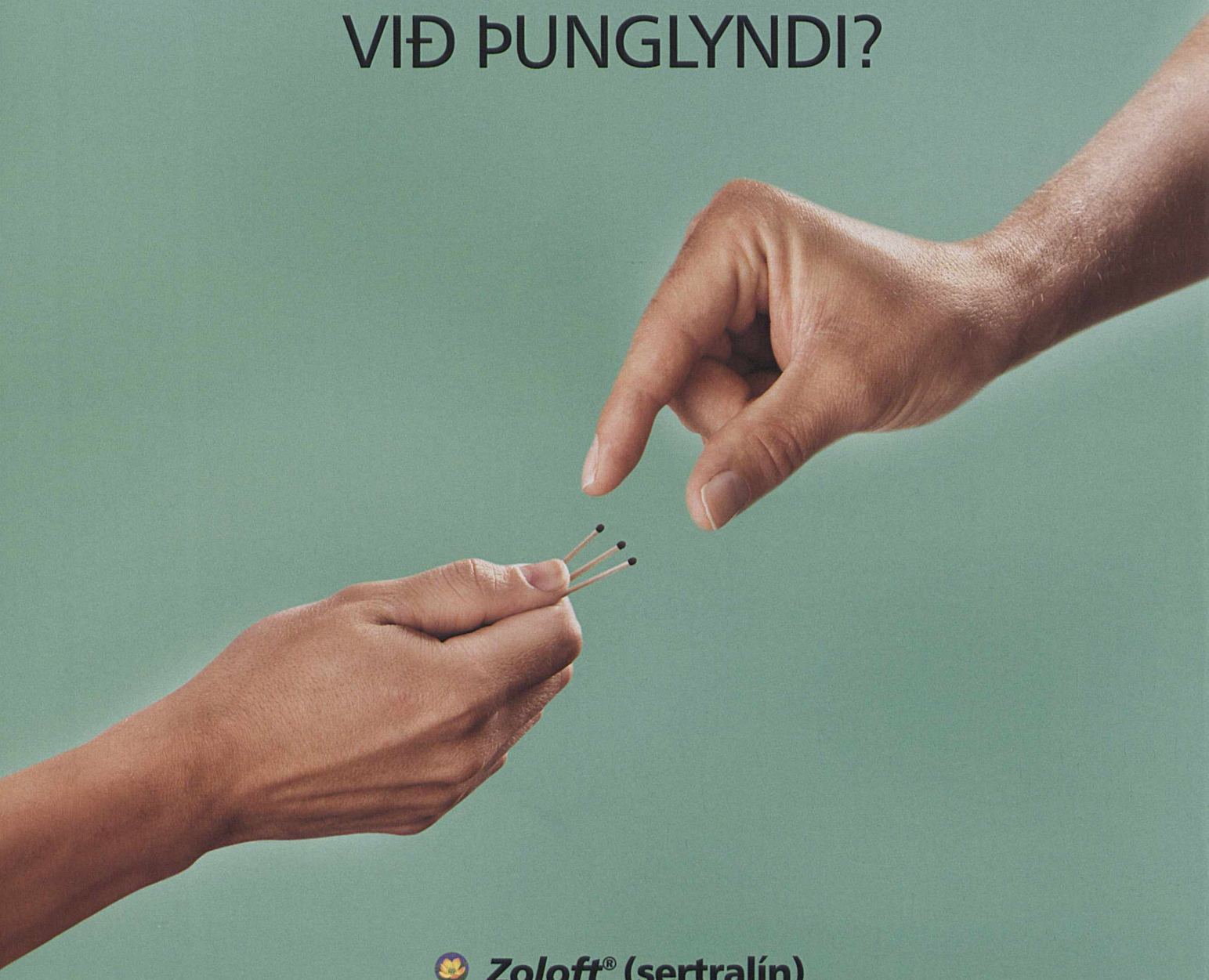
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



5/2002

ERTU NOKKRU SINNI Í VAFA UM VALINN SKAMMT VIÐ ÞUNGLYNDI?



Zoloft® (sertralín)

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

EINSTAKT OG EINFALT

Pfizer

Zoloft (sertralín). N 06 A B 06 **Töflur, (filmuhúðaðar);**Hver tafla inniheldur: Sertralinum INN, klóríð, samsvarandi Sertralinum INN 50 mg og 100 mg. **Þykkni í lausn til inntöku:** 1 ml inniheldur: Sertralinum INN, hýdróklóríð, samsvarandi Sertralinum INN 20 mg **Ábendingar:** Þunglyndi, þráhyggju- og áráttusýki (obsessive-compulsive disorder (OCD)), felmturköst (ofsahræðsla (panic disorder)), með eða án viðáttufælni (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 disúlfiram 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 tríptófans 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.**

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

383 Ritstjórnargreinar:
Konur í vísindum
Ólöf Sigurðardóttir

387 **Heilahimnubólga af völdum baktería í börnum**
Haraldur Briem

391 **Heilahimnubólga af völdum baktería hjá eins mánaðar til 16 ára gömlum börnum á þremur barnadeildum á Íslandi. Samantekt áranna 1973-2000**
Inga María Jóhannsdóttir, Þórólfur Guðnason, Pétur Lúðvígsson, Þröstur Laxdal, Magnús Stefánsson, Hjördís Harðardóttir, Ásgeir Haraldsson
Heilahimnubólga af völdum baktería er hættulegur sjúkdómur ef ekki er brugðið skjótt við og hann er algengastur hjá börnum. Í þessari rannsókn er litið á faraldsfræði og fylgikvilla sjúkdómsins, en afleiðingar hans geta verið mjög alvarlegar.

401 **Brennsla í lungnabláæðum sem meðferð við gáttatifi**
Davíð O. Arnar, Gizur Gottskálksson
Gáttatif er algeng takttruflun og oft erfið í meðhöndlun en á síðustu árum hafa orðið talsverðar framfarir í brennsluaðgerðum gáttatifs, einkum í brennslu á gáttavef sem teygir sig upp í lungnabláæðar. Lýst er tveimur sjúkratilfellum og brennsluaðgerðinni sem framkvæmd var hjá þeim.

407 **Starfshæfni eftir starfsendurhæfingu á vegum Tryggingastofnunar ríkisins**
Sigurður Thorlacius, Gunnar Kr. Guðmundsson, Friðrik H. Jónsson
Markmið rannsóknarinnar var að meta árangur af starfsendurhæfingu sem Tryggingastofnun ríkisins hefur staðið fyrir og hvort hún geti komið í veg fyrir örorku. Árangurinn reyndist svipaður og af samskonar starfi hjá tryggingastofnunum í Svíþjóð og sýnir að það stendur undir þeim væntingum sem gerðar voru til þess.

414 **Klínískar leiðbeiningar um greiningu, meðferð og eftirlit með klamýdíu**
Frá Landlæknisembættinu

Heimasíða Læknablaðsins
http://lb.icemed.is

5. tbl. 88. árg. Maí 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://lb.icemed.is

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



Beint fyrir framan nefið á þér er fljótlegri lausn gegn mígreni

Imigran nefúði er helmingi fljótvirkari en töflur [1)]

IMIGRAN

ÞEGAR TIL KASTANNA KEMUR

Imigran
GlaxoSmithKline

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

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

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

GOTT FÓLK MCCANN-ERICKSON - SÍA

417 **Af sjónarhóli stjórnar LÍ: Kandídatsárið, menntun eða mönnun?**
Oddur Steinarsson

419 **Heimilislæknar álykta um vottorðamálið**

421 **Launakerfi sjúkrahúslækna að breytast**
Rætt við Ingunni Vilhjálmsdóttur formann samninganefndar
Þröstur Haraldsson

425 **Berjumst gegn ofeldi og sjúkdómum**
Sigurbjörn Sveinsson

426 **Frá tryggingayfirlækni**

Gallup-könnun á afstöðu lækna til frum- og hermilyfja
Frumlyfjahópur FÍS

428 **Hjartavernd flytur: Gerbreytt aðstaða og 40 nýir starfsmenn**
Þröstur Haraldsson

431 **Hversu áreiðanlegar eru heilbrigðisupplýsingar á netinu?**
Þröstur Haraldsson

436 **Læknavakt fyrir sjúkraflug á Akureyri**
Helga Magnúsdóttir

438 **Nýtt vinnulag við uppvinnslu brjóstverkja á bráðamóttöku Landspítala Hringbraut**
Þröstur Haraldsson

440 **Einkarekin heilbrigðisþjónusta virðist dýrari en samfélagsrekin þjónusta**
Ólafur Ólafsson

443 **Íðorðasafn lækna 144. Sjúkleikaheiti**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

445 **Lyfjamál 104. Notkun ópóíða og fleiri skyldra lyfja 1989-2001**

447 **Broshornið 26. Af hiksta og beinagrind**
Bjarni Jónasson

448 **Ráðstefnur/námskeið/þing/styrkir**

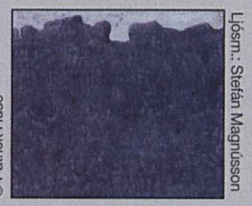
457 **Lausar stöður**

460 **Okkar á milli**

462 **Minnisblaðið**

Af óviðráðanlegum ástæðum fellur grein Maríu Heimisdóttur um faraldsfræði niður í þetta sinn.

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



© Patrick Huse

Ljósm.: Stefán Magnússon

Patrick Huse (1948) er norskur listamaður sem dvalið hefur um talsvert skeið á Íslandi undanfarin ár og haldið sýningar á verkum sem hann vinnur út frá íslensku landslagi. Þessar sýningar Patricks fara reyndar víða um heim en hann hefur þó gert sér sérstakt far um að fá þær líka hingað heim og hefur sýnt í Hafnarborg og á Kjarvalsstöðum. Síðasta sýning hans er helguð landslaginu suður af Heklu og var opnuð í Borgarlistasafninu í Ósló síðastliðið sumar en verður í Listasafni Reykjavíkur á næsta ári.

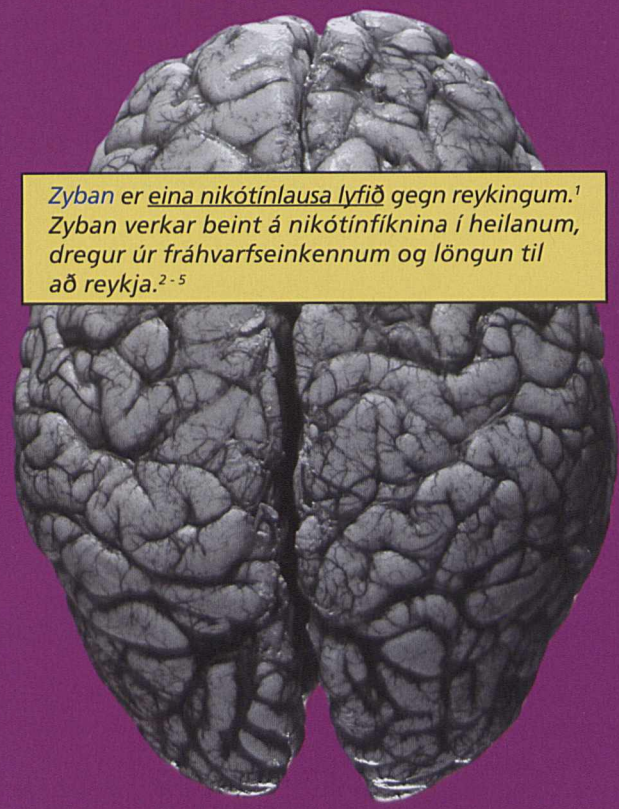
Patrick hefur lengi verið þekktur í heimalandi sínu fyrir grafík og málverk en síðustu árin hafa sýningar hans orðið æ fjölbreytilegri og á þeim má nú bæði sjá ljósmyndir og myndbandsverk við hlið hins málaða striga. Mesta rækt leggur hann þó enn við málverkin og þykja þau vera sérstaklega vel unnin, bæði hvað varðar hina myndrænu þætti og þá miklu tækni sem listamaðurinn ræður yfir.

Málverkið á forsíðu blaðsins er unnið í undirbúningi að næstu sýningu Patricks og byggir á rannsóknum hans á íslensku hraungrjóti. Í því er líkt og horft sé inn í sjálft grjótið og innri byggingu þess varpað upp á strigann. Það merkilega er þó að með þessari aðferð verður til mynd sem um leið virðist sýna ytri veruleika hraunsins, hina sjálfa fljótandi hraunbreiðu.

Patrick er einn þeirra mörgu erlendu listamanna sem komið hafa til Íslands á undanförnum árum og vinna listaverk sín kraftbirtir af íslensku umhverfi. Óhætt er að segja að þessi viðbót þeirra hafi bæði auðgað íslenskt listalíf og átt stóran þátt í því að vekja athygli á íslenskri list og á landi og þjóð. Flestir þessir listamenn hafa líka lagt sig, líkt og Patrick, í líma við að halda sýningar hér á landi og má því með réttu telja að þeir og störf þeirra séu orðin snar þáttur af íslenskri myndlist, þeirri myndlist sem iðkuð er á Íslandi og fjallar um veruleika Íslendinga.

Jón Proppé

Þetta er allt í höfðinu á þér



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

ZYBAN®
bupropion HCl forðatöflur 150 mg

gsk GlaxoSmithKline

Zyban FORÐATÖFLUR; N06 A X 12 R O

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

Konur í vísindum



Ólöf Sigurðardóttir

Nýlega var haldin ráðstefna á vegum Menntamálaráðuneytisins og fleiri stofnana sem bar yfirskriftina *Konur í vísindum á Íslandi*, en mikið hefur verið fjallað um þetta efni á síðustu misserum í Evrópu. Aðild Íslands að rammaáætlunum Evrópusambandsins (ESB) varð hvati þessa. Birtar voru tölfræðilegar niðurstöður úr skýrslu um hlut kvenna í vísindum, en mikill skortur hefur verið á slíkum upplýsingum hingað til og hefur torveldað allan samanburð á stöðu kvenna í vísindum og rannsóknum og er skýrslan því mikið þarfaþing. Nefnd um konur og vísindi, skipuð af menntamálaráðherra 1999, tók skýrsluna saman. Skipunin var í samræmi við áætlun framkvæmdastjórnar ESB frá sama ári sem miðar að því að fjölga konum í vísindum þar sem sýnt hefur verið fram á að verulega hallaði á hlut kvenna en einnig að ESB leggur nú áherslu á að styrkja vísindi og rannsóknastarf til að viðhalda hagvexti og velsæld.

Niðurstöður íslensku skýrslunnar sýna að líkt og almennt gerist innan ESB og í löndum sem tengdust fimmtu rammaáætluninni er hlutur kvenna í vísindum hér á landi rýrari en karla. Líkt og annars staðar er kynferði ein af þeim breytum sem hefur haft mikil áhrif á tækifæri fólks í vísindasamfélaginu. Sem leið til að efla vísindi og nýsköpun hljóta Íslendingar ekki síður en aðrir að leggja áherslu á að fjölga konum sem leggja fyrir sig vísindi og rannsóknir. Vikið er síðan að nokkrum þáttum sem stuðlað getað að fjölgun kvenna í vísindum. Skýr markmið stjórnvalda í jafnréttismálum eru nú þegar til staðar samkvæmt lögum um jafna stöðu kvenna og karla (nr. 96/2000). Víða hafa stjórnvöld landa sett sér ákveðin töluleg markmið til að auka hlutfall kvenna sem gegna starfi háskólakennara á öllum fræðasviðum vísinda. Einnig er talið mikilvægt að á Íslandi sé unnið að svipaðri markmiðssetningu og nauðsynlegt talið að vinna að því að fjölga konum þar sem stefnumótun á sviði vísinda fer fram. Mótun vísindastefnu og framkvæmd hennar þarf að taka tillit til þarfa kvenna jafnt sem karla. Tryggja þarf gagnsæi allra reglna, svo sem við úthlutun styrkja og stöðuveitinga. Söfnun tölfræðilegra upplýsinga er forsenda þess að hægt sé að setja fram markmið um fjölgun kvenna í vísindum og áframhaldandi söfnun sé nauðsynleg. Breyta þarf staðalmynd vísindamanns-ins, lærimeistarar, jöfnun fjölskylduábyrgðar, efling framhaldsnáms hér á landi, efling kynjarannsókna og netverk vísindakvenna eru atriði sem talin eru geta eflt stöðu kvenna í vísindum á Íslandi. Í lokaorðum er rætt um það að árangur þeirra kvenna sem starfa í vísindum hér sé hins vegar mikill. Honum ber að halda á lofti því hann vísar öðrum konum veginn og styrkir undirstöður vísinda á Íslandi. Þetta er mjög vel unnin skýrsla og nauðsynlegur lestur fyrir alla þá sem standa að rannsóknum hér á landi.

Fáar konur höfðu fengið hvatningarverðlaun RANNÍS þegar þessi skýrsla var skrifuð en nýlega hlutu nokkrar konur verðlaunin og er það einnig mjög jákvætt fyrir aðrar íslenskar vísindakonur.

Vísindanet kvenna spruttu upp víða í stærri háskólum og háskólasjúkrahúsum uppúr 1990 bæði í Evrópu og í Bandaríkjunum til eflingar konum í vísindum. Vinna var lögð í öflun tölfræðilegra upplýsinga og mikil fræðsla fór fram um stöðu kvenna í vísindum allan síðastliðinn áratug. Margar vísindakonur fengu áhuga á því hvers vegna svo fáar konur komast til áhrifa innan vísindanna. Mikið hefur verið einblínt á konurnar sjálfar og hlutverk þeirra innan fjölskyldunnar. En það virðist ekki skýra málið.

Agnes Wold og Christine Wennerås, báðar læknar við Gautaborgarháskóla, ollu miklu fjaðrafoki í Svíþjóð árið 1995 með blaðaskrifum sínum í sænskt dagblað þar sem þær efuðust um það að rétt væri staðið að stöðu- og styrkjaveitingum hjá Rannsóknasjóði heilbrigðisvísinda (Medicinska forskningsrådet) þar í landi. Í framhaldi af því birtu þær grein í Nature 1997 sem er orðin fræg þar sem þær sýna fram á það tölfræðilega að það er sama jákvæða breytan að vera karl og það að vera í kunningja-fjölskyldutengslum. Agnes hélt fyrirlestur hér á Læknadögum nú í janúar síðastliðnum. Báðar þessar konur hafa átt sæti í sérfræðingahópi ESB um konur og vísindi sem birti skýrslu árið 2000 sem sýnir að konur standa verr að vígi í vísindum en karlar í ríkum ESB (ETAN-skýrslan).

Kannanir sýna að það er tilhneiging til þess að gleyma kynjavíddinni ef ekki er hugað að henni sérstaklega og að breytingarnar gerast ekki af sjálfu sér. Aðeins með virkum aðgerðum verður jákvæð þróun í þá átt að bæta stöðu kvenna í vísindum.

Víða í nágrannalöndunum hafa verið gerðar sérstakar aðgerðir til þess að efla og fjölga konum í vísindum og hér á landi þarf einnig að innleiða slíkt.

Höfundur er formaður Félags kvenna í læknastétt.

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://lb.icemed.is/

Umræðuhluti

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

Félag kvenna í læknastétt stóð til dæmis fyrir málþingi síðastliðið vor um stöðu kvenna í læknastétt á Íslandi. Þar kom meðal annars fram að mjög fáar læknismenntaðar konur voru í kennslustöðum við Læknadeild Háskóla Íslands og á Landspítala var varla að finna nokkra konu í yfirlæknisstöðu. Þetta voru tölur sem töluðu sínu máli þó ekki væru þær tæmandi. Á síðastliðnu ári hefur orðið mikið skrið hvað varðar stöðuveitingar til kvenna og er það mjög gott.

Vonandi eiga fleiri jákvæðir atburðir eftir að eiga sér stað á næstu misserum.

Heimildir

1. Wennerås C, Wold A. Kvinnor diskrimineras i svensk medicinsk forskning. TFYL 1995; 595: 34-5.
2. Wennerås C, Wold A. A chair of one's own. Nature 2000; 408: 647.
3. Wennerås C, Wold A. Nepotism and sexism in peer-review. Nature 1997; 387: 341-3.
4. Wold A. Gunstlingssystemet i forskarvärlden måste bort. Läkartidningen 2001; 36(98): 3827-32.
5. European Commission: Science policies in the European Union: Promoting excellence through mainstreaming gender equality (European Technology Assessment Network (ETAN) on Women and Science). ftp://ftp.cordis.lu/pub/improving/docs/g_wo_etan_en_200101.pdf
6. Guðrún Agnarsdóttir. Læknablaðið 2001; 87: 142-4.
7. Ráðstefna 2001 á vegum NorFA. „Women in Academia". Skýrsla á slóðinni: www.norfa.no/_img/ACFB77B.pdf
8. Ráðstefna á Karolinska Insitutet, desember 2001. „Women in the Life Science". Videobroadcast: www.ki.se/wistool
9. Hellen Gunnarsdóttir. Morgunblaðið, 21. mars 2002: 8. „Konur sækja í sig veðrið".
10. Wold A. Morgunblaðið, 20. janúar 2002: 16. „Konur standa verr að vígi í vísindum en karlar".
11. Morgunblaðið, 22. janúar 2002: 30. Leiðari. „Kynjamisrétti í vísindasamfélaginu".
12. Skýrsla um konur í vísindum á Íslandi. Menntamálaráðuneytið, mars 2002. http://bella.mrn.stjr.is/utgafur/konur-i-visindum.pdf
13. Dagens Nyheter 22/1 og 26/2 1995.

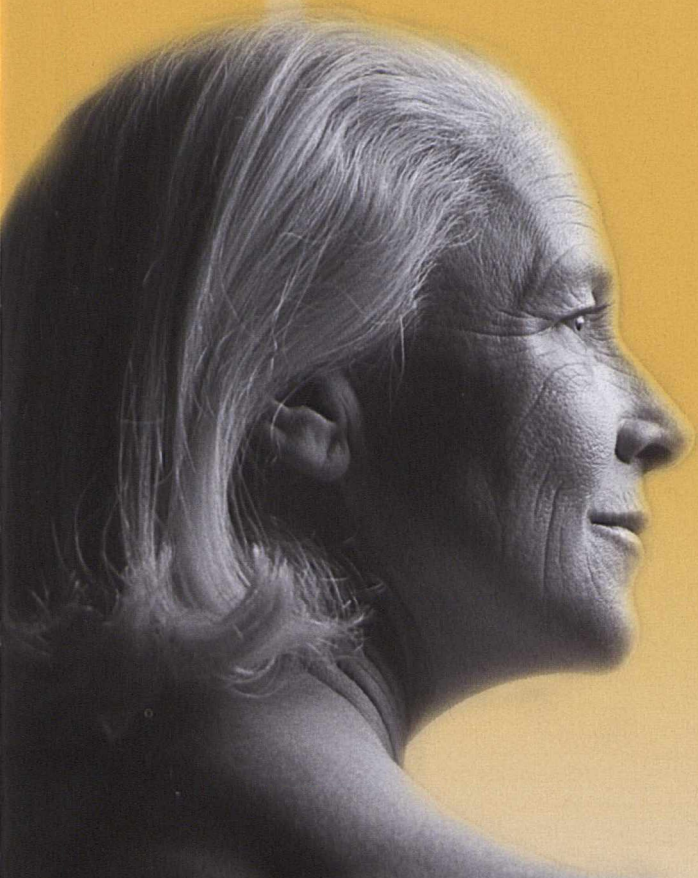
Fosamax 70 mg
MSD
TÖFLUR; M 05 B A 04
Hver tafla inniheldur: Acidum alendronatum 70 mg. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Meðferð á beinþynningu eftir tíðahvörf. Fosamax dregur úr hættu á samfalli hryggjarliða og mjaðmarbrotum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður skammtur er ein 70 mg tafla 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 sykurhrifandi 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 sykurhrifandi barkstera (glucocorticoids), en þeir eiga á hættu að kalkfrásog 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 klínískan 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 aksturshæfni eða hæfni til að stjórna vélbúnaði hafa komið fram. **Aukaverkanir: Algengar (>1%):** Meltingarfæri: Kviðverkir, meltingartruflanir, hægðatregða, niðurgangur, vindgangur, vélindasár*, blóð í hægðum (melaena), kyngingarörðugleikar*, uppþemba, súrt bakflæði, ógleði. Stoðkerfi: Verkir í stoðkerfi (beinum, vöðvum, liðum). Taugakerfi:Höfuðverkur.Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennar:Útbrot, roði. Meltingarfæri: Ógleði, uppköst, bólga í magaslímhúð, bólga í vélindaslímhúð*, fleiður í vélinda*. **Mjög sjaldgæfar (<1%):** Almennar: Ofnæmisviðbrögð þ.á m. ofsakláði og ofsabjúgur. Útbrot ásamt ljósnæmi. Meltingarfæri: Þrengslamyndun í vélinda*, sár í munnkoki*, rof, sár eða blæðingar í efri hlutameltingarvegar, en ekki er hægt að útiloka að um orsakasamband sé að ræða. Sérhæfð skilningarvit: Æðahjúpsbólga (uveitis). * Sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Skammtar og lyfjagjöf. Niðurstöður blóðrannsókna: Í klínískum rannsóknum kom fram tímabundin, væg, einkennalaus lækkun á kalsíum- og fosfatgildum í blóði hjá u.þ.b. 18% og 10% sjúklinga í meðferð með 10 mg/dag af alendrónati, en hjá u.þ.b. 12% og 3% þeirra sem fengu lyfleysu. Þrátt fyrir það var tíðni kalsíumlækkunar í < 8,0 mg/dl (2,0 mmól/l) og fosfatlækkunar í £ 2,0 mg/dl (0,65 mmól/l) svipuð hjá báðum hópunum. **Ofskömmtun:** Of lágt kalsíumgildi í blóði, of lágt fosfatgildi í blóði og aukaverkanir í efri hluta meltingarvegar, s.s. magaópægindi, brjóstsviði, bólga í slímhúð í vélinda, bólga í magaslímhúð eða sár geta hlotist af inntöku of stórra skammta. Engar sértækar upplýsingar eru fyrir hendi um meðferð vegna ofskömmtunar alendrónats. Gefa skal mjólk eða sýrubindandi lyf til þess að binda alendrónat. Vegna hættu á ertingu í vélinda skal ekki framkalla uppköst og sjúklingurinn ætti að sitja eða standa uppréttur. **Pakkningar og verð (apríl, 2002):** 4 stk. 5297 kr; 12 stk. 13632 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).

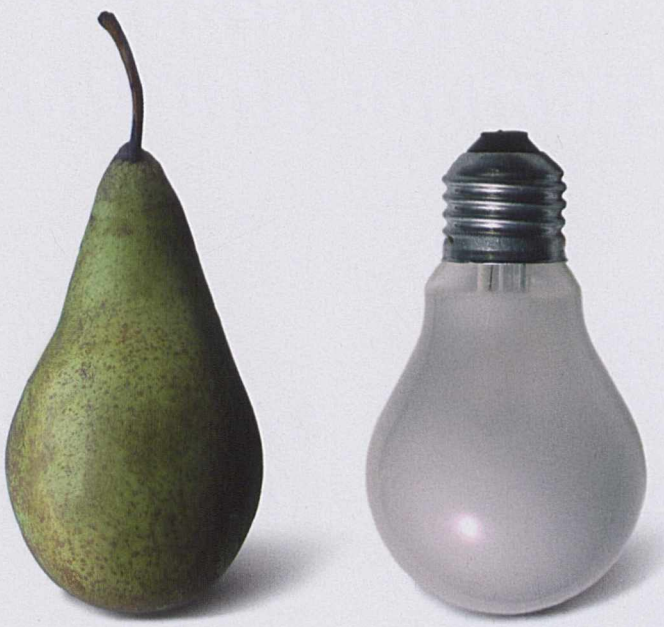
MERCK SHARP & DOHME
Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík

VIKUTAFLA
FOSAMAX®
70mg alendrónat

Margsannaður árangur - Einstaklega þægilegt[1]

LINDEGAARD

FONTEX®
FLUOXETIN



Pera er EKKI bara pera.

Þegar þú ávísar Fontex fær sjúklingurinn afgreitt Fontex í apótekinu.

FONTEX Eli Lilly Danmark
LAUSNARTÖFLUR TIL INNTÖKU; N 06 A B 03. Hver lausnartafla til inntöku inniheldur: Fluoxetinum INN, klóríð, samsvarandi Fluoxetinum INN 20 mg, MIXTÚRA; N 06 A B 03. 1 ml af mixtúru inniheldur Fluoxetinum INN, klóríð, 4,472 mg, samsvarandi Fluoxetinum INN 4 mg. **Ábendingar:** Þunglyndi, ICD 10: Til meðferðar á vægu/erfiðu þunglyndi, með eða án kvíða. Lotugræðgi. Áhrif af meðferð við lotugræðgi í meira en 8-12 vikur eru óviss. Þráhyggjusýki. Fyrirtíðavanlíðan (Pre-Menstrual Dysphoric Disorder). **Skammtastærðir fyrir fullorðna:** *Við þunglyndi, með eða án kvíða:* 20 mg einu sinni á dag. *Við lotugræðgi:* 60 mg á dag. *Við þráhyggjusýki:* 20 mg á dag, ef ekki næst viðunandi árangur, má auka skammtinn eftir 3-4 vikur. *Við fyrirtíðavanlíðan (PMDD):* 20 mg einu sinni á dag. Fyrsta meðferð ætti ekki að vera lengri en 6 mánuðir, en þá ætti að leggja mat á hvort sjúklingur muni hafa gagn af lengri meðferð. *Aldraðir:* Rannsóknir benda ekki til þess að nauðsyn sé á skammtabreytingum hjá öldruðum. *Við alvarlega skerta lifrarstarfsemi og/eða ef lyfið er gefið samtímis öðrum lyfjum:* Til greina kemur að gefa þessum sjúklingum lægri eða færri skammta (t.d 20 mg annan hvern dag eða 10 mg (1/2 tafla eða 2,5 ml) á dag). *Allar ábendingar:* Skammta má hækka eða lækka. Skammtar yfir 80 mg/dag hafa ekki verið rannsakaðir. Ekki er nauðsynlegt að minnka skammta smám saman þegar meðferð er hætt, þar sem flúoxetín og virka umbrotsefnið norflúoxetín hafa langan helmingunartíma. Flúoxetín má taka án tillits til máltíða. **Skammtastærðir fyrir börn:** Upplýsingar um reynslu og áhrif skortir. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir flúoxetíni eða öðrum innihaldsefnum. Flúoxetín má ekki gefa samtímis MAO-hemli (MAOI). Líða skulu a.m.k. 14 dagar frá því að gjöf MAO-hemils er hætt áður en meðferð með flúoxetíni er hafin. Líða skulu a.m.k. 5 vikur frá því að gjöf flúoxetíns er hætt áður en meðferð með MAO-hemli er hafin. Ef flúoxetínmeðferð hefur verið langvinn og/eða í háum skömmtum, kemur til greina að láta líða enn lengri tíma. Alvarlegum og banvænum tilfellum af serótóníneiikennum (sem kunna að líkjast og vera greind sem neuroleptiskt malignant heilkenni) hefur verið lýst hjá sjúklingum sem fengu flúoxetín og MAO-hemil með skömmu millibili. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Sjálfsmorðshætta er mikil þegar um þunglyndi er að ræða, og getur hún haldist þótt batamerki sjáist. Því þarf að fylgjast vel með sjúklingum í byrjun meðferðar. Útbrotum, bráðaofnæmi og stigvaxandi bráðaofnæmi, stundum alvarlegu, með einkennum í húð, nýrum, lifur eða lungum hefur verið lýst hjá sjúklingum sem fengu flúoxetín. Hætta skal meðferð ef fram koma útbrot eða önnur ofnæmisviðbrögð sem ekki eiga sér aðra orsök. Eins og með önnur þunglyndislyf, er mælt með því að flúoxetín sé notað með varúð ef sjúklingur hefur sögu um krampa. Lýst hefur verið tilfellum um lækkun natríums (sumum með serum natríum lægra en 110 mmol/l). Í flestum tilfellum hefur verið um að ræða aldraða sjúklinga, sem fengu jafnframt meðferð með þvagræsilyfjum, eða með vökvatap af öðrum orsökum. Blóðsykurslækkun hefur komið fram hjá sykursjúkum í flúoxetín meðferð, en blóðsykurshækkun eftir að meðferð er hætt. Því getur verið nauðsynlegt að endurskoða lyfjameðferð við sykursýki, í upphafi og við lok flúoxetín meðferðar. Við meðferð á þunglyndistímabilum sjúklinga með geðklofa geta geðveikieinkenni versnað. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki (manio depressive sjúkdóm), getur sjúkdómurinn sveiflast yfir í oflætisfasann (maniu). Gæta ber varúðar hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Aukaverkanir, sem eru háðar styrk lyfsins í blóði, geta staðið lengur en þegar um önnur SSRI-lyf er að ræða, vegna hins langa helmingunartíma flúoxetíns og norflúoxetíns. Ekki er mælt með notkun flúoxetíns hjá börnum, þar eð ekki hefur verið sýnt fram á öryggi né árangur slíkrar meðferðar. Meðferð með flúoxetíni getur leitt til tannskemmda vegna munnþurrks. **Milliverkanir:** Flúoxetín getur hamið cýtókróm P450IID6. Gæta skal varúðar þegar lyf sem umbrotin eru með cýtókróm P450IID6 og hafa tiltölulega þröngan lækningalegan stuðul eru notuð samtímis flúoxetíni, eða ef flúoxetín hefur verið notað á síðustu 5 vikum. Ef nota á flúoxetín samtí þessum lyfjum, skal íhuga að lækka skammta þeirra. Plasmapéttni fenýtóíns, halóperidóls, karbamazepíns, klózapíns, díazepams, alprazólams, litíums, imipramíns og desipramíns getur breyst, og í einstaka tilfellum geta klínísk eitrunareinkenni komið fram. Samtímis notkun flúoxetíns og litíums getur orsakað skjálfta og skort á samhæfingu (serótóníneiikenni). Einkennin hverfa þegar meðferð er hætt. Gæta skal varúðar við skömmtun þessara lyfja og fylgjast með klínísku ástandi. Flúoxetín er mikið próteinbundið og því getur samtímis notkun lyfja sem eru mikið próteinbundin haft áhrif á blóðþéttni þeirra beggja. Við samtímis notkun flúoxetíns og warfaríns hefur í einstaka tilfellum komið fram breyting í segavarnandi áhrifum (tilraunastofugildum og/eða klínískum einkennum). Fylgjast skal með sjúklingum í warfarín meðferð í upphafi eða við lok flúoxetín meðferðar. Samtímis notkun flúoxetíns og raflostsmeðferðar (ECT) hefur í einstaka tilfellum lengt krampakóst. Ef geta á lyf sem hafa milliverkanir við flúoxetín eða virka umbrotsefnið norflú að meðferð lýkur, er mikilvægt að hafa í huga langan helmingunartíma þeirra. Hjá sjúklingum með sykursýki hefur sykurfall (hypoglykemía) komið fyrir í meðferð með flúoxetíni, og þegar meðferð með lyfinu er hætt getur orðið blóðsykurshækkun. Nauðsynlegt getur verið að breyta skömmtum sykursýkislyfja ef sjúklingur er samtímis í meðferð með insúlíni og/eða sykursýkislyfjum til inntöku. Ekki ætti að nota tryptófan með lyfinu. Hjá sjúklingum, sem eru á stöðugri fenýtóínmeðferð getur blóðþéttni fenýtóíns aukist og leitt til áhrifum ef flúoxetín er gefið samtímis. **Aukaverkanir:** *Almennar:* Ósjálfráð einkenni, þ.m.t munnþurrkur, aukin svitamyndun, æðavíkkun og kuldahrollur. Ofnæmiseinkenni. Serótóníneiikenni, sem lýsir sér með breytingum á geði og vöðvavirkni ásamt truflunum á starfsemi ósjálfráða taugakerfisins. Ljósnæmi. *Meltingarfæri:* Niðurgangur, ógleði, uppköst, meltingartruflanir, kyngingartregða, bragðskynstruflanir og mjög sjaldan lifrarbólga. *Innkirtlar:* Ónóg seytun ADH. *Blóðrás og sogæðakerfi:* Marblettir (ecchymosis). *Miðtaugakerfi:* Óeðlilegar hreyfingar/skjálfti. Lystarleysi. Kvíði og skyld einkenni. Svimi. Þreyta. Erfiðleikar við einbeitingu og hugsanatruflanir. Manía. Svefntruflanir. *Öndunarfæri:* Geispar. *Húð:* Hárlos. *Skynfæri:* Sjóntruflanir. *Þvag- og kynfæri:* Þvagteppa. Standpína. Truflanir á kynlífi, þ.m.t. minnkuð kynhvöt, seinkað eða ekkert sáðlát, ná ekki fullnægingu og getuleysi. Einkenni eins og svimi, náladofi, höfuðverkur, kvíði og ógleði hafa komið fram þegar meðferð með geðdeyfðarlyfjum er hætt, þ.á m. meðferð með sérhæfðum serótóníneppt ökuhemlum. Hættan á þessum einkennum er minni hjá flúoxetíni en öðrum geðdeyfðarlyfjum þar sem bæði flúoxetín og virka umbrotsefnið hafa tiltölulega langan helmingunartíma. **Pakkningar og verð 1.4.2002:** Lausnartöflur til inntöku: 30 stk. (þynnupakkað) kr. 5.178; 100 stk. (þynnupakkað) kr. 14.579. **Mixtúra:** 70 ml, kr. 3.480. Hámarksmagn sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti. Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka almannatrygginga: R, B.

200209/AUGLÝSINGASTOFA SKAPARANS EHF.

Heilahimnubólga af völdum baktería hjá börnum



Haraldur Briem

Í þessu tölublaði Læknablaðsins er birt yfirgripsmikil og fróðleg grein um heilahimnubólgu af völdum baktería hjá börnum á Íslandi sem nær yfir næstum þrjá áratugi (1). Á þessu tímabili var alvarlegasta ógnin við heilsu barna sjúkdómur af völdum *N. meningitidis* sem er frábrugðin öðrum bakteríum sem valda heilahimnubólgu vegna hæfni sinnar til að valda stað- og farsóttum, einkum meðal barna og unglinga. Á árunum 1975-1977 gekk yfir landið faraldur af völdum *N. meningitidis* af gerð B með 79 skráðum tilfellum. Allar götur síðan hefur meningókokkasjúkdómur verið landlægur á Íslandi í hástaðsótt (high-endemic). Síðustu árin hefur meningókokkasjúkdómur af gerð C verið að sækja í sig veðrið og er um þessar mundir algengasta heilahimnubólga á Íslandi. Samkvæmt farsóttaskrá hefur árlegt nýgengi meningókokkasjúkdóms verið á bilinu 3-11/100.000 íbúa á undanförnum tveimur áratugum. Nýgengið hér á landi, líkt og á Írlandi og Bretlandi, hefur verið mun hærra en víða á meginlandi Evrópu. Dánarhlutfall á Íslandi hefur verið 8,9% á tímabilinu. Aldurstengt nýgengi meningókokkasjúkdóms af völdum gerðar C á árunum 1983-2000 var hæst hjá börnum eins til fjögurra ára (10/100.000) og 15-19 ára (7/100.000). Sjúkdómurinn er afar sjaldgæfur hér á landi hjá börnum undir sex mánaða aldri. Dánarhlutfallið var 9,9%, eða nokku hærra en af völdum *N. meningitidis* af gerð B. Hæst var dánarhlutfall hjá börnum undir fimm ára aldri (13,9%) og ungu fólki á aldrinum 15-19 ára (13,8%).

Stórt framfaraspor var stigið þegar tókst að búa til tengd (polysaccharide-protein conjugated) bóluefni gegn *Haemophilus influenzae* af gerð B en sú baktería var áður ein algengasta orsök heilahimnubólgu og blóðsýkingar barna undir sex ára aldri. Slík tengd bóluefni geta vakið skamm- og langtíma ónæmissvörun. Eins og höfundar greinarinnar benda réttilega á hefur sá sjúkdómur horfið eftir að bólusetningar hófust með þessu bóluefni árið 1989. Þá hefur tekist búa til tengd bóluefni gegn pneumókokkum. Veita þau einnig börnum góða vörn gegn þeim hjúpgerðum pneumókokka sem bólusett er gegn.

Virk fjölsykrungabóluefni hafa lengst af einungis verið til gegn sjúkdómi af völdum *N. meningitidis* af gerðum A, C, Y og W135. Virkni fjölsykrungabóluefnis gegn gerð C hefur reynst góð hjá börnum eldri en tveggja ára og fullorðnum (2). Ókostir fjölsykrungabóluefnanna eru þeir að þau gagnast ekki þeim sem eru yngri en tveggja ára (3) og verndin endist hjá öðrum trúlega aðeins í þrjú til fimm ár (4). Það er ástæðan fyrir því að fjölsykrungabóluefni hafa ekki verið notuð í almennri barnabólusetningu hér á landi. Hins vegar hefur slíkt fjölsykrungabóluefni verið notað til að koma í veg fyrir faraldra og var það síðast gert árið 1997 þegar þrjú tilfelli af meningókokkasjúkdómi af gerð C greindust með stuttu millibili á Sauðárkróki. Í kjölfarið voru allir íbúar á bæjarins á aldrinum 2-18 ára bólusettir. Faraldur kom ekki upp. Nú hefur tekist að framleiða tengd bóluefni gegn einni gerð meningókokkasjúkdóms, það er af völdum *N. meningitidis* af gerð C. Mun erfiðara hefur reynst að framleiða bóluefni gegn gerð B og hafa víðtækar rannsóknir farið fram, meðal annars hér á landi, á ónæmissvörun þeirra bóluefna sem hafa verið á markaði (5).

Bretar hófu almennar bólusetningar með tengdu bóluefni gegn *N. meningitidis* af gerð C í árslok 1999. Var ákveðið að bólusetja börn yngri en fjögurra mánaða með þremur skömmtum sem gefnir væru við tveggja, þriggja og fjögurra mánaða aldur. Börn sem voru á aldrinum 4-12 mánaða fengu tvo skammta en börn sem voru eldri en 12 mánaða fengu einn skammt. Árangur þessara bólusetninga hefur verið mjög góður. Fyrstu sex mánuðina fækkaði meningókokkasjúkdómi af gerð C um 90% meðal barna undir eins árs aldri og 15-17 ára unglinga en þau voru fyrst að fá bóluefnið (6).

Íslendingar hafa nú ákveðið að fylgja fordæmi Breta. Reikna má með að almennar bólusetningar gegn meningókokkasjúkdómi af gerð C hefjist síðar á þessu ári og verði látnar falla að núverandi skipulagi barnabólusetninga hér á landi. Mikil vinna er þó framundan við að ná til allra barna til 18 ára aldurs svo að góður árangur náist sem fyrst. Mikilvægt er að hafa í huga að þótt það takist að bægja meningókokkasjúkdómi af gerð C frá íslensku samfélagi mun sjúkdómurinn ekki hverfa með öllu því enn er ekki til nægilega virkt bóluefni gegn meningókokkasjúkdómi af gerð B. Því þurfa læknar eftir sem áður að þekkja einkenni sjúkdómsins og bregðast skjótt við honum. Tilkynningar um þennan smitsjúkdóm, eins og aðra tilkynningaskylda sjúkdóma, þurfa að vera skilvirkar. Jafnframt er brýnt að bólusetningar séu skráðar og tilkynntar en unnið er að því að hanna slíkt skráningar- og tilkynningaferli.

Höfundar áðurnefndrar greinar telja að heilbrigðisyfirvöld þurfi að íhuga vandlega hvort ekki sé tímabært að hefja almenna bólusetningu gegn heila-

Höfundur er sóttvarnalæknir.

himnubólgu af völdum *S. pneumoniae*. Enn sem komið er er ekki tímabært að hefja slíkar almennar bólusetningar. Ástæðurnar eru margþættar. Mun fleiri hjúpgerðir eru til af *S. pneumoniae* en finnast í mótefnavökum tengdra bóluefna gegn bakteríunni. Sjúkdómurinn er sjaldgæfari en heilahimnubólga af völdum meningókokka og hann gengur ekki í faröldrum. Tengd bóluefni eru dýr og því erfitt að sýna fram á kostnaðarhagkvæmni almennra bólusetninga gegn heilahimnubólgu af völdum *S. pneumoniae*.

Heimildir:

1. Jóhannsdóttir IM, Guðnason Þ, Lúðvígsson P, Laxdal Þ, Stefánsson M, Harðardóttir H, Haraldsson Á. Heilahimnubólga af völdum baktería hjá eins mánaðar til 16 ára gömlum börnum á þremur barnadeildum á Íslandi – samantekt áranna 1973-2000. Læknablaðið 2002; 88: 391-7.
2. Rosenstein N, Levine O, Taylor JP, Evans D, Plikaytis BD, Wenger JD, et al. Efficacy of meningococcal vaccine and barriers to vaccination. JAMA 1998; 279: 435-9.
3. Lepow M, Goldschneider I, Gold R, Randolph M, Gotshlich EC. Persistence of antibody following immunization of children with groups A and C meningococcal polysaccharide vaccines. Pediatrics 1977; 60: 637-80.
4. Recommendations of the Immunization Practices Advisory Committee (ACIP) Meningococcal Vaccines. MMWR 1985; 34: 255-9.
5. Perkins BA, Jónsdóttir K, Briem H, Griffiths E, Plikaytis BD, Hoiby EA, et al. Immunogenicity of two efficacious outer membrane protein-based serogroup B meningococcal vaccines among young adults in Iceland. J Infect Dis 1998; 177: 683-91.
6. *www.phls.co.uk/news/bulletins/2001/010105id.htm*

Detrusitol® Retard (tolterodin) RE

Hvert hylki inniheldur: Tolterodintartrat 2 mg og 4 mg, samsvarandi tolterodini 1,4 mg eða 2,8 mg. Litarefni í 1,4 mg forðahylkinu: Indígókarmín (E132), gult járnoxíð (E172) og títantvíoxíð (E 171). *Litarefni í 2,8 mg forðahylkinu:* Indígókarmín (E132) og títantvíoxíð (E 171). **Ábendingar:** Detrusitol Retard er ætlað til meðferðar á bráða þvagleka (urge incontinence) og/eða tíðum og bráðum þvaglátum, svo sem getur komið fyrir hjá sjúklingum með óstöðuga þvagblöðru (unstable bladder). **Skammtar og lyfjagjöf:** Forðahylkin má taka með mat eða án og þau verður að gleypa í heilu lagi. Eftir 6 mánaða meðferð skal endurskoða þörf fyrir áframhaldandi meðferð. *Skammtastærðir handa fullorðnum (þar með talið aldraðir):* Ráðlagður skammtur er 2,8 mg einu sinni á sólarhring. Hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi er ráðlagður skammtur 1,4 mg einu sinni á sólarhring. Komi óþægilegar aukaverkanir fram má minnka skammtinn úr 2,8 mg í 1,4 mg einu sinni á sólarhring. *Skammtastærðir handa börnum:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun hjá börnum. Notkun Detrusitol Retard forðahylkja er því ekki ráðlögð handa börnum fyrr en frekari upplýsingar liggja fyrir. **Frábendingar:** Frábendingar fyrir gjöf tolterodins eru: Þvagteppa (urinary retention). Ómeðhöndluð (uncontrolled) þrönghornsgláka. Vöðvaslensfár. Þekkt ofnæmi fyrir tolterodini eða einhverju hjálparefnanna. Alvarleg sáraristilbólga. Risaristill vegna bólgu (toxic megacolon). **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Gæta skal varúðar við notkun tolterodins hjá sjúklingum með: Marktæka tæmingarhindrun þvagblöðru (bladder outlet obstruction) og hættu á þvagtregðu. Þrengsli í meltingarvegi t.d. portþrengsli í maga. Nýrnasjúkdóm. Taugakvilla í ósjálfráða taugakerfinu. Vélindisgapshaul (hiatus hernia). Hættu á skertum hreyfanleika í meltingarvegi. Svo sem ætíð á við þegar óstöðug blaðra er meðhöndluð skal athuga skal líffræðilegar ástæður fyrir bráða þvagleka og tíðum þvaglátum áður en meðferð er hafin. Samtímis notkun kröftugra CYP3A4-hemla er ekki ráðlögð (sjá Milliverkanir). Sjúklingar með sjaldgæfa, erfðabundna sjúkdóma er varða frúktósaóþol, skert frásog glúkósu-galaktósu eða skerta virkni súkrasa-ísómaltasa eiga ekki að nota þetta lyf. **Milliverkanir:** Ekki er mælt með samtímis gjöf öflugra CYP3A4-hemla til almennrar (systemic) notkunar eins og sýklalyfja í flokki makrólíða (erýtrómýcín og klaritrómýcín), sveppalyfja (ketókónazól og ítracónazól) og próteasa-hemla, vegna aukinnar þéttni tolterodins í sermi hjá þeim sem eru með lítil CYP2D6 umbrot og eru í hættu hvað varðar ofskömmtun. Verkun og aukaverkanir tolterodins geta aukist við samtímis notkun lyfja sem hafa andmúskarínvirk áhrif. Hins vegar getur verkun tolterodins minnkað við samtímis notkun lyfja með múskarínkólínvirk áhrif (muscarinic cholinergic receptor agonists). Tolterodin getur dregið úr verkun hreyfingahvetjandi lyfja eins og metóklópramíðs og cisapríðs. Samtímis notkun með flúoxetíni (öflugur CYP2D6?hemill) veldur ekki klínískt marktækri milliverkun því tolterodin og CYP2D6 umbrotsefni þess, 5-hýdroxýmetýltolterodin, eru jafnvirk. Rannsóknir á milliverkunum við lyf hafa hvorki leitt í ljós milliverkanir við warfarin né samsett getnaðarvarnarlyf (etinýlestradíól/levonorgestrel). Klínísk rannsókn hefur gefið vísbendinguar um að tolterodin hamli hamli ekki umbrot sem verður fyrir tilstilli CYP2D6, 2C19, 3A4 eða 1A2. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki mælt með notkun Detrusitol Retard á meðgöngu. Forðast skal notkun tolterodins þann tíma sem barn er haft á brjósti. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Þar sem lyfið getur valdið sjónstillingartruflunum og haft áhrif á viðbragðsflýti getur það dregið úr hæfni til aksturs og notkunar véla. **Aukaverkanir:** Tolterodin getur valdið vægum til í meðallagi miklum andmúskarínvirkum áhrifum t.d. munnþurrki, meltingartruflun og augnþurrki. Algengar (>1%): Augu: Augnþurrkur, óeðlileg sjón (þar á meðal sjónstillingartruflanir). Almennar: Þreyta, höfuðverkur, brjóstverkur. Meltingarfæri: Meltingartruflanir, hægðatregða, kviðverkur, vindgangur, uppköst. Taugakerfi: Sundl, svefnhöfgi, náladofi (paraesthesia). Geðrænar: Taugaóstyrkur. Húð og undirliggjandi vefur: Húðþurrkur. Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennar: Bjúgur, bjúgur á útlimum. Mjög sjaldgæfar (< 0,1%): Ónæmiskerfi: Ofnæmi, ekki nánar tilgreint. Geðrænar: Rugl (confusion), ofskynjanir. Nýru og þvagfæri: Þvagteppa (urinary retention). Hjarta: Hraðsláttur (tachycardia). Önnur aukaverkun sem greint hefur verið frá við notkun tolterodin er bráðaofnæmi (kemur örsjaldan fyrir). Útlitslýsing: 1,4 mg forðahylkið er blágrænt með hvítri áletrun (tákn og 2). 2,8 mg forðahylkið er blátt með hvítri áletrun (tákn og 4). Markaðsleyfishafi: Pharmacia AS, Danmörku. Umboðsaðili á Íslandi: Pharmaco hf., Hörgatún 2, Garðabær. **Pakkningar og verð 1. apríl 2002:** Forðahylki, hart 1,4 mg: 30 stk. kr. 7.271,- Forðahylki, hart 2,8 mg: 30 stk. Kr. 7.526,- Forðahylki, hart 2,8 mg: 100 stk. kr. 21.960,- Stytting á texta Sérlyfjaskrár janúar 2002. Hægt er að nálgast sérlyfjaskrártexta og samantekt á eiginleikum lyfs SPC í fullri lengd hjá lyfjaumboðsdeild Pharmacia, Pharmaco hf.

Heimildir:

1. Appell RA. Efficasy and Safety of Tolterodine in the Treatment of Overactive Bladder. A pooled analysis. Urology (Supplement 6A) Dec.1997; 50:90-96.
2. P. Van Kerrebroek et al. Urology, vol. 57 (3) 2001. Tolderodine once-daily; Superior Efficacy and Tolerability in Treatment of the Overactive bladder.

PHARMACIA

Detrusitol Retard tolterodin



Meðhöndlun á óstöðugri þvagblöðru - Detrusitol® Retard



Aðeins einu sinni á dag

Það getur verið hvimleitt að vakna upp mörgum sinnum á nóttu vegna sterkrar þvaglátsþarfar.
Detrusitol® hefur þegar hjálpað mörgum sjúklingum með óstöðuga þvagblöðru. 70% þeirra eru ennþá í meðferð eftir eitt ár[1]. Með nýja Detrusitol® Retard fæst betri virkni[2] og lægri tíðni munnþurrks[2]. Þar að auki er meðferðarheldni betri þegar aðeins þarf að muna eftir að taka lyfið einu sinni á dag.

Detrusitol® Retard
tolterodin
NÝJUNG: 1 X Á DAG

PHARMACIA

Pharmaco hf
Hörgatún 2
210 Garðabæ

sími: 535 7000
fax: 565 9085
www. Inkontinens.dk

Aerius (desloratadin) - líka við ofsakláða



Öll einkenni hverfa fljótt[1,2,3]

- Áhrif á öll ofnæmiseinkenni - líka nefstíflu
- Verkar fljótt og lengi
- Ekki slævandi - engar milliverkanir
- Ein tafla einu sinni á dag

Aerius - betri kostur

Aerius 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. **Varnarorð 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 marktækarmilliverkanir 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 hámarkssmásöluverð 1. apríl 2002:*** 10 stk þynnupakkað 938.- kr., 30 stk þynnupakkað 2.485.- kr., 100 stk þynnupakkað 6.210.- kr.

ISFARM ehf.
ICEPHARM Ltd.

Schering-Plough A/S

Heimilidir: 1) E.O. Meltzer et al: Clin Drug Invest 2001; 21 (1): 25-32. **2)** A.S. Nayak et al: Allergy 2001; 56:1077-1080. **3)** J. Ring et al: Int J Dermatol 2001; 40: 1-5

AERIUS® (DESLORATADIN)

Heilahimnubólga af völdum baktería hjá eins mánaðar til 16 ára gömlum börnum á þremur barnadeildum á Íslandi

Samantekt áranna 1973-2000

Inga María Jóhannsdóttir[1,5]

Þórólfur Guðnason[1]

Pétur Lúðvígsson[1]

Þröstur Laxdal[2]

Magnús Stefánsson[3]

Hjördís Harðardóttir[4]

Ásgeir Haraldsson[1]

[1]Barnaspítali Hringsins, Landspítala Hringbraut, [2]Barnadeild Landspítala Fossvogi, [3]Barnadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri, [4]Sýklafræðideild Landspítala Hringbraut, [5]Barnesentret í Oslo, Noregi

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Þórólfur Guðnason, Barnaspítala Hringsins, Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík. Sími: 560 1000, símbréf: 560 1055, thorgud@landspitali.is og thorgudn@binet.is

Lykilorð: *heilahimnubólga, börn, faraldsfræði, afdrif.*

Ágrip

Inngangur: Heilahimnubólga af völdum baktería er alvarlegur sjúkdómur og algengastur hjá börnum. Í þessari rannsókn er litið á faraldsfræði og fylgikvilla sjúkdómsins hjá eins mánaðar til 16 ára gömlum börnum sem lögðust inn á þrjár barnadeildir á Íslandi á árunum 1973-2000 (28 ár).

Efniviður og aðferðir: Upplýsingar voru fengnar úr sjúkraskrám barna á Barnaspítala Hringsins og barnadeildum Landakotsspítala/Borgarspítala/Sjúkrahúss Reykjavíkur og Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri sem fengið höfðu greininguna heilahimnubólga af völdum baktería.

Niðurstöður: Alls greindust 454 börn, 255 drengir og 199 stúlkur; 77% voru yngri en fimm ára. Aldursbundið nýgengi var 29/100.000/ár fram til ársins 1989 og 12/100.000/ár eftir það. Greining fékkst með ræktun úr mænuvökva hjá 74% en hjá 17% var sýkingavaldur óþekktur. Helstu sýkingavaldar voru *Neisseria meningitidis* (44%), *Haemophilus influenzae* af sermisgerð b (Hib) (30%) og *Streptococcus pneumoniae* (7%). Tíðni þeirra var mismunandi eftir aldri. Ekkert tilfelli Hib greindist eftir að bólusetning gegn bakteríunni hófst 1989. Algengustu hjúpgerðir *N. meningitidis* voru B (55%) og C (19%). Meðalaldur barnanna hækkaði marktækt úr tæpum tveimur árum fram til 1989 í tæplega þrjú ár eftir það, og barna með *N. meningitidis* úr rúmlega tveimur árum í rúmlega þrjú. Dánartíðnin var 4,5% en ekkert barn með Hib dó. Um þriðjungur barna fékk fylgikvilla sérstaklega eftir sýkingu af völdum *S. pneumoniae*. Fjórtán af hundraði fengu skyntaugarheyrnartap og voru sterar ekki verndandi.

Ályktanir: Nýgengi heilahimnubólgu af völdum baktería hjá börnum á Íslandi hefur farið lækkandi síðustu ár, einkum vegna Hib bólusetningar. Líklegt er að bólusetning gegn *N. meningitidis* C og *S. pneumoniae* geti einnig fækkað enn frekar heilahimnubólgu hjá börnum. Auk þess eru skjót viðbrögð við einkennum heilahimnubólgu mikilvæg til að minnka líkur á fylgikvillum.

ENGLISH SUMMARY

Jóhannsdóttir IM, Guðnason Þ, Lúðvígsson P, Laxdal Þ, Stefánsson M, Harðardóttir H, Haraldsson Á

Bacterial meningitis in one month-16 year old children at three Pediatric departments in Iceland during the period 1973-2000

Læknablaðið 2002; 88: 391-7

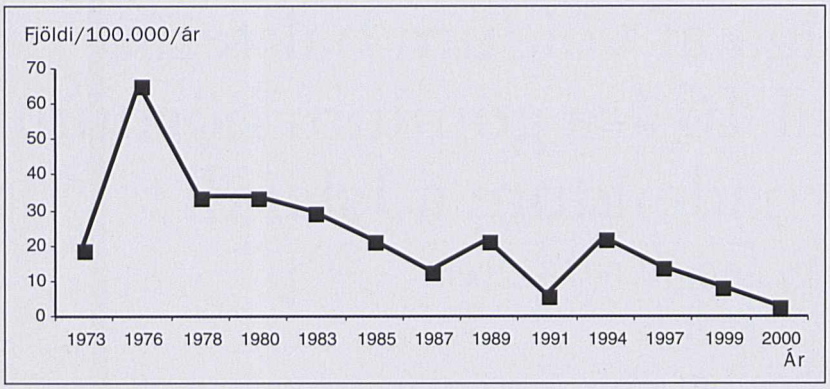
Objective: Bacterial meningitis is a serious disease most common in children. We report the epidemiology and outcome of bacterial meningitis in children between the age of one month to 16 years admitted to three Pediatric Departments in Iceland in 1973-2000 (28 years).
Material and methods: Information was collected retrospectively from the medical records of admitted children diagnosed with bacterial meningitis.
Results: 454 children were diagnosed; 255 boys and 199 girls; 77% were less than five years of age. Before 1989 the age specific incidence was 29/100.000/year and 12/100.000/year thereafter. The cerebral spinal fluid was culture positive in 74% but no organism was identified in 17%. The most common pathogens were *N. meningitidis* (44%), Hib (30%), and S. pneumoniae (7%). The incidence varied according to age. No child was diagnosed with Hib after launching of Hib vaccination in 1989. The mean age of the children increased significantly from less than two years prior to 1989 to less than three years thereafter and of children infected with *N. meningitidis* from around two year to three years. The mortality rate was 4,5%, none due to Hib. Fourteen percent suffered sensory-neural hearing impairment and no protective effects were seen of steroid therapy.
Conclusions: The age specific incidence of bacterial meningitis of children in Iceland has decreased during the last decade, especially due to Hib vaccination. Further reduction can be expected by implementing general vaccination to *N. meningitidis* C and *S. pneumoniae*. Additionally, recognizing the symptoms of bacterial meningitis and starting proper therapy as soon as possible is crucial in order to minimize ominous outcome.

Key words: *bacterial meningitis, children, epidemiology, outcome.*

Correspondance: Þórólfur Guðnason, thorgud@landspitali.is

Inngangur

Heilahimnubólga af völdum baktería er þekkt frá tímum Hippokratesar en klínískum og meinafræðilegum einkennum hennar var fyrst lýst snemma á síðustu öld (1). Afleiðingar þessara sýkinga geta verið mjög alvarlegar en með tilkomu sýklalyfja fyrir um 60 árum bötnuðu horfur þessara sjúklinga verulega (2).



Mynd 1. *Aldursbundið nýgengi heilahimnubólgu af völdum baktería hjá eins mánaðar til 16 ára gömlum börnum.*

Eftir að bólusetning hófst gegn *Haemophilus influenzae* af sermisgerð b (Hib), hefur nýgengi sjúkdómsins minnkað til muna, sérstaklega hjá ungum börnum (3-6). Áður hafa birst greinar um heilahimnubólgu af völdum baktería hjá íslenskum börnum fram til ársins 1989 (7-9) og hjá fullorðnum á Íslandi fram til 1995 (10).

Tafla I. *Aldursdreifing og fjöldi barna fyrir og eftir 1989.*

	1973-1988	1989-2000	P-gildi
Meðalaldur (ár)	1,7	2,8	0,0007
Fjöldi (%)			
alls	340	114	0,0008
1 - 23 mán.	178 (52)	36 (32)	<0,0001
2 - 4 ára	105 (31)	31 (27)	NS
5 - 9 ára	34 (10)	25 (22)	NS
10 - 16 ára	23 (7)	22 (19)	NS
Aldursbundið nýgengi (per 100.000)	29	12	

NS: ekki marktækt

Í þessari rannsókn er heilahimnubólga af völdum baktería könnuð hjá eins mánaðar til sextán ára gömlum börnum á Barnaspítala Hringsins, barnadeildum Landakots/Borgarspítala/Sjúkrahúss Reykjavíkur og barnadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri. Börnin voru lögð inn á árunum 1973 til og með 2000 og var áhersla lögð á faraldsfræði sjúkdómsins og áhrif bólusetningar gegn Hib sem hófst árið 1989. Einnig voru könnuð einkenni barnanna við innlögn, helstu rannsóknarniðurstöður og tengsl við alvarlega fylgikvilla.

Efniviður og aðferðir

Rannsakaðar voru sjúkraskrár barna á ofangreindum sjúkrahúsum á árabilinu 1973 til og með 2000. Börnin voru á aldrinum eins mánaðar til 16 ára og höfðu fengið greininguna heilahimnubólga af völdum bakteríu samkvæmt ICD-9 og ICD-10. Jákvæðar niðurstöður mænuvökvaræktana í okkar rannsókn voru bornar saman við niðurstöður mænuvökvaræktana hjá börnum á ofangreindum sjúkrahúsum á tímabilinu 1987-1997.

Greiningin heilahimnubólga af völdum baktería var skilgreind sem: *Örugg:* ef sjúkdómseinkenni bentu til heilahimnubólgu og 1) bakteríur ræktuðust frá mænuvökva eða greindust í mænuvökva með Gramslitun og/eða Latex kekkjunarprófi, eða 2) bakteríur ræktuðust í blóði og mænuvökvi var óeðlilegur (hvít blóðkorn >10x10^6/l með kleyfkyrndum hvítkornum >50% og/eða sykur í mænuvökva <50% af blóðsykri (11, 12)). *Líkleg:* ef sjúkdómseinkenni bentu til heilahimnubólgu af völdum baktería en bakteríur greindust ekki í blóði eða mænuvökva en rannsóknir á mænuvökva voru óeðlilegar (sjá í lið 2 að ofan).

Einkenni sem bentu til heilahimnubólgu af völdum bakteríu voru: breytt/skert meðvitund með/án hnakkastífleika með/án hita.

Eftirfarandi atriði voru skráð úr sjúkraskrám: aldur, kyn, búseta, lengd einkenna og sýklalyfjagjöf fyrir innlögn, alvarleg einkenni fyrir og við innlögn (krampar, húðblæðingar, breytt meðvitundarástand og blóðþrýstingsfall sem þarfnaðist meðferðar), niðurstöður blóð- og mænuvökvarannsókna (ræktanir, fjöldi hvítra blóðkorna og deilitalning, styrkur glúkósa og prótína í mænuvökva, og natríum, sökk og CRP („C reactive protein") í blóði) og hvort barnið var meðhöndlað með sterum við innlögn. Einnig voru skráðir fylgikvillar, sérstaklega skyntaugarheyrnartap. Nánari upplýsingar um börn sem urðu fyrir heyrnarskaða fengust úr skrám Grensásdeildar Sjúkrahúss Reykjavíkur og/eða Heyrnar- og Talmeinastöðvar Íslands þar sem heyrnarmælingar voru gerðar. Börnin höfðu oftast verið heyrnarmæld skömmu fyrir eða eftir útskrift af sjúkrahúsinu. Upplýsingar um mannfjölda á Íslandi á tímabilinu fengust hjá Hagstofu Íslands og var nýgengi reiknað út miðað við 100.000 börn, 16 ára og yngri á hverju ári.

Fengið var samþykki Vísindasiðanefndar fyrir rannsókninni. Við tölfræðilega útreikninga var notast við kí-kvaðrat og/eða nákvæmnispróf Fishers við samanburð á hlutföllum og t-próf við samanburð á mæligildum einstakra hópa. Samanburður á meðalaldri var gerður á lógaritma umreiknuðum tölum. Marktækni var miðuð við $p < 0,05$. Við tölfræðilega útreikninga á börnum með fylgikvilla var einungis notaður sá hópur barna sem framhaldsupplýsingar fengust um.

Niðurstöður

Greining

Alls greindust 454 börn með örugga (83%) eða líklega (17%) heilahimnubólgu af völdum bakteríu á tímabilinu. Baktería ræktaðist í mænuvökva hjá 335 börnum (74%) og í blóði eingöngu hjá 14 (3%). Hún greindist með Gramslitun á mænuvökva hjá 18 (4%) og með Latex kekkjunarprófi hjá sex. Hjá 77 börnum (17%) fékkst greiningin ekki staðfest með áðurnefndum aðferðum en þótti mjög líkleg út frá sjúk-

Tafla II. *Fjöldi sýkingavalda fyrir og eftir 1989, og meðalaldur barna*

	1973-1988		1989-2000		P-gildi	
	Fjöldi (%)	Meðalaldur (ár)	Fjöldi (%)	Meðalaldur (ár)	Fjöldi	Meðalaldur
N. meningitidis	127 (37)	2,1	73 (64)	3,2	NS	0,015
Hib*	129 (38)	1,4	7 (6)	1,1	<0.001	NS
S. pneumoniae	16 (5)	1,5	16 (14)	3,0	NS	NS
Annað	4 (1)	0,3	4 (4)	0,2		
Óþekkt	64 (19)	2,2	14 (12)	4,9		

NS: ekki marktækt; *Hib: *Haemophilus influenzae* af sermisgerð b.

dómseinkennum og rannsóknum á mænuvökva. Samanburður við jákvæðar mænuvökvaræktanir á tímabilinu 1987-1997 sýndi að vangreind tilfelli í okkar rannsókn voru um 10% (71 tilfelli rannsóknarinnar og 79 sýklafræðideilda).

Faraldsfræði

Af 454 tilfellum greindust 246 (54%) á Barnaspítala Hringsins, 137 (30%) á Landakoti/Borgarspítala/Sjúkrahúsi Reykjavíkur og 71 (16%) á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri.

Tvö hundruð fimmtíu og fimm börn voru drengir (56%) og 199 stúlkur (44%).

Nýgengi sjúkdómsins var nokkuð breytilegt eftir árum (mynd 1) og lækkaði umtalsvert eftir 1989 (tafla I). Á árunum 1976 og 1977 gekk yfir faraldur af *Neisseria meningitidis* (*N. meningitidis*) sjúkdómi og greindust þá um tvöfalt fleiri heilahimnubólgutilfelli en greindust að meðaltali á öllu rannsóknartímabilinu.

Sjúkdómurinn greindist oftast síðsumars en dreifingin var annars nokkuð jöfn yfir árið. Helmingur barnanna bjó á Stór-Reykjavíkursvæðinu, fjögur af hundraði á Vesturlandi, sex af hundraði á Vestfjörðum, 15% á Norðurlandi, fimm af hundraði á Austurlandi og 22% á Suðurlandi.

Í töflu I má sjá að meðalaldur barnanna hækkaði marktækt eftir 1989 vegna marktækrar fækkunar barna í yngsta aldurshópnum (1-23 mánaða) á sama tíma. Níu börn greindust með heilahimnubólgu oftar en einu sinni; fimm höfðu fengið brot eða högg á höfuðkúpu einum til fimm dögum áður en þau sýktust; tvö höfðu klofinn góm og sjö klofinn hrygg. Þrjú barnanna höfðu áður verið greind með ónæmisgalla.

Bakteríur (tafla II)

N. meningitidis reyndist algengasta bakterían og fannst hjá 200 börnum (44%). Hún ræktaðist í mænuvökva hjá 168 (84%) en einungis í blóði hjá 12. Hjá 20 fannst hún einungis með Gramslitun eða Latex kekkjunarprófi á mænuvökva. Sjö stofnar (3,5%) voru af hjúpgerð A, 98 (49%) af hjúpgerð B og 34 (17%) af hjúpgerð C. Hjá 61 (30,5%) stofni greindist hjúpgerðin ekki.

Hib greindist hjá 136 börnum (30%). Hjá 132 þeirra (97%) ræktaðist bakterían í mænuvökva en einungis í blóði hjá tveimur. Hjá tveimur fannst bakterían einungis með Gramslitun og/eða Latex kekkjunarprófi. Ekkert barn greindist með heilahimnubólgu af völdum Hib eftir 1989.

Streptococcus pneumoniae (*S. pneumoniae*) greindist hjá 32 börnum (7%). Hjá 30 þeirra (94%) ræktaðist bakterían í mænuvökva en hjá tveimur greindist bakterían með Latex kekkjunarprófi á mænuvökva.

Hjá átta börnum ræktuðust aðrar bakteríur. Þar af voru fjögur með b-hemólýtíska streptókokka af hjúpgerð B, tvö með *Escherichia coli*, eitt með *Streptococcus milleri*, eitt með non-hemólýtíska streptókokka og eitt með *Staphylococcus aureus* (tveggja mánaða gamalt barn).

Ekkert tilfelli af völdum Hib sem algengastar voru hjá yngstu börnunum greindist eftir 1989 en reyndist óbreytt af völdum *N. meningitidis* og *S. pneumoniae* (tafla II). Meðalaldur barna með sýkingu af völdum *N. meningitidis* hækkaði hins vegar marktækt eftir 1989 úr rúmlega tveimur árum upp í rúmlega þrjú ár.

Blóðræktun fékkst frá 376 börnum (83%) og hjá 211 þeirra (56%) ræktaðist bakterían í blóðinu.

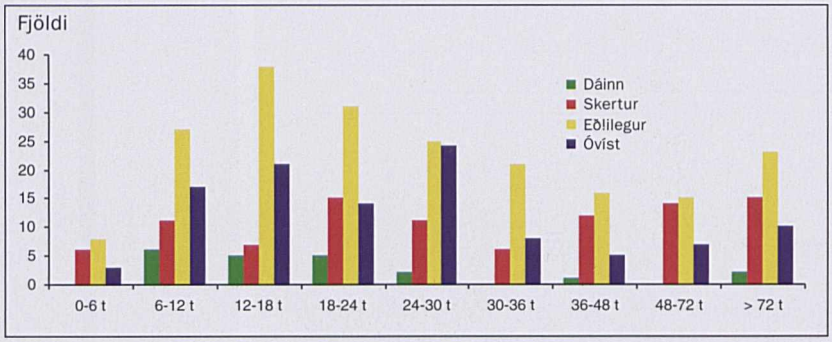
Aðrar rannsóknir

Hvítkorn í mænuvökva voru að meðaltali 3.500 x 10^6/l (0-52.000 x 10^6/l). Fjörutíu og tvö börn (9%) voru með eðlilegan fjölda (<10x10^6/l) en bakteríur ræktuðust í mænuvökva hjá öllum þeirra og voru *N. meningitidis* algengastar (81%). Kleyfkyrnd hvítkorn voru að meðaltali um 90% allra hvítkorna í mænuvökva en hjá 12 var hlutfall þeirra eðlilegt (<50%). Fimmtíu börn (11%) voru með hækkað prótín í mænuvökva (>400 mg/l) en 259 (57%) höfðu lækkaðan sykur í mænuvökva (<50% af blóðsykri).

Meðalfjöldi hvítkorna í blóði var 16x10^9/l (0,5-42x10^9/l) en hjá 37 börnum (8%) kom fram fækkun á hvítkornum (<4,5x10^9/l).

Sökk var mælt hjá 367 börnum (80%) og var að meðaltali 44 (1-256). CRP hjá 142 börnum var að meðatali 101 (0-433). Bæði sökk og CRP mældust hærri hjá þeim börnum sem höfðu verið með sjúkdómseinkenni lengi fyrir innlögn. Ef einkennin höfðu varað <24 klukkustundum var sökkið að meðaltali 30 og CRP 79. Hjá þeim sem höfðu einkenni >24 klukkustundum fyrir innlögn var sökk að meðaltali 60 og CRP 131 (P<0,0001 fyrir báðar mælingar).

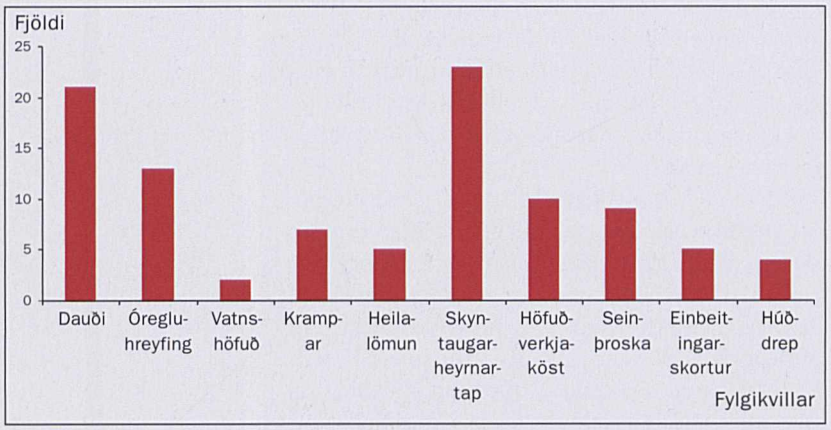
Natríum í blóði mældist <130 mmól/l hjá 25 sjúklingum (5,5%) á fyrstu þremur dögum innlagnar.



Mynd 2. *Afdrif sjúklinga með heilahimnubólgu af völdum baktería eftir lengd einkenna (klukkustundir) fyrir innlögn.*

Einkenni fyrir og við innlögn

Helmingur barnanna (51,5%) var lagður inn á sjúkrahús innan 24 tíma frá upphafi veikinda og 67% innan tveggja sólarhringa (mynd 2).



Mynd 3. *Afdrif sjúklinga með heilahimnubólgu af völdum baktería.*

Krampar: 76 börn (17%) fengu krampa í tengslum við sjúkdóminn, flest (74%) innlagnardaginn. Tíu þessara barna dóu (13%) (p=0,0004) og 22 (29%) fengu síðkomna fylgikvilla (p=0,07). Tuttugu og níu börn sem fengu krampa, greindust með sýkingu af völdum Hib og var það 21% allra með þá bakteríu. Tuttugu og tvö prósent barna með *S. pneumoniae* og 11% með *N. meningitidis* fengu krampa.

Húðblæðingar: Húðblæðingar greindust hjá 184 sjúklingum (40,5%). Eitt hundrað og fjörutíu (76%) þeirra greindust með *N. meningitidis* (70% allra með *N. meningitidis*), fjögur með Hib (2%) og hjá 40 (22%) fannst bakterían ekki.

Meðvitundarástand: Tuttugu og sjö börn voru meðvitundarlítil eða -laus við komu. Níu þeirra (33%) dóu (p<0,0001) og níu fengu síðkomna alvarlega fylgikvilla (p=0,06). Fjögur voru með sýkingu af völdum *S. pneumoniae*, sex með Hib, átta *N. meningitidis* og hjá níu börnum var um annan eða óþekktan sýkingarvald að ræða. Tvö hundruð fimmtíu og tvö börn (55,5%) voru hins vegar með vægt minnkaða meðvitund við komu.

Tuttugu börn voru útskrifuð af sjúkrahúsi með skerta meðvitund. Þrettán þeirra höfðu sýkst af *N. meningitidis* og þrjú af *S. pneumoniae*.

Lækkaður blóðþrýstingur: Tuttugu og níu börn (6%) fengu meðferð vegna of lágs blóðþrýstings, yfirleitt í formi albúmíndreypis eða dópamíns og tíu þeirra (34%) dóu (p<0,0001). Tuttugu og tvö (76%) reyndust sýkt af *N. meningitidis*.

Lyf fyrir og við innlögn

Eitt hundrað og sextíu börn (35%) fengu sýklalyf fyrir innlögn. Hjá 79 (49%) þeirra ræktaðist engin baktería í mænuvökva en af 294 börnum sem ekki höfðu fengið sýklalyf voru ræktanir neikvæðar hjá 40 (13,6%) (p<0,0001).

Eitt hundrað sextíu og níu börn (37%) fengu steragjöf í æð við innlögn, ýmist samtímis eða eftir sýklalyfjagjöf; 44% fengu decadron og 56% solucortef.

Afdrif (mynd 3)

Alls dóu 20 börn (4,5%) af völdum sýkingarinnar og voru sex þeirra (30%) yngri en tveggja ára. Þrjú þeirra greindust með *S. pneumoniae* (9% allra *S. pneumoniae* sýkinga; p=0,16), tíu með *N. meningitidis* (5% allra *N. meningitidis* sýkinga; p=0,6), eitt með b-hemólýtíska streptókokka af hjúpgerð B og hjá sex fannst bakterían ekki. Ekkert barn með staðfesta sýkingu af völdum Hib lést (p=0,0009). Dánartíðni dreifðist jafnt yfir tímabilið en þrjú börn dóu hvort árið 1975 og 1976. Af þeim 20 börnum sem létust voru 18 innlögð innan 24 klukkustunda frá upphafi veikinda en tvö >24 klukkustunda (p=0,0004) (mynd 2). Fjögur börn sem létust höfðu fengið sýklalyf fyrir innlögn en hin 16 höfðu ekki fengið nein sýklalyf (p=0,16). Af 169 börnum sem fengu stera við innlögn létust 16 (9,4%) en fjögur (14,4%) þeirra sem enga stera fengu létust (p=0.0002).

Upplýsingar um aðra fylgikvilla fengust um 320 börn (70,5%) og greindust þeir hjá 92 (29%) (mynd 3). Ellefu (12%) höfðu sýkst af *S. pneumoniae* (48% allra með *S. pneumoniae*, p=0,05), 31 (37%) af Hib (28% allra með Hib, p=0,9) og 27 (29%) af *N. meningitidis* (25% allra með N. meningitidis, p=0,3). Hjá 23 greindust aðrar eða engar bakteríur. Fjögur börn með *N. meningitidis* fengu drep í húð eftir húðblæðingar.

Þrjátíu og níu börn með síðkomna fylgikvilla voru innlögð <24 klukkustundum frá upphafi veikinda en 53 >24 klukkustundum (p=0,62). Rannsóknir á mænuvökva (fjöldi hvítra blóðkorna, magn eggjahvítu og sykurs) voru ekki marktækt frábrugðnar hjá þeim sem fengu ofangreinda fylgikvilla og þeim sem fengu enga fylgikvilla.

Heyrnartap: Niðurstöður heyrnarmælinga fengust hjá 167 börnum (37%) og af þeim voru 23 (14%) með skyntaugarheyrnartap og níu með leiðsluheyrnartap. Skyntaugarheyrnartapið mældist frá því að vera vægt upp í algjört heyrnarleysi. Sykur í mænuvökva við innlögn hjá þeim börnum sem höfðu skyntaugarheyrnartap mældist marktækt lægra en hjá þeim sem ekki höfðu skyntaugarheyrnatap (p=0.005). Enginn munur var hins vegar á fjölda hvítra blóðkorna í mænuvökva eða magni eggjahvítu hjá þessum

tveimur hópum. Tíu börn greindust með Hib sýkingu (17,5% allra heyrnarmældra með Hib sýkingu, p=0,35), fimm með *S. pneumoniae* (31% allra heyrnarmældra með *S. pneumoniae*, p=0,03) og fimm með *N. meningitidis* (7% allra heyrnarmældra með *N. meningitidis*; p=0,04). Hjá þremur börnunum fannst engin baktería. Átján (78%) börn með skyntaugarheyrnartap voru innlögð >24 klukkustundum frá upphafi veikinda en fimm (22%) <24 klukkustundum (p=0,02). Átta börn með skyntaugarheyrnartap fengu stera við innlögn. Ekki reyndist marktækur munur á því hvort börn með skyntaugarheyrnartap höfðu fengið stera eða ekki (p=1,0).

Umræða

Að mati Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar fá á ári hverju í heiminum fleiri en 400.000 börn undir fimm ára aldri heilahimnubólgu af völdum baktería og af þeim deyja um 20% (13).

Nýgengi sjúkdómsins er hins vegar mjög mismunandi milli landa sem skýra má að stórum hluta af mismunandi skráningarkerfi og vanskráningu í mörgum löndum (14). Í okkar rannsókn var nýgengið 29/100.000/ár fyrri hluta tímabilsins en lækkaði í 12/100.000/ár eftir tilkomu Hib bólusetningarinnar. Nýgengi sjúkdómsins er þó að öllum líkindum hærra á landinu öllu þar sem börn með heilahimnubólgu eru stundum lögð inn á önnur sjúkrahús en okkar rannsókn nær til og niðurstöður mænuvökvaræktana frá sýklafræðideildum á tíu ára tímabili bornar saman við niðurstöður rannsóknarinnar bentu til um 10% vangreiningar í sjúkraskrám. Heilahimnubólga á Íslandi er algengari meðal barna en fullorðinna því nýleg íslensk rannsókn á heilahimnubólgu hjá einstaklingum >16 ára leiddi í ljós nýgengi 3,8/100.000/ár (10). Meðalaldri og aldursdreifingu barna í okkar rannsókn svipar mjög til þess sem birt hefur verið í erlendum rannsóknum (14). Athyglisvert er að eftir að bólusetning gegn Hib hófst hefur meðalaldur barna með heilahimnubólgu hækkað marktækt úr tæpum tveimur árum í tæp þrjú ár. Þetta hefur einnig komið í ljós í öðrum rannsóknum (14, 15) og skýrist af því að sýkingar af völdum Hib sem algengastar voru hjá yngstu börnunum hafa verið upprættar. Einnig kom í ljós að meðalaldur barna með heilahimnubólgu af völdum *N. meningitidis* hækkaði marktækt eftir 1989. Ástæður þessa eru ekki ljósar en benda til að heilahimnubólga sé að verða vandamál eldri barna en áður var.

Orsakir alvarlegrar heilahimnubólgu hjá börnum eldri en eins mánaðar hafa löngum verið taldar *N. meningitidis*, Hib og *S. pneumoniae*. Á fyrri hluta rannsóknartímabilsins voru *N. meningitidis* og Hib langalgengastar en eftir að bólusetning gegn Hib hófst árið 1989 hafa sýkingar af völdum þessarar bakteríu hins vegar horfið.

Greiningin var oftast fengin með ræktun bakteríunnar í mænuvökva (74%) og er það í samræmi við rannsóknir á eldri einstaklingum með heilahimnubólgu hér á landi (10). Meirihluti þeirra sem voru með neikvæðar ræktanir reyndust hins vegar hafa fengið sýklalyf fyrir komu. Gramslitun og Latex kekkjunarpróf á mænuvökva ásamt blóðræktun gaf hins vegar greininguna hjá um þriðjungi þeirra sem voru með neikvæðar mænuvökvaræktanir.

N. meningitidis er í dag algengasta bakterían (>80%) sem veldur heilahimnubólgu hjá börnum eldri en eins mánaðar. Hún kemur oftar fyrir hjá eldri börnum sem gæti verið vegna þess að tíðni bera eykst með aldri (16). Undirflokkun *N. meningitidis* hófst hér á landi árið 1976 (9). Algengasta hjúpgerðin í okkar rannsókn reyndist vera B (55%) en hjúpgerð C (19%) varð fyrst algeng eftir 1982. Ekki reyndist munur á afdrifum sjúklinga í okkar rannsókn eftir hjúpgerðum bakteríunnar. Fjölsykru bóluefni gegn *N. meningitidis* (hjúpgerð A, C, Y og W135) hafa verið á markaði um nokkurt skeið en þetta bóluefni eins og önnur fjölsykru bóluefni er lítt ónæmisvekjandi hjá börnum yngri en tveggja ára (17). Þar sem meðalaldur barna með heilahimnubólgu af völdum *N. meningitidis* í okkar rannsókn hækkaði marktækt á seinni hluta rannsóknartímans uppí tæplega þrjú ár þá gæti þetta bóluefni hugsanlega verið gagnlegt í baráttunni gegn sýkingum af völdum *N. meningitidis* hér á landi (18). Frábær árangur hér á landi sem erlendis af bólusetningu með prótíntengdu Hib bóluefni (5) gefur hins vegar vonir um að nýtt prótín tengt fjölsykru bóluefni gegn hjúpgerð C muni reynast áhrifaríkt í baráttunni gegn sýkingum af völdum þessarar hjúpgerðar (19). Hins vegar gengur erfiðlega að framleiða virkt bóluefni gegn hjúpgerð B (20, 21).

Aðdragandi heilahimnubólgu af völdum baktería getur verið með tvennum hætti. Annars vegar getur verið um að ræða nokkurra daga sjúkrasögu með hita og ósérhæfðum einkennum sem benda til vírussýkingar og hins vegar getur sjúkdómurinn komið mjög brátt og einkenni orðið alvarleg á nokkrum klukkustundum (1, 12, 22). Rannsóknir á blóði og mænuvökva eru því oftast nauðsynlegar til að staðfesta greininguna. Talning hvítra blóðkorna í blóði og deilitalning í okkar rannsókn gaf ekki áreiðanlegar upplýsingar um alvarleika sýkingarinnar nema hjá um átta af hundraði barna sem voru með lækkun á hvítum blóðkornum. Sökk og CRP reyndist hins vegar verulega hækkað í flestum tilvikum nema ef einkenni fyrir innlögn höfðu staðið skemur en 24 klukkustundir. Rannsókn á mænuvökva reyndist hins vegar áreiðanleg til að segja fyrir um heilahimnubólgu. Flest börnin voru með verulega aukningu á fjölda hvítra blóðkorna í mænuvökva en einungis níu af hundraði voru með eðlilegan fjölda. Hjá öllum þeirra ræktaðist hins vegar baktería í mænuvökvanum og var um að ræða *N. meningitidis* í 81%

tilfella. Einungis helmingur barnanna reyndist vera með lágan sykur í mænuvökva og 11% hækkað prótín. Lækkaður sykur í mænuvökva tengdist marktækt skyntaugarheyrnartapi en ekki öðrum fylgikvillum. Þessar niðurstöður eru í samræmi við erlendar niðurstöður (12, 23, 24).

Athyglisvert er hversu fljótt flest börnin voru innlögð á sjúkrahús en helmingur barnanna var innlagður <24 klukkustundum frá upphafi veikinda. Kann að vera að það skýri góðar horfur barnanna í þessari rannsókn miðað við erlendar rannsóknir (12, 24-26). Í okkar rannsókn var dánartíðnin 4,5% en erlendar rannsóknir hafa sýnt dánartíðni hjá börnum um 10% (14). Dánartíðni hjá fullorðnum með heilahimnubólgu er hins vegar töluvert hærri (20%) samkvæmt nýlegri íslenskri rannsókn (10). Það kann hins vegar að vera að raunveruleg dánartíðni sé hærri þar sem börn deyja stundum af þessum sjúkdómi utan sjúkrahúsa og eru því aldrei lögð inn. Þau börn sem deyja fá oftast mjög bráð og alvarleg einkenni og komast sjaldnast nógu snemma á sjúkrahús til meðferðar. Ekki var marktækur munur á dánartíðni milli bakteríutegunda nema við Hib sýkingu þar sem ekkert barn dó (p=0,0009). Flest börnin (90%) sem létust í okkar rannsókn höfðu veikst innan 24 klukkustunda fyrir innlögn og reyndust vera með mjög alvarleg einkenni við komu. Marktækt hærri dánartíðni var hjá þeim börnum sem fengu stera við innlögn en það skýrist væntanlega af því að veikustu börnin fengu stera við komu. Sýklalyfjagjöf fyrir innlögn virtist hins vegar ekki minnka líkur á dauða.

Af þeim sem lifðu reyndist um þriðjungur fá langtíma fylgikvilla sem er lægra hlutfall en talið hefur verið í erlendum rannsóknum (14) þar sem um helmingur er talinn fá fylgikvilla. Líkur á langtíma fylgikvillum var marktækt hærri við sýkingu af völdum *S. pneumoniae* en annarra baktería. Tæplega fimmtungur barnanna fékk krampa í tengslum við sjúkdóminn sem er hærra en hjá fullorðnum (10). Krampar voru marktækt algengari hjá börnum með sýkingu af völdum *S. pneumoniae* og Hib eins og aðrar rannsóknir hafa sýnt (10-12).

Börn með alvarleg einkenni við innlögn, það er krampa, lækkaðan blóðþrýsting og minnkaða meðvitund, voru með marktækt verri horfur en börn sem ekki voru með ofangreind einkenni, einkum hvað varðar dauða. Húðblæðingar sáust hjá tæplega helmingi barnanna við innlögn og greindust flest (76%) með *N. meningitidis*.

Skyntaugarheyrnartap greindist hjá 14% barna í okkar rannsókn en það er heldur hærra en erlendar rannsóknir hafa sýnt (3-10%) (27-29). Heyrnartap í okkar rannsókn var marktækt hærra við sýkingu af völdum *S. pneumoniae* og *N. meningitidis* heldur en Hib sem samræmist erlendum rannsóknum (12, 30, 31). Erlendar rannsóknir hafa sýnt að dexómetasón gjöf getur hugsanlega minnkað líkur á skyntaugarheyrnartapi við heilahimnubólgu af völdum Hib ef meðferð er hafin á undan eða samtímis sýklalyfjagjöf. Árangurinn er hins vegar óvissari við sýkingar af völdum annarra baktería (22, 30, 32, 33). Í okkar rannsókn kom ekki fram neinn munur á þeim sem fengu eða fengu ekki stera. Þetta kann að skýrast af því að sterar í okkar rannsókn voru ekki gefnir á skipulegan hátt, hvorki með tilliti til sýklalyfjagjafar, tegundar stera, skammtastærðar né meðferðarlengdar.

Heilahimnubólga af völdum baktería hjá börnum er alvarlegur sjúkdómur ef ekki er brugðist skjótt við. Tíðni hans hér á landi hefur farið minnkandi, einkum vegna tilkomu Hib bólusetningar árið 1989. Þótt búið sé að útrýma Hib, sem var einn af þremur aðalorsakavöldum heilahimnubólgu hjá börnum eldri en eins mánaðar, þá eru *N. meningitidis* og *S. pneumoniae* enn til staðar. Til að draga úr alvarlegum fylgikvillum heilahimnubólgu er nauðsynlegt að hefja meðferð eins fljótt og auðið er eftir byrjun einkenna. Ólíklegt er að hægt verði að koma sjúklingum fyrr inn á sjúkrahús en fram kom í okkar rannsókn þar sem helmingur barna var lagður inn á sjúkrahús <24 klukkustundum frá byrjun veikinda. Eina raunhæfa leiðin til að draga úr alvarlegum fylgikvillum þessara sýkinga er því að koma í veg fyrir sýkinguna. Frábær reynsla af Hib bóluefni hér á landi sem erlendis gefur góðar vonir að koma megi í veg fyrir alvarlegar sýkingar af völdum *N. meningitidis* og *S. pneumoniae* með bólusetningu. Prótíntengd bóluefni gegn *N. meningitidis* af hjúpgerð C og *S. pneumoniae* eru nýlega komin á markað en ekki komin í almenna notkun hér á landi enn sem komið er. Erlendar og innlendar rannsóknir hafa sýnt að þessi bóluefni eru örugg, ónæmisvekjandi og virk í ungum börnum (34-36) og þurfa heilbrigðisyfirvöld því að íhuga vandlega hvort ekki sé tímabært að hefja almenna bólusetningu með þessum bóluefnum hér á landi.

Þakkir

Sérstakar þakkir fyrir veitta aðstoð fær Jónas Logi Franklín fyrir aðstoð við tölvuvinnslu, Kristín E. Jónsdóttir læknir, starfsfólk skjalasafna sjúkrahúsanna þriggja, starfsfólk Heyrnar- og talmeinastöðvarinnar og taugagreiningardeildar Grensásdeildar Sjúkrahúss Reykjavíkur.

Heimildir

1. Quagliarello VJ, Scheld WM. New perspectives on bacterial meningitis. Clin Infect Dis 1993; 17: 603-10.
2. Radetsky M. Duration of symptoms and outcome in bacterial meningitis: an analysis of causation and the implications of a delay in diagnosis. Pediatr Infect Dis 1992; 11: 694-8.
3. Jónsdóttir KE, Steingrímsson Ó, Ólafsson Ó. Immunisation of infants in Iceland against *Haemophilus influenzae* type b. [letter]. Lancet 1992; 340: 252-3.
4. Jónsdóttir KE, Hansen H, Guðbjörnsdóttir H, Guðmunds-

dóttir M, Ólafsson Ó, Jónasson M, et al. Epidemiology of Invasive *Haemophilus influenzae* b (Hib) disease in Iceland from 1974 and Impact of Vaccinaton Programme Launched in 1989. 9th Congress of Circumpolar Health Reykjavík 1993. Arctic Med Res 1994; 53/Suppl. 2: 619-21.
5. Jónsdóttir KE, Hansen H, Arnórsson VH, Laxdal Þ, Stefánsson M. Ungbarnabólusetning á Íslandi gegn *Haemophilus influenzae* af hjúpgerð b. Árangur eftir sex ára notkun PRP-D (ProHIBiT®). Læknablaðið 1996; 82: 32-8.
6. Claesson BA. Epidemiology of invasive *Haemophilus influenzae* type b disease in Scandinavia. Vaccine 1993; 11/Suppl 1: 30-3.
7. Árnórsson VA. *Meningitis bacterialis* í börnum – 15 ára uppgjör. Læknablaðið 1974; 58: 197-217.
8. Laxdal Þ. Meningitis bacterialis hjá börnum. 10 ára uppgjör frá barnadeild Landakotsspítala 1969-1978. Læknablaðið 1981; fylgirit 12: 47-57.
9. Jónsdóttir KE, Arnórsson VH, Laxdal Þ, Jónsson B. Bakteriell meningit i Island 1960-1989. Nordisk Medicin 1990; 105: 257-9.
10. Sigurðardóttir B, Björnsson ÓM, Jónsdóttir KE, Erlendsdóttir H, Guðmundsson S. Heilahimnubólga af völdum baktería hjá fullorðnum á Íslandi. Yfirlit 20 ára. Læknablaðið 1995; 81: 594-604.
11. Dagbjartsson A, Lúðvígsson P. Bacterial meningitis: diagnosis and initial antibiotic therapy. Pediatr Clin North Am 1987; 34: 219-30.
12. Klein JO, Feigin RD, McCracken GH. Report of the Task Force on Diagnosis and Management of Meningitis. Pediatrics 1986; 78/Suppl 5: 959-82.
13. Schuchat A, Wenger JD. Epidemiology of bacterial meningitis. Annales Nestlé 1997; 55: 79-91.
14. Gold R. Epidemiology of bacterial meningitis. Infect Dis Clin North Am 1999 Sep; 13(3): 515-25.
15. Schuchat A, Robinson K, Wenger JD, Harrison LH, Farley M, Reingold AL, et al. Bacterial meningitis in the United States in 1995. N Engl J Med 1997; 337: 970-6.
16. Caugant DA, Høiby A, Magnus P, Scheel O, Hoel T, Bjune G, et al. Asymptomatic Carriage of *Neisseria meningitidis* in a Randomly Sampled Population. J. Clin Microbiol 1994(2); 32: 323-30.
17. MacDonald NE, Halperin SA, Law BJ, Forrest B, Danzig LE, Granoff DM, et al. Induction of immunologic memory by conjugated as plain meningococcal C polysaccharide vaccine in toddlers. JAMA 1998; 280:1685-9.
18) Rosenstein N, Levine O, Taylor JP, Evans D, Plikaytis BD, Wenger JD, et al. Efficacy of meningoccocal vaccine and barriers to vaccination. JAMA 1998; 279: 435-9
19. English M, MacLennan JM, Bowen-Morris JM, Deeks J, Boardman M, Brown K, et al. A randimized, double blind, contolled trial of the immunogenecity and tolerability of a meningoccocal group C conjugate vaccine in young British infants. Vaccine 2001; 19: 1232-8
20. Schuchat A, Wenger JD. Prevention of bacterial meningitis. Annales Nestlé 1997; 55: 120-31.
21. Perkins BA, Jónsdóttir K, Briem H, Griffiths E, Plikaytis BD, Hoiby EA, et al. Immunogenicity of two efficacious outer membrane protein-based serogroup B meningococcal vaccines among young adults in Iceland. J Infect Dis 1998; 177: 683-91.
22. Schaad UB. Diagnosis and treatment of bacterial meningitis. Annales Nestlé 1997; 55: 103-10.
23. Nadol JB. Hearing loss as a sequela of meningitis. Laryngoscope 1978; 739-55.
24. Fortnum HM. Hearing impairment after bacterial meningitis: a review. Arch Dis Child 1992; 67: 1128-33.
25. Grimwood K, Anderson VA, Bond L, Catroppa C, Hore RL, Keir EH, et al. Adverse outcomes of bacterial meningitis in school-age survivors. Pediatrics 1995; 95: 646-56.
26. Külahli, Í, Öztürk M, Bilen Ç, Cüreoglu S, Merhametsiz A, Çagil N. Evaluation of hearing loss with auditory brainstem responses in the early and late period of bacterial meningitis in children. J Laryngol Otol 1997; 111: 223-7.
27. Tarlow MJ, Winter AJ, Comis SD, Osborne MP. Sequelae of bacterial meningitis. Annales Nestlé 1997; 55: 111-9.
28. Vienny H, Despland PA, Lütschg J, Deonna T, Dutoit-Marco ML, Gander C. Early Diagnosis and Evolution of Deafness in Childhood Bacterial Meningitis: A Study Using Brainstem Auditory Evoked Potentials. Pediatrics 1984; 73: 579-86.
29. Kaplan SL, Catlin FI, Weaver T, Feigin RD. Onset of Hearing Loss in Children with Bacterial Meningitis. Pediatrics 1984; 73: 575-8.
30. Coyle PK. Glucocorticoids in central nervous system bacterial infection. Arch Neurol 1999; 56: 796-801.
31. Dodge PR, Davis H, Feigin RD, Holmes SJ, Kaplan SL, Jubelirer DP, et al. Prospective evaluation of hearing impairment as a sequela of acute bacterial meningitis. N Engl J Med 1984; 311: 869-74.
32. McIntyre PB, Berkey C, King SM, Schaad UB, Kilpi T, Kanra GY, et al. Dexamethasone as Adjunctive Therapy in Bacterial Meningitis. JAMA 1997; 278: 925-31.
33. Kaul A, Chandwani S. Dexamethasone in Bacterial Meningitis: To Use or Not to Use? Ind J Ped 1996; 63: 583-9.
34. Black S, Shinefield H, Fireman B, Black S, Shinefield H, Fireman B, et al. Efficacy, safety and immunogenicity of heptavalent pneumococcal conjugate vaccine in children. Northern California Kaiser Permanente Vaccine Study Center Group. Pediatr Infect Dis J 2000; 19: 187-9.
35. English M, MacLennan JM, Bowen-Morris JM, Deeks J, Boardman M, Brown K, et al. A randomised, double-blind, controlled trial of the immunogenicity and tolerability of a meningococcal group C conjugate vaccine in young British infants. Vaccine 2001; 19: 1232-8,
36. Sigurðardóttir S, Guðnason Þ, Kristinsson KG, Kjartansson S, Davíðsdóttir K, Ingólfsdóttir G, et al. Safety and Immunogenicity of two different formulations of 11-valent pneumococcal polysaccharide conjugate vaccines, F3 and F3bis in healthy Icelandic infants. Abstract P50. Symposium on Pneumococci and Pneumococcal Diseases. Sun City South Africa, 19-23 Marck 2000.

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 litið 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. 01.03.02

Tilvitnun 1: KR Chapman, N Ringdal Et al. Can. Respir. J. 1999; 6 (1): 45-51.
Tilvitnun 2: G Shapiro Et al., Am. J, Respir. Crit.Care Med. 2000; 161: 527-534.

SERETIDE

gsk GlaxoSmithKline



GOTT FÖLK McCANN-ERICKSON - SIA

Minni astmi. Betra líf.

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



Rannsóknir í fyrirrúmi



Sérfræðingar í geðsjúkdómafræði

Frumkvöðlar í taugasjúkdómafræði

Við hjá Lundbeck höfum valið að einbeita okkur að rannsóknum, þróun og nýsköpun lyfja með verkun gegn sjúkdómum í miðtaugakerfinu. Tímamótauppgötvanir nást aðeins með því að beina sjónum sínum að smáatriðunum.

Okkur hefur tekist þetta áður og okkur mun takast þetta aftur.

www.lundbeck.com

Lundbeck

Lundbeck Pharma A/S
Umboðsaðili á Íslandi: Austurbakki hf.
Köllunarklettsvegi 2
Sími 563 4000 - Fax 564 4090
www.austurbakki.is

Brennsla í lungnabláæðum sem meðferð við gáttatifi

Davíð O. Arnar

Gizur Gottskálksson

Ágrip

Gáttatif er algeng takttruflun og oft á tíðum erfið í meðhöndlun. Þrátt fyrir að bæði lyfjameðferð og rafvendingu sé beitt dugar það ekki í mörgum tilfellum. Á allra síðustu árum hafa orðið talsverðar framfarir í brennsluaðgerðum gáttatifs, sér í lagi í brennslu á gáttavef sem teygir sig upp í lungnabláæðar og er oft uppspretta aukaslaga sem koma af stað gáttatifi. Þessari tækni var nýlega beitt í fyrsta sinn hjá íslenskum sjúklingum. Tveimur sjúkratilfellum er lýst og einnig brennsluaðgerðinni sem framkvæmd var hjá þeim.

ENGLISH SUMMARY

Arnar DO, Gottskálksson G

Pulmonary vein ablation as a therapy for atrial fibrillation

Læknablaðið 2002; 88: 401-4

Atrial fibrillation is a common arrhythmia and frequently difficult to treat. Despite therapeutic options, such as antiarrhythmic drugs and electrical cardioversion, many patients with this arrhythmia have recurrences. Radiofrequency catheter ablation has been a developing therapeutic option for patients with atrial fibrillation. Pulmonary vein ablation, where atrial tissue in the pulmonary veins is targeted, has been the most promising ablation strategy. This atrial tissue is a frequent source of ectopic beats which can induce atrial fibrillation. Recently, this was utilised for the first time on Icelandic patients. These two case reports and a description of the procedure are the focus of this paper.

Key words: *atrial fibrillation, radiofrequency ablation, pulmonary veins.*

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

Inngangur

Meðferð gáttatifs getur á köflum verið vandasöm og ýmsum meðferðarúrræðum er gjarnan beitt, eins og lyfjameðferð, rafvendingu eða brennslu á gátta- og sleglahnút samhliða gangráðsísetningu. Í sumum tilfellum duga þessi úrræði ekki til að draga úr tíðni takttruflunarinnar eða einkennum og þess vegna hafa ný meðferðarúrræði verið til skoðunar á síðustu árum. Meðferðarkostum við gáttatifi hafa nýlega verið gerð ítarleg skil hér í blaðinu (1).

Athyglisverð nýjung í meðferð gáttatifs er brennsluaðgerð á lungnabláæðum (2). Lungnabláæðarnar fjórar koma inn í vinstri gátt aftan til. Nokkuð algengt er að gáttavefur teygi sig frá vinstri gátt inn eftir lungnabláæð og sá vefur getur verið uppspretta aukaslaga. Þessi vefur er í formi nokkurs konar fláka sem ná nokkra sentímetra inn í lungnabláæðina en sjaldgæft er að gáttavefurinn dreifi sér allan hringinn. Nýlega hefur verið sýnt fram á að hjá þeim sem hafa gáttatif í köstum (paroxysmal atrial fibrillation) er mjög algengt að aukaslög eða hrinur af aukaslögum frá lungnabláæðum, sér í lagi efri æðunum tveimur, komi þessum köstum af stað (3). Markmið þessarar nýtilkomnu brennsluaðgerðar er að einangra þennan gáttavef í bláæðunum þannig að aukaslög frá honum nái ekki að komast niður í vinstri gátt. Mun sjaldgæfara er að aukaslög sem koma af stað gáttatifi eigi upptök sín á öðrum svæðum, en þó hefur slíku verið lýst frá efri holæð, Marshallsbandi, kransstokk (sinus coronarius) og gáttum, sérstaklega aftan til í vinstri gátt (4-6).

Oft eru þetta stuttar runur af aukaslögum eða mörg aukaslög á stuttu tímabili sem koma gáttatifi af stað, en stundum þarf aðeins stakt aukaslag. Gáttatifið heldur síðan áfram óháð framlagi aukaslaganna og er talið að fjölmörg smá hringsól í báðum gáttum (multiple reentrant wavelets) viðhaldi takttruflininni (7).

Brennslu í lungnabláæðum var nýlega beitt í fyrsta sinn til meðferðar á íslenskum sjúklingum með gáttatif. Sjúklingarnir tveir áttu það sameiginlegt að vera með gáttatif í köstum sem hafði svarað lyfjameðferð illa. Þessar aðgerðir voru framkvæmdar á Haut-Lévéque sjúkrahúsinu í Bordeaux í Frakklandi. Greinarhöfundar áttu þess kost að taka þátt í aðgerðunum með frönskum kollegum, en vagga þessarar nýju meðferðar er einmitt á því sjúkrahúsi. Í þessari grein er sjúkratilfellunum tveimur lýst og aðgerðinni sem á þeim var gerð.

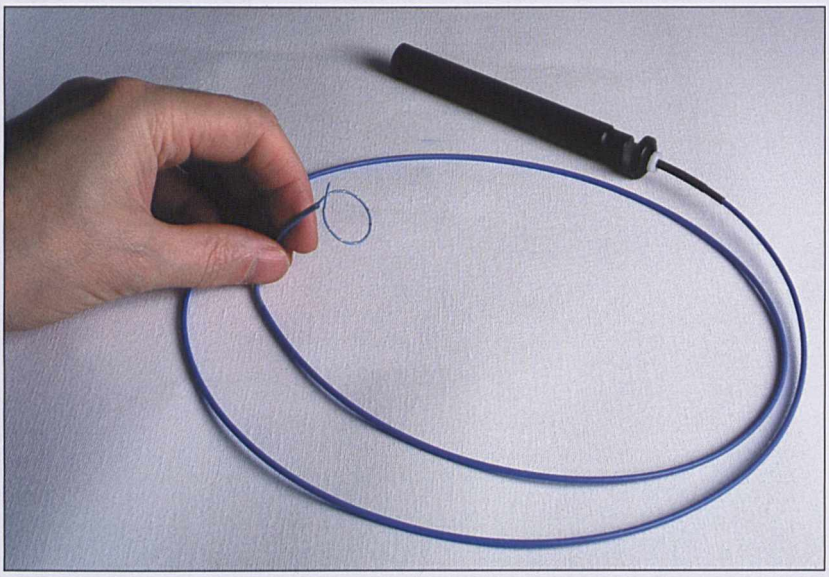
Sjúkratilfelli 1

Fyrri sjúklingurinn er 53 ára gamall karlmaður með langa sögu um erfiðan háþrýsting. Vegna þessa höfðu fjölmörg lyf við háþrýstingi verið prófuð, en með misjöfnum árangri og uppvinnsla á mögulegum orsökum háþrýstings var eðlileg. Hann hefur ekki kransæðasjúkdóm og við ómskoðun af hjarta var vinstri gátt ekki stækkuð og starfsemi vinstri slegils eðlileg.

Til viðbótar við háþrýsting hefur hann í fjölmörg

Lyflækningadeild, Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík. Fyrirspurnir og bréfaskipti: Davíð O. Arnar, lyflækningadeild. Sími: 560 1000, fax: 560 1287, davidar@landspitali.is

Lykilorð: *gáttatif, brennsluaðgerð, lungnabláæðar.*



Mynd 1. *Lasso leggur með hringlaga enda sem hefur tíu rafskaut. Þessi leggur er sérhannaður fyrir kortlagningu á rafvirkni í opi lungnabláæða og gerir að verkum að aðeins er brennt á þeim svæðum þar sem rafvirkni sést.*

ár haft gáttatif í köstum. Þau komu tvisvar til þrisvar í viku og stóðu gjarnan í 2-12 klukkustundir og fylgdu þeim veruleg einkenni, eins og mæði, þyngsl fyrir brjósti, hjartsláttaróþægindi og kvíði. Inn á milli hafði hann fundið fyrir mikilli þreytu og skertu úthaldi. Hann tók fjórar tegundir lyfja (valsartan, enalapril, atenólól og fúrósemíð) vegna háþrýstings og á þeirri meðferð hefur blóðþrýstingur að mestu leyti verið innan eðlilegra marka. Tilvist háþrýstings hjá sjúklingi með gáttatif er áhættuþáttur fyrir segareki og því hefur hann verið á blóðþynningarmeðferð með warfaríni. Hann hefur verið meðhöndlaður með ýmsum lyfjum vegna gáttatifs, til dæmis sótalól og amíódarón, sem hvorugt hefur haft afgerandi áhrif á tíðni eða lengd gáttatifskastanna. Hann hefur margoft lagst inn á sjúkrahús til rafvendingar vegna gáttatifsins og verið svo til óvinnufær nú um tæplega tveggja ára skeið.

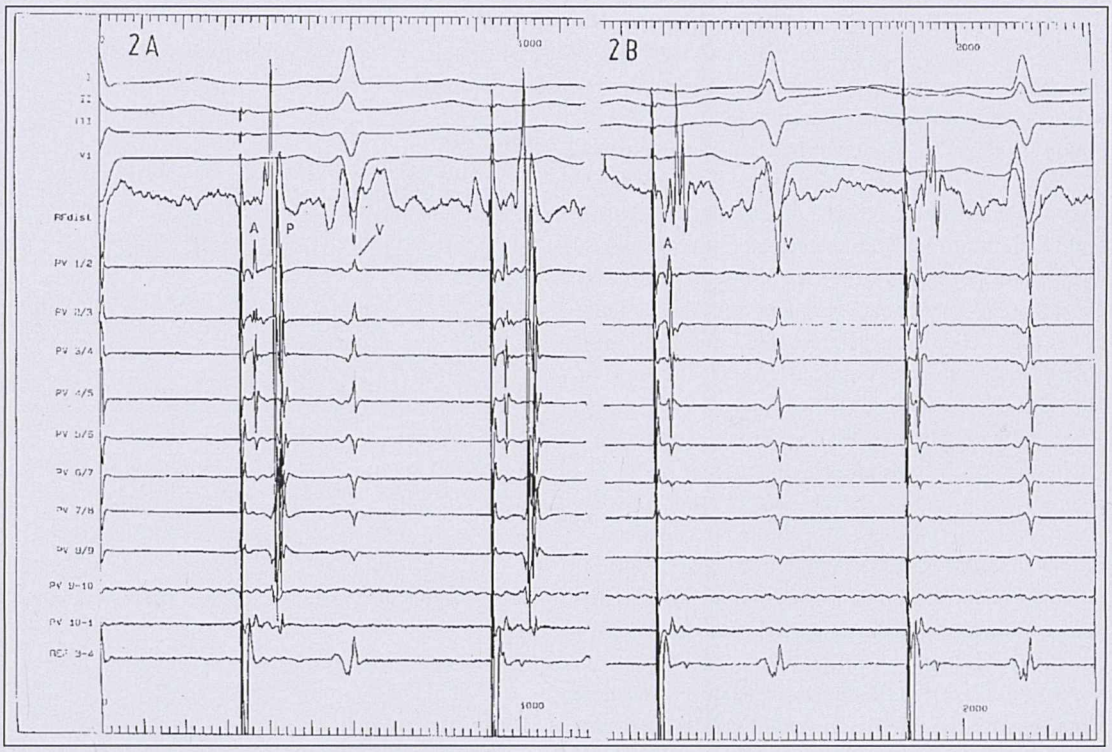
Mögulegt er að þeir sem fá tíð gáttatifsköst og eru í yngri kantinum eins og þessi sjúklingur hafi aðra takttruflun sem síðan umbreytist í gáttatif, til dæmis ofansleglahraðtakt (supraventricular tachycardia). Því getur verið nauðsynlegt að útiloka tilvist aukaleiðslubrautar sem gæti komið af stað ofansleglahraðtakti. Raflífeðlisfræðirannsókn um vélinda var gerð hjá þessum sjúklingi í þeim tilgangi og fundust ekki merki um aukabraut. Með hliðsjón af þrálátum einkennum og lítilli sem engri svörun við lyfjameðferð var ákveðið að reyna brennslu í lungnabláæðum hjá honum.

Sjúkratilfelli 2

Seinni sjúklingurinn er 46 ára karlmaður með kransæðasjúkdóm sem hefur tvívegis farið í kransæðavíkkun, en starfshæfni vinstri slegils er eðlileg. Stærð vinstri gáttar er einnig eðlileg samkvæmt ómskoðun. Hann hefur fundið fyrir verulegum hjartsláttaróþægindum í tæp tvö ár sem hafa ágerst, sérstaklega á síðasta ári. Það uppgötvuðust hjá honum tíð aukaslög frá útstreymisrás hægri slegils fyrir rúmlega ári síðan ásamt gáttatifi og fór hann fyrir ári síðan í brennsluaðgerð hérlendis vegna aukaslaganna. Í þeirri aðgerð var brennt á því svæði sem aukaslögin áttu upptök sín. Eftir það hefur hann fundið mun minna fyrir einkennum frá þessum aukaslögum, en haft veruleg óþægindi af hraðatakti sem endurtekið hefur verið staðfestur sem gáttatif. Hann fékk einkenni oft í viku sem lýsa sér með hjartsláttaróþægindum, andþyngslum, svima, yfirliði og verulegum slappleika. Einkennin stóðu frá hálftíma upp í fjóra tíma í senn. Hann hefur nánast verið óvinnufær í rúmt ár vegna þessara einkenna. Hann hefur ekki haft neinn ávinning af lyfjameðferð með flekaníði, amíódaróni eða sótalóli. Raflífeðlisfræðirannsókn á síðasta ári leiddi ekki í ljós nein merki um aukabraut í hjarta. Með hliðsjón af verulegum einkennum og engum bata af lyfjum var ákveðið að reyna hjá honum lungnabláæðabrennslu.

Aðgerðin

Í þessari aðgerð eru notaðir þrír leggir sem allir eru þræddir til hjartans í gegnum bláæð í nára upp eftir neðri holæð. Einum legg er komið fyrir í kransstokk til raförvunar á gáttum. Til kortlagningar á rafboðum í lungnabláæðum er svokölluðum Lasso legg (nýr sérhannaður leggur sem er með hringlaga enda fyrir kortlagningu í lungnabláæð) (mynd 1) komið fyrir í opi einnar lungnabláæðar í senn. Að auki er brennsluleggur settur upp í vinstri gátt. Bæði brennsluleggnum og Lasso leggnum er komið til vinstri gáttar í gegnum gáttaskilsvegg (inter-atrial septum), ýmist í gegnum opið sporgat (foramen ovale) sem um 25% sjúklinga hafa eða með sérstakri ástungu á gáttaskilsvegg (transseptal puncture). Báðir sjúklingarnir sem hér er lýst reyndust hafa opið sporgat. Í upphafi er staðsetning lungnabláæðanna metin með skuggaefnisinndælingu í vinstri gátt. Fjærendi Lasso leggsins gerir það að verkum að mögulegt er að kortleggja alla rafvirkni í opi lungnabláæðanna, sem fyrr segir. Þannig er hægt að stýra brennslunni að þeim stað í opinu þar sem vöðvavefur liggur, en í flestum tilfellum teygir hann sig upp með æðunum á köflum, en ekki allan hringinn. Oftast er byrjað að kortleggja í efri vinstri lungnabláæð og síðan koll af kolli. Gagnlegt er en ekki nauðsynlegt að sjá tíð aukaslög frá lungnabláæðum meðan á aðgerð stendur og sjá þau síðan hverfa eftir brennslu. Það gefur til kynna að brennslan hafi verið vel heppnuð. Reynt er að brenna í opi allra fjögurra lungnabláæðanna eftir því sem merki um rafvirkni frá gáttavef í lungnabláæðunum gefa tilefni til. Markmiðið er ekki að eyða öllum gáttavef í æðunum heldur að einangra rafvirkni í lungnabláæðum frá vinstri gátt þannig að aukaslögin komist ekki niður í gáttina og geti þar af leiðandi ekki náð að



Mynd 2. *Þessi línurit eru frá Lasso legg sem er rétt innan við op á vinstri efri lungnabláæð hjá sjúklingi 1. Mynd 2A sýnir ástand fyrir brennslu. Rafvirkni í opi lungnabláæðar er greinileg (P) en í þessu tilfelli er verið að raförva (pacing) gáttirnar (A) frá kransstokk. Sleglarafvirkni fylgir síðan í kjölfarið (V). Mynd 2B sýnir ástand eftir brennslu. Við raförvun í gátt (A) sést ekki lengur rafvirkni í opi lungnabláæðar sem þýðir að þær eru nú raflífeðlisfræðilega einangraðar frá vinstri gátt. Sem fyrr fylgir sleglavirkni (V) í kjölfarið.*

koma af stað gáttatifi. Vegna hættu á segamyndun þegar verið er að brenna í vinstri gátt er gefin full blóðþynning með heparini á meðan á aðgerð stendur og warfarín blóðþynning í einhvern tíma eftir aðgerð til að fyrirbyggja síðkomin segarek. Hjá fyrri sjúklingnum sáust tíð aukaslög í hægri efri lungnabláæð meðan brennt var þó ekki kæmi fram gáttatif. Hjá hinum sjúklingnum sáust hins vegar tíð aukaslög úr vinstri efri lungnabláæð. Í báðum tilfellum hurfu aukaslögin eftir brennslu sem benti til vel heppnaðrar aðgerðar (mynd 2). Annar sjúklinganna fékk skammvinna gollurshússbólgu eftir aðgerð, en annars voru engir fylgikvillar. Þeir voru útskrifaðir eftir þriggja og fjögurra daga sjúkrahússdvöl. Sjö mánuðum síðar höfðu einkenni beggja skánað allverulega og hvorugur fengið staðfesta endurkomu gáttatifs þó sjúklingur 1 hefði fengið þrjú stutt og væg hjartslátturóþægindaköst.

Umræða

Brennsluaðgerðir á sjúklingum með ofansleglataktruflanir vegna aukaleiðslubanda eða gáttasleglahringsóls og vegna gáttaflökts eru vel þekktar og hafa öðlast sess sem viðurkennd meðferðarúrræði hjá sjúklingum með slík vandamál. Brennsluaðgerðir vegna gáttatifs, utan brennslu á gátta- og sleglahnút, hafa hins vegar verið sjaldgæfari en í vissri þróun á allra síðustu árum. Ýmis afbrigði af brennsluaðgerðum vegna gáttatifs hafa verið reynd, en árangur verið misjafn. Svokallaðar línubrennslur í hægri gátt, þar sem tvær línur eru brenndar á milli efri og svo neðri holæðar annars vegar og á milli neðri holæðar og hrings þríblöðkulokunnar hins vegar, eru tæknilega einfaldar en hafa ekki gefist vel og langtímaárangur af slíkum brennsluaðgerðum er slakur (8, 9). Línubrennslur hafa einnig verið reyndar í vinstri gátt þar sem markmiðið er að brenna línur í kringum lungnabláæðar og einangra þær raflífeðlisfræðilega frá öðrum gáttavef til að hindra að aukaslögin frá lungnabláæðum geti orsakað gáttatif. Þessi aðgerð er mjög erfið með þeim brennsluleggjum og tækni sem notast er við nú á dögum og hefur þar af leiðandi skilað nokkuð misjöfnum árangri (10, 11). Þó að upphafleg ur árangur hafi verið þokkalegur er há tíðni bæði á endurkomu gáttatifs og jafnframt myndun gáttaflökts (atrial flutter) eftir brennsluna sem kemur til vegna þess að ófullkomin línubrennsla skapar oft aðstæður fyrir slíkt. Það er gjarnan mjög erfitt að meðhöndla slíkt gáttaflökt frá vinstri gátt. Einnig er hætta á segamyndun í vinstri gátt og heilablóðfalli við línubrennslu enda tekur aðgerðin oft talsvert langan tíma.

Brennsla í lungnabláæðum er sú aðgerð sem best hefur gefist. Sem fyrr segir er markmiðið að brenna tengslin milli gáttavefs sem teygir sig nokkra sentímetra inn í lungnabláæðina og vinstri gátt, en aukaslög þaðan geta oft komið gáttatifi af stað. Hjá sjúklingum með gáttatif í köstum er aukaslag alloft upphaf takttruflunarinnar og í 96-97% tilfella er uppsprettan í lungnabláæðum (2, 12, 13). Í tveimur þriðju tilfella sáust runur af aukaslögum sem gátu verið uppspretta gáttatifs frá fleiri en einni lungnabláæð (2, 13).

Í upphafi var það talið skilyrði að skrá aukaslögin vel áður en ráðist var til atlögu með brennsluleggjun-

um. Þetta leiddi oft til mjög tímafrekra aðgerða. Nú er það hins vegar ekki lengur talið nauðsynlegt og með hjálp Lasso leggs til að kortleggja tilvist gáttavefs í opi lungnabláæða er brennt á öll þau vöðvabönd sem ganga frá gáttum upp í allar fjórar æðarnar. Árangur af þessum aðgerðum hefur farið batnandi með aukinni reynslu. Nú er talið að um 70% þeirra sem hafa gáttatif í köstum megi búast við að læknast eftir slíka aðgerð (14). Árangur er þó sýnu lakari eftir því sem fleiri lungnabláæðar sýna aukaslög. Þannig er hlutfall þeirra sem læknast 93% þegar uppruni aukaslaga er frá aðeins einni æð, en 55% ef tvær æðar hafa umtalsverð aukaslög (2).

Meginfylgikvilli þessarar aðgerðar er þrengsli í lungnabláæð eftir brennslu. Með nýjum brennsluleggjum þar sem endinn er kældur með saltvatni (irrigated tip catheter) og minni orkunotkun í brennslu hefur tekist að minnka tíðni lungnabláæðaþrengsla allverulega. Nú er svo komið að alvarleg merki lungnabláæðaþrengsla sjást einungis í um 2-5% tilfella (2, 14).

Fram til þessa hefur lungnabláæðabrennsla þótt henta best þeim sjúklingum sem fá gáttatif í köstum og hafa svo til eðlilegt hjarta. Hlutur aukaslaga í tilurð gáttatifs er sennilega mun minni hjá þeim sem hafa langvinnt gáttatif. Þó er hugsanlegt að þau geti átt þátt í endurkomu gáttatifs, til dæmis eftir rafvendingu. Í slíkum tilfellum hefur lungnabláæðabrennsla verið reynd, en frekari rannsókna er þörf áður en hægt er að fullyrða um hvort sú aðgerð gagnist slíkum sjúklingum.

Óhætt er að segja að brennsla í lungnabláæðum sé athyglisverð nýjung í meðferð sjúklinga með gáttatif í köstum. Mögulegt er að þessi meðferð muni þróast í þá veru að hún gagnist jafnframt þeim sem hafa langvinnt gáttatif. Ef svo fer mun þessi aðgerð í framtíðinni líklega hafa afgerandi áhrif til hins betra á lífsgæði sjúklinga með gáttatif.

Þakkir

Landspítali og Tryggingastofnun ríkisins veittu stuðning til þessa verkefnis.

Heimildir

1. Guðmundsdóttir I, Arnar DO. Gáttatif: Meðferðarkostir við aldamót. Læknablaðið 2000; 86: 841-7.
2. Haissaguerre M, Shah DC, Jais P, Hocini M, Yamane T, Deisenhofer II, et al. Mapping-guided ablation of pulmonary veins to cure atrial fibrillation. Am J Cardiol 2000; 86 (Suppl): 9K-19K.
3. Haissaguerre M, Jais P, Shah DC, Takahashi A, Hocini M, Quiniou G, et al. Spontaneous initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating in the pulmonary veins. N Eng J Med 1998; 339: 659-66.
4. Chen SA, Tai CT, Wu WC, Chen YJ, Tsai CF, Hsieh MH, et al. Right atrial focal atrial fibrillation: electrophysiologic characteristics and radiofrequency catheter ablation. J Cardiovasc Electrophysiol 1999; 10: 328-35.
5. Hwang C, Karagueuzian HS, Chen PS. Idiopathic paroxysmal atrial fibrillation induced by a focal discharge mechanism in the left superior pulmonary vein: possible roles of the ligament of Marshall. J Cardiovasc Electrophysiol 1999; 10: 636-48.
6. Tsai CF, Tai CT, Hsieh MH, Lin WS, Yu WC, Ueng KC, et al. Initiation of atrial fibrillation by ectopic beats originating from the superior vena cava: electrophysiological characteristics and results of radiofrequency ablation. Circulation 2000; 102: 67-74.
7. Koenings KT, Kirschof CJ, Smeets JR, Wellens HJ, Penn OC, Allessie MA. High-density mapping of electrically induced atrial fibrillation in humans. Circulation 1994; 89: 1665- 80.
8. Gaita F, Riccardi R, Calo L, Scaglione M, Garberoglio L, Antolini R, et al. Atrial mapping and radiofrequency catheter ablation in patients with idiopathic atrial fibrillation. Electrophysiological findings and ablation results. Circulation 1998; 97: 2136-45.
9. Calkins H, Hall J, Ellenbogen K, Walcott G, Sherman M, Bowe W, et al. A new system for catheter ablation of atrial fibrillation. Am J Cardiol 1999; 83: 227D-36D. Review.
10. Schwatz JF, Pellersels G, Silvers J. A catheter based curative approach to atrial fibrillation in humans [abstract]. Circulation 1994; 90: 1-335.
11. Packer DL, Johnson SB, Pederson B, Hauck J. The utility of noncontact mapping in identifying and rectifying discontinuity-mediated atrial proarrhythmia accompanying linear lesion creation [abstract]. Pacing Clin Electrophysiol 1998; 21: 867-73.
12. Jais P, Haissaguerre M, Shah DC, Chouairi S, Gencel L, Hocini M, et al. A focal source of atrial fibrillation treated by discrete radiofrequency ablation. Circulation 1997; 95: 572-6.
13. Haissaguerre M, Jais P, Shah DC, Garrigue S, Takahashi A, Lavergne T, et al. Electrophysiological end point for catheter ablation of atrial fibrillation initiated from multiple pulmonary vein foci. Circulation 2000; 101: 1409-17.
14. Jais P, Shah DC, Hocini M, Yamane T, Haissaguerre M, Clementy J. Radiofrequency catheter ablation for atrial fibrillation. J Cardiovasc Electrophysiol 2000; 11: 758-61.

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, sælutilfinning. 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.

Viðbragðlýtir 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. 4. 2002:

Forðaplástur 25 míkróg/klst.	10 cm^2 x 5 stk. kr. 5.711
Forðaplástur 50 míkróg/klst.	20 cm^2 x 5 stk. kr. 9.977
Forðaplástur 75 míkróg/klst.	30 cm^2 x 5 stk. kr. 13.332
Forðaplástur 100 míkróg/klst.	40 cm^2 x 5 stk. kr. 16.059

Notkunarleiðbeiningar á íslensku skulu fylgja hverri pakkningu lyfsins.



THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 · 110 Reykjavík · Sími 530 7100
JANSSEN-CILAG

Aventis

Telfast®

fexofenadin

-áhrifaríkt andhistamín



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

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

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

Starfshæfni eftir starfsendurhæfingu á vegum Tryggingastofnunar ríkisins

Sigurður Thorlacius[1,2]

Gunnar Kr. Guðmundsson[3]

Friðrik H. Jónsson[4]

Ágrip

Tilgangur: Markmiðið með rannsókninni var að meta árangur starfsendurhæfingar á vegum Tryggingastofnunar ríkisins (TR) og hvort hún geti komið í veg fyrir örorku.

Efniviður og aðferðir: Læknar TR vísuðu einstaklingum sem verið höfðu óvinnufærir í nokkra mánuði vegna sjúkdóms til þverfaglegs teymis, til mats á möguleikum á endurhæfingu og væri mælt með henni, hvernig henni yrði þá best háttað. Aflað var upplýsinga úr skýrslum endurhæfingarmatsteymisins um sjúkdómsástand, kyn, aldur, hjúskaparstöðu, fjölda barna á framfæri og menntunarstig þeirra einstaklinga sem metnir voru á árinu 2000. Upplýsingarnar um hjúskaparstöðu, fjölda barna á framfæri og menntunarstig voru bornar saman við upplýsingar um þjóðina frá sama ári (svör við Þjóðmálakönnun Félagsvísindastofnunar Háskóla Íslands um hjúskaparstöðu og barnafjölda og upplýsingar frá Hagstofu Íslands um menntunarstig). Upplýsingar um starfshæfni og vinnu þátttakenda eftir endurhæfingu voru fengnar með símakönnun sem Félagsvísindastofnun framkvæmdi. Fengnar voru upplýsingar úr gagnasafni TR um hvort þeir sem metnir höfðu verið af endurhæfingarmatsteymi á árinu 2000 voru á bótum frá TR einu til tveimur árum eftir matið. Til samanburðar var skoðuð bótastaða einstaklinga sem fengið höfðu endurhæfingarlífeyri áður en starfsendurhæfing á vegum TR hófst.

Niðurstöður: Af þeim 109 sem metnir voru af endurhæfingarmatsteymi á árinu 2000 voru konur í talsverðum meirihluta (um helmingi fleiri en karlar). Meðalaldur matsþega var 35 ár. Læknisfræðilegar for-

ENGLISH SUMMARY

Thorlacius S, Guðmundsson GK, Jónsson FH

Fitness for work after vocational rehabilitation organized by the State Social Security Institute of Iceland

Læknablaðið 2002; 88: 407-11

Objective: The evaluation of a vocational rehabilitation programme initiated by the State Social Security Institute in Iceland (SSSI) in 1999 with the aim of reducing disability.
Material and methods: New disability claimants who had been unable to work because of illness for a few months at least were referred by SSSI physicians to a multidisciplinary team for assessment of rehabilitation potentials and an advice on the appropriate type of rehabilitation. The study group included all the 109 individuals who were referred to the team in the year 2000. Data on marital status, number of children and level of education was compared with information about the Icelandic population obtained in a national survey. The outcome of the rehabilitation was assessed in a telephone survey, carried out by the Social Science Research Institute, University of Iceland, 1-2 years after the assessment and by information obtained from the disability register at SSSI. The effectiveness of the rehabilitation programme was evaluated by comparing the study group with a comparable group that had started to receive rehabilitation pension before the SSSI could offer vocational rehabilitation. Their progress was assessed a year and half after they had contacted the SSSI, the same length of time as the study group had been in the in the rehabilitation programme.
Results: In the study group there were about twice as many women as men. The mean age was 35 years (range 18-57 years). The main medical reasons for referral to the team were musculosceletal and psychiatric disorders. Those evaluated were more likely to be unmarried or divorced, had more children and a lower educational level than the general Icelandic population. After evaluation 40 individuals were referred to vocational rehabilitation for approximately 2 months in a rehabilitation clinic; 19 were referred to a 6 week personal computer training at a vocational rehabilitation centre and 15 to a longer (usually 18 months) rehabilitation program in the same centre. In all, 46 individuals received other treatment or education. Almost three quarters (72%) of the participants in the telephone survey said that their fitness for work had increased after rehabilitation, but only 47% had returned to work. At the time of the reserach, 23% were students and it is likely that a part of them will return to work when their studies are completed. Between one and two years after the evaluation by the multidisciplinary team 44 out of 109 (40.4%) in the study group received disability pension and a equal number received no social insurance benefits at all. In the comparison group 97 out of 119 (81.5%) received disability pension and 21 (17.7%) received no social insurance benefits at all.
Conclusions: This study shows that vocational rehabilitation organized by the SSSI is effective and can prevent disability. The results of this study are similar to the results of two Swedish studies on the same topic.

Key words: *vocational rehabilitation, prevention of disability*

Correspondence: Sigurður Thorlacius, sigurdur.thorlacius@tr.is

[1]Tryggingastofnun ríkisins, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]Reykjalundur, [4]Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Sigurður Thorlacius, Tryggingastofnun ríkisins, Laugavegi 114, 150 Reykjavík. Sími: 5604400, bréfasími: 5604461, sigurdur.thorlacius@tr.is

Lykilorð: *starfsendurhæfing, örorka.*

sendur tilvísana til matsteymis voru fyrst og fremst stoðkerfisraskanir og geðraskanir. Matsþegar voru í meiri mæli ógiftir eða fráskildir, höfðu fleiri börn á framfæri og lægra menntunarstig en Íslendingar almennt. Fjörutíu matsþegum var vísað í atvinnulega endurhæfingu á Reykjalundi, 19 á tölvunámskeið hjá Hringsjá (starfsþjálfun fatlaðra) og 15 í fullt starfsnám hjá Hringsjá, en 46 fóru í aðra meðferð eða nám. Tæplega þrír fjórðu þátttakenda í símakönnun Félagsvísindastofnunar töldu starfshæfni sína hafa aukist, en innan við helmingur þátttakenda taldi sig þó vinnufæran (43,6%) og hafði stundað einhverja vinnu (46,9%). Auk þess var nær fjórðungur (22,8%) þátttakenda í námi og er líklegt að hluti þeirra skili sér út á vinnumarkaðinn að því loknu. Einu til tæplega tveimur árum eftir að mati lauk fengu 44 af 109 (40,4%) örorkubætur (örorkulífeyri eða örorkustyrk) frá TR og jafnmargir fengu engar bætur frá TR, en í samanburðarhópi fólks sem fengið hafði endurhæfingarlífeyri áður en starfsendurhæfing á vegum TR hófst fengu 97 af 119 (81,5%) örorkubætur, en 21 (17,7%) engar bætur frá TR hálfu öðru ári eftir upphaf lífeyrisgreiðslu.

Ályktanir: Árangur af starfsendurhæfingu á vegum TR er svipaður og af starfsendurhæfingu á vegum Tryggingastofnana í Svíþjóð. Árangurinn sýnir að væntingar um að starfsendurhæfing geti komið í veg fyrir örorku hafa staðist.

Inngangur

Ungir öryrkjar hafa verið hlutfallslega fleiri á Íslandi en á hinum Norðurlöndunum (1). Ein af ástæðum þessa gæti verið sú að ekki hafi verið í boði nægir endurhæfingarmöguleikar fyrir fólk sem vegna afleiðinga sjúkdóma eða fötlunar hefur verið óvinnufært um tíma. Rannsóknir sýna að þegar fólk hefur verið óvinnufært lengur en nokkra mánuði dregur fljótt úr sjálfsöryggi, sjálfsbjargarviðleitni og fótfestu á vinnumarkaði (2-4). Kostnaður vegna örorku er mikill. Lífeyrisgreiðslur vegna örorku nema tugum milljóna fyrir hvern einstakling (5). Annar kostnaður er einnig mikill, svo sem tapaðar skatttekjur og kostnaður Tryggingastofnunar ríkisins (TR) í sjúkratryggingum vegna aukinnar niðurgreiðslu læknisþjónustu, lyfja og sjúkraþjálfunar fyrir örorkulífeyrisþega. Það að hverfa af vinnumarkaði getur auk þess haft mjög neikvæð áhrif á líf fólks og lífsgæði. Því er afar brýnt að geta gripið fljótt inn í þennan vítahring til að fyrirbyggja að viðkomandi verði öryrki fyrir lífstíð. Sýnt hefur verið fram á að þeir fjármunir sem varið hefur verið til starfsendurhæfingar í Svíþjóð hafa skilað sér margfalt aftur til þjóðarbúsins (4, 6).

Þann 11. mars 1999 samþykkti Alþingi breytingar á almannatryggingalögunum sem tóku gildi þann 1. september 1999 (7). Auk breytinga á forsendum örorkumats var þar tekið upp það nýmæli að gert er ráð fyrir virkri þátttöku TR í endurhæfingu óvinnufærs fólks og að krefjast megi þess af umsækjendum að þeir gangist undir endurhæfingu áður en örorkumat fer fram. Því kom TR á fót matsteymum, einu í Reykjavík og öðru á Akureyri, til að meta endurhæfingarmöguleika fólks sem verið hefur óvinnufært í nokkra mánuði og þykir að óbreyttu ekki líklegt til að snúa aftur til vinnu á næstunni. Teyminu er einnig ætlað að leiðbeina þeim sem til þess er vísað um „frumskóg" velferðarkerfisins. Jafnframt voru gerðir þjónustusamningar við endurhæfingarstofnanir um starfsendurhæfingarúrræði með það að markmiði að skila þessu fólki aftur inn á vinnumarkaðinn og fyrirbyggja varanlega örorku (8).

Í matsteyminu í Reykjavík starfa endurhæfingarlæknir, félagsráðgjafi, sálfræðingur og sjúkraþjálfari, en í teyminu á Akureyri endurhæfingarlæknir, félagsráðgjafi, iðjuþjálfi og sjúkraþjálfari. Sami endurhæfingarlæknir er í forsvari fyrir báðum teymunum. Hann hefur aðsetur á höfuðborgarsvæðinu, en fer norður eftir þörfum. Endurhæfingarlæknir metur hverja í teyminu skjólstæðingur þarf að hitta. Tillaga um tilvísun til teymisins getur komið frá tryggingalækni eða lækni utan TR. Allar tillögur um tilvísun til teymisins hafa verið lagðar fyrir vikulegan samráðsfund lækna TR og afgreiddar þar.

Á árinu 1999 voru gerðir þjónustusamningar um starfsendurhæfingu við Hringsjá og Reykjalund. Hjá Hringsjá fær fólk kennslu og ráðgjöf sem miðar að því að það verði fært um að vinna störf við hæfi á almennum vinnumarkaði eða takast á við frekara nám. Jafnframt fer fram mat á stöðu viðkomandi og hann lærir að þekkja sjálfan sig betur, óskir sínar, hæfileika, getu og takmarkanir. Hver einstaklingur er að jafnaði í starfsþjálfun í eitt til tvö ár. Auk þess er boðið upp á skemmri námskeið, meðal annars tölvunámskeið. Á Reykjalundi er færniskerðing fólks kortlögð og gerð vinnuprófun. Mikil áhersla er á fræðslu og kennslu sem miðar að því að bæta líkamsvitund og vinnustellingar, auka vinnuþol og efla styrk og úthald. Skjólstæðingurinn fær aðstoð við að setja sér raunhæf markmið miðað við færni og getu. Stefnt er að vinnu við hæfi á hinum almenna vinnumarkaði. Meðaldvalartími er um það bil tveir mánuðir. Jafnframt hefur TR tekið þátt í tilraunaverkefni með Svæðisskrifstofu um málefni fatlaðra í Reykjavík og Vinnumálastofnun um svokallaða „atvinnu með stuðningi". Nýlega gerði TR þjónustusamning við Janus-endurhæfingu um starfsendurhæfingu, en að því verkefni hafa áður komið Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið og lífeyrissjóðir.

Til að meta áhrif starfsendurhæfingar á vegum TR á starfshæfni er hér fylgt eftir þeim 109 einstaklingum sem metnir voru af endurhæfingarmatsteymi á árinu 2000 en það var fyrsta heila almanaksárið sem þessi starfsemi fór fram.

Efniviður og aðferðir

Aflað var upplýsinga úr skýrslum endurhæfingarmatsteymis um sjúkdómsástand, kyn, aldur, hjúskaparstöðu, fjölda barna á framfæri og menntunarstig þeirra 109 einstaklinga sem metnir voru af endurhæfingarmatsteymi á árinu 2000 og hvert þeim var vísað í endurhæfingu. Upplýsingarnar um hjúskaparstöðu, fjölda barna á framfæri og menntunarstig voru bornar saman við upplýsingar um þjóðina frá sama ári (svör við Þjóðmálakönnun Félagsvísindastofnunar Háskóla Íslands um hjúskaparstöðu og barnafjölda og upplýsingar frá Hagstofu Íslands um menntunarstig).

Upplýsingar um hversu mikil áhrif starfsendurhæfing hefði haft á starfshæfni þátttakenda, launaða vinnu þeirra eftir endurhæfingu og hvort þeir væru í námi voru fengnar með símakönnun sem Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands gerði fyrir TR í október 2001. Í þeirri könnun var reynt að hafa upp á þeim 109 einstaklingum sem metnir höfðu verið af matsteymi á árinu 2000. Þátttakendum var heitið nafnleynd og fullum trúnaði. Svör fengust frá 83 eða 76,1%. Brottfall (23,9%) mátti einkum rekja til þess að ekki náðist til viðkomandi, meðal annars vegna búsetu erlendis eða að fólk vildi ekki taka þátt í könnuninni. Engar persónutengdar upplýsingar voru notaðar í úrvinnslu. Könnunin var gerð með vitund Persónuverndar.

Fengnar voru upplýsingar úr gagnasafni TR um hvort þeir sem metnir höfðu verið af endurhæfingarmatsteyminu á árinu 2000 væru á bótum frá TR í nóvember 2001. Til samanburðar voru hafðir einstaklingar sem höfðu hafið töku endurhæfingarlífeyris í nóvember eða desember 1997. Skoðuð var bótastaða þeirra hjá TR um einu og hálfu ári síðar. Á þessu tímabili var starfsendurhæfing á vegum TR ekki hafin og matsteymið hafði ekki tekið til starfa.

Hópar voru bornir saman með kí-kvaðrats marktækniprófi (9).

Niðurstöður

Af þeim 109 sem metnir voru af endurhæfingarmatsteymi árið 2000 voru 74 konur (68%) og 35 karlar (32%) á aldrinum 18-57 ára (meðalaldur var 35 ár). Í 85 tilvikum (78%) var megin sjúkdómsgreining stoðkerfisröskun, í 12 tilvikum (11%) geðröskun og í 12 tilvikum ýmsir aðrir sjúkdómaflokkar. Í þeim tilvikum þar sem stoðkerfisröskun var megin sjúkdómsgreining var í mörgum tilvikum einnig um að ræða geðröskun. Þannig voru læknisfræðilegar forsendur tilvísana til matsteymis fyrst og fremst stoðkerfisraskanir og geðraskanir.

Fjörutíu einstaklingum var að tillögu matsteymis vísað í atvinnulega endurhæfingu á Reykjalundi, 19 á tölvunámskeið hjá Hringsjá og 15 í fullt starfsnám hjá Hringsjá. Auk þessara sértæku úrræða á vegum TR fóru 46 í aðra meðferð (svo sem læknisfræðilega endurhæfingu á endurhæfingardeild, sjúkraþjálfun eða meðferð hjá geðlækni) eða nám.

Table I. *Marital status of those evaluated for rehabilitation potentials by a multidisciplinary team in the year 2000 and the general population in Iceland.**

	Study group		The population	
	Number	Percentage	Number	Percentage
Married or in co-habitation	45	41.3	681	67.2
Unmarried/not in co-habitation	35	32.1	258	25.4
Divorced	25	22.9	49	4.8
Widows/widowers	4	3.7	26	2.6
Total	**109**	**100**	**1014**	**100**

* Information on the marital status of the Icelandic nation is obtained in a national survey carried out by the Institute of Social Sciences at the University of Iceland in the year 2000.

Table II. *Number of children supported by those evaluated for rehabilitation potentials by a multidisciplinary team in the year 2000 and by the general population in Iceland.**

	Study group		The population	
Number of children	Number	Percentage	Number	Percentage
0	38	34.9	589	58.2
1	22	20.2	187	18.5
2	23	21.1	148	14.6
3	19	17.4	74	7.3
4 or more	7	6.4	14	1.4
Total	**109**	**100**	**1012**	**100**

* Information on the number of children supported by the Icelandic nation is obtained in a national survey carried out by the Institute of Social Sciences at the University of Iceland in the year 2000.

Table III. *Educational level of those evaluated for rehabilitation potentials by a multidisciplinary team in the year 2000 and by the general population in Iceland.**

	Study group	The population
Primary and lower secondary education	80.7%	44.0%
Grammar school or vocational training	15.6%	41.0%
University education	3.7%	15.0%
Total	**100%**	**100%**

* Information on the educational level of the Icelandic nation in the year 2000 is obtained from Statistics Iceland.

Töflur I, II og III sýna bakgrunn þeirra sem vísað var til endurhæfingarmatsteymis árið 2000 samanborið við þjóðina í heild. Í ljós kom að þeir sem vísað var til teymisins voru frekar ógiftir eða fráskildir og síður giftir (sjá töflu I) en gerðist meðal þjóðarinnar í heild ($X2=61,270$, $p<0,01$), höfðu fleiri börn á framfæri (tafla II) en Íslendingar almennt ($X2=37,923$, $p<0,01$) og loks höfðu þeir lægra menntunarstig (tafla III) en þjóðin almennt ($X2=59,867$, $p<0,001$).

Tafla IV sýnir hvaða bætur þeir sem metnir höfðu verið af matsteymi á árinu 2000 fengu frá TR í nóvember 2001, það er einu til tæplega tveimur árum eftir að mati lauk. Af þeim 44 sem fengu ekki neinar bætur frá TR í nóvember 2001 höfðu 22 (50%) áður fengið endurhæfingarlífeyri um tíma. Endurhæfingarlífeyri fengu 20 (18%) sem endurspeglar að endurhæfingu var ekki lokið. Fjörutíu og fjórir (40%) fengu örorkulífeyri eða örorkustyrk. Í töflunni sést einnig að tæp

Table IV. *Social security benefits for the study rehabilitation group and the comparison group.*

	Study group		Comparison group	
Number of children	Number	Percentage	Number	Percentage
No benefits	44	40.4	21	17.7
Rehabilitation pension	20	18.3	1	0.8
Full disability pension	32	29.4	86	72.3
Partial disability pension	12	11.0	11	9.2
Maternity benefits	1	0.9	0	0.0
Total	**109**	**100**	**119**	**100**

Table V. *Main support for those not in paid employment in October 2001.*

	Study group	The population
Disability pension from the State Social Security Institute	32	57.1
Rehabilitation pension from the State Social Security Institute	14	25.0
Disability pension from pension fund	3	5.4
Benefits from sickness fund	1	1.8
Other	6	10.7
Total	**56**	**100**

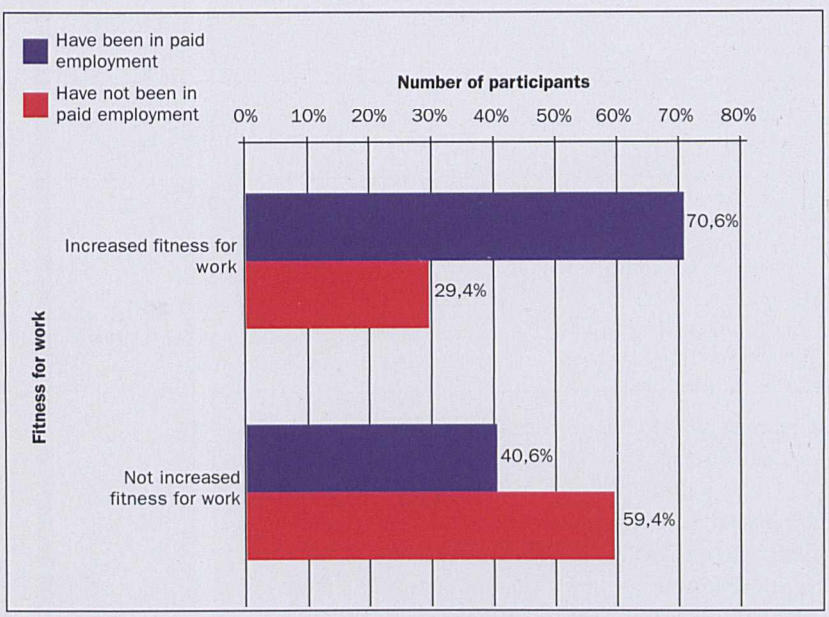


Figure I: *The number of those in paid employment according to their own evaluation of changes in fitness for work after rehabilitation.*

18% þeirra sem fengið höfðu endurhæfingarlífeyri áður en starfsendurhæfing á vegum TR hófst fengu engar bætur frá TR um það bil einu og hálfu ári eftir að taka endurhæfingarlífeyris hófst. Þegar borinn er saman fjöldi þeirra sem fá bætur í hópunum tveimur kemur í ljós að mun fleiri fá bætur af einhverju tagi í hópnum frá 1999 en í hópi þeirra sem vísað var til endurhæfingarmatsteymisins (X2 =14,409, p<0,01).

Í símakönnun Félagsvísindastofnunar var spurt hversu mikil áhrif endurhæfing hefði haft á starfshæfni viðkomandi. Fjórðungur (25,3%) taldi starfshæfni sína hafa aukist mikið eða frekar mikið, 46,5% töldu aukninguna miðlungs eða frekar litla, en 28,2% töldu hana lítið eða ekkert hafa aukist. Rúmlega helmingur (56,4%) þátttakenda taldi sig ekki vinnufæran, 35,9% vinnufæra að hluta og 7,7% að fullu vinnufæra.

Þátttakendur voru spurðir hvort þeir hefðu unnið launaða vinnu eftir að endurhæfingunni lauk. Alls höfðu 46,9% þeirra einhvern tíma unnið launaða vinnu, en 53,1% ekki. Þriðjungur þeirra sem fóru að vinna hófu störf strax og endurhæfingu var lokið, þriðjungur innan tveggja mánaða og þriðjungur síðar. Af þeim 38 sem höfðu verið í vinnu eftir að endurhæfingu lauk hafði rúmlega helmingur (51,3%) verið í samfelldri vinnu og um þrír fjórðu (74,4%) af þeim voru í vinnu þegar könnunin var gerð (það er að segja 29 (34,9%) af þeim 83 sem könnunin náði til). Í fullu starfi voru 42,3%, í 50-80% starfi 46,2 %, en í innan við hálfu starfi 11,5%. Á mynd 1 sést að mun stærra hlutfall (X2 =4,842, p<0,05) þeirra sem töldu starfshæfni sína hafa aukist eftir endurhæfingu hafði stundað vinnu, en þeirra sem taldi starfshæfni sína ekki hafa aukist.

Í könnuninni var spurt hvort þátttakendur væru í námi og reyndist nær fjórðungur (22,8%) vera það.

Tafla V sýnir meginframfærslu þeirra sem ekki unnu launuð störf þegar könnunin var gerð. Tilgreindu flestir (82,1%) bætur frá TR. Þátttakendur voru spurðir hvort þeir teldu fjárhagsstöðu sína hafa batnað frá því endurhæfingarmatið fór fram og sögðu 49 (59,8%) svo vera, en 33 (40,2%) sögðu hana mjög lítið eða ekkert hafa batnað.

Umræða

Samsetning þess hóps sem vísað var til endurhæfingarmatsteymis árið 2000 er þannig að konur voru í meirihluta. Stór hluti hafði ekki menntun umfram grunnskóla og stoðkerfisraskanir og geðraskanir voru helstu læknisfræðilegar forsendur tilvísunar til endurhæfingarmatsteymis. Þessi samsetning er sambærileg og hjá þeim sem orðið hafa öryrkjar á Íslandi á undanförnum árum (1, 10-12). Mun færri þeirra sem vísað var til matsteymis hafa lokið námi umfram grunnskóla en gengur og gerist um þjóðina. Í þessum hópi eru því margir sem með frekari menntun gætu bætt stöðu sína á vinnumarkaðnum og taka starfsendurhæfingarúrræði TR mið af því.

Meirihluti þátttakenda í könnun Félagsvísindastofnunar taldi starfsendurhæfingu hafa aukið starfshæfni sína. Tæplega helmingur hafði unnið launaða vinnu eftir að henni lauk og fjórðungur þeirra hafði verið í samfelldri vinnu. Nær fjórðungur þátttakenda reyndist vera í námi þegar könnun Félagsvísindastofnunar var gerð (í október 2001). Má gera ráð fyrir að hluti þeirra skili sér út á vinnumarkaðinn að námi loknu.

Þeir sem ekki unnu launuð störf höfðu flestir meginframfærslu sína frá TR. Sextíu af hundraði þátt-

takenda sögðu fjárhagsstöðu sína hafa batnað frá því endurhæfingarmatið fór fram.

Einu til tæplega tveimur árum eftir að mati hjá endurhæfingarmatsteymi lauk fengu 44 (41%) af þeim 109 sem metnir voru á árinu 2000 engar bætur frá TR, en aðeins 32 (29%) örorkulífeyri og 12 (11%) örorkustyrk. Tuttugu (18%) fengu enn endurhæfingarlífeyri sem endurspeglar að endurhæfingu var ekki lokið. Gera má ráð fyrir að stór hluti þeirra sem vísað var til mats hjá teyminu hefði ella verið metinn til örorku. Til samanburðar eru einstaklingar sem hófu töku endurhæfingarlífeyris áður en starfsendurhæfing á vegum TR fór af stað. Aðeins 18% þeirra voru án bóta frá TR um það bil einu og hálfu ári eftir að taka endurhæfingarlífeyris hófst. Árangur af starfsendurhæfingu á vegum TR hlýtur þannig að teljast góður og væntingar um að hún fyrirbyggi örorku hafa verið uppfylltar.

Kynjaskipting, meðalaldur, hjúskaparstaða og sjúkdómsástand hjá þeim sem vísað var til endurhæfingarmatsteymis hér á landi eru sambærilegar og í rannsókn á árangri starfsendurhæfingar á vegum Tryggingastofnunar Stokkhólms (13). Í þeirri rannsókn reyndust 50% vera án bóta frá Tryggingastofnuninni einu ári eftir að endurhæfingin hófst og 36% tveimur árum eftir að starfsendurhæfingin hófst, en í íslensku rannsókninni voru eins og áður sagði 41% án bóta frá TR einu til tæplega tveimur árum eftir mat endurhæfingarmatsteymis. Í annarri sænskri rannsókn er greint frá árangri starfsendurhæfingar á vegum Tryggingastofnunar Jämtlands í Norður-Svíþjóð (2). Þar reyndust 42% vera án bóta frá Tryggingastofnuninni ári eftir að starfsendurhæfingu lauk. Árangur í þessu efni er þannig svipaður hér á landi og í Svíþjóð, en þangað sótti TR einkum hugmyndir um starfsendurhæfingu á vegum almannatrygginga.

Heimildir

1. Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Stefán Ólafsson. Umfang og einkenni örorku á Íslandi árið 1996. Læknablaðið 1998; 84: 629-35.
2. Marnetoft SU, Selander J, Bergroth A, Ekholm J. Vocational rehabilitation – early versus delayed. The effect of early vocational rehabilitation compared to delayed vocational rehabilitation among employed and unemployed, long-term sick-listed people. Int J Rehabil Res 1999; 22: 161-70.
3. Berglind H, Gerner U. Motivation och återgang i arbete bland långtidssjukskrivna. Socialmedicinsk tidsskrift 1999; 76: 409-20.
4. Timpka T, Leijon M, Karlsson G, Svensson L, Bjurulf P. Long-term economic effects of team-based clinical case management of patients with chronic minor disease and long-term absence from working life. Scand J Soc Med 1997; 25: 229-37.
5. Bjarni Þórðarson, Sólveig A. Svavarsdóttir. Tryggingastærðfræðilegur útreikningur á kostnaði vegna örorkulífeyrisgreiðslna lífeyrissjóða og Tryggingastofnunar ríkisins. Tryggingastofnun ríkisins, 2001.
6. Larsson G. Rehabilitering til arbete. En reform med individen i centrum. Slutbetänkande av utredningen om den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Stokkhólmur 2000, Statens offentliga utredningar 2000; 78: 127-39.
7. Lög nr. 62/1999.
8. Sigurður Thorlacius. Breytt fyrirkomulag örorkumats á Íslandi og starfræn endurhæfing á vegum Tryggingastofnunar ríkisins. Læknablaðið 1999; 85: 481-3.
9. Bland M. An Introduction to Medical Statistics. Oxford; Oxford University Press 1995.
10. Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Stefán Ólafsson, Vilhjálmur Rafnsson. Breytingar á algengi örorku á Íslandi 1976-1996. Læknablaðið 2001; 87: 205-9.
11. Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Haraldur Jóhannsson. Örorkumat fyrir og eftir gildistöku örorkumatsstaðals. Læknablaðið 2001; 87: 721-3.
12. Sigurður Thorlacius, Sigurjón Stefánsson, Stefán Ólafsson. Menntun, störf og tekjur þeirra sem urðu öryrkjar á Íslandi árið 1997. Læknablaðið 2001; 87: 981-5.
13. Selander J, Marnetoft SU, Bergroth A, Ekholm J. Arbetslivsinriktad rehabilitering och senare sjukfrånvaro. Socialmedicinsk tidsskrift 1997; 74: 390-5.

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

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

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

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



AstraZeneca

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



Framfarir án fylgikvilla!

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

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

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

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

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

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

(Sjá sérlyfjaskrártexta og heimildaskrá á næstu síðu)

Seroquel®

EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 421-01

Klamýdía: greining, meðferð og eftirlit

Samantekt vinnuhóps á vegum Landlæknisembættisins

Klínískar leiðbeiningar

Á vegum Landlæknisembættisins hafa verið unnar klínískar leiðbeiningar um ýmis læknisfræðileg vandamál og eru þær aðgengilegar á vef embættisins á *www.landlaeknir.is* Markmið með gerð þessara leiðbeininga er að draga úr því heilsufarsvandamáli sem klamýdía og fylgikvillar hennar eru. Ef heilbrigðisstarfsfólk er vel á verði og ráðleggur sýnatökur til að greina klamýdíu er vonast til að fækka megi klamýdíutilfellum þegar fram í sækir. Við vinnu þessa var stuðst við gæðastaðla um gerð leiðbeininga ení meginatriðum var farið eftir leiðbeiningum unnum af Scottish Intercollegiate Guideline Network (SIGN).

Ráðleggingarnar eru beint tengdar þeim vísindalega grunni sem að baki liggur og til þess eru notaðir bókstafirnir A, B eða C. Þetta tengist ekki því hversu mikilvæg ráðleggingin er.

A: Ráðlegging er studd sterkum rannsóknum (kerfisbundin yfirlit, metaanalýsur, eða að minnsta kosti einni vel gerðri tvíblindri, slembaðri rannsókn).
B: Að baki ráðleggingar eru vel gerðar klínískar rannsóknir þótt ekki sé um tvíblinda rannsókn að ræða.
C: Að baki ráðleggingar er samráðsálit sérfræðinga/faghópa.

Hverja á að prófa?

Konur sem hafa einkenni eða merki sem gætu bent til klamýdíu

B 1 útferð frá leggöngum
2 óeðlilegar blæðingar
3 bólginn/viðkvæmur leghals
4 þvagrásarbólga
5 eggjaleiðarabólga
6 verkir um neðanverðan kvið
7 liðbólga tengd sýkingu (reactive arthritis)

Karla sem hafa einkenni eða merki sem gætu bent til klamýdíu

B 1 útferð úr þvagrás
2 sviði við þvaglát
3 þvagrásarbólga
4 bólga í eista/eistalyppu
5 liðbólga tengd sýkingu (reactive arthritis)

Einnig ætti að skima

B 1 konur yngri en 25 ára sem stunda kynlíf
C 2 karla yngri en 25 ára sem stunda kynlíf
B 3 konur eldri en 25 ára sem hafa nýjan rekkjunaut eða fleiri en tvo rekkjunauta síðastliðið ár

Athugið að konur geta haft einkennalausa klamýdíusýkingu.

Aðrar ástæður prófs

A 1 konur sem fara í fóstureyðingu
B 2 allir sem koma á kynsjúkdómadeild
B 3 allir með annan kynsjúkdóm
B 4 rekkjunautar einstaklinga með klamýdíu
B 5 mæður barna með augn- eða lungnasýkingu vegna klamýdíu
B 6 konur með áhættuþætti þar sem gera á aðgerðir á legi/legholi, þar með talin lykkjuuppsetning
B 7 egg- eða sæðisgjafar
C 8 rekkjunautar einstaklinga sem taldir eru með klamýdíusmit

Mjög mikilvægt er að útskýra vel ástæður, hugsanlegar afleiðingar og niðurstöður klamýdíuprófs fyrir öllum sem prófaðir eru.

Hvaða próf?

B Mælingar byggðar á kjarnsýrumögnun (PCR).

Hvaða sýni á að nota?

Morgunþvag er ráðlagt hjá bæði konum og körlum en þó má nota þvagsýni sem tekið er tveim klukkustundum eftir síðustu þvaglát. Í kvenskoðun má einnig taka strok úr leghálsi (endocervix).
Kona getur sjálf tekið strok frá leggöngum með strokpinna ef hún getur ekki skilað þvagsýni.

B Best er að nota fyrsta hluta þvagbununnar.

Læknar ættu að vera meðvitaðir um nauðsyn skimunar fyrir klamýdíu hjá báðum kynjum, einkum þegar um er að ræða áhættuhegðun.

Klamýdía: greining, meðferð og eftirlit

Samantekt vinnuhóps á vegum Landlæknisembættisins

Leiðbeiningarnar gerði vinnuhópur á vegum landlæknis, en hann skipa Jón Hjaltalín Ólafsson, Ólafur Steingrímsson, Rannveig Einarsdóttir, Reynir Tómas Geirsson, Sigurður Helgason og Steingrímur Davíðsson. Leiðbeiningarnar voru fyrst birtar í byrjun árs 2001 og endurskoðaðar í janúar 2002 án þess að tilefni gæfist til breytinga. Endurskoðun er áætluð 2003.

Konur og karlar með einfalda sýkingu

- A 1 azitrómýsín 1 gr í einum skammti eða
- A 2 doxýcýklín 100 mg x 2 í sjö daga eða
- A 3 ófloxasín 200 mg á dag í sjö daga eða
- A 4 erýtrómýsín 500 mg x 4 í sjö daga eða
- A 5 mínócýklín 100 mg á dag í níu daga

Þungaðar konur

- A 1 erýtrómýsín 500 mg x 4 í sjö daga eða
- A 2 amoxícíllín 500 mg x 3 í sjö daga

A Kona sem fer í fóstureyðingu ætti að fá fyrirbyggjandi sýklameðferð nema staðfest sé með prófi að hún er ekki smituð af klamýdíu.

B **Einstaklinga með einkenni eða merki um klamýdíusýkingu og rekkjunauta þeirra ætti að meðhöndla án þess að bíða eftir niðurstöðu prófs.**

C **Rekkjunautar þurfa að koma í skoðun, meðal annars til að rekja smit.**
Ef um fast samband er að ræða skal meðhöndla rekkjunaut þó klamýdíupróf sé neikvætt.

Að rekja smit

B Sjúklingur skal njóta aðstoðar sérþjálfaðs heilbrigðisstarfsmanns við að rekja smit.

B Sjúklingi skal boðið að hafa sjálfur samband við rekkjunauta eða láta heilbrigðisstarfsmann annast það án þess að nafn sjúklings komi fram. Einnig má gefa sjúklingi ákveðinn frest til að láta rekkjunauta vita. Hafi þeir ekki haft samband eftir þann tíma skulu þeir boðaðir í sýnatöku án þess að nafns sjúklings sé getið.

C Í öllum tilvikum ætti að reyna af fremsta megni að rekja smit sex mánuði aftur í tímann. Ef lengra er um liðið frá samneyti við síðasta rekkjunaut ætti samt að reyna að ná í viðkomandi.

Tilkynningaskylda

Munið að klamýdía er tilkynningaskyld sýking og hvert tilfelli þarf að tilkynna til sóttvarnalæknis.

Eftirlit

B Hafa ætti samband við alla eftir meðferð til að kanna meðferðarheldni og meta líkur á endursmiti.

B Ef meðferðarheldni er talin léleg eða hætta á endursmiti er ráðlagt að staðfesta árangur meðferðar með prófi.

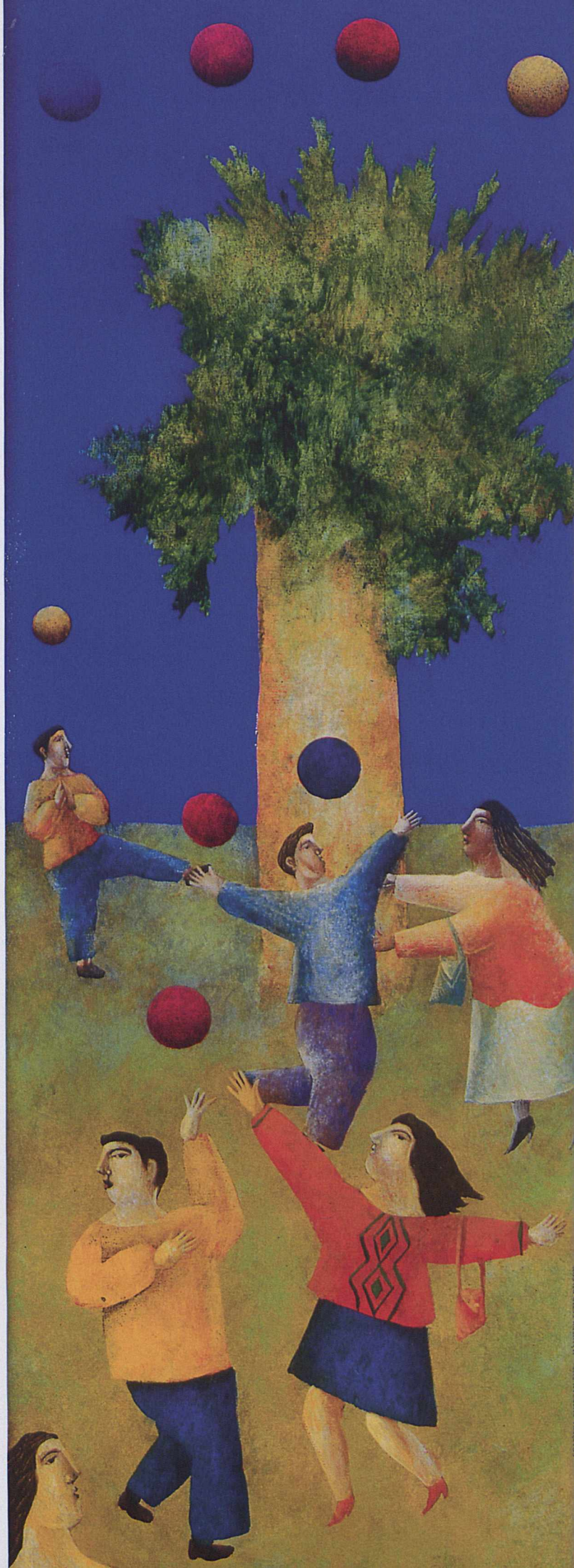
Fræðsla

B Allir sjúklingar með klamýdíu eiga að fá viðeigandi heilbrigðisfræðslu, þar á meðal skriflegar upplýsingar.

B Nota ætti öll tækifæri sem bjóðast til að koma viðeigandi fræðslu um kynsjúkdóma og kynlíf á framfæri.

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 auknингu 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 serótóníns (5-HT) á sértækan hátt í taugum, sem leiðir til aukningar á áhrifum 5-HT. Lyfið hefur aðeins mjög væg áhrif á endurupptöku í taugar af noradrenalíni og dópamíni. Í lækningalegum skömmtum hemur sertralín endurupptöku serótóníns í blóðflögum. Sertralín hefur engin örvandi, róandi eða andkólínvirk áhrif og hefur ekki eitrunaráhrif á hjarta í dýratilraunum. Í rannsóknum á sjálfboðaliðum hafði sertralín hvorki róandi áhrif né áhrif á hughreyfilegt atferli. Í samræmi við hina sértæku hömlun á 5-HT upptöku eykur sertralín ekki katekólamínvirkni. Sertralín hefur ekki sækni í múskarín (kólínvirka), serótónínvirka, dópamínvirka, adrenvirka, histamínvirka, GABA eða benzódíazepín viðtaka. Ólíkt þríhringlaga geðdeyfðarlyfjum, hefur þyngdaraukning ekki sést eftir meðferð með lyfinu. Ekki hefur komið í ljós, að sjúklingar verði líkamlega að andlega háðir lyfinu. **Lyfjahvörf:** Sertralín hefur skammtaháð lyfjahvörf á skammtabilinu 50 - 200 mg á dag. Eftir 50 - 200 mg á dag í 14 daga sést hámarksblóðþéttni hjá mönnum 4,5 - 8,4 klst. eftir gjöf. Stöðugri blóðþéttni er náð eftir daglega gjöf sertralíns í eina viku. Lyfið er nánast allt próteinbundið (um 98%). Rannsóknir á dýrum hafa sýnt að lyfið hefur mjög stórt dreifingarrúmmál. Sertralín umbrotnar mikið í fyrstu umferð í lifur. Sertralín og aðalumbrotsefni þess,
N-desmetýlsertralín (sem virðist að mestu óvirkt) umbrotna að mestu leyti í líkamanum og umbrotsefnin skiljast út með saur og þvagi. Aðeins lítið magn af sertralíni skilst óbreytt út með þvagi. Helmingunartími í útskilnaðarfasa er u.þ.b. 26 klst.. Lyfjahvörf lyfsins eru eins hjá eldri og yngri sjúklingum. Inntaka sertralíns með mat hefur ekki marktæk áhrif á aðgengi lyfsins.
Útlit: Hvítar, filmuhúðaðar töflur, ílangar, kúptar (stærð: 10 x 5 mm), með deilistriki.
Pakkningar og verð (Lyfjaverðskrá 1. nóvember)

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

Omega Farma

www.omega.is

Kandídatsárið, menntun eða mönnun?



Oddur Steinarsson

ÁSTÆÐA ÞESSARA SKRIFA er að undanfarin þrjú ár hefur undirritaður velt nokkuð fyrir sér tilgangi kandídatsárs á Íslandi. Upphaf þessa var að vorið 1999 gerði heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra breytingu á 2. grein reglugerðar nr. 305/1997 sem fjallar um tilhögun kandídatsárs. Setti hann þar inn heilsugæsluskyldu í þrjá mánuði. Er greinin nú svohljóðandi:

„Til þess að kandídat í læknisfræði geti fengið lækningaleyfi, skal hann að prófi loknu hafa lokið því viðbótarnámi sem hér greinir: Hann skal hafa unnið aðstoðarlæknisstörf í samtals 12 mánuði á viðurkenndum heilbrigðisstofnunum skv. fskj. 3 með rg. nr. 305/1997 og auglýsingu, þar af skal hann starfa a.m.k. 4 mánuði á lyfjadeild, 2 mánuði á handlækningadeild og 3 mánuði á heilsugæslustöð.“

Var þessi breyting gerð án umsagnar frá Læknadeild Háskóla Íslands og var ekkert fé lagt til heilsugæslunnar vegna þessa þannig að hægt væri að standa vel að kennslunni. Virðist þessi framkvæmd ráðherra því hafa verið til þess ætluð að bæta mönnun heilsugæslunnar fremur en tilgangurinn hafi verið aukin menntun. Vegna þessa er nú svo komið að flestar stöður sem eru í boði fyrir kandídata á heilsugæslustöðvum eru sumarafleysingastöður. Eru þá jafnan færri sérfræðingar starfandi á heilsugæslunum heldur en á veturna og kennslugildið oftar en ekki lítið.

Þetta hefur síðan haft í för með sér að spítalarnir hafa lent í auknum vanda með mönnun unglækna, sérstaklega á sumrin. Allt frá því að þessi breyting var gerð hefur farið fram umræða um lengingu kandídatsárs. Þessi umræða hefur gengið svo langt að fulltrúar Landspítala settu fram tillögu í Framhaldsmenntunarráði Læknadeildar síðastliðið haust um lengingu kandídatsárs úr 12 mánuðum í 18 mánuði. Var þessi tillaga síðan afgreidd nú á vormánuðum og felld með sjö atkvæðum gegn tveimur. Einnig fréttist af fulltrúa frá Landspítala og fulltrúa frá heilsugæslunni á fundi heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra á vormánuðum þar sem þeir ræddu lengingu kandídatsárs við hann. Veldur þessi framgangur forsvarsmanna spítalans og heilsugæslunnar undirrituðum verulegum áhyggjum. Er það sökum þess að meðalaldur útskrifaðra lækna hér á landi er fremur hár og munu þessar breytingar síðan seinka því enn frekar að kandídatar fái lækningaleyfi. Í síðasta útskriftarárgangi var meðalaldurinn um 28 ár. Orsakast þetta bæði af því að hér á landi útskrifast nemendur úr framhaldsskólum um tvítugt og síðan þurfa þeir að þreyta samkeppnispróf í læknisfræði. Tefja þessi samkeppnispróf fyrir útskrift læknanema oftar en ekki um eitt til tvö ár. Ljóst er því að lenging á kandídatsári mun síðan seinka íslenskum læknum enn frekar í því að hefja framhaldsnám. Einnig tel ég að lenging kandídatsárs í 18 mánuði sé mjög óhentug að því leyti að nær allir útskrifast úr læknadeild hér á landi á sama tíma ársins, en ekki tvisvar á ári eins og víðast erlendis. Hefur það komið fram í tillögum um lengingu kandídatsárs að taka kandídata inn tvisvar á ári. Það gengur ekki upp hér á landi, nema þá með því að seinka sumum um hálft ár til viðbótar við lenginguna á kandídatsárinu.

Telur undirritaður að mönnunarmál sjúkrahúsanna hvað varðar yngri lækna verði að leysa á annan hátt. Í fyrsta lagi gengur ekki að breyta reglugerðum til þess. Slíkt verður að gera á sömu forsendum og önnur fyrirtæki í landinu búa við sem eru forsendur markaðarins, fara þarf eftir lögmálinu um framboð og eftirspurn. Til þess að tryggja betri mönnun í stöður yngri lækna á sjúkrahúsum og heilsugæslum verður að bæta ýmislegt til þess að gera það eftirsóknarvert að starfa hér. Bæta þarf kennslu og starfsaðstöðu þannig að deildarlæknar sjái sér frekar hag í því að taka fyrstu ár síns sérnáms hérlendis. Virðist staðan í dag því miður vera sú að yngri læknar eru farnir að flýta sér út í sérnám. Efla þarf traust og trúnað á milli yngri lækna og forsvarsmanna þessara stofnana. Yngri læknar eru sífellt á varðbergi gagnvart sínum vinnuveitendum hér, enda eru ýmis réttindamál í ólestri, til dæmis hvað varðar álag, vinnustundir, hvíldartíma og frí. Launin eru einnig ekki sambærileg við aðrar stéttir ef tekið er tillit til lengdar námsins og ábyrgðarinnar sem starfinu fylgir.

Er það von mín að forsvarsmenn Landspítala og fleiri stofnana sjái að sér og reyni að gera yngri lækna sáttari við að starfa hjá þeim í framtíðinni.

Höfundur er formaður Félags ungra lækna og situr í stjórn Læknafélags Íslands.

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



Vóstar-R

75 mg - *Nýr styrkur*

Vóstar-R
DELTA
FORÐATÖFLUR; M 01 A B 05 R E
Hver forðatafla inniheldur: Diclofenacum INN, natríumsalt, 75 mg eða 100 mg. Forðatöflurnar innihalda laktósu og 75 mg forðatöflur innihalda litarefnið rautt járnoxíð (E172).

DELTA

LYFJAÞRÓUN • HUGVIT • GÆÐI

www.delta.is

Ábendingar: Gigtarsjúkdómar, þar með taldir iktsýki (arthritis rheumatoides), hrygggigt (spondylitis ankylopoetica), slitgigt og vöðvagigt. Verkir. Þvagsýrugigt. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Skammtastærðir handa fullorðnum:* Venjulegur skammtur er ein forðatafla 75 mg eða 100 mg á dag, með mat. *Skammtastærðir handa börnum:* Þetta lyfjaform er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Sár í maga eða skeifugörn. Lyfið má ekki gefa sjúklingum sem fá astma, nefrennsli eða ofsakláða af acetýlsalicýlsýru eða öðrum skyldum lyfjum. Skorpulifur. Alvarleg hjartabilun og nýrnasjúkdómur. Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Varúðar skal gæta hjá sjúklingum með colitis ulcerosa, Crohns-sjúkdóm, truflaða blóðmyndun, blæðingartilhneigingu eða hjartabilun. Enn fremur skal gæta varúðar við gjöf lyfsins ef sjúklingar eru með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi (t.d. aldraðir), taka segavarnarlyf, þvagræsilyf (blóðkalíum) eða lyf við sykursýki. Við langtímameðferð þarf að fylgjast með lifrarstarfsemi og blóðhag. Porfyria. **Milliverkanir:** Lyfið virðist hvorki hafa áhrif á lyfjahvörf segavarnarlyfja né lyfja við sykursýki, en rétt er að sýna aðgát ef slík lyf og díklófenak eru gefin samtímis, vegna mikillar próteinbindingar í blóði. Blóðþéttni litíums og dígoxíns hækkar ef díklófenak er gefið samtímis. Háskammta metótrexatgjöf samtímis gjöf díklófenaks getur valdið alvarlegum eiturverkunum vegna minnkaðs útskilnaðar á metótrexati. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyf, sem hindra prostaglandínframleiðslu geta haft ýmis áhrif á fóstur, svo sem leitt til háþrýstings í lungnablóðrás og öndunarerfiðleika eftir fæðingu. Þau geta einnig aukið blæðingarhættu vegna áhrifa á blóðflögur og valdið nýrnaskemmdum sem leiða til skertrar þvagframleiðslu eftir fæðingu og minnkun á legvatni. Lyf af þessum flokki ber því að forðast á meðgöngu, en einkum er mikilvægt að nota lyfið ekki á síðasta þriðjungi meðgöngu og **alls ekki** síðustu daga fyrir fæðingu. Lyfið skilst út í brjóstamjólk, en ólíklegt er að lyfjaáhrifa gæti hjá barni á brjósti við venjulega skömmtun lyfsins. *Athugið:* Eftir inntöku 100 mg lyfsins hjá konum með barn á brjósti fannst lyfið ekki í mjólk (greiningarmörk: 10 ng/ml). **Akstur:** Ef höfuðverkur, þreyta eða svimi gera vart við sig eftir inntöku lyfsins er ekki ráðlegt að aka vélknúnu ökutæki. **Aukaverkanir:** Í upphafi meðferðar fá um 10% sjúklinganna óþægindi frá meltingarfærum, sem venjulega hverfa á fáeinum dögum þrátt fyrir áframhaldandi töku lyfsins. *Algengar (>1%):* Höfuðverkur, svimi. Magaverkir, ógleði, uppköst, niðurgangur. Útbrot. *Sjaldgæfar (0,1-1%):* Bjúgur. Ofnæmi. Þreyta. Meltingarsár, blæðing frá meltingarfærum. Ofsakláði. Truflað lifrarstarfsemi. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%):* Fækkun blóðflagna, hvítra blóðkorna og/eða rauðra blóðkorna. Sjóntruflanir, eyrnasuð, svefntruflanir, óróleiki, krampar. Rugl. Blöðrumyndun á húð, regnbogaroðasótt (erythema multiforme), Steven-Johnsons heilkenni, Lyells heilkenni, hárlos, ljósóþol. Truflað húðskyn. Bráð nýrnabilun, blóð í þvagi, nýrna- og skjóðubólga, nýrungaheilkenni (nephrotic syndrome). **Lyfhrif:** Lyfið minnkar myndun prostaglandína í líkamanum. Það hefur bólgueyðandi og verkjastillandi verkun. **Lyfjahvörf:** Aðgengi (nýting) díklófenaks er u.þ.b. 50%. Þetta lyfjaform hefur forðaverkun og nær blóðþéttni lyfsins hámarki 6-8 klst. eftir inntöku, sé lyfið gefið með mat, en verkun helst í 12-24 klst. Próteinbinding í blóði er 99,7%. Lyfið skilst út sem umbrotsefni, um 60% í þvagi og um 30% í saur. **Útlit:** *Forðatafla 75 mg:* Ljósbleik, kúpt, Ø 9mm. *Forðatafla 100 mg:* Hvít, kúpt, merkt með þríhyrningi á annarri hlið, Ø 12 mm. **Pakkningar og verð (01.04.02):** *Forðatöflur 75 mg:* 30 stk. 2.147 kr., 100 stk. 5.589 kr. *Forðatöflur 100 mg:* 30 stk. 2.723 kr., 100 stk. 7.356 kr.

Síðast uppfært: 1. apríl 2001

Heimilislæknar álykta um vottorðamálið

EINS OG FLESTUM ER kunnugt hefur staðið yfir deila milli heilsugæslulækna og heilbrigðisráðuneytisins vegna úrskurðar kjaranefndar um að vottorðagerð lækna skuli falla undir aðalstarf þeirra en ekki greiðast aukalega. Er svo komið að heilsugæslulæknar eru farnir að grípa til uppsagna vegna óánægju með kjör sín. Á félagsfundi sem haldinn var í Félagi íslenskra heimilislækna 16. apríl síðastliðinn var gerð eftirfarandi samþykkt:

Fundurinn harmar að sú staða er komin upp í starfsumhverfi heimilislækna á Íslandi að læknar telji sig knúna til uppsagna. Fundurinn lýsir skilningi á þeim aðgerðum og lýsir fullri ábyrgð á hendur Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti og kjaranefndar vegna þeirra upplausnar sem skapast hefur meðal heilsugæslulækna og leitt hefur til þess að læknar eru að hverfa af þessum starfsvettvangi. Fundurinn telur að breyta verði starfsumhverfi heimilislækna tafarlaust þannig að leyfðir verði gjaldskrársamningar til samræmis við aðra sérfræðinga og þannig skapaður traustur grundvöllur fyrir þróun heimilislækninga á Íslandi.

Bakgrunnur

Undanfarnar vikur hefur komið fram í fjölmiðlum djúpstæður ágreiningur milli heilsugæslulækna annars vegar og Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis og kjaranefndar hins vegar vegna þess sem kallað hefur verið vottorðamál. Þar hefur komið fram óánægja heilsugæslulækna vegna vinnubragða ráðuneytisins sem og óánægja með úrskurð kjaranefndar frá 13. mars þar sem úrskurðað er að öll vinna við vottorðagerð falli undir aðalstarf heilsugæslulækna. Óskað hefur verið eftir við Heilbrigðisráðuneytið og kjaranefnd að úrskurður þessi verði endurskoðaður og dreginn til baka en án árangurs. Heilsugæslulæknar telja þennan úrskurð brjóta í bága við hefðbundin vinnubrögð lækna og að lagastoð sé ófullnægjandi og munu kæra úrskurð þennan til Héraðsdóms Reykjavíkur á næstu dögum. Stjórn Félags íslenskra heimilislækna hefur upplýst félagsmenn um þessar forsendur og einnig bent á að enginn úrskurður hefur borist um verðlagningu þessarar vinnu sem þó hefur verið viðurkennt að verði greitt fyrir.

Heimilislæknar hafa í mörg ár bent á vandamál varðandi heimilislækningar sem skapast hafa vegna óánægju með kjör og starfsmöguleika og hafa óskað eftir úrbótum. Framkoma Heilbrigðisráðuneytisins í ofangreindu vottorðamáli hefur reynst kornið sem fyllir mælinn og er stjórn FÍH nú kunnugt um 12 heilsugæslulækna sem hafa sagt starfi sínu lausu og nokkrir hafa þegar skipulagt launalaus leyfi. Vitað er af fleirum sem hugleiða að grípa til sambærilegra ráðstafana. Stjórn FÍH hefur kynnt heilbrigðisráðherra þau sjónarmið að verði ekki gripið tafarlaust til ráðstafana til að breyta starfsumhverfi heilsugæslulækna muni það leiða til frekari upplausnar á þessum starfsvettvangi. Lausn þessa máls felst í að endurskipuleggja starfsumhverfi heilsugæslunnar þannig að heimilislæknar fái sömu starfskjör og valkosti og aðrir sérfræðingar. Forsenda þessa er að mati stjórnar FÍH að sérfræðingar í heimilislækningum geti gert gjaldskrársamning um stofurekstur eins og aðrir sérfræðingar. Með því skapast forsendur fyrir ýmsum nýjum valmöguleikum fyrir störf heimilislækna sem mun tryggja að heimilislæknar starfi áfram í heilsugæslu og nýliðun mun batna.

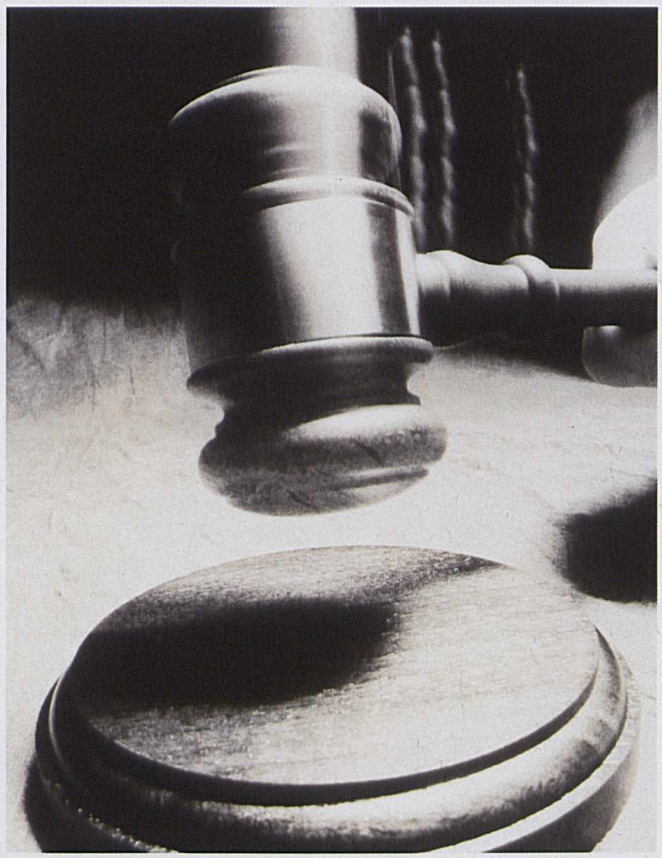
Stjórn FÍH lýsir fullum skilningi á áhyggjum heilbrigðisyfirvalda við þessar breytingar en bendir á að starfsemi heilsugæslunnar á þegar undir högg að sækja, flótti er brostinn á í röðum lækna og nauðsynlegt er að tryggja þessa frumþjónustu. Að áliti stjórnar FÍH verður það aðeins gert með því að veita heimilislæknum sambærileg kjör og starfsréttindi og öðrum sérfræðingum og mun leiða til traustrar uppbyggingar þjónustu heimilislækna á Íslandi.

Sigríður Dóra Magnúsdóttir
varaformaður FÍH

Jón Steinar Jónsson
meðstjórnandi

Nýtt & Einstakt

Bætir lífslíkur sjúklinga með sykursýki af tegund 2



STAÐREYND: *SÖNNUÐ með UKPDS*[1]

Einungis með Glucophage® hefur verið sýnt fram á marktæka lækkun á tíðni hjartaáfalla og dauðsfalla hjá sjúklingum með insúlín óháðra sykursýki sem eru of þungir. UKPDS rannsóknn staðfestir þetta, en hún er lengsta og stærsta rannsókn sem gerð hefur verið á sjúklingum með sykursýki af tegund 2. Ekki horfa framhjá staðreyndum.

GLUCOPHAGE®
metformin

Glucophage Lipha Santé **TÖFLUR;** A 10 B A 02 **R** * Hver tafla inniheldur: Metforminum INN, klóríð, 500 mg eða 850 mg. **Ábendingar:** Sykursýki hjá fullorðnum, einkum þeim, sem eru of feitir, og hafa ekki tilhneigingu til ketósu. Mataræði verður að stjórna samtímis lyfjagjöfinni. **Skammtar og lyfjagjöf:** ***Skammtastærðir handa fullorðnum:*** Venjulega er heppilegt að byrja með 500 mg á dag og auka síðan skammtinn með nokkurra daga millibili, þar til viðunandi árangur fæst eða aukaverkanir gera vart við sig. Viðhaldsskammtur er venjulega 500-2000 mg á dag. ***Skammtastærðir handa börnum:*** Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Sykursýki, sem þarfnast insúlínmeðferðar. Tilhneiging til ketósu eða blóðsúrs. Meðganga. Alvarlegir sjúkdómar í lifur, nýrum, hjarta eða lungum. Alvarlegar sýkingar, slys eða meiri háttar skurðaðgerðir. Aldur yfir 70 ár. Notkun barkstera. **Varúð:** Notkun lyfsins skal hætt 2-3 dögum áður en gera á röntgenrannsókn með skuggaefnum á nýrum eða æðum. Áður en notkun lyfsins hefst að nýju, er rétt að mæla nýrnastarfsemi. **Milliverkanir:** Við langtímanotkun getur lyfið dregið úr frásogi B12 -vítamíns. Rétt er að mæla blóðþéttni B12-vítamíns a. m. k. einu sinni á ári. **Aukaverkanir:** Ýmis konar óþægindi frá meltingarfærum eru algeng og eru háð skömmtum lyfsins. Þessi óþægindi minnka oft, ef lyfið er gefið með mat. Mjólkursýrublóðsúr hefur sést í fáeinum tilvikum. **Lyfhrif/lyfjahvörf:** Sykursýkislyf af bígvaníðflokki. Lyfið er talið lækka blóðsykur með því að auka næmi vöðvafrumna fyrir insúlíni, minnka frásog glúkósu frá þörmum og draga úr nýmyndun glúkósu í líkamanum. Sjúklingar, sem eru of feitir, léttast oft lítillega í upphafi meðferðar. Aðgengi lyfsins er 50-60% og blóðþéttni nær hámarki um 2 klst. eftir inntöku. Helmingunartími er um 16 klst. Skilst út óbreytt í þvagi og saur. **Pakkningar: Töflur 500 mg:** 100 stk. (þynnupakkað). **Töflur 850 mg:** 100 stk. (þynnupakkað).

1) United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS 34): Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in over weight patients with type 2 diabetes. Lancet 1998; **352**: 854-856.

ISFARM ehf.
ICEPHARM Ltd.

MA 011-01

Launakerfi sjúkrahúslækna að breytast

– Rætt við Ingunni Vilhjálmsdóttur formann samninganefndar sjúkrahúslækna

Þröstur Haraldsson

Læknafélag Íslands gerir marga kjarasamninga fyrir félagsmenn sína en væntanlega snerta engir samningar jafnmarga og samningar sjúkrahúslækna. *Ingunn Vilhjálmsdóttir* er formaður samninganefndar sjúkrahúslækna og segist vera að semja fyrir um það bil 400 lækna. Í þeim hópi eru allir unglæknar, sérfræðingar og yfirlæknar á sjúkrahúsum landsins og öðrum stofnunum í eigu ríkisins. Þegar blaðið fór í prentun stóð lokahrina samningagerðarinnar yfir en deilunni var vísað til ríkissáttasemjara um miðjan apríl.

Svo er að heyra á samninganefndarmönnum að þessi samningsgerð gæti leitt til töluverðra breytinga á launakerfi sjúkrahúslækna. Læknablaðið bað Ingunni því að segja lesendum frá því um hvað samningaþófið hefði snúist.

„Síðustu kjarasamningar sjúkrahúslækna byggðust á miðlunartillögu ríkissáttasemjara en eins og kunnugt er má ekki ræða þær heldur einungis samþykkja eða fella. Á þessum samningi voru ákveðnir vankantar sem ekki tókst að ganga frá og hafa því þvælst fyrir okkur á samningstímanum.

Í þessum samningi voru tvær launatöflur og gilti önnur fyrir sérfræðinga með fastlaunasamninga (svonefnd „helgun") en hin fyrir sérfræðinga án fastlaunasamninga. Þessi tvískipting launatöflunnar hefur valdið kurr í félaginu og þess vegna fengum við í samninganefndinni þau fyrirmæli frá stjórn LÍ að semja um eina launatöflu. Jafnframt áttum við að tryggja fastlaunalæknum betri kjör og þriðju fyrirmælin voru þau að tryggja stöðu lækna sem reka stofur meðfram því að starfa á sjúkrahúsi. Það vafðist nokkuð fyrir okkur að samræma þessi þrjú markmið en við höfum unnið eftir þeirri meginhugmynd að þeir sem starfa einnig utan sjúkrahúsa verði í hlutastarfi en hinir í 100% starfi en aðeins verði ein launatafla í gildi."

Hvað kostar potturinn?

„Samninganefnd ríkisins og lögfræðingur Læknafélagsins sáu hins vegar þann meinbug á þessari hugmynd að ekki væri eðlilegt að minnka stöðuhlutfall lækna með kjarasamningi því segja yrði öllum upp og endurráða þá. Þessari leið var því hafnað, að minnsta kosti í bili, en í staðinn er gengið út frá því að allir séu í 100% starfi og hljóti fyrir það ákveðin grunnlaun sem ákveðin eru miðlægt. Ofan á þau leggjast svo ýmsir viðbótarþættir sem ákveðnir eru hjá viðkomandi stofnun. Þetta er ekki ósvipað stofnanasamningunum sem gerðir hafa verið hjá ríkinu en er þó það frábrugðið að við höfum kosið að kalla þetta staðarsamninga.

Viðbótarþættirnir geta verið af ýmsum toga. Þar koma inn atriði eins og starfsaldur, stjórnunarskylda, kennsla, umsjón verkefna, viðbótarmenntun, svo sem doktorsnám, undirsérgrein eða sambærilegir þættir, og viðbótarráðning. Þegar þetta lá fyrir vildum við að auk okkar og samninganefndar ríkisins yrði kallað á fulltrúa stofnananna sem eiga að kaupa vinnu af læknum samkvæmt samningunum. Við kynntum þeim málið og þeir tóku hugmyndum okkar vel. Við óskuðum eftir tillögum frá þeim um það hverjir þessir viðbótarþættir gætu orðið og hvert vægi þeirra væri. Við því hafa enn ekki borist svör.

Launakerfið er stóra málið í þessum samningum. Í síðustu samningum urðu til þrír flokkar sérfræðinga með 2,5% launabili á milli. Þetta olli deilum og þótti



Ingunn Vilhjálmsdóttir formaður samninganefndar sjúkrahúslækna.

erfitt í framkvæmd. Stofnanirnar héldu því fram að ástæðan fyrir erfiðleikunum væri sú að þær hefðu ekki verið með í útfærslunni. Þess vegna höfum við lagt höfuðáherslu á að þær taki þátt í mótun samningsins nú.

Við þetta bætist að fjárveitingavaldið vill fá að vita hvað potturinn kostar, hvernig stofnanirnar meta viðbótarþættina. Hættan er sú að samningurinn verði undirritaður án þess að stofnununum verði tryggt nægilegt fjármagn til þess að framfylgja þeim. Með þeim hætti sem við höfum kosið að hafa getur ríkið reiknað kostnaðinn út og tryggt að fjármagnið sé fyrir hendi."

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

SINGULAIR® (MONTELUKAST, MSD)
1 tafla 1 sinni á dag.

Vandi unglækna mikill

– En á ekki eftir að hengja tölur utan á þetta tré?

„Jú, við fengum tilboð sem var óásættanlegt. Það var hins vegar byggt á þeim hugmyndum sem ég lýsti áðan en launatölurnar voru töluvert lægri en okkar kröfur. Þess vegna ákváðum við að vísa deilunni til ríkissáttasemjara. Hann hefur verið að setja sig inn í málin og vill vinna hratt, heldur daglega fundi. Það skýrist kannski að einhverju leyti af því að aldrei þessu vant er engin önnur kjaradeila í gangi svo hann hefur nógan tíma fyrir okkur."

– Er ekki tekist á um fleira en launatöfluna?

„Jú, í síðustu samningum var breytt fyrirkomulagi á yfirvinnugreiðslum vegna vakta. Nú fá allir sama tímakaupið, óháð stöðu og starfsaldri. Við viljum halda í það en hækka viðmiðunina, en ríkið hefur ekki viljað fallast á það. Í lífeyrismálum erum við að feta okkur inn á þá braut að menn geti hætt störfum fyrr með því að taka upp einskonar aðlögun að starfslokum. Við gerum ráð fyrir að aðlögunin standi í þrjú ár, fyrsta árið lækki starfshlutfallið í 60% en föstu launin haldist óbreytt, annað árið lækki starfshlutfallið í 40% en launin í 80% og þriðja árið lækki starfshlutfallið í 20% en launin í 60%. Ríkið hefur skilning á þessum vanda en útfærslan gæti reynst erfið.

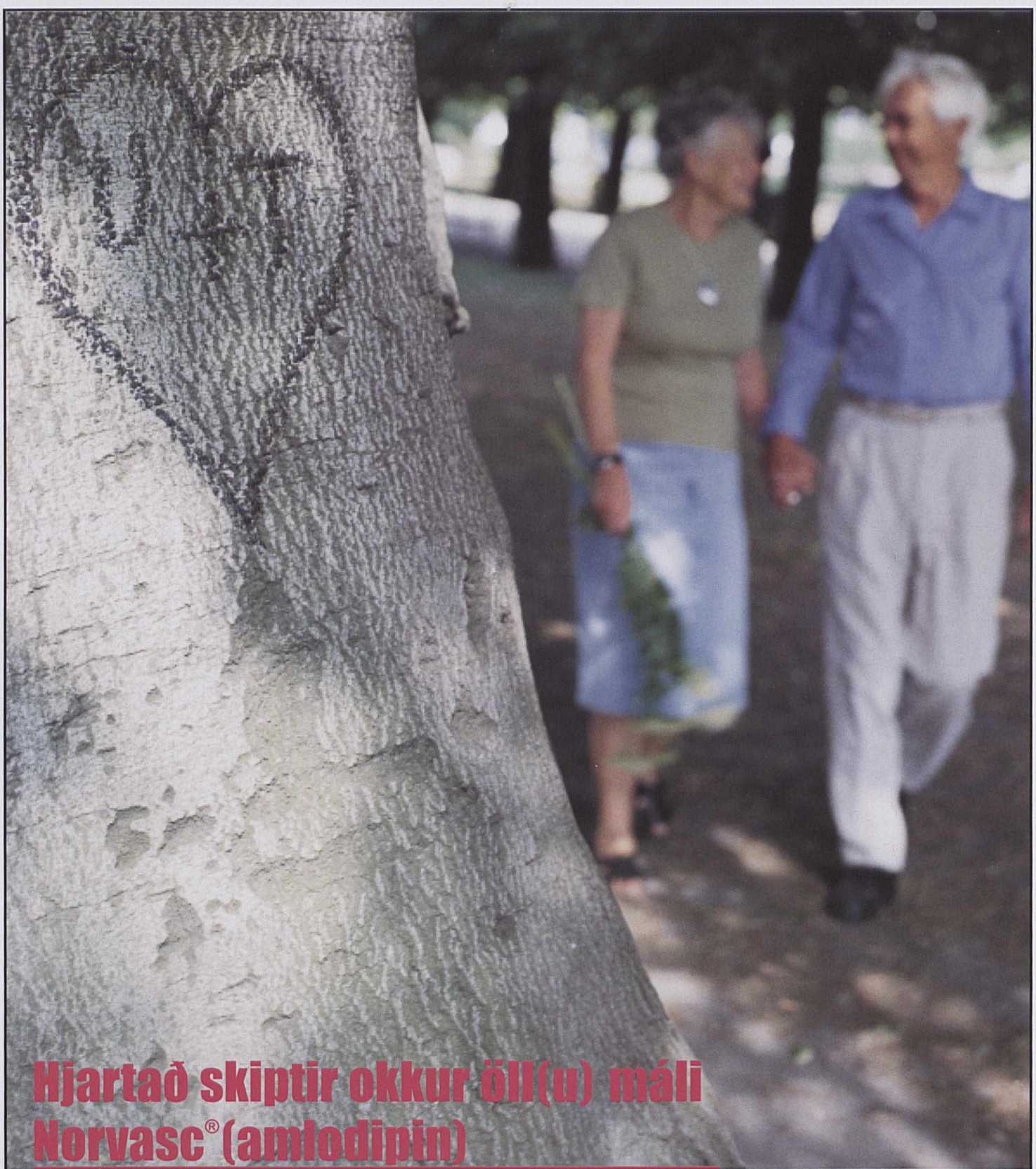
Þá má nefna að væntanlega fellur starfsheitið sérfræðingur út úr samningnum. Í staðinn komi stöðuheitin kandídat án lækningaleyfis, læknir með lækningaleyfi, læknir með sérfræðingsleyfi og yfirlæknir. Ríkið vill að hóparnir verði þrír: kandídat, læknir og yfirlæknir en að sérfræðingsnafnbótin verði einn af viðbótarþáttunum. Við teljum þetta jákvætt enda veit enginn nú á dögum hvað það merkir að vera sérfræðingur. Allir vita hins vegar hvað orðið læknir merkir.

Vandi unglæknanna er, eins og sérfræðinga, að grunnlaun þeirra eru komin niður úr öllu valdi. Þeir hafa undirbúið kjarakröfur sínar vel og fundið sér viðmiðunarhópa bæði innan og utan heilbrigðiskerfisins. Eftir síðustu samninga voru þeir mjög óánægðir og tókst að knýja fram hærra yfirvinnuálag í svonefndu „skúffusamkomulagi". Nú vilja þeir miða við síðustu samninga ásamt þessu samkomulagi og hækka launin verulega. Þetta setur töluverða pressu á samningana því við viljum halda í þann mun sem verið hefur á launum unglækna og sérfræðinga. Hann er ekki mikill núna.

Það er ljóst að þau launakjör sem unglæknum bjóðast annars staðar auka enn á unglæknaskortinn á spítölunum. Unglæknum standa til boða betri laun bæði í heilsugæslunni og annars staðar á Norðurlöndum. Þeir geta tekið kandídatsárið þar á mun betri kjörum og farið svo í framhaldsnám. Við þessu verður að bregðast því íslenskt heilbrigðiskerfi þolir ekki að missa þessa vinnuhesta úr landi," segir Ingunn Vilhjálmsdóttir formaður samninganefndar sjúkrahúslækna.

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

SINGULAIR
MSD, 970102, 970103
Tuggutöflur og töflur: R 03 DC 03
Virkt innihaldsefni: Montelúkastsýra; 5 mg eða 10 mg. **Ábendingar:** Montelukast er ætlað til meðferðar við astma sem viðbótarmeðferð hjá sjúklingum sem hafa vægan eða miðlungsmikinn viðvarandi astma, þegar meðferð með innúðasterum er ekki fullnægjandi og þegar notkun stuttverkandi b-agónista "eftir þörfum" veitir ekki fullnægjandi klíníska meðferð við astma. Montelukast er einnig ætlað til fyrirbyggjandi meðferðar á astma þegar aðallega er um berkjusamdrátt við áreynslu að ræða. Skammtar og lyfjagjöf: Skammtastærð handa fullorðnum, 15 ára og eldri, er ein 10 mg tafla á dag, tekin inn að kvöldi. Skammtastærð handa börnum 6-14 ára er ein 5 mg tuggutafla daglega, tekin inn að kvöldi. Montelukast má bæta við þá astmameðferð sem sjúklingurinn er þegar að fá. Montelukast má bæta við meðferð þegar meðferð með stuttverkandi b-agónistum "eftir þörfum" dugir ekki ein sér. Þegar klínísk svörun hefur átt sér stað (venjulega eftir fyrsta skammtinn), getur sjúklingurinn e.t.v. dregið úr meðferð með stuttverkandi b-agónistum "eftir þörfum". Meðferð með montelukast má nota sem viðbótarmeðferð þegar önnur lyf s.s. innúðabarksterar veita ekki fullnægjandi klíníska meðferð. Frábendingar: Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnum lyfsins. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ráðleggja skal sjúklingum að nota aldrei montelukast töflur við bráðum astmaköstum, heldur hafa sín venjulegu viðeigandi lyf tiltæk til notkunar við slíkar aðstæður. Ef brátt astmakast á sér stað skal nota stuttverkandi b-agónista til innúðunar. Sjúklingar skulu ráðfæra sig við sinn lækni svo fljótt sem auðið er, ef þeir þurfa meira af b-agónistum til innúðunar, en áður. Montlukast á ekki að gefa í stað innúðabarkstera eða barkstera til inntöku. Ekki hefur verið sýnt fram á að hægt sé að draga úr notkun barkstera til inntöku þegar montelukast er gefið samhliða þeim. Í sjaldgæfum tilvikum getur fjölgun eósínófíla átt sér stað hjá sjúklingum á meðferð með astmalyfjum, þ.á.m. montelukast, sem stundum kemur fram með klínískum einkennum æðabólgu sem samræmist Churg-Strauss heilkenni, sjúkdómi sem oft er meðhöndlaður með barksterum (systemic). Í flestum þessara tilvika, en ekki öllum, hafa skammtar af barksterum til inntöku verið minnkaðir eða notkun þeirra hætt. Hvorki er hægt að útiloka né staðfesta að Churg-Strauss heilkenni komi upp í tengslum við leukotríen viðtaka antagónista. Læknar skulu vera á verði m.t.t. fjölgunar eósínófíla, útbrota í tengslum við æðabólgu, versnandi lungnaeinkenna, aukaverkana á hjarta, og/eða taugakvilla hjá sjúklingunum. Endurmeta skal ástand sjúklinga sem fá þessi einkenni og endurskoða meðferð þeirra. Reynsla lyfsins handa börnum er takmörkuð. 5 mg tuggutafla inniheldur aspartam sem inniheldur fenýlalanín (0,842 mg fenýlalanín í 5 mg tuggutöflu). **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Montelukast á gefa samhliða annarri hefðbundinni fyrirbyggjandi meðferð og hefðbundinni meðferð við langvinnum astma. Í rannsóknum á milliverkunum hafði ráðlagður klínískur skammtur af montelúkasti engin klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf eftirfarandi lyfja: theófyllíns, prednisóns, prednisólóns, getnaðarvarnartaflna (ethinyl estradíol/norethindrone 35/1), terfenadíns, dígoxíns og warfaríns. AUC fyrir montelúkast var u.þ.b. 40% minna hjá einstaklingum sem fengu fenóbarbital samhliða montelúkasti. Þar sem montelúkast umbrotnar fyrir tilstilli CYP 3A4 skal gæta varúðar sérstaklega hjá börnum þegar montelukast er gefið samhliða lyfjum sem innleiða CYP 3A4, svo sem fenýtóíni, fenóbarbítali og rífampicíni. **Meðganga og brjóstagjöf:** Þar sem engar samanburðarrannsóknir hafa verið gerðar hjá þunguðum konum eða konum með börn á brjósti á ekki að nota montelukast á meðgöngu eða hjá konum með börn á brjósti nema brýna nauðsyn beri til. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir, sem almennt eru vægar, hafa yfirleitt ekki orðið til þess að hætta þyrfti meðferð. Eingöngu kviðverkir og höfuðverkur voru skráð sem lyfjatengdar aukaverkanir sem áttu sér stað hjá ≥ 1% sjúklinga sem fengu montelukast og tíðari en hjá sjúklingum sem fengu lyfleysu í tveimur klínískum rannsóknum á 10 mg töflum. Ekki var marktækur munur á tíðni þessara aukaverkana í meðferðarhópunum tveimur. Þrátt fyrir að ekki væri um staðfest tengsl við notkun montelúkasts að ræða voru eftirfarandi aukaverkanir, sem voru jafntíðar eða tíðari en hjá þeim sem fengu lyfleysu, skráðar hjá ≥1% sjúklinga í klínískum rannsóknum. Almennar: máttleysi/þreyta, hiti , kviðverkir, áverkar. Meltingarfæri: niðurgangur, meltingartruflanir, maga- og garnabólga af völdum sýkingar, tannverkir. Taugakerfi/geðræn einkenni: svimi, höfuðverkur, svefnleysi. Öndunarfæri: nefstífla, hósti, inflúensa. Húð: útbrot.
Eingöngu höfuðverkur var skráð sem lyfjatengd aukaverkun sem áttu sér stað hjá ≥ 1% sjúklinga sem fengu montelukast og tíðari en hjá sjúklingum sem fengu lyfleysu í klínískri rannsókn á 5 mg tuggutöflum. Ekki var marktækur munur á tíðni þessara aukaverkana í meðferðarhópunum tveimur. Þó að orsakasamhengi við montelúkast hafi ekki verið staðfest voru eftirfarandi aukaverkanir, sem voru tíðari en hjá þeim sem fengu lyfleysu, skráðar hjá ≥3% barna í klínískum rannsóknum. Almennar: hiti. Meltingarfæri: niðurgangur, ógleði. Öndunarfæri: inflúensa, hálsbólga, skútabólga. Eftirfarandi aukaverkanir hafa verið skráðar við almenna notkun lyfsins: máttleysi/þreyta, svimi, óeðlilegir draumar þar á meðal martraðir, syfja, svefnleysi, 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.



Hjartað skiptir okkur öll(u) máli

Norvasc® (amlodipin)

Norvasc

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

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

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

Pfizer

Berjumst gegn ofeldi og sjúkdómum



Sigurbjörn Sveinsson

Bréf stjórnar Læknafélags Íslands til heilbrigðis- og tryggingaráðherra 5. apríl sl.

Þökkum bréf ráðuneytisins frá 13. fyrra mánaðar varðandi leiðir til að hefta kostnaðarauka vegna lyfjanotkunar landsmanna. Í bréfi þessu kemur fram að í undirbúningi sé að innleiða svonefnt „analog viðmiðunarverð", sem hefur í för með sér að greiðsluþátttaka almannatrygginga mun miða við lægsta hámarksverð þeirra lyfja er hafa sambærileg meðferðaráhrif. Sá undirbúningur sé kominn vel á veg. Þá er vitnað til bréfs stjórnar Læknafélags Íslands til fjögurra lækna í nefnd ráðherra til að vinna að nánari útfærslu á viðmiðunarverði lyfja með sambærileg meðferðaráhrif, dags. 24. október 2000. Í bréfinu lýsir stjórnin sig m.a. fúsa til þátttöku í að finna leiðir til að hefta vaxandi kostnað samfélagsins vegna lyfja. Er í bréfi yðar frá 13. mars kallað eftir hugmyndum stjórnar LÍ þar að lútandi.

Í fyrrnefndu bréfi stjórnar LÍ frá 24. október 2000 er þess hvergi getið að hún hafi fram að færa einhliða tillögur um sparnað vegna þátttöku almannatrygginga í lyfjakaupum heldur er boðið upp á samræðu við heilbrigðis- og tryggingaráðuneytið um hugsanlegar leiðir í þessu sambandi. Í annan stað kemur skýrt fram í bréfinu, að stjórnin leggst eindregið gegn þeirri leið sem nú er boðuð, þ.e. að heimila að viðmiðunarverð greiðslu almannatrygginga á lyfjum miðist við ódýrasta smásölumarkaðsverð lyfja, sem hafa sambærileg meðferðaráhrif. Með því segir stjórnin að lagður sé grunnur að þeim skilningi að ákvarða megi í ráðuneytinu að mismunandi lyf geti náð fullnægjandi árangri við meðferð og því megi stýra ákvörðunum lækna um lyfjaval með verðstýringu að þessu leyti. Vill stjórn Læknafélags Íslands hér með ítreka þessa skoðun sína.

Stjórn LÍ hefur í erindi til læknafélaga á Norðurlöndum og í Bretlandi spurst fyrir um hvort slíkri aðferð sé beitt í þeim löndum og ef ekki, hvort félögunum sé kunnugt um fyrirætlanir stjórnvalda um að taka hana upp. Svör hafa borist nú þegar frá Svíþjóð, Finnlandi og Bretlandi, sem eru neitandi að þessu leyti.

Stjórn LÍ vill benda á að 11. febrúar síðastliðinn sendi hún heilbrigðis- og tryggingamálaráðherranum erindi þar sem bent var á að skráning og nýskráning eldri og ódýrra lyfja væri torveld eða að minnasta kosti þannig háttað, að innflytjendur og framleiðendur sæju sér ekki hag í því að halda þeim á markaði. Sum þessara lyfja eru með öllu ófáanleg en önnur á undanþágu sem kallar á skriffinnsku og aukinn kostnað við dreifingu. Var skorað á ráðherrann að beita sér í málinu. Er það að mati stjórnar LÍ bein tillaga um að hefta kostnað við lyfjakaup.

Þá vill stjórn LÍ beina athygli ráðuneytisins að þeirri staðreynd að fjármunir til forvarna sjúkdómum eru aðeins lítill hluti þess, sem þjóðin eyðir í afleiðingar sjúkdómanna, lyf og aðra meðferð. Þrátt fyrir mikið umtal og góð áform, hefur þessi þáttur heilbrigðisþjónustunnar verið hornreka og mikill skortur á samræmdri pólitiskri stefnu ríkisstjórna til að ná árangri í þessu tilliti. Má þó með ákveðinni vissu fullyrða að árangur að þessu leyti sé helst til búdrýginda þegar til lyfjakostnaðar er litið.

Rannsóknir víða um heim benda nú til þess að ofeldi og sjúkdómar af þess völdum sé vandi, sem Vesturlandabúar muni glíma við í auknum mæli í framtíðinni. Ekkert bendir til þess, að Íslendingar hafi sérstöðu að þessu leyti og rannsóknir Hjartaverndar benda einmitt til hins gagnstæða. Aukin velmegun, þjóðfélagsbreytingar, þekkingarskortur og almennt sinnuleysi um holla lifnaðarhætti eiga hér vafalítið hlut að máli.

Því væri fengur að því að heilbrigðis- og tryggingaráðherrann hefði forgöngu um stefnumótun ríkisstjórnarinnar til að snúa við þessari óheillavænlegu þróun. Rannsóknir á stórum, tilteknum þjóðfélagshópum erlendis til margra ára sýna, að einstaklingar með eðlilegt mynstur áhættuþátta geta haft veruleg áhrif á lífslíkur sínar með hegðun sinni einni saman. Reykingar eiga þar stærstan þátt en hreyfingarleysi og ofeldi skipta vaxandi máli. Það yrði því ekki til einskis unnið og byggt á traustri vitneskju, ef ríkisstjórnin sneri sér sérstaklega að þessum þáttum, hreyfingu og mataræði þjóðarinnar, í því skyni að auka heilbrigði hennar. Að þessari stefnumótun þyrftu að koma a.m.k. þrjú ráðuneyti auk heilbrigðis- og tryggingaráðuneytisins, þ.e. ráðuneyti menntamála, landbúnaðar og fjármála. Í stefnumótuninni fælust til dæmis breyttar áherslur í verðlagsmálum neysluvara, almenningsfræðsla, breytt námsskrá leik- og grunnskóla, aukin áhersla á almenningsíþróttir og hugsanlega tilflutningur fjármuna frá keppnisíþróttum. Umfram allt yrði að gera þetta að spennandi og skemmtilegu verkefni fyrir þjóðina til að fást við og vekja á því þverpólitískan áhuga.

Þó verkefni af þessu tagi mæti ekki fjárhagslegum markmiðum ríkisstjórnar, þegar til skemmri tíma er litið, væri það glæsilegt dæmi um framsýni og þolgæði þeirra, sem um það tækju ákvörðun.

Stjórn Læknafélags Íslands lýsir sig reiðubúna til að taka þátt í verkefni því, sem að ofan er lýst, ef eftir því verður leitað.

Virðingarfyllst, f.h. stjórnar Læknafélags Íslands,
Sigurbjörn Sveinsson formaður

Höfundur er formaður Læknafélags Íslands.

Frá tryggingayfirlækni

Á síðasta ári voru ákveðnar vinnureglur hjá Tryggingastofnun ríkisins fyrir mígrenilyf til að nota við afgreiðslu umsókna um lyfjaskírteini. Þessar vinnureglur eiga ekki við venjulegt mígreni heldur eingöngu mígreni af erfiðustu gerð þar sem köst eru að minnsta kosti fjögur í mánuði og hvers konar önnur meðferð hefur verið reynd til þrautar. Forsaga málsins er sú að þegar sumatriptan (Imigran) kom á markað hér á landi var ákveðið að Tryggingastofnun væri einungis heimilt að taka þátt í að greiða sex töflur af lyfinu í senn. Þar sem lyfið er dýrt hefur þetta komið sér illa fyrir þá sem þurfa að nota óvenju mikið af því. Var því gripið til þess að heimila útgáfu lyfjaskírteina til þeirra sem þurfa að nota óvenju mikið af lyfinu, það er til mjög afmarkaðs hóps fólks með mígreni. Eins og vinnureglurnar bera með sér eru þetta ekki úrræði fyrir þorra þeirra einstaklinga sem þurfa á lyfinu að halda, enda hafa lyfjaskírteini sem gefin hafa verið út vegna þessa ekki verið mörg. Að gefnu tilefni hafa þessar vinnureglur verið endurskoðaðar og eru nú þannig:

Lyf: sérhæfð serótónínvirk lyf
ATC: N02CC
Dagsetning: 27. febrúar 2002
Skilyrði:

- liggja skal fyrir ótvíræð greining á mígreni
- hvers konar önnur meðferð sé fullreynd (fyrirbyggjandi og önnur lyf)
- mígreniköst séu að minnsta kosti fjögur í mánuði

Afgreiðsluheimild: e-merkt 100 daga skammtur
Gildistími: 1 ár

Gallup-könnun á afstöðu lækna til frum- og hermilyfja

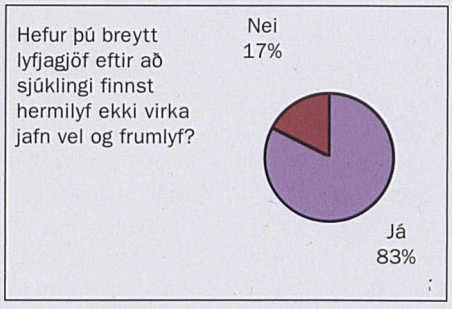
Í KJÖLFAR UMRÆÐU um notkun hermilyfja fór Frumlyfjahópur Félags íslenskra stórkaupmanna þess á leit við Gallup að könnuð yrði afstaða lækna til hermi- og frumlyfja. Í desember 2001 var hringt í 787 lækna og fengust svör frá 500 þeirra (svarhlutfall 69,3%).

Þegar læknar voru spurðir um hversu mikinn mun þeir teldu vera á virkni frum- og hermilyfja, sögðu 83% að sá munur væri lítill og aðeins 6% að munurinn væri mikill. Þetta viðhorf er athyglisvert sé miðað við svör læknanna við þeim spurningum sem á eftir fylgdu.

Í könnuninni kemur í ljós að rúmlega 35% lækna hafa stundum lent í því að sjúklingum finnist hermilyf ekki virka jafnvel og frumlyf og 7% lækna verða oft fyrir þessari reynslu með sína sjúklinga. Aðeins 23% lækna segjast aldrei hafa meðhöndlað sjúkling sem finnst frumlyf virka betur en hermilyf.

Þegar læknar eru spurðir hvort þeir hafi breytt lyfjagjöf eftir að sjúklingi finnst hermilyf ekki virka eins vel og frumlyf, svara 83% því játandi. Séu svörin flokkuð eftir sérgreinum kemur í ljós að 94% heimilislækna, 87% geðlækna, 77% lyflækna, 69% barnalækna, 65% skurðlækna og 80% annarra lækna hafa breytt lyfjagjöf vegna þessa.

Læknarnir voru einnig spurðir um hvort þeir R-merktu einhvern tíma lyfseðla. Í ljós kom að 69% þeirra lækna sem skrifa lyfseðla R-merkja einhverja þeirra. 95% geðlækna og 78% bæði heimilis- og lyflækna R-merkja lyfseðil stundum.



Þegar þau 31% lækna sem ekki R-merkja voru spurð um ástæður þess komu fram ýmis svör. Sem dæmi má nefna að nokkur hópur lækna taldi ranglega ekki möguleika á R-merkingum.

Að lokum var hópurinn spurður hvort sjúklingar þeirra hefðu tekið inn tvö lyf með sama innihaldsefninu (þ.e. frumlyf og hermilyf). Í ljós koma að fjórðungur lækna hafði einhvern tíma lent í því. Séu svörin flokkuð eftir sérgreinum kemur í ljós að 34% heimilislækna, 18% skurðlækna, 20% geðlækna, 41% lyflækna, 10% barnalækna og 19% annarra hafa séð dæmi um slíkt.

Af þessari rannsókn má draga þá ályktun að þrátt fyrir að flestir íslenskir læknar hafi lent í vandræðum með sjúklinga á hermilyfjum, þá eru þeir samt trúir þeirri túlkun yfirvalda að enginn munur sé á þessum lyfjum.

F.h. Frumlyfjahóps

Ársæll Arnarsson
Hadda Björk Gísladóttir
Sigrún Elsa Smáradóttir

Spurning: *Hversu mikill munur er á virkni frum- og hermilyfja?*

Svör: Lítill 83% Mikill 6%

Spurning: *Hafa sjúklingar rætt um að þeim finnist hermilyf ekki virka eins vel og frumlyf?*

Svör: Stundum 35% Oft 7% Aldrei 23%

Spurning: *Hefur þú breytt lyfjagjöf vegna þess að sjúklingi fannst hermilyf ekki virka eins vel og frumlyf?*

Jákvætt svar: Allir læknar 83%

Heimilislæknar	94%	Geðlæknar	87%	Lyflæknar	77%
Barnalæknar	69%	Skurðlæknar	65%	Aðrir læknar	80%

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



StilNoct® (zolpidem)

Sofið rótt – vaknið endurnærð[2]

12. apríl 2000

Thorarensen lyf - JBB - Skýjum ofar

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.

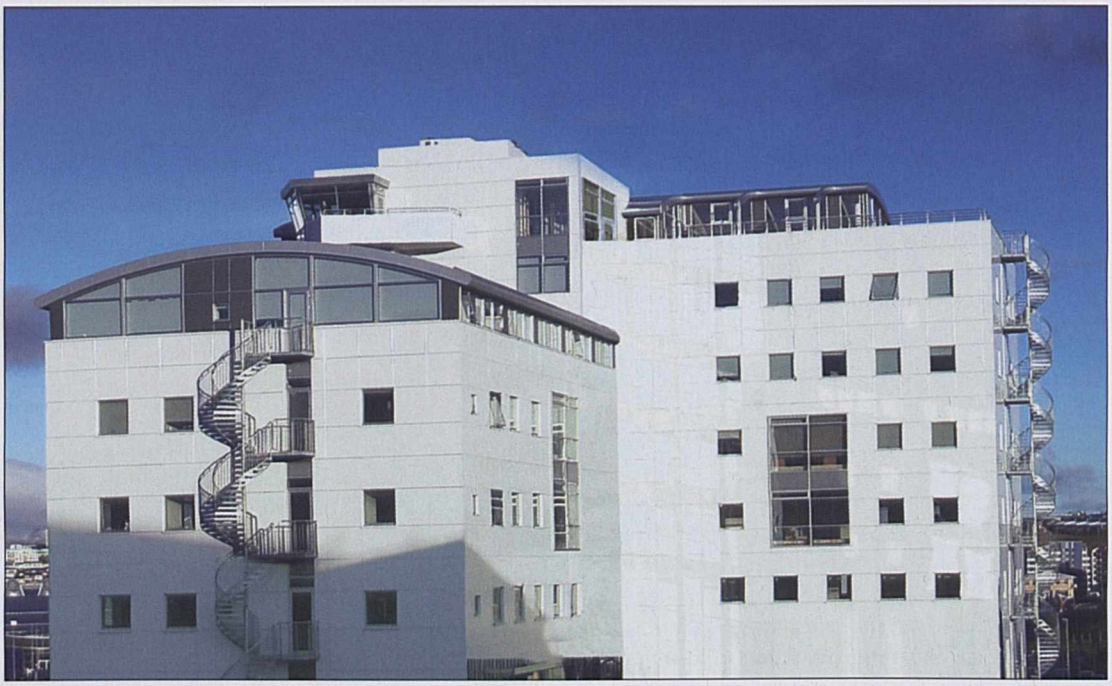
Heimildir: 1) Stephen A. Nasbitt., Acting Chief, News & Branch of the National Aeronautics and Space Administration (NASA), Lyndon B. Johnson Space Center, Houston-Texas 1998. 2) Scharf MB et al., J. Clin. Psychiatry, 1994; 55: 192-199. 3) Rosenberg J. Overgaard H. et Unden M. Månedskr. Prakt. Læger,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

sanofi~synthelabo

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

Gerbreytt aðstaða og 40 nýir starfsmenn

Þröstur Haraldsson

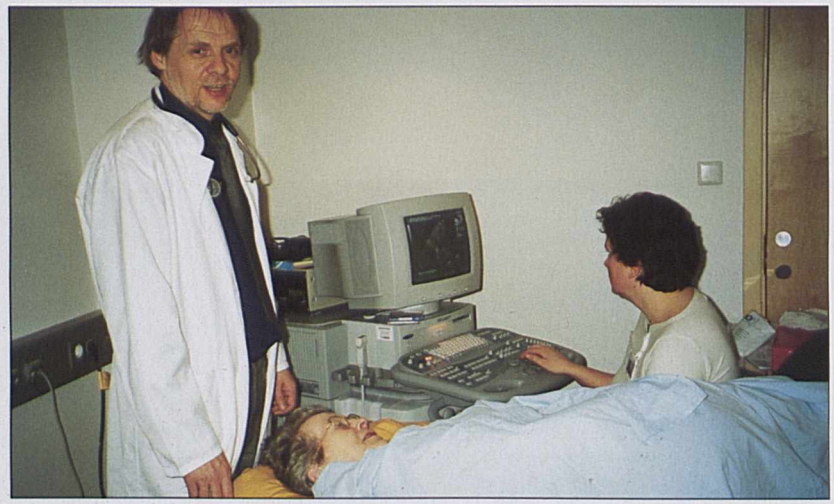


Hjartavernd er með tvær og hálfa hæð í þessu reisulega húsi við Holtasmára í Kópavogi. Ljósm. Tölvumyndir.

HJARTAVERND ER AÐ FLYTJA í nýtt húsnæði en í framtíðinni verður þátttakendum í hóprannsóknum og öðrum sem erindi eiga við samtökin stefnt í Holtasmára 1 í Kópavogi. Þar er nýrisið stórt og glæsilegt hús og fær Hjartavernd til umráða hálfa þriðju hæð, alls 2500 fermetra. Við þetta gerbreytist öll starfsaðstaða félagsins eins og blaðamanni Læknablaðsins varð ljóst þegar hann gekk um salarkynnin í Holtasmáranum með *Vilmundi Guðnasyni* forstöðulækni.

Húsaskipan á nýja staðnum er þannig að á neðstu hæð er myndgreiningardeild þar sem gefur að líta fullkomnustu tæki sinnar tegundar hér á landi. Þar er fyrst til að taka segulómtæki sem varð frægt fyrir það að hrynja úr krana og eyðileggjast þegar verið var að koma því fyrir í húsinu. Höfð voru snör handtök og nýtt tæki útvegað sem komið er á sinn stað. Einnig er þarna öflugt tölvusneiðmyndatæki, ómtæki og sægur af tölvum sem notaðar eru við myndgreiningu. Sú tíð er liðin að menn séu að rýna í filmur á ljósatöflum, allar myndir eru á rafrænu og tölvutæku formi sem auðveldar greiningu, vinnslu og varðveislu þeirra.

Uggi Agnarsson læknir og Lilja Petra Ásgeirsdóttir ómtæknir rannsaka sjúkling í ómtæki.



Á næstu hæð er móttaka og hefðbundin aðstaða til sýnatöku, mælinga og viðtala við sjúklinga og þátttakendur í rannsóknum. Þar eru einnig rammgerðar skjalageymslur og vinnuaðstaða fyrir vísindamenn. Á efstu hæðinni sem Hjartavernd ræður yfir er svo rannsóknarstofa með fjölda nýrra tækja, kæli- og frystigeymsla fyrir sýni og skrifstofur stjórnenda.

Viðamesta rannsóknin að hefjast

Þeir sem þekkja til fyrra húsnæðis samtakanna í Lágmúla sjá fljótt að aðstaða til rannsókna og annarra starfa er allt önnur. Vilmundur staðfesti það og bætti því við að nýju húsakynnin gerðu samtökunum kleift að bæta við sig allt að 40 nýjum starfsmönnum, þar á meðal mörgum læknum og vísindamönnum.

„Með þessum nýja tækjabúnaði og fjölgun starfsfólks getum við tekist á hendur rannsóknir sem ekki hefur verið hægt að gera hér á landi."

Helsta ástæða flutninganna er sú að Hjartavernd fékk stóran styrk frá bandarísku heilbrigðisstofnun-

inni til þess að ráðast í nýja öldrunarrannsókn. Það er viðamesta rannsókn samtakanna hingað til og er gerð í samvinnu við Öldrunarstofnun bandaríska heilbrigðisráðuneytisins. Tilgangur hennar er að afla þekkingar og upplýsinga um samhengið á milli mælanlegra þátta snemma á ævi einstaklingsins og heilbrigði öldrunar. Þessa þekkingu verður hægt að nota í fyrirbyggjandi læknisfræði til þess að auka færni og þar með lífsgæði einstaklingsins á efri árum, seinka sjúkdómum og fækka sjúkrahúslegum.

„Þessi rannsókn er gerð í framhaldi af Reykjavíkurrannsókninni sem var að mestu einskorðuð við hjarta- og æðasjúkdóma. Nú rannsökum við alla króníska sjúkdóma og skoðum starfsemi heilans, ástand hjarta og æðakerfis, beinþéttni, vöðva- og fitudreifingu, jafnvægi og hreyfigetu fólks. Við byrjum að kalla fólk inn til rannsóknar um miðjan maí en framkvæmd og úrvinnsla þessa áfanga mun standa yfir næstu sjö ár.

Rannsóknin opnar nýja möguleika á akademísku starfi enda eru þegar komin í gang tvö doktorsverkefni og nokkur meistaraverkefni sem byggjast á henni. Hjartavernd er í samstarfi við háskólastofnanir beggja vegna Atlantshafs svo segja má að hér sé starfrækt fullgild háskóladeild enda starfa hér margir stúdentar. Við störfum líka mikið með Íslenskri erfðagreiningu og höfum gert ýmsar rannsóknir í því samstarfi sem hafa skilað áhugaverðum niðurstöðum."

Óskabarn þjóðarinnar

Hjartaverndarsamtökin voru stofnuð fyrir 38 árum en árið 1967 hófst starfsemi Rannsóknarstöðvar Hjartaverndar. Allan þann tíma má segja að samtökin hafi verið eitt af óskabörnum þjóðarinnar. Þau hafa notið velvildar almennings og skilað þjóðinni mikilli þekkingu sem hefur beinlínis aukið lífsgæðin í landinu. En hvert er mat Vilmundar á afstöðu almennings til starfsemi samtakanna? Hefur velvildin lifað af allt moldrykið sem þyrlað var upp í umræðunni um gagnagrunninn?

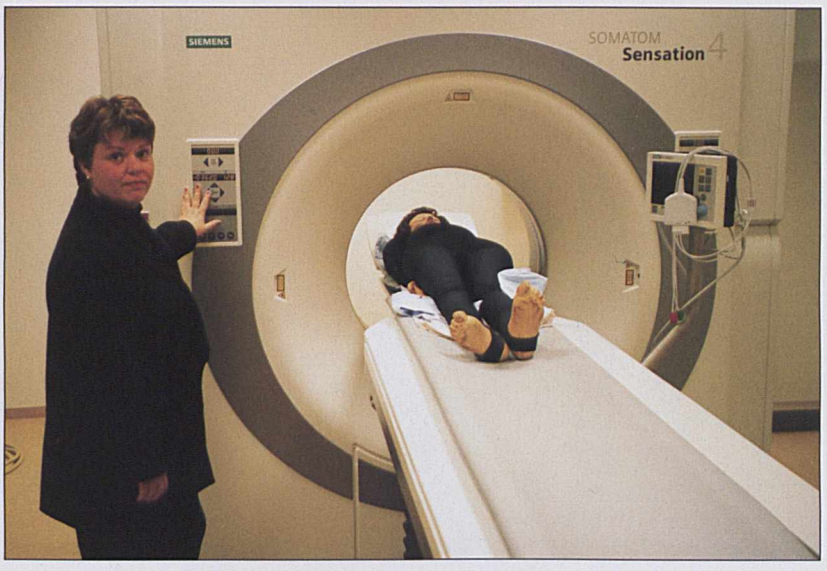
„Við höfum ekki merkt að viðhorfin séu að breytast. Almenningur er mjög velviljaður í okkar garð og þátttaka í rannsóknum hefur ekki minnkað. Fólk er orðið upplýstara en áður og meðvitaðra um rétt sinn sem er af hinu góða, enda erum við að vinna að því að efla æðsta rétt hverrar manneskju sem er réttur-inn til lífs og heilsu," sagði Vilmundur Guðnason forstöðulæknir Hjartaverndar.



Vilmundur Guðnason forstöðulæknir á rannsóknastofunni í Holtasmára 1 en hún er búin mörgum nýjum og fullkomnum tækjum, svo sem þessum „coulter" sem notaður er til að greina hvít og rauð blóðkorn.



Segulómtækið fræga sem flutt var inn í tvígang er nú komið á sinn stað og á eftir að nýtast vel við rannsóknir Hjartaverndar.



Grímheiður Jóhannsdóttir geislafræðingur sýnir blaðamanni hvernig tölvusneiðmyndatækið virkar en verið var að prófa það á dúkku.

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

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

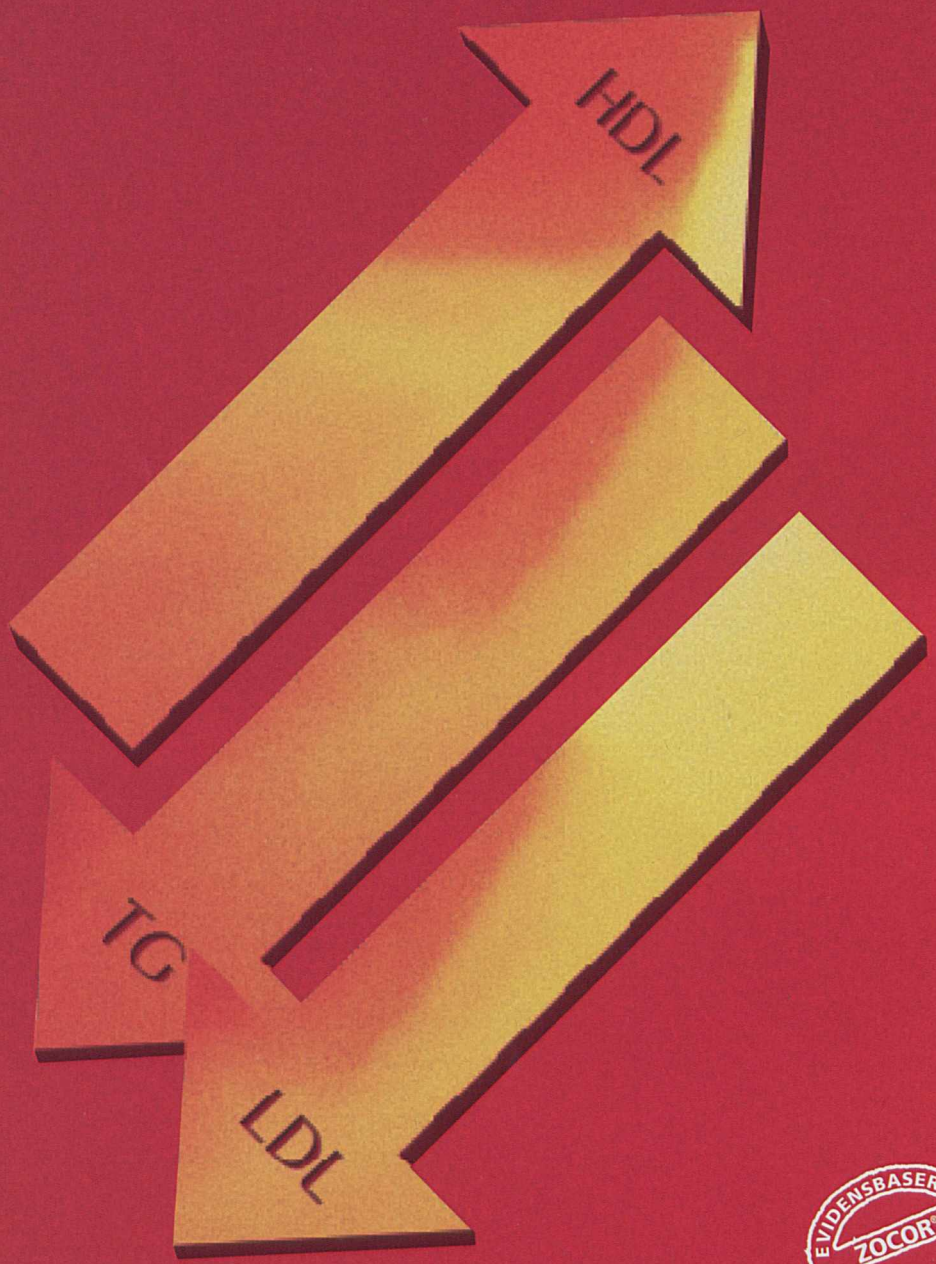
Ábendingar: Óhófleg blóðfituhækkun, þar á meðal fyrsta stigs kólesterólhækkun, arfhrein ættbundin kólesterólhækkun, og blönduð blóðfituhækkun þegar sérstakt fitusnautt mataræði hefur ekki borið tilætlaðan árangur. Meðferð á sjúklingum með kransæðasjúkdóma til að auka lífslíkur og minnka hættu á hjartaáfalli, heilablóðfalli og skammvinnri blóðþurrð í heila. Þá má minnka þörf á hjáveituaðgerðum og kransæðavíkkun og hægа 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:** *Viðvaðhrif:* 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 önnur 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 prófanir 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 eftirtarandi einkenna komið fyrir: Ofsabjúgur, einkenni lík rauðum úlfum, fjölvöðvagigt, æðabólga, blóðflagnafæð, eósínfíklafjölda, hækkað sökk, líðbólga, 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 níacins. ZOCOR eykur áhrif kúmarín-segavarnarlyfja og því ætti prótrombíntíminn 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

Hversu áreiðanlegar eru upplýsingar um heilbrigðismál á netinu?

Þröstur Haraldsson

HVORT SEM MÖNNUM LÍKAR það betur eða verr þá leikur netið æ stærra hlutverk í mannlegum samskiptum og þar er starfsumhverfi lækna ekki undanskilið. Oft eru fyrstu viðbrögð fólks sem verður fyrir einhverju heilsufarsáfalli ekki þau að leita til læknis heldur er sest við tölvuna og vafrað um netið í leit að upplýsingum. Við þessu verða læknar og aðrar heilbrigðisstéttir að bregðast með einhverjum hætti, það þýðir ekki að stinga höfðinu í sandinn og láta eins og tölvan hafi aldrei verið fundin upp. En viðbrögðin mega heldur ekki brjóta í bága við almennar siðareglur, þá er hætt við að menn skoli barninu út með baðvatninu eins og stundum er sagt.

Þessi mál voru til umfjöllunar á formannaráðstefnu Læknafélags Íslands sem haldin var 12. apríl síðastliðinn. Einar Oddsson læknir hafði framsögu um efnið *Upplýsingar – auglýsingar á tölvuöld* og fjallaði einkum um það hvernig læknar eiga að haga sér í samskiptum á netinu. Þar hafa margir læknar haslað sér völl með ýmsum hætti. Sumir leggja til fróðleik og þekkingu á heimasíðum sem ætlaðar eru almenningi, aðrir eru með eigin heimasíður og enn aðrir leyfa sjúklingum að hafa samband við sig í tölvupósti til að spara þeim sporin á stofuna.

Úreltar reglur um auglýsingar?

Vandinn við þetta allt er sá að um þetta gilda ekki neinar skýrar reglur, í það minnsta ekki hér á landi. Einar benti þó á tvenns konar leiðbeiningar frá Evrópusambandinu þar sem annars vegar er fjallað um það hvernig læknar eigi að haga faglegu starfi sínu á netinu (European Good Practice Guide for publicity relating to physician's professional practice on the Net) en í hinum er leiðbeint um samskipti læknis og sjúklings í tölvupósti (CP guidelines for e-mail correspondence between a doctor and a patient).

Íslenskum læknum er þröngur stakkur skorinn hvað varðar auglýsingar en í 17. grein læknalaga segir að þeim sé „einungis heimilt að auglýsa læknastarfsemi sína með efnislegum og látlausum auglýsingum í blöðum sem birta má í hæsta lagi þrisvar þegar hann hefur störf eða breyting verður á aðsetri eða viðtalstíma". Eins og sést á orðalagi þessarar greinar er hún samin fyrir tíma netsins og tekur ekki mið af gerbreyttu fjölmiðlalandslagi.

Í umræðum að loknu erindi Einars kom fram hjá einum fundarmanna að hann vildi að almenningur gæti gengið að upplýsingum um lækna á netinu þar sem fram kæmi hver væri góður í hverju. Þessu svaraði Einar þannig til að læknum væri ekki heimilt að bera sig saman með þessum hætti. Enginn læknir gæti fullyrt að hann væri öðrum betri á einhverju sviði nema fyrir því væru haldbær rök sem studd væru vísindalegum rannsóknum.

Hvað líður gagnabankanum?

Einar varpaði fram ýmsum spurningum sem svara þarf við endurskoðun reglna um auglýsingar og upplýsingagjöf lækna. Reglurnar þyrftu að sporna við auglýsingakenndri umfjöllun um störf lækna og taka á því hvort læknum leyfist að taka þátt í auglýsingum. Nú væri klárlega ólöglegt að læknar birtist í auglýsingum þar sem mælt er með tilteknum vörum eða þjónustu. Jafnframt þyrftu reglurnar að sporna við því að aðrir en læknar stunduðu auglýsingastarfsemi þar sem lækningar væru viðfangsefnið.

En þótt reglurnar yrðu endurskoðaðar væri mörgum spurningum ósvarað um framkvæmd þeirra. Hver ætti til dæmis að sinna eftirliti með því að reglunum væri fylgt? Er slíkt eftirlit æskilegt eða gagnlegt? Er það framkvæmanlegt? Er læknum treystandi til þess að fylgja reglunum?

Inn í þetta spunnust nokkrar umræður um opinberan gagnabanka um heilbrigðismál sem stjórnvöld hyggjast koma á fót. Þar er ekki átt við miðlægan gagnagrunn á vegum Íslenskrar erfðagreiningar heldur gagnabanka þar sem saman yrði safnað margháttuðum upplýsingum um heilbrigðismál og almenningur jafnt og heilbrigðisstarfsmenn hefðu aðgang að. Af þessum gagnabanka höfðu menn ekki miklar fréttir og óljóst hvort af smíði hans verður.

Hundrað þúsund heimasíður

Það er hins vegar enginn hörgull á gagnabönkum með heilbrigðisupplýsingar á netinu. Þær skipta sennilega hundruðum þúsunda heimasíðurnar þar sem fólk getur leitað ráða við allra handa kvillum. Frönsk stjórnvöld hafa komið sér upp skrá yfir slíkar síður og fyrir ári voru þær orðnar yfir 10.000 á frönsku. Af þeim voru tæplega 3000 taldar hafa að geyma upplýsingar sem geta haft áhrif á ákvarðanir fólks í heilbrigðismálum sínum. Þetta gefur nokkra hugmynd um umfangið því eflaust eru langtum fleiri



HAFÐU EKKI ÁHYGGJUR AF SVEIFLUNNI

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

Í ÞJÓNUSTUNNI FELST M.A.:

- **Gulldebetkort** ásamt 150 fríum kortafærslum á ári.
- **Innlánsvextir** eru mun **hærri** en almennt gerist, 5,75% (apr.´02).
- Allt að **750.000 kr. yfirdráttarheimild** án ábyrgðarmanna.
- **2% lægri vextir** á yfirdráttarláni og eingöngu er greitt fyrir nýtta heimild.
- **Gullkreditkort Visa** eða **MasterCard Heimskort**, með víðtækum ferðatryggingum og Vildarpunktum Flugleiða. Aukakort fyrir maka.
  - Allt að **2.000.000 kr. sveigjanlegt reikningslán** á hagstæðum kjörum.
  - Allt að **750.000 kr. skuldabréfalán** til allt að 5 ára án ábyrgðarmanna.
- **Greiðsluþjónusta** þar sem bankinn annast greiðslu reikninganna á réttum tíma. Hægt er að dreifa ýmsum útgjaldaliðum jafnt á alla mánuði ársins og mæta þannig sveiflum í útgjöldum.
- **Útgjaldadreifing** í Heimilisbankanum á Netinu fyrir þá sem vilja greiða reikningana sjálfir í tölvunni heima.
- **Reglubundinn sparnaður.** Þeir sem leggja fyrir a.m.k. 5.000 kr. á mánuði geta átt von á sparivinningi. Árlega eru dregnir út 50 sparivinningar að fjárhæð frá 10.000 kr. til 100.000 kr.
- **Afsláttur af stofngjaldi** á bílasamningum og bílalánum Lýsingar hf.
- **Húsnæðislán til allt að 25 ára.**
- **Öflugur Heimilisbanki á Netinu,** þar sem m.a. er boðið upp á SMS skilaboð um færslur og stöðu, Heimilisbókhald sem flokkar útgjöldin sjálfkrafa o.m.fl.
- **Netklúbbur Heimilislínu,** klúbbfélagar fá sendar fréttir og spennandi tilboð.

Sérkjör Heimilislínu

www.bi.is

BÚNAÐARBANKINN -traustur banki

heimasíður á ensku en frönsku og eru þá ótalin öll hin tungumálin.

Fréttin frá Frakklandi birtist í sérstöku þemahefti British Medical Journal sem kom út 9. mars síðastliðinn. Þar er að finna margvíslegan fróðleik um lækna og netið, þar á meðal niðurstöður kannana á innihaldi heimasíðna um heilbrigðismál og notkun almennings á þeim.

Þar kemur meðal annars fram að könnun sem gerð var sumarið 2001 leiddi í ljós að hartnær 100 milljónir Bandaríkjamanna leita reglulega að heilbrigðisupplýsingum á netinu en þeir hafa úr yfir 100.000 heimasíðum að moða. Vitnað er til orða Erkki Liikanen sem er framkvæmdastjóri upplýsingamála hjá Evrópusambandinu en hann staðhæfði að „fleiri notendur netsins hefðu leitað sér upplýsinga um heilbrigðismál heldur en þeir sem hafa verslað á netinu, skoðað þróun verðbréfamarkaða eða fylgst með íþróttaúrslitum".

Magn ekki sama og gæði

Greinilegt er að notendur eru ánægðir með þá vitneskju sem þeir fá af þessum heimasíðum því könnun sem Einar Oddsson vitnaði til leiddi í ljós að 92% aðspurðra töldu sig hafa fundið það sem þeir leituðu að, 81% taldi sig hafa lært eitthvað nýtt og 88% töldu upplýsingarnar gagnlegar. Það vakti hins vegar athygli að af þeim sem fóru á netið sögðust einungis 43% vera að leita upplýsinga fyrir sjálfa sig en 54% voru að leita fyrir aðra. 94% aðspurðra töldu auðvelt að nálgast upplýsingar á netinu.

En ekki fara alltaf saman magn og gæði og ljóst er að af öllum þeim heimasíðum sem hafa að geyma heilbrigðisupplýsingar er stór hluti óvandaður. Spurningin er hins vegar hvort þær eru eitthvað misjafnari en gengur og gerist í hefðbundnum fjölmiðlum. Einar vitnaði í 100 athuganir sem gerðar hafa verið á gæðum upplýsinga á vefnum og var niðurstaðan sú að áreiðanleiki þeirra væri á bilinu 15-85%.

Fleiri kannanir mætti tína til sem sýna fram á að áreiðanleiki og gæði upplýsinga á vefnum eru vægast sagt misjöfn. Spurningin er hins vegar sú hvort raunhæft sé og æskilegt að hafa eitthvert eftirlit með þeim eða hvort ekki sé óhætt að láta almenning um að viða að sér þeim upplýsingum sem hann finnur og vinna úr þeim.

Læknar geta lagt sitt af mörkum til þess að tryggja öryggi netsins með því að leggja heimasíðum til efni sem þeir vita að er sannferðugt og í samræmi við nýjustu og bestu þekkingu læknisfræðinnar.

Hughreysting í tölvupósti?

Hættan við netið er á hinn bóginn sú að fólk hætti að leita sér lækninga með hefðbundnum hætti en láti sér nægja að vafra um veraldarvefinn. Einar vitnaði í



Frá formannaráðstefnu LÍ þar sem rætt var um lækna og netið, heilbrigðisvanda lækna, að ógleymdum málefnum læknasamtakanna.

könnun sem sýndi að einungis 37% þeirra sem höfðu leitað sér upplýsinga á netinu ræddu niðurstöður leitarinnar við lækni. Þarna er sama hættan á ferðinni og varðandi fæðubótarefni og náttúrulyf: læknar vita ekki hvort og í hve miklum mæli sjúklingar þeirra eru að leita sér lækninga eftir öðrum og óhefðbundnari leiðum á sama tíma og þeir eru í læknismeðferð. Sjúklingar geta verið að innbyrða einhver efni sem fara alls ekki saman við þau lyf sem læknirinn lætur þá hafa. Við þessu er í rauninni bara eitt ráð og það er að læknar styrki trúnaðarsambandið við sjúklinga sína og fái allar upplýsingar sem þeir þurfa.

Þar kemur svo að annarri hlið á tölvuþróuninni sem snertir bein samskipti lækna og sjúklinga. Á formannaráðstefnunni kom fram að þess væru nokkur dæmi að læknar hefðu tekið upp samband við sjúklinga sína um tölvupóst. Við það vakna ýmsar spurningar og sú augljósasta er: Hvernig er hægt að veita umönnun og hughreysta í gegnum tölvupóst?

Einar lagði áherslu á að læknar vandi tæknilega umgjörð slíkra samskipta svo þau geti verið eins örugg og verða má. Þeir þurfa að temja sér góða siði eins og að leita staðfestingar á því að tölvubréfið komi örugglega frá viðkomandi sjúklingi og að kvitta fyrir að þeir hafi opnað bréfið. Þeir þurfa að hafa í huga að netið er aldrei öruggur miðill. Þeir sem vilja komast í viðkvæmar upplýsingar hafa óteljandi leiðir til þess en hægt er að tryggja sig að verulegu leyti með því að dulkóða samskiptin ef um viðkvæmar upplýsingar er að ræða. Og að sjálfsögðu er fjölmargt sem á ekkert erindi inn á netið, hvorki á heimasíður né í tölvupóst.

Að koma böndum á netið

Eins og af þessum hugleiðingum sést eru margir óvissuþættir í netsamskiptum lækna eins og raunar allra stétta. Þetta er nýr heimur þar sem enn er verið að leggja helstu vegi og alls ekki búið að ganga frá umferðarreglunum. Það sést vel á umfjöllun BMJ en

í áðurnefndu tölublaði eru margar fréttir af því sem verið er að gera í einstökum löndum til þess að koma einhverjum skikk á netheiminn.

Frakkar hafa komið sér upp skráningu á heimasíðum með heilbrigðisupplýsingar og reyna að fylgjast með því sem þar er að gerast. Hollendingar og Spánverjar eru að setja á laggirnar einskonar gæðavottun fyrir heimasíður með heilbrigðisupplýsingar en Þjóðverjar hafa stofnað samtök þeirra sem halda úti slíkum síðum og vilja hafa þær sem áreiðanlegastar. Þau telja um 100 aðila, allt frá rannsóknar- og háskólastofnunum til tryggingafélaga og samtaka sjúklinga. Samtökin hafa veffangið *www.afgis.de* og er þar meðal annars að finna viðmiðunar- og siðareglur fyrir vefsíður með heilbrigðisupplýsingum.

Eins og áður segir hefur Evrópusambandið gefið út reglur um góð vinnubrögð í netheimum. Þar á bæ hefur menn greint á um hversu langt eigi að ganga í því að framfylgja reglunum. Norðurlandaþjóðirnar vilja að þær séu einungis siðareglur til viðmiðunar en Frakkar vilja koma á strangara eftirliti með innihaldi heimasíðna. Menn eru þó orðnir á eitt sáttir um mikilvægustu atriði í slíkum reglum en þau eru:

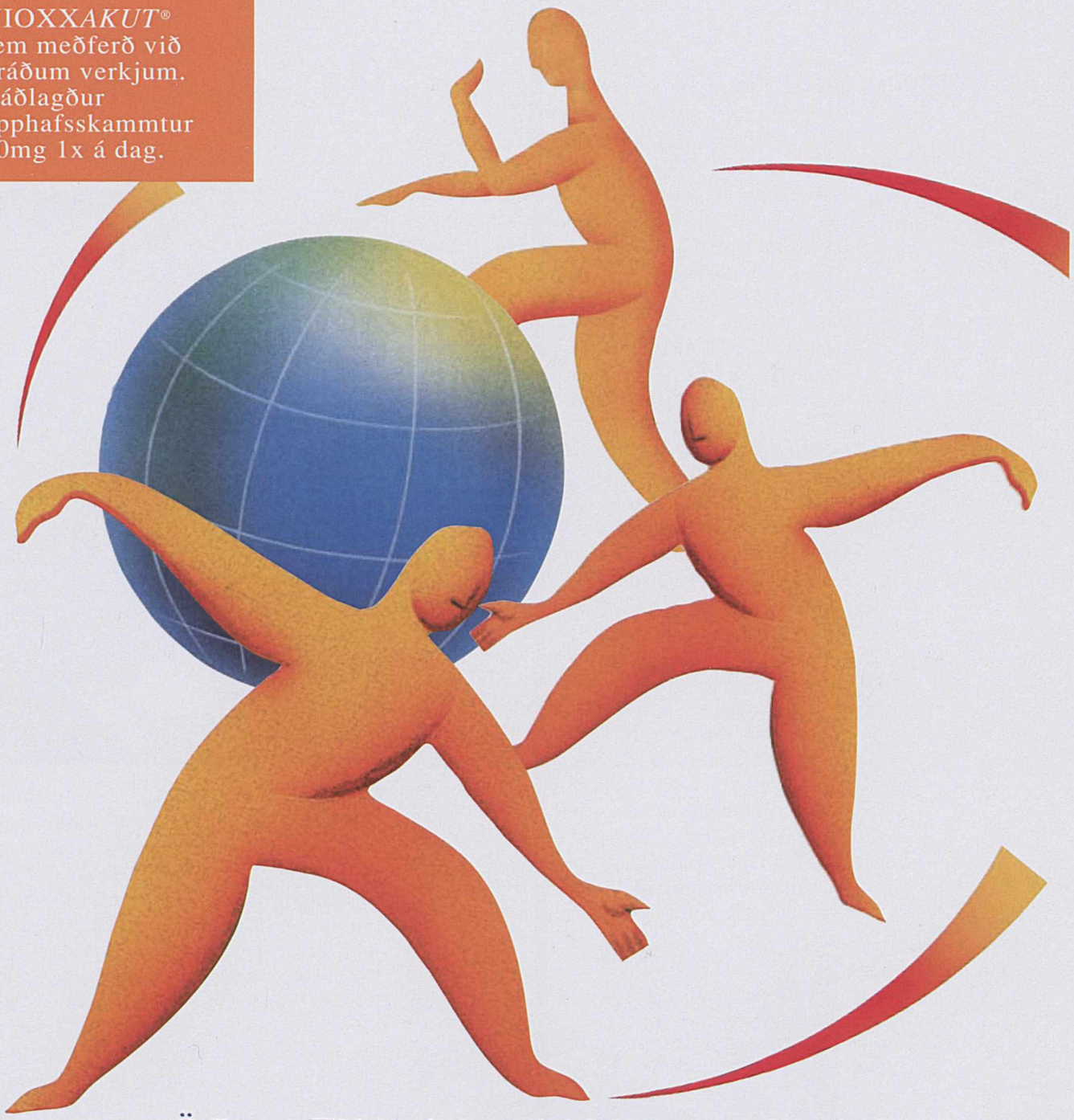
- Heimasíður þurfa að vera gegnsæjar og heiðarlegar en í því felst að veittar eru greinargóðar upplýsingar um aðstandendur heimasíðna, tilgang þeirra, markhóp og fjárhagslega bakhjarla.
- Rekjanleiki upplýsinga þarf að vera góður sem merkir að tilgreina þarf allar heimildir upplýsinga og veita ítarlegar upplýsingar um einstaklinga og stofnanir sem vitnað er til.
- Tryggja þarf persónuvernd í meðförum með trúnaðarupplýsingar.
- Upplýsingar á heimasíðum þarf að uppfæra reglulega svo þær séu ávallt í samræmi við nýjustu og bestu þekkingu.
- Setja þarf fram með skýrum hætti ritstjórnarstefnu heimasíðna og tryggja að notendur þeirra geti tjáð sig um innihald þeirra.
- Aðgengi að upplýsingum þarf að vera auðvelt og leitarmöguleikar góðir til að tryggja sem mest notagildi heimasíðna.

Þá er það bara spurningin hvaða leið menn vilja fara hér á landi til þess að tryggja gæði þeirra upplýsinga sem eru í boði á íslenskum vefsíðum. Þar þurfa margir að segja álit sitt, samtök heilbrigðisstarfsfólks og sjúklinga, ráðuneyti, landlæknir, opinberar stofnanir og fyrirtæki sem starfa á sviði heilbrigðismála eða starfrækja heimasíður, svo nokkrir séu nefndir.

1) Sjá lyfjaupplýsingar, samþykktar af Lyfjastofnun.

Vioxxakut
TAFLA; M O1 AH 02. *Hver tafla inniheldur:* Rofecoxib 25 mg eða 50 mg. **Ábendingar:** Meðferð við bráðum verkjum. Meðferð við verkjum sem stafa af tíðablæðingum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er ætlað til inntöku og má taka inn með eða án fæðu. Vioxxakut ætti ekki að nota samhliða öðrum lyfjum sem innihalda sama virka efnið, þ.e. rófecoxíb. Lyfið skal aðeins nota á meðan á bráðum einkennum stendur. *Skammtastærðir handa fullorðnum: Bráðir verkir:* Ráðlagður upphafsskammtur er 50 mg einu sinni á dag. Eftir það skal gefa 25 mg eða 50 mg einu sinni á dag. Ráðlagður hámarksskammtur á dag er 50 mg. Lyfið gæti verið áhrifaríkast hjá sjúklingum með bráða verki á vægu til miðlungsalvarlegu stigi. Hjá sjúklingum með bráða verki á alvarlegu stigi hefur verið sýnt fram á að rófecoxíb dregur úr notkun kvalastillandi lyfja (narcotics), þó svo að það komi ekki í stað þeirra (sjá Lyfhrif). *Aldraðir:* Eins og á við um önnur lyf sem gefin eru öldruðum er skynsamlegt að nota minnsta ráðlagðan skammt. Gæta skal varúðar við meðferð aldraðra sjúklinga. (Sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Lyfjahvörf). *Skert nýrnastarfsemi:* Skammta þarf ekki að aðlaga hjá sjúklingum með kreatínínúthreinsun 30 – 80 ml/mín (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Lyfjahvörf). Lyfið er ekki ætlað sjúklingum með kreatínínúthreinsun <30 ml/mín (sjá Frábendingar). *Skert lifrarstarfsemi:* Sjá Frábendingar. *skammtastærðir handa börnum:* Lyfið er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Sjúklingar sem hafa þekkt ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með virkan sársjúkdóm í meltingarvegi eða blæðingu í meltingarvegi. Sjúklingar með truflun á lifrarstarfsemi. Sjúklingar með áætlaða kreatínínúthreinsun < 30 ml/mín. Sjúklingar sem hafa haft einkenni astma, bólgu í nefslímhúð, sepa í nefslímhúð, ofsabjúg (angioneurotic oedema) eða ofsakláða (urticaria) eftir inntöku acetýlsalicýlsýru eða annarra bólgueyðandi verkjalyfja (NSAID). Notkun á síðasta þriðjungi meðgöngu eða meðan á brjóstagjöf stendur (sjá Meðganga og brjóstagjöf). Sjúklingar með bólgusjúkdóm í þörmum (inflammatory bowel disease). Sjúklingar með langt gengna hjartabilun. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Prostaglandín í nýrum geta gegnt mikilvægu hlutverki í að viðhalda blóðflæði um nýru, þegar blóðflæðið er af einhverjum ástæðum minnkað. Rófecoxíb dregur úr myndun prostaglandína og getur 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, sjúklingar sem hafa 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 rófecoxíbi er hafin. Vökvasöfnun, bjúgur og hár blóðþrýstingur hafa komið fram hjá sjúklingum á rófecoxíb meðferð. Þessi einkenni virðast vera skammtatengd og sjást frekar við langvarandi notkun rófecoxíbs og við stærri meðferðarskammta. Þar sem meðferð með rófecoxíbi 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 af einhverjum öðrum orsökum hafa bjúg fyrir. Minnstu ráðlögðu skammta rófecoxíbs ætti að nota hjá þessum sjúklingum (sjá Milliverkanir). Sértækir COX-2 hemlar koma ekki í stað acetýlsalicýlsýru við fyrirbyggjandi meðferð hjá hjarta- og æðasjúklingum þar sem það hefur engin áhrif á blóðflögur. Þar sem rófecoxíb telst til COX-2 hemla, kemur það ekki í veg fyrir kekkjun blóðflagna og skal ekki hætta blóðþynningarmeðferð. Ihuga skal slíka meðferð hjá sjúklingum sem hafa fengið, eða eiga á hættu að fá, blóðsega í hjarta eða annarsstaðar (sjá Lyfhrif). Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með þorsögu um blóðþurrð í hjarta vegna þeirra lyfhrifa COX-2 hemla sem bent er á hér að framan. Gera skal viðeigandi ráðstafanir og íhuga að hætta rófecoxíb meðferð ef klínísk einkenni benda til að sjúkdómsástands þessara sjúklinga versni. Eftirlit skal haft með öldruðum og sjúklingum með truflanir á nýrna-, lifrar-, eða hjartastarfsemi, þegar þeir eru á rófecoxíbmeðferð (sjá Skammtar og lyfjagjöf og Frábendingar). Rófecoxíb getur dulið hækkaðan líkamshita. Notkun rófecoxíbs, sem og allra annarra lyfja sem hamla COX-2, er ekki ráðlögð hjá konum sem eru að reyna að verða þungaðar (sjá Meðganga og brjóstagjöf og Lyfhrif) .*Sérstakrar varúðar skal gæta við langvarandi notkun rófecoxíbs við slitigt:* Í klínískum rannsóknum lengu sumir sjúklinganna sem voru á rófecoxíbmeðferð rof, sár eða blæðingar í meltingarvegi. 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. Við langvarandi meðferð með skömmtum yfir 25 mg á dag, eykst hættan á einkennum frá meltingarvegi óháð rofi, sáramyndun eða blæðingum (sjá Aukaverkanir). Hækkanir á ALAT og/eða ASAT (u.þ.b. þreföld eðlileg efri mörk, eða meira) hafa verið skráðar í klínískum rannsóknum á rófecoxíbi hjá u.þ.b. 1 % sjúklinga með slitgigt. Ef sjúklingur fær einkenni sem benda til truflana á lifrarstarfsemi, eða ef niðurstöður úr lifrarprófum eru óeðlilegar, skal athuga hvort endurtekin lifrarpróf séu óeðlileg. *Börn:* Rófecoxíb hefur ekki verið rannsakað hjá börnum og skal aðeins gefið fullorðnum. Magn laktósu í hverri töflu (79,34 mg í 25 mg töflunni og 158,68 mg í 50 mg töflunni) er líklega ekki nægilegt til þess að framkalla sértæk einkenni laktósaóþols. **Milliverkanir:** Milliverkanir í tengslum við lyfhrif: *Hja sjúklingum sem náð höfðu jafnvægi á langvarandi warfarin meðferð varð 8 % lenging á þrótrombintíma (International Normalized Ratio) við daglega gjöf 25 mg af rófecoxíbi. Lenging á þrótrombintíma hefur sést hjá sjúklingum sem tóku rófecoxíb í klínískum skömmtum samhliða warfarini, sem leiddi til þess að hlé var gert á warfarinmeðferðinni og í sumum tilvikum þurfti að hefja meðhöndlun til að minnka áhrif blóðþynningarinnar. Því skal hafa nákvæmt eftirlit með þrótrombintíma hjá sjúklingum sem taka warfarin eða svipuð lyf sérstaklega á fyrstu dögunum eftir að rófecoxíb meðferð er hafin eða breyting er gerð á skammtastærð rófecoxíbs.*Hjá sjúklingum með vægan eða miðlungsmikinn háþrýsting varð örlítil minnkun á blóðþrýstings-lækkandi áhrifum (meðalaukning á meðalþrýstingi í slagæðum (MAP) 2,8 mmHg) samhliða gjöf 25 mg af rófecoxíbi á dag og ACE-hemils (benazepríl, 10-40 mg á dag) í 4 vikur, miðað við áhrifin af ACE-hemlinum eingöngu. Hvað varðar önnur lyf sem hamla cýklóoxýgenasa, þá getur gjöf ACE-hemils samhliða rófecoxíbi, 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 rófecoxíb samhliða ACE-hemlum. Notkun bólgueyðandi verkjalyfja samhliða rófecoxíbi gæti einnig dregið úr blóðþrýstingslækkandi verkun beta-blokka og þvagræsilyfja sem og annarra verkana þvagræsilyfja. Engar upplýsingar liggja fyrir um mögulegar milliverkanir rófecoxíbs og beta-blokka eða þvagræsilyfja. Við jafnvægi höfðu 50 mg af rófecoxíbi, einu sinni á dag, engin áhrif á verkun lítilla skammta af acetýlsalicýlsýru á blóðflögur. Forðast skal samhliða gjöf rófecoxíbs og stærri skammta af acetýlsalicýlsýru eða annarra bólgueyðandi verkjalyfja. Samhliða gjöf ciklósporíns eða takrólímus og bólgueyðandi verkjalyfja getur aukið eiturverkanir ciklósporíns eða takrólímus á nýru. Eftirlit skal haft með nýrnastarfsemi þegar rófecoxíb er gefið samhliða öðru hvoru þessara lyfja. *Áhrif rófecoxíbs á lyfjahvörf annarra lyfja:* Plasmaþéttni litíums getur aukist af völdum bólgueyðandi verkjalyfja. Aukning í plasmaþéttni litíums hefur verið skráð eftir markaðssetningu rófecoxíbs. Engin marktæk áhrif komu fram á plasmaþéttni metótrexats, mældu með AUC0-24 klst, hjá sjúklingum sem fengu 7,5 mg til 20 mg metótrexat einu sinni í viku vegna liðagigtar þegar 12,5 mg, 25 mg eða 50 mg af rófecoxíbi (þrefaldur til sexfaldur ráðlagður skammtur fyrir slitgigt) voru gefin einu sinni á dag í 10 daga jókst plasmaþéttni metótrexats (AUC (0-24klst.)) um 23 % hjá sjúklingum með liðagigt sem fengu 7,5 mg til 15 mg af metótrexati á viku. Hafa ber í huga þörf fyrir viðeigandi eftirlit með eiturverkunum tengdum metótrexati þegar rófecoxíb er gefið samhliða metótrexati. Engar milliverkanir við digoxín hafa komið fram. Niðurstöður in vivo rannsókna á milliverkunum rófecoxíbs/warfarins og rófecoxíbs/teófýllíns benda til þess að rófecoxíb valdi vægri hömlun á CYP1A2. Gæta skal varúðar þegar rófecoxíb er gefið samhliða öðrum lyfjum sem umbrotna fyrst og fremst fyrir tilstilli CYP1A2 (t.d. amitriptýlíni, tacríni og zileútoni). Þegar 12,5 mg, 25 mg og 50 mg af rófecoxíbi voru gefin einu sinni á dag í 7 daga jókst plasmaþéttni teófýllíns (AUC(0-•)) um 38 til 60 % hjá heilbrigðum einstaklingum sem fengu einn 300 mg skammt af teófýllíni. Ihuga skal að lyfjagjast með plasmaþéttni teófýllíns þegar meðferð er hafin með rófecoxíbi eða þegar henni er breytt hjá sjúklingum sem fá teófýllín. Tilhneiging rófecoxíbs til að hamla eða örva CYP3A4 virkni var rannsökuð hjá mönnum með midazólam prófi og i.v erýtrómýcín öndunarprófi. Rófecoxíb (25 mg á dag í 12 daga) örvaði CYP3A4 hvött umbrot midazólams, sem leiddi til 30 % minnkunar á AUC midazólams. Þessi minnkun er að öllum líkindum vegna aukins umbrots í fyrstu umferð vegna virkjunar rófecoxíbs á CYP3A4 í meltingarvegi. Í samanburði við lyfleysu hafði rófecoxíb (75 mg á dag í 14 daga) engin marktæk áhrif á erýtrómýcín afmetýleringu, sem sýnir að það virkjar ekki CYP3A4 virkni í lifur. Prátt fyrir að rófecoxíb örvi CYP3A4 virkni í meltingarvegi, er ekki talið að áhrifin á lyfjahvörf lyfja sem eru fyrst og fremst umbrotin fyrir tilstilli CYP3A4 séu það mikil að það hafi klínískа þýðingu. Engu að síður skal gæta varúðar þegar lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4 er ávísað samhliða rófecoxíbi. Í rannsóknum á milliverkunum lyfja, hafði rófecoxíb ekki klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf prednisóns/prednisólons eða getnaðarvarnartaflna (etínýlöstradíóls/noretíndróns 35/1).Samkvæmt niðurstöðum in vitro rannsókna er ekki gert ráð fyrir að rófecoxíb hamli cýtókróm P450 2C9, 2C19, 2D6 eða 2E1, þó að in vivo niðurstöður séu ekki fyrir hendi. Áhrif annarra lyfja á lyfjahvörf rófecoxíbs: *Meginumbrotsleið rófecoxíbs er afoxun yfir í cis- og trans-dihýdróróf ecoxíb (hydroxýsýrur). Þegar öflugir cýtókróm P450 örvar eru ekki til staðar, eru CYP-hvött umbrot ekki meginumbrotsleið rófecoxíbs.* Engu að síður olli samhliða gjöf rófecoxíbs og rífampicíns, sem er öflugur CYP enzýmörvi, u.þ.b. 50 % lækkun á plasmaþéttni rófecoxíbs. Því skal íhuga að gefa stærsta skammt af rófecoxíbi sem ráðlagður er í hverju tilviki fyrir sig, þegar það er gefið samhliða lyfjum sem eru öflugir enzýmörvar umbrota í lifur. Gjöf ketókónazóls (öflugur CYP3A4 hemill) hafði ekki áhrif á lyfjahvörf rófecoxíbs í plasma. Címetidín og sýruhamlandi lyf hafa ekki klínískt marktæk áhrif á lyfjahvörf rófecoxíbs. **Aukaverkanir:** Eftirtaldar lyfjatengdar aukaverkanir voru skráðar í > 1 % tilvika, og af hærri tíðni en þegar um lyfleysu var að ræða, í klínískum rannsóknum hjá sjúklingum sem fengu 25 mg eða 50 mg af rófekoxíbi í 1 til 5 daga: Svimi, niðurgangur, aukin svitamyndun og meltingartruflanir. *Algengar (>1%):* Almennar: Bjúgur/vökvasöfnun, kviðverkir, svimi. *Blóð og eitlar:* Lækkun á blóðskilun (haematocrit). *Hjarta- og æðakerfi:* Hár blóðþrýstingur. *Meltingarfæri:* Brjóstsviði, ógleði, meltingartruflanir. *Lifur og gall:* Hækkun á ALAT, hækkun á ASAT. *Taugakerfi:* Höfuðverkur. *Húð og undirhúð:* Kláði. Sjaldgæfar (0,1-1%): *Almennar/óskilgreind staðsetning:* Preyta/máttleysi, uppþemba, brjóstverkir. *Blóð og eitlar:* Lækkun á hemóglóbíni, fækkun rauðra og hvítra blóðkorna. *Meltingarfæri:* Hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, súrt bakflæði í vélinda. *Lifur og gall:* Aukning á alkalískum fosfatasa. Eyru og völundarhús: *Eyrnasuð. Efnaskipti og næring:* Þyngdaraukning. Stoðkerfi: Sinadráttur. *Taugakerfi:* Svefnleysi, svefnhöfgi, svimi (vertigo). Geðræn vandamál: Geðdeyfð, minnkuð andleg skerpa. Öndunarfæri: Andþyngsli. *Þvag- og kynfæri:* Aukning á þvagefni, aukning á kreatínini, prótein í þvagi. *Húð og tengdir vefir:* Útbrot, atópískt exem. Mjög sjaldgæfar (<0,1%): *Meltingarfæri:* Sár í meltingarvegi, rof og blæðingar í meltingarvegi (aðallega hjá öldruðum sjúklingum), magabólgur.Koma örsjaldan fyrir: Almennar: Ofnæmisviðbrögð, þar á meðal ofsabjúgur (angioedema), ofsakláði (urticaria), bráðaofnæmi. Blóð og eitlar: Blóðflagnafæð. *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartabilun. Augu: Óskýr sjón. *Taugakerfi:* Náladofi. *Geðræn vandamál:* Rugl, ofskynjanir. *Öndunarfæri:* Berkjukrampi.. *Þvag- og kynfæri:* Skert nýrnastarfsemi, þar á meðal nýrnabilun sem oftast gengur til baka þegar meðferð er stöðvuð (sjá Varnarorð og varúðarreglur). *Húð undirhúð:* Skallamyndun. **Einstök tilvik:***Hjarta- og æðakerfi:* Hjartadrep (ekki hefur verið sýnt fram á bein tengsl þar á milli). *Lifur og gall:* Eituráhrif á lifur þ.á m. lifrarbólga og gula. *Taugakerfi:* Heilahimnubólga (án sýkingar.) *Húð og undirhúð:* Aukaverkanir á húð og slímhúðir og alvarleg viðbrögð í húð þ.á m. Steven-Johnsons heilkenni. Í klínískum rannsóknum var um sambærilegar aukaverkanir að ræða hjá sjúklingum sem meðhöndladir voru í eitt ár eða lengur með rófecoxíbi. Eftirtaldar alvarlegar aukaverkanir hafa verið skráðar í tengslum við notkun bólgueyðandi verkjalyfja (NSAID) og ekki er hægt að útiloka þær í tengslum við töku rófecoxíbs: Eiturverkanir á nýru, þ.á m. millivefsnýrnabólga og nýrungaheilkenni og eiturverkanir á lifur, þ.á m. lifrarbilun. **Pakkningar og verð (apríl, 2002):** Töflur 25 mg: 5 stk.1277 10 stk.2411 Töflur 50 mg: 5 stk.1277 10 stk.2411 **Afgreiðslutilhögun:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

NÝTT
VIOXX*AKUT*®
sem meðferð við
bráðum verkjum.
Ráðlagður
upphafsskammtur
50mg 1x á dag.



Öflugt. Fljótvirkt[1]. 24 klst. verkjastilling.

EIN Á DAG
VIOXX® AKUT
(RÓFECOXÍB, MSD)

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

Læknavakt fyrir sjúkraflug frá Akureyri

Helga Magnúsdóttir

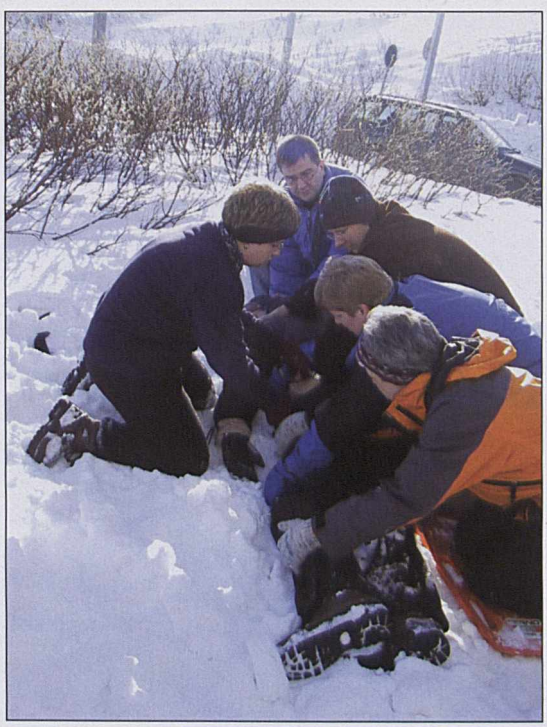
FRÁ MIÐJUM MARS hefur verið starfrækt læknavakt fyrir sjúkraflug á vegum Fjórðungssjúkrahúsins á Akureyri. Við þær aðstæður þegar nauðsynlegt er að læknir fylgi sjúklingi, auk sjúkraflutningamanns, er hægt að fá samband við vakthafandi lækni með aðstoð neyðarlínu eða með því að hringja beint í slökkvistöðina á Akureyri og óska eftir fylgd. Þessi möguleiki er fyrst og fremst hugsaður til að létta vinnu lækna úti í héruðum sem þurfa þá ekki að fylgja sínum sjúklingum sjálfir. Ef hjúkrunarfræðingur þarf að fylgja sjúklingi er það eftir sem áður hlutverk sendanda að útvega hann.

Hlutverk þessara lækna er fyrst og fremst sjúkraflutningur og því mikilvægt að sjúklingur verði samt sem áður vel undirbúinn fyrir flug af hálfu heimamanna og er sjálfsagt að ráðfæra sig við vaktlækni sjúkraflugs og/eða þann lækni sem tekur við sjúklingi á áfangastað.

Aðdragandi læknavaktarinnar er í stuttu máli sá að ráðuneytið hafði þegar ákveðið að þessi vakt yrði á Akureyri um leið og miðstöð sjúkraflutninga fyrir Suð-austur-, Austur- og Norðurland hefði aðsetur á sama stað. Í janúar var tekin ákvörðun um að láta á það reyna hvort hægt væri að manna slíka vakt. Margir voru svartsýnir á að það tækist þar sem flestir hér ganga tví- til þrískiptar vaktir og fæstir tilbúnir til að bæta við sig meiri vinnu.

Áhugi lækna almennt hér á Akureyri fyrir því að þessi þjónusta yrði veitt var mikill og með sameiginlegu átaki FSA og Heilsugæslunnar, unglækna og „eldri" sérfræðinga var hægt að ná saman 24 læknum sem gátu hugsað sér að taka vaktir. Þessir læknar eru með ólíka menntun og fóru svo til allir á námskeið í febrúar og byrjun mars til undirbúnings. Um var að ræða fjögurra daga þjálfun sem var þrískipt. Byrjað var á sérhæfðri endurlífgun, bæði bóklegri og verklegri. Þá tók við námskeið í fyrstu hjálp á slösuðum, flutningi þeirra og meðferð. Að lokum komu allir í heimsókn á sveefingadeild FSA til að rifja upp gömul handbrögð sem voru greinilega vel þjálfuð, ef til vill orðin örlítið stirð eftir áratuga notkunarleysi en alls ekki gleymd.





Myndirnar voru teknar á námskeiði sem haldið var fyrir verðandi fluglækna á Akureyri í vetur. Það er ljóst að grunnt er á fagmennskunni!

Höfundur er sveefinga- og gjörgæslulæknir og læknisfræðilegur forsvarsmaður sjúkraflugsins á Akureyri.

Gert er ráð fyrir að þessi vakt verði mönnuð að miklu leyti af yngri læknum en þeir eldri verða tilbúnir að taka vaktir ef þörf krefur. Ef þessi læknavakt verður áfram er stefnt að því að allir nýir aðstoðarlæknar fái strax að hausti svipaða þjálfun og veitt var á námskeiðinu á dögunum. Um leið gefst tækifæri fyrir hina reyndari að rifja upp.

Enn er of snemmt að segja til um hvernig þetta reynist. Læknar hafa aðeins farið með í örfá flug og í einhver skipti hefur ekki verið tiltæk flugvél á Akureyri til að fara í sjúkraflug þegar um var beðið. Það er þó von okkar að þessi vakt verði til að létta vinnu lækna á landsbyggðinni sem geta fengið aðstoð við flutning veikustu sjúklinganna og sloppið við margra daga fjarvistir að heiman.



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

EFLIÐ / HNOTSKÓGUR AZ 433-01 D

AstraZeneca

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

Nýtt vinnulag við uppvinnslu brjóstverkja á bráðamóttöku Landspítala Hringbraut

Þröstur Haraldsson

Þótt læknar og aðrir starfsmenn Landspítala kvarti undan þrengslum þessar vikurnar fer það ekki framhjá neinum sem þangað kemur að þar er mikil gerjun í gangi. Það umrót sem verið hefur á skipulagi starfsins, flutningur og sameining deilda, hefur hróflað við hefðbundnu vinnulagi og ýtt undir breytingar á viðteknum venjum. Þessa sér víða stað og margir starfsmenn eru uppteknir af því að úthugsa nýjar aðferðir til að bæta vinnulag og auka afköst og hagræði.

Bráðadeildir spítalans hafa ekki farið varhluta af þessu enda hefur öllu skipulagi þar verið breytt eins og við sögðum frá í marsblaðinu. Slysadeildin í Fossvogi tekur nú við flestum sem koma beint inn af götunni vegna slysa eða veikinda og þar er vakt allan sólarhringinn allt árið um kring. Við Hringbraut er einkum rekin svokölluð tilvísanamóttaka en þó er tekið við öllum sem þangað leita án tilvísunar. Það á við um veik börn og sjúklinga í krabbameinsmeðferð, þá sem gætu þurft að fara í bráða skurðaðgerð vegna kviðarholsvandamála og þá sem eiga við þvagfæravandamál að stríða. Að auki eru kvennadeildin og geðdeildin með móttöku fyrir þá sem þurfa bráðaþjónustu.

Þá er ótalin móttaka vegna brjóstverkja og hjartasjúkdóma en hún er starfrækt við Hringbraut. Þangað koma þeir sjúklingar sem leita til sjúkrahússins með hjartavandamál. Þar hafa verið í þróun nýjungar í skipulagi sem gætu átt eftir að breiðast út til fleiri deilda sjúkrahússins. Sá sem hefur leitt það þróunarstarf er *Davíð O. Arnar* yfirlæknir á bráðamóttökunni við Hringbraut.

Nýtt vinnulag og bætt aðstaða

Þessar breytingar fela meðal annars í sér gerð markvissra vinnuferla fyrir ýmis hjartavandamál og hefur slíkt fyrirkomulag þegar verið tekið upp fyrir sjúklinga sem þangað leita með brjóstverk.

Þegar sjúklingur leitar til bráðamóttökunnar vegna brjóstverkja fer ákveðið ferli í gang. Viðkomandi sjúklingur fær vissan forgang og innan fimm til tíu mínútna er reynt að flokka sjúklinga með líklegan verk frá hjarta í einn af þremur flokkum eftir því hversu aðkallandi er að hefja meðferð. Sé um bráða kransæðastíflu að ræða þarf tafarlausa meðferð þar sem markmiðið er að draga úr stærð hjartadrepsins með því að beita aðferðum til að opna hina stífluðu kransæð. Oftast er þar um að ræða lyf til að leysa upp blóðsega sem stíflar kransæðina eða þá að gerð er bráð kransæðavíkkun. Þeir sjúklingar sem hafa líklega hjartaverk og línuritsbreytingar sem gætu bent til yfirvofandi kransæðastíflu fá meðferð með öflugum blóðflöguhemjandi lyfjum og leggjast fljótlega inn á hjartadeild.

Þeir sjúklingar sem falla ekki í ofangreinda flokka eru hafðir í sérstakri gæslu á bráðamóttökunni og fara síðan í nánari skoðun ýmist á móttökunni sjálfri eða öðrum deildum sjúkrahússins. Þá hefur nýlega verið tekið í notkun nýtt og vel útbúið bráðaherbergi á móttökunni sem þýðir að aðstaða til að fást við sjúklinga með bráða hjartasjúkdóma og hjartastopp er verulega betri en áður.

„Samhliða þessum breytingum hefur verið tekin upp stöðug vakt á hjartaþræðingarstofunni sem er geysilega mikilvæg viðbót við meðferð á bráðri kransæðastíflu," segir Davíð. „Með þessu er mögulegt að bjóða upp á bráða kransæðavíkkun allan sólarhringinn." Kristján Eyjólfsson hjartalæknir stýrir starfsemi hjartaþræðingastofunnar. Þar er vakt frá mánudagsmorgni til laugardagsmorguns enn sem komið er en væntingar standa til þess að fljótlega verði mögulegt að hafa þræðingastofuna einnig opna um helgar.

Vinnuferli brjóstverkjamóttökunnar styðst við leiðbeiningar sem eru sýnilegar á veggjum deildarinnar og allir sem þar vinna geta tileinkað sér. „Þær tryggja að allir viti hvers til er ætlast þegar sjúklingur kemur með brjóstverk og geti brugðist skjótt við. Þetta kerfi hefur gefist vel vegna þess að móttaka sjúklinga, val rannsókna og uppvinnsla verður markvissari. Það á að taka styttri tíma en áður að ljúka uppvinnslu þessara sjúklinga, þetta fyrirkomulag á að leiða til færri innlagna og þar af leiðandi vissrar hagræðingar. Í Bandaríkjunum hafa slíkar sérhæfðar brjóstverkjamóttökur dregið talsvert úr kostnaði við greiningu og meðferð slíkra sjúklinga," segir Davíð.

Hefur þegar sannað gildi sitt

Gyða Baldursdóttir hjúkrunarfræðingur og deildarstjóri á bráðamóttökunni tekur í sama streng og Davíð og er ánægð með nýja fyrirkomulagið. „Vinnubrögðin verða klárlega agaðri og markvissari og allir vita hvað þeir eiga að gera. Fyrir vikið verður vinnan einnig þægilegri og skemmtilegri, auk þess sem það tryggir gæði þjónustunnar og að allir fái samskonar meðferð," segir hún.

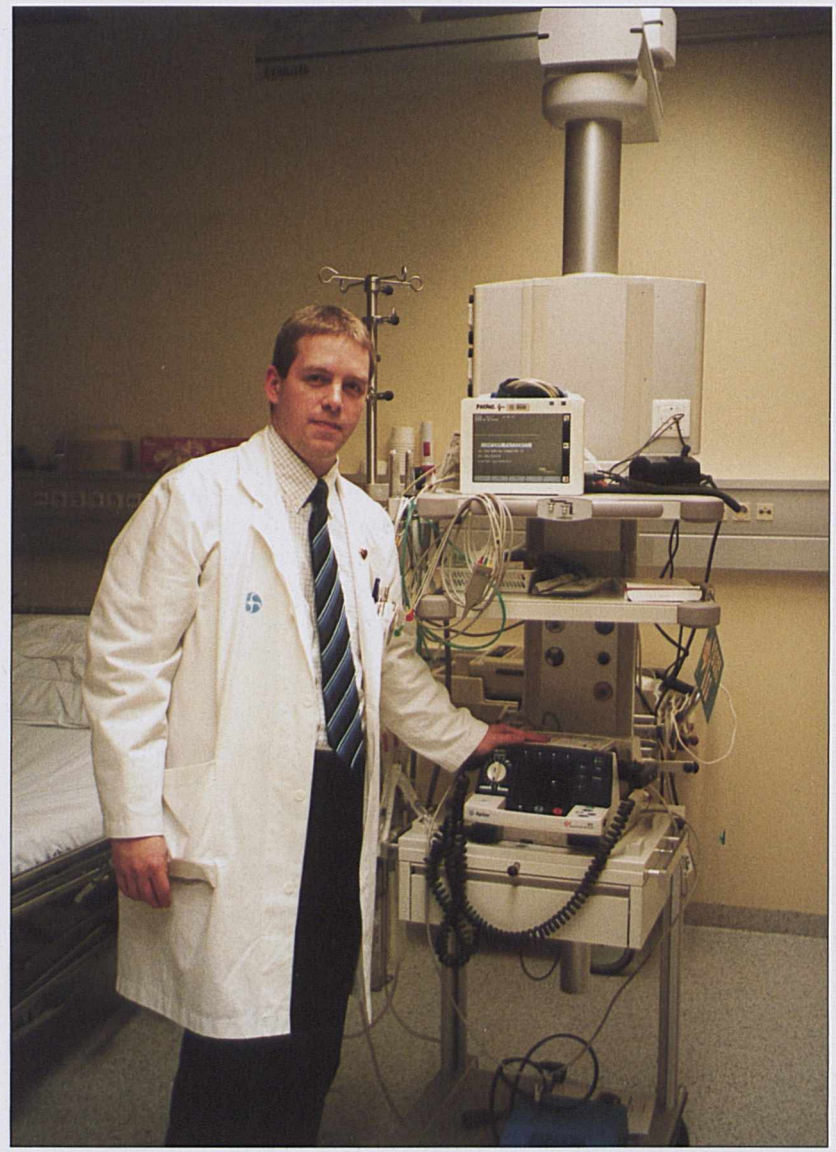
Þau leggja áherslu á að þótt gerðar hafi verið leiðbeiningar um meðferð er alls ekki verið að taka frumkvæðið af fólki. Mönnum er að sjálfsögðu frjálst að víkja frá vinnuferlunum ef þeim þykir góð ástæða til, þetta eru fremur leiðbeiningar en ófrávíkjanlegar reglur.

„Það hefur lengi loðað við sjúkrahúsin að menn séu íhaldssamir á vinnubrögð sem þeir hafa tamið sér og í því ljósi hefur gengið vel að fá menn til að vinna eftir þessum ferlum. Það er góð sátt um þá," segir Gyða. Hún bætir því við að mikið annríki hafi verið á deildinni eftir breytingarnar sem gerðar voru 1. mars en að álagið sé jafnara en áður, ekki sami dagamunur á því og var þegar sjúkrahúsin skiptust á að vera með bráðavakt.

Það kemur fram í máli þeirra að verið er að vinna í því að þróa vinnuferli fyrir ýmis önnur hjartavandamál og áhugi er á samstarfi við til dæmis skurðlækna og þvagfæralækna um að þróa vinnuferla fyrir ýmis vandamál tengd þessum sérgreinum. „Brjóstverkjamóttakan er fyrsta skrefið og hefur þegar sannað gildi sitt og ég held að svona vinnubrögð varðandi ýmis önnur vandamál geti skilað meiri hagræðingu og betri þjónustu á bráðamóttökunni," segir Davíð.

Hann segir að það sé ekki síst miklivægt að vinnuferlarnir stytti dvalartíma sjúklinga á móttökunni, flýti fyrir réttum rannsóknum og að meðferð sé hafin sem allra fyrst. „Það er mikilvægt að geta tekið ákvarðanir um hvað gera eigi sem fyrst því pláss á bráðamóttökunni er takmarkað og hingað leita margir," segir hann.

Undir þau orð er óhætt að taka þegar haft er í huga að á síðastliðnu ári komu um 5000 manns á bráðadeildir spítalans með brjóstverki eða önnur hjartavandamál. Þetta er ein af algengustu ástæðunum fyrir komu á bráðamóttöku svo það er til mikils að vinna ef hægt er að gera viðbrögðin markvissari og skjótvirkari.



Davíð O. Arnar í nýja bráðaherberginu. Hann stendur við súlu sem hefur að geyma öll helstu tæki sem til þarf við bráðaaðgerðir vegna brjóstverkja.

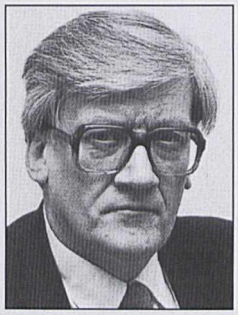
Symbicort Turbuhaler

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 innöndunum 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 mjólkursykurópol. **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**

Einkarekin heilbrigðisþjónusta virðist dýrari en samfélagsrekin þjónusta



Ólafur Ólafsson

Í SKÝRSLU EFTIR TVO hagfræðinga er Sighvatur Björgvinsson þáverandi ráðherra bauð til Íslands 1993 að ósk embættismanna kom fram að „útgjöld Íslendinga væru 4,2% neðan við meðaltal heilbrigðisútgjalda OECD-ríkja reiknað í kaupmáttargildum (Purchasing Power Parity)", en þá er miðað við aldursdreifingu og tekjur íbúa og greiðsluhlutfall hins opinbera til heilbrigðis- og félagsmála sem OECD reiknar með við samanburð á útgjöldum til heilbrigðismála milli þjóða. Tekið var tillit til þessara þátta og þá aðallega rauntekna og aldursdreifingar. Hafa ber þó í huga að Íslendingar flokka ýmsa þætti félags- og hjúkrunarþjónustu ásamt greiðslum til atvinnuleysistrygginga undir heilbrigðismál sem aðrar þjóðir flokka undir félagsmál. Ísland er því í raun neðar í röðinni. Öllum að óvörum var þessari skýrslu ekki dreift á Íslandi og ekki var hún kynnt. Má vera að ástæðan sé sú að niðurstöður skýrslunnar komu nokkuð flatt upp á suma pólitíkusa. Árið 1998 fékk landlæknisembættið þær upplýsingar frá OECD sem hér eru tilgreindar.

Kostnaður vegna heilbrigðisþjónustu 1996 sem hlutfall af vergri landsframleiðslu í OECD-löndum.

Lönd og rekstrarform	greiðsla hins opinbera	heildarkostnaður
Norðurlönd, aðalega almannatryggingar	6,1	7,8
V-Evrópulönd, almannatryggingar og einkatryggingar	6,9	8,3
Sviss/Bandaríkin, aðallega einkatryggingar	6,7	11,0

Kostnaður mældur í kaupmáttargildum á íbúa (Purchasing Power Parity) í OECD löndum 1996, mælt í dollurum á íbúa.

Lönd og rekstrarform	greiðsla hins opinbera	heildarkostnaður
Norðurlönd, almannatryggingar	1400	1650
V-Evrópulönd, almannatryggingar og einkatryggingar	1676	2100
Sviss og Bandaríkin, aðallega einkatryggingar	1670	2900

Heimild: Health Data, Skrifstofa OECD í París, til landlæknis 1998.

Algengustu mælikvarðarnir á kostnaði heilbrigðisþjónustunnar eru hlutfall af vergri landsframleiðslu og kostnaður í kaupmáttargildum á íbúa.

Á Norðurlöndunum er Ísland á svipuðum slóðum og Svíþjóð og Finnland. Þessar tölur eru sambærilegar við niðurstöður OECD frá árinu 1990.

Þessar niðurstöður gefa vel til kynna að kostnaður er mestur þar sem kerfið er rekið með frjálsum tryggingum og viðbótarkostnaðurinn leggst á herðar sjúklinga.

Skýringa er að leita til þess að hluthafar sem reka frjáls tryggingafélög krefjast eðlilega arðs. Arðurinn skapast af upphæð iðgjalda og gróðavonin ræður ferðinni. Reynslan af rekstri frjálsra tryggingafélaga er að láglaunafólk, öryrkjar og margt aldrað fólk hefur fæst efni á slíkum iðngjöldum, nema tryggingafélagið sé ekki rekið á gróðagrunni (non-profit) eins og til dæmis Kaiserstofnunin í Bandaríkjum.

Víða á Vesturlöndum hafa verið gerðir verktakasamningar við einkaaðila varðandi rekstur á sjúkrastofnunum, meðal annars hjúkrunardeildum og ýmsum verkefnum sem ekki lúta beint að lækningum, nema þá minniháttar göngudeildaraðgerðum, en kostnaður hefur aukist. Umræðan um einkarekstur hefur eflt mjög kostnaðargreiningu sem er af hinu góða. Brýnt er að hið opinbera búi það vel að almannatryggingum að unnt sé að keppa á markaði um bestu starfskraftana. Þaðan koma frumlegheitin og nýsköpunin í fræðunum. Fram kemur í skýrslunni að þjóðir sem semja við lækna og verktaka eftir afköstum þeirra báru hærri útgjöld en þjóðir sem greiða læknum aðallega föst laun (Ísland er í þessum hópi). Allar eiga þjóðirnar við biðlistavanda að stríða nema vel tryggðir hópar. Í löndum þar sem samfélagstryggingin vegur þyngst er meira jafnræði meðal þeirra er finnast á biðlistum en í einkarekstrarlöndum.

Lýðræðið stendur ekki undir nafni nema jafnræði ríki. Einkarekstrarmenn verða að leysa þennan vanda áður en þeir breyta kerfinu. Ég bendi stjórn og ráðamönnum vorum vinsamlega á nýju norsku leiðina, það er að auka útgjöld til heilbrigðismála, helst til þess að stytta biðlista. Gamla niðurskurðarleiðin dugði þegnum og fyrri stjórn illa og talið að langir biðlistar hafi haft veruleg áhrif á síðustu kosningaúrslit, samanber leiðara í norskum dagblöðum.

Höfundur er fyrrverandi landlæknir.



Eru þínir sjúklingar að syngja sitt síðasta?



Symbicort er einföld, skjótvirk og sveigjanleg lausn

- Nú geta þínir astmasjúklingar kveðið við nýjan tón
  - og komið sér í ***gott lag!***

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

(Sjá sérlyfjaskrártexta á næstu opnu)

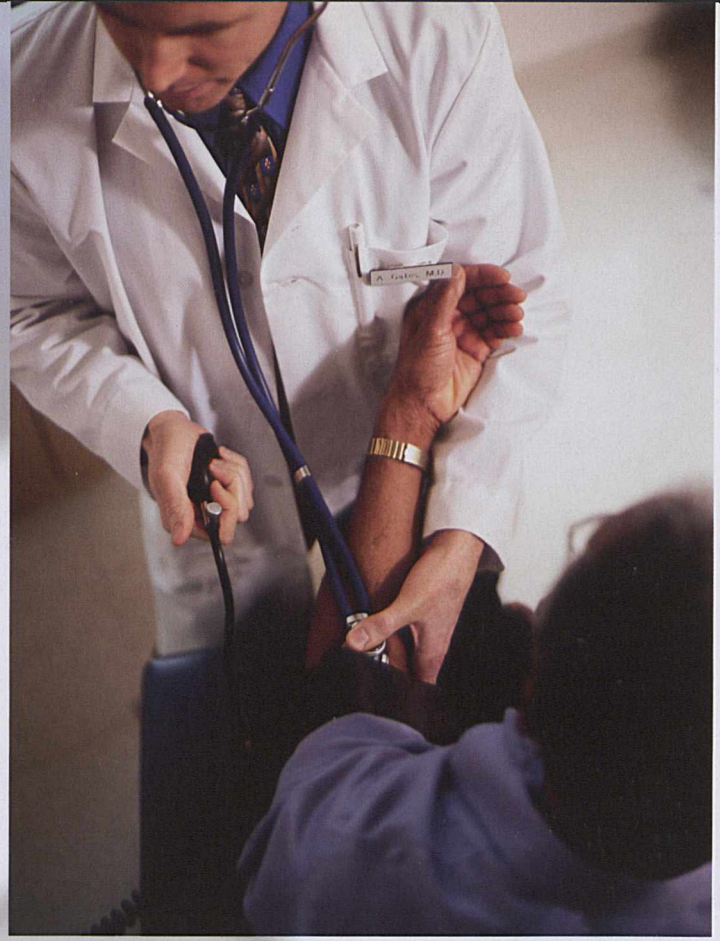
SYMBICORT®

Allt í einu - sniðið að þínum þörfum

EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 433-01 B

AstraZeneca

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



Velur virkar verndar

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



DIOVAN® valsartan

Gegn háþrýstingi

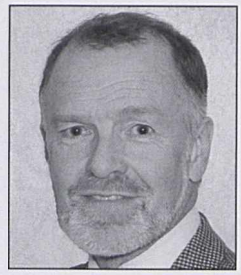
NOVARTIS

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

MEÐ RÉTTU RÁÐI / BO • GRAFÍK

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 blóðniturauknungu 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 skammtima 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 kreatínín 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, dígoxín, atenólól, indómetacín, hýdróklórtíazíð, amlódipín og glíbenklamíð. Samtímis notkun kalíumuppbótar, kalíumsparandi þvagræsilyfja, saltuppbótar sem inniheldur kalíum eða annarra lyfja sem geta aukið kalíumþéttni (heparín o.s.fv.) ætti að nota með varúð og með tíðum mælingum á kalíum. Auka má áhrifin á háþrýsting með því að gefa önnur háþrýstingslyf. Tilkynnt hefur verið um afturkræfa aukningu á styrk litíums í sermi og eituráhrifum við samhliða notkun með ACE hemlum. Engin reynsla er af samhliða notkun valsartans og litíums. Því er ráðlagt að fylgjast með styrk litíums í sermi meðan það er notað samhliða. Meðganga og brjóstagjöf: 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. Áksturs 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 hematókrítgildum. Í klíniskum samanburðar-rannsóknum, voru 0,8% og 0,4% sjúklinga sem fengu valsartan með marktæka lækkun (> 20%) á hematókrítgildum og hemóglóbínþéttni, í þessari röð. Í samanburði kom fram lækkun í hematókrítgildum og hemóglóbínþéttni hjá um 0,1% sjúklinga sem fengu lyfleysu. Í klíniskum samanburðarrannsóknum kom fram marktæk aukning á kreatíníni í sermi, kalíum og heildarmagni bilirúbíns hjá 0,8%, 4,4% og 6% sjúklinga sem fengu valsartan á móti 1,6%, 6,4% og 12,9% sjúklinga sem fengu ACE hemla. Tilkynnt hefur verið um einstaka tilfelli af röskun á lifrarprófum hjá sjúklingum sem fengu valsartan. Pakkningar: Filmuhúðaðar töflur 80 mg: 28 stk. (þynnupakkað) 4.112 kr. (B); 98 stk. (þynnupakkað)11.998 kr (B). Filmuhúðaðar töflur 160 mg: 28 stk. (þynnupakkað) 4.809 kr (B); 98 stk. (þynnupakkað) 14.160 kr. (B). Hylki, hart 80 mg: 28 stk. (þynnupakkað) 4.112 kr. (B); 98 stk. (þynnupakkað) 11.997 kr (B). Hylki, hart 160 mg: 28 stk. (þynnupakkað) 4.809 kr. (B); 98 stk. (þynnupakkað) 14.160 kr. (B). Handhafi markaðsleyfis er Novartis Healthcare A/S. Innflytjandi: Thorarensen Lyf ehf. Diovan er lyfseðilsskylt.

Sjúkleikaheiti



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

HEITI SEM NOTUÐ HAFA VERIÐ til að tákna sjúkdóma og veikindi eru allnokkur í íslensku. Íslensk samheitaorðabók Svavars Sigmundssonar frá 1988 birtir þrettán samheiti með flettunni **sjúkdómur**. Merking þeirra er þó ekki nákvæmlega sú sama, eins og sjá má af skýringum Íslensku orðabókarinnar, sem birtar eru hér í sviga á eftir hverju af þessum tilgreindu heitum: *áfall* (mótlæti, þungbær reynsla, sjúkdómur), *faraldur* (smitsjúkdómur, farsótt), *kröm* (langvinnur þjakandi sjúkdómur), *kvilli* (sjúkdómur, lasleiki, smáveikindi, veikindi), *lasleiki* (vægur sjúkleiki), *mein* (sjúkdómur, meinsemd), *meinsemd* (veikindi, sköddun, mein, æxli), *pest* (lasleiki, farsótt), *sjúkleiki* (sjúkdómur, lasleiki, heilsuleysi), *sótt* (sjúkleiki, veiki, farandveiki, farsótt), *sýki* (sjúkdómur, pest), *veiki* (sjúkdómur, veikleiki, vanmætti), *veikindi* (sjúkdómur, það að vera veikur).

Íðorðasafnið

Sum þessara svonefndu samheita eru svo almenns eðlis að þau eru eingöngu notuð við þýðingu á almennum fræðiorðum sem tákna veikindi. Í Íðorðasafni lækna má til dæmis finna: **áfall** (attack, ictus, injury, shock, trauma), **lasleika** (indisposition, malaise), **sjúkleika** (disorder, illness, malady, sickness) og **veikindi** (illness, malady, sickness). Nokkur þeirra eru bæði notuð á þennan almenna hátt og einnig sem samsetningarliður í íslenskum heitum tiltekinna sjúkdóma: **faraldur** (epidemia, roðafaraldur), **kröm** (marasmus, beinkröm) og **kvilli** (disorder, -pathy, glýkógenkvilli, maurakvilli). Loks eru nokkur notuð sem síðari liður í heitum sjúkdómsfyrirbæra: **mein** (belgmein, kverkamein, krabbamein, sortusiggmein), **pest** (bráðapest, hárpest, kýlapest, lungnapest), **sótt** (ámusótt, kattarsótt, sárasótt), **sýki** (áfengissýki, iktsýki, sykursýki) og **veiki** (Akureyrarveiki, flogaveiki, taugaveiki).

Hið eina af ofangreindum orðum sem ekki kemur fyrir meðal fræðiheitanna í Íðorðasafni lækna er **meinsemd**.
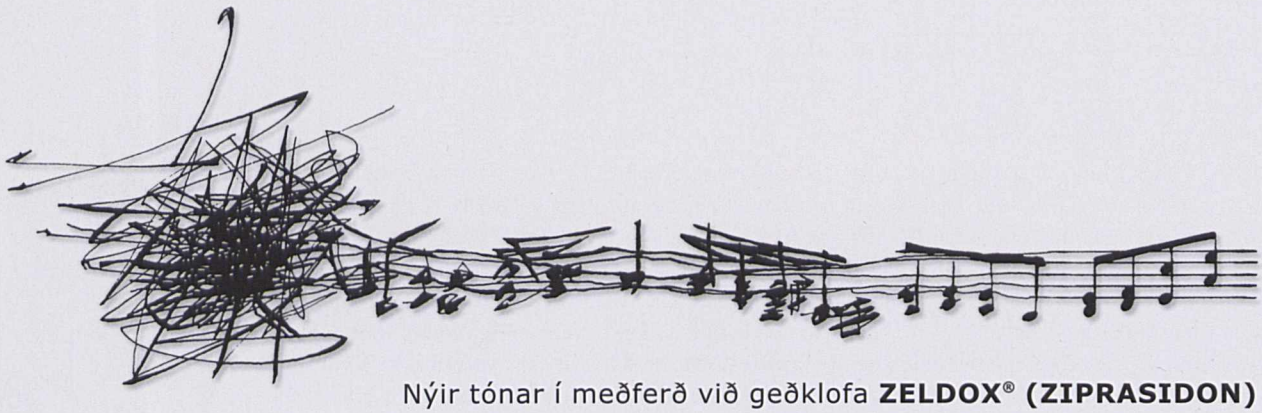
Aldur og merking

Til gamans var flett upp í Orðabók Háskólans til að kanna aldur nokkurra íslensku heitanna. Elsta heimildin um orðið **sjúkdómur** er til dæmis Guðbrandsbiblía (1584) og þar er það stafsett á mjög sérkennilegan hátt, *siokdome*. Áhugavert er að rekja hvernig ritháttur hefur þróast: *siukdómr* (1652), *siukdömr* (um 1790) og *sjúkdómr* (1830). Flest eru þessi sjúkleikaheiti mjög gömul í ritmálinu: *sótt* (1540), *sýki* (1546), *mein* (1555), *veiki* (1607, stafsett veyke), *kvilli* (1661) og *pest* (1781). Ekki voru tök á því að skoða merkingar orðanna í þessum fyrstu heimildum, en sum ritmálsdæmin voru þó býsna lýsandi. **Mein**: „í fyrstu merkingu þýdir ordið hvers kyns tilfallandi innvortis og útvortis siúkdóma“. **Pest**: „svoleidis nefnaz allir skadvænir og mannhættir siúkdómar, er geysa yfir heilt land, drepa marga í einu“. **Sótt**: „þýdir í fyrstu blátt fram hvern helst veikleika sem vill“ eða „brúkiz í eginligustu merkingu um febris continua“. **Sýki**: „er þat innvortis ástand vors líkama, er med ýmsum hætti hamlar einhverium parti hanns at svara til en áqvardada náttúrunnar augnamids“. **Kvilli** (stafsett kuilli, quilli eða kvilli): „er annars í dagligu tali hver einn léttvægur veikleiki“ eða „nafn – gefit kránkleikum þeim, er stínga sér nidr hér og hvar, en ecki fara eptir sérligum tíma“. **Kröm**: „er at sønnu miøg áþeckt hrumleika, en segiz þó eiginliga um meinsemdir barna, og uppdráttar siúkleika þeirra.“ **Sjúkleiki**: „að börnunum sé mjög hætt við ýmsum sjúkleikum, svo sem taugaveiklan, fábjánaskap, magnleysi og daufdymbi.“

Samræming

Oft kemur það fyrir hjá þýðendum og orðasmiðum að samræmingartilhneiging gerir vart við sig. Einkum á þetta við þegar unnið er við þýðingar á fræðiheitum sem tilheyra formlegum flokkunarkerfum. Sem dæmi má nefna latnesku líffæraheitin (Nomina anatomica). Þar er fjöldi samsettra heita með orðliðum sem auðvelt er og oft einnig æskilegt að samræma. Latneska orðið **ramus** táknar til dæmis grein af stærri stofni og er notað um greinar beina, tauga og æða. Við íslenskunina var tekin sú stefna að þýða ramus sem **álma** ef um bein væri að ræða (ramus mandibulae er kjálkaálma), **grein** ef um taug væri að ræða (ramus anterior er framgrein) og **kvísl** ef um æð væri að ræða (ramus posterior er afturkvísl). Íslensku heitin verða gagnsærri og geta gefið til kynna eitthvað um eðli hvers fyrirbæris ef slíku kerfi er beitt, enda sé það gert í fullu samræmi við hina fræðilegu flokkun.

Sjúkdómaheiti eru ekki eins auðveld viðureignar. Sjúkdómar hafa oftast fengið heiti sín löngu áður en ljóst er orðið hvar í flokkunarkerfi þeir eiga heima. Engin trygging er fyrir því að hið erlenda heiti gefi rétta mynd af eðli sjúkdómsins. Fara verður því með mikilli gát við beinar þýðingar. Hins vegar er óneitanlega freistandi að hugsa til þess að heiti sjúkdóma sem stafa af sýkingu endi á **-sýki** og heiti þeirra sem hafa í för með sér sótthita endi á **-sótt**. Nóg um þetta í bili.



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, tíróidasín, 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

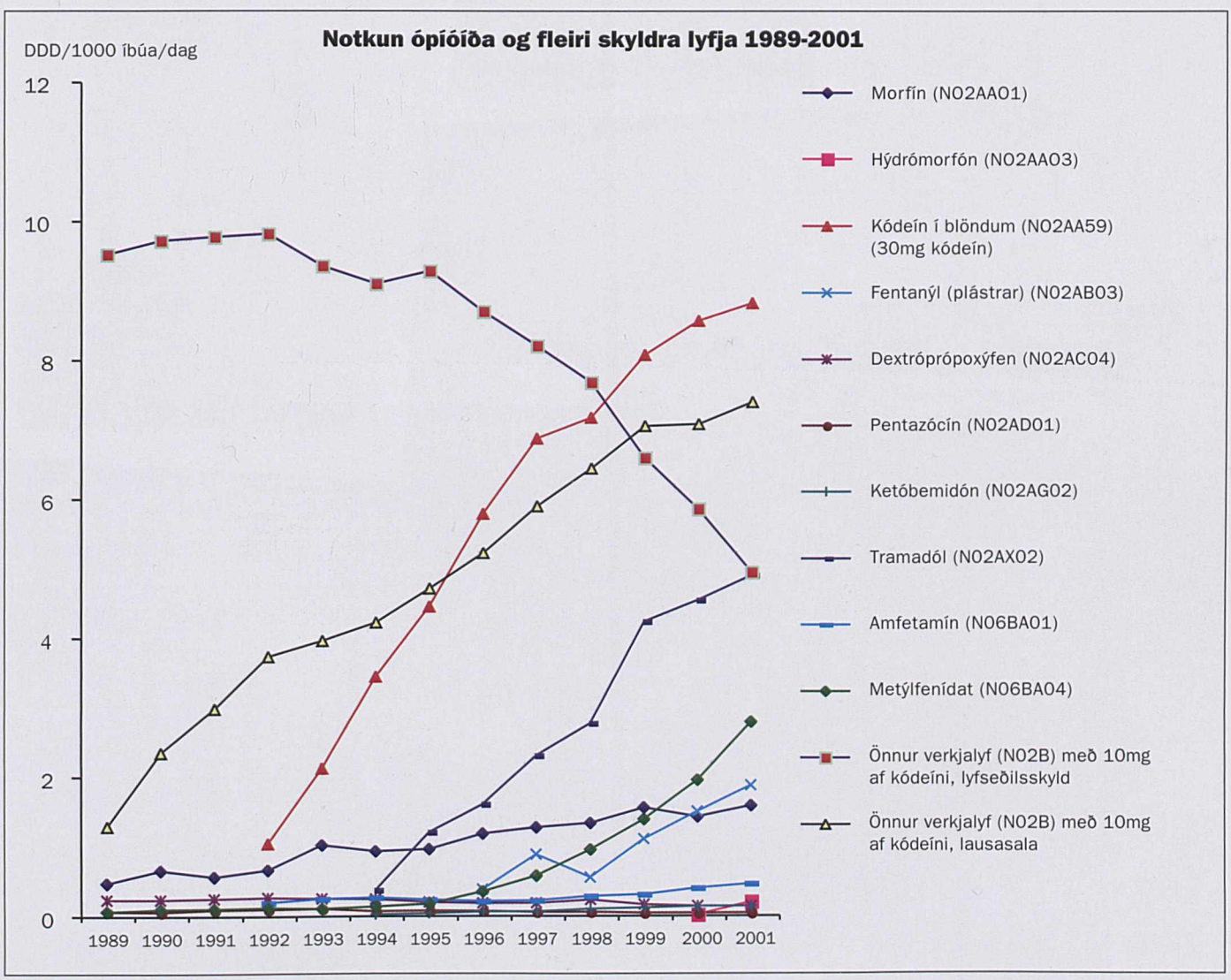
Lyfjamál 104

Notkun ópíóíða og fleiri skyldra lyfja 1989-2001

Eggert Sigfússon

Í FRAMHALDI AF UMRÆÐU upp á síðkastið um ávana- og fíkniefni er fróðlegt að skoða hvernig notkun ópíóíða og fleiri skyldra lyfja hefur verið að þróast undanfarin áratug. Í línuriti hér að neðan er sýnd notkunin í skilgreindum dagskömmtum á 1000 íbúa á dag. Notkun morfíns (N02AA01) hefur farið jafnt og þétt vaxandi úr 0,46 í 1,56 DDD/1000íbúa/dag á tímabilinu. Nú er hér aðallega um að ræða lyfið Contalgin. Notkun kódeíns í blöndum (N02AA59, Íbúkód sterkar, Panocod og Parkódín forte) fer mjög ört vaxandi, en aðeins virðist slakna á síðustu tvö árin. Notkun lyfseðilsskyldra lyfja sem innihalda kódeín (N02B, Kódimagnýl, Parkódín og Parakód) hefur farið ört minnkandi eftir 1995 en notkun sömu lyfja í þeim pakkningastærðum sem eru undanþegin lyfseðilsskyldu (Parkódín og Parakód, töflur og stílar 10 stykki) hefur farið vaxandi. Nýtt á markaði er fentanýl í plástraformi og eykst notkun þess. Tramadól kom á markað 1994 og hefur verið notað æ meira en nú eru átta sérheiti lyfsins með markaðsleyfi. Notkun methýlfenídats tók að vaxa mjög ört eftir 1995 og virðist ekkert lát vera á þeirri þróun. Öll eru þessi lyf eftirritunarskyld nema tramadól.

Höfundur er deildarstjóri í Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti.





KVÍÐI OG ÞUNGLYNDI ERU HRÆÐILEGIR SJÚKDÓMAR



HELMINGSLÆKKUN ÞUNGLYNDISEINKENNA ER EKKI ÁSÆTTANLEGUR ÁRANGUR



VEITUM SJÚKLINGUM BATA[1] MEÐ EFEXOR® DEPOT

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

Skammtar og lyfjagjöf: Lyfið ætti að taka með mat og gleypa hylkin heil. Venjulegur skammtur er eitt hylki einu sinni á dag. Upphafsskammtur er 75 mg. Þegar þess er þörf má auka skammtinn upp í 150 mg á dag að u.þ.b. hálfum mánuði liðnum. Hámarksskammtur er 225 mg einu sinni á dag. Þegar æskilegur árangur hefur náðst ætti að minnka skammtinn smám saman niður í minnsta viðhaldsskammt miðað við svörun og þol sjúklings (yfirleitt 75-150 mg/dag). Hjá öldruðum og sjúklingum með hjarta- og æðasjúkdóma/háþrýsting ætti að auka skammtinn með varúð. Við meðferð sjúklinga með skerta nýrna- og/eða lifrarstarfsemi er mælt með minni skömmtum. Ef kreatínín?úthreinsun er minni en 30 ml/mín. eða við meðalalvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi ætti að minnka skammtinn um 50%. Ef um alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi er að ræða kann að reynast nauðsynlegt að minnka skammtinn enn meira. Í slíkum tilvikum kann að vera nauðsynlegt að gefa Efexor töflur. Meðferð ætti að halda áfram í a.m.k. þrjá mánuði (yfirleitt í sex mánuði) eftir að bata er náð. Þegar ætlunin er að hætta meðferð með Efexor Depot ætti að minnka skammt sjúklings smám saman í eina viku að viðhafðri aðgát vegna hættu á bakslagi. Haft skal samband við sérfræðing ef enginn bati hefur náðst eftir eins mánaðar meðferð. Frábendingar: Brátt hjartadrep, bráður sjúkdómur í heilaæðum og ofnæmi fyrir sympathomimetiskum amínum, meðlaður háþrýstingur. Samtímis meðferð með mónóamínoxíðasahemlum.Varnaðarorð og varúðarreglur: Aldraðir (>65 ára). Sjúklingar með þekktan sjúkdóm í hjarta-æðakerfi eða heilaæðum, þ.m.t. meðhöndlaður háþrýstingur. Skert nýrna- og/eða lifrarstarfsemi. Vanmeðhöndluð flogaveiki, lækkaður krampaþröskuldur. Þegar skipt er frá mónóamínoxíðasahemli til venlafaxíns skal gera minnst 14 daga meðferðarhlé. Ef breytt er meðferð frá venlafaxíni til mónóamínoxíðasahemils er mælt með 7 daga meðferðarhlei. 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. serótóníninnupptökuhemlum, 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 kínidíni og paroxetíni. Þar eð venlafaxín gæti dregið úr umbrotum annarra lyfja sem CYP2D6 umbrytur 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 lækan lífsmöguleika. Meðferð með Efexor Depot kann að hægja á viðbrögðum sumra sjúklinga. Þetta ætti ekki að gefa það á meðgöngutíma nema að vandlega athuguðu máli. Brjóstagjöf: Ekki er vitað hvort venlafaxín skilst út í brjóstamjólk. Akstur og stjórnun vinnuvéla: Ekki hefur fengist reynsla af Efexor Depot 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 kínidíni og paroxetíni. Þar eð venlafaxín gæti dregið úr umbrotum annarra lyfja sem CYP2D6 umbrytur 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 lækan lífsmöguleika. Meðferð með Efexor Depot kann að hægja á viðbrögðum sumra sjúklinga. Þetta ætti ekki að gefa það á meðgöngutíma nema að vandlega athuguðu máli. Brjóstagjöf: Ekki er vitað hvort venlafaxín skilst út í brjóstamjólk. Akstur og stjórnun vinnuvéla: Meðferð með Efexor Depot kann að 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. Aukaverkanirnar ógleði og uppköst tengjast skammtastærð, stærri upphafsskammtar valda aukinni tíðni af ógleði. Styrkur og tíðni þessarar aukaverkunar minnka yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): Almennt: Þróttleysi, lystarleysi, höfuðverkur, kviðverkir, þyngdarminnkun eða þyngdaraukning, svitakóst, eyrnasuð, svimi, svefnhöfgi, skjálfti. Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundið blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, æðavikkun, hjartsláttaróregl. Miðtaugakerfi: Æsingur, rugl, martröð, minnkuð kynhvöt, svefnleysi, truflað húðskyn, kvíði, taugaóstyrkur. Meltingafæri: Ogleði, uppköst, niðurgangur, hægðatregða, meltingartruflun, munnþurrkur. Húð: Útbrot, flekkblæðing. Þvag- og kynfæri: Ahrif á sáðlát/fullnægingu, getuleysi. Augu: Sjónstillingartruflun. Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennt: Þúgur. 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 5,75 g og orðið fyrir meðalsvæsnum eitrunaráhrifum. Einkenni: Bæling miðtaugakerfisins, krampar, andkólínvirk einkenni. Hraðtaktur, hægataktur, lækkaður blóðþrýstingur, ST/T-breytingar, lenging QT-bils, lenging QRS-bils. Meðferð: Tryggja að öndunarvegur sé vel opinn, fylgjast með hjartarafriti, lyfjakol, magaskolun kemur til greina. Ráðstafanir sem beinast að einkennum. Lyfhrif: Efexor Depot inniheldur venlafaxín sem virkt efni og er það blanda tveggja handhverfa (racemat). Lyfið dregur úr geðdeyfð. Báðar handhverfur venlafaxíns og virka umbrotsefnið O-desmetýlvenlafaxín hafa lyfjafræðileg áhrif. Áhrifin koma fyrst og fremst fram við hömlun á endurupptöku serótóníns og noradrenalíns í miðtaugakerfinu, en einnig kann að koma fram veik hömlun á endurupptöku dópamíns. Venlafaxín og O-desmetýlvenlafaxín draga úr næmi beta-adrenvirkra viðtaka bæði við skammtíma- (einn skammtur) og langtímameðferð. Venlafaxín og O-desmetýlvenlafaxín eru nær jafnvirk hvað varðar endurupptöku taugaboðefna. Venlafaxín sýnir enga sækni 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 75 í rauðum lit. Forðahylki 150 mg: Rauðbrún hylki, 23 x 7 mm, merkt W 150 í hvítum lit. Pakkningar: Forðahylki 75 mg: 14 stk. (þynnupakkað); 28 stk. (þynnupakkað); 98 stk. (þynnupakkað); 100 stk. Forðahylki 150 mg: 14 stk. (þynnupakkað); 28 stk. (þynnupakkað); 98 stk. (þynnupakkað); 100 stk. Texti Sérlyfjaskrár desember 2000

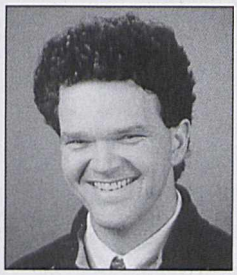
Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 1.janúar 2001, hámarksútsöluverð útsöluverð úr apótekum: Efexor Depot forðahylki 75 mg: 28stk 5451 kr., 98stk 15784 kr., 100stk 15054 kr., Efexor Depot forðahylki 150 mg: 28stk 9705 kr., 98stk 29861 kr., 100stk 28465 kr..

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

WYETH LEDERLE

Austurbakki
Köllunarklettsvegi 2, 104 Reykjavík

Af hiksta og beinagrind



Bjarni Jónasson

bjarni.jonasson@gb.hgst.is

Í gegnumlýsingu

„Heyrðu mig læknir, hvað er eiginlega að manninum mínum?“ spurði Lára áhyggjufull.

„Það er ekki alveg á hreinu,“ sagði læknirinn, „og þess vegna ætla ég að senda hann í gegnumlýsingu.“

„Það er nú algjör óþarfi því ég er búin að sjá í gegnum þann ímyndunarveika mann frá því við kynntumst.“

Lækning við hiksta

Maður nokkur kom hlaupandi inn á bráðamóttökuna. Hann var mjög áhyggjufullur á svip og gekk að fyrsta lækninum sem hann sá og spurði: „Hver er besta leiðin til að stöðva hiksta?“ Eins og hendi væri veifað löðrungaði læknirinn manninn. Sá síðarnefndi varð vægast sagt mjög undrandi og var greinilega brugðið. „Hvað á svona háttarlag að þýða?“ spurði hann og varð hinn argasti. „Eins og þú veist þá ertu ekki með hiksta núna,“ sagði læknirinn eins blíðlega og hann gat. „Það getur vel verið,“ sagði maðurinn, „en það er konan mín sem bíður í bíl hérna fyrir utan sem er enn að hiksta.“

Við dauðans dyr

Hjartalínuritið gaf til kynna að hjartað hætti að slá og gamli maðurinn missti meðvitund. Eftir endurlífgun í um það bil tuttugu sekúndur fór hjartað í gang aftur og nokkru síðar komst maðurinn til meðvitundar á ný. Þegar sá gamli var orðinn málhress greindi læknirinn honum frá því að hjartað hefði stoppað og spurði hvort hann gæti munað eftir einhverju sérstöku frá þeirri stund. „Ég sá skært ljós,“ sagði maðurinn, „og fyrir framan mig stóð hvítklæddur maður.“ Læknirinn varð mjög forvitinn að heyra meira af reynslu mannsins sem staðið hafði við dauðans dyr. „Gætirðu nokkuð lýst þessari mannveru nánar sem þú sást standa fyrir framan þig?“ spurði læknirinn. „Alveg sjálfsagt. Það varst þú.“

Við fjórða mann

Læknirinn fékk símtal frá starfsbróður sínum. „Okkur vantar fjórða mann í póker,“ sagði röddin í símanum. „Ég kem strax,“ sagði læknirinn.

Þegar hann var að fara í frakkann spurði frúin: „Er það eitthvað alvarlegt?“

„Já, það má eiginlega segja það. Þeir þurftu að kalla í þrjá lækna til viðbótar.“

Beinagrind í skápnum

Læknissonurinn fimm ára var að leika sér ásamt vini sínum inni á skrifstofu föður síns sem nýbúið var að taka í gegn í hólf og gólf. Leikfélaginn reif upp hurð á skáp og þar blasti við honum beinagrind sem hékk á slá. Drengurinn varð logandi hræddur en sonur læknisins greip í handlegginn á honum og reyndi að róa hann með því að segja að pabbi sinn væri búinn að eiga beinagrindina í mörg ár.

„Af einhverri undarlegri ástæðu þykir honum vænt um beinagrindina,“ sagði læknissonurinn.

„Af hverju?“ spurði vinurinn.

„Ég veit það ekki,“ sagði sonurinn, „ef til vill er hún af fyrsta sjúklingnum hans.“

Lestur vísindarita

Læknanemar: lesa heila grein í læknablaði en skilja lítið sem ekkert af því sem um er fjallað.
Læknakandídatar: nota læknablöð sem kodda þegar þeir halla sér á næturvaktinni.
Aðstoðarlæknar: lesa útdráttinn úr grein en kæra sig kollótta um sjálfa greinina.
Heimilislæknar: lesa ekki læknablöð en hafa augun opin fyrir greinum um læknisfræði í Time og Newsweek.
Yfirmenn læknadeilda: lesa heila grein í læknablaði en skilja lítið sem ekkert af því sem um er fjallað.

Ein með útferð

Alexandrína hitti heimilislækninn sinn og kvartaði um útferð. Hann bað hana að klæða sig úr og halla sér á skoðunarbekkinn. Síðan setti hann á sig gúmmíhanskana og tók að skoða konuna neðan beltis. „Ertu eitthvað aum hérna?“ spurði læknirinn. „Nei, alls ekki, ég er með útferð úr eyranu.“

Fyrir lífstíð

Konan hringdi í öngum sínum til læknisins. „Er það satt að ég þurfi að taka lyfið alla ævi sem þú ert nýbúinn að skrifa út fyrir mig?“

„Já, það verður víst að vera svo,“ sagði læknirinn.

Það var dauðaþögn í símanum en svo hélt konan áfram: „Þá verður þú að segja mér hvað ég er alvarlega veik því á lyfseðlinum stóð: *„Afgreiðist einu sinni.“*“

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 Kvöldverður í boði Thorarensen Lyf ehf.

Laugardagur 8. júní

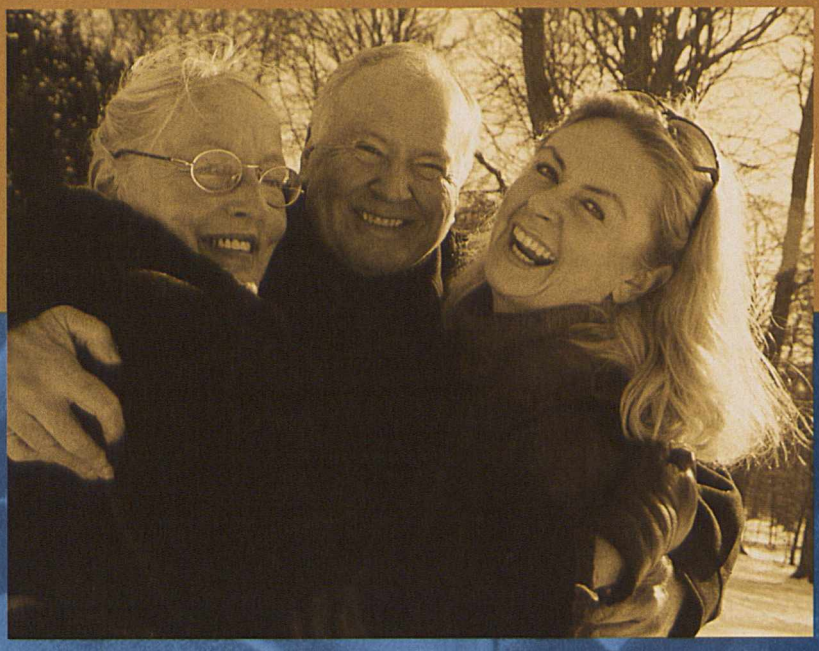
09.00-10.30	**Málþing: Staða almennra lyflækninga á Íslandi** Fundarstjóri: **Runólfur Pálsson** læknir Almennar lyflækningar á Íslandi árið 2002 **Sigurður Guðmundsson** landlæknir Hlutverk almennra lyflækninga í frumþjónustu og á sjúkrahúsi **Ófeigur T. Þorgeirsson** læknir Stefnumörkun fyrir almennar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

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

Tilvitnanir:

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

TBWA\HEALTHCARE 06-2002-CZR-01-SCAN-(DK)-003-J, JUNI 2001

NCU Styrkir Norrænu krabbameins-samtakanna

Norrænu krabbameinssamtökin auglýsa styrki fyrir árið 2003. Þeim er ætlað að styðja og örva samstarf í krabbameinsrannsóknum á Norðurlöndunum (samstarf tveggja landa að lágmarki). Rannsóknaverkefnin verða að vera á krabbameinssviði, vera fallin til þess að framkvæma þau einmitt á Norðurlöndum og áhrif samstarfsins þurfa að vera gagnvirk.

Fjármögnun slíkra samstarfsverkefna takmarkast við: 1) faraldsfræðilegar rannsóknir þar sem notaðar eru krabbameinsskrár viðkomandi lands, 2) klínískar rannsóknir, 3) skipulagningu slíkra rannsókna og forrannsóknaverkefni (til dæmis hjá undirbúningshópum á Norðurlöndum).

Framvegis mun NCU styrkja aðeins fá en stór verkefni. Heildarupphæð til styrkveitinga mun verða sú sama. Styrkir verða aðeins veittir til eins árs. Senda þarf nýja umsókn um framhaldsstyrk til verkefnisins.

Mat umsókna er í höndum Norrænu vísindanefndarinnar.

Umsókn, rituð á ensku, skal innihalda:
- umsóknareyðublað
- kostnaðaráætlun verkefnis
- verkefnalýsingu (hámark 10 A4 blaðsíður)
- stutta starfsferilslýsingu (1-2 A4 blaðsíður)
- meðmæli
- lista yfir birtar fræðigreinar
- undirritaða yfirlýsingu um samstarf
- samþykki vísindasiðanefndar á verkefninu (þar sem það á við).

Umsókn skal senda í einu frumeintaki og sjö afritum til:

NCU – The Swedish Cancer Society
Department of Research and Development
S-101 55 STOCKHOLM, Sweden

Umsóknarfrestur er til 16. maí, 2002.

Umsóknareyðublöð er hægt að fá á heimasíðu Krabbameinsfélags Íslands, *krabb.is* auk upplýsinga í s. 540-1900.

Novo Nordisk Foundation
Research Meetings

Styrkir til vísindastarfsemi

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

Starfsemin skal vera á sviðið innkirtlafræði eða tilraunalífeðlisfræði.

Hver styrkur nemur að jafnaði 100.000 DKR eða hærri upphæð.

Sækja má um styrki vegna starfsemi á árinu 2003 eða 2004.

Umsóknir skal senda í fimm eintökum til:

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

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

Umsóknir ásamt öllum fylgiskjölum skulu hafa borist til Novo Nordisk Fonden í síðasta lagi **12. ágúst 2002.** Ófullnægjandi umsóknir og umsóknir sem berast á bréfasíma eða í tölvupósti verða ekki teknar til greina.

Umsóknum verður svarað um miðjan október 2002.



Nasonex - og þú missir ekki af vorfiðringnum

MA 003-05

Nasonex Schering-Plough A/S, 960233 NEFÚÐI; R01 AD 09 RE **Hver úðaskammtur inniheldur:** Mometasonum INN, furoate, monohydrat, samsvarandi Mometasonum INN, furoate 50 mikróg. **Ábendingar:** Nasonex nefúði er notaður fyrir fullorðna og börn 6 ára og eldri til meðhöndlunar á árstíðabundnu eða heilsárs ofnæmisnefkvefi. Nasonex nefúði er einnig notaður með sýklalyfjum fyrir fullorðna og börn 12 ára og eldri til meðhöndlunar á bráðum einkennum skútabólgu (sinusitis). **Skammtar og lyfjagjöf:** ***Skammtastærðir handa fullorðnum (þ.m.t. aldraðir) og börnum 12 ára og eldri:*** Venjulegur ráðlagður skammtur er 2 úðanir (50 míkróg/úðun) í hvora nös einu sinni á dag (heildarskammtur 200 míkróg). Þegar sjúdómseinkennin hafa lagast má minnka skammtinn í eina úðun í hvora nös (heildarskammtur 100 míkróg). Ef einkenni lagast ekki má auka skammtinn í 4 úðanir í hvora nös einu sinni á dag (heildarskammtur 400 míkróg). Mælt er með að minnka skammta þegar einkenni lagast. Viðbótarmeðhöndlun við bráðum einkennum skútabógu (sinusitis): Ráðlagður skammtur er 2 úðanir (50 míkróg/úðun) í hvora nös tvisvar á dag (heildarskammtur 400 míkróg). Ef einkenni lagast ekki nægjanlega má auka skammtinn í 4 úðanir í hvora nös tvisvar á dag (heildarskammtur 800 míkróg). ***Börn 6-11 ára:*** Venjulegur ráðlagður skammtur er 1 úðun (50 míkróg/úðun) í hvora nös einu sinni á dag (heildarskammtur 100 míkróg/úðun). Frábendingar: Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Eftir langtímameðferð með Nasonex þarf að skoða reglubundið þá sjúklinga sem nota lyfið m.t.t. hugsanlegra breytinga í nefslímhúð. Fylgjast skal vel með börnum sem eru í langtímameðhöndlun með barkstera í nef. Forðast skal notkun lyfsins hjá sjúklingum sem hafa virka eða óvirka berklasýkingu í öndunarfærum. **Milliverkanir við lyf og annað:** Mómetasón fúróat hefur verið gefið samtímis lóratadíni án þess hafa áhrif á styrk þess eða aðalhvarfefnis þess í blóðvökva. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanirnar sem fram hafa komið í klínískum prófunum eru eftirfarandi: Höfuðverkur (8%), blóðnasir (8%), kokbólga (4%), sviði og erting í nefi (2%) og sáramyndun (1%). Bráð einkenni skútabólgu (sinusitis): Fullorðnir og börn 12 ára og eldri sem fengu mómetasón fúróat sem viðbótarmeðhöndlun við bráðum einkennum skútabólgu fengu aukaverkanir sem tengdust meðhöndluninni, og komu fyrir með sömu tíðni og með lyfleysu, höfuðverkur (2%), hálsbólga (1%), sviði og erting í nefi (1%). Blóðnasir voru yfirleitt minniháttar en komu fyrir með sömu tíðni og hjá þeim sem fengu lyfleysu (5% á móti 4%). **Ákvæði um meðferð/meðhöndlun lyfsins:** Áður en fyrsti skammtur er gefinn skal hrista úðaflöskuna vel og þrýsta á dæluna 6-7 sinnum þangað til jafn úði fæst. Hafi dælan ekki verið notuð í 14 daga eða lengur skal endurtaka þetta fyrir notkun. **Hristið flöskuna vel fyrir hverja notkun. Pakkningar:** 1 úðastaukur, 18 g (140 úðaskammtar). Hámarkssmásöluverð 1. apríl 2002: 2.708.- kr.

ISFARM ehf.
ICEPHARM Ltd.

Schering-Plough A/S

Nasonex® - mometason furoat

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*

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.

Námskeið í stoðkerfisfræði

ÚTLIMIR (Olnbogi, framhandleggur og hönd. Hné, fótleggur og fótur)

Fjórða og síðasta námskeiðið í stoðkerfisfræði verður haldið að Reykjalundi 31. maí til 2. júní næstkomandi. Aðalkennari verður sem fyrr Bernt Ersson læknir frá Gävle. Farið verður í lífeðlisfræði og bíomekanik, en aðaláhersla lögð á meðferð. Meginákersla 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.

Ráðstefna SKÍ

Krabbameins-rannsóknir 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: krabbameins-rannsóknir 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.

Sjötta vísindaþing Félags íslenskra heimilislækna

Borgarnesi 25.-26. október 2002

Á þinginu verða bæði frjálsir fyrirlestrar og spjaldaþing. Kynntar verða rannsóknir og rannsóknaráætlanir sem tengjast heilsugæslu. Auk þess verða bæði innlendir og erlendir gestafyrirlesarar.

Ágrip skal skrifa á A4-blað með sama sniði og á fyrri þingum. Þar skal koma fram tilgangur rannsóknarinnar, efniviður og aðferðir, niðurstöður og ályktanir. Ágripum skal skila á disklingum ásamt einu útprenti til Emils L. Sigurðssonar (*emil1@islandia.is*), Heilsugæslustöðinni Sólvangi, 220 Hafnarfirði **fyrir 1. september**.

Ágripin verða birt í sérstöku blaði þingsins sem dreift verður til allra lækna á Íslandi.

Vísindaþingsnefndin

Emergency Medicine Between Continents

Alþjóðlegt þing á vegum Félags íslenskra bráðalækna, Landspítala 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 vestanhafs og austan.

Sjá nánari upplýsingar á heimasíðu:
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.

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

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 frían fitusýrur og einglýseríð.

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

Skammtar og lyfjagjöf:
Fullorðnir: Ráðlagður skammtur af orlístati er eitt 120 mg hylki, sem á að taka rétt fyrir, með eða allt að einni klst. eftir aðalmáltíð, þ.e. 3 hylki á dag. Sé máltíð sleppt eða hún án fitu á að sleppa að taka lyfið inn.
Sjúklingurinn á að vera á fæði sem inniheldur öll nauðsynleg næringarefni, en aðeins færri hitaeiningar en hans daglega þörf segir til um og ætti um 30% hitaeininganna að vera úr fitu.
Mælt er með ríkulegri neyslu ávaxta og grænmetis.
Daglegri neyslu fitu, kolvetna og próteins skal dreifa á þrjár aðalmáltíðir dagsins.
Ekki hefur verið sýnt fram á að orlístat skammtar stærri en 120 mg þrisvar á dag bæti árangur.
Áhrif orlístats leiða til aukningar á fitu í saur, strax 24-48 klukkustundum eftir inntöku. Þegar meðferð er hætt verður fituinnihald hægða yfirleitt aftur eins og það var fyrir meðferð, innan 48-72 klukkustunda.
Upplýsingar um öryggi og verkun eftir 2 ára notkun eru ekki fyrirliggjandi, því ætti meðferð með orlístati ekki að vara lengur en í 2 ár.
Sérstakir sjúklingahópar: Áhrif orlístats hjá sjúklingum með lifrar- og/eða nýrnabilun, börnum og öldruðum sjúklingum hafa ekki verið rannsökuð.
Börn: Orlístat er ekki ætlað til notkunar handa börnum.

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

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

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 fibrata, akarbósa eða lyfja sem valda lystarleysi er ekki ráðlögð ef rannsóknir á milliverkunum eru ekki fyrirliggjandi.
Þegar warfarín eða önnur segavarnarlyf eru gefin ásamt orlístati (stórir skammtar og langtíma meðferð) á að fylgjast með blóðstorkugildum.
Engar milliverkanir við biguaníð, digoxín, fenýtóín, getnaðarvarnartöflur, nifedipín, nifedipín 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), fitugur/seigfljótandi hægðir (20% sjúklinga), þunnfljótandi hægðir (12% sjúklinga), aukin hægðalosun (11% sjúklinga) og vangeta við stjórn á hægðum (8% sjúklinga).
Tíðni aukaverkana minnkaði með langtímanotkun orlístats.
Algengar > 1%: Meltingarfæri: Kviðverkir/-óþægindi, vindgangur, þunnfljótandi hægðir, línar 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.

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

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

Texti Sérlyfjaskrár: Júlí 2001.

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

Oropram

cítalópram



Hamingja hversdagsins er ekki alltaf gefin

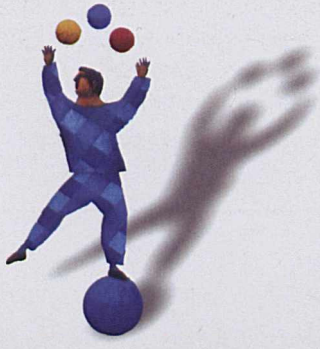
Tafla, filmuhúðuð; N 06 A B 04 R B

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

Ábendingar: Þunglyndi. Felmturskröst (ofsahræðsla) með eða án 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 ísóensímínu CYP 2D6 og ólíkt sumum öðrum sérhæfðum hemlum serótónín endurupptöku er cítalópram mjög vægur hemill þessa ensímskerfis (cýtókróm P450) sem er viðriðið umbrot margra lyfja. Próteinbinding cítalóprams er tiltölulega lítil (80%). Vegna þessara eiginleika cítalóprams eru möguleikar þess til að valda klínískt mikilvægum milliverkunum litlir. **Meðganga og brjóstagjöf:** Reynsla af gjöf lyfsins hjá barnshafandi konum er mjög takmörkuð, en dýratilraunir benda ekki til fósturskemmandi áhrifa. Þangað til ítarlegri reynsla af notkun cítalóprams hjá barnshafandi konum liggur fyrir skal það aðeins gefið að vandlega athuguðu máli. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk en í dýratilraunum hefur lítið magn lyfsins fundist í mjólk. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Cítalópram hefur ekki áhrif á vitsmunalegar aðgerðir og skynhreyfigetu. Samt sem áður, má sjúklingur sem er á geðlyfjum búast við að hann hafi skerta almenna athygli og einbeitni, annaðhvort vegna sjúkdómsins sjálfs, lyfjameðferðarinnar eða hvorutveggja og því ætti að vara sjúklinga við hæfni þeirra til að aka bíl eða stjórna vélknúnum ökutækjum. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir af völdum cítalóprams eru almennt vægar og tímabundnar og ganga yfir enda þótt meðferð sé haldið áfram. Algengasta aukaverkun lyfsins er ógleði allt að 7%. **Algengar (>1%): Almennar:** Höfuðverkur, aukinn svitamyndun, þreyta, slen, titringur, breytingar á þyngd og svimi. **Æðakerfi:** Þungur hjartsláttur. **Miðtaugakerfi:** Svefntruflanir, skyntruflanir og óróa. **Meltingarfæri:** Ógleði, hægðatregða, niðurgangur, meltingaróþægindi og munnþurrkur. **Þvagfæri:** Erfiðleikar við að tæma þvagblöðru. **Augu:** Sjónstillingarerfiðleikar. **Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennar:** Almenn lasleikatilfinning, geispar. **Miðtaugakerfi:** Æsingur, rugl, erfiðleikar við einbeitingu, minnkuð kynhvöt og truflun á sáðláti. **Meltingarfæri:** Aukið munnvatnsrennsli. **Húð:** Útbrot. **Öndunarfæri:** Nefstífla. **Augu:** Stækkað ljósop. **Mjög sjaldgæfar (< 0,1%): Miðtaugakerfi:** Mania. **Ofskömmtun:** Ef tekinn er inn of stór skammtur af cítalóprami geta aukaverkanir magnast. Þungur hjartsláttur og skert meðvitund getur jafnframt sést. **Lyfhrif:** Cítalópram er tvíhringlaga þalíð-afleiða og er virkt gegn þunglyndi og felmturköstum. Verkunarháttur lyfsins er vegna sértækrar hindrunar á upptöku serótónins í heila. Lyfið hefur engin áhrif á endurupptöku noradrenalíns, dópamíns eða GABA. Lyfið og umbrotsefni þess hafa því enga anddópamín-, andadren-, andserótónín-, og andhistamínvirka eða andkólínvirka eiginleika. Jafnvel við langtíma notkun hefur lyfið engin áhrif á fjölda viðtaka fyrir boðefni í miðtaugakerfi. Lyfið hefur hvorki áhrif á leiðslukerfi hjartans né blóðþrýsting og eykur ekki áhrif alkóhóls. Lyfið hefur væga róandi verkun. **Lyfjahvörf:** Frásog cítalóprams er mjög gott og óháð inntöku matar. Aðgengi eftir inntöku er yfir 80%. Hámarksblóðþéttni næst eftir 1-6 klst. Stöðug blóðþéttni næst eftir 1-2 vikur. Próteinbinding er um 80%. Dreifingarrúmmál er u.þ.b. 14 l/kg. Lyfið umbrotnar áður en það útskilst; um 30% í þvagi. Umbrotsefni hafa svipaða en vægari verkun en cítalópram. Helmingunartími er um 36 klst. en er lengri hjá öldruðum.

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

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



Omega Farma

www.omega.is

GRAFÍSKA SMIÐJAN EHF. - Málverk: Bilson

Heilbrigðisstofnunin Ísafjarðarbæ

Stöður sérfræðinga í lyflækningum og heilsugæslu

Staða sérfræðings í lyflækningum við **Fjórðungssjúkrahúsið á Ísafirði** er laus til umsóknar. Um er að ræða 100% stöðu. Leitað er eftir manni með fjölþætta reynslu í almennum lyflækningum og bráðalækningum. Staðan veitist eftir nánara samkomulagi. Upplýsingar veitir Þorsteinn Jóhannesson yfirlæknir, *thorsteinn.johannesson@fsi.is*

Við **Heilsugæslustöðina á Ísafirði** er laus staða heilsugæslulæknis. Um er að ræða heila stöðu sem veitist eftir nánara samkomulagi. Krafist er sérfræðimenntunar í heimilislækningum. Upplýsingar veitir Hallgrímur Kjartansson yfirlæknir, *hallgrimur.kjartansson@fsi.is*

Umsóknir með upplýsingum um menntun og starfsreynslu sendist fyrir 1. júní næstkomandi til Þrastar Óskarssonar framkvæmdastjóra, *throstur@fsi.is*

Heilbrigðisstofnunin Ísafjarðarbæ skiptist í sjúkrasvið og heilsugæslusvið og er vel búin með rúmgóðri vinnuaðstöðu. Stofnunin þjónar Vestfjörðum, einkum norðurhlutanum. Veitt er öll almenn þjónusta, bæði á heilsugæslusviði og á sviði skurð- og lyflækninga, fæðingarhjálpar, öldrunarlækninga, slysahjálpar og endurhæfingar. Starfsemin hefur verið í örum vexti á undanförnum árum. Starfsmenn stofnunarinnar eru rúmlega 150 talsins og starfsandi er mjög góður.

Ísafjörður er höfuðstaður Vestfjarða og þar blómstrar öflugt lista-, menningar- og félagslíf. Íþrótta- og keppnisaðstaða er mjög góð, bæði innan- og utanhúss. Þrír golfvellir eru á svæðinu, fjögur íþróttahús og fimm sundlaugar. Einnig er líkamsræktarstöð í bænum. Tækifæri til útivistar eru mörg, skíðaland er frábært, stutt í veiðilönd og áhugaverð göngusvæði og aðstaða til sjósports er engu lík.

Veðursæld er mikil á Ísafirði og lognkyrrð algeng. Flugsamgöngur eru tvisvar til þrisvar á dag til Reykjavíkur.

Sjúkrahúsið og heilsugæslustöðin á Akranesi

Sérfræðingar

Tvær hlutastöður sérfræðinga í kvensjúkdómalækningum og fæðingarhjálp eru lausar til umsóknar nú þegar. Starfssvið og stöðuhlutfall samkvæmt nánara samkomulagi. Frekari upplýsingar veita Stefán Helgason yfirlæknir Fæðinga- og kvensjúkdómadeildar og Þórir Bergmundsson lækningaforstjóri í síma 430 6000. 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.

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.

Nordlands-
sykehuset HF

Nordlandssykehuset HF er det nye navnet på tidligere Nordland sentralsykehus, Nordland psykiatriske sykehus og Lofoten sykehus.

Kvinneklinikken

Avdelingsoverlege/ overlege

Ved sykehusets Kvinneklinikk (kst. avd.ovl. Bjørn Holdø) er det ledig stilling for avdelingsoverlege/overlege, hjemmel nr. 1, ULS.id.nr. 915. Søker må angi om søknaden også gjelder for avdelingsoverlegefunksjonen.

Kvinneklinikken har 12 legestillinger, 7 overleger og 5 assistentleger. Gode permisjons- og etterutdanningsvilkår.

På grunn av fylkets geografi foregår fødslene desentralisert. I løpet av året er det ca. 3.300 fødsler fordelt på 10 fødesteder på forskjellig nivå. Som eneste spesialavdeling tar Kvinneklinikken seg av oppfølging av de fleste risikogravide i Nordland fylke. Avdelingen har totalt 1.100 fødsler pr. år.

Nordlandssykehuset er sentralsykehus for Nordland fylke med ca. 240.000 innbyggere og lokalsykehus for Saltenregionen med ca. 74.000 innbyggere.

Sykehuset er lokalisert til sentrum av Bodø by. Byen er omgitt av en fantastisk natur med jakt og fiskemuligheter rett utenfor stuedøren og har også et rikt kulturliv. Internasjonal flyplass, flytid Bodø - Oslo 1 1/4 timer.

Se forøvrig sykehusets hjemmeside: www.nss.nl.no

Sykehuset vil være behjelpelig med å skaffe bolig og dekker flytteutgifter etter nærmere regler.

Nærmere opplysninger fås ved henvendelse til sjeflege eller avd.overlege, tlf. +47 75 53 40 00.

Lønn etter avtale.

Søknad sendes personal-avdelingen, Nordlandssykehuset HF, N-8092 Bodø.

Søknadfrist: 23. mai 2002.

Foretakets stillinger på internett: www.jobbnord.no

CICERO bs

Staða læknis á öldrunar-lækningadeild

Laus er til umsóknar staða læknis við öldrunarlækningadeild. Æskilegt er að umsækjandi sé sérfræðingur í öldrunarlækningum eða sérfræðingur í öðrum greinum læknisfræðinnar sem tengjast öldrunarlækningum. Starfinu fylgir vaktskylda á Kristnesspítala og hjúkrunardeildinni Seli, þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta og þátttaka í rannsóknavinnu. Starfsskylda er við heilbrigðisstofnanir á Norðurlandi. Staðan veitist frá 15. september 2002.

Nánari upplýsingar veitir Arna Rún Óskarsdóttir yfirlæknir í síma 463 0100.

Umsóknarfrestur er til 30. maí.

Deildarlæknir á geðdeild

Laus er til umsóknar staða deildarlæknis á geðdeild. Staðan er veitt til sex mánaða með möguleika á framlengingu. Staðan getur nýst til sérfræðináms í geðlækningum og heimilislækningum og/eða til endurmenntunar. Starfinu fylgir bakvaktaskylda. Læknirinn fær í starfi sínu leiðsögn og kennslu hjá fjórum geðlæknum deildarinnar og á auk þess kost á því að sækja fræðslufundi og námskeið á starfstímanum.

Nánari upplýsingar veitir Sigmundur Sigfússon forstöðulæknir geðdeildar í síma 463 0100.

Umsóknarfrestur er til 15. maí.

Stöðurnar veitast frá 1. júní 2002 eða eftir samkomulagi.

Við ráðningu verður lögð áhersla á faglega þekkingu ásamt hæfileikum á sviði samskipta og samvinnu. Umsóknum skal skila á þar til gerðum eyðublöðum sem fást hjá Landlæknisembættinu ásamt fylgiskjölum. Umsóknirnar skulu vera í tvíriti og berast til Þorvaldar Ingvarssonar, framkvæmdastjóra lækninga, Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri, Eyrarlandsvegi, 600 Akureyri, og veitir hann einnig nánari upplýsingar í síma 463 0109 eða í tölvupósti: *thi@fsa.is*

Öllum umsóknum um störfin verður svarað.

Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri

Heimasíða Læknablaðsins

http://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.

Heimasíður og netföng

Læknafélag Íslands: **www.icemed.is**
Formaður LÍ: **sigurbjorn.sveinsson@mjodd.hr.is/ form@icemed.is**
Formaður LR: **oskare@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.landspítali.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			**SDR**
	Gisting	Annað	Alls
Bretland og Rússland	130	92	222
New York og Washington DC	135	80	215
Asía, Afríka, S-Ameríka	133	107	240
Annars staðar	97	92	189

Frá Félagi íslenskra fæðinga- og kvensjúkdómalækna

Félag íslenskra fæðinga- og kvensjúkdómalækna (FÍK) stendur fyrir almennum fræðslufundi föstudaginn 10. maí næstkomandi kl. 15. Þar heldur Dr. Frank Chervenak, New York Weill Cornell Medical Center, fyrirlestur um upplýst samþykki fyrir fósturrannsóknum, svo sem ómskoðunum. Fyrirlesturinn fer fram á ensku og ber heitið: *Prenatal informed consent for sonogram; Evolution from second to first trimester.* Fundurinn er haldinn að Hlíðasmára 8, 4. hæð, í fundarsal Læknafélags Íslands. Allir eru velkomnir á fundinn. Kaffi á staðnum.

Ný stjórn hjá barnalæknum

Aðalfundur Félags íslenskra barnalækna var haldinn 26. mars. Nýr formaður var kjörin **Katrín Davíðsdóttir** en með henni í stjórn sitja **Gunnlaugur Sigfússon** ritari og **Ari Axelsson** gjaldkeri.

Netföng stjórnarmanna eru:
Katrín Davíðsdóttir formaður: *katrin.davidsdottir@hr.is*
Gunnlaugur Sigfússon ritari: *gulli@landspitali.is*
Ari Axelsson gjaldkeri: *ariax@isl.is*

Ráðstefnur og fundir

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: *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*

22.-25. september
Í Regensburg í Þýskalandi. 7th International Conference on the Medical Aspects of Telemedicine. Þema: Integration of Health Telematics into Medical Practice. Nánari upplýsingar á heimasíðu þingsins: *www.ict2002.org* Netfang: *congress.office@ict2002.org*

30. september-2. október
Í Tromsö í Noregi. 4th Nordic Congress on Telemedicine/Norsk Telemed 2002. Þó titillinn bendi til annars er um stóra alþjóðlega ráðstefnu að ræða ætlaða öllum sem hafa áhuga á fjarlækningum. Heimasíða: *www.nortelemed.com*

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*

15.-19. mars 2003
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*

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*

Flixonase, GlaxoSmithKline
NEFÚÐALYF: RE 1 g inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 0,5 mg, Benzalkonii chloridum 0,2 mg, Phenethanolum 2,5 mg, hjálparefni og Aqua purificata q.s. ad 1 g. Hver úðaskammtur inniheldur: Fluticasonum INN, própíónat, 50 míkróg. **Eiginleikar:** Lyfið er vatnslausn af flútikasóni til staðbundinnar meðferðar á ofnæmisbólgum í nefslímhúð. Lyfið er barksteri með kröftuga bólgueyðandi verkun, en hefur litlar almennar aukaverkanir þar sem lyfið umbrotnar hratt í lifur í óvirkt umbrotsefni. Staðbundinn verkunartími er allt að 24 klst. **Ábendingar:** Til meðferðar á og til að fyrirbyggja ofnæmisbólgur í nefslímhúð. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Varúð: Ekki er mælt með notkun lyfsins á meðgöngutíma. **Aukaverkanir:** Þurrkur og erting í nefi og hálsi. Óþægilegt bragð og lykt. Blóðnasir hafa komið fyrir. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** 2 úðanir í hvora nös einu sinni á dag. Í stöku tilvikum þarf að gefa lyfið tvisvar sinnum á dag. **Skammtastærðir handa börnum:** Börn 12 ára og eldri: Sömu skammtar og handa fullorðnum, sbr. hér að framan. Börn 4-11 ára: 1 úðun í hvora nös einu sinni á dag. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 4 ára. **Pakkningar og verð:** 16 ml (120 úðaskammtar). Verð 1. mars 2001: 2.744 krónur. - 18.04.01

Hverri pakkningu lyfsins skal fylgja leiðarvísir á íslensku með leiðbeiningum um notkun þess.

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



Flixonase -nú er rétti tíminn

Fluticasone propionate 50 µg/sk



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

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

gsk GlaxoSmithKline

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