsteinar fyndust.

Fundurinn var haldinn á Grand Hóteli í Reykjavík og var vel sóttur.

Framsögur á fundinum höfðu **Björg Rúnarsdóttir** lögmaður sem fjallaði um mörk heimilda löggjafans og læknarnir **Friðrik Vagn Guðjónsson** sem fjallaði um heimilislækninn og gagnagrunninn og **Jón Snædal** sem fjallaði um persónuvernd og frelsi til rannsókna. Læknablaðið hefur ákveðið að birta inngangserindi þremenninganna og birtist erindi Friðriks Vagns í þessu tölublaði en erindi þeirra Bjargar og Jóns munu birtast í næsta tölublaði Læknablaðsins.

Ásgeir Thordoddsen formaður Lögmannafélags Íslands setti fundinn og skýrði frá því í upphafi að tveir fyrirhugaðir þátttakendur, Einar Stefánsson læknir sem ætlunin var að tæki þátt í pallborðsumræðum og Hynur Halldórsson lögmaður sem ætlunin var að yrði einn framsögumanna og hafði ætlað að ræða um rétt samfélagsins andspænis rétti einstaklingsins, hefðu báðir boðað forföll af persónulegum ástæðum. Þess má geta að báðir munu vinna fyrir Íslenska erfðagreiningu.



Sigurbjörn Sveinsson formaður Læknafélags Íslands og Ásgeir Thoroddsen formaður Lögmannafélags Íslands sátu í pallborði og stjórnuðu umræðum.

Að loknum framsöguerindum, sem ekki verða rakin hér, hófust pallborðsumræður. Í pallborði sátu auk framsögumanna **Vilhjálmur Árnason** heimspekingur, **Ragnar Aðalsteinsson** lögmaður og **Tómas Zoëga** læknir, umræðunum stýrðu formenn félaganna **Ásgeir Thoroddsen** og **Sigurbjörn Sveinsson**.

Í máli fyrirspyrjenda var augljós gagnrýni á lagasetninguna og það hvernig að málum hefur verið staðið, þótt vissulega hafi ekki allir verið samdóma þar um. Mörgum fyrirspurnum var beint til þátttakenda í pallborði og verður þeirra að nokkru getið hér ásamt viðbrögðum þeirra er í pallborði sátu:

Spurt var um siðareglur lögfræðinga varðandi afhendingu persónulegra upplýsinga um skjólstæðinga og var því til svarað að lögmenn mættu einungis láta af hendi persónulegar upplýsingar um skjólstæðinga sína að gegnum dómi þar að lútandi. Löggjafinn tryggði að unnt væri að leita lögfræðilegrar ráðgjafar án þess að eiga á hættu að upplýsingar lentu til þriðja aðila.

Við spurningu þess efnis hvort einhver í panel gæti mælt með gagnagrunninum í þeirri mynd sem hann er, komu engin jákvæð svör.

Tómas velti því fyrir sér hvernig unnt væri að koma í gegnum Alþingi lagasetningu sem væri jafn siðferðislega röng og gagnagrunnslögin væru. Hvað stæði að baki lagasetningunni eða öllu heldur hverjir og með hvaða hagsmuni í huga.

Hann velti einnig fyrir sér hvernig unnt væri að komast útúr þeirri pattstöðu sem málið væri í. Helst taldi hann mögulegt að líta til hins alþjóðlega læknasamfélags, það er Alþjóðafélags lækna, sem mögulegs áhrifavalds til þess að unnt yrði að fá breytt lögunum um miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði.

Ragnar taldi að málið hefði verið unnið á röngum forsendum frá grunni. Umræðan hefði átt að byrja á hinum siðferðislegu spurningum, um rétt einstaklingsins, en þeirra spurninga var ekki spurt fyrr en ákvarðanir höfðu verið teknar. Hann sagði átakanlegan þann þekkingarskort sem við hefði blasað meðal þingamanna, bæði varðandi ýmsar siðferðislegar spurningar og annað er snýr að mannréttindum. Lagasetningin hefði í raun farið

fram undir nauðung. Lagasetningu um mannréttindi hefur fleygt mjög fram að undanförnu og henni hefur fylgt vaxandi umræða um mannréttindamál. Ragnar kvað lögin ganga á skjön við þessa þróun. Að hans mati væri einfaldlega engin lausn að óbreyttum lögum, eina sem gæti leyst gagnagrunnsmálið úr þeim hnút sem það er í væri endurupptaka á Alþingi, í raun væri málið ekki flóknara en svo

Friðrik Vagn sagðist byggja afstöðu sína á eigin siðviti, en vegna framkominnar spurningar um það hvort hann myndi standa í vegi fyrir flutningi upplýsinga úr sjúkraskrám yfir í miðlægan gagnagrunn, ef sjúklingur æskti þess, kvað hann svo ekki vera.

Spurt var hvort einstaklingunum í samfélaginu bæri ekki samfélagslegar skyldur til þess að veita upplýsingar læknisfræðinni til framþróunar og þar með skylda til þess að senda upplýsingar í gagnagrunninn.

Vilhjálmur taldi spurninguna fremur sovéska í eðli sínu og taldi einnig vafasamt að gagnagrunnurinn yrði svo vísindalegt tæki sem margur vildi vera láta. Hann varaði við því að í skjóli þess að verið væri að stuðla að framförum gæfu menn eftir nausðynlegt, skriflegt samþykki fyrir þátttöku í læknisfræðilegri rannsókn. Vegna framkominna athugasemda um það, að ekki hefði alltaf verið farið kórrétt með persónulegar heilsufarsupplýsingar til þessa, kvað Vilhjálmur það varla eiga að leiða til þess að lögleitt yrði að fara óvarlega með slíkar upplýsingar.

Ragnar benti á að lögin um gagnagrunn vísa ekki einungis til framtíðar heldur eru þau afturvirk, til dæmis gagnvart látnum einstaklingum, en þeir sem sömdu lögin virðst hafa litið á látna einstaklinga sem réttlausa. Ragnar kvað mjög sjaldgæft að þannig væri stefnt gegn sjálfræði einstaklinga í lagasetningu og benti á að æra látinna nyti lagaverndar. Hvorki hafi verið sýnt fram á að þetta væri gert í þágu vísinda né almannaheilla. Auk þessa benti hann á að lögin brytu gegn barnasáttmála Sameinuðu þjóðanna.

Einn fyrirspyrjenda spurði af hverju mönnum þætti opið samþykki betra en neitunarvaldið sem fyrir liggur í lögunum. Hann kvaðst ekki viss um hvort fæli í sér meiri virðingu fyrir sjálfsákvörðunarrétti einstaklinganna. Fyrirspyrjandi benti ennfremur á að í lögunum væru skýr ákvæði um það, hverjir skuli fjalla um þær upplýsingar sem útúr grunninum fara.

Fram kom að fæstir virðast vita að enn er unnt að segja sig frá grunninum og einn fundargesta benti á þann möguleika, svo kyndugt sem það kann að hljóma, að ef til vill yrði eini raunuverulegi gagnagrunnurinn sem útúr öllu stappinu kæmi, gagnagrunnurinn um þá sem sagt hafa sig frá grunninum! En mergurinn málsins leynist ef til vill í þeim orðum Ragnars Aðalsteinssonar að gagnagrunnslögin gengju út frá því, að upplýsingar sem sjúklingur veitti lækni í sína eigin þágu, breyttust í fjárhagsleg verðmæti og **það** væri ástæða þess að brjóta mætti mannréttindi.

-bþ



Friðrik Vagn Guðjónsson, Vilhjálmur Árnason, Ragnar Aðalsteinsson og Björg Rúnarsdóttir sátu í pallborði ....



... ásamt Jóni Snædal og Tómasi Zoëga.

Heimilislæknirinn og gagnagrunnurinn

Friðrik Vagn Guðjónsson

Erindi flutt á málþingi Lögmannafélags Íslands og Læknafélags Íslands 27. apríl síðastliðinn. Millifyrirsagnir eru Læknablaðsins.

ÉG SKIL HLUTVERK MITT Á ÞESSU MÁLÞINGI SVO AÐ mér sé ætlað að gera grein fyrir ástæðum þess að ég hef í bréfi, sem bráðum verður tveggja ára gamalt, lýst því yfir við yfirboðara mína að ég treysti mér ekki til að starfa lengur sem heimilislæknir á heilsugæslustöðinni minni fari svo að gagnagrunnslögin nýju leiði til þess að upplýsingar úr sjúkraskrám skjólstæðinga minna verði fluttar í miðlægan gagnagrunn, án þess að fyrir liggi upplýst og skriflegt samþykki skjólstæðinganna eða umboðsmanna þeirra.

Vegna eðlis umræðuefnisins og vegna gerðar persónuleika míns þá fer ekki hjá því að greinargerð þessi verður huglægs eðlis, persónuleg og tilfinningasöm enda byggð á því siðviti og þeirri húmanístísku lífssýn sem mér var innrætt í æsku og ógerlegt er að breyta með lagasetningum.

Fram að 22. desember 1998 fann ég ágætan samhljóm með siðferðiskennd minni og þeim lögum og reglum sem giltu um skráningu og hirðingu á samtölum lækna við skjólstæðinga þeirra.

Ég hef alla tíð litið svo á að sjúkraskráin sé hjálpartæki, eða öllu heldur samsafn minnispunkta úr trúnaðarsamtali læknis við skjólstæðing, sem sé ætlað til þess að koma skjólstæðingnum til hjálpar í heilsuvanda hans. Þetta hjálpartæki eða þessa minnisbók álít ég persónulega sameign skjólstæðingsins og læknisins enda smíðuð af þeim báðum og byggð á persónulegu trúnaðarsamtali þeirra. Skjólstæðingur minn hefur treyst mér fyrir varðveislu á þessari sameign okkar og ég tel mig ekki hafa nokkurn siðferðislegan rétt til þess, undir nokkrum kringumstæðum, að láta hana af hendi til þriðja aðila, hvort sem er að hluta eða í heild, nema til komi skriflegt samþykki eða beiðni um slíkt frá viðkomandi sameignaraðila mínum eða umboðsaðila hans.

Mér er vel ljóst að sumir skjólstæðinga minna og ýmsir læknar líta mikilvægi trúnaðarins í samskiptunum ekki sömu augum og ég geri. Jafnljóst er hins vegar að fyrir mörgum skjólstæðingum er trúnaðargildið svo mikilvægt að með tilkomu nýju gagnagrunnslaganna treysta þeir ekki heilbrigðiskerfinu lengur og veigra sér við að opna hug sinn varðandi heilsuvanda sinn af ótta við upplýsingaleka.

Slíkt vantraust torveldar mjög störf viðkomandi lækna við sjúkdómsgreiningar og meðferð.

Innihald sjúkraskrár

Áður en lengra er haldið tel ég nauðsynlegt að reyna að útskýra margþætta þýðingu hugtaksins sjúkraskrá. Hvað er í sjúkraskránni? Er sjúkraskráin samsafn harðra staðreynda um sjúkdóma unnin á vísindalegan hátt eða er hún samsafn huglægra minnispunkta læknisins?

Margir læknar, vísindamenn, stjórnmálamenn og stór hluti almennings líta á sjúkraskrána sem lista yfir sjúkdómsgreiningar hjá einstaklingum sem nota megi sem vísindagagn sé listunum safnað saman í einn pott og geti þannig nýst til að stuðla að framförum í læknavísindum og þar með til almenningsheilla og aukinnar efnahagslegrar velsældar.

Vissulega er það rétt að hin alþjóðlegu skráningarkerfi, sem ég og aðrir læknar vinna sjúkraskrárnar eftir, hafa til að bera ákveðin tölvutæk tákn fyrir allar hugsanlegar sjúkdómsgreiningar, slitgigt, kyndeyfð, MS-sjúkdóm, geðklofa, niðurgang, kvíða, lekanda og svo framvegis.

Hins vegar innihalda skráningarkerfin einnig sams konar tákn fyrir hvers kyns atferli viðkomandi einstaklinga, félagslegt samskiptamunstur þeirra og hegðun, tilfinningar, hugsanir og ástand þeirra til líkama og sálar í bráð og lengd.

Sjúkraskráin inniheldur að sjálfsögðu líka texta sem er afar breytilegur og einstaklingsbundinn að gerð eftir því hvaða læknir á í hlut í hverju tilviki.

Í sjúkraskrá heimilislæknisins eru einnig aðsend gögn frá öðrum læknum og heilbrigðisstofnunum sem viðkomandi hefur leitað til.

Og hvað af þessu öllu saman þóknast grunninum miðlæga svo að taka til sín úr sjúkraskránni?

Öllum er kunnugt að trúnaðarsamtöl læknis og skjólstæðinga hans innihalda oft á tíðum afar viðkvæmar upplýsingar um persónuleg málefni, upplýsingar sem eru alveg jafn viðkvæmar hvort sem þær eru á textaformi í sjúkraskrá eða tölvutæku talnaformi, sama hvað líður öllum heimsins öruggustu dulkóðunum.

Því hefur verið haldið fram að í miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði fari ekki annað en dulkóðaðar upplýsingar um sjúkdómsgreiningar en texti í sjúkraskrám verði látinn í friði og því eigi hætta á misnotkun persónulegra upplýsinga að verða lítil.

Nú er það hins vegar svo að í mörgum viðkvæmum tilfellum skrái ég, og eflaust margir aðrir læknar, sjúkdómsgreininguna eða atferlið aðeins á tölvutæku formi en takmarka eða sleppi alveg textafærslu í þeim tilgangi, hélt ég, að vernda trúnaðinn. Þetta getur átt við þegar um er að ræða ýmsar

Höfundur er heimilislæknir á Akureyri.



Hluti þátttakenda á málþinginu.

atferlisraskanir eða félagsleg vandamál, til dæmis meinta ofvirkni í börnum eða drykkjusýki fullorðinna.

Við gerð sjúkraskrárinnar tek ég sem sé trúnaðinn fram yfir vísindin.

Þarna stendur hnífurinn í kúnni.

Samband heimilislæknis og sjúklings

Að vera heimilislæknir felur í sér í mörgum tilvikum að vera inni á gafli í einkalífi skjólstæðinga sinna. Samband heimilislæknis og einstaklinganna verður oftast því nánara, opnara og traustara þeim mun lengur sem læknirinn sinnir ákveðnum hópi skjólstæðinga.

Fjölmargar rannsóknir hafa sýnt að ástæður samskipta fólks við heimilislækna eru að meirihluta fólgnar í öðru en eiginlegum sjúkdómum sem hægt er að fella undir ákveðnar sjúkdómsgreiningar. Talsverður hluti samskiptanna er í formi samræðna um lífið og tilveruna, skoðanir, hugsanir, atferli, gjörðir, tilfinningar og svo framvegis.

Eðli málsins samkvæmt hlýtur að vera mjög einstaklingsbundið hvernig heimilislæknar skrá þessi samskipti, sem að umtalsverðum hluta eru huglægs eðlis. Sú staðreynd vekur óneitanlega upp efasemdir um vísindalegan áreiðanleika þeirra sjúkraskráa sem við heimilislæknar færum.

Dag hvern á ég í heimilislæknisstarfi mínu trúnaðarsamtöl við einstaklinga sem hafa sjálfviljugir valið mig sem heimilislækni, væntanlega að einhverju leyti vegna þess að þeir treysta mér fyrir því sem þeir segja mér um persónuleg málefni sín. Þessi trúnaðarsamtöl færi ég samkvæmt læknalögum til bókar, á minn hátt, í sjúkraskrá viðkomandi skjólstæðings, bæði í textaformi og með tölvutækum bókstöfum og tölum. Skráninguna hef ég framkvæmt á þeim forsendum að upplýsingarnar væru einkaeign mín og skjólstæðingsins og færu ekki annað nema skjólstæðingurinn óskaði eftir því.

Trúnaðarsamtal læknis og skjólstæðings er í mínum huga heilagt. Heilagt að öðru leytinu gagnvart skjólstæðingnum og að hinu leytinu gagnvart samvisku minni.

Margar aðrar starfsstéttir eiga trúnaðarsamtöl af ýmsum toga við skjólstæðinga sína, til dæmis prestar við sóknarbörn og kennarar við nemendur. Ég er sannfærður um að presturinn og heimilislæknirinn glíma oft á tíðum við algerlega sambærilegan vanda og siðferðisleg álitamál í trúnaðarsamskiptum sínum við skjólstæðingana. Þar á ég við ýmis félagsleg vandamál og hegðunarmunstur sem samfélagið álítur afbrigðilegt. Tökum sem dæmi meint heimilisofbeldi, stelsýki eða hjúskaparbrot. Stóri munurinn er hins vegar sá að lækninum er gert með lögum að færa skrár yfir samskiptin en ekki prestinum.

Vanræksla læknis við skráningu varðar sem sé við lög.

Sjúkraskrá í þágu hverra

Eins og ég nefndi áður þá hef ég litið á sjúkraskrána fyrst og fremst sem hjálpartæki við lækningu eigandans. Ég hef reynt að vanda smíði sjúkraskrárinnar í þeim tilgangi að auka gæði heimilislæknisþjónustu minnar fyrir viðkomandi skjólstæðing á þeim forsendum að um einstaklingsbundið trúnaðarmál sé að ræða. Ég lít á sjúkraskrárfærslur mínar sem hugarsmíð í þágu einstaklingsins en ekki vísindalega unnar skýrslur. Sjúkraskrár mínar eru ekki unnar á þeim forsendum að þær eigi að nýtast sem vísindalegur grunnur að læknisfræðilegum

framförum og eru því ónothæfar sem slíkar, jafnvel þótt einhver óskilgreindur hluti þeirra væri kominn í miðlægan pott sem einhverjir hefðu fengið starf við að hræra í.

Í sjöundu grein nýju gagnagrunnslaganna segir svo: „Starfsmenn viðkomandi heilbrigðisstofnana eða sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmanna skulu búa upplýsingar til flutnings í gagnagrunn á heilbrigðissviði.“ Athyglisverð orð en algjörlega óraunhæf hvað heimilislækninn mig varðar vegna þeirra forsendna sem ég hef gengið út frá við sjúkraskrárgerðina og ég hef þegar lýst. Lagaákvæði þetta er ekki síður óraunhæft þegar horft er til þeirrar alvarlegu manneklu sem ríkir og mun ríkja næstu árin í heimilislæknastétt: einhver verður að sjá um sjúklingana á meðan heimilislæknarnir eru að vinna við undirbúning gagnaflutningsins.

Ásókn í heilsufarsupplýsingar

Andmælendur mínir í gagnagrunnsmálinu bera mér gjarnan á brýn að andstaða mín gegn flutningi sjúkraskrárgagna í miðlægan grunn hljóti að byggjast á fjárhagslegri öfund eða persónulegri óvild til þeirra sem vilja koma miðlægum gagnagrunni á fót. Einnig er ég látinn heyra að með háttalagi mínu standi ég í vegi fyrir læknisfræðilegum framförum. Fyrrnefndu ávirðingarnar eru ekki svara verðar. Hvað varðar þær síðarnefndu þá hef ég þegar lýst vísindalegu gagnsleysi þeirra sjúkraskráa sem ég hef unnið á starfsferli mínum auk þess sem reglulega berast fréttir af læknisfræðilegum áfangasigrum íslenkra erfðavísindamanna þrátt fyrir þá staðreynd að enn fyrirfinnst enginn miðlægur gagnagrunnur á heilbrigðissviði. Ég fæ því ekki séð að miðlægur gagnagrunnur sé forsenda þess að framfarir geti orðið í læknavísindum.

Í læknisstarfi mínu síðustu árin verð ég var við síaukinn áhuga ýmissa aðila utan heilbrigðiskerfisins á heilsufarsupplýsingum um skjólstæðinga mína. Þessi áhugi er út af fyrir sig ekki óeðlilegur í mörgum tilvikum. Líftryggingafélög, nú orðið mörg hver erlend, vilja upplýsingar um tryggingaþega, atvinnurekendur um launþega og svo framvegis. Þarna eru miklir fjárhagslegir hagsmunir í húfi.

Umbeðnar upplýsingar um skjólstæðinga mína læt ég að sjálfsögðu ekki af hendi nema að fengnu upplýstu leyfi þeirra.

Ég get ekki með nokkru móti varist ótta við að ef og þegar trúnaðarupplýsingar úr sjúkraskrám skjólstæðinga minna verða komnar í miðlægan gagnagrunn í eigu þriðja aðila verði erfiðara að standa vörð um trúnaðinn, sama hvað öllum dulkóðunum og öðrum yfirlýstum öryggiskröfum líður. Trúnaðarsamtalið verður þá orðin fjárhagsleg eign aðila sem eðli málsins samkvæmt hljóta að freistast til að líta á eignina út frá eiginhagsmunalegum fjárhagssjónarmiðum frekar en út frá persónulegum hagsmunum þeirra sem leggja til efnið í grunninn.

Alveg á sama hátt og nú er mikil ásókn í heilsufarsupplýsingar frá einstökum læknum um skjólstæðingana hlýtur að verða ásókn í sambærilegar upplýsingar úr miðlægum gagnagrunni. Þar með er efnt til harkalegs áreksturs fjármagnsafla annars vegar og siðferðiskenndar hins vegar.

Það er mín trú að aldrei nokkurn tímann muni mannskepnunni takast að finna upp dulkóðanir sem standast mátt Mammons.

Að mínu áliti myndu „dreifðir“ gagnagrunnar, sem hver læknir ynni á vísindalegum forsendum fyrir sína skjólstæðinga og væri ábyrgur fyrir, nýtast miklum mun betur sem vísindagagn heldur en miðlægur grunnur auk þess sem hætta á trúnaðarrofi milli lækna og skjólstæðinga og misnotkun á persónulegum upplýsingum yrði mun minni. Víst er ég breyskur sem aðrir menn og ekki ónæmur fyrir Mammoni og vissulega er hægt að brjótast inn í minn „dreifða“ gagnagrunn jafnt sem miðlægan. Munurinn er hins vegar sá að ábyrgðin á leka úr mínum grunni hvílir á mér persónulega en ekki á fjármagnshlutafélagi sem hefði takmarkaðan hag, ef þá nokkurn, af því að reyna að bæta orðinn skaða á trúnaðarsambandi einhverra óviðkomandi einstaklinga við heimilislækni sinn.

Úr „dreifðum“ gagnagrunnum, sem þannig væru unnir á vísindalegum forsendum og með fyrirfram upplýstu samþykki sjúklinganna, mætti hugsanlega í framtíðinni byggja miðlægan grunn sem stæðist bæði vísindalegar og siðferðislegar kröfur enda þótt misnotkunarhættan væri áfram fyrir hendi.

Lokaorð

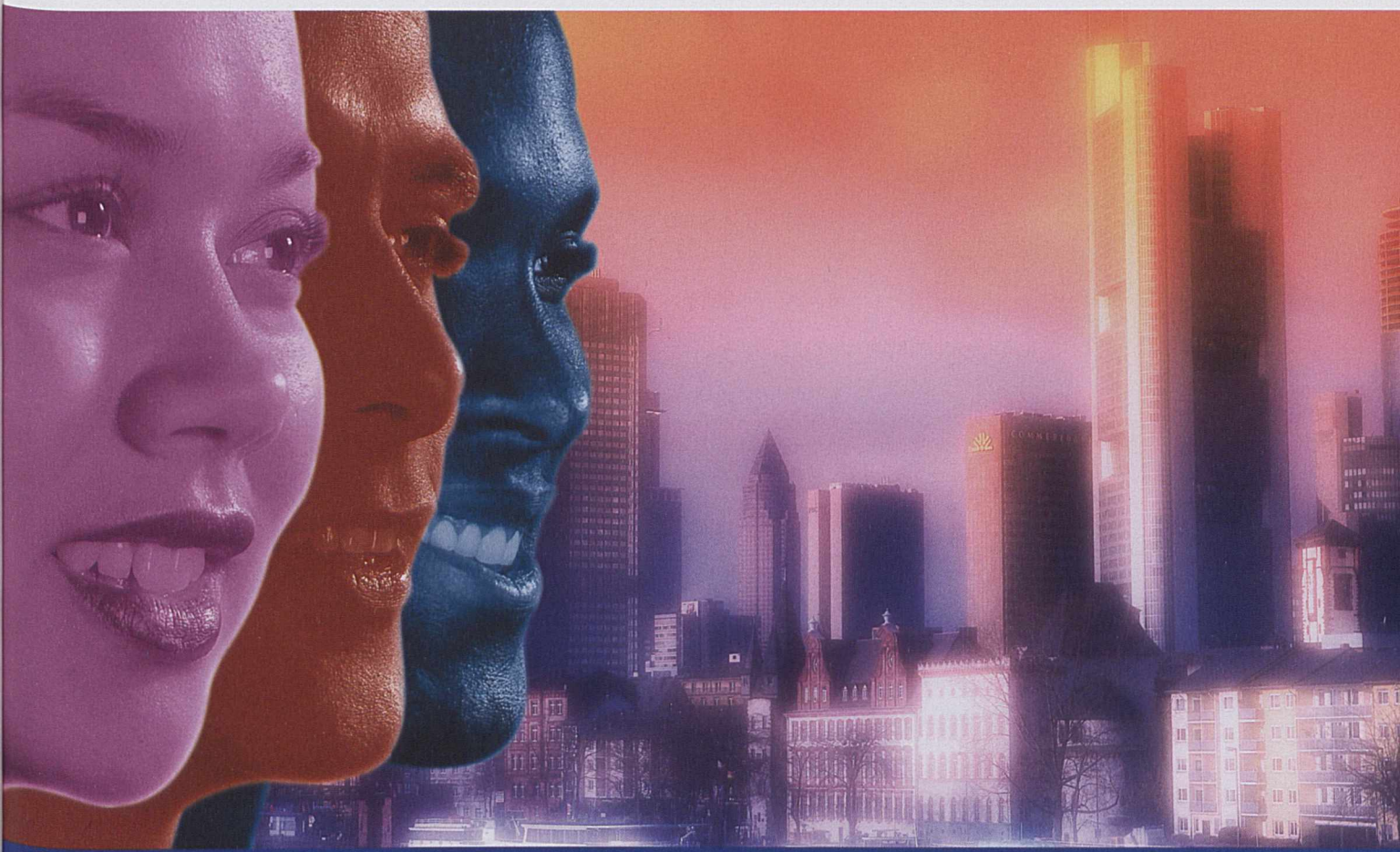
Ég vona að mér hafi tekist að koma því til skila með þessum orðum að andstaða mín gegn flutningi upplýsinga úr sjúkraskrám skjólstæðinga minna í miðlægan gagnagrunn, án skriflegs og upplýsts samþykkis þeirra, byggist fyrst og fremst á því að slíkur gjörningur stríðir gegn samvisku minni og siðferðiskennd.

Dugi ekki lengur það siðvit, sem þorpið hans Jóns úr Vör innrætti mér í bernsku og ég hef hingað til lifað og starfað eftir, til þess að ég geti sinnt heimilislæknisstörfum áfram í sátt við íslenskt lagaumhverfi, þá á ég ekki annarra kosta völ en að taka pokann minn.

Aventis

Nasacort®

- nefsterinn sem sjúklingar velja



Sjúklingar hafa nef fyrir Nasacort®

Nasacort® er áhrifaríkur og lyktarlaus nefsteri[1,2)]

Sjúklingar velja **Nasacort®** fremur en aðra nefstera vegna lyktar og bragðs[1,2)]

Nasacort® hefur tíksótrópíska eiginleika – rennur síður úr nefi eða aftur í kok[3)]



NASACORT® NEFÚÐI, DREIFA; Hver úðaskammtur inniheldur: Triamcinolonum INN, acetóníð, 55 míkróg, Benzalkonii chloridum 15 míkróg, Natrii edetas 50 míkróg, burðarefni q.s. **Ábendingar:** Lyfið er ætlað sem fyrirbyggjandi og til meðferðar á nefslímubólgu af völdum ofnæmis. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir og börn eldri en 12 ára: Ráðlagður skammtur er 220 míkróg, gefinn sem 2 úðanir í hvora nös einu sinni á dag. Börn 6-12 ára: Ráðlagður skammtur er 110 míkróg gefinn sem ein úðun í hvora nös einu sinni á dag. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnarorð og varúðarreglur:** Ef grunur leikur á að starfsemi nýrnahettna sé skert, á að fylgjast vel með þegar skipt er frá almennri barksterameðferð til staðbundinnar meðferðar. Í klínískum rannsóknum með Nasacort hefur í einstaka tilvikum komið fram staðbundin sýking í nefi og koki, af völdum Candida albicans. Ef slík sýking kemur fram á að hætta meðferð með lyfinu og hefja viðeigandi sveppaeyðandi meðferð. Þar sem lyfið hefur hemjandi verkun á græðslu sára, á ekki að meðhöndla sjúklinga sem eru með sár í nefi, hafa nýlega gengist undir skurðaðgerð í nefi eða hafa nýlega fengið áverka á nef, fyrr en fullum bata er náð. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki eru til fullnægjandi rannsóknir á lyfinu hjá barnshafandi konum. Tríamcínólón asetóníð á því einungis að nota á meðgöngu ef væntanlegt gagn vegur meira en hugsanleg áhætta fyrir fóstrið. Ekki er vitað að hve miklu leyti tríamcínólón asetóníð skilst út í brjóstamjólk. Vegna þess að aðrir barksterar skiljast út í brjóstamjólk, skal gæta varúðar þegar lyfið er gefið konum með börn á brjósti og væntanlegt gagn meðferðar fyrir móður á að vega meira en hugsanleg áhætta fyrir barnið. **Aukaverkanir:** Þrjár algengustu aukaverkanirnar með hugsanleg tengsl við lyfið eru nefslímubólga, höfuðverkur og kverkabólga. Aukaverkanir í nefi og koki með hugsanleg tengsl við lyfið eru: blóðnasir, erting í nefi, þurrkur í slímhimnu nefsins, nefstífla og hnerrar. Eins og við notkun annarra barkstera á formi nefúða hefur gat á miðnesi einstaka sinnum komið fram. **Pakkningar og hámarksverð (apríl 2001):** Úðaflaska 120 úðaskammtar (16,5 ml) 2.538 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** E. **Umboðsaðili á Íslandi:** Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær. **Styttur texti sérlyfjaskrár 2000**. Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja með hverri pakkningu lyfsins.

Heimildir: 1) Fisken D. et al. J Sensory Studies 1999; 2) Bachert C et al. Allergy 2000; 3) Berridge Ms et al. J Nucl Med 1998.

AERIUS® **(DESLORATADIN)**



Nýtt lyf við ofnæmi

Schering Plough kynnir Aerius®, nýtt lyf sem ekki er slævandi og hefur bæði andhistamín og bólgueyðandi áhrif í læknisfræðilegum skömmtum[1,2)]

- *AERIUS® er öflugt andhistamín [1)]*
- *AERIUS® hefur bólgueyðandi áhrif [2)]*
- *AERIUS® er ekki slævandi*
- *AERIUS® hefur engar þekktar milliverkanir*

Schering-Plough
FILMUHÚÐAÐAR TÖFLUR; R06 AX 27 R0
Hver tafla inniheldur: 5 mg Desloratadinum INN. **Ábendingar:** Aerius er ætlað að draga úr einkennum árstíðabundins ofnæmiskvefs. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir og unglingar (12 ára og eldri): ein tafla ein sinni á dag með eða án máltíðar. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna, eða fyrir loratadini. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Upplýsingar um verkun og öryggi Aerius taflna hjá börn um undir 12 ára aldri eru ekki fyrir hendi. Aerius ætti að nota með varúð við alvarlega nýrnabilun. **Milliverkanir:** Engar marktækar milliverkanir hafa komið í ljós í klínískum rannsóknum á Aerius töflum þar sem azithro mycin, erythromycin eða ketoconazol var gefið samtímis. Hins vegar hefur ekki ennþá verið borið kennsl á ensímið sem sér um umbrot desloratadins, og þess vegna er ekki hægt að útiloka alveg milliverkanir við önnu lyf. Í klínískri rannsókn þar sem Aerius töflur voru teknar samtímis alkóhóli jókst ekki slævandi verkun alkóhóls. **Aukaverkanir: Algengar (> 1 %):** Höfuðverkur. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Munnþurrkur, þreyta. **Pakkningar og smásöluverð 1. maí 2001:** 10 stk þynnupakkað 854.- kr., 30 stk þynnupakkað 2.333.- kr., 100 stk þynnupakkað 5.819.- kr. **Heimildir:** 1) W.Kreutner et al: Arzneimittelforschung/Drug res. 2000;50:345-352 2) U.Lippert et al: Experimental Dermatology 1995;4:272-6. **Texti síðast endurskoðaður: 21 maí 2001**

ISFARM ehf.
ICEPHARM Ltd.

Læknar eru ekki einkynja

INGIBJÖRG HINRIKSDÓTTIR ER UNGUR SÉRFRÆÐINGUR í háls- nef- og eyrnalækningum og heyrnarfræði. Hún kom frá sérnámi í Svíþjóð árið 1997 og hóf störf við Heyrnar- og talmeinastöð Íslands en fékk fljótlega sérfræðingsstöðu við Landspítalann Fossvogi sem hún gegnir nú. Hún var auk þess með eigin stofu í sérgrein sinni þar til hún ákvað að minnka við sig vinnu er dóttir hennar fæddist fyrir tveimur og hálfu ári.

Ingibjörg er formaður Félags háls- nef- og eyrnalækna og hefur verið virk í ýmsum félagsmálum, ekki síst innan Félags kvenna í læknastétt á Íslandi.

Ingibjörg ákvað strax á unglingsárum að læra eitthvað sem tengdist heilbrigðisgeiranum og í menntaskóla tók hún þá ákvörðun að fara í læknisfræði. Í hennar bekk voru þau sex sem fóru í læknadeildina, fjórir strákar og tvær stelpur. Það dró ekki úr henni. En þegar í læknadeildina var komið voru aðstæður í náminu að breytast nokkuð því hennar árgangur var sá fyrsti sem *numerus clausus* var beitt á. Hvaða áhrif hafði það á hana og félaga hennar?

„Það var mjög sérstakt andrúmsloft í hópnum og mikill samkeppnisandi. Þá voru samkeppnispróf í lok fyrsta árs, þannig að fólk sat saman í heilan vetur áður en kom að því að sía úr hópnum. Hópar mynduðust og innan þeirra héldu nemendur saman. Ég tel þessa aðferð ekki góða, að halda fólki í heilan vetur í þessari samkeppni, þótt engin aðferð sé í raun góð. Þess vegna tel ég betra að vera með einhvers konar inntökupróf."

Glerþakið skoðað

Undir lok sérnámsins var Ingibjörg við störf á sjúkrahúsi í Svíþjóð og þar kynntist hún í fyrsta sinn að kynjum væri mismunað og rak sig óþyrmilega undir glerþakið sem oft er talað um að konur finni fyrir er þær vilja komast eitthvað lengra en sumum körlum þykir henta. „Mér og öðrum konum sem voru þarna ungir sérfræðingar, fannst að okkur væri haldið niðri miðað við karlana. Þeir fengu meiri stuðning og fleiri tækifæri, bæði á sviði rannsókna og í klínískri vinnu. Þeim var ýtt fram á meðan konunum var haldið niðri. Hins vegar vildu þeir sem réðu málum á sjúkrahúsinu endilega halda í konurnar á vinnustaðnum, því konur eru oftast mjög góður starfskraftur. Þeir vildu halda í þær til að vinna vinnuna á gólfinu."



Ingibjörg Hinriksdóttir á sólbjörtum degi á svölum Landspítala Fossvogi.

Var þetta ástand rætt í þínum hópi?

„Já, það var mikið rætt og flestar mjög ósáttar við ástandið. Ég hætti fljótlega og fór í mína undirsérgrein annars staðar, því ég vildi ekki vinna á deild þar sem andrúmsloftið væri þannig. Þess má reyndar geta að þessi deild var síðar kærð til jafnréttisnefndar í Svíþjóð, svo ástandið var nokkuð sérstakt."

„Ingibjörg, þú þarft ekki svona há laun, þú ert einhleyp og átt engin börn!"

„Ég átti þó eftir að kynnast sams konar hugsunarhætti aftur þarna úti, þegar ég var í fyrsta skipti að semja um laun sem sérfræðingur. Í Svíþjóð á maður að semja um laun við yfirmann sinn og ég var að semja um laun í fyrsta skiptið. Ég gerði ákveðna kröfur, var búin að kanna hvað ungum sérfræðingum væri greitt bæði á þessum stað og öðrum í kring og tala við fagfélagið, þannig að ég vissi alveg hvaða kröfur ég var að gera. En þá segir yfirmaður minn við mig: „Ingibjörg, þú þarft ekki svona há laun. Þú ert einhleyp og átt engin börn!"

Sástu hann fyrir þér segja þetta við jafnaldra karlmann?

„Þú getur rétt ímyndað þér það. Ég fór í hart og



Starfsbróðirinn Kristján Guðmundsson var gripinn í óvænta skoðun í skoðunarherberginu á háls-, nef- og eyrnadeild Landspítala Fossvogi.

sneri mér til fagfélagsins og fékk að lokum þau laun sem ég gat sætt mig við.

Fékkstu einhver viðbrögð? Já, þeim fannst ég dæmigerður Íslendingur sem gefst ekki upp. En það var mjög einkennilegt að lenda í þessu. Þegar maður er staddur erlendis er maður auðvitað alltaf útlendingur og finnur fyrir því. Ég var þar að auki útlendingur og kona og átti ekki að fá viðunandi laun af því ég átti ekki börn."

Heldur þú að ef þú hefðir átt börn, hefði kannski verið fundin önnur ástæða?

„Já, að minnsta kosti ef ég hefði verið gift, þá hefði ég væntanlega átt góða fyrirvinnu og ekki þurft að fá eins há laun og ella þess vegna. Það var sagt við konur sem voru í launabaráttu þarna úti: „Þú þarft nú varla svona góð laun, þú átt svo góða fyrirvinnu."

Hverju áttir þú von á þegar þú snerir heim til Íslands?

„Ég velti því lítið fyrir mér. Ég taldi mig eiga jafna möguleika á stöðu hér heima og kollegar mínir og það reyndist vera rétt. Hálfu ári eftir að ég kom heim fékk ég stöðu þar sem ég vinn enn. Yfirlæknir deildarinnar er ungur maður, var innan við fertugt þegar hann tók við starfinu. Hann hefur kannski ferskan skilning þannig að ég er heppnin með yfirmann. Mér hefur ekki fundist ég vera að kljást við gömul sjónarmið sem ég veit að sumar konur þurfa að glíma við. En ég hef heyrt af dæmum um slíkt frá félögum mínum í Félagi kvenna í læknastétt á Íslandi."

Tengslanet og að vera sýnilegar

Hvað kom til að þú gerðist virk í því félagi?

„Ég var ein af þeim sem undirbjuggu stofnun félagsins. Félaginu er fyrst og fremst ætlað að vera staður fyrir umræðu um ýmis mál sem tengjast konum meira en körlum og til að styðja hver aðra og styrka á framabrautinni. Þetta er ekki félag byggt í kringum óánægðar konur. Í félaginu eru margar konur sem gengið hefur mjög vel og ekki lent í neinum leiðindum, hvorki hér heima né erlendis, en þar eru líka konur sem hafa lent í því að vera mismunað.

Við höfum gert margt skemmtilegt í þessu félagi, meðal annars staðið fyrir námskeiði í framsækni síðastliðinn vetur. Það var almenn ánægja með það hjá þátttakendum. Okkur var meðal annars bent á mikilvægi þess að byggja upp tengslanet og vera sýnilegar, og ég held að það sé mjög mikilvægt að við séum það.

Hugmyndin kom fyrst og fremst frá unglæknum, og aðaldriffjöðurin var Sigríður Björnsdóttir, en hún var ein af örfáum unglæknum í félaginu, en nú hefur þeim fjölgað verulega. Konum í hópi unglækna fannst gott að fá námskeið til að byggja upp meira öryggi í starfi.

Námskeiðið var svo vel sótt að skipta þurfti því upp í tvo hópa og við höfum verið beðnar um að efna til þriðja námskeiðsins í haust, hvort sem það tekst nú eða ekki. Þær sem sóttu námskeiðin voru á öllum aldri, þarna voru til dæmis konur sem voru búnar að vera sérfræðingar í mörg ár, og þær voru mjög ánægðar með framtakið. Konur á öllum aldri

og í mismunandi stöðum, frá aðstoðarlæknum til yfirlækna, gátu notfært sér það sem kennt var á námskeiðinu. Þarna var fjallað um ýmislegt sem maður veit af undir niðri en hefur ekki lifað eftir, eins og að setja sér föst og ákveðin markmið, standa upp og tala og vera sýnilegur. Og ekki síst það að mynda tengsl við aðrar konur. Það er ýmislegt sem tengir okkur, flestar erum við á vinnustöðum þar sem er ríkjandi fjöldi karlmanna. Á mínum vinnustað eru til dæmis starfandi 10 sérfræðingar og ég er eina konan. Þannig að stundum finnst manni léttir að hitta konur. Umræðan í kvennahópum er öðru vísi en í karlahópum. Fjölskyldan og hvernig hægt að raða öllum skyldum saman er til dæmis eitt af því sem oft er til umræðu."

Er ekki rætt um að dreifa henni eitthvað á milli foreldra til dæmis?

„Jú, við hjónin ræddum um það og ég hef hitt margar konur sem gera það og virkar ágætlega. En ég held að það séu ákveðnir hlutir sem mæður vilja taka að sér. Mig langar til dæmis að njóta þess að vera með dóttur minni og gefa mér tíma til þess."

Finnst þér það vera raunverulegt val?

„Sérfræðingar á spítölum eiga auðvitað val um að vera í hlutastarfi og flestir eru það, en þá yfirleitt með stofu. Ég ákvað að hætta með stofuna alla vega tímabundið þegar ég eignaðist dóttur mína."

Sveigjanlegur vinnutími og pappírsvinnuna heim

Bjóða launakjörin upp á það?

„Það þarf auðvitað að breyta launum og launakerfi sjúkrahúslækna en ég veit ekki hvort það sem nú er í umræðunni leysir þessi mál. Á málþingi Félags kvenna í læknastétt á Íslandi nýlega sagði Sigurbjörn Sveinsson að flest af því sem konur vilja lagfæra sé hægt að gera gegnum kjarasamninga og ég held að það sé alveg rétt. Meðal þess sem þarf að taka á er að bjóða upp á sveigjanlegan vinnutíma. Þannig geta foreldrar til dæmis samræmt vinnutíma sinn með þarfir barnanna í huga. Mörg fyrirtæki gera þetta. Svo er spurning hvort sjúkrahúsin geta ekki gefið fólki kost á að vinna heima að hluta, til dæmis pappírsvinnu og annað sem allt eins og hægt að gera heima.

Þetta er hagsmunamál fyrir bæði kynin. Ungir karlmenn hafa aðra sýn en margir hinna eldri og þeir vilja ekki þennan langa vinnudag og þessa miklu vinnubyrði. Þeir vilja geta sinnt börnunum og oft eru þeir giftir konur sem eru líka á framabraut og þeir einfaldlega verða að taka þátt í heimilishaldinu ef þeir vilja halda fjölskyldunni.

Maður vonar að þeir sem halda í stjórnartaumana núna séu þess megnugir að sjá og skilja þessar hugmyndir. Við lifum í samfélagi sem breytist mjög hratt og það er ekki lengur þannig að meirihluti kvenna sé tilbúinn að vera heima. Ekki viljum við hætta að eiga börn? Áður sinntu konur því starfi að vera læknisfrúr og þær höfðu veigamikið hlutverk og gerðu karlinum mögulegt að helga sig starfinu algerlega. Vissulega eru konur enn í dag sem gera það og reyndar karlmenn líka, ég veit um dæmi þess að karlmaður helgi sig heimilinu til að konan geti helgað sig starfinu. En þetta eru undantekningartilfelli."

Karlar með bumbu og konur á túr

Ef þú mættir breyta einhverju, hverju gætir þú hugsað þér að breyta?

„Mér finnst mikilvægt að það komi kvensérfræðingar á allar deildir stærsta sjúkrahússins í landinu. Sjúklingar eiga rétt á að ráða til hvors kynsins þeir leita. Mér finnst líka mikilvægt að sjónarmið kvenna komi fram á deildunum. Þannig að ég vildi sjá alla yfirlækna ráða til sín kvensérfræðinga, ég held að deildirnar yrðu ríkari á því að hafa bæði kynin í starfi. Þetta gildir reyndar líka um hjúkrunarfræðinga, það er mjög æskilegt að bæði konur og karlar séu hjúkrunarfræðingar á deildunum. Við höfum ólík viðhorf og sjáum hlutina frá ólíkum sjónarhornum.

Svo mætti bæta vinnuaðstöðu á spítölunum. Það virðist vera gert ráð fyrir því að læknar séu einkynja, því oft er ekki boðið upp á sér búningsherbergi fyrir konur og karla. Karlar með bumbu og konur á túr eða óléttar skipta um föt hvert innan um annað. Ég veit að mörgum konum finnst þetta mjög óþægilegt, kannski finnst körlunum það líka, ég veit það ekki því ég hef ekki spurt þá.

Hins vegar hef ég heyrt maka sumra kvenna geta athugasemd. Þeim líkar þetta ekki."

Hvernig er hægt að koma breytingum á?

„Fjölgun kvenna í stéttinni hefur áhrif og félagið okkar án efa líka. Það er svo skemmtilegt á fundunum að mætingin er iðulega frá 40 og upp í 70 konur, sem er mikið í samanburði við önnur félög lækna. En auðvitað höfum við ýmsa farvegi, meðal annars í gegnum Læknafélagið. Ef við fjölmenntum þar á fundi, þá gætum við auðvitað fengið ýmislegt í gegn. En við höfum ekki enn farið þá leið og ég veit ekki hvort það er rétt leið. Málþingið sem nýlega var haldið um stöðu kvenna í læknastétt er gott verkfæri ef það hefur vakið þá ráðamenn sem þar voru til umhugsunar. Þá er miklum árangri náð."

aób

Vel sótt málþing Félags kvenna í læknastétt á Íslandi

ÞANN 17. MAÍ SÍÐASTLIÐINN VAR HALDIÐ MÁLÞING UM stöðu kvenna í læknastétt á Íslandi í húsi læknafélaganna Hlíðasmára 8 í Kópavogi. Málþingið var tvískipt, fyrst voru framsöguerindi og þar á eftir pallborðsumræður. Ólöf Sigurðardóttir formaður FKLÍ bauð gesti velkomna og rakti aðdraganda málþingsins í stuttu máli. Þá vakti hún athygli á ýmsum atriðum er varða stöðu kvenna í læknastétt, ekki síst í ljósi þess hve margar þær eru í hópi unglækna. Vaktafyrirkomulag og vinnuaðstæður unglækna eru sérlega óheppilegar fyrir ungt fólk sem er að stofna fjölskyldur og ungar konur í FKLÍ hafa að undanförnu vakið athygli á þessu máli, sem ljóst er að þarf að lagfæra.

Þá tóku til máls nokkrir af helstu ráðamönnum í heilbrigðismálum á Íslandi: Nýskipaður heilbrigðisráðherra Jón Kristjánsson, ávarpaði þingið og Magnús Pétursson forstjóri Landspítala háskólasjúkrahúss, Reynir Tómas Geirsson deildarforseti læknadeildar HÍ og Sigurbjörn Sveinsson formaður LÍ héldu stutt erindi. Í máli þeirra var meðal annars vísað til aldursdreifingarinnar í læknastétt og bent á það sem hluta af skýringunni á því hvers vegna konur sætu síður í stjórnunarstöðum en karlar. Það kom þó fram í máli Magnúsar Péturssonar að hlutfall kvenna í stjórnunarstöðum hjá Landspítalanum væri lægra en aldursdreifingin gæfi tilefni til, ef litið væri á læknastéttina eingöngu.

Lára V. Júlíusdóttir lögmaður bar saman lögmenn og lækna og stöðu kvenna í þessum tveimur greinum og vakti meðal annars athygli á því að ýmislegt af því sem verið væri að fjalla um sem réttlætismál fyrir konur væri í rauninni lögbundinn réttur sem ekki væri virtur. Ingibjörg Georgsdóttir læknir fjallaði meðal annars um baráttu kvenna fyrr á tímum fyrir því að fá að sækja læknanám og vitnaði til reynslu Elizabeth Blackwell sem fyrst kvenna lauk læknanámi í Bandaríkjunum (1849). Hún þurfti að sækja um 28 sinnum áður en henni var veitt innganga í læknadeild.

Í fjölmennu pallborði eftir framsöguerindin kom glöggt í ljós að mjög var misjafnt hvað fólk las úr þeim tölum sem komið hafa fram að undanförnu um stöðu kvenna í læknastétt, meðal annars í umfjöllun í Læknablaðinu. Það var einkum hlutfall kvenna í stjórnun og háskólakennslu sem brann á málþingsfulltrúum. Þorgerður Einarsdóttir félagsfræðingur benti á að ekki væri nóg að bíða og vona að ástandið lagaðist, heldur væri nauðsynlegt að grípa til einhverra aðgerða, og benti meðal annars á jafnréttisnefndir sem starfandi eru bæði innan háskólasamfélagsins og á sjúkrahúsum.



Litið yfir salinn. Í fremstu röð eru Sigurbjörn Sveinsson formaður LÍ, Guðrún Agnarsdótir ein af skipuleggjendum málþingsins, Jón Kristjánsson heilbrigðisráðherra, Jóhannes Gunnarsson framkvæmdastjóri Landspítala háskólasjúkrahúss og Magnús Pétursson forstjóri Landspítala háskólasjúkrahúss. Fyrir aftan þau má meðal annars sjá Margréti Georgsdóttur og Matthías Halldórsson.

Í lok máþingsins var samþykkt eftirfarandi ályktun:

„Um 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 2001. Þar kemur meðal annars fram að fleiri konur hafa á undanförnum árum sótt nám í læknisfræði en áður. 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



Fjölmenni var á fundinum eins og sjá má.

og kennslu, blasir við önnur mynd. Þar eru mjög fáar konur. Margar erlendar rannsóknir lýsa þessari stöðu kvenna innan læknastéttar og fram hafa komið ábendingar um það hvernig draga megi úr kynbundinni mismunun.

Félag kvenna í læknastétt á Íslandi skorar á landlækni, stjórnendur læknadeildar Háskóla Íslands og Landspítala háskólasjúkrahúss að virða jafnréttissjónarmið við skipan í ráð og nefndir og við stöðuveitingar, og að bæði konur og karlar séu kölluð til starfa.

Félagið telur eðlilegt að stjórnendur læknadeildar Háskóla Íslands og Landspítala háskólasjúkrahúss standi vörð um störf jafnréttisnefnda Háskólans og Landspítalans, fylgist með framkvæmd jafnréttisstefnu þeirra og veiti þeim nauðsynlegan stuðning.

Félagið beinir þeim tilmælum til stjórnenda læknadeildar Háskóla Íslands og Landspítala háskólasjúkrahúss að þeir beiti sér fyrir fræðslu um jafnréttismál og geri nauðsynlegar ráðstafanir til að auka sveigjanleika í læknanámi, rannsóknarvinnu og í klínískum störfum unglækna sem geri konum jafnt sem körlum kleift að samræma starf sitt og skyldur gagnvart fjölskyldu.



Séð yfir hluta pallborðsins. Ólöf Sigurðardóttir, Ingibjörg Hinriksdóttir, Ingibjörg Georgsdóttir, Hildur Svavarsdóttir, Lára V. Júlíusdóttir, Jóhannes Gunnarsson og Matthías Halldórsson. Meðal þess sem rætt var í pallborðsumræðunum var þörfin á að hafa virka jafnréttisáætlun á sjúkrahújsum, heilsugæslustöðvum og í háskólanum. Umræðan gaf tilefni til fullrar bjartsýni um að bætt verði úr þeim brotalömum sem eru þar á.

Framsæknar, ungar og í skemmtilegu starfi

HULDA EINARSDÓTTIR OG SIGRÍÐUR BJÖRNSDÓTTIR eru nýútskrifaðir læknar, Hulda lauk kandídatsári sínu á síðasta ári og Sigríður ári fyrr. Þær starfa nú sem umsjónarlæknar á lyflækningadeild Landspítala Hringbraut og eru farnar að huga að sérnámi. Það er í mörg horn að líta hjá þeim um þessar mundir, þar sem það er í þeirra verkahring, auk daglegra starfa á deildum og á vöktum, að skipuleggja vaktaskema deildarinnar fyrir hvern mánuð, fundahöld og annað slíkt. Nýr útskriftarárgangur er að koma til starfa þessa dagana og þá þarf að endurskipuleggja allt upp á nýtt. Vinnuálag unglækna hefur verið mjög til umræðu að undanförnu og þegar litið er á daglegar skyldur þeirra Sigríðar og Huldu og fylgst með þeim í starfi dagspart er ljóst að sú umræða er ekkert út í bláinn. En hvernig upplifa þær þetta vinnuálag:

Hulda: „Álagið jókst mikið þegar ég byrjaði á deildarlæknisárinu, og var þó mikið fyrir. Ég var allt í einu komin í umsjónarlæknisstöðu, kennslu og fleira. Þá varð eiginlega alger sprenging ...“

Sigríður: „Maður hugsar kannski ekki svo mikið um þetta, það er eins og ósjálfrátt sogist maður inn í þetta mikla vinnu og átti sig ekki á henni fyrr en út úr henni er komið. Þegar ég fór í barneignafrí þá allt í einu sá ég þetta betur.“

Unglæknar minna á sig á ýmsum stöðum

Hafið þið verið virkar í baráttu unglækna að undanförnu?

Sigríður: „Við höfum verið virkar í umræðunni og undirbúningnum og þá sérstaklega innan spítalans.“

Hulda: „Svo höfum við tekið þátt í könnunum um þessi mál og talað um þau við yfirmenn okkar.“

Sigríður: „Og vonandi hefur það skilað einhverju.“

Að tala við sjúklinginn og sinna pappírsvinnunni

Þrátt fyrir álagið finnst þeim ástæðulaust að barma sér og vilja frekar reyna að hafa áhrif á það sem þeim þykir þurfa að breyta til betri vegar. Starfið er ánægjulegt og lærdómsríkt að mati þeirra, ekki síst þeir þættir er varða skipulagningu og stjórnun.

Sigríður: „Þetta er mjög skemmtilegt starf en ég vildi hafa miklu meiri tíma til að lesa fræðin, en ég hef. Það er hvetjandi að geta nýtt sér það sem maður er búinn að læra inni á spítalanum. Svo erum við að vinna með skemmtilegu fólki og í starfinu hittum við ótrúlega fjölbreyttan hóp fólks.“

Er starfið í einhverri líkingu við það sem þið áttuð von á?

Hulda: „Ég varð dálítið hissa þegar ég gerði mér grein fyrir því hve mikil pappírsvinna er fólgin í því.“

Of mikil?

Hulda: „Það er alltaf spurning af hverju má taka. Nú er ég til dæmis að vinna rannsóknarvinnu, fara í gegnum gamlar sjúkraskrár, og það er mjög erfitt að sjá hverju er hægt að sleppa, því auðvitað skiptir máli að allt sé vel og rétt skráð.“

Sigríður: „En ef litið er á mannlega þáttinn í starfinu, þá skiptir hann auðvitað mjög miklu máli og það er alltaf verið að benda okkur á mikilvægi þess að staldra sem mest við hjá sjúklingnum, tala beint við hann, frekar en að vera að tala um hann frammi eða skrifa um hann. En auðvitað fer alltaf einhver hluti af tíma okkar í skriffinnsku, það er eðli starfsins.“

Stærri hluti framhaldsnáms hér heima

Hvaða hugmyndir hafið þið um framhaldsnám?

Sigríður: „Ég held ég sé ákveðin í að fara í lyflækningar, en það sem ég er að velta fyrir mér núna er hvert ég á að fara, og er að skoða alla möguleikana í stöðunni. Við höfum verið að ræða það okkar á milli á spítalanum að það væri mjög gott fyrir unga lækna að hafa þann möguleika að geta tekið hluta af náminu hérna heima. Það þyrfti auðvitað að vera skipulagt þannig að fólk færi í gegnum ákveðið námsferli sem skilaði einhverju, til dæmis alþjóðlegu, stöðluðu prófi. Háskólasjúkrahúsið þyrfti helst að vera í samstarfi við eitthvert erlent sjúkrahús, því ég held að allir hafi gott af því að fara utan einhvern hluta námstímans. Aðstæður fólks eru auðvitað misjafnar og ég held að ef hægt væri að taka stærri hluta námsins hér heima þá væri það mjög jákvætt. Hér á landi eru mjög færir sérfræðingar og það er full ástæða til að nýta það og stytta námstímann erlendis. Það er bara spurning um tíma, hvenær stærri hluti af sérnáminu kemur inn í landið. En auðvitað er þessi þróun byrjuð, bæði með kennslu í heimilislækningum og geðlækningum.“

Hulda: „Svíþjóð og Ameríka eru helstu kostirnir sem ég er að hugsa um. Fjölskylda mín býr í Svíþjóð, svo það togar sterkt í mig að fara þangað. Hins vegar hef ég ekki ákveðið í hvaða sérnám ég ætla, þótt ég sé komin með nokkrar grunnhugmyndir.“



Sigríður Björnsdóttir og Hulda María Einarsdóttir.

Opinberlega eru allir vegir færir

Hvað finnst ykkur um það sem sagt hefur verið, að konur og karlar velji ólíkar sérgreinar og sérgreinarnar sem konur velji séu oft minna metnar? Hefur það einhver áhrif á ykkur og eru einhverjar áþreifanlegar eða óáþreifanlegar hindranir í veginum?

Sigríður: „Fólk verður fyrst og fremst að fara í þá sérgrein sem það hefur áhuga á. Það skiptir sköpum. Það er hægt að leggja á sig ótrúlega mikla vinnu ef það sem maður er að gera er nógu skemmtilegt."

Hulda: „Það verður fyrst og fremst að kynna sérgreinarnar vel svo auðveldara sé að velja. Opinberlega eru manni allir vegir færir, en það eru ákveðin föng sem konur virðast síður fara í, eins og þvagfæraskurðlækningar og bæklunarskurðlækningar, sem mögulega skýrist af líkamlegum burðum. En varðandi afstöðu til einstakra sérgreina, þá held ég að það sé auðveldlega hægt að hafa áhrif á hana með málefnalegri umræðu. Það er til dæmis allt of ríkjandi neikvæð umræða um heimilislækningar og heilsugæslu inni á spítölunum."

Takið þið þátt í þeirri umræðu sem er um konur í læknastétt?

Hulda: „Ég var fyrir tilviljun dregin með á framsækninámskeið sem Félag kvenna í læknastétt á Íslandi hélt og fannst það mjög skemmtilegt. Þá sá ég nýja hlið á málunum, en áður var ég eiginlega alger anti-feministi."

Sigríður: „Félagið er mjög góður vettvangur til að ræða málin okkar á milli, en við erum ekkert að segja: Við erum svona og þeir svona, það er einfaldlega leiðinlegt. Umræðan innan félagsins er hins vegar mjög gagnleg, við sem erum ungar og á leið í framhaldsnám fáum ráðleggingar hjá þeim eldri og reyndari. Ég fór að starfa með Félagi kvenna í læknastétt á Íslandi í tengslum við framsækninámskeiðið, en ég ásamt tveimur öðrum sá um skipulag og undirbúning námskeiðsins."

Hvenær kemur læknirinn?

Námskeiðið vakti mikla athygli starfsfélaga þeirra Sigríðar og Huldu á spítalanum. Karlmönnunum sem unnu með þeim fannst mjög fyndið að þær væru á því sem þeir kölluðu „sjálfsstyrkingarnámskeið". Þær létu það lítil áhrif hafa á sig, kannski helst að þær ræddu það lítið á vinnustaðnum en þeim mun meira sín á milli. Námskeiðið var að þeirra mati mjög

skemmtilegt, þær hlökkuðu til að mæta, þátt fyrir annríki og þegar námskeiðið var búið var þegar farið að huga að því að leita að nýju námskeiðis sem fylgdi þessu eftir. En hvað var það einkum sem þeim fannst gagnlegt?

Sigríður: „Námskeiðið var byggt upp á mjög almennan hátt og kemur því að mjög víðtækum notum. Það var fjallað um hvernig koma ætti sínum málum á framfæri, til dæmis með því að æfa raddbeitingu ... "

Hulda: „ ... samningatækni og hvernig er hægt að fylgja hagsmunamálum sínum eftir."

Finnið þið fyrir því að þurfa frekar að láta að ykkur kveða en eldri starfsbræður?

Sigríður: „Það kemur fyrir, það er sérstaklega eldra fólkið sem á erfitt með að sjá ungar stelpur fyrir sér sem lækna, heldur er læknir í þeirra augum virðulegur eldri maður. Við vorum um daginn að útskýra ítarlega niðurstöður úr rannsóknum fyrir gamalli konu og kynntum okkur auðvitað fyrir henni, en hún var sífellt að spyrja: Já, en hvenær kemur læknirinn, hvenær kemur sjálfur læknirinn."

Óraunverulegt að sjá annað fyrir sér en jöfnuð

Hulda: „Mér fannst viss áskorun felast í því að fara í starf þar sem karlar voru ríkjandi. Maður finnur það vel að þeir eru í meirihluta enn, til dæmis á deildinni okkar, en þetta er að breytast, ekki síst með okkar kynslóð. Mér hefur alltaf fundist sjálfsagt að geta gert það sem ég vil, án þess að hugsa um það að ég sé stelpa. En hins vegar erum við að rekast á það núna að með tímanum þykir kannski ekki sjálfsagt að við fáum stöður til jafns við karla þegar við komum úr sérnámi, alla vega er möguleiki á að svo verði. Samt finnst mér það ekki vera raunverulegt."

Eruð það ekki einmitt þið sem ætlið að breyta því, ekki er það náttúrulögmál?

Hulda: „Nei, það er það ekki, en tölurnar tala sínu máli. Hins vegar er aðalmálið að vera að gera það sem maður vill gera. Ég hefði ekki séð það fyrir mér að ég, svona stelpuskjáta, yrði umsjónarlæknir á Landspítalanum rétt komin úr námi."

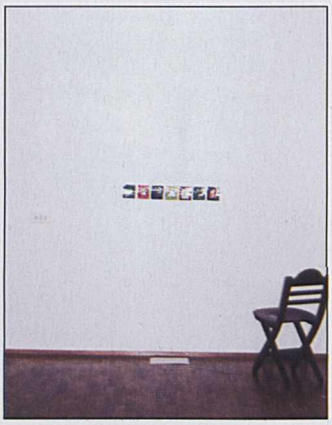
Sigríður: „En það er merkilegt, að í seinni tíð hafa frekar verið konur í því starfi. Ég heyrði reyndar um daginn að það væri engin tilviljun. Konur hafa þótt skipulagðari og henta betur í þetta starf."

Spjallið við Huldu og Sigríði gefur tilefni til fullrar bjartsýni á framtíð kvenna í læknastétt, og þær benda sjálfar á að hlutverkaskipting kynjanna hafi breyst verulega, og fjölgun kvenna í stéttinni vinni með þeim. Munurinn á kynjunum er að þeirra mati síður en svo til að hafa áhyggjur af, aðalatriðið er að allir eigi það val að stunda það nám og leita í þau störf sem áhugi þeirra stendur til. Og það hafa þær hugsað sér að gera.

aób

Læknatalið selt í yfir 1000 eintökum

Læknatalið, Læknar á Íslandi, fjórða úgáfa, sem út kom á síðasta ári, hefur nú selst í yfir 1000 eintökum. Ritið er í þremur bindum og hefur að geyma æviágrip meira en 2000 lækna frá 17. öld og til ársins 2000. Í formála þess eru ýmsir skemmtilegir fróðleiksmolar, en ítarlegar æviskrár lækna eru vitanlega aðalefni þess. Þeir sem enn eiga eftir að eignast ritið og hafa hug á því að gera það geta nálgast það hjá bókaútgáfunni Þjóðsögu í Húsi verslunarinnar. Sími þar er 511 1777. Bókin mun einnig fáanleg í einhverjum bókaverslunum og hefur verið seld á krónur 26.900. Full ástæða er til að hvetja fólk til að skoða þetta fróðlega rit og athuga hvort ekki er ástæða til að eignast það.



Leiðrétting

Með umfjöllun um forsíðumyndina á maíhefti Læknablaðsins, *Lítil stúlka* eftir *Önnu Hrefnudóttur,* birtist ljóð sem er hluti af verkinu. Við birtingu féll niður síðari hluti ljóðsins. Ljóðið birtist hér í réttri mynd.

Beðist er velvirðingar á mistökunum.

LÍTIL STÚLKA

Einu sinni var lítil stúlka
sem sat oft í fjörunni
og dreymdi um óskalöndin hinum megin.

Seinna hinum megin,
hlógu öldurnar og sögðu:
Haltu áfram,
óskalandið er enn
handan sjóndeildarhringsins.

Ég er ennþá á leiðinni.

AH

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 endurtekinna 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 æðri skammta en 20–30 mg á dag. Skert nýrnastarfsemi: Við vægja eða miðlungs skerðingu á nýrnastarfsemi er hægt að ota hefðbundna skammta. Reynslu skortir þegar um alvarlega kerðingu 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 citalopram. **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 sumum 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 citalopram við samfnvægi. 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:** Vefntruflanir, skyntruflanir og órói. Meltingarfæri: Ógleði, breytingar á hægðavenjum, meltingaróþægindi og þurrkur í munni. Þvagfæri: Erfiðleikar við að tæma þvagblöðru. Augu: Samstillingarerfiðleikar. Sjaldgæfar: (0,1%-1%): Almennar: Almenn lasleikatilfinning. Geispar. Miðtaugakerfi: Æsingur, vigl, erfiðleikar við einbeitingu, minnkuð kynhvöt og truflun á sáldláti. Meltingarfæri: Aukið munnvatnsrennsli. Húð: Útbrot. Hjartsláttarfæri: Nefstífla. Augu: Stækkað ljósop. Mjög sjaldgæfar (< 0,1%): Miðtaugakerfi: Oflæti (mania). Aukaverkanir eru oft hverfandi 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 hringlóttar, 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. 3429.-; 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



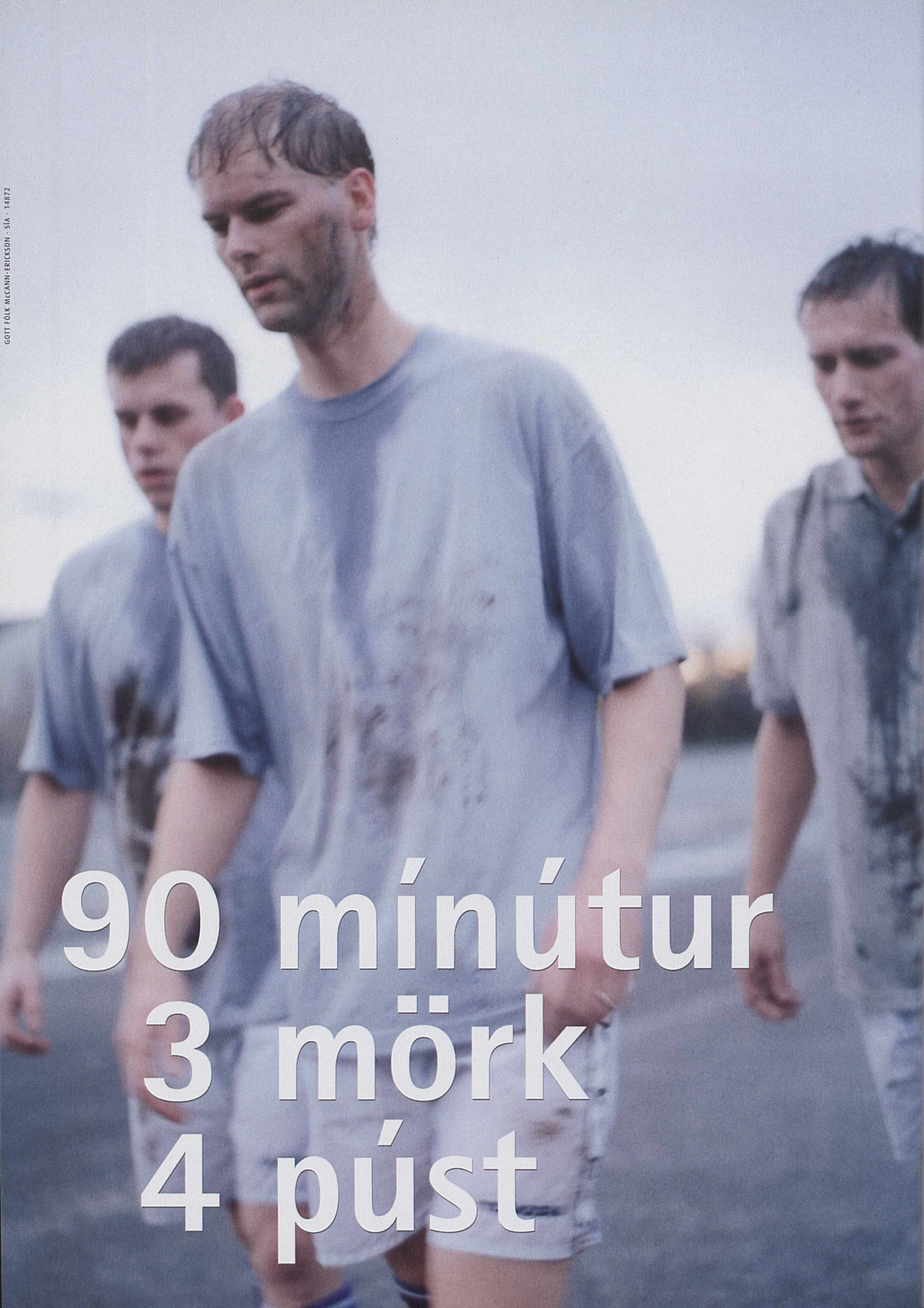
Cipramil® Citalopram

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



GOTT FÓLK McCANN-ERICKSON · SÍA · 14872

Kallar þú þetta að lifa eðlilegu lífi?

Hann er reiðubúinn að leggja allt í sölurnar til að geta lifað lífinu til fullnustu. Óttinn við andnauð sér til þess að hann fer aldrei að heiman án úðalyfsins. Það er félagi hans og verndarengill hvert sem hann fer. En því miður - jafnvel þótt neyðarlyfið sé ávallt við höndina nægir það ekki alltaf, hann þarf meira til.



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

Seretide – minni astmi – betra líf!

Ragnheidur Guðmundsdóttir heiðursfélagi FKLÍ

Félag kvenna í læknastétt á Íslandi gerði nýverið Ragnheiði Guðmundsdóttur augnlækni að fyrsta heiðursfélaga sínum. Þann 24. apríl síðastliðinn var haldið hóf henni til heiðurs þar sem hún var heiðruð fyrir störf sín sem einn af frumkvöðlum úr hópi kvenna í íslenskri læknastétt. Ólöf Sigurðardóttir formaður félagsins sagði í stuttu spjalli við Læknablaðið að hún væri Ragnheiði sérstaklega þakklát fyrir þann einlæga áhuga og stuðning sem hún hefur sýnt félaginu allt frá upphafi.

Ragnheiður lauk embættisprófi í læknisfræði árið 1945 og höfðu aðeins sex íslenskar konur lokið kandídatsprófi í læknisfræði á undan henni (1912-1945). Þess má geta að á sama tímabili luku 193 karlar kandídatsprófi í læknisfræði. Ragnheiður fæddist í Reykjavík 20. ágúst 1915. Hún tók stúdentspróf frá Menntaskólanum í Reykjavík árið 1935 og stundaði nám í þýskri og enskri bókmenntasögu við Kaupmannahafnarháskóla 1935-1936. Hún lauk cand. phil prófi þaðan vorið 1936. Eftir það lá leiðin aftur heim til Íslands og í læknanám. Cand. med. varð hún frá Háskóla Íslands vorið 1945, sem fyrr segir. Hún fékk almennt lækningaleyfi árið 1951 og lauk sérfræðiprófi frá Escuela Professional de Oftalmologia í Barcelona árið 1964 og fékk sérfræðingsleyfi á Íslandi tveimur árum síðar. Hún dvaldi meðal annars í Bandaríkjunum og í Bretlandi við framhaldsnám síðar.



Ragnheiður Guðmundsdóttir með heiðursskjalið.
Ljósm.: Brynhildur Ingvarsdóttir.

Ragnheiður hefur verið brautryðjandi á ýmsum sviðum, meðal annars við að skipuleggja nám sjúkraliða hér á landi. Hún hefur einnig tekið virkan þátt í félagsmálum og var meðal annars formaður Félags íslenskra háskólakvenna og Kvenstúdentafélagsins um sex ára skeið. Þá hefur hún einnig gegnt formennsku í Augnlæknafélagi Íslands, Golfklúbbi Reykjavíkur og Landssambandi sjálfstæðiskvenna.

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 flútíkasónprópíónat) 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 flútíkasónprópíónati 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 flútíkasónprópíónat má búast við aukaverkunum af sömu gerð og vægi og af hvoru lyfinu fyrir sig. Ekki eru nein tilfelli frekari aukaverkana þegar lyfin eru gefin samtímis. Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot sáust hjá 1-2% sjúklinga við klínískar rannsóknir. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasón- própíónats: *Salmeteról:* Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkjur. *Stoðkerfi:* Skjálfti, vöðvakrampi. Sjaldgæfar(<0,1%): *Almennar:* Ofnæmisviðbrögð, þ.m.t., bjúgur og ofsabjúgur (angioedema). *Hjarta-og æðakerfi:* Hjartsláttaróregla t.d. gáttatif (atrial fibrillation), gáttahraðtaktur og aukaslög. *Húð:* Ofsakláði, útbrot. *Efnaskifti:* Kalíumskortur í blóði. *Stoðkerfi:* Liðverkjir, vöðvaþrautir. *Flútíkasónprópíónat:* 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 óvænt 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

Heimilislæknar, út úr öngstrætinu!



Pétur Pétursson

Á LIÐNUM ÁRUM HÖFUM VIÐ HEIMILISLÆKNAR VERIÐ ólatir við að gera hverjum sem heyra vill grein fyrir þeim ógöngum sem heilsugæzlan í landinu er að sigla inní. Á ég þar við fyrirsjáanlega vöntun á heilsugæzlulæknum vegna nær fullkomins áhugaleysis unglækna fyrir þessum starfsvettvangi og vegna flótta úr stéttinni sem nemur tugum lækna. Svo virðist sem að minnsta kosti 20 stöður heilsugæzlulækna séu ómannaðar á landsbyggðinni og á höfuðborgarsvæðinu vantar heimildir fyrir að minnsta kosti 30 stöðum heilsugæzlulækna, til að heilsugæzlan geti sinnt því hlutverki sem henni er ætlað. Þar sem nýliðun er hverfandi lítil er ljóst, að með áframhaldandi aðgerðaleysi og óbreyttum aðferðum og hugsunarhætti munu lækningar á heilsugæzlustöðvum smám saman færast yfir á herðar hjúkrunarfræðinga ellegar þá að þjóðin leitar á náðir bútasérfræðinga (sérfræðinga í takmörkuðum aldursskeiðum eða líffærum) og hjálækna (skottulækna) í enn ríkara mæli en verið hefur. Að sjálfsögðu verður þá ekki um neinar heimilislækningar að ræða í hugmyndafræðilegum skilningi þess orðs.

Mér er til efs, að aðferðir okkar heimilislækna til að hafa áhrif á þessa þróun hafi verið sem heppilegastar. Að minnsta kosti sjást þess engin merki, að þróunin sé neitt að taka farsælli stefnu en verið hefur. Aðferðir okkar hafa í stuttu máli verið kröfugerð á hendur heilbrigðisyfirvöldum um fjárveitingar í anda þess skipulags, sem innleitt var hér á landi fyrir rúmum aldarfjórðungi. Til stuðnings þessari kröfugerð höfum við iðkað kórgrát og sungið píslarsöngva fullir sjálfsvorkunnar, hvenær sem tveir eða fleiri úr okkar röðum hittast. Árangur þessa hljómleikahalds hefur einkum orðið sá, að áheyrendur hætta að taka okkur alvarlega og skilja ekki þetta sútarhópefli okkar í ljósi þeirrar vitneskju, að launakjör flestra okkar hafa stórbatnað við komast í faðm Kjaranefndar. Konsertar okkar sýnast mér lítið hafa bætt stöðu heilsugæzlunnar í landinu.

Ástæður fækkunar heimilislækna

Orsakir lítillar eftirsóknar unglækna í heimilislækningar og ástæður flótta úr stéttinni eru vafalítið mjög fjölþættar og margvíslegar. Vil ég nú víkja að þeim helztu:

1. Launakjör: Þau hafa gjarnan verið nefnd sem gild ástæða. Þótt þau hafi hjá okkur flestum aldrei verið betri en núna, þá felst þessi röksemdafærsla í því að miða við tekjumöguleika í öðrum sérgreinum. Það skal fúslega viðurkennt, að núverandi samningar sérfræðinga við Tryggingastofnun ríkisins opna greiðlega fyrir sjálftöku þrekmikilla fjáraflamanna úr almannasjóðum. Mér er þó til efs, að metnaður unglækna sé með þeim hætti, að þessi staðreynd hafi afgerandi áhrif á starfsval.

2. Gulrótarskortur: Því er haldið fram, að fastlaunakjör þau sem kjaranefndarfyrirkomulagið býr okkur, hafi bundið hendur okkar, skaðað samkeppnisaðstöðu gagnvart fyrrgreindum aflakóngum úr öðrum sérgreinum og dregið úr vinnugleði okkar. Þetta kann rétt að vera, en þessi skipan mála var gerð að okkar ósk og henni er unnt að breyta, þegar samstaða verður um það í okkar röðum.

3. Vanmat og sjálfsmyndarkreppa: Meint vanmat kollega, sjúklinga og samstarfsfólks á hlutverki okkar, þekkingu, færni og framlagi til heilbrigðisþjónustunnar er mörgum góðum heimilislækninum drjúgt og endingargott harmsefni. Að sönnu verðum við öll dæmd af verkum okkar, en sé um vanmat að ræða, þá verður ekki kynt undir því með öflugri hætti en væluganginum í sjálfum okkur. Sjálfur verð ég ekki var við vanmat nema hjá einstöku sérfræðingi úr öðrum sérgreinum, sem auðvitað miðla öðrum með sér af reynslu sinni af verkum okkar. Við eigum hins vegar að minnast þess, að reynsluheimur þessara ágætu kollega getur verið takmarkaður, því eðli málsins samkvæmt sjá þeir ekki þá sjúklinga, sem okkur tekst vel upp með.

4. Opnar flóðgáttir og margverknaður: Skortur á flæðistýringu og tilvísanakerfum og óheft aðgengi að velflestum sérfræðingum með sjálfkrafa greiðsluþátttöku TR hefur að sjálfsögðu grafið undan möguleikum heimilislækna til að nýta þau tækifæri til skynsamlegra og markvissra fjölskyldulækninga, sem hin heildræna yfirsýn getur boðið upp á. Afleiðing þessa hefur orðið megn læknisfræðileg súrsun (medicalization) samfélagsins og oflækningar, bjargarleysi og tortryggni neytendanna, sóun almannafjár í gagnslitlar og ómarkvissar rannsóknir og svo lyfjaaustur, en ekkert af þessu er vænlegt til að leysa þau vandamál sem helzt brenna á fólki. Vegna pólitísks þrekleysis ákveðinna stjórnmálamanna hefur ómælt tjón af þessu hlotizt og trúlega verður afar erfitt að koma nokkru skikki á þessi mál úr því sem komið er. Það er þó deginum ljósara, að einhvern tíma neyðast heilbrigðisyfirvöld til að gera það af kostnaðarástæðum. Og það er jafnljóst, að þjóðin hefur hvorki efni á né heilsu til að leggja heimilislækningar niður.

5. Breytt þjóðarsál: Að mínu viti er höfuðástæða tilvistarkreppu heimilislækninganna á Íslandi fólgin í breyttu þjóðfélagi og breyttum kröfum og vænt-

Höfundur er sérfræðingur í heimilislækningum. Millifyrirsagnir eru Læknablaðsins.

ingum neytendanna. Almenn streita og óþolinmæði hefur áhrif á kvartanir fólks og viðmót, minna fer fyrir þakklæti og verkefnin eru orðin ógeðfelldari. Felast þau oft í vottorðakvabbi og afskiptum af lífsstílsvandamálum, sem krafist er læknisfræðilegra lausna á. Heimilislæknar súpa seyðið af því að hafa ekki snúizt gegn sjúkdómsvæðingu (medicalization) þjóðfélagsins með markvissum hætti. Heimilislæknar eiga það sameiginlegt með samvinnuhreyfingunni að verða að horfast í augu við þá staðreynd, að breyttum aðstæðum hæfa nýjar aðferðir. Því miður hafa fæstir heimilislæknar kjark til að reyna nýjar leiðir eða breyta neinu, ef það kostar einhverja áhættu eða felur í sér afsal einhvers sem við þegar höfum. Við þetta bætist einkennileg tortryggni gagnvart þverfaglegri samvinnu. Ekki er að vænta mikilla landvinninga með þeim hugsunarhætti.

6. Álag og kröfur: Vaxandi vinnuálag er algeng kvörtun, sem þó er misjafnlega áberandi eftir stöðvum og skipulagi verkefna. Víða dró þó úr álagi með tilkomu kjaranefndarúrskurðarins. Að sönnu virðist aðsókn að heilbrigðiskerfinu fara vaxandi vegna sjúkdómsvæðingar þjóðarinnar sem fyrr er að vikið. Mér hefur þó stundum fundizt, að skýra mætti erfiðiskvartanir einstaklinga úr heimilislæknastétt á líffræðilegan hátt með hækkandi aldri okkar. Jafnframt hefur ýmsum skítverkum verið troðið upp á heimilislækna og er vottorðafarganið trúlega sá þáttur, sem minnsta starfsfullnægju veitir.

7. Íhaldssemi, stéttarhroki og kjarkleysi: Vangeta til að þróa fræðigrein okkar og verklag í ljósi breyttra aðstæðna er mikilvæg orsök vansældar margra okkar í starfi og fælir nýja liðsmenn frá þessum vettvangi. Almenn neikvæðni og viljaleysi til teymisvinnu, skortur á samningahæfni og skilningi á taflmennsku stjórnunar og félagsstarfs er og verður okkar Akkilesarhæll. Ef við ætlum að brjótast út úr ógöngunum er mikilvægt fyrir heimilislækna að láta af hópefli í harmagráti og vinna bug á óttanum við breytingar, sem meðal annars birtist í margvíslegri tilfinningalegri röksemdafærslu og slagorðum um prinsippafstöðu. Við verðum að ná samstöðu um fleira en kröfur um hærri laun, því þessi mál verða ekki leyst nema með okkar forgöngu og leiðsögn.

Leiðir til úrlausna

Og hvað er þá til ráða og hvernig verður hugarfarsbreytingu af stað hrundið?

Við lausn þessa vandamáls hljótum við að þurfa að byrja á því að skilgreina vandann, eðli hans og orsakir, líkt og ég hef reynt að gera hér að framan. Á þeim grunni reynum við svo að grípa til íhlutandi aðgerða og breyta því, sem breytanlegt er. Tvennt er mikilvægast í því sambandi. Í fyrsta lagi er gagnslaust að reyna að ná árangri með því að ráðast aðeins gegn einum áhrifaþætti. Við verðum að ráðast á alla þá, sem skilgreindir hafa verið og eru breytanlegir. Í annan stað verður hér að koma til samvinna allra, sem málið varðar og ábyrgð bera, og þeir eru fleiri en þeir sjálfir gera sér grein fyrir. Það gerist ekki með kröfugerð einni saman heldur með gagnkvæmum skilningi og trausti, þannig að tekið sé tillit til sanngjarnra raka, sem ekki mega vera tilfinningalegs eðlis eða byggð á óskhyggju. Heimilislæknum ber hins vegar skylda til að reyna að finna þessa aðila, koma á tjáskiptum á vitsmunalegu plani, uppfræða þá og og virkja. Hér hef ég ekki aðeins í huga heilbrigðisyfirvöld, alþingismenn og fjárveitingavaldið heldur einnig og ekki síður sveitarstjórnarmenn og starfsmenn sveitarfélaga, verkalýðshreyfinguna, atvinnurekendur, fjölmiðlafólk, menntakerfið og ýmis áhugamannasamtök, sem hafa forsendur til að skilja mikilvægi heilsugæzlu, forvarna og heilsueflingar fyrir framtíð og efnahagslíf þessarar þjóðar. Tíni ég nú til nokkur viðfangsefni.

1. Lýðheilsufræðileg sóknarfæri og þverfagleg samvinna: Heimilislæknar þurfa að breyta áherzlum í starfi sínu og setja sér raunhæf lýðheilsufræðileg markmið og nýta sér til samvinnu það ágæta samstarfsfólk sem við höfum í heilsugæzlunni. Þarna þurfum við að sjálfsögðu að njóta fræðilegrar leiðsagnar þeirra, sem til slíkrar leiðsagnar eru bærir. Þar horfi ég annars vegar til þeirra sem finna má innan veggja háskólans við kennslu og rannsóknir í heimilislæknisfræði og faraldsfræði og hins vegar til Lýðheilsustofnunar Íslands, sem bráðnauðsynlegt er að koma á fót hið fyrsta og hlúa vel að með myndarlegum fjárveitingum og metnaðarfullum mannaráðningum. Ekki má heldur gleyma erlendum fræðistofnunum á sviði lýðheilsufræði (public health) og öllum þeim Íslendingum, sem þangað hafa þekkingu sótt og geta miðlað áfram. Í kjölfarið myndu viðfangsefni okkar verða fjölbreyttari og áhugaverðari, en jafnframt fela í sér kröfu um jákvæðara viðhorf gagnvart samstarfi, en stéttin hefur hingað til tileinkað sér. Þetta ásamt bættum vinnubrögðum við hin hefðbundnu viðfangsefni heimilislækninga myndu ljá stéttinni þekkilegri ásýnd og slagkraft út á við og sanna það áþreifanlega fyrir öðrum, hvers virði við erum þjóðfélaginu. Þá mun fjölmargt annað verða auðleystara, bæði kjaramál og skipulagsvandamál.

2. Bætt vinnubrögð: Gæðaþróun og stóraukið gæðamat og fagrýni verður að taka upp með skipulegum hætti í heilsugæzlunni hið snarasta, því okkur er brýn þörf á að samræma vinnubrögð okkar betur sannreyndri læknisfræði. Aðstaða okkar til heimildaleitar hefur gjörbreytzt með aðgangi að netinu. Á flestum heilsugæzlustöðvum eru til digur gagnasöfn um okkar eigin vinnubrögð, sem okkur hafa ekki verið sköffuð nothæf forrit til að nýta okkur til lærdóms. Á hverjum einasta vinnustað verða heimilislæknar að axla þá ábyrgð að skoða vinnuvenjur sínar sameiginlega og breyta þeim eftir

þörfum þjóðfélagsins ekki síður en sjúklinganna. Umfram allt verðum við að andæfa gegn brotsjóum hinnar læknisfræðilegu súrsunar. Verklagsreglur er nauðsynlegt að taka upp í ríkum mæli, en til að þeim sé fylgt, verða þær helzt að vera samdar af sömu læknum og eiga að fara eftir þeim. Að sjálfsögðu er mikið gagn að miðstýrðri aðstoð í þeirri vinnu, en sú leiðsögn ætti þó fyrst og fremst að vera aðferðafræðilegs eðlis. Fagna ber frumkvæði landlæknisembættisins í þessari viðleitni, sem ber að þakka og stórefla. Því miður hafa undirtektir okkar og nýting þessarar leiðsagnar borið svipuðum eldmóði vott og finna má hjá uppgefnum gangnahesti á réttardegi. Til að finna tóm til þessara starfa á heilsugæzlustöðvunum verðum við að breyta forgagnsröðun daglegra verkefna og nýta samstarfsfólk með öðrum hætti en verið hefur, ef fjölgun í stéttinni lætur á sér standa.

3. Aukið fjármagn og uppbygging: Að tveimur framangreindum liðum afgreiddum hygg ég, að róðurinn muni léttast og meiri líkur séu á því, að stjórnvöld telji eflingu heilsugæzlu og heimilislækninga arðbæra fjárfestingu. Að sjálfsögðu verða Íslendingar að fara að dæmi nágranna sinna á Norðurlöndum og launa heimilislækna betur en aðra sérfræðinga, sérstaklega í dreifbýli. Hins vegar verðum við að standa undir þeim launamun með fagmennsku í starfi. Þetta hafa sænsk stjórnvöld skilið og mun þar stórum fjárhæðum verða varið til að efla heilsugæzluna á næstu árum með fjölgun heilsugæzlustöðva og tilheyrandi fjölgun heimilislækna og annars starfsliðs. Einnig verða heimilislæknisfræðistofnanir á háskólastigi stórefldar þar til að veita hina faglegu leiðsögn. Með sama hætti geta íslenzk stjórnvöld ekki búizt við að geta stöðvað uppdráttarsýki heilsugæzlunnar nema með mjög myndarlegum fjárveitingum og víðtækum aðgerðum til uppbyggingar hennar, sem einkum miði að því að gera störf innan hennar áhugaverð og eftirsóknarverð.

4. Áherzlubreyting í læknanámi. Trúlega má breyta innihaldi læknanáms þannig, að meiri áherzla sé lögð á sjúklingsviðmiðaða læknisfræði í stað sjúkdómsviðmiðaðrar. Einnig á lýðheilsufræði og vandamiðaða kennslu. Með því að kenna nemendum snemma í læknanámi að leysa raunveruleg vandamál (problem oriented learning) ganga þeir að námi sínu og síðar starfi með allt öðru hugarfari en því, að miða nám sitt við að ná prófum eða leysa skammtímavanda. Læknisefnum verða með þessu móti ljósari þarfir þjóðfélagsins og væntanlegra skjólstæðinga og mætti þannig hugsanlega glæða áhuga þeirra á því að verða þjóð sinni til gagns. Með bættri fræðilegri, faglegri og kjaralegri stöðu heilsugæzlunnar gætu þeir jafnvel séð möguleika innan hennar á að svala framaþrá sinni og og jafnvel einnig að sinna hinu göfuga tómstundagamni unglækna, hlutabréfaviðskiptum.

5. Raunhæf þjálfun unglækna: Lengja þarf þjálfunartíma kandídata í heilsugæzlu í hálft ár, því á skemmri tíma ná þeir ekki að skilja innihald fagsins eða setja sig í þær stellingar, að þeir taki eftir því, sem fram fer í kringum þá. Þetta gildir einkum um starf í dreifbýli, þar sem ákveðinn lífsstíll er hluti af starfinu. Gera þarf heilsugæzlustöðvunum fjárhagslega kleift að taka vel á móti þessum kandídötum og veita þeim þá handleiðslu og verklegu kennslu sem nauðsynleg er, til að þeir fái áhuga á heimilis- eða dreifbýlislækningum. Mikilvægt er að góð samvinna náist milli heilsugæzlunnar, háskóladeilda og kennslusjúkrahúsa varðandi kennslu og þjálfun.

6. Skipulegt framhaldsnám: Unnin voru fyrir nokkrum árum drög að skipulagi námsbrautar í dreifbýlis- (landsbyggðar-) lækningum sem og miðstöð símenntunar dreifbýlislækna og -hjúkrunarfræðinga, sem vera skyldi í tengslum við Háskólann á Akureyri. Engin alvara virðist hafa legið að baki þessum áformum af hálfu heilbrigðisyfirvalda, því ekkert bólar á fjárveitingum til þess arna. Með því að standa myndarlega að því máli myndi vafalítið verða að nýju hægt að koma af stað því flæði milli framhaldsnáms, heimilislæknisstarfa í dreifbýli og síðar í þéttbýli, sem vel gafst fyrir tveimur áratugum og hleypti grósku í heilsugæzluna jafnt í dreifbýli sem þéttbýli. Að sjálfsögðu þarf að styðja áfram við framhaldsmenntun í heimilislækningum í þéttbýli með þeim áherzlum, sem að ofan greinir.

7. Rannsóknastarfsemi og þróunarverkefni: Sjálfstæða þekkingaröflun, vísindastarfsemi og grúsk þarf að stórauka í heilsugæzlunni og gera það að sjálfsögðum þætti starfsins og yrði að því hin bezta geðbót. Þróun síðari ára hefur verið með þeim hætti, að þeim heimilislæknum sem fást við slíkt hefur heldur fækkað, en rannsóknavinnan orðið faglegri og akademískari. Viðfangsefnin hafa þó verið æði hefðbundin. Rannsóknastarfsemi heimilislækna háir skortur á tómi, fjarlægð frá akademísku samfélagi í dagsins önn með tilheyrandi skorti á hvatningu, skortur á handleiðslu og ónóg kunnátta í aðferðafræði. Úr seinni tveimur atriðunum hefur prófessorinn í heimilislækningum árum saman reynt að bæta með mikilli eljusemi. Sjálfsagt er að hefja samvinnu við rannsóknafyrirtæki eins og Íslenzka erfðagreiningu og Urði, Verðandi, Skuld, svo framarlega sem það sé gert með siðlegum hætti og án allra blekkinga.

8. Fjölbreyttari rekstrarform: Reyna þarf nýjar leiðir og rekstrarform í heilsugæzlunni. Það að stokka upp spilin og virkja lækna og annað starfsfólk í hugmyndafræðilegri umræðu og skipulagsumræðum gæti komið blóðinu á hreyfingu að nýju. Ein leið er að vinna nánar með sveitarfélögunum og fela þeim rekstur heilsugæzlustöðva og önnur að fela starfsmönnum reksturinn. Þar sem einstaklingshyggja virðist atvinnusjúkdómur hjá flestum læknum,

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

þá er líklegt að einkarekstur gæti höfðað til sumra okkar, virkjað dulda krafta og blásið í glæður kulnaðrar lífsgleði. Þótt einkarekstur sé eðli málsins samkvæmt lítt til þess fallinn að þroska hina þjóðfélagslegu ábyrgðartilfinningu eða félagsþroska sem er grundvöllur farsællar heilsueflingar í samfélaginu, þá ber okkur að reyna þessa leið að því tilskyldu, að skýrt sé tekið fram í þjónustusamningi, til hvers sé ætlast af starfseminni. Vafalaust myndi það hleypa nýju lífi í heimilislæknastéttina að leyfa heimilislæknum að hefja sjálfstæðan rekstur að nýju, þótt fyrst í stað yrði það á kostnað þeirra heilsugæzlustöðva sem fyrir eru. Við sameiningu sjúkrastofnana og heilsugæzlustöðva bind ég takmarkaðar vonir, því sameiningarbrölt þjónar oftast þeim tilgangi að fela bruðl stjórnenda og ná fram sparnaði með því að leggja niður þjónustu minnstu eininganna. Myndarlegt veganesti fjárveitingavaldsins hefur þó stundum gert hveitibrauðsdaga þessara nýju stofnana bærilegri.

9. Bæta liðsandann: Nýta þarf viðurkenndar aðferðir til að efla og bæta starfsanda á heilsugæzlustöðvum. Affarasælast yrði að fá utanaðkomandi sálfræðinga eða sérfræðinga í atferlisvandamálum til að greina veika hlekki og veita handleiðslu við að styrkja þá. Nauðsynlegt er fyrir alla að gera sér grein fyrir því, að árangursríkt starf í heilsugæzlu næst einungis með teymisvinnu og þverfaglegu samstarfi, þar sem gagnkvæmur skilningur ríkir milli meðlima teymisins á mikilvægi þátttöku hvers annars og gagnkvæm virðing ríkir með tilheyrandi uppörvun og hvatningu. Með því að ganga af heilum hug til samstarfs og skoðanaskipta geta heimilislæknar vænzt þess að verða áhrifameiri en nú er, til dæmis við stjórnun, þar sem forystan ætti að liggja sem mest á okkar herðum. Framtíðarmöguleikar heimilislækna liggja að mínu viti miklu fremur í teymisvinnu en gamaldags einangrunarstefnu, því með sameiginlegu átaki verða hinar nýju brautir ruddar inn á mikilvæg svið forvarna og heilsueflingar. Að því er mikill fengur fyrir heimilislækna og aðrar starfsstéttir heilsugæzlunnar, notendur þjónustunnar og raunar þjóðfélagið í heild, að fleiri fagstéttir bætist í liðsheildina svo sem sálfræðingar, félagsráðgjafar, sjúkraþjálfarar og iðjuþjálfar.

10. Sóknarfæri á sviði vinnuverndar: Eitt þeirra sviða sem heilsugæzlan þarf lögum samkvæmt að sinna betur, er vinnuvernd. Vegna þeirrar vanrækslu hefur einkafyrirtæki nokkurt náð að hasla sér völl á sviði trúnaðarlækninga og forvarna með ýmsum nýstárlegum aðferðum, sem mörgum heimilislæknum er þyrnir í augum. Við getum margt af þeirra vinnubrögðum lært; meðal annars eru aðferðir til að vinna gegn innri stöðnun fyrirtækisins lærdómsríkar. Þarna gætu og leynzt tekjumöguleikar fyrir heilsugæzluna. Með nánu samstarfi við lækni geta hjúkrunarfræðingar unnið mikið af þeim forvarnastörfum, sem til úrlausnar eru. Enn sem komið er virðist vera meira framboð af hjúkrunarfræðingum til starfa í heilsugæzlunni en af læknum. Það er því afar mikilvægt að ná sem beztu samstarfi við þá stétt og styðja hjúkrunarfræðinga í viðleitni þeirra til að koma á „nurse practitioner-" námi hérlendis.

11. Flæðistýring og skipulegt samráð: Mikilvægt er að koma á flæðistýringu í heilbrigðiskerfinu, þannig að í því sé fólginn efnahagslegur ávinningur fyrir sjúklinga að leita fyrst til heilsugæzlunnar með heilsufarsvandamál sín. Með bættri mönnun gæti heilsugæzlan unnið með faglegum hætti gegn þeim oflækningum, sjúkdómsvæðingu og óhóflegu sóun almannafjár sem viðgengist hefur.

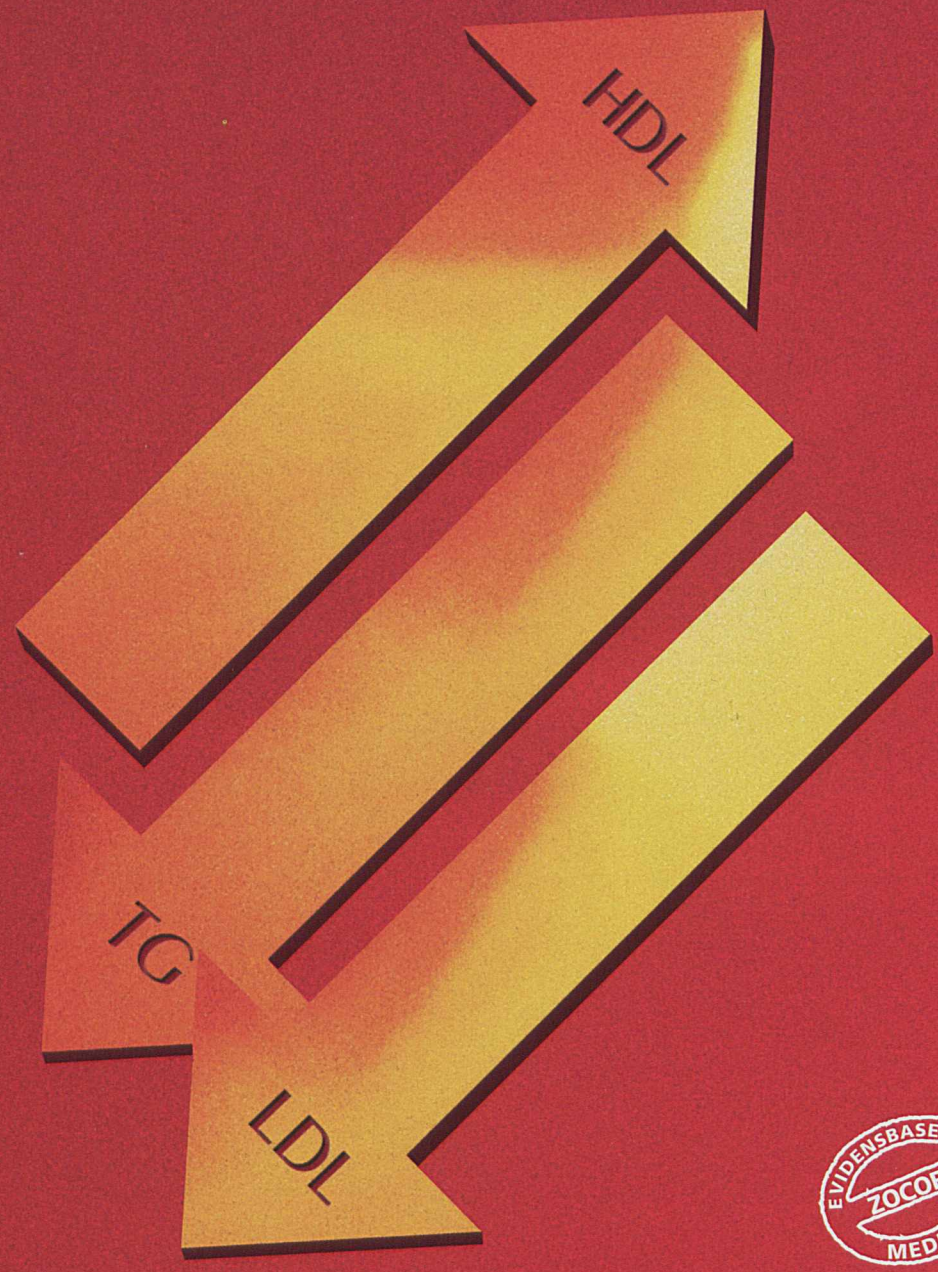
12. Liðsauki úr öðrum sérgreinum: Gera þarf sérfræðingum úr öðrum greinum læknisfræðinnar kleift með öllum tiltækum ráðum að umskóla sig til starfa í heimilislækningum. Til þess duga sömu ráð og að ofan greinir varðandi nýliðun. Efnahagslegur hvati verður að vera fyrir hendi og tækifæri til áhugaverðra viðfangsefna, svo sem vísindavinnu, kennslu og annars þess, er metnaði svalar og stuðlar að frama.

13. Heimilislækni í liðsheild sjúkrahúslækna: Á Norðurlöndunum og trúlega víðar hefur það gefizt afar vel til skilningsauka og bættrar samvinnu að heimilislæknir komi reglulega á ákveðnar deildir, til dæmis einn dag í viku hverri, og fundi með sjúkrahúslæknum og öðru starfsliði um þá sjúklinga sem inni liggja eða bíða útskriftar. Með þessu móti nýtast sambönd og þekking heimilislæknisins sjúklingnum og starfsemi sjúkrahússins til hagsbóta og gagnkvæmur skilningur skapast milli geira heilbrigðiskerfisins og virðist ekki vanþörf á. Um árabil hafa heimilislæknar á Akureyri fundað með lyflæknum FSA með góðum árangri. Jafnframt fer vel á því, að heimilislæknar á vöktum hafi móttöku sína á bráðamóttökum sjúkrahúsa og gerir það vinnuna sýnu skilvirkari en ella.

Lokaorð

Hér að framan hef ég leitt að því nokkur rök, að mönnunarvandi heilsugæzlunnar í landinu og dökkar horfur í þeim efnum eigi sér að verulegu leyti huglægar rætur, því við höfum tekið þátt í sjúkdómsvæðingardansinum og tamið okkur meðferðarhugsunarhátt í stað þess að efla heilbrigði. Af tryggð við fornar kennisetningar og helgisiði hefur okkur dagað uppi í gjörbreyttu þjóðfélagi, þar sem við finnum að við höfum misst slagkraftinn. Það er mikilvægt fyrir heimilislæknastéttina að gera sér grein fyrir því, að við sem einstaklingar og hópur sýnum ýmis uggvænleg merki stéttarþunglyndis, sem við verðum að finna ráð til að ráðast gegn. Þessar hugleiðingar mínar eru viðleitni til þess arna.

ÞRÍÞÆTT ÁHRIF





ZOCOR®* (SIMVASTATIN, MSD)

20-40 mg

Eykur lífslíkur

- eins og sýnt var í 4S [1,2,3,4]

EVIDENSBASERET ZOCOR® MEDICIN

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

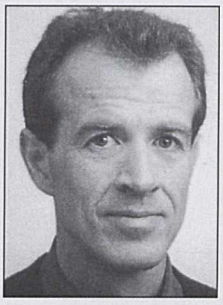
* Skráð vörumerki hjá Merck & Co., INC, Whitehouse Station, N.j., USA

09-2001-ZCR-00-SCAN-(DK)-001-J/M

Zocor - MSD - TÖFLUR: C 10 A A 01
Hver tafla inniheldur: Simvastatinum INN 10 mg, 20 mg, 40 mg eða 80 mg. **Ábendingar:** *Kransæðasjúkdómur.* Lyfið er ætlað sjúklingum með kransæðasjúkdóm til þess að auka lífslíkur, draga úr hættu á dauðsföllum af völdum kransæðasjúkdóms og minnka hættu á hjartadrepi, minnka hættu á heilablóðfalli (stroke) og tímabundinni blóðþurrð í heila (TIA, transient ischemic attacks), minnka þörf fyrir aðgerðir til þess að auka blóðflæði til hjartavöðvans (hjáveituaðgerðir og kransæðavíkkanir); og hægja á framgangi kransæðasjúkdóms (coronary atherosclerosis), þ.á.m. draga úr myndun nýrra skemmda og nýrra lokana. *Óhófleg blóðfituhækkun (Hyperlípidemía)* Simvastatin, ásamt ákveðnu mataræði, er ætlað til þess að draga úr hækkuðu heildarkólesteróli, LDL-kólesteróli, þríglýceríðum og apólípópróteini B og einnig til að hækka HDL-kólesteról hjá sjúklingum með óhóflega kólesterólhækkun, þar á meðal arfblendna arfgenga kólesteról-hækkun(Heterozygous familial hypercholesterolemia)(Fredrickson týpa IIa) eða samsetta blóðfituhækkun (combined hyperlipidemia)(Fredrickson týpa IIb) þegar tilætlaður árangur hefur ekki náðst með ákveðnu mataræði og öðrum aðferðum án lyfja. Simvastatin lækkar því LDL/HDL-kólesteról hlutfallið og heildarkólesteról/HDL-kólesteról hlutfallið. Simvastatin er ætlað til meðferðar á sjúklingum með þríglýceríðhækkun (hypertriglyceridemia) (Fredrickson týpa IV hyperlípidemia) og til meðferðar á sjúklingum með dysbetalípoproteinemia (Fredrickson týpa III hyperlípidemia). Lyfið er einnig ætlað til notkunar ásamt ákveðnu mataræði og öðrum aðferðum sem ekki byggjast á mataræði til meðferðar á sjúklingum með arfhreina arfgenga kólesterólhækkun til þess að lækka hækkað heildarkólesteról, LDL-kólesteról og apólípóprótein B. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Sjúklingurinn á að neyta kólesteróllækkandi fæðis, áður en lyfið er gefið og á að halda því áfram meðan á lyfjameðferð stendur. *Kransæðasjúkdómur:* 20 mg upphafsskammtur á dag í einu lagi að kvöldi. Ef þörf er á að auka skammtinn skal gera það með minnst fjögurra vikna millibili, í allt að 80 mg á dag í einum skammti að kvöldi. Ef LDL-kólesteról gildi fellur niður fyrir 1,94 mmól/l (75 mg/dl) eða heildarkólesteról gildi fellur niður fyrir 3,6 mmól (140 mg/dl) skal íhuga minnkun simvastatíns skammtsins. *Óhófleg blóðfituhækkun:* Upphafsskammturinn er venjulega 10 mg á dag, gefinn í einu lagi að kvöldi. Við vægri til miðlungsalvarlegri kólesterólhækkun er upphafsskammturinn 5 mg á dag. Ef þörf er á að auka skammtinn skal gera það samkvæmt leiðbeiningunum hér að ofan. *Arfhrein ættbundin kólesterólhækku (Homozygous familial hyper-cholesterolemia):* Þegar um arfhreina ættbundna kólesterólhækkun er að ræða er skammturinn 40 mg/dag að kvöldi eða 80 mg/dag í þremur aðskildum skömmtum, 20 mg, 20 mg og 40 mg að kvöldi. Hjá þessum sjúklingum á að nota simvastatín ásamt öðrum aðferðum til að lækka blóðfitu (t.d. LDL blóðskilun (apheresis)). *Samhliða lyfjagjöf:* Simvastín er ráðlagt að gefa sem eina töflu á dag að kvöldi. Ef gefið er samhliða gjöf cyclosporíns, fíbróts eða nikótínsýru ásamt lyfinu, er hámarksskammturinn 10 mg/dag. *Skömmtun við skerta nýrnastarfsemi:* Þar sem simvastatín skilst að litlu leyti út um nýrun, á ekki að vera þörf fyrir skammtabreytingar við miðlungsalvarlega nýrnabilun. Hjá sjúklingum með alvarlega nýrnabilun (kreatínínúthreinsun <30 ml/mín), skal ekki gefa meira en 10 mg á dag nema að vandlega athuguðu máli. Ef slíkir skammtar eru nauðsynlegir skal gefa þá með varúð. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna lyfsins. Virkur lifrarsjúkdómur eða viðvarandi hækkaðir transamínasar í blóði af óþekktum orsökum. Samhliða gjöf mibefradils (afskráð lyf) sem er kalsíumgangaloki úr tetralólflokki (sjá varnaðarorð). Meðganga og brjóstagjöf. **Varúð:** *Vöðvaáhrif:* Simvastatín og aðrir HMG-CoA afoxunarmiðlahemlar geta stundum valdið vöðvakvilla, sem lýsir sér sem vöðaverkur eða þróttleysi sem tengist mikið hækkuðum kreatínkínasa (> 10 x eðlileg efri mörk). Rákvöðvalýsa, með eða án bráðrar nýrnabilunar, vegna mýóglóbíns í þvagi hefur verið skráð í sjaldgæfum tilvikum. *Vöðvakvilli sem orsakast af milliverkunum lyfja:* Tíðni og alvarleiki vöðvakvilla eykst með samhliða gjöf HMG-CoA afoxunarmiðlahemla og lyfja, sem geta valdið vöðvakvilla, þegar þau eru gefin ein sér, eins og gemfíbrózíl og önnur fíbróit og blóðfitulækkandi skammtar (>1g/dag) af nikótínsýru. Að auki getur hættan á vöðvakvilla aukist með háum gildum á virkni HMG-CoA afoxunarmiðlahemla í plasma. Simvastatín og aðrir HMG-CoA afoxunarmiðlahemlar eru umbrotnir af cýtókróm P450 ísóformi 3A4(CYP3A4). Ákveðin lyf sem, í lækningaskömmtum, hindra marktækt þessa umbrotsleið geta hækkað plasmagildi HMG-CoA redúktasahemla umtalsvert og því aukið hættu á vöðvakvilla. Þau eru m.a. cíklóspórín, kalsíumgangalokinn mibefradil úr tetralólflokki, ítrakónazól, ketókónazól og önnur azól-sveppalyf, makrólíðsýklalyfin erýtrómýcín og klarítrómýcín, HIV próteasahemlar og geðdeyfðarlyfið nefazódón. Notkun simvastatíns samhliða fíbrótum eða nikótínsýru ætti að forðast nema aukin lækkun blóðfitu vegi þyngra en sú aukna áhætta sem fylgir notkun þessara lyfja saman. Hjá sjúklingum sem taka cýklóspórín, fíbróit eða nikótínsýru samhliða simvastatíni á yfirleitt ekki að gefa stærri skammt af simvatíni en 10 mg/dag (sjá 4.2 Skammtar og lyfjagjöf, Samhliða meðferð) þar sem hættan á vöðvakvilla eykst verulega með stærri skömmtum. *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 (t.d. tvisvar á ári) 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. Sérstakt eftirlit þarf að hafa með þeim sjúklingum sem fá transamínasahækkanir, mælingar ber að endurtaka án tafar og síðan reglulega með styttra millibili en ella. Ef transamínasaþéttnin virðist stöðugt hækka og sérstaklega ef hún hækkar í þrisvar sinnum eðlileg efri mörk og er viðvarandi skal hætta lyfjameðferðinni. 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. **Milliverkanir:** *Gemfíbrózíl og önnur fíbróit, fítulækkandi skammtar ((1g/dag) af nikótínsýru:* Þessi lyf auka hættuna á vöðvakvilla þegar þau eru gefin samhliða simvastatíni, líklega vegna þess að þau geta valdið vöðvakvilla þegar þau eru gefin ein sér. *CYP3A4 milliverkanir:* Simvastatín hefur engin hamlandi áhrif á CYP3A4 og er því ekki við því að búast að það hafi áhrif á blóðþéttni annarra lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4. Samt sem áður er simvastatín sjálft hvarfefni fyrir CYP3A4. Öflugir CYP3A4 hemlar geta aukið hættuna á vöðvakvilla með því að auka virkni HMG-CoA afoxunarmiðlahemla í blóði meðan á simvastatín meðferð stendur. Þetta eru m.a. cýklóspórín, ítrakónazól, ketókónazól, erýthrómýcín, clarithrómýcín, HIV próteasa hemlar og nefazódón. Greipávaxtasafi inniheldur eitt eða fleiri efni sem hamla CYP3A4 og geta aukið blóðþéttni lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4. *Kúmarínafleiður:* Hjá sjúklingum sem eru á kúmarín blóðþynningarmeðferð skal mæla próthrombíntíma áður en simvastatín meðferð er hafin og síðan með nægilega stuttu millibili til þess að tryggja að ekki sé um marktæka breytingu á próthrombíntíma að ræða. **Meðganga og brjóstagjöf:** Simvastatín er ekki ætlað þunguðum konum .Simvastatín skal aðeins gefa konum á barneignaraldri ef ólíklegt er að um þungun verði að ræða. Ef kona, sem fær meðferð með lyfinu, verður þunguð, skal meðferð hætt strax og konan upplýst um mögulega hættu fyrir fóstrið. Ekki er vitað hvort simvastatín eða umbrotsefni þess skiljast út í brjóstamjólk. Þar sem mörg lyf skiljast út í brjóstamjólk og vegna möguleika á alvarlegum aukaverkunum, ættu konur sem taka lyfið ekki að gefa börnum sínum brjóst (Sjá frábendingar). **Aukaverkanir:** Simavastatín 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 simavastins. Algengasta aukaverkunin er hægðatregða (2-3%). ***Algengar (>1%):*** *Meltingarfæri:* Hægðatregða, kviðverkir, uppþemba, ógleði. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** *Almennt:* Þróttleysi, höfuðverkur. *Meltingarfæri:* Meltingartruflanir; niðurgangur. *Húð:* Útbrot. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** *Almennt:* Svimi. *Blóð:* Blóðleysi.*Meltingarfæri:* Uppköst. *Húð:* Kláði, hártap. *Lifur:* Gula, lifrarbólga, brisbólga. *Stoðkerfi:* Vöðvakrampar, vöðvabólga, vöðvakvilli, rákvöðvalýsa. *Taugakerfi:* Höfuðskyntruflanir, úttaugakvillar. Ofnæmisheilkenni hefur sést en sjaldan og hefur haft einhver eftirfarandi einkenna : hiti, andlitsroði, ofsakláði, ljósnæmi, andnauð, slappleiki, ofsabjúgur, einkenni lík rauðum úlfum, fjölvöðvagigt, æðabólga, blóðflagnafæð, eósínfíklafjölda, hækkað sökk, liðbólga og liðverkir. Blóðmeina- og meinefnafræðilegar rannsóknir: Greinilegar og þrálátar hækkanir á blóðþéttni lifrarensíma hafa sjaldan sést. Hækkaður alkalískur fosfatasi og gamma-GT hafa sést. Frávik frá lifrarstarfsemisprófum hafa venjulega verið væg og skammvinn. Hækkanir á blóðþéttni kreatínkínasa (CK) frá beinagrindarvöðvum hafa sést (sjá Varúð). **Pakkningar og verð (mars, 2001): Töflur 10 mg:** 28 stk. 3702 kr; 98 stk. 10838 kr; **Töflur 20 mg:** 28 stk. 5653 kr; 98 stk. 16999 kr; **Töflur 40 mg:** 28 stk. 6467 kr.; 98 stk. 20084 kr.; **Töflur 80 mg:** 28 stk. 8264 kr.; 98 stk. 25847 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Að ákveðnum skilyrðum uppfylltum og að fenginni umsókn frá lækni getur Tryggingastofnun ríkisins gefið út lyfjaskírteini sem veitir heimild til greiðsluþátttöku samkvæmt merkingunni E. 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: Redu-cing 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

Gjaldskrárkerfi sem stýringartæki heilbrigðisyfirvalda



Guðmundur Pálsson

Höfundur er sérfræðingur í heimilislækningum og starfar í Noregi.

VEL ÚTFÆRÐA GJALDSKRÁ MÁ NOTA SEM TÆKI TIL AÐ stýra heilbrigðisþjónustunni. Jafnframt tryggja þjónustu fyrir þá sjúklinga sem þurfa mest á henni að halda. Hindrað ofnotkun hjá sjúklingum með minniháttar kvilla og beint þeim annað. Sé hún vel samin getur hún einnig aukið samfélagsvitund stéttarinnar, starfsánægju og bætt afköst.

Hér um árið urðu heilsugæslulæknar leiðir á akkorðskerfi því sem þeir höfðu unnið eftir svo árum skipti. Hér á ég við harkið um grænu seðlana í dagvinnu sem allir þekkja og mörgum leiddist, en varð þó til að launin og afköstin toguðust heldur upp á við.

Þrátt fyrir að tiltölulega lítið væri á þessum rukkunarseðlum að græða létu menn sig hafa þetta fyrirkomulag sem virkaði eins og akkorðsgulrót af minni gerðinni. Það var eins og grænmetið kæmist aldrei nokkurn tíma upp í kjaftinn þótt nálægt nefinu væri.

Svo skiptu menn um skoðun og fannst nóg komið.

Menn þreyttust heldur meir á þessu harki en nauðsynlegt var. En ég held að læknar hafi á sínum tíma verið nokkuð samdóma um að það væri best að vera laus við þetta kerfi, enda var þetta ekkert orðið í krónum talið fyrir hvert viðtal. Þá virtist nærtækasta hugmyndin að vera bara á föstum launum og losna við pressuna sem fylgdi akkorðinu. Þessa sögu þekkjum við öll.

Sagan er barn síns tíma en það sem mér finnst nú eiginlega merkilegast við hana nú nokkrum árum seinna er að hún er eitthvað svo óíslensk og í mikilli andstöðu við það sem aðrar menntaðar stéttir hafa barist fyrir í gegnum árin.

Mér liggur við að segja að í henni sé undirtónn af uppgjöf.

Flestar stéttir í landinu hafa séð sér hag í að frá greitt eftir afköstum. Það á sér djúpar rætur í atvinnulífi til dæmis sjómanna og bænda frá örófi að fá umbum í hlutfalli við það sem unnið er og að vera sinn eigin herra. Verkfræðingar, arkitektar og iðnaðarmenn svo dæmi séu nefnd, komu sér upp uppmælingartöxtum fyrir áratugum síðan, réðu sér aðstoðarmenn í hin léttari verkin, stofnuðu fyrirtæki og unnu eins og hugur bauð. En læknirinn? Nei, hann hugsar einhvern veginn allt öðru vísi. Ekki spyrja mig hvers vegna.

Hvar eru Sumarhús heimilislækna? Ekki hvet ég til einyrkjabúskapar að hætti Bjarts, en hvers vegna byggja menn sér ekki sitt eigið hús að hætti sjálfstæðra manna?

Það segir mér nú enginn að þessi breyting yfir í afkastahvetjandi kerfi hinna ýmsu stétta hafi almennt reynst þjóðhagslega skaðlegt.

Þrátt fyrir þessa jákvæðu mynd verður nú varla á móti mælt að afkastahvetjandi kerfi getur bitnað á heilsu manna og einnig komið niður á gæðum vinnubragðanna. Þessu er til að svara að menn verða að sakast við sjálfan sig ef þeir vinna óvandaða vinnu vegna tímapressu. Þetta er á endanum siðferðisleg spurning sem starfsmaðurinn verður að gera upp við sig. Gjaldskrárkerfi krefst því nokkurs sjálfsaga og eftirlits ef það á að lukkast.

Sjúklingurinn er sá aðili sem á að geta veitt aðhald í þessu efni. Fái hann ekki eðlilegan tíma og athygli læknisins er það hans að láta vita, kvarta eða að hverfa á braut ef hann hefur annan valkost. Og oftast hefur hann valkost.

Slíkt aðhald er eðli góðrar þjónustu og hún getur ekki batnað án þessarar víxlverkunnar milli þess sem veitir hana og þess sem þiggur. Virkt gæðakerfi byggir á þessarri staðreynd: að fá svörun við þjónustunni. Gæðaaðhaldið verður fyrst og fremst að koma frá kúnnanum. En einnig í vissu mæli frá greiðandanum (TR) og að auki samtökum lækna.

Þessar hugleiðingar eru til að benda á að það geti verið ástæða til að taka upp í frumheilsugæslunni innheimtu taxta fyrir unnin verk. Eftir fyrirmynd frá sérgreinalæknum, þrátt fyrir þá annmarka sem áður greinir. Í það minnsta sem valkost í sjálfstæðum rekstri.

Öðrum sem hentar betur föst laun ætti að sjálfsögðu að bjóðast það. Valkostir eru nútímalegir og auka starfánægju.

Það er yfirvalda að setja leikreglur og ramma en okkar lækna að sjá um útfærsluna og tryggja endurbætur og prófun nýrra hugmynda í þjónustunni. Annars sýnist mér við dæmdir til að staðna.

Sé taxtakerfi á annað borð notað ætti tvímælalaust að gilda jafnræðisregla um að líkt sé greitt fyrir sömu verk þeirra sem hafa hliðstæða menntun (og því gilda fyrir alla sérfræðinga), að því gefnu að rekstrarformið sé sambærilegt. Ekki sætta sig við annað.

Allir sérfræðingar ættu til dæmis í dag að fá það

sama fyrir töku og úrlestur á hjartarafriti (EKG). Þjálfað aðstoðarfólk tekur ritið, læknirinn ber ábyrgðina. Rannsóknin er með afbrigðum ódýr. Að skilyrði fyrir gjaldtöku sé að doktorinn sjálfur taki ritið er nú brosleg hefð og held ég að maður þurfi að vera haldinn þrælslund til að falla í geð slík fásinna.

Hjartarafrit er engin einkarannsókn hjartalækna lengur, hafi það einhvern tíman verið það. Öðru máli gegnir um Holter, hjartaómun og sérhæft mat. Læknafélagið gæti staðið fyrir gæðatryggingu til að viðhalda þessari lestrarkunnáttu með námskeiðum/prófum sem menn þurfa að standast á fimm ára fresti til að fá takstann. Jafnvel í gegnum netið.

Sama finnst mér gilda um talningu rauðra og hvítra blóðkorna og deilitalningu blóðkorna sem tekur fáeinar mínútur með frumuteljara. Taxtakerfið gerir ráð fyrir að þetta sé talið gegnum smásjá en ekki í vélum. Vélarnar eru einfaldar í rekstri, viðhaldi og gæðaeftirliti (til dæmis Sysmex kerfið) og tækin sem til þarf eru til á vel flestum heilsugæslustöðvum í dag. Úrlestur blóðhags er daglegt viðfangsefni heimilislækna og margra annarra sérgreinalækna og tryggir öruggari greiningu og sparar innlagnir á sjúkrahús. Gerir þær markvissari öllu heldur.

Samfélagslega er ákaflega hagstætt að greiða sérfræðingum allra greina fyrir slíka rannsókn.

Annað sem vert er að benda á er að taxtar eru upplagt stjórnunartæki til þess að veita lækningum í þann farveg sem lækningayfirvöld óska.

Þetta er að mínu áliti spennandi sjónarmið sem hefur marga þróunarmöguleika. Þannig verði einfaldlega greitt betur fyrir þau störf sem þurfa ríkasta athygli læknisins og brýnast er að fái samfélagslega úrlausn að mati þeirra sem með stjórn fara.

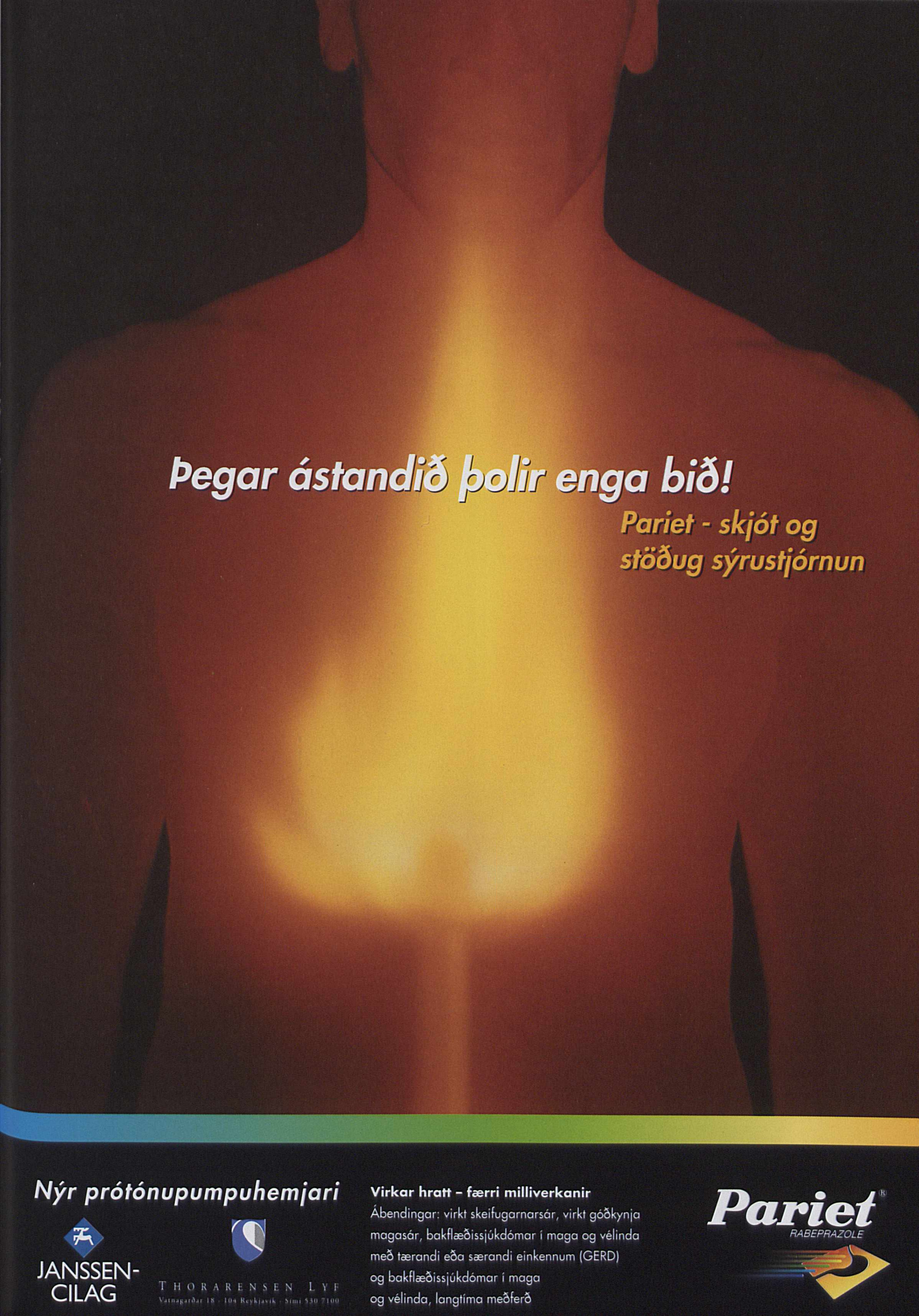
Svo dæmi sé tekið: greiðsla fyrir notkun mælitækja eins og MMSE og MADRS til að meta elliglöp og þunglyndi á sem hlutlægastan hátt. Taxti fyrir krabbameinssjúklinga og langveika sem þurfa langan tíma, nærgætni og óskoraða athygli. Taxti fyrir samtal við aðstandendur alvarlega veikra. Sömuleiðis útlendinga sem þurfa túlk. Taxti fyrir að setja upp reykinganámskeið fyrir sjúkling og eftirfylgd á því. Og svo mætti áfram telja. Slík uppbygging á gjaldskrá gæti sparað samfélaginu gríðarlegar fjárhæðir.

Aftur á móti eru einingar fyrir tanndrátt og klippingu á tunguhafti furðufyrirbæri í nútíma gjaldskrá.

Ráð er að endurskoða gjaldskrá einu sinni á ári eða annað hvert ár til þess að hún geti haft þessa virkni. Veita mætti kjararáði og félagi lækna umboð til eðlilegrar endurnýjunar á gjaldskrá og læknarnir í landinu væru svo í virku sambandi við þessa umbjóðendur sína til að koma á framfæri athugasemdum og tillögum.

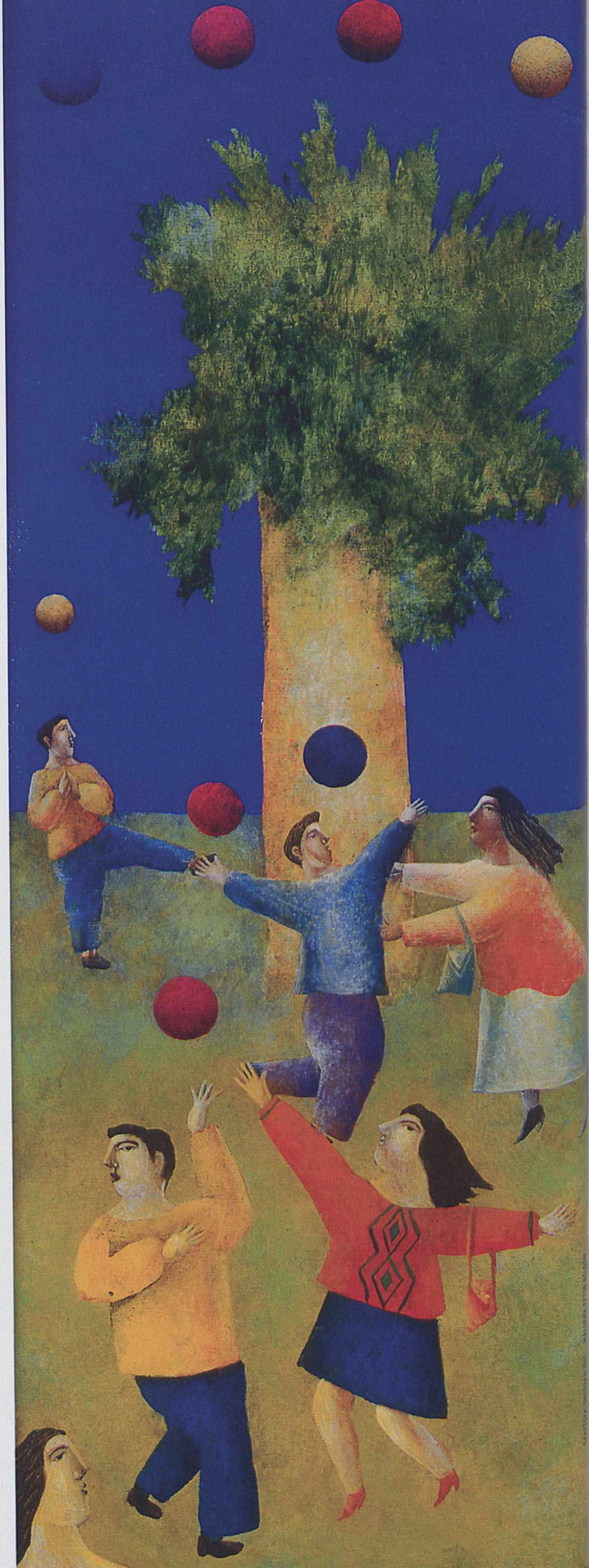
PARIET (Janssen-Cilag) SÝRUHJÚPSTÖFLUR; A 02 B C 04 **RE**

Virkt innihaldsefni: Rabeprazól natríum 10 og 20 mg.. **Ábendingar:** virkt skeifugarnarsár, virkt góðkynja magasár, bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda með tærandi eða særandi einkennum, bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda, langtíma meðferð. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Fullorðnir/aldraðir: Virkt skeifugarnarsár og virkt góðkynja magasár:* 20 mg einu sinni á dag að morgni. Flestir sjúklingar með virkt skeifugarnarsár ná bata innan fjögurra vikna. Sumir sjúklingar geta þó þurft aðra fjögurra vikna meðferð til þess að ná bata. Flestir sjúklingar með virkt góðkynja magasár ná bata innan sex vikna. En eins og áður geta sumir sjúklingar þurft aðra sex vikna meðferð til þess að ná bata. *Tærandi eða særandi bakflæðissjúkdómar í maga/vélinda:* 20 mg einu sinni á dag í 4-8 vikur. *Langtímameðferð við bakflæðissjúkdómum í maga/vélinda:* 10 eða 20 mg viðhaldsskammtur einu sinni á dag, háð svörun sjúklings. Aðvara skal sjúklinga um að tyggja hvorki né mylja töflurnar heldur gleypa þær í heilu lagi. *Skert starfsemi nýrna eða lifrar:* Ekki þarf að breyta skömmtum handa sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. *Börn:* Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir rabeprazól natríum, afleiðum benzímídazóls eða einhverju hjálparefni lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Minnkun sýkdómseinkenna við meðferð með rabeprazól natríum útilokar ekki að illkynja breytingar í maga eða vélinda séu fyrir hendi. Þess vegna á að útiloka illkynja breytingar áður en meðferð er hafin. Engin gögn varðandi minnkað öryggi lyfsins komu fram í rannsókn hjá sjúklingum með vægan eða miðlungs mikla skerðingu á lifrarstarfsemi samanborið við viðmiðunarhóp af sama aldri og kyni en þar sem ekki er að finna gögn um notkun lyfsins við meðferð sjúklinga með alvarlegar truflanir á lifrarstarfsemi, er þeim sem ávísa lyfinu ráðlagt að gæta varúðar þegar meðferð með lyfinu er fyrst hafin hjá slíkum sjúklingum. **Milliverkanir:** Rabeprazól natríum er umbrotið af cýtókróm P450 (CYP450) kerfinu. Rannsóknir á heilbrigðum einstaklingum hafa sýnt að rabeprazól natríum hefur ekki klínískt marktækar milliverkanir við lyf sem voru rannsökuð og umbrotna fyrir tilstilli CYP450 kerfisins: warfarín, fenýtóín, teófýllín og díazepam. Rabeprazól natríum veldur mikilli og langvarandi hömlun á seytingu magasýru. Milliverkanir við lyf þar sem frásog er háð sýrustigi geta komið fram. Samhliða gjöf rabeprazól natríums leiðir til 33% lækkunar á ketókónazólþéttni og 22% aukningar á lágmarksþéttni digoxíns hjá heilbrigðum einstaklingum. Því getur þurft að fylgjast með hverjum sjúklingi þegar slík lyf eru tekin samhliða rebeprazól natríum til þess að ganga úr skugga um hvort stilla þurfi skammta. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið á ekki að nota á meðgöngu eða þegar kona er með barn á brjósti. **Áhrif á hæfni til aksturs:** Á grundvelli lyfhrifa og samantektar um aukaverkanir er ólíklegt að lyfið valdi truflunum við akstur eða minnki hæfni til að nota vélar. Ef árverkni verður minni vegna syfju er þó ráðlegt að forðast akstur og stjórnun flókins vélbúnaðar. **Aukaverkanir:** Lyfið þoldist yfirleitt vel í klínískum rannsóknum. Aukaverkanir sem komu fram hafa yfirleitt verið vægar eða fremur vægar og skammvinnar í eðli sínu. Algengustu aukaverkanirnar **(tíðni 5%)** voru höfuðverkur, niðurgangur og ógleði. **Algengar (>1%):** Höfuðverkur, þróttleysi, ótilgreindir verkir/bakverkir, svimi, inflúensulík einkenni, sýking, svefnleysi, niðurgangur, ógleði, kviðverkir, uppþemba, kokbólga, uppköst, hægðatregða, nefslímubólga, hósti. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** vöðvaþrautir, brjóstverkir, svefnhöfgi, kuldahrollur, ropi, sinadráttur í fótum, liðverkir, hiti, munnþurrkur, meltingatruflanir,útbrot, berkjubólga, skútabólga, taugaóstyrkur, þvagfærasýkingar. **Mjög sjaldgæfar (<0,1%):** lystarleysi, þyngdarauknin, ofsakláði, truflanir á bragðskyni, sviti, hvítfrumnafjölgun, þunglyndi, magabólga, munnbólga, sjóntruflanir.Fyrir utan einstaka tilvik aukningar lifrarensíma, hafa ekki önnur frávik á rannsóknarstofugildum verið rakin til meðferðar með lyfinu. **Ofskömmtun:** Allt að 80 mg skammtar á dag hafa þolast vel. Ekkert sérstakt mótefni er þekkt. Rabeprazól natríum er mjög mikið próteinbundið og er þess vegna ekki auðvelt að himnuskilja. Eins og við aðra ofskömmtun á að veita meðferð við einkennum og almenna stuðningsmeðferð. **Lyfhrif:** Rabeprazól natríum tilheyrir flokki andseytandi efna, benzímídazólafleiða, sem sýna hvorki andkólínvirka né H2 histamínblokkandi eiginleika, en bæla losun magasýru með sérstakri hömlun á H^+/K^+-ATPasa ensíminu. Áhrif eru skammtaháð og leiða til hömlunar á bæði grunn- og örvaðri sýrulosun, óháð áreiti. *Andseytandi virkni:* Eftir inntöku 20 mg skammts af rabeprazól natríum hefst andseytandi verkun innan einnar klst., hámarksáhrif koma fram innan 2-4 klst. Hömlun á grunnlosun sýru 23 klst. eftir fyrsta skammt af rabeprazól natríum er 69% og 82% á fæðuörvaðri sýrulosun og hömlun helst í allt að 48 klst. Hamlandi áhrif rabeprazól natríum á sýrulosun aukast dálítið með endurtekinni skömmtun einu sinni á dag. Jafnvægi á hömlun næst eftir þrjá daga. Þegar notkun lyfsins er hætt, verður seytingarvirkni eðlileg á 2-3 dögum. *Frásog:* Lyfið er á formi sýruhjúptaflna.. Þetta lyfjaform er nauðsynlegt þar sem rabeprazól er óstöðugt í sýru. Frásog rabeprazóls hefst þess vegna ekki fyrr en taflan fer úr maga. Frásog er hratt, hámarksþéttni rabeprazóls kemur fram um 3,5 klst. eftir 20 mg skammt. Hjá heilbrigðum einstaklingum er helmingunartími um ein klst. og heildarúthreinsun í líkamanum er metin 283 98 ml/mín. Hvorki matur né sá tími dagsins sem lyfið er gefið hefur áhrif á frásog lyfsins. *Umbrot og útskilnaður:* Hjá mönnum eru tíóeter (M1) og karboxýlsýra (M6) aðalumbrotsefni í plasma auk súlfóns (M2), desmetýltíóeters (M4) og merkaptúrsýruafleiðu (M5) sem eru lítilvæg umbrotsefni sem greinast í minna mæli. Einungis desmetýl umbrotsefnið (M3) hefur lítils háttar andseytingarvirkni, en er ekki til staðar í plasma. Um 90% af skammtinum er skilið út í þvagi aðallega sem tvö umbrotsefni: merkaptúrsýruafleiða (M5) og karboxýlsýra (M6), ásamt tveimur óþekktum umbrotsefnum. Afgangur skammtsins kom fram í hægðum. *Skert nýrnastarfsemi:* Hjá sjúklingum með stöðuga nýrnabilun á lokastigi sem þurfa reglulega í blóðskilun var dreifing rabeprazóls mjög svipuð og hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum. AUC og Cmax hjá þessum sjúklingum voru um 35% lægri en samsvarandi stuðlar hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum. *Skert lifrarstarfsemi:* Helmingunartími rabeprazóls hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi var 12,3 klst. samanborið við 2,1 klst. hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum. *Aldraðir:* Brotthvarf rabeprazóls var eitthvað lægra hjá öldruðum. **Pakkningar/verð:** *10 mg*: 28 stk. – 2963 kr., 56 stk. – 5287. *20 mg*: 28 stk. – 4767 kr., 56 stk.. 8433 kr. **Hámarksmagns sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti.**


Þegar ástandið þolir enga bið!
Pariet - skjót og
stöðug sýrustjórnun
Nýr prótónupumpuhemjari
JANSSEN-
CILAG
THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100
Virkar hratt – færri milliverkanir
Ábendingar: virkt skeifugarnarsár, virkt góðkynja
magasár, bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda
með tærandi eða særandi einkennum (GERD)
og bakflæðissjúkdómar í maga
og vélinda, langtíma meðferð
Pariet®
RABEPRAZOLE

Sertral
(sertralín)

Öruggt og árangursríkt lyf við þunglyndi, þráhyggju- og árátttusýki



Hver tafla inniheldur: Sertralín hýdróklóríð, samsvarandi sertralín 50 mg. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Þunglyndi. Þráhyggju- og árátttusýki (obsessive-compulsive disorder). Felmtursköst (ofsahræðsla (panic disorder)), með eða án víðáttufælni (agoraphobia). **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtastærðir handa fullorðnum: **Við þunglyndi og þráhyggju- og árátttusýki:** 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 krampaköst. 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 háir 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 þyngdarauknin 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

Fundir Comité Permanent í desember 2000 og apríl 2001

Katrín Fjeldsted

Í DESEMBER SÍÐASTLIÐNUM VAR HALDINN FUNDUR HJÁ Comité Permanent (CP) og sótti undirrituð hann sem fulltrúi Læknafélags Íslands. Eins og fram hefur komið áður eru CP heildarsamtök evrópskra lækna og funda þau að jafnaði tvisvar til þrisvar árlega, yfirleitt í Brüssel. Fjármál samtakanna settu talsverðan svip á desemberfundinn. Fyrirtækið Price-WaterhouseCoopers hafði verið fengið til að endurskoða fyrri ársreikninga og gerði miklar athugasemdir við ársuppgjör fyrir 1998 og 1999 og virtist sem ekki væru til næg gögn um tæplega fimm milljón króna greiðslur alls. Af þeirri upphæð var ekki ljóst hvert rúm milljón hefði runnið. Þetta varð til þess að reikningarnir fengust ekki samþykktir og var afgreiðslu þeirra frestað til aprílfundar, svo og ákvörðun um árgjald aðildarfélaga. Dagana 26.-28. apríl í vor var svo farið yfir málin að nýju. Gjaldkeri CP, prófessor Vilmar og endurskoðandi félagsins, portúgalski læknirinn dr. Pedro Nunes, stóðu í ströngu fyrir fundinn og á honum en talið var að vafaatriði hefðu þá skýrst nægilega og voru fyrri ársreikningar loks samþykktir. Ljóst má telja að breytingar þær sem gerðar hafa verið á starfsemi samtakanna í tíð núverandi stjórnar, þar sem beitt hefur verið aðhaldi, sem og ytri og innri endurskoðun, verði til þess að óreiða af þessu tagi megi teljast úr sögunni.

Á desemberfundinum voru Pólland og Eistland tekin formlega inn í samtökin og eru því aðildarlöndin orðin 19. CP hefur fylgzt með viðræðum um stækkun Evrópusambandsins og Rainer Brettenthaler verið fulltrúi framkvæmdastjórnar CP. Mikilvægt er að hafa náið samstarf við kollega í væntanlegum ESB löndum svo að tryggja megi gagnkvæma viðurkenningu á réttindum og sambærilega heilbrigðisþjónustu í aðildarlöndunum.

Verklag hjá CP

Fyrstu tvo dagana koma undirnefndir CP saman og fara yfir verkefni sín, fella eða mæla með málum sem síðan koma til kasta aðalfundar (General Assembly) síðasta daginn en þar eru þau endanlega afgreidd. Þetta er nokkuð seinlegt fyrirkomulag en þó tryggir það að mál séu vel unnin. Mér var sagt áður en ég fór á minn fyrsta CP fund vorið 2000 að það gæti jafnvel tekið mörg ár að breyta kommusetningu í skjölum og samþykktum CP, en með nýju verklagi gengur vinnan mun greiðar en áður. Skjöl eru send út fyrirfram og telst mér til að þau hafi verið um hálft hundrað sem ég fékk í tölvupósti í vor og svo bættust nokkur við á fundinum sjálfum.

Í nefnd um fyrirbyggjandi læknisfræði og umhverfið (Preventive Medicine and Environment Subcommittee) er verið að fjalla um nýstofnaðan vettvang fyrir heilbrigðismál (European Health Forum, CP 2001/005), tóbak og ekki sízt þá fjármuni sem varið er til að styrkja tóbaksframleiðslu sem búgrein (CP 2001/044), Matvælastofnun og öryggi matvæla (Food Safety Authority, CP 2001/039 og fleira) til dæmis vegna díoxíneitrunar, kúariðu og erfðabreyttra matvæla (en þótt 100 manns hafi látist út kúariðu í Evrópu deyja 10.000 í Þýzkalandi árlega úr inflúensu og enginn talar um að skylt þyrfti að vera að bólusetja, sagði Zollner frá UEMS), næringu, atvinnusjúkdóma, öryggi í umferðinni (42.000 deyja og umferðarslysin kosta 160 milljón evrur árlega sagði dr. Haehnel frá Frakklandi), börn og áfengi (CP Info 14-2001, Svíar hafa skorið upp herör gegn áfengisneyzlu ungmenna og áhugi er fyrir því að fleiri aðildarríki geri slíkt hið sama), svo eitthvað sé nefnt.

Í nefnd um læknanám og framhaldsmenntun (Professional Training, CME and Medical Audit Subcommittee, nafninu var reyndar breytt þannig að CPD kemur í staðinn fyrir CME) bar mest á umræðu um gagnkvæma viðurkenningu á læknanámi og prófskírteinum, en einnig var rætt um framtíð ACMT (Advisory Committee on Medical Training, sem var læknisfræðileg ráðgjafanefnd fyrir Evrópuframkvæmdastjórnina (European Commission) en nýtur ekki lengur fjárstuðnings og hefur ekki komið saman í tvö ár. Ekkert hefur formlega komið í staðinn en ef til vill ætti CP að sinna slíku hlutverki. Ákveðið var að setja vinnuhóp í málið). Einnig hafa læknar í mörgum löndum áhyggjur af nýliðun í læknisfræði, einkum í vissum sérgreinum þótt offramleiðsla á læknum sé í sums staðar, til dæmis í Þýzkalandi. Í Bretlandi vantar 10.000 heimilislækna og þótt stjórnvöldum hafi árum saman verið gert það ljóst, vantar enn fjármagn fyrir ný störf.

Þriðja nefndin sinnir skipulagi heilbrigðisþjónustu, almannatryggingum, heilsuhagfræði og lyfjaiðnaði (Organisation of Health Care, Social Security, Health Economics and Pharmaceutical Industry Subcommittee). Þar var meðal annars

Höfundur er sérfræðingur í heimilislækningum og fulltrúi LÍ í Comité Permanent.



Rainer Brettenthaler nýkjörinn forseti CP ásamt greinarhöfundi.

rætt um jafnréttismál í stéttinni (Equal Opportunities, CP 2001/036) og er líklegt að vönduð jafnréttisstefna UEMO verði lögð til grundvallar hjá CP í stað þess að málið sé unnið upp að nýju.

Sú fjórða sinnir siðfræði og siðareglum (Ethics and Professional Codes Subcommittee). Þar eru á döfinni lyfjaauglýsingar á netinu (CP 2001/017), lyfjanotkun í íþróttum (CP 2000/044), kennsla í siðfræði fyrir læknanema (CP 2000/043, mannréttindi alþjóðleg og hvað lækna varðar (CP 2001/031 og fleira, CP 1999/032), upplýst samþykki (CP 2001/045), líftækniiðnaður (CP Info 11-2001 og líknardráp (CP 2000/085), en eins og margir vita hefur hollenzka þingið nýverið samþykkt lög sem undir vissum kringumstæðum heimila það).

Ályktanir

CP samþykkti nokkrar ályktanir á aprílfundi sínum. Ein fjallar um blóðgjafir og blóðgjafa (CP 2001/029), önnur mótmælir því harðlega að tóbaksræktun skuli njóta fjárstuðnings (CP 2001/044). Þá var lýst yfir stuðningi við 2001/115/EC um að leyfilegt magn vínanda í blóði ökumanns skuli ekki vera hærra en 0,5 mg/ml (CP 2001/060) og einnig var samþykkt ítarleg ályktun (CP 2000/087) um meginatriði í heilbrigðisþjónustu í ESB og EES löndum þar sem gengið er út frá:

a. ábyrgð einstaklingsins á heilsu sinni og skyldu samfélagsins að leggja því lið með fræðslu og heilbrigðu umhverfi,

b. að það sé réttur fólks að eiga jafnan aðgang að góðri heilbrigðisþjónustu, til að fyrirbyggja, greina, meðhöndla og endurhæfa,

c. rétti sjúklings til að velja sér lækni og er það í samræmi við faglegar siðareglur,

d. að heilbrigðisþjónusta byggi á samstarfi læknis og sjúklings, að unnið sé á viðurkenndan hátt (good clinical practice) og með samþykki sjúklingsins

e. að þagnarskylda sé siðfræðileg skylda sem verði að virða sjúklingsins vegna,

f. að virða verði rétt sjúklings til að leita álits annars læknis,

g. að veita verði heilbrigðisþjónustu, sem læknir sjúklings telur nauðsynlega, nógu fljótt til að ekki valdi tjóni og til að draga úr þjáningum sjúklings. Þetta nær til heilsugæzlu og sérfræðinga, innan og utan sjúkrahúsa og skal veita þjónustuna án þess að gert sé upp á milli fólks (free of all forms of discrimination),

h. að íbúar ESB/EES landanna verði að eiga rétt á að leita sér læknishjálpar án mismununar innan Evrópusambandsins sé kostnaður sambærilegur.

i. að fjármögnun heilbrigðisþjónustu verði að vera sértæk og gegnsæ, nægja til að mæta þörf almennings og uppfylla kröfur um lýðheilsu, tryggja sjálfbæra langtímaþróun í þjónustunni og nægja til að hægt sé að sinna vísindarannsóknum og endurmenntun/símenntun (CPD) sómasamlega að mati fagfólks,

j. að stöðug þróun gæðakerfa eigi að vera innbyggð í heilbrigðisþjónustu og fagleg skylda,

k. að gæðaþróun (quality improvement) skuli vera innifalin í allri heilbrigðisþjónustu. Læknafélög hvers lands þurfa að taka beinan þátt í kerfisbundinni þróun sem byggir á beztu þekkingu og

l. starfsfólk heilbrigðisþjónustu verður að taka þátt í gæðamati (external quality assessment)

Nýkjörinn forseti

Nýr forseti CP var kjörinn í apríl 2001 og tekur hann við um næstu áramót. Sá nefnist Rainer Brettenthaler og er frá Austurríki. Hann hefur verið fulltrúi austurrískra lækna í UEMO og CP í nokkur ár, bókaormur sem gaman er að tala við. Nýkjörnir varaforsetar eru Pedro Nunes frá Portúgal, Len Harvey frá Bretlandi, Jesper Poulsen frá Danmörku og Christopoulos frá Grikklandi. Prófessor Vilmar frá Þýzkalandi var endurkjörinn gjaldkeri og undirrituð naut þess heiðurs að vera kjörin endurskoðandi (internal auditor) samtakanna.

Nánari upplýsingar eru fáanlegar hjá Læknafélagi Íslands.

Aventis

Telfast®

fexofenadin

-áhrifaríkt andhistamín



- Bætir lífsgæði sjúklinga marktækt betur en lóratadín[1)]
- Engin slævandi áhrif – öruggt fyrir flugmenn og aðra í krefjandi störfum[2)]
- Dregur marktækt úr nefstíflu[1,3,4)]

TELFAST TÖFLUR; Hver tafla inniheldur: Fexofenadinum INN, klóríð 120 mg eða 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:* Dregur úr einkennum sem koma fram vegna langvinns ofsakláða (chronic idiopathic urticaria). **Skammtar:** *Fullorðnir og börn 12 ára og eldri:* ***Ofnæmiskvef:*** Ráðlagður skammtur af fexófenadíni fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára er 120 mg einu sinni á dag. ***Einkenni vegna langvinns ofsakláða:*** Ráðlagður skammtur af fexófenadíni fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára er 180 mg einu sinni á dag. *Börn yngri en 12 ára:* Virkni og öryggi fexófenadíns hefur ekki verið rannsakað hjá börnum yngri en 12 ára. **Frábendingar:** Lyfið er ekki ráðlagt sjúklingum sem hafa þekkt ofnæmi fyrir einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Eins og fyrir 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 fexófenadíns hjá þessum sérstöku 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 samtímis gjöf fexófenadíns og erýthrómýcíns eða ketókónazóls leiðir til að þéttni fexófenadíns í blóði verður tvisvar til þrisvar sinnum meiri. Breytingarnar leiddu ekki til áhrifa á QT bilið og ekki til aukningar á aukaverkunum, borið saman við lyfin gefin sitt í hvoru lagi. 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 fexófenadíns minnkun í aðgengi, líklega vegna bindingar í meltingarveginum. Ráðlagt er að láta 2 klst. líða á milli inntöku fexófenadíns og sýrubindandi lyfja sem innihalda ál og magnesíum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engin reynsla er af notkun fexófenadíns hjá barnshafandi konum. Eins og á við um önnur lyf ætti ekki að nota fexófenadín á meðgöngu nema að tilætlaður árangur sé mikilvægari en möguleg áhætta fyrir fóstrið. Engar upplýsingar eru fyrir hendi um innihald móðurmjólkur kvenna eftir töku fexófenadíns. 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. **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. **Lyfhrif:** Fexófenadín hýdróklóríð er H_1-andhistamín án róandi áhrifa. Fexófenadín er lyfjafræðilega virkt umbrotsefni terfenadíns. **Pakkningar og verð (apríl 2001):** Töflur 120 mg:30 stk. (þynnupakkað) 2.107 kr., 100 stk. (þynnupakkað) 5.381 kr. Töflur 180 mg: 30 stk. (þynnupakkað) 2.633 kr., 100 stk. (þynnupakkað) 6.863 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** E. **Umboðsaðili á Íslandi:** Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær. **Styttur texti sérlyfjaskrár 2000.** Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja hverri pakkningu lyfsins.

Heimildir: 1) Van Cauwenberge P. et al. Clinical & Experimental Allergy 2000; 2) Nicholson A.N. et al. Antihistamines and Aircrew: Aviation, Space and Environmental Medicine 2000; 3) Bernstein D.I. et al. Ann Allergy, Asthma, Immunol 1997; 4) Howarth P.H. et al. J Allergy Clin Immunol 1999.



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. Af 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 aukinni hættu á tannskemmdum. Ekki hefur fengist reynsla af meðferð sjúklinga með geðklofa. Áhrif venlafaxíns á tviskauta því að fylgist 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 klínísk reynsla hjá geðlægð (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið þróun til oflætisfasa. Sjúklingar með flogaveiki þarfnast viðeigandi flogaveikilyfjameðferðar. Ekki hefur fengist klínísk reynsla hjá börnum. Lækkun natríums í blóði hefur stöku sinnum sést við meðferð með geðdeyfðarlyfjum, m.a. serótóninupptökuhemlum, 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 litíum, diazepami og etanóli á meðan á meðferð stendur með venlafaxíni. Rannsóknir benda til þess að venlafaxín umbrotni í O-desmetylvenlafaxín af völdum ísóenzýmsins CYP2D6 og í N-desmetylvenlafaxín af völdum ísóenzýmsins 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. ketókonazóli. 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 Depot kann að hagga á viðbrögðum sumra sjúklinga. Þetta 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 hagga 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. Aukaverkanirnar 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, svitaköst, eyrnasuð, svimi, svefnhöfgi, skjálfti. Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundið blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, æðavikkun, hjartsláttarónot. 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. Eir kenni: Bæling miðtaugakerfisins, krampar, andkolinvirk einkenni, hraðtaktur, hægataktur, lækkaður blóðþrýstingur, ST/T-breytingar, lenging QRS-bils, lenging QT-bils. Meðferð: Tryggja að öndunarvegur sé vel opinn, fylgjast með hjartarafriti, lyfjakol; magaskolun kemur til greina. Raðstafanir 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-desmetylvenlafaxín 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-desmetylvenlafaxín draga úr næmi beta-aðrenvirkra viðtaka bæði við skammtíma- (einn skammtur) og langtímameðferð. Venlafaxín og O-desmetylvenlafaxín eru nær jafnvirk hvað varðar endurupptöku taugaboðefna. Venlafaxín sýnir enga tækni í kólínvirka(muskarín-), histamínvirka eða alfa1-aðrenvirka viðtaka og ekki hefur verið sýnt fram á neina sækni í ópíum- eða bensódíazepínnæma viðtaka. Venlafaxín hamlar ekki starfsemi ensímsins mónóamínoxíðasa. Lyfjahvörf: Venlafaxín hefur ekki verið gefið í æð. Heildaraðgengi eftir inntöku er talið vera 42%±15%. Hámarksblóðþéttni Efexor 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-desmetylvenlafaxíns 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-desmetylvenlafaxín. Venlafaxín umbrotnar mjög mikið. Umbrot venlafaxíns í O-desmetylvenlafaxín gerast fyrir tilstilli CYP2D6. Í þeim einstaklingum, þar sem debrisokín er ekki hefur verið sýnt fram á neina sækni í ópíum- eða bensódíazepínnæma viðtaka. Venlafaxín hamlar ekki starfsemi ensímsins mónóamínoxíðasa. Lyfjahvörf: Venlafaxín hefur ekki verið gefið í æð. Heildaraðgengi eftir inntöku er talið vera 42%±15%. Hámarksblóðþéttni Efexor 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-desmetylvenlafaxíns 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-desmetylvenlafaxín. Venlafaxín umbrotnar mjög mikið. Umbrot venlafaxíns í O-desmetylvenlafaxín gerast fyrir tilstilli CYP2D6. Í þeim einstaklingum, þar sem debrisokín er ekki hefur verið sýnt fram á neina sækni í ópíum- eða bensódíazepínnæma viðtaka. Venlafaxín hamlar ekki starfsemi ensímsins mónóamínoxíðasa. Lyfjahvörf: Venlafaxín hefur ekki verið gefið í æð. Heildaraðgengi eftir inntöku er talið vera 42%±15%. Hámarksblóðþéttni Efexor 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-desmetylvenlafaxíns 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-desmetylvenlafaxín. 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 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, hámarkssölu verð 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

Fundur Alþjóðafélags lækna í Divonne-les Bains, Frakklandi

Vorfundur Alþjóðafélags lækna (World Medical Association, WMA) var að venju haldinn í smábænum Divonne les Bains í Frakklandi dagana 3.-6. maí síðastliðinn, en skrifstofa samtakanna er í nánd við fundarstaðinn. Frá LÍ fóru formaður, varaformaður og formaður Siðfræðiráðs.

Helstu málefni fundanna voru eftirfarandi.

1. Gagnagrunnar á heilbrigðissviði

Fyrir fundinum lá tillaga frá vinnuhópi að stefnu Alþjóðafélags lækna varðandi söfnun upplýsinga í gagnagrunna á heilbrigðissviði og notkun þeirra. Þessi tillaga hafði verið til umræðu í öllum aðildarfélögum Alþjóðafélagsins, 72 að tölu og höfðu athugasemdir komið frá 12 þeirra, sumar ítarlegar. Umræður stóðu í þrjár klukkustundir í einni af fastanefndunum og þótt flestallir virtust vera sama sinnis varðandi meginreglur var ekki unnt að ljúka verkinu í nefndinni. Þó tókst að mestu að ljúka vinnu við ráðleggingar (recommendations) sem eru stuttar og almenns eðlis, en töluvert vantar á að forsendur (preamble) og útskýringar (principles) væru komnar í endanlegt horf. Drögin ásamt athugasemdum verða nú send vinnuhópnum að nýju sem eftir endurskoðun verður að senda drögin út aftur til allra læknafélaga innan Alþjóðafélags lækna. Vinnuhópurinn var jafnframt stækkaður og hefur nú fulltrúa frá níu löndum. Á þessari stundu er erfitt að sjá hvort endanleg yfirlýsing verður afgreidd á ársfundi Alþjóðafélags lækna í haust eða hvort frekari umræður þurfi að fara fram sem er þó líklegra. Stórir, samsettir gagnagrunnar af því tagi sem áætlað er að koma á fót á Íslandi, eru ný fyrirbæri og vegna þeirrar umræðu sem íslensku hugmyndirnar vöktu innan samtakanna eru þau meðal þeirra fyrstu á alþjóðavettvangi sem taka þetta efni til umræðu. Af þeim ástæðum líta samtökin á þetta málefni sem mjög mikilvægt fyrir þau og vilja því vanda vel til myndunar sameiginlegrar yfirlýsingar. Af Íslands hálfu var lögð áhersla á tvö atriði, að fyrirframgefið samþykki verði regla með fáum, vel skilgreindum afmörkuðum undantekningum, og að möguleiki verði gefinn á að taka gögn úr grunninum ef farið væri fram á það svo framarlega sem þau væru ekki komin á úrvinnslustig.

2. Helsinkiyfirlýsingin

Síðasta útgáfa var samþykkt síðastliðið haust á ársfundi Alþjóðafélags lækna eftir meiri umræður en áður hafa farið fram um nokkra yfirlýsingu samtakanna. Einnig höfðu fleiri aðilar en áður, bæði lærðir og leikir, tekið þátt í umræðunni. Eftir að þessi útgáfa var samþykkt hefur hún verið kynnt alþjóðlega og fengið mjög góðar viðtökur með tveimur undantekningum. FDA í Bandaríkjunum og lyfjastofnun Evrópusambandsins hafna túlkun Alþjóðafélags lækna í yfirlýsingunni, að það sé ósiðlegt að setja upp lyfjarannsóknir með lyfleysu ef til væri viðurkennd meðferð við umræddum sjúkdómi. Samþykkt var að vinnuhópur innan Alþjóðafélags lækna fylgdist með umræðunni á næstunni og kæmi með ráðleggingar til samtakanna um hvort og til hvaða viðbragða ætti að grípa vegna þessara gagnrýnisatriða, en vinnuhópurinn fékk ekki umboð til að endurskoða yfirlýsinguna að öðru leyti.

3. Líknardráp

Fram var borin tillaga frá norska læknafélaginu þar sem áréttað var álit Alþjóðafélags lækna í fyrri ályktunum að líknardráp væri undir engum kringumstæðum réttlætanlegt. Þessi ályktun var viðbragð samtakanna við nýsettum lögum í Hollandi sem leyfa líknardráp undir vissum, ströngum kringumstæðum og var hún samþykkt með öllum atkvæðum gegn atkvæði hollenska fulltrúans. Gagnrýnin sem fulltrúi Hollands fékk var svo ákveðin og hörð, að formaður stjórnarinnar sá ástæðu til að minna fulltrúa á að sýna hver öðrum kurteisi. Það er hins vegar staðreynd sem ekki er hægt að horfa framhjá að hollenska læknafélagið var samþykkt setningu laganna og að umræða af þessu tagi á sér stað víðar í heiminum.

3. Bann við tóbaksauglýsingum

Fram var sett hörð gagnrýni á Alþjóðheilbrigðisstofnunina (WHO) sem hefur dregið til baka tillögu um bann við tóbaksauglýsingum vegna þrýstings. Það merkilega er að þessi þrýstingur hefur ekki komið beint frá tóbaksfyrirtækjum heldur frá aðilum sem hafa verið háðir tóbaksauglýsingum svo sem ýmsum íþróttasamtökum og menningarstofnunum. Tillaga um gagnrýni á WHO var samþykkt og verður þegar notuð í viðræðum við stofnunina, en að öðru leyti eru mjög góð tengsl við hana.

4. Notkun geðdeilda í refsingarskyni

Aftur koma fréttir af misnotkun geðdeilda og meðhöndlunar við meintri geðveiki hjá stjórnarandstæðingum í vissum löndum svo sem í Kína, en fréttir af þessu tagi voru algengar á tímum Sovétríkjanna. Samþykkt var ályktun sem fordæmir aðferðir af þessu tagi.

5. Sjálfstæði lækna

Fyrir lá tillaga að ályktun um þetta efni, en í mörgum löndum er þrengt að sjálfstæði lækna. Oft er það vegna efnahagslegra þrenginga þar sem þeim er ókleift að veita þá meðferð sem þeir vita er best, ekki síst í þróunarlöndunum. Annars staðar eru læknar undir pólitískum þrýstingi. Vinnuhópur mun skoða þessa tillögu næstu mánuði og fá aðildarfélögin tækifæri til að koma með athugasemdir áður en efnið verður lagt fyrir aftur í haust.

6. Samskipti lækna og lyfjafræðinga

Alþjóðafélag lækna hefur lagt áherslu á að hafa góð samskipti við alþjóðleg samtök annarra heilbrigðisstétta og hefur það í reynd einkum átt við alþjóðasamtök hjúkrunarfræðinga og lyfjafræðinga. Dæmi um þetta er áheyrnaraðild þessara samtaka á ársfundi Alþjóðafélags lækna. Annað dæmi er sameiginleg yfirlýsing Alþjóðafélagsins og IPF (International Pharmaceutical Federation) frá 1999 um samskipti lækna og lyfjafræðinga í daglegu starfi. Mjög hefur reynt á þessi samskipti að undanförnu, einkum í Suður-Kóreu og á Spáni. Ákveðið var að fela framkvæmdastjóra Alþjóðafélags lækna að láta fara fram könnun meðal aðildarfélaganna á samskiptum þessara stétta og koma með tillögu að breytingu að samkomulaginu ef talið væri nauðsynlegt. Áhersla er lögð á að viðhalda góðum samskiptum án þess að slá af í meginatriðum.

7. Ýmis mál

Sum mál komu fram í byrjun funda og voru efnislega lítið rædd en verða send út til umsagnar. Dæmi um þetta er tillaga um að hætta að nota heiti á stöðum og persónum þegar nýir sýklar eða sjúkdómar fá nafn (fékk litlar undirtektir), tillaga um að skoða flæði lækna milli landa og tillaga um að skoða mismunandi heilbrigðiskerfi. Samþykkt var tillaga um að fordæma notkun föstureyðinga sem hluta af kynjamisrétti og samþykkt var að endurskoða fyrri yfirlýsingu um efna- og sýklavopn.

Flest þessara mála verða send til ársfundarins í Nýju-Delí í haust, ýmist óbreytt eða eftir frekari vinnu í vinnuhópum. Sum málefni verða þó send strax frá samtökunum svo sem tillagan um tóbakið sem beint var að WHO og álitið um misnotkun geðlækninga. Einnig sendi fundurinn bréf til tyrkneska læknafélagsins, undirritað af öllum viðstöddum, þar sem þau eru studd í andstöðu sinni við yfirvöld sem beita þá lækna refsingum sem neita að neyða næringu í fanga sem eru í mótmælasvelti.

Læknafélag Íslands hefur nú ákveðið að taka virkari þátt í starfsemi Alþjóðafélags lækna en áður enda fengið fulltrúa í stjórn næstu tvö ár að minnsta kosti. Þrátt fyrir fámenni er félagið langt frá því að vera minnst í þessum félagsskap og þegar kemur að málefnum er óhætt að segja að félagið hafi lagt meira að mörkum en flest önnur innan samtakanna síðustu tvö árin.

Jón Snædal
Sigurbjörn Sveinsson
Tómas Zoëga

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 eukinni 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-tíma ferli (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. **Pakkningar og hámarksverð:** Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti: *20 mg: 7 töflur í veski:* 1.679 kr., *28 töflur í veski:* 5.294 kr., *50 töflur, þynnupakkaðar:* 8.605 kr., *56 töflur í veski:* 9.630 kr., *100 töflur, glas:* 16.046 kr. 40 mg: *7 töflur í veski:* 2.037 kr., *28 töflur í veski:* 6.241 kr., *50 töflur þynnupakkaðar:* 10.383 kr., *100 töflur í glasi:* 19.529 kr. **Afgreiðslutilhögun:** ***Lyfið er lyfseðilskylt.*** **Greiðsluþátttaka: E.** Maí 2001.

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**

Góði hirðirinn



Árni Björnsson

Á NÝLIÐNUM VETRI GERÐI FJÓRÐUNGSSJÚKRAHÚSIÐ á Akureyri, svokallaðan þjónustusamning við fyrirtækið Íslenska erfðagreiningu. Samningur þessi var gerður í samræmi við lög um gagnagrunn á heilbrigðissviði en samkvæmt þeim lögum skulu heilbrigðisstofnanir og starfandi læknar láta fyrirtækinu í té upplýsingar um sjúklinga sína, lifandi og látna, sem síðan skal safna í væntanlegan gagnagrunn á heilbrigðissviði, sem afhendist fyrirtækinu de Code Genetics til lítt- eða óskilgreindra afnota í 12 ár. Söguna þá þarf ekki frekar að rekja. En viðsemjendum ÍE varð á í messunni. Í samninginn var nefnilega lætt inn klausu um að upplýsingaskyldan næði til presta og djákna sem starfa í þágu sjúklinga á sjúkrahúsinu. Í framhaldi af samningnum birtist svo grein í Morgunblaðinu eftir séra Örn Bárð Jónsson þar sem hann benti á að það samrýmdist ekki starfi kirkjunnar þjóna að gefa þriðja aðila trúnaðarupplýsingar um skjólstæðinga sína, hvort sem þjónninn starfaði utan eða innan stofnunar. Biskup Íslands brá við skjótt og staðfesti að sjónarmið séra Arnar Bárðar væri í samræmi við siðareglur Þjóðkirkjunnar og því bannaði hann prestlærðum að gefa slíkar upplýsingar, sama hver í hlut ætti. Viðbrögð stjórnar FSA og ÍE urðu þau, að því var heitið að klásúla þessi skyldi strikuð útúr samningnum. Spurningin er hvort hægt sé að treysta loforðinu og hvort ekki verði fundin hliðargata til að læða þessum upplýsingum inn.

Hinn 15. október 1998 sendi undirritaður bréf til biskups Íslands, það er að segja þegar verið var að reka gagnagrunnslögin í gegnum Alþingi, meðal annars með samþykki presta sem sæti áttu þá á Alþingi og sitja líklega enn. Undirritaður benti á hvaða vandamál, vísindaleg og siðfræðileg mundu skapast ef frumvarpið yrði að lögum. Öll þessi vandamál hafa komið uppá yfirborðið og sér ekki fyrir um lausn þeirra. Orðrétt stendur í bréfinu. „Ég ætla ekki að telja þau (vandamálin) upp hér aðeins benda á að trúnaður milli læknis og sjúklings er á margan hátt hliðstæður trúnaði milli prests og sóknarbarna hans. Ætli nokkrum hafi komið til hugar að setja slíkar upplýsingar í miðlægan gagnagrunn (annað hefur komið í ljós) þó eflaust mætti vinna úr slíkum grunni gagnlegar upplýsingar um margvísleg þjóðfélagsleg, siðferðileg og trúarleg vandamál og líklega gæti grunnurinn orðið góð söluvara.“ Svigarnir eru síðari viðbót höfundar.

Þetta var í lok prestastefnunnar og mörg mál vafalaust óafgreidd. Þá voru líka ýmsar hræringar innan kirkjunnar, sem prestum þótti brýnna að slétta. Gagnagrunnsmálið komst því aldrei á dagskrá og því miður hefur kirkjan og prestastéttin, með örfáum undantekningum, verið harla tómlát um það. Ekki skal það lastað þó kirkjunnar þjónar áttuðu sig ekki á því í upphafi hvað hér var á ferðinni en eftir klúður stjórnar FSA ættu hvorki prestar né leikmenn að velkjast í vafa um að hér er á ferðinni gróf aðför að persónuvernd með þjóðinni og ekki séð hve langt verður gengið. Hvenær koma lögin um Miðlægan gagnagrunn á trúarsviði?

En snúum okkur að læknastéttinni. Staða landlæknis gagnvart okkur læknum og skjólstæðingum okkar er á margan hátt hliðstæð stöðu biskups. Báðir eru opinberir starfsmenn, sem skulu hafa umsjón með stéttum sem eiga að hlíta aldagömlum siðareglum. Báðum er skylt að gæta þess að þessar siðareglur séu haldnar, enda sé það bæði í þágu meðlima stéttanna og skjólstæðinga þeirra. Prestum ber að gæta þess að grafarró látinna sé ekki raskað, en grafarró nær ekki aðeins til jarðneskra leifa heldur einnig til þess að trúnaðarupplýsingar um látna séu ekki dregnar fram í dagsljósið nema með leyfi aðstandenda, þannig væri ekki órökrétt að slíkar upplýsingar, sem færðar hafa verið til bókar af læknum eða prestum væru eyðilagðar, að einstaklingnum látnum, ef hann hefði óskað þess fyrir dauða sinn, eða ef nánir aðstandendur krefðust þess að honum látnum.

Lögin um gagnagrunn á heilbrigðissviði ná útyfir gröf og dauða, en þau brjóta í bága við siðareglur presta og lækna um varðveislu gagna, ritaðra eða huggeymdra varðandi lifandi og látna, sem samkvæmt þeim er óheimilt að afhenda þau þriðja aðila.

Vitað er að aðstandendur látinna hafa farið þess á leit við landlæknisembættið að gögn um aðstandendur séu ekki færð til gagnagrunnsins. Vitað er líka að landlæknir hefur neitað því, að minnsta kosti í einu tilviki og aðstandendur viðkomandi hafa höfðað mál gegn embættinu. Nú hefur biskupinn yfir Íslandi birt þjónum sínum sinn vilja. Mega læknar vænta svipaðra viðbragða frá yfirvaldi sínu eða mun þeim skipað að beygja sig áfram undir valdið?



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]

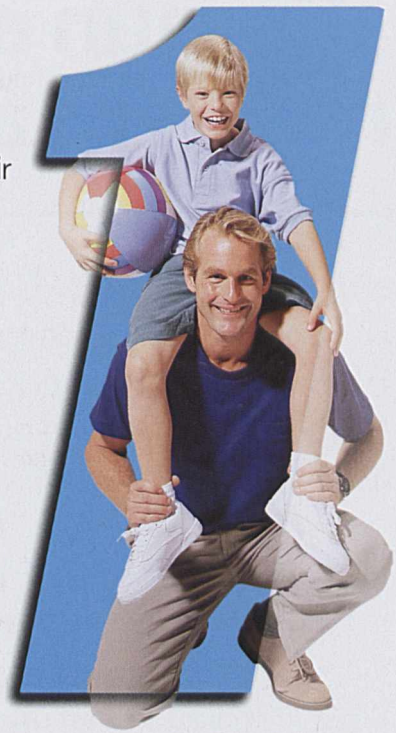
(Sjá sérlyfjaskrártexta og heimildaskrá á næstu síðu)

Nexium®
esomeprazole

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

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.

Neyðargetnaðarvörn

ÞETTA ER FYRSTI PISTILLINN Í RÖÐ PISTLA SEM UNNIR eru samhliða vefsíðu um klínískar leiðbeiningar á vegum landlæknisembættisins. Pistlum þeim sem birtast í Læknablaðinu er ætlað að fræða lækna og aðra áhugasama um þá málaflokka sem fjallað hefur verið um við gerð klínískra leiðbeininga og jafnframt að vekja athygli lækna á því efni sem er að finna á vefsíðunni en þar eru víða ítarlegri leiðbeiningar og tenglar á frekari fróðleik. Í hverju blaði verður fjallað um eitt viðfangsefni er varðar klínískar leiðbeiningar og í þessum fyrsta pistli er fjallað um neyðargetnaðarvörn, en það efni kom út 30. mars 2001.

Tilgangur með gerð klínískra leiðbeininga um neyðargetnaðarvarnir er fyrst og fremst að auka þekkingu almennings og heilbrigðisstarfsfólks á neyðargetnaðarvörnum og bæta heilbrigðisþjónustuna. Markmið með neyðargetnaðarvörn eru að auðvelda konum/pörum að stjórna kynlífi og barneignum og fækka óráðgerðum getnaði og þar með fóstureyðingum og ótímabærum barneignum.

Neyðargetnaðarvörn er getnaðarvörn, sem kemur í veg fyrir getnað og þungun eftir óvarðar samfarir, en ekki fóstureyðing. Hún hefur áhrif áður en egglos eða bólfesta á sér stað. Hún kemur fyrst og fremst að notun eftir óvarðar samfarir, þar sem getnaðarvarnir eru ekki notaðar eða þær taldar hafa brugðist.

Til hvers er neyðargetnaðarvörn?

Neyðargetnaðarvörn er nauðsynlegur valkostur til að koma í veg fyrir óráðgerðan getnað. Hún er ætluð öllum konum á barneignaaldri. Hún er sérstaklega mikilvæg fyrir unglingsstúlkur sem eru oft ekki byrjaðar að nota öruggar getnaðarvarnir. Á Íslandi er tíðni fæðinga og fóstureyðinga meðal ungra stúlkna há samanborið við nágrannalönd. Í innlendum og erlendum athugunum hefur komið í ljós að neyðargetnaðarvarnir eru tíðum ekki notaðar eins oft og þyrfti meðal annars vegna þekkingarskorts heilbrigðisstarfsfólks og almennings. Tegundir neyðargetnaðarvarna eru hormónatöflur og lykkja. Nánari upplýsingar um verkun og aukaverkanir er að finna á síðu um neyðargetnaðarvarnir, sjá hér að aftan.

Ráðgjöf, fræðsla og eftirlit

Viðkomandi einstaklingur eða par á rétt á hlutlausri, haldgóðri ráðgjöf og fræðslu í einrúmi. Leggja ber áherslu á, að því fyrr sem neyðargetnaðarvarnartöflur eru teknar eftir óvarðar samfarir, því betri er árangur. Endurtaka má skammt eða benda á lykkju ef uppköst verða innan einnar klukkustundar frá töflutöku. Fræða þarf um verkun og aukaverkanir, öruggar getnaðarvarnir og hættu á kynsjúkdómasmiti. Ráðleggja þarf um notkun getnaðarvarna fram að næstu blæðingum og kynna hvernig bregðast skuli við ef meðferðin ber ekki árangur Ef blæðingar koma ekki á væntanlegum tíma er ráðlagt að gera þungunarpróf. Ekki hefur verið sýnt fram á fósturskemmdir eftir töku neyðargetnaðarvarnartaflna né aukna hættu á fósturláti. Óhætt er að halda meðgöngu áfram ef konan óskar þess. Endurkoma getur verið skynsamleg til eftirlits og fræðslu þá sérstaklega um áframhaldandi getnaðarvörn og hættu á kynsjúkdómasmiti.

Alltaf ætti að gefa á upplýsingar um hugsanlegar aukaverkanir og viðeigandi ráðstafanir ef meðferðin bregst. Gera á þungunarpróf ef blæðingar dragast.

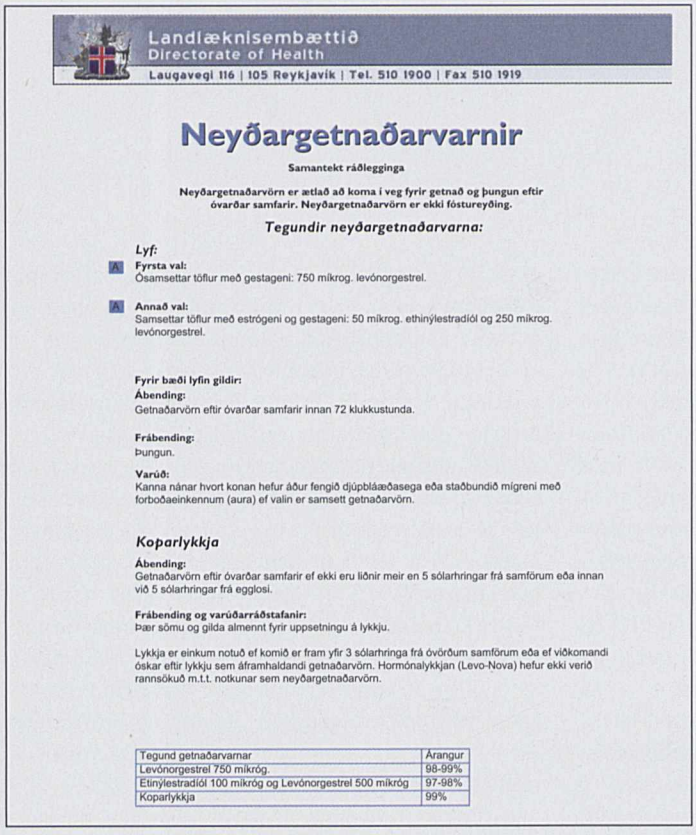
Ef lykkja er notuð skal taka lykkjuna við næstu blæðingar, ef hún er ekki höfð áfram sem getnaðarvörn og jafnframt ef þungun verður og konan ákveður að halda meðgöngu áfram.

Val á neyðargetnaðarvörn

Um þrjá möguleika er að ræða: Ósamsettar töflur, (levonorgestrel töflur) eru fyrsta val, einkum vegna þess að þær hafa færri aukaverkanir en samsettar töflur. Samsettar töflur má nota í þeim tilvikum þar sem þær eru aðgengilegri. Æskilegt er að auka almennt ráðlagðan skammt neyðargetnaðarvarnataflna ef konan er á lyfjum sem hafa áhrif á virkni lyfsins svo sem flogaveikilyf og sum sýklalyf. Lykkja er einkum notuð ef komið er fram yfir þrjá sólarhringa frá óvörðum samförum eða ef viðkomandi óskar eftir lykkju sem áframhaldandi getnaðarvörn. Hormónalykkjan (Levo-Nova) hefur ekki verið rannsökuð með tilliti til notkunar sem neyðargetnaðarvörn.

Aðgengi

Neyðargetnaðarvarnartöflur fást gegn lyfseðli hjá öllum læknum. Á heilsugæslustöðvum og læknavöktum á að vera hægt að fá lyfseðil fyrir neyðargetnaðarvörn samdægurs. Hafa má samband við vakthafandi lækni á kvennadeildum til að fá neyðargetnaðarvörn. Barnalæknar, heimilislæknar og aðrir



Landlæknisembættið
Directorate of Health
Laugavegi 116 | 105 Reykjavík | Tel. 510 1900 | Fax 510 1919

Neyðargetnaðarvarnir

Samantekt ráðlegginga

Neyðargetnaðarvörn er ætlað að koma í veg fyrir getnað og þungun eftir óvarðar samfarir. Neyðargetnaðarvörn er ekki fóstureyðing.

Tegundir neyðargetnaðarvarna:

Lyf:

A **Fyrsta val:**
Ósamsettar töflur með gestageni: 750 míkrog. levónorgestrel.

A **Annað val:**
Samsettar töflur með estrógeni og gestageni: 50 míkrog. ethinýlestradíól og 250 míkrog. levónorgestrel.

Fyrir bæði lyfin gildir:
Ábending:
Getnaðarvörn eftir óvarðar samfarir innan 72 klukkustunda.

Frábending:
Þungun.

Varúð:
Kanna nánar hvort konan hefur áður fengið djúpblæðasega eða staðbundið mígreni með forboðaeinkennum (aura) ef valin er samsett getnaðarvörn.

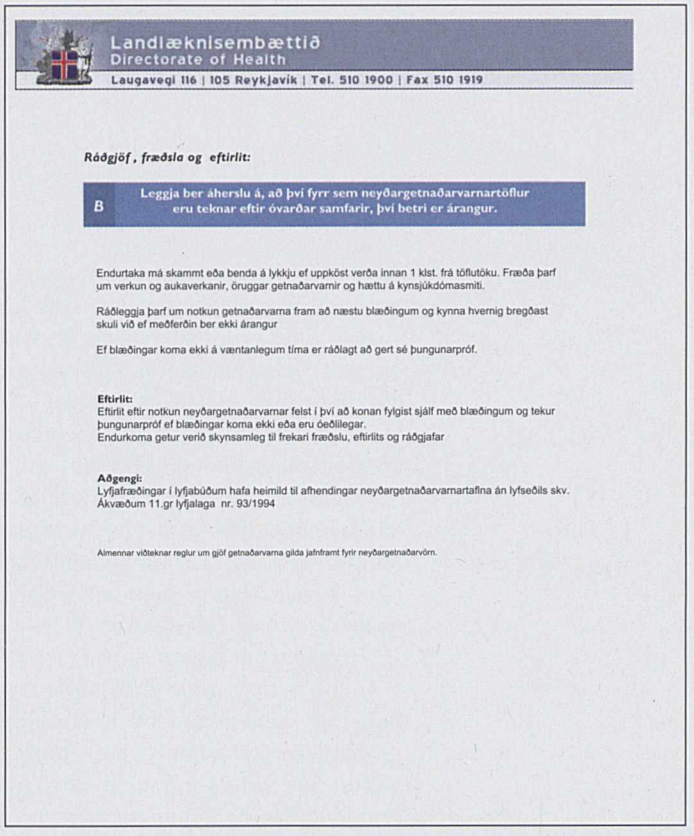
Koparlykkja

Ábending:
Getnaðarvörn eftir óvarðar samfarir ef ekki eru liðnir meir en 5 sólarhringar frá samförum eða innan við 5 sólarhringar frá egglosi.

Frábending og varúðarráðstafanir:
Þær sömu og gilda almennt fyrir uppsetningu á lykkju.

Lykkja er einkum notuð ef komið er fram yfir 3 sólarhringa frá óvörðum samförum eða ef viðkomandi óskar eftir lykkju sem áframhaldandi getnaðarvörn. Hormónalykkjan (Levo-Nova) hefur ekki verið rannsökuð m.t.t. notkunar sem neyðargetnaðarvörn.

Tegund getnaðarvarnar	Árangur
Levónorgestrel 750 míkróg.	98-99%
Etinýlestradíól 100 míkróg og Levónorgestrel 500 míkróg	97-98%
Koparlykkja	99%



Landlæknisembættið
Directorate of Health
Laugavegi 116 | 105 Reykjavík | Tel. 510 1900 | Fax 510 1919

Ráðgjöf, fræðsla og eftirlit:

B **Leggja ber áherslu á, að því fyrr sem neyðargetnaðarvarnartöflur eru teknar eftir óvarðar samfarir, því betri er árangur.**

Endurtaka má skammt eða benda á lykkju ef uppköst verða innan 1 klst. frá töflutöku. Fræða þarf um verkun og aukaverkanir, óruggar getnaðarvarnir og hættu á kynsjúkdómasmiti.

Ráðleggja þarf um notkun getnaðarvarna fram að næstu blæðingum og kynna hvernig bregðast skuli við ef meðferðin ber ekki árangur

Ef blæðingar koma ekki á væntanlegum tíma er ráðlagt að gert sé þungunarpróf.

Eftirlit:
Eftirlit eftir notkun neyðargetnaðarvarnar felst í því að konan fylgist sjálf með blæðingum og tekur þungunarpróf ef blæðingar koma ekki eða eru óeðlilegar.
Endurkoma getur verið skynsamleg til frekari fræðslu, eftirlits og ráðgjafar

Aðgengi:
Lyfjafræðingar í lyfjabúðum hafa heimild til afhendingar neyðargetnaðarvarnartaflna án lyfseðils skv. Ákvæðum 11.gr lyfjalaga nr. 93/1994

Almennar viðteknar reglur um gjöf getnaðarvarna gilda jafnframt fyrir neyðargetnaðarvörn.

sem sinna unglingum ættu að hugleiða að hafa neyðargetnaðarvarnartöflur tiltækar á læknastofum sínum. Mælt er með því að hjúkrunarfræðingar í skólum og lyfjafræðingar í lyfjabúðum geti gefið neyðargetnaðarvörn í samvinnu við lækni. Lyfjafræðingar í lyfjabúðum hafa heimild til afhendingar neyðargetnaðarvarnartaflna án lyfseðils samkvæmt ákvæðum 11. greinar lyfjalaga nr. 93/1994.

Lykkjur er hægt að fá á heilsugæslustöðvum, kvennadeildum og hjá kvensjúkdómalæknum. Allir sem leita til heilbrigðisstarfsmanna eftir nauðgun eiga kost á neyðargetnaðarvörn. Neyðargetnaðarvörn er sjálfsagt að veita öllum konum sem þess óska. Fræða þarf um neyðargetnaðarvörn alls staðar þar sem kynfræðsla og fræðsla um getnaðarvarnir fer fram. Leggja skal áherslu á mikilvægi ráðgjafar í einrúmi fyrir viðkomandi konu/par en gefa greinagóðar skriflegar upplýsingar ef ekki er unnt að veita fræðslu og ráðgjöf með viðtali.

Skjólstæðingar heilbrigðisstarfsfólks eiga rétt á bestu fáanlegu þjónustu og meðferð hverju sinni, óháð aldri og erindi og virða skal sjálfsákvörðunarrétt og trúnað við skjólstæðinginn. Trúnaður er sérstaklega mikilvægur í samskiptum við unglinga þegar þeir eru að læra að taka meiri ábyrgð á eigin lífi. Heilbrigðisstarfsmaður metur hvenær þörf er á samráði við forráðmenn og tekur mið af þroska viðkomandi, eðli erindis, rétti og ábyrgð skjólstæðings. Allt samráð og samvinna við aðra en skjólstæðinginn er rétt að gera með vitund hans og samþykki. Heilbrigðisstarfsmenn eiga að hvetja öll ungmenni sem fá getnaðarvarnir til að ræða við forráðamenn sína. Almennar viðteknar reglur um gjöf getnaðarvarna gilda jafnframt fyrir neyðargetnaðarvörn.

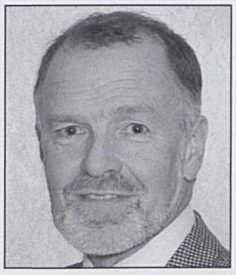
Eftirlit

Eftirlit eftir notkun neyðargetnaðarvarnar felst í því að konan fylgist sjálf með blæðingum og taki þungunarpróf ef blæðingar koma ekki eða eru óeðlilegar. Endurkoma getur verið skynsamleg til frekari fræðslu, eftirlits og ráðgjafar.

Efni um neyðargetnaðarvarnir er unnið af vinnuhópi á vegum landlæknisembættisins. Starfshópinn skipa: Anna Björg Aradóttir, Hjördís Harðardóttir, Ósk Ingvarsdóttir, Rannveig Einarsdóttir, Reynir Tómas Geirsson, Sigurður Helgason, Sóley Bender og Steingerður Sigurbjörnsdóttir.

Ítarlegri upplýsingar er að finna á síðu um neyðargetnaðarvarnir sem er á vef landlæknisembættisins um klínínskar leiðbeiningar: www.landlaeknir.is undir liðnum: leiðbeiningar/eftirlit.

Vala



Jóhann Heiðar Jóhannsson
Netfang:
johannhj@landspitali.is

ÍSLENSK MÁLSTÖÐ FÉKK ÁBENDINGU UM AÐ LATNESKA heitið **talus** væri bæði notað um beinið sem nefnt er **vala** á íslensku og um líkamssvæðið sem nefnt er **ökkli**. Íðorðasafn lækna birtir einungis heitið *vala* með flettunni **talus** og orðhlutann *völu-* með flettunni **talar**. Eins er farið að í þremur erlendum læknisfræðiorðabókum, Wileys (1986), Stedmans (1995) og Dorlands (2000), að einungis er vísað í beinið, **ankle bone**, en ekki í ökklann sem heild. Í sama streng tekur hin mikla ensk-enska orðabók Websters, en bætir því við að **talus** geti einnig merkt *spilateningur* (E. die). Aðrar heimildir greina svo frá því að spilateningar gerðir úr völubeinum dýra hafi einungis haft fjórar táknmerktar hliðar. Þeir, sem eitt sinn léku að legg og skel, geta án efa séð fyrir sér hversu lítil fyrirhöfn það var að gera fjórhliða spilavölu úr hækilbeini sauðkindarinnar.

Ökkli

Tvær tiltækar latnesk-enskar orðabækur birta hins vegar bæði heitin **ankle** (ökkli) og **ankle-bone** (ökklabein, vala) með flettunni **talus**. Ekki kemur fram hvor merkingin er upprunalegri, en þetta styður fyrrgreinda ábendingu.

Íðorðasafn lækna skilgreinir ekki ökklann en Íslensk orðabók Máls og menningar tilgreinir *svæðið kringum ökklaliðinn milli fótar og mjóaleggjar.* Tvö ökklasvæði eru tilgreind í Líffæraheitunum, *fremra og aftara ökklasvæði*, **regiones talocruralis anterior et posterior**. Að lokum má nefna lýsingu Íðorðasafnsins á neðri útlimnum: *mjöðm, læri, leggur, ökkli* og *fótur*. Þar finnst undirrituðum reyndar að **hné** hafi orðið útundan, en það er önnur saga. Samkvæmt þessu er **ökkli** tiltekinn hluti eða svæði á neðri útlim. Á því svæði eru liðamót, **ökklaliður, articulatio talocruralis**. Nokkuð ber nú á því í daglegu tali að liðamótin séu nefnd ökkli.

Asthma

Fyrirspurn barst um hvernig fara ætti með íslenska heitið á þeim sjúkdómi sem **asthma** nefnist á ensku. Uppruninn er í grísku þar sem asthma merkir *mæði* eða að vera *móður*. Íslensk læknisfræðiheiti Guðmundar Hannessonar tilgreina *andarteppu* og *kafmæði* sem íslensk heiti á **asthma bronchiale.** Íðorðasafn lækna nefnir hins vegar eingöngu *astma*. Um íslenskan framburð á þessu heiti var lítillega fjallað í 49. pistli (FL 1994;12(1):4) og þess getið að „téinu" væri gjarnan sleppt í framburði og jafnvel í rituðu máli einnig. Það finnst undirrituðum vera í samræmi við þá stefnu sem stundum er tekin, að búa til íslensk heiti með að taka upp hljóðrétta ritun á hinu erlenda heiti. Samheiti lyfja eru gjarnan þannig meðhöndluð. Samkvæmt þessu væri rétta íslenska heitið **asma**. Undirritaður þykist reyndar sjálfur tjá leyfarnar af sinni norðlensku harðmælgi með því að halda „téinu" í framburði.

Asmi

Hitt er svo annað mál að ekki eru allir sammála því að íslenska heitið sé haft í hvorugkyni, *það asmað*. Margir læknar nota orðið í karlkyni og segja því *hann asminn*. Eftir að hafa velt þessu fyrir sér nokkra stund ákvað undirritaður að gera könnun. Hópur læknaritara á Landspítala Hringbraut fékk sendan tölvupóst með beiðni um að tilgreina hvernig þeir stafsettu heitið oftast og hvort kynið væri haft á því. Meirihlutinn sagðist rita „th"(28/37) og nota orðið í karlkyni (32/36), ef það væri á annað borð kyngreint. Nú er ekki annað eftir fyrir Sunnlendingana en að taka stökkið og segja hér eftir og rita: **asmi**.

Aðgengi

Í febrúarblaðinu var fjallað um **bioavailability**. Vakin var athygli á íslenska heitinu **aðgengi**, sem tekið hefur verið upp í lyfjalýsingum. Til gamans má einnig nefna danska heitið **biotilgængelighed**, þýska heitið **Bioverfügbarkeit** og franska heitið **biodisponibilité**. Síðari orðhlutinn í öllum þessum heitum gefur til kynna að eitthvað sé til reiðu eða aðgengilegt.

Tveir lesendur létu frá sér heyra. Þorkell Jóhannesson, professor emeritus, hringdi og sagði frá því að þessi íslenska þýðing á bioavailability hefði orðið til fyrir mörgum árum í lyfjanefnd undir forsæti landlæknis. Þorkell mundi ekki hvenær það var, en nefndin var skipuð árið 1973 og starfaði lengi. Jóhann M. Lenharðsson, lyfjafræðingur, sendi tölvupóst og sagðist sáttur við heitið **aðgengi**. Hann benti síðan á samsetninguna **absolute bioavailability**, sem hann taldi að hefði ýmist verið nefnd *heildaraðgengi* eða *nýting*. Jóhann benti einnig á samsetninguna **relative** eða **apparent bioavailability**. Leitað var ráða hjá Magnúsi Jóhannssyni prófessor, sem vildi nefna slíkt *afstætt aðgengi*.

Nýting er án efa gott heiti, en undirrituðum finnst sjónarhornið þá annað og að samstæðan **aðgengi, heildaraðgengi** og **afstætt aðgengi** sé besti kosturinn.

Næringarfræði

Kolbrún Einarsdóttir, næringarfræðingur, sendi tölvupóst til að benda á að enska heitið **dietitian** (dietician) ætti að þýða með íslenska heitinu **næringarráðgjafi**, en ekki eins og fram kemur í Íðorðasafni lækna með öðru af heitunum *næringarfræðingur* eða *manneldisfræðingur*. Enska heitið **nutritionist** er hins vegar rétt þýtt með íslenska heitinu **næringarfræðingur.**

Dægradvöl IX

Hver er sjúklingurinn og hver er sjúkdómsgreiningin?
„Bæði með haus- og hlustarverk
heyrnarlaus rétt að kalla,
þrútið með auga og þurra kverk,
þjáður frá tá að skalla,
býst ég í bólið skjótt
með beinverki og hitasótt,
hóstandi í háttinn fer,
hnerra og snýti mér,
skekjandi skanka alla."

Gegn ristli og herpes simplex sýkingum

Vinnur á einkennunum

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



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 valacíklóvíri eða acíklóvíri.
Varúð: Skert nýrnastarfsemi getur leitt til uppsöfnunar lyfsins. Þarf því að aðlaga skammta að nýrnastarfsemi. Huga þarf að nægjanlegri vökvagjöf hjá eldri sjúklingum og sjúklingum með lækkun á kreatínínklerans.
Meðganga og brjóstagjöf: Klínísk reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum er takmörkuð. Dýratilraunir bentu ekki til fósturskemmandi áhrifa. Lyfið hafði ekki áhrif á frjósemi hjá rottum.
Í rannsókn þar sem 300 konur fengu acíklóvír á fyrsta þriðjungi meðgöngu hefur ekki orðið vart óæskilegra áhrifa á fóstur, benda má þó á meira aðgengi valacíklóvírs. 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 acíklóvír vegna minnkaðs útskilnaðar í þvagi.
Athugið: Klínísk reynsla af notkun valacíklóvírs 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.

GlaxoSmithKline
Þverholti12 • 105 Reykjavík
Sími 5303700

fíton/sía 270301

Faraldsfræði í dag
Sjúklingasamanburðarrannsóknir I



María Heimisdóttir

Netfang:
mariah@decode.is

SJÚKLINGASAMANBURÐARRANNSÓKNIR (SSR) FLOKKast undir greinandi faraldsfræði; bornir eru saman hópar einstaklinga til að prófa tilgátu um samband áreitis og sjúkdóms. Byrjað er á að skilgreina hóp sjúklinga með sjúkdóminn (cases). Í sumum tilfellum er í raun ekki um sjúkdóm að ræða heldur einhvers konar aðra útkomu, svo sem aukaverkun eða hjáverkun af meðferð. Til samanburðar er skilgreindur annar hópur þeirra sem ekki hafa sjúkdóminn eða útkomuna (controls). Tíðni áreitisins er síðan borin saman milli þessara tveggja hópa. Ef áreitið er algengara meðal sjúklinga en í samanburðarhópnum styður það tilgátuna um að áreitið eigi þátt í tilurð sjúkdómsins. Í SSR er þannig byrjað á að greina á milli þeirra sem hafa sjúkdóminn og hinna sem hafa hann ekki, síðan er litið til baka og tíðni áreitis borin saman meðal þessara hópa. Því teljast SSR til afturskyggnra (retrospective) rannsókna.

Í þessum pistli og næstu fjórum verður fjallað um sjúklingasamanburðarrannsóknir (SSR, case-control studies). Grundvöllur SSR er annars vegar skilgreining og val hópanna sem bera á saman og hins vegar öflun upplýsinga um áreiti og sjúkdóm. Því er þessum þáttum helgaður sérstakur sess; rætt verður um uppbyggingu sjúklinga- og samanburðarhópa í fyrstu þremur dálkunum, þá um söfnun upplýsinga og loks um úrvinnslu gagna og túlkun upplýsinga.

Skilgreining og val sjúklinga

Skýr skilgreining sjúkdómsins er ein mikilvægasta forsenda þess að SSR leiði til gagnlegra niðurstaðna. Skilgreiningin þarf að vera nákvæm til að tryggja að sjúklingahópurinn verði eins einsleitur (homogeneous) og kostur er. Eftir því sem hópurinn er einsleitari minnka líkurnar á að innan hans leynist í raun fleiri en einn sjúkdómur (eða útkoma) sem geta átt fleiri en eina orsök. Slíkt getur truflað niðurstöðu rannsóknarinnar. Best er að nota fyrirfram skilgreind skilmerki til að skilgreina sjúkdóminn og þurfa þau að vera nægilega næm til að eiga við um flesta sjúklingana, og nægilega sértæk til að þeir sem ekki hafa sjúkdóminn uppfylli þau almennt ekki. Næmi og sértæki vega yfirleitt salt og verður að meta í hverju tilfelli hvort mikilvægara er að bera kennsl á alla sjúklingana með því að hámarka næmið eða hindra blöndun sjúklingahópsins með þeim sem ekki hafa sjúkdóminn með því að leggja áherslu á sértæki skilmerkjanna.

Þegar ljóst er hvaða skilmerki á að nota er komið að því að velja sjúklinga til rannsóknar. Þetta má gera á ýmsa vegu en í öllum tilfellum gildir að þýðið (hópurinn sem sjúklingarnir eru valdir úr) þarf að vera vel skilgreint og bera skal kennsl á alla einstaklinga innan þess sem uppfylla skilmerkin. Oft er notað hentiúrtak (convenience sample) þar sem leitað er einstaklinga sem uppfylla skilmerkin meðal þeirra sem legið hafa á sjúkrahúsi eða sótt þjónustu á tilteknar stofnanir á ákveðnu tímabili. Þessi aðferð er þægileg að því leyti að oftast er tiltölulega auðvelt að finna sjúklingana í gögnum þessara stofnana. Hins vegar er sá galli á gjöf Njarðar að upprunaþýðið (source population) er ekki vel skilgreint og þeir þættir er stýra því hvar fólk leitar sér heilbrigðisþjónustu stýra óhjákvæmilega einnig hverjir eiga möguleika á að vera valdir í sjúklingahópinn.

Önnur algeng aðferð er að nýta gagnasöfn heilbrigðisyfirvalda, svo sem krabbameinsskrár eða dánarmeinaskrár, og leita sjúklinganna innan þeirra. Eins og fyrrnefnd aðferð er þessi nálgun oft fljótleg og þægileg. Ef gagnasöfnin taka til heillar þjóðar, svæðis eða hóps er mögulegt að finna alla sjúklinga sem uppfylla skilmerkin, óháð óviðkomandi, og jafnvel truflandi, þáttum, svo sem hvert þeir leita heilbrigðisþjónustu.

Þriðja nálgunin er að leita sjúklinga innan skilgreinds þýðis sem takmarkast ekki af stofnunum eða gagnasöfnum (population sample). Þessi síðastnefnda aðferð er tímafrekari og kostnaðarsamari en hinar fyrrnefndu en hefur þrjá mikilvæga kosti. Í fyrsta lagi, slíkt val er óháð áhrifum þeirra þátta sem stýra því hvar þjónustu er leitað. Í öðru lagi, á grundvelli sjúklingahóps sem valinn er á þennan hátt má lýsa sjúkdómnum eins og hann hagar sér í þýðinu í heild. Í þriðja og síðasta lagi, það að allt þýðið (eða slembiúrtak af þekktu hlutfalli þýðisins) er lagt til grundvallar gerir mögulegt að reikna tíðni sjúkdómsins meðal þeirra sem hafa orðið fyrir áreitinu og meðal hinna sem ekki hafa orðið fyrir því.

Almennt gildir að æskilegt er að nota aðeins ný tilfelli (incident cases) í SSR, en ekki eldri tilfelli (prevalent cases), þó slíkt geti verið nauðsynlegt til að ná nægilegum fjölda sjúklinga. Tvær meginástæður eru fyrir því að forðast notkun eldri tilfella. Sú fyrri er sú að áreitið getur haft áhrif á horfur eða lifun sjúklinga, þannig að horfur eða lífslíkur sjúklinga sem hafa orðið fyrir áreitinu eru aðrar en sjúklinga sem ekki hafa orðið fyrir því. Síðari ástæðan er sú að oft er erfiðara að afla góðra upplýsinga um tímasetningu og umfang áreitis meðal eldri tilfella en nýrra. Í sumum tilfellum geta byrjunareinkenni sjúkdómsins haft áhrif á atferli sjúklingsins og gert það að verkum að hann verður meira eða minna fyrir áreitinu en áður. Þannig verða tengsl áreitis og sjúkdóms óljósari og túlkun niðurstaðnanna erfiðari en ella.

Lyfjamál 95

Athygli er vakin á nýjum reglum um afgreiðslu eftirritunarskyldra lyfja

Ávana- og fíknilyf markaðssett á Íslandi, sem eru alltaf eftirritunarskyld, eru merkt með X í Sérlyfjaskrá, og sömuleiðis lyf sem eru eftirritunarskyld yfir ákveðnu magni.
Eftirritunarskyldum lyfjum má hvorki ávísa í síma né myndsendi.
Uppfærður listi er ávallt til staðar á heimasíðu Lyfjastofnunar (www.lyfjastofnun.is)

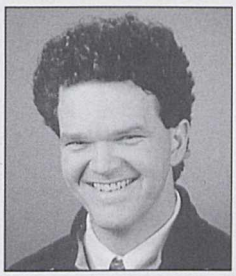
Lyfjaheiti. Markaðsleyfishafi. Virkt efni (eftirritunarskylt). Lyfjaform.
Athugasemd

Abalgin. Nycomed Danmark. Dextroprpoxyphenum INN. Hylki.
Amfetamín LÍ. Delta. Amphetaminum INN. Töflur.
Contalgin. Pharmacia. Morphinum. Forðatöflur.
Contalgin Uno. Pharmacia. Morphini sulfas. Forðahylki.
Durogesic. Janssen-Cilag. Fentanylum INN. Forðaplástur.
Flunitrazepam NM Pharma. Gerard. Flunitrazepamum INN. Töflur.
Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er 30 töflur.
Fortral. Sanofi Winthrop. Pentazocinum INN. Endaþarmsstílar, stungulyf, töflur.
Ketogan. Searle Scandinavia. Cetobemidonum INN. Endaþarmsstílar, stungulyf, töflur.
Leptanal. Janssen-Cilag. Fentanylum INN. Stungulyf.
Morfín LÍ. Delta. Morphinum. Stungulyf.
Opidol. Norpharma. Hydromorphonum. Forðahylki.
Petidín LÍ. Delta. Pethidinum INN. Stungulyf.
Ritalin. Novartis. Methylphenidatum INN. Töflur.
Rohypnol. Roche. Flunitrazepamum INN. Töflur.
Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er 20 töflur.
Rópan. Delta. Flunitrazepamum INN. Töflur.
Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er 60 stk. af 0,5 mg töflum eða 30 stk. af 1 mg töflum.
Subutex. Schering-Plough. Buprenorfinum. Tungurótartöflur.
Sufenta. Janssen-Cilag. Sufentanilum INN. Stungulyf 50 míkróg/ml og 5 míkróg/ml.

Þó má ávísa með myndsendi eftirfarandi lyfjum í því magni sem ekki er eftirritunarskylt. (Ath.: Íbúkód, Kódimagnýl og Parkódín má selja í lausasölu í minnstu pakkningu hámark 10 stk.)

Íbúkód, Íbúkód sterkar. Delta. Codeinum. Töflur.
Ef ávísað er með lyfseðli meira en 130 töflum Íbúkód eða 40 töflum Íbúkód sterkum verður lyfseðillinn eftirritunarskyldur.
Kódimagnýl. Delta. Codeinum. Töflur.
Ef ávísað er með lyfseðli meira en 130 stk. verður lyfseðillinn eftirritunarskyldur
Panocod. Sanofi Winthrop. Codeinum. Töflur, freyðitöflur
Ef ávísað er með lyfseðli meira en 40 töflum eða freyðitöflum verður lyfseðillinn eftirritunarskyldur.
Parakód. Delta. Codeinum. Töflur.
Ef ávísað er með lyfseðli meira en 130 töflum verður lyfseðillinn eftirritunarskyldur.
Parkódín. Delta. Codeinum. Töflur, endaþarmsstílar.
Ef ávísað er með lyfseðli meira en 130 töflum eða endaþarmsstílum verður lyfseðillinn eftirritunarskyldur.
Parkódín forte. Delta. Codeinum. Töflur, endaþarmsstílar.
Ef ávísað er með lyfseðli meira en 40 töflum eða endaþarmsstílum verður lyfseðillinn eftirritunarskyldur.

Af sondu og brjóstamjólk



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.

Magasonda

Bandarískur læknir starfandi á Íslandi var að kenna læknanemum hvernig magasonda var þrædd ofan í sjúkling. Læknirinn talaði góða íslensku og var auðskilinn, en orðalagið átti til að vekja athygli. Læknanemarnir fylgdust með af miklum áhuga hvernig læknirinn bar sig að. Það runnu hins vegar á þá tvær grímur og þeir litu hver á annan, þegar læknirinn snaraði hugsun sinni („if the tube does not go the right way you may kill the patient") og sagði: „Ef slangan fer ekki rétta leið máttu drepa sjúklinginn."

Yfir og undir

Röntgenlæknir í Domus hafði samband við Broshornið. Eftir lestur óteljandi beiðna um röntgenrannsóknir veltir hann fyrir sér hvernig fólk geti haft „svima yfir höfði" og „verk undir ilinni"!

Í reykbindindi

Áslaug kom til heimilislæknisins, sem hún þekkti vel, og sagði sigri hrósandi: „Jæja, nú hef ég ekki reykt eina einustu sígarettu í þrjá mánuði og ekki bóndinn minn heldur."

„Og hvernig hefur svo gengið," spurði læknirinn.

„Bara vel. Við erum svo hugguleg, borðum saman og tútnum út bæði tvö."

Einn að westan

Læknirinn: „Þú átt aðeins eftir að lifa í sex mánuði."

Sjúklingurinn: „Ég get ekki borgað reikninginn."

Læknirinn: „Gott og vel, þá færðu sex mánuði í viðbót."

Læknaneminn og brjóstamjólkin

Lúðvík átti sér þann draum æðstan að verða læknir. Hann hafði stundað námið af samviskusemi og kveið í engu munnlega prófinu sem í vændum var, enda maðurinn vel lesinn. Þegar stundin rann upp átti hann að svara spurningunni: „Hverjir eru fjórir helstu kostirnir við brjóstamjólk?"

Án þess að hika svaraði hann: „Í fyrsta lagi inniheldur hún bestu blöndu næringarefna, sem völ er á fyrir barnið. Í öðru og þriðja lagi er hún varin fyrir sýklum í brjóstum móðurinnar og svo örvar mjólkin ónæmiskerfi barnsins."

Þegar hér var komið fraus allt fast hjá læknanemanum. Hann gat með engu móti fundið fjórða atriðið sem á vantaði. Hann fann svitann spretta fram á enninu og honum varð kalt á tánum. Loks fékk hann hugljómun mitt í angistinni og sagði: „Og svo kemur hún í svo flottum umbúðum."

Í veiðitúr

Skurðlæknirinn hringdi í konu sína frá spítalanum og sagði: „Sæl, elsku hjartað mitt. Það kom dálítið óvænt upp á. Ég hef fengið eitt af tækifærum lífsins. Mér er boðið í veiðitúr, sem tekur eina viku. Við veiðifélagarnir þurfum að fara alveg í einum grænum. Viltu vera svo elskuleg og taka fram veiðidótið mitt og pakka fötunum mínum. Ég vil gjarnan hafa bláu silkináttfötin með í ferðinni. Svo kem ég við heima eftir klukkutíma og kippi draslinu með mér."

Nokkru síðar renndi læknirinn við heima hjá sér, kippti farangrinum út í bílinn, kyssti spúsu sína á kinnina og rauk af stað.

Viku síðar kom læknirinn til baka. „Var þetta góð ferð hjá ykkur félögunum, elskan mín?" „Já hún var alveg frábær, en þú gleymdir að pakka niður bláu silkináttfötunum mínum, eins og ég hafði beðið þig um."

Konan brosti og sagði: „Ó nei, elsku krúttið mitt. Ég setti þau í veiðiboxið þitt."

Ég man þá tíð

Úr endurminningum barnalæknis:

„Stundum lá við að ég fengi mig fullsaddan á barnalækningunum. Þá var engu líkara en ég væri að stunda dýralækningar. Það var ákaflega algengt að sjúklingurinn gæti ekkert sagt mér. Oft og iðulega fylgdu sjúklingnum tveir yfirspenntir og óútreiknanlegir foreldrar, sem hötuðu læknanema og gengu berserksgang ef ég þurfti að draga blóð úr barninu eða setja upp vökva."

Úr endurminningum heimilislæknisins:

„Ef maður kynnist fjölskyldum náið verður uppskeran ríkuleg. Manneskjurnar hleypa lækninum inn í líf sitt og stundum alveg inn á gafl. Þannig lærir maður oft hvernig best er að haga sínu eigin lífi. Þessi tengsl hafa gagnast mér betur og betur með hverju ári. Þau koma hreinlega í veg fyrir að ég brenni út og eru ein aðalástæðan fyrir því að ég hef haldið það út að vera heimilislæknir."

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

Medisinsk avdeling

Overlege

Ved medisinsk avdeling (fung.avd.ovl. Magnhild Gangsøy Kristiansen) skal det tilsettes ***overlege i geriatri eller spesialist i indremedisin*** med interesse for geriatri. Hjemmel nr.17.

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

Vi har 15,5 stillinger for overordnede og 11 underordnede legestillinger, samt 8 turnusleger. Avdelingen utdanner spesialister i indremedisin (gruppe I) og har tellende tjeneste fra 6 måneder til 1,5 år i grenspesialistutdanningene.

Da sykehuset ikke har hatt geriater tidligere forutsettes det at søker er interessert i å delta aktivt i utvikling av funksjoner som skal tillegges geriatri: Drift av geriatrisk poliklinikk, samt behandling av geriatriske pasienter i medisinsk avdeling. Medisinsk og nevrologisk avdeling har felles slagenhet med 12 senger på nevrologisk avdeling. Det er en forutsetning at geriater skal ha et nært samarbeid med legene ved nevrologisk avdeling når det gjelder slagenheten.

Dersom en ansetter lege som ikke er ferdig geriater vil sykehuset legge forholdene til rette for nødvendig videreutdanning etter nærmere avtale.

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

Se for øvrig sykehusets hjemmeside www.nss.nl.no

Søker må beherske norsk skriftlig og muntlig. Godkjent helseattest vil bli krevd ved tilsetting. Lønn etter avtale.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til avdelingsoverlegen.

Søknad sendes personalavdelingen ***innen 22. juni 2001.***
Innsendte papirer returneres ikke.

Fylkets stillinger ligger også på www.jobbnord.com

Røykfritt miljø

CICERO he

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

Ortopedisk avdeling

Avdelingsoverlege/ overlege

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

Søker bør angi om søknaden også gjelder avdelingsoverlegefunksjonen.

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

Søker ønskes velkommen til utfordrende oppgaver på bredt faglig grunnlag. Faglig spennvidde dekker oppdatert alloplastikk og revisjonskirurgi, omfattende artroskopisk virksomhet, mikrokirurgisk ryggkirurgi, traumatologi m.v. Avdelingen er engasjert i flere forskningsprosjekter. Meget gode permisjons- og etterutdanningsvilkår. Det legges opp til faglig profilering etter ønske og kompetanse.

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

Se for øvrig sykehusets hjemmeside www.nss.nl.no

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

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til sjefoverlegen.

Søknad sendes personalavdelingen innen 25. juni 2001.
Innsendte papirer returneres ikke.

Fylkets stillinger ligger også på www.jobbnord.com

Røykfritt miljø

CICERO th

Sumarlokun Læknablaðsins

Skrifstofa Læknablaðsins verður lokuð vegna sumarleyfa frá og með mánudeginum 9. júlí til og með föstudeginum 3. ágúst.

Heilsugæslulæknir

Laus er til umsóknar staða læknis við Heilsugæslustöðina í Hveragerði frá og með 1. september næstkomandi eða eftir nánara samkomulagi. Æskilegt er að viðkomandi hafi sérfræðimenntun í heimilislækningum.

Um er að ræða 100% stöðu. Mikið uppbyggingastarf hefur verið unnið undanfarin ár við heilbrigðisþjónustuna í Hveragerði og í júní næstkomandi flytur Heilsugæslustöðin í nýtt og glæsilegt húsnæði. Mjög áhugavert og spennandi starf framundan í góðu starfsumhverfi.
Þrískiptar vaktir.

Laun samkvæmt Kjaradómi.

Upplýsingar um starfið veita Marianne B. Nielsen yfirlæknir og Herdís Þórðardóttir framkvæmdastjóri í síma 899 4129.

Heilsgæslustöðin Akranesi

Staða heilsugæslulæknis við Heilsugæslustöðina á Akranesi er laus til umsóknar.
Sérfræðiviðurkenning í heimilislækningum er æskileg.
Staðan veitist eftir samkomulagi.

Nánari upplýsingar gefa Reynir Þorsteinsson yfirlæknir (reynir.thorsteinsson@sha.is) og Þórir Bergmundsson lækningaforstjóri (thorir.bergmundsson@sha.is) í síma 430 6000.
Umsóknir um stöðuna berist á þar til gerðum eyðublöðum frá landlæknisembættinu fyrir 1. júlí næstkomandi.

Sjúkrahúsið og heilsugæslustöðin á Akranesi (SHA) skiptist í sjúkrasvið og heilsugæslusvið. Á sjúkrasviði er starfrækt fjölgreinasjúkrahús með örugga vaktþjónustu allan sólarhringinn árið um kring. Sjúkrahúsið veitir almenna og á vissum sviðum sérhæfða sjúkrahúsþjónustu á lyflækningadeild, handlækningadeild, fæðinga- og kvensjúkdómadeild og á vel búnum stoðdeildum þar sem höfuðáhersla er lögð á þjónustu við íbúa Vestur- og Suðvesturlands. Jafnframt er lögð áhersla á þjónustu við íbúa höfuðborgarsvæðisins. Á heilsugæslusviði er veitt almenn heilsugæsluþjónusta fyrir íbúa í heilsugæsluumdæmi Akraness með forystuhlutverk varðandi almenna heilsuvernd og forvarnarstarf. SHA tekur þátt í menntun heilbrigðisstétta í samvinnu við Háskóla Íslands og aðrar menntastofnanir. Starfsmenn stofnunarinnar eru um 240 talsins.

Novo Nordisk Foundation
Research Meetings

Styrkir til vísindastarfsemi

Norræna rannsóknanefndin (Nordisk Forsknings Komité) ráðgerir að veita allt að 300.000 DKR á ári til vísindastarfsemi á Norðurlöndunum, til dæmis til eins til þriggja daga málþinga, mögulega sem velskilgreinda fundi í tengslum við stærri ráðstefnur (satellite symposium), eða til að bjóða alþjóðlega viðurkenndum vísindamönnum til styttri dvalar hjá rannsóknahópum í tengslum við fyrirlestrahald eða sambærilega starfsemi. Styrkir verða ekki veittir vegna námskeiða.

Starfsemin skal vera á sviðið innkirtlafræði eða tilraunalífeðlisfræði.

Hver styrkur nemur að jafnaði 100.000 DKR eða hærri upphæð.

Sækja má um styrki vegna starfsemi á árinu 2002 eða 2003.

Umsóknir skal senda í fimm eintökum til:

Novo Nordisk Fonden
Brogårdsvej 70
Postbox 71
DK-2820 Gentofte, Danmark
sími: +45 44 43 90 31
bréfasími: +45 44 43 90 98
heimasíða: http://www.novonordiskfonden.dk

Í umsókninni skal koma fram rökstuðningur fyrir mikilvægi þeirrar starfsemi sem sótt er um styrk til (mest ein síða), lýsing á starfseminni, fjárhagsáætlun og áætluð tímasetning, upplýsingar um virkni rannsóknarhóps umsækjenda á fræðasviðinu og þýðingu þeirrar starfsemi sem sótt er um styrk til fyrir framhald þeirra rannsókna, ásamt skrá yfir birtingu á helstu niðurstöðum rannsóknarhóps umsækjenda síðastliðin tvö til þrjú ár (mest tvær síður).

Umsóknir ásamt öllum fylgiskjölum **skulu hafa borist til Novo Nordisk Fonden í síðasta lagi 13. ágúst 2001.** Ófullnægjandi umsóknir og umsóknir sem berast á bréfasíma eða í tölvupósti verða ekki teknar til greina.

Umsóknum verður svarað um miðjan október 2001.



Loksins geta þínir sjúklingar tekið *astma einföldum* tökum

Nýjungin Symbicort®

Nýtt astmalyf, Symbicort®, er komið til sögunnar. Symbicort er í senn fullvirkur $ß_2$- örfi og áhrifaríkt bólgueyðandi lyf, sem í krafti sveigjanleika gerir astmameðferð einfaldari en áður hefur þekkst.

Með einu og sama úðatæki gefur Symbicort færi á að ná tökum á mjög breytilegum sjúkdómi, á fljótvirkan og langvarandi hátt. Allt í einu úðatæki!

Skjót verkun af Symbicort hefur verið staðfest í fjölda rannsókna[2,3,4,5]. Rannsóknir sýna að jafnvel minnstu skammtarnir af Symbicort gefa marktækt ($p<0,001$) skjótari verkun[1] en salmeteról/flútíkasón samsetning við mælingar á:

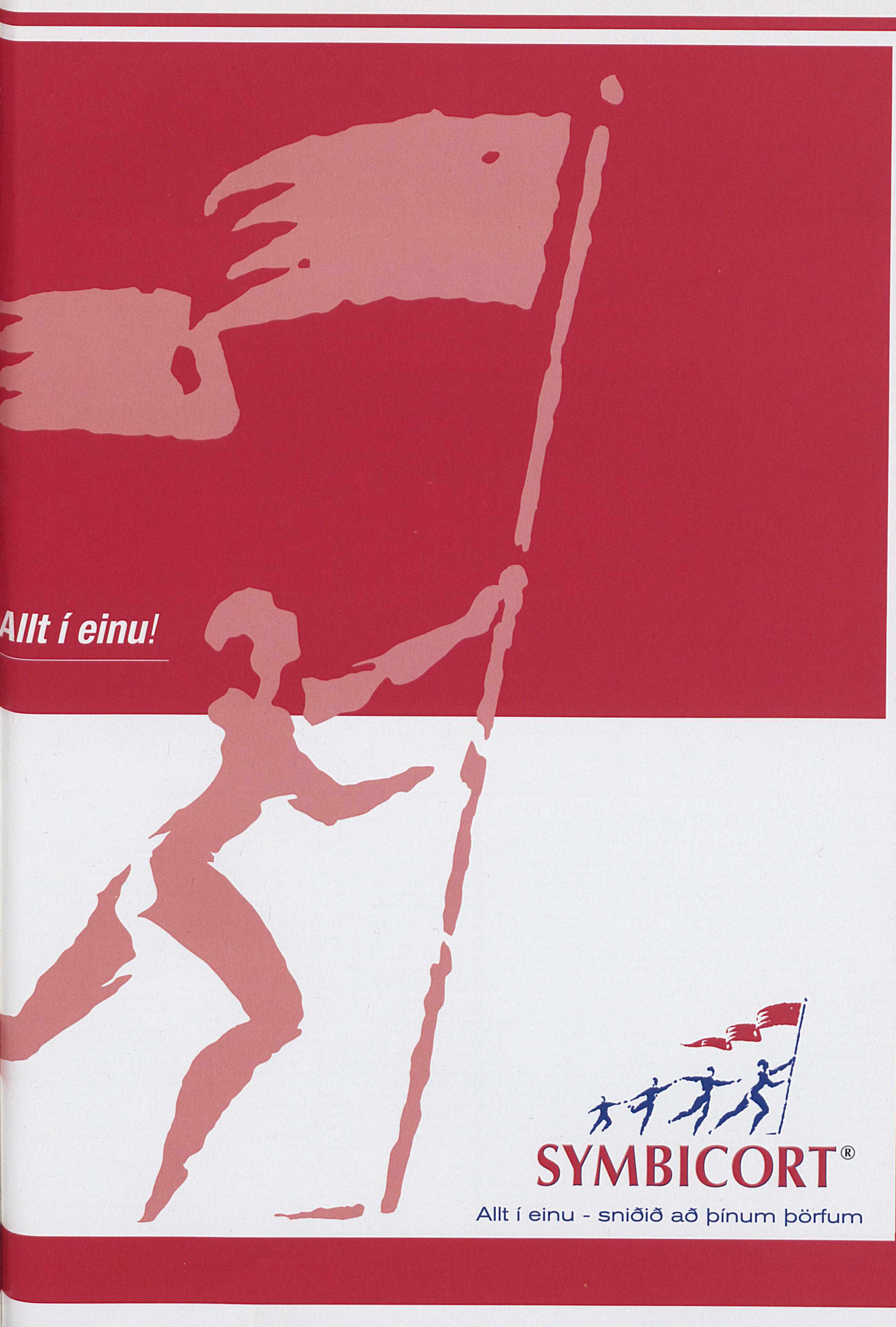
- *FEV1 eftir 3 mínútur,*
- *meðalgildis FEV1 eftir 0-15 mínútur,*
- *meðalgildis FEV1 fyrir 3 klukkustunda tímabil og*
- *hámarksgildis FEV1 fyrir 3 klukkustunda tímabil.*

(Sjá sérlyfjaskrártexta og heimildaskrá á næstu síðu)

Nokkrar staðreyndir um astma

- *Breytilegur og sveiflukenndur sjúkdómur*
- *Meðferð hefur verið flókin*
- *Meðferðarheldni hefur verið slök*
- *Astmatilvikum hefur fjölgað á Íslandi*

AstraZeneca *Umboðsaðili: Pharmaco hf. • Sími 535 7000 • Fax 565 6485 • pharmaco@pharmaco.is • www.pharmaco.is*



SYMBICORT®

Allt í einu - sniðið að þínum þörfum

NÁMSKEIÐ

Samskipti við fjölmiðla

Læknar þurfa oft að koma fram í fjölmiðlum til dæmis til að gefa yfirlýsingar um líðan sjúklinga eða til að kynna niðurstöður vísindarannsókna. Það er því mikilvægt að þeir hafi góða færni til þess að koma sjónarmiðum sínum og fræðum á framfæri með skýrum hætti. Læknar ættu einnig að taka meiri þátt í umræðu í fjölmiðlum um heilbrigðismál og skipulag heilbrigðisþjónustunnar.

Í haust, nánar tiltekið í lok september eða byrjun október, mun Læknafélag Reykjavíkur fá Elínu Hirst fréttamann á Sjónvarpinu í lið með sér til þess að halda námskeið um samskipti við fjölmiðla og sjónvarpstækni. Ráðgert er að hafa námskeiðin fremur verklegs eðlis en í fyrirlestrarformi. Læknafélag Reykjavíkur greiðir þátttökugjald fyrir félagsmenn og eru læknar hvattir til að nýta sér þetta tækifæri.

Þeim sem áhuga hafa á þátttöku, er bent á að skrá sig á skrifstofu læknafélaganna: gunna@icemed.is

Stjórn Læknafélags Reykjavíkur

Symbicort Turbuhaler INNÖNDUNARDUFT, R 03 A K (Sérlyfjaskrártexti og heimildaskrá)

Innihaldslýsing: *Hver skammtur inniheldur:* Budesonidum INN 160 míkróg og Formoterolum INN, fúmarat tvíhýdrat, samsvarandi Formoterolum INN 4,5 míkróg og Lactosum. **Ábendingar:** Til reglulegrar meðferðar á astma þegar samsett lyfjameðferð (barksteri til innöndunar og langvirkur betaörvi) á við þegar ekki næst full stjórn á sjúkdómnum með barkstera til innöndunar og stuttverkandi beta2-örva til innöndunar eftir þörfum, eða þegar full stjórn hefur náðst á sjúkdómnum með bæði barkstera til innöndunar og langverkandi beta2-örva. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er ekki ætlað til upphafsmeðferðar á astma. Skömmtun virku efnanna í lyfinu er einstaklingsbundin og henni á að breyta til samræmis við alvarleika sjúkdómsins. Skammti skal breyta að lægsta skammti sem heldur einkennum sjúkdómsins niðri. ***Skammtastærðir handa fullorðnum:*** 1-2 innandanir tvisvar sinnum á sólarhring. Venjulega þegar stjórn á einkennum hefur náðst með gjöf lyfsins tvisvar sinnum á sólarhring, getur skammtaminnkun að lægsta virka skammti leitt til þess að unnt verði að gefa lyfið einu sinni á sólarhring. ***Skammtastærðir handa börnum (yngri en 12 ára):*** Lyfið er ekki ráðlagt börnum yngri en 12 ára. ***Sérstakir sjúklingahópar:*** Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir búdesóníði, formóteróli eða innönduðum mjólkursykri. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ráðlagt er að minnka skammta smám saman þegar meðferð er hætt. Ef sjúklingur telur að meðferð skili ekki viðunandi árangri eða að hann þurfi meira en núverandi skömmtun samsetts lyfs, verður hann að leita læknis. Aukin notkun berkjuvíkkandi lyfs í bráðatilvikum (rescue bronichodilatores) bendir til versnunar á undirliggjandi ástandi og krefst endurmats á astmameðferðinni. Skyndileg og áframhaldandi versnun á stjórn astma getur verið lífshættuleg og brýnt er að endurmeta meðferðina. Í slíkum tilvikum skal hafa í huga þörf á aukinni meðferð með barksterum eða hvort gefa þurfi að auki bólgueyðandi lyf til inntöku, eins og kúr með barksterum eða sýklalyfjameðferð ef sýking er til staðar. Almenn einkenni geta komið fram við notkun hvaða barkstera til innöndunar sem er, sérstaklega við stóra skammta sem eru gefnir til langs tíma. Þessar verkanir koma miklu síður fram við meðferð til innöndunar heldur en þegar barksterar eru teknir inn. Hugsanlegar almennar verkanir eru m.a. bæling nýrnahettna, seinkun á vexti hjá börnum og unglingum, minnkun á beinþéttni, vagl á auga og gláka. Það er þess vegna mikilvægt að skammtur af innönduðum barksterum sé sá minnsti sem heldur einkennum niðri. Lyfið á að gefa með varúð sjúklingum með ofstarfsemi skjaldkirtils, krómfíklaæxli (phaeochromocytoma), sykursýki, ómeðhöndlaðan kalíumskort, hjartavöðvakvilla með þrengingum og hjartavöðvastækkun (hypertrophic obstructive cardiomyopathy), sjálfvakin neðanósæðarþrengsli (idiopathic subvalvular aortic stenosis), alvarlegan háþrýsting, slagæðagúlp eða aðra alvarlega hjarta- og æðasjúkdóma, eins og blóðþurrðarhjartasjúkdóm, hraðsláttartruflanir eða alvarlega hjartabilun. Hætta á alvarlegum kalíumskorti er hugsanleg eftir stóra skammta af beta2-örvum. Samtímis meðferð með lyfjum sem geta valdið kalíumskorti getur aukið möguleikann á blóðkalíumlækkandi verkun við stórra skammta af beta2-örvum. Sérstök varúð er ráðlögð við bráðan alvarlegan astma þar sem vefildisskortur getur aukið hættuna. Blóðkalíumlækkandi áhrif geta aukist við samtímis gjöf xantín-afleiða, stera og þvagræsilyfja. Ráðlagt er að fylgjast með þéttni kalíums í sermi við meðferð á bráðum alvarlegum astma. Eins og við á um alla beta2-örva, ætti að hafa í huga að auka tíðni blóðsykursmælinga hjá sykursjúkum. Lyfið inniheldur mjólkursykur (<1 mg/innöndun). Þetta magn hefur venjulega ekki vandamál í för með sér hjá einstaklingum með mjólkursykuróþol. **Milliverkanir við lyf og annað:** *Milliverkanir vegna lyfjahvarfa:* Ketókónazól 200 mg einu sinni á dag sexfaldaði að meðaltali plasmagildi búdesóníðs (einn 3 mg skammtur) sem gefið var samtímis. *Milliverkanir vegna lyfhrifa:* Betablokkar geta dregið úr eða hamlað verkun formóteróls. Lyfið skal því ekki gefa samtímis betablokka (þ.m.t. augndropum) nema brýna nauðsyn beri til. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klínískar upplýsingar liggja fyrir um notkun lyfsins eða samtímis meðferðar með formóteróli og búdesóníði á meðgöngu. Fullnægjandi upplýsingar um notkun formóteróls hjá þunguðum konum liggja ekki fyrir. Upplýsingar benda ekki til aukinnar hættu á vansköpun vegna notkunar búdesóníðs til innöndunar. Á meðgöngu ætti einungis að nota lyfið þegar væntanlegur ávinningur vegur þyngra en hugsanleg hætta. Nota ætti lægsta skammt af búdesóníði sem gefur viðunandi stjórn á astma. Ekki er vitað hvort formóteról og búdesóníð berast í brjóstamjólk. Eingöngu ætti að gefa konum með barn á brjósti lyfið ef væntanlegur ávinningur móður er talinn meiri en hugsanleg hætta fyrir barnið. **Aukaverkanir:** ***Algengar (>1/100):*** *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkur. *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarköst. *Stoðkerfi:* Skjálfti. Öndunarvegur: Sveppasýkingar í munni og koki, væg erting í hálsi, hósti, hæsi. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** *Hjarta- og æðakerfi:* Hraður hjartsláttur. *Stoðkerfi:* Vöðvakrampar. *Miðtaugakerfi:* Æsingur, eirðarleysi, taugaveiklun, ógleði, sundl, svefntruflanir. ***Mjög sjaldgæfar (<1/1.000):*** *Húð:* Útbrot, ofsakláði, kláði. *Öndunarvegur:* Berkjukrampi. Afar sjaldgæfar aukaverkanir, þar af geta sumar verið alvarlegar eru m.a.: *Búdesóníð:* Geðræn einkenni eins og depurð, hegðunartruflanir (aðallega hjá börnum), merki og einkenni um almenna barkstera verkun (þ.m.t. vanstarfsemi nýrnahettna), snemm- eða síðkomið ofnæmi (þ.m.t. húðbólga, ofsabjúgur og berkjukrampi), marblettir. *Formóteról:* Hjartaöng, blóðsykurshækkun, truflanir á bragðskyni, breytingar á blóðþrýstingi. **Ofskömmtun:** Ofskömmtun formóteróls myndi líklega valda verkunum sem eru einkennandi fyrir beta2-adrenvirka örva: skjálfti, höfuðverkur, hjartsláttarköst og hraður hjartsláttur. Lágþrýstingur, efnaskiptablóðsýring, kalíumskortur og blóðsykurshækkun geta einnig komið fram. Bráð ofskömmtun með búdesóníði, jafnvel í stórum skömmtum, er ekki talið klínískt vandamál. **Lyfhrif:** Lyfið inniheldur formóteról og búdesóníð. Verkunarmáti þessara efna er mismunandi, en þau hafa samleggjandi verkun við að draga úr versnun astma. Upplýsingar um verkunarhátt hvors lyfjaefnis um sig eru hér á eftir. *Búdesóníð:* Búdesóníð gefið til innöndunar í ráðlögðum skömmtum hefur barkstera bólgueyðandi verkun í lungum sem dregur úr einkennum og versnun astma og hefur minni aukaverkanir í för með sér en þegar barksterar eru gefnir óstaðbundið. Nákvæmur verkunarháttur þessara bólgueyðandi áhrifa er óþekktur. *Formóteról:* Formóteról er sértækur beta2-adrenvirkur örvi sem veldur slökun á sléttum vöðvum í berkjum hjá sjúklingum með tímabundna teppu í öndunarvegum. Berkjuvíkkun hefst fljótt, innan 1-3 mín. eftir innöndun og verkunarlengd er 12 klst. eftir einn skammt. **Pakkningar og hámarksverð:** ***Symbicort Turbuhaler:*** *Innöndunarduft 160/4,5 míkróg/innöndun: 120 skammtar:* 9.670 kr., *360 skammtar (3 x 120):* 26.296 kr. **Afgreiðslutilhögun:** ***Lyfið er lyfseðilskylt.*** **Greiðsluþátttaka: B.** Maí 2001.

Heimildaskrá: 1. Palmqvist M, Arvidsson P, Beckman O, Peterson S, Lötvall H. Onset of bronchodilation of budesonide/formoterol vs salmeterol/fluticasone in single inhalers. Pulm Pharmacol Ther (2001) 14,29-34 **2.** Zetterström O, Buhl R, H Mellem, Perpiná M, Hadman J, O´Neill S, Ekström T. Symbicort (budesonide and formoterol in a single inhaler) improves asthma control compared with budesonide alone; a randomised controlled study. ERJ 2001 (in press). **3.** Bateman ED, Bantje TA, Gomes M Joao, Toumbis M, Huber R, Eliraz A, Pettersson E. Symbicort (budesonide and formoterol in a single inhaler) is more effective treatment than fluticasone in asthma patients. ATS 2001. **4.** Lalloo UG, Malolepszy J, Kozma D, Krofta K, Ankerst J, Johansen B, Thomson NC. Low-dose Symbicort® (budesonide/formoterol) is more effective than double-dose inhaled corticosteroid in mild asthma. Allergy Clin Immunol Int 2000 (Suppl 2):122. **5.** Vermeulen JH, Simon G, Tal A, Vit P, Cobos N, Everara ML, de Boeck C, Peterson S. Improved lung function and rapid control achieved with the new single inhaler product containing both budesonide and formoterol in asthmatic children aged 4-17 years. Eur Respir J 2000;16 (Suppl 31):384s.

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

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
Krabbameinsfélag Íslands: **www.krabb.iss**
FÍLÍB: **p.matthiasson@iop.kcl.ac.uk**
FÍLÍN: **pjul@haukeland.no www. vefur.is/filin**
FÍLÍS: **http://www.filis.nu**
gudjon.kristjansson@medsci.uu.se
FILumHeil: **http://www.se/~gks/FILumHeil.html**
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**
Krabbameinsfélag Íslands: **www.krabb.is**
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

Útleigu á sal LÍ hætt

Á fundi sínum 29. maí síðastliðinn ákvað stjórn LÍ, að frá og með 1. ágúst næstkomandi verður hætt útleigu á salarkynnum félagsins fyrir veisluhöld félagsmanna. Þeir félagsmenn sem fyrir 29. maí 2001 óskuðu eftir afnotum að salarkynnunum fyrir veisluhöld eftir 1. ágúst halda þeim rétti óbreyttum.

Stjórn LÍ

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. ágúst 2000**	42,00
Sérfræðieining fyrir klíníska greinar sem sömdu 1998	**frá 1. janúar 2001**	180,00

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2001	221.743,00
A liður 2	frá 1. janúar 2001	194.021,00
B liður	frá 1. janúar 2001	300.000,00
E liður 1-6	frá 1. janúar 2001	232,00
E liður 7	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

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

Sumarlokun skrifstofu Læknafélaganna

Skrifstofa Læknafélaganna verður lokuð frá og með 16. júlí til og með 31. júlí næstkomandi vegna sumarleyfa starfsfólks.

Læknar í AA

halda fundi alla fimmtudaga kl. 5 síðdegis í fundarherbergi Domus Medica á 2. hæð. **Athugið** breyttan fundartíma.

Ráðstefnur og fundir

Þau sem koma þurfa á framfæri í þennan dálk upplýsingum um fundi, ráðstefnur o.fl. eru beðin að hafa samband við Læknablaðið.

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 2001
Í Oxofrd. Balint helgi. Dagskrá frá föstudegi til sunnudags. Alla máltíðir innifaldar. Ekki er nauðsynlegt að hafa fyrri reynslu af Balint vinnu. Nánari upplýsingar: dr. David Watt, Hon. secretary of the Balint Society, Tollgate Health Centre, 220 Tollgate Road, London E6 4JS, England. Bréfasími: 0207 445 771.

26.-27. september
Í Evry, Frakklandi. Ráðstefna á vegum Samtaka gegn vöðvakvillum í samvinnu við Læknafélag Frakklands. Rætt um sameiginlega skilgreiningu á vöðvakvillum. Nánari upplýsingar á netfangi: y.thomasdesessarts@smfg.org og/eða á veffangi: www.sfmg.org

26.-29. september
Í Bad Gastein, Salzburg. 4th European Health Forum. Intergrating Health across Policies. Nánari upplýsingar á http://www.ehfg.org,í netfangi info@ehfg.org og hjá Læknablaðinu.

3.-7. október 2001
Í Portoroz í Slóveníu. 12th International Balint Congress. Þeir sem vilja senda inn ágrip eiga að skila því í tveimur eintökum (Word í Windows 97) í pósti eða tölvupósti (ekki bréfasíma) til: Zlatka Kralj. MD. Cor+Medico, k.d., Trubarjeva 51a, SI-1000 Ljubljana, Slovenia. Sími +386 1 4315252; Bréfasími: +386 1 4315252; Netfang: zlatka.kraj@guest.arnes.is. Umsóknarfrestur um þátttöku rennur úr 10. ágúst næstkomandi. Tilkynnið þátttöku til Secretariat BALINT 2001, CANKARJEV DOM, Presernova 10, SI-1000 Ljubljana, Slovenia. Bréfasími: + 386 1 2417296. Nokkrir bæklingar um ráðstefnuna eru til á skrifstofu Læknablaðsins í Hlíðasmára 8, 200 Kópavogi.

28.-30. nóvember
Í Älvsjö fyrir utan Stokkhólm. Riksstämman 2001. Nánari upplýsingar hjá Eva Kenne í síma: +08 440 88 87.

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

9.-13. júní 2002
Í Reykjavík Emergency Medicine beween continents. Nánari upplýsingar er að finna á vef Landspítala Háskólasjúkrahúss, www.landspitali.is og einnig er unnt að skrá sig á vefsíðu sjúkrahússins.

10.-12. júní 2002
Í Árósum. Annað norræna Faraldsfræðiþingið. Upplýsingar: Helle Obenhausen Andersen. Sími: +45 89 42 31 28. Netfang: ha@soci.au.dk

14.-17. júlí 2002
Í Helsinki, Finnlandi. Sjöunda Evrópuþingið í taugameinafræði, „Neuropathology 2002". Nánari upplýsingar: neuropathology2002@congrex.fi og/eða á veffangi: http://www.congrex.fi/neuropathology2002

Sumarlokun skrifstofu Læknafélaganna

Skrifstofa Læknafélaganna verður lokuð frá og með 16. júlí til og með 31. júlí næstkomandi vegna sumarleyfa starfsfólks.

Avandia® Rósíglítazón SmithKline Beecham. Lyf við blóðsykurshækkun A10BG02. Rósíglítazón er sérhæfður viðtakablokki sem binst PPAR (peroxisomal proliferator activated receptor gamma) kjarnaviðtaka og tilheyrir sykursýkislyfjum af tíazólídíndíónflokki. Það dregur úr blóðsykurshækkun með því að draga úr viðnámi insúlíns í fituvef, beinagrindarvöðvum og lifur. **Lyfjaform:** Filmuhúðaðar töflur. **Ábendingar:** Rósíglítazón er einungis ætlað í samsettri meðferð til inntöku við sykursýki af tegund 2 hjá sjúklingum með ófullnægjandi blóðsykursstýringu þrátt fyrir hámarksskammt sem sjúklingurinn þolir, annað hvort af metformíni eða súlfónýlúrealyfi einu sér til inntöku: -með metformíni einu sér hjá offitusjúklingum: -með súlfónýlúrealyfi einu sér hjá sjúklingum sem sýna óþol við metformíni eða þar sem metformín er frábending. Aðeins læknir með reynslu af meðferð sykursýki af tegund 2 á að hefja meðferð með lyfinu. Reynsla af klínískum rannsóknum á rósíglítazóni nemur nú 2 árum. Ekki hefur verið sýnt fram á langtímaávinning af rósíglítazónmeðferð. **Skammtar og lyfjagjöf:** Venjulega hefst rósíglítazónmeðferð á 4 mg/dag. **Frábendingar:** Ekki má nota rósíglítazón hjá sjúklingum með: þekkt ofnæmi fyrir rósíglítazóni eða einhverju hjálparefnanna í töflunum, hjartabilun eða sögu um hjartabilun (I.-IV. stig NYHA), eða skerta lifrarstarfsemi. Rósíglítazón á heldur ekki að nota samhliða insúlíni. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ekki er fyrirliggjandi klínísk reynsla af notkun rósíglítazóns með tveimur öðrum sykursýkislyfjum til inntöku. Ekki ætti að nota rósíglítazón sem eins lyfs meðferð. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Í in vitro rannsóknum sést að rósíglítazón umbrotnar aðallega fyrir tilstilli CYP2C8 og er CYP2C9 þar aðeins minni háttar ferli. Ekki fundust neinar milliverkanir sem máli skiptu þegar dígoxín, CYP2C9 ensímhvarfefnið warfarín, CYP3A4 ensímhvarfefnin nífedípín, etínýlestradíól eða noretíndrón voru gefin samhliða rósíglítazóni. **Meðganga og brjóstagjöf:** Rósíglítazón ætti ekki að nota á meðgöngu. Konur með barn á brjósti eiga ekki að nota rósíglítazón. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir, sem grunur leikur á eða líklegt þykir að tengist meðferð og greint hefur verið frá oftar en einu sinni hjá sjúklingum sem fá rósíglítazón ásamt súlfónýlúrealyfjum eða metformíni í tvíblindum rannsóknum, eru taldar upp hér að neðan eftir líffæraflokki og tíðni þeirra. Tíðni er skilgreind sem: Algengar >1/100, <1/10; sjaldgæfar >1/1000, < 1/100. **Rósíglítazón ásamt metformíni;** Rauðkorn: Algengar: Blóðleysi. Umbrot og næringarferli: Algengar: Blóðsykurslækkun, blóðsykurshækkun. Sjaldgæfar: Fitudreyri, blóðsýring af völdum mjólkursýru, versnun sykursýki, kólesterólhækkun. Mið- og úttaugakerfi: Algengar: Höfuðverkur. Sjaldgæfar: Svimi. Meltingarfæri: Algengar: Niðurgangur, uppþemba, ógleði, kviðverkir, meltingartruflanir. Sjaldgæfar: Uppköst, lystarleysi, hægðatregða. Almennt: Algengar: Þreyta. **Rósíglítazón ásamt súlfónýlúrealyfjum;** Rauðkorn: Algengar: Blóðleysi, blóðflögublæðing og storknun. Sjaldgæfar: Blóðflagnafæð. Umbrot og næringarferli: Algengar: Blóðsykurslækkun, blóðsykurshækkun, þyngdaraukning. Sjaldgæfar: kólesterólhækkun, blóðfituhækkun, of mikið þríglýseríð í blóði. Geðræðilegt: Sjaldgæfar: Svefnhöfgi. Mið- og úttaugakerfi: Sjaldgæfar: Svimi, höfuðverkur, breytt húðskyn. Öndunarfæri: Sjaldgæfar: Andnauð. Meltingarfæri: Sjaldgæfar: Kviðverkir, uppþemba, ógleði, aukin matarlyst. Húð og útlimir: Sjaldgæfar: Hárlos, útbrot. Almennt: Sjaldgæfar: Þreyta, þróttleysi. **Lyfjafræðilegar upplýsingar;** Lyfhrif, flokkun eftir verkun: Lyf við blóðsykurshækkun, ATC flokkur: A10 BG 02. **Lyfjagerðarfræðilegar upplýsingar;** Hjálparefni: Töflukjarni: Natríumsterkju glýkollat (gerð A), hýprómellósi, örkristallaður sellulósi, laktósa mónóhýdrat, magnesíum sterat. Geymsluþol 2 ár. Engar sérstakar varúðarreglur um geymslu. Gerð íláts og innihald: Mattar þynnupakkningar (PVC/ál). 56 filmuhúðaðar töflur. Leiðbeiningar um notkun, meðhöndlun og förgun: Engin sérstök fyrirmæli. Nánari upplýsingar: Sjá Sérlyfjaskrá. **Pakkningar og verð, nóvember 2000:** 4 mg x 28 stk./5.154 kr. – 4 mg x 56 stk./9.110 kr. – 8 mg x 28 stk. /7.561 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** TR greiðir lyfið að fullu. Handhafi markaðsleyfis: GlaxoSmithKline, Þverholti 14, 105 Reykjavík, www.gsk.is.

Heimildir: 1) Focensa V et al. Effects of Metformin and Rosiglitazone Combination Therapy in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. JAMA 2000: 283:1695-1702. **2)** Wolffenbuttel BHR et al. Addition of low-dose rosiglitazone to sulphonylurea theraphy improves glycemic control in Type 2 diabetic patients. Diabetic Medicine 2000: 17:40-47. 16.01.2001.

NÚ ER HÆGT AÐ MEÐHÖNDLA INSÚLÍNVIÐNÁM

AVANDIA® ROSIGLITAZON

– Ný aðferð við meðhöndlun sykursýki af tegund 2



Avandia® minnkar insúlínviðnám, verndar ß-frumur briskirtilsins og bætir langtímastjórnun blóðsykurs.[1,2)]

gsk GlaxoSmithKline

AVANDIA® rosiglitazon
MARKVISS MINNKUN INSÚLÍNVIÐNÁMS