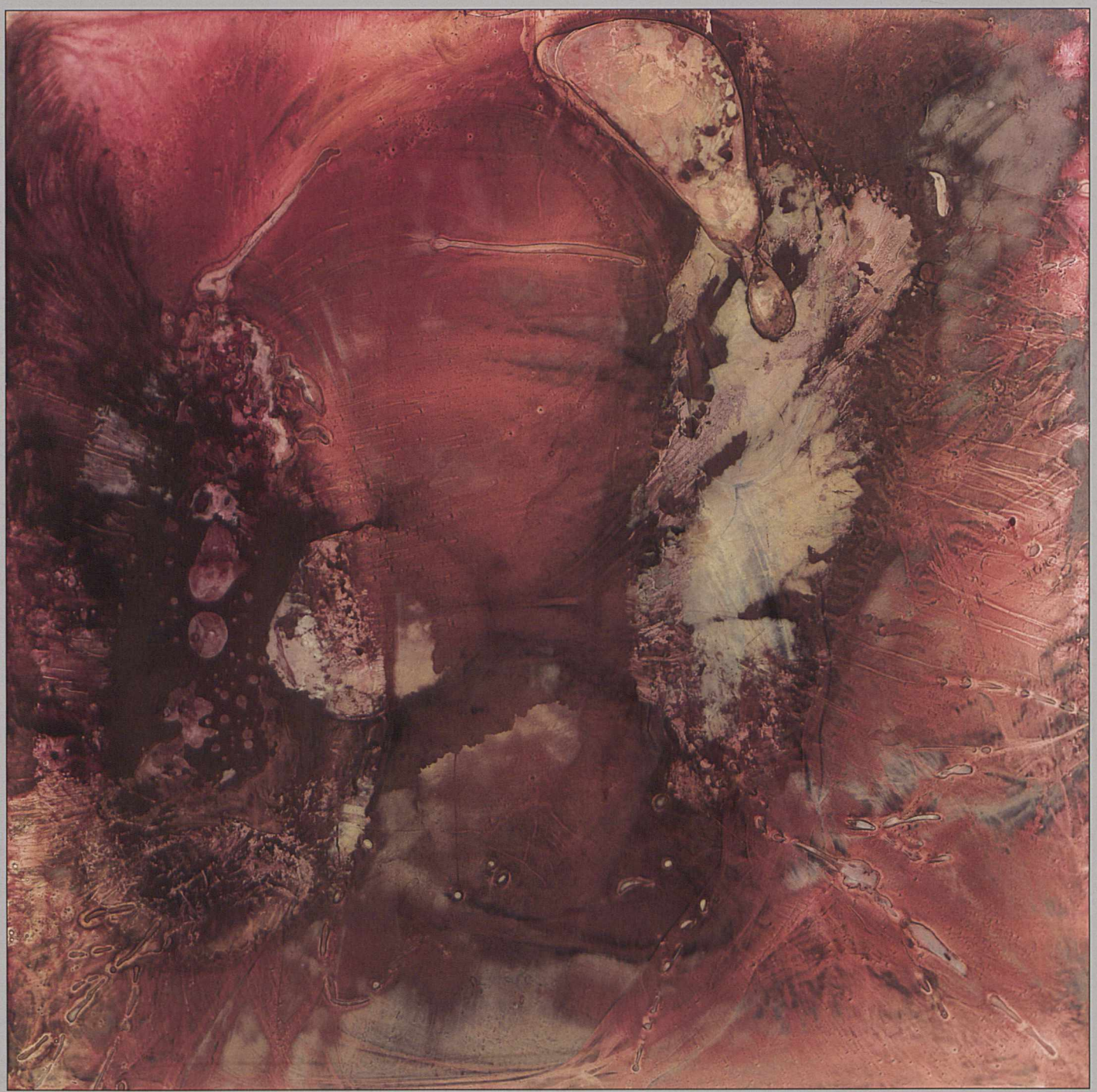
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



3/2002



Zarator®
(atorvastatin)

Kröftugt og vel rannsakað.



ZARATOR – Atorvastatinum. **Ábendingar:** Of hátt heildarkólesteról, LDL-kólesteról, apólípóprótein B og þríglýserið 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

Pfizer

FRÆÐIGREINAR

183 **Ritstjórnargreinar:**
Læknablaðið – frá læknum til lækna
Hannes Petersen

185 **Af skottulæknum og öðrum**
Haukur Valdimarsson

189 **Eitilfrumuæxli í briskirtli sem orsök stíflugulu. Sjúkratilfelli**
Ingi Þór Hauksson, Tómas Guðbjartsson, Jón Hrafnkelsson, Friðbjörn Sigurðsson, Jónas Magnússon
Hér er lýst sjúkratilfelli um fyrsta eitilfrumuæxli sem greinst hefur hér á landi. Tilfellið sýnir hversu mikilvægt er að fá gott vefsýni fyrir rétta greiningu, frekara mat og meðferðaráætlun.

195 **Dánarmein iðnverkakvenna**
Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, Kristinn Tómasson
Afturskyggn hóprannsókn sem hafði þann tilgang að kanna dánartíðni vegna reykingatengdra sjúkdóma meðal iðnverkakvenna í samanburði við aðrar íslenskar konur.

205 **Brennslumeðferð við ofansleglahraðtakti á Íslandi**
Gizur Gottskálksson
Grein um rannsóknir á brennsluaðgerðum á fimm ára tímabili, 1994-1998. Brennslan hefur stórbætt meðferð sjúklinga með ofansleglahraðtakt og í þeim er greinilega fólgin varanleg lækning í stað lyfjameðferðar sem einungis heldur einkennum niðri. Niðurstöður rannsóknanna sýna mjög góðan árangur.

211 **Nýr doktor í læknisfræði: Helga Hannesdóttir**

215 **Fólasínnotkun barnshafandi kvenna fyrir þungun og á meðgöngu**
Sigfríður Inga Karlsdóttir, Rannveig Pálsdóttir, Reynir Arngrímsson
Lýst er rannsókn á fólasínnotkun kvenna fyrir þungun og á meðgöngu sem komu í mæðravernd á Heilsugæslustöðina á Akureyri í einn mánuð. Jafnframt var athuguð tíðni fyrirfram ákveðinna þungana og þekking kvenna varðandi forvarnargildi fólasíns.

219 **Klínískar leiðbeiningar um blóðþynningu og blóðflöguhemjandi meðferð einstaklinga með gáttatif án lokusjúkdóma**
Frá Landlæknisembættinu

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

3. tbl. 88. árg. Mars 2002

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

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

Ritstjórnarfulltrúi:
Védís Skarphéðinsdóttir
Netfang: vedis@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

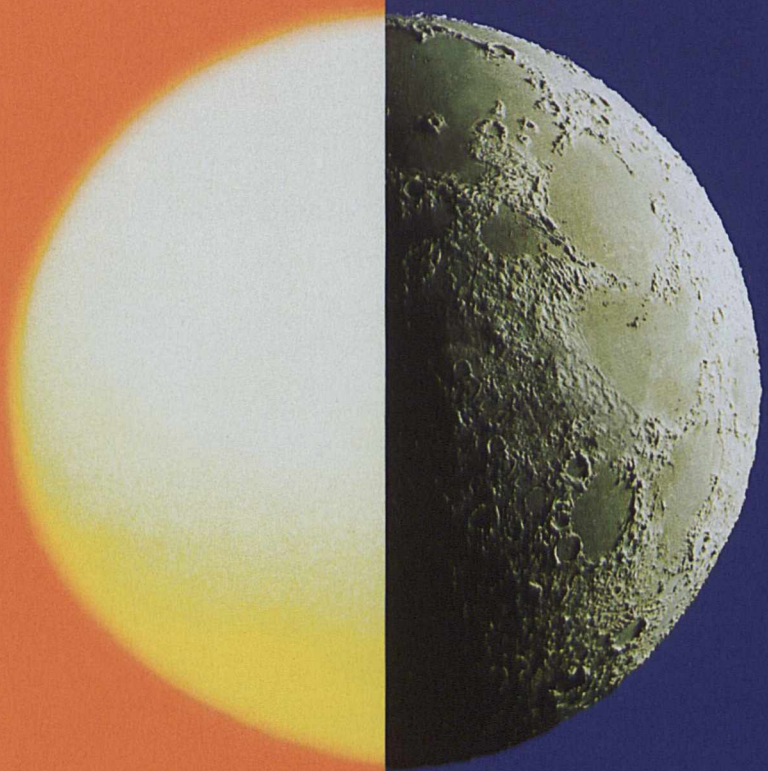
Áskrift: 6.840,- m.vsk.
Lausasala: 700,- m.vsk.

© 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 Gutenberg/Grafík hf., Smiðjuvegi 3, 200 Kópavogi

Pökkun:
Plastpökkun, Skemmuvegi 8, 200 Kópavogi.

ISSN: 0023-7213



NÝTT

AUGMENTIN

tvisvar á dag

MIXTÚRA & TÖFLUR

gsk GlaxoSmithKline

Nýtt... / GLA 01-01-01

AUGMENTIN (GlaxoSmithKline 870191. (Amoxisillín og klavúnatsýra). **Ábendingar:** Sýkingar af völdum sýkla, sem eru næmir fyrir lyfjablöndunni. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir beta-laktam lyfjum, t.d. penicillíni og cefalóspórínsamböndum. Mononucleosis. Saga um gulu eða skerta lifrarstarfsemi, sem tengist gjöf á Augmentin eða skyldum lyfjum. **Aukaverkanir:** Við venjulega skömmtun lyfsins má búast við aukaverkunum hjá 5% sjúklinga. Aukaverkanir frá meltingarvegi svo sem linar hægðir, ógleði, uppköst og meltingartruflanir eru þó algengari ef hærri skammtar eru gefnir. Virðast þessar aukaverkanir algengari við gjöf þessa lyfs en við amoxicillíns eins sér. ***Algengar (>1%):*** Meltingarvegur: Linar hægðir. Húð: útbrot, kláði. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Blóð: Afturkræf hvítfrumnafæð, afturkræf blóðflagnafæð. Meltingarvegur: Ógleði, uppköst. Húð: Ofsakláði. **Milliverkanir:** Próbenecíð seinkar útskilnaði amoxicillíns, en ekki útskilnaði klavúlansýru. Því er ekki mælt með samtímis gjöf próbenecíðs og Augmentin. Samtímis gjöf amoxicillíns og allópúrínóls getur aukið líkur á ofnæmisútbrotum í húð. Engar upplýsingar eru um samtímis gjöf Augmentin og allópúrínóls. Eins og önnur breiðvirk sýklalyf getur Augmentin dregið úr virkni getnaðarvarnataflna. **Varúð:** Við skerta nýrnastarfsemi (kreatínínklerans < 30 ml/mín.) þarf að minnka skammta fyrir 250 mg + 125 mg töflur og 500 mg + 125 mg töflur og ekki á að nota 875 mg + 125 mg töflur. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Vegna aspartaminnihalds mixtúrunnar skal gæta varúðar hjá sjúklingum með fenýlketonureu. Lenging á prótrombín tíma hefur verið lýst í einstaka tilvikum hjá sjúklingum sem fá Augmentin. Þegar blóðþynningarlyf eru gefin samtímis skal viðeigandi eftirliti vera framfylgt. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Venjulegur skammtur er ein tafla 250 mg + 125 mg þrisvar sinnum á dag. Við alvarlegum efri loftvegasýkingum og lungnasýkingum ein tafla 500 mg + 125 mg þrisvar sinnum á dag eða ein tafla 875 mg + 125 mg tvisvar sinnum á dag. - Æskilegt er að gefa lyfið við upphaf máltíðar. **Skammtastærðir handa börnum:** Mixtúra 80/11,4 mg/ml (1 ml mixtúra = 80 mg amoxicillín): Dagsskammtur 25/3,6 mg/kg - 45/6,4 mg/kg. **Athugið:** Fullbúin mixtúra hefur 7 daga geymsluþol í ísskáp (2-8°C). Afgreiðslutilhögun R. Greiðslutilhögun 0. **Pakkningar og hámarksverð:** Mixtúruduft 80 mg + 11,4 mg/ml: 70 ml verð kr. 2465,-. Töflur 875 mg + 125 mg:12 stk. (þynnupakkað) verð kr. 2546,-. (19012001)

225 **Af sjónarhóli stjórnar LÍ: Vaktafyrirkomulag Landspítala í uppnámi**
Hulda Hjartardóttir

227 **Norrænir læknar ræða öryggi sjúklinga**
Þröstur Haraldsson

Formannaráðstefna LÍ

228 **Stórhýsi Íslenskrar erfðagreiningar vígt**
Þröstur Haraldsson

232 **Sameiningin hefur gengið ótrúlega vel**
Rætt við Magnús Pétursson forstjóra Landspítala – háskólasjúkrahúss
Þröstur Haraldsson

237 **Rannsóknir í heilsugæslunni**
Lúðvík Ólafsson

239 **Ljóðabréf Páls Ólafssonar til Gísla Hjálmarssonar læknis**
Þröstur Haraldsson

243 **Spítalinn er á vakt allan sólarhringinn allt árið**
Rætt við stjórnendur Slysa- og bráðadeildar LSH um breytt fyrirkomulag
Þröstur Haraldsson

244 **Námskeið fyrir heilbrigðisstarfsfólk í dreifbýli**
Þröstur Haraldsson

245 **Stuldur á lyfseðilseyðublöðum**
Frá Lyfjastofnun

247 **Íðorðasafn lækna 142. Eintala, fleirtala**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

249 **Faraldsfræði 16. Rangflokkun**
María Heimisdóttir

251 **Lyfjamál 102.**

253 **Broshornið 24. Af mæðgum og mótmælum**
Bjarni Jónasson

255 **Af erlendum vettvangi**

257 **Þing/ráðstefnur**

260 **Námskeið/þing**

261 **Styrkir**

263 **Lausar stöður**

264 **Okkar á milli**

266 **Minnisblaðið**

Sími Læknablaðsins er
564 4104

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



© Bjarni Sigurbjörnsson

Ljósm.: Ívar Brynjólfsson

Málverk **Bjarna Sigurbjörnssonar** eru óvenjuleg, ekki síst fyrir það að í þeim má lesa sterkari trú á möguleikum málverksins sjálfs en við erum vön að finna í verkum annarra samtímamálara. Það er ekki óeðlilegt að hugurinn hverfi til málaranna í New York-hópnum eftir samanburði við þróttmiklar litakómpósisjónir hans. Úr þeim skín vissan um málverkið, hin örugga trú á tjáningarmátt lita og forma á fletinum. Verkið hér að ofan er frá árinu 2001 en ber ekkert heiti.

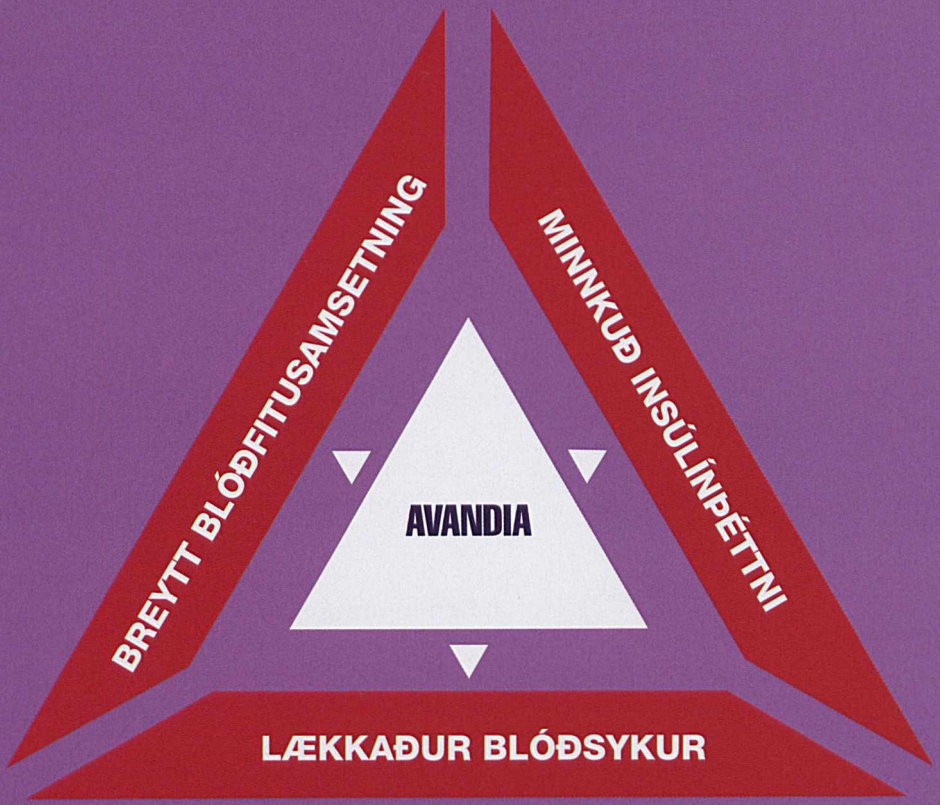
En verk Bjarna eru samt á engan hátt einfalt afturhvarf til þess tíma þegar málverkið var ennþá fyrsta og næstum síðasta viðfangsefni myndlistarinnar. Þau eru þvert á móti á ýmsan hátt ákaflega nútímaleg og nýta vel þá merkingarmöguleika sem okkar tímar bjóða listamanninum. Þau eru í aðra röndina konsept, og felst það í því sjónarhorni sem Bjarni kýs að veita okkur á málverk sín. Í stað þess að mála á striga eða tré málar hann á gagnsæjan flöt og snýr svo botni málverksins að áhorfendum; áhorfandinn fær að sjá málverkið frá sjónarhorni strigans. Með þessu byltast allar hugmyndir okkar um yfirborð málverksins – yfirborðið er ekki lengur það sem máli skiptir, hið eiginlega andlit málverksins. Í myndunum skiptir yfirborðið nánast engu máli. Í stað þess að við lítum á það sem er undir yfirborðinu einungis sem „grunn" – stuðning eða undirbúning að hinu eiginlega málverki sem liggur á yfirborðinu – sjáum við nú að hin neðri lög eiga sér líka líf og það er ansi skrautlegt. Þarna berjast marglit eiturefni um yfirráð, brenna, blandast og skilja sig út. Þarna blómstra litaflekkir og form sem sér hvergi stað á skítugu yfirborðinu, bakhlið málverksins. Þarna lifa litir og form í næringarríkum sjó olíu og eiturs.

Jón Proppé

NÚ ER HÆGT AÐ MEÐHÖNDLA INSÚLÍNVIÐNÁM

AVANDIA® ROSIGLITAZON

– Ný aðferð við meðhöndlun sykursýki af tegund 2



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

Avandia® Rósíglítazón SmithKline Beecham. Lyf við blóðsykurshækkun A10BG02. Rósíglítazón er sérhæfður viðtakablokki sem binst PPAR (peroxisomal proliferator activated receptor gamma) kjarnaviðtaka og tilheyrir sykursýkislyfjum af tíazólídíndíónflokki. Það dregur úr blóðsykurshækkun með því að draga úr viðnámi insúlíns í fituvef, beinagrindarvöðvum og lifur. **Lyfjaform:** Filmuhúðaðar töflur. **Ábendingar:** Rósíglítazón er einungis ætlað í samsettri meðferð til inntöku við sykursýki af tegund 2 hjá sjúklingum með ófullnægjandi blóðsykursstýringu þrátt fyrir hámarksskammt sem sjúklingurinn þolir, annað hvort af metformíni eða súlfónýlúrealyfi einu sér til inntöku: -með metformíni einu sér hjá offitusjúklingum: -með súlfónýlúrealyfi einu sér hjá sjúklingum sem sýna óþol við metformíni eða þar sem metformín er frábending. Aðeins læknir með reynslu af meðferð sykursýki af tegund 2 á að hefja meðferð með lyfinu. Reynsla af klínískum rannsóknum á rósíglítazóni nemur nú 2 árum. Ekki hefur verið sýnt fram á langtímaávinning af rósíglítazónmeðferð. **Skammtar og lyfjagjöf:** Venjulega hefst rósíglítazónmeðferð á 4 mg/dag. **Frábendingar:** Ekki má nota rósíglítazón hjá sjúklingum með: þekkt ofnæmi fyrir rósíglítazóni eða einhverju hjálparefnanna í töflunum, hjartabilun eða sögu um hjartabilun (I.-IV. stig NYHA), eða skerta lifrarstarfsemi. Rósíglítazón á heldur ekki að nota samhliða insúlíni. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ekki er fyrirliggjandi klínísk reynsla af notkun rósíglítazóns með tveimur öðrum sykursýkislyfjum til inntöku. Ekki ætti að nota rósíglítazón sem eins lyfs meðferð. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Í in vitro rannsóknum sést að rósíglítazón umbrotnar aðallega fyrir tilstilli CYP2C8 og er CYP2C9 þar aðeins minni háttar ferli. Ekki fundust neinar milliverkanir sem máli skiptu þegar dígoxín, CYP2C9 ensímhvarfefnið warfarín, CYP3A4 ensímhvarfefnin nifedipín, etínýlestradíól eða noretíndrón voru gefin samhliða rósíglítazóni. **Meðganga og brjóstagjöf:** Rósíglítazón ætti ekki að nota á meðgöngu. Konur með barn á brjósti eiga ekki að nota rósíglítazón. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir, sem grunur leikur á eða líklegt þykir að tengist meðferð og greint hefur verið frá oftar en einu sinni hjá sjúklingum sem fá rósíglítazón ásamt súlfónýlúrealyfjum eða metformíni í tvíblindum rannsóknum, eru taldar upp hér að neðan eftir líffæraflokki og tíðni þeirra. Tíðni er skilgreind sem: Algengar >1/100, <1/10; sjaldgæfar >1/1000, < 1/100. **Rósíglítazón ásamt metformíni;** Rauðkorn: Algengar: Blóðleysi. Umbrot og næringarferli: Algengar: Blóðsykurslækkun, blóðsykurshækkun. Sjaldgæfar: Fitudreyri, blóðsýring af völdum mjólkursýru, versnun sykursýki, kólesterólhækkun. Mið- og úttaugakerfi: Algengar: Höfuðverkur. Sjaldgæfar: Svimi. Meltingarfæri: Algengar: Niðurgangur, uppþemba, ógleði, kviðverkir, meltingartruflanir. Sjaldgæfar: Uppköst, lystarleysi, hægðatregða. Almennt: Algengar: Þreyta. **Rósíglítazón ásamt súlfónýlúrealyfjum;** Rauðkorn: Algengar: Blóðleysi, blóðflögublæðing og storknun. Sjaldgæfar: Blóðflagnafæð. Umbrot og næringarferli: Algengar: Blóðsykurslækkun, blóðsykurshækkun, þyngdaraukning. Sjaldgæfar: kólesterólhækkun, blóðfituhækkun, of mikið þríglýserið í blóði. Geðfræðilegt: Sjaldgæfar: Svefnhöfgi. Mið- og úttaugakerfi: Sjaldgæfar: Svimi, höfuðverkur, breytt húðskyn. Öndunarfæri: Sjaldgæfar: Andnauð. Meltingarfæri: Sjaldgæfar: Kviðverkir, uppþemba, ógleði, aukin matarlyst. Húð og útlimir: Sjaldgæfar: Hárlos, útbrot. Almennt: Sjaldgæfar: Þreyta, þróttleysi. **Lyfjafræðilegar upplýsingar;** Lyfhrif, flokkun eftir verkun: Lyf við blóðsykurshækkun, ATC flokkur: A10 BG 02. **Lyfjagerðarfræðilegar upplýsingar;** Hjálparefni: Töflukjarni: Natríumsterkju glýkollat (gerð A), hýprómellósi, örkristallaður sellulósi, laktósa mónóhýdrat, magnesíum sterat. Geymsluþol 2 ár. Engar sérstakar varúðarreglur um geymslu. Gerð íláts og innihald: Mattar þynnupakkningar (PVC/ál). 56 filmuhúðaðar töflur. Leiðbeiningar um notkun, meðhöndlun og förgun: Engin sérstök fyrirmæli. Nánari upplýsingar: Sjá Sérlyfjaskrá. **Pakkningar og verð, nóvember 2000:** 4 mg x 28 stk./5.523 kr. – 4 mg x 56 stk./9.802 kr. – 8 mg x 28 stk. /8.125 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** TR greiðir lyfið að fullu. Handhafi markaðsleyfis: SmithKline Beecham plc, New Horizons Court, Brentford, Middlesex, TW8 9EP, England. **Umboðsmaður á Íslandi: GlaxoSmithKline, Þverholti 14, 105 Reykjavík, www.gsk.is. Heimildir: 1)** Focensa V et al. Effects of Metformin and Rosiglitazone Combination Therapy in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. JAMA 2000: 283:1695-1702. **2)** Wolffenbuttel BHR et al. Addition of low-dose rosiglitazone to sulphonylurea theraphy improves glycemic control in Type 2 diabetic patients. Diabetic Medicine 2000: 17:40-47. 01.01.02.

gsk GlaxoSmithKline

AVANDIA rósíglítasón

Læknablaðið – frá læknum til lækna



Hannes Petersen

Læknablaðið hefur nú verið gefið út með því sniði sem lesendur blaðsins þekkja það í dag frá ársbyrjun 2000. Nýju útliti blaðsins fylgdu ekki róttækar breytingar á innihaldi þess, sem enn má skipta í þrjá megin hluta, en það er efni fræðilegs eðlis, almennt efni er snýr að læknum og auglýsingar. Þegar skoðuð eru hlutföll þessara efnisþátta Læknablaðsins síðastliðin tvö ár kemur í ljós að fræðigreinarnar taka yfir tæplega helming blaðsíðufjöldans (44% árgangs 2000; 40% árgangs 2001), en auglýsingar nánast nákvæmlega sama hlutfall (27%) blaðsíðufjöldans í hvorum árgangi um sig. Af þessu má sjá, sem og staðfestist ef litið er til fyrri árganga, að hluti efnis er kalla má almenns eðlis fer hægt vaxandi og er það í takt við það sem hefur verið að gerast hjá læknablöðunum á hinum Norðurlöndunum. Hver og einn þessara megin efnishluta er mikilvægur og ekki hægt að segja að einn sé mikilvægari en annar. Auglýsingarnar tryggja að vissu marki fjármagn til útgáfu blaðsins, þar sem áskriftargjöld hrökkva skammt til en almenni hlutinn kemur á framfæri við lækna ýmsum mikilvægum upplýsingum og fréttum er snúa að lífi og starfi þeirra. Fræðilegi hlutinn er ef til vill sá hluti blaðsins sem er hvað mikilvægastur og gerir blaðið áhugavert, ekki bara fyrir lækna heldur einnig fyrir almenning sem fengið hefur nasasjón af þessum efnishluta í fjölmiðlum en sú umfjöllun hefur farið vaxandi síðustu árin.

Í þessum tveimur síðustu árgöngum sem um ræðir hafa birst 83 greinar fræðilegs eðlis, um fjórar greinar að meðaltali í hverju blaði og eru þá ótaldar fræðigreinarnar sem birst hafa í tveimur þemaheftum sem komu út á tímabilinu, enda gilda aðrar reglur um birtingu greina í þemaheftum. Á bak við þennan fræðilega hluta Læknablaðsins eru fjórfalt fleiri greinar sem eru í vinnslu hverju sinni og hefur þessi fjöldi verið mjög jafn síðustu ár. Þannig hefur hin mikla gróska sem margir hafa þóst merkja í vísindastarfi á Íslandi ekki skilað sér inn á síður Læknablaðsins nema síður sé. Þessi gróska er mælanleg í aukningu á framlögum til og umsóknum úr vísindasjóðum, hún er mælanleg í aukningu á fjölda og umsvifum vísindafyrirtækja og í fjölda þeirra er sækja í rannsóknatengt framhaldsnám við læknadeild Háskóla Íslands þó svo að þar þurfi ekki endilega að fara læknar. Auðvitað má svo vera að niðurstöður þessara rannsókna séu að einhverju leyti birtar í erlendum vísindaritum en samhliða birting í Læknablaðinu er vel möguleg og vel þess virði enda oftast unnið úr íslenskum efnivið er lýsir íslenskum aðstæðum. Hér þarf að bæta um betur og þurfa læknar að vera iðnari við að reka smiðshöggið á vísindavinnu sína sem verður að teljast birt grein í fagtímariti, íslensku eða erlendu nema hvoru tveggja sé, og eru læknar hvattir til að notfæra sér þann möguleika er felst í samhliða birtingu.

Svo litið sé aftur til þessara 83 fræðigreina þá hafa höfundarnir komið þar á framfæri niðurstöðum vísindarannsókna sinna um leið og þeir fá fyrir þá vísindavinnu viðurkenningu og vottun sem þeir geta notað síðar við atvinnu eða stöðuumsóknir. En hverjir eru höfundarnir? Að ofannefndum greinum standa 285 höfundar, allt frá einum upp í átta að hverri grein en auðvitað er það svo einhverjir koma að fleiri en einni grein. Í yfir 90% tilvika eru höfundarnir læknar eða læknanemar, en ef athugað er sérstaklega starf fyrsta höfundar kemur í ljós að fjórðungur eru unglæknar, það er aðstoðar- eða deildarlæknar og 12% eru læknanemar. Þannig eru 37% fyrstu höfunda að fræðigreinum í Læknablaðinu læknanemar eða læknar er nýlokið hafa kandidatsprófi. Er þetta eðlilegt? Til eru ákveðnar reglur um það hverjir fái að bera heitið fyrsti höfundur og er megin inntak þeirra reglna sú að þeir einir fái að kalla sig fyrsta höfund sem koma fram með hugmyndina að vísindavinnunni, tengi vandamálið við aðferðafræðina og inni af hendi meirihluta þeirrar vinnu er kalli fram niðurstöðurnar ásamt því að túlka þær. Er þetta á færi læknanema og nýútskrifaðra? Varla, en óefað hafa þeir oftast lagt af mörkum mestu vinnuna við rannsóknirnar sjálfar og meðfylgjandi greinaskrif enda bera margar greinar sem koma inn til ritstjórnar blaðsins þess merki að þar fari óþjálfaðir pennar, en það er ef til vill það versta að handleiðsla við greinaskrifin virðist hafa verið lítil. Með þannig vinnubrögðum er hætta á að niðurstöður athyglisverðra rannsókna verði að engu vegna þess hversu óvanir aðal greinarhöfundar eru að koma þeim á framfæri í vísindagrein. Það má ekki koma fyrir.

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

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 samþykkir lokaformi greinar 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.

Eftir lokafrágang berist allar greinar á tölvutæku formi með útprenti.

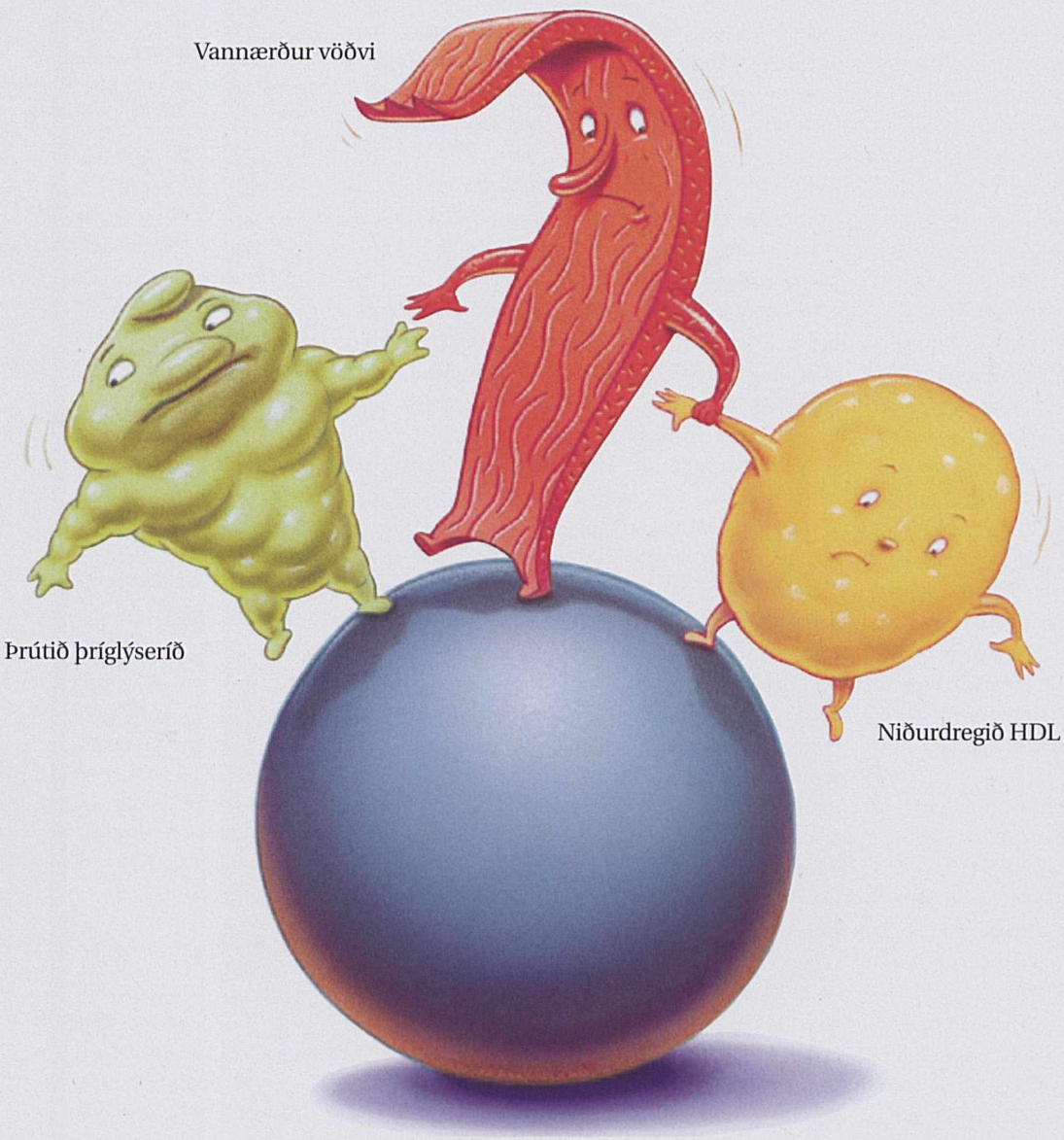
Sjá upplýsingar um frágang fræðilegra greina: http://www.icemed.is/laeknabladid

Umræðuhluti

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

ACTOS

ein tafla á dag bætir stjórn blóðsykurs og samsetningu blóðfitu



Insúlín viðnám kemur líkamanum úr jafnvægi

actos™
pioglitazone HCl

Actos® töflur innihalda pioglitazón 15 mg og 30 mg.

Ábendingar: Pioglitazón er eingöngu ætlað til samhliða meðferðar með sykursýkilyfjum til inntöku við sykursýki af tegund 2, þegar ekki er unnt að stjórna blóðsykri, þrátt fyrir að sjúklingur hafi fengið hæstu skammta sem hann þoldi af annað hvort metformíni eða súlfónýlúrea sykursýkilyfjum til inntöku. Fyrir feita sjúklinga skal einungis nota lyfið með metformíni. Lyfið skal nota samhliða súlfónýlúrea, eingöngu fyrir sjúklinga sem hafa óþol fyrir metformíni eða mega ekki nota metformín vegna frábendinga við notkun þess.

Skammtar og lyfjagjöf: Pioglitazón töflur eru til inntöku einu sinni á dag án tillits til máltíða.

Samhliða metformíni: Gefa má 15 mg eða 30 mg einu sinni á dag af pioglitazóni samhliða metformíni. Skammtar metformíns geta verið óbreyttir þegar pioglitazóni er bætt við meðferðina.

Samhliða súlfónýlúrea: Gefa má 15 mg eða 30 mg einu sinni á dag af pioglitazóni samhliða súlfónýlúrealyfi. Skammtar af súlfónýlúrealyfi geta verið óbreyttir þegar pioglitazóni er bætt við meðferðina. Ef sjúklingur lýsir blóðsykursfalli, skal lækka skammtinn af súlfónýlúrealyfinu.

Frábendingar: Pioglitazón má ekki gefa sjúklingum með: Ofnæmi fyrir pioglitazóni eða einhverju hjálparefnanna í töflunni. Hjartabilun eða sögu um hjartabilun (NYHA stig I-IV). Skerta lifrarstarfsemi. Pioglitazón má ekki gefa samhliða insúlíni.

Varnaðarorð og varúðarreglur: Engin klínísk reynsla er af notkun pioglitazóns í þriggja lyfja meðferð með öðrum sykursýkilyfjum til inntöku. Pioglitazón ætti ekki að nota eitt sér. Pioglitazón getur valdið vökvasöfnun sem getur aukið eða framkallað hjartabilun. Lýst hefur verið sjaldgæfum truflunum á lifrarstarfsemi. Því er mælt með að fylgst sé reglulega með lifrarensímum sjúklinga sem eru meðhöndlaðir með pioglitazóni. Lifrarensím skulu mæld hjá öllum sjúklingum áður en meðferð er hafin með pioglitazóni. Dæmi eru um þyngdarauknингu í klínískum rannsóknum með pioglitazón, því skal fylgst náið með þyngd. Dæmi eru um væga lækkun hemoglóbíns og hematokritar á meðferðartíma með pioglitazóni. Engin þekkt áhrif eru á hæfni til aksturs eða notkunar véla. Ekki ætti að nota pioglitazón á meðgöngu eða hjá konum með barn á brjósti.

Milliverkanir: Rannsóknir á milliverkunum hafa sýnt að pioglitazón hefur engin marktæk áhrif hvorki á lyfhrif né lyfjahvörf digoxíns, warfaríns, phenprocoumon og metformíns. Samhliða gjöf pioglitazóns með súlfónýlúrealyfjum virðist ekki hafa áhrif á lyfjahvörf þeirra. Rannsóknir á mönnum benda ekki til virkjunar á aðal örvanlegum sýtókrómum P450, 1A, 2C8/9 og 3A4. Ekki er að vænta milliverkana við efni sem eru umbrotin af þessum ensímum, t.d. getnaðarvarnartöflur, ciclosporin kalsíumgangalokar og HMGCoA reductasa hemlar.

Aukaverkanir: Pioglitazón gefið samhliða metformíni: Algengar (< 1 %): Blóðleysi, þyngdaraukning, höfuðverkur, óeðlileg sjón, liðverkir, blóð í þvagi, getuleysi. Sjaldgæfar (0,1-1%): Uppþemba. Pioglitazón gefið samhliða súlfónýlúrea: Algengar (< 1 %): Þyngdaraukning, sundl, uppþemba. Sjaldgæfar (0,1-1%): Þreyta, sykur í þvagi, blóðsykurslækkun, hækkaður mjólkursýru dehýdrógenasi (LDH), aukin matarlyst, höfuðverkur, svimi, óeðlileg sjón, aukin svitamyndun, prótein í þvagi.

Pakkningar og verð nóvember 2001: Töflur 15 mg: 28 stk. 5.799 kr. - 98 stk. 17.913 kr. Töflur 30 mg: 28 stk. 8.548kr. - 98 stk. 26.745kr. Töflunum er pakkað í álþynnur. Lyfið er lyfseðilsskylt og er greitt að fullu af TR.

Markaðsleyfishafi : Takeda Europe R&D Centre Limited .

Umboðsmaður á Íslandi : A. Karlsson hf.

200113

Takeda Lilly

Af skottulæknum og öðrum



Haukur Valdimarsson

Bartskerastéttin deyr út með blóðtökumönnum 19. aldar, en að vísu höfðu þessir lækningamenn áður hlotið hið nýja og óvirðulega nafn: skottulæknar, eftir að hinir lærðu læknar höfðu lagt undir sig landið.

Vilmundur Jónsson landlæknir

ANNAÐ ÁRIÐ Í RÖÐ LIGGUR FYRIR ALÞINGI TILLAGA til þingsályktunar um stöðu óhefðbundinna lækninga á Íslandi. Lagt er til að heilbrigðisráðherra skipi nefnd er geri úttekt á stöðu óhefðbundinna lækninga hér á landi og beri saman við stöðu mála á Vesturlöndum. Verkefni nefndarinnar yrðu mjög viðamikil. Atriði sem nefndinni ber að kanna sérstaklega varða menntun, viðurkenningu náms og starfsréttindi, samstarf við þá sem stunda hefðbundnar lækningaaðferðir og atriði er snerta skattamál. Nefndin skal safna saman aðgengilegum niðurstöðum úr rannsóknum sem gerðar hafa verið á áhrifum og virkni þessara aðferða og þeirri áhættu sem þeim fylgir. Ennfremur á nefndin að kanna viðhorf almennings til óhefðbundinna lækninga og hversu algengt það er að fólk leiti til þeirra sem bjóða slíka þjónustu. Gert er ráð fyrir að nefndin skili tillögum til heilbrigðisráðherra um hvernig best sé að koma til móts við vaxandi umsvif á sviði óhefðbundinna lækninga hér á landi og meta hvort rétt kunni að vera að viðurkenna í auknum mæli nám í þessum greinum með veitingu starfsréttinda.

Í læknalögum frá 1988 segir meðal annars að hvers konar skottulækningar séu bannaðar hér á landi. Í sömu lögum eru skottulækningar skilgreindar þannig að það séu skottulækningar er sá sem ekki hefur leyfi samkvæmt lögunum býðst til þess að taka sjúklinga til lækninga, gerir sér lækningar að atvinnu, auglýsir sig eða kallar sig lækni, ráðleggur mönnum og afhendir þeim lyf sem lyfsalar mega einir selja. Í lögunum segir einnig að lækni beri að tilkynna landlækni eins fljótt og við verður komið verði hann var við skottulækningar. Nokkuð er um að landlækni berist slíkar tilkynningar frá læknum. Einnig berast í þessu sambandi fyrirspurnir og ábendingar frá almenningi, svo og ábendingar frá aðilum sem stunda óhefðbundnar lækningar og vilja að landlæknir greini sauðina frá höfrunum! Alvarleiki mála sem tilkynnt eru til landlæknis er vissulega mismikill. Afskipti landlæknis af óhefðbundnum lækningum hefur því farið nokkuð eftir því. Dæmi um mál sem landlæknir lítur alvarlegum augum er ef aðili sem stundar óhefðbundnar lækningar villir á sér heimildir. Einnig ef slíkur aðili beitir hættulegum aðferðum, heldur fram ósönnuðum áhrifum, heldur fólki frá hefðbundnum lækningaaðferðum, til dæmis með því að ráðleggja fólki að hætta hefðbundinni lyfjameðferð eða er augljóslega að hafa fólk að féþúfu.

Það er engin ný saga að haldið hafi verið á lofti ólíkum sjónarmiðum varðandi óhefðbundnar lækningar. Í því sambandi hafa stangast á sjónarmið lækna, almennings, löggjafarvalds og framkvæmdavalds. Fram að 1760 voru engin fyrirmæli í lögum um réttindi lækna til starfa hér á landi. Með hinum fyrsta landlækni er sú skipun upp tekin að enginn megi stunda lækningar á Íslandi nema hafa öðlast til þess réttindi. Læknisréttindi öðluðust menn aðeins samkvæmt prófi við læknadeild eða með sérstöku leyfi landlæknis og stjórnvalda. Vegna skorts á læknum voru lagafyrirmæli um lækningaréttindi markleysa ein og skottulæknarnir voru athvarf alþýðunnar allt fram á 20. öld. Eftir að Alþingi var endurreist áttu skottulæknarnir jafnan hauk í horni þar sem Alþingi var. Árið 1879 samþykkti þingið lög um að heimila landshöfðingja að veita leikmönnum lækningaleyfi. Konungur neitaði að staðfesta lögin. Færðist þá þingið í aukana og samþykkti 1881 lög þess efnis að „eigi varðaði við lög" þótt leikmaður fengist við lækningar „nema það fullsannaðist að hann með þeim hafi gert einhverjum skaða". En þessi lög hlutu ekki heldur staðfestingu konungs. Þingið féllst að lokum á stjórnarfrumvarp árið 1883 um að lögskipa refsingar gegn skottulækningum, en setti hið veigamikla skilyrði: að refsingu yrði aðeins beitt gegn þeim sem yrði „uppvís að því að hafa gjört skaða með lækningatilraunum sínum". Þessi niðurstaða var í raun og veru viðurkenning á nauðsyn skottulækna og starfi þeirra. Árið 1911 samþykkti Alþingi lög um lækningaleyfi. Formælendur smáskammtalækna á Alþingi fengu það knúið fram að lögin voru ekki látin taka til smáskammtalækna og þar með voru smáskammtalækningar í raun og veru lögleyfðar. Hins vegar var bönnuð áfram öll önnur lækningastarfsemi ólærðra manna er eigi höfðu hlotið tilskilið leyfi. Núgildandi réttarskipun í þessu efni var síðan tekin upp með lögum árið 1932, en frá þeim tíma hafa þeir einir sem til þess hafa fengið leyfi ráðherra rétt til að stunda lækningar á Íslandi og kalla sig lækna.

Höfundur er heimilislæknir og gegnir embætti aðstoðarlandlæknis.

Á sjötíu ára afmæli gildandi réttarskipunar er kominn tími til að staldra við og íhuga hvort endurskoðunar sé þörf. Forsendur eru að vísu allt aðrar en fyrr á tímum þar sem skortur á „hefðbundnum“ úrræðum hefur vafalaust verið drifkraftur hinna „óhefðbundnu lækninga“. Nú eru aðrir tímar. Óhefðbundin lækningaúrræði hafa sífellt orðið meira áberandi á undanförnum árum og ljóst að sjúklingar reyna í auknum mæli ný meðferðarúrræði. Grasalækningar og smáskammtalækningar eru ekki nýjar af nálinni hér á landi. Það á hins vegar frekar við um nálastungur, lið- og beinskekkjulækningar, heilun, höfuðbeina- og spjaldhryggjarmeðferð og jóga, svo eitthvað sé upp talið. Óraunhæft er að ætla sér að hindra tilkomu allra nýrra meðferðarúrræða þó þau teljist til hinna óhefðbundnu.

Frelsi er hugtak sem á mjög upp á pallborðið um þessar mundir. Þar með frelsi sjúklinga til að velja sér meðferð. En það er ekki nægjanlegt að yfirvöld láti málin afskiptalaus. Áhrif og ávinningur af setningu reglna um þetta efni eru margvísleg og að ýmsu leyti ótvíræð. Starfsemi þessi yrði frekar sýnileg en ekki er óvarlegt að fullyrða að núna séu þessar lækningar að miklu leyti stundaðar sem svört atvinnustarfsemi. Frekari grundvöllur fyrir eftirliti yfirvalda fæst með setningu reglna. Það styrkir möguleika stjórnvalda á að skilja á milli vandaðra og óvandaðra vinnubragða og taka frekar á fúskurum sem hættulegir geta reynst almannaheill.

Sagan kennir okkur að margvísleg sjónarmið hafa verið uppi um óhefðbundin lækningaúrræði. Svo mun áfram verða. Í seinni tíð hafa leikreglurnar í samfélaginu orðið óljósari um þessi mál og þarfnast því endurskoðunar. Að því munu koma sem fyrr: almenningur, löggjafinn, framkvæmdavaldið, „skottulæknarnir“ og síðast en ekki síst: við læknarnir. Okkur mun verða það farsælast að taka af fullri alvöru þátt í umræðunni en standa ekki á úreltum lögum og reglum eins og hundar á roði.

Zytram

Norpharma Forðatöflur; N 02 A X 02 **R E** **Hver forðatafla inniheldur:** Tramadolum, INN, hýdróklóríð, 75 mg, 100 mg, 150 mg eða 200 mg. Forðatöflurnar innihalda laktósu og litarefnin títantvíoxíð (E171), indígó karmín (E132) (75 mg forðatöflur), járnoxíð (E172) (75 mg, 150 mg, 200 mg forðatöflur). **Ábendingar:** Til meðferðar á bæði vægum og slæmum verkjum. **Skammtar:** Skammta skal ákvarða eftir eðli verkja og næmi hvers sjúklings. Ef ekki eru gefin önnur fyrirmæli skal gefa Zytram forðatöflur á eftirfarandi hátt: Forðatöflurnar á að gleypa heilar, óháð máltíðum, með nægjanlegum vökva og ekki má skipta þeim eða tyggja þær. Almennt skal nota lægsta skammt sem gefur nægjanlega verkun. Ekki má gefa stærri dagsskammt af virka efninu en 400 mg nema við sérstakar klínískar aðstæður. Ráðlagt er að auka skammta smám saman hjá sjúklingunum til þess að draga úr tímabundnum aukaverkunum. Zytram forðatöflur skal nota í eins skamman tíma og unnt er. *Fullorðnir og börn eldri en 12 ára:* Skammtar gefnir á 12 klukkustunda fresti. Venjulegur upphafsskammtur er 75 mg forðatafla tvisvar sinnum á dag. *Börn:* Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 12 ára. *Aldraðir sjúklingar:* Yfirleitt þarf ekki að breyta skömmtun hjá öldruðum sjúklingum (allt að 75 ára aldri) ef ekki er um að ræða skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi. Hjá eldri sjúklingum (eldri en 75 ára) getur útskilnaðartíminn verið lengri. Því skal auka bil á milli skammta, ef þörf er á, í samræmi við þarfir sjúklingsins. *Sjúklingar með skerta nýrna- og lifrarstarfsemi eða sem eru í blóðskilun:* Notkun Zytram forðatæflna er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi. Hjá sjúklingum með lítillega skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi má meta hvort auka þarf bil á milli skammta. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir tramadóli eða öðrum innihaldsefnum taflnanna, í tengslum við bráða áfengiseitrun, svefnlyf, verkjalyf, ópíóíða eða taugalyf og hjá sjúklingum sem taka mónóamínóoxídasa hemla (MAO) eða hafa tekið slík lyf á síðustu 14 dögum. Zytram forðatöflur má ekki nota við afvötnun vegna eiturlyfja. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Gæta skal sérstakrar varúðar við meðferð sjúklinga sem eru háðir ópíóíðum, einnig hjá sjúklingum með höfuðáverka, í losti, með litla meðvitund án þekktrar orsakar, með áverka á öndunarstöð eða öndunarstarfsemi svo og með hækkaðan þrýsting innan höfuðkúpu (intrakranial). Gæta skal varúðar við notkun lyfsins hjá sjúklingum sem eru viðkvæmir fyrir ópíótum. Uppköst hafa komið fyrir hjá sjúklingum sem meðhöndlaðir eru með ráðlögðum skömmtum af tramadóli. Áhættan getur aukist ef tramadól skammtarnir fara yfir ráðlögð efri mörk daglegs skammts (400 mg). Auk þess getur tramadól aukið hættuna á krömpum hjá sjúklingum sem taka önnur lyf sem lækka krampaþröskuldinn (sjá „Milliverkanir“). Flogaveikisjúklinga og sjúklinga með tilhneigingu til krampa skal aðeins meðhöndla í undantekningartilvikum með Zytram forðatöflum. Tramadól hefur væg ávanabindandi áhrif. Við langvarandi notkun getur þol, sálræn og líkamleg fíkn myndast. Hjá sjúklingum með tilhneigingu til lyfjamisnotkunar eða lyfjafíklar skal einungis gefa Zytram forðatöflur í skamman tíma í senn og undir nákvæmu eftirliti læknis. Tramadól er ekki hentugt sem uppbótarlyf við ópíóíðfíkn. Þrátt fyrir að tramadól sé ópíóíðagónisti dregur það ekki úr fráhvarfseinkennum morfíns. **Milliverkanir:** Zytram forðatöflur skal ekki gefa samtímis MAO-hemlum. Samtímis gjöf annarra lyfja sem hafa slævandi áhrif á miðtaugakerfið, þar með talið áfengi, getur aukið áhrifin á miðtaugakerfið. Niðurstöður rannsókna á verkunarhætti lyfsins hafa hingað til sýnt að samtímis eða fyrri gjöf címetidíns (ensímhemill) leiðir líklega ekki til milliverkana sem hafa klínískа þýðingu. Samtímis eða fyrri gjöf karbamazepíns (ensímörvandi) getur minnkað verkjastillandi áhrif og stytt verkunartímann. Tramadól á ekki að nota með lyfjum sem hafa blandaða agónista/antagónista verkun (t.d. búprenorfín, nalbúfín, pentazócín) þar sem verkjastillandi áhrif tramadóls geta fræðilega minnkað í slíkum tilvikum. Tramadól getur örvað og aukið hættuna á krömpum við samtímis gjöf sérhæfðra blokkara á serótónín endurupptöku, þríhringlaga þunglyndislyfja, taugalyfja og annara lyfja sem lækka krampaþröskuld. Önnur lyf sem hemja CYP3A4 t.d. ketókónazól og erýthrómýcín geta hindrað umbrot tramadóls (N-demetýlering), eins og sennilega einnig umbrot virka O-demetýleraða umbrotsefnisins. Klínísk þýðing þessarar milliverkunar er ekki þekkt. **Meðganga:** Dýratilraunir með tramadóli hafa sýnt fram á að gjöf mjög stórra skammta hafði áhrif á líffæraþroska, beinmyndun og lífslíkur nýbura. Engin vansköpunarmyndandi áhrif hafa sést. Tramadól fer yfir fylgju. Reynsla af notkun lyfsins hjá þunguðum konum er takmörkuð. Þess vegna eiga þungaðar konur ekki að nota Zytram forðatöflur. Tramadól, gefið fyrir eða í fæðingu, hefur ekki áhrif á samdráttargetu legsins. Tramadól getur valdið breytingum á öndunartíðni nýbura. Þetta hefur yfirleitt ekki klínískа þýðingu. Um 0,1 % af gefnum skammti skilst út í móðurmjólk. Ekki er mælt með notkun lyfsins við brjóstagjöf. Eftir einn einstakan skammt þarf yfirleitt ekki að hætta brjóstagjöf. **Akstur:** Jafnvel við venjulega skammta geta Zytram forðatöflurnar skert viðbragðsflýti. Þetta skal hafa í huga t.d. við akstur og stjórnun véla. Þetta á einkum við ef tekin eru önnur lyf samhliða sem hafa áhrif á miðtaugakerfi. **Aukaverkanir:** Algengar aukaverkanir (> 10 %) eru ógleði og svimi. Öðru hverju (1-10%) koma fram uppköst, hægðatregða, svitnun, munnþurrkur, höfuðverkur og sljóleiki. Í sjaldgæfum tilvikum (<1%) geta komið fram áhrif á hjarta- og æðakerfi (hjartsláttarónot, hraðtaktur, réttstöðuþrýstingsfall eða blóðþrýstingsfall). Þessi áhrif koma einkum fram í tengslum við gjöf lyfsins í æð og hjá sjúklingum sem eru undir líkamlegu álagi. Ógleði, erting í meltingarvegi (þrýstingstilfinning í maga, uppþemba) og áhrif á húð (t.d. kláði og útbrot) geta komið fram. Í mjög sjaldgæfum tilvikum (<0,1%) hefur skert hreyfigeta, breytingar á matarlyst og truflanir í blóðstreymi sést. Ýmsar sálrænar aukaverkanir geta í mjög sjaldgæfum tilvikum komið fram eftir gjöf Zytram. Hversu alvarlegar þær eru og hvernig þær koma fram er mismunandi á milli einstaklinga (háð persónuleika og meðferðarlengd). Hér má nefna breytingar í skapgerð (venjulega gleði; stundum vanlíðan), breytingar í atorku (venjulega minnkun, stundum aukning) og breytingar á skilvitlegri starfsemi og skynjunar hæfileika (t.d. geta tekið ákvarðanir, skilningur). Ofnæmi (t.d. andnauð, berkjukrampar, blástursh ljóð, ofsabjúgur) og ofnæmislosti getur myndast í örfáum tilvikum. Krampar sem líkjast flogaveiki hafa örsjaldan sést. Þetta kom yfirleitt fram eftir stóra skammta af tramadóli og samtímis meðhöndlun með lyfjum sem lækka krampaþröskuld eða framkalla krampa í heila (t.d. þunglyndislyf og taugalyf). Hækkaður blóðþrýstingur og hægataktur hafa örsjaldan komið fram. Öndunarslæving getur orðið, ef farið er verulega yfir ráðlagða skammta og önnur lyf sem hafa áhrif á miðtaugakerfi gefin samtímis. Lyfið getur verið ávanabindandi. Fráhvarfseinkenni, svipuð þeim sem koma fram við ópíata afvötnun, geta komið fram á eftirfarandi hátt: æsingur, kvíði, taugaveiklun, svefnleysi, sjúkleg hreyfingarþörf, skjálfti og truflanir í meltingarvegi. **Ofskömmtun og eitranir:** *Einkenni:* Í aðalatriðum má við tramadóleitrun búast við svipuðum einkennum og eftir önnur verkjastillandi lyf (ópíóíðar) sem hafa áhrif á miðtaugakerfi. Þar á meðal eru einkum ljósopsþrenging, uppköst, blóðþrýstingsfall, truflanir á meðvitund/dá, krampar og öndunarerfiðleikar/-öndunarstopp. *Meðferð:* Veita skal skyndihjálp, háð einkennum, til þess að halda öndunarveginum opnum (ásvelging (aspiration)), viðhalda öndun og blóðstreymi. Tæma skal magann með því að kalla fram uppköst (ef sjúklingur er með meðvitund) eða magaskolun. Mótefni gegn öndunarslævingu er naloxón. Naloxón hafði engin áhrif á krampa í dýratilraunum. Í slíkum tilvikum skal gefa díazepam í æð. Brotthvarf tramadóls úr blóði við blóðskilun eða blóðsíun er óverulegt. Þess vegna nægir blóðskilun eða blóðsíun ekki eingöngu við meðhöndlun á bráðri eitrun vegna Zytram forðatæflna. **Lyfhrif:** Tramadól er ópíóíðverkjalyf með áhrif á miðtaugakerfi. Það er ósérhæfður hreinn μ-, ∂- og κ-ópíóíðviðtakaörvi með meiri sækni í μ-viðtaka. Aðrir verkunarhættir sem stuðla að verkjastillandi áhrifum lyfsins er hindrun á endurupptöku noradrenalíns í taugaenda og aukning á losun serótóníns. Tramadól hefur hóstastillandi áhrif. Andstætt morfíni hafa verkjastillandi skammtar af tramadóli engin öndunarslævandi áhrif á breiðu læknigalegu bili. Áhrif á magahreyfingar koma heldur ekki fram. Áhrifin á hjarta- og æðakerfið eru óveruleg. Virkni tramadóls er 1/10 til 1/6 af virkni morfíns. **Lyfjahvörf:** Yfir 90% af Zytram forðatöflum frásogast eftir inntöku. Algert (absolute) aðgengi er um 70% og er óháð samtímis fæðuneyslu. Tramadól hefur mikla sækni í vefi ($V_{d,ss}$ = 203 ± 40 l) og próteinbinding í blóði er um 20%. Eftir gjöf 75 mg forðatæflna næst 80 ng/ml hámarksþéttni (C_{max}) að meðaltali með meðalgildi tmax um 5 klukkustundir (3-7 klst.). Tramadól fer yfir blóð-heila-þröskuldinn og yfir fylgju. Mjög lítið magn af efninu og O-desmetýlafleiðu þess finnst í brjóstamjólk (0,1 % efnis og 0,02 % afleiðu af gefnum skammti). Helmingunartími fyrir tramadól er um það bil 6 klukkustundir og fyrir Zytram forðatöflur er hann um 16 klukkustundir vegna lengra frásogs. Hjá sjúklingum sem eru eldri en 75 ára getur helmingunartíminn lengst um um það bil 40%. Í mönnum umbrotnar tramadól að mestu leyti með N- og O-demetýleringu ásamt samtengingu O-demetýleringsefnanna við glúkúrónsýru. Aðeins O-desmetýltramadól hefur lyfjafræðilega virkni. Það er mikill munur á milli einstaklinga á magni ýmissa umbrotsefna sem myndast. Hingað til hafa 11 umbrotsefni greinst í þvagi. Dýratilraunir hafa sýnt að O-desmetýltramadól er 2-4 sinnum meira virkt en upphafsefnið. Helmingunartími þess (sex heilbrigðir sjálfboðaliðar) er um 7,9 klukkustundir (innan bilsins 5,4-9,6 klst.) og er um það bil sá sami og fyrir tramadól. Tramadól og umbrotsefni þess útskiljast næstum algerlega um nýrun. Uppsafnaður útskilnaður með þvagi er um 90% af heildar geislavirkni af gefnum skammti. Við skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi getur helmingunartíminn lengst nokkuð. Hjá sjúklingum með skorpulifur hafa sést helmingunartímar um 13,3 ± 4,9 klst.(tramadól) og 18,5 ± 9,4 klst. (O-desmetýltramadól), í sérstökum tilvikum 22,3 og 36 klst. Hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi (kreatínín klerans < 5 ml/mín) voru gildin 11 ± 3,2 klst. og 16,9 ± 3 klst., í sérstöku tilfelli 19,5 og 43,2 klst. Lyfjahvörf eru línuleg innan lækningalegra skammta. Sambandið á milli blóðþéttninnar og verkjastillandi áhrifa er skammtaháð en breytist talsvert í einstaka tilvikum. Áhrif nást yfirleitt við 100 - 300 ng/ml blóðþéttni. **Útlit:** Forðatöflur 150 mg: Ljósappelsínugular, kringlóttar, tvíkúptar, þvermál 9,5 mm. Forðatöflur 200 mg: Ferskjulitar, kringlóttar, tvíkúptar, þvermál 9,5 mm **Pakkningar og verð (desember 2001):** Forðatöflur 75 mg: 56 stk. Kr. 3606.- Forðatöflur 100 mg: 56 stk. Kr. 4602.-, Forðatöflur 150 mg: 56 stk. Kr. 6206.- Forðatöflur 200 mg: 56 stk. Kr. 7992.- **Greiðslufyrirkomulag:** Elli- og örorkulífeyrisþegar greiða að hámarki 1250 krónur fyrir lyfið og aðrir að hámarki 4500 krónur.

NÝTT VERKJALYF!

ZYTRAM®

Tramadól forðatöflur

Langvirkt verkjalyf

Einföld skömmtun

1 tafla 2svar á dag

Fáanlegt í 4 styrkleikum



PARTNERS AGAINST PAIN®

norpharma a/s

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

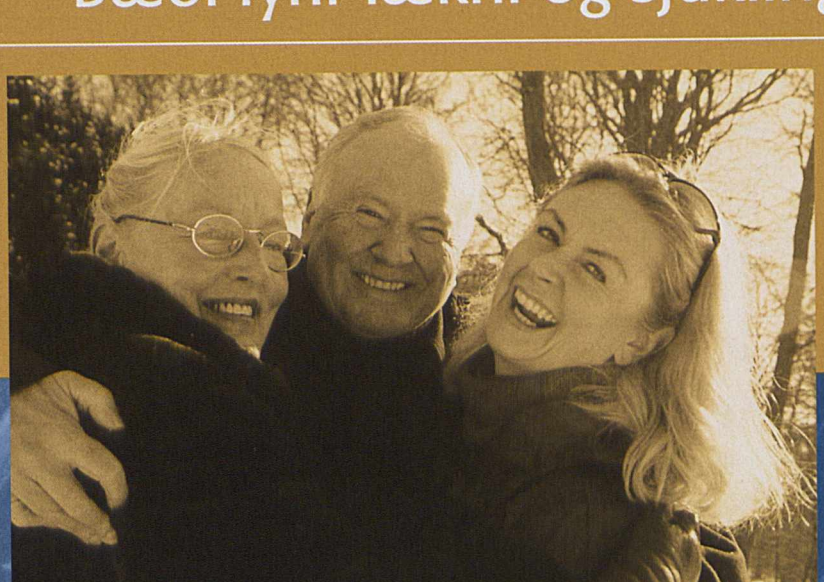
®: ZYTRAM er skrásett vörumerki

norpharma

Offset ehf

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.

MSD 06-2002-CR-01-SCAN-(DK)-003-I, JUNI 2001

Eitilfrumuæxli í briskirtli sem orsök stíflugulu

Sjúkratilfelli

Ingi Þór Hauksson[1]

Tómas Guðbjartsson[1,2]

Jón Hrafnkelsson[3]

Friðbjörn Sigurðsson[3]

Jónas Magnússon[1,4]

Ágrip

Eitilfrumukrabbamein (lymphoma) upprunnið í briskirtli er afar sjaldgæft krabbamein. Líkt og kirtilkrabbamein í briskirtilhöfði getur það orsakað stíflugulu og kviðverki. Horfur eitilfrumuæxlanna eru hins vegar miklu betri þar sem þau svara yfirleitt vel meðferð með frumudrepandi lyfjum og geislun. Lýst er fyrsta tilfellinu sem greinst hefur hér á landi. Tilfellið sýnir hversu mikilvægt er að fá gott vefsýni fyrir rétta greiningu.

Sjúkratilfelli

71 árs gamall karlmaður var lagður inn á handlækningadeild Landspítala í júlí 1999 vegna mánaðar langrar sögu um gulu og versnandi kviðverki. Hann var hraustur áður en hafði haft háþrýsting og vægt hækkaða blóðfitu.

Þremur mánuðum fyrir innlögn var hann á ferðalagi á Spáni og veiktist þá af niðurgangi sem rakinn var til matareitrunar og veikindin gengu yfir með vökvameðferð. Hann leitaði einnig til læknis tveimur vikum fyrir innlögn vegna takverks, hita og kviðverkja. Vegna gruns um lungnabólgu var hafin breiðvirk sýklalyfjameðferð.

Viku síðar voru kviðverkir orðnir meira áberandi auk þess sem ógleði gerði vart við sig. Matarlyst hélst þó góð og þyngd var óbreytt. Um svipað leyti tók eiginkona hans eftir gulum húðlit og gulum augnhvítum. Síðar gerðu rauðleit útbrot á bol og útlimum vart við sig sem fylgdi mikill kláði. Hægðir urðu jafnframt áberandi ljósar og fljótandi og þvag dökkleitt.

Á bráðamóttöku sýndi skoðun hraustlegan mann í eðlilegum holdum sem ekki var illa haldinn af verkjum eða meðtekinn. Lífsmörk voru eðlileg en hiti 37,9°C. Húð og augnhvítur voru áberandi gular og dreifð eymsli um ofanverðan kvið án teikna um líf himnubólgu eða líffærastækkanir.

Blóðrannsóknir við komu sýndu eðlilegan blóðhag og deilitalningu en C-reaktívt prótein (CRP) var vægt hækkað (30). Lifrarpróf sýndu hækkun sem samrýndist stíflugulu auk þess sem bæði amylasi og lípasi voru verulega hækkaðir.

Maðurinn var lagður inn til frekari rannsókna. Vinnugreining var briskirtilbólga í kjölfar gallgangastíflu af völdum gallsteina. Gerð var ómskoðun af gallvegum og briskirtli. Ekki var hægt að sjá gallsteina en gallvegir reyndust áberandi víðir í lifur (mesta vídd 1,4 cm) og þétt fyrirferð sást í briskirtilshöfði. Við sneiðmyndir af efri hluta kviðarhols kom í ljós 7,4 x 9,3 cm æxli í brishöfði með vöxt umhverfis *a. mesenterica superior* og þrýsti æxlið á skeifugörn (myndir 1 og 2). Ekki sáust aðrar líffæra- eða eitilstækkanir né teikn um meinvörp í kviðarholi.

Fyrirhugað var að gera skeifugarnarspeglun til að meta orsök og staðsetja stíflu og létta um leið á gulunni með því að koma á rennsli milli gallgangs og skeifugarnar með stoðlegg (stent) upp í gallgang (endoscopic retrograde choledochography (ERC)). Vegna þrengingar í öðrum hluta skeifugarnar reyndist ekki unnt að komast að gallgangaopinu en í staðinn voru tekin sýni gegnum skeifugarnarvegginn við fyrirferðina.

Smásjárskoðun sýndi að ekki var um kirtilfrumukrabbamein að ræða heldur eitilfrumuæxli af Non-Hodgkin (NHL) af stórfrumugerð og dreift vaxandi.

Yfirborðslægar eitlastækkanir þreifuðust ekki. Stigun sjúkdómsins með sneiðmyndatöku af brjóstholssvæði og kviðarholi sýndi ekki frekari meinsemdir. Beinmergur (aspirat) reyndist eðlilegur ef frá er

[1]Handlækningadeild Landspítala Hringbraut, [2]skurðdeild Brigham Harvard sjúkrahússins í Boston, [3]krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut, [4]læknadeild Háskóla Íslands. Fyrirspurnir og bréfaskipti: Ingi Þór Hauksson, handlækningadeild Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík, ingithor@li.is og Tómas Guðbjartsson, tomasgudbjartsson@hotmail.com

Lykilorð: *Eitilfrumuæxli í briskirtli, stíflugula, ERCP, PTC.*

ENGLISH SUMMARY

Hauksson IÞ, Guðbjartsson T, Hrafnkelsson J, Sigurðsson F, Magnússon J

Primary pancreatic lymphoma causing obstructive jaundice in a 71 year old man. A case report and review of the literature.

Læknablaðið 2002; 88: 189-92

Primary lymphoma of the pancreas is a very rare disease. They are difficult to diagnose and have good prognosis, due to their sensitivity to chemotherapy and radiation. As compared to the more common pancreatic adenocarcinomas which usually have bad prognosis. Histological diagnosis relies on good biopsy. We report a case of primary pancreatic non-Hodgkin´s lymphoma diagnosed in a 71 year old icteric man. Chemotherapy and radiation therapy was started after relieving the jaundice with a PTC-introduced stent through the pancreatic part of the choledochus. This is the first reported case of pancreatic lymphoma in Iceland.

Key words: *pancreatic lymphoma, obstructive jaundice, ERCP, PTC.*

Correspondance: Ingi Þór Hauksson, ingithor@li.is and Tómas Guðbjartsson, tomasgudbjartsson@hotmail.com

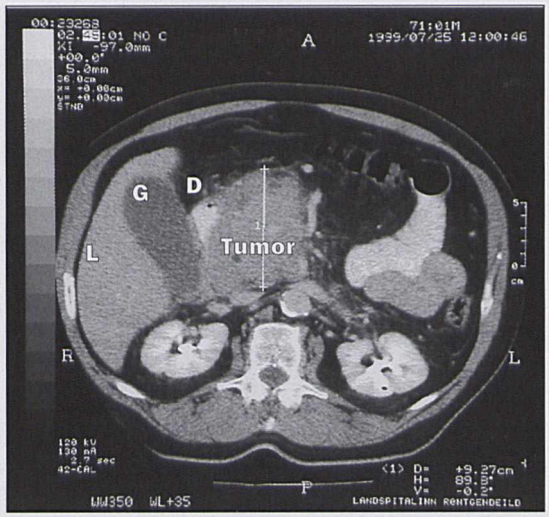


Fig. 1. *A CT-scan showing a 7.4 * 9.3 cm tumor in the head of pancreas. Surrounding structures are; liver (L), distended gallbladder (G) and partially obstructed duodendum (D).*

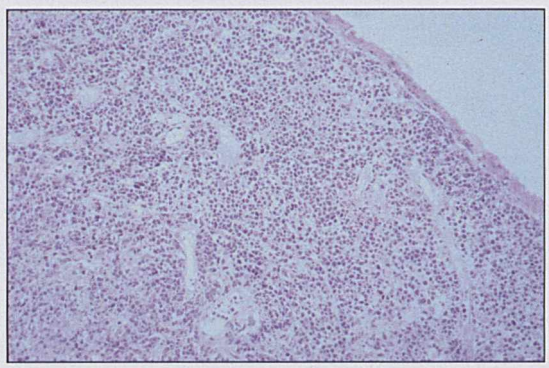


Fig. 3. *H.E. stain of a transduodenal biopsy with large bore needle. Large cells, predominantly lymphoid like tumor cells, are most prominent. Adjacent is atrofic duodenal mucosa. No pancreatic tissue is seen. Further staining with antibodies against cellular surface proteins showed the tumor cells to be B-type, Non-Hodgkin.*

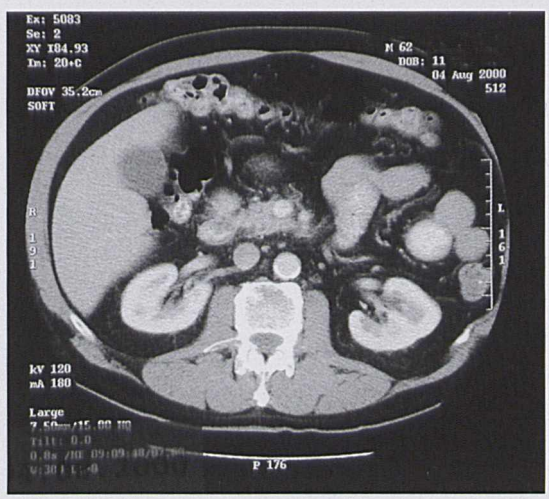


Fig. 5. *A CT-scan at parallel level as in fig. 1. one year after diagnosis. Only residual mass (scar tissue) around the pancreas head remains.*

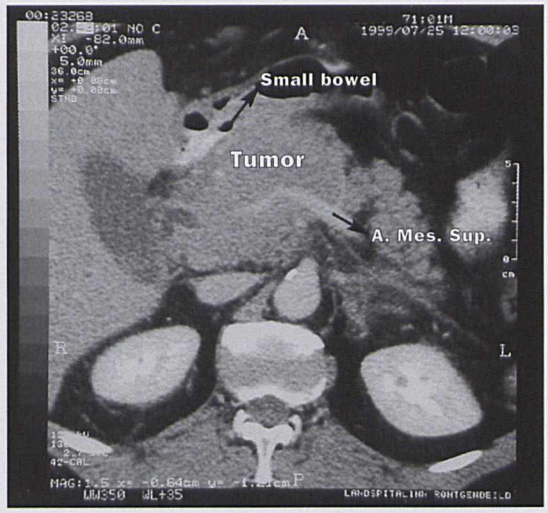


Fig. 2. *An enlarged CT-scan of the tumor in fig. 1. The tumor grows around the superior mesenteric artery, distorting small bowel.*

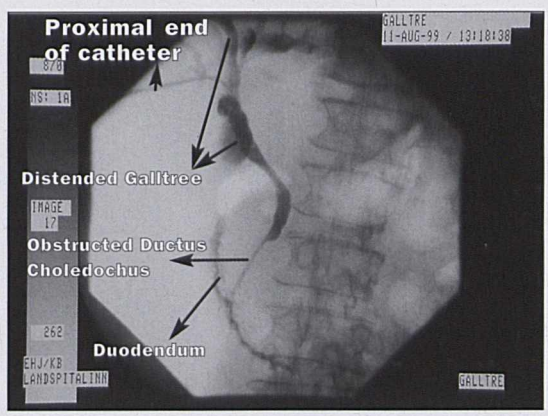


Fig. 4. *A cholangiogram showing placement of a stent in the choledochus after PTC. Proximally the galltree is distended and distally contrast and bile flow into the duodenum. The proximal end of the catheter is closed.*

skilin væg frumufjölgun á forstigsfrumum rauðra blóðkorna og væg aukning á sýrusæknum frumum (eosinophil) og eitilfrumum. Vefsýni úr beinmerg (beinsýni) sýndi ekki merki eitilfrumuæxlis.

Æxlið þótti ekki skurðtækt á þessu stigi. Til að létta á gallstíflunni tókst að koma fyrir stoðlegg í gallpípu (choledochus) í gegnum stífluna með hjálp ómstýrðrar ástungu í gegnum kviðvegg. Þannig komst á gallflæði frá lifur í skeifugörn (PTC, percutaneous transhepatic colangiography).

Við þetta létti gallstíflunni og bilirubin og önnur lifrarpróf lækkuðu umtalsvert á þremur vikum og héldu áfram að lækka eftir að lyfjameðferð var hafin.

Til að byrja með voru gefnir stórir skammtar af sterum, (prednisólón). Stoðleggurinn rann til baka þegar stíflunni létti og um svipað leyti hófst meðferð með frumudrepandi lyfjum. Meðferð samanstóð af cyklofosfamíði, adriamycíni, vincristíni og prednisólóni (CHOP-kúr) og voru þessi lyf gefin í sex skipti í æð með þriggja vikna millibili. Þegar eftir þrjá kúra sást á sneiðmyndum umtalsverð minnkun á æxlisvef og eftir sex skipti var nánast allt æxlið horfið.

Í framhaldi af lokinni lyfjameðferð, fimm mánuðum frá greiningu, var geislameðferð gefin staðbundið á kvið með samtals 30 G, 2 G í senn í alls 15 skipti á þremur vikum. Í dag eru rúmlega tvö ár liðin frá greiningu. Á þessu stigi bendir ekkert til endurkomu sjúkdóms (mynd 5) og sjúklingurinn er við góða heilsu og fulla starfsgetu, blóðhagur og lifrarpróf hafa lagast að fullu.

Umræða

Stíflugula (obstructive jaundice) er langoftast af völdum gallsteina í gallpípu en kirtilkrabbamein í briskirtilhöfði, æxli í gallgöngum eða papilla Vateri eru aðrar vel þekktar orsakir (1-4, 6, 11). Blöðrumyndun í briskirtli og þrengingar á neðri gallvegum af völdum læknisfræðilegra inngripa eða meðfæddir gallar eru jafnframt vel þekktar orsakir stíflugulu, sem og briskirtilbólga (1, 2). Sjaldgæfari orsök eru svokölluð MALT-oma (mucosa associated lymphoid tissue) sem eru eitilfrumuæxli upprunnin í slímhúð meltingarvegar og þá oftast í slímhúð magans (5). Eitilfrumuæxli upprunnin í sjálfum briskirtlinum eru mjög sjaldséð orsök stíflugulu en þau geta einnig valdið briskirtilbólgu og kviðverkjum (7-9). Eitilfrumuæxlin geta bæði verið af Hodgkins gerð eða NHL, en þau síðarnefndu greinast oftar í briskirtlinum (>90%) (7-9).

Eitilfrumuæxli eru einungis 0,2% af illkynja æxlum í briskirtli og færri en 0,7% af öllum NHL eitilfrumuæxlum (12). Allt að 40% NHL eitilfrumuæxla greinast í öðrum vefjum en eitilvef (extranodal), langoftast í meltingarvegi. Til dæmis getur eitlastækkun í hilus lifrar valdið gulu og vel þekkt er að eitilfrumuæxli í nágrenni briskirtils, til dæmis í ampulla of Vater, vaxi yfir á briskirtil og aðra nálæga vefi (11).

Við leit á Medline fundust 38 sjúkratilfelli af eitilfrumuæxlum sem upprunnin eru í briskirtli, enda þótt í nokkrum þessara tilfella leiki vafi á því hvort þau séu í raun upprunnin í briskirtli eða nálægum eitilvef (7-9, 12, 13).

Ef okkar tilfelli er talið með þá eru konur ívið fleiri, eða 21, en 17 karlar. Meðalaldur við greiningu er 65 ár (bil 27-78 ár) (7-9, 12).

Kviðverkir og stíflugula eru algengustu einkennin en ógleði og uppköst með eða án megrunar og ef til vill þreifanleg fyrirferð í kvið eru einnig vel þekkt klínísk einkenni (7-9, 12). Samanborið við kirtilkrabbamein, þar sem einkenni hafa yfirleitt staðið í að minnsta kosti fjóra mánuði fyrir greiningu, þá hafa flestir þessara sjúklinga haft einkenni skemur en sex vikur fyrir greiningu (10). Einkenni eru þó svipuð nema hvað megrun og sérstaklega skinuholsvökvi (ascites) sjást miklu oftar við kirtilkrabbamein (7-10, 13, 14).

Eitilfrumuæxli í briskirtli er erfitt að greina klínískt. Nær ógjörningur er að greina slík æxli með skoðun einni. Til að aðgreina staðbundið eitilfrumuæxli í briskirtilhöfði frá kirtilkrabbameini þarf auk myndgreiningarannsókna marktækt vefjasýni (15-20). Stórt æxli í brishöfði (>7 cm) sem ekki vex yfir í a/v. mesenterica superior bendir þó til eitilfrumuæxlis, sérstaklega ef milta er stórt og engar eitlastækkanir eru fyrir hendi annars staðar í kviðar- og/eða brjóstholi (15).

Nálarástunga með hjálp sneiðmynda og/eða ómskoðunar er ein leið til að greina þessi æxli og kemur til greina ef grunur um eitilfrumuæxli vaknar við myndrannsóknir (18, 19). Eitilfrumuæxli getur þó verið erfitt að greina í litlum vefjasýnum (20) og oft fæst greiningin ekki fyrr en við holskurð (laparotomy) (21-23, 37). Í þessu tilfelli var tekið vefjasýni við skeifugarnarspeglun. Eitilfrumuæxli í briskirtli hefur áður verið greint með þessum hætti en mörg dæmi eru þar sem skeifugarnarspeglun með gallvegaþræðingu (ERC) hefur ekki verið framkvæmanleg í þessum hópi sjúklinga eða fínnálarsýni hafi verið rangt túlkað (falskt neikvætt eða ekki einkennandi) (20-23, 31). Kostur við ERC er að hægt er að létta á gulunni með því að koma fyrir stoðlegg í gallpípu (40-42). Í þessu tilfelli tókst það ekki þar sem ekki var hægt að koma holsjánni að papilla Vateri. Í staðinn var stoðlegg komið fyrir í gallvegum með ástungu í gegnum kviðvegg og lifur (PTC) (42). Þannig var létt á gulunni án þess að grípa til skurðaðgerðar og hægt var að byrja meðferð með frumudrepandi lyfjum skömmu síðar. Sterarnir minnkuðu æxlið með því að slá á bólgu og áttu þátt í því að leggurinn rann út eftir þrjár vikur.

Krabbameinslyf eru uppistaðan í meðferð eitilfrumukrabbameins (24) en í völdum tilvikum er bætt við geislameðferð á æxlið, einkum ef það er stórt (25). CHOP-kúr (sjá áður) er hefðbundin meðferð (24) og má gera ráð fyrir að meirihluti svari meðferðinni og að miðtala lifunar sé að minnsta kosti tvö ár (24-26). Þar sem töluverður hluti sjúklinga með eitilfrumuæxli í briskirtli svarar illa lyfjameðferð telja sumir að fjarlægja eigi sem mest af æxlinu með skurðaðgerð (32, 33, 38). Um þetta eru þó skiptar skoðanir og margir telja skurðaðgerð óþarfa (27). Æxlið í okkar tilfelli var talið óskurðtækt í byrjun vegna hugsanlegs æxlisvaxtar í vena portae og í kringum upptök *art. mesenterica superior*. Það svaraði hins vegar mjög vel steragjöf og krabbameinlyfjameðferð og því var ekki talin ástæða til skurðmeðferðar þótt brottnám á briskirtlinum (til dæmis afbrigði af Whipple-aðgerð, sjá síðar) hefði sennilega verið hægt að framkvæma eftir lyfjagjöfina (39). Í þessu sambandi verður að hafa í huga að erfitt er að leggja mat á árangur meðferðar við eitilfrumukrabbamein í brisi þar sem svo fáum tilfellum hefur verið lýst áður.

Lífshorfur eitilfrumuæxla í briskirtli eru þó mun betri en kirtilfrumukrabbameina. Þar eru einungis 10-15% sjúklinga skurðtækir og má gera ráð fyrir að í mesta lagi 10% sjúklinga séu á lífi 5 árum eftir briskirtilbrottnám (Whipples-aðgerð) (32-36, 44) sem er viðamikil skurðaðgerð með allt að 2-10% skurðdauða og oft alvarlega fylgikvilla (33-37, 43).

Lokaorð

Þetta tilfelli sýnir vel að það sem í fyrstu virtist ólæknandi sjúkdómur eins og myndgreiningarrannsóknir bentu til getur þrátt fyrir allt verið læknanlegt, jafnvel

án þess að til viðamikillar skurðaðgerðar þurfi að koma. Í sumum tilvikum, þar sem fyrirferð í briskirtli er án meinsemda annars staðar, er mikilvægt að ná góðu vefsýni fyrir frekara mat, rétta greiningu og meðferðaráætlun.

Þakkir

Halldóri K. Valdimarssyni ljósmyndara á Landspítala er þökkuð aðstoð við myndir í greinina. Einnig fá Kristrún Benediktsdóttir læknir á Rannsóknarstofu háskólans í meinafræði og Einar Jónmundsson læknir á röntgendeild Landspítala Hringbraut þakkir fyrir veitta aðstoð.

Heimildir

1. Extrahepatic biliary obstruction: systemic effects, diagnosis and manegement. In: Oxford Textbook of Clinical Hepatology. Eds. McIntyre N Denhamon JP, Birchner J, Rizzetto M, Rodes J. Oxford 1991; 1139.
2. Barkun JS, Barkun AN. Scientific american surgery 2000. Jaundice, approach to the jaundiced patient. CD-ROM, Chapter 5.
3. Yamaguchi K, Enjoji M. Carcinoma of the ampulla of vater. A clinicopathologic study and pathological staging of 109 cases of carcinoma and 5 cases of adenoma. Cancer 1987; 59: 505-16.
4. Tompkins RK, Saunders K, Roslyn JJ, Longwire WP Jr. Changing patterns in diagnosis and management of bile duct canser. Ann Surg 1990; 211: 614-20.
5. Isaacson P, Wright DH. Extranodal malignant lymphoma arising from mucosa-associated lymphoid tissue. Cancer 1984; 53 :2515-24.
6. Misdraji J, Fernandez del Castillo C, Ferry JA. Follicle center lymphoma of the ampulla of Vater presenting with jaundice: report of a case. Am J Surg Pathol 1997; 21; 484-8.
7. Mofredj A, Cadranel JF, Cazier A, Traore I, Coutarel P, Levy P. [Malignant pancreatic non-hodgkin's lymphoma manifesting as severe acute pancreatitis.] Gastroenterol Clin Biol 1999; 23: 528-31. Á frönsku.
8. Cappell MS, Yao F, Cho KC, Axiotis CA. Lymphoma predominantly involving the pancreas. Dig Dis Sci 1989; 34: 942-7.
9. Pecorari P, Gorji N, Melato M. Primary non-Hodgkin´s lymphoma of the head of the pancreas: a case report and review of literature. Oncol Rep 1999; 6: 1111-5.
10. Baylor SM, Berg JW. Cross-classification and survival characteristics of 5,000 cases of cancer of the pancreas. J Surg Oncol 1973; 5: 335-58.
11. Pawade J, Lee CS, Ellis DW, Vellar ID, Rode J. Primary lymphoma of the ampulla of Vater. Cancer 1994; 73: 2083-6.
12. Scully RE, Mark EJ, McNeely BU. Case records of the Massachussetts general hospital (case 11-1985): N Engl J Med 1985; 312: 706-11.
13. Ahlgreen JD. Epidemiology and risk factors in pancreatic cancer. Seminar in oncology 1996; 241-50.
14. Arnar DO, Theodors A, Isaksson HJ, Gunnlaugsson GH, Tulinius H, Johannsson H, Kjartansson S. Cancer of the pancreas in Iceland. An epidemiologic and clinical study, 1974-85. Scand J Gastroenterol 1991; 26: 724-30.
15. Cario E, Runzi M, Metz K, Layer P, Goebell H. Diagnostic dilemma in pancreatic lymphoma. Case report and review. Int J Pancreatol 1997; 22: 67-71.
16. Webb TH, Lillemoe KD, Pitt HA, Jones RJ, Cameron JL. Pancreatic lymphoma. Is surgery mandatory for diagnosis or treatment? Ann Surg 1989; 209: 25-30.
17. Prayer L, Schurawitzki H, Mallek R, Mostbeck G. CT in pancreatic involvement of non-Hodgkin lymphoma. Acta Radiol 1992; 33: 123-7.
18. Tikkakoski T, Siniluoto T, Paivansalo M, Typpo T, Turunen J, Apaja-Sarkkinen M. Diagnostic accuracy of ultrasound-guided fine-needle pancreatic biopsy. Rofo Fortschr Geb Rontgenstr Neuen Bildgeb Verfahr 1992; 156: 178-81.
19. Dinkel E, Helwig A, Jager B, Ruckauer K, Scholmerich J, Hauenstein KH, Wimmer B. [Computed tomographic-guided fine-needle biopsy of the pancreas for histology determination.] Radiologe 1990; 30: 420-4. Á þýsku.
20. Ackerman NB, Aust JC, Bredenberg CE, Hanson VA Jr, Rogers LS. Problems in differentiating between panceratic lymphoma and anaplastic carcinoma and their management. Ann Surg 1976; 184: 705-8.
21. Borrowdale R, Strong RW. Primary lymphoma of the pancreas. Aust N Z J Surg 1994; 64: 444-6.
22. Brown PC, Hart MJ, White TT. Pancreatic lymphoma, diagnosis and management. Int J Pancreatol 1987; 2: 93-9.
23. Gawdat K, Howe K. Pancreatic lymphoma. J Clin Gastroenterol 1993; 16: 258-60.
24. Fisher RI, Gaynor ER, Dahlberg S, Oken MM, Grogan TM, Mize EM, et al. Comparison of a standard regimen (CHOP) with three intensive chemotherapy regimens for advanced non-Hodgkin´s lymphoma. N Engl J Med 1993; 328: 1002-6.
25. Miller TP, Dahlberg S, Cassady JR, Adelstein DJ, Spier CM, Grogan TM, et al. Chemotherapy alone compared with chemotherapy plus radiotherapy for localized intermediate- and high-grade non-Hodgkin's lymphoma. N Engl J Med 1998; 339: 21-6.
26. Fisher RI, De Vita VT, Young RC. Advances in the treatment of diffuse aggressive lymphomas. In RJ Ford, LM Fuller, FB Hagemeister (eds.). University of Texas (Houston) M.D. Anderson Clinical Conference on Cancer, 1984; 27: 377-90.
27. Shipp M. Prognostic factors in aggressiv non Hodgkins lymphoma, who has "high risk" disease ?. Blood 1994; 83: 1165-73.
28. International non Hodgkins lymphoma prognostic factors project: A predictive model for aggressive non Hodgkins lymphoma. NEJM 1993; 329 : 987.
29. James JA, Milligan DW, Morgan GJ, Crocker J. Familial pancreatic lymphoma. J Clin Pathol 1998; 51:80-82.
30. Summary of Pancreas Club Meeting. Am J Surg 1992; 164:315-320.
31. Benning TL, Silverman JF, Berns LA, Geisinger KR. Fine needle aspiration of metastatic and hematologic malignancies clinically mimicking pancreatic carcinoma. Acta Cytol 1992; 36: 471-6.
32. Whipple AO. The rationale for radical surgery for cancer of the pancreas and ampullay region. Ann Surg 1941; 114: 612.
33. Conrad A, Rios G, Cole D, Adams D, Leveen M, O´Brien P, et al. Trends in indications and outcomes in the Whipple procedure over a 40-year period. Am Surg 1999; 65: 889-93.
34. Birkmeyer JD, Finlayson SR, Tosteson AN, Sharp SM, Warshaw AL, Fisher ES. Effect of hospital volume on in-hospital mortality with pancreaticoduodenectomy. Surgery 1999; 125: 250-6.
35. Lillemoe KD, Cameron JL, Yeo CJ, Sohn TA, Nakeeb A, Sauter PK, et al. Pancreaticoduodenectomy. Does it have a role in the palliation of pancreatic cancer? Ann Surg 1996; 223: 718-25.
36. Gudjonson B. Critical look at resection for pancreatic cancer. Lancet 1996; 348; 1676.
37. Yeo CJ, Cameron JL, Lillemoe KD, Sitzmann JV, Hruban RH, Goodman SN, et al. Pancreaticoduodenectomy for cancer of the head of the pancreas. 201 patients. Ann Surg 1995; 221: 721-31.
38. Romaguera J, Velasques W, Silvermintz K et. al. Surgical debukling is associated with improved survival in stage 1-2 large cell lymphoma. Cancer 1990; 66: 267.
39. Moossa AR. Pancreatic cancer: approach to diagnosis. Selection for surgery and choice of operation. Cancer 1982; 50: 2689-98.
40. Rege RV. Adverse effects of biliary obstruction: implications for treatment of patients with obstructive jaundice. AJR Am J Roentgenol 1995; 164: 287-93.
41. Smith AC , Dowsett JF, Russel RC, Hatfield AR, Cotton PB. Randomised trial of endoscopic stenting versus surgical bypass in malignant low bileduct obstruction. Lancet 1994; 344: 1655-60.
42. McPherson GA, Benjamin IS, Hodgson HJ, Bowley NB, Allison DJ, Blumgart LH. Pre-operative percutaneous transhepatic biliary drainage: the results of a controlled trial. Br J Surg 1984; 71: 371-5.
43. Hanyu F. One thousand pancreatoduodenectomies at a single institution. In: Hanyu F Takasaki K (eds) Pancreaticoduodenectomy. Springer Tokyo 1997; 13-21.
44. Crist DW, Sitzmann JV, Cameron JL. Improved hospital morbidity, mortality, and survival after Whipple procedure. Ann Surg 1987; 206: 358-65.

XENICAL®

orlístat

Tapið þyngd. Bætið heilsu.

LYF VIÐ OFFITU

hylki 120 mg: 42 stk.; 84 stk.

1 hylki 3svar á dag með mat.

Roche

F. Hoffmann-La Roche Ltd
www.roche.com

THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 · 110 Reykjavík · Sími 530 7100

Fylgikvillar offitu[1]:

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

Lítillega aukin áhætta (allt að tvöföld áhætta)

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

Flokkun eftir verkun: Lyf við offitu 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/m² (BMI) eða yfirþyngdarsjúklingum (BMI ≥28 kg/m²) með tengda áhættuþætti.
Meðferð með orlístati ætti einungis að hefja ef megrunarfæði eingöngu hefur leitt til minnst 2,5 kg þyngdartaps á 4 vikum. Meðferð með orlístati á að hætta eftir 12 vikur ef sjúklingi hefur ekki tekist að losa sig við a.m.k. 5% af líkamsþyngd sinni reiknað frá upphafi lyfjameðferðar.

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

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

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 näkvæmt eftirlit með sykursýki lyfjameðferð verið nauðsynlegt.
Meðferð með orlístati getur hugsanlega truflað frásog fituleysanlegra vítamína (A, D, E, K). Flestir sjúklinganna, sem fengu meðferð með orlístati í allt að 2 ár í klínískum rannsóknum voru með A-, D-, E- og K-vítamín og betakarótíngildi sem voru innan eðlilegra marka. Til að tryggja fullnægjandi næringu á að ráðleggja sjúklingum á megrunarfæði að neyta fæðu sem inniheldur ávexti og grænmeti og 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 warfarín 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 forðatyf, 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 ciclospóríns í plasma ef það er gefið með orlístati. Þess vegna er mælt með því að fylgst sé oftar en venja er með plasmagildum ciclospóríns við samhliða gjöf og eftir að töku orlístats er hætt þar til ciclospórínþéttni 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 meltingarvegi. Á fyrsta meðferðarári voru algengustu aukaverkanirnar fitublettir frá endaþarmi (27% sjúklinga), hægðavottur með vindgangi (24% sjúklinga), bráð þörf fyrir hægðalosun (22% sjúklinga), fitugur/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. *Öndunarfæri:* 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 transaminasa 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 1.2. 2002:
Hylki 120 mg: 42 stk. (þynnupakkað): 6.521 kr.; 84 stk. (þynnupakkað): 11.964 kr.

Greiðslufyrirkomulag: Tryggingastofnun ríkisins tekur ekki þátt í greiðsu lyfsins nema sjúklingur hafi lyfjaskírteini. Elli- og örorkulífeyrisþegar með lyfjaskírteini greiða að hámarki 1.375 krónur fyrir lyfið, en aðrir að hámarki 4.950 krónur.

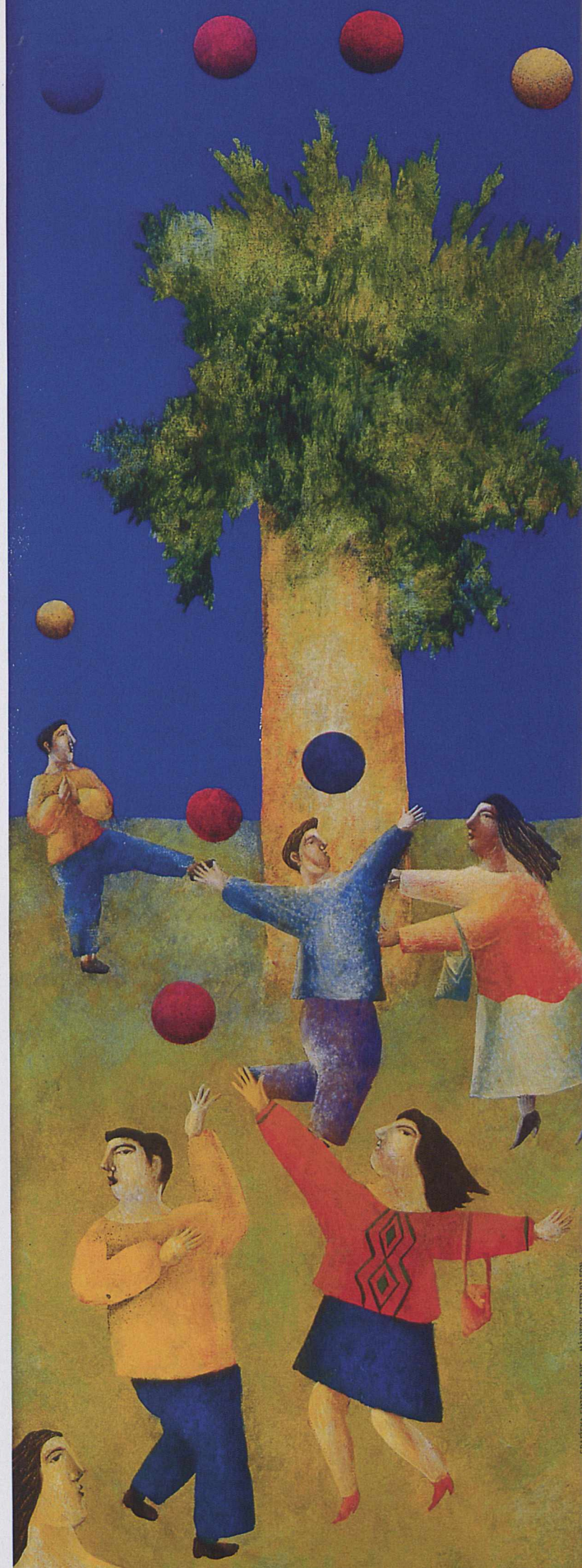
Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. Heimilt er að ávísa lyfinu til 100 daga notkunar í senn.

Texti Sérlyfjaskrár: Júlí 2001.

Heimild:
1) WHO. Prevention and management of the global epidemic of obesity. Report of the WHO Conduitation on Obesity (Geneva, 3-5 June, 1997). Geneva: WHO.

Sertral
(sertralín)

Öruggt og árangursríkt lyf við þunglyndi, þráhyggju- og áráttusýki



Hver tafla inniheldur: Sertralín hýdróklóríð, samsvarandi sertralín 50 mg. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Þunglyndi. Þráhyggju- og áráttusýki (obsessive-compulsive disorder). Felmtursköst (ofsahræðsla (panic disorder)), með eða án víðáttufælni (agoraphobia). **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtastærðir handa fullorðnum: **Við þunglyndi og þráhyggju- og áráttusýki:** Upphafsskammtur er 50 mg á dag, tekið í einum skammti. Ef þörf krefur, má auka þennan skammt um 50 mg á dag, í þrepum á nokkrum vikum, í allt að 200 mg á dag. Sé þörf á langtímanotkun lyfsins er venjulegur viðhaldsskammtur 50 mg á dag. **Við felmtursköstum (ofsahræðslu) með eða án víðáttufælni:** Upphafsskammtur er 25 mg á dag. Skammtur er aukinn í 50 mg á dag eftir eina viku. Ef þörf krefur má auka þennan skammt um 50 mg á dag, í þrepum á nokkrum vikum. Hámarksskammtur sem mælt er með er 200 mg á dag. Skammtastærðir handa öldruðum eru þær sömu og að framan er getið. Árangur meðferðar getur komið fram innan 7 daga, en oftast þarf 2-4 vikna meðferð áður en full verkun næst. Sertralín er að mestu leyti umbrotið í lifur. Minni eða færri skammta skal gefa af lyfinu ef sjúklingur er með minnkaða lifrarstarfsemi. Lyfið er tekið einu sinni á dag, annað hvort að morgni eða að kvöldi. Töflurnar má taka ýmist með eða án matar. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Samtímis notkun MAO-hemils. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ekki skal gefa sjúklingum sertralín, sem notað hafa MAO-hemlandi lyf, fyrr en 2 vikum eftir að slíkri meðferð hefur verið hætt. Á sama hátt skal ekki gefa MAO-hemlandi lyf fyrr en 2 vikum eftir að sertralín meðferð hefur verið hætt. Eins og hjá öðrum þunglyndislyfjum hefur verið skráð örvun á maníu og hypómaníu hjá nokkrum sjúklingum. Flogaveiki getur hugsanlega versnað við notkun lyfsins og því skal gæta varúðar við gjöf sertalíns hjá sjúklingum með flogaveiki. Meðferð með sertralíni skal hætt ef sjúklingar fá krampaköst. Sertralín er að mestu leyti umbrotið í lifur. Hjá sjúklingum með takmarkaða lifrarstarfsemi minnkar útskilnaðarhraði lyfsins, minni eða færri skammta skal þá gefa af lyfinu. Vegna aukinnar hættu á sjálfsvígstilraunum samfara þunglyndi skal hafa náið eftirlit með sjúklingum í upphafi meðferðar. Gæta ber varúðar við notkun lyfsins hjá sjúklingum, sem eru með sykursýki og meðhöndlaðir með insúlíni eða sykursýkilyfjum af súlfónýlúreaflokki. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Samtímis gjöf MAO-hemlandi lyfja getur valdið skyndilegum háþrýstingi og oförvunarástandi. Gæta ber varúðar við samtímis gjöf sertralíns og annarra lyfja sem verka á miðtaugkerfið. Neysla áfengis er ekki ráðlögð meðan á sertralín meðferð stendur. Samtímis notkun litíums getur aukið tíðni aukaverkana sertralíns, einkum ógleði, skjálfta og kvíða. Þar til frekari upplýsingar liggja fyrir ætti ekki að nota serótónín virk lyf eins og tryptófan, súmatriptan eða fenflúramín samtímis sertralíni, vegna hugsanlegrar hættu á milliverkunum. Þar sem sertralín er bundið plasmapróteinum, skal hafa í huga möguleikann á að sertralín milliverki við önnur próteinbundin lyf (t.d. warfarín og digitoxín). Samtímis gjöf sertralíns og címetidíns getur valdið aukningu í blóðstyrk sertralíns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Dýratilraunir benda ekki til að lyfið hafi áhrif á frjósemi eða hafi fósturskemmandi áhrif, en mjög 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): Ofnæmi:** Lækkun natríums í sermi (hyponatremi). **Taugakerfi:** Rugl, kynlífsóþægindi hjá konum, náladofi, dofi, ofsjónir, árásarhneigð, æsingur, óróleiki. **Ofskömmtun:** Einkenni eins og lýst er varðandi aukaverkanir. **Meðhöndlun:** Einkennameðferð. **Lyfhrif:** Sertralín hindrar upptöku serótóníns (5-HT) á sértækan hátt í taugum, sem leiðir til aukningar á áhrifum 5-HT. Lyfið hefur aðeins mjög væg áhrif á enduruptöku í taugar af noradrenalíni og dópamíni. Í lækningalegum skömmtum hemur sertralín enduruptöku serótóníns í blóðflögum. Sertralín hefur engin örvandi, róandi eða andkólínvirk áhrif og hefur ekki eitrunaráhrif á hjarta í dýratilraunum. Í rannsóknum á sjálfboðaliðum hafði sertralín hvorki róandi áhrif né áhrif á hughreyfilegt atferli. Í samræmi við hina sértæku hömlun á 5-HT upptöku eykur sertralín ekki katekólamínvirkni. Sertralín hefur ekki sækni í múskarín (kólínvirka), serótónínvirka, dópamínvirka, adrenvirka, histamínvirka, GABA eða benzódíazepín viðtaka. Ólíkt þríhringlaga geðdeyfðarlyfjum, hefur þyngdaraukning ekki sést eftir meðferð með lyfinu. Ekki hefur komið í ljós, að sjúklingar verði líkamlega aða andlega háðir lyfinu. **Lyfjahvörf:** Sertralín hefur skammtaháð lyfjahvörf á skammtabilinu 50 - 200 mg á dag. Eftir 50 - 200 mg á dag í 14 daga sést hámarksblóðþéttni hjá mönnum 4,5 - 8,4 klst. eftir gjöf. Stöðugri blóðþéttni er náð eftir daglega gjöf sertralíns í eina viku. Lyfið er nánast allt próteinbundið (um 98%). Rannsóknir á dýrum hafa sýnt að lyfið hefur mjög stórt dreifingarrúmmál. Sertralín umbrotnar mikið í fyrstu umferð í lifur. Sertralín og aðalumbrotsefni þess,
N-desmetýlsertralín (sem virðist að mestu dvirkt) 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, flangar, 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

Dánarmein iðnverkakvenna

Hólmfríður K. Gunnarsdóttir

Kristinn Tómasson

Ágrip

Tilgangur: Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna dánartíðni meðal iðnverkakvenna með þeirri tilgátu að dánartíðni vegna reykingatengdra sjúkdóma væri hærri meðal þeirra en annarra íslenskra kvenna.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknarsniðið var afturskyggn hóprannsókn. Í rannsóknarhópnum voru 13 349 konur sem greiddu í lífeyrissjóð félags verksmiðjufólks í Reykjavík á árabilinu 1970-1995. Fylgitíminn var 1975-1995. Aldursbundnar dánartölur vegna tiltekinna dánarmeina voru bornar saman við aldursbundnar dánartölur kvenna á Íslandi á árabilinu 1981-1995. Fyrst var dánartíðni vegna tiltekinna dánarmeina athuguð í hópnum, en síðan var tekið tillit til aldurs við fyrstu greiðslu til lífeyrissjóðsins, mismunandi langs biðtíma, starfstíma eins og hann var skilgreindur í rannsókninni, og loks á hvaða árabili konurnar komu fyrst inn í sjóðinn.

Niðurstöður: Voveifleg dauðsföll voru tíðari meðal iðnverkakvenna en annarra en dánartíðni var lægri en vænta mátti af flestum öðrum dánarorsökum, þar með töldum reykingatengdum sjúkdómum, þótt vísbendingar væru um hærri dánartíðni vegna krabbameins í öndunarfærum í sumum undirhópum. Dánartíðnin var hæst meðal þeirra kvenna sem hófu greiðslu í lífeyrissjóðinn fyrir þrítugt.

Ályktanir: Tíðni voveiflegra dauðsfalla í hópnum krefst frekari athugunar en niðurstöðurnar staðfestu ekki þá tilgátu að reykingatengdar dánarorsakir væru tíðari meðal iðnverkakvenna en annarra. Aðferðafræðileg vandamál í rannsóknum á kvennahópum eru rædd.

Rannsókna- og heilbrigðisdeild Vinnueftirlits ríkisins, Bíldshöfða 16, 110 Reykjavík. Fyrirspurnir og bréfaskipti: Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, hkg@ver.is

Lykilorð: *dánarmein, konur, iðnverkakonur, þjóðfélagshópar.*

Inngangur

Um árabil hefur verið vitað að dánartíðni tengist þjóðfélagsstöðu (1), en mörgum spurningum sem lúta að ójafnræði í heilsufari þjóðfélagshópa er enn ósvarað (2). Þjóðfélagsstaða miðast ýmist við starf, lengd skólagöngu og/eða efnahag (1, 3, 4). Karlar sem hafa mesta menntun og besta efnahaginn njóta sífellt betri heilsu en ófaglærðir láglaunahópar dragast aftur úr (1). Mismunur á dánartíðni þjóðfélagshópa hefur ekki verið eins augljós meðal kvenna eins og meðal karla (1) og síst þegar atvinna kvennanna sjálfra er notuð sem mælikvarði á þjóðfélagsstöðu (4-6). Reyndar er það grundvallarspurning hvort starfstitillinn er réttur mælikvarði á þjóðfélagsstöðu kvenna sem eru í sambúð, til dæmis þeirra sem vinna heima, eru í hlutastörfum eða í láglaunastörfum þar sem sérþekkingar er ekki krafist (4, 5). Þegar konum í sambúð er skipað í þjóðfélagshóp eftir stöðu maka, en einstæðar konur flokkaðar eftir eigin starfi, er dánarmynstrið svipað og hjá körlum, það er dánartíðnin er lægst meðal þeirra sem standa efst í þjóðfélagsstiganum (4-6).

Vísbendingar eru um að bilið á milli þjóðfélagshópanna hafi breikkað á síðustu áratugum (6-8) en hvernig rétt er að mæla mismuninn er á hinn bóginn umdeilt (3, 4, 9).

Skýringanna á mismunandi dánartíðni þjóðfélagshópa hefur verið leitað í efnahagsaðstæðum, aðbúnaði heima fyrir og á vinnustað, lífsháttum og hegðun-

ENGLISH SUMMARY

Gunnarsdóttir HK, Tómasson K

Mortality among female industrial workers

Læknablaðið 2002; 88: 195-201

Objective: The aim of this study was to investigate mortality among female industrial workers with the hypothesis that mortality by smoking related causes was in excess among them.

Material and methods: The design was that of a retrospective cohort study. The cohort comprised 13 349 women who contributed to a pension fund for factory workers in Reykjavík during the period 1970-1995. The follow-up time was 1975-1995. The death rate of the cohort was compared to that of all Icelandic women during the period 1981-1995. The cohort was studied with regard to selected causes of death, and subsequently according to age at first entrance in the pension fund, different lag-time, employment time and by time at start of employment.

Results: Results showed an excess of external causes but a deficit of most other causes of death, including smoking related diseases. However, in some of the analyses there were indications of elevated lung cancer. Highest mortality was seen among those women who started to pay to the pension fund before thirty years of age.

Conclusions: The notable excess of external causes in the group needs further exploration wheras the results did not confirm the assumption that smoking related causes of death were elevated in the group. Methodological problems in studies of women's health are discussed.

Keywords: *mortality, women, female industrial workers, social class.*

Correspondance: Hólmfríður K. Gunnarsdóttir, hkg@ver.is

Tafla I. *Fjöldi dáinna (F), væntigildi (V), stöðluð dánartöluhlutföll (SDH) og 95% öryggisbil (95% ÖB) hjá 13 349 iðnverkakonum (212.713 mannár), fylgitími 1975-1995.*

Dánarorsakir (ICD 9)	F	V	SDH	95% ÖB
Allar dánarorsakir (010-E978)	719	994,92	0,72	0,67-0,78
Öll krabbamein (140-203)	245	291,51	0,84	0,74-0,95
– meltingarvegur (140-154)	42	43,32	0,97	0,70-1,31
– öndunarfæri (162)	60	57,50	1,04	0,80-1,34
– brjóst (174-175)	41	59,34	0,69	0,50-0,94
– kynfæri kvenna (179-184)	30	36,11	0,83	0,56-1,19
– blóð og eitlar (200-208)	19	18,56	1,02	0,62-1,60
Önnur krabbamein	53	76,68	0,69	0,52-0,90
Blóðþurrðarsjúkd. hjarta (410-114)	146	188,58	0,77	0,65-0,91
Sjúkd. í heilaæðum (430-438)	54	88,97	0,61	0,46-0,79
Öndunarfærasjd. (460-519)	63	105,94	0,59	0,46-0,76
Voveifleg dauðsföll (E800-E978)	94	52,49	1,79	1,45-2,19
Aðrar dánarorsakir	117	267,44	0,44	0,36-0,52

armynstri hópanna (1). Ekki ríkir eining um hversu þungt hvert þessara atriða vegur í útkomunni (3) en ójafnræðið er fyrir hendi á Norðurlöndum (10) ekki síður en í Bretlandi þar sem stéttaskipting er þekkt (1).

Rannsóknir á dánarmynstri starfshópa hafa oft beinst að þekktum áhættuþáttum í vinnuumhverfinu, en í löndum þar sem vinnuvernd er virk og vinnuaðstæður almennt góðar hefur tekist að draga úr þess konar áhættu (11) en þó er talið að um 5% krabbameina tengist vinnuumhverfinu (12). Í nýlegri danskri rannsókn þar sem fólk var spurt um eigið heilsufar virðist hins vegar sem atriði sem tengjast vinnunni vegi þyngra en lífsstíllinn að því er varðar heilsufar hópa, en örðugt er að skera úr um þetta þar sem hættulegur lífsstíll var algengari hjá ófaglærðu verkafólki en öðrum (7).

Skammt er síðan konur fóru að láta að sér kveða á almennum vinnumarkaði og því er minna vitað um áhrif starfa þeirra og þjóðfélagsstöðu á heilsuna en á heilsu karla (1, 3, 13). Konur og karlar vinna á ólíkum vinnustöðum og ólík störf (3) jafnframt því sem áhrif áhættuþátta eru mismunandi milli kynjanna og því ókleift að yfirfæra niðurstöður úr rannsóknum á körlum yfir á konur (3, 14). Samspil einkalífs og vinnu gæti verið ólíkt hjá konum og körlum (15). Vísbendingar eru um að dánarmynstur þjóðfélagshópa sé ólíkt hjá konum og körlum, til dæmis leiddi dönsk rannsókn í ljós að dánartíðni háskólamenntaðra karla var lægri en meðaltalið samanborið við danska karla en dánartíðni háskólakvenna var hærri en meðaltalið (16).

Lengi hefur tíðkast að skipa konum í þjóðfélagshóp eftir stöðu maka. Meirihluti kvenna hafði lengst af ekki starf utan heimilis og upplýsingar um þátttöku kvenna í atvinnulífinu oft ekki aðgengilegar (1). Þetta hefur verið gagnrýnt enda hefur atvinnuþátttaka kvenna gjörbreyst á síðari tímum (13), til dæmis frá 34% árið 1960 (17) til 77% árið 1996 á Íslandi (18). Ein leið til að skoða dánarmynstur kvenna út frá þeirra eigin stöðu er að leita fanga í lífeyrissjóðum eins og gert er í þessari rannsókn.

Hérlendis hafa fáar rannsóknir verið gerðar á tengslum þjóðfélagsstöðu og heilsufars en það sem gert hefur verið bendir til þess að mynstrið sé svipað hér og hjá öðrum iðnvæddum þjóðum, bæði meðal barna (19) og fullorðinna (20). Hjartasjúkdómar meðal karla eru tíðari og dánartíðni vegna þeirra hærri meðal þeirra sem hafa stutta skólagöngu en meðal annarra hópa (21, 22), krabbameinsmynstrið og dánartíðni vegna annarra sjúkdóma virðist mismunandi hjá ólíkum þjóðfélagshópum og vísbendingar eru um að bilið á milli þjóðfélagshópanna sé að breikka (23).

Þegar athugun var gerð á dánartíðni mismunandi starfsstétta á Íslandi á áttunda áratug tuttugustu aldar og notaðir fjórir flokkar dánarorsaka: illkynja æxli, sjúkdómar í blóðrásarfærum, aðrir sjúkdómar, slys og aðrar ytri orsakir kom í ljós að hæsta dánartíðnin í íslenska efniviðnum var dánartíðni af völdum annarra sjúkdóma en illkynja æxla og sjúkdóma í blóðrásarfærum meðal ófaglærðra kvenna við iðnað, þar með talinn fiskiðnað, og vegna ytri orsaka meðal sjómanna á veiðiskipum (24).

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna dánartíðni meðal iðnverkakvenna með þeirri tilgátu að dánartíðni vegna reykingatengdra sjúkdóma væri hærri meðal þeirra en annarra íslenskra kvenna en rannsókn á krabbameinum í hópnum benti til að krabbamein í öndunarfærum væru tíðari meðal iðnverkakvenna en annarra kvenna (25).

Efniviður og aðferðir

Efniviðnum hefur áður verið lýst í Læknablaðinu (25). Um er að ræða afturskyggna hóprannsókn sem nær til 13 349 kvenna sem greiddu til Lífeyrissjóðs félags verksmiðjufólks í Reykjavík árin 1970-1995. Lífeyrissjóður Iðju sameinaðist öðrum lífeyrissjóðum í Lífeyrissjóðinn Framsýn síðla árs 1995 en unnt var að þekkja þær konur sem höfðu greitt félagsgjöld til Iðju úr Framsýnarhópnum, og teljast þær með í hópnum. Konur með erlendum nöfnum, sem dvöldust tímabundið á landinu og erfitt var að henda reiður á, voru felldar burt og einni konu með íslensku nafni var sleppt, þar eð hún virtist hefja greiðslur í sjóðinn á fæðingarári sínu. Þegar athugun var gerð á nýgengi krabbameina í hópnum (25) var þeim konum sleppt sem flust höfðu erlendis enda óvíst hvort Krabbameinsskránni bærust tilkynningar um krabbamein þeirra. Í þessari athugun var sú ákvörðun tekin að halda þessum brottfluttu konum í hópnum þar eð talið var að Hagstofan fengi afrit af dánarvottorðum Íslendinga þótt þeir búi erlendis.

Fylgitíminn var 1975-1995. Vegna þess að í ljós kom að Iðjukonur sem dóu á árabilinu 1970-1974 höfðu verið teknar af skrám Lífeyrissjóðsins hófst

Tafla II. *Stöðluð dánartöluhlutföll (SDH) og 95% öryggisbil (95% ÖB) hjá iðnverkakonum, fylgitími 1975-1995. Reiknað með tilliti til þess á hvaða aldri konurnar greiddu fyrst í sjóðinn.*

	SDH (95% ÖB)			
	<20 ára; N=5715 88 445 mannár	20-29 ára; N=3324 50 021 mannár	30-39 ára; N=1348 22 696 mannár	40 ára>; N=2962 51 551 mannár
Dánarorsakir (ICD 9)				
Allar dánarorsakir (010-E978)	1,18 (0,86-1,58)	1,38 (1,01-1,85)	1,10 (0,82-1,44)	0,66 (0,60-0,71)
Öll krabbamein (140-203)	0,95 (0,47-1,70)	1,11 (0,64-1,81)	0,98 (0,64-1,44)	0,80 (0,69-0,93)
– meltingarvegur (140-154)	2,83 (0,57-8,27)	1,74 (0,20-6,30)	1,98 (0,64-4,61)	0,86 (0,59-1,20)
– öndunarfæri (162)	0,95 (0,01-5,26)	2,21 (0,71-5,16)	1,06 (0,39-2,31)	1,03 (0,76-1,36)
– brjóst (174-175)	0,78 (0,09-2,80)	0,93 (0,25-2,39)	1,03 (0,44-2,03)	0,56 (0,36-0,82)
– kynfæri kvenna (179-184)	0,54 (0,01-2,98)	1,63 (0,33-4,76)	0,96 (0,19-2,82)	0,82 (0,52-1,22)
– blóð og eitlar (200-208)	1,07 (0,12-3,87)	1,38 (0,16-4,99)	0,67 (0,01-3,72)	1,02 (0,56-1,71)
Önnur krabbamein	0,63 (0,07-2,27)	–	0,50 (0,10-1,48)	0,72 (0,52-0,96)
Blóðþurrðarsjd. hjarta (410-114)	1,57 (0,02-8,75)	–	1,10 (0,30-2,82)	0,76 (0,64-0,90)
Sjúkd. í heilaæðum (430-438)	–	1,40 (0,16-5,07)	0,40 (0,01-2,24)	0,61 (0,45-0,80)
Öndunarfærasjúkd. (460-519)	–	1,79 (0,02-9,94)	1,53 (0,17-5,54)	0,58 (0,44-0,75)
Voveifleg dauðsföll (E800-E978)	1,87 (1,22-2,74)	1,76 (0,98-2,90)	1,97 (0,98-3,52)	1,72 (1,24-2,32)
Aðrar dánarorsakir	0,65 (0,24-1,42)	1,63 (0,81-2,91)	1,02 (0,44-2,01)	0,38 (0,30-0,46)

fylgitíminn ekki fyrr en 1975. Dauðsföll sem urðu fyrir þann tíma teljast því ekki með, en með því að afmarka hópinn strax 1970 var hægt að ná stærri hópi og þar með meiri tölfræðilegum áreiðanleika. Eftir að hópurinn hafði verið skoðaður í heild (tafla I) var hópnum skipt eftir því á hvaða aldri konurnar hófu greiðslu í sjóðinn (tafla II). Biðtími er sá tími sem er látinn líða frá skráningu hverrar konu í sjóðinn þar til fylgitími hefst. Í þessari rannsókn var biðtími notaður til að vega og meta áhrif þess að „skrást inn" í ákveðinn þjóðfélagshóp (tafla III). Tímann frá fyrstu til síðustu greiðslu í lífeyrissjóðinn skilgreindum við sem starfstíma. Greiðslur þurftu ekki að vera samfelldar. Þetta var gert þannig vegna þess að við töldum að konur sem höfðu verið viðloðandi sjóðinn í lengri tíma væru líklegri en aðrar til að tilheyra félagslegum hópi iðnverkakvenna (tafla IV).

Loks skiptum við hópnum upp eftir því hvenær konurnar komu inn í lífeyrissjóðinn (tafla V). Annars vegar voru þær sem komu inn í sjóðinn á tímabilinu 1975-1984, hins vegar þær sem hófu lífeyrisgreiðslur á tímabilinu 1985-1995. Þetta var gert til að sjá hvort mögulegt bil á milli þjóðfélagshópanna færi breikkandi eins og sást þegar nýgengi krabbameina var athugað meðal verkakvenna (23).

Með samkeyrslu við Þjóðskrá og skrá yfir horfna kom í ljós hve margar konur höfðu dáið í hópnum á fylgitímabilinu og samkeyrsla við Dánarmeinaskrá leiddi í ljós hverjar dánarorsakirnar voru samkvæmt dánarvottorðum. Við eftirgrennslan kom í ljós að átta einstaklingar sem höfðu átt lögheimili erlendis þegar þeir létust fundust ekki í Dánarmeinaskrá. Vottorð bárust seint eða ekki en þau vottorð sem bárust voru fundin í geymslu og dánarmein skráð. Í þeim örfáu tilfellum þegar vottorð fannst ekki voru dánarmeinin skráð sem óþekkt. Níunda útgáfa Hinnar alþjóðlegu sjúkdóma- og dánarmeinaskrár var notuð við flokkunina (26). Stöðluð dánartöluhlutföll, SDH, og 95% öryggisbil, 95% ÖB, voru reiknuð (27, 28) og gengið út frá log-normal dreifingu. Staðalþýðið byggðist á meðalþýði og meðaldánartíðni íslenskra kvenna á árabilinu 1981 til 1995 í 10 ára aldursflokkum samkvæmt upplýsingum frá Hagstofu Íslands. Aðgengilegar upplýsingar um dánartíðni íslenskra kvenna á árabilinu 1981-1995 voru fáanlegar hjá Hagstofunni og var því notast við það tímabil við stöðlunina þótt það væri styttra en fylgitíminn.

Niðurstöður

Dánartíðnin var lág í hópnum bæði vegna krabbameina og annarra dánarmeina (tafla I). Undantekning var dánartíðni vegna voveiflegra dauðsfalla en þar var dánartöluhlutfallið 1,79 (95% ÖB 1,45-2,19). Dánartöluhlutfall vegna krabbameina í öndunarfærum var 1,04 (95% ÖB 0,80-1,34) en vegna blóðþurrðarsjúkdóma hjarta 0,77 (95% ÖB 0,65-0,91). Þegar hópnum var skipt eftir því á hvaða aldri konurnar greiddu fyrst til sjóðsins (tafla II) var dánartöluhlutfallið vegna allra dánarmeina hæst meðal þeirra sem hófu greiðslur á aldrinum 20-29 ára en lægst meðal þeirra sem greiddu fyrst í sjóðinn fertugar eða eldri. Dánartöluhlutfall vegna krabbameina í öndunarfærum var hæst í hópnum sem hóf greiðslur 20-29 ára 2,21 (95% ÖB 0,71-5,16), dánartöluhlutfall vegna blóðþurrðarsjúkdóma hjarta var yfirleitt lágt. Staðlaða dánartöluhlutfallið var reyndar 1,57 í yngsta hópnum, en öryggisbilið var mjög vítt (95% ÖB 0,02-8,75). Dánartöluhlutfall vegna voveiflegra dauðsfalla var hátt í öllum aldurshópum og svipað meðal þeirra sem hófu lífeyrissjóðsgreiðslur seint og snemma á ævinni. Þegar hópurinn var skoðaður með mismunandi löngum biðtíma (tafla III) var dánartöluhlutfallið ætíð lágt nema vegna voveiflegra dauðsfalla þegar 5 ára biðtími var notaður, það er 1,39 (95% ÖB 1,08-

Tafla III. *Stöðluð dánartöluhlutföll (SDH) og 95% öryggisbil (95% ÖB) meðal iðnverkakvenna, fylgitími 1975-1995. Reiknað er með mismunandi löngum biðtíma.*

	SDH (95% ÖB)		
	5 ár; N=12529	10 ár; N=10546	15 ár; N=7705
Dánarorsakir (ICD 9)	210 229 mannár	195 611 mannár	161 599 mannár
Allar dánarorsakir (010-E978)	0,67 (0,62-0,72)	0,56 (0,52-0,61)	0,42 (0,38-0,46)
Öll krabbamein (140-203)	0,79 (0,70- 0,90)	0,69 (0,60-0,80)	0,49 (0,40-0,58)
– meltingarvegur (140-154)	0,95 (0,68-1,29)	0,82 (0,57-1,15)	0,65 (0,41-0,96)
– öndunarfæri (162)	0,93 (0,70-1,21)	0,80 (0,58-1,08)	0,51 (0,33-0,76)
– brjóst (174-175)	0,68 (0,49-0,93)	0,64 (0,45-0,88)	0,44 (0,28-0,67)
– kynfæri kvenna (179-184)	0,78 (0,52-1,13)	0,61 (0,38-0,94)	0,53 (0,30-0,86)
– blóð og eitlar (200-208)	0,92 (0,54-1,48)	0,79 (0,43-1,33)	0,51 (0,22-1,01)
Önnur krabbamein	0,67 (0,50-0,88)	0,59 (0,43-0,79)	0,38 (0,25-0,57)
Blóðþurrðarsjúkd. hjarta (410-114)	0,75 (0,63-0,89)	0,63 (0,52-0,75)	0,49 (0,39-0,60)
Sjúkd. í heilaæðum (430-438)	0,53 (0,39-0,71)	0,44 (0,31-0,61)	0,37 (0,25-0,53)
Öndunarfærasjd. (460-519)	0,60 (0,46-0,76)	0,54 (0,40-0,70)	0,44 (0,32-0,60)
Voveifleg dauðsföll (E800-E978)	1,39 (1,08-1,74)	1,00 (0,74-1,32)	0,65 (0,43-0,94)
Aðrar dánarorsakir	0,41 (0,34-0,50)	0,35 (0,28-0,43)	0,26 (0,20-0,34)

Tafla IV. *Stöðluð dánartöluhlutföll (SDH) og 95% öryggisbil (95% ÖB) hjá 13 349 iðnverkakonum, fylgitími 1975-1995. Reiknað er með mismunandi löngum starfstíma.*

	SDH (95% ÖB)		
	< 1 ár; N=5169	1–4 ár; N=4665	5 > ár; N=3515
Dánarorsakir (ICD 9)	76 136 mannár	69 832 mannár	66 745 mannár
Allar dánarorsakir (010-E978)	0,97 (0,84-1,12)	0,77 (0,68-0,88)	0,60 (0,53-0,67)
Öll krabbamein (140-203)	0,96 (0,74-1,24)	0,72 (0,54-0,93)	0,86 (0,71-1,02)
– meltingarvegur (140-154)	1,02 (0,47-1,94)	0,91 (0,45-1,63)	0,98 (0,61-1,49)
– öndunarfæri (162)	1,61 (0,98-2,48)	0,96 (0,54-1,58)	0,85 (0,55-1,25)
– brjóst (174-175)	0,57 (0,25-1,13)	0,73 (0,38-1,27)	0,73 (0,45-1,11)
– kynfæri kvenna (179-184)	0,62 (0,20-1,44)	0,90 (0,41-1,71)	0,89 (0,51-1,44)
– blóð og eitlar (200-208)	0,68 (0,14-1,98)	1,13 (0,41-2,45)	1,14 (0,54-2,09)
Önnur krabbamein	1,03 (0,60-1,64)	0,23 (0,08-0,54)	0,80 (0,54-1,14)
Blóðþurrðarsjúkd. hjarta (410-114)	0,95 (0,65-1,34)	0,94 (0,70-1,24)	0,62 (0,48-0,80)
Sjúkd. í heilaæðum (430-438)	0,92 (0,51-1,52)	0,46 (0,24-0,80)	0,58 (0,38-0,84)
Öndunarfærasjd. (460-519)	0,87 (0,50-1,41)	0,80 (0,52-1,18)	0,39 (0,24-0,59)
Voveifleg dauðsföll (E800-E978)	2,45 (1,74-3,35)	2,09 (1,45-2,92)	1,03 (0,64-1,58)
Aðrar dánarorsakir	0,59 (0,39-0,84)	0,54 (0,39-0,72)	0,33 (0,24-0,44)

1,74). Þegar dánartöluhlutfallið var athugað og tekið tillit til lengd starfstíma eins og hann var skilgreindur í rannsókninni (tafla IV) var dánartíðnin lægst í hópnum sem hafði lengstan starfstíma, það er fimm ár eða lengur. Meðal þeirra sem höfðu stuttan starfstíma munaði mestu um hærra dánartöluhlutfall vegna voveiflegra dauðsfalla sem var hátt bæði meðal þeirra sem höfðu styttri starfstíma en eitt ár, SDH 2,45 (95% ÖB 1,74-3,35) og meðal þeirra sem höfðu 1-4 ára starfstíma, SDH 2,09 (95% ÖB 1,45-2,92). Dánartöluhlutfall vegna krabbameina í öndunarfærum var hæst hjá þeim sem höfðu styttri starfstíma en eitt ár eða 1,61 (95% ÖB 0,98-2,48). Þegar dánartíðnin var athuguð og tekið tillit til þess á hvaða árabili konurnar greiddu fyrst til lífeyrissjóðanna (tafla V) sást enginn umtalsverður munur á tímabilunum. Þegar voveiflegum dauðsföllum var skipt í umferðarslys, önnur slys og sjálfsvíg kom í ljós að dreifing þessara þriggja flokka voveiflegra dánarorsaka var sú sama og búast hefði mátt við miðað við jafnaldra konur á Íslandi.

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að voveifleg dauðsföll voru tíðari meðal iðnverkakvenna en annarra. Á hinn bóginn var heildardánartíðnin lág í hópnum og ekki unnt að draga þá ályktun af niðurstöðunum að dauðsföll vegna reykingatengdra sjúkdóma væru tíðari í þessum hópi en meðal annarra. Aðferðafræðileg vandamál í rannsóknum á dánarmeinum kvenna gætu átt þátt í þessum niðurstöðum.

Há tíðni voveiflegra dauðsfalla meðal iðnverkakvenna kemur ekki að öllu leyti á óvart. Hins sama gætti bæði hjá öðrum verkakonum á Reykjavíkursvæðinu (29) og meðal íslenskra hjúkrunarfræðinga (30) en þær niðurstöður voru skýrðar á mismunandi vegu. Niðurstöðurnar í þessum hópi eru svo óyggjandi að freistandi væri að láta ekki sitja við getgátur heldur athuga hvað einkennir þær konur sem deyja annaðhvort í slysi eða fyrir eigin hendi, en mörkin milli slysa og sjálfsvíga geta verið óglögg. Vert væri að kanna hvort þessar konur hafi fremur átt við geðsjúkdóma að stríða en aðrar konur, hvernig félagslegar

aðstæður þeirra voru, menntun og starfsferill. Heildardánartíðnin var á hinn bóginn lág meðal iðnverkakvennanna eins og sást meðal íslenskra verkakvenna (29), íslenskra hjúkrunarfræðinga (30) bandarískra iðnverkakvenna í bílaiðnaði (31) og efnaiðnaði (32, 33).

Að dánartíðnin væri lægst meðal þeirra sem höfðu lengstan starfstíma bar saman við það sem áður hafði sést meðal verkakvenna (29) og hjúkrunarfræðinga (30). Einnig hefur áður sést bæði hérlendis og erlendis að þeir sem standa stutt við í vinnu eru skammlífari en aðrir (34, 35).

Dánartíðnin var hærri en vænta mátti meðal þeirra sem greiddu fyrst til sjóðsins á aldrinum 20-29 ára og vísbendingar voru um hækkaða dánartíðni af ýmsum orsökum í þeim hópi, en öryggismörk voru víð og því ekki unnt að draga áreiðanlegar ályktanir af þeim niðurstöðum nema varðandi voveiflegu dauðsföllin.

Einn af styrkleikum rannsóknarinnar er að við gátum fylgst með öllum í rannsóknarhópnum út rannsóknartímabilið en erlendis er oft við þau vandkvæði að etja að konur breyta um nöfn við giftingu og brottfall verður mikið úr hópnum (31). Annar styrkleiki er að upplýsingar um greiðslur til lífeyrissjóðsins byggjast á skriflegum heimildum en hvorki á svörum kvennanna sjálfra, eins og gildir um upplýsingar úr manntali, eða af dánarvottorðum þar sem upplýsingar eru eðli málsins samkvæmt fengnar hjá aðstandendum og starfa kvenna utan heimilis oft ekki getið. Vegna þess að við flokkuðum dánarmeinin í stóra flokka fengust tölfræðilega áreiðanlegar niðurstöður en á hinn bóginn gefur það ekki upplýsingar um einstök dánarmein innan flokkanna.

Við val á staðalþýði var leitast við að hafa það nógu stórt til þess að hending réði ekki niðurstöðu. Hjá íslensku þjóðinni er nauðsynlegt að staðalþýði taki til dánartíðni á allmörgum árum en þótt það taki ekki til alls tímans eru engar líkur á að það breyti útkomunni hjá rannsóknarhópnum.

Meðal veikleika rannsóknarinnar er að við höfum ekki upplýsingar um reykingar eða áfengisneyslu kvennanna né aðra lífshætti sem hafa áhrif á heilsufar. Í rannsókninni á krabbameinum iðnverkakvenna (25) var ályktað sem svo að aukin tíðni lungnakrabbameina ætti rætur að rekja til meiri reykinga meðal iðnverkakvenna en annarra. Þetta var stutt þeim rökum að samkvæmt athugunum Tóbaksvarnarnefndar eru reykingar algengari meðal þeirra sem hafa litla skólamenntun en annarra (36). Niðurstöður þessarar rannsóknar benda ekki eins eindregið og niðurstöður rannsóknarinnar á nýgengi krabbameina í hópnum (25) í þá átt að þetta eigi við um iðnverkakonur, þótt vísbendingar séu um slíkt til dæmis meðal þeirra sem höfðu stystan starfstíma og meðal þeirra sem hófu greiðslu í sjóðinn á aldrinum 20-29 ára. Á hinn bóginn var dánartíðni vegna öndunarfærasjúkdóma og hjartasjúkdóma lág sem bendir ekki til mikilla tóbaksreykinga í hópnum. Fylgitíminn var reyndar tiltölulega stuttur þannig að dauðsföll af völdum reykingatengdra sjúkdóma gætu átt eftir að koma fram.

Tafla V. *Stöðluð dánartöluhlutföll og 95% öryggisbil (95% ÖB) hjá iðnverkakonum, fylgitími 1975-1995, tekið er tillit til hvenær konurnar hófu fyrst að greiða í lífeyrissjóð Iðju.*

	SDH (95% ÖB)	
	1975-1984; N=5419	1985-1995; N=3759
Dánarorsakir (ICD 9)	88 036 mannár	27 791 mannár
Allar dánarorsakir (010-E978)	0,76 (0,65-0,90)	0,82 (0,57-1,15)
Öll krabbamein (140-203)	0,83 (0,64-1,07)	0,54 (0,25-1,02)
– meltingarvegur (140-154)	0,52 (0,17-1,21)	–
– öndunarfæri (162)	1,27 (0,76-1,98)	0,60 (0,07-2,18)
– brjóst (174-175)	0,48 (0,21-0,95)	0,79 (0,16-2,31)
– kynfæri kvenna (179-184)	0,84 (0,36-1,65)	0,91 (0,10-3,30)
– blóð og eitlar (200-208)	1,40 (0,56-2,89)	0,83 (0,01-4,64)
Önnur krabbamein	0,80 (0,45-1,32)	0,24 (0,00-1,33)
Blóðþurrðarsjúkd. hjarta (410-114)	0,45 (0,25-0,76)	0,95 (0,31-2,21)
Sjúkd. í heilaæðum (430-438)	0,49 (0,20-1,01)	0,40 (0,01-2,20)
Öndunarfærasjd. (460-519)	0,40 (0,15-0,87)	0,42 (0,01-2,36)
Voveifleg dauðsföll (E800-E978)	2,18 (1,56-2,97)	2,25 (1,16-3,93)
Aðrar dánarorsakir	0,51 (0,33-0,76)	0,66 (0,24-1,44)

Niðurstöðurnar ber að skoða með tvennt í huga. Í fyrsta lagi: Hér gætir sterklega þess sem nefnt hefur verið áhrif hraustra starfsmann og kemur fram þegar dánartíðni í starfshóp er borin saman við dánartíðni þjóðarheildar (35, 37). Áhrifa hraustra starfsmanna gætir mismunandi varðandi ólíka sjúkdóma, sterklega þegar um er að ræða öndunarfæra-, hjarta- og æðasjúkdóma, síður þegar um krabbamein er að ræða (35, 37). Staðlað dánartöluhlutfall þessara sjúkdóma var áberandi lágt í hópi iðnverkakvenna. Í töflu II sést að þessa gætir einkum meðal iðnverkakvenna sem byrja að greiða í sjóðinn 40 ára og eldri. Þeir sem fjallað hafa um áhrif hraustra starfsmanna telja flestir að þeir sem eru lasburða leiti síður eftir nýjum störfum en aðrir og atvinnurekendur ráði þá síður í vinnu en hraust fólk (35). Höfundar þessarar greinar telja líklegt að konur sem hefja störf í iðnaði fertugar eða eldri séu líklegri til að búa við góða heilsu en margar jafnöldrur þeirra og þess vegna gæti áhrifa hraustra starfsmanna meir í þeim hópi en meðal yngri iðnverkakvenna.

Hátt dánartöluhlutfall vegna voveiflegra dauðsfalla leiðir að sjálfsögðu til lægra dánartöluhlutfalls vegna sjúkdóma. Engum getum er unnt að leiða að því úr hverju iðnverkakonur hefðu dáið ef svo margar þeirra sem raun ber vitni hefðu ekki fallið frá með sviplegum hætti.

Ýmsir hafa orðið til þess að gagnrýna þá aðferð að bera heilsufar vinnandi hóps saman við heilsufar þjóðar (37) eins og lengi hefur tíðkast í dánarmeinarannsóknum á hópum starfandi karla en vörnin í því máli er að gallar og kostir aðferðarinnar eru þekktir (14). Aðferðin kann þó að henta enn síður þegar um kvennahópa er að ræða, einkum þar sem atvinnuþátttaka kvenna er takmörkuð (14). Það er vand-

kvæðum bundið að finna hentugan samanburðarhóp en aðferðin dregur úr líkum á því að unnt sé að sýna fram á áhættu í hópnum sem rannsakaður er.

Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar á áhrifum hraustra starfsmanna meðal kvenna og karla sem störfuðu í 14 glerullarverksmiðjum í sjö löndum (38) gætti áhrifa hraustra starfsmanna meir hjá körlum en konum við ráðningu. Áhrif hraustra starfsmanna í fyrrgreindri samanburðarrannsókn (38) dvínuðu þegar fram í sótti hjá körlum en ekki hjá konum en oft er reiknað með að þau réni eftir því sem lengri biðtími er notaður (35). Meðal iðnverkakvennanna fór heildardánartíðnin lækkandi eftir því sem biðtíminn var lengri þannig að áhrifin dvínuðu ekki. Mælikvarði okkar á það hversu miklar iðnverkakonur var hér um að ræða eru greiðslur í lífeyrissjóð yfir tiltekið tímabil. Einn af veikleikum rannsóknarinnar er að við höfðum ekki upplýsingar um stöðu þeirra að öðru leyti. Hjónabandsstaða þeirra og starf maka er óþekkt. Við höfðum ekki heldur upplýsingar um hvað þessar konur kunna að hafa unnið utan starfa iðnverkafólks né vitneskju um það hvers konar störf þær stunduðu sem iðnverkakonur. Stór hluti hópsins stóð stutt við í lífeyrissjóðnum og við vitum ekki hvað tók þá við hjá þeim. Atvinnuþátttaka kvenna var lengi vel stopul og starfsvalið hverju sinni oft fremur háð þörfum heimilis og barna en eigin óskum og getu (39).

Markmið rannsóknarinnar var ekki að kanna áhrif vinnunnar á heilsufarið heldur dánartíðni ófaglærðra kvenna samanborið við heildina. Á það hefur verið bent hve mikilvægt sé að hafa upplýsingar um fleiri atriði en starfið þegar konur eru flokkaðar í þjóðfélagshóp (39, 40) og vafasamt sé hvort vinnan sé eins óyggjandi mælikvarði á félagslega stöðu kvenna og karla (40-42). Það flókna vandamál að ákvarða félagslega stöðu kvenna er á hinn bóginn óleyst (43, 44). Margs þarf að gæta í rannsóknum af þessu tagi þannig að tekið sé tillit til mismunar kynjanna (44). Þörf er á að finna aðferðir sem henta þegar kvennahópar eru skoðaðir (14, 40, 45). Það skiptir eflaust miklu máli varðandi niðurstöður þessarar rannsóknar að við kusum að flokka konurnar í þjóðfélagshóp eftir eigin starfi, það er hvort þær sjálfar hefðu einhvern tíma greitt í lífeyrissjóð iðnverkakvenna en ekki eftir stöðu maka. Þrátt fyrir aukna atvinnuþátttöku kvenna gæti svo verið að staða maka og aðrar félagslegar aðstæður séu sá mælikvarði sem mestu ræður um langlífi konunnar (1, 5, 6, 40) þegar upp er staðið.

Ályktanir

Dánartíðni vegna voveiflegra dauðsfalla var há meðal iðnverkakvenna. Skýringar á því liggja ekki fyrir en niðurstaðan kallar á að fram fari ítarlegri og meiri rannsóknir á heilbrigði, líðan og heilsu mismunandi þjóðfélagshópa hér á landi. Okkur þykir sýnt að sú aðferð að nota atvinnu sem mælikvarða á þjóðfélagshóp, eins og reynst hefur haldgott meðal karla, kunni að orka tvímælis þegar um konur er að ræða. Leita þarf nýrra leiða til að finna þá þjóðfélagshópa meðal kvenna þar sem forvarna er mest þörf.

Þakkir

Guðmundi Þ. Jónssyni og öðrum starfsmönnum Iðju/Eflingar og stjórn Lífeyrissjóðs Iðju/Framsýnar er þakkaður aðgangur að gögnum og velvilji gagnvart rannsókninni. Starfsmenn Hagstofu Íslands og Reiknistofu lífeyrissjóða eiga þakkir skildar fyrir gott samstarf og veittar upplýsingar. Gerði Guðmundsdóttur bókasafnsfræðingi er þakkað gott samstarf við öflun heimilda. Vilhjálmi Rafnssyni prófessor er þakkað mikilvægt samstarf við myndun rannsóknarhópsins í upphafi. Rannsóknin var gerð með leyfi Tölvunefndar en Vísindasiðanefnd hafði ekki tekið til starfa á þeim tíma þegar þessi rannsókn var heimiluð.

Iðja styrkti rannsóknina á þann hátt að félagið greiddi reikning Reiknistofu lífeyrissjóða fyrir vinnu vegna samkeyrslu á Þjóðskrá og félagaskrá lífeyrissjóðs Iðju/Framsýnar.

Heimildir

1. Drever F, Whitehead M, editors. Health Inequalities. London: The Stationery Office; 1997.
2. Dahl E. Social mobility and health: cause or effect? [editorial]. Br Med J 1996; 313: 435-6.
3. Liberatos P, Link BG, Kelsey L. The measurement of social class in epidemiology. Epidemiol Rev 1988; 10: 87-121.
4. Kunst AE, Mackenbach JP. Measuring socioeconomic inequalities in health. Copenhagen: WHO, Regional office for Europe; 1995.
5. Dahl E. Inequality in health and the class position of women - the Norwegian experience. Sociology of Health & Illness 1991; 13: 492-505.
6. Harding S, Bethune A, Maxwell R, Brown J. Mortality trends using the Longitudinal Study. In: Drever F, Whitehead M, eds. Health Inequalities. London: The Stationery Office; 1997: 143-55.
7. Borg V, Kristensen T. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment. Soc Sci Med 2000; 51: 1019-30.
8. Whitehead M, Diderichsen F. International evidence on social inequalities in health. In: Drever F, Whitehead M., eds. Health Inequalities. London: The Stationery Office; 1997: 44-68.
9. Wagstaff A, Paci P, van Doorslaer E. On the measurement of inequalities in health. Soc Sci Med 1991; 33: 545-57.
10. Mackenbach JP, Kunst AE, Cavelaars AE, Groenhof F, Geurts JJ. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. The EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. Lancet 1997; 349: 1655-9.
11. Hernberg S. Towards a new milennium [editorial]. Scand J Work Environ Health 1999; 25(6, special issue): 465-9.
12. Harvard Report on Cancer Prevention. Volume 1: Causes of human cancer. Cancer Causes Control 1996; 7/Suppl 1: S3-59.
13. Dunnell K, Bunting J, Wood R, Babb P. Measuring aspects of women's life and work for the study of variations in health. Am J Ind Med 1999; 36: 25-33.
14. Blair A, Zahm SH, Silverman DT. Occupational cancer among women: research status and methodologic considerations. Am J Ind Med 1999; 36: 6-17.
15. Arber S. Comparing inequalities in women's and men's health: Britain in the 1990s. Soc Sci Med 1997; 44: 773-87.
16. Sundhedsministeriets Middellevetidsudvalg. Kvinders liv og dödelighed. 7. delrapport. Köbenhavn: Sundhedsministeriet; 1994.
17. Jónsson G, Magnússon MS, eds. Hagskinna. Reykjavík: Hagstofa Íslands; 1997.

18. Hagstofa Íslands. Konur og karlar 1997. Reykjavík: Hagstofa Íslands; 1997.
19. Halldórsson M, Cavelaars AEJM, Kunst AE, Mackenbach JP. Socioeconomic differences in health and well-being of children and adolescents in Iceland. Scand J Public Health 1999; 27: 43-7.
20. Gunnarsdóttir HK. Mortality and cancer morbidity among occupational and social groups in Iceland [dissertation]. Reykjavík: Háskóli Íslands; 1997.
21. Guðmundsson K, Harðarson Þ, Sigvaldason H, Sigfússon N. Samband menntunar og áhættuþátta kransæðasjúkdóma. Læknablaðið 1996; 82: 505-15.
22. Garðarsdóttir M, Harðarson Þ, Sigvaldason H, Sigfússon N. Samband menntunar og dánartíðni með sérstöku tilliti til kransæðasjúkdóma. Læknablaðið 1998; 84: 913-20.
23. Gunnarsdóttir HK, Aspelund T, Rafnsson V. Nýgengi krabbameina meðal verkakvenna. Læknablaðið 2000; 86: 30-2.
24. Dánartíðni og starf á Norðurlöndum 1971-1980. Útdráttur úr ritinu Occupational Mortality in the Nordic Countries 1971-1980. Ritröð norrænna hagskýrslna, rit nr. 49. Kaupmannahöfn; 1988.
25. Gunnarsdóttir HK, Rafnsson V. Nýgengi krabbameina meðal íslenskra iðnverkakvenna. Læknablaðið 1999; 85: 787-96.
26. Steenland K, Beaumont J, Spaeth S, Brown D, Okun A, Jurcenko L, et al. New developments in the Life Table Analysis System of the National Institute for Occupational Safety and Health. J Occup Med 1990; 32: 1091-8.
27. Daly LE, Bourke GJ, McGilvray J. Interpretation and uses of medical statistics. 4th ed. Oxford: Blackwell Science; 1991.
28. Hennecken CH, Buring JE, eds. Epidemiology in Medicine. Boston/Toronto: Little, Brown and Company; 1987.
29. Gunnarsdottir H, Rafnsson V. Mortality among female manual workers. J Epidemiol Community Health 1992; 46: 601-4.
30. Gunnarsdottir H, Rafnsson V. Mortality among Icelandic nurses. Scand J Work Environ Health 1995; 21: 24-9.
31. Beall C, Delzell E, Macaluso M. Mortality patterns among women in the motor vehicle manufacturing industry. Am J Ind Med 1995; 28: 325-37.
32. Bond GG, McLaren EA, Cartmill JB, Wymer KT, Lipps TE, Cook RR. Mortality among female employees of a chemical company. Am J Ind Med 1987; 12: 563-78.
33. Teta MJ, Schnatter AR, Ott MG, Pell S. Mortality surveillance in a large chemical company: the Union Carbide Corporation experience, 1974-1983. Am J Ind Med 1990; 17: 435-47.
34. Rafnsson V, Gunnarsdottir H. Mortality study of fertiliser manufacturers in Iceland. Br J Ind Med 1990; 47: 721-5.
35. Choi BCK. Definition, sources, magnitude, effect modifiers, and strategies of reduction of the healthy worker effect. J Occup Med 1992; 34: 979-88.
36. Ragnarsson J, Blöndal Þ. Reykingavenjur 1985-1988. Heilbrigðisskýrslur. Fylgirit 1989 nr. 2. Reykjavík: Tóbaksvarnanefnd og Landlæknisembættið; 1989.
37. Hernberg S. Introduction to Occupational Epidemiology. Chelsea, Michigan: Lewis Publishers; 1992.
38. Lea CS, Hertz-Picciotto I, Andersen A, Chang-Claude J, Olsen JH, Pesatori AC, et al. Gender differences in the healthy worker effect among synthetic vitreous fiber workers. Human population changes caused by hazardous waste. Am J Epidemiol 1999; 150: 1099-106.
39. Moser K, Pugh H, Goldblatt P. Mortality and the social classification of women. In: Goldblatt P, ed. Longitudinal Study. Mortality and social organisation. London: HMSO; 1990: 145-62.
40. Sacker A, Firth D, Fitzpatrick R, Lynch K, Bartley M. Comparing health inequality in men and women: prospective study of mortality 1986-96. Br Med J 2000; 320: 1303-7.
41. Moser K, Goldblatt P, Pugh H. Occupational mortality of women in employment. In: Goldblatt P, ed. Longitudinal Study. Mortality and social organisation. London: HMSO; 1990: 129-44.
42. Lynge E, Thygesen L. Occupational cancer in Denmark. Cancer incidence in the 1970 census population. Scand J Work Environ Health 1990; 16/Suppl 2: 3-35.
43. Arber S, ed. Gender and class inequalities in health: understanding the differentials. Sydney: Gower; 1989.
44. Alexanderson K. Indicatiors for working women. In: Kilbom Å, Messing K, Bildt Thorbjörnsson C, eds. Women's health at work. Solna: National Institute for Working Life; 1998: 121-61.
45. Vågerö D. Health inequalities in women and men. Studies of specific causes of death should use household criteria [editorial]. Br Med J 2000; 320: 1286-7.

Seroquel

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

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

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

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



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



Framfarir án fylgikvilla!

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

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

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

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

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

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

(Sjá sérlyfjaskrártexta og heimildaskrá á næstu síðu)

Seroquel®

EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 421-01



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 æskilegur árangur hefur náðst ætti að minnka skammtinn smám saman niður í minnsta viðhaldsskammt miðað við svörun og þol sjúklings (yfirleitt 75-150 mg/dag). Hjá öldruðum og sjúklingum með hjarta- og æðasjúkdóma/háþrýsting ætti að auka skammtinn með varúð. Við meðferð sjúklinga með skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi er mælt með minni skömmtum. Ef kreatínín?úthreinsun er minni en 30 ml/mín. eða við meðalalvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi ætti að minnka skammtinn um 50%. Ef um alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi er að ræða kann að reynast nauðsynlegt að minnka skammtinn enn meira. Í slíkum tilvikum kann að vera nauðsynlegt að gefa Efexor töflur. Meðferð ætti að halda áfram í a.m.k. þrjá mánuði (yfirleitt í sex mánuði) eftir að bata er náð. Þegar ætlunin er að hætta meðferð með Efexor Depot ætti að minnka skammt sjúklings smám saman í eina viku að viðhafðri aðgát vegna hættu á bakslagi. Haft skal samband við sérfræðing ef enginn bati hefur náðst eftir eins mánaðar meðferð. Frábendingar: Brátt hjartadrep, bráður sjúkdómur í heilaæðum og óreðlilegur hjartsláttur. Samtímis meðferð með mónóaminoxíðasahemlum.Varnaðarorð og varúðarreglur: Aldraðir (>65 ára). Sjúklingar með þekktan sjúkdóm í hjarta-æðakerfi eða heilaæðum, þ.m.t. meðhöndlaður háþrýstingur. Skert nýrna- og/eða lifrarstarfsemi. Vanmeðhöndluð flogaveiki, lækkaður krampaþröskuldur. Þegar skipt er frá mónóaminoxíðasahemli til venlafaxíns skal gera minnst 14 daga meðferðarhlé. Ef breytt er meðferð frá venlafaxíni til mónóaminoxíðasahemils er mælt með 7 daga meðferðarhléi. Gera verður ráð fyrir hættu á sjálfsvígi hjá öllum sjúklingum sem haldnir eru geðlægð. Hætta á sjálfsvígi fylgir geðlægð og kann að vera fyrir hendi þar til verulegur bati hefur náðst. Venlafaxín kann hjá sumum sjúklingum að valda hækkuðum blóðþrýstingi (hlébilsþrýstingur hækkar um 10-30 mmHg). Mælt er með því að fylgst sé með blóðþrýstingi við hverja heimsókn sjúklings. Hjá öldruðum og sjúklingum með þekktan hjarta- og æðasjúkdóm ætti að fylgjast með blóðþrýstingi á hálfsmánaðar fresti í 4-6 vikur og eftir það við hverja heimsókn til viðkomandi læknis. Sjúklinga í langtímameðferð ætti að fræða um mikilvægi góðrar tannhirðu vegna þess að þurrkur í munni kann að valda aukinni hættu á tannskemmdum. Ekki hefur fengist reynsla af meðferð sjúklinga með geðklofa. Áhrif venlafaxíns á tvískauta geðlægð (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið þróun til oflætisfasa. Sjúklingar með flogaveiki þarfnast viðeigandi flogaveikilyfja meðan á meðferð stendur. Ekki hefur fengist klínísk reynsla hjá börnum. Lækkun natríums í blóði hefur stöku sinnum sést við meðferð með geðdeyfðarlyfjum, m.a. sérótónínupptökuhemlum, oftast hjá öldruðum og sjúklingum sem eru á þvagræsilyfjum. Upp hafa komið örfá tilvik með lækkun á natríum í blóði af völdum Efexors, yfirleitt hjá öldruðum, sem hefur leitt til þess að hætt var við að gefa lyfið. Milliverkanir: Engar milliverkanir hafa komið fram hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum eftir einfaldan skammt af litíum, diazepami og etanóli á meðan á meðferð stendur með venlafaxíni. Rannsóknir benda til þess að venlafaxín umbrotni í O-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP2D6 og í N-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP3A3/4. Vænta má eftirtalinna milliverkana þótt þær hafi ekki verið rannsakaðar sérstaklega in vivo. Samtímis meðferð með lyfjum, sem hamla CYP2D6, gæti valdið aukinni uppsöfnun venlafaxíns svipað því og búast má við í einstaklingi með hæg umbrot debrisokíns. Aðgát skal höfð þegar venlafaxín er gefið ásamt lyfjum sem hamla CYP3A3/4 t.d. ketókónazóli. Meðganga og brjóstagjöf: Meðganga: Takmörkuð klínísk reynsla hefur fengist af því að gefa vanfærum konum lyfið. Rannsóknir á dýrum hafa leitt í ljós minnkaða þyngd og stærð fóstra og lakari lífsmöguleika, líklega vegna eiturvirkni á móður. Þar til frekari reynsla hefur fengist af Efexor ætti ekki að gefa það á meðgöngutíma nema að vandlega athuguðu máli. Brjóstagjöf: Ekki er vitað hvort venlafaxín skilst út í brjóstamjólk. Akstur og stjórnun vinnuvéla: Meðferð með Efexor Depot kann að hægja á viðbrögðum sumra sjúklinga. Þetta ætti að hafa í huga við aðstæður sem krefjast sérstakrar árvekni, t.d. við akstur. Aukaverkanir: Í geðlægð er ávallt erfitt að greina á milli raunverulegra aukaverkana lyfja og einkenna um geðlægð. Aukaverkanir sem hafa komið fram við notkun venlafaxíns ásamt slíkum lyfjum þar eð blóðþéttni þeirra gæti aukist. Búast má við 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, hjartsláttarónot. Miðtaugakerfi: Æsingur, rugl, martröð, minnkuð kynhvöt, svefnleysi, truflað húðskyn, kvíði, taugaóstyrkur. Meltingafæri: Ógleði, uppköst, niðurgangur, hægðatregða, meltingartruflun, munnþurrkur. Húð: Útbrot, flekkblæðing. Þvag- og kynfæri: Áhrif á sáðlátfullnægingu, 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: Háfdvali (stupor). Blóðrás: Breytingar á hjartarafriti (T-bylgja, S-T hluti, gátta-sleglarof af gráðu I). Miðtaugakerfi: Krampar, einkenni um utanstrýtukvilla (Parkinsonlík einkenni), persónuleikatruflun. Ofskömmtun og eitranir: Eiturvirkni: Fullvaxnir einstaklingar hafa tekið inn allt að 6,75 g og orðið fyrir meðalsvæsnum eitrunaráhrifum. Einkenni: Bæling miðtaugakerfisins, krampar, andkólínvirk einkenni. Hraðtaktur, hægataktur, lækkaður blóðþrýstingur, ST/T-breytingar, lenging QT-bils, lenging QRS-bils. Meðferð: Tryggja að öndunarvegur sé vel opinn, fylgjast með hjartarafriti, lyfjakol; magaskolun kemur til greina. Ráðstafanir sem beinast að einkennum. Lyfhrif: Efexor Depot inniheldur venlafaxín sem virkt efni og er það blanda tveggja handhverfa (racemat). Lyfið dregur úr geðdeyfð. Báðar handhverfur venlafaxíns og virka umbrotsefnið O-desmetýlvenlafaxín hafa lyfjafræðileg áhrif. Áhrifin koma fyrst og fremst fram við hömlun á endurupptöku serótóníns og noradrenalíns í miðtaugakerfinu, en einnig kann að koma fram veik hömlun á endurupptöku dópamíns. Venlafaxín og O-desmetýlvenlafaxín draga úr næmi beta-aðrenvirkra viðtaka bæði við skammtíma- (einn skammtur) og langtímameðferð. Venlafaxín og O-desmetýlvenlafaxín eru nær jafnvirk hvað varðar endurupptöku taugaboðefna. Venlafaxín synir enga sækni í kólínvirka(muskarín-), histaminvirka eða alfa1-adrenvirka viðtaka og ekki hefur verið sýnt fram á neina sækni í ópium- eða bensódíazepínnæma viðtaka. Venlafaxín hamlar ekki starfsemi ensýmsins mónóaminoxíðasa. Lyfjahvörf: Venlafaxín hefur ekki verið gefið í æð. Helidaraðgengi 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 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. Forðahylki 150 mg: Rauðbrún hylki, 23 x 7 mm, merkt W 75 í rauðum lit. 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

Brennslumeðferð við ofansleglahraðtakti á Íslandi

Gizur Gottskálksson

Ágrip

Tilgangur: Upp úr 1990 ruddi sér til rúms ný og árangursrík aðferð til að meðhöndla hjartsláttartruflanir frá gáttum – brennsluaðgerðir með hjartaþræðingu þar sem brennt er með útvarpsbylgjum (radiofrequency catheter ablations). Slíkar brennsluaðgerðir hófust hérlendis árið 1993 í smáum stíl, en á árinu 1994 fjölgaði þeim til muna. Tilgangur þessarar greinar er að meta árangur þessara aðgerða fyrstu fimm árin og bera saman við árangur annarra.

Efniviður og aðferðir: Á fimm ára tímabili, 1994-1998, voru gerðar 75 brennsluaðgerðir á 68 sjúklingum, 39 körlum og 29 konum. Skilyrði fyrir aðgerð voru mikil einkenni af hjartsláttarköstum, lyfjameðferð ófullnægjandi eða olli miklum aukaverkunum. Vísbendingar um hugsanlegan árangur brennslumeðferðar urðu að sjást á 12-leiðslu hjartarafriti eða koma fram við örvun á hjarta og skráningu vélindarafrits. Árangur aðgerðar var metinn út frá raflífeðlisfræðilegum skilmerkjum í lok brennslu og klínískur árangur talinn fullnægjandi þegar sjúklingur var laus við hjartsláttarköst án lyfjameðferðar. Þá var gerð ný örvun og skráning frá vélinda að minnsta kosti þremur mánuðum eftir brennsluaðgerð til að sýna fram á að hraðtaktsferill væri rofinn.

Niðurstöður: Af 68 sjúklingum höfðu 26 gáttasleglahringsól (atrioventricular reentry tachycardia). Fyrsta brennsla var árangursrík hjá 21 sjúklingi, en tveir þurftu endurbrennslu (91% heildarárangur). Átján sjúklingar reyndust með duldar aukaleiðnibrautir (concealed bypass tracts). Fyrsta brennsla skilaði 83% árangri, en eftir tvær brennslur varð árangur 94%. Sextán sjúklingar voru með heilkenni Wolff-Parkinson-White. Fyrsta brennsla heppnaðist hjá 80% þeirra, en þrír sjúklingar þurftu endurbrennslu þar sem stungið var á gáttaskilvegg (transseptal puncture). Heildarárangur var 93%. Í lok tímabilsins voru hafnar brennsluaðgerðir vegna gáttaflökts (atrial flutter). Þrír sjúklingar voru meðhöndlaðir sem allir höfðu mikil einkenni og höfðu einnig sýnt köst af gáttatifi (atrial fibrillation). Tveir þeirra fengu aftur köst af bæði gáttaflökti og gáttatifi, annar eftir fjórar vikur, en hinn 12 mánuðum eftir aðgerð.

Ályktanir: Brennsluaðgerðir á sjúklingum með ofansleglahraðtakt hafa stórbætt meðferð þeirra. Í

Hjartadeild Landspítala Hringbraut, 105 Reykjavík. Fyrirspurnir og bréfaskipti: Gizur Gottskálksson sérfræðingur í hjartasjúkdómum, gizurgot@landspitali.is

Lykilorð: *ofansleglahraðtaktur, brennsluaðgerðir.*

ENGLISH SUMMARY

Gottskálksson G

Radiofrequency catheter ablations of supraventricular tachycardias in Iceland

Læknablaðið 2002; 88: 205-11

Objective: During the last decade a new and successful treatment of supraventricular tachycardia – radiofrequency catheter ablations – gained ground. In Iceland this method was first used in 1993, seldom during the first year but with increasing frequency the following year. The aim of this study is to evaluate its success rate during the first five years of its use and compare it to that of other centres.
Material and methods: During the five year period 1994-1988 seventy-five ablations were performed on 68 patients, 39 men and 29 women. The patients chosen had to have considerable symptoms of tachycardia and/or unsatisfactory results or significant side-effects from medication. Also, they had to show signs of conceivable benefit from ablation on a 12-lead electrocardiogram or on non-invasive electrophysiologic testing. Electrophysiological criteria were used to evaluate success at the end of each ablation and clinical results deemed satisfactory when the patient was free of tachycardia and medication. To further guarantee results non-invasive electrophysiologic testing was repeated at least three months after the ablation to ensure that the mechanism of arrhythmia was broken.

Results: Twenty-six patients of the 68 in the study were diagnosed with atrioventricular reentry tachycardia. The first ablation was successful in 21 patient, but two needed re-ablation (91% success rate). Eighteen patients turned out to have concealed bypass tracts. The first ablation resulted in 83% success rate and when repeated reached a 94% success. Sixteen patients had Wolff-Parkinson-White syndrome. In their case 80% were sucessfully ablated the first time, but three needed re-ablation with transseptal puncture. Final success rate was 93%. Radiofrequency ablations of atrial flutter were started near the end of the study period. Three patients who all had considerable symptoms as well as episodes with atrial fibrillation were treated. Two relapsed, both getting atrial flutter as well as atrial fibrillation, one four weeks after the ablation and the other after 12 months.
Conclusions: Radiofrequency ablations on patients with supraventricular tachycardia have greatly improved their treatment. If successful, it is a permanent cure for this condition whereas medication only holds symptoms at bay. This study shows a success rate quite comparable to that of other centres.

Keywords: *radiofrequency catheter ablations, supraventricular arrhythmias.*

Correspondance: Gizur Gottskálksson, gizurgot@landspitali.is

Tafla I. *Aldursdreifing sjúklinga með mismunandi sjúkdóma sem fóru í brennsluaðgerð á þessu fimm ára tímabili. Árin 1994 og 1995 eru tekin saman til að jafna fjölda milli ára.*

Aldur (ár)

	Gáttahringsól				Staðbundinn gáttahraðtaktur			
	1994–1995	1996	1997	1998	1994–1995	1996	1997	1998
Meðaltal	52,3	46,5	52,2	50,8			35	51,2
Staðalfrávik	3,9	15,6	8,3	13,1				19,5
Hæsta gildi	56	58	62	71			35	74
Lægsta gildi	47	25	41	32			35	22
fjöldi (n)	4	4	6	12			1	6
	WPW-heilkenni				Gáttaflökt			
	1994–1995	1996	1997	1998	1994–1995	1996	1997	1998
Meðaltal	43,9	52,7	25,5	29			45	52,5
Staðalfrávik	19,3	8,5	12,7					23,3
Hæsta gildi	71	61	44	29			45	69
Lægsta gildi	18	44	15	29			45	36
fjöldi (n)	8	3	4	1			1	2
	Duldar aukabrautir							
	1994–1995	1996	1997	1998				
Meðaltal	37,7	40,3	51,5	38,8				
Staðalfrávik	20,6	11,7	8,3	19,9				
Hæsta gildi	71	49	62	61				
Lægsta gildi	16	23	42	22				
fjöldi (n)	6	4	4	4				

Útreiknað samkvæmt $\sigma = \sqrt{\frac{\sum^{n}_{i=1} (\bar{x}i-x)}{n-1}}$ $\bar{x} = 1/n \sum^{n}_{i=1} xi$

þeim er fólgin varanleg lækning í stað lyfjameðferðar sem einungis getur haldið einkennum niðri. Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna mjög góðan árangur sem er fyllilega sambærilegur við árangur annarra.

Inngangur

Stórstígar framfarir hafa orðið í meðferð ofansleglahraðtakts síðustu áratugi. Í stað hefðbundinnar lyfjameðferðar sem einungis miðar að því að halda einkennum niðri hefur verið þróuð aðferð til að lækna þessa kvilla. Árið 1982 var byrjað að brenna aukabrautir með raflosti sem gefið var inni í hjartanu. Þessi aðferð krafðist þess að sjúklingar væru svæfðir og hafði verulega fylgikvilla í för með sér (1, 2). Í lok níunda áratugarins kom fram ný, mun hættuminni og jafnframt árangursrík tækni (3). Í stað raflosts eru notaðar útvarpsbylgjur (radiofrequency current). Með því móti má fá fram afmarkaða skemmd, 5-6 mm í ummál og 2-3 mm að dýpt. Áður hefur verið lýst hvernig aðferðinni er beitt á hinar ýmsu hjartsláttartruflanir frá gáttum (4).

Brennsluaðgerðir voru hafnar hérlendis árið 1993, og hefur fjöldi aðgerða farið ört vaxandi. Fyrstu brennslurnar voru gerðar vegna gáttasleglahringsóls með þeirri aðferð sem þá var algengust: brennslu á hraðleiðandi braut í gáttasleglahnútnum (fast pathway ablation). Því fylgdi talsverð hætta á gáttasleglarofi (10-12%). Hins vegar var einfalt að meta árangur brennslunnar strax með því að ná fram leiðslurofi frá slegli til gáttar (V-A blokk). Tveir fyrstu sjúklingarnir voru meðhöndlaðir með þeirri aðferð á árangursríkan hátt, án fylgikvilla.

Um þetta leyti kom fram betri aðferð: brennsla á hægleiðandi braut gáttasleglahnúts (slow pathway ablation), sem fylgdi mun minni áhætta á rofi (1-2%) (5-7). Þessi aðferð var tekin upp hérlendis í ársbyrjun 1994. Einnig voru fyrsta árið gerðar þrjár aðgerðir þar sem tekin var sundur gáttasleglaleiðin vegna hraðs – viðvarandi eða tilfallandi – gáttatifs sem illa var hægt að hemja með lyfjameðferð. Eftir það þurfa þeir sjúklingar alltaf hjartagangráð. Síðan hafa verið gerðar fjölmargar slíkar aðgerðir, en þeim verða gerð betri skil síðar.

Í þessari grein verður fjallað um árangur brennslumeðferðar vegna ofansleglahraðtakts á tímabilinu 1994-1998.

Þýði og aðferðir

Á fimm ára tímabili, 1994-1998, voru gerðar á Íslandi 75 brennsluaðgerðir á 68 sjúklingum, 39 körlum og 29 konum. Ábending fyrir brennsluaðgerð var þegar sjúklingur var mjög einkennamikill þrátt fyrir lyfjameðferð eða þegar lyfjameðferð hafði verulegar aukaverkanir. Þá þurfti að liggja fyrir vísbending um að hægt væri að meðhöndla sjúkling með brennsluaðgerð annaðhvort á 12-leiðslu hjartarafriti eða með örvun á hjartanu og skráningu vélindarafrits (8). Af þessum 68 sjúklingum höfðu flestir gáttasleglahringsól (AVNRT) eða 26, 15 konur og 11 karlmenn, þar næst komu 18 með duldar aukabrautir (CBT),12 karlmenn og sex konur, þá 16 sjúklingar með merki um aukaleiðni á hjartarafriti (overt WPW), 12 karlmenn og fjórar konur.

Tvö síðustu ár þessa tímabils var hafin brennslu-

Tafla II. *Skyggnitími við brennsluaðgerðir mismunandi sjúkdómahópa. Á þessum árum var skyggt allan brennslutímann, en síðan hefur stórlega dregið úr skyggnitíma.*

Skyggnitími (mínútur)

	Gáttahringsól				Staðbundinn gáttahraðtaktur			
	1994–1995	1996	1997	1998	1994–1995	1996	1997	1998
Meðaltal	81,3	32,8	47,3	43,1			11	30
Staðalfrávik	51,2	23	29,5	23,4				25,6
Hæsta gildi	130	67	97	79			11	81
Lægsta gildi	23	18	20	11			11	13
fjöldi (n)	4	4	6	12			1	6
	WPW-heilkenni				Gáttaflökt			
	1994–1995	1996	1997	1998	1994–1995	1996	1997	1998
Meðaltal	63,8	65,3	45,5	54			43	57
Staðalfrávik	29,8	60,8	33,7					9,9
Hæsta gildi	100	135	95	54			43	64
Lægsta gildi	20	23	21	54			43	50
fjöldi (n)	8	3	4	1			1	2
	Duldar aukabrautir							
	1994–1995	1996	1997	1998				
Meðaltal	43,7	23,5	37	45,5				
Staðalfrávik	13,8	6,7	29,1	29,9				
Hæsta gildi	61	33	80	90				
Lægsta gildi	21	18	19	26				
fjöldi (n)	6	4	4	4				

Útreiknað samkvæmt $\sigma = \sqrt{\frac{\sum^{n}_{i=1} (\bar{x}i-x)}{n-1}}$ $\bar{x} = 1/n \sum^{n}_{i=1} xi$

meðferð á gáttahraðtakti útgengnum frá staðbundnum svæðum í gátt (ectopic atrial tachycardia) og á gáttaflökti (common atrial flutter). Sjö sjúklingar með staðbundinn gáttahraðtakt voru meðhöndlaðir, þrír karlmenn, fjórar konur og þrír sjúklingar með gáttaflökt (allt karlmenn). Aldursdreifing sjúklinganna sést í töflu I.

Brennsluaðgerðirnar voru gerðar með þræðingu frá hægri/vinstri nárabláæð og miðlægri bláæð í vinstri olnbogabót eða stórum bláæðum í hálsi (*vena jugularis interna* eða *vena subclavia*) til sinus coronarius. Ef brenna þurfti vinstri aukabraut var farið frá náraslagæð (venjulega hægra megin) og brennsluþráð komið fyrir undir míturloku. Notaðir voru fjögurra skauta rafskautsþræðir (Elicath/Daig) í hægri slegil, fjögurra skauta rafskautsþráður (Josephson USCI) til skráningar á HIS útslagi og tíu skauta Webster/Cordis (Supra CS) til skráningar og örvunar frá *sinus coronarius*. Alltaf voru notaðir fjögurra skauta brennsluþræðir (Webster/Cordis) til brennslu. Þræðingar voru gerðar í skyggningu og skyggnitími skráður fyrir hverja aðgerð (tafla II). Til skráningar á rafriti innan frá hjarta voru notuð tæki frá Siemens (Recor og Epcor) og brennslugjafi frá Radionics en síðustu 16 mánuði tímabilsins var notað Cardiolab (Prucka) og brennslugjafi frá Opsypka (HAT 300S).

Árangur

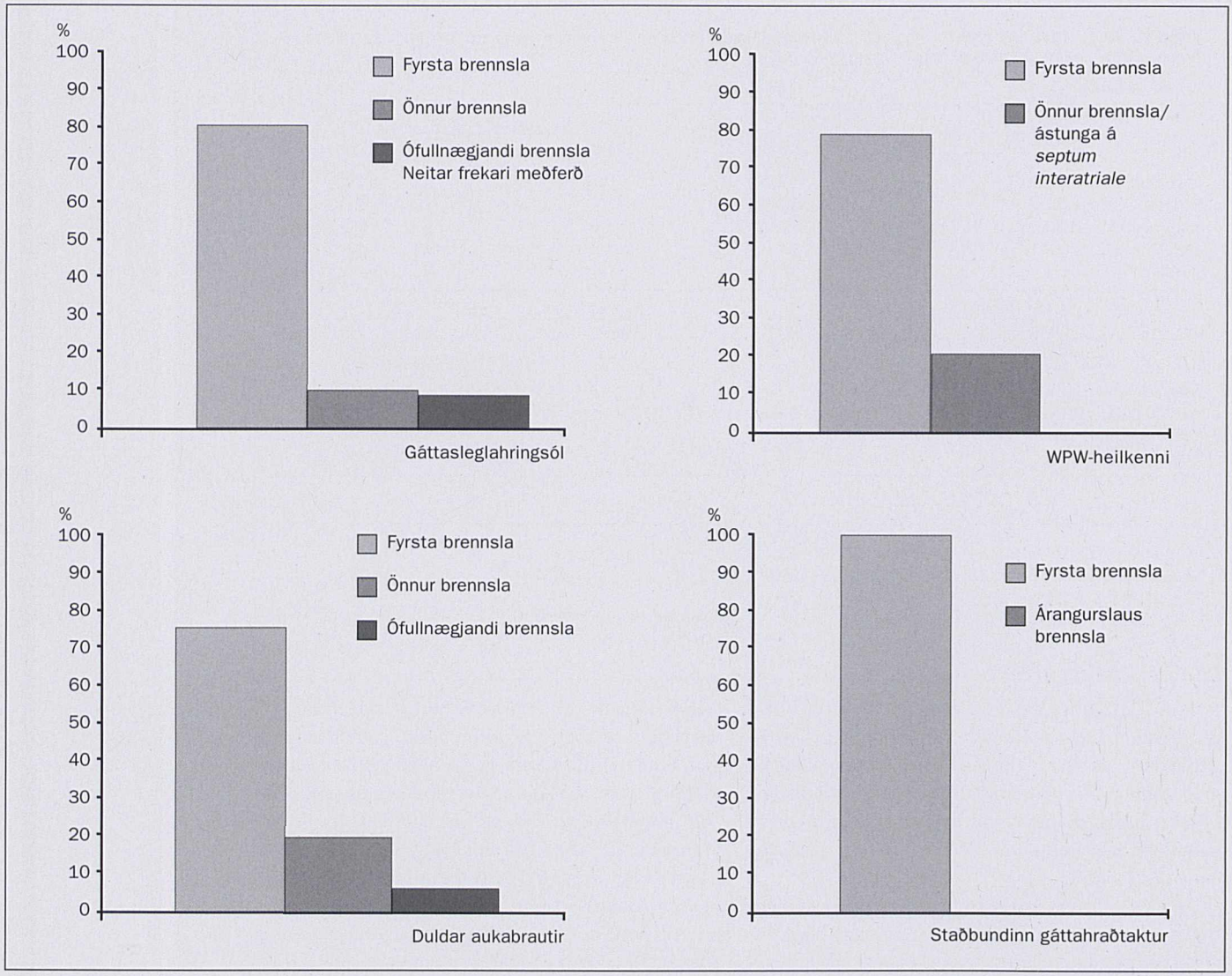
Raflífeðlislegur árangur var skilgreindur eftir eðli hverrar takttruflunar. Við gáttasleglahringsól þarf að koma fram hraðaður taktur frá gáttasleglahnút (accelerated A-V nodal rhythm) á meðan á brennslu stendur. Við aukaleiðnibrautir þarf að sýna fram á að aukaleiðni sé rofin og við brennslu á staðbundnum gáttahraðtakti er brennt þegar sjúklingur er í hraðtakti og leitast við að finna og uppræta upptök hans. Við gáttaflökt er takmarkið að mynda órofna brennslulínu frá þríblöðkuloku að neðri holæð í botni hægri gáttar. Þegar því er náð eru gefin lyf (Atrópín og Isoprenalín) til að örva upp hraðtakt ásamt raförvun. Allt þetta er gert í lok brennslu og aftur eftir 15 og 30 mínútur. Síðan er beðið eftir klínískum árangri sem er talinn fullnægjandi þegar sjúklingur er einkennalaus án lyfja í hið minnsta þrjá mánuði. Til frekari staðfestingar var þá gerð örvun og skráning frá vélinda (non-invasive echophysiological testing) til að sýna fram á að hraðtaktsferill væri rofinn.

Fylgst var vandlega með hjartarafriti fyrir og eftir aðgerð og ómskoðun á hjarta var gerð á öllum sjúklingum eftir aðgerð. Þá voru tekin hjartaenzym fyrir og eftir aðgerð.

Allir sjúklingar voru rannsakaðir og meðhöndlaðir vakandi (utan einn, 15 ára, í svæfingu), voru óslævðir þar til greining lá fyrir (vegna næmi gáttasleglahringsóls fyrir slævandi lyfjum). Lyfjameðferð sem hefur áhrif á hraðtaktsferil var hætt ekki síðar en þremur sólarhringum fyrir brennslu.

Niðurstöður

Á mynd 1 sést heildarárangur brennslumeðferðar á ofansleglahraðtakti. Alls voru 26 sjúklingar með gáttasleglahringsól meðhöndlaðir – fullnægjandi árangur varð hjá 21 við fyrstu brennsluaðgerð. Hjá tveimur sjúklingum var hægt að vekja upp hraðtakt í

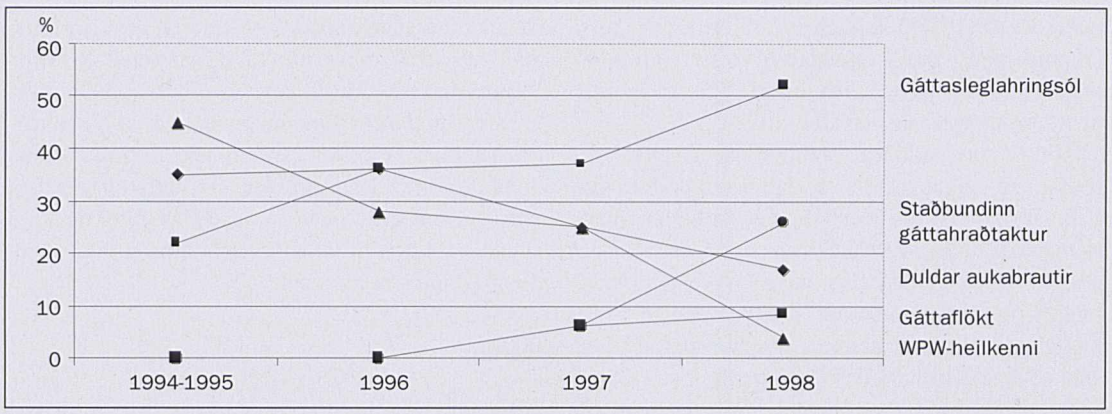


Mynd 1. *Árangur í mismunandi flokkum ofansleglahraðtakts. Frekari skýringar er að finna í texta.*

lok meðferðar, en hinir þrír fengu hjartsláttarköst á ný innan þriggja mánaða. Þrír þeirra fóru aftur í velheppnaða brennsluaðgerð, meira en sex mánuðum eftir þá fyrri, einn sjúklingur neitaði að fara aftur í aðgerð, en hefur fengið mjög fá köst síðustu ár. Einn sjúkling tókst ekki að meðhöndla fullkomlega vegna bilunar í brennslugjafa, en hefur verið mun betri og sjálfur kosið að bíða átekta. Engar alvarlegar leiðsluTruflanir komu fram við meðferð þessara sjúklinga, en einn þeirra fékk þó skammvinnt brottfall í gáttasleglaleiðni (A-V blokk II°) Heildarárangur brennsluaðgerða hjá þessum sjúklingahópi er því 91% (mynd 1).

Aukabrautum milli gáttar og slegils (heilkenni Wolff-Parkinson-White) er hér skipt í tvennt. Annars vegar er leiðni frá gátt til slegils sem hefur í för með sér snemmkomna afskautun hluta slegilsvöðva (pre-excitation) sem sést á hjartarafriti (D-bylgja, overt WPW). Hins vegar eru duldar aukabrautir (concealed bypass tracts, CBT), en þar sem þær leiða einungis frá slegli til gáttar sjást engin merki um tilvist þeirra á hjartarafriti. Alls var gerð brennsluaðgerð á 16 sjúklingum með sýnilegar aukabrautir á hjartarafriti (WPW). Fyrsta meðferð heppnaðist fullkomlega hjá tólf þeirra (80%). Þrír sjúklingar voru sendir utan til meðferðar, tveir fyrsta árið vegna skorts á búnaði hér og eitt barn til barnasérfræðings í raflífeðlisfræði. Þessir þrír sjúklingar reyndust allir hafa aukabrautir sem lágu djúpt (epicardial vinstri brautir) og nauðsynlegt reyndist að nota aðra tækni (transseptal ástungu). Hjá fjórða sjúklingnum kom leiðni aukabrautar til baka síðar meðferðardag, en er greinilega veikluð og einföld lyfjameðferð hefur síðan haldið köstum í skefjum. Heildarárangur er 93% (mynd 1).

Sé litið á árangur brennslu sjúklinga með duldar aukabrautir (CBT), þá kemur í ljós að fullnægjandi árangur varð eftir fyrstu brennslu hjá 15 af 18 sjúklingum eða 83%. Einn sjúklingur fékk aftur leiðni eftir aðra brennslu og hjartsláttarkast 10 tímum eftir að því er virtist velheppnaða brennslu. Sá sjúklingur fór aftur á lyf og vill bíða átekta. Hjá tveimur sjúklingum kom leiðni til baka eftir um vikutíma og því var gerð önnur vel heppnuð brennsla. Árangur er því 94% (mynd 1).



Línurit 1. *Breytingar á innbyrðis hlutföllum mismunandi sjúklingahópa. Vöxtur er í hlutfalli gáttasleglahringsóls, hlutfallslega fækkar brennslu á aukabrautum og í lok tímabilsins er farið að brenna vegna staðbundins gáttahraðtakts og gáttaflökts.*

Árið 1997 var byrjað í litlum mæli að brenna staðbundinn gáttahraðtakt og gáttaflökt. Á mynd 1 sést árangur meðferðar við ofansleglahraðtakti. Einungis voru meðhöndlaðir sjúklingar með merki um upptök í hægri gátt, alls sjö sjúklingar, þar af var einn með viðvarandi gáttahraðslátt frá fæðingu (permanent junctional reentry tachycardia, PJRT). Fyrsta brennsluaðgerð heppnaðist hjá öllum þessum sjúklingum. Árangur af brennslu gáttaflökts (atrial flutter) var mun lakari. Einn sjúklingur læknaðist af gáttaflökti, en hinir fengu gáttaflökt aftur, annar eftir eitt ár, en hinn fékk gáttatif (atrial fibrillation) aðeins fjórum vikum eftir brennslu og hefur síðan einnig fengið gáttaflökt. Hann hefur greindan Reiters sjúkdóm með merki um virka bólgu í ósæð (aortitis) og líklega einnig bólgubreytingar í hjarta, þótt það sé ekki fullsannað.

Fjöldi mismunandi flokka gáttahraðtakts er sýndur eftir árum (línurit 1). Til hagræðingar eru árin 1994 og 1995 tekin saman. Sé litið á breytingar á tegundum hjartsláttartruflana sem eru meðhöndlaðar eftir árum kemur í ljós að hraðtaktur frá gátta-sleglahnút (AVNRT) hefur hlutfallslega aukist og er að minnsta kosti 50% af heildinni í lok tímabils. Sjúklingum með aukabrautir fer ört fækkandi en síðustu árin hefur bæst við meðferð staðbundins gáttahraðtakts og gáttaflökts.

Engir fylgikvillar komu fram við eða eftir þessar aðgerðir fyrir utan minniháttar blæðingar á stungustað í náraslagæð sem ekki þörfnuðust sérstakrar meðferðar. Ekki kom fram á hjartaómskoðun aukin vökvasöfnun í gollurshúsi, breytingar á lokum né segamyndanir í hjartahólfum. Þá varð engin aukning á hjartaenzymum.

Umræða

Hér er í stuttu máli gerð grein fyrir árangri 75 brennsluaðgerða á 68 sjúklingum á fimm ára tímabili. Engar alvarlegar aukaverkanir komu fram við þessar aðgerðir né síðar (eftirfylgni: 18-66 mánuðir). Algengasti einstaki sjúkdómsflokkur í þessari rannsókn er gáttasleglahnúts hringsól (AVNRT).

Eins og áður er getið var farið að beita nýrri tækni (slow pathway ablation) hér á árinu 1994 þannig að allir í þessari rannsókn voru meðhöndlaðir á þann hátt. Mikilvægur þáttur í því að minnka áhættu er að endurtaka fremur aðgerð eftir 3-6 mánuði en að ganga of nærri gáttasleglahnútnum í brennslunni. Næst algengustu flokkar í þessari rannsókn voru aukaleiðnibrautir milli gátta og slegla. Hvað varðar þá sjúklinga sem hafa leiðnibrautir í báðar áttir (overt WPW) þá geta þeir verið í lífshættu og er tíðni árlegs skyndidauða 0,05-0,5% (8). Orsökin er að talsverður hluti þessara sjúklinga er í hættu að fá gáttatif (atrial fibrillation) sem getur leitt lítt heft niður aukabraut og valdið sleglatifi (ventricular fibrillatio) og dauða. Áhætta við brennsluaðgerð er hins vegar mjög lítil. Athygli vekur að hjá öllum sjúklingum sem höfðu dulda aukabraut, sem leiðir aðeins frá slegli til gáttar, voru þær alltaf vinstra megin. Hugsanlegt er að leiðni frá gátt til slegils sé til staðar við fæðingu, en hverfi frekar síðar á ævinni þegar braut er vinstra megin en hægra megin, þannig haldist leiðni frá gátt til slegils frekar í hægri brautum. Þetta hefur þó ekki verið rannsakað sérstaklega og sjúklingafjöldi í þessari rannsókn er of lítill til að draga þær ályktanir. Mjög góður árangur fékkst við brennslu á staðbundnum gáttahraðtakti í þessari rannsókn. Upptök slíkra truflana eru taldar vera óeðlilegir frumuklasar sem finna má með sérstakri aðferð (9) og gera óvirka. Í þessari rannsókn eru þó einungis teknir sjúklingar sem voru með upptök í hægri gátt samkvæmt hjartalínuriti en gáttahraðsláttur með upptök í vinstri gátt er mun erfiðari viðureignar. Reynslan af meðferð gáttaflökts er afar takmörkuð þessi fyrstu fimm ár. Þannig höfðu fyrstu sjúklingarnir ekki hreint gáttaflökt sem gerir árangur mun lakari, en er síðar orðin algeng ábending fyrir brennsluaðgerð. Árangur hér er sem annars staðar afar misjafn í byrjun á meðan verið er að ná fullum tökum á þeirri tækni sem til þarf. Einnig voru brennsluþræðir mun lakari í byrjun en síðar varð. Þá hefur orðið til betri aðferð til að meta hvort fullkomin brennslulína (complete isthmus block) hefur náðst. Þrír sjúklingar voru meðhöndlaðir og þar af höfðu tveir áður sýnt köst af gáttatifi (atrial fibrillation). Þeir höfðu þó allir fengið köst af hefðbundnu gáttaflökti (common atrial flutter) sem stafar af hringsóli í hægri gátt og meðferð beinist að því að brenna línu frá þríblöðkuloku að

neðri holæð (10, 11) til að rjúfa ferilinn. Flestir þessara sjúklinga þurfa lyfjameðferð vegna hjartasjúkdóms og ekki unnt að dæma um endanlegan árangur af brennsluaðgerð fyrr en eftir eitt til tvö ár.

Helstu takmarkanir þessarar rannsóknar eru hversu fáir sjúklingar eru í hverjum sjúkdómsflokki. Það gerir að verkum að erfiðara er að bera árangur saman við árangur og fylgikvilla annarra. Þó má segja að hvað varðar gáttasleglahringsól (AVDRT, 26 sjúklingar) og aukaleiðnibrautir (WPW, CBT, 30 sjúklingar) séu nægilega margir í hverjum flokki til að gefa nokkurn samanburð. Tvær stórar framsæjar rannsóknir hafa birst um árangur og fylgikvilla við brennsluaðgerðir ofansleglahraðtakts (12, 13). Samanborið við okkar niðurstöður er árangur mjög svipaður. Fylgikvillar brennsluaðgerða eru fátíðir eða 2,2% (12). Skýra má lága tíðni fylgikvilla í þessari rannsókn með takmörkuðum fjölda sjúklinga.

Eins og fram kemur í línuriti 1 verður talsverð breyting á innbyrðis hlutfalli sjúkdóma á tímabilinu. Á þessu eru einkum tvær skýringar. Í fyrsta lagi fækkar sjúklingum með aukabrautir eftir því sem brennsluaðgerðir verða fleiri og nálgast smám saman árlegan fjölda nýgengi þessara kvilla. Í öðru lagi þá leiða tækniframfarir og aukin þekking á eðli hjartsláttartruflana til þess að hægt er að meðhöndla fleiri tegundir þeirra. Svipaðar breytingar og hér eru sýndar hafa einnig sést í Osló (Otto Ornig 1999 – persónulegar upplýsingar).

Gáttatif (atrial fibrillation) er langalgengasta hjartsláttartruflunin frá gáttum. Reikna má með að yfir 3000 Íslendingar hafi þann sjúkdóm og með auknum fjölda roskinna á þessi tala eftir að hækka. Fram á síðustu ár hefur lyfjameðferð verið eina úrræðið og oft hefur sú meðferð í för með sér verulegar aukaverkanir. Fyrir allmörgum árum var farið að beita skurðaðgerðum sem fela í sér að leiðni er rofin með línum í gáttum sem beini rafstraum í ákveðnar áttir (MAZE procedure) (14). Síðan var farið að brenna á svipaðan hátt (15). Þótt allmargir sjúklingar hafi hlotið bót eru þetta umfangsmiklar aðgerðir og ekki án aukaverkana.

Um miðjan síðasta áratug kom fram frumleg aðferð sem byggir á nýjum hugmyndum. Í stað þess að meðhöndla sjálfar gáttirnar er ráðist á útleysandi þætti, aukaslögin sem langoftast koma frá lungnabláæðum (16-18). Þessi aðgerð hefur reynst mjög vel við tilfallandi gáttatif (paroxysmal atrial fibrillation), en mun síður sé gáttatif orðið viðvarandi (chronic atrial fibrillation). Miklar vonir eru bundnar við að í framtíðinni verði hægt að lækna verulegan hluta sjúklinga með tilfallandi gáttatif. Við það mun aðgerðafjöldi aukast mikið en heildarkostnaður samfélagsins minnka þar sem kostnaður við legu og lyf sparast og vinnutap minnkar.

Lokaorð

Hér er gerð grein fyrir árangri brennsluaðgerða vegna ofansleglahraðtakts fyrstu árin. Á þessu tímabili hafa orðið miklar framfarir í þekkingu og tækni. Brennslumeðferð hófst hér á landi á svipuðum tíma og á öðrum Norðurlöndum og árangur er mjög hliðstæður því sem best gerist erlendis. Á þessum tíma hafa orðið verulegar breytingar á innbyrðis hlutfalli mismunandi sjúklingahópa og í sjónmáli er meðferð á gáttatifi (atrial fibrillation) sem mun stórauka umfang og fjölda brennsluaðgerða.

Þakkir

Höfundur þakkar Árna Kristinssyni yfirlestur og góð ráð. Kærar þakkir til Elísabetar Snorradóttur fyrir innslátt greinarinnar og aðstoð við enskan texta. Þá er Kristjáni Steingrímssyni í tölvuveri Landspítala og Þórði Helgasyni verkfræðingi þökkuð þeirra hjálp.

Heimildir

1. Scheinmann MM, Norady F, Hess DS, Gonzales R. Catheter-induced ablation of the atrioventricular function to control refractory supraventricular arrhythmias. JAMA 1982; 248: 851-5.
2. Gallagher JJ, Svenson RH, Kasell JH, German LD, Bardy GH, Broughton A, et al. Catheter technique for closed-chest ablation of the atrioventricular conduction system: a therapeutic alternative for the treatment of refractory supraventricular arrhythmias. N Engl J Med 1982; 306: 194-200.
3. Borggrefe M, Hindricks G, Haverkamp W, Breithardt G. Catheter ablation using radiofrequency energy. Clin Cardiol 1990; 2: 127-31.
4. Gottskálksson G. Brennsluaðgerðir á hjarta. Læknaneminn 1997; 1: 17-20.
5. Jackmann WM, Beckman, McClelland JH, Wang X, Friday KJ, Roman CA, et al. Treatment of supraventricular tachycardia due to atrioventricular nodal reentry by radiofrequency catheter ablation of slow pathway conduction. N Engl J Med 1992; 327: 313-8.
6. Haissaguerre M, Gaita F, Fischer B, Commenges D, Montserrat P, d´ Ivernois C, et al. Elimination of atrioventricular nodal reentrant tachycardia using discrete slow potentials to guide application of radiofrequency energy. Circulation 1992; 85: 2162-75.
7. Jentzer JH, Goyal R, Williamson BD, Man KC, Niebauer M, Daoud E, et al. Analysis of junctional ectopy during radiofrequency ablation of the slow pathway in patients with atrioventricular nodal reentrant tachycardia. Circulation 1994; 90: 2820-6.
8. Josephson ME. Clinical cardiac electrophysiology, techniques and interpretation. 2nd ed. Lea & Febiger, Philadelphia/ London 1993: 736
9. Tracy CM, Swartz DF, Fletcher RD, Hoops HG, Solomon AJ, Karasi PE, et al. Radiofrequency catheter ablation of ectopic atrial tachycardia using paced activation sequence mapping. J Am Coll Cardiol 1993; 21: 910-7.
10. Feld GK, Fleck RP, Chen PS, Boyce K, Bahnson TD, Stein JB, et al. Radiofrequency catheter ablation for the treatment of human type I atrial flutter: identification of a critical zone in the reentrant circuit by endocordial mapping techniques. Circulation 1992; 86: 1233-40.
11. Cosio FG, Lopez-Gil M, Goicolea A, Aosibas F, Barroso JL. Radiofrequency ablation of the inferior vena cava- tricuspid valve isthmus in common atrial flutter. Am J Cardiol 1993; 71: 705-9.
12. Scheinman MM, Huang S. The 1998 NASPE prospective catheter ablation registry. Pacing Clin Electrophysiology 2000; 6: 1020-8.
13. Hindricks G. on behalf of the Investigators of the Working Group on Arrhythmias of the European Society of Cardiology. The Multicenter European Radiofrequency Survey (MERFS). Complications of radiofrequency catheter ablation of arrhythmias. Eur Soc Cardiol 1993; 14: 1644-53.
14. Cox JL, Boineau JP, Schuessler RB, Kater KM, Lappas DG. Five year experience with the maze procedure for atrial fibrillation. Ann Thorac Surg 1993; 56: 814-24.

15. Swartz JF, Pellersek G, Silvers J, Patten L, Ceryadis D. A catheter based curative approach to atrial fibrillation in humans (abstract). Circulation 1994; 90/Suppl. 1: 1335.
16. Haissaguerre M, Jais P, Shah DC, Gencel L, Pradeau V, Garrigue S, et al. Right and left atrial radiofrequency catheter therapy of paroxysmal atrial fibrillation. J Cardiovasc Electrophysiol 1996; 7: 1132-44.
17. Jais P, Haissaguerre M, Shah DC, Chouairi S, Gencel L, Hocini M, et al. A focal source of atrial fibrillation treated by discrete radiofrequency ablation. Circulation 1997; 95: 572-6.
18. Shah DC, Haissaguerre M, Jais P, Hocini M, Yamane T, Deisenhofer E, et al. Electrophysiologically guided ablation of the pulmonary veins for the curative treatment of atrial fibrillation. Ann Med 2000; 32: 408-16.

Nýr doktor í læknisfræði

Geðraskanir meðal barna og unglinga á Íslandi

Þann 22. febrúar 2002 varði *Helga Hannesdóttir* doktorsritgerð sína við háskólann í Turku í Finnlandi. Ritgerðin ber heitið: *Studies on child and adolescent mental health in Iceland.* Doktorsritgerðin var unnin undir handleiðslu tveggja prófessora í barna- og unglingageðlæknisfræði, þeirra Andre Sourander og Jorma Piha. Andmælandi ritgerðarinnar var prófessor Eila Räsänen frá University of Kuopio, Finnlandi. Ritdómendur frá hendi læknadeildar í Turku voru prófessor Irma Moilanen og dósent Eeva Aronen. Þetta er fyrsta doktorsritgerðin sem íslenskur læknir ver í barna- og unglingageðlæknisfræði.

Meðfylgjandi er ágrip ritgerðarinnar á ensku.

Tilgangur þessarar doktorsritgerðar var frumathugun og kortlagning á hegðunar- og tilfinninga-einkennum íslenskra barna og unglinga á aldrinum 2-18 ára. Efniviður er meðal annars byggður á faraldsfræðilegri rannsókn á geðheilsu íslenskra barna þar sem þrír spurningalistar yfir líðan og atferli barna og unglinga eru notaðir (Child Behavior Check List/ 2-3ja; 4-16 ára og Youth Self Report/11-18 ára). Spurningalistarnir greina frá áhyggjum foreldra og unglinganna sjálfra af tilfinninga- og hegðunareinkennum. Spurningalistar þessir eru þaulrannsakaðir í meir en 50 löndum og kanna þroska, líðan, hegðun og tilfinningar barna. Jafnframt var aflað upplýsinga um og gerður samanburður á íslenskum og finnskum forskólabörnum á aldrinum 2ja-3ja ára. Að lokum var gerð athugun og geðgreining á börnum og unglingum sem leitað höfðu meðferðar vegna geðraskana og áfengis- og fíkniefnavandamála.

Helstu niðurstöður

Niðurstöður eru kynntar frá 2193 börnum og unglingum sem valin voru af handahófi úr þjóðskrá. Einnig frá 1013 börnum og unglingum með geðraskanir sem leitað höfðu meðferðar á stofnunum. Við samanburð á sambærilegum erlendum rannsóknum benda niðurstöður til að íslensk börn og unglingar búi við svipað algengi geðraskana og börn og unglingar í nágrannalöndum. Samsjúkdómar eru algengir hjá unglingum með áfengis- og fíkniefnavanda. Algengustu samsjúkdómar eru: hegðunarraskanir (36%), þunglyndi (22,6%) og áfallaröskun (9,3%).



Dr. Helga Hannesdóttir.

The main aims of the study were: To provide data on emotional and behavioural problems in the Icelandic population of children/adolescents aged 2-18 (Study I).

Second to identify differences in demographic background factors in the general population and among children and adolescents who have undergone psychiatric treatment (e.g., sex, age, SES). (Studies I, II, III, IV).

Third to compare Icelandic Child Behaviour Checklist data for 2-3 year old children with data from Finland (Study II).

Fourth to describe characteristics of outpatients in child / adolescent psychiatry in Iceland in relation to treatment modality (Studies III, IV).

Fifth to describe the use of the Youth Self Report questionnaire in clinical samples and to compare scale scores to those of the general population (Studies IV, I).

Finally to describe psychosocial functioning and the frequency of co-morbidity of adolescents treated for alcoholic and narcotic problems (Study IV).

Methods: The Child Behaviour Checklist (CBCL) and the Youth Self Report (YSR) by Achenbach were used to estimate the reported level by parents of emotional and behaviour problems in children from 2-16 years of age, and adolescents aged 11-18 from the general population. The CBCL/2-3 were completed by 109 parents of 2-3 year old children;

943 parents of 4-16 year old children, and the YSR by 545 adolescents from the general population. CBCL/2-3 was completed by parents of 493 preschoolers from Iceland and Finland. There were 702 subjects from the outpatient clinic during the 4-year period and for the 2-year period 311. Diagnoses were made in accordance with the ICD-8 in the 4-year period, but in the 2-year period with the ICD-9. All the records from both periods were reviewed by the author. Of the inpatients with alcohol and narcotic abuse, 103 completed the Youth Self Report at the end of a ten-day inpatient stay and diagnoses were made in accordance with DSM-IV.

Results: CBCL results are presented for 2193 children/adolescents and additional data on 1013 child and adolescent psychiatric outpatients. Comparisons with other countries suggest that there are limited differences in the prevalence of psychopathology as measured by the CBCL. Behaviour problem scores for Finnish and Icelandic children were rather similar. CBCL´s mean behaviour problem scores for the treated population were significantly higher for males and females of all ages compared to the general population. Comorbidity in adolescents with substance abuse disorder was found to be common the most frequent diagnoses were conduct disorder (36%), depression (22.6%) and post traumatic stress disorder (9.3%).

Results from the psychiatric outpatient clinic show an increase in the mean age of the patients seen in the clinic, and a decrease in the male to female ratio. There is an increase in the relative number of patients with diagnoses of disturbance of conduct, disturbance of emotions, and specific delays in development, but a decrease in the number of diagnoses of adjustment reaction.

RELPAX Pfizer A/STÖFLUR, (filmuhúðaðar); N 02 C C R
Hver tafla inniheldur: Eletriptan, hýdróbrómið, 20 mg eða 40 mg. Laktósa.
Litarefni: Títantvíoxíð (E 171) og Sunset Yellow (E110).
Ábendingar: Bráð meðferð á höfuðverk mígrenikasta með eða án fyrirboða (aura).
Skammtar og lyfjagjöf: Töflurnar á að taka svo fljótt sem auðið er eftir að mígrenihöfuðverkur byrjar en lyfið verkar einnig þótt það sé tekið á síðari stigum mígrenikasta. Sýnt hefur verið fram á að eletriptan tekið á meðan á fyrirboða stendur kemur ekki í veg fyrir höfuðverk. Því á aðeins að taka lyfið eftir að mígrenihöfuðverkurinn byrjar og ekki skal taka töflurnar fyrirbyggjandi við mígreni. Töflurnar á að gleypa heilar með vatni.
Skammtastærðir handa fullorðnum (18-65 ára): Ráðlagður upphafsskammtur er 40 mg. Ef mígrenið hefur ekki lagast 2 klst. eftir að taflan var tekin, má ekki taka aðra töflu í þessu sama kasti. Ef fyrsta taflan verkaði á mígrenið og höfuðverkurinn kemur að nýju má taka aðra töflu en þó verða að líða að minnsta kosti 2 klst. á milli fyrstu og annarrar töflu. Ekki má taka stærri skammt en 80 mg á sólarhring. *Eldri sjúklingar (eldri en 65 ára):* Lyfið er ekki ætlað öldruðum.
Skert lifrarstarfsemi: Ekki er þörf á að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægt- til meðalskerta lifrarstarfsemi. Lyfið er ekki ætlað sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. *Skert nýrnastarfsemi:* Ráðlagður byrjunarskammtur hjá sjúklingum með vægt- til meðalskerta nýrnastarfsemi er 20 mg. Ekki má taka stærri skammta en 40 mg á sólarhring.
Lyfið er ekki ætlað sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi.
Skammtastærðir handa börnum (6-17 ára): Öryggi og verkun hjá börnum hefur ekki verið metin. Ekki er mælt með notkun þess hjá þessum aldurshópi (sjá Lyfjahvörf).
Frábendingar: Ofnæmi fyrir eletriptani eða einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Alvarlega skert lifrar- eða nýrnastarfsemi. Meðalalvarlegur eða alvarlegur háþrýstingur eða ómeðhöndlaður háþrýstingur. Sjúklingar með staðfestan kransæðasjúkdóm, þ.m.t. blóðþurrð í hjarta (hjartaöng, saga um hjartadrep og staðfesta einkennalausa blóðþurrð), huglæg eða hlutlæg einkenni um blóðþurrð í hjarta eða kransæðaherping (Prinzmetal´s angina). Sjúklingar með verulegar hjartsláttartruflanir eða hjartabilun. Sjúklingar með sjúkdóma í útlægum æðum. Sjúklingar með sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast. Meðferð með ergótamíni eða afleiðum ergótamíns (þ.m.t. metýsergið), innan 24 klst. eftir gjöf eletriptans (sjá Milliverkanir). Samtímis meðferð með öðrum 5-HT1 viðtaka örvum. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Lyfið á ekki að nota samtímis kröftugum CYP3A4 hemlum svo sem ketókónazóli, ítrakónazóli, erytrómýcíni, klaritrómýcíni, jósamýcíni og próteasa hemlum (rítónavír, indínavír og nelfínavír). Lyfið á aðeins að nota þegar staðfest greining á mígreni liggur fyrir. Relpax er ekki ætlað til meðhöndlunar á helftarlömunar- sjónlömunar- og heilastofnsmígreni (hemiplegic, ophthalmoplegic og basilar migraine). Ekki ætti ekki að nota lyfið til meðhöndlunar á óhefðbundnum höfuðverkjum líkt og höfuðverk sem gæti verið vegna undirliggjandi sjúkdóma (heilablóðfall, rifinn slagæðagúlpur) þar sem æðasamdráttur í heila getur verið skaðlegur. Eletriptan getur tengst tímabundnum einkennum þar á meðal brjóstverk og herpingi sem getur verið mikill og tengist hálsi (sjá Aukaverkanir). Þegar grunur leikur á að þessi einkenni bendi til blóðþurrðarhjartasjúkdóms á að hætta töku lyfsins og gera viðeigandi ráðstafanir. Mælt er með rannsókn á kransæðum áður en notkun hefst, hjá sjúklingum þar sem líkur eru á ógreindum hjarta- eða kransæðasjúkdómum (t.d. sjúklingar með háþrýsting, sjúklingar með sykursýki, reykingafólk og þeir sem nota nikótínsamsetningar, karlmenn eldri en 40 ára, konur eftir tíðahvörf og þeir sem eru með fjölskyldusögu um kransæðasjúkdóm). Rannsókn á kransæðum sannkennir ekki alla sjúklinga með kransæðasjúkdóma og í einstaka tilvikum hafa komið fram alvarlegir hjartasjúkdómar hjá sjúklingum án undirliggjandi kransæðasjúkdóma þegar þeir hafa fengið 5 HT1 viðtakaörva. Sjúklingum með staðfestan kransæðasjúkdóm á ekki að gefa eletriptan (sjá Frábendingar). 5 HT1 viðtakaörvar hafa verið tengdir við kransæðaherping. Í sjaldgæfum tilvikum hafa blóðþurrðar-hjartasjúkdómar og fleygdrep verið tengdir við notkun 5 HT1 viðtakaörva. Aukaverkanir geta verið algengari þegar náttúrulyf sem innihalda Jóhannesarjurt (Hypericum perforatum) eru notuð samtímis triptönum. Á lækningalegu skammtabili hefur sést örlítil og afturkræf hækkun á blóðþrýstingi þegar skammtur eletriptans er 60 mg eða hærri. Í klínískum rannsóknum hefur þessi hækkun þó ekki verið tengd klínískum áhrifum. Áhrifin voru mikið greinilegri hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi og hjá öldruðum sjúklingum. **Milliverkanir:**
Áhrif annarra lyfja á eletriptan: Í klínískum undirstöðurannsóknum á eletriptani var ekkert sem benti til milliverkana við betablokka, þríhringlaga geðdeyfðarlyf, sérhæfða serótónín endurupptökuhemla og flúnarisín. Niðurstöður úr fyrri klínískum rannsóknum á milliverkunum þessara lyfja eru ekki fyrirliggjandi (aðrar en fyrir própranólól, sjá hér að neðan). Greining á lyfjahvörfum hjá þátttakendum í klínískum rannsóknum benda til þess að ólíklegt sé að eftirtalin lyf hafi áhrif á lyfhrif eletriptans: betablokkar, þríhringlaga geðdeyfðarlyf, sérhæfðir serótónín endurupptökuhemlar, hormóna uppbótarmeðferð byggð á östrógenum, getnaðarvarnarlyf til inntöku sem innihalda östrógen og kalsíumgangalokar.
Eletriptan er ekki hvarfefni fyrir mónóamínóoxídasa (MAO). Því þarf ekki að gera ráð fyrir milliverkunum eletriptans og MAO-hemla. Formlegar rannsóknir á milliverkunum hafa því ekki verið gerðar. Í klínískum rannsóknum með próprannólóli (160 mg), verapamíli (480 mg) og flúkónazóli (100 mg) jukust C_{max} eletriptans og flatarmál undir blóðþéttniferli. Í klínískum rannsóknum á erýtrómýcíni (1.000 mg) og ketókónazóli (400 mg) sem eru sértækir og öflugir CYP3A4 hemlar kom fram greinileg aukning á C_{max} fyrir eletriptan og AUC. Þessi aukning á útsetningu var tengd lengdum helmingunartíma eletriptans úr 4,6 klst. í 7,1 klst. með erýtrómýcíni og úr 4,8 til 8,3 klst. með ketókónazóli (sjá Lyfjahvörf). Relpax ætti því ekki að nota samtímis öflugum CYP3A4 hemlum eins og ketókónazóli, ítrakónazóli, erytrómýcíni klaritrómýcíni, jósamýcíni og próteasa hemlum (rítónavíri, indínavíri og nelfínavíri). Í klínískum rannsóknum á koffein/ergotamín til inntöku sem gefið var 1 og 2 klst. eftir gjöf eletriptans kom fram lítils háttar en samt samleggjandi hækkun á blóðþrýstingi sem er fyrirsjáanleg út frá lyfjafræðilegum eiginleikum þessara tveggja lyfja. Ekki er ráðlegt að gefa lyf sem innihalda ergótamín eða lyf af korndrjólagerð (t.d. díhýdróergotamín) innan 24 klst. frá inntöku eletriptans. Einnig ættu að líða a.m.k. 24 klst. frá gjöf lyfs sem inniheldur ergotamín áður en eletriptan er gefið.
Áhrif eletriptans á önnur lyf: Engar *in vitro* eða *in vivo* vísbendingar eru um að eletriptan í ráðlögðum skömmtum (og þeirri þéttni sem þeim fylgir) minnki eða auki virkni niðurbrotsenzýmanna cýtókróm P 450 þar með talið CYP3A4. Það er því ólíklegt að eletriptan valdi klínískt mikilvægum milliverkunum fyrir tilstilli þessara enzýma.
Meðganga og brjóstagjöf: Engin klínísk gögn liggja fyrir um notkun eletriptans á meðgöngu. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Mígreni eða meðferð með Relpax getur valdið syfju eða svima hjá sumum sjúklingum. Ráðleggja á sjúklingum að meta hæfni sína til að vinna nákvæmisverk svo sem akstur í mígrenikasti og eftir inntöku lyfsins. **Aukaverkanir:** Algengustu aukverkanir sem komu fram eru þróttleysi, svefnhöfgi, ógleði og sundl. Klínískar rannsóknir byggðar á slembivalsúrtaki, þar sem notaðir voru 20, 40 eða 80 mg skammtar sýndu fram á að tíðni aukaverkana hefur tilhneigingu til að vera skammtaháð. **Algengar (>1%):** *Almennar:* Þróttleysi, einkenni frá brjósti (verkur, þrengsli eða þrýstingur), höfuðverkur, kviðverkir, bakverkir og hrollur, herpingur í kverkum. *Hjarta og æðar:* Hitatilfinnig eða roði, hjartsláttarónot, hraðtaktur. Meltingarfæri: Ógleði, munnþurrkur, meltingartruflanir. *Stoðkerfi:* Vöðvaslen, vöðvaþrautir. *Taugar:* Svefnhöfgi, sundl, dofi eða brengluð skynjun, tilfinnig um stífni eða stirðleika, minnkað snertiskyn og svimi.
Öndunarfæri: Bólga í koki. *Húð og undirhúð:* Sviti. **Ofskömmtun:** Einstaklingar hafa fengið 120 mg í einum skammti án verulegra aukaverkana. Út frá lyfjafræðilegum eiginleikum lyfja úr þessum flokki má hins vegar gera ráð fyrir að hækkaður blóðþrýstingur eða alvarlegri sjúkdómar frá hjarta og æðakerfi geti komið fram við ofskömmtun. Við ofskömmtun á að beita hefðbundinni stuðningsmeðferð eftir því sem þarf. Helmingunartími útskilnaðar eletriptans er um 4 klst. og því ætti að fylgjast með sjúklingum og gera ráðstafanir um almenna stuðningsmeðferð í að minnsta kosti 20 klst. eftir ofskömmtun eða á meðan einkenni vara. Áhrif blóð- og kviðskilunar á þéttni eletriptans í sermi eru ekki þekkt.
Útlitslýsing: Appelsínugular, kringlóttar kúptar töflur. *Töflur 20 mg:* 6 mm í þvermál merktar „REP20" á annarri hliðinni og „Pfizer" á hinni. *Töflur 40 mg:* 7mm í þvermál merktar „REP40" á annarri hliðinni og „Pfizer" á hinni. **Pakkningar:** ***Töflur, filmuhúðaðar 20 mg:*** 3 stk. (þynnupakkning); 6 stk. (þynnupakkning). ***Töflur, filmuhúðaðar 40 mg:*** 3 stk. (þynnupakkning); 6 stk. (þynnupakkning).
Verð: 20 mg, 3 stk. 2.394 kr.
20 mg, 6.stk. 4.699 kr
40 mg, 3 stk. 2.394 kr.
40 mg, 6 stk. 4.699 kr.



BETRI VERKUN - BETRA VERÐ.

Verkar fljótt - innan 30 mínútna[1)]
Meiri hluti sjúklinga verkjalaus tveimur tímum eftir inntöku[2)]
Meiri hluti sjúklinga kominn aftur til daglegra verka tveimur tímum eftir inntöku[3)]

Relpax - fljótt aftur til daglegs lífs.[3)]

Pfizer CNS

1) Bardsley-Elliot a et al, Eletriptan, CNS Drugs 1999; Oct 12 (4):325-333. 2) Pryse Phillips et al, European Journal of Neurology, 1999 (6):abstract. 3) Poole PH, Neurology 50 (suppl 4):A375-A376, Apr 1998.

RELPAX™
eletriptan



Flixonase

Fluticasone propionate 50 µg/sk



Flixonase er áhrifarikt og hraðvirkt nefúðasteralyf gegn ofnæmisbólgum í nefi.

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

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

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

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

Fólasínnotkun barnshafandi kvenna fyrir þungun og á meðgöngu

Sigfríður Inga Karlsdóttir[1]

Rannveig Pálsdóttir[1]

Reynir Arngrímsson[2,3]

Ágrip

Tilgangur: Fólasínnotkun kvenna fyrir þungun og á meðgöngu var könnuð. Jafnframt var athuguð tíðni fyrirfram ákveðinna þungana og þekking kvenna varðandi forvarnargildi fólasíns.

Efniviður og aðferðir: Notast var við megindlega aðferðafræði og spurningalistar notaðir. Gögnum var safnað um lýðfræðilegar upplýsingar, hvort þungun væri fyrirfram ákveðin eða ekki, fólasínnotkun fyrir þungun og á meðgöngu og vitneskja kvenna varðandi forvarnargildi fólasíns könnuð. SPSS tölfræðiforrit var notað til að greina gögnin. Rannsóknin náði til allra kvenna sem komu á eins mánaðar tímabili í mæðravernd á Heilsugæslustöðina á Akureyri, alls 128 konur.

Niðurstöður: Alls svöruðu 113 konur spurningalistanum (88,3%). 9,7% kvennanna tóku fólasín reglulega fyrir þungun. Konur sem tóku fólasín daglega fyrstu 12 vikur eftir þungun voru 40,7%. Þungun var fyrirfram ákveðin hjá 62,9% kvenna. Engar konur í yngsta aldurshópnum, 15-19 ára, ákváðu þungun fyrirfram.

Ráðleggingar varðandi töku fólasíns fyrir þungun voru ekki veittar í 68,1% tilfella. Ályktun: Fræðsla varðandi gagnsemi fólasíns þarf að beinast jafnt að heilbrigðisstarfsfólki sem og almenningi. Fræðslan þarf að beinast að öllum konum á barneignaaldri, ekki eingöngu þeim sem fyrirfram ráðgera þungun. Vitneskja almennings og heilbrigðisstarfsfólks um forvarnargildi fólasíns er mikilvæg ef minnka á líkur á því að börn fæðist með miðtaugakerfisgalla.

Inngangur

Á síðasta áratug var sýnt fram á að inntaka á fólasíni fyrir þungun og á fyrstu fjórum vikum meðgöngu gæti dregið úr líkum á endurtekningu á fósturskaða í miðtaugakerfi, svo sem heilaleysi, klofnum hrygg og vatnshöfði (1).

Enn lengra er síðan vísbendingar varðandi forvarnargildi fólasíns komu fram og lagt var til að fólasín gæti verið ódýr, örugg og áhrifarík aðferð til að koma í veg fyrir endurtekna miðtaugakerfisgalla (2). Til að minnka líkur á miðtaugakerfisgalla er áætluð dagsþörf 0,4 mg (3, 4).

Þegar þessar niðurstöður um gagnsemi fólasíns lágu fyrir mæltust heilbrigðisyfirvöld víðs vegar í heiminum til að allar konur sem ráðgerðu þungun og eða væru á barneignaaldri tækju fólasín fjórum vikum fyrir þungun og á fyrstu vikum meðgöngu (5-9).

[1]Heilsugæslustöðin á Akureyri. Hafnarstræti 99, 600 Akureyri. [2]Heilsugæslustöðin Hvammur Kópavogi, 202 Kópavogi og [3]Læknadeild Háskóla Íslands, Vatnsmýrarvegi, 101 Reykjavík
Fyrirspurnir og bréfaskipti: Rannveig Pálsdóttir, Heilsugæslustöðinni á Akureyri, 600 Akureyri, rannveig@hak.ak.is

Lykilorð: *fólasíninntaka, forvarnargildi, miðtaugakerfisgallar.*

ENGLISH SUMMARY

Karlsdóttir, SI, Pálsdóttir R, Arngrímsson R

Folic acid consumption by pregnant women prior to and during pregnancy

Læknablaðið 2002; 88: 215-9

Objective: To study consumption of folic acid supplements by women before conception and during pregnancy. Concurrently, the incidence of planned pregnancy and the women's knowledge of the preventive value of folic acid was investigated.
Material and methods: A questionnaire was presented to all 128 pregnant women attending a maternal clinic in rural area during one month's period. The aim was to reveal the women's knowledge of folic acid and its use prior to conception and during pregnancy. Demographic information were collected and questions designed to reveal whether the pregnancy was planned or not, was included. The distribution within the sample was calculated.
Results: The questionnaire was completed by 113 women (88.3%). Nine per cent had taken folic acid regularly before pregnancy. Women who had taken folic acid on a regular basis during the first 12 weeks of pregnancy were 40.7%. The current pregnancy had been planned in 62.9% cases. None of the women in the youngest age group of 15-19 years had planned their pregnancy. Advice regarding folic acid intake before pregnancy was not given in 68.1% of cases.
Conclusions: Health education regarding the beneficial effect of folic acid must be directed equally towards the providers of health care and the general public. This education must be aimed at all women capable of becoming pregnant, not only at those planning pregnancy. The knowledge of health care providers and the general public about the preventive value of folic acid is important in order to reduce the risk of pregnancies affected by neural tube defects.

Key words: *folic acid consumption, prevention, neural tube defect.*

Correspondance: Rannveig Pálsdóttir, rannveig@hak.ak.is

Tíðni miðtaugakerfisgalla er mismikil eftir löndum. Algengast er að heildartíðni sé 0,5-3,0 á 1000 fæðingar (9). Á Íslandi er fjöldi greindra tilvika á fósturskeiði breytileg milli ára. Alls voru greindir sex miðtaugakerfisgallar á Fósturgreiningardeild LSH árið 2000, en aðeins einn galli árið 1999 og sjö miðtaugakerfisgallar árið 1998 (10). Heildartíðni mið-

Tafla I. *Upplýsingar um aldur, hjúskaparstöðu, menntun, fjölda fæðinga, aldur fyrri barna og meðgöngulengd kvenna sem tóku þátt í rannsókn.*

	Fjöldi (n=113)	Prósentuhlutfall (%)
Aldur		
15-19 ára	6	5,3
20-24 ára	30	26,5
25-29 ára	68	60,2
30-34 ára	7	6,2
35-39 ára	2	1,8
40-44ára	0	0
>45 ára	0	0
Hjúskaparstaða		
Ekki í sambandi við barnsföður	5	4,4
Í föstu sambandi við barnsföður en búa ekki saman	4	3,5
Í sambúð með barnsföður	74	65,5
Gift barnsföður	30	26,5
Ekkja	0	0
Menntun		
Grunnskóla ólokið	2	1,8
Grunnskólapróf eða sambærilegt	40	35,4
Stúdentspróf	29	25,7
Iðnnám eða iðnskólapróf	8	7,1
Háskólapróf	24	21,2
Annað	10	8,8
Fjöldi fæðinga		
Ég geng með fyrsta barn	39	34,5
Ein	36	31,9
Tvær	24	21,2
Þrjár	12	10,6
Fjórar	1	0,9
Fimm eða fleiri	0	0
Ég eignaðist síðast barn fyrir		
Ég á ekki barn fyrir	41	35,1
0-4 árum	52	46,8
5-9 árum	17	15,3
10-14 árum	2	1,8
15 árum eða meira	1	0,9
Meðgöngulengd		
11-20 vikur	19	16,8
21-30 vikur	30	26,5
31-42 vikur	63	55,8

taugakerfisgalla á árunum 1987-1991 var 2,2 á 1000 fæðingar (11).

Mun minni árangur virðist nást með óreglulegri töku fólasíns og einnig ef taka hefst síðar en 12-13 dögum eftir síðustu áætluðu blæðingar, en á þeim tíma hefur taugapípa fóstursins lokast (3, 12).

Þrátt fyrir þessi tilmæli virðist fræðsla um forvarnargildi fólasíns og notkun ekki hafa náð nægjanlega vel til kvenna á barneignaaldri. Inntaka fólasíns fyrir þungun virðist vera mismikil og stundum mjög ábótavant. Í Bretlandi hefur inntaka fólasíns fyrir þungun vaxið jafnt og þétt. Þetta hefur verið athugað hjá konum á barneignaaldri árið 1993 og var þá 1,8% (13), árið 1997 hjá konum í fyrstu mæðraskoðun og var þá 30% (14) og 1998 45% (15). Athugun frá árinu 1996 hjá sængurlegukonum sýnir að 21% tók fólasín fyrir þungun (16). Sama er uppi á teningnum í Bandaríkjunum þar sem aukning hefur orðið á fólasínnotkun fyrir þungun hjá konum á barneignaaldri frá 1995 þegar hún var 28% í 32% árið 1998 (17).

Þekking varðandi forvarnargildi fólasíns hefur einnig aukist. Í Bretlandi höfðu 33% kvenna sem komu í mæðraskoðun 1993 heyrt um forvarnargildi (18) en þessi tala hafði aukist í 76% árið 1997 hjá samskonar hópi kvenna (19). Fyrir samsvarandi hóp í Hollandi er talað um 89% árið 1996 (20) og í Ástralíu 54% árið 1994 (21).

Landlæknisembættið á Íslandi í samráði við Manneldisráð og Miðstöð mæðraverndar hefur nú nýverið gefið út bækling þar sem mælst er til að allar konur á barneignaaldri taki fólasín (22) en ekki aðeins þær sem ráðgera þungun eins og mælst er til í Hollandi, Danmörku, Kína og Bretlandi (9). Hins vegar voru rannsóknir þær sem sýndu fram á óyggjandi gagnsemi fólasíns gerðar hjá konum sem höfðu ráðgert að verða barnshafandi (23) eða höfðu áður eignast fóstur/barn með miðtaugakerfisgalla (1).

Lítil notkun fólasíns fyrir þungun og á meðgöngu í nágrannalöndunum, þrátt fyrir tilmæli heilbrigðisyfirvalda, ásamt forvitni um þekkingu kvenna á forvarnargildi fólasíns, varð til þess að ákveðið var að kanna hver staðan væri í þessum efnum hér á landi. Markmið rannsóknarinnar var að kanna töku kvenna á fólasíni síðustu fjórar vikur fyrir þungun og á fyrstu 12 vikum meðgöngu. Ennfremur að kanna vitneskju kvenna um forvarnargildi fólasíns.

Efniviður og aðferðir

Spurningalista var dreift til allra barnshafandi kvenna sem komu í mæðravernd á Heilsugæslustöðina á Akureyri í febrúar árið 2000, alls 128 konur. Áður en spurningalistinn var lagður fyrir var hann forprófaður þannig að allar konur sem komu í mæðravernd fyrirfram ákveðinn dag voru beðnar að yfirfara og svara spurningalistanum. Þetta voru 10 konur. Engar athugasemdir komu frá konunum og var því spurningalistinn lagður fyrir óbreyttur. Hann innihélt 13 spurningar, fimm þeirra voru lýðfræðilegar, það er spurningar um aldur, menntun, hjúskaparstöðu, fjölda fæðinga og hversu langt var síðan konan fæddi barn síðast. Spurt var um meðgöngulengd, hvort þungun væri fyrirfram ákveðin, hvort konan hefði heyrt um forvarnargildi fólasíns fyrir þungun og á meðgöngu, hvort henni hafi verið ráðlagt að taka fólasín fyrir þessa meðgöngu, hvort hún hafi tekið fólasín fyrir þessa meðgöngu, hvort hún hafi tekið fólasín á meðgöngunni og hvort hún myndi taka fólasín í forvarnarskyni á næstu meðgöngu.

Könnunin var framkvæmd þannig að þegar hefðbundnu viðtali ljósmóður var lokið afhenti hún konunni spurningalista ásamt kynningarblaði þar sem ítrekað var að hún hefði val um að taka þátt í rannsókninni og að nafn hennar kæmi hvergi fram. Spurningalistinn var útfylltur á biðstofu mæðraverndar og skilað í lokaðan kassa.

Notast var við megindlega aðferðafræði (quantitative research approach) og gögnin unnin í SPSS tölvuforriti. Með því voru metnar tíðnitölur. Rannsóknarstofa Háskólans á Akureyri sá um úrvinnslu gagna. Tölvunefnd og Vísindasiðanefnd samþykktu rannsóknina.

Niðurstöður

Lýsing á úrtaki: Í úrtaki voru allar konur sem komu í mæðravernd Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri í febrúarmánuði 2000. Alls voru afhentir 128 spurningalistar og skiluðu sér 113 útfylltir listar sem gefa 88,3% svörun. Af þeim konum sem svöruðu voru frumbyrjur 34,5% (n=39). Konur á aldrinum 25-29 ára voru fjölmennastar eða 60,2% (n=68). Rúmlega helmingur kvennanna eða 55,8% (n=63) var genginn 31-42 vikur.

Flestar kvennanna, rúmlega 90% prósent (n=104), voru í sambúð eða giftar barnsföður þegar rannsóknin fór fram. Grunnskólaprófi eða sambærilegu prófi höfðu 35,4% kvenna lokið.

Lýðfræðilegum breytum þeirra kvenna, sem tóku þátt í rannsókninni er lýst í töflu I.

Þungun fyrirfram ákveðin: Í heild voru 62,9% þungana fyrirfram ákveðnar. Í aldurshópunum 15-19 ára voru engar (n=6) þunganir ákveðnar fyrirfram og í aldurshópnum 20-24 ára voru 44,8% (n=13) þungana ekki fyrirfram ákveðnar.

Í 56,4% (n=22) tilfella þar sem konan gekk með sitt fyrsta barn var þungunin ekki fyrirfram ákveðin. Hins vegar var þetta hlutfall mun lægra hjá konum sem gengu með sitt annað og þriðja barn eða 25,0-26,5%.

Fólasínnotkun fyrir þungun og á meðgöngu: Fyrir þungun höfðu 79,6% (n=90) kvenna ekki tekið fólasín og einungis 9,7% (n=11) þeirra tóku fólasín daglega síðustu fjórar vikurnar fyrir þungun (tafla II).

Eins og sést í töflu III voru 68,1% (n=77) kvenna sem höfðu ekki fengið ráðleggingar varðandi fólasíntöku fyrir þungun. Algengast var að þær fengju ráðleggingar frá fæðingarlækni eða ljósmóður.

Konur sem tóku ekki fólasín á meðgöngu voru 23% (n=26) og 21,2% (n=24) kvenna tók hana óreglulega (tafla IV).

Heyrt um forvarnargildi fólasíns: Alls svöruðu 30,1% (n=34) kvenna að þær hefðu ekki heyrt um forvarnargildi fólasíns. Meðal kvenna sem vissu af forvarnargildi fólasíns höfðu flestar verið upplýstar af heilbrigðisstarfsfólki (tafla V).

Inntaka fólasíns í forvarnarskyni á næstu meðgöngu: Af þeim konum sem tóku þátt í rannsókninni sögðust 77,9% (n=88) myndu taka fólasín á næstu meðgöngu, 2,7% (n=3) myndu ekki taka fólasín og 19,5% (n=22) voru óákveðnar.

Tafla II. *Inntaka kvenna á fólasíni fyrir núverandi meðgöngu.*

Svarmöguleikar	Fjöldi (n)	Prósentur (%)
Engin taka fólasíns	90	79,6
Veit ekki um inntöku fólasíns	8	7,1
Já, daglega síðustu 4 vikurnar fyrir þungun	11	9,7
Já, óreglulega síðustu 4 vikurnar fyrir þungun	4	3,5
Samtals	**113**	**100**

Tafla III. *Hvaðan konur fengu ráðleggingar um fólasíntöku fyrir núverandi meðgöngu.*

Svarmöguleikar	Fjöldi (n)	Prósentur (%)
Ekki ráðlögð fólasíntaka	77	68,1
Ráðlögð fólasíntaka af	35	31,0
frá ljósmóður	12	10,6
– heimilislækni	2	1,8
– fæðingarlækni	14	12,4
– öðrum	7	6,2
Svar vantar	1	0,9
Samtals	**113**	**100**

Tafla IV. *Inntaka kvenna á fólasíni á þessari meðgöngu.*

Svarmöguleikar	Fjöldi (n)	Prósentur (%)
Ekki tekið inn fólasín	26	23
Veit ekki hvort tekið fólasín	9	8
Já, daglega fyrstu 12 vikurnar eftir þungun	46	40,7
Já, óreglulega fyrstu 12 vikurnar eftir þungun	24	21,2
Svar vantar	8	7,1
Samtals	**113**	**100**

Tafla V. *Hvaðan konur fá upplýsingar um forvarnargildi fólasíns fyrir þungun og á meðgöngu.*

Svarmöguleikar	Fjöldi (n)	Prósentur (%)
Ekki heyrt um forvarnargildi fólasíns	34	30,1
Heyrt um forvarnargildi fólasíns	68	60,2
frá ljósmóður	16	14,2
– heimilislækni	3	2,7
– fæðingarlækni	20	17,7
– öðrum	29	25,7
Svar vantar	11	9,7
Samtals	**113**	**100**

Umræða

Sá fjöldi kvenna sem rannsóknin náði til er um það bil fjórðungur allra kvenna sem sóttu mæðravernd Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri umrætt ár. Rannsóknin var einungis gerð meðal barnshafandi kvenna sem sóttu mæðravernd á Akureyri, því er ekki hægt að fullyrða um þekkingu og notkun barnshafandi kvenna á fólasíni annars staðar á landinu. Hins vegar mætti ætla að aldur, fjöldi fyrri fæðinga, hjúskaparstaða, menntun og fyrirfram ákveðnar þunganir séu svipaðar og hjá öðrum barnshafandi

konum á Íslandi, meðal annars vegna þess að svarhlutfall er mjög hátt eða 88,3%.

Einnig er hægt að benda á að konurnar voru barnshafandi þegar þær svöruðu spurningalistanum og eykur það á áreiðanleika svaranna.

Mjög fáar konur taka fólasín daglega fyrir þungun eða innan við 10%. Þetta er sambærilegt við eldri erlendar rannsóknir (18). Svo virðist sem áróður heilbrigðisyfirvalda í nágrannalöndum hafi borið nokkurn árangur því inntaka fólasíns hefur farið vaxandi (15, 17).

Á þeim tíma sem rannsóknin fór fram var stefna íslenskra heilbrigðisyfirvalda varðandi notkun fólasíns barnshafandi kvenna í mótun og almenn tilmæli um notkun þess ekki hafin hér á landi. Þessar niðurstöður má því nota til viðmiðunar síðar til að sjá hvort skipuleg kynning varðandi gagnsemi fólasíns til heilbrigðisstarfsfólks og kvenna á barneignaaldri skili árangri og til lengri tíma hvort hún leiði til fækkunar á miðtaugakerfisgöllum.

Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar er fátítt að konum sé ráðlagt að taka fólasín fyrir þungun. Þær sem fá ráðleggingar um fólasíntöku eru líklegastar til að fá ráðleggingar frá fæðingarlæknum eða ljósmóður en sjaldnar frá öðrum og nær aldrei frá heimilislækni.

Aldur, menntun, fyrri fæðingar og aldur fyrri barna virðist engin áhrif hafa á hvort konur taki fólasín fyrir þungun eða ekki. Um 40% kvenna taka fólasín reglulega á fyrstu mánuðum meðgöngu. Þetta eru mun fleiri en taka fólasín fyrir þungun og bendir til að konur fái fræðslu um gagnsemi fólasíns eftir að þær verða barnshafandi eða geri sér ekki grein fyrir gagnsemi fólasíntöku fyrir þungun.

Einungis tæpur þriðjungur kvenna töldu sig ekki hafa heyrt um forvarnargildi fólasíns þegar rannsóknin fór fram og er það sambærilegt við aðrar rannsóknir (19, 17). Athyglisvert er að fjórðungur kvenna hafði heyrt um forvarnargildi fólasíns annars staðar en frá heilbrigðisstarfsfólki og beinir það sjónum að því á hvaða vettvangi og hverjir séu best fallnir til að veita þessa fræðslu.

Svo virðist sem inntaka fólasíns á meðgöngu og þekking um forvarnargildi fólasíns sé ekki nægjanleg til að konur hyggist taka fólasín í næstu meðgöngu eða þær hafi ekki skilið fullkomlega tilgang með töku fólasíns. Þetta er í samræmi við niðurstöður rannsóknarinnar um litla fólasíntöku fyrir þungun og á meðgöngu þó þekking um forvarnargildi virðist koma fram og vera til staðar hjá flestum þeirra kvenna sem þátt tóku í rannsókninni. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar virðist ekki nægjanlegt að konan hafi heyrt um forvarnargildi fólasíns til að hún taki fólasín fyrir þungun og á meðgöngu í forvarnarskyni. Hvernig upplýsingum er komið á framfæri og af hverjum gæti hugsanlega skipt máli í þessu sambandi.

Meirihluti kvenna sem tók þátt í rannsókninni kveðst myndu taka fólasín í forvarnarskyni á næstu meðgöngu og stingur það í stúf við niðurstöður um litla fólasíntöku fyrir þungun og á meðgöngu. Þetta gæti hugsanlega bent til þess að kynningarblað rannsóknarinnar hafi breytt afstöðu kvennanna og þær álitið fólasíntöku sjálfsagða hér eftir.

Fram kom að 62,9% kvenna ákváðu þungun fyrirfram og virðist það hlutfall eilítið hærra en í rannsóknum erlendis (3, 16, 19). Því mætti ætla að fleiri konur tækju fólasín fyrir þungun ef þekking varðandi gagnsemi væri almenn meðal kvenna á Íslandi. Fyrirfram ákveðnar þunganir eru sjaldgæfar hjá konum á aldrinum 15-24 ára samkvæmt þessari rannsókn og hjá þeim sem ganga með sitt fyrsta barn. Til að gagnsemi fólasíns nái til þessara kvenna og minnki líkur á miðtaugakerfisgöllum og afleiðingum þeirra verður fræðsla um forvarnargildi að beinast að öllum konum á barneignaaldri en ekki aðeins þeim sem ákveða þungun fyrirfram. Huga verður að því með hvaða hætti upplýsingum er komið á framfæri.

Fræðsla til heilbrigðisstarfsfólks og almennings þarf að haldast í hendur til að vitneskja varðandi forvarnargildi verði sem víðtækust. Þannig verður þekking um forvarnargildi fólasíns almenn í þjóðfélaginu og vænlegast að árangur náist.

Þakkir

Sérstakar þakkir fá ljósmæður og ritari mæðraverndar Heilsugæslustöðvarinnar á Akureyri fyrir aðstoð við framkvæmd rannsóknarinnar. Vísindasjóður félags íslenskra heimilislækna og Vísindasjóður félags íslenskra hjúkrunarfræðinga fá þakkir fyrir styrkveitingu til rannsóknarinnar. Einnig fær Grétar Þór Eyþórsson framkvæmdarstjóri RHA þakkir fyrir tölfræðilega úrvinnlu og Óskar Þór Halldórsson landfræðingur fyrir yfirlestur handrits.

Heimildir

1. The MRC Vitamin Research Study Group. Prevention of neural tube defects: Results of the Medical Research Council Vitamin Study. Lancet 1991; 338: 131-7.
2. Laurence KM, James N, Miller MH, Tennant GB, Campbell H. Double-blind randomised controlled trial of folate treatment before conception to prevent recurrence of neural tube defects. Br Med J 1981; 282: 1509-11.
3. Werler MM, Shapiro S, Mitchell AA. Periconceptional folic acid exposure and risk of occurrent neural tube defects. JAMA 1993; 269: 1257-61.
4. Kirke PN, Daly LE, Molloy A, Weir DG, Scott JM. Maternal folate status and risk of neural tube defects, [letter]. Lancet 1996; 348: 67.
5. Centers for disease control. Recommendations for the use of folic acid to reduce the number of cases of spina bifida and other neural tube defects. Morb Mortal Wkly Rep 1992; 41 (no. RR-14).
6. Rasmussen LB, Andersen NL, Andersson G, Lange AP, Rasmussen K, Skak-Iversen L, et al. Folate and neural tube defects. Dan Med Bull 1998; 45: 213-7.
7. Tell GS, Vollset SE, Lande B, Pedersen JI, Loken EB, Jacobsen BK. Folat og helse-ny kunnskap og nye anbefalinger. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 3155-60.
8. Kihlberg R, Bui TH, Jorgensen C, Soderhjelm L. Folsyra

skyddar mot neuralrörsdefekter. Lakartidningen 1999; 96: 1961-3.
9. Cornel MC, Erickson JD. Comparison of National Policies on Periconceptional Use of Folic Acid to Prevent Spina Bifida and Anencephaly (SBA). Teratology 1997; 55: 134-7.
10. Kristín Rut Haraldsdóttir, Fósturgreiningardeild LSH (óútgefnar upplýsingar), apríl 2001.
11. Hreinsdóttir G, Geirsson RT, Jóhannsson JH, Hjartardóttir H, Snædal G. Nýgengi og greining miðtaugakerfisgalla hjá fóstrum og nýburum á Íslandi 1972-1991. Læknablaðið 1996; 82: 521-7.
12. Sheppard S, Nevin NC, Seller MJ, Wild J, Smithells RW, Read AP, et al. Neural tube defect recurrence after "partial" vitamin supplementation. J Med Genet 1989; 26: 326-9.
13. Sutcliffe M, Schorah CJ, Perry A, Wild J. Prevention of neural tube defects, [letter]. Lancet 1993; 342: 1174.
14. Wild J, Sutcliffe M, Schorah CJ, Levene MI. Prevention of neural tube defects, [letter]. Lancet 1997; 350: 30.
15. Huttly WJ, Wald NJ, Walters JC. Folic acid supplementation before pregnancy remains inadequate, [letter]. Br Med J 1999; 319: 1499.
16. McGovern E, Moss H, Grewal G, Taylor A, Bjornsson S, Pell J. Factors affecting the use of folic acid supplements in pregnant women in Glasgow. Br J Gen Pract 1997; 47: 635-7.
17. Petrini JR, Damus K, Johnston RB, Mattison DR: Knowledge and use of folic acid by women of childbearing age-United States, 1995 and 1998. Morb Mortal Wkly Rep 1999; 48: 325-7.
18. Clark NAC, Fisk NM. Minimal compliance with the Department of Health recommendation for routine folate prophylaxis to prevent fetal neural tube defects. Br J Obstet Gynaecol 1994; 101: 709-10.
19. McDonnell R, Johnson Z, Doyle A, Sayers G. Determinants of folic acid knowledge and use among antenatal women. J Publ Hlth Med 1999; 21: 145-9.
20. de Walle HEK, Van der Pal KM, de Jong-Van den Berg LTW, Jeeninga W, Schouten JSAG, de Rover CM, et al. Effect of mass media campaign to reduce socioeconomic differences in women´s awareness and behaviour concerning use of folic acid: cross sectional study. Br Med J 1999; 319: 291-2.
21. Marsack CR, Alsop CL, Kurinczuk JJ, Bower C. Pre-pregnancy counselling for the primary prevention of birth defects: rubella vaccination and folate intake. Med J Aust 1995; 162: 403-6.
22. Landlæknisembættið, Manneldisráð og Miðstöð mæðraverndar, Heilsuverndarstöð Reykjavíkur. Fólasín skiptir máli fyrir konur, nóv 1999.
23. Czeizel AE, Dudas I. Prevention of the first occurrence of neural-tube defects by periconceptional vitamin supplementation. N Engl J Med 1992; 327: 1832-5.

Klínískar leiðbeiningar um blóðþynningu og blóðflöguhemjandi meðferð einstaklinga með gáttatif án lokusjúkdóma

Frá Landlæknisembættinu

Á vegum Landlæknisembættisins hafa verið unnar klínískar leiðbeiningar um ýmis læknisfræðileg vandamál og eru þessar leiðbeiningar aðgengilegar á vef embættisins á *www.landlaeknir.is*. Á undanförnum árum hafa birst fjölmargar rannsóknir um gagnsemi blóðþynningarmeðferðar til að koma í veg fyrir heilablóðfall hjá sjúklingum með gáttatif. Tilgangur þessara leiðbeininga er að draga saman niðurstöður þessara rannsókna og gera þær aðgengilegar fyrir íslenska lækna en ýmislegt bendir til þess að notkun blóðþynningarlyfja hjá sjúklingum með gáttatif sé ábótavant bæði hérlendis og erlendis.

Þessar leiðbeiningar eru unnar af vinnuhópi en hann skipa Davíð O. Arnar, Haukur Valdimarsson, Rannveig Einarsdóttir, Sigurður Helgason, Tryggvi Egilsson og Vilhelmína Haraldsdóttir.

Læknablaðið birtir þessar leiðbeiningar á næstu síðum.

Klínískar leiðbeiningar um blóðþynningu og blóðflöguhemjandi meðferð við gáttatifi (atrial fibrillation)

Gáttatif er algeng takttruflun og er talið að yfir 5% þeirra sem komnir eru yfir 65 ára aldur og 10% þeirra sem eru eldri en 75 ára hafi einhvern tíma fengið gáttatif.

B **Meta á hættu á blóðþurrðarheilaáfalli hjá öllum einstaklingum með gáttatif**

Áhættuþættir fyrir blóðsegamyndun við gáttatif eru:

A **Fyrri saga um blóðþurrðarheilaáfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast (TIA)**
er sterkasti áhættuþátturinn þar sem líkur á endurteknu áfalli eru um 12% á ári.

Aðrir áhættuþættir:

A 1. Aldur eftir 65 ára. Áhætta eykst með hækkandi aldri og er mest hjá konum yfir 75 ára.

A 2. Saga um háþrýsting.

A 3. Sykursýki.

A 4. Klínísk hjartabilun eða nokkur eða verulega skert starfsemi vinstri slegils samkvæmt ómskoðun.

A 5. Kölkun í míturloku við ómskoðun.

6. Aukinn þéttleiki („ómreykur") eða blóðsegi í vinstri gátt eða stækkun (>5,5 cm) vinstri gáttar samkvæmt ómskoðun.*

7. Slagbilsþrýstingur >160 mmHg.*

8. Æðakölkun (saga um kransæðasjúkdóm og/eða útæðasjúkdóm).*

*Áhættuþættir sem ekki eru eins vel sannaðir.

A Ákvörðun um blóðþynningu ætti að taka með sjúklingi þar sem kostir og gallar meðferðar hafa verið ítarlega ræddir. Í þessu felst m.a. mat á væntanlegri meðferðarheldni.

Mat á kostum og göllum er mjög einstaklingsbundið og væntingar sjúklinga þarf að kanna vel.

A Gáttaflökt (atrial flutter) virðist hafa í för með sér meiri hættu á heilaáfalli en áður var talið.

Warfarín minnkar líkur á heilaáfalli um 2/3 (62 til 68%) miðað við lyfleysu
(markgildi er INR 2,5 og viðmiðunarbil 2 til 3).
Aspirín (75 til 300mg á dag) minnkar líkur á heilaáfalli um 1/5 (20%).

Árleg hætta á heilaáfalli# án meðferðar, á aspiríni eða blóðþynningu hjá sjúklingum með gáttatif en í mismunandi mikilli áhættu.				
Áhættuflokkur	Án meðferðar	Aspirín	Blóðþynning	NNT##
Mjög mikil áhætta Saga um heilaáfall eða TIA (12%/ár) 65-75 ára með hjartbilun og annan áhættuþátt >75 ára og með hjartabilun	>8 til 12%	10%*	5%*	u.þ.b. 20*
Mikil áhætta >65 ára og með áhættuþátt	>5 til 8%	4-6%	2-3%	u.þ.b. 42
Nokkur áhætta (moderate) >65 ára og ekki með aðra áhættuþætti <65 ára og með aðra áhættuþætti	3-5%	2-4%	1-2%	u.þ.b. 70
Lítil áhætta <65 ára og ekki með áhættuþátt	Um 1,2%	1%	Um 0,5%	u.þ.b. 140

Heilaáfall er skilgreint hér sem öll heilaáföll. Í þessum útreikningum er tekin með aukning á heilablæðingum við warfarín meðferð. Það sama gildir um útreikninga hér að neðan.
NNT (number needed to treat) stendur fyrir þann fjölda sem þarf að meðhöndla með blóðþynningu í stað aspiríns í eitt ár til að forða einum frá áfalli. 1/bein minnkun áhættu eða 1/0,05.
*Reiknað út frá efri áhættumörkum, það er 12%.

A Minnka má áhættu á heilaáfalli hjá sjúklingum um allt að tvo þriðju með vel **stýrðri blóðþynningu.** Þar sem bein áhætta sjúklings er mismunandi mikil eftir því hvaða aðra áhættuþætti hann hefur er beinn ávinningur einnig mismunandi.

A Hjá sjúklingum sem ekki hafa fyrri sögu um heilaáfall eða TIA má forða um 30 heilaáföllum ef 1000 sjúklingar eru meðhöndlaðir í eitt ár.

A Hjá sjúklingum sem hafa fyrri sögu um heilaáfall eða TIA má forða um 80 heilaáföllum ef 1000 sjúklingar eru meðhöndlaðir í eitt ár.

A **Ekki er tölfræðilega marktæk aukning á tíðni meiriháttar blæðinga en fyrir hverja 1000 einstaklinga á blóðþynningu má búast við slíku hjá tveimur til fjórum. Hér eru ekki með heilablæðingar því gert er ráð fyrir þeim í útreikningum að ofan.**

Warfarín
INR 2 til 3

A Hjá einstaklingum án fyrri sögu um heilaáfall eða TIA er hætta á öllum heilaáföllum allt að helmingi minni (35% til 50%) hjá þeim sem fá warfarín borið saman við þá sem fá aspirín.

A Hjá einstaklingum með fyrri sögu um heilaáfall eða TIA er hætta á öllum heilaáföllum helmingi minni hjá þeim sem fá warfarín borið saman við þá sem fá aspirín.

Frábendingar og varúðarráðstafanir við blóðþynningu.

- Virk blæðing.
- Sjúkdómur sem getur valdið meiriháttar blæðingu, svo sem blóðflögufæð, dreyrasýki, lifrarbilun eða nýrnabilun.
- Illvígur háþrýstingur.
  Það er slagbilsþrýstingur > 200 mm Hg eða hlébilsþrýstingur > 120 mm.
- Hætta á blæðingum frá ákveðnum stöðum.
  Til dæmis virkt maga-/þarmasár, æðahnútar í vélinda, slagæðagúlar, vaxandi sjónukvilli (proliferative retinopathy), nýleg líffærasýnataka.
  Nýlegur höfuðáverki eða skurðaðgerð á höfði, augntótt eða mænu.
  Nýlegt heilaáfall eða staðfest heila- eða mænublæðing.
- Aðrar.

> Þungun.
> Arfhreinn prótein C skortur, (hætta á húðdrepi).
> Saga um húðdrep vegna warfarín gjafar.
> Sjúklingur er ósamvinnuþýður eða óáreiðanlegur (langtímameðferð).

Margar af þessum frábendingum eiga líka við aspirín.

Warfarín
INR 2 til 3

Blóðþynning: skammtar, eftirlit og afturkræfni

A Skammtur: Oftast 1-15 mg/dag til að viðhalda INR innan viðmiðunarmarka (2,0-3.0). Hjá sjúklingum með gervilokur eða sögu um endurtekna blóðtappa er miðað við hærra INR.

Meðferð sjúklinga með of há INR gildi en eru ekki blæðandi.

C Til að snúa við blóðþynningu hjá sjúklingum með of hátt INR gildi eru þrjár leiðar helstar:
Draga úr warfarín skammti og koma á nýju jafnvægi.
Stöðva warfarín gjöf í 1-3 daga og hefja svo aftur með minni skammti.
Gefa K vítamín og stöðva warfarín.

Klínískt ástand	Meðferðarleiðbeiningar
INR > markgildi meðferðar en < 5,0 og ekki merki um blæðingu.	Minnkið skammtinn, eða sleppið næsta skammti og hefjið meðferð að nýju með minni skammti þegar INR er innan meðferðarmarkgilda. Ef INR er einungis aðeins yfir meðferðarmarkgildum er ekki endilega nauðsynlegt að minnka skammtinn.
INR > 5,0 en < 9,0 en ekki merki um blæðingu.	Sleppið næstu einum til tveimur skömmtum, mælið INR oftar, hefjið aftur meðferð með minni skammti þegar INR er innan meðferðarmarkgilda. Hjá sjúklingi í aukinni blæðingarhættu má sleppa næsta skammti og gefa K-vítamín (2-4 mg um munn). Fyrir bráðaskurðagerð og þörf er á að lækka INR gildi hratt: Gefið K-vítamín (2-4 mg um munn), ef INR er enn hátt að 24 klst. liðnum gefið þá annan skammt af K-vítamíni (2-4 mg um munn).
INR > 9,0 en ekki nein merki um blæðingu.	Sleppið warfaríni, gefið K-vítamín (3-5 mg um munn). Fylgið INR mælingum vel eftir. Ef INR hefur ekki lækkað verulega innan 24 -48 klst. þá mælið það enn oftar og gefið annan skammt af K-vítamíni ef það er nauðsynlegt. Hefjið meðferð að nýju með minni skammti þegar INR er innan meðferðar-markgilda.

Meðferð sjúklinga á blóðþynningu og eru blæðandi.

Hér má fara sömu leiðir og þegar INR gildi eru of há en þó með öðrum áherslum.

Klínískt ástand	Meðferðarleiðbeiningar
Alvarleg eða lífshættuleg blæðing. Hafið samband við blóðfræðing.	Hættið warfarín gjöf, gefið vítamín-K (10 mg gefin hægt í æð) og gefið próthrombín komplex þykkni (hreinn faktor II, VII, IX og X) 40-60 ein/kg, oftast um 3000 einingar (endurtaka eftir 8-12 klst ef INR er ennþá hátt), allt eftir því um hversu mikið bráðaástand er að ræða. Ef próthrombín komplex þykkni er ekki fáanlegt skal gefa 5-7 einingar af fersku frosnu plasma (FFP). Endurtaka FFP gjöf eftir 12-15 tíma ef INR er ennþá hátt. K-vítamíngjafir má endurtaka á 12 klst. fresti. Athugið að það tekur styttri tíma að upphefja blóðþynningu með próthrombín komplex þykkni og notist því í mjög bráðum blæðingum (til dæmis heilablæðingum)

Áhrif warfaríns geta breyst vegna fjölda milliverkana.

SCHERING

Yasmin®

30 µg etínýlöstradíol, 3 mg dróspírenón

VELLÍÐAN

- með nýrri getnaðarvarnartöflu -



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

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

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

Yasmin - SCHERING
TÖFLUR, filmuhúðaðar: G 03 AA Hver tafla inniheldur: Drospirenunum INN 3 mg og Etinylestradiolum INN 30 míkróg. Lactosum.
Ábendingar: Getnaðarvörn.—**Skammtar og lyfjagjöf:** Áður en byrjað er að taka lyfið, eða notkun þess er hafin á ný, ber að skrá nákvæma sjúkrasögu konunnar (og fjölskyldusögu) og útiloka þungun. Konu skal bent á að lesa fylgiseðil lyfsins nákvæmlega og fara eftir þeim ráðum sem þar eru gefin. Minna ber konur á að getnaðarvarnartöflur til inntöku veita ekki vörn gegn HIV-smiti (eyðni) né öðrum kynsjúkdómum.
***Yasmin*:** Taka verður töflunar á svipuðum tíma á hverjum degi í þeirri röð sem töfluspjaldið sýnir. Taka skal eina töflu á dag í 21 dag samfleytt. Byrja skal á næsta spjaldi eftir 7 daga hlé og eiga tíðablæðingar sér venjulega stað á þeim tíma. Þær hefjast að jafnaði á 2. til 3. degi eftir að síðasta tafla var tekin og kunna að standa yfir enn þegar byrjað er á næsta töfluspjaldi.
Hvernig byrjað er að taka lyfið: -Ef ekki hefur verið notuð hormónagetnaðarvörn síðasta mánuðinn er rétt er að byrja að taka töflurnar á fyrsta degi tíðahringsins (þ.e. á fyrsta degi tíðablæðinga). -Þegar skipt er frá annarri tegund getnaðarvarnartaflna sem inniheldur blöndu hormóna má byrja að taka töflurnar daginn eftir venjulegt töflulaust tímabil eða eftir töku síðustu óvirku töfluna af fyrri getnaðarvarnartöflutegundinni.
Frábendingar: Ekki ber að nota getnaðarvarnartöflur sem innihalda blöndu hormóna í eftirfarandi tilvikum. Komi eitthvert þessara tilvika fram í fyrsta skipti þegar getnaðarvarnartöflur eru notaðar, ber að hætta töku þeirra strax. - Segamyndun í bláæðum eða sjúkrasaga um slíkt (segamyndun í djúpum bláæðum, blóðreksstífla í lungum). - Segamyndun í slagæðum eða sjúkrasaga um slíkt (t.d. heilablóðfall, hjartadrep) eða fyrirboði um það (t.d. hjartaöng og skammvinn blóðþurrðaráföll). **Aukaverkanir:** Greint hefur verið frá eftirfarandi aukaverkunum við notkun lyfsins:
***Algengar* (= 1%):** *Innkirtlakerfi*: Blæðingartruflanir, milliblæðingar, verkir í brjóstum. *Taugakerfi*: Höfuðverkur, geðdeyfð. *Hjarta- og æðakerfi*: Mígreni. *Meltingarfæri*: Ógleði. *Æxlunarfæri og brjóst*: Hvítleit útferð, sveppasýking í leggöngum. ***Sjaldgæfar* (0,1-1%):** *Almennt:* Vökvasöfnun, breytingar á líkamsþyngd. *Taugakerfi*: Breytingar á kynhvöt. *Hjarta- og æðakerfi*: Háþrýstingur, lágþrýstingur. *Meltingarfæri*: Uppköst. *Húð og húðbeðskerfi*: Þrymlabólur, eksem, ofsakláði. *Æxlunarfæri og brjóst*: Slíðurbólga.
***Mjög sjaldgæfar* (<0,1%)** *Ónæmiskerfi*: Astmi. *Innkirtlakerfi*: Seyting úr brjóstum. *Eyra og völundarhús*: Heyrnaskerðing. *Hjarta- og æðakerfi*: Segarek. Sjá einnig varnaðarorð og varúðarreglur varðandi alvarlegar aukaverkanir getnaðarvarnartaflna.
Pakkningar og verð 1. Febrúar 2001: Yasmin : 21 stk x 3 (þynnupakkað) 3.072 kr.
Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: 0. **Nánari upplýsingar í texta Sérlyfjaskrár**. Handhafi markaðsleyfis: Schering AG. Umboðsmaður á Íslandi: Thorarensen Lyf ehf. Heimildir: Foidart J-M et al. Eur.J.Contracept Reprod Health Care 2000; 5:124-34
UIS 01-29

www.femalelife.com

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

Vaktafyrirkomulag á Landspítala í uppnámi



Hulda Hjartardóttir

Undanfarna mánuði hafa læknar á Landspítala háskólasjúkrahúsi verið að reikna út frítökurétt sinn. Er þetta gert til að framfylgja bókun 1 með kjarasamningi fjármálaráðherra fyrir hönd ríkissjóðs annars vegar og Læknafélags Íslands hins vegar sem var undirritaður 2. júlí 2001. Samkvæmt þessu hafa læknar sem vinna vaktavinnu við Landspítala háskólasjúkrahús þurft að reikna út hver fyrir sig hversu mikinn áunninn frítökurétt þeir eiga eftir vaktir unnar frá 1. nóvember 1997. Mjög mismunandi er hversu mikil frí hafa safnast upp en hjá þeim læknum sem vinna svokallaðar staðarvaktir er um mjög langan tíma að ræða.

Afleiðingar þessa geta verið margvíslegar. Í fyrsta lagi er í sumum tilfellum um svo mikil frí að ræða að ekki er augljóst að hægt verði að veita leyfi frá störfum nema verulega breytt vinnufyrirkomulag komi til og að ráða þurfi talsvert fleira fólk í vinnu svo það verði mögulegt að taka út þennan frítíma. Í öðru lagi hefur yfirstjórn sjúkrahússins lýst því yfir að gera verði ráðstafanir til þess að þessi uppsöfnun frítökuréttar hætti eða að minnsta kosti minnki stórlega. Til þess að það megi verða er ljóst að núverandi vaktafyrirkomulag verður að breytast þannig að læknar vinni aldrei meira en 13 tíma á sólarhring. Þar að auki kalla þessar breytingar á aukinn fjölda lækna til að sinna þessum styttri vöktum. Lauslegir útreikningar mínir benda til að það gæti á næstu árum þurft 20-30% fleiri lækna á deildir þar sem staðarvaktir eru nauðsynlegar til að sinna styttri vöktum og leysa af lækna í frí.

Ekki er líklegt að læknar verði tilbúnir að taka upp stórfelldar breytingar á vaktafyrirkomulagi nema búið verði að fjölga stöðum á viðkomandi deildum því annars hlýtur afleiðingin að verða annaðhvort stórlega aukið álag á þá lækna sem fyrir eru í vinnu og/eða verri þjónusta við sjúklinga. Eins og fjárhagsstaða Landspítala háskólasjúkrahúss er núna á ég ekki von á að það verði auðveldur róður að hrinda þessari nauðsynlegu fjölgun í framkvæmd.

Nýtt vaktafyrirkomulag er nú til umræðu hjá deildum þar sem mikill frítökuréttur hefur áunnist og eru ýmsar hugmyndir í athugun þar sem notast er við fyrirmyndir erlendis frá. Styttri vaktir eru að sjálfsögðu manneskjulegri og auðveldari og eru að því leyti mikil kjarabót en læknar eru lítt hrifnir af vaktatilhögun þar sem binding um helgar er aukin. Auk þess hafa menn áhyggjur af því að í kjölfar styttri vakta og aukinna fría fylgi launalækkun.

Það er því geysilega mikilvægt að skoða tillögur til breytinga á vinnufyrirkomulagi ofan í kjölinn þannig að hægt sé að koma í veg fyrir að þær leiði til kauplækkunar og versnandi vinnuaðstöðu lækna. Þetta eru atriði sem taka þarf með í reikninginn í yfirstandandi samningum sjúkrahúslækna.

Höfundur situr 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.

Zocor - MSD - TÖFLUR: C 10 A A 01
Hver tafla inniheldur: Simvastatinum INN 10 mg, 20 mg, 40 mg eða 80 mg. **Ábendingar:** *Kransæðasjúkdómur.* Lyfið er ætlað sjúklingum með kransæðasjúkdóm til þess að auka lífslíkur, draga úr hættu á dauðsföllum af völdum kransæðasjúkdóms og minnka hættu á hjartadrepi, minnka hættu á heilablóðfalli (stroke) og tímabundinni blóðþurrð í heila (TIA, transient ischemic attacks), minnka þörf fyrir aðgerðir til þess að auka blóðflæði til hjartavöðvans (hjáveituaðgerðir og kransæðavíkkanir); og hægja á framgangi kransæðasjúkdóms (coronary atherosclerosis), þ.á.m. draga úr myndun nýrra skemmda og nýrra lokana. *Óhófleg blóðfituhækkun (Hyperlipidemia)* Simvastatin, ásamt ákveðnu mataræði, er ætlað til þess að draga úr hækkuðu heildarkólesteróli, LDL-kólesteróli, þríglýceríðum og apólípópróteini B og einnig til að hækka HDL-kólesteról hjá sjúklingum með óhóflega kólesterólhækkun, þar á meðal arfblendna arfgenga kólesteról-hækkun(Heterozygous familial hypercholesterolemia)(Fredrickson týpa IIa) eða samsetta blóðfituhækkun (combined hyperlipidemia)(Fredrickson týpa IIb) þegar tilætlaður árangur hefur ekki náðst með ákveðnu mataræði og öðrum aðferðum án lyfja. Simvastatin lækkar því LDL/HDL-kólesteról hlutfallið og heildarkólesteról/HDL-kólesteról hlutfallið. Simvastatin er ætlað til meðferðar á sjúklingum með þríglýceríðhækkun (hypertriglyceridemia) (Fredrickson týpa IV hyperlipidemia) og til meðferðar á sjúklingum með dysbetalípóproteinemia (Fredrickson týpa III hyperlipidemia). Lyfið er einnig ætlað til notkunar ásamt ákveðnu mataræði og öðrum aðferðum sem ekki byggjast á mataræði til meðferðar á sjúklingum með arfhreina arfgenga kólesterólhækkun til þess að lækka hækkað heildarkólesteról, LDL-kólesteról og apólípóprótein B. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Sjúklingurinn á að neyta kólesteróllækkandi fæðis, áður en lyfið er gefið og á að halda því áfram meðan á lyfjameðferð stendur. *Kransæðasjúkdómur:* 20 mg upphafsskammtur á dag í einu lagi að kvöldi. Ef þörf er á að auka skammtinn skal gera það með minnst fjögurra vikna millibili, í allt að 80 mg á dag í einum skammti að kvöldi. Ef LDL-kólesteról gildi fellur niður fyrir 1,94 mmól/l (75 mg/dl) eða heildarkólesteról gildi fellur niður fyrir 3,6 mmól (140 mg/dl) skal íhuga minnkun simvastatíns skammtsins. *Óhófleg blóðfituhækkun:* Upphafsskammturinn er venjulega 10 mg á dag, gefinn í einu lagi að kvöldi. Við vægri til miðlungsalvarlegri kólesterólhækkun er upphafsskammturinn 5 mg á dag. Ef þörf er á að auka skammtinn skal gera það samkvæmt leiðbeiningunum hér að ofan. *Arfhrein ættbundin kólesterólhækku (Homozygous familial hyper-cholesterolemia):* Þegar um arfhreina ættbundna kólesterólhækkun er að ræða er skammturinn 40 mg/dag að kvöldi eða 80 mg/dag í þremur aðskildum skömmtum, 20 mg, 20 mg og 40 mg að kvöldi. Hjá þessum sjúklingum á að nota simvastatín ásamt öðrum aðferðum til að lækka blóðfitu (t.d. LDL blóðskilun (apheresis)). *Samhliða lyfjagjöf:* Simvastín er áræðanlegt eitt sér eða með gallsýrubindandi lyfjum. Fyrir sjúklinga, sem fá ciklóspórín, fíbróit eða níkótínsýru 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 (kreatíníntúthreinsun <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 tetralóftlokki (sjá varnaðarorð). Meðganga og brjóstagjöf. **Varúð:** *Vöðvaáhrif:* Simvastatín og aðrir HMG-CoA afoxunarmiðlahemlar geta stundum valdið vöðvakvilla, sem lýsir sér sem vöðvaverkur eða þróttleysi sem tengist mikið hækkuðum kreatínkínasa (> 10 x eðlileg etri 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 gemfíbrózíl og önnur fíbróit og blóðfitulækkandi skammtar (>1g/dag) af níkótínsýru. 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. ciklóspórín, kalsíumgangalokinn mibefradíl úr tetralóftlokki, ítrakónazól, ketókónazól og önnur azól-sveppalyf, makrólíðsýklalyfin erýtrómýcín og klaritrómýcín, HIV próteasahemlar og geðdeyfðarlyfið nefazódón. Notkun simvastatíns samhliða fíbróitum eða níkótínsýru ætti að forðast nema aukin lækkun blóðfitu vegi þyngra en sú aukna áhætta sem fylgir notkun þessara lyfja saman. Hjá sjúklingum sem taka cýklóspórín, fíbróit eða níkótínsýru samhliða simvastatíni á yfirleitt ekki að gefa stærri skammt af simvatíni en 10 mg/dag (sjá 4.2 Skammtar og lyfjagjöf, Samhliða meðferð) þar sem hættan á vöðvakvilla eykst verulega með stærri skömmtum. *Áhrif á lifrarstarfsemi:* Mælt er með því, að prófanir á lifrarstarfsemi séu gerðar hjá öllum sjúklingum, áður en meðferð hefst og síðan með reglulegu millibili (t.d. tvisvar á ári) fyrsta ár meðferðarinnar eða þar til einu ári eftir síðustu skammtahækkun. Hjá sjúklingum sem fá 80 mg skammt ætti auk þess að athuga lifrarstarfsemi eftir 3 mánuði. Sérstakt eftirlit þarf að hafa með þeim sjúklingum sem fá transamínasahækkanir, mælingar ber að endurtaka án tafar og síðan reglulega með styttra millibili en ella. Ef transamínasaþéttnin virðist stöðugt hækka og sérstaklega ef hún hækkar í þrisvar sinnum eðlileg efri mörk og er viðvarandi skal hætta lyfjameðferðinni. Hjá sjúklingum sem neyta verulegs magns af áfengi og/eða hafa einhvern tíma fengið lifrarsjúkdóm, ætti að nota lyfið með varúð. Virkir lifrarsjúkdómar eða óskýrðir hækkaðir transamínasar eru frábendingar fyrir notkun simvastatíns. **Milliverkanir:** *Gemfíbrózíl og önnur fíbróit, títulækkandi skammtar ((1g/dag) af níkótínsýru:* 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. cýklósþórín, ítrakónazól, ketókónazól, erýthrómýcín, clarithrómýcín, HIV próteasa hemlar og nefazódón. Greipávaxtasafi inniheldur eitt eða fleiri efni sem hamla CYP3A4 og geta aukið blóðþéttni lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4. *Kúmarínafleiður:* Hjá sjúklingum sem eru á kúmarín blóðþynningarmeðferð skal mæla próthrombíntíma áður en simvastatín meðferð er hafin og síðan með nægilega stuttu millibili til þess að tryggja að ekki sé um marktæka breytingu á próthrombíntíma að ræða. **Meðganga og brjóstagjöf:** Simvastatín er ekki ætlað þunguðum konum .Simvastatín skal aðeins gefa konum á barneignaraldri ef ólíklegt er að um þungun verði að ræða. Ef kona, sem fær meðferð með lyfinu, verður þunguð, skal meðferð hætt strax og konan upplýst um mögulega hættu fyrir fóstrið. Ekki er vitað hvort simvastatín eða umbrotsefni þess skiljast út í brjóstamjólk. Þar sem mörg lyf skiljast út í brjóstamjólk og vegna möguleika á alvarlegum aukaverkunum, ættu konur sem taka lyfið ekki að gefa börnum sínum brjóst (Sjá frábendingar). **Aukaverkanir:** Simavastatín þolist almennt vel. Aukaverkanir hafa aðallega verið vægar og skammvinnar. Minna en 2% sjúklinga hafa hætt í klínískum viðmiðunarrannsóknum vegna aukaverkana, sem rekja má til 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 hatt einhver eftirfarandi einkenna : hiti, andlitsroði, ofsakláði, ljósnæmi, andnauð, slappleiki, ofsabjúgur, einkenni lík rauðum úlfum, fjölvöðvagigt, æðabólga, blóðflagnafæð, eósínfíklafjölð, hækkað sökk, liðbólga og liðverkir. Blóðmeina- og meinefnafræðilegar rannsóknir: Greinilegar og þrálátar hækkanir á blóðþéttni lifrarensíma hafa sjaldan sést. Hækkaður alkalískur fosfatasi og gamma-GT hafa sést. Frávik frá lifrarstarfsemisprófum hafa venjulega verið væg og skammvinn. Hækkanir á blóðþéttni kreatínkínasa (CK) frá beinagrindarvöðvum hafa sést (sjá Varúð). **Pakkningar og verð (mars, 2001): Töflur 10 mg:** 28 stk. 3702 kr; 98 stk. 10838 kr; **Töflur 20 mg:** 28 stk. 5653 kr; 98 stk. 16999 kr; **Töflur 40 mg:** 28 stk. 6467 kr.; 98 stk. 20084 kr.; **Töflur 80 mg:** 28 stk. 8264 kr.; 98 stk. 25847 kr. **Afgreiðsla:** 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

Norrænir læknar ræða öryggi sjúklinga

Tvisvar á ári hittist stjórn Norræna læknaráðsins til skiptis á Norðurlöndum og í byrjun febrúar var röðin komin að Íslandi. Í stjórninni sitja formenn læknafélaganna fimm eða staðgenglar þeirra ásamt framkvæmdastjórum og/eða öðrum starfsmönnum. Formennskan færist milli landa og um þessar mundir eru Norðmenn í forsæti.

Svo vill til að í Noregi hafa orðið töluverð umskipti í forystu lækna. Um áramótin tók nýr maður við sem forseti norsku læknasamtakanna, *Hans Kristian Bakke*, og með honum í för voru tveir nýir menn, þeir *Åsmund Hodne* framkvæmdastjóri og *Magne Nylenna* sem gegndi starfi ritstjóra norska læknablaðsins fram til síðustu áramóta þegar hann færði sig yfir í stól aðalritara. Læknablaðið hitti Hans Kristian Bakke að máli og innti hann eftir því um hvað fundurinn í Þjóðmenningarhúsinu hefði snúist.

„Á þessum fundum er fjallað um sameiginleg málefni norrænna lækna og að vanda var rætt um samstarf okkar á vettvangi Alþjóðafélags lækna og Evrópusamtaka lækna. En það sem tók mestan tíma var að undirbúa fund Norræna læknaráðsins sem haldinn verður í Björgvin dagana 21.-23. maí næstkomandi," sagði Hans.

Hann sagði að á fundum ráðsins væri rætt um ýmis mál en að þessu sinni verður meginefni fundarins öryggi sjúklinga. „Það verður rætt um kerfi sem eiga að tryggja gæði meðferðar, um óhöpp sem hent geta sjúklinga og um lækna sem ekki standa sig í starfi. Þá verður einnig fjallað um fjármögnun og uppbyggingu heilbrigðiskerfisins, eignarhald og annað sem haft getur áhrif á öryggi og velferð sjúklinga," sagði norski formaðurinn.

Hann sagði að norrænir læknar ættu margt sameiginlegt þótt vissulega væri uppbygging og skipulag heilbrigðisþjónustu með mismunandi hætti í löndunum. „Í Noregi erum við til dæmis mjög upptekin af því að koma á nýju kerfi í þjónustu heimilislækna, svonefndu „fastlegesystem" sem gerir ráð fyrir því að hver sjúklingur hafi fastan lækni sem fylgist með honum hvar svo sem hann er staddur í heilbrigðiskerfinu. Þetta kerfi tökum við upp að danskri fyrirmynd en Danir og raunar ýmsar aðrar þjóðir hafa aðhyllst þetta skipulag um langt árabil. Þarna sést hins vegar vel hve ólík Norðurlönd geta verið því í Svíþjóð eru flestir læknar starfsmenn sveitarfélaga eða léna en á Íslandi er blanda af einkarekstri og opinberum og allt kerfið miklu opnara," sagði Hans.

Hann bætti því við að vissulega gætu læknar á Norðurlöndum lært ýmislegt af íslenskum kollegum og tók sem dæmi miðlægan gagnagrunn á heilbrigðissviði. „Það er mjög forvitnilegt fyrir okkur að fylgjast með gangi þess máls hér á landi því þetta er ákaflega mikilvægt hagsmunamál sem snertir okkur ekki síður en ykkur," sagði Hans Kristian Bakke að lokum. **–ÞH**



Hans Kristian Bakke formaður norska læknafélagsins og stjórnarformaður Norræna læknaráðsins.

Formannaráðstefna Læknafélags Íslands

Boðað er til formannafundar skv. 9. grein laga Læknafélags Íslands föstudaginn 12. apríl 2002 í húsnæði læknasamtakanna að Hlíðasmára 8, Kópavogi.

Dagskrá:

10:00-12:30 Skýrsla formanns LÍ um afgreiðslu ályktana aðalfundar 2001, störf stjórnar og stöðu helstu mála. Skýrslur formanna aðildarfélaga, samninganefnda og helstu starfsnefnda eftir atvikum.

12:30-13:30 Matarhlé

13:30-15:00 1. *Læknar í vanda. Heilbrigðiseftirlit með læknum*
Frummælendur: Landlæknir og Kristinn Tómasson yfirlæknir Vinnueftirlits ríkisins
2. *Upplýsingar – auglýsingar á tölvuöld*
Frummælandi: Einar Oddsson, formaður Siðfræðiráðs LÍ
3. *Skipulagsmál læknasamtakanna, stéttarfélag/félög lækna*
Frummælandi: Sigurbjörn Sveinsson, formaður LÍ
Umræður

15:00-15:30 Kaffihlé

15:30-17:00 Áframhald umræðna
Önnur mál

Fundarlok verða að heimili formanns, Hæðarseli 28, Reykjavík.

Stórhýsi Íslenskrar erfðagreiningar vígt

600 starfsmenn á rúmlega 15.000 fermetrum

Það væsir ekki um læknisfræðirannsóknir á Íslandi. Nýlega var vígt stórhýsi Íslenskrar erfðagreiningar sem stendur við Sturlugötu í Vatnsmýri, réttu ári eftir að byggingarframkvæmdir hófust. Húsið sem risið hefur á methraða er ríflega 15 þúsund fermetrar að flatarmáli, þrílyft á kjallara.

Segja má að þarna séu þrjú hús því að sunnanverðu eru tvö hús þar sem rannsóknarstofurnar eru og tölvuvinnslan fer fram en þvert á norðurenda þeirra er skrifstofubyggingin. Þar á milli er inngangur og anddyri auk 200 manna fyrirlestrasalar og búningsherbergja starfsfólks. Á milli húsanna er opið svæði undir glerþaki þar sem er mötuneyti á neðstu hæð en á efri hæðum eru brýr yfir þetta rými og tengja þær álmurnar saman.

Hér gefst ekki rúm til að lýsa öllum þeim tækniundrum og tækjabúnaði sem prýða þessa byggingu en þar skortir ekkert á að gera aðstöðu til vísindarannsókna einhverja þá bestu sem hugsast getur. Það er þegar farið að skila sér í því að fjöldi þeirra tilrauna sem þurft hefur að endurtaka hefur snarlækkað eftir að starfsemi hófst í húsinu. Er ástæðan talin vera bætt loftræsing og umhverfi sem ekki spillir efniviðnum sem unnið er með.

Að sjálfsögðu er mikil tölvumiðstöð í húsinu og hrískast lagnir þaðan um allt húsið, eins og segir í fréttatilkynningu fyrirtækisins. Í þessari tölvumiðstöð verður gagnagrunnurinn frægi hýstur og hafa ekki aðrir aðgang að honum en þeir sem standast augnpróf í þar til gerðum skanna.

Í þessu húsi munu hartnær 600 starfsmenn fyrirtækisins sinna sínum verkum. Í þeim hópi eru nokkrir læknar en auk þess skipta samstarfslæknar fyrirtækisins tugum eða hundruðum. Íslensk erfðagreining hefur tryggt sér lóð sunnan við bygginguna þar sem risið gæti lyfjaþróunardeild sem fyrirtækið festi kaup á ekki alls fyrir löngu en óákveðið er hvort hún verður starfrækt hér á landi eða utanlands. Fari svo að hún verði vistuð hér á landi fá um 250 manns til viðbótar vinnu við hana.

Blaðamaður Læknablaðsins skoðaði húsið á vígsludaginn og tók meðfylgjandi myndir. **–ÞH**



Inngangur hússins er frá austri. Skrifstofurnar eru í húsinu til hægri en til vinstri sér í endann á annarri rannsóknastofuálmunni.

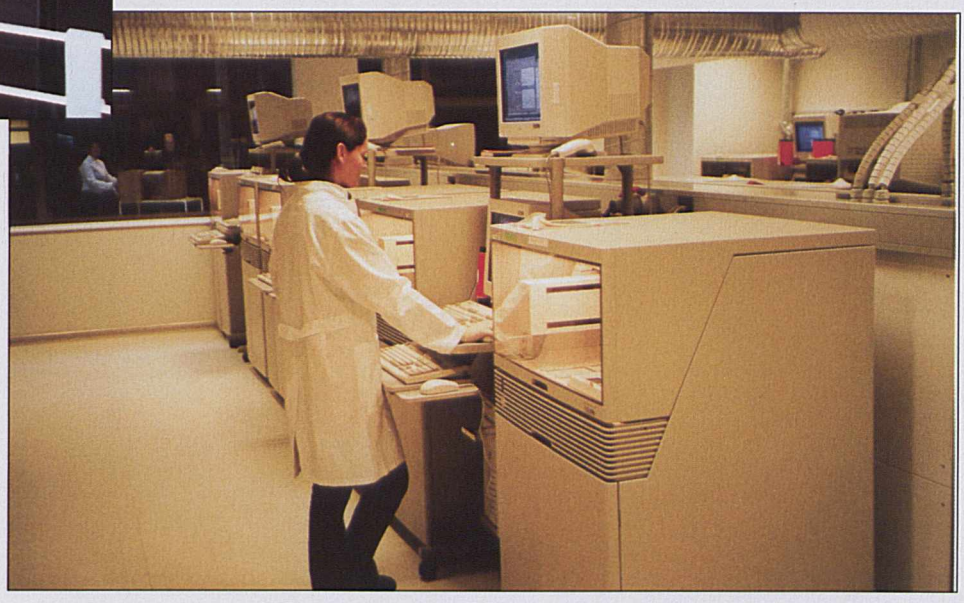
Þessi bútur úr litningi er á efstu hæð hússins fyrir framan skrifstofur stjórnenda fyrirtækisins.



Stórir gluggar eru á vinnustofunum og vita út í miðrýmið svo fólk þarf að vinna fyrir opnum tjöldum.



Göngubrýr tengja saman efri hæðir húshlutanna þriggja.



Í þessum vélbúnaði fer arfgerðargreiningin fram.

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 berkjuvíkkandi meðferð, sem þurfa barkstera til innöndunar. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar um munn. *Ráðlagðir skammtar fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára:* Einn skammtur (50 míkróg+100 míkróg, 50 míkróg+250 míkróg eða 50 míkróg+500 míkróg) tvisvar á dag. *Sérstakir sjúklingahópar:* Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum eða sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. *Skammtastærðir handa börnum 4 ára og eldri:* Einn skammtur (50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat) tvisvar á dag. Ekki eru til upplýsingar um notkun lyfsins hjá börnum yngri en 4 ára. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi gegn einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Meðferð á teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, ætti venjulega að fylgja áfangaáætlun og svörun sjúklings ætti að meta út frá klínískum einkennum og lungnaprófum. Lyfið er ekki ætlað til meðhöndlunar á bráðum einkennum. Í slíkum tilfellum ætti að nota stuttverkandi berkjuvíkkandi lyf (t.d. salbútamól) sem sjúklingar ættu ávallt að hafa við höndina. **Milliverkanir:** Jafnvel þótt lítið finnist af lyfinu í blóði er ekki hægt að útiloka milliverkanir við önnur efni sem bindast CYP 3A4. Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra betablokka hjá sjúklingum með teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, nema að þörfin fyrir þá sé mjög brýn. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun lyfja hjá þunguðum konum og hjá konum með barn á brjósti ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur hagur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur eða barn. Það er takmörkuð reynsla af notkun á salmeterólxínafóati og flútíkasónpróþíónati á meðgöngu og við brjóstagjöf hjá konum. Við notkun hjá þunguðum konum skal ávallt nota minnsta virka skammt. **Aukaverkanir:** Þar sem lyfið inniheldur salmeteról og flútíkasónpróþíónat má búast við aukaverkunum af sömu gerð og vægi og af hvoru lyfinu fyrir sig. Ekki eru nein tilfelli frekari aukaverkana þegar lyfin eru gefin samtímis. Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot sáust hjá 1-2% sjúklinga við klínískar rannsóknir. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasón- própíónats: *Salmeteról:* Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkjur. *Stoðkerfi:* Skjálfti, vöðvakrampi. Sjaldgæfar(<0,1%): *Almennar:* Ofnæmisviðbrögð, þ.m.t., bjúgur og ofsabjúgur (angioedema). *Hjarta-og æðakerfi:* Hjartsláttaróregla t.d. gáttatif (atrial fibrillation), gáttahraðtaktur og aukaslög. *Húð:* Ofsakláði, útbrot. *Efnaskifti:* Kalíumskortur í blóði. *Stoðkerfi:* Liðverkjir, vöðvaþrautir. *Flútíkasónpróþíónat:* Algengar(>1%): *Almennar:* Hæsi og sveppasýking í munni og hálsi. **Sjaldgæfar(<0,1%):** *Húð:* Ofnæmisviðbrögðum í húð. *Öndunarvegur:* Berkjukrampi. Hægt er að minnka líkurnar á hæsi og sveppasýkingum með því að skola munninn með vatni eftir notkun lyfsins. Einkenni sveppasýkingar er hægt að meðhöndla með staðbundinni sveppalyfjameðferð samtímis notkun innöndunarlyfsins. Eins og hjá öðrum innöndunarlyfjum getur óvænt berkjusamdráttur átt sér stað með skyndilega auknu surgi eftir innöndun lyfsins. Þetta þarf að meðhöndla strax með skjót- og stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfi til innöndunar. Hætta verður notkun strax, ástand sjúklings skal metið og hefja aðra meðferð, ef þörf krefur. **Pakkningar og verð:** Diskus - tæki. Innúðaduft 50 míkróg + 100 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 250 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 500 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Seretide 50/100: 6.008 krónur, Seretide 50/250: 7.532 krónur, Seretide 50/500: 10.045 krónur. 01.03.02

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 FÓLK McCANN-ERICKSON · SÍA

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.



Sameiningin hefur gengið ótrúlega vel

– Magnús Pétursson forstjóri Landspítala – háskólasjúkrahúss fagnar því að búið sé að mæla út framtíðarstað hins sameinaða sjúkrahúss

Á síðasta degi janúarmánaðar kynnti heilbrigðisráðherra þann ásetning sinn að byggja upp Landspítala – háskólasjúkrahús á einum stað við Hringbraut. Þetta er stór ákvörðun í íslenska heilbrigðiskerfinu, ein sú stærsta sem hefur verið tekin um langa hríð og ráðherra líkti henni við þá ákvörðun sem tekin var um byggingu Landspítalans snemma á öldinni sem leið. Hún gerir ráð fyrir því að spítalinn verði sameinaður á núverandi stað við Hringbraut og starfsemin í Fossvogi, á Vífilsstöðum og annars staðar flutt þangað.

Nefndin sem vann að staðarvalinu – Ingibjargarnefnd hét hún eftir formanni sínum, Ingibjörgu Pálmadóttur – dró fram fjóra kosti: Vífilsstaði, Fossvog og Hringbraut I og II en mælti með því að sá síðastnefndi yrði valinn. Sá kostur felur í sér að núverandi byggingar spítalans við Hringbraut haldi sér að mestu leyti óbreyttar en nýbyggingar rísi sunnan Hringbrautar. Ekki er ástæða til þess að lýsa þessari tillögu frekar hér en vísa má á heimasíður ráðuneytisins og spítalans þar sem finna má nefndarálitið og allar aðrar upplýsingar um málið.

Þáttur í borgarmenningunni

Læknablaðinu lék hins vegar forvitni á að vita hvernig þessi ákvörðun horfir við forstjóra sjúkrahússins. *Magnús Pétursson* hefur haft þann starfa undanfarin rúm þrjú ár að stjórna og sameina rekstur sjúkrahúsanna tveggja sem mynda Landspítala – háskólasjúkrahús. Er hann sammála því að hér sé jafnstór ákvörðun tekin og þegar ráðist var í byggingu Landspítalans fyrir rúmlega þremur aldarfjórðungum?

„Þetta er afar stór ákvörðun en hún er frábrugðin þeirri sem tekin var árið 1926 að því leyti að þá var ákveðið að byggja spítala í útjaðri þéttbýlis en nú á að byggja spítala í kjarna þéttbýlis. Á þessu er töluverður munur og hann á sér rætur í því að viðhorf til spítalaþjónustu er annað en það var. Nú líta menn á spítala sem þátt í borgarmenningu þar sem algengt er að sjúklingurinn komi að morgni og fari heim að kvöldi, ólíkt því sem áður var."

Magnús segir að þessi tenging við miðborgina sé mikilvæg. „Hitt er svo ekki síður mikilvægt við þessa ákvörðun að tengja spítalann traustari böndum við Háskóla Íslands en verið hefur."

Magnús bætir því við að næsta skref hljóti að verða að ráðherra skipi byggingarnefnd til þess að undirbúa framkvæmdir og ákveða hvernig þær byggingar skuli vera sem reisa þarf sunnan Hringbrautar. Hann segir líka að kosturinn sem nefndin mælti með feli í sér minnsta röskun á starfsemi spítalans.

„Það má segja að við höfum staðið frammi fyrir tveimur kostum varðandi uppbyggingu við Hringbraut. Annar var sá að byggja á gömlu lóðinni og rífa þá mörg hús niður. Við það hefði orðið mikil röskun á starfseminni sem er mjög óheppilegt. Hinn kosturinn var að fara suður fyrir Hringbraut. Við leggjum til að meginþungi uppbyggingarinnar verði í vesturkanti lóðarinnar, meðal annars til þess að skyggja ekki á aðalbygginguna. Sænsku arkitektarnir lögðu til að sett yrði fallegt torg fyrir framan gamla húsið svo það njóti sín og það líst mér afar vel á."

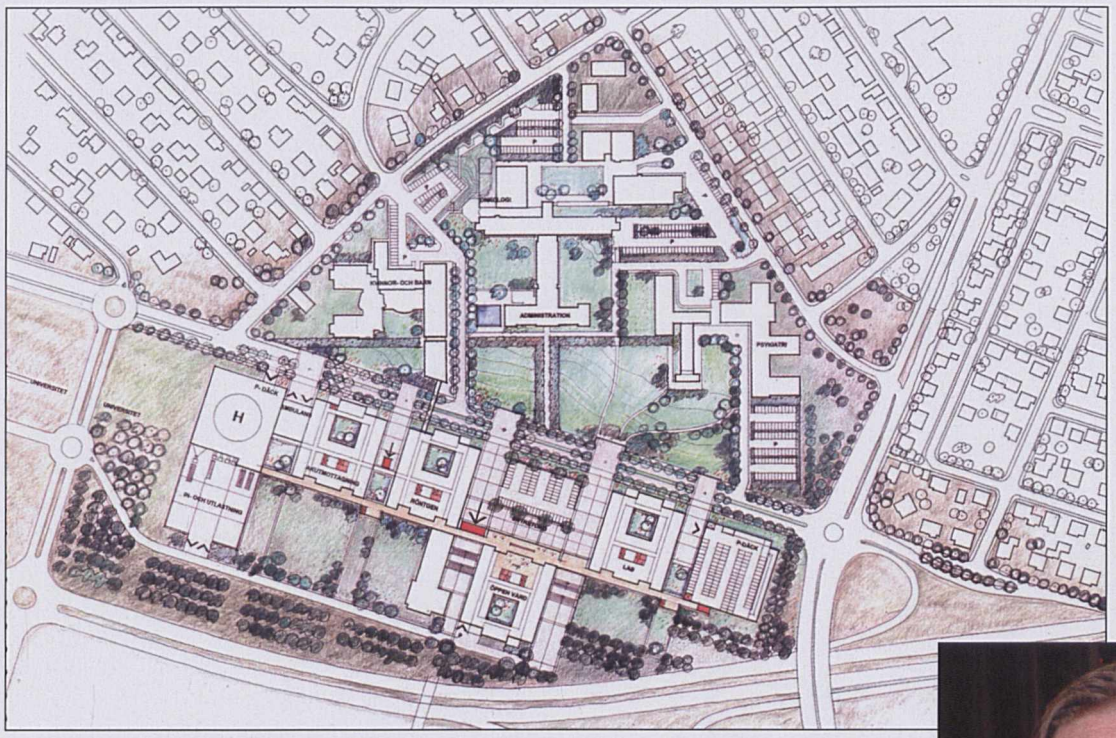
Það er hægt að byggja hratt

Í nefndarálitinu er reynt að sjá fyrir hversu langan tíma tæki að byggja upp nýjan spítala á stöðunum sem um ræðir og kemst nefndin að þeirri niðurstöðu að hægt sé að reisa þær byggingar sem þarf á 14 árum. Áætlaður heildarkostnaður við þá leið sem farin verður er liðlega 31 milljarður króna. Er Magnús trúaður á að þetta gangi eftir, að hægt verði að tryggja nægilegt fjármagnsstreymi jafnt og þétt allan þann tíma?

„Sumum finnst það langur tími að ætla sér 14 ár í að byggja þessi hús. Þá þarf að hafa það í huga að undirbúningur þess að byggja nýtt sjúkrahús er mjög langur og tekur nokkur ár. Byggingin sjálf tekur ekki allan tímann en þessum framkvæmdum þarf að skipta niður í skilmerkilega áfanga og okkur fannst það geta gengið að reisa þessi hús í áföngum á 12-14 árum.

Hitt er svo annað mál hver á að byggja þessi hús og hvernig á að fjármagna þau. Þar veltir nefndin upp nokkrum kostum, svo sem þeim að þetta verði hefðbundin opinber framkvæmd kostuð á fjárlögum eða að einkaaðili taki þetta að sér sem einkaframkvæmd."

Blaðamanni verður hugsað til næsta nágranna Magnúsar sem er Hallgrímskirkja og spyr hvort ekki sé hætta á að hefðbundin opinber framkvæmd taki langan tíma. Magnús segir það ekki vera neitt lögmál



Þannig sér nefndin fyrir sér að uppbygging spítalans við Hringbraut geti orðið. Húsið sem gengur lengst til suðurs austan við Læknagarð er göngudeild og verður fyrst byggð. Húsið lengst til hægri er merkt rannsóknum en vestan við Læknagarð yrði myndgreining, bráðamóttaka og þyrlupallur. Borgin hefur svo gefið vilyrði fyrir því að spítalinn fái lóðina vestan við svæðið – þar sem Umferðarmiðstöðin er nú – til ráðstöfunar í framtíðinni.

og bendir á barnaspítalann sem dæmi um hús sem hefur risið hratt og örugglega þegar fremur erfiðar fæðingarhríðir voru afstaðnar. En úti í Vatnsmýrinni eru tvö hús að rísa, annað opinbert sem hefur verið langt árabil í byggingu og á enn töluvert í land, hitt á vegum Íslenskrar erfðagreiningar og reis á methraða.

„Það verður verkefni næsta hóps sem að þessu vinnur að leysa úr þeim vanda. Þar má hugsa sér ýmsar leiðir, til dæmis að einkaaðili reisi og eigi húsin eða að þau verði byggð í samstarfi ríkis og einkaaðila," segir Magnús.

Verðum á tveimur stöðum í fimm til átta ár

En nú liggur þessi ákvörðun fyrir og þá er eðlilegt að spyrja hvort hún breyti ekki miklu fyrir störf forstjórans og annarra stjórnenda spítalans. Verður ekki auðveldara að vinna þegar stefnan er klár?

„Jú, það breytir heilmiklu í bráð og lengd. Hér er komið verkefni sem stjórnvöld þurfa að snúa sér að. Nú þarf að undirbúa þessa framkvæmd og hrinda henni af stað. Hins vegar vitum við að við verðum á þessum tveimur aðalstöðum, í Fossvogi og við Hringbraut, næstu fimm til átta árin, jafnvel þótt nægir peningar verði til að byggja fyrir. Við verðum að semja okkur að því og þess vegna höfum við verið að sameina sérgreinarnar í samræmi við ákvörðun sem tekin var á haustdögum."

– Sú ákvörðun var nokkuð umdeild. Menn spurðu hvað lægi á, hvort ekki væri betra að bíða eftir því að ákvörðun um framtíðarstað lægi fyrir.

„Ég held að það hefði ekki breytt neinu. Þessi ákvörðun snýst um nútíðina og hvernig við höfum hlutina næstu misserin. Hitt snýst um framtíð spítalans næstu 25-40 ár."

Sameining í algleymingi

Nú eru rúmlega tvö ár frá því hafist var handa um sameiningu sjúkrahúsanna tveggja, Landspítalans og Sjúkrahúss Reykjavíkur. Hvernig finnst Magnúsi ganga að sameina þessar tvær stofnanir og búa til eina?

„Áður en ég svara því mætti kannski velta því fyrir sér hvort ákvörðunin um sameininguna hafi verið rétt og hvort hún hafi verið vel undirbyggð. Ég er alveg sannfærður um að ákvörðunin var rétt en það hefði verið betra að undirbúa hana og hugsa dálítið betur, velta því fyrir sér hvað það fæli í sér að hrinda henni í framkvæmd. Það er meira en að segja það að sameina tvær stórar stofnanir og vinnustaði sem eru svolítið viðkvæmir svo vægt sé til orða tekið. Það er varla hægt að gera kröfu um að slíkt gerist hnökralaust.

En svo ég svari spurningu þinni þá tel ég að það hafi gengið ótrúlega vel að sameina sjúkrahúsin. Þar er engum að þakka öðrum en starfsmönnunum. Stjórnendur sjúkrahússins tóku þá ákvörðun í september síðastliðnum að sameiningin skyldi í meginatriðum vera um garð gengin í lok þessa árs, 2002. Í því felst að þjappa spítalanum saman, flytja starfsemina frá Vífilsstöðum í Fossvog eða á Hringbraut. Við leggjum mikla áherslu á að standa við þessa áætlun



Magnús Pétursson forstjóri Landspítala – háskólasjúkrahúss.

SCHERING



Levonova®
HORMÓNALYKKJA
Levónorgestrel 20 míkróg / 24 klst

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

ÞÆGILEG:
„Geymd og gleymd"

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

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

Levonova®
Getnaðarvörn nýrrar aldar

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

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

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 568 6044

en samkvæmt henni er einhver starfsemi flutt í hverjum mánuði. Þetta þýðir að við munum búa við mikil þrengsli þar til barnaspítalinn kemst í gagnið í haust. Við treystum á að sú tímasetning standist svo hægt verði að aflétta sem fyrst þeim tímabundnu þrengslum sem starfsfólk þarf að leggja á sig."

– Hvernig hefur starfsfólkið tekið því að verið sé að færa það til?

„Auðvitað gerist svona lagað ekki átakalaust. En ég held að listin í þessu ferli sé sú að leita ráða hjá starfsmönnum og gera þá að þátttakendum. Langflestir starfsmenn eru virkir í breytingaferlinu og mér sýnist þeim vegna best sem verið hafa virkastir þátttakendur í því. Þeir sem lengst eru komnir í þessu ferli eru farnir að velta því fyrir sér hvaða tækifæri gefist að sameiningu lokinni. Þá koma tvö sjónarmið til sögunnar. Annars vegar hvort við stöndum faglega betur að vígi með því að sameina deildirnar og því held ég að óhætt sé að svara játandi. Hins vegar eru stjórnendur spítalans orðnir sér meðvitaðri um að þeir bera ábyrgð á rekstri og stjórnun spítalans. Spítalinn hefur reynt að leggja sitt af mörkum til þess með því að bjóða upp á fræðslu og aðstoða menn við þetta verkefni."

Starfsmenn hafa málfrelsi

– En er spítalinn að verða ein heild?

„Ef við lítum á reksturinn þá er hann orðinn að einni heild. Við veltum því ekki lengur fyrir okkur hvaða húsum peningarnir tengjast heldur til hvaða starfsemi þeim er varið. Starfsfólk og sjúklingar fara meira á milli en áður var en að sjálfsögðu halda margir starfsmenn meiri tryggð við eitt húsið fremur en annað. Það er ofur eðlilegt."

Það er ekki einfalt að stýra breytingum eins og sameiningu tveggja spítala. Fá sjónarmið starfsmanna að njóta sín og er tekið tillit til þeirra? Hafa menn málfrelsi til að segja álit sitt á framtíð, skipulagi og stjórnun spítalans?

„Það er ágætt að þú spyrð að þessu. Ég hef heyrt það að sumum þyki ákvarðanir koma ofanfrá og að knappur tími sé til þess að ræða niðurstöður við stjórnendur og starfsmenn. Auðvitað mega starfsmenn hafa skoðun á þessu eins og öðru og láta hana í ljósi. Ég er sannfærður um að álit starfsmanna spítalans vegur mjög þungt í skoðanamyndun um heilbrigðisþjónustuna í landinu og um hlutverk spítalans sérstaklega. Ég treysti því að þessar skoðanir komi fram í fjölmiðlum, á fundum og ráðstefnum. Ég ætla starfsmönnum ekki annað en góða dómgreind til þess að meta hvað er við hæfi að segja hverju sinni í ljósi stöðu þeirra innan spítalans. Þetta er lykilatriði sem allir verða að hafa vald á."

Skipulagið í stöðugri endurskoðun

Með yfirlýsingu ráðherra má segja að hafist sé handa um að byggja upp nýjan spítala. Að sjálfsögðu þarf að miða hann við þær breytingar og framfarir sem orðið hafa í rekstri sjúkrahúsa, þær hljóta að setja mark sitt á skipulag hins nýja spítala. Erlendis hafa menn verið að prófa sig áfram með ný skipulagsform og má sem dæmi um slíkt nefna sjúkrahúsið í Þrándheimi. Þar var ákveðið að skipta spítalanum niður í deildir eftir líkamshlutum eða sjúkdómaflokkum, svo sem brjóstholssjúkdómar hér, kviðarholssjúkdómar þar, krabbamein á þriðja staðnum og svo framvegis. Hefur verið rætt um að breyta skipulagi Landspítala – háskólasjúkrahúss í þessa veru?

„Fyrir tæpum tveimur árum var núverandi skipting spítalans í svið ákveðin en þá átti sér stað töluverð umræða um skipulagið. Meðal annars var rætt um að skipta honum eftir líkamshlutum og sýndist sitt hverjum um það. Sumir höfðu reynslu af slíku skipulagi og fannst það gott en öðrum ekki. Niðurstaða þessarar umræðu varð sú að gera þetta ekki. Hins vegar var ákveðið að taka skipulag spítalans til endurskoðunar haustið 2002. Ekki með það í huga að taka upp líkamshlutaskiptingu heldur til að fara yfir málin og athuga hvort ástæða þyki til að fækka eða fjölga sviðum, breyta yfirstjórninni eða einhverju öðru. Ég mun því fljótlega hefja slíka yfirferð.

Þróunin í starfsemi spítalans kallar á það að skipulagið sé endurskoðað reglulega. Eins og ég hef oft sagt hefur legudögum sjúklinga fækkað mjög ört. Sumir halda því meira að segja fram að þetta hafi gengið of langt, að fólk sé sent heim veikara en ásættanlegt sé. Hvað sem því líður þá verður aukningin aðallega í göngu- og dagdeildum. Skipulag á slíkri starfsemi er öðruvísi en á legudeildum. Það þarf að hafa mikla reglusemi í tímasetningum, hvenær fólk á að koma og hvenær það er búið og svo framvegis. Spítalinn hefur reynt að koma til móts við þessa þróun en hann býr við mjög þröngan kost hvað þetta varðar því uppbygging hans gerir ekki ráð fyrir henni. Þess vegna mælum við með því í nefndarálitinu að göngu- og dagdeildarþjónustan njóti forgangs þegar hafist verður handa um uppbyggingu spítalans."

Yfirlæknastöðum fækkað

Eins og fram kom í Læknablaðinu í nóvember hafa læknar Landspítala – háskólasjúkrahúss rætt um skipulag spítalans og sett fram óskir um að því verði breytt þannig að yfirstjórn lækna yfir sérgreinum læknisfræðinnar verði betur tryggð og að stöður yfirlækna verði ekki tengdar ákveðnum deildum eða spítalagöngum eins og áður tíðkaðist.

„Það sem hefur verið að gerast í þessu og fer væntanlega ekki framhjá neinum lækni er að við höfum verið að leggja niður yfirlæknisstöður eins og þær voru. Oft hafa verið fleiri en einn yfirlæknir á sömu deild og svo einn í Fossvogi og annar á Hringbraut. Þannig höfum við lagt niður jafnvel þrjár eða fjórar stöður og auglýst eina í staðinn. Þessar nýju stöður



„Ég er sannfærður um að álit starfsmanna spítalans vegur mjög þungt í skoðanamyndun um heilbrigðisþjónustuna í landinu og um hlutverk spítalans sérstaklega," segir Magnús Pétursson meðal annars í viðtalinu við Læknablaðið.



Zopiklon NM Pharma

5 mg - nýr styrkur

Zopiklon NM Pharma
Gerard TÖFLUR (filmuhúðaðar)
N 05 C F 01 RO

DELTA
LYFJAÞRÓUN • HUGVIT • GÆÐI
www.delta.is

Hver tafla inniheldur: Zopiclonum INN 5 mg eða 7,5 mg. Litarefni títantvíoxíð (E-171). **Ábendingar:** Tímabundnar og skammvinnar svefntruflanir. Stuðningsmeðferð við langvarandi svefntruflunum í stuttan tíma í senn. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Skammtastærðir handa fullorðnum:* Venjulegur byrjunarskammtur er 5 mg rétt fyrir svefn. Þeir sem ekki svara þeim skammti ættu að fá 7,5 mg. Meðferðartíminn ætti ekki að vera lengri en 4 vikur. Ekki ætti að gleypa töflurnar útafliggjandi vegna hægara frásogs. *Skammtastærðir handa börnum:* Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum. **Frábendingar:** Alvarleg lifrarbilun, kæfisvefn og vöðvaslensfár. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Sýna ætti sérstaka varúð við lifrarbilun, öndunarbilun og þegar mjög veikir aldraðir sjúklingar eða fólk með sögu um lyfjamisnotkun er meðhöndlað. Þetta á einnig við þegar önnur geðlyf eru notuð samtímis. Forðast ætti samtímis neyslu alkóhóls. Bæði andlegir og líkamlegir sjúkdómar geta valdið svefntruflunum og rannsaka ætti langvarandi svefntruflanir með tilliti til þess. Meðferð með svefnlyfjum ætti að vera tímabundin eða með hléum til að minnka hættu á fráhvarfseinkennum. Skyndileg stöðvun á langtíma svefnlyfjameðferð getur stundum leitt til svefntruflanna í nokkrar nætur. Ekki er komin klínísk reynsla á meðferð með lyfinu hjá börnum. Ávanahætta er til staðar og ætti það að vera tekið til athugunar þegar lyfinu er ávísað. **Milliverkanir:** Erýtrómýcín hækkar blóðþéttni zópiklóns. Rifampicín eykur umbrot zópiklóns verulega. Samtímis gjöf á ítrakonazóli eykur aðgengi zópiklóns um 70%. Slævandi áhrif geta aukist ef notað samtímis áfengi eða öðrum lyfjum sem slæva miðtaugakerfið. Efni sem draga úr virkni ákveðinna lifrarenzýma (sérstaklega P450) geta aukið áhrif lyfsins. **Meðganga og brjóstagjöf:** Klínískar upplýsingar um þungaðar konur eru takmarkaðar. Því ætti ekki að ávísa þunguðum konum zópiklóni. Zópiklón skilst í litlu magni út í brjóstamjólk. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Á meðan á meðferð með zópiklóni stendur getur skert viðbragðsgeta sést hjá sumum sjúklingum. Þetta ætti að hafa í huga þegar þörf er á aukinni eftirtekt, t.d. við akstur. **Aukaverkanir:** Um 10% sjúklinga finna fyrir einhverjum aukaverkunum. Algengasta aukaverkunin er biturt bragð, yfirleitt skammvinnt, sem um 4% sjúklinga finna fyrir. Næst algengasta aukaverkunin er sljóleiki sem er skammtaháð. *Algengar (>1%):* Almennar: Biturt bragð í munni, munnþurrkur. Miðtaugakerfi: Sljóleiki. *Sjaldgæfar (0,1-1%):* Almennar: Höfuðverkur, svimi. Miðtaugakerfi: Óróleiki, breytt draumamynstur. Meltingarfæri: Ógleði. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%):* Miðtaugakerfi: Hræðslutilfinning, skapstyggð, árásarheigð, ofskynjanir, rugl, einbeitingarskortur, minnistruflanir. Húð: Útbrot. **Útlit taflna:** *Töflur 5 mg:* Hvítar, filmuhúðaðar, kringlóttar töflur, 7 mm í þvermál, merktar "ZO5" öðrum megin og "G" hinum megin. *Töflur 7,5 mg:* Hvítar, sporöskjulaga, 10 mm x 5 mm, með deilistriki. Merktar Z sitt hvoru megin við deilistrik og 7,5 á hinni hlið. **Pakkningar og verð:** *Töflur 5 mg:* 30 stk. (þynnupakkað) 458 kr., 250 stk. (sjúkrahússpakkning) 2.234 kr. *Töflur 7,5 mg:* 10 stk. (þynnupakkað) 265 kr.; 30 stk. (þynnupakkað) 221 kr., 250 stk. (sjúkrahússpakkning) 2.587 kr. Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er 225 mg.

22.11.2001

eru tengdar tilteknum sérgreinum lækninga. Þetta hefur að sjálfsögðu ekki gengið alveg átakalaust fyrir sig en spítalinn markaði sér þá stefnu að yfirmenn væru ekki fleiri en skynsamlegt er. Við viljum hafa tvo yfirmenn í hverri grein, lækni og hjúkrunarfræðing, og skilgreina ábyrgðarsvið þeirra í erindisbréfi. Við ætlum ekki að raða upp mönnum hlið við hlið með óskilgreind hlutverk.

Með þessu lagi fækkar yfirmönnum töluvert. Eftir samráð við Læknafélag Íslands og læknaráð Landspítala var ákveðið að auglýsa þessar stöður. Þar með er ekki sagt að við viljum losna við þá sem gegnt hafa þessum yfirmannsstöðum úr starfi, síður en svo. Við höfum reynt að koma til móts við þá sem ekki hafa fengið yfirlæknisstöður og gera þeim lífið bærilegt því við viljum halda í þá. Þetta ferli er um það bil hálfnað og við munum halda áfram út þetta ár að ráða nýja yfirlækna og leggja niður eldri stöður."

Tengslin við háskólann

Ein aðalröksemdin fyrir staðsetningu spítalans við Hringbraut er sú að með því styrkist tengslin við Háskóla Íslands.

„Þegar spítalinn var sameinaður var sagt að það yrði gert undir merkjum háskólasjúkrahúss. Þessu var almennt fagnað í röðum starfsmanna, bæði á spítalanum og í háskólanum. Við höfum svo verið að ræða það í okkar hóp hvert innihald slíks samstarfs geti verið. Í maí í fyrra undirrituðum við Páll Skúlason háskólarektor samkomulag um meginlínur í slíku samstarfi og erum nú að vinna að útfærslu ýmissa þátta þess.

Meðal þeirra þátta sem taka þarf afstöðu til er að tugir starfsmanna vinna hjá báðum stofnunum. Það getur verið flókið mál því þarna er um að ræða tvær sjálfstæðar stofnanir, hvora með sína réttarstöðu. Við viljum fjölga þeim starfsmönnum sem vinna við báðar stofnanir. Að þessu erum við að vinna og það styttist í að við munum auglýsa sameiginlegar stöður."

Læknar hafa kvartað undan því að við sjúkrahúsið starfi fjölmargir læknar sem sinna kennslu og rannsóknum á spítalanum en hafa ekki akademíska stöðu. Þeir segja að þetta geti hamlað þeim í samstarfi við erlenda starfsbræður og stofnanir. Er verið að huga eitthvað að þessum málum?

„Hluti af samkomulaginu frá því í vor var að háskólinn lýsti því yfir að hann myndi veita þeim starfsmönnum háskólanafnbót sem til þess eru hæfir. Að því er unnið að starfsmenn geti fengið það metið hvort þeir eru hæfir til að kenna. Standist þeir slíkt mat mun skólinn veita þeim þá nafnbót sem þeim hæfir. Þannig gætu orðið til mismunandi stöður, til dæmis klínískur dósent, rannsóknardósent og svo framvegis, hver með sína skilgreiningu. Að þessu er verið að vinna og það tekur sinn tíma því þetta þarf að fylgja föstum reglum."

Samkeppni við útlönd

Að lokum spurði ég Magnús hvort hann sæi fyrir sér að Vatnsmýrin yrði öflugur vettvangur fræða og heilbrigðisstarfs í framtíðinni.

„Já, það tel ég alveg raunhæft. Spítalinn vill vera þar og Háskóli Íslands hefur uppi áform um mikla uppbyggingu á þessu svæði, þekkingarþorp er það nefnt. Íslensk erfðagreining er komin á svæðið og mér finnst sjálfsagt að rannsóknastarfsemin á Keldum verði flutt í Vatnsmýrina. Auk þess vildi ég sjá fyrirtæki sem starfa á sviði heilbrigðismála hasla sér völl þarna, lyfjafyrirtæki og þróunarfyrirtæki í heilbrigðistækni. Þá væri búið að móta það umhverfi sem þyrfti til að standast samkeppni við útlönd. Við höfum enga aðra við að keppa hér innanlands. Við eigum að finna okkur verðuga keppinauta í útlöndum, svo sem háskólasjúkrahús, til þess að bera okkur saman við og gera það opinberlega, segja frá því sem við gerum vel og einnig ef við stöndum okkur illa. Það á ekkert að draga fjöður yfir það. Sjúklingar eru smám saman að fá aukinn rétt í samfélaginu. Fyrr eða síðar fylgir þeim rétti að geta valið um að fara til útlanda eftir bestri mögulegri þjónustu. Þetta er að gerast í löndunum í kringum okkur, svo sem í Bretlandi, og því skyldi það ekki gerast hér einnig? Við erum að búa okkur undir þá samkeppni," segir Magnús Pétursson forstjóri Landspítala – háskólasjúkrahúss.

–ÞH

Rannsóknir í heilsugæslunni

Mikill áhugi er á því meðal lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna sem sinna vísindarannsóknum að fá upplýsingar úr efnivið Heilsugæslunnar. Stjórnendum og starfsmönnum hennar er bæði ljúft og skylt að taka þátt í öllu því sem til framfara horfir í heilbrigðismálum og eru því tilbúnir til samvinnu um flest hvað. Að ýmsu þarf þó að gæta og vil ég biðja þá sem hyggja á samvinnu við Heilsugæsluna að hafa eftirfarandi atriði í huga:

1. Það er áhuga- og hagsmunamál Heilsugæslunnar og starfsmanna hennar að vera virkir þátttakendur í þeim vísindarannsóknum sem nota efnivið hennar. Því þarf að huga að samstarfi við heilsugæsluna áður en rannsóknaráætlun liggur fyrir.
2. Einstökum starfsmönnum Heilsugæslunnar er frjálst að vinna að rannsóknum á sínum efniviði í samráði við viðkomandi yfirlækni.
3. Vinna við rannsóknir og upplýsingaöflun í vinnutíma kostar tíma og fjármuni. Því þurfa óskir um slíkt að berast til lækningaforstjóra sem leggur málið fyrir framkvæmdastjórn Heilsugæslunnar til frekari ákvörðunar um þátttöku og hugsanlega gjaldtöku.
4. Svo kann að fara að Heilsugæslan geti ekki sinnt öllum þeim beiðnum sem til hennar berast, því munu þær rannsóknir hafa forgang þar sem starfsmenn Heilsugæslunnar eru meðal aðstandenda rannsóknanna.

21. febrúar 2002

Lúðvík Ólafsson
lækningaforstjóri Heilsugæslunnar
í Reykjavík

Aventis

Telfast®

fexofenadin

-áhrifaríkt andhistamín



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

TELFAST TÖFLUR; Hver tafla inniheldur: Fexofenadinum INN, klóríð 120 mg eða 180 mg. Töflurnar innihalda litarefnin titantvíoxíð (E-171) og járnoxíð (E-172) gult og rautt. **Ábendingar:** *Töflur 120 mg:* Gegn árstíðabundnu ofnæmiskvefi (seasonal allergic rhinitis). *Töflur 180 mg:* Dregur úr einkennum sem koma fram vegna langvinns ofsakláða (chronic idiopathic urticaria). **Skammtar:** *Fullorðnir og börn 12 ára og eldri:* ***Ofnæmiskvef:*** Ráðlagður skammtur af fexófenadíni fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára er 120 mg einu sinni á dag. ***Einkenni vegna langvinns ofsakláða:*** Ráðlagður skammtur af fexófenadíni fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára er 180 mg einu sinni á dag. *Börn yngri en 12 ára:* Virkni og öryggi fexófenadíns hefur ekki verið rannsakað hjá börnum yngri en 12 ára. **Frábendingar:** Lyfið er ekki ráðlagt sjúklingum sem hafa þekkt ofnæmi fyrir einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Eins og fyrir flest ný lyf eru einungis til takmarkaðar upplýsingar um notkun lyfsins hjá öldruðum og sjúklingum sem hafa skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Gæta skal varúðar við gjöf fexófenadíns hjá þessum sérstöku hópum. **Milliverkanir:** Fexófenadín er ekki umbrotið í lifur og hefur því ekki áhrif á önnur lyf sem eru umbrotin þar. Komið hefur í ljós að samtímis gjöf fexófenadíns og erýthrómýcíns eða ketókónazóls leiðir til að þéttni fexófenadíns í blóði verður tvisvar til þrisvar sinnum meiri. Breytingarnar leiddu ekki til áhrifa á QT bilið og ekki til aukningar á aukaverkunum, borið saman við lyfin gefin sitt í hvoru lagi. Engar milliverkanir milli fexófenadíns og ómeprazól hafa komið fram. Hins vegar veldur inntaka sýrubindandi lyfja sem innihalda ál- eða magnesíum hýdroxíð hlaup 15 mínútum fyrir inntöku fexófenadíns minnkun í aðgengi, líklega vegna bindingar í meltingarveginum. Ráðlagt er að láta 2 klst. líða á milli inntöku fexófenadíns og sýrubindandi lyfja sem innihalda ál og magnesíum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engin reynsla er af notkun fexófenadíns hjá barnshafandi konum. Eins og á við um önnur lyf ætti ekki að nota fexófenadín á meðgöngu nema að tilætlaður árangur sé mikilvægari en möguleg áhætta fyrir fóstrið. Engar upplýsingar eru fyrir hendi um innihald móðurmjólkur kvenna eftir töku fexófenadíns. Engu að síður kom í ljós, þegar terfenadín var gefið mjólkandi mæðrum, að það útskilst í brjóstamjólkinni. Því er konum sem hafa börn á brjósti ekki ráðlagt að taka fexófenadín. **Aukaverkanir:** Í klínískum samanburðarrannsóknum voru algengustu aukaverkanirnar sem komu fram, eftirfarandi: höfuðverkur (7.3%), sljóleiki (2.3%), ógleði (1.5%), svimi (1.5%) og þreyta (0.9%). Tíðni þessara aukaverkana af fexófenadíni var svipuð og af lyfleysu. Í einstaka tilvikum hefur verið greint frá útbrotum, ofsakláða og kláða. **Lyfhrif:** Fexófenadín hýdróklóríð er H_1-andhistamín án róandi áhrifa. Fexófenadín er lyfjafræðilega virkt umbrotsefni terfenadíns. **Pakkningar og verð (apríl 2001):** Töflur 120 mg:30 stk. (þynnupakkað) 2.107 kr., 100 stk. (þynnupakkað) 5.381 kr. Töflur 180 mg: 30 stk. (þynnupakkað) 2.633 kr., 100 stk. (þynnupakkað) 6.863 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** E. **Umboðsaðili á Íslandi:** Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær. **Styttur texti sérlyfjaskrár 2000.** Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja hverri pakkningu lyfsins.

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

Páll Ólafsson

Til Gísla Hjálmarssonar læknis

Þröstur Haraldsson

PÁLL ÓLAFSSON ER LANDSÞEKKTUR FYRIR LJÓÐ SÍN og tækifærisvísur. Hann var ákaflega hagmæltur og liggja eftir hann löng bréf til vina sinna, öll í bundnu máli. Meðal þessara bréfa er það sem hér birtist og er stílað á Gísla Hjálmarsson lækni í Höfða á Völlum. Þar rekur Páll vandræði sín og heimilisfólksins út af veikindum aldraðs vinnumanns á bænum.

Gísli var fjórðungslæknir í Austfirðingafjórðungi frá 1845 til 1860 þegar hann fékk lausn frá starfi. Svo vill til að hann fékk þá lausn 22. mars eða 11 dögum áður en Páll dagsetur ljóðabréf sitt. Gísli lést sjö árum síðar úr lifrarveiki, sextugur að aldri. Ljóðabréfið til Gísla birtist á bls. 257 í fyrra bindi *Kvæða* eftir Pál Ólafsson sem Skuggsjá gaf út árið 1984 en Sigurborg Hilmarsdóttir annaðist þá útgáfu.

Ekki eru varðveittar neinar heimildir um það hver svör Gísla voru við bréfinu né hversu langlífur vinnumaðurinn varð. Hins vegar geta læknar nútímans spreytt sig á að sjúkdómsgreina karl eftir lýsingu Páls. Væri gaman að heyra af niðurstöðum slíkrar sjúkdómsgreiningar og spillti ekki fyrir að hún væri í bundnu máli. En gefum Páli orðið:

Fyrir allt gott við mig og mína
megnar víst ekki þessi lína
þér verðskuldaða þökk að tjá
því ár og dag og allar stundir
okkar þá bera saman fundir
tryggð þín er við mig söm að sjá.

Síðasta bréfið síst ég þakka,
seint held ég þurfi til að hlakka
latínu-glósur frá þér fá.
Fyrir það skaltu eitt í ausu
orð hjá mér fá og hitt í klausu
þegar mér auðnast þig að sjá.

Útlagt ég heyra *vobis* vildi,
ver þó ég *omnipotens* skildi,
deus og *cum* ég kannast við.
Ég held að þú sért rænu rændur
að reka slíkt í óðalsbændur.
Framvegis slíkt ég frá mér bið.

Sjúkdómslýsingin:

Nú er Guðmundur gamli veikur.
Góði minn, ég er undur smeykur
hann lalli ekki oftar við lömbin mín.
Kvellingasamur sína daga
sá hefir verið ei til baga.
Líst mér því ráð að leita þín.

Hann tók með köldu hérna um daginn,
hlaupið var strax um allan bæinn,
brekán og sængur fengust fljótt.
Þakinn var karlinn þá í skyndi
þó skalf hann eins og strá í vindi;
þessi fjandi gekk fram á nótt.

Nú leist mér ekki neitt á þetta,
nú lét ég hundrað dropum skvetta
af kamfóru ofan í karlinn minn.
Úr því fór honum ögn að hitna,
ekki líkt því hann vildi svitna.
Mér fannst hann skárri um morguninn.

Hann var að spjalla um hitt og þetta,
hélt sér mundi nú fara að létta,
drjúgur í orði dál'tið var,
skreið því á flakk og fór um bæinn
en fram þegar tók að líða á daginn
hann fékk tak undir herðarnar.

Hann lagðist nú með háahljóðum,
hér var ei völ á ráðum góðum,
sent var á bæi bíld að fá;
það var nú ekki um það að ræða,
það heppnaðist og fór að blæða
en blóðið var eins og blek að sjá.

Niðurgang fékk hann nú með þessu
næsta lítinn en fjandans pressu,
hann eftir dægur hætti þó.
Þar um mun lítil þörf ég ræði,
það var sagt „eins og brúðarklæði,"
grænum lit á og gulum sló.

Krótonolíu karl lét taka,
kvenfólkið mátti hrygginn maka
frá því um nón og fram á kveld.
En þar mun aldrei brydda á bólu
þótt borið sé á úr fullri skjólu.
Það bítur ekki á hans bjarndýrsfeld.

ÞRÁTT FYRIR ASTMAMEÐFERÐ SEGJA MARGIR SJÚKLINGAR »ÉG GET EKKI« SOFIÐ ALLA NÓTTINA [1,2]



Rannsóknir sýna að margir astmasjúklingar hafa einkenni og minna úthald í daglegu lífi, þrátt fyrir meðferð [1,2]

SINGULAIR® HJÁLPAR SJÚKLINGUNUM AÐ SEGJA »ÉG GET«

Singulair® dregur úr einkennum og eykur úthald frá fyrsta degi [3,4]



SINGULAIR® (MONTELUKAST, MSD)

1 tafla 1 sinni á dag.

Nú hljóp í 'ann sá hiti og undur,
'ann hélt 'ann myndi rifna sundur,
takið kom aftur við og við.
Hrákinn varð allur blóði blandinn,
brjóstþyngslin nú og hóstafjandinn
gáfu 'onum hvorki fró né frið.

Inn vildi karlinn einlægt taka,
eg var að reyna til að skaka
hann bæði og aðra o'n af því.
Ég gaf honum síðast gigtardropa,
Guðmundur fór þá ögn að ropa
en bati fannst mér þar enginn í.

Í góðri meiningu gert var illa
að gefa 'onum dropa er kvalir stilla
því inntökur vill hann einlægt fá.
Það sló niður í þennan svipinn
en það var eins og hann væri gripinn
af meiri kvölum eftir á.

Nú var samt ekki nóg með þetta,
nú tók að þyngja en ekki létta
innvortis kvöl og ósköpin.
Laxerolíu lét ég síðan
leka tvisvar í bolla víðan.
Þetta tók hann í einu inn.

Hvað á að gera? hvað að segja?
Heldurðu karlinn muni deyja?
Hann fer þá samt í himininn.
Æ, þú hripar mér eina línu
aftur með Bjössa að gamni mínu.
Sýndu engum manni seðilinn.

– – – – –

Berðu kveðju frá mér og mínum
margsinnis öllum vinum þínum,
konu og dóttur, kæri minn.
Heilbrigði og Gleði um Höfðabæinn
haldi nú á þér sérhvern daginn
á lófum sínum út og inn.

Svo kann ég ekki að biðja betur
en bæði sumar og kaldan vetur
guð almáttugur gæti þín
og láti okkur báða syngja saman
sveitungana, það verður gaman,
í eilífu lífi, elskan mín!

2. apríl 1860

1. Rabe,K.F. et al: Clinical management of asthma in 1999: the Asthma Insights and Reality in Europe (AIRE) study. Eur Respir J 2000;16:802-807
2. The Air Study: Asthma in real life. David Price et al. Asthma J 1999; 4:74-78
3. Knorr B, Martz J, Bernstein JA, Nguyen H, Seidenberg BC, Reiss TF, et al. Montelukast for chronic asthma in 6 to 14 year old children. JAMA 1998;279:1181-6
4. Reiss TF, Chervinsky P, Dockhorn RJ, Shingo S, Seidenberg B, Edwards TB. Montelukast, a once daily leukotriene receptor antagonist in the treatment og chronic asthma: a multicenter, randomised doubleblind trial. Arch Itern Med 1998;158:1213-20.

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 b-agónista "eftir þörfum" veitir ekki fullnægjandi klíníska meðferð við astma. Montelukast er einnig ætlað til fyrirbyggjandi meðferðar á astma þegar aðallega er um berkjusamdrátt við áreynslu að ræða. Skammtar og lyfjagjöf: Skammtastærð handa fullorðnum, 15 ára og eldri, er ein 10 mg tafla á dag, tekin inn að kvöldi. Skammtastærð handa börnum 6-14 ára er ein 5 mg tuggutafla daglega, tekin inn að kvöldi. Montelukast má bæta við þá astmameðferð sem sjúklingurinn er þegar að fá. Montelukast má bæta við meðferð þegar meðferð með stuttverkandi b-agónistum "eftir þörfum" dugir ekki ein sér. Þegar klínísk svörun hefur átt sér stað (venjulega eftir fyrsta skammtinn), getur sjúklingurinn e.t.v. dregið úr meðferð með stuttverkandi b-agónistum "eftir þörfum". Meðferð með montelukast má nota sem viðbótarmeðferð þegar önnur lyf s.s. innúðabarksterar veita ekki fullnægjandi klíníska meðferð. Frábendingar: Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ráðleggja skal sjúklingum að nota aldrei montelukast töflur við bráðum astmaköstum, heldur hafa sín venjulegu viðeigandi lyf tiltæk til notkunar við slíkar aðstæður. Ef brátt astmakast á sér stað skal nota stuttverkandi b-agónista til innúðunar. Sjúklingar skulu ráðfæra sig við sinn lækni svo fljótt sem auðið er, ef þeir þurfa meira af b-agónistum til innúðunar, en áður. Montlukast á ekki að gefa í stað innúðabarkstera eða barkstera til inntöku. Ekki hefur verið sýnt fram á að hægt sé að draga úr notkun barkstera til inntöku þegar montelukast er gefið samhliða þeim. Í sjaldgæfum tilvikum getur fjölgun eósínófíla átt sér stað hjá sjúklingum á meðferð með astmalyfjum, þ.á.m. montelukast, sem stundum kemur fram með klínískum einkennum æðabólgu sem samræmist Churg-Strauss heilkenni, sjúkdómi sem oft er meðhöndlaður með barksterum (systemic). Í flestum þessara tilvika, en ekki öllum, hafa skammtar af barksterum til inntöku verið minnkaðir eða notkun þeirra hætt. Hvorki er hægt að útiloka né staðfesta að Churg-Strauss heilkenni komi upp í tengslum við leukotríen viðtaka antagónista. Læknar skulu vera á verði m.t.t. fjölgunar eósínófíla, útbrota í tengslum við æðabólgu, versnandi lungnaeinkenna, aukaverkana á hjarta, og/eða taugakvilla hjá sjúklingunum. Endurmeta skal ástand sjúklinga sem fá þessi einkenni og endurskoða meðferð þeirra. Reynsla lyfsins handa börnum er takmörkuð. 5 mg tuggutafla inniheldur aspartam sem inniheldur fenýlalanín (0,842 mg fenýlalanín í 5 mg tuggutöflu). **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Montelukast á gefa samhliða annarri hefðbundinni fyrirbyggjandi meðferð og hefðbundinni meðferð við langvinnum astma. Í rannsóknum á milliverkunum hafði ráðlagður klínískur skammtur af montelúkasti engin klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf eftirfarandi lyfja: theófyllíns, prednisóns, prednisólóns, getnaðarvarnartaflna (ethinyl estradíol/norethindrone 35/1), terfenadíns, dígoxíns og warfaríns. AUC fyrir montelúkast var u.þ.b. 40% minna hjá einstaklingum sem fengu fenóbarbítal samhliða montelúkasti. Þar sem montelúkast umbrotnar fyrir tilstilli CYP 3A4 skal gæta varúðar sérstaklega hjá börnum þegar montelukast er gefið samhliða lyfjum sem innleiða CYP 3A4, svo sem fenýtóíni, fenóbarbítali og rífampicíni. **Meðganga og brjóstagjöf:** Þar sem engar samanburðarrannsóknir hafa verið gerðar hjá þunguðum konum eða konum með börn á brjósti á ekki að nota montelukast á meðgöngu eða hjá konum með börn á brjósti nema brýna nauðsyn beri til. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir, sem almennt eru vægar, hafa yfirleitt ekki orðið til þess að hætta þyrfti meðferð. Eingöngu kviðverkir og höfuðverkur voru skráð sem lyfjatengdar aukaverkanir sem áttu sér stað hjá ≥ 1% sjúklinga sem fengu montelukast og tíðari en hjá sjúklingum sem fengu lyfleysu í tveimur klínískum rannsóknum á 10 mg töflum. Ekki var marktækur munur á tíðni þessara aukaverkana í meðferðarhópunum tveimur. Þrátt fyrir að ekki væri um staðfest tengsl við notkun montelúkasts að ræða voru eftirfarandi aukaverkanir, sem voru jafntíðar eða tíðari en hjá þeim sem fengu lyfleysu, skráðar hjá ≥1% sjúklinga í klínískum rannsóknum. Almennar: máttleysi/þreyta, hiti , kviðverkir, áverkar. Meltingarfæri: niðurgangur, meltingartruflanir, maga- og garnabólga af völdum sýkingar, tannverkir. Taugakerfi/geðræn einkenni: svimi, höfuðverkur, svefnleysi. Öndunarfæri: nefstífla, hósti, inflúensa. Húð: útbrot.
Eingöngu höfuðverkur var skráð sem lyfjatengd aukaverkun sem áttu sér stað hjá ≥ 1% sjúklinga sem fengu montelukast og tíðari en hjá sjúklingum sem fengu lyfleysu í klínískri rannsókn á 5 mg tuggutöflum. Ekki var marktækur munur á tíðni þessara aukaverkana í meðferðarhópunum tveimur. Þó að orsakasamhengi við montelúkast hafi ekki verið staðfest voru eftirfarandi aukaverkanir, sem voru tíðari en hjá þeim sem fengu lyfleysu, skráðar hjá ≥3% barna í klínískum rannsóknum. Almennar: hiti. Meltingarfæri: niðurgangur, ógleði. Öndunarfæri: inflúensa, hálsbólga, skútabólga. Eftirfarandi aukaverkanir hafa verið skráðar við almenna notkun lyfsins: máttleysi/þreyta, svimi, óeðlilegir draumar þar á meðal martraðir, syfja, svefnleysi, ónuglyndi, 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 (Febrúar, 2002), afgreiðsla og greiðsluþátttaka: Töflur 10 mg:** 28 stk. 5849 kr 98 stk. 18087 kr og **tuggutöflur 5mg:** 28stk. 6343 kr. 98stk. 19684 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka: B. Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.



Vantar þína sjúklinga innblástur?



Symbicort er einföld, skjótvirk og sveigjanleg lausn

- Nú geta þínir astmasjúklingar dregið andann léttar - því úðatækið blæs þeim ***lausninni*** í brjóst!

Fullvirkur $ß_2$ - örvi. Áhrifaríkt bólgueyðandi lyf.
Góð tök á breytilegum sjúkdómi. Fljótvirkt. Langvarandi.
Allt í einu úðatæki

(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu opnu)

SYMBICORT®

Allt í einu - sniðið að þínum þörfum

EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 433-01 C

AstraZeneca

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

Spítalinn er á vakt allan sólarhringinn allt árið

– Bráðadeildirnar á Hringbraut og í Fossvogi sameinaðar og vaktakerfi lagt niður

Það hefur eflaust ekki farið framhjá neinum að verið er að sameina deildir og starfsemi sjúkrahúsanna í Reykjavík. Ein þeirra deilda sem gengur í gegnum slíkt ferli er slysadeildin í Fossvogi en hún hefur verið sameinuð bráðadeildinni við Hringbraut og heyrir undir slysa- og bráðasvið spítalans. Þann 1. mars var gerð sú breyting á starfsemi þessara deilda að vaktaskipting þeirra var afnumin. Þess í stað eru bráðadeildir spítalans nú opnar allan sólarhringinn allt árið.

Nýr sími lækna fyrir bráðainnlagnir á Landspítala háskólasjúkrahúsi:

543 2100

Samkvæmt nýja skipulaginu verður Slysa- og bráðadeild í Fossvogi opin slösuðum og veikum allt árið en eins og áður verður Bráðamóttakan við Hringbraut að mestu leyti tilvísunarmóttaka þar sem fólk kemur eftir að hafa verið skoðað af lækni. Hún verður einnig opin allan sólarhringinn og þangað verður meðal annars beint hjartasjúklingum og krabbameinssjúklingum sem eru í meðferð á Landspítalanum Hringbraut. Þar verður móttaka fyrir veik börn og við Hringbraut verður einnig móttaka fyrir bráðatilfelli á kvennadeild og geðdeild.

Á Slysa- og bráðadeild í Fossvogi geta allir komið beint inn af götunni. Þar verður vinnulaginu breytt nokkuð en skipting í bráðamóttöku og slysamóttöku sem áður gilti fyrir lækna deildarinnar þykir ekki henta lengur. Nýja skipulagið er þannig að allir sem koma inn fara í svonefnda forgreiningu þar sem ákvörðun er tekin um meðferð. Sé það mat hjúkrunarfræðings í forgreiningu að viðkomandi þurfi mikillar aðhlynningar og jafnvel innlagnar við fer hann inn á það sem nefnt er bráðavakt. Þar er tekið við þeim tilfellum þar sem þarf fjölmenna áhöfn og mikið rými. Hinir fara á svonefnda gönguvakt þar sem tekið er við þeim sem ekki þurfa á slíkri þjónustu að halda, einfaldari eða léttari tilvik sem oftast leiða til þess að viðkomandi getur farið heim aftur.

Nýtt símkerfi

Sameining sjúkrahúsanna og ofannefndar breytingar á starfsemi bráðamóttökunnar munu hafa áhrif á flæði sjúklinga um spítalann. Að sögn stjórnenda deildarinnar má hugsa sér að einstaklingur komi í Fossvog og fái þar fyrstu aðhlynningu og meðhöndlun en þurfi síðan í vissum tilfellum að flytjast niður á Hringbraut á viðeigandi deild til frekari meðferðar. Slíkir flutningar verða óhjákvæmilegir meðan spítalinn starfar á tveimur stöðum. Stjórnendur deildarinnar leggja áherslu á að tryggja gott og hnökralaust samband milli deilda svo að flutningar og samskipti verði örugg og hröð.

Um mánaðamótin var nýtt símkerfi tekið í notkun á spítalanum og við það breytast símanúmerin. Í flestum tilvikum eiga læknar að hringja í aðalnúmer sjúkrahússins sem er 543 1000. En liggi mikið við og læknir þurfi að komast í beint samband við bráðamóttöku getur hann hringt í 543 2100.

Starfsmenn segja að breytingarnar sem gerðar hafa verið á skipulagi og vinnulagi auki hagræði en séu engin stórbylting. Helsta breytingin felst í því að leggja niður akútdagakerfið sem skipti bráðainnlögnum milli Fossvogs og Hringbrautar. Vinnulag verður áfram að mestu óbreytt við Hringbraut. Slysa- og



Stjórnendur slysa- og bráðasviðs Landspítalans, talið frá vinstri: Brynjólfur Mogensen sviðstjóri lækninga, Gyða Baldursdóttir deildarstjóri bráðamóttöku á Hringbraut, Jón Baldursson yfirlæknir slysa- og bráðamóttöku, Guðbjörg Pálsdóttir deildarstjóri slysa- og bráðamóttöku í Fossvogi og Margrét Tómasdóttir sviðstjóri hjúkrunar.

bráðamóttaka er þess eðlis að aðsókn og vinnuálag er afar sveiflukennt en markmiðið með breytingunum er að reyna að jafna þessar sveiflur út og dreifa álaginu jafnar á daga vikunnar.

Slysadeildir eru stuðpúði

Mikilvægi þessa hluta sjúkrahússins vefst kannski ekki fyrir neinum en um bráðadeildirnar tvær fóru um 70.000 manns í fyrra, þar af 54.000 í Fossvogi. Þá eru aðeins taldir með þeir sem þurftu á þjónustu að halda en ekki aðstandendur eða aðrir fylgdarmenn. Þessi fjöldi skiptist þannig að um 40.000 komu vegna slysa en um 30.000 vegna veikinda.

Sama þróun er í gangi hér á landi og í nágrannalöndum okkar að fjöldi þeirra sem slasast helst lítið breyttur en hlutfall veikra hækkar. Mesta fjölgunin er hjá mikið veiku fólki og öldruðu sem endurspeglar breytingar sem eru að verða á samsetningu þjóðarinnar. Að sögn starfsmanna er sú mynd sem blasir við í nágrannalöndum okkar af yfirfullum slysamóttökum að verða að veruleika hér á landi. Við þessu er lítið hægt að gera þar sem aðrar úrlausnir eru annaðhvort ekki til eða fullnýttar.

Slysadeildir eru eins og stuðpúði milli heilbrigðiskerfisins og þjóðfélagsins og þær líða fyrir skort á aðstöðu fyrir þá sem eru of veikir til þess að fara heim en ekki nógu veikir til þess að leggjast inn á sjúkrahús. Sjúkrahótel myndi leysa þennan vanda að verulegu leyti en þau þyrftu þá að vera sem næst bráðadeildinni, helst þannig að innangengt sé á milli. En á meðan þetta ástand varir virðist lausnin vera sú að leggja æ meiri byrðar á fjölskylduna sem þarf að sinna veikara fólki en áður.

Þegar blaðamaður hitti stjórnendur deildarinnar að máli bárust byggingaráætlanir sjúkrahússins að sjálfsögðu í tal. Greinilegt var að deildin býr sig undir að bíða lengi eftir nýju húsnæði, 10 eða jafnvel 20 ár. Í því sambandi benda þau á að núverandi húsnæði Slysadeildar í Fossvogi hafi verið reist til bráðabirgða. Síðan er liðið 21 ár og engin teikn á lofti um að deildin sé á förum úr því í bráð.

–ÞH

Námskeið fyrir heilbrigðisstarfsfólk í dreifbýli

Um miðjan marsmánuð hefst á Akureyri fyrsta námskeiðið í nýrri námskeiðaröð sem endurmenntunardeild Háskólans á Akureyri heldur fyrir heilbrigðisstarfsfólk á landsbyggðinni í samvinnu við Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri og heilbrigðisdeild háskólans. Námskeiðið stendur frá morgni föstudagsins 15. mars og fram að hádegi daginn eftir og fjallar um myndgreiningu.

Að sögn Þorvaldar Ingvarssonar læknis er þetta samstarf sprottið upp úr umræðum sem orðið hafa um dreifbýlislækningar á undanförnum árum. Með tilkomu fjarfundabúnaðar sem nefndur er Byggðabrúin hefur allri fræðslu sem fram fer á FSA verið varpað út um landsbyggðina og geta læknar víða um land fylgst með henni. Í framhaldi af þessu vaknaði hugmynd um að halda námskeið fyrir lækna og annað starfsfólk í heilbrigðisþjónustu dreifbýlisins.

Eins og áður segir verður fjallað um myndgreiningu á fyrsta námskeiðinu. Þar verður farið yfir ýmis tækniatriði, bæði á sviði myndatöku, framköllun og eftirvinnslu mynda og einnig læknisfræðilega þætti, svo sem túlkun mynda og möguleika í fjargreiningu röntgenmynda. Á næsta námskeiði sem haldið verður 19. og 20. apríl verður fjallað um bráðalækningar barna. Farið verður yfir atriði á borð við andnauð, lost, áverka, bráða smitsjúkdóma og endurlífgun svo fátt eitt sé nefnt. Haldnir verða fyrirlestrar, rætt um sjúkratilfelli og haldnar verklegar æfingar. Fyrirlesarar koma flestir frá FSA, Halldór Benediktsson yfirlæknir hefur umsjón með fyrra námskeiðinu en Björn Gunnarsson barnalæknir með því síðarnefnda.

Þorvaldur segir að ætlunin sé að halda tvö námskeið á hverju misseri og hefur þegar verið ákveðið að fjalla um slysalækningar og lyflækningar á námskeiðum haustsins. Námskeiðin eru þverfagleg og geta því nýst hjúkrunarfræðingum og öðrum starfsmönnum heilbrigðiskerfisins til jafns við lækna.

Ákveðið var að varpa þessum námskeiðum ekki út á Byggðabrúna heldur fá menn til þess að koma til Akureyrar og eiga þar góða helgi, skreppa í fjallið og jafnvel í leikhúsið að námskeiði loknu. Dagsetning fyrsta námskeiðsins var valin með það í huga að 15. mars er stór dagur í heilbrigðismálum dreifbýlisins því þá hefst rekstur sjúkraflugvélar sem staðsett verður á Akureyri og mönnuð læknum af FSA.

–ÞH

Frá Lyfjastofnun

Stuldur á lyfseðilseyðublöðum

Á ÁRINU 2001 BÁRUST LYFJASTOFNUN SJÖ TILKYNNingar um stuld á lyfseðilsblokkum auk tveggja tilkynninga þar sem ekki var vitað hvort stolið hefði verið nokkrum lyfseðilseyðublöðum eða heilli blokk eða blokkum.

Allar þessar tilkynningar bárust Lyfjastofnun eftir 1. júní 2001 og í öllum tilvikum nema einu var um að ræða nýja formið af lyfseðilseyðublöðum.

Reglugerð nr. 111/2001 um gerð lyfseðla og ávísun lyfja tók gildi þann 1. apríl 2001, þar var kveðið á um nýtt form lyfseðla og skal lyfseðilseyðublað prentað á pappír með sérstöku vatnsmerki. Þessi breyting var gerð meðal annars í ljósi þess að tilraunum til fölsunar á lyfseðlum með ljósritun og/eða skönnun útgefinna lyfseðla hafði fjölgað mjög. Dæmi eru um að skönnuð afrit sama lyfseðils hafi verið afgreidd í sjö apótekum. Vitað er að lyfseðilseyðublöð ganga kaupum og sölum í fíkniefnaheiminum og nú þegar ekki er lengur hægt að skanna eða ljósrita lyfseðla verða óútfyllt lyfseðilseyðublöð enn „verðmeiri". Í raun er hægt að líta á lyfseðilseyðublað sem óútfyllta ávísun á peninga í fíkniefnaheiminum.

Mjög mikilvægt er að læknar gæti vel að óútfylltum lyfseðilseyðublöðum því ásókn í þau mun aukast með tilkomu vatnsmerkja á lyfseðilseyðublöðum og eftir 1. júlí 2002 eru eldri form lyfseðilseyðublaða ógild.

Lyfseðilseyðublöð á að umgangast á sama hátt og önnur verðmæti og geyma í læstum hirslum og halda skrá yfir notkun þeirra. Mjög mikilvægt er að tilkynnt sé til Lyfjastofnunar eins fljótt og hægt er þegar lyfseðilseyðublöð, stök eða blokkir, hverfa eða ef grunur vaknar um það.

Lyfjastofnun beinir þeim tilmælum til lækna að þeir reyni í umgengni sinni með lyfseðilseyðublöð að fyrirbyggja að þau komist í hendur óviðkomandi aðila.

Symbicort Turbuhaler INNÖNDUNARDUFT, R 03 A K (Sérlyfjaskrártexti)

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:** ***Symbicort Turbuhaler:*** *Innöndunarduft 160/4,5 míkróg/innöndun: 120 skammtar, 360 skammtar (3 x 120).* **Verð:** sjá lyfjaverðskrá. **Afgreiðslumáti: R. Greiðsluþátttaka: B.** Desember 2001.

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



Mæðir mikið á þínum sjúklingum?



Symbicort er einföld, skjótvirk og sveigjanleg lausn

- Nú geta þínir astmasjúklingar ***kastað mæðinni***
  - og þeim svellur móður sem aldrei fyrr!

Fullvirkur ß2 - örvi. Áhrifaríkt bólgueyðandi lyf.
Góð tök á breytilegum sjúkdómi. Fljótvirkt. Langvarandi.
Allt í einu úðatæki

(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu opnu)

SYMBICORT®

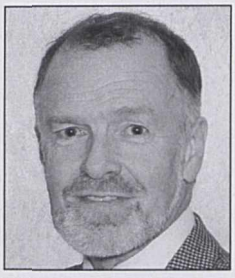
Allt í einu - sniðið að þínum þörfum

EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 433-01 D

AstraZeneca

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

Eintala, fleirtala



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

Runólfur Pálsson, lyflæknir og nýrnasérfræðingur, sendi fyrirspurn um notkun eintölu og fleirtölu í samsettum heitum. Tilefnið var heiti á sýni sem tekið er úr nýra. Runólfur sagði að slíkt sýni væri oftast nefnt **nýrnasýni**, en honum finnst ekki rökrétt að notuð sé fleirtala í fyrri hluta orðsins þegar um er að ræða sýni úr einu (öðru) nýra. Slíkt vill hann nefna **nýrasýni**. Undirritaður vill taka undir þetta. Sýni úr einum eitli verði á sama hátt **eitilsýni**, og sýni úr einni slagæð verði **slagæðarsýni**.

Íðorðasafn lækna verður ekki að miklu gagni við rannsókn á þessu máli. Þar má finna almenn sýnaheiti, svo sem *fleygsýni, nálarsýni, stroksýni, stungusýni, vefsýni* og *vefjasýni*, en engin sértæk heiti á líffærasýnum. Spyrja má þó hvort draga megi einhverja ályktun af því að til eru bæði heitin **vefsýni**, sem túlka má sem sýni úr einum vef, og **vefjasýni**, sem túlka má sem sýni úr fleiri vefjum. Sé svo, að almennu heitin verði að geta vísað til fjölda vefja, má gera ráð fyrir að sértæku heitin verði einnig að geta gefið til kynna fjölda líffæra. Gera verður þá ráð fyrir heitum til viðeigandi aðgreiningar, svo sem **eitilsýni** og **eitlasýni**, **garnarsýni** og **garnasýni**, **lungasýni** og **lungnasýni**. Gefa má þá almennu skýringu að eintölumyndin eigi við um sýni úr aðeins einu líffæri, en að fleirtölumyndin vísi til þess að sýni komi úr fleiri en einu líffæri.

Vera má að sumum læknum finnist hér full langt seilst í orðfræðilegri nákvæmni. Undirritaður fékk til dæmis engar undirtektir á orðanefndarfundi við þeirri hugmynd að **glandula adrenalis** yrði endurskírð og látin heita **nýrahetta** til að gefa rými fyrir fleirtöluna **nýrnahettur**. Honum var að bragði á það bent að **ljósastaur** við götubrún bæri oftast einungis eitt ljós og hefði hingað til ekki verið amast við því heiti. Í sumum tilvikum getur þó skipt máli að geta aðgreint fjölda líffæra. **Nýraígræðsla** er strangt tekið annað fyrirbæri en **nýrnaígræðsla**.

Biopsia

Gríska heitið **biopsia** er myndað úr nafnorðunum **bios** sem merkir *líf* og **ops** sem merkir *auga*. **Opsis** merkir hins vegar *sýn, sjón* eða *skoðun*. Að lokum kemur svo viðskeytið **-ia** sem oft er notað til að tákna stöðu eða ástand. Uppflettingar í erlendum læknisfræðiorðabókum gefa til kynna að heitið **biopsia** sé notað á tvo vegu: 1. um þann feril eða þá aðgerð að fjarlægja vef(i) úr lifandi líkama og rannsaka með skoðun, oftast smásjárskoðun, og 2. um sýnið eða vefinn sem fjarlægður er. Íðorðasafn lækna birtir og þýðir enska nafnorðið **biopsy** á sambærilegan hátt: 1. *vefsýnitaka.* 2. *vefsýni, vefjasýni.* Á síðustu árum hafa svo komið fram heitin **lífsýni** og **lífsýnistaka** sem eru enn nákvæmari þýðingar á upprunalega gríska heitinu. Í læknisfræðilegu samhengi má oft sleppa orðhlutanum **líf-** án þess að hætta sé á misskilningi. **Skin biopsy** verður þannig: 1. *húðsýnistaka.* 2. *húðsýni.*

Til gamans eru nokkur almennu lífsýnaheitanna úr Íðorðasafni lækna tilgreind og þýðingar Íðorðasafnsins lagfærðar þannig að báðar ofangreindar merkingar komi fram í hverju tilviki: **brush biopsy** 1. burstasýnistaka. 2. burstasýni; **endoscopic biopsy** 1. holspeglunarsýnistaka, holsýnistaka. 2. holspeglunarsýni, holsýni; **excision biopsy** 1. brottskurðarsýnistaka. 2. brottskurðarsýni; **needle biopsy** 1. nálarsýnistaka. 2. nálarsýni; **surface biopsy** 1. yfirborðssýnistaka. 2. yfirborðssýni; **wedge biopsy** 1. fleygsýnistaka. 2. fleygsýni.

Sjálfnæmi

Lilja Sigrún Jónsdóttir, læknir, er ráðgjafi við dánarmeinaskráningu Hagstofu Íslands. Hún sendi fyrirspurn vegna **autoimmune hepatitis** en sá sjúkdómur birtist ekki sem sjálfstæð samsetning í Íðorðasafninu. **Hepatitis** er lifrarbólga og **autoimmune** vísar í ónæmissvörun sem beinist gegn eigin vef eða líffæri. Íðorðasafn lækna notar heitið *sjálfsnæmi* sem undirritaður vill frekar nefna *sjálfnæmi* með því að beita stofnsamsetningu en ekki eignarfallssamsetningu. **Autoimmune hepatitis** verður þá **sjálfnæmislifrarbólga**.

Heiti á sjónusjúkdómi

Eiríkur Sigurðsson, starfsmaður hjá Íslenskri erfðagreiningu, sendi tölvupóst og bað um aðstoð vegna sjúkdómsheitisins **retinitis pigmentosa**. Læknisfræðiorðabók Dorlands lýsir fyrirbærinu þannig: *Hópur sjúkdóma sem oftast eru arfgengir og einkennast af tapi á sjónuviðbrögðum (samkvæmt sjónurafriti), sjónurýrnun, þrengingu á sjónuæðum, kekkjun á litarefni sjónu og þrengingu á sjónsviði.* Latneska heitið er hvorki nákvæmt né nægilega gegnsætt. **Retinitis** merkir *sjónubólga*, en um slíkt er þó ekki að ræða. **Pigmentosa** merkir hins vegar *litar-* eða *litaður* og vísar einungis í brúnu litarkekkina sem greinast við augnspeglun. Bein þýðing gæti því verið **litarsjónubólga**. Íðorðasafn lækna hefur gert tilraun til lagfæringar og birtir íslenska heitið **sjónufreknur** með útskýringunni: *Litefnahrörnun sjónu.* Undirritaður tók þá stefnu í svari sínu til Eiríks að blanda saman heitinu og skýringunni og leggja meiri áherslu á litarblettina til að auka á gegnsæið. Úr varð ný tillaga að íslensku heiti: **litblettótt sjónuhrörnun**. Nú sem fyrr væri gaman að fá að heyra viðbrögð þeirra sem telja sig málið varða.



Einu sinni á dag við exemi [4,5,8]

Cutivat
Fluticasone Propionate

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

CUTIVAT GlaxoSmithKline; RB

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

gsk GlaxoSmithKline

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

Faraldsfræði í dag
Rangflokkun



María Heimisdóttir

mariah@decode.is

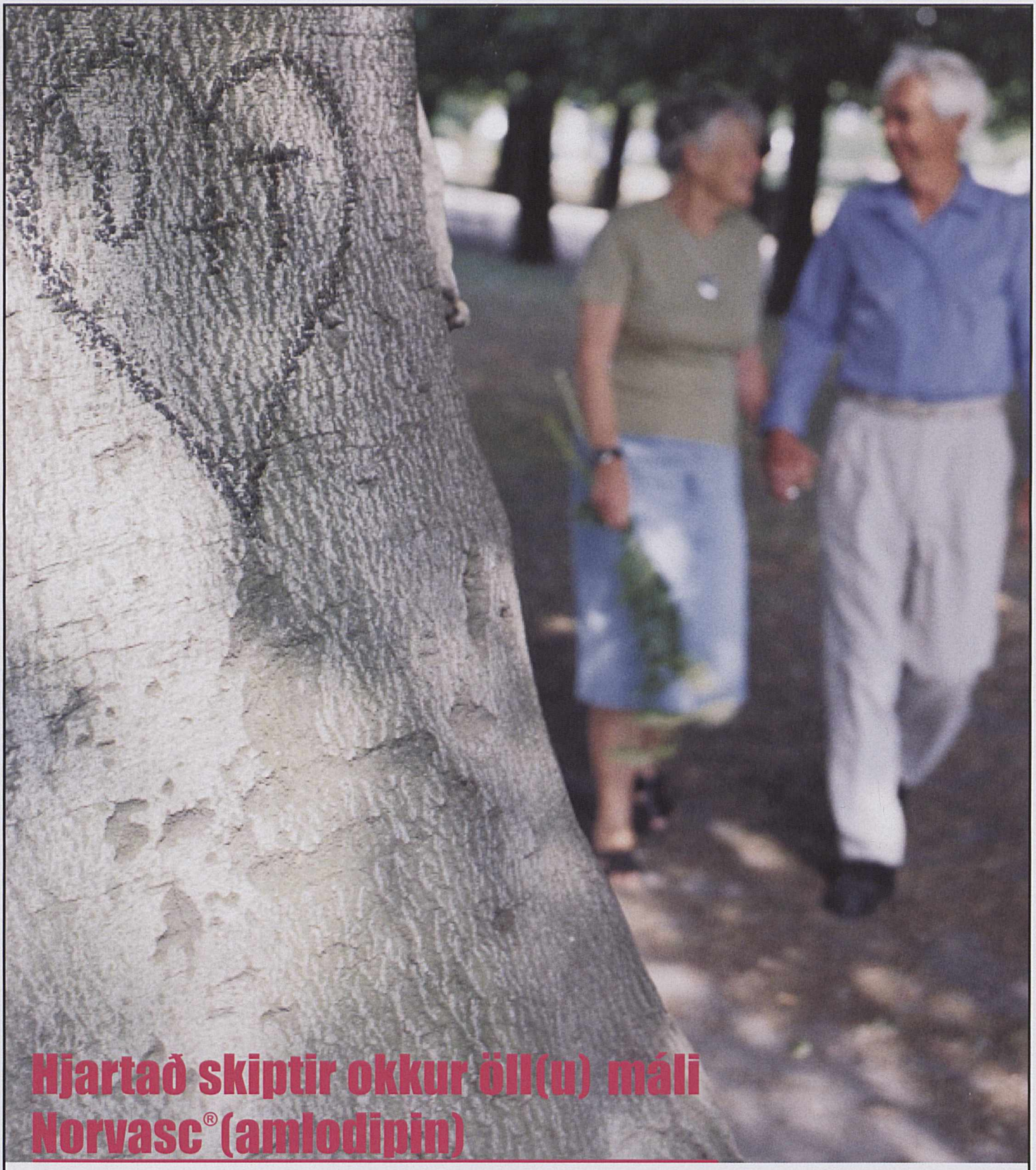
Í ÖLLUM FARALDSFRÆÐILEGUM RANNSÓKNUM ER EINhver hætta á að upplýsingar um áreiti eða útkomu séu rangar. Slíkar villur geta orðið til við upphaflega mælingu eða söfnun gagna, við tölvufærslu upplýsinga eða við meðhöndlun þeirra síðar. Villurnar geta haft áhrif á flokkun þátttakenda með tilliti til áreitis eða útkomu þannig að einstaklingur sem í raun tilheyrir tilteknum hópi er flokkaður með öðrum ólíkum hópi. Slíkt er kallað rangflokkun (misclassification). Telja verður nær ógerlegt að útrýma algerlega villum í gagnasöfnun eða -meðferð og er því sennilega í flestum rannsóknum um einhverja rangflokkun að ræða. Ef hún er aðeins til staðar í litlum mæli hefur hún mjög takmörkuð áhrif á niðurstöðurnar en ef um verulega rangflokkun er að ræða getur hún haft afgerandi áhrif og jafnvel snúið við niðurstöðum rannsóknarinnar.

Talað er um kerfisbundna rangflokkun ef hlutfall einstaklinga sem eru rangflokkaðir er mismunandi í hópunum sem bera á saman. Þannig er um kerfisbundna rangflokkun að ræða ef flokkun sjúklinga með tilliti til áreitis er háð því hvort sjúkdómur er til staðar eða ef flokkun á sjúkdómsástandi (það er flokkun þátttakenda í sjúkdóms- eða samanburðartilfelli) er háð áreitinu. Til dæmis verður kerfisbundin misflokkun til ef meiri líkur eru á að tilteknar fæðuvenjur séu flokkaðar sem ofneysla meðal of þungra einstaklinga en meðal þeirra sem hafa kjörþyngd. Kerfisbundin rangflokkun leiðir almennt til kerfisbundinnar skekkju (bias) en umfang hennar og eðli fer eftir aðstæðum hverju sinni. Oft er mjög erfitt að átta sig á áhrifum kerfisbundinnar rangflokkunar á niðurstöðu rannsóknar, til dæmis hlutfallslega áhættu. Þetta stafar af því að kerfisbundin rangflokkun hinna ýmsu þátta getur haft mismunandi, jafnvel algerlega gagnstæð, áhrif á það sem verið er að mæla eða meta í rannsókninni. Samofin áhrif margra rangflokkaðra þátta geta leitt til brenglaðrar niðurstöðu en geta líka vegið hvern annan upp þannig að lokaniðurstaðan verði nokkurn veginn sú sama og ef rangflokkun hefði ekki verið til staðar.

Slembin rangflokkun (random misclassification) er hins vegar til staðar ef hlutfall einstaklinga sem eru rangflokkaðir er hið sama í hópunum sem bera á saman. Slembin rangflokkun vísar þannig til þess að villur í flokkun einstaklinga með tilliti til annars áss rannsóknar (til dæmis áreitis) eru óháðar flokkun með tilliti til hins ássins (til dæmis sjúkdóms). Oftast leiðir slík rangflokkun einfaldlega til „útþynningar“ á hinu raunverulega sambandi áreitis og útkomu þannig að það sýnist veikara en það er í raun og veru. Þannig getur slembin rangflokkun til dæmis á áhættuþætti leitt til þess að reiknuð hlutfallsleg áhætta er lægri en ella.

Því hefur verið fleygt að slembin rangflokkun sé aldrei eins alvarleg og kerfisbundin systir hennar, þar sem sú slembna þynnir niðurstöðurnar út eða veikir þær (lækkar til dæmis hlutfallslega áhættu) en sú kerfisbundna getur breytt niðurstöðunum í hvora áttina sem er. Það er vissulega rétt að niðurstöður sem hafa orðið fyrir áhrifum af slembinni rangflokkun mega teljast varlega áætlaðar en sá böggull fylgir skammrifi að slík rangflokkun getur beinlínis falið áhugaverð en tölulega smá tengsl milli áreitis og útkomu og haft þannig veruleg áhrif á túlkun og notkun niðurstaðna og frekari rannsóknir. Segjum sem svo að „sönn“ hlutfallsleg áhætta af tilteknum þætti sé 1,4, það er að einstaklingar sem hafa þennan áhættuþátt séu 40% líklegri til að fá sjúkdóminn en þeir sem ekki hafa áhættuþáttinn. Ef slembin rangflokkun verður til þess að helminga metna áhættu (í 1,2) og draga úr tölfræðilegum stöðugleika er ekki ólíklegt að litið verði fram hjá þessari niðurstöðu og henni ekki frekari gaumur gefinn, hvorki til forvarna né frekari rannsókna. Vegna þessa er sjálfsagt að hafa slembna rangflokkun alltaf í huga þegar rannsóknarniðurstöður benda til veiks eða einskis sambands milli áreitis og útkomu.

Eins og áður sagði getur rangflokkun orðið til við söfnun gagna og meðhöndlun. Mestar líkur eru á kerfisbundinni rangflokkun þegar söfnun og flokkun gagna getur á einhvern hátt litast af upplifun eða reynslu þátttakenda af áreitinu eða útkomunni. Í samanburðarrannsóknum á sjúklingum (case-control studies) er þannig ákveðin hætta á að það hvort einstaklingur hefur sjúkdóminn eða ekki hafi áhrif á hve nákvæmlega hann man eftir áreitinu eða hve nákvæmlega hann skýrir frá því. Mun minni hætta er á kerfisbundinni rangflokkun ef upplýsingar um áreitið eru fengnar úr skrám eða skýrslum sem haldnar voru áður en útkoman eða sjúkdómurinn kom í ljós. Vissulega geta slík gögn verið ófullkomin og innihaldið rangfærslur en mestar líkur eru á að slíkir gallar séu með slembnum hætti.



Hjartað skiptir okkur öll(u) máli
Norvasc® (amlodipin)

Norvasc

Pfizer, 880133. TÖFLUR; C 08 C A 01 R B. Hver tafla inniheldur: Amlodipinum INN, besýlat, samsvarandi Amlodipinum INN 5 mg eða 10 mg. Eiginleikar: Kalsíumblokkari, dihýdrópýrídínafbrigði með löngum helmingunartíma. Minnkar innflæði kalsíumjóna í frumur hjartavöðvans og sléttra vöðva í æðum. Lækkar blóðþrýsting, vegna beinna slakandi áhrifa á slétta vöðva í æðum. Útvíkkun á slagæðum og kransæðum dregur úr hjartaöng. Mesta blóðþéttni er eftir 6-12 klst. Helmingunartími er 35-50 klst. Fullnægjandi blóðþéttni fæst með einni gjöf daglega og jöfn þéttni eftir 7-8 daga. 10% útskilst óbreytt og 60% sem niðurbrotsefni í þvagi. Ábendingar: Háþrýstingur, hjartaöng. Frábendingar: Ofnæmi fyrir lyfinu og skyldum lyfjum. Meðganga og brjóstagjöf. Aukaverkanir: Algengasta aukaverkun lyfsins er vægur ökklabjúgur sem er háður skömmtum (3% við 5 mg/dag og 11% við 10 mg/dag). Algengar (>1%): Almennar: Ökklabjúgur, höfuðverkur, svimi, roði og hiti í andliti, þróttleysi. Hjarta: Hjartsláttarónot. Miðtaugakerfi: Vöðvakrampar. Meltingarfæri: Ógleði, magaverkir. Öndunarfæri: Andþrengsli. Sjaldgæfar (0,1-1%): Hjarta og blóðrás: Blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, brjóstverkir. Húð: Útbrot, kláði. Stoðkerfi: Verkir í vöðvum og liðum. Geð: Svefntruflanir. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Hjarta: Aukaslög. Meltingarfæri: Ofvöxtur í tannholdi. Húð: Ofsakláði, regnbogaroðasótt. Lifur: Aukið magn lifrarenzýma í blóði. Geð: Rugl. Umbrot: Hækkun blóðsykurs. Milliverkanir: Ekki þekktar. Eiturverkanir: Varast skal að hefja meðferð hjá eldra fólki með háum skammti, en viðhaldsskammtur er svipaður í öllum aldurshópum. Helmingunartíminn lengist hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Ofskömmtun getur valdið of lágum blóðþrýstingi. Skammtastærðir handa fullorðnum: 5 mg einu sinni á dag. Má auka í 10 mg á dag. Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum.

Pakkningar og verð (1. mars 2001): Töflur 5 mg: 30 stk. (þynnupakkað) kr. 2.901
Töflur 5 mg: 100 stk. (þynnupakkað) kr. 7.346
Töflur 10 mg: 30 stk. (þynnupakkað) kr. 4.143
Töflur 10 mg: 100 stk. (þynnupakkað) kr. 11.584

Samningur Pfizer við lyfsala í landinu gerir þeim kleift að selja Norvasc® á viðmiðunarverði.
Umboðsaðili á Íslandi: Pharmaco hf.

Pfizer

Lyfjamál 102

Lyfjasala 1991-2001

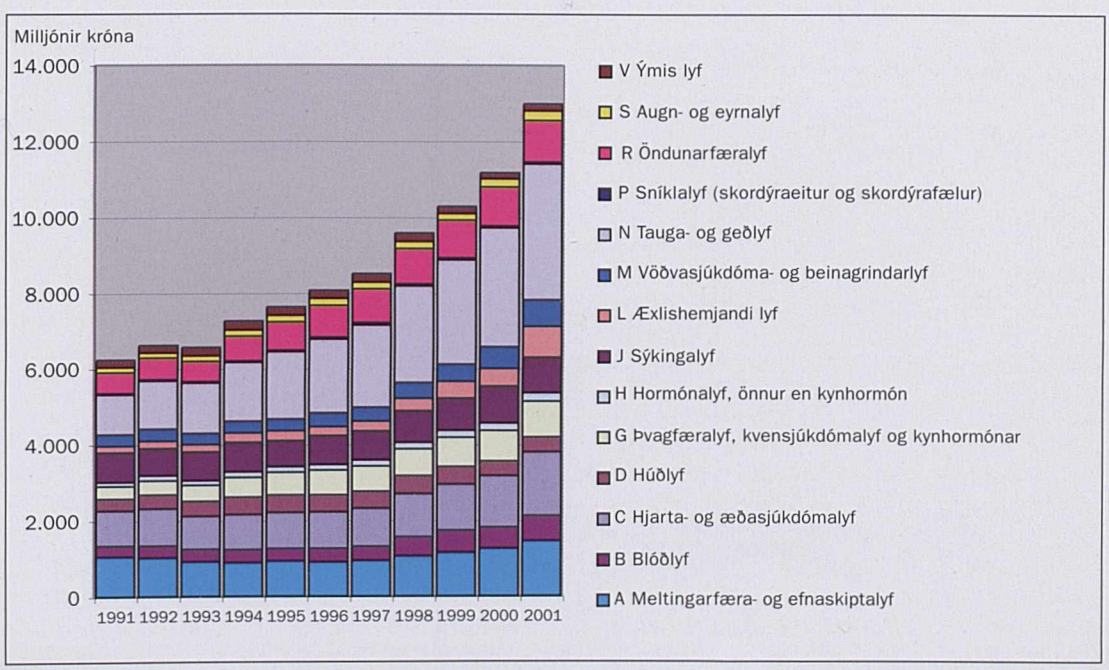
Eggert Sigfússon

SÖLUTÖLUR FRÁ LYFJAHEILDSÖLUM 2001 LIGGJA NÚ fyrir og hér að neðan er yfirlit um lyfjasölu árin 1991-2001. Tölurnar eru umreiknaðar miðað við ársmeðaltöl vísitölu neysluverðs (Hagstofa Íslands) til þess að fá einhverja nálgun að sambærilegum tölum. Aukning milli ára er nú síðast 16% (24% ef reiknað er á verðlagi hvors árs án vísitöluleiðréttingar). Selt magn 2001 er 12% dýrara í desember 2001 heldur en í janúar sama ár. Heildaraukning lyfjasölu frá 1991 er 108%. Á sama tíma hefur notkun mæld í skilgreindum dagskömmtum aukist um 57%, eða úr 658 í 1035 SDS/1000 íbúa/dag. Þar af 5,2% milli 2000 og 2001.

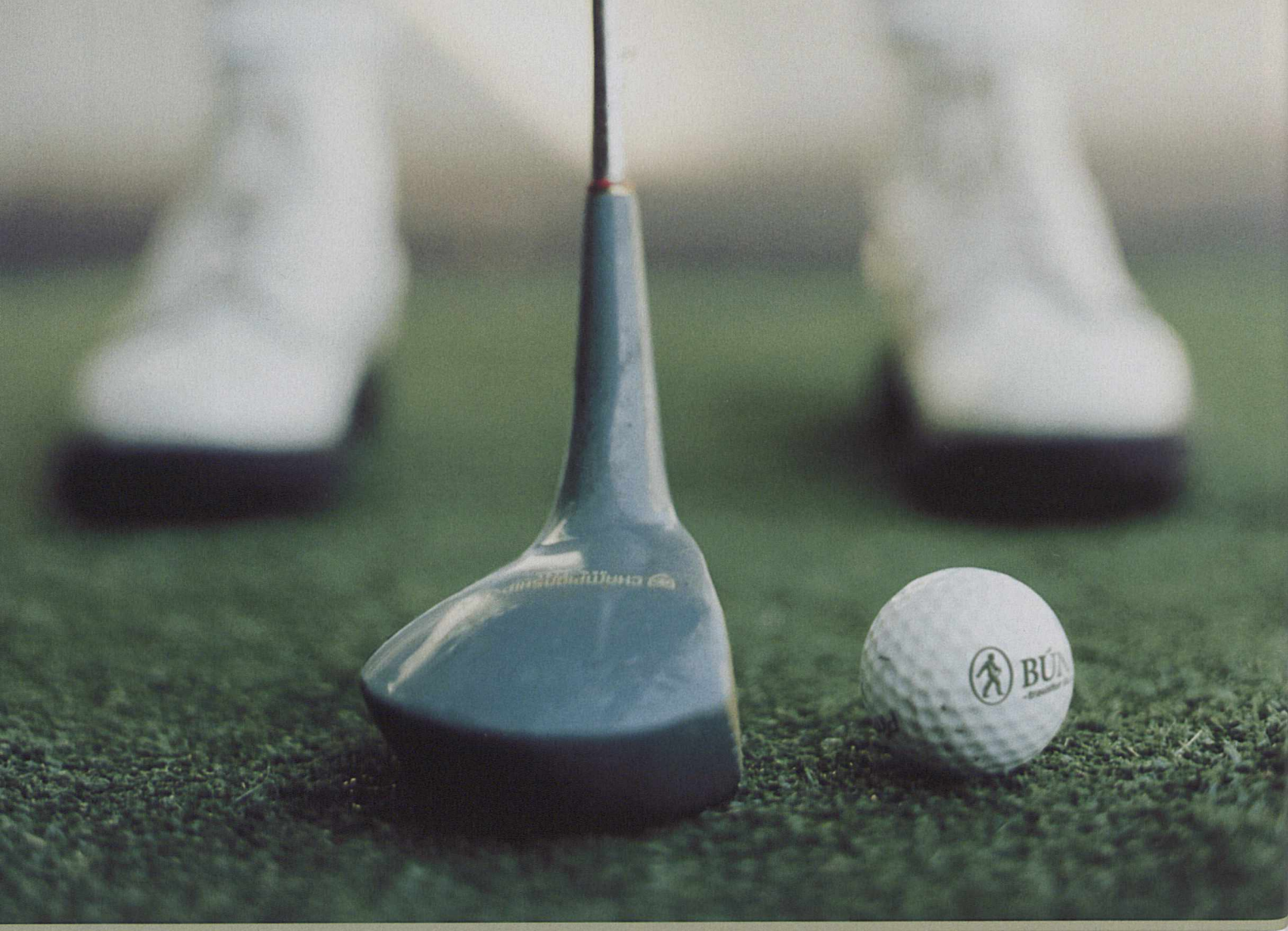
Tafla I. *Verðmæti á hámarks apóteksverði með virðisaukaskatti. Milljónir króna (leiðrétt miðað við ársmeðaltal vísitölu neysluverðs).*

		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
A	Meltingarfæra- og efnaskiptalyf	1.063	1.030	934	901	940	912	958	1.071	1.169	1.278	1.467
B	Blóðlyf	282	306	308	336	317	352	349	491	570	542	658
C	Hjarta- og æðasjúkdómalyf	920	990	874	928	951	958	1.008	1.147	1.220	1.369	1.674
D	Húðlyf	309	348	393	453	456	446	447	455	441	368	396
G	Þvagfæralyf, kvensjúkdómalyf, kynhormón	330	383	418	516	593	640	665	713	774	804	938
H	Hormónalyf, önnur en kynhormón	120	142	138	149	161	164	160	176	196	219	233
J	Sýkingalyf	768	706	739	771	675	752	759	826	833	948	934
L	Ælishemjandi lyf	176	190	206	257	268	246	262	328	453	481	820
M	Vöðvasjúkdóma- og beinagrindarlyf	304	315	289	303	310	350	362	412	453	571	704
N	Tauga- og geðlyf	1.059	1.285	1.333	1.564	1.783	1.965	2.195	2.572	2.775	3.147	3.596
P	Sníklalyf	25	26	27	32	35	41	40	44	43	42	37
R	Öndunarfæralyf	537	559	538	642	743	839	892	931	985	1.023	1.083
S	Augn- og eyrnalyf	154	151	161	167	173	195	193	201	188	223	263
V	Ýmis lyf	176	187	209	226	213	201	207	209	180	146	173
	Samtals	**6.225**	**6.617**	**6.566**	**7.247**	**7.618**	**8.060**	**8.499**	**9.575**	**10.281**	**11.161**	**12.976**
	Breyting milli ára	**-4,9%**	**6,3%**	**-0,8%**	**10,4%**	**5,1%**	**5,8%**	**5,4%**	**12,7%**	**7,4%**	**8,6%**	**16,3%**
	Greiðslur TR til apóteka	3.273	3.629	3.242	3.618	3.956	4.250	4.322	4.622	5.274	5.042	4.816
	Greiðslur TR vegna S-merktra lyfja											860

Mynd 1. *Lyfjasala árin 1991-2001, skipt eftir lyfjaflokkum.*



Höfundur er deildarstjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu.



HAFÐU EKKI ÁHYGGJUR AF SVEIFLUNNI

Við bjóðum traustum viðskiptavinum víðtæka fjármálaþjónustu á ***Sérkjörum****. Njóttu frístundanna áhyggjulaus – við sjáum um fjármálin.*

Í ÞJÓNUSTUNNI FELST M.A.:

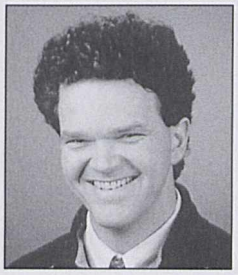
- **Gulldebetkort** ásamt 150 fríum kortafærslum á ári.
- **Innlánsvextir** eru mun **hærri** en almennt gerist, 6,4% (jan.'02).
- Allt að **750.000 kr. yfirdráttarheimild** án ábyrgðarmanna.
- **2% lægri vextir** á yfirdráttarláni og eingöngu er greitt fyrir nýtta heimild.
- **Gullkreditkort Visa** eða **MasterCard Heimskort,** með víðtækum ferðatryggingum og Vildarpunktum Flugleiða. Aukakort fyrir maka.
  - Allt að **2.000.000 kr. sveigjanlegt reikningslán** á hagstæðum kjörum.
  - Allt að **750.000 kr. skuldabréfalán** til allt að 5 ára án ábyrgðarmanna.
- **Greiðsluþjónusta** þar sem bankinn annast greiðslu reikninganna á réttum tíma. Hægt er að dreifa ýmsum útgjaldaliðum jafnt á alla mánuði ársins og mæta þannig sveiflum í útgjöldum.
- **Útgjaldadreifing** í Heimilisbankanum á Netinu fyrir þá sem vilja greiða reikningana sjálfir í tölvunni heima.
- **Reglubundinn sparnaður.** Þeir sem leggja fyrir a.m.k. 5.000 kr. á mánuði geta átt von á sparivinningi. Árlega eru dregnir út 50 sparivinningar að fjárhæð frá 10.000 kr. til 100.000 kr.
- **Afsláttur af stofngjaldi** á bílasamningum og bílalánum Lýsingar hf.
- **Húsnæðislán til allt að 25 ára.**
- **Öflugur Heimilisbanki á Netinu,** þar sem m.a. er boðið upp á SMS skilaboð um færslur og stöðu, Heimilisbókhald sem flokkar útgjöldin sjálfkrafa o.m.fl.
- **Netklúbbur Heimilislínu**, klúbbfélagar fá sendar fréttir og spennandi tilboð.

Sérkjör Heimilislínu

www.bi.is

BÚNAÐARBANKINN -traustur banki

Af mæðgum og mótmælum



Bjarni Jónasson

bjarni.jonasson@gb.hgst.is

Vel heppnuð aðgerð

„Þessi aðgerð gekk alveg ljómandi vel," sagði yfirskurðstofuhjúkrunarfræðingurinn (YSHF) við yfirlækninn á skurðdeildinni sem hafði nýlokið við skurðaðgerð. „Vertu ekkert að fárast yfir því að hafa skorið upp rangan sjúkling," sagði YSHF.

Af mótmælum

„Ég sá að læknarnir voru í mótmælagöngu í morgun. Hverju voru þeir að mótmæla?" spurði konan.

„Ég hef ekki hugmynd um það," svaraði maðurinn, „ég gat ómögulega lesið hvað þeir höfðu krotað á kröfuspjöldin."

Eitrun

„Ég er með leiðinda fréttir fyrir þig, Axel. Þú hefur fengið eitrun," sagði læknirinn grafalvarlegur í bragði og án þess að svo mikið sem snúa sér að sjúklingnum. Axel var illa brugðið en herti upp hugann og spurði: „Heldurðu að það geti verið sveppurinn eða skelfiskurinn sem ég borðaði í gærkvöldi?" „Þeirri spurningu verður ekki svarað fyrr en eftir krufninguna," svaraði læknirinn kuldalega.

Heimavinna

„Hvað meinar þú eiginlega með því að þig hafi ekki dreymt neitt í nótt?" spurði sálfræðingurinn manninn sem lá á bekknum. „Ég get ósköp lítið hjálpað þér ef þú vinnur ekki heimavinnuna áður en þú kemur til mín."

Við dauðans dyr

Lárus gamli lá fyrir dauðanum og fékk lækninn til sín í síðasta sinn. Fyrir utan herbergisdyrnar stóð fjöldi ættingja. Þegar læknirinn kom út úr herberginu bað hann fólkið að herða upp hugann og reyna hvað það gæti til að tala upplífgandi til gamla mannsins.

„Þú lítur miklu betur út í dag," sagði dóttir hans.

„Þú sýnir ótvíræðar framfarir," sagði sonurinn og tengdadóttirin bætti við: „Ég held bara að þú hafir ekki litið svona vel út í áraraðir."

Þá opnaði Lárus gamli augun og byrsti sig: „Það er ekki verra að vita að nú drepst ég alveg bráðhress."

Skipt um lækni

„Ég var að frétta að þú hefðir skipt um lækni," sagði kona nokkur við vinkonu sína. „Já, það er rétt. Þessi sem ég var hjá var illa haldinn af þráhyggju. Í hvert skipti sem ég hitti hann sagði hann að ég væri ímyndunarveik."

Hjá dýralækni

„Hvernig gekk ferðin til Portúgal?" spurði maðurinn bróður sinn, nýkominn að utan. „Þetta var alveg ömurlegt ferðalag. Ég varð veikur og þurfti að hitta dýralækni."

„Hvað ertu að meina, fórstu til dýralæknis?" spurði bróðirinn furðu lostinn.

„Já, ég kann ekki orð í portúgölsku og dýralæknar eru jú vanir að sinna þeim sem ekki geta tjáð sig."

Það borgar sig að borga

Alfreð er í mestu fjárhagsþrengingum sem hann hefur lent í á ævinni. Hann situr með ógreidda reikninga og gerir sér grein fyrir því að hann getur með engu móti staðið í skilum. Hann spyr því konu sína: „Hvort finnst þér brýnna að borga rafmagnsreikninginn eða reikninginn frá lækninum?" Konan var ekki í neinum vafa. „Rafmagnsreikninginn, að sjálfsögðu. Það er óhugsandi að læknirinn komi og loki fyrir blóðrásina."

Mæðgur hjá lækni

Móðir kom með sautján ára dóttur sinni til læknis. Daman var bráðmyndarleg og mamman einnig, en sú síðarnefnda var komin hátt á fertugsaldur. Þær þóttu með ólíkindum samrýndar og nátengdar og töluðu til skiptis við lækninn án þess að hann gæti komið að meira en orði á stangli. Læknirinn var ekki með það á hreinu hvor þeirra ætti erindi til hans í þetta skipti. „Jæja, það er best að ég líti á þig. Klæddu þig úr, góða mín, og sestu á skoðunarbekkinn," sagði hann við dótturina. „Já en læknir minn góður, það þarf að skoða mig en ekki dóttur mína," sagði konan. „Nú jæja, gott og vel. Viltu ekki vera svo væn að opna munninn og reka út úr þér tunguna."

Tveir í rannsóknum

Strákpattarnir Pétur og Óli hittust á biðstofu hjá lækni.

„Hvers vegna ert þú að grenja?" spurði Óli.

„Ég er að fara í blóðprufu hjá lækninum," sagði Pétur og var greinilega mjög kvíðinn.

„En hvað er svona voðalegt við það?" spurði Óli hissa.

„Síðast þegar ég fór í blóðprufu munaði minnstu að læknirinn skæri af mér puttann."

Þá varð Óli fölur sem nár í framan og brast síðan í grát.

„En af hverju ert þú farinn að væla?" spurði Pétur.

„Af því að ég á að skila þvagprufu," sagði Óli og varð óhuggandi.

Oropram

cítalópram



Hamingja hversdagsins er ekki alltaf gefin

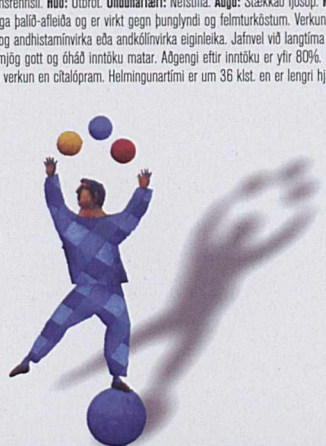
Tafla, filmuhúðuð; N 06 A B 04 R B

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

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

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

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



Omega Farma

www.omega.is

GRAFÍSKA SMIÐJAN EHF. - Málverk: Bilson

Skýrsla WHO um baráttu gegn tóbaksnotkun

Árangur næst með markvissum aðgerðum

EINS OG KUNNUGT ER AF FRÉTTUM STENDUR NÚ YFIR tóbaksvarnarátak á vegum Alþjóða heilbrigðisstofnunarinnar (WHO). Einn þáttur í því var fundur heilbrigðisráðherra Evrópu sem fram fór í Póllandi dagana 18. og 19. febrúar. Þar var lögð fram skýrsla sem stofnunin lét semja um tóbaksneyslu og árangur af tóbaksvörnum í Evrópu en hún nær til 48 ríkja.

Helsta niðurstaða skýrslunnar er sú að hægt sé að ná árangri í baráttunni gegn tóbaksneyslu og sjúkdómum sem henni fylgja. Í sumum ríkjum álfunnar hefur náðst verulegur árangur og eru þar nefnd sem dæmi fimm lönd þar sem tekist hefur að fækka tóbaksneytendum niður fyrir fjórðung íbúa 15 ára og eldri en þau eru Finnland, Ísland, Ítalía, Slóvenía og Svíþjóð. Í þessum löndum og fimm öðrum hefur dauðsföllum sem rekja má til tóbaksnotkunar fækkað og tengja skýrsluhöfundar það við þá staðreynd að í öllum þessum ríkjum hefur verið gripið til opinberra aðgerða í þá veru að hamla gegn reykingum.

En á móti þessum árangri sem að mestu leyti er einskorðaður við Vestur-Evrópu kemur að reykingar eru enn að aukast í austurhluta álfunnar. Í heild hefur tóbaksneysla því staðið í stað undanfarin fimm ár sem hlutfall af íbúafjölda álfunnar. Um það bil 30 af hundraði Evrópubúa reykja, 38% karla og 23% kvenna. Með öðrum orðum þýðir þetta að 215 milljónir Evrópubúa reykja, 130 milljónir karla og 85 milljónir kvenna.

Skýrsluhöfundar hafa mestar áhyggjur af aukinni tóbaksnotkun ungmenna og kenna um stöðugum áróðri og markaðssetningu tóbaksfyrirtækjanna sem beinist einkum að yngstu aldursflokkunum. Meðal 15-18 ára ungmenna er sáralítill munur á austur- og vesturhluta álfunnar en á báðum svæðunum reykja um 30% þessa aldurshóps. Og það sem meira er: í þessum aldurshópi er ekki sami munur á kynjunum og hjá þeim eldri. Í 12 ríkjum eru unglingsstúlkur alveg jafnvirkar í reykingum og piltarnir.

Skýrsluhöfundar segja að virkustu aðferðirnar í baráttunni gegn tóbakinu séu fólgnar í verðlagningu, algeru banni við auglýsingum, stuðningi við fólk sem reynir að hætta að reykja og viðleitni í þá veru að skapa reyklaus svæði. Í flestum löndum álfunnar eru ýmsar þessara leiða lítt eða ekki nýttar. Til dæmis hefur innan við fjórðungur ríkja eyrnamerkt ákveðna tekjustofna baráttunni gegn reykingum og einungis fimm ríki verja meira en einu prósenti þeirra tekna sem þau hafa af skattlagningu tóbaks til þess að verjast skaðlegum áhrifum þess.

–**ÞH**, fréttatilkynning frá WHO.

Tilkynnið aðsetursskipti!

Áskrifendur Læknablaðsins eru vinsamlega beðnir að tilkynna aðsetursskipti. Tilkynnið breytingar á heimilisfangi í síma **564 4104** eða í netfang: *ragnh@icemed.is*

Við flutning til útlanda

Við flutning til útlanda fellur niður áskrift að Læknablaðinu sem greidd er með félagsgjöldum til LÍ. Læknar sem vilja halda áskrift að blaðinu þurfa að æskja þess sérstaklega. Áskriftargjald er kr. 6.000 án virðisaukaskatts og ber að greiða fyrirfram. Sími vegna áskriftar Læknablaðsins er **564 4104**; netfang: *ragnh@icemed.is*



DIOVAN (Novartis) HYLKI, HART; Hvert hylki, hart inniheldur: Valsartanum INN, 80 mg eða 160 mg. FILMUHÚÐUÐ TAFLA; Hver filmuhúðuð tafla inniheldur: Valsartanum INN, 80 mg eða 160 mg. Ábendingar: Háþrýstingur. Skammtar og lyfjagjöf: Skammtastærðir handa fullorðnum: Ráðlagður skammtur af Diovan er 80 mg einu sinni á dag. Hámarks áhrif á blóðþrýsting sjást eftir 4 vikna meðhöndlun. Hjá sumum sjúklingum þar sem blóðþrýstingi er ekki nægilega vel stjórnað má auka skammtinn í 160 mg. Einnig má gefa Diovan með öðrum blóðþrýstings-lækkandi lyfjum. Samtímis gjöf þvagræsilyfja, svo sem hýdróklórtíaziðs lækkar blóðþrýsting enn meira hjá þessum sjúklingum. Diovan má taka óháð máltíðum en á að taka með vökva. Sama skammt má nota jafnt hjá eldri sem yngri sjúklingum. Ekki þarf að aðlaga skammta sérstaklega fyrir sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun > 10 ml/mín). Hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta lifrarstarfsemi án gallteppu ætti skammtur af valsartani ekki að fara yfir 80 mg. Skammtastærðir handa börnum: Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi valsartans hjá börnum. Frábendingar: Ofnæmi fyrir einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. Alvarleg lifrarbilun, skorpulifur og gallteppa. Alvarlega skert nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun < 10 ml/mín.) og sjúklingar í blóðskilun. Varnaðarorð og varúðarreglur: Hækkun á kalíum í blóði: Samtímis gjöf kalíumuppbótar, kalíumsparandi þvagræsilyfja, saltuppbótar sem inniheldur kalíum eða lyfja sem geta aukið þéttni kalíums (heparín, o. fl.) ætti að nota með varúð og tíðum mælingum á kalíumgildum. Sjúklingar með alvarlega langvinna hjartabilun: Hjá sjúklingum þar sem starfsemi nýrna gæti byggt á virkni renín-angiótensín-aldósterón kerfisins (t.d. sjúklingar með alvarlega hjartabilun), hefur meðferð með ACE hemlum verið tengd þvagþurrð og/eða versnandi blóðnituraukningu og í einstaka tilfelli bráðri nýrnabilun. Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi við notkun valsartans hjá sjúklingum með alvarlega hjartabilun. Því er ekki hægt að útiloka að hömlun á renín-angiótensín-aldósterón kerfinu geti tengst skerðingu á nýrnastarfsemi. Natríumskortur og/eða minnkað blóðrúmmál: Hjá sjúklingum með alvarlegan natríumskort og/eða minnkað blóðrúmmál, eins og þeim sem fá stóra skammta af þvagræsilyfjum, geta í einstaka tilfellum komið fram einkenni um lágþrýsting eftir að valsartanmeðferð er hafin. Natríumskort og/eða minnkað blóðrúmmál á því að leiðrétta áður en meðferð er hafin með valsartan - t.d. með því að minnka skammt af þvagræsilyfjum. Nýrnaslagæðar-þrengsli (renal artery stenosis): Hjá sjúklingum með nýrnaslagæðarþrengsli báðum megin eða með þrengsli til annars nýrans, hefur ekki verið sýnt fram á öryggi valsartans. Hjá 12 sjúklingum með nýrnaháþrýsting auk nýrnaslagæðar-þrengsla öðrum megin orsakaði skammtíma gjöf valsartans ekki marktækri breytingu á blóðflæði nýrna, kreatíníni í sermi eða þvagefni í blóði. Samt sem áður er mælt með eftirliti til öryggis, þar sem önnur lyf sem hafa áhrif á renín-angiótensín-aldósterón kerfið geta aukið þvagefni í blóði og kreatíníni í sermi hjá sjúklingum með nýrnaslagæðarþrengsli öðrum megin. Nýrnaígræðsla: Engin reynsla er ennþá af öryggi notkunar valsartans til meðhöndlunar hjá sjúklingum sem nýlega hafa gengist undir nýrnaígræðslu. Aldósterónheilkenni: Ekki ætti að meðhöndla sjúklinga með aldósterónheilkenni með valsartani þar sem sjúkdómurinn hefur áhrif á renín-angiótensín kerfið. Osæðar- og míturlokuþrengsli, hjartavöðvakvilli með þrengingu (obstructive hypertrophic cardiomyopathy): Eins og með öll önnur æðavikkandi lyf, ætti að gæta varúðar hjá sjúklingum með ósæðar- eða míturlokuþrengsli eða hjartavöðvakvilla með þrengingu. Skert nýrnastarfsemi: Ekki er þörf á að aðlaga skammta hjá sjúklingum með skerta nýrna-starfsemi og kreatínín-úthreinsun > 10 ml/mín. Skert lifrarstarfsemi: Hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta lifrar-starfsemi án gallteppu ætti að nota valsartan með varúð. Skammtur af valsartani ætti ekki að fara yfir 80 mg. Milliverkanir: Engar lyfjahvarfamilliverkanir sem hafa klíniskt mikilvægi hafa komið fram við eftirfarandi lyf sem algengt er að séu notuð til þess að meðhöndla sjúklinga með háþrýsting: cimetidín, warfarín, fúrósemíð, dígoxín, atenólól, indómetacín, hýdróklórtíazíð, amlódipín og glíbenklamíð. Samtímis notkun kalíumuppbótar, kalíumsparandi þvagræsilyfja, saltuppbótar sem inniheldur kalíum eða annarra lyfja sem geta aukið kalíumþéttni (heparín o.s.fv.) ætti að nota með varúð og með tíðum mælingum á kalíum. Auka má áhrifin á háþrýsting með því að gefa önnur háþrýstingslyf. Tilkynnt hefur verið um afturkræfa aukningu á styrk litíums í sermi og eituráhrifum við samhliða notkun með ACE hemlum. Engin reynsla er af samhliða notkun valsartans og litíums. Því er ráðlagt að fylgjast með styrk litíums í sermi meðan það er notað samhliða. Meðganga og brjóstagjöf: Angiótensín II blokkar geta valdið fósturskaða sem svipar til áhrifa ACE hemla á fóstur. Tilkynnt hefur verið um fósturskaða og fósturlát þegar ACE hemlar eru gefnir á öðrum og síðasta þriðjungi meðgöngu. Eins og við á um önnur lyf sem hafa áhrif á renín-angiótensín-aldósterón kerfið, ætti ekki að nota Diovan á meðgöngu. Ef þungun verður á meðan á meðferð stendur skal hætta valsartanmeðferð eins fljótt og hægt er. Ekki er vitað hvort valsartan skilst út í brjóstamjólk. Valsartan fannst í mjólk hjá mjólkandi rottum. Konur með barn á brjósti eiga því ekki að taka Diovan. Akstur og stjórnun vinnuvéla: Engar rannsóknir hafa verið gerðar til þess að kanna áhrif lyfsins á hæfni til aksturs. Þegar verið er að aka bíl eða stjórna vinnuvél ætti að hafa í huga að stundum getur komið fram svimi og þreyta. Aukaverkanir: Samkvæmt niðurstöðum klíniskra rannsókna virðist tíðni aukaverkana ekki vera háð skammti eða meðferðarlengd. Tíðni aukaverkana virtist heldur ekki tengd kyni, aldri eða kynstofni. Algengar (>1%): Höfuðverkur, svimi, veirusýkingar, sýkingar í efri öndunarvegi, hósti, niðurgangur, þreyta, nefslímubólga, skútabólga (sinusitis), bakverkir, kviðverkir, ógleði, kokbólga (pharyngitis), liðverkir (arthralgia), hlutleysiskyrningafæð (neutropenia). Sjaldgæfar (0,1-1%): Liðbólga, þróttleysi, tárubólga, blóðnasir, þunglyndi, maga- og garnabólga, krampar í fótum, vöðvakrampar, vöðvaþrautir, taugahvot, svefnleysi og svimi. Eftir markaðsetningu hafa komið fram sjaldgæf tilfelli af ofsabjúg, útbrotum, kláða og öðrum ofnæmisviðbrögðum, þar með talið sermissótt og æðabólga, mjög sjaldgæf tilfelli af skertri nýrnastarfsemi; í sumum tilvikum var fyrirliggjandi nýrnaskerðing aukin tímabundið. Mjög fá tilfelli hafa verið af blæðingu og blóðflagnafæð. Niðurstöður rannsókna: Í einstaka tilvikum má setja valsartan í samband við lækkun á hemóglóbínþéttni og hematókrítgildum. Í klíniskum samanburðar-rannsóknum, voru 0,8% og 0,4% sjúklinga sem fengu valsartan með marktæka lækkun (> 20%) á hematókrítgildum og hemóglóbínþéttni, í þessari röð. Í samanburði kom fram lækkun í hematókrítgildum og hemóglóbínþéttni hjá um 0,1% sjúklinga sem fengu lyfleysu. Í klíniskum samanburðarrannsóknum kom fram marktæk aukning á kreatíníni í sermi, kalíum og heildarmagni bilirúbíns hjá 0,8%, 4,4% og 6% sjúklinga sem fengu valsartan á móti 1,6%, 6,4% og 12,9% sjúklinga sem fengu ACE hemla. Tilkynnt hefur verið um einstaka tilfelli af röskun á lifrarprófum hjá sjúklingum sem fengu valsartan. Pakkningar: Filmuhúðaðar töflur 80 mg: 28 stk. (þynnupakkað) 4.112 kr. (B); 98 stk. (þynnupakkað)11.998 kr (B). Filmuhúðaðar töflur 160 mg: 28 stk. (þynnupakkað) 4.809 kr (B); 98 stk. (þynnupakkað) 14.160 kr. (B). Hylki, hart 80 mg: 28 stk. (þynnupakkað) 4.112 kr. (B); 98 stk. (þynnupakkað) 11.997 kr (B). Hylki, hart 160 mg: 28 stk. (þynnupakkað) 4.809 kr. (B); 98 stk. (þynnupakkað) 14.160 kr. (B). Handhafi markaðsleyfis er Novartis Healthcare A/S. Innflytjandi: Thorarensen Lyf ehf. Diovan er lyfseðilsskylt.

Velur virkar verndar

Samkvæmt VAL-HeFT fækkaði sjúkrahúsinnlögnum hjartabilaðra sem fengu Diovan um 27,5%*



DIOVAN®
valsartan
Gegn háþrýstingi

NOVARTIS

MED RETTU RADI / BO • GRAFIK

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 mun fara fram í húsnæði Menntaskólans en veggspjaldasýning og sýning fyrirtækja í íþróttahús Ísfirðinga sem er steinsnar frá skólahúsnæðinu.

Frjáls erindaflutningur verður í minna mæli en verið hefur og stærri hluti vísindarannsókna kynntur með veggspjöldum. Að auki verða skipulögð fleiri málþing og gestafyrirlestrar. Boðið verður upp á tölvuskjávarpa (windows stýrikerfi) og skyggnuvél við flutning erinda.

Skilafrestur ágripa er **1. apríl** næstkomandi.

Frágangur ágripa verði eftirfarandi: Fyrst komi titill, nöfn höfunda (nafn flytjanda feitletrað) og vinnustaðir með tilvísun til höfunda. Í megintexta komi fram tilgangur rannsóknar, stutt lýsing á efniviði og aðferðum, helstu niðurstöður og ályktanir. Semja þarf sérstaklega um birtingu á töflum og myndum. Hámarkslengd ágrips er 1800 letureiningar með bili (characters with spaces). Ágrip skal senda í tölvupósti sem viðhengi til framkvæmdastjóra þingsins, Birnu Þórðardóttur, sjá netfang að neðan. Höfundar taki fram óski þeir að kynna niðurstöður sínar með veggspjaldi fremur en með munnlegu erindi.

Vísindanefnd Félags íslenskra lyflækna áskilur sér rétt til þess að hafna innsendum ágripum og eins að meta hvort kynnt verði með erindi eða veggspjaldi. Þau ágrip sem vísindanefnd Félags íslenskra lyflækna samþykkir verða birt í fylgiriti Læknablaðsins sem kemur út í byrjun júní.

Í þinglok verða veitt verðlaun fyrir erindi unglæknis, erindi læknanema og veggspjald.

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

Drög að dagskrá

Föstudagur 7. júní

13.20	**Þingsetning**
13.30-15.30	**Frjáls erindi** samhliða í tveimur sölum
15.30-16.00	*Kaffi & lyfjasýning*
16.00-16.50	**Gestafyrirlestur**
17.00-18.30	**Frjáls erindi**
17.00-18.30	**Klínískar perlur,** valin sjúkratilfelli
19.00	*Grillveisla*

Laugardagur 8. júní

09.00-10.30	**Málþing** Staða almennra lyflækninga á Íslandi
10.30-11.00	*Kaffi & lyfjasýning*
11.00-12.00	**Veggspjaldakynning,** höfundar viðstaddir
12.00-12.30	*Hádegisverður* (léttar veitingar á staðnum)
12.30-14.00	**Málþing í minningu Ásbjörns Sigfússonar læknis** Nýlegar uppgötvanir í klínískri ónæmisfræði
14.00-15.00	**Frjáls erindi** samhliða í tveimur sölum
15.00-15.30	*Kaffi & lyfjasýning*
15.30-16.20	**Frjáls erindi** samhliða í tveimur sölum
16.20-17.00	**Frjáls erindi**
16.20-17.00	**Klínískar leiðbeiningar**
17.10-18.00	**Gestafyrirlestur**
19.00	*Kvöldverður*

Sunnudagur

10.00-11.00	**Veggspjaldakynning,** umræða um valin veggspjöld
11.00-12.30	**Málþing** Náttúrulyf og fæðubótarefni. Er gagn að þessu?
12.30	**Afhending verðlauna**
	Þingslit

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

LINDEGAARD

Emergency Medicine Between Continents

Alþjóðlegt þing á vegum Félags íslenskra bráðalækna, Landspítala háskólasjúkrahúss og Læknadeildar Háskóla Íslands verður haldið í Háskólabíói dagana 9.-13. júní 2002.

Á þinginu verður fjallað meðal annars um bráð öndunarvandamál hjá börnum og fullorðnum og meðferð þeirra, fyrstu meðferð slasaðra, áverka á heila og mænu, lost, brjóstverki og hjartsláttartruflanir. Einnig verða fyrirlestrar um eiturefnafræði, sýkingar í börnum, heimilisofbeldi og misnotkun barna.

Verkleg kennsla verður meðal annars í meðferð áverka á hendur, úrlestri hjartalínurita og meðferð öndunarvegar.

Fyrirlesarar koma allir úr fremstu röð lækna bæði vestan hafs og austan.
Sjá nánari upplýsingar á heimasíðu: *http://www2.landspitali.is/congress/emergency2002/*

Verð fyrir íslenska sérfræðilækna er kr 39.000 fyrir allt þingið eða kr. 15.000 fyrir einstaka daga, fyrir unglækna og aðrar heilbrigðisstéttir kr. 29.000 allt þingið eða kr. 12.000 á dag og fyrir læknanema kr. 5.000 eða kr. 2.000 á dag.

Taka þarf fram í athugasemdum við skráningu hvort um er að ræða íslenska lækna eða aðra heilbrigðisstarfsmenn. Nánari upplýsingar veita **Brynjólfur Mogensen, Mary Palmer** og **Theodór Friðriksson**, slysa- og bráðasviði Landspítala Fossvogi, s. 543-1000, eða **Inga Sólnes**, Gestamóttökunni, s. 551-1730.

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 akstursháefni 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. magaóþægindi, 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.

Heilbrigðisþjónusta í dreifbýli

Framundan er röð námskeiða sem stuðla eiga að aukinni menntun heilbrigðisstarfsfólks í dreifbýli. Má þar nefna námskeið í áfallahjálp, mæðra- og ungbarnavernd, stjórnun, upplýsingatækni, lyf-, skurð- og slysalækningum, en áformað er að í boði verði tvö námskeið á önn. Fyrstu tvö námskeiðin verða nú á vormisseri, þau eru:

Myndgreining í umsjón Halldórs Benediktssonar, yfirlæknis á myndgreiningardeild FSA. Fjallað verður um töku, framköllun og greiningu röntgenmynda. Námskeiðið verður haldið í húsnæði HA á Sólborg 15. mars kl. 9:30-17:30 og á FSA 16. mars kl. 9:00-12:30.

Bráðameðferð barna í umsjón Björns Gunnarssonar, barnalæknis á FSA. Fjallað verður um þjálfun starfsfólks heilsugæslu í meðferð bráðveikra barna. Áhersla verður lögð á skjóta greiningu og fyrstu meðferð algengra vandamála eins og andnauð, lost, eitranir, áverka og krampa. Námskeiðið verður haldið á Akureyri dagana 19. og 20. apríl.

Upplýsingar og skráning er á skrifstofu RHA í síma 463 0570, netfang *rha@unak.is*, fax 463 0997 og á heimasíðu HA *www.unak.is* (símenntun) þar sem nákvæm dagskrá námskeiðanna kemur fram. Ferðaskrifstofa Akureyrar, sími 4600 600, hefur milligöngu um gistingu fyrir þá sem þess óska.

Ársþing Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands

verður haldið á Grand Hótel í Reykjavík fimmtudaginn 18. og föstudaginn 19. apríl næstkomandi. Á fimmtudeginum verða flutt frjáls erindi og kynnt veggspjöld. Á föstudeginum verða aðalfundir Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands og rædd önnur mál tengd skurðlækningum og svæfingum.

Fyrri daginn verða frjáls erindi lækna. Síðdegis verður málþing þar sem fjallað verður um *umfang bráðaþjónustu á háskólaspítalanum*, hvernig málum er háttað í dag og hvernig henni verði best fyrir komið eftir sameininguna.

Síðari daginn halda frjáls erindi áfram en síðan verður málþing um *hvernig fá megi sem mest út úr því fjármagni sem lagt er í skurðgeirann*, hvernig heppilegast sé að blanda saman opinbera geiranum og hinum sem byggir meira á einkarekstri.

Nánari upplýsingar um þingið veita: **Helgi H. Sigurðsson**, Landspítala Fossvogi og **Sveinn Geir Einarsson**, St. Jósefsspítala Hafnarfirði.

Ritari þingsins er **Margrét Aðalsteinsdóttir** hjá Fræðslustofnun lækna, Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi, sími: 564 4100, bréfasími: 564 4106, netfang: *magga@icemed.is*

Novo Nordisk sjóðurinn auglýsir eftir umsóknum um rannsóknarstyrki sem Rannsóknaráð Norðurlanda veitir

Rannsóknaráð Norðurlanda veitir styrki til grunnrannsókna og klínískra rannsókna á sviði innkirtlafræði.

Styrkir eru ekki veittir til greiðslu ferðakostnaðar, prentkostnaðar eða launakostnaðar vegna vísindamanna er vinna að rannsókninni, ekki heldur til tækjakaupa ef framlag frá nefndinni þarf nauðsynlega að vera meira en DKK 50.000.

Árleg úthlutun úr sjóðnum fer fram í ágústlok 2002. Gert er ráð fyrir að um 12 milljónir danskra króna séu til úthlutunar.

Umsóknareyðublöð fást á heimasíðu sjóðsins
http://www.novonordiskfonden.dk
Einnig er hægt að fá umsóknareyðublöðin prentuð eða á disklingi (Word 2000) hjá skrifstofunni:

Novo Nordisk Fonden
Brogårdsvej 70
P.O. Box 71
DK-2820 Gentofte
Danmark

Sími: +45 44 43 90 31
Bréfasími: +45 44 43 90 98
Netfang: nnfond@novo.dk

Umsóknir skal senda á ofangreint póstfang. Til að umsókn teljist gild þarf hún að vera fullgerð og póststimpluð í síðasta lagi 30. apríl 2002. Bráðabirgðaumsóknir eða umsóknir sendar með bréfasíma eru ekki teknar til greina.

[1]BOMBARDIER C et al. NEJM 2000;343:1520-1528

[2]CANNON GW et al. Arthritis & Rheumatism 2000;43:978-987

VIOXX
MSD 990068, TÖFLUR M O1 A H
Virkt innihaldsefni: 12,5 mg eða 25 mg rofekoxíb. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Meðferð við einkennum af völdum slitgigtar. **Skammtar:** Ráðlagður upphafsskammtur er 12,5 mg einu sinni á dag. Hámarksskammtur á dag er 25 mg. Aldraðir: Gæta skal varúðar þegar dagskammturinn er aukinn úr 12,5 mg í 25 mg hjá öldruðum. Skert nýrnastarfsemi: Skammta þarf ekki að aðlaga hjá sjúklingum með kreatínín klerans 30-80 ml/mín. Skert lifrarstarfsemi: Sjúklingum með væga skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi 5-6) skal ekki gefa meira en minnsta ráðlagðan skammt, 12,5 mg einu sinni á dag. **Frábendingar:** Rófekoxíb er ekki ætlað: Sjúklingum sem hafa þekkt ofnæmi fyrir einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. Sjúklingum með virkan sársjúkdóm í meltingarvegi eða blæðingu í meltingarvegi. Sjúklingum með miðlungsalvarlega eða verulega skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi ≥ 7). Sjúklingum með áætlaðan kreatínín klerans < 30 ml/mín. Sjúklingum sem hafa haft einkenni astma, bólgu í nefslímhúð, sepa í nefslímhúð, ofsabjúg eða ofsakláða eftir inntöku acetýlsalicýlsýru eða annarra bólgueyðandi verkjalyfja. Til notkunar á síðasta þriðjungi meðgöngu eða meðan á brjóstagjöf stendur. Sjúklingum með bólgusjúkdóm í þörmum. Sjúklingum með langt gengna hjartabilun. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Þegar blóðflæði um nýru er minnkað getur rófekoxíb dregið úr myndun prostaglandína og með því minnkað blóðflæði um nýru enn meira og þannig valdið skerðingu á nýrnastarfsemi. Þeir sem eru í mestri hættu m.t.t. þessa eru sjúklingar sem hafa verulega skerta nýrnastarfsemi fyrir, hjartabilun sem líkaminn hefur ekki náð að bæta upp, og sjúklingar með skorpulifur. Hafa skal eftirlit með nýrnastarfsemi slíkra sjúklinga. Gæta skal varúðar þegar meðferð er hafin hjá sjúklingum með verulegan vökvaskort. Ráðlegt er að bæta slíkan vökvaskort upp áður en meðferð með rófekoxíbi er hafin. Eins og á við um önnur lyf sem koma í veg fyrir myndun prostaglandína, hafa vökvasöfnun og bjúgur átt sér stað hjá sjúklingum á rófekoxíb meðferð. Þar sem meðferð með rófekoxíbi getur leitt til vökvasöfnunar skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem hafa fengið hjartabilun, truflanir á starfsemi vinstri slegils eða háan blóðþrýsting og einnig hjá sjúklingum sem hafa bjúg fyrir, af einhverjum öðrum orsökum. Eftirlit skal haft með öldruðum og sjúklingum með truflanir á nýrna-, lifrar-, eða hjartastarfsemi, þegar þeir eru á rófekoxíb meðferð. Í klínískum rannsóknum fengu sumir slitgigtarsjúklinganna sem voru á rófekoxíbi meðferð rof, sár eða blæðingar í meltingarveg. Sjúklingar sem áður höfðu fengið rof, sár eða blæðingar og sjúklingar sem voru eldri en 65 ára virtust vera í meiri hættu á að fá fyrrnefndar aukaverkanir. Þegar skammturinn fer yfir 25 mg á dag, eykst hættan á einkennum frá meltingarvegi, sem og hættan á 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 verkjalyfjasamhliða rófekoxíbi gæti einnig dregið úr blóðþrýstingslækkandi verkun beta-blokka og þvagræsilyfja sem og annarra verkana þvagræsilyfja. Forðast skal samhliða gjöf stærri skammta af acetýlsalicýlsýru eða bólgueyðandi verkjalyfja og rófekoxíbs. Samhliða gjöf cýklósporíns eða takrólímus og bólgueyðandi verkjalyfja getur aukið eiturverkanir cýklósporíns eða takrólímus á nýru. Eftirlit skal hafa með nýrnastarfsemi þegar rófekoxíb er gefið samhliða öðru hvoru þessara lyfja. Áhrif rófekoxíbs á lyfjahvörf annarra lyfja: Blóðþéttni litíums getur aukist af völdum bólgueyðandi verkjalyfja Hafa ber í huga þörf fyrir viðeigandi eftirlit með eiturverkunum tengdum metótrexati þegar rófekoxíb er gefið samhliða metótrexati. Engar milliverkanir við digoxín hafa komið fram. Gæta skal varúðar þegar rófekoxíb er gefið samhliða lyfjum sem umbrotna fyrst og fremst fyrir tilstilli CYP1A2 (t.d. teófýllíni, amitryptilíni, tacríni og zileútoni).Gæta skal varúðar þegar lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4 er ávísað samhliða rófekoxíbi.Í rannsóknum á milliverkunum lyfja, hafði rófekoxíb ekki klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf prednisóns/prednisólons eða getnaðarvarnartaflna (etinýlöstradíóls/norethindróns 35/1). Áhrif annarra lyfja á lyfjahvörf rófekoxíbs: Þegar öflugir cýtókróm P450 innleiðarar eru ekki til staðar, er CYP-hvatt umbrot ekki meginumbrotsleið rófekoxíbs. Engu að síður olli samhliða gjöf rófekoxíbs og rífampíns, sem er öflugur innleiðari CYP ensíma, u.þ.b. 50% lækkun á blóðþéttni rófekoxíbs. Því skal íhuga að gefa 25 mg skammt af rófekoxíbi þegar það er gefið samhliða lyfjum sem eru öflugir innleiðarar umbrots í lifur. Gjöf ketókónazóls (öflugur CYP3A4 hemill) hafði ekki áhrif á lyfjahvörf rófekoxíbs í blóði. Címetidín og sýruhamlandi lyf hafa ekki klínískt þýðingarmikil áhrif á lyfjahvörf rófekoxíbs. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun rófekoxíbs, sem og allra annarra lyfja sem hamla COX-2, er ekki ráðlögð hjá konum sem eru að reyna að verða þungaðar. Rófekoxíb á ekki að nota á síðasta þriðjungi meðgöngu þar sem það gæti, eins og önnur lyf sem hamla myndun prostaglandína, dregið úr samdrætti legs í fæðingu og valdið ótímabærri lokun á slagæðarás. Notkun rófekoxíbs hefur ekki verið rannsökuð hjá þunguðum konum í fullnægjandi samanburðarrannsóknum og skal því ekki nota lyfið á fyrstu tveimur þriðjungum meðgöngu nema væntanlegt gagn af meðferðinni réttlæti mögulega áhættu fyrir fóstrið. Ekki er vitað hvort rófekoxíb skilst út í brjóstamjólk, en það skilst út í mjólk tilraunadýra. Konur sem eru á rófekoxíb meðferð ættu ekki að hafa börn á brjósti. **Aukaverkanir:** ftirfarandi 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, óþægindi í efri hluta kviðar, niðurgangur, ógleði, meltingartruflanir. Taugakerfi: Höfuðverkur. Húð: Kláði. Sjaldgæfar (0,1-1 %): Almennar: Þreyta/máttleysi, uppþemba, brjóstverkur. Meltingarfæri: Hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, nábítur. Augu, eyru, nef og kok: Eyrnasuð. Efnaskipti og næring: Þyngdaraukning. Stoðkerfi: Sinadráttur. Taugakerfi: Svefnleysi, svefnhöfgi, svimi.Geðræn einkenni: Geðdeyfð, minnkuð andleg skerpa. Öndunarfæri: Andþyngsli. Húð: Útbrot, atópískt eksem. Að auki hafa væg ofnæmisviðbrögð verið skráð í sjaldgæfum tilvikum í klínískum rannsóknum.Aukaverkanir voru svipaðar hjá sjúklingum sem fengu rófekoxíb í eitt ár eða lengur. **Breytingar á niðurstöðum blóð- og þvagrannsókna: Algengar (>1 %):** Hækkun á ALAT, lækkun á hematókrít, hækkun á ASAT. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** hækkun á þvagefni, lækkun á hemóglóbíni, hækkun á kreatíníni, Hækkun á alkalískum fosfatasa, prótein í þvagi, fækkun rauðra og hvítra blóðkorna. Eftirtaldar alvarlegar aukaverkanir hafa verið skráðar í tengslum við notkun bólgueyðandi verkjalyfja og ekki er hægt að útiloka þær í tengslum við rófekoxíb: Eiturverkanir á nýru, þ.á m. millivefs nýrnabólga nýrungaheilkenni (nephrotic syndrome) og nýrnabilun; eiturverkanir á lifur, þ.á m. lifrarbilun og lifrarbólga; eiturverkanir á meltingarfæri, þ.á m. rof, sár og blæðingar; eiturverkanir vegna of mikils blóðrúmmáls, þ.á m. hjartabilun og bilun í vinstri slegli; aukaverkanir á húð og slímhúðir og alvarleg viðbrögð í húð. Eins og á við um bólgueyðandi verkjalyf geta alvarlegri ofnæmisviðbrögð átt sér stað þ.á m. bráðaofnæmi án þess að viðkomandi hafi áður fengið rófekoxíb.**Pakkningar og verð (janúar, 2002):** Töflur 12,5 mg og 25 mg: 14 stk. 3410 kr. 28 stk. 6019 kr. 98 stk. 18646 kr **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda, **Greiðsluþátttaka:** E. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Hefur góð verkjameðferð í för með sér aukna hættu á magasári? Nei!



- VIOXX® hefur reynst framúrskarandi öruggt í meltingarvegi samaborið við önnur NSAID lyf[1]
- Ein VIOXX® tafla á dag gefur sömu verkjastillingu og hámarksskammtur af díklófenaki (50 mg x 3)[2]
- VIOXX® nýtist breiðum hópi sjúklinga með slitgigt

EIN Á DAG

VIOXX® (RÓFECOXÍB, MSD)

Sértækt, Einfalt... Áhrifaríkt

50-60% staða við Heilbrigðisstofnun Siglufjarðar

Laus er staða afleysingalæknis við Heilbrigðisstofnun Siglufjarðar. Vinnutími eftir samkomulagi.

Upplýsingar gefur Andrés Magnússon yfirlæknir í síma 467-2100. Netfang: *andresm@hssiglo.is*

Heilbrigðisstofnunin Blönduósi

Laus staða læknis vegna afleysinga

Laus er til umsóknar staða læknis við stofnunina. Um er að ræða afleysingastöðu til sex mánaða. Einnig vantar lækna til sumarafleysinga.

Nánari upplýsingar veitir Ómar Ragnarsson yfirlæknir í síma 455 4100 og 899 0842. Netfang: *omar@hgblonduos.is*

Heilbrigðisstofnunin Blönduósi
Flúðabakka 2

REYKJALUNDUR

Deildarlæknir

Laus er til umsóknar staða deildarlæknis á Reykjalundi. Staðan getur verið laus frá 1. apríl. Umsækjandi þarf að geta hafið störf í síðasta lagi 1. september 2002. Reykjalundur er Endurhæfingarmiðstöð SÍBS. Starfseminni er skipt niður á níu svið. Þau eru hjarta-, lungna-, miðtaugakerfis, geð-, gigtar-, verkja-, hæfingar- og næringarsvið og svið atvinnulegrar endurhæfingar.

Á Reykjalundi starfa sérfræðingar í endurhæfingarlækningum, gigtlækningum, geðlækningum, lyflækningum, taugasjúkdómalækningum, lungnalækningum og heimilislækningum. Mjög góð þjálfunar- og vinnuaðstaða. Rannsóknarstofur í lífeðlisfræði hjarta og lungna- og blóðmeinafræði.

Staðan getur nýst vel þeim sem hyggur á sérnám í endurhæfingarlækningum, íþróttalækningum, geðlækningum, gigtsjúkdómalækningum, hjartalækningum, lungnalækningum og heimilislækningum.

Nánari upplýsingar veitir Hjördís Jónsdóttir lækningaforstjóri í síma 566 6200 eða á netfangi: *hjordisj@reykjalundur.is*

Námsstaða læknis við Öldrunarrannsókn Hjartaverndar

Laus er til umsóknar sérstök 2ja ára námsstaða læknis við Hjartavernd. Staðan er 50% rannsóknarstaða og 50% starf við útskriftir þeirra sem koma í hina nýju rannsóknarstöð Hjartaverndar. Þetta er viðamikil rannsókn á hjarta og blóðrás, heilastarfsemi, vöðva- og beinheilsu og færni aldraða með fullkomnustu tækni sem völ er á í samvinnu við Heilbrigðisstofnun Bandaríkjanna. Rannsóknarverkefni eru því fjölmörg og geta tengst mjög mörgum fræðasviðum innan læknisfræði eftir áhuga umsækjanda, svo sem öldrunarlækningum, hjartalækningum, innkirtlafræði, myndgreiningu og fleiri sviðum. Hér er því um frábært tækifæri til framhaldsmenntunar að ræða.

Staðan er laus frá 1. maí 2002 eða eftir samkomulagi.

Nánari upplýsingar gefa Vilmundur Guðnason forstöðulæknir Hjartaverndar og læknarnir Pálmi V. Jónsson, Gunnar Sigurðsson og Guðmundur Þorgeirsson á Landspítala – háskólasjúkrahúsi.

Umsóknum skal skilað til Hjördísar Kroyer framkvæmdastjóra Hjartaverndar, Holtasmára 1, 201 Kópavogi fyrir 1. apríl n.k.

Gjafabréf Fosshótelanna

Hvert gjafabréf kostar kr. 5.000. Læknafélagið kaupir gjafabréfin af Fosshótelunum og geta læknar keypt þau á skrifstofu félagsins í Hlíðasmára. Í lok ársins 2002 er hægt að selja ónotuð gjafabréf til Fosshótelanna á sama verði og þau voru keypt.

Aukagjald greiðist í gestamóttöku
- Ekkert aukagjald er á Fosshótel Áningu og Fosshótel Bifröst.
- Kr. 3.000 í júlí og ágúst 2002 fyrir herbergi á Fosshótel Lind og Höfða, Reykavík, Fosshótel Laugum, Fosshótel Hallormsstað, Fosshótel Valaskjálf, Egilsstöðum, Fosshótel Reyðarfirði, Fosshótel Vatnajökli, Höfn, Fosshótel Ingólfi, Selfossi og Fosshótel Húsavík.
- Kr. 1.000 í janúar-júní 2002 og september-desember 2002 fyrir herbergi á Fosshótel Lind, Reykjavík.
- Kr. 2.200 fyrir aukarúm.

Fosshótel á Íslandi	Opið	Sími
Fosshótel Lind, Rauðarárstíg 18, 101 Reykjavík	allt árið	562 3350
Fosshótel Ingólfur, Ingólfshvoli, 801 Selfossi	allt árið	483 5222
Fosshótel Reyðarfjörður, 730 Reyðarfirði	allt árið	474 1600
Fosshótel Húsavík, Ketilsbraut 22, 640 Húsavík	allt árið	464 1220
Fosshótel Höfði, Skipholti 27, 105 Reykjavík	01.06. - 31.08.	552 6477
Fosshótel Vatnajökull, Lindarbakka, 781 Hornafirði	15.05. - 25.09.	478 2555
Fosshótel Valaskjálf, Skógarlöndum 3, 700 Egilsstöðum	20.05. - 25.08.	471 1000
Fosshótel Bifröst, 311 Borgarfirði	01.06. - 25.08.	433 3090
Fosshótel Áning, Skagfirðingsbraut 21, 550 Sauðárkróki	01.06. - 25.08.	453 6717
Fosshótel Hallormsstaður, 701 Hallormsstað	01.06. - 25.08.	471 1705
Fosshótel Laugar, 650 Laugum	01.06. - 23.08.	464 6300

Ráðlegt er að bóka með fyrirvara, sérstaklega í júlí og ágúst. Við pöntun verður að koma fram að greitt verði með gjafabréfi.

Fosshótel

Aðalskrifstofa – Skipholt 50C, 105 Reykjavík
Sími: 562 4000. Bréfasími: 562 4001. Netfang: *bokun@fosshotel.is*
Heimasíða: *www.fosshotel.is*

SCAN+ KORTIÐ

Scan+ kortið er víðtækasta afsláttarkort á Norðurlöndum og gildir á tæplega 300 hótelum í Noregi, Svíþjóð, Danmörku og Íslandi. Scan+ kortið veitir allt að 50% afslátt á norrænum hótelum og er gildistími þar frá maí til september og allar helgar allt árið um kring. Kortið kostar kr. 1000 fyrir árið og gildir fyrir 2 fullorðna og 2 börn. Þar við bætist að fimmta hver nótt er frí.
Scan+ kortið á Íslandi gildir allt árið og er veittur eftirfarandi afsláttur:
Reykjavík: september – maí: 25%; júní – ágúst: 10%
Landsbyggðin: sept – maí: 40%; júní: 25%; júlí og ágúst 10%
Gistingu skal staðgreiða á viðkomandi hóteli.

Þegar kortið er keypt fær fólk bækling þar sem öll hótel á Íslandi og Norðurlöndum sem taka þátt í Scan+ tilboðinu eru tilgreind ásamt stuttri lýsingu, mynd og upplýsingum um verð.

Heimasíður og netföng

Læknafélag Íslands: **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**
Félag íslenskra landsbyggðarlækna:
www.icemed.is/felog_laekna/fill.htm
Félag sérfræðinga í meltingarsjúkdómum:
www.gastro.is
FÍLÍB: **p.matthiasson@iop.kcl.ac.uk**
FÍLÍN: **www.vefur.is/filin • pjul@haukeland.no**
FÍLÍS: **www.filis.nu**
gudjon.kristjansson@medsci.uu.se
Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið: **www.stjr.is/htr**
Landlæknisembættið: **www.landlaeknir.is**
Tryggingastofnun ríkisins: **www.tr.is**
Lyfjaeftirlit ríkisins: **www.ler.is**
Lyfjastofnun: **www.lyfjastofnun.is**
Nordiska hälsovårdshögskolan: **www.nhv.se**
Klínísk eðlisfræði, æðarannsóknir: **www.hi.is/~lpa**
Krabbameinsfélag Íslands: **www.krabb.is**
Landspítali: **www.landspitali.is**
Barnaspítali Hringsins: **www.landspitali.is/hringur**
Orðabanki Íslenskrar málstöðvar: **www.ismal.hi.is/ob**
Ráðstefnur á netinu: **www.docguide.com**
Golfklúbbur lækna: **www.come.to/doctorgolf**
Medscape – vefrit um læknisfræði: **www.medscape.com**
Norsk upplýsingasíða fyrir lækna: **www.legeforeningen.no**
Ugeskrift for læger: **www.dadl.dk**
Tidskrift for Den norske lægeforening:
www.tidsskriftet.no
tidsskriftet@legeforeningen.no
Läkartidningen: **www.ronden.se/lt**
redaktionen@lakartidningen.se

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. ágúst 2000**	42
Sérfræðieining fyrir klíníska greinar sem sömdu 1998	**frá 1. janúar 2002**	194

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2001	221.743
A liður 2	frá 1. janúar 2001	194.021
B liður	frá 1. janúar 2002	326.432
E liður 1-6	frá 1. janúar 2002	252
E liður 7	frá 1. janúar 2001	505

Skólaskoðun í framhaldsskólum
Miðað við fyrri forsendur 222

Kílómetragjald frá 1. október 2001

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

Dagpeningar frá 1. október 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

	Gisting	Annað	SDR 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

Hef opnað lækningastofu

að Lágmúla 5, 108 Reykjavík.

Tímapantanir daglega frá kl. 9-17
í síma 533 3131.

Kristján Óskarsson
barnaskurðlæknir

EXIMER LASER FOR SALE
NIDEK, model EC 5000, long working distance.
Installed 1997. Excellent condition, very good offer that can be discussed.
Contact Willy Pettersen MD, Pilestredet 15, 0164 Oslo, Norway.
Phone + 47 23 27 50, Fax: +47 23 29 51, e-mail: marianne.hesle @argus-syn.no.

Ráðstefnur og fundir

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

10.-13. apríl
Í Juan Les Pins á frönsku rívíerunni. 43rd annual and 2nd Mediterranean Meeting of the Scandinavian College of Neuro-Psychopharmacology. Heimasíða: *www.scnp-nordic.org*

30. apríl-3. maí
Í Melbourne í Ástralíu. 5thWonca World Conference on Rural Health. Netfang: *ruralhealth@meetingplanners.com.au* Heimasíða: *www.ruralhealth2002.net* og *www.ruralhealth2002.net*

4.-5. maí
Í Chicago. Wilson´s Disease 2002 Annual Meeting. Netfang: *hasellner@worldnet.att.net.*

10.-14. maí
Í Lissabon. IOF World Congress on Osteoporosis. Netfang: *info@ioflyon.org*

19.-22. maí
Í San Francisco. DDW Digestive Disease Week. Netfang: *ddw@slackinc.com*

20. maí – 1. júní
Í Freiburg, Þýskalandi. Falk Symposium: XVII International Bile Acid Meeting. Netfang: *symposia@falkfoundation.de*

22.-23. maí
Í San Francisco. Gastrointestinal Endoscopy and Cancer Management. Netfang: *asge@shore.net*

22.-24. maí
Í Reykjavík. The Scandinavian Transplantation Society XXI Congress. Nánari upplýsingar hjá Congress Reykjavík, netfang: *congress@congress.is*

25.-28. maí
Í Árósum. 16. Nordiske Kongres I Gerontologi. Netfang: *aarhus-convention@aar-conv.dk*

29. maí-1. júní
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: *ongress@congress.is* Heimasíða: *www.neurocongress.hi.is*

30. maí – 1. júní
Í Árósum. XXXIV Nordic Meeting of Gastroenterology. Heimasíða: *www.nordicgastro2002.com*

3.-7. júní
í Reykjavík. 16th congress of the ESRS. Nánari upplýsingar hjá Björk Bjarkadóttur, netfang: *bjorkb@icelandtravel.is*

6.- 9. júní
Í Fjölbrautaskólanum í Garðabæ. Námskeið í dáleiðslu á vegum Dáleiðslufélags Íslands. Kennari verður dr. Micahel D. Yapko klínískur sálfræðingur frá San Diego. Ítarlegri dagskrá auglýst síðar. Heimasíða: *www.yapko.com*

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

9.-13. júní
Í Reykjavík. Emergency Medicine Between Continents. Nánari upplýsingar er að finna á vef Landspítala háskólasjúkrahúss: *www.landspitali.is*

9.-13. júní
Í London. Wonca Region Europe ESGP/FM – Regional Conference 2002 Efni: Promoting excellence in family medicine. Netfang: *jaustin@rcgp.org.uk* Heimasíða: *www.rcgp.org.uk*

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

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

22.-29. júní
Við Balatonvatn í Ungverjalandi. Íþróttakeppni heilbrigðisstétta. Heimasíða: *www.medigames.com*

30. júní-5. júlí
í Ósló. The 18th UICC Cancer Congress, haldin í fyrsta sinn á Norðurlöndunum. Heimasíða: *www.oslo.2002.org.* Blaðafulltrúi ráðstefnunnar: Eivinn Ueland, netfang: *ueland@oslo2002.org*

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

10. – 13. ágúst 2002
Í Reykjavík. Molecular Medicine 2002. Tuttugasta og áttunda norræna þingið í meinefnafræði og 35. norræna þingið um storkufræði fara fram samtímis í Borgarleikhúsinu og Háskólanum í Reykjavík. Haldin á ensku á vegum Félags um lækningarannsóknir. Nánari upplýsingar á heimasíðu: *www2.landspitali.is/mm2002* innan Landspítala og *www.landspitali.is/mm2002* utan spítalans. Ráðstefnur og fundir eru umboðsaðili, heimasíða *www.iii.is*

31. ágúst – 13. september
Í Edinborg. Tveggja vikna námskeið í: Healthcare for Older People. Haldið í níunda sinn, takmarkað pláss og mælt með því að væntanlegir þátttakendur láti skrá sig tímanlega.
Netfang: *c.gray@rcpe.ac.uk*
Heimasíða: *www.rcpe.ac.uk*
Sími: 44 (0) 131 225 7324.

4.-7. september
Í Þrándheimi. 12. norræna heimilislæknaþingið. Upplýsingar: *www.medisin. ntnu. no/ism/nordisk2002*

5.-8. september
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. Heimasíða: *www.humgen.umontreal.ca*
Sími: (514) 343-2142

11.-13. september
Í Barcelóna. 16. EPICOH ráðstefnan um faraldsfræði vinnuheilbrigðis (Epidemiology in Occupational Health) og 2nd Jack Pepys symposium um vinnutengdan asma og 3. alþjóðlega ráðstefnan um heilsu kvenna: Vinnu, krabbamein og frjósemisheilbrigði verða haldnar í Barcelóna á Spáni. Upplýsingar fást hjá: EPICOH 2002 Technical Secretariat. Netfang: *suport@suportserveis.com* Heimasíða: *www.suportserveis.com*

14.-18. september
Í Kaupmannahöfn. Á vegum World Federation for Medical Education. Global Standards in Medical Education For Better Health Care. Netfang: *wfme2002@ics.dk* Heimasíða: *www.sund.ku.dk/wfme*

26.–29. nóvember
Í Höfðaborg í Suður-Afríku. 4th International Workshop on Kangaroo Mother Care. Heimasíða: *www.uct.ac.za/depts/pgc*. Upplýsingar hjá: Ms Deborah McTeer, Conference Management Centre, Barnard Fuller Building, UCT Medical School, Anzio Road, Observatory 7925, Cape Town, South Africa. Sími: 27-21-406 6348; bréfasími: 27-21-448-6263. Netfang: *deborah@curie.uct.ac.za*

27.-29. nóvember
Í Gautaborg. Riksstämman 2002. Nánari upplýsingar hjá Eva Kenne í síma 08-440 88 87.

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*

Helse NSS HF
Nordland Sentralsykehus

Kirurgisk avdeling

Overlege kar/thorax

Ved kirurgisk avdeling (avd.ovl. Hans H. Wasmuth) er det ledig stilling for overlege kar/thorax hjemmel nr. 9 uls.id.nr. 929.

Kirurger med profilering innen endokrin/mammakirurgi er også av interesse.

Kirurgisk avdeling har 8 overordnede og 6 underordnede legestillinger, samt 8 turnusleger. Avdelingen har seksjoner for gastroenterologi, urologi og kar/thorax.

Sykehuset er lokalisert til sentrum av Bodø by.
Byen er trafikk-knutepunkt for landsdelen med fly og tog midt i byen.

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

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

Søknad sendes personalavdelingen, Nordland Sentralsykehus, N-8092 Bodø, **innen 20. mars 2002.** Innsendte papirer returneres ikke.

Sykehusets stillinger på internett: www.jobbnord.no

CICERO ev

Hver tafla inniheldur: Paroxetinum INN, klóríð, 22,88 mg, samsvarandi Paroxetinum INN 20 mg. **Ábendingar:** Þunglyndi, áráttu- og þráhyggjuröskun, felmturköst (ofsakvíði, panic disorders) og félagslegur ótti/félagsleg fælni. **Frábendingar:** Skert nýrna- og lifrarstarfsemi. **Varúð:** Óstöðug flogaveiki. Lækkaður krampaþröskuldur. **Milliverkanir:** Forðast skal samtímis notkun MAO-hemjara og skulu líða a.m.k. 14 dagar milli þess sem þessi lyf eru gefin. Aukin blæðingarhætta getur sést samtímis gjöf warfaríns og annarra kúmarínlyfja. Lyfið getur hindrað niðurbrot annarra lyfja svo sem neuroleptica af fentíazínflokki og lyfja við hjartsláttartruflun af flokki IC (flekaíníð) vegna áhrifa á cytochrom P450-kerfið í lifur. Kínidín getur hindrað niðurbrot paroxetíns. Paroxetín hefur áhrif á verkun cimetidíns, fenytóíns, móklóbemíðs, selegilíns auk þríhringlaga geðdeyfðarlyfja. **Meðganga og brjóstagjöf:** Takmörkuð reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum. Dýratilraunir hafa sýnt hærri dánartíðni hjá afkvæmum og ber því að forðast gjöf lyfsins á meðgöngutíma. Lyfið útskilst í brjóstamjólk í magni, sem gæti valdið lyfjaáhrifum hjá barninu. **Aukaverkanir:** Algengar (> 1%): Ógleði með eða án uppkasta (12%) og þreyta eru algengustu aukaverkanirnar. Truflun á sáðláti hefur sést hjá 9% karla. **Almennar:** Vanlíðan, svitaútsláttur, breytingar á þyngd, yfirlið og svimi. **Frá hjarta- og æðakerfi:** Hjartsláttur, lækkaður blóðþrýstingur í uppréttri stöðu. **Frá miðtaugakerfi:** Svefnleysi, æsingur, vöðvatitringur, órói, taugaveiklun. Skortur á einbeitingu og náladofi. Truflun á sáðláti og minnkuð kynhvöt hjá körlum. **Frá meltingarvegi:** Ógleði, uppköst, niðurgangur, munnþurrkur, lystarleysi og breytingar á bragðskyni. **Frá öndunarfærum:** Geispar. **Þvagfæri:** þvaglátatruflanir. Sjaldgæfar (0,1-1%): **Almennar:** Bjúgur og þorsti. **Miðtaugakerfi:** Tilfinningalegar truflanir. Mania. Minnkuð kynhvöt hjá konum. **Frá meltingarfærum:** Kyngingarörðugleikar. Sjúklingar gnísta tönnum, einkum í svefni. **Frá húð:** Kláði og útbrot. **Frá eyrum:** Suða fyrir eyrum. **Annað:** Vöðvaslappleiki. **Við félagslegum ótta/félagslegri fælni:** Mælt er með 20 mg skammt á dag sem má auka í allt að 50 mg háð svörun sjúklings. **Skammtastærðir handa fullorðnum: Við þunglyndi:** Venjulegur skammtur er 20 mg/dag. Þennan skammt má auka í 50 mg/dag eftir klínískri svörun sjúklings. Hjá öldruðum má hugsanlega byrja með lægri skammta en ekki skal gefa öldruðum hærri skammt en 40 mg/dag. Meðferðarlengd a.m.k. 3 mánuðir. **Við áráttu og þráhyggjusýki:** Byrjunarskammtur er 20 mg/dag venjulegur viðhaldsskammtur er 40 mg/dag og hámarkskammtur er 60 mg/dag. **Við felmturköstum:** Byrjunarskammtur er 10 mg/dag (hálf tafla), skammtinn má auka um 10 mg/dag á viku fresti. Venjulegur viðhaldsskammtur er 40 mg/dag og hámarksskammtur er 60 mg/dag. Mælt er með lágum upphafsskammti í felmtursröskunarmeðferð til að minnka hættu á versnun sjúkdómsins í byrjun meðferðar. **Við félagslegum ótta/félagslegri fælni:** Mælt er með 20 mg skammti á dag sem má auka í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. **Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum **Pakkningar og verð 01. jan 2001:** 20 stk. 3516,- 60 stk. 9.143,- 100 stk. 14.169,- kr. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðslufyrirkomulag: B **15.10. 2001 (a)**

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

ÞUNGLYNDI ER SJALDNAST EITT Á FERÐ



Seroxat® paroxetin

ÞEGAR MEÐHÖNDLA SKAL ÞUNGLYNDI OG FYLGIFISKA ÞESS

gsk GlaxoSmithKline

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