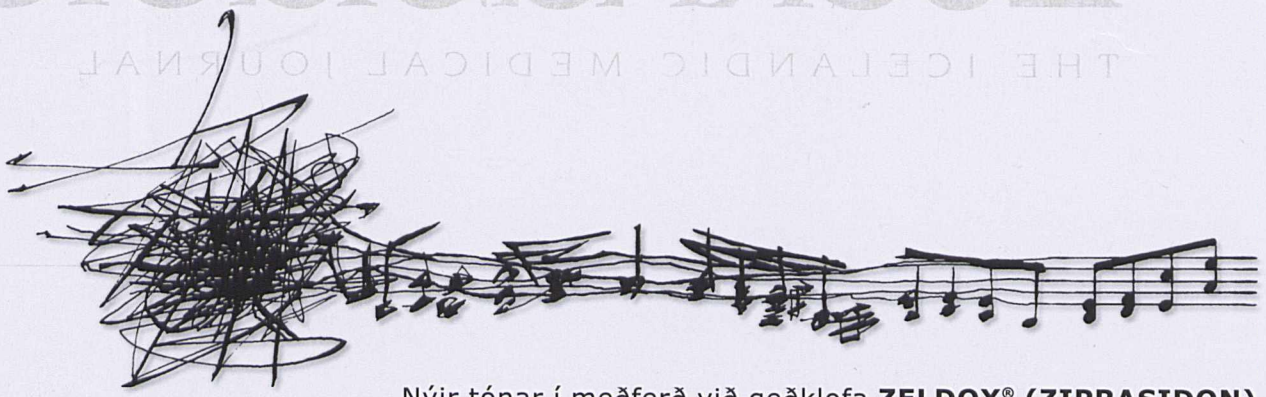Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



4/2002

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



Nýir tónar í meðferð við geðklofa **ZELDOX® (ZIPRASIDON)**

Zeldox
Pfizer ApS
Hylki, HART: N 05AE 04 Hvert hylki inniheldur: Zíprasídon 20 mg, 40 mg, 60 mg eða 80 mg. Laktósu. **Stungulyfsstofn og leysir, lausn;** N 05AE 04 1 ml inniheldur: Zíprasídon 20 mg, súlfóbútýl eter beta-cýklódextrín natríum 294,33 mg. *Leysir:* Vatn í stungulyf. **Ábendingar:** Zeldox hylki til meðferðar á geðklofa. Zeldox stungulyfsstofn og leysir, lausn er ætlað til meðferðar á bráðum æsingi geðklofasjúklinga, í mesta lagi í 3 daga í röð þegar meðferð til inntöku hentar ekki. Hætta skal meðferð með Zeldox stungulyfsstofni og leysi, lausn og breyta yfir í gjöf til inntöku um leið og klínískt ástand leyfir. Sjá milliverkanir og sérstaka varúð varðandi mögulega lengingu á QT-bili. **Skömmtun: Fullorðnir:** Zeldox hylki: Ráðlagður skammtur, við bráða meðferð, er 40 mg tvisvar sinnum á sólarhring. Lyfið á að taka með mat. Skömmtum má síðan breyta, háð klínísku ástandi einstaklingsins, að hámarksskammti sem er 80 mg tvisvar sinnum á sólarhring. Ef þurfa þykir má auka skammta þannig að ráðlagður hámarksskammtur náist á þriðja degi meðferðar. Sjúklingar í viðhaldsmeðferð eiga að fá minnsta virkan skammt. Zeldox i.m.: Til notkunar í vöðva þegar meðferð til inntöku er ekki talin henta. Ráðlagður skammtur er 10 mg gefið eftir þörfum að hámarksskammti sem er 40 mg á dag. 10 mg skammta má gefa á 2 klukkustunda fresti. Sumir sjúklingar gætu þurft 20 mg upphafsskammt sem má fylgja eftir með 10 mg til viðbótar eftir 4 klukkustundir. Eftir það má gefa 10 mg skammta á tveggja klukkustunda fresti að hámarks dagskammti sem er 40 mg. Gjöf zíprasídons í vöðva lengur en 3 daga í röð hefur ekki verið rannsökuð. Ef þörf er á langtíma meðferð ætti að skipta yfir á zíprasídon hýdróklóríð hylki til inntöku, allt að 80 mg tvisvar sinnum á sólarhring, eins fljótt og mögulegt er. **Aldraðir:** Zeldox hylki: Hjá 65 ára og eldri þarf hugsanlega að minnka upphafsskammt en það fer eftir klínísku ástandi. Zeldox i.m.: Klínísk reynsla af i.m. meðferð hjá öldruðum (> 65 ára) er takmörkuð. Ekki er mælt með meðferð með stungulyfinu hjá þessum sjúklingahópi. **Börn:** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Skert lifrarstarfsemi:** Hugleiða þarf minni skammta. Skert nýrnastarfsemi: Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtun hylkja en stungulyf til notkunar í vöðva á að nota með varúð. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir zíprasídoni eða einhverju hjálparefnanna. Þekkt lenging á QT-bili. Meðfætt langt QT heilkenni. Nýafstaðin bráð kransæðastífla. Ómeðhöndluð hjartabilun. Hjartsláttartruflanir sem eru meðhöndlaðar með lyfjum úr flokki IA og III við hjartsláttartruflunum. Samtímis meðferð með lyfjum sem lengja QT-bil svo sem lyf við hjartsláttartruflunum úr flokki IA og III, arsenictríoxíð, halófantrín, levómetadýl acetat, mesóridasín, tíróídasín, pímósíð, sparfloxacín, gatifloxacín, moxifloxasín, dólasetrón mesýlat, meflókín, sertindól eða cisapríð. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur:** Til að sannkenna þá sjúklinga sem zíprasídón meðferð er ekki ráðlögð hjá þarf læknisskoðun, fyrri lyfjasaga og mat á fjölskyldusögu að liggja fyrir. Zíprasídon veldur lítilli eða í meðallagi mikilli skammtaháðri lengingu á QT-bili (sjá frábendingar og milliverkanir). Zíprasídon á því ekki að gefa samtímis öðrum lyfjum sem vitað er að lengja QT-bil. Gæta þarf varúðar hjá sjúklingum með verulega hægan hjartslátt. Truflun á saltajafnvægi t.d. blóðkalíumlækkun og blóðmagnesíumlækkun eykur líkurnar á hættulegum hjartsláttartruflunum og þarf því að leiðrétta áður en meðferð með zíprasídoni hefst. Áður en meðferð sjúklinga með hjartasjúkdóma sem hafa náð jafnvægi hefst þarf að meta þörf fyrir hjartalínurit. Ef QTc-bil er >500 msek. er mælt með að hætta meðferð. Öryggi og verkun zíprasídons hjá börnum og unglingum hefur ekki verið staðfest. Ekki hefur verið greint frá illkynja sefunarheilkenni (NMS) hjá sjúklingum sem fengu zíprasídon í klínískum rannsóknum. Við NMS ætti að hætta töku lyfsins. Ef einkenna um síðkomna hreyfitruflun verður vart, þarf að íhuga að minnka skammta eða hætta töku zíprasídons. Mælt er með því að gæta varúðar þegar sjúklingar með sögu um krampa eru meðhöndlaðir. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Nánar varðandi Zeldox i.m.: Sundl, hraðtaktur og réttstöðuþrýstingsfall er ekki óalgengt hjá sjúklingum eftir gjöf zíprasídons í vöðva. Greint hefur verið frá einstaka tilviki um háþrýsting. Gæta skal varúðar, sérstaklega hjá göngudeildarsjúklingum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið er ekki ætlað þunguðum konum eða konum með barn á brjósti. **Milliverkanir:** Samtímis meðferð með karbamasepíni getur lækkað plasmastyrk Zeldox um u.þ.b. 35%. Allar rannsóknir á milliverkunum hafa farið fram á Zeldox hylkjum. Sjá frábendingar. **Aukaverkanir:** Zeldox hylki hafa verið gefin meira en 5.500 einstaklingum. Algengasta aukaverkunin var slen. Aukaverkanir (1%): þróttleysi, höfuðverkur, hægðatregða, munnþurrkur, meltingartruflun, aukin munnvatnsmyndun, ógleði, uppköst, geðæsing, óeirð, sundl, truflað vöðvaspenna, utanstrýtueinkenni, ofstæling, skjálfti, brengluð sjón. Sum einkenni sem voru skráð sem aukaverkanir geta tengst einkennum undirliggjandi sjúkdóma. Zeldox til notkunar í vöðva hefur verið gefið meira en 1.000 einstaklingum. Algengustu aukaverkanir sem komu fram voru verkur á stungustað, ógleði, slen og sundl. Aukaverkanir (1%): þróttleysi, höfuðverkur, háþrýstingur, réttstöðuþrýstingsfall, niðurgangur, óeirð. **Ofskömmtun:** Ekkert sértækt mótefni er til fyrir zíprasídóni. **Pakkningar og verð, 1. mars 2002;** Zeldox hylki 40 mg 56 stk.: 18.096 kr., Zeldox hylki 60 mg 56 stk.: 22.542 kr., Zeldox hylki 80 mg 56 stk.: 26.174 kr. Zeldox stungulyfsstofn og leysir 20 mg/ml 1 stk.: 2.541 kr. Lyfið er lyfseðilsskylt. Stungulyf er S merkt. Greiðslufyrirkomulag: 0. **Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá. Umboðs-og dreifingaraðili: Pharmaco hf.**

Pfizer/Pharmaco hf. • Hörgatúni 2
212 Garðabæ • Sími 535 7000

4/2002

FRÆÐIGREINAR

275 Ritstjórnargreinar:
Læknar og lyf
Magnús Jóhannsson

277 **Um vottorðagjöf lækna**
Sigurbjörn Sveinsson

281 **Nýgengi og greining meðfæddra hjartagalla á Íslandi 1990-1999**
Sigurður Sverrir Stephensen, Gunnlaugur Sigfússon, Herbert Eiríksson, Jón Þór Sverrisson, Bjarni Torfason, Ásgeir Haraldsson, Hróðmar Helgason
Þekking á nýgengi meðfæddra hjartagalla er mikilvæg vegna hættu á hjartaþelsbólgu hjá sjúklingum með hjartagalla og til að komast megi nær raunverulegum orsökum þeirra. Sambærileg rannsókn var gerð hérlendis á árunum 1990-1999 og eru þessar tvær rannsóknir bornar saman í greininni, auk samanburðar við sambærilegar erlendar rannsóknir.

289 **Aukaverkanir og milliverkanir náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna**
Ólöf Þórhallsdóttir, Kristín Ingólfsdóttir, Magnús Jóhannsson
Auka- og milliverkanir vegna náttúrulyfja virðast vera vanskráðar hérlendis að því er marka má þessa rannsókn. Markmið rannsóknarinnar var að kanna fjölda aukaverkana og að kanna viðhorf íslenskra lækna til náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna.

299 **Notkun blóðþynningarlyfja hjá sjúklingum með gáttatif á Íslandi**
Ingibjörg J. Guðmundsdóttir, Kristján Orri Helgason, Emil L. Sigurðsson, Davíð O. Arnar
Sjúklingar með gáttatif án lokusjúkdóms eru í aukinni hættu á að fá segarek en nokkrar rannsóknir á síðustu árum hafa sýnt að blóðþynning með warfaríni getur dregið úr hættunni. Sérstakir áhættuþættir eru: aldur yfir 65 ár, háþrýstingur, sykursýki, fyrri saga um heilaáfall auk stækkaðrar vinstri gáttar og skerts vinstri slegils.

304 **Klínískar leiðbeiningar um stigun á alvarleika höfuðáverka**
Frá Landlæknisembættinu

307 **Ársþing Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands 18. og 19. apríl 2002**

Dagskrá

Ágrip erinda og veggspjalda

Höfundaskrá

330 **Læknar og skipulag lyfjamála**
Magnús Jóhannsson

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

4. tbl. 88. árg. Apríl 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
vedis@icemed.is

Auglýsingastjóri og ritari:
Ragnheiður K. Thorarensen
ragnh@icemed.is

Blaðamennska/umbrot:
Þröstur Haraldsson
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 hf.,
Síðumúla 16-18, 108 Reykjavík

Pökkun:
Plastpökkun, Skemmuvegi 8,
200 Kópavogi.

ISSN: 0023-7213

ÞUNGLYNDI ER SJALDNAST EITT Á FERÐ



Seroxat® paroxetin

ÞEGAR MEÐHÖNDLA SKAL ÞUNGLYNDI OG FYLGIFISKA ÞESS

Hver tafla inniheldur: Paroxetinum INN, klóríð, 22,88 mg, samsvarandi Paroxetinum INN 20 mg. **Ábendingar:** Þunglyndi. Þráhyggju- og/eða árättusýki. Felmtursköst. Félagslegur ótti/félagsleg fælni. Almenn kvíðaröskun. Áfallastreituröskun. **Frábendingar:** Skert nýrna- og lifrarstarfsemi. **Varúð:** Óstöðug flogaveiki. Lækkaður krampaþröskuldur. **Milliverkanir:** Forðast skal samtímis notkun MAO-hemjara og skulu líða a.m.k. 14 dagar milli þess sem þessi lyf eru gefin. Aukin blæðingarhætta getur sést samtímis gjöf warfaríns og annarra kúmarínlyfja. Lyfið getur hindrað niðurbrot annarra lyfja svo sem neuroleptica af fentíazínflokki og lyfja við hjartsláttartruflun af flokki IC (flekaínið) vegna áhrifa á cytochrom P450-kerfið í lifur. Kínidín getur hindrað niðurbrot paroxetíns. Paroxetín hefur áhrif á verkun cimetidíns, fenytóíns, mókló̈bemíðs, selegilíns auk þríhringlaga geðdeyfðarlyfja. **Meðganga og brjóstagjöf:** Takmörkuð reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum. Dýratilraunir hafa sýnt hærri dánartíðni hjá afkvæmum og ber því að forðast gjöf lyfsins á meðgöngutíma. Lyfið útskilst í brjóstamjólk í magni, sem gæti valdið lyfjaáhrifum hjá barninu. **Aukaverkanir:** Algengar (> 1%): Ógleði með eða án uppkasta (12%) og þreyta eru algengustu aukaverkanirnar. Truflun á sáðláti hefur sést hjá 9% karla. **Almennar:** Vanlíðan, svitaútsláttur, breytingar á þyngd, yfirlið og svimi. **Frá hjarta- og æðakerfi:** Hjartsláttur, lækkaður blóðþrýstingur í uppréttri stöðu. **Frá miðtaugakerfi:** Svefnleysi, æsingur, vöðvatitringur, órói, taugaveiklun. Skortur á einbeitingu og náladofi. Truflun á sáðláti og minnkuð kynhvöt hjá körlum. **Frá meltingarvegi:** Ógleði, uppköst, niðurgangur, munnþurrkur, lystarleysi og breytingar á bragðskyni. **Frá öndunarfærum:** Geispar. **Þvagfæri:** þvaglátatruflanir. Sjaldgæfar (0,1-1%): **Almennar:** Bjúgur og þorsti. **Miðtaugakerfi:** Tilfinningalegar truflanir. Mania. Minnkuð kynhvöt hjá konum. **Frá meltingarfærum:** Kyngingarörðugleikar. Sjúklingar gnísta tönnum, einkum í svefni. **Frá húð:** Kláði og útbrot. **Frá eyrum:** Suða fyrir eyrum. **Annað:** Vöðvaslappleiki. **Við félagslegum ótta/félagslegri fælni:** Mælt er með 20 mg skammt á dag sem má auka í allt að 50 mg háð svörun sjúklings. **Skammtastærðir handa fullorðnum: Við þunglyndi:** Mælt er með 20 mg á dag sem upphafsskammti, sem má auka í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. Öldruðum skal ekki gefinn hærri skammtur en 40 mg á dag. **Við árättu og þráhyggjusýki:** Mælt er með 40 mg skammti á dag, en hefja skal meðferð með 20 mg á dag. Auka má skammt í allt að 60 mg á dag háð svörun sjúklings. **Við felmturköstum:** Mælt er með 40 mg skammti á dag, en hefja skal meðferð með 10 mg á dag. Auka má skammt í allt að 60 mg á dag háð svörun sjúklings. **Við félagslegum ótta/félagslegri fælni:** Mælt er með 20 mg skammti á dag, sem má auka í allt að 50 mg á dag háð svörun sjúklings. Skammtur er aukinn um 10 mg hverju sinni eftir þörfum. **Almenn kvíðaröskun:** Mælt er með 20 mg skammti á dag. Auka má skammtinn um 10 mg hverju sinni, hjá þeim sjúklingum sem svara ekki 20 mg skammti, að hámarki 50 mg/dag háð svörun sjúklings. **Áfallastreituröskun:** Mælt er með 20 mg skammti á dag. Auka má skammtinn um 10 mg hverju sinni, hjá þeim sjúklingum sem ekki svara 20 mg skammti, að hámarki 50 mg/dag háð svörun sjúklings.**Skammtastærðir handa börnum:** Lyfið er ekki ætlað börnum **Pakkningar og verð 01. 1. júlí 2001 :** 20 stk. 3.516,- 60 stk. 9.143,- 100stk. 14.169,-.kr.Afgreiðslutilhögun: R.
Greiðslufyrirkomulag: B. 15.10. 2001

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

336 **Af sjónarhóli stjórnar LÍ: Á að auglýsa allar stöður lækna?**
Jón Snædal

337 **Stjórnarskipti hjá Læknafélagi Reykjavíkur**
Ólfur Þór Ævarsson

341 **Læknalind í Kópavogi: Skiptir máli að þetta gangi upp**
Rætt við læknana Guðbjörn Björnsson og Sverri Jónsson

343 **Sjálfsagður réttur lækna að nýta lækningaleyfið**
Rætt við Sigurbjörn Sveinsson formann LÍ
Þröstur Haraldsson

344 **Tilboð á veiðileyfum í Hreðavatni**

Formannaráðstefna LÍ

346 **Almenn sátt ríkir um meðferð kærumála**
Rætt við Hauk Valdimarsson aðstoðarlandlækni um kæur vegna mistaka heilbrigðisstarfsmanna
Þröstur Haraldsson

348 **Minning: Fríða Guðmundsdóttir barnalæknir**
Ýr Sigurðardóttir

351 **Bráðalækningar eru sérgrein í sókn**
Sagt frá alþjóðlegri ráðstefnu um bráðalækningar sem haldin verður í Reykjavík í júní
Þröstur Haraldsson

353 **Íðorðasafn lækna 143. Meðgöngurof**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

355 **Faraldsfræði 17. Fylgni**
María Heimisdóttir

357 **Lyfjamál 103. Lyfjaupplýsingar og gagnreynd læknisfræði**

359 **Broshornið 25. Banani, baun og kubbur**
Bjarni Jónasson

361 **Námskeið um starfsframa og lýðheilsu**

364 **Námskeið/þing/styrkir**

369 **Lausar stöður**

371 **Okkar á milli**

373 **Minnisblaðið**

Sími Læknablaðsins er
564 4104

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



Ljósm.: Grímur Bjarnason

© Ólöf Nordal

Ólöf Nordal nam við Myndlistar- og handíðaskóla Íslands en stundaði svo framhaldsnám í Hollandi og í Bandaríkjunum þar sem hún lauk MFA-gráðu frá Yale-háskóla. Strax á sýningu Ólafar í Gerðubergi 1994, árið eftir að hún lauk námi, mátti sjá áhuga hennar á alþjóðlegum þemum og táknum, myndum sem á einn eða annan hátt tengjast sögnum okkar og sögu landsins. Á sýningu í Nýlistasafninu árið 1996 undirstrikaði hún þetta enn frekar og sýndi stórar höggmyndir af hvítum hröfnum og öðrum íslenskum frumbyggjum. Verkið **Corpus dulcis** sem myndin á forsíðu sýnir var á sýningu í Gallerí i8 í Reykjavík árið 1998. Verkið er mannslíkami steyptur í súkkulaði og var sýningargestum boðið að smakka á.

Með þessu tengir Ólöf saman ýmis þemu, sum alvarleg en önnur af léttari toga. Mannslíkaminn verður í verkinu að eins konar páskaeggi sem er etið upp á sýningunni en um leið kvikna hugmyndir um mannát, raunverulegt eða táknrænt, sem enn má greina ummerki um menningu okkar, til dæmis í altarisgöngunni sem auðvitað er líka nátengd páskahátíðinni. Verkið afhjúpar í raun ýmsar gloppur og þversagnir í afstöðu okkar til mannslíkamans. Í myndlist er líkaminn settur á stall en í veruleikanum höfum við oft skömm á honum og honum tengjast ýmiss konar hindurvitni og tabú, meðal annars við því að borða hann. Líkt og í öðrum verkum Ólafar er hér mikil áhersla á handbragð og formræna framsetningu en samt er það hugmyndin - eða samtenging hugmyndanna - sem dregur áhorfandann að. „Súkkulaðidrengurinn" virðist saklaust verk í fyrstu en leynir á sér; undir girnilegu yfirborðinu leynast hugmyndir og minningar sem hafa fylgt okkur aftan úr grárri forneskju og stýra enn tilfinningum okkar og viðbrögðum.

Jón Proppé



Flixonase

Fluticasone propionate 50 µg/sk

Flixonase er áhrifaríkt og hraðvirkt nefúðasteralyf gegn ofnæmisbólgum í nefi.

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

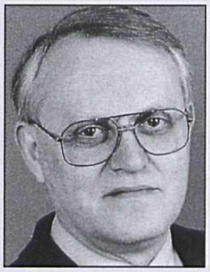


gsk GlaxoSmithKline
Þverholt 14 - sími 530 3700
www.gsk.is

Flixonase, GlaxoSmithKline
NEFÚÐALYF; RE 1 g inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 0,5 mg, Benzalkonii chloridum 0,2 mg, Phenethanolum 2,5 mg, hjálparefni og Aqua purificata q.s. ad1 g. Hver úðaskammtur inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 50 míkróg. **Eiginleikar:** Lyfið er vatnslausn af flútíkasóni til staðbundinnar meðferðar á ofnæmisbólgum í nefslímhúð. Lyfið er barksteri með kröftuga bólgueyðandi verkun en hefur 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.

Læknar og lyf



Magnús Jóhannsson

Læknar eru nær einráðir um það hvort lyf eru notuð í hverju sjúkdómstilviki fyrir sig og þá hvaða lyf eru notuð. Þessu fylgir mikil ábyrgð gagnvart sjúklingnum sem á rétt á góðri meðferð og samfélaginu sem þarf oft að greiða hluta kostnaðarins. Til þess að geta sinnt þessu hlutverki sem best er mikilvægt að læknar hafi mjög greiðan aðgang að vönduðum og hlutlausum upplýsingum um lyf. Slíkar upplýsingar veita lyfjaframleiðendur því miður ekki heldur eru þær oft villandi og stundum beinlínis rangar. Sem dæmi um þetta má nefna að Lyfjastofnun, en lyfjaauglýsingar heyra undir hana, bárust um 50 kvartanir vegna lyfjaauglýsinga eða kynninga á síðasta ári. Flestar þessara kvartana eru frá samkeppnisaðilum, sumar frá læknum og aðrar verða til innan Lyfjastofnunar við lestur auglýsinga. Í langflestum tilvikum leiðir athugun til þess að gerðar eru athugasemdir við viðkomandi auglýsingu, hún bönnuð eða auglýsanda jafnvel gert að senda frá sér leiðréttingu. Tekið skal fram að lyfjaframleiðendur eru mjög misheiðarlegir að þessu leyti. Upplýsingar frá lyfjaframleiðendum á öðru formi, til dæmis í fréttabréfum, bæklingum og á netinu eru ekki betri. Í allar þessar auglýsingar og kynningar er eytt ótrúlega miklum fjármunum og samkvæmt opinberum tölum er um að ræða um 20% af veltu fyrirtækjanna að meðaltali, en kunnugir segja að ef allt er talið sé þetta hlutfall mun hærra hjá sumum fyrirtækjum, eða á bilinu 30-40%. Opinberir aðilar, sem hér á landi eru einkum Lyfjastofnun og Landlæknisembættið, geta auðvitað seint keppt við þetta mikla fjármagn en eru af veikum mætti að stunda ýmiss konar upplýsingagjöf og leiðbeiningar til lækna.

Annars staðar hér í blaðinu er grein eftir undirritaðan þar sem sagt er frá stöðu lyfjamála í Evrópu og Lyfjastofnun Evrópu (EMEA). Á vefsíðum Lyfjastofnunar, Landlæknisembættisins og Lyfjastofnunar Evrópu eru ýmiss konar upplýsingar og fræðsla þar sem læknar geta fengið hlutlausar upplýsingar. Læknar geta einnig leitað til Lyfjastofnunar ef þá vantar upplýsingar um tiltekin lyf eða annað sem tengist lyfjanotkun. Á vegum landlæknis hefur á undanförnum árum verið unnið að klínískum leiðbeiningum sem er að finna á heimasíðu embættisins og fjalla að mestu um skynsamlega notkun lyfja. Þarna hefur verið unnið mjög gott starf sem á vonandi eftir að eflast á komandi árum. Margar af nágrannaþjóðum okkar eru komnar langt á þessari braut og má þar til dæmis nefna Danmörku þar sem hálfopinber stofnun hefur starfað í nokkur ár sem fæst við gerð leiðbeininga um skynsamlega lyfjanotkun (Institut for rationel farmakoterapi). Klínískar leiðbeiningar eru hugsaðar læknum til aðstoðar en takmarka jafnframt að vissu marki möguleika þeirra til að velja lyf. Þetta gildir einnig um opinberlega viðurkenndar ábendingar fyrir notkun lyfja sem meðal annars er að finna í Sérlyfjaskrá; ef læknir notar lyf á einhvern óviðurkenndan hátt, gerir hann það á eigin ábyrgð. Hér kemur einnig upp spurningin um hugsanlega ofnotkun og ranga notkun lyfja. Það liggur í loftinu að yfirvöld forgangsraði og er sú þróun reyndar löngu hafin og má nefna sem dæmi ákvörðun um að hætta greiðsluþátttöku tryggingakerfisins í sýklalyfjum og reglur um hvaða MS-sjúklingar fái greidda meðferð með interferóni og hverjir ekki. Búast má við að afskipti yfirvalda af lyfjaávísunum lækna aukist á næstu árum vegna stöðugt vaxandi fjölda nýrra og mjög dýrra lyfja. Við lyfjaávísanir verður líka að taka tillit til hlutdeildar sjúklinga í lyfjakostnaði sem er mjög há hér á landi; þessi hlutdeild hefur vaxið hratt á undanförnum árum og er nú um 33% fyrir lyf sem tryggingarnar taka þátt í að greiða og töluvert hærri ef miðað er við öll lyfseðilsskyld lyf.

Samskipti lækna og lyfjaframleiðenda eru stundum viðkvæm og lyfjafyrirtækin beita ýmsum aðferðum til að hafa áhrif á lyfjaávísanir lækna. Sumar þessara aðferða eru eðlileg auglýsingastarfsemi en aðrar ekki og ættu þekkt dæmi um það síðara að vera víti til varnaðar. Eitt nýjasta dæmið um óeðlilega og ólöglega viðskiptahætti er frá Þýskalandi þar sem verið er að undirbúa lögsókn gegn 1600 sjúkrahúslæknum fyrir að hafa þegið mútur frá ónefndum lyfjarisa gegn því að ávísa vissum lyfjum. Mútunar voru ferðalög og tölvubúnaður og fékk hver læknir gjafir að verðmæti allt að 2 milljónum íslenskra króna. Einnig er unnið að því að lögsækja þá 380 sölumenn fyrirtækisins í Þýskalandi sem stóðu fyrir mútugjöfunum. Verið er að rannsaka mál 500 þýskra lækna til viðbótar og svipuð hneykslismál eru í uppsiglingu í fleiri Evrópulöndum. Þessi dæmi ættu að vera lyfjaframleiðendum og læknum til umhugsunar.

Höfundur er prófessor, forstöðumaður Rannsóknastofu í lyfja- og eiturefnafræði og yfirlæknir hjá Lyfjastofnun.

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.

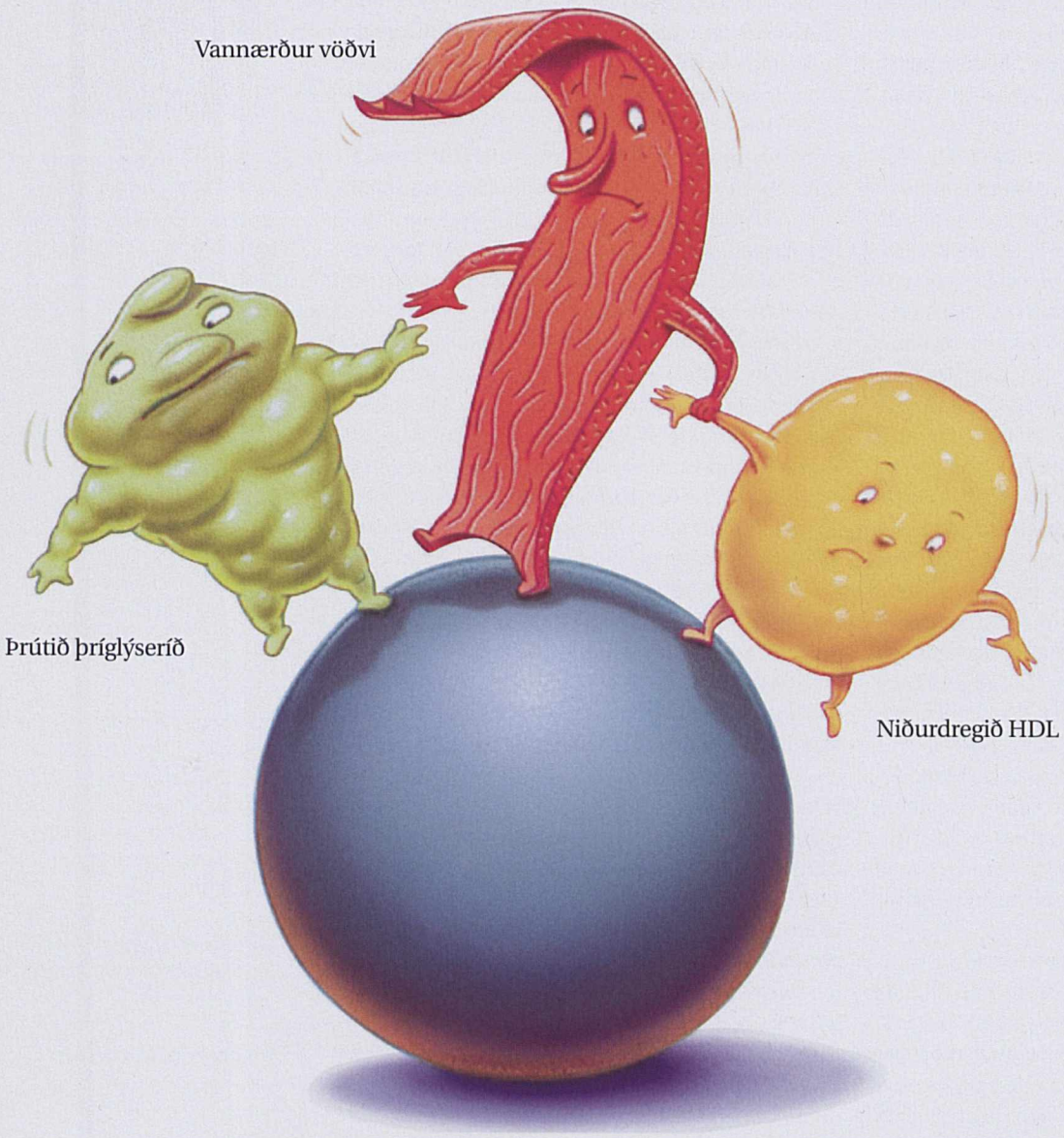
Sjá upplýsingar um frágang fræðilegra greina: http://www.icemed.is/laeknabladid

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 þyngdarauknigu 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

Um vottorðagjöf lækna



Sigurbjörn Sveinsson

Eins og mörgum er í fersku minni hafði stjórn Læknafélags Íslands sjálfsögð afskipti af máli trúnaðarlæknis Flugmálastjórnar, Þengils Oddssonar, er honum var vikið tímabundið úr starfi vegna vottorðs sem hann gaf út fyrir flugmann. Í bréfi sínu til samgönguráðherra segir stjórn LÍ:

„Stjórn Læknafélags Íslands hefur yfirfarið ágreining Þengils Oddssonar, fluglæknis og trúnaðarlæknis Flugmálastjórnar Íslands, annars vegar og Flugmálastjórnar/Samgönguráðuneytisins hins vegar um útgáfu heilbrigðisvottorðs atvinnuflugmanns samkvæmt heilbrigðisákvæðum um flugskírteini. Í hlut á læknir með óvenju fjölþætta starfsreynslu og farsælan feril í læknisstarfi.

Er það niðurstaða stjórnar Læknafélags Íslands að Þengill Oddsson hafi ekki brotið gegn þeim ítarlegu reglum sem uppfylla ber á vettvangi flugöryggismála. Samgönguráðherra hefur skipað nefnd sem skoða skal störf og viðbrögð læknisins vegna þessa ágreiningsmáls. Hafi nauðsyn borið til að stofna slíka rannsóknarnefnd hefði átt að fela henni það verkefni að skoða meðferð þessa máls í heild, – þar með talda stjórnsýslu samgönguráðuneytisins í málinu og annarra þeirra, sem aðild eiga að ágreiningnum eða komið hafa að málinu með einhverjum hætti. Óháð skoðun á öllum málavöxtum hefði það verið trúverðugri skipan mála en sú sem valin var.

Stjórn LÍ hvetur til að rannsökuð verði til hlítar sú óeðlilega og ósæmilega stjórnsýsla að segja lækninum upp störfum, þá er hann hafði sagt sig frá málinu vegna þess ágreinings, sem uppi var. Brottvikning úr starfi vóg að starfsheiðri læknisins, sem hefur sinnt starfi sínu af alúð og kostgæfni og farið í einu og öllu eftir alþjóðlegum vinnureglum, læknisfræðilegum staðreyndum og eigin sannfæringu."

Bæði mál Þengils og staða þeirra lækna sem skipaðir voru í áfrýjunarnefnd til að fara yfir niðurstöðu Þengils vekja ýmsar spurningar um hver réttarstaða lækna er við vottorðagjöf í þeim tilvikum þegar mörkin eru óljós milli faglegrar álitsgjafar annars vegar og stjórnsýsluákvarðana hins vegar. Siðfræðiráð Læknafélags Íslands undirbýr fræðilega umfjöllun um þetta sjónarhorn og er það vel. Heilsugæslulæknar hafa að undanförnu velt fyrir sér skyldum sínum til að láta af hendi vottorð, einkum vegna óska þriðja aðila eins og þeir vilja kalla það, til dæmis vegna tryggingа- og dómsmála, veitingu atvinnuleyfa og annarra leyfisveitinga hins opinbera og vegna fjarvista. Í bréfi lögfræðings þeirra og Læknafélags Íslands, Ólafs Jóhannesar Einarssonar, til kjaranefndar frá 29. janúar síðastliðnum stendur:

„Í 12. gr. læknalaga nr. 53/1988 segir: „Lækni er skylt að láta hinu opinbera í té vottorð um sjúklinga er hann annast þegar slíkra vottorða er krafist vegna viðskipta sjúklings við hið opinbera." Forvera ákvæðis 12. gr. læknalaga er að finna í 7. gr. laga nr. 47/1932, um lækningaleyfi, um réttindi og skyldur lækna og annarra, er lækningaleyfi hafa, og um skottulækningar en þar sagði: „Læknar eru skyldir til að láta hinu opinbera í té vottorð um sjúklinga, er þeir hafa eða hafa haft undir höndum, er slíkra vottorða er almennt krafist vegna viðskipta sjúklinganna við hið opinbera, vegna fátækrahjálpar, styrkveitinga, trygginga og þess háttar, og ber þeim að fara nákvæmlega eftir öllum fyrirmælum um gerð vottorðanna. Sama skylda hvílir á sjúkrahúsum og öðrum tilsvarandi stofnunum. Heimilt er lækni að senda landlækni einum vottorðið sem trúnaðarmál, ef honum þykir ástæða til vegna ákvæða 10. gr." Í athugasemdum við 7. gr. frumvarps þess sem varð að lögum nr. 47/1932 segir: „Það fer meira og meira í vöxt, að hið opinbera þarfnast læknisvottorða vegna styrkveitinga, trygginga, o.s.frv., og verður að skylda lækna til að láta nauðsynleg vottorð í té og gera þau þannig úr garði sem krafizt er. Nú getur komið fyrir að læknir líti svo á, að vottorð, sem af honum er krafizt, gangi nærri ákvæðum 10. gr. um þagnarskyldu lækna og þykir þá rétt, að heimila honum að senda vottorðið landlækni einum sem trúnaðarmál. Er það ákvæði í samræmi við svipað ákvæði í kynsjúkdómalögunum" (Alþt. A-deild, 1932, bls. 186).

Ákvæði nefndrar 7. gr. var að finna óbreytt sem 7. gr. læknalaga nr. 80/1969. Ákvæðinu var síðan breytt með 5. gr. laga nr. 108/1973, en þá var heimild læknis til að senda landlækni einum vottorð felld brott úr lögunum. Hins vegar virðast ekki hafa verið gerðar aðrar efnisbreytingar á 7. gr. læknalaga og má í því sambandi vísa til almennra athugasemda með frumvarpi því sem varð að lögum nr. 108/1973, en þar sagði að aðrar efnisbreytingar væru ekki gerðar frá gildandi lögum. Hins vegar væri orðalagi nokkurra greina breytt til nútímalegra horfs (Alþt. A-deild, 1973, bls. 681). Í athugasemdum við 12. gr. frumvarps þess, sem varð að læknalögum nr. 53/1988, segir að ákvæðið sé efnislega samhljóða 7. gr. gildandi laga (Alþt. A-deild, 1986, bls. 1174)."

Ákvæði læknalaga leggur okkur þær skyldur á herðar að gefa sjúklingum okkar vottorð. Þessar skyldur eru hins vegar takmarkaðar samkvæmt lögunum. Sé beitt lögskýringu, eins og lögfræðingurinn hefur gert til að draga fram innihald skyldunnar, er það viðurkennd regla að túlka ákvæði um skyldur

Höfundur er formaður Læknafélags Íslands.

borgaranna þröngt. Af því má ráða að ákvæði læknalaga um skyldur okkar varði einungis vottorð sem nauðsynleg eru til að fjalla um bætur úr sjúkra- eða slysatryggingum hins opinbera eða til að njóta félagslegrar aðstoðar. Að sjálfsögðu verða læknar ekki undanþegnir því að bera vitni fyrir dómi, en það er annar handleggur.

Það er eðlilegt að læknar endurskoði tök sín á alls kyns kröfum um vætti vegna margvíslegra viðfangsefna. Það er ekkert sjálfsagt að læknar hlaupi til í hvert skipti sem á þá er kallað til að skera úr um atriði sem liggja fjarri lækningum. Mörg vottorð sem varða fjarvistir úr vinnu, úr skóla eða veitingu byssuleyfa, svo dæmi séu tekin, eru í raun karaktervitnisburðir og byggja á trúnaði læknis og sjúklings og engu öðru. Hve langt á að ganga í slíkri vottorðagjöf?

Það er mín skoðun að læknar eigi almennt að herða kröfur sínar til beiðna sem þeim berast af þessu tagi og prófa hvert mál ítarlega gagnvart samvisku sinni. Þar hefur Þengill Oddsson gefið gott fordæmi.

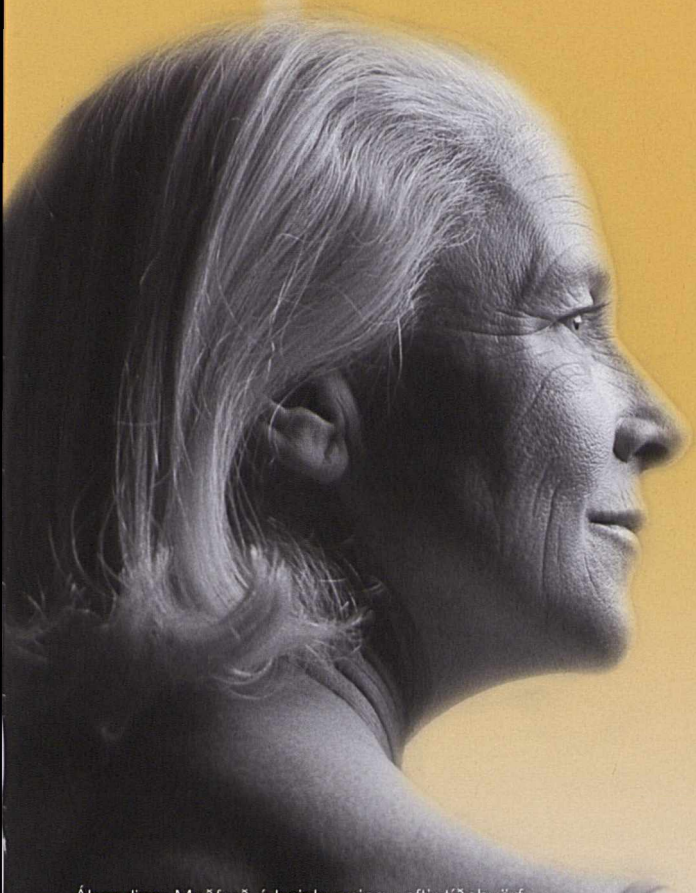
Fosamax 70 mg
MSD
TÖFLUR; M 05 B A 04
Hver tafla inniheldur: Acidum alendronatum 70 mg. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Meðferð á beinþynningu eftir tíðahvörf. Fosamax dregur úr hættu á samfalli hryggjarliða og mjaðmarbrotum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður skammtur er ein 70 mg tafla 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.

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).

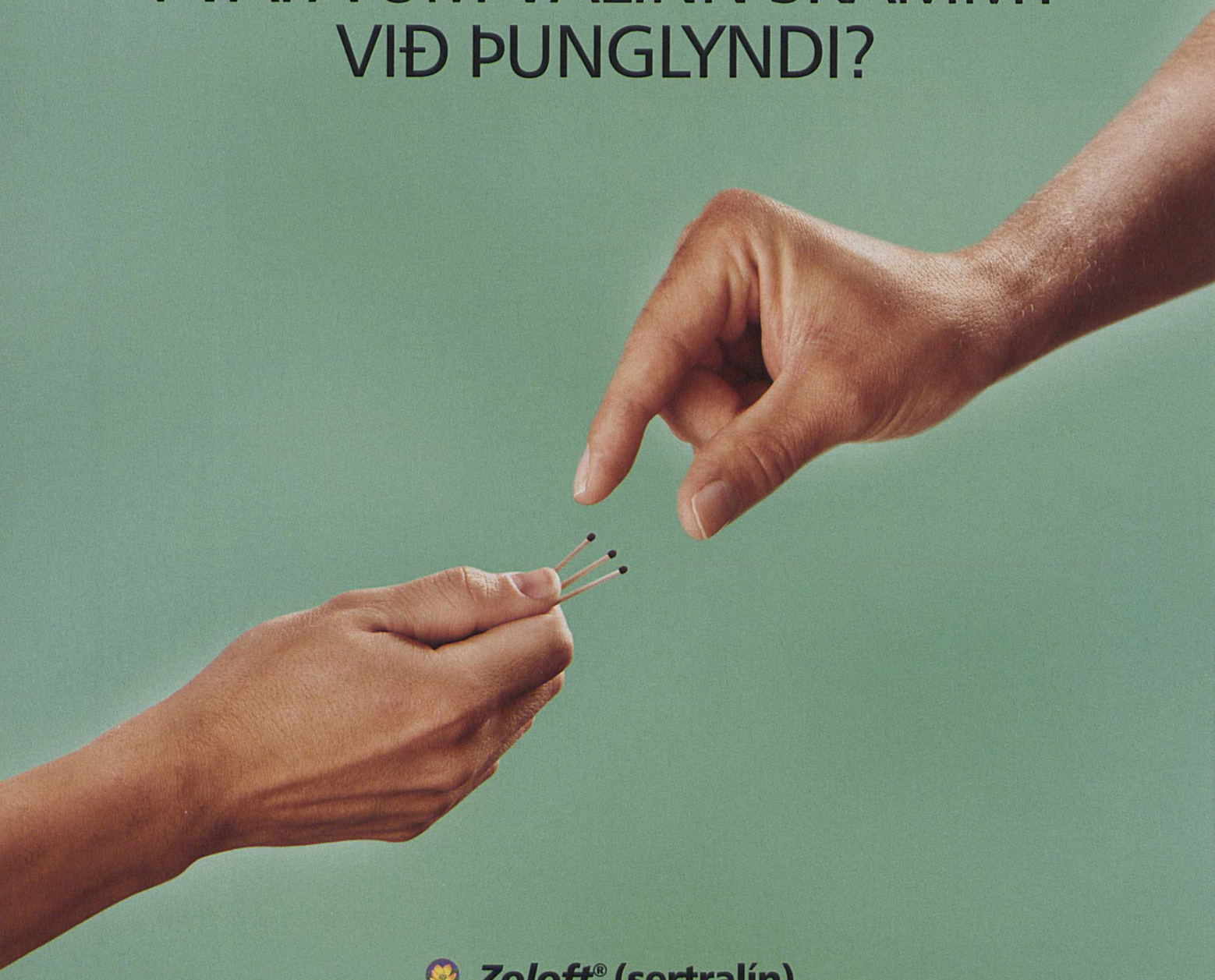
VIKUTAFLA
FOSAMAX®
70mg alendrónat

Margsannaður árangur - Einstaklega þægilegt[1]

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

LINDEGAARD

ERTU NOKKRU SINNI Í VAFA UM VALINN SKAMMT VIÐ ÞUNGLYNDI?



Zoloft® (sertralín)

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

EINSTAKT OG EINFALT

Pfizer

Zoloft (sertralín). N 06 A B 06 **Töflur, (filmuhúðaðar);**Hver tafla inniheldur: Sertralínum INN, klóríð, samsvarandi Sertralínum INN 50 mg og 100 mg. **Þykkni í lausn til inntöku:** 1 ml inniheldur: Sertralínum INN, hýdróklóríð, samsvarandi Sertralínum INN 20 mg **Ábendingar:** Þunglyndi, þráhyggju- og árátturöskun (obsessive-compulsive disorder (OCD)), felmturköst (ofsahræðsla (panic disorder)), með eða án víðáttufælni (agoraphobia) og áfallastreituröskun (Post-Traumatic Stress disorder (PTSD)). **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varúð:** Ekki skal gefa sertralín sjúklingum sem nota MAO-hemjandi lyf og ekki fyrr en 2 vikum eftir að slíkri meðferð hefur verið hætt. Sertralín í formi þykknis í lausn til inntöku má ekki gefa samtímis disúlfíramí vegna etanólinnihalds þykknisins. Gæta skal varúðar við og forðast svo sem kostur er samtímis notkun sertralíns og annarra lyfja, sem auka áhrif serótónínvirkra taugaboðefna eins og tryptófans eða fenflúramíns eða 5-HT örva vegna hættu á lyfhrifamilliverkunum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Dýratilraunir benda ekki til að lyfið hafi fósturskemmandi áhrif, en mjög háir skammtar hafa leitt til aukinnar dánartíðni nýfæddra dýra. Aðeins á að nota sertralín handa þunguðum konum ef ávinningur er talinn vega þyngra en áhættan. Takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um magn sertralíns í brjóstamjólk. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin er ógleði u.þ.b. 20%. Algengar (>1%): Almennar: Aukin svitamyndun. Taugakerfi: Vöðvaskjálfti, truflun á sáðláti. Meltingarfæri: Ógleði, munnþurrkur, niðurgangur, meltingaróþægindi. Sjaldgæfar (0,1-1%): Geðrænar: Kvíði. **Milliverkanir:** MAO-hemjandi lyf, sjá varúð. Samtímis notkun litíums getur aukið tíðni aukaverkana sertralíns, einkum ógleði, skjálfta og kvíða. Sé samtímis meðferð með sertralíni og súmatriptani réttlætanleg, er ráðlagt að fylgst sé vel með sjúklingi.Við gjöf címetidíns getur orðið aukning á blóðstyrk sertralíns. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Upphafsskammtar: Við þunglyndi og árátttu- og þráhyggjusýki: 50 mg/dag. Við felmturköstum og áfallastreituröskun: 25 mg/dag sem síðan er aukinn í 50 mg/dag eftir 1 viku. Breytingar á skömmtum: Auka má skammt um 50 mg með viku millibili í allt að 200 mg/dag. Skammtastærðir handa öldruðum eru þær sömu og að framan er getið. Árangur meðferðar getur komið fram innan 7 daga en oftast þarf 2-4 vikna meðferð áður en full verkun næst. **Skammtastærðir handa börnum:** Hjá börnum á aldrinum 13-17 ára við þráhyggju- og árátttusýki: 50 mg/dag sem auka má í allt að 200 mg ef þörf krefur. Hjá börnum á aldrinum 6-12 ára við þráhyggju- og árátttusýki: upphafsskammtur er 25 mg/dag sem síðan er aukinn í 50 mg/dag eftir 1 viku. Auka má skammta í allt að 200 mg/dag ef þörf krefur. Taka skal tillit til líkamsþyngdar barna við aukningu skammta. Pakkningar og verð 1. nóvember 2001: Töflur: 50 mg 28 stk. - 4.519 kr., 50 mg 98 stk. – 14.651 kr., 100 mg 28 stk. - 7.676 kr., 100 mg 98 stk. – 25.580 kr. Mixtúra: 20 mg/ml – 5.201 kr. Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: B. Heimild 1: Preskorn S.H. og Lane R.M. Sertraline 50 mg daily: the optimal dose in the treatment of depression. Int. Clin. Psychopharmacology. 1995, 10, 129-141. **Nánari upplýsingar er að finna í sérlyfjaskrá 2001. Umboðs- og dreifingaraðili: Pharmaco hf.**

Nýgengi og greining meðfæddra hjartagalla á Íslandi 1990-1999

Sigurður Sverrir Stephensen[1]

Gunnlaugur Sigfússon[1, 2]

Herbert Eiríksson[1]

Jón Þór Sverrisson[3]

Bjarni Torfason[1]

Ásgeir Haraldsson[1, 2]

Hróðmar Helgason[1]

Ágrip

Inngangur: Talið er að eitt prósent lifandi fæddra barna hafi meðfædda hjartagalla. Þekking á nýgengi meðfæddra hjartagalla er mikilvæg vegna hættu á hjartaþelsbólgu hjá sjúklingum með hjartagalla og til að komast megi nær raunverulegum orsökum þeirra. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna nýgengi og tegundir meðfæddra hjartagalla á Íslandi á árunum 1990-1999. Sambærileg rannsókn var gerð hérlendis á árunum 1985-1989. Nýgengi meðfæddra hjartagalla í þessari rannsókn var borið saman við þá fyrri og sambærilegar erlendar rannsóknir.

Efniviður og aðferðir: Upplýsingar um sjúklinga voru fengnar úr sjúkraskrám frá tveimur spítölum og frá sérfræðingum í hjartasjúkdómum barna. Einnig fengust upplýsingar frá hjartaómunardeild, úr krufningaskýrslum og dánarvottorðum. Kannaðar voru tegundir hjartagalla, aldur við greiningu, hvaða einkenni leiddu til greiningar, hvar þessi einkenni komu fyrst fram, meðferð og lífsgæði. Einnig voru skoðaðir aðrir meðfæddir gallar, litningagallar og heilkenni. Opin fósturæð (patent ductus arteriosus; PDA) hjá fyrirburum, fósturop (patent foramen ovale; PFO)

ENGLISH SUMMARY

Stephensen SS, Sigfússon G, Eiríksson H, Sverrisson JT, Torfason B, Haraldsson Á, Helgason H

Congenital heart defects in Iceland 1990– 1999

Læknablaðið 2002; 88: 281-7

Objective: About 1% of live born children have congenital heart defects (CHD). Knowledge of the true incidence of CHD is important because of the risk of bacterial endocarditis in patients with heart defects. This knowledge could also serve as a basis for research on the etiology of CHD. The aim of our study was to investigate the incidence of CHD in children born in Iceland during a ten year period, from 1990 to 1999. A similar study on CHD was carried out in Iceland for children born 1985-1989. The incidence of CHD in the present study was compared to the previous and to similar studies from other countries.
Material and methods: Information about the patients were obtained from medical records from two hospitals covering the whole country, a private clinic of pediatric cardiologists, echocardiography database, autopsy reports and death certificates. Distribution of specific heart defects, age at diagnosis, symptoms leading to the diagnosis, referral pattern, treatment and quality of life was investigated. Other congenital defects, chromosomal defects and syndromes in the patients were studied. Premature children with patent ductus arteriosus (PDA) and children with patent foramen ovale (PFO) or atrial septal defect (ASD) smaller than four millimeters were excluded. We also studied the incidence of bicuspid aortic valve (BAV). All diagnoses were confirmed with echocardiography and in some cases cardiac catheterization.
Results: Between 1990 and 1999 there were 44,013 live births in Iceland, 740 children were diagnosed with a CHD or 1.7% of live born children. Yearly incidence varied from 1.04% of live births in 1991 to 2.34% in 1997. Male/female ratio was 1/1. The distribution of the defects was following: ventricular septal defect (VSD) 338 (45.7%), ASD 90 (12.2%), PDA 85 (11.5%), valvar pulmonal stenosis 48 (6.5%), BAV 38 (5.1%), coarctation of the aorta 28 (3.8%), tetrology of Fallot 22 (3.0%), transposition of the great arteries 14 (1.9%), aortic stenosis 11 (1.5%), common atrioventricular septal defect 10 (1.4%), mitral valve regurgitation 9 (1.2%), sub-aortic stenosis 7 (0.9%) and hypoplastic left heart syndrome 5 (0.7%). Other defects were less frequent. About 47% of children with CHD were diagnosed either before birth or before discharge from the delivery institution. A cardiac murmur on examination was the most common symptom leading to the diagnosis of CHD, 631 patients (85.3%). Extracardiac anomalies were seen in 89 patients (12.0%). Chromosomal abnormalities were seen in 36 patients of whom 28 had Down's syndrome. The majority or 499 patients have no symptoms but are still in follow-up, 20 patients have daily symptoms and/or receive medical treatment and 27 patients have died.
Conslusions: Annual incidence of patients diagnosed with a CHD has increased during the study period. This is observed in minor CHD but the incidence of major defects does not alter. This yearly incidence (1.7%) is higher than in the previous study, where it was 1.1%. The difference can partly be explained by the BAVs, which were excluded in the 1985-1989 study. But the number of CHD diagnosed each year has increased, this being most pronounced in the last three years. The annual incidence in our study is also higher than in other population studies. The most likely explanation for the higher incidence in our study is the fact that access to pediatric cardiologists is very good in Iceland. Diagnosis, registration and follow-up is conducted by only a few cardiologists for the whole nation and takes place at a single pediatric cardiology center. Of 740 patients diagnosed with CHD in the study period 713 are alive. The outcome of the therapy is good and the majority of the patients has no symptoms.

Key words: *congenital heart defects, incidence.*

Correspondance: Gunnlaugur Sigfússon, gulli@landspitali.is

[1]Barnaspítali Hringsins, Landspítala Hringbraut, [2]Háskóli Íslands, [3]Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri.
Fyrirspurnir og bréfaskipti: Gunnlaugur Sigfússon, Barnaspítala Hringsins, Landspítala Hringbraut. Sími: 560 1294 / 560 1000, gulli@landspitali.is

Lykilorð: *meðfæddir hjartagallar, nýgengi.*

eða op á milli gátta (atrial septal defect; ASD) minna en fjórir millimetrar var ekki skilgreint sem hjartagalli. Nýgengi tvíblöðku ósæðarloku (biscuspid aortic valve; BAV) var kannað. Allar greiningar voru staðfestar með hjartaómun og/eða hjartaþræðingu.

Niðurstöður: Á árunum 1990-1999 fæddust 44.013 lifandi börn á Íslandi. Af þeim hafa 740 börn greinst með hjartagalla, eða 1,7% af lifandi fæddum börnum. Árlegt nýgengi var frá 1,04% af lifandi fæddum börnum 1991 til 2,34% 1997. Kynjahlutfall var 1:1. Dreifing einstakra hjartagalla var eftirfarandi: op á milli slegla (ventricular septal defect; VSD) 338 (45,7%), ASD 90 (12,2%), PDA 85 (11,5%), þrengsli á lungnaslagæðarloku 48 (6,5%), BAV 38 (5,5%), þrengsli í ósæð (coarctation of the aorta; CoA) 28 (3,5%), ferna Fallots (tetrology of Follot; TOF) 22 (3,0%), víxlun meginslagæða (transposition of the great arteries; TGA) 14 (1,9%), ósæðarlokuþrengsli (aortic stenosis; AS) 11 (1,5%), gátta- og sleglaskiptagalli (common atrioventricular septal defect; CAVSD) 10 (1,4%), míturlokuleki (mitral valve regurgitation; MVR) 9 (1,2%), þrengsli undir ósæðarloku (sub-aortic stenosis sub-AS) 7 (0,9%), vanþroska vinstra hjarta (hypoplastic left heart syndrome; HLHS) 5 (0,7%). Aðrir gallar voru sjaldgæfari. Á árunum 1990-1992 greindist 61 barn með VSD en 157 börn af þeim börnum sem fæddust á árunum 1997-1999. Hjartaóhljóð við skoðun var algengasta einkennið sem leiddi til greiningar hjartagalla, eða hjá 631 barni (85,3%). Áttatíuogníu börn (12,0%) höfðu aðra fæðingargalla. Þrjátíuogsex börn höfðu litningagalla, þar af voru 28 með Down's heilkenni. Hundraðníutíuogfjögur börn hafa fengið lausn á sínu vandamáli, flest börnin, eða 499, eru einkennalaus í dag, 20 hafa einkenni frá hjartasjúkdómnum og/eða eru á lyfjameðferð, en 27 börn eru látin.

Ályktanir: Árlegt nýgengi meðfæddra hjartagalla hefur aukist á rannsóknartímabilinu. Þetta er áberandi meðal minniháttar hjartagalla en nýgengi meiriháttar hjartagalla breyttist lítið sem ekkert. Nýgengið (1,7%) er hærra en í rannsókninni frá 1985-1989 þegar það var 1,1%. Muninn má að einhverju leyti skýra með tvíblöðku ósæðarlokum sem ekki voru taldar með í þeirri rannsókn. En ljóst er að fjöldi meðfæddra hjartagalla sem greinst hafa á hverju ári hefur aukist og er þetta sérstaklega áberandi á síðustu þremur árum. Árlegt nýgengi meðfæddra hjartagalla hérlendis er hærra en í sambærilegum erlendum rannsóknum. Líkast til stafar þetta af góðu aðgengi að barnahjartalæknum, betri greiningu með bættri tækni við hjartaómun og því að greining, skráning og eftirlit barna með hjartagalla er á fárra manna höndum og fer að mestu leyti fram á einum stað. Af 740 börnum sem greindust með hjartagalla á rannsóknartímabilinu eru 713 á lífi. Árangur meðferðar er góður og meirihluti barnanna er einkennalaus.

Inngangur

Meðfæddir hjartagallar eru algengastir fæðingargalla og er almennt talið að um eitt prósent lifandi fæddra barna séu með hjartagalla (1-12). Af öllum meðfæddum missmíðum valda hjartagallar flestum dauðsföllum. (13) Hjartagallar eru misalvarlegir og valda sumir engum einkennum, en vitneskja um tilvist þeirra er nauðsynleg, meðal annars vegna aukinnar hættu á hjartaþelsbólgu.

Orsakir meðfæddra hjartagalla eru óþekktar, en talið er að bæði erfðir og umhverfi hafi áhrif þar á. Þekktir eru umhverfisþættir eins og sjúkdómar hjá móður á meðgöngu og má þar nefna sykursýki og sýkingar, svo sem rauða hunda (13). Notkun lyfja eða fíkniefna hjá móður á meðgöngu eykur einnig líkur á hjartagalla hjá fóstri (13). Meðfæddur hjartagalli hjá foreldrum eða systkinum er einnig áhættuþáttur (13) og þá eru tengsl hjartasjúkdóma við ákveðin heilkenni og litningagalla eins og Down's heilkenni vel þekkt (13). Ljóst er að til þess að komast megi nær orsökum meðfæddra hjartagalla er nauðsynlegt að búa yfir nákvæmri þekkingu á nýgengi sjúkdómsins og dreifingu hans í þýðinu.

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna nýgengi og tegundir meðfæddra hjartagalla á Íslandi á árunum 1990-1999. Könnuð voru tengsl hjartagalla við aðra meðfædda galla og þá var reynt að leggja mat á lífsgæði barnanna í dag.

Áður hefur verið gerð sambærileg rannsókn á meðfæddum hjartasjúkdómum barna á Íslandi á tímablilinu 1985-1989 (1) og má líta á okkar rannsókn sem framhald þeirrar rannsóknar. Þannig var hægt að bera saman nýgengi hjartagalla milli einstakra ára og einnig á lengra tímabili.

Framfarir hafa orðið í greiningu hjartasjúkdóma á síðustu árum og á rannsóknartímabilinu hefur ómskoðun á fósturhjarta fest sig í sessi. Reynt var að leggja mat á áhrif þessara þátta á nýgengi meðfæddra hjartagalla.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin náði til þeirra barna sem fæddust á Íslandi á árunum 1990-1999 og hafa greinst með meðfæddan hjartagalla. Börnunum var skipt í tvo hópa eftir því hvort þau þurftu á meðferð að halda. Minniháttar hjartagalli var skilgreindur sem hjartagalli sem ekki þarfnaðist meðferðar. Meiriháttar hjartagalli var skilgreindur sem hjartagalli þar sem börnin höfðu þurft eða munu þurfa á lyfjameðferð, skurðaðgerð eða inngripi í hjartaþræðingu að halda, eða ef gallinn var ekki talinn skurðtækur.

Við nafngreiningu hjartagalla var stuðst við alþjóðaflokkun (International Classification of Diseases, WHO, Genf 1978), íslenskar þýðingar notaðar en notast við alþjóðlegar skammstafanir til frekari skýringar. Í mörgum tilvikum var sami einstaklingur

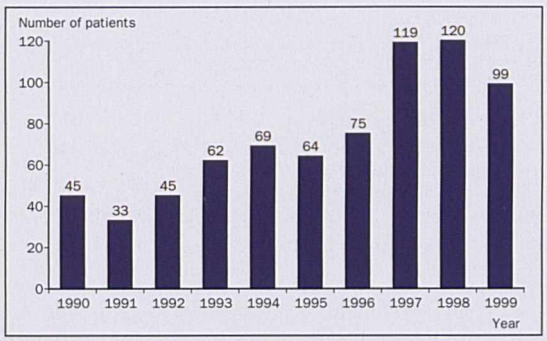


Fig 1. *Number of patients diagnosed each year of the study period with congenital heart defects.*

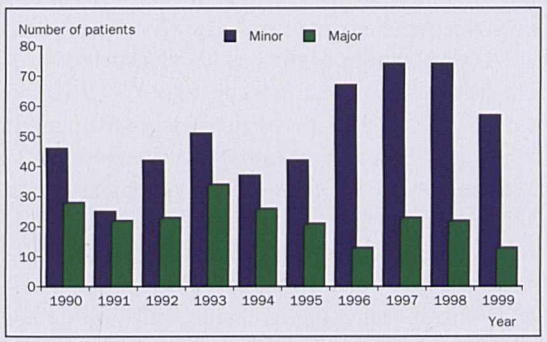


Fig 3. *Number of patients with major and minor heart defects born 1990-1999.*

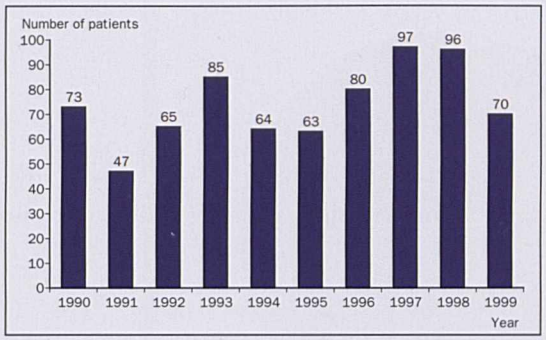


Fig 2. *Number of patients born each year of the study period with a congenital heart defect.*

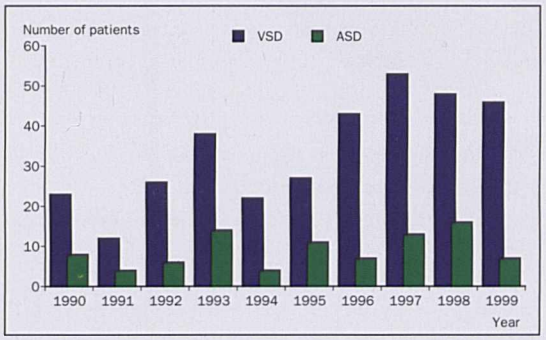


Fig 4. *Number of patients diagnosed with ASD and VSD in 1990-1999.*

Table I. *Distribution of congenital heart defects and male/female ratio in children born 1990-1999.*

CHD	n	% of all CHD	M/F
Ventricular septal defect (VSD)	338	45.7	1:1.0
Atrial septal defect (ASD)	90	12.2	1:1.3
Patent ductus arteriosus (PDA)	85	11.5	1:1.7
Pulmonary stenosis (PVS)	48	6.5	1:1.0
Bicuspid aortic valve(BAV)	38	5.1	1:0.4
Coarctation of the aorta (CoA)	28	3.8	1:0.6
Tetralogy of Fallot (TOF)	22	3.0	1:1.2
Transposition of the great arteries (TGA)	14	1.9	1:0.3
Aortic stenosis (AS)	11	1.5	1:0
Atrioventricular septal defect (AVSD)	10	1.3	1:2.3
Mitral valve regurgitation (MVR)	9	1.2	1:1.3
Subaortic stenosis (Sub AS)	7	0.9	1:0.8
Hypoplastic left heart syndrome (HLHS)	5	0.7	1:0.7
Other	35	4.7	1:1.2
Total	**740**	**100**	**1:1**

með fleiri en einn hjartagalla. Aðalhjartagallinn var þá talinn sá galli sem þarfnaðist meðferðar eða sá galli sem olli mestri blóðflæðistruflun ef meðferðar var ekki þörf. Greining var í öllum tilfellum staðfest með hjartaómun, hjartaþræðingu eða krufningu. Opin fósturæð (patent ductus arteriosus; PDA) hjá fyrirburum, fósturop (patent foramen ovale; PFO) eða minniháttar op á milli gátta (atrial septal defect; ASD < 4,0 mm) voru ekki skilgreindir sem hjartagalli í þessari rannsókn. Nýgengi tvíblöðku ósæðarloku (bicuspid aortic valve, BAV) var hins vegar skoðað ólíkt því sem gert var í fyrri rannsókninni.

Fengnar voru upplýsingar frá tölvudeild Landspítalans um sjúklinga sem fæddust á árunum 1990-1999 og fengið höfðu sjúkdómsgreininguna meðfæddur hjartagalli (745–747 samkvæmt ICD-9 og Q 20–Q 28 samkvæmt ICD-10) og sömu upplýsinga var aflað á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri (FSA). Einnig var gerð tölvuleit á hjartaómunardeild Landspítala og FSA. Sjúkraskrár í vörslu þriggja sérfræðinga í hjartasjúkdómum barna voru skoðaðar til að finna þá einstaklinga sem greinst höfðu með meðfæddan hjartagalla á tímabilinu, en ekki lagst inn á sjúkrahús. Farið var yfir dánarvottorð frá Hagstofu Íslands og krufningaskýrslur þeirra barna sem létust á tímabilinu og höfðu meðfæddan hjartagalla. Upplýsingasöfnun fór fram á tímabilinu 10. september 1999 til 17. maí 2000. Heimilda fyrir rannsókninni var aflað hjá Tölvunefnd og siðanefnd Landspítala.

Kannað var hvaða hjartasjúkdóma börnin höfðu greinst með og auk þess hvort þau höfðu aðra meðfædda galla og/eða langvinna sjúkdóma. Athugað var hvar grunur hafði vaknað um hjartasjúkdóm, það er á fæðingarstofnun, í ungbarnaeftirliti, hjá heimilislækni, hjá sérfræðingi, á sjúkrahúsi eða við ómskoðun á meðgöngu. Kannað var hvaða einkenni höfðu vakið þann grun og á hvaða aldri börnin voru þegar sjúkdómurinn greindist. Skoðað var hvaða börn þurftu á aðgerð að halda og hver þurfa á lyfjameðferð að halda í dag. Þá var reynt að leggja mat á áhrif þess að hafa greinst með hjartasjúkdóm á daglegt líf barnanna og þeim skipt í fjóra hópa með tilliti til einkenna og meðferðar. Í fyrsta hópnum voru börn sem hlotið hafa lausn á sínu vandamáli og í öðrum hópnum börn sem eru einkennalaus en mæta reglulega í eftirlit. Í þriðja hópnum voru börn sem hafa dagleg einkenni vegna hjartasjúkdómsins og/ eða þurfa á lyfjameðferð að halda og í fjórða hópnum voru börn sem eru heft í daglegu lífi vegna hjartasjúkdómsins. Loks voru

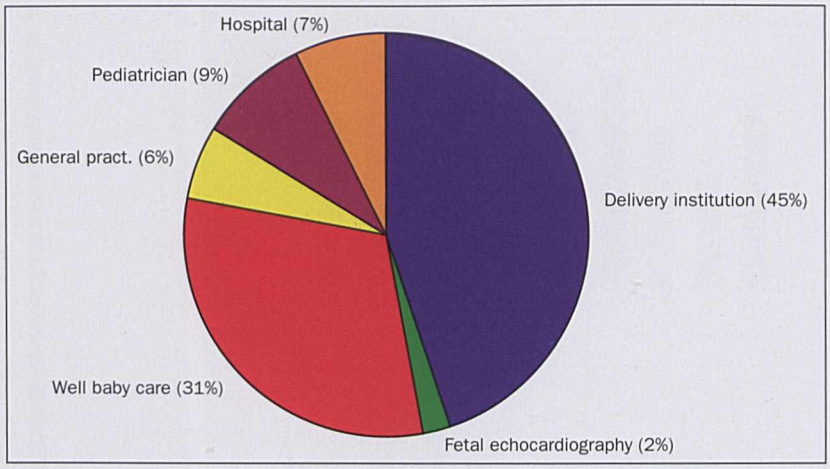


Fig 5. *Referral pattern of patients with congenital heart defects.*

krufningaskýrslur og dánarvottorð skoðuð til að kanna dánartíðni og dánarorsakir.

Við tölfræðilega úrvinnslu var notað kí-kvaðrats marktækniprof.

Table II. *Symptoms leading to the diagnosis of CHD.*

Symptoms	n
Cardiac murmur only	606
Cardiac murmur and failure to thrive	10
Cardiac murmur and cyanosis	5
Cardiac murmur, cyanosis and failure to thrive	2
Cardiac murmur and other	8
Cyanosis only	26
Failure to thrive only	7
Other	76
Total	**740**

Niðurstöður

Á tímabilinu frá 1. janúar 1990 til 31. desember 1999 fæddust 44.013 lifandi börn á Íslandi, þar af 22.554 drengir (51,2%) og 21.459 stúlkur (48,8%). Af þeim hafa 740 börn greinst með meðfæddan hjartagalla og var nýgengi á tímabilinu 1,7%. Árlegt nýgengi var frá 1,04% af lifandi fæddum börnum 1991 til 2,34% 1997. Af þessum börnum eru 363 drengir (49%) og 377 stúlkur (51%). Á mynd 1 má sjá fjölda barna sem greindust með hjartagalla á hverju ári rannsóknartímabilsins, en á mynd 2 sést skiptingin samkvæmt fæðingarári barnanna sem greindust á rannsóknartímabilinu. Meiriháttar hjartagallar voru 225, eða 30,4%, en minniháttar gallar 515 eða 69,6%. Skipting meiriháttar og minniháttar hjartagalla eftir fæðingarári sjúklinga kemur fram á mynd 3.

Op á milli slegla (ventricular septal defect; VSD) var algengasti hjartagallinn, en 338 börn (176 stúlkur/162 drengir) fengu þá greiningu sem er 45,7% af öllum hjartagöllum og 0,77% af lifandi fæddum börnum. Op á milli gátta (ASD) greindist hjá 90 börnum og opin fósturæð (PDA) hjá 85 börnum. Að öðru leyti kemur dreifing einstakra hjartagalla og kynjaskipting þeirra fram í töflu I. Nýgengi fór vaxandi á opum á milli slegla og opum á milli gátta á rannsóknartímabilinu (mynd 4).

Á mynd 5 kemur fram hvar grunur um hjartagalla vaknaði fyrst og hvaðan börnunum var vísað til frekari greiningar hjá barnahjartalæknum.

Á mynd 6 kemur fram á hvaða aldursskeiði börnin voru þegar hjartagallinn greindist. Þar sést að 323 börn (44%) greindust á fyrstu viku og 523 börn (70%) greindust innan hálfs árs frá fæðingu.

Einkenni sem vöktu grun um hjartagalla og leiddu síðar til greiningar eru sýnd í töflu II.

Meiriháttar hjartagallar voru 225, eða 30,4 % af öllum hjartagöllum. Meðalnýgengi alvarlegra hjartagalla á tímabilunu var 0,51% af lifandi fæddum börnum, hæst 0,74% á árinu 1993 og lægst 0,30% á árinu 1996. Marktækt færri alvarlegir hjartagallar greindust á fyrri fimm árum rannsóknarinnar en á síðustu fimm árunum (p = 0,04). Kynjaskipting var 98 drengir og 127 stúlkur (1:1,3). Helmingur alvarlegra hjartagalla eða 111 tilfelli greindust fyrir útskrift af fæðingarstofnun, en 114 tilfelli greindust síðar. Á vökudeild eða sængurkvennagangi greindust 102 börn og níu höfðu greinst á meðgöngu með fósturhjartaómskoðun. Grunur um hjartasjúkdóm vaknaði hjá 58 börnum í ungbarnaeftirliti og hjá 28 börnum þegar þau lágu á sjúkrahúsi vegna annarra vandamála. Hjá 19 börnum með alvarlegan hjartagalla vaknaði grunur um hjartasjúkdóm við skoðun hjá heimilislækni og hjá níu börnum við skoðun hjá barnalæknum og var þeim síðan vísað til frekari rannsóknar hjá barnahjartalæknum. Á rannsóknartímabilinu greindust 19 fóstur með svo alvarlegan hjartagalla að endi var bundinn á meðgönguna.

Af 740 börnum með hjartagalla voru 89 (12,0%) einnig með litningagalla, heilkenni og/eða aðra fæðingargalla eins og fram kemur í töflu III. Fjörutíuogeitt barn (18,2%) með meiriháttar hjartagalla reyndist einnig hafa annars konar missmíð eða fæðingargalla.

Þegar skoðuð voru afdrif barnanna sem greindust með meðfæddan hjartagalla kemur fram að 194 börn hafa fengið lausn á vandamálinu og er ekki þörf á frekara eftirliti hjá þeim. Flest börnin eða 499 eru einkennalaus en í reglulegu eftirliti. Tuttugu börn þurfa á daglegri lyfjameðferð að halda og eru í reglulegu eftirliti, en ekkert barn er talið vera heft í daglegu lífi vegna hjartasjúkdómsins.

Af 44.013 börnum sem fæddust á rannsóknartímabilinu hafa 27 börn látist vegna hjartagalla eða annarra vandamála honum tengdum. Dánartíðni vegna meðfæddra hjartagalla er því 0,06% á rannsóknartímabilinu. Tíu börn með alvarlegan hjartagalla létust í fyrstu viku eftir fæðingu, tvö börn í annarri viku og hin 15 á aldrinum tveggja mánaða til fjögurra ára. Sjö börn sem dóu voru auk hjartagallans með litningagalla og fjölkerfa vandamál. Tvö þessara barna voru með þrílitnu 18, eitt barn hafði þrílitnu 8, eitt barn hafði ófullkomna

þrílitnu 9,18 og annað ófullkomna þrílitnu 22. Sex barnanna voru tvíburar og þrjú fyrirburar. Í töflu IV koma fram dánarorsakir barnanna sem létust.

Umræða

Nýgengi hérlendis

Árlegt nýgengi meðfæddra hjartagalla á Íslandi á árunum 1990-1999 var 1,7%. Það var nokkuð breytilegt á rannsóknartímabilinu, eða frá 1,04% á árinu 1991 til 2,34% á árinu 1997 þegar það var hæst. Þetta nýgengi er nokkru hærra en í rannsókninni sem gerð var hér á landi á árunum 1985-1989 þegar það var 1,1% (1). Fjölgun meðfæddra hjartagalla var einkum vegna fjölgunar á minniháttar göllum. Nýgengi alvarlegra hjartagalla var 0,50% af lifandi fæddum börnum sem var sambærilegt við nýgengi þeirra frá fyrri rannsókninni (0,47%) (1). Hugsanlegt er að nýgengi meiriháttar hjartagalla fari lækkandi þar sem marktækt færri alvarlegir gallar greindust á síðari hluta rannsóknartímabilsins. Ein skýring á mögulegri fækkun alvarlegra hjartagalla síðustu ár gæti verið bætt greining þeirra á fósturskeiði. Með bættri fósturhjartaómskoðun greinast fleiri alvarlegir hjartagallar, eins og vanþroska vinstra hjarta og flóknir óskurðtækir gallar, snemma á meðgöngu. Líklegt er að oftar sé endi bundinn á slíka meðgöngu sem leiði til fækkunar lifandi fæddra barna með alvarlega hjartagalla.

Aukningu á nýgengi minniháttar hjartagalla má að hluta til rekja til þess að í fyrri rannsókninni var tvíblöðku ósæðarloka ekki talin til hjartagalla. Í þessari rannsókn var þessi galli talinn með þar sem hann getur síðar á ævinni leitt til ósæðarlokusjúkdóms og krefst þess vegna ævilangs eftirlits. Tvíblöðku ósæðarloka eykur hættu á hjartaþelsbólgu (2) og því er fyrirbyggjandi sýklalyfjagjöf nauðsynleg ef sjúklingar með þennan galla þurfa að gangast undir aðgerð.

Athyglisvert var að skoða nýgengi hvers árs á rannsóknartímabilinu því ljóst er að nýgengi síðustu þriggja áranna (1997-1999) var töluvert hærra en á fyrri hluta rannsóknartímabilsins og auk þess mun hærra en í fyrri rannsókninni eða 2,11% (mynd 1 og 2). Hugsanlegt er að þessi tala eigi eftir að hækka enn frekar. Enn á eftir að greina hjartagalla hjá börnum sem fæddust á þessum árum þar sem meðfæddir hjartagallar eru að greinast hjá börnum fram eftir aldri.

Fullkomnari ómsjár, bætt aðgengi að sérfræðingum í hjartasjúkdómum barna og fjölgun tilvísana barna með hjartaóhljóð má nefna sem líklegar ástæður fyrir fjölgun minniháttar hjartagalla. Líklegt er að með betra aðgengi að barnahjartalæknum komist börn sem kviknað hafa grunsemdir um að gætu verið með hjartagalla fyrr til greiningar og þannig greinist fleiri lítil op á milli hjartahólfa sem áður lokuðust af sjálfu sér án þess að fram kæmi vitneskja um þau.

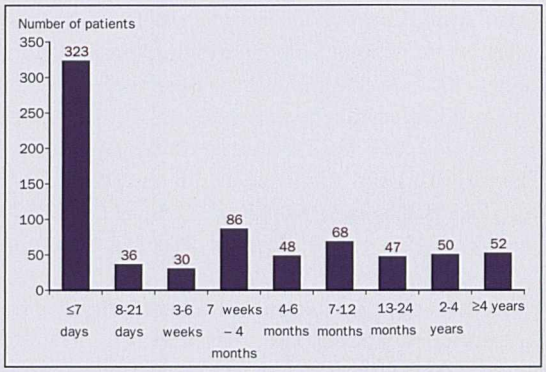


Fig 6. *Age at diagnosis of congenital heart defect.*

Table III. *Distribution of CHD accompanied by syndromes, chromosomal anomalies and other congenital defects.*

A. Chromosomal anomaly	n
Down's syndrome	28
Other chromosomal anomalies	8
Total	**36**
B. Syndrome	
William's syndrome	3
Noonan's syndrome	4
Von Recklinghausen's syndrome	1
Russel-Silver's syndrome	1
Total	**9**
C. Other congenital defects	
Genito-urinary tract	7
Gastrointesinal tract	5
Cleft palate and / or lip	4
Anomalies of other thoracal organs	5
Anomalies of head and face	2
Neurological and developemental defects	18
Multiple congenital defects	2
Hematology diseases	1
Total	**44**
Total	**89**

Table IV. *Cause of death of patients with CHD.*

Cause of death	n
CHD, chromosomal anomaly and multiple organ defects	7
CHD and infection	4
Associated with cardiac surgery or cardiac catheterisation	6
Major unoperable CHD	7
Died because of CHD	3
Total	**27**

Nýgengi erlendis

Nýgengi meðfæddra hjartagalla á Íslandi er samkvæmt þessari rannsókn hærra en fram hefur komið í sambærilegum rannsóknum erlendis frá. Nýgengi erlendis hefur verið á bilinu 0,28%-1,22% (3-12) en nýgengi í eldri rannsóknum er yfirleitt nokkru lægra en í nýrri rannsóknum.

Borið saman við rannsóknina frá 1985-1989 gæti meðfæddum hjartagöllum verið að fjölga hér á landi á

síðari árum. Ef skoðað er hvernig meðfæddir hjartagallar eru skilgreindir í erlendum rannsóknum er oftast notast við sömu skilgreiningar og hér er gert, en þrátt fyrir það kemur fram lægra nýgengi (3-12). Venjulega er opin fósturæð hjá fyrirburum ekki talin til meðfæddra hjartagalla. Mismunandi er hvort tvíblöðku ósæðarloka er talin með, en þar sem greining er staðfest með ómskoðun er það mögulegt. Þá hefur bætt ómtækni valdið aukningu í greiningu á litlum opum á milli slegla (14) og er það einnig reynsla okkar hérlendis eins og fram kemur í þessari rannsókn (mynd 4).

Það sem ræður mestu um hátt nýgengi meðfæddra hjartagalla hérlendis er að greining, eftirlit og skráning hjartagalla hjá börnum er á fárra höndum. Miðstöð greiningar er staðsett á Barnaspítala Hringsins. Fáir læknar sjá um greiningu hjartagalla og því minnka líkur á skekkju vegna mismunandi túlkunar. Íslenska þjóðin er tiltölulega einsleit erfðafræðilega og þjóðfélagslega og það minnkar líkur á því að fram komi munur á greiningu hjartasjúkdóma vegna ólíkra kynþátta (15), stétta eða vegna félagslegra þátta sem hafa áhrif á aðgengi fólks að heilbrigðisþjónustu (16, 17).

Fósturhjartaómskoðun hefur fest sig í sessi og slíkum skoðunum hefur fjölgað verulega undanfarin ár. Í okkar rannsókn kom fram að 2,2% lifandi fæddra barna með meðfæddan hjartagalla greindust fyrir fæðingu. Eru þá ótalin þau 19 tilfelli sem greindust í fósturlífi með svo alvarlegan galla að endi var bundinn á meðgöngu. Þetta hefur haft áhrif til fækkunar á hjartaaðgerðum og lækkunar á dánartíðni þar sem hér var um mjög alvarlega hjartagalla að ræða.

Hvar vaknaði grunur?

Hlutfall þeirra hjartagalla sem greindust á fæðingarstofnun í þessari rannsókn var svipað og í rannsókninni frá 1985-1989 (1). Mun fleiri börnum var nú vísað áfram til greiningar úr ungbarnaeftirliti en áður, eða 30,8% á móti 16,8% (1). Hins vegar greindust hlutfallslega færri börn nú eftir innlögn á sjúkrahús en áður.

Í rannsókninni greindust 47,1% barna fyrir útskrift af fæðingarstofnun. Þetta er nokkuð lægra hlutfall en í norskri rannsókn frá 1999 (11) þar sem 76% barna með hjartagalla greindust á fæðingarstofnun. Þegar þessar tölur voru skoðaðar með hliðsjón af fjölda lifandi fæddra barna kom í ljós í báðum rannsóknum að tæp 0,8% lifandi fæddra barna greindust með hjartagalla á fæðingarstofnun. Á þann hátt greinast oft alvarlegir hjartagallar þar sem einkenni koma í ljós fljótlega eftir fæðingu. Hins vegar virðist greining hjartagalla hér á landi hjá börnum eftir útskrift af fæðingarstofnun vera mun betri því þannig greindust um 0,9% af lifandi fæddum börnum hérlendis en þetta hlutfall í norsku rannsókninni var um 0,24% af lifandi fæddum börnum (11).

Þegar litið var á aldur barnanna við greiningu kom í ljós að 323 börn greindust á fyrstu viku eftir fæðingu sem er 43,6%. Við hálfs árs aldur höfðu 70% barnanna greinst með hjartagalla og við tveggja ára aldur höfðu 86% barnanna komið til greiningar. Þetta voru áþekkar niðurstöður og í erlendri rannsókn þar sem nýgengi var svipað og í okkar rannsókn (6).

Aðrir fæðingagallar og heilkenni

Börn með hjartagalla eru oft með aðra líkamsgalla, litningagalla og heilkenni. Hlutfall slíkra fæðingargalla meðal barna með meiriháttar hjartagalla í þessari rannsókn var lægra en í rannsókninni frá 1985-1989 (1). Hlutfall litningagalla meðal barna með hjartagalla var 4,9% sem var mun lægra en í sænskri rannsókn frá árunum 1981-1986 þar sem þetta hlutfall var 13% (8). Hlutfall barna með Down's heilkenni í okkar rannsókn var 3,8% af börnum greindum með hjartagalla en í síðustu rannsókn var þetta hlutfall 4,2% (1). Þetta hlutfall er almennt talið milli 6 og 8% (18). Lágt hlutfall litningagalla og annars konar missmíðar í okkar rannsókn skýrist af aukningu í greiningu minniháttar hjartagalla. Það gerir vægi tilfella af annars konar alvarlegum líkamsgöllum minna þar sem slíkir gallar fylgja oftar meiriháttar hjartagöllum. Þá er líklegt að með framförum í greiningu annarra alvarlegra líkamsgalla fyrir fæðingu sé oftar framkallað fósturlát á grunni þeirrar greiningar og þannig fækki einnig þeim tilfellum þar sem hjartagöllum fylgja aðrir líkamsgallar.

Dánartíðni

Tuttuguogsjö börn sem greinst hafa með meðfæddan hjartasjúkdóm á rannsóknartímabilinu eru látin (tafla IV). Dánartíðni af völdum meðfæddra hjartagalla er samkvæmt því 0,06% af lifandi fæddum börnum. Dánartíðni af þessum orsökum virðist aðeins hafa lækkað frá árunum 1985-1989 þegar hún var 0,08%. Hér er þó ekki tekið tillit til þeirra tilvika þar sem fósturlát voru framkvæmd vegna alvarlegs hjartagalla sem greindist með fósturhjartaómskoðun.

Afdrif

Þegar litið er á afdrif þeirra barna sem greinst hafa með hjartagalla er athyglisvert að sjá hversu mörg börn eru einkennalaus eða einkennalítil. Þannig eru einungis 20 börn með einkenni í dag eða á lyfjameðferð og ekkert barn er talið vera heft í daglegu lífi vegna hjartasjúkdóms síns. Stór hluti hefur fengið lausn á sjúkdómnum og meirihluti barnanna er einkennalaus að mati barnahjartalækna. Niðurstöðurnar benda til þess að flest börn sem greinast með meðfæddan hjartasjúkdóm í dag eigi góðar líkur á að ná bata og lifa eðlilegu lífi.

Þakkir

Þakkir fær starfsfólk skjalavörslu Landspítalans og starfsfólk bókasafns Landspítalans. Rannsóknin hlaut styrk úr minningarsjóði hjónanna Magnúsar Benjamínssonar úrsmíðameistara og Sigríðar Einarsdóttur og einnig úr Vísindasjóði Landspítalans. Eru þessum aðilum einnig færðar þakkir.

Heimildir

1. Sigfússon G, Helgason H. Nýgengi og greining meðfæddra hjartagalla á Íslandi. Læknablaðið 1993; 79: 107-14.
2. Hoffman JIE. Incidence of Congenital Heart Disease: I. Postnatal Incidence. Pediatr Cardiol 1995; 16: 103-13.
3. Meberg A, Otterstad JE, Frøland G, Sørland S. Barn med medfødt hjertefejl i Vestfold 1982-1988. Tidsskr Nor Laegeforen 1990; 110: 354-7.
4. Anand R, Mehta AV. Incidence of cardiovascular malformation in the northeast Tennessee and southwest Virginia area. Am J Cardiol 1996; 78: 610-1.
5. Bosi G, Scorrano M, Tosaro G, Forini E, Chakrokh R, Working Party of the Italian Society of Pediatric Cardiology. The Italian Multicentric Study on Epidemiology of Congenital Heart Disease: first step of the analysis. Cardiol Young 1999; 9: 291-9.
6. Robida A, Folger GM, Hajar HA. Incidence of congenital heart disease in Qatari children. Int J Cardiol 1997; 60: 19-22.
7. Samanek M, Slavik Z, Zborilova B, Hrobonová V, Voríšková M, Skovránek J. Prevalence, treatment and outcome of heart disease in live-born children: a prospective analysis of 91,823 live-born children. Pediatr Cardiol 1989; 10: 205-11.
8. Pradat P. Epidemiology of major congenital heart defects in Sweden, 1981-1986. J Epidemiol Community Health 1992; 46: 460.
9. Grech V, Gatt M. Syndromes and malformations associated with congenital heart diseases in a population-based study. Int J Cardiol 1999; 68: 151-6.
10. Samánek M, Voríšková M. Congenital heart disease among 818.569 children born between 1980 and 1990 and their 15-year survival: a prospective Bohemia survival stury. Pediatr Cardiol 1999; 20: 411-7.
11. Meberg A, Otterstad JE, Frøland G, Hals J, Sørland SJ. Early clinical screening of neonates for congenital heart defects: the cases we miss. Cardiol Young 1999; 9: 169-74.
12. Abdulla R. What is the prevalence of congenital heart diseases? Pediatr Cardiol 1997; 18 (4): 269.
13. Clark EB. Epidemiology of congenital cardiovascular malformations. In: Moss and Adams, eds. Heart Disease in Infants, Children and Aolescents Including the Fetus and Young Adult. 5th ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1995: 60-9.
14. Martin GR, Perry LW, Ferencz C. Increased Prevalence of Ventricular Septal Defect: Epidemic or Improved Diagnosis. Pediatrics 1989; 83: 200-4.
15. Fixler DE, Pastor P, Sigman E, Eifler CW. Ethnicity and socioeconomic status: Impact on the diagnosis of congenital heart disease; J Am Coll Cardiol 1993; 21:1722-6.
16. Newacheck PW, Stoddard JJ, McManus M. Ethnocultural variations in the prevalence and impact of childhood chronic conditions 1993. Pediatrics 1993; 91/Suppl: 1031-9.
17. Allen HD, Taubert KA, Deckelbaum RJ, Driscoll D, Dunningan A, Gidding SS, et al. Poverty and cardiac disease in children. Am J Dis Child 1991 May; 145: 550-3.
18. Moller JH, Taubert KA, Allen HD, Clark EB, Lauer RM. Cardiovascular health and disease in children: Current status. Circulation 1994; 89: 923-30.

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 Item 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 Chug-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, svefja, 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.

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



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

SINGULAIR® HJÁLPAR SJÚKLINGUNUM AÐ SEGJA »ÉG GET«

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



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

1 TAFLA 1 SINNI Á DAG SINGULAIR® (MONTELUKAST, MSD)
1 tafla 1 sinni á dag.

Aukaverkanir og milliverkanir náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna

Ólöf Þórhallsdóttir[1]
Kristín Ingólfsdóttir[1]
Magnús Jóhannsson[2]

Ágrip

Tilgangur: Markmið rannsóknarinnar var að kanna fjölda aukaverkana og milliverkana sem rekja má til neyslu náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna hér á landi. Markmiðið var jafnframt að kanna viðhorf lækna á Íslandi til þessara efna.

Aðferðir: Spurningalisti var sendur til allra lækna á landinu, alls 1083. Spurt var hvort viðkomandi læknir hafi orðið/hugsanlega orðið var við auka- eða milliverkanir sem rekja mætti til neyslu náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna hér á landi. Einnig var spurt um viðhorf til efnanna. Þar sem ekki finnast sérstök skráningarnúmer fyrir sjúkdómsgreiningar þar sem þátt eiga náttúrulyf, náttúruvörur eða fæðubótarefni í skráningarkerfum Landspítala-háskólasjúkrahúss, var leit gerð í tölvukerfum sjúkrahússins eftir skráningarnúmerum sem þóttu líkleg til að sýna innlagnir vegna neyslu náttúruefna. Jafnframt var fylgst daglega með bráðamóttökum sjúkrahússins í einn mánuð, fyrirspurnir vegna náttúruefna til Eitrunarmiðstöðvar voru skoðaðar og að lokum athugað hvort tilkynningar hefðu borist Lyfjastofnun eða Landlæknisembættinu.

Niðurstöður: Spurningalistanum svöruðu 410 læknar. Þar af höfðu 134 orðið varir/hugsanlega orðið varir við fyrrgreindar aukaverkanir og 25 við milliverkanir. Upplýsingar komu fram um 253 aukaverkanir og 13 milliverkanir. Innlögn á sjúkrahús var talin afleiðing 38 tilvika og í 14 tilvikum var talið að aukaverkun hafi stofnað lífi sjúklings í hættu. Af þeim læknum sem svöruðu listanum sögðust 17% alltaf/oft spyrja sjúklinga sína hvort þeir neyti náttúrurefna, 62% stundum/sjaldan og 19% aldrei. Um 55% læknanna sögðu þó að þeim fyndist skipta mjög miklu/miklu máli að sjúklingar nefni neyslu sína á áðurnefndum efnum.

Ályktanir: Auka- og milliverkanir vegna náttúruefna virðast vera vanskráðar hérlendis. Nauðsynlegt er að auka fræðslu um aukaverkanir og milliverkanir náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna og hvetja til virkrar skráningar og tilkynningar auka- og milliverkana sem hljótast af neyslu þessara efna.

[1]Lyfjafræðideild Háskóla Íslands, [2]Læknadeild Háskóla Íslands.
Bréfaskipti og fyrirspurnir: Ólöf Þórhallsdóttir, Skerjabraut 5a, 170 Seltjarnarnesi. Sími 551 1549, 894 1004, olof@omega.is

Lykilorð: *aukaverkanir, milliverkanir, náttúruefni. fæðubótarefni.*

ENGLISH SUMMARY

Þórhallsdóttir Ó, Ingólfsdóttir K, Jóhannsson M

Herbal medicine – Adverse effects and drug-interactions

Læknablaðið 2002; 88: 289-97

Objective: The aim of the study was to estimate the frequency of adverse effects and drug-interactions attributable to the use of herbal medicine and dietary supplements in Iceland. A further objective was to assess the perception and attitudes of Icelandic physicians towards these products.
Material and methods: A questionnaire was sent to all physicians registered in Iceland, a total of 1083. Physicians were questioned as to whether they had become aware of adverse effects or drug interactions that could be related to the use of herbal medicines or dietary supplements. Several questions concerned education and attitudes towards these products. A search was made using the computer system of the University Hospital in order to find cases of hospitalization resulting from consumption of herbal medicine. Details on admissions to the Emergency Department of the hospital were studied daily for one month. Enquiries made to the Icelandic Poison Center from 1997-2000 and formal reports submitted to the Icelandic Medicines Control Agency and the Surgeon General were examined.
Results: Of the 410 physicians that responded, 134 had become aware of adverse effects and 25 had become aware of herbal/drug interactions. Details on 253 adverse effects and 13 interactions were presented. Hospitalization was estimated to have been the consequence of 38 cases, 14 of which had been considered life-threatening. Of those who responded, 17% reported asking their patients always/frequently if they used herbal medicines or dietary supplements, whilst 62% reported asking occasionally/seldom and 19% never asking. Approximately 55% of the respondents regard it as being very important/important that patients consult a physician before using herbal products or dietary supplements.
Conclusions: Adverse effects and interactions between herbal medicines/dietary supplements and prescribed drugs appear to be under-reported in Iceland. It is important to increase awareness and education in this field amongst physicians and other health-care professionals in Iceland.

Key words: *adverse effects, herbal/drug interactions, herbal medicine, dietary supplements.*

Correspondance: Ólöf Þórhallsdóttir, olof@omega.is

Inngangur

Notkun náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna til sjálfslækninga, forvarna gegn sjúkdómum og til að bæta útlit nýtur aukinna vinsælda hérlendis. Með aukinni neyslu þessara efna er talið að tilfellum fjölgi þar sem rekja megi aukaverkanir og milliverkanir við lyfseðilsskyld lyf til þeirra. Skipta má náttúruefnum í tvo flokka: Náttúrulyf annars vegar en náttúruvörur

og fæðubótarefni hins vegar. Sérstök reglugerð gildir hér á landi um markaðsleyfi náttúrulyfja (1), en skilin á milli náttúruvara og fæðubótarefna eru oft óljós. Náttúrulyf þurfa að standast jafn strangar kröfur um hráefnis-, framleiðslu- og gæðaeftirlit og lyfseðilsskyld lyf. Jafnframt liggur fyrir samantekt á eiginleikum þeirra (Special Product Characteristics, SPC) með sama hætti og þegar markaðssett lyf eiga í hlut (1). Hvað varðar hins vegar náttúruvörur og fæðubótarefni þurfa framleiðendur ekki að staðfesta öryggi og áhrif áður en þau eru markaðssett.

Almenningur telur oft að lækningajurtir valdi ekki aukaverkunum en slík viðhorf geta haft alvarlegar afleiðingar (2). Þótt löng hefð fyrir notkun náttúruefna geti gefið talsverða reynslu um ákjósanleg og óákjósanleg áhrif þeirra, einkum þegar til skamms tíma er litið, getur reynst erfiðara að greina viðbrögð sem koma sjaldan fyrir, þróast stigvaxandi eða koma eftir langt dulið tímabil (3). Talið er að fleiri vísindalegar rannsóknir skorti til að meta áhrif og öryggi við notkun náttúruefna til lækninga (4) og niðurstöður þeirra fáu rannsókna sem birtar hafi verið gefi ekki vísbendingu um raunverulega tíðni aukaverkana (5). Margir hafa ályktað að nauðsynlegt sé fyrir heilbrigðisstarfsmenn að þekkja aukaverkanir af völdum náttúruefna (4, 6-10) en jafnframt bent á að erfitt geti reynst að nálgast áreiðanlegar og óháðar upplýsingar (10).

Milliverkanir við lyf sem tengdar eru náttúruefnum eru að stórum hluta taldar óþekktar (11). Nýlegar kannanir sýna að um þriðjungur Bandaríkjamanna noti náttúruefni til sjálfslækninga (4, 12) og 18% noti þau samhliða lyfseðilsskyldum lyfjum en aðeins 40% þeirra greini læknum sínum frá notkuninni (8). Fáar tilkynningar um milliverkun milli óhefðbundinna efna/vörutegunda og hefðbundinna vestrænna lyfja staðfesta því hvorki öryggi þeirra í notkun né að tíðni slíkra milliverkana sé lág (13). Auk þess að valda beinum vandkvæðum getur náttúruefni seinkað eða breytt áhrifum hefðbundinnar meðferðar (3). Þetta er sérstaklega alvarlegt þegar lyf með litla lækningafræðilega breidd eiga í hlut (12).

Efniviður og aðferðir

Spurningalisti

Allir sem höfðu lækningaleyfi um síðustu áramót fengu spurningalista með pósti í janúar 2001 eftir að tilskilin leyfi fengust frá Tölvunefnd. Öllum læknum var sendur listinn, óháð starfsgrein og aldri. Spurningalistinn skiptist í tvo hluta: Annars vegar var spurt hvort viðkomandi læknir hafi í sínu starfi orðið var við auka- eða milliverkanir sem rekja mætti til neyslu náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna hér á landi. Ef aukaverkun hafði greinst, var beðið um nánari upplýsingar um hvaða efni hefði líklega valdið henni, einkenni og alvarleika aukaverkunarinnar. Ef milliverkun hafði greinst, var einnig óskað upplýsinga um viðkomandi lyfseðilsskylt lyf. Hins vegar fjallaði stór hluti spurningalistans um viðhorf lækna til náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna. Spurningalistinn fylgir með sem viðauki við þessa grein. Ítrekunarbréf voru send með tölvupósti, almennum pósti eða myndsendi til þeirra sem svöruðu ekki spurningalistanum. Allir sem ekki höfðu svarað við lok rannsóknarinnar höfðu þannig fengið 2-3 ítrekanir, þar af að minnsta kosti eina í almennum pósti. Nöfn þátttakenda koma hvergi fram við úrvinnslu könnunarinnar.

Upplýsingar úr spurningalistunum voru skráðar í tölfræðiforritið Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) sem notað var við úrvinnslu á niðurstöðum. Samanburður milli starfsgreina og aldurshópa var gerður með kí-kvaðratsprófum og marktekt var miðuð við $P < 0,05$.

Ástæður innlagna á Landspítala-háskólasjúkrahús

Markmið leitarinnar var að kanna fjölda innlagna á Landspítala-háskólasjúkrahús (LSH) sem rekja mætti til neyslu náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna. Leitað var í tölvukerfum LSH eftir Alþjóðlegri tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála, það er ICD-10 og ICD-9 (14). Leitin náði aftur til ársins 1984 á LSH við Hringbraut og 1983 á LSH í Fossvogi. Ekki eru til sérstök skráningarnúmer fyrir sjúkdómsgreiningar þar sem þátt eiga náttúrulyf, náttúruvörur eða fæðubótarefni og því var leitað eftir ákveðnum skráningarnúmerum fyrir eitranir. Áður en rannsókn hófst var sótt um leyfi hjá Siðanefnd LSH og Persónuvernd. Einnig var sótt um aðgang hjá tölvudeild LSH að Lotus Notes tölvukerfinu og sjúkraskýrslukerfi þess í Fossvogi.

Eftir að leit í tölvukerfunum lauk kom í ljós að mikill fjöldi innlagna var skráður undir þeim skráningarnúmerum sem leitað var eftir og aðgangur að sjúkraskýrslum fékkst ekki fyrr en við lok rannsóknartímabilsins. Upplýsingaöflun var því takmörkuð við ákveðna skráningarflokka sem þóttu líklegastir til að hafa að geyma innlagnir af völdum náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna. Þetta voru allir undirflokkar T62 og T78 auk flokkanna T65.8 og T65.9. Sjúkraskýrslur voru eingöngu skoðaðar fyrir árið 2000.

Ástæða komu á bráðamóttökur LSH

Fylgst var með bráðamóttökum LSH í Fossvogi og við Hringbraut daglega í einn mánuð, frá 15. febrúar til 15. mars 2001. Leyfi var veitt frá Siðanefnd LSH og Persónuvernd. Markmiðið var að skoða ástæður komu á bráðamóttöku og athuga hvort um væri að ræða auka- eða milliverkanir af völdum náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna. Framkvæmd rannsóknarinnar tók mið af bráðamóttöku á hvorum stað fyrir sig sem og óskum starfsfólks. Annan hvern dag

var farið á LSH í Fossvogi og hina dagana á LSH við Hringbraut. Í Fossvogi var morgunfundur lyflækna setinn með þeim læknum sem höfðu verið á vakt. Læknar á lyflækningadeild fengu dreifiblað með upplýsingum um rannsóknina. Við Hringbraut var rætt við lækna eða hjúkrunarfræðinga sem sátu morgunfund og/eða höfðu verið á vakt. Þar var dreifibréf hengt upp á áberandi stað fyrir starfsfólk bráðamóttökunnar til kynningar á rannsókninni.

Fyrirspurnir til Eitrunarmiðstöðvar

Farið var yfir fyrirspurnir vegna eitrana hjá Eitrunarmiðstöð á árunum 1997-2000 og þær skoðaðar sem vörðuðu náttúrulyf, náttúruvörur og fæðubótarefni.

Tilkynningar til Landlæknis og Lyfjastofnunar

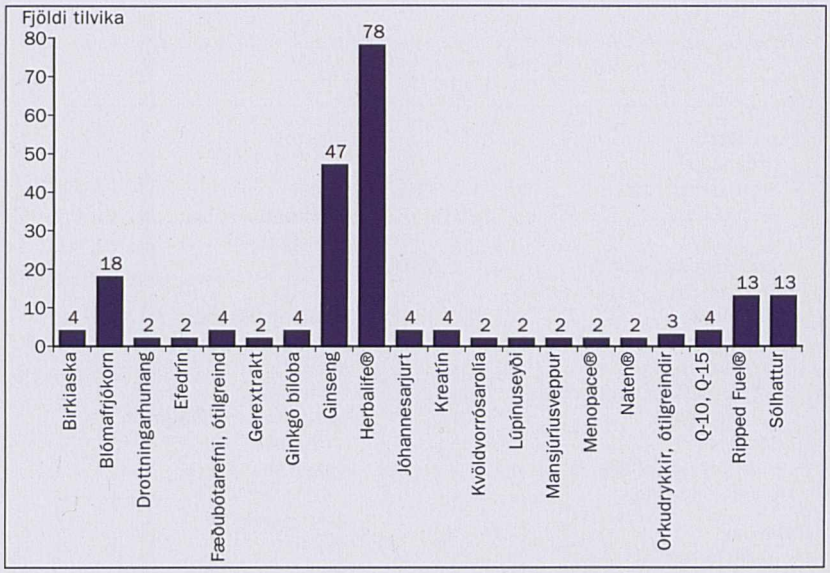
Lyfjastofnun og Landlæknisembættið annast skráningu aukaverkana og milliverkana hérlendis. Athugað var hvort einhverjar tilkynningar hefðu borist til þessara stofnana vegna náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna.

Niðurstöður

Spurningalisti – tilvik auka- og milliverkana

Spurningalistanum svöruðu 410 af 1083 (38%), þar af 327 karlar og 75 konur en átta gáfu ekki upp kyn. Alls svöruðu 82 heimilislæknar, 79 lyflæknar, 58 skurðlæknar og 30 geðlæknar en 159 kváðust starfa við aðrar sérgreinar. Um 19% svarenda voru 40 ára eða yngri, 58% 41-55 ára, 17% 56-70 ára, 5% 71 árs eða eldri en 1% gaf ekki upp aldur. Þeir læknar sem sögðust hafa orðið varir við aukaverkun sem rekja mátti til neyslu náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna voru 91 en þeir sem merktu við að hafa hugsanlega orðið varir við slíkt voru 43. Læknarnir greindu alls frá 270 aukaverkunum vegna um 60 mismunandi efna. Í 253 tilvikum var bæði greint frá efnum og einkennum aukaverkana.

Á mynd 1 má sjá hvaða náttúruefni eru oftast talin hafa valdið aukaverkun (tvisvar eða oftar) hér á landi ásamt fjölda tilvika. Vöruflokkurinn frá Herbalife® er oftast talinn hafa valdið aukaverkun en þar á eftir koma ginseng, blómafrjókorn, Ripped Fuel®, og sólhattur. Skipting milli starfsgreina var þannig að 56% heimilislækna sem svöruðu höfðu orðið varir/hugsanlega orðið varir við aukaverkanir, 49% lyflækna, 42% geðlækna, 20% skurðlækna en 19% annarra starfsgreina. Um 36% þeirra sem voru 40 ára eða yngri sögðust hafa orðið/hugsanlega hafa orðið varir við aukaverkun, 37% í flokki 41-55 ára, 30% 56-70 ára og 18% 71 árs og eldri. Alvarleiki auka- og milliverkana var metinn samkvæmt kvarða sem svarendur gátu merkt við og sjá má í töflu I. Í töflu II eru tekin dæmi um nokkur náttúruefni og alvarlegustu aukaverkanirnar sem þau eru talin hafa valdið. Algengast var að aukaverkanirnar hefðu nokkur (B skv. kvarða) eða veruleg (C) áhrif á sjúklinga (68% tilvika). Innlögn á sjúkrahús (D) var talin afleiðing 38 tilvika (15%) og aukaverkun var talin hafa stofnað lífi sjúklings í hættu (E) í 14 tilvikum (5%). Alvarlegustu aukaverkanirnar greindu lyflæknar í 50% tilvika, heimilislæknar í 21% tilvika en aðrir sjaldnar.



Mynd 1. *Náttúruefni (náttúrulyf, náttúruvörur, fæðubótarefni) sem oftast eru talin hafa valdið aukaverkun (tvisvar eða oftar) hér á landi samkvæmt niðurstöðum könnunar sem gerð var meðal íslenskra lækna.*

Tafla I. *Kvarði fyrir tilgreiningu alvarleika auka- og milliverkana í spurningalista sem sendur var til íslenskra lækna.*

Kvarði	Aukaverkunin
A	Hafði lítil áhrif á sjúkling.
B	Hafði nokkur áhrif á sjúkling.
C	Hafði veruleg áhrif á sjúkling.
D	Leiddi til innlagnar á sjúkrahús.
E	Stofnaði lífi sjúklings í hættu.

Þeir læknar sem sögðust hafa í starfi sínu orðið varir við milliverkun sem rekja mátti til neyslu náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna voru þrír en þeir sem hugsanlega höfðu orðið varir við slíkt voru 22. Margir greindu ekki nánar frá þeim og er fjöldi milliverkana þar sem upplýsingar um efni, lyf og milliverkun komu fram alls 13. Herbalife® var oftast talið hafa valdið milliverkun við lyf (6 tilvik) en þar á eftir koma Jóhannesarjurt, birkiaska, kreatín, ginkgó og Q-10. Það lyf sem oftast er talið hafa komið við sögu í milliverkun er warfarín (7 tilvik). Milliverkanirnar höfðu ýmist lítil (A), nokkur (B) eða veruleg (C) áhrif á sjúklinga og urðu lyflæknar oftast varir við þær.

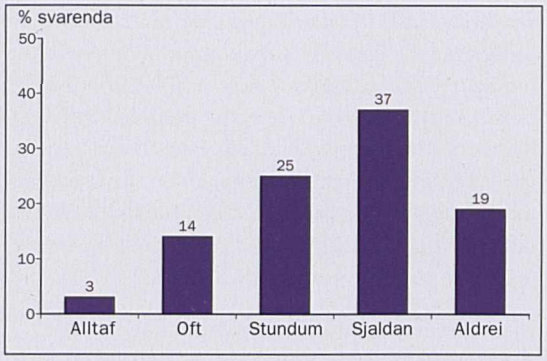
Spurningalisti – viðhorfskönnun

Um 47% lækna sem svöruðu sögðu að sjúklingar nefni sjaldan að fyrra bragði hvort þeir neyti náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna. Um 30% svarenda sögðu að sjúklingar nefni það stundum, 13% oft en 7% aldrei. Spurt var hversu oft eða sjaldan læknar

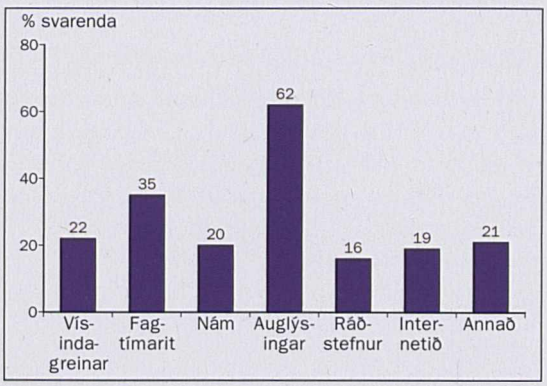
Tafla II. *Alvarlegustu aukaverkanir sem svarendur spurningalistans greindu frá. Um flokkun alvarleika (A-E) vísast í töflu I.*

Efni	Fjöldi	Alv.*	Efni	Fjöldi	Alv.*
Herbalife®			**Sólhattur**		
Lifrarbilun	1	E	Lost	1	E
Hjartsláttartruflun	2	E	Gula	1	D
Hjartastopp	1	E	Ofnæmisviðbrögð	1	D
Nýrnabilun	1	D-E	**Blómafrjókorn**		
Díabetísk ketoacidósa	1	D-E	Ofnæmi	2	D
Geðhæð, bjúgur, CK hækkun	1	D-E	Sturlun	1	D
Lifrarbólga	8	D	**Drottningarhunang**		
Bráð og langvarandi lifrarbólga	1	D	Astmi	1	D
Bráð lifrarbólga m/gulu	1	D	**Efedrín**		
Lifrarpatología, lifrarbólga	1	D	Háþrýstingur, krampar	1	E
Þornun, yfirlið	1	D	**Fæðubótarefni, ótilgreint**		
Gáttatif	1	D	Nýrnabilun	1	E
Hjartsláttartruflanir, höfuðverkur	1	C-D	**Ginkgó bílóba**		
Brjóstverkir (angina)	1	C-D	Geðhæð	1	D
Ginseng			**Hunangsbakstur**		
Hjartsláttaróregla	1	E	Sýking	1	D
Lágt kalsíum í blóði	1	D	**Kannabis v/verkja**		
Geðhæð	1	D	Róun, rugl	1	E
Ofsakláði, bráðaofnæmi	1	D	**Kvöldvorrósarolía**		
Yfirlið	1	D	Ofnæmisviðbrögð	1	D
			Laetríl		
Ripped Fuel®			Aukin mæði	1	E
Hraðtaktur, almenn vanlíðan	2	D	**Mansjúríusveppur**		
Hraðtaktur, almenn örvun	1	D	Geðhæð	1	D
Krampar, meðvitundarleysi	2	D	**Tryptophan**		
Æsingur, höfuðverkur	2	D	Eosinopilic cellulitis	1	D

Alv*: Alvarleiki, sjá töflu I.



Mynd 2. *Hve oft spyrja svarendur sjúklinga sína hvort þeir neyti náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna?*



Mynd 3. *Hvaðan fá svarendur mestan hluta þekkingar sinnar um náttúrulyf, náttúruvörur og fæðubótarefni?*

spyrji sjúklinga sína hvort þeir neyti náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna. Um 31% lyflækna spyrja þessarar spurningar alltaf/oft, 28% geðlækna, 17% heimilislækna, 11% annarra og 5% skurðlækna (mynd 2). Marktæk fylgni (P=0,0015) var milli aldurs læknanna og hvort þeir spyrja sjúklinga áðurnefndrar spurningar þannig að yngri læknar virðast líklegri til þess.

Þegar spurt var um hversu miklu eða litlu máli læknum finnst það skipta að sjúklingar nefni neyslu sína á náttúrulyfjum, náttúruvörum og fæðubótarefnum í viðtölum hjá þeim svöruðu 55% af heild að það skipti miklu/mjög miklu máli. Hlutlausir voru 24% en 20% finnst það skipta litlu/mjög litlu máli. Um 79% geðlækna finnst það skipta miklu/mjög miklu máli, 65% lyflækna, 59% heimilislækna en 27% skurðlækna voru sama sinnis. Marktæk fylgni (P<0,0001) var milli aldurshópa þannig að yngri læknum virðist finnast það skipta meira máli en þeim eldri að sjúklingar nefni þessa neyslu.

Um 40% læknanna í heild finnst það skipta miklu/mjög miklu máli að sjúklingar hafi samráð við lækni áður en þeir neyta náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna. Hlutlausir voru 32% en 27% finnst það skipta litlu/mjög litlu máli. Meirihluti geðlækna (58%) og lyflækna (50%) finnst það skipta miklu/ mjög miklu máli, nokkur hluti heimilislækna (37%) er sama sinnis en fáir skurðlæknar (16%).

Spurt var hvaðan mestur hluti þekkingar viðkomandi læknis um náttúrulyf, náttúruvörur og fæðubótarefni væri kominn (mynd 3). Boðið var upp á að merkja við einn eða fleiri af sex svarmöguleikum en einnig að skrifa aðra möguleika. Flestir fá þekkinguna úr auglýsingum (253 læknar), næst koma fagtímarit (144). Ekki var mikill munur hvað varðar starfsgreinar og aldur. Það sker sig þó úr að hjá 44% þeirra sem eru 40 ára og yngri kemur þekkingin úr námi, hjá 17% 41-55 ára, hjá 6% 56-70 ára og hjá 16% þeirra sem eru 71 árs eða eldri.

Alls vilja 75% svarenda fræðast meira um náttúrulyf en 68% um náttúruvörur og fæðubótarefni. Á milli starfsgreina er ekki munur fyrir utan að skurðlæknar vilja í um 57% tilvika aukna fræðslu á móti því að hinar starfsgreinarnar vilja að meðaltali í 85% tilvika aukna fræðslu um náttúrulyf og í 76% tilvika um náttúruvörur og fæðubótarefni. Marktæk fylgni var milli aldurshópa þannig að yngri læknar eru líklegri til að vilja aukna fræðslu um náttúrulyf (P=0,0059) og náttúruvörur/fæðubótarefni (P=0,0068).

Þegar spurt var hverjir ættu að annast fræðslu til lækna um náttúrulyf, náttúruvörur og fæðubótarefni töldu 73% að lyfjafræðingar ættu að sjá um fræðsluna og 68% að læknar ættu að sjá um hana.

Ástæður innlagna/komu á bráðamóttökur

Sú leit sem áætluð var í upphafi hafði að geyma 1738 innlagnir en eftir að leitin hafði verið takmörkuð við ákveðin skráningarnúmer voru eftir 289 innlagnir.

Skoðaðar voru 90 sjúkraskrár með innlögnum á árinu 2000, 62 við LSH Hringbraut og 28 í Fossvogi. Við Hringbraut var ein innlögn rakin til neyslu fæðubótarefnis og lýsti aukaverkunin sér með útbrotum, bólgu í andliti og öndunarerfiðleikum. Sjúkdómsgreining samkvæmt ICD-10 var T78.4. Eftir daglega athugun á bráðamóttökum LSH á tímabilinu frá 15. febrúar til 15. mars 2001 var ekki unnt að rekja neinar komur þangað til neyslu náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna.

Fyrirspurnir til Eitrunarmiðstöðvar 1997-2000

Á árunum 1997-2000 voru 26 fyrirspurnir til Eitrunarmiðstöðvar vegna náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna. Flestar voru frá árinu 2000 og vegna aldurshópsins 2-6 ára. Þremur einstaklingum var vísað á sjúkrahús en ekki skráð nánar um afdrif þeirra.

Tilkynningar til Landlæknis og Lyfjastofnunar

Þegar rannsóknin var framkvæmd höfðu engar formlegar tilkynningar borist Lyfjastofnun eða Landlækni um auka- eða milliverkun sem rekja má til neyslu náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna.

Umræða

Um 33% svarenda höfðu orðið varir við/hugsanlega orðið varir við aukaverkun hjá sjúklingi sem rekja má til neyslu náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna. Fjöldi og alvarleiki aukaverkananna var mun meiri en búist var við en álíka rannsókn hefur ekki verið gerð hérlendis áður og ekki fundust heimildir um sambærilega rannsókn erlendis. Greint var frá 18 tilvikum þar sem notkun Herbalife® leiddi til/hugsanlega leiddi til innlagnar á sjúkrahús en þar af voru 11 tilfelli lifrarbólgu. Ekki er hægt að útiloka að fleiri en einn læknir nefni sama tilfellið af umræddri lifrarbólgu. Alvarlegustu aukaverkananna var þó yfirleitt einungis getið af einum lækni. Þegar greint var frá aukaverkunum á hjarta- og æðakerfið getur verið um að ræða Herbalife® með efedríni en sala slíkra vara er ekki leyfð í Evrópu. Þótt óheimilt sé að selja fæðubótarefnið Ripped Fuel®, með efedríni hérlendis sögðust svarendur hafa orðið varir við aukaverkanir af völdum þess í 13 tilvikum.

Warfarín virðist oftast hafa verið greint sem milliverkandi lyf sem skýrist líklega af því að meðferðarlegt skammtasvið þess er þröngt og náið er fylgst með meðferð sjúklinganna. Sem dæmi um aðra milliverkun var greint frá því að birkiaska hefði hugsanlega milliverkað við Contalgin®, og kom læknirinn með þá tilgátu að um lyfjakolaáhrif væri að ræða þar sem birkiaskan aðsogaði lyfið og minnkaði þannig aðgengi þess.

Þótt flestir (62%) spyrji sjaldan eða stundum hvort sjúklingar neyti þessara efna og 19% spyrja aldrei finnst meirihluta læknanna (55%) að það skipti miklu eða mjög miklu máli að sjúklingar nefni neyslu sína á efnunum. Nokkrir erlendir rannsakendur hafa ályktað að þegar læknar skrái sögu sjúklinga eigi þeir að spyrja um notkun náttúruefna (4,8,9). Í könnuninni kom fram að 40% læknanna finnst það skipta miklu eða mjög miklu máli að sjúklingar hafi samráð við lækni áður en þeir neyta áðurnefndra efna en 27% finnst það skipta litlu eða mjög litlu máli. Nokkrir læknar tóku fram að það færi allt eftir veikindum sjúklings og annarri lyfjameðferð. Í kanadískri könnun meðal lækna og læknanema sögðu 98% læknanna að sjúklingar ræddu óhefðbundnar lækningar við sig og 56% læknanna sögðust spyrja sjúklinga um óhefðbundnar meðferðir (15).

Athyglisvert er að flestir svarendur sögðust hafa þekkingu sína á náttúruefnum að mestu úr auglýsingum. Meirihluti lækna vill fræðast meira um náttúruefni sem er í samræmi við erlendar rannsóknir þar sem læknar og læknanemar telja æskilegt að menntun um náttúruefni fari fram í læknanámi (15). Í núverandi könnun skera skurðlæknar sig úr þannig að þeir vilja síður fræðslu en aðrar starfsgreinar. Þetta er umhugsunarefni því nokkrar auka- og milliverkanir sem greint var frá vörðuðu aðgerðir og samfylgjandi lyfjagjöf. Erlend rannsókn sem gerð var hjá sjúklingum á leið í aðgerð sýndi að 22% þeirra notuðu náttúruefni og ályktað var að teymi á svæfingadeild ætti að spyrja sjúklinga um notkun óhefðbundinna lækninga fyrir aðgerð og þekkja mögulegar aukaverkanir (6).

Í nokkuð mörgum tilvikum var munur á svörum eftir aldri. Þeir sem yngri eru virðast líklegri til þess að spyrja sjúklinga sína hvort þeir neyti efnanna og finnst það skipta meira máli en þeim sem eldri eru að sjúklingar nefni slíka neyslu. Yngri læknar virðast að auki líklegri til að vilja meiri fræðslu um áðurnefnd efni. Niðurstöðurnar eru í samræmi við kannanir í Bandaríkjunum sem sýna að áhugi lækna á óhefðbundnum lækningum virðist meiri hjá nýútskrifuðum læknum en þeim sem eldri eru (15).

Svarhlutfall spurningalistans, 38%, getur valdið því að skakki verði í átt til þeirra sem eru meðvitaðri um áhrif náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna. Svörun kynjanna var svipað kynjahlutfalli læknastéttarinnar.

Við upphaf rannsóknarinnar var áætlað að skoða sjúkraskýrslur á LSH fyrir allar innlagnir frá 1983-2000 eftir ákveðnum skráningarnúmerum ICD-9 og ICD-10. Vegna mikils fjölda innlagna og tafa var ekki mögulegt að gera slíka leit en tekið fyrir eitt ár til að fá hugmynd um áreiðanleika skráningarkerfisins vegna innlagna af þessu tagi.

Í svörun spurningalistans kemur fram að 52 aukaverkanir eru taldar hafa leitt til innlagnar á sjúkrahús eða stofnað lífi sjúklings í hættu. Þessar aukaverkanir ætti að vera unnt að finna í skýrslum sjúkrahúsa hérlendis. Eftir þá athugun sem framkvæmd var, fyrir árið 2000, er ekki unnt að ályktа um tíðni innlagna á LSH vegna náttúruefna. Athugunin gefur þó mynd af því skráningarkerfi sem notað er. Skráningarkerfið, Al-

þjóðleg tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála (ICD), hentar afar illa fyrir auka- og milliverkanir af völdum náttúruefna því í kerfinu eru engin skráningarnúmer tiltekin sérstaklega fyrir þessar innlagnir. Ákveðið var að leita eftir eitrunarflokkum en tilvikin geta einnig verið skráð undir sjúkdómsgreiningarflokkum. Þetta skapar vandræði bæði þeim sem ætla að skrá viðkomandi tilvik og þeim sem vilja leita að viðkomandi tilvikum. Í sumum tilfellum er hægt að finna viðkomandi náttúruefni í atriðaskrá skráningarbókarinnar en þó er fjöldi náttúruefna þar ekki nærri tæmandi. Engin skráningarnúmer virðast vera til staðar fyrir milliverkanir.

Engar formlegar tilkynningar hafa borist Lyfjastofnun eða Landlækni um auka- eða milliverkanir af völdum náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna. Það er athyglisvert í ljósi þess að í svörun spurningalistans voru gefnar upplýsingar um 253 aukaverkanir vegna ákveðinna efna og 13 milliverkanir við lyf.

Svörun spurningalistans gefur til kynna að auka- og milliverkanir séu vanskráðar hérlendis en ekki er þó hægt að meta líkindi þess að auka- eða milliverkanirnar hafi átt sér stað því ekki er vitað á hvaða hátt læknarnir greindu þær. Greint var frá fáum aukaverkunum sem höfðu lítil áhrif á sjúklinga og líklega leita sjúklingar ekki til lækna í þeim tilfellum. Oft er erfitt að greina milliverkanir sem skýrist ef til vill að hluta til af því að sjúklingar virðast sjaldan greina læknum sínum frá notkun náttúruefna og læknarnir virðast sjaldan spyrja um áðurnefnda notkun. Álykta að hefur verið að læknar þurfi að hafa varann á hvað varðar auka- og milliverkanir náttúruefna (7) og mikilvægt sé fyrir lækna að vita af þekktum milliverkunum náttúruefna við lyf (4).

Til að bæta skráningu auka- og milliverkana þyrfti að minnsta kosti fernt að koma til:

1) Auka þarf fræðslu til lækna og annars starfsfólks heilbrigðisþjónustu um verkun og mögulegar auka- og milliverkanir af völdum náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna.
2) Tilkynna verður Lyfjastofnun um þær auka- og milliverkanir sem vart verður við. Eyðublaðið „Tilkynning um aukaverkun" er fáanlegt gegnum netsíðuna *www.lyfjastofnun.is*.
3) Bæta þarf skráningarkerfi vegna innlagna á LSH, og sennilega fleiri sjúkrastofnunum því kerfið hentar ekki fyrir innlagnir af þessu tagi.
4) Auka þarf óháða fræðslu til almennings um verkun náttúruefna.

Með þessu móti væri almenningur betur upplýstur um hugsanleg áhrif náttúruefnanna og líklegri til að segja læknum sínum frá notkuninni. Eftir aukna fræðslu myndu læknar væntanlega spyrja sjúklinga sína oftar um notkun náttúruefna. Í kjölfarið gætu skráningar orðið skilvirkari, en við það yrði til betri gagnabanki um auka- og milliverkanir náttúruefna. Slíkar upplýsingar þjóna allri heilbrigðisþjónustu sem og almannaheill.

Ályktanir

Auka- og milliverkanir sem raktar hafa verið til neyslu náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna eru vanskráðar hérlendis. Skráningarkerfi Landspítala hentar ekki fyrir innlagnir af þessu tagi og læknar hafa ekki tilkynnt formlega þau tilvik sem þeir hafa orðið varir við. Auka þarf fræðslu um virkni, aukaverkanir og milliverkanir náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna.

Þakkir

Tengiliðir við Landspítala, Guðmundur Þorgeirsson yfirlæknir við Hringbraut og Jón Baldursson yfirlæknir í Fossvogi, fá bestu þakkir. Einnig Curtis Snook, Guðmundur Oddsson, Gyða Baldursdóttir og Sigurður Guðmundsson landlæknir. Þakkir fyrir viðtöl fá Guðborg A. Guðjónsdóttir, Ingibjörg Halldórsdóttir, Jón Magnússon, Pétur S. Gunnarsson, Steinar B. Aðalbjörnsson og Svava Liv Edgarsdóttir. Steini Kára Steinssyni er þökkuð tölfræðileg aðstoð og Baldri Þórhallssyni aðstaða og góð ráð. Eftirtöldum fyrirtækjum er þakkaður veittur stuðningur: Omega Farma ehf, Delta hf, Thorarensen lyf og Heilsuverslun Íslands.

Heimildir

1. Reglugerð, nr. 684/1997, um markaðsleyfi náttúrulyfja. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, Reykjavík 1997.
2. Ernst E, Rand JI, Stevinson C. Complementary therapies for depression: an overview. Arch Gen Psychiatry 1998; 55: 1026-32.
3. De Smet PA. Adverse effects of herbal remedies. Adverse Drug Reaction Bull 1997; 183: 695-8.
4. Miller LG. Herbal medicinals. Arch Int Med 1998; 158: 2200-11.
5. Stickel F, Egerer G, Seitz HK. Hepatotoxicity of botanicals. Public Health Nutr 2000; 3: 113-24.
6. Tsen LC, Segal S, Pothier M, Bader AM. Alternative medicine use in presurgical patients. Anesthesiology 2000; 93: 148-51.
7. Cupp MJ. Herbal remedies: adverse effects and drug interactions. Am Fam Physician 1999; 59: 1239-45.
8. Smolinske SC. Dietary supplement-drug interactions. J Am Med Womens Assoc. 1999; 54: 191-2, 195.
9. Borins M. The dangers of using herbs. What your patients need to know. Postgrad Med 1998; 104: 91-95, 99-100.
10. Shaw D, Leon C, Kolev S, Murray V. Traditional remedies and food supplements. A 5-year toxicological study (1991-1995). Drug Saf 1997; 17(5): 342-56.
11. De Smet PA. An introduction to herbal pharmacoepidemiology. J Ethnopharmacol 1993; 38: 197-208.
12. Heck AM, DeWitt BA, Lukes Al. Potential interactions between alternative therapies and warfarin. Am J Health Syst Pharm 2000; 57(13): 1221-7.
13. Blumenthal M. Interactions between herbs and conventional drugs: Introductory considerations. Herbal Gram 2000; 49: 52-63.
14. Alþjóðleg tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála, 10. útg. (ICD-10). Ritstjóri Magnús Snædal. Orðabókasjóður læknafélaganna, Reykjavík 1996.
15. Einarson A, Lawrimore T, Brand P, Gallo M, Rotatone C, Koren G. Attitudes and practices of physicians and naturopaths toward herbal products, including use during pregnancy and lactation. Can J Clin Pharmacol 2000; 7 (1): 45-9.

Viðauki

SPURNINGALISTI

1. **Hver er aldur þinn?** ☐ 40 ára eða yngri ☐ 41-55 ára ☐ 56-70 ára ☐ 71 árs eða eldri

2. **Kyn?** ☐ Kona ☐ Karl

3. **Hvaða grein læknisfræði stundar þú?**

   ☐ Heimilislækningar ☐ Lyflækningar ☐ Skurðlækningar ☐ Geðlækningar ☐ Annað

4. **Hefur þú í þínu starfi orðið var/vör við <u>aukaverkun</u> hjá sjúklingi sem rekja má til neyslu náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna?** (sjá skilgreiningar í kynningarbréfi)

   ☐ Já ☐ Hugsanlega ☐ Nei ⟶ Farðu að spurningu nr. 5

   Vinsamlegast veittu nánari upplýsingar í töflu 1.

   Það sem koma þarf fram er:
   Hvaða efni þú taldir líklegt að hafi ollið aukaverkuninni, hver aukaverkunin var og hversu alvarleg hún var (dragðu hring um viðeigandi bókstaf).

TAFLA 1

	EFNI	AUKAVERKUN	ALVARLEIKI Aukaverkunin ...
Tilvik			A: hafði lítil áhrif á sjúkling B: hafði nokkur áhrif á sjúkling C: hafði veruleg áhrif á sjúkling D: leiddi til innlagnar á sjúkrahús E: stofnaði lífi sjúklings í hættu

5. **Hefur þú í þínu starfi orðið var/vör við <u>milliverkun</u> við lyf hjá sjúklingi sem rekja má til neyslu náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna?**
   (sjá skilgreiningar í kynningarbréfi)

   ☐ Já ☐ Hugsanlega ☐ Nei ⟶ Farðu að spurningu nr. 6

   Vinsamlegast veittu nánari upplýsingar í töflu 2.

   Það sem koma þarf fram er:
   Hvaða efni þú taldir líklegt að hafi ollið milliverkuninni, um hvaða lyf var að ræða, hver milliverkunin var og hversu alvarleg hún var (dragðu hring um viðeigandi bókstaf).

TAFLA 2

	EFNI	LYF	AUKAVERKUN	ALVARLEIKI Milliverkunin ...
Tilvik 1				A: hafði lítil áhrif á sjúkling B: hafði nokkur áhrif á sjúkling C: hafði veruleg áhrif á sjúkling D: leiddi til innlagnar á sjúkrahús E: stofnaði lífi sjúklings í hættu

6. **Hversu oft eða sjaldan telur þú að aukaverkanir verði vegna neyslu náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna hér á landi?**

☐ Alltaf ☐ Oft ☐ Stundum ☐ Sjaldan ☐ Aldrei ☐ Veit ekki

7. **Hversu oft eða sjaldan telur þú að milliverkanir við lyf verði vegna neyslu náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna hér á landi?**

☐ Alltaf ☐ Oft ☐ Stundum ☐ Sjaldan ☐ Aldrei ☐ Veit ekki

8. **Hversu oft eða sjaldan nefna sjúklingar það að fyrra bragði hvort þeir neyti náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna?**

☐ Alltaf ☐ Oft ☐ Stundum ☐ Sjaldan ☐ Aldrei ☐ Veit ekki

9. **Hversu oft eða sjaldan spyrð þú sjúklinga þína hvort þeir neyti náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna?**

☐ Alltaf ☐ Oft ☐ Stundum ☐ Sjaldan ☐ Aldrei

10. **Hversu oft eða sjaldan ráðleggur þú sjúklingum þínum að neyta náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna?**

☐ Alltaf ☐ Oft ☐ Stundum ☐ Sjaldan ☐ Aldrei

11. **Hversu miklu eða litlu máli finnst þér það skipta að sjúklingar nefni neyslu sína á náttúrlyfjum, náttúruvörum og fæðubótarefnum í viðtali hjá lækni?**

☐ Mjög miklu máli ☐ Miklu máli ☐ Hvorki miklu né litlu máli ☐ Litlu máli ☐ Mjög litlu máli

12. **Hversu miklu eða litlu máli finnst þér það skipta að sjúklingar hafi samráð við lækni áður en þeir neyta náttúrulyfja, náttúruvara eða fæðubótarefna?**

☐ Mjög miklu máli ☐ Miklu máli ☐ Hvorki miklu né litlu máli ☐ Litlu máli ☐ Mjög litlu máli

13. a) **Hvernig finnst þér aðgengi upplýsinga um verkun náttúrulyfja?**

☐ Allt of mikið ☐ Meira en nóg ☐ Hæfilegt ☐ Ekki nægjanlegt ☐ Allt of lítið

b) **Hvernig finnst þér aðgengi upplýsinga um verkun náttúruvara og fæðubótarefna?**

☐ Allt of mikið ☐ Meira en nóg ☐ Hæfilegt ☐ Ekki nægjanlegt ☐ Allt of lítið

14. a) **Hversu mikla eða litla þekkingu telur þú að læknar á Íslandi hafi á aukaverkunum náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna?**

☐ Mjög mikla ☐ Frekar mikla ☐ Hvorki mikla né litla ☐ Frekar litla ☐ Mjög litla ☐ Veit ekki

b) **Hversu mikla eða litla þekkingu telur þú að læknar á Íslandi hafi á milliverkunum náttúrulyfja, náttúruvara og fæðubótarefna við lyf?**

☐ Mjög mikla ☐ Frekar mikla ☐ Hvorki mikla né litla ☐ Frekar litla ☐ Mjög litla ☐ Veit ekki

15. a) **Hversu mikið eða lítið traust berð þú almennt til náttúrulyfja?**

☐ Mjög mikið ☐ Frekar mikið ☐ Hvorki mikið né lítið ☐ Frekar lítið ☐ Mjög lítið

b) **Hversu mikið eða lítið traust berð þú almennt til náttúruvara og fæðubótarefna?**

☐ Mjög mikið ☐ Frekar mikið ☐ Hvorki mikið né lítið ☐ Frekar lítið ☐ Mjög lítið

16. **Hvaðan er mestur hluti þekkingar þinnar um náttúrulyf, náttúruvörur og fæðubótarefni kominn?**
Merktu við allt sem við á.

☐ Úr vísindagreinum
☐ Úr fagtímaritum
☐ Úr námi
☐ Annað, þá hvað?: _____
☐ Úr auglýsingum
☐ Af ráðstefnum
☐ Af internetinu

17. a) **Myndir þú vilja fræðast meira um náttúrulyf?**

☐ Já ☐ Nei

b) **Myndir þú vilja fræðast meira um náttúruvörur og fæðubótarefni?**

☐ Já ☐ Nei

18. a) **Hverjir eiga að sjá um fræðslu til lækna á náttúrulyfjum?**
Merktu við allt sem við á.

☐ Læknar
☐ Lyfjafræðingar
☐ Hjúkrunarfræðingar
☐ Aðrir, þá hverjir?: _____
☐ Sjúkraþjálfarar/Íþróttakennarar
☐ Næringarfræðingar
☐ Náttúrulæknar/Hómópatar

b) **Hverjir eiga að sjá um fræðslu til lækna á náttúruvörum og fæðubótarefnum?**
Merktu við allt sem við á

☐ Læknar
☐ Lyfjafræðingar
☐ Hjúkrunarfræðingar
☐ Aðrir, þá hverjir?: _____
☐ Sjúkraþjálfarar/Íþróttakennarar
☐ Næringarfræðingar
☐ Náttúrulæknar/Hómópatar

19. a) **Hversu mikil eða lítil finnst þér fræðsla til almennings um náttúrulyf?**

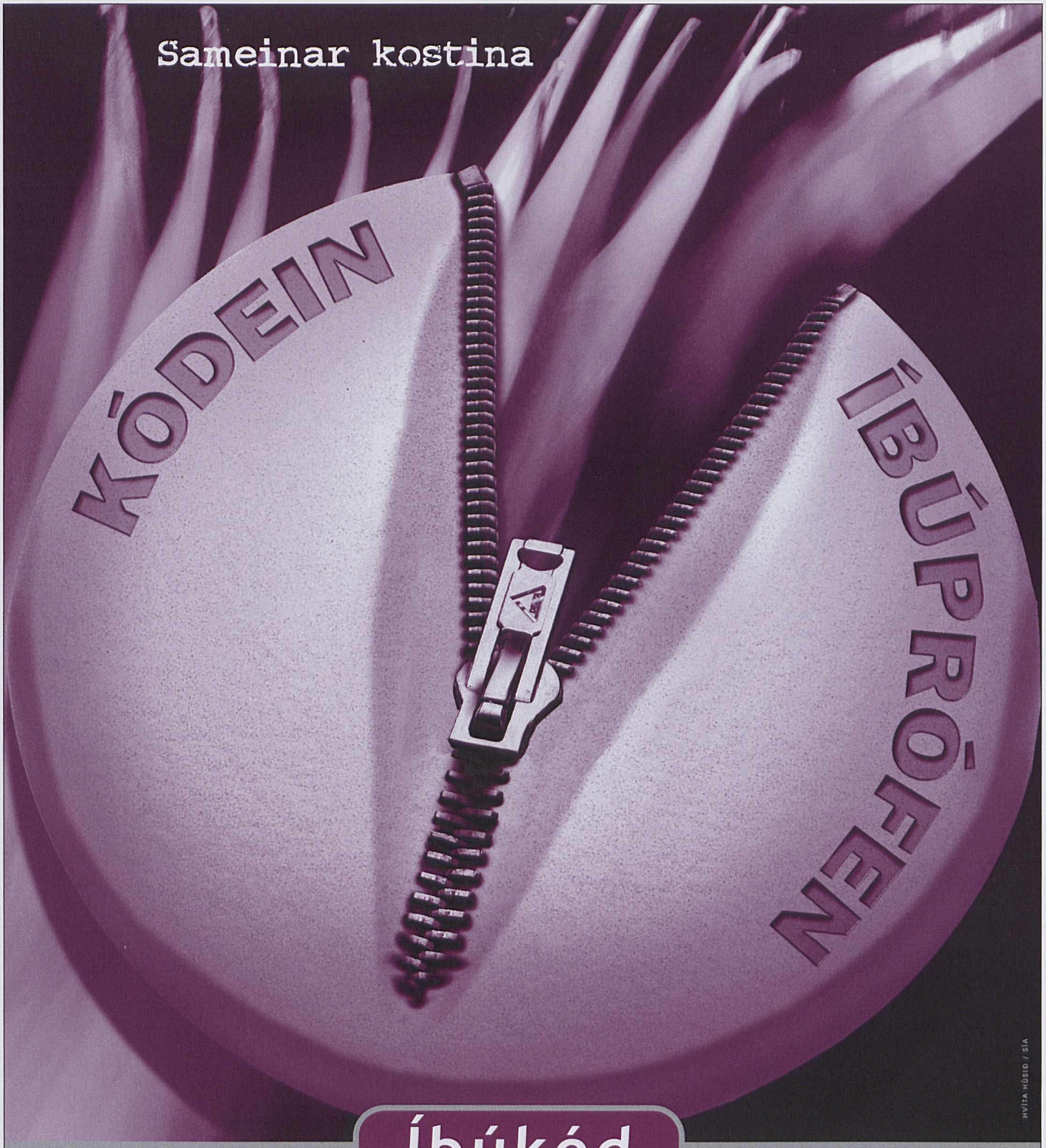
☐ Allt of mikil ☐ Meiri en nóg ☐ Hæfileg ☐ Ekki nægjanleg ☐ Allt of lítil

b) **Hversu mikil eða lítil finnst þér fræðsla til almennings um náttúruvörur og fæðubótarefni?**

☐ Allt of mikil ☐ Meiri en nóg ☐ Hæfileg ☐ Ekki nægjanleg ☐ Allt of lítil

20. **Hvernig finnst þér að sjúklingar/almenningur eigi að nálgast náttúrulyf?**
Merktu við allt sem við á.

☐ Úr sjálfsafgreiðslu í apótekum/lyfjabúðum
☐ Sem lausasölulyf í apótekum/lyfjabúðum
☐ Gegn lyfseðli
☐ Úr sjálfsafgreiðslu í heilsubúðum
☐ Af internetinu
☐ Annars staðar, hvar?_____



Íbúkód

KRÖFTUGT VERKJALYF

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

Pakkingar og hámarksverð (01.06.01)**: Íbúkód töflur:** 10 stk. 337 kr.; 100 stk. 1.449 kr. **Íbúkód sterkar töflur:** 20 stk. 598 kr.; 40 stk. 903 kr.; 100 stk. 2.009 kr. Heimilt er að selja takmarkað magn lyfsins Íbúkód í lausasölu, sbr. ofangreinda pakkningu merkta (L). Mest 10 stk. handa einstaklingi. Hverri pakkningu skulu fylgja viðurkenndar leiðbeiningar á íslensku um notkun lyfsins. 31.05.99

DELTA
LYFJAÞRÓUN • HUGVIT • GÆÐI
www.delta.is

Notkun blóðþynningarlyfja hjá sjúklingum með gáttatif á Íslandi

Ingibjörg J. Guðmundsdóttir[1]
Kristján Orri Helgason[1,2]
Emil L. Sigurðsson[2]
Davíð O. Arnar[1,3]

Ágrip

Inngangur: Sjúklingar með gáttatif eru í aukinni hættu á að fá segarek sem oft hefur slæm áhrif á lífsgæði þeirra og horfur. Nokkrar stórar rannsóknir á undanförnum árum hafa sýnt fram á að blóðþynning með warfaríni getur dregið talsvert úr hættu á segareki hjá þeim sem hafa gáttatif án lokusjúkdóms. Aspirín dregur lítillega úr hættu á segareki en er engan veginn eins öflugt í því skyni og warfarín. Áhættuþættir fyrir segareki hjá sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms eru: aldur yfir 65 ára, háþrýstingur, sykursýki, fyrri saga um heilaáfall auk stækkaðrar vinstri gáttar og skerts vinstri slegils. Blóðþynningarmeðferð með warfaríni er sérlega gagnleg þeim sjúklingum sem hafa einn eða fleiri ofantalinna áhættuþátta.

Efniviður og aðferðir: Rannsókn þessi var tvíþætt. Annars vegar var notkun warfaríns og aspirín hjá sjúklingum með áður greint gáttatif könnuð hjá þeim sem leituðu á bráðamóttöku Landspítala við Hringbraut frá febrúar til júní árið 2000. Hins vegar var notkun blóðþynningarlyfja könnuð hjá sjúklingum sem fylgt hafði verið á heilsugæslustöðinni Sólvangi og höfðu staðfest gáttatif á árunum 1995-2000. Auk lyfjanotkunar voru áhættuþættir fyrir segareki kannaðir hjá þessum hópi svo og frábendingar gegn notkun blóðþynningarlyfja.

Niðurstöður: Af 68 sjúklingum (39 karlar, meðalaldur 73 ár) sem leituðu á bráðamóttöku Landspítala við Hringbraut höfðu 65 (96%) sjúklinganna að minnsta kosti einn áhættuþátt fyrir segareki. Þrátt fyrir það voru aðeins 36 (53%) á warfarínmeðferð og af þeim 32 sjúklingum sem voru ekki á warfaríni höfðu aðeins átta skýra frábendingu gegn notkun þess og þrír engan áhættuþátt. Þannig var 21 (31%) sjúklingur ekki á warfarín blóðþynningu þrátt fyrir að vera með áhættuþátt fyrir segareki og enga frábendingu gegn warfaríni.

Af 71 sjúklingi (46 karlar, meðalaldur 72 ár) sem voru skjólstæðingar Heilsugæslustöðvarinnar Sólvangs í Hafnarfirði voru 40 (56%) sjúklinganna á warfaríni. Af þeim sem tóku ekki warfarín höfðu aðeins tveir (3%) engan áhættuþátt fyrir segareki og fjórir (6%) höfðu skýra frábendingu gegn lyfinu. Tuttugu og fimm (35%) voru þannig ekki á warfaríni þrátt fyrir að ábending hefði verið fyrir slíku.

ENGLISH SUMMARY

Guðmundsdóttir IJ, Helgason KO, Sigurðsson EL, Arnar DO

Use of warfarin anticoagulation in patients with atrial fibrillation in Iceland

Læknablaðið 2002; 88: 299-303

Objective: Despite convincing evidence that warfarin anticoagulation reduces the risk of thromboembolism in patients with atrial fibrillation, recent data suggests that this therapy may be underutilized. Some patients are at higher risk than others and known risk factors for thromboembolism in nonvalvular atrial fibrillation include hypertension, diabetes, a prior history of a cerebrovascular accident or a transient ischemic attack and age over 65 years. Additionally, decreased left ventricular function and an enlarged left atrium increase the risk of emboli.
Objective: To study the use of anticoagulation in patients with nonvalvular atrial fibrillation in Iceland we looked at the pattern of warfarin use in two different settings, the emergency room at a University Hospital in Reykjavik and those followed at the Solvangur Health Center, a primary health clinic, in Hafnarfjordur.
Methods: Prospective data collection at the University Hospital and retrospective chart review at Solvangur Health Center.

Results: A total of 68 patients (39 men, average age 73 years) with known preexisting atrial fibrillation were seen at the University Hospital during the 4 month study period. Thirty six (53%) were taking warfarin. Of the 32 not taking warfarin, 8 (25%) had a contraindication to anticoagulation. A large majority (96%) of the cohort had at least one risk factor for thromboembolism in atrial fibrillation. Fourteen (54%) of those not taking warfarin were on aspirin. At Solvangur Health Center, 40 of 71 patients (56%) (46 men, average age 72 years) with atrial fibrillation were taking warfarin while 4 of the 31 (13%) not on warfarin had a contraindication to the use of the medication. However, 14 (45%) of those not on warfarin were taking aspirin. In all 94% of the patients at Solvangur Health Center had at least one risk factor for thromboembolism.
Conclusions: The use of warfarin in patients with atrial fibrillation in Iceland was found to be less than optimal. We speculate that reluctance to use anticoagulants in the elderly and perhaps lack of awareness of the data showing benefit of anticoagulation may contribute to this. Given the relatively easy access of physicians to anticoagulation clinics, the added burden of following an anticoagulated patient is unlikely to be a factor.

Key words: *atrial fibrillation, anticoagulation, thromboemboli.*

Correspondance: Davíð O. Arnar, davidar@landspitali.is

[1]Lyflækningadeild Landspítala Hringbraut, [2]Heilsugæslustöðin Sólvangi, Hafnarfirði, [3]bráðamóttaka Landspítala Hringbraut. Fyrirspurnir og bréfaskipti: Davíð O. Arnar, lyflækningadeild, Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík. Sími: 560 1000, fax: 560 1287, davidar@landspitali.is

Lykilorð: *gáttatif, blóðþynning, segarek.*

Ályktanir: Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að aðeins rúmur helmingur sjúklinga með gáttatif var á warfarín blóðþynningu þrátt fyrir að nær allir sjúklinganna hefðu einn eða fleiri áhættuþátt fyrir segareki. Notkun blóðþynningarlyfja sem meðferðarúrræði hjá sjúklingum með gáttatif var því verulega ábótavant þrátt fyrir að fjölmargar stórar rannsóknir hafi ótvírætt sýnt að hún dregur úr hættu á segareki og heilablóðfalli. Ef til vill eru þessar niðurstöður ekki nægilega vel kynntar fyrir læknum hérlendis. Með hliðsjón af góðu aðgengi að blóðþynningarþjónustu á Landspítala bæði í Fossvogi og við Hringbraut er ólíklegt að aukið umstang við að sinna blóðþynntum sjúklingi sé mikilvæg ástæða.

Inngangur

Gáttatif er algengasta viðvarandi hjartsláttartruflunin og yfir 5% þeirra sem komnir eru yfir sjötugt hafa fengið eitt eða fleiri gáttatifsköst (1). Gáttatif tengist oft undirliggjandi hjartasjúkdómi, sér í lagi háþrýstingi, kransæðasjúkdómi og hjartabilun (2, 3). Gáttatif kemur einnig fyrir hjá sjúklingum sem hafa engan annan greinanlegan hjartasjúkdóm og kallast það þá stakt (lone) gáttatif. Með bættum lífslíkum fólks með hjartasjúkdóma er búist við að tíðni gáttatifs muni aukast um allt að 60% á næstu tveimur áratugum (4). Það er því ljóst að gáttatif verður verulegt heilbrigðisvandamál á næstu árum.

Meðal alvarlegustu fylgikvilla gáttatifs eru hjartabilun og segarek sem oft á tíðum leiðir til heilablóðfalls. Tíðni segareks hjá þeim sem hafa gáttatif án lokusjúksdóms (nonvalvular atrial fibrillation) er 5-7% á ári en mun hærri hjá þeim sem eru með lokusjúkdóm, einkum míturlokuþrengsli í kjölfar gigtsóttar (5, 6). Hætta á segareki er svipuð hjá þeim sem hafa gáttatif sem kemur í köstum (paroxysmal) og hjá þeim sem hafa viðvarandi (persistent/chronic) gáttatif (5).

Áhættuþættir fyrir segareki í tengslum við gáttatif án lokusjúkdóms eru nokkrir og í stórri samantekt fimm rannsókna tengdust eftirfarandi þættir aukinni áhættu: aldur yfir 65 ár, hár blóðþrýstingur, sykursýki, fyrri saga um heilablóðfall eða tímabundna heilablóðþurrð (transient ischemic attack – TIA) og loks verulega stækkuð vinstri gátt (>5,5 sm) eða skertur vinstri slegill, hvoru tveggja gjarnan metið með ómskoðun af hjarta (6).

Viðamiklar rannsóknir gerðar á síðasta áratug hafa sýnt að warfarín blóðþynning, þar sem stefnt er að INR (International Normalized Ratio) gildi milli 2,0 og 3,0, dregur verulega úr hættu á segareki (6, 7). Samantekt fimm rannsókna sýndi að warfarín dró úr áhættu á heilablóðfalli um allt að 68% (6). Jafnframt hefur verið sýnt fram á að blóðþynning með aspiríni einu sér eða aspiríni og warfaríni, þar sem stefnt er að INR gildi undir 2,0, ber ekki jafngóðan árangur (6).

Tafla I. *Áhættuþættir fyrir segareki hjá sjúklingum sem leituðu á bráðamóttöku Landspítala Hringbraut (n=68).*

	n	(%)
Aldur > 65 ára	50	(74)
Háþrýstingur	40	(59)
Fyrri saga um heilaáfall/TIA*	24	(35)
Sykursýki	11	(16)
Skertur samdráttur vinstri slegils	25	(46**)
Verulega stækkuð vinstri gátt	0	(0)

* TIA: Transient ischemic attack, tímabundin heilablóðþurrð.
** Hlutfall af fjölda þeirra sem áttu nýlega ómskoðun (n=54).

Aspirín eitt og sér minnkar áhættuna á segareki um 22% (6). Því ætti að vera mögulegt að draga verulega úr hættu á heilaáföllum af völdum gáttatifs með warfarín blóðþynningarmeðferð.

Þrátt fyrir þetta hafa undanfarið birst greinar sem benda til þess að blóðþynning með warfaríni sé vannýtt meðferð hjá sjúklingum með gáttatif (8, 9). Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna hvernig ástand þessa mála er hérlendis.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var tvíþætt. Annars vegar var gerð framskyggn könnun hjá sjúklingum með áður greint gáttatif sem leituðu á bráðamóttöku Landspítala Hringbraut frá febrúar til júní 2000. Þessir sjúklingar leituðu í mörgum tilfellum á bráðamóttökuna vegna vandamála sem voru ótengd gáttatifinu. Hins vegar voru kannaðar afturskyggnt sjúkraskrár sjúklinga með þekkt gáttatif sem voru í eftirliti á Heilsugæslustöðinni Sólvangi í Hafnarfirði á árunum 1995-2000.

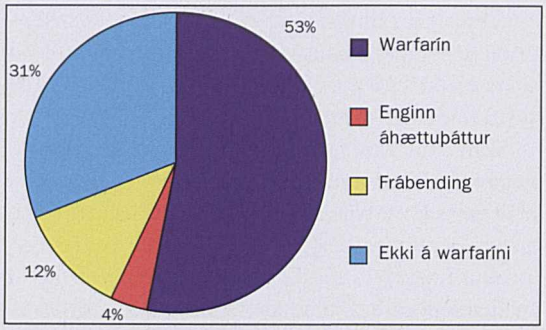
Ákveðið var að kanna notkun warfaríns bæði á bráðasjúkrahúsi og í heilsugæslunni til að fá sem besta heildarmynd af notkun blóðþynningarlyfja hjá þeim sem hafa gáttatif. Greining gáttatifs var í langflestum tilfellum staðfest með hjartalínuriti en í örfáum tilfellum þegar slíkt var ekki fyrirliggjandi var stuðst við fyrri greiningu úr sjúkraskrá eða læknabréfi. Hjá báðum hópunum voru klínískir áhættuþættir fyrir segareki (aldur yfir 65 ára, háþrýstingur, sykursýki, fyrri saga um heilablóðfall/tímabundna heilablóðþurrð) skráðir. Hjá Landspítala-hópnum voru jafnframt kannaðar niðurstöður nýlegrar ómskoðunar af hjarta til að meta hvort samdráttur í vinstra slegli væri skertur eða vinstri gátt stækkuð (meira en 5,5 cm). INR blóðþynningargildi þeirra sem voru á warfaríni voru könnuð.

Hjá báðum hópunum var reynt að meta frábendingar gegn blóðþynningu með warfaríni og settum við okkur fyrirfram að leita eftir eftirtöldum þáttum: illa eða ómeðhöndlaður háþrýstingur, saga um dettni eða óstöðugleika á fótum, tregða eða vanhæfni til að fylgja fyrirmælum, sumar tegundir krabbameins, alkóhólismi, blæðingarsjúkdómar/blóðflögufæð, virk

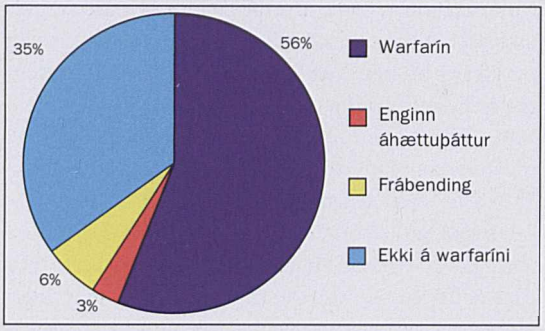
Tafla II. *Áhættuþættir fyrir segareki hjá sjúklingum á Heilsugæslustöðinni Sólvangi Hafnarfirði (n=71).*

	n	(%)
Aldur > 65 ára	53	(75)
Háþrýstingur	39	(55)
Sykursýki	8	(11)
Fyrri saga um heilaáfall/TIA*	2	(3)

* TIA: Transient ischemic attack, tímabundin heilablóðþurrð.



Mynd 1. *Skífurit sem sýnir notkun warfaríns hjá sjúklingum með gáttatif á Landspítala Hringbraut.*



Mynd 2. *Skífurit sem sýnir notkun warfaríns hjá sjúklingum á Heilsugæslustöðinni Sólvangi Hafnarfirði.*

blæðing frá meltingarvegi eða blóðmiga. Fyrri saga um magasár eða blóðmigu sem ekki var lengur virkt vandamál var ekki talin vera frábending fyrir warfarín meðferð. Fengið var leyfi Tölvunefndar og Vísindasiðanefndar fyrir rannsókninni og hún jafnframt samþykkt af læknaráði Heilsugæslustöðvarinnar Sólvangs.

Niðurstöður

Sjúklingar á bráðamóttöku Landspítala

Alls 68 sjúklingar uppfylltu þau skilyrði að hafa áður greint gáttatif, 39 karlar og 29 konur, og var meðalaldur 73 ár. Af þeim 68 sjúklingum með gáttatif sem leituðu á bráðamóttöku Landspítala Hringbraut á rannsóknartímabilinu voru 40 með langvinnt gáttatif en 28 höfðu gáttatif í köstum.

Nær allir, eða 65 (96%), höfðu að minnsta kosti einn áhættuþátt fyrir segareki. Dreifing áhættuþátta er sýnd í töflu 1 en algengustu áhættuþættirnir voru aldur yfir 65 ára hjá 50 (73%) og háþrýstingur hjá 40 (59%). Alls 54 (79%) áttu nýlega ómskoðun til mats á starfshæfni vinstri slegils og stærð vinstri gáttar. Tuttugu og einn sjúklingur (39%) af 54 hafði skerðingu á samdrætti í vinstri slegli en enginn sjúklingur í þessu þýði hafði verulega stækkun á vinstri gátt (meira en 5,5 cm). Hins vegar höfðu 25 sjúklingar (46%) vinstri gátt sem var tiltölulega vægt stækkuð, eða milli 4,5 og 5,5 cm.

Þrjátíu og sex sjúklingar af 68 voru á warfarín blóðþynningu (53%) (mynd 1). Hjá velflestum reyndist INR gildi vera innan tilætlaðra meðferðarmarka, það er mili 2,0 og 3,0. Af þeim 32 sem ekki voru á warfarín blóðþynningu höfðu þrír (4%) engan áhættuþátt, átta (12%) einstaklingar frábendingu fyrir blóðþynningu, 10 (15%) voru eingöngu á aspiríni og 14 (21%) tóku hvorki aspirín né warfarín. Alls 21 sjúklingur (31%) var því ekki á warfarín meðferð þrátt fyrir að hafa einn eða fleiri áhættuþátt fyrir segareki og enga frábendingu gegn warfarín blóðþynningarmeðferð.

Hvað varðar frábendingar fyrir blóðþynningarmeðferð hjá þessum hóp voru tveir með krabbamein í blöðru og blóðmigu, tveir með lungnaæxli, einn hafði ekki viljað sinna eftirliti vegna blóðþynningar og annar var með áfengissýki og ekki talið óhætt að hafa hann á blóðþynningarmeðferð. Einn sjúklingur hvor var með elliglöp og dettni sem frábendingar.

Tveir sjúklinganna komu á bráðamóttökuna með heilablóðfall sem líklega var af völdum segareks vegna gáttatifs og var hvorugur þeirra á blóðþynningarmeðferð. Hjá átta sjúklingum hafði warfarín meðferð fyrst verið hafin eftir heilablóðfall.

Sjúklingar heilsugæslustöðinni Sólvangi

Í þessum hópi var 71 sjúklingur, 46 karlar og 25 konur, og var meðalaldur 72 ár. Af þessum hópi var 51 sjúklingur með langvinnt gáttatif en 20 með gáttatif í köstum.

Alls voru 40 (56%) þessara sjúklinga á warfaríni (mynd 2). Af 31 sjúklingi sem ekki tók warfarín höfðu fjórir (6%) frábendingu gegn blóðþynningarmeðferð og tveir (3%) höfðu engan áhættuþátt fyrir segareki. Fjórtán sjúklinganna (20%) tóku hvorki warfarín né aspirín. Því voru 25 sjúklingar (35%) ekki á warfarín meðferð þrátt fyrir að hafa einn eða fleiri áhættuþátt fyrir segareki og enga þekkta frábendingu gegn blóðþynningarmeðferð. Aldur yfir 65 ára hjá 53 (75%) og háþrýstingur hjá 39 (55%) voru langalgengustu áhættuþættirnir (tafla 2). Hjá fjórum sjúklingum var blóðþynningarmeðferð fyrst hafin eftir heilablóðfall. Hvað varðar frábendingar gegn warfarín meðferð var einn með sögu um heilablæðingu, annar með elliglöp, sá þriðji með dettni og sá fjórði með blöðrukrabbamein. Tveir sjúklingar voru með gerviloku og voru þeir báðir á warfaríni.

Umræða

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að blóðþynning er vannýttur meðferðarkostur hjá sjúklingum með gáttatif þrátt fyrir að langflestir þeirra hafi haft

einn eða fleiri áhættuþætti fyrir segareki. Rúmlega þriðjungur sjúklinganna sem höfðu ábendingu fyrir slíkri meðferð voru ekki á warfaríni og fáir höfðu skýra frábendingu gegn blóðþynningu.

Segarek, einkum heilablóðfall, er einn alvarlegasti fylgikvilli gáttatifs. Áhættan er um 5-7% á ári og mest hjá þeim sem hafa einn eða fleiri þekkta áhættuþætti fyrir segareki og dregur blóðþynningarmeðferð úr áhættu á segareki hjá þessum hópi (5). Við mat á sjúklingum með gáttatif er mikilvægt að reyna að meta hættuna á segareki hjá hverjum og einum þar sem þeir sem hafa einn eða fleiri áhættuþátt ættu að vera á warfaríni ef ekki er frábending. Vægi áhættuþáttanna er reyndar mismikið. Mesta hættan er á segareki hjá þeim sem hafa sögu um heilaáfall eða tímabundna blóðþurrð í heila, þeim sem eru eldri en 75 ára og með skertan samdrátt í vinstri slegli eða þeim sem eru 65 til 75 ára, með skertan samdrátt í vinstri slegli og með annan áhættuþátt að auki (5). Ef enginn áhættuþáttur er til staðar og sjúklingur yngri en 65 ára er tæpast ástæða til blóðþynningarmeðferðar enda lítil áhætta á segareki (1,2 % á ári) (5). Undir slíkum kringumstæðum er aspirín ekki sannanlega betri en engin meðferð þó oft sé það notað.

Ýmsar ástæður kunna að vera fyrir því að sjúklingar með gáttatif eru ekki á blóðþynningarmeðferð. Möguleg óvissa gæti verið hjá læknum um ábendingar fyrir notkun warfaríns hjá sjúklingum með gáttatif eða hvernig hefja eigi eða stjórna blóðþynningarmeðferð. Jafnframt getur stundum ríkt ótti við aukaverkanir meðferðar og þá einkum blæðingar auk aukins umstangs sem getur fylgt eftirliti með blóðþynningarmeðferð. Í samantekt rannsókna um blóðþynningu hjá sjúklingum með gáttatif var aðeins væg tilhneiging til aukningar á alvarlegum blæðingum (heilablæðing eða blæðing sem leiddi til innlagnar á sjúkrahús eða blóðgjafar) hjá þeim sem tóku warfarín (5). Árleg hætta á alvarlegri blæðingu hjá þeim sem tóku warfarín var 1,3% en 1,0% hjá bæði aspirín- og lyfleysuhópunum. Rétt er að ítreka að þessi lága áhætta á alvarlegum blæðingum sást hjá hópi sjúklinga sem voru sérstaklegar valdir og vel fylgt eftir. Óvíst er að heimfæra megi þessar tölur á óvalinn hóp sjúklinga. Þetta undirstrikar jafnframt nauðsyn þess að meta vel ábendingar og frábendingar fyrir warfaríni hjá sjúklingum með gáttatif.

Warfarín blóðþynningarmeðferð getur fylgt aukið umstang en á höfuðborgarsvæðinu er starfrækt blóðþynningarþjónusta á Landspítala Hringbraut og í Fossvogi. Meðferðinni er að fullu stýrt frá þessum stöðum þannig að teknar eru blóðprufur, blóðþynningargildi mæld og sjúklingum gefnar upp skammtastærðir warfaríns fram að næstu mælingu. Þetta fyrirkomulag ætti að auðvelda læknum að setja sjúklinga á slíka meðferð.

Mögulegt er að á næstu árum geti sjúklingar í auknum mæli sjálfir haft umsjón með meðferðinni með því að mæla blóðþynningargildi með fingurmæli og stilla skammtastærðir af í samræmi við niðurstöðuna (10), ekki ósvipað og lengi hefur tíðkast með insúlíngjafir sykursýkissjúklinga. Þá eru í þróun ný blóðþynningarlyf, svokallaðir trombinhemjarar, þar sem ekki þarf að mæla blóðþynningargildi og gætu slík lyf orðið valkostur í náinni framtíð. Það gæti bæði einfaldað blóðþynningarmeðferðina enn frekar og dregið úr kostnaði við eftirlit.

Meðalaldur sjúklinga í þessari rannsókn var nokkuð hár, eða rúmlega 70 ár, en rannsóknir benda til þess að eldra fólk sé sjaldnar sett á blóðþynningarmeðferð (11). Er það ekki óeðlilegt þegar haft er í huga að erfiðara getur verið að stjórna blóðþynningu hjá fólki sem tekur fjölda annarra lyfja, er líklegra til að hafa áður fengið blæðingar frá meltingarvegi eða þvagvegum, vera með aðra sjúkdóma að auki og vera dettið eða gleymið. Á hinn bóginn ber að hafa í huga að eldra fólk hefur oft fleiri áhættuþætti fyrir segareki en þeir sem yngri eru og að jafnaði hefur segarek alvarlegri afleiðingar á heilsu og getu til sjálfsbjargar heldur en blæðingar. Vert er að nefna að fyrri blæðing frá meltingar- eða þvagvegum þurfa ekki að vera frábending gegn warfarín notkun en hins vegar er fyrri saga um heilablæðingu algjör frábending gegn blóðþynningu. Það er mikilvægt að eldra fólk sé frætt ítarlega um kosti og aukaverkanir blóðþynningarmeðferðar svo það geti sjálft tekið þátt í að ákveða hvort það vill þiggja meðferð.

Í þessar rannsókn var notkun warfaríns hjá sjúklingum með gáttatif könnuð bæði á bráðasjúkrahúsi og á heilsugæslustöð. Þetta var gert til að fá betri almenna mynd af ástandi þessara mála. Mögulegt er að þeir sjúklingar sem leita á bráðamóttöku sjúkrahúss séu veikari en þeir sem leita aðallega á heilsugæslustöð og eigi þess frekar kost að fá álit sérfræðings. Ef svo er hafði það ekki áhrif á notkun warfaríns hjá þeim sem hafa gáttatif sem reyndist svipuð á báðum stöðum. Þrátt fyrir að þessi rannsókn taki ekki til margra sjúklinga er talsvert samræmi í niðurstöðum frá báðum stofnunum sem bendir til þess að rannsóknin gefi góða mynd af stöðu þessa mála hérlendis.

Það er enn óvíst hver heppilegasta meðferðin við gáttatifi er og líklega er hún mismunandi eftir aldri, undirliggjandi hjartasjúkdómi og einkennum sjúklings. Í gangi er stór rannsókn – AFFIRM rannsóknin – sem miðar að því að kanna hvort heppilegra sé að reyna að stjórna sleglahraðanum og blóðþynna þá sem hafa gáttatif eða hvort megináherslu eigi að leggja á að koma sjúklingi í sínus takt og viðhalda honum (12).

Í hnotskurn sýna niðurstöður þessarar rannsóknar að blóðþynningu með warfaríni hjá sjúklingum með gáttatif er ábótavant hér á landi. Mikilvægt er að meta hættu á segareki hjá öllum sjúklingum með gáttatif, fræða þá um áhættuna, ræða kosti og galla meðferðar og taka síðan ákvörðun um meðferð í

samráði við þá. Þeir sem hafa áhættuþátt fyrir segareki eiga að vera á warfaríni en þeir sem hafa skýra frábendingu eiga í það minnsta að vera á aspiríni. Þannig er mögulegt að draga enn frekar úr ótímabærum heilablóðföllum og afleiðingum þeirra.

Starfshópur á vegum Landlæknisembættisins hefur undirbúið leiðbeiningar fyrir íslenska lækna um blóðþynningu hjá sjúklingum með gáttatif og er þær að finna á vefsíðu embættisins (*www.landlaeknir.is*). Ágrip af þessum leiðbeiningum birtist í síðasta hefti Læknablaðsins (13).

Þakkir

Vísindasjóður Landspítala við Hringbraut veitti styrk til þessarar rannsóknar.

Heimildir

1. Cairns JA, Connolly SJ. Nonrheumatic atrial fibrillation. Risk of stroke and role of antithrombotic therapy. Circulation 1991; 84: 469-81.
2. Arnar DO, Danielsen R. Factors predicting maintenance of sinus rhythm after direct current cardioversion of atrial fibrillation and flutter. Cardiology 1996; 87: 181-8.
3. Önundarson PT, Þorgeirsson G, Jónmundsson E, Sigfússon N, Harðarson T. Chronic atrial fibrillation – epidemiological features and 14 year follow up: a case control study. Eur Heart J 1987; 8: 521-7
4. Go AS, Hylek EM, Philips KA, Henault LE, Selby JV, Singer DE. Prevalence of atrial fibrillation, national implications for management and stroke prevention: The anticoagulation and risk factors for atrial fibrillation (ATRIA) study. (Abstract). Circulation 1999; 100: I-397.
5. Wolf PA, Dawber TR, Thomas HE Jr, Kannell WB. Epidemiologic assessment of chronic atrial fibrillation: the Framingham study. Neurology 1978; 28: 973-7.
6. Atrial fibrillation investigators group. Risk factors for stroke and efficacy of antithrombotic therapy in atrial fibrillation: analysis of pooled data from five randomized controlled trials. Arch Intern Med 1992; 116: 6-12.
7. Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. Ann Intern Med 1999; 131: 492-501.
8. Stafford RS, Singer DE. Recent national patterns of warfarin use in atrial fibrillation. Circulation 1998; 97: 1231-3
9. Go AS, Hylek EM, Borowsky LH, Phillips KA, Selby JV, Singer DE. Warfarin use among ambulatory patients with nonvalvular atrial fibrillation: the anticoagulation and risk factors in atrial fibrillation (ATRIA) study. Ann Intern Med 1999; 131: 927-34.
10. Cromheecke ME, Levi M, Colly LP, de Mol BJ, Prins MH, Huten BA, et al. Oral anticoagulation self-management and management by a specialist anticoagulation clinic: a randomised cross-over comparison. Lancet 2000; 356: 97-102.
11. Gage BF, Fihn SD, White RH. Warfarin therapy for an octogenarian who has atrial fibrillation. Ann Intern Med 2001; 134: 465-74.
12. The planning and steering committees of the AFFIRM study for the NHLBI AFFIRM investigators. Atrial fibrillation follow up investigation of rhythm management – the AFFIRM study design. Am J Cardiol 1997; 79: 1198-202.
13. Arnar DO, Valdimarsson H, Einarsdóttir R, Helgason S, Egilsson T, Haraldsdóttir V. Klínískar leiðbeiningar um blóðþynningu og blóðflöguhemjandi meðferð einstaklinga með gáttatif án lokusjúkdóma. Læknablaðið 2002; 88: 219-23.

Klínískar leiðbeiningar um minniháttar höfuðáverka

Scandinavian Neurotrauma Committee (SNC) var stofnuð af sambandi norrænna taugaskurðlækna í þeim tilgangi að vinna að sameiginlegum leiðbeiningum um meðhöndlun höfuðáverka. Fulltrúi Heila- og taugaskurðlæknafélags Íslands í nefndinni er Kristinn R.G. Guðmundsson.

Fyrri hluti þessara leiðbeininga birtist hér, þ.e. sá hluti er lýtur að minniháttar höfuðáverkum. Fjallað er um líkur á höfuðkúpubroti og heilaskaða eftir áverka, þýðingu minnkaðrar meðvitundar og þörfina fyrir frekari rannsóknir, og þá sérstaklega tölvusneiðmyndir (CT). Rætt er um útskrift eftir skoðun eina saman og hvenær þörf sé á innlögn, ráðgjöf heila- og taugaskurðlæknis eða flutningi á heila- og taugaskurðlækningadeild.

Leiðbeiningarnar eru ætlaðar læknum sem fyrstir taka á móti slösuðum sjúklingum. Þær birtust í Journal of Trauma 2000; 48 og hefur læknum verið bent á þá grein með bréfi og tölvupósti. Svipaðar leiðbeiningar hafa birst víða í nágrannalöndunum.

Hér á eftir fer ágrip af leiðbeiningunum á íslensku, en þær má einnig nálgast á vef Landlæknisembættisins *www.landlaeknir.is* undir klínískar leiðbeiningar.

Stigun á alvarleika höfuðáverka

Head Injury Severity Scale* (HISS) sem byggir á Glasgow Coma Scale (GCS)

Alvarleikastig			Skilmerki
Smávægilegur *(minimal)*	GCS 15/15		Ekkert meðvitundartap / rot Engin minnisskerðing
Vægur *(mild)*	GCS 14/15	eða	GCS 15/15 og annaðhvort skammvinnt (< 5 mín) meðvitundartap eða minnistap eða skert meðvitund
Meðalslæmur *(moderate)*	GCS 9 - 13/15	eða	Meðvitundarleysi ≥ 5 mínútur
Alvarlegur *(severe)*	GCS 5 - 8/15	eða	Staðbundin brottfallseinkenni frá taugakerfi
Lífshættulegur *(critical)*	GCS 3 - 4/15		* Uppfylla þarf öll skilmerki í bláskyggðum glugga til að ná viðkomandi stigun.

Glasgow Coma Scale

A. Opnar augu	Sjálfkrafa	4
	Við ávarp	3
	Við sársauka	2
	Engin svörun	1
B. Svörun	Áttaður	5
	Ruglaður	4
	Stöku orð	3
	Óskiljanleg orð	2
	Engin svörun	1
C. Hreyfingar	Fylgir fyrirmælum	6
	Staðsetur sársauka	5
	Dregur sig frá sársauka	4
	Óeðlileg beygja	3
	Óeðlileg rétta	2
	Engin svörun	1

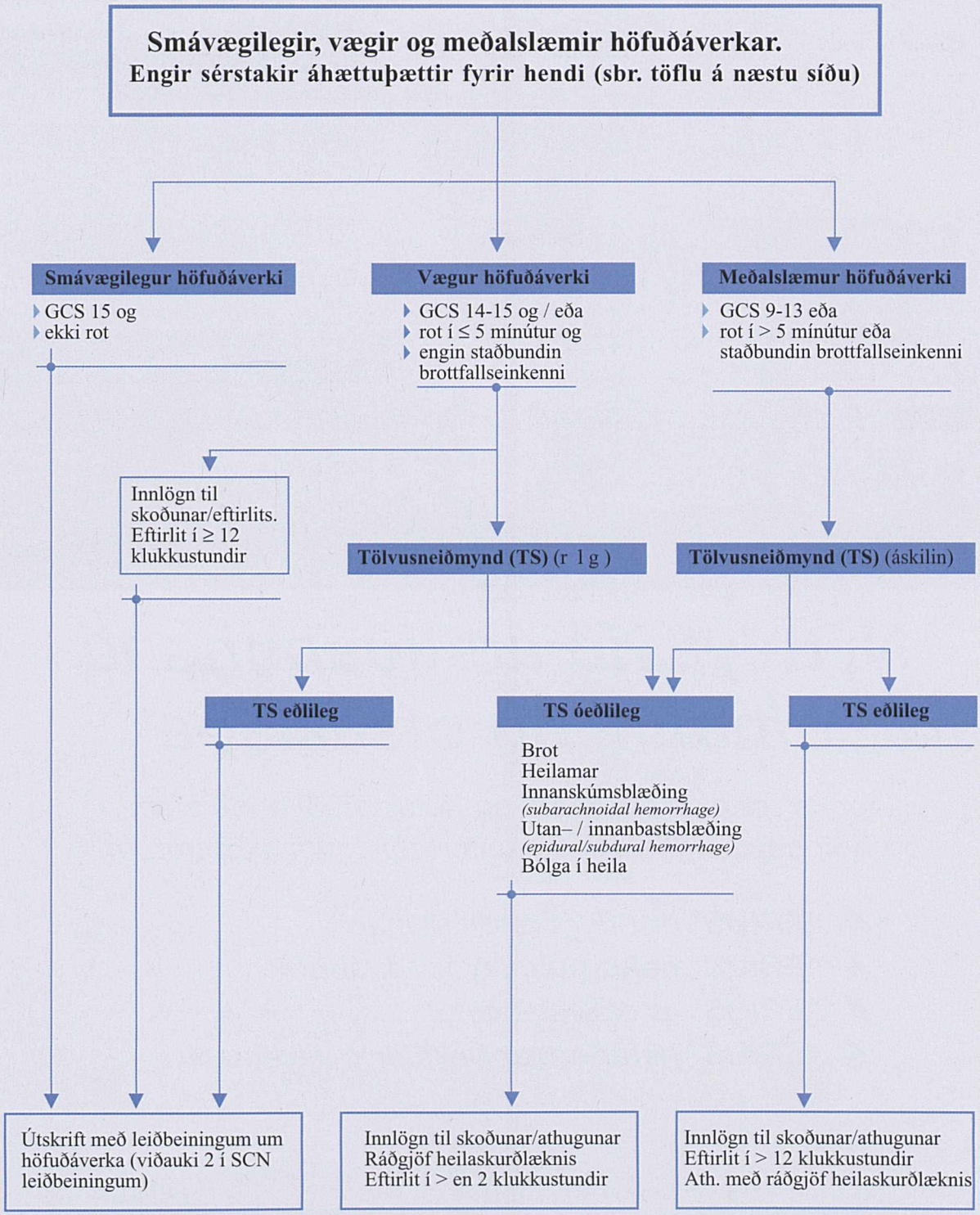
Sérstakir áhættuþættir

- Blóðþynningarsjúkdómar eða storknunarsjúkdómar
- Höfuðkúpubrot á röntgenmynd
- Klínísk merki um innkýlt höfðukúpubrot eða brot á höfuðkúpubotni
- Krampar eftir áverkann
- Vatnshöfuð *(hydrocephalus)* meðhöndlað með ventli
- Fjöláverki

Þegar sérstakir áhættuþættir eru fyrir hendi er mælt með innlögn og töku sneiðmyndar, jafnvel þótt höfuðáverkinn sé aðeins smávægilegur eða vægur.
Þessir áhættuþættir auka verulega hættu á fylgikvillum.

Klínískar leiðbeiningar um höfuðáverka

Klínískar leiðbeiningar um mat og meðferð á smávægilegum, vægum og meðalslæmum höfuðáverkum



AERIUS® (DESLORATADIN)



MA 006-01

Nýtt lyf við árstíðabundnu ofnæmi og ofsakláða

Aerius® er ekki slævandi og hefur bæði andhistamín og bólgueyðandi áhrif í læknisfræðilegum skömmtum.[1,2)]

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

Schering-Plough
FILMUHÚÐAÐAR TÖFLUR;R06 AX 27 RE
Hver tafla inniheldur: 5 mg Desloratadinum INN. **Ábendingar:** Aerius er ætlað að draga úr einkennum árstíðabundins ofnæmiskvefs og langvinns ofsakláða af óþekktum toga. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir og unglingar (12 ára og eldri): ein tafla einu sinni á dag með eða án máltíðar.
Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna, eða fyrir loratadini. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Upplýsingar um verkun og öryggi Aerius taflna hjá börnum undir 12 ára aldri eru ekki fyrir hendi. Aerius ætti að nota með varúð við alvarlega nýrnabilun. **Milliverkanir:** Engar marktækar milliverkanir hafa komið í ljós í klínískum rannsóknum á Aerius töflum þar sem azithromycin, erythromycin eða ketoconazol var gefið samtímis. Hins vegar hefur ekki ennþá verið borið kennsl á ensímið sem sér um umbrot desloratadins, og þess vegna er ekki hægt að útiloka alveg milliverkanir við önnur lyf. Í klínískri rannsókn þar sem Aerius töflur voru teknar samtímis alkóhóli jókst ekki slævandi verkun alkóhóls. **Aukaverkanir: Algengar (> 1 %):** Höfuðverkur. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** Munnþurrkur, þreyta. **Pakkningar og smásöluverð 1. janúar 2002:** 10 stk þynnupakkað 1.010.- kr., 30 stk þynnupakkað 2.636.- kr., 100 stk þynnupakkað 6.649.- kr. **Heimildir:** 1) W.Kreutner et al: Arzneimittelforschung/Drug res. 2000;50:345-352 2) U.Lippert et al: Experimental Dermatology 1995;4:272-6. **Texti síðast endurskoðaður:** 24 janúar 2002.

ISFARM ehf.
ICEPHARM Ltd.

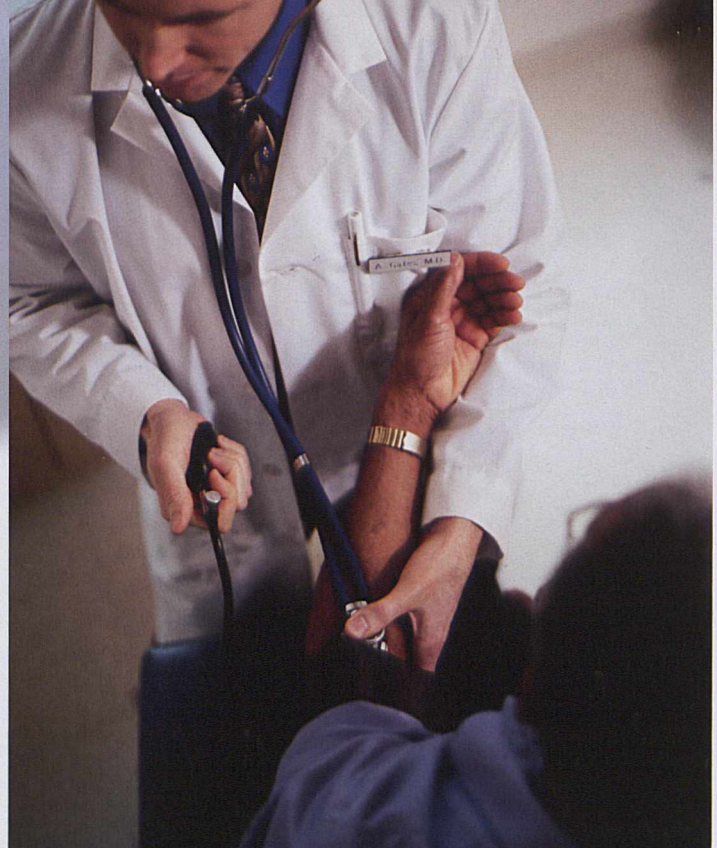
Ársþing Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands

18. og 19. apríl á Grand Hótel Reykjavík

Dagskrá

Fimmtudagur 18. apríl

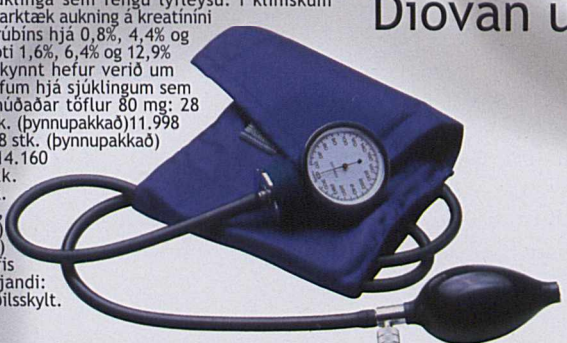
Gullteigur	09:00-09:10	**Setning:** Helgi H. Sigurðsson skurðlæknir, Sigurður Guðmundsson landlæknir
Gullteigur	Skurðlæknafélag Íslands	
	09:10-10:10	**Frjáls erindi, E 01-06**
	10:10-10:35	Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning
	10:35-12:15	**Frjáls erindi, E 07-16**
Hvammur	Svæfinga- og gjörgæslulæknafélag Íslands	
	09:15-09:30	**Könnun á hitatapi við svæfingar hjá mismunandi aldurshópum á LSH Hringbraut** Margrét Pálsdóttir hjúkrunarfræðingur/Gísli Vigfússon læknir
	09:30-10:00	**Hvar virka svæfingalyfin?** Ólafur Z. Ólafsson læknir
	10:00-10:30	Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning
	10:30-10:40	**Viðhorf til þjónustu einkarekinnar læknastöðvar** Haukur Björnsson læknir
	10:40-10:50	**Horfur sjúklinga sem liggja meira en einn sólarhring á gjörgæslu** Aðalbjörn Þorsteinsson læknir
	10:50-11:00	**Öndunarvélameðferð á Norðurlöndunum** Sigurbergur Kárason læknir
	11:00-11:10	**Sjúklingar á gjörgæsludeildum á Íslandi** Aðalbjörn Þorsteinsson læknir
	11:10-11:20	**Árangur og fylgikvillar við utanbast verkjameðferð eftir brjóstholsaðgerðir á LSH Hringbraut á árunum 1996–2001** Gísli Vigfússon læknir
	11:20-11:40	**Um heilsufar svæfingalækna** Ólafur Þ. Jónsson læknir
		Hádegishlé
Gullteigur	13:15-17:00	Málþing: **Skipulag móttöku og meðferð alvarlegra slasaðra** Fundarstjórn: Georg Steinþórsson skurðlæknir / Felix Valsson svæfingalæknir
	13:15-13:20	**Inngangur** Georg Steinþórsson skurðlæknir
	13:20-13:45	**Móttaka slasaðra árið 2001. Fjöldi sjúklinga, alvarleiki áverka, afdrif** Björn Geir Leifsson skurðlæknir
	13:45-14:10	**Skipulag bráðamóttöku slasaðra** Jón Baldursson bráðalæknir
	14:10-14:35	**Uppbygging traumateymis, framtíðarskipulag** Guðjón Birgisson, sérfræðingur LSH
	14:35-15:05	**Kröfur varðandi menntun/endurmenntun skurðlækna sem standa að traumateymi** Margrét Oddsdóttir skurðlæknir
	15:05-15:30	Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning
	15:30-16:05	**Þáttur svæfingalækna í traumateymi** Stefán Hjálmarsson svæfingalæknir
	16:05-16:30	**Alvarlega slasaðir á gjörgæsludeild** Kristinn Sigvaldason svæfingalæknir
	16:35-17:00	**Tengsl og hlutverk heila- og taugaskurðlækna við traumateymið** Garðar Guðmundsson heila- og taugaskurðlæknir



Velur virkar verndar

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 hýdróklórtíazíðs 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 (kreatíníníúthreinsun > 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 (kreatíníníúthreinsun < 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-angíótensín-aldósterón kerfisins (t.d. sjúklingar með alvarlega hjartabilun), hefur meðferð með ACE hemlum verið tengd þvagþurrð og/eða versnandi blóðniturauknингu 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-angíótensín-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-angíótensín-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-angíótensín kerfið. Ósæðar- og míturlokuþrengsli, hjartavöðvakvilli með þrengingu (obstructive hypertrophic cardiomyopathy): Eins og með öll önnur æðavíkkandi 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: címetidín, warfarín, fúrósemíð, digoxín, 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 eiturverkun 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: Angíótensín 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-angíótensín-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. Aksturs 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 klínískra 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 hematókritgildum. Í klíniskum samanburðar-rannsóknum, voru 0,8% og 0,4% sjúklinga sem fengu valsartan með marktæka lækkun (> 20%) á hematókritgildum og hemóglóbínþéttni, í þessari röð. Í samanburði kom fram lækkun í hematókritgildum 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.

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



DIOVAN® valsartan

Gegn háþrýstingi

NOVARTIS

* NEJM, Vol. 345:1667-1675 (December 6, 2001)

MEÐ RÉTTU RÁÐI / BÓ • GRAFÍK

	17:00-17:30	**Pallborðsumræður**
	17:30-18:00	**Félagsfundur Skurðlæknafélags Íslands**

Föstudagur 19. apríl

Gullteigur	Skurðlæknafélag Íslands	
	08:30-10:10	**Frjáls erindi, E 17-26**
	10:10-10:40	Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning
	10:40-12:10	**Frjáls erindi, E 27-35**
Hvammur	Sæfinga- og gjörgæslulæknafélag Íslands	
	09:30-10:00	**Um „Scandinavian society of anaesthesiology and intensive care medicine" (SSAI)**
		Þorsteinn Svörfuður Stefánsson sæfingalæknir
	10:00-10:30	Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning
	10:30-12:00	**Aðalfundur Sæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands**
		Hádegishlé
Gullteigur	13:15-16:40	Málþing: **Skipulagning og framtíðarstefna skurðlækningaþjónustu á Íslandi; gæði, afköst, hagkvæmni, stjórnun, reynsla.**
		Fundarstjórn: Helgi H Sigurðsson skurðlæknir / Sveinn Geir Einarsson sæfingalæknir
	13:15-13:20	**Inngangur**
		Sveinn Geir Einarsson sæfingalæknir
	13:20-14:10	**Cost benefit analysis – theory and practice**
		Samuel R. G. Finlayson skurðlæknir, Dartmouth Center of Outcomes
	14:10-14:25	**Utanspítala þjónusta skurð-/sæfingalækna; umfang, þróun, kostnaður**
		Stefán E. Matthíasson skurðlæknir
	14:25-14:40	**Hvernig standa skurð-/sæfingalæknar að öryggi sjúklinga sinna á skurðstofum utan spítala?**
		Sveinn Geir Einarsson sæfingalæknir
	14:40-15:00	Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning
	15:00-15:15	**Reynsla af uppbyggingu og rekstri sérhæfðrar og sjálfstæðrar einingar skurðlækninga**
		Sigurður Á. Kristinsson framkvæmdastjóri Læknastöðvarinnar í Álftamýri
	15:15-15:30	**Verkaskipting eða samkeppni í heilbrigðisþjónustunni?**
		Magnús Pétursson forstjóri LSH
	15:30-15:45	**Ferilverkaskýrsla Landspítala Háskólasjúkrahúss; kynning á framtíðaráformum**
		Jóhannes Gunnarsson lækningaforstjóri/skurðlæknir
	15:45-16:00	**Er samvinna LSH annars vegar og minni sjúkrahúsanna og einkastofanna hins vegar raunhæfur möguleiki?**
		Niels Christian Nielsen aðstoðarmaður lækningaforstjóra/sæfingalæknir
	16:00-16:15	**Dreifing skurðaðgerða milli mismunandi eininga; – stefna heilbrigðisyfirvalda?**
		Sveinn Magnússon skrifstofustj.heilbrigðisráðuneytinu/læknir
	16:15-16:40	**Pallborðsumræður**
	19:00	Kvöldverður og skemmtun í **Naustinu**
		Veislustjóri og skemmtari: Sigurður Blöndal skurðlæknir

Lyfja- og áhaldasýning

Í Gullteigi verður lyfja- og áhaldasýning meðan á þinginu stendur. Eftirtaldir aðilar taka þátt í sýningunni:

A. Karlsson
Alpharma
Austurbakki
B. Braun
Bedco & Mathiesen
Eirberg
Eli Lilly
Farmasía
GlaxoSmithKline
Glóbus
Hjúkrunar- og tæknivörur
Inter
Ísfarm
Ísmed
Norpharma
Omega Farma
Orion Pharma
Pfizer
Pharmacia

ERINDI

E 01 **Rafeyðing á hvekk um þvagrás – reynsla á handlækningadeild FSA**
Valur Þór Marteinsson

Handlækningadeild FSA

Inngangur: Algengasta skurðaðgerð við hvekkauka hefur verið hvekkúrnám um þvagrás („TURP"). Reynt hefur verið að gera endurbætur á þeirri tækni og ein þeirra er svokölluð rafeyðing (electrovaporization) á hvekk um þvagrás (RÁHUÞ). Aðferðin var fyrst kynnt árið 1993 og tekin í notkun á FSA 1997. Tilgangur rannsóknarinnar var að kynna hina nýju tækni, kanna öryggi, fylgikvilla og árangur aðgerðarinnar fyrstu fimm árin.
Efniviður og aðferðir: Sjúkraskrár allra sjúklinga er undirgengust RÁHUÞ (af greinarhöfundi) á h-deild FSA á tímabilinu 1997-2001 voru yfirfarnar. Um var að ræða 36 sjúklinga og hjá 22 (61%) var þvagteppa aðalábending aðgerðar. Þrír sjúklingar höfðu þekkt illkynja æxli í hvekk. Aðgerðin var framkvæmd í mænu- eða utanbastsdeyfingu. Notuð voru hefðbundin speglunartæki til aðgerðar á hvekk, en í stað skurðlykkju var notað sérstakt kefli/hjól (rollerball) sem rennt var eftir vefnum. Straumstyrkur var á bilinu 250-300 W. Hjá 18 (50%) sjúklingum var einnig skorinn vefur með skurðlykkju í lok aðgerðar (samlokuaðgerð). Við tölfræðilega úrvinnslu var notast við forritið Excel®.
Niðurstöður: Meðalaldur sjúklinga var 76,8 ár (bil 56-94) og miðtala áhættuflokks (ASA) var II. Heildarfjöldi legudaga var 5,3 dagar að meðaltali og 3,5 dagar (miðtala 3) eftir aðgerð. Aðgerðartími var 29,3 mín. að meðaltali (bil 13-46) og 8,3 gr af hvekkvef voru fjarlægð að meðaltali þegar vefur var líka skorinn. Enginn sjúklingur dó < 30 daga frá aðgerð. Allir útskrifuðust. Enginn þurfti á blóðgjöf að halda í eða eftir aðgerð og engin enduraðgerð var < 30 daga. Fjórir (11%) fengu fylgikvilla < 4 vikna (blóðmiga, þvagteppa, þvagfærasýking 2) og tveir (5,5%) þurftu síðar að undirgangast blöðruhálsskurð um þvagrás sökum blöðruhálsþrengsla (annar með æxlisvöxt). Tveir (5,5%) sjúklingar með staðfest illkynja æxli í hvekk hafa viðvarandi þvagteppu.
Ályktun: RÁHUÞ sýnist vera örugg og tæknilega góð aðgerð ein sér eða sem samlokuaðgerð. Enginn skurðdauði var og blóðgjafir reyndust óþarfar. Fylgikvillar voru fáir og engir alvarlegir. Árangur er sambærilegur við erlendar rannsóknir.

E 02 **Hvekkúrnám eða rafeyðing á hvekk um þvagrás: samanburður á aðgerðarþáttum og skammtíma fylgikvillum**
Valur Þór Marteinsson

Handlækningadeild FSA

Inngangur: Algengasta skurðaðgerð við hvekkauka hefur verið hvekkúrnám um þvagrás (HUÞ, "TURP"). Reynt hefur verið að gera endurbætur á þeirri tækni og ein þeirra er svokölluð rafeyðing (electrovaporization) á hvekk um þvagrás (RÁHUÞ). Tilgangur rannsóknarinnar var að bera saman HUÞ við RÁHUÞ með tilliti til aðgerðaþátta, legutíma og skammtíma fylgikvilla.
Efniviður og aðferðir: Sjúkraskrár allra sjúklinga er undirgengust RÁHUÞ (hópur A=34 sjúklingar) á H-deild FSA á tímabilinu 1997-2001 og HUÞ (hópur B=48 sj.) á tímabilinu 01.04.´95-31.01.´96 voru yfirfarnar. Sjúklingar er áður höfðu greinst með illkynja æxli í hvekk voru útilokaðir. Aðgerðin var framkvæmd í mænu- eða utanbastsdeyfingu. Notast var við hefðbundin speglunartæki með skurðlykkju til HUÞ, en í stað skurðlykkju var notað sérstakt kefli/hjól (rollerball) við RÁHUÞ sem rennt var eftir vefnum. Hóparnir voru sambærilegir hvað varðaði aldur og áhættuflokk (ASA). Við tölfræðilega úrvinnslu var notast við forritið Excel® og marktekt miðaðist við p-gildi <0,05.
Niðurstöður: Heildarfjöldi legudaga var 5,4 í hópi A og 8,6 í hópi B (meðaltal, p=0,0001) og fjöldi legudaga eftir aðgerð var líka styttri hjá hópi A en B (3,6 á móti 6,5 dögum, p=0,0005). Ekki var marktækur munur á aðgerðartíma (29,7 mín. í hópi A, 27,5 mín. í hópi B). Enginn sjúklingur dó < 30 daga frá aðgerð. Enginn sjúklingur þurfti á blóðgjöf að halda í eða eftir aðgerð í hópi A, en þrír (6,2%) í hópi B. Fimm (14,7%) sjúklingar í hópi A fengu fylgikvilla < 6 vikna (blóðmiga, þvagteppa, blöðruhálsþrengsli, þvagfærasýking 2 sjúklingar), en tveir (8,3%) í hópi B (blóðmiga, þvagfærasýking).
Ályktun: RÁHUÞ og HUÞ sýnast vera sambærilegar hvað varðar aðgerðartíma og fylgikvilla í heildina tekið, en legutími var lengri við HUÞ. Í hvorugum hópnum dóu sjúklingar < 30 daga frá aðgerð. Fylgikvillar voru fáir og engir alvarlegir. Blæðingarhætta er minni eftir RÁHUÞ og getur því hugsanlega verið vænlegri kostur hjá áhættumeiri sjúklingum.

E 03 **Bleikfrumuæxli (oncocytoma) í nýrum greind á Íslandi 1984-2001**
Tómas Guðbjartsson[1,3], Ásgeir Thoroddsen[1], Sverrir Harðarson[4,5], Vigdís Pétursdóttir[4], Kjartan Magnússon[2], Þorsteinn Gíslason[1], Guðmundur V. Einarsson[1,5]

[1] Þvagfæraskurðdeild og [2] krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut, [3]skurðdeild Brigham Harvard sjúkrahússins í Boston, [4]rannsóknastofa Háskóla Íslands í meinafræði, [5]læknadeild Háskóla Íslands.

Inngangur: Bleikfrumuæxli eru sjaldgæf æxli í nýrum sem erfitt getur verið að aðgreina frá nýrnakrabbameini. Klínísk hegðun þeirra er oftast góðkynja enda þótt meinvörpum frá þeim hafi verið lýst. Þessi rannsókn er hluti af viðamikilli rannsókn á æxlum í nýrum sem greinst hafa á Íslandi frá árinu 1955. Markmið rannsóknarinnar er að kanna nýgengi þessara æxla hér á landi og athuga klíníska hegðun þeirra með sérstaka áherslu á lífshorfur sjúklinga eftir greiningu.
Efniviður og aðferðir: Rannsóknin er afturskyggn og nær til allra Íslendinga sem greindust með bleikfrumuæxli í nýrum á tímabilinu 1984-2001. Farið var yfir vefjasýni allra illkynja nýrnaæxla á þessu tímabili og klínískar upplýsingar fengnar úr sjúkraskrám, dánarmeina- og þjóðskrá.
Niðurstöður: Frá 1984-2001 greindust 38 sjúklingar með bleikfrumuæxli á Íslandi (nýgengi 0,7/100.000 ári) sem er 6% greindra nýrnafrumukrabbameina á sama tímabili. Meðalaldur var 71 ár (bil 52-86 ár) og kynjaskipting jöfn. Flestir (65%) sjúklinganna greindust fyrir tilviljun, oftast við myndrannsóknir á kviði (91%). Blóðmiga, kviðverkir og þyngdartap leiddu til greiningar hjá sjö sjúklingum (19%). Sex sjúklingar (16%) greindust við krufningu. Blóðgildi og sökk voru eðlileg í öllum tilvikum nema hjá tveimur sjúklingum sem höfðu vægt hækkað sökk. Allir sjúklingarnir voru á Robson-stigi I nema einn sem greindist á stigi II. Meðalstærð æxlanna var 4,7 cm (bil 1,4-10 cm) og ekki marktækur munur á hægra (n=17) og vinstra nýra (n=13) (p>0,1). Enginn sjúklinganna hefur greinst með meinvörp við eftirlit. Af 32 sjúklingum sem greindust á lífi eru tíu dánir, allir vegna óskyldra sjúkdóma. Fimm- og 10-ára lífshorfur (hráar) reyndust 73% og 65%. Allir sjúklingarnir gengust undir skurðaðgerð þar sem æxlið var fjarlægt, þar af tveir undir hlutabrottnám en annar þeirra lést á 2. degi eftir aðgerð.

Ályktun: Bleikfrumuæxli eru sjaldgæf nýrnaæxli. Þau greinast oftast fyrir tilviljun við myndrannsóknir á kviði. Bleikfrumuæxli vaxa yfirleitt ekki út fyrir nýrað og horfur sjúklinga eru afar góðar. Niðurstöður okkar renna stoðum undir það álit að bleikfrumuæxli beri frekar að flokka með góðkynja æxlum en nýrnakrabbameinum.

E 04 **Hlutabrottnám á nýra vegna nýrnafrumukrabbameins á Íslandi**
Ásgeir Thoroddsen[1], Guðmundur Vikar Einarsson[1,2], Þorsteinn Gíslason[1], Guðmundur Geirsson[1], Eiríkur Jónsson[1], Tómas Guðbjartsson[3]

[1]Þvagfæraskurðdeild Landspítala Hringbraut, [2]Læknadeild Háskóla Íslands, [3]Skurðdeild Brigham Harvard sjúkrahússins í Boston

Inngangur: Nýrnabrottnám (radical nephrectomy) er hefðbundin meðferð staðbundins nýrnafrumukrabbameins. Við hlutabrottnám á nýra (partial nephrectomy) er hluti nýrans með æxlinu fjarlægður. Áður fyrr var aðgerðinni aðallega beitt við sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi og þannig reynt að forða þeim frá blóðskilun með því að hlífa starfhæfum nýrnavef. Á síðustu 15 árum hefur hlutabrottnámi á nýra í vaxandi mæli verið beitt í meðferð sjúklinga með eðlilega nýrnastarfssemi. Ein helsta skýringin er aukinn fjöldi tilviljanagreindra nýrnaæxla sem greinast við myndrannsóknir á kviðarholi. Árangur hlutabrottnáms hefur verið mjög góður erlendis en aðgerðin er tæknilega krefjandi og hætta á blæðingu og endurkomu krabbameins aukin. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna tíðni og árangur þessara aðgerða hér á landi.
Efniviður og aðferðir: Rannsóknin er afturvirk og nær til allra sem gengust undir hlutabrottnám á nýra vegna nýrnafrumukrabbameins á Íslandi 1971-2001. Upplýsingar fengust úr sjúkraskrám, vefjasvörum og krabbameinsskrá KÍ. Kannaður var fjöldi aðgerða, ábendingar, afdrif sjúklinga eftir aðgerð og endurkoma krabbameinsins.
Niðurstöður: Frá 1971-2001 gengust 605 sjúklingar undir skurðaðgerð á nýra á Íslandi af 907 greindum með nýrnafrumukrabbamein. Fimmtán þessara aðgerða voru hlutabrottnám (4 konur og 11 karlar), allar framkvæmdar eftir 1991. Ábendingar aðgerða voru; skert nýrnastarfsemi í hinu nýranu (n=5), eitt nýra (n=4) og lítil randstæð æxli (< 4 cm) (n=4). Í tveimur tilvikum var talið að um góðkynja hnút væri að ræða. Ellefu sjúklingar greindust fyrir tilviljun. Meðalaðgerðartími var 200 mínútur og blæðing 690 ml (300-2000 ml). Meðalstærð æxlanna var 2,9 cm (1-5,5 cm). Tólf (80%) sjúklinganna voru með sjúkdóm á Robson-stigi I (Robson), tveir á stigi II og einn á stigi IV. Smjásjárskoðun á æxlunum leiddi í ljós hreinar skurðbrúnir í 12 tilvikum en hjá þremur sjúklingum fannst krabbamein í skurðbrúnum. Þrír greindust með endurkomu krabbameins í nýranu (8, 15 og 15 mánuðum frá aðgerð) og gengust undir nýrnabrottnám. Af þeim voru tveir með æxlisvöxt í skurðbrúnum. Tveir sjúklingar voru teknir aftur til aðgerðar vegna blæðingar. Annar þeirra lést 9 dögum frá aðgerð vegna hjartabilunar og losts sem var rakið til blæðingarinnar. Aðrir fylgikvillar voru sýking í kviðarholi (n=1) og lungnabólga (n=1). Legutími var sex dagar (bil 3-57 dagar). Af 15 sjúklingum eru 11 á lífi í dag, þar af 10 án merkja um nýrnafrumukrabbamein.
Ályktun: Reynsla af hlutabrottnámi vegna nýrnafrumukrabbameins hér á landi er takmörkuð og bundin við síðasta áratug. Aðgerðin hefur oftast verið framkvæmd hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi og í þeim hópi er hættara við fylgikvillum. Krabbamein í skurðbrúnum (20%) er vandamál sem mikilvægt er að fyrirbyggja, til dæmis með frystiskurði í aðgerð.

E 05 **Róttækt nýra- og þvagálsnám með kviðsjárspeglun og aðstoð handar. Sjúkratilfelli**
Valur Þór Marteinsson, Sigurður Albertsson

Handlækningadeild FSA

Róttækt nýra- og þvagálsnám með opinni aðgerð hefur fram að þessu verið hefðbundið meðferðarúrræði hjá sjúklingum með illkynja æxli í efri þvagfæraþekju. Aðgerðin er yfirleitt gerð með einum löngum kviðarholsskurði eða tveimur aðskildum holskurðum og er umfangsmikil fyrir sjúkling. Kynnt er sjúkratilfelli þar sem 70 ára gamall sjúklingur greindist með nýjan æxlisvöxt á tveimur stöðum í vinstri þvagál og eitt í nýraskjóðu sömu megin. Áður hafði hann undirgengist hlutanám vinstri þvagáls (neðri hluta) sökum illkynja æxlisvaxtar, auk blöðruæxlisnáms um þvagrás. Sökum alvarlegs lungnasjúkdóms var brýnt að minnka áhættu væntanlegrar aðgerðar hið allra mesta. Ekki var sýnt fram á meinvörp fyrir aðgerð. Framkvæmt var róttækt nýra- og þvagálsnám með kviðsjárspeglun og aðstoð handar (hand-assisted laparoscopic nephroureterectomy) gegnum lítinn skurð neðan nafla, en þar var komið fyrir sérstöku plastgati fyrir hönd skurðlæknis þannig að hægt var að nota handaraðstoð við kviðsjáraðgerðina. Sama gat var aftur notað til að losa um neðsta hluta þvagáls auk brottnáms líffæris í lok aðgerðar. Gangur eftir aðgerð varð góður og heilsaðist sjúklingi vel í kjölfarið. Meinafræðirannsókn staðfesti illkynja æxlisvöxt (Ta, GI) og engin merki sáust um meinvörp við aðgerð. Sýnt verður myndband úr aðgerðinni sem og uppsetning á þessari tegund aðgerða. Rætt verður um hugsanlega kosti og galla þessarar aðgerðar í samanburði við aðrar kviðsjárspeglunaraðgerðir eða hefðbundnar opnar aðgerðir.
Eftir því sem næst verður komist er um fyrstu aðgerð sinnar tegundar að ræða hérlendis við slíkum sjúkdómi.

E 06 **Illkynja æxli í efri þvagvegaþekju á H-deild FSA 1978-2001**
Valur Þór Marteinsson, Shree Datye

Handlækningadeild FSA

Inngangur: Illkynja æxli í efri þvagvegaþekju (IÆEÞÞ) eru yfirleitt talin um 5% illkynja þvagþekjuæxla. Tilgangur rannsóknarinnar var að athuga einkenni, greiningaraðferðir, stigun, meðferð og afdrif sjúklinga sem til meðferðar komu á H-deild FSA á 23 ára tímabili.
Efniviður og aðferðir: Farið var yfir sjúkraskrár allra sjúklinga sem greinst höfðu með IÆEÞÞ á H-deild FSA á tímbilinu 1978-2001. Alls var um að ræða 10 sjúklinga og einn þeirra greindist tvívegis með æxli sömu megin (ellefu sjúkdómar).
Niðurstöður: Meðalaldur sjúklinga var 69,5 ár (bil 40-86 ára). Í sjö (64%) tilfellum var blóðmiga aðaleinkenni og fjórir höfðu síðu- eða kviðverki. Fimm höfðu áður haft einkenni um þvagfærasteina. Frumuskoðun þvags var tekin hjá sex sjúklingum og var neikvæð með tilliti til æxlisvaxtar hjá öllum. Í níu (82%) tilfellum var æxlisvöxtur bundinn við vinstra þvagvegakerfið. Tveir (18%) sjúklingar höfðu áður fengið æxlisvöxt í þvagblöðru og fjórir (36%) í kjölfar aðgerðar. Enginn greindist með meinvörp fyrir aðgerð, en einn

Oropram

cítalópram



Hamingja hversdagsins er ekki alltaf gefin

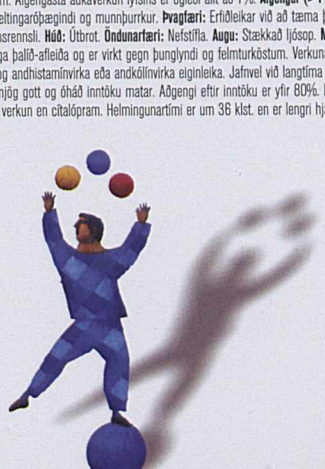
Tafla, filmuhúðuð; N 06 A B 04 R B

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

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

sjúklingur greindist fyrir tilviljun með IÆEÞÞ samtímis og hann undirgekkst róttækt nýranám sökum illkynja æxlis í nýra. Nýra- og þvagálsnám var framkvæmt með opinni aðgerð hjá fimm sjúklingum og hjá einum með kviðsjártækni og aðstoð handar, fjórir fóru í nýra- og hlutanám þvagáls og í einu tilfelli var gert hlutanám þvagáls. Enginn dó á fyrsta mánuði eftir aðgerð. Sjúklingarnir reyndust hafa eftirfarandi T-stigun: T4=2, T3=3, T2=2, T1=1, Ta=3. Æxlisvöxtur var af gráðu I hjá einum sjúklingi, gráðu II hjá sjö og III hjá þremur. Fjórir höfðu ≥2 æxli sömu megin. Tveir fengu geislameðferð í kjölfar aðgerðar og annar þeirra líka lyfjameðferð. Fjórir (36%) sjúklingar létust úr sjúkdómnum 1-4 mánuðum eftir aðgerð sökum meinvarpa og voru allir með T3-4 sjúkdóm.

Ályktun: IÆEÞÞ eru fátíð á FSA og horfur sjúklinga með slík æxli ráðast mest af stigun sjúkdóms við greiningu. Sjúkdómurinn er oft fjölhreiðra. Blóðmiga er algengasta einkennið. Erfitt reyndist að greina meinvörp fyrir aðgerð. Enginn skurðdauði var á þessu tímabili.

E 07 **Rafkver Vals um þvagfærasjúkdóma**

Valur Þór Marteinsson

Handlækningadeild FSA

Mjög hefur færst í vöxt á undanförnum árum að hafa læknisfræðilegt efni aðgengilegt á tölvutæku eða rafrænu formi og þá sérstaklega á netinu. Höfundur mun kynna „Rafkver Vals um þvagfærasjúkdóma" sem í fyrstu verður aðgengilegt öllu starfsfólki FSA á innraneti sjúkrahússins. Aðaltilgangurinn er sá að þeir sem á þurfa að halda fræðslu eða upplýsingum um sjúkdóma í þvagfærum geti opnað kverið hvenær sem er á rafrænu formi og þá frekar leyst vandamál þau er þeir glíma við í daglega starfi. Efnið er skrifað með læknanema og kandídata í huga þótt aðrar heilbrigðisstarfstéttir geti vafalaust nýtt sér kverið. Leiðbeiningar eru varðandi greiningu og meðferð flestra algengustu og nokkurra fátíðari góðkynja sjúkdóma í þvagfærum. Þungamiðjan er hnitmiðaður texti auk skýringarmynda. Efnið verður endurnýjað (uppfært) með reglulegu millibili eftir því sem reynslan sýnir auk þess sem tekið verður mið af faglegum framförum innan þvagfæralækninga. Sömuleiðis er vonast til þess að rafkverið auki áhuga læknanema og annars heilbrigðisstarfsfólks á hinum fjölþættu sjúkdómum sem heyra undir þvagfæralækningar í dag.

E 08 **Stigun á krabbameini í blöðruhálskirtli; skilvirk skráning þvagfæraskurðlækna**

Eiríkur Jónsson[1], Ársæll Kristjánsson[1], Baldvin Þ. Kristjánsson[1], Egill Jacobsen[1], Geir Ólafsson[1], Guðjón Haraldsson[1], Guðmundur V. Einarsson[1], Guðmundur Geirsson[1], Hafsteinn Guðjónsson[1],Ólafur Örn Arnarson[1], Valur Þór Marteinsson[1], Þorsteinn Gíslason[1], Laufey Tryggvadóttir[2], Kristín Bjarnadóttir[2] og Jón Gunnlaugur Jónasson[2]

[1]Þvagfæraskurðlækningadeild Landspítala Hringbraut, Félag íslenskra þvagfæraskurðlækna, [2]Krabbameinsskrá Krabbameinsfélags Íslands*.

Inngangur: Nýgengi krabbameins í blöðruhálskirtli hefur aukist verulega síðastliðna tvo áratugi. Mikilvægt er að skrá ekki einvörðungu tilfellið í Krabbameinsskrána heldur einnig greiningarstig krabbameinsins. Til þess að svo megi vera þarf samvinnu við lækna og skilvirkt skráningarferli.

Efniviður og aðferðir: Krabbameinsskrá KÍ hefur í samvinnu við þvagfæraskurðlækna skráð greiningarstig þeirra sem greinst hafa með krabbamein í blöðruhálskirtli frá 1998. Stigunin byggir á TNM flokkunarkerfinu frá 1997.

Niðurstöður: Árin 1998, 1999 og 2000 greindust samtals 457 einstaklingar með krabbamein í blöðruhálskirtli og hafa 440 eða 96% verið stigaðir. Af þessum hópi reyndust 64% hafa staðbundið krabbamein (T1a-T2b), 17% með vöxt út fyrir líffærið (T3) og 19% með dreifingu til eitla eða beina (N+ eða M+). Ef þessar niðurstöður eru bornar saman við karlmenn sem greindust á tímabilinu 1983-87 er árlegur fjöldi sjúklinga sem greinast með útbreiddan sjúkdóm, miðað við aldurstaðlað nýgengi, nær óbreyttur en fjöldi karlmanna með staðbundinn sjúkdóm hefur aukist um tæp 60%.

Ályktanir: Skilvirk skráning á greiningarstigi krabbameins í blöðruhálskirtli hefur tekist með ágætum og varpar slík skráning mun gleggra ljósi á sjúkdóminn í íslensku samfélagi samanborið við einfalda tilfellaskráningu.

E 09 **Þvagleki meðal íslenskra kvenna – faraldsfræðileg rannsókn**

Guðmundur Geirsson, Guðmundur Vikar Einarsson, Eiríkur Orri Guðmundsson og Þorsteinn Gíslason

Þvagfæraskurðdeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Markmið rannsóknarinnar var að kanna tíðni, tegundir og meðferð þvagleka meðal íslenskra kvenna. Einnig var markmiðið að kanna tengsl þvagleka við aldur, félagsleg áhrif og lífsgæði.

Efniviður og aðferðir: Þátttakendur voru 10.000 konur á aldrinum 30-75 ára, valdar með tilviljun úr þjóðskrá. Sendur var póstlisti með spurningum til þátttakenda ásamt bréfi þar sem tilgangur rannsóknarinnar var útskýrður. Hringt var í þær sem ekki höfðu svarað og þeim boðið að svara spurningum í gegnum síma. Notast var við staðfærðan alþjóðlegan spurningalista (ICI-SF) auk spurninga tengdum kostnaði og meðferð. Gallup sá um framkvæmd rannsóknarinnar í samvinnu við höfunda.

Niðurstöður: Svarhlutfall var 75,1%. Síðasta mánuð höfðu 38,4% fundið fyrir þvagleka, 18,7% 2-3svar í viku eða oftar. Áreynsluleki er langalgengastur sérstaklega meðal yngri kvenna. Tíðni bráðaleka eykst mikið með aldri. Flestar lýsa litlum leka (81,3%) en magnið eykst með aldri. Þvagleki hafði áhrif á daglegt líf 28,4% kvennanna. Þó aðeins lítill hluti svarenda hefðu hlotið meðferð hafði meðferðin sem oftast var skurðaðgerð góð áhrif.

Ályktanir: Tíðni þvagleka er mjög há meðal íslenskra kvenna, hærri en mælist í flestum erlendum könnunum. Tíðnin eykst með aldri, sérstaklega bráðaleki. Sjúkdómurinn hefur áhrif á daglegt líf fjölda kvenna. Hlutfallslega fáar konur leita sér meðferðar þótt í flestum tilvikum hafi hún góð áhrif.

E 10 **Þvagleki meðal íslenskra kvenna – Kostnaður af völdum þvagleka**

Eiríkur Orri Guðmundsson, Guðmundur Geirsson, Guðmundur Vikar Einarsson og Þorsteinn Gíslason

Þvagfæraskurðdeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Markmið rannsóknarinnar var að kanna fjárhagsleg áhrif og kostnað af völdum þvagleka meðal íslenskra kvenna.

Efniviður og aðferðir: Þátttakendur voru 10.000 konur á aldrinum 30-75 ára, valdar með tilviljun úr þjóðskrá. Sendur var póstlisti með spurningum til þátttakenda ásamt bréfi þar sem tilgangur rannsóknarinnar var útskýrður. Hringt var í þær sem ekki höfðu svarað og þeim boðið að svara spurningum í gegnum síma. Notast var við

staðfærðan alþjóðlegan spurningalista (ICI-SF) auk spurninga tengdum kostnaði og meðferð. Gallup sá um framkvæmd rannsóknarinnar í samvinnu við höfunda.

Niðurstöður: Svarhlutfall var 75,1%. Síðasta mánuð höfðu 38,4% fundið fyrir þvagleka, 18,7% 2-3svar í viku eða oftar. Flestar lýsa litlum leka (81,3%) en magnið eykst með aldri. Þvagleki hafði áhrif á daglegt líf 28,4% kvennanna. 24,0% kvennanna notuðu einhvers konar vörn gegn þvagleka, flestar dömubindi eða annars konar buxnainnlegg, þar af skiptu 8,5% um vörn 4-5 sinnum á dag eða oftar. Meðalkostnaður kvennanna vegna þvagleka nemur 814 kr. (±815 kr.) í hverjum mánuði, en 2.322 kr. (±1613 kr.) hjá þeim sem telja sig hafa mikinn þvagleka. Heildarkostnaður allra kvenna á Íslandi 20 ára og eldri vegna þvagleka er rúmlega 444 milljónir króna á ári. Heildarkostnaður af völdum þvagleka á Íslandi er áætlaður minnst 1.000 milljónir króna á ári.

Ályktanir: Kostnaður af völdum þvagleka á Íslandi er mjög hár, en sambærilegur við það sem gerist í nágrannalöndum okkar.

E 11 **Skurðaðgerðir við launeista á Barnaspítala Hringsins 1970-1993**

Anna Gunnarsdóttir[1], Drífa Freysdóttir[2], Þráinn Rósmundsson[3], Guðmundur Bjarnason[3], Jónas Magnússon[4,5], Tómas Guðbjartsson[6]

[1]Skurðdeild háskólasjúkrahússins í Malmö, [2]barnadeild Baylor háskólasjúkrahússins í Texas, [3]barnaskurðdeild Barnaspítala Hringsins, [4]handlækningadeild Landspítala Hringbraut, [5]læknadeild Háskóla Íslands, [6]skurðdeild Brigham-Harvard sjúkrahússins í Boston

Inngangur: Launeista er algengur meðfæddur galli hjá drengjum og eru helstu fylgikvillar ófrjósemi og krabbamein í eistum. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna árangur aðgerða vegna launeista á Barnaspítala Hringsins og hverjir sjúklinganna höfðu greinst með krabbamein í eistum.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin er afturvirk og nær til 593 sjúklinga sem fengu greininguna launeista eða gengust undir launeistaaðgerð á Barnaspítala Hringsins á tímabilinu 1. janúar 1970 til 31. desember 1993. Upplýsingar fengust úr sjúkraskrám, meðal annars um fæðingarþyngd, aldur við greiningu og aðgerð, staðsetningu eistans og fylgikvilla. Með upplýsingum úr krabbameinsskrá KÍ var athugað hverjir höfðu greinst með eistnakrabbamein fram til 31. desember 2000.

Niðurstöður: Meðalfæðingarþyngd var 3464 gr, þar af 58 (10%) með fæðingarþyngd ≤ 2500 gr. Meðalaldur við greiningu var 3,1 ár (bil 0-14 ár) og við aðgerð 7,6 ár (bil 0-34 ár). Launeista var algengara hægra megin (61%) ($p < 0.01$) en 18% drengjanna voru með launeista beggja vegna. Við aðgerð var eistað staðsett í náragangi í 50% tilvika, í kviðarholi hjá 10% sjúklinga og í 34% tilvika utan leiðar (ectopisk). Fylgikvillar sáust eftir 29 (5%) aðgerðir þar sem blóðgúll (2,7%) og skurðsýking (1,2%) voru algengastar. Rúmur helmingur (52%) drengjanna reyndust einnig hafa nárakviðslit. Af 593 sjúklingum hafa tveir greinst með krabbamein í eistum, báðir með fósturvísiskrabbamein, 13 og 14 árum eftir launeistaaðgerð.

Ályktanir: Árangur launeistaaðgerða er góður í þessari rannsókn. Umtalsverð töf (4,5 ár frá greiningu) er á meðferð launeista hér á landi en yfirleitt er mælt með aðgerð fyrir tveggja ára aldur til að fyrirbyggja ófrjósemi og eistnakrabbamein síðar á ævinni. Í þessari rannsókn var hlutfall þeirra sem greindust með eistnakrabbamein þó mjög lágt, eða 0,3 %.

E 12 **Meðferð TS sjúklinga á Íslandi með skurðaðgerð**

Jens Kjartansson[1], Eiríkur Jónsson[1], Tómas Jónsson[1], Jens A. Guðmundsson[1], Gunnar Herbertsson[2]

[1]Landspítali Hringbraut, [2]St Jósefsspítali

Aðferðir: „Transsexualism" er alvarlegasta og óafturkræfasta brenglunin á „gender identity" (kynvitund). Að tilstuðlan áhugafólks um gender disorder stofnaði Landlæknir vinnuhóp um „Transsexual" sjúkdóminn sem leiddi síðar til skipunar nefndar um kynskiptiaðgerðir. Framkvæmdar hafa verið tvær aðgerðir þar sem einum karli var breytt í konu og einni konu í mann. Árið 1997 var ákveðin aðgerð á konu á þrítugsaldri sem hafði öll einkenni um transsexual sjúkdóm og hafði farið klakklaust í gegnum undirbúningsferlið.

Aðgerðin var framkvæmd í fimm stigum.1) Leg- og eggjastokkaúrnám og eggjaleiðarabrottnám, 2) Brottnám brjósta undir húð, 3) Flipamótun þar sem notast var við húð- og undirhúðarflipa og náraflipa til myndunar getnaðarlims ásamt þvagrás. Flipinn er stilkaður og nýtur blóðflæðis frá superficial circumflex iliac artery á meðan hann er í biðfasa (14 daga), 4) Flipinn skilinn frá stofni og nýtur eingöngu dreifðs blóðflæðis frá lífbeinssvæði, 5) Komið fyrir eistafyllingu í stærri skapabörmum.

Árið 2002 var framkvæmd aðgerð á karlmanni á þrítugsaldri sem sömuleiðis hafði staðfest einkenni um transsexual sjúkdóm og hafði verið í kvenhlutverki og fengið hormónameðferð í rúmt ár.

Aðgerðin var framkvæmd í tveimur stigum. 1) Í fyrstu var opnað í spöng milli endaþarms og pungs, myndað rými milli endagarnar og blöðruhálskirtils og blöðru, gerð gelding og getnaðarlim flett úr, aftari taugaæðarstilkur losaður frá svampi ásamt kóngi. Lífbeinssvæðið fært niður um ca. 5 cm. Kóngur var tálgaður til og saumaður á lífbein sem snípur, og þvagrás var stytt og tekin í gegnum húð. Þessu næst var getnaðarlimshúð snúið við og henni komið fyrir í fyrrnefndu holrými. Punghúðin var síðan notuð til að búa til skapabarma. 2) Gerð var aðgerð til að opna betur skeiðarop.

Umræða: Að þessum aðgerðum hafa komið sérfræðingar í lýtalækningum, kvensjúkdómum, þvagfærafræðum og ristil- og endaþarmsskurðlækningum.

Niðurstaða: Fylgikvillar við aðgerð hafa engir verið þrátt fyrir að lýst sé hárri tíðni í erlendum uppgjörum. Þessir sjúklingar hafa verið stoltir af nýju útliti sínu og er árangur hvað snertir útlit og starfshæfni sambærilegur við aðgerðir erlendis. Ferli aðgerðanna er lýst með skyggnum.

E 13 **Endursköpun brjósta eftir brottnám – Þróun valkosta. Áhættur og aukakvillar**

Sigurður E. Þorvaldsson, Rafn A. Ragnarsson

Lýtalækningadeild Landspítala Fossvogi

Inngangur: Aðferðir til endursköpunar brjósta eru í stöðugri þróun. Nýjar aðferðir þróast án þess að hinar eldri hverfi, þær fá aðeins annað vægi. Nauðsynlegt er að kunna góð skil á öllum valkostum þar sem forsendur fyrir úrlausn eru mjög mismunandi milli sjúklinga. Ennfremur má oft má leysa ófullnægjandi árangur eða aukakvilla einnar aðferðar með annarri aðferð. Við höfðum einkum áhuga á að skoða hvaða aðgerðir höfðu verið valdar og árangur og aukakvilla hjá þeim sjúklingum sem gengust undir flóknustu aðgerðina. En hverjir eru þá valkostirnir, áhætturnar og aukakvillarnir?

Efniviður: Gerðar voru 302 aðgerðir á 22 ára tímabili (1979-2001). Aðgerðirnar voru gerðar á Landakoti, Kaiser Permanente í Kaliforníu, Borgarspítala og Landspítala. Tegundir aðgerða voru: Endursköpun með silikonpúða 19, endursköpun með vefþenslupoka 54, latissimus dorsi flipar 85, stilkaðir TRAM-flipar 45, frír TRAM-flipar 58. Tafarlaus endursköpun var gerð hjá 23 sjúklingum í framangreindum hópi sjúklinga.
Niðurstöður: Rannsóknin endurspeglar þá almennu þróun að endurskapa brjóst með eigin vef sjúklings fremur en framandi ígræðsluefnum (silicon). Einnig vaxandi fjölda tafarlausrar endursköpunar (það er endursköpun í beinu framhaldi af brottnámi). Af þeim 58 sjúklingum þar sem frír TRAM-flipi hafði verið valinn þurftu sex sjúklingar að fara í endurtekna aðgerð vegna röskunar á að- eða blóðflæði til eða frá hinu nýendurskapaða brjósti. Þannig tókst að bjarga þremur af þessum flipum eða 50%. Þetta þýðir að 5% (3 af 58) flipaaðgerða lánuðust ekki. Hjá sjö sjúklingum af 58 var merkjanlegur fitudauði í hluta af flipanum.
Ályktun: Þróun valkosta til endursköpunar brjósta er sú sama hér og annars staðar í heiminum. Aðgerðirnar verða sífellt tæknilega meira krefjandi en gefa jafnframt von um betri árangur, þó aldrei án áhættu eins og að framan greinir. Vaxandi áhugi fyrir tafarlausri endursköpun erlendis og einnig hérlendis þó í tiltölulega litlum mæli sé.

E 14 **Notkun ígræddra hjartarafstuðtækja á Íslandi**
Margrét Leósdóttir[1], Davíð O. Arnar[1], Gizur Gottskálksson[1], Guðrún Reimarsdóttir[2], Margrét Vigfúsdóttir[2], Bjarni Torfason[3]

[1]Lyflækningadeild, [2]gangráðseftirlit, [3]hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Hjartsláttartruflanir frá sleglum eru algengasta ástæðan fyrir skyndidauða. Ígrætt hjartarafstuðtæki er talinn besti meðferðarkosturinn við slíku. Á Íslandi hófst ísetning stuðtækja fyrir 10 árum og í dag eru 45 Íslendingar með ígrætt hjartarafstuðtæki. Markmið þessarar rannsóknar var að taka saman upplýsingar um tækin hér á landi, meðal annars undirliggjandi sjúkdóma, fylgikvilla ísetningar og virkni tækjanna.
Efniviður og aðferðir: Farið var í gegnum sjúkraskrár allra sjúklinga sem fengið hafa ígrætt hjartarafstuðtæki á Íslandi. Einnig var farið yfir allar skráningar frá tækjunum á göngudeild og þær skoðaðar með tilliti til réttmætis meðferðar.
Niðurstöður: Fyrsta ísetningin var gerð á Íslandi árið 1992. Alls hafa 54 einstaklingar fengið ígrætt hjartarafstuðtæki og af þeim eru 45 á lífi í dag. Meðalaldur við ísetningu er 57 ár. Allar ígræðslur hér á landi hafa verið gegnum æðakerfið og tækið geymt undir brjóstvöðvanum neðan viðbeins eða undir réttivöðva kviðs. Tíðni fylgikvilla er lág, en oftast er um að ræða blæðingu eftir aðgerð. Ein yfirborðssýking hefur verið skráð. Helstu ábendingar fyrir ísetningu eru hjartastopp (52%) og sleglahraðtaktur (42%). Flestir sjúklinganna hafa kransæðasjúkdóm (61%), en 16% fengu tæki vegna óútskýrðs hjartastopps eða sleglahraðtakts. Tæpur helmingur sjúklinga hefur fengið meðferð frá tækinu. Tveir einstaklingar hafa fengið fleiri en 30 stuð frá sínu tæki. Flest stuðin frá tækjunum virðast réttmæt, en oft er þó ekki hægt að skera úr um réttmæti sökum ónógra upplýsinga.
Ályktanir: Árangur meðferðar með ígræddum hjartarafstuðtækjum hér á landi virðist góður. Tíðni fylgikvilla er lág og tækin í flestum tilfellum að virka sem skyldi. Tækin eru án efa lífsbjörg fyrir marga Íslendinga sem annars hefðu látist skyndidauða.

E 15 **Skipti á ósæðarrót og ósæðarloku með lífrænni eða gerviloku**
Tómas Guðbjartsson, John G. Byrne, Alexandros N. Karavas, Bradley J. Phillips, Tomislav Mihaljevic, Sary F. Aranki, Lawrence H. Cohn

Hjartaskurðdeild Brigham and Women´s sjúkrahússins í Boston, Harvard Medical School

Inngangur: Skurðaðgerðir á ósæðarrót eru tæknilega krefjandi þar sem hluta ósæðar ásamt ósæðarloku er skipt út. Oftast er notast við gerviloku (GL) í þessum aðgerðum en hin síðari ár hafa lífrænar lokur (LL) úr líkum (homografts) rutt sér til rúms. Helsti kosturinn við þær er sá að sjúklingarnir sleppa við blóðþynningarmeðferð. Á hinn bóginn endast LL síður en GL og því meiri líkur á endurtekinni aðgerð. Markmið þessarar afturskyggnu rannsóknar var að bera saman árangur þessara tveggja lokugerða við aðgerðir á ósæðarrót.
Efniviður og aðferðir: 221 sjúklingar sem gengust undir valaðgerð á ósæðarrót, 136 með LL (111 homografts, 25 Freestyle) og 85 með GL (St. Jude conduit) voru bornir saman og þeim fylgt eftir að meðaltali í 42±28 mánuði. Meðalaldur í hópunum var 53 (LL) og 54 ár (GL). Kynjahlutfall, NYHA-flokkun og útfallsbrot (EF) voru einnig sambærileg í hópunum tveimur. Kransæðasjúkdómur (35% vs. 17%), Marfans-heilkenni, ósæðargúlpur og gáttaflökt voru hins vegar algengari í GL-hópnum.
Niðurstöður: Allri ósæðarrótinni var skipt út í 96% tilfella og helmingi rótarinnar hjá 4%. Algengasta ástæða aðgerðar var víkkuð ósæðarrót (37%), kölkuð ósæðarloka (33%), og meðfæddur (tvíblaða) ósæðarlokusjúkdómur (18%). Skurðdauði var 1,5% í LL-hópnum og 2,4% í GL-hópnum (p=0,5). Tilhneiging til betri 5 ára lífshorfa sást í LL-hópnum (92,4% vs 88,2%, p=0,0068). Aldur, fyrri lokuskipti, samhliða kransæðaaðgerð og heilablóðfall í aðgerð voru sjálfstæðir forspárþættir lífshorfa samkvæmt fjölbreytugreiningu. Fimm ára líkur á því að vera laus við lokutengda fylgikvilla voru 93% í LL-hópnum og 86% í GL hópnum (p=0,5).
Ályktun: Valaðgerð á ósæðarrót og ósæðarloku er örugg skurðaðgerð með sambærilegum skurðdauða og við aðgerð þar sem eingöngu ósæðarloku er skipt út. Fjórum árum eftir aðgerð er hvorki marktækur munur á lífshorfum né fylgikvillum sjúklinga með LL eða GL. Lengra eftirlits er þörf áður en hægt er að segja til um hvor lokan er betri.

E 16 **Brottnám æðaþrenginga til varnar slagi á Íslandi 1996-2001**
Hjalti Már Þórisson[1], Georg Steinþórsson[2], Stefán E. Matthíasson[2]. Skurðaðgerðir framkvæmdu: Georg Steinþórsson, Halldór Jóhannsson, Helgi H. Sigurðsson, Höskuldur Kristvinsson, Stefán Einar Matthíasson, Sigurgeir Kjartansson, Þórarinn Arnórsson, Þórir S. Ragnarsson

[1]Aðstoðarlæknir, [2]æðaskurðlækningadeild Landspítala Fossvogi

Brottnám þrenginga í hálsslagæð til varnar slagi (carotis endarterectomy) hefur sannað gildi sitt til að fyrirbyggja heilablóðfall ef um marktæka þrengingu á hálsslagæð er að ræða. Ávinningur af aðgerð eykst eftir því sem þrengslin eru meiri og ef einkenni eru til staðar, hann er einnig háður tíðni fylgikvilla og að réttar ábendingar séu fyrir aðgerð.

Leitað var í sjúkraskrám Landspítala og fundnar allar hálsslagæðaaðgerðir sem framkvæmdar voru á tímabilinu 1996-2001. Farið var yfir læknabréf og aðgerðarlýsingar til að kanna nær-aðgerðar (peri-operative) fylgikvilla.

Framkvæmdar voru 180 aðgerðir á 159 einstaklingum á tímabilinu

1996-2001. Gögnum er aflað um 155 aðgerðir. 95 karlar, 60 konur. Meðalaldur var 68,4 ár (42-90). Allir sjúklingar höfðu þrengingu yfir 60% (algengast 90-99%). 107 höfðu einkenni af þrengingunni en 48 voru einkennlausir eða með óljós einkenni. Nær-aðgerðar fylgikvillar voru eftirfarandi: einn lést vegna heilablóðfalls (0,6%), þrír fengu minniháttar heilablóðfall (1,8%), þrír fengu skammvinnt blóðþurrðarkast (TIA) (1,8%), fjórir fengu einkenni frá úttaugum (2,4%) þar af hlutu tveir varanlegan skaða á úttaugum (1,2%). 11 fengu blæðingu í skurðsárið sem þurfti aðgerðar við (6,6%). Einn sjúklingur fékk sýktan sýndargúlp (pseudoaneurysm). Einn fékk óstabíl anginu.

Tíðni fylgikvillla við brottnám æðaþrenginga til varnar heilablóðfalli á Íslandi á árunum 1996-2001 var vel innan þeirra marka sem krafist er. Ábendingar samræmdust erlendum viðmiðunum. Ætlunin er að kanna afdrif þessara sjúklinga nánar með eftirfylgd.

E 17 **Kviðarholsspeglun. Opin aðferð**

Helgi Birgisson, Martin Ljungman, Agneta Montgomery

Handlækningadeild, Centrallasarettet Västerås og Háskólasjúkrahús Malmö, Svíþjóð.

Rifjuð verður upp saga kviðarholsspeglunar og mismunandi aðferðir við að útfæra loftkvið og innsetningu „trocar". Farið verður yfir fylgikvilla kviðarholsspeglunar og sjúkratilfelli kynnt. Lýst verður opinni aðferð við innsetningu „trocar" og gerð loftkviðar með hjálp mynda og myndbands.

E 18 **Gildi greinandi kviðsjárskoðunar hjá konum á barneignarskeiði sem taldar eru vera með botnlangabólgu**

Sigurður Blöndal, G.B.Hanna, S.M.Shimi

Ninewells sjúkrahúsinu og læknaskólanum, Dundee

Inngangur: Hjá konum á aldrinum 15-40 ára er greining botnlangabólgu erfið og tíðni eðlilegra botnlanga (negative appendicectomy rate) við opna botnlangaaðgerð á bilinu 20-45 %. Botnlangataka hjá konum á frjósemisskeiði er talin geta leitt til ófrjósemi, sérstaklega á þetta við þegar botnlangi er sprunginn eða með drepi (gangrenous).
Tilgangur: Að kanna áhrif greinandi kviðsjárskoðunar á tíðni eðlilegra botnlanga og á botnlanga með drepi hjá konum sem taldar eru vera með botnlangabólgu.
Efniviður og aðferðir: Notaður var framskyggn gagnagrunnur. Konur á aldrinum 15-40 ára sem fóru í greinandi kviðsjárskoðun og taldar voru með botnlangabólgu á Ninewells sjúkrahúsinu í Dundee á árabilinu 1996-1999 voru fundnar í gagnagrunninum, upplýsingar þaðan voru notaðar en jafnframt voru sjúkraskýrslur yfirfarnar. Sama aðferðafræði var notuð á þann hóp kvenna 15-40 ára sem fór í opna botnlangatöku á sama tímabili og niðurstöður bornar saman við hópinn sem fór í kviðsjárskoðun.
Niðurstöður: Alls fóru 163 konur, meðalaldur 23 ár, í greinandi kviðsjárskoðun. 80 sjúklingar fóru í kviðsjárskoðun innan 12 klst. frá komu. Botnlangi var talinn óeðlilegur í 74 sjúklingum (45,4%), aðrar meinsemdir fundust í 54 sjúklingum (33,2%) en kviðsjárskoðun var eðlileg hjá 35 sjúklingum (21,4%). Vefjafræðileg skoðun á botnlanga leiddi í ljós eðlilegan botnlanga í átta sjúklingum, það er 10,8%, en átta sjúklingar höfðu sprunginn botnlanga eða botnlanga með drepi í, eða 12,1% af þeim sem höfðu bólginn botnlanga. 30% sem fóru í opna botnlangatöku höfðu eðlilegan botnlanga en 24,3% sprunginn botnlanga eða botnlanga með drepi í.
Ályktun: Greinandi kviðsjárskoðun fækkar tíðni eðlilegra botnlanga og sprunginna og botnlanga með drepi í hjá konum á barneignarskeiði sem taldar eru vera með botnlangabólgu og fækkar ónauðsynlegum aðgerðum.

E 19 **Greinandi kviðsjárskoðun hjá körlum sem taldir eru vera með botnlangabólgu. Ómaksins verð?**

Sigurður Blöndal, G.B.Hanna, S.M.Shimi

Ninewells sjúkrahúsinu og læknaskólanum, Dundee

Inngangur: Greinandi kviðsjárskoðun hefur verið ráðlögð hjá konum sem taldar eru vera með botnlangabólgu til að auka greiningarnákvæmni og fækka ónauðsynlegum holskurðum. Þetta hefur verið meira umdeilt hjá körlum.
Tilgangur: Kanna notagildi greinandi kviðsjárskoðun hjá körlum sem taldir eru vera með botnlangabólgu, sérstaklega áhrif á tíðni eðlilegra botnlanga og á tíðni sprunginna botnlanga með drepi í.
Efniviður og aðferðir: Notast við framskyggnan gagnagrunn. Karlar sem fóru í greinandi kviðsjárskoðun á árunum 1997-1998 og voru taldir vera með botnlangabólgu voru bornir saman við karla sem fóru í opna botnlangaaðgerð á sama tímabili.
Niðurstöður: 82 sjúklingar fóru í kviðsjárskoðun og 80 í opna aðgerð á rannsóknartímabilinu. Hjá þeim sem fóru í kviðsjárskoðun var tíðni eðlilegra botnlanga 8,5% samanborið við 6, 25% hjá þeim sem fóru í opna aðgerð. Tíðni sprunginna botnlanga eða botnlanga með drepi í 16,3% í hópnum sem fór í kviðsjárskoðun samanborið við 14,9% hjá þeim sem fóru í opna botnalangatöku. Við kviðsjárskoðun fundust aðrar meinsemdir í 17 sjúklingum, þar á meðal sprungið skeifugarnarsár í fjórum, bólga í bugðuristli í þremur, ristilbólgur í tveimur og drep í smágirni í einum.
Ályktun: Kviðsjárskoðun hjá körlum sem taldir eru vera með botnlangabólgu dregur ekki úr tíðni eðlilegrar botnlangatöku eða fjölda sjúklinga með sprunginn botnlanga eða með drep í botnlanga. Hins vegar kann vel að vera að kviðskjárskoðun sé gagnleg hjá þessum sjúklingahópi þegar saga, einkenni og skoðun eru ekki dæmigerð fyrir botnlangabólgu.

E 20 **Gallsteinasjúkdómurinn í Reykjavík 1983-2000**

Tryggvi Stefánsson[1], Hulda Birna Eiríksdóttir[2], Jónas Magnússon[1], Albert Imsland[3]

[1]Skurðlækningadeild Landspítala Hringbraut, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]Tölfræðideild Urðar Verðandi Skuldar

Inngangur: Eftir 1992 varð kviðsjáraðgerð kjöraðferð til að fjarlægja gallblöðru. Tilgangur rannsóknarinnar var að athuga tíðni greininga á gallsteinum og gallblöðrubólgu og tíðni gallblöðrubólguaðgerða í Reykjavík 1983-2000 og hvaða áhrif breytt aðgerðartækni hefur haft.
Efniviður og aðferðir: Með aðstoð tölvuskráningar sjúkrahúsanna í Reykjavík voru fundnir allir sjúklingar með greiningarnar: 574 og 575 (ICD 9) og K80 og K81 (ICD10) á árunum 1983-2000, skráðar voru innlagnar, útskriftar- og aðgerðardagar auk aldurs og kyns sjúklinga. Tíðni greininga og aðgerða var stöðluð beint miðað við íbúafjölda á Stór-Reykjavíkursvæðinu samkvæmt manntali með tilliti til aldursdreifingar og kyns. Borin voru saman þrjú tímabil 1983-1988, 1989-1994 og 1995-2000.
Niðurstöður: Alls höfðu 5635 gallsteina- eða gallblöðrubólgugrein-

ingu (3868 konur og 1767 karlar). Það gengust 4799 undir aðgerð (3327 konur og 1472 karlar) og var jöfn aukning bæði greininga og aðgerða öll þrjú tímabilin. Hjá ungum konum var aukningin bæði hvað varðar greiningu og aðgerðir marktækt meiri en meðaltalsaukningin, en hjá ungum körlum var aukningin ekki frábrugðin henni. Hjá körlum sem voru yfir 59 ára gamlir var aukning í fjölda greininga og aðgerða frá fyrsta til annars tímabils en á þriðja tímabilinu fækkaði aðgerðum í þessum aldursflokki. Þrátt fyrir mikla fjölgun aðgerða í Reykjavík hefur heildarlegutími fyrir greiningarnar gallsteina og gallblöðrubólgu styst verulega.

Ályktun: Það er líklegt að umframaukning í tíðni greininga og aðgerða hjá ungum konum miðað við karla sé vegna aukningar í nýgengi sjúkdómsins. Eftir að farið var að taka gallblöðru með kviðsjáraðgerð virðast karlar koma fyrr til aðgerðar og hefur það leitt til færri aðgerða meðal karla >59 ára. Þrátt fyrir mikla aukningu í greiningum og aðgerðum hefur heildarkostnaður við þennan sjúklingahóp lækkað ef mið er tekið af heildarfjölda legudaga í sjúklingahópnum og virðist breytt meðferð hafa valdið umtalsverðum sparnaði í heilbrigðiskerfinu.

E 21 Gallblöðrutaka með kviðsjá: Fyrstu 1000 aðgerðirnar á Landspítala Hringbraut

Ólöf Viktorsdóttir, Sigurður Blöndal, Jónas Magnússon

Skurðdeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Með tilkomu kviðsjáraðgerða við gallsteinum (LC) jókst í fyrstu tíðni ýmissa fylgikvilla við gallblöðrutöku sem á dögum opinna aðgerða voru mjög fátíðir. Á þetta sérstaklega við um áverka á gallganga. Síðustu ár hafa rannsóknir sýnt að tíðni þessara fylgikvilla hefur minnkað en eru þó enn heldur algengari en við gallblöðruaðgerð með holskurði. Aukin tíðni gallganga áverka hefur meðal annars verið skýrð með reynsluleysi skurðlækna í notkun kviðsjár og aukinni notkun diathermy eða geisla við vefjaskurð í Calots þríhyrningi.

Tilgangur: Að kanna tíðni fylgikvilla við töku gallblöðru með kviðsjá og bera þá reynslu saman við erlendar rannsóknir.

Efniviður og aðferðir: Afturvirk rannsókn á sjúklingum sem fóru í gallblöðrutöku með kviðsjá (laparoscopic cholecystectomy, LC) frá upphafi þeirra aðgerða á Landspítala Hringbraut 1991 til ársins 1998. Sjúklingar voru fundnir með ICD-9 kóðum og aðgerðarkóðum og sjúkraskár þeirra yfirfarnar. Í upphafi var á Landspítala mörkuð sú stefna að reyna að gera allar gallblöðruaðgerðir með kviðsjá.

Niðurstöður: Alls fóru 1008 sjúklingar í LC á árabilinu 1991-1998, 727 konur og 281 karlar. Meðalaldur var 52,5 ár. Fjórir skurðlæknar framkvæmdu 93% aðgerðanna. Þrír höfðu farið á námskeið í LC, einn hafði gert um það bil 50 aðgerðir í sínu sérnámi. Allir höfðu mikla reynslu í opnum gallblöðruaðgerðum. 573 aðgerðir voru bráðaaðgerðir, það er gerðar innan við 24 klst. frá innlögn en 435 voru valaðgerðir. Fyrsta árið var tíðni þeirra aðgerða sem enduðu með holskurði 23,4% en á síðasta ári rannsóknarinnar var þetta hlutfall 6,5%.

Gallleki varð hjá 23 sjúklingum (2,2%) og þurftu tíu sjúklingar aðra aðgerð. Blæðing eftir aðgerð varð hjá 20 sjúklingum og fóru 13 í enduraðgerð (þrír með kviðsjá, tíu opna). Tveir sjúklingar (0,19%) fengu áverka á megingallganga. Annar skaðinn varð á hægri lifrarganginum og fékk þessi kona kransæðastíflu eftir LC og lést eftir enduraðgerð. Hinn gallgangaskaðinn varð á gallpípu eftir að aðgerð hafði verið umbreytt í holskurð. Í því tilfelli var líffærafræðin mjög óljós og þurfti mikinn vefjaskurð sem leiddi til blóðþurrðar í gallpípu og seinna þrengingar og var gerð samgötun gallpípu og ásgarnar hjá þessum sjúklingi. Dánartíðni var 0,29%.

Ályktun: Rannsóknin sýnir að tíðni fylgikvilla eftir gallblöðruaðgerðir með kviðsjá á Landspítala er sambærileg eða minni en í sambærilegum rannsóknum erlendis. Tíðni áverka á stóra gallganga var 0,19% sem er með því lægsta sem skráð hefur verið í rannsóknum með sjúklingafjölda yfir 1000. Erfitt er greina í afturvirkri rannsókn hvaða þættir hafi stuðlað að svo góðri útkomu en mikil reynsla skurðlæknanna af opnum gallblöðruaðgerðum og frekar há tíðni á umbreytingu í opna aðgerð fyrstu árin hafa vafalaust átt þátt í því.

E 22 Kviðsjárspeglun fyrir fyrirhugað lifrarúrnám

Páll Helgi Möller[1], Björn Ohlsson[2], Linda Myllymäki[2], Birger Pålsson[2], Karl-Göran Tranberg[2]

[1]Almenn skurðdeild Landspítala Hringbraut, [2]skurðdeild áskólasjúkrahússins í Lundi, Svíþjóð

Inngangur: Þættir eins og fjöldi og staðsetning lifraræxla auk æxlisvaxtar utan lifrar, hafa þýðingu fyrir það hvort framkvæma eigi lifrarúrnám. Tölvusneiðmynd og ómskoðun segja til um möguleikann á úrnámi í ca. 80% tilvika. Tilgangurinn með eftirfarandi rannsókn var að athuga hvort kviðsjárspeglun fyrir fyrirhugaða lifraraðgerð gæfi betri upplýsingar um möguleikann á lifrarúrnámi en þær upplýsingar sem grundvallast á fyrrgreindum rannsóknum.

Aðferð: Rannsóknin var framskyggn og tók til 54 sjúklinga sem gerð var kviðsjárspeglun á fyrir fyrirhugað lifrarúrnám. Fyrir aðgerð var gerð tölvusneiðmynd og ómskoðun af lifur, en í aðgerð var hún skoðuð, þreifuð og ómskoðuð. Endanleg greining var æxli upprunið í lifur (primary liver cancer) hjá 27 sjúklingum, meinvörp hjá 17, góðkynja æxli hjá fimm og aðrar greiningar hjá fimm sjúklingum.

Niðurstöður: Hjá 17 sjúklingum (31%) leiddi kviðsjárspeglun til þess að lifrarúrnám var ekki framkvæmt: fjöldi æxla (átta sjúklingar), fjöldi æxla og æxlisvöxtur utan lifrar (fjórir sjúklingar), staðsetning með aukinni hættu á lifrarbilun við úrnám (þrír sjúklingar) eða vöxtur yfir á gallvegi/æðar (einn sjúklingur), eða vöxtur yfir á þind (einn sjúklingur). Hjá einum sjúklingi (2%) var meinvarp túlkað sem æðaæxli (hemangioma) við kviðsjárspeglun. Kviðsjárspeglun varð til þess að hætt var við aðgerð hjá 18 sjúklingum. 27 sjúklingar (50%) voru með skurðtækan sjúkdóm samkvæmt kviðsjárspeglun. Í 16 tilvikum (30%) var lifrarúrnám framkvæmt, en 11 sjúklingar (20%) höfðu óskurðtækan sjúkdóm við nánari skoðun vegna fjölda æxla (fjórir sjúklingar), miðlægs æxlisvaxtar yfir á æðar/gallvegi (þrír sjúklingar), æxlisvaxtar utan lifrar (tveir sjúklingar), æxlisvaxtar yfir á skeifugörn (einn sjúklingur) eða vegna hættu á lifrarbilun (einn sjúklingur). Auk þessa fóru níu sjúklingar í kviðarholsskurð: í fimm tilvikum (9%) var hætt við kviðsjárspeglun vegna samvaxta (þrír sjúklingar) eða rofs á smágirni (tveir sjúklingar) og í fjórum tilvikum (7%) var kviðsjárspeglun ófullnægjandi af öðru ástæðum (tveir sjúklingar höfðu ekkert æxli og tveir sjúklingar voru með Klatskin-æxli).

Umræða: Þær upplýsingar sem kviðsjárspeglun gaf fyrir fyrirhugað lifrarúrnám breytti fyrri skoðun á því hvort sjúkdómur var skurðtækur í 30% tilfella og fækkaði þar með fjölda ónauðsynlegra kviðarholsskurða.

Sjúklinga með taugaverki hefur verið erfitt að meðhöndla



Nú hefur Neurontin frá Pfizer fengið ábendingarnar „meðferð á taugahvot í kjölfar herpessýkingar (postherpetic neuralgia) og sársaukafullum sykursýkitaugakvilla“.

Neurontin er áhrifaríkt taugaverkjalyf þar sem:

- *Sjúklingurinn fær bættan svefn strax eftir 1 viku* [1)]
- *Marktæk svörun við verkjum fæst strax eftir 2 vikur* [1)]

Neurontin hefur engar frábendingar og engar milliverkanir með klíníska þýðingu [3)]

NEURONTIN VIÐ TAUGAVERKJUM

Heim: 1. Backonja M. et al. JAMA 1998;280:1831-36. 2. Rowbotham M. et al. JAMA 1998;1837-42. 3. Sérlyfjaskrá 2002.

Neurontin, Pfizer ApS, *HYLKI, hörð; N 03 A X 12 R E Hvert hylki inniheldur: Gabapentinum INN 100 mg, 300 mg eða 400 mg. TÖFLUR, filmuhúðaðar; N 03 A X 12 R 0. Hvert tafla inniheldur: Gabapentinum INN 600 mg eða 800 mg Ábendingar: Viðbótarmeðferð við allar tegundir flogaveiki þegar viðunandi árangur fæst ekki með hefðbundinni meðferð. Meðferð á taugahvot í kjölfar herpessýkingar (postherpetic neuralgia) og sársaukafullum sykursýkitaugakvilla.* ***Skammtar og lyfjagjöf:*** *Meðferð á að vera undir stjórn læknis með reynslu í flogaveikimeðferð eða í samráði við slíkan lækni.* ***Flogaveiki:*** *Venjulegur skammtur er 1.200-2.400 mg/sólarhring skipt í þrjá skammta. Hjá sumum sjúklingum geta læknanleg áhrif þó náðst með 900 mg/sólarhring. Ekki eiga að líða meira en 12 klst. á milli síðasta skammts að kvöldi og fyrsta skammts að morgni. Lyfið má taka inn með mat eða án. Þegar meðferð með gabapentín er hætt eða þegar byrjað er að nota annað flogaveikilyf samtímis verður það að gerast smám saman á a.m.k. viku. Komið hefur í ljós hjá hluta þeirra sjúklinga sem fengið hafa gabapentín sem viðbótarmeðferð, þegar tilskilinn árangur hefur ekki náðst með fyrri lyfjum, að betri stjórn hefur náðst á krömpum. Náist viðunandi árangur ekki, þrátt fyrir skammtaaðlögun á að hætta meðferð með lyfinu smám saman.* ***Fullorðnir og börn eldri en 12 ára:*** *Upphafsskammti 900 mg/sólarhring eða minni er skipt í 3 skammta og hann aukinn um 300-600 mg/sólarhring þar til besta viðhaldsskammti er náð. Við mesta upphafsskammt og þegar skammtur er aukinn hratt eykst hætta á svima á skammtaaðlögunartímabilinu. Meðferðinni á að stjórna og aðlaga samkvæmt klínískri svörun. Ekki er nauðsynlegt að fylgjast með þéttni í plasma til að ákveða hámarksskammt.* ***Taugrænir verkir:*** *Viðhaldsskammtur við meðferð á taugahvot í kjölfar herpessýkingar og sársaukafullum sykursýkitaugakvilla á að vera byggður á svörun sjúklings og aukinn smám saman í hámarksskammt sem er 3600mg/sólarhring.* ***Fullorðnir (eldri en 18 ára):*** *Til að fá fram virkan skammt er skammtur aukinn á nokkrum dögum með því að gefa 300 mg að kvöldi fyrsta dags, 600 mg skipt í tvo skammta næsta dag og 900 mg skipt í þrjá skammta á degi 3. Síðan má auka skammtinn um 300 mg á sólarhring þar til æskilegum viðhaldsskammti er náð. Ekki eiga að líða meira en 12 klukkustundir á milli síðasta skammts að kvöldi og fyrsta skammts að morgni. Neurontin má taka með mat eða án.* ***Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi/aldraðir:*** *Sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi á að gefa minni skammta.* ***Sjúklingar í blóðskilun:*** *Upphafsskammtur er 200-400 mg og síðan 100-300 mg Neurontin eftir fjögurra klst. blóðskilun.* ***Skammtastærðir handa börnum:*** *Lítil sem engin reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum yngri en 12 ára. Frábendingar: Engar þekktar.Varnaðarorð og varúðarreglur: Skert nýrnastarfsemi. Ef notkun flogaveikilyfja er hætt of snögglega er hætta á aukinni tíðni floga eða jafnvel flogafári. Reynsla af meðferð við flogaveiki hjá börnum yngri en 12 ára er ekki fyrir hendi.Milliverkanir: Samtímis gjöf sýrubindandi lyfja minnkar nýtingu lyfsins um 24%. Þess vegna á ekki að taka lyfið fyrr en a.m.k 2 klst. eftir töku sýrubindandi lyfja. Engar milliverkanir eru á milli gabapentíns og fenóbarbítals, fenýtóíns, valpróínsýru, karbamazepíns eða getnaðarvarnalyfja (noretísterón og/eða etínýlestradíól). Gabapentín hefur ekki heldur áhrif á lyfjahvörf þessara lyfja við stöðuga þéttni. Próbenecíd hefur ekki áhrif á útskilnað gabapentíns.* ***Aukaverkanir:*** *Aukaverkanir, einkum sljóleiki og skortur á einbeitingu ásamt ósamhæfðum vöðvahreyfingum, eru algengar (allt að 50%) við flogaveikimeðferð. Oftast hverfa aukaverkanirnar eftir 2 vikna meðferð.* ***Algengar (>1%):*** *Almennt: Svefnhöfgi, deyfð, þreyta, svimi, höfuðverkur, svefnleysi, þyngdaraukning, lystarleysi.* ***Miðtaugakerfi:*** *Ósamhæfðar hreyfingar, augntin (nystagmus), skjálfti, minnistruflanir, taltruflanir, náladofi.* ***Meltingarfæri:*** *Meltingartruflanir, ógleði og/eða uppköst.* ***Geð:*** *Taugaóstyrkur.* ***Augu:*** *Tvísýni, sjónskerðing.* ***Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennt:*** *Bjúgur á útlimum.* ***Blóð:*** *Hvítfrumnafæð.* ***Húð:*** *Kláði.* ***Geð:*** *Depurð. Hjá örfáum sjúklingum hefur komið í ljós aukin tíðni floga, sem hugsanlega er skammtaháð og einnig aukning á þéttum flogum, sem í einstaka tilvikum hafa varað í sólarhring.* ***Pakkningar og verð 1. mars 2002:*** *Hylki 300 mg, 100 stk. 10.790 kr.; hylki 400 mg, 100 stk. 13.985 kr.; töflur 600 mg, 100 stk. 15.518 kr.; töflur 800 mg, 100 stk. 19.899 kr.* ***Nánari uppl. um lyfið er að finna í Sérlyfjaskrá.***

Umboðsaðili á Íslandi: ***Pharmaco hf.*** *Hörgatún 2, 210 Garðabær S: 535-7000*

Pfizer

E 23 **Fylgikvillar við lifrarúrnám**

Páll Helgi Möller[1], Kristín Huld Haraldsdóttir[2], Linda Myllymäki[2], Björn Ohlsson[2], Karl-Göran Tranberg[2]

[1]Almenn skurðdeild Landspítala Hringbraut, [2]skurðdeild háskólasjúkrahússins í Lundi, Svíþjóð

Inngangur: Aðgerðum á lifur hefur fjölgað bæði hvað varðar góðkynja og illkynja sjúkdóma. Samkvæmt flestum rannsóknum virðast fylgikvillar enn vera algengir en skurðdauði kemur ekki jafnoft fyrir. Tilgangur þessarar rannsóknar var að skoða áhættuna með lifrarúrnámi.
Aðferð: Afturskyggn rannsókn á 404 sjúklingum sem gengust undir 430 lifrarúrnám á tímabilinu 1970-2000 (n=213 fyrir 1970-1989, n=217 fyrir 1990-2000). Konur voru 224 og karlar 180 með meðalaldur 58 (bil 20-91) ár. Aðgerðin var valaðgerð hjá 389 sjúklingum (96%) en hjá þeim var greiningin illkynja æxli hjá 330 (82%) sjúklingum, góðkynja æxli hjá 50 (12%) og aðrir sjúkdómar hjá níu (2%) sjúklingum. Hjá sjúklingum sem gengust undir bráðaaðgerð voru samsvarandi tölur 12 (3%), 0 og 3 (1%; áverki). Aðgerðirnar voru útvíkkað brottnám á lifrarlappa (hemihepatectomy) í 197 tilfellum (46%), brottnám á einum eða fleiri geirum lifrar (mono- eða polysegmentectomy) í 89 (21%), og aðrar meiri eða minniháttar aðgerðir á lifur í annars vegar 56 (13%) og hins vegar 88 tilfellum (20%). Tólf sjúklingar (3%) höfðu skorpulifur. Endurtekið úrnám (vegna illkynja æxlis) var framkvæmt hjá 26 sjúklingum (6%).
Niðurstöður: Á tímabilinu 1970-1989 fengu 58 sjúklingar (27%) fylgikvilla í eða eftir aðgerð (alvarlegir fylgikvillar hjá 39 sjúklingum (18%) og minniháttar hjá 19 sjúklingum (9%)). Samsvarandi tölur fyrir tímabilið 1990-2000 voru 16 sjúklingar (7,3%) (alvarlegur fylgikvilli hjá 9 sjúklingum (4,1%) og minniháttar hjá 7 sjúklingum (3,2%)). Skurðdauði var 5,2% (11 sjúklingar) fyrir fyrra og 0% fyrir seinna tímabilið. Síðasta andlátið átti sér stað 1986 (loftstífla). Algengasti fylgikvilli aðgerðar var á báðum tímabilunum kviðarholssýking (6,6% og 1,8%). Hættan á alvarlegum fylgikvilla eða dauða hélst í hendur við tímalengd aðgerðar og magn blóðgjafar en ekki með greiningu, aldur sjúklings, aðgerð, lokun blóðflæðis til lifrar, eða hvort um skorpulifur var að ræða.
Umræða: Þróun tækninnar ásamt minni hættu á blæðingu í aðgerð hefur haft í för með sér að hægt er að framkvæma lifrarúrnám með viðunandi skurðdauða og fylgikvillum.

E 24 **Offituaðgerðir á Landspítala**

Hjörtur Gíslason[1], Björn Geir Leifsson[1], Ludvig Guðmundsson[2]

[1]Skurðdeild Landspítala Hringbraut, [2]Reykjalundur

Offita er víða vaxandi heilsufarslegt vandamál. Notast er við líkamsþyngdarstuðul (BMI) til að skilgreina offitu. Fólk með BMI>25 er talið offeitt, en sjúklingar með BMI>45 þjást af alvarlegri offitu. Alvarlegri offitu fylgja ýmsir fylgisjúkdómar og er ævilengd þessara sjúklinga að meðaltali 15 árum styttri en hjá eðlilega þungum jafnöldrum.

Síðustu áratugi hafa fjölmargar skurðaðgerðir verið reyndar til hjálpar offitusjúklingum en með misjöfnum árangri. Nú er ljóst að þessar aðgerðir þurfa að fela tvennt í sér til þess að góður langtímaárangur náist, það er magaminnkun og að tengt sé framhjá efri hluta mjógirnis. Sú aðgerð sem nú er mest notuð er „Roux-en-Y gastric bypass", en með þessari aðgerð losna sjúklingar við um 80% af yfirþyngd sinni og þyngjast ekki aftur.

Byggð hafa verið upp þverfagleg meðferðarteymi fyrir offitusjúklinga í samvinnu við Reykjalund þar sem sjúklingar eru til uppvinnslu/meðferðar áður en að aðgerð kemur.

Við val á sjúklingum í aðgerð er stuðst við eftirfarandi: a) BMI>45, b) yngri en 55 ára, c) nýlega verið í meðferðarprógrammi/uppvinnslu hjá meðferðarteymi (til dæmis Reykjalundi) og d) langtímaeftirlit sé tryggt (samvinna við heimilislækni). Ef fylgisjúkdómar offitu eru til staðar þá styrkir það ábendingu fyrir aðgerð.

E 25 Framhjáveita maga með kviðsjátækni

Hjörtur Gíslason, Björn Geir Leifsson

Skurðdeild Landspítala Hringbraut

Framhjáveita maga með kviðsjártækni (Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass) var fyrst kynnt árið 1994 (Wittgrove AC) og frá 1997 hafa mörg sjúkrahús tekið upp hana tækni. Flestir nota Roux-En-Y gastric bypass og beita við það mismunandi tækni sem hefur þróast ört síðustu árin. Margir kostir fylgja því að gera þessa aðgerð með kviðsjártækni, svo sem minni hætta á sárasýkingum og kviðsliti, sjúklingarnir eru fljótari að ná sér eftir aðgerð, lega á sjúkrahúsi eftir aðgerð er skemmri og sjúklingarnir komast fyrr til vinnu. Þessi aðgerð var tekinn upp á Landspítala í nóvember 2001. Helstu þættir aðgerðarinnar verða kynntir á myndbandi.

E 26 **Interleukin-1 breytileiki og tengsl við magakrabbamein**

Ólöf Dóra Bartels Jónsdóttir[1], Birna Berndsen[1], Bjarki Jónsson Eldon[1], Sturla Arinbjarnarson[1], Sigfús Nikulásson[2], Albert Imsland[1], Steinunn Thorlacius[1], Eiríkur Steingrímsson[1,3], Bjarni Þjóðleifsson[4,5], Jónas Magnússon[4,6]

[1]Urður Verðandi Skuld, [2]Rannsóknastofa Háskólans í meinafræði, [3]Lífefna- og sameindalíffræði, Læknadeild Háskóla Íslands, [4]Læknadeild Háskóla Íslands, [5]Meltingar- og innkirtlasjúkdómadeild Landspítala Hringbraur [6]Skurðdeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: *Helicobacter pylori* (HP) sýking í magaslímhúð eykur líkur á magakrabbameini. Viðvarandi sýking getur leitt til frumubreytinga sem síðan getur þróast yfir í krabbamein. Nýlega var sýnt fram á fylgni milli erfðabreytileika í stýrisvæði interleukin 1 beta (IL-1B) gensins og aukinnar áhættu á magakrabbameini hjá HP sýktum einstaklingum. Breyting þessi veldur aukinni tjáningu IL-1B gensins en próteinafurð þess er bólguörvandi cytokín (IL-1B) sem meðal annars hindrar sýruseytun í maga. Einnig hafa fundist tengsl milli breytileika í interleukin 1 RN (IL-1RN) geni og aukinnar áhættu á magakrabbameini, en afurð þess, IL-1Ra (receptor antagonist), binst IL-1 viðtökum og hefur þannig áhrif á virkni IL-1B í maga. Rannsóknir El-Omar og fleiri (Nature 2000; 404: 398-402) bentu til aukinnar áhættu á magakrabbameini ef einstaklingar báru annað hvort T samsætuna í stýrisvæði IL-1B eða voru arfhreinir um IL-1RN*2 samsætuna í IL-1RN geninu. Markmið verkefnisins var að kanna tengsl milli þessara erfðabreytileika og áhættu á magakrabbameini á Íslandi.
Aðferðir: Erfðaefni 125 magakrabbameinssjúklinga (42 konur, 83 karlar) og 202 viðmiða (95 konur, 107 karlar) var greint með tilliti til ofangreindra erfðabreytileika. Breytileiki í stýrisvæði IL-1B gensins var greindur með PCR og raðgreiningu, en breytileiki IL-1RN gens var greindur með PCR og stærðargreiningu. Tengsl milli erfðabreytileika og áhættu á magakrabbameini voru metin með áhættuhlutfalli.
Niðurstöður: Áhættuhlutfall þeirra sem bera T samsætu í IL-1B

geni (stöðu –31) var 1,50 (95% vikmörk 0,67-3,32) miðað við arfhreina CC einstaklinga. Áhættuhlutfall þeirra sem eru arfhreinir fyrir samsætunni IL-1RN*2 í geni IL-1RN var 0,85 (95% vikmörk 0,34-2,13) miðað við arfblendna einstaklinga og þá sem ekki bera þessa samsætu. Ekki reyndist marktækur munur á áhættu á magakrabbameini milli þeirra einstaklinga sem bera TT og TC í IL-1B geni eða þeirra sem eru arfhreinir um IL-1RN*2 í geni IL-1RN.
Umræða: Engin tengsl fundust milli erfðabreytileika í IL-1B eða IL-1RN genum og magakrabbameins í íslenska úrtakinu. T samsætan var algengari en C samsætan í IL-1B-31 og reyndist ekki tengjast aukinni áhættu á magakrabbameini. Engin tengsl fundust heldur milli IL-1RN samsæta og aukinnar tíðni magakrabbameins. Ekki hefur því verið sýnt fram á tengsl Interleukin-1 breytileika og magakrabbameins í íslenskum sjúklingum.

E 27 **Skurðaðgerðir vegna skjaldkirtilskrabbameins á Landspítalanum 1985-1996**
Snorri Björnsson, Kristín Huld Haraldsdóttir, Páll Helgi Möller, Höskuldur Kristvinsson

Almenn skurðdeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Skurðaðgerð er fyrsta meðferð við skjaldkirtilskrabbameini. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna árangur aðgerðar á Landspítalanum.
Efniviður og aðferðir: Kannaðar voru sjúkrasögur allra sjúklinga sem gengust undir aðgerð vegna skjaldkirtilskrabbameins á Landspítalanum á tímabilinu 1985-1996. Um var að ræða 56 sjúklinga þar af 42 konur, meðalaldur 49 (bil 26-86) ár, og 12 karlar, meðalaldur 66 (bil 46-81) ár. Átta skurðlæknar framkvæmdu ofangreindar aðgerðir.
Niðurstöður: Einkenni fyrir aðgerð voru stækkaður kirtill eða hnútur (n = 53), kyngingarörðugleikar (n=15) og/eða hæsi (n=5). Sextán sjúklingar höfðu fyrri sögu um skjaldkirtilssjúkdóm.

Flestir sjúklinganna fóru í lungnamynd fyrir aðgerð (n=51) en hjá rúmlega helming sjúklinga var fínnálarbíopsía (n=29) tekin. Krabbameinið var einhreiðra (unifocal) hjá 39 sjúklingum en fjölhreiðra (multifocal) hjá 16.

Hjá 30 sjúklingum var gerð skjaldkirtilsbrottnám (complete thyroidectomy), 14 skjaldblaðsnám (lobectomy) en aðrar aðgerðir á skjaldkirtli hjá 12 sjúklingum. Vegna óljósrar greiningar var sent í frystiskurð hjá 21 sjúklingi og var hann jákvæður hjá 14 þeirra.

Vefjagreining sýndi totumyndandi krabbamein hjá 42 sjúklingum, skjaldbúsmein hjá 12, totumyndandiskjaldbúsmein hjá einum og einn sjúkingur var með villuvaxtarmein.

Fylgikvillar eftir aðgerð voru skaði á afturhvarfstaug barkakýlis (n. laryngeus recurrens) (n=3), krampi (tetanus) (n=3), blóðgúll (n=2), sermigúll (seroma) (n=1) og sárasýking (n=1). Sjúklingar sem urðu fyrir taugaskaða voru með staðbundinn alvarlegan sjúkdóm. Sjúkrahúslengd eftir aðgerð var að meðaltali 7 (bil 2-26) dagar. Í lok árs 2000 voru átta sjúklingar látnir vegna skjaldkirtilskrabbameins en auk þess höfðu sjö sjúklingar fengið endurkomu sjúkdóms.
Umræða: Í upphafi ofangreinds tímabils voru aðgerðir á skjaldkirtli í höndum margra skurðlækna en undanfarin ár hefur þeim skurðlæknum fækkað sem framkvæma þessar aðgerðir. Í kjölfar þess að sérhæfing hefur aukist hefur tíðni fylgikvilla minnkað. Þar sem sjúkdómurinn er lengra genginn staðbundið þar er meiri hætta á taugaskaða.

E 28 **Holsjárómskoðun (EUS) – ný rannsóknaraðferð á Íslandi**
Ásgeir Theodórs[1], Hjörtur Gíslason[2]

[1]Meltingarsjúkdómadeild Landspítala Fossvogi og St Jósefsspítala, Hafnarfirði, [2]handlækningadeild Landspítala Fossvogi.

Inngangur: Holsjárómskoðun (endoscopic ultrasound, endosonography, endosopic ultrasonography, EUS) hefur verið að þróast á síðustu 20 árum. Tvö tæknisvið, það er holsjárskoðun (speglun) og ómskoðun, er komið fyrir í sama tækjabúnaði. Þessi tækni hefur nú haslað sér völl í læknisfræði með skýrar ábendingar.
Tæknin: Ómkannanum er komið fyrir á enda holsjárinnar. Með því að koma ómkannanum mjög nærri því sem á að skoða (til dæmis í vélinda, maga, skeifugörn eða endaþarmi) verður skerpa ómsins mjög góð. Ómtæknin byggir á tvenns konar útfærslum. Annars vegar er um að ræða „linear“ ómun þar sem ómmyndin er í sama fleti og lengdarás holsjárinnar, en hins vegar „radial“ ómun sem gefur 360° flatarmynd þvert á lengdarás holsjárinnar. Þannig sést við skoðun í vélinda þvert á vélindað og veggurinn allt um kring sést ásamt líffærum umhverfis. Hefðbundinn tækjabúnaður gefur tíðnina 7,5 og 12 MHz, en með sérstökum ómkanna er mögulegt að beita ómun með tíðninni 20 og 30 MHz.
Ábendingar við greiningu: Auðvelt er að greina fimm lög veggjarins. Þetta gerir kleift greina og stiga djúpvöxt æxlisins. Í vélinda er því aðgengilegt að greina innvöxt, útbreiðslu í nærliggjandi eitla og innvöxt æxlis í nálæg líffæri (til dæmis æðar). Rannsóknin er nákvæmari en tölvusneiðmynd í stigun slíkra æxla. Sömu upplýsinga má jafnframt afla um æxli í maga, ristli og endaþarmi. Utan holu líffæranna má skoða briskirtil, gallganga og lifur með meiri nákvæmni en hingað til hefur verið mögulegt. Fínnálar vefjasog (fine needle aspiration, FNA) er mikilvæg viðbót við hefðbundna holsjárómun. Ástungu er best að framkvæma með „linear“ tækni.
Ábendingar við meðferð: Fínnálar vökvasog (ómstýrt) úr blöðruæxlum og sýndarblöðru (pancreatic pseudocyst) er auðveld aðgerð með þessari tækni. Inndæling efna í taugar (rætur) til að framkvæma taugareyðingu (neurolysis) er framkvæmd með góðum árangri í verkjameðferð, til dæmis vegna brisklirtilskrabbameins. Með „lita Doppler“ tækni má auðveldlega greina æðar og forðast þær þegar ástunga er framkvæmd.
Nýjungar í framtíðinni: Með hærri tíðni, eða 30MHz, er mögulegt að sjá fleiri lög í þarmaveggnum og greina með meiri nákvæmni innvöxt yfirborðslægra æxla sem má eyða með geisla eða slímhúðarskurði (endoscopic mucosal resection, EMR). Þrívíddar ómskoðun er til athugunar og gefur nákvæmari mynd af gallvega- og briskirtilæxlum (IDUS). Ómstýrð inndæling efna (T lymphocytum, „cytoimplant“) og hátíðni eyðing (RFA) beinast að meðferð á staðbundnu krabbameini.

E 29 **Holsjárómskoðun (EUS): Stigun á krabbameinum í efri meltingarfærum**
Hjörtur Gíslason[1], Ásgeir Theodórs[2]

[1]Skurðdeild Landspítala Hringbraut, [2]meltingasjúkdómadeild Landspítala Hringbraut og St. Jósefsspítali Hafnafirði

Holsjárómskoðun (endoscopic ultrasound, endosonography, endoscopic ultrasonography) er rannsókn sem víða erlendis er að ryðja sér rúms við greiningu sjúkdóma og stigun illkynja æxla í meltingarvegi. Holsjárómskoðun hefur verið framkvæmd á Landspítala Fossvogi síðan í júní 2000, en nú hafa verið framkvæmdar 140 rannsóknir.

Fimm sjúkratilfelli verða kynnt, sjúkrasaga þeirra rakin og gerð grein fyrir greiningu og meðferð þeirra: Karlmaður 82 ára með æxli í brisi, karlmaður 56 ára með æxli í vélinda, karlmaður 70 ára með krabbamein í blöðruhálskirtli og stækkaða eitla og fyrirferð við briskirtil, kona 65 ára með æxli í vélinda, kona 86 ára með æxli í maga.

E30 Staðbundin afturkoma eftir læknanlega aðgerð á krabbameini í endaþarmi í Reykjavík 1987-1997

Tryggvi Stefánsson[1], Ólafur H. Þorvaldsson[2], Páll H Möller[3], Tómas Jónsson[3], Jakob Jóhannson[4]

[1]Skurðlækningadeild Landspítala Fossvogi, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]skurðlækningadeild Landspítala Hringbraut [4]krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Nýgengi krabbameins í endaþarmi á Íslandi er 6,2 á hverja 100.000 íbúa á ári. Skurðaðgerð er mikilvægasta meðferðin við sjúkdómnum. Staðbundin afturkoma krabbameinsins er alvarlegasti síðkomni fylgikvilli aðgerðarinnar. Tíðni staðbundinnar afturkomu er mjög breytileg milli uppgjöra 5%-65%. Tíðnin er háð Dukes stigun, þroska æxlisins, staðsetningu og skurðlæknum sem gerir aðgerðina. Þeir skurðlæknar ná bestum árangri sem hafa sérhæft sig í aðgerðum á krabbameini í endaþarmi. Tíðni staðbundinnar afturkomu á Íslandi er lítið þekkt, en á Borgarspítalanum 1975-1987 var hún 25%. Tilgangur þessarar afturvirku rannsóknar var að finna tíðni staðbundinnar afturkomu á sjúkrahúsunum í Reykjavík (Borgarspítala, Landakoti og Landspítala) á árunum 1987-1997.
Efniviður: Allir sjúklingar sem greindust með kirtilfrumukrabbamein í endaþarmi á árunum 1987-1997 á sjúkrahúsunum í Reykjavík og gengust undir aðgerð í læknanlegum tilgangi. Samtals voru 180 sjúklingar með krabbamein í endaþarmi. Óskurðtækir vegna krabbameins voru 40 sjúklingar og vegna aldurs og annars ástands fjórir sjúklingar. Með í rannsókninni voru því 134 sjúklingar, 73 karlar og 61 kona.
Niðurstöður: Staðbundin afturkoma á sjúkrahúsunum í Reykjavík á árunum 1987-1997 var 23% (31/134).
Ályktanir: Tíðni staðbundinnar afturkomu í Reykjavík var há á árunum 1987-1997 og sambærileg við tíðni annars staðar þar sem aðgerðirnar eru ekki gerðar af skurðlæknum sem eru sérhæfðir í aðgerðum á ristli og endaþarmi.

E 31 Árangur meðferðar á krabbameini í endaþarmi á Landspítala Fossvogi 1997-2000

Tryggvi Stefánsson[1], Ólafur H. Þorvaldsson[2], Friðbjörn Sigurðsson[3], Sigurður Björnsson[3], Örn Thorstensen[4]

[1]Skurðlækningadeild Landspítala Fossvogi, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]krabbameinslækningadeild Landspítala Fossvogi [4]röntgendeild Landspítala Fossvogi

Inngangur: Skurðaðgerð er aðalmeðferðin við læknanlegu krabbameini í endaþarmi. Mikilvægasti þáttur skurðaðgerðarinnar er algjört brottnám endaþarmshengjunnar (TME=total mesorectal excision) og er hún þá tekin í heilu lagi án þess að skaða himnuna utan um hana. Með tilkomu þessarar aðferðar hefur tekist að lækka verulega hlutfall staðbundinnar afturkomu krabbameinsins. Geislameðferð fyrir aðgerð og krabbameinslyfjameðferð lækka einnig tíðni staðbundinnar afturkomu. Frá 1997 hafa sjúklingar á Landspítala Fossvogi sem hafa haft læknanlegt endaþarmskrabbamein verið meðhöndlaðir með algjöru brottnámi á endaþarmshengju, sjúklingar með krabbamein í tveimur neðri þriðjungum endaþarmsins hafa fengið geislameðferð, fimm gy á dag í fimm daga, vikuna fyrir aðgerð og krabbameinslyfjameðferð (5-FU og Leukovorin) hefur verið gefin eftir aðgerð öllum sjúklingum með æxlisvöxt í gegnum garnavegg (Dukes B2) eða dreifingu í eitla (Dukes C). Samvinna hefur skapast milli þeirra sérfræðinga sem hafa stundað sjúklingana og fundir verið haldnir vikulega til að fylgja eftir meðferðinni. Markmið rannsóknarinnar var að taka saman árangurinn á meðferð á læknanlegum krabbameinum í endaþarmi á Landspítala Fossvogi 1997-2000.
Efniviður og aðferðir: Upplýsingar voru fengnar afturvirkt úr sjúkraskrám. Öllum sjúklingum var fylgt eftir af skurðlækni og öllum sjúklingum sem fengu lyfjameðferð var fylgt eftir af krabbameinslæknum.
Niðurstöður: Þrjátíu sjúklingar gengust undir læknanlega aðgerð á krabbameini í endaþarmi á Landspítala Fossvogi 1997-2000. Enginn sjúklinganna hefur fengið staðbundna afturkomu. Einn sjúklingur sem hafði alvarlegan hjartasjúkdóm dó á sjúkrahúsinu meira en 30 dögum eftir aðgerðina. Þrír sjúklingar fóru í endaþarmsbrottnám gegnum kvið og spöng og fengu ristilraufun. Aðrir sjúklingar hafa ristilinn tengdan niður í endaþarmsop og af þeim fengu þrír leka á samgötun. Meðallegutími eftir aðgerð voru 16,5 dagar.
Ályktanir: Árangur meðferðar á læknanlegu krabbameini í endaþarmi á Landspítala árin 1997-2000 er sambærilegur við besta árangur sem náðst hefur annars staðar þar sem sérhæfð teymi sinna meðferðinni.

E 32 Hátt fremra úrnám við krabbameini í neðri bugðuristli

Helgi Birgisson, Kenneth Smedh

Handlækningadeild, Centrallasarettet Västerås, Svíþjóð

Inngangur: Árið 1996 sameinuðust ristil- og endaþarmsskurðlækningar í Västmanlandsléni undir eitt teymi við Centrallasarettet í Västerås. Frá sama tíma hefur hátt fremra úrnám (high anterior resection) verið ráðandi aðgerð við krabbameini í neðri bugðuristli (colon sigmoideum) í stað bugðuristilúrnáms. Tilgangur rannsóknarinnar er að bera saman tvö ólík tímabil þar sem mismunandi aðgerðir voru framkvæmdar við æxlum í neðri bugðuristli og komast að því hvor aðgerðin gæfi betri árangur.
Efniviður og aðferðir: Mörk neðri bugðuristils voru ákveðin 16-25 cm frá endaþarmsopi. Afturskyggn rannsókn þar sem valdir voru allir sjúklingar í Västmanlandsléni þar sem læknanlegt úrnám bugðuristils var framkvæmt vegna krabbameins í neðri bugðuristli á árunum 1991-2000. Gerður var samanburður á tímabilinu 1991-1995 (hópur 1) og 1996-2000 (hópur 2). Litið var á aðgerðartækni, meinafræðiniðurstöður, fylgikvilla við aðgerðir, sjúkrahúsdauða og endurkomu krabbameins.
Niðurstöður: Af 164 sjúklingum með krabbamein í neðri hluta bugðuristils gengust 146 undir ristilúrnámsaðgerð. Aðgerð var talin læknanleg hjá 121 sjúklingi, þar af voru 58 sjúklingar í hópi 1 en 63 í hópi 2. Ekki var marktækur munur á ASA gráðu, aldri eða Duke stigun. Sjá nánari niðurstöður í töflu hér á eftir.

	Hópur 1	Hópur 2	P
Hátt fremra úrnám	36 %	71 %	< 0,01*
Fleiri en 5 eitlar	24 %	78 %	< 0,05*
Skurðbrún - æxli > 5cm	22 %	67 %	< 0,05*
Fylgikvillar	34 %	22 %	> 0,05
Enduraðgerðir	10 %	0 %	< 0,01*
Staðbundin endurkoma	10 %	3 %	> 0,05

* Marktækur munur

ZOCOR
MSD, 890108; 890109; 940275; 970435. Töflur; C 10 AA 01

Virkt innihaldsefni: Simvastatinum INN 10mg, 20mg, 40mg eða 80 mg.

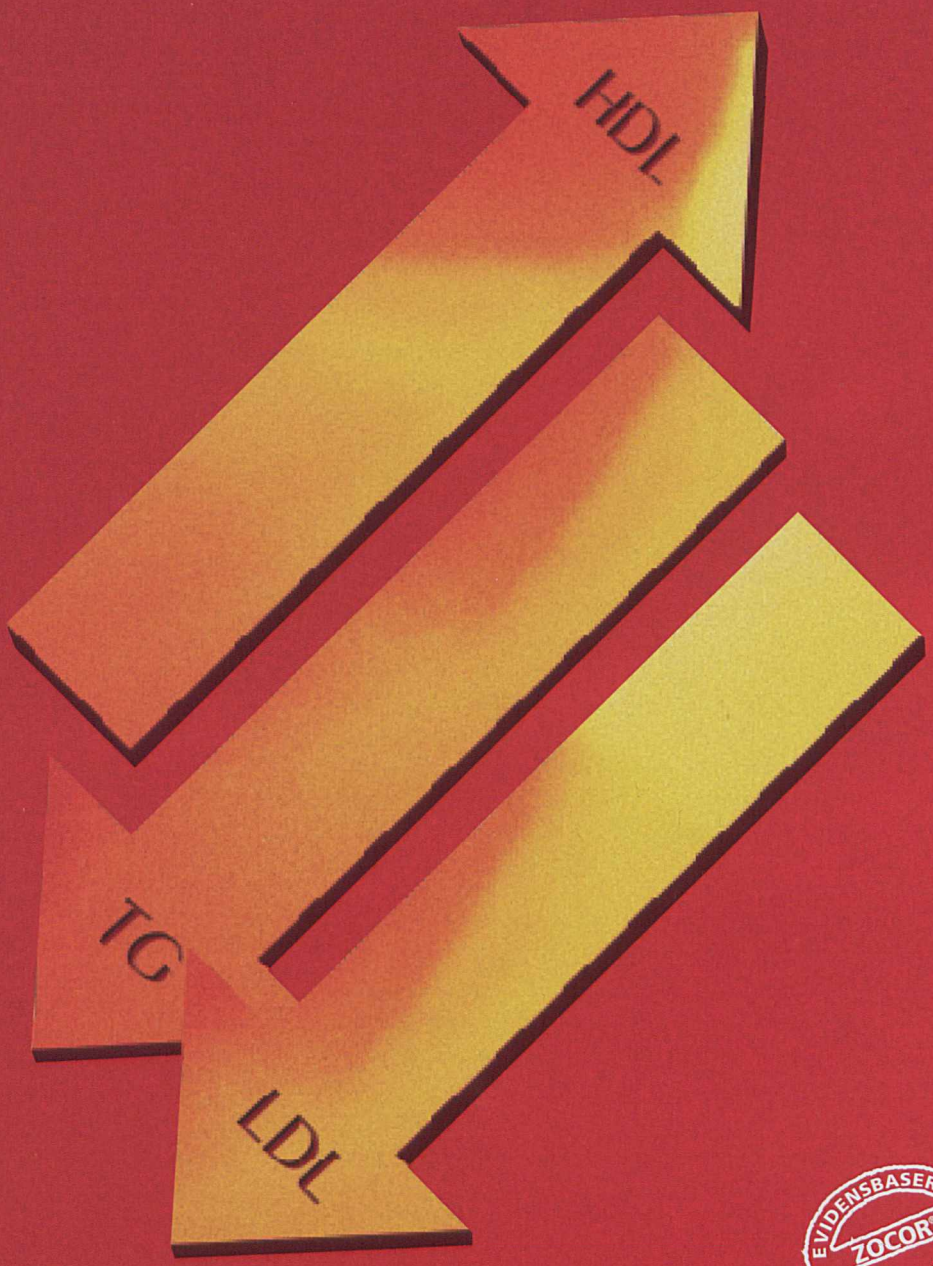
Ábendingar: Óhófleg blóðfituhækkun, þar á meðal fyrsta stigs kólesterólhækkun, arfhrein ættbundin kólesterólhækkun, og blönduð blóðfituhækkun þegar sérstakt fitusnautt mataræði hefur ekki borið tilætlaðan árangur. Meðferð á sjúklingum með kransæðasjúkdóma til að auka lífslíkur og minnka hættu á hjartaáfalli, heilablóðfalli og skammvinnri blóðþurrð í heila. Þá má minnka þörf á hjáveituaðgerðum og kransæðavíkkun og hægja á framvindu á æðakölkun í kransæðum, þar á meðal draga úr myndun nýrra vefjaskemmda og nýrra stíflna. Meðferð á sjúklingum með arfhreina ættbundna kólesterólhækkun, sem viðbót við aðra meðferð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir einhverju innihaldsefna lyfsins. Virkur lifrarsjúkdómur eða stöðugt hækkaðir transamínasar í blóði af óþekktri orsök. Samhliða gjöf mibefradils (afskráð lyf) sem er kalsíumblokkari úr tetralólflokki. **Meðganga og brjóstagjöf:** ZOCOR má ekki nota á meðgöngu og kona með barn á brjósti má heldur ekki nota ZOCOR. **Varúð:** *Viðvaranir:* ZOCOR og aðrir HMG-CoA redúktasa hemlar geta stundum valdið vöðvakvilla, sem lýsir sér sem vöðaverkur eða þróttleysi sem tengist mikið hækkuðum kreatínkínasa (>10 x eðlileg efri mörk). Rákvöðvasundrun, með eða án bráðrar nýrnabilunar, sem kemur eftir vöðvarauðamigu, hefur sjaldan sést. Vöðvakvilli sem orsakast af milliverkunum lyfja: Tíðni og alvarleiki vöðvakvilla aukast með samhliða gjöf HMG-CoA redúktasa hemla og lyfja, sem geta valdið vöðvakvilla, þegar þau eru gefin ein sér, eins og gemfíbrózíl og ónnur fíbröt og blóðfitulækkandi skammtar ((1g/dag) af níkótínsýru. Að auki virðist hættan á vöðvakvilla aukast með háum gildum á HMG-CoA redúktasahemlavirkni í plasma. ZOCOR og aðrir HMG-CoA redúktasahemlar eru umbrotnir af cýtókróm P450 ísóformi 3A4. Hjá sjúklingum, sem taka cýklóspórín, fíbröt eða níkótínsýru samhliða, ætti ZOCOR skammturinn venjulega ekki að fara yfir 10 mg, þar sem hættan á vöðvakvilla eykst verulega við hærri skammta. Frábending er fyrir notkun mibefradils og ZOCORs. Varast ætti samhliða notkun með öðrum lyfjum t.d. cýklóspórini; ítrakónazóli, ketakónazóli og öðrum azól sveppalyfjum; makrólíð-sýklalyfjunum erýtrómýcíni og klaritrómýcíni og þunglyndislyfinu nefazódón sem í lækningaskömmtum hafa hamlandi áhrif á cytokróm P450 3A4, nema því aðeins að kostir samhliða meðferðar vegi meira en aukin áhætta. *Áhrif á lifrarstarfsemi:* Mælt er með því, að prólanir á lifrarstarfsemi séu gerðar hjá öllum sjúklingum, áður en meðferð hefst og síðan með reglulegu millibili fyrsta ár meðferðarinnar eða þar til einu ári eftir síðustu skammtahækkun. Hjá sjúklingum sem fá 80 mg skammt ætti auk þess að athuga lifrarstarfsemi eftir 3 mánuði. Sérstaka athygli skal veita sjúklingum, sem fá hækkaða þéttni transamínasa í sermi og ætti að endurtaka mælingarnar fljótt og síðan framkvæma þær oftar. Ef transamínasaþéttnin virðist stöðugt hækka og sérstaklega ef hún hækkar í þrisvar sinnum eðlileg efri mörk og er þrálát, ætti að hætta lyfjameðferð. Hjá sjúklingum sem neyta verulegs magns af áfengi og/eða hafa einhvern tíma fengið lifrarsjúkdóm, ætti að nota lyfið með varúð. Virkir lifrarsjúkdómar eða óskýrðir hækkaðir transamínasar eru frábendingar fyrir notkun simvastatíns.

Aukaverkanir: ZOCOR þolist almennt vel. Aukaverkanir hafa aðallega verið vægar og skammvinnar. Minna en 2% sjúklinga hafa hætt í klínískum viðmiðunarrannsóknum vegna aukaverkana, sem rekja má til ZOCORs. *Algengar (>1%):* Kviðverkir, hægðatregða og uppþemba. *Sjaldgæfar (0,1-1%):* Þróttleysi og höfuðverkur og vöðvakvilli. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%):* Ógleði, niðurgangur, húðútbrot, meltingartruflanir, kláði, hárlos, svimi, vöðvakrampar, vöðvabólga, brisbólga, breytt húðskyn, útlægur taugakvilli, uppköst og blóðskortur. Rákvöðvasundrun og lifrarbólga/gula komu sjaldan fyrir. Ofnæmisheilkenni hafa sjaldan sést og hafa einhver eftirfarandi einkenna komið fyrir: Ofsabjúgur, einkenni lík rauðum úlfum, fjölvöðvagigt, æðabólga, blóðflagnafæð, eósínfíklafjölda, hækkað sökk, liðbólga, liðverkur, ofsakláði, ljósnæmi, hiti, kinnroði, andnauð og lympa.

Milliverkanir: Gæta skal varúðar við samhliða notkun ZOCORs og lyfja sem marktækt hindra cytokróm P450 3A4 (svo sem cíklóspórins, mibefradils, azól-sveppalyfjanna ítrakónazóls og ketókónazóls, makrólíð-sýklalyfjanna erýtrómýcíns og klaritrómýcíns og þunglyndislyfsins nefazódóns) eða fíbrata eða níacíns. ZOCOR eykur áhrif kúmarín-segavarnarlyfja og því ætti prótrombíntímann að vera ákvarðaður áður en ZOCOR meðferð er hafin og nógu oft í upphafi meðferðar til að tryggja að engin marktæk breyting á próthrombíntíma komi fyrir. Ef ZOCOR skammti er breytt eða meðferð hætt, ætti að endurtaka sömu mælingar. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Sjúklingurinn á að neyta kólesteróllækkandi fæðis, áður en ZOCOR er gefið og á að halda því áfram meðan á ZOCOR meðferð stendur. *Blóðfituhækkun:* Upphafsskammturinn er venjulega 10 mg á dag, gefinn í einu lagi að kvöldi. Við vægri til miðlungsalvarlegri kólesterólhækkun getur upphafsskammturinn verið 5 mg á dag . Auka má skammtinn með minnst 4 vikna millibili, að hámarki upp í 80 mg skammt, sem gefinn er í einu lagi að kvöldi. Lækka skal skammtinn af ZOCOR, ef blóðþéttni LDL-kólesteróls fer undir 1,94 mmól/l (75 mg/dl) eða blóðþéttni heildarkólesteróls fer undir 3,6 mmól/l (140 mg/dl). *Arfhrein ættbundin kólesterólhækkun:* 40 mg/dag að kvöldi eða 80 mg/dag í þremur aðskildum skömmtum, 20 mg, 20 mg og 40 mg að kvöldi. ZOCOR ætti að nota sem viðbót við aðra blóðfitulækkandi meðferð (LDL plasmapheresis) eða ef slík meðferð er ekki tiltæk. *Kransæðasjúkdómur:* 20 mg upphafsskammtur á dag í einu lagi að kvöldi. Breytingar á skömmtum ætti að framkvæma ef þörf krefur. *Samhliða lyfjagjöf:* ZOCOR er árangursríkt eitt sér eða með gallsýrubindandi lyfjum. Fyrir sjúklinga, sem fá cíklóspórín, fíbröt eða níkótínsýru ásamt ZOCOR, er hámarksskammturinn 10 mg/dag. *Skömmtun við nýrnabilun:* Ekki ætti að vera þörf fyrir skammtabreytingar við miðlungsalvarlega nýrnabilun. Hjá sjúklingum með alvarlega nýrnabilun, er hámarks skammtur 10 mg/dag. **Skammtastærðir handa börnum:** ZOCOR er ekki ætlað börnum. **Pakkningar, verð (desember, 2000), afgreiðsla og greiðsluþátttaka:** Töflur 10mg: 28 stk. Verð: 3414 kr. 98 stk. Verð: 9935 kr Töflur 20mg: 28 stk.. Verð: 5196 kr. 98 stk.. Verð: 15520 kr Töflur 40mg: 28 stk. Verð: 5938 kr. 98 stk. Verð: 18386 kr Töflur 80 mg: 28 stk. Verð: 7567 kr. 98 stk. Verð: 23610 kr. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** 0 **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Tilvitnanir: 1 Scandinavian Simvastatin Sur-vival Study Group: *Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin 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: Cholesterol 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
Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík

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

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

Umræður: Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa til kynna að hátt fremra úrnám sé örugg aðgerð og gefi betri árangur en bugðuristils-úrnám við úrnám æxla í neðri bugðuristli. Einnig er líklegt að sameining ristils- og endaþarmsskurðlækninga í eitt teymi hafi átt hlut að máli við fækkun fylgikvilla, enduraðgerða og sjúkrahúsdauða.

E 33 Notkun vefjalíms á slysa- og bráðamóttöku

Elín Bjarnadóttir, Brynjólfur Mogensen

Slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi

Inngangur: Sáralím hefur verið notað til að líma bæði sár og skurðsár með góðum árangri að því er virðist. Borið saman við hefðbundinn saumaskap þá þarf ekki að deyfa sárið og það tekur skemmri tíma að loka því. Þá er talið að sár sýkist síður og ör verði fallegri. Sáralím hefur verið notað á Íslandi um nokkurra ára skeið. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna notkun á sáralími (Histoacryl®) til meðferðar á höfuðsárum á slysa- og bráðamóttöku (SBM) Landspítala Fossvogi í septembermánuði 2001.

Efniviður og aðferðir: Skoðaðar voru sjúkraskrár allra sjúklinga sem fengu greininguna „höfuðmeiðsl" og komu á slysa- og bráðamóttöku í september 2001. Ef sáralím var notað var aldur og kynskipting skoðuð, hvort sjúklingar þurftu að koma í endurkomu og hvort einhverjar aukaverkanir hefðu átt sér stað.

Niðurstöður: Alls leituðu 437 einstaklingar á SBM vegna höfuðmeiðsla í septembermánuði 2001. Af þeim voru 347 með sár á höfði en 126 voru með maráverka. Af þeim sem voru með sár voru 204 (59%) saumuð en hjá 73 (21%) voru sárin límd með sáralími. Hjá 60 (17%) þurfti ekkert að gera og hjá 10 (3%) voru sárin límd með Steri-Strip. Af þeim sárum sem límd voru með sáralími voru 20 í hársverði en 53 í andliti. Karlar voru 52 en konur 21. Meðalaldur sjúklinga var 15 ár (11 mánaða-84 ára) en meirihluti, eða 43, var yngri en níu ára. Sjúklingahópurinn sem var meðhöndlaður með sáralími var lítið meiddur (áverkaskor minna en þrír) og engan þurfti að leggja inn. Ekki voru skráðar neinar aukaverkanir eins og að sár hafi rifnað upp að nýju eða sár hafi sýkst. Aðeins einn þurfti á endurkomu að halda.

Ályktanir: Árangur meðferðar með sáralími á minniháttar sár á höfði virðist góður. Lítið slösuð börn voru í meirihluta. Helstu kostir sáralíms eru að ekki þarf að deyfa viðkomandi, fljótlegt er að líma sárið saman og ekki þörf á endurkomu nema í undantekningartilvikum. Hugsanlega er hægt að líma mun meira en gert er.

E 34 Alvarleiki áverka

Brynjólfur Mogensen

Slysa- og bráðamóttöku Landspítala Fossvogi

Inngangur: Slys eru eitt alvarlegasta heilbrigðisvandamál þjóðarinnar og það dýrasta. Árlega slasast um 50 þúsund manns. Flest starfsár tapast vegna slysa þar sem það er aðallega ungt fólk sem fellur í valinn langt um aldur fram.

Til eru margs konar kerfi til þess að meta slasaða á vettvangi, í flutningi eða alvarleika áverka slasaðra á sjúkrahúsum. Það sem er notað þarf að vera einfalt, öruggt og áreiðanlegt.

Á vettvangi og í flutningi slasaðra þarf að meta meðvitundarstig, öndun, blæðingu og blóðrás og á hvaða meðferð var byrjað.

Á sjúkrahúsum eru til mörg kerfi til að meta alvarleika áverka slasaðra en einna þekktast er áverkastig (Abbreviated Injury Scale) og áverkaskor (Injury Severity Score) þar sem undirstaðan eru slysagreiningar.

Áverkaskor

Stig	Alvarleiki áverka
3<	Lítill
4-8	Meðal
9-15	Mikill
16-24	Alvarlegur
>25	Lífshættulegur
75	Deyr

Á Íslandi hefur ekki verið tekið í notkun samræmt mat á slösuðum á vettvangi, í flutningi eða mat á alvarleika áverka slasaðra inni á sjúkrahúsum.

Tillaga: Að við notum „Smart Memo" sem er einfalt og mjög skilvirkt til að meta slasaða á vettvangi og í flutningi, en áverkaskor til að meta alvarleika slasaðra á sjúkrahúsum.

Umræða: Það er mikilvægt að þeir sem standa að frumgreiningu slasaðra á vettvangi, í flutningi og við mat á alvarleika áverka slasaðra þegar á sjúkrahús er komið, meti slasaða á sama hátt. Þannig fæst heildstætt mat á alvarleika áverka hinna slösuðu á hverjum tíma og hvernig hefur til tekist í meðferð þeirra. Þessi þekking er líka nauðsynleg í góðu forvarnarstarfi.

E 35 Styttri legutími og bætt líðan við gerviliðaaðgerð í mjöðm

Brynjólfur Y. Jónsson[1], Kristín Siggeirsdóttir[2], Halldór Jónsson jr.[3] Örn Ólafsson[3]

[1]Sjúkrahúsi Akraness, [2]Janus Endurhæfing og Hjartavernd, [3]Landspítali

Inngangur: Spáð fjölgun gerviliðaaðgerða í mjöðm mun valda auknu álagi á bæklunardeildum sjúkrahúsanna. Ein leið til að auka afköstin er að stytta legutímann.

Efniviður og aðferðir: Til að mæla áhrif styttri legutíma voru 50 sjúklingar valdir í tvo hópa af biðlistum tveggja sjúkrahúsa samkvæmt slembiúrvali. Fræðsluhóp (FH), með 28 einstaklingum sem fengu fræðslu og heimilisathugun fyrir aðgerð ásamt vitjunum hjúkrunarfræðings, iðju- og sjúkraþjálfara sem gáfu leiðbeiningar heima eftir aðgerð. Samanburðarhóp (SH), með 22 einstaklingum sem fengu hefðbundna endurhæfingu án sérstakrar fræðslu eða vitjana heim eftir aðgerð.

Niðurstöður: Legutíminn var marktækt styttri hjá FH, 6,5 dagar að meðaltali miðað við 10 daga hjá SH ($p>0.001$). Það komu upp sjö minniháttar fylgikvillar í FH og átta í SH á tveimur fyrstu mánuðunum eftir aðgerð, þar á meðal eitt liðhlaup (SH). Engin dauðsföll. SH kom betur út samkvæmt mælitækjunum Harris Hip Score og Meurle d´Abuegine. Þessi munur reyndist ekki marktækur. Samkvæmt mælitækjunum 12-item Hip Score og Nottingham Health Profile náði FH sér marktækt fyrr og leið betur 2 og 4 mánuðum eftir aðgerð miðað við SH.

Umræða: Fræðsla og heimilisathugun fyrir gerviliðaaðgerð í mjöðm og leiðbeiningar heima eftir aðgerð virðist vera áhrifarík og örugg aðferð til að stytta legutímann.

VEGGSPJÖLD

V 01 **Æðaæxli í lifur**

Páll Helgi Möller[1], Linda Myllymäki[2], Kristín Huld Haraldsdóttir[2], Björn Ohlsson[2], Karl-Göran Tranberg[2]

[1]Almenn skurðdeild Landspítala Hringbraut, [2]skurðdeild háskólasjúkrahússins í Lundi, Svíþjóð

Inngangur: Æðaæxli (hemangioma) í lifur finnast oft fyrir tilviljun. Fylgikvillar þeirra eru fáir en geta verið alvarlegir. Meðferð er engin nema ef sjúklingar hafa einkenni, æxlin stækka eða ef bráð blæðing með rofi á sér stað, en í slíkum tilvikum er mælt með aðgerð. Hér verður gerð grein fyrir reynslu okkar af meðhöndun sjúklinga með æðaæxli.

Aðferð: Um er að ræða afturskyggna rannsókn á 38 sjúklingum með greininguna æðaæxli, 25 konur og 13 karla, meðalaldur 50 (bil 31-88) ár, sem voru meðhöndlaðir við skurðdeild háskólasjúkrahússins í Lundi á tímabilinu 1970-2000. Sjúklingarnir voru rannsakaðir með ómskoðun (n=35), tölvusneiðmynd (n=34), æðamyndatöku (angiography) (n=7), segulómun (n=16) og/eða sindurritun (scintigraphy) (n=3). Æxlið í lifur var að meðaltali 5,8 (bil 1,0-15) cm í þvermál.

Niðurstöður: Tólf sjúklingar (32%) fóru í aðgerð vegna óklárrar greiningar (n=7), einkenna (n=2) eða vegna bráðrar blæðingar (n=3). Æxlið sem var fjarlægt var að meðaltali 5,4 (bil 2-11) cm í þvermál en 6,0 (bil 1-15) cm fyrir þau æxli sem ekki voru fjarlægð. Greiningin hjá þeim sjúklingum sem fóru í aðgerð var æðaæxli (n=9), æðaæxlissarkmein (hemangiosarcoma) (n=1), bólótt kirtilsarkmein í lifrarpípu (hepatocholangiocystadenocarcinoma) (n=1) og æxli upprunið í lifur (primary liver cancer) (n=1). Sjúklingurinn sem var með æðaæxlissarkmein veiktist með losti og var með mikið blóð í kviðnum. Hinir tveir sjúklingarnir sem voru með illkynja fyrirferð fóru í aðgerð vegna blæðingar og breytingar í stærð og vegna gruns um illkynja breytingu á röntgen. Þrír sjúklingar (25%) fengu fylgikvilla eftir aðgerð, blæðingu og lungnabólgu (n=1), blóðtappa (n=1) og blæðingu (n=1). Skurðdauði var enginn. Einn sjúklingur með krabbamein í kvensköpum (vulva) reyndist hafa húðtrefjahnúður (sclerosing hemangioma). Sjúklingar sem fengu enga meðferð hafa verið einkennalausir.

Ályktun: Æðaæxli samkvæmt myndgreiningu sem gefa ekki einkenni þarfnast ekki aðgerðar þar sem hættan á bráðri blæðingu virðist vera lítil. Æðaæxli með afbrigðilegt útlit og/eða sem gefa einkenni á að fjarlægja. Í okkar efnivið voru 25% slíkra æxla illkynja.

V 02 **Þétt fyrirferð í lifur af óþekktum uppruna**

Páll Helgi Möller[1], Kristín Huld Haraldsdóttir[2], Linda Myllymäki[2], Björn Ohlsson[2], Karl-Göran Tranberg[2]

[1]Almenn skurðdeild Landspítala Hringbraut, [2]skurðdeild háskólasjúkrahússins í Lundi, Svíþjóð

Inngangur: Staðbundinn hnútóttur vefjaauki (focal nodular hyperplasia, FNH), og kirtilæxli upprunnið í lifur (liver cell adenoma, LCA) eru algengustu góðkynja þéttu æxlin í lifur. LCA geta orðið illkynja og jafnvel rofnað en slík hætta er ekki álitin vera til staðar hjá FNH. Vandamálið er að geta skilið á milli þessara tveggja æxla og frá illkynja æxlum þar sem útlitið á röntgenmynd er ekki alltaf augljóst.

Aðferð: Um er að ræða afturvirka rannsókn á 42 sjúklingum, 38 konum og fjórum körlum, með meðalaldur 40 (bil 8-78) ár, sem voru meðhöndlaðir við skurðdeild háskólasjúkrahússins í Lundi á árunum 1970-2000. Sjúklingarnir voru með eitt eða fleiri þétt æxli í lifur sem oftast greindust við rannsókn á óljósum kviðverkjum eða við aðgerð vegna annars sjúkdóms. Æxlið var að meðaltali 6 (bil 1-18) cm í þvermál. Rannsókn var gerð við ómskoðun (n=33), tölvusneiðmynd (n=36), æðamyndatöku (angiography) (n=15), sindurritun (scintigraphy) (n=12) og/eða segulómun (n=11). Ekki var hægt að útiloka illkynja greiningu með vissu jafnvel þótt flestar rannsóknirnar bentu til góðkynja æxlis og þá oftast FNH.

Niðurstöður: Úrnám (resection) var framkvæmd hjá 33 sjúklingum (79%), kviðarholsskurður og taka vefjasýnis (biopsy) hjá sex (14%) og kviðsjárspeglun með töku vefjasýnis hjá þremur (7%). Endanleg greining var FNH (n= 28), LCA (n= 5), lifrarpípu kirtilæxli (hepatobiliary) (n=1), staðbundin fituhrörnun (focal steatosis) (n=3), illkynja (oncocytoma) (n=1), krabbamein upprunið í lifur (primary liver cancer) (n=2), gallblöðrukrabbamein (n=1) og hnútótt netjuhersli (nodular fibrosis) (n=1). Af þeim sjúklingum sem talið var að væru með LCA voru þrír sjúklingar með gallblöðrukrabbamein, krabbamein upprunið í lifur eða illkynja og var meðferðin blóðflæðisskerðing til lifrar (dearterialisation) (n=1) eða úrnám (n=2). Einn sjúklingur sem talinn var vera með FNH reyndist hafa krabbamein upprunnið í lifur. Eftir aðgerð fengu tveir (6%) af þeim 33 sjúklingum sem fóru í lifrarúrnám kviðarholssýkingu (intraabdominal abscess) og tveir aðrir (6%) minniháttar fylgikvilla. Skurðdauði var enginn.

Ályktun: Þrátt fyrir sterk en ekki örugg klínísk eða röntgenologísk merki um góðkynja þétta fyrirferð í lifur var endanleg greining illkynja hjá 10% sjúklinganna. Lifrarúrnám, eða í völdum tilfellum sýnataka, er mikilvægur hluti af meðhöndlun sjúklinga með þétta fyrirferð í lifur, sérstaklega ef hægt er að framkvæma aðgerðina með lágri tíðni fylgikvilla og skurðdauða.

V 03 **Endurkoma þekjufrumukrabbameins 34 árum eftir frumgreiningu. Sjúkratilfelli**

Torfi Þ. Höskuldsson[1], Bjarni A. Agnarsson[2], Páll Helgi Möller[1], Höskuldur Kristvinsson[1]

[1]Almenn skurðdeild, [2]rannsóknarstofa Háskólans í meinafræði, Landspítala Hringbraut

Um er að ræða 69 ára gamla konu sem leitar til læknis vegna nokkurra mánaða sögu um vaxandi þrýstingstilfinningu frá grindarholi, krampakennda verki og hægðatregðu.

Í heilsufarssögu kemur fram að konan fór í algert brottnám á legi 1966 vegna slímmyndandi krabbameins sem greindist í sepa í leghálsi. Sjö árum síðar greindist samskonar æxlisvöxtur í lífhimnu við þvagblöðru og voru eggjastokkar þá fjarlægðir og kom þá í ljós samskonar æxlisvöxtur í vinstri eggjastokk. Í sömu aðgerð var tekin fyrirferð á buguristli og reyndist það vera meinvarp. Í kjölfar aðgerðar fór konan í geislameðferð á grindarholi og krabbameinslyfjameðferð. Á næstu tveimur árum var gerð kviðsjárspeglun með árs millibili og var ekki hægt að sýna fram á endurkomu krabbameinsins.

Rannsókn nú með tölvusneiðmynd sýndi fyrirferð í grindarholi og ómskoðun gegnum leggöng sýndi æðaríka fyrirferð sem talið var líklegast að væri útgengin frá endaþarmi.

Konan var tekin til aðgerðar þar sem gerð var kviðsjárspeglun. Reyndist hún hafa æxli útgengið frá smágirni og var það numið brott. Ekki sáust frekari merki um æxlisvöxt í kviðarholi.

Vefjafræðileg skoðun sýndi að um var að ræða þekjufrumukrabbamein (carcinoma) sem var nákvæmlega sömu gerðar og æxlið sem fjarlægt var 1966 og því ljóst að í þessu tilfelli er um að ræða endurkomu þekjuæxlis sem ekki hafði gert vart við sig í 27 ár en hafði fyrst verið greint fyrir 34 árum fyrr.

V 04 Ísetning þvagleggja; hagnýt atriði. Að koma undirstöðuatriðum til skila á myndbandi

Eiríkur Jónsson[1], Valdimar Leifsson[2]

[1]Þvagfæraskurðlækningadeild Landspítala Hringbraut, [2]Lífsmynd ehf.

Kennsla lækna og þá sérstaklega skurðlækna er kennsla í handverki. Viðfangsefni myndbands um ísetningu þvagleggja er það hvernig best er að koma grunnatriðum við notkun þvagleggja til skila. Myndbandið er 34 mínútur að lengd, kaflaskipt og tekur fyrir allt frá hefðbundinni ísetningu hjá karlmönnum, konum og drengjum til algengra vandamála í daglegu starfi. Sagt verður frá tilurð og gerð myndbandsins og brot úr því sýnd en hugmyndin var fyrst reifuð á skurðlæknaþingi fyrir ári á Grand Hótel. Erindið á ekki síst að vera hvatning til lækna að búa til kennsluefni á þessu formi þar sem fjallað er um undirstöðuatriði læknisstarfsins.

V 05 Epithelioid sarcoma. Sjúkratilfelli

Snorri Björnsson[1], Guðmundur Már Stefánsson[2], Helgi J. Ísaksson[3], Sigurður Böðvarsson

[1]Lýtalækningadeild, [2]meinafræðideild, [3]krabbameinsdeild Landspítala Hringbraut

Sjúkratilfelli: Kona fædd 1972 hefur verið með fyrirferð á vinstra handarbaki síðan 1980. Fyrst skorin vegna þessa 1982 á FSN, tekinn hnútur á ótilgreindri sin. Ekki sent í vefjagreiningu. Hún er áfram með fyrirferð og er næst skorin 1993. Þá er gerð rannsókn og lýst þykknun og samvöxtum milli sinarslíðurs og ytri sinar, ekki tilgreint hvaða sinar.

Um byrjun árs 2001 vaxandi verkir á vinstra handarbaki og fyrirferð að stækka. Verkir leiddu upp í vinstri öxl og átti hún erfiðara með að kreppa fingur inn í lófa, en enga næturverki. Fann helst verki við fínvinnu. Í september 2001 stækkar fyrirferðin ört og nær frá miðhluta handarbaks og upp fyrir úlnlið. Leitaði til heimilislæknis sem taldi að um endurkomandi hnjáhnoða væri að ræða og vísaði henni til lýtalæknis. Við skoðun er fyrirferð 6x3 cm föst á vinstra handarbaki og liggur upp undir úlnlið. Ekki þreifast eitlar í holhönd né olnbogabót. Gerð er aðgerð um miðjan nóvember 2001 þar sem tekinn er hnútur á handarbaki.

Vefjagreining sýnir epitheloid sarcoma gráða 1-2.

Fór í beinaskann sem var eðlilegt og einnig í CT sem sýndi breytingar í lungnavef sem túlkaðar voru af krabbameinslæknum sem ómarktækar og voru eins við endurtekna CT rannsókn í febrúar 2002.

Um miðjan janúar 2002 var gerð aðgerð, æxlið var sent í frystiskurð frá úlnlið sem sýndi tæpar fríar skurðbrúnir en sakir eðlis æxlisins var sjúklingur aflimaður um vinstri framhandlegg u.þ.b. 5 cm ofan við úlnlið.

Fræðileg umfjöllun: Uppruni epitheloid sarcoma er óþekktur en hann birtist oftast í útlimum, helst á höndum eða fótum í sinabyggingu. Hann er að ýmsu ólíkur öðrum sarkmeinum. Hann dreifir sér frekar til aðliggjandi svæða húðar, *sucutant*, fitu og beina. Hann dreifir sér einnig mjög með eitlabrautum og fyrst til eitla (48%) og lungna (24%).

Hættulegri er staðsetning nær bol á útlim, því stærri eða dýpri því hættulegri, ef blæðing er til staðar eða húðblæðing, drep eða innrás í æðar. Betri lifun er hjá ungu fólki, helst konum á aldrinum 10-49 ára, með æxli utarlega á útlim. Lifun er örlítið betri en hjá öðrum sarkmeinum.

Meðferð er í fyrsta lagi stór skurður eða aflimun á útlim með eitlaskurði. Lyfjameðferð og geislar einungis ef um meinvarp er að ræða.

Umræður: Epitheloid sarcoma er sjaldgæft krabbamein en erfitt í hegðun. Vitað er um tvö tilfelli af epitheloid sarcoma hér á Íslandi. Annað er ofantalið tilfelli, hitt er ungur maður sem greindist fyrir fjórum árum með æxli á hendi. Hann er nú látinn. Endurkomnar fyrirferðir þótt taldar séu góðkynja ber að senda í vefjagreiningu.

V 06 Monotypic epithelioid angiomyolipoma í lifur. Sjúkratilfelli

Sigurður Guðjónsson, Jón Gunnlaugur Jónasson, Sigurður Blöndal

Skurðdeild Landspítala Hringbraut

Sjúkratilfelli: 42 ára gömul kona leitaði til heimilislæknis með nokkurra mánaða sögu um óþægindi undir hægra rifjabarði. Óþægindin virtust fæðutengd. Þoldi illa osta, pizzur og rauðvín. Þá var spurning um mjólkuróþol en eftir neyslu mjólkurafurða fékk hún niðurgang. Síðustu fjórar vikur áður en hún leitaði til heimilislæknisins hafði hún verið slöpp og fremur úthaldslítil. Engin saga um megrun. Heilsufarssaga ómarkverð. Hafði verið á p-pillunni um langt skeið en hætt fyir nokkru. Að öðru leyti engin lyfjataka.

Við skoðun var hún fremur föl, BÞ 130/85, púls 76. Væg eymsli undir hægra rifjabarði, engar fyrirferðir.

Rannsóknir: Blóðhagur sýndi vægt blóðleysi, Hb 114, sökk hækkað í 60, væg hækkun á creatinini 105, lifrarpróf eðlileg. Alphafetoprotein, CEA og C19,9 eðlilegt.

Fór í ómskoðun af kvið sem sýndi sjö cm fyrirferð þétt við vinstri lifrarlappa og litlu magabugðu á hlið magans. Á sumum ómsneiðum var hægt að aðskilja meinsemdina frá lifur en á öðrum ekki.

Í framhaldi var gert TS af kvið sem sýndi sjö cm æxli útgengið frá aftari fleti vinstra lifrarlappans. Meinsemdin var gegnheil á útjöðrum en lágþéttnisvæði sáust í miðju sem samrýmdist vökva.

Meðferð: Gerð var stigandi kviðspeglun sem sýndi mjög stórt æxli sem náði að mestu yfir hluta II og III í lifur. Æxlið var algerlega frítt frá umhverfi sínu.

Kviðarholsskurður var gerður og hlutar II og III numdir brott. Fékk dálitla blæðingu eftir aðgerð og þarfnaðist blóðgjafar en að öðru leyti var gangur eftir aðgerð fylgikvillalaus og hún útskrifaðist heim fimm dögum eftir aðgerð.

Meinafræði: Æxlið mældist 6,7x2,1 cm í stærsta þvermál og var hvergi vaxið út fyrir hýði lifrarinnar. Stórt svæði með blæðingu fannst í æxlinu. Skurðbrúnir fríar.

Smásjárskoðun sýndi mjög óvenjulega meingerð og var hér um að ræða monotypic epithelioid angiomyolipoma en aðeins einu slíku æxli hefur verið lýst í heimildum (Histopathology 2000, 36, 451-6).

Engin reynsla er fyrir því hvernig þessi æxli hegða sér í lifur en þau eru þekkt í nýrum og eru þar talin geta orðið illkynja.

Jafnvægi

þegar nauðsyn krefur



- **NovoNorm® lækkar fastandi blóðsykur og HbA_{1C} umtalsvert og bætir þar með blóðsykurstjórn.**
- **Með NovoNorm® getur þú bætt blóðsykurstjórn án málamiðlunar**
  - **bætir blóðsykurstjórn án þess að valda þyngdaraukningu**
  - **minnkar hættu á alvarlegum blóðsykurföllum**

Fyrir sykursjúka af tegund 2

NOVONORM®

repaglinide

Jafnvægi þegar nauðsyn krefur

NovoNorm - Novo Nordisk

Töflur; A 10 B X 02 R * Hver tafla inniheldur: Repaglinidum INN 0,5 mg, 1 mg eða 2 mg. 1 mg og 2 mg töflurnar innihalda litarefni, gult eða rautt. Töflurnar eru hringlaga og kúptar og í þær grafið firmamerki Novo Nordisk nautið Apis. **Ábendingar:** Repaglínið er ætlað til meðferðar á sykursýki af týpu 2 (insúlínóháð sykursýki) þegar ekki er lengur hægt að hafa stjórn á blóðsykri með mataræði, megrun og líkamsþjálfun. Repaglínið er einnig hægt að nota samtímis metformíni hjá sjúklingum með týpu 2 sykursýki, þegar viðunandi blóðsykursstjórn hefur ekki náðst með metformíni einu sér. **Skammtar og lyfjagjöf:** Repaglínið á að gefa fyrir máltíðir og stilla á skammta hvers einstaklings fyrir sig til að ná bestum árangri við stjórnun blóðsykurs. Repaglínið á að taka inn rétt fyrir aðalmáltíðir. Upphafsskammtur: Ráðlagður upphafsskammtur er 0,5 mg. Ein til tvær vikur ættu að líða milli þess sem skömmtum er breytt (fer eftir blóðsykurssvörun). Ef verið er að skipta um sykursýkilyf til inntöku hjá sjúklingi er ráðlagður upphafsskammtur 1 mg. Viðhaldsskammtur: Hámarksskammtur, sem mælt er með að gefinn sé í einum skammti, er 4 mg, sem taka á inn í tengslum við aðalmáltíðir. Hámarksskammtur á sólarhring er 16 mg. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir repaglíníði eða einhverju hjálparefnanna í NovoNorm. Insúlínháð sykursýki; C-peptíð neikvæð. Ketónblóðsýring með dái eða án. Meðganga og brjóstagjöf. Börn yngri en 18 ára. Alvarlega skert nýrna- eða lifrarstarfsemi. Samtímis meðferð lyfja sem hafa áhrif á CYPA4. **Varnaðarorð og varúðarreglur: Almennt:** Samtímis notkun með metformíni eða insúlíni leiðir til aukinnar hættu á blóðsykursfalli. Þegar sjúklingur, sem hefur góða stjórn á blóðsykri fyrir tilstilli sykursýkilyfs til inntöku, verður fyrir álagi, til dæmis sótthita, áfalli, sýkingu eða skurðaðgerð getur blóðsykursstjórnin brugðist. Við slíkar kringumstæður getur verið nauðsynlegt að hætta notkun repaglíníðs og beita insúlínmeðferð tímabundið. **Sérstakir sjúklingahópar:** Ekki hafa verið gerðar klínískar rannsóknir á sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Ekki hafa verið gerðar rannsóknir á börnum né heldur unglingum undir 18 ára aldri og sjúklingum eldri en 75 ára. Því er ekki mælt með repaglíníð meðferð hjá þessum hópum sjúklinga. **Milliverkanir:** Eftirtalin efni geta aukið blóðsykurslækkandi áhrif repaglíníðs: MAO-hemlar, ósértækir beta-blokkar, ACE-hemlar, salisýlöt, NSAID lyf, oktreótíð, áfengi og vefaukandi sterar. Eftirtalin efni geta dregið úr blóðsykurslækkandi áhrifum repaglíníðs: Getnaðarvarnalyf til inntöku, tíazíð, barksterar, danazól, skjaldkirtilshormón og adrenvirk lyf. Beta-blokkar geta dulið einkenni blóðsykursfalls. Áfengi getur aukið og framlengt blóðsykurslækkandi verkun repaglíníðs. Engar rannsóknar hafa verið gerðar á notkun repaglíníðs hjá þunguðum konum og konum með barn á brjósti. Því er ekki hægt að leggja mat á öryggi af notkun lyfsins á meðgöngu. Repaglínið finnst í mjólk tilraunadýra. Í ljósi þessa skal forðast notkun repaglíníðs á meðgöngu og konur með barn á brjósti eiga ekki að nota lyfið. **Aukaverkanir:** Líkt og við notkun annarra blóðsykurslækkandi lyfja geta komið fram einkenni blóðsykursfalls eftir inntöku repaglíníðs. Oftast eru þessi einkenni væg og auðvelt að meðhöndla þau með því að borða kolvetni. Í alvarlegum tilvikum getur verið nauðsynlegt að gefa glúkósu sem innrennsli í æð. Sjóntruflanir: Þekkt er að breytingar á þéttni blóðsykurs geta leitt til tímabundinna sjóntruflana, sérstaklega í upphafi meðferðar. Einungis hefur verið greint frá mjög fáum slíkum tilvikum í upphafi repaglíníðmeðferðar. Í klínískum rannsóknum hefur ekkert þessara tilvika gefið tilefni til að hætta meðferð með repaglíníði. Öþægindi frá meltingarvegi: Í klínískum rannsóknum hefur verið greint frá óþægindum frá meltingarvegi, t.d. kviðverkjum, niðurgangi, ógleði, uppköstum og hægðatregðu. Tíðni og alvarleiki þessara einkenna var í engu frábrugðið því sem þekkist við notkun annarra blóðsykurslækkandi lyfja til inntöku. Lifrarensím: Greint hefur verið frá einstaka tilvikum um aukningu á lifrarensímum í tengslum við meðferð með repaglíníði. Flest voru þau væg og tímabundin og mjög fáir sjúklingar hættu meðferðinni vegna aukningar á lifrarensímum. Ofnæmi: Ofnæmi í húð, sem lýsir sér með kláða, útbrotum og ofsakláða, getur komið fram. **Ofskömmtun:** Komi einkenni blóðsykurfalls (svimi, aukin svitamyndun, höfuðverkur ofl.) fram, þarf að bregðast við á réttan hátt til að leiðrétta of lágan blóðsykur (borða kolvetni). Alvarlegt blóðsykurfall með krömpum, meðvitundarleysi eða dái er meðhöndlað með glúkósu í bláæð. Texti styttur, frekari upplýsingar, sjá sérlyfjaskrá. **Pakkningar og verð í október 2000:** Töflur 0,5 mg: 30 stk. (þynnupakkað) kr. 1.330; 90 stk. (þynnupakkað) kr. 3.427. Töflur 1 mg: 30 stk. (þynnupakkað) kr. 1.692; 90 stk. (þynnupakkað) kr. 4.003. Töflur 2 mg: 30 stk. (þynnupakkað) kr. 1.857; 90 stk. (þynnupakkað) kr. 4.670. Texti samþykktur 4. október 2000. **Afgreiðslutilhögun og greiðslufyrirkomulag:** Lyfið er lyfseðilskylt og að fullu greitt af Tryggingastofnun. **Umboðs og dreifingaraðili:** Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ.

novo nordisk®

Heimild: Goldberg RB, Enhorn D, Lucas CP, et al. A randomised placebo-controlled trial of repaglinide in the treatment of type 2 diabetes. Diabetes Care. 1998;21:1897-1903.

V 07 **Stöðvun blóðrásar með líkamskælingu við skurðmeðferð ósæðarþrengsla hjá fullorðnum**

Tómas Guðbjartsson, Manu Mathur, Tom Mihaljevic, John G. Byrne, Lawrence H. Cohn

Hjartaskurðdeild Brigham and Women´s sjúkrahússins í Boston, Harvard Medical School

Inngangur: Ósæðarþrengsli (coarctatio aortae) eru yfirleitt greind og meðhöndluð fyrir tveggja ára aldur. Eftir skurðmeðferð er hætta á endurteknum þrengslum í ósæðinni og gúlpmyndun síðar á ævinni. Einstaka sinnum greinast þó ósæðarþrengsli fyrst á fullorðinsaldri, oftast hjá sjúklingum með háþrýsting sem svarar illa lyfjameðferð. Hefðbundin skurðmeðferð við ósæðarþrengslum er fólgin í svokallaðri „clamp-and-saw" tækni þar sem tangir eru settar á ósæðina, þrengslin fjarlægð og endarnir síðan saumaðir saman. Hjá fullorðnum getur verið erfitt að koma þessari tækni við þar sem ósæðin er oftast kölkuð og erfitt að fría æðina frá nærliggjandi vefjum. Kynnt er ný aðferð þar sem beitt er stöðvun blóðrásar og líkamskælingu (hypothermic circulatory arrest) hjá fjórum sjúklingum með ósæðarþrengsli.

Niðurstöður: Fjórir einstaklingar (25, 40, 55 ára og 66 ára), með ósæðarþrengsli við upptök a. subclavia sin voru teknir til aðgerðar og höfðu þrír þeirra endurtekin þrengsli og gúlpmyndun eftir fyrri aðgerð. Hjarta- og lungnavél var tengd við æðar í vinstri nára og brjósthol opnað undir 4. rifi vinstra megin til að komast að ósæðinni. Blóðrás var stöðvuð (20-30 mín) þegar kjarnhiti var kominn í 13-20°C, og þrengda hluta ósæðarinnar skipt út fyrir gerviæð (Hemashield®). Sjúklingarnir voru síðan hitaðir aftur í 37°C og hjarta- og lungnavélin aftengd. Öllum sjúklingunum heilsaðist vel eftir aðgerðina og útskrifuðust þeir 5-20 dögum síðar.

Ályktun: Aðferðin sem hér er lýst við meðferð ósæðarþrengsla hjá fullorðnum er einföld og örugg. Við mælum sérstaklega með stöðvun blóðrásar og líkamskælingu þegar um endurtekin ósæðarþrengsli er að ræða og gúlpmyndun hjá fullorðnum. Aðferðin kemur einnig til greina þegar hliðarblóðrás til mænu og neðri hluta líkamans er ónóg og þar með aukin hætta á þverlömun ef töng er komið fyrir á ósæðinni.

V 08 **Bráðir kviðverkir orsakaðir af meningókokkum. Tvö sjúkratilfelli**

Ásgeir Thoroddsen[1], Tómas Jónsson[1], Magnús Gottfreðsson[2]

[1]Handlækninga- og [2]lyflækningadeild Landspítala Hringbraut

Inngangur: Algengasta orsök heilahimnubólgu af völdum bakteríu hérlendis er *Neisseria meningiditis*. Helstu einkenni sjúkdómsins eru vel þekkt og geta afleiðingar hans verið lífshættulegar. Öðrum mun sjaldgæfari birtingarformum meningókokkasýkinga hefur verið lýst sem geta valdið töf í greiningu og meðferð. Hér er greint frá tveimur sjúkratilfellum þar sem kviðverkir eru fyrsta einkenni um meningókokkasýkingu.

Tilfelli 1: Tuttugu og eins árs áður heilsuhraust kona leitaði á bráðamóttöku með nokkurra klst. sögu um kviðverki. Verkirnir hófust skyndilega, voru síðan stöðugir og mestir umhverfis nafla og í neðanverðum kvið. Þessu fylgdi ógleði og uppköst. Við komu var hún mjög lasleg, slæm af kviðverkjum, hiti 38°C, blóðþrýstingur 95/60, púls 120. Kviður var mjúkur en dreifð eymsli og vöðvavörn til staðar. Grunur vaknaði um botnlangabólgu. Hiti fór upp í 41°C en endurtekin kviðskoðun óbreytt. Tekin var blóðræktun og ceftriaxone gefið í æð. Gerð var kviðarholsspeglun þar sem í ljós kom töluverður gröftur í kviðarholi með bólgu umhverfis leg og eggjastokka. Fengið var álit kvensjúkdómalæknis sem taldi líklegast að um eggjaleiðarabólgu væri að ræða. Á gjörgæslu eftir aðgerð þurfti sjúklingur mikinn vökva og súrefni. Blóðstorkupróf sýndu dreifða blóðstorknun (DIC). Úr blóði óx *N. meningiditis*, en rannsóknir á mænuvökva voru eðlilegar. Næstu dagana fór ástand hægt batnandi. Sjúklingur útskrifaðist af gjörgæslu fjórum dögum eftir komu og heim fimm dögum síðar.

Tilfelli 2: Tvítug heilsuhraust kona leitaði á bráðamóttöku LHS með sex klst. sögu um kviðverki. Verkirnir voru stöðugir, staðsettir í hægri neðri fjórðungi og voru verri við hreyfingu. Þessu fylgdi ógleði og uppköst. Við komu var hiti 39°C en önnur lífsmörk eðlileg. Kviður var mjúkur en veruleg eymsli í hægri neðri hluta kviðar. Kvensjúkdómalæknir taldi skoðun ekki samrýmast eggjaleiðarabólgu og því talið var að um botnlangabólgu væri að ræða. Ákveðið var að bíða og fylgjast með einkennum. Verkir og eymsli í kvið gengu til baka og útskrifaðist hún heim. Aðeins sjö klst. síðar kom hún aftur og var þá með hita 39°C, meðtekin af höfuðverk, skert meðvitundarástand, hnakkastíf og með depilblæðingar í húð. Í mænuvökva sást mikið af hvítum blóðkornum og gram-neikvæðum diplococcum. Meðferð var hafin með ceftriaxone í æð. Sjúklingur var flutt á gjörgæslu. Úr mænuvökvanum ræktaðist *N. meningitidis*. Ástand fór síðan batnandi og var hún útskrifuð heim átta dögum frá fyrstu komu.

Umræða: Hér er greint frá tveimur tilfellum þar sem bráðir kviðverkir eru fyrstu og aðaleinkenni ífarandi meningókokkasýkingar. Í fyrra tilvikinu var um kviðarholssýkingu að ræða og engin merki um heilahimnubólgu, en í því seinna voru einkenni frá kvið yfirgnæfandi í upphafi veikindanna, þrátt fyrir að um heilahimnubólgu væri að ræða. Vert er að hafa í huga sjúkdóma á borð við þessa hjá bráðveikum sjúklingum með kviðverki.

HÖFUNDA-SKRÁ

E = erindi
V = veggspjald

Albert Imsland ..... E 20, 26
Anna Gunnarsdóttir ..... E 11
Aranki, Sary F. ..... E 15

Ársæll Kristjánsson ..... E 8
Ásgeir Theodórs ..... E 28, 29
Ásgeir Thoroddsen ..... E 3,4, V 8

Baldvin Þ. Kristjánsson ..... E 8
Birna Berndsen ..... E 26
Bjarki Jónsson Eldon ..... E 26
Bjarni A. Agnarsson ..... V 3
Bjarni Torfason ..... E 14
Bjarni Þjóðleifsson ..... E 26
Björn Geir Leifsson ..... E 24, 25
Brynjólfur Mogensen ..... E 33, 34
Brynjólfur Y. Jónsson ..... E 35
Byrne, John G. ..... E 15, V 7

Cohn, Lawrence H. ..... E 15, V 7

Datye, Shree ..... E 6
Davíð O. Arnar ..... E 14
Drífa Freysdóttir ..... E 11

Egill Jacobsen ..... E 8
Eiríkur Jónsson ..... E 4, 8, 12, V 4
Eiríkur Orri Guðmundsson ..... E 9, 10
Eiríkur Steingrímsson ..... E 26
Elín Bjarnadóttir ..... E 33

Friðbjörn Sigurðsson ..... E 31

Geir Ólafsson ..... E 8
Georg Steinþórsson ..... E 16
Gizur Gottskálksson ..... E 14
Guðjón Haraldsson ..... E 8
Guðmundur Már Stefánsson ..... V 5
Guðmundur Bjarnason ..... E 11
Guðmundur Geirsson ..... E 4, 8, 9, 10
Guðmundur V. Einarsson ..... E 3, 4, 8, 9, 10
Gunnar Herbertsson ..... E 12

Hafsteinn Guðjónsson ..... E 8
Halldór Jónsson jr. ..... E 35
Hanna, G. B. ..... E 18, 19
Helgi Birgisson ..... E 17, 32
Helgi J. Ísaksson ..... V 5
Hjalti Már Þórisson ..... E 16
Hjörtur Gíslason ..... E 24, 25, 28, 29
Hulda Birna Eiríksdóttir ..... E 20
Höskuldur Kristvinsson ..... E 27, V 3

Jakob Jóhannsson ..... E 30
Jens A. Guðmundsson ..... E 12
Jens Kjartansson ..... E 12
Jón Gunnlaugur Jónasson ..... E 8, V 6
Jónas Magnússon ..... E 11, 20, 21, 26

Karavas, Alexandros N. ..... E 15
Kjartan Magnússon ..... E 3
Kristín Bjarnadóttir ..... E 8
Kristín Huld Haraldsdóttir ..... E 23, 27, V 1, 2
Kristín Siggeirsdóttir ..... E 35

Laufey Tryggvadóttir ..... E 8
Ljungman, Martin ..... E 17
Ludvig Guðmundsson ..... E 24

Magnús Gottfreðsson ..... V 8
Margrét Leósdóttir E14
Mathur, Manu ..... V 7
Mihaljevic, Tomislav ..... E 15, V 7
Montgomery, Agneta ..... E 17
Myllymäki, Linda ..... E 22, 23, V 1, 2

Ohlsson, Björn ..... E 22, 23, V 1, 2

Ólafur Örn Arnarson ..... E 8
Ólafur H. Þorvaldsson ..... E 30, 31
Ólöf Dóra Bartels Jónsdóttir ..... E 26
Ólöf Viktorsdóttir ..... E 21

Pálsson, Birger ..... E 22
Páll Helgi Möller ..... E 22, 23, 27, 30, V 1, 2, 3
Phillips, Bradley J. ..... E 15

Rafn A. Ragnarsson ..... E 13

Shimi, S.M. ..... E 18, 19
Sigfús Nikulásson ..... E 26
Sigurður Albertsson ..... E 5
Sigurður Björnsson ..... E 31
Sigurður Blöndal ..... E 18, 19, 21, V 6
Sigurður Böðvarsson ..... V 5
Sigurður E. Þorvaldsson ..... E 13
Sigurður Guðjónsson ..... V 6
Smedh, Kenneth ..... E 32
Snorri Björnsson ..... E 27, V 5
Stefán E. Matthíasson ..... E 16
Steinunn Thorlacius ..... E 26
Sturla Arinbjarnarson ..... E 26
Sverrir Harðarson ..... E 3

Torfi Þ. Höskuldsson ..... V 3
Tómas Guðbjartsson ..... E 3, 4, 11, 15, V 7
Tómas Jónsson ..... E 12, 30, V 8
Tranberg, Karl-Göran ..... E 22, 23, V 1, 2
Tryggvi Stefánsson ..... E 20, 30, 31

Valdimar Leifsson ..... V 4
Valur Þór Marteinsson ..... E 1, 2, 5, 6, 7, 8
Vigdís Pétursdóttir ..... E 3

Þorsteinn Gíslason ..... E 3, 4, 8, 9, 10
Þráinn Rósmundsson ..... E 11

Örn Ólafsson ..... E 35
Örn Thorstensen ..... E 31

Durogesic
Janssen-Cilag, 930066 (X
FORÐAPLÁSTUR; N 02 A B 03 R E

Hver forðaplástur inniheldur: Fentanylum INN, 2,5 mg (gefur frá sér 25 míkróg/klst.), 5 mg (gefur frá sér 50 míkróg/klst.), 7,5 mg (gefur frá sér 75 míkróg/klst.), eða 10 mg (gefur frá sér 100 míkróg/klst.), constit. q.s.

Ábendingar: Langvinnir verkir sem eru næmir fyrir morfínlyfjum.

Skammtastærðir handa fullorðnum: Skömmtun er einstaklingsbundin og byggir á almennu ástandi sjúklings svo og á fyrri sögu um notkun morfínlyfja. Hafi sjúklingur ekki fengið sterk morfínlyf áður ber að stilla inn stuttverkandi morfínlyf fyrst og síðan breyta þeim skammti yfir í Durogesic. Skammtur lyfsins er svo endurskoðaður með jöfnu millibili þar til æskilegum áhrifum er náð.

Þegar breytt er úr morfínlyfjum til inntöku eða stungulyfjum yfir í Durogesic skal nota eftirfarandi til leiðbeiningar:

1 Leggið saman notkunina á sterkum verkjalyfjum síðasta sólarhring.
2 Ef sjúklingurinn hefur notað annað lyf en morfín, breytið þá yfir í jafngildisskammt af morfíni til inntöku.

(Sjá Sérlyfjaskrá vegna töflu um jafngildisskammta). Skipta skal um plástur eftir 72 klst. Hæfilegur skammtur fyrir hvern einstakling er fundinn með því að auka skammtinn þar til verkjastillingu er náð. Fáist ekki nægjanleg verkun af fyrsta plástri, má auka skammtinn eftir 3 daga. Síðan er unnt að auka skammtinn á þriggja daga fresti.

Þegar skipt er yfir á Durogesic eftir langvinna meðferð með morfíni, hefur verið greint frá fráhvarfseinkennum (þrátt fyrir nægilega verkjadeyfingu). Komast má hjá fráhvarfseinkennum með því að minnka notkun smátt og smátt hjá sjúklingum sem fá langvinna meðferð með ópíóíðum. Ef fráhvarfseinkenni koma fram er ráðlögð meðferð með stuttverkandi morfíni í lágum skömmtum. Þurfi sjúklingurinn meira en 100 míkróg/klst. má nota fleiri en einn plástur í senn.

Durogesic skal líma á efri hluta líkamans eða á upphandlegg og á ógeislaða, slétta, og heilbrigða húð. Ef hár eru á staðnum ber að *klippa þau af en ekki raka* en hárlaus svæði eru æskilegust. Ef þvo þarf svæðið áður en plásturinn er settur á, skal gera það með hreinu vatni. Ekki má nota sápu, olíu, áburð eða önnur efni sem geta ert húðina eða breytt eiginleikum hennar. Húðin á að vera vel þurr áður en plástrað er. Plásturinn skal líma á húðina strax eftir að pakkning hefur verið opnuð. Plásturinn er festur með því að þrýsta á hann með flötum lófa í um það bil 30 sekúndur. Allur plásturinn og sérstaklega kantarnir verða að liggja vel að húðinni. Þegar skipt er um plástur skal hann settur á annan stað. Fyrri stað má ekki nota fyrr en eftir nokkra sólarhringa.

Skammtastærðir handa börnum: Lítil reynsla er af notkun lyfsins til meðferðar hjá börnum.

Frábendingar: Slævð öndun.

Varnaðarorð og varúðarreglur: Aukinn heilaþrýstingur, minnkuð meðvitund, meðvitundarleysi og órói í kjölfar neyslu áfengis og svefnlyfja. Hægur hjartsláttur. Astmi. Slímsöfnun í lungum. Samtímis notkun annarra slævandi lyfja. Fylgjast þarf náið með sjúklingum með skerta lifrar- eða nýrnastarfsemi svo og öldruðum sjúklingum og sjúklingum í kröm.

Meðganga og brjóstagjöf: Morfínlyf geta slævt öndun hjá nýburum. Ef um langvarandi notkun lyfsins á meðgöngu hefur verið að ræða má gera ráð fyrir fráhvarfseinkennum hjá barninu eftir fæðinguna.

Fentanýl berst í brjóstamjólk í nægilegu magni til þess að hafa áhrif á barnið, jafnvel þó að gefnir séu venjulegir skammtar.

Akstur og stjórnun vinnuvéla: Vara ber sjúklinga við stjórnun vélknúinna ökutækja samtímis notkun lyfsins.

Aukaverkanir: Algengustu aukaverkanir eru ógleði/uppköst (28%) og syfja (23%). Alvarlegasta aukaverkunin er hömlun öndunar og er skammtaháð, en þessi aukaverkun er sjaldgæf hjá sjúklingum, sem myndað hafa þol gegn morfínlyfjum.

Algengar (>1%): *Almennar:* Kláði. Hjarta- og æðakerfi: Lágur blóðþrýstingur, hægur hjartsláttur. *Miðtaugakerfi:* Syfja, rugl, ofskynjanir, sæluvíma. Hömlun öndunar. *Meltingarfæri:* Ógleði, uppköst, hægðatregða. *Húð:* Húðerting (roði, kláði, útbrot). *Þvagfæri:* Þvagteppa.

Ef um mikið eða langvarandi blóðþrýstingsfall er að ræða, þá ber að hafa vökvaþurrð/blóðþurrð í huga og velta fyrir sér vökvagjöf. Öndunarhemjandi áhrif lyfsins eru skammtaháð. Húðertingin hverfur venjulega innan sólarhrings eftir að plástur hefur verið fjarlægður. Sjúklingar, sem fá morfínlyf, geta myndað þol og einnig orðið háðir lyfinu.

Milliverkanir við lyf eða annað: Samtímis notkun lyfja sem hafa áhrif á miðtaugakerfið, þ.á m. þunglyndislyf, ópíóíðar, sefandi lyf, svefnlyf, almenn svæfinga- og deyfingalyf, fenótíazín, róandi lyf, vöðvaslakandi lyf, róandi andhistamín og áfengi, getur valdið auknum bælandi áhrifum með grunnri öndun, lágþrýstingi, miklum sefandi áhrifum og dái. Þess vegna þurfa sjúklingar sérstakt eftirlit og umönnun þegar þessi lyf eru notuð um leið og Durogesic.

umbrotið fyrir tilstuðlan cýtókróm P450 3A4 ensíma. Þó hefur ekki komið fram *in-vitro* hömlun vegna ítrakónasóls (þekktur cýtókróm P450 ensím hemill), líklega vegna hás útdráttarhlutfalls fentanýls í lifur.

Athugið: Durogesic á ekki að nota gegn bráðaverkjum eða verkjum eftir skurðaðgerðir þar sem þá gefst ekki nægjanlegur tími til þess að finna hæfilega skammta og þar með getur lyfið valdið lífshættulegri öndunarbilun. Durogesic skal einungis gefið sjúklingum með langvinna verki sem áður hafa svarað meðferð með morfínlyfjum. Ef öndunarbilun kemur í ljós skal taka plásturinn af og fylgjast vel með sjúklingnum. Öndunarhjálp skal veitt með þeim aðferðum sem með þarf (t.d. hvatning, sjúkraþjálfun, öndunarvél). Áfengi eykur öndunarhemjandi áhrif fentanýls. Áhrifin má stöðva með naloxóni. Þar sem fentanýláhrifin vara mun lengur en áhrif naloxóns þarf að fylgjast mjög vel með sjúklingnum. Fái sjúklingur alvarlegar aukaverkanir þarf að fylgjast mjög vel með honum í sólarhring eftir að plásturinn hefur verið tekinn af vegna þess hver verkunartími er langur.

Þegar meðferð með Durogesic er hætt skal hefja meðferð með öðrum morfínlyfjum í hægt vaxandi skömmtum. Morfínlyfjum skal að jafnaði hætt hægt.

Ef sjúklingur fær hita (40°C) getur frásog fentanýls aukist um u.þ.b. 30%. Þess vegna þarf að fylgjast með sjúklingum sem fá hita og lækka skammtinn ef með þarf. Forðast ber að hita á einhvern hátt plástursstæðið.

Viðbragðflýtir sumra sjúklinga minnkar meðan á Durogesic meðferð stendur, þetta ber að hafa í huga til dæmis við akstur.

Geymsla: Plásturinn skal geyma í órofnum umbúðum við herbergishita. Geymist fjarri börnum, einnig eftir notkun. Notaðir plástrar skulu brotnir saman og fargað með öruggum hætti.

Pakkningar og verð 1. 3. 2002:

Forðaplástur 25 míkróg/klst.	10 cm^2 x 5 stk. kr. 5.692
Forðaplástur 50 míkróg/klst.	20 cm^2 x 5 stk. kr. 10.004
Forðaplástur 75 míkróg/klst.	30 cm^2 x 5 stk. kr. 13.380
Forðaplástur 100 míkróg/klst.	40 cm^2 x 5 stk. kr. 16.218

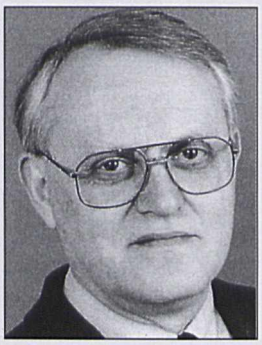
Notkunarleiðbeiningar á íslensku skulu fylgja hverri pakkningu lyfsins.



THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 · 110 Reykjavík · Sími 530 7100

JANSSEN-CILAG

Læknar og skipulag lyfjamála



Magnús Jóhannsson

Höfundur er prófessor við læknadeild Háskóla Íslands, forstöðumaður Rannsóknastofu í lyfja- og eiturefnafræði og yfirlæknir hjá Lyfjastofnun.

Kannski finnst einhverjum eðlilegt að spyrja hvers vegna heilbrigðisyfirvöld séu að skipta sér af markaðssetningu lyfja. Fyrir því eru margar ástæður en sú mikilvægasta er að með því er reynt að tryggja gæði, öryggi og virkni lyfja og stuðla þannig að heilbrigði almennings. Áður en lyf er sett á markað þarf framleiðandinn að láta gera viðamiklar og dýrar rannsóknir á gæðum, öryggi og klínísku notagildi lyfsins. Niðurstöður rannsóknanna eru síðan vegnar og metnar af þar til bærum yfirvöldum með aðstoð sérfræðinga á viðkomandi sviði og að því loknu er komist að niðurstöðu um hvort heimila skuli markaðssetningu lyfsins. Fyrirkomulag af þessu tagi tíðkast í öllum löndum Evrópu og N-Ameríku og víðast hvar annars staðar í heiminum og almennt má segja að um það ríki sátt.

Lyfjaskráning hér á landi

Eftir margra ára umræður var ákveðið að taka upp skráningu lyfja á Íslandi árið 1965. Sett var á stofn Lyfjaskrárnefnd sem sá um framkvæmd málsins. Eftir þetta var ekki heimilt að markaðssetja lyf hér á landi nema að fengnu samþykki Lyfjaskrárnefndar og byggðist niðurstaða nefndarinnar á mati á gæðum, öryggi og klínísku notagildi viðkomandi lyfs. Þessi breyting á skipulagi lyfjamála gekk ekki átakalaust fyrir sig og voru margir læknar og lyfjafræðingar andvígir þessu og fannst það hefta frelsi sitt til að flytja inn og ávísa lyfjum. Samt voru Íslendingar á eftir öðrum þjóðum í Evrópu, Ameríku og víðar í þessum efnum. Lyfjaskrárnefnd starfaði í um það bil tíu ár og var þá breytt í Lyfjanefnd ríkisins með nokkuð útvíkkuðu og breyttu starfssviði. Í samræmi við breytingar á lyfjalögum sem samþykktar voru á vorþingi árið 2000 er búið að sameina Lyfjanefnd ríkisins og Lyfjaeftirlit ríkisins í eina stofnun, Lyfjastofnun. Lyfjanefnd mun starfa áfram sem sérfræðinefnd innan vébanda Lyfjastofnunar með svipað verksvið og áður en ákvörðunarvald stofnunarinnar er nokkuð breytt. Hinn 1. janúar 2000 gekk í gildi samningur milli Evrópusambandsins (ESB) annars vegar og Fríverslunarbandalags Evrópu (EFTA-landanna Íslands og Noregs) hins vegar um aðild Íslands og Noregs að Lyfjastofnun Evrópu (EMEA). Frá þessum tíma gilda því í öllum aðalatriðum sömu reglur hér á landi um markaðssetningu lyfja og innan ESB.

Lyfjamál hjá Evrópusambandinu

Í stofnsáttmála ESB (65/65/EEC) er gert ráð fyrir náinni samvinnu ríkjanna í lyfjamálum. Þessi samvinna var mjög lengi að komast af stað og tók ekki á sig núverandi mynd fyrr en með Lyfjastofnun Evrópu sem tók til starfa árið 1995 og heitir fullu nafni European Agency for the Evaluation of Medicinal Products, skammstafað EMEA.

Skipulag lyfjamála hjá EFTA og ESB

Unnið var í mörg ár að samningnum milli Íslands og Noregs annars vegar og ESB hins vegar. Með honum gilda reglur ESB um lyfjamál einnig á Íslandi og Noregi og við eigum fulltrúa í stjórn Lyfjastofnunar Evrópu og í sérfræðinganefndum hennar. Sviss ákvað að vera ekki með í EES-samningnum og er því sér á báti í lyfjamálum V-Evrópu og staða Liechtenstein er ekki komin á hreint, þeir vilja tengjast Lyfjastofnun Evrópu en náin samvinna við Sviss flækir málin. Markaðssetning lyfja í löndum ESB er með þrennu móti:

1) Landsskráning er elsta fyrirkomulagið, þar sem hvert land fyrir sig fjallar um umsókn frá framleiðanda lyfs, óháð hinum löndunum.
2) Markaðssetning með gagnkvæmri viðurkenningu (Mutual Recognition eða MR). Þegar lyf hefur verið markaðssett í einu landi getur framleiðandi þess sótt um gagnkvæma viðurkenningu þeirrar markaðssetningar í einu eða fleiri öðrum löndum ESB. Upphaflega landið er þá kallað RMS (Reference Member State) og hin löndin CMS (Concerned Member States). Þessi aðferð er fljótvirk og útheimtir ekki mikla vinnu og er nú algengasta aðferðin til markaðssetningar lyfja í Evrópu.
3) Lyf sem eru framleidd með nýrri tækni eða eru nýjung í lækningum eru markaðssett með miðlægum skráningum (Centralized Procedure) undir stjórn Lyfjastofnunar Evrópu.

Stofnanir og nefndir

Lyfjastofnun Evrópu og svipuð stofnun í Bandaríkjunum er sá hluti FDA (Food and Drug Administration) sem fjallar um lyfjamál. EMEA er þungamiðja þess nets sem tengir saman lyfjastofnanir landanna í ESB og sér um upplýsingaflæði og samræmingu vegna markaðssetningar lyfja og eftirlits. Lyf sem eru markaðssett með miðlægum skráningum heyra alfarið undir EMEA, vinnan við lyf sem eru markaðssett með gagnkvæmri viðurkenningu er unnin með ýmiss konar aðstoð frá EMEA og það sem varðar öryggi allra lyfja eftir markaðssetningu heyrir einnig undir EMEA. Stofnunin hefur því eitthvað með öll lyf að gera, óháð því hvernig þau eru markaðssett. Undir

handarjaðri EMEA starfar nefnd sem vinnur að markaðssetningu með gagnkvæmri viðurkenningu, þessi nefnd kallast MRFG (Mutual Recognition Facilitation Group) og heldur fundi mánaðarlega og fulltrúi Íslands situr þessa fundi.

Á vegum EMEA starfa tvær stórar sérfræðinganefndir, önnur fjallar um mannalyf (CPMP) en hin um dýralyf (CVMP). Um CVMP verður ekki fjallað nánar hér. CPMP (Committee for Proprietary Medicinal Products) er nefnd sérfræðinga sem fjallar um allt sem varðar miðlægt skráðu lyfin en einnig ýmislegt annað, einkum varðandi öryggi lyfja sem eru skráð með gagnkvæmri viðurkenningu eða landsskráningu. Í CPMP eru tveir fulltrúar frá hverju landi og fulltrúar Íslands eru undirritaður og Sigurður B. Þorsteinsson læknir. Langflestir í þessari nefnd eru læknar en þar eru einnig nokkrir lyfjafræðingar. CPMP heldur venjulega ellefu formlega þriggja daga fundi á ári og tvo óformlega og yfirleitt skiptast íslensku fulltrúarnir á um að sækja þá. Umsóknum lyfjaframleiðenda er skipt á milli aðildarlandanna og vinnan við mat umsókna fer öll fram hjá lyfjastofnun viðkomandi lands. Þar eru skrifaðar matsgerðir sem dreift er fyrir fundi CPMP. Allar ákvarðanir sem eru teknar af CPMP eru bindandi fyrir Ísland og sama gildir í raun um gagnkvæma viðurkenningu (MR) ef viðkomandi lyfjaframleiðandi hefur ákveðið að markaðssetja lyfið hér á landi. Öll miðlægt skráðu lyfin fá sjálfkrafa markaðsleyfi á Íslandi en markaðsleyfishafa er þó í sjálfsvald sett hvort hann setur viðkomandi lyf á markað hér á landi eða ekki. Undir CPMP starfa átta fastanefndir og ýmsar nefndir sem sinna tímabundnum verkefnum, en af fastanefndunum má nefna nefndir um lyfjagát (pharmacovigilance; mest aukaverkanir), gæði (quality; mest lyfjagerðarfræði), öryggi (safety; eiturefnafræði og aðrar dýratilraunir) og klínískt notagildi (efficacy; mest meðferðarprófanir). Þessar nefndir hittast reglulega og skila niðurstöðum sínum til CPMP.

Skjöl

Fyrir öll lyf sem fá markaðsleyfi eru samin nokkur grunnskjöl. Samantekt á eiginleikum lyfs (SPC, Summary of Product Caracteristics) geymir upplýsingar um ábendingar, frábendingar, skömmtun, nauðsynlegar varúðarráðstafanir, milliverkanir, aukaverkanir, verkunarhátt, lyfjahvörf og fleira. Þetta skjal er upphaflega samið af framleiðanda viðkomandi lyfs en er alltaf breytt verulega í meðförum CPMP þegar um miðlægt skráð lyf er að ræða eða hjá lyfjastofnunum einstakra landa þegar um MR-skráð eða landsskráð lyf er að ræða. SPC er skjal sem hefur, eftir breytingar, fengið viðurkenningu yfirvalda og er opinbert skjal. Fyrir miðlægt skráðu lyfin er einungis til eitt SPC sem er birt á heimasíðu EMEA. Fyrir MR-skráð og landsskráð lyf getur verið munur á SPC milli landa, til dæmis varðandi viðurkenndar ábendingar, og sumar lyfjastofnanir birta þessi skjöl á heimasíðu sinni.

Matsgerðir yfirvalda á lyfjum eru yfirleitt ekki birtar opinberlega en á þessu er undantekning varðandi miðlægt skráðu lyfin þar sem samin er sérstök matsgerð sem birt er á heimasíðu EMEA (EPAR, European Public Assessment Report). Þessar matsgerðir eru þó aðeins birtar fyrir lyf sem fá markaðsleyfi, ekki fyrir þau sem er hafnað eða þegar umsóknin hefur verið dregin til baka af framleiðanda.

Upp úr SPC eru samin tvö skjöl, texti fyrir Sérlyfjaskrána og fylgiseðill (PIL, Patient Information Leaflet). Staðið er með ýmsu móti að sérlyfjaskrá í nágrannalöndum okkar en hér á landi hefur lengst af verið fylgt svipaðri stefnu og í Noregi og Svíþjóð. Textar í Sérlyfjaskrá eru í raun svolítið stytt SPC og nú er alla skrána að finna á heimasíðu Lyfjastofnunar þar sem hún er uppfærð reglulega. Fylgiseðill fylgir með öllum pakkningum sem afhentar eru sjúklingum og er hann stuttur útdráttur úr SPC á máli sem á að vera skiljanlegt almenningi. Framleiðandi gerir tillögu að fylgiseðli en hér gildir sama og um SPC að lyfjayfirvöld gera breytingar og samþykkja textann í endanlegri mynd.

Skammstafanir

Í öllum skrifum um þessi mál er mikill frumskógur enskra skammstafana og hér er listi yfir nokkrar þær algengustu:

CMS – Land sem tekur þátt í MR-skráningu (Concerned Member State)
CPMP – Sérfræðinganefndin um lyfjaskráningu (Committee on Proprietary Medicinal Products)
CVMP – Sérfræðinganefndin um skráningu dýralyfja (Committee on Veterinary Medicinal Products)
EEA – Evrópska efnahagssvæðið (European Economic Area)
EES – Evrópska efnahagssvæðið (íslensk skammstöfun)
EMEA – Lyfjastofnun Evrópu (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products)
EPAR – Evrópsk matsgerð um lyf (European Public Assessment Report)
ESB – Evrópusambandið (íslensk skammstöfun)
EU – Evrópusambandið (European Union)
FDA – Matvæla- og lyfjastofnun Bandaríkjanna (Food and Drug Administration)
GCP – Leiðbeiningar um gott verklag við klínískar rannsóknir (Good Clinical Practice)
HoA – Forstjórar lyfjastofnana Evrópu (Heads of Agencies)
ICH – Alþjóðleg samvinna lyfjastofnana og framleiðenda (International Conference on Harmonisation)

MR – Skráning lyfja með gagnkvæmri viðurkenningu (Mutual Recognition)
MRFG – Nefndin um skráningu með gagnkvæmri viðurkenningu (Mutual Recognition Facilitation Group)
PIL – Fylgiseðill (Patient Information Leaflet)
RMS – Viðmiðunarland við MR-skráningu (Reference Member State)
SPC – Samantekt um eiginleika lyfs (Summary of Product Characteristics; stundum skammstafað SmPC)

Netið

Lyfjastofnun: *www.lyfjastofnun.is*
Hér er að finna ýmsar gagnlegar upplýsingar um starfsemi Lyfjastofnunar og um Sérlyfjaskrána, ýmis eyðublöð og tengingar í lög og reglugerðir varðandi lyfjamál. Á heimasíðunni eru enn fremur birtar fréttatilkynningar, aðvaranir vegna hættu sem upp kann að koma og ýmsar fréttir. Einnig má benda á upplýsingar um aukaverkanaskráningu lyfja og eyðublöð fyrir tilkynningar um aukaverkanir.

EMEA: *www.emea.eu.int*
Þetta er heimasíða Lyfjastofnunar Evrópu með miklum upplýsingum um flest er varðar lyfjamál hjá Evrópusambandinu. Hér má nefna matsgerðir (EPAR), SPC fyrir miðlægt skráðu lyfin, ýmiss konar leiðbeiningar og reglur, ársskýrslur, fréttatilkynningar og opinberar yfirlýsingar, auk tenginga á aðra staði á netinu.

HoA: *www.medagencies.org*
Heimasíða Heads of Agencies með tengingum í heimasíður allra lyfjastofnana á evrópska efnahagssvæðinu, auk margvíslegra annarra upplýsinga, meðal annars um lyf sem eru skráð með gagnkvæmri viðurkenningu (Mutual Recognition).

ICH: *www.ifpma.org/ich1.html*
Heimasíða International Conference on Harmonisation en þar er að finna nýjustu útgáfur af reglunum um gott verklag við klínískar rannsóknir (GCP, Good Clinical Practice) og allar reglur sem unnar hafa verið á vegum ICH (til dæmis Good Laboratory Practice, Good manufacturing Practice) en þessar reglur eru í gildi á Íslandi.

Upplýsingaflæði til lækna

Margir læknar þurfa að hafa ýmiss konar samskipti við Lyfjastofnun og til að þau samskipti geti gengið sem greiðast fyrir sig er mikilvægt að allir geri sér grein fyrir hvernig að þessum málaflokki er staðið. Sem dæmi má nefna textana sem lýst var að ofan; oft er búið að leggja mikla vinnu í að fínpússa orðalag þannig að SPC og þar með texti í Sérlyfjaskrá og fylgiseðill komi réttum skilaboðum til þeirra sem textarnir eru ætlaðir, það er lækna, lyfjafræðinga og sjúklinga. Fræðsla lyfjastofnana til lækna er að flestra mati nauðsynlegt mótvægi við auglýsingar og málflutning lyfjaframleiðenda sem oft er einhliða og getur verið villandi. Hér er við ramman reip að draga vegna þess að lyfjaframleiðendur leggja mikla fjármuni í auglýsingar og kynningarstarfsemi af ýmsu tagi og munu stjórnvöld og lyfjastofnanir fæstra landa hafa mikla möguleika í þessari samkeppni um athygli lækna og annarra heilbrigðisstarfsmanna.

Sérlyfjaskráin er einfaldasta og þægilegasta aðferðin til að koma upplýsingum til lækna. Hún er til í bókarformi og er gefin út þannig einu sinni á ári en er einnig komin á netið og verður uppfærð þar mánaðarlega eða oftar.

SPC veitir oftast töluvert ítarlegri upplýsingar en Sérlyfjaskráin en er enn sem komið er ekki aðgengilegt læknum. Læknar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn geta að sjálfsögðu hringt eða sent tölvupóst til Lyfjastofnunar til þess að fá hlutlausar upplýsingar.

Ef upp koma hættulegar aukaverkanir eða annað mikilvægt varðandi öryggi lyfs er stundum ákveðið að framleiðanda beri að senda læknum bréf, „Kæri læknir bréf“ (dear dr. letter), til að vekja athygli á málinu og vara við hættu. Slík bréf eru stundum send öllum læknum en stundum einungis sérfræðingum í vissum greinum. Aðvaranir af þessu tagi eru einnig birtar í fréttabréfi og á heimasíðu Lyfjastofnunar.

Fyrir lyf sem eru miðlægt skráð má finna EPAR á netinu og fréttatilkynningar af ýmsu tagi eru birtar (meðal annars á netinu).

EMEA og CPMP gagnvart FDA

FDA í Bandaríkjunum er gamalgróin stofnun sem flestir kannast við en EMEA og sérfræðinganefndin CPMP eru nýjar og minna þekktar. Hins vegar eru ákvarðanir EMEA bindandi hér á landi og snerta okkur beint en ákvarðanir FDA hafa engin áhrif hér þó að þær geti vissulega verið áhugaverðar fyrir okkur. Afgreiðsla mála og framkvæmd þeirra er oft með ólíkum hætti vestan hafs og austan og skýringar á þeim mun eru yfirleitt ekki augljósar. Samstarf milli EMEA og FDA er ekki mikið og mætti að margra mati vera bæði meira og betra.

ICH

Skammstöfunin stendur fyrir International Conference on Harmonisation og er samvinna lyfjastofnana Evrópu, Bandaríkjanna og Japan og samtaka lyfjaframleiðenda. Lyfjastofnanir Ástralíu, Nýja-Sjálands, Kanada og margra fleiri landa hafa tekið meiri eða minni þátt í þessari vinnu. Starfið á vegum ICH hefur að mestu farið í ýmiss konar samræmingaratriði, eins og nafnið gefur til kynna, og í að semja sameiginlegar leiðbeiningar og vinnureglur. Þær reglur frá ICH sem skipta mestu máli fyrir íslenska lækna eru reglur um gott verklag við klínískar rannsóknir (GCP). Þegar þessar reglur fá löggildingu hjá EMEA öðlast þær gildi hér á landi og öllum er skylt að fara

eftir þeim. Lyfjastofnun hefur unnið samkvæmt GCP-reglum lengi, meðal annars við veitingu leyfa til klínískra lyfjarannsókna. Nýlega var gefin út ný reglugerð hjá ESB um lyfjarannsóknir og GCP (Directive 2001/20/EU) og í framhaldi af því þarf að semja nýja reglugerð á Íslandi um klínískar rannsóknir.

Lyfjastofnun og læknar

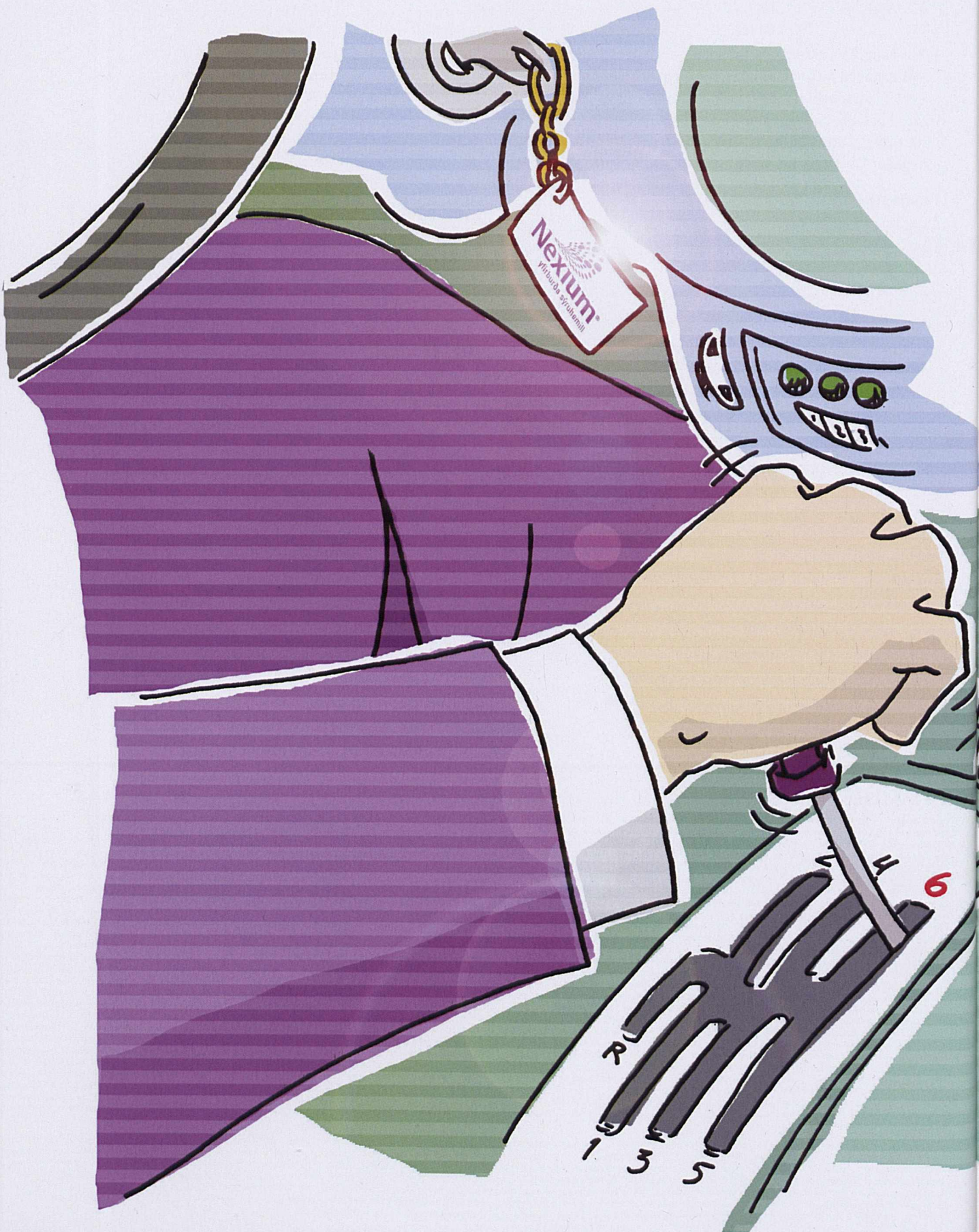
Mikilvægt er að samskipti lækna og Lyfjastofnunar séu sem best. Hlutverk stofnunarinnar er í raun að mestu leyti neytendavernd og í því sambandi er mikilvægt að stofnunin getur veitt læknum hlutlausar upplýsingar. Læknar ættu að kynna sér heimasíðu stofnunarinnar og þær upplýsingar sem þar er að finna og hægt er að hafa samband með því að senda tölvupóst eða hringja. Starfsfólk Lyfjastofnunar, undirritaður þar á meðal, er alltaf reiðubúið að veita þær upplýsingar og þá aðstoð sem kostur er hverju sinni.

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

Innihaldslýsing: *Hver sýruhjúptafla inniheldur:* Esomeprazolum INN, magnesíum þríhýdrat samsvarandi Esomeprazolum INN 20 eða 40 mg. **Ábendingar:** *Sjúkdómar af völdum bakflæðis frá maga í vélinda (gastroesophageal reflux disease):* Meðferð á ætandi bólgu í vélinda af völdum bakflæðis, langtímameðferð til þess að koma í veg fyrir að læknuð bólga í vélinda taki sig upp að nýju, meðferð á einkennum sjúkdóma af völdum bakflæðis frá maga í vélinda. *Til upprætingar á Helicobacter pylori ásamt viðeigandi sýklalyfjameðferð:* Til að lækna Helicobacter Pylori tengt skeifugarnarsár og koma í veg fyrir endurtekinn sársjúkdóm í meltingarvegi hjá sjúklingum með Helicobacter Pylori tengd sár. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflurnar á að gleypa heilar ásamt vökva og þær má hvorki tyggja né mylja. *Sjúkdómar af völdum bakflæðis frá maga í vélinda (gastroesophageal reflux disease): Meðferð á ætandi bólgu í vélinda af völdum bakflæðis:* 40 mg einu sinni á sólarhring í 4 vikur. Fjögurra vikna meðferð til viðbótar er ráðlögð handa þeim sjúklingum sem ekki hafa fengið lækningu eða ef einkenni eru enn til staðar. Langtímameðferð til að koma í veg fyrir að læknuð bólga í vélinda taki sig upp að nýju: 20 mg einu sinni á sólarhring. *Meðferð á einkennum vegna bakflæðis frá maga í vélinda:* 20 mg einu sinni á sólarhring handa sjúklingum sem ekki eru með bólgu í vélinda. Ef einkenni hafa ekki horfið innan 4 vikna, skal sjúklingur gangast undir frekari rannsóknir. Eftir að einkenni hafa horfið, má halda þeim niðri með því að taka 20 mg einu sinni á sólarhring eftir þörfum. *Ásamt viðeigandi sýklalyfjameðferð til upprætingar á Helicobacter pylori og til að lækna Helicobacter pylori tengt skeifugarnarsár og koma í veg fyrir endurtekinn sársjúkdóm í meltingarvegi hjá sjúklingum með Helicobacter pylori tengd sár:* 20 mg ásamt amoxicillini 1 g og klaritromycini 500 mg eru gefin samtímis tvisvar sinnum á sólarhring í 7 daga. *Börn: Nexium er ekki ætlað börnum. Skert nýrnastarfsemi:* Hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. *Vegna takmarkaðrar* reynslu hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi, skal gæta varúðar við meðferð þeirra. *Skert lifrarstarfsemi:* Hjá sjúklingum með vægt til miðlungs alvarlega skerta lifrarstarfsemi er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. Sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfssemi ætti ekki að gefa meira en 20 mg hámarksskammt af Nexium. *Aldraðir:* Hjá öldruðum er ekki nauðsynlegt að breyta skömmtum. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi fyrir esómeprazóli, benzímidazólsamböndum eða öðrum innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur við notkun lyfsins:** Útiloka skal illkynja sjúkdóm, þar sem meðferð með Nexium getur dregið úr einkennum og seinkað sjúkdómsgreiningu. Sjúklingar á langtímameðferð (sérstaklega ef meðferð varir lengur en eitt ár) skulu vera undir reglulegu eftirliti. Sjúklingum sem nota lyfið eftir þörfum skal leiðbeina um að hafa samband við lækninn sinn ef eðli einkenna breytast. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** *Áhrif esómeprazóls á lyfjahvörf annarra lyfja:* Minna sýrumagn í maga við meðferð með esómeprazóli getur aukið eða minnkað frásog lyfja, ef frásog þeirra er háð sýrustigi magans. Eins og á við um önnur lyf sem hamla sýruseytingu eða sýrubindandi lyf, getur frásog ketókónazóls minnkað meðan á meðferð með esómeprazóli stendur. Esómeprazól hamlar CYP2C19, sem er aðalumbrotsensím esómeprazóls. Þegar sómeprazól er gefið samtímis lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP2C19, eins og díazepam, citalópram, imipramín, klómipramín, fenýtóín o.s.frv., getur það valdið eukinni plasmaþéttni þessara lyfja þannig að minnka þurfi skammta. Þetta skal hafa í huga, sérstaklega þegar esómeprazóli er ávísað til notkunar eftir þörfum. Samtímis gjöf á 30 mg af esómeprazóli olli 45% lækkun á klerans díazepams, sem er CYP2C19 hvarfefni. Við samtímis gjöf á 40 mg af esómeprazóli jókst lægsta plasmaþéttni fenýtóíns um 13% hjá flogaveikum sjúklingum. Ráðlagt er að fylgjast með plasmaþéttni fenýtóíns þegar meðferð með esómeprazóli hefst eða henni er hætt. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum olli gjöf á 40 mg af esómeprazóli samtímis gjöf á cisapríði því að flatarmál undir plasmaþéttni-tíma ferli (AUC) jókst um 32% fyrir cisapríð og útskilnaðarhelmingunartími (t1/2) lengdist um 31%, en engin marktæk hækkun varð á hámarksþéttni cisapríðs. Örlítil lenging á QTc bili, sem kom í ljós eftir gjöf á cisapríði einu sér, lengdist ekki frekar þegar cisapríð var gefið ásamt esómeprazóli. Sýnt hefur verið fram á að esómeprazól hefur ekki klínísk marktæk áhrif á lyfjahvörf amoxicillíns, kínídíns eða warfaríns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun esómeprazóls á meðgöngu. Gæta skal varúðar þegar lyfið er gefið þunguðum konum. Ekki er vitað hvort esómeprazól berst í brjóstamjólk og ættu konur með barn á brjósti ekki að nota Nexium. **Aukaverkanir:** ***Algengar (> 1%):*** Höfuðverkur, kviðverkir, niðurgangur, vindgangur, ógleði/uppköst, hægðatregða. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Svimi, munnþurrkur, húðbólgur (dermatitis), kláði, ofsakláði. **Lyfhrif:** Esómeprazól er S-handhverfa ómeprazóls og dregur úr seytingu magasýru og er verkunarháttur mjög sértækur. Það hemlar sértækt sýrupumpuna í paríetal frumum magans. Bæði R- og S- handhverfur ómeprazóls hafa svipuð lyfhrif. **Lyfjahvörf:** *Frásog og dreifing:* Esómeprazól er ekki sýrustöðugt og þess vegna er það gefið til inntöku sem sýruhjúpkyrni. Umbreyting í R-handhverfu er óveruleg in-vivo. Esómeprazól frásogast hratt, hámarksþéttni í plasma næst um 1-2 klst. eftir inntöku. Aðgengi er 64%. Dreifirúmmál við stöðuga þéttni er um 0,22 l/kg líkamsþunga. Esómeprazól er 97% próteinbundið í plasma. Fæðuneysla bæði seinkar og dregur úr frásogi esómeprazóls en hefur engin marktæk áhrif á verkun esómeprazóls á sýrustig magans. **Pakkningar og hámarksverð:** Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti: *20 mg: 7 töflur í veski:* 1.679 kr., *28 töflur í veski:* 5.294 kr., *50 töflur, þynnupakkaðar:* 8.605 kr., *56 töflur í veski:* 9.630 kr., *100 töflur, glas:* 16.046 kr. 40 mg: *7 töflur í veski:* 2.191 kr., *28 töflur í veski:* 6.676 kr., *50 töflur þynnupakkaðar:* 11.119 kr., *100 töflur í glasi:* 20.937 kr. **Afgreiðslutilhögun:** ***Lyfið er lyfseðilskylt.*** **Greiðsluþátttaka: E.** Maí 2001.

Heimildaskrá ***1.*** Junghard O, Hassan-Alin M, Hasselgren G; The effect of AUC and Cmax of esomeprazole on acid secretion and intragastric pH; Gastroenterology 2000; 118:A17. ***2.*** Åbelö A, Andersson T, Antonsson M, Naudot AK, Skånberg I, Weidolf L. Stereoselective metabolism of omeprazole by human CYT P450 enzymes. Drug Metab Dispos 2000; 28:966-972. ***3.*** Lind T, Rydberg L, Kylebäck A, Jonsson A, Andersson T, Hasselgren G et al. Esomeprazole provides improved acid control vs omeprazole in patients with symptoms of gastro-esophageal reflux disease. Aliment Pharmacol Ther 2000;14:861-67. ***4.*** Wilder-Smith C, Röhss K, Lundin C, Rydholm H. Esomeprazole 40 mg provides more effective acid control than pantoprazole 40 mg. Gastroenterology 2000; 118:A22. ***5.*** Röhss K, Claar-Nilsson, Rydholm H, Nyman L. Esomeprazole 40 mg provides more effective acid control than lanzoprazole 30 mg. Gastroenterology 2000; 118:A20. ***6.*** Richter JE, kahrilas PJ, Hwang C, Marino V, Hamelin B. Esomeprazole is superior to omeprazole for helaing of erosive esophagitis in GERD patients. Gastroenterology 2000; 118:A20. ***7.*** Kahrilas PJ, Falk G, Johnson DA, Schmitt C, Collins DW, Whipple J et al. Esomeprazole improves healing and symptom resoloution as compared with omeprazole in reflux esophagitis patients: a randomized controlled trial. Aliment Pharmacol Ther 2000;14:1249-58. ***8.*** Johnson DA, Benjamin SB, Whipple J, D'Amico D, Hamelin B. Efficacy and safety of esomeprazole as maintenance therapy in GERD patients with healed erosive esophagitis. Gastroenterology 2000; 118:A17.

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



EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 417-01

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

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

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

(Sjá sérlyfjaskrártexta og heimildaskrá á næstu síðu)



Nexium®
yfirburða sýruhemill

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

Á að auglýsa allar stöður lækna?



Jón Snædal

Höfundur er varaformaður Læknafélags Íslands.

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

Fram að þessu hefur það ekki þótt sýna mikla stéttvísi að varpa þessari spurningu fram enda lengi verið baráttumál lækna að allar stöður séu auglýstar og af hverju að breyta því?

Í 17. grein laga Læknafélags Íslands segir m.a.:

„Enginn félagsmaður má sækja um eða taka við stöðu eða embætti nema þau hafi verið auglýst til umsóknar með minnst fjögurrra vikna fyrirvara. Með stöðu er hér átt við, að stöðugildi sé a.m.k. 25%, ráðningartími a.m.k. 3 mánuðir og að staðan falli utan kanditatsárs ungra lækna. Það telst einnig staða sé stöðuhlutfall aukið þannig, að það nái 25% stöðugildi."

Hér er enginn greinarmunur gerður á því hver er vinnuveitandi eða hvers eðlis starfið er. Það hefur þó verið skilningur þeirra sem að þessari lagagrein stóðu á sínum tíma að átt væri við lækningastöður hjá sjúkrahúsum og heilsugæslustöðvum enda fáum öðrum stöðum til að dreifa. Þessar ráðningar voru að jafnaði til frambúðar og því þótti skipta máli að allir til þess bærir læknar fengju jöfn tækifæri. Lagagreinin var svar Læknafélagsins við þeirri tilhneigingu vinnuveitenda að ráða lækna í afleysingastöður um skamman tíma en framlengja ráðninguna hvað eftir annað og dæmi voru um lækna sem voru þannig ráðnir árum saman. Það voru ekki síst íslenskir læknar erlendis sem höfðu af þessu áhyggjur enda voru tækifæri hvers og eins til að fá starf heima ekki mörg, einkum í fámennum sérgreinum. Það er einkum frá þeim komið að fyrirvarinn verði að minnsta kosti fjórar vikur svo þeim gæfist tími til að safna gögnum og senda inn með umsókn. Starfsvettvangur lækna er hins vegar breytilegri í dag og nú er svo komið að fjölmargir læknar eru ráðnir til ýmissa starfa án auglýsingar og virðast fáir kippa sér upp við það. Rétt er vekja athygli á því að lög félagsins leggja þá kvöð á lækna að taka ekki við stöðum nema þær hafi verið auglýstar en þó er virðing manna fyrir þessari grein ekki meiri en svo að margir þeirra hafa frumkvæði að því að leita eftir ráðningu hjá fyrirtækjum án þess að nokkuð hafi verið auglýst og eru í sumum tilvikum ráðnir í kjölfarið. Þetta eru einkum rannsóknarstöður til afmarkaðra verkefna hjá einkafyrirtækjum en þeim hefur fjölgað mikið á undanförnum árum. Þó má finna ótímabundnar ráðningar á þeim vettvangi sem eru að því er virðist ígildi ráðningar á opinberum vettvangi. Annað svið sem hefur stundum valdið deilum er þegar læknar stofna fyrirtæki til lækninga og starfa þar sjálfir án þess að til auglýsinga hafi komið. Sem dæmi má nefna heilsugæslustöðvar á eftirsóknarverðum svæðum og hefur það aftur leitt til þess að hið opinbera hefur ekki stofnað stöð á því svæði. Í þessum tilvikum hafa rekist á tvö sjónarmið Læknafélagsins, annars vegar að allar stöður skuli auglýstar, samanber ofannefnda lagagrein, og hins vegar að gera öllum rekstarformum jafn hátt undir höfði. Það þýðir í reynd að Læknafélagið hefur stutt sérstaklega einkaframtakið því það hefur átt undir högg að sækja innan heilbrigðiskerfisins. Það hefur ekki þótt viðeigandi að hvetja lækna til að hefja eigin rekstur og jafnframt leggja á þá kvöð að stöðurnar sem þeir hafa búið til sjálfum sér til handa verði auglýstar!

Tímabært er að endurskoða lagagreinina enda ófært að í lögum Læknafélagsins séu ákvæði sem enginn virðir. Ekki er óeðlilegt að gera misjafnar kröfur til ráðninga eftir eðli starfans. Kennslustöður við Háskólann og lækningastöður á sjúkrahúsum og heilsugæslustöðvum eiga að lúta áfram sama ákvæði um auglýsingar enda um það sátt meðal lækna og opinberra aðila núorðið. Öðru máli gegnir um hinn almenna vinnumarkað. Ef horft er til þess sem gildir á því sviði fyrir háskólamenn virðist sem hverjum vinnuveitanda sé látið það eftir að ákveða hvernig hann hagar ráðningum. Stöður geta verið auglýstar, ráðningarskrifstofu falið að velja einn eða fleiri sem komið geti til greina eða hreinlega að ákveðnum einstaklingum er boðið starf millliliðalaust.

Eðlilegt er að læknar ræði þetta innan félagsins og ef vilji stendur til þess er hægt að breyta ákvæðinu um auglýsingar á næsta aðalfundi í haust.

Stjórnarskipti hjá Læknafélagi Reykjavíkur

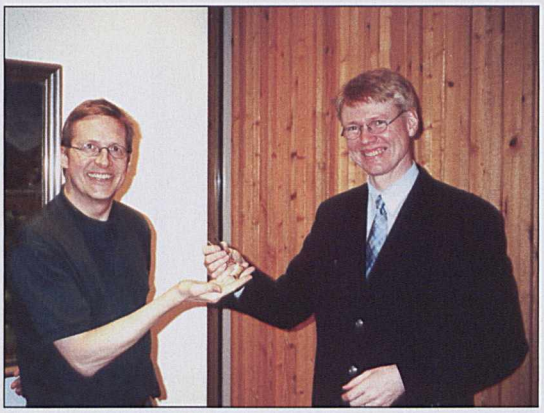
STJÓRNARSKIPTI FÓRU FRAM í Læknafélagi Reykjavíkur (LR) á aðalfundi félagsins fimmtudaginn 14. mars sl. Kosið var í stjórn og meðstjórn félagsins og fulltrúar og nefndir skipaðar. Úr stjórn gengu Ólafur Þór Ævarsson, Margrét Georgsdóttir og Runólfur Pálsson. Úr meðstjórn gengu Georg Steinþórsson, Kjartan B. Örvar, Margrét Oddsdóttir og Samúel J. Samúelsson.

Læknafélag Reykjavíkur er öflugt félag og langstærsta svæðafélag lækna en í því eru nú um 670 félagar. Fráfarandi stjórn hefur beitt sér fyrir því að efla sjálfsvitund og kjör lækna og stuðlað að umræðu um fjölbreytileika í rekstrarformum í heilbrigðisþjónustu. Á vegum félagsins hefur verið gerð lögfræðileg úttekt á einkarekinni heilbrigðisþjónustu og lagðar hafa verið fram tillögur um stöðu lækna í nýju skipulagi háskólasjúkrahúss. Stjórnin hefur hvatt til aukinnar samvinnu milli megin hluta heilbrigðisþjónustunnar, heilsugæslu, sjúkrahúss og sjálfstætt starfandi heilbrigðisfyrirtækja og læknastofa. Einnig hefur verið bryddað upp á þeim nýjungum að bjóða læknum þjálfun í framkomu í fjölmiðlum og læknar félagsins hafa veitt almenningi fræðslu um heilbrigði og sjúkdóma og tekið þátt í aukinni umræðu um heilbrigðismál í fjölmiðlum.

Í stjórnartíð fráfarandi stjórnar hefur verið lögð áhersla á að auka samkennd lækna og innri styrk félagsins. Fræðslu- og skemmtikvöld hafa verið skipulögð með samblandi af fræðslu um læknisfræðilegt efni, fróðleik um efni ótengt læknisfræðinni og samveru með mökum yfir máltíð. Skapast hefur sú hefð að sá læknir sem stendur fyrir fræðslu kvöldsins skorar á þann sem næst á að fræða.



Fráfarandi stjórn sem setið hefur í fjögur ár, talið frá vinstri: Ólafur Þór, Margrét og Runólfur.



Ólafur Þór afhendir nýja formanninum lyklavöldin.

Samvinna og gerð samninga sjálfstætt starfandi sérfræðilækna við Tryggingastofnun ríkisins (TR) er eitt veigamesta verkefni félagsins. Samninganefnd LR hefur starfað ötullega undir forystu Þórðar Sverr-



Báðar stjórnirnar samankomnar á aðalfundi LR 14. mars, talið frá vinstri: Elínborg Bárðardóttir, Runólfur Pálsson, Óskar Einarsson, Ólafur Þór Ævarsson, Sigurður Blöndal og Margrét Georgsdóttir.



Nýr prótónupumpuhemjari

JANSSEN-CILAG

THORARENSEN LYF
Vatnagarðar 18 · 104 Reykjavík · Sími 530 7100

Virkar hratt – færri milliverkanir

Ábendingar: virkt skeifugarnarsár, virkt góðkynja magasár, bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda með tærandi eða særandi einkennum (GERD) og bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda, langtíma meðferð

Pariet®
RABEPRAZOLE

issonar og með mikilli samvinnu við samninganefnd TR og starfsmenn heilbrigðis- og fjármálaráðuneyta. Verulegur árangur hefur náðst í kjaramálum en auk hefðbundinnar samningagerðar hefur skapast góð samvinna LR og TR um skipulagningu þessa mikilvæga hluta heilbrigðisþjónustunnar í landinu. Þessi starfsemi tekur sífellt breytingum eftir þörf sjúklinga, með breyttum meðferðarmöguleikum og nýjungum í læknisfræði. Hlustað hefur verið á fagleg rök og ráðleggingar læknanna í samninganefndinni og einnig hefur verið haft samráð við lækna úr hinum ýmsu sérgreinum. Vekur það athygli innan stjórnkerfisins hve vel starfsemi sérfræðinga utan spítala er skipulögð og kostnaðargreining skýr. Samstarf þetta hefur vaxið stig af stigi síðustu árin og hefur verið farsælt og kemur það ekki á óvart þar sem læknarnir sjálfir, sem starfa í þessu kerfi og best þekkja til starfseminnar, hafa í vaxandi mæli haft áhrif til að skipuleggja þjónustuna. Mikilvægt er að tryggja áframhaldandi faglegt samstarf milli veitenda og greiðanda heilbrigðisþjónustunnar með þessum hætti og leyfa þessu einstaka samstarfi að þroskast áfram, því hér er um spennandi nýjung að ræða við skipulagningu í heilbrigðiskerfinu sem líkleg er til að tryggja fagleg gæði og jafnframt hagkvæmni í rekstri.

Síðasta samkomulag við TR var gert 19. desember 2001. Samningsbundið einingaverð var ákvarðað kr. 194,00 frá 1 janúar 2002 til 30. september 2002.

Breytingar voru gerðar á samninganefnd LR í vetur. Högni Óskarsson lét af störfum eftir að hafa starfað í nefndinni vel á annan áratug. Hefur Högni verið einn af virkustu og öflugustu samningamönnum nefndarinnar. Einnig hætti Karl Andersen eftir farsælt starf í nefndinni. Nýir í nefndinni eru Sveinn Geir Einarsson, Ólafur Þór Gunnarsson, Ingólfur Sveinsson og Guðjón Birgisson. Stefán Einar Matthíasson og Þórður Sverrisson formaður hafa borið hitann og þungann af störfum nefndarinnar síðustu árin og halda áfram störfum í nefndinni. Ég vil hér með nota tækifærið til að þakka samingamönnunum af alhug fyrir mikið og óeigingjarnt starf í þágu félagsins og fyrir faglegt framlag þeirra til bætts skipulags góðrar heilbrigðisþjónustu fyrir sjúklingana.

Vil ég einnig þakka fráfarandi stjórn og meðstjórn fyrir sérstaklega ánægjulegt samstarf á undanförnum fjórum árum og óska nýrri stjórn, Óskari Einarssyni formanni, Sigurði Blöndal gjaldkera og Elínborgu Bárðardóttur ritara, velfarnaðar í störfum fyrir félagið okkar í framtíðinni.

Fráfarandi formaður Læknafélags Reykjavíkur
Ólafur Þór Ævarsson

PARIET Janssen-Cilag **SÝRUHJÚPSTÖFLUR R E**
Virkt innihaldsefni: Rabeprazolum INN. **Ábendingar:** Virkt skeifugarnarsár, virkt góðkynja magasár, bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda með tærandi og særandi einkennum, bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda, lantímameðferð. Í samsetningu með sýklalyfjameðferð til að uppræta H. pylori hjá sjúklingum með sársjúkdóma í maga, vélinda eða skeifugörn. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Fullorðnir/aldraðir: Virkt skeifugarnarsár og virkt góðkynja magasár:* 20 mg einu sinni á dag að morgni. Flestir sjúklingar með virkt skeifugarnarsár ná bata innan fjögurra vikna. Sumir sjúklingar geta þó þurft aðra fjögurra vikna meðferð til þess að ná bata. Flestir sjúklingar með virkt góðkynja magasár ná bata innan sex vikna. En eins og áður geta sumir sjúklingar þurft aðra sex vikna meðferð til þess að ná bata. *Tærandi eða særandi bakflæðissjúkdómar í maga/vélinda:* 20 mg einu sinni á dag í 4-8 vikur. *Langtímameðferð við bakflæðissjúkdómum í maga/vélinda:* 10 eða 20 mg viðhaldsskammtur einu sinni á dag, háð svörun sjúklings. *Upprætingu á H. pylori*: Sjúklinga með *H. pylori* sýkingu skal meðhöndla með upprætingarmeðferð. Mælt er með eftirfarandi samsetningu sem gefin er í 7 daga: Pariet 20 mg tvisvar sinnum á dag + klaritrómýcín 500 mg tvisvar sinnum á dag og amoxicillín 1 g tvisvar sinnum á dag. Fyrir ábendingar þar sem meðhöndlun er einu sinni á dag á að taka Pariet töflur á morgnana, fyrir mat til þess að auka meðferðarfylgni. *Skert starfsemi nýrna eða lifrar:* Ekki þarf að breyta skömmtum handa sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Sjá "*Varnaðarorð og varúðarreglur*". *Börn:* Lyfið ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir rabeprazóli, afleiðum benzímídazóls eða einhverju hjálparefni lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Minnkun sjúkdómseinkenna við meðferð með rabeprazóli útilokar ekki að illkynja breytingar í maga eða vélinda séu fyrir hendi. Þess vegna á að útiloka illkynja breytingar áður en meðferð er hafin. Fylgjast skal reglulega með sjúklingum í langtímameðferð (sérstaklega þeim sem eru meðhöndlaðir lengur en í eitt ár). Aðvara skal sjúklinga um að tyggja ekki né mylja. Lyfið er ekki ráðlagt börnum, þar sem engin reynsla er af notkun hjá þessum hópi. Engin gögn varðandi minnkað öryggi lyfsins komu fram í rannsókn hjá sjúklingum með vægan eða miðlungs mikla skerðingu á lifrarstarfsemi samanborið við viðmiðunarhóp af sama aldri og kyni en þar sem ekki er að finna gögn um notkun lyfsins við meðferð sjúklinga með alvarlegar truflanir á lifrarstarfsemi, er þeim sem ávísa lyfinu ráðlagt að gæta varúðar þegar meðferð með lyfið er fyrst hafin hjá slíkum sjúklingum. **Milliverkanir:** Rabeprazól er umbrotið af cýtókróm P450 (CYP450) kerfinu í lifur eins og önnur lyf af flokki prótónupumpuhemla (PPI). Rannsóknir á heilbrigðum einstaklingum hafa sýnt að rabeprazól hefur ekki klínískt marktækar milliverkanir við lyf sem voru rannsökuð og umbrotna fyrir tilstilli CYP450 kerfisins, warfarín, fenýtóín, teófýllín og díazepam. Rabeprazól veldur mikilli og langvarandi hömlun á seytingu magasýru. Milliverkanir við lyf þar sem frásog er háð sýrustigi geta komið fram. Því getur þurft að fylgjast með hverjum sjúklingi þegar slík lyf eru tekin samhliða rabeprazóli til þess að ganga úr skugga um hvort stilla þurfi skammta. Rabeprazól hefur ekki neikvæð áhrif á plasmaþéttni amoxicillíns eða klaritrómýcíns þegar það er gefið samtímis í þeim tilgangi að uppræta H. pylori sýkingu í efri hluta maga og garna. Engar milliverkanir við sýrubindandi lyf á fljótandi formi hafa sést. Það voru engar klínískt marktækar milliverkanir við fæðu. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið á ekki að nota á meðgöngu. Konur með barn á brjósti eiga ekki að nota lyfið. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Á grundvelli lyfhrifa og samantektar um aukaverkanir er ólíklegt að lyfið valdi truflunum við akstur eða minnki hæfni til að nota vélar. Ef árverkni verður minni vegna syfju er þó ráðlegt að forðast akstur og stjórnun flókins vélbúnaðar. **Aukaverkanir:** Lyfið þoldist yfirleitt vel í klínískum rannsóknum. Aukaverkanir sem komu fram hafa yfirleitt verið vægar eða fremur vægar og skammvinnar í eðli sínu. Algengustu aukaverkanirnar (tíðni > 5%) í klínískum rannsóknum voru höfuðverkur, niðurgangur og ógleði. **Algengar (>1%)**: *Almennar*: Höfuðverkur, þróttleysi ótilgreindir verkir/bakverkir, svimi, inflúensulík einkenni, sýking , svefnleysi. *Meltingarvegur*: Niðurgangur, ógleði, kviðverkir, uppþemba, kokbólga, uppköst, hægðatregða. *Öndunarfæri*: Nefslímubólga, hósti. **Sjaldgjæfar (0,1-1%):** *Almennar*: Vöðvaþrautir, brjóstverkir, svefnhöfgi, kuldahrollur, ropi, sinadráttur í fótum, liðverkir, hiti. *Meltingarvegur*: Munnþurrkur, meltingartruflanir. *Húð*: Útbrot. *Öndunarfæri*: Berkjubólga, skútabólga. *Geð*: Taugaóstyrkur. *Þvagfæri*: Þvagfærasýkingar. **Ofskömmtun:** Allt að 80 mg skammtar á dag hafa þolast vel. Ekkert sérstakt mótefni er þekkt. Rabeprazól er mjög mikið próteinbundið og er þess vegna ekki auðvelt að himnuskilja. Eins og við aðra ofskömmtun á að veita meðferð við einkennum og almenna stuðningsmeðferð. **Lyfhrif:** Rabeprazól tilheyrir flokki andseytandi efna, benzímídazólafleiða, sem sýna hvorki andkólínvirka né H2 histamínblokkandi eiginleika, en bæla losun magasýru með sérstakri hömlun á H^+/K^+-ATPasa ensíminu. Áhrif eru skammtaháð og leiða til hömlunar á bæði grunn- og örvaðri sýrulosun, óháð áreiti. *Andseytandi virkni:* Eftir inntöku 20 mg skammts af rabeprazól natríum hefst andseytandi verkun innan einnar klst., hámarksáhrif koma fram innan 2-4 klst. *Áhrif á gastrín í sermi:* Í klínískum rannsóknum voru sjúklingar meðhöndlaðir einu sinni á dag með 10 mg eða 20 mg af rabeprazól natríum í allt að 43 mánuði. Gastrínþéttni í sermi jókst á fyrstu 2 til 8 vikunum sem endurspeglar hamlandi áhrif á sýrulosun og hélst stöðug meðan á meðferð stóð. *Önnur áhrif:* Ekki hafa sést almenn áhrif rabeprazól natríum á miðtaugakerfi, hjarta- og æðakerfi og öndunarfæri hingað til. Rabeprazól natríum, gefið í inntöku í 20 mg skömmtum í 2 vikur, hafði engin áhrif á starfsemi skjaldkirtils, kolvetnisefnaskipti eða blóðþéttni skjaldkirtilshormóns, kortisóls, estrógens, testósteróns, prólaktíns, kólesýstókíníns, sekretíns, glúkagons, FSH, LH, renín, aldósteróns og vaxtarhormóns. **Lyfjahvörf:** *Frásog:* Lyfið er á formi sýruhjúptaflna. Þetta lyfjaform er nauðsynlegt þar sem rabeprazól er óstöðugt í sýru. Frásog rabeprazóls hefst þess vegna ekki fyrr en taflan fer úr maga. Frásog er hratt, hámarksþéttni rabeprazóls kemur fram um 3,5 klst. eftir 20 mg skammt. *Dreifing:* Rabeprazól er um 97% bundið plasmapróteinum í mönnum. *Umbrot og útskilnaður:* Hjá mönnum eru tíóeter (M1) og karboxýlsýra (M6) aðalumbrotsefni í plasma auk súlfóns (M2), desmetýltíóeters (M4) og merkaptúrsýruafleiðu (M5) sem eru lítilvæg umbrotsefni sem greinast í minna mæli. **Pakkningar/verð:. 01.03.02** 10 mg: 28 stk. – 3207 kr, 56 stk. – 5751 kr. 20 mg: 14 stk. – 2910 kr., 28 stk – 5196 kr., 56 stk. – 9223 kr. **Hámarksmagns sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti.**



KVÍÐI OG ÞUNGLYNDI ERU HRÆÐILEGIR SJÚKDÓMAR



HELMINGSLÆKKUN ÞUNGLYNDISEINKENNA ER EKKI ÁSÆTTANLEGUR ÁRANGUR



VEITUM SJÚKLINGUM BATA[1] MEÐ EFEXOR® DEPOT

Efexor Depot Wyeth Lederle Nordiska, 970067 FORÐAHYLKI; N 06 A X 16 RB
Hvert forðahylki inniheldur: Venlafaxinum INN, klóríð, samsvarandi Venlafaxinum INN 75 mg eða 150 mg.
Ábendingar: Þunglyndi (major depression), þar með talið bæði djúpt og alvarlegt innlægt þunglyndi (melancholia) og kviðatengt þunglyndi. Almenn kvíðaröskun (GAD).

Skammtar og lyfjagjöf: Lyfið ætti að taka með mat og gleypa hylkin heil. Venjulegur skammtur er eitt hylki einu sinni á dag. Upphafsskammtur er 75 mg. Þegar þess er þörf má auka skammtinn upp í 150 mg á dag að u.þ.b. hálfum mánuði liðnum. Hámarksskammtur er 225 mg einu sinni á dag. Þegar æskilegur árangur hefur náðst ætti að minnka skammtinn smám saman niður í minnsta viðhaldsskammt miðað við svörun og þol sjúklings (yfirleitt 75-150 mg/dag). Hjá öldruðum og sjúklingum með hjarta- og æðasjúkdóma/háþrýsting ætti að auka skammtinn með varúð. Við meðferð sjúklinga með skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi er mælt með minni skömmtum. Ef kreatínín?úthreinsun er minni en 30 ml/mín. eða við meðalalvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi ætti að minnka skammtinn um 50%. Ef um alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi er að ræða kann að reynast nauðsynlegt að minnka skammtinn enn meira. Í slíkum tilvikum kann að vera nauðsynlegt að gefa Efexor töflur. Meðferð ætti að halda áfram í a.m.k. þrjá mánuði (yfirleitt í sex mánuði) eftir að bata er náð. Þegar ætlunin er að hætta meðferð með Efexor Depot ætti að minnka skammt sjúklings smám saman í eina viku að viðhafðri aðgát vegna hættu á bakslagi. Haft skal samband við sérfræðing ef enginn bati hefur náðst eftir eins mánaðar meðferð. Frábendingar: Brátt hjartadrep, bráður sjúkdómur í heilaæðum og ómeðhöndlaður háþrýstingur. Samtímis meðferð með mónóamínoxíðasahemlum.Varnaðarorð og varúðarreglur: Aldraðir (>65 ára). Sjúklingar með þekktan sjúkdóm í hjarta-æðakerfi eða heilaæðum, þ.m.t. meðhöndlaður háþrýstingur. Skert nýrna- og/eða lifrarstarfsemi. Varnaðarorð frá mónóamínoxíðasahemli til venlafaxíns skal gera minnst 14 daga meðferðarhlé. Ef brett er meðferð frá venlafaxíni til mónóamínoxíðasahemis 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. Ahrif venlafaxíns á tviskauta geðlægð (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið þróun til oflætisfasa. Sjúklingar með flogaveiki þarfnast viðeigandi flogaveikilyfja meðan á meðferð stendur. Ekki hefur fengist klínísk reynsla hjá börnum. Lækkun natríums í blóði hefur stöku sinnum sést við meðferð með geðdeyfðarlyfjum, m.a. serótónínupptökuhemlum, oftast hjá öldruðum og sjúklingum sem eru á þvagræsilyfjum. Upp hafa komið örfá tilvik með lækkun á natríum í blóði af völdum Efexors, yfirleitt hjá öldruðum, sem hefur leitt til þess að hætt var við að gefa lyfið. Milliverkanir: Engar milliverkanir hafa komið fram hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum eftir einfaldan skammt af litíum, díazepami og etanóli á meðan á meðferð stendur með venlafaxíni. Rannsóknir benda til þess að venlafaxín umbrotni í O-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóenzýmsins CYP2D6 og í N-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóenzýmsins CYP3A3/4. Vænta má eftirtalinna milliverkana þótt þær hafi ekki verið rannsakaðar sérstaklega in vivo. Samtímis meðferð með lyfjum, sem hamla CYP2D6, gæti valdið aukinni uppsöfnun venlafaxíns svipað því og búast má við í einstaklingi með hæg umbrot debrisokíns. Aðgát skal höfð þegar venlafaxín er gefið ásamt lyfjum svo sem klínídíni og paroxetíni. Þar eð venlafaxín gæti dregið úr umbrotum annarra lyfja sem CYP2D6 umbrýtur ætti að gæta varúðar við notkun venlafaxíns ásamt slíkum lyfjum þar eð blóðþéttni þeirra gæti aukist. Búast má við mikilli uppsöfnun venlafaxíns ef einstaklingi með hæg umbrot CYP2D6 er gefinn CYP3A3/4 hemill á sama tíma. Því skyldi gæta varúðar við notkun Efexors samfara lyfjum sem hamla CYP3A3/4 t.d. ketókónazóli. Meðganga og brjóstagjöf: Meðganga: Takmörkuð klínísk reynsla hefur fengist af því að gefa vanfærum konum lyfið. Rannsóknir á dýrum hafa leitt í ljós minnkaða þyngd og stærð fóstra og lakari lífsmöguleika, líklega vegna eiturvirkni á móður. Þar til frekari reynsla hefur fengist af Efexor ætti ekki að gefa það á meðgöngutíma nema að vandlega athuguðu máli. Brjóstagjöf: Ekki er vitað hvort venlafaxín skilst út í brjóstamjólk. Akstur og stjórnun vinnuvéla: Meðferð með Efexor Depot kann að hægja á viðbrögðum sumra sjúklinga. Þetta ætti að hafa í huga við aðstæður sem krefjast sérstakrar árvekni, t.d. við akstur. Aukaverkanir: Í geðlægð er ávallt erfitt að greina á milli raunverulegra aukaverkana lyfja og einkenna um geðlægð. Aukaverkanir ógleði og uppkost tengjast skammtastærð; stærri upphafsskammtar valda aukinni tíðni af ógleði. Styrkur og tíðni þessarar aukaverkunar minnka yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): Almennt: þreyta, 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 hugskyn, kvíði, taugaóstyrkur. Meltingafæri: Ógleði, uppköst, niðurgangur, hægðatregða, meltingartruflun, munnþurrkur. Húð: Útbrot, flekkblæðing. Þvag- og kynfæri: Áhrif á sáðlát/fullnæging, getuleysi. Augu: Sjónstillingartruflun. Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennt: Bjúgur. Blóð: Blóðflagnafæð. Miðtaugakerfi: Slen, ósamhæfðar hreyfingar, ofhreyfni, ofskynjanir, geðhæð. Meltingarfæri: Bólga í vélinda, magabólga, tannholdsbólga, breytingar á bragðskyni. Húð: Hárlos, ofsakláði, aukið ljósnæmi. Lifur: Hækkuð lifrarenzým í blóði. Öndunarfæri: Astmi. Augu: Tárubólga. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Almennt: Hálfdvali (stupor). Blóðrás: Breytingar á hjartarafriti (T-bylgja, S-T hluti, gátta-sleglarof af gráðu I). Miðtaugakerfi: Krampar, einkenni um utanstrýtukvilla (Parkinsonlík einkenni), persónuleikatruflun. Ofskömmtun og eitranir: Eiturvirkni: Fullvaxnir einstaklingar hafa tekið inn allt að 6,75 g og orðið fyrir meðalsvæsnum eitrunaráhrifum. Einkenni: Bæling miðtaugakerfisins, krampar, andkólínvirk einkenni. Hraðtaktur, hægataktur, lækkaður blóðþrýstingur, ST/T-breytingar, lenging QRS-bils. Meðferð: Tryggja að öndunarvegur sé vel opinn, fylgjast með hjartarafriti; fyrirskipa fremst fram við hömlun á endurupptöku serótóníns og noradrenalíns í miðtaugakerfinu, en einnig kann að koma fram veik hömlun á endurupptöku dópamíns. Venlafaxín og O-desmetýlvenlafaxín draga úr næmi beta-adrenvirkra viðtaka bæði við skammtíma- (einn skammtur) og langtímameðferð. Venlafaxín og O-desmetýlvenlafaxín eru nær jafnvirk hvað varðar endurupptöku taugaboðefna. Venlafaxín sýnir enga næmi í kólínvirka(muskarín-), histamínvirka eða alfa1-adrenvirka viðtaka og ekki hefur verið sýnt fram á neina sækni í ópíum- eða bensódíazepínnæma viðtaka. Venlafaxín hamlar ekki starfsemi enzýmsins mónóamínoxíðasa. Lyfjahvörf: Venlafaxín hefur ekki verið gefið í æð. Heildaraðgengi eftir inntöku er talið vera 42%±15%. Hámarksblóðþéttni Efexor Depot næst eftir u.þ.b. 6 klst. (4,5-7,5 klst.) og helmingunartími í blóði er u.þ.b. 15 klst. (9-21 klst.). Hámarksblóðþéttni virka umbrotsefnisins O-desmetýlvenlafaxíns næst eftir 9 klst. (6,5-11 klst.). Mikill munur sést milli einstaklinga. Próteinbinding venlafaxíns í plasma er u.þ.b. 27% en 30% fyrir O-desmetýlvenlafaxín. Venlafaxín umbrotnar mjög mikið. Umbrot venlafaxíns í O-desmetýlvenlafaxín gerast fyrir tilstilli CYP2D6. Í þeim einstaklingum, þar sem debrisokín umbrotnar hægt, fæst tvisvar til þrisvar sinnum meira aðgengi fyrir venlafaxín og tvisvar til þrisvar sinnum minna aðgengi fyrir virka umbrotsefnið O-desmetýlvenlafaxín. Aðeins u.þ.b. 5% (1-13%) af skammti sem tekinn hefur verið inn skilst óbreyttur út með þvagi. Umbrotsefnin skiljast fyrst og fremst út um nýrun. Neysla matar samtímis lyfinu hefur engin áhrif á aðgengi. Útlit: Forðahylki 75 mg: Fölbleik hylki, 19 x 6 mm, merkt W 150 í hvítum lit. Pakkningar: Forðahylki 75 mg: 14 stk. (þynnupakkað); 28 stk. (þynnupakkað); 98 stk. (þynnupakkað); 100 stk. Forðahylki 150 mg: 14 stk. (þynnupakkað); 28 stk. (þynnupakkað); 98 stk. (þynnupakkað); 100 stk. Texti Sérfyljaskrár 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

Læknalind opnuð í Kópavogi

Skiptir máli fyrir lækna að þetta takist

Í BYRJUN MARS opnuðu læknarnir *Guðbjörn Björnsson* og *Sverrir Jónsson* læknastofu í Kópavogi og nefndu hana Læknalind. Þessi stofa er frábrugðin öðrum einkareknum stofum að því leyti að eigendur hennar hafa ekki gert samning við Tryggingastofnun ríkisins um kostnaðarþátttöku heldur byggist starfsemi stofunnar á því að fólk skráir sig í „áskrift" og greiðir fast mánaðargjald. Í staðinn fá sjúklingar tryggingu fyrir þjónustu læknis samdægurs ef þeir hringja fyrir kl. 14.

Læknalind er enn eitt dæmið um þá deiglu sem heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins er í um þessar mundir. Eins og kunnugt er hefur hin opinbera heilsugæsla ekki undan að veita almenningi þjónustu, komur í hana haldast ekki í hendur við fólksfjölgun á sama tíma og komum á Læknavaktina fjölgar ört. Heimilislæknar í borginni hafa ekki fengið að opna stofur eins og áður var með samningi við TR um greiðsluþátttöku. Þetta ástand hefur ýtt undir það að læknar reyni að brjótast úr þeim þröngu skorðum sem þeim eru settar og Læknalind er ein þeirra tilrauna.

En hvernig hefur þeim félögum, Guðbirni og Sverri, verið tekið?

„Viðtökurnar hafa verið mjög jákvæðar, bæði meðal almennings og kolleganna," segja þeir þar sem við sitjum yfir kaffibolla í húsakynnum Læknalindar við Bæjarlind í nýjasta hverfi Kópavogs. „Við höfum ekki rekið okkur á aðra veggi en þann að mega ekki auglýsa þjónustu okkar nema mjög takmarkað. Reglurnar um auglýsingar eru orðnar gamlar og úreltar en við verðum að laga okkur að þeim.

Við höfum hins vegar fengið ágætis umfjöllun í fjölmiðlum og fólk hefur tekið við sér. Fólk leitar til okkar þegar það þarf á okkur að halda og allir hafa sína sögu að segja, oftast um bið og tafir í heilbrigðiskerfinu. Til okkar kemur alls konar fólk og fæstum finnst mikið að greiða 2.850 kr. á mánuði fyrir öruggt aðgengi að lækni. Við finnum ekki fyrir stéttaskiptingu því til okkar kemur fólk úr flestum stéttum, þar á meðal þó nokkrir öryrkjar, en mest er um venjulegt fjölskyldufólk."

Öll almenn heilbrigðisþjónusta

Markmið Læknalindar er að veita alla almenna læknisþjónustu og sinna heimilislækningum og heilsuvernd á hefðbundnum opnunartíma milli 8 og 18 á virkum dögum. Auk þeirra Guðbjörns og Sverris starfar Danfríður Kristjónsdóttir hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir við stofuna að ógleymdri Lindu Hrönn Magnúsdóttur ritara.



Sverrir (fyrir miðju) og Guðbjörn ásamt Lindu Hrönn ritara í Læknalind.

„Við sinnum forvörnum með þeim hætti að þeir sem eru skráðir viðskiptavinir okkar og tilheyra ákveðnum aldurs- eða áhættuhópum eru kallaðir inn til reglubundinnar skoðunar þar sem leitað er að áhættuþáttum sjúkdóma. Þetta hefur mælst vel fyrir, ekki síst meðal karla sem komnir eru á miðjan aldur," segja þeir félagar.

Við þetta má bæta því að mæðravernd og ungbarnaeftirlit er meðal þeirrar þjónustu sem Læknalind veitir. Þar er hægt að gera einfaldar blóð- og þvagrannsóknir og sinna bólusetningum, smáaðgerðum og slysaþjónustu þegar um er að ræða minniháttar áverka. Séu vandamálin stærri í sniðum er viðkomandi vísað til sjúkrahúsa eða sérfræðinga eftir því sem við á.

Guðbjörn og Sverrir vilja benda fólki á að enginn missir neinn rétt í almenna heilbrigðiskerfinu við það að skipta við Læknalind. Þeir taka líka fram að þótt stofan sé í þessu tiltekna hverfi í Kópavogi þá sé hún ekki bundin við íbúa þess hverfis heldur opin öllum sem þurfa á læknisþjónustu að halda.

Að auka faglegan metnað

Þeir Guðbjörn og Sverrir vilja fyrirbyggja þann misskilning að þeir séu að setja upp einkarekna stofu að bandarískri fyrirmynd. „Svona stofur eru algengar í Svíþjóð og Noregi og víðar í Evrópu. Við erum því ekki að gera neitt nýtt. Við lítum ekki svo á að við séum í samkeppni við einn eða neinn, þetta er viðbótarkostur sem almenningi stendur til boða."

Í ljósi þess að einkarekstur heimilislækna hefur verið takmörkunum háður undanfarin ár er eðlilegt

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



StilNoct® (zolpidem)

Sofið rótt – vaknið endurnærð[2]

12. apríl 2000

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

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

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

sanofi~synthelabo

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

að spyrja hvort þeir félagar sjái fyrir sér að komast í fyllingu tímans á samning við Tryggingastofnun.

„Það er ekki hugsunin með þessu framtaki, þó enginn viti hvað framtíðin beri í skauti sér. Við vildum bara starfa sjálfstætt. En ef ríkisvaldið vill styðja fólk til þess að skipta við okkur teljum við eðlilegast að það yrði gert á þann hátt að fólk gæti dregið áskriftargjöldin frá skatti. Það væri raunhæfur stuðningur við þennan valkost í heilbrigðisþjónustunni."

Þegar blaðamaður skoðar húsakynnin með þeim Guðbirni og Sverri sýna þeir honum að það er nóg pláss fyrir fleiri lækna ef áhugi almennings fyrir þessu rekstrarformi reynist nægur.

„Við höfum fengið fyrirspurnir frá kollegum sem vilja vera með okkur en tíminn verður að leiða í ljós hvort grundvöllur er fyrir því að bæta fleirum við. Þetta hefur farið ágætlega af stað og þunginn er að aukast. Vonandi gengur þetta upp því ef þessi tilraun mistekst er næsta víst að þetta rekstrarform verði úr sögunni í 15-20 ár. Það skiptir því máli fyrir lækna að okkur takist þessi tilraun til þess að auka forræði og ábyrgð lækna á eigin vinnu. Læknar ættu því að standa með okkur til þess að efla faglegan metnað stéttarinnar og vísa til okkar þeim sjúklingum sem eru að leita að heimilislækni en fá ekki. Það er eðlilegt að upplýsa fólk um valkostina og það ræður svo hvað það gerir," segja þeir félagar. **-ÞH**

Sjálfsagður réttur lækna að nýta lækningaleyfið

Rætt við Sigurbjörn Sveinsson formann LÍ um framtak læknanna í Læknalind

EINS OG FRAM KEMUR í umræðum um stofnun Læknalindar er þar farið inn á nýja braut í fjármögnun heilbrigðisþjónustu. Íslenskir læknar hafa hingað til aðhyllst það sem meginreglu að ríkið greiði fyrir þjónustuna þó svo að reksturinn sé í mörgum tilvikum í höndum einstaklinga eða fyrirtækja í einkaeigu. Í Læknalind er stigið einu skrefi lengra og almenningi boðið upp á einskonar einkasjúkrasamlag. Læknablaðinu lék forvitni á að vita hver væri afstaða *Sigurbjörns Sveinssonar* formanns Læknafélags Íslands til þess rekstrarforms sem þarna er bryddað upp á.

„Það hefur stundum verið orðað þannig að lögin um heilbrigðisþjónustu séu einskonar sáttmáli þar sem sett er á blað meginefni þess sem þjóðin vill að gert sé í heilbrigðismálum og hvernig það er framkvæmt. Í upphafi laganna segir að ríkið eigi að veita eins góða heilbrigðisþjónustu og hægt er að veita á hverjum tíma og að allir hafi jafnan rétt til að njóta hennar, óháð stétt, efnahag eða búsetu. Þetta er meginstefnan og góður meirihluti lækna hefur verið á þeirri skoðun að hún sé rétt.

Það er hins vegar réttur hvers læknis að nýta sitt lækningaleyfi og bjóða sína þjónustu. Það helgast af stjórnarskrárvörðum rétti manna til atvinnufrelsis og á þeim grundvelli hafa læknarnir í Læknalind og aðrir boðið fram þjónustu sína. Það er samkomulag um að sumir læknar, til dæmis lýtalæknar, geti boðið hluta af sinni þjónustu með þessum hætti. Eins hafa alltaf verið til læknar sem staðið hafa alveg utan við tryggingarnar að hluta til en á sama tíma unnið á stofnunum ríkisins.

Þess vegna lítur málið þannig út frá mínum sjónarhóli: Ríkið verður að halda uppi fullnægjandi heilbrigðisþjónustu fyrir alla. Hins vegar eiga þegnarnir það val að kaupa sér einhverja þjónustu sem læknar bjóða. Sú ákvörðun verður að byggjast á frjálsu vali, það má ekki vera nauðungarval, þvingað vegna ófullnægjandi þjónustu ríkisins. Þá er komin upp sú staða að sumir þjóðfélagshópar neyðast til að kaupa fullu verði þjónustu sem aðrir njóta fyrir mun lægra verð vegna greiðsluþátttöku Tryggingastofnunar.

Kannski er slíkt ástand í þjóðfélaginu. Ég hef áður kallað stjórnmálamenn til ábyrgðar vegna þessa. Ef einhverjir þurfa að velja þjónustu læknanna í Læknalind vegna þess að þeir eiga ekki kost á annarri þjónustu þá er ábyrgð stjórnmálamanna mikil. En ég er eindreginn stuðningsmaður þess að læknar noti lækningaleyfi sitt til þess að bjóða þjónustu sína og að fólk eigi val um að kaupa sér slíka þjónustu hafi það efni og ástæður til."

Er kerfið að opnast?

Læknalind fellur ekki af himnum ofan í tómarúm því heilsugæslan á höfuðborgarsvæðinu hefur verið hálfgert vandræðabarn heilbrigðiskerfisins á undanförnum árum. Hvert er álit formanns LÍ á því hvers vegna svo illa hefur gengið að byggja upp heilsugæsluna þannig að íbúar höfuðborgarsvæðisins geti við unað?

„Það hefur ekki verið vilji til að setja nægt fjármagn í hana, uppbyggingin hefur verið of hæg. Fram yfir 1990 var höfuðáherslan lögð á uppbyggingu heilsugæslunnar í dreifbýli en reynt að halda í horfinu á Reykjavíkursvæðinu. Þar var uppbyggingin miklu hægari. Upp úr 1990 átti að setja aukinn kraft í hana en það gekk ekki sem skyldi. Frá 1988 hefur enginn komist inn á samning sem sjálfstætt starfandi heimilislæknir svo það má segja að verið sé að láta þá deyja út sem stétt. Kerfið hefur því ver-

Tilboð á veiðileyfum í Hreðavatni

EFLAUST ERU MARGIR veiðiáhugamenn í læknastétt komnir með fiðring sem væntanlega eykst eftir því sem sól hækkar á lofti. Sumir þreyja þorrann og góuna með því að hnýta flugur til að fleygja fyrir stórlaxa sumarsins, aðrir bara bíða.

En fleira er fiskur en lax eins og þar stendur. Svo vill til að Læknafélagið á sumarhús við Hreðavatn en í því fagra vatni er nokkur silungsveiði þótt ekki séu allir fiskar risastórir. Þannig segir í Morgunblaðinu ekki alls fyrir löngu frá feðgum sem reyndu fyrir sér í vatninu og komust í feitt. Annar fékk yfir 50 bleikjur en hinn eitthvað færri. Sá síðarnefndi rak einnig í þriggja punda urriða.

Nú hefur stjórn Hreðavatns ehf. sem á veiðiréttinn í vatninu ákveðið að breyta verðlagningu á veiðileyfum á þann veg að í stað þess að þeir sem vilja veiða þar greiði 700 krónur fyrir daginn á eina stöng þá er eigendum sumarhúsa boðið upp á að greiða 5.000 krónur fyrir tímabilið 1. maí til 30. september. Sé það gert mega þeir sem dvelja í hverju húsi veiða á tvær stengur dag hvern allt tímabilið.

Orlofsnefnd Læknafélags Íslands ákvað að taka þessu ágæta tilboði og geta því þeir sem gista í húsum félagsins við Hreðavatn veitt á tvær stengur upp á hvern einasta dag frá maíbyrjun til septemberloka ef vilji er fyrir hendi án þess að greiða fyrir það aukalega.

Það eru tilmæli orlofsnefndar að þeir sem nýta sér þetta veiðileyfi haldi veiðidagbók og skrái hjá sér aflann sem berst á land. Er það bæði til gamans gert og einnig til þess að kortleggja vatnið, hvort þar er einhver veiði að ráði og hvar hún er best.

ið allt of ósveigjanlegt og fast í bókstafstrú stjórnvalda á það að enginn nema hið opinbera geti rekið heilsugæslu. Fyrir vikið hafa eingöngu þeir sem geta hugsað sér að vinna við þær aðstæður komið til starfa en aðrir ekki. Hefði kerfið verið sveigjanlegra væru örugglega fleiri að störfum núna sem heimilislæknar."

– En nú eru ýmis teikn á lofti um að verið sé að opna á ný rekstrarform. Ráðherra boðar útboð á rekstri heilsugæslustöðvar í Kópavogi og ræðir um að láta reyna frekar á „Lágmúlamódelið".

„Já, heilbrigðisráðherra talar þannig en ég óttast að minna verði um efndir. Eins og rætt er um hlutina núna er ætlunin að stökkva úr ríkisrekstri yfir í opið útboð þar sem búast má við að fyrirtæki á borð við Lyfjaverslun Íslands eða Íslenska aðalverktaka bjóði í reksturinn til 30 ára. Þetta er framandi hugsun fyrir okkur lækna sem höfum verið að tala um verktöku lækna eða gerð þjónustusamninga við ríkið. Vitaskuld geta læknar tekið höndum saman og boðið í reksturinn en þetta er stórt stökk og læknar hafa ekki reynslu af svona rekstri.

Ég efast líka um að hægt sé að semja viðunandi útboðslýsingu út frá þeim upplýsingum sem fyrir liggja, hvort sem litið er á rekstrarþáttinn eða þau verk sem á að vinna á væntanlegri heilsugæslustöð. Ég hef ekki séð ítarlega reikninga um rekstur heilsugæslustöðva og það skráningarkerfi sem notað er á heilsugæslustöðvunum gefur ekki fullnægjandi mynd af því sem við erum að gera þar. Það veit enginn hvað ég og aðrir starfsmenn eru að gera né í hvað á að bjóða."

– Sérðu fyrir þér að ríkið muni þegar fram líða stundir bjóða læknunum í Læknalind að gera við þá þjónustusamning?

„Þeir starfa í stóru hverfi og ef þeir fá marga íbúa þess til að kaupa áskrift og bæta því við þá skatta sem þeir greiða þá hljóta stjórnvöld að spyrja sig hvernig þau eigi að veita þessu fólki þjónustu á sama grunni og öðrum. Ég veit ekki hvert svarið verður en eitthvað verður að gera ef þeim gengur vel," segir Sigurbjörn Sveinsson formaður LÍ.

-ÞH

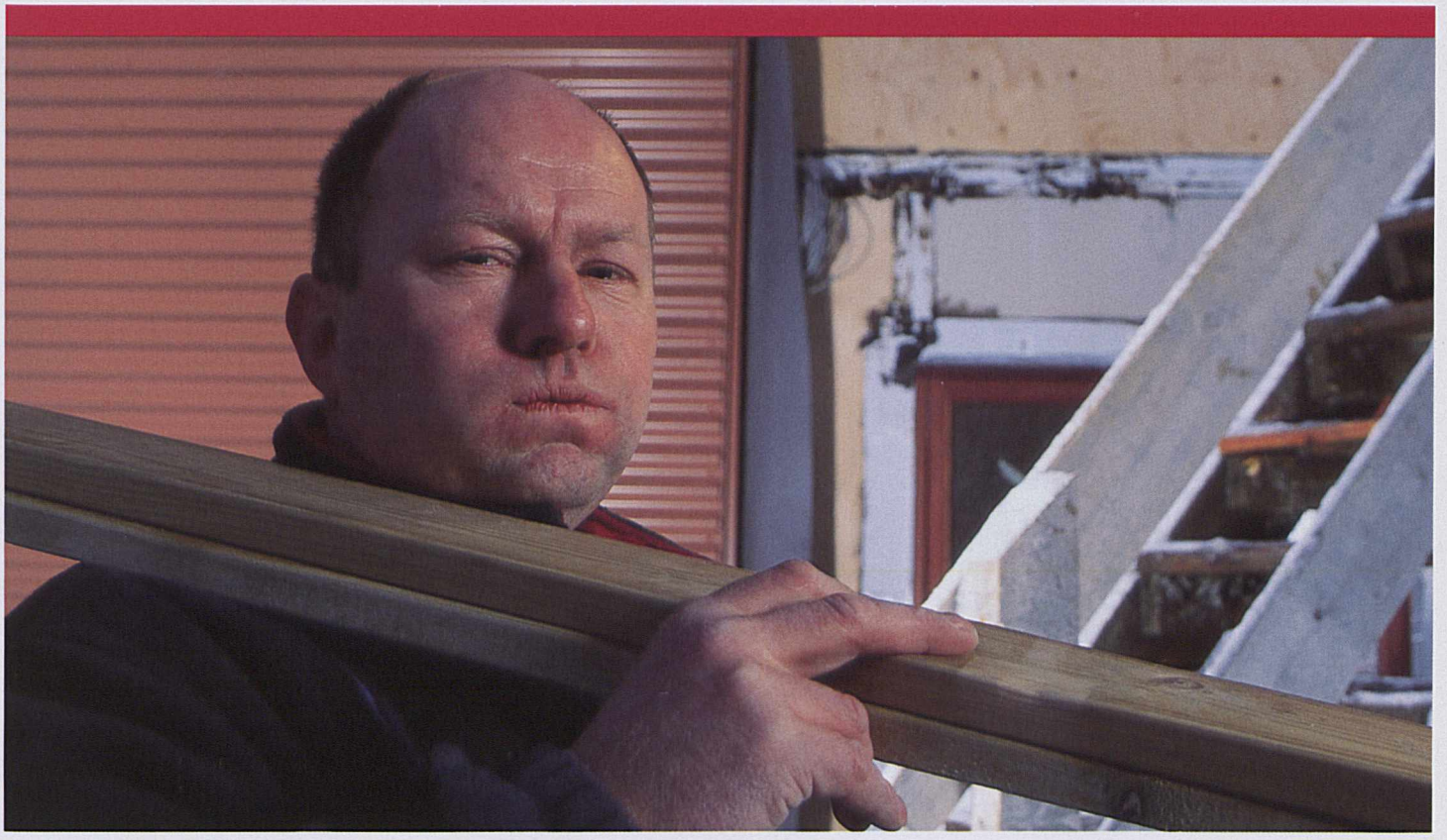
Formannaráðstefna Læknafélags Íslands

Boðað er til formannafundar skv. 9. grein laga Læknafélags Íslands föstudaginn 12. apríl 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 á heimili formanns að Hæðarseli 28, Reykjavík.



Andar köldu á þína sjúklinga?



Symbicort er einföld, skjótvirk og sveigjanleg lausn

- Nú geta þínir astmasjúklingar ***tekist á við verkefni*** líðandi stundar - þótt í móti blási!

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 A

AstraZeneca

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

Mikil fjölgun á kærum vegna mistaka heilbrigðisstarfsmanna

Almenn sátt ríkir um meðferð kærumála

JÓN KRISTJÁNSSON HEILBRIGÐISRÁÐHERRA upplýsti það á Alþingi fyrir skömmu í svari við fyrirspurn Margrétar Frímannsdóttur alþingismanns að kærum vegna meintra læknamistaka hefði fjölgað umtalsvert á undanförnum árum. Birti hann tölur fyrir fjögur ár sem voru á þessa leið:

1990 188 kærur
1995 261 kæra
2000 373 kærur
2001 356 kærur

Jafnframt kom fram í máli ráðherra að við meðferð Landlæknisembættisins á kærunum kæmi í ljós að um þriðjungur þeirra er talinn eiga við rök að styðjast og af þeim tilvikum flokkast um helmingur sem læknamistök en tíundi hluti telst eiga rót sína í samskiptaörðugleikum.

Þarna er um mikla fjölgun að ræða, tilvikin tvöfaldast á rúmum áratug. Ástæður þess taldi ráðherra einkum vera aukin réttindi sjúklinga sem fest hafa verið í lög og í framhaldi af því aukin vitund almennings og heilbrigðisstétta um rétt sjúklinga. Læknablaðinu lék forvitni á að vita hvernig embætti landlæknis tekur á þessum kærum. Sá sem ber hitann og þungann af því starfi er *Haukur Valdimarsson* aðstoðarlandlæknir.

Haukur staðfesti að annir embættisins vegna kærumála hefðu aukist verulega undanfarin ár. „Okkur finnst við þurfa meira fé og mannafla til þess að takast á við þessi mál en nú fer mest af tíma mínum í þau og ég hef ekki undan. Enda ber nokkuð á því að fólki finnist afgreiðsla mála taka langan tíma. Á þessu þarf að taka því þetta kemur niður á öðrum verkefnum sem embættinu er ætlað að sinna," segir Haukur.

Málsmeðferðin

Haukur benti á að þeim sem telja sig hafa orðið fyrir barðinu á mistökum heilbrigðisstarfsmanna (ekki bara lækna því innan heilbrigðiskerfisins starfa 30 löggildar starfsstéttir) séu ýmsar leiðir opnar. Auk þess að kæra til landlæknis geta menn leitað til þriggja manna nefndar sem skipuð er af Hæstarétti. Sum mál fara fyrir læknaráð, einkum þau sem erfiðari eru og alvarlegri. Vilji menn ekki una úrskurði þessara aðila er hægt að fara dómstólaleiðina.

„Þegar okkur berst kæra á hendur heilbrigðisstarfsmanni byrjum við oft á að ganga úr skugga um það hvort kærandi hafi rætt málið við yfirstjórn þeirrar stofnunar þar sem atvikið varð. Það gerum við vegna þess að lögin um réttindi sjúklinga kveða á um að það skuli gert.

Að því loknu skoðum við málið, köllum eftir upplýsingum frá þeim sem kærður er, biðjum um sjúkraskýrslur og/eða greinargerð og reynum að leggja faglegt mat á atvikið. Þegar fagþekkingu okkar hjá embættinu þrýtur leitum við aðstoðar óháðra sérfræðinga. Við reynum fyrst og fremst að greina á milli hvort um sé að ræða slys eða mistök. Á grundvelli þessa semjum við drög að álitsgerð sem send er aðilum málsins en þeir hafa fjögurra vikna andmælarétt. Að honum liðnum sendum við frá okkur endanlegt álit.

Niðurstaða okkar getur orðið á þann veg að kæran sé ekki staðfest. Eins getur kæran verið staðfest að hluta eða í heild. Sé það niðurstaða okkar að kæran sé staðfest getum við veitt viðkomandi ábendingu eða aðfinnslu. Einnig formlega áminningu eða tillögu til ráðherra um sviptingu starfsleyfis."

Dómsmál sjaldgæf

Landlæknir getur veitt heilbrigðisstarfsmönnum áminningu eða lagt til við heilbrigðisráðherra að læknir eða annar heilbrigðisstarfsmaður sé sviptur leyfi sínu.

„Margir halda líka að við getum úrskurðað um bótaskyldu og dæmt sjúklingum bætur en það er mesti misskilningur. Við getum einungis bent fólki á lög um réttindi sjúklinga og sjúkratryggingar og vísað því til Tryggingastofnunar ríkisins. Fái menn ekki úrlausn sinna mála þar geta þeir leitað til dómstóla. Við bendum fólki líka á að þótt það velji eina leið til að ná rétti sínum þá lokast aðrar leiðir ekki við það."

Landlæknisembættið gaf út rit um kvartanir og kærur á hendur heilbrigðisstarfsmönnum sem bárust embættinu á árunum 1991-1997 og segir Haukur að þótt nokkur fjölgun hafi orðið síðan hafi kærumálin ekki breyst mikið. Í ritinu kemur fram að af rúmlega 1.500 kærum sem bárust á þessum árum hafi helmingurinn verið vegna meintra mistaka. Næst komu samskiptaerfiðleikar, þá kvartanir vegna aðgengi að þjónustu og fjórði stærsti flokkurinn var vegna læknisvottorða.

Af 750 kærum vegna meintra mistaka taldi embættið staðfest að 200 kærur ættu við rök að styðjast og 63 til viðbótar voru staðfestar að hluta. Þetta gerir um þriðjung og svipað hlutfall af kærum vegna sam-

skiptaörðugleika var staðfest. Á þessum árum fengu 149 starfsmenn ábendingu, 98 aðfinnslu, 16 hlutu formlega áminningu og embættið lagði til að tveir starfsmenn yrðu sviptir starfsleyfi.

Verðum lítið vör við óánægju

Þær raddir hafa heyrst að meðferð kærumála hjá embættinu sé lokað ferli þar sem sami aðilinn taki við kæru, rannsaki málið og kveði upp úrskurð. Verður Haukur var við mikla óánægju með þessar starfsaðferðir?

„Nei, við verðum ekki vör við að fólk sé ósátt. Mörgum sjúklingum finnst kerfið vera nokkur frumskógur og erfitt að leita réttar síns en við reynum að vísa fólki rétta leið enda lítum við á okkur sem umboðsmenn sjúklinga. Það gefur nokkra vísbendingu að hér á landi er ekki mikið um málaferli vegna læknamistaka. Fólk getur leitað til dómstóla ef það er óánægt með niðurstöður okkar en slíkt er ekki algengt. Við höfum heldur ekki upplifað það oft að dómstólar snúi við niðurstöðum okkar enda reynum við að vanda til þeirra og vinna á faglegan hátt.

Hitt er annað mál að aukin réttindi sjúklinga sem ákvörðuð eru með lögum gera málin flóknari og erfiðari viðureignar. Þau þurfa að fylgja ákveðnum formlegum reglum og taka meiri tíma en áður. Við þetta bætist að viðhorf almennings til lækna hefur breyst, fólk er djarfara en áður og meðvitaðra um rétt sinn enda almennt betur menntað. Allt verður þetta til þess að fjölga málum og auka álagið og annríkið hjá okkur," segir Haukur.



Haukur Valdimarsson aðstoðarlandlæknir.

Í áðurnefndu svari ráðherra kom fram að áætlaður kostnaður Landlæknisembættisins vegna kærumála hefði verið um 13 milljónir króna árið 2001 en þá var þessi kostnaður aðgreindur frá öðrum póstum í bókhaldi embættisins í fyrsta sinn. Ljóst er að þessi kostnaður mun aukast og því þarf að mæta, að öðrum kosti mun það bitna á öðrum verkefnum embættisins sem eru ærin. **–ÞH**

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**

Fríða Guðmundsdóttir barnalæknir

Fædd 4. september 1967 – Dáin 20. desember 2001



FRÍÐA GUÐMUNDSDÓTTIR barnalæknir lést á líknardeild Landspítalans þann 20. desember síðastliðinn, langt fyrir aldur fram. Hún greindist með illkynja heilaæxli í janúar 2001 sem ekki réðst við þrátt fyrir tvær stórar aðgerðir, geislameðferð og krabbameinslyfjagjöf.

Fríða lauk stúdentsprófi frá Menntaskólanum í Reykjavík, náttúrufræðideild, 1987. Hún hóf nám við læknadeild Háskóla Íslands í september sama ár og útskrifaðist 1993 með fyrstu einkunn. Hún starfaði sem aðstoðar- og deildarlæknir á ýmsum deildum Landspítalans þar til hún fluttist til West-Hartford í Connecticut-fylki í Bandaríkjunum í maí 1997 og hóf sérnám í barnalækningum. Hún fylgdi þar með í fótspor fjölmargra íslenskra lækna sem áður höfðu stundað sérnám við University of Connecticut. Það var lengi regla hjá Ed Zalneraitis, yfirmanni barnalæknanámsins þar, að geyma eina stöðu á ári handa Íslendingi, enda reyndust unglæknar þeir sem Hörður Bergsteinsson sendi honum alltaf vel. Allir samnemendur Fríðu og Ed fylgdust náið með veikindum hennar og stóðu fyrir söfnun á síðasta vori, gagngert til að hún kæmist með Sævari eiginmanni sínum og börnum til Flórída í apríl síðastliðnum. Sú ferð var farin og tókst frábærlega. Ed hafði samband við mig nýlega og sagði:

„I remember Frida as a strong and dedicated resident here at the University of Connecticut. She was not only a brilliant pediatrician, but a humanist who dedicated her professional life to meeting all the needs of her patients. She would never provide less than the best care possible, and would not allow others to provide less than she thought was needed either. We all learned from Frida, and rededicated ourselves to the mission that we set out to do, at least in part because of her."

Fríða útskrifaðist barnalæknir í júní 2000 og stóðst ameríska barnalæknaprófið með glæsibrag seinna það sama ár.

Sumarið 2000 flutti Fríða ásamt Sævari Leifssyni eiginmanni sínum og börnum þeirra, Birtu Rún 10 ára, Viktori 6 ára og Leifi 5 ára, til Rising Sun í Maryland-fylki. Þar festu þau kaup á hestabúgarði og Fríða hóf frekara nám í gigtsjúkdómum barna við Barnaspítalann í Fíladelfíu í Pennsylvaníu-fylki (CHOP). Hún kunni vel við sig á nýjum stað og varð strax vinsæl hjá unglæknum á CHOP vegna þess hve ljúf hún var í viðmóti og hjálpfús. Terri Finkel yfirlæknir gigtardeildarinnar lýsir Fríðu sem þróttmikilli og áhugasamri en fyrst og fremst sem heillandi persónu. Ég hef fengið kveðjur frá foreldrum sjúklinga hennar sem hæla henni fyrir fagmennsku og áreiðanleika. Ég minnist sérstaklega sjö ára drengs með alvarlegan gigtsjúkdóm og krampa. Foreldrar hans leituðu mikið til Fríðu, oft til að greina frá versnandi einkennum hans en líka til að leyfa henni að fylgjast með ef vel gekk. Þau litu á Fríðu sem hluta af fjölskyldunni. Ég lít á það sem merki um afburðalækni, enda var Fríða það svo sannarlega.

Gigtardeildin á CHOP hefur stofnað sjóð til minningar um Fríðu. Terri Finkel skrifaði mér: „We have established – The Frida Fund for Training in Pediatric Rheumatology –. The response to this has been tremendous, with many people already having donated to the fund, in Frida's memory. The Frida Fund will carry on Frida's mission, by fostering the training of fellows in evidence-based clinical medicine and in ground-breaking basic and clinical research, leading to an understanding of the causes and cure of childhood rheumatic disease."

Fríða var jafnframt mikil áhugamanneskja um kynningu Íslands, íslenska hestsins og íslenska smalahundsins í Bandaríkjunum. Hún stóð meðal annars fyrir hestamannamóti eina helgi í maí síðastliðnum sem heppnaðist vonum framar.

Fríða sýndi ótrúlegan kraft í veikindum sínum. Hún kvartaði aldrei og naut þeirra stunda sem buðust til hins ýtrasta. Það má vera að sjúkdómurinn hafi náð yfirhöndinni að lokum en hann náði aldrei að buga hana, né heldur að dempa hennar innri fegurð.

Fyrir hönd fjölskyldu Fríðu vil ég þakka Huldu Brá Magnadóttur heilaskurðlækni og frábærri vinkonu sem kom í skyndi til Fíladelfíu í september þegar ástand Fríðu var alvarlegt og hjálpaði okkur í gegnum erfiðar stundir. Þá viljum við þakka vinahjónum frá Ameríku, þeim Óla og Hrefnu og Tryggva og Ástu, og vinkonum Fríðu úr læknadeildinni, Gerði, Helgu, Soffíu og Hrönn, sem létu ekkert aftra sér frá því að koma úr sérnámi sínu til að vera hjá henni. Að lokum viljum við þakka Friðbirni Sigurðssyni og Valgerði Sigurðardóttur krabbameinslæknum sem ásamt starfsfólki sínu náðu að gera þessar síðustu vikur bærilegar.

Ég vil þakka Fríðu fyrir ótrúlega vináttu og fyrir allar okkar stundir saman. Við fylgdumst hvor með annarri frá unglingsárum, gegnum menntaskóla, læknadeild og nú síðast í sérnámi erlendis. Vinátta okkar gerði mig að betri manneskju, móður og lækni.

ÝR SIGURÐARDÓTTIR
barnataugalæknir í Fíladelfíu



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®

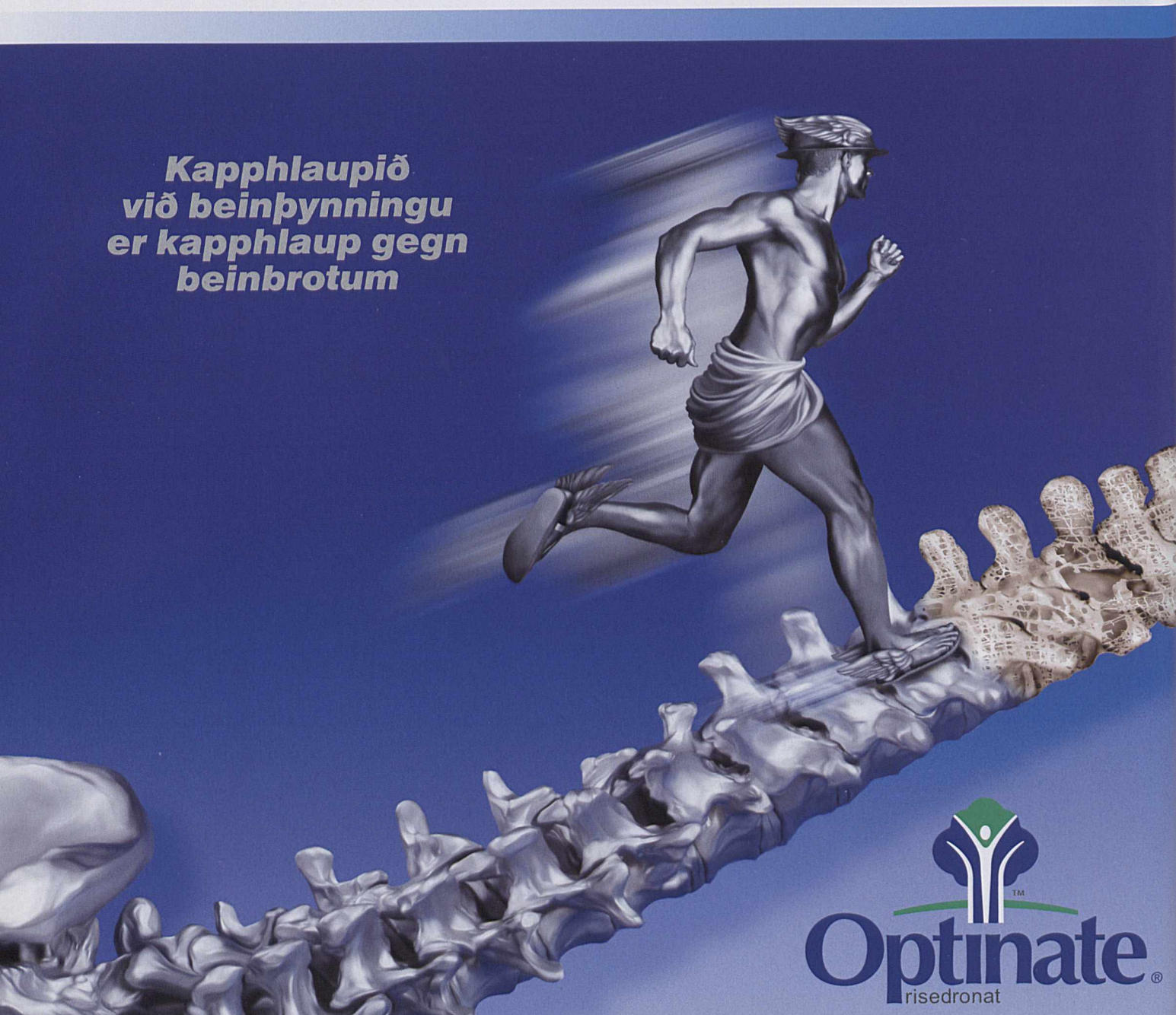
Allt í einu - sniðið að þínum þörfum

EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 433-01 D

AstraZeneca

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

Aventis



Optinate®
TÖFLUR, filmuhúðaðar: M 05 B A 07
Hver filmuhúðuð tafla inniheldur: Rísedrónatnatríum 5 mg samsvarandi 4,64 mg af rísedrónsýru eða rísedrónatnatríum 30 mg samsvarandi 27,8 mg af rísedrónsýru. Lactosum. **Ábendingar:** ***Töflur 5 mg:*** Meðferð á beinþynningu eftir tíðahvörf,: Til að draga úr hættu á brotum í hrygg. Meðferð á beinþynningu eftir tíðahvörf, sem hefur verið staðfest, til að draga úr hættu á mjaðmarbrotum. Til varnar beinþynningu eftir tíðahvörf hjá konum með aukna hættu á beinþynningu. Til að viðhalda eða auka beinmassa eftir tíðahvörf hjá konum í langvarandi almennri sterameðferð (lengur en 3 mánuði) með 7,5 mg skammti á dag af prednisóni eða ígildi þess. ***Töflur 30 mg:*** Meðferð á Pagets sjúkdómi í beinum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflurnar verður að gleypa í heilu lagi og má hvorki sjúga þær né tyggja. Við töku Optinate á að vera í uppréttri stöðu og taka töfluna með glasi af drykkjarvatni (≥120 ml) til að auðvelda henni að komast niður í maga. Sjúklingar eiga ekki að leggjast útaf næstu 30 mínúturnar eftir töku töflunnar. Fæða hefur áhrif á frásog og til að tryggja nægilegt frásog eiga sjúklingar því að taka lyfið annað hvort a.m.k. 30 mínútum fyrir fyrstu máltíð eða drykk (nema vatn) dagsins eða a.m.k. 2 klst. fyrir eða eftir máltíð eða drykk aðra tíma dagsins og a.m.k. 30 mínútum áður en gengið er til náða. ***Skammtastærðir handa fullorðnum: Töflur 5 mg:*** Ráðlagður sólarhringsskammtur er ein 5 mg tafla til inntöku. ***Töflur 30 mg:*** Ráðlagður sólarhringsskammtur er ein 30 mg tafla til inntöku í 2 mánuði. **Frábendingar**: Þekkt ofnæmi fyrir rísedrónatnatríum eða einhverju hjálparefnanna. Blóðkalsíumlækkun. Meðganga og brjóstagjöf. Alvarlega skert nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun <30 ml/mín.). **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Matur, drykkir (aðrir en drykkjarvatn) og lyf sem innihalda fjölgilda katjónir (svo sem kalsíum, magnesíum, járn og ál) geta hindrað frásog lyfsins og ætti ekki að taka samhliða. **Milliverkanir við lyf og annað**: Engar formlegar rannsóknir á milliverkunum hafa verið gerðar. Hins vegar sáust engar klínískt mikilvægar milliverkanir við önnur lyf í klínískum rannsóknum. Í Optinate fasa III rannsóknum á beinþynningu var greint frá notkun asetýlsalisýlsýru hjá 33% sjúklinga eða notkun bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) hjá 45% sjúklinga. Ef þörf er á má nota rísedrónat samhliða uppbótarmeðferð með östrógeni. **Aukaverkanir**: Flestar aukaverkanir sem komu fram í klínískum rannsóknum voru vægar eða í meðallagi miklar. Yfirleitt þurfti ekki að gera hlé á meðferðinni vegna þeirra. Algengar (1-10%):**Töflur 5 mg:** Meltingartruflanir, kviðverkir, hægðatregða, niðurgangur, uppþemba, magabólga. Vöðva- og beinverkir. Höfuðverkur. Útbrot. **Lyfhrif**: Rísedrónatnatríum er pýridínýl bífosfónat sem binst hýdroxýapatíti í beinum og hindrar endurfrásog úr beinum af völdum beinæta (osteoclasts). Umsetning beina minnkar á meðan virkni beinkímfrumna (osteoblasts) og útfelling steinefna í beinum er óskert. **Lyfjahvörf:** Frásog eftir inntöku eins skammts er tiltölulega hratt (t_{max}~1 klst.) og er óháð skammtastærðum sem rannsóknin tók til (2,5 mg til 30 mg). Aðgengi eftir inntöku er að meðaltali 0,63% og minnkar ef rísedrónatnatríum er tekið með mat. Aðgengi var svipað hjá körlum og konum. Ekkert bendir til þess að rísedrónatnatríum umbrotni í líkamanum. *Þeir sem nota asetýlsalisýlsýru/bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID):* Tíðni aukaverkana frá efri hluta meltingarvegar hjá sjúklingum sem meðhöndlaðir voru með Optinate var svipaður hjá þeim sem notuðu asetýlsalisýlsýru eða NSAID reglulega (þrjá eða fleiri daga í hverri viku) og hjá þeim sjúklingum sem voru í samanburðarhópnum. **Pakkningar og hámarksverð (september 2001):** *Töflur 5 mg*: 28 stk. (þynnupakkað) kr. 5.665; 84 stk. (þynnupakkað) kr. 14.814. *Töflur 30 mg*: 28 stk. (þynnupakkað) kr. 33.078. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** E.
Umboðsaðili á Íslandi: Pharmaco hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær.
Styttur texti Sérlyfjaskrár dags. 21.08.2001.

Bráðalækningar eru sérgrein í sókn

Alþjóðleg ráðstefna um bráðalækningar haldin í Reykjavík í vor

BRÁÐALÆKNINGAR ERU UNG sérgrein innan læknisfræðinnar. Greinin á uppruna sinn í Bandaríkjunum þar sem læknar á bráðadeildum sjúkrahúsa í Virginíufylki fóru að kalla störf sín bráðalækningar fyrir um það bil þrjátíu árum. Þessi skilgreining breiddist smám saman út og er nú viðurkennd sérgrein í Bandaríkjunum.

Allt frá upphafi hefur skilgreining bráðalækninga sem fullgildrar sérgreinar mætt mótspyrnu og víða í Evrópu er hún ekki viðurkennd sem slík. Hér á landi eru bráðalækningar viðurkenndar en Ísland er eitt af sex Evrópuríkjum sem það gerir og fyrst Norðurlanda. Í júnímánuði verður Reykjavík vettvangur fjölmennrar ráðstefnu um bráðalækningar þar sem margir þekktustu sérfræðingar og brautryðjendur greinarinnar vestanhafs og austan verða meðal fyrirlesara.

Það eru Félag íslenskra bráðalækna, Landspítalinn-háskólasjúkrahús og læknadeild Háskóla Íslands sem standa að ráðstefnunni sem verður haldin í Háskólabíó dagana 9.-13. júní. Í undirbúningsnefnd eru þau Brynjólfur Mogensen, Mary Palmer og Theodór Friðriksson sem öll starfa á slysa- og bráðasviði Landspítala. Þar hitti blaðamaður Læknablaðsins Mary Palmer að máli og innti hana eftir ráðstefnunni.

Mary er bandarískur læknir sem hefur starfað hér undanfarin tvö ár. Hún hefur fylgst með þróun bráðalækninga í heimalandi sínu og starfað við greinina í þarlendum sjúkrahúsum. Hún segir að greinin hafi mætt andstöðu, ekki síst hjá öðrum læknum sem telja bráðalækna vera að seilast inn á sitt starfssvið.

„Bráðalækningar snerta margar sérfræðigreinar og tengja þær við samfélagið. Við erum ekki bara að búa um brotin bein heldur breiðum við okkur út yfir æ fleiri greinar. Við fáum líka inn á borð hjá okkur alls konar sjúkdóma, svo sem í öndunarfærum, hjarta og fleira. Við erum hér á vakt og greinum vandann þegar hann kemur upp.

Mig langaði að stuðla að viðgangi greinarinnar og sýna hvað í henni felst og lagði því til að við efndum til ráðstefnu hér á landi. Ég hef ágætis sambönd við ýmsa forystumenn bráðalækninga og tókst að fá fyrirlesara sem marga eru heimsþekktir innan greinarinnar. Það reyndist auðveldara en ég hélt því flestir voru spenntir fyrir því að koma hingað til Íslands," sagði Mary.

Fjögur meginsvið

Ráðstefnan verður með hefðbundnum hætti þar sem skiptast á fyrirlestrar og verklegar æfingar. Hún skiptist í fjögur meginþemu sem eru:

- Helstu áhættusvið sem bráðalækningar koma nærri: öndunarfæri, blóðrás, lost og eitranir.
- Algengustu viðfangsefni bráðadeilda.
- Þörfin fyrir mýkri umönnun, svo sem þegar fórnarlömb nauðgana og annars kynferðisofbeldis eiga í hlut.
- Þróun bráðalækninga og slysavarna á alþjóðavísu.

Meðal fyrirlesara er fólk frá ýmsum löndum sem mun gefa ráðstefnugestum innsýn í bráðalækningar í svo ólíkum löndum sem Skotlandi, Eistlandi, Noregi, Frakklandi og Alaska, svo dæmi séu tekin. Þá má ekki gleyma bandarískum sjálfboðaliðum sem vinna við að móta viðbrögð við hryðjuverkum þar sem beitt er lífrænum efnum („bióterrorismi") og öðrum hópi sem sérhæfir sig í tölvunotkun fyrir bráðadeildir.



Mary Palmer undir veggspjaldi ráðstefnunnar Bráðalækningar milli heimsálfa.

Varpað verður fram ýmsum spurningum um stöðu bráðalækninga, svo sem hvað læknar þurfi að hafa til einkað sér til þess að öðlast sérhæfingu í greininni. Efnt verður til pallborðsumræðna um stöðu bráðalækninga á Íslandi með þátttöku evrópskra og bandarískra sérfræðinga. Mary sagðist einmitt vera að senda þeim gögn um stöðuna hér á landi svo þeir geti lagt mat á hana.

Bráðalækningar vinsælt viðfangsefni

Heiti ráðstefnunnar er *Bráðalækningar milli heimsálfa* eða *Emergency Medicine Between Continents*. Mary sagði að þetta væri draumaráðstefnan hennar og að hún vonaðist til þess að hún leiddi til bættrar almannaheilsu. „Þessi ráðstefna höfðar til lækna úr mörgum sérgreinum og ekki síst til lækna af landsbyggðinni. Vonandi verður þátttakan góð og ef marka má aðsókn að öðrum ráðstefnum um bráðalækningar sem haldnar hafa verið að undanförnu þá verður hún góð. Ég sótti ráðstefnu á Ítalíu á síðastliðnu hausti og þar voru þátttakendur hartnær tvöfalt fleiri en upphaflega hafði verið reiknað með. Við vitum ekki hversu margir koma hingað en getum allt eins átt von á hátt í 500 manns," sagði Mary Palmer.

Nánari upplýsingar um ráðstefnuna má nálgast á heimasíðu hennar:
www2.landspitali.is/congress/emergency2002/

–ÞH

SCHERING

Yasmin®

30µg etinýlöstradíol, 3 mg dróspírenón

VELLÍÐAN
- með nýrri getnaðarvarnartöflu -



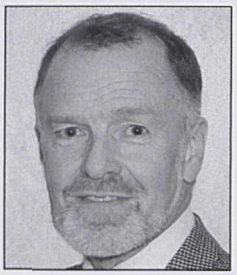
Yasmin - SCHERING
TÖFLUR, filmuhúðaðar: G 03 AA Hver tafla inniheldur: Drospirenonum INN 3 mg og Etinylestradiolum INN 30 míkróg. Lactosum.
Ábendingar: Getnaðarvörn.–**Skammtar og lyfjagjöf:** Áður en byrjað er að taka lyfið, eða notkun þess er hafin á ný, ber að skrá nákvæma sjúkrasögu konunnar (og 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 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. Apríl 2002: Yasmin: 21 stk x 3 (þynnupakkað) 3.281 kr.
Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: 0. **Nánari upplýsingar í texta Sérlyfjaskrár.**
Handhafi markaðsleyfis: Schering AG. Umboðsmaður á Íslandi: Thorarensen Lyf ehf.
Heimildir: Foidart J-M et al. Eur.J.Contracept Reprod Health Care 2000; 5:124-34
UIS 01-29

Yasmin® er einfasa, lágskammta getnaðarvarnartafla, með nýrri tegund gestagens; dróspírenón.
Dróspírenón er afleiða af 17-alfa spirólaktóni og hefur aðallega prógestógen áhrif, en einnig andmíneralkortikóið- 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 getnaðarvarnartöflu á markaðnum.

THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 · 110 Reykjavík
Sími 530 7100 · Fax 530 7101

www.femalelife.com

Meðgöngurof



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

Reynir Tómas Geirsson prófessor sendi bréf og óskaði eftir að fjallað yrði um „termination of pregnancy". Reynir gat þess í bréfi sínu að Ásmundur Brekkan prófessor emeritus hefði á síðastliðnu ári stungið upp á því að slíkt yrði nefnt „meðgöngurof", sem væri ólíkt þekkilegri nafngift en „fóstureyðing".

Enska nafnorðið **termination** getur, samkvæmt orðabók Websters, táknað *1. það að loka; þá staðreynd að einhverju sé lokið. 2. staðinn þar sem einhverju lýkur; markalínu; takmörk. 3. enda eða útlim; lokun eða niðurstöðu. 4. málefni eða niðurstöðu. 5. viðskeyti eða endingu.* Orðið er komið úr latínu þar sem **terminatio** er notað um *takmörkun* eða *afmörkun*. **Pregnancy** er *þungun* eða *barnshöfn*, samkvæmt Íðorðasafni lækna.

Íslenska nafnorðið **þungun** er, samkvæmt Orðsifjabókinni, leitt af lýsingarorðinu þungur og bent er á sögnina **að þunga**, gera konu barn, og nafnorðið **þungi**, fóstur, ófætt barn. Til gamans má einnig tilgreina tvær erlendar útskýringar á **pregnancy**. Læknisfræðiorðabók Stedmans segir svo: *ástand konu eftir getnað þar til barn hefur fæðst*, og læknisfræðiorðabók Dorlands lýsir þannig: *það ástand að bera í líkamanum fósturvísi eða fóstur sem er að þroskast, eftir sameiningu eggs og sæðisfrumu.*

Fóstureyðing

Reynir Tómas vill losna við heitið **fóstureyðing**. Íðorðasafn lækna tilgreinir það sem þýðingu á **abortus inductus** og **abortus provocatus**. Nafnorðið **abortus** eitt sér er hins vegar þýtt sem **fósturlát**. Reynir vill með þessari breytingu vafalítið milda þau óþægilegu hughrif sem annars geta komið fram þegar rætt er um „fóstureyðingu", *að binda endi á meðgöngu áður en fóstur er orðið lífvænlegt*. **Eyðing** er sterkt orð, *það að eyða einhverju, eyðilegging, útrýming*. **Fóstur** merkti upphaflega *uppeldi, uppfæðsla* eða *afkvæmi* (helst í móðurkviði), en læknisfræðilega merkingin virðist nú meira og meira vera að takmarkast við afkvæmi á fyrri hluta meðgöngu.

Um tillögu Ásmundar er ekki nema gott eitt að segja. Nafnorðið **rof** táknar *sundrun* eða *slit* og er skylt sögninni **að rjúfa** og nafnorðinu **rauf**. Sjálfur hefur undirritaður í starfi sínu oft notað heitið **framkallað fósturlát** um **abortus provocatus**.

Fósturvisnun

Reyni lá fleira á hjarta í bréfi sínu. Hann nefndi fyrst heitið **blighted ovum**, en það er ekki að finna í Íðorðasafni lækna. Hin almenna merking enska sagnorðsins **to blight** er *að valda visnun, hrörnun, niðurbroti,* eða *að eyðileggja, ónýta, rústa*. Framangreindar læknisfræðiorðabækur segja að **blighted ovum** sé frjóvgað egg sem (snemma) hafi orðið fyrir þroskastöðvun og hrörnun. Læknis- og líffræðiorðabók Wileys frá 1986 bætir því við að eiginlegt fóstur sé þá ekki til staðar. Þetta segir Reynir hafa verið – að hans undirlagi – nefnt **fósturvisnun** á Kvennadeild Landspítalans.

Dulið fósturlát

Loks nefndi Reynir heitið **missed abortion**. Læknisfræðiorðabækurnar lýsa fyrirbærinu þannig að fósturdauði hafi átt sér stað en fósturlát ekki orðið, þannig að fóstur- og fylgjuvefur sitji enn í leginu. Það nefnir Íðorðasafn lækna **eftirlegufóstur**. Á Kvennadeildinni hefur verið talað um **dulið fósturlát** og segir Reynir það virðast ætla að festast í sessi.

Reproductive health

Frá Halldóri Þorgeirssyni í Umhverfisráðuneytinu barst fyrirspurn um heitið **reproductive health**. Tilefnið var alþjóðasamningur um þrávirk efni sem haft geta áhrif á frumur og starfsemi æxlunarfæra. Fyrir lá íslenska þýðingin **æxlunarheilsa** og undirritaður bætti við **æxlunarheilbrigði**. Bent var einnig á aðrar lausnir en að þýða orð fyrir orð. Þannig mætti umorða og tilgreina að **æxlunargetu** eða **æxlunarhæfni** manna gæti stafað hætta af áhrifum efnanna á **æxlunarfrumur**, **æxlunarvef** eða **æxlunarfæri**. Hin mikla nafnorðanotkun enskunnar gerir orðrétta þýðingu oft framandlega.

Aðgerðaheiti

Bryndís Óskarsdóttir læknaritari sendi tölvupóst með fyrirspurn um heiti á tveimur aðgerðum sem nefnast **cruroplastic** og **fundoplication**. Báðar tengjast því vandamáli sem **þindarhaulun** nefnist eða **hernia diaphragmatica**. Við **cruroplastic** eru saumar settir í hægri og vinstri vöðvaleggi þindar, crura diaphragmatis (ft.), til að þrengja þindarop, en við **fundoplication** er búin til felling úr magabotni og hún saumuð umhverfis neðri enda vélinda. Þessi heiti er ekki að finna í Íðorðasafninu, en **gastroplasty** fær þar heitið *magalögun* og **gastroplication** nefnist *magafellingagerð*. Samkvæmt því má stinga upp á heitunum **þindarleggjalögun** og **magabotnsfellingagerð**. Dettur lesendum eitthvað liprara í hug?

Eintala, fleirtala

Sverrir Harðarson meinafræðingur sendi tölvupóst og sagðist alveg ósammála hugleiðingum um eintölu og fleirtölu í síðasta pistli. Hann telur fleirtöluheftina rökrétta og að „lungnasýni" sé sýni úr pari líffæra, jafnvel þó aðeins eitt sýni sé tekið. Síðan segir hann: *„Ég held að það væri mjög mikill ljóður á málinu ef læknar færu að tala um lungaæxli og nýrasteina en það væri eðlileg afleiðing ef tekið væri tillit til hugmynda ykkar Runólfs.*" Gaman væri að heyra sjónarmið fleiri lesenda.

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 fenfluramín samtímis sertralíni, vegna hugsanlegrar hættu á milliverkunum. Þar sem sertralín er bundið plasmapróteinum, skal hafa í huga möguleikann á að sertralín milliverki við önnur próteinbundin lyf (t.d. warfarín og digitoxín). Samtímis gjöf sertralíns og címetidíns getur valdið aukningu í blóðstyrk sertralíns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Dýratilraunir benda ekki til að lyfið hafi áhrif á frjósemi eða hafi fósturskemmandi áhrif, en mjög hár skammtar hafa leitt til aukinnar dánartíðni nýfæddra dýra. Engar tilraunir hafa verið gerðar á barnshafandi konum. Ber því að forðast notkun lyfsins á meðgöngu nema brýna nauðsyn beri til. Engar upplýsingar liggja fyrir um hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk, þess vegna ættu konur með barn á brjósti ekki að nota lyfið. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Lyfið getur haft áhrif á viðbragðsflýti og ber að hafa það í huga við akstur og stjórnun véla. Sjúklingar sem aka bifreiðum eða stjórna öðrum vélknúnum tækjum skal ekki gefið sertralín samtímis bensódíazepínafbrigðum eða öðrum róandi lyfjum. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkun lyfsins er ógleði, u.þ.b. 20%. **Algengar (>1%): Almennar:** Aukin svitamyndun, svimi, syfja, höfuðverkur, óróleiki, þyngdartap, lystarleysi (anorexia). **Taugakerfi:** Vöðvaskjálfti, truflun á sáðláti. **Meltingarfæri:** Ógleði, munnþurrkur, niðurgangur, meltingaróþægindi. **Sjaldgæfar (0,1-1%): Geðrænar:** Kvíði. **Mjög sjaldgæfar (< 0,1): Efnaskipti:** Lækkun natríums í sermi (hyponatremi). **Taugakerfi:** Rugl, kynlífsóþægindi hjá konum, náladofi, dofi, ofsjónir, árásarhneigð, æsingur, óróleiki. **Ofskömmtun:** Einkenni eins og lýst er varðandi aukaverkanir. **Meðhöndlun:** Einkennameðferð. **Lyfhrif:** Sertralín hindrar upptöku serótónins (5-HT) á sértækan hátt í taugum, sem leiðir til aukningar á áhrifum 5-HT. Lyfið hefur aðeins mjög væg áhrif á endurupptöku í taugar af noradrenalíni og dópamíni. Í lækningalegum skömmtum hemur sertralín endurupptöku serótónins í blóðflögum. Sertralín hefur engin örvandi, róandi eða andkólínvirk áhrif og hefur ekki eitrunaráhrif á hjarta í dýratilraunum. Í rannsóknum á sjálfboðaliðum hafði sertralín hvorki róandi áhrif né áhrif á hughreyfilegt atferli. Í samræmi við hina sértæku hömlun á 5-HT upptöku eykur sertralín ekki katekólamínvirkni. Sertralín hefur ekki sækni í múskarín (kólínvirka), serótónínvirka, dópamínvirka, adrenvirka, histamínvirka, GABA eða benzódíazepín viðtaka. Ólíkt þríhringlaga geðdeyfðarlyfjum, hefur þyngdarauknin ekki sést eftir meðferð með lyfinu. Ekki hefur komið í ljós, að sjúklingar verði líkamlega að andlega háðir lyfinu. **Lyfjahvörf:** Sertralín hefur skammtaháð lyfjahvörf á skammtabilinu 50 - 200 mg á dag. Eftir 50 - 200 mg á dag í 14 daga sést hámarksblóðþéttni hjá mönnum 4,5 - 8,4 klst. eftir gjöf. Stöðugri blóðþéttni er náð eftir daglega gjöf sertralíns í eina viku. Lyfið er nánast allt próteinbundið (um 98%). Rannsóknir á dýrum hafa sýnt að lyfið hefur mjög stórt dreifingarrúmmál. Sertralín umbrotnar mikið í fyrstu umferð í lifur. Sertralín og aðalumbrotsefni þess, N-desmetýlsertralín (sem virðist að mestu óvirkt) umbrotna að mestu leyti í líkamanum og umbrotsefnin skiljast út með saur og þvagi. Aðeins lítið magn af sertralíni skilst óbreytt út með þvagi. Helmingunartími í útskilnaðarfasa er u.þ.b. 26 klst.. Lyfjahvörf lyfsins eru eins hjá eldri og yngri sjúklingum. Inntaka sertralíns með mat hefur ekki marktæk áhrif á aðgengi lyfsins.

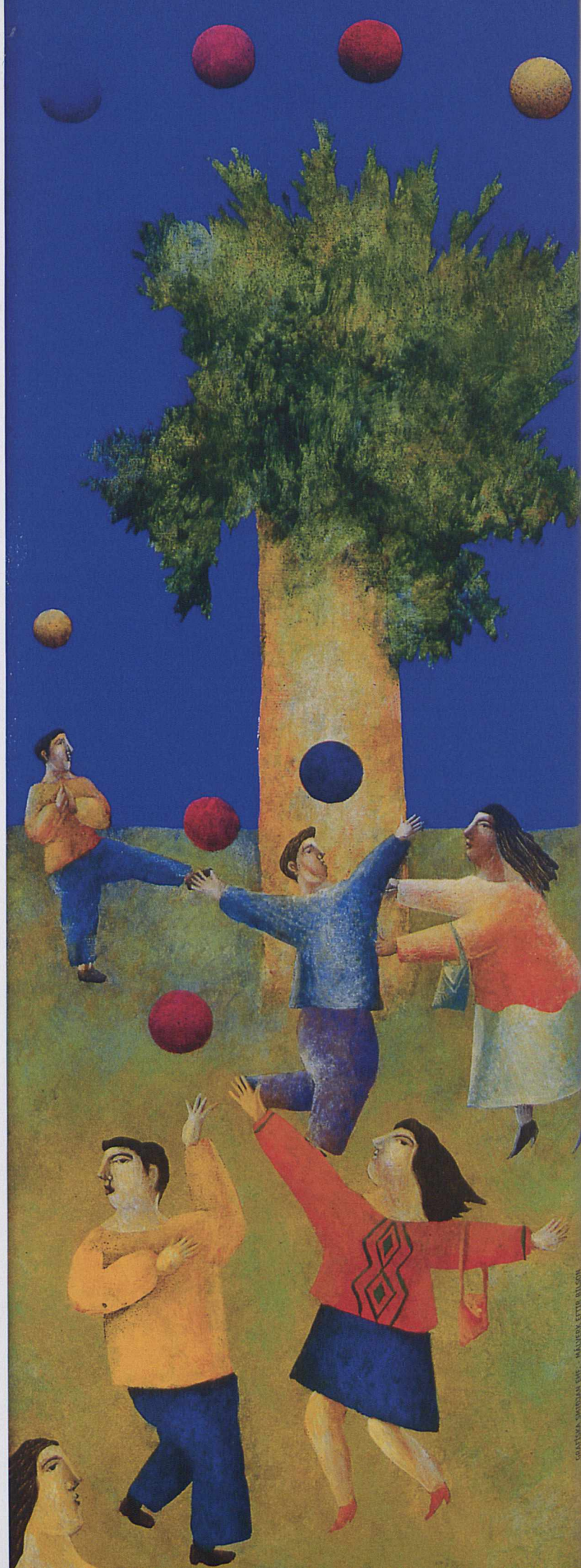
Útlit: Hvítar, filmuhúðaðar töflur, ílangar, kúptar (stærð: 10 x 5 mm), með deilistriki.

Pakkningar og verð (Lyfjaverðskrá 1. nóvember)

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

Omega Farma

www.omega.is



Faraldsfræði í dag

Fylgni



María Heimisdóttir

mariah@decode.is

HUGTAKIÐ FYLGNI (correlation) er mikið notað í faraldsfræðilegum rannsóknum. Hugtakið er í sjálfu sér einfalt og gagnlegt en er stundum ofnotað og jafn-vel misnotað.

Almennt er talað um fylgni þegar tvær eða fleiri breytur fylgjast að, þannig að ef breyta A kemur fyrir er líklegt að breyta B komi einnig fyrir. Til dæmis má segja að fylgni sé milli svarts háralitar og brúns augnlitar því almennt er líklegra eða algengara að brúnn augnlitur komi fyrir hjá svarthærðum en til dæmis blár eða grænn augnlitur. Þarna er í raun átt við tengsl (association) en ekki endilega fylgni. Að tengsl séu milli tveggja breyta vísar aðeins til þess að þær komi fyrir saman oftar en svo að tilviljun ein geti ráðið því. Slík tengsl segja ekkert um það hvers konar samband er um að ræða. Í tölfræðilegum skilningi er fylgni skilgreind á talsvert nákvæmari hátt og vísar þá til línulegs sambands milli tveggja samfelldra breyta (continuous variables), það er að segja að breyting á A hafi í för með sér ákveðna, línulega breytingu á B. Samfelldar breytur eru þær sem byggjast á mælingum á hlutfallskvarða (ratio scale). Dæmi um slíkar breytur eru til dæmis hæð, þyngd og blóðþrýstingur. Mælingar á hlutfallskvarða hafa þrjá grundvallareiginleika. Í fyrsta lagi er miðað við skilgreindan núllpunkt. Í öðru lagi eru notaðar einingar sem koma fyrir með jöfnu millibili (það er jafn mikill munur á 3 og 4 eins og á 1280 og 1281, það er ein eining). Í þriðja lagi eru hægt að skilgreina jöfn hlutföll á milli mjög misstórra eininga (3/4 er sama stærð og 750/1000). Með línulegu sambandi er átt við að skilgreind breyting á stærð einnar breytu tengist skilgreindri (en ekki endilega jafnstórri) breytingu á stærð annarrar breytu. Til að lýsa styrk slíks sambands er notaður fylgnistuðull (correlation coefficient) sem reiknaður er út frá svokölluðu fylgnilíkani (correlation model). Slíkur stuðull og þær tölfræðilegu aðferðir sem honum tengjast byggjast algerlega á því að um samfelldar breytur sé að ræða. Fylgnistuðull á því ekki við þegar um annars konar breytur er að ræða, svo sem breytur er byggjast á mælingum á kvörðum öðrum en hlutfallskvarða. Dæmi um slíkar breytur eru til dæmis hára- og augnlitur, hjúskaparstaða, menntunarstig, blóðflokkur, hvort ákveðinn sjúkdómur eða einkenni er til staðar eða ekki, og svo framvegis.

Fylgnistuðull getur verið á bilinu –1 til 1. Gildið –1 sýnir að um fullkomna neikvæða fylgni er að ræða (aukning á A hefur í för með sér línulega minnkun á B), gildið 1 endurspeglar fullkomna jákvæða fylgni (aukning á A hefur í för með sér línulega aukningu á B) og gildið 0 sýnir að ekki er fylgni milli A og B.

Rétt er að taka fram að fylgnistuðull lýsir ekki umfangi línulegrar breytingar á einni breytu með tilliti til annarrar. Ef reiknaður er til dæmis fylgnistuðull milli líkamsþyngdar og hæðar þá segir hann ekki til um hve mikillar þyngdaraukningar má að meðaltali vænta fyrir skilgreinda aukningu á hæð. Til þess eru notaðar aðrar aðferðir, til dæmis línuleg aðhvarfsgreining.

En hvaða aðferðir má þá nota til að meta tengsl breyta sem byggjast ekki á hlutfallskvarða og þar sem fylgnistuðull á því ekki við? Til eru ýmsar aðferðir til að meta slík tengsl og við val á heppilegustu nálguninni er nauðsynlegt að hafa í huga kvarðann sem breyturnar byggjast á og nákvæma skilgreiningu á rannsóknarspurningunni sem liggur fyrir. Ef við viljum vita hvort tveir rannsakendur túlka niðurstöður á sama hátt þegar þær eru lagðar fyrir þá hvorn í sínu lagi og þeir beðnir að gefa ákveðið skor, þá má reikna samræmishlutfall á milli þeirra (kappa) og jafnvel taka tillit til þess hve miklar líkur eru á að þeir gefi sama skor af tilviljun einni saman (vegið kappa). Ef kanna á hvort samhengi er milli tekna og þess að búa í ákveðnum borgarhluta má hins vegar nota kí-kvaðrat próf um sjálfstæði þessara tveggja breyta (test of independence). Slíkt próf byggir á kí-kvaðrat dreifingu og hentar því þegar um er að ræða breytur sem fylgja þeirri dreifingu.

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 einglýserið.

Ábendingar: Xenical er ætlað ásamt hitaeininga-skertu 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 klukku-stunda.
Upplýsingar um öryggi og verkun eftir 2 ára notkun eru ekki fyrirliggjandi, því ætti meðferð með orlístati ekki að vara lengur en í 2 ár.
Sérstakir sjúklingahópar: Áhrif orlístats hjá sjúklingum með lifrar- og/eða nýrnabilun, börnum og öldruðum sjúklingum hafa ekki verið rannsökuð.
Börn: Orlístat er ekki ætlað til notkunar handa börnum.

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

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

Milliverkanir: Samtímis gjöf orlístats og fíbrata, akarbósa 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 forðalyf, eða alkóhól hafa komið fram.
Vítamín og betakarótín: Taka þarf tillit til minnkunar á frásogi D- og E-vítamíns og betakarótíns (sjá kafla um Varnaðarorð og varúðarreglur).
Ciclospórín: Vart hefur orðið við minnkun í þéttni 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), fitugar/seigfljótandi hægðir (20% sjúklinga), þunnfljótandi hægðir (12% sjúklinga), aukin hægðalosun (11% sjúklinga) og vangeta við stjórn á hægðum (8% sjúklinga).
Tíðni aukaverkana minnkaði með langtímanotkun orlístats.
Algengar > 1%: Meltingarfæri: Kviðverkir/-óþægindi, vindgangur, þunnfljótandi hægðir, linar hægðir, verkir/óþægindi í endaþarmi, tannkvillar og tannholdskvillar. *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 transamínasa og alkalínfosfatasa í lifur.

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

Pakkningar og hámarksverð í smásölu frá 1.2. 2002:
Hylki 120 mg: 42 stk. (þynnupakkað): 6.521 kr.; 84 stk. (þynnupakkað): 11.964 kr.

Greiðsluflyrirkomulag: 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 Conduttation on Obesity (Geneva, 3-5 June, 1997). Geneva: WHO.

Lyfjamál 103

Lyfjaupplýsingar og gagnreynd læknisfræði (evidence based medicine)

Sigurður Helgason

UNDANFARIÐ HEFUR MIKIÐ verið rætt og ritað um gagnsemi gagnreyndrar læknisfræði í klínískri vinnu. Margar góðar uppsprettur slíkra upplýsinga eru aðgengilegar en hugsanlega vannýttar. Þetta á ekki síst við þegar kemur að mati á kostum og göllum ákveðinnar lyfjameðferðar. Í vísindagreinum eru upplýsingar oftar en ekki settar fram þannig að nokkuð þarf að leika sér með tölur áður en hægt er að fá fram beina minnkun áhættu með meðferð. Það að lesa úr rannsóknarniðurstöðum er nokkuð sem allir læknar munu vonandi halda áfram að gera en á hinn bóginn virðist sá geiri vísindaupplýsinga sem tekur fyrir kerfisbundið mat á mörgum rannsóknum um ákveðið efni vera óaðgengilegri. Undirstaða vinnu af þessu tagi eru í mörgum tilvikum kerfisbundin yfirlit unnin af Cochrane samtökunum víða um heim: *hiru.mcmaster.ca/cochrane/default.html*

Hér að neðan er bent á nokkur lyfjablöð sem öll eiga það sameiginlegt að nota gagnreynda læknisfræði í anda Cochrane samtakanna þegar hennar nýtur við og vera aðgengileg án endurgjalds á netinu (að undanskildu Prescrire International).

Lyfjablöð

Frá Bretlandi

- MeReC bulletins og MeReC extra geyma vandaðar upplýsingar um ákveðna sjúkdóma eða lyfjaflokka. Bæði þessi hefti má nálgast í gegnum heimasíðu MeReC: *www.npc.co.uk/merec.htm*
- Aðrar útgáfur frá „National Prescribing Centre“ má finna á: *www.npc.co.uk/npc_pubs.htm*
- British National Formulary: *bnf.org/*
- British Medical Journal: *bmj.com/* hefur undanfarin ár tileinkað gagnreyndri læknisfræði æ stærri hlut í blaðinu. Þar sem helst ber að leita er undir „clinical review“. Á heimasíðunni er einnig að finna lista yfir „evidence based products“ á þeirra vegum: *www.bmjpg.com/template.cfm?name=bmjprod_ebp*

Frá Kanada

Therapeutic Letter kemur út annan hvern mánuð og er gefið út af „Therapeutics Initiative. Evidence based drug therapy“ á vegum háskólans í British Columbia í Vancouver, Kanada: *www.ti.ubc.ca/* eða: *www.ti.ubc.ca/pages/letter.html*

Frá Danmörku

Á vegum „Institut for Rationel Farmakoterapi“ er gefið út mánaðarblaðið „Rationel Farmakoterapi“ sem tekur fyrir á hnitmiðaðan og vandaðan hátt ákveðinn lyfjaflokk, lyf eða ástand. Sjá heimasíðu blaðsins: *www.irf.dk/oversigt-bladet.htm* eða stofnunarinnar: *www.irf.dk/*

Frá Frakklandi

Þar er Prescrire International sem er stytt útgáfa á ensku af frönsku útgáfunni „Prescrire La revue“ en heimasíða þeirra er *www.esculape.com/prescrire/*

Við almenna heimildaleit að efni sem byggist á gagnreyndri læknisfræði er bent á að í OVID eru nú þegar þó nokkrir möguleikar til þess að leita aðeins í slíku efni (evidence based medicine). Inn á OVID er auðvelt að fara af heimasíðu *www.hvar.is*. Það er einnig fyrst og fremst í gegnum OVID-aðgang sem flest okkar geta nálgast margt það efni sem í boði er í fullri lengd. Þetta á meðal annars við um kerfisbundin yfirlit frá Cochrane samtökunum og Clinical Evidence.

Einn besti staðurinn til að finna efni í þessum dúr er þó *www.tripdatabase.com* sem er mjög hentugur byrjunarreitur.

Alþjóðleg samtök um mat á heilbrigðistækni („International Network of Agencies for Health Technology Assessment“) hafa heimasíðuna: *www.inahta.org/* Þessi staður er tekinn með þótt hér megi finna mikinn fróðleik um fleira en lyf því upplýsingar þessar eru í mörgum tilvikum birtar í skýrslum sem flestum læknum eru lítt kunnar.

Á heimasíðu þeirra má leita að einstaka skýrslum en einnig er góður leitarmöguleiki í gagnagrunni þessum hjá „NHS Centre for Reviews and Dissemination“ á: *www.york.ac.uk/inst/crd/*

„Netting the evidence“ er eitt af mörgum tenglasöfnum um þessi mál og nægilegt til að drekkja flestum í fræðsluefni: *www.nettingtheevidence.org.uk/*

Höfundur starfar að gerð klínískra leiðbeininga hjá Landlæknisembættinu.

Turbuhaler® kemur astmalyfinu **lengst niður** í lungun!

Skilvirk dreifing
Turbuhaler® skilar meira magni af fínkorna ögnum til lungnanna við innöndun en Diskus.[1] Það er engin tilviljun að Turbuhaler® er mest selda úðatæki í heimi.[2]

Auðvelt að soga
Það er barnaleikur að nota Turbuhaler®. Ekki þarf nema innöndun sem svarar 30 l/min. til að fá góð klínísk áhrif af astmalyfinu.[3,4,5,6]

Lausn í andnauð
Öflugt innstreymi með Turbuhaler® kemur sér vel fyrir fólk í bráðri andnauð.[3,7]

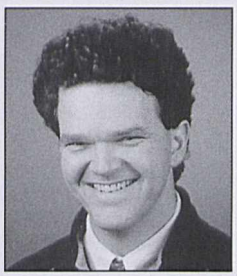


AstraZeneca
annt um líf og líðan

EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ507-02

Heimildir: 1) Malmqvist-Granlund K, Asking L, Lindblad T, Roollwage U, Steckel H. An in vitro comparison of budesonide/formoterol and fluticasone/salmeterol in dry powder inhalers. Eur Respir J 2000; 16 (Suppl 31): 455s + poster. 2) IMS Health 2000 - MAT Q3/00. 3) Brown P et al. Peak inspiratory flow through Turbuhaler in acute asthma. Eur Respir J 1995;8; 1940-1941. 4) Nana A et al. ß-Agonists administered by dry powder inhaler can be used in acute astma. Respir med 1998;92; 167-172. 5) Ståhl E et al. Dose Response to inhaled terbutaline powder and peak inspiratory flow through Turbuhaler in children with mild to moderate asthma. Pediatr. Pulmonol 1996;22;106-110. 6) Pedersen S et al. Influence of inspiratory flow rate upon the effect of Turbuhaler®. Arch Dis Child 1990; 65:308-310. 7) Respiratory Drug Delivery VI, 1998-Johnson; 61-70.

Banani, baun og kubbur



Bjarni Jónasson

bjarni.jonasson@gb.hgst.is

Í ljósum logum

Sjúklingurinn vaknaði eftir aðgerð í herbergi þar sem öll gluggatjöld voru dregin fyrir.

„Af hverju er dregið fyrir?“ spurði sjúklingurinn lækninn sem var að athuga blóðþrýstinginn.

„Það er hús hinum megin við götuna sem stendur í ljósum logum og við vildum ekki að þú héldir þegar þú vaknaðir að aðgerðin hefði mistekist.“

Fæðing í sveitinni

Gamli héraðslæknirinn var kallaður á bæ lengst inni í afdal til að taka á móti barni. Bærinn var svo afskekktur að rafmagn var ekki að finna á næstu grösum.

Þegar læknirinn kom á staðinn var enginn heima nema konan sem var í barnsnauð og fimm ára sonur hennar. Læknirinn bað drenginn um að halda olíulampanum þannig að hann gæti séð betur þegar hann tæki á móti. Sonurinn gerði eins og honum var sagt og eftir skamma stund fæddist pattaralegur strákur. Læknirinn lyfti honum upp á fótunum og danglaði í afturendann til að fá þann nýfædda til að anda.

„Blessaður rassskelltu hann aftur,“ sagði strákurinn með lampann. „Hann hefði ekki átt að vera að skríða þarna inn hvort eð var.“

Kitlar í tunguna

Sjúklingurinn: „Hvað heldurðu að geti verið að mér, læknir? Mig kitlar svo í tunguna þegar hún kemur við brotna valhnetu sem er vafin inn í álpappír.“

Læknirinn: „Þú hefur allt of mikinn frítíma.“

Banani og baun

Maður á miðjum aldri skundaði inn á stofuna til læknisins með banana í öðru eyra og baun í annarri nösinni. Læknirinn horfði á manninn og spurði hvað mætti gera fyrir hann.

„Læknir, mér hefur ekki liðið vel upp á síðkastið.“

„Ja, ég fæ ekki betur séð en að þú borðir vitlaust,“ sagði læknirinn.

Legókubburinn

Pabbinn kom með son sinn til læknisins af því að sá stutti hafði troðið legókubb af stærri gerðinni upp í nösina á sér. Allan tímann sem læknirinn var að bjástra við að ná kubbnum út tautaði pabbinn í sífellu: „Ég botna ekkert í því hvernig drengurinn fór að þessu.“ Loks tókst lækninum að ná kubbnum út og feðgarnir héldu heim.

Nokkrum klukkustundum síðar kom faðirinn með sama kubbinn í nösinni á sér.

„Nú veit ég hvernig drengnum tókst þetta.“

Heilbrigðara líf

„Þú verður strax að hætta að reykja, drekka áfengi og borða feitan mat,“ sagði læknirinn alvöruþrunginn.

„Mun ég þá lifa lengur?“ spurði Jón sem var gulur á puttunum, hóstandi, þunnur og alltof feitur.

„Það hef ég ekki hugmynd um,“ sagði læknirinn, „en þú deyrð þá alla vega hraustari og frískari.“

Á fæðingardeildinni

Tveir kettir sátu fyrir utan glugga á fæðingardeildinni og horfðu á hjúkrunarfræðinginn ganga á milli hvítvoðunganna og láta vel að þeim. Þá mjálmaði annar kötturinn í eyra hins: „Hugsaðu þér, ef hún fengi nú að halda þeim öllum.“

Útbrunavörn

Læknarnir Lárus og Loftur tóku tal saman. Loftur var mjög þreytulegur og undraðist hve Lárus væri vel á sig kominn.

„Hvernig ferðu að því að líta svona vel út? Þú ert með jafnmarga sjúklinga og ég á degi hverjum og ekki er praxísinn þinn neitt léttari en minn nema síður sé. Tekur ekkert á þig að hlusta á kvartanir sjúklinganna daginn út og inn?“

„Loftur minn, hver segir að ég hlusti?“ sagði Lárus.

Í háloftunum

Lögfræðingur sat í miðsæti í flugvél og læknir sat við hliðina á honum við ganginn. Læknirinn kom sér þægilega fyrir, hallaði sætinu aftur og fór úr skónum. „Mikið lifandis ósköp langar mig í kók,“ sagði lögfræðingurinn. „Hvar er svo flugfreyjan þegar maður þarf á henni að halda?“

„Það er ekki málið,“ sagði læknirinn, „mér væri sönn ánægja að ná í kók fyrir þig.“

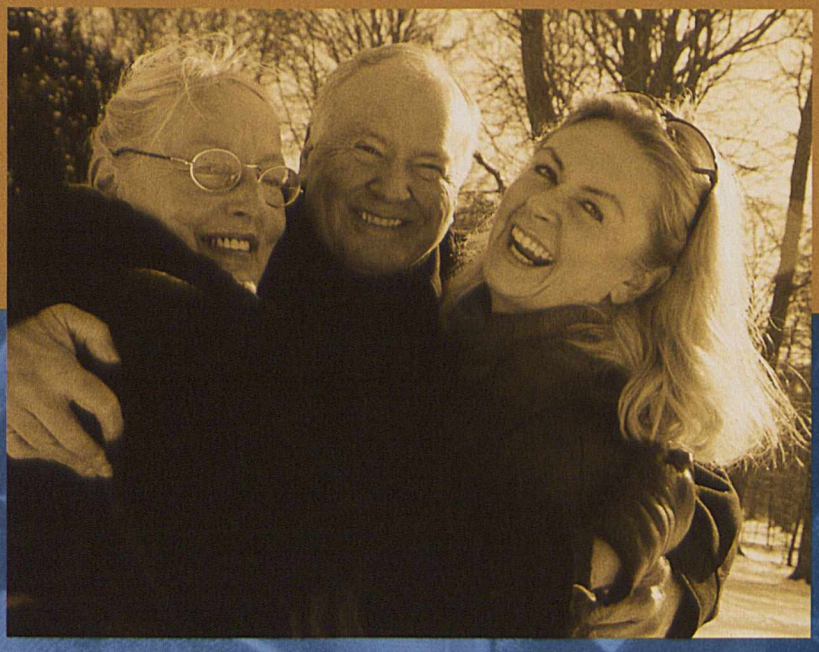
Á meðan læknirinn var í burtu tók lögfræðingurinn fram skóna hans og hrækti í þá. Sá fyrrnefndi kom svo til baka, rétti lögfræðingnum kókflöskuna og kom sér síðan vel fyrir á nýjan leik.

Þegar vélin var að lenda smeygði læknirinn sér í skóna og fann strax hvað hafði gerst.

„Á þessi rígur og rembingur milli starfsstétta okkar engan endi að taka?“ spurði læknirinn sessunaut sinn, „eins og að skyrpa í skó og pissa í kókflösku?“

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]

MERCK SHARP & DOHME

Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík

COZAAR - MSD, 930306; 970239
Töflur; C 09 AC 01
VIRKT INNIHALDSEFNI: Losartanum kaliumsalt 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.** International Medical Statistics (IMS) december 2000. **13.** Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir COZAAR® Comp.

Námskeið um starfsframa og lýðheilsu

ENDURMENNTUNARSTOFNUN Háskóla Íslands efnir til tveggja námskeiða í apríl sem ættu að höfða til lækna enda haldin í samvinnu við samtök sem standa læknum nærri.

Fyrra námskeiðið verður dagana 23. og 24. apríl og ber heitið *Heilsa og starfsframi – áhrif álags í starfi og kynbundnir erfiðleikar.*

Þetta námskeið er haldið í samvinnu við Félag kvenna í læknastétt á Íslandi. Fjallað verður um heilsu og álag í starfi með skírskotun til kynbundinna erfiðleika. Skoðaður verður framgangur kvenna í starfi, menntun og starfsvali og velt upp spurningunni hvort fjölskyldumál og skortur á fyrirmyndum dragi úr möguleikum kvenna til metorða. Einnig verður leitað svara við þessum spurningum: Fá stúlkur sömu hvatningu og drengir að vera ákveðnar, metnaðargjarnar og kappsamar? Er mismunandi uppeldi og kröfur til drengja og stúlkna stúlkunum fjötur um fót? Hvernig bregðast konur og karlar við álagi, áreitni í starfi og námi?

Umsjón með námskeiðinu hafa Halldóra Ólafsdóttir, Helga Hannesdóttir og Sigurlaug M. Karlsdóttir geðlæknar á LSH en aðalfyrirlesarar eru Carole C. Nadelson og Donna E. Stewart. Nadelson er prófessor í geðlækningum við Harvard Medical School í Boston og hefur stundað rannsóknir á heilsufari kvenna. Hún varð fyrst kvenna formaður bandarísku geðlæknasamtakanna og stýrir útgáfufyrirtækinu Psychiatric Press. Stewart er prófesssor í fjölskyldu- og samfélagslækningum við Háskólann í Toronto og við General sjúkrahúsið í Toronto, Kanada. Hún hefur stundað rannsóknir á heilsu lækna í Kanada.

Síðara námskeiðið er í samvinnu Félag um lýðheilsu og fjallar um *lýðheilsu og heilsueflingu.* Námskeiðið stendur dagana 25. og 26. apríl og tveir þekktir breskir sérfræðingar verða meðal fyrirlesara.

Á námskeiðinu verður fjallað um undirbúning og framkvæmd verkefna á sviði lýðheilsu í ljósi þróunar undanfarinna áratuga. Jafnframt verður fjallað um vísindavinnu og útgáfu fræðilegra greina um sama efni.

Þrír fyrirlesarar verða á námskeiðinu: dr. Geir Gunnlaugsson yfirlæknir Miðstöðvar heilsuverndar barna við heilsugæsluna í Reykjavík en hann er formaður Félags um lýðheilsu og tveir Bretar, dr. Gordon MacDonald yfirmaður lýðheilsu og heilsugæslu við Háskólann í Glamorgan, School of Care Science í Wales og dr. Diane Watkins yfirmaður heilsugæslu og heilsueflingar við University of Wales, College of Medicine, School of Nursing.

Öll hafa þau mikla reynslu af störfum á sviði lýðheilsu og heilsuvernd og hafa sinnt kennslu og rannsóknum. Gordon MacDonald er svæðisritstjóri vísindaritsins Health Promotion International og í ritstjórn fleiri tímarita, hann hefur gefið út bækur og verið ráðgjafi hjá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni, Alþjóðabankanum og framkvæmdastjórn Evrópusambandsins.

Kennslan á námskeiðinu verður í formi fyrirlestra og vinnusmiðja og fer fram á ensku.

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, xinafóat 72,5 míkróg samsvarandi Salmeterolum INN 50 míkróg og Fluticasonum INN, própíónat 100 míkróg, 250 míkróg eða 500 míkróg. **Ábendingar:** Seretide er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, þ.m.t. astma hjá börnum og fullorðnum, þar sem samsett meðferð (berkjuvíkkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við s.s.: Hjá sjúklingum sem svara viðhaldsmeðferð með langvirkandi berkjuvíkkandi lyfjum og barksterum til innöndunar. Hjá sjúklingum sem hafa einkenni þrátt fyrir að nota barkstera til innöndunar. Hjá sjúklingum á berkjuvíkkandi meðferð, sem þurfa barkstera til innöndunar. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar um munn. *Ráðlagðir skammtar fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára:* Einn skammtur (50 míkróg+100 míkróg, 50 míkróg+250 míkróg eða 50 míkróg+500 míkróg) tvisvar á dag. *Sérstakir sjúklingahópar:* Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum eða sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. *Skammtastærðir handa börnum 4 ára og eldri:* Einn skammtur (50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasónpróþíónat) tvisvar á dag. Ekki eru til upplýsingar um notkun lyfsins hjá börnum yngri en 4 ára. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi gegn einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Meðferð á teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, ætti venjulega að fylgja áfangaáætlun og svörun sjúklings ætti að meta út frá klínískum einkennum og lungnaprófum. Lyfið er ekki ætlað til meðhöndlunar á bráðum einkennum. Í slíkum tilfellum ætti að nota stuttverkandi berkjuvíkkandi lyf (t.d. salbútamól) sem sjúklingar ættu ávallt að hafa við höndina. **Milliverkanir:** Jafnvel þótt lítið finnist af lyfinu í blóði er ekki hægt að útiloka milliverkanir við önnur efni sem bindast CYP 3A4. Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra betablokka hjá sjúklingum með teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, nema að þörfin fyrir þá sé mjög brýn. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun lyfja hjá þunguðum konum og hjá konum með barn á brjósti ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur hagur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur eða barn. Það er takmörkuð reynsla af notkun á salmeterólxínafóati og flútíkasónpróþíónati á meðgöngu og við brjóstagjöf hjá konum. Við notkun hjá þunguðum konum skal ávallt nota minnsta virka skammt. **Aukaverkanir:** Þar sem lyfið inniheldur salmeteról og flútíkasónpróþíónat má búast við aukaverkunum af sömu gerð og vægi og af hvoru lyfinu fyrir sig. Ekki eru nein tilfelli frekari aukaverkana þegar lyfin eru gefin samtímis. Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot sáust hjá 1-2% sjúklinga við klínískar rannsóknir. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasón- própíónats: *Salmeteról:* Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkjur. *Stoðkerfi:* Skjálfti, vöðvakrampi. Sjaldgæfar(<0,1%): *Almennar:* Ofnæmisviðbrögð, þ.m.t., bjúgur og ofsabjúgur (angioedema). *Hjarta-og æðakerfi:* Hjartsláttaróregla t.d. gáttatif (atrial fibrillation), gáttahraðtaktur og aukaslög. *Húð:* Ofsakláði, útbrot. *Efnaskifti:* Kalíumskortur í blóði. *Stoðkerfi:* Liðverkjir, vöðvaþrautir. *Flútíkasónpróþíónat*: Algengar(>1%): *Almennar:* Hæsi og sveppasýking í munni og hálsi. **Sjaldgæfar(<0,1%):** *Húð:* Ofnæmisviðbrögðum í húð. *Öndunarvegur:* Berkjukrampi. Hægt er að minnka líkurnar á hæsi og sveppasýkingum með því að skola munninn með vatni eftir notkun lyfsins. Einkenni sveppasýkingar er hægt að meðhöndla með staðbundinni sveppalyfjameðferð samtímis notkun innöndunarlyfsins. Eins og hjá öðrum innöndunarlyfjum getur óvæntur berkjusamdráttur átt sér stað með skyndilega auknu surgi eftir innöndun lyfsins. Þetta þarf að meðhöndla strax með skjót- og stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfi til innöndunar. Hætta verður notkun strax, ástand sjúklings skal metið og hefja aðra meðferð, ef þörf krefur. **Pakkningar og verð:** Diskus - tæki. Innúðaduft 50 míkróg + 100 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 250 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 500 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Seretide 50/100: 6.008 krónur, Seretide 50/250: 7.532 krónur, Seretide 50/500: 10.045 krónur. 01.01.02.

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



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.



XV. þing Félags íslenskra lyflækna

Ísafirði 7.-9. júní

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

Frjáls erindaflutningur verður í minna mæli en verið hefur og stærri hluti vísindarannsókna 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 rann út **1. apríl**.

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.

Staðfesting
Þátttakendur munu fá staðfestingu á því að ágrip hafi verið samþykkt og tímasetningu á kynningu.

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

Veggspjöld
Stærð veggspjalda er 90x120 cm. Höfundar komi með veggspjöld tilbúin til uppsetningar.

Skráning
Þátttakendur eru hvattir til að skrá sig tímanlega, einkum með tilliti til tryggrar gistingar. Framkvæmdastjóri tekur við skráningu, sjá neðst á síðunni.

Þingsetning og þinggögn
Þingið verður sett föstudaginn 7. júní kl. 13.20 og því lýkur sunnudaginn 9. júní kl. 12.30. Afhending þinggagna og greiðsla þátttökugjalda hefst kl. 12.30 á föstudegi.

Þátttökugjald
Þátttökugjald er kr. 11.000, kr. 7.500 fyrir unglækna, læknanemar greiða ekkert. Þátttökugjald greiðist við skráningu á þingstað. Ekki er tekið við greiðslukortum, en hraðbankar eru á staðnum.

Hádegis- og kvöldverðir
Boðið er í léttan hádegisverð á laugardag og til kvöldverðar bæði föstudags- og laugardagskvöld.

Gisting og verð, ein nótt

Staður	Eins manns	Tveggja manna
Hótel Ísafjörður, með baðherbergi	kr. 9.500	kr. 11.500
Sumarhótelið, sameiginleg baðherbergi	5.100	7.300
Gamla gistihúsið, sameiginlegt bað	3.200	6.400
Gistiheimili Áslaugar, sameiginlegt bað	5.100	7.300
Einbýlishús í Súðavík, sameiginlegt bað	4.400	6.200

Morgunverður er innifalinn nema í Súðavík. Þangað er um 15 mínútna akstur. Fyrir fjölskyldur verður að öllum líkindum hægt að fá betra verðtilboð í gistingu í Súðavík.

Pöntun á gistingu
Framkvæmdastjóri tekur við pöntunum á gistingu **frá og með 8. apríl**. Pöntun er bindandi. Nauðsynlegt er að panta gistingu sem fyrst þar sem ekki verður hægt að tryggja gistingu ef pantað er eftir 20. maí.

Flug
Flogið er með Flugfélagi Íslands, frá Reykjavík (aukavél) vestur kl. 10:30 á föstudagsmorgni (að auki er áætlun um morgun og kvöld) og suður kl. 13.35 á sunnudegi. Verð kr. 13.830 fram og til baka. Sama verð frá Akureyri fram og til baka. Flugfar pantar hver fyrir sig hjá Vesturferðum, sími: 456 5111, netfang: *vesturferdir@vesturferdir.is* Taka skal fram að um sé að ræða þátttakendur á þing Félags íslenskra lyflækna.

Framkvæmdastjóri
Birna Þórðardóttir framkvæmdastjóri þingsins veitir nánari upplýsingar og tekur við pöntunum á gistingu. Símar: 862 8031/ 552 1570, netfang: *birna@birna.is*

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:** Lyfjaerfðarannsóknir (pharmacogenomics)
Hákon Hákonarson læknir
17.00-18.30 **Frjáls erindi**
17.00-18.30 **Klínískar perlur – *valin sjúkratilfelli***
Fundarstjóri: **Sigurður Guðmundsson** landlæknir

19.30 Leiðsögn um Sjóminjasafnið í Neðstakaupstað
Grillveisla í boði Thorarensen Lyf ehf.

Laugardagur 8. júní

09.00-10.30 **Málþing: Staða almennra lyflækninga á Íslandi**
Fundarstjóri: **Runólfur Pálsson** læknir
Almennar lyflækningar á Íslandi árið 2002
Sigurður Guðmundsson landlæknir
Hlutverk almennra lyflækninga í frumþjónustu og á sjúkrahúsi
Ófeigur T. Þorgeirsson læknir
Stefnumörkun fyrir almennar lyflækningar
Ari J. Jóhannesson læknir

10.30-11.00 Kaffi & lyfjasýning

11.00-12.00 **Veggspjaldakynning**, höfundar viðstaddir

12.00-12.30 Léttur hádegisverður í Íþróttahúsinu í boði Eli Lilly, útibús á Íslandi

13.00 Skemmtiferð fyrir gesti þátttakenda í boði Farmasíu hf.

12.30-14.00 **Málþing í minningu Ásbjörns Sigfússonar læknis: Nýlegar uppgötvanir í klínískri ónæmisfræði**
Fundarstjóri: **Sigurður B. Þorsteinsson** læknir
Aging of the immune system, the role of senescence in autoimmune diseases
Jorg J. Goronzy MD, Mayo Clinic, Rochester
Inflammation and immunopathways in acute coronary syndromes
Cornelia M. Weyand MD, Mayo Clinic, Rochester
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**
Ari J. Jóhannesson læknir
17.10-18.00 **Gestafyrirlestur:** Update on the management of gastroesophageal reflux disease
Peter J. Kahrilas MD, Northwestern University, Chicago

19.00 Kvöldverður og dansleikur í boði Delta hf.

Sunnudagur 9. júní

10.00-11.00 **Veggspjaldakynning**, umræða um valin veggspjöld
11.00-12.30 **Málþing: Náttúrulyf og fæðubótarefni. Er gagn að þessu?**
Fundarstjóri: **Arnór Víkingsson** læknir
Klínískar rannsóknir á náttúrulyfjum. Alþjóðleg þróun og notkun náttúrulyfja á Íslandi
Kristín Ingólfsdóttir lyfjafræðingur
Gagn og skaðsemi náttúrulyfja og fæðubótarefna. Hvað þurfa læknar að vita?
Magnús Jóhannsson læknir

12.30 **Afhending verðlauna**
Þingslit

Norræna taugalækna-þingið

29. maí til 1. júní í Reykjavík

Norrænt þing taugalækna er haldið annað hvert ár á einhverju Norðurlandanna og nú í annað sinn með þátttöku taugahjúkrunarfræðinga. Þingið var síðast haldið á Íslandi árið 1990 og nú er röðin aftur komin að okkur. Ráðstefnan verður í Háskólabíói og er dagskráin fjölbreytt.

Fjallað verður um helstu viðfangsefni taugalækninga með áherslu á MS, slag (heilaslag), lífsgæði sjúklinga með taugasjúkdóma auk umræðna um framtíð taugalækninga- og hjúkrunar á Norðurlöndum.

Meðal fyrirlesara má nefna Guðmund Georgsson, Guðmund Þorgeirsson, Hannes Blöndal, Ian McDonald, Jes Olesen, John Benedikz, Jón Snædal, Judi Johnson, Marit Kirkevold og Vladimir Hachinski.

Nánari upplýsingar um þingið er að finna á heimasíðunni *www.neurocongress.hi.is* eða hjá Congress Reykjavík, *www.congress@congress.is*, sími 585 3900.

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.

Vísindasjóður Félags íslenskra heimilislækna

Umsóknir um vísindastyrki fyrir vorúthlutun 2002 þurfa að berast sjóðnum fyrir 10. maí og á að stíla á undirritaðan. Umsóknum ber að skila á þar til gerðum eyðublöðum ásamt rannsóknar- og fjárhagsáætlunum. Hægt er að sækja eyðublöðin og sjá lög Vísindasjóðsins á heimasíðu FÍH: *www.heimilislaeknar.is*

Fyrir hönd stjórnar Vísindasjóðs FÍH
Þórir B. Kolbeinsson formaður
Þrúðvangi 22, 850 Hellu, *thorbk@vortex.is*

Ráðstefna SKÍ

Krabbameinsrannsóknir á Íslandi

Samtök um krabbameinsrannsóknir á Íslandi (SKÍ) í samvinnu við fræðslunefnd læknaráðs LSH boða til ráðstefnu í sal Krabbameinsfélagsins að Skógarhlíð 8, 4. hæð, dagana 7.-8. maí, kl. 13:30-18:00.

Efni ráðstefnunnar er tvíþætt: krabbameinsrannsóknir og persónuvernd. Framsöguerindi halda prófessor Julian Peto, faraldsfræðingur við Institute of Cancer Research, Sutton Surrey, dr. Haraldur Briem frá Persónuvernd, dr. Kristleifur Kristjánsson frá Íslenski erfðagreiningu og dr. Nick Short frá Urði Verðandi Skuld. Auk þess verður kynnt innsent efni með erindum og veggspjöldum.

Ráðstefnan er opin öllum áhugamönnum um krabbameinsrannsóknir.

Þátttökutilkynningar þurfa að berast fyrir 8. apríl næstkomandi.

Ágrip erinda og veggspjalda óskast send til Samtaka um krabbameinsrannsóknir á Íslandi (SKÍ), c/o *sirryv@mmedia.is* eða *laufeyt@krabb.is*

Námskeið í stoðkerfisfræði að Reykjalundi dagana 31. maí til 2. júní

ÚTLIMIR (Olnbogi, framhandleggur og hönd. Hné, fótleggur og fótur)

Fjórða og síðasta námskeiðið í stoðkerfisfræði verður haldið að Reykjalundi 31. maí-2. júní næstkomandi. Aðalkennari verður sem fyrr Bernt Ersson læknir frá Gävle. Farið verður í lífeðlisfræði og bíomekanik, en aðaláhersla lögð á meðferð. Megináhersla er á neðri útlimi, einkum fætur, hreyfimynstur og göngugreiningu (gönganalys). Þá verður þriðja deginum sérstaklega varið í að skoða vandamál sem ef til vill er hægt að lagfæra með réttum (ekki sérsmíðuðum!) skóbúnaði. Einnig verður fjallað um prófun og val á skóm.

Námskeiðið er ætlað læknum og sjúkraþjálfurum en sem fyrr verður fjöldi þátttakenda takmarkaður.

Upplýsingar og skráning á námskeiðið er hjá Magnúsi Ólasyni lækni á Reykjalundi, s. 566 6200, *magnuso@reykjalundur.is* og Óskari Reykdalssyni lækni á Heilbrigðisstofnun Suðurlands á Selfossi, s. 482 1300.

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*

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

MERCK SHARP & DOHME

Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík

Sjúkrahúsið og heilsugæslustöðin á Akranesi

Sérfræðingur

Staða sérfræðings í bæklunarlækningum er laus til umsóknar. Starfsvið og stöðuhlutfall samkvæmt nánara samkomulagi. Staðan verður veitt frá 1. júní næstkomandi.

Nánari upplýsingar veita Magnús E. Kolbeinsson yfirlæknir handlækningadeildar og Þórir Bergmundsson lækningaforstjóri í síma 430 6000.

Frekari upplýsingar um sjúkrahúsið má finna á *www.sha.is*

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

LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

Deildarlæknar

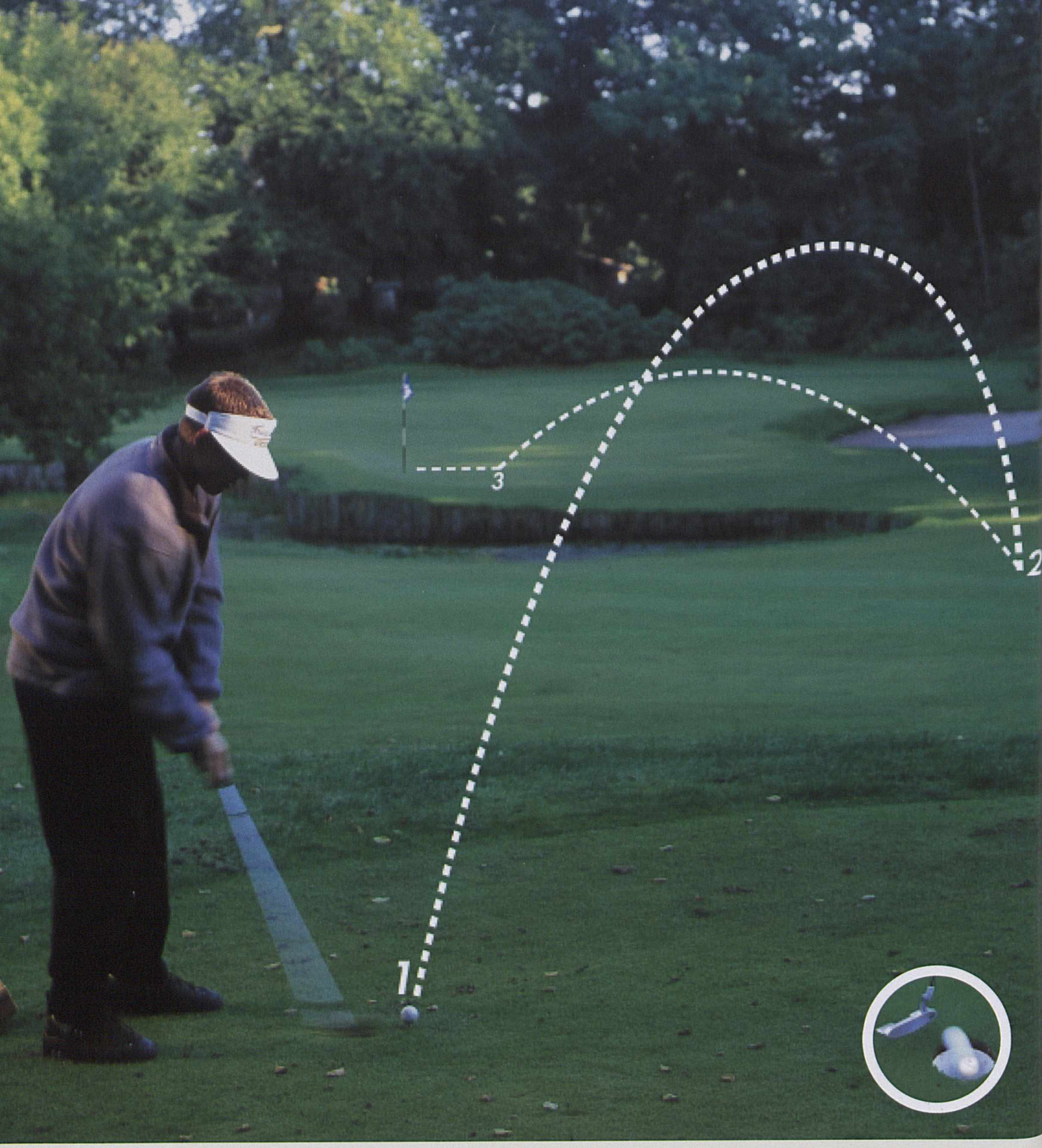
Sérstök rannsóknarstaða deildarlæknis við öldrunarþjónustu er laus til umsóknar frá og með 1. júní 2002 eða eftir samkomulagi. Staðan er 50% rannsóknarstaða og 50% klínísk staða. Daglegt starf og vaktir eru á Landakoti. Rannsóknarverkefni er á sviði heilabilunar og tengist fyrirhugaðri samræmdri rannsóknarþjálfun í öldrunarlækningum á Norðurlöndum. Staðan er kjörin til sérnáms í öldrunarlækningum en gefur ýmsa aðra möguleika. Æskilegur ráðningartími er tvö ár. Jafnframt er laus til umsóknar hefðbundin klínísk deildarlæknisstaða sem gefur þjálfunarmöguleika á öllum helstu þáttum öldrunarlækninga. Æskilegur ráðningartími er eitt ár en önnur tímalengd kemur til greina.

Upplýsingar veitir Pálmi V. Jónsson, sviðsstjóri lækninga á öldrunarsviði, í síma 525 1889, *palmivj@landspitali.is* og skulu umsóknir sendar til hans, ásamt upplýsingum um menntun og fyrri störf, fyrir 15. apríl.

[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 rofekoxib. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Meðferð við einkennum af völdum slitgigtar. **Skammtar:** Ráðlagður upphafsskammtur er 12,5 mg einu sinni á dag. Hámarksskammtur á dag er 25 mg. Aldraðir: Gæta skal varúðar þegar dagskammturinn er aukinn úr 12,5 mg í 25 mg hjá öldruðum. Skert nýrnastarfsemi: Skammta þarf ekki að aðlaga hjá sjúklingum með kreatínín klerans 30-80 ml/mín. Skert lifrarstarfsemi: Sjúklingum með væga skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi 5-6) skal ekki gefa meira en minnsta ráðlagðan skammt, 12,5 mg einu sinni á dag. **Frábendingar:** Rófekoxib er ekki ætlað: Sjúklingum sem hafa þekkt ofnæmi fyrir einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. Sjúklingum með virkan sársjúkdóm í meltingarvegi eða blæðingu í meltingarvegi. Sjúklingum með miðlungsalvarlega eða verulega skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi ≥ 7). Sjúklingum með áætlaðan kreatínín klerans < 30 ml/mín. Sjúklingum sem hafa haft einkenni astma, bólgu í nefslímhúð, sepa í nefslímhúð, ofsabjúg eða ofsakláða eftir inntöku acetýlsalicýlsýru eða annarra bólgueyðandi verkjalyfja. Til notkunar á síðasta þriðjungi meðgöngu eða meðan á brjóstagjöf stendur. Sjúklingum með bólgusjúkdóm í þörmum. Sjúklingum með langt gengna hjartabilun. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Þegar blóðflæði um nýru er minnkað getur 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 rófekoxib 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 warfarin meðferð varð 8% lenging á prótrombintíma í tengslum við daglega gjöf 25 mg af rófekoxíbi. Því skal hafa nákvæmt eftirlit með prótrombintíma hjá sjúklingum sem eru á warfarin 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 dígoxín 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 rifampíns, sem er öflugur innleiðari CYP ensíma, u.þ.b. 50% lækkun á blóðþéttni rófekoxíbs. Því skal íhuga að gefa 25 mg skammt af rófekoxíbi þegar það er gefið samhliða lyfjum sem eru öflugir innleiðarar umbrots í lifur. Gjöf ketókónazóls (öflugur CYP3A4 hemill) hafði ekki áhrif á lyfjahvörf rófekoxíbs í blóði. Címetidín og sýruhamlandi lyf hafa ekki klínískt þýðingarmikil áhrif á lyfjahvörf rófekoxíbs. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun rófekoxíbs, sem og allra annarra lyfja sem hamla COX-2, er ekki ráðlögð hjá konum sem eru að reyna að verða þungaðar. Rófekoxíb á ekki að nota á síðasta þriðjungi meðgöngu þar sem það gæti, eins og önnur lyf sem hamla myndun prostaglandína, dregið úr samdrætti legs í fæðingu og valdið ótímabærri lokun á slagæðarás. Notkun rófekoxíbs hefur ekki verið rannsökuð hjá þunguðum konum í fullnægjandi samanburðarrannsóknum og skal því ekki nota lyfið á fyrstu tveimur þriðjungum meðgöngu nema væntanlegt gagn af meðferðinni réttlæti mögulega áhættu fyrir fóstrið. Ekki er vitað hvort rófekoxíb skilst út í brjóstamjólk, en það skilst út í mjólk tilraunadýra. Konur sem eru á rófekoxíb meðferð ættu ekki að hafa börn á brjósti. **Aukaverkanir:** 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, vindangur, nábitur. 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.



Zitromax® azithromycin

Einu sinni á dag í 3 daga

Zitromax. Pfizer. TÖFLUR; R. Hver tafla inniheldur: Azithromycinum INN, díhýdrat, samsvarandi Azithromycinum INN 500 mg. MIXTÚRUDUFT; J 01 F A 10 R 0. 1 ml af lyfinu fullbúnu inniheldur: Azithromycinum INN, díhýdrat, samsvarandi Azithromycinum INN 40 mg, Saccharum 774 mg, bragðefni, hjálparefni, Aqua purificata ad 1 ml. **Ábendingar:** Sýkingar af völdum azitrómýsínnæmra baktería eins og sýkingar í neðri hluta öndunarfæra, þ.m.t. berkjubólga og lungnabólga, sýkingar í húð og mjúkvefjum, miðeyrnabólga og sýkingar í efri hluta öndunarfæra, þ.m.t. skútabólga (sinusitis) og hálsbólga. (Venjulega er penisillín valkostur við meðferð á hálsbólgu af völdum Streptococcus pyogenes; einnig sem fyrirbyggjandi meðferð við gigtsótt. Azitrómýsín er oftast virkt til að uppræta hálsbólgu af völdum keðjusýkla, en hins vegar liggja ekki fyrir gögn er staðfesta virkni azitrómýsíns til að koma í veg fyrir gigtsótt í kjölfarið). Við kynsjúkdómum er Zitromax ætlað til meðferðar á sýkingum í kynfærum af völdum Chlamydia trachomatis. Lyfið er einnig ætlað til meðferðar á sýkingum í kynfærum af völdum Neisseria gonorrhoeae, sem eru ekki fjölónæmar, þó skal fyrst útiloka að sýking sé einnig af völdum Treponema pallidum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Zitromax á að gefa í einum skammti á dag. Meðferðarlengd er tilgreind hér að neðan og fer eftir eðli sýkingar. Azitrómýsín í formi mixtúru og töflna má taka án eða með mat. Fullorðnir: Til meðferðar á kynsjúkdómum af völdum Chlamydia trachomatis eða af völdum Neisseria gonorrhoeae, sem eru næmir fyrir lyfinu er gefinn 1 g skammtur til inntöku í eitt skipti. Við öllum öðrum ábendingum er heildarskammtur 1,5 g og á að gefa 500 mg skammt daglega í 3 daga. Sem valkost má gefa sama heildarskammt á 5 dögum og eru þá 500 mg gefin fyrsta daginn og síðan 250 mg á dag næstu 4 daga. Aldraðir: Öldruðum er gefinn sami skammtur og öðrum fullorðnum. Börn: Heildarskammtur handa börnum er 30 mg/kg sem gefa á annað hvort í einum 10 mg/kg skammti á dag í 3 daga eða 10 mg/kg í einum skammti fyrsta daginn og síðan 5 mg/kg á dag næstu 4 daga. Zitromax í formi 500 mg taflna á einungis að gefa börnum, sem eru þyngri en 45 kg. Mæla á magn Zitromax mixtúru eins nákvæmlega og unnt er með meðfylgjandi mælisprautu þegar Zitromax er notað handa börnum, sem vega innan við 15 kg. Þegar Zitromax er gefið börnum, sem vega meira en 15 kg, skal mæla mixtúruna með meðfylgjandi mæliskeið. Sjá nánar um skammtastærðir í Sérlyfjaskrá. **Frábendingar:** Má ekki nota handa sjúklingum, sem eru meðhöndlaðir með ciklóspóríni, nema vel sé fylgst með blóðþéttni ciklóspórins. Lyfið má ekki nota handa sjúklingum með sögu um ofnæmu fyrir azitrómýsíni eða einhverju sýklalyfi af flokki makrólíða. **Aukaverkanir:** Zitromax þolist vel og tíðni aukaverkana er lág. Flestar aukaverkanir sem vart verður eru vægar eða meðalvægar. Heildartíðni sjúklinga sem hætt hafa meðferðinni vegna aukaverkana er 0,3%. Ákvæði um meðferð/meðhöndlun lyfsins: Töflurnar á að gleypa heilar. Mixtúruduft: 9 ml af vatni eru notaðir í 15 ml mixtúru og 12 ml af vatni í 22,5 ml mixtúru. Hristist vel. Mixtúruna á að hrista fyrir notkun. Pakkningar og verð 1. febrúar 2002: Töflur 500 mg: 2 stk. (þynnupakkað), 2.266 kr.; 3 stk. (þynnupakkað), 2.846 kr. Mixtúruduft 40 mg/ml: 15 ml; 1.813 kr.; 22,5 ml, 2.604 kr. **Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá 2001. Umboðs- og dreifingaraðili: Pharmaco hf.**

Pfizer

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**
Thorarinn.Gudnason@hjl.gu.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

Ný stjórn í FSM

Á aðalfundi Félags sérfræðinga í meltingarsjúkdómum sem haldinn var 2. febrúar síðastliðinn tók við ný stjórn. Hún er þannig skipuð: **Ásgeir Theódórs** formaður, **Trausti Valdimarsson** gjaldkeri og **Sigurbjörn Birgisson** ritari.

Læknablaðið á netinu
www.lb.icemed.is

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.

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*

26.-28. ágúst
Í Óðinsvéum. Nordisk folkesundhedskonference. Upplýsingar hjá Sundhedsstyrelsen, Center for Forebyggelse, Islands Brygge 67, Postboks 1881, DK-2300 Kaupmannahöfn. Heimasíða: *www.7nordiske.dk*

26. ágúst-13. september
Í Gautaborg. H.E.L.P. 2002, Health Emergencies in Large Population. The Nordic School og Public Health. Nánari upplýsingar í netfangi: *eva@nhv.se*

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

9.-13. september
Í London. The 2nd Maudsley Forum: Course for European Psychiatrists. Institute of Psychiatry. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og heimasíðu: *www.iop.kcl.ac.uk/maudsleyforum*

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*

30. september- 4. október
Gijón á Spáni, II World Conference on Biothics. Helstu umræðuefni verða: 1. AIDS, Drugs and Research in Pharmacology, 2. Bioethics in Latin America, 3. Food in the World, 4. Cloning of Human Cells. Allar nánari upplýsingar er að finna á heimasíðu samtakanna SIBI: *www.sibi.org*

11.-12. október
Quality Airport Hotel Gardemoen, Noregi. Árleg ráðstefna hjá Nordisk Komité for Veterinærvidenskapeligt Samarbejde þar sem umræðuefnið verður líffæraflutningar úr svínum í menn. Nánari upplýsingar hjá *wenche.farstad@veths.no*

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.

28.-30. nóvember
Í Dresden, Þýskalandi. Bridging the Gap between Research and Policy in Public Health: Information, Promotion and Training, skipulagt af Evrópusamtökum lýðheilsufélaga (EUPHA). Heimasíða: *www.nivel.nl/eupha*

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*

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 ópol við metformíni eða þar sem metformín er frábending. Aðeins læknir með reynslu af meðferð sykursýki af tegund 2 á að hefja meðferð með lyfinu. Reynsla af klínískum rannsóknum á rósíglítazóni nemur nú 2 árum. Ekki hefur verið sýnt fram á langtímaávinning af rósíglítazónmeðferð. **Skammtar og lyfjagjöf:** Venjulega hefst rósíglítazónmeðferð á 4 mg/dag. **Frábendingar:** Ekki má nota rósíglítazón hjá sjúklingum með: þekkt ofnæmi fyrir rósíglítazóni eða einhverju hjálparefnanna í töflunum, hjartabilun eða sögu um hjartabilun (I.-IV. stig NYHA), eða skerta lifrarstarfsemi. Rósíglítazón á heldur ekki að nota samhliða insúlíni. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ekki er fyrirliggjandi klínísk reynsla af notkun rósíglítazóns með tveimur öðrum sykursýkislyfjum til inntöku. Ekki ætti að nota rósíglítazón sem eins lyfs meðferð. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Í in vitro rannsóknum sést að rósíglítazón umbrotnar aðallega fyrir tilstilli CYP2C8 og er CYP2C9 þar aðeins minni háttar ferli. Ekki fundust neinar milliverkanir sem máli skiptu þegar digoxín, CYP2C9 ensímhvarfefnið warfarín, CYP3A4 ensímhvarfefnin nifedipín, etínýlestradíól eða noretindrón voru gefin samhliða rósíglítazóni. **Meðganga og brjóstagjöf:** Rósíglítazón ætti ekki að nota á meðgöngu. Konur með barn á brjósti eiga ekki að nota rósíglítazón. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir, sem grunur leikur á eða líklegt þykir að tengist meðferð og greint hefur verið frá oftar en einu sinni hjá sjúklingum sem fá rósíglítazón ásamt súlfónýlúrealyfjum eða metformíni í tvíblindum rannsóknum, eru taldar upp hér að neðan eftir líffæraflokki og tíðni þeirra. Tíðni er skilgreind sem: Algengar >1/100, <1/10; sjaldgæfar >1/1000, < 1/100. **Rósíglítazón ásamt metformíni;** Rauðkorn: Algengar: Blóðleysi. Umbrot og næringarferli: Algengar: Blóðsykurslækkun, blóðsykurshækkun. Sjaldgæfar: Fitudreyri, blóðsýring af völdum mjólkursýru, versnun sykursýki, kólesterólhækkun. Mið- og úttaugakerfi: Algengar: Höfuðverkur. Sjaldgæfar: Svimi. Meltingarfæri: Algengar: Niðurgangur, uppþemba, ógleði, kviðverkir, meltingartruflanir. Sjaldgæfar: Uppköst, lystarleysi, hægðatregða. Almennt: Algengar: Þreyta. **Rósíglítazón ásamt súlfónýlúrealyfjum;** Rauðkorn: Algengar: Blóðleysi, blóðflögublæðing og storknun. Sjaldgæfar: Blóðflagnafæð. Umbrot og næringarferli: Algengar: Blóðsykurslækkun, blóðsykurshækkun, þyngdaraukning. Sjaldgæfar: kólesterólhækkun, blóðfituhækkun, of mikið þríglýseríð í blóði. 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./5.154 kr. – 4 mg x 56 stk./9.110 kr. – 8 mg x 28 stk. /7.561 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** TR greiðir lyfið að fullu. Handhafi markaðsleyfis: GlaxoSmithKline, Þverholti 14, 105 Reykjavík, www.gsk.is.
Heimildir: 1) Focensa V et al. Effects of Metformin and Rosiglitazone Combination Therapy in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus. JAMA 2000: 283:1695-1702. **2)** Wolffenbuttel BHR et al. Addition of low-dose rosiglitazone to sulphonylurea theraphy improves glycemic control in Type 2 diabetic patients. Diabetic Medicine 2000: 17:40-47. 16.01.2001.

NÚ ER HÆGT AÐ MEÐHÖNDLA INSÚLÍNVIÐNÁM

AVANDIA® ROSIGLITAZON

– Ný aðferð við meðhöndlun sykursýki af tegund 2



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

gsk GlaxoSmithKline

AVANDIA® rosiglitazon
MARKVISS MINNKUN INSÚLÍNVIÐNÁMS