Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



12/2001

ZARATOR – Atorvastatinum. **Ábendingar:** Of hátt heildarkólesteról, LDL-kólesteról, apólípóprótein B og þríglýseríð hjá sjúklingum með kólesterólhækkun af ókunnri orsök, arfgenga (fjölskyldutengda) kólesterólhækkun, blandaða blóðfituhækkun (t.d. IIa-og IIb-gerð skv.flokkun Fredericksons), þegar viðunandi árangur næst ekki með mataræði eða öðrum ráðstöfunum en lyfjagjöf. **Skammtar handa fullorðnum:** Byrja á stöðluðu kólesteróllækkandi fæði og halda því, meðan meðferð með atorvastatíni stendur. Venjulegur upphafsskammtur er 10 mg x 1 á dag. Skammta á að ákveða með tilliti til upphaflegs LDL-kólesterólgildis, markmiðs meðferðar og svörunar. Skammta skal aðlaga með 4 vikna millibili eða sjaldnar. Hámarksskammtur er 80 mg einu sinni á dag. Lyfið má taka hvenær sólarhringsins sem er með eða án fæðu. Ekki þarf að breyta skömmtum vegna aldurs eða nýrnastarfsemi. Börn: Takmörkuð reynsla er af notkun atorvastatíns hjá börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna lyfsins, virkur lifrarsjúkdómur, óskýrð viðvarandi þreföld hækkun transamínasa í blóði, vöðvakvillar (myopathia), meðganga, brjóstagjöf. Konur á barneignaraldri verða að nota getnaðarvarnir. **Varnaðarorð og varúðarreglur: Áhrif á lifur:** Rannsaka skal lifrarstarfsemi áður en meðferð hefst og reglulega meðan meðferð stendur. Gera skal prófanir á lifrarstarfsemi sjúklinga komi merki eða einkenni um lifrarskemmdir fram. Hækki transamínasagildi skal fylgjast með sjúklingnum þar til gildi verða eðlileg. Hækki transamínasar meira en þrefalt miðað við efri mörk meðalgilda er mælt með að minnka skammta eða hætta atorvastatín gjöf. Nota skal atorvastatín með varúð hjá þeim sem neyta mikils áfengis og/eða hafa fengið lifrarsjúkdóm. **Áhrif á beinagrindarvöðva:** Skýrt hefur verið frá vöðvaþrautum hjá sjúklingum, sem eru á atorvastatín meðferð. Við hækkun á CPK eða ef vöðvakvilli eða grunur um hann vaknar skal inntöku hætt. Mæla skal CPK-gildi hjá þeim sem sýna einkenni vöðvakvilla. Sé stöðug, greinileg hækkun á CPK er mælt með að minnka skammta eða stöðva atorvastatín gjöf (sjá Milliverkanir). **Milliverkanir:** Hætta á vöðvakvilla eykst við meðferð með öðrum lyfjum í þessum flokki ef cýklóspórín, fíbröt, erýtrómýsín, azól-sveppalyf eða níasín eru tekin samtímis og hefur í örfáum tilvikum leitt til rákvöðvasundrunar (rhabdomyolysis) auk skertrar nýrnastarfsemi af völdum vöðvarauðamigu (myoglobinuria). Atorvastatín umbrotnar fyrir áhrif cýtókróm P450 3A4. Vegna reynslu af notkun annarra HMG-CoA hemla skal gæta varúðar sé Zarator gefið samtímis cýtókróm P450 3A4 hemli (t.d. cýklóspóríni, makrólíðsýklalyfjum og azól-sveppalyfjum). Áhrif efna sem örva cýtókróm P450 3A4 (t.d. rífampicín eða fenýtóín), á atorvastatín eru ekki þekkt. Í klínískum rannsóknum sáust engar marktækar milliverkanir þegar atorvastatín var gefið samtímis blóðþrýstingslækkandi lyfjum eða blóðsykurlækkandi lyfjum. Við notkun atorvastatíns og dígoxíns samtímis eykst stöðug blóðþéttni dígoxíns um c.a.20%. Fylgjast skal vel með sjúklingum á dígoxínmeðferð. Við samtímis notkun atorvastatíns og getnaðarvarnataflna jókst þéttni noretíndróns og etinýlestradíóls. Hafa skal þessa auknu þéttni í huga þegar skammtar getnaðarvarnalyfja til inntöku eru ákveðnir. Blóðþéttni atorvastatíns lækkaði (u.þ.b.25%) er kólestípól var gefið með Zarator. Verkun á lípíð varð hins vegar meiri þegar atorvastatín og kólestípól voru gefin saman en ef efnin voru gefin hvort um sig. Við samtímis gjöf atorvastatíns og sýrubindandi mixtúra, sem innihalda magnesíum og álhýdroxíð, lækkaði blóðþéttni atorvastatíns u.þ.b. 35%; lækkun á LDL-kólesteróli breyttist ekki. Við samtímis notkun atorvastatíns og warfaríns styttist prótrombíntími lítillega fyrstu dagana en varð aftur eðlilegur innan 15 daga. Engu að síður skal fylgjast vel með sjúklingum á warfarín meðferð er atorvastatíni er bætt við. **Meðganga og brjóstagjöf: Notist ekki**-sjá „frábendingar". **Aukaverkanir: Algengar (>1%)**: Hægðatregða, vindgangur, kviðverkir og meltingartruflanir. Sjaldgæfar (0,1-1%): Höfuðverkur, ógleði, vöðvaþrautir, þróttleysi, niðurgangur og svefnleysi. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Hækkun á transamínösum í blóði, oftast væg og tímabundin. Hækkun á transamínösum í blóði sem hafði klíníska þýðingu (hærri en þreföld efri mörk meðalgilda) kom fram hjá 0,8% sjúklinga sem fengu atorvastatín. Þessar hækkanir voru skammtaháðar og gengu til baka hjá öllum sjúklingunum. Í klínískri samanburðarrannsókn kom fram hækkun á serumkreatín fosfókínasa (CPK)-gildum (hærri en þreföld efri mörk meðalgilda) hjá 2,5% sjúklinga sem fengu Zarator, en hjá 3,1% sjúklinga sem fengu aðra HMG-CoA redúktasa hemla. Tíföld gildi umfram efri meðalgildi komu fram hjá 0,4% sjúklinga sem fengu atorvastatín; 0,1% þessara sjúklinga fengu einnig vöðvaverki, þróttleysi og þreytu. Enn fremur voru eftirtaldar aukaverkanir skráðar í klínískum rannsóknum með atorvastatín, en óvíst hvort allar hafa verið af þess völdum: Vöðvakrampar, vöðvaþroti, vöðvakvilli, tilfinningaglöp, kvilli í útlægum taugum, brisbólga, lifrarbólga, gallteppugula, lystarleysi, uppköst, hárlos, kláði, útbrot, getuleysi, blóðsykurshækkun og blóðsykurslækkun. Verkir fyrir brjósti, svimi og ofnæmi hafa einnig verið skráð í einstaka tilvikum.

Pakkningar og verð 1. nóvember 2001:

Töflur 10 mg: (þynnupk.)	30 stk. - verð 5.053 kr.	100 stk. - verð 14.499 kr.
Töflur 20 mg: (þynnupk.)	30 stk. - verð 7.233 kr.	100 stk. - verð 21.041 kr.
Töflur 40 mg: (þynnupk.)	30 stk. - verð 10.740 kr.	100 stk. - verð 32.397 kr.

Sjá nánari upplýsingar um lyfið í Sérlyfjaskrá.

Lyfið er lyfseðilsskylt og greiðist samkv. greiðslufyrirkomulagi 0 í lyfjaverðskrá.



Pfizer, einkaumboð á Íslandi: Pharmaco hf., Hörgatúni 2 210 Garðabær

FRÆÐIGREINAR

967 **Ritstjórnargreinar:**
Samskipti lækna og lyfjafyrirtækja
Sigurbjörn Sveinsson

971 **Lyfjaiðnaðurinn og læknisfræðin**
Vilhjálmur Rafnsson

973 **Skyndidauði utan spítala á Reykjavíkursvæðinu árin 1987 til 1999 af öðrum ástæðum en hjartasjúkdómum**
Sigurður Marelsson, Gestur Þorgeirsson
Neyðarbíll hefur verið starfræktur á Stór-Reykjavíkursvæðinu frá 1982 og hafa læknar bílsins haldið nákvæmar skrár um öll tilfelli skyndidauða utan sjúkrahúsa. Skráning tilfellanna hefur verið með svipuðum hætti allan tímann og frá 1991 hafa skrárnar verið í samræmi við alþjóðlegt skráningarkerfi.

981 **Menntun, störf og tekjur þeirra sem urðu öryrkjar á Íslandi árið 1997**
Sigurður Thorlacius, Sigurjón B. Stefánsson, Stefán Ólafsson
Meginmarkmið rannsóknarinnar var að meta í hve miklum mæli félagslegar aðstæður öryrkja annars vegar og þjóðarinnar hins vegar eru frábrugðnar. Þegar rannsóknin fór fram voru forsendur örorkumats læknisfræðilegar, félagslegar og fjárhagslegar. Árið 1999 var forsendum matsins breytt og nú er örorkan einungis metin á læknisfræðilegum forsendum á grundvelli sérstaks örorkumatsstaðals.

987 **Hirschprungs sjúkdómur á Íslandi 1968-1998**
Elísabet S. Guðmundsdóttir, Guðmundur Bjarnason, Jónas Magnússon
Hirschprungs sjúkdómur er meðfæddur garnasjúkdómur sem einkennist af garnastíflu og afleiðingum hennar. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna tíðni sjúkdómsins á Íslandi, einkenni og aldur sjúklinga við greiningu, tegund og árangur aðgerða og fylgikvilla. Rannsóknin er afturskyggn og nær til 13 barna.

991 **Bjóðsjúgandi nagdýramaur leggst á fólk á Íslandi**
Karl Skírnisson
Lýst er blóðsjúgandi nagdýramaur sem barst með stökkmúsum inn á heimili hér á landi. Maurinn getur valdið miklum óþægindum með biti sínu en hann lifir eingöngu á blóði. Í greininni er líffræði maursins reifuð og varað við þessum nýja landnema.

993 **Fræðigreinar íslenskra lækna í erlendum tímaritum**

994 **Bréfaskipti:**
Svefnraskanir og pH mælingar
Lúther Sigurðsson, Úlfur Agnarsson

995 **Svar við athugasemd vegna vísindagreinar**
Hákon Hákonarson, Árni Þórsson

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

12. tbl. 87. árg. Desember 2001

Aðsetur:
Hlíðasmári 8, 201 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.

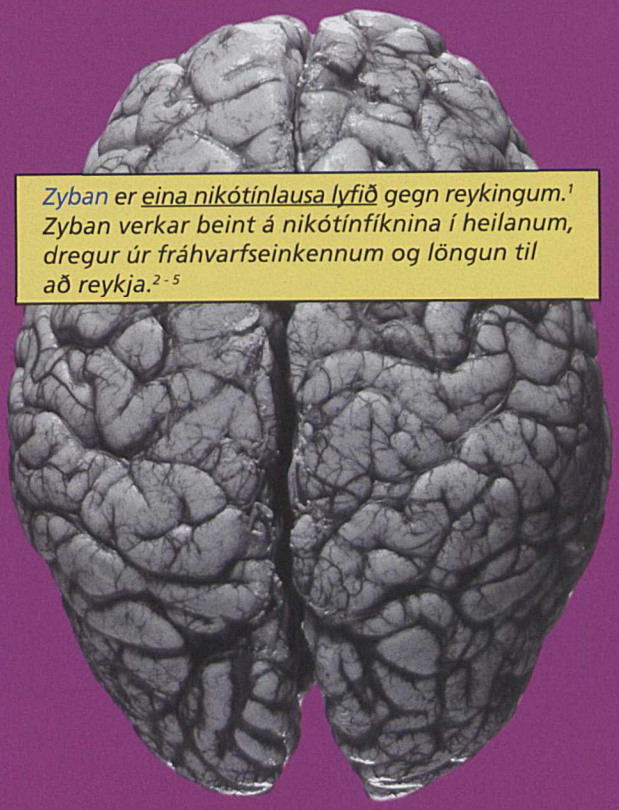
© Læknablaðið
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu. Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild án leyfis.

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

Pökkun:
Plastpökkun, Skemmuvegi 8,
200 Kópavogi.

ISSN: 0023-7213

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. teófýllín, takrin, klózapín). Klínískar afleiðingar þess að hætta að reykja á önnur lyf sem aðallega eru umbrotin af CYP1A2 (t.d. ímipramín, ólanzapín, klómipramín og flúvoxamín) eru ekki þekktar. Þrátt fyrir að búprópíón sé ekki umbrotið af 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, tíoridazín) 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 kliníska virkni og öryggi 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 kliníska virkni og öryggi 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 kliníska virkni og öryggi 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 kliníska virkni og öryggi þess. 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 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, 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 þanikippakrampi 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 cessation. 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

998 **Af sjónarhóli stjórnar LÍ: Varað við samþykkt frumvarps ráðherra**
Sigurður Kr. Pétursson

999 **Árshátíð Læknafélags Reykjavíkur**

1000 **Læknafélögin mótmæla frumvarpi heilbrigðisráðherra**
Þröstur Haraldsson

1003 **Málþing á aðalfundi LÍ: Einkarekstur lækna hefur haldið uppi þjónustustiginu**
Þröstur Haraldsson

1005 **Fjölmiðlaþjálfun lækna**

1006 **Hvar á að byggja?**
Ólafur Örn Arnarson

1007 **Klínískar leiðbeiningar: Greining og meðferð háþrýstings hjá öldruðum**
Starfshópur landlæknisembættisins

1011 **Saga augnlækninga á Íslandi frá öndverðu til 1987**
Kafli úr nýútkominni bók eftir Guðmund Björnsson

1015 **Sjúkrahótel gæti leyst vandann**
Ólafur Ólafsson

1017 **Leiðbeiningar Læknafélags Íslands um samskipti lækna við framleiðendur og söluaðila lyfja og lækningatækja**

1020 **Athugasemd vegna greinar um lyfjakostnað landsmanna**
Daníel Gunnarsson

1021 **Heilbrigðisáætlun til 2010 og raunveruleikinn**
Ólafur Ólafsson

1023 **Íðorðasafn lækna 139. Áverkastig**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

1025 **Faraldsfræði 13. Lýsandi rannsóknir I**
María Heimisdóttir

1026 **Samstarf um lungnamælingar**

Alþjóðlegi alnæmisdagurinn: Kjörorð dagsins: Snertir mig – en þig?

1027 **Lyfjamál 99**

1029 **Broshornið 21. Af „sjússum“ og blóðflæði**
Bjarni Jónasson

1030 **Læknadagar 2002**

1039 **Þing, lausar stöður**

1041 **Okkar á milli**

1042 **Minnisblaðið**

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



© Erfingjar/Myndstef Ljósm.: Pétur P. Sörensson

Alfreð Flóki (1938-1987) stóð að mestu leyti utan við þá liststrauma sem skóku samtíð hans og fleyttu jafnöldrum hans á haf út að leita nýrra landa í listinni. Hvað varðaði stíl og aðferðir hélt hann sig við hefðina og kaus fremur að gera tilraunir með viðfangsefni og frásagnarhátt í verkum sínum. Hann vann teikningar í blek, blýant og krít og allt frá því hann var við nám í Myndlista- og handíðaskólanum í Reykjavík - áður en hann hélt til Kaupmannahafnar til framhaldsnáms - var sýnt að hann færi sínar eigin leiðir.

Flóki leitaði fyrirmynda í því sem kallað var úrkynjunarlist, dekadentismi, sem víða gætti í listum frá síðari hluta nítjándu aldar. Í mörgum eldri mynda hans eru til dæmis greinileg áhrif frá enska teiknaranum Aubrey Beardsley - góðvinar Oscars Wilde - hvað varðar bæði efnistök og tæknilega útfærslu. Þó er ekki hægt að fella Flóka við neina eina fjöl því þótt hann tæki óhikað upp hugmyndir og stílbrögð forvera sinna í listinni var það fyrst og fremst hans eigin leit sem magnaði myndirnar kynngi - leitin sem rak hann á hraðaflugi gegnum alla bókmennta- og listasöguna og fram og aftur í hugmynda- og táknsögunni. Margar myndir Flóka eru svo hlaðnar táknum að ekki nema fáum útlærðum er kleift að lesa úr þeim til fullnustu en að baki liggur þó alltaf sá kraftur sem öllum er skiljanlegur: lífslöngunin og þörfin fyrir að leita og greina heiminn. Myndin á forsíðu blaðsins, *Skugginn* frá árinu 1981, er óvenju einföld og ólík flestu öðru í höfundarverki Flóka, þótt handbragð hans leyni sér ekki. Í henni má kannski lesa andhverfu hinnar ítarlegu táknagreiningar sem leiddi hann inn í heim galdraspeki og leyndarfræða - hinn einfalda og óvéfengjanlega skilning á því hvílík örlög það eru að vera maður og þurfa að horfast í augu við það hvern dag.

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 áráttusýki. 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 kúmaríntyfja. Lyfið getur hindrað niðurbrot annarra lyfja svo sem neuroleptica af fentíazínflokki og lyfja við hjartsláttartruflun af flokki IC (flekaíníð) vegna áhrifa á cytochrom P450-kerfið í lifur. Kínidín getur hindrað niðurbrot paroxetíns. Paroxetín hefur áhrif á verkun cimetidíns, fenytóíns, móklóbemíðs, selegilíns auk þríhringlaga geðdeyfðarlyfja. **Meðganga og brjóstagjöf:** Takmörkuð reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum. Dýratilraunir hafa sýnt hærri dánartíðni hjá afkvæmum og ber því að forðast gjöf lyfsins á meðgöngutíma. Lyfið útskilst í brjóstamjólk í magni, sem gæti valdið lyfjaáhrifum hjá barninu. **Aukaverkanir:** Algengar (> 1%): Ógleði með eða án uppkasta (12%) og þreyta eru algengustu aukaverkanirnar. Truflun á sáðláti hefur sést hjá 9% karla. **Almennar:** Vanlíðan, svitaútsláttur, breytingar á þyngd, yfirlið og svimi. **Frá hjarta- og æðakerfi:** Hjartsláttur, lækkaður blóðþrýstingur í upprétttri 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 áráttu 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. 15.10. 2001

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

Samskipti lækna og lyfjafyrirtækja



Sigurbjörn Sveinsson

Umræðan um samskipti lækna og lyfjafyrirtækja er ekki ný af nálinni. Fyrir 15 árum urðu allmikil skoðanaskipti innan Félags íslenskra heimilislækna um þessi mál. Spunnust þau af svipuðum ástæðum og þeim, sem nú hafa nært umræðuna á vettvangi þjóðlífsins. Var því meðal annars haldið fram, að risna sem læknar nytu frá fyrirtækjum í lyfjadreifingu væri komin út fyrir eðlileg mörk. Bæri læknum að eiga frumkvæði að siðbót. Á sama tíma var svipuðum sjónarmiðum haldið á lofti víða í nágrenni okkar til dæmis í Svíþjóð og Bretlandi og kynntust íslenskir læknar þeim bæði af eigin raun og í tímaritum lækna.

Nokkuð góð eining skapaðist innan FÍH um að félagið setti sér siðareglur að þessu leyti. Undirrituðum var falið að leiða nefnd til að gera drög að þessum ramma og var leitað fanga í nágrannalöndum okkar. Kom í ljós, að læknar voru misjafnlega á veg komnir við mótun umgengnisreglna við lyfjaiðnaðinn, en margt þó nýtilegt sem taka mátti upp. Leiðbeiningar þær, sem stjórn FÍH gaf síðan félagsmönnum sínum í febrúar 1987 (1), endurspegluðu viðhorf lækna á Vesturlöndum til þessara mála og voru vafalítið flestum heilsteyptari, sem þá lágu fyrir. Sá var þó hængur á, að leiðbeiningarnar tóku ekki afstöðu til samstarfs lækna og lyfjafyrirtækja um rannsóknir í læknisfræði. Áhuginn á þeirri hlið mála var minni og viðfangsefnið erfiðara. Þótti rétt að læknar hefðu víðtækt samflot um slíkar leiðbeiningar, yrðu þær gefnar.

Áhugamenn um efnið töluðu fyrir því á vettvangi Læknafélags Íslands. Haustið 1990 skipaði stjórn LÍ nefnd til að vinna að gerð leiðbeininga fyrir lækna að fara eftir í samskiptum sínum við lyfjafyrirtæki. Nefndin, sem þrír akureyrskir læknar skipuðu, birti álitið í eigin nafni í Fréttabréfi lækna í maí 1991 (2), eftir að stjórn LÍ dró birtingu þess. Voru nefndarmenn óánægðir með þann drátt (3). Aðalfundur LÍ sama ár ákvað síðan með ályktun nr. 9 (4) að setja saman nefnd fimm lækna til að gera tillögur til stjórnar um leiðbeinandi reglur um samskipti lækna við lyfjafyrirtæki. Einnig var þeim falið að fjalla um samskipti við heilbrigðisstofnanir í einkaeign, sérstaklega þær sem læknar kunnu að eiga sjálfir hlut í og um innra eftirlit með starfsemi lækna.

Aðalfundur LÍ 1992 var fáorður um málið. Álit nefndar samanber ályktun aðalfundar 1991 lá fyrir fundinum. Formaður starfshóps lagði til að málinu yrði vísað til stjórnar og var það samþykkt samhljóða (5). Ljóst var, að ágreiningur var uppi einkum um tvo síðari efnisþætti verkefnisins. Fyrir fundinum lá einnig ítarleg ályktunartillaga frá stjórn FÍH, þar sem hún vann með drög nefndarinnar frá 1990 og sagði í greinargerð (6). „Stjórn FÍH telur umræðuna um samskipti lækna og lyfjafyrirtækja fullþroskaða meðal lækna. Hún hefur því leyft sér að gera nokkrar orðalagsbreytingar á því nefndaráliti, sem birtist á sínum tíma í Fréttabréfinu (5/1991 innskot, SS), án þess að um efnisbreytingar sé að ræða." Í ársskýrslu LÍ fyrir 1992-1993 kom síðan fram, að stjórn félagsins hefur samþykkt álit nefndarinnar og birti hún það í Fréttabréfi lækna (7). (Fundargerð stjórnar Læknafélags Íslands, þriðjudaginn 1. júní 1993.) Þessar leiðbeiningar eru því í fullu gildi enn í dag að svo miklu leyti sem þær stangast ekki á við samning þann, sem gerður hefur verið við Samtök verslunarinnar (8).

Í þeim samningi eru sett fram sameiginleg markmið aðila og rammi um fræðslu-, kynningar- og rannsóknarsamstarf. Telja verður líklegra til árangurs að ná tvíhliða samningum við lyfjadreifinguna, fremur en að gefa út einhliða reglur. Þó má vera, að það reynist nauðsynlegt meðal annars til að slíkir samningar eigi sér eðlileg viðmið í samþykktum lækna.

Mikilvægi samskipta lækna og lyfjafyrirtækja er augljóst. Þau eiga að vera öllum í hag, lyfjafyrirtækjum, læknum og sjúklingum þeirra. Hvort sem um er að ræða nýja þekkingu í lífvísindum, nýja framleiðslu, nýjar ábendingar, nýja þekkingu um aukaverkanir eða ný lyfjaform er brýn nauðsyn að læknar fái alla þessa vitneskju til að taka ákvarðanir um úrræði þau, sem sjúklingar þeirra þarfnast og standa þeim til boða. En leið þessarar þekkingar til sjúklinganna er vissulega vörðuð hættum sem læknum ber að forðast. Það er eðlileg krafa, að ákvarðanir okkar séu byggðar á hlutlægu mati og lausar við sjónarmið eða hagsmuni, sem kunna að bera okkur af leið. Það er og eðlilegt, að almenningur og talsmenn hans séu áhugasamir um þau öfl, sem koma vilja framleiðslu sinni á markað og eiga ekki aðra kosti en að gera það um hendur lækna.

En vandi lækna er miklu stærri. Í starfi hafa læknar ætíð verið háðir þessum kröftum sem til umræðu eru. Á öllum tímum hafa læknar þurft að aga hugsun sína og veikleika við þörf sjúklingsins, við þá staðreynd að veikindin, lyfin og aðgerðirnar

Höfundur er formaður Læknafélags Íslands.

Frágangur fræðilegra greina

Höfundar sendi tvær gerðir handrita til ritstjórnar Læknablaðsins, Hlíðasmára 8, 201 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.

sem gripið er til hafa bein áhrif á afkomuna. Er svo enn á okkar dögum. Hlutskiptið er erfitt og tvíbent. Er það engin nýlunda.

Ef litið er til viðskiptalífsins eða stjórnmálanna nú á dögum er staða lækna ekki svo mjög frábrugðin því sem almennt tíðkast. Hvers kyns leiðir eru reyndar til að koma vörum, þjónustu og skoðunum á framfæri. Og alþingismenn jafnt og aðrir njóta bæði og gjalda þeirra ráða, sem gripið er til.

Stjórn LÍ fylgist vissulega með þessum málum og hefur rætt þau. Sú stjórn sem nú situr hallast fremur að frjálslyndi en stjórnlyndi og vill vera afskiptalítil um einkahagi lækna. Hún er þeirrar skoðunar, að sú eigi afstaða stjórnvalda einnig að vera. En stjórn LÍ er áhugasöm um heiður og virðingu læknastéttarinnar. Birna Jónsdóttir læknir leiðir nú hóp á vegum stjórnarinnar, þar sem auk hennar sitja formaður Félags íslenskra lyflækna og formaður fræðslunefndar Félags íslenskra heimilislækna. Þau munu ræða frekari afskipti læknaforystunnar af þessum samskiptum, hvort nauðsyn sé til breytinga á ríkjandi fyrirkomulagi og gera tillögur til stjórnarinnar þar að lútandi. Að öðru leyti mun stjórn Læknafélags Íslands ekkert aðhafast á næstunni.

Heimildir

1. Fréttabréf FÍH 1991; 9(2): 15-6.
2. Ólafsson M, Sigfússon S, Pétursson P. Drög að leiðbeiningum L.Í. um samskipti lækna og lyfjafyrirtækja. Læknablaðið/Fréttabréf lækna 1991; 9(5): 2-4.
3. Pétursson P. Af siðamálum og siðferði. Læknablaðið/Fréttabréf lækna 1993; 11(11): 14-5.
4. Fundargerð aðalfundar Læknafélags Íslands 1991. Reykjavík: Læknafélag Íslands; 1991.
5. Fundargerð aðalfundar Læknafélags Íslands 1992. Reykjavík: Læknafélag Íslands; 1992.
6. Ályktunartillaga nr. 15, fundargögn aðalfundar Læknafélags Íslands 1992 og Fréttabréf FÍH 1992; 10(2): 9.
7. Leiðbeiningar Læknafélags Íslands um samskipti lækna við framleiðendur og söluaðila lyfja og lækningatækja. Læknablaðið/Fréttabréf lækna 1993; 8: 16-7.
8. Samskipti lækna og lyfjafyrirtækja. Samningur milli Læknafélags Íslands og Samtaka verslunarinnar. Læknablaðið 2000; 86: 794.

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

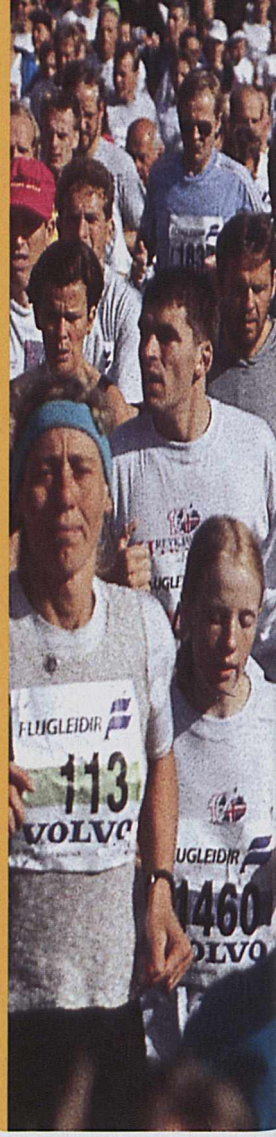
Virkar hratt – færri milliverkanir

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



Sigurvegarar hversdagsins



Reykjavíkurmaraþon 1997

FONTEX®
FLUOXETIN

Yfir 30 milljónir manna um heim allan hafa treyst á Fontex gegn þunglyndi. Góður vitnisburður lækna er ekki tilviljun. Þeir vita að forysta okkar á markaðnum er verðskulduð.

Ábendingar: Þunglyndi, ICD 10: Til meðferðar á vægum - erfiðum geðdeyfðarköstum, með eða án kvíða. Lotugræðgi. Áhrif af meðferð við lotugræðgi í meira en 8-12 vikur er óviss. Þráhyggjusýki. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fyrir fullorðna: Við þunglyndi, með eða án kvíða: 20 mg einu sinni á dag. Við lotugræðgi: 60 mg á dag. Við þráhyggjusýki: 20 mg á dag, ef ekki næst viðunandi árangur, má auka skammtinn eftir 3-4 vikur. Allar ábendingar: Skammta má hækka eða lækka. Skammtar yfir 80 mg/dag hafa ekki verið rannsakaðir. Aldraðir: Rannsóknir benda ekki til þess að nauðsyn sé á skammtabreytingum hjá öldruðum. Fyrir börn: Upplýsingar um reynslu og áhrif skortir. Flúoxetín má taka án tillits til máltíða. Ekki er nauðsynlegt að minnka skammta smám saman þegar meðferð er hætt, þar sem flúoxetín og virka umbrotsefnið norflúoxetín hafa langan helmingunartíma. Við alvarlega skerta lifrarstarfsemi og/eða ef lyfið er gefið samtímis öðrum lyfjum: Til greina kemur að gefa þessum sjúklingum lægri eða færri skammta. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir flúoxetíni eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. Sérstakrar varúðar ber að gæta við flogaveiki, alvarlega nýrnabilun, lifrarsjúkdóma, nýlegt hjartadrep og hjá öldruðum. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Forðast skal samtímis meðferð með MAO-hemli, vegna hættu á serótóninheilkenni. Ef sjúklingur hefur áður verið í meðferð með óafturkræfum MAO-hemli þurfa a.m.k. 2 vikur að líða, áður en meðferð með flúoxetíni hefst. Flytja má sjúklinga, sem eru í meðferð með afturkræfum MAO-hemlum með stuttan helmingunartíma (t.d. móklóbemíði) yfir á flúoxetín eftir einn sólarhring. Hins vegar þurfa um 5 vikur að líða, áður en sjúklingar, sem eru í meðferð með flúoxetíni, eru settir á MAO-hemil. Við meðferð á þunglyndistímabilum sjúklinga með geðklofa geta geðveikieinkenni versnað. Hjá sjúklingum með manio depressive sjúkdóm, getur sjúkdómurinn sveiflast yfir í maníu. Gæta ber varúðar hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Útbrot, bráðaofnæmi og stigvaxandi bráðaofnæmi, stundum alvarlegu, með einkennum í húð, nýrum, lifur eða lungum hefur verði lýst hjá sjúklingum sem fengu flúoxetín. Hætta skal meðferð ef fram koma útbrot eða önnur ofnæmisviðbrögð sem ekki eiga sér aðra orsök. Eins og með önnur þunglyndislyf, er mælt með því að flúoxetín sé notað með varúð ef sjúklingur hefur sögu um krampa. Lýst hefur verið tilfellum um lækkun natríums. Í flestum tilfellum hefur verið um að ræða aldraða sjúklinga, sem fengu jafnframt meðferð með þvagræsilyfjum, eða með vökvatap af öðrum orsökum. Blóðsykurslækkun hefur komið fram hjá sykursjúkum í flúoxetín meðferð, en blóðsykurshækkun eftir að meðferð er hætt. Meðferð með flúoxetíni getur leitt til tannskemmda vegna munnþurrks. **Milliverkanir:** Gæta skal varúðar þegar lyf sem umbrotin eru með cýtókróm P450IID6 og hafa tiltölulega þröngan lækningalegan stuðul eru notuð samtímis flúoxetíni, eða ef flúoxetín hefur verið notað á síðustu 5 vikum. Plasmaþéttni fenýtóíns, halóperidóls, karbamazepíns, klózapíns, diazepams, alprazólams, lítíums, imipramíns og desipramíns getur breyst, og í einstaka tilfellum geta klínísk eitrunareinkenni komið fram. Samtímis notkun flúoxetíns og lítíums getur orsakað skjálfta og skort á samhæfingu (serótóninheilkenni). Einkennin hverfa þegar meðferð er hætt. Gæta skal varúðar við skömmtun þessara lyfja og fylgjast með klínísku ástandi. Flúoxetín er mikið próteinbundið og því getur samtímis notkun lyfja sem eru mikið próteinbundin, haft áhrif á blóðþéttni þeirra beggja. Við samtímis notkun flúoxetíns og warfaríns hefur í einstaka tilfellum komið fram breyting í segavarnandi áhrifum. Fylgjast skal með sjúklingum í warfarín meðferð í upphafi eða við lok flúoxetín meðferðar. Samtímis notkun flúoxetíns og raflostsmeðferðar (ECT) hefur í einstaka tilfellum lengt krampakóst. Ef gefa á lyf sem hafa milliverkanir við flúoxetín eða virka umbrotsefnið norflúoxetín eftir að meðferð lýkur, er mikilvægt að hafa í huga langan helmingunartíma þeirra. Nauðsynlegt getur verið að breyta skömmtum sykursýkilyfja, ef sjúklingur er samtímis í meðferð með insúlíni og/eða sykursýkilyfjum til inntöku. Ekki ætti að nota tryptófan með lyfinu. **Aukaverkanir:** Eftirfarandi aukaverkanir tengjast verkunarhætti sérhæfðra serótóníupptökuhemla (SSRI): Almennar: Ósjálfráð einkenni þ.m.t. munnþurrkur, aukin svitamyndun, æðavíkkun og kuldahrollur. Ofnæmiseinkenni (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Serótóninheilkenni, sem lýsir sér með breytingum á geði og vöðvavirkni ásamt truflunum á starfsemi ósjálfráða taugakerfisins. Ljósnæmi. Meltingarfæri: Niðurgangur, ógleði, uppköst, meltingartruflanir, kyngingartregða, bragðskynstruflanir og mjög sjaldan lifrarbólga. Innkirtlar: Ónóg seytun ADH. Blóðrás og sogæðakerfi: Bjúgur (ecchymosis). Miðtaugakerfi: Óeðlilegar hreyfingar/sjálfti. Lystarleysi. Kvíði og skyld einkenni. Svimi. Þreyta. Erfiðleikar við einbeitingu og hugsanatruflanir. Manía. Svefntruflanir. Öndunarfæri: Geispar. Húð: Hárlos. Skynfæri: Sjóntruflanir. Þvag- og kynfæri: Þvagteppa. Langvinn stinning. Truflanir á kynlífi, þ.m.t. minnkuð kynhvöt, seinkað eða ekkert sáðlát, ná ekki fullnægingu og getuleysi. Einkenni eins og svimi, náladofi, höfuðverkur, kvíði og ógleði hafa komið fram þegar meðferð með geðdeyfðarlyfjum er hætt. Hættan á þessum einkennum er minni hjá flúoxetíni en öðrum geðdeyfðarlyfjum þar sem bæði flúoxetín og virka umbrotsefnið hafa tiltölulega langan helmingunartíma. **Pakkningar og verð 1. febrúar 2000:** Hylki 20 mg: 100 stk. — 11.899 kr. Lausnartöflur til inntöku 20 mg: 30 stk. — 5.309 kr.; 100 stk. — 14.847 kr. Mixtúra 4 mg/ml: 70 ml — 3.954 kr. **Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti. Lyfið er lyfseðilsskylt og greiðslufyrirkomulag er B. Markaðsleyfishafi er Eli Lilly Danmark A/S.**

Lilly

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

Lyfjaiðnaðurinn og læknisfræðin



Vilhjálmur Rafnsson

Fjölmiðlar á Íslandi hafa undanfarið vakið athygli á tengslum lyfjafyrirtækja og lækna. Þessi mál eru oft til umræðu í fagtímaritum nágrannalandanna og þá gjarnan mest talað um kynningar á lyfjum, gjafir og hlunnindi sem læknar fá frá lyfjafyrirtækjum (1-6). Í sumum löndum er reynt að hafa hemil á slíku með lagasetningu (2), en annars staðar reyna félög lækna að taka sjálf á þessum málum (6).

Í þessum línum verður ekki fjallað um gjafir og styrki til einstakra lækna og hópa þeirra né kynningar lyfjafyrirtækja á framleiðslunni, enda er það gert á öðrum stað í blaðinu. Hér verður þó bent á, að upplýsingar hafa birst um að læknar sem halda fyrirlestra á kynningum lyfjafyrirtækjanna fá greitt fyrir það ásamt ferðakostnaði frá fyrirtækjunum (7). Upphæðirnar sem um ræðir geta samanlagt numið meiru en launum sem læknarnir fá frá sjúkrahúsunum þar sem þeir vinna og dæmi eru um að læknar missi þessa aukavinnu hjá lyfjafyrirtækjunum, komi þeir ekki fram með umfjöllun sem fyrirtækjunum hugnast (7).

Lyfjafyrirtækin koma náið að rannsóknum í læknisfræði með eigin rannsóknum en líka sem styrktaraðilar rannsókna, með starfrækslu rannsóknarsjóða og einnig sem skipuleggjendur og stjórnendur einstakra rannsóknarverkefna þar sem læknar eru framkvæmdaaðilar. Margir telja eðlilegt og sjálfsagt að lyfjafyrirtækin kosti og láti gera rannsóknir á áhrifum og öryggi lyfja. Ritstjórar læknisfræðitímarita leggja mikla áherslu á að skýrt sé frá tengslum lyfjafyrirtækja og höfunda læknisfræðilegra greina og að höfundar séu ábyrgir og sjálfstæðir gagnvart kostunaraðila, eins og nýverið hefur verið sagt frá hér í blaðinu (8,9). Dæmi eru um, að lyfjafyrirtæki hafi stöðvað rannsóknir sem verið var að gera og aldrei látið vinna úr né birt þær upplýsingar, sem þegar höfðu fengist. Getur hver og einn hugleitt af hverju gripið er til slíkra ráða (10-13). Ekki er vitað nákvæmlega um umfang slíkra atvika, en talað er um að háskólastofnanir eigi að styðja við og hjálpa vísindamönnum til að vera óháðir kostunaraðilum (14). Jafnframt hefur réttilega verið vakin athygli á að á þeim stöðum þar sem viðskiptasjónarmið hafa fengið forgang við fjármögnun stofnana, geti þetta verið haldlítið ráð (14,15).

Á hinn bóginn hefur þótt ástæða til að undirstrika hér hlutverk vísindasiðanefnda sem óháðra aðila, sem gegni veigamiklu hlutverki (13,15,16). Því er haldið fram að sjúklingar séu fengnir í klínískar rannsóknir vegna vísindanna og þeim talin trú um að með þátttöku séu þeir að leggja sitt af mörkum til læknisfræðilegrar þekkingar, en ekki eingöngu að stuðla að viðskiptahagsmunum kostunaraðila rannsóknarinnar og er síðarnefnda atriðinu oftar en ekki haldið frá í upplýsingum til þátttakenda. Ef allar niðurstöður rannsóknarinnar eru hins vegar ekki birtar opinberlega að rannsókn lokinni, er ekki verið að bæta við læknisfræðilega þekkingu og má því segja að þátttakendur hafi verið fengnir í rannsóknarhópinn með svikum (16). Þetta er því viðfangsefni vísindasiðanefnda og siðaráða, sem ættu að setja vísindamönnum þau skilyrði, að þeir birti niðurstöðurnar (16) eða að nefndirnar og ráðin verði eftirlitsaðilar með því að svo verði gert (13). Enn aðrir hafa lagt til að ábyrgðarmenn rannsókna svari vísindasiðanefndinni hinni skýru spurningu: „Ert þú frjáls og óháður að birta niðurstöður þessarar rannsóknar?“ og hafi kostunaraðili neitunarvald, þá eigi vísindasiðanefndin að hafna umsókn um rannsóknina (15). Í þessum umræðum er ekki gert ráð fyrir öðru en að kostunaraðili hafi rétt til að gera athugasemdir við handrit fyrir birtingu og að hann geti fengið hæfilegan frest á birtingu til þess að vernda viðskiptahagsmuni sína. Á málþingi í tengslum við formannaráðstefnu Læknafélags Íslands fyrir þremur árum, var rætt um það, hvort og hvernig niðurstöður rannsókna birtast. Þar var sú skoðun reifuð, að óbirtar niðurstöður teldust ekki til vísinda (17).

Meira en 15 ár eru liðin síðan læknablöð víða um heim tóku upp þá stefnu að vilja segja frá því, ef höfundar greina hefðu fjárhagsleg tengsl við lyfjafyrirtæki eða aðra aðila sem umfjöllunin varðaði. Talið er sjálfsagt að lesendur fái upplýsingar um slík tengsl, þegar þeir kynna sér efni greinanna. Nýleg rannsókn á því, hversu oft höfundar segja frá hagsmunatengslum í virtum læknatímaritum sýndi að einungis í 52 greinum af 3642 lýstu höfundar yfir slíkum tengslum (18). Fram kom að yfirlýsingar um hagsmunatengsl voru tíðari á seinni árum en fyrir 10 árum. Mikil umræða er um hvort hagsmunatengsl skekki niðurstöður eða túlkun rannsókna. Það er ekki minni hiti í þeirri umræðu en þegar rætt er um hugsanleg áhrif gjafa og kynninga lyfjafyrirtækjanna á lyfjaávísanir lækna. Fyrir fjórum árum birtist rannsókn sem sýndi að höfundar greina í læknatímaritum, sem töluðu

Höfundur er ábyrgðarmaður Læknablaðsins.

fyrir öryggi kalsíumgangaloka, höfðu miklu tíðari fjárhagsleg tengsl við framleiðendur þessara lyfja (í 24 tilvikum af 25) heldur en þeir höfundar sem voru gagnrýnir á notkun þeirra (í 11 tilvikum af 30) (19). Í þessari rannsókn kom einnig fram, að skýrt var frá mögulegum hagsmunaárekstrum höfunda aðeins í tveimur greinum af 70. Frá þessari rannsókn var sagt í leiðara Læknablaðsins fyrir nokkru (20).

Því vaknar spurningin: Er þörf á að skerpa ritstjórnarstefnu Læknablaðsins og gera hana skýrari hvað varðar hagsmunatengsl?

Heimildir

1. Charatan F. Doctors say they are not influenced by drug companies' promotions. Br Med J 2001; 322: 1081.
2. Sheldon T. GPs warned on accepting hospitality from drug companies. Br Med J 2001; 322: 194.
3. Letters, JAMA 2000; 283: 2655-8.
4. Kassirer JP. Finacial indegestion. JAMA 2000; 284: 2156-7.
5. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry. Is a gift just a gift? JAMA 2000; 283: 373-80.
6. Tenery RM. Interaction between physicians and the health care technology industry. JAMA 2000; 283: 391-3.
7. Wilmshurst P. Academia and industry. Lancet 2000; 356: 338-9.
8. Kostun, staða höfundar og ábyrgð. Læknablaðið 2001; 87: 908-9.
9. Björnsson Á. „Þá skiptir mestu máli að maður græði á því." Læknablaðið 2001; 87: 941.
10. Kahn JO, Cherng DW, Mayer K, Murray H, Lagakos S. Evaluation of HIV-1 immunogen, an immunological modifier, administered to patients infected with HIV having 300 to 549X106/L CD4 cell counts. A randomized controlled trial. JAMA 2000; 284: 2193-202.
11. Blumenthal D, Campbell EG, Anderson MS, Causino N, Louis KS. Withholding research results in academic life science. Evidence from a national survey of faculty. JAMA 1997; 277: 1224-8.
12. Drug-company decision to end cancer trial [editorial]. Lancet 1999; 354: 1045.
13. Bergquist D. Industribeslut att stoppa studier – viktigt information om att och varför så sker. Läkartidningen 2000; 97: 5367-8.
14. The tightening grip of big pharma [editorial]. Lancet 2001; 357: 1141.
15. Vallance P. Releasing the grip of big pharma. Lancet 2001; 358: 664.
16. Reidenberg MM. Releasing the grip of big pharma. Lancet 2001; 358: 664.
17. Rafnsson V. Rannsóknir í læknisfræði, vísindi eða viðskipti. Skilmerki vísindatímarita og birting rannsóknarniðurstaðna. Læknablaðið 1999; 85: 727-32.
18. Hussain A, Smith R. Declaring finacial competing interests: survey of five general medical journals. Br Med J 2001; 323: 263-4.
20. Stelfox HT, Chua G, O'Rourke K, Detsky AS. Conflict of interest in the debate over calium channel antagonists. N Engl J Med 1998; 338: 101-5.
21. Jóhannsson M. Siðfræði lækna og lyfjaframleiðendur [ritstjórnargrein]. Læknablaðið 1998; 84: 719-20.

Skyndidauði utan spítala á Reykjavíkursvæðinu árin 1987 til 1999 af öðrum ástæðum en hjartasjúkdómum

Sigurður Marelsson,

Gestur Þorgeirsson

Ágrip

Tilgangur: Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna sérstaklega þau tilfelli skyndidauða utan sjúkrahúsa á Reykjavíkursvæðinu, sem hafa orðið af öðrum ástæðum en hjartasjúkdómum síðustu 13 ár, frá 1. janúar 1987 til 31. desember 1999.

Efniviður og aðferðir: Læknar neyðarbílsins hafa haldið nákvæmar skrár yfir öll tilfelli skyndidauða sem hafa tekið mið af alþjóðlegu skráningarkerfi, Utsteinstaðlinum. Tilfellum var skipt í tvo meginflokka, það er tilfelli sem urðu vegna ytri ástæðna annars vegar og innri ástæðna hins vegar. Til ytri ástæðna töldust sjálfsvíg, lyfjaeitranir, áverkar, drukknanir og tilfelli rakin til köfnunar.

Til innri ástæðna töldust einkum ýmiss konar blæðingar, súrefnisþurrð, vöggudauði og ýmsir sjúkdómar aðrir en hjartasjúkdómar.

Niðurstöður: Af 738 tilfellum voru 140 eða 19% talin vera skyndidauði af öðrum ástæðum en hjartasjúkdómum. Níutíu og tvö tilfelli af 140 eða 66% reyndust hafa orðið vegna ytri ástæðna. Innri ástæður voru greindar í 48 (34%) tilfellum.

Meðalaldur var 46 ár (staðalfrávik (standard deviation, SD): 24,3 ár). Karlar voru 85 af 140 (61%) og konur 55 (39%). Meðalútkallstími var fimm mínútur. Af 140 einstaklingum náðu einungis níu (6%) að lifa áfallið af, þar af fjórir sem voru nær drukknaðir, fjórir nær kafnaðir og einn eftir „lyfjaeitrun".

Ályktanir: Í þessari rannsókn var Utsteinstaðli fylgt við birtingu niðurstaðna og eru því lyfjaeitranir og sjálfsvíg ekki flokkuð saman. Svo virðist þó sem flest ef ekki öll tilfelli lyfjaeitrana hafi verið í sjálfsvígstilgangi. Að undanskildum hjartasjúkdómum voru lyfjaeitranir og sjálfsvíg samanlagt algengustu ástæður skyndidauða utan spítala í þeim tilvikum sem áhöfn neyðarbíls var kölluð til. Árangur af endurlífgunartilraunum er mun lakari þegar ástæða skyndidauða er önnur en hjartasjúkdómur. Hlutfallslega flestir lifðu af þegar um „köfnunar-" eða „drukknunartilfelli" var að ræða.

Slysa- og bráðasvið Landspítala Fossvogi. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Gestur Þorgeirsson, slysa- og bráðasviði Landspítala Fossvogi, 108 Reykjavík. Sími: 525 1000; bréfasími: 525 1552; netfang: gesturth@landspitali.is

Lykilorð: *skyndidauði af öðrum ástæðum en hjartasjúkdómum, innri og ytri orsakir, sjálfsvíg.*

Inngangur

Í áhöfn neyðarbílsins er einn deildarlæknir og tveir sérhæfðir sjúkraflutningamenn og fylgja þeir leiðbeiningum Ameríska hjartafélagsins (American Heart Association) og Evrópska endurlífgunarráðsins (European Resuscitation Council) um sérhæfða endurlífgun. Læknar neyðarbílsins hafa haldið nákvæmar skrár um öll tilfelli skyndidauða utan sjúkrahúsa á Reykjavíkursvæðinu og nágrenni þess. Skrán-

ENGLISH SUMMARY

Marelsson S, Þorgeirsson G

Sudden noncardiac arrest out-of-hospital in the Reykjavík area 1987-1999

Læknablaðið 2001; 87: 973-8

Purpose: The purpose of this investigation was to study specifically those cases of sudden death out-of-hospital in the Reykjavik area that were due to non-cardiac causes the last 13 years, from January 1987 to December 31, 1999.

Material and methods: The doctors of the emergency ambulance have kept detailed files for all cases of sudden death according to international system of documentation, the Utstein protocol. The cases were divided into two major groups, i.e. on one hand cases due to outer causes and on the other hand cases due to inner causes. Outer causes included suicide, intoxication by drugs, trauma, drowning and cases due to asphyxia. Inner causes included various types of bleeding, hypoxia, cot death and various diseases other than heart disease.

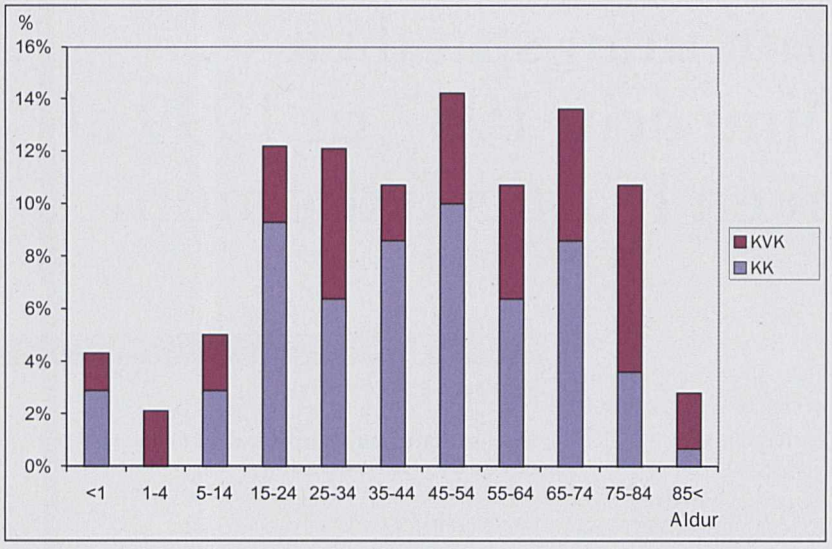
Results: From 738 cases 140 or 19% were thought to be due to sudden non-cardiac death. Ninety-two cases of those 140 or 66% were due to outer causes. Inner causes were diagnosed in 48 (34%) cases.

Mean age was 46 years (standard deviation, SD: 24.3 years). Men were 85 of the 140 cases (61%) and women 55 (39%). Mean response time was five minutes. Of the 140 individuals only nine (6%) survived, of those four had sustained near-drowning, four near suffocation and one drug intoxication.

Conclusions: In this study the data were reported in accordance with the Utstein protocol and therefore drug intoxication and suicide are not grouped together. However, most if not all cases of drug intoxication appear to have occurred in an attempt of suicide. Except for cardiac disease drug intoxication and suicides were together the most common causes of sudden death out-of-hospital in those instances attended by the crew of the emergency ambulance. The results of resuscitation attempts are much worse when the cause for sudden death is non-cardiac. Survival was relatively best in cases of "suffocation" or "drowning".

Key words: *sudden non-cardiac arrest, inner and outer cause, suicide.*

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



Mynd 1. *Aldurs- og kynjadreifing 140 einstaklinga sem urðu fyrir skyndilegri hjarta- og öndunarstöðvun af öðrum ástæðum en hjartasjúkdómum á árunum 1987-1999. Stólpar sýna hlutfall í hverjum aldursflokki af þessum 140 einstaklingum. Um 10 ára aldursbil er að ræða í öllum hópum nema fyrstu tveimur og því síðasta.*

Tafla I. *Helstu ástæður skyndidauða aðrar en hjartasjúkdómar. Tuttugu og fimm prósent ytri ástæðna og 65% innri ástæðna voru staðfest með krufningu. Flokkun samkvæmt Utsteinstaðlinum (1) og jafnframt var ástæðum skipt í innri og ytri ástæður samkvæmt Kuisma (4).*

Ytri ástæður	Fjöldi	Innri ástæður	Fjöldi
Sjálfsvíg (19)		Blæðing (15)	
Koloxíðeitrun	8	Blóðsjúkdómur	1
Henging	7	Heilablæðing	4
Fall	1	Rof á æðagúl	5
Annað	3	Magablæðing	1
Lyfjaeitrun (23)	23	Vegna annarra innri blæðinga	4
Áverki (23)		Vöggudauði (6)	6
Bílslys	10	Súrefnisþurrð (5)	
Keyrt á viðkomandi	7	Vegna asma	2
Rafmagnsslys	1	Vegna Parkinsons eða Shy-Drager	1
Freonslys	1	Vegna annarra lungnasjúkdóma	2
Slys í heimahúsi	3	Aðrar orsakir (22)	
Aðrir áverkar	1	Skjaldkirtilskeppur í miðmæti	1
Köfnun (20)		Lungnakrabbamein	1
Vegna matarbita	5	Nýrnakrabbamein	2
Vegna ásvelgingar	5	Nýrnasjúkdómur	2
Vegna flogaveiki	8	Sléttvöðvasarkmein	1
Vegna annarra orsaka	2	Blöðruhálskrabbamein	1
Drukknun (7)	7	Krabbamein í meltingarfærum	2
Samtals	**92**	Brjóstakrabbamein	1
		Magakrabbamein	1
		Blóðeitrun	2
		Lungnarek	3
		Ofkæling	2
		Brisbólga/lífhimnubólga	1
		Annað	2
		Samtals	**48**

ing tilfellanna hefur verið með svipuðum hætti frá því rekstur neyðarbílsins hófst og frá 1991 hafa skrárnar verið gerðar í samræmi við alþjóðlegt skráningarkerfi, Utsteinstaðalinn (1).

Í þeim rannsóknum sem hafa hingað til verið gerðar á gögnum neyðarbílsins á Reykjavíkursvæðinu hafa fyrst og fremst verið könnuð þau tilvik, þar sem hjartasjúkdómar hafa verið taldir ástæða hjarta- og öndunarstöðvunar (2,3). Með þessari rannsókn voru könnuð nánar þau tilvik þar sem um aðrar ástæður var að ræða og neyðarbílsáhöfn var kölluð til. Í skilgreiningu Utsteins á skyndidauða af öðrum ástæðum en hjartasjúkdómum kemur fram að ástæður séu oft augljósar og til þeirra teljist eftirfarandi undirflokkar: vöggudauði, súrefnisþurrð (hypoxia), blæðingar, köfnun, lyfjaeitrun, sjálfsvíg, drukknun og áverkar.

Með skyndidauða er átt við að hjartað hafi skyndilega hætt að slá, sjúklingur sé púlslaus, meðvitundarlaus og andi ekki (1,4).

Efniviður og aðferðir

Farið var yfir allar skýrslur um skyndidauða sem höfðu verið skráðar af læknum neyðarbílsins með framskyggnum hætti, frá 1. janúar 1987 til 31. desember 1999, alls 738 skýrslur. Ef einhverjar upplýsingar vantaði var leitað frekar í skrám Neyðarlínunnar, sjúkraskýrslum, læknabréfum og dánarvottorðum.

Ástæður skyndidauða aðrar en hjartasjúkdómar voru flokkaðar samkvæmt Utsteinstaðlinum en jafnframt skipt í innri og ytri ástæður samkvæmt Kuisma (5-7). Til innri ástæðna töldust einkum ýmiss konar blæðingar, súrefnisþurrð, vöggudauði og ýmsir sjúkdómar aðrir en hjartasjúkdómar. Til ytri ástæðna töldust sjálfsvíg, lyfjaeitranir, áverkar, drukknanir og tilfelli rakin til köfnunar.

Upplýsingar um sjúklinga voru færðar inn í gagnagrunn neyðarbílsins. Við samanburð var notað áhættuhlutfall (odds ratio, OR) og kí-kvaðratspróf.

Níutíu og fimm prósent öryggisbil (confidence interval, CI) var reiknað fyrir áhættuhlutfall. Munur er sagður marktækur ef $p<0,05$.

Rannsóknin hlaut samþykki siðanefndar Landspítala Fossvogi (áður Sjúkrahúss Reykjavíkur), tölvunefndar og vísindasiðanefndar heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins.

Niðurstöður

Á árunum 1987 til 1999 sinntu læknar neyðarbílsins 738 skyndidauðatilfellum, þar af voru 140 eða 19% af öðrum ástæðum en hjartasjúkdómum.

Ytri ástæður voru greindar í 92 af 140 tilfellum eða 66%. Sjálfsvíg voru 19 tilfelli, þar af átta vegna koloxíðeitrana, sjö vegna henginga og fjögur vegna annarra ástæðna. Lyfjaeitranir voru 23 (16%) tilfelli en þau voru flest ef ekki öll í sjálfsvígstilgangi. Ýmiss konar áverkar voru ástæða skyndidauða í 23 tilfellum (16%). Af þeim voru bílslys algengust eða 10 en auk þess var keyrt á sjö einstaklinga. Aðrir áverkar voru rafmagnsslys, freonslys og slys í heimahúsum. Köfnun eða nær köfnun var greind í 20 (14%) tilfellum.

Tafla II. *Flokkun eftir aldursbilum, kyni (kk:kvk) og ástæðum samkvæmt Utsteinstaðlinum.*

Aldursbil	<1	1-4	5-14	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	>85	Samtals
Ytri ástæður	0:0											
Drukknun		0:2	3:1						1:0			4:3
Sjálfsvíg				5:1	2:2	2:1	1:0	3:0	2:0			15:4
Lyfjaeitranir			1:0	2:1	3:1	3:0	3:2	2:1	1:1	0:2		15:8
Áverki				2:1	2:2	3:2	4:0	0:1	2:0	1:2	1:0	15:8
Köfnun		0:1		2:1	2:2	2:0	2:2	2:2	1:1			11:9
Samtals		**0:3**	**4:1**	**11:4**	**9:7**	**10:3**	**10:4**	**7:4**	**7:2**	**1:4**	**1:0**	**60:32**
Innri ástæður												
Blæðing			0:1		0:1		1:1	0:1	1:2	1:4	0:2	3:12
Vöggudauði	4:2											4:2
Vefildisskortur				1:0				0:1	1:1	1:0		3:2
Aðrar innri ástæður			0:1	1:0	0:1	2:0	3:0	3:0	3:2	3:2	0:1	15:7
Samtals	**4:2**	**0:0**	**0:2**	**2:0**	**0:2**	**2:0**	**4:1**	**3:2**	**5:5**	**5:6**	**0:3**	**25:23**
Heildarfjöldi	**4:2**	**0:3**	**4:3**	**13:4**	**9:9**	**12:3**	**14:5**	**10:6**	**12:7**	**6:10**	**1:3**	**85:55**

Tafla III. *Yfirlit yfir fyrsta hjartarit, nærstödd vitni og grunnendurlífgunartilraunir nærstaddra. Þessar tölur miðast við 140 tilfelli skyndidauða.*

		Fyrsta rit*			Vitni**		Grunnendurlífgun		
Innri ástæður	n	Sleglatif	Rafleysa	EMD***	Séð	Ekki séð	Já	Nei	Lifun
Blæðingar	15	2	6	6	5	8	3	9	0
Vefildisskortur	5	1	3	0	2	2	1	3	0
Vöggudauði	6	0	3	0	1	4	1	4	0
Annað	22	3	14	0	9	4	3	9	0
Samtals	**48**	**6**	**26**	**6**	**17**	**18**	**8**	**25**	**0**
Ytri ástæður									
Lyfjaeitrun	23	2	20	0	6	15	4	16	1
Áverki	23	4	13	1	13	7	11	10	0
(Nær)drukknun	7	1	4	0	3	3	4	2	4
(Nær)köfnun	20	0	14	1	7	8	5	11	4
Sjálfsvíg	19	1	17	0	0	19	2	17	0
Samtals	**92**	**8**	**68**	**2**	**29**	**52**	**26**	**56**	**9**
Heildarfjöldi	**140**	**14**	**94**	**8**	**46**	**70**	**34**	**81**	**9**

* Í 24 tilfellum var um feigðartakt eða aðrar hægatakttruflanir að ræða á fyrsta riti.
** Í 24 tilfellum var ekki vitað hvort vitni var nærstatt og í 25 tilfellum var ekki vitað hvort nærstatt vitni reyndi grunnendurlífgun.
*** EMD (electro mechanical dissociation) = samdráttarleysa.

Þar af var köfnun vegna flogaveiki algengust. Sjö (5%) einstaklingar drukknuðu eða voru nær drukknaðir. Tuttugu og fimm prósent (23/92) ytri ástæðna voru staðfest með krufningu (tafla I).

Af 140 tilfellum reyndust 48 eða 34% vera vegna innri ástæðna. Blæðingar voru 15 (11%) og voru þær algengastar innri ástæðna. Þar af voru fimm rofnir æðagúlar, fjórar heilablæðingar og ein magablæðing. Níu (6%) tilfelli voru vegna illkynja sjúkdóma og í sex (4%) tilfellum var um vöggudauða að ræða. Þrjú tilfelli (2%) voru vegna lungnareks og blóðeitrun var talin orsök í tveimur tilvikum (1%). Sextíu og fimm prósent (31/48) innri ástæðna voru staðfest með krufningu (tafla I).

Aldur og kyn: Meðalaldur þessara 140 einstaklinga var 46 ár og staðalfrávik 24,3 ár (aldursbilið: nokkurra mánaða til 90 ára). Karlar voru 85 (61%) en konur 55 (39%). Karlar voru fleiri en konur í flestum aldurshópum nema í þeim elstu og á aldursbilinu eins til fjögurra ára þar sem konur voru fleiri. Sami fjöldi karla og kvenna var á aldursbilinu 25 til 34 ára (mynd 1).

Karlar voru fleiri en konur í öllum flokkum sjúkdómsgreininga nema blæðingum þar sem konur voru fleiri. Sex af sjö einstaklingum sem drukknuðu eða voru nær drukknaðir voru yngri en 14 ára. Tuttugu og fjögur prósent (33/140) einstaklinga voru yngri en 24 ára og var stærsti hluti þeirra í hópi vöggudauða, sjálfsvíga og drukknunar. Fimm konur og fjórir karlar útskrifuðust.

Af þeim sem dóu vegna sjálfsvíga og lyfjaeitrana voru karlar hlutfallslega fleiri en konur (30:12) og var marktækur munur þar á (kí-kvaðratspróf, p=0,009) (tafla II).

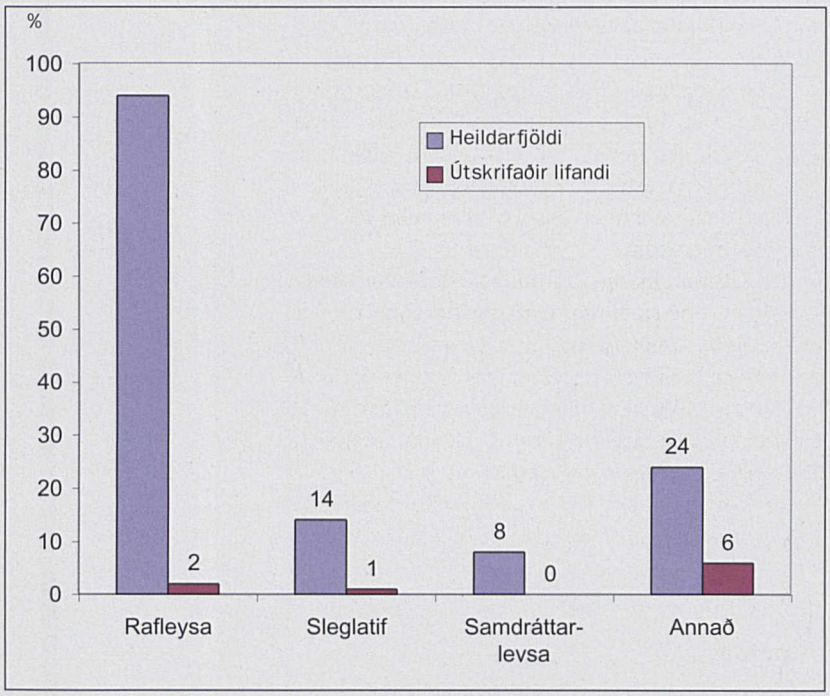
Endurlífgunartilraunir: Endurlífgun var reynd í 135 (96,4%) tilvikum af áhöfn neyðarbílsins. Vitni voru að áfallinu í 33% (46/140) tilfella og af þeim útskrifuðust fjórir. Í 70 tilfellum var vitni ekki til staðar og í því tilviki útskrifaðist aðeins einn. Í 24 tilfellum var ekki vitað hvort vitni var nærstatt og af þeim lifðu fjórir (tafla III).

Nærstaddir reyndu grunnendurlífgun í 24% (34/140) tilfella og útskrifuðust fjórir þeirra (12%). Í 81 tilfelli var grunnendurlífgun ekki reynd og þar af

Tafla IV. *Staðsetning skyndidauðatilfella.*

Staðsetning	Drukknun	Sjálfsvíg	Lyfja-eitrun	Áverki	SIDS*	Vefildis-Köfnun	skortur	Blæðing	Annað	Samtals	Lifun
Í heimahúsi		11	16	3	6	13	4	11	13	77	3
Í vinnu				2						2	
Í bíl		4		10						14	
Úti á götu		3		7				1	4	15	
Í sjó/vatni	7									7	4
Á hjúkrunarheimili						2		1		3	1
Annars staðar		1	7	1		5	1	2	5	22	1
Samtals	**7**	**19**	**23**	**23**	**6**	**20**	**5**	**15**	**22**	**140**	**9**

*SIDS (sudden infant death syndrome) = vöggudauði.



Mynd 2. *Hjartsláttartruflanir greindar í upphafi hjá öllum sjúklingum með hjarta- og öndunarstöðvun. Undir annað fellur feigðartaktur, hægataktur og aðrar hægatakttruflanir. Tuttugu og tvö prósent (2/9) af þeim sem útskrifuðust voru með rafleysu á fyrsta riti, 11% (1/9) voru með sleglatif og 67% (6/9) með feigðartakt, hægatakt eða aðrar hjartsláttartruflanir.*

útskrifuðust tveir einstaklingar. Í 25 tilfellum var ekki vitað hvort grunnendurlífgun var reynd af nærstöddu vitni og útskrifuðust þrír þeirra (tafla III). Hvort sem vitni voru að áfallinu eða grunnendurlífgunartilraunir voru reyndar þá leiddi það ekki til þess að hlutfallslega fleiri þessara sjúklinga lifðu áfallið af.

Fyrsta hjartarit: Á fyrsta hjartariti var rafleysa (asystola) langalgengust eða hjá 67% (94/140) einstaklinga. Sleglatif (ventricular fibrillation) greindist hjá 14 einstaklingum (10%) og samdráttarleysa hjá átta (6%) einstaklingum, aðrar hægatakttruflanir voru greindar hjá 24 (17%), þar af hægataktur (bradycardia) hjá þremur einstaklingum og feigðartaktur (agonal) hjá sjö einstaklingum (mynd 2).

Tveir af þeim 94 sem voru með rafleysu á fyrsta riti útskrifuðust, eða 2%. Einn var með sleglatif eða 7% (1/14) og var grunnendurlífgunartilraun hafin strax í því tilfelli. Sex af þeim sem útskrifuðust greindust með feigðartakt og aðrar hægatakttruflanir á fyrsta riti og voru tvö tilfelli séð af vitnum og grunnendurlífgunartilraunir reyndar í þremur tilfellum. Samdráttarleysa sást fyrst og fremst á riti þeirra sem voru með innri blæðingu.

Tafla III gefur yfirlit yfir ástæður skyndidauða, takttruflun á fyrsta riti, hvort vitni voru að áfallinu, hvort þau hófu endurlífgun og einnig hve margir lifðu áfallið af.

Staðsetning skyndidauðatilfella: Flest skyndidauðatilfella, sem voru afleiðing annarra ástæðna en hjartasjúkdóma áttu sér stað í heimahúsi, alls 77 af 140 eða 55% og útskrifuðust þrír af spítala. Fjórtán (10%) tilfelli áttu sér stað úti á götu og 15 (11%) í bíl. Sjö einstaklingar drukknuðu eða voru nær drukknaðir í sjó, sundlaug eða stöðuvatni og af þeim lifðu fjórir af áfallið. Einn einstaklingur lifði áfallið af á hjúkrunarheimili eftir nær köfnun. Einn (5%) útskrifaðist eftir áfall á öðrum vettvangi en ofangreindum. Flest tilfelli köfnunar voru í heimahúsi (tafla IV). Ekki var marktækur munur á lifun hvort heldur áfallið átti sér stað í heimahúsi eða ekki (áhættuhlutfall: 2,4; 95% öryggisbil: 0,5-13,8).

Útkallstími: Viðbragðstími var frá einni til 15 mínútna en meðalviðbragðstíminn var fimm mínútur. Meðalviðbragðstími fyrir þá sem útskrifuðust af spítala var 4,4 mínútur og ekki martktækt skemmri en hjá þeim sem dóu.

Fjöldi skyndidauðatilfella eftir tíma sólarhrings, mánuðum og árum: Í byrjun vinnudags (klukkan átta og níu) jókst tíðnin verulega en féll svo aftur og hélst nokkuð stöðug yfir daginn. Tíðnin var lægst að nóttu til og féll alveg niður yfir blánóttina (ekkert tilfelli klukkan fjögur). Áverkar voru flestir klukkan átta og níu að morgni en sjálfsvíg voru flest klukkan 10 að kvöldi.

Flest útköll neyðarbílsins voru í ágúst og september (32/140=23%). Fæst voru þau í júlí. Ekki var marktækur munur á dreifingu eftir mánuðum (kíkvaðraðspróf: p=0,87). Flest tilfelli skyndidauða voru árið 1989 en ekki var marktækur munur á dreifingu eftir árum.

Útskrift af sjúkrahúsi: Áttatíu og átta (88/140= 63%) voru fluttir á sjúkrahús þar af voru 40 (45%) lifandi við komu. Tuttugu og fimm einstaklingar voru fluttir upp á deild. Af 40 einstaklingum útskrifuðust níu eða 23% af sjúkrahúsinu. Af 140 tilfellum hjarta- og öndunarstöðvunar lifðu níu einstaklingar af áfallið, eða 6%.

Umræða

Neyðarbíll hefur verið starfræktur á Stór-Reykjavíkursvæðinu frá 1982 og hafa upplýsingar um hjarta- og öndunarstöðvun verið skráðar jafnóðum. Frá 1991 hefur skráning tilfellanna verið eftir hinu staðlaða Utsteinkerfi (1). Fjöldi skyndidauðatilfella af öðrum ástæðum en hjartasjúkdómum fyrir árin 1987 til 1999 var 19% af öllum tilvikum skyndilegrar hjarta- og öndunarstöðvunar. Þetta er nokkuð hærra hlutfall en í Svíþjóð þar sem hlutfallið er 10% en lægra en í Finnlandi þar sem hlutfallið er um 24% (5,8,9).

Endurlífgun var reynd í 96,4% tilfella af starfsmönnum neyðarbílsins sem er hærra hlutfall en í Svíþjóð og Finnlandi. Ytri ástæður voru mun algengari en innri og voru lífslíkur í þeim tilvikum einnig betri. Samsvarandi niðurstöður hafa einnig fengist í öðrum erlendum rannsóknum (5,8,10). Á árunum 1987 til 1999 lifðu fjórir einstaklingar sem voru nær drukknaðir, fjórir eftir nær köfnun og einn eftir lyfjaeitrun. Af þessu má ályktа að tilraunir til endurlífgunar séu árangursríkastar þegar um „drukknun" eða „köfnun" er að ræða. Þessar niðurstöður eru sambærilegar við niðurstöður frá Finnlandi þar sem lífslíkurnar voru einnig mestar ef orsakirnar voru drukknun eða köfnun (4,5). Af 140 lifðu níu af eða 6% samanborið við 51 af 308 ef orsökin var hjartasjúkdómur eða 17% (áhættuhlutfall: 2,9; 95% öryggisbil: 1,4-6,0) (3).

Aldursdreifing einstaklinga var mismunandi eftir ástæðum hjarta- og öndunarstöðvunar. Öll árin hafa karlar verið í meirihluta og í öllum hópum voru þeir fleiri nema þegar blæðing var orsök áfallsins. Flestir sem lifðu af áfallið voru ungir einstaklingar sem eru samsvarandi niðurstöður og hafa fengist í Bandaríkjunum (11).

Sýnt hefur verið fram á að skjótur viðbragðstími, sleglatif á fyrsta riti og grunnendurlífguntilraunir nærstaddra auka lífslíkur þeirra sem hafa farið í hjarta- og öndunarstöðvun vegna hjartasjúkdóma (3,12-15). Lítið liggur fyrir um hvaða þættir skipta mestu máli þegar um hjarta- og öndunarstöðvun er að ræða af öðrum ástæðum. Einungis í einni rannsókn frá Finnlandi hefur verið sýnt fram á svo marktækt sé að skjótur viðbragðstími neyðarbíls hafi áhrif á lífslíkur sjúklinga ef ástæður hjarta- og öndunarstöðvunar eru aðrar en hjartasjúkdómar. Í okkar rannsókn var ekki unnt að sýna fram á að grunnendurlífgunartilraunir nærstaddra, skjótur viðbragðstími, eða kringumstæður skiptu sköpum fyrir þá einstaklinga sem urðu fyrir þess konar áfalli.

Flestir greindust með rafleysu á fyrsta riti í þessari rannsókn en niðurstöður sýna að þá er lífsvon lítil sem engin. Þegar orsök skyndidauða er hjartasjúkdómur er algengt að sleglatif sé til staðar á fyrsta riti eða í um 50-60% tilfellanna (2,3,13,15,16), en 30-40% með rafleysu. Í þessari rannsókn voru 67% með rafleysu á fyrsta riti og 10% (14/140) með sleglatif. Sjö prósent (1/14) einstaklinga úr hópi þeirra sem höfðu sleglatif á fyrsta riti lifðu og því reyndist sleglatif ekki sterkur forspárþáttur um lifun. Lífslíkur einstaklinga með sleglatif ef ástæðan er hjartasjúkdómur er hins vegar um 30%. Tveir einstaklingar með rafleysu á fyrsta riti útskrifuðust (2%) sem er svipuð lifun og hjá einstaklingum með hjartasjúkdóm og rafleysu á fyrsta riti (2,3). Sex einstaklingar sem voru með aðra hægatakttruflun á fyrsta riti útskrifuðust.

Þegar ástæður hjarta- og öndunarstöðvunar eru aðrar en hjartasjúkdómar ráðast lífslíkur þannig að miklu leyti af orsökinni og eru lífslíkur því minni sem hinn líkamlegi skaði er meiri. Þannig lifði enginn af hjarta- og öndunarstöðvun sem orsakaðist af heilablæðingu eða rofi á slagæðargúl.

Flest ef ekki öll tilfelli lyfjaeitrana í þessari rannsókn voru í sjálfsvígstilgangi. Að frátöldum hjartasjúkdómum eru sjálfsvíg að meðtöldum lyfjaeitrunum algengasta ástæða skyndidauða utan spítala á Reykjavíkursvæðinu og í sjálfsvígshópnum eru karlmenn fleiri en konur.

Ef ástæður hjarta- og öndunarstöðvunar hefðu eingöngu verið staðfestar með tilgátu læknis neyðarbílsins hefði áreiðanleiki greininga verið takmarkaður samkvæmt Silfvast og félögum (17). Í þessari rannsókn voru 38,6% allra tilfella staðfest með krufningu, eða 65% tilfella innri ástæðna og um 25% tilfella ytri ástæðna. Ef staðfest ástæða með krufningu hefði ekki verið fyrir hendi hefði fjölda innri ástæðna skeikað um einn þriðjung. Aðeins ætti að greina innri ástæður með krufningu þar sem oft leikur mikill vafi á réttri dánarorsök.

Ályktanir

Um það bil fimmta hvert tilfelli sem neyðarbíll er kallaður til vegna skyndidauða utan spítala á Reykjavíkursvæðinu er af öðrum ástæðum en hjartasjúkdómum. Sjálfsvíg að meðtöldum lyfjaeitrunum eru algengustu ástæður skyndidauða utan spítala í þeim tilvikum sem ekki verða rakin til hjartasjúkdóma.

Árangur af endurlífgunartilraunum er mun lakari þegar ástæða skyndidauða er önnur en hjartasjúkdómur. Lífslíkur eru skástar þegar um köfnunar- eða drukknunartilvik er að ræða. Dánarorsakir voru staðfestar með krufningu í mörgum tilfellum sem gerir allar niðurstöður áreiðanlegri en annars væri.

Þakkir

Sérstaklega vilja höfundar þakka Erni Ólafssyni fyrir aðstoð við staðtölulega útreikninga og ráðgjöf. Maríu Henley er þökkuð aðstoð við ritvinnslu og frágang. Jafnframt er starfsfólki Slökkviliðs Reykjavíkur og Neyðarlínu þakkað samstarfið. Rannsóknin var styrkt af Vísindasjóði Borgarspítalans.

Heimildir

1. Cummins RO, Chamberlain DA, Abramson NS, Allen M, Baskett PJ, Becker L, et al. Recommended guidelines for uniform reporting of data from out-of-hospital cardiac arrest: the Utstein Style. A statement for health professionals from a task force of the American Heart Association, the European Resuscitation Council, the Heart and Stroke Foundation of Canada, and the Australian Resuscitation Council. Circulation 1991; 84: 960-75.
2. Blængsdóttir GH, Þorgeirsson G. Endurlífganir utan spítala á Reykjavíkursvæðinu 1987-1990. Læknablaðið 1994; 80: 381-6.
3. Sigurðsson G jr, Þorgeirsson G. Sérhæfð endurlífgun utan sjúkrahúsa á Reykjavíkursvæðinu 1991-1996. Læknablaðið 2000; 86: 669-73.
4. Roberts WC. Sudden cardiac death: definitions and causes. Am J Cardiol 1986; 57: 1410-3.
5. Kuisma M, Alaspaa A. Out-of-hospital cardiac arrests of non-cardiac origin. Epidemiology and outcome. Eur Heart J 1997; 18: 1122-8.
6. Kuisma M, Maatta T, Rosenberg P, Alaspaa A. Utstein style – a suggestion for revision: a statement by the Helsinki Cardiac Arrest Research Team. Resuscitation 1998; 36: 149-51.
7. Tadel S, Horvat M, Noc M. Treatment of out-of-hospital cardiac arrest in Ljubljana: outcome report according to the 'Utstein' style. Resuscitation 1998; 38: 169-76.
8. Holmberg M, Holmberg S, Herlitz J, Gardelov B. Survival after cardiac arrest outside hospital in Sweden. Swedish Cardiac Arrest Registry Source. Resuscitation 1998; 36: 29-36.
9. Herlitz J, Graves JR. Non-cardiac origin of out-of-hospital cardiac arrests: do we underestimate their frequency and prognosis? Eur Heart J 1997; 18: 1047-9.
10. Herlitz J, Bahr J, Fischer M, Kuisma M, Lexow K, Thorgeirsson G. Resuscitation in Europe: a tale of five European regions. Resuscitation 1999; 41: 121-31.
11. Safranek DJ, Eisenberg MS, Larsen MP. The epidemiology of cardiac arrest in young adults. Ann Emerg Med 1992; 21: 1102-6.
12. Gallagher EJ, Lombardi G, Gennis P. Effectiveness of bystander cardiopulmonary resuscitation and survival following out-of-hospital cardiac arrest. JAMA 1995; 274: 1922-5.
13. Swor RA, Jackson RE, Cynar M, Sadler E, Basse E, Boji B, et al. Bystander CPR, ventricular fibrillation, and survival in witnessed, unmonitored out-of-hospital cardiac arrest. Ann Emerg Med 1995; 25: 780-4.
14. Kuisma M, Jaara K. Unwitnessed out-of-hospital cardiac arrest: is resuscitation worthwhile? Ann Emerg Med 1997; 30: 69-75.
15. Herlitz J, Ekstrom L, Wennerblom B, Axelsson A, Bang A, Holmberg S. Predictors of early and late survival after out-of-hospital cardiac arrest in which asystole was the first recorded arrhythmia on scene. Resuscitation 1994; 28: 27-36.
16. Herlitz J, Ekström L, Wennerblom B, Axelsson A, Bang A, Holmberg S. Survival among patients with out-of-hospital cardiac arrest found in electromechanical dissociation. Resuscitation 1995; 29: 97-106.
17. Silfvast T. Prehospital resuscitation in Helsinki, Finland. Am J Emerg Med 1990; 8: 359-64.

Fosamax 70 mg
MSD
TÖFLUR; M 05 B A 04
Hver tafla inniheldur: Acidum alendronatum 70 mg. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Meðferð á beinþynningu eftir tíðahvörf. Fosamax dregur úr hættu á samfalli hryggjarliða og mjaðmarbrotum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður skammtur er ein 70 mg tafla einu sinni í viku. *Eftirfarandi atriði eru mikilvæg til þess að frásog alendrónats verði fullnægjandi:* Fosamax verður að taka á fastandi maga að morgni, a.m.k. hálfri klukkustund áður en önnur lyf eru tekin og fæðu eða drykkjar er neytt. Lyfið skal tekið inn með vatni. Aðrir drykkir (þ.á m. sódavatn), fæða og önnur lyf geta dregið úr frásogi alendrónats (sjá Milliverkanir). Sjúklingar ættu að fá kalk og D-vítamín ef ekki er nægjanlegt magn af því í fæðunni (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). *Notkun hjá öldruðum:* Í klínískum rannsóknum hafði aldur hvorki áhrif á verkun alendrónats né öryggi notkunar þess. Því er ekki þörf á aðlögun skammta hjá öldruðum. *Skert nýrnastarfsemi:* Aðlögun skammta er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með gauklasíunarhraða (GFR: Glomerular filtration rate) meiri en 35 ml/mín. Alendrónat er ekki ráðlagt fyrir sjúklinga með meiri skerðingu á nýrnastarfsemi (GFR < 35 ml/mín) þar sem nægileg reynsla er ekki fyrir hendi. *Notkun hjá börnum:* Alendrónat hefur ekki verið rannsakað m.t.t. notkunar fyrir börn og á því ekki að gefa börnum lyfið. Notkun Fosamax 70 mg taflna hefur ekki verið rannsökuð m.t.t. meðferðar við beinþynningu af völdum sykurhrífandi barkstera.
Frábendingar: Óeðlilegt vélinda, eða annað sem seinkar tæmingu vélindans, s.s. þrengsli (strictura) eða vélindakrampi (achalasia), sjúklingar sem ekki geta setið eða staðið uppréttir í a.m.k. 30 mínútur, ofnæmi fyrir alendrónati eða einhverjum hjálparefnanna, of lágt kalkgildi í blóði, Sjá einnig Varnaðarorð og varúðarreglur. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Alendrónat getur valdið staðbundinni ertingu í slímhúð í efri hluta vélindans. Þar sem sá möguleiki er fyrir hendi að undirliggjandi sjúkdómur versni, skal gæta varúðar þegar alendrónat er gefið sjúklingum með virka sjúkdóma í efri hluta meltingarvegar, svo sem kyngingarörðugleika, sjúkdóma í vélinda, eða bólgusjúkdóm eða sár í maga eða skeifugörn. Ennfremur þeim sem hafa nýlega (á síðastliðnu ári) haft sjúkdóma í meltingarvegi svo sem sár eða blæðingu og þeim sem gengist hafa undir skurðaðgerð á efri hluta meltingarvegar, að undanskilinni magaportslögun (pyloroplasty) (sjá Frábendingar). Aukaverkanir á vélinda (sem geta verið svo alvarlegar að sjúkrahúsinnlögn er nauðsynleg) s.s. vélindabólga, vélindasár og fleiður í vélinda sem í sjaldgæfum tilvikum hafa leitt til þrengingar í vélinda, hafa verið skráðar hjá sjúklingum í meðferð með alendrónati. Læknar ættu því að vera á verði gagnvart einkennum sem benda til áhrifa á vélinda og benda skal sjúklingunum á að hætta að taka inn alendrónat og leita til læknis ef þeir verða varir við kyngingarörðugleika, verki við kyngingu, verk undir bringubeini eða brjóstsviða sem fer versnandi eða hefur ekki verið til staðar áður. Hættan á alvarlegum aukaverkunum í vélinda virðist vera meiri hjá sjúklingum sem ekki taka alendrónat inn á réttan hátt og/eða halda áfram að taka inn alendrónat eftir að einkenni koma fram sem benda til ertingar í vélinda. Það er mjög mikilvægt að sjúklingar fái fullnægjandi leiðbeiningar um það hvernig beri að taka lyfið inn og að þeir skilji þær til hlítar (sjá Skammtar og lyfjagjöf). Upplýsa skal sjúklinga um að sé leiðbeiningunum ekki fylgt geti það aukið hættu á vandamálum í vélinda. Þrátt fyrir að ekki hafi komið fram aukin áhætta í víðtækum klínískum rannsóknum, hafa maga- og skeifugarnarsár í sjaldgæfum tilvikum verið skráð, við almenna notkun lyfsins, sum alvarleg og með fylgikvillum. Orsakasamband hefur samt ekki verið útilokað. Sjúklingar skulu fá leiðbeiningar um hvað þeim beri að gera gleymi þeir að taka skammt af Fosamax, en þeir skulu taka töflu strax morguninn eftir að þeir muna eftir því. Ekki skal taka tvær töflur sama daginn, en halda skal áfram að taka eina töflu einu sinni í viku á þeim degi sem upphaflega var valinn. Alendrónat er ekki ráðlagt fyrir sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi þegar GFR er minna en 35 ml/mín (sjá Skammtar og lyfjagjöf). Íhuga skal aðrar orsakir beinþynningar en östrógenskort og aldur. Leiðrétta þarf lágt kalkgildi í blóði áður en meðferð með alendrónati er hafin (sjá Frábendingar). Aðrar truflanir á efnaskiptum (svo sem D-vítamínskort) þarf einnig að meðhöndla á árangursríkan hátt. Þar sem alendrónat tekur þátt í að auka steinefni í beinum, getur minniháttar lækkun í styrk kalks og fosfats í sermi komið fram, sérstaklega hjá sjúklingum sem fá sykurhrífandi barkstera (glucocorticoids), en þeir eiga á hættu að kalk frásog minnki. Mikilvægt er því að tryggja að sjúklingar sem taka sykurstera fái nægjanlegt kalk og D-vítamín.
Milliverkanir: Mjög líklegt er að matur og drykkur (þ.á m. sódavatn), kalk, sýrubindandi lyf og önnur lyf dragi úr frásogi alendrónats séu þau tekin inn samtímis því. Því eiga sjúklingar að láta a.m.k. hálfa klukkustund líða frá því að þeir taka inn alendrónat, þar til þeir taka inn önnur lyf (sjá Skammtar og lyfjagjöf og Lyfjahvörf). Ekki er búist við neinum öðrum milliverkunum sem hafa klíníska þýðingu. Sumir sjúklinganna í klínískum rannsóknum fengu östrógenmeðferð (í leggöng, um húð eða til inntöku) á meðan þeir voru á alendrónat meðferð. Engar aukaverkanir komu fram í tengslum við þessa samhliða meðferð. Þó að ekki hafi verið gerðar sérstakar rannsóknir á milliverkunum var alendrónat notað samhliða fjölda annarra algengra lyfja í klínískum rannsóknum, án nokkurra klínískra einkenna um aukaverkanir. **Meðganga og brjóstagjöf:** Fullnægjandi upplýsingar um notkun alendrónats á meðgöngu liggja ekki fyrir. Rannsóknir á dýrum benda ekki til beinna skaðlegra áhrifa m.t.t. meðgöngu, fósturþroska eða þroska eftir fæðingu. Þegar alendrónat var gefið rottum á meðgöngu olli það erfiðleikum við got í tengslum við lágt kalkgildi í blóði. Af þessum orsökum ætti ekki að nota alendrónat á meðgöngu. Ekki er vitað hvort alendrónat skilst út í brjóstamjólk. Því ættu konur með börn á brjósti ekki að nota alendrónat.
Akstur og stjórnun vinnuvéla: Engin áhrif á akstureshæfni eða hæfni til að stjórna vélbúnaði hafa komið fram. **Aukaverkanir:** ***Algengar (>1%):*** *Meltingarfæri:* Kviðverkir, meltingartruflanir, hægðatregða, niðurgangur, vindgangur, vélindasár*, blóð í hægðum (melaena), kyngingarörðugleikar*, uppþemba, súrt bakflæði, ógleði. *Stoðkerfi:* Verkir í stoðkerfi (beinum, vöðvum, liðum). *Taugakerfi:* Höfuðverkur.
Sjaldgæfar (0,1-1%): *Almennar:* Útbrot, roði. *Meltingarfæri:* Ógleði, uppköst, bólga í magaslímhúð, bólga í vélindaslímhúð*, fleiður í vélinda*. ***Mjög sjaldgæfar (<1%):*** *Almennar:* Ofnæmisviðbrögð þ.á m. ofsakláði og ofsabjúgur. Útbrot ásamt ljósnæmi. *Meltingarfæri:* Þrengslamyndun í vélinda*, sár í munnkoki*, rof, sár eða blæðingar í efri hlutameltingarvegar, en ekki er hægt að útiloka að um orsakasamband sé að ræða. *Sérhæfð skilningarvit:* Æðahjúpsbólga (uveitis). * Sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Skammtar og lyfjagjöf. *Niðurstöður blóðrannsókna:* Í klínískum rannsóknum kom fram tímabundin, væg, einkennalaus lækkun á kalsíum- og fosfatgildum í blóði hjá u.þ.b. 18% og 10% sjúklinga í meðferð með 10 mg/dag af alendrónati, en hjá u.þ.b. 12% og 3% þeirra sem fengu lyfleysu. Þrátt fyrir það var tíðni kalsíumlækkunar í < 8,0 mg/dl (2,0 mmól/l) og fosfatlækkunar í ≤ 2,0 mg/dl (0,65 mmól/l) svipuð hjá báðum hópunum.
Ofskömmtun: Of lágt kalsíumgildi í blóði, of lágt fosfatgildi í blóði og aukaverkanir í efri hluta meltingarvegar, s.s. magaópægindi, brjóstsviði, bólga í slímhúð í vélinda, bólga í magaslímhúð eða sár geta hlotist af inntöku of stórra skammta. Engar sértækar upplýsingar eru fyrir hendi um meðferð vegna ofskömmtunar alendrónats. Gefa skal mjólk eða sýrubindandi lyf til þess að binda alendrónat. Vegna hættu á ertingu í vélinda skal ekki framkalla uppköst og sjúklingurinn ætti að sitja eða standa uppréttur. **Pakkningar og verð (október, 2001):** 4 stk. 5417 kr; 12 stk. 14076 kr.Afgreiðslutilhögun: Lyfseðilsskylda. Greiðsluþátttaka: E. Handhafi markaðsleyfis: Merck Sharp & Dohme, B.V., Haarlem, Holland. Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

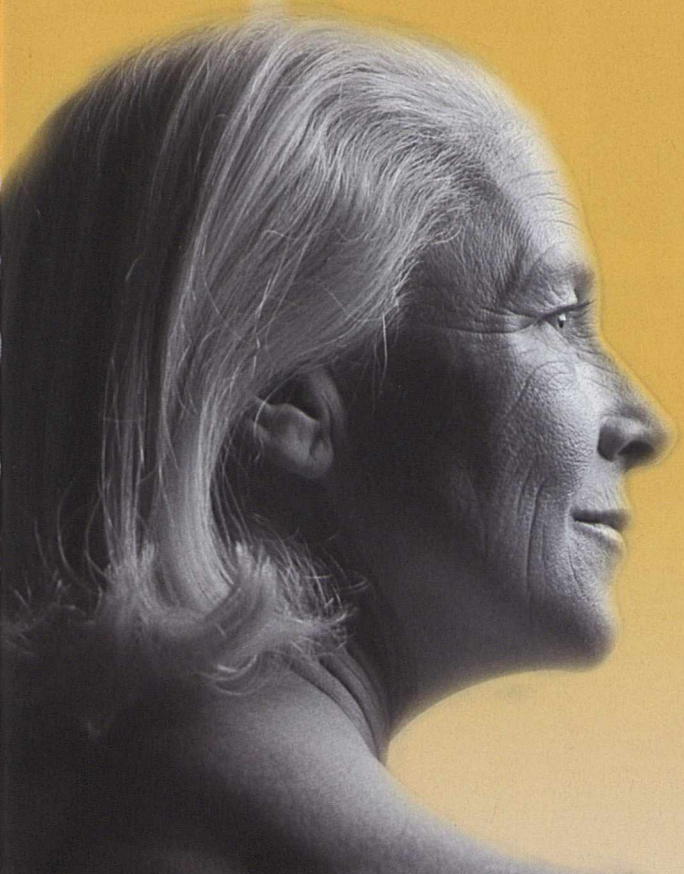
LINDEGAARD

Hún er komin!

Fyrsta og eina

Vikutaflan

til meðferðar á beinþynningu eftir tíðahvörf



FOSAMAX®* 70 mg (ALENDRÓNAT, MSD)

- Jafngilt FOSAMAX® 10 mg einu sinni á dag[1]
- Þægilegt – ein tafla vikulega
- Ekki aukin tíðni alvarlegra aukaverkana frá efri hluta meltingarvegar[1**]

Ábending: Meðferð á beinþynningu eftir tíðahvörf. FOSAMAX® dregur úr hættu á samfalli hryggjarliða og mjaðmarbrotum

1 Schnitzer T, Bone H, Crepaldi G et al. Therapeutic equivalence of alendronate 70 mg Once Weekly and alendronate 10 mg daily in the treatment of osteoporosis. Aging Clin Exp Res 2000; 12:1-12.

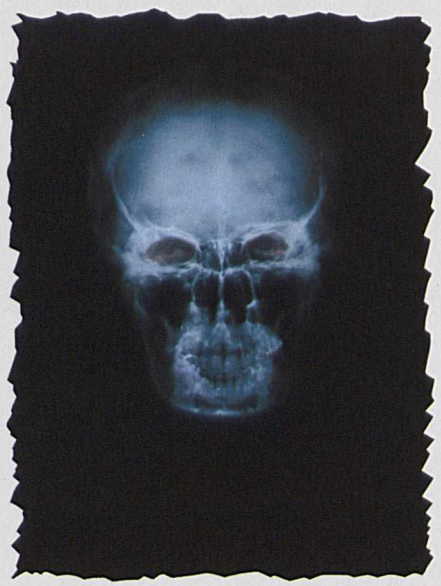
*Vörumerkið tilheyrir Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J. USA.
**Borið saman við FOSAMAX® 10 mg daglega.
Sjá lyfjaupplýsingar, samþykktar af Lyfjastofnun

Hönnun rannsóknar: Tvíblind, slembiúrtaks og fjölstöðva rannsókn, þar sem áhrif og öryggi FOSAMAX® 70 mg einu sinni í viku (n=519), FOSAMAX® 35 mg tvisvar sinnum í viku (n=369) og FOSAMAX® 10 mg einu sinni á dag (n=370) var borið saman hjá konum eftir tíðahvörf og með beinþynningu (BMD í hrygg eða lærleggshálsi var að minnsta kosti 2,5 staðalfrávikum undir meðaltali borið saman við konur fyrir tíðahvörf).

VIKUTAFLA
FOSAMAX®
70mg alendrónat

Margsannaður árangur - Einstaklega þægilegt[1]

MERCK SHARP & DOHME
Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík



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 kvíðatengt þunglyndi. Almenn kvíðaröskun (GAD).

Skammtar og lyfjagjöf: Lyfið ætti að taka með mat og gleypa hylkin heil. Venjulegur skammtur er eitt hylki einu sinni á dag. Upphafsskammtur er 75 mg. Þegar þess er þörf má auka skammtinn upp í 150 mg á dag að u.þ.b. hálfum mánuði liðnum. Hámarksskammtur er 225 mg einu sinni á dag. Þegar ásköllegur árangur hefur náðst ætti að minnka skammtinn smám saman niður í minnsta viðhaldsskammt meðað 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. Skert nýrna- og/eða lifrarstarfsemi. Vanmeðhöndluð flogaveiki, lækkaður krampaþröskuldur. Þegar skipt er frá mónóaminoxíðasahemli til venlafaxíns skal gera minnst 14 daga meðferðarhlé. Ef breytt er meðferð frá venlafaxíni til mónóaminoxíðasahemils er mælt með 7 daga meðferðarhléi. Gera verður ráð fyrir hættu á sjálfsvígi hjá öllum sjúklingum sem haldnir eru geðlægð. Hætta á sjálfsvígi fylgir geðlægð og kann að vera fyrir hendi þar til verulegur bati hefur náðst. Venlafaxín kann hjá sumum sjúklingum að valda hækkuðum blóðþrýstingi (hliðilsþrýstingur 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. Ahrif venlafaxíns á tvískauta geðlægð (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið próun til oflætisfasa. Sjúklingar með flogaveiki þarfnast viðeigandi flogaveikivlyfja meðan á meðferð stendur. Ekki hefur fengist klínísk reynsla hjá börnum. Lækkun natríums í blóði hefur stöku sinnum sést við meðferð með geðdeyfðarlyfjum, m.a. serótóníunpptökuhemlum, oftast hjá öldruðum og sjúklingum sem eru á þvagræsilyfjum. Upp hafa komið örfá tilvik með lækkun á natríum í blóði af völdum Efexors, yfirleitt hjá öldruðum, sem hefur leitt til þess að hætt var við að gefa lyfið. Milliverkanir: Engar milliverkanir hafa komið fram hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum eftir einfaldan skammt af litíum, díazepami og etanóli á meðan á meðferð stendur með venlafaxíni. Rannsóknir benda til þess að venlafaxín umbrotni í O-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóenzymsins 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 svo sem klínidíni og paroxetíni. Þar eð venlafaxín gæti dregið úr umbrotum annarra lyfja sem CYP2D6 umbrýtur ætti að gæta varúðar við notkun venlafaxíns ásamt slíkum lyfjum þar eð blóðþéttni þeirra gæti aukist. Búast má við mikilli uppsöfnun venlafaxíns ef einstaklingi með hæg umbrot CYP2D6 er gefinn CYP3A3/4 hemill á sama tíma. Því skyldi gæta varúðar við notkun Efexors samfara lyfjum sem hamla CYP3A3/4 t.d. ketókónazóli. Meðganga og brjóstagjöf: Meðganga: Takmörkuð klínísk reynsla hefur fengist af því að gefa vanfærum konum lyfið. Rannsóknir á dýrum hafa leitt í ljós minnkaða þyngd og stærð fóstra og lakari lífsmöguleika, líklega vegna eiturvirkni á móður. Þar til frekari reynsla hefur fengist af Efexor ætti ekki að gefa það á meðgöngutíma nema að vandlega athuguðu máli Brjóstagjöf: Ekki er vitað hvort venlafaxín skilst út í brjóstamjólk. Akstur og stjórnun vinnuvéla: Meðferð með Efexor Depot kann að hægja á viðbrögðum sumra sjúklinga. Þetta ætti að hafa í huga við aðstæður sem krefjast sérstakrar árvekni, t.d. við akstur. Aukaverkanir: Í geðlægð er ávallt ertitt að greina á milli raunverulegra aukaverkana lyfja og einkenna um geðlægð. Aukaverkanirnar ógleði og uppköst tengjast skammtastærð; stærri upphafsskammtar valda aukinni tíðni af ógleði. Styrkur og tíðni þessarar aukaverkunar minnka yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): Almennt: Þróttleysi, lystarleysi, höfuðverkur, kviðverkir, þyngdarminnkun eða þyngdaraukning, svitakóst, eyrnasuð, svimi, svefnhöfgi, skjálfti. Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundið blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, æðavíkkun, hjartsláttaróþol. Miðtaugakerfi: Æsingur, rugl, martröð, minnkuð kynhvöt, svefnleysi, truflað hugskyn, kvíði, taugaóstyrkur; Meltingafæri: Ogleði, uppköst, niðurgangur, hægðatregða, meltingartruflun, munnþurrkur. Húð: Útbrot, flekkblæðing. Þvag- og kynfæri: Ahrif á sáðlátstruflunæginu, getuleysi, Augu: Sjónstillingartruflun, Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennt: Bjúgur, Blóð: Blóðflagnafæð. Miðtaugakerfi: Slen, ósamhæfðar hreyfingar, ofhreyfni, ofskynjanir, geðhæð. Meltingarfæri: Bólga í vélinda, magabólga, tannholdsbólga, breytingar á bragðskyni. Húð: Hárlos, ofsakláði, aukið ljósnæmi. Lifur: Hækkuð lifrarenzým í blóði. Öndunarfæri: Astmi. Augu: Tárubólga. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Almennt: Hálfdvali (stupor). Blóðrás: Breytingar á hjartarafriti (T-bylgja, S-T hluti, gátta-sleglarof af gráðu I). Miðtaugakerfi: Krampar, einkenni um utanstrýtukvilla (Parkinsonlík einkenni), persónuleikatruflun. Ofskömmtun og eitranir: Eiturvirkni: Fullvaxnir einstaklingar hafa tekið inn allt að 6,75 g og orðið fyrir meðalsvæsnum eitrunaráhrifum. Einkenni: Bæling miðtaugakerfisins, krampar, andkólinvirk einkenni. Hraðtaktur, hægataktur, lækkaður blóðþrýstingur, ST/T-breytingar, lenging QRS-bils, lenging QT-bils. Meðferð: Tryggja að öndunarvegur sé vel opinn, fylgjast með hjartarafriti; lyfjakol; magaskolun kemur til greina. Ráðstafanir sem beinast að einkennum. Lyfhrif: Efexor Depot inniheldur venlafaxín sem virkt efni og er það blanda tveggja handhverfa (racemat). Lyfið dregur úr geðdeyfð. Báðar handhverfur venlafaxíns og virka umbrotsefnið O-desmetýlvenlafaxín hafa lyfjafræðileg áhrif. Áhrifin koma fyrst og fremst fram við hömlun á endurupptöku serótóníns og noradrenalíns í miðtaugakerfinu, en einnig kann að koma fram veik hömlun á endurupptöku dópamíns. Venlafaxín og O-desmetýlvenlafaxín draga úr næmi beta-adrenvirkra viðtaka bæði við skammtíma- (einn skammtur) og langtímameðferð. Venlafaxín og O-desmetýlvenlafaxín eru nær jafnvirk hvað varðar endurupptöku taugaboðefna. Venlafaxín sýnir enga tækni í kólínvirka(muskarín-), histamínvirka eða alfa1-adrenvirka viðtaka og ekki hefur verið sýnt fram á neina sækni í ópíum- eða bensódíazepínnæma viðtaka. Venlafaxín hamlar ekki starfsemi ensýmsins mónóamínoxíðasa. Lyfjahvörf: Venlafaxín hefur ekki verið gefið í æð. Helídaraðgengi 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

Menntun, störf og tekjur þeirra sem urðu öryrkjar á Íslandi árið 1997

Sigurður Thorlacius[1,2],
Sigurjón B. Stefánsson[1,3],
Stefán Ólafsson[4]

Ágrip

Inngangur: Umtalsverðar upplýsingar eru til um heilsufar öryrkja á Íslandi, en minni um félagslegar aðstæður þeirra. Félagslegar aðstæður voru því kannaðar og er hér lýst menntunarstigi, störfum og tekjum einstaklinga sem nýlega voru metnir til örorku. Þegar könnunin var gerð var örorka ennþá metin á grundvelli heilsufarslegra, félagslegra og fjárhagslegra forsendna. Meginmarkmið rannsóknarinnar var að kanna í hve miklum mæli félagslegar aðstæður nýskráðra öryrkja eru frábrugðnar aðstæðum þjóðarinnar almennt.

Efniviður og aðferðir: Í símtali var lagður fyrir listi með spurningum um félagslegar aðstæður. Í úrtaki voru allir sem fengu á árinu 1997 í fyrsta sinn örorkulífeyri, örorkustyrk eða endurhæfingarlífeyri. Svör öryrkjanna voru borin saman við svör við þjóðmálakönnunum Félagsvísindastofnunar Háskóla Íslands, þar sem svarendahópurinn endurspeglaði vel þjóðina eftir kyni, aldri og búsetu. Aflað var upplýsinga um meðaltekjur öryrkja og þær bornar saman við meðaltekjur vinnandi fólks.

Niðurstöður: Menntunarstig öryrkjanna reyndist lægra og þeir höfðu í meiri mæli unnið við ófaglærð störf en gengur og gerist hjá þjóðinni. Minna var um að öryrkjarnir hefðu einungis unnið heima en þjóðin almennt. Nokkuð var um að öryrkjarnir væru enn í launaðri vinnu, einkum örorkustyrkþegar. Meðaltekjur Íslendinga sem virkir eru á vinnumarkaði virðast vera nær tvöfalt hærri en meðaltekjur öryrkja.

Ályktanir: Þar eð saman fara lægra menntunarstig og þrengri atvinnutækifæri hjá öryrkjum en hjá þjóðinni almennt, má ályktun að aukin starfsendurhæfing og fjölbreyttari námstækifæri kynnu að geta bætt stöðu þeirra sem eru að detta út af vinnumarkaði vegna heilsubrests, lágs menntunarstigs og erfiðra starfa.

Inngangur

Langvarandi óvinnufærni á rætur að rekja til heilsufarslegra, félagslegra og fjárhagslegra aðstæðna (1-4). Á Íslandi var örorka metin á grundvelli heilsufarslegra, félagslegra og fjárhagslegra forsendna allt til 1. september 1999 (5-6). Örorkulífeyrir var metinn samkvæmt 12. grein almannatryggingalaganna (7), en samkvæmt henni áttu þeir rétt til örorkulífeyris sem voru „öryrkjar til langframa á svo háu stigi að þeir eru ekki færir um að vinna sér inn 1/4 þess er andlega og líkamlega heilir menn eru vanir að vinna sér inn í því sama héraði við störf sem hæfa líkams-

[1]Tryggingastofnun ríkisins, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]taugalækningadeild Landspítala, [4]Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Sigurður Thorlacius, Tryggingastofnun ríkisins, Laugavegi 114, 150 Reykjavík. Sími: 560 4400; bréfasími: 562 4146; netfang: sigurdur.thorlacius@tr.is

Lykilorð: *örorka, félagslegar aðstæður öryrkja, menntunarstig öryrkja, störf öryrkja.*

ENGLISH SUMMARY

Thorlacius S, Stefánsson SB, Ólafsson S

Educational level, occupation and income of those who became disability pensioners in Iceland in the year 1997

Læknablaðið 2001; 87: 981-5

Introduction: All claims for disability benefits in Iceland are managed by the State Social Security Institute of Iceland. The decision to grant a claimant disability benefits was until September 1999 mainly based on medical certificates but social and economic factors were also taken into consideration. As information on social and economic conditions in medical certificates is limited it was decided to investigate these factors particularly. In this paper a comparison of educational level, employment, and income is made between new recipients of disability benefits and a random sample of the Icelandic nation.
Material and methods: All new recipients of disability benefits (full disability pension, partial disability pension and rehabilitation pension) in 1997 were contacted by phone and asked to answer a questionnaire. Their answers were compared with those obtained in a national survey carried out by the Institute of Social Sciences at the University of Iceland in 1996 and 1997 with a sample representing accurately the Icelandic population in terms of gender, age and place of residence. Information about average income of disability pensioners was obtained and compared to that of people in employment.
Results: Educational level of those receiving disability benefits was considerably lower than expected in comparison with the population and unskilled workers were overrepresented. Contrary to what might be expected a larger proportion of the recently disabled have been employed at some time than is the case for the national sample, even though 63.6% of the new disability pensioners were women. Considerable number of those receiving disability benefits were still in employment, particularly those with partial disability pension. Mean monthly income of Icelanders participating in the labour market was almost twice that received by those on disability benefits.
Conclusions: Since lower educational level and more restricted employment opportunities characterize disability pensioners as compared to the nation, it seems likely that more varied occupational rehabilitation and educational opportunities could improve the situation of those who have had to leave the labour market because of ill health, lack of education and poor working conditions.

Key words: *disability, disability pension, social circumstances, education level, occupation, work participation, social security.*

Correspondence: Sigurður Thorlacius. E-mail: sigurdur.thorlacius@tr.is

kröftum þeirra og verkkunnáttu og sanngjarnt er að ætlast til af þeim með hliðsjón af uppeldi og undanfarandi starfa". Samkvæmt 13. grein sömu laga er Tryggingastofnun ríkisins (TR) heimilt að veita örorkustyrk þeim sem skortir að minnsta kosti helming starfsorku sinnar eða sem stundar fullt starf, en verður fyrir verulegum aukakostnaði sökum örorku sinnar. Samkvæmt 8. grein laga um félagslega aðstoð (8) er tímabundið heimilt að greiða endurhæfingarlífeyri, þegar ekki verður séð hver örorka einstaklings verður til frambúðar eftir sjúkdóma eða slys. Endurhæfingarlífeyrir svarar fjárhagslega til örorkulífeyris, að því undanskildu að sjúkrahúsvist skerðir ekki endurhæfingarlífeyri. Þessar bætur eru allar bundnar við aldurinn 16 til 66 ára.

Í gagnasafni TR eru umfangsmiklar upplýsingar um heilsufar öryrkja á Íslandi og eru algengustu heilsufarslegar forsendur örorku geðraskanir og stoðkerfisraskanir (5,9). Ekki var hins vegar vitað hvaða félagslegu þættir hefðu mest samband við örorku. Upplýsingar um þessa þætti eru forsenda þess að unnt sé að bæta stöðu öryrkja eða fyrirbyggja örorku, til dæmis með markvissri starfsendurhæfingu. Í gagnasafni TR eru ekki heildstæðar upplýsingar um félagslegar aðstæður öryrkja. Voru þær því kannaðar sérstaklega. Voru niðurstöðurnar bornar saman við þjóðina þar sem hægt var. Reyndist vera mestur munur á milli hópanna í menntunarstigi og starfsreynslu. Í þessari grein er fjallað um þessa félagslegu þætti. Auk þess eru meðaltekjur öryrkjanna bornar saman við meðaltekjur þeirra sem virkir eru á vinnumarkaði. Meginmarkmið rannsóknarinnar var þannig að meta í hve miklum mæli félagslegar aðstæður öryrkja annars vegar og þjóðarinnar í heild hins vegar eru frábrugðnar.

Efniviður og aðferðir

Þessi könnun var unnin í samvinnu TR og Háskóla Íslands (læknadeildar og Félagsvísindastofnunar). Um var að ræða spurningakönnun á félagslegum aðstæðum, með fyrirmynd í norrænum lífskjarakönnunum (10). Starfsmenn TR lögðu símleiðis fyrir lista með spurningum varðandi félagslegar aðstæður. Félagsvísindastofnun annaðist úrvinnslu gagnanna. Úrtakið var fengið úr skrá TR yfir öryrkja og í því voru allir sem fengu á árinu 1997 í fyrsta sinn örorkulífeyri, örorkustyrk eða endurhæfingarlífeyri (hér eftir nefndir öryrkjar). Alls var um að ræða 1196 manns, en þegar spurningalistinn var lagður fyrir reyndust sumir vera látnir, fallnir af örorkuskrá eða vera ófærir um að svara. Alls náði könnunin þannig til 967 nýskráðra öryrkja. Spyrlar tóku skýrt fram að könnunin væri vísindalegs eðlis, að heimilt væri að neita að svara einstökum spurningum eða þátttöku í könnuninni í heild og að svör viðmælanda myndu ekki hafa nein áhrif á afgreiðslu mála hans í TR. Símakönnunin hófst í janúar 1997 og henni lauk í mars 1998. Listinn samanstóð af 51 spurningu. Hér er einungis fjallað um niðurstöður úr svörum við þriðjungi spurninganna.

Í þeim tilvikum sem upplýsingar um öryrkja eru bornar saman við upplýsingar um þjóðina á aldrinum 18-75 ára er um tölfræðilega lýsandi samanburð að ræða sem segir í hvaða mæli svarendahópur öryrkjanna er svipaður eða frábrugðinn þjóðinni allri með tilliti til viðkomandi atriða. Í þessum tilvikum voru spurningarnar sem lagðar voru fyrir öryrkjana samhljóða spurningum sem lagðar voru fyrir úrtak af þjóðinni. Ekki er með þessu verið að gera tilraun til að skýra mun milli þessara ólíku hópa, heldur einungis að lýsa dreifingu viðkomandi efnisþátta milli hópanna. Það er gagnlegt til að lýsa aðstæðum og einkennum öryrkja að gera slíkan samanburð við þjóðina í heild, en þar sem ekki eru um að ræða tilraun til að skýra muninn og því síður að meta vægi einstakra skýringarþátta, þá telst ekki ástæða til að staðla samanburðinn eftir aldri, búsetu, kyni, stétt og því um líku.

Upplýsingarnar um þjóðina sem notaðar eru koma úr þjóðmálakönnunum Félagsvísindastofnunar á árunum 1996 og 1997 og er byggt á svarendahópum úr tveimur 1500 manna úrtökum samanlögðum, þar sem gild svör eru yfirleitt á þriðja þúsund. Þjóðmálakannanir Félagsvísindastofnunar eru viðtalskannanir í síma þar sem dæmigert úrtak þjóðarinnar er spurt um ýmis þjóðmálaatriði sem nýtast bæði í hagnýtum og fræðilegum tilgangi (11). Svörun í þessum könnunum var á bilinu 65-70% og svarendahópurinn endurspeglaði þjóðina eftir kyni, aldri og búsetu með ágætum.

Svör um atvinnu voru flokkuð inn í alþjóðlegt flokkunarkerfi ISOC (ILO) eftir á af starfsfólki Félagsvísindastofnunar. Byggt var á staðfærslu Hagstofu Íslands og Félagsvísindastofnunar á ISOC kerfinu (12).

Við tölfræðilega úrvinnslu var notað kí-kvaðrats marktækniþróf (13).

Félagsvísindastofnun hefur starfsleyfi frá tölvunefnd sem felur í sér að stofnunin hefur tilkynningarskyldu um einstakar kannanir, en sérstaks leyfis var aflað frá nefndinni vegna þessarar könnunar á félagslegum aðstæðum öryrkja. Rannsóknin þótti ekki þess eðlis að ástæða væri til að óska eftir samþykki vísindasiðanefndar.

Niðurstöður

Alls náði könnunin til 967 öryrkja. Fullnægjandi svör fengust frá 671 eða 69,4%, sem telst góð svörun. Það var öryrkinn sjálfur sem svaraði spurningalistanum í 94,5% tilvika, en aðstandandi í 5,5% tilvika. Svarendur voru á aldrinum 17 til 67 ára. Meðalaldur þeirra var 49 ár (staðalfrávik 13,6). Skipting milli kynja var þannig að konur voru 63,6% og karlar 36,4% og voru konur því mun stærri hluti öryrkja-

hópsins en var meðal þjóðarinnar almennt, þar sem hlutfall kvenna var nálægt helmingi. Þá var meðalaldur þjóðarinnar árið 1997 tæplega 35 ár, þannig að öryrkjarnir voru að meðaltali 14 árum eldri (skriflegar upplýsingar til Stefáns Ólafssonar frá Hagstofu Íslands). Örorkulífeyrisþegar voru 330, örorkustyrkþegar 119 og endurhæfingarlífeyrisþegar 222. Um 80% svarenda voru jákvæðir í viðtalinu og um 4% neikvæðir, en 16% voru hvorki jákvæðir né neikvæðir, að mati spyrla. Tveir af hverjum þremur sögðu að þeir hefðu átt mjög auðvelt með að svara spurningunum og 26% til viðbótar sögðu það hafa verið frekar auðvelt. Einungis um 3% sögðu það hafa verið erfitt að svara spurningunum. Um 97% sögðust fúsir að taka þátt í sams konar könnun síðar meir. Þessi svör sýna að ástand öryrkjanna var almennt ekki þannig að það hamlaði framkvæmd könnunarinnar.

Í töflum I til III eru svör nýskráðu öryrkjanna borin saman við svör slembiúrtaks af Íslendingum á aldrinum 18 til 75 ára. Tölfræðilega marktækur munur (öryggismörk 0,0001) er á dreifingu hópanna í þessum töflum.

Í töflu I er borið saman menntunarstig nýskráðra öryrkja og þjóðarinnar. Samanburður á tölunum fyrir öryrkjana og þjóðina sýnir að menntunarstig öryrkjanna er mun lægra en gengur og gerist hjá þjóðinni. Stór hluti öryrkjanna hefur horfið frá námi eftir grunnskóla og tiltölulega fáir hafa lokið framhaldsnámi.

Í töflu II eru borin saman störf öryrkja og þjóðarinnar. Í fyrsta dálki töflunnar eru sýnd aðalstörf öryrkjanna eftir að skólagöngu lauk, en í öðrum dálki hvert síðasta starf var. Þriðji dálkurinn sýnir svo hvernig starfandi hluti þjóðarinnar á könnunartímanum skiptist. Nærtækast er að bera saman dálka tvö og þrjú, en með því að líta einnig til fyrsta dálksins má fá traustari mynd af starfsreynslu öryrkjanna almennt. Nýskráðu öryrkjarnir hafa mun oftar en þjóðin almennt starfað sem ófaglært verkafólk eða við sjómennsku.

Í töflu III kemur fram í hvaða atvinnugrein öryrkjarnir starfa eða störfuðu síðast. Þar má sjá athyglisverðan mun á öryrkjum og þjóðinni. Öryrkjar koma í meiri mæli úr fiskveiðum og fiskvinnslu en þjóðin almennt og í minni mæli úr opinberri þjónustu og byggingariðnaði. Heldur stærri hluti öryrkja starfaði við verslun, samgöngur og þjónustu en þjóðin á árinu 1996 (14).

Tafla IV sýnir svör öryrkjanna um atvinnuþátttöku undanfarna sex mánuði og hvort þeir hafi verið í launaðri vinnu þegar spurt var. Tölfræðilega marktækur munur (öryggismörk 0,001) var á svörunum við báðum spurningunum eftir örorkubótaflokkum, en ekki eftir kyni, aldri, menntun eða fyrri störfum. Af þeim 122 sem sögðust vera í vinnu, sögðu 32 (26,2%) vinnuviku sína undanfarinn mánuð hafa verið 15 klukkustundir eða minna, 41 (33,6%) sagði vinnuvikuna hafa verið á bilinu 16-25 klukkustundir, 35 (28,7%) sögðu hana lengri en 25 klukkustundir, en 14 (11,5%) svöruðu ekki.

Spurt var hvort öryrkinn treysti sér til að vinna einhver störf nú. Þessu svöruðu 223 (33,2%) játandi,

Table I. *Educational level: a comparison between all new recipients of disability benefits in 1997 and a random national sample investigated 1997.*

	New recipients %*	Random national sample %**
Primary and lower secondary education	55.3	34.7
Short vocational training	14.0	12.3
Vocational education	14.8	19.9
Grammar school education	9.7	16.1
University education	4.8	16.0
No answer	1.4	1.0
Total percentage	**100**	**100**
Total number	**671**	**2166**

* Age between 17 and 67.
** Age between 18 and 75.

Table II. *Main occupation after leaving school and most recent occupation of new recipients of disability benefits in 1997 as compared with occupation of a random national sample investigated 1997.*

	Main occupation of disability beneficiaries %	Most recent occupation of disability beneficiaries %	Occupation of a random national sample %
Administrators	0.9	0.7	8.0
Specialists	4.2	3.7	10.8
Technicians/office workers	15.1	13.3	13.5
Service workers (unskilled)	18.0	20.7	16.7
Skilled craftsmen	11.3	10.7	11.0
Unskilled workers	28.2	32.4	17.0
Working at home	5.5	4.6	14.7
Farmers	5.8	3.4	3.3
Seamen	9.7	7.4	2.7
No answer	1.3	3.1	2.3
Total percentage	**100**	**100**	**100**
Total number	**671**	**671**	**2166**

Table III. *Most recent sector of employment. A comparison between all new recipients of disability benefits in 1997 and a random national sample investigated 1996.*

	New recipients 1997 %	Random national sample 1996 %*
Agriculture	5.8	5.1
Fishing	8.6	4.9
Fish processing	10.9	6.0
Construction	4.0	7.3
Other industrial work	10.2	11.1
Public service	23.5	31.9
Trade/transport/services	37.0	33.7
Total percentage	**100**	**100**
Total number	**643**	**1602**

* See (14).

Table IV. *Work participation of new recipients of disability benefits.*

	Employment during the last six months (%)	Employed now (%)	Number of answers
Full disability pension	49 (16.3)	34 (11.3)	301
Partial disability pension	64 (56.6)	45 (39.8)	113
Rehabilitation pension	53 (24.8)	42 (19.6)	214

Table V. *Percentage of disability pensioners who feel able to work, by level of disability pension, educational level and main occupation after leaving school.*

	%
Level of disability pension*	
Full disability pension	26
Partial disability pension	54
Rehabilitation pension	37
Educational level**	
Primary and lower secondary education	29
Short vocational training	46
Vocational education	33
Grammar school education	44
University education	52
Main occupation after leaving school***	
Specialists and administrators	53
Technicians/office workers	41
Service workers (unskilled)	38
Skilled craftsmen	33
Unskilled workers	30
Working at home	30
Farmers	42
Seamen	22

* Confidence interval 0.001
** Confidence interval 0.01
*** Confidence interval 0.05

425 (63,3%) neitandi, en 23 (3,4%) svöruðu ekki (sjá töflu V). Hér var marktækur munur á svörum eftir bótaflokkum (öryggismörk 0,001), menntun (öryggismörk 0,01) og fyrri störfum (öryggismörk 0,05), en ekki eftir aldri eða kyni.

Spurt var hvort viðkomandi hefði í síðasta starfi verið eða væri launþegi eða með sjálfstæðan atvinnurekstur. Launþegar voru 83,9%, en með sjálfstæðan rekstur 16,1%. Tölfræðilega marktækur munur var á svörum eftir kyni (öryggismörk 0,001), aldri (öryggismörk 0,01), bótaflokki (öryggismörk 0,01), menntun (öryggismörk 0,001) og fyrri störfum (öryggismörk 0,001). Hlutfall þeirra sem voru með sjálfstæðan rekstur fór vaxandi með aldri og hlutfallslega meira var um slíkan rekstur hjá körlum en konum, hjá þeim sem lokið höfðu iðnnámi miðað við annað nám og hjá iðnaðarmönnum og bændum miðað við aðrar stéttir.

Á TR lágu fyrir upplýsingar um tekjur allra skráðra öryrkja á árinu 1997. Þær höfðu verið unnar úr skattframtölum eða tekjuyfirlýsingum öryrkjanna vegna tekjutengingar örorkubótanna. Tekjur öryrkjanna voru bornar saman við upplýsingar um tekjur þjóðarinnar árið á undan. Meðaltekjur öryrkjanna voru 920.879 krónur á árinu, eða 76.740 krónur á mánuði. Meðaltekjur þjóðarinnar, það er þeirra sem voru virkir á vinnumarkaði árið 1996, voru um 137.000 krónur á mánuði (14). Ef tekið er tillit til þess að laun á vinnumarkaði hækkuðu um að jafnaði 5,4% milli áranna 1996 og 1997 (15), má áætla að meðaltekjur vinnandi Íslendinga hafi verið um 88% hærri en meðaltekjur öryrkja á þessum tíma.

Umræða

Þessi rannsókn gefur innsýn í félagslegar aðstæður nýskráðra öryrkja á Íslandi árið 1997, einkum þætti er varða atvinnu og menntun, en einnig eru settar fram vísbendingar um tekjur. Nýskráðir öryrkjar á þessu ári eru ekki dæmigerðir fyrir þýði öryrkja í landinu og því takmarkast ályktanir af rannsókninni við nýskráða öryrkja. Í þýði öryrkja er meðalaldur öryrkja væntanlega hærri en meðalaldur nýskráðra öryrkja og samsetning að öðru leyti hugsanlega önnur. Þá er ekki hægt að fullyrða að þau um það bil 30% nýskráðra öryrkja sem ekki tóku þátt í könnuninni séu eins samsett og þeir öryrkjar sem svör fengust frá. Fyrirvara verður því að setja um ályktanir gagnvart þeim hópi, en hluti þess hóps gat ekki svarað listanum af heilsufarsástæðum. Því má ætla að félagslegar aðstæður þeirra geti verið lakari en hinna sem tóku þátt í könnuninni. Líklegra er því að niðurstöður rannsóknarinnar vanmeti frávik félagslegra aðstæðna öryrkja frá aðstæðum þjóðarinnar en hið gagnstæða.

Þegar rannsóknin fór fram voru forsendur örorkumats læknisfræðilegar, félagslegar og fjárhagslegar (5,6). Áður hefur verið sýnt fram á að algengustu heilsufarslegar forsendur örorku á Íslandi eru geðraskanir og stoðkerfisraskanir (5,9). Þessi rannsókn sýnir að öryrkjar koma einkum úr hópi þeirra sem hafa litla menntun og eiga því fyrst og fremst kost á tiltölulega einhæfum og erfiðum störfum. Þetta er í góðu samræmi við niðurstöðu breskra rannsókna (1,2). Þær hömlur sem öryrkjar búa við koma hér án efa oft við sögu og takmarka tækifæri og kjör, en í öðrum tilvikum verða menn öryrkjar vegna þess að þeir hafa unnið erfiðari og áhættumeiri störfin í þjóðfélaginu.

Mun minna er um að öryrkjarnir hafi aðeins unnið heima en gengur og gerist um þjóðina (sjá töflu II), þrátt fyrir að 63,6% þátttakenda úr hópi öryrkja hafi verið konur. Hugsanlegt er að rekja megi þetta til þess að heimavinnandi konur búi síður við langvarandi heilsubrest en aðrir. Ekki hefur verið gerð nein úttekt á heilsufari þessa hóps, en störf þeirra eru þess eðlis að búast má við að þær séu síður útsettar fyrir sumum af þeim sjúkdómum og slysum sem oftast leiða til örorku. Hugsanleg skýring er einnig að heimavinnandi konur sæki síður um örorkubætur en aðrir. Loks gæti þessi niðurstaða rannsóknarinnar endurspeglað tregðu tryggingalækna til að meta heimavinnandi konum örorku samkvæmt fyrirkomulagi örorkumats árið 1997. Forsendur matsins voru þá fremur óskýrar og ómarkvissar og tryggingalæknum var falið frjálst mat hvað varðar hina félagslegu þætti örorkunnar (16). Árið 1999 var forsendum örorkumatsins breytt, þannig að örorkan er nú einungis metin á læknisfræðilegum forsendum á grundvelli sérstaks örorkumatsstaðals. Eftir breytinguna varð marktæk aukning á meira en 75% örorku hjá konum

(9), sem styður það að fyrra verklag við örorkumat hafi verið heimavinnandi konum óhagstætt.

Í síðasta eða núverandi starfi voru 83,9% öryrkjanna launþegar, en 16,1% með sjálfstæðan rekstur. Þetta er svipað og var meðal þjóðarinnar árið 1990 (17), en þá sögðust um 81% þeirra sem stunduðu launaða atvinnu vera launþegar. Hlutfall öryrkja sem voru með sjálfstæðan rekstur fór vaxandi með aldri og hlutfallslega meira var um slíkan rekstur hjá körlum en konum, hjá þeim sem lokið höfðu iðnnámi samanborið við annað nám og hjá iðnaðarmönnum og bændum miðað við aðrar stéttir. Þetta er áþekkt því sem var hjá þjóðinni árið 1990 (17).

Rúmlega helmingur örorkustyrkþeganna reyndist hafa verið í launaðri vinnu á síðustu sex mánuðum og 40% voru í vinnu þegar spurningalistinn var lagður fyrir. Marktækt færri örokulífeyris- og endurhæfingarlífeyrisþegar en örorkustyrkþegar voru í vinnu. Þriðjungur öryrkjanna kvaðst enn treysta sér til að vinna eitthvað, einkum ýmis létt störf. Örorkustyrkþegar treystu sér fremur til að vinna en örorku- og endurhæfingarlífeyrisþegar. Þessi munur á örorkustyrkþegum og örokulífeyris- og endurhæfingarlífeyrisþegum kemur ekki á óvart, því gera má ráð fyrir að heilsufarslegur vandi örorkustyrkþeganna sé almennt minni og skerðingarmörk örorkustyrksins vegna tekna eru hærri. Þeir sem vegna menntunar eða starfsreynslu voru líklegir til að fá léttari og sérhæfðari störf treystu sér í meira mæli til að vinna, en þeir sem einungis voru líklegir til að fá ósérhæfð og erfið störf. Meðaltekjur Íslendinga sem virkir eru á vinnumarkaði virðast vera nær tvöfalt hærri en meðaltekjur öryrkja. Laun fyrir þau störf sem helst má búast við að öryrkjum bjóðist eru hins vegar mun lægri (11). Það að laun fyrir þau störf sem öryrkjum helst bjóðast eru jafnvel lítið hærri en örorkubætur, ýtir ekki undir viljann til að halda áfram að vinna ef heilsan brestur. Því er mikilvægt að í boði sé starfsendurhæfing sem getur orðið til að auka líkurnar á því að viðkomandi fái störf sem eru hærra launuð og ekki erfiðari en svo að hann ráði við þau.

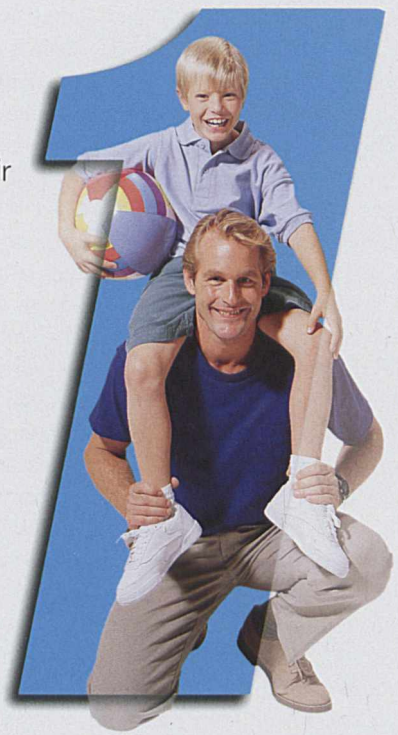
Þessi rannsókn fjallar um félagslegar aðstæður þeirra sem metnir voru til örorku skömmu fyrir gildistöku sérstaks örorkumatsstaðals 1. september 1999. Forvitnilegt væri að skoða félagslegu aðstæðurnar að nýju hjá þeim sem metnir hafa verið eftir gildistöku örorkumatsstaðalsins og bera niðurstöðurnar saman við niðurstöður þessarar rannsóknar, til að skoða vægi félagslegra þátta fyrir og eftir gildistöku staðalsins.

Heimildir

1. Bartley M, Owen C. Relation between socioeconomic status, employment, and health during economic change, 1973-93. BMJ 1996; 313: 445-9.
2. North F, Syme SL, Feeney A, Head J, Shipley MJ, Marmot MG. Explaining socioeconomic differences in sickness absence: the Whitehall II study. BMJ 1993; 306: 361-6.
3. Kaiser PO, Mattsson B, Marklund S, Wimo A. The impact of psychosocial "markers" on the outcome of rehabilitation. Disability and Rehabilitation 2001; 23: 430-5.
4. Selander S. Unemployed sick-leavers and vocational rehabilitation – a person-level study based on a national social insurance material [dissertation]. Stockholm: Karolinska institutet; 1999.
5. Thorlacius S, Stefánsson S, Ólafsson S. Umfang og einkenni örorku á Íslandi árið 1996. Læknablaðið 1998; 84: 629-35.
6. Thorlacius S, Stefánsson S, Ólafsson S, Rafnsson V. Breytingar á algengi örorku á Íslandi 1976-1996. Læknablaðið 2001; 87: 205-9.
7. Lög um almannatryggingar nr. 117/1993.
8. Lög um félagslega aðstoð nr. 118/1993.
9. Thorlacius S, Stefánsson S, Jóhannsson H. Örorkumat fyrir og eftir gildistöku örorkumatsstaðals. Læknablaðið 2001; 87: 721-3.
10. Ólafsson S. Lífskjör og lífshættir á Norðurlöndum. Reykjavík: Iðunn; 1990.
11. Kjör Íslendinga: Efnahagur einstaklinga og fjölskyldna 1996. Reykjavík: Félagsvísindastofnun; 1997.
12. Íslensk starfaflokkun (ÍSTARF 95). Reykjavík: Hagstofa Íslands; 1995.
13. Bland M. An Introduction to Medical Statistics. Oxford: Oxford University Press; 1995.
14. Bls. 16 í (11).
15. Þjóðarbúskapurinn: Framvindan 1997 og horfur 1998. Reykjavík: Þjóðhagsstofnun; 1997: 26.
16. Ríkisendurskoðun. Læknadeild Tryggingastofnunar ríkisins. Stjórnsýsluendurskoðun. Reykjavík: Ríkisendurskoðun; 1997: 30.
17. Ólafsson S. Lífskjör og lífshættir á Íslandi: Reykjavík: Félagsvísindastofnun og Hagstofa Íslands; 1990: 67.

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

Handa sjúklingum með astma
SINGULAIR®☆ (MONTELÚKAST, MSD)



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



Fullorðnir
Ein 10 mg tafla fyrir svefn



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

Tilvitnun 1: Samþykkt Samantekt á eiginleikum lyfs 1998

SINGULAIR
MSD, 970102, 970103
Tuggutöflur og töflur: R 03 DC 03
Virkt innihaldsefni: Montelúkastsýra; 5 mg eða 10 mg. Ábendingar: Montelukast er ætlað til meðferðar við astma sem viðbótarmeðferð hjá sjúklingum sem hafa vægan eða miðlungsmikinn viðvarandi astma, þegar meðferð með innúðasterum er ekki fullnægjandi og þegar notkun stuttverkandi (-agónista „eftir þörfum" veitir ekki fullnægjandi klíníska meðferð við astma. Montelukast er einnig ætlað til fyrirbyggjandi meðferðar á astma þegar aðallega er um berkjusamdrátt við áreynslu að ræða. Skammtar og lyfjagjöf: Skammtastærð handa fullorðnum, 15 ára og eldri, er ein 10 mg tafla á dag, tekin inn að kvöldi. Skammtastærð handa börnum 6-14 ára er ein 5 mg tuggutafla daglega, tekin inn að kvöldi. Montelukast má bæta við þá astmameðferð sem sjúklingurinn er þegar að fá. Montelukast má bæta við meðferð þegar meðferð með stuttverkandi B-agónistum „eftir þörfum" dugir ekki ein sér. Þegar klínísk svörun hefur átt sér stað (venjulega eftir fyrsta skammtinn), getur sjúklingurinn e.t.v. dregið úr meðferð með stuttverkandi B-agónistum „eftir þörfum". Meðferð með montelukast má nota sem viðbótarmeðferð þegar önnur lyf s.s. innúðabarksterar veita ekki fullnægjandi klíníska meðferð. Frábendingar: Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun: Ráðleggja skal sjúklingum að nota aldrei montelukast töflur við bráðum astmaköstum, heldur hafa sín venjulegu viðeigandi lyf tiltæk til notkunar við slíkar aðstæður. Ef brátt astmakast á sér stað skal nota stuttverkandi (B-agónista til innúðunar. Sjúklingar skulu ráðfæra sig við sinn lækni svo fljótt sem auðið er, ef þeir þurfa meira af B-agónistum til innúðunar, en áður. Montlukast á ekki að gefa í stað innúðabarkstera eða barkstera til inntöku. Ekki hefur verið sýnt fram á að hægt sé að draga úr notkun barkstera til inntöku þegar montelukast er gefið samhliða þeim. Í sjaldgæfum tilvikum getur fjölgun eósínófíla átt sér stað hjá sjúklingum á meðferð með astmalyfjum, þ.á.m. montelukast, sem stundum kemur fram með klínískum einkennum æðabólgu sem samræmist Churg-Strauss heilkenni, sjúkdómi sem oft er meðhöndlaður með barksterum (systemic). Í flestum þessara tilvika, en ekki öllum, hafa skammtar af barksterum til inntöku verið minnkaðir eða notkun þeirra hætt. Hvorki er hægt að útiloka né staðfesta að Churg-Strauss heilkenni komi upp í tengslum við leukotríen viðtaka antagónista. Læknar skulu vera á verði m.t.t. fjölgunar eósínófíla, útbrota í tengslum við æðabólgu, versnandi lungnaeinkenna, aukaverkana á hjarta, og/eða taugakvilla hjá sjúklingunum. Endurmeta skal ástand sjúklinga sem fá þessi einkenni og endurskoða meðferð þeirra. Reynsla lyfsins handa börnum er takmörkuð. 5 mg tuggutafla inniheldur aspartam sem inniheldur fenýlalanín (0,842 mg fenýlalanín í 5 mg tuggutöflu). Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir: Montelukast á gefa samhliða annarri hefðbundinni fyrirbyggjandi meðferð og hefðbundinni meðferð við langvinnum astma. Í rannsóknum á milliverkunum hafði ráðlagður klínískur skammtur af montelúkasti engin klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf eftirfarandi lyfja: theófyllíns, prednisóns, prednisólóns, getnaðarvarnartaflna (ethinyl estradíol/norethindrone 35/1), terfenadíns, dígoxíns og warfaríns. AUC fyrir montelúkast var u.þ.b. 40% minna hjá einstaklingum sem fengu fenóbarbital 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.

Hirschprungs sjúkdómur á Íslandi 1968-1998

Elísabet S. Guðmundsdóttir[1],

Guðmundur Bjarnason[2],

Jónas Magnússon[1]

Ágrip

Inngangur: Hirschprungs sjúkdómur er meðfæddur garnasjúkdómur þar sem taugahnoðafrumur (ganglion cells) vantar í vöðvahjúps- (Auerbach) og slímhúðarbeðs- (Meissner) taugaflækjur garnaveggsins. Sjúkdómurinn einkennist af garnastíflu og afleiðingum hennar. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna tíðni sjúkdómsins á Íslandi, einkenni og aldur sjúklinga við greiningu, tegund og árangur aðgerða og fylgikvilla.

Efniviður og aðferðir: Um afturskyggna rannsókn er að ræða. Allar sjúkraskrár barna (n=13; 11 drengir, tvær stúlkur) sem lögðust inn á Landspítalann (síðar Landspítala Hringbraut) með greininguna Hirschprungs sjúkdómur frá 1. janúar 1969 til 31. desember 1998 voru yfirfarnar.

Niðurstöður: Tíðni Hirschprungs sjúkdóms á Íslandi er eitt af 10.000 fæddum börnum, af þeim eru 85% drengir. Öll börnin fæddust fullburða eftir eðlilega meðgöngu. Ekki kom fram fjölskyldusaga um Hirschprungs sjúkdóm. Meðalaldur við fyrstu innlögn á sjúkrahús var 20 (1-136) dagar og meðalaldur við greiningu 166 (5-623) dagar. Í öllum tilfellum var meðferð hafin með ristilraufun og endanleg skurðaðgerð að hætti Swensons var gerð við 18,6 mánaða meðalaldur. Útbreiðsla Hirschprungs sjúkdóms í görn var hjá 10 sjúklingum (77%) bundin við endaþarm og bugaristil og hjá einum sjúklingi náði sjúkdómurinn til alls ristilsins. Fylgikvillar eftir aðgerð urðu hjá 53% sjúklinganna og var samvaxtagarnastífla algengust. Hægðavenjur eftir aðgerð voru eðlilegar hjá 85% barnanna.

Ályktanir: Tíðni Hirschprungs sjúkdóms á Íslandi er lægri en annars staðar. Meðalaldur við greiningu er sex mánuðir, en henni mætti flýta með því að fá grun um sjúkdóminn fyrr, en rúmlega 60% barna með Hirschprungs sjúkdóm útskrifast með ranga greiningu eftir fyrstu innlögn á sjúkrahús. Fylgikvillar eftir aðgerð eru algengir, en sumum þeirra gæti fækkað í framtíðinni með tilkomu kviðsjáraðgerða. Árangur aðgerðanna með tilliti til hægðavenja er góður samanborið við önnur uppgjör.

[1]Handlækningadeild Landspítala Hringbraut, [2]Barnaspítali Hringsins Landspítala Hringbraut. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Elísabet S. Guðmundsdóttir Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Plastikkirurgiska klinikken, Gröna Stråket 8, 413 45 Göteborg, Sverige. Netfang: elisabetsgud@hotmail.com

Lykilorð: *Hirschprungs sjúkdómur, taugahnoðalaus, Swensons aðgerð.*

Inngangur

Hirschprungs sjúkdómur er meðfæddur garnasjúkdómur þar sem taugahnoðafrumur (ganglion cells) vantar í vöðvahjúps- (Auerbach) og slímhúðarbeðs- (Meissner) taugaflækjur garnaveggsins. Vöntunin byrjar alltaf við innri endaþarmshringvöðvann og nær mislangt upp eftir ristlinum.

ENGLISH SUMMARY

Guðmundsdóttir ES, Bjarnason G, Magnússon J

Hirschprung´s disease in Iceland 1969-1998

Læknablaðið 2001; 87: 987-9

Introduction: Hirschprung´s disease (HD) is a congenital disease characterized by the absence of myenteric and submucosal ganglion cells in the distal alimentary tract and results in decreased motility in the affected bowel segment. The purpose of this study was to review the incidence, presentation, treatment and operative results in children with Hirschprung's disease in Iceland.

Material and methods: Thirteen infants with Hirschprung´s disease (11 boys and two girls) were treated in Landspítalinn University Hospital between January 1969 and December 1998. The records of these patients were reviewed retrospectively.

Results: The incidence of Hirschprung's disease in Iceland is 1/10,000 and 85% of those are boys. All the infants were born full term. No family history and no associated abnormalities were noted. The mean age at first admission was 20 (1-136) days and mean age at diagnosis was 166 (5-623) days. Swenson's pull-through (two- or three-stage procedure) was carried out in all patients at the mean age of 18.6 months. The extent of aganglionosis was rectosigmoid colon in 10 patients (77%) and one patient had total colonic aganglionosis. Postoperative complications occurred in seven patients (53%), adhesion ileus being the most common complication. Long term bowel function was satisfactory in 85% of the patients.

Conclusions: The incidence of Hirschprung's disease in Iceland is low. Mean age at diagnosis is six months. Sixty percent of the children are discharged with a wrong diagnosis after first admission to hospital and this could be improved by diagnosing the disease at an earlier stage. Postoperative complications are common but no deaths occurred. Bowel function following definitive correction is good compared to other studies.

Key words: *Hirschprung´s disease, aganglionic, Swenson's procedure.*

Correspondence: Elísabet S. Guðmundsdóttir. E-mail: elisabetsgud@hotmail.com

Orsök sjúkdómsins er ókunn, en rannsóknir hafa sýnt fram á skort á viðloðunarsameindum (neural cell adhesion molecules) í þeim hluta garnaveggsins þar sem taugahnoðafrumurnar vantar (1). Ójafnvægi verður á ítaugun garnarinnar þar sem staðbundinn skortur verður á framleiðslu nituroxíðs og kólínvirkni verður of mikil (2). Af-

leiðingin er viðvarandi spasmi og starfræn þrenging í görninni þar sem taugahnoðafrumurnar vantar. Ofan við þrenginguna vinnur görnin á móti þrengslunum, hún víkkar og garnaveggurinn þykknar.

Hirschprungs sjúkdómur greinist oftast á fyrsta aldursári barnsins og er meðalaldur við greiningu um 10 mánuðir (3). Einkenni nýbura með sjúkdóminn er garnastífla og afleiðingar hennar. Hjá eldri börnum er oft um langvarandi hægðatregðu að ræða. Röntgenyfirlit af kviði sýnir víkkaða görn ofan við þrengingu fjærlægt í ristlinum, en ýmsar mismunagreiningar koma til greina. Endaþarmsþrýstimælingu (anorectal manometry) má einnig nota til greiningar á Hirschprungs sjúkdómi, en greining er alltaf staðfest með skoðun vefjasýna úr endagörn þar sem engar taugahnoðafrumur sjást. Mikilvægt er að taka sýnið að minnsta kosti 1,5 cm ofan við bakraufarkamb (pecten analis) þar sem skortur á taugahnoðafrumum er eðlilegur þar fyrir neðan. Fullþykktarsýni úr endagörn er öruggast, en einnig má taka sogsýni þar sem aðeins næst í slímhúðarbeð og er því vöðvahjúpstaugaflækjan ekki skoðuð.

Swenson lýsti fyrstur árið 1948 aðgerð við Hirschprungs sjúkdómi (4) og hefur sú aðgerðartækni ásamt aðferðum Soaves og Duhamels verið notuð alla tíð síðan, en allar ganga þær út á það sama. Hluti garnarinnar, þar sem taugahnoðafrumurnar vantar, er fjarlægður um holskurð, heilbrigð görn er færð niður og tenging gerð við neðsta hluta endaþarms. Venja hefur verið að gera aðgerðina í tveimur til þremur stigum þar sem ristilraufun (colostomy) er gerð við greiningu og endanleg aðgerð nokkrum mánuðum síðar eða þegar barnið er orðið að minnsta kosti 10 kg og heilbrigð görn sem oft er orðin mjög víkkuð hefur jafnað sig. Á síðustu árum hafa hins vegar margir sýnt fram á sambærilegan árangur þegar endanleg aðgerð er gerð strax við greiningu (5-7).

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna tíðni Hirschprungs sjúkdóms á Íslandi, einkenni og aldur sjúklinga við greiningu, tegund og árangur aðgerða og fylgikvilla.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og var farið yfir sjúkraskrár, aðgerðarlýsingar og göngudeildarnótur allra barna (n=13; 11 drengir, tvær stúlkur) sem lögðust inn á Landspítalann með greininguna Hirschprungs sjúkdómur frá 1. janúar 1969 til 31. desember 1998. Skráð voru einkenni og aldur við greiningu, tegund aðgerðar, fylgikvillar og hægðavenjur eftir aðgerð. Einnig voru skráð meðgöngulengd, fæðingarþyngd, aldur foreldra og heilsufar systkina. Útbreiðsla sjúkdómsins í görn var metin í aðgerð með skoðun vefjasýna. Tíðni var reiknuð út frá fæðingartölum fengnum frá landlæknisembættinu.

Table I. *The discharge diagnosis on first admission to hospital.*

Diagnosis	n (%)
Hirschprung´s disease	5 (38)
Meconium plug syndrome	3 (23)
Anal stenosis	2 (15)
Constipation and *Clostridium difficile* infection	1 (8)
Sigmoid volvulus	1 (8)
Ileal stenosis and necrotizing enterocolitis	1 (8)

Table II. *The extent of aganglionosis in 13 patients with Hirschprung´s disease.*

Extent of aganglionosis	n (%)
Rectum	1 (8)
Rectum-rectosigmoid colon	9 (69)
Left colon	2 (15)
Total colon	1 (8)

Niðurstöður

Tíðni sjúkdómsins á Íslandi er eitt af 10.000 fæddum börnum. Meirihlutinn er drengir (85%). Eitt barn fæddist með keisaraskurði eftir 37 vikna meðgöngu vegna meðgöngueitrunar og annað eftir 40 vikna meðgöngu vegna stærðar en annars var í öllum tilfellum um eðlilega meðgöngu, meðgöngulengd, fæðingarþyngd og fæðingu að ræða. Ekkert barnanna var með aðra meðfædda sjúkdóma. Meðalaldur foreldra var 27 ár. Einn einstaklingur átti tvö hálfsystkini sem dóu kornung vegna margvíslegra meðfæddra galla, annars voru systkini sjúklinganna öll heilbrigð og ekki kom fram fjölskyldusaga um Hirschprungs sjúkdóm. Meðalaldur við fyrstu innlögn á barnadeild var 20 (1-136) dagar og höfðu börnin öll einkenni garnastíflu nema einn drengur sem lagður var inn til rannsóknar vegna hægðatregðu 136 daga gamall. Sjúkdómsgreiningar eftir fyrstu innlögn á barnadeild má sjá í töflu I. Þau börn sem fengið höfðu aðra greiningu en Hirschprungs sjúkdóm í fyrstu legu (n=8) lögðust öll inn aftur vegna hægðatregðu. Meðalaldur við greiningu sjúkdómsins var 166 (5-623) dagar, þar af greindust 54% innan þriggja mánaða og 85% innan eins árs. Í öllum tilfellum var byrjað á að gera ristilraufun (diverting colostomy). Endanleg aðgerð var gerð við meðalaldur 18,6 mánuði og var í öllum tilfellum notuð aðgerð að hætti Swensons. Rauf var lokað í sömu aðgerð í fjórum tilfellum, en annars var það gert að meðaltali 4,5 mánuðum eftir aðgerðina. Útbreiðslu Hirschprungs sjúkdóms í görn, fylgikvilla og hægðavenjur eftir aðgerð má sjá í töflum II-IV.

Umræða

Tíðni Hirschprungs sjúkdóms á Íslandi (eitt af 10.000) er lægri en annars staðar þar sem tíðnin er frá einu af 5400 til eins af 7200 fæddum börnum (8). Kynjadreifing er sú sama, en 80% tilfella eru drengir (8). Á Íslandi nær sjúkdómurinn til endaþarms og bugaristils ein-

Table III. *The postoperative complications in seven patients (53%).*

Complication	Early <30 days n	(%)	Late >30 days n	(%)
Stomal prolapse	1	(8)	2	(15)
Adhesion ileus	2	(15)	3	(23)
Anal stricture			2	(15)
Fistulae			2	(15)
Wound infection			1	(8)
Rectoperitoneal fibrosis			1	(8)
Enterocolitis	1	(8)		
Temporary colostomy			3	(23)

Table IV. *Bowel function following definitive correction of Hirschprung´s disease in 13 patients.*

Bowel function	n (%)
Once or twice a day	8 (61)
Three times or more a day	3 (23)
Incontinence	1 (8)
Constipation	1 (8)

göngu í 77% tilfella og í 8% til alls ristilsins og samræmist það einnig erlendum uppgjörum (9-10). Meðganga, fæðingarþyngd og aldur foreldra er ekki þekktur áhættuþáttur fyrir sjúkdóminn og staðfestir rannsókn okkar það. Athygli vekur að ekkert íslensku barnanna var með aðra meðfædda sjúkdóma, en í erlendum uppgjörum eru allt að 30% með aðra meðfædda fæðingargalla, þar af 8% með Downs heilkenni (11-12).

Meðalaldur við greiningu Hirschprungs sjúkdóms á Íslandi er sex mánuðir, þar af greinast rúmlega 50% innan þriggja mánaða aldurs og 85% innan eins árs. Meðalaldur við greiningu í nýlegum erlendum rannsóknum á sjúkdómnum er 10 mánuðir og greindust 75% innan eins árs aldurs (3). Bæta má greiningu sjúkdómsins hér á landi með því að fá grun um sjúkdóminn fyrr og þá sérstaklega hjá börnum sem greinast með barnabiksstíflu, en rúmlega 60% barna með Hirschprungs sjúkdóm útskrifast með ranga greiningu eftir fyrstu innlögn á sjúkrahús. Ekki fundust tölur um sama vandamál erlendis, en víða er mælt með töku vefjasýnis úr endagörn hjá öllum börnum sem greinast með barnabiksstíflu (13).

Fylgikvillar eftir aðgerð urðu hjá 53% sjúklinganna og var garnastífla vegna samvaxta algengust (38%) en þetta er einnig algengur fylgikvilli annars staðar (9). Tilkoma kviðsjáraðgerða við meðferð sjúkdómsins gæti fækkað þessum fylgikvilla. Endaþarmsþrengsli urðu hjá tveimur sjúklingum og stöfuðu af þrengingu í samtengingu en þeim fylgikvilla teljum við að megi fækka með því að víkka endaþarminn reglubundið eftir aðgerð og var það gert hjá flestum barnanna hér. Þrír þurftu tímabundna endurtekningu á ristilraufun, einn vegna samvaxtagarnastíflu, annar vegna aftanskinutrefjunar og sá þriðji vegna hægðatregðu. Einn og sami sjúklingurinn fékk fjölda fylgikvilla: sýkingu í aðgerðarrör, garnastíflu vegna samvaxta, framfall á rauf, fistil frá bugaristli í aðgerðarör, ristilbólgu og mikla aftanskinutrefjun sem leiddi til þess að endurtaka þurfti ristilraufun tímabundið. Athyglivert er að aðeins eitt barnanna í rannsókn okkar fékk ristilbólgu sem er algengur (20-30%) og lífshættulegur fylgikvilli Hirschprungs sjúkdóms fyrir og eftir aðgerð (9,10,12). Enginn sjúklinganna dó, en í nýlegum uppgjörum dóu 7-10% barnanna, flest vegna ristilbólgu (9,12). Það sem skiptir höfuðmáli þegar upp er staðið eru hægðavenjur barnsins. Árangur aðgerðanna hér er mjög góður, en 84% sjúklinganna hafa eðlilegar hægðir einu sinni á dag eða oftar. Í nýlegri stórri rannsókn reyndust 13% vera með hægðatregðu og allt að 48% með lausheldni, en hægðavenjur barnanna bötnuðu töluvert þegar þau komu á fullorðinsár (9).

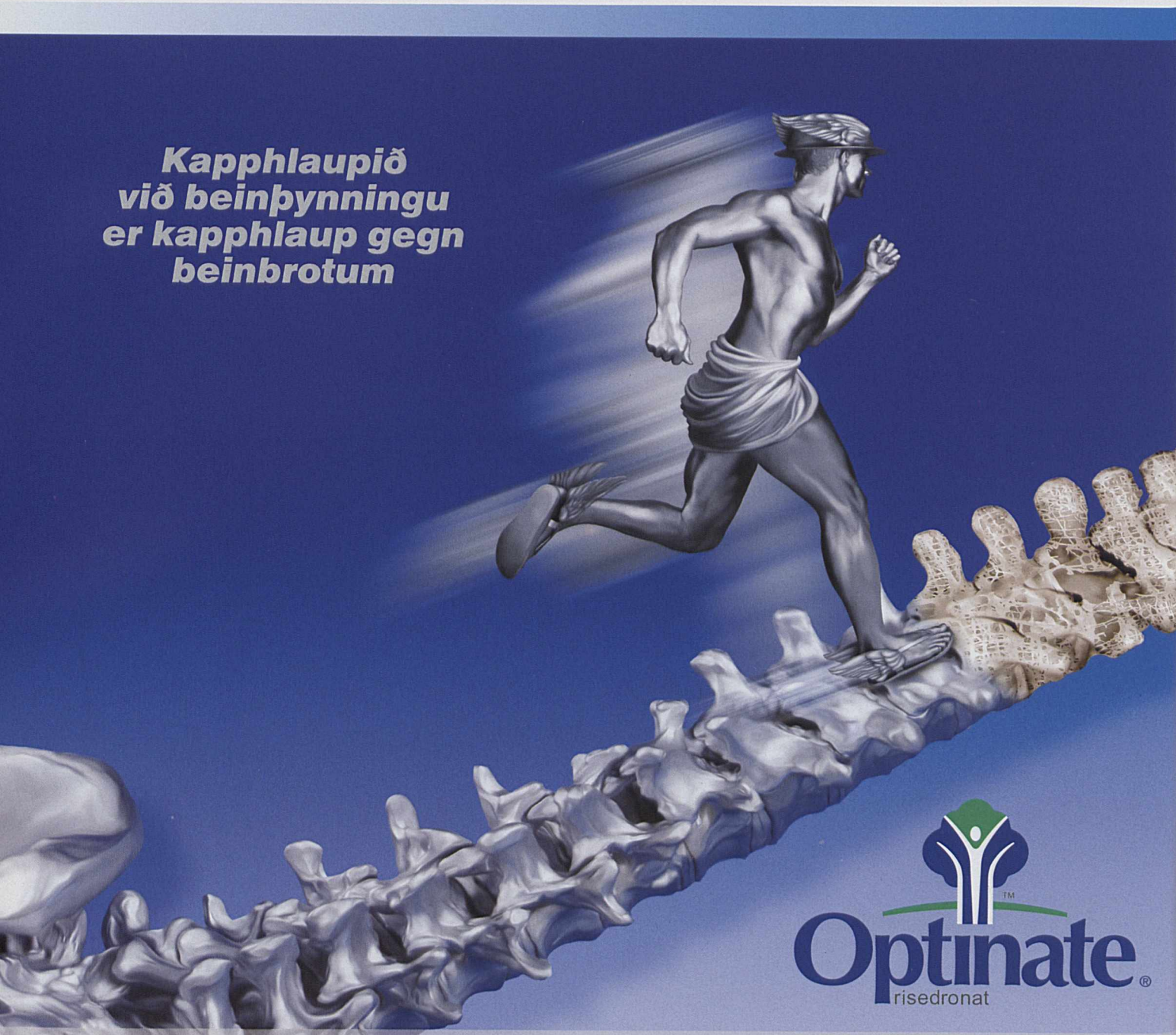
Nýlega hafa birst uppgjör þar sem kviðsjártækni hefur verið notuð við aðgerðir á einstaklingum með Hirschprungs sjúkdóm (6,7). Frumárangur hefur verið mjög góður og er jafnvel talið að þessi aðgerðartækni verði viðmiðunaraðgerð í framtíðinni. Hjá börnum með sjúkdóminn bundinn við enda- og dausgörn hefur verið hægt að gera endanlega aðgerð í gegnum endaþarm (transanalt) með því að flysja slímhúð og vöðvalög út og toga heilbrigða görn niður og tengja við endaþarm.

Heimildir

1. Kobayashi H, O´Briain DS, Puri P. Lack of expression of NADPH-diaphorase and neural cell adhesion molecule (NCAM) in colonic muscle of patients with Hirschprung´s disease. J Pediatr Surg 1994; 29: 301-4.
2. Bealer JF, Natuzzi ES, Flake AW, Adzick NS, Harrison MR. Effect of nitric oxide on the colonic smooth muscle of patients with Hirschprung´s disease. J Pediatr Surg 1994; 29: 1025-9.
3. Klein MD, Philippart AI. Hirschprung´s disease: three decades´ experience at a single institution. J Pediatr Surg 1993; 28: 1291-4.
4. Swenson O, Bill AH. Resection of rectum and rectosigmoid with preservation of the sphincter for benign spastic lesions producing megacolon. Surgery 1948; 24: 212-20.
5. Carrassonne M, Morrison-Lacombe G, Le Tourneau JN. Primary corrective operation without decompression in infants less than three months of age with Hirschprung´s disease. J Pediatr Surg 1982; 17: 241-3.
6. de Lagausie P, Bruneau B, Besnard M, Jaby O, Aigrain Y. Definitive treatment of Hirschprung´s disease with a laparoscopic Duhamel pull-through procedure in childhood. Surg Laparosc Endosc 1998; 8; 55-7.
7. Georgeson KE, Cohen RD, Hebra A, Jona JZ, Powell DM, Rothenberg SS, et al. Primary laparoscopic-assisted endorectal colon pull-through for Hirschprung´s disease: a new gold standard. Ann Surg 1999; 229: 678-82.
8. Russel MB, Russel CA, Niebuhr E. An epidemiologic study of Hirschprung´s disease and additional anomalies. Acta Paediatr 1994; 83: 68-71.
9. Yanchar NL, Soucy P. Long term outcome after Hirschprung´s disease: patient´s perspectives. J Pediatr Surg 1999; 34: 1152-60.
10. Fortuna RS, Weber TR, Tracy TF Jr, Silen ML, Cradock TV. Critical analysis of the operative treatment of Hirschprung´s disease. Arc Surg 1996; 131: 520-4.
11. Ryan ET, Ecker JL, Christakis NA, Folkman J. Hirschprung´s disease: associated anomalies and demographics. J Pediatr Surg 1992; 27: 76-81.
12. Reding R, Goyet JV, Gosseye S, Clapuyt P, Sokal E, Buts JP, et al. Hirschprung´s disease: a 20 year experience. J Pediatr Surg 1997; 32: 1221-5.
13. Rescorla FJ, Morrison AM, Engles D, West KW, Grosfeld JL. Hirschprung´s disease: evaluation of mortality and long term function in 260 cases. Arch Surg 1992; 127: 934-42.

Aventis

Kapphlaupið við beinþynningu er kapphlaup gegn beinbrotum



Optinate™
risedronat

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,: Til að draga úr hættu á brotum í hrygg. Meðferð á beinþynningu eftir tíðahvörf, sem hefur verið staðfest, til að draga úr hættu á mjaðmarbrotum. 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. Í Optinate fasa III rannsóknum á beinþynningu var greint frá notkun asetýlsalisýlsýru hjá 33% sjúklinga eða notkun bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) hjá 45% sjúklinga. Ef þörf er á má nota rísedrónat samhliða uppbótarmeðferð með östrógeni. **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 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. Ekkert bendir til þess að rísedrónatnatríum umbrotni í líkamanum. *Þeir 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 (september 2001):** *Töflur 5 mg*: 28 stk. (þynnupakkað) kr. 5.665; 84 stk. (þynnupakkað) kr. 14.814. *Töflur 30 mg*: 28 stk. (þynnupakkað) kr. 33.078. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** E.
Umboðsaðili á Íslandi: Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær.
Styttur texti Sérlyfjaskrár dags. 21.08.2001.

Blóðsjúgandi nagdýramaur leggst á fólk á Íslandi

Karl Skírnisson

Ágrip

Áttfætlumaurinn *Ornithonyssus bacoti* er blóðsjúgandi sníkjudýr sem lifir oftast á nagdýrum en leitar einnig á fólk. Þegar maurinn sýgur blóð úr mönnum myndast oftast kláðabólur á stungustaðnum. Sumarið 2001 varð þess vart að *O. bacoti* var að sjúga blóð úr fólki á heimili á Reykjavíkursvæðinu. Barst óværan þangað með stökkmúsum (*Meriones unguiculatus*) sem keyptar höfðu verið nokkrum mánuðum áður í gæludýraverslun. Eftir öra tímgun maursins á stökkmúsunum tók hann að leggjast á heimilisfólkið og olli verulegum óþægindum. Kjöraðstæður virðast vera fyrir maurinn til að fjölga sér í húsum hér á landi því tegundin þrífst best við 24-26° hita og 47% raka. Í greininni er líffræði maursins reifuð og varað við þessum nýja landnema.

Inngangur

Í júlíbyrjun 2001 kom fjölskylda sem býr á Reykjavíkursvæðinu að Tilraunastöðinni á Keldum með mánaðargamlan, nýdauðan stökkmúsarunga (*Meriones unguiculatus*). Óskað var eftir því að óværa sem sést hafði á unganum með berum augum yrði greind til tegundar. Jafnframt var óskað eftir upplýsingum um það hvort kláðabólur á dreng, sem geymt hafði stökkmúsafjölskyldu í búri við hliðina á rúminu í herbergi sínu, gætu stafað af þessari óværu.

Maurinn og lifnaðarhættir hans

Stökkmúsarunginn var skolaður í 70% alkóhóli og óværan drepin. Við það féllu úr feldinum ríflega 100 maurar (mynd 1) og voru þeir á hinum ýmsu þroskastigum. Smásjárathugun gaf strax til kynna að hér var á ferðinni sníkjudýr sem lifir á blóði, því meltingarfæri flestra mauranna voru blóði fyllt. Ákvörðun tegundarinnar eftir sérstökum greiningarlykli (1) sýndi að hér var um að ræða áttfætlumaurinn *Ornithonyssus bacoti*. Frekari eftirgrennslan leiddi í ljós að maurinn fannst einnig í stökkmúsabúri í versluninni sem selt hafði gæludýrin. Líkur benda því til þess að óværan hafi verið til staðar á stökkmúsunum þegar þær voru keyptar.



Mynd 1. ***Ornithonyssus bacoti****, fullvaxið kvendýr.*
Ljósm.: Karl Skírnisson.

Erlendis gengur *O. bacoti* iðulega undir nafninu „hitabeltis-rottumaurinn". Upphaflega lifði hann á baðmullarrottunni *Sigmodon hispidus* en barst af henni yfir á rottur af ættkvíslinni *Rattus* og dreifðist með brún- og svartrottum um heiminn (2). Auk þessara hýsla getur maurinn lifað góðu lífi á ýmsum öðrum nagdýrum og tímabundið lifir hann einnig á fuglum. Maurinn þrífst best þar sem hlýtt er og ekki allt of þurrt en kjörlífsskilyrði tegundarinnar eru við 24-26°C hita og 47% raka (3). Maurinn lifir eingöngu á blóði. Hann heldur lengstan tíma ævinnar kyrru fyrir í bæli eða hreiðri hýsilsins en leitar á hann til að sjúga blóð. Sýnt hefur verið fram á að hver maur þarf að sjúga blóð að minnsta kosti fjórum sinnum til að ná fullum þroska (3,4).

Kvenmaurarnir verpa um 100 eggjum á ævinni og er eggjunum orpið í hreiður nagdýrsins. Lirfan sem

Tilraunastöð Háskóla Íslands í meinafræði að Keldum, 112 Reykjavík. Fyrirspurnir, bréfaskipti: Karl Skírnisson Tilraunastöð HÍ í meinafræði að Keldum, 112 Reykjavík. Netfang: karlsk@hi.is

Lykilorð: *blóðsjúgandi maur,* ***Ornithonyssus bacoti, Meriones unguiculatus,*** *Ísland, ofnæmisviðbrögð.*

ENGLISH SUMMARY

Skírnisson K

The tropical rat mite *Ornithonyssus bacoti* attacks humans in Iceland

Læknablaðið 2001; 87: 991-3

In summer 2001 the obligate, intermittent tropical rat mite *Ornithonyssus bacoti* attacked humans in an Icelandic household where infected Mongolian gerbils (*Meriones unguiculatus*), bought in a local pet shop, had been kept for few months. After a rapid proliferation the mite started attacking the humans living in the house. A boy sharing room with the pets suffered from extensive dermatitis. Optimal conditions for *O. bacoti* are at 24-26°C and a relative humidity of 47%. Similar conditions frequently occur indoors in Icelandic premises. Therefore, if *O. bacoti* has been noticed indoors, necessary measures should be undertaken to immediately eliminate the pest.

Key words: *blood-sucking mite,* ***Ornithonyssus bacoti, Meriones unguiculatus,*** *Iceland, dermatitis.*

Correspondence: Karl Skírnisson. E-mail: karlsk@hi.is





Mynd 2. *Maurinn* ***Orninthonyssus bacoti*** *fer stundum yfir á menn, sýgur úr þeim blóð og í kjölfarið myndast kláðabólur. Misgamlar kláðabólur voru um allan líkama drengsins á myndinni.*
Ljósm.: Karl Skírnisson.

skríður úr eggi er sexfætt. Hún nærist ekki en þroskast þegar í áttfætta, blóðsjúgandi gyðlu (*protonympf*). Sú þroskast í sveltandi gyðlustig (*deutonympf*), forvera fullorðnu blóðþyrstu mauranna. Við hagstæð skilyrði tekur það maurana einungis 11 til 16 daga að ná kynþroska eftir að eggjunum sem þeir skriðu úr var verpt (3,4).

Fullorðnir maurar geta lifað í 62-70 daga (3,4). Þeir verða um 1 mm langir og sjást auðveldlega með berum augum, sérstaklega á ljósum feldi eða á ljósu undirlagi. Maurarnir eru ágætlega hreyfanlegir og geta flakkað alllangt frá uppvaxtarstað í leit að blóði (5). Velþekkt er að þeir leggist á fólk þar sem rottur hafa haldið til (3-5) en ekki geta þeir lifað á mönnum að staðaldri (2).

Lýsing á útbrotum

Iðulega verða menn varir sársauka þegar maurinn stingur til blóðs. Fólk sem næmt er fyrir biti maursins hleypur upp á stungustaðnum og dæmigerð ofnæmiseða kláðabóla myndast (5). Séu bitin mörg geta útbrot orðið veruleg.

Drengurinn sem átti áðurnefndar stökkmýs var með á að giska 200-300 mismunandi gömul bit og voru þau dreifð um allan líkamann (mynd 2). Skýringin á þessum mikla fjölda bita var sú að drengurinn geymdi stökkmýsnar í búri við höfðagaflinn á rúmi sínu, þannig að stutt var fyrir maurana að fara í rúmið til hans. Þá hafði ekki verið skipt um hreiðurefni í búrinu í um um það bil sex vikur og maurinn því fengið að fjölga sér þann tíma óáreittur.

Mun minna bar á biti á öðru heimilisfólki, enda svaf það annars staðar í húsinu. Tók alveg fyrir bit eftir að stökkmýsnar höfðu verið fjarlægðar, húsakynnin ryksuguð hátt og lágt, föt og rúmföt þvegin og mauraeitri dreift þar sem borið hafði á óværunni.

Sjúkdómshætta

Í tilraunum hefur verið sýnt fram á að *O. bacoti* getur hýst jafnt sjúkdómsvaldandi bakteríur (*Yersinia pestis, Rickettsia typhi, R. skari* og *Coxiella burnettii*) sem veirur (Eastern Equine encephalitis, St. Louis encephalitis) og borið milli hýsla. Almennt er þó álitið að hættan á því að þessir sjúkdómsvaldar berist í menn við raunverulegar aðstæður sé óveruleg (4-6). Því hljóta líkurnar á því að smitast af ofantöldum sjúkdómsvöldum, sem ekki eru landlægir hér á landi, að vera óverulegar.

Viðbrögð við maurasýkingum

Verði gæludýraeigendur þess varir að fá kláðabólur eftir að hafa meðhöndlað gæludýr, ekki einungis stökkmýs heldur einnig mýs, rottur, hamstra og jafnvel fugla, getur það bent til þess að *O. bacoti*, eða einhver önnur blóðsjúgandi óværa, sé að hrjá gæludýrin og óværan hafi leitað yfir á eigandann. Áður hefur komið fram að blóðsjúgandi maurar halda yfirleitt kyrru fyrir í hreiðri dýranna nema á meðan þeir eru að næra sig. Þar sem lífsferill mauranna tekur skemmst 11 daga á að vera hægt að útrýma *O. bacoti* með því að hreinsa búr gæludýranna vandlega á 10 daga fresti í nokkur skipti sé þess gætt að henda öllu hreiðurefni og rusli í lokuðum plastpoka, úða skordýraeitri á alla fleti búrsins og láta við upphaf útrýmingaraðgerða meðhöndla dýrin með eitri sem drepur maura. Leiki grunur á því að maurar hafi borist út fyrir búrið er rétt að ryksuga herbergið vel og láta úða mauraeitri þar.

Maurinn hefur fundist áður hér á landi en líklega dáið út

Fyrir tæpum þremur áratugum varð þess vart að *O. bacoti* angraði fólk hér á landi. Sjö tilfelli voru skráð í Hafnarfirði og eitt í Reykjavík. Í öllum tilvikum var talið að óværan hefði borist frá hreiðrum brúnrotta (*Rattus norvegicus*) sem oftast héldu til undir gisnum gólfum sem maurarnir komust upp í gegnum (7). Svo virðist sem þessi faraldur hafi gengið yfir því engar upplýsingar eða vísbendingar bárust næsta aldarfjórðunginn að Tilraunastöðinni á Keldum um að *O. bacoti* væri að plaga fólk hérlendis. Þessi skoðun er einnig studd þeirri staðreynd að *O. bacoti* fannst ekki við sníkjudýrafræðilegar athuganir á brúnrottum sem veiddar voru í Reykjavík á árunum 1997 og 1998 (8). Þá ber þess og að geta að maurinn hefur aldrei fundist á íslenskum haga- og húsamúsum (*Apodemus*

sylvaticus, Mus musculus) en undanfarna áratugi hefur óværa af hundruðum músa verið rannsökuð hér á landi (9).

Áður hefur komið fram að maurinn er hitakær. Ósennilegt er að hann þrífist hér á landi á nagdýrastofnum sem lifa fjarri upphituðum mannabústöðum frekar en til dæmis í Skandinavíu þar sem loftslag er greinilega einnig of kalt til að maurinn fái þrifist þar á villtum nagdýrastofnum. Flest bendir því til að *O. bacoti* hafi borist nýlega til landsins þótt ekki sé ljóst með hvaða hætti það gæti hafa gerst. Hugsanlegt er að þeir hafi borist hingað með stökkmúsum eða einhverjum öðrum dýrum, til dæmis kanínum (*Oryctolagus cuniculus*) eða hömstrum (*Cricetus* spp.) sem einstaklingar eða forsvarsmenn verslana hafa á síðustu árum fengið leyfi til að flytja til landsins, að uppfylltum ákveðnum skilyrðum yfirdýralæknis. Þá gæti maurinn hafa borist hingað með ólöglega innfluttum gæludýrum því einhver brögð virðast vera að því að slíkt sé gert. Því til staðfestingar hafa eigendur gæludýraverslana bent á að þeir hafa fengið í hendurnar litarafbrigði stökkmúsa sem aldrei hefur verið leyft að flytja inn. Þótt ofangreindir möguleikar virðist líklegastir gæti rottumaurinn engu að síður hafa borist til landsins á einhvern annan hátt.

Lokaorð

Stökkmýs hafa verið seldar hér á landi í allmörg ár og eru nú gæludýr á hundruðum heimila. Sama gildir raunar um aðrar tegundir gæludýra (til dæmis kanínur, hamstra, mýs og rottur) sem rottumaurinn þrífst ágætlega á. Eigendur sumra gæludýraverslana ala upp gæludýrin sem höfð eru til sölu og geta þar af leiðandi fylgst með heilbrigði þeirra. Hitt þekkist þó einnig að eigendur gæludýraverslana kaupi og selji unga sem aldir hafa verið upp í heimahúsum. Þessi aðferð til að afla söludýra býður upp á dreifingu smits af margvíslegum toga og ætti alls ekki að viðgangast.

Þakkir

Lars Lundqvist, Náttúrufræðistofnun Háskólans í Lundi, Svíþjóð, staðfesti greiningu *O. bacoti* og veitti höfundi upplýsingar um útbreiðslu tegundarinnar í Skandinavíu. Gunnar Örn Guðmundsson, héraðsdýralæknir í Gullbringu- og Kjósarsýslu og Halldór Runólfsson, yfirdýralæknir veittu upplýsingar um útbreiðslu rottumaursins hér á landi og innflutning stökkmúsa. Þeim er öllum þakkað liðsinnið.

Heimildir

1. Evans GO, Till WM. Studies on the British Dermanyssidae (Acari: Mesostigmata). Part II. Classification. Bulletin of the British Museum (Natural History) Zoology 1966; 14(5): 107-370.
2. Noble ER, Noble GA, Schad GA, MacInnes AJ. Parasitology. The Biology of Animal Parasites. Sixth edition. Philadelphia and London: Lea & Febiger; 1989.
3. Beaver PC, Jung RC, Cupp EW. Clinical Parasitology. 9th edition. Philadelphia: Lea & Febiger; 1984.
4. Azad AD. Mites of public health importance and their control. Mites. Vector Control Series WHO/VBC/86.931. Geneva: World Health Organization; 1986.
5. Schmidt GD, Roberts, LS. Foundations of Parasitology. Fifth edition. Boston: Wm. C. Brown Publishers; 1996.
6. Dove WE, Shelmire B. Some observations on tropical rat mites and endemic typhus. J Parasitol 1932; 18: 159-68.
7. Richter SH. Bit á mönnum af völdum staraflóar, rottuflóar og rottumaurs. Læknablaðið 1977; 63:107-10.
8. Jóhannesdóttir EE. Sníkjudýr brúnrottu (*Rattus nor egicus*). Námsverkefni. Reykjavík: Líffræðiskor Háskóla Íslands; 2000: 12 bls.
9. Skírnisson K. Nagdýr. Í: Sigbjarnarson G, Hersteinsson P, ritstj. Villt íslensk spendýr. Reykjavík: Hið íslenska Náttúrufræðifélag og Landvernd; 1993: 327-46.

Fræðigreinar íslenskra lækna í erlendum tímaritum

Sendið heiti greinar, nöfn höfunda og birtingarstað. Almennt er miðað 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.

- Laurberg P, Pedersen KM, **Ástráður B. Hreiðarsson, Nikulás Sigfússon**, Iversen E, Knudsen PR. *Iodine intake and the pattern of thyroid disorders. A comparative epidemiological study of thyroid abnormalities in the elderly in Iceland and in Jutland, Denmark.* J Clin Endocrinol Metabol 1998; 88: 765-9.
- Laurberg P, Andersen A, **Ástráður B. Hreiðarsson**, Jörgensen T, Knudsen N, Nöhr S, et al. *Iodine intake and thyroid disorder in Denmark. Background for an iodine supplementation program.* In: Delange F, et al, eds. Elimination of Iodine Deficiency Disorder (IDD) in Central and Eastern Europe, The Commonwealth of Independent States, and the Baltic States. Geneva: WHO Nutrition; 1998: 31-42.
- Laurberg P, Nöhr SB, Pedersen KM, **Ástráður B. Hreiðarsson**, Andersen S, Bülow Pedersen I, et al. *Thyroid disorders in mild iodine deficiency* [review]. Thyroid 2000; 10: 951-3.
- **Sigurður Y. Kristinsson, Eirný Þ. Þórólfsdóttir**, Talseth B, **Einar Steingrímsson, Árni V. Þórsson, Þórir Helgason, Ástráður B. Hreiðarsson, Reynir Arngrímsson**. *MODY in Iceland is associated with mutations in HNF-1 alfa and a novel mutation in NeuroD1.* Diabetologia 2001; 44: 2098-103.

Svefnraskanir og pH mælingar

Við fengum svar um hæl frá þeim Hákoni Hákonarsyni og Árna V. Þórssyni vegna athugasemda okkar við grein þeirra (1). Það svar olli okkur vissum vonbrigðum og kallar í raun á frekari skrif þó ekki sé ætlunin að standa í ritdeilum

Okkur þykir leitt að höfundar greinarinnar túlki bréf okkar á þann veg að við teljum þá ófaglærða. Sú var ekki ætlunin. Báðir eru með reyndustu vísindamönnum í barnalæknastétt og því töluverðar kröfur gerðar til þeirra um að framsetning rannsóknarniðurstaðna þeirra sé skýr.

Í rannsókn sinni mæla höfundar öndunarhreyfingar, súrefnismettun, hjartslátt og svefnstig samtímis og stundum einnig samfellt sýrustig í vélinda (svokölluð pH mæling). Sú mæling nýtir sér það að pH innihald vélinda er yfir 4 í heilbrigðum einstaklingum en öðru hvoru við slökun á LES (lower esophageal sphincter) flæðir súrt innihald upp í vélinda og neminn sýnir þá fall á pH niður fyrir 4 og er það þá túlkað sem bakflæði á magainnihaldi upp í vélinda. Þetta á sér stað í öllum eintaklingum í einhverjum mæli en of mörg eða löng atvik bakflæðis eða bakflæði í tengslum við öndunareinkenni getur verið sjúklegt.

Um hvað er ágreiningur gætu menn spurt. Að okkar mati snýst málið um hvort rétt sé að túlka breytingar á pH í vélinda frá til dæmis 7 niður í 5 sem merki um bakflæði á magainnihaldi upp í vélinda.

Við gerðum okkur fyllilega grein fyrir að bakflæði var skoðað í tengslum við ákveðna atburði svo sem öndunartruflanir og/eða svefnraskanir. Með þeirri rannsóknaraðferð sem höfundar beita, og reyndar undirritaðir einnig, er hægt að sýna fram á samband vélindabakflæðis og öndunarstopps/minnkaðrar öndunargetu (apnea/hypopnea) og þar með gera meðferð markvissari. En ef innhald maga er ekki súrt (til dæmis matur, gall) þá vandast málið, bakflæði á magainnihaldi upp í vélinda getur valdið ofantöldum einkennum en ekki komið fram á sýrumælingu.

Það sem við erum ekki sammála höfundum um er að skilgreina breytingar á pH gildum yfir pH 4 sem bakflæði þó að það sé mælt með tveimur misháum nemum. Ef barnið er fastandi og án lyfja (sem er líklegt með tilliti til aldursdreifingar sjúklinga) ætti pH magainnihalds að vera lægra en 4 og vélindabakflæði koma fram sem lækkun á pH niður fyrir 4. Ef túlka á pH breytingar til dæmis frá 8 niður í 6 sem bakflæði á magainnihaldi sem er ekki súrt þá er það nýmæli og þarf að koma skýrt fram eða vísa í tilvitnanir sem styðja þá túlkun. Einu tilvitnanir í pH mælingar í grein höfunda voru (2,3) og hvorug þeirra styður ofangreinda túlkun.

Við gerðum einnig athugasemd við setningu sem kom fram í skilgreiningu á sjúklegu bakflæði sem hljóðaði eftirfarandi „heildartími bakflæðis er yfir 4% af heildarsvefntíma". Í sjálfu sér skiptir sú tala ekki máli ef litið er á einstök atvik í samhengi það er fall á pH niður fyrir 4 og samtímis er skráð öndunarstopp. Eitt slíkt atvik er í raun nóg til að teljast sjúklegt ef það leiðir til falls súrefnismettunar og/eða líkamlegra einkenna. Höfundar bentu okkur á þetta réttilega en voru einnig svo vinsamlegir að upplýsa okkur að talan 4% er komin frá þeim sjálfum það er hluti af rannsóknarniðurstöðum þeirra. Því er spurt hvort ekki færi betur að gefa þessar tölur upp í kaflanum um niðurstöður og ræða þær svo í kaflanum sem titlaður var umræða.

Þó að gagnsemi og hugsanlegar aukaverkanir cisapríðs væru ekki aðalatriði í grein höfunda er samt skylda okkar að staldra aðeins við meðferð á bakflæði. Varðandi cisapríð þá var það tekið af markaði af fyrirtækinu Jansen-Cilag í Bandaríkjunum (ekki Johnson og Johnson eins og höfundar fullyrða). Því miður var ein ástæðan óútskýrð dauðsföll hjá börnum (persónuleg heimild, Di Lorenzo C. Children´s Hospital of Pittsburgh, apríl 2000) og 8% af tilkynningunum um óútskýrðar hjartsláttartruflanir til Matvæla- og lyfjastofnunar Bandaríkjanna (FDA) áttu sér stað í börnum yngri en tveggja ára (4) en ekki aðeins í fullorðnum eins kom fram í svari höfunda.

Eins og fram kom í bréfi okkar erum við sammála því að meðhöndla skuli vélindabakflæði sem veldur öndunartruflunum með prókínetískum og sýruhamlandi lyfjum eða janfvel skurðaðgerðum. Undirritaðir hafa enn notað cisapríð í börnum með vélindabakflæðissjúkdóm (öndunarsjúkdóma, vanþrif og hreyfanleika- (motility-) truflunum með seinkaðri magatæmingu), því eins og höfundar benda réttilega á er það virkt lyf. Við mælum með því að fá hjartalínurit af öllum börnum með tiliti til lengds QT bils. Við brýnum það fyrir foreldrum að gefa ekki erýtrómýcín, flúkónazól eða greipaldinsafa með. Einnig áréttum við að stöðva lyfið fái barnið niðurgang eða uppköst eða þjáist af öðru sem getur valdið blóðsaltatruflunum.

Þegar málin snúa að svefnröskunum er erfiðar um vik. Eru breytingar á pH afleiðing eða orsök svefnraskana? Er yfirleitt orsakasamhengi?

Með víðari skýringum á afbrigðilegu bakflæði til dæmis breytingar á pH frá 7 niður í 5 sem bakflæðisatvik fara fleiri börn á meðferð. Niðurstaðan að 90% barna urðu betri á meðferð er mjög hvetjandi og áhugaverð en erfitt er að sjá út frá framsetningu niðurstaðna hvort börnin sváfu betur eða hvort þau voru með færri vélindabakflæðiseinkenni sem leiddu til pH mælinganna í upphafi eða hvort átt er við öndunareinkenni eingöngu. Og enn aftur: eru til mælingar fyrir og á meðferð? Ef börnin sváfu betur hve mörg þeirra fóru jafnframt í gegnum svefnráðgjöf barnadeildarinnar í Fossvogi sem hefur sýnt ágætis árangur? Allar þessar spurningar vöknuðu við lestur greinarinnar og munu höfundur vafalítið svara þeim í framtíðargreinum sem leiðandi aðilar í rannsóknum a vélindabakflæði á Íslandi.

Með þessu bréfi ljúkum við skrifum okkar um þessa einstöku grein.

Lúther Sigurðsson
Úlfur Agnarsson
sérfræðingar í meltingarsjúkdómum barna

Heimildir

1. Hákonarson H, Þórsson Á. Algengar orsakir svefnröskunar hjá íslenskum börnum sem gangast undir svefnrannsókn. Læknablaðið 2001; 87: 799-804.
2. Pope CE 2nd. Acid-reflux disorders. N Engl J Med 1994; 331: 656-60.
3. Guill MF. Respiratory manifestations of gastroesophageal reflux in children. J Asthma 1995; 32: 173-89.
4. Wysowski DK, Corken A, Gallo-Torres H, Talarico L, Rodriguez EM. Postmarketing reports of QT prolongation and ventricular arrhythmia in association with cisapride and Food and Drug Administration regulatory actions. Am J Gastroenterol 2001; 96: 1698-703.

Svar við athugasemd vegna vísindagreinar

Höfundar þakka þeim Lúther Sigurðssyni og Úlfi Agnarssyni fyrir áframhaldandi áhuga þeirra á grein okkar, *Algengar orsakir svefnröskunar hjá íslenskum börnum sem gangast undir svefnrannsókn.*

Við viljum árétta, eins og segir í svari okkar til þeirra LS og ÚA í Læknablaðinu, 11 tölublað, 87 árg., 2001: **„Ef ekki komu fram tengsl vélindabakflæðis við óreglu á öndunarmunstri, lækkun á súrefnismettun eða röskun á svefnstigum var rannsóknin talin eðlileg og barnið ekki meðhöndlað.“** Niðurstöður rannsóknarinnar sýna hins vegar að þessi tengsl komu fram hjá nokkrum börnum sem höfðu sýrufall sem ekki náði niður í 4 á pH mæli, en allir mælar voru stilltir með skekkjumörkum sem eru innan við 0,05 á pH mæli (5%). Þessi börn svöruðu lyfjameðferð til jafnst við þau börn sem höfðu sýrufall sem náði niður fyrir 4 á pH mæli. Vel er þekkt að lyfjasvörun einstaklinga er afar breytileg, sumir svara ákveðnum lyfjum vel, aðrir ekki og sumir fá aukaverkanir en aðrir ekki. Ekki væri óhugsandi að næmi barna/sjúklinga við sýruáreiti gæti verið breytilegt líka; að minnsta kosti gefur rannsókn okkar til kynna að svo megi vera. Það væri því mikilvægt að rannsaka þessa hluti til hlítar áður en farið er að alhæfa að ekki sé til sjúklegt vélindabakflæði nema pH fari niður fyrir 4.

Eins og segir í niðurlagi greinar okkar: „Aðalmarkmið okkar með ritun vísindagreinarinnar er að vekja athygli á þeirri staðreynd að svefnraskanir eru algengar hjá börnum. Rétt er að leggja áherslu á að rannsóknir á svefnvandamálum barna eiga sér skamma sögu bæði hér á landi og erlendis. Þegar nægilegur fjöldi sjúklinga hefur verið rannsakaður og nægilegur tími hefur gefist til eftirfylgdar, er áformað að rannsaka nánar hverja orsök svefntruflunar sérstaklega, þar með talið kæfisvefn, vélindabakflæði, astma og blámaköst.“

Fyrir utan að benda þeim LS og ÚA á að fyrirtækið Jansen er sama fyrirtækið og Johnson & Johnson, teljum við að faglegum athugasemdum við greinina sé svarað. Eins og þeir LS og ÚA benda réttilega á í niðurlagi bréfsins var það ætíð ætlun okkar af fjalla á ítarlegri hátt um efnið í framtíðargreinum. Ekki efumst við um að þær greinar hljóti réttmæta ritrýni af fagaðilum.

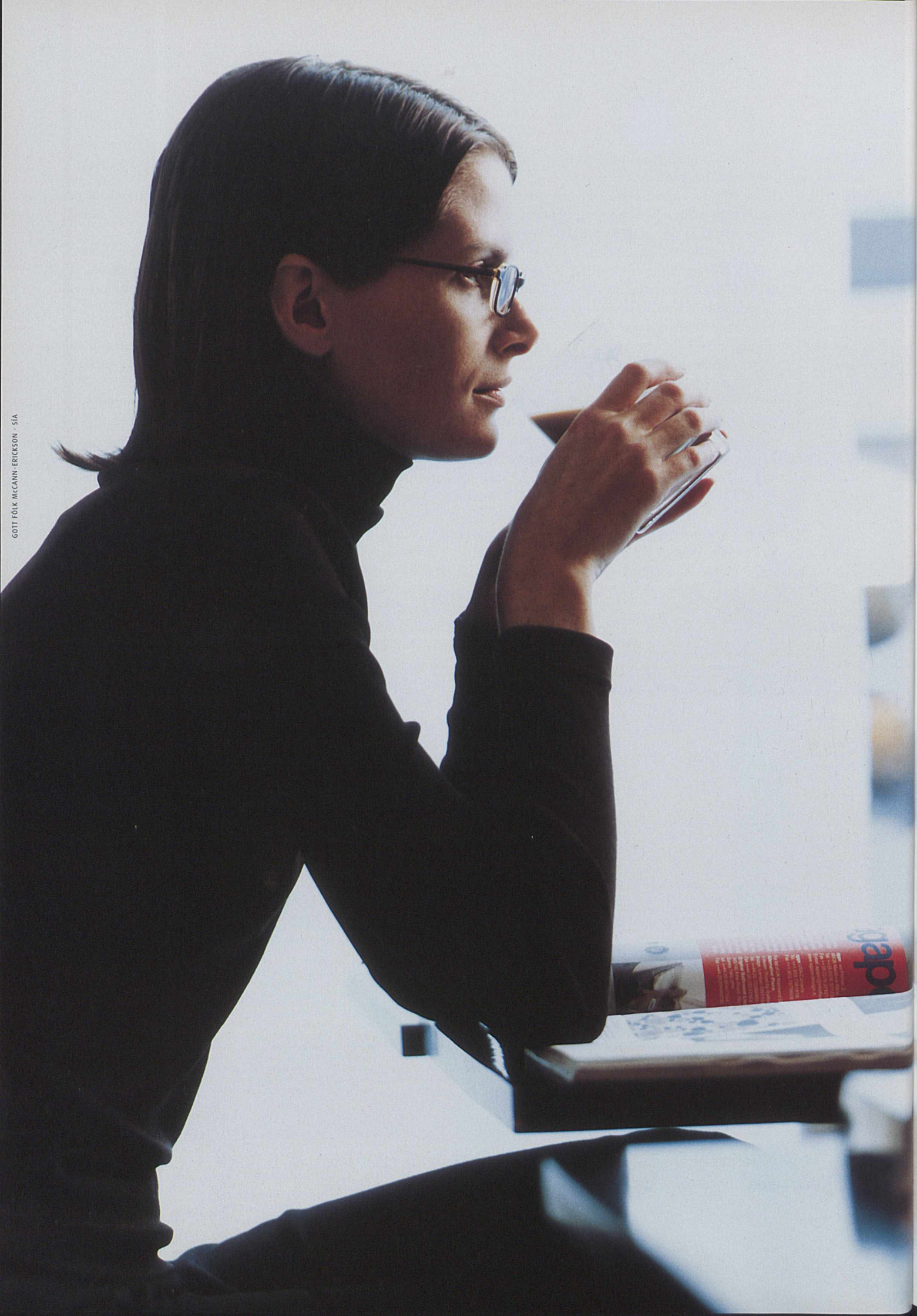
Hákon Hákonarson
sérfræðingur í lungna- og öndunarfærsjúkdómum barna
Árni Þórsson
sérfræðingur í innkirtlasjúkdómum barna

Sérlyfjatexti Seretide

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 (berkjuvikkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við s.s.: Hjá sjúklingum sem svara viðhaldsmeðferð með langvirkandi berkjuvikkandi lyfjum og barksterum til innöndunar. Hjá sjúklingum sem hafa einkenni þrátt fyrir að nota barkstera til innöndunar. Hjá sjúklingum á berkjuvikkandi 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 berkjuvikkandi lyf (t.d. salbútamól) sem sjúklingar ættu ávallt að hafa við höndina. **Milliverkanir:** Jafnvel þótt lítið finnist af lyfinu í blóði er ekki hægt að útiloka milliverkanir við önnur efni sem bindast CYP 3A4. Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra betablokka hjá sjúklingum með teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, nema að þörfin fyrir þá sé mjög brýn. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun lyfja hjá þunguðum konum og hjá konum með barn á brjósti ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur hagur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur eða barn. Það er takmörkuð reynsla af notkun á salmeterólxínafóati og flútíkasónpróþíónati á meðgöngu og við brjóstagjöf hjá konum. Við notkun hjá þunguðum konum skal ávallt nota minnsta virka skammt. **Aukaverkanir:** Þar sem lyfið inniheldur salmeteról og flútíkasónpróþíónat má búast við aukaverkunum af sömu gerð og vægi og af hvoru lyfinu fyrir sig. Ekki eru nein tilfelli frekari aukaverkana þegar lyfin eru gefin samtímis. Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot sáust hjá 1-2% sjúklinga við klínískar rannsóknir. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasón- própíónats: *Salmeteról:* Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkjur. *Stoðkerfi:* Skjálfti, vöðvakrampi. Sjaldgæfar(<0,1%): *Almennar:* Ofnæmisviðbrögð, þ.m.t., bjúgur og ofsabjúgur (angioedema). *Hjarta-og æðakerfi:* Hjartsláttaróregla t.d. gáttatif (atrial fibrillation), gáttahraðtaktur og aukaslög. *Húð:* Ofsakláði, útbrot. *Efnaskifti:* Kalíumskortur í blóði. *Stoðkerfi:* Liðverkjir, vöðvaþrautir. *Flútíkasónpróþíónat:* Algengar(>1%): *Almennar:* Hæsi og sveppasýking í munni og hálsi. **Sjaldgæfar(<0,1%):** *Húð:* Ofnæmisviðbrögðum í húð. *Öndunarvegur:* Berkjukrampi. Hægt er að minnka líkurnar á hæsi og sveppasýkingum með því að skola munninn með vatni eftir notkun lyfsins. Einkenni sveppasýkingar er hægt að meðhöndla með staðbundinni sveppalyfjameðferð samtímis notkun innöndunarlyfsins. Eins og hjá öðrum innöndunarlyfjum getur óvæntur berkjusamdráttur átt sér stað með skyndilega auknu surgi eftir innöndun lyfsins. Þetta þarf að meðhöndla strax með skjót- og stuttverkandi berkjuvikkandi 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. 01.11.01

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


GOTT FÖLK McCANN-ERICKSON - SIA

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.



Varað við samþykkt frumvarps ráðherra



Sigurður Kr. Pétursson

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

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

Heibrigðis- og tryggingamálaráðherra hefur lagt fram frumvarp á Alþingi til breytinga á lögum um heibrigðisþjónustu og lögum um almannatryggingar. Stjórn Læknafélags Íslands, Læknafélags Reykjavíkur, Sérfræðingafélags íslenskra lækna og Félag íslenskra heimilislækna hafa tekið saman ítarlega greinagerð um frumvarpið og sent heibrigðis- og tryggingamálanefnd Alþingis.

Stjórnir þessara félaga lýsa sig mótfallna frumvarpinu og er sú afstaða félaganna studd skýrum rökum.

Tilgangur frumvarpsins er að sögn að gera heilbrigðisráðherra kleift að forgangsraða heibrigðisþjónustunni, auka skilvirkni, nýta betur opinbert fé og tryggja gæði. Þetta á að gera meðal annars með því að færa samninga við sjálfstætt starfandi sérfræðinga frá Tryggingastofnun ríkisins til heilbrigðisráðherra, það er samninganefndar ráðherra, sem einnig er ætlað að semja við sjúkrastofnanir um þjónustu við sjúklinga sem ekki eru vistaðir á sjúkrahúsum. Markmiðið er að fjölga ferliverkum á sjúkrahúsum og auka dagdeildarþjónustu þeirra.

Læknafélögin telja að margvísleg rök styðji þá skoðun, að komist stefna heilbrigðisráðherra í framkvæmd, geti hún leitt til minni skilvirkni, lakari þjónustu, lengri biðlista og þar með lakari nýtingar opinbers fjár en nú er.

Ekki verður fjallað frekar um greinargerð læknafélaganna hér á þessum vettvangi, en sú ósk látin í ljós að þeir sem taka eiga afstöðu til þessa frumvarps kynni sér vandlega rök læknafélaganna.

Í athugasemdum sem fylgja frumvarpinu segir meðal annars, þar sem fjallað er um mikilvægi þess að ráðherra marki stefnu um forgangsröðun verkefna í heilbrigðisþjónustu: „Mikilvægt er að fagleg rök og hagkvæmni ráði því hvar þjónusta er veitt en ekki ákvarðanir einstakra heilbrigðisstarfsmanna eða hópa.“ Hverjir skyldu geta beitt faglegum rökum betur en þeir sem þau kunna best?

Einkareknar læknastöðvar hafa verið byggðar upp í Reykjavík á undanförnum árum, fyrst og fremst vegna þess að fagleg rök mæltu með því. Famfarir í læknisfræði, ný lyf og tækninýjungar í skurðlækningum, svæfingum og rannsóknaraðferðum hafa gert mögulegt að framkvæma fjölda læknisverka utan veggja hátæknisjúkrahúsa, sem áður kröfðust innlagnar. Þetta hefur orðið til þess að á síðasta ári voru framkvæmdar á bilinu 15-17.000 skurðaðgerðir á læknastöðvum. Komur sjúklinga til klínískra lækna voru 344 þúsund og til rannsókna- og röntgenlækna 88 þúsund, eða tæplega 432 þúsund alls. Almenningur hefur kunnað vel að meta þessa þjónustu, enda bið eftir ýmsum minni aðgerðum svo löng að ekki var við unað.

Þá kemur að hagkvæmninni, sem minnst er á í greinargerð frumvarpsins, og ætlunin er að ná fram með aukinni miðstýringu. Umræddar læknastöðvar eru allar í eigu þeirra lækna sem þar starfa. Þeir eiga allt undir því að reksturinn sé hagkvæmur og faglegur árangur góður. Stjórn þessara stöðva er skýr og í höndum þeirra sem bera faglega og rekstrarlega ábyrgð. Starfsemin er að fullu kostnaðargreind en ferliverkastarfsemi sjúkrahúsanna er það ekki. Samt er lagt til að flytja hluta þessarar starfsemi inn á spítalana, meðal annars til að auka hagkvæmni.

Eins og áður sagði er það eitt af markmiðum frumvarpsins að flytja hluta af þeim læknisverkum sem nú eru unnin á sjálfstætt starfandi læknastöðvum aftur inn á sjúkrahúsin, þar sem þau yrðu unnin sem ferliverk. Það er því fróðlegt að skoða svolítið hvernig framkvæmd ferliverkastarfsemi gengur á sjúkrahúsum úti á landsbyggðinni, þar sem ekki er grundvöllur fyrir rekstri læknastöðva í einkaeign vegna fámennis.

Árið 1998 tók heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið einhliða ákvörðun um það, að fjármagn vegna ferliverka, sem áður var greitt af Tryggingastofnun ríkisins, yrði flutt til sjúkrahúsanna. Fjárveiting til þessarar starfsemi var síðan miðuð við reynslu næstu ára á undan. Þetta fyrirkomulag hefur reynst mjög illa. Engum samstarfsvettvangi var komið á, þar sem aðilar gætu rætt framkvæmd starfseminnar, svo sem nýja eða breytta starfsemi, þörf fyrir aukna þjónustu og svo framvegis. Þetta hefur leitt til þess að fjárveitingar til þessa málaflokks eru ekki miðaðar við raunverulegar þarfir á hverjum tíma heldur það ástand sem einu sinni var. Þegar það fjármagn, sem veitt var til þessarar starfsemi, er á þrotum er læknum gert að hætta framkvæmd ferliverka það árið. Engu máli virðist skipta hvort sjúklingar fái þá læknishjálp sem þeir nauðsynlega þurfa, þeim er bara gert að leita annað, jafnvel um langan veg. Á Sjúkrahúsi Akraness, þar sem undirritaður starfar, varð þetta til þess að sjúklingar sem ætíð höfðu sótt þjónustu á sjúkrahúsið, þurftu að keyra til Reykjavíkur þegar fjárveiting til ferliverka var búin hjá okkur, en í Reykjavík gátu þeir fengið úrlausn sinna mála á einkastofum. Að sjálfsögðu var reikningurinn eftir sem áður borgaður af ríkinu. Ljóst er að gallar núverandi kerfis hafa fyrst og fremst bitnað á skjólstæðingum okkar, sjúklingunum, þess vegna er þetta fyrirkomulag óviðunandi. Á meðan samningar við Tryggingastofnun ríkisins náðu einnig yfir framkvæmd ferliverka kom aldrei fyrir að neita þyrfti sjúklingum um nauðsynlega læknishjálp. Það er því nauðsynlegt að færa

framkvæmd ferliverkasamninganna aftur undir Tryggingastofnun ríkisins.

Það er skiljanlegt að stjórnvöld reyni að halda kostnaði við heibrigðisþjónustuna í lágmarki, það ber þeim að gera og okkur sem vinnum við framkvæmd hennar ber að sjálfsögðu að stefna að sama marki. Það er einnig skylda okkar að sjá til þess að almenningur fái þá læknisþjónustu sem þörf er á hverju sinni.

Þegar sjúklingi er neitað um aðgerð við rifnum liðþófa, svo dæmi sé tekið, vegna þess að fjárveitingin hjá viðkomandi sjúkrahúsi er uppurin og hann verður að leita annað til að fá lækningu, þá er eitthvað að kerfinu. Hér erum við ekki að tala um sparnað, því aðgerðin er borguð úr sama sjóðnum, það vill bara svo til að fjárveitingin til þeirra lækninga sem hér var þörf á var búin við sjúkrahúsið í hans heimabyggð. Tekið skal fram að hér er ekki við stjórnendur viðkomandi sjúkrahúsa að sakast, þeir hafa ekkert fjármagn sem þeir geta lagt til þessarar starfsemi umfram það sem fjárveitingar gera ráð fyrir.

Sé það meiningin með frumvarpi um breytingar á lögum um heilbrigðisþjónustu, að svipuðu fyrirkomulagi verði komið á við greiðslur til sjálfstætt starfandi sérfræðinga og nú gildir um framkvæmd ferliverka, er fyllsta ástæða til að vara við samþykkt þess. Það fyrirkomulag þjónar ekki hagsmunum almennings og mun aðeins lengja biðlista og auka greiðslur sjúkratrygginga til þeirra sem bíða eftir læknishjálp.

Árshátíð Læknafélags Reykjavíkur

Árshátíð Læknafélags Reykjavíkur verður haldin við lok Læknadaga laugardaginn 19. janúar 2002 á Broadway, Ármúla 9.
Tekið verður á móti gestum kl. 19 með fordrykk.
Borðhald hefst stundvíslega kl. 19:45.



Boðið verður upp á glæsileg skemmtiatriði.
Guitar Islancio mun leika af alkunnri snilld.
Egill Ólafsson og **Sigrún Hjálmtýsdóttir** syngja við undirleik **Jónasar Þóris**.
Milljónamæringarnir ásamt **Ragnari Bjarnasyni, Páli Óskari Hjálmtýssyni** og **Bjarna Arasyni** leika fyrir dansi.

Matseðill

Risahörpuskelfiskur og reyktur lax með Provencemauki

Lambagull og nautaturn á rjómasoðnum villisveppum, ásamt grænmeti og kartöflutvennu

Frönsk súkkulaðiterta með vanilluís, borin fram ylvolg

Munið að þetta er árshátíð íslenskra lækna og þangað koma ekki einungis læknar í Læknafélagi Reykjavíkur heldur læknar af erlendri grundu, læknar landsbyggðarinnar, unglæknar og eldri læknar.

Fyrir þá sem hafa áhuga er hægt að leita tilboða í gistingu á Radisson SAS Hótel Íslandi, sími: 595 7000.

Stjórn Læknafélags Reykjavíkur

Læknafélögin mótmæla frumvarpi heilbrigðisráðherra

– Ítarleg umsögn læknafélaganna um „samninganefndarfrumvarpið“

HEILBRIGÐISRÁÐHERRA HEFUR LAGT FRAM FRUMvarp til breytinga á lögum um heilbrigðisþjónustu og lögum um almannatryggingar sem hefur verið allnokkuð til umræðu að undanförnu. Á aðalfundi LÍ kynnti ráðherra þetta frumvarp sem „samninganefndarfrumvarpið“ og starfsmenn ráðuneytisins greindu frá meginefni þess á málþingi á aðalfundinum. Heilbrigðis- og trygginganefnd Alþingis óskaði eftir umsögn LÍ um frumvarpið og fékk hana um miðjan nóvember. Gera læknafélögin ýmsar athugasemdir við frumvarpið og vara við því að það verði samþykkt óbreytt.

Meginefni frumvarpsins felst í því að inn í 42. grein laga um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990 er bætt þremur málsgreinum. Sú fyrsta er svohljóðandi: „42.3. Ráðherra markar stefnu um forgangsröðun verkefna í heilbrigðisþjónustu. Ráðherra er heimilt að grípa til nauðsynlegra ráðstafana til að framfylgja stefnu um forgangsröðun, stuðla að aukinni hagkvæmni og tryggja gæði heilbrigðisþjónustu.“

Í næstu málsgrein eru kveðið á um að ráðherra skipi eina samninganefnd sem semji við „sjálfstætt starfandi heilbrigðisstarfsmenn um greiðsluþátttöku almannatrygginga vegna heilbrigðisþjónustu og við fyrirtæki og stofnanir vegna sambærilegrar þjónustu sem þar er veitt. … Samningar nefndarinnar skulu gerðir í samræmi við skilgreind markmið, sbr. 3. mgr. 42. gr., og með tilliti til hagkvæmni og gæða þjónustunnar. Samningarnir skulu m.a. kveða á um magn og tegund þjónustu og hvar hún skuli veitt.“. Í þriðju málsgreininni er ráðherra heimilað að gera verksamninga og samninga um rekstrarverkefni samkvæmt ákvæðum laga um fjárreiður ríkisins.

„Dreifð og ósamhæfð“ þjónusta

Um markmiðin með þessu frumvarpi sagði ráðherra meðal annars á aðalfundi LÍ: „Eins og áður greindi hefur mikil vinna verið lögð í stefnumörkun og áætlanagerð á síðustu árum og ýmislegt hefur breyst varðandi stjórn málaflokksins, svo sem flutningur sjúkrahúsa og heilsugæslu til ríkisins. Þegar kemur að sérfræðilæknisþjónustu, sem ýmist er veitt af læknum á eigin stofu, eða á göngudeild sjúkrahúss, er stjórn hennar hins vegar enn „dreifð og ósamhæfð“. …

Fyrirkomulag sérfræðiþjónustu utan stofnana hefur þannig að talsverðu leyti ráðist *af fjölda sérfræðinga* á viðkomandi sviðum og því hvort *þeir sjálfir* kjósa að veita þjónustuna innan eða utan stofnana. Erfitt hefur því reynst að framfylgja markmiðum heilbrigðisyfirvalda varðandi forgangsröðun.“

Eftir að hafa talið upp samninganefndirnar þrjár sem eru nú við lýði sagði ráðherra: „Þið vitið það og ég veit það að ekki hefur verið nægilegt samræmi í þessum samningum. Læknar hafa getað flutt sig á milli samninga eftir því hvar þeir fá best greitt fyrir vinnu sína. Þetta hefur m.a. leitt til þess að erfitt hefur reynst að halda utan um útgjöld vegna samninga við lækna.“

Lakari þjónusta, lengri biðlistar

Stjórnir Læknafélags Íslands, Læknafélags Reykjavíkur, Sérfræðingafélags íslenskra lækna og Félags íslenskra heimilislækna fjölluðu um frumvarpið og sendu heilbrigðis- og trygginganefnd Alþingis ítarlegar athugasemdir sem fylla 16 blaðsíður. Þar segir í inngangi:

„Hér er um tillöguflutning að ræða um veigamikið málefni, sem þarfnast ítarlegrar meðferðar Alþingis. Gefur hann tilefni til að ætla að ráðherra skuli falið víðtækara og nánast ótakmarkað vald til að ákvarða magn heilbrigðisþjónustu og stýra því, hvar hún sé veitt. Í frumvarpinu er fjallað um umfangsmikla sjálfstæða starfsemi lækna í heilbrigðisþjónustunni, sem er hágæðaþjónusta í nútíma læknisfræði, að fullu kostnaðargreind og skýr, – sem stjórnlitla og ósamhæfða afgangsstærð í aukahlutverki.“

Félögin vekja athygli á því að þrátt fyrir að kostnaður ríkisins af sjálfstæðri starfsemi lækna sé verulegur, um 10% af fjárveitingum til Landspítala háskólasjúkrahúss, sé lagalegt umhverfi þessarar starfsemi afar fábrotið. Fyrir henni sé þó löng hefð og hún njóti stuðnings almennings í landinu. Nú sé hins vegar ætlunin að færa læknisverk með beinni stýringu frá einu rekstrarformi til annars.

„Læknafélögin vara við því, að ráðstafanir sem orðaðar eru í greinargerð með frumvarpinu vegna þjónustu við sjúklinga utan sjúkrahúsa munu leiða til lengri biðlista, en áður hafa þekkst hér á landi. Ekkert bendir til, að þær leiðir, sem notaðar eru til að fjármagna sjúkrahúsin, að göngudeildarþjónusta þeirra eða núverandi fyrirkomulag umbunar starfsmanna ráði við þær lækningar, sem hugur stendur til að flytja inn á sjúkrahúsin og þar með leggja af á stofum lækna.

Læknar telja að sjálfsagt sé, að þegnar landsins njóti jafnræðis í heilbrigðisþjónustu. Læknar vara við því að allar takmarkanir á þjónustu þeirri, sem sjálfstætt starfandi sérfræðingar hafa veitt og aukin bið eftir þjónustu af sama tagi, muni óhjákvæmilega vekja að nýju háværar raddir um einkatryggingar, sem kaupi einkarekna heilbrigðisþjónustu fyrir skjólstæðinga sína. Ef sú yrði raunin, virðist svo sem markmið heilbrigðisráðherrans muni snúast upp í andhverfu sína, þjónustan muni versna en ekki batna og einkatryggingar verði hinum efnameiri til verndar.“

Verður samninganefndin hlutlaus?

Um þann hluta lagabreytinganna sem snýr að samninganefndum ríkisins og lækna segir í umsögn læknafélaganna að ljóst sé „að með þeirri skipan, sem frumvarp heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins leggur til, er ekki verið að stíga skref í átt til þess að aðskilja kaup og sölu þjónustunnar heldur í gagnstæða átt. Þannig mun sú samninganefnd, sem þar er ráðgerð, semja bæði við ríkisfyrirtækið LSH og sjálfstætt starfandi lækna um sömu eða sambærileg læknisverk. Draga verður í efa að samninganefndin muni geta gætt fyllsta hlutleysis við þær aðstæður.“

Félögin benda einnig „á þann grundvallareðlismun, sem er á milli kjarasamninga stéttarfélaga annars vegar og samninga lækna um ferliverk hins vegar. Læknafélögin munu ekki undir neinum kringumstæðum stuðla að eða taka þátt í samvinnu, samningum eða nefndarstörfum þar sem blandað er saman samningum um verktakagreiðslur og samningum stéttarfélaga um launakjör.“

Um þá röksemd að mikilvægt sé að fagleg rök og hagkvæmni ráði því hvar þjónusta sé veitt en ekki ákvarðanir einstakra heilbrigðisstarfsmanna eða hópa segir meðal annars í umsögn félaganna:

„Þróun í læknisfræði ræður mestu um hvar hagkvæmast er að veita þjónustuna hverju sinni. Heilbrigðisstarfsmenn gegna lögboðnu lykilhlutverki við að sjá til þess að slíkri þróun sé fylgt vegna hagsmuna sjúklinga og greiðanda þjónustunnar. … Læknafélögin mótmæla því, að það sé sjúklingum eða greiðanda heilbrigðisþjónustunnar til framdráttar að færa ákvarðanatöku um skipulag þjónustunnar frá þeim sem best þekkja til. Þróun heilbrigðisþjónustunnar er alls staðar í þá átt að draga úr innlögnum á sjúkrastofnanir eins og frekast er kostur. Hlutverk sjúkrastofnana er því æ meira í þá átt að sinna erfiðari og þyngri læknisverkum, sem ekki er hægt að sinna annars staðar og stuðla þannig að hagræðingu í þjónustu. Læknafélögin styðja eindregið þá þróun.“

Einnig er bent á að til þess að sjúkrahús geti tekið við þeirri umfangsmiklu sérfræðiþjónustu og ferliverkum sem nú eru unnin á læknastofum þurfi þau að bæta aðstöðu sína og byggja yfir þessa starfsemi. Þar sýni útreikningar að kostnaður við að koma upp slíkri aðstöðu á sjúkrahúsi sé helmingi dýrari í byggingu en ef henni er komið upp utan sjúkrahúsa.

Alræðisvald ráðherra

Loks segir í umsögn læknafélaganna að íslensk læknisfræði njóti „sérstöðu á alþjóðlega vísu, þegar til framhaldsmenntunar lækna er litið. Íslenskir læknar sækja að miklu leyti framhaldsmenntun erlendis, bæði austan hafs og vestan. Hefur það í mörgum tilfellum vegið upp þau neikvæðu áhrif, sem fámennið á Íslandi, óhagræði smæðarinnar og fágæt sjúkdómstilfelli hafa haft í einstökum sérgreinum. Til skamms tíma var einnig vísir að samkeppni milli tveggja vinnustaða lækna, sem voru skilgreindir sem heilbrigðisstofnanir, sem veittu hátækniþjónustu. Hafði það í för með sér örvandi áhrif á lækna hvað varðar fagleg sjónarmið og gaf einnig kost á vali um vinnustað í mörgum tilvikum. Þessar aðstæður eru ekki lengur fyrir hendi vegna sameiningar stóru sjúkrahúsanna tveggja, en fyrir þeirri sameiningu voru fyrst og fremst fjárhagsleg rök. Með stuðningi Læknafélags Íslands og Læknafélags Reykjavíkur við þessa ráðstöfun fylgdu varnaðarorð um, að vinna þyrfti um leið markvisst gegn neikvæðum áhrifum þessarar ráðstöfunar á faglega þróun. Fjölbreytt starfsemi sérfræðinga utan sjúkrahúsa, þar sem þeir ráða ferðinni um þróun og nýjungar, er til mikilla bóta. Í þeirri vaxandi alþjóðlegu samkeppni, sem Íslendingar eiga í um sérhæft vinnuafl og vaxandi alþjóðahyggju ungs fólks verður að gæta þess, að ungum íslenskum læknum þyki jafn fýsilegt og áður að koma heim til starfa eftir sérnám. Frumvarp heilbrigðismálaráðherra mun ekki stuðla að því, verði það að lögum.“

Í lokaorðum umsagnarinnar eru viðhorf læknafélaganna dregin saman:

„Læknafélögin lýsa sig mótfallin frumvarpinu. … Læknafélögin telja að margvísleg rök styðji þá skoðun, að komist stefna heilbrigðisráðherra í framkvæmd, geti hún leitt til minni skilvirkni, lakari þjónustu, lengri biðlista og þar með lakari nýtingar opinbers fjár en nú. … Orðalag frumvarpsins um alræðisvald ráðherra til að ákveða forgangsröðun með óskilgreindum nauðsynlegum ráðstöfunum gengur gegn markmiðum samkeppnislaga, stangast á við stefnuyfirlýsingu ríkisstjórnarinnar og ákvæði og markmið EES-samningsins um frjáls viðskipti. Óljóst er með hvaða hætti hagkvæmnis- eða gæðasjónarmið eiga að ráða við ákvarðanatöku um forgangsröðum verkefna í heilbrigðisþjónustu.“ **–ÞH**



ENGINN TÍMI FYRIR FLENSU

Inflúensa lamar ekki bara þann sem fyrir henni verður. Veikindin hafa mikil áhrif á umhverfi sjúklingsins; fjölskyldu og vinnufélaga. Inflúensa er sannkallaður tímaþjófur, þar sem dagleg störf sitja á hakanum bæði í vinnunni og á heimilinu, og getur hún því valdið umtalsverðu fjárhagstjóni. Einkenni og fylgikvillar inflúensu geta verið alvarlegir auk þess sem smithætta er mikil. En með Relenza er nú á einfaldan hátt hægt að ná bata mun fyrr og draga úr einkennum.[1,2,3]

RELENZA - lyf við flensu
zanamivir

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

Relenza
GlaxoSmithKline, 990042

INNÖNDUNARDUFT, í afmældum skömmtum; J05 AH 01 R, 0. Hver skammtur inniheldur: 5 mg zanamivirum INN. Ábendingar: Meðferð við inflúensu: Relenza er ætlað til meðferðar á inflúensu af bæði A- og B-stofni, hjá fullorðnum og börnum, 12 ára og eldri. Varnandi meðferð við inflúensu: Relenza er ætlað til varnar gegn inflúensu, bæði af A- og B-stofni, hjá fullorðnum og börnum, 12 ára og eldri. Skammtar og lyfjagjöf: Lyfið er eingöngu til innöndunar í lungu í gegnum munn, með aðstoð meðfylgjandi Diskhaler-tækis. Meðferð við inflúensu: Ráðlagt er að nota tvo skammta af lyfinu (2 x 5 mg), tvisvar á dag, í fimm daga. Það samsvarar 20 mg af lyfinu á dag. Til að hámarksárangur náist ætti að hefja meðferð sem fyrst (helst innan tveggja daga) eftir að einkenni koma í ljós. Varnandi meðferð við inflúensu: Ráðlagt er að nota tvo skammta (2 x 5 mg) einu sinni á dag þann tíma sem smithætta er fyrir hendi. Fyrir liggur klínísk reynsla af 28 daga samfelldri notkun. þar að auki er hægt að nota zanamivír hjá sjúklingum sem hlotið hafa síðbúna bólusetningu til þess að veita vörn á því 2-4 vikna tímabili sem það tekur bóluefnið að ná virkni. Ekki er þörf á skammtaaðlögum hjá sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi, eða hjá öldruðum (sjá kafla um lyfjahvörf). Frábendingar: Ofnæmi gegn einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. Varnaðarorð og varúðarreglur: Engar þekktar. Milliverkanir: Zanamivír binst ekki próteinum og umbrotnar ekki í lifur. Milliverkanir eru ekki taldar líklegar. Meðganga: Öryggi lyfsins á meðgöngutíma er ekki þekkt. því ætti ekki að nota Relenza á meðgöngutíma, sérstaklega ekki á fyrsta þriðjungi, nema að ætlaður ávinningur fyrir móður sé meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstrið. Brjóstagjöf: Vegna takmarkaðra upplýsinga er ekki mælt með notkun lyfsins hjá konum með barn á brjósti, nema að ætlaður ávinningur fyrir móður sé meiri en hugsanleg áhætta fyrir barnið. Aukaverkanir: Relenza þolist vel eftir innöndun um munn. Tíðni aukaverkana sem gefnar voru upp í klínískum rannsóknum var svipuð hjá Relenza- og lyfleysuhópunum.Ofskömmtun og eitranir: Líkurnar á að sjúklingar taki óvart of stóran skammt eru litlar vegna gerð lyfjaforms, ikomustaðar og lítils aðgengis lyfsins eftir inntöku (2-3%). Zanamivír skammtar allt að 64 mg/dag (u.þ.b. þrefaldur ráðlagður hámarks dagsskammtur) hafa verið gefnir til innöndunar um munn með úðavél án aukaverkana. Auk þess leiddu skammtar allt að 1200 mg/dag, í 5 daga, sem gefnir voru í bláæð, ekki til neinna aukaverkana. Lyfhrif: Zanamivír hefur öflug en mjög sérhæfð hemjandi áhrif á neuramínidasa, yfirborðsensím inflúensuveirunnar. Ensímið hjálpar losun nýmyndaðra veiruagna frá sýktum frumum og getur bætt aðgengi veira í gegnum slím að yfirborði þekjufruma, sem leiðir til veirusýkingar annarra frumna. Hömlun ensímsins endurspeglast bæði í in vitro og in vivo virkni gegn fjölgun inflúensuveira af stofni A og B og hún nær yfir alla þekkta undirflokka neuramínidasa inflúensuveira af stofni A. Virkni zanamivírs á sér stað utan frumna. Hún dregur úr fjölgun inflúensuveira af stofni A og B með því að koma í veg fyrir losun smitandi inflúensuveiru frá þekjufrumum í öndunarvegi. Fjölgun inflúensuveira takmarkast við þekjufrumur á yfirborði öndunarvegarins. Virkni staðbundinnar meðhöndlunar á þessu svæði með zanamivír hefur verið staðfest í klínískum rannsóknum. Niðurstöður rannsókna sýna að meðferð á bráðri inflúensusýkingu með zanamivír dregur úr útbreiðslu veira frá öndunarvegi, samanborið við lyfleysu, án merkja um ónæmismyndun gegn zanamivír. Lyfið dregur úr inflúensueinkennum og styttir tímann sem þau eru til staðar, þegar fylgt er ráðleggingum um notkun lyfsins til meðhöndlunar á inflúensu. Í sumum rannsóknum kom fram aukinn ávinningur af meðferð hjá sjúklingum í áhættuhópum; öldruðum, og sjúklingum með vissa langvarandi sjúkdóma (hjarta-, lungna-, nýrna- og efnasskiptasjúkdóma). Komið hefur í ljós að bestur árangur næst með Relenza þegar meðferðin hefst fljótt eftir að einkenni koma fram. Takmarkaðar upplýsingar sýna að innandað zanamivír hefur ekki marktæk áhrif á lungnastarfsemi eða ofursvörun í berkjum þegar það er gefið sjúklingum með vægan eða miðlungi slæman astma. Zanamivír hefur reynst koma í veg fyrir inflúensu þegar það hefur verið notað sem fyrirbyggjandi meðferð. þegar lyfið var notað í ráðlögðum skömmtum sem varnandi meðferð við inflúensu, sást marktæk lækkun á tíðni inflúensueinkenna, um 70% í samanburði við lyfleysu. Lyfjahvörf: Frásog: Lyfjahvarfafræðilegar rannsóknir á mönnum sýna fram á að frásog lyfsins eftir inntöku um munn er lítið (að meðaltali 2%). Svipaðar rannsóknir á lyfinu innönduðu um munn benda til þess að u. þ. b. 10-20% af gefnum skammti frásogast í blóðrásina, með hámarksblóðþéttni venjulega innan 1-2 klst. Vegna lítils frásogs lyfsins verður blóðþéttni þess lítil og hefur þar af leiðandi lítla þýðingu, eftir innöndun um munn. Það er ekkert sem bendir til breytinga á lyfjahvörfum eftir endurtekna skammta lyfsins, innandaða um munn. Dreifing: Eftir innöndun um munn, dreifist zanamivír víða, í háum styrk um öndunarveginn og nær því til inflúensusýktra svæða. Hár styrkur zanamivírs í öndunarvegi leiðir til þess að hömlun neuramínidasa veirunnar kemur fljótt fram. Tveir helstu staðirnir sem lyfið finnst í eru kok og lungu (að meðaltali 77.6% og 13.2%). Umbrot: Komið hefur í ljós að zanamivír er skilið óbreytt út með þvagi og að það umbrotnar ekki. Helmingunartími lyfsins í blóði, eftir innöndun um munn, er á bilinu 2,6 – 5,05 klst. Það er skilið út algjörlega óbreytt, í þvagi. Miðað við klerans í nýrum er heildar blóðklerans metinn á bilinu 2,5–10,9 l/klst. Útskilnaði lyfsins með þvagi lýkur innan 24 klst. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi: Aðgengi lyfsins er lítið (10-20%) eftir venjulegan 20 mg dagsskammt og þess vegna er lítil hætta á hárri blóðþéttni zanamivírs. Með öryggi lyfsins í huga telst hugsanleg hækkun á blóðþéttni hjá sjúklingum með alvarlega nýrnabilun ekki varasöm og skammtaaðlögun því ekki talin nauðsynleg. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Zanamivír umbrotnar ekki og því er ekki þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Aldraðir: Aðgengi lyfsins er lítil, eins og að framan greinir. Hugsanlegar breytingar á lyfjahvörfum sem kunna að eiga sér stað hjá öldruðum eru ekki taldar hafa klíníska þýðingu og því er ekki ráðlögð skammtaaðlögun. Pakkningar: Hver pakkning inniheldur fimm Rotadisk-skífur með fjórum afmældum, þynnupökkuðum duftskömmtum. Diskhaler-tæki fylgir til notkunar við innöndun lyfsins. Verð 01.10.00: 3.390 kr. Heimildir: 1.Makela eta l Journal of Infection(2000)40,42-48 2. The Mist Study Group, LLancet 1998; 352:1877-1881 3. Monto et al. JAMA, July7, 1999-vol 282, No1(17-22) (14.11.00-1)

Málþing á aðalfundi LÍ:

Einkarekstur lækna hefur haldið uppi þjónustustiginu

MÁLÞING SEM HALDIÐ VAR Í TENGSLUM VIÐ AÐALFUND LÍ fjallaði um starfsumhverfi lækna. Í nóvemberblaðinu voru tveimur fyrstu erindunum gerð skil og nú verður þráðurinn tekinn upp að nýju. Þriðja erindið á málþinginu flutti **Steinn Jónsson** læknir og nefndi það **Ríkið kaupandi þjónustu/veitandi þjónustu – heilbrigðisþjónusta á vegum einkaaðila.** Hafi efni þess verið brýnt þegar það var flutt hefur ekki dregið úr mikilvæginu í ljósi þeirrar umræðu sem orðið hefur upp á síðkastið.

Í upphafi mál síns leiddi Steinn rök að því að íslenska heilbrigðiskerfið sé „í hópi þeirra bestu sem þekkjast í heiminum". Samt er það svo að „umræðan um heilbrigðismál hér á landi hefur þrátt fyrir þennan góða árangur einkennst mjög af vandamálum í fjármögnun og rekstri". Ástæðan er sennilega sú að ef tryggja eigi öllum landsmönnum bestu heilbrigðisþjónustu sem völ er á hverju sinni muni það hafa í för með sér gífurleg útgjöld fyrir ríkissjóð. „Því hefur verið talið óhjákvæmilegt að stýra með margvíslegum hætti umfangi og eðli þjónustunnar. Af þessu leiðir einnig að nauðsynlegt er að treysta á fleiri en eina leið til að fjármagna heilbrigðisþjónustuna nefnilega framlög úr ríkissjóði og þjónustugjöld ... ," sagði Steinn og gerði síðan grein fyrir mismunandi fjármögnunarleiðum og vitnaði þar mjög til þriggja hagfræðinga, Barnum, Kutzin og Saxenian, sem starfa hjá Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni og Alþjóðabankanum.

Mismunandi aðferðir við fjármögnun

Steinn sagði að föst fjárlög væru talin „árangursrík aðferð við að halda niðri kostnaði að því tilskildu að einhver alvöru viðurlög bíði stjórnenda sem ekki ná árangri í þeim efnum ..." Helsti ókosturinn við þau væru hins vegar að þau leiddu oft til þess að það drægi úr þjónustu og gæðum hennar vegna þess að enginn afkastahvati er innbyggður í kerfið.

Annað kerfi sem menn hafa verið að prófa sig áfram með að undanförnu byggist á föstum greiðslum fyrir tilfelli byggð á flokkun eftir sjúkdómsgreiningum (case based/DRG). Þetta kerfi hefur verið reynt í Bandaríkjunum og virðist geta dregið úr kostnaðaraukningu, auk þess sem það hvetur til aukinna afkasta. Norðmenn hafa verið að prófa sig áfram með blöndu þessa kerfis og fastra fjárlaga þar sem sjúkrahús fá helming kostnaðar í formi fastrar greiðslu sem á að standa undir grunnkostnaði en afgangurinn er miðaður við greiðslur fyrir tilfelli og virðist þetta kerfi einnig leiða til aukinnar hagkvæmni.

Hér á landi hafa greiðslur fyrir unnin verk lengi tíðkast í sérfræðiþjónustu utan sjúkrahúsa. Þær hafa leitt til aukinnar þjónustu og hafa einnig haft jákvæð áhrif á gæði hennar. Tryggingastofnun semur við LR um þessar greiðslur og umfang þjónustunnar og hefur eftirlit með framkvæmd samningsins.

„Af hálfu lækna og neytenda hefur verið ánægja með þetta fyrirkomulag en heilbrigðisyfirvöld hafa viljað færa stærri hluta þessarar starfsemi yfir á spítalana, væntanlega í kerfi fastra fjárlaga, til að hafa betri stjórn á þessu eins og það heitir þar á bæ. Ljóst er að miðað við þau hagfræðilögmál sem hér hefur verið vitnað í mun það leiða til þess að minni þjónusta verði veitt og að hún verði rýrari að gæðum. Þegar haft er í huga að ríkið mun þurfa að fjárfesta verulega til að koma upp aðstöðu fyrir stóraukna utanspítalaþjónustu virðast allar líkur á að kostnaður muni einnig aukast. ...

Flest háþróuð ríki nota einhverja blöndu af fjármögnunarkerfum, þar með talið Ísland. Hér eru sjúkrahúsin og heilsugæslan á föstum fjárlögum en sérfræðiþjónusta utan sjúkrahúsa á greiðslum samkvæmt samræmdum taxta með magnkvótum og gagnkvæmu eftirliti. Slíkri fjölbreytni er gefin mjög góð einkunn í grein hagfræðinganna og eru slík kerfi talin tryggja ánægju meðal neytenda ... ," sagði Steinn.

Viðvarandi rekstrarvandi

Steinn vék þvínæst að þeim erfiðleikum sem glímt hefur verið við í íslensku heilbrigðiskerfi undanfarin ár. „Sjúkrahúsin hafa átt við viðvarandi rekstrarvanda að stríða með árvissum halla upp á 2-3% og hefur þessi fjárhagsvandi haft margvísleg áhrif á starfsemi sjúkrahúsanna sem við læknar verðum mjög varir við í okkar störfum. Lokanir deilda, biðlistar, kjaradeilur, uppsagnir og mannekla eru vandamál sem staðið hafa svo lengi að þau virðast vera orðin krónísk. Heilsugæslan hefur einnig átt í talsverðum erfiðleikum og lætur nærri að 10% heilsugæslulækna hafi á síðustu árum hætt störfum og farið í önnur störf og sérgreinar."

Steinn kvaðst ekki sjá fram á að miklar breytingar yrðu á þessu ástandi þar sem engin teikn væru á lofti um að til standi að hverfa frá fyrirkomulagi fastra fjárlaga við fjármögnun á rekstri sjúkrahúsanna. Sameining stóru sjúkrahúsanna virðist heldur ekki megna að bæta þetta ástand. Þar er fyrirsjáanlegur 2,5-3% rekstrarhalli á þessu ári og horfur á að biðlistar muni lengjast í ýmsum sérgreinum.

Steinn vitnaði í úttekt á þróun umfangs í heil-

Flokkun eftir verkun: Lyf við offitu án verkunar á miðtaugakerfið (ATC-flokkun A08AB01).

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

Virk innihaldsefni: Hvert hylki inniheldur 120 mg orlístat.

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

Ábendingar: Xenical er ætlað ásamt hitaeiningaskertu fæði til meðferðar hjá offitusjúklingum með þyngdarstuðul (BMI= þyngd(kg)/hæð(m)-hæð(m)) hærri eða jafn og 30 kg/m^2 (BMI) eða yfirþyngdarsjúklingum (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 aðalmáltíð, þ.e. 3 hylki á dag. Sé máltíð sleppt eða hún án fitu á að sleppa að taka lyfið inn.
Sjúklingurinn á að vera á fæði sem inniheldur óll 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.

Varnaðarorð og varúðarreglur: 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 betakarótínþéttni 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 eða lyfja sem valda lystarleysi er ekki ráðlögð ef rannsóknir á milliverkunum eru ekki fyrirliggjandi.
Þegar warfarin eða önnur segavarnarlyf eru gefin ásamt orlístati (stórir skammtar og langtíma meðferð) á að fylgjast með blóðstorkugildum.
Engar milliverkanir við biguaníð, digoxín, fenýtóín, getnaðarvarnartöflur, nifedipín, nifedipín forðalyf, eða alkóhól hafa komið fram.
Vítamín og betakarótín: Taka þarf tillit til minnkunar á frásogi D- og E-vítamíns og betakarótíns (sjá kafla um Varnaðarorð og varúðarreglur).
Ciclospórín: Vart hefur orðið við minnkun í þéttni ciclospórins í plasma ef það er gefið með orlístati. Þess vegna er mælt með því að fylgst sé oftar en venja er með plasmagildum ciclospórins við samhliða gjöf og eftir að töku orlístats er hætt þar til ciclospórinþéttni er stöðug (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur).

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.

Akstur og stjórnun vinnuvéla: 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 meltingar-vegi.
Á fyrsta meðferðarári voru algengustu aukaverkanirnar fitublettir frá endaþarmi (27% sjúklinga), hægðavottur með vindgangi (24% sjúklinga), bráð þörf fyrir hægðalosun (22% sjúklinga), fitugar/seigfljótandi hægðir (20% sjúklinga), þunnfljótandi hægðir (12% sjúklinga), aukin hægðalosun (11% sjúklinga) og vangeta við stjórn á hægðum (8% sjúklinga).
Tíðni aukaverkana minnkaði með langtímanotkun orlístats.
Algengar > 1%: Meltingarfæri: Kviðverkir/-óþægindi, vindgangur, þunnfljótandi hægðir, linar hægðir, verkir/óþægindi í endaþarmi, tannkvillar og tannholdskvillar. *Ónæmisfæri:* Sýkingar í efri öndunarfærum, sýkingar í neðri öndunarfærum. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkur. *Kynfæri:* Tíðatruflanir. *Geð:* Kvíði. *Almennar:* Þreyta. *Þvagfæri:* Sýkingar í þvagrás.
Fá tilfelli ofnæmis hafa verið tilkynnt. Aðaleinkenni eru kláði, útbrot, ofsakláði, ofsabjúgur og bráðaofnæmi.
eftir markaðssetningu hefur verið tilkynnt um mjög sjaldgæf tilfelli á aukningu á transamínasa og alkalínfosfatasa í lifur.

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

Pakkningar og hámarksverð í smásölu frá 1.9. 2001:
Hylki 120 mg: 42 stk. (þynnupakkað): 6.206 kr.; 84 stk. (þynnupakkað): 11.370 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.

Texti Sérlyfjaskrár: Júlí 2001.

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 Condultation 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

brigðisþjónustu 1997-2000 sem VSÓ Ráðgjöf gerði fyrir heilbrigðisráðuneytið, þó með þeim fyrirvara að þar kynni að skeika lítillega í einstökum atriðum enda um frumathugun að ræða. Meðal þess sem þar kemur fram er eftirfarandi:

- Fjöldi ferliverka á sjúkrastofnunum hélst nánast óbreyttur en komum á göngudeildir og slysa- og bráðamóttöku fjölgaði.
- Heildarfjöldi aðgerða á sjúkrastofnunum lækkaði á árunum 1997-1998 en hefur verið óbreyttur síðan.
- Komur til lækna í heilsugæslunni á höfuðborgarsvæðinu hafa ekki haldið í við fólksfjölgun á svæðinu.
- Komur á Læknavaktina hartnær þrefölduðust á árunum 1997-2000.
- Komum til sérfræðinga fjölgaði um þriðjung og einingum um tæplega 60%.
- Aukning var hjá öllum sérgreinum en langmest hjá skurðlæknum, einingafjöldi þeirra rúmlega tvöfaldaðist.

Alþjóðleg þróun

Af þessum tölum dró Steinn þá ályktun að sjálfstætt starfandi læknar hafi „viðhaldið því þjónustustigi sem þeim hefur verið kleift að sinna innan ramma samnings við TR. Segja má að einkarekstur í heilbrigðisþjónustu á höfuðborgarsvæðinu sé orðinn mjög stór þáttur í þjónustunni þótt það fjármagn sem til þeirrar starfsemi fer sé lítið eða um 3 milljarðar á ári miðað við þá rúmu 20 milljarða sem sjúkrahúsin fá."

Steinn sagði að svo virtist sem framundan væru „tímar breytinga í átt til meira frjálsræðis í framboði á heilbrigðisþjónustu og rekstri fyrirtækja í okkar starfsgrein." Í því sambandi vitnaði hann í nýlegan dóm sem Evrópudómstóllinn kvað upp í máli belgískrar konu sem hafði leitað sér lækninga í Frakklandi þar sem hún fékk ekki þjónustu í sínu heimalandi. Dómstóllinn komst að þeirri niðurstöðu að konan ætti rétt á endurgreiðslu frá tryggingakerfi heimalandsins.

„Þá komst Evrópudómstóllinn líka að þeirri niðurstöðu í sama dómi að ákvæði Evrópusáttmálans um samkeppni og frjáls viðskipti eigi við um heilbrigðisþjónustuna. Það þarf ekki að tvíorða hversu mikilvægur þessi dómur er fyrir okkur lækna og skjólstæðinga okkar. Það er ekkert verra fyrir lækni en að búa yfir þeirri þekkingu sem nauðsynleg er til að hjálpa sjúklingum en geta það ekki vegna tregðu í kerfinu. Þessi dómur mun hafa víðtæk áhrif á komandi árum og greiða fyrir auknu frjálsræði í framboði á þjónustu og fjölbreytileika í rekstri."

Steinn hvatti til þess að opnað yrði fyrir aukinn einkarekstur í heilbrigðiskerfinu og að sama skapi dregið úr ríkisrekstri. „Ég vil þó leggja áherslu á þá skoðun mína að í slíkum breytingum eigi fagaðilar en ekki fjármagnseigendur að vera ráðandi og fyrirtækin ættu helst að vera í eigu lækna, hjúkrunarfræðinga og almennings. Þó svo að við séum sammála um að tryggingaverndin eigi að vera samfélagsleg verðum við að vera opin fyrir því að lausnin á þeim vandamálum sem að steðja í heilbrigðisþjónustu á Íslandi er ekki fólgin í endalausu reglugerðarfargani og ríkiseinokun ... ," sagði Steinn Jónsson læknir.

Að loknu erindi Steins kynntu fulltrúar heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins efni frumvarps um breytingar á lögum um heilbrigðisþjónustu og almannatryggingar en því frumvarpi eru gerð skil í öðrum greinum hér í blaðinu og því óþarft að tíunda framsögu ráðuneytisfulltrúanna hér.

–ÞH

Fjölmiðlaþjálfun lækna

Læknafélag Reykjavíkur hefur í vetur staðið fyrir fjölmiðlaþjálfun fyrir lækna.

Fengið var besta fáanlega fagfólk til verksins, varafréttastjóri Sjónvarpsins Elín Hirst og Þorvarður Björgúlfsson myndatökumaður. Sex námskeið hafa verið haldin, öll hafa þau tekist vel og þátttakendum þótt þau bæði gagnleg og skemmtileg.

Námskeiðið hófst með afar fróðlegum og gagnlegum fyrirlestri Elínar um starf fjölmiðla og samskiptin við þá. Síðan var tekið raunverulegt viðtal við hvern og einn. Á eftir voru viðtölin skoðuð og rædd. Um 50 læknar hafa sótt námskeiðin.

Námskeið af þessu tagi eru liður í viðleitni læknasamtakanna að læknar taki í vaxandi mæli þátt í opinberri umræðu um heilbrigðismál.

Stjórn Læknafélags Reykjavíkur

Soroptimistasamband Evrópu styrkir konu til sérfræði- eða framhaldsnáms í lýtalækningum

Soroptimistasamband Evrópu mun á næsta ári veita styrk úr sjóði Suzanne Noël til konu sem hyggst leggja stund á sérfræði- eða framhaldsnám í lýtalækningum (plastic or reconstructive surgery).

Styrkurinn mun nema 6.000 til 7.000 evrum.

Skilyrði fyrir styrkumsókn eru að umsækjandi:

- sé yngri en 50 ára,
- hafi lækningaleyfi,
- hafi sérfræðiviðurkenningu eða sé í sérnámi í lýtalækningum (plastic or reconstructive surgery),
- leggi fram vottorð frá sérfræðingi í lýtalækningum í viðkomandi landi.

Umsóknarfrestur er til 15. febrúar 2002.

Umsóknir skulu afhentar Ingibjörgu Benediktsdóttur Soroptimistasambandi Íslands, sem jafnframt veitir allar nánari upplýsingar.

Umsóknareyðublað má einnig nálgast hjá Læknablaðinu.

Hvar á að byggja?



Ólafur Örn Arnarson

Í Læknablaðinu 11/2001 er viðtal við Bjarna Torfason, formann skipulags- og þróunarnefndar læknaráðs Landspítala háskólasjúkrahúss. Í því kemur fram að nefndin virðist vera komin að niðurstöðu hvar framtíðaruppbygging Landspítala eigi að verða. Því miður er það svo að engin opin umræða hefur farið fram um málið innan spítalans áður en hún er flutt á opinberan vettvang í Læknablaðinu. Ummæli formanns um breytta afstöðu lækna er því alger ágiskun og að klína sjúkdómsgreiningunni „húsasótt" á þá sem ekki eru nefndinni sammála er auðvitað ótrúlegt af svona miklum akademíkerum.

Ráðgjafar Ementor, sem undirritaður hefur starfað mikið með, fyrst að úttekt á Sjúkrahúsi Reykjavíkur og eftir sameiningu að úttekt á húsnæði Landspítala háskólasjúkrahúss, leggja fyrst og fremst til að núverandi húsnæði verði nýtt eins og kostur er. Þeir gera sér grein fyrir því að ekki verður auðvelt að fá fjármagn til að gera allt sem hugurinn girnist á sem stystum tíma. Því hefur meginsjónarmið þeirra verið að finna hagkvæmustu lausnina, sem jafnframt getur skilað viðunandi árangri faglega séð. Því er það að ráðgjafarnir telja einsýnt að nota þurfi báðar núverandi lóðir við Hringbraut og í Fossvogi áfram. Hins vegar þurfi að koma á eðlilegri verkaskiptingu á milli lóðanna og stefna að því að sameina kjarnastarfsemi sómatískrar bráðaþjónustu á öðrum staðnum og flytja þangað þær deildir sem henni fylgja. Fyrr næst ekki sú hagræðing sem stefnt var að með sameiningu spítalanna. Á hinni lóðinni verði síðan ýmis önnur starfsemi, til dæmis geðdeildir, endurhæfingardeildir, langlegudeildir, rannsóknarstofur og þjónustustarfsemi ýmiss konar til dæmis eldhús.

Eftir miklar vangaveltur varð niðurstaða þeirra sú að Fossvogur hentaði betur til bráðastarfseminnar og voru færð ýmis rök fyrir því.

Meginrök skipulags- og þróunarnefndar fyrir því að velja Hringbraut eru nálægð við Háskólann. Á fundi þróunarnefndar síðastliðið haust var þetta atriði rætt, meðal annars af fulltrúum háskólans, Jónasi Magnússyni og Mörgu Thome. Þau voru bæði mjög eindregið á því að það skipti engu máli fyrir háskólahlutverkið hvor lóðin yrði valin. Því hlutverki yrði vel borgið á hverjum þeim stað sem spítalinn yrði rekinn á, enda er fyrsta hlutverk hans að sjálfsögðu þjónusta við sjúklinga. Það var einnig fróðlegt að fylgjast með umræðum á málþingi í tengslum við aðalfund LÍ þar sem menn ræddu nauðsyn þess að auka verulega sjálfstæði læknadeildar gagnvart yfirstjórn Háskólans.

Vandamálin við að byggja ný hús á Hringbraut eru erfiðleikar við að tengja þær þeim húsum sem fyrir eru. Sænsku arkitektarnir sögðu til dæmis að ekki mætti byggja fyrir sunnan elsta húsið. Það mætti ekkert skyggja á það. Eina leiðin til að byggja er að rífa um 10 þúsund fermetra húsnæðis, þar á meðal Eirberg. Marga Thome benti á að fyrst yrði þá að byggja yfir þá starfsemi sem þar færi fram, það er kennslu hjúkrunarfræðinga. Það gæti tekið nokkur ár. Barnadeild og kvennadeild verða í mjög slæmum tengslum við þjónustudeildir ef aðaðalbyggingin yrði þar sem Eirberg er nú. White arkitektar leggja einnig til að D-álma verði rifin og nýbyggingar reistar þar.

Eina önnur röksemdin sem Bjarni nefnir fyrir því að byggja við Hringbraut er að sú lóð sé nálægt miðborginni! Alls staðar annars staðar reyna menn að hafa spítala miðsvæðis með tilliti til byggðar og tryggja greiðan og þægilegan aðgang þeirra sem þangað eiga erindi, ekki síst í slysatilfellum. Á það má benda að Fossvogslóðin er við Kringlumýrarbraut og auðvelt að tengja hana beint við, Miklabraut er stutt frá og Reykjanesbraut sömuleiðis. Verði af jarðgöngum undir Kópavogsháls munu þau opnast við lóðarmörkin.

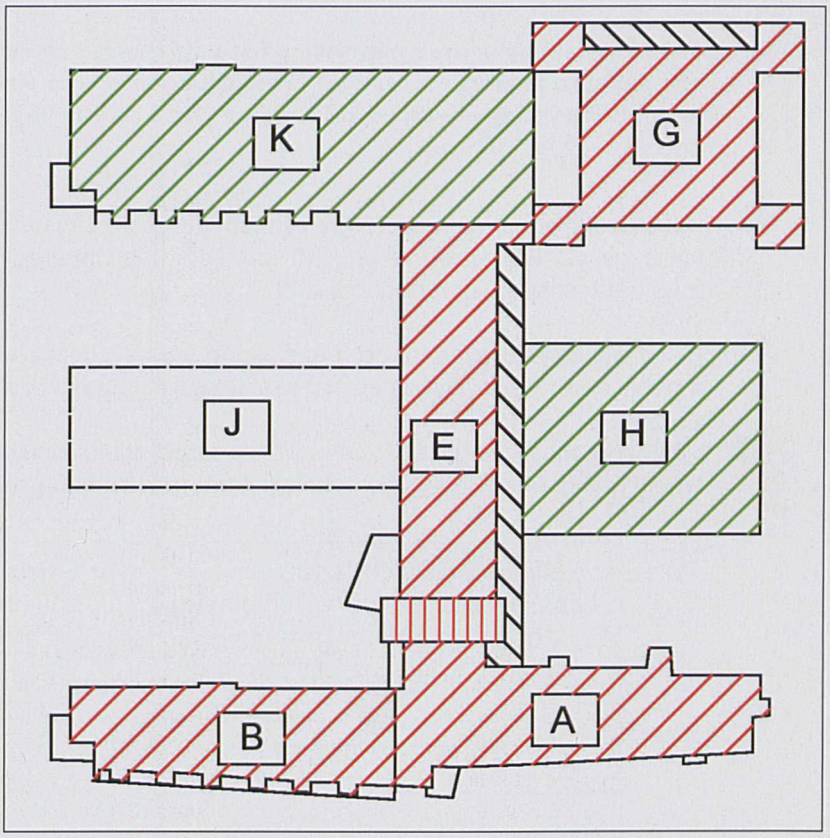
Í Fossvogi hagar svo til að þar er möguleiki á 300 rúma legudeildum sem munu geta þjónað mjög vel næstu áratugina. Breyta þarf nokkrum deildum í A-álmu á þann hátt sem verið er að breyta A-6 en þá verða þar eingöngu eins og tveggja manna herbergi með góðri hreinlætisaðstöðu. Legudeildir B-álmu eru nýjustu og fullkomnustu legudeildir sem til eru á landinu. Nýbúið er að endurnýja skurðstofur á E-5. Með því að byggja H-álmu fyrir nýja slysadeild, viðbót við röntgendeild á þriðju hæð og skurðstofur á þeirri fimmtu er möguleiki að nýta mestalla E-álmu án breytinga. Gjörgæsla yrði á fjórðu hæð og sjötta og sjöunda færu undir skrifstofur og aðstöðu stúdenta. Fljótlega eftir að H-álma kæmist í gagnið væri hægt að flytja alla bráðastarfsemi lyflækninga og skurðlækninga í Fossvog. Í framhaldi af því þyrfti að byggja K-álmu fyrir þau um það bil 150 rúm sem vantaði til að flytja barnadeild og kvennadeild einnig í Fossvog. Ráðgjafar Ementor hafa lagt til að byggt verði eitt hús yfir rannsóknarstofur sem nú eru dreifðar á einum fimm stöðum um borgina. Flestir telja að það hús verði að vera í nálægð við bráðaþjónustuna og sú hugmynd er sett fram á teikningunni sem J-álma. Það hús væri að sjálfsögðu mögulegt að reisa annars staðar á lóðinni. G-álma yrði notuð fyrir göngudeildarstarfsemi en síðar má skoða hvort þörf verður á að rífa hana og byggja nýja sjö hæða álmu þar.

Þannig væri búið að ná meginmarkmiði sameiningarinnar og ef fjármagn verður fyrir hendi væri

Höfundur er læknir.

hægt að ljúka bráðabirgðaástandinu mun fyrr en dönsku ráðgjafarnir áætluðu. Það fer þó allt eftir því hvernig fjármögnun verður háttað.

Fjármögnun þessara bygginga er vonlaus eftir hefðbundnum leiðum, það er árlegum framlögum á fjárlögum. Það verður bæði að fá fjárfesta til að byggja og eiga húsnæðið með langtímaleigu til spítalans og fá til dæmis lífeyrissjóði landsins til að lána spítalanum það fjármagn sem þarf til framkvæmdanna. Til þess að dæmið gangi upp rekstrarlega þarf nauðsynlega að breyta fjármögnun rekstrarins og taka upp afkastatengt fjármögnunarkerfi.



Núverandi álmur eru A, B, E og G. Mögulegar viðbætur eru H, K og J. Milli E og H bygginga kæmi glergangur til að auðvelda tengsl innan spítalans.

Greining og meðferð háþrýstings hjá öldruðum

Í ÁRSBYRJUN 2001 GAF SCOTTISH INTERCOLLEGIATE Guideline Network (SIGN) út *klínískar leiðbeiningar um greiningu og meðferð háþrýstings hjá öldruðum.* Hér er um að ræða landsleiðbeiningar sem unnar voru á mjög vandaðan hátt og grundvallast á gagnreyndri (evidence based) læknisfræði. Eftir ítarlegan undirbúning, þar sem margir hafa komið að yfirlestri og faglegri rýni, hefur stýrihópur um klínískar leiðbeiningar ákveðið í samráði við formenn félaga hjarta-, heimilis- og öldrunarlækna að mæla með þeim leiðbeiningum sem fylgja á næstu síðum. Lítilsháttar breytingar hafa verið gerðar í samantekt á íslensku, auk þess sem gefnir eru upp fleiri kostir við val á aðferð þegar vísað er í áhættumat.

Markmið þessara leiðbeininga er að stuðla að bættri greiningu og meðferð háþrýstings hjá öldruðum og draga þannig úr óæskilegum áhrifum háþrýstings á heilsufar og færni einstaklingsins. Það er vel sannað að meðferð háþrýstings minnkar umtalsvert líkur á fylgikvillum hjarta- og æðasjúkdóma (til dæmis heilablóðföllum, hjarta- og nýrnabilun) og lækkar dánartíðni. Á hinn bóginn hefur einnig verið sýnt fram á að bæði greiningu og meðferð háþrýstings er ábótavant hjá eldra fólki.

Það er erfitt að alhæfa um árangur meðferðar háþrýstings hjá háöldruðum einstaklingum (eldri en 80 ára). Þó rannsóknir sýni að eldri einstaklingar (65-80 ára) hafa meira gagn af lyfjameðferð háþrýstings en þeir sem yngri eru, þá er ljóst að árangur meðferðar hjá háöldruðum er umdeildari enda studdur færri og smærri rannsóknum auk þess sem ákveðið forval á heilbrigðari einstaklingum hefur oft átt sér stað. Því er mikilvægt að taka tillit til sérstöðu þeirra sem eru háaldraðir, með fjölsjúkdóma og færniskerðingu og gæta sérstakrar varúðar bæði við val og endurskoðun á lyfjameðferð háþrýstings.

AÐALSTEINN GUÐMUNDSSON

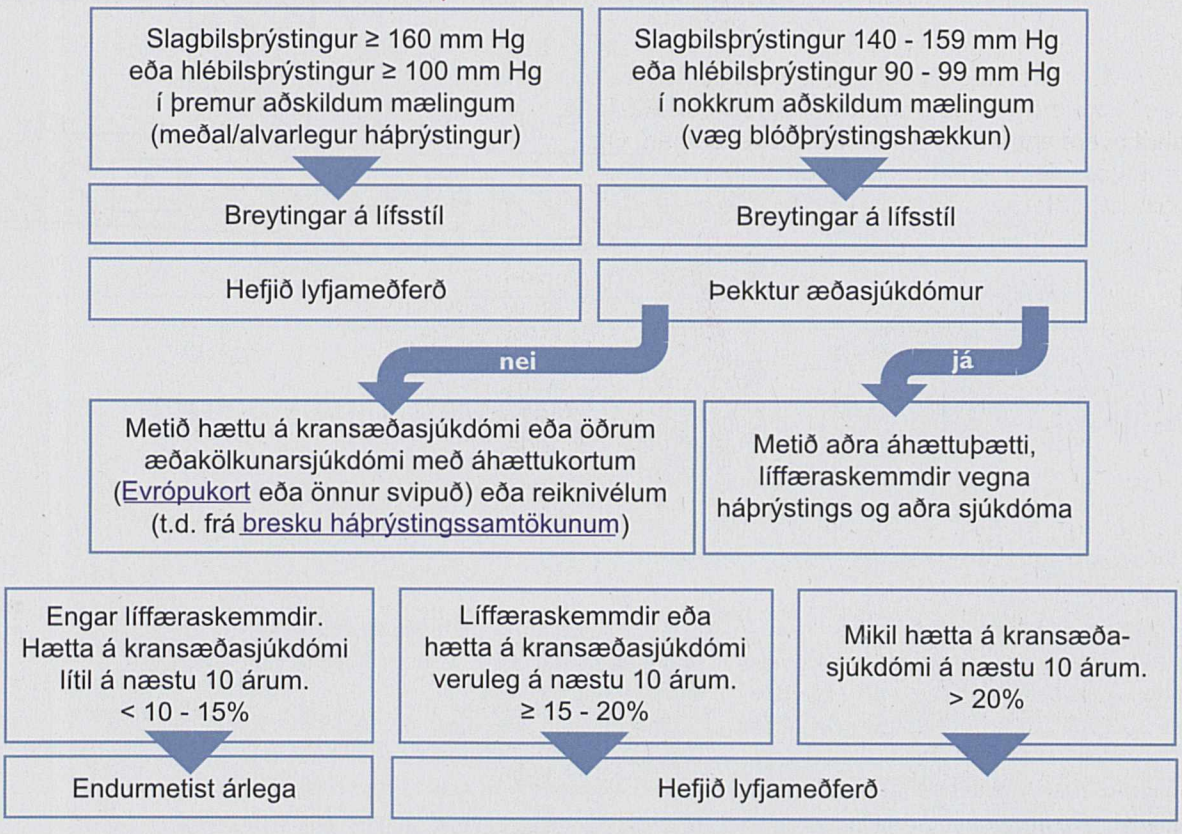
Hár blóðþrýstingur hjá eldra fólki

Eldri einstaklingar með háþrýsting hafa oft meira gagn af lyfjameðferð en þeir sem yngri eru þar sem áhætta þeirra á að fá æðasjúkdóma er meiri en þeirra sem yngri eru. Þeir þola blóðþrýstingsmeðferð álíka vel og yngri einstaklingar.

✓ Hjá einstaklingum eldri en 75 ára ætti að mæla blóðþrýsting í árlegri heilsufarsskoðun. Heilsugæslustöðvar ættu einnig að koma sér upp vinnureglum varðandi leit að einstaklingum með háþrýsting í aldurshópnum 60 - 75 ára.

C Meta ætti áhættu á hjarta- og æðasjúkdómum hjá öllum einstaklingum með háþrýsting. Við mat á því hvenær hefja á lyfjameðferð skal taka tillit til bæði blóðþrýstings og annarra áhættuþátta.

A Viðunandi markmið hjá flestum er að blóðþrýstingur haldist undir 140/90. Jafnvel lítil lækkun á blóðþrýstingi er mikilvæg, þó ekki takist að ná viðmiðunargildum.



Líffæraskemmdir vegna háþrýstings
- Stækkaður vinstri slegill (hjartarit eða ómun)
- Próteinmiga og/eða kreatínín > 150 µmó1/1
- Æðakölkun (atheroschlerotic plaque) (staðfest með röntgenmynd, ómun á hálsslagæð, náraslagæð, lærleggs-slagæðum eða ósæð)

Aðrir klínískir fylgikvillar
- Æðasjúkdómar í heila (blóðþurrð í heila, heilablæðing, skammvinnt blóðþurrðarkast heilabilun vegna æðasjúkdóms (TIA))
- Hjarta- og æðasjúkdómar (hjartaslag, hjartaöng, hjartabilun)
- Nýrnasjúkdómar
- Útæðasjúkdómar
- Ósæðargúlpur
- Siónukvilli

Ráðleggingar um breytingar á lífsstíl

C Alltaf ætti að mæla með breytingum á lífsstíl sem ætla má að lækki blóðþrýsting.

B Karlar sem neyta meira en 21 áfengiseiningar á viku þurfa að minnka neysluna. Sama mark fyrir konur er 14 einingar.

A Auka neyslu á ávöxtum og grænmeti og minnka neyslu mettaðrar fitu og salts.

A Ef um offitu eða yfirþyngd er að ræða (BMI > 25,0) þarf að ráðleggja megrun.

A Regluleg hreyfing.

B Reykbindindi.

Viðbótarlyfjameðferð

A **Aspirín 75 mg á dag**
Ef ekki eru neinar frábendingar, blóðþrýstingur < 150/90 mm Hg og hjarta- og æðasjúkdómar eða líffæraskemmdir til staðar eða hætta á hjarta- og æðasjúkdómi innan 10 ára veruleg eða > 20%.

Blóðfitulækkandi meðferð
Hún getur reynst nauðsynleg, sbr. SIGN leiðbeiningar um blóðfitur, frumforvarnir gegn kransæðasjúkdómum og síðforvarnir gegn kransæðasjúkdómum.

Blóðþrýstingslækkandi meðferð

Hefjið meðferð miðað við hvaða ferhyrning sem er og viðbótarmeðferð samkvæmt örvunum. Lyf í samhliða ferhyrningum auka blóðþrýstingslækkandi áhrif hvers annars og þolast yfirleitt vel saman. Oft er nauðsynlegt og jafnvel gagnlegra að beita fjöllyfjameðferð.

A **Tíazíð-þvagræsilyf**
sem fyrsta val við meðferð á háþrýstingi hjá öldruðum

A Notið lága skammta til að minnka lífefnafræðileg og efnaskiptavandamál

A ACE-hemlar eru kjörlyf fyrir sjúklinga með sykursýki, próteinmigu, LVSD; eða vallyf eða viðbótarlyf með tíazíð-þvagræsilyfjum **Gæta skal varúðar ef grunur er um nýrnaæðaþrengsl**

✓ Angíótensín II blokkara má nota sem valmöguleika fyrir ACE-hemla ef sjúklingur fær hósta

Lyf með miðlæga verkun sem viðbótarlyf við erfiðum blóðþrýstingi eða vallyf þegar frábendingar eru fyrir notkun annarra háþrýstilyfja

α-hemlar sem viðbótarmeðferð

A ß-hemla má nota sem kjörlyf eða sem viðbótarlyf með tíazíði

A Langverkandi díhýdrópýridín, kalsíumhemlar sem vallyf við tíazíð-þvagræsilyf eða sem viðbótarlyf með öðrum lyfjum sérstaklega ef um er að ræða meðferð við einangruðum slagbilsháþrýstingi

B Forðist notkun stuttverkandi kalsíum-hemla



Zopiklon NM Pharma

BETRI SVEFN

Zopiklon NM Pharma
Gerard TÖFLUR; N 05 C F 01 R O
Hver tafla inniheldur:
Zopiclonum INN 7,5 mg.

DELTA
LYFJAÞRÓUN • HUGVIT • GÆÐI
www.delta.is

Ábendingar: Skammtímameðferð við svefnleysi, svo sem tímabundið svefnleysi og tímabundin hjálparmeðferð við langvarandi svefnerfiðleikum. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Skammtastærðir handa fullorðnum:* Venjulegur skammtur er 7,5 mg tekinn 15-30 mínútum fyrir svefn. Sjúklingar eiga ekki að taka lyfið inn útafliggjandi vegna hættu á seinkun á frásogi. Aldraðir og sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi eða langvarandi öndunarbilun skulu hefja meðferð með 3,75 mg. Ef þörf er á má auka skammtinn í 7,5 mg. Þótt ekki hafi sést uppsöfnun á lyfinu eða umbrotsefnum þess í nýrnabiluðum er samt mælt með því að þeir byrji meðferð með 3,75 mg. *Skammtastærðir handa börnum:* Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum. **Frábendingar:** Börn. Vöðvaslensfár. Ofnæmi fyrir bensódíazepínsamböndum. Alvarlegar öndunartruflanir. Kæfisvefn. Alvarleg lifrarbilun. **Varnaðarorð:** Við skerta lifrarstarfsemi eða vöðvaslensfár svo og hjá öldruðum ber að sýna varúð við notkun lyfsins. Einnig skal sýna varúð við samtímis gjöf annarra slævandi lyfja eða samtímis neyslu áfengis. Lyfið getur valdið ávana og fíkn. Ef þróast hefur fíkn í lyfið geta fráhvarfseinkenni eins og höfuðverkur, vöðvaverkir, óstjórnleg hræðsla, áhyggjur, eirðarleysi, rugl og bráðlyndi komið fram, þegar notkun lyfsins er hætt. **Athugið:** Vegna ávanahættu skal meðferðartíminn vera eins stuttur og mögulegt er eða að hámarki 4 vikur. Vara ber sjúklinga við samtímis neyslu áfengis. **Milliverkanir:** Slævandi áhrif geta aukist ef notað samtímis áfengi eða öðrum lyfjum sem slæva miðtaugakerfið. Efni sem draga úr virkni ákveðinna lifrarensíma (sérstaklega P450) geta aukið áhrif lyfsins. **Meðganga og brjóstagjöf:** Reynsla af notkun lyfsins hjá þunguðum konum er takmörkuð, en dýratilraunir benda ekki til fósturskemmandi áhrifa. Forðast skal gjöf lyfsins á síðustu þremur mánuðum meðgöngu eða um fæðingu þar sem búast má við áhrifum á hvítvoðunginn eins og lækkuðum líkamshita, slappleika og öndunarslævingu. Þar sem lyfið berst í brjóstamjólk á ekki að gefa það konum með barn á brjósti. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Slæving, minnisleysi, minnkuð einbeiting og minnkuð vöðvastarfsemi getur haft áhrif á hæfileikann til að stjórna vélknúnum ökutækjum sem og öðrum vélknúnum tækjum. Því ber að vara sjúklinga við stjórnun vélknúinna ökutækja/tækja samtímis notkun lyfsins. **Aukaverkanir:** U.þ.b. 10% sjúklinga fá einhverjar aukaverkanir. Algengast er biturt bragð í munni (4%). *Algengar (>1%): Almennar:* Biturt bragð í munni. Munnþurrkur. *Miðtaugakerfi:* Sljóleiki. *Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennar:* Höfuðverkur og svimi. *Miðtaugakerfi:* Óróa. Breytt draumamynstur. *Meltingarfæri:* Ógleði. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Miðtaugakerfi:* Hræðslutilfinning. Ofskynjanir. Rugl. Einbeitingarskortur og minnistruflanir. *Húð:* Útbrot. **Ofskömmtun:** Við ofskömmtun verður venjulegast slæving í miðtaugakerfinu sem er mismikil eða frá sljóleika upp í dá. Í alvarlegri tilfellum eru einkenni eins og ósamhæfðar hreyfingar, slappleiki, blóðþrýstingslækkun, öndunarörðugleikar, sjaldan dá og mjög sjaldan dauði. Flumazenil er hægt að nota sem mótlyf (antidote). **Lyfhrif:** Zopiklon er svefnlyf af flokki cýklópýrrólónsambanda. Lyfið hefur eins og benzódíazepínsambönd sækni í bindistaði GABA-viðtækja, þar sem það veldur breytingum, sem auka virkni boðefnisins GABA í miðtaugakerfi. **Lyfjahvörf:** Lyfið frásogast hratt og verkar fljótt (innan 30 mínútna) og lengir svefntíma og fækkar andvökum. REM-svefn og djúpur svefn helst við venjulega skammta. Aðgengi lyfsins er u.þ.b. 80% við inntöku. Dreifingarrúmmál er 1,3 lítrar/kg og próteinbinding u.þ.b. 45%. Lyfið er umbrotið í lifur, en umbrotsefni eru ekki að fullu þekkt. 15% umbreytist í óvirkt N-desmetýl-zópíklón og 11% í N-oxíð-zópíklón, sem hefur einhverja virkni. Helmingunartími í blóði er u.þ.b. 5 klst., en lengri hjá öldruðum og sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Lyfið útskilst að mestu sem umbrotsefni í þvagi u.þ.b. 80% og í saur u.þ.b. 16%. Lyfið safnast ekki upp í líkamanum við endurtekna gjöf. Ekki hefur verið sýnt fram á þolmyndun varðandi áhrif lyfsins á svefn. **Útlit:** *Töflur 7,5 mg:* Hvítar, sporöskjulaga, 10 mm x 5 mm, með deilistriki. Merktar Z sitt hvorum megin við deilistrik og 7,5 á hinni hlið. Pakkningar: Töflur 7,5 mg: 10 stk. (þynnupakkað); 30 stk. (þynnupakkað) 250 stk. (sjúkrahúsþakkning). **Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er 30 töflur.**

01.apr.2001

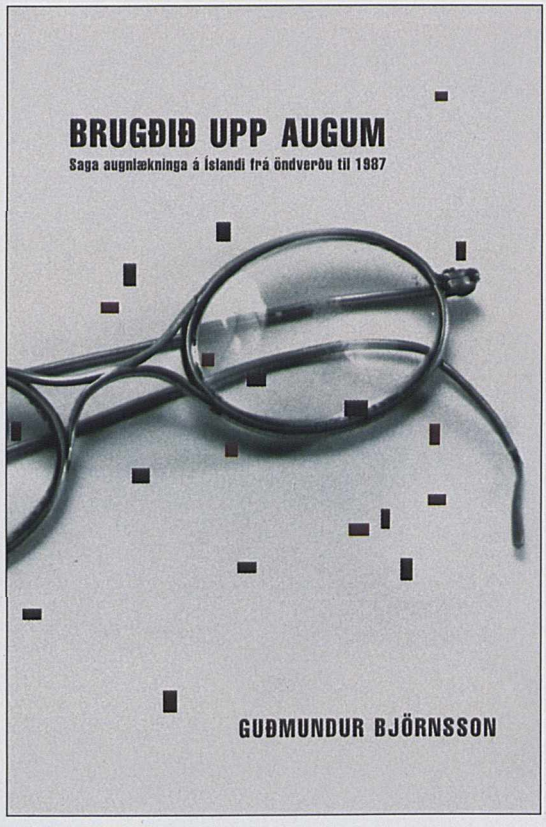
Saga augnlækninga á Íslandi frá öndverðu til 1987

BRUGÐIÐ UPP AUGUM, SAGA AUGNLÆKNINGA Á ÍSLANDI FRÁ ÖNDVERÐU TIL 1987, er komin út á vegum Háskólaútgáfunnar. Í þessu fyrsta sagnfræðiriti sinnar tegundar, hefur höfundi tekist að tvinna saman sögu þjóðar og fræða frá áhugaverðum sjónarhornum, sem gerir frásögn bókarinnar aðgengilega fyrir stóran hóp lesenda.

Meðal viðfangsefna má nefna augnsjúkdóma í fornum ritum, alþýðuráð og alþýðulækningar við augnveiki. Helstu brautryðjendum augnlækninga, þeim Birni Ólafssyni augnlækni og Guðmundi Hannessyni prófessor eru gerð ítarleg skil. Rakin er erfið starfsaðstaða og kjör augnlækna langt fram eftir 20. öldinni og hvernig úr rættist. Þá eru raktar þær pólitísku, fræðilegu og viðskiptalegu deilur sem tengdust augnlækningum. Jafnframt er fjallað um mikilvægustu áfanga sögu augnlækninga, hvernig miðstöð augnlækninga þróaðist á Landakoti, sem og aðdragandann að tilurð Sjónstöðvar Íslands sem stofnuð var árið 1987. Þá er í bókinni ítarleg skrá yfir orð og orðasambönd um sjón og augu en þau eru bæði mörg og mikið notuð í daglegu máli.

Höfundur *Brugðið upp augum* er Guðmundur Björnsson augnlæknir sem lést fyrr á þessu ári. Eftir að starfsævi hans sem augnlæknis lauk árið 1989 hóf hann að rita sögu augnlækninga á Íslandi en hann hafði safnað heimildum til þess um árabil. Hann lauk að mestu við handritið árið 1997 en ritnefnd hefur síðan yfirfarið það og búið til prentunar undir forystu Jóns Ólafs Ísbergs sagnfræðings. Bókin skiptist í 10 kafla, er rúmar 250 blaðsíður og hana prýða fjöldi ljósmynda, taflna og myndrita. Bókarkápu hannaði Alda Lóa Leifsdóttir.

Hér á eftir fylgir brot úr fimmta kafla sem fjallar um augnlækningar á árunum 1969-1987 þar sem fjallað er um stofnun augndeildar á Landakoti.



5. kafli

Augnlækningar 1969-1987
Stofnun augndeildar á Landakoti

Þegar augndeildin á Landakoti var stofnuð haustið 1969 hafði lítil sem engin þróun í sjónverndarmálum átt sér stað hér á landi um áratuga skeið. Spítalaþjónusta og þjónusta við landsbyggðina stóð í stað og var orðin allsendis ófullnægjandi.

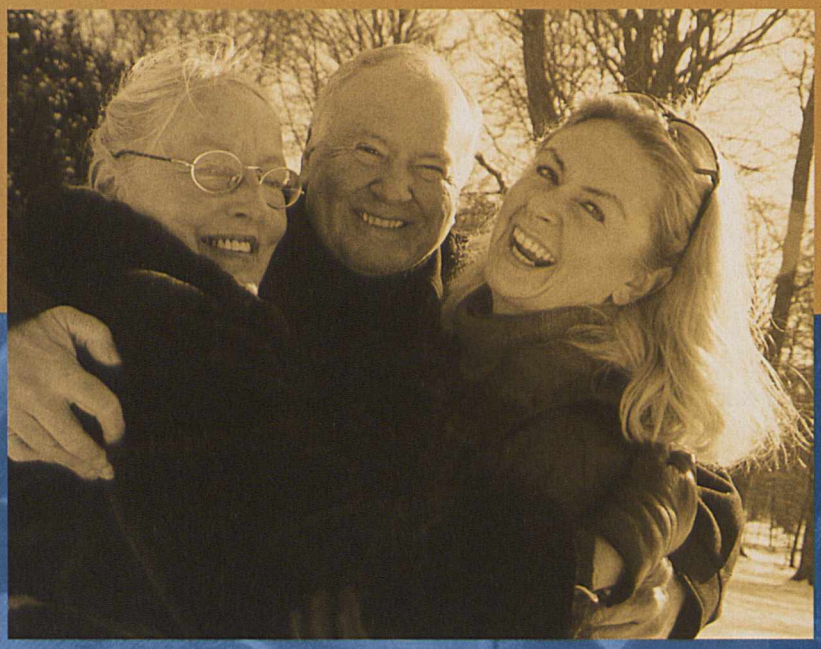
Við læknadeild háskólans var engin augndeild og verkleg kennsla stúdenta í augnlækningafræðum var heldur engin né göngudeild fyrir augnsjúklinga. Augnlæknar réru einir á báti. Blindutíðni af völdum hægfara gláku var mikil, enda ekki unnið skipulega að því að draga úr þeirri óheilla þróun að fólk yrði blint ef það fengi sjúkdóminn. Leit að gláku á byrjunarstigi var vart hafin. Sjónskerðing af völdum sykursýki fór vaxandi. Engin skipuleg leit að sjóngöllum á forskólastigi var hafin svo að meirihluti 4-5 ára barna fékk ekki þá augnlæknisþjónustu, sem þau þörfnuðust. Miðað við nágrannalöndin höfðum við dregist aftur úr hvað augnlæknisþjónustu snerti og þurftum að senda augnsjúklinga til útlanda í meðferð vegna aðstöðuleysis hér heima.

Það kom í ljós að sjónvernd er einn veigamesti þáttur í heilsugæslu bæði frá sjónarmiði þjóðfélagsins og einstaklinga þess en meginþættir hennar eru forvarnir og viðeigandi meðferð á greindum sjúkdómum. Einnig að sjónvernd þarf að ná til allra aldursflokka þjóðfélagsins. Meðal yngstu aldursflokkanna er augnskekkja og ýmsir sjóngallar algengustu kvillar sem þarf að greina og veita viðeigandi meðferð í tæka tíð. Meðal ungs fólks eru slysin algengust, sykursýkin hjá þeim miðaldra og meðal aldraðs fólks er hægfara gláka og ellirýrnun í miðgróf sjónu veigamest.

Það var deginum ljósara að heildarskipulag sjónverndarmála væri veigamikill þáttur í heilsugæslu samfélagsins og gæti haft örlagarík áhrif fyrir marga þegna þjóðfélagsins. Enda þótt Landakotsspítali hafi verið aðalvettvangur augnskurðlækninga allt frá því að starfsemi hófst þar á haustdögum árið 1902, var

VIÐ MEÐFERÐ Á HÁÞRÝSTINGI
OG HJARTABILUN#1

Öryggi[1-10]
– bæði fyrir lækni og sjúkling



COZAAR®
(LOSARTAN, MSD)
ÖRYGGI. ÁRANGUR. ÁNÆGJA.

Mælt með af WHO/ISH sem mögulegur 1. kostur við meðferð á háþrýstingi [11]

Öryggi

Meira en 7 milljónir sjúklinga hafa verið meðhöndlaðir með COZAAR®/COZAAR® COMP[12] (lósartan 50 mg+ hýdróklórtíazíð 12,5 mg MSD)

COZAAR®/COZAAR® COMP hafa sambærilega aukaverkanatíðni og sýndarlyf [1,13]

COZAAR - MSD, 930306; 970239
Töflur; C 09 AC 01
VIRKT INNIHALDSEFNI: Losartanum kalíumsalt INN, 12,5 mg eða 50 mg.
Ábendingar: Háþrýstingur. Hjartabilun þegar meðferð með ACE hemlum er ekki lengur talin henta. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum. **Meðganga og brjóstagjöf:** COZAAR á ekki að nota á meðgöngu og konur með barn á brjósti eigi ekki að nota COZAAR. **Varúð:** Ofnæmi. Ofnæmisbjúgur. Lágþrýstingur og elektrólýta/vökva ójafnvægi. Hjá sjúklingum með vökvaskort geta einkenni um lágþrýsting komið fyrir. Þennan vökvaskort á að leiðrétta fyrir gjöf COZAAR eða nota lægri upphafsskammt af COZAAR. Skert lifrarstarfsemi. Íhuga ætti lægri upphafsskammt fyrir sjúklinga með sögu um skerta lifrarstarfsemi. Skert nýrnastarfsemi. Breytingar á nýrnastarfsemi, þ.m.t. nýrnabilun, hafa verið skráðar hjá næmum einstaklingum; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka ef meðferð er hætt. Aukning á úrea og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með þrengsli í annarri eða báðum nýrnaslagæðum hafa verið skráð hjá COZAAR; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka, ef meðferð er hætt. *Sjúklingar með hjartabilun* Hvorki gjöf COZAAR í staðinn fyrir ACE hemil né notkun COZAAR með ACE hemlum hefur verið rannsökuð nægilega hjá sjúklingum með hjartabilun. **Aukaverkanir:** ***Algengar (>1%):*** Svimi, lágþrýstingur. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Stöðubundinn lágþrýstingur. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** *Ofnæmi:* Ofnæmisbjúgur sem felst í bjúg á barkakýli og raddfærum og veldur andnauð og/eða bjúg í andliti, vörum, koki og/eða tungu. Sumir þessarra sjúklinga hafa áður fengið ofnæmisbjúg með öðrum lyfjum þ.m.t. ACE hemlum. *Meltingarfæri:* Niður gangur, lifrarbólga, truflanir á lifrarstarfsemi. *Blóð:* Blóðleysi. *Húð:*Ofsakláði, kláði. *Stoðkerfi:* Vöðvaverkir. *Taugakerfi:* Mígreni. *Breytingar á blóðgildum:* Hækkað kalíum í blóði, væg hækkun á lifrarensímum kom sjaldan fyrir, sem gekk venjulega til baka ef meðferð var hætt. **Milliverkanir:** Ekki þekktar. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Háþrýstingur. Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur fyrir flesta sjúklinga er 50 mg einu sinni á dag. Hámarks blóðþrýstingslækkandi áhrif lifsins nást 3-6 vikum eftir að meðferð er hafin. Auka má skammtinn í 100 mg einu sinni á dag. Nota skal 25 mg upphafsskammt einu sinni á dag handa sjúklingum sem misst hafa mikinn vökva og þeim sem hafa eða hafa haft skerta lifrarstarfsemi. Ekki er þörf á að breyta upphafsskammti aldraðra sjúklinga eða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklinga sem fá kvið- eða blóðskilun. COZAAR má gefa með öðrum háþrýstingslyfjum. Hjartabilun: Upphafs skammturinn 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(október, 2001), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: 12,5 mg:** 28 stk Verð: 2508 kr **50 mg:** 28 stk. Verð: 3909 kr. 98 stk. Verð: 11488 kr. **Upphafspakkning: 12,5+50 mg:** 35 stk: Verð: 3909 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** B. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Tilvitnanir:

1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir COZAAR® **2.** Oparil S et al. Efficacy, tolerability, and effects on quality of life of losartan, alone or with hydrochlorothiazide, versus amlodipine, alone or with hydrochlorothiazide, in patients with essential hypertension. Clin Ther 1996;18(4):608-625. **3.** Dahlöf B et al. Efficacy and tolerability of losartan potassium and atenolol in patients with mild to moderate essential hypertension. Am J Hypertens 1995; 8:578-583. **4.** Lacourciere Y et al. Long-term comparison of losartan and enalapril on kidney function in hypertensive type 2 diabetics with early nephropathy. Kidney Int 2000;58:762-769. **5.** Fernandez-Andrade C et al. Comparison of losartan and amlodipine in renally impaired hypertensive patients. Kidney Int 1998;54(suppl 68):S120-S124. **6.** Pitt B et al. Effect of losartan compared with captoril on mortality in patients with symptomatic heart failure: Randomised trial-the Losartan Heart Failure Survival Study ELITE II. Lancet 2000;355:1582-1587. **7.** Tedesco M A et al. Effects of losartan on hypertension and left ventricular mass: A long-term study. J Hum Hypertens 1998;12:505-510. **8.** Tikkanen I et al. Comparison of the angiotensin II antagonist losartan with the angiotensin converting enzyme inhibitor enalapril in patients with essential hypertension. J Hypertens 1995;13:1343-1351. **9.** MacKay J H et al. Losartan and low-dose hydrochlorothiazide in patients with essential hypertension. A double-blind, placebo-controlled trial of concomitant administration compared with individual components. Arch Intern Med 1996; 156:278-285. **10.** Medline, SciSearch Database, Losartan. **11.** 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension, Guidelines for the Management of Hypertension. J of Hypertens 1999;17:151-183. **12.** Internationel Medical Statistics (IMS) december 2000. **13.** Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir COZAAR® Comp.

formleg augndeild ekki sett þar á laggirnar fyrr en haustið 1969. Fyrir þann tíma var þar einungis aðstaða fyrir augnlækna til þess að annast sjúklinga eins og á öðrum sjúkrahúsum borgarinnar, sem augnlæknar höfðu aðgang að. Áður en augndeildin var stofnuð voru augnsjúklingar á Landakoti á handlækningadeildinni og því dreifðir um spítalann. Það er ekki fyrr en augndeildin var stofnuð að augnsjúklingar voru hafðir á sama gangi.

Starfsemi á Borgarspítalanum hófst vorið 1968. Sjúkrahús Hvítabandsins var þá lagt niður og Sólheimasjúkrahúsið hætti starfsemi um svipað leyti. Þegar þessi sjúkrahús voru lögð niður misstu fjórir augnlæknar spítalaaðstöðu og önnur sjúkrahús í borginni voru þeim lokuð. Á þeim tíma störfuðu þrír augnlæknar á Landakoti og höfðu starfað þar í áraraðir. Þeir gátu vart sinnt öllu fleiru en sínum eigin sjúklingum. Þegar það ástand skapaðist að ekki var unnt að vista nema hluta þeirra augnsjúklinga, sem þurftu á sjúkrahúsvist að halda, ríkti vandræðaástand í þessum efnum. Fóru augnlæknar þá að hugleiða hvort ekki væri tímabært að stofna augndeild við eitthvert sjúkrahús í borginni, sem gæti vistað alla þá augnsjúklinga, er á spítalavist þurftu að halda og gæfi jafnframt öllum starfandi augnlæknum, er þess óskuðu, tækifæri til að annast þar sjúklinga sína. Það tók rúmt ár að ráða fram úr þessum vanda og þó ekki nema að takmörkuðu leyti. Nokkrir augnlæknar stungu upp á því að Sjúkrahús Hvítabandsins, sem þá var hætt að starfrækja, yrði gert að augnspítala, göngudeild fyrir augnsjúklinga og notfært til sérhæfðrar augnlæknisþjónustu. Það var talin hin mesta fásinna af ráðamönnum heilbrigðismála.

Augnlæknafélag Íslands (stofnað 30. janúar 1966) boðaði til félagsfundar 4. desember 1968 vegna sjúkrahúsmálsins. Í fundargerð segir: „Af 10 augnlæknum í Reykjavík hafa aðeins þrír aðstöðu á spítala og hafa þessir þrír ekki aðstöðu til að taka að sér allar þær augnaðgerðir, sem gera þarf enda sjálfir í plásshraki á stundum. Kom fram að ólíklegt væri að augndeild yrði sett á stofn á Landakotsspítala í náinni framtíð vegna þrengsla. Vitað er að 32 rúm eru enn laus á Borgarspítala og þar af algjörlega óráðstafað 16 rúmum. Samþykkt var að knýja fram að augndeild yrði stofnuð þar. Ennfremur var samþykkt án mótmæla, að augnlæknar skyldu ekki ráða sig á Landakotsspítala að óbreyttum aðstæðum þ.e. fyrr en raunveruleg augndeild væri til, sem gæti tekið við sjúklingum frá augnlæknum án persónulegrar greiðasemi. Í ljós kom skýr vilji augnlækna á, að allir ættu kost á spítalaaðstöðu. Munu augnlæknar standa saman um þetta nauðsynjamál."

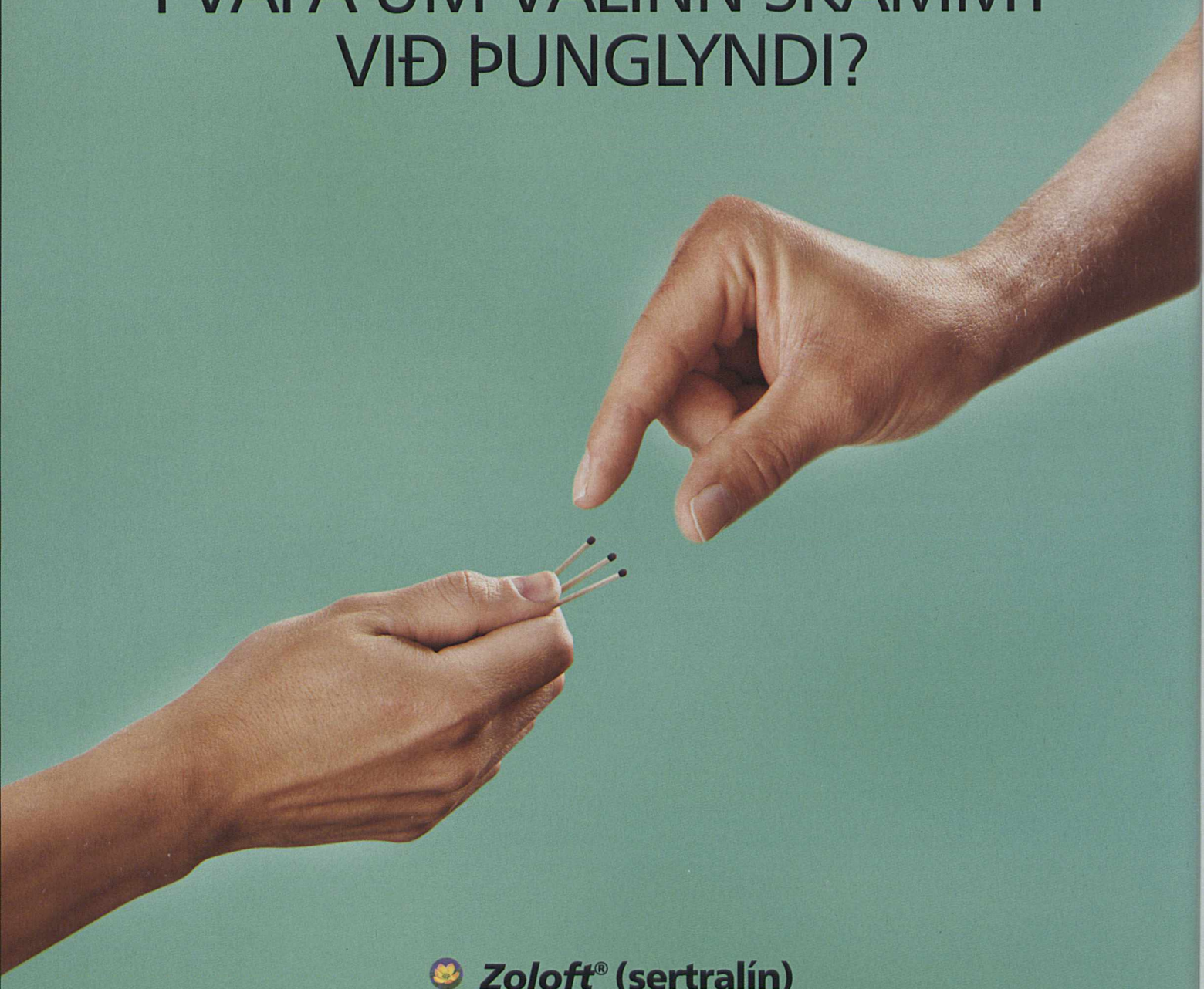
Næsti fundur í félaginu var 25. febrúar 1969 og voru sjúkrahúsmálin aðalefni fundarins og í fundargerðinni segir meðal annars; „Formaður tilkynnti að Sjúkrahúsnefnd Reykjavíkur hefði ákveðið að styðja Landakotsspítala til að opna augndeild og hefði stjórn Landakotsspítala fallist á það. Þar með var hugmynd um augndeild á Borgarspítala úr sögunni. Mun Landakotsspítali geta fallist á að taka 2-3 augnlækna til viðbótar þeim, sem fyrir eru, og verða augnsjúklingar hafðir á sama stað á sjúkrahúsinu með tilliti til hjúkrunarliðs og stundunar. Ekki hefur Landakotsspítali gefið ákveðin svör um rúmafjölda handa augnsjúklingum, en talað hefur verið um 10 - 12 rúm, ef ekki þyrfti að nota þau til annars s.s. á akút vöktum. Drógu fundarmenn mjög í efa, að þetta yrði viðunandi lausn á málinu, sjúkrarúmin of fá og óviss." Spítalamálið var enn tekið fyrir í Augnlæknafélaginu 17. apríl 1969 og þar var samþykkt að; „augnlæknar sæktu um stöður sérfræðinga við væntanlega augndeild á Landakotsspítala, þar sem ákveðið mun vera að augndeildin verði þar formlega stofnuð í sumar á 2. hæð, B gangi. Ekki hefur verið fengið ákveðið svar um fjölda rúma. Umsóknarfrestur til maíloka. Jafnframt skal stjórnin berjast áfram fyrir því að allir augnlæknar, sem óska, fái skurðaðstöðu á sjúkrahúsi." Augndeild var síðan stofnuð við Landakotsspítalann sumarið 1969.

Ekki voru allir augnlæknar ánægðir með þessi málalok. Á fundi í Augnlæknafélaginu 30. desember 1969 segir: „ályktun frá Emil Als um augndeild við kennsluspítala læknadeildar, sem stofnuð verði við aðalsjúkrahús landsins eigi síðar en 1971. Var stjórninni falið að endurskoða ályktunina í samráði við Emil fyrir aðalfund." Á aðalfundinum, sem haldinn var 24. janúar 1970; „var samþykkt ályktun frá Emil Als um nauðsyn á augndeild í nánum tengslum við læknadeild og kennsluspítalaheildina, sem sendast skyldi stjórnarnefnd ríkisspítalanna, heilbrigðismálaráðherra, landlækni og læknadeild háskólans." Ráðamenn Landakotsspítala voru þessu mótfallnir. Um svipað leyti og augndeildin tók til starfa var háls-, nef- og eyrnadeild á Borgarspítalanum stofnsett.

Hver er ástæðan fyrir því að formleg augndeild var ekki sett á stofn við sjúkrahús í Reykjavík fyrr en í óefni var komið? Ein ástæða fyrir því kann að vera sú, að augnskurðlækningar til þess tíma kröfðust lítils tækjakosts. Skurðáhöldum var komið fyrir í lækningatöskunni og farið með þau á milli aðgerðastaða. Ennfremur að aðgerðatækni hafi litlum framförum tekið síðustu áratugina. Nútíma tækni í svæfingum (intubation) og ný svæfingarlyf voru ný af nálinni, þegar augndeildin á Landakoti var stofnuð. Slík svæfing og svæfingarlyf eru forsenda þess að unnt sé að framkvæma vissar skurðaðgerðir á augum, svo sem skjálgaðgerðir á börnum. Augnlæknar höfðu flestir aðstöðu á hinum ýmsu sjúkrahúsum borgarinnar og virðast hafa sætt sig við það enda þótt þeir væru þar að jafnaði hornrekur og aðstaðan bæði léleg og ónóg.

Vegna skorts á samstarfi augnlækna og áhuga- og aðgerðaleysis heilbrigðisyfirvalda leiddi að þróun

ERTU NOKKRU SINNI Í VAFA UM VALINN SKAMMT VIÐ ÞUNGLYNDI?



Zoloft® (sertralín)

50 mg er ákjósanlegasti skammturinn hjá 76% sjúklinga með þunglyndi[1]. Því er ekki mikið til að velkjast í vafa yfir.

EINSTAKT OG EINFALT

Pfizer

Zoloft (sertralín). N 06 A B 06 **Töflur, (filmuhúðaðar);**Hver tafla inniheldur: Sertralinum INN, klóríð, samsvarandi Sertralinum INN 50 mg og 100 mg. **Þykkni í lausn til inntöku:** 1 ml inniheldur: Sertralinum INN, hýdróklóríð, samsvarandi Sertralinum INN 20 mg **Ábendingar:** Þunglyndi, þráhyggju- og áráttusýki (obsessive-compulsive disorder (OCD)), felmturköst (ofsahræðsla (panic disorder)), með eða án víðáttufælni (agoraphobia) og áfallastreituröskun (Post-Traumatic Stress disorder (PTSD)). **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varúð:** Ekki skal gefa sertralín sjúklingum sem nota MAO-hemjandi lyf og ekki fyrr en 2 vikum eftir að slíkri meðferð hefur verið hætt. Sertralín í formi þykknis í lausn til inntöku má ekki gefa samtímis disúlfírami vegna etanólinnihalds þykknisins. Gæta skal varúðar við og forðast svo sem kostur er samtímis notkun sertralíns og annarra lyfja, sem auka áhrif serótónínvirkra taugaboðefna eins og tryptófans eða fenflúramíns eða 5-HT örva vegna hættu á lyfhrifamilliverkunum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Dýratilraunir benda ekki til að lyfið hafi fósturskemmandi áhrif, en mjög háir skammtar hafa leitt til aukinnar dánartíðni nýfæddra dýra. Aðeins á að nota sertralín handa þunguðum konum ef ávinningur er talinn vega þyngra en áhættan. Takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um magn sertralíns 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:** MAO-hemjandi lyf, sjá varúð. Samtímis notkun litíums getur aukið tíðni aukaverkana sertralíns, einkum ógleði, skjálfta og kvíða. Sé samtímis meðferð með sertralíni og súmatriptani réttlætanleg, er ráðlagt að fylgst sé vel með sjúklingi.Við gjöf cimetidins getur orðið aukning á blóðstyrk sertralíns. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Upphafsskammtar: Við þunglyndi og áráttu- og þráhyggjusýki: 50 mg/dag. Við felmturköstum og áfallastreituröskun: 25 mg/dag sem síðan er aukinn í 50 mg/dag eftir 1 viku. Breytingar á skömmtum: Auka má skammt um 50 mg með viku millibili í allt að 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:** Hjá börnum á aldrinum 13-17 ára við þráhyggju- og áráttusýki: 50 mg/dag sem auka má í allt að 200 mg ef þörf krefur. Hjá börnum á aldrinum 6-12 ára við þráhyggju- og áráttusýki: upphafsskammtur er 25 mg/dag sem síðan er aukinn í 50 mg/dag eftir 1 viku. Auka má skammta í allt að 200 mg/dag ef þörf krefur. Taka skal tillit til líkamsþyngdar barna við aukningu skammta. Pakkningar og verð 1. nóvember 2001: Töflur: 50 mg 28 stk. - 4.519 kr., 50 mg 98 stk. – 14.651 kr., 100 mg 28 stk. - 7.676 kr., 100 mg 98 stk. – 25.580 kr. Mixtúra: 20 mg/ml – 5.201 kr. Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: B. Heimild 1: Preskorn S.H. og Lane R.M. Sertraline 50 mg daily: the optimal dose in the treatment of depression. Int. Clin. Psychopharmacology. 1995, 10, 129-141. **Nánari upplýsingar er að finna í sérlyfjaskrá 2001. Umboðs- og dreifingaraðili: Pharmaco hf.**

augnlækninga hér á landi var hægari en víða annars staðar og ýmsa þjónustu skorti sem aðeins var unnt að veita á vegum stofnunar en ekki einstaklinga. Það skal þó tekið fram í þessu sambandi að í nágrannalöndum okkar höfðu augndeildir verið starfræktar í marga áratugi við háskólaspítala og almenn sjúkrahús og augndeildir voru víða fyrstu sérdeildir sem komið var á fót.

Eftir stofnun augndeildarinnar var Landakotsspítali eini spítalinn á landinu sem vistaði augnsjúklinga auk Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri en þar hafði augnlæknirinn haft aðstöðu frá því hann settist þar að árið 1927. Augnlæknar sem höfðu aðstöðu á Landakoti þegar augndeildin var stofnuð voru Kristján Sveinsson, Bergsveinn Ólafsson og Úlfar Þórðarson. Þeir sem bættust við á hina nýstofnuðu deild voru augnlæknarnir Guðmundur Björnsson og Hörður Þorleifsson. Hafði Guðmundur haft aðstöðu á Sjúkrahúsi Hvítabandsins en Hörður á Sólheimum. Fyrsti yfirlæknir augndeildarinnar var Bergsveinn Ólafsson. Hann lét af störfum fyrir aldurs sakir í árslok 1971 en Guðmundur Björnsson tók við af honum að ósk systur Hildegardis, priorinnu.

Skömmu eftir að augndeildin var stofnuð voru augnsjúklingar hafðir á gangi 2-B en sá gangur er í eystri álmu spítalans og var rúmafjöldinn ekki fastákveðinn þó gert hafi verið ráð fyrir 12 rúmum fyrir augnsjúklinga í byrjun. Oft náðu rúmin þó þessari tölu. Börn 14 ára og yngri voru lögð inn á barnadeildina. Aðalástæðan fyrir því að að augndeildin hafði ekki ákveðinn rúmafjölda var sú, að Landakot hafði bráðaþjónustu á móti Borgarspítala og Landspítala og þurfti því að ganga á legupláss augndeildarinnar á vaktatímabilunum. Augnskoðunarstofa var engin þegar starfsemi hófst á deildinni en notast var við almennu skoðunarstofuna á ganginum. Einu augnskoðunartækin, sem spítalinn átti voru glerjakassi og sjónprófunartafla. Rauflampi af Zeiss gerð var keyptur af eigendum spítalans skömmu eftir að deildin tók til starfa. Læknarnir notuðu sín eigin skurðverkfæri við aðgerðir og eigin rannsóknartæki, önnur en þau sem að framan greinir. Tveir læknanna höfðu nýlega fengið Amoils frystitæki sem notað er við dreraðgerðir og leyfðu þeir öðrum læknum aðgang að því. Landakotslæknar höfðu engin laun frá spítalanum heldur fengu þeir greitt fyrir hvert unnið verk skv. gjaldskrá og hafði sá greiðslumáti tíðkast á Landakoti frá fyrstu tíð.

Þegar augndeildin tók til starfa var skurðstofa augnlækna á 1. hæð A, þ.e. í eldri álmu spítalans og ekki í neinum tengslum við skurðstofuganginn sem var á 4. hæð í eystri álmu. Systir Elise annaðist skurðstofuna ein án nokkurrar hjálpar og hafði hún gert það til fjölda ára. Systir Michaela var yfirhjúkrunarkona á legudeildinni á gangi 2-B og var í þeirri stöðu uns spítalinn var seldur.

Sjúkrahótel gæti leyst vandann



Ólafur Ólafsson

Höfundur er fyrrverandi landlæknir.

BIÐLISTAR LENGJAST OG HAFA EKKI VERIÐ LENGRI FRÁ því að skráning hófst 1987. Að jafnaði bíður fólk allt að tvö ár eftir aðgerðum. Yfir eitt þúsund manns bíða eftir bæklunaraðgerðum og um 800 eftir aðgerðum á almennum skurðdeildum. Eftir endurhæfingu bíða yfir ellefu hundruð manns. Margir bíða eftir hjartaþræðingu. Hér er átt við tölur frá því í maí 2001. Verulegur hluti þess fólks er vistaður á dýrustu deildum hátæknisjúkrahúsa, hefur verið sjúkdómsgreindur og fengið meðferð við hæfi en útskrifast seint vegna skorts á nægilegri aðstoð heima fyrir eða hjúkrunarplássum. Þessi ládeyða á greiningar- og meðferðardeildum veldur miklum erfiðleikum.

* Dvalarkostnaður hvers sjúklings stóreykst því að hver dagur kostar tugi þúsunda.
* Biðlistar lengjast og biðin veldur sjúklingum miklum þjáningum.
* Samfélagskostnaður eykst meðal annars vegna veikindafjarveru og lyfjakostnaðar.

Viðbrögð ráðamanna í heilbrigðisþjónustunni hafa verið að eyða stórfé í veigamiklar breytingar á 50-70 ára gömlum sjúkrahúsum sem alls ekki voru byggð til að sinna dag- og göngudeildarþjónustustigi bráðadeilda í dag. Það skortir því millistigsstofnanir sem taka við fólki frá bráðadeildum og veita því stuðning og ummönnum áður en það útskrifast til síns heima eða á hjúkrunarstofnun.

Landlæknisembættið lagði fram tillögu um sjúkrahótel fyrir 10-12 árum. Sjúkrahótel sem gæti í vistað sjúklinga fyrir brot af kostnaði sem greiddur er fyrir vistun á bráðadeild. Slík sjúkrahótel eru rekin í öllum nágrannalöndum okkar, ekki síst í Bandaríkjunum. Stór hluti sérfræðinga okkar hafa starfað þar um langa hríð. Ættu þeir því að þekkja vel rekstur sjúkrahótela.

Lagt er til að læknar og fagaðilar sjúkrahúsa skýri þessi mál fyrir hagstjórnendum sjúkrastofnana. Ef vel er staðið að verki má því grynnka á kostnaðartölum og stytta biðlista.



Livial® tibolon

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

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

Er spennutilfinning í brjóstum vandamál?

Organon

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

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

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

Livial® tibolon
LYKILL AÐ AUKNU FRELSI

Leiðbeiningar Læknafélags Íslands um samskipti lækna við framleiðendur og söluaðila lyfja og lækningatækja

Tillögur nefndar LÍ sem starfaði frá mars 1992 til apríl 1993

Inngangur

Það er réttur framleiðenda og söluaðila lyfja og lækningatækja að geta komið á framfæri við lækna upplýsingum um vörur sínar, séu upplýsingarnar byggðar á traustum rökum og nái jafnt til kosta og galla. Ennfremur er þeim nauðsyn á samvinnu við lækna um vöruþróun og rannsóknarstarf. Stuðningur fyrirtækjanna við fræðslu- og vísindastörf er læknastéttinni og þjóðfélaginu nauðsynlegur.

Læknum ber að gæta þess að þessi samskipti skerði á engan hátt læknisheiður né rýri hæfni þeirra til að leggja hlutlægt mat á þá valkosti sem í boði eru við meðferð sjúklinga. Hafi þeir sér til hliðsjónar heitorð lækna, Codex Ethicus Læknafélags Íslands frá 1992, lög Læknafélags Íslands og læknalög.

Eftirfarandi leiðbeiningar eiga að auðvelda samskipti lækna og fulltrúa framleiðenda lyfja og lækningatækja, svo að báðir hafi sóma af.

Fræðslu- og kynningarstarf söluaðila lyfja og lækningatækja

1. Kynnum lyfja og lækningatækja ber að leita leyfis yfirlæknis eða viðkomandi læknis fyrir kynningarfundi, og gera þá grein fyrir fundarefninu. Æskilegt er að læknar taki í sameiningu á móti kynnum lyfja og lækningatækja svo að umræður komi að sem mestum notum í menntunarlegu tilliti.
2. Á fræðslu- og kynningarfundum er læknum heimilt að þiggja hóflegar veitingar í fundarhléi. Ekki er viðeigandi að læknar taki við öðrum gjöfum frá kynningaraðilum en fræðsluefni og sýnishornum sem tengjast því.

Stuðningur við endurmenntun og viðhaldsmenntun lækna

1. Heimilt er þeim sem veita læknum endurmenntun á fundum, námskeiðum og ráðstefnum að þiggja stuðning framleiðenda og söluaðila lyfja og lækningatækja. Slíkur stuðningur skal að öðru jöfnu takmarkast við fagleg og vísindaleg viðfangsefni og vera án allra skuldbindinga um efnistök.
2. Læknar sem taka að sér fræðslu og fyrirlestrahald í þágu framleiðenda og söluaðila lyfja og lækningatækja skulu fá greiddan útlagðan kostnað og endurgjald fyrir vinnuframlag sitt í samræmi við reglur Læknafélags Íslands. Læknar eru frjálsir að formi og innihaldi fyrirlestra sinna.
3. Læknum er heimilt að þiggja ferðastyrki fyrir sjálfa sig af faglegum ástæðum til viðhalds- og endurmenntunar. Ber læknum skylda til að gera gæðakröfur í þessu sambandi og taka aðeins þátt í viðurkenndum vísindaráðstefnum um viðfangsefni sín.

Auglýsingar

1. Leyfilegt er að gefa framleiðendum lyfja og lækningatækja kost á að kynna framleiðsluvörur sínar í tengslum við fundi lækna, námskeið og ráðstefnur. Gildir það einkum um þau fyrirtæki sem eru beinir stuðningsaðilar. Kynning á varningi, sem tengist því efni sem um er fjallað, hefur að öðru jöfnu forgang.
2. Allri auglýsinga- og kynningarstarfsemi fyrirtækja á fræðslusamkomum lækna ber að halda greinilega aðskildri frá annarri fræðilegri umfjöllun.
3. Læknum ber að gæta þess að auglýsingum um lyf og lækningatæki sé ekki komið fyrir á stöðum sem almenningur á aðgang að, sbr. lyfjalög.

Vísinda- og rannsóknarstörf

1. Læknum er heimilt að eiga samvinnu við framleiðendur lyfja og lækningatækja í vísinda- og rannsóknarskyni. Þeim ber þá að huga vel að reglum um þetta efni, einkum Helsinkiyfirlýsingunni frá 1964 með síðari breytingum og Codex Ethicus L.Í. 4. og 19. gr. Bæði getur verið um að ræða stuðning fyrirtækja við ákveðin rannsóknarverkefni lækna og rannsóknir á lyfjameðferð og notkun tækja, sem læknar taka að sér að gera í þágu fyrirtækja. Skilyrði fyrir slíkri samvinnu er að stjórnandi rannsóknarinnar hafi góða vísindalega þekkingu og reynslu til starfans.
2. Æskilegt er, að læknar geri skriflegan samning við framleiðendur lyfja eða lækningatækja þegar um slíka samvinnu eða stuðning er að ræða. Í samningnum er tekið fram hver þóknun læknis eða fjárstuðningur fyrirtækis sé. Ennfremur er þar kveðið á um hvernig nota megi niðurstöður, svo að tryggt sé að þær megi birta án tillits til hvers eðlis þær verða.
3. Læknum er heimilt að taka við greiðslu fyrir þá vinnu sem þeir inna af hendi við rannsóknarstarfið. Ennfremur má veita viðtöku þóknun vegna annars kostnaðar við rannsóknina, svo sem vegna efnis, ferða og uppihalds, samkvæmt venjum sem gilda um opinbera starfsmenn. Sama gildir um aðstoðarfólk lækna.

[Áður birt: Læknablaðið/Fréttabréf lækna 1993; 11(8); 16-7.]



EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 417-01

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

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

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

Athugasemd vegna greinar um lyfjakostnað landsmanna

í nóvemberhefti Læknablaðsins

Daníel Gunnarsson
lyfjafræðingur

Ég vil fyrir hönd Farmasíu ehf og MSD andmæla ummælum í ofangreindri grein um Vioxx (rófekoxíb, MSD) (Lyfjamál 98. Læknablaðið 2001; 87: 947). Þar er því haldið fram að Vioxx hafi reynst hrein viðbót við fyrri meðferðarúrræði, án þess að sýnilegur, betri árangur náist. Því miður eru svona fullyrðingar, það er að ný lyf hafi ekkert fram að færa umfram eldri lyf, að verða algengar hjá heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu. Þekkt er að stærsti kosturinn við Vioxx er lægri tíðni aukaverkana heldur en af ósértækum bólgueyðandi lyfjum, sérstaklega með tilliti til klínískra aukaverkana frá efri hluta meltingarvegar (1) og hefur það verið staðfest í fjölda klínískra rannsókna. Í Vigor rannsókninni (1), þar sem bornar voru saman aukaverkanir af tvöföldum hámarksskammti (50 mg) af Vioxx og venjulegum skammti af naproxen (1000 mg) hjá 8076 liðagigtarsjúklingum, að meðaltali í níu mánuði, var marktækt lægri tíðni klínískra aukaverkana og alvarlegra aukaverkana frá efri hluta meltingarvegar (rof, sár og blæðingar) í Vioxx-hópnum.

Þá vil ég gera athugasemd við áætlaðan kostnað almannatrygginga í ár af Vioxx, það er 150 milljónir af 210 milljónum. Þess má geta að virðisaukaskatturinn er um það bil 41 milljón, sem ríkið fær til baka og sjúklingar borga einnig stóran hluta af verði lyfsins, þannig að þessi upphæð er fjarri lagi.

Að lokum finnst mér það einkennileg vinnubrögð að enginn starfsmaður er skrifaður fyrir greininni.

Heimild

1. Bombardier C, Laine L, Reicin A, Shapiro D, Burgos-Vargas R, Davis B, et al. Comparison of upper gastrointestinal toxicity of rofecoxib and naproxen in patients with rheumatoid arthritis. VIGOR Study Group. N Eng J Med 2000; 343: 1520-8.

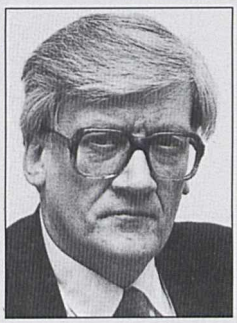
Nexium SÝRUHJÚPTÖFLUR, A 02 BC 05 (Styttur sérlyfjaskrártexti og heimildaskrá)

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**

Heilbrigðisáætlun til ársins 2010 og raunveruleikinn



Ólafur Ólafsson

Höfundur er fyrrverandi landlæknir og formaður Félags eldri borgara.

Þann 20. maí síðastliðinn samþykkti Alþingi þingsályktun um heilbrigðisáætlun til ársins 2010.

Hér fylgja nokkur orð um ályktunina, en undirritaður tók þátt í fyrstu fundum nefndarinnar fyrri hluta vetrar 1998.

Hinn nýi siður að setja upp markmið fyrir heilbrigðisáætlun til næstu 5-10 ára í anda Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO) er í sjálfu sér góðra gjalda verður, til dæmis er inngangur ályktunarinnar um stöðu, horfur, stjórnkerfi og skipulag heilbrigðisþjónustunnar ágætur. Ennfremur ummæli um samábyrgð, jafnrétti og forgangsröðun. En þegar kemur að markmiðum virðist mér sem ýmsar væntingar séu á sveimi í pólitísku gufuhvolfi án tengsla við efnahag, lagaákvæði og fjármagn, gert er ráð fyrir verulegum niðurskurði í þjónustunni sem er með öllu órökstuddur. Aðallega skortir leiðbeiningar um aðgerðir og mun nákvæmari áætlun um fjármagnsþörf. Nauðsynlegt hefði verið að áætluninni fylgdu greinargóðar leiðbeiningar um aðferðir og leiðir til fjármögnunar. Annars verða markmiðin einungis sambland af vísindum, stjórnmálum og draumórum. Þess skal getið að á árunum 1970-1995 náðist sæmilegur árangur í heilbrigðisþjónustunni án fyrirfram ákveðinna prósentuútreikninga. En vissulega fóru saman mikil fagvinna og gerð leiðbeininga. Þess má geta að bætt lífskjör hafa áreiðanlega haft mikil áhrif. Nefna má nokkur dæmi:

- Heildarævilíkur jukust um 5,5 ár
- Ævilíkur fólks á aldrinum 0-64 ára jukust um þrjú ár
- Burðarmálsdauði lækkaði um 60%
- Rauðuhundatilfellum fækkaði um 97%
- Engin börn fæddust sköddð vegna rauðra hunda
- Mislingatilfellum fækkaði um 94%
- Hettusóttartilfellum fækkaði um 97%
- *Haemophilus* heilabólgu var útrýmt
- Berklatilfellum fækkaði um 97%
- Dánartíðni vegna kransæðasjúkdóma minnkaði um 40% hjá einstaklingum á aldrinum 0-64 ára
- Heilablæðingartilfellum fækkaði verulega
- Dánartíðni vegna umferðarslysa barna minnkaði um 50% en heildardánartíðni í slysum um 60%
- Dánartíðni vegna leghálskrabbameins minnkaði um 50% en tíðni nýgengis minnkaði um nálega 40%
- Aðgerðum vegna magasára fækkaði um 80%
- Fimm ára líftími barna með blóðkrabba jókst um 70-80%
- Frábær árangur náðist við meðferð eitlakrabbameins
- Reykingatíðni minnkaði um 28% (1980-1990)

Fleira mætti telja til.

Í forvarnar- og lækningaskyni var beitt ákveðnum aðferðum eftir góðum leiðbeiningum lækna með þátttöku annars heilbrigðisstarfsfólks og almennings. Í sumum tilfellum hafa læknar barist fyrir og náð að breyta lögum, til dæmis varðandi slysavarnir, sóttvarnir og aðrar forvarnir. En jafnframt hefur verið barist fyrir auknum fjárveitingum sem stundum fengust eftir blóð og svita.

Eftir að stjórnmálamenn fjölguðu rekstrar-, viðskipta- og tæknimenntuðu fólki í æðstu stjórn heilbrigðismála og á sjúkrastofnunum og dregið var úr áhrifum lækna hefur orðið breyting á. Vissulega vinnur þetta fólk góða vinnu eins og þekking þeirra leyfir. En markmiðssetningin hefur breyst og er nú mjög í anda skrifstofumanna við Alþjóðaheilbrigðisstofnunina. Dæmi þessa má lesa um í umræddri heilbrigðisáætlun. Farið er fögrum orðum um heilsugæslu en lítið rætt að nær enginn unglæknir hefur hafið nám í heilsugæslu síðustu átta til níu árin. Hins vegar er ekkert minnst á nauðsynlegar aðgerðir vegna þessa.

- Á næstu 10 árum skal draga úr tíðni geðraskana um 10%. Hvernig?
- Draga skal úr tíðni sjálfsvíga um 25%. Hvernig?
- Dregið verður úr áfengis- og vímuefnaneyslu ungs fólks um 25%. Þetta markmið er nokkuð sérkennilegt því að samkvæmt opinberum yfirlýsingum átti Ísland að verða án vímuefna árið 2000! Hvernig?
- Dregið verður úr muni á lífslíkum einstakra þjóðfélagsstétta, að minnsta kosti um 25%. Hvernig?
- Nú eru yfir 7000 manns á biðlistum sjúkrahúsa. Furðulegt er að 2000 manns skuli bíða eftir heyrnartækjum!
- Tryggt verði að þeir sem erfitt eiga með að gæta réttar síns vegna æsku, fötlunar, hvort heldur andlegrar eða líkamlegrar, eða öldrunar njóti jafnræðis við aðra. Hvernig?

Ég veit ekki hvort hugur fylgir máli sérstaklega varðandi það síðastnefnda. Öryrkjar hafa skrifað bónarbréf um úrbætur á kjörum sínum til yfirvalda í 15-20 ár án árangurs. Að lokum þurfti hæstaréttardóm til þess að hagur öryrkja skánaði. Stjórnvöld tóku dómi þessum ekki fagnandi eins og landslýður veit. Ég hef þó grun um að heilbrigðisráðherra hafi viljað fylgja dómnum eftir að fullu. Við kröfum eldri borgara er þagað þunnu hljóði. Eldri borgarar undirbúa nú aðra lögsókn til þess að ná rétti sínum. Til þess að ná áttum og ná framangreindri áætlun þarf til muna meiri vinnu, leiðbeiningar og ekki síst leiðbeiningar um fjármögnun.

Heimild

Health in Iceland 1998.

Oropram

cítalópram



Hamingja hversdagsins er ekki alltaf gefin

Tafla, filmuhúðuð; N 06 A B 04 R B

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

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

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

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



Omega Farma

www.omega.is

GRAFÍSKA SMIÐJAN EHF. - Málverk: Bilson

Áverkastig



Jóhann Heiðar Jóhannsson

Netfang: johannhj@landspitali.is

Brynjólfur Mogensen læknir hringdi og bað um tillögu að íslenskri þýðingu á því sem hann nefndi **abbreviated injury scale**. Hann var að fást við flokkun slysaáverka samkvæmt tilteknu erlendu kerfi, sem skipar slösuðum sjúklingum í sex flokka eftir því hversu alvarlegir áverkar þeirra eru.

Enska nafnorðið **scale** er komið úr latínu þar sem eintalan **scala** merkir sennilega *þrep* og fleirtalan **scalae** er notuð um *stiga*. Læknisfræðiorðabók Dorlands birtir lýsingu á **scale**: *kerfi eða tól sem leyfir mat eða mælingu á einhverjum eiginleika, svo sem með beinu yfirborði sem er merkt með reglulegu millibili til að afmarka fyrirfram ákveðnar mælieiningar*. Íðorðasafn lækna (S-heftið útg. í febrúar 1989) notar íslenska orðið kvarði til að tákna **scale** og *sköddun* eða *meiðsli* til að tákna **injury**. Orðrétt og samræmd þýðing samkvæmt Íðorðasafninu á **injury scale** væri því *sköddunarkvarði* eða *meiðslakvarði*. Við þýðinguna á ICD-10 (útg. 1996) var hins vegar ákveðið að nota íslenska orðið **áverki** um injury og samkvæmt því yrði íslenska heitið **áverkakvarði**. Það, sem Brynjólfur var með í höndunum, var hins vegar ekki kvarði heldur meira í ætt við flokkunar- eða stigunarkerfi. Eftir nokkra umræðu kom okkur saman um að íslenska orðið **stig** ætti betur við í þessu samhengi. Minnstu áverkar tilheyra fyrsta áverkastigi (AIS-1) og mestu áverkar sjötta stigi (AIS-6). Freistandi væri svo að nota orðið **skali** á sjálft kerfið. **Abbreviated injury scale** nefndist þá **stuttur áverkaskali**, en samkvæmt honum raðast áverkar eða sjúklingar á fyrrgreind sex **áverkastig**.

Skali finnst reyndar ekki í Íslenskri orðabók Máls og menningar frá 1992, en hefur svo náð inn í tölvuútgáfu hennar frá árinu 2000 og því væntanlega öðlast þegnrétt í íslensku máli, þó tökuorð sé. Skali merkir þar *mælikvarði, einkunnaskali, einkunnastigi* eða *tónstigi*. Í Orðabanka Íslenskrar málstöðvar kemur skali einungis fyrir í Orðaskrá um eðlisfræði. Hin orðasöfnin í bankanum nota íslenska orðið **kvarði** til að þýða enska orðið **scale**. Orðsifjabókin segir að **skali** sé frá 19. öld og hafi borist inn í íslensku frá dönsku. Í elsta dæminu í ritmálssafni Orðabókar háskólans er ritháttur inn *scala* sem bendir til þess að orðið hafi einnig borist til okkar beint úr latínunni.

Áverkaskor

Brynjólfur greindi einnig frá því að við nánara mat á hverju áverkastigi yrðu gerðir einfaldir útreikningar og reiknað út tölugildi sem á enskunni nefnist **injuries severity score**. Þá rifjaðist upp að Ragnar Jónsson læknir hafði fengið þá úrlausn í 54. pistli (FL 1994; 12: 8) að slíkt skyldi heita **áverkaskor**.

Persistence

María Ásgeirsdóttir lyfjafræðingur sendi tölvupóst og spurði um íslenska þýðingu á enska nafnorðinu **persistence**, sem hún sagði þannig útskýrt: *persistence vísar til tímalengdar, sem sjúklingur heldur áfram fyrirmæltri meðferð, og er venja að mæla með því að rannsaka skrár um lyfjafyrirmæli*. Orðið er ekki til í Íðorðasafni lækna, en þar má finna latneska nafnorðið **persistentia**, *varanleiki*. Það er einkum notað í fósturfræðinni til að gefa til kynna varanleika líffæris eða vefjar, sem venjulega eyðist eða hverfur á fósturskeiði. Í Íðorðasafninu er hins vegar enska nafnorðið **compliance**, sem er þýtt sem **meðferðarheldni**, *það að hve miklu leyti sjúklingur fer að fyrirmælum um meðferð, t.d. töku lyfja*.

Samkvæmt Tölvuorðabókinni merkir **persistence** *þrákelkni, áframhald, seigla,* eða *stöðugleiki*. Læknisfræðiorðabók Dorlands útskýrir hins vegar þannig: *áframhald hegðunar eða eiginleika á tíma sem vænta mætti að slíkt væri horfið*. Þessi skýring er í samræmi við þau blæbrigði sem fylgja almennri notkun orðsins, að eitthvað heldur áfram þrátt fyrir að slíks hafi ekki verið vænst. Skýringin sem María sendi, virðist þó hlutlaus og ekki gefa til kynna neinar duldar væntingar, svo sem að meðferðin hafi haldið áfram lengur en vænst var. Sé skýringin tekin bókstaflega, er einungis verið að vísa í tímalengd meðferðar. Freistandi er að tengja saman **compliance** og **persistence**, þannig að **meðferðarheldni** megi mæla með tiltekinni tímalengdarkönnun og að sá tími, sem þannig greinist, nefnist **heldnitími**. Gaman væri að fá fregnir af öðrum hugmyndum eða tillögum.

Orðalisti

Rafn Benediktsson lyflæknir sendi bréf með stuttum orðalista úr sérgrein sinni, innkirtla- og efnaskiptasjúkdómum. Þar á meðal var heitið **insulin resistance**. Læknisfræðiorðabók Dorlands lýsir hugtakinu í löngu máli, en fyrsta setningin í lýsingunni er þannig: *skerðing á eðlilegri líffræðilegri svörun gagnvart insúlíni*. Enska nafnorðið **resistance** er komið úr latínu, af sögninni **resisto**, sem hefur tvær aðalmerkingar: a. að stöðva, standa kyrr, verða eftir eða vera fyrir aftan og b. að veita mótstöðu, sýna viðnám, þola eða standast. Þýðingar Íðorðasafns lækna á **resistance** eru þessar: *1. mótstaða, 2. viðnám, 3. andóf. Einn varnarhátta., 4. viðnámsþróttur. Meðfætt eða ákomið þol gegn sóttvaldandi örverum. 5. þol. Skortur á næmi eða svörun við lyfi.* Ljóst er, hvað insúlínið varðar, að ekki er um virka mótstöðu, viðnám eða andóf að ræða. Ofangreinda skerðingu á svörun gagnvart insúlíni er því réttast að nefna **insúlínþol**.

VIOXX
MSD 990068 TÖFLUR M O1 A H

Virkt innihaldsefni: 12,5 mg eða 25 mg rofekoxíb. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Meðferð við einkennum af völdum slitgigtar. Skammtar: Ráðlagður upphafsskammtur er 12,5 mg einu sinni á dag. Hámarksskammtur á dag er 25 mg. *Aldraðir:* Gæta skal varúðar þegar dagskammturinn er aukinn úr 12,5 mg í 25 mg hjá öldruðum. *Skert nýrnastarfsemi:* Skammta þarf ekki að aðlaga hjá sjúklingum með kreatínín klerans 30-80 ml/mín. *Skert lifrarstarfsemi:* Sjúklingum með væga skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi 5-6) skal ekki gefa meira en minnsta ráðlagðan skammt, 12,5 mg einu sinni á dag. **Frábendingar:** Rófekoxíb er ekki ætlað: Sjúklingum sem hafa þekkt ofnæmi fyrir einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. Sjúklingum með virkan sársjúkdóm í meltingarvegi eða blæðingu í meltingarvegi. Sjúklingum með miðlungsalvarlega eða verulega skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi ≥ 7). Sjúklingum með áætlaðan kreatínín klerans < 30 ml/mín. Sjúklingum sem hafa haft einkenni astma, bólgu í nefslímhúð, sepa í nefslímhúð, ofsabjúg eða ofsakláða eftir inntöku acetýlsalicýlsýru eða annarra bólgueyðandi verkjalyfja. Til notkunar á síðasta þriðjungi meðgöngu eða meðan á brjóstagjöf stendur. Sjúklingum með bólgusjúkdóm í þörmum. Sjúklingum með langt gengna hjartabilun.

Varnaðarorð og varúðarreglur: Þegar blóðflæði um nýru er minnkað getur rófekoxíb dregið úr myndun prostaglandína og með því minnkað blóðflæði um nýru enn meira og þannig valdið skerðingu á nýrnastarfsemi. Þeir sem eru í mestri hættu m.t.t. þessa eru sjúklingar sem hafa verulega skerta nýrnastarfsemi fyrir, hjartabilun sem líkaminn hefur ekki náð að bæta upp, og sjúklingar með skorpulifur. Hafa skal eftirlit með nýrnastarfsemi slíkra sjúklinga. Gæta skal varúðar þegar meðferð er hafin hjá sjúklingum með verulegan vökvaskort. Ráðlegt er að bæta slíkan vökvaskort upp áður en meðferð með rófekoxíbi er hafin. Eins og á við um önnur lyf sem koma í veg fyrir myndun prostaglandína, hafa vökvasöfnun og þjúgur 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 þjúgi 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, uppköst, niðurgangur, ógleði, meltingartruflanir. Taugakerfi: Höfuðverkur. Húð: Kláði. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Almennar: Þreyta/máttleysi, uppþemba, brjóstverkur. Meltingarfæri: Hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, nábítur. Augu, eyru, nef og kok: Eyrnasuð. Efnaskipti og næring: Þyngdaraukning. Stoðkerfi: Sinadráttur. Taugakerfi: Svefnleysi, svefnhöfgi, svimi.Geðræn einkenni: Geðdeyfð, minnkuð andleg skerpa. Öndunarfæri: Andþyngsli. Húð: Útbrot, atópískt eksem. Að auki hafa væg ofnæmisviðbrögð verið skráð í sjaldgæfum tilvikum í klínískum rannsóknum.Aukaverkanir voru svipaðar hjá sjúklingum sem fengu rófekoxíb í eitt ár eða lengur. **Breytingar á niðurstöðum blóð- og þvagrannsókna: Algengar (>1 %):** Hækkun á ALAT, lækkun á hematókrít, hækkun á ASAT. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** hækkun á þvagefni, lækkun á hemóglóbíni, hækkun á kreatíníni, Hækkun á alkalískum fosfatasa, prótein í þvagi, fækkun rauðra og hvítra blóðkorna. Eftirtaldar alvarlegar aukaverkanir hafa verið skráðar í tengslum við notkun bólgueyðandi verkjalyfja og ekki er hægt að útiloka þær í tengslum við rófekoxíb: Eiturverkanir á nýru, þ.á m. millivefs nýrnabólga nýrungaheilkenni (nephrotic syndrome) og nýrnabilun; eiturverkanir á lifur, þ.á m. lifrarbilun og lifrarbólga; eiturverkanir á meltingarfæri, þ.á m. rof, sár og blæðingar; eiturverkanir vegna of mikils blóðrúmmáls, þ.á m. hjartabilun og bilun í vinstri slegli; aukaverkanir á húð og slímhúðir og alvarleg viðbrögð í húð. Eins og á við um bólgueyðandi verkjalyf geta alvarlegri ofnæmisviðbrögð átt sér stað þ.á m. bráðaofnæmi án þess að viðkomandi hafi áður fengið rófekoxíb. **Pakkningar og verð (desember, 2000):** Töflur 12,5 mg og 25 mg: 14 stk. 2756 kr. 28 stk. 4888 kr. 98 stk. 14555 kr Afgreiðsla: Lyfseðilsskylda, **Greiðsluþátttaka:** E. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.



MERCK SHARP & DOHME

FARMASÍA ehf.

EIN Á DAG
VIOXX®
(rófekoxíb, MSD)
Sértækt - Áhrifaríkt - Einfalt

Faraldsfræði í dag
Lýsandi rannsóknir I



María Heimisdóttir

Netfang: mariah@decode.is

Fylgnirannsóknir

Lýsandi rannsóknir (descriptive studies) miða að því að lýsa dreifingu sjúkdóma á ýmsan hátt en taka ekki afstöðu til sambands áhættuþátta og sjúkdóma. Í lýsandi rannsóknum er leitast við að gera grein fyrir dreifingu sjúkdóma með tilliti til margvíslegra þátta. Þeir þættir eru mjög mismunandi eftir rannsóknum en oftast er dreifingunni lýst meðal einstaklinga (það er hvers konar einstaklingar eða hópar fá sjúkdóminn), stað (hvar sjúkdóms verður vart) og tíma (til dæmis hvenær ársins eða á undan eða eftir tilteknum atburði). Á ensku er oft sagt að lýsandi rannsóknir lýsi dreifingu sjúkdóms með tilliti til „person, place, and time". Lýsandi rannsóknir falla í þrjá meginflokka: fylgnirannsóknir (correlation studies), lýsingar á sjúkdómstilfellum (case reports) og þverskurðarrannsóknir (cross-sectional studies).

Fylgnirannsóknir lýsa dreifingu sjúkdóma (eða einkenna, áhættuþátta og svo framvegis) innan skilgreinds þýðis og miða að því að mæla fylgni milli sjúkdómsins og tiltekinna eiginleika eða atburða. Með fylgni er átt við að tveir eða fleiri atburðir eða eiginleikar fylgist að í tíma eða rúmi en ekki þurfa að vera orsakatengsl á milli þeirra. Gögn sem notuð eru í fylgnirannsóknir byggjast yfirleitt á mælingum á þýðinu (ecological measurement) en ekki á mælingum eða upplýsingum um einstaklinga (individual measurement). Mælingar á eiginleikum þýðisins eru notaðar til að lýsa til dæmis dreifingu sjúkdóms með tilliti til ýmissa þátta, svo sem aldurs, notkunar á heilbrigðisþjónustu, eða neyslu á ákveðnum vörum. Þannig nota fylgnirannsóknir til dæmis sölu á sígarettum sem þýðisbundna nálgun við hina einstaklingsbundnu áhættu er fylgir reykingum og dánartíðni í þýðinu sem nálgun við einstaklingslífun.

Niðurstöður slíkra rannsókna eru oftast settar fram sem einhvers konar fylgnistuðull (correlation coefficient, „r"). Fylgnistuðull segir til um hvort línulegt samband er milli atburðanna og hve sterkt það er. Hann getur legið á bilinu -1,0 til 1,0. Neikvætt gildi gefur til kynna neikvæða fylgni (negative correlation) milli þeirra þátta sem bornir eru saman, til dæmis að dánartíðni fari lækkandi með aldri. Jákvæð fylgni (positive correlation) er hins vegar til staðar ef stuðullinn er stærri en 0,0 og fullkomin jákvæð fylgni er sögð vera til staðar ef stuðullinn er 1,0. Fullkomin jákvæð fylgni þýðir að aukning í öðrum atburðinum tengist samsvarandi aukningu í hinum. Ef gildi fylgnistuðulsins er 0,0 eða þar um bil er ekki fylgni milli atburðanna, þeir eru óháðir hvor öðrum.

Fylgnirannsóknir byggjast iðulega á gögnum sem eru fyrirliggjandi, svo sem upplýsingum frá Hagstofu og upplýsingum um innflutning og sölu neysluvarnings. Þær eru því yfirleitt tiltölulega ódýrar og fljótunnar og jafnframt til margra hluta nytsamlegar. Niðurstöður slíkra rannsókna eru gjarnan notaðar til að fylgjast með lýðheilsu og til að skipuleggja og meta lýðheilsuaðgerðir. Einnig eru slíkar rannsóknir oft grundvöllur eða fyrsta skref í flóknari, greinandi (analytical) rannsóknum á tengslum áhættuþáttar og sjúkdóms.

Þrátt fyrir alla sína kosti hafa fylgnirannsóknir nokkra mikilvæga galla. Mikilvægastur þeirra er að ekki er unnt að tengja áhættuþáttinn við sjúkdóm í ákveðnum einstaklingi þar sem gögnin byggjast á mælingum í þýði en ekki einstaklingum. Þannig getur fylgnirannsókn sýnt að auknum fjárveitingum til heilbrigðismála fylgir lægri dánartíðni en ekki er víst að um orsakasamband sé að ræða þar sem ekki liggur fyrir að þeir einstaklingar sem áttu kost á og nýttu sér bætta þjónustu hafi lifað lengur en þeir hefðu annars gert. Annar megingalli fylgnirannsókna er að ekki er unnt að leiðrétta fyrir raskandi þætti (confounders) þar sem ekki er um einstaklingsbundin gögn að ræða. Þriðji meginágalli fylgnirannsókna er að þær byggjast á upplýsingum um meðaláreiti í þýðinu sem heild en ekki raunverulegu áreiti sem einstaklingar innan þýðisins urðu fyrir. Þetta þýðir að þótt fylgnistuðull sem fenginn er með slíkri rannsókn gefi til kynna sterka jákvæða fylgni þá er ekki endilega um svo einfalt línulegt samband milli áreitisins og sjúkdómsins að ræða í raun. Til dæmis sýndi rannsókn á fylgni áfengisneyslu við dánartíðni vegna krabbameinssjúkdóma í ýmsum löndum að dánartíðni var hæst þar sem neyslan var minnst (1). Greinandi rannsóknir sem byggjast á einstaklingsbundnum gögnum hafa hins vegar sýnt að dánartíðni vegna krabbameinssjúkdóma fylgir j-laga ferli með tilliti til áfengisneyslu. Dánartíðni er lægst meðal hófdrykkjumanna en hærri meðal þeirra sem drekka meira og einnig meðal þeirra sem drekka alls ekki áfengi.

Þessir þrír meginannmarkar fylgnirannsókna eru grundvöllur þess að ekki er unnt að yfirfæra niðurstöður þeirra um samband áreitis og sjúkdóms, sem byggjast á eiginleikum þýðis, yfir á einstaklinga. Slík misbeiting niðurstaðna fylgnirannsókna er kölluð „ecologic fallacy" eða „ecologic bias" (2).

Heimildir

1. Laporte RE, Cresanta JL, Kuller LH. The relation of alcohol to coronary heart disease and mortality: implications for public health policy. J Public Health 1980; 1: 198-223.
2. Selvin HC. Durkheim´s "Suicide" and problems of empirical research. Am J Sociol 1958; 63; 607-19.

Samstarf um lungnamælingar

LUNGNAMÆLINGAR EIGA AÐ VERA SJÁLFSÖGÐ ÞJÓNusta sem hægt á að vera að framkvæma á öllum heilsugæslustöðvum landsins. Þetta er eitt af markmiðum samnings sem var undirritaður í húsakynnum Heilsuverndarstöðvar Reykjavíkur á dögunum, eins og segir í fréttatilkynningu. Landlæknisembættið, Tóbaksvarnarnefnd, Loftfélagið og GlaxoSmithKline ætla að starfa sameiginlega að aukinni fræðslu og upplýsingagjöf innan heilbrigðiskerfisins á sviði lungnasjúkdóma og greiningu á orsökum vaxandi tíðni þeirra hér á landi.

Það voru Sigurður Guðmundsson landlæknir, Þorsteinn Njálsson formaður Tóbaksvarnarnefndar, Gunnar Guðmundsson lungnalæknir fyrir hönd Loftfélagsins og Hjörleifur Þórarinsson fyrir hönd GlaxoSmithKline sem undirrituðu samstarfssamninginn. Við undirritunina kom fram að talið sé sérstaklega brýnt að víðtækt samstarf takist meðal aðila heilbrigðiskerfisins um að sporna gegn þeirri alvarlegu þróun sem felst í ört vaxandi tíðni langvinnra lungnateppusjúkdóma sem rekja má að stórum hluta til langvarandi tóbaksreykinga. Þessir sjúkdómar hafa stundum verið nefndir „hinir gleymdu sjúkdómar" sökum þess hversu lítillar athygli þeir hafa notið, bæði meðal heilbrigðisstarfsfólks og almennings.

Samstarfssamningur innsiglaður. Frá vinstri Hjörleifur Þórarinsson, Gunnar Guðmundsson, Sigurður Guðmundsson og Þorsteinn Njálsson.



Talið er að 16.000 til 18.000 manns þjáist af völdum langvinnrar lungnateppu hér á landi. Aðalorsökin er að fjölmennir árgangar áranna 1930 til 1965 eru að færast upp aldursstigann, en reykingar hafa verið nokkuð útbreiddar meðal þeirra. Um 90% þeirra sem þjást af völdum sjúkdómanna eru reykingafólk. Haldi fram sem horfir er talið að langvinnir lungnateppusjúkdómar verði þriðja algengasta dánarorsökin hér á landi á næstu 20 árum en í dag eru þeir sjötta algengasta dánarorsök Íslendinga.

Samningsaðilar ætla að beita sér fyrir markvissri notkun á lungnamælum til greiningar á lungnasjúkdómum og mun GlaxoSmithKline greiða kostnað af nýjum lungnamælum sem afhentir verða þeim 26 heilsugæslustöðvum sem samkvæmt niðurstöðum landlæknisembættisins þurfa á endurnýjun slíks tækjabúnaðar að halda. Úr fréttatilkynningu.

Alþjóðlegi alnæmisdagurinn 1. desember 2001

Kjörorð dagsins: Snertir mig – en þig?

ALÞJÓÐLEGI ALNÆMISDAGURINN VERÐUR HALDinn í fjórtánda sinn þann 1. desember en hann er haldinn á vegum Sameinuðu þjóðanna. Þar hefur verið komið upp samstarfsvettvangi margra alþjóðlegra stofnana sem vinna að alnæmisvörnum undir heitinu UNAIDS. Kjörorði dagsins er ætlað að örva umræðu um hlut karlmanna í þeirri vá sem alnæmisfaraldurinn er. Karlar og þá einkum ungir karlmenn eru stærsti áhættuhópurinn þegar alnæmissmit er annars vegar og þeir eru líka sá hópur sem helst stuðlar að útbreiðslu smitsins.

Í ávarpi UNAIDS í tilefni dagsins segir meðal annars: „Það þarf að hvetja feður dagsins í dag og feður framtíðarinnar til þess að velta betur fyrir sér hvaða áhrif kynhegðun getur haft á félaga þeirra og börn, þar á meðal það að láta eftir sig börn sem alnæmismunaðarleysingja og að bera HIV-veiruna inn í fjölskylduna."

Meðfylgjandi er tafla frá sóttvarnalækni sem sýnir útbreiðslu alnæmis hér á landi.

Tafla *Einstaklingar greindir með HIV-smit og alnæmi og dánir af alnæmi*

	Með hiv-smit			Með alnæmi			Dánir		
Ár	Karlar	Konur	Alls	Karlar	Konur	Alls	Karlar	Konur	Alls
1983	1	–	1	–	–	–	–	–	–
1984	–	–	–	–	–	–	–	–	–
1985	15	1	16	1	–	1	1	–	1
1986	11	2	13	3	–	3	–	–	–
1987	4	1	5	1	–	1	2	–	2
1988	10	3	13	3	2	5	1	1	2
1989	5	1	6	3	–	3	–	–	–
1990	5	–	5	3	–	3	4	1	5
1991	8	2	10	6	2	8	2	–	2
1992	10	1	11	3	–	3	2	–	2
1993	2	1	3	6	1	7	7	1	8
1994	6	2	8	5	1	6	4	1	5
1995	5	2	7	4	–	4	3	–	3
1996	4	2	6	3	–	3	1	–	1
1997	8	1	9	1	–	1	1	–	1
1998	5	3	8	2	–	2	–	–	–
1999	7	5	12	–	–	–	1	–	1
2000	7	3	10	1	–	1	1	–	1
2001*	4	1	5	1	–	1	–	–	–
Alls	**117**	**31**	**148**	**46**	**6**	**52**	**30**	**4**	**34**

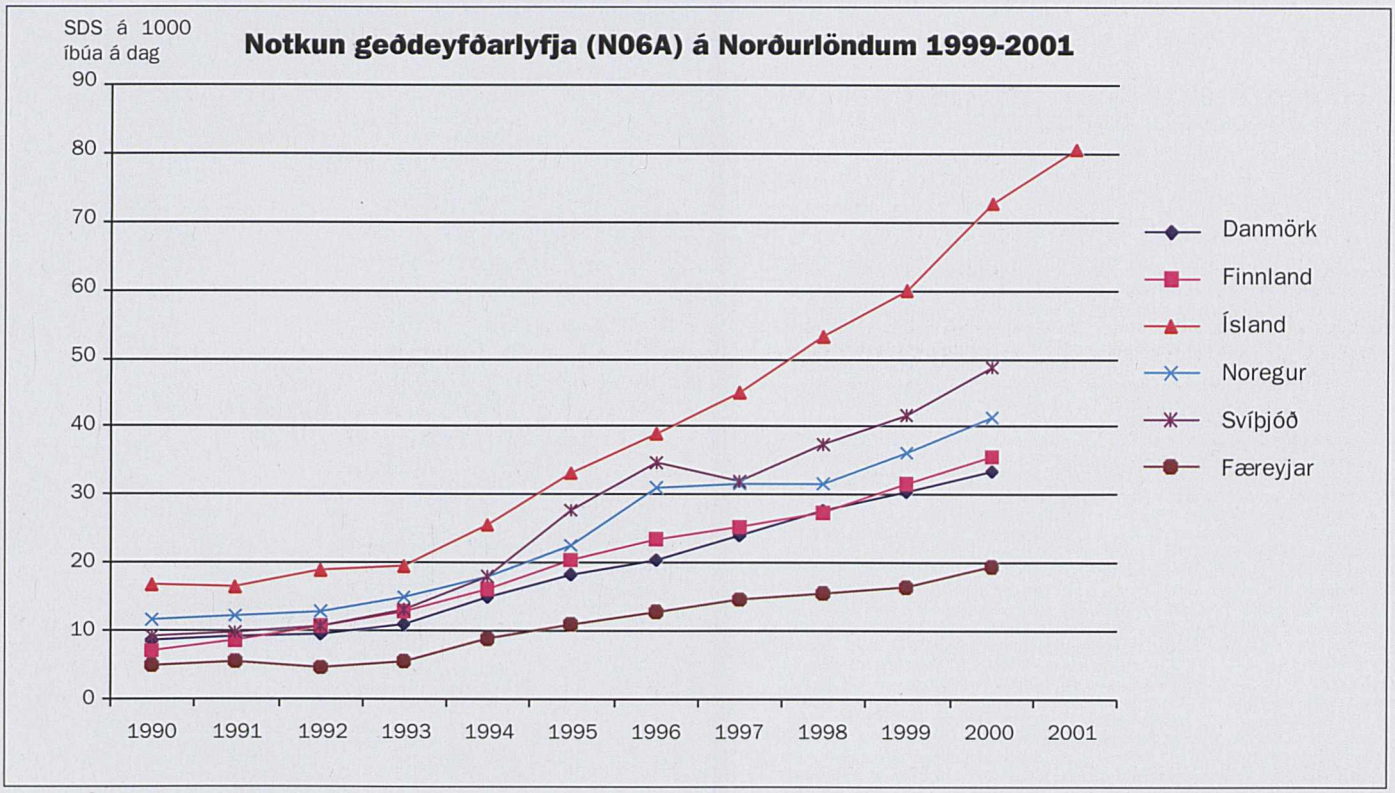
*Til 30. júní

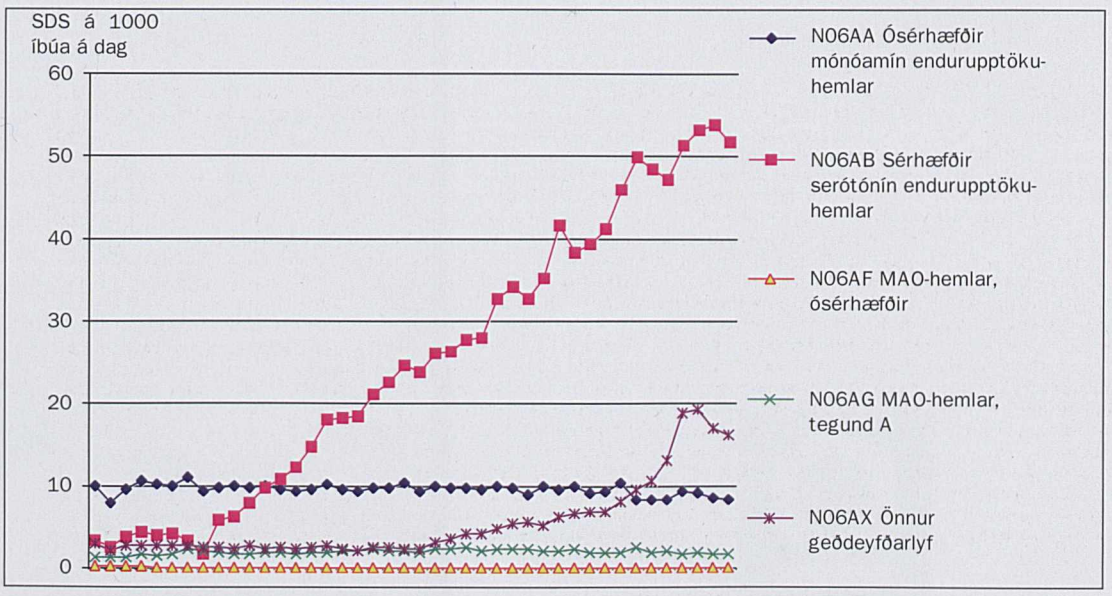
Lyfjamál 99

Geðdeyfðarlyf á Norðurlöndum

NOTKUN GEÐDEYFÐARLYFJA HELDUR ÁFRAM AÐ AUKAST eins og línuritin hér að neðan sýna. Aðeins virðist þó draga úr vextinum hjá okkur á yfirstandandi ári, en óvíst er hvort framhald verður á því. Nokkur árstíðasveifla er greinilega til staðar þegar ársfjórðungstölur eru skoðaðar.

Það sem mest sker í augu er hinn gífurlegi munur á okkur og hinum Norðurlöndunum. Á síðasta ári er notkun okkar 50% meiri en Svía sem næstir okkur koma og 270% meiri en Færeyinga sem eru með minnsta notkun. Það virðist vera verðugt rannsóknarefni að finna hver er leyndardómur Færeyinga í þessu efni.





Notkun geðdeyfðarlyfja (N06A) á Íslandi
(ársfjórðungstölur frá 1991 til 3. ársfjórðungs 2001)

Sertral
(sertralín)

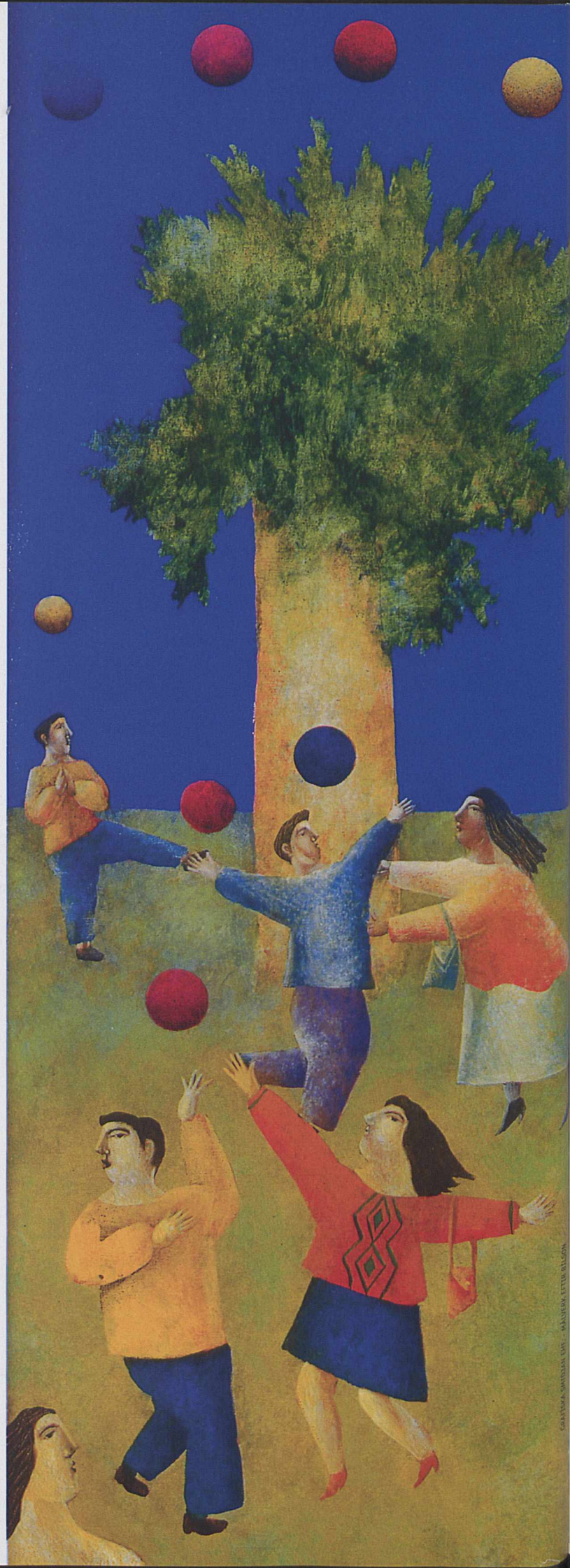
Öruggt og árangursríkt lyf við þunglyndi, þráhyggju- og áráttusýki

Hver tafla inniheldur: Sertralín hýdróklóríð, samsvarandi sertralín 50 mg. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Þunglyndi. Þráhyggju- og áráttusýki (obsessive-compulsive disorder). Felmturskast (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 felmturskröstum (ofsahræðslu) með eða án víðáttufælni:** Upphafsskammtur er 25 mg á dag. Skammtur er aukinn í 50 mg á dag eftir eina viku. Ef þörf krefur má auka þennan skammt um 50 mg á dag, í þrepum á nokkrum vikum. Hámarksskammtur sem mælt er með er 200 mg á dag. Skammtastærðir handa öldruðum eru þær sömu og að framan er getið. Árangur meðferðar getur komið fram innan 7 daga, en oftast þarf 2-4 vikna meðferð áður en full verkun næst. Sertralín er að mestu leyti umbrotið í lifur. Minni eða færri skammta skal gefa af lyfinu ef sjúklingur er með minnkaða lifrarstarfsemi. Lyfið er tekið einu sinni á dag, annað hvort að morgni eða að kvöldi. Töflurnar má taka ýmist með eða án matar. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Samtímis notkun MAO-hemils. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ekki skal gefa sjúklingum sertralín, sem notað hafa MAO-hemlandi lyf, fyrr en 2 vikum eftir að slíkri meðferð hefur verið hætt. Á sama hátt skal ekki gefa MAO-hemlandi lyf fyrr en 2 vikum eftir að sertralín meðferð hefur verið hætt. Eins og hjá öðrum þunglyndislyfjum hefur verið skráð örvun á maníu og hypómaníu hjá nokkrum sjúklingum. Flogaveiki getur hugsanlega versnað við notkun lyfsins og því skal gæta varúðar við gjöf sertalíns hjá sjúklingum með flogaveiki. Meðferð með sertralíni skal hætt ef sjúklingar fá krampakóst. Sertralín er að mestu leyti umbrotið í lifur. Hjá sjúklingum með takmarkaða lifrarstarfsemi minnkar útskilnaðarhraði lyfsins, minni eða færri skammta skal þá gefa af lyfinu. Vegna aukinnar hættu á sjálfsvígstilraunum samfara þunglyndi skal hafa náið eftirlit með sjúklingum í upphafi meðferðar. Gæta ber varúðar við notkun lyfsins hjá sjúklingum, sem eru með sykursýki og meðhöndlaðir með insúlíni eða sykursýkilyfjum af súlfónýlúreaflokki. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Samtímis gjöf MAO-hemlandi lyfja getur valdið skyndilegum háþrýstingi og oförvunarástandi. Gæta ber varúðar við samtímis gjöf sertralíns og annarra lyfja sem verka á miðtaugkerfið. Neysla áfengis er ekki ráðlögð meðan á sertralín meðferð stendur. Samtímis notkun litíums getur aukið tíðni aukaverkana sertralíns, einkum ógleði, skjálfta og kvíða. Þar til frekari upplýsingar liggja fyrir ætti ekki að nota serótónín virk lyf eins og tryptófan, súmatriptan eða fenflúramín samtímis sertralíni, vegna hugsanlegrar hættu á milliverkunum. Þar sem sertralín er bundið plasmapróteinum, skal hafa í huga möguleikann á að sertralín milliverki við önnur próteinbundin lyf (t.d. warfarín og digitoxín). Samtímis gjöf sertralíns og címetidíns getur valdið aukningu í blóðstyrk sertralíns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Dýratilraunir benda ekki til að lyfið hafi áhrif á frjósemi eða hafi fósturskemmandi áhrif, en mjög hár skammtar hafa leitt til aukinnar dánartíðni nýfæddra dýra. Engar tilraunir hafa verið gerðar á barnshafandi konum. Ber því að forðast notkun lyfsins á meðgöngu nema brýna nauðsyn beri til. Engar upplýsingar liggja fyrir um hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk, þess vegna ættu konur með barn á brjósti ekki að nota lyfið. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Lyfið getur haft áhrif á viðbragðsflýti og ber að hafa það í huga við akstur og stjórnun véla. Sjúklingar sem aka bifreiðum eða stjórna öðrum vélknúnum tækjum skal ekki gefið sertralín samtímis bensódíazepínafbrigðum eða öðrum róandi lyfjum. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkun lyfsins er ógleði, u.þ.b. 20%. **Algengar (>1%): Almennar:** Aukin svitamyndun, svimi, syfja, höfuðverkur, óróleiki, þyngdartap, lystarleysi (anorexia). **Taugakerfi:** Vöðvaskjálfti, truflun á sáðláti. **Meltingarfæri:** Ógleði, munnþurrkur, niðurgangur, meltingaróþægindi. **Sjaldgæfar (0,1-1%): Geðrænar:** Kvíði. **Mjög sjaldgæfar (< 0,1): Efnaskipti:** Lækkun natríums í sermi (hyponatremi). **Taugakerfi:** Rugl, kynlífsóþægindi hjá konum, náladofi, doði, 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 að andlega háðir lyfinu. **Lyfjahvörf:** Sertralín hefur skammtaháð lyfjahvörf á skammtabilinu 50 - 200 mg á dag. Eftir 50 - 200 mg á dag í 14 daga sést hámarksblóðþéttni hjá mönnum 4,5 - 8,4 klst. eftir gjöf. Stöðugri blóðþéttni er náð eftir daglega gjöf sertralíns í eina viku. Lyfið er nánast allt próteinbundið (um 98%). Rannsóknir á dýrum hafa sýnt að lyfið hefur mjög stórt dreifingarrúmmál. Sertralín umbrotnar mikið í fyrstu umferð í lifur. Sertralín og aðalumbrotsefni þess,
N-desmetýlsertralín (sem virðist að mestu óvirkt) umbrotna að mestu leyti í líkamanum og umbrotsefnin skiljast út með saur og þvagi. Aðeins lítið magn af sertralíni skilst óbreytt út með þvagi. Helmingunartími í útskilnaðarfasa er u.þ.b. 26 klst.. Lyfjahvörf lyfsins eru eins hjá eldri og yngri sjúklingum. Inntaka sertralíns með mat hefur ekki marktæk áhrif á aðgengi lyfsins.
Útlit: Hvítar, filmuhúðaðar töflur, ílangar, kúptar (stærð: 10 x 5 mm), með deilistriki.
Pakkningar og verð (Lyfjaverðskrá 1. nóvember)

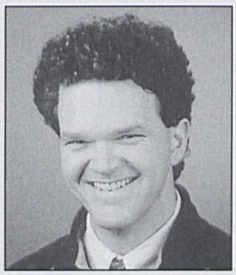
Sertral 50 mg, 28 stk	3.377 kr
Sertral 50 mg, 98 stk.	10.704 kr

Omega Farma

www.omega.is



Af „sjússum“ og blóðflæði



Bjarni Jónasson

Sendið efni í anda læknaskops í **Broshornið**, Læknablaðinu, Hlíðasmára 8, 201 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.

Kynöskur

„Ég er komin út af manninum mínum,“ sagði konan við lækninn sinn. „Þegar við stundum kynlíf öskrar hann alveg rosalega í hvert skipti sem hann fær fullnægingu.“

„Það er nú svo sem ekkert athugavert við það í sjálfu sér. Mörgum konum finnst meira að segja æsandi að heyra karlinn öskra,“ sagði læknirinn.

„Það þætti mér líka, ef hann væri ekki alltaf að vekja mig með þessum öskrum.“

Handþvottur

Þegar maður lendir í djúpum, heimspekilegum pælingum veltir maður því fyrir sér hvað skurðlæknar hafa eiginlega verið að bardúsa, sem réttlætir allan þennan handþvott!

Uppörvun

Ef þú ert niðurdreginn og heldur að þú þurfir víagra skaltu hitta fagmann. Ef það dugar ekki geturðu farið til læknis.

Hundrað pund

Lyflæknir og skurðlæknir hittust á götu í London.

Lyflæknirinn: „What did you operate Mr. Jones for?“

Skurðlæknirinn: „A hundred pound.“

Lyflæknirinn: „No, I mean what had he got?“

Skurðlæknirinn: „A hundred pound.“

Enginn veit ...

Þreyttur unglæknir heyrðist tauta fyrir munni sér við enn ein bústaðarskiptin: „Enginn veit hvað átt hefur fyrr en flutt hefur.“

Fljótt, fljótt

Er hröð fæðing ekki óðagot?

Sjúss fyrir háttinn

Læknar eru stundum spurðir út í atriði sem ekki er auðvelt að svara. Stundum þyrfti læknirinn að spyrja einhvers á móti.

Sjúklingurinn: „Er ekki í lagi þótt ég fái mér víski-sjúss fyrir háttinn?“

Læknirinn: „Ég fæ nú ekki séð að það geti skaðað þig neitt að ráði.“

Það sem læknirinn vissi ekki var að sjúklingurinn háttaði sig átta sinnum á dag.

Skorið við nögl

Margrét var nývöknuð eftir aðgerðina og garnir hennar gauluðu. Sjúkraliðinn kom með kvöldmatinn til hennar á bakka. Margrét leit yfir bakkann og gat ekki orða bundist. „Kjötbiti sem er þynnri en blaðsíða í bók, kexkaka sem er jafnstór og baun og matskeið af rjómaís. Kallar þú þetta kvöldmat?“

„Mér þykir það leitt,“ sagði sjúkraliðinn, „en þetta er víst allt og sumt sem ég má færa þér að svo stöddu. Get ég annars gert eitthvað annað fyrir þig?“

„Já þakk,“ sagði Margrét, „mér þætti vænt um að þú sæktir frímerki handa mér svo ég geti lesið með matnum.“

Það sem sjúklingurinn má alls ekki heyra á aðgerðarstofunni

„Flýtum okkur svo við missum ekki af Bráðavaktinni.“

„Þetta hláturgas er meiriháttar. Má ég fá aðeins í viðbót?“

„Hafðu ekki áhyggjur. Ég held að hnífurinn bíti alveg nógu vel.“

„Ég er ekki viss um hvað þetta er, en viltu fyrir alla muni flýta þér að setja það á ís.“

„Vissi læknirinn að maðurinn mundi líta svona út eftir aðgerðina?“

„Eldur, eldur, allir út!“

„Hver djö... hér vantar blaðsíðu 47 í kennslubókina.“

„Það er best að varðveita þetta stykki. Við gætum þurft á því að halda við krufninguna.“

Hætt við aðgerð

Svo var það konan sem ætlaði að fara í aðgerð hjá lýtalækni en hætti við þegar hún sá læknastofuna hans skreytta með myndum eftir Picasso.

Heilræði

Farðu aldrei til læknis sem er með dauðar plöntur á stofunni hjá sér.

Aukið blóðflæði

Læknaneminn var á fullu í andlegum undirbúningi fyrir stefnumótið við draumadísina. Áætlunin gekk út á að sækja dömuna og snæða síðan dýrindis kvöldverð á fínum veitingastað. Hvað síðan tæki við átti að ráðast af aðstæðum. Læknaneminn hafði pata af því að tiltekin pillutegund mundi auka blóðflæðið til neðri hluta búksins. Hann var tilbúinn að leggja eitt og annað á sig til þess að kynorkan yrði sem mest þegar á hólminn væri komið. Hann gleypti því töflu og fór svo og hitti dömuna. Stefnumótið endaði hins vegar óvænt þar eð herrann fékk brátt gyllinæðarkast.

Læknadagar 14.-18. janúar 2002

Fræðslustofnun lækna

Framhalds-menntunarráð læknadeildar

Símenntunarnámskeið fyrir alla lækna,
framhaldsmenntunarnámskeið fyrir deildarlækna og aðra unglækna

Staður: Mánudagur og þriðjudagur í **Hlíðasmára 8, Kópavogi**
Miðvikudagur, fimmtudagur og föstudagur á **Grand Hóteli, Reykjavík**

Skráning hefst 4. janúar hjá Margréti Aðalsteinsdóttur á skrifstofu læknafélaganna í síma 564 4100. Einnig geta þeir sem sækja aðeins hluta námskeiðsins skráð sig á staðnum.

Þátttökugjald er ekkert

Dagskrá

Mánudagur 14. janúar í Hlíðasmára 8

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Sýkingar í neðri loftvegum. Hvenær er ástæða til frekari skoðunar?**
Fundarstjóri: Hilmar Kjartansson
09:00-09:25 **Endurtekin berkjubólga – uppvinnsla:** Jón Steinar Jónsson
09:25-09:50 **Lungnabólga, endurtekin/þrálát – skilgreiningar:** Eyþór Björnsson
09:50-10:15 **Varnir lungna – uppvinnsla:** Ólafur Baldursson
10:15-10:45 **Kaffihlé**
10:45-11:10 **Örvera, hýsill, umhverfi:** Magnús Gottfreðsson
11:10-11:35 **Berklar, greining, uppvinnsla:** Þorsteinn Blöndal
11:35-12:00 **Umræður**

Kl. 12:00-13:00 **Hádegishlé**

Kl. 13:00-16:00 **Ýmis gullkorn**
Fundarstjóri: Gunnar Bjarni Ragnarsson
13:00-13:45 **Röntgenmynd eða tvær. Kviður og lungu:** Pétur Hannesson
13:45-14:10 **Skjaldvakabrestur:** Ari Jóhannesson
14:10-14:35 **Sykursýki af tegund II:** Ástráður B. Hreiðarsson
14:35-14:45 **Umræður**
14:45-15:05 **Kaffihlé**
15:05-15:45 **Heilsugæsla í þróunarlöndum og undirbúningur fyrir störf þar:** Geir Gunnlaugsson
15:45-16:00 **Umræður**

Þriðjudagur 15. janúar í Hlíðasmára 8

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Líknandi meðferð**
Fundarstjóri: Sigurður Árnason
09:00-09:30 **Hvað er líknandi meðferð, í hverju er hún fólgin, hvenær og hvernig er rétt að beita henni?:** Sigurður Guðmundsson
09:30-09:45 **Viðhorf íslenskra lækna og hjúkrunarfræðinga til líknandi meðferðar:** Ásdís Þórbjarnardóttir hjúkrunarfræðingur

09:45-10:00 **Líknardeildin í Kópavogi:** Valgerður Sigurðardóttir
10:00-10:30 **Kaffihlé**
10:30-11:10 **Meðferð við lífslok:** Valgerður Sigurðardóttir
11:10-11:30 **Að ástunda sannleika í kærleika:** Sr. Sigfinnur Þorleifsson
11:30-12:00 **Umræður**

Kl. 12:00-13:00 **Hádegishlé**

Kl. 13:00-16:00 **Málþing: Óhefðbundnar lækningar. The Challenge of Complementary and Alternative Medicine**
Fundarstjóri: Arnór Víkingsson
Fyrirlesarar: Wayne B. Jonas og Ronald A. Chez læknar við Samueli Institute for Information Biology, Kaliforníu
1. Current use by populations, interventions, indications
2. Definitions and major and minor categories
3. Clinical data
4. Safety and benefit risk considerations
5. Educational resources for the clinician
Kaffihlé

Miðvikudagur 16. janúar á Grand Hóteli

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Lungna- og hjartaendurhæfing**
Fjallað verður um lífeðlisfræði hjarta- og lungnasjúkdóma, einkum með tilliti til þjálfunar. Þá verður talað um áhrif þjálfunar á fólk með hjarta- og lungnasjúkdóma og rök fyrir því að nota þjálfun sem meðferð og rætt um val á sjúklingum til mismunandi tegundar þjálfunar og endurhæfingar
Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning
Dagskrá verður nánar auglýst síðar

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Lýðheilsa – yfirlit**
Fundarstjórar: Kristinn Tómasson, Ólafur Hergill Oddsson
09:00-09:10 **Lýðheilsa – mikilvægi fyrir velferð þjóðar:** Sigurður Guðmundsson
09:10-09:25 **Hvað er lýðheilsa?:** Vilhjálmur Rafnsson
09:25-09:35 **Nýja barnið?:** Hjálmar Freysteinsson
09:35-09:45 **Heilsuvernd á vinnustað:** Kristinn Tómasson
09:45-09:55 **Heilsuvernd aldraðra:** Haukur Valdimarsson
09:55-10:05 **Hjartavernd:** Guðmundur Þorgeirsson
10:05-10:15 **Varnir gegn krabbameinum:** Kristján Sigurðsson
10:15-10:45 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
10:45-10:55 **Geðvernd:** Kristinn Tómasson
10:55-11:05 **Slysavarnir:** Brynjólfur Mogensen
11:05-11:15 **Smitsjúkdómar:** Haraldur Briem
11:15-11:45 **Hvernig komum við lýðheilsu á framfæri?:** Guðjón Magnússon rektor Nordiska hälsovårdhögskolan
11:45-12:00 **Samantekt og umræður:** Ólafur Hergill Oddsson

Kl. 09:00-12:00 **Augnskoðun/eyrnaskoðun – vinnubúðir**
Ingibjörg Hinriksdóttir, Elínborg Guðmundsdóttir
Smásjárskoðun á eyra, þrýsti- og viðbragðsmælingar. Augnskoðun í slitlampa
Hámarksfjöldi þátttakenda er 16. **Skráning er nauðsynleg**
Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning. Styrkt af Austurbakka

Kl. 10:30-12:00 **Lyfjameðferð og eftirlit með flogaveiki – samræðufundur**
Elías Ólafsson
Hámarksfjöldi þátttakenda er 20. **Skráning er nauðsynleg**

Kl. 12:00-13:00 **Hádegishlé. Hádegisverðarfundur**

Kl. 13:00-16:00 **Málþing: „Gáttir allar áður gangi fram um skoðast skyli ...“**
Fundarstjóri: Vilhelmína Haraldsdóttir
13:00-13:30 **Loftvegasýkingar: greining og nýjungar:** Karl G. Kristinsson
13:30-14:00 **Klínísk notkun og túlkun á próteinrafdrætti:** Ísleifur Ólafsson
14:00-14:30 **Öryggi blóðhluta: hvers væntum við?:** Sveinn Guðmundsson
14:30-15:00 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
15:00-15:30 **Ábendingar fyrir mergástungu:** Hlíf Steingrímsdóttir
15:30-16:00 **Óvænt dauðsföll:** Þóra Steffensen, Gunnlaugur Geirsson

Hádegisverðarfundur
Kl. 12:00-13:00
COPD: Gunnar Guðmundsson
Power Point – punkturinn yfir iið: Rannveig Ásgeirsdóttir
Genital herpes: Jón Hjaltalín Ólafsson
Höfuðverkur (tilfelli): Sigurlaug Sveinbjörnsdóttir

Léttur málsverður er innifalinn. Hámarksfjöldi þátttakenda er 12. **Skráning er nauðsynleg. Fundirnir eru styrktir af GlaxoSmithKline**

Kl. 13:00-16:00 **Málþing: Bráðir kransæðasjúkdómar**
Fundarstjóri: Hjalti Már Björnsson
13:00-13:45 **Móttaka og flokkun sjúklinga með brjóstverk:** Davíð O. Arnar
13:45-14:30 **Brátt kransæðaheilkenni (acute coronary syndrome):** Karl Andersen
14:30-15:00 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
15:00-15:45 **Nýjungar í meðferð sjúklinga með ST hækkun:** Ragnar Danielsen
15:45-16:00 **Umræður**

Kl. 13:00-14:30 **Höfum við not fyrir samtalstækni? – samræðufundur**
Valgerður Sigurðardóttir og fleiri
Hámarksfjöldi þátttakenda er 20. **Skráning er nauðsynleg**

Kl. 13:00-16:00 **Kirurgia minor – vinnubúðir**
Rafn Ragnarsson, Tómas Jónsson, Ólafur Einarsson, Guðmundur Már Stefánsson
Hámarksfjöldi þátttakenda er 16. **Skráning er nauðsynleg**
Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning

Fimmtudagur 17. janúar á Grand Hóteli

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Svefnleysi og dagsyfja I**
Fundarstjóri: Eyþór Björnsson
09:00-09:30 **Taugalíffeðlisfræði svefns:** Elías Ólafsson
09:30-10:30 **Insomnia /hypersomnolence – and its consequences:** David Dinges prófessor í taugalíffeðlisfræði við háskólann í Pennsylvania
10:30-11:00 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
11:00-11:30 **Svefnleysismeðferð:** Júlíus Björnsson
11:30-12:00 **Notkun svefnlyfja:** Þórður Sigmundsson

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Heilaæxli, greining og meðferð** – fundur á vegum Samtaka um krabbameinsrannsóknir á Íslandi
Fundarstjóri: Kristinn Guðmundsson
09:00-09:30 **Myndgreining:** Kolbrún Benediktsdóttir
09:30-10:00 **Vefjagreining:** Helgi Ísaksson
10:00-10:30 **Skurðmeðferð:** Aron Björnsson
10:30-10:50 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
10:50-11:20 **Geislameðferð:** Jakob Jóhannsson
11:20-11:50 **Lyfjameðferð:** Sigurður Böðvarsson
11:50-12:10 **Aðalfundur SKÍ**
12:10-13:00 **Veitingar**

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Læknisfræðileg vandamál í íþróttum**
Fundarstjóri: Kristján Erlendsson læknir og formaður íþróttafélagsins Gerplu
09:00-09:10 **„Íþróttir efla alla dáð“:** Kristján Erlendsson
09:10-09:20 **Keppnisíþróttamaðurinn. Lífsstíll og lífssýn:** Lára Hrund Bjargardóttir sundkona

09:20-09:50 **Áreynsluastmi:** Gunnar Jónasson
09:50-10:20 **Áreynslutengdir stoðkerfisverkir hjá börnum og unglingum. Vaxandi vandamál?:** Yngvi Ólafsson
10:20-10:50 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
10:50-11:20 **Keppnisíþróttir og lyf. Lagalegt umhverfi:** Birgir Guðjónsson
11:20-11:50 **Áhrif anabólískra steramisnotkunar á hjarta og blóðrás:** Guðmundur Þorgeirsson
11:50-12:00 **Umræður**

Kl. 10:30-12:00 Þunglyndi í meðgöngu – samræðufundur
Gerður Aagot Árnadóttir, Halldóra Ólafsdóttir
Hámarksfjöldi þátttakenda er 20. **Skráning er nauðsynleg**

Kl. 12:00-13:00 Hádegishlé. Hádegisverðarfundur

Kl. 13:00-16:00 Málþing: Svefnleysi og dagsyfja II
Fundarstjóri: Aðalsteinn Guðmundsson
13:00-13:40 **Uppvinnsla svefntruflana:** Bryndís Benediktsdóttir
13:40-14:20 **Sleep disorders:** Susan Dunning
14:20-14:50 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
14:50-15:30 **The impact of ageing on sleep:** Ove Dehlin prófessor í öldrunarlækningum við háskólasjúkrahúsið í Lundi
15:30-16:00 **Svefntruflanir hjá börnum – greining og meðferð:** Hákon Hákonarson

Kl.13:00-16:00 Málþing: Meðferð á endaþarms- og ristilkrabbameini
Meðal fyrirlesara er Robert Steele prófessor í krabbameinsskurðlækningum við háskólasjúkrahúsið í Dundee
Dagskrá verður nánar auglýst síðar

Kl. 13:00-16:00 Meðferð slasaðra á vettvangi – vinnubúðir
Jón Baldursson og fleiri
Hámarksfjöldi þátttakenda er 16. **Skráning er nauðsynleg**
Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning

Kl. 13:00-16:00 Málþing: Á brattann
Fundarstjóri: Sigurbjörn Sveinsson
13:00-13:50 **Veikindi lækna:** Þórarinn Tyrfingsson, Stefán Þórarinsson, Már Kristjánsson, Óskar Einarsson
13:50-14:40 **Átök einkalífs og starfs. Eru sættir í sjónmáli?:** Agnes Wold læknir og dósent í Gautaborg og fulltrúi frá FUL
14:40-15:10 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
15:10-16:00 **Starfslok lækna:** Sigurður Guðmundsson
Pallborðsumræður: Tryggvi Ásmundsson ásamt frummælendum

Hádegisverðarfundur

Kl. 12:00-13:00
Tourette heilkenni: Samuel Kuperman yfirlæknir barna- og unglingageðdeildar háskólasjúkrahússins í Iowa City
Fjöllyfjanotkun hjá öldruðum: Ólafur Samúelsson
Bláæðasjúkdómar í fótum: Georg Steinþórsson

Léttur málsverður er innifalinn. Hámarksfjöldi þátttakenda er 12. **Skráning er nauðsynleg. Fundirnir eru styrktir af GlaxoSmithKline**

Föstudagur 18. janúar á Grand Hóteli

Kl. 09:00-12:00 Málþing: Greining og meðferð þunglyndis og ofvirkniröskunar í börnum og unglingum
Fundarstjóri: Ólafur Ó. Guðmundsson
09:00-09:10 **Inngangur:** Dagbjörg Sigurðardóttir
09:10-10:00 **Treatment of attention deficit hyperactivity disorder. The US perspective:** Samuel Kuperman yfirlæknir barna- og unglingageðdeildar háskólasjúkrahússins í Iowa City
10:00-10:20 **Meðferð ofvirkniröskunar: Hvar stöndum við?:** Dagbjörg Sigurðardóttir, Gísli Baldursson
10:20-10:50 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
10:50-11:40 **Childhood and adolescent depression. New aspects in diagnosis and treatment:** Samuel Kuperman
11:40-12:00 **Pallborðsumræður**



Því að meðhöndla í 10 daga þegar 3 dagar nægja?

Zitromax®

azitrómýcín

einu sinni á dag í 3 daga

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

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

Pfizer

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

Heimildir:

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

Kl. 09:00-12:00 **Yfirlitserindi I**
Fundarstjóri: Kristján Guðmundsson
09:00-09:25 **Greining og meðferð skammvinnra miðtaugakerfiseinkenna:** Albert Páll Sigurðsson
09:25-09:50 **Getnaðarvarnir – nýjungar:** Ragnheiður Bjarnadóttir
09:50-10:10 **MOSA vandinn:** Magnús Gottfreðsson
10:10-10:30 **Þefskyn – til hvers?:** Hannes Petersen
10:30-11:00 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
11:00-11:20 **Bólgueyðandi gigtarlyf – hagkvæm notkun:** Björn Guðbjörnsson
11:20-11:40 **Úr sögu læknisfræðinnar – frumkvöðullinn Snorri Hallgrímsson:** Árni Björnsson
11:40-12:00 **Að greina botnlangabólgu – er eitthvað nýtt?:** Sigurður Blöndal

Kl. 09:00-12:00 **Málþing: Erfðaráðgjöf**
Fundarstjóri: Óskar Þór Jóhannsson
09:00-09:30 **Hlutverk erfðaráðgjafar – hefðbundin erfðaráðgjöf:** Kristleifur Kristjánsson
09:30-10:15: **Erfðaráðgjöf í fjölgenasjúkdómum:** John Burn prófessor, Medical director, Institute of Human Genetics International Center for Live, Newcastle Upon Tyne
10:15-10:45 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
10:45-11:30 **Hvers er þörf við erfðaráðgjöf í upphafi nýrrar aldar?:** Funmi Olopade prófessor, University of Chicago
11:30-12:00 **Umræður**

Kl. 12:00-13:00 **Hádegishlé. Hádegisverðarfundur**
Fræðslustofnun gefur þátttakendum kost á léttum hádegisverði á kr. 250

Kl. 13:00-16:00 **Yfirlitserindi II**
Fundarstjóri: Arnór Víkingsson
13:00-13:30 **Colorectal cancer screening:** Robert Steele
13:30-14:10 **Laser í lækningaskyni**
Húðmein: Jón Þrándur Steinsson
Sjónlagsgallar: Jóhannes K. Kristinsson
14:10-14:30 **Þrúgur reiðinnar!?:** Katrín Fjeldsted
14:30-15:00 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
15:00-15:20 **Ofnæmislost á sjúkrahúsum orsakavaldar, rétt viðbrögð:** Unnur Steina Björnsdóttir
15:20-15:40 **Meðferð áfengisfráhvarfs:** Valgerður Rúnarsdóttir
15:40-15:55 **Húðin – gluggi innri meinsemda:** Bolli Bjarnason

Kl. 13:00-16:00 **Málþing: Bráðalækningar utan sjúkrahúsa**
Fundarstjóri: Þórir B. Kolbeinsson
13:00-13:30 **Kynning á vandamálinu:** Colville Laird
13:30-13:50 **Aðkoma þyrlulæknis:** Hannes Petersen
13:50-14:10 **Móttaka sjúklinga á sjúkrahúsi:** Guðjón Birgisson
14:10-14:50 **Uppbygging þjálfunar og símenntunar í Skotlandi:** Colville Laird
14:50-15:20 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
15:20-16:00 **Pallborðsumræður:** Haukur Valdimarsson, Jón Baldursson, auk fyrirlesara

Kl. 13:00-16:00 **Málþing: Spáþættir í geðklofa, uppvinnsla og greining, samvinna í vísindum**
Fundarstjóri: Kristinn Tómasson
13:00-13:45 **Predictors of schizophrenia:** Matti Isohanni prófessor í geðlækningum við Háskólann í Oulu
13:45-14:30 **The team work in scientific study:** Matti Isohanni
14:30-15:00 **Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning**
15:00-15:45 **Geðklofi, uppvinnsla og greining:** Þórður Sigmundsson
15:45-16:00 **Umræður**

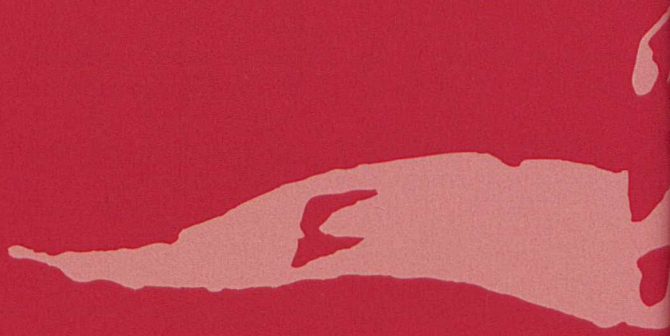
Kl. 16:00-17:00 **Lokafyrirlestur. Umhverfis jörðina á 50 mínútum:** Geir Gunnlaugsson

Kl. 17:00 **Kokdillir**
í boði GlaxoSmithKline

Hádegisverðarfundur

Kl. 12:00-13:00
Meðferð inflúensu: Gunnar Gunnarsson
Greining og meðferð heilabilunar í heilsugæslunni: María Ólafsdóttir
Slys á börnum – fyrsta meðferð: Stefán Hjálmarsson
Bólusetning ferðamanna: Sigurður Ingi Sigurðsson

Léttur málsverður er innifalinn. Hámarksfjöldi þátttakenda er 12. **Skráning er nauðsynleg. Fundirnir eru styrktir af GlaxoSmithKline**



Loksins geta þínir sjúklingar tekið *astma einföldum* tökum.

Nýjungin Symbicort®

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

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

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

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

(Sj sérlyfjaskrártexta og heimildaskrá á næstu síðu)

Nokkrar staðreyndir um astma

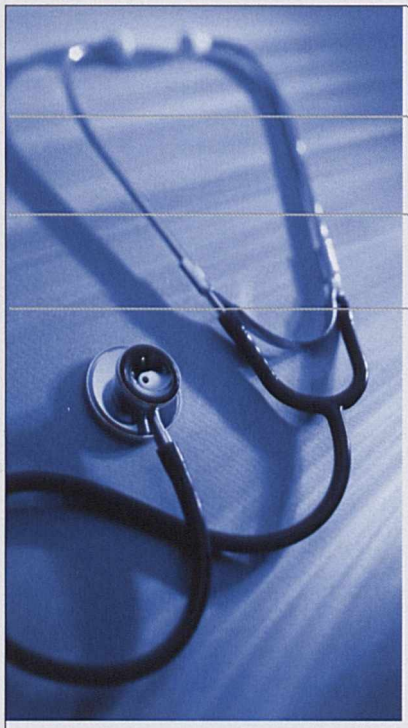
- *Breytilegur og sveiflukenndur sjúkdómur*
- *Meðferð hefur verið flókin*
- *Meðferðarheldni hefur verið slök*
- *Astmatilvikum hefur fjölgað á Íslandi*

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



SYMBICORT®

Allt í einu - sniðið að þínum þörfum



Hefur þú kynnt þér Lífeyrissjóð lækna?

- Lífeyrisgreiðslur til æviloka
- Góð makalífeyrisréttindi
- Örorkutrygging við starfsorkumissi
- Góð ávöxtun og hagkvæmur rekstur
- Hagstæð lán til sjóðfélaga
- Fjölmargar leiðir fyrir séreignasparnað
- Dagleg yfirlit um innborganir og inneign
- Ráðgjöf

... og margt fleira

Nánari upplýsingar eru á:

www.llaekna.is

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA

LÍFEYRISSJÓÐUR LÆKNA

Kirkjusandi, 155 Reykjavík
Sími: 560 8970, Myndsendir: 560 8910
Netfang: ll@llaekna.is, Veffang: www.llaekna.is

ÍSLANDSBANKI

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

Symbicort Turbuhaler

INNÖNDUNARDUFT, R 03 A K (Sérlyfjaskrártexti og heimildaskrá)

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

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

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

XV. þing Félags íslenskra lyflækna

Ísafirði 7.-9. júní 2002

XV. þing Félags íslenskra lyflækna verður haldið á Ísafirði dagana 7.-9. júní 2002. Þingið sjálft fer fram í húsnæði Menntaskólans en veggspjaldasýning og sýning fyrirtækja í íþróttahúsi Ísfirðinga sem er steinsnar frá skólahúsnæðinu.

Frjáls erindaflutningur verður í minna mæli en verið hefur og stærri hluti vísindarannsókna verður kynntur með veggspjöldum. Þess í stað verður hlutur gestafyrirlesara og málþinga stærri.

Skilafrestur ágripa er 1. apríl 2002.

Nánari upplýsingar um dagskrá og annað sem snýr að þinginu munu birtast í janúarhefti Læknablaðsins.

Upplýsingar veita:
Runólfur Pálsson formaður Félags íslenskra lyflækna: *runolfur@landspitali.is*
Birna Þórðardóttir framkvæmdastjóri þingsins: *birna@icemed.is*

HEILBRIGÐISSTOFNUNIN EGILSSTÖÐUM

Yfirlæknisstaða

Óskað er eftir heimilislækni í stöðu yfirlæknis frá og með 01.01.2002 við Heilbrigðisstofnunina á Egilsstöðum, sem skiptist milli heilsugæslu- og sjúkrasviðs. Stofnunin þjónar Fljótsdalshéraði og Borgarfirði eystri, sem er landfræðilega stórt svæði með um 3.000 íbúa.

Á Egilsstöðum hefur til langs tíma verið rekin öflug og metnaðarfull heilbrigðisþjónusta og mönnun fagfólks hefur verið stöðug. Er nú leitað eftir fjórða lækni á svæðið.

Skólar og almenn þjónusta er til fyrirmyndar á Egilsstöðum, möguleikar til frístundaathafna fjölbreyttir, umhverfið barnvænt og veðursæld og náttúrufegurð rómuð.

Umsóknarfrestur er til 15. desember 2001.
Upplýsingar veitir Auðbergur Jónsson yfirlæknir í síma 471 1400

– Reyklaus vinnustaður –

Sentrum Røntgeninstitutt

er det største private røntgeninstituttet i Norge, med sju avdelinger hvorav tre i Oslo, en i Lillestrøm, Bergen, Trondheim og Stavanger. Instituttet har 130 ansatte hvorav åtte radiologer og 23 radiografer og foretar ca 340 000 undersøkelser årlig. Instituttets kvalitets- og miljøsystem er ISO-sertifisert.

Vi søker **Radiolog** til vår avdeling i Trondheim.

Vi tilbyr meget konkurransedyktige betingelser, herunder pensjonsordning i egen pensjonskasse. Lønn etter kvalifikasjoner og produksjon. Tiltredelse snarest. Mulighet for deltidsstilling i oppstartsfase. Stillingen kan eventuelt deles mellom to radiologer.

Spørsmål om stillingen kan rettes til administrerende overlege, Are Løken, T: 047 91 76 53 40, epost: *a.loken@sri.no*

Søknad sendes Sentrum Røntgeninstitutt, v/adm. overlege Are Løken, PB. 594 Høyden, 1522 Moss.

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 apólípópróteín 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 árangursrikt 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 (kreatínínúthreinsun <30 ml/mín), skal ekki gefa meira en 10 mg á dag nema að vandlega athuguðu máli. Ef slíkir skammtar eru nauðsynlegir skal gefa þá með varúð. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna lyfsins. Virkur lifrarsjúkdómur eða viðvarandi hækkaðir transamínasar í blóði af óþekktum orsökum. Samhliða gjöf mibefradils (afskráð lyf) sem er kalsíumgangaloki úr tetralólflokki (sjá varnaðarorð). Meðganga og brjóstagjöf. **Varúð:** *Viðvaðrir:* Simvastatín og aðrir HMG-CoA afoxunarmiðlahemlar geta stundum valdið vöðvakvilla, sem lýsir sér sem vöðaverkur eða þróttleysi sem tengist mikið hækkuðum kreatínínkínasa (> 10 x eðlileg efri mörk). Rákvöðvalýsa, með eða án bráðrar nýrnabilunar, vegna myóglóbíns 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 gemfibrózíl 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 mibefradil úr tetralólflokki, ítrakónazól, ketókónazól og önnur azól-sveppalyf, makrólíðsýklalyfin erýtrómýcín og klaritrómýcín, HIV 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 transaminasar eru frábendingar fyrir notkun simvastatíns. **Milliverkanir:** *Gemfibrózíl 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, HIV próteasa hemlar og nefazódón. Greipávaxtasafi inniheldur eitt eða fleiri efni sem hamla CYP3A4 og geta aukið blóðþéttni lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4. *Kúmaríналeiður:* Hjá sjúklingum sem eru á kúmarín blóðþynningarmeðferð skal mæla próthrombíntíma áður en simvastatín meðferð er hafin og síðan með nægilega stuttu millibili til þess að tryggja að ekki sé um marktæka breytingu á próthrombíntíma að ræða. **Meðganga og brjóstagjöf:** Simvastatín er ekki ætlað þunguðum konum .Simvastatín skal aðeins gefa konum á barneignaraldri ef ólíklegt er að um þungun verði að ræða. Ef kona, sem fær meðferð með lyfinu, verður þunguð, skal meðferð hætt strax og konan upplýst um mögulega hættu fyrir fóstrið. Ekki er vitað hvort simvastatín eða umbrotsefni þess skiljast út í brjóstamjólk. Þar sem mörg lyf skiljast út í brjóstamjólk og vegna möguleika á alvarlegum aukaverkunum, ættu konur sem taka lyfið ekki að gefa börnum sínum brjóst (Sjá frábendingar). **Aukaverkanir:** Simavastatín þolist almennt vel. Aukaverkanir hafa aðallega verið vægar og skammvinnar. Minna en 2% sjúklinga hafa hætt í klínískum viðmiðunarrannsóknum vegna aukaverkana, sem rekja má til simavastíns. Algengasta aukaverkunin er hægðatregða (2-3%). ***Algengar (>1%):*** *Meltingarfæri:* Hægðatregða, kviðverkir, uppþemba, ógleði. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** *Almennt:* Þróttleysi, höfuðverkur. *Meltingarfæri:* Meltingartruflanir; niðurgangur. *Húð:* Útbrot. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** *Almennt:* Svimi. *Blóð:* Blóðleysi.*Meltingarfæri:* Uppköst. *Húð:* Kláði, hártap. *Lifur:* Gula, lifrarbólga, brisbólga. *Stoðkerfi:* Vöðvakrampar, vöðvabólga, vöðvakvilli, rákvöðvalýsa. *Taugakerfi:* Höfuðskyntruflanir, úttaugakvillar. Ofnæmisheilkenni hefur sést en sjaldan og hefur haft einhver eftirfarandi einkenna : hiti, andlitsroði, ofsakláði, ljósnæmi, andnauð, slappleiki, ofsabjúgur, einkenni lík rauðum úlfum, fjölvöðvagigt, æðabólga, blóðflagnafæð, eósínfíklafjölld, hækkað sökk, liðbólga og liðverkir. Blóðmeina- og meinefnafræðilegar rannsóknir: Greinilegar og þrálátar hækkanir á blóðþéttni lifrarensíma hafa sjaldan sést. Hækkaður alkalískur fosfatasi og gamma-GT hafa sést. Frávik frá lifrarstarfsemisprófum hafa venjulega verið væg og skammvinn. Hækkanir á blóðþéttni kreatínkínasa (CK) frá beinagrindarvöðvum hafa sést (sjá Varúð). **Pakkningar og verð (mars, 2001): Töflur 10 mg:** 28 stk. 3702 kr; 98 stk. 10838 kr; **Töflur 20 mg:** 28 stk. 5653 kr; 98 stk. 16999 kr; **Töflur 40 mg:** 28 stk. 6467 kr.; 98 stk. 20084 kr.; **Töflur 80 mg:** 28 stk. 8264 kr.; 98 stk. 25847 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Að ákveðnum skilyrðum uppfylltum og að fenginni umsókn frá lækni getur Tryggingastofnun ríkisins gefið út lyfjaskírteini sem veitir heimild til greiðsluþátttöku samkvæmt merkingunni E. Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V. Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Tilvitnanir: 1 Scandinavian Simvastatin Sur-vival Study Group: *Randomised trial of chole-sterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvasta-tin Survival Study (4S).* Lancet 344(8934): 1383-1389, 1994 **2** Kjekshus J et al: Redu-cing the risk of coronary events: Evidence from the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Am J Cardiol 76(9): 64C-68C, 1995 **3** Pedersen TR et al: Safety and tolerability of cholesterol lowering with simvastation over 5 years in the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Arch Intern Med 156: 2085-2092, 1996 **4** Pyörälä K et al: Choleste-rol lowering with simvastatin improves prognosis of diabetic patients with coronary heart disease: A subgroup analysis of *the Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S).* Diabetes Care 20(4): 614-620, 1997

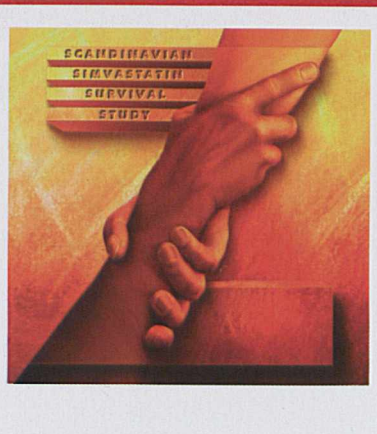
ÞRÍÞÆTT ÁHRIF



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

Heimsmet MedCom 12.99

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
Félag sérfræðinga í meltingarsjúkdómum:
www.gastro.is
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.landspítali.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

Læknar í AA

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

Einingaverð og fleira

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

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2001	221.743
A liður 2	frá 1. janúar 2001	194.021
B liður	frá 1. júlí 2001	313.485
E liður 1-6	frá 1. júlí 2001	241
E liður 7	frá 1. júlí 2001	481

Skólaskoðun í framhaldsskólum

Miðað við fyrri forsendur	222

Kílómetragjald frá 1. júní 2001

Almennt gjald	50,85
Sérstakt gjald (utan malbiks +15%)	58,47

Dagpeningar frá 1. júní 2001
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	12.000
Gisting eina nótt	7.000
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	5.000
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	2.500

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

Vefvísa

Berist tölvupóstur frá Heilsugæslustöðinni á Akureyri hangir við eftirfarandi vísa:

Á netinu er fínt að fá
fróðleik sem að lokkar.
Í heimildir um HAK má ná
á heimasíðu okkar:
http://www.akureyri.is

Segi menn svo að netið hefti þjóðlegheitin!

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.

25.-26. janúar 2002
Í Osló. NUGA, Nordisk Urogynekologisk Arbeidsgruppes Årsmøte. Nánari upplýsingar: *ariann.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*

10.-13. apríl 2002
Í Brussel. The 36th Annual Scientific Meeting of The European Society for Clinical Investigation (ESCI). Skilafrestur ágripa 10. desember. Upplýsingar: *travex.congres@skynet.be*

29. maí-1. júní 2002
Í Reykjavík. The 33rd Scandinavian Neurology Congress and the 2nd Scandinavian Congress of Neurological Nursing. Upplýsingar: Ráðstefnuþjónusta Congress Reykjavík, Lára B. Pétursdóttir. Sími: 585 3900; netfang: *congress@congress.is*
Veffang: *http://www.neurocongress.hi.is*

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

9.-13. júní 2002
Í Reykjavík. Emergency Medicine Between Continents. Nánari upplýsingar er að finna á vef 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. 12. norræna heimilislæknaþingið. Skilafrestur ágripa 1. mars 2002. Upplýsingar: *http://www.medisin.ntnu.no/ism/nordisk2002*

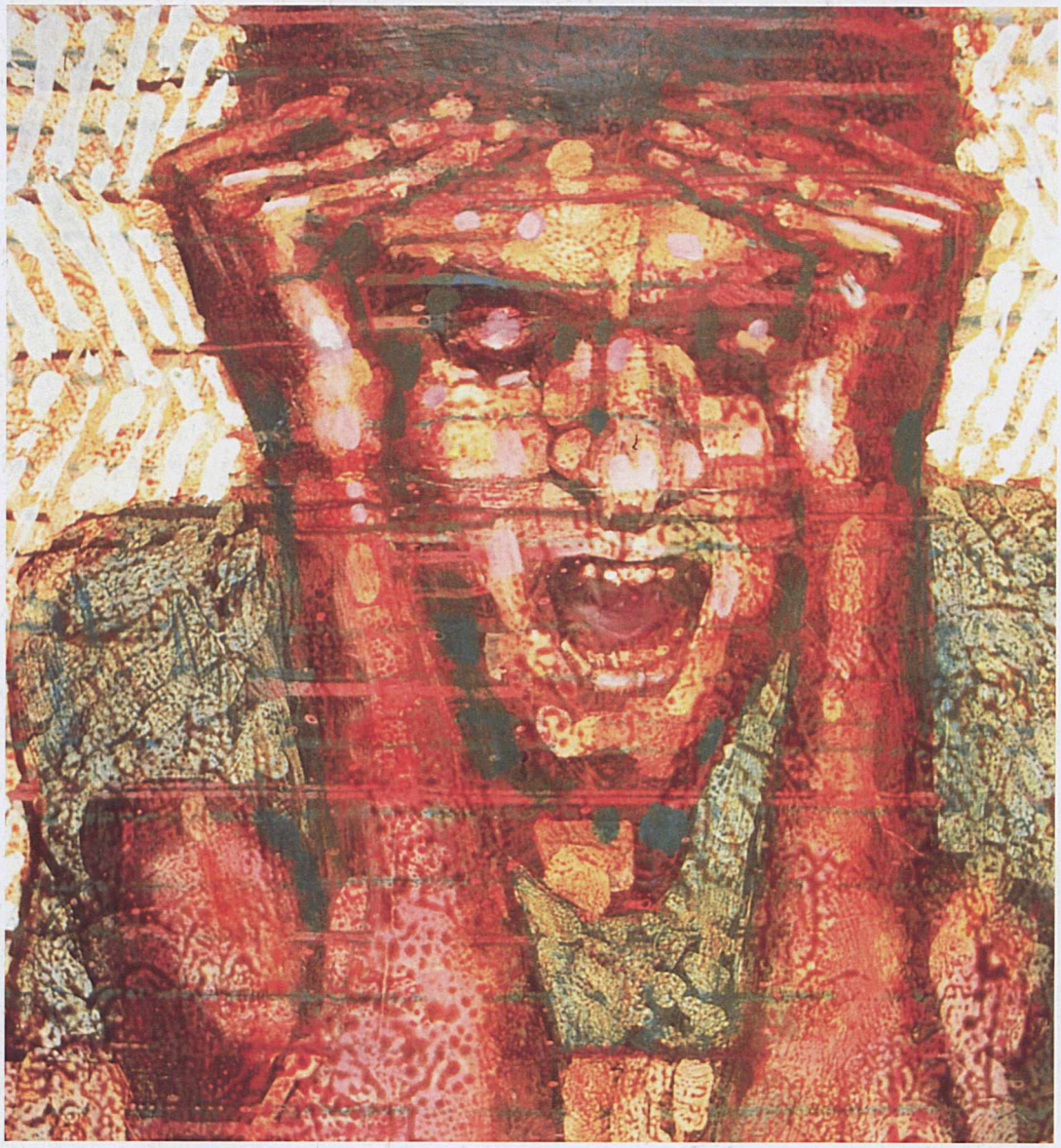
5.-8. september 2002
Í Montrèal, Kanada. The 3rd International DNA Sampling Conference. The themes of the conference: Population Genetics and Community Genetics; Research: DNA Sampling and Banking; Public and Private Databases; Discrimination; Benefit-Sharing and Patents. Nánari upplýsingar: *http://www.humgen.umontreal.ca*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

Imigran
GlaxoSmithKline

STUNGULYF sc; N 02 CC 01 RE 1 ml inniheldur: Sumatriptanum INN, súkkínat, 16,8 mg, samsvarandi Sumatriptanum INN 12 mg, Natrii chloridum 7 mg, Aqua ad iniectabilia ad 1 ml. **TÖFLUR; N 02 CC 01 RE** Hver tafla inniheldur: Sumatriptanum INN, súkkínat, samsvarandi Sumatriptanum INN 50 mg eða 100 mg. **Eiginleikar:** Súmatriptan virkjar sérhæft serótónínviðtaka af undirflokki 5-HT1D í heilaæðum. Verkun lyfsins hefst 10-15 mínútum eftir gjöf undir húð og um 30 mínútum eftir inntöku **Ábendingar:** Erfið mígreniköst, þar sem ekki hefur náðst viðunandi árangur með öðrum lyfjum. Cluster (Hortons) höfuðverkur. Lyfið á einungis að nota, þegar greiningin mígreni eða Cluster-höfuðverkur er vel staðfest. **Frábendingar:** Kransæðasjúkdómur, alvarlegur háþrýstingur, blóðrásartruflanir í útlimum, nýrnabilun, lifrarbilun. Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Ekki má nota samtímis lyf, sem innihalda ergótamín. Imigran má ekki gefa fyrr en 24 klst. eftir gjöf ergótamíns og ergótamín má ekki gefa fyrr en 6 klst. eftir gjöf Imigran. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki er vitað hvort lyfið geti skaðað fóstur en dýratilraunir benda ekki til þess. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í móðurmjólk. **Aukaverkanir:** Allt að 50% sjúklinganna fá einhverjar aukaverkanir. Ýmis þessara óþæginda hverfa eftir 30-60 mín. og gætu sum þeirra verið hluti af mígrenikastinu. **Algengar** (>1%): Óþægindi á stungustað. Þreyta, sljóleiki. Tímabundin blóðþrýstingshækkun og húðroði. Ógleði og uppköst. Máttleysi og spenna í vöðvum. Náladofi og hitatilfinning. Svimi. Þrýstingstilfinning með mismunandi staðsetningu, oftast fyrir brjósti. Sjaldgæfar (0,1% - 1%): Hækkun lifrarenzýma í blóði. **Milliverkanir:** Ekki má nota samtímis lyf sem innihalda ergótamín. Engar sérstakar milliverkanir hafa fundist við própranólól, díhýdróergótamín, pízótífen eða alkóhól. **Varúð:** Vara ber sjúklinga við stjórnun vélknúinna ökutækja samtímis notkun lyfsins. Við notkun lyfsins geta komið fram tímabundin einkenni eins og brjóstverkur og þrýstingstilfinning, sem getur orðið töluverð og getur leitt upp í háls. Þó þessi einkenni líkist hjartaöng, heyrir til undantekninga að þau séu af völdum samdráttar í kransæðum. Herpingur í kransæðum getur leitt til hjartsláttartruflanna, blóðþurrðar og hjartavöðvadreps. Sjúklinga, sem verða fyrir slæmum eða langvarandi einkennum, sem líkjast hjartaöng, ber að rannsaka með tilliti til blóðþurrðar. **Athugið:** Stungulyfið má ekki gefa í æð vegna herpings í kransæðum og mikillar blóðþrýstingshækkunar, sem getur átt sér stað. Vegna takmarkaðrar klíniskrar neyslu er ekki mælt með notkun lyfsins handa sjúklingum eldri en 65 ára. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Lyfið á að gefa við fyrstu merki um mígrenikast en getur verkað vel þó það sé gefið síðar. Imigran er ekki ætlað til varnandi meðferðar. **Töflur:** Venjulegur upphafsskammtur er ein 50 mg tafla. Sumir sjúklingar geta þó þurft 100 mg. Ef einkennin koma fram á nýjan leik má gefa fleiri skammta þó ekki meira en 300 mg á sólarhring. Töflurnar á að gleypa heilar með vatni. **Stungulyf:** Venjulegur upphafsskammtur er 6 mg (ein sprauta) undir húð. Ef ekki fæst fullnægjandi árangur má gefa aðra sprautu (6 mg) innan 24 klst., en minnst ein klst. verður að líða á milli lyfjagjafa. Takmörkuð reynsla er af gjöf fleiri en fjögurra skammta (24 mg) á mánuði. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Pakkningar og verð:** Stungulyf: einnota dæla 0,5 ml (= 6 mg virkt efni) x 2 - 7.685 - kr einnota dæla 0,5 mg (= 6 mg virkt efni) x 2 + lyfjapenni (Glaxopen). ^ 7.685 - kr. Töflur 50 mg: 12 stk. (þynnupakkað) ^ 10.962 ^ kr. Töflur 100 mg: 6 stk. (þynnupakkað) ^ 9.313 ^ kr. Skráning lyfsins í formi stungulyfs er bundin því skilyrði, að notkunarleiðbeiningar á íslenzku um meðfylgjandi lyfjapenna (Glaxopen) fylgi hverri pakkningu þess. Skráning lyfsins er bundin því skilyrði að ávísanir takmarkist við mest eina pakkningastærð hvors lyfjaforms.19.03.01.



ÞEGAR TIL KASTANNA KEMUR

IMIGRAN

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