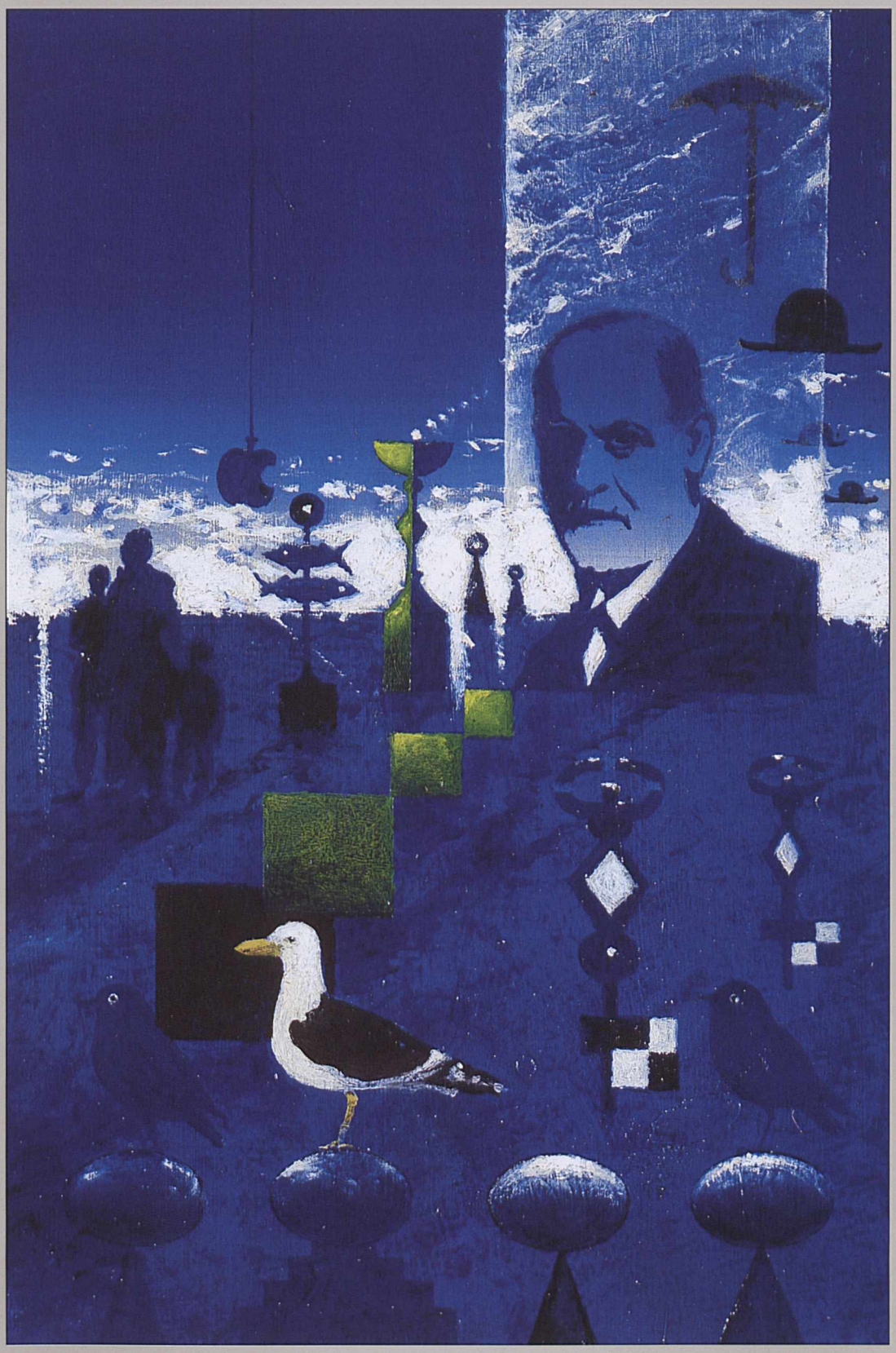
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



9/2001



Carduran® Retard (doxazósín)

Áhrifarík einkennameðferð við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli

- *4 mg einu sinni á dag*
- *Einföld skömmtun*
- *Tekið með eða án fæðu hvenær sem er dagsins*
- *Engar þekktar milliverkanir*

Carduran® Retard (doxazósín)

Carduran Retard. **FORÐATÖFLUR; C 02 C A 04 R E**
Hver forðatafla inniheldur: Doxazosinum INN, mesýlat, 5,093 mg, samsvarandi Doxazosinum INN 4 mg. Ábendingar: Háþrýstingur. Einkennameðferð fram að skurðaðgerð vegna stækkunar á blöðruhálskirtli. Skammtar og lyfjagjöf: Háþrýstingur: Fullorðnir: Venjulegur skammtur er 4 mg einu sinni á dag. Ef nauðsyn krefur má auka skammt í 8 mg einu sinni á dag. Carduran Retard má nota eitt sér eða með öðrum efnum, t.d. tíazíðþvagræsilyfjum, beta-blokkurum, kalsíumgangalokum eða ACE-hemlum. Einkennameðferð vegna stækkunar á blöðruhálskirli: Fullorðnir: Venjulegur skammtur er 4 mg einu sinni á dag. Ef nauðsyn krefur má auka skammt í 8 mg einu sinni á dag. Carduran Retard má nota hjá sjúklingum með stækkun á blöðruhálskirtli hvort sem þeir eru með hækkaðan blóðþrýsting eða ekki, þar sem breytingar á blóðþrýstingi hjá sjúklingum sem ekki eru með háþrýsting, er klínískt ómarktæk. Hjá sjúklingum með háþrýsting eru báðir sjúkdómar meðhöndlaðir samtímis. Hámarksskammtur sem mælt er með er 8 mg einu sinni á dag. Töflurnar má taka með eða án matar. Töflurnar á að gleypa í heilu lagi með nægilegum vökva. Aldraðir: Sömu skammtar og tilgreindir eru handa fullorðnum. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi: Venjulegir skammtar. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Sjá kaflann Varúð. Börn: Ekki er mælt með notkun lyfsins handa börnum. Frábendingar: Ofnæmi fyrir lyfinu eða skyldum lyfjum. Notkun Carduran Retard er frábending hjá sjúklingum með sögu um teppu í meltingarvegi eða þrengsli í vélinda eða meltingarfærum. Varúð: Leiðbeiningar fyrir sjúkling: Sjúklingar skulu upplýstir um að gleypa á Carduran Retard forðatöflurnar heilar. Sjúklingarnir mega hvorki tyggja, skipta né mylja töflurnar. Í Carduran Retard er lyfjaefnið í hýði sem frásogast ekki en er sérstaklega gert þannig að efnið losnar smám saman. Þegar því er lokið skilst töfluhýðið tómt úr líkamanum. Sjúklingunum skal því sagt að þeir þurfi ekki að hafa áhyggjur af því þótt þeir sjái stöku sinnum eitthvað í hægðunum sem líkist töflu. Sjúklingar með bráða hjartasjúkdóma: Eins og við á um öll önnur æðavikkandi blóðþrýstingslækkandi lyf á að gefa sjúklingum doxazósín með varúð ef þeir eru með eftirtalda bráða hjartasjúkdóma: lungnabjúg vegna ósæðarþrengsla eða míturlokuþrengsla, hjartabilun við há afköst (high output), hægri hjartabilun vegna lungnablóðreks eða gollurshússvökva og hjartabilun. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Eins og við á um öll lyf, sem umbrotna að fullu í lifur, á að gefa sjúklingum doxazósín með varúð ef þeir hafa einhver merki um vægt skerta eða meðalskerta lifrarstarfsemi (sjá kafla um lyfjahvörf). Þar sem engin klínísk reynsla liggur fyrir um notkun lyfsins hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi er ekki mælt með notkun þess hjá þeim. Milliverkanir við lyf eða annað: Engar milliverkanir eru þekktar, en doxazósín eykur blóðþrýstingslækkandi áhrif annarra blóðþrýstingslækkandi lyfja. Meðganga og brjóstagjöf: Lyfið á hvorki að nota á meðgöngutíma né hjá konum með barn á brjósti þar sem reynsla liggur ekki fyrir. Akstur og stjórnun vinnuvéla: Lyfið getur dregið úr hæfni manna til aksturs bifreiða og stjórnunar annarra véla, einkum í upphafi meðferðarinnar. Aukaverkanir: Í klínískum samanburðarrannsóknum voru algengustu aukaverkanirnar af völdum Carduran Retard eftirtaldar: Algengar (>1%): Almennar: Svimi, höfuðverkur, vanlíðan, þreyta, þróttleysi, bjúgur, svefnhöfgi. Hjarta og æðakerfi: Lágur blóðþrýstingur í uppréttri stöðu. Meltingarfæri: Niðurgangur, ógleði, uppköst, magabólga. Öndunarfæri: Nefslímubólga. Aukaverkanir af Carduran Retard eru að öðru leyti svipaðar og aukaverkanir af völdum venjulegra doxazósín taflna. Sömu aukaverkanir koma fram hjá öldruðum og þeim sem yngri eru. Lyfjahvörf: Frásog: Eftir inntöku lækningalegs skammts frásogast Carduran Retard vel og nást hámarksgildi í blóði um 8-9 klst. eftir inntöku. Rannsóknir á lyfjahvörfum lyfsins hafa ekki leitt í ljós marktækar breytingar hjá öldruðum í samanburði við yngri sjúklinga. Umbrot/útskilnaður: Útskilnaður úr blóði er í tveimur fösum og er helmingunartími útskilnaðar í lokafasa 22 klst., sem er grundvöllur þess að lyfið er gefið einu sinni á sólarhring. Útlit: Forðatöflur 4 mg: Kringlóttar, kúptar, hvítar, filmuhúðaðar töflur um 9,0 mm í þvermál og með deiliskoru á annarri hliðinni. Pakkningar og verð 1. desember 1999: Forðatöflur 4 mg: 28 stk. (þynnupakkað) 2.980 kr.; 98 stk. (þynnupakkað) 8.488 kr. **Sjá nánari upplýsingar um lyfið í sérlyfjaskrártexta í Fréttabréfi Lyfjanefndar ríkisins í október 1999**. Umboð á Íslandi: Pharmaco hf., Hörgatúni 2, Garðabæ.

FRÆÐIGREINAR

691 **Ritstjórnargreinar:**
Aldrei aftur Eldborg!
Guðrún Agnarsdóttir

693 **Hlutverk innúðastera í meðferð langvinnra lungnateppusjúkdóma er að skýrast**
Gunnar Guðmundsson

699 **Þróun ofþyngdar og offitu meðal 45-64 ára Reykvíkinga á árunum 1975-1994**
Hólmfríður Þorgeirsdóttir, Laufey Steingrímsdóttir, Örn Ólafsson, Vilmundur Guðnason
Rannsóknin byggir á gögnum úr hóprannsókn Hjartaverndar og Reykjavíkurhluta MONICA rannsóknarinnar. Höfundar telja brýnt að fylgjast með þróun ofþyngdar og offitu meðal þjóðarinnar ekki síst vegna mikilla áhrifa offitu á heilsufar, til dæmis hvað varðar hjarta- og æðasjúkdóma og fullorðinssykursýki. Niðurstöður úr rannsókninni sýna aukið hlutfall ofþyngdar og offitu á tímabilinu og telja höfundar mikilvægt að snúa þeirri þróun við.

707 **Leiðir mikilvægrar nýrrar þekkingar til lækna. Dæmið um *Helicobacter pylori* og sár í maga og skeifugörn**
Auðbergur Jónsson, Peter Martin, Kirsti Rautanen, Arne Scheel Thomsen, Carl-Åke Hjalt, Göran Löfroth
Hér er lýst íslenskum hluta rannsóknar sem náði til fimm Norðurlanda. Rannsóknin var afturskyggn og var markmið hennar að fá fram mynd af því hvernig og hve hratt ný, fagleg þekking berst og veldur breytingum á vinnubrögðum. Íslenski hlutinn náði til 159 heimilislækna og 110 lækna í þremur sérgreinum.

715 **Áhrif lýsisneyslu á bakteríuvöxt *in vivo***
Auður Þórisdóttir, Jón Reynir Sigurðsson, Helga Erlendsdóttir, Ingólfur Einarsson, Sigurður Guðmundsson, Eggert Gunnarsson, Ingibjörg Harðardóttir, Ásgeir Haraldsson
Bornir voru saman tveir hópar músa sem sýktir voru með *Klebsiella pneumoniae*, eftir að hafa verið aldir annars vegar á lýsisbættu fæði en hins vegar á kornolíubættu fæði. Mýsnar voru aflífaðar á mismunandi tímapunktum. Ekki kom fram marktækur munur á bakteríufjölda í hópunum. Höfundar telja þörf ítarlegri rannsókna til þess að kanna áhrif lýsis á ónæmiskerfið.

718 **Fræðigreinar íslenskra lækna í erlendum tímaritum**

721 **Örorkumat fyrir og eftir gildistöku örorkumatsstaðals**
Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Haraldur Jóhannsson
Frá 1. september 1999 hefur örorka vegna lífeyristrygginga almannatrygginga verið metin samkvæmt örorkumatsstaðli. Í því skyni að meta áhrif þessa á niðurstöður örorkumats báru höfundar saman upplýsingar um fjölda nýrra öryrkja árin 1997, 1998 og 2000. Athygli vekur sú fjölgun sem orðið hefur á konum sem metnar eru til 75% örorku, einkum vegna stoðkerfisraskana.

725 **Doktorsvörn**
Sif Ormarsdóttir

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

9. tbl. 87. árg. September 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:
Þröstur Haraldsson
Netfang: umbrot@icemed.is

Blaðamaður:
Þröstur Haraldsson
Netfang: umbrot@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

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)]

Avandia© Rósiglitazón SmithKline Beecham. Lyf við blóðsykurshækkun A10BG02. Rósiglitazón 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:** Rósiglitazón 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 digoxín, CYP2C9 ensímhvarfefnið warfarín, CYP3A4 ensímhvarfefnin nifedipín, 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 þríglýserið í blóði. Geðfræðilegt: 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 glýkóllat (gerð A), hypromellósi, 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.

gsk GlaxoSmithKline

AVANDIA® rosiglitazon

MARKVISS MINNKUN INSÚLÍNVIÐNÁMS

728 **Frá sjónarhóli stjórnar: Aðför að sjálfstæðum atvinnurekstri lækna**
Sigurbjörn Sveinsson

729 **Aðalfundur Læknafélags Íslands 12. og 13. október**

Áminning frá Persónuvernd: Tilkynnið um vinnslu persónuupplýsinga!

731 **Sameiginleg yfirlýsing stjórnar Læknafélags Íslands og Íslenskrar erfðagreiningar**

733 **Skotar framarlega í gerð klínískra leiðbeininga**
Frá stýrihópi landlæknis um gerð klínískra leiðbeininga

735 **Deilt um lóð undir lækningaminjasafn við Nesstofu**
Þröstur Haraldsson

738 **Ritfregn**

739 **Tæpitungulaust. Þegar krosstrén bregðast**
Árni Björnsson

Ársskýrsla Leitarstöðvar Krabbameinsfélagsins

741 **Íðorðasafn lækna 136. Fyrirspurnum svarað**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

743 **Faraldsfræði 10. Sjúklingasamanburðarrannsóknir III**
María Heimisdóttir

745 **Lyfjamál 96**

747 **Broshornið 18. Kynörvun og skotveiðar**
Bjarni Jónasson

749 **Leyfisveitingar**

751 **Umsögn stjórnar Siðfræðiráðs Læknafélags Íslands**

753 **Úr erlendum læknablöðum**

754 **Þing og ráðstefnur**

755 **Lausar stöður**

761 **Okkar á milli**

762 **Minnisblaðið**

Sími Læknablaðsins er
564 4104

Netfang:
journal@icemed.is

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



Ljósm.: Marisa Navarro Arason

© Arnar Herbertsson

Arnar Herbertsson (f. 1933) hóf feril sinn á sjöunda áratugnum með þátttöku í haustsýningum FÍM í Listamannaskálanum. Fljótlega gekk hann þó til liðs við SÚM hópinn svokallaða og starfaði með honum að ýmsum sýningarverkefnum og uppákomum. Hann tók þátt í samsýningum og hélt einkasýningar, hann var einnig valinn til þátttöku á Biennalnum í Rostock árið 1969. Verk eftir hann er að finna í Listasafni Íslands, Listasafni Reykjavíkur, Nýlistasafninu og safni Hafnarborgar.

Af þessu að dæma mætti ætla að Arnar væri áberandi maður í íslensku myndlistarlífi en svo hefur ekki verið um nokkurt skeið. Nú síðustu tvö árin hefur Arnar hins vegar aftur tekið til við sýningarhald og hafa málverk hans mælst vel fyrir, bæði hjá áhorfendum og gagnrýnendum. Myndin á forsíðu blaðsins, **Draumar Freuds**, var á síðustu einkasýningu Arnars í Listasalnum Man í júní 2001, en sýningin bar yfirskriftina Sofandi fortíð. Í þessari mynd má vel greina áhuga Arnars á formfræði tákna og lita og líkt til að undirstrika það birtist í henni andlit sjálfs Sigmunds Freuds. En í myndinni eru einnig tilvísanir í fleiri listamenn táknfræðinnar. Svífandi kúluhattar í jaðri myndarinnar tengja áhorfandann við málverk belgíska snillingsins René Magritte og það er freistandi að tengja fuglana í forgrunni við fuglana sem íslenski málarinn Ísleifur Konráðsson málaði á alla tinda og spírur í verkum sínum. Geómetrísku formin í myndinni vekja síðan von um að finna megi táknfræðilega lykla að hinni dularfullu veröld tilvísana og minninga. Handverk Arnars er mjög vandað og hugsunin, sem skilar sér í myndbyggingu og litasamsetningu, hárfín. Þær myndir sem hann hefur sýnt síðustu tvö ár vekja því von um að framhaldið verði jafnvel enn áhugaverðara.

Jón Proppé

ÞUNGLYNDI ER SJALDNAST EITT Á FERÐ



Seroxat® paroxetin

ÞEGAR MEÐHÖNDLA SKAL ÞUNGLYNDI OG FYLGIFISKA ÞESS

Hver tafla inniheldur: Paroxetinum INN, klóríð, 22,88 mg, samsvarandi Paroxetinum INN 20 mg. **Ábendingar:** Þunglyndi. Þráhyggju- og/eða árattusýki. Felmtursköst. Félagslegur ótti/félagsleg fælni. Almenn kvíðaröskun. Áfallastreituröskun. **Frábendingar:** Skert nýrna- og lifrarstarfsemi. **Varúð:** Óstöðug flogaveiki. Lækkaður krampaþröskuldur. **Milliverkanir:** Forðast skal samtímis notkun MAO-hemjara og skulu líða a.m.k. 14 dagar milli þess sem þessi lyf eru gefin. Aukin blæðingarhætta getur sést samtímis gjöf warfaríns og annarra kúmarínlyfja. Lyfið getur hindrað niðurbrot annarra lyfja svo sem neuroleptica af fentíazínflokki og lyfja við hjartsláttartruflun af flokki IC (flekaíníð) vegna áhrifa á cytochrom P450-kerfið í lifur. Kínidín getur hindrað niðurbrot paroxetíns. Paroxetín hefur áhrif á verkun cimetidíns, fenytóíns, móklóbemíðs, selegilíns auk þríhringlaga geðdeyfðarlyfja. **Meðganga og brjóstagjöf:** Takmörkuð reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum. Dýratilraunir hafa sýnt hærri dánartíðni hjá afkvæmum og ber því að forðast gjöf lyfsins á meðgöngutíma. Lyfið útskilst í brjóstamjólk í magni, sem gæti valdið lyfjaáhrifum hjá barninu. **Aukaverkanir:** Algengar (> 1%): Ógleði með eða án uppkasta (12%) og þreyta eru algengustu aukaverkanirnar. Truflun á sáðláti hefur sést hjá 9% karla. **Almennar:** Vanlíðan, svitaútsláttur, breytingar á þyngd, yfirlið og svimi. **Frá hjarta- og æðakerfi:** Hjartsláttur, lækkaður blóðþrýstingur í uppréttri stöðu. **Frá miðtaugakerfi:** Svefnleysi, æsingur, vöðvatitringur, órói, taugaveiklun. Skortur á einbeitingu og náladofi. Truflun á sáðláti og minnkuð kynhvöt hjá körlum. **Frá meltingarvegi:** Ógleði, uppköst, niðurgangur, munnþurrkur, lystarleysi og breytingar á bragðskyni. **Frá öndunarfærum:** Geispar. **Þvagfæri:** Þvaglátatruflanir. Sjaldgæfar (0,1-1%): **Almennar:** Bjúgur og þorsti. **Miðtaugakerfi:** Tilfinningalegar truflanir. Mania. Minnkuð kynhvöt hjá konum. **Frá meltingarfærum:** Kyngingarörðugleikar. Sjúklingar gnísta tönnum, einkum í svefni. **Frá húð:** Kláði og útbrot. **Frá eyrum:** Suða fyrir eyrum. **Annað:** Vöðvaslappleiki. **Við félagslegum ótta/félagslegri fælni:** Mælt er með 20 mg skammt á dag sem má auka í allt að 50 mg háð svörun sjúklings. **Skammtastærðir handa fullorðnum: Við þunglyndi:** Mælt er með 20 mg á dag sem upphafsskammti, sem má auka í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. Öldruðum skal ekki gefinn hærri skammtur en 40 mg á dag. **Við árattu og þráhyggjusýki:** Mælt er með 40 mg skammti á dag, en hefja skal meðferð með 20 mg á dag. Auka má skammt í allt að 60 mg á dag háð svörun sjúklings. **Við felmturköstum:** Mælt er með 40 mg skammti á dag, en hefja skal meðferð með 10 mg á dag. Auka má skammt í allt að 60 mg á dag háð svörun sjúklings. **Við félagslegum ótta/félagslegri fælni:** Mælt er með 20 mg skammti á dag, sem má auka í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. Skammtur er aukinn um 10 mg hverju sinni eftir þörfum. **Almenn kvíðaröskun:** Mælt er með 20 mg skammti á dag. Auka má skammtinn um 10 mg hverju sinni, hjá þeim sjúklingum sem svara ekki 20 mg skammti, að hámarki 50 mg/dag háð svörun sjúklings. **Áfallastreituröskun:** Mælt er með 20 mg skammti á dag. Auka má skammtinn um 10 mg hverju sinni, hjá þeim sjúklingum sem ekki svara 20 mg skammti, að hámarki 50 mg/dag háð svörun sjúklings.**Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum **Pakkningar og verð 01. 1. júlí 2001 :** 20 stk. 3.516,- 60 stk. 9.143,- 100stk. 14.169,-.kr.Afgreiðslutilhögun: R.
Greiðslufyrirkomulag: B. 01.09. 2001

gsk

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

Aldrei aftur Eldborg!



Guðrún Agnarsdóttir

Nú hafa 22 stúlkur leitað aðstoðar Neyðarmóttöku vegna nauðgunar eftir síðustu verslunarmannahelgi. Fjórtán þeirra höfðu verið á Eldborgarhátíð. Þar voru einnig þrír hjúkrunarfræðingar Neyðarmóttökunnar sem skiptust á að liðsinna ungmennum í vanda. Þeim blöskraði svo ástandið og aðstæður allar að þær kölluðu til fundar með landlækni og hafa nú skilað ítarlegri skýrslu og tillögum til úrbóta. Dómsmálaráðherra brást einnig við og hefur skipað starfshóp með fulltrúum landlæknis, Neyðarmóttöku vegna nauðgunar, ríkislögreglustjóra, Sambands íslenskra sveitarfélaga, Sýslumannafélags Íslands, Stígamóta auk ráðuneytisins. Þessum hópi er ætlað að fara yfir gildandi lög og reglur er snerta skemmtanahald á útihátíðum og leggja fram tillögur sem miða að því að samræma enn fekar samstarf þeirra aðila sem koma að lög- og heilsugæslu á slíkum hátíðum og endurskoða reglur um þær.

Rúmlega hundrað einstaklingar leita til Neyðarmóttöku árlega og um 65% þeirra eru undir 25 ára aldri, konur í miklum meirihluta. Fleiri koma yfir sumarmánuðina. Algengasta ástæðan fyrir komu er nauðgun. Flestir koma um helgar en þá verða flest brotin og fylgja skemmtanalífi ungs fólks þar sem neysla vímuefna, oftast áfengis, getur verið mikil. Neysluvenjur og viðhorf virðast okkur vera að breytast, meira drukkið en áður, og oftar þannig að leiði til áfengisdauða. Fleiri ungum stúlkum er nauðgað í slíku ástandi þar sem þær geta enga björg sér veitt. Lögin kveða svo á að þá sé um misneytingu að ræða, ekki nauðgun, og refsiákvæði eru vægari. Í Noregi hafa lögin verið endurskoðuð og liggur nú jafnþung refsing við misneytingu og nauðgun.

Talsvert hefur verið rætt um byrlun lyfja að undanförnu. Er þá oftast grunur um Rohypnol eða gammasmjörsýru (gammabutyric acid). Starfsfólk Neyðarmóttöku hefur verið vakandi fyrir þessari hættu og tekið blóðsýni ef grunur er um slíkt en þessi efni hafa aldrei verið greind enda skiljast þau fremur hratt úr líkamanum og hætt við að of seint sé leitað aðstoðar.

Við höfum einnig tekið eftir því að hópnauðganir eru nokkuð fleiri en áður, virðast af ásetningi og kynhegðunin endurspeglar klámiðnað og aukna markaðssetningu kynlífs hér á landi. Óskammfeilin sala kynlífsþjónustu og kláms þar sem konan er meðfærileg markaðsvara en ekki vera með tilfinningar og þarfir getur mótað viðhorf og reynslu ungra drengja sem eru að byrja kynlíf. Neysla kláms er börnum og unglingum aðgengileg á Netinu og þannig geta þau komist í tæri við hugmyndir og einstaklinga sem síðan leiða þau til fundar við sig með ömurlegum afleiðingum. Í grunnskólum hefur að undanförnu orðið vart við að stúlkur séu þvingaðar til hópsamfara til að fá inngöngu í hóp ráðandi félaga.

Á Íslandi eru börn og unglingar mun hærra hlutfall þjóðarinnar en hjá flestum nágrannalöndum okkar. Frelsi þeirra til athafna og möguleikar til að afla eigin fjár með vinnu hefur lengi verið mun meira en jafnaldra í nágrannalöndum og það agaleysi sem er bæði styrkur og veikleiki íslenskrar þjóðar endurspeglast með ýmsum hætti í viðhorfum og hegðun þeirra. Í neysluþjóðfélagi nútímans eru ungu kynslóðirnar líka viðskiptavinir. Á útihátíðum verslunarmannahelgar eru þeir einn stærsti neytendahópurinn. Útihátíðin við Eldborg varð lexía um það hvernig ekki á að búa að ungu fólki sem langar að skemmta sér. Þar var stórum hópi unglinga stefnt saman og sprengdi fjöldinn fljótt þann ramma sem búinn hafði verið um alla aðstöðu. Nauðganir, vímuefnasala, þar á meðal dreifing og byrlun á smjörsýru, skipulagt ofbeldi ungra manna sem gengu um með barsmíðum eða fleygðu glerflöskum sem brotnuðu í mannþrönginni, eftirlitslaust teygjustökk ölvaðra unglinga í myrkri að næturlagi eru dæmi um agalausa áhættuhegðun sem krefst viðbragða heilbrigðisstarfsfólks. Lágmarkskröfur um aðbúnað og faglega aðstöðu til að veita heilbrigðisþjónustu og liðsinna skjólstæðingum voru ekki uppfylltar og þó líkja mætti svæðinu við stríðsástand voru aðstæður heilbrigðisstarfsfólks verri en í Bosníu að mati eins hjúkrunarfræðinganna. Það er foreldrum landsins styrkur að heilbrigðisstarfsfólk skuli hafa gefið reiði sinni málefnalegan farveg með uppbyggilegri, faglegri gagnrýni. Slíkt leiðir vonandi til úrbóta og viðhorfsbreytinga. Aldrei aftur Eldborg!

Höfundur er í yfirlæknir Neyðarmóttöku vegna nauðgunar á slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi.

Frágangur fræðilegra greina

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

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

- Titilsíða: höfundar, stofnanir, lykilorð 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.

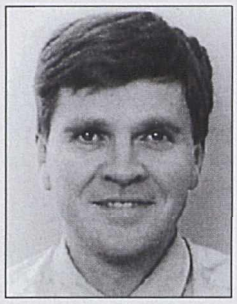
Ábendingar: Pioglitazón er eingöngu ætlað til samhliða meðferðar með sykursýkilyfjum til inntöku við sykursýki af tegund 2, þegar ekki er unnt að stjórna blóðsykri, þrátt fyrir að sjúklingur hafi fengið hæstu skammta sem hann þoldi af annað hvort metformíni eða súlfónýlúrea sykursýkilyfjum til inntöku. 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

Hlutverk innúðastera í meðferð langvinnra lungnateppusjúkdóma er að skýrast



Gunnar Guðmundsson

Langvinnir lungnateppusjúkdómar, á ensku chronic obstructive pulmonary diseases (COPD), eru sjúkdómaflokkur með vaxandi tíðni í heiminum (1). Þeir einkennast af skerðingu á loftflæði sem er lítt viðsnúanlegt og versnar oftast með tímanum. Tengd loftflæðisskerðingunni er viðvarandi bólgusvörun í lungunum.

Þessum sjúkdómum má skipta í þrjá hópa sem eru langvinn berkjubólga, lungnaþemba og langvinnur astmi. Allir hafa þeir mismunandi meingerð og geta verið til staðar samtímis eða staðið einir sér (2). Lítið er til af meðferð sem stöðvar framþróun langvinnra lungnateppusjúkdóma. Í rauninni hefur einungis reykleysi sýnt sig að stöðva framþróunina (3). Önnur meðferð, svo sem berkjuvíkkandi lyf, eru aðeins til að draga úr einkennum, til dæmis mæði og uppgangi (3). Súrefnisgjöf lengir þó líf sjúklinga með sjúkdóminn á háu stigi og lág súrefnisgildi í blóði.

Ljóst hefur verið í nokkurn tíma að reglubundin meðferð astmasjúklinga með innúðasterum dregur úr einkennum, fækkar versnunum og bætir lungnastarfsemi (4). Vegna þessa hefur verið mikill áhugi á að meðhöndla sjúklinga með langvinna lungnateppusjúkdóma með innúðasterum í þeim tilgangi að ná fram sömu áhrifum. Notkun þeirra er því mjög mikil þar sem þessi sjúklingahópur er stór og mun fara enn stækkandi á næstu árum og áratugum (1). Skiptir því miklu máli að þessi lyf séu notuð á réttan hátt því þetta eru dýr lyf og ekki án aukaverkana. Á undanförnum árum hafa verið gerðar rannsóknir á stórum hópum sjúklinga með langvinna lungnateppusjúkdóma. Niðurstöður þessara rannsókna munu hjálpa okkur við að nota innúðastera á réttan hátt hjá þessum sjúklingahópi. Fjórar stórar rannsóknir hafa þannig sýnt fram á, að innúðasterar stöðva ekki framþróun sjúkdómsins, það er loftflæðisskerðing eykst þrátt fyrir meðferðina (5-8). Þannig stendur það áfram að reykleysi er eina meðferðin sem stöðvar framþróun sjúkdómsins. Hins vegar hafa þessar rannsóknir sýnt fram á innúðasterar geta dregið úr lungnaeinkennum, fækkað versnunum og hægt á versnun á heilsutengdum lífsgæðum. Þetta á þó ekki við um alla með langvinna lungnateppusjúkdóma heldur kom þetta aðeins fram hjá þeim sem voru með sjúkdóminn á háu stigi (5-8).

Nýlega voru birtar ráðleggingar vinnuhóps á vegum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO) og Bandarísku hjarta-, lungna- og blóðstofnunarinnar (NHLBI) um meðferð og greiningu langvinnra lungnateppusjúkdóma (9). Í þeim ráðleggingum kemur fram að það eru einkum tveir hópar sjúklinga með langvinna lungnateppusjúkdóma sem geta haft gagn af innúðasterum. Í fyrsta lagi eru það þeir sem bæta blástursgildi (FEV_1) um 15% eða meira (þó að minnsta kosti 200 ml) eftir sex til 12 vikna meðferð með innúðasterum. Átt er við að FEV_1 aukist um 15% frá gildi sem mælt er eftir að berkjuvíkkandi lyf eru gefin, svo ekki er verið að mæla áhrif berkjuvíkkandi lyfja heldur steralyfjanna (10). Í öðru lagi geta innúðasterar gagnast sjúklingum með langvinna lungnateppusjúkdóma á háu stigi, það er FEV_1 lægra en 50% af spáðu gildi og tíðar versnanir sem þarfnast meðferðar með sterum í æð eða töfluformi og sýklalyfjum. Svo virðist sem búdesóníð og flútíkasón séu jafnvirk og hafi svipaðar aukaverkanir en tríamcínólón hafi meiri aukaverkanir, sérstaklega á bein. Ekki virðist vel ljóst hvaða steraskammtar séu nauðsynlegir til að ná fram tilskildum áhrifum. Til að hægt sé að nota innúðastera á réttan hátt í sjúklingum með langvinna lungnateppusjúkdóma er nauðsynlegt að framkvæma öndunarpróf (spirometry), bæði til að velja sjúklingana og einnig til að meta árangur meðferðarinnar. Að auki eru öndunarmælingar nauðsynlegar til að greina langvinna lungnateppusjúkdóma og til að stiga sjúkdóminn. Það er því brýnt fyrir alla sem greina og meðhöndla sjúklinga með langvinna lungnateppusjúkdóma að hafa aðgang að öndunarmælingum. Talsverður misbrestur hefur verið á því á heilsugæslustöðvum á Íslandi. Brýnt er að bæta úr þessu og bæta þjálfun starfsfólks heilsugæslustöðva í að framkvæma öndunarmælingar. Á þann hátt og með því að fylgja alþjóðlegum leiðbeiningum um meðferð langvinnra lungnateppusjúkdóma er hægt að bæta meðferð sjúklinga með sjúkdómana, spara peninga og draga úr aukaverkunum (11).

Höfundur er sérfræðingur í lyflækningum, lungna- og gjörgæslulækningum, Landspítala Hringbraut. Netfang: ggudmund@landspitali.is

Heimildir

1. Viegi G, Scognamiglio A, Baldacci S, Pistelli F, Carrozzi L. Epidemiology of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Respiration 2001; 68: 4-19.
2. Turato G, Zuin R, Saetta M. Pathogenesis and pathology of COPD. Respiration 2001; 68: 117-28.
3. Anthonisen NR, Connett JE, Kiley JP, Altose MD, Bailey WC, Buist AS, et al. Effects of smoking intervention and the

use of an inhaled anticholinergic bronchodilator on the rate of decline of FEV_1: the Lung Health Study. JAMA 1994; 272: 1497-501.
4. Haahtela T, Järvinen M, Kava T, Kiviranta K, Koskinen S, Lehtonen K, et al. Comparison of a $ß_2$-agonist, terbutaline, with an inhaled corticosteroid, budesonide, in newly detected asthma. N Engl J Med 1991; 325: 388-92.
5. The Lung Health Study Research Group. Effect of inhaled triamcinolone on the decline in pulmonary function in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2000; 343: 1902-9.
6. Pauwels RA, Löfdahl CG, Laitinen LA, Schouten JP, Postma DS, Pride NB, et al. Long-term treatment with inhaled budesonide in persons with mild chronic obstructive pulmonary disease who continue smoking. N Engl J Med 1999; 340: 1948-53.
7. Vestbo J, Sorensen T, Lange P, Brix A, Torre P, Viskum K. Long-term effect of inhaled budesonide in mild and moderate chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. Lancet 1999; 353: 1819-23.
8. Burge PS, Calverley PM, Jones PW, Spencer S, Anderson JA, Maslen TK. Randomised, double blind, placebo controlled study of fluticasone propionate in patients with moderate to severe chronic obstructive pulmonary disease: the ISOLDE trial. BMJ 2000; 320: 1297-303.
9. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PMA, Jenkins CR, Hurd SS. Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop Summary Am J Respir Crit Care Med 2001; 163: 1256-76.
10. Hospers JJ, Postma DS, Rijcken B, Weiss ST, Schouten JP. Histamine airway hyper-responsiveness and mortality from chronic obstructive pulmonary disease: a cohort study. Lancet 2000; 356: 1313-7.
11. Ramsey S. COPD: present and future concepts: economic perspectives. In: ATS 2000 Conference-Symposia Excerpts. New York: American Thoracic Society; 2000: 2.

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 sjúkdómseinkenna 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, þyngdaraukning, 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.**



Nýr prótónupumpuhemjari

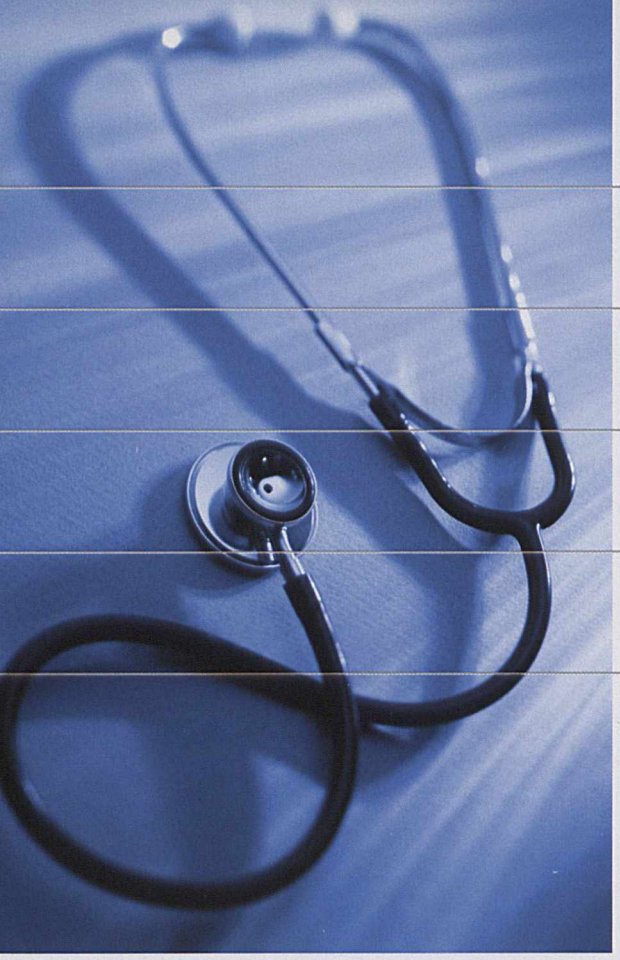
JANSSEN-CILAG

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



Ert þú að missa af umsömdum kjarabótum?

Þú færð mótframlag frá launagreiðanda ef þú greiðir aukalega í séreignarsjóð!

Í nýjum kjarasamningi sjúkrahússlækna var samið um 1% mótframlag launagreiðanda frá 1. júlí 2001 (hækkar í 2% 1. janúar 2002) gegn 2% viðbótarframlagi læknis í séreignarsjóð. Samkvæmt úrskurði kjaranefndar gilda svipaðar reglur um heilsugæslulækna nema að mótframlag vinnuveitanda vegna 2001 er frá 1. janúar 2001.

Stjórn Lífeyrissjóðs lækna hvetur félaga sína eindregið til að greiða aukalega í séreignarsjóð og tryggja sér mótframlag vinnuveitanda **sem annars fellur niður**. Vegna mótframlags launagreiðanda og hagstæðrar skattlagningar er viðbótarlífeyrissparnaður besti sparnaður sem völ er á. Íslandsbanki – Eignastýring (áður VÍB), rekstraraðili Lífeyrissjóðs lækna, býður góða kosti fyrir viðbótarlífeyrissparnaðinn þinn. Þú getur valið um **ALVÍB**, sem er fjölmennasti séreignarsjóður landsins, eða stofnað þinn eigin **Sérreikning**, þar sem þú getur valið um fjölmargar mismunandi ávöxtunarleiðir.

Hafðu samband og við aðstoðum þig við að velja bestu leiðina.

Á llaekna.is getur þú reiknað út réttindi þín í Lífeyrissjóði lækna og verðmæti viðbótarsparnaðar.

ÍSLANDSBANKI

Rekstraraðili: Íslandsbanki - Eignastýring,
Kirkjusandi, 155 Reykjavík,
sími: 560 8900, myndsendir: 560 8910,
netfang: verdbref@isb.is, veffang: www.isb.is

LÍFEYRISSJÓÐUR LÆKNA

Kirkjusandi, 155 Reykjavík,
sími: 560 8970, myndsendir: 560 8910,
netfang: ll@llaekna.is, veffang: www.llaekna.is

NÝTT VERKJALYF

ZYTRAM®

Tramadól forðatöflur

Zytram
Norpharma
FORÐATÖFLUR; N 02 A X 02 **R E**

Hver forðatafla inniheldur: Tramadolum, INN, hýdróklóríð, 75 mg, 100 mg, 150 mg eða 200 mg. Forðatöflurnar innihalda laktósu og litarefnin títantvíoxíð (E171), indígó karmín (E132) (75 mg forðatöflur), járnoxíð (E172) (75 mg, 150 mg, 200 mg forðatöflur). **Ábendingar:** Til meðferðar á bæði vægum og slæmum verkjum. **Skammtar:** Skammta skal ákvarða eftir eðli verkja og næmi hvers sjúklings. Ef ekki eru gefin önnur fyrirmæli skal gefa Zytram forðatöflur á eftirfarandi hátt: Forðatöflurnar á að gleypa heilar, óháð máltíðum, með nægjanlegum vökva og ekki má skipta þeim eða tyggja þær. Almennt skal nota lægsta skammt sem gefur nægjanlega verkun. Ekki má gefa stærri dagsskammt af virka efninu en 400 mg nema við sérstakar klínískar aðstæður. Ráðlagt er að auka skammta smám saman hjá sjúklingunum til þess að draga úr tímabundnum aukaverkunum. Zytram forðatöflur skal nota í eins skamman tíma og unnt er. *Fullorðnir og börn eldri en 12 ára:* Skammtar gefnir á 12 klukkustunda fresti. Venjulegur upphafsskammtur er 75 mg forðatafla tvisvar sinnum á dag. *Börn:* Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 12 ára. *Aldraðir sjúklingar:* Yfirleitt þarf ekki að breyta skömmtun hjá öldruðum sjúklingum (allt að 75 ára aldri) ef ekki er um að ræða skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi. Hjá eldri sjúklingum (eldri en 75 ára) getur útskilnaðartíminn verið lengri. Því skal auka bil á milli skammta, ef þörf er á, í samræmi við þarfir sjúklingsins. *Sjúklingar með skerta nýrna- og lifrarstarfsemi eða sem eru í blóðskilun:* Notkun Zytram forðataflna er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi. Hjá sjúklingum með lítillega skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi má meta hvort auka þarf bil á milli skammta. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir tramadóli eða öðrum innihaldsefnum taflnanna, í tengslum við bráða áfengiseitrun, svefnlyf, verkjalyf, ópíóíða eða taugalyf og hjá sjúklingum sem taka mónóamínóoxídasa hemla (MAO) eða hafa tekið slík lyf á síðustu 14 dögum. Zytram forðatöflur má ekki nota við afvötnun vegna eiturlyfja. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Gæta skal sérstakrar varúðar við meðferð sjúklinga sem eru háðir ópíóíðum, einnig hjá sjúklingum með höfuðáverka, í losti, með litla meðvitund án þekktrar orsakar, með áverka á öndunarstöð eða öndunarstarfsemi svo og með hækkaðan þrýsting innan höfuðkúpu (intrakranial). Gæta skal varúðar við notkun lyfsins hjá sjúklingum sem eru viðkvæmir fyrir ópíótum. Uppköst hafa komið fyrir hjá sjúklingum sem meðhöndlaðir eru með ráðlögðum skömmtum af tramadóli. Áhættan getur aukist ef tramadól skammtarnir fara yfir ráðlögð efri mörk daglegs skammts (400 mg). Auk þess getur tramadól aukið hættuna á krömpum hjá sjúklingum sem taka önnur lyf sem lækka krampaþröskuldinn (sjá „Milliverkanir"). Flogaveikisjúklinga og sjúklinga með tilhneigingu til krampa skal aðeins meðhöndla í undantekningartilvikum með Zytram forðatöflum. Tramadól hefur væg ávanabindandi áhrif. Við langvarandi notkun getur þol, sálræn og líkamleg fíkn myndast. Hjá sjúklingum með tilhneigingu til lyfjamisnotkunar eða lyfjafíklar skal einungis gefa Zytram forðatöflur í skamman tíma í senn og undir nákvæmu eftirliti læknis. Tramadól er ekki hentugt sem uppbótarlyf við ópíóíðfíkn. Þrátt fyrir að tramadól sé ópíóíðagónisti dregur það ekki úr fráhvarfseinkennum morfíns. **Milliverkanir:** Zytram forðatöflur skal ekki gefa samtímis MAO-hemlum. Samtímis gjöf annarra lyfja sem hafa slævandi áhrif á miðtaugakerfið, þar með talið áfengi, getur aukið áhrifin á miðtaugakerfið. Niðurstöður rannsókna á verkunarhætti lyfsins hafa hingað til sýnt að samtímis eða fyrri gjöf címetidíns (ensímhemill) leiðir líklega ekki til milliverkana sem hafa klínískа þýðingu. Samtímis eða fyrri gjöf karbamazepíns (ensímörvandi) getur minnkað verkjastillandi áhrif og stytt verkunartímann. Tramadól á ekki að nota með lyfjum sem hafa blandaða agónista/antagónista verkun (t.d. búprenorfín, nalbúfín, pentazócín) þar sem verkjastillandi áhrif tramadóls geta fræðilega minnkað í slíkum tilvikum. Tramadól getur örvað og aukið hættuna á krömpum við samtímis gjöf sérhæfðra blokkara á serótónín enduruptöku, þríhringlaga þunglyndislyfja, taugalyfja og annara lyfja sem lækka krampaþröskuld. Önnur lyf sem hemja CYP3A4 t.d. ketókónazól og eryþrómýcín geta hindrað umbrot tramadóls (N-demetýlering), eins og sennilega einnig umbrot virka O-demetýleraða umbrotsefnisins. Klínísk þýðing þessarar milliverkunar er ekki þekkt. **Meðganga:** Dýratilraunir með tramadóli hafa sýnt fram á að gjöf mjög stórra skammta hafði áhrif á líffæraþroska, beinmyndun og lífslíkur nýbura. Engin vansköpunarmyndandi áhrif hafa sést. Tramadól fer yfir fylgju. Reynsla af notkun lyfsins hjá þunguðum konum er takmörkuð. Þess vegna eiga þungaðar konur ekki að nota Zytram forðatöflur. Tramadól, gefið fyrir eða í fæðingu, hefur ekki áhrif á samdráttargetu legsins. Tramadól getur valdið breytingum á öndunartíðni nýbura. Þetta hefur yfirleitt ekki klínískа þýðingu. Um 0,1 % af gefnum skammti skilst út í móðurmjólk. Ekki er mælt með notkun lyfsins við brjóstagjöf. Eftir einn einstakan skammt þarf yfirleitt ekki að hætta brjóstagjöf. **Akstur:** Jafnvel við venjulega skammta geta Zytram forðatöflurnar skert viðbragðsflýti. Þetta skal hafa í huga t.d. við akstur og stjórnun véla. Þetta á einkum við ef tekin eru önnur lyf samhliða sem hafa áhrif á miðtaugakerfi. **Aukaverkanir:** Algengar aukaverkanir (> 10 %) eru ógleði og svimi. Öðru hverju (1-10%) koma fram uppköst, hægðatregða, svitnun, munnþurrkur, höfuðverkur og sljóleiki. Í sjaldgæfum tilvikum (<1%) geta komið fram áhrif á hjarta- og æðakerfi (hjartsláttarónot, hraðtaktur, réttstöðuþrýstingsfall eða blóðþrýstingsfall). Þessi áhrif koma einkum fram í tengslum við gjöf lyfsins í æð og hjá sjúklingum sem eru undir líkamlegu álagi. Ógleði, erting í meltingarvegi (þrýstingstilfinning í maga, uppþemba) og áhrif á húð (t.d. kláði og útbrot) geta komið fram. Í mjög sjaldgæfum tilvikum (<0,1%) hefur skert hreyfigeta, breytingar á matarlyst og truflanir í blóðstreymi sést. Ýmsar sálrænar aukaverkanir geta í mjög sjaldgæfum tilvikum komið fram eftir gjöf Zytram. Hversu alvarlegar þær eru og hvernig þær koma fram er mismunandi á milli einstaklinga (háð persónuleika og meðferðarlengd). Hér má nefna breytingar í skapgerð (venjulega gleði; stundum vanlíðan), breytingar í atorku (venjulega minnkun, stundum aukning) og breytingar á skilvitlegri starfsemi og skynjunar hæfileika (t.d. geta tekið ákvarðanir, skilningur). Ofnæmi (t.d. andnauð, berkjukrampar, blástursh1jóð, ofsabjúgur) og ofnæmislosti getur myndast í örfáum tilvikum. Krampar sem líkjast flogaveiki hafa örsjaldan sést. Þetta kom yfirleitt fram eftir stóra skammta af tramadóli og samtímis meðhöndlun með lyfjum sem lækka krampaþröskuld eða framkalla krampa í heila (t.d. þunglyndislyf og taugalyf). Hækkaður blóðþrýstingur og hægataktur hafa örsjaldan komið fram. Öndunarslæving getur orðið, ef farið er verulega yfir ráðlagða skammta og önnur lyf sem hafa áhrif á miðtaugakerfi gefin samtímis. Lyfið getur verið ávanabindandi. Fráhvarfseinkenni, svipuð þeim sem koma fram við ópíata afvötnun, geta komið fram á eftirfarandi hátt: æsingur, kvíði, taugaveiklun, svefnleysi, sjúkleg hreyfingarþörf, skjálfti og truflanir í meltingarvegi. **Útlit:** Forðatöflur 75 mg: Ljósgráar, kringlóttar, tvíkúptar, þvermál 7 mm. Forðatöflur 100 mg: Hvítar, kringlóttar, tvíkúptar, þvermál 8 mm, Forðatöflur 150 mg: Ljósappelsínugular, kringlóttar, tvíkúptar, þvermál 9,5 mm, Forðatöflur 200 mg: Ferskjulitar, kringlóttar, tvíkúptar, þvermál 9,5 mm. **Pakkningar og verð (febrúar 2001):** Forðatöflur 75 mg: 56 stk. Kr. 3069.- Forðatöflur 100 mg: 56 stk. Kr. 3886.-, Forðatöflur 150 mg: 56 stk. Kr. 5355.- Forðatöflur 200 mg: 56 stk. Kr. 6699.- **Greiðslufyrirkomulag:** Elli- og örorkulífeyrisþegar greiða að hámarki 1250 krónur fyrir lyfið og aðrir að hámarki 4500 krónur. **Áth:** Nánari upplýsingar í sérlyfjaskrártexta

Langvirkt verkjalyf

Einföld skömmtun

1 tafla 2svar á dag

Fáanlegt í 4 styrkleikum



PARTNERS AGAINST PAIN®

norpharma a/s

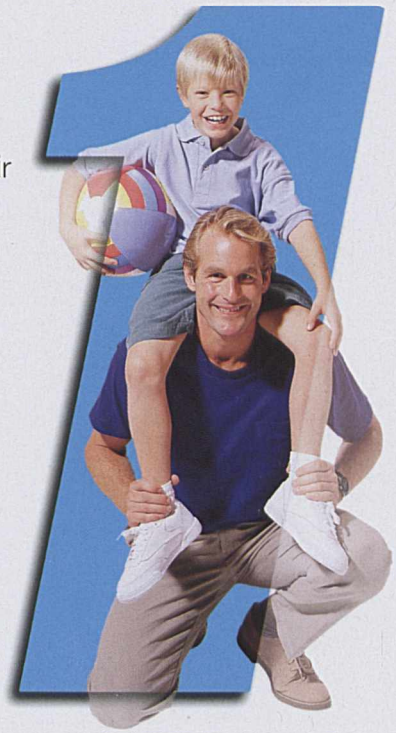
Umboð á Íslandi: Thorarensen Lyf • Sími 530 7100 • Fax 530 7101

®: ZYTRAM er skrásett vörumerki

Offsetfjölnotan ehf

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 montelukast 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.

Þróun ofþyngdar og offitu meðal 45-64 ára Reykvíkinga á árunum 1975-1994

Hólmfríður Þorgeirsdóttir[1],

Laufey Steingrímsdóttir[1],

Örn Ólafsson[2],

Vilmundur Guðnason[3]

Ágrip

Tilgangur: Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvort breytingar hafi orðið á hlutfallslegum fjölda of þungra og of feitra hér á landi undanfarin ár. Einnig að athuga hvort samband væri milli fæðuframboðs og ofþyngdar og offitu.

Efniviður og aðferðir: Þátttakendur í þessari rannsókn koma úr áföngum III-V í hóprannsókn Hjartaverndar og Reykjavíkurhluta MONICA rannsóknarinnar frá tímabilinu 1975-1994. Skoðaðir voru aldurshóparnir 45-54 ára og 55-64 ára. Einungis voru notaðar upplýsingar úr fyrstu komu hvers einstaklings. Reiknaður var líkamsþyngdarstuðull (body mass index, BMI) þátttakenda og hlutfall of þungra og of feitra einstaklinga miðað við mörk Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar þar sem einstaklingar með líkamsþyngdarstuðul á bilinu 25-29,9 teljast of þungir en of feitir sé stuðullinn 30 eða hærri. Einnig var athugað hvort samband væri milli breytinga á mataræði og ofþyngdar og offitu á tímabilinu.

Niðurstöður: Reykvískir karlar og konur hafa bæði hækkað og þyngst á tímabilinu. Þyngdaraukningin er meiri en útskýrt verður með aukinni hæð eingöngu en það kemur fram í hækkun líkamsþyngdarstuðuls hjá báðum kynjum. Á sama tíma eykst bæði hlutfall þeirra sem eru of þungir og of feitir og var hlutfallsleg fjölgun of feitra meiri en hlutfallsleg fjölgun of þungra. Hlutfall of feitra meira en tvöfaldaðist hjá báðum aldurshópum kvenna á tímabilinu samkvæmt niðurstöðum línulegrar aðhvarfsgreiningar (linear regression analysis) og var komið í tæp 15% (95% öryggisbil, 9-22%) hjá konum á aldrinum 45-54 ára og um 25% (95% öryggisbil, 17-34%) hjá 55-64 ára. Hlutfall of feitra tæplega tvöfaldast í yngri hópi karla og var komið í um 19% (95% öryggisbil, 13-27%) í lok tímabilsins en aukningin var ekki marktæk hjá þeim eldri. Það lætur nærri að í lok tímabilsins séu um 70% karla í báðum aldurshópum og í eldri hópi kvenna annað hvort of þung eða of feit, en þetta hlutfall var um 54% í yngri hópi kvenna.

[1]Manneldisráð Íslands, [2]Landspítalinn Hringbraut, [3]Rannsóknarstöð Hjartaverndar.
Fyrirspurnir, bréfaskipti: Hólmfríður Þorgeirsdóttir, Manneldisráði Íslands, Barónsstíg 47, 101 Reykjavík. Sími: 585 1480; netfang: Holmfridur@manneldi.is

Lykilorð: *líkamsþyngdarstuðull, ofþyngd, offita.*

ENGLISH SUMMARY

Þorgeirsdóttir H, Steingrímsdóttir L, Ólafsson Ö, Guðnason V

Trends in overweight and obesity in 45-64 year old men and women in Reykjavik 1975-1994

Læknablaðið 2001; 87: 699-704

Objective: The aim of this study was to assess possible changes in the prevalence of overweight and obesity in Iceland during the last decades. Furthermore, the possible effect of dietary changes on the observed trend in obesity prevalence was evaluated.

Material and methods: Participants came from stages III-V in the Reykjavik Health Study and the Reykjavik part of the MONICA studies from the period 1975-1994. The age groups 45-54 years and 55-64 years were examined. Only the information from the first visit of each person was included. The body mass index (BMI) for the participants was calculated and the percentage of those subjects considered overweight and obese according to WHO standards evaluated, using $25 \leq BMI < 30$ kg/m^2 as the cut-off point for overweight and $BMI \geq 30$ kg/m^2 as the cut-off point for obesity. Also, the observed trend in obesity prevalence is compared to changes in diet that have occurred in the same period.

Results: The results show that the mean weight and height of both men and women have been increasing during the study period. However, weight has increased more than can be accounted for by increased height, resulting in increased BMI. At the same time, the prevalence of overweight and obesity have increased, the relative increase in obesity far exceeding the relative increase in overweight. The prevalence of obesity more than doubled in both age groups of women during the study period, according to trend analyses. At the end of the period, almost 15% (95% confidence interval (CI), 9-22%) in the younger group of women and 25% (95% CI, 17-34%) in the older group were classified as obese. In the younger group of men, the prevalence of obesity almost doubled, while the observed increase in the older group was not statistically significant, according to trend analyses. The prevalence of obesity in the final period was about 19% (95% CI, 13-27%) and 17% (95% CI, 11-25%) in the younger and older groups of men, respectively. According to the food supply statistics there have been insignificant changes in the consumption of energy nutrients during the period.

Conclusions: Overweight and obesity are becoming more common among middle-aged men and women in Reykjavik, during the period 1975-1994 and the rate of increase being comparable to that observed in many Western countries. It is urgent to respond to this problem by promoting a healthier lifestyle, both with respect to diet and physical activity.

Keywords: *body mass index, overweight, obesity.*

Correspondence: Hólmfríður Þorgeirsdóttir. E-mail: Holmfridur@manneldi.is

Óverulegar breytingar hafa átt sér stað á neyslu orku og orkuefna á tímabilinu samkvæmt niðurstöðum fæðuframboðsins.

Ályktanir: Ofþyngd og offita hafa aukist umtalsvert meðal miðaldra Reykvíkinga á árunum 1975-1994 og er aukningin sambærileg við það sem átt hefur sér stað víða á Vesturlöndum undanfarið. Brýnt er að bregðast við þessum vanda með því að hvetja til heilbrigðari lífshátta, bæði hvað mataræði og hreyfingu varðar.

Tafla I. *Fjöldi þátttakenda í þessari rannsókn eftir aldri, kyni og skoðunartíma.*

Rannsókn	Skoðunarár	45-54 ára	55-64 ára
Karlar			
Hóprannsókn III	1975-1977	701	708
Hóprannsókn IV	1979-1981	761	321
MONICA I	1983	119	107
Hóprannsókn V	1985-1987	237	647
MONICA II	1988-1989	119	102
MONICA III	1993-1994	125	120
Konur			
Hóprannsókn III	1977-1979	683	977
Hóprannsókn IV og MONICA I	1981-1984	943	571
Hóprannsókn V og MONICA II	1987-1991	218*	904
MONICA III	1993-1994	123	110

* Tímabil 1987-1989.

Tafla II. *Meðalhæð og 95% öryggisbil (CI) á hverju tímabili eftir aldri og kyni.*

	45-54 ára		55-64 ára	
Skoðunarár	Meðaltal	95% CI	Meðaltal	95% CI
Karlar				
1975-1977	176,9	176,5-177,4	174,9	174,4-175,3
1979-1981	178,7	178,3-179,1	176,6	175,9-177,3
1983	179,2	178,0-180,4	175,4	174,3-176,5
1985-1987	179,1	178,3-179,8	177,0	176,6-177,5
1988-1989	179,5	178,3-180,6	177,1	176,0-178,3
1993-1994	179,2	178,0-180,3	177,7	176,5-178,9
Konur				
1977-1979	164,6	164,2-165,0	162,3	161,9-162,6
1981-1984	165,0	164,7-165,4	163,2	162,7-163,6
1987-1991	165,9*	165,2-166,6	163,8	163,5-164,2
1993-1994	167,0	165,9-168,1	163,9	162,9-164,9

* Tímabil 1987-1989.

Tafla III. *Meðalþyngd og 95% öryggisbil (CI) á hverju tímabili eftir aldri og kyni.*

	45-54 ára		55-64 ára	
Skoðunarár	Meðaltal	95% CI	Meðaltal	95% CI
Karlar				
1975-1977	81,2	80,3-82,1	79,2	78,2-80,1
1979-1981	82,4	81,6-83,2	80,9	79,6-82,2
1983	83,9	81,5-86,3	80,6	78,3-82,9
1985-1987	84,2	82,6-85,9	82,9	82,0-83,8
1988-1989	85,1	82,8-87,4	83,8	81,1-86,6
1993-1994	87,6	84,9-90,4	85,2	82,9-87,5
Konur				
1977-1979	66,7	65,9-67,5	65,8	65,1-66,5
1981-1984	68,4	67,7-69,2	68,1	67,1-69,1
1987-1991	72,1*	70,4-73,8	70,9	70,1-71,8
1993-1994	73,4	70,7-76,1	73,4	70,9-75,9

* Tímabil 1987-1989.

Inngangur

Síðustu áratugi hafa ofþyngd og offita aukist víða um heim bæði meðal barna og fullorðinna. Í nýlegri skýrslu frá Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni er offitu lýst sem faraldri, ekki bara á Vesturlöndum, heldur einnig víða í þróunarlöndum (1). Brýnt er að fylgjast með þróun ofþyngdar og offitu meðal þjóðarinnar þar sem offita hefur mikil áhrif á heilsu en hún er áhættuþáttur fyrir hjarta- og æðasjúkdóma, fullorðinssykursýki og fleiri sjúkdóma (2-8).

Hjartavernd hefur safnað gögnum um hæð og þyngd Íslendinga allt frá árinu 1967, bæði í hóprannsókn Hjartaverndar og í MONICA rannsókninni sem er fjölþjóðleg rannsókn. Ítarlegar skýrslur hafa verið birtar um hæð, þyngd og Broca líkamsþyngdarstuðul fyrir fyrstu áfanga hóprannsóknarinnar frá árunum 1967-1968 (9,10).

Í rannsókn þessari, sem byggir á ofangreindum gögnum Hjartaverndar, er lýst þróun ofþyngdar og offitu meðal 45-64 ára Reykvíkinga á árunum 1975-1994 miðað við viðmiðunarmörk Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar fyrir ofþyngd og offitu (1). Einnig eru breytingar á holdafari bornar saman við þær breytingar sem átt hafa sér stað á mataræði þjóðarinnar á tímabilinu.

Efniviður og aðferðir

Til að kanna þróun ofþyngdar og offitu á tímabilinu 1975-1994 voru notuð gögn úr áfanga III-V í hóprannsókn Hjartaverndar og Reykjavíkurhluta MONICA rannsóknarinnar, áfanga I-III (tafla I). Í þessari rannsókn er einungis stuðst við fyrstu komu hvers einstaklings.

Hóprannsókn Hjartaverndar er ferilrannsókn sem fram fór á Reykjavíkursvæðinu 1967-1997. Nákvæm lýsing á skipulagi rannsóknarinnar, vali úrtaks, þátttöku og framkvæmd hefur þegar verið birt í skýrslum Hjartaverndar (11,12), en þátttaka var um það bil 70% (13). MONICA rannsóknin er fjölþjóðleg rannsókn sem fram fór í 41 rannsóknastöð í 28 löndum 1983-1994 (14).

Skoðaðar voru breytingar á hæð, þyngd og líkamsþyngdarstuðli (body mass index, BMI) með tilliti til tíma og fyrir fastan aldur. Tímanum frá 1975-1994 er skipt upp í tímabil sem skilgreind eru út frá áfangaskiptingum í Hjartaverndargögnunum.

Aldurshópurinn 45-64 ára var valinn til skoðunar þar sem einstaklingar á þessum aldri koma fyrir á flestum tímabilunum. Þessum aldurshóp var síðan skipt upp í tvo undirhópa, 45-54 og 55-64 ára. Skoðunartímabil fyrir karla voru sex en einungis fjögur hjá konunum þar sem tveir áfangar hóprannsóknar og MONICA rannsóknarinnar fóru fram á sama tíma hjá konunum. Rannsóknartímabil karla var samtals 19 ár en 16 ár hjá konum.

Mælingar: Hæð og þyngd voru mæld með löggiltum hæðarmæli og vog. Þátttakendur voru

einungis í nærklæðum, slá úr plasti og plasthosum. Hæðin var mæld með 0,5 cm og þyngdin með 0,1 kg nákvæmni (9,10).

Líkamsþyngdarstuðull er gefinn með einum aukastaf en stuðullinn var reiknaður með því að deila í þyngdina í kílóum með hæðinni í metrum í öðru veldi (kg/m^2). Samkvæmt viðmiðunarmörkum Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar teljast fullorðnir einstaklingar of þungir ef líkamsþyngdarstuðull er á bilinu 25,0-29,9 og of feitir ef stuðull er 30 eða meira (1).

Stuðst var við fæðuframboðstölur til að kanna hvaða breytingar hafa átt sér stað á neyslu þjóðarinnar á orku og orkuefnum á tímabilinu (15). Fæðuframboðstölur eru reiknaðar út frá innlendri framleiðslu og innflutningi að frádregnum útflutningi og þess sem fer til annarra nota en manneldis. Tölurnar veita upplýsingar um magn og tegundir matvara sem eru á boðstólum fyrir þjóðina og eru gefnar upp í kílógrömmum á íbúa á ári. Á grundvelli þeirra er reiknað framboð á orku og orkuefnum.

Tölfræðileg úrvinnsla: Línuleg aðhvarfsgreining (linear regression analysis) var notuð til að meta tímaleitni (time trend) í meðaltali log- (líkamsþyngdarstuðuls) gilda. Þannig fékkst mat á hlutfallslegri breytingu í margfeldismeðaltali (geometric mean) líkamsþyngdarstuðuls gilda frá einum tíma til annars. Einnig var metið með aðhvarfsgreiningu hvort tímaleitni væri í hlutfalli of þungra og of feitra á tímabilinu. Marktektarkrafa (significance level) miðaðist við 5%. Tölfræðiforritið SPSS 9.0 var notað við úrvinnslu gagna.

Niðurstöður

Hæð og þyngd: Töflur II og III sýna þróun á meðalhæð og þyngd þessara aldurshópa á tímabilinu. Karlar jafnt sem konur í báðum aldurshópum eru að meðaltali um 2-3 cm hærri í lok tímabilsins en einstaklingar í upphafi þess. Þátttakendur eru einnig þyngri í lok tímabilsins. Þyngdarmunur karla er svipaður í báðum aldurshópum um það bil 6 kg. Konur hafa þyngst meira en karlarnir þrátt fyrir að rannsóknartímabil þeirra sé þremur árum styttra. Þyngdaraukning yngri aldurshóps kvenna var 6,7 kg en þess eldri 7,6 kg.

Líkamsþyngdarstuðull: Tafla IV sýnir meðallíkamsþyngdarstuðul þátttakenda á tímabilinu. Hann hefur hækkað hjá körlum og konum í báðum aldurshópum. Í upphafi tímabilsins var meðallíkamsþyngdarstuðull í báðum aldurshópum karla 25,9 en var í lok tímabilsins 27,2 í yngri hópi karla og 27,0 hjá þeim eldri. Í yngri hópi kvenna hækkaði meðallíkamsþyngdarstuðull úr 24,6 í 26,3 en í eldri hópnum úr 25,0 í 27,3. Ekki er tölfræðilega marktækur munur milli aldurshópanna, þó hafa eldri konurnar tilhneigingu til að hafa hærri stuðul en þær yngri.

Niðurstöður línulegrar aðhvarfsgreiningar sýna að hlutfallsleg hækkun á meðallíkmasþyngdarstuðli var tölfræðilega marktæk í öllum hópunum á tímabilinu. Hún var mun meiri meðal kvenna en karla.

Ofþyngd: Tafla V sýnir að hlutfall of þungra einstaklinga (25≤líkmasþyngdarstuðull <30) jókst hjá báðum kynjum og aldurshópum á tímabilinu.

Tafla IV. *Meðallíkamsþyngdarstuðull (BMI) og 95% öryggisbil (CI) á hverju tímabili eftir aldri og kyni.*

	45-54 ára		55-64 ára	
Skoðunarár	Meðaltal	95% CI	Meðaltal	95% CI
Karlar				
1975-1977	25,9	25,6-26,2	25,9	25,6-26,1
1979-1981	25,8	25,6-26,0	25,9	25,5-26,3
1983	26,1	25,4-26,8	26,2	25,5-26,9
1985-1987	26,3	25,8-26,7	26,4	26,2-26,7
1988-1989	26,4	25,7-27,1	26,7	25,9-27,5
1993-1994	27,2*	26,5-28,0	27,0*	26,3-27,6
Konur				
1977-1979	24,6	24,3-24,9	25,0	24,7-25,3
1981-1984	25,1	24,9-25,4	25,6	25,2-25,9
1987-1991	26,2**	25,6-26,8	26,4	26,1-26,7
1993-1994	26,3*	25,4-27,2	27,3*	26,4-28,1

* Margfeldismeðaltal BMI vex á tímabilinu 1975-1994 (1977-1994) samkvæmt línulegri aðhvarfsgreiningu, p≤0,0001.
* Tímabil 1987-1989.

Tafla V. *Hlutfall ofþyngdar (líkamsþyngdarstuðull, BMI 25-29.9) og 95% öryggisbil (CI) á hverju tímabili eftir aldri og kyni.*

	45-54 ára		55-64 ára	
Skoðunarár	Meðaltal	95% CI	Meðaltal	95% CI
Karlar				
1975-1977	45,8	42,1-49,6	46,2	42,5-49,9
1979-1981	44,2	40,6-47,8	51,1	45,5-56,7
1983	42,9	33,8-52,3	51,4	41,5-61,2
1985-1987	42,2	35,8-48,8	54,7	50,8-58,6
1988-1989	47,9	38,7-57,2	45,1	35,2-55,3
1993-1994	53,6^{NS}	44,5-62,6	52,5*	43,2-61,7
Konur				
1977-1979	29,0	25,6-32,6	34,2	31,2-37,3
1981-1984	33,9	30,9-37,1	34,2	30,3-38,2
1987-1991	38,5**	32,0-45,3	39,6	36,4-42,9
1993-1994	39,0***	30,4-48,2	45,5***	35,9-55,2

NS: Ekki marktæk breyting á tímabilinu 1975-1994.
* Hlutfall ofþyngdar vex að meðaltali á tímabilin 1975-1994 samkvæmt línulegri aðhvarfsgreiningu, p< 0,05.
** Tímabil 1987-1989.
*** Hlutfall ofþyngdar vex að meðaltali á tímabilinu 1977-1994 samkvæmt línulegri aðhvarfsgreiningu, p< 0,01.

Tafla VI. *Hlutfall offitu (líkamsþyngdarstuðull, BMI ≥30) og 95% öryggisbil (CI) á hverju tímabili eftir aldri og kyni.*

	45-54 ára		55-64 ára	
Skoðunarár	Meðaltal	95% CI	Meðaltal	95% CI
Karlar				
1975-1977	10,4	8,3-12,9	11,7	9,4-14,3
1979-1981	11,4	9,3-13,9	9,0	6,1-12,7
1983	11,8	6,6-19,0	12,1	6,6-19,9
1985-1987	15,6	11,2-20,9	11,0	8,7-13,6
1988-1989	13,4	7,9-20,9	17,6	10,8-26,4
1993-1994	19,2*	12,7-27,2	16,7^{NS}	10,5-24,6
Konur				
1977-1979	8,6	6,6-11,0	11,2	9,3-13,3
1981-1984	10,3	8,4-12,4	14,0	11,3-17,1
1987-1991	17,4**	12,6-23,1	17,7	15,3-20,3
1993-1994	14,6***	8,9-22,1	24,5***	16,8-33,7

* Hlutfall offitu vex að meðaltali á tímabilinu 1975-1994 samkvæmt línulegri aðhvarfsgreiningu, p<0,01.
NS: Ekki marktæk breyting á tímabilinu 1975-1994.
** Tímabil 1987-1989.
*** Hlutfall offitu vex að meðaltali á tímabilinu 1977-1994 samkvæmt línulegri aðhvarfsgreiningu, p≤0,0001.

Tafla VII. *Framboð á orku, fitu og sykri og hlutfallslegt framlag fitu til orkunnar 1976-1995.*

	Athugasemdir	1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995
Orka, kkal/dag	Alkóhól meðtalið	2948	2987	3078	3013
Fita, g/íbúa/dag		132	138	134	130
Sykur, g/íbúa/dag		141	141	145	141
Fita, % orku		39,6	40,7	38,6	38,1

Hlutfall ofþyngdar er hærra meðal karla en kvenna. Í upphafi tímabilsins voru um 46% karla í báðum aldurshópum of þungir en 53-54% í lok tímabilsins. Í yngri hópi kvenna fór hlutfallið úr 29% í upphafi tímabilsins í 39% í lok þess en í þeim eldri úr 34% í 46%. Aukning á hlutfalli of þungra var meiri meðal kvenna en karla á tímabilinu samkvæmt línulegri aðhvarfsgreiningu. Eini hópurinn þar sem aukning á hlutfalli of þungra var ekki tölfræðilega marktæk var yngri hópur karla.

Offita: Tafla VI sýnir hlutfall of feitra einstaklinga á tímabilinu. Það er ljóst að offita eykst umtalsvert hjá báðum kynjum. Það lætur nærri að hlutfall offitu hafi tvöfaldast í yngri hópi karla en það fer úr 10,4% í upphafi tímabilsins í 19,2% í lok þess en aukningin var ekki tölfræðilega marktæk í eldri hópi karla. Hjá yngri konunum fer hlutfallið úr 8,6% í 14,6% en hjá þeim eldri úr 11,2% í 24,5%. Hjá körlum er ekki greinilegur munur á offitu milli aldurshópa en eldri konurnar hafa meiri tilhneigingu til að vera of feitar en þær yngri.

Fæðuframboð: Tafla VII sýnir framboð orku í kílókaloríum á íbúa á dag, fitu og sykurs í grömmum á íbúa á dag og hlutfallslegt framlag fitu til orkunnar fyrir tímabilið1976-1995, birt sem fimm ára meðaltöl. Framboð orku var nokkuð stöðugt á tímabilinu þó varð væg aukning úr 2948 kílókaloríum á íbúa á dag í upphafi tímabilsins í 3013 kílókaloríur á íbúa á dag í lok þess. Framboð á fitu stóð nánast í stað á tímabilinu, lækkaði þó lítillega, fór úr 131,9 grömmum á íbúa á dag í 129,8 grömm á íbúa á dag.

Sömuleiðis dró lítillega úr hlutfallslegu framlagi fitu til orkunnar, úr 39,6% í 38,1%. Framboð á sykri stóð nánast í stað á tímabilinu.

Umræða

Rannsókn þessi sýnir að reykvískir karlar og konur á aldrinum 45-64 ára eru hærri og þyngri að meðaltali árið 1994 en árið 1975. Þyngdin eykst meira en útskýrt verður með aukinni hæð eingöngu og kemur það fram í hækkun líkamsþyngdarstuðuls. Á sama tíma hefur hlutfall of þungra og of feitra einnig verið að aukast og hefur hlutfallsleg aukning í offitu verið mun meiri en í ofþyngd. Þar sem hér eru bornir saman jafngamlir einstaklingar á mismunandi tímum er ekki um að ræða aukna þyngd eftir því sem aldurinn færist yfir, heldur er hér á ferðinni breyting milli árganga á tímabilinu. Meðal kvenna hefur hlutfall feitra meira en tvöfaldast samkvæmt mati með línulegri aðhvarfsgreiningu. Í lok tímabilsins voru um 15% (95% öryggisbil, 9-22%) kvenna á aldrinum 45-54 ára of feitar og 25% (95% öryggisbil, 17-34%) kvenna 55-64 ára. Það lætur nærri að hlutfall of feitra hafi einnig tvöfaldast meðal 45-54 ára karla á tímabilinu og var komið í um 19% (95% öryggisbil, 13-27%) í lok þess en aukningin var ekki tölfræðilega marktæk í eldri hópi karla. Í lok tímabilsins voru um 70% karla og um 60% kvenna á aldrinum 45-64 ára annað hvort of þung eða of feit.

Þó að þessar niðurstöður nái eingöngu til Reykvíkinga má ætla að svipuð þróun hafi átt sér stað annars staðar á landinu. Leitarstöð Krabbameinsfélagsins hefur safnað upplýsingum um hæð og þyngd íslenskra kvenna allt aftur til ársins 1979. Í þeim gögnum kemur fram að hlutfall offitu jókst meðal 45-64 ára kvenna úr 14,9% á árunum 1980-1984 í 20,2% á árunum 1990-1994 (persónulegar upplýsingar, Laufey Tryggvadóttir, janúar 1999). Tölur Leitarstöðvarinnar ná til landsins í heild og eru þær heldur hærri en þessi rannsókn sýnir, sem bendir til þess að offita sé ekki síður vandamál á landsbyggðinni. Niðurstöður bæði frá Svíþjóð og Finnlandi (16-18) sýna að fólk sem býr á höfuðborgarsvæðum þessara landa er yfirleitt grennra en fólk sem býr á landsbyggðinni en engar upplýsingar eru til um slíkt hér á landi.

Niðurstöður þessarar rannsóknar eru síður en svo einsdæmi því hlutfall ofþyngdar og offitu hefur aukist víða á Vesturlöndum, oft með geigvænlegum hraða (19). Sú er raunin í Bretlandi en þar tvöfaldaðist hlutfall offitu á tímabilinu 1980-1991 (20). Erfitt getur þó reynst að bera saman hlutfall of feitra milli landa þar sem gjarnan er um að ræða ólíka aldurshópa og eins eru skilgreiningar fyrir ofþyngd og offitu ekki alltaf þær sömu. Einnig skiptir máli yfir hvaða tímabil rannsókn nær þar sem hlutfall of feitra breytist ört í flestum löndum. Rannsókn sem gerð var í Hollandi á sama aldurshópi og hér um ræðir sýndi svipað hlutfall offitu á árunum 1987-1991 og í þessari rannsókn (21). Hlutfallið hér er hins vegar lægra en í Bandaríkunum þar sem 29% karla og 36% kvenna á aldrinum 50-59 ára voru of feitir á árunum 1988-1994 (22). Í Svíþjóð er hlutfall offitu lægra en hér á landi (16,17).

Ástæður þessarar þróunar eru fólgnar í breyttum lífsháttum, annað hvort breyttu mataræði og/eða hreyfingu. Tvær kannanir á mataræði hafa verið gerðar í Reykjavík á þessu tímabili, sú fyrri árið 1979, sú seinni 1990 en hún náði til alls landsins (23,24). Séu niðurstöður þessara tveggja kannana bornar saman kemur í ljós að heildarorka hefur lítið breyst en hlutfall fitu hefur heldur minnkað. Tölur um fæðuframboð sýna svipaðar niðurstöður, framboð orku hefur lítið breyst en hlutfall fitu minnkað lítillega á tímabilinu (15). Mettuð fita hefur að vísu minnkað töluvert en ómettuð fita komið í staðinn.

Framboð á sykri hefur lítið breyst á tímabilinu og nánast staðið í stað frá árinu 1956. Aukin þyngd og offita verður því vart skýrð með breyttu mataræði. Rannsóknir benda til þess að fituríkt fæði auki líkur á offitu (25). Innbyrðis hlutfall orkugjafa í fæðunni hefur bæði áhrif á temprun neyslu og orkunotkun (26-28). Rannsóknir á fólki, sem borðar að vild mismunandi samsett fæði, sýna að það innbyrðir að jafnaði færri hitaeiningar á kolvetna- og prótínríku fæði en á fituríku, hugsanlega vegna mikillar orkuþéttni fitu og minni sedduáhrifa í hlutfalli við orkugildi (26,28,29). Jafnframt hafa rannsóknir sýnt að orkunotkun eykst á prótín- og kolvetnaríku fæði, bæði vegna örvunar grunnefnaskipta og varmataps eftir máltíð (26). Ennfremur hefur komið í ljós að fólk grennist alla jafna ef hlutfall prótína og kolvetna er aukið á kostnað fitu og umframorka úr fitu leiðir til meiri fitusöfnunar en umframorka úr kolvetnum vegna minna varmataps eftir neyslu kolvetna en fitu (30-32). Niðurstöður faraldsfræðilegra rannsókna sýna að meðal þjóða þar sem kolvetnaneysla er hvað mest í heiminum hefur offita verið fátíð (25). Hins vegar hafa hóprannsóknir á fólki ekki sýnt beint samband milli offitu og fituneyslu umfram önnur orkuefni (33,34).

Nærtækasta skýringin á aukinni offitu hér á landi er því minni hreyfing fólks við daglegar athafnir og störf. Þeir Prentice og Jebb (20) og Heini og Weinsier (35) hafa bent á að hreyfingarleysi skipti ekki síður máli en mataræði í þróun offitu og vegi jafnvel þyngra ef eitthvað er. Finnsk ferilrannsókn komst að sömu niðurstöðu, að lítil hreyfing væri enn mikilvægari áhættuþáttur en mataræði fyrir aukinni líkamsþyngd og offitu (36).

Margt bendir til þess að verulega hafi dregið úr vinnutengdri hreyfingu og daglegri áreynslu hér á landi á undanförnum áratugum. Samkvæmt upplýsingum frá Hagstofunni hefur erfiðisvinnustörfum fækkað hlutfallslega en æ fleiri stunda kyrrsetustörf (37). Á sama tíma hafa flest störf orðið áreynsluminni vegna aukinnar vél- og tæknivæðingar en rannsóknir hafa sýnt að orkunotkun yfir daginn eykst verulega við smávægilegar vinnutengdar hreyfingar (38). Bílaeign landsmanna hefur stóraukist svo og sjónvarpseign (37) og með auknum fjölda sjónvarpsstöðva hefur sjónvarpsáhorf aukist. Rannsóknir Prentice og Jebb hafa sýnt að bílaeign og sjónvarpsáhorf eru góður mælikvarði á hreyfingarleysi og tengjast fremur breytingum á offitu en orku- og fituneysla (20). Á hinn bóginn sýna niðurstöður Hjartaverndar að hlutfall þeirra sem hreyfa sig reglulega í frístundum hefur aukist til muna frá 1970 til ársins 2000 (39). Sömuleiðis sýna rannsóknir Hjartaverndar jákvæð áhrif hreyfingar í frístundum á heilsufar, sérstaklega lækkar dánartíðni af völdum hjarta- og æðasjúkdóma og líkur á heilaáföllum lækka einnig (40,41). Líkamsræktarstöðvum hefur fjölgað og svo virðist sem margir verji frístundum sínum til gönguferða, útivistar og íþrótta. Það er hins vegar ástæða til að ætla að slík íþróttaiðkun nái ekki nægilegri útbreiðslu meðal þeirra sem eru í mestri áhættu að fitna. Eins nær hún vart að vega upp á móti minni áreynslu við dagleg störf nema líkamsræktin sé því meiri. Sem dæmi um mikilvægi daglegra athafna má nefna að orkuþörfin fjórfaldast við að ganga á meðalhraða borið saman við að sitja í bíl og áttfaldast við að ganga upp stiga (41).

Samantekt

Hlutfall ofþyngdar og offitu jókst meðal 45-64 ára Reykvíkinga á árunum 1975-1994. Trúlegasta skýringin er sú að ekki hafi tekist að aðlaga neyslu orkuefna að minni orkuþörf sem fylgir minni áreynslu nútíma lifnaðarhátta. Mikilvægt er að snúa þessari þróun við. Leggja þarf áherslu á forvarnir og stuðla að heilbrigðari lifnaðarháttum með því að hvetja til hollari neysluvenja og aukinnar hreyfingar.

Heimildir

1. World Health Organization (WHO). OBESITY, Preventing and Managing the Global Epidemic. Report of the WHO Consultation on Obesity, Geneva 3-5 June 1997. Geneva: WHO; 1998.
2. World Health Organization (WHO). Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO expert committee. Geneva: WHO (World Health Organization Technical Report Series; 854); 1995.
3. Kannel WB, D'Agostino RB, Cobb JL. Effect of weight on cardiovascular disease. Am J Clin Nutr 1996; 63/Suppl: 419S-422S.
4. McCarron DA, Reusser ME. Body weight and blood pressure regulation. Am J Clin Nutr 1996; 63/Suppl: 423S-425S.
5. Pi-Sunyer FX. Weight and non-insulin-dependent diabetes mellitus. Am J Clin Nutr 1996; 63/Suppl: 426S-429S.
6. Ballard-Barbash R, Swanson CA. Body weight: estimation of risk for breast and endometrial cancers. Am J Clin Nutr 1996; 63/Suppl: 437S-441S.
7. Shike M. Body weight and colon cancer. Am J Clin Nutr 1996; 3/Suppl: 442S-444S.
8. Felson DT. Weight and osteoarthritis. Am J Clin Nutr 1996; 63/Suppl: 430S-432S.
9. Torfason B, Davíðsson D, Sigfússon N, Björnsson OJ. Líkamshæð, líkamsþyngd og þyngdarstuðull íslenskra karla á aldrinum 34-61 árs. Hóprannsókn Hjartaverndar 1967-'68. Skýrsla A XV. Reykjavík: Rannsóknarstöð Hjartaverndar; 1978.
10. Davíðsson D, Sigurbergsson F, Guðmundsson G, Sigfússon N, Björnsson OJ, Ólafsson Ó. Líkamshæð, líkamsþyngd og þyngdarstuðull íslenskra kvenna á aldrinum 34-61 árs. Hóprannsókn Hjartaverndar 1968-'69. Rit A XXVI. Reykjavík: Rannsóknarstöð Hjartaverndar; 1983.
11. Björnsson OJ, Davidsson D, Ólafsson H, Ólafsson Ó, Sigfusson N, Thorsteinsson Th. Health survey in the Reykjavík area. Men. Stages I-III, 1967-1968, 1970-1971 and 1974-1976. Participants, invitation, responses etc. Report ABC XVIII. Reykjavík: Rannsóknarstöð Hjartaverndar; 1979.
12. Björnsson G, Björnsson OJ, Davidsson D, Kristjánsson BTh, Ólafsson Ó, Sigfusson N, Thorsteinsson Th. Health survey in the Reykjavík area. Women. Stages I-III, 1968-1969, 1971-1972 and 1976-1978. Participants, invitation, responses etc. Report abc XXIV. Reykjavík: Rannsóknarstöð Hjartaverndar; 1982.
13. Guðmundsson KÞ, Harðarson Þ, Sigvaldason H, Sigfússon N. Samband menntunar og áhættuþátta kransæðasjúkdóma. Læknablaðið 1996; 82: 505-15.
14. Sigfússon N, Guðmundsdóttir II, Stefánsdóttir I, Sigvaldason H. The MONICA Iceland Study 1981-1992. Heilbrigðisskýrslur Fylgirit nr. 2. Reykjavík: Rannsóknarstöð Hjartaverndar, Landlæknisembættið; 1997.
15. Þorgeirsdóttir H. Per capita supply of food in Iceland, 1956-1995. Reykjavík: Háskóli Íslands; 1999.

16. Kuskowska-Wolk A, Bergström R. Trends in body mass index and prevalence of obesity in Swedish women 1980-89. J Epidemiol Community Health 1993; 47: 195-9.
17. Kuskowska-Wolk A, Bergström R. Trends in body mass index and prevalence of obesity in Swedish men 1980-89. J Epidemiol Community Health 1993, 47: 103-8.
18. Pietinen P, Vartainen E, Männisto S. Trends in body mass index and obesity among adults in Finland from 1972 to 1992. Int J Obesity 1996; 20: 114-20.
19. Seidell JC, Rissanen AM. Time trends in the worldwide prevalence of obesity. In: Bray GA, Bouchard C, James WPT, eds. Handbook of obesity. New York: Marcel Dekker; 1998: 79-91.
20. Prentice AM, Jebb SA. Obesity in Britain: gluttony or sloth? BMJ 1995; 311: 437-9.
21. Seidell JC, Verschuren WMM, Kromhout D. Prevalence and trends of obesity in The Netherlands 1987-1991. Int J Obesity 1995, 19: 924-7.
22. Flegal KM, Carroll MD, Kuczmarski RJ, Johnson CL. Overweight and obesity in the United States: prevalence and trends, 1960-1994. Int J Obesity 1998; 22: 39-47.
23. Ragnarsson JO, Stefánsdóttir E. Neyslukönnun Manneldisráðs Íslands 1979-1980. Reykjavík: Fjölrit RALA nr. 74; 1981.
24. Steingrímsdóttir L, Þorgeirsdóttir H, Ægisdóttir S. Könnun á mataræði Íslendinga 1990. 1. Helstu niðurstöður. Reykjavík: Rannsóknir Manneldisráðs Íslands III; 1991.
25. Brey GA, Popkin BM. Dietary fat intake does affect obesity! Am J Clin Nutr 1998; 68: 1157-73.
26. Westerterp-Plantenga MS, Rolland V, Wilson SAJ, Westerterp KR. Satiety related to 24h diet-induced thermogenesis during high protein/carbohydrate vs high fat diets measured in a respiration chamber. Eur J Clin Nutr 1999; 53: 495-502.
27. Mikkelsen PB, Toubro S, Astrup A. Effect of fat-reduced diets on 24-h energy expenditure: comparisons between animal protein, vegetable protein, and carbohydrate. Am J Clin Nutr 2000; 72: 1135-41.
28. Lissner L, Levitsky DA, Strupp BJ, Kalwarf HJ, Roe DA. Dietary fat and the regulation of energy intake in human subjects. Am J Clin Nutr 1987; 46: 886-92.
29. Thomas CD, Peters JC, Reed GW, Abumrad NN, Sun M, Hill JO. Nutrient balance and energy expenditure during ad libitum feeding of high-fat and high-carbohydrate diets in humans. Am J Clin Nutr 1992; 55: 934-42.
30. Astrup A, Ryan L, Grunwald GK, Storgaard M, Saris W, Melanson E, et al. The role of dietary fat in body fatness: evidence from a preliminary meta-analysis of ad libitum low-fat dietary intervention studies. Br J Nutr 2000; 83/Suppl 1: S25-32.
31. Skov AR, Toubro S, Ronn B, Holm L, Astrup A. Randomized trial on protein vs carbohydrate in ad libitum fat reduced diet for the treatment of obesity. Int J Obes 1999; 23: 528-36.
32. Horton TJ, Drougas H, Brachey A, Reed GW, Peters JC, Hill JO. Fat and carbohydrate overfeeding in humans: different effects on energy storage. Am J Clin Nutr 1995; 62: 19-29.
33. Willet WC. Is dietary fat a major determinant of body fat? Am J Clin Nutr 1998; 67/Suppl: 556S-562S.
34. Seidell JC. Dietary fat and obesity: an epidemiologic perspective. Am J Clin Nutr 1998; 67/Suppl: 546S-50S.
35. Heini AF, Weinsier RL. Divergent Trends in Obesity and Fat Intake Patterns: The American Paradox. Am J Med 1997; 102: 259-64.
36. Rissanen AM, Heliovaara M, Knekt P, Reunanen A, Aromaa A. Determinants of weight gain and overweight in adult Finns. Eur J Clin Nutr 1991; 45: 419-40.
37. Hagstofa Íslands. Hagskinna. Sögulegar hagtölur um Ísland. Reykjavík: Hagstofa Íslands; 1997.
38. Levine JA, Schleusner SJ, Jensen MD. Energy expenditure of nonexercise activity. Am J Clin Nutr 2000; 72: 1451-4.
39. Hjartadagur. Reykjavík: Hjartavernd; 2000: 19.
40. Agnarsson U, Björnsson B, Þorgeirsson G, Sigvaldason H, Sigfússon N, Guðnason V. Áhrif áreynslu og íþrótta á dánartíðni af völdum hjarta- og æðasjúkdóma og heildardánartíðni. Reykjavíkurrannsókn Hjartaverndar [ágrip]. Læknablaðið 2000; 86/Fylgirit 39: 20.
41. Agnarsson U, Thorgeirsson, G, Sigvaldason H, Sigfusson N. Effects of leisure-time physical activity and ventilatory function on risk for stroke in men: The Reykjavik Study. Ann Intern Med 1999; 130: 987-90.
42. Ainsworth BE, Haskell WL, Leon AS, Jacobs DR Jr, Montoye HJ, Sallis JF, et al. Compendium of physical activities: classification of energy costs of human physical activities. Med Sci Sports Exerc 1993; 25: 71-80.

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

Sýruhjúpuð; A 02 B C 03 R E

Innihaldur: Lansoprazolum INN 15 mg eða 30 mg.

Hvert sýruhjúpað hylki: Bólga í vélinda vegna bakflæðis. Zollinger- Ellisonheilkenni. Æskilegt er að þessar greiningar séu staðfestar með röntgen eða speglun. Fyrirbyggjandi vegna aukinnar hættu á óþægindum, **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 óþægindum, sársjúkdómur í 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 og sársjúkdómi í maga, vélinda eða skeifugörn, fleiðri í maga og/eða skeifugörn með sársjúkdóma, ásamt viðeigandi sýklalyfjum. **Einkennameðferð:** Meðferð brjóstsviðaeinkenna og einkenna vegna sýrubakflæðis við eins og sársjúkdómi í maga, vélinda eða skeifugörn, fleiðri í maga og/eða skeifugörn með sársjúkdóma, ásamt viðeigandi sýklalyfjum. **Einkennameðferð:** Meðferð brjóstsviðaeinkenna og einkenna vegna sýrubakflæðis við **Meðganga og brjóstagjöf:** Klínísk reynsla af gjöf lyfsins á meðgöngutíma er lítil. Fósturskammdir hafa ekki komið fram við dýratilraunir. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk. **Aukaverkanir:** Algengar (>1%): Þreyta. **Milliverkanir:** Lyfið umbrotnar fyrir tilstilli cýtókróm P450 enzýma og gæti haft milliverkanir við önnur lyf sem þetta enzýmkerfi er háð. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Sýruhjúphylkin á að gleypa heil og má hvorki tyggja þau né mylja. Hins vegar má taema innihaldið úr hylkjunum og diazepam, fenýtóín, teófýllín, warfarín, sýrubindandi lyf eða bólgueyðandi gigtarlyf. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Sýruhjúpuðu kornin á að gleypa heil og má hvorki tyggja þau né mylja. Hins vegar má taema 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 4 vikur til viðbótar. Við bakslag skal meðferð endurtekin. Við langtímameðferð er ráðlagður skammtur er 15 mg á dag. Meðhöndlun á góðkynja maga- og **Magasár:** Venjulegur skammtur er 30 mg á dag í 4 vikur. Hafi sárið ekki gróið, má halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar. Við bakslag skal meðferð endurtekin. Við langtímameðferð er ráðlagður skammtur er 15 mg á dag. Fyrir þá sem ekki hafa náð fullum bata, má halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar. Bólga í vélinda vegna bakflæðis: Venjulegur skammtur er 30 mg einu sinni á dag. Langtímameðferð er ráðlagður skammtur er 30 mg á dag í 4 vikur. Hafi bólgan ekki leiknast, má halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar. Við bakslag skal meðferð endurtekin. Við langtímameðferð er ráðlagður skammtur er 15 mg á dag. Fyrir sjúklinga í sérstökum 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 yfir 120 mg astti að skipta honum í tvær lyfjagjafir. Einkennameðferð: áhættuhópi eða með magasár sem gasti reynst erfitt að græða, astti að nota hærri skammta og/eða lengri meðferðartíma. **Upprætting á Helicobacter pylori:** Lanzoprazól 30 mg gefið tvisvar sinnum á dag auk tveggja af eftirtöldum sýklalyfjum: Amoxicillin 1 g tvisvar á dag, metrónídazól 400 mg tvisvar á dag, klaritrómýcín 250 mg tvisvar á dag, í 7 daga. Fari dagskammtur yfir 120 mg astti að skipta honum í tvær lyfjagjafir. Einkennameðferð: hæfilegan 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 astti sjúklingur að gangast undir frekari rannsóknir.

Venjulegur skammtur er 30 mg einu sinni á dag. Fyrir suma sjúklinga er 15 mg daglega nægjanlegur skammtur. Ef einkenni eru enn til staðar eftir 2-4 vikna meðferð astti sjúklingur að gangast undir frekari rannsóknir.

Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki astað börnum. **Pakkningar og verð:** Sýruhjúphylki 15 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
Kóllunarklettsvegi 2 104 Reykjavík

WYETH LEDERLE

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:** Rófekoxib 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 rófekoxib 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. teófyllíni, amitryptilíni, tacríni og zileútoni).Gæta skal varúðar þegar lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4 er ávísað samhliða rófekoxíbi. Í rannsóknum á milliverkunum lyfja, hafði rófekoxíb ekki klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf prednisóns/prednisólons eða getnaðarvarnartaflna (etinýlöstradíóls/norethindróns 35/1). Áhrif annarra lyfja á lyfjahvörf rófekoxíbs: Þegar öflugir cýtókróm P450 innleiðarar eru ekki til staðar, er CYP-hvatt umbrot ekki meginumbrotsleið rófekoxíbs. Engu að síður olli samhliða gjöf rófekoxíbs og 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 í efri hluta kviðar, niðurgangur, ógleði, meltingartruflanir. Taugakerfi: Höfuðverkur. Húð: Kláði. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Almennar: Þreyta/máttleysi, uppþemba, brjóstverkur. Meltingarfæri: Hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, nábítur. Augu, eyru, nef og kok: Eyrnasuð. Efnaskipti og næring: Þyngdaraukning. Stoðkerfi: Sinadráttur. Taugakerfi: Svefnleysi, svefnhöfgi, svimi.Geðræn einkenni: Geðdeyfð, minnkuð andleg skerpa. Öndunarfæri: Andþyngsli. Húð: Útbrot, atópískt exsem. Að auki hafa væg ofnæmisviðbrögð verið skráð í sjaldgæfum tilvikum í klínískum rannsóknum.Aukaverkanir voru svipaðar hjá sjúklingum sem fengu rófekoxíb í eitt ár eða lengur. **Breytingar á niðurstöðum blóð- og þvagrannsókna: Algengar (>1 %):** Hækkun á ALAT, lækkun á hematókrít, hækkun á ASAT. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** hækkun á þvagefni, lækkun á hemóglóbíni, hækkun á kreatíníni, Hækkun á alkalískum fosfatasa, prótein í þvagi, fækkun rauðra og hvítra blóðkorna. Eftirtaldar alvarlegar aukaverkanir hafa verið skráðar í tengslum við notkun bólgueyðandi verkjalyfja og ekki er hægt að útiloka þær í tengslum við rófekoxíb: Eiturverkanir á nýru, þ.á m. millivefs nýrnabólga nýrungaheilkenni (nephrotic syndrome) og nýrnabilun; eiturverkanir á lifur, þ.á m. lifrarbilun og lifrarbólga; eiturverkanir á meltingarfæri, þ.á m. rof, sár og blæðingar; eiturverkanir vegna of mikils blóðrúmmáls, þ.á m. hjartabilun og bilun í vinstri slegli; aukaverkanir á húð og slímhúðir og alvarleg viðbrögð í húð. Eins og á við um bólgueyðandi verkjalyf geta alvarlegri ofnæmisviðbrögð átt sér stað þ.á m. bráðaofnæmi án þess að viðkomandi hafi áður fengið rófekoxíb. **Pakkningar og verð (desember, 2000):** Töflur 12,5 mg og 25 mg: 14 stk. 2756 kr. 28 stk. 4888 kr. 98 stk. 14555 kr Afgreiðsla: Lyfseðilsskylda, **Greiðsluþátttaka:** E. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

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

Leiðir mikilvægrar nýrrar þekkingar til lækna

Dæmið um *Helicobacter pylori* og sár í maga og skeifugörn

Auðbergur Jónsson,
Peter Martin,
Kirsti Rautanen,
Arne Scheel Thomsen,
Carl-Åke Hjalt,
Göran Löfroth

Ágrip

Lýst er afturskyggnri rannsókn á upplýsingaflæði til lækna af tengslum *Helicobacter pylori* við sár í maga og skeifugörn og fleiri meltingarfærasjúkdóma. Þetta er íslenski hlutinn af sameiginlegri rannsókn í fimm Norðurlöndum.

Tilgangur: Tilgangur rannsóknarinnar var að fá fram mynd af virkni dreifingarleiða faglegrar þekkingar og sjá hve lengi merk tíðindi eru að berast og valda breytingum á hefbundnum vinnubrögðum.

Efniviður og aðferðir: Sendir voru spurningalistar til 159 íslenskra heimilislækna og 110 lækna í þremur sérgreinum. Meðal annars var spurt hvenær og hvaðan umrædd frétt barst, hvenær og hvernig hún breytti vinnubrögðum við greiningu og meðferð.

Niðurstöður: Tíðindin um *H. pylori* höfðu almennt borist læknum sex til átta árum eftir fyrstu skrif um þau í fagritum og þremur árum síðar höfðu þau leitt til viðeigandi breytinga á rannsóknum og meðferð. Sérgreinalæknarnir fengu fréttirnar einu til þremur árum á undan heimilislæknunum og fóru einnig einu til þremur árum á undan þeim að nota sýklalyf í meðferð sýrusára. Fróðleiksuppspretturnar, sem flestir nefndu, voru erlend fagrit, þá vísindaráðstefnur, starfssystkini og íslenskt fagrit. Mikilvægustu heimild töldu flestir erlend fagrit, þá vísindaráðstefnur og starfssystkini. Viss munur kom fram á heimilislæknahópnum og sérgreinalæknahópnum. Fleiri heimilislæknar sögðust fá fréttir frá lyfjaiðnaðinum, fleiri lesa þær í Læknablaðinu og treysta fleiri á klíníska sjúkdómsgreiningu. Sérgreinalæknarnir töldu fleiri mikilvægustu heimildina vera starfssystkini, einnig sögðust þeir fleiri nota og telja rétt að nota speglanir og vefjasýnatökur en heimilislæknarnir.

Ályktanir: Aðeins áratugi eftir birtingu fyrstu greina í fagritum um *Helicobacter pylori* höfðu íslenskir læknar aflað sér þekkingar og tekið upp viðeigandi meðferð, og fóru sérgreinalæknar þar eðlilega fyrir. Fréttin barst flestum með erlendu fagriti, en hlutverk innlends fagrits var lítið.

Nordiska hälsovårdshögskolan, Gautaborg, Svíþjóð. Bréfaskipti, fyrirspurnir: Auðbergur Jónsson, Heilbrigðisstofnun Austurlands, Egilsstöðum, 700 Egilsstöðum. Sími: 471 1400; netfang: audbergur@hsa.is

Lykilorð: *miðlun þekkingar, **Helicobacter pylori**, sýklalyf.*

ENGLISH SUMMARY

Jónsson A, Martin P, Rautanen K, Thomsen AS, Hjalt C-Å, Löfroth G

The channels for important new knowledge to medical doctors. The case of *Helicobacter pylori* and stomach and duodenal ulcers

Læknablaðið 2001; 87: 707-12

A retrospective survey of the flow of information to medical doctors as regards the relationship between *Helicobacter pylori* and stomach and duodenal ulcer and other gastrointestinal diseases. This is the Icelandic part of a joint study in five Nordic countries.

Objective: The objective of the research was to assess the effectiveness of different sources of information, to measure the length of time it takes for the information to spread and influence medical practice.

Material and methods: The information was collected with the help of questionnaires that were sent to 159 general practitioners (GP) and 110 physicians in three medical specialities. Among the questions asked were when and how the information had reached the respondents and when and how it had influenced their medical practices.

Results: The knowledge about *Helicobacter pylori* had generally reached medical doctors six to eight years after it first appeared in the medical journals and had three years later led to changes in the routine examinations and treatment. The specialists got the news one to three years earlier than the GPs and also started to prescribe antibiotics one to three years earlier. The most frequently cited source of information was international medical journals, then scientific conferences, colleagues and The Icelandic Medical Journal. The most important source was considered to be international medical journals, then scientific conferences and colleagues. A certain difference was found between GPs and the specialist doctors. More GPs said they had got information from the pharmaceutical industry or through The Icelandic Medical Journal and relied on clinical diagnosis. More specialist doctors considered the most important source of new knowledge to be the colleagues, they also said they used endoscopy and took tissue samples more often and more often considered it correct to do so.

Conclusions: Only a decade after the first reports on *Helicobacter pylori* appeared in medical journals most Icelandic doctors had got the knowledge and were prescribing appropriate treatment, the specialist doctors in the lead. International medical journals spread the news most effectively but The Icelandic Medical Journal played only a minor role. The question is if the process could have been accelerated any further by some more hitting Icelandic news and by more definite initiative in framing guidelines.

Key words: *knowledge uptake, **Helicobacter pylori**, antibiotics.*

Correspondence: Auðbergur Jónsson. E-mail: audbergur@hsa.is

Spurning er hvort hægt hefði verið að hraða þessu ferli enn frekar með markvissari innlendri fréttamiðlun og frumkvæði að gerð vinnureglna.

Inngangur

Það er áhugavert og gagnlegt að vita eftir hvaða leiðum læknar öðlast vitneskju um nýjungar í greininni, og ekki síður hvernig til tekst að láta nýja þekkingu leiða til nýrra vinnubragða og bættrar meðferðar. Í erlendum fagritum er nokkuð fjallað um dreifingu þekkingar (1,2) en nú býðst einstakt tækifæri til þess að rannsaka þetta í okkar umhverfi. Þar er átt við þær byltingarkenndu breytingar sem orðið hafa á allri vinnu með sjúkdóma í efra meltingarvegi á árunum eftir 1983, þær virðast kjörnar til þess að rannsaka hvernig mikilvægar fréttir berast.

Á árunum 1983-1984 vöktu Ástralirnir Warren og Marshall athygli á tilvist bakteríu, sem nú er nefnd *Helicobacter pylori (H. pylori)*, í slímhúð meltingarfæra og settu fram hugmyndir um samhengi milli *H. pylori* og langvarandi magabólgu og maga- og skeifugarnarsára (3,4). Menn voru gagnrýnir á þessar hugmyndir í byrjun, en næstu ár kom svo hver rannsóknin eftir aðra sem studdi þær. Umfjöllun og áhugi óx er leið á níunda áratuginn, flestar rannsóknir studdu tilgátu Ástralanna og æ fleiri tóku að hallast að henni (5,6).

Hérlendis birtist fyrsta fræðigreinin um *H. pylori* 1988 og þar var staðhæft að sýkillinn fullnægði skilyrðum Kochs sem valdur að viðvarandi magabólgu, það er alltaf til staðar í sjúkdómnum, hægt væri að rækta sýkilinn utan hýsilsins og hægt að framkalla sjúkdóminn með því að flytja *H. pylori* í nýjan hýsil (7). Á tæpum áratug varð *H. pylori* almennt viðurkenndur orsakaþáttur sýrusára og langvarandi magabólgu (5). Þróuð var eins til tveggja vikna lyfjameðferð, sem reyndist oftast bæta varanlega sjúkdóma, sem áður urðu í mörgum tilfellum afar langvinnir og komu endurtekið. Þarna var brotið blað í sögu meltingarfæralækninga.

Umræðan hefur í framhaldinu snúist um hagstæðustu greiningaraðferð og lyfjameðferð (8-10), um þátt *H. pylori* í magakrabbameini (11,12), vélindabólgu (13), starfrænum meltingaróþægindum án sárs (14,15), kviðverkjum í börnum (16), hverja á að rannsaka og hverja á að setja á meðferð (17) og hvaða vinnureglum eigi að fylgja (18-21). Lífleg umræða er áfram um þessi mál í læknaritum.

Tilgangur höfunda var að kanna þekkingu og skoðanir lækna á sambandi *H. pylori* við sýrusár og fleiri meltingarfærasjúkdóma, hvenær og hvaðan þeir fréttu þetta og hve lengi þeir voru að koma nýju þekkingunni í gagnið í starfi sínu. Við gerðum *H. pylori*-fréttina þannig að tæki okkar til þess að meta útbreiðslu og áhrif þýðingarmikillar læknisfræðilegrar nýjungar.

Rannsókn þessi var unnin með sama hætti í Danmörku (22), Finnlandi (23), Noregi (24), Svíþjóð (25) og á Íslandi, og samanburðarrannsóknin hefur birst í alþjóðlegu læknariti (26). Það sem hér birtist er íslenski hlutinn af rannsókninni.

Efniviður og aðferðir

Könnun var gerð með spurningalista, sem höfundar bjuggu til, reyndu á nokkrum starfsfélögum og endurbættu síðan á árinu 1996. Spurningalisti fyrir heimilis- og heilsugæslulækna og spurningalisti fyrir sérgreinalækna voru hafðir eins nema þar sem spurt var um vinnulag þannig að ekki gat átt við báða hópa (tilvísanir, speglanir). Fyrstu spurningarnar vörðuðu aldur, kyn, sérgrein og vinnustað. Aðalefni listans voru svo spurningar um *H. pylori* og voru eftirtalin atriði höfð í brennideplinum: Hvenær og hvaðan tíðindin um *H. pylori* bárust; hvaða greiningaraðferðir voru notaðar og taldar æskilegar, fyrir sár og fyrir *H. pylori*-sýkingu; hvaða meðferð var valin við meltingarfærasjúkdómum með og án *H. pylori*-sýkingar, notkun sýklalyfja þar, hvenær hún var hafin; hvert álit læknisins var á orsakasambandi við tiltekna sjúkdóma og loks hvort vinnureglur væru til. Í lokin var svaranda gefið færi á athugasemdum.

Áformið var að senda lista til 200 heimilislækna og 200 meltingarfærasérfræðinga í hverju landi, en mannfæð í stéttinni útilokaði það hér á landi. Skrá Læknafélags Íslands yfir starfandi lækna í landinu var notuð. Allir heimilis- og heilsugæslulæknar á landinu fengu spurningalista, en af sérgreinalæknum fengu hann allir meltingarfærasérfræðingar, skurðlæknar aðrir en lýta- og bæklunarlæknar og allir barnalæknar. Spurningalistarnir voru sendir út í ársbyrjun 1997 og tveimur mánuðum síðar var sent bréf til þess að minna seina útfyllendur á. Sent var til 159 heimilislækna og 110 sérgreinalækna. Svör voru að berast fram í maí. Tölfræðileg úrvinnsla var tölvuunnin í forritinu EPI INFO, gerð 6.04 (27).

Vorið 1997 voru einnig tekin viðtöl við fimm lækna sem tengdust allir náið vinnu með *H. pylori* eða sátu í lykilstöðum varðandi þá vinnu. Á hinum Norðurlöndunum voru tekin viðtöl með sama formi, það er með hálfstöðluðum spurningalista (28). Spurt var um skoðanir viðmælenda á því hvernig og hvenær vitneskja um *H. pylori* hefði borist stéttinni, hvort sá fróðleikur barst eftir virkustu leiðum eða hvort aðrar væru vænlegri til fróðleiksmiðlunar. Einnig var spurt um skoðanir á samræmdum vinnureglum fyrir vandamálið, ásamt áliti á letjandi og hvetjandi þáttum fyrir það að koma á slíkum vinnureglum.

Niðurstöður

Svörun varð 174 útfylltir listar af 269 sendum, en misvandlega útfylltir. Til úrvinnslu var tekið 171 svar eða 63,6% af útsendum listum. Þar af svöruðu 107 heimilislæknar (67,3%) og 64 sérgreinalæknar (58,2%). Brottfall var athugað að því er varðaði kyn

og aldur. Enginn marktækur munur sást varðandi kyn. Konur voru rúm 10% hópanna.

Aldur var flokkaður í áratugum, í sex flokka. Væru þrír yngstu flokkarnir settir í einn hóp og þrír elstu flokkarnir í annan, þá kom í ljós 75% svörun í yngri hópnum en 45% svörun í þeim eldri. Þetta var tölfræðilega marktækur munur. Meðalaldur heimilislækna sem svöruðu var 44,5 ár en sérgreinalækna 52,8 ár. Aðalvinnustaður heimilislækna var heilsugæslustöð og sérgreinalækna sjúkrahús, nær undantekningarlaust.

Hvenær og hvaðan heyrt?: Vitneskja um *H. pylori* barst flestum læknum hér á árunum 1987-1992 (tafla I). Sérgreinalæknahópurinn sýndist þar einu til þremur árum á undan og var munurinn mestur 1989, þegar 49 heimilislæknar (47%) en 45 sérgreinalæknar (73,8%) höfðu heyrt um *H. pylori*. Sá munur var marktækur, áhættuhlutfall (odds ratio, OR) = 0,32; (0,15<OR<0,66), en jafnaðist hratt út næstu ár.

Samkvæmt okkar tölum voru sérgreinalæknar fyrri til en heimilislæknar að byrja notkun sýklalyfjanna gegn *H. pylori*. Munurinn kemur vel fram í töflu II. Hann var mikill fram til 1992 en jafnaðist út frá 1992 til 1995. Meltingarfærasérfræðingar voru teknir út úr sérgreinalæknahópnum og höfðu sex þeirra (50%) heyrt um *H. pylori* á árunum 1984-1986 en 11 (92%) árin 1987-1989, það er lítið eitt á undan öðrum. Varðandi aðra þætti sem litið var á skáru meltingarfærasérfræðingar sig lítið úr sérgreinalæknahópnum.

Hvaðan fréttin um *H. pylori* barst var breytilegt (tafla III). Flestir nefndu til erlent fagrit, en á eftir fylgdu vísindaráðstefnur, samtöl við starfsfélaga og innlent fagrit. Mikilvægustu heimildina töldu flestir einnig erlent fagrit, en vísindaráðstefnur og samtöl við starfsfélaga fylgdu á eftir. Innlent fagrit nefndu þar fáir. Við samanburð á heimilis- og sérgreinalæknahópunum vakti mesta athygli að fleiri heimilislæknar nefndu innlent fagrit og lyfjaiðnaðinn sem heimild. Sá munur var tölfræðilega marktækur í báðum tilfellum, áhættuhlutfall = 2,4 (1,2<OR<4,8) og áhættuflutfall = 3,46 (1,38<OR<9).

Varðandi mikilvægustu heimild var ekki marktækur munur á hópunum. Þó sögðust fleiri sérgreinalæknar en heimilislæknar fræðast af starfsfélögum sínum og heimilislæknar sögðust fleiri fræðast á vísindaráðstefnum (tafla III).

Greining: Til greiningar við grun um sár var valið um röntgen, magaspeglun eða hvorugt. Í töflu IV sést hve margir sögðust nota rannsóknirnar og hverjir treysta klíníkinni í sínum daglegu störfum. Einnig sést þar hvernig læknarnir sögðust telja sömu rannsóknir eiga að notast. Tilvísun heimilislæknis taldist þarna jafngildi speglunar sérgreinalæknis.

Í töflunni sést að röntgen sögðust mjög fáir nota og þá fremur sérgreinalæknar. Einnig sést að hlutfall sérgreinalækna sem spegluðu oft/alltaf á móti þeim sem gerðu það sjaldan var langtum hærra heldur en hlutfall heimilislækna sem gáfu tilvísanir oft/alltaf á móti þeim sem gerðu það sjaldan. Munurinn var tölfræðilega marktækur. Af töflu IV má ennfremur ráða að heimilislæknar sögðust miklu fúsari en sérgreinalæknar til þess að treysta klíníkinni, vísa hvorki í röntgen né speglun. Sá munur var einnig tölfræðilega marktækur.

Tafla I. *Hlutfall (%) heimilis- og sérgreinalækna sem hafði heyrt um* ***H. pylori*** *í árslok viðkomandi árs.*

	1986	1989	1992	1995
Heimilislæknar	6,7	47,1	89,4	100,0
Sérgreinalæknar	24,6	73,8	95,1	98,4

Tafla II. *Hlutfall (%) heimilis- og sérgreinalækna sem notaði sýklalyf gegn* ***H. pylori*** *í árslok viðkomandi árs.*

	1986	1989	1992	1995
Heimilislæknar	4,1	32,0	96,9	100,0
Sérgreinalæknar	18,8	70,8	95,8	100,0

Tafla III. *Hvaðan heimilis- og sérgreinalæknar heyrðu um samband* ***H. pylori*** *við meltingarfærasjúkdóma og hve margir tilgreindu hverja heimild.*

	Ein af fleiri heimildum		Mikilvægasta heimild	
Heimild	Heimilislæknar	Sérgreinalæknar	Heimilislæknar	Sérgreinalæknar
Íslenskt fagrit	59	22	5	2
Erlent fagrit	88	46	38	25
Sérgreinarfélag	16	5	0	0
Vísindaráðstefna	70	39	32	14
Lyfjaiðnaður	45	7	4	0
Starfssystkini	65	39	19	18
Dagblöð	12	3	0	0
Annað	10	5	1	1
Svarendur alls	**106**	**64**	**99**	**60**
Meðalfjöldi heimilda	3,44	2,59	1	1

Tafla IV. *Úrvinnsla lækna við grun um sárasjúkdóm. Tilgreindur er fjöldi lækna sem velur hverja rannsókn.*

		Það sem gert er á stofunni		Kjörvinnubrögð lækna	
Rannsókn	Tíðni	Heimilislæknar	Sérgreinalæknar	Heimilislæknar	Sérgreinalæknar
Röntgen	Oft/alltaf	0	5	2	4
	Sjaldan/aldrei	94	44	79	36
Tilvísun/ speglun	Oft/alltaf	69	54	79	36
	Sjaldan/aldrei	37	4	26	7
Hvorugt	Oft/alltaf	23	3	17	3
	Sjaldan/aldrei	62	34	51	27

Tafla V. *Notkun lækna á rannsóknum til þess að greina* ***H. pylori****-sýkingu. Tilgreindur er fjöldi lækna.*

Læknahópur	Tíðni notkunar	Útöndunarpróf	Blóðvatnspróf	Speglun/tilvísun
Sérgreinalæknar	Oft/alltaf	7	1	49
	Sjaldan/aldrei	32	38	8
	Svara ekki	25	25	7
Heimilislæknar	Oft/alltaf	21	7	83
	Sjaldan/aldrei	60	73	21
	Svara ekki	26	27	3

Tafla VI. *Meðferð sem læknar nota gegn tilteknum meltingarfærasjúkdómum. Tilgreindur er fjöldi lækna sem beitir hverri aðferð.*

	Gefa sýklalyf		Gefa ekki sýklalyf	
Sjúkdómur	Heimilislæknar	Sérgreinalæknar	Heimilislæknar	Sérgreinalæknar
Magabólga með *H. pylori*	57	34	45	19
Magasár með *H. pylori*	95	52	8	4
Skeifugarnarsár með *H. pylori*	98	50	5	4
Magabólga án *H. pylori*	0	0	105	55
Magasár án *H. pylori*	0	1	101	54
Skeifugarnarsár án *H. pylori*	3	3	100	50

Ekki kom fram neinn afgerandi munur á því hvað menn sögðust gera í vinnunni og hvað þeir sögðust vilja gera þar, en þó vildu nokkrir heimilislæknar gefa tilvísanir, án þess að hafa gert það.

Til greiningar á *H. pylori*-sýkingu var valið á milli útöndunarloftsrannsóknar, blóðvatnsrannsóknar og magaspeglunar með vefjasýnatöku. Í töflu V sést að magaspeglunin var langmest notaða rannsóknin, hinar sögðust fáir læknar nota oft, en þó fremur heimilislæknarnir. Þarna var ekki marktækur munur á notkun læknahópanna á rannsóknunum.

Meðferð: Til meðferðar á magasári, skeifugarnarsári eða magabólgu með eða án *H. pylori*-sýkingar voru gefnir sjö meðferðarvalkostir. Í úrvinnslunni litum við eingöngu á hvort læknarnir sögðust nota sýklalyf í meðferðinni eða ekki. Niðurstöðurnar í töflu VI sýna að væri *H. pylori* fyrir hendi innihélt meðferð yfir 90% lækna sýklalyf við sýrusári og tæp 60% heildarhópsins gáfu þau við magabólgu, sérgreinalæknarnir þar ívið fleiri eða 64%. Væri *H. pylori* ekki fyrir hendi var sýklalyfjameðferð aftur hverfandi. Ekki kom fram verulegur munur á heimilis- og sérgreinalæknum að þessu leyti og alls ekki marktækur.

Orsakasamband: Orsakasamband milli *H. pylori* og sjúkdóma í efra meltingarvegi sögðust heimilis- og sérgreinalæknar meta með mjög líkum hætti. Varðandi magabólgu svöruðu 12% heimilislækna og 26% sérgreinalækna því jákvætt, varðandi vélindabólgu 6% heimilislækna og 6% sérgreinalækna, varðandi magasár 76% heimilislækna og 68% sérgreinalækna, varðandi skeifugarnarsár 76% heimilislækna og 73% sérgreinalækna og varðandi magakrabbamein 21% heimilislækna og 23% sérgreinalækna.

Vinnureglur: Flestir töldu vinnureglur fyrir greiningu og meðferð á *H. pylori*-sýktum ekki til, en samkvæmt nokkrum svarenda voru til staðarreglur. Fyrir landið í heild töldu 12 heimilislæknar og fimm sérgreinalæknar einnig til reglur.

Viðtöl: Svör viðmælenda í viðtölunum fimm féllu í stórum dráttum að því sem ráða mátti af útfylltu spurningalistunum. En í viðtölunum komu einnig fram ólík sjónarmið hinna ýmsu geira fræðigreinar okkar og meiningarmunur um ýmis framkvæmdaatriði. Athugasemd kom um að hér væri engin nefnd til, sem fylgdist með og stæði fyrir umfjöllun um merkar nýjungar. Annar viðmælandi taldi samvinnu milli faghópa hafa skort og að skortur á frumkvæði hafi tafið að á kæmust samræmdar vinnureglur fyrir greiningu og meðferð á *H. pylori*-sýktum. Öllum þótti jákvætt að hafa einhvern viðurkenndan ramma fyrir vinnuna með *H. pylori*, en heimilislæknarnir tveir voru þar þó sýnu ákveðnari en hinir.

Umræða

Aldursdreifing svarenda og þeirra sem ekki svöruðu var hér þannig að viðhorf yngri lækna fá meira vægi en hinna eldri í könnuninni og því ekki tryggt að við fáum hér rétta mynd af viðhorfum stéttarinnar í heild.

Þá komu sérgreinalæknarnir hérlendis úr þremur sérgreinum og verður þar að hafa fyrirvara á þegar kemur að samanburði við önnur lönd.

Stopult minni skapar alltaf möguleika á skekkju í svona rannsókn (recall bias). Við reyndum að minnka þann möguleika með því að spyrja ekki um ártal, heldur skipta þeim 12 árum sem um var spurt (hvenær frétt / hvenær byrjað) í þriggja ára tímabil og láta velja um tímabil.

Þá skal ítrekað að rannsóknin byggði algerlega á upplýsingum og mati læknanna sjálfra varðandi þekkingaröflun þeirra og hagnýtingu. Það leiddi af sér þann möguleika, þrátt fyrir nafnleysi könnunarinnar, að einhver fegraði eigin hlut meðvitað eða ómeðvitað.

Hafi sú verið raunin þá olli sú skekkja að líkindum styttingu á uppgefnum tíma fyrir þekkingaröflunina og meðferðarbreytinguna. Engar forsendur voru til þess að leggja mat á þennan mögulega skekkjuvald, og ekki þótti ástæða til að ætla að hann breytti verulega samanburðinum milli læknahópanna eða þjóðanna.

Rannsóknin var afturskyggn hvað varðar fróðleiksöflun stéttarinnar, en gaf jafnframt þverskurðarmynd af stöðunni í ársbyrjun 1997.

Mat á niðurstöðum rannsóknarinnar hlýtur að byggja á því hvað talin voru viðurkennd sannindi í fræðigreininnni þegar hún var gerð. Læknavísindin eru í stöðugri framþróun, og „það rétta“ í greininni augljóslega alltaf barn síns tíma.

Í ársbyrjun 1997 höfðu læknar hérlendis engar opinberar leiðbeiningar við að styðjast þó næg lesning lægi fyrir um *H. pylori*, bæði innlend og erlend. En erlendar leiðbeiningar voru fyrir hendi og hljóta höfundar að styðjast við þær þar sem við á (20). *H. pylori* var á þeim tíma viðurkenndur orsakaþáttur sýrusára og kjörmeðferðin var upprætingarmeðferð með sýklalyfjum. Til þess að greina *H. pylori* var mælt með blóðvatnsrannsókn eða útöndunarloftssýni væri sjúklingurinn innan 45 ára og einkenni hófleg. Í alvarlegri tilfellum og hjá eldri sjúklingum var traustið hins vegar sett á speglun, sýnatöku og sérfræðirannsókn. Vaxandi líkur þóttu á að *H. pylori*

væri orsakaþáttur í myndun krabbameins í maga. Maastrichtfundurinn 1996 taldi einnig „ráðlegt" að gefa sýklalyfin öllum með sannaða *H. pylori*-sýkingu, þar á meðal magabólgusjúklingum, þó svo að sami fundur teldi vafasamt að tengsl væru milli sýkingarinnar og magabólgunnar. Frá þessum grundvelli lítum við á svörin.

Við úrvinnslu þessa íslenska hluta rannsóknar okkar er mikið horft á mun milli heimilis- og sérgreinalækna, sem víða kemur fram, og bendir oftast til að sérgreinalæknar hafi verið skrefinu á undan, eðlilega. Þessi samanburður er þó eiginlega aukageta í viðleitni okkar við að draga upp mynd af fréttaflutningnum til stéttarinnar í heild og árangri hans. Læknastéttin í heild hafði greinilega meðtekið fróðleikinn um *H. pylori* og meltingarfærasjúkdómana, þótt hann bærist eftir mismunandi leiðum og á mismunandi tímum.

Sérgreinalæknar voru greinilega fyrri til en heimilislæknar bæði að frétta af *H. pylori* og að hefja sýklalyfjameðferðina (töflur I og II). Þarna munar einu til þremur árum í báðum tilfellum eða tæpu einu þriggja ára tímabili könnunarinnar. Þar sem meirihluti læknastéttarinnar bjó og starfaði í Reykjavík og nágrenni sýnist fréttaflutningurinn til heimilislæknanna heldur hægur. Langvarandi kjarabarátta hafði þarna valdið nokkurri spennu innan stéttarinnar og vafalaust síst bætt upplýsingaflæðið. En líklegustu skýringar á þessum tímamun sýnast þó eðlilegur faglegur áhugi sérgreinalækna og að heimilislæknar hittu ekki starfssystkini daglega eins almennt og hinir, fréttu færra þá leiðina. Athygli vekur einmitt í töflu III að fleiri af sérgreinalæknunum sögðust fá merkasta fróðleikinn í samtölum við starfssystkini, sem þeir geta þá væntanlega þakkað stærri vinnustöðum og nábýlinu við starfsfélaga.

En fréttin um *H. pylori* virtist almennt hafa leitt til breyttrar meðferðar aðeins 10-12 árum eftir fyrstu skrif Warrens og Marshalls (3,4). McKee og félagar (1) tala þó um lengri tíma, yfir 20 ár, frá því farið er að fjalla um fræðilega nýjung þar til hún er komin í almenna notkun.

Afgerandi fleiri heimilislæknar en sérgreinalæknar sögðust hafa fræðst af lyfjaiðnaðinum, og örfáir töldu sig hafa þaðan merkilegustu heimildina. Að hluta til getur þetta skýrst af því að á spurningalistunum mátti krossa við fleiri en eitt svar um heimildir, og heimilislæknarnir krossuðu að jafnaði við fleiri svör hver en hinir (tafla III). Það mætti túlka sem vandaðri útfyllingu listans, en rýrir samanburðarhæfni, það er tölfræðin hefði breytst hefðu allir krossað jafnoft. En ekki er heldur fráleitt að ætla að lyfjaiðnaðurinn hafi vænt meiri árangurs af því að beina sínum áróðri að heimilislæknunum en sérgreinalæknunum.

Talsverður munur var á vinnubrögðum heimilis- og sérgreinalækna við grun um sár (tafla IV), en varla óvæntur. Aðeins 10. hver sérgreinaæknir sagðist sleppa magaspeglun til greiningar, en þriðji hver heimilislæknir sagðist ekki vísa í rannsóknina. Að hluta er þetta vegna þess að til sérgreinalækna er vísað fjölda sjúklinga, sem lengi hafa strítt við vandamálið og er þá beinlínis ætlast til speglunar. Hins vegar bera margir sjúklingar vandamálið fyrst upp við heimilislækna, oft um leið og önnur vandamál sem þeir telja brýnni. Heimilislæknarnir leyfa sér að líkindum oftar þann munað að „sjá til". Þetta sýnast nærtækustu skýringar á tíðum speglunum sérgreinalækna og trausti heimilislækna á klínikinni, en ætla má að vinnureglur hefðu þarna verið mörgum styrkur í að hitta meðalveginn gullna.

Til greiningar á *H. pylori*-sýkingu sögðust hóparnir sammála um að nota speglunina (tafla V). Mjög fáir sögðust nota blóðvatnspróf eða útöndunarloftspróf að staðaldri, þó frekar heimilislæknar. Þessar rannsóknir eru þó taldar eiga að sækja á, þær eru óþægindalitlar fyrir sjúklinga og kostnaður við þær lækkandi (8,9).

Báðir læknahóparnir sögðust nota sýklalyf í meðferðinni í stórum dráttum á rökréttan hátt með hliðsjón af fyrirliggjandi þekkingu (tafla VI). Magabólga með *H. pylori*-sýkingu er þar þó nokkuð sér á parti. Þar gefa 56% heimilislækna og 64% sérgreinalækna sýklalyf í samræmi við Maastricht-línuna. En það voru aðeins 12% og 26% læknahópanna sem trúðu á orsakasamband milli sýkingarinnar og magabólgu. Sýnist þannig beggja vegna Atlantsála meirihluti fyrir að meðhöndla, en þó vantrú á vísindalegan grundvöll þess.

Orsakasamband *H. pylori* og sýrusára sögðust læknahóparnir meta með mjög líkum hætti, nær fjórir af hverjum fimm svöruðu þar jákvætt og þarna var sýklalyfjameðferðin aðeins fáum hundraðshlutum tíðari en trúin á ábendingarnar.

Það er varla hægt að leggja neitt upp út úr svörum við spurningu um vinnureglur, því miður. Menn virtust sums staðar hafa staðbundnar vinnureglur, og nokkrir svarenda töldu vera til vinnureglur fyrir landið. Það var þó ekki á þessum tíma, vinnu við þær mun hafa verið lokið en þær óprentaðar (21). Margir svarenda höfðu komið að þeirri vinnu og vart láandi þótt þeir svöruðu að til væru reglur. Spurningin var einfaldlega sett fram á versta tíma, svör því vart marktæk.

Af athugasemdum á spurningalistunum og í viðtölunum fimm má hins vegar ráða að heimilislæknar sérstaklega hafi saknað vinnureglna. Samkvæmt Folkersen og félögum (14) hafa danskir heimilislæknar verið sama sinnis. Verður að telja þessar væntingar heimilislækna um reglur „að ofan" réttlætanlegar. Bæði eru þeir vanir dreifibréfum landlæknis um mikilsverð mál, ekki síst smitsjúkdóma, og svo er hitt að þeirra starfsumhverfi leyfir aðeins í undantekningartilfellum djúpköfun í einstakar sérgreinar.

Höfundar hafa þegar birt niðurstöður hliðstæðra rannsókna gerðra í Danmörku, Finnlandi, Noregi og Svíþjóð í þarlendum fagritum (22-25) og heildarniðurstöður allra rannsóknanna sameinaðra í Scandinavian Journal of Gastroenterology (26).

Á hinum Norðurlöndunum voru ekki vandamál varðandi aldursdreifingu þeirra sem svöruðu og ekki svöruðu, eins og hérlendis. Sérgreinalæknarnir þar voru eingöngu meltingarfærasérfræðingar. Og vinnureglur voru ekki í smíðum nema hér.

Íslenska rannsóknin hafði þannig fleiri veikleika en hinar, en var tekin með í sameiginlegu rannsóknina.

Í stuttu máli má segja að Ísland hafi ekki skorið sig þar úr varðandi meginviðfangsefnin, það er hvenær læknar fréttu af *H. pylori* og hvenær þeir tóku upp sýklalyfjameðferðina. Tvennt var þó sérstakt fyrir Ísland: Fleiri heimilislæknar en sérgreinalæknar svöruðu hér, þveröfugt við hin löndin, og innlent fagrit kemur hér ekki út sem algeng heimild, meðan heimilislæknar hinna landanna sóttu fróðleik sinn mest í þarlend fagrit.

Í hnotskurn var sá munur sem fram kom við samanburðinn á íslensku heimilis- og sérgreinalæknahópunum að heimilislæknar sögðust gera meira af því að hlusta á lyfjakynningar, lesa Læknablaðið og treysta á klíníska sjúkdómsgreiningu en sérgreinalæknar sögðust treysta betur speglunum og vefjasýnatökum, fleiri hafa trú á að *H. pylori* orsaki magabólgu og treysta betur fræðslugildi samtala við starfsfélaga. Afraksturinn varð að sérgreinalæknar fræddust og komu þekkingunni í notkun tæpu þriggja ára tímabili á undan hinum.

En almennt höfðu tíðindin um *H. pylori* náð til íslenskra lækna á sex til átta árum, eða nær strax þegar þau náðu viðurkenningu í fagritum, og viðeigandi meðferð virtist síðan orðin almenn innan þriggja ára.

Menn fylgjast með: Spurning er þó hvort markvissari fréttamiðlun og frumkvæði að gerð vinnureglna gæti ekki í vissum tilvikum komið fróðleik í almennari notkun fyrr, sjúklingum og samfélagi til hagsbóta.

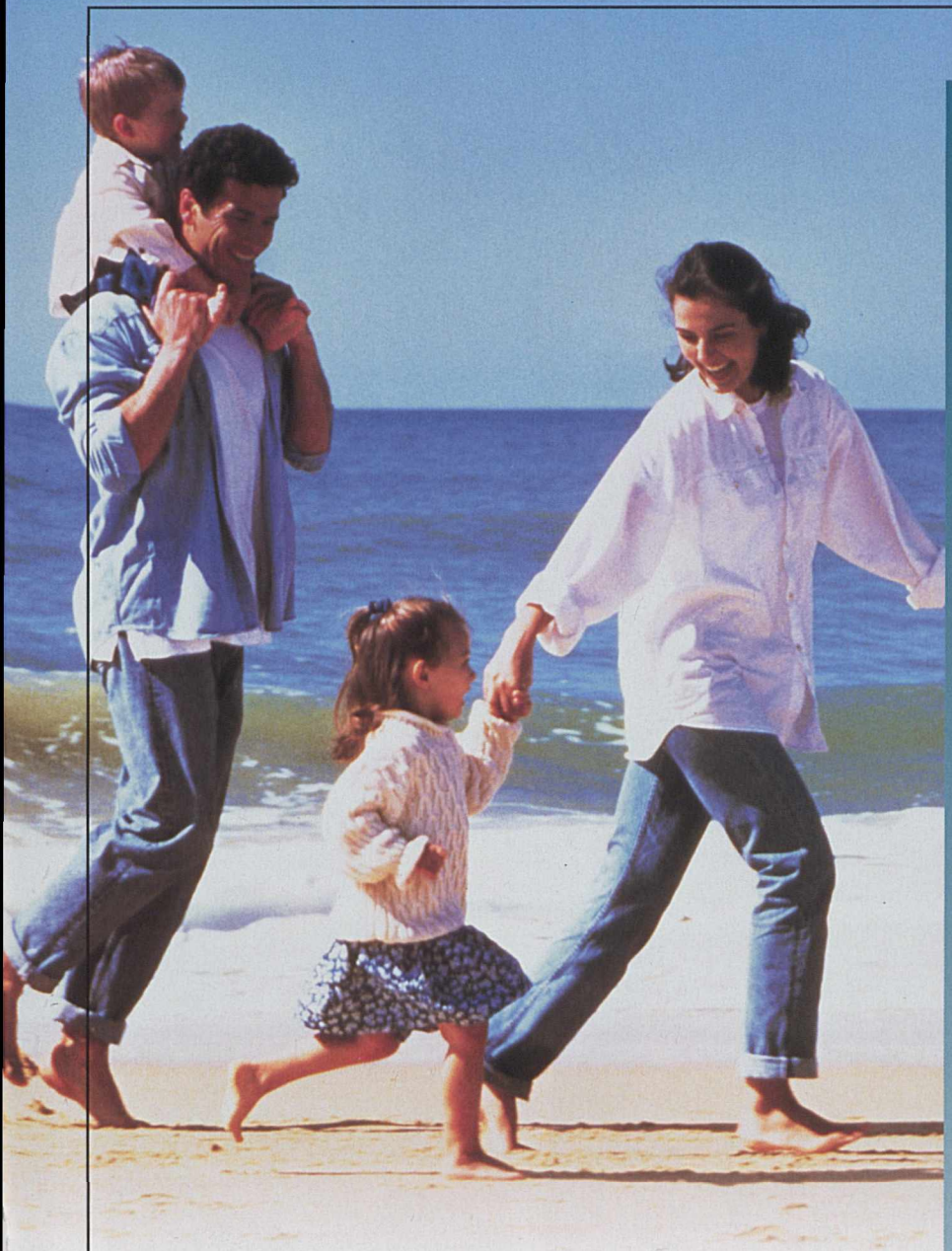
Þakkir

Nordiska hälsovårdshögskolan sá höfundum fyrir húsnæði og aðstöðu meðan sameiginleg vinna stóð yfir og fjármagnaði rannsóknirnar. Göran Löfroth prófessor var leiðtogi höfundahópsins, sómi hans, sverð og skjöldur. Birgitta Bohm ritari veitti fjölþætta aðstoð. Guðjón Magnússon rektor hvatti og studdi íslenska höfundinn. Og læknastéttin tók spurningalistum og viðtalsbeiðnum með þolinmæði og lipurð. Færum við þeim öllum okkar bestu þakkir fyrir sitt framlag.

Heimildir

1. McKee M, Fulop N, Bouvier P, Hort A, Brand H, Rasmussen F, et al. Preventing sudden infant deaths - the slow diffusion of an idea. Health Policy 1996; 37: 117-35.
2. Geertsma RH, Parker RC Jr ,Whitbourne SK. How physicians view the process of change in their behavior. J Med Educ 1982; 57: 752-61.
3. Warren JR, Marshall B. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis. Lancet 1983; i: 1273-5.
4. Marshall B, Warren JR. Unidentified curved bacilli in the stomach of patients with gastritis and peptic ulceration. Lancet 1984; i: 1311-5.
5. Westblom TU, Bacon BR. *Helicobacter pylori*: a decade later. Am J Med Sci 1993; 306: 393-4.
6. Christensen AH, Logan RPH, Noach LA, Gjörup T. Do clinicians accept the role of *Helicobacter pylori* in duodenal ulcer disease: a survey of European gastroenterologists and general practitioners. J Intern Med 1994; 236: 501-5.
7. Briem H. Magasár og magabólgur-smitsjúkdómur? Mixtúra, blað lyfjafræðinema 1988; 2: 10-1.
8. Kristinsson KG. Greining *Helicoacter pylori* sýkinga – mótefnamælingar. Læknablaðið 1995; 81: 346-7.
9. Goddard AF, Logan RPH. Review article: urea breath tests for detecting *Helicobacter pylori*. Aliment Pharmacol Ther 1997; 11: 641-9.
10. Guðjónsson H, Ástráðsdóttir H, Þjóðleifsson B. Árangur þriggja lyfja meðferðar gegn *Helicobacter pylori* hjá sjúklingum með skeifugarnarsár. Læknablaðið 1995; 81: 303-7.
11. Miehlke S, Hackelsberger A, Meining A, von Arnim U, Müller P, Ochsenkühn T, et al. Histological diagnosis of *Helicobacter pylori* gastritis is predictive of a high risk of gastric carcinoma. Int J Cancer 1997; 73: 837-9.
12. McFarlane GA, Munro A. *Helicobacter pylori* and gastric cancer. Br J Surg 1997; 84: 1190-9.
13. Labenz J, Malfertheiner P. *Helicobacter pylori* in gastro-oesophageal reflux disease: causal agent, independent or protective factor? Gut 1997; 41: 277-80.
14. Folkersen BH, Larsen B, Qvist P. Praktiserende lægers håntering af patienter med dyspepsi. Ugeskr Læger 1997; 159: 3777-81.
15. Veldhuyzen van Zanten SJO. A systematic overview (meta-analysis) of outcome measures in *Helicobacter pylori* gastritis trials and functional dyspepsia. Scand J Gastroenterol 1993; 28/Suppl 199: 40-3.
16. Benhamou PH, Kalach N, Raymond J, Abdallah C, Dupont C. Infections gastriques à *Helicobacter pylori* chez l'enfant. Presse Med 1994; 23: 1703-7.
17. Malfertheiner P. Commentary: how, in whom, and when to diagnose *Helicobacter pylori*. Gastroenterology 1997; 113/Suppl 6: S118-9.
18. Grimshaw JM, Russel IT. Effect of clinical guidelines on medical practice: a systemic review of rigorous evaluations. Lancet 1993; 342: 1317-22.
19. Grimshaw JM, Russel IT. Achieving health gain through clinical guidelines II: ensuring guidelines change medical practice. Qual Health Care 1994; 3: 45-52.
20. European *Helicobacter pylori* Study Group. Current European concepts in the management of *Helicobacter pylori* infections – the Maastricht consensus report. Eur J Gastroenterol Hepatol 1997; 9: 1-2.
21. Lyfjaval. Reykjavík: Félag íslenskra heimilislækna, Heilbrigðisráðuneyti, Tryggingastofnun ríkisins og Landlæknir; 1997.
22. Thomsen AS, Hjalt C-Å, Jónsson A, Martin P, Rautanen K, Löfroth G. Viden om *Helicobacter pylori* og antibiotikabehandling af ulcussygdom. Ugeskr Læger 1999; 161: 6630-4.
23. Rautanen K, Thomsen AS, Hjalt C-Å, Jónsson A, Martin P, Löfroth G. *Helicobacter pylori*: tiedon leviäminen Suomessa. Duodecim 1998; 114: 1721-6.
24. Martin P, Rautanen K, Thomsen AS, Hjalt C-Å, Jónsson A, Löfroth G. Opptak av ny kunnskap i klinisk praksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 361-4.
25. Hjalt C-Å, Jónsson A, Martin P, Rautanen K, Thomsen AS, Löfroth G. *Helicobacter pylori* illustrerar hur ett paradigmskifte slår igenom. Läkartidningen 1999; 96: 3177-9.
26. Martin P, Thomsen AS, Rautanen K, Hjalt C-Å, Jónsson A, Löfroth G. Diffusion of knowledge of *Helicobacter pylori* and its practical application by Nordic clinicians. Scand J Gastroenterol 1999; 34: 974-80.
27. Epi Info: A word processing, database and statistic program for public health on IBM-compatible microcomputers. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 1994.28. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis. A sourcebook of new methods. Beverley Hills: Sage Publications; 1984.

SCHERING



Levonova®
HORMÓNALYKKJA
Levónorgestrel 20 míkróg / 24 klst

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

ÞÆGILEG:
„Geymd og gleymd"

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

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

Levonova®
Getnaðarvörn nýrrar aldar

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

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

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 568 6044



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 RB
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 kviðatengt þunglyndi. Almenn kvíðaröskun (GAD).

Skammtar og lyfjagjöf: Lyfið ætti að taka með mat og gleypa hylkin heil. Venjulegur skammtur er eitt hylki einu sinni á dag. Upphafsskammtur er 75 mg. Þegar þess er þörf má auka skammtinn upp í 150 mg á dag að u.þ.b. hálfum mánuði liðnum. Hámarksskammtur er 225 mg einu sinni á dag. Þegar æskilegur árangur hefur náðst ætti að minnka skammtinn smám saman niður í minnsta viðhaldsskammt miðað við svörun og þol sjúklings (yfirleitt 75-150 mg/dag). Hjá öldruðum og sjúklingum með hjarta- og æðasjúkdóma/háþrýsting ætti að auka skammtinn með varúð. Við meðferð sjúklinga með skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi er mælt með minni skömmtum. Ef kreatínín?úthreinsun er minni en 30 ml/mín. eða við meðalalvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi ætti að minnka skammtinn um 50%. Ef um alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi er að ræða kann að reynast nauðsynlegt að minnka skammtinn enn meira. Í slíkum tilvikum kann að vera nauðsynlegt að gefa Efexor töflur. Meðferð ætti að halda áfram í a.m.k. þrjá mánuði (yfirleitt í sex mánuði) eftir að bata er náð. Þegar ætlunin er að hætta meðferð með Efexor Depot ætti að minnka skammt sjúklings smám saman í eina viku að viðhafðri aðgát vegna hættu á bakslagi. Haft skal samband við sérfræðing ef enginn bati hefur náðst eftir eins mánaðar meðferð. Frábendingar: Brátt hjartadrep, bráður sjúkdómur í heilaæðum og ómeðhöndlaður háþrýstingur. Samtímis meðferð með mónóamínoxíðasahemlum.Varnaðarorð og varúðarreglur: Aldraðir (>65 ára). Sjúklingar með þekktan sjúkdóm í hjarta-æðakerfi eða heilaæðum, þ.m.t. meðhöndlaður háþrýstingur. Skert nýrna- og/eða lifrarstarfsemi. Vanmeðhöndluð flogaveiki, lækkaður krampaþröskuldur. Þegar skipt er frá mónóamínoxíðasahemli til venlafaxíns skal gera minnst 14 daga meðferðarhlé. Ef breytt er meðferð frá venlafaxíni til mónóamínoxíðasahemils er mælt með 7 daga meðferðarhléi. Gera verður ráð fyrir hættu á sjálfsvígi hjá öllum sjúklingum sem haldnir eru geðlægð. Hætta á sjálfsvígi fylgir geðlægð og kann að vera fyrir hendi þar til verulegur bati hefur náðst. Venlafaxín kann hjá sumum sjúklingum að valda hækkuðum blóðþrýstingi (hlébilsþrýstingur hækkar um 10-30 mmHg). Mælt er með því að fylgst sé með blóðþrýstingi við hverja heimsókn sjúklings. Hjá öldruðum og sjúklingum með þekktan hjarta- og æðasjúkdóm ætti að fylgjast með blóðþrýstingi á hálfsmánaðar fresti í 4-6 vikur og eftir það við hverja heimsókn til viðkomandi læknis. Sjúklinga í langtímameðferð ætti að fræða um mikilvægi góðrar tannhirðu vegna þess að þurrkur í munni kann að valda aukinni hættu á tannskemmdum. Ekki hefur fengist reynsla af meðferð sjúklinga með geðklofa. Áhrif venlafaxíns á tvískauta geðlægð (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið þróun til oflætisfasa. Sjúklingar með flogaveiki þarfnast viðeigandi flogaveikilyfjameðferðar meðferð stendur. Ekki hefur fengist klínísk reynsla hjá börnum. Lækkun natríums í blóði hefur stöku sinnum sést við meðferð með geðdeyfðarlyfjum, m.a. serótónínupptökuhemlum, oftast hjá öldruðum og sjúklingum sem eru á þvagræsilyfjum. Upp hafa komið örfá tilvik með lækkun á natríum í blóði af völdum Efexors, yfirleitt hjá öldruðum, sem hefur leitt til þess að hætt var við að gefa lyfið. Milliverkanir: Engar milliverkanir hafa komið fram hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum eftir einfaldan skammt af lítíum, díazepami og etanóli á meðan á meðferð stendur með venlafaxíni. Rannsóknir benda til þess að venlafaxín umbrotni í O-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóenzýmsins CYP2D6 og í N-desmetýlvenlafaxín 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 sem hamla CYP3A3/4 t.d. ketókónazóli. Meðganga og brjóstagjöf: Meðganga: Takmörkuð klínísk reynsla hefur fengist af því að gefa vanfærum konum lyfið. Rannsóknir á dýrum hafa leitt í ljós minnkaða þyngd og stærð fóstra og lakari lífsmöguleika, líklegra vegna eiturvirkni á móður, þar til frekari reynsla hefur fengist af Efexor ætti ekki að gefa það á meðgöngutíma nema að vandlega athuguðu máli. Brjóstagjöf: Ekki er vitað hvort venlafaxín skilst út í brjóstamjólk. Akstur og stjórnun vinnuvéla: Meðferð með Efexor Depot kann að hægja á viðbrögðum sumra sjúklinga. Þetta ætti að hafa í huga við aðstæður sem krefjast sérstakrar árvekni, t.d. við akstur. Aukaverkanir: Í gelægð 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 þyngdarauking, svitakóst, eyrnasuð, svimi, svefnhöfgi, skjálfti. Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundið blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, æðavíkkun, hjartsláttarónot. Miðtaugakerfi: Æsingur, rugl, martröð, minnkuð kynhvöt, svefnleysi, truflað húðskyn, kvíði, taugaóstyrkur. Meltingafæri: Ógleði, uppköst, niðurgangur, hægðatregða, meltingartruflun, munnþurrkur. Húð: Útbrot, flekkblæðing. Þvag- og kynfæri: Áhrif á sáðlát/fullnægingu, getuleysi. Augu: Sjónstillingartruflun. Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennt: Bjúgur. Blóð: Blóðflagnafæð. Miðtaugakerfi: Slen, ósamhæfðar hreyfingar, ofhreyfni, ofskynjanir, geðhæð. Meltingarfæri: Bólga í vélinda, magabólga, tannholdsbólga, breytingar á bragðskyni. Húð: Hárlos, ofsakláði, aukið ljósnæmi. Lifur: Hækkuð lifrarenzým í blóði. Öndunarfæri: Astmi. Augu: Tárubólga. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Almennt: Hálfdvali (stupor). Blóðrás: Breytingar á hjartarafriti (T-bylgja, S-T hluti, gátta-sleglarof af gráðu I). Miðtaugakerfi: Krampar, einkenni um utanstrýtukvilla (Parkinsonlík einkenni), persónuleikatruflun. Ofskömmtun og eitranir: Eiturvirkni: Fullvaxnir einstaklingar hafa tekið inn allt að 6,75 g og orðið fyrir meðalsvæsnum eitrunaráhrifum. Einkenni: Basling miðtaugakerfisins, krampar, andkólínvirk einkenni. Hraðtaktur, hægataktur, lækkaður blóðþrýstingur, ST/T-breytingar, lenging QRS-bils. Meðferð: Tryggja að öndunarvegur sé vel opinn, fylgjast með hjartarafriti; lyfjakol; magaskolun kemur til greina. Ráðstafanir sem beinast að einkennum. Lyfhrif: Efexor Depot inniheldur venlafaxín sem virkt efni og er það blanda tveggja handhverfa (racemat). Lyfið dregur úr geðdeyfð. Báðar handhverfur venlafaxíns og virka umbrotsefnið O-desmetýlvenlafaxín hafa lyfjafræðileg áhrif. Áhrifin koma fyrst og fremst fram við hömlun á endurupptöku serótóníns og noradrenalíns í miðtaugakerfinu, en einnig kann að koma fram veik hömlun á endurupptöku dópamíns. Venlafaxín og O-desmetýlvenlafaxín draga úr næmi beta-adrenvirkra viðtaka bæði við skammtíma- (einn skammtur) og langtímameðferð. Venlafaxín og O-desmetýlvenlafaxín eru nær jafnvirk hvað varðar endurupptöku taugaboðefna. Venlafaxín sýnir enga næmni fyrir ekki hefur verið sýnt fram á neina næmni í ópíum- eða bensódíazepínnæma viðtaka. Venlafaxín hamlar ekki starfsemi enzýmsins mónóamínoxíðasa. Lyfjahvörf: Venlafaxín hefur ekki verið gefið í æð. Heildaraðgengi eftir inntöku er talið vera 42%±15%. Hámarksblóðþéttni Efexor Depot næst eftir u.þ.b. 6 klst. (4,5-7,5 klst.) og helmingunartími í blóði er u.þ.b. 15 klst. (9-21 klst.). Hámarksblóðþéttni virka umbrotsefnisins O-desmetýlvenlafaxíns næst eftir 9 klst. (6,5-11 klst.). Mikill munur sést milli einstaklinga. Próteinbinding venlafaxíns í plasma er u.þ.b. 27% en 30% fyrir O-desmetýlvenlafaxín. Venlafaxín umbrotnar mjög mikið. Umbrot venlafaxíns í O-desmetýlvenlafaxín gerast fyrir tilstilli CYP2D6. Í þeim einstaklingum, þar sem debrisokín umbrotnar hægt, fæst tvisvar til þrisvar sinnum meira aðgengi fyrir venlafaxín og tvisvar til þrisvar sinnum minna aðgengi fyrir virka umbrotsefnið O-desmetýlvenlafaxín. Aðeins u.þ.b. 5% (1-13%) af skammti sem tekinn hefur verið inn skilst óbreyttur út með þvagi. Umbrotsefnin skiljast fyrst og fremst út um nýrun. Neysla matar samtímis lyfinu hefur engin áhrif á aðgengi. Útlit: Forðahylki 75 mg: Fölbleik hylki, 19 x 6 mm, merkt W 75 í rauðum lit. Forðahylki 150 mg: Rauðbrún hylki, 23 x 7 mm, merkt W 150 í hvítum lit. Pakkningar: Forðahylki 75 mg: 14 stk. (þynnupakkað); 28 stk. (þynnupakkað); 98 stk. (þynnupakkað); 100 stk. Forðahylki 150 mg: 14 stk. (þynnupakkað); 28 stk. (þynnupakkað); 98 stk. (þynnupakkað); 100 stk. Texti Sérlyfjaskrár desember 2000

Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 1.janúar 2001, hámarksútsöluverð útsöluverð úr apótekum: Efexor Depot forðahylki 75 mg: 28stk 5451 kr., 98stk 15784 kr., 100stk 15054 kr., Efexor Depot forðahylki 150 mg: 28stk 9705 kr., 98stk 29861 kr., 100stk 28465 kr..

1.Thase ME, et al. Remission rates during treatment with venlafaxine or selective serotonin reuptake inhibitors. Br J Psych 178: 234-241, 2001.

WYETH LEDERLE

Austurbakki
Köllunarklettsvegi 2, 104 Reykjavík

Áhrif lýsisneyslu á bakteríuvöxt *in vivo*

Auður Þórisdóttir[1],
Jón Reynir Sigurðsson[2],
Helga Erlendsdóttir[3],
Ingólfur Einarsson[2],
Sigurður Guðmundsson[4],
Eggert Gunnarsson[5],
Ingibjörg Harðardóttir[6],
Ásgeir Haraldsson[2,6]

[1]Líffræðideild Háskóla Íslands, [2]Barnaspítali Hringsins, Landspítala Hringbraut, [3]sýklafræðideild Landspítala Hringbraut, [4]landlæknisembættið, [5]Tilraunastöð Háskóla Íslands í meinafræði að Keldum, [6]læknadeild Háskóla Íslands.
Fyrirspurnir, bréfaskipti: Ásgeir Haraldsson, Barnaspítala Hringsins, Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík. Sími: 560 1050; bréfasími: 560 1055; netfang: asgeir@landspitali.is

Lykilorð: *lýsi, bakteríuvöxtur, ónæmissvar, mýs.*

Ágrip

Tilgangur: Faraldsfræðilegar rannsóknir benda til að mikil neysla ω-3 fitusýra hafi áhrif á ýmsa sjúkdóma svo sem hjarta- og æðasjúkdóma og sjálfnæmissjúkdóma. Líkaminn getur ekki nýmyndað ω-3 fitusýrur, og því er nauðsynlegt að fá þær úr fæðunni. Lýsi er mjög ríkt af slíkum fitusýrum, en jurtaolíur aftur á móti ekki. Rannsóknarhópurinn hefur sýnt fram á aukna lifun músa sem fengið höfðu lýsisbætt fæði samanborið við mýs sem fengu kornolíubætt fæði og voru sýktar með *Klebsiella pneumoniae* í vöðva. Í þessari rannsókn var kannað, hvort þau áhrif væru vegna áhrifa lýsis á bakteríuvöxt *in vivo*.

Efniviður og aðferðir: Mýs voru aldar á lýsisbættu fæði eða kornolíubættu fæði til viðmiðunar í sex vikur og þá sýktar með *Klebsiella pneumoniae* í vöðva. Mýsnar voru aflífaðar á mismunandi tímapunktum og var fjöldi baktería í blóði og frá sýkingarstað talinn.

Niðurstöður: Ekki var marktækur munur á bakteríufjöldanum í hópunum á mismunandi tímapunktum, hvorki í blóði né á sýkingarstað, þó var tilhneiging til meiri vaxtar í kornolíuhópnum.

Ályktanir: Lýsi virðist ekki hafa marktæk áhrif á bakteríuvöxt *in vivo*. Frekari rannsóknir munu vonandi leiða nánar í ljós hver áhrif lýsisins eru.

Inngangur

Fitusýrur gegna margvíslegum hlutverkum í líkamanum. Fitusýrur eru til dæmis forverar ýmissa efna sem eru líkamanum nauðsynleg svo sem hormóna og boðefna. Tvær tegundir fitusýra er mönnum nauðsynlegt að fá úr fæðu, ómega-3 (ω-3) og ómega-6 (ω-6) fitusýrur. Það sem aðgreinir þessar tvær fitusýrur og afleiður þeirra er staða fyrsta tvítengis talið frá meþýlenda kolefniskeðjunnar. Lýsi er ríkt af fjölómettuðum ω-3 fitusýrum (1). Jurtaolíur innihalda hins vegar lítið af ω-3 fitusýrum en eru ríkar af ω-6 fitusýrum (1). Líkaminn getur ekki nýmyndað ω-3 fitusýrur eða breytt ω-6 fitusýrum í ω-3 fitusýrur. Úr ω-3 línólensýru getur líkaminn hins vegar myndað aðrar ω-3 fitusýrur, svo sem eikósapentaensýru (EPA) og dókósahexaensýru (DHA). Þessar fitusýrur eru hluti frumuhimnu frumna líkamans. Afleiður eikósapentaensýru eru til dæmis eikósanóíðar sem koma mjög við sögu í ónæmissvari.

Faraldsfræðilegar rannsóknir benda til að mikil neysla ω-3 fitusýra hafi áhrif á ýmsa sjúkdóma, til dæmis er tíðni hjarta- og æðasjúkdóma lægri á Grænlandi þar sem neysla ω-3 fitusýra er mjög mikil samanborið við önnur lönd í hinum vestræna heimi (2). Fleiri rannsóknir hafa bent til áhrifa lýsis til minnkunar á hjarta- og æðasjúkdómum (3) og sjálfnæmissjúkdómum svo sem gigt (4) og sóra (5). Einnig hefur því verið haldið fram að ung börn sem fá lýsisbætta mjólkurblöndu sýni hraðari þroska en þau börn sem fá blönduna án lýsis (6). Þá hafa niðurstöður bent til áhrifa lýsis á einstaklinga með lesblindu (7) og þunglyndi (8).

Rannsóknarhópur okkar hefur sýnt fram á aukna lifun músa sem fengið hafa lýsisbætta fæðu miðað við viðmiðunarhóp fyrir sýkingu með *Klebsiella pneu-*

ENGLISH SUMMARY

Þórisdóttir A, Sigurðsson JR, Erlendsdóttir H, Einarsson I, Guðmundsson S, Gunnarsson E, Harðardóttir I, Haraldsson Á

The effect of dietary fish oil on bacterial growth *in vivo*

Læknablaðið 2001; 87: 715-8

Objective: Epidemiological studies have indicated that high intake of ω-3 fatty acids influence various diseases such as cardiovascular diseases and autoimmune disorders. These fatty acids are essential in the diet since the body can not form them *de novo*. Fish oil is rich in ω-3 fatty acids but the ω-3 content of vegetable oil is low. The research group has shown increased survival of mice fed cod liver oil enriched diet versus mice fed corn oil enriched diet when infected with *Klebsiella pneumoniae* intramuscularly. In the present study we investigated the effect of dietary fish oil on bacterial growth *in vivo*.

Material and methods: Mice were fed fish oil enriched diet and a control group was fed corn oil enriched diet for six weeks and then the mice were infected with *Klebsiella pneumoniae* intramuscularly. The mice were sacrificed at various time intervals and bacteria were counted in blood and in the infected muscle.

Results: The bacteria count in blood and tissue was not significantly different between the two groups although a trend was noted towards more growth in the control group.

Conclusions: We conclude that fish oil does not significantly affect bacterial growth *in vivo*. Hopefully, future research will reveal the pathophysiological effect of fish oil.

Key-words: *fish oil, bacterial growth, immune response, mice.*

Correspondence: Ásgeir Haraldsson. E-mail: asgeir@landspitali.is

moniae í vöðva (9). Niðurstöður annarra rannsókna hafa þó ekki allar verið á einn veg (10-13). Þó ber að geta að rannsóknir hafa verið mismunandi að framkvæmd, bakteríutegundum og tilraunadýrum.

Ljóst er að mörgum spurningum er ósvarað um áhrif lýsisneyslu á sjúkdóma. Einn þeirra þátta sem enn er óviss er hvort lýsisneysla hafi bein hamlandi áhrif á bakteríuvöxt *in vivo*. Rannsókn okkar nú miðaði þess vegna að því að athuga hvort þau jákvæðu áhrif lýsis á lifun sem rannsóknarhópurinn hefur þegar sýnt fram á væri mögulega vegna hindrandi áhrifa þess á vöxt *Klebsiella pneumoniae in vivo.*

Efniviður og aðferðir

Kvenkyns mýs (NMRI), 20-25 grömm að þyngd, voru fengnar frá Tilraunastöð Háskóla Íslands í meinafræði að Keldum. Músunum var skipt í tvo hópa og gefið hefðbundið nagdýrafóður (Special Diets Services, Witham, Essex, Englandi) að viðbættu lýsi 10 wt% (Lýsi hf., Grandavegi) eða kornolíu 10 wt% (Hunt-Wesson Inc. Fullerton, Bandaríkjunum). Hóparnir fengu fæðið í sex vikur samfleytt. Að sex vikum liðnum voru mýsnar sýktar í etersvæfingu í báða lærvöðva með gram-neikvæðri bakteríu, *Klebsiella pneumoniae* (ATCC 43816), í 0,1 ml lausn í hvort læri. Mýs úr báðum fæðuhópunum voru aflífaðar 0, 4, 8, 12 eða 24 klukkustundum eftir sýkingu. Tilraunin var framkvæmd þrisvar sinnum.

Í fyrstu tilrauninni voru 30 mýs í hvorum fæðuhópi, samtals 60 mýs, og var hver mús sýkt með 7,1 x 10^4 bakteríum í hvort læri. Við hvern hinna fyrirfram ákveðnu tímapunkta (0, 4, 8, 12 og 24 klukkustundir) voru sex mýs aflífaðar úr hvorum fæðuhópi. Í annarri tilrauninni voru 19 mýs í hvorum hópi, samtals 38 mýs, og þær sýktar með 1,7 x 10^4 bakteríum í hvort læri. Tvær mýs voru aflífaðar úr hvorum fæðuhópi við tíma 0 en fjórar við tímapunktana fjórar, átta og 12 klukkustundir, en fimm við tímapunkt 24 klukkustundir. Í þriðju tilrauninni voru 25 mýs í hvorum hópi, samtals 50 mýs, og þær sýktar með 4,8 x 10^3 bakteríum í hvort læri. Tvær mýs úr hvorum fæðuhópi voru aflífaðar við tímann 0 klukkustund, fjórar úr hvorum fæðuhópi eftir fjórar stundir, átta mýs úr hvorum hópi eftir átta og 12 klukkustundir og þrjár mýs úr hvorum hópi eftir 24 stundir. Í tveimur seinni tilraununum var einnig tekið blóð úr músunum þegar þær voru aflífaðar. Í annarri tilrauninni var tekið blóð úr fjórum músum úr hvorum fæðuhópi eftir átta og 12 tíma en úr fimm músum eftir 24 tíma. Í þriðju tilrauninni var tekið blóð úr fjórum músum úr hvorum fæðuhópi eftir fjóra tíma, átta músum eftir átta og 12 tíma og úr þremur músum eftir 24 tíma.

Þegar mýsnar höfðu verið aflífaðar voru læri músanna fjarlægð og sett í saltvatn (3 ml). Lærin voru síðan tætt upp með til þess gerðu tæki (omni tissue homogenizer 220; Omni International Vi, Bandaríkjunum) og gerðar tífaldar þynningar í saltvatni. Þessari lausn var síðan sáð á McConkey agar og fjöldi sýklaþyrpinga sem óx var talinn eftir vöxt í hitaskáp í 16-20 klukkustundir. Blóðinu var sáð á agarskálar í mismunandi magni, og fjöldi baktería í hverjum millilítra blóðs reiknaður.

Fjöldi sýklaþyrpinga var talinn í hverju læri við hvern tímapunkt. Meðalfjöldi sýklaþyrpinga í lærum við hvern tímapunkt var reiknaður annars vegar fyrir mýs fóðraðar á lýsisbættu fæði og hins vegar fyrir mýs fóðraðar á kornolíubættu fóðri. Á sama hátt var meðalfjöldi sýkla í hverjum millilítra blóðs við hvern tímapunkt reiknaður fyrir báða fæðuhópana. Meðaltölin voru borin saman með t-prófi. Marktækur munur var settur við $p<0,05$.

Niðurstöður

Mýsnar þrifust vel á fæðinu og ekki var munur á þyngdaraukningu hópanna á tímabilinu.

Meðalfjölda bakteríanna í öllum tilraununum við tímana 0, 4, 8, 12 og 24 klukkustundir á sýkingarstað og í blóði í báðum hópunum er sýndur á mynd 1. Eftir 24 tíma var aukning á meðalfjölda baktería í lærum 3,1 x 10^4 í lýsishópnum en 3,7 x 10^4 í kornolíuhópnum (mynd 1). Meðalfjöldi baktería í blóði eftir 24 stundir var 8,3 x 10^3 í lýsishópnum en 1,6 x 10^4 í kornolíuhópnum (mynd 2). Munurinn á bakteríuvexti á milli hópanna var ekki tölfræðilega marktækur, hvorki í lærum músanna ($p=0,27$) (mynd 1) né í blóði ($p=0,13$) (mynd 2). Vöxturinn var þó lítið eitt meiri í þeim músum sem aldar höfðu verið á kornolíubættu fæði samanborið við mýs sem aldar höfðu verið á lýsisbættu fæði.

Vaxtarhraði bakteríanna var sambærilegur við mismunandi fjölda baktería sem sýkt var með hverju sinni; ekki var munur á vaxtarhraðanum í þeim tilraunum þar sem sýkingarskammturinn var lægstur miðað við hæsta skammt.

Umræða

Ljóst er að lýsisneysla hefur áhrif á lifun músa eftir sýkingar með *Klebsiella pneumoniae* (1,9,13). Rannsóknir, þar sem notaðir eru mismunandi sýklar og mismunandi tilraunadýr, gefa þó ekki alltaf samhljóða niðurstöður (9-13). Þó færa megi rök fyrir ónæmisbælandi áhrifum lýsis eru ýmsir þættir ónæmissvarsins enn óljósir. Rannsókn þessi var því gerð til að kanna bein áhrif lýsisneyslu á bakteríuvöxt *in vivo*.

Fáeinar rannsóknir hafa glímt við spurninguna um bein áhrif lýsis á vöxt sýkla. Þannig virðast fjölómettaðar fitusýrur hafa hamlandi eða drepandi áhrif á ýmsar veirur *in vitro* (14) þó niðurstöður *in vivo* séu af skornum skammti. Einnig hafa niðurstöður rannsókna bent til að lýsisríkt fæði hindri að nokkru vöxt *Helicobacter pylori* í músum (15). Slíkri hömlun á vexti *Helicobacter pylori* hefur einnig verið

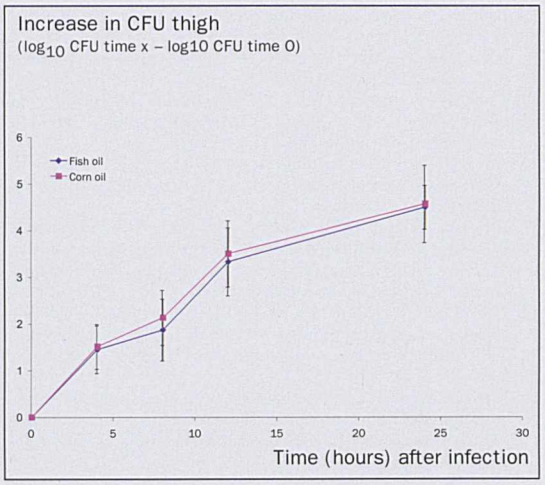


Figure 1. *Bacterial growth in the thigh shown as a logarithm of the increasing number of colony forming units (difference in growth (Δlog_{10}) at times 4, 8, 12 or 24 hours compared to bacterial count at time 0). All three experiments are pooled. Number of mice in each group: time 0: 10 mice, time 4: 14 mice, time 8: 18 mice, time 12: 18 mice and time 24: 14 mice. Standard deviation in parenthesis.*

lýst *in vitro* (16). A hinn bóginn hefur komið í ljós að fjöldi *Listeria monocytogenes* er meiri í milta sýktra músa sem fengu lýsisríkt fæði samanborið við viðmiðunarhóp (17). Ekki liggja fyrir niðurstöður um áhrif lýsis á vöxt *Klebsiella pneumoniae* í músum *in vivo*.

Niðurstöður rannsókna okkar nú benda til að vöxtur *Klebsiella pneumoniae* í músum sem aldar hafa verið á lýsisbættu fæði annars vegar og kornolíubættu fæði hins vegar sé sambærilegur þó vöxturinn hafi verið örlítið meiri í músum sem aldar voru á kornolíubættu fæði. Því teljum við að draga megi þá ályktun að áhrif lýsis á lifun sem rannsóknarhópurinn hefur þegar sýnt fram á (9) stafi ekki af beinum hindrandi áhrifum lýsis á bakteríuvöxtinn *in vivo*.

Til að meta hvort bakteríumagn sem sýkt var með hefði áhrif á vaxtarhraðann var rannsóknin framkvæmd þrisvar sinnum og var sýkt með mismunandi fjölda baktería í hvert skipti. Niðurstöðurnar voru hins vegar þær sömu í öllum tilraununum. Því má ályktun að upphafsfjöldi bakteríanna sem sýkt var með hafi ekki áhrif á bakteríuvöxtinn í lærunum í tilrauninni en samsvörun er á milli fjölda baktería í lærum og fjöldanum í blóði.

Verndandi áhrif lýsis í sýkingum sem fram hafa komið í fyrri tilraunum (9) virðist því ekki vera vegna beinna hamlandi áhrifa á bakteríuvöxt. Hvernig er virkninni þá háttað? Nokkrar hugmyndir verðskulda nánari umfjöllun. Rannsóknir okkar nú staðfesta að sýkingin er ekki staðbundin eins og blóðsýkingin sýnir fram á. Ræsing ónæmiskerfisins er því væntanlega öflug og framleiðsla frumuboðefna verður mikil. Við þessar aðstæður verður aukin framleiðsla á

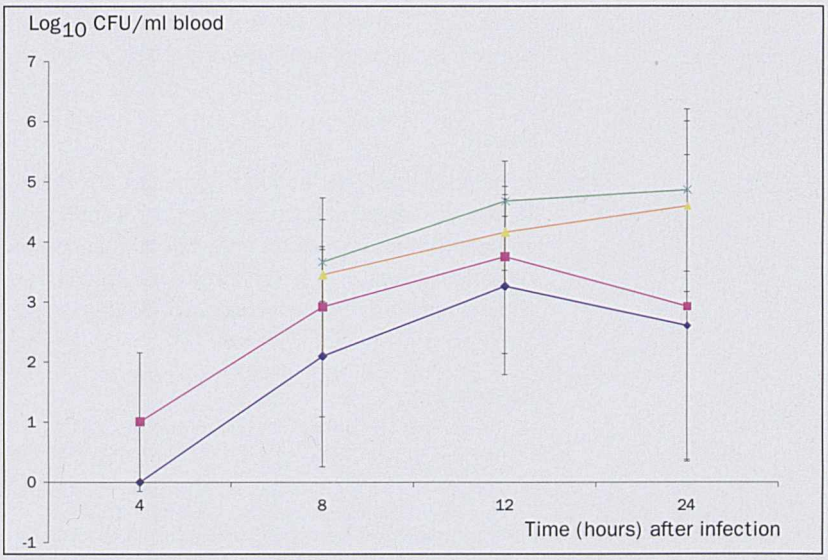


Figure 2. *Number of colony forming units of* ***Klebsiella pneumoniae*** *in blood (CFU/ml blood). The lines indicate the two experiments with different number of bacteria in the inoculum. Number of mice in each group in experiment 2: time 8: four mice, time 12: four mice and time 24: five mice. Number of mice in each group in experiment 3: time 4: four mice, time 8: eight mice, time 12: eight mice and time 24: three mice.*

afleiðum af arakídónsýru og eikósapentaensýru, það er eikósanóíðum, próstaglandínum, þromboxani, leukótríenum og prostacýklíni. Neysla ω-3 fitsýra leiðir almennt til myndunar minna virkra eikósanóíða. Þetta leiðir til breytinga á sjúkdómsástandi vegna vægara ónæmissvars. Loks má nefna að eikósanóíðar koma víða við sögu í myndun frumuboðefna (18-20). Neysla lýsis hefur því áhrif á framleiðslu frumuboðefna sem einnig breytir ónæmissvarinu. Þessar hugmyndir verðskulda frekari rannsóknir.

Einnig er mögulegt að áhrif lýsisins á lifun dýranna megi rekja til oxunaráhrifa þess. Rannsóknir hafa sýnt fram á aukna lifun músa sem fengið hafa lýsisbætt fæði eftir sýkingu með malaríusýklinum *Plasmodium yoelii* (21,22) en hægt var að snúa þessum jákvæðu áhrifum lýsis við með því að gefa músum E-vítamín samhliða lýsinu. E-vítamín er öflugur andoxari og því gætu jákvæð áhrif lýsisins verið vegna oxunar þess. Fjölómettaðar fitsýrur eru mjög viðkvæmar fyrir oxun og geta því myndast ýmis skaðleg efni, svo sem frjáls sindurefni sem mögulega gætu hindrað vöxt bakteríanna. Þessi tilgáta þarfnast nánari rannsókna.

Það kann að skjóta skökku við að hvatt sé til aukningar á neyslu ω-3 fitsýra sem ef til vill leiðir til bælingar ónæmiskerfisins. Ástæðan fyrir þessu er að í mörgum tilvikum er það ekki sýkingin sem veldur mestum sjúkdómseinkennum eða dregur sjúklinginn til dauða heldur ónæmissvarið sjálft. Minni ræsing ónæmiskerfisins og þar með minni losun þátta er örva meðal annars bólgu, æðavíkkun og æðaleka kunna þannig að vera dýrinu til gagns.

Niðurstöður okkar benda til að áhrif lýsis á betri lifun músa eftir sýkingu með *Klebsiella pneumoniae* sé ekki vegna beinna hamlandi áhrifa þess á bakteríuvöxt *in vivo*. Þetta er í samræmi við fyrri tilgátur okkar og annarra að áhrif lýsis séu vegna áhrifa þess á ónæmissvarið sem einnig kemur heim og saman við jákvæð áhrif lýsis á ýmsa sjálfnæmissjúk-

dóma (2,4,5). Frekari rannsókna er þó þörf til að ganga úr skugga um hver þessi áhrif lýsis á ónæmiskerfið eru.

Þakkir

Sonja Vilhjálmsdóttir annaðist dýrahald á Keldum. Styrkir til rannsóknarinnar fengust frá Rannís, Nýsköpunarsjóði námsmanna og Aðstoðarmannasjóði Háskóla Íslands. Lýsið var fengið frá Lýsi hf. og sýklafræðideild Landspítala lagði til bakteríurnar.

Heimildir

1. Björnsson S, Harðardóttir I, Gunnarsson E, Haraldsson Á. Lýsisneysla eykur lifun músa eftir sýkingu með *Klebsiella pneumoniae*. Læknablaðið 1997; 83: 289-93.
2. Kromann N, Green A. Epidemiological studies in the Upernavik district, Greenland. Acta Med Scand 1980; 208: 401-6.
3. Robertson TL, Kato H, Gordon T, Kagan A, Rhoads GG, Land CE, et al. Epidemiologic studies of coronary heart disease and stroke in Japanese men living in Japan, Hawaii and California. Am J Cardiol 1977; 39: 244-9.
4. Kremer JM, Jubiz W, Michalek A, Rynes RI, Bartholomew LE, Bigaouette J, et al. Fish oil fatty acid supplementation in active rheumatoid arthritis. A double blinded, controlled, crossover study. Ann Intern Med 1987; 106: 497-503.
5. Bittner SB, Tucker WF, Cartwright I, Bleehen SS. A double blind, randomised, placebo-controlled trial of fish oil in psoriasis. Lancet 1988; 1: 378-80.
6. Willatts P, Forsyth JS, DiModugno MK, Varma S, Colvin M. Effect of long-chain polyunsaturated fatty acids in infant formula on problem solving at 10 months of age. Lancet 1998; 352: 688-91.
7. Stordy BJ. Benefit of docosahexaenoic acid supplements to dark adaptation in dyslexics [letter]. Lancet 1995; 346: 385.
8. Hibbeln JR, Salem N Jr. Dietary polyunsaturated fatty acids and depression: when cholesterol does not satisfy. Am J Clin Nutr 1995; 62: 1-9.
9. Björnsson S, Hardardóttir I, Gunnarsson E, Haraldsson Á. Dietary Fish Oil Supplementation Increases Survival in Mice Following *Klebsiella pneumoniae* infection. Scand J Infect Dis 1997; 29: 491-3.
10. Paul KP, Leichsenring M, Pfisterer M, Mayatepek E, Wagner D, Domann M, et al. Influence of n-6 and n-3 polyunsaturated fatty acids on the resistance to experimental tuberculosis. Metabolism 1997; 46: 619-24.
11. Peck MD, Alexander JW, Ogle CK, Babcock GF. The effect of dietary fatty acids on response to Pseudomonas infection in burned mice. J Trauma 1990; 30: 445-52.
12. Rosa DM, Spillert CR, Flanagan JJ, Lazaro EJ. Beneficial effect of cod liver oil in murine endotoxemia. Res Comm Chem Pathol Pharmacol 1990; 70: 125-7.
13. Blok WL, Vogels MTE, Curfs JHAJ, Eling WMC, Buurman WA, van der Meer JWM. Dietary fish oil supplementation in experimental gram-negative infection and in cerebral malaria in mice. J Infect Dis 1992; 165: 898-903.
14. Thormar H, Isaacs CE, Brown HR, Barshatzky MR, Pessoano T. Inactivation of enveloped viruses and killing of cells by fatty acids and monoglycerides. Antimicrob Agents Chemother 1987; 31: 27-31.
15. Wang X, Sjunnesson H, Sturegard E, Wadstrom T, Willen R, Aleljung P. Dietary factors influence the recovery rates of *Helicobacter pylori* in a BALB/cA mouse model. Zentralbl Bakteriol 1998; 288: 195-205.
16. Thompson L, Cockayne A, Spiller RC. Inhibitory effect of polyunsaturated fatty acids on the growth of *Helicobacter pylori*: a possible explanation of the effect of diet on peptic ulceration. Gut 1994; 35: 1557-61.
17. Fritsche KL, Shahbazian LM, Feng C, Berg JN. Dietary fish oil reduces survival and impairs bacterial clearance in C3H/Hen mice challenged with *Listeria monocytogenes*. Clin Sci (Colch) 1997; 1: 95-101.
18. Calder PC. Can n-3 polyunsaturated fatty acids be used as immunomodulatory agents? Biochem Soc Trans 1996; 24: 211-20.
19. Hardardóttir I, Kinsella JE. Tumor necrosis factor production by murine resident peritoneal magrophages is enhanced by dietary n-3 polyunsaturated fatty acids. Biochimica et Biophysica Acta 1991; 1095: 187-95.
20. Kunkel SL, DG Remick, M Spengler, Chensue SW. Modulation of magrophage-drived interleukin-1 and tumor necrosis factor by prostaglandin E2. Adv Prostaglandin Thromboxane Leukotriene Res 1987; 17: 155-8.
21. Fevang P, Sääv H, Høstmark AT. Dietary Fish Oils and Long-Term Malaria Protection in Mice. Lipids 1995; 30: 437-41.
22. Taylor DW, Levander OA, Krishna VR, Evans CB, Morris VC, Barta JR. Vitamin E-Deficient Diets Enriched with Fish Oil Suppress Lethal Plasmodium yoelii Infections in Athymic and scid/bg mice. Infect Immun 1997; 65: 197-202.

Fræðigreinar íslenskra lækna í erlendum tímaritum

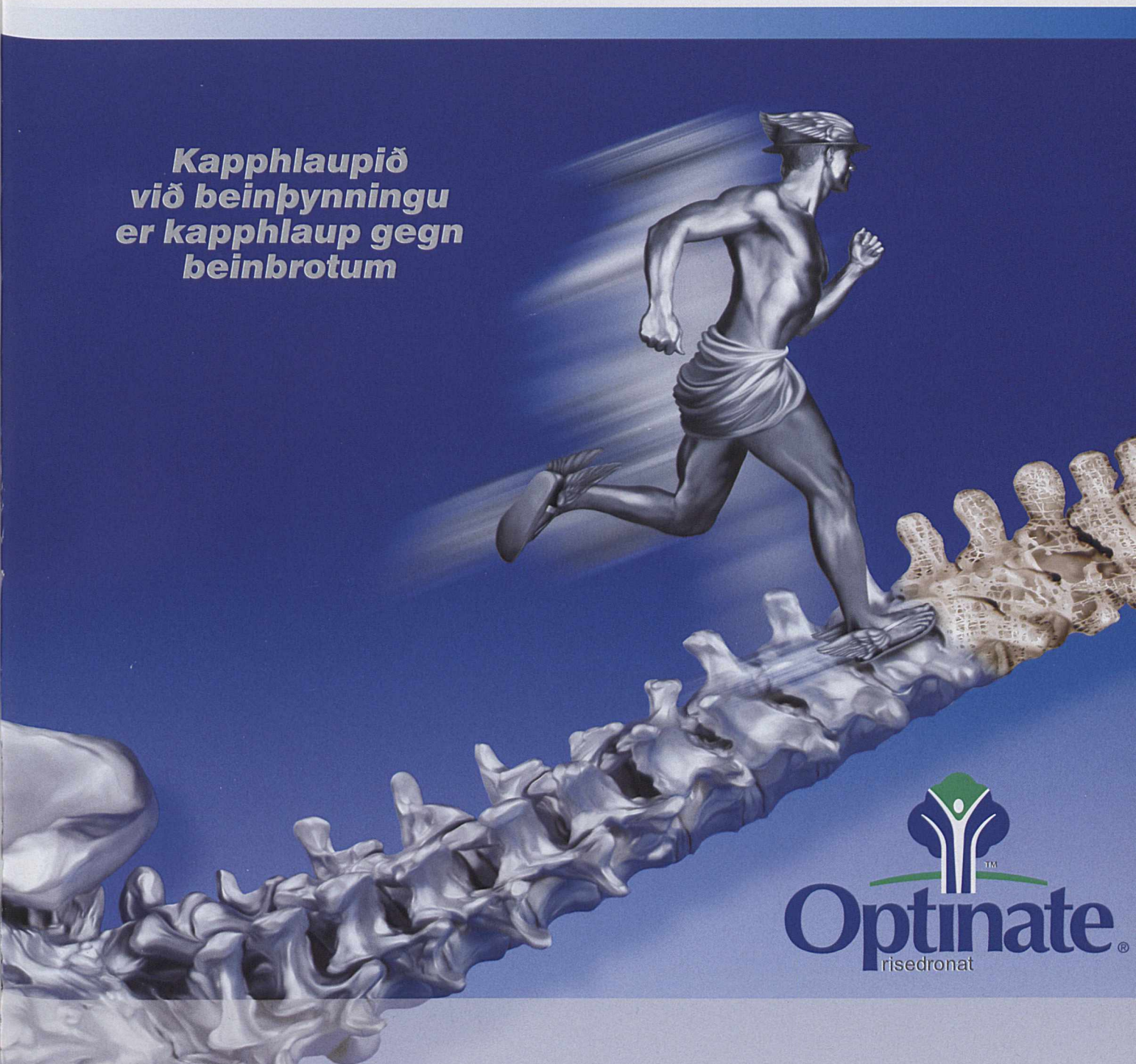
Sendið heiti greinar, nöfn höfunda og birtingarstað. Miðað er við greinar sem birst hafa á yfirstandandi og síðasta ári. Til glöggvunar verður íslenskra höfunda getið með fornafni þótt svo hafi ekki verið við birtingu.

• **Gunnar Sigurðsson, Leifur Franzson, Hólmfríður Þorgeirsdóttir, Laufey Steingrímsdóttir**
A Lack of Association between Excessive Dietary Intake of Vitamin A and Bone Mineral Density in Seventy-Year-Old Icelandic Women. In: Burckhardt P, Dawson-Hughes B, Heaney RP, eds. Nutritional Aspects of Osteoporosis. Nutritional Impact on Prevention and Treatment. London: Academic Press; 2001.

• **Gunnar Sigurðsson, Leifur Franzson**
Increased bone mineral density in a population-based group of 70-year-old women on thiazide diuretics, independent of parathyroid hormone levels. J Int Med 2001; 250: 51-6.

• **Sunna Guðlaugsdóttir,** van Blankenstein M, Dees J, Wilson JHP. *A majority of patients with Barrett´s oesophagus are unlikely to benefit from endoscopic cancer surveillance.* Eur J Gastroenterol Hepatol 2001; 13: 639-45.

Aventis



Optinate®
TÖFLUR, filmuhúðaðar: M 05 B A 07
Hver filmuhúðuð tafla inniheldur: Rísedrónatnatríum 5 mg samsvarandi 4,64 mg af rísedrónsýru eða rísedrónatnatríum 30 mg samsvarandi 27,8 mg af rísedrónsýru. Lactosum. **Ábendingar:** ***Töflur 5 mg:*** Meðferð á beinþynningu eftir tíðahvörf, sem hefur verið staðfest: Til að draga úr hættu á brotum í hrygg. Til varnar beinþynningu eftir tíðahvörf hjá konum með aukna hættu á beinþynningu. Til að viðhalda eða auka beinmassa eftir tíðahvörf hjá konum í langvarandi almennri sterameðferð (lengur en 3 mánuði) með ≥ 7,5 mg skammti á dag af prednisóni eða ígildi þess. ***Töflur 30 mg:*** Meðferð á Pagets sjúkdómi í beinum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflurnar verður að gleypa í heilu lagi og má hvorki sjúga þær né tyggja. Við töku Optinate á að vera í uppréttri stöðu og taka töfluna með glasi af drykkjarvatni (120 ml) til að auðvelda henni að komast niður í maga. Sjúklingar eiga ekki að leggjast útaf næstu 30 mínúturnar eftir töku töflunnar. Fæða hefur áhrif á frásog og til að tryggja nægilegt frásog eiga sjúklingar því að taka lyfið annað hvort a.m.k. 30 mínútum fyrir fyrstu máltíð eða drykk (nema vatn) dagsins eða a.m.k. 2 klst. fyrir eða eftir máltíð eða drykk aðra tíma dagsins og a.m.k. 30 mínútum áður en gengið er til náða. ***Skammtastærðir handa fullorðnum: Töflur 5 mg:*** Ráðlagður sólarhringsskammtur er ein 5 mg tafla til inntöku. ***Töflur 30 mg:*** Ráðlagður sólarhringsskammtur er ein 30 mg tafla til inntöku í 2 mánuði. **Frábendingar**: Þekkt ofnæmi fyrir rísedrónatnatríum eða einhverju hjálparefnanna. Blóðkalsíumlækkun. Meðganga og brjóstagjöf. Alvarlega skert nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun <30 ml/mín.). **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Matur, drykkir (aðrir en drykkjarvatn) og lyf sem innihalda fjölgilda katjónir (svo sem kalsíum, magnesíum, járn og ál) geta hindrað frásog lyfsins og ætti ekki að taka samhliða. **Milliverkanir við lyf og annað**: Engar formlegar rannsóknir á milliverkunum hafa verið gerðar. Hins vegar sáust engar klínískt mikilvægar milliverkanir við önnur lyf í klínískum rannsóknum. **Aukaverkanir**: Flestar aukaverkanir sem komu fram í klínískum rannsóknum voru vægar eða í meðallagi miklar. Yfirleitt þurfti ekki að gera hlé á meðferðinni vegna þeirra. *Algengar (1-10%): Töflur 5 mg:* Meltingartruflanir, kviðverkir, hægðatregða, niðurgangur, uppþemba, magabólga. Vöðva- og beinverkir. Höfuðverkur. Útbrot. **Lyfhrif**: Rísedrónatnatríum er pýridínýl bífosfónat sem binst hýdroxýapatíti í beinum og hindrar endurfrásog úr beinum af völdum beinæta (osteoclasts). Umsetning beina minnkar á meðan virkni beinkímfrumna (osteoblasts) og útfelling steinefna í beinum er óskert. **Lyfjahvörf:** *Frásog:* Frásog eftir inntöku eins skammts er tiltölulega hratt (t_{max} ~ 1 klst.) og er óháð skammtastærðum sem rannsóknin tók til (2,5 mg til 30 mg). Aðgengi eftir inntöku er að meðaltali 0,63% og minnkar ef rísedrónatnatríum er tekið með mat. Aðgengi var svipað hjá körlum og konum. *Umbrot:* Ekkert bendir til þess að rísedrónatnatríum umbrotni í líkamanum. *Peir sem nota asetýlsalisýlsýru/bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID):* Tíðni aukaverkana frá efri hluta meltingarvegar hjá sjúklingum sem meðhöndlaðir voru með Optinate var svipaður hjá þeim sem notuðu asetýlsalisýlsýru eða NSAID reglulega (þrjá eða fleiri daga í hverri viku) og hjá þeim sjúklingum sem voru í samanburðarhópnum. **Pakkningar og hámarksverð (ágúst 2001):** *Töflur 5 mg*: 28 stk. (þynnupakkað) kr. 5.723; 84 stk. (þynnupakkað) kr. 14.978. *Töflur 30 mg*: 28 stk. (þynnupakkað) kr. 33.449. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** E. **Umboðsaðili á Íslandi:** Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær. **Styttur texti Sérlyfjaskrár 2001.**

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. **Ónæmisfræði:** 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 andhistamínvirkna eða andkólínvirkna 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 SKEIÐJAN EHF. - Málverk: Bilson

Örorkumat fyrir og eftir gildistöku örorkumatsstaðals

Sigurður Thorlacius[1,2], Sigurjón Stefánsson[1], Haraldur Jóhannsson[1]

Ágrip

Tilgangur: Að kanna hvaða áhrif örorkumatsstaðall hefur haft á niðurstöður örorkumats.

Efniviður og aðferðir: Úr upplýsingakerfi Tryggingastofnunar ríkisins (TR) voru unnar upplýsingar um fjölda nýrra öryrkja árin 1997, 1998 og 2000 og skiptingu þeirra með tilliti til örorkustigs, kyns, aldurs og fyrstu (helstu) sjúkdómsgreiningar.

Niðurstöður: Í kjölfar gildistöku örorkumatsstaðalsins hefur orðið marktæk fjölgun á konum sem metnar eru til 75% örorku ($p<0,0001$). Fjölgunin er hjá konum eldri en 30 ára með stoðkerfisraskanir (einkum mjúkvefjaraskanir). Körlum hefur einnig fjölgaði lítillega, en sú aukning er ekki tölfræðilega marktæk ($p=0,25$). Marktæk fækkun hefur orðið hjá bæði konum og körlum sem fá metna 50-65% örorku ($p<0,0001$), en ekki hefur orðið marktæk breyting á heildarfjölda nýrra öryrkja (þeirra sem fá metna 50%, 65% eða meira en 75% örorku).

Ályktanir: Martæk fjölgun hefur orðið á konum sem metnar eru til meira en 75% örorku eftir tilkomu örorkumatsstaðalsins, en ekki hefur orðið marktæk breyting á heildarfjölda nýrra öryrkja, því lítil breyting hefur orðið á fjölda karla sem metnir eru til meira en 75% örorku og marktæk fækkun hefur orðið á þeim sem metnir eru til 50-65% örorku.

Inngangur

Frá 1. september 1999 hefur örorka vegna lífeyristrygginga almannatrygginga verið metin á grundvelli færni umsækjanda, samkvæmt örorkumatsstaðli (1,2). Áður hafði örorka verið metin á grundvelli læknisfræðilegra, félagslegra og fjárhagslegra forsendna (3). Örorka er metin á grundvelli almannatryggingalaganna (4). Í 12. grein laganna kom fram að rétt til örorkulífeyris ættu þeir sem „eru öryrkjar til langframa á svo háu stigi að þeir eru ekki færir um að vinna sér inn ¼ þess er andlega og líkamlega heilir menn eru vanir að vinna sér inn í því sama héraði við störf sem hæfa líkamskröftum þeirra og verkkunnáttu og sanngjarnt er að ætlast til af þeim með hliðsjón af uppeldi og undanfarandi starfa“. Með lögum sem samþykkt voru á Alþingi 11. mars 1999 var 12. grein almannatryggingalaganna breytt (5). Þar segir nú um örorkumatið: „Tryggingayfirlæknir metur örorku þeirra sem sækja um örorkubætur samkvæmt staðli sem læknadeild Tryggingastofnunar ríkisins semur á grundvelli afleiðinga læknisfræðilega viðurkenndra sjúkdóma eða fötlunar. Staðallinn skal staðfestur af tryggingaráði og birtur í reglugerð sem heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra setur.“ Staðallinn var eins og lögin mæltu fyrir um settur fram og stað-

[1]Tryggingastofnun ríkisins, [2]læknadeild Háskóla Íslands. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Sigurður Thorlacius, Tryggingastofnun ríkisins, Laugavegi 114, 150 Reykjavík. Sími: 560 4400; bréfasími: 562 4146; netfang: sigurdth@tr.is

Lykilorð: *örorka, örorkumat, örorkumatsstaðall.*

ENGLISH SUMMARY

Thorlacius S, Stefánsson S, Jóhannsson H

Incidence of disability in Iceland before and after introduction of a new method of disability evaluation

Læknablaðið 2001; 87: 721-3

Objective: To assess changes in disability evaluation, since the introduction on September 1st 1999 of a new assessment method based on the British functional capacity evaluation, "All work test". Previously, the disability assessment was based on the applicant's medical, social and financial circumstances.

Material and methods: The study includes all those having their disability assessed for the first time at the State Social Security Institute of Iceland in 1997, 1998 and 2000. Information was obtained from the disability register on degree of disability, gender, age and primary diagnoses.

Results: After the introduction of the new assessment method, there has been a significant increase in the number of women who have disability more then 75% ($p<0.0001$). This increase occurs amongst women older than 30 years, having musculoskeletal disorders (mainly soft tissue disorders). There has also been a slight (statistically insignificant) increase in more than 75% disability amongst men ($p=0.25$). The number of people who have had their disability evaluated as 50-65% has decreased ($p<0.0001$). No significant change in the total number of new disability pensioners (having their disability assessed as being more than 75% or 50-65%) was observed.

Conclusions: The new method of disability assessment has resulted in a significant rise in the number of women who have had their disability assessed as being more than 75%, but there has not been a rise in the total number of new disability pensioners, as the increased number of women with the higher degree of disability has been balanced by a significant fall in the number of new disability pensioners with the lower degree of disability.

Key words: *disability, disability assessment, functional capacity.*

Correspondence: Sigurður Thorlacius. E-mail: sigurdth@tr.is

festur af tryggingaráði og heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra (6). Staðallinn byggir á breskum örorkumatsstaðli (7). Í staðlinum er litið til þátta sem segja til um vinnufærni til almennra starfa. Staðallinn fjallar um bæði líkamlega færni (að ganga á jafnsléttu, að ganga í stiga, að sitja á stól, að standa, að rísa á fætur, að beygja sig og krjúpa, að nota hendurnar, að lyfta og bera, að teygja sig, tal, heyrn, sjón, stjórn á hægðum og þvagi, endurtekinn meðvitundarmissir) og andlega færni (að ljúka verkefnum, daglegt líf, álagsþol, samskipti við aðra). Nánara fyrirkomulagi örorkumats hefur áður verið lýst (1). Örorkubætur eru bundnar við aldurinn 16 til 66 ára.

Samkvæmt 13. grein almannatryggingalaganna er Tryggingastofnun ríkisins (TR) heimilt að veita örorkustyrk þeim sem skortir að minnsta kosti helming starfsorku sinnar eða stundar fullt starf, en verður fyrir verulegum aukakostnaði sökum örorku sinnar (4). Þetta ákvæði stendur óbreytt.

Vegna tengingar örorkuskírteinis lífeyristrygginga við greiðsluþátttöku sjúklinga í læknisþjónustu, sjúkra-, iðju- og talþjálfun og lyfjum, var fyrirkomulag örorkumats orðið úrelt og vinnuletjandi (2). Breyttu fyrirkomulagi örorkumats er ætlað að koma betur til móts við fólk sem hefur verulega skerta færni og umtalsverðan sjúkrakostnað vegna sjúkdóms, en getur samt stundað vinnu og gat vegna tekjutengingar örorkumatsins áður ekki fengið örorkuskírteini. Ef tekjur viðkomandi fara yfir ákveðin tekjumörk, fær hann einungis örorkuskírteinið, en engar örorkubætur. Staðlinum er jafnframt ætlað að tryggja að örorkumat sé samræmt og sanngjarnt.

Búast mátti við að gildistaka staðalsins myndi hafa í för með sér einhverja fjölgun meira en 75% öryrkja sem vegna tekna hefðu áður ekki hlotið slíkt mat, en jafnframt einhverja fækkun vegna þeirra sem áður voru metnir til meira en 75% örorku að hluta vegna erfiðra félagslegra aðstæðna en myndu ekki uppfylla nýja staðalinn. Ekki var hins vegar vitað hvort heildarniðurstaðan yrði fjölgun eða fækkun meira en 75% öryrkja.

Hér verður skoðað hvaða áhrif staðallinn hefur haft á niðurstöður örorkumats. Skoðuð eru síðustu tvö heilu árin fyrir breytinguna og fyrsta heila árið eftir breytinguna.

Table I. *The number of new disability pensioners in Iceland in 1997, 1998 and 2000 according to gender and grade of disability.*

	Women			Men		
	1997	1998	2000	1997	1998	2000
More than 75% disability	316	318	476	280	281	312
50-65% disability	194	198	71	57	83	23
Total	**510**	**516**	**547**	**337**	**364**	**335**

Table II. *Age distribution of new more than 75% disability pensioners in Iceland in 1997, 1998 and 2000.*

	Women			Men		
Age	1997	1998	2000	1997	1998	2000
16-20	11	23	11	16	29	27
21-25	6	8	12	6	10	6
26-30	10	12	11	9	11	8
31-35	18	14	21	11	19	12
36-40	20	19	29	23	15	20
41-45	26	22	48	22	18	28
46-50	34	32	49	19	25	29
51-55	45	37	57	34	36	45
56-60	38	42	80	37	33	48
61-66	108	109	158	103	85	89
16-66	316	318	476	280	281	312

Efniviður og aðferðir

Unnar voru upplýsingar um fjölda nýrra öryrkja árin 1997, 1998 og 2000 úr upplýsingakerfi TR og skiptingu þeirra með tilliti til örorkustigs, kyns, aldurs og fyrstu (helstu) sjúkdómsgreiningar samkvæmt ICD flokkunarskránni. Þetta er sú sjúkdómsgreining sem tryggingalæknirinn hefur efsta (ef þær eru fleiri en ein), það er að segja sú greining sem hann telur skipta mestu máli. Aflað var upplýsinga frá Hagstofu Íslands um fjölda Íslendinga á aldrinum 16-66 ára umrædd þrjú ár (8). Við tölfræðilega úrvinnslu var notað kí-kvaðrats marktækniþróf (9). Unnið var úr hrágögnum. Ekki þótti ástæða til að aldursstaðla þau.

Niðurstöður

Tafla I sýnir fjölda nýrra öryrkja árin 1997, 1998 og 2000. Þar sést að litlar breytingar urðu milli áranna 1997 og 1998. Á milli áranna 1998 og 2000 fjölgaði hins vegar marktækt konum sem metnar voru til meira en 75% örorku ($p<0,0001$). Körlum fjölgaði einnig lítillega, en sú aukning var ekki tölfræðilega marktæk ($p=0,25$). Þegar bæði kynin eru skoðuð saman var aukningin marktæk ($p<0,0001$). Á milli þessara ára varð marktæk fækkun hjá bæði konum og körlum sem fengu metna 50-65% örorku ($p<0,0001$), en ekki varð marktæk breyting á heildarfjölda öryrkja (þeirra sem fengu metna 50%, 65% eða meira en 75% örorku) á milli áranna, hvorki kvenna ($p=0,42$) né karla ($p=0,22$). Í töflu II, sem sýnir aldursdreifingu þeirra sem fengu metna meira en 75% örorku, sést veruleg fjölgun á milli áranna 1998 og 2000 hjá konum eldri en 30 ára. Hins vegar er aldursdreifing áþekk árin 1997 og 1998. Tafla III sýnir fyrstu sjúkdómsgreiningu hjá meira en 75% öryrkjum samkvæmt nokkrum aðalgreiningarflokkum Hinnar alþjóðlegu sjúkdóma- og dánarmeinaskrár. Taflan sýnir að sjúkdómsgreiningar breyttust ekki umtalsvert á milli áranna 1997 og 1998. Á milli áranna 1998 og 2000 er meginbreytingin hins vegar marktæk aukning á stoðkerfisröskunum hjá konum ($p<0,0001$). Einnig sést að frá 1997 til 2000 hefur orðið nokkur fækkun tilvika þar sem metin er meira en 75% örorka vegna illkynja æxla. Aukning meira en 75% örorku á milli áranna 1998 og 2000 kemur fram hjá konum eldri en 30 ára og þar munar hlut-

fallslega mest um aukningu á mjúkvefjaröskunum (tafla IV). Frekari skoðun gagnanna sýnir að konum með stoðkerfisraskanir fækkar jafnmikið á milli áranna 1998 og 2000 og konum almennt sem fá metna 50-65% örorku.

Umræða

Með breyttu fyrirkomulagi örorkumats var búist við fjölgun meira en 75% öryrkja úr hópi fólks með mikla færniskerðingu af völdum sjúkdóma sem vegna tekjutengingar fékk ekki slíkt mat með gamla fyrirkomulaginu. Jafnframt var búist við fækkun þeirra sem áður hefðu verið metnir til meira en 75% örorku vegna erfiðra félagslegra aðstæðna en myndu ekki uppfylla nýja staðalinn. Erfitt var að sjá hver heildaráhrif breytingarinnar yrðu.

Í kjölfar gildistöku staðalsins í Bretlandi í apríl 1995 varð umtalsverð fækkun á nýjum öryrkjum (munnlegar upplýsingar frá Peter Wright tryggingalækni í Lundúnum). Hér á landi varð raunin hins vegar önnur. Marktæk fjölgun varð á meira en 75% öryrkjum í kjölfar breytingarinnar (með samanburði áranna 2000 og 1998). Áhrif breytts fyrirkomulags örorkumats eru þó ekki að öllu leyti sambærileg milli Íslands og Bretlands. Talsverður munur var á fyrirkomulagi örorkumats fyrir gildistöku staðals í löndunum tveimur, meðal annars vegna þess að lægra örorkustigið á Íslandi (50-65% örorka) var og er ekki til í Bretlandi. Hér á landi varð samhliða aukningunni í hærra stiginu í kjölfar gildistöku staðalsins mikil fækkun í lægra stiginu. Ekki varð marktæk breyting á heildarfjölda öryrkja.

Þessi mikla aukning meira en 75% örorku í kjölfar gildistöku staðalsins hér á landi kom á óvart og þá sérstaklega að aukninguna má rekja til kvenna sem hafa stoðkerfisröskun (einkum mjúkvefjaröskun) sem fyrstu sjúkdómsgreiningu. Talið var að þessi hópur væri líklegur til að hljóta lægra örorkustig en áður við það að hætt væri að taka tillit til félagslegra aðstæðna sem slíkra, en reyndin varð önnur. Þessi niðurstaða getur bent til þess að örorka kvenna með stoðkerfiseinkenni hafi áður verið vanmetin. Einnig kann að vera að staðallinn hafi hlutfallslega lágan þröskuld fyrir færniskerðingu vegna stoðkerfiseinkenna, enda geta slík einkenni gefið stig í níu af 14 þáttum staðalsins sem lúta að líkamlegri færni. Loks má geta þess að ekki voru gerðar breytingar á félagslegri aðstoð sveitarfélaga samhliða breyttu örorkumati, sem kann að hafa haft áhrif á hvernig læknar skrifa örorkuvottorð fyrir sjúklinga sem búa við erfiðar félagslegar aðstæður.

Þakkir

Höfundar þakka Vilhjálmi Rafnssyni prófessor ráðleggingar varðandi tölfræðilega úrvinnslu gagna.

Table III. *First diagnosis according to selected main diagnostic groups (ICD) amongst more than 75% disability pensioners in Iceland in 1997, 1998 and 2000.*

	Women			Men		
Age	1997	1998	2000	1997	1998	2000
Malignant neoplasms	58	38	28	50	41	27
Mental disorders	63	76	85	72	96	96
Diseases of the nervous system and sense organs	24	21	43	19	9	26
Diseases of the circulatory system	30	33	33	55	43	45
Chronic obstructive pulmonary diseases	10	12	24	9	11	10
Diseases of the musculo-skeletal system and connective tissue	85	87	203	43	45	61
Injury and poisoning	16	14	22	12	16	25
Other diagnoses	30	37	38	20	20	22
Total	**316**	**318**	**476**	**280**	**281**	**312**

Table IV. *Musculoskeletal disorders amongst women in Iceland who have had disability assessed as being more than 75% in 1998 and 2000.*

	1998	2000
Inflammatory polyarthropathies	10	20
Osteoarthrosis (spine excluded)	21	63
Systemic connective tissue disorders	5	7
Dorsopathies	38	71
Soft tissue disorders	8	39
Other diagnoses	5	3
Total	**87**	**203**

Heimildir

1. Baldursson H, Jóhannsson H. Nýr staðall fyrir örorkumat á Íslandi. Læknablaðið 1999; 85: 480-1.
2. Thorlacius S. Breytt fyrirkomulag örorkumats á Íslandi og starfræn endurhæfing á vegum Tryggingastofnunar ríkisins. Læknablaðið 1999; 85: 481-3.
3. Thorlacius S, Stefánsson S, Ólafsson S. Umfang og einkenni örorku á Íslandi árið 1996. Læknablaðið 1998; 84: 629-35.
4. Lög um almannatryggingar nr. 117/1973.
5. Lög nr. 62/1999.
6. Reglugerð 379/1999.
7. UK Social Security (Incapacity for Work) Act 1994.
8. Skriflegar upplýsingar frá Hagstofu Íslands.
9. Bland M. An Introduction to Medical Statistics. Oxford: Oxford University Press; 1995.

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

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

Virk innihaldsefni: Hvert hylki inniheldur 120 mg orlístat.

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

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

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

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

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

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

Meðganga og brjóstagjöf: Notkun orlístats á meðgöngu er ekki ráðlögð. Enn sem komið er eru ekki fullnægjandi upplýsingar fyrirliggjandi um 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 sóiarhring. 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.

Greiðsluflyrirkomulag: 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/m^2*
** *með þyngdarstuðul (BMI) ≥ 28 - 30 kg/m^2*

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

Nýr doktor í læknisfræði

Beingisnun í langvinnum lifrarsjúkdómi



Sif Ormarsdóttir

Þann 15. maí síðastliðinn varði **Sif Ormarsdóttir** doktorsritgerð sína við Uppsalaháskóla. Ritgerðin ber heitið **Osteoporosis in Chronic Liver Disease**. Andmælandi var Rolf Hultcrantz, prófessor við Stokkhólmsháskóla. Handleiðarar voru dósentarnir Lars Lööf, Östen Ljunggren og Hans Mallmin. Hér birtist enskt ágrip ritgerðarinnar:

Osteoporosis is a well-known and frequently reported complication of chronic liver disease (CLD) with a high fracture rate contributing to significant morbidity after liver transplantation. The pathogenesis is unknown and controversy exists about many risk factors for osteoporosis in CLD.

In the present thesis, bone mineral density (BMD) was found to be significantly lower at the lumbar spine ($p<0.01$) in a cohort of patients with CLD compared with age- and gender-matched individuals. Osteoporosis was found in 30% of the patients and 15% of the controls, respectively. Low body mass index (BMI), corticosteroid treatment, prothrombin time, age and female gender were independent risk factors for osteoporosis in the patients.

In a follow-up study, 43 of 72 patients were available for a second BMD measurement 25 months (median) after the first. Bone loss at the femoral neck was 1.5±2.4% in females and 2.9±2.0% in males with a significant decrease in BMD Z-score over time ($p=0.005$ and $p=0.02$ for females and males, respectively), indicating increased bone loss at this site. Hyperbilirubinaemia and low circulating levels of 25-hydroxy vitamin D_3 predicted increased bone loss at the femoral neck. These findings suggest that cortical bone, in addition to trabecular bone, may be affected in CLD and bilirubin and vitamin D_3 may be involved in the pathophysiology of osteoporosis in CLD.

In order to elucidate the suggested role of insulin-like growth factors (IGFs) and leptin in the pathophysiology of osteoporosis in CLD, we studied the relationship between these factors and BMD. Levels of IGFs were extremely low ($p<0.0001$ compared with the controls) and related to liver function but no correlation was found between the IGFs and BMD. Serum leptin adjusted for BMI correlated negatively with BMD in female patients ($p=0.003$ and $p=0.04$ at the lumbar spine and the femoral neck, respectively) and in male patients at the femoral neck ($p=0.04$). Thus, the IGFs appear not to be involved in the pathophysiology of osteoporosis in CLD but a role of circulating leptin is possible.

Seretide Diskus
GlaxoSmithKline, R 03 AK 06 R,B
Innúðaduft (duft í afmældum skömmtum til innúðunar með Diskus-tæki). Hver afmældur skammtur inniheldur: Salmeterolum INN, xínafóat 72,5 míkróg samsvarandi Salmeterolum INN 50 míkróg og Fluticasonum INN, própíónat 100 míkróg, 250 míkróg eða 500 míkróg. **Ábendingar:** Seretide er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, þ.m.t. astma hjá börnum og fullorðnum, þar sem samsett meðferð (berkjuvíkkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við s.s.: Hjá sjúklingum sem svara viðhaldsmeðferð með langvirkandi berkjuvíkkandi lyfjum og barksterum til innöndunar. Hjá sjúklingum sem hafa einkenni þrátt fyrir að nota barkstera til innöndunar. Hjá sjúklingum á berkjuvíkkandi meðferð, sem þurfa barkstera til innöndunar. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar um munn. *Ráðlagðir skammtar fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára:* Einn skammtur (50 míkróg+100 míkróg, 50 míkróg+250 míkróg eða 50 míkróg+500 míkróg) tvisvar á dag. *Sérstakir sjúklingahópar:* Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum eða sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. *Skammtastærðir handa börnum 4 ára og eldri:* Einn skammtur (50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat) tvisvar á dag. Ekki eru til upplýsingar um notkun lyfsins hjá börnum yngri en 4 ára. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi gegn einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Meðferð á teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, ætti venjulega að fylgja áfangaáætlun og svörun sjúklings ætti að meta út frá klínískum einkennum og lungnaprófum. Lyfið er ekki ætlað til meðhöndlunar á bráðum einkennum. Í slíkum tilfellum ætti að nota stuttverkandi berkjuvíkkandi lyf (t.d. salbútamól) sem sjúklingar ættu ávallt að hafa við höndina. **Milliverkanir:** Jafnvel þótt lítið finnist af lyfinu í blóði er ekki hægt að útiloka milliverkanir við önnur efni sem bindast CYP 3A4. Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra betablokka hjá sjúklingum með teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, nema að þörfin fyrir þá sé mjög brýn. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun lyfja hjá þunguðum konum og hjá konum með barn á brjósti ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur hagur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur eða barn. Það er takmörkuð reynsla af notkun á salmeterólxínafóati og flútíkasónpróþíónati á meðgöngu og við brjóstagjöf hjá konum. Við notkun hjá þunguðum konum skal ávallt nota minnsta virka skammt. **Aukaverkanir:** Þar sem lyfið inniheldur salmeteról og flútíkasónpróþíónat má búast við aukaverkunum af sömu gerð og vægi og af hvoru lyfinu fyrir sig. Ekki eru nein tilfelli frekari aukaverkana þegar lyfin eru gefin samtímis. Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot sáust hjá 1-2% sjúklinga við klínískar rannsóknir. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasón- própíónats: *Salmeteról:* Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* 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:* Kaliumskortur í blóði. *Stoðkerfi:* Liðverkjir, vöðvaþrautir. *Flútíkasónpróþíónat:* Algengar(>1%): *Almennar:* Hæsi og sveppasýking í munni og hálsi. **Sjaldgæfar(<0,1%):** *Húð:* Ofnæmisviðbrögðum í húð. *Öndunarvegur:* Berkjukrampi. Hægt er að minnka líkurnar á hæsi og sveppasýkingum með því að skola munninn með vatni eftir notkun lyfsins. Einkenni sveppasýkingar er hægt að meðhöndla með staðbundinni sveppalyfjameðferð samtímis notkun innöndunarlyfsins. Eins og hjá öðrum innöndunarlyfjum getur óvæntur berkjusamdráttur átt sér stað með skyndilega auknu surgi eftir innöndun lyfsins. Þetta þarf að meðhöndla strax með skjót- og stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfi til innöndunar. Hætta verður notkun strax, ástand sjúklings skal metið og hefja aðra meðferð, ef þörf krefur. **Pakkningar og verð:** Diskus - tæki. Innúðaduft 50 míkróg + 100 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 250 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 500 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Seretide 50/100: 6.008 krónur, Seretide 50/250: 7.532 krónur, Seretide 50/500: 10.045 krónur. 24.04.01

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



Minni astmi. Betra líf.

Með **Seretide Diskus** fær sjúklingurinn í einu tæki áhrifaríka meðferð við astma- og bólgueinkennum. Hann getur því tekið fullan þátt eins og aðrir.



Aðför að sjálfstæðum atvinnurekstri lækna



Sigurbjörn Sveinsson

Þegar heilsugæslulæknar höfðu staðið í aðgerðum árið 1996 í sex vikur vegna kjara sinna kom sú hugmynd fram frá ríkisstjórninni (ýmislegt bendir nú til þess, að hugmyndin hafi komið frá læknunum sjálfum), að þeir færu undan venjubundnum kjarasamningum og kjör þeirra yrðu ákvörðuð af Kjaranefnd. Var þessi hugmynd meðal annars studd þeim rökum, að læknarnir væru mikilvægir fyrir grunnþjónustu heilbrigðiskerfisins og að þjónusta þeirra varðaði öryggi borgaranna. Baráttan var orðin þeim og öðrum erfið og ekki sá til lands. Meðal annars var ljóst, að staða þeirra í launakerfi ríkisins innan vébanda háskólamanna gerði nánast ókleift að semja við þá þannig, að samræmi gæti orðið á samningum þeirra og annarra lækna, sem Læknafélag Íslands samdi fyrir.

Mörgum okkar virtist þetta leið til að brjóta upp þá erfiðu stöðu, sem kjaramál heilsugæslulækna voru í og til að losna við eilífan samanburð við stéttir sem sinntu ólíkum eða jafnvel alveg óskyldum störfum. Einnig var því haldið fram, meðal annars af undirrituðum, að þetta gæti orðið skref til þess að heilsugæslulæknar kæmu síðar inn í almenna kjarasamninga, sem LÍ gerði fyrir alla lækna. Því var fallist á þetta fyrirkomulag, sem enn er í fullu gildi. Í raun greiddu þeir læknar, sem í hlut áttu, aldrei atkvæði um þessa lausn, en greiddu hins vegar atkvæði um kjarasamning, sem gerður var samhliða þessu samkomulagi. Samkomulagið var innsiglað með yfirlýsingu ríkisstjórnarinnar um nauðsynlegar lagabreytingar í þessu skyni og gekk hún eftir.

Nokkur reynsla er nú komin á þetta fyrirkomulag og sýnist sitt hverjum um það. Mörgum hefur frá upphafi fundist það niðurlægjandi staða að hafa ekki samningsrétt og eiga ekki kost á að fylgja öðrum læknum í samningum. Um það má segja að samningar heilsugæslulækna tóku aldrei mið af samningum annarra lækna og í annan stað var verkfallsréttur þeirra (eins og sjúkrahúslækna) mjög skertur og í raun alveg ónýtur vegna reglna, sem settar voru á níunda áratugnum, þegar opinberir starfsmenn fengu samnings- og verkfallsrétt.

Ýmislegt hefur orðið til bóta við úrskurði Kjaranefndar. Meginmálið er það að vægi fastra launa hefur aukist í heildarkjörum. Við það hefur tvennt áunnist; afkastahvatningin er ekki eins þrúgandi og áður og lífeyrir hefur batnað bæði fyrir þá, sem hann áttu í vændum og hina, sem á eftirlaun voru komnir. Hins vegar hefur ekki tekist að sveigja kerfið nógu vel að mismunandi þörfum heilbrigðisþjónustunnar og frávik í kjörum einstakra heilsugæslulækna eru óþægilega mikil. Niðurstaðan hefur einnig orðið sú, að úrskurðir Kjaranefndar hafa orðið til að breyta verklagi heilsugæslulækna, og í þéttbýlinu að minnsta kosti, unnið gegn hugmyndafræði þeirra um það, hvernig haga beri samskiptum læknis við tiltekinn sjúklingahóp.

Heilsugæslulæknar hafa lagt fyrir Kjaranefnd hugmyndir sínar um breytingar á greiðslum og aukinn sveigjanleika, sem meðal annars gætu leitt til aukinnar gjaldskrárvinnu, er tæki mið af gjaldskrársamningum annarra sérgreinalækna við Tryggingastofnun ríkisins. Ef hugmyndir samninganefndar sjúkrahúslækna um grundvallarbreytingar á kjarasamningi þeirra hefðu náð fram að ganga, hefði það auðveldað Kjaranefnd að taka ákvarðanir í þessa veru. Því urðu það mikil vonbrigði að tillögur sjúkrahúslækna mættu engum skilningi, hvorki hjá fagráðuneytinu né ráðuneyti fjármála. Niðurstaðan varð sú að sjúkrahúslæknar gerðu samning til skamms tíma til að skapa svigrúm til að vinna nýjum hugmyndum um breytingu á uppbyggingu launa sérfræðinga brautargengi.

Því reynir nú á Kjaranefnd að hún taki efnislega afstöðu til tillagna heilsugæslulækna án þess að hafa samninga annarra lækna að leiðarljósi. Ef tillögur læknanna verða hunsaðar af nefndinni er þetta fyrirkomulag um ákvörðun kjara heilsugæslulækna fullreynt. Ég tel að þá liggi ekki annað fyrir en að hefja undirbúning að því, að heilsugæslulæknar fari undan Kjaranefnd og geri samninga við ríkið með öðrum læknum. Vera má að áhugi sé fyrir þessu bæði í heilbrigðisráðuneytinu og hjá stjórnendum í heilsugæslunni. Sé svo ætti að vera skilningur á því að kjarasamningur liggi fyrir í megindráttum áður en lögum um kjaramál heilsugæslulækna verður breytt. Ég tel að það sé skilyrði fyrir því að þessi braut verði valin.

Heilsugæslulæknar eru ekki einir um að undirstöður kjara þeirra standi völtum fótum. Sjúkrahúslæknar þurfa innan fárra vikna að huga að nýjum kjarasamningi og endurnýja kröfur þær, sem lagðar voru fram við fyrri samningsgerð. Þá er rétt að minna á, að á vormánuðum voru lögð drög að frumvarpi fyrir þingflokka stjórnarflokkanna til breytinga á lögum um heilbrigðisþjónustu og lögum um almannatryggingar, sem hafa það að markmiði að veita heilbrigðisþjónustunni undanþágu frá samkeppnislögum, færa samninga við lækna um ferliverk og um

Höfundur er formaður Læknafélags Íslands.

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

stofuþjónustu á eina hendi og veita heilbrigðisráðherranum vald til að ákvarða hvar tiltekin læknisverk verða innt af hendi. Þetta er sagt gert „til að auka möguleika heilbrigðisyfirvalda til stýringar heilbrigðisþjónustu“ og að gert sé ráð fyrir „að ein samninganefnd skipuð af ráðherra semji um greiðslur fyrir ferliverk og vinnu á stofum og að náið samráð sé á milli þeirrar nefndar og samninganefndar ríkisins, þegar um er að ræða aðila, sem vinna samkvæmt báðum samningunum“. Þá er gert ráð fyrir að ráðherra geti sett læknum gjaldskrá vegna vottorða, sem rituð eru fyrir Tryggingastofnun ríkisins.

Það er mín skoðun, að verði þessar hugmyndir að veruleika verði sjálfstæður atvinnurekstur lækna í uppnámi, þjónustan við sjúklingana muni versna og biðlistar eftir læknishjálp fyrir utanspítalasjúklinga verða lengri en við höfum áður átt að venjast hér á landi. Markmið okkar hlýtur að vera það, að öll þessi þjónusta sé fjármögnuð með sama hætti og að læknum sé frjálst að veita þjónustuna innan eða utan sjúkrahúsa eftir því, sem þeir sjálfir kjósa og faglegar aðstæður bjóða.

Það er afar mikilvægt, að við höldum vöku okkar af þessum sökum og veitum samningamönnum okkar og öðrum fulltrúum allan þann stuðning sem verða má í þeirri orrahríð, sem framundan er.

Aðalfundur Læknafélags Íslands 12. og 13. október

Aðalfundur Læknafélags Íslands verður haldinn dagana 12. og 13. október næstkomandi. Að þessu sinni verður fundurinn haldinn í salarkynnum LÍ að Hlíðasmára 8 í Kópavogi. Samkvæmt 7. grein laga LÍ er öllum læknum frjálst að sitja aðalfundinn með málfrelsi og tillögurétti en atkvæðisrétt hafa eingöngu kjörnir fulltrúar aðildarfélaga.

Sú hefð hefur skapast að halda fundinn á föstudegi og laugardegi og að morgni laugardags er efnt til málþings um eitthvert efni sem brennur á læknastéttinni. Að þessu sinni hefur stjórn LR lagt til að fjallað verði um **starfsumhverfi lækna**. Þar verði rætt um heilbrigðiskerfið hérlendis frá sjónarhóli hagfræðinnar, læknar fjalli um framgangskerfi lækna innan sjúkrahúsanna og einkarekstur í heilbrigðiskerfinu og loks verði ráðuneyti heilbrigðismála boðið að senda fulltrúa til að fjalla um framtíðarsýn heilbrigðisyfirvalda.

Nánar verður sagt frá dagskrá fundarins í októberblaði Læknablaðsins.

–ÞH

Áminning frá Persónuvernd

Tilkynnið um vinnslu persónuupplýsinga!

Forstjóri Persónuverndar hefur sent Læknafélagi Íslands bréf með ósk um að félagið árétti enn við lækna sem beita rafrænni tækni við vinnslu persónuupplýsinga að tilkynna Persónuvernd á þar til gerðu formi á vefsíðu *www.personuvernd.is* um vinnsluna. Samkvæmt 32. gr. laga nr. 77/2000 ber meðal annars öllum læknum, sem vinna með heilsufarsupplýsingar á tölvutæku formi, að tilkynna Persónuvernd um þá vinnslu persónuupplýsinga sem þeir hafa með höndum. Frestur tilkynninga rann út 1. júlí síðastliðinn og vekur það athygli Persónuverndar hve fáar tilkynningar hafa enn komið frá læknum. Á framangreindri heimasíðu er tilkynningareyðublað sem fylla skal út og smella á hnappinn **Tilkynna vinnslu**.

Almennt gildir um tilkynningaskylduna sú regla að senda skal tilkynningu þegar ný vinnsla hefst. Verði breytingar á tilkynntri vinnslu, svo sem ef unnið er með aðra tegund upplýsinga, upplýsingarnar eru afhentar öðrum eða gerðar tiltækar á annan hátt en tilgreint var í hinni upphaflegu tilkynningu eða þær notaðar á annan hátt eða í öðrum tilgangi en þeim upphaflega, skal senda Persónuvernd nýja tilkynningu. Ábyrgðaraðili (heilsugæslustöð / sjúkrahús / sjálfstætt starfandi læknir) skal senda Persónuvernd nýja tilkynningu með uppfærðum upplýsingum þegar liðin eru þrjú ár frá því að upphafleg tilkynning var send Persónuvernd nema hann hafi áður tilkynnt um breytta vinnslu. Allar tilkynningar sem Persónuvernd berast mynda eina skrá sem er almenningi aðgengileg á heimasíðu Persónuverndar. Þar geta einstaklingar meðal annars kannað öryggi þeirrar vinnslu sem til dæmis fer fram hjá viðkomandi heilsugæslustöð.



LÁTTU ÞÉR LÍÐA VEL

við sjáum um fjármálin

SÉRKJÖR HEIMILISLÍNU fela í sér mikið hagræði og fjárhagslegan ávinning fyrir skilvísa og trausta viðskiptavini. Sérkjör Heimilislínu eru víðtæk fjármálaþjónusta á vildarkjörum fyrir þá sem þurfa mikið fjárhagslegt svigrúm. Í þjónustunni felst m.a.

- ***Hærri innlánsvextir***
- *Allt að **750.000 króna yfirdráttarheimild** á Gullreikningi án ábyrgðarmanna*
- ***Lægri vextir** á yfirdráttarheimild*
- ***Gulldebetkort** ásamt 150 fríum kortafærslum á ári*
- ***Gullkreditkort VISA**, eða **MasterCard Heimskort***
- *Aðgangur að **Heimilisbankanum** á Internetinu*
- *Allt að **750.000 króna skuldabréfalán** til allt að fimm ára, án ábyrgðarmanna*
- *Allt að **2.000.000 króna reikningslán** á hagstæðum kjörum*
- ***Greiðsluþjónusta** með útgjaldadreifingu*
- ***Útgjaldadreifing** í Heimilisbanka á Netinu*
- ***Netklúbbur** Heimilislínu*
- ***Húsnæðislán** til allt að 25 ára*
- ***Ódýrari bílalán** Lýsingar*
- *Árgjald þjónustunnar er 7.500 krónur*

SÉRKJÖR
HEIMILISLÍNU

www.bi.is

BÚNAÐARBANKINN
Traustur banki

Sameiginleg yfirlýsing stjórnar Læknafélags Íslands og Íslenskrar erfðagreiningar

Þann 27. ágúst síðastliðinn bauð Læknafélag Íslands, landlæknir og Íslensk erfðagreining ehf. til blaðamannafundar þar sem kynnt var sameiginleg yfirlýsing þessara þriggja aðila um miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði. Í fréttatilkynningu sem afhent var af því tilefni segir að viðræðum LÍ og ÍE um gagnagrunninn „sem hófust í febrúarmánuði á liðnu ári og hafa staðið með hléum“ sé nú lokið. Jafnframt lýsa aðilar yfir „ánægju sinni með að niðurstaða af þessu tagi hafi fengist og að það traust milli aðila, sem hún endurspeglar, megi verða leiðandi við þau viðfangsefni sem þeir þurfa í sameiningu að leysa úr í framtíðinni.“

Yfirlýsing LÍ, ÍE og landlæknis birtist hér til hliðar. Á fundinum var einnig dreift yfirlýsingu frá stjórn Læknafélags Íslands og er hún svohljóðandi:

Frá stjórn Læknafélags Íslands

Stjórn Læknafélags Íslands (LÍ) og Íslensk erfðagreining ehf. hafa komizt að samkomulagi, sem undirritað er í dag. Af því tilefni vill stjórn LÍ árétta eftirfarandi:

Aðalfundir LÍ hafa ítrekað sett félaginu skýr markmið hvað varðar söfnun og flutning upplýsinga úr sjúkraskrám í miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði. Hafa fundirnir haft að leiðarljósi tvær meginreglur um vísindarannsóknir á mönnum, sem settar voru fram af Alþjóðafélagi lækna (World Medical Association, WMA) í yfirlýsingu, sem kennd er við Helsinki. Reglur þessar varða annars vegar kröfu um að fyrir liggi upplýst samþykki fyrir þátttöku í rannsókn og hins vegar að þátttakandi geti hvenær sem er dregið sig út úr rannsókn og þær upplýsingar, sem um hann eru til staðar í rannsóknargögnum. Þannig hefur aðalfundur LÍ lýst því yfir að við rannsóknir á heilbrigðisupplýsingum í miðlægum gagnagrunni eigi að afla samþykkis þeirra, sem upplýsingarnar eru um og að farga megi þessum upplýsingum í grunninum að ósk hinna sömu.

Með þeirri yfirlýsingu sem Íslensk erfðagreining, stjórn Læknafélags Íslands og Landlæknir senda frá sér í dag er annarri þessara meginreglna fullnægt þ.e. réttinum til brotthvarfs úr rannsókn. Aðilar hafa orðið sammála um að bíða að öðru leyti niðurstöðu WMA um söfnun, flutning og vinnslu upplýsinga í gagnagrunnum á heilbrigðissviði. Læknafélag Íslands á þátt í gerð þessara reglna og munu þær m.a. taka afstöðu til þess hvernig útfæra beri regluna um samþykki við þessar aðstæður. Stjórn LÍ vill eiga samleið með samfélagi starfssystkina sinna um víða veröld við mótun þessarar grundvallarreglu við hinar nýju aðstæður og í ljósi nýrra tæknilegra möguleika, sem ekki voru þekktir fyrir fáum árum.

Kópavogi 27. ágúst 2001

Sigurbjörn Sveinsson,
f.h. stjórnar Læknafélags Íslands

Sameiginleg yfirlýsing ÍE og LÍ um miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði

I.
Hafi upplýsingar um sjúkling úr sjúkraskrám, sem varðveittar eru á heilbrigðisstofnunum eða hjá sjálfstætt starfandi læknum, verið fluttar í gagnagrunn á heilbrigðissviði skv. lögum um gagnagrunn á heilbrigðissviði og óski sjúklingur eftir að þeim verði eytt úr grunninum, skal það gert strax eftir að ósk sjúklings kemur fram.

Rekstraraðili gagnagrunns á heilbrigðissviði þróar aðferðir til eyðingar upplýsinga í gagnagrunninum og heitir því að hefja ekki flutning heilsufarsupplýsinga í gagnagrunninn fyrr en þær hafa verið þróaðar að fullu.

Ósk um eyðingu upplýsinga um sjúkling í gagnagrunni á heilbrigðissviði skal beina til landlæknis, sem hefur eftirlit með því að þeim verði framfylgt.

Íslensk erfðagreining ehf. greiðir þann kostnað, sem af úrvinnslu og framkvæmd þessa hlýst.

II.
Alþjóðafélag lækna (World Medical Association) er leiðandi afl um siðfræði læknisfræðinnar og hefur haft forgöngu hvað varðar alþjóðlega viðurkenndar reglur í vísindasiðfræði. Stjórn Íslenskrar erfðagreiningar ehf. og stjórn Læknafélags Íslands eru sammála um, að þegar yfirlýsing (declaration/statement) aðalfundar Alþjóðafélags lækna (World Medical Association) um vísindasiðfræði gagnagrunna á heilbrigðissviði og flutning heilsufarsupplýsinga einstaklinga í slíka gagnagrunna liggur fyrir, beri að hafa þær reglur að leiðarljósi um söfnun, flutning og vinnslu upplýsinga í gagnagrunna á heilbrigðissviði hér á landi.

Munu stjórnir beggja hvetja til breytinga á lögum um gagnagrunn á heilbrigðissviði nr. 139/1998 í samræma við þær reglur, reynist þess þörf.

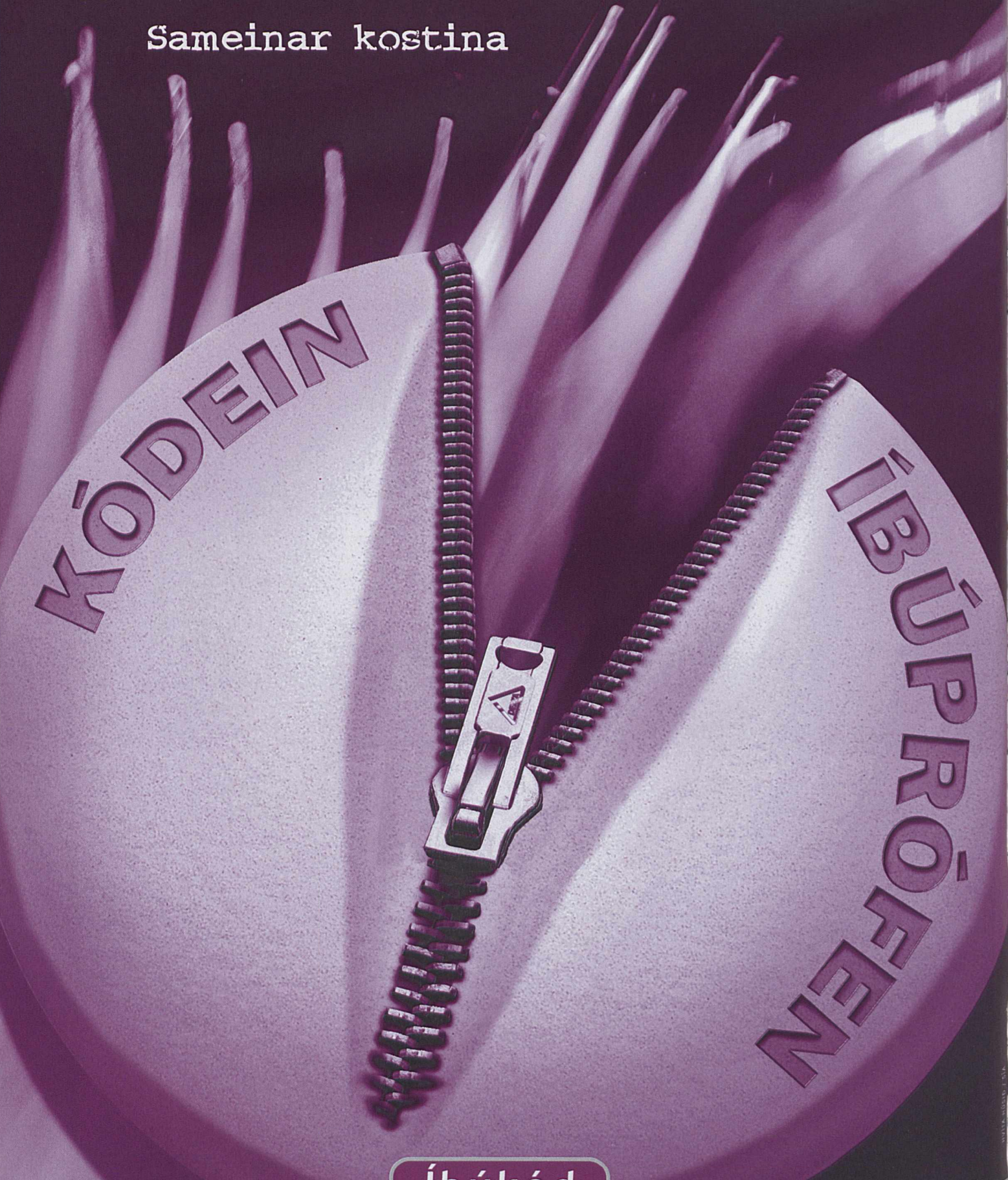
III.
Stjórn Læknafélags Íslands mun mæla með því við íslenska lækna að yfirlýsing þessi verði virt af þeirra hálfu og leggja hana fyrir aðalfund félagsins á yfirstandandi ári til staðfestingar.

Reykjavík 27. ágúst 2001

Kári Stefánsson
f.h. Íslenskrar erfðagreiningar ehf.

Sigurbjörn Sveinsson
f.h. stjórnar
Læknafélags Íslands

Sigurður Guðmundsson
landlæknir



Íbúkód

KRÖFTUGT VERKJALYF

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

DELTA

LYFJAÞRÓUN • HUGVIT • GÆÐI

www.delta.is

Skotar framarlega í flokki við gerð klínískra leiðbeininga



Heimasíða SIGN.

Leiðbeiningarnar hafa verið gerðar aðgengilegar á vef um klínískar leiðbeiningar sem er að finna á heimasíðu landlæknis. Umsjón með gerð þeirra hefur stýrihópur um klínískar leiðbeiningar undir stjórn Ara Jóhannessonar og ritstjórn Sigurðar Helgasonar.

Í ÞESSUM PISTLI VERÐUR VAKIN ATHYGLI Á VÖNDUÐU efni um klínískar leiðbeiningar sem Skotar hafa unnið og birt á netinu. Á vefi landlæknisembættisins – *www.landlaeknir.is* – er tengill á þennan skoska vef, en auk þess er slóðin birt hér að aftan.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) var stofnað 1993 og eins og nafnið gefur til kynna myndar þetta net fjöldi lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna. Meðal annars eiga þarna fulltrúa öll læknafélög/sérgreinafélög í Bretlandi auk þess sem þarna eru fulltrúar frá hjúkrunarfræðingum, lyfjafræðingum, tannlæknum og öðrum starfsgreinum sem tengjast heilbrigðismálum. Höfuðstöðvar SIGN eru í húsnæði skoska læknafélagsins í Edinborg og nýtur þessi virta stofnun mikils stuðnings læknafélagsins og einstakra fagfélaga.

Fámenn þjóð á að nýta vandað efni frá öðrum

Sú ákvörðun stýrihóps um klínískar leiðbeiningar á Íslandi, að benda heilbrigðisstarfsfólki á leiðbeiningar SIGN byggist á eftirtöldu: Vinnulag við gerð SIGN leiðbeininga er mjög vandað (val verkefna, heimildarvinna, samsetning vinnuhópa) og lýtur viðurkenndum gæðakröfum. Leitast er við að koma sannreyndum (evidence based) vinnubrögðum í notkun þannig að gagnast megi heilbrigðisþjónustunni. Ráðleggingar innan leiðbeininga eru beint tengdar þeim vísindalega grunni sem að baki liggur þegar þess er kostur. Leiðbeiningarnar fá mjög víðtæka kynningu sem drög og boðið er upp á umræður (fundi) meðal heilbrigðisstarfsmanna um einstakar leiðbeiningar áður en að formlegri útgáfu kemur. Á þessum fundum hafa allir rétt á að koma skoðunum sínum á framfæri.

Framsetning leiðbeininganna þótti mjög aðgengileg, heildarleiðbeiningar og síðan einnar til fjögurra blaðsíðna ágrip (quick reference). Fámenn þjóð hefur minni tök á að vinna mikinn fjölda leiðbeininga og henni er því nauðsynlegt að nýta vinnu annarra sé þess nokkur kostur.

Nýtur trausts Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar

SIGN vinnur í náinni samvinnu við heilbrigðisyfirvöld og sjúklingasamtök við gerð leiðbeininga. Nýverið var stofnunin valin til að hafa umsjón með leiðbeiningum útgefnum af Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni og má ætla að það hafi komið til vegna vandaðs vinnulags. Í náinni samvinnu við læknafélögin í Skotlandi hafa verið unnar á vegum stofnunarinnar sannreyndar leiðbeiningar frá 1993 og nú þegar hafa verið gefnar út meira en 50 leiðbeiningar sem allar eru aðgengilegar á heimasíðu hennar – *http://www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines/published/index.html* – auk yfirlits yfir leiðbeiningar sem eru í vinnslu – *http://www.show.scot.nhs.uk/sign/guidelines/development/index.html*

Þar er litið á leiðbeiningar sem eðlilegan og í raun nauðsynlegan þátt í að veita sem besta heilbrigðisþjónustu. Það er landlæknisembættinu því afar mikilvægt að hafa fengið leyfi SIGN-stofnunarinnar til að nota og dreifa leiðbeiningum sem unnar hafa verið á hennar vegum. Það má þó aldrei líta svo á að heimfæra megi erlendar aðstæður beint upp á íslenskar aðstæður. Hver og einn heilbrigðisstarfsmaður þarf að vega og meta hvort leiðbeiningarnar eigi við á hans vinnustað.

Leiðbeiningarnar frá SIGN eru ekki birtar sem íslenskar leiðbeiningar og ekki alltaf yfirfarnar með tilliti til íslenskra aðstæðna. Þótt stýrihópur landlæknisembættisins um klínískar leiðbeiningar sé sammála því að vönduð vinnubrögð nái langt í að tryggja gæði leiðbeininganna þá er ekki hægt að taka ábyrgð á innihaldi einstakra leiðbeininga. Hver og einn heilbrigðisstarfsmaður verður að beita eigin dómgreind og taka tillit til viðhorfa skjólstæðinga sinna. Þetta er í samræmi við að SIGN telur ábyrgð liggja hjá notendum leiðbeininganna.

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 (Hyperlipidemia)* 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 hyperlipidemia) og til meðferðar á sjúklingum með dysbetalípóproteinemia (Fredrickson týpa III hyperlipidemia). 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 ársangursrikt eitt sér eða með gallsýrubindandi lyfjum. Fyrir sjúklinga, sem fá ciklósporín, fíbröt 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 (kreatíníníúthreinsun <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 vöðvaverkur 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 gemfibrózil og önnur fíbröt 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. ciklósporín, kalsíumgangalokinn mibefradíl úr tetralólflokki, ítrakónazól, ketókónazól og önnur azól-sveppalyf, makrólíðsýklalyfin erýtrómýcín og klaritrómýcín, HÍV próteasahemlar og geðdeyfðarlyfið nefazódón. Notkun simvastatíns samhliða fíbrötum 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 cýklósporín, fíbröt 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:** *Gemfibrózil og önnur fíbröt, fitulækkandi 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. cýklósporín, ítrakónazól, ketókónazól, erýthrómýcín, clarithrómýcín, HÍV 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 mögulegra á alvarlegum aukaverkunum, ættu konur sem taka lyfið ekki að geta 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 simavastíns. Algengasta aukaverkunin er hægðatregða (2-3%). ***Algengar (>1%):*** *Meltingartæri:* Hægðatregða, kviðverkir, uppþemba, ógleði. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** *Almennt:* Þróttleysi, höfuðverkur. *Meltingartæri:* Meltingartruflanir; niðurgangur. *Húð:* Útbrot. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** *Almennt:* Svimi. *Blóð:* Blóðleysi. *Meltingartæri:* Uppköst. *Húð:* Kláði, hártap. *Lifur:* Gula, lifrarbólga, brisbólga. *Stoðkerfi:* Vöðvakrampar, vöðvabólga, vöðvakvilli, rákvöðvalýsa. *Taugakerfi:* Húðskyntruflanir, 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, eósínfíklafjölð, 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:** Lyfseðilssyklda. **Greiðslupátttaka:** 0. **Að ákveðnum skilyrðum uppfylltum og að fenginni umsókn frá lækni getur Tryggingastofnun ríkisins gefið út lyfjaskírteini sem veitir heimild til greiðslupátttöku 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

ÞRÍÞÆTT ÁHRIF



EVIDENSBASERET ZOCOR® MEDICIN



ZOCOR®* (SIMVASTATIN, MSD)
20-40 mg
Eykur lífslíkur
- eins og sýnt var í 4S[1,2,3,4]

MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

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

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

Heimburger MedCom 1299

Deilt um lóð undir lækningaminjasafn við Nesstofu

Nokkrar umræður hafa orðið í fjölmiðlum vegna þeirra fyrirætlana bæjarstjórnarinnar á Seltjarnarnesi að reisa hjúkrunarheimili á lóð sem úthlutað var fyrir alllöngu undir lækningaminjasafn. Ýmsir hafa orðið til að gagnrýna þessi áform og bent á að lóðinni hafi ekki verið skilað, auk þess sem bygging hjúkrunarheimilis brjóti í bága við skipulag á svæðinu vestast á Seltjarnarnesi.

Bygging Nesstofusafns kom til umræðu á aðalfundi Læknafélags Íslands í ágúst í fyrra. Þar var samþykkt að „leggja ekki að svo stöddu frekari fjármuni úr sjóðum félagsins til Nesstofusafns". Jafnframt var stjórn LÍ falið að senda bæjarstjórn Seltjarnarness erindi „þess efnis að lóð, sem úthlutað var fyrir lækningaminjasafn í Norðurtúni verði haldið til haga fyrir byggingu væntanlegs safns". Það gerði stjórnin 28. ágúst og er það bréf birt hér á síðunni.

Ástæðan fyrir þeirri ákvörðun félagsins að taka fyrir fjárveitingar til safnsins var sú að engin hreyfing hafði verið á málefnum þess um allmörg ár. LÍ hafði þá þegar lagt umtalsverðar fjárhæðir til byggingar safnsins en fundurinn taldi rétt að félagið héldi að sér höndum þar sem „ríkissjóður hafi nú tilefni til og skyldur til að skipuleggja framtíð lækningaminjasafnsins á grundvelli laga um þjóðminjar," eins og segir í greinargerð með samþykkt aðalfundar. Hins vegar er tekið fram í greinargerðinni að í samþykktinni felist „ekki yfirlýsing um að Læknafélag Íslands skuli ekki styrkja Nesstofusafn frekar" en að „frekari fjármunum verði ekki varið úr sjóðum félagsins að svo stöddu, – heldur þegar tilefni verður talið til þess síðar…".

Þessu máli er alls ekki lokið því hugmyndin um hjúkrunarheimilið hefur ekki hlotið endanlega afgreiðslu í bæjarstjórn Seltjarnarness. Jafnframt hafa Þjóðminjaráð og menntamálaráðuneytið mótmælt þessari ráðstöfun lóðar sem þessar stofnanir telja sig hafa umráð yfir, enda hafi þær ekki afsalað sér henni.

–ÞH

Fyrra bréf stjórnar LÍ

Bæjarstjórn Seltjarnarneskaupstaðar
Sigurgeir Sigurgeirsson bæjarstjóri
Austurströnd 2
170 Seltjarnarnes

Kópavogi 28. ágúst 2000

Svo sem bæjarstjórninni er kunnugt þá afhenti Læknafélag Íslands nú í ágúst ríkissjóði f.h. Nesstofusafns verulega fjármuni sem stafa frá Jóni Steffensen, prófessor og var skilyrtur arfur til félagsins, auk framlags úr sjóðum félagsins til hagsbóta fyrir lækningaminjasafnið.

Við móttöku gjafarinnar minnti Björn Bjarnason, menntamálaráðherra á samkeppni um nýtt hús fyrir lækningaminjasafn á Seltjarnarnesi fyrir tveimur árum og sagði að ekki væri unnt á næstunni að ráðast í byggingu þess vegna annarra verkefna. Ráðherra sagði hins vegar hvergi nærri horfið frá þeim hugmyndum.

Á grundvelli samþykktar aðalfundar Læknafélags Íslands, sem haldinn var á Ísafirði dagana 25. og 26. ágúst s.l., beinir stjórn Læknafélags Íslands þeirri eindregnu ósk til bæjarstjórnar Seltjarnarness að lóð, sem úthlutað var fyrir lækningaminjasafn í Norðurtúni verði haldið til haga fyrir byggingu væntanlegs safns.

Með kveðju
f.h. stjórnar Læknafélags Íslands
Sigurbjörn Sveinsson
formaður

Síðara bréf stjórnar LÍ

Bæjarstjórn Seltjarnarneskaupstaðar
Sigurgeir Sigurgeirsson bæjarstjóri
Austurströnd 2
170 Seltjarnarnes

Stjórn Læknafélags Íslands ræddi á fundi sínum í gær fyrirhuguð áform um að reisa hjúkrunarheimili á lóð þeirri við Nesstofu, sem tekin hefur verið frá fyrir byggingu lækningaminjasafns.

Stjórnin mótmælir þessari ráðstöfun lóðarinnar, enda liggja fyrir teikningar að lækningaminjasafni, sem urðu til í kjölfar samkeppni um bygginguna á lóðinni. Stjórn LÍ minnir á bréf sitt til bæjarstjórnarinnar frá 28. ágúst fyrra árs, þar sem þeirri ósk er komið á framfæri „að lóð, sem úthlutað var fyrir lækningaminjasafn í Norðurtúni verði haldið til haga fyrir byggingu væntanlegs safns". Studdist bréfið við ályktun aðalfundar Læknafélags Íslands frá 26. ágúst 2000 um sama efni.

Stjórn Lí vill einnig leyfa sér að minna á, að við afhendingu erfðafjár Jóns Steffensen til Þjóðminjasafnsins í ágústmánuði fyrra árs og að viðstöddum fulltrúum bæjarstjórnarinnar, lýsti menntamálaráðherra því yfir að með því að þiggja húsnæði undir safnmuni, væri ekki verið að leggja áform um að byggja safnið við Nesstofu til hliðar.

Með kveðju
f.h. stjórnar Læknafélags Íslands
Sigurbjörn Sveinsson
formaður



EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 417-01

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

Er einhver ástæða til að lækna vélindabólgu á átta vikum, ef þú getur gert það á fjórum? Skiptu upp í Nexium®!

Nexium er nútímalegur sýruhemill sem hagnýtir kosti hreins ísómers. [1,2,3]
Í víðtækum rannsóknum á yfir **15.000 sjúklingum** í meira en 20 löndum er upplýst að **öflugasti sýruhemill** sem völ er á er Nexium. [4,5,6,7,8]
Hraðvirkni Nexium gerir þér kleift að **flýta fyrir bata sjúklinga þinna**, þannig að þeir upplifa **einkennalausa** daga og nætur miklu fyrr en ella. [6,7]
Nú er **tímabært að skipta upp í Nexium**.

(Sjá sérlyfjaskrártexta og heimildaskrá á næstu síðu)



Nexium®
yfirburða sýruhemill

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

Verðlaun fyrir ágrip og veggspjald

Á 26. ÞINGI NORRÆNNA svæfinga- og gjörgæslulækna, sem haldið var í Tromsö dagana 13.-17. júní síðastliðinn, hlaut **Aðalbjörn Þorsteinsson** fyrstu verðlaun fyrir ágrip og veggspjald sem hann kynnti á þinginu. Veggspjaldið ber heitið *Airway closure in anesthetized infants and children. Influence of ispiratory volumes and pressures.* Verðlaunin voru 5000 krónur, norskar. Meðhöfundar Aðalsteins eru A. Larsson, C. Jonmarker og O. Werner frá sjúkrahúsinu í Gentofte og Háskólasjúkrahúsinu í Lundi.

Ritfregn

Í nærveru

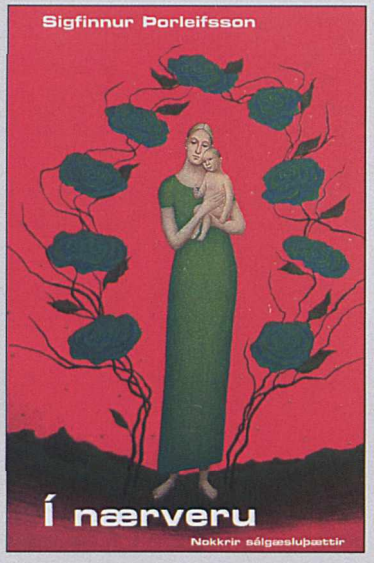
Nokkrir sálgæsluþættir eftir Sigfinn Þorleifsson

SKÁLHOLTSÚTGÁFAN HEFUR GEFIÐ ÚT BÓKINA **Í nærveru – nokkrir sálgæsluþættir** eftir **Sigfinn Þorleifsson** sjúkrahúsprest á Landspítala háskólasjúkrahúsi. Í fréttatilkynningu frá forlaginu segir svo um efni bókarinnar:

„Í nærveru er lýsing á því hvernig maður nálgast annan mann, einkum í sálarneyð, og reynir að leggja lið, styrkja og leiða. Hvernig þeir ganga saman svo lengi sem annar þarfnast stuðnings til þess að finna eigin styrk og trú á lífið á ný. Þess konar umönnun nefnist sálgæsla og hver og einn sem hefur látið sér annt um annan einstakling hefur tekið þátt í slíkri aðhlynningu.

Bókin er góð hjálp öllum þeim sem hlúa vilja að andlegri velferð annarra. Hún vekur upp meðvitundina um það hvað felst í því að hlusta á aðra og skilja hvað þeim liggur á hjarta. Hún bæði leiðbeinir og hvetur til skilnings og hlutteknigar, til að skynja dýpstu tilfinningar fólks og andlegt ástand þess."

Einnig segir þar að höfundurinn, Sigfinnur



Þorleifsson, þekki vel þörf manna fyrir sálgæslu því hann hafi starfað sem sjúkrahúsprestur. Hins vegar hafi bókin orðið til eftir sjúkrahúslegu höfundar en hann varð fyrir því óláni að detta ofan af þaki þegar hann freistaði þess að laga sjónvarpslofnetið.

Bókin *Í nærveru – nokkrir sálgæsluþættir* er 144 bls. að stærð prýdd kápumynd eftir Kristínu Gunnlaugsdóttur. Hún fæst í Kirkjuhúsinu Laugavegi 31 og í bókaverslunum um land allt.

–ÞH

Nexium SÝRUHJÚPTÖFLUR, A 02 BC 05 (Styttur 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, kínidíns 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:* 2.191 kr., *28 töflur í veski:* 6.676 kr., *50 töflur þynnupakkaðar:* 11.119 kr., *100 töflur í glasi:* 20.937 kr. **Afgreiðslutilhögun:** ***Lyfið er lyfseðilskylt.*** **Greiðsluþátttaka: E.** Maí 2001.

Heimildaskrá ***1.*** 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. ***2.*** Åbelö A, Andersson T, Antonsson M, Naudot AK, Skånberg I, Weidolf L. Stereoselective metabolism of omeprazole by human CYT P450 enzymes. Drug Metab Dispos 2000; 28:966-972. ***3.*** 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-esophageal reflux disease. Aliment Pharmacol Ther 2000;14:861-67. ***4.*** Wilder-Smith C, Röhss K, Lundin C, Rydholm H. Esomeprazole 40 mg provides more effective acid control than pantoprazole 40 mg. Gastroenterology 2000; 118:A22. ***5.*** Röhss K, Claar-Nilsson, Rydholm H, Nyman L. Esomeprazole 40 mg provides more effective acid control than lanzoprazole 30 mg. Gastroenterology 2000; 118:A20. ***6.*** Richter JE, kahrilas PJ, Hwang C, Marino V, Hamelin B. Esomeprazole is superior to omeprazole for helaing of erosive esophagitis in GERD patients. Gastroenterology 2000; 118:A20. **7.** Kahrilas PJ, Falk G, Johnson DA, Schmitt C, Collins DW, Whipple J et al. Esomeprazole improves healing and symptom resoloution as compared with omeprazole in reflux esophagitis patients: a randomized controlled trial. Aliment Pharmacol Ther 2000;14:1249-58. ***8.*** 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. Gastroenterology 2000; 118:A17.

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

Þegar krosstrén bregðast



Árni Björnsson

Ef telja ætti upp krosstré þjóðarinnar eftir að Eimskip og Flugleiðir brugðust mundi Krabbameinsfélag Íslands standa ofarlega á listanum. Sá sem þetta ritar hefur þó jafnan haft fyrirvara á um að stofna félög kringum sjúkdóma eða sjúkdómaflokka. Þau eru nefnilega liður í læknisfræðivæðingunni sem tröllríður nútímaþjóðfélögum. En þetta er nú einu sinni tíska og til hvers er að spyrna við fótum, þegar hún er annarsvegar?

Hvað sem því líður hefur Krabbameinsfélagið um árabil verið eitt af krosstrjám þjóðarinnar, með heit á þvertrénu um að berjast við þann flokk sjúkdóma sem við köllum krabbamein og hefur jafnan verið talinn einn skæðasti óvinur lífsins þó hann geti líka verið hin endanlega líkn. Á þeim tíma sem félagið hefur starfað hafa orðið verulegar breytingar á birtingarformi krabbameina. Sumum hefur fækkað en öðrum fjölgað og í heild hefur dánartíðni af völdum krabbameinssjúkdóma lækkað. Þegar um er að ræða árangur af baráttu við sjúkdóma kemur margt til greina en þó blandast engum hugur um að barátta Krabbameinsfélagsins hefur skilað árangri sem engin ástæða er til að vanmeta. Þessvegna hefur þjóðin tekið félagið að brjósti sínu og stutt starfsemi þess af heilum huga.

Ein uppistaðan í kjörviði stofns félagsins er krabbameinsskráningin en í krabbameinsskránni eru persónueinkenni allra þeirra sem hafa fengið krabbamein á síðustu áratugum, bæði látinna og lifandi. Bæði hinir látnu og lifandi hafa hingað til talið að í þeirri skrá væri krabbameinssjúkrasaga þeirra vel geymd, hugsanlega notuð til rannsókna á krabbameinum en hvorki afhent þriðja aðila ókeypis né sem söluvara, enda í eigu þjóðarinnar, sem byggði veglegt hús yfir starfsemina og hefur stutt félagið með kaupum á merkjum, happadrættismiðum minningargjöfum og skattfé úr ríkissjóði. En eins er með krosstré sem og önnur tré, þau geta brugðist. Sveppategund sem veldur fúa í trjáviði, sem kallast þurrafúi, getur jafnvel skemmt kjörvið. Krosstré sem önnur tré geta smitast af þurrafúa sem veikir þau, svo þau bregðast og brotna. Þurrafúinn getur eins og krabbamein birst í ýmsum myndum. Sá þurrafúi sem gegnsýrir íslenska þjóðfélagsmeiðinn nú, er gjaldfíkn og sá sem hefur í höndum næringu fyrir þann fúavald virðist hafa greiðan aðgang að flestum trjám þjóðfélagsins, jafnvel krosstrjánum. Enginn virðist ónæmur fyrir fúavaldinum og nú hefur „krosstréð“ Krabbameinsfélag Íslands tekið sýkina og hver trúir því að stofninn sé ónæmur þegar hluti hans hefur sýkst.

Sá sem fær krabbamein getur ekki lengur treyst því að upplýsingarnar um sjúkdóm hans séu varðveittar í krabbameinsskránni. Það er nefnilega búið að verðleggja þær og selja og upplýsingarnar um hvern einstakling eru metnar á andvirði eins meðal dilkakjötlæris. Krosstréð hefur brugðist og varlegt er að treysta því að brestirnir í því séu traustabrestir.

Ársskýrsla Leitarstöðvar Krabbameinsfélagsins

Krabbameinsfélagið hefur gefið út skýrslu um leit að krabbameini í leghálsi og brjóstum árið 2000. Starfsemi Leitarstöðvar félagsins hófst árið 1964 og stendur leghálsskoðun öllum konum á aldrinum 20-69 ára til boða. Jafnframt er leitað að brjóstakrabbameini í konum á aldrinum 40-69 ára.

Í skýrslunni kemur fram að á árinu 2000 voru gerðar 31.803 skoðanir á leghálsi hjá 30.750 konum og voru 68,4% kvennanna skoðaðar í Leitarstöðinni en 31,6% hjá sérfræðingum og sjúkrastofnunum. Þetta jafngildir rúmlega þriðjungi kvenna í aldurshópnum 20-69 ára. Vegna leitar að brjóstakrabbameini voru gerðar 16.745 skoðanir á 16.453 konum á árinu. Langstærstur hluti þeirra eða 14.116 voru á aldrinum 40-69 ára en það jafngildir því að 32,2% kvenna í þeim aldurshópi hafi mætt í brjóstaskoðun á árinu.

Mikil áhersla er lögð á að konur mæti reglulega til skoðunar og má segja að í gegnum tíðina hafi gengið vel að fá konur til að mæta. Í skýrslunni kemur fram að 5,2% kvenna á aldrinum 25-69 ára hafa aldrei mætt til leghálskrabbameinsleitar og 14,4% kvenna á aldrinum 40-69 ára hafa aldrei mætt til brjóstaröntgenmyndatöku. Þá er vakin athygli á því í skýrslunni að árið 1992 höfðu 82% kvenna í aldurshópnum 25-69 ára mætt til skoðunar einu sinni á næstliðnum þremur árum. Í fyrra hafði þetta hlutfall lækkað niður í 76% og er fækkunin aðallega meðal kvenna undir 50 ára aldri.

Á árinu 2000 var 961 konu vísað til framhaldsrannsóknar að lokinni fyrstu leghálsskoðun en á árinu greindust 12 tilfelli af leghálskrabbameini, þar af þrjú á hærra stigi en IB. Eftir brjóstaþreifingu var 1.949 konum vísað til frekari rannsókna og 530 konum sem mættu í brjósamyndatöku var vísað til frekari rannsókna. Samkvæmt upplýsingum frá Krabbameinsskránni er vitað um 193 einstaklinga sem greindust með krabbamein í brjóstum árið 2000 (192 konur og einn karl). **–ÞH**

Fyrstur í nýjum flokki



Sértæk verkun -

COZAAR®

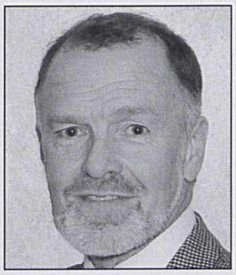
LOSARTAN, MSD

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

Fyrirspurnum svarað



Jóhann Heiðar Jóhannsson

Netfang:
johannhj@landspitali.is

MARGAR FYRIRSPURNIR UM LÆKNISFRÆÐILEG ÍÐORÐ hafa borist í vor og sumar. Sumum hefur verið svarað beint en aðrar bíða enn úrlausnar. Skal nú gerð grein fyrir nokkrum þeim helstu.

Öndunarvélar

Ólafur Baldursson, lungnasérfræðingur, sendi tölvupóst og vildi fá umræðu um heitið öndunarvél. Íðorðasafn lækna geymir þrjú erlend orð sem telja má heiti á öndunarvél, **inhalator**, þýtt sem *öndunartæki*, **inspirator**, þýtt sem *öndunartæki, öndunarvél* og **respirator**, þýtt sem *öndunarvél*. Undirritaður hefur það á tilfinningunni að tvö þau fyrrnefndu séu nú lítið eða ekkert notuð. Hvorugt er að finna í læknisfræðiorðabók Dorlands frá árinu 2000. Þar er hins vegar heitið **respirator** með beinni tilvísun í annað heiti, **ventilator**, sem fær tvær skýringar: *1. tæki hannað til að afmarka loftið sem í gegnum það fer. 2. tæki notað við gerviöndun, venjulega við vélræna öndun.* Vísað er síðan í **inhaler** og **respirator** sem samheiti. **Ventilator** er ekki fletta í Íðorðasafni lækna, en finnst í Ensk-íslenskri orðabók Arnar og Örlygs: *1. loftræstitæki, t.d. loftrella eða vifta, 2. sá sem kemur e-u á framfæri eða leiðir e-ð í tal.* Í lok 20. pistils (Lbl, Fylgirit 41/2001, bls. 30) var spurt: „Er gerður greinarmunur á íslenskum heitum öndunarvélanna, **respirator** og **ventilator**?“ Forvitnilegt væri að heyra hvort heitið **ventilator** sé enn í notkun.

Ólafur sagði að nú væru til ýmsar tegundir öndunarvéla og því gætu vaknað spurningar um nafngiftir. Hann hafði í bili mestan áhuga á að aðgreina **invasive ventilation**, þar sem oftast er um að ræða öndunarvél sem blæs í gegnum barkarennu, og **non-invasive ventilation**, þar sem öndunarvélin blæs í gegnum grímu á andliti sjúklings. Í fyrra tilvikinu hefur Ólafur talað um **innri öndunarvél** við sjúklinga sína og í því síðara um **ytri öndunarvél** og sagði vel skiljast. Undirritaður lagði til að binda umræðuna ekki við vélina sem slíka, heldur að tala um **innri öndunaraðstoð** eða **innri loftun lungna** annars vegar og **ytri öndunaraðstoð** eða **ytri loftun lungna** hins vegar. Fyrir þá sem áhuga kynnu að hafa má benda á að heitin *ofloftun*, **hyperventilation**, og *vanloftun*, **hypoventilation**, voru rædd í fyrrnefndum 20. pistli.

Úr heilbrigðisvísindum

Frá Þóru Gylfadóttur á Landsbókasafni – Háskólabókasafni barst örstutt fyrirspurn um þýðingar á þremur erlendum hugtökum. Gert er ráð fyrir að fyrirspurnin eigi við um almenna notkun hugtakanna.

Fyrst var það **communication disorders**. Í Íðorðasafni lækna er enska orðið **communication** þýtt með íslensku orðunum *boðskipti, samskipti*. **Disorder** er þar þýtt sem *veila, truflun*, en í 115. pistli (Lbl, Fylgirit 41/2001, bls. 115) kom fram að starfshópur geðlækna hefði ákveðið að nota íslenska orðið *röskun*. Bein þýðing verður þá **samskiptaraskanir**.

Þá var það **population biology**. Auðvelt er að finna lausn með hjálp Íðorðasafnsins. **Population** er *þýði* og **biology** er *líffræði*. Rétt er að benda á að enska orðið **population** er komið úr latínu þar sem **populus** merkir fólk. Upphaflega virðist orðið hafa verið notað um fólk eða fólksfjölda í tilteknu landi, borg eða svæði, en nú er það einnig notað í tölfræði og vistfræði um ýmiss konar samsöfn einstaklinga, dýra, jurta eða jafnvel ólífrænna hluta. Fræðigreinin **þýðislíffræði** fæst þó væntanlega eingöngu við athugun á lífverum.

Loks var það **reproductive biology**. Aftur er það Íðorðasafnið sem gefur lausnina. Lýsingarorðið **reproductive**- er þar þýtt með orðhlutanum *æxlunar-*, og setja má saman heitið **æxlunarlíffræði**.

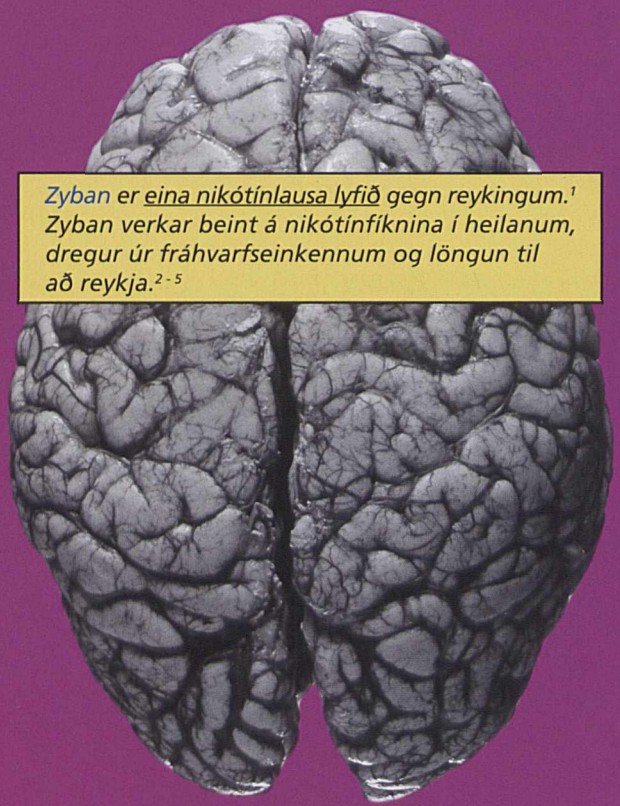
Álagsmeiðsl

Í tölvupósti barst fyrirspurn um enska heitið **repetitive strain injury**. Samkvæmt Ensk-íslenskri orðabók Arnar og Örlygs merkir lýsingarorðið **repetitive** *endurtekningasamur; endurtekningar-; staglkenndur.* **Strain** merkir meðal annars *áreynsla, álag, spenna, ofreynsla, ofraun, tognun*. Enska orðið **injury** kemur fyrir á nokkrum stöðum í Íðorðasafni lækna og er oftast þýtt í samsetningum sem **áverki:** *bakáverki, blöðruáverki, heilaáverki, kuldaáverki* og *starfsáverki*. Einnig koma þó fyrir **meiðsl:** *fæðingarmeiðsl*, og **meiðsli:** *nýrnameiðsli* og *umferðarmeiðsli*. Formlegu skýringarnar eru þessar: *1. sköddun. Hver sú streita sem lífvera verður fyrir og færir úr lagi byggingu hennar eða starf og leiðir til sjúklegs ferlis. 2. meiðsli. Venjulega notað um afleiðingar þess að líkaminn verður fyrir áfalli utan frá.* Úr þessu má gera mörg samsett heiti, en undirritaður hefur vanist því á liðnum árum að nota íslenska heitið **álagsmeiðsl**.

Dægradvölin

Í síðasta pistli voru birtar nokkrar setningar úr lýsingu séra Jóns Steingrímssonar að Eyri við Skutulsfjörð á eigin veikindum, sem hann taldi stafa af göldrum. Þær eru teknar úr bók Sigurjóns Jónssonar, læknis, **Sóttarfar og sjúkdómar á Íslandi 1400-1800**. Lýsing Jóns er afar mögnuð og myndræn svo af ber. Um hana segir Sigurjón: „Engum blöðum er um það að fletta, að lýsingar þessar sýna móðursýki á hæsta stigi, og mörg einkennin sköpuð af því, sem hugann fyllti öðru fremur: umhugsuninni um kvalir fordæmdra. Þar að auki hefur séra Jón bersýnilega verið kleifhuga (schizophren) og haldinn ofsóknabrjálsemi á háu stigi og þeirri heiptrækni, sem venjulega er fylgifiskur hennar, skynvillum og þráhyggju.“

Þetta er allt í höfðinu á þér



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

ZYBAN®
bupropion HCl forðatöflur 150 mg

gsk GlaxoSmithKline

Zyban FORÐATÖFLUR; N06 A X 12 R O

Hver tafla inniheldur: Bupropionum INN, klóríð, 150 mg. **Ábendingar:** Zyban töflur eru ætlaðar, ásamt stuðningsmeðferð, til að aðstoða sjúklinga sem háðir eru nikótíni við að hætta reykingum. **Skammtastærðir:** Meðferð ætti að vara í 7-9 vikur. Meðferð ætti að hefjast á meðan sjúklingur reykir ennþá, helst á 7.-14. degi meðferðar. Upphafsskammtur er 150 mg einu sinni á dag, í sex daga en síðan 150 mg tvisvar á dag. Að minnsta kosti 8 klst. þurfa að líða á milli skammta. Það má ekki taka meira en 150 mg í einum skammti og hámarksdagsskammtur er 300 mg. Ekki er mælt með notkun lyfsins hjá yngri sjúklingum en 18 ára þar sem öryggi og virkni lyfsins hefur ekki verið metin hjá þessum aldurshópi. Gæta skal varúðar þegar Zyban er gefið öldruðum. Ekki er hægt að útiloka aukið næmi hjá sumum öldruðum einstaklingum. Ráðlagður skammtur fyrir aldraða er 150 mg einu sinni á dag. Gæta skal varúðar þegar Zyban er gefið sjúklingum með skerta lifrar- og nýrnastarfsemi. Ráðlagður skammtur er 150 mg einu sinni á dag. **Frábendingar:** Sjúklingar sem hafa ofnæmi fyrir búprópíóni eða öðrum innihaldsefnum lyfsins mega ekki nota Zyban né heldur sjúklingar með krampa eða einhverja fyrri sögu um krampa, æxli í miðtaugakerfi, sögu um geðhvarfasýki (bipolar disorder), slæma skorpulifur eða greindir hafa verið með lotugræðgi eða lystarstol. Þegar hætta er á áfengis-fráhvarfseinkennum eða þegar langtímanotkun benzódíazepína er hætt snögglega má ekki nota Zyban. Ekki má nota Zyban og MAO-hemla samtímis. A.m.k. 14 dagar ættu að líða frá því að meðferð með MAO-blokkum með óafturkræfa verkun lýkur og þar til meðferð með búprópíóni hefst. **Varúð:** Það má ekki nota stærri skammta af búprópíóni en ráðlagðir eru þar sem aukin hætta virðist vera á krömpum með hækkandi skömmtum af búprópíóni. Það er aukin hætta á krömpum samfara notkun á Zyban þegar áhættuþættir sem leitt geta til lægri krampaþröskuldar eru til staðar. Það má ekki nota búprópíón hjá sjúklingum með fyrirliggjandi áhættuþætti nema að hugsanlegur heilsufarslegur ávinningur af því að hætta reykingum vegi þyngra en hugsanlega aukin áhætta á krömpum. Hjá slíkum sjúklingum ætti að íhuga 150 mg hámarksskammt allan meðferðartímann. Skoða ætti alla sjúklinga með tilliti til fyrirliggjandi áhættuþátta, svo sem samtímis notkun annarra lyfja sem vitað er að geta lækkað krampaþröskuldinn, misnotkun áfengis, sögu um höfuðáverka, sykursýki meðhöndlaða með blóðsykurslækkandi lyfjum eða insúlíni, notkun örvandi lyfja eða megrunarlyfja. Hætta þarf notkun á Zyban og ekki hefja hana aftur hjá sjúklingum sem fá krampa meðan á meðferð stendur. Gæta skal varúðar þegar búprópíón er gefið samtímis öðrum lyfjum sem geta örvað eða hindrað umbrot þess. Búprópíón hindrar umbrot sem á sér stað fyrir tilstilli cýtókróm P450 2D6. Ráðlegt er að gæta varúðar þegar lyf sem umbrotið er af þessu enzými er gefið samtímis Zyban. Gæta þarf varúðar þegar Zyban og nikótínlyf eru notuð samtímis og fylgjast þarf með því vikulega hvort meðferðin valdi hækkuðum blóðþrýstingi. **Ofnæmi:** Stöðva ber notkun á Zyban ef ofnæmisviðbrögð (t.d útbrot, kláði, verkur fyrir brjósti, bjúgur eða mæði) koma fram hjá sjúklingum meðan á meðferð stendur. Liðverkir, vöðvaverkir og hiti hafa einnig komið fram í tengslum við útbrot og önnur einkenni sem benda til síðbúins ofnæmis. Þessi einkenni geta líkst blóðvatnsveiki (serum sickness) (Sjá kafla um aukaverkanir). Einkennin hafa gengið til baka hjá flestum sjúklingum þegar búprópíónmeðferð hefur verið hætt og meðferð með andhistamínum eða barksterum hafin. Þau hafa svo horfið með tímanum. Varðandi aldraða, nýrna- og lifrarbilaða sjúklinga er visað í kafla um skammtastærðir. Þar sem lyfjafræði búprópíóns og sumra geðdeyfðarlyfja er svipuð, er hætta á að Zyban geti leitt til geðvandamála hjá viðkvæmum sjúklingum. **Milliverkanir:** Sjúklingar sem nota lyf sem vitað er að lækka krampaþröskuldinn, ættu ekki að fá Zyban nema að hugsanlegur heilsufarslegur ávinningur af því að hætta reykingum vegi þyngra en hugsanlega aukin áhætta á krömpum. Reykingum fylgir aukin CYP1A2-virkni. Eftir að reykingum er hætt getur dregið úr úthreinsun þeirra lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli þessa enzýms. Þetta getur leitt til hækkaðrar þéttni þessara lyfja. Þetta getur einkum haft þýðingu fyrir lyf sem aðallega eru umbrotin af CYP1A2 og hafa lækningagildi á þröngu þéttnisviði (t.d. teófýllin, takrín, klózapín). Klínískar afleiðingar þess að hætta að reykja á önnur lyf sem aðallega eru umbrotin af CYP1A2 (t.d. ímipramín, ólanzapín, klómípramín og flúvoxamín) eru ekki þekktar. Þrátt fyrir að búprópíón sé ekki umbrotið af ísóenzými CYP2D6, hafa rannsóknir in vitro á P450 úr mönnum sýnt fram á að búprópíón og hýdroxýbúprópíón hemja CYP2D6 ferlið. Notkun á Zyban samtímis öðrum lyfjum sem CYP2D6 umbrýtur, hefur ekki verið rannsökuð sérstaklega. Þess vegna ætti að hefja meðferð með lyfjum sem að mestum hluta eru umbrotin fyrir tilstilli þessa ísóenzýms og hafa lækningargildi á þröngu þéttnisviði, þ.m.t. ákveðnum þunglyndislyfjum (t.d. desípramín, ímípramín, paroxetín), geðlyfjum (t.d. risperidón, tíórídazín) betablokkum (t.d. metóprólól) og lyfjum við hjartsláttaróreglu af flokki 1 C (t.d. própafón, flecaínið) í tiltölulega lágum skömmtum. Einnig með desípramín. Niðurstöður in vitro rannsókna benda til þess að búprópíón sé umbrotið í hýdroxýbúprópíón, helsta virka umbrotsefni búprópíóns, að mestu fyrir tilstuðlan cýtókróm P450 CYP2B6. Þess vegna er þörf á sérstakri aðgæslu þegar Zyban er gefið samtímis lyfjum sem vitað er að hafa áhrif á CYP2B6 ísóenzým (t.d. orfenadrín, cýklófosfamíð, ísófosfamíð). Nikótínforðaplástrar höfðu ekki áhrif á lyfjahvörf búprópíóns og umbrotsefna þess. Gæta þarf varúðar þegar Zyban er notað samtímis lyfjum sem örva umbrot (t.d. karbamazepín, fenóbarbital, fenýtóín) eða lyfjum sem hemja umbrot (t.d. valpróat), þar sem þau geta haft áhrif á klíníska virkni og öryggi þess. Gæta þarf varúðar þegar Zyban er gefið sjúklingum sem samtímis fá levódópa. Takmarkaðar klíniskar upplýsingar benda til hærri tíðni aukaverkana (t.d. ógleði, uppköst, óróa, eirðarleysi og skjálfti). **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki hefur verið sýnt fram á að óhætt sé að nota Zyban á meðgöngu. Áhættan fyrir menn er ekki þekkt.. Ekki ætti að nota Zyban á meðgöngu.Vegna þess að búprópíón og umbrotsefni þess eru skilin út í brjóstamjólk ber að ráða mæðrum frá því að hafa börn á brjósti þegar þær nota Zyban. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Eins og önnur lyf sem verka á miðtaugakerfið getur búprópíón haft áhrif á aðgerðir sem krefjast dómgreindar eða athygli eða hreyfistjórnunar. Einnig hefur verið greint frá því að Zyban hafi valdið svima eða ringli. Sjúklingar þurfa því að gæta varúðar við akstur eða stjórnun véla þar til að þeir eru vissir um að Zyban skerði ekki hæfni þeirra. **Aukaverkanir:** Eftirgreindar aukaverkanir hafa komið fram í klínískum tilraunum. Mikilvægt er að athuga að nikótínfráhvarfseinkenni (t.d. óróleiki, svefnleysi, skjálfti, svitakóf) koma oft fram þegar fólk hættir að reykja. Sum þessara einkenna greinast einnig sem aukaverkanir af völdum Zyban. **Algengar (> 1 %):** Almennar: Hiti. Meltingarfæri: Munnþurrkur, meltingartruflanir, þ.m.t. ógleði og uppköst, kviðverkir, hægðatregða. Miðtaugakerfi: Svefnleysi, skjálfti, skert einbeiting, höfuðverkur, svimi, geðdeyfð, eirðarleysi, kvíði. Húð / ofnæmi: Útbrot, kláði, aukin svitamyndun, ofnæmisviðbrögð svo sem ofsakláði. Skynfæri: Truflað bragðskyn. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Almennar: Brjóstverkur, þróttleysi. Hjarta og æðakerfi: Hraðtaktur, hækkaður blóðþrýstingur (stundum alvarlega), roði. Miðtaugakerfi: Rugl. Innkirtlar og efnaskipti: Lystarleysi. Skynfæri: Eyrnasuð, sjóntruflanir. **Mjög sjaldgæfar (< 0,1 %):** Hjarta og æðakerfi: Æðaútvíkkun, réttstöðuþrýstingsfall, yfirlið. Miðtaugakerfi: Krampi, tiðni er um það bil 0,1 %. Algengastur er þankippakrampi og stundum verður vart við rugl og minnisleysi að þeim loknum. Húð / ofnæmi: Alvarleg ofnæmisviðbrögð, þ.m.t. ofsabjúgur, andþrengsli/berkjukrampi og ofnæmislost. Liðverkir, vöðvaverkir og hiti hafa einnig komið fram í tengslum við útbrot og önnur einkenni sem benda til síðbúins ofnæmis. Þessi einkenni geta líkst blóðvatnsveiki (serum sickness). Einnig hefur verið greint frá regnbogaroðasótt (erythema multiforme) og Stevens Johnson heilkenni. **Pakkningar:** 60 stk. þynnupakkað og 100 stk. þynnupakkað. **Hámarksverð:** 60 stk.: 8.996 kr., 100 stk. 11.645 kr. **Heimildir:** 1: Sérlyfjaskrá. 2: Ascher JA, Cole JO, Colin JN et al. Bupropion: A review of its mechanism of antidepressant activity. J Clin Psychiatry 1995; 56:395-401. 3: Hurt RD, Sachs DPL, Glover ED et al. A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cesation. N Engl J Med 1997; 337:1195-1202. 4: Leshner AI. Understanding drug addiction: Implications for treatment. Hospital Practice. October 15, 1996:47-59. 5: Pontieri FE, Gianluigi T, Orzi F et al. Effects of nicotine on the nucleus accumbens and similarity of those of addictive drugs. Nature 1996; 382:255-257. 31.07.01

Faraldsfræði í dag
Sjúklingasamanburðarrannsóknir III



María Heimisdóttir

Netfang:
mariah@decode.is

Samanburðarhópur, stærð og pörun

Komið getur til greina að nota fleiri en einn samanburðarhóp. Þetta á einkum við ef sjúklingasamanburðarrannsókn (SSR) byggist á sjúklingum af sjúkrahúsi og erfitt reynist að finna fullkomlega ákjósanlegan samanburðarhóp þar, þannig að áreiðanlega séu engin kerfisbundin tengsl við áreitið (sjá síðasta pistil, júlí/ágúst 2001). Í slíkum tilvikum getur verið æskilegt að nota tvo eða fleiri samanburðarhópa sem valdir eru annars vegar úr hópi sjúklinga á sjúkrahúsi en hins vegar úr samfélaginu til að fá sem skýrasta mynd af sambandi áreitis og sjúkdóms.

Samanburðarhópurinn getur verið jafnstór eða stærri en sjúklingahópurinn. Hvað varðar tölfræðilega nýtingu (statistical efficiency), og þar með tölfræðilegt afl (power), er yfirleitt best að hlutföllin séu 1:1 ef nægilegur fjöldi sjúklinga er tiltækur en svo er iðulega ekki. Annar hvati að stækkun samanburðarhópsins er sá að oft er auðveldara og ódýrara að afla upplýsinga frá meðlimum hans en frá sjúklingahópnum. Því er samanburðarhópurinn oft hafður talsvert stærri en sjúklingahópurinn. Eftir því sem samanburðarhópurinn stækkar eykst tölfræðileg nýting hratt í fyrstu en almennt borgar sig ekki að fara fram úr hlutföllunum 1:4 þar sem nýtingin og aflið aukast aðeins smávægilega við viðbætur umfram það hlutfall.

Óháð uppruna og stærð samanburðarhópsins þarf að taka afstöðu til þess hvort á að beita pörun (matching). Með pörun er átt við að velja saman einstakling úr sjúklingahópi og annan (eða aðra) úr samanburðarhópi á grundvelli ákveðinna eiginleika sem eru þeim sameiginlegir. Pörun er oft beitt í sjúklingasamanburðarrannsóknum og til þess liggja ýmsar ástæður. Pörun getur hamið áhrif þekktra raskandi (confounding) þátta, svo sem kyns, aldurs og kynþáttar. Með því að para með tilliti til þekktra þátta tekst oft að takmarka raskandi áhrif annarra óþekktra þátta sem eru tengdir þeim. Einnig getur verið fjárhagslega hagkvæmt að nota pörun í stað þess að auka fjölda samanburðareinstaklinga til að auka afl rannsóknarinnar. Pörun hefur jafnframt nokkra ókosti. Ef ekki tekst að finna sjúklingi heppilega pörun innan samanburðarhópsins verður að útiloka sjúklinginn frá rannsókninni og þar með er dýrmætum efniviði kastað á glæ. Með pörun er einnig skotið loku fyrir frekari rannsóknir á tengslum þörunarþáttanna við sjúkdóminn. Loks fylgir pörun óhjákvæmilega nokkur kostnaður í fé og tíma.

Auk almennra kosta og galla pörunar er rétt að hafa í huga að svokölluð yfirpörun (overmatching) getur beinlínis spillt rannsókninni með því að valda skekkju (bias) eða draga úr nýtingu. Pörun á grundvelli þáttar sem er hluti af orsakaferlinu frá áreiti að sjúkdómi leiðir til skekkju eða vanmats á tengslum áreitis og sjúkdóms. Pörun byggð á þætti sem tengdur er áreitinu en ekki sjúkdómnum dregur úr tölfræðilegri nýtingu með því að sóa upplýsingum er að úrvinnslu kemur. Loks getur ónauðsynleg pörun hleypt upp kostnaði án þess að auka gildi rannsóknarinnar og gerir auk þess úrvinnslu gagnanna að nokkru leyti flóknari (sjá síðar um úrvinnslu gagna í sjúklingasamanburðarrannsóknum).

Til eru nokkrar aðferðir við að para. Ef á að para samanburðareinstakling við sjúkling með tilliti til aldurs má velja nákvæmlega jafngamlan einstakling (nákvæm pörun, exact matching), eða einstakling sem er innan sama aldursbils (bilpörun, caliper matching), eða þá þann einstakling sem næstur er í aldri, jafnvel þó um talsverðan aldursmun sé að ræða. Auðveldara er þó að para saman hópa en einstaklinga, þannig má velja samanburðarhópinn á þann hátt að meðalaldur innan hans sé sá sami eða svipaður og í sjúklingahópnum. Hve vel tekst að hemja raskandi áhrif þáttarins sem pörunin byggist á er augljóslega mjög háð pörunaraðferðinni. Þannig næst mun betri stjórn á raskandi áhrifum aldurs með nákvæmri einstaklingspörun en með pörun hópa. Gagnsemi pörunar er einnig að miklu leyti komin undir gerð þáttarins sem hún grundvallast á. Pörun með tilliti til kynferðis er augljóslega einföld og góð leið til að hindra raskandi áhrif þess þar sem aðeins tvö kyn koma til greina (þó svo Kurt Vonnegut haldi því þó fram í einni bóka sinna að um sjö kyn sé að ræða) og pörunin verður fullkomlega nákvæm. Ef hins vegar parað er með tilliti til aldurs eða annarrar samfelldrar breytu vandast málin þar sem mun erfiðara er að ná fullkominni pörun. Í þeim tilfellum verður að gera ráð fyrir að einhver raskandi áhrif geti verið til staðar þrátt fyrir pörunina.

Sertral
(sertralín)

Öruggt og árangursríkt lyf við þunglyndi, þráhyggju- og áráttusýki

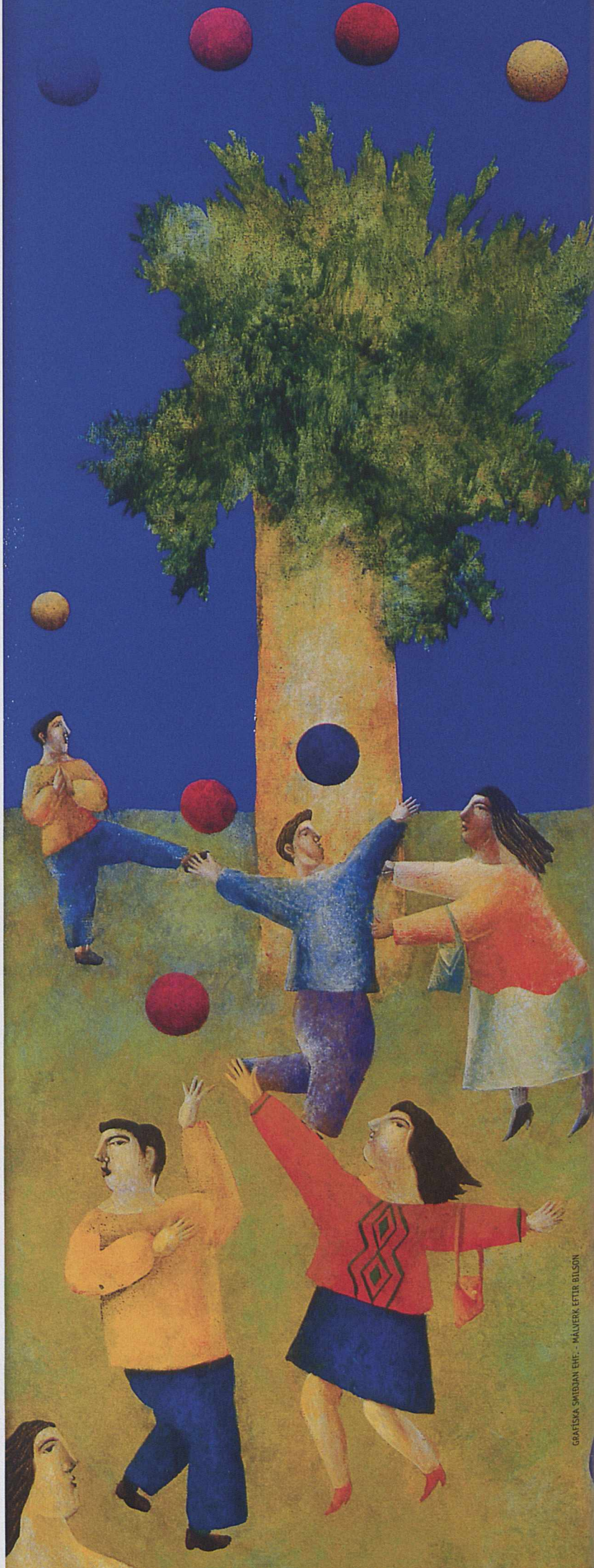
Hver tafla inniheldur: Sertralín hýdróklóríð, samsvarandi sertralín 50 mg. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Þunglyndi. Þráhyggju- og áráttusýki (obsessive-compulsive disorder). Felmtursköst (ofsahræðsla (panic disorder)), með eða án víðáttufælni (agoraphobia). **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtastærðir handa fullorðnum: **Við þunglyndi og þráhyggju- og áráttusýki:** Upphafsskammtur er 50 mg á dag, tekið í einum skammti. Ef þörf krefur, má auka þennan skammt um 50 mg á dag, í þrepum á nokkrum vikum, í allt að 200 mg á dag. Sé þörf á langtímanotkun lyfsins er venjulegur viðhaldsskammtur 50 mg á dag. **Við felmtursköstum (ofsahræðslu) með eða án víðáttufælni:** Upphafsskammtur er 25 mg á dag. Skammtur er aukinn í 50 mg á dag eftir eina viku. Ef þörf krefur má auka þennan skammt um 50 mg á dag, í þrepum á nokkrum vikum. Hámarksskammtur sem mælt er með er 200 mg á dag. Skammtastærðir handa öldruðum eru þær sömu og að framan er getið. Árangur meðferðar getur komið fram innan 7 daga, en oftast þarf 2-4 vikna meðferð áður en full verkun næst. Sertralín er að mestu leyti umbrotið í lifur. Minni eða færri skammta skal gefa af lyfinu ef sjúklingur er með minnkaða lifrarstarfsemi. Lyfið er tekið einu sinni á dag, annað hvort að morgni eða að kvöldi. Töflurnar má taka ýmist með eða án matar. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Samtímis notkun MAO-hemils. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ekki skal gefa sjúklingum sertralín, sem notað hafa MAO-hemlandi lyf, fyrr en 2 vikum eftir að slíkri meðferð hefur verið hætt. Á sama hátt skal ekki gefa MAO-hemlandi lyf fyrr en 2 vikum eftir að sertralín meðferð hefur verið hætt. Eins og hjá öðrum þunglyndislyfjum hefur verið skráð örvun á maníu og hypómaníu hjá nokkrum sjúklingum. Flogaveiki getur hugsanlega versnað við notkun lyfsins og því skal gæta varúðar við gjöf sertralíns 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 cimetidíns getur valdið auknningu 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 þyngdaraukning ekki sést eftir meðferð með lyfinu. Ekki hefur komið í ljós, að sjúklingar verði líkamlega aða andlega háðir lyfinu. **Lyfjahvörf:** Sertralín hefur skammtaháð lyfjahvörf á skammtabilinu 50 - 200 mg á dag. Eftir 50 - 200 mg á dag í 14 daga sést hámarksblóðþéttni hjá mönnum 4,5 - 8,4 klst. eftir gjöf. Stöðugri blóðþéttni er náð eftir daglega gjöf sertralíns í eina viku. Lyfið er nánast allt próteinbundið (um 98%). Rannsóknir á dýrum hafa sýnt að lyfið hefur mjög stórt dreifingarrúmmál. Sertralín umbrotnar mikið í fyrstu umferð í lifur. Sertralín og aðalumbrotsefni þess, N-desmetýlsertralín (sem virðist að mestu óvirkt) umbrotna að mestu leyti í líkamanum og umbrotsefnin skiljast út með saur og þvagi. Aðeins lítið magn af sertralíni skilst óbreytt út með þvagi. Helmingunartími í útskilnaðarfasa er u.þ.b. 26 klst.. Lyfjahvörf lyfsins eru eins hjá eldri og yngri sjúklingum. Inntaka sertralíns með mat hefur ekki marktæk áhrif á aðgengi lyfsins.
Útlit: Hvítar, filmuhúðaðar töflur, ílangar, kúptar (stærð: 10 x 5 mm), með deilistriki.

Pakkningar og verð (Lyfjaverðskrá 1. nóvember)

Sertral 50 mg, 28 stk	3.377 kr
Sertral 50 mg, 98 stk.	10.704 kr

Omega Farma

www.omega.is



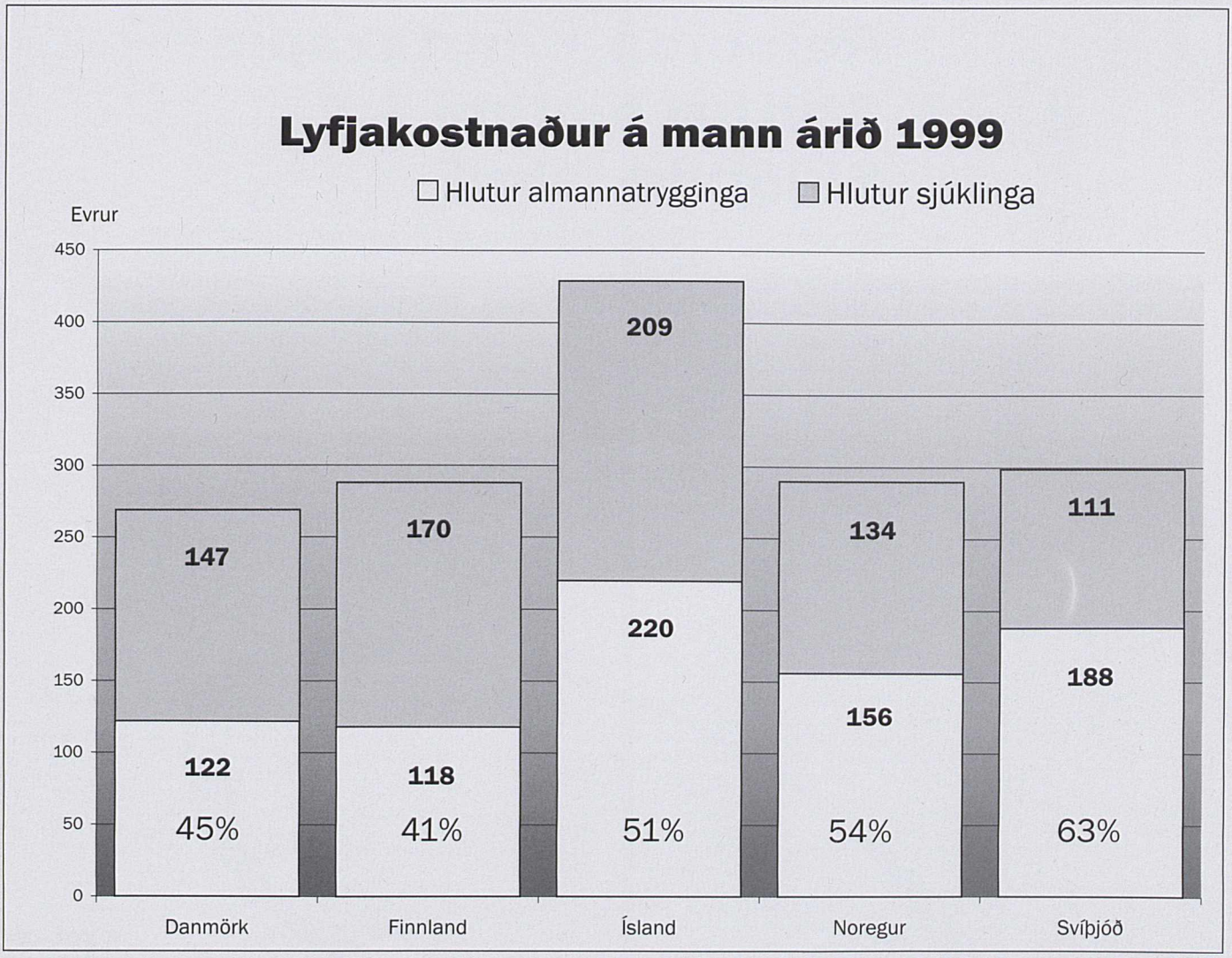
GRAFÍSKA SMIÐJAN EHF. - MÁLVERK EFTIR BILSON

Lyfjamál 96

Nýlega kom út ritið Health Statistics in the Nordic Countries 1999, sem gefið er út af Nordisk Medicinalstatistik Komité (NOMESKO). Í ritinu eru hinar hefðbundnu upplýsingar um heilbrigðistölfræði á Norðurlöndum sem jafnan eru birtar þar, en að þessu sinni er aukið verulega við kaflann um lyfjamál og fjallað um þau á 86 blaðsíðum í B hluta. Þar er borin saman lyfjanotkun í löndunum á tímabilinu 1995-1999. Sambærileg tölfræði um lyfjanotkun á Norðurlöndum hefur ekki birst síðan síðasta rit Norrænu lyfjanefndarinnar um efnið, Nordic Statistics on Medicines 1993-1995, kom út árið 1996.

Mikill fróðleikur er þarna um lyfjanotkunina og á fyrsta línuriti í kaflanum er samanburður á heildarnotkun í löndunum fimm síðustu 10 árin mældri í skilgreindum dagskömmtum á hverja 1000 íbúa á dag. Stöðugur vöxtur er allt tímabilið og allan tímann eru tölurnar lægstar hjá okkur. Árið 1999 erum við þó alveg að ná Dönum sem eru með næst minnsta notkun.

Lyfjakostnaður á mann er hins vegar langhæstur hjá okkur eins og sést á eftirfarandi súluriti:





Remeron • mirtazapin
Stuttur biðtími – Skjótvirk áhrif

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

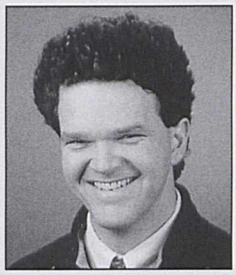
Organon

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

Heimilt er að afgreiða 100 daga lyfjaskammt.
Umboðs- og dreifingaraðili:
Pharmaco hf. Hörgatún 2, 210 Garðabæ.
Heimildir:
1. Bremner, James D., A double-blind comparison of Org. 3770, Amitriptyline and placebo in Major depression. J. Clin. Psych. 56: 11, Nov. 1995.
2. Montgomery S.A. Safety of mirtazapine: A review. Clin. Psyk. Vol. 10, suppl. 4. Dec. 1995.

REMERON MIRTAZAPIN
Máttugt & Milt

Kynörvun og skotveiðar



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.

Af þvagleka

Gunnólfur læknir hafði þekkt hjónin Karl og Konu í nokkra áratugi og verið heimilislæknir þeirra allan tímann. Þau voru bæði komin af léttasta skeiði. Kona hafði átt í vandræðum með þvagið í fjölda ára eða eiginlega alveg frá því hún fæddi áttunda og yngsta barnið fyrir 22 árum, sjö mánuðum og 15 dögum. Aðallega átti hún í erfiðleikum með að halda þvaginu. Hún hafði margoft leitað læknis út af þvaglekanum og hafði meira að segja lagst þrisvar undir hnífinn til að reyna að bæta ástandið. Allt kom fyrir ekki. Reyndar hafði Karl ekki heldur farið varhluta af þvagfæravandamáli, en var nú allur betri eftir að hafa farið í aðgerð á blöðruhálskirtli hjá Guðmundi þvagfæraskurðlækni.

Til þess að Gunnólfur læknir mætti fá sem gleggsta mynd af því hve umfagnsmikið vandamál frúarinnar væri í raun þá mættu bæði hjónin í viðtal hjá honum. Húsbóndinn var vanur að hafa orð fyrir þeim hjónum hvort sem vandamálið var hans eða hennar:

„Gunnólfur, ertu nokkuð búinn að láta athuga blöðruhálskirtilinn í konunni?“

Úr læknabréfi frá Slysó

„Ragna, sem er tveggja ára, var í bílstól aftur í jeppa, þegar fólksbíll ók aftan á hann.

Skoðun:
Við skoðun er Ragna ósamvinnufús og mun hún að eðlisfari vera óvinveitt læknum. Við tilraun til að skoða hana sparkar hún og slær í undirritaðan þannig að útlimir virðast vera í lagi … Þegar ýtt er á hryggjartinda er ekki vart við meiri grát eða óánægju barnsins, allar hreyfingar um háls eru eðlilegar. Faðir stúlkunnar segir hana vera eðlilega í háttum og að öðru leyti.“

Kynörvun

Kona á miðjum besta aldri kom til Grána læknis og sagði:

„Maðurinn minn á við vandamál að etja. Ég held að hann sé annað hvort getulaus eða búinn að missa áhugann á mér. Hvað er til ráða?“

„Þetta er algengt vandamál, sem hægt er að leysa. Hafðu ekki áhyggjur af því,“ sagði læknirinn. „Gefðu honum eina af þessum litlu töflum með kaffinu eftir kvöldmatinn og láttu mig svo vita hvernig gekk.“

Sama kvöld setti eiginkonan töflu í kaffi bónda síns. Innan 10 mínútna sveif hann á hana, kastaði henni á bakið á matarborðið þannig að diskar, glös og annað sem á borðinu var þeyttist út um allt með brothljóðum og glamri, reif utan af henni fötin og síðan nutu þau ásta í tæpar tvær klukkustundir.

Nokkrum dögum seinna heimsótti konan lækninn að nýju eins og um hafði verið talað. „Gráni minn, þetta var alveg æðislegt. Ég gerði eins og þú ráðlagðir mér og maðurinn hreinlega tætti af mér fötin, slengdi mér fyrirvaralaust á borðið þannig að leirtauið þeyttist út um allt með braki og brestum og síðan elskuðumst við í tæpa tvo klukkutíma!“

„Ég heyri að þú ert ánægð og það virðist sem fargi sé af þér létt,“ sagði læknirinn, „verst að heyra hvernig fór með leirtauið.“

„Blessaður vertu, hafðu engar áhyggjur af því,“ sagði konan, „við förum sennilega aldrei inn á þennan veitingastað aftur hvort eð er.“

Á gæsaveiðum

Þrír læknar skruppu saman á gæsaveiðar. Þegar fugl flaug yfir höfðum þeirra leit heimilislæknirinn upp og sagði: „Lítur út eins og gæs, flýgur eins og gæs – þetta er líklega gæs.“ Hann skaut, en hitti ekki og fuglinn hvarf sjónum.

Þegar næsti fugl birtist leit „patólóginn“ til himins, fletti síðan upp í fuglabókinni og sagði: „Þessi þriggja til fjöggurra kílóa gráleiti fugl með hásu kvaki gæti verið grágæs eða *anser anser* eins og hann heitir á latínu.“ Hann mundaði byssu sína en þá var fuglinn löngu horfinn.

Þriðji fuglinn flaug hjá. Skurðlæknirinn lyfti byssu sinni og skaut nánast án þess að líta upp og hitti að sjálfsögðu. Þegar fuglinn hafði hrapað til jarðar sneri skurðlæknirinn sér að „patólógnum“ og sagði: „Viltu ekki fara og athuga hvort þetta hafi verið gæs?“

Alltaf á vaktinni

Læknirinn hafði verið lagður til hinstu hvílu. Fjölskylda og vinir hins látna bjuggust til brottfarar en þá heyrðist undarlegt hljóð úr gröfinni. Viðstaddir litu undrandi hver á annan þar til kollegi læknisins sagði: „Hafið ekki áhyggjur, þetta er bara kalltækið hans.“

Engin þóknun

Sjúklingurinn þakkaði lækninum innilega með handabandi og sagði: „Úr því að við erum svo miklir mátar þá vil ég ekki móðga þig með því að bjóða þér borgun. Ég vil nú samt að þú vitir, að þín er getið í erfðaskránni minni.“

„Það er fallega gert af þér,“ sagði lækirinn snortinn og bætti síðan við: „Viltu vera svo vænn og lofa mér að sjá lyfseðilinn, sem ég var að skrifa fyrir þig. Ég þarf að breyta honum lítilsháttar.“



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

Pfizer

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

Leyfisveitingar

Almennt lækningaleyfi

22.06.01	**Enchtuja Suchegin**
20.03.01	**Haukur Jónasson**
10.05.01	**Hulda M. Einarsdóttir**
22.06.01	**Valur Helgi Kristinsson**
28.03.01	**Þorgerður Sigurðardóttir**
13.06.01	**Þorvarður Jón Löve**

Sérfræðileyfi

28.06.01	**Einar Páll Indriðason** svæfinga- og gjörgæslulæknisfræði
28.05.01	**Guðmundur Pálsson** heimilislækningar
12.06.01	**Guðrún Karlsdóttir** endurhæfingarlækningar
28.05.01	**Gunda Bech Nygaard** heimilislækningar
10.05.01	**Gunnar Birkeland Flugsrud** bæklunarskurðlækningar
27.03.01	**Haraldur Erlendsson** geðlækningar
04.05.01	**Hebe Désirée Kvernmo** bæklunarskurðlækningar
21.06.01	**Helgi Kjartan Sigurðsson** almennar skurðlækningar
29.03.01	**Hrafnkell Þorsteinsson** heimilislækningar
11.05.01	**Jón Hai Hwa Sen** almennar skurðlækningar
29.03.01	**María Sigurjónsdóttir** geðlækningar
10.05.01	**Ole Kjeka** augnlækningar
29.06.01	**Orri Þór Ormarsson** skurðlækningar
12.06.01	**Ófeigur Tryggvi Þorgeirsson** heimilislækningar
27.03.01	**Ómar Hjaltason** geðlækningar
30.05.01	**Sigurbergur Kárason** svæfinga- og gjörgæslulæknisfræði
10.05.01	**Stefan Moosmayer** bæklunarskurðlækningar

Zoloft®

FRUMLYF

Pfizer

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.

Umsögn stjórnar Siðfræðiráðs Læknafélags Íslands

TIL STJÓRNAR LÆKNAFÉLAGS ÍSLANDS

Kópavogi 25. júní 2001

Með bréfi dags. 4. janúar s.l. óskaði stjórn Læknafélags Íslands eftir því að stjórn Siðfræðiráðs LÍ veitti umsögn um erindi, sem Sigurður Thorlacius, tryggingayfirlæknir beindi til stjórnar LÍ með bréfi dags. 19. desember 2000.

Í erindi sínu óskaði Sigurður Thorlacius eftir áliti stjórnar LÍ á því hvort tilhlýðilegt sé, að læknir skrifi læknisvottorð sem liggja mun til grundvallar við ákvörðun um greiðsluþátttöku Tryggingastofnunar ríkisins (t.d. beiðni um sjúkraþjálfun eða læknisvottorð vegna umsóknar um örorkubætur) fyrir:
a) sjálfan sig,
b) einstakling sem telst til nánustu fjölskyldu hans.

Bréfi stjórnar LÍ fylgdi jafnframt afrit af bréfi Jóns Steinars Jónssonar, læknis til tryggingayfirlæknis dags. 6. desember 2000, sem Jón Steinar sendi stjórn LÍ. Þar kemur fram að Tryggingastofnun ríkisins hafi endursent beiðni Jóns Steinars um þjálfun sem hann hefði skrifað Tryggingastofnun ríkisins og tekið fram að ekki þyki við hæfi að læknir sæki um greiðsluþátttöku fyrir sjálfan sig eða fjölskyldu sína. Óskaði Jón Steinar eftir því að Tryggingastofnun afgreiddi beiðnina þar sem um misskilning hlyti að vera að ræða. Að öðrum kosti óskaði hann eftir því að tryggingayfirlæknir gerði grein fyrir því skriflega hvaða lög heimili honum að skerða starfsréttindi sín með þessum hætti.

Í svari tryggingayfirlæknis til Jóns Steinars dags. 19. desember 2000, sem fylgdi erindi hans til stjórnar LÍ segir m.a. að hann geti ekki vísað í lög hvað þetta varðar. Málið snúist hins vegar um siðferði. Kvaðst hann því beina framangreindu álitaefni bæði til stjórnar LÍ og landlæknis í þeim tilgangi að móta almenna stefnu varðandi þetta og önnur sambærileg siðferðileg álitamál.

Sigurður Thorlacius og Jón Steinar Jónsson komu á fund stjórnar Siðfræðiráðs 29. maí s.l., þar sem álitaefnið var ítarlega rætt.

Kynnti Sigurður m.a. álit landlæknis á fyrirspurninni dags. 19. desember 2000. Þar segir m.a. að nú sé það svo að læknar skrifi lyfseðla fyrir sjálfa sig og fjölskyldur sínar, biðja um ýmiss konar lækningarannsóknir á borð við blóðrannsóknir, röntgenrannsóknir og í einstaka tilvikum hafi það gerst að læknir geri aðgerðir á einhverjum úr fjölskyldu sinni. Örðugt sé því að greina læknisvottorð af því tagi sem hann nefni frá ofanskráðu. Í þessu efni eins og ýmsu öðru verði að treysta á dómgreind lækna og siðferði að þeir gangi ekki út fyrir mörk þekkingar sinnar og getu. Erfitt virðist að setja um þetta reglur eða leiðbeiningar sem ekki brytu í bága við jafnræðisregluna.

UMSÖGN STJÓRNAR SIÐFRÆÐIRÁÐS LÍ

Eftir umræður í stjórn Siðfræðiráðs hinn 25. júní 2001 var eftirfarandi umsögn samþykkt:

„Það er meginregla að læknar skulu vera óvilhallir í störfum sínum, s.s. um vottorðagjöf, ávísun lyfja og beiðnir um lækningarannsóknir og hlýðir þeim að staðfesta það eitt sem þeir hafa sjálfir gengið úr skugga um á grundvelli sérþekkingar sinnar, samvisku og dómgreindar.

Starfsréttindi lækna verða ekki takmörkuð með þeim hætti að þeim verði meinað að veita sér og sínum nánustu læknisþjónustu. Læknar skyldu þó vera minnugur þess, að náin tengsl við sjúkling geta haft áhrif á dómgreind þeirra og faglegt sjálfsforræði. Því skyldu læknar forðast svo sem kostur er, að bera einir ábyrgð á meðferð sinna nánustu og á það sérstaklega við, þegar um um alvarlega og langvinna sjúkdóma og heilbrigðisvandamál er að ræða."

TÓMAS ZOËGA
ÖRN BJARNASON
GUÐMUNDUR VIGGÓSSON

SCHERING

Yasmin®

30 µg etínýlöstradíól, 3 mg dróspírenón

VELLÍÐAN

- með nýrri getnaðarvarnartöflu -



Yasmin® er einfasa, lágskammta getnaðarvarnartafla, með nýrri tegund gestagens; dróspírenón.

Dróspírenón er afleiða af 17-alfa spirólaktóni og hefur aðallega prógestógen áhrif, en einnig andmíneralkortikóíð- og andandrógen eiginleika, en það gerir **Yasmin®** einstaka í sinni röð.

Ekkert annað gestagen hefur þessa eiginleika dróspírenóns og það er ekki í neinni annarri getnaðarvarnatöflu á markaðnum.

Yasmin - SCHERING

TÖFLUR, filmuhúðaðar: G 03 AA Hver tafla inniheldur: Drospirenunum INN 3 mg og Etinylestradiolum INN 30 míkróg. Lactosum.

Ábendingar: Getnaðarvörn.—**Skammtar og lyfjagjöf:** Áður en byrjað er að taka lyfið, eða notkun þess er hafin á ný, ber að skrá nákvæma sjúkrasögu konunnar (og fjölskyldusögu) og útiloka þungun. Konu skal bent á að lesa fylgiseðil lyfsins nákvæmlega og fara eftir þeim ráðum sem þar eru gefin. Minna ber konur á að getnaðarvarnartöflur til inntöku veita ekki vörn gegn HIV-smiti (eyðni) né öðrum kynsjúkdómum.

Yasmin: Taka verður töflunar á svipuðum tíma á hverjum degi í þeirri röð sem töfluspjaldið sýnir. Taka skal eina töflu á dag í 21 dag samfleytt. Byrja skal á næsta spjaldi eftir 7 daga hlé og eiga tíðablæðingar sér venjulega stað á þeim tíma. Þær hefjast að jafnaði á 2. til 3. degi eftir að síðasta tafla var tekin og kunna að standa yfir enn þegar byrjað er á næsta töfluspjaldi.

Hvernig byrjað er að taka lyfið: -Ef ekki hefur verið notuð hormónagetnaðarvörn síðasta mánuðinn er rétt er að byrja að taka töflurnar á fyrsta degi tíðahringsins (þ.e. á fyrsta degi tíðablæðinga). -Þegar skipt er frá annarri tegund getnaðarvarnartaflna sem inniheldur blöndu hormóna má byrja að taka töflurnar daginn eftir venjulegt töflulaust tímabil eða eftir töku síðustu óvirku töfluna af fyrri getnaðarvarnartöflutegundinni.

Frábendingar: Ekki ber að nota getnaðarvarnartöflur sem innihalda blöndu hormóna í eftirfarandi tilvikum. Komi eitthvert þessara tilvika fram í fyrsta skipti þegar getnaðarvarnartöflur eru notaðar, ber að hætta töku þeirra strax. - Segamyndun í bláæðum eða sjúkrasaga um slíkt (segamyndun í djúpum bláæðum, blóðreksstífla í lungum). - Segamyndun í slagæðum eða sjúkrasaga um slíkt (t.d. heilablóðfall, hjartadrep) eða fyrirboði um það (t.d. hjartaöng og skammvinn blóðþurrðaráföll). **Aukaverkanir:** Greint hefur verið frá eftirfarandi aukaverkunum við notkun lyfsins:

***Algengar* (= 1%):** *Innkirtlakerfi*: Blæðingartruflanir, milliblæðingar, verkir í brjóstum. *Taugakerfi*: Höfuðverkur, geðdeyfð. *Hjarta- og æðakerfi*: Mígreni. *Meltingarfæri*: Ógleði. *Æxlunarfæri og brjóst*: Hvítleit útferð, sveppasýking í leggöngum. ***Sjaldgæfar* (0,1-1%):** *Almennt:* Vökvasöfnun, breytingar á líkamsþyngd. *Taugakerfi*: Breytingar á kynhvöt. *Hjarta- og æðakerfi*: Háþrýstingur, lágþrýstingur. *Meltingarfæri*: Uppköst. *Húð og húðbeðskerfi*: Þrymlabólur, eksem, ofsakláði. *Æxlunarfæri og brjóst*: Slíðurbólga.

***Mjög sjaldgæfar* (<0,1%)** *Ónæmiskerfi*: Astmi. *Innkirtlakerfi*: Seyting úr brjóstum. *Eyra og völundarhús*: Heyrnaskerðing. *Hjarta- og æðakerfi*: Segarek. Sjá einnig varnaðarorð og varúðarreglur varðandi alvarlegar aukaverkanir getnaðarvarnartaflna.

Pakkningar og verð 1. Febrúar 2001: Yasmin : 21 stk x 3 (þynnupakkað) 3.072 kr.

Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: 0. **Nánari upplýsingar í texta Sérlyfjaskrár**. Handhafi markaðsleyfis: Schering AG. Umboðsmaður á Íslandi: Thorarensen Lyf ehf. Heimildir: Foidart J-M et al. Eur.J.Contracept Reprod Health Care 2000; 5:124-34

UIS 01-29

www.femalelife.com

THORARENSEN LYF

Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík

Sími 530 7100 · Fax 530 7101

Talibanar þjarma að konum í Afganistan

HVERNIG SKYLDI ÍSLENSKUM LÆKNUM LÍKA AÐ STARFA eftir reglum eins og þeim sem gilda í Afganistan og birtast hér á síðunni? Sú spurning vaknar við lestur á grein sem birtist í norska læknablaðinu Tidsskrift for Den norske lægeforening, en þar segir norskur læknir, Ingvil Krarup Sørbye, frá starfsaðstæðum lækna í bænum Doshi í norðurhluta landsins. Hún hefur starfað þar á vegum samtakanna **Læknar án landamæra** og aðstoðað konur á átakasvæðum.

Eins og flestir vita náðu strangtrúaðir múslimar sem nefna sig talibana völdum í Afganistan fyrir nokkrum árum og innleiddu strangar reglur sem þeir segja byggðar á fornum lögum Islams. Eitt af ráðuneytum þeirra hefur það hlutverk að berjast gegn siðleysi og stuðla að dyggðugu líferni (Ministry for the Prevention of Vice and Promotion of Virtue, heitir það á ensku) og á vegum þess starfa lögreglusveitir vopnaðar Khalashnikoff rifflum við að framfylgja ákvörðunum ráðuneytisins.

Norski læknirinn lýsir degi í starfi sínu en það er fólgið í almennri heilsugæslu, auk þess sem haldin eru námskeið um fæðingarhjálp og vandamál á meðgöngu. Raunar eru **Læknar án landamæra** víðast hvar hættir að halda slík námskeið en þeim er haldið uppi í Afganistan af þeirri ástæðu einni að þau eru eina leiðin fyrir læknana að ná sambandi við konurnar í landinu.

Ingvil Krarup segir frá því þegar hún þarf að sinna útkalli í miðri kennslustund en þegar hún kemur til baka er allt í uppnámi. Túlkurinn hennar er karlkyns og aðvífandi lögreglumaður hafði gert athugasemd við það að hann skyldi vera í sama herbergi og konurnar á námskeiðinu. Og þótt hún hafi fengið sérstakt leyfi yfirvalda til að nota þennan túlk verður hún að senda hann burt. Það er ekki til siðs að mótmæla trúarbragðalögreglunni.

Þegar þetta vandamál er leyst kemur annað upp. Trúarbragðalögreglan ákveður að loka lúgu í kvennadeild heilsugæslustöðvarinnar þar sem konur láta skrá sig og fá afhent lyf. Hinum megin við lúguna situr nefnilega karlmaður og þótt konurnar séu huldar frá toppi til táar og með þéttriðna netmöskva fyrir andlitinu þykir þetta ekki nógu siðlegt. Nú þarf að loka lúgunni og taka upp nýjar samningaviðræður við talibanana.

Þrátt fyrir þessar hindranir finnst konunum heilsugæslustöðin vera eins og vin í eyðimörkinni. Hún er eini staðurinn í bænum þar sem þær geta hist og rætt saman í friði. Biðstofurnar eru vettvangur frjálslegra umræðna og þar er ekki að heyra að konurnar ætli að láta beygja sig til hlýðni. Þegar vinnudegi norska læknisins lýkur kveður hún aðstoðarkonu sína sem segir við hana: „Þeir geta látið okkur hylja líkama okkar, en hugurinn er opinn." Svo bætir hún við og augun blika bak við netið: „Islam er svo dásamlegur hlutur, en þetta er ekki Islam." **–ÞH**



Þannig sér skopteiknari blaðsins Shabkhand í Peshawar í Pakistan fyrir sér læknisskoðun í Afganistan. Í raun eru engar hömlur lagðar á snertingu kvenna en strangt eftirlit er haft með samskiptum kynjanna og þeim haldið í algeru lágmarki.

Vinnureglur fyrir sjúkrahús og heilsugæslustöðvar í ríkis- og einkaeigu byggðar á íslömskum lögum

Gefnar út af heilbrigðisráðuneyti Afganistans, Kabúl 1996

- Kvenkyns sjúklingar eiga að leita til kvenkyns lækna. Sé nauðsynlegt að kona leiti til karlkyns læknis skal hún vera í fylgd náins ættingja af karlkyni.
- Meðan rannsókn fer fram skal kvenkyns sjúklingur vera íklæddur íslömskum *hijab* (kufli sem hylur andlit og líkama viðkomandi).
- Karlkyns læknar skulu ekki snerta eða skoða aðra hluta líkama kvenkyns sjúklinga en þann sem konan leitar lækninga á.
- Biðstofur kvenkyns sjúklinga skulu vera lokaðar svo ekki sé hægt að sjá inn á þær.
- Karlkyns læknar á næturvakt eiga ekki að hafa aðgang að sjúkrastofum þar sem konur liggja nema þær kalli þá sérstaklega til sín.
- Karlkyns og kvenkyns læknum er óheimilt að sitja og spjalla saman. Sé óhjákvæmilegt að þeir ræðist við skulu kvenkyns læknar íklæddir hijab.
- Kvenkyns læknar skulu klæðast látlausum fötum, tískufatnaður er ekki leyfilegur og notkun snyrtivara bönnuð.
- Kvenkyns læknum og hjúkrunarfræðingum er óheimilt að stíga fæti inn í sjúkrastofur þar sem karlar liggja.
- Trúarbragðalögreglan hefur leyfi til þess að fylgjast með því að þessum reglum sé framfylgt hvenær sem henni þóknast og engum er leyfilegt að hindra störf hennar.

Sá sem brýtur gegn þessum reglum skal sæta refsingum sem kveðið er á um í íslömskum lögum.

(Þýtt úr Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 2196-7)

Haustlitir á Akureyri

Læknafélag Akureyrar og Norðausturlandsdeild Hjúkrunarfræðingafélags Íslands halda árlegt haustþing sitt þann 13. október.

Þingið verður í fyrirlestrarformi og mun að þessu sinni fjalla um börn og unglinga

Næring ungbarna	*Björn Gunnarsson* barnalæknir
Börn með tíðar sýkingar	*Eygló Aradóttir* barnalæknir
Frávik frá kynþroska	*Kolbeinn Guðmundsson* barnalæknir
Þvagfærasýkingar	*Viðar Eðvaldsson* barnalæknir
Slys á börnum	*Herdís Storgaard* hjúkrunarfræðingur
Þunglyndi meðal unglinga	*Páll Tryggvason* barnalæknir
Kynlíf unglinga	*Sóley Bender* hjúkrunarfræðingur
Vímuefnavandi hjá unglingum	*Patricia Kokotailo* barnalæknir
Frá sjónarhóli fyrrum fíkils	*Hilda Jana Gísladóttir*
Unglingamóttaka HAK	*Heilsugæslan á Akureyri*
Fíkniefnavandi unglinga á Íslandi, úrræði	*Fulltrúi SÁÁ*

Þingið verður haldið í Hólum, Menntaskólanum á Akureyri og hefst kl. 9.00 og lýkur um kl. 17.00. Þátttökugjald er kr. 2500.
Þátttaka tilkynnist til ritara hjúkrunarstjórnar FSA í síma 463 0272 milli kl. 10 og 14 virka daga, Eyglóar Aradóttur, barnadeild FSA (Eyglo@fsa.is) eða Guðrúnar Gyðu Hauksdóttur, barnadeild FSA (Njall@nett.is)

Undirbúningsnefnd

XV. þing Félags íslenskra lyflækna

Ísafirði 7.-9. júní 2002

XV. þing Félags íslenskra lyflækna verður haldið á Ísafirði dagana 7.-9. júní 2002. Þing félagsins hafa verið nokkuð hefðbundin um alllangt skeið en búast má við að einhverjar breytingar verði á fyrirkomulagi þess næsta sumar, bæði hvað varðar efnisþætti og efnistök, enda er lyflæknisfræðin í stöðugri þróun eins og aðrar greinar læknisfræðinnar.

Nánari upplýsingar um dagskrá, skilafrest ágripa og annað sem snýr að þinginu verða birt síðar.

F.h. stjórnar Félags íslenkra lyflækna
Runólfur Pálsson
Landspítala Hringbraut
runolfur@landspitali.is

ÍSLENSK ERFÐAGREINING

Læknir óskast til starfa

Íslensk erfðagreining óskar að ráða lækni til starfa í heilbrigðisupplýsingahópi á gagnagrunnssviði. Verkefnin felast í að skipuleggja og undirbúa gagnavinnslu með faraldsfræðilegum aðferðum, í tengslum við miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði. Um er að ræða 50-100% starf eftir samkomulagi.

Við leitum að einstaklingi sem hefur lokið kandídatsprófi í læknisfræði. Til greina kemur að ráð lengra kominn læknanema (fjórða ár eða meira). Góð tölvuþekking er mikill kostur, og æskilegt er að viðkomandi geti hafið störf sem fyrst. Umsókn skal fylgja afrit af síðasta prófskírteini, en það má senda á rafrænu formi, eða í pósti til ÍE, Lynghálsi 1, 110 Reykjavík.

Íslensk erfðagreining býður góð launakjör og möguleika á að eignast hlutabréf í fyrirtækinu, samkvæmt kauprétt-aráætlun starfsmanna ÍE. Ekki síst bjóðum við áhugasömum einstaklingi tækifæri til að þjálfast í faraldsfræðilegum aðferðum í góðum hópi hæfra samstarfsmanna.

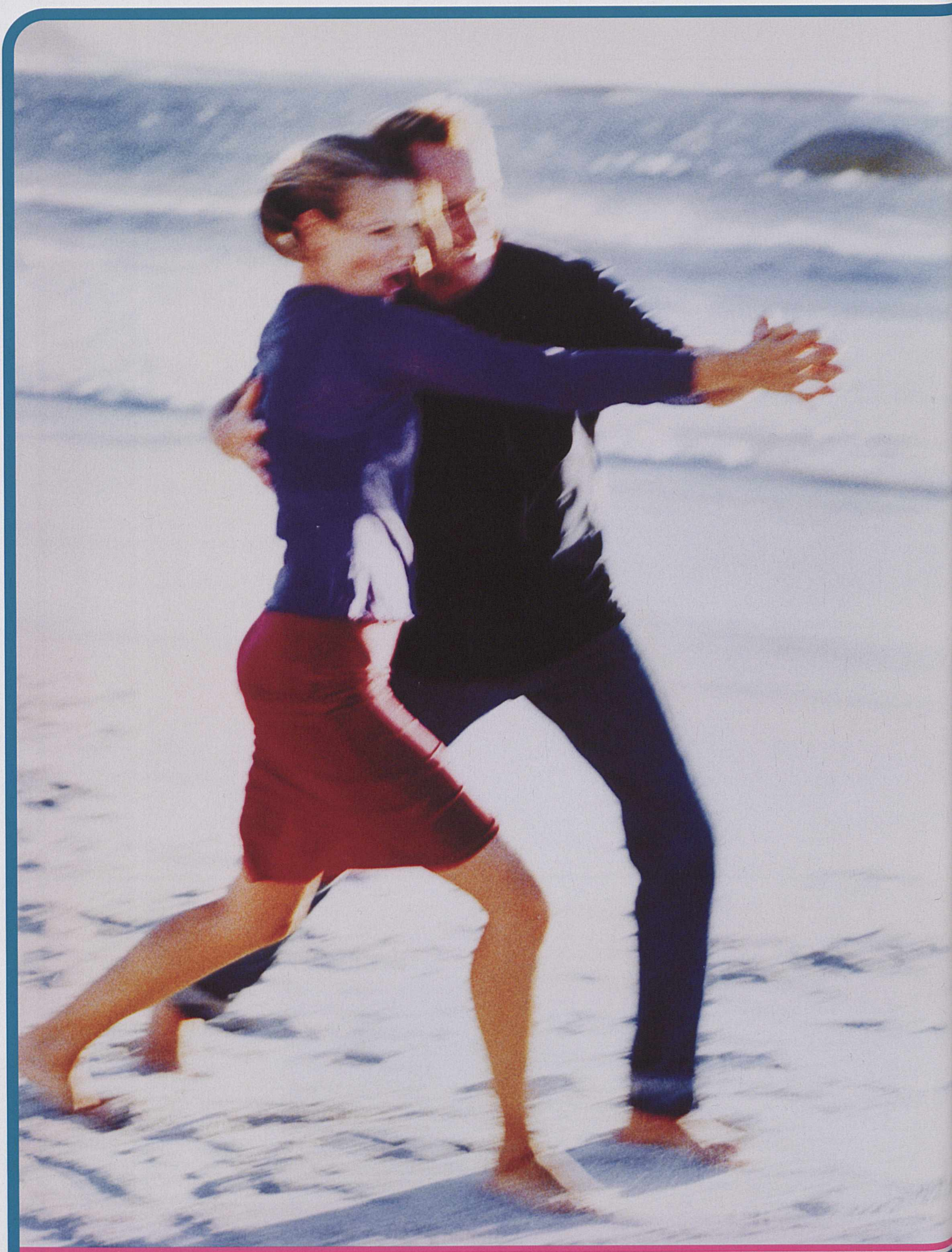
Sjá vefsíðu ÍE: *www.decode.is*

Seroquel AstraZeneca, 960203 TÖFLUR; N 05 A H 04 (Styttur sérlyfjaskrártexti og heimildaskrá)

Hver tafla inniheldur: Quetiapinum INN, fúmarat, samsvarandi Quetiapinum INN 25 mg, 100 mg eða 200 mg. Töflurnar innihalda mjólkursykur (laktósu). **Ábendingar:** Seroquel er notað til meðhöndlunar á geðklofa. **Skammtar og lyfjagjöf:** Seroquel á að gefa tvisvar á dag, með eða án matar. Fullorðnir: Heildardagskammtur fyrstu fjóra daga meðferðarinnar er 50 mg (dagur 1), 100 mg (dagur 2), 200 mg (dagur 3) og 300 mg (dagur 4). Eftir þessa fjóra daga er mælt með 300 mg dagskammti. Dagskammtinn má aðlaga að klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings, á bilinu 150-750 mg/dag. Aldraðir: Eins og með önnur geðlyf, skal lyfið notað með varúð hjá öldruðum, sérstaklega í upphafi meðferðar. Skammtaauknings getur þurft að vera hægari og dagsskammtur lægri en hjá yngri sjúklingum, og fer það allt eftir klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings. Klerans quetiapíns var að meðaltali um 30-50% minni hjá öldruðum samanborið við yngri sjúklinga. Börn og unglingar: Mat á öryggi og verkun lyfsins hjá börnum og unglingum er ekki fyrirliggjandi. Sjúklingar með nýrnabilun: Ekki er nauðsynlegt að aðlaga skammtinn. Sjúklingar með lifrarbilun: Quetiapin umbrotnar að miklu leyti í lifur, og skal því notað með varúð hjá sjúklingum með lifrarbilun, sérstaklega í upphafi meðferðar. Upphafsskammtur lyfsins skal vera 25 mg/dag hjá sjúklingum með lifrarbilun. Skammtinn skal auka daglega um 25-50 mg þar til viðunandi skammti er náð, og fer það allt eftir klínískum viðbrögðum og þoli viðkomandi sjúklings. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Samtímis sjúkdómar: Lyfið skal nota með varúð fyrir sjúklinga með þekkta hjarta- og æðasjúkdóma, sjúkdóma í heilaæðum og fyrir sjúklinga sem hættir til að fá of lágan blóðþrýsting. Seroquel getur orsakað stöðubundið blóðþrýstingsfall, sérstaklega í upphafi þegar verið er að auka skammta smám saman. **Flog:** Í klínískum samanburðarrannsóknum var enginn munur í tíðni floga hjá sjúklingum sem fengu lyfið eða lyfleysu. Eins og með önnur geðlyf, skal gæta varúðar við meðhöndlun sjúklinga sem fengið hafa flog. Síðkomin hreyfitruflun (tardive dyskinesia): Í klínískum samanburðarrannsóknum var enginn munur í tíðni extrapýramídal einkenna hjá sjúklingum sem fengu ráðlagða meðferðarskammta af lyfinu eða lyfleysu. Þetta bendir til að lyfið valdi síður síðkominni hreyfitruflun en venjuleg sefandi lyf. Hafa skal í huga að minnka skammta lyfsins eða hætta notkun þess ef vísbending og einkenni um síðkomna hreyfitruflun koma fram. Illkynja sefunarheilkenni: Illkynja sefunarheilkenni hefur verið tengt við sefandi lyfjameðferð. Klínísk einkenni eru t.d. ofurhiti, breytt andlegt ástand, vöðvastífni, óstöðugleiki í ósjálfráða taugakerfinu og hækkun á kreatínín fosfókínasa. Í slíkum tilvikum skal hætta notkun á lyfinu og gefa viðeigandi lyfjameðferð **Milliverkanir:** Aðalverkun lyfsins er á miðtaugakerfið, og því skal gæta varúðar við samtímis notkun annarra lyfja sem verka á miðtaugakerfið og alkóhóls. Lyfjahvörf lithíums breytast ekki ef það er notað samtímis lyfinu. Samtímis notkun á sefandi lyfjunum risperidon eða halóperidól hefur ekki marktæk áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samtímis notkun á thíoridazín eykur klerans quetiapins. Lyfið örvar ekki lifrarensímin sem taka þátt í umbrotum fenazóns. Samtímis notkun á fenýtóíni (örvar microsomal ensím) veldur aukningu í klerans quetiapins. Sjúklingar sem taka samtímis lyfinu og fenýtóín, eða önnur lyf sem örva lifrarensím s.s. karbamazepín, barbítúröt og rífampicín, geta þurft að auka skammtinn af lyfinu til að hafa stjórn á einkennum sjúkdómsins. Ef sjúklingur hættir að taka fenýtóín og tekur í staðinn lyf sem örva ekki lifrarensím, s.s. natríum valpróat, getur þurft að minnka skammtinn af lyfinu. Ensímið CYP3A4 er helst ábyrgt fyrir sýtókróm P450 tengdum umbrotum quetiapins. Samtímis notkun á címetidíni, sem letur P450 ensímið, hefur ekki áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samtímis notkun á geðdeyfðarlyfjunum imipramín (letur CYP2D6) eða flúoxetín (letur CYP3A4 og CYP2D6) hefur ekki marktæk áhrif á lyfjahvörf quetiapins. Samt sem áður er mælt með að gæta varúðar þegar lyfið er notað samtímis lyfjum sem letja CYP3A4 (t.d. ketókónazól eða erýthrómýcín). **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki hefur verið færð sönnun á öryggi og verkun lyfsins á meðgöngu. Því skal aðeins nota lyfið á meðgöngu ef kostir þess réttlæta hugsanlega áhættu af notkun þess. Ekki er vitað að hve miklu leyti lyfið útskilst í móðurmjólk. Því skal ráðleggja konum sem nota lyfið að forðast að hafa börn á brjósti. **Akstur og stjórnun annarra véla:** Sjúklingum skal ráðlagt að aka ekki bifreið eða stjórna öðrum tækjum fyrr en þeir vita hvaða áhrif lyfið hefur. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin er svefnhöfgi, sem kemur helst fram í upphafi meðferðar, en hættir yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Lyfið veldur ekki hækkun á prólaktíni líkt og mörg önnur geðlyf. **Algengar (>1%):** Taugakerfi: *Svefnhöfgi.* Almennt: *Þróttleysi, svimi.* Hjarta- og æðakerfi: *Réttstöðuþrýstingsfall, of lágur blóðþrýstingur, hraðtaktur.* Meltingarfæri: *Hægðatregða, munnþurrkur, meltingartruflun.* Blóð: *Fækkun hvítra blóðkorna, hlutleysiskyrningafæð.* Efnaskipti: *SGPT (ALT) hækkun, SGOT (AST) hækkun, þyngdarauknings.* Öndunarfæri: *Nefslímubólga.* **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Almennt: *Illkynja sefunarheilkenni.* Hjarta- og æðar: *Yfirlið.* Efnaskipti: *Kólesterólhækkun, blóðfituhækkun, hækkun á gamma-GT.* Blóð: *Fjölgun eósínfíkla.* Taugakerfi: *Rykkjakrampi, grand mal rykkjakrampi.* Meðferð með lyfinu hefur tengst örlitilli skammtaháðri lækkun á skjaldkirtilshormónum, sérstaklega í heildar T4 og fríu T4. Lækkunin náði hámarki á fyrstu 2-4 vikum meðferðarinnar, en við áframhaldandi notkun varð ekki frekari lækkun. **Ofskömmtun og eiturverkanir:** Takmörkuð reynsla er af ofskömmtun á lyfinu í klínískum rannsóknum. **Útlit:** Töflur 25 mg: *Kringlóttar, Ø 6 mm, ferskjulitaðar, kúptar og filmuhúðaðar.* Töflur 100 mg: *Kringlóttar, Ø 8,5 mm, gular að lit, kúptar og filmuhúðaðar.* Töflur 200 mg: *Kringlóttar, Ø 11 mm, hvítar að lit, kúptar og filmuhúðaðar.* **Pakkningar:** Töflur 25 mg: *100 stk (þynnupakkað);12.147 kr.*, Töflur 100 mg: *30 stk. (þynnupakkað); 7.876 kr., 100 töflur (þynnupakkað); 22.945 kr.*, Töflur 200 mg: *30 stk. (þynnupakkað); 11.474 kr., 100 töflur (þynnupakkað); 33.735 kr.* **Afgreiðslutilhögun:** ***Lyfið er lyfseðilskylt.*** **Tryggingastofnun ríkisins greiðir lyfið að fullu.** Ágúst 2001.

Heimildaskrá *1.* ARVANITIS LA, MILLER BG: Multiple fixed doses of Seroquel (quetiapine) in patients with acute exacerbation of schizophrenia: a comparison with haloperidol and placebo. The Seroquel Trial 13 Study Group. Biological Psychiatry (1997) 42:233-46. *2.* SMALL JG, HIRSCH SR, ARVANITIS LA, MILLER BG, LINK CG: Quetiapine in patients with schizophrenia. A high- and low-dose double-blind comparison with placebo. Seroquel Study Group. Arch. Gen. Psychiatry (1997) 54:549-57. *3.* BRECHERM, RAK TW, MELVIN K, JONES AM: The long-term effect of quetiapine (Seroquel monotherapy on weight in patients with schitzophrenia). International Journal of Psychiatry in Clinical Practice (2000) 4:287-91.

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



AstraZeneca

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



Framfarir án fylgikvilla!

Framfarir í nútíma-læknavísindum setja líðan og lífsgæði sjúklinga í ***heildstæðari*** brennipunkt en áður. Í meðhöndlun er kappkostað að losa sjúklinginn ***undan áþján óæskilegra fylgikvilla*** bæði ***sjúkdóms og lyfja***! Fylgikvillar geðklofa tengjast ***skerðingu á lífsgæðum*** sem stafa ýmist af ***einkennum geðklofa*** eða ***aukaverkunum lyfja***.

Vísindastarf AstraZeneca hefur nú ***markað þáttaskil*** í ***meðferð geðklofa*** með tilkomu Seroquel. Lyfið stendur jafnfætis öðrum lyfjum í sama flokki hvað varðar virkni þess á einkenni geðklofa. Það er ***sérstaða lyfsins varðandi aukaverkanir*** sem er svo mikilvæg!

Nú getur þú dregið mjög úr líkum á EPS-aukaverkunum!
Hverfandi líkur á að sjúklingur þinn finni fyrir ***EPS aukaverkunum***, jafnvel með hækkandi skömmtum af ***Seroquel***! [1]

Nú getur þú dregið mjög úr líkum á prólaktín-tengdum aukaverkunum!
Hverfandi líkur á prólaktínhækkun og meðfylgjandi aukaverkunum með Seroquel. [2,1]

Nú getur þú dregið mjög úr líkum á þyngdaraukningu!
Langtímanotkun á Seroquel veldur ***lítilli sem engri*** þyngdaraukningu hjá sjúklingum þínum. [3]

Sameiginlegt markmið
Í ljósi framþróunar er ***ekki ásættanlegt*** að horfa framhjá fylgikvillum lyfja. Þess vegna er það okkur hjá AstraZeneca fagnaðarefni að kynna ***markmið*** okkar: „***framfarir án fylgikvilla***". Við æskjum þess að starfa náið með ***íslenskum heilbrigðisstéttum*** að því markmiði.

(Sjá sérlyfjaskrártexta og heimildaskrá á næstu síðu)

Seroquel®

EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 421-01

Lausn úr einangrun geðtruflana

TRADEMARK

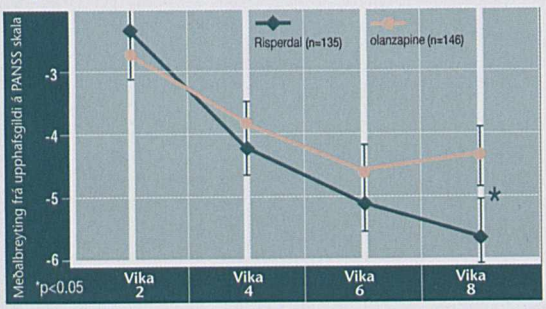
Risperdal

RISPERIDONE

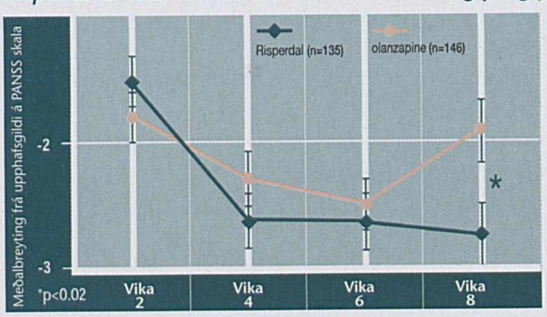
Frelsi til að taka þátt í samfélaginu

Risperidone vs. olanzapine*

Risperidone hefur marktækt meiri áhrif á pósitíf einkenni



Risperidone hefur marktækt meiri áhrif á kvíða og þunglyndi



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

Eiginleikar: Risperidón er geðlyf (neuroleptícum) af flokki benzioxazólafleiða. Það er sértækur mónóamínvirkur blokki, sem hefur mikla sækni í serótónínvirka 5-HT_2- og dópamínvirka D_2-viðtaka **Ábendingar:** Bráðar og langvinnar geðtruflanir (psykósur) vegna geðklofa. Geðtruflanir sem líkjast geðklofa (schizopreniform disorder). Risperdal er einnig ætlað til langtíma notkunar til þess að koma í veg fyrir að sjúkdómurinn taki sig upp að nýju hjá sjúklingum með langvinnan geðklofa. Hegðunartruflanir hjá sjúklingum með vitglöp. **Frábendingar:** Ofnæmi af barbitúrsýrusamböndum, ópíótum eða áfengi. **Varúð:** Lifrar- og nýrnasjúkdómur. Flogaveiki. Krampar. Parkinsons sjúkdómur. Hjartabilun. Útbreidd æðakölkun. Stöðubundinn lágþrýstingur. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin er svefnleysi (allt að 13%). **Algengar (>1%):** Almennar: Höfuðverkur. Þyngdarauknin. Hjarta- og æðakerfi: Lágþrýstingur (þar með talinn stöðubundinn lágþrýstingur), hraðtaktur (þar með talinn reflex hraðtaktur) eða háþrýstingur. Miðtaugakerfi: Svefnleysi. Æsingur. Hræðsla og þreyta. Syfja, svimi, minnkuð einbeitingarhæfni. Aukin munnvatnsframleiðsla, extrapýramidal einkenni. Innkirtlar: Minnkuð kyngeta karla, seinkun á sáðláti. Óeðlileg mjólkurmyndun. Tíðastopp, auknar tíðablæðingar og truflanir á tíðahring. Meltingarfæri: Hægðatregða, meltingartruflanir, ógleði, uppköst og kviðverkir. Húð: Útbrot. Öndunarfæri: Bólgur í nefi. Augu: Þokusýn. **Milliverkanir:** Lyfið getur minnkað virkni levódópa og annarra dópamínvirkra lyfja. Karbamazepín lækkar blóðstyrk virks umbrotsefnis risperidóns. Sviputð áhrif má sjá af öðrum lyfjum sem hvetja efnaumbrot í lifur. Ef meðferð með karbamazepíni eða öðrum lyfjum sem hvetja efnaumbrot í lifur er hætt, skal lækka skammta risperidóns. Ef lyfin flúoxetín eða paroxetín eru gefin með, getur þurft að breyta skömmtun risperidóns. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Lyfið má gefa einu sinni eða tvisvar á dag. Skammtar eru hækkaðir smám saman vegna hættu á stöðubundnum lágþrýstingi. Upphafsmeðferð er 2 mg á dag. Á öðrum degi má auka skammtinn í 4 mg á dag. Síðan er skammtur einstaklingsbundinn eftir einkennum. Hægt er að auka skammtinn á lengri tíma ef það er læknisfræðilega æskilegt. Algengur viðhaldsskammtur er 4-6 mg á dag. Sumir sjúklingar hafa gagn af lægri skömmtum. Hámarksskammtur er 16 mg á dag. Aldraðir: Ráðlagður upphafsskammtur er 0,5 mg 2 sinnum á dag. Skammtinn má leiðrétta einstaklingsbundið með 0,5 mg 2 sinnum á dag að 1 til 2 mg 2 sinnum á dag. Aldraðir þola lyfið vel. Bráðar og langvinnar geðtruflanir vegna geðklofa: Þegar hentugum skammti er náð má íhuga skömmtun einu sinni á dag. Hegðunartruflanir við vitglöp: Meðferðina á að hefja með 0,25 mg tvisvar sinnum á dag. Skammtinn má auka eftir þörfum um 0,25 mg tvisvar sinnum á dag, þó ekki oftar en annan hvern dag. Heppilegur skammtur fyrir flesta er 1 mg á dag. Sumir sjúklingar geta þurft allt að 2 mg á dag. Þegar hentugum skammti er náð má íhuga skömmtun einu sinni á dag.Skipti af annarri geðlyfjameðferð: Þegar meðferð með risperidóni er hafin í stað annarra geðlyfja, skal minnka skammta fyrri meðferðar smám saman til að forðast fráhverfseinkenni. Þegar meðferð með risperidóni er hafin í stað geðlyfja með forðaverkun, þarf engan aðlögunartíma og risperidón er gefið strax í stað fyrri meðferðar. Nauðsyn þess að halda áfram andkólínvirkri lyfjameðferð skal endurmeta reglulega. **Skammtastærðir handa börnum:** Börn eldri en 15 ára: Sömu skammtar og handa fullorðnum. Börn yngri en 15 ára: Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum yngri en 15 ára. **Athugið:** Lyfið getur haft áhrif á viðbragðsflýti og ber að hafa það í huga við akstur bifreiða eða stjórnun annarra vélknúinna tækja. **Blöndun:** Mixtúruna má blanda í heita og kalda drykki aðra en áfenga drykki og te, t.d. gosdrykki, appelsínusafa, sódavatn, heitt kaffi eða mjólk. **Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá. Pakkningar og hámarksverð 1. 01. 2001. Mixtúra 1 mg/ml:** 100 ml — 14.303 kr.**Töflur 0,5 mg:** 20 stk. — 1.783 kr. **Töflur 1 mg:** 6 stk. — 1.000 kr. / 60 stk. — 6.917 kr. **Töflur 2 mg:** 60 stk. — 12.743 kr. **Töflur 3 mg:** 60 stk.— 18.516 kr. **Töflur 4 mg:** 60 stk. — 23.907 kr. **Töflur 6 mg:** 28 stk. — 17.280 kr.

*R.R.Conley et al; Journal of the European College of Neuropsychopharmacology 2000; 10:S3

JANSSEN-CILAG

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 568 6044

Læknastofan
Austurvegi 44, Selfossi

Auglýsir eftir sérfræðingum til starfa á Selfossi, meðal annars:

kvensjúkdómalækni, þvagfæraskurðlækni, bæklunarskurðlækni, geðlækni og sálfræðingi.

Mikil þörf er á Suðurlandi fyrir þessa þjónustu sem hingað til hefur verið sinnt að mestu leyti frá Reykjavík. Læknastofan er í rúmgóðu húsnæði fyrir ofan Árnes Apótek og er aðstaða öll mjög góð og miklir framtíðarmöguleikar fyrir hendi.

Upplýsingar veita Helgi Sigurðsson í síma: 482 3600, netfang: apotek@selfoss.is og Sveinn M. Sveinsson, yfirlæknir HSS, hs: 482 1552, vs: 482 1300, GSM: 899 4525, netfang: sveinsson@simnet.is

Læknastofan Austurvegi 44
800 Selfossi – Sími: 482 3600

Møre og Romsdal fylkeskommune
Sjukehuset i Møre og Romsdal

Ledige stillingar

1. januar 2001 blei Fylkessjukehusa i Kristiansund, Molde, Volda og Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal slått saman som Sjukehuset i Møre og Romsdal. Sjukehuset i Møre og Romsdal har omlag 4.100 tilsette, 649 somatiske sengeplassar og eit driftsbudsjett på omlag 2,4 mrd. kroner.

Søkjarar til stillingar ved dei ulike sjukehuseiningane skal framleis sende sine søknader til den sjukehuseininga der ein søkjer stilling, sjå stillingsnr. og adresse i annonsa.

SENTRALSJUKEHUSET I MØRE OG ROMSDAL, NORGE

Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering

Overlege

- Overlege - still.nr. 01/ULSnr. 1515.

Assistentlege II

- Assistentlege II - still.nr. 07/ULSnr. 1519.

Avd. for fysikalsk medisin og rehabilitering har ledig stilling for overlege og assistentlege (søkt midlertidig omgjort overlegestilling).

Avdelinga har 5 overlegestillingar og 2 assistentlegestillingar, og er godkjent som gruppe I-avdeling i høve til spesialistutdanninga i fys. med/rehab. spesialiteten. Det er gode mogelegheiter til å få relevant sideteneste for assistentlegar ved SMR. Spesialistreglane er under endring.

Avdelinga har eigen sengepost med 15 senger. Det er i tilknytning til sengeposten etablert to fulle tverrfaglege team med særansvar for spesifiserte diagnosegrupper t.d. traumatisk hjerneskade, slag, spinalskader, poliosekveler, andre nevrologiske sjukdommar, multitraume, amputasjonar, smågrupper (Ehler-Danlos, MMC, AMC) og vurdering av komplekse fysikalsk medisinske tilstandar. Det blir arbeid med å utvikle eit postakutt tilbod i høve til pasientar med kognitive utfall.

Ein har ein omfattande poliklinikk med vekt på fysikalsk medisinske problemstillingar og vurderingar for Rikstrygdeverket.

Det vert utprøvd ein bio-psyko-sosial behandlingsmodell for psykosomatiske tilstandar. Avdelinga har utstyr for CYBEX isokinetisk muskeltesting av skulder, rygg og kne.

Det vert drive poliklinisk nevropsykologisk utgreiing ved psykologspesialist.

Avdelinga har etablert voksenhabiliteringsteam med ansvar for Sunnmørsregionen.

Fylket har eigen rehabiliteringsplan der avdelinga samarbeider med Nevrohjemmet Rehabiliteringssenter i Ålesund og Mork senter i Volda om felles inntaksvurdering og tilpasning av optimalt tilbud til den enkelte brukar, sett i lys av diagnose, bustad og fagleg behov.

Avdelinga har ordning med beredskap etter plan for avgrensa beredskap etter ordinær arbeidstid. Assistentlegestillinga er direkte plassert i ltr. 48.

Den som blir tilsett må ha gode kunnskapar i norsk skriftleg og munnleg, samt ha evne til å delta aktivt i / leie tverrfagleg team. Konkret ansvarsområde /arbeidsfelt for den einskilde lege vil måtte avtalast med avdelingsleiinga i høve til kompetanse, interesse og behov. Sjukehuset kan hjelpe til med å skaffe bustad og barnehageplass.

Nærare oppl.: Avd.sjef overlege Halvard Nilsen, tlf.+47 70 10 50 00.

Søknad på søknadsblankett for legestillingar til: Sentralsjukehuset i Møre og Romsdal v/sjeflegen, N-6026 Ålesund.

Søknadsfrist: 18. september 2001.

CICERO fh

MEIR INFORMASJON OM FYLKESKOMMUNEN OG FLEIRE LEDIGE STILLINGAR PÅ INTERNETT: WWW.MR-FYLKE.ORG OG WWW.JOBBNORD.NO

SOGN OG FJORDANE FYLKESKOMMUNE
Sentralsjukehuset Sogn og Fjordane

Sentralsjukehuset i Sogn og Fjordane er sentralsjukehus for Sogn og Fjordane fylke som har ca.107 000 innbyggjarar. Sjukehuset ligg i Førde, ein by med 10 000 innbyggjarar. Her er gode tilhøve for eit rikt friluftsliv både sommar og vinter. Det er gode buss- og flysamband med Bergen og Oslo.

ANESTESIAVDELINGA, har ledig 2 stk 100 % faste stillingar som

OVERLEGE i anestesi

(sak nr 01/05600)
frå dd i heimel 5406 NR ID nr 3247 og heimel 5403 NR ID nr 3249

Anestesiavdelinga omfattar følgjande einingar: Anestesiseksjon, intensivseksjon, smerteklinikkverksemd og medisinsk ansvar for Statens Luftambulanse – Førde. Avdelinga har for tida 11 stillingsheimlar, av dei er to faste- og to er mellombels gjort om til assistentlegestillingar.

Avdelinga dekkjer anestesiteneste ved avd. i Florø på ambulant basis 3 dagar i veka. Dette inngår som ein kollegial del av tenesta etter eigen avtale. Det er ønskeleg at søkjar er villig til å ta del i luftambulansetenesta ved basen her i Førde.

Søkjarar må beherske norsk muntleg og skriftleg.

Overlegestilling er løna i st.kode 7447, løn etter avtale.

Vi tilbyr også:

- Hjelp til å skaffe bustad og med gratis bustad i 2 år i ein av våre husvære (skattepliktig)
- Hjelp til å skaffe barnehageplass og dekking av barnehagesatsen (skattepliktig).
- Dekking av flyttekostnadar etter fylkeskommunale reglar.
- Gode muligheiter til kurs og etterutdanning.

Nærare opplysningar om stillingane ved avd.sjef Torodd Bruland eller kst. avd.overlege Harald Sandvik, tlf.57 83 90 00.

Skriftleg søknad saman med attesterte kopiar av vitnemål og attestar skal sendast til: **Sentralsjukehuset Sogn og Fjordane, Adm., 6800 Førde**. Søknad skal skrivast på"søknadsblankett for legestillingar" den kan lastast ned frå internett-adresse: *http://www.legeforeningen.no/skjemaer/stilling.rtf.*

For nærare informasjon om sjukehuset sjå vår internettside: *http://www.sogn-og-fjordane-f.kommune.no/sssf/*

Søknadene må merkast med sak nr. 01/05600
Søknadsfrist: 10. september 2001.

frantz.no

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



StilNoct® (zolpidem)

Sofið rótt – vaknið endurnærð[2]

12. apríl 2000

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

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

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

sanofi~synthelabo

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

Heimasíður og netföng

Læknafélag Íslands: **http://www.icemed.is**
Formaður LÍ: **sigurbjorn.sveinsson@mjodd.hr.is**
Formaður LR: **olaaevar@landspitali.is**
Formaður FÍH: **thorbk@vortex.is**
Formaður FUL: **thorira@hotmail.com**
Félag íslenskra barnalækna: **www.barnalaeknar.is**
Félags íslenskra landsbyggðarlækna:
www.icemed.is/felog_laekna/fill.htm
FÍLÍB: **p.matthiasson@iop.kcl.ac.uk**
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**
Landspítali: **http://www.landspitali.is**
Barnaspítali Hringsins: **http://www.landspitali.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 verði 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. júní 2001

Almennt gjald	50,45
Sérstakt gjald (utan malbiks +15%)	58,01

Dagpeningar frá 1. júní 2001
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	12.400,00
Gisting eina nótt	7.400,00
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	5.000,00
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	2.500,00

Dagpeningar frá 1. júní 2001
Erlendis **SDR**

	Gisting	Annað	Alls
Bretland og Rússland	130	92	222
New York og Washington DC	135	80	215
Asía, Afríka, S-Ameríka	133	107	240
Annars staðar	97	92	189

Lækningastofa opnuð

Hef opnað lækningastofu í Domus Medica. Tímapantanir í síma 563 1072. Mun áfram verða vikulega á lækningastofu á Selfossi.

Geir Friðgeirsson
sérgrein **barnalækningar**

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.

9.-14. september
Í Nice. 10th Congress of The International Psychogeriatric Association. Bridging the gap between brain and mind. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu.

14.-16. september
Í 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 Gastein. Intergrating Health across Policies. Nánari upplýsingar: *www.whfg.org* og hjá Læknablaðinu.

3.-7. októbe
Í Portoroz, Slóveníu. 12th International Balint Congress. Upplýsingar: *telja.alic@cd–cc.si* og hjá Læknablaðinu.

23.-28. október
Í Melbourne, Ástralíu. 11th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Upplýsingar: *www.icms.com.au/isuog*

2.-4. nóvember
Í Osló. Á vegum The Scandinavian Menopause Society. SMS – Why the activities must go on! A debate on the best clinical practice after the menopause. Among the topics: Gender differences in ageing; HRT: Knowledge, attitudes, and use in the Nordic Countries; Compliance problems. The Irish experience; From perception to evidence; Psychosocial effects; Risk/benefit evaluation: the breast and the endometrium; HERS: the aftermath; New product developments; Nordic Guidelines: Is there a need for further information?: SMS: the future activities! Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og SMS Secretariat: ICS, PO Box 41, Strandvejen 171, DK-2900 Hellerup, Denmark. Sími: +45 3946 0500; netfang: *SMS@ics.dk* – veffang: *SMS.ics.dk*

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

25.-26. janúar 2002
Í Osló. NUGA, Nordisk Urogynekologisk Arbeidsgruppes Årsmøte. Nánari upplýsingar: *mariann.bache@pharmacia.com*

3.-7. febrúar 2002
Í Eilat, Ísrael. 2nd International Conference on Ethics Education in Medical School. Nánari upplýsingar: *meeting@isas.co.il*

7.-9. júní 2002
Á Ísafirði. XV. þing Félags íslenskra lyflækna. Nánar auglýst síðar. Upplýsingar hjá formanni félagsins, Runólfi Pálssyni: *runolfur@landspitali.is* og ritara þingsins, Birnu Þórðardóttur: birna@icemed.is

9.-13. júní 2002
Í Reykjavík. Emergency Medicine beween continents. Nánari upplýsingar er að finna á vefi Landspítala háskólasjúkrahúss, *www.landspitali.is*

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.-16. júní 2002
Í Reykjavík. Sjötta norræna ráðstefnan um hjartaendurhæfingu á vegum Félags fagfólks í hjarta- og lungnaendurhæfingu. Ráðstefnan fer fram á ensku. Nánari upplýsingar: *magnusbe@reykjalundur.is*

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*

4.-7. september 2002
Í Þrándheimi. Nordisk kongress i allmennmedisin. Nánari upplýsingar hjá Jóhanni Ág. Sigurðssyni: *johsig@hi.is* og *nordisk.kongress@medisin.ntnu.no* – *http://www.uib.no/isf/nsam* – *http://www.uib.no/isf/nsam*

5.-8. september 2002
Í Montrèal, Kanada. The 3rd International DNA Sampling Conference. The themes of the conference: Population Genetics and Community Genetics; Research: DNA Sampling and Banking; Public and Private Databases; Discrimination; Benefit-Sharing and Patents. Nánari upplýsingar: *http://www.humgen.umontreal.ca* – (514) 343-2142.

14.-18. september 2002
Í Kaupmannahöfn. Á vegum World Federation for Medical Education. Global Standards in Medical Education-For Better Health Care. Nánari upplýsingar: *wfme2002@ics.dk*

21.-26. september 2003
Í Santiago, Chile. XVII þing FIGO, Federation International Gynecology & Obstetrics. Nánari upplýsingar: FIGO 2003 Congress Secretariat, c/o Events International Meeting Planners Inc. Attn.: Rita De Marco, 759 Victoria Square, Suite 300, Montrèal, Quèbec, Canada H2Y 2J7. Sími: (514) 286-0855; bréfasími: (514) 286-6066; netfang: *demarcor@eventsintl.com*

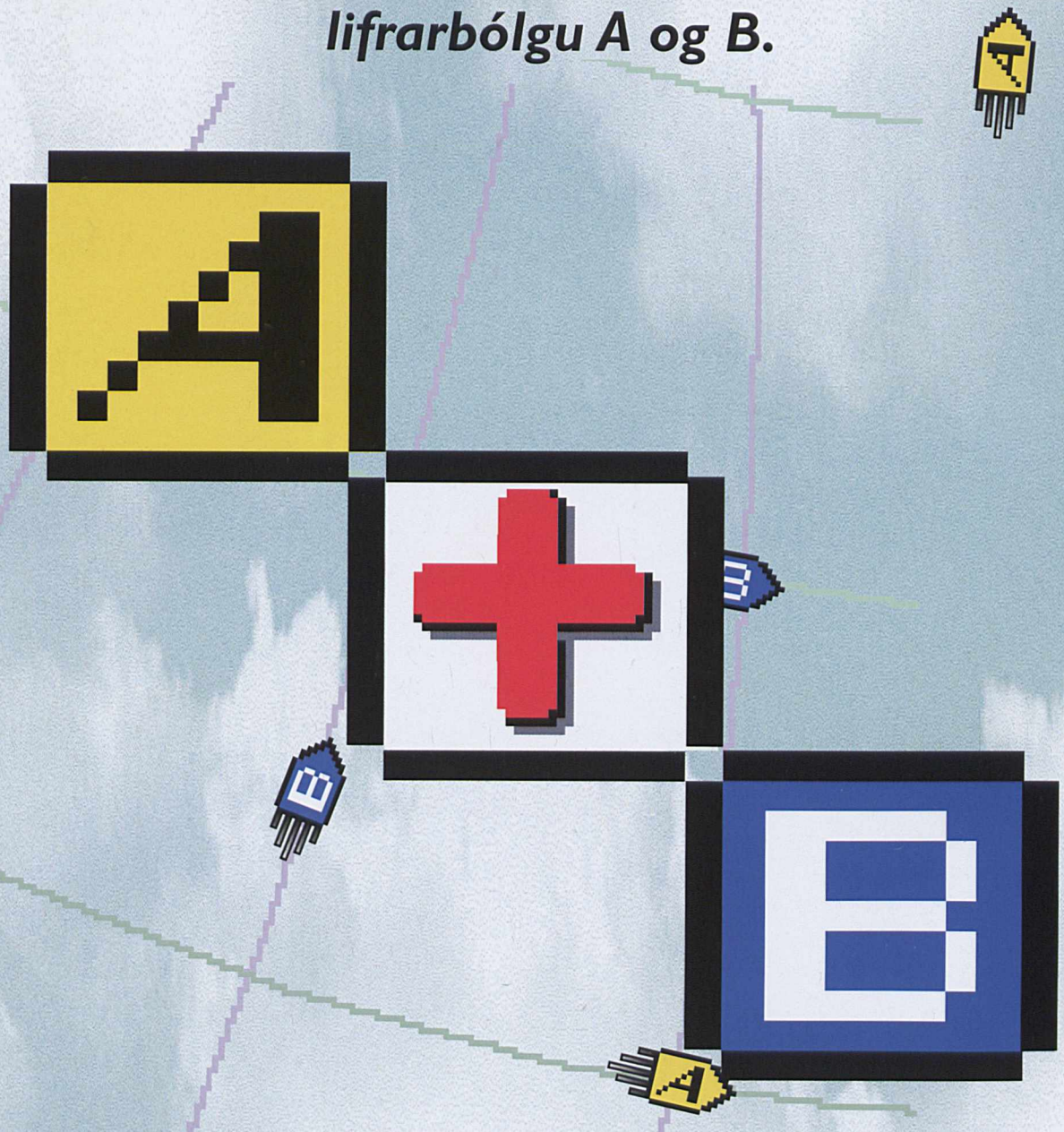
Á vegum Rauða krossins í Thailandi?

LÆKNABLAÐINU HEFUR BORIST BRÉF FRÁ dönskum lækni, Martin Smedeböl, og sænskum hjúkrunarfræðingi, Kerstin Hansen, sem bæði unnu á vegum Rauða krossins í flóttamannabúðum í Thailandi í kjölfar ógnarstjórnar Pols Pots og Rauðu Kmeranna í Kambódíu. Þau Martin og Kerstin unnu í flóttamannabúðunum Khao-I-Dang við landamæri Thailands og Kambódíu. Fyrirætlun þeirra er að ná sem flestum fyrrum starfsmönnum þessara flóttamannabúða í hópferð til Thailands og Kambódíu og sjá hvernig þar er umhorfs núna. Ferðin er fyrirhuguð í janúar 2002. Ef einhverjir landar teljast til þessa hóps er unnt á hafa samband í netföngum:
smedebol@hotmail.com
hansenkerstin@hotmail.com

BÓLUEFNI (stungulyf); SmithKline Beecham Biologicals. Ábendingar: Twinrix Adult er ætlað einstaklingum, 16 ára og eldri, sem eiga á hættu að smitast af lifrarbólgu A og lifrarbólgu B og hafa ekki myndað ónæmi.Twinrix Paediatric er ætlað börnum og unglingum, frá 1 til 15 ára, sem eiga á hættu að smitast af lifrarbólgu A og lifrarbólgu B og hafa ekki myndað ónæmi. Skammtar og lyfjagjöf: Áður en Twinrix er notað skal það hrist til að fá fram hálfgegnsæja, hvíta dreifu. Sé útlit innihaldsins ekki eins og vera ber, skal farga því. TWINRIX Á EKKI UNDIR NOKKRUM KRINGUMSTÆÐUM AÐ GEFA Í ÆÐ.Twinrix Adult: Mælt er með 1.0 ml (720 ELISA einingar HA/20 míkróg HBsAg) skammti fyrir 16 ára og eldri.Twinrix Paediatric: Mælt er með 0.5 ml (360 ELISA einingar HA/10 míkróg HBsAg) skammti fyrir börn og unglinga frá 1 til 15 ára. Stöðluð aðferð til ónæmisaðgerðar með Twinrix er að gefa þrjá skammta, þann fyrsta á einhverjum tilteknum degi, þann næsta einum mánuði síðar og þann þriðja sex mánuðum eftir fyrsta skammtinn.Frábendingar: Twinrix skal ekki gefa einstaklingum með þekkt ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum bóluefnisins. Líkt og á við um önnur bóluefni skal fresta ónæmisaðgerð með Twinrix hjá einstaklingum sem eru bráðveikir og með hita.Milliverkanir: Engar upplýsingar eru fyrir hendi um notkun Meðganga og brjóstagjöf: Meðganga: Áhrif Twinrix á fósturþroska hafa ekki verið metin.Brjóstagjöf: Twinrix skal því nota með varúð hjá konum með börn á brjósti.Aukaverkanir: Algengustu aukaverkanirnar eru staðbundnar á stungustaðnum, en þær voru helstar; tímabundinn verkur, roði og þroti. Geymsluskilyrði: Twinrix skal geyma við 2 - 8°C..Má ekki frjósa; fargið bóluefni sem hefur frosið. Ákvæði um meðferð/meðhöndlun lyfsins: Áður en Twinrix er notað skal það hrist til að fá fram hálfgegnsæja, hvíta dreifu. Sé útlit innihaldsins ekki eins og vera ber, skal farga því. Pakkningar: Twinrix Adults: einnota dæla 1 ml. Twinrix Paediatric: - einnota dæla 0,5 ml. Lyfseðilsskylt.Greiðsluþáttaka 0.(220101)

Twinrix®

Samsett bóluefni gegn lifrarbólgu A og B.



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