Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



5/2003



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

FRÆÐIGREINAR

379 Ritstjórnargreinar:
Ýmsar afleiðingar þekkingar
Stefán Hjörleifsson

383 **Nýtt segavarnarlyf eftir 50 ár – Sportif III rannsóknin**
Árni Kristinsson

387 **Hið ófullkomna jöfnunartæki: Afsláttarkort og komugjöld í íslenska heilbrigðiskerfinu**
Rúnar Vilhjálmsson, Guðrún V. Sigurðardóttir

Athuganir benda til að bein útgjöld sjúklinga hérlendis og í Vestur-Evrópu hafi aukist á undanförnum árum og að ekki búi allir við jöfnuð hvað varðar aðgengi að þjónustu. Sem mótvægi í þessu hafa íslensk heilbrigðisyfirvöld um árabil gefið sjúklingum kost á afslætti af komugjöldum með sérstöku afsláttarkorti. Þessi rannsókn sýnir að kortið þjónar aðeins að litlu leyti tilgangi sínum þareð minnihluti þeirra sem eiga rétt á kortinu eru með það. Þetta skýrist að mestu af því að stjórnvöld hafa lítið gert til þess að kynna kortið og gera sjúklingum erfitt fyrir með að ná í það.

395 **Sjúkratilfelli: Háþrýstingur með kalíumbresti hjá þungaðri konu**
Sigríður Björnsdóttir, Ebba Margrét Magnúsdóttir, Ari J. Jóhannesson

Lýst er 39 ára gamalli þungaðri konu í annarri meðgöngu sem greinist í 25. viku með háþrýsting og kalíumbrest. Áður en að þungun kom kvartaði konan yfir þyngslum fyrir brjósti og þreytu. Strax í mæðraeftirliti í 12. viku greinist hár blóðþrýstingur og er viðvarandi þannig, jafnframt því sem konan er þreytt og með höfuðverk. Þegar komið er fram í 22. viku meðgöngunnar vaknar grunur um saltsteraheilkenni enda háþrýstingur og kalíumbrestur orðinn ljós. Í 90% tilvika finnst engin skýring á háþrýstingi á meðgöngu en í 10% tilvika er um afleiddan háþrýsting að ræða svo sem lýst er í þessari grein.

401 **Ársþing Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands 8. og 9. maí 2003**

Dagskrá

Ágrip erinda og veggspjalda

Höfundaskrá

425 **Klínískar leiðbeiningar um greiningu og meðferð bráðra bakverkja**
Frá Landlæknisembættinu

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

5. tbl. 89. árg. Maí 2003

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
Jóhannes Björnsson
Karl Andersen
Ragnheiður Inga Bjarnadóttir
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
Póstdreifing ehf.,
Dugguvogi 10,
104 Reykjavík

ISSN: 0023-7213



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

Lyfjatexti á bls. 466

434 **Af sjónarhóli stjórnar LÍ: Heilafok um stöðu læknisins**
Síðari hluti umræðna á stjórnarfundi LÍ
Þröstur Haraldsson

437 **Formannaráðstefna LÍ: Nýja læknadeild en ekkert tilvísanakerfi**
Þröstur Haraldsson

441 **„Vilji er allt sem þarf“**
Auðólfur Gunnarsson

442 **Heilkenni alvarlegrar bráðrar lungnabólgu (HABL)**
Haraldur Briem

444 **Heilkenni alvarlegrar bráðrar lungnabólgu (HABL) til-kynningaskyldur sjúkdómur**
Frá sóttvarnalækni

445 **Ný stjórn Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar**

447 **Heilbrigðismál á kosningavetri: Hvað greinir flokkana á um?**
Þröstur Haraldsson

451 **Ný heimasíða LÍ**
Davíð B. Þórisson

452 **Minning. Þorgeir Jónsson**
Steinar V. Árnason

455 **Íðorðasafn lækna 155. Audit**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

457 **Faraldsfræði 28. Réttmæti mælitækja**
María Heimisdóttir

459 **Námskeið í bráðalækningum**

461 **Broshornið 37. Af tækni og útliti**
Bjarni Jónasson

463 **Ráðstefnur**

464 **Þing/lausar stöður/styrkir**

465 **Okkar á milli**

466 Sérlyfjatextar með auglýsingum

471 **Minnisblaðið**

Frágangur fræðilegra greina

Heimasíða Læknablaðsins
http://lb.icemed.is

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



Ljósm.: Spessi

Verk Spessa hér að ofan er án titils en frá árinu 1999.

Spessi (Sigurþór Hallbjörnsson) er fæddur á Ísafirði árið 1956 en nam við Akademie voor Beeldende Kunst í Hollandi. Í verkum hans fer saman sérstök næmni fyrir hverju viðfangsefni og sterk tilhneiging til að skrásetja og varðveita söguna. Hann vinnur umfangsmiklar myndaraðir og portrettmyndir hans af fólki frá heimaslóðunum á Vestfjörðum – myndaröðin Hetjur – hafa tryggt honum sess í íslensku listalífi. Líkt og oft er um ljósmyndara sem leitast við að skrásetja umhverfi sitt leitar Spessi gjarnan viðfangsefna á jaðri menningarinnar. Sjómennirnir, bændurnir og húsmæðurnar í Hetjumyndaröðinni vitna um hetjuskap hversdagslífsins og undirstrika reisn alþýðumannsins í andstöðu við hástemmt glamur og stjörnudýrkun fjölmiðlanna. Af sama toga er myndaröð hans af íslenskum bensínstöðvum sem hann sýndi á Kjarvalsstöðum og gaf út á bók. Þær sýna hlið á menningunni sem sjaldan er gaumur gefinn en sem einmitt þess vegna er merk heimild um það hvernig við lifum og hugsum nú á dögum.
Listsköpun Spessa sýnir ný viðhorf sem nú eru að ryðja sér til rúms í íslenskum listum þótt auðvitað séu þau ekki án fordæma. Á sýningum hans sést hvernig öguð vinnubrögð og skýr framsetning fara saman við ljóðræna tilfinningu fyrir mikilvægi viðfangsefnisins. Í portrettmyndunum og ekki síður í bensínstöðvamyndunum tekst honum að gefa hversdagslegu umhverfi okkar sögulega vídd og vægi. Það mætti segja að ljósmyndun Spessa sé eins konar sjónræn mannfræði, rannsókn á því hvernig sjónrænt umhverfi bæði endurspeglar og mótar sjálfskilning okkar.

Jón Proppé

Twinrix®

Samsett bóluefni gegn lifrarbólgu A og B.



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

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

Ýmsar afleiðingar þekkingar



Stefán Hjörleifsson

Yfirleitt er gengið að því sem vísu að því meira sem gert sé til að uppgötva sjúkdóma og ráða niðurlögum þeirra, þeim mun betur sé heilsu manna borgið. En líkt og einstakar læknisaðgerðir geta haft aukaverkanir má hugsa sér að vaxandi umsvif innan heilbrigðisþjónustunnar geti haft óæskilegar afleiðingar. Útgjöld til heilbrigðismála í Bandaríkjunum tvöfölduðust frá 1975 til 1995, læknum fjölgaði um 50%, hjartasérfræðingum um 120% og röntgenlæknum um 530%. Í greininni „Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. How might more be worse?" sem birt var árið 1999 í JAMA, er fjallað um óæskilegar afleiðingar af þessari þenslu. Höfundar greinarinnar, Fischer og Welch, skipta skaðlegum áhrifum þenslu í heilbrigðisþjónustu í þrjá flokka:

1. Fleiri sjúkdómsgreiningar: Aukin áhersla á að greina einstaklinga með væg sjúkdómseinkenni og einkennalaus forstig sjúkdóma getur leitt til þess að margir greinast með sýndarsjúkdóma, það er að segja sjúkdóma sem ekki hefðu verið mönnum til ama hefðu þeir ekki verið greindir. Þannig má til dæmis greina skemmdir í hnélið hjá fjórðungi ungra fullorðinna með MR-myndum, og forstig krabbameins finnst í sýnum úr brjóstum allt að 40% kvenna á fimmtugsaldri. Slíkar „sjúkdómsgreiningar" eru augljóslega kostnaðarsamar, þær valda áhyggjum og stundum oflækningum.
2. Fleiri meðferðir: Meðferð sem reynst hefur vel fyrir vel skilgreindan hóp sjúklinga við staðlaðar aðstæður í tiltekinni rannsókn kann að valda minni ávinningi og meiri skaða í höndum annarra lækna þegar henni er beint að öðrum sjúklingum, til dæmis ef þolendurnir eru langt leiddir og eiga sér litlar ævilíkur, eða ef sjúkdómurinn sem meðferðinni er beint gegn er á frumstigi.
3. Meira að gera: Hættan á mistökum eykst eftir því sem sjúkdómsgreiningum og meðferðum fjölgar og þær verða flóknari. Þegar viðamiklar upplýsingar eru fyrir hendi er erfitt að greina milli aðal- og aukaatriða, villur slæðast inn, tilviljunarkennd frávik frá tölfræðilegu meðaltali villa mönnum sýn, meðferðarárangur er ranglega metinn og svo framvegis.

Sjóddu pottur, sjóddu!

Tæknin sem við ráðum yfir elur af sér geysilegt magn upplýsinga. Samkvæmt hugsjónum manna um læknavísindin er hlutverk slíkra upplýsinga að binda endi á óvissu um hvað búi að baki þjáningu manna og veita leiðsögn um meðferð. Eins og fram kemur í grein Fischers og Welchs eru þess þó fjöldamörg dæmi að læknisfræðilegar upplýsingar flæki málin, valdi óvissu eða skaða sem jafnvel er síst skárri heldur en sú óvissa sem olli því að upplýsinganna var leitað.

Í einu af ævintýrum Grimmsbræðra segir frá stúlku sem eignaðist pott með þeirri náttúru að ef farið var með töfraþulu yfir honum sauð hann hinn vænsta graut – allt þar til hann var stöðvaður með annarri töfraþulu. Illa fór þegar móðir stúlkunnar hafði yfir fyrri töfraþuluna án þess að kunna þá síðari til að stöðva pottinn. Grauturinn flæddi látlaust upp úr pottinum eins og hann ætlaði að metta allan heiminn. Upp úr galdrapotti læknavísindanna flæðir geysilegt magn upplýsinga yfir starfsmenn heilbrigðisþjónustunnar, almenning og stjórnvöld. Vitsmunaleg yfirvegun um þá hagsmuni sem eru í húfi hverju sinni, kosti og galla á mismunandi úrræðum, getur átt í vök að verjast gagnvart upplýsingaflæðinu. Páll Skúlason heimspekingur hefur bent á að ef til vill megi líkja mikilvægasta eiginleika lækna jafnt sem heilbrigðiskerfisins í heild við siðvitið. Páll vísar til siðfræði Aristótelesar, en það var kenning hans að siðvit væri frábrugðið bókviti eða verklegri þekkingu, og þegar siðferðilegir hagsmunir væru í húfi mætti siðvitið ekki fara halloka fyrir hinu síðarnefnda. Það liggur í augum uppi að sá sem kann fræðin og handbragðið en beitir þeim ekki til góðs fyrir sjúklinginn er vondur læknir. Þótt raunveruleg mannvonska kunni að vera sjaldgæft böl getur siðblinda hlotist af því að menn leggi einhliða rækt við að þroska aðra eiginleika sína en siðvitið – jafnvel þótt það gerist í nokkurs konar nauðvörn, það er að segja til að geta innbyrt sínýjan sannleika og tileinkað sér nýjustu tækni hverju sinni. Þannig getur til dæmis hugsast að yfirþyrmandi magn upplýsinga um bakflæði, þunglyndi, beinþynningu, háþrýsting og blóðfitu dragi ekki aðeins í einstökum tilvikum úr getu einstakra lækna til að liðsinna sjúklingum, heldur torveldi mönnum jafnvel að móta skynsamlega stefnu í heilbrigðismálum. Þá væri gott að kunna töfraþuluna sem stöðvar pottinn!

Að hugsa um fleira en eitt í einu

Ef sama hugsunarhætti er beitt gagnvart upplýsingaflæðinu og gagnvart aukaverkunum af einstökum læknisaðgerðum verður ljóst að ný þekking getur verið bæði til góðs og ills, og óæskilegar afleiðingar geta birst á allt öðrum sviðum heldur en því sviði þar sem þekkingunni er beitt: Blóðþrýstingslyfið lækkar blóðþrýsting Jóns en veldur um leið svima. Með ómskoðun á 10.-12. viku meðgöngu greinast fleiri fóstur með litningagalla, en skoðunin hefur ákveðna tæknilega annmarka og veldur ákveðinni óvissu og jafnvel sálarangist meðal kvenna. Lyf gegn þunglyndi og kvíða-

Höfundur starfar sem heimilislæknir í Noregi og stundar doktorsnám um samfélagsáhrif mannerfðarannsókna á Íslandi.

röskunum gagnast fjölda sjúklinga, á hinn bóginn væru það lélegar lækningar að þagga niðri í fólki með slíkum lyfjum en aðhafast ekkert annað ef vanlíðan þess má rekja til pólitísks eða félagslegs misréttis. Þá ætti hugtakið sjúkdómsvæðing vel við því þannig myndu læknar með óbeinum hætti breiða yfir misrétti og gera fórnarlömbum þess bjarnargreiða með því að halda að þeim skammtímalausnum.

Sjúkdómsvæðing

Hugtakið sjúkdómsvæðingu (e. medicalization) má nota um það þegar lögsaga læknavísindanna eða læknisfræðilegs hugsunarháttar víkkar. Flestir líta svo á að sjúkdómsvæðing í þessum skilningi hafi í mörgum tilvikum leitt til mannúðlegri og skynsamlegri afstöðu gagnvart þeim sem minna mega sín heldur en áður á öldum. Þannig er sitthvað sem áður taldist glæpur, synd eða annars konar ónáttúra nú skilið læknisfræðilegum skilningi og meðhöndlað sem slíkt (þetta á til dæmis að meira eða minna leyti við um fíkniefnaneyslu, geðveiki og jafnvel sjálfsvíg). Á hinn bóginn er ekki tryggt að sjúkdómsvæðing sé að öllu leyti eða í öllum tilvikum til góðs. Kjarninn í „sjúkdómsvæðingargagnrýninni", sem fyrst var sett fram á skýran hátt af Ivan Illich á áttunda áratug síðustu aldar, er að með því að leggja ofurkapp á tæknilega baráttu gegn þjáningu og dauða rýri læknavísindin og heilbrigðiskerfi vestrænna þjóða getu manna til að takast sjálfir á við tilveruna. „Ólögmætir" landvinningar læknisfræðinnar í nafni baráttunnar fyrir bættri heilsu eru sagðir bitna á öðrum verðmætum og stefnumiðum sem ekki séu síður mikilvægir í mannlífinu heldur en þau sem hæst ber í heilbrigðisþjónustu.

Fyrir rúmu ári var heilt hefti tímaritsins BMJ helgað sjúkdómsvæðingu. Vaxandi afskipti læknavísindanna af ellihrumleika og ellidauða, af kynlífi og fæðingum eru meðal dæma sem rætt er um í þessu tímariti. Í inngangi eftir Richard Smith, ritstjóra tímaritsins, segir meðal annars að þótt læknum hafi þótt gagnrýni Illich fráleit á sínum tíma, hafi ýmislegt breyst á síðastliðnum aldarfjórðungi og læknum kunni nú að þykja ríkari ástæða en áður til að velta fyrir sér skaðlegum áhrifum af heilbrigðisþjónustu.

Lokaorð

Ekki verður afsannað að sjúkdómsvæðing sé skaðleg í ofangreindum skilningi með því að skírskota til hins háleita tilgangs lækninga eða benda á góðan árangur af tilteknum læknisverkum. Á hinn bóginn hafa hvorki Illich né aðrir sýnt fram á með óyggjandi hætti að læknavísindin hafi raunverulega drepið sjálfsbjargarviðleitni Vesturlandabúa í dróma né gert þá að heilbrigðis- og tæknifíklum. Erfitt er að henda reiður á þeirri þróun sem hér um ræðir – menningarheimur okkar er margslunginn og fátt í honum eingöngu svart eða hvítt. En færa má fyrir því rök – og það hefur Páll Skúlason gert ötullega – að eitt brýnasta verkefni nútímasamfélags sé að tryggja að tæknivísindum sé beitt til góðs, að mannlegir hagsmunir víki ekki fyrir hugsunarlausum tæknibrellum. Sé þetta rétt gildir þetta væntanlega um læknavísindin ekki síður en önnur vísindi, og ef svo er má líta á „sjúkdómsvæðingargagnrýnina" sem áminningu um ákveðnar öfgar sem brýnt er að varast.

Heimildir

Conrad P, Schneider JW. Deviance and medicalization. From badness to sickness. Philadelphia: Temple University press, 1992.

Getz L, Kirkengen AL. Ultrasound screening in pregnancy: advancing technology, soft markers for fetal chromosomal aberrations, and unacknowledged ethical dilemmas. Soc Sci Med 2003; 56: 2045-57.

Fisher ES, Welch HG. Avoiding the unintended consequences of growth in medical care. How might more be worse? JAMA 1999; 281: 446-53.

Hjörleifsson S. Launhelgar læknavísindanna og aukaverkanir af lækningum, Skírnir 1998; 172: 456-75.

Illich I. Limits to medicine. London: Marion Boyars, 1976.

McGuire MB. Religion, the social context. Wadsworth, 1997.

Skúlason P. Pælingar, Reykjavík: ERGO, 1987.

Smith R. Too much medicine? Almost certainly. BMJ 2002; 324: 859-60.

Strand R, Schei E. Gjør kunnskap vondt? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1502-6.



Stöðugt fleiri ofnæmissjúklingar skipta yfir í Aerius®

AERIUS® (DESLORATADIN)

virkar á öll ofnæmiseinkenni, líka nefstíflu[1,2,3]
verkun kemur fljótt fram og helst
engin slæving - engar milliverkanir
ein tafla einu sinni á dag
saft fyrir börn frá 2ja ára aldri

Clarityn (lóratadín) R/LE. Ábendingar: Ofnæmissjúkdómar, einkum ofsakláði, ofnæmiskvef og ofnæmisbólgur í nefi. Skammtar og lyfjagjöf: 10 mg einu sinni á dag. Skammtastærðir handa börnum: Börn 15 ára og eldri: 10 mg einu sinni á dag. Börn 2-14 ára: þyngd >30 kg: 10 mg einu sinni á dag,þyngd <30 kg: 5 mg einu sinni á dag. Börn 1-2 ára: þyngd 10-15 kg: 2,5 mg einu sinni á dag. Frábendingar: Ofnæmi eða óþol fyrir innihaldsefnum lyfsins. Varnaðarorð og varúðarreglur: þrátt fyrir að lyfið sé ekki merkt með varúðarþríhyrningi, sem þýðir að lyfið geti skert hæfni manna til aksturs bifreiða og/eða stjórnunar annarra véla, er ekki útilokað að það geti haft þannig áhrif á einstaka sjúklinga. Gæta þarf sérstakrar varúðar hjá börnum með alvarlega nýrna-og lifrarsjúkdóma. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi þurfa minni skammta. Mælt er með að gefa helming af ráðlögðum dagsskammti (5 mg) á dag, eða 10 mg annan hvern dag. Milliverkanir: Alkóhól eykur ekki verkun lyfsins. Sýnt hefur verið fram á í klínískum rannsóknum að styrkur lyfsins í blóðvökva hækkar ef ketakónasól, erýtrómýcín eða címetidín er gefið samtímis, en án þess að valda aukaverkunum eða breytingum á hjartarafriti. Gæta skal varúðar við gjöf lyfsins samtímis öðrum lyfjum, sem vitað er að draga úr umbroti í lifur. Hætta skal gjöf lyfsins 48 klst. áður en sjúklingur gengst undir húðofnæmispróf til að útiloka að lyfið hafi áhrif á niðurstöður prófsins. Meðganga og brjóstagjöf: Notkun lyfsins á meðgöngutíma hefur verið metin hjá dýrum og ekki hefur komið ljós að það valdi vansköpun. Ekki er vitað hvort lyfið er öruggt barnshafandi konum. Lyfið ætti einungis að nota ef gagnsemi þess fyrir móður er talin vega meira en hugsanleg hætta fyrir fóstrið. Lyfið skilst út í brjóstamjólk í óverulegu magni og er talið ólíklegt að lyfjaáhrifa gæti hjá barni við venjulega skömmtun lyfsins. Aukaverkanir: Munnþurrkur, ófuðverkur. Sjaldgæfari aukaverkanir eru svimi, hraður hjartsláttur, ógleði, útbrot, depurð og truflun á tíðum. Skráð hafa verið nokkur tilvik af hárlosi, bráðaofnæmi og afbrigðilegri lifrarstarfsemi. Pakkningar og hámarks smásöluverð jan 03: Freyðitöflur 10 mg: 10 stk. (þynnupakkað) (L): 996 kr Mixtúra 1 mg/ml: 100 ml (L): 996 kr. Töflur 10 mg: 10 stk. (þynnupakkað) (L): 843 kr, 30 stk (þynnupakkað): 2274 kr, 100 stk. (þynnupakkað): 5639 kr. Handhafi markaðsleyfis: Schering-Plough Europe, Rue de Stalle 73, B1180 Brussel, Belgíu. Umboðsaðili á Íslandi: Ísfarm ehf. Lyngháls 13, 110 Reykjavík.

Aerius (deslóratadín) töflur 5 mg (filmuhúðaðar); R E

Ábendingar: Aerius er ætlað að draga úr einkennum árstíðabundins ofnæmisnefkvefs og langvinns ofsakláða af óþekktum toga. Skammtar og lyfjagjöf: Fullorðnir og unglingar (12 ára og eldri): 1 tafla einu sinni á dag með eða án máltíðar. Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna, eða fyrir lóratadíni. Varnaðarorð og varúðarreglur: Upplýsingar um verkun og öryggi Aerius taflna hjá börnum undir 12 ára aldri eru ekki fyrir hendi. Aerius ætti að nota með varúð við alvarlega nýrnabilun. Milliverkanir: Engar klínískar milliverkanir sem hafa þýðingu hafa komið í ljós í klínískum rannsóknum á Aerius töflum þar sem azithromycin, erythromycin eða ketoconazol var gefið samtímis. Í klínískri rannsókn þar sem Aerius töflur voru teknar samtímis alkóhóli jókst ekki slævandi verkun alkóhóls. Meðganga og brjóstagjöf: Í dýrarannsóknum sáust engin merki þess að desloratadin valdi vansköpun eða stökkbreytingum. þar sem engar klínískar upplýsingar eru til um notkun deslóratadíns á meðgöngu, hefur ekki verið sýnt fram á að óhætt sé að nota Aerius á meðgöngutíma. Aerius skal ekki nota á meðgöngu nema ef gagnsemi þess er talin vega meira en áhættan. Deslóratadín skilst út í brjóstamjólk, þess vegna er notkun Aerius ekki ráðlögð konum með barn á brjósti. Akstur og stjórnun vinnuvéla: Aerius hefur engin eða óveruleg áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. Aukaverkanir: Eftir ráðlagðan skammt af Aerius voru aukaverkanir skráðar hjá 3% fleiri sjúklingum en hjá þeim sem voru meðhöndlaðir með lyfleysu. Algengustu aukaverkanir sem skýrt var frá umfram lyfleysu voru: þreyta, munnþurrkur og höfuðverkur. Pakkningar og hámarks smásöluverð mars 03: 10 stk. (þynnupakkað) 898 kr.; 30 stk. (þynnupakkað) 2.400 kr; 100 stk. (þynnupakkað) 5.962 kr. Handhafi markaðsleyfis: Schering-Plough Europe, Rue de Stalle 73, B1180 Brussel, Belgíu. Umboðsaðili á Íslandi: Ísfarm ehf. Lyngháls 13, 110 Reykjavík. Sjá nánari upplýsingar í lyfjatextum á heimasíðu Lyfjastofnunar www.lyfjastofnun.is Heimildir: 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.

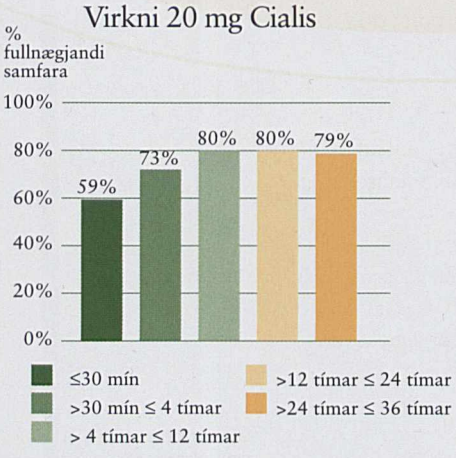
ÍSFARM ehf.
ICEPHARM Ltd.

Schering-Plough A/S

MA 009-01



Nýr valkostur
í meðferð við ristruflunum



Í klínískum rannsóknum á lyfinu kom fram:

81% fengu betri stinningu

75% af samförum voru fullnægjandi

Einstaklingar sem tóku 20 mg af Cialis sýndu tölfræðilega marktæka bót á stinningu og getu til að stunda kynlíf allt frá 16 mínútum upp í 36 tíma eftir inntöku. Taka má Cialis án tillits til máltíða og neyslu áfengis.

Heimildir: 1)Samantekt um eiginleika Cialis
2)Journal of Urology, vol 168, No 4 October 2002 Brock et al.

200303

Cialis™ (tadalafil)

Lilly

Eli Lilly · Útibú á Íslandi · Brautarholti 28 · pósthólf 5285
125 Reykjavík · Sími 520 3400, fax 520 3401 · www.lilly.com

Lyfjatexti á bls. 466

með fullri reisn
þegar það hentar

Nýtt segavarnarlyf eftir 50 ár

Sportif III rannsóknin



Árni Kristinsson

Vestur-Íslendingar ræktuðu steinsmára til jarðbóta um næstsíðustu aldamót eins og sumir landar nota lúpínu nú til dags. Sumir settu smárann í súrhey, gáfu hann nautpeningi og uppskáru blæðingar í skepnunum. Orsökin reyndist vera lækkun á próthrombíni vegna myndunar dicoumaróls í súrheyinu. Þetta leiddi til framleiðslu warfarins í rannsóknarstofu eftir lok síðari heimsstyrjaldar og var það notað til að útrýma nagdýrum. Skömmu síðar sannaði náungi nokkur ágæti efnisins til blóðþynningar þegar hann reyndi að fyrirfara sér með því að taka inn risaskammt af efninu. Síðustu hálfa öld hafa Íslendingar fengið fyrst dicoumaról og síðan warfarin í síauknum mæli til blóðsegavarna gegn heilaslögum og alls konar segareki í kjölfar ýmissa sjúkdóma.

Warfarin hemur áhrif K-vítamíns í lifur og kemur þannig í veg fyrir framleiðslu ýmissa storkuþátta. Það tekur þrjá til fimm daga að ná fullum áhrifum og þau hverfa á jafnlöngum tíma. Skammtar eru mjög einstaklingsbundnir, mæla þarf áhrifin jafnaðarlega og fjöldi lyfja hefur milliverkanir við lyfið. Blæðingar vegna þess eru tíðar og ósjaldan alvarlegar, jafnvel banvænar, og loks getur warfarin valdið fósturvanskapnaði eða dauða. Ekki mundi nýtt lyf með þvílíka eiginleika fást skráð á bækur lyfjayfirvalda nú til dags.

Það var því með miklum létti að við læknar á Landspítala þáðum að taka þátt í rannsókn á nýju segavarnarlyfi, ximelagatran, sem lofað hafði góðu í rannsóknum á sjúklingum með bláæðabólgur og eftir bæklunarskurðaðgerðir (METHRO II) (1).

Ximelagatran umbrýst eftir inntöku í melagatran sem er beinn thrombín hemill, umbrotnar sjálft ekki neitt og útskilst að mestu í nýrum. Það hefur því engar þekktar milliverkanir við önnur lyf og munur á áhrifamætti milli einstaklinga er aðeins 10-20%.

Rannsóknarspurningin í SPORTIF III er: Getur ximelagatran fækkað öllum heilaslögum og segareki til jafns við warfarin hjá sjúklingum með gáttatif? Auk þess var gætt að tíðni ýmissa annarra áfalla og að sjálfsögðu blæðinga. Rannsóknin er fjölþjóða, handahófsröðuð, opin með blinduðu mati á endapunktum en tvíblind í Bandaríkunum og Kanada og nefnist þar SPORTIF V. Þátttakendur urðu að hafa staðfest gáttatif tvisvar árið fyrir skráningu í rannsóknina og auk þess einn áhættuþátt fyrir heilaslagi. Þeir urðu 3407, þar af 28 á Landspítala, og var fylgt eftir í 17 mánuði að meðaltali.

Helstu niðurstöður rannsóknarinnar eru þær að 40 (1,6% árlega) fengu heilaáfall eða annað segarek ef þeim var úthlutað ximelagatran en 56 (2,3% árlega) ef þeir áttu að taka warfarin (intention to treat). Ef aðeins eru teknir þeir sem fylgdu upphaflegri áætlun (on treatment) eru tölurnar fyrir ximelagatran 29 (1,3% árlega) og 52 (2,2% árlega) fyrir warfarin, marktækur munur, p gildi=0,018.

Færri fengu blæðingar af einhverju tagi í ximelagatran hópnum, 25,5% á móti 29,5% hjá hinum, p gildi = 0,007, en tíðni alvarlegra blæðinga var svipuð hjá báðum.

Undanfarinn áratug hefur okkur læknum verið ljós hættan á heilaáföllum og segareki hjá fólki með gáttatif. Sú hætta hefur verið því háskalegri sem sjúklingarnir hafa verið eldri og veikari, en einmitt þeim sem áttu erfiðara með að koma reglulega til eftirlits var hættara við að ruglast í inntöku segavarnarlyfja og máttu þar með frekar búast við blæðingum. Þess vegna létum við stundum duga að gefa þannig sjúklingum acetýlsalicýlsýru, vissulega með vondri samvisku, vitandi að warfarin væri betra, en hvorki væri hægt að treysta lyfjatöku né eftirliti með blóðmælingum.

Loks er komið nýtt segavarnarlyf sem er að minnsta kosti jafngott og líklegast betra en warfarin. Það krefst ekki reglulegra blóðmælinga, engra skammtabreytinga og veldur færri blæðingum. Allir taka sama skammt, ungir sem aldnir, magrir sem miklir. Þetta er gleðiefni fyrir alla gáttatifssjúklinga, sérstaklega þá sem mest þurfa á virkri segavörn að halda, en hafa ekki fengið hana vegna þess hve notkun warfarins er vandasöm.

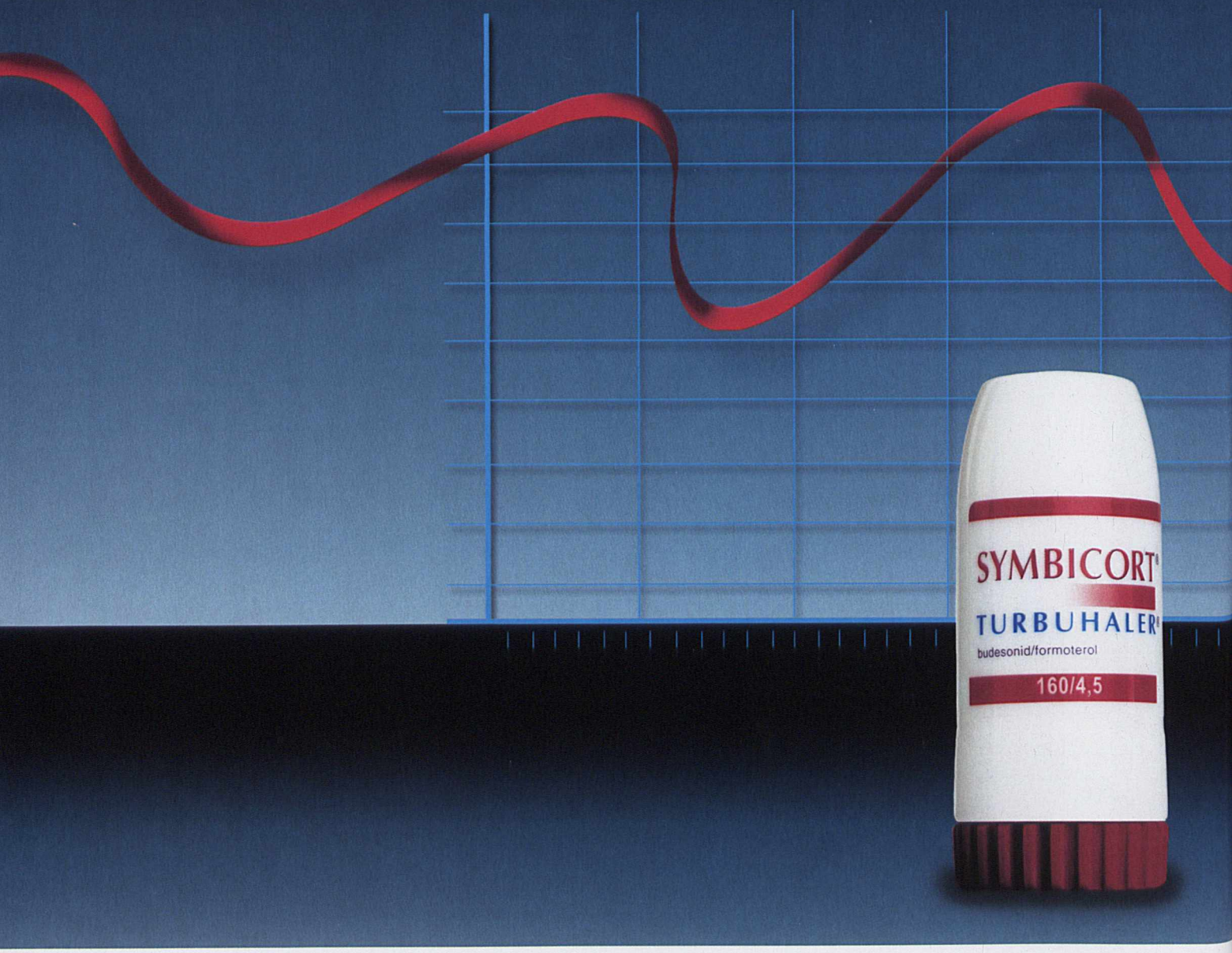
Höfundur er yfirlæknir Landspítala Hringbraut, dósent við læknadeild HÍ. Stjórnandi SPORTF III rannsóknarinnar á Íslandi.

Aðrir rannsakendur á Íslandi voru Axel F. Sigurðsson, Inga Björnsdóttir, Magnús Karl Pétursson og Stefanía Snorradóttir.

Heimildir

1. Eriksson BI, Bergqvist D, Kälebo P, Dahl OE, Lindbratt S, Bylock A, et al. Ximelagatran and melagatran compared with dalteparin for prevention of venous thromboembolism after total hip or knee replacement: the METHRO II randomised trial. Lancet 2002; 360: 1441-7.

Sjálfsvald á sveiflum astma



EFLIR / HNOTSKÓGUR AZ 602-03

AstraZeneca Umboðsaðili: PharmaNor hf. • Sími 535 7000 • Fax 565 6485 • pharmanor@pharmanor.is • www.pharmanor.is
Lyfjatexti á bls. 467



SYMBICORT®

Allt í einu - sniðið að þínum þörfum

NÝTT í kólesteról meðferð

ÖFLUG KÓLESTERÓLLÆKKUN MEÐ TVÍHLIÐA HÖMLUN



NÝTT
EZETROL™
og statín

BETRI SAMAN!

Lyfjatexti á bls. 467

MSD Schering-Plough

Umboðsaðili MSD á Íslandi:
Farmasía ehf.

4079 Prenttækni

Hið ófullkomna jöfnunartæki: Afsláttarkort og komugjöld í íslenska heilbrigðiskerfinu

Rúnar Vilhjálmsson[1]
FÉLAGSFRÆÐINGUR

Guðrún V. Sigurðardóttir[2]
FÉLAGSFRÆÐINGUR

Ágrip

Inngangur: Athuganir benda til að bein útgjöld sjúklinga hérlendis og í öðrum löndum Vestur-Evrópu hafi aukist á undanförnum árum og að nokkurs ójöfnuðar gæti í aðgengi að þjónustu. Í því skyni að halda niðri beinum útgjöldum sjúklinga og jafna aðgengi að læknisþjónustu hafa íslensk heilbrigðisyfirvöld um árabil gefið sjúklingum kost á afslætti af komugjöldum með útgáfu afsláttarkorts.

Tilgangur: Markmið rannsóknarinnar var að kanna dreifingu komugjalda og afsláttarkorts, og í hvaða mæli afsláttarkortið ratar til þeirra sem rétt eiga á því.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin byggir á gögnum úr könnununum Heilbrigði og lífskjör Íslendinga I og II. Tekið var tilviljunarúrtak 18-75 ára einstaklinga úr þjóðskrá. Svarendur í fyrri könnuninni voru 1924 (69% heimtur) en af þeim svöruðu 1592 (83%) einnig þeirri síðari. Krosstöflugreining var notuð til að kanna tengsl komugjalda og afsláttarkorts við bakgrunnsþætti.

Niðurstöður: Tæp 20% þátttakenda höfðu safnað upp komugjöldum frá upphafi árs sem gáfu rétt á afsláttarkorti, en talsverður munur var á hlutfallinu milli þjóðfélagshópa. Afsláttarkortið kemst illa til skila eins og sést á því að einungis 45,7% þeirra sem rétt áttu á kortinu höfðu það undir höndum. Þessi vanhöld voru mest meðal yngra fólks, foreldra ungra barna, einstaklinga á stærri heimilum, fólks í fullu starfi og þeirra sem höfðu meiri menntun og tekjur.

Ályktun: Tilgangur afsláttarkorts vegna komugjalda er að halda niðri og jafna útlagðan kostnað sjúklinga vegna læknisþjónustu og auðvelda aðgengi að þjónustu. Tilgangnum er aðeins að takmörkuðu leyti náð vegna þess að minnihluti þeirra sem rétt eiga á afsláttarkorti hefur það undir höndum. Þetta skýrist að miklu leyti af því að stjórnvöld hafa gert lítið til að kynna kortið og gera sjúklingum erfitt að nálgast það.

[1]Hjúkrunarfræðideild og [2]Félagsvísindadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Rúnar Vilhjálmsson, Háskóla Íslands, Eirbergi, Eiríksgötu 34, 101 Reykjavík. *runarv@hi.is*

Lykilorð: *afsláttarkort, komugjöld, aðgengi að þjónustu.*

Inngangur

Í félagslegum heilbrigðiskerfum (socialized health system), svo sem á Norðurlöndum og Bretlandseyjum, er heilbrigðisþjónustan skipulögð, fjármögnuð og rekin að stærstum hluta af hinu opinbera sem almenningsþjónusta (1). Félagsleg heilbrigðiskerfi byggja á því megin markmiði að þegnarnir hafi jafnan og greiðan aðgang að þjónustunni. Þetta er undirstrikað í 1. grein laga um heilbrigðisþjónustu á Íslandi nr. 97 frá 1990 þar sem segir meðal annars að allir landsmenn skuli eiga kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita (2).

ENGLISH SUMMARY

Vilhjálmsson R, Sigurðardóttir GV

The imperfect equalizing device: Physician care discount cards and physician care out-of-pocket costs in Iceland

Læknablaðið 2003; 89: 387-92

Introduction: Research shows that out-of-pocket health care costs in Iceland and other Western European countries have increased in recent years, and unequal access to health services has been documented. In an attempt to contain out-of-pocket-costs and avoid service inequities, Icelandic health authorities have for a number of years issued health care discount cards.

Objective: The purpose ot the study was to investigate the distribution of out-of-pocket physician costs and discount cards, and the extent to which the cards reach those who are entitled to them.

Material and methods: The study is based on a national panel survey titled Health and Living Conditions in Iceland. A random sample of 18-75 year olds was drawn from the National Register. 1924 respondents participated in the first wave (69% response rate) and 1592 of them (83%) in the second wave. Cross-tabular analysis was used to investigate variations in out-of-pocket physician costs and discount card status across sociodemographic groups.

Results: 19.9% of the respondents had accumulated out-of-pocket costs that made them eligible for a discount card. Furthermore, there was considerable variation in the percentage of eligible individuals across population groups. The discount card was poorly distributed, as only 45.7% of eligible individuals had actually obtained a card. This lack of coverage was greatest among younger individuals, parents of young children, individuals in larger households, the full-time employed, and those who had more education and income.

Conclusions: The purpose of the discount card is to even out and contain out-of-pocket physician care costs, and sustain equal access to physician services. The purpose is no more than partially reached, as only a minority of eligible individuals are actual cardholders. This can be largely explained by the fact that health authorities have done little to promote the card, and make it cumbersome for patients to obtain it.

Key words: *discount card, out-of-pocket physician costs, access to services.*

Correspondence: Rúnar Vilhjálmsson, *runarv@hi.is*

Jafnframt segir í markmiði 17 í tillögu til þingsályktunar um íslenska heilbrigðisáætlun frá 1988 (3) og í kafla 4.2. í nýlegri heilbrigðisáætlun til ársins 2010 (4) að þegnar samfélagsins skuli hafa „jafnan aðgang" eða „auðvelt og sem jafnast" aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Engu að síður hefur þátttaka sjúklinga í kostnaði heilbrigðisþjónustunnar hérlendis og í öðrum löndum Vestur-Evrópu aukist á undanförnum árum (5, 6). Því hafa vaknað spurningar um hvort aðgangur að heilbrigðisþjónustunni sé í reynd jafn eða (í vaxandi mæli) ójafn. Niðurstöður nýlegra erlendra rannsókna benda til nokkurs ójöfnuðar í aðgengi hópa að þjónustu, jafnvel í félagslegu heilbrigðiskerfunum (7). Þá benda aðrar rannsóknir til að aukin kostnaðarhlutdeild sjúklinga og lakari tryggingastaða fækki læknaheimsóknum og spítalainnlögnum, og auki líkur á frestun eða niðurfellingu heimsóknar til læknis þó svo að þörf sé talin á heimsókninni (8-11). Nýleg innlend rannsókn á grundvelli landskönnunar sem framkvæmd var í samstarfi Háskóla Íslands og Landlæknisembættisins leiddi í ljós að kostnaður var önnur algengasta ástæða frestana einstaklinga á læknisþjónustu sem þeir töldu þörf á (31% frestana), næst á eftir verkefnabindingu (það er, að hafa ekki tíma til að leita læknis vegna annarra verkefna) (45% frestana). Í sömu rannsókn kom í ljós að það var einkum yngra fólk (18-24 ára), einhleypir og fráskildir, og tekjulágt fólk sem frestaði eða felldi niður ferð til læknis af kostnaðarástæðum (12).

Í samræmi við ákvæði heilbrigðisþjónustulaga og heilbrigðisáætlana um auðvelt og sem jafnast aðgengi landsmanna að heilbrigðisþjónustu hafa íslensk stjórnvöld um árabil leitast við að halda niðri og jafna kostnað sjúklinga vegna læknisþjónustu með útgáfu afsláttarkorts (afsláttarskírteinis) er veitir sjúklingum afslátt af komugjöldum. Samkvæmt reglugerð um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu (13) eiga sjúklingar rétt á afsláttarkorti þegar samanlögð komugjöld þeirra frá upphafi árs hafa náð tilteknum mörkum. Almenn mörk afsláttarkorta hækkuðu þann 1. júlí 2001 úr 12.000 krónum í 18.000 krónur. Með framvísun afsláttarkorts lækka almenn gjöld sjúklinga í hverri komu og verða sambærileg við gjöld aldraðra og öryrkja án afsláttar. (Sérstakar reglur gilda um afsláttarkort aldraðra, öryrkja og barna.) Þá geta sjúklingar fengið afturvirka endurgreiðslu frá Tryggingastofnun á samanlögðum komugjöldum umfram viðmiðunarmörkin, þótt þeir hafi ekki haft afsláttarkort, en sú endurgreiðsla nemur þó aðeins 2/3 af endurgreiðslu samkvæmt afsláttarkorti (14).

Lítið er vitað um nýtingu afsláttarkortsins hérlendis eða áhrif þess á notkun læknisþjónustu. Upplýsingar frá Tryggingastofnun ríkisins benda þó til slakrar nýtingar kortsins. Á árinu 1998 nam endurgreiðsla stofnunarinnar vegna afsláttarkortsins aðeins 83 milljónum, lækkaði í 63 milljónir árið 2000, en fór í 75 milljónir 2001 (15). Í nýlegri rannsókn Rúnars Vilhjálmssonar og fleiri á aðgengi fullorðinna Íslendinga að læknisþjónustu kom í ljós að þeir sem höfðu afsláttarkort undir höndum frestuðu síður ferð til læknis en aðrir (16). Að því marki sem menn hafa afsláttarkortið undir höndum virðist það virka í þá átt sem stjórnvöld gera ráð fyrir.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna í hvaða mæli fullorðnir Íslendingar hefðu uppsöfnuð komugjöld vegna læknisþjónustu yfir viðmiðunarmörkum afsláttarkorts, hve margir hefðu afsláttarkort, og hve margir ættu rétt á afsláttarkorti en hefðu ekki. Athygli var sérstaklega beint að muni á komugjöldum og nýtingu afsláttarkorts eftir þjóðfélagshópum.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin er byggð á gögnum úr heilbrigðiskönnununum Heilbrigði og lífskjör Íslendinga I og II. Fyrri könnunin fór fram á tímabilinu frá september til nóvember árið 1998 og sú síðari á sama tíma ári síðar (12). Kannanirnar fóru fram undir stjórn dr. Rúnars Vilhjálmssonar, prófessors, í samstarfi við Ólaf Ólafsson, fyrrverandi landlækni, dr. Jóhann Á. Sigurðsson, prófessor, og dr. Tryggva Þór Herbertsson, dósent. Þátttakendur voru íslenskir ríkisborgarar, búsettir á Íslandi, á aldrinum 18-75 ára sem voru valdir með tilviljunaraðferð úr þjóðskrá. Framkvæmd kannananna byggðist á svonefndri heildaraðferð (Total Design Method), er tekur til hönnunar spurningalista, bréfa og umslaga, og útsendingar og innheimtu spurningalista. Aðferðin hefur reynst mun betri en eldri aðferðir og hafa heimtur almennt verið góðar (12, 17-20).

Alls skiluðu 1924 útfylltum spurningalista í fyrri könnuninni og voru heimtur í heild 69%. 1592 (83%) af svarendum fyrri könnunarinnar svöruðu einnig þeirri síðari. Lýðfræðileg samsetning svarendahóps og þýðis reyndist mjög áþekk sem bendir til þess að svarendahópurinn endurspegli þýðið almennt vel. Svörun var þó hærri meðal kvenna en karla, og íbúa á landsbyggðinni en íbúa á höfuðborgarsvæðinu. Svör þátttakenda voru því vegin eftir búsetu og kynferði svo svarendahópurinn endurspeglaði þýðið betur (17). Tölvunefnd (nú Persónuvernd) og Vísindasiðanefnd veittu leyfi fyrir framkvæmd kannananna.

Háðar breytur rannsóknarinnar varða afsláttarkort og uppsöfnuð komugjöld og byggja á eftirfarandi spurningum sem lagðar voru fyrir í seinni könnuninni (1999): *Hefur þú fengið afsláttarkort frá Tryggingastofnun vegna kostnaðar við notkun þína á læknisþjónustu á þessu ári (1999)?* (já, nei). *Hver áætlar þú að hafi verið kostnaður vegna notkunar þinnar á læknisþjónustu það sem af er þessu ári (1999)?* Útfrá svörum við seinni spurningunni var greint milli þeirra sem safnað höfðu upp komugjöldum sem gáfu rétt á afsláttarkorti á þeim tíma er könnunin fór fram

haustið 1999, og hinna sem greitt höfðu minna vegna læknisþjónustu (viðmiðunarmörk afsláttarkorts voru 12.000 krónur hjá fullorðnum almennt, en 3000 krónur hjá lífeyrisþegum).

Í rannsókninni voru könnuð tengsl afsláttarkorts og uppsafnaðra komugjalda við eftirfarandi bakgrunnsbreytur sem aflað var upplýsinga um í fyrri könnuninni: Kynferði (karl, kona), aldur (í sex árabilum), hjúskaparstöðu (gift(ur)/í sambúð, í föstu sambandi/einhleyp(ur), fráskilin(n), ekkja/ekkill), foreldrastöðu (barn yngra en 5 ára, ekki barn yngra en 5 ára), fjölda heimilismanna, atvinnustöðu (ekki í starfi, í hlutastarfi, í fullu starfi), námsstöðu (í skóla, ekki í skóla), atvinnuleysi (atvinnulaus nú, ekki atvinnulaus nú), búsetu (höfuðborgarsvæði, landsbyggð), menntun (grunnskóla-, gagnfræða-, eða landspróf, sérskóla- eða stúdentspróf, háskólastigspróf), og tekjur (heildarárstekjur einstaklings í krónum árið 1997) (0-1499 þúsund, 1,5-3,2 milljónir, 3,3 milljónir eða meira).

Við úrvinnslu gagna var notast við tölfræðiforritið SPSS. Með hjálp krosstaflna (cross-tabulation) voru könnuð tengsl hárra komugjalda og afsláttarkorta við bakgrunnsþætti. Marktækni var metin með kí-kvaðrat prófi.

Tafla I. *Hlutfall einstaklinga með komugjöld yfir viðmiðunarmörkum afsláttarkorts, eftir þjóðfélagshópum.*

Breyta	%	n_i/n_k
Kynferði		
Karl	19,1	147/769
Kona	20,7	158/764
Aldur		
18-24	11,7	29/246
25-34	10,7	36/341
35-44	16,5	57/347
45-54	24,2	63/258***
55-64	26,8	49/182
65 og eldri	44,9	71/158
Hjúskaparstaða		
Gift(ur)/sambúð	20,3	217/1071
Einhleyp(ur)	14,9	50/336
Fráskilin(n)	28,8	20/69***
Ekkja/Ekkill	45,3	17/38
Foreldrastaða		
Barn < 5 ára	10,8	38/350
Ekki barn < 5 ára	22,7	267/1175***
Fjöldi heimilismanna		
1	28,8	35/121
2	28,6	108/378
3-4	15,3	105/683***
5 eða fleiri	16,2	57/351
Atvinnustaða		
Ekki á vinnumarkaði	38,5	76/197
Hlutastarf	16,9	63/376***
Fullt starf	17,2	165/959
Námsstaða		
Í skóla	18,0	43/239
Ekki í skóla	19,1	224/1171
Atvinnuleysi		
Atvinnulaus nú	25,3	15/59
Ekki atvinnulaus nú	18,0	238/1321
Búseta		
Höfuðborgarsvæðið	21,5	206/956
Landsbyggð	17,2	99/577*
Menntun		
Grunnskóla-, gagnfræða- eða landspróf	20,4	78/383
Sérskóla- eða stúdentspróf	21,2	174/824
Háskólastigspróf	15,8	44/278
Heildartekjur einstaklings		
0-1499 þúsund	20,0	132/658
1,5-3,2 miljónir	17,4	93/534
3,3+ miljónir	15,2	19/127

* p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; kí-kvaðrat próf

Niðurstöður

Í heild reyndust 19,9% úrtaksins hafa safnað upp komugjöldum á árinu (1999) sem gáfu rétt á afsláttarkorti (≥12 þúsund krónur fyrir fullorðna og ≥3 þúsund krónur fyrir lífeyrisþega). Af þeim sem áttu rétt á afsláttarkorti voru aðeins 45,7% með kortið. Töflur I-III sýna nánar hvernig hlutföll komugjalda og afsláttarkorts skiptust eftir þjóðfélagshópum.

Tafla I sýnir hlutfall einstaklinga í einstökum hópum sem höfðu safnað upp komugjöldum er gáfu rétt á afsláttarkorti. Munur kom fram eftir aldri og var eldra fólk (65 ára og eldra) langoftast yfir viðmiðunarmörkum afsláttarkorts (45%), en þeir sem voru í yngstu aldurshópunum (18-34 ára) höfðu lægsta hlutfallið. Einnig reyndist munur eftir hjúskaparstöðu, því einhleypir höfðu sjaldnast komugjöld yfir mörkunum, en ekkjufólk langoftast. Þá var meira um að komugjöld færu yfir mörkin hjá einstaklingum á fámennari heimilum og þeim sem ekki höfðu fyrir ungum börnum að sjá. Fólk sem ekki var á vinnumarkaði var einnig frekar með komugjöld yfir mörkunum en þeir sem höfðu vinnu. Loks sýnir taflan að komugjöld höfuðborgarbúa fóru oftar yfir mörkin en landsbyggðarfólks.

Tafla II sýnir hlutfall einstaklinga sem höfðu afsláttarkort eftir þjóðfélagshópum. Munur reyndist vera milli aldurshópa og var kortið langalgengast meðal eldra fólks (65 ára og eldra) (40,4%), en fátíðast meðal yngstu aldurshópanna (18-34). Hvað hjúskaparstéttir varðar var afsláttarkortið algengast meðal ekkjufólks (37,3%), en fátíðast meðal einhleypra (7,1%). Foreldrar ungra barna voru mun sjaldnar en aðrir með kortið (2,2%). Jafnframt var minna um kortahald á stærri heimilum. Þá var samband milli afsláttarkorts og atvinnustöðu. Þeir sem ekki voru á vinnumarkaði voru oftast með kort (29,9%), en þeir sem voru í fullu starfi sjaldnast (6,5%). Jafnframt var munur eftir námsstöðu því skólafólk var síður með afsláttarkort en aðrir (4,6%). Þá voru atvinnulausir mun frekar með afsláttarkort en þeir sem ekki voru atvinnulausir (30,4%). Þeir sem höfðu minnsta menntun voru frekar með afsláttarkort en þeir sem meiri menntun höfðu. Loks voru

Tafla II. *Hlutfall einstaklinga með afsláttarkort eftir þjóðfélagshópum.*

Breyta	%	n_i/n_k
Kynferði		
Karl	9,8	77/785
Kona	11,4	89/782
Aldur		
18-24	3,3	8/250
25-34	2,1	7/343
35-44	6,9	24/346
45-54	8,1	21/266***
55-64	19,0	36/189
65 og eldri	40,4	70/172
Hjúskaparstaða		
Gift(ur)/sambúð	10,3	112/1093
Einhleyp(ur)	7,1	24/340
Fráskilin(n)	17,0	12/69***
Ekkja/Ekkill	37,3	17/44
Foreldrastaða		
Börn yngri en 5	2,2	8/348
Ekki börn yngri en 5	13,0	157/1210***
Fjöldi heimilismanna		
1	19,7	25/126
2	20,0	79/396
3-4	5,9	41/689***
5 eða fleiri	6,0	22/356
Atvinnustaða		
Ekki á vinnumarkaði	29,9	60/202
Hlutastarf	10,9	42/387***
Fullt starf	6,5	64/978
Námsstaða		
Í skóla	4,6	10/217
Ekki í skóla	10,1	127/1255**
Atvinnuleysi		
Atvinnulaus nú	30,4	20/67
Ekki atvinnulaus nú	7,9	110/1389***
Búseta		
Höfuðborgarsvæði	11,0	107/976
Landsbyggð	9,9	59/591
Menntun		
Grunnskóla-, gagnfræða- eða landspróf	14,0	55/391
Sérskóla- eða stúdentspróf	9,4	80/844*
Háskólastigspróf	7,4	21/279
Heildartekjur einstaklings		
0-1499 þúsund	11,4	76/666
1,5-3,2 miljónir	6,0	32/543**
3,3+ miljónir	6,1	8/131

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ** $p < 0,001$; kí-kvaðrat próf

Tafla III. *Hlutfall einstaklinga með rétt á afsláttarkorti sem höfðu ekki kort, eftir þjóðfélagshópum.*

Breyta	%	n_i/n_k
Kynferði		
Karl	56,7	83/147
Kona	52,0	82/158
Aldur		
18-24	75,2	22/29
25-34	83,1	30/36
35-44	60,4	35/57
45-54	69,5	44/63***
55-64	30,4	15/49
65 og eldri	29,0	21/71
Hjúskaparstaða		
Gift(ur)/sambúð	55,6	121/217
Einhleyp(ur)	59,4	30/50
Fráskilin(n)	53,7	11/20
Ekkja/Ekkill	23,5	4/17
Foreldrastaða		
Börn yngri en 5	79,6	30/38
Ekki börn yngri en 5	50,7	135/267***
Fjöldi heimilismanna		
1	44,1	15/35
2	38,8	42/108
3-4	64,9	68/105**
5 eða fleiri	70,3	40/57
Atvinnustaða		
Ekki á vinnumarkaði	32,1	24/76
Hlutastarf	46,4	29/63***
Fullt starf	67,5	112/165
Námsstaða		
Í skóla	68,2	29/43
Ekki í skóla	55,0	123/224
Atvinnuleysi		
Atvinnulaus nú	53,8	8/15
Ekki atvinnulaus nú	58,6	140/238
Búseta		
Höfuðborgarsvæði	54,7	112/206
Landsbyggð	53,3	53/99
Menntun		
Grunnskóla-, gagnfræða- eða landspróf	43,3	34/78
Sérskóla- eða stúdentspróf	60,2	105/174*
Háskólastigspróf	55,4	24/44
Heildartekjur einstaklings		
0-1499 þúsund	48,1	63/132
1,5-3,2 miljónir	72,5	67/93**
3,3-5,1 miljónir	65,2	13/19

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; ** $p < 0,001$; kí-kvaðrat próf

þeir tekjulægstu frekar með afsláttarkort en hinir tekjuhærri.

Tafla III sýnir hve vel eða illa afsláttarkort vegna komugjalda komust til skila eftir þjóðfélagshópum. Nánar tiltekið sýnir taflan hve hátt hlutfall einstaklinga höfðu ekki afsláttarkort þó þeir ættu rétt á því (það er, hefðu komugjöld yfir viðmiðunarmörkum). Sérstaka athygli vekur að í langflestum hópum var meirihlutinn án afsláttarkorts. Jafnframt var talsverður munur milli hópa. Yngri einstaklingar (18-34 ára) voru oftar en hinir eldri án afsláttarkorts þegar komugjöld voru yfir viðmiðunarmörkum (75-83% án korts). Munur var einnig eftir hjúskaparstöðu.

Einhleypir voru oftast án afsláttarkorts þegar komugjöld voru yfir mörkunum (59,4%), en ekkjur og ekklar sjaldnast. Þá voru foreldrar ungra barna mun frekar en aðrir án afsláttarkorts þegar komugjöld voru yfir mörkunum (79,6%). Vanhöld af þessu tagi voru meiri eftir því sem heimilin voru stærri. Þá kom í ljós að kortið skilaði sér lakar til einstaklinga í fullu starfi (67,5% án korts) en þeirra sem voru í hlutastarfi eða utan vinnumarkaðar. Loks sýnir taflan að vanhöldin voru meiri hjá þeim sem höfðu hærri tekjur eða einhverja framhaldsmenntun, en hinum minna menntuðu og tekjulægri.

Umræða

Útgáfa afsláttarkorta er mikilvægur liður í viðleitni stjórnvalda til að halda niðri og jafna útlagðan kostnað sjúklinga vegna læknisþjónustu og auðvelda aðgengi að þjónustu óháð félags- eða efnahagslegri stöðu (2-4). Rannsóknin leiðir í ljós talsverðan mun á komugjöldum og rétti til afsláttarkorts milli þjóðfélagshópa. Mest var um að komugjöld væru yfir viðmiðunarmörkum afsláttarkorts hjá eldra fólki og ekkjufólki, enda viðmiðunarmörk almennt lægri hjá þeim en öðrum fullorðnum og læknaheimsóknir fleiri. Þá var meira um að komugjöld væru yfir mörkunum hjá þeim sem ekki annast ung börn, eru á minni heimilum, eru ekki á vinnumarkaði, eða búa á höfuðborgarsvæðinu. Afsláttarkortið kemst illa til skila eins og sést á því að einungis 45,7% þeirra sem rétt áttu á kortinu höfðu það undir höndum. Vanhöldin voru mest meðal yngra fólks (<35 ára), foreldra ungra barna, einstaklinga á stærri heimilum, einstaklinga í fullu starfi, og einstaklinga með meiri menntun og tekjur. Þessar niðurstöður eru í samræmi við þá staðreynd að endurgreiðslur Tryggingastofnunar vegna afsláttarkorta námu einungis 75 milljónum á árinu 2001, eða 8 milljónum króna lægri upphæð en árið 1998, þrátt fyrir hækkanir á komugjöldum sjúklinga á tímabilinu (6, 15). Misbrestur á notkun afsláttarkorts er áhyggjuefni þar eð kostnaður sjúklinga hérlendis vegna heilbrigðisþjónustu er orðinn verulegur (20), kostnaður er önnur algengasta ástæðan sem Íslendingar nefna fyrir frestun á læknisheimsókn (12) og þeir sem ekki hafa afsláttarkort undir höndum fresta frekar för til læknis en aðrir (16). Það er þó dálítil bót í máli að afsláttarkortið skilar sér til meirihluta eldra fólks og tekjulágra sem rétt eiga á því.

Eins og áður var greint frá geta sjúklingar fengið afturvirka endurgreiðslu frá Tryggingastofnun á samanlögðum komugjöldum sínum umfram viðmiðunarmörk, þótt þeir hafi ekki útvegað sér afsláttarkort. Gera má þá athugasemd við þessa ráðstöfun að endurgreiðslan nemur aðeins 2/3 af endurgreiðslu samkvæmt afsláttarkorti (14). Sanngjarnt og eðlilegt má telja að endurgreiðsla komugjalda sé með sama hætti gagnvart öllum sem sannarlega hafa safnað upp komugjöldum umfram viðmiðunarmörk. Með núverandi fyrirkomulagi stenst ekki að viðmiðunarmörkin – áður 12.000 krónur, nú 18.000 krónur – séu „hámarksupphæð án afsláttar", eins og heilbrigðisyfirvöld sjálf orða það. Þá má benda á að viðmiðunarmörk og gildistími afsláttarkorta miðast við almanaksár, en ekki ákveðið tímabil sem kæmi réttlátar niður. Þannig gæti til dæmis einstaklingur í lok mars 2003 verið með komugjöld á sex mánaða tímabili (frá október 2002) sem væru langt yfir viðmiðunarmörkum, án þess að hafa átt rétt á afsláttarkorti 2002, eða eiga (enn að minnsta kosti) rétt á korti 2003.

Ástæður fyrir slakri nýtingu afsláttarkorts í íslenska heilbrigðiskerfinu geta verið ýmsar. Vera kann að ýmsum sem fara yfir viðmiðunarmörk í komugjöldum seint á almanaksárinu finnist ekki taka því að útvega sér kort, því hvert kort er aðeins í gildi út almanaksárið. Þá vegur þungt að heilbrigðisyfirvöld hafa lítið gert til að kynna sjúklingum kortið og gera það aðgengilegt. Lesa má texta um afsláttarkort í 3. kafla Handbókar Tryggingastofnunar sem meðal annars er að finna á netinu (14) og einnig má lesa setningar um afsláttarkort á upplýsingablaði stofnunarinnar um kostnað sjúklinga vegna læknishjálpar sem liggur frammi á ýmsum þjónustustöðum, en stopular útgáfur upplýsingablaðsins úreldast fljótt vegna tíðra breytinga á upphæðum. Bæta má upplýsingaflæðið með sérstakri tilkynningu um afsláttarkort á heimasíðum Tryggingastofnunar og heilbrigðisstofnana, með útgáfu sérstaks upplýsingablaðs um afsláttarkort sem væri endurskoðað eftir þörfum og lægi frammi vítt og breitt á þjónustustöðum heilbrigðiskerfisins og með sérstakri kynningu á afsláttarkortinu með reglulegu millibili í helstu fjölmiðlum. Mestu skiptir þó vafalaust að sjúklingar hafa mikið fyrir því að fá kortið. Þeir þurfa að halda saman öllum kvittunum frá upphafi almanaksársins og þegar tiltekinni upphæð er náð (sem er nú almennt 18.000 krónur fyrir fullorðna, en 4500 fyrir lífeyrisþega) fæst afsláttarkortið gegn framvísun kvittana í þjónustumiðstöð Tryggingastofnunar á Laugavegi 114 og hjá umboðsmönnum utan Reykjavíkur (14). Vandinn er einkum sá að flestum er ókunnugt um hvaða kostnað þeir muni hafa af komugjöldum á árinu, reikna með þokkalegri heilsu og halda ekki kvittunum saman. Þetta fyrirkomulag er tæplega ásættanlegt á tölvuöld. Nær væri að Tryggingastofnun hefði heimildir til að afla tölvutækra upplýsinga um uppsöfnuð komugjöld sjúklinga og sendi afsláttarkort í pósti til viðkomandi þegar viðmiðunarmörkum væri náð. Að lágmarki ættu sjúklingar að geta fengið greiðar upplýsingar frá stofnuninni um uppsöfnuð komugjöld sín og sótt afsláttarkort til hennar þegar þeir eiga rétt á því. Þá gegna læknar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn nokkru hlutverki í þessu sambandi með því að spyrja skjólstæðinga sína hvort þeir hafi afsláttarkort og miðla upplýsingum um kortið til þeirra. Loks væri ástæða til að beina upplýsingum um afsláttarkortið sérstaklega að hópum sem kortið nær illa til (þótt þjónustugjöld þeirra séu yfir viðmiðunarmörkum), ekki síst unga fólksins í gegnum framhalds- og háskólana, fólks í fullu starfi í gegnum vinnustaðina, og foreldra ungra barna í gegnum heilsugæsluna/mæðra- og ungbarnaverndina. Með samstilltu átaki heilbrigðisyfirvalda, heilbrigðisstarfsmanna, og jafnvel aðila vinnumarkaðar og skóla, mætti án vafa stórauka og jafna útbreiðslu afsláttarkortsins. Um leið myndi gjald hlutaðeigandi fyrir hverja læknisheimsókn lækka verulega og aðgengi að þjónustunni ætti þar með að batna (8-10) (endurgreiðsla eða niðurgreiðsla Tryggingastofnunar ykist að sama skapi).

Ástæða er til að gera frekari athuganir á nýtingu afsláttarkortsins hérlendis. Gögnunum sem hér er greint frá var safnað 1998 og 1999. Síðan þá hefur reglum um kostnað sjúklinga vegna læknishjálpar verið breytt og viðmiðunarmörk afsláttarkortsins hafa hækkað úr 12.000 krónum í 18.000 krónur fyrir fullorðna almennt og úr 3000 krónum í 4500 krónur fyrir lífeyrisþega. Því er ástæða til að skoða þróun komugjalda og nýtingar afsláttarkortsins síðustu ár í einstökum þjóðfélagshópum. Þá væri einnig þörf að skoða nánar en gert hefur verið tengsl kostnaðar og afsláttarkortahalds við frestun læknisþjónustu í einstökum þjóðfélagshópum. Eru tilteknir hópar líklegri til að fresta eða fella niður læknisheimsókn ef uppsafnaður þjónustukostnaður eða komugjöld eru orðin há eða ef afsláttarkort vantar? Er slík frestun breytileg eftir tilefnum þjónustunotkunar eða tegund læknisþjónustu? Svör við þessum spurningum gæfu frekari upplýsingar um áhrif komugjalda og afsláttarkorts á aðgengi að heilbrigðisþjónustunni. Slíkar upplýsingar eru þýðingarmiklar í heilbrigðiskerfi eins og því íslenska sem hefur að megin markmiði gott aðgengi einstaklinga og hópa að heilbrigðisþjónustunni.

Þakkir

Heilbrigðiskannanirnar Heilbrigði og lífskjör Íslendinga I og II sem greinin byggir á hlutu styrk frá Rannsóknarráði Íslands (Vísindasjóði) og Rannsóknasjóði Háskóla Íslands.

Að auki veitti Rannsóknasjóður Háskóla Íslands sérstakan styrk til gagnaúrvinnslu og skrifa þessarar greinar.

Heimildir

1. Cockerham WC. Medical Sociology, 8th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall; 2001.
2. Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990.
3. Tillaga til þingsályktunar um íslenska heilbrigðisáætlun. Lögð fyrir Alþingi á 111. löggjafarþingi 1988-1989.
4. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. Heilbrigðisáætlun til ársins 2010: Langtímamarkmið í heilbrigðismálum. Reykjavík: Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið; 2001.
5. OECD Health Data 2001. Frakkland: OECD; 2002.
6. Þjóðhagsstofnun. Útgjöld heimila til heilbrigðismála 1987-2000. Reykjavík: Þjóðhagsstofnun; 2002.
7. Whitehead M, Evandrou M, Haglund B, Diderichsen, F. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? BMJ 1997; 315: 1006-9.
8. Berk ML, Schur CL, Cantor JC. Ability to obtain health care: Recent estimates from the Robert Wood Johnson Foundation National Access to Care Survey. Health Aff 1995; 14: 139-46.
9. Donelan K, Blendon RJ, Hill CA, Hoffman C, Rowland D, Frankel M, et al. Whatever happened to the health insurance crisis in the United States? Voices from a national survey. JAMA 1996; 276: 1346-50.
10. Newhouse JP, Manning WG, Morris CN. Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance. N Engl J Med 1981; 305: 1501-7.
11. Rask KJ, Williams, MV, Parker RM, McNagny SE. Obstacles predicting lack of a regular provider and delays in seeking care for patients at an urban public hospital. JAMA 1994; 271: 1931-3.
12. Vilhjálmsson R, Ólafsson Ó, Sigurðsson JÁ, Herbertsson TÞ. Aðgangur að heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Reykjavík: Landlæknisembættið; 2001.
13. Reglugerð nr. 218/2002 um hlutdeild sjúkratryggðra í kostnaði vegna heilbrigðisþjónustu.
14. Tryggingastofnun ríkisins. Handbók Tryggingastofnunar ríkisins. 3. kafli – Sjúkratryggingar. Sótt 27. janúar 2003 á vefslóðina: *http://www.tr.is*.
15. Tryggingastofnun ríkisins. Staðtölur almannatrygginga 2001, Tafla 24. Reykjavík: Tryggingastofnun ríkisins; 2002.
16. Vilhjálmsson R, Jörundsdóttir E, Sigurðardóttir H, Jóhannsdóttir ÞB. Þættir tengdir aðgengi að læknisþjónustu á Íslandi. Í: Sveinsdóttir H, Nyysti A, ritstj. Framtíðarsýn innan heilsugæsluhjúkrunar. Reykjavík: Háskólaútgáfan; 2001.
17. Vilhjálmsson R. Hverjir leita til hjúkrunarfræðinga í heilsugæslunni? Niðurstöður úr nýlegri heilbrigðiskönnun meðal Íslendinga. Í: Sveinsóttir H, Nyysti A, ritstj. Framtíðarsýn innan heilsugæsluhjúkrunar. Reykjavík: Háskólaútgáfan; 2001.
18. Dillman DA. Mail and Telephone Surveys: The Total Design Method. New York: Wiley; 1978.
19. Dillman DA. The design and administration of mail surveys. Annu Rev Sociol 1991; 17: 225-49.
20. Vilhjálmsson R, Sigurðardóttir GV. Bein útgjöld íslenskra heimila vegna heilbrigðisþjónustu. Læknablaðið 2003; 89: 25-31.

Cipralex®
Cipralex, filmuhúðar töflur N 06 AB
Hver filmuhúðuð tafla inniheldur escítalópram 5 mg, 10 mg, 15 mg eða 20 mg (sem oxalat). **Ábendingar:** Meðferð gegn alvarlegum þunglyndisköstum. Felmtursröskun (panic disorder) með eða án víðáttufælni (agoraphobia). **Skammtar og lyfjagjöf:** *Alvarleg þunglyndisköst:* Venjulegur skammtur er 10 mg einu sinni á dag. Tekið skal mið af svörun sjúklings, en skammtinn má auka í allt að 20 mg á dag. Venjulega tekur 2-4 vikur að fá fram verkun gegn þunglyndi. Eftir að einkennin hverfa, þarf meðferðin að halda áfram í a.m.k. 6 mánuði, til að tryggja að árangur haldist. *Felmtursröskun (panic disorder) með eða án víðáttufælni (agoraphobia):* Ráðlagður upphafsskammtur er 5 mg á dag. Eftir einnar viku meðferð er skammturinn aukinn í 10 mg á dag. Auka má skammtinn enn frekar eða í allt að 20 mg á dag, eftir því hver svörun sjúklingsins er. Hámarksárangur næst eftir u.þ.b. þrjá mánuði. Meðferðin stendur yfir í nokkra mánuði. *Aldraðir sjúklingar (> 65 ára):* Íhuga skal að hefja meðferð með hálfum ráðlögðum upphafsskammti og nota lægri hámarksskammt (sjá lið 5.2 Lyfjahvörf). *Börn og unglingar (<18 ára):* Öryggi og verkun lyfsins hjá börnum og unglingum, hafa ekki verið rannsökuð og því er ekki ráðlagt að nota lyfið fyrir sjúklinga í þessum aldurshópum.Skert nýrnastarfsemi: Aðlögun skammta er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með væga eða miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi (CLCR minni en 30 ml/mín.) Skert lifrarstarfsemi: Ráðlagður upphafs-skammtur er 5 mg á dag, í 2 vikur. Eftir það má auka skammtinn í 10 mg, háð svörun sjúklings. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir escítalóprami eða einhverju hjálparefnanna. Samhliða meðferð með ósérhæfðum, óafturkræfum mónóamín oxidasa hemlum (MAO-hemlum). **Varúð:** Hjá sumum sjúklingum með felmtursröskun geta kvíðaeinkenni aukist í upphafi meðferðar með geðdeyfðarlyfjum. Ef sjúklingur fær krampa skal undantekningarlaust hætta gjöf lyfsins. Forðast skal notkun serótónín endurupptökuhemla hjá sjúklingum með óstöðuga flogaveiki. Nákvæmt eftirlit skal hafa með sjúklingum með flogaveiki, sem tekist hefur að meðhöndla og stöðva skal meðferð með serótónín endurupptökuhemlum ef tíðni floga eykst. Gæta skal varúðar við notkun SSRI lyfja hjá sjúklingum sem hafa átt við oflæti að stríða (mania/hypomania). Stöðva skal meðferð með SSRI lyfjum ef sjúklingur stefnir í oflætisfasa. Hjá sjúklingum með sykursýki getur meðferð með SSRI lyfjum haft áhrif á sykurstjórnun. Nauðsynlegt getur verið að aðlaga skammta af insúlíni og/eða sykursýkislyfjum til inntöku. Almenn klínísk reynsla af notkun SSRI lyfja sýnir, að sjálfsvígshætta getur aukist á fyrstu vikum meðferðar. Mikilvægt er að fylgjast náið með sjúklingi á þessu tímabili. Lækkun natríums í blóði hefur sjaldan verið skráð við notkun SSRI lyfja og hverfur venjulega þegar meðferðinni er hætt. Óeðlilegar húðblæðingar s.s. flekkblæðingar (ecchymoses) og purpuri hafa verið skráðar í tengslum við notkun sértækra serótónín endurupptökuhemla. Sérstakrar varúðar ber að gæta hjá sjúklingum sem fá SSRI lyf samhliða lyfjum sem hafa áhrif á starfsemi blóðflagna svo og hjá sjúklingum með sögu um blæðingartilhneigingu. Almennt er ekki mælt með samhliða notkun escítalóprams og MAO-A hemla vegna hættunnar á að valda serótónín heilkenni. Í sjaldgæfum tilfellum hefur serótónín heilkenni verið skráð hjá sjúklingum, sem nota SSRI lyf samhliða serótónvirkum lyfjum. Ef þetta gerist skal strax hætta meðferð. Þegar meðferð með Cipralex er hætt, skal dregið úr skömmtum smám saman, á einni til tveimur vikum, til að koma í veg fyrir hugsanleg fráhvarfseinkenni. **Milliverkanir:** Notkun escítalóprams er frábending samhliða ósérhæfðum MAO-hemlum. Vegna hættunnar á serótónín heilkenni, er ekki mælt með samhliða notkun escítalóprams og MAO-A hemils og gæta skal varúðar við samtímis notkun selegilíns (óaftur-kræfur MAO-B-hemill). Gæta skal varúðar þegar samtímis eru notuð önnur lyf, sem geta lækkað krampaþröskuld. Gæta skal varúðar við samtímis notkun litíums og tryptófans. Forðast skal samtímis notkun náttúrulyfsins jónsmessurunna (St. John´s Wort). Ekki er vænst neinna milliverkana í tengslum við lyfhrif eða lyfjahvörf, á milli escítalóprams og alkóhóls. Samt sem áður, eins og við á um önnur geðlyf, er samhliða notkun alkóhóls ekki æskileg. Nauðsynlegt getur verið að minnka skammta af escítalóprami við samtímis notkun ensímhemlanna ómeprazóls og címetidíns. Gæta skal varúðar þegar escítalópram er gefið samhliða lyfjum, sem umbrotna fyrir tilstilli ensímanna CYP2D6 (flecaíníð, própafenón, metóprólól, desipramín, klómipramín, nortryptilín, risperidón, thíorídazín og halóperidól) og CYP2C19. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klínískar upplýsingar liggja fyrir um notkun escítalóprams á meðgöngu. Því ætti ekki að nota Cipralex á meðgöngu, nema brýna nauðsyn beri til. Gert er ráð fyrir að escítalópram skiljist út í brjóstamjólk. Ekki ætti að gefa konum með börn á brjósti escítalópram. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir eru algengastar á fyrstu og annarri viku meðferðar og yfirleitt dregur úr tíðni og styrk þeirra við áframhaldandi meðferð. Sé meðferð með sértækum serótónín endurupptökuhemlum hætt skyndilega eftir langvarandi meðferð, geta fráhvarfseinkenni komið fram hjá sumum sjúklingum. Þrátt fyrir að fráhvarfseinkenni geti komið fram þegar meðferð er hætt, benda fyrirliggjandi forklínískar og klínískar upplýsingar ekki til þess að um ávanahættu sé að ræða. Fráhvarfseinkenni af völdum escítalóprams hafa ekki verið metin á kerfisbundinn hátt. Þau fráhvarfseinkenni sem komið hafa fram í tengslum við racemískt citalópram eru svimi, höfuðverkur og ógleði. Meirihluti þeirra eru væg og afmörkuð (self-limiting). Í tvíblindum samanburðarrannsóknum með lyfleysu var tíðni eftirfarandi aukaverkana hærri vegna escítalóprams en lyfleysu: ógleði, sviti, svefnhöfgi, svimi, svefnleysi, hægðatregða, niðurgangur, minnkuð matarlyst, kynlífstruflanir, þreyta, hiti, bólgur í ennis- og kinnholum og geispar.**Pakkningar og verð (febrúar 2003):** Cipralex 5 mg 28 stk kr.2591, Cipralex 5 mg 100 stk kr. 7432, Cipralex 10 mg 28 stk kr. 4259, Cipralex 10 mg 56 stk kr. 7626 Cipralex 10 mg 100 stk kr. 12.549, Cipralex 15 mg 28 stk kr. 5840, Cipralex 15 mg 100 stk kr. 17.918, Cipralex 20 mg 28 stk kr. 7347, Cipralex 20 mg 56 stk kr. 13.476, Cipralex 20 mg 100 stk kr. 22.735. **Handhafi markaðsleyfis:** H. Lundbeck A/S, Ottiliavej 9, DK-2500 Kaupmannahöfn – Valby, Danmörk. **Umboðsmaður á Íslandi:** Austurbakki hf., Köllunarklettsvegi 2,104 Reykjavík; sími 563 4000.
Markaðsleyfi var veitt 31. maí 2002

Cipralex® escitalopram – rökrétt framþróun frá Cipramil® citalopram



- Cipralex® skjót linun þunglyndiseinkenna[1, 2, 3]
- Cipralex® 10-20 mg hefur marktækt betri verkun en Cipramil® 20-40 mg - einnig í alvarlegu þunglyndi
  (Greining á sameiginlegum niðurstöðum (pooled data) 3 lyfleysustýrðra rannsókna*)[1]
- Cipralex® þolist vel með aukaverkanir svipaðar og af Cipramil®[4]
- Cipralex® er sértækasta SSRI lyfið[5]

* = Betri verkun samkvæmt MADRS skala í viku 1 og 8, við alvarlegu þunglyndi í viku 1, 6 og 8 (OC-greining).

Lundbeck Cipralex escitalopram

Lundbeck Pharma A/S
Umboð á Íslandi: Austurbakki hf.
Köllunarklettsvegi 2 • 104 Reykjavík
Sími 563 4000 • Fax 563 4090
www.austurbakki.is

Austurbakki

SCHERING

Yasmin®
30µg etínýlöstradíól, 3 mg dróspírenón

VELLÍÐAN
- með nýrri getnaðarvarnartöflu -



Yasmin - SCHERING
TÖFLUR, filmuhúðaðar: G 03 AA Hver tafla inniheldur: Drospirenonum INN 3 mg og Etinylestradiolum INN 30 míkróg. Lactosum.
Ábendingar: Getnaðarvörn.–**Skammtar og lyfjagjöf:** Áður en byrjað er að taka lyfið, eða notkun þess er hafin á ný, ber að skrá nákvæma sjúkrasögu konunnar (og fjölskyldusögu) og útiloka þungun. Konu skal bent á að lesa fylgiseðil lyfsins nákvæmlega og fara eftir þeim ráðum sem þar eru gefin. Minna ber konur á að getnaðarvarnartöflur til inntöku veita ekki vörn gegn HIV-smiti (eyðni) né öðrum kynsjúkdómum.
Yasmin: Taka verður töflunar á svipuðum tíma á hverjum degi í þeirri röð sem töfluspjaldið sýnir. Taka skal eina töflu á dag í 21 dag samfleytt. Byrja skal á næsta spjaldi eftir 7 daga hlé og eiga tíðablæðingar sér venjulega stað á þeim tíma. Þær hefjast að jafnaði á 2. til 3. degi eftir að síðasta tafla var tekin og kunna að standa yfir enn þegar byrjað er á næsta töfluspjaldi.
Hvernig byrjað er að taka lyfið: -Ef ekki hefur verið notuð hormónagetnaðarvörn síðasta mánuðinn er rétt að byrja að taka töflurnar á fyrsta degi tíðahringsins (þ.e. á fyrsta degi tíðablæðinga). -Þegar skipt er frá annarri tegund getnaðarvarnartaflna sem inniheldur blöndu hormóna má byrja að taka töflurnar daginn eftir venjulegt töflulaust tímabil eða eftir töku síðustu óvirku töfluna af fyrri getnaðarvarnartöflutegundinni.
Frábendingar: Ekki ber að nota getnaðarvarnartöflur sem innihalda blöndu hormóna í eftirfarandi tilvikum. Komi eitthvert þessara tilvika fram í fyrsta skipti þegar getnaðarvarnartöflur eru notaðar, ber að hætta töku þeirra strax.
- Segamyndun í bláæðum eða sjúkrasaga um slíkt (segamyndun í djúpum bláæðum, blóðreksstífla í lungum).
- Segamyndun í slagæðum eða sjúkrasaga um slíkt (t.d. heilablóðfall, hjartadrep) eða fyrirboði um það (t.d. hjartaöng og skammvinn blóðþurrðaráföll). **Aukaverkanir:** Greint hefur verið frá eftirfarandi aukaverkunum við notkun lyfsins:
Algengar (= 1%): *Innkirtlakerfi:* Blæðingartruflanir, milliblæðingar, verkir í brjóstum. *Taugakerfi:* Höfuðverkur, geðdeyfð.
Hjarta- og æðakerfi: Mígreni. *Meltingarfæri:* Ógleði. *Æxlunarfæri og brjóst:* Hvítleit útferð, sveppasýking í leggöngum.
Sjaldgæfar (0,1-1%): *Almennt:* Vökvasöfnun, breytingar á líkamsþyngd. *Taugakerfi:* Breytingar á kynhvöt. *Hjarta- og æðakerfi:* Háþrýstingur, lágþrýstingur. *Meltingarfæri:* Uppköst. *Húð og húðbeðskerfi:* Þrymlabólur, eksem, ofsakláði. *Æxlunarfæri og brjóst:* Slíðurbólga.
Mjög sjaldgæfar (<0,1%) *Ónæmiskerfi:* Astmi. *Innkirtlakerfi:* Seyting úr brjóstum. *Eyra og völundarhús:* Heyrnaskerðing. *Hjarta- og æðakerfi:* Segarek. Sjá einnig varnaðarorð og varúðarreglur varðandi alvarlegar aukaverkanir getnaðarvarnartaflna.
Pakkningar og verð 1. Apríl 2002: Yasmin: 21 stk x 3 (þynnupakkað) 3.281 kr. Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: 0. **Nánari upplýsingar í texta Sérlyfjaskrár.**
Handhafi markaðsleyfis: Schering AG. Umboðsmaður á Íslandi: Thorarensen Lyf ehf.
Heimildir: Foidart J-M et al. Eur.J.Contracept Reprod Health Care 2000; 5:124-34
UIS 01-29

Yasmin® er einfasa, lágskammta getnaðarvarnartafla, með nýrri tegund gestagens; dróspírenón.
Dróspírenón er afleiða af 17-alfa spirólaktóni og hefur aðallega prógestógen áhrif, en einnig andmíneralkortikóið- og andandrógen eiginleika, en það gerir **Yasmin®** einstaka í sinni röð.
Ekkert annað gestagen hefur þessa eiginleika dróspírenóns og það er ekki í neinni annarri getnaðarvarnartöflu á markaðnum.

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

www.femalelife.com

Sjúkratilfelli: Háþrýstingur með kalíumbresti hjá þungaðri konu

Sigríður Björnsdóttir[1]
LÆKNIR

Ebba Margrét Magnúsdóttir[2]
FÆÐINGA- OG KVENSJÚKDÓMALÆKNIR

Ari J. Jóhannesson[1]
LÆKNIR, INNKIRTLAFRÆÐINGUR

Björnsdóttir S Magnúsdóttir EM Jóhannesson AJ

Case report: Hypertension with hypokalemia in pregnant woman

Læknablaðið 2003; 89: 395-7

Key words: *pregnancy, hypertension, hypokalemia, hyperaldosteronism, aldosteron, renin.*

Correspondance: Sigríður Björnsdóttir, *sigga_bjorns@hotmail.com*

[1]Lyflækningadeild og [2]Kvennadeild Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Sigríður Björnsdóttir, Göngudeild sykursjúkra, Landspítala Hringbraut, 101 Reykjavík. *sigga_bjorns@hotmail.com*

Lykilorð: *þungun, háþrýstingur, kalíumbrestur, saltsteraheilkenni, aldósterón, renín.*

Sjúkratilfelli

Þrjátíu og níu ára þunguð kona í annarri meðgöngu greindist með háþrýsting og kalíumbrest í 25. viku. Ekki saga um háþrýsting í fyrri meðgöngu fimm árum áður, en þá fæddi hún dreng með Downs heilkenni.

Í færslum í sjúkraskrá frá heimilislækni skömmu fyrir getnað var getið kvartana um þyngsli fyrir brjósti og þreytu. Blóðþrýstingsgildi á bilinu 140-150/90-100 mmHg og kalíumgildi í serum var 3,3 mmól/l mælt tvisvar, með viku millibili.

Í fyrsta mæðraeftirliti á heilsugæslu í 12. viku mældist blóðþrýstingur 180/100 mmHg. Sjúklingi var því vísað í frekara eftirlit á Miðstöð mæðraverndar. Blóðþrýstingur mældist þar hár næstu tíu vikurnar, eða á bilinu 140-170/80-95 mmHg. Helstu kvartanir á þessum tíma voru höfuðverkur ásamt þreytu. Orsökin talin vera háþrýstingur af óþekktri orsök (essential hypertension). Engin merki voru um prótín í þvagi.

Kalíummæling var ekki endurtekin fyrr en við innlögn á meðgöngudeild í 22. viku vegna háþrýstings sem þá hafði mælst 160/120 mmHg. Konan var meðtekin af höfuðverk og með uppköst. Kalíumgildi í serum mældist þá 2,5 mmól/l.

Konan hafði sögu um vélindabakflæði ásamt ristilkrömpum. Ekki var saga um mikla lakkrísneyslu, reykingar né áfengisneyslu fyrir þungun. Ættarsaga var jákvæð með tilliti til háþrýstings. Líkamsskoðun var ómarkverð fyrir utan háþrýstinginn.

Vegna háþrýstings með kalíumbresti vaknaði grunur um saltsteraheilkenni. Konan var meðhöndluð með labetalól 200 mg x 2 og kalínorm 1500 mg x 2. Blóðpróf staðfestu fyrrnefndan grun. Serum aldósterón eftir rúmlegu yfir nótt var hækkað, 1456 pmól/l (vikmörk 111-811) en plasma renín var lækkað 10,2 mEin/l (vikmörk 10,5-52). Hlutfallið aldósterón/renín reiknaðist 143. Sólarhringsútskilnaður á kalíum í þvagi var 88 mmól /24 klst (vikmörk 35-80) og natríumútskilnaður 134 mmól/24 klst (vikmörk 40-200).

Kalíumbresturinn leiðréttist á nokkrum dögum við kalíumgjöf og blóðþrýstingurinn var 154/85 mmHg við útskrift. Var konan útskrifuð á ofangreindum lyfjum.

Endurinnlögn á meðgöngudeild í 28. viku vegna hækkaðs blóðþrýstings 180/110 mmHg, almennrar vanlíðunar og höfuðverks. Þá var gerð segulómun af nýrnahettum sem sýndi væga stækkun á hægri nýrnahettu. Hún var einn sm í þvermál sem er við efri stærðarmörk. Líðan sjúklingsins batnaði og blóðþrýstingurinn hafði lækkað í 160/90 mmHg við útskrift.

Ómskoðun í 34. viku sýndi 13% vaxtarskerðingu fósturs miðað við meðgöngulengd. Þrátt fyrir aukningu á labetalól í 200 mg x 3 var blóðþrýstingurinn á bilinu 140-170/85-105 mmHg. Því var fæðing framkölluð í 37. viku. Fæddi konan heilbrigðan dreng sem var 3010 g og 51 sm með níu Apgar stig eftir eina mínútu og tíu stig eftir fimm mínútur.

Eftir fæðingu var spironolactone 100 mg x 2 bætt við fyrri lyfjameðferð og sjúklingi vísað á göngudeild innkirtlasjúkdóma til frekara mats. Blóðþrýstingur og styrkur salta í blóði hélst innan eðlilegra marka á þessari meðferð, en þegar minnka átti lyfjaskammta áður en frekari rannsóknir á ofseytingu á aldósteróni færu fram hækkaði blóðþrýstingurinn og kalíumgildi lækkuðu. Það ásamt því að konan treysti sér ekki að leggjast inn á spítala varð til þess að frekari próf til staðfestingar á aldósterónheilkenni voru ekki framkvæmd. Endurteknar blóðprufur staðfestu ofseytingu á aldósteróni (tafla 1) og tölvusneiðmynd sýndi fyrirferð í hægri nýrnahettu sem mældist 16x10x16 mm (mynd 1 og 2).

Tafla I. *Mælingar á aldósterón og renín í sermi fyrir og eftir fæðingu.*

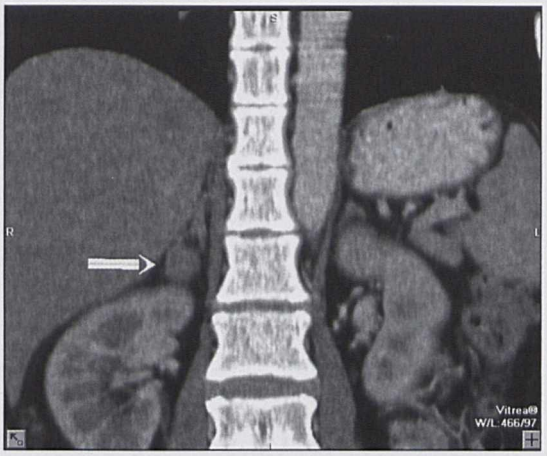
Mælingar	22. vika meðgöngu	Eftir fæðingu	Vikmörk
s-aldósterón (pmól/L)	1456	989	111-811
s-renín (mEin/L)	10,2	1,7	10-52

Hægri nýrnahetta var fjarlægð á handlækningadeild Landspítala í gegnum kviðarholssjá tæplega ári eftir fæðingu (mynd 3). Aðgerðin gekk vel og engir fylgikvillar komu upp í eða eftir aðgerð. Meinafræðirannsókn og smásjárskoðun sýndu góðkynja æxli í hægri nýrnahettu. Strax eftir aðgerðina hætti sjúklingurinn að taka inn kalíum en hélt áfram á labetalól 100 mg x 2 fyrst um sinn. Líðan konunnar hefur haldist góð eftir aðgerðina. Kalíum í blóði er innan eðlilegra marka. Blóðþrýstingur hefur mælst 120-130/60-70 mmHg án lyfjameðferðar.

Umræða

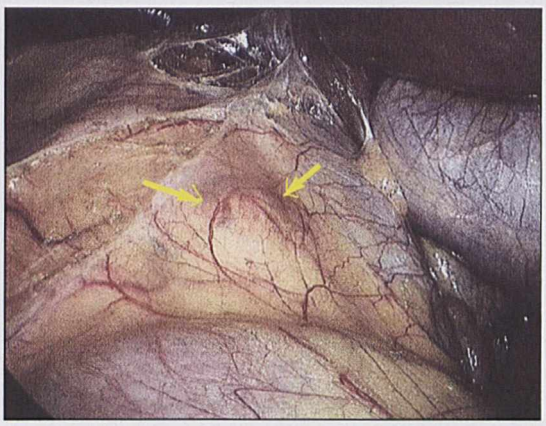
Háþrýstingur á meðgöngu

Langvinnur háþrýstingur á meðgöngu er skilgreindur sem hækkaður blóðþrýstingur sem greinist fyrir þungun. Ef ekki er vitað um blóðþrýstingsgildi fyrir þungun er greiningin byggð á stöðugum háþrýstingi





Myndir 1 og 2. *Tölvusneiðmyndir. Örvarnar benda á stækkun á hægri nýrnahettu.*



Mynd 3. *Mynd af stækkaðri hægri nýrnahettu gegnum kviðarholssjá.*

fyrstu 20 vikur meðgöngu, það er að segja slagbilsþrýstingi ≥140 mmHg eða lagbilsþrýstingi ≥90mmHg (1). Langvinnur háþrýstingur eykur hættu á meðgöngueitrun og fylgjulosi (2).

Í 90% tilvika finnst engin skýring á háþrýstingnum en í 10% tilvika er um afleiddan (secondary) háþrýsting að ræða. Í þeim tilvikum getur háþrýstingurinn verið afleiðing nýrnasjúkdóma (gauklasjúkdómar, blöðrunýru eða þrenging í nýrnaæðum), bandvefssjúkdóma (rauðir úlfar, herslismein), þrengsla í ósæð eða innkirtlasjúkdóma (sykursýki með æðaskemmdum, litfíklaæxli (pheochromocytoma), ofstarfsemi í skjaldkirtli, sykursteraofgnótt eða saltsteraheilkenni (3). Konan í ofangreindu sjúkratilfelli var talin vera með háþrýsting af óþekktri orsök en eftir greiningu á saltsteraheilkenni varð ljóst að hún var með afleiddan háþrýsting.

Á meðgöngu verða breytingar á renín-angíótensín-aldósterón kerfinu. Eru þær fyrst og fremst vegna lífeðlisfræðilegrar hækkunar renins. Helstu orsakir fyrir hækkun renins á meðgöngu eru: 1) hraðari gaukulsíun og natríumútskilnaður í þvagi (orsakað af prógesteróni), 2) myndun renins í fylgju (4, 5). Hækkað renín veldur síðan hækkun á aldósterón og því verður eins og um afleitt (secondary) saltsteraheilkenni sé að ræða (4, 5). Rannsóknir hafa sýnt 6-10 falda hækkun á aldósterón í blóði og þvagi á meðgöngu (4). Rökrétt væri að álykta að við þessar breytingar hækkaði blóðþrýstingur þar sem aldósterón dregur salt og vökva inn í blóðrásina. Það gerist hins vegar ekki og er skýringin talin vera andverkandi áhrif hormóna eins og prógesteróns (4, 5). Einnig er talið að prostaglandín og kallekrein-kínín kerfi hafi andverkandi áhrif (4).

Háþrýstingur með kalíumbresti á meðgöngu

Algengasta orsökin er mikil lakkrísneysla en aðrar sjaldgæfari eru notkun þvagræsilyfja, saltsteraheilkenni, sykursteraofgnótt og sjúkdómar í nýrum með ofseytrun á renín (6). Þar sem umræddur sjúklingur hafði verið lyfjalaus og ekki verið að borða lakkrís vaknaði sterkur grunur um saltsteraheilkenni.

Flestir telja saltsteraheilkenni orsaka um 0,5-2,0% af háþrýstingi (8). Hins vegar er nýgengi þess mun lægra á meðgöngu (6). Þegar skoðaður er fjöldi tilfella saltsteraheilkennis á meðgöngu í tímaritum á ensku eru þau færri en 20 frá því að fyrsta tilfellið var kynnt árið 1964 (7).

Orsakir aldósterónsheilkennis eru: 1) góðkynja aldósterónframleiðandi æxli (60%), 2) hnökrastækkun á nýrnahettuberki (bilateral nodular adrenal hyperplasia) (35%), eða 3) arfgengar orsakir, svo sem ACTH (Adrenocorticotropic hormone) yfirtaka á stjórn saltsteramyndunar vegna genaumröðunar í stýriröð ensímsins aldósterón synthasa (glucocorticoid suppresible hyperaldosteronism) (5%) (8). Saltsteraháþrýstingur er tvisvar sinnum algengari hjá konum en körlum og algengastur í aldursflokknum 30-40 ára.

Sjúklingar með saltsteraheilkenni (primert) hafa háþrýsting og kalíumbrest (40% tilvika) með hækkun á s-aldósteróni og bælingu á s-renín. Útlimabjúgur er ekki einkenni sjúkdómsins (8).

Prógesterón andverkar aldósterón og því geta einkennni saltsteraheilkennis horfið á meðgöngu þó algengara sé að hafa einkenni sem gengur erfiðlega að meðhöndla (9).

Vakni grunur um saltsteraheilkenni er rétt að framkvæma blóð- og þvagprufur til að staðfesta greininguna. Mikilvægt er að bíða með myndgreiningu þar til efnafræðileg greining liggur fyrir þar sem um 5% heilbrigðra hafa fyrirferðir í nýrnahettum (incidentaloma) (10). Gildi renins og aldósteróns eru háð stöðu

líkamans, saltneyslu og tíma sólarhringsins (10). Hátt s-renín og s-aldósterón mælt í miðmorgunblóðprufu bendir til saltsteraheilkennis (10). Vegna lífeðlisfræðilegra breytinga sem verða á renín-angíótensín-aldósterón kerfinu á meðgöngu er best að nota viðmörk fyrir þungaðar konur sem eru breytileg eftir meðgöngulengd. Þar sem fá tilfelli af saltsteraheilkenni greinast á meðgöngu eru ekki allar rannsóknarstofur, þar með talið hér á Íslandi, sem hafa viðmörk þessara hormóna hjá þunguðum konum. Blóðprufur hjá sjúklingi í ofangreindu sjúkratilfelli bentu sterklega til saltsteraheilkennis á meðgöngu sem síðar var staðfest með endurteknum prufum eftir fæðingu. Þungaðar konur með saltsteraheilkenni eru með bælt renín nema þegar meðgöngueitrun greinist til viðbótar saltsteraháþrýstingi (6). Ávallt er óeðlilegur útskilnaður kalíums í þvagi. Hægt er að nota frekari próf til efnafræðilegrar greiningar en það eru svokölluð stöðupróf og salthleðslupróf (10, 11).

Þegar efnafræðileg próf hafa staðfest salteraheilkenni er rétt að staðsetja meinið/n með tölvusneiðmynd eða segulómun. Tölvusneiðmynd gefur 45-58% næmi og 91-92% sértæki til greiningar á góðkynja aldósterónframleiðandi æxli (11).

Meðferð skiptist í skurð- og lyfjameðferð. Kjörmeðferð við góðkynja aldósterónmyndandi æxli er skurðaðgerð en hins vegar verður að beita langtímalyfjameðferð í hnökrastækkun á nýrnahettuberki (12, 13).

Þungun takmarkar lyfjaval og því er oft erfitt að ná tökum á saltsteraháþrýstingi á meðgöngu.

Kjörlyf við saltsteraháþrýstingi eru lyf sem andverka aldósterón viðtakann (spírónolactone) eða hafa áhrif á renín-angíótensín-aldósterón kerfið (ACE- eða Angiotensín II blokkarar) (12, 13). Ekkert af þessum lyfjum má nota á meðgöngu. Spírónolactone hefur andandrogena verkun og geta því haft skaðleg áhrif á drengfóstur (12, 14). Vitað var að sjúklingur okkar gekk með drengfóstur og var því ekki hægt að nota spírónolactone í hennar tilfelli. Notkun ACE- og Ang II blokkara á meðgöngu eykur hættu á litlu legvatni og nýrnabilun hjá fóstrinu ef lyfin eru notuð á öðrum eða síðasta þriðjungi meðgöngunnar (14). Blóðþrýstingslækkandi lyf sem óhætt er að nota á meðgöngu eru: 1) ß-blokkarar eins og labetalól, metoprólol, 2) methyldopa, 3) kalsíumblokkarar eins og nifedipine (1, 12, 14).

Almennt er meðferð hafin ef lagbilsþrýstingur ≥100 mmHg (1). Blóðþrýstingur ≥180/110 mmHg er alvarlegur háþrýstingur og eykur hættu móður á heilablæðingu, hjarta- og nýrnabilun. Burðarmálsdauði er þrisvar til fjórum sinnum algengari hjá fóstrum mæðra með alvarlegan háþrýsting (1). Gefa þarf kalíumuppbótarmeðferð ef kalíumgildi í blóði eru lág.

Skiptar skoðanir eru hvort fjarlægja eigi góðkynja aldósterónmyndandi æxli á meðgöngu eða bíða fram yfir fæðingu (6, 15, 16). Sumir höfundar vilja meina að þar sem tæknilega sé auðvelt að fjarlægja nýrnahettu með kviðarholssjá snemma á meðgöngu geti það minnkað áhættu og afleiðingar saltsteraháþrýstings á móður og barn (6). Aðrir telja meðgöngutímann ekki nægilega langan til að geta valdið varanlegum skaða fyrir móður og barn ef um vægan háþrýsting er að ræða (1).

Eftir að góðkynja aldósterónmyndandi æxli hefur verið fjarlægt með skurðaðgerð leiðréttist kalíum bælingin nánast hjá öllum sjúklingum (8, 17) og í 70% tilvika verður blóðþrýstingurinn innan eðlilegra marka (8).

Heimildir

1. Sibai BM. Chronic Hypertension in pregnancy. Obstet Gynecol 2002; 100: 369-77.
2. Sibai BM, Lindheimer M, Hauth J, Caritis S, VanDorsten P, Klebanoff M, et al. Risk factors for preeclampsia, abruptio placenta and adverse neonatal outcomes among women with chronic hypertension. N Engl J Med 1998; 339: 667-71.
3. Cunningham FG, Lindheimer MD. Hypertension in pregnancy. N Engl J Med 1992; 326: 927-32.
4. Karlberg BE, Rydén G, Wichman K. Changes in the renin-angiotensin-aldosteron and kallikrein-kinin system during normal and hypertensive pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand 1984; 118: 17-24.
5. Brar HS, Kjos SL, Dougherty W, Hung-Shun D, Tam HB, Hsueh WA. Increase fetoplacental active renin production in pregnancy-induced hypertension. Am J Obstet Gynecol 1987; 157: 363-7.
6. Robar CA, Poremba JA, Pelton JJ, Hudson L, Higby K. Current diagnosis and management of aldosterone-producing adenoma during pregnancy. Endocrinol 1998; 8: 403-8.
7. Gordon RD, Fishman LM, Liddle GW. Plasma renin activity and aldosteron secretion in a pregnant woman with primary hyperaldosterone. J Clin Endocrinol Metab 1967; 27: 385-8.
8. Stewart PM. Mineralcortcoid hypertension. Lancet 1999; 353: 1341-7.
9. Neerhof MG, Shlossman PA. Idiopathic aldosteronism in pregnancy. Obstet Gynecol 1991; 78: 489.
10. Stowasser M, Gordon R. Prevalence and diagnostic workup of primary aldosteronism:new knowledge and new approaches. Nephrology 2001; 6: 119-26.
11. Phillips JL, Walther MM, Pezzullo JC, Rayford W, Choyke PL, Berman AA, et al. Predictive value of preoperative tests in discriminating bilateral adrenal hyperplasia from aldosterone producing adrenal adenoma. J Clin Endocrinol Metab 2000; 85: 4526-33.
12. Lim PO, Young WF, MacDonald TM. A review of the medical treatment of primary aldosteronism. J Hypertens 2001; 19: 353-61.
13. Seifarth C, Trenkel S, Schobel H, Hahn EG, Hensen J. Influence of antihypertensive medication on aldosterone and renin concentration in the differential diagnosis of essential hypertension and primary aldosteronism. Clin Endocrinol 2002; 57: 457-65.
14. Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. Drugs in Pregnancy and lactation 5.ed.1998 Williams &Wilkins.
15. Merrill RH, Dombroski RA, MacKenna JM. Primary hyperaldosteronism during pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1984; 150: 786-7.
16. Lotgering FK, Derkx FMH, Wallenburg HC. Primary hyperaldosteronism in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1986; 155: 986-8.
17. Sawka AM, Young WF, Thompson GB, Grant CS, Farley DR, Leibson C, et al. Primary aldosteronism: factors associated with normalization of blood pressure after surgery. Ann Intern Med 2001; 135: 258-61.



Sigur í sjónmáli...

...Aldrei hafa verið gerðar jafnmiklar kröfur um frelsi frá sjúkdómum og nú. Okkur hjá AstraZeneca rennur blóðið til skyldunnar. Með öflugu þróunarstarfi leitum við nýrra lausna til að bæta líf og líðan fólks.
Nú er stór sigur í sjónmáli.



AstraZeneca

annt um líf og líðan



Lóritín®

KRÖFTUGT OFNÆMISLYF

Lóritín
Delta, 990076,
Töflur; R 06 A X 13
R/L

Hver tafla inniheldur: Loratadinum INN 10 mg. Töflurnar innihalda laktósu.

Ábendingar: Ofnæmiseinkenni, sem stafa af histamínlosun, sérstaklega ofnæmisbólgur í nefi og augum, ofsakláði og ofnæmiskvef.

Skammtar og lyfjagjöf: Skammtastærðir handa fullorðnum: Venjulegur skammtur er 10 mg á dag. Skammtastærðir handa börnum: Börn 15 ára og eldri: Venjulegur skammtur er 10 mg á dag. Börn 2-14 ára: Þyngd >30 kg: 10 mg einu sinni á dag. Þyngd <30 kg: 5 mg einu sinni á dag. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 2 ára.

Frábendingar: Ofnæmi eða óþol fyrir innihaldsefnum lyfsins.

Varnaðarorð og varúðarreglur við notkun: Gæta þarf sérstakrar varúðar hjá börnum með alvarlega nýrna- og lifrarsjúkdóma. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi þurfa minni skammta. Mælt er með því að gefa helming af ráðlögðum dagskammti (5 mg) á dag eða 10 mg annan hvern dag.

Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir: Sýnt hefur verið fram á í klínískum rannsóknum að styrkur lyfsins hækkar í blóðvökva við samtímis gjöf ketókonasólz, erýhrómýcins eða cimetidíns en án þess að valda aukaverkunum eða breytingum á hjartarafriti. Gæta skal varúðar við samtímis gjöf lyfsins og annarra lyfja sem vitað er að draga úr niðurbroti í lifur þar til endanlegar athuganir á milliverkunum hafa farið fram. Hætta skal gjöf lyfsins 48 tímum áður en sjúklingur gengst undir húðofnæmispróf til að útiloka að lyfið hafi áhrif á niðurstöður prófsins.

Meðganga og brjóstagjöf: Reynsla af gjöf lyfsins á meðgöngu er takmörkuð og á því ekki að gefa lyfið barnshafandi konum nema að vel íhuguðu máli. Lyfið skilst út í brjóstamjólk en ólíklegt er að lyfjaáhrifa gæti hjá barni við venjulega skömmtun lyfsins.

Áhrif á hæfni við akstur og notkun véla: Stjórnið ekki tækjum né vélum. Ekki er útilokað að lyfið hafi þau áhrif á einstaka sjúklinga að það skerði hæfni þeirra til að aka vélknúnum ökutækjum.

Aukaverkanir:
Algengar (>1%): Almennar: Munnþurrkur.
Miðtaugakerfi: Höfuðverkur.
Sjaldgæfar (0,1-1%): Almennar: Svimi.
Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Hjarta- og æðakerfi: Hraður hjartsláttur. Alvarlegum takttruflunum frá sleglum hefur verið lýst.
Meltingarfæri: Ógleði.
Húð: Útbrot.
Miðtaugakerfi: Depurð.
Kynfæri: Truflun á tíðum.

Ofskömmtun: Svefnhöfgi, hjartsláttartruflanir og höfuðverkur hafa komið fyrir við ofskömmtun. Leitið strax læknis eða hafið samband við sjúkrahús ef grunur leikur á ofskömmtun eða ef barn hefur tekið töflur í ógáti.

Lyfhrif: Lyfið hefur kröftuga og langvarandi andhistamínverkun. Það blokkar H_1 viðtaka en hefur hvorki andkólínvirk, adrenvirk né serótóninlík áhrif. Slævandi verkun á heilann er mjög væg.

Lyfjahvörf: Áhrif lyfsins koma fram u.þ.b. 1 klst. eftir inntöku og ná hámarki á 8 klst. Lóratadín frásogast vel frá meltingarvegi en umbrot í lifur eru veruleg strax við fyrstu umferð. Aðgengi eykst um 20% ef lyfið er tekið með mat. Aðalumbrotsefnið er dekarbóetoxýlóratadín sem er virkt og veldur klínískum áhrifum lyfsins að talsverðu leyti. Próteinbinding í blóði er nálægt 98%. Helmingunartími í blóði er mjög einstaklingsbundinn en er að meðaltali 14 klst. fyrir lóratadín og 19 klst. fyrir umbrotsefnið. Skert nýrnastarfsemi hefur ekki áhrif á brotthvarf lyfsins en skert lifrarstarfsemi getur lengt helmingunartímann.

Útlit: Hvítar 8 mm flatar og hringlaga töflur með deilistriki. Án vörumerkis.

Pakkningar og verð:
10 stk. (þynnupakkað) 687 kr.,
30 stk. (þynnupakkað) 1.889 kr.,
100 stk. (þynnupakkað) 4.717 kr.

Heimilt er að selja takmarkað magn lyfsins í lausasölu ef hlýtt er gildandi fyrirmælum þar að lútandi, sbr. ákvæði í viðauka 4 við reglugerð nr. 421/1988 um gerð lyfseðla og ávísun lyfja, afgreiðslu þeirra og merkingu.

01.06.02

DELTA
LYFJAÞRÓUN • HUGVIT • GÆÐI
www.delta.is

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA

Ársþing Skurðlæknafélags Íslands og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands

á Nordica Hotel (Esju) Reykjavík

FIMMTUDAGUR 8. MAÍ

Salur A	13:00-13:10	**Setning** Helgi H. Sigurðsson formaður Skurðlæknafélags Íslands **Ávarp** Sigurður Guðmundsson, landlæknir
		Flutningur frjálsra erinda 1
	13:10-14:10	**E 1-5**
	14:10-14:20	Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning
	14:20-15:30	**E 6-11**
	15:30-15:40	Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning
	15:40-16:50	**E 12-17**
	16:50-17:00	Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning
	17:00-18:10	**E 18-23**
Salur E		**Lilly Symposium** **Sepsis, nýjungar í meðferð** Fundarstjóri: Alma D. Möller svæfinga- og gjörgæslulæknir
	17:45-18:15	Afhending fundargagna
	18:45-18:50	**Setning** Fulltrúi frá Lilly
	18:50-19:15	**Sepsis** Sigurbergur Kárason svæfinga- og gjörgæslulæknir
	19:15-19:45	**Activated protein C – Clinical Profile** Dr. Gudmund Nordby MD
	19:45-20:15	**Xigris: Patient Identification and clinical cases** Dr. Darell Heiselmann MD
	20:15-20:25	Fyrirspurnir og umræða
	20:30	**Fordrykkur**
	21:00	**Kvöldverður**

Lyfja- og áhaldasýning

Eftirtaldir aðilar taka þátt í lyfja- og áhaldasýningu á sýningarsvæði fyrir framan fundarsal A

A. Karlsson
Alpharma
AstraZeneca
Austurbakki
Eirberg
Eli Lilly
Glóbus
Inter
Ísfarm
Ísmed
Janssen-Cilag
MSD
PharmaNor:
Heilbrigðistæknisvið
Orion
Pharmacia

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 vökvapurrð/blóðpurrð 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, súkrabjálfun, öndunarvél). Áfengi eykur öndunarhemjandi áhrif fentanýls. Áhrifin má stöðva með naloxóni. Þar sem fentanýláhrifin vara mun lengur en áhrif naloxóns þarf að fylgjast mjög vel með sjúklingnum. Fái sjúklingur alvarlegar aukaverkanir þarf að fylgjast mjög vel með honum í sólarhring eftir að plásturinn hefur verið tekinn af vegna þess hver verkunartími er langur.

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

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

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

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

Pakkningar og verð 1. 12. 2002:

Forðaplástur 25 míkróg/klst.	10 cm² x 5 stk. kr. 5.620
Forðaplástur 50 míkróg/klst.	20 cm² x 5 stk. kr. 9.813
Forðaplástur 75 míkróg/klst.	30 cm² x 5 stk. kr. 13.115
Forðaplástur 100 míkróg/klst.	40 cm² x 5 stk. kr. 15.790

Notkunarleiðbeiningar á íslensku skulu fylgja hverri pakkningu lyfsins.



THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 - 110 Reykjavík - Sími 530 7100

JANSSEN-CILAG

FÖSTUDAGUR 9. MAÍ

Salur A

Flutningur frjálsra erinda 2

08:00-09:20 **E 24-30**

09:20-09:30 Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning

09:30-10:25 **„A good 100 years of Nobel Prizes – A Story of Medical Science". Acta Lecture**
Sten Lindhal prófessor við Karolinska sjúkrahúsið í Stokkhólmi og formaður Nóbelsverðlaunanefndar í læknisfræði

10:25-10:30 Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning

10:30-11:10 **How should a busy emergency and university hospital be organized?**
Sven-Erik Gisvold prófessor í Þrándheimi og ritstjóri ACTA Anaesthesiologica Scandinavica

11:10-12:00 **Nútímameðferð við meiriháttar bláæðasega**
Haraldur Bjarnason læknir við Mayo Clinic í Rochester Minnesota, Helgi H. Sigurðsson æðaskurðlæknir Landspítala Fossvogi

12:00-13:30 Hádegishlé, lyfja- og áhaldasýning

12:15-13:15 **Hádegisverðarfundur Astra Zeneca:**
Reynsla af notkun Naropins á Landspítala Hringbraut og Sjúkrahúsinu á Akranesi
Björn Gunnarsson, Ástríður Jóhannesdóttir svæfinga- og gjörgæslulæknar

13:30-14:10 **Liggur okkur lífið á?**
Jón Sigurðsson svæfinga- og gjörgæslulæknir

14:10-14:20 Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning

14:20-15:00 **Erythropoietin in elective orthopedic surgery**
Dr. Eric Weber svæfingalæknir við háskólasjúkrahúsið í Maastricht í Hollandi
Í boði Janssen-Cilag

15:00-15:20 Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning

15:20-16:10 **Plastic reconstruction of ears in microti**
Sven-Olof Wikström lýtalæknir og sérfræðingur í HNE við háskólasjúkrahúsið í Malmö

16:10-16:40 **Skráningarkerfi fyrir svæfingu og vöknun (notað á FSA)**
Girish Hirlekar svæfinga- og gjörgæslulæknir, Shree Datye skurðlæknir

16:40-17:00 Kaffihlé, lyfja- og áhaldasýning

17:00 **Aðalfundur Skurðlæknafélags Íslands**
Aðalfundur Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands

19:30 **Fordrykkur**

20:30 **Hátíðarkvöldverður**

Ágrip erinda

E – 01 Holsjáraðgerðir í nefi og skútum nefs á Háls-, nef- og eyrnadeild Landspítala

Gunnhildur M. Guðnadóttir, Kristín Pálsdóttir, Hannes Petersen

Háls-, nef- og eyrnadeild Landspítala Fossvogi
gunnhgud@landspitali.is

Inngangur: Holsjáraðgerðir á nefi og skútum nefs (functional endoscopic sinus surgery) hafa notið vaxandi vinsælda síðastliðinn áratug og hafa að mestu leyst af hólmi eldri aðgerðir á afholum nefs. Helstu ábendingar fyrir þessum aðgerðum eru langvinnar skútabólgur og miðar aðgerðin að því að bæta afrennsli úr skútum með minnstu mögulegri röskun á eðlilegu slímflæði í nefinu. Þetta er ýmist gert með því að stækka náttúruleg afrennslisop afhola nefsins eða fjarlægja aðrar orsakir fyrir stíflum, svo sem sepa og stækkaðar nefskeljar. Tilgangur rannsóknarinnar var að fá nokkra yfirsýn yfir fjölda þeirra hér á landi, helstu ábendingar og fylgikvilla.
Efniviður og aðferðir: Rannsóknin er afturvirk og var farið yfir sjúkraskrár allra sjúklinga sem gengust undir holsjáraðgerðir á nefi og skútum nefs á tímabilinu 1990-2000.
Niðurstöður: Alls fóru 484 sjúklingar í aðgerð á þessu tímabili, 257 karlar (53%) og 227 konur (47%). Heildarfjöldi aðgerða á tímabilinu var 586 og var meðalaldur við fyrstu aðgerð 43,2 ár, bil 6-87 ár. 78 sjúklingar fóru tvisvar og þar af 21 sjúklingur þrisvar eða oftar í aðgerð. Helstu ábendingar fyrir aðgerð voru langvinnar bólgur í nefi og skútum (74%) og separ í nefi (49%). Meðallegutími var 1,65 dagur (bil 0-8 dagar). Tveir sjúklingar þurftu endurinnlögn vegna blæðingar nokkrum dögum eftir aðgerð og tveir (0,4%) greindust með intracranial (innan höfuðkúpu) loft eftir aðgerð, annar þeirra var einnig með mænuvökvaleka og fór aftur í aðgerð. Í einu tilviki brotnaði snerilhnífur í aðgerð og brot sat eftir í kinnholu.
Ályktun: Holsjáraðgerðir á nefi og afholum nefs hafa fest sig í sessi á Íslandi eins og víðar. Aðgerðin er örugg og lítið um alvarlega fylgikvilla. Nokkuð stór hluti sjúklinga þarf þó á fleiri en einni aðgerð að halda.

E – 02 Sjúkdómar í nefi og skútum nefs greindir við holsjáraðgerðir á Háls-, nef- og eyrnadeild Landspítala

Kristín Pálsdóttir, Gunnhildur M. Guðnadóttir, Hannes Petersen

Háls-, nef- og eyrnadeild Landspítala Fossvogi
gunnhgud@landspitali.is

Inngangur: Holsjáraðgerðir á nefi og skútum nefs (functional endoscopic sinus surgery) hafa notið vaxandi vinsælda síðastliðinn áratug og hafa að mestu leyst af hólmi eldri aðgerðir á afholum nefs. Helstu ábendingar fyrir þessum aðgerðum eru langvinnar skútabólgur og miðar aðgerðin að því að bæta afrennsli úr skútum með minnstu mögulegri röskun á eðlilegu slímflæði í nefinu. Tilgangur rannsóknarinnar var að athuga helstu sjúkdómsgreiningar þeirra sem fóru í holsjáraðgerðir á nefi og skútum þess á tímabilinu 1990-2000 á Háls-, nef- og eyrnadeild Landspítala.
Efniviður og aðferðir: Rannsóknin er afturvirk og var farið yfir sjúkraskrár allra sjúklinga sem gengust undir holsjáraðgerðir á nefi og skútum nefs á tímabilinu 1990-2000. Einnig voru fengnar upplýsingar úr gagnagrunnum Rannsóknarstofu háskólans í meinafræði og Sýkladeild Landspítala.
Niðurstöður: Alls fóru 484 sjúklingar í aðgerð á þessu tímabili, 257 karlar (53%) og 227 konur (47%). Helstu ábendingar fyrir aðgerð voru langvinnar bólgur í nefi og skútum (74%) og separ í nefi (49%). Ætlunin er að skoða nánar svör úr vefjagreiningum og þróun í fjölda sýna á fyrrnefndu tímabili. Einnig verða skoðuð ræktunarsvör og fjöldi sjúklinga með ofnæmi og asma svo eitthvað sé nefnt. Niðurstöður verða kynntar á skurðlæknaþingi.
Ályktun: Holsjáraðgerðir á nefi og skútum nefs hafa fest sig í sessi á Íslandi eins og víðar. Algengustu sjúkdómsgreiningar þeirra sem fara í þessar aðgerðir eru langvinnar bólgur í nefi og skútum og separ í nefi.

E – 03 Aldursstöðluð beinbrotatíðni í Eyjafirði

Jón Torfi Halldórsson[1], Þorvaldur Ingvarsson[1], Björn Guðbjörnsson[2,3]

[1]Slysadeild og [2]Beinþéttnimóttaka FSA, [3]Rannsóknarstofa í gigtarsjúkdómum, Landspítala
jontorfi@fsa.is

Inngangur: Beinbrot eru algeng komuástæða á bráðamóttöku. Eðli og tíðni beinbrota eru mismunandi eftir aldri og kyni. Meðferð þeirra er oft kostnaðarsöm og þau skerða lífsgæði. Hækkandi meðalaldur þjóðarinnar vekur spurningar um framtíðarskipulag heilbrigðisþjónustunnar. Það er því mikilvægt að hafa áreiðanlegar upplýsingar um aldursstaðlaða beinbrotatíðni, en þær liggja ekki fyrir hérlendis.
Efniviður og aðferðir: Á 12 mánaða tímabili (01.09.01-31.08.02) var upplýsingum safnað saman um öll beinbrot sem skráð voru hjá slysadeild FSA. Ennfremur var leitað í útskriftargreiningum allra legudeilda. Íbúar í Eyjafirði 01.12.02 voru 21.627. Upplýsingar um aldursdreifingu voru fengdar hjá Hagstofu Íslands.
Niðurstöður: Alls greindust 668 beinbrot, þar af 449 hjá Eyfirðingum (67%), sem samsvarar að nýgengi beinbrota við Eyjafjörð sé 208/10.000/ár. Beinbrot voru algengari meðal karla (59%), en kvenna (41%). Nýgengi brota var hæst meðal áttræðra og eldri (542/10.000/ár) og meðal barna á aldrinum 10-19 ára (392/10.000/ár). Lægst var nýgengið hjá konum á aldrinum 30-39 ára (38/10.000/ár), en hæst meðal elstu kvennanna (845/10.000/ár). Karlar höfðu hins vegar hæstu brotatíðnina meðal 10-19 ára drengja (533/10.000/ár) og lægstu hjá 50-59 ára körlum (117/10.000/ár).

Beinþynningarbrot voru meira en helmingur allra brota eftir fimmtugt og yfir 80% allra brota hjá áttræðum og eldri.
Ályktun: Rannsóknin staðfestir aldursbreytilegt nýgengi beinbrota og að ungir karlar hafi háa beinbrotatíðni sem líklega skýrist af atvinnutengdri áhættu eða háskalegri hegðun. Frekari rannsóknir þar sem beinþéttni þeirra sem brotna er metin eru nauðsynlegar til að unnt sé að draga ályktanir um sambandið milli beinbrota og beinþynningar hér á landi.

E – 04 **Dempandi festingar í lendhrygg: Nýir aðgerðarmöguleikar við slitgigt í mjóbaki**

Halldór Jónsson jr, Bogi Jónsson

Bæklunarskurðdeild Landspítala Fossvogi
halldor@landspitali.is

Inngangur: Á síðustu árum hafa ýmsir meðferðarmöguleikar þróast til aðgerða á slitgigt í mjóbaki. Má þar nefna hryggstólpa, gerviþófa og gerviliði. Þróunin hefur sérstaklega verið í þá átt að komast hjá spengingu og viðhalda hreyfingu í liðbilinu. Við viljum vekja athygli á dempandi festingum eða hryggdempurum sem kallast Dynesys (Dynamic Neutralization System for the Spine). Tækið á að endurskapa rétta stöðu í aflöguðu liðbili og létta um leið á aðklemmdum taugavef. Það er sett inn aftan í hryggsúluna og leyfir áframhaldandi hreyfingu í liðbilinu þar sem ekki fer fram nein beinígræðsla eins og við hefðbundna spengingu.
Efniviður og aðferðir: Gerð var afturvirk rannsókn á annars vegar ástæðu aðgerðar, meinafræði liðbila og fjölda liðbila, og hins vegar tímalengd aðgerðar, blóðgjöf, legutíma og kostnaði tækis miðað við hefðbundna spengingu.
Niðurstöður: Á hálfu ári (01.09.02-28.02.03) fóru 10 sjúklingar (fjórar konur, sex karlar) í aðgerð, meðalaldur var 59 ár (34-75). Ástæðan var verkir í baki og/eða fótum vegna miðlægrar hryggþófabungunar (central disc protrusion) (fjórir) og eftir fyrri aftari spengingu (posterolateral fusion L3/4-S1) (sex). Fimm sjúklingar voru lagaðir á einu liðbili (L2 til S1), fjórir á tveimur liðbilum (L2-3 og L3-4 eða L3-4 og L4-L5) og einn á þremur liðbilum (L2-3, L3-4, L4-L5). Einn sjúklingur fékk taugarótarertingu sem gekk til baka.

Miðað við hefðbundna aftari spengingu var meðalaðgerðartími fyrir Dynesys 45 mínútur á liðbil sem er 15 mínútum lengur en við hefðbundna festingu; legutími var sex dagar sem er einum degi minna en við hefðbundna festingu og blóðgjöf var 0-2 einingar sem er um tveimur einingum minna en við hefðbundna festingu. Kostnaður á liðbil er um 224.000 sem er sambærilegt við hefðbundna festingu; það hækkar hins vegar um 85.000 á hvert aukaliðbil sem bætt er við. Allir sjúklingar upplifðu minni staðbundna verki heldur en þegar beintaka fer einnig fram og allir losnuðu strax við fótaverki án þess að þurfa aukalega laminectomiu (þynnunám) eða foraminotomiu.
Ályktanir: Demparaaðgerðir í lendhrygg hafa gefið jákvæða byrjunarreynslu. Það að losna við spengingu, hafa minni blóðgjöf og styttri legutíma eru allt framfaraskref miðað við fyrri möguleika til að auka lífsgæði slitgigtarsjúklinga. Árangur okkar hingað til er sambærilegur niðurstöðuviðmiði framleiðanda. Líklegt er að hryggstólpaaðgerðir í lendhrygg muni að mestu leyti víkja fyrir þessum aðgerðum.

E – 05 **Meðfædd vélindalokun á Íslandi 1963-2002**

Anna Gunnarsdóttir[1,2], Guðmundur Bjarnason[2], Ásgeir Haraldsson[3,4]

[1]Skurðdeild Háskólasjúkrahússins í Malmö, [2]Barnaskurðdeild Barnaspítala Hringsins, [3]Barnaspítali Hringsins, Landspítala Hringbraut, [4]Læknadeild Háskóla Íslands
annagunn7@hotmail.com

Inngangur: Meðfædd lokun á vélinda er sjaldgæfur galli og er nýgengi um 1/3000-1/4500 fæddra barna. Meðferð gallans er aðgerð. Árangur aðgerða fer batnandi og er lifun 80-92% síðustu tvo áratugi. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna nýgengi vélindalokunar á Íslandi og meta árangur aðgerða.
Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var afturvirk og upplýsingar fengust úr sjúkraskrám þeirra sem greindust með meðfædda vélindalokun á Barnaspítala Hringsins 1963-2002. Fengnar voru upplýsingar meðal annars um meðgöngulengd, fæðingarþyngd, tegund galla og hvort aðrir fæðingargallar væru til staðar. Einnig var lagt mat á árangur aðgerða. Upplýsingar um fjölda lifandi fæddra á tímabilinu fengust frá Hagstofu Íslands.
Niðurstöður: 37 börn greindust með meðfædda vélindalokun á tímabilinu. Meðalfæðingarþyngd var 2626g, þar af 16 börn (43%) með fæðingarþyngd <2500g. 14 börn (38%) voru fyrirburar (<38 vikur). 34 börn (92%) höfðu algengustu tegund vélindalokunar með blindan nærenda á vélinda og fistil milli fjærenda og aðalberkju. 34 börn gengust undir aðgerð með lokun á fistli og sammynningu á vélinda. Tíu börn létust eftir aðgerð, þar af eitt barn eftir hjartaaðgerð ári eftir vélindaaðgerð. Algengasta dánarorsök var lungnabólga (70%). Lifun eftir vélindaaðgerð var því 74% á tímabilinu. Aðrir meðfæddir gallar voru algengir þar sem hjartagallar reyndust algengastir (32%). Nýgengi sjúkdómsins fór minnkandi á tímabilinu, frá 1/3737 á fyrstu tíu árunum í 1/10.639 á síðasta áratugnum.
Ályktanir: Athyglisvert er hversu nýgengi sjúkdómsins hefur farið lækkandi síðasta áratug og eru þetta lægstu tölur sem okkur er kunnugt um. Árangur aðgerða hefur batnað frá fyrri rannsókn en er þó heldur lakari en í nágrannalöndum okkar. Aðrir fæðingagallar eru algengir hjá þessum sjúklingahópi.

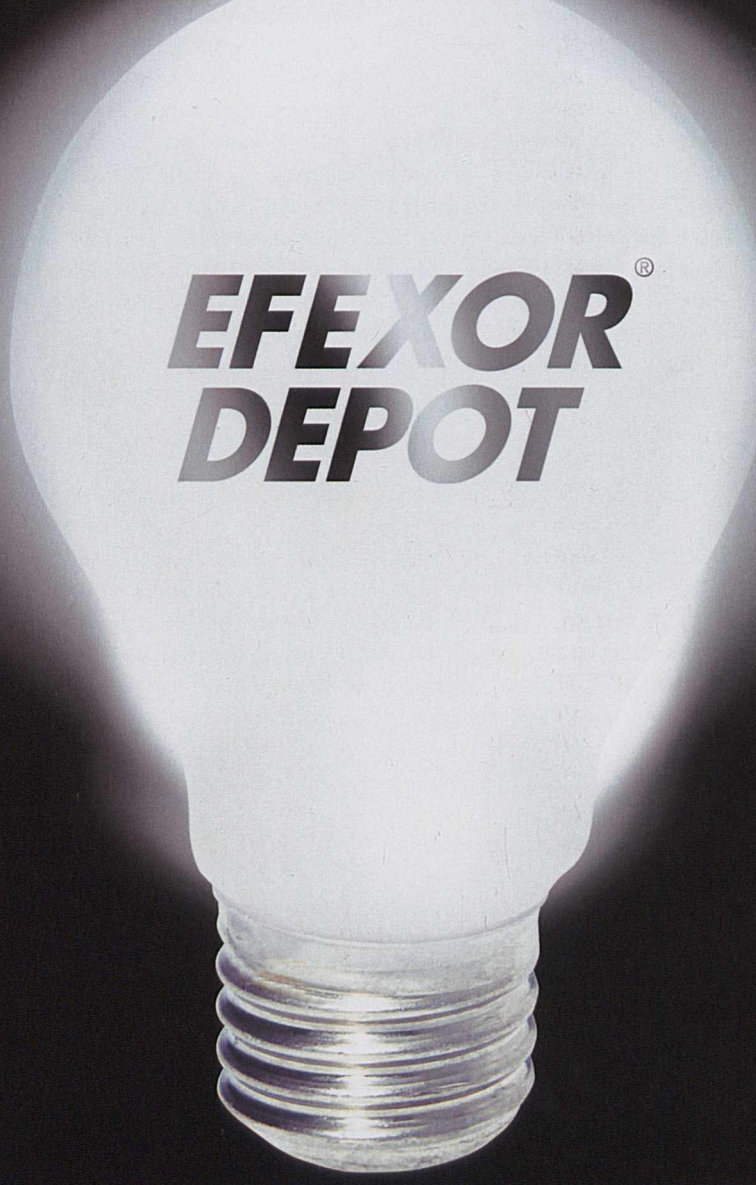
E – 06 **Æðastíflubrottnám á vinstri framveggsgrein hjarta. Afturskyggn rannsókn á 196 sjúklingum**

Tómas Guðbjartsson, Alex Karavas, Sari F. Aranki, Tom Mihaljovic, Lawrence H. Cohn, John G. Byrne

Hjartaskurðdeild Brigham and Women´s sjúkrahússins í Boston. Harvard Medical School.
tomasgudbjartsson@hotmail.com

Inngangur: Framfarir í æðavíkkunum (PCI) hafa gert það að verkum að sjúklingar sem gangast undir kransæðahjáveituaðgerð (CABG) eru oft með langt genginn þriggja æða kransæðasjúkdóm. Þegar ekki er hægt að opna stíflur í kransæðum með blásningu/röri er í vaxandi mæli gripið til skurðaðgerðar. Í slíkum tilvikum getur æðastíflubrottnám (TEA) reynst nauðsynlegt til að koma á flæði í kransæðinni. Kransæðin er opnuð, æðakölkunin fjarlægð en úthjúpur (adventia) æðarveggsins skilinn eftir og saumaður við hjáveitugræðling. Æðastíflubrottnám er tæknilega krefjandi og tíðni fylgikvilla, sérstaklega hjartadreps, er aukin. Markmið þessarar afturskyggnu rannsóknar var að kanna árangur æðastíflubrottnáms á vinstri framveggsgrein hjarta (LAD) við kransæðahjáveituaðgerðir.
Efniviður og aðferðir: Árin 1992-2000 gengust 196 sjúklingar á BWH undir æðastíflubrottnám á vinstri framveggsgrein. Í öllum tilvikum var aðgerðin framkvæmd sem hluti af kransæðahjáveituaðgerð með aðstoð hjarta- og lungnavélar. 10% aðgerðanna voru enduraðgerðir. Meðalaldur var 67 ár (bil 33-97). Rúmur helmingur sjúklinganna (52%) var með óstöðuga hjartaöng og 93% voru í NYHA flokki III eða IV. Sykursýki var greind hjá 89 sjúklingum

Þunglyndi og kvíði



STYTT SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS, desember 2002.
Efexor Depot, Venlafaxín-hýdróklóríð, samsvarandi venlafaxín 75 mg eða 150 mg. Forðahylki. Handhafi markaðsleyfis: Wyeth Lederle Nordiska AB, Råsundavägen 1-3, Solna, Svíþjóð. Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttöku flokkur sjúkratrygginga; R B Ábendingar: Þunglyndi (major depression), þar með talið bæði djúpt og alvarlegt innlægt þunglyndi (melancholia) og kvíðatengt þunglyndi. Almenn kvíðaröskun (GAD). Til að koma í veg fyrir bakslag þunglyndis eða til að koma í veg fyrir endurtekið þunglyndi. Skammtar og lyfjagjöf Efexor Depot ætti að taka með mat. Hylkin skal gleypa heil. Efexor Depot ætti að gefa einu sinni á dag. Upphafsskammtur er 75 mg. Þunglyndi: Ef þörf krefur, er hægt að auka skammtinn um 75 mg á dag á a.m.k. 4 daga fresti. Við miðlungs alvarlegu þunglyndi má titra skammta upp í 225 mg á dag og við alvarlegu þunglyndi er hámarksskammtur 375 mg á dag.
Almenn kvíðaröskun (GAD): Hjá sjúklingum sem ekki sýna neina svörun við 75 mg upphafsskammti á dag, getur verið gagnlegt að auka skammta upp að hámarki 225 mg á dag. Skammta má auka með u.þ.b. 2 vikna millibili eða meira, en aldrei skemur en 4 daga fresti. 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. Et kreatíníníuthreinsun er minni en 30 ml/mín. eða við meðal alvarlega 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 meir. Í slíkum tilvikum kann að vera nauðsynlegt að gefa Efexor töflur. Skammtar til að koma í veg fyrir bakslag eða endurtekið þunglyndi eru venjulega þeir sömu og notaðir eru við upphaflegu meðferðina. Hafa skal reglulegt eftirlit með sjúklingum til að hægt sé að meta árangur af langtímameðferð. Eftirlit með lyfjagjöf og skömmtum. 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. Hafa skal samband við sérfræðing ef enginn bati hefur náðst eftir eins mánaðar meðferð. Fráhendingar: Brátt hjartadrep, bráður sjúkdómur í heilaæðum og ómeðhöndlaður háþrýstingur. Samtímis meðferð með mónóamínoxíðasahemlum. Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun 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 er skipt frá mónóamínoxíðasahemli til venlafaxíns skal gera minnst 14 daga meðferðarhlé. Ef breytt er meðferð frá venlafaxíni til mónóamínoxíðasahemils er mælt með 7 daga meðferðarhléi. Gera verður ráð fyrir hættu á sjálfsvígi hjá öllum sjúklingum sem haldnir eru geðlægð. Hætta á sjálfsvígi fylgir geðlægð og kann að vera fyrir hendi þar til verulegur bati hefur náðst. Venlafaxín kann hjá sumum sjúklingum að valda hækkuðum blóðþrýstingi (hlébilsþrýstingur hækkar um 10-30 mmHg). Mælt er með því að viðkomandi læknir fylgist með blóðþrýstingi við hverja heimsókn sjúklings. Hjá öldruðum og sjúklingum með þekktan hjarta- og æðasjúkdóm ætti að fylgjast með blóðþrýstingi á hálfsmánaðar fresti í 4-6 vikur og eftir það við hverja heimsókn til viðkomandi læknis. Sjúklinga í langtímameðferð ætti að fræða um mikilvægi góðrar tannhirðu vegna þess að þurrkur í munni kann að valda aukinni hættu á tannskemmdum. Ekki hefur fengist reynsla af meðferð sjúklinga með geðklofa. Áhrif venlafaxíns á tviskauta þunglyndi (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið þróun til oflætisfasa. Sjúklingar með flogaveiki þarfnast viðeigandi flogaveikilyfja á meðan á meðferð stendur. Ekki hefur fengist klínísk reynsla hjá börnum. Lækkun natríums í blóði hefur stöku sinnum sést við meðferð með geðlægðarlyfjum, m.a. serótónínupptökuhemlum, oftast hjá öldruðum og sjúklingum sem eru á þvagræsilyfjum. Upp hafa komið örfá tilvik með lækkun natríum í blóði af völdum Efexors, yfirleitt hjá öldruðum, sem hefur leitt til þess að hætt var við að gefa lyfið. Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir. Engar milliverkanir hafa komið fram hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum eftir einfaldan skammt af lítíum, díazepami og etanóli á meðan á meðferð stendur með venlafaxíni. Rannsóknir benda til þess að venlafaxín umbrotni í O-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP2D6 og í N-desmetýlvenlafaxín af völdum ísóensímsins CYP3A3/4. Vænta má eftirtalinna milliverkana þótt þær hafi ekki verið rannsakaðar sérstaklega in vivo. Samtímis meðferð með lyfjum, sem hamla CYP2D6, gæti valdið aukinni uppsöfnun venlafaxíns svipað því og búast má við í einstaklingi með hæg umbrot debrisokíns. Aðgát skal höfð þegar Efexor er gefið ásamt lyfjum svo sem kínidíni, paroxetíni (sjá fleiri dæmi í þessum kafla). Þar eð venlafaxín gæti dregið úr umbrotum annarra lyfja sem CYP2D6 umbrýtur ætti að gæta varúðar við notkun venlafaxíns ásamt slíkum lyfjum þar eð blóðþéttni þeirra gæti aukist. Búast má við mikilli uppsöfnun venlafaxíns ef einstaklingi með hæg umbrot CYP2D6 er gefinn CYP3A3/4 hemill á sama tíma. Því skyldi gæta varúðar við notkun Efexors samfara lyfjum sem hamla gegn CYP3A3/4 t.d. ketókónasóli.Meðganga og brjóstagjöf Meðganga: Takmörkuð klínísk reynsla hefur fengist af því að gefa vanfærum konum lyfið. Rannsóknir á dýrum hafa leitt í ljós minnkaða þyngd og stærð fóstra og lakari lífsmöguleika, líklega vegna eiturvirkni á móður. Þar til frekari reynsla hefur fengist af Efexor ætti ekki að gefa það á meðgöngutíma nema að vandlega athuguðu máli Brjóstagjöf: Ekki er vitað hvort venlafaxín skilst út í brjóstamjólk.Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla. 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; Algengar (>1/100):Almennar: Þróttleysi, lystarleysi, höfuðverkur, kviðverkir, þyngdarminnkun eða þyngdaraukning, svitakóst, eyrnasuð, svimi, svefnhöfgi, skjálfti. Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundið blóðþrýstingsfall, hraðtaktur, æðavíkkun, hjartsláttaróþot. Miðtaugakerfi: Æsingur, rugl, martröð, minnkuð kynhvöt, svefnleysi, truflað hugskyn, kvíði, taugaóstyrkur. Meltingafæri: Ógleði, uppköst, niðurgangur, hægðatregða, meltingartruflun, munnþurrkur. Húð: Útbrot, flekkblæðing. Þvag- og kynfæri: Áhrif á sáðlát/fullnægingu, getuleysi. Augu: Sjónstillingartruflun. Sjaldgæfar:Almennar: Bjúgur. Blóð: Blóðflagnafæð. Miðtaugakerfi: Slen, ósamhæfðar hreyfingar, ofhreyfni, ofskynjanir, geðhæð. Meltingarfæri: Bólga í vélinda, magabólga, tannholdsbólga, bragðbreytingar. Húð: Hárlos, ofsakláði, aukið ljósnæmi. Lifur: Hækkuð lifrarensím í blóði. Öndunarfæri: Ástmi. Augu: Tárubólga. Mjög sjaldgæfar Almennar: Hálfdvali (stupor) (<1/1000) Blóðrás: Breytingar á hjartarafriti (T-bylgja, S-T hluti, gátta-sleglarof af gráðu I). Miðtaugakerfi: Krampar, einkenni um utanstrýtukvilla (Parkinsonlík einkenni), persónuleikatruflun. 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. Ofskömmtun Eiturvirkni: Fullvaxnir einstaklingar hafa tekið inn allt að 6,75 g og orðið fyrir meðalsvæsnum eitrunaráhrifum. Einkenni: Bæling miðtaugakerfisins, krampar, andkólínvirk einkenni. Hraðtaktur, hægataktur, lækkaður blóðþrýstingur, ST/T-breytingar, lenging QT-bils, lenging QRS-bils. Meðferð: Tryggja að öndunarvegur sé vel opinn, fylgjast með hjartarafriti; lyfjakol; magaskolun kemur til greina. Ráðstafanir sem beinast að einkennum. Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 1 desember 2002 hámarks útsöluverð úr apótekum; Efexor Depot forðahylki 75 mg: 28stk 4.588 kr., 98stk 13.680 kr., 100stk 13.926 kr., Efexor Depot forðahylki 150 mg: 28stk 7.564 kr., 98stk 22.863 kr., 100stk 23.280 kr.

Wyeth

Austurbakki
Kötlunarhöfða 2, 104 Reykjavík

(45%) og 28 (14%) voru með nýrnabilun fyrir aðgerð. Sautján sjúklingar (10%) voru með brátt hjartadrep (MI) og 33 (17%) höfðu fengið hjartadrep innan mánaðar fyrir aðgerð.
Niðurstöður: Fjöldi græðlinga var oftast þrír (miðgildi, bil 1-5). Vinstri brjóstholsslagæð (LIMA) var tengd við vinstri framveggsgrein hjá 151 sjúklingi (77%), en hjá 46 þeirra þurfti að auki bláæðabút til að loka kransæðinni. Hjá 45 sjúklingum (23%) var eingöngu notast við bláæðagræðling. Skurðdauði var 3% (n=6). Alls greindust 28 sjúklingar (15%) með nýtilkomið hjartadrep eftir aðgerðina og sex (3%) þurftu að fara í enduraðgerð vegna blæðingar. Lungnabilun greindist hjá 16 sjúklingum (8%) eftir aðgerðina og heilablóðfall hjá 11 (6%). Eins árs lífshorfur voru 94% (95% CI: 90%-97%) og fimm ára lífshorfur 74% (95% CI: 66%-80%).
Ályktun: Hægt er að framkvæma æðastíflubrottnám á vinstri framveggsgrein við kransæðahjáveituaðgerðir með lágri tíðni fylgikvilla og skurðdauða. Þó að stór hluti sjúklinga sé í áhættuhópi útbreidds kransæðasjúkdóms eru skammtímalífshorfur góðar eftir þessa tegund aðgerðar.

E – 07 **Ósæðarlokuskipti hjá öldruðum með lífrænni Mitroflow®-loku – 13 ára eftirlit**

Tómas Guðbjartsson, Johan Sjögren, Lars I. Thulin

Hjartaskurðdeild háskólasjúkrahússins í Lundi, Svíþjóð
tomasgudbjartsson@hotmail.com

Inngangur: Ósæðarlokuskipti eru á meðal algengustu hjartaskurðaðgerða og ábendingar fyrir aðgerð eru oftast þrengsli og/eða leki í ósæðarloku. Hjá sjúklingum yfir sjötugt er yfirleitt notast við lífrænar ósæðarlokur til að komast hjá ævilangri blóðþynningarmeðferð. Lífrænar hjartalokur eru yfirleitt fengnar úr svínum en Mitroflow®-lokan er búin er til úr gollurshúsi kálfa og hefur verið notuð víða um heim á síðustu tveimur áratugum. Fylgikvillar eftir ósæðarlokuskipti eru algengari hjá öldruðum en yngri sjúklingum. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna árangur ósæðarlokuskipta með Mitroflow®-loku hjá öldruðum. Sérstaklega var litið á árangur aðgerða hjá einstaklingum með þrönga ósæðarrót.
Efniviður og aðferðir: Á árunum 1990-1993 gekkst 151 sjúklingur ≥75 ára (meðalaldur 79 ár, bil 75-91) undir ósæðarlokuskipti með Mitroflow®-loku í Lundi. Upplýsingar fengust úr sjúkraskrám og eftirlit var 100%. Í helmingi tilfella var jafnframt framkvæmd kransæðahjáveituaðgerð og hjá þremur (2%) sjúklingum þurfti að víkka ósæðarrótina með bót. Sjúklingunum var skipt í tvo hópa; hóp A (n=85) með lokustærð ≤21 og hóp B (n=66) með lokustærðir 23, 25 og 27. Árangur í hópunum var borinn saman.
Niðurstöður: Skurðdauði (látnir <30 d.) var 2% (n=3). Fimm sjúklingar í hópi A og sex í hópi B greindust með bilun í lokunni við eftirlit og einn úr hvorum hópi gekkst undir enduraðgerð þar sem lokunni var skipt út. Aðrir fylgikvillar eins og rek/blóðsegi og lokuleki voru sömuleiðis sambærilegir í hópunum tveimur. Einn í hvorum hópi lést úr hjartaþelsbólgu/blóðeitrun. Eins, fimm og tíu ára lífshorfur voru sambærilegar í hópi A og B. Algengasta dánarorsök var hjartabilun.
Ályktun: Árangur ósæðarlokuskipta með Mitroflow®-loku í öldruðum er góður. Fylgikvillar og skurðdauði eftir aðgerð reyndust sambærilegir og við ósæðarlokuskipti hjá yngri sjúklingum. Árangur er ekki síðri fyrir sjúklinga með þrönga ósæðarrót.

E – 08 **Áhrif nets á sáðstreng við nárakviðslitsaðgerðir**

Fritz H. Berndsen[1], Lars-Magnus Bjursten[2], Mecius Siminaitis[3], Agneta Montgomery[4]

[1]Handlækningadeild Sjúkrahússins á Akranesi, [2]Deild fyrir dýratilraunir, [3]Meinafræðideild og [4]Skurðdeild háskólasjúkrahússins í Malmö
fritz.berndsen@sha.is

Inngangur: Nárakviðslitsaðgerðir eru á meðal algengustu skurðaðgerða. Endurtekin kviðslit eru umfangsmikið vandamál sem sést best á því að 15-20% allra nárakviðslitsaðgerða eru framkvæmdar vegna endurtekins kviðslits. Með því að nota polypropylene net er hægt að fækka endurteknu kviðsliti verulega. Vitað er að netin valda ótilasvörun (foreign body reaction) með langvinnri bólgu en lítið hefur verið rannsakað hvort þessi svörun hafi áhrif á sáðstrenginn. Tilgangur rannsóknarinnar var að meta hvort netinnlögn hafi áhrif á sáðstrenginn og hvort munur sé á hefðbundnu polypropylene neti (Prolene®) og samsettu (polypropylene/polyglactin) léttvigtarneti (Vypro-II®).
Efniviður og aðferðir: 30 rottum var skipt í þrjá hópa. Aðgerð var gerð öðru megin og hinn nárinn notaður til samanburðar. Byrjað var á að fríleggja sáðstrenginn. Í hópi I var gerð nárakviðslitsaðgerð án nets, í hópi II var gerð aðgerð sem líkist Lichtenstein aðgerð með Prolene® neti en í hópi III var notað samsett léttvigtarnet (Vypro-II®). Eftir 90 daga var skuggaefni sprautað í sáðrás (vasography) og mælt testósterón frá eistaláæð báðum megin. Nárinn var skoðaður í smásjá, ummál sáðrásar mælt og bólga og bandvefsmyndun í kringum netin metin. Annars vegar var hópur I borin saman við hóp II og III en hins vegar var gerður samanburður á hópi II og III.
Niðurstöður: Sáðrásin var opin í öllum tilvikum eftir 90 daga. Í hópi III (Vypro-II®) var testósterón (miðgildi) frá eistaláæð marktækt lægra (83 nmol/L á móti 127 nmol/L, p = 0,008) og ummál (miðgildi) sáðrásarinnar minna (158 pixels á móti 187 pixels, p = 0,022) sömu megin og netið. Þessi munur sást ekki í hópi I og II. Bólgusvörun og bandvefsmyndun var marktækt aukin í hópi II og III samanborið við hóp I. Hins vegar var ekki munur milli hópa II og III. Polyglactin þræðir sáust í öllum sýnum í hópi III.
Ályktanir: Samsett léttvigtarnet (Vypro-II®) veldur lækkun á testósteróni eistaláæðar og minnkun á ummáli sáðrásar eftir nárakviðslitsaðgerð hjá rottum. Hins vegar var ekki munur á bólgusvörun og bandvefsmyndun eftir notkun hefðbundins polypropylene nets og samsetts léttvigtarnets (polypropylene/polyglactin).

E – 09 **Samanburður á mismunandi aðferðum til að mæla þrýsting í kviðarholi**

Fjölnir Freyr Guðmundsson, Asgaut Viste, Hjörtur Gíslason, Knut Svanes

Kirurgisk Forskningslaboratorium, Haukeland Universitets Sykehus í Bergen
ffgudmun@broadpark.no

Inngangur: Þrýsting í kviðarholi er hægt að mæla með ýmsum aðferðum. Algengast er að mæla þrýsting í þvagblöðru sem endurspeglar vel kviðarholsþrýsting. Markmið þessarar rannsóknar var: a) að bera saman þrýsting í þvagblöðru, neðri meginbláæð og bláæð

læris við beina mælingu á þrýstingi í kviðarholi, b) að bera saman blóðflæði í neðri meginbláæð og bláæð læris, og c) að meta hæfilegt magn vökva sem hafa skal í þvagblöðru við mælingu á þrýstingi.
Efniviður og aðferðir: Átta svín voru svæfð. Þrýstinemum var komið fyrir í þvagblöðru, neðri meginbláæð, bláæð læris og inni í kviðarholi. Flæðinemum var komið fyrir umhverfis neðri meginbláæð og bláæð læris. Þrýstingur í kviðarholi var aukinn með Ringerslausn í þrepum upp í 40 mmHg og síðan stiglækkaður og þrýstingur og blóðflæði mælt. Í lok rannsóknar mældum við hve mikinn vökva þurfti að setja inn í þvagblöðru til að auka blöðruþrýsting um 2 mmHg við <8 mmHg og við 20 mmHg þrýsting í kviðarholi.
Niðurstöður: Þrýstingur sem mældur er í þvagblöðru, neðri meginbláæð og bláæð læris endurspeglar mjög vel kviðarholsþrýsting. Blóðflæði í bláæð læris endurspeglar vel blóðflæði í neðri meginbláæð. Minni vökva þurfti til að fá aukningu um 2 mmHg í þvagblöðru við 20 mmHg kviðarholsþrýsting.
Ályktun: Óbeinar mælingar á kviðarholsþrýstingi í þvagblöðru, neðri meginbláæð og bláæð læris eru áreiðanlegar. Einungis 10-15 millilítra af vökva ætti að setja í þvagblöðru áður en þvagblöðruþrýstingur er mældur.

E – 10 Áhrif endothelins og angiotensin II á nýrnablóðflæði og þvagmyndun við aukinn kviðarholsþrýsting

Fjölnir Freyr Guðmundsson, Asgaut Viste, Ole Myking, Leif Bostad, Ketil Grong, Knut Svanes

Kirurgisk Forskningslaboratorium, Haukeland Universitets Sykehus í Bergen
ffgudmun@broadpark.no

Inngangur: Alvarlegir sjúkdómar, svo sem brisbólga, geta valdið auknum þrýstingi í kviðarholi. Verulega aukinn kviðarholsþrýstingur veldur minnkuðu nýrnablóðflæði og þvagmyndun. Við höfum áður sýnt fram á að angiotensin II og endothelin-1 sem valda æðasamdrætti finnast í auknum mæli við aukinn kviðarholsþrýsting. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna áhrif lyfja sem draga úr verkun á endothelin-1 og angiotensin II á nýrnablóðflæði og þvagmyndun.
Efniviður og aðferðir: Þrjátíu svín voru svæfð og eftir skurðaðgerð var kviðarholsþrýstingur aukinn með Ringerslausn upp í 30 mmHg og haldið í þrjár klukkustundir. Tíu dýr fengu endothelin-1 hemjandi lyf, tezosentan, tíu dýr fengu angiotensin II hemjandi lyf, losartan, og tíu dýr voru í viðmiðunarhópi. Við könnuðum nýrnablóðflæði, renínvirkni, blóðþéttni aldósteróns og endothelin-1 og þvagmyndun.
Niðurstöður: Í viðmiðunarhópi var nýrnablóðflæði stöðugt, æðamótstaða jókst, blóðþéttni aldósteróns jókst og þvagmyndun minnkaði. Losartan jók nýrnablóðflæði, hindraði æðamótstöðu, kom í veg fyrir aukningu í blóðþéttni aldósteróns og þvagmyndun hélst óbreytt. Tezosentan olli því að blóðþrýstingur féll, nýrnablóðflæði minnkaði og þvagmyndun minnkaði verulega samanborið við viðmiðunarhóp.
Ályktun: Æðasamdráttur í nýrum við aukinn kviðarholsþrýsting orsakast af aukinni framleiðslu á angiotensin II og minnkuð þvagmyndun er að hluta til vegna aukinnar endurupptöku á natríum og vatni í nýrnapíplum vegna aukins aldósteróns.

Tezosentan olli verulegu blóðþrýstingsfalli og varasamt er að nota það við þessar aðstæður. Losartan virðist hins vegar bæta nýrnablóðflæði og þvagmyndun.

E – 11 Árangur sogskafaðgerða í handarkrika við hyperhydrosis axillae á St. Jósefsspítala frá 1990-2002

Andri Már Þórarinsson[1], **Jens Kjartansson**[2]

[1]Skurðsviði, [2]Lýta- og brunadeild Landspítala Hringbraut
jenskj@landspitali.is

Hyperhydrosis axillae er ástand sem lýsir sér með mikilli svitamyndun í handarkrikum. Primary hyperhydrosis á höndum, fótum eða í handarkrika hrjáir um 1% fólks í hinum vestræna heimi, en ekki hafa fundist tíðnitölur fyrir handarkrika eingöngu. Ástandið veldur þolendum oft nokkurri hömlun þar sem þeir telja sig ófæra í mörgum þáttum mannlegra samskipta, til að geta stundað ákveðin störf og svo framvegis.

Ástandið hefur verið meðhöndlað með ýmsum hætti, allt frá ákveðnum efnum sem borin eru á húðina til þess að húðin í handarkrikum hefur verið fjarlægð í heilu lagi (en bloc).

Nokkuð er síðan fyrstu greinarnar fóru að birtast þar sem lýst er svokölluðu sogskafi, en það er fitusogstækni notuð til að fjarlægja hluta af subcutant (undir húð) vef gegnum lítinn inngang framanvert í handarkrikanum, upp að dermislínu. Við þetta fækkar svitakirtlum á svæðinu til muna og ástandið lagast. Þessi aðgerð hefur verið framkvæmd á 41 sjúklingi á St. Jósefsspítala í Hafnarfirði og kannar rannsóknin árangur af aðgerðinni hjá þessum hóp.

Haft var samband símleiðis við 36 þessara einstaklinga en fimm voru fluttir af landi brott. Lagður var fyrir spurningalisti þar sem þeir voru spurðir út í ýmsa þætti fyrir og eftir aðgerð, svo sem fataskipti, félagsleg samskipti, lykt, örmyndun, verki, hártap og hvort enduraðgerðar hafi verið þörf.

Niðurstöður eru í tölfræðilegri úrvinnslu og verða kynntar á ársþingi Skurðlæknafélagsins.

E – 12 Meðferð og fagrýni ristilkrabbameins

Anna Sverrisdóttir

Queen's Hospital, Burton upon Trent, Staffordshire, Englandi
asverris@hotmail.com

Inngangur: Mikil þörf er talin á að staðla og miðstýra meðferð við ristil- og endaþarmskrabbameini. Queen's Hospital er sjúkrahús í Mið-Englandi sem þjónar 280.000 manns. Um 100-120 ristil- og endaþarmskrabbamein greinast árlega og eru einungis meðhöndluð af tveimur skurðlæknum. Hér er lýst meginatriðum í meðferð og gagnasöfnun/gæðaeftirliti í Mið-Englandi.
Aðferðir: Umönnun allra ristil- og endaþarmskrabbameinssjúklinga er í höndum þverfaglegra teyma þar sem auk lækna og hjúkrunarfræðinga eru starfsmenn sem sjá um gagnasöfnun og úrvinnslu. Teymin tengjast Colorectal Cancer Modernisation Project sem er í fararbroddi í Bretlandi hvað varðar þróun og framfarir í meðferð ristil- og endaþarmskrabbameina. Meginmeðferð er með TME-aðferðinni (Total Mesorectal Excision). Teymin hafa fengið ítarlega þjálfun þar sem markmiðið er að allir sjúklingar með krabbamein í endaþarmi fái sömu meðferð hvað varðar alla þætti hennar. Spítalarnir taka þátt í fagrýni (audit). Skoðað er: a) notagildi segulómunar við TNM stigun fyrir aðgerð, b) tölvumyndataka af öllum ristil- og endaþarmssýnum ef TME var beitt, þar sem tveir óháðir skurð-

læknar skoða sýnin til að meta hvort langtímaárangur tengist gæðum TME-aðgerðarinnar, c) gæði vefjarannsókna og d) gæði áætlana um geislameðferð, e) þörf á tveimur sérfræðingum við aðgerð og f) svör við spurningalista um lífsgæði (Functional/Quality of Life Questionnaire) fyrir aðgerð og eftir sex og 12 mánuði, varðandi blöðru- og garnaeinkenni og kynlíf. Upplýsingabæklingar um aðgerðir, rannsóknir, spítalalegu og hugsanlega fylgikvilla hafa verið gerðir og samband við heimilislækna bætt til muna.

Ályktun: Eftir ofangreindar breytingar er umönnun mun betri en fyrir aðeins fáeinum árum. Bæði sjúklingar og aðstandendur vita mun meira um sjúkdóminn og meðferðina. Upplýsingaflæði er skilvirkara og ekki eins háð útskýringum skurðlæknisins sjálfs.

Miklar vonir eru bundnar við nýjungar í meðferð. Nú þegar öll skurðmeðferð er einungis í höndum lækna með sérfræðimenntun í skurðaðgerðum neðri hluta meltingarvega er áformað að bera saman niðurstöður við uppgjör sem gert var fyrir tíu árum.

E – 13 **Bætt lifun ristil- og endaþarmskrabbameins í Svíþjóð**

Helgi Birgisson, Mats Talbäck, Ulf Gunnarsson, Lars Påhlman, Bengt Glimelius

Handlækningadeild háskólasjúkrahússins Uppsölum og Faraldsfræðideild sænsku krabbameinsskrárinnar í Stokkhólmi
helgi.birgisson@telia.com

Inngangur: Lifun ristil- og endaþarmskrabbameins hefur batnað síðustu áratugi. Fyrir endaþarmskrabbamein má ef til vill rekja þennan ávinning til geislunar fyrir aðgerð og aðgerðarinnar TME (total mesorectal excision). Í Uppsölum var þessi meðferð tekin upp árið 1985 og voru frumkvöðlar hennar í Svíþjóð. Markmið þessarar rannsóknar er að rannsaka lifun ristil- og endaþarmskrabbameins í Svíþjóð og Uppsalaléni.

Efniviður og aðferðir: Upplýsingar voru fengnar frá sænsku krabbameinsskránni um alla sjúklinga sem greindust með kirtilfrumukrabbamein á árunum 1960-1999. Fimm ára „relativ" lifun var reiknuð og samanburður gerður milli tímabila, ristil- og endaþarmskrabbameins og Uppsalaléns og annarra léna Svíþjóðar.

Niðurstöður: Fimm ára „relativ" lifun ristilkrabbameins hefur aukist frá 39,6% 1960-64 til 57,2% 1995-99 og fyrir endaþarmskrabbamein frá 36,1% til 57,6%. Lifun sjúklinga með endaþarmskrabbamein í Uppsölum jókst tímabilið 1985-89 og áframhaldandi lifunaraukningu mátti sjá fyrir tímabilin 1990-94 og 1995-99.

Umræður: Lifun sjúklinga með bæði ristil- og endaþarmskrabbamein í Svíþjóð hefur batnað síðustu áratugi. Bætta lifun sjúklinga með endaþarmskrabbamein í Uppsölum er ef til vill hægt að skýra með tilkomu geislameðferðar og TME-skurðaðgerða.

E – 14 **Stent við þarmastíflu af völdum ristil- og endaþarmskrabbameins**

Helgi Birgisson, Kennet Smedh

Handlækningadeild, Centrallasarettet Västerås, Svíþjóð
helgi.birgisson@telia.com

Inngangur: Hefðbundin meðferð við þarmastíflu af völdum ristil- og endaþarmskrabbameins er úrnám ristils/endaþarms og stóma. Nú er einnig hægt að leggja stent (stoðlegg) til að leysa stífluna tímabundið, til dæmis fyrir komandi aðgerð eða endanlega í líknandi tilgangi. Hér verður lýst fyrstu reynslu stent ísetningar við Centrallasarettet í Västerås.

Efniviður og aðferðir: 22 sjúklingar með hótandi eða fullgengna þarmastíflu af völdum krabbameins í bugaristli eða endaþarmi á tímabilinu 1. október 1999 til 1. október 2002. Notað var sjálfútvíkkandi möskva stent (Boston microvasive,) sem er 9 cm langt með 22 mm innanmál. Stentið var lagt með buga- eða ristilspeglun í röntgengegnumlýsingu.

Niðurstöður: Stent ísetning tókst hjá 18 sjúklingum, tíu körlum og átta konum, með meðalaldur 78,5 (52-96) ár. Ellefu endaþarms- og sjö bugaristilkrabbamein voru meðhöndluð, fjarlægð æxlis frá endaþarmsopi var 12,5 (6-30) cm og aðgerðartími 38 (25-100) mínútur. Fylgikvillar voru þrombótíseruð gyllinæð (n=2), blæðing (n=1) og sýking í pung (n=1). Stentið losnaði hjá fjórum sjúklingum og fékk einn sjúklinganna nýtt stent með góðum árangri. Fjórtán sjúklingar voru meðhöndlaðir í líknandi tilgangi og varð líkn góð í níu tilfellum. Af fjórum sjúklingum sem síðar gengust undir læknandi aðgerð höfðu tveir endaþarmskrabbamein.

Umræður: Stent ísetning við þarmastíflu af völdum ristil- og endaþarmskrabbameins er góður valkostur þar sem losna má við stómaaðgerð. Nota má stent sem líknandi meðferð en einnig er hægt er að undirbúa sjúklinga fyrir læknandi valaðgerð.

E – 15 **Smáæðablóðflæði í þarmaslímhúð**

Samstarfsverkefni LSH – HI og UniBE #1

Gísli H. Sigurðsson[1], Vladimir Krejci[2], Luzius Hiltebrand[2]

[1]Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala, [2]Svæfinga- og gjörgæsludeild, Inselspital háskólasjúkrahúsi í Bern, Sviss
gislihs@landspitali.is

Inngangur: Laser Doppler blóðflæðismælingar og smásjármælingar í líffærum (intravital microscopy) hafa sýnt að smáæðablóðflæði (microcirculation) sveiflast reglulega frá lágflæði til háflæðis (flowmotion – nokkrum sinnum á mínútu) í sumum vefjum líkamans, svo sem húð, munnslímhúð og fleira. Þetta fyrirbrigði hefur til dæmis í vöðvum verið tengt ófullnægjandi blóðflæði (ischaemia). Þetta hefur ekki verið rannsakað í kviðarholslíffærum nema í ómentum. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna hvort sveiflur væru á blóðflæði í smáæðum þarmaslímhúðar við eðlilegar aðstæður eða við sjokkástand.

Efniviður og aðferðir: Smáæðablóðflæði var mælt stöðugt í nýrum, lifur, brisi og maga-, smáþarma- og ristilslímhúð með laser Doppler flæðimæli (LDF) í 20 svæfðum svínum. Einnig var smáæðablóðflæði „kvikmyndað" í slímhúð smáþarma með cytoscan tækni. Súrefnismettun í þarmaslímhúð var stöðugt mæld með near-infrared spectoroscopy (NIRO).

Helstu niðurstöður: Á laser Doppler mælinum sáust reglulegar sveiflur í smáæðablóðflæði (microcirculatory flow motion) í slímhúð maga, smáþarma og ristils í öllum dýrunum sem voru rannsökuð bæði við stöðugar aðstæður og í sjokkástandi. Aðeins mjög alvarlegt sjokk virtist trufla þessar sveiflur. Tíðni sveiflnanna var 2,2-7,0 á mínútu og gat hún verið mismunandi frá einum stað til annars þótt aðeins nokkrir millimetrar væru á milli. Með NIRO mældust mótsvarandi sveiflur í súrefnismettun í slímhúðinni eins og sáust á laser Doppler mælinum. Ennfremur sáust mótsvarandi sveiflur í smáæðablóðflæði á

cytoscan „kvikmynd" og var greinilegt að tíðni sveiflnanna gat verið mismunandi í tveimur aðliggjandi villi í smáþörmunum.
Ályktanir: Þessi rannsókn staðfestir að smáæðablóðflæði sveiflast milli lágflæðis og háflæðis í þarmaslímhúð 2-7 sinnum á mínútu bæði við eðlilegar aðstæður og við sjokkástand. Þessar sveiflur í blóðflæði virðast vera undir stjórn gangráðs sem liggur mjög langt úti í smáæðum (peripherally). Þessar sveiflur í flæði valda mótsvarandi sveiflum í súrefnismettun í þarmaslímhúð. Frekari rannsóknir eru nauðsynlegar til að kanna tilgang þessa fyrirbrigðis.

E – 16 Hvorki dópamín né dóbútamín bæta smáæðablóðflæði í lifur eða þörmum í sepsis

Samstarfsverkefni LSH - HI og UniBE #2

Gísli H. Sigurðsson[1] Luzius Hiltebrand[2], Vladimir Krejci[2]

[1]Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala, [2]Svæfinga- og gjörgæsludeild Inselspital háskólasjúkrahússins í Bern, Sviss
gislihs@landspitali.is

Inngangur: Ein af aðalorsökum fjöllíffærabilunar eftir sepsis er skortur á blóðflæði í þörmum og lifur. Beta-agónistar eins og dópamín og dóbútamín eru oft notaðir í sepsis til að auka hjartaútfall í þeirri von að hluti af auknu flæði frá hjarta muni fara í að bæta smáæðablóðflæði (microcirculation) í lifur og þörmum. Tilgangur þessarar rannsóknar var að mæla áhrif dópamíns og dóbútamíns á almennt flæði (cardiac index; CI), staðbundið flæði (superior mesenteric artery; SMA) og smáæðablóðflæði (MBF) í kviðarholslíffærum í septísku sjokki (blóðeitrunarsjokki).
Efniviður og aðferðir: Átta svín voru svæfð, ventileruð (vélræn öndun) og septískt sjokk var framkallað með faecal peritonitis (hægðalífhimnubólgu). CI var mælt með hitaþynningartækni, SMA-flæði með hljóðbylgjuflæðimæli og smáæðablóðflæði var mælt stöðugt með laser Doppler flæðimæli í nýrum, lifur, brisi, maga-, smáþarma- og ristilslímhúð. Hvert dýr fékk í slembiröð (random order), crossover design, 5 og 10 mcg/kg/mín dópamín og 5 og 10 mcg/kg/mín dóbútamín. Lyfið var gefið í 20 mínútur en eftir það var 40 mínútna aðlögunartími þar sem blóðþrýstingur og CI voru látin jafna sig áður en hitt lyfið var gefið.
Helstu niðurstöður: Bæði lyfin juku CI; dópamín um 18% og dóbútamín um 48%, miðað við grunnlínu ($p<0,001$ í báðum tilvikum). SMA-flæði jókst um 33% með dópamíni ($p<0,01$) en hélst óbreytt með dóbútamíni. Engar marktækar breytingar voru á smáæðablóðflæði undir meðferð þessara lyfja í neinu þeirra líffæra sem rannsökuð voru.
Ályktun: Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að þótt hjartaútfall (CI) aukist umtalsvert við gjöf á dópamíni eða dóbútamíni í sepsis tryggir það engan veginn að sú aukning skili sér í auknu smáæðablóðflæði í mikilvægum líffærum eins og lifur eða þörmum.

E – 17 Áhrif adrenalíns, noradrenalíns og fenýlefríns á smáæðablóðflæði í lifur og þörmum

Samstarfsverkefni LSH - HI og UniBE #3

Gísli H. Sigurðsson[1], Vladimir Krejci[2], Luzius Hiltebrand[2]

[1]Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala, [2]Svæfinga- og gjörgæsludeild Inselspital háskólasjúkrahússins í Bern, Sviss
gislihs@landspitali.is

Inngangur: Notkun æðaherpandi lyfja til að hækka blóðþrýsting í sepsis getur truflað smáæðablóðflæði í mikilvægum kviðarholslíffærum eins og lifur og þörmum. Tilgangur þessarar rannsóknar var að mæla áhrif adrenalíns, noradrenalíns og fenýlefríns (phenylephrine) á almennt flæði (cardiac index; CI), staðbundið flæði (superior mesenteric artery; SMA) og smáæðablóðflæði (microcirculatory blóðflæði, MBF) í kviðarholslíffærum í septísku sjokki.
Aðferðir: Átta svín voru svæfð, ventileruð og septískt sjokk var framkallað með faecal peritonitis. CI var mælt með thermodilution, SMA-flæði með ultrasound transit time flæðimæli og smáæðablóðflæði var mælt stöðugt með laser Doppler flæðimæli í nýrum, lifur, brisi, maga-, smáþarma- og ristilslímhúð. Hvert dýr fékk í slembiröð (random order), crossover design, adrenalín, noradrenalín og fenýlefrín í nægilega háum skömmtum til að hækka meðalblóðþrýsting (MAP) um 20 mmHg. Hvert lyf var gefið í 20 mínútur en eftir það var 40 mínútna aðlögunartími þar sem blóðþrýstingur og CI voru látin jafna sig áður en næsta lyf var gefið.
Niðurstöður: Bæði adrenalín (0,75 mcg/kg/mín) og noradrenalín (1,0 mcg/kg/mín) juku hjartaútfall (43±9%, $p<0,01$ og 41±8%, $p<0,01$), en minnkuðu SMA-flæði (11±4%, $p<0,05$ og 26±6%, $p<0,01$). Bæði lyfin drógu úr smáæðablóðflæði í smáþörmum (21±5%, $p<0,01$ og 23±3%, $p<0,01$) og í brisi (16±3%, $p<0,05$ og 8±3%). Fenýlefrín (2 mcg/kg/mín) sem hækkaði blóðþrýsting svipað og adrenalín og noradrenalín hafði lítil sem engin áhrif á systemískt flæði (CI), regional flæði (SMA) eða smáæðablóðflæði (MBF).
Ályktun: Æðaherpandi lyf eru oft gefin í þeim tilgangi að bæta „perfusionsþrýsting" og þar með blóðflæði í sepsis. Þessi rannsókn sýnir að þótt adrenalín og noradrenalín bæði hækki blóðþrýsting og auki hjartaútfall beina þau blóðflæði frá mikilvægum líffærum eins og lifur og þörmum. Fenýlefrín sem hækkar blóðþrýsting á svipaðan hátt og adrenalín og noradenalín virðist ekki hafa slík áhrif. Þar sem fenýlefrín er hreinn alfa-agónisti er líklegt að beta-2 áhrif adrenalíns og noradrenalíns valdi æðavíkkun í öðrum „þýðingarminni" vefjum, svo sem húð og vöðvum (steal effect).

E – 18 Ættlægni eistnakrabbameins á Íslandi og tengsl við önnur krabbamein

Jón Þór Bergþórsson[1,2], Tómas Guðbjartsson[3], Sverrir Þorvaldsson[1], Bjarni Agnar Agnarsson[4], Kjartan Magnússon[5], Ásgeir Thoroddsen[3], Jeffrey Gulcher[1], Kári Stefánsson[1], Guðmundur Vikar Einarsson[3], Rósa Björk Barkardóttir[2], Laufey Þóra Ámundadóttir[1]

[1]Íslensk erfðagreining, [2]Frumulíffræðideild Rannsóknastofu háskólans í meinafræði, Landspítala Hringbraut, [3]Þvagfæraskurðdeild Landspítala Hringbraut, [4]Rannsóknastofa háskólans í meinafræði Landspítala Hringbraut, [5]Krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut
jonthor@decode.is

Inngangur: Eistnakrabbamein er eitt algengasta krabbameinið í ungum karlmönnum. Orsakir sjúkdómsins eru að mestu ókunnar en samkvæmt erlendum rannsóknum hafa <5% sjúklinga jákvæða fjölskyldusögu með tilliti til meinsins. Tilgangur okkar rannsóknar var að kanna ættlægni eistnakrabbameins á Íslandi og að athuga hvort tíðni annarra krabbameinsgerða sé hækkuð í ættum sjúklinga.
Efniviður og aðferðir: Rannsóknin tók til allra karla sem greindust

með eistnakrabbamein á Íslandi á tímabilinu 1955-2001 (n=200) samkvæmt sjúkraskrám, vefjasvörum og krabbameinsskrá KÍ. Ættfræðigagnagrunnur Íslenskrar erfðagreiningar var hafður til grundvallar tölfræðiútreikningum. Reiknuð var hlutfallsáhætta (relative risk) krabbameins í ættingjum sjúklinga og ennfremur var ættlægni metin með skyldleikastuðlum (kinship coefficient). Fjölskyldutré sjúklinga og samband ættlægni við greiningaraldur var einnig athugað.

Niðurstöður: Alls fundust 20 fjölskyldur (43 einstaklingar, 19%) með tvo eða fleiri eistnakrabbameinssjúklinga sem tengdust í innan við sex meiósum. Meðalaldur við greiningu í þessum fjölskyldum var ekki hærri en hjá öðrum sjúklingum. Eistnakrabbameinssjúklingar voru innbyrðis skyldari en við mátti búast (P=0,005) og hélst marktæknin þegar vægi nánustu ættingja (fyrsta og annars stigs) var undanskilið (P=0,027). Áhætta eistnakrabbameins var marktækt aukin í fyrsta, þriðja og fjórða stigs ættingjum sjúklinga en hjá bræðrum var áhættan sjöföld (CI 95% 3,8-10,3). Eistnakrabbameinshópurinn var marktækt skyldur sjúklingum með Non-Hodgkins eitilkrabbamein (P=0,003) og skjaldkirtilskrabbamein (P=0,023) en áhætta á þessum sjúkdómum var um það bil tvöfölduð hjá fyrsta stigs ættingjum.

Ályktun: Ættingjum eistnakrabbameinssjúklinga er hættara við að fá sjúkdóminn en körlum í viðmiðunarhópum. Þessi tengsl eru ekki bundin við nánustu ættingja og því mögulegt að erfðir hafi þýðingu í hluta tilfella. Eitil- og skjaldkirtilkrabbamein eru einnig algengari í ættingjum sjúklinga með eistnakrabbamein. Hugsanlegt er að samband milli þessara krabbameinsgerða stafi af erfðum.

E – 19 **Kortlagning á óstöðugleika í erfðamengi eistnakrabbameinsæxla**

Jón Þór Bergþórsson[1,2], Bjarni Agnar Agnarsson[3], Tómas Guðbjartsson[4], Guðmundur Vikar Einarsson[4], Ásgeir Thoroddsen[4], Kjartan Magnússon[5], Jeffrey Gulcher[2], Kári Stefánsson[2], Laufey Þóra Ámundadóttir[2], Rósa Björk Barkardóttir[1]

[1]Frumulíffræðideild Rannsóknastofu háskólans í meinafræði, Landspítala Hringbraut, [2]Íslensk erfðagreining, [3]Rannsóknastofa háskólans í meinafræði, Landspítala Hringbraut, [4]Þvagfæraskurðdeild Landspítala Hringbraut, [5]Krabbameinslækningadeild Landspítala Hringbraut
jonthor@decode.is

Inngangur: Óstöðugleiki á vissum litningasvæðum er talinn endurspegla tilvist mikilvægra krabbameinsgena. Í þessari rannsókn var óstöðugleiki í erfðamengi eistnakrabbameinsæxla kortlagður með notkun fjölforma PCR erfðamarka. Tilgangurinn var að fá vísbendingar um staðsetningu þeirra gena sem eru mikilvægust fyrir þróun og framvindu eistnakrabbameins en jafnframt vildum við skoða möguleika aðferðarinnar með tilliti til annarra aðferða.

Efniviður og aðferðir: DNA var einangrað úr 32 ferskum frystum eistnakrabbameinsæxlum ásamt aðliggjandi heilbrigðum vef. Sýnin voru arfgerðargreind með um það bil 1000 fjölforma PCR erfðamörkum sem dreifast um erfðamengið með um það bil þriggja centimorgan millibili. Flúrmerktar afurðir PCR hvarfa voru rafdregnar í ABI 3700 sjálfvirkum raðgreinum og útslag flúrljómunar í samsætum frá heilbrigðum vef og æxlisvef sama sýnis var til grundvallar ákvörðunar á óstöðugleika.

Niðurstöður: Algengast var að 4-500 erfðamörk gæfu upplýsingar fyrir hvert æxli sem var rannsakað. Meðaltíðni ójafnvægis fyrir stök erfðamörk var 17% og var enginn munur á tíðninni á milli æxlisgerða. Há tíðni ójafnvægis fyrir stök erfðamörk (>35%) fannst á 9q (38%), 10 (35%), 11 (55%), 12p (61%), 13 (39%), 15 (40%), 16q (41%), 18 (50%), 19 (35%) og 22 (36%).

Ályktanir: Mesti óstöðugleiki reyndist vera á litningi 11 og 12p sem er svipað og í öðrum rannsóknum. Niðurstöður okkar fyrir suma aðra litningshluta (til dæmis 9q, 16q) eru þó töluvert frábrugðnar niðurstöðum annarra. Þetta er í fyrsta sinn sem fjölforma erfðamörk eru notuð til að kortleggja óstöðugleika í eistnakrabbameinsæxlum með tilliti til alls erfðamengisins. Rannsóknin leggur grunninn að frekari fínkortlagningu sem getur leitt til einangrunar gena sem eru mikilvæg fyrir upphaf og framþróun eistnakrabbameins.

E – 20 **Þróun á meðferð góðkynja stækkunar hvekks á Íslandi – lyfjameðferð, aðgerðir og kostnaður**

Jens Kr. Guðmundsson[1], Sigmar Jack[2], Helgi J. Ísaksson[3], Guðmundur Geirsson[4]

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]Landspítali, [3]Rannsóknastofa háskólans í meinafræði og [4]Þvagfæraskurðdeild Landspítala Hringbraut
jensgu@hi.is

Inngangur: Góðkynja stækkun hvekks (benign prostatic hyperplasia, BPH) er vaxandi aldurstengt vandamál og hefur oft talsverð áhrif á lífsgæði. Síðasta áratug hefur brottnámsaðgerðum á hvekk um þvagrás (transurethral resection of the prostate, TURP) fækkað mikið. Lyfjameðferð hefur hins vegar aukist verulega.

Rannsóknin er framhald og viðbót við fyrri rannsókn. Eins og áður var sjónum beint að breytingum á meðferð BPH á Íslandi með tilliti til meðferðarforms og kostnaðar.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var afturskyggn og tók til fjölda TURP-aðgerða sem gerðar voru vegna BPH árin 2001-2002. Upplýsingar um fjölda sjúklinga fengust frá sjúkrahúsunum LSH, FSA, SHA og Rannsóknarstofu háskólans í meinafræði. Staðreyndir um lyfjanotkun voru fengnar frá Lyfjastofnun. Útreiknaður kostnaður fékkst samkvæmt DRG (diagnosis related group) flokkun. Farið var yfir sjúkraskrár allra sem fóru í TURP á LSH á fyrrnefndu tímabili vegna BPH. Skráðar voru ábendingar, fyrri lyfjameðferð, fylgikvillar, legudagar, magn vefs, fjöldi enduraðgerða og fleira.

Niðurstöður: Á tímabilinu voru árlega gerðar um 190 skurðaðgerðir vegna BPH. Langflestar voru hefðbundnar TURP-aðgerðir (91%). Um tvö þúsund ársskammtar lyfja vegna BPH hafa verið skrifaðir út á ári að andvirði 100 milljóna króna. Kostnaður aðgerða er áætlaður 49 milljónir króna á ári. Lyfjanotkun eykst á sama tíma og aðgerðum fækkar og því vex heildarkostnaður við meðferð á BPH. Ábendingar aðgerða hafa breyst marktækt frá því fyrir rúmum áratug.

Ályktanir: Fjöldi aðgerða hefur minnkað síðasta áratug en lyfjanotkun fer vaxandi. Meirihluti þeirra sem fara í aðgerðir hafa áður reynt lyfjameðferð og hafa algera ábendingu fyrir aðgerð. Því má gera ráð fyrir því að lyfjameðferð hafi áhrif bæði á fjölda aðgerða og ábendingar þeirra.

FOSAMAX VIKUTAFLA (ALENDRONAT, MSD)



SEX MORGNA VIKUNNAR GETUR SJÚKLINGURINN GLEYMT ÖLLU SEM TENGIST BEINÞYNNINGAR-MEÐFERÐINNI.

MERCK SHARP & DOHME

UMBOÐSAÐILI: FARMASÍA EHF

Lyfjatexti á bls. 468

VIKUTAFLA
FOSAMAX™
70mg alendronat

E – 21 **Verkjastilling með taugarótardeyfingu á brjóstvegg (thoracal paravertebral block) eftir aðgerðir vegna brjóstakrabbameins. Samanburður á áhrifum búpivakaíns með adrenalíni og morfíni við áhrif búpivakaíns með adrenalíni. Forkönnun fyrir klíníska rannsókn**

Guðmundur Björnsson, Ástríður Jóhannesdóttir, Bjarni Valtýsson, Örn Ólafsson, Gísli H. Sigurðsson

Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala Hringbraut
gudmbjor@simnet.is

Inngangur: Skurðaðgerðum vegna brjóstakrabbameins fylgja oft bráðaverkir, ógleði og langvinnir verkir (1). Í fyrri rannsóknum hefur verið sýnt fram á að gera má brjóstaaðgerðir í thorakal paravertebral deyfingu (TPD). Verkir og ógleði eru minni eftir slíka aðgerð í deyfingu en svæfingu. Brjóstaaðgerðir eru þó yfirleitt gerðar í svæfingu til þæginda fyrir sjúklinga. Áhrif mismunandi lyfjagjafar í thoracal paravertebral deyfingu eru lítt rannsökuð. Við hyggjumst rannsaka hvort lausn sem inniheldur staðdeyfilyf og morfín valdi betri og/eða lengri verkjastillingu en staðdeyfilyf eitt sér, þar sem aðgerð er gerð í deyfingu og svæfingu. Sýndar eru niðurstöður forkönnunar (pilot study) sem er undanfari stærri rannsóknar.
Aðferðir: 12 konur voru teknar inn í rannsóknina og fengu til skiptis thorakal paravertebral deyfingu, eins og lýst er af Eason og Wyatt (2), við T3 með búpivakaíni og adrenalíni annars vegar og búpivakaíni, adrenalíni og morfíni hins vegar. Sprautað var búpivakaíni 0,5% með adrenalíni 5 µg/ml 0,3 ml/kg (hámark 100 mg búpivakaíns) eða sömu lausn að viðbættu morfíni 0,2 mg/ml. Sjúklingar sem ekki fengu morfín í deyfingu fengu sama magn morfíns undir húð. Sjúklingarnir voru síðan svæfðir. Gefið var paracetamól 1g x 4 fyrsta sólarhring eftir aðgerð og ondansetron 4 mg í æð 15 mínútum fyrir lok aðgerðar. Verkjastilling eftir aðgerð var gefin með PCA dælu, sem innihélt morfín 1 mg/ml. Styrkur verkja og ógleði fyrstu þrjá sólarhringa eftir aðgerð var metinn með visual analog skala (VAS) og sársaukafull hindrun hreyfanleika í axlarlið metin í þremur stigum. Notkun PCA-morfíns og ógleðistillandi lyfja á fyrsta sólarhring var skráð. Tegundir skurðaðgerða voru brottnám brjósts með eitlanámi í holhönd eða fleygskurður með eitlanámi í holhönd.
Niðurstöður: Einn sjúklingur var útilokaður frá rannsókninni vegna fyrri sögu um gífurlega ógleði og tveimur sjúklingum tókst ekki að fylgja til enda rannsóknar. Styrkur verkja var lágur í báðum hópum, en með greinilegri tilhneigingu til lægri VAS-gilda í hópnum sem fékk deyfingu með morfíni á fyrsta sólarhring eftir aðgerð. Mesti munur sex klukkustundum eftir aðgerð, 15,5/1,3. Aðrir rannsóknarþættir sýndu ekki mun á hópunum.
Ályktun: Fjöldi sjúklinga í forkönnun þessari er of lítill til að tölfræðileg úrvinnsla geti skilað marktækum niðurstöðum. Könnunin gefur vísbendingar um hvers megi vænta af fjölmennari rannsókn, auk gagnlegra upplýsinga fyrir framkvæmd hennar. Við teljum að munurinn á VAS-verkjagildum sem fram kom í forkönnuninni sé næg ástæða til hefja stærri rannsókn.

Heimildir
1. Klein SM, Bergh A, Steele SM, Georgiade GS, Greengrass RA. Thoracic paravertebral block for breast surgery. Anesth Analg 2000; 90: 1402-5.
2. Eason MJ, Wyatt R. Paravertebral thoracic block-a reappraisal. Anaesthesia 1979; 34: 638-42.

E – 22 **Áhrif kælingar á einkenni frá heila eftir hjartastopp**

Steinar Björnsson[1], **Felix Valsson**[2], Þorsteinn Sv. Stefánsson[2], Gísli H. Sigurðsson[2]

[1]Háskóli Íslands, læknadeild, [2]Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala Hringbraut
felix@landspitali.is

Inngangur: Hjartastopp utan spítala á Íslandi eru um það bil 200 á ári. Nýlegar klínískar rannsóknir (1, 2) benda til þess að kæling eftir hjartastopp sé taugaverndandi. Kælingu hefur verið beitt sem meðferð eftir hjartastopp síðan í apríl 2002 á Landspítala Hringbraut. Tilgangur þessarar rannsóknar var að: 1) meta áhrif kælingar á afdrif sjúklinga, 2) meta árangur þess hversu hratt og vel tókst að kæla sjúklingana.
Efniviður og aðferðir: Alls var 21 sjúklingur kældur á tímabilinu apríl til desember 2002. Þessir sjúklingar voru bornir saman við 32 sjúklinga sem voru ekki kældir sem lögðust inn eftir hjartastopp á tímabilinu janúar 2000 til apríl 2002. Upplýsingar voru fengnar úr sjúkraskrám varðandi: tíma frá áfalli að endurlífgun (t-1), tíma frá áfalli að því að sjálfvirkt blóðflæði komst á (t-2), tíma frá áfalli þar til kæling er hafin (t-3), tíma frá áfalli þar til lægsta hitastig náðist (t-4) og hversu margir náðu kjörhitastigi (32-34°C). Afdrif sjúklinganna var metið eftir hvert þeir útskrifuðust. Útkoma var talin góð ef sjúklingur útskrifaðist heim eða á endurhæfingardeild, slæm ef sjúklingur útskrifaðist á langlegudeild eða lést.
Niðurstöður: Góð útkoma var skráð hjá 38,1% kældra samanborið við 28,1% ekki kældra. T-1) var 3,2 mínútur og 3,3 mínútur, t-2) var 35,4 mínútur og 29,3 mínútur að meðaltali hjá kældum og ekki kældum, í þessari röð. T-3) var 2,8 klukkustundir og t-4) var 9,8 klukkustundir að meðaltali hjá kælda hópnum. 43% sjúklinganna í kælda hópnum fóru ekki undir 34°C.
Umræður: Niðurstöður sýna að árangur meðferðar meðvitundarlausra sjúklinga eftir hjartastopp er lélegur. Kæling gæti hugsanlega bætt þennan árangur, en stærri rannsókna er þörf. Einnig benda niðurstöður þessarar rannsóknar til að nýrrar aðferðar sé þörf við kælingu þar sem núverandi aðferð tekur bæði langan tíma og er óáreiðanleg.

Heimildir
1. The Hypothermia after Cardiac Arrest Study Group. Mild Theraputic Hypothermia to Improve the Neurologic Outcome after Cardiac Arrest. N Engl J Med 2002; 346: 549-56.
2. Bernard, et al.Treatment of Comatose Survivors of Out-of-Hospital Cardiac Arrest with Induced Hypothermia. N Engl J Med 2002; 346: 557-63.

E – 23 **Whipple's aðgerðir í Reykjavík**

Þórður Ægir Bjarnason[1], Björn Geir Leifsson[1], Jón Gunnlaugur Jónasson[2], Gunnar Gunnlaugsson[1], Hjörtur Gíslason[1]

[1]Skurðlækningadeild og [2]Rannsóknastofa Landspítala í meinafræði
hjorturg@landspitali.is

Inngangur: Brottnámsaðgerðir bris- og skeifugarnar (Whipple's aðgerð eða total pancreato-duodonectomy) eru stórar skurðaðgerðir þar sem hættan á fylgikvillum er mikil. Algengasta ábending aðgerðar er krabbamein í brisi og eru horfur sjúklinga slæmar þrátt fyrir aðgerð. Ávinningur aðgerðar hjá þessum sjúklingahópi er umdeildur, sérstaklega ef tíðni fylgikvilla er há. Aðgerð þessi er einnig gerð

við nokkrum öðrum sjúkdómum og eru horfurnar þá töluvert betri.

Hin síðari ár hefur bætt myndgreiningartækni auðveldað val skurðtækra sjúklinga til aðgerðar. Einnig má búast við að meiri sérhæfing skurðlækna og betri svæfinga- og gjörgæslumeðferð stuðli að betri árangri. Tilgangur þessarar rannsóknar er að kanna árangur þessara aðgerða í Reykjavík frá upphafi til loka árs 2002.

Efniviður og aðferðir: Farið var í gegnum meinafræðisvör fyrir öll brissýni sem rannsökuð voru á Rannsóknastofu háskólans í meinafræði og sjúklingar sem fóru í þessar aðgerðir fundnir. Nánari upplýsingar voru fengnar frá sjúkraskrám í skjalasöfnum Landspítala Hringbraut, Fossvogi og Landakoti.

Niðurstöður: Gerð var 101 aðgerð hjá 54 körlum og 47 konum. Sjúklingar voru á aldrinum 35-89 ára en meðalaldur var 62,5 ár. Ábendingar voru eftirfarandi: Kirtilkrabbamein í brisi 44%, önnur krabbamein í brisi 4%, krabbamein í gallrásaropi 23%, krabbamein neðst í gallgangi 15%, krabbamein í skeifugörn 1% og annað 14%. Fjöldi aðgerða skipt eftir tímabilum var 1971-1980: 14, 1981-1990: 25, 1991-2000: 51 og 2001-2002: 11. Fjöldi skurðlækna sem gerðu þessar aðgerðir voru (skipt eftir tímabilum): 1971-1980: 8, 1981-1990: 11, 1991-2000: 13 og 2001-2003: 3. Alls létust 12% sjúklinga innan 30 daga. Skipt eftir tímabilum: 1971-1980: 36%, 1981-1990: 36%, 1991-2000: 4%. Meðallegutími var, skipt eftir tímabilum: 1971-1980: 41 dagur, 1981-1990: 44 dagar, 1991-2000: 29 dagar og 2000-2001: 22 dagar.

E – 24 Própófól infusion syndrome. Lýst einu sjúkratilfelli á gjörgæsludeild Landspítala Hringbraut

Jóhann Johnsen, Gísli Vigfússon, Ástríður Jóhannesdóttir, Þorsteinn Sv. Stefánsson, Jens Kjartansson

Svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala Hringbraut, Lýtalækningadeild Landspítala Hringbraut
gislivig@landspitali.is

Inngangur: Própófól hefur um margra ára skeið verið notað sem innleiðslulyf með góðum árangri við svæfingar. Kostir þess liggja í skjótri verkan bæði við innleiðslu og ekki síður við vöknun, oftast án mikilla eftirkasta. Þetta lyf hefur náð miklum vinsældum við svæfingar inniliggjandi sjúklinga og við dagdeildaraðgerðir. Notkun þess við svæfingar var í byrjun bundin við fullorðna en nú er heimilt að nota það við innleiðslu barna niður í eins mánaðar aldur. Notkun lyfsins hefur og farið vaxandi á gjörgæsludeildum bæði sem innleiðslulyf og ekki síður til slævingar sjúklinga meðan á erfiðri meðferð stendur. Þrátt fyrir miklar vinsældir og útbreidda notkun fóru að berast fréttir af alvarlegum fylgikvillum sem tengdust langtímanotkun lyfsins hjá yngri einstaklingum á gjörgæsludeild. Lýst er einu slíku tilfelli á gjörgæsludeild Landspítala Hringbraut.

Efniviður og niðurstaða: 14 ára drengur innlagður á gjörgæsludeild með 15% bruna, að mestu annarrar gráðu, í andliti, á höndum og baki, auk þess innöndunarbruna í loftvegum. Vegna brunans í loftvegum var nauðsynlegt að setja sjúkling í öndunarvél og var honum haldið sofandi með própófól og fentýl dreypi. Vegna endurtekinna aðgerða og vefjaskemmda af völdum bruna í loftvegum reyndist nauðsynlegt að halda sjúklingi sofandi áfram og voru notuð til þess ofangreind lyf. Sjúklingur var stabíll í lífsmörkum fyrstu sólarhringana en á þriðja degi reyndist nauðsynlegt að setja inn dópútamín vegna óstöðugs blóðþrýstings og þar sem sýkingarþættir fóru hækkandi var sjúklingur settur á sýklalyf frá fjórða degi. Þrátt fyrir ofangreinda meðferð versnaði ástandið, vaxandi súrefnisþörf, óstöðugur blóðþrýstingur og hár hiti. Á níunda degi uppgötvast hátt CK svo og mýoglóbúlín sem tugfaldast síðan næstu daga. Hugsanlegt var talið að um fylgikvilla lyfja væri að ræða og var því gjöf sýklalyfja og veirulyfja hætt. Þrátt fyrir það héldust gildi há. Á þrettánda degi var própófólgjöf hætt. Næstu daga féllu ofangreind gildi mjög hratt.

Ljóst var að própófól sem gefið var til slævingar hafði framkallað þetta mikla vöðvaniðurbrot. Sjúklingur hafði fengið meðan á meðferð stóð á bilinu 2,9mg/kg /klst upp í 7,4 mg/kg/ klst.

Ályktun: Ofangreint sjúkratilfelli er frá miðju ári 2001. Í ljósi þessarar óvæntu lífshættulegu fylgikvilla var sett sú regla á gjörgæsludeild Landspítala Hringbraut að nota ekki própófól til langtímaslævingar hjá börnum. Á árinu 2002 kom fram viðvörun frá bandarísku lyfjastofnuninni (FDA) þar sem varað er við notkun þessa lyfs við langtímaslævingu hjá sjúklingum undir 18 ára aldri og takmarka heildargjöf við 4 mg/kg/klst hjá eldri einstaklingum.

E – 25 Samantekt á sjúkraflugi frá Akureyri árið 2002

Hjálmar Þorsteinsson, Helga K. Magnúsdóttir

Svæfinga- og gjörgæsludeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri (FSA)
hjalmarth@fsa.is

Inngangur: Um nokkurra ára bil hafa sjúkraflutningamenn frá slökkviliði Akureyrar farið í öll sjúkraflug sem farin hafa verið frá Akureyri. Þann 15. mars 2002 var aukið við þessa þjónustu með fastri læknavakt á vegum FSA. Þjónustusvæði sjúkraflugsins er Norðausturland, það er frá Hrútafirði að Höfn í Hornafirði auk austurstrandar Grænlands. Tilgangur samantektar var að kanna fjölda sjúkrafluga þar sem óskað var eftir lækni, viðbragðstíma miðað við ósk um viðbragðsflýti og hvaða vandamálum sjúkraflugið er að sinna.

Efniviður og aðferðir: Farið var yfir öll gögn varðandi sjúkraflug frá Akureyri árið 2002. Skráð var kyn og aldur sjúklings, ástæða sjúkraflugs, viðbragðsflýtir og hvort óskað var eftir lækni. Viðbragðsflýtir var flokkaður í A – alger forgangur, B – hámark 90 mínútur, C – innan sex klukkustunda og D – pantað eftir samkomulagi. Viðbragðstími (VBT) var reiknaður frá tímasetningu beiðna um sjúkraflug að flugtakstíma fyrir flokka A, B og C.

Niðurstöður: Alls voru farin 188 sjúkraflug frá Akureyri árið 2002. Þar af voru 89 þeirra mönnuð með lækni. Fluttir voru alls 194 sjúklingar, 60% þeirra voru karlkyns en 40% kvenkyns. Fjöldi A útkalla var 49, meðal VBT 55 mínútur, miðgildi 50 mínútur. Í níu tilfellum var VBT yfir 60 mínútur. B útköll voru 59 og var meðal VBT 62 mínútur, miðgildi 46 mínútur. Í 10 tilfellum fór viðbragðstími yfir áætlaðar 90 mínútur að hámarki. Skráning á viðbragðsflýti var ófullnægjandi, þannig voru alls 49 sjúkraflug óflokkuð. Sjúklingum var skipt í aldurshópa og var fjölmennasti hópurinn aldraðir, eða 68 einstaklingar. Athyglisvert er að í þeim hópi var ósk eftir læknisfylgd minnst, eða 26% miðað við 59% hjá miðaldra. Stærsti hluti bráðaútkalla var vegna slysa, eða 41%, en alls voru sjúkraflug vegna slysa 58 talsins.

Ályktanir: Fjöldi sjúkrafluga þar sem óskað er eftir lækni réttlætir læknavakt við sjúkraflug frá Akureyri. Viðbragðstími er að jafnaði undir 60 mínútum ef um bráðaútkall er að ræða.

E – 26 **Aðgerðaskrá á FSA**

Theodóra Gunnarsdóttir, **Helga K. Magnúsdóttir**, Girish Hirlekar, Sigurður E. Sigurðsson

Svæfingadeild FSA
helgam@fsa.is

Inngangur: Til að draga úr tvískráningu og sameina skráningarblöð var útbúin aðgerðaskrá sem tekur yfir upplýsingasöfnun fyrir, í og eftir aðgerð. Þeir sem skrá upplýsingar í aðgerðaskrána eru sjúklingar eða aðstandendur, skurðlæknir, svæfingalæknir, hjúkrunarfræðingur á deild, svæfingu, skurðstofu, og vöknun. Aðgerðaskráin hefur verið í notkun í tvö ár.
Efniviður og aðferðir: Vegna endurskoðunar á aðgerðaskránni var gerð könnun á viðhorfi starfsmanna gagnvart skránni. Spurt var um álit á þáttum eins og áhrif á vinnuálag, öryggi sjúklings, notagildi upplýsinga og hvernig skráin venst. Úrtakið var fremur lítið og því ekki gerðir neinir tölfræðilegir útreikningar. Niðurstöðurnar verða kynntar sem og aðgerðaskráin sjálf.
Niðurstöður: Flestir töldu að aðgerðaskráin yki öryggi sjúklinga umtalsvert. Hjúkrunarfræðingar telja hana létta vinnu sína en læknar töldu hana hafa í för með sér aukna vinnu.

E – 27 **Endursköpun á vaginae a.m. McIndo vegna vaginal atresia – Sjúkratilfelli**

Antonios Koumouridis, Jens Kjartansson, Jens A. Guðmundsson, Tómas Jónsson

Lýtalækningadeild, kvennadeild og almenn skurðdeild Landspítala Hringbraut
akoumouridis@web.de

Inngangur: Vaginal atresia er meðfæddur galli (Müllerian defect) sem leiðir til þess að hluti af leggöngum myndast ekki. Tíðni meðal fæddra stúlkna er 1:4000-5000. Þessi galli hefur verið þekktur frá tímum Hippókratesar og fjallað hefur verið um skurðaðgerðir vegna hans í evrópskum fræðiritum frá upphafi 20. aldar. Húðígræðslutækni sem McIndo og Counsellor kynntu var þróuð í Bandaríkjunum um 1940. Meginmarkmið skurðaðgerðar er að búa til opin leggöng og draga þannig úr verkjum og gefa möguleika á eðlilegu samlífi og getu til barneigna.
Tilfelli: Fimmtán ára stúlka sem ekki var byrjuð á tíðablæðingum þrátt fyrir ytri merki um eðlilegan kynþroska var rannsökuð vegna endurtekinna heiftarlegra kviðverkjakasta. Hún greindist með lokað meyjarhaftsop sem var talið ástæða verkjanna og var því opnað, en kviðverkjaköstin héldu áfram. Eftir nánari rannsókn, þar með talið kviðsjárskoðun, kom í ljós að leggöng vantaði og blætt hafði inn í kviðarholið. Það sást eðlilegt leg og eggjastokkar og virtist vera eðlilegur vefur niður að ytra leghálsopi sem tengdist litlum stúf af efsta hluta leggangna. Stúlkan var strax sett á GnRH-agónista meðferð til að stöðva blæðingar meðan beðið var skurðaðgerðar.
Aðgerð: Gerð var reconstructio vagina a.m McIndo með mjúkri silicone-prothesu 4,5 cm að breidd, 1 cm að þykkt, 11 cm á dýpt. Húðtransplantatið var saumað utan um fyllinguna, sárflötur húðtransplantatsins látinn snúa út og húðin inn að prothesunni. Penrose dren var sett í holrýmið inni í prothesunni. Aðgerð tók 155 mínútur, engir aukakvillar komu upp.
Eftirmeðferð: Inj. Ekvacillin 1g x 4 i.v., Mixt. Sorbitol 15 ml x 2 p.o., verkjalyf pn og rúmlega. Sjúklingur var hitalaus eftir og með eðlileg lífsmörk. Dren var tekið á 11. degi og hún útskrifaðist á 12. degi eftir aðgerð. Áætluð er önnur aðgerð þar sem tengja á leggöng við leghál.
Samantekt: Lýst er fyrsta hluta meðferðar vegna *atresia vaginae*. Þessi hluti aðgerðar tókst vel og var án alvarlegra fylgikvilla.

Reconstructio vaginae a.m McIndo leiðir til þess að leggöng verða eðlileg hjá flestum sjúklingum. Fylgikvillar vegna aðgerða eru oftast minniháttar. Lýst hefur verið hættu á sáramyndun og neovaginal-rectal fistlum, auk lítillar hættu á illkynja breytingum í nýju skeiðarslímhúðinni.

E – 28 **Notkun Applied GelPort™ við kviðsjáraðgerðir á nýrum með aðstoð handar – myndband**

Valur Þór Marteinsson, Hafsteinn Guðjónsson

Handlækningadeild FSA
valmart@fsa.is

Kviðsjáraðgerðir með aðstoð handar (hand-assisted laparoscopic surgery) geta verið ákjósanlegar þar sem fjarlægja skal nýra og þá ekki hvað síst ef mikilvægt er talið að ná líffærinu út í heilu lagi til vefjagreiningar eða ígræðslu. Slíkar aðgerðir hafa verið að þróast í tæpan áratug, en fyrsta nýrnanámið með kviðsjártækni og aðstoð handar var framkvæmt 1994. Framan af voru ýmis tæknileg vandamál með búnað þann sem notaður var, eins og loftleki og handarþreyta í handaropi. Nýlega kom á markað búnaður til hjálpar við slíkar aðgerðir af gerðinni Applied GelPort™. Hann var fyrst reyndur á FSA í október 2002 og verið notaður við nýrnanám með kviðsjártækni og aðstoð handar hjá fjórum sjúklingum.

Applied GelPort™ búnaðurinn samanstendur af þremur lausum hlutum sem eru: sáraskýla (Wound Protecting Sheath), sárahaki (Wound Retractor) og hlaupkennt handarop (gelport). Notkunarferlið er eftirfarandi:

1) Merkið lengd húðskurðar eftir hanskastærð skurðlæknis (dæmi: ef handarstærð hanska er 8, þá þarf húðskurður að vera 8 cm).
2) Opnið kviðvegg samkvæmt venju, farið með hendi inn um skurðinn til að tryggja rétta stærð opsins fyrir hendina og gætið þess að jaðrarnir séu fríir.
3) Komið þar til gerðri sáraskýlu fyrir í skurðinum og spennið hana uppá sárahakann.
4) Smellið hinu hlaupkennda handaropi á sárahakann.
5) Komið fyrir loftnál og holrörum eftir þörfum.

Það tekur einungis tvær til þrjár mínútur að koma hinum þrískipta búnaði fyrir eftir að skurður er gerður og brottnám er á sama hátt einfalt og tekur innan við mínútu. Engin tæknileg vandamál hafa verið með þennan búnað fram að þessu, enginn loftleki og auðvelt að setja hendi inn og taka út án þess að breyting verði á kviðarholsþrýstingi. Sáraskýlan getur hugsanlega minnkað líkur á ígræðsluútsæði krabbameins auk sýkingar í skurðsári.

Sýnt verður myndband þar sem uppsetning búnaðarins er sýnd við hefðbundið nýrnanám.

E – 29 **Nýrnaaðgerðir með kviðsjártækni og aðstoð handar – fyrsta reynsla á FSA**

Daði Þór Vilhjálmson, Valur Þór Marteinsson, Sigurður Albertsson, Hafsteinn Guðjónsson, Haraldur Hauksson, Shree Datye

Handlækningadeild FSA
dadiogelva@simnet.is

Inngangur: Opin skurðaðgerð hefur fram að þessu verið hefðbundið meðferðarúrræði hjá sjúklingum þar sem gera þarf nýrnanám. Kviðsjártækni hefur rutt sér til rúms síðasta áratuginn og var tekin í notkun á FSA í lok árs 2001. Rannsókn þessi er gerð til að gera grein fyrir fyrstu reynslu deildarinnar þar sem gert var nýrnanám með kviðsjártækni og aðstoð handar (hand-assisted laparoscopic nephrectomy).
Efniviður og aðferðir: Fimm sjúklingar undirgengust nýrnanám með kviðsjártækni og aðstoð handar frá des. 2001.- jan. 2003. Sérstakt handarslíður var notað (Applied Gelport™ fjórir sjúklingar, Intromit™ einn sjúklingur). Af þessum sjúklingum reyndust þrír hafa illkynja nýrnafrumuæxli og einn óstarfhæft vatnsnýra með sýkingum. Einn undirgekkst róttækt nýrna- og þvagálsnám vegna illkynja þvagþekjuæxla. Aukalega var einnig gert gallblöðrunám hjá einum sjúklingi og ófrjósemisaðgerð hjá öðrum í sömu aðgerð og nýrnanám. Miðtala aldurs var 71 ár, ASA=2 og BMI=23,9. Allar aðgerðir voru framkvæmdar í svæfingu að fengnu upplýstu samþykki sjúklings. Gerð var framsæ skráning.
Niðurstöður: Miðtala legudaga var einn dagur (bil 1-5) fyrir aðgerð og sjö (bil 5-14) eftir aðgerð, heildarlegutími átta dagar (bil 6-20). Hjá fjórum síðustu sjúklingunum var legutími eftir aðgerð fimm til sjö dagar. Miðtala aðgerðartíma var 244 mínútur (bil 145-310). Fylgikvillar urðu engir í aðgerð og meðaltal blæðingar var 282 ml (miðtala 350, bil 110-350). Einn sjúklingur er undirgekkst nýrna- og þvagálsnám þurfti blóð eftir aðgerð. Engir öndunarfærafylgikvillar urðu og engin merki um sýkingar. Af spurningalistum má ráða að líðan sjúklinga varð fljótt ágæt og verkir litlir. Fram til þessa hafa engin merki verið um æxlisvöxt á holröra- eða aðgerðasvæðum.
Ályktun: Árangur fyrstu fimm aðgerða með kviðsjárspeglun og aðstoð handar lofar góðu. Legutími eftir aðgerð styttist miðað við það sem verið hefur, enginn alvarlegur fylgikvilli varð í aðgerð og ekki þurfti að skipta yfir í opna aðgerð. Ekki hafa fundist merki um æxlisvöxt á holröra- og aðgerðasvæðum.

E – 30 **Stromaæxli í meltingarvegi (Gastrointestinal stromal tumors, GIST) á Íslandi frá 1990**

Þórarinn Kristmundsson[1], Magnús K. Magnússon[4], Jón G. Jónasson[2], Kjartan Örvar[3], Hjörtur G. Gíslason[1]

[1]Skurðlækningadeild Landspítala, [2]Rannsóknarstofa háskólans í meinafræði, [3]Lyflækningadeild St. Jósefsspítala Hafnarfirði, [4]Blóðmeinafræðideild Landspítala Hringbraut
hjorturg@landspitali.is

Inngangur: Vakið hefur athygli höfunda að sjúklingar sem greinst hafa með GIST æxli á síðustu árum hafa fundist vegna blæðinga frá meltingarvegi. Þar sem sjúkdómsmynd þessa sjúklingahóps hefur lítið verið rannsökuð skoðuðum við fjölda, aldur og kyn sjúklinga sem greinst hafa með GIST á Rannsóknarstofu háskólans í meinafræði frá árinu 1990. Við bárum saman staðsetningu og stærð æxlanna, útbreiðslu þeirra og hegðun, einkenni sjúklinga, greiningaraðferðir og meðferð.
Efniviður og aðferðir: Skoðuð voru meinafræðisvör, sjúkraskrár og aðgerðalýsingar allra sjúklinga sem greindust með GIST á tímabilinu samkvæmt gagnagrunni Rannsóknarstofu háskólans í meinafræði.
Niðurstöður: Alls voru 33 sjúklingar greindir með GIST, þar af 15 konur og 18 karlar. Meðalaldur var 61,3 ár. Æxlin voru í: maga (17), mjógirni (12), vélinda (2), endaþarmi (1) og netju (1). Helstu einkenni voru blæðing frá meltingarvegi (14) og verkir (8). Níu voru einkennalausir. Æxlin fundust við magaspeglun (14), laparotomiu (8), ómskoðun (5), tölvusneiðmynd (4), ristilspeglun (1) og angiographiu (1). Þrjátíu sjúklingar gengust undir skurðaðgerð og eitt æxli var fjarlægt í gastroscopiu. Einn sjúklingur var með óskurðtækt æxli og fékk geislameðferð. Annar fékk enga meðferð vegna samhliða cholangiocarcinoma. Skurðaðgerðir voru magaresection (14), mjógirnisresection (11), gastrectomia (1), omental resection (1), vélindaresection (1), local excision (1) og debulking (1). Tuttugu og níu sjúklingar gengust undir radical aðgerð og enginn var með meinvörp við greiningu. Æxlin voru góðkynja (18), illkynja (10) og æxli með óljósa hegðun (5). Meðalstærð var 6 cm (góðkynja 3,6 cm, óljós hegðun 5,2 cm, illkynja 10,8 cm). Æxli sem blæddu voru að jafnaði 1,3 cm stærri. Þriðjungur góðkynja og illkynja æxla og helmingur æxla í maga og mjógirni blæddu. Meinvörp hafa greinst hjá þremur sjúklingum og staðbundin endurkoma hjá tveimur.
Umræður: Blæðingar frá meltingarvegi og verkir eru algengustu einkenni GIST. Æxlin koma oftast í maga eða mjógirni en eru sjaldgæf annars staðar. Greiningaraðferðir eru sambærilegar við greiningu annarra æxla í meltingarvegi. Stærð hefur forspárgildi varðandi illkynja vöxt en blæðingar koma jafnt fram hjá góðkynja og illkynja æxlum. Oftast er hægt að fjarlægja æxlin með skurðaðgerð.

Veggspjöld

V – 1 Íslenska krabbameinsverkefnið – Gagnabanki fyrir krabbamein í blöðruhálskirtli

Rafn Hilmarsson[1], Eiríkur Jónsson[1], Ársæll Kristjánsson[1], Baldvin Kristjánsson[1], Valur Þór Marteinsson[2], Eiríkur Steingrímsson[3], Steinunn Thorlacius[3]

[1]Þvagfæraskurðdeild Landspítala Hringbraut, [2]Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri, [3]UVS
rafnh@hotmail.com

Inngangur: Krabbamein í blöðruhálskirtli er algengasta krabbamein karla á Íslandi með árlegt nýgengi um 150 og fjöldi sjúklinga á lífi um 1030. Til þess að öðlast betri skilning á eðli sjúkdómsins hefur í tengslum við ÍK verið búinn til gagnabanki með klínískum upplýsingum og blóðsýnum frá sjúklingum með krabbamein í blöðruhálskirtli.
Efniviður og aðferðir: Heildarfjöldi sjúklinga í gagnabankanum eru nú 602. Skoðaðar voru sjúkraskrár og önnur fyrirliggjandi gögn, svo sem rannsóknarniðurstöður, vefjagreiningar, bæði frá sjúkrahúsum sem og gögn frá stofum sérfræðinga.
Niðurstöður: Sjúklingum er skipt í fjóra undirhópa eftir klínískri stigun. Hópur I (T1a) eru sjúklingar með huldumein og greinast fyrir tilviljun við TURP. Hópur II (T1b-T2) eru sjúklingar með staðbundinn sjúkdóm. Hópur III (T3) eru sjúklingar með staðbundna útbreiðslu og hópur IV (T4) eru með ífarandi vöxt og/eða eitla eða fjarmeinvörp. Meðfylgjandi tafla sýnir dreifingu sjúklinga í undirhópa og sjúkdómsmynd þeirra.

Hópur	Fjöldi sjúklinga		Gleason meðaltal	PSA meðaltal	Hlutfall 1998-2000*
Huldumein I	113	(19%)	3,5	6,2	11%
Staðbundin II	369	(61%)	5,4	24,5	53%
Stabundin útbreiðsla III	56	(9%)	6,6	60	17%
Útbreiddur sjúkdómur IV	58	(9%)	7,1	464	19%
Óþekkt	6	(1%)			
Alls	602	(100%)	5,4	71	100%

* Upplýsingar frá Krabbameinsfélagi Íslands

Ályktanir: Með tilkomu gagnabanka um krabbamein í blöðruhálskirtli skapast einstakt tækifæri til þess að rannsaka sjúkdóminn hjá íslenskum körlum.

V – 2 Endursköpun á fæti með fríum latissimus dorsi vöðva – Sjúkratifelli

Antonios Koumouridis, Rafn A. Ragnarsson, Jens Kjartansson, Guðmundur M. Stefánsson

Lýtalækningadeild Landspítala
akoumouridis@web.de

Inngangur: Latissimus dorsi flipinn er stærsti einstaki flytjanlegi hluti líkamans. Hann er vel aðgengilegur og hefur mikla fjölvirkni. Flipinn getur verið notaður sem stilkaður eða frír, sem vöðvi/húð, vöðvi/húðgræðlingur eða einungis vöðvi eftir því hvað hentar í hverju tilviki.
Tilfelli: Fjörutíu og sex ára gömul kona varð fyrir slæmum áverka á vinstra fæti 1997. Um var að ræða afhönskun á svæði yfir laterala ökkla og alla ristina. Sárið var hreinsað og grætt með húðágræðslu tveimur vikum eftir slysið. Fljótlega fór að bera á sýkingum í örberðinu sem hafa verið viðvarandi með stuttum hléum. Hún hefur haft talsverða verki í fætinum.

Nýlegar röntgenrannsóknir kveiktu ákveðinn grun um beinátu. Með tilliti til stærðar áverkasvæðisins og sýkingarinnar var ákveðið að endurskapa fótinn með fríum latissimus dorsi vöðva/húðgræðlings-flipa og fór sú aðgerð fram í nóvember 2002.
Aðgerð: Skurðaðgerðin var framkvæmd af tveimur skurðlæknateymum til þess að stytta aðgerðartíma. Annað teymið frílagði flipann á meðan hinir hreinsuðu sárið á fætinum. Þá var flipinn lagður yfir sárið og æðar tengdar. Húð var tekin af læri og grædd á vöðvann. Aðgerðin tók 230 mínútur og gekk vel. Eftir aðgerð heilsaðist sjúklingi vel. Flipinn tók í heild sinni og engin merki voru um sýkingar. Hún útskrifaðist 21 degi eftir aðgerð með sérsmíðaða skó. Reiknað var með þriggja mánaða endurhæfingu og vinnu í framhaldi af því.
Ályktun: Latissimus dorsi vöðvi og húðgræðlingur hefur í nokkrum tilvikum verið notaður við endursköpun á króníska sárum á fótum. Reynsla okkar af þessum aðgerðum er mjög góð og er leitast við að útskýra það nánar með þessu sjúkratifelli.

V – 3 Eósínósækin blöðrubólga – tvö tilfelli og læknisfræðileg yfirferð

Daði Þór Vilhjálmsson, Valur Þór Marteinsson

Handlækningadeild FSA
dadiogelva@simnet.is

Eósínósækinni blöðrubólgu (eosinphilic cystitis) var fyrst lýst 1960 og ljóst að sjúkdómurinn er fátíður, en orsök óþekkt. Greining er einungis möguleg með vefjarannsókn sem sýnir aukningu á fjölda rauðkyrninga (granulocytus eosinophylicus) í slímubeð og vöðvahjúp þar sem aðrar orsakir eru útilokaðar. Sjúkdómurinn getur greinst á öllum aldursskeiðum og einkennist af tíðum þvaglátum, bráðamigu, blóðmigu og verkjum. Sjúkdómurinn verður oft langvinnur. Við blöðruspeglun getur sjúkdómurinn líkst mjög illkynja æxlisvexti sem er ein aðal mismunagreiningin auk annarra bólgusjúkdóma í þvagblöðru. Meðferðarúrræði eru mismunandi eftir einkennum og útbreiðslu, en yfirleitt ráðlagt blöðruvefsnám um þvagrás (TURB) auk hugsanlegrar sterameðferðar, sýklalyfja- og andhistamíngjafar. Lýst er tveimur tilfellum þar sem eósínófílísk blöðrubólga kom fram við meinafræðirannsókn eftir blöðruvefsskurð um þvagrás.
Sjúkratilfelli 1: 76 ára karlmaður með endurtekna blóðmigu í fimm ár, verki yfir blöðrustað og í meðallagi mikil þvaglátaeinkenni. Grunur var um illkynja æxlisvöxt í blöðruþaki við blöðruspeglun og TS sýndi verulega þykknun á blöðruvegg. Eósíónófílar voru ekki auknir í deilitalningu. Gert var blöðruvefsnám um þvagrás í tvígang sem sýndi eósínófílíska blöðrubólgu. Blóðmigan hætti og sjúklingur varð einkennalaus. Líðan hans hefur verið góð í tvö ár eftir aðgerð án annarrar meðferðar og ómun hefur sýnt eðlilegan blöðruvegg.

XENICAL®

orlístat

Tapið þyngd. Bætið heilsu.

LYF VIÐ OFFITU

hylki 120 mg: 42 stk.; 84 stk.

1 hylki 3svar á dag með mat.

Roche

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

THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 · 110 Reykjavík · Sími 530 7100

Fylgikvillar offitu[1]:

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

Lítillega aukin áhætta (allt að tvöföld áhætta)

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

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

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

Virk innihaldsefni: Hvert hylki inniheldur 120 mg orlístat.

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

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. Galliteppa. Brjóstagjöf. Þekkt ofnæmi fyrir orlístati eða einhverju af innihaldsefnum lyfsins.
Orlístat er ekki ráðlagt til notkunar á meðgöngu.

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

Milliverkanir: Samtímis gjöf orlístats og 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, nífedipín, nífedipín forðalyf, eða alkóhól hafa komið fram.
Vítamín og betakarótín: Taka þarf tillit til minnkunar á frásogi D- og E-vítamíns og betakarótíns (sjá kafla um Varnaðarorð og varúðarreglur).
Ciclospórín: Vart hefur orðið við minnkun í þéttni ciclospóríns í plasma ef það er gefið með orlístati. Þess vegna er mælt með því að fylgst sé oftar en venja er með plasmagildum ciclospóríns við samhliða gjöf og eftir að töku orlístats er hætt þar til ciclospórínþéttni er stöðug (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur).

Meðganga og brjóstagjöf: Notkun orlístats á meðgöngu er ekki ráðlögð. Enn sem komið er eru ekki fullnægjandi upplýsingar fyrirliggjandi um töku orlístats hjá þunguðum konum til þess að meta hugsanleg áhrif orlístats á því að valda afbrigðileika í fóstri eða eituráhrifum.
Þar sem ekki er vitað hvort orlístat berst í brjóstamjólk á ekki að nota orlístat við brjóstagjöf.

Akstur og stjórnun vinnuvéla: Ekkert hefur komið fram sem bent gæti til að lyfið hafi áhrif á hæfni til aksturs eða stjórnunar vélknúinna tækja.

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

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

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

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

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

Texti Sérlyfjaskrár: Júlí 2001.

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

Sjúkratilfelli 2: 67 ára gömul kona með áralanga sögu um tíð þvaglát og bráðamigu, verki um neðanverðan kvið auk þess sem fyrirferð sást við ómun á vinstri eggjastokk. Blöðruspeglun sýndi hvítleitan, þykkan æxlisvöxt í blöðrubotni er líktist helst bólguástandi með bandvefsmyndun. Endurtekinn blöðruvefsskurður um þvagrás sýndi miklinn örvefsvöxt auk bólgu af langvinnum og eósínósæknum toga. Endurtekin speglun, síðast fjórum árum eftir greiningu, sýndi eðlilegt ástand, en sjúklingur hefur verið með mismikla bráðamigu af óþekktum uppruna.

Gerð verður ítarleg grein fyrir helstu greiningaraðferðum, mismunagreiningum, meðferð og horfum.

V – 4 **Viðgerð á skurðhaul eftir notkun á vefjastrekkjara – sjúkratilfelli**

Antonios Koumouridis, Jónas Magnússon, Jens Kjartansson

Almenn skurðdeild og Lýtalækningadeild Landspítala
akoumouridis@web.de

Inngangur: Í sumum tilfellum er kviðvegg ekki lokað eftir aðgerð eða aðgerðir. Þá getur reynst nauðsynlegt að skilja sjúkling eftir opinn og síðan hylja garnirnar með „split" húðgræðlingi. Þetta er gert til að leyfa sjúkdómsástandi í kvið að ganga yfir þar sem lokun myndi gera ástandið verra. Þegar gripið er til þessa ráðs þarf að gera við stóran skurðhaul þegar sjúklingur er búinn að ná sér. Rectus-kantarnir dragast til sitt hvorrar hliðarinnar vegna togs í hliðarvöðvum og gapið verður umtalsvert og haullinn stór. Ef ekki er um vefjatap að ræða þá er mögulegt að gera við slíka haula án þess að nota net.

Tilfelli: Fjörutíu og tveggja ára maður fór í opna botnlangaaðgerð á Kanaríeyjum í janúar 2002. Kviðverkir lagast ekki og 48 stundum síðar kom rofið skeifugarnarsár í ljós og var því lokað með opinni aðgerð. Var á gjörgæslu vegna sepsis og sýkingar í hægri síðu. Vegna magablæðingar var gert magahögg með Billroht II tengingu. Nýrnabilun í kjölfarið. Í febrúar kom hann á Landspítala með sjúkraflugi í öndunarvél. Fékk svo duodenal „blow out", abcess í hægri flanka, retroperitoneal blæðingu. Hann var skorinn upp margsinnis á þessum tíma. Á fjórum mánuðum fór hann í fjórar aðgerðir á Spáni og níu á Landspítalanum. Í mars hreinsast öll sárin upp og split húð frá vinstra læri er sett beint á garnirnar í miðlínusári. Græðlingurinn tekur og kviðurinn grær. Lá í þrjá mánuði á gjörgæslu. Útskrifast í maí, fór í endurhæfingu á Reykjalundi. Fór í aðgerð í nóvember vegna incisional ventral hernia.

Aðgerð: Undirbúningur: vefjastrekkjari settur í sárakantana og sár dregið saman á nokkrum dögum. Við endanlega aðgerð var græðlingurinn tekinn, þrjú lítil göt á mjógirni voru saumuð saman en annars gekk vel að ná græðlingnum af. Rectus-kantarnir voru færðir saman og gekk það auðveldlega. Aðgerð tók 150 mínútur, gekk vel. Eftir aðgerð var líðan ágæt miðað við aðstæður, öll sár greru og útskrifaðist sjúklingur á níunda degi eftir aðgerð.

Samantekt: Split húðgræðlingur á garnir getur verið notaður sem einfaldar varanlegar lífrænar umbúðir (dressing). Toglaus lokun er möguleg. Þessi meðferð hefur sýnt langvarandi árangur, komplikationir hafa reynst minniháttar og er þetta ein þeirra meðferða sem mælt er með þegar um stóra kviðveggjagalla er að ræða.

V – 5 **Memokath® þvagrásarleggur við meðferð þvagrásarþrengsla**

Valur Þór Marteinsson

Handlækningadeild FSA
valmart@fsa.is

Áunnin þvagrásarþrengsli hafa verið algengust eftir skurðaðgerðir um þvagrás, en sjaldnar eftir áverka og sýkingar. Þvagrásarþrengsli hjá körlum krefjast misflókinna úrlausna eftir orsök og staðsetningu. Meðferð getur ýmist verið þvagrásarútvíkkun eða innri þvagrásarskurður, endurteknar útvíkkanir framkvæmdar af heilbrigðisstarfsmanni eða sjúklingi sjálfum, auk opinna skurðaðgerða. Ýmiss konar stoðleggir (stents) úr málmblöndum hafa verið reyndir með misjöfnum árangri til lengi tíma litið til að gera meðferðina einfaldari og árangursríkari. Helstu fylgikvillar slíkra stoðleggja hafa verið sýkingar, tilfærsla á legg, steinasöfnun, stíflur og verkir.

Memokath® þvagrásarleggir eru gormlaga og gerðir úr títaníum málmblöndu sem hefur þann eiginleika að þenjast út og þar með festa sig í sessi við sprautun á 50 °C heitu vatni yfir sig og mýkjast þegar sprautað er 10 °C köldu vatni. Þessi eiginleiki auðveldar ísetningu eftir hefðbundna þvagrásarútvíkkun og brottnám við þvagrásarspeglun sem unnt er að gera í staðdeyfingu ásamt verkjalyfjagjöf. Leggir þessir eru til í lengdunum 30-50 mm og eru Ch 22-24 að þvermáli við ísetningu, en geta þanist í Ch 34-44 eftir staðsetningu í þvagrás. Innri endinn hefur nokkurs konar akkerislögun eftir þenslu. Þeir sjást auðveldlega við röntgenskyggningu. Misjafnt er hversu lengi slíkir leggir eru hafðir í þvagrás, en almennt ráðlagt að fjarlægja þá eftir 6-12 mánuði.

Memokath® þvagrásarleggir hafa nýlega verið reyndir hjá tveimur sjúklingum á Handlækningadeild FSA. Báðir hafa áralanga sögu um þvagrásarþrengsli og veruleg einkenni tengd þeim. Gerð verður grein fyrir ísetningartækni, kostum og göllum auk fyrsta árangurs slíkrar notkunar.

V – 6 **Enduraðgerðir á neðri þvagfærum sökum ótila eftir fyrri þvaglekaaðgerðir**

Valur Þór Marteinsson

Handlækningadeild FSA
valmart@fsa.is

Inngangur: Við þvaglekaaðgerðir hjá konum er stundum notaður þráður eða gerviefni er eyðist ekki sem aftur býður hættunni heim ef slíkt brýtur sér leið innan þvagvega eða gefur önnur einkenni. Tilgangur rannsóknarinnar var að yfirfara árangur enduraðgerða sökum vandamála vegna ótila (corpus alienum) eftir þvaglekaaðgerðir hjá konum.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin náði yfir átta sjúklinga sem var vísað til þvagfæraskurðlæknis (greinarhöfundar) vegna vandamála eftir fyrri þvaglekaaðgerðir og þurftu að undirgangast skurðaðgerð vegna staðfestra ótila. Enduraðgerðirnar voru framkvæmdar á tímabilinu mars 1996-nóvember 2002. Öllum sjúklingunum var fylgt eftir aðgerð. Rannsóknin var aftursæ.

Niðurstöður: Miðtala aldurs var 59,5 ár (38-74) og miðtala legudaga sjö dagar (4-13). Algengustu einkenni fyrir aðgerð voru: verkir átta

sjúklingar, endurteknar þvagfærasýkingar sjö sjúklingar, þvagleki fjórir sjúklingar, þvaglátaeinkenni þrír sjúklingar, þvagteppa tveir sjúklingar. Sjö sjúklingar voru greindir við blöðruspeglun. Þrír höfðu áður farið í TVT-aðgerð, þrír í „Sling"-aðgerð og tveir í ofanklyfta aðgerð. Þessar aðgerðir voru gerðar hálfum til 56 mánuðum áður. Fjórir undirgengust opna enduraðgerð þar sem ótilar í formi óuppleysanlegra þráða voru fjarlægðir, hjá tveimur var losað um og skorið á TVT-band neðan þvagrásar, einn fékk fjarlægðan hluta TVT-bands ofanklyfta og hjá tveimur var reynt að ná óuppleysanlegum þræði í blöðru við speglun, en það tókst hjá öðrum þeirra; hinn fór síðar í opna aðgerð auk annars sem fékk fjarlægðan óuppleysanlegan þráð í samskonar aðgerð. Ótili reyndist innan þvagvega hjá sex sjúklingum. Hjá tveimur var gerð ný þvaglekaaðgerð og einn fékk Deflux™ innsprautun í þvagrás. Gangur eftir aðgerðir var góður, en einn sjúklingur fékk yfirborðssýkingu í skurð. Árangur reyndist ágætur/góður hjá öllum sjúklingunum, en einn sjúklingur hefur áfram verið með verki eftir enduraðgerð.
Ályktun: Fylgikvillar eftir þvaglekaaðgerðir þar sem óuppleysanlegir þræðir eða gerviefni eru notuð geta verið mjög þrálátir. Brýnt er að útiloka ótila sem orsök slíkra fylgikvilla. Enduraðgerðir geta verið vandasamar, en árangur þó góður yfirleitt.

V – 7 **TUR syndrome. Lýst sjúkratilfelli á Handlækningadeild Landspítala Hringbraut**

Svajunas Statkevicius, **Gísli Vigfússon**, Þorsteinn Sv. Stefánsson, Þorsteinn Gíslason

Sæfinga- og gjörgæsludeild og þvagfæraskurðdeild Landspítala Hringbraut
gislivig@landspitali.is

Inngangur: TUR syndrome einkennist af skyndlegri lækkun natríums í blóði vegna innstreymis vökva um æðakerfi blöðru eða blöðruhálskirtils. Skyndileg lækkun natríums veldur meðvitundarskerðingu og ef lækkun fer niður fyrir ákveðin mörk koma fram alvarleg einkenni frá miðtaugakerfi, hjarta og æðakerfi. Nútímaskurðtækni, val á heppilegum skolvökvum og styttri aðgerðartími minnkar mjög hættuna á þessum lífshættulega fylgikvilla. Lýst er tilfelli af svæsnu TUR syndromi sem upp kom við aðgerð á þvagfæradeild Landspítala Hringbraut.
Efniviður og niðurstaða: 82 ára karlmaður var lagður inn vegna mikillar blóðmigu sem tókst að halda niðri með blöðruskolun. Þrátt fyrir hana hélt blæðing áfram og því ákveðin blöðruspeglun og aðgerð. Degi fyrir aðgerð reynist natríumþéttni vera 140 mmól/l. Speglun og aðgerð voru framkvæmd í mænuvökvadeyfingu. Þegar liðnar voru um 30 mínútur af aðgerð kvartaði sjúklingur um mikinn slappleika og þreytu og missti meðvitund skömmu síðar. Grunur vaknar strax um TUR syndrome. Sett var niður barkarenna í skyndi svo og slagæðaleggur. Mæld blóðgös, sem sýndu natríum 96 mmól/l sem skömmu síðar fór niður í 86 mmól/l. Sjúklingur fékk þvagræsilyf, afsýrunarlyf, ísótóníska saltvatnslausn, blóð og vasóaktív lyf þar sem blóðþrýstingur varð óstöðugur. Hann þurfti mikið súrefni og hafði háa innöndunarþrýstinga. Skurðlæknir hraðaði aðgerð í því augnamiði að ná fram blóðstillingu og var sjúklingur að því loknu fluttur á gjörgæsludeild. Hann fékk áfram ísótóníska saltvatnslausn, auk plasma og blóðs. Natríum hækkaði smám saman og var að morgni næsta dags 122 mmól/l. Sjúklingur var vakinn og var andlega og líkamlega í lagi og var útskrifaður á deild þann sama dag.
Ályktun: TUR syndrome er sjaldgæft vandamál við þvagfæraaðgerðir en getur dunið yfir mjög skyndilega og eftir stuttan aðgerðartíma eins og ofangreint tilfelli sýnir glöggt. Mikilvægt er því að vera vel á verði gagnvart fyrstu einkennum þess og er það best gert með því að framkvæma aðgerðina í mænuvökvadeyfingu svo sjúklingur sjálfur geti gefið fyrstu vísbendingar um yfirvofandi hættu.

V – 8 **Garnastíflur á FSA frá 1996 til 2002**

Daði Þór Vilhjálmsson, Shree Datye

Handlækningadeild FSA
dadiogelva@simnet.is

Inngangur: Kviðarholssamvextir, æxli og haular eru algengustu orsakir þarmastíflu. Á Vesturlöndum hafa orsakir garnastíflna verið að breytast vegna hærri aldurs einstaklinga, hærri tíðni aðgerða hjá öldruðu fólki og breytts lífsstíls þeirra. Markmið þessarar rannsóknar var að skoða tilfelli garnastíflna á FSA á tímabilinu 1996-2002 og meta orsakir þeirra.
Efniviður og aðferðir: Þetta eru aftursæ uppgjör 130 innlagna á handlækningadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri á tímabilinu 1996-2002 og fengu greininguna garnastífla (560.x samkvæmt ICD 9 og K56.x samkvæmt ICD 10). Skoðaðar voru breyturnar aldur, kyn, lengd einkenna, hvernig greining var fengin, saga um fyrri kviðarholsaðgerðir, hvort aðgerð var gerð eða hvort stuðningsmeðferð var beitt, hvaða aðgerðir voru gerðar, orsök garnastíflna (grunnsjúkdómsgreining), lengd sjúkrahússdvalar, fylgikvillar, afdrif sjúklinga og dánartíðni.
Niðurstöður og ályktanir: Alls voru 130 innlagnir á handlækningadeild FSA með greininguna garnastífla á tímabilinu 1996-2002. Niðurstöður rannsóknarinnar verða kynntar á skurðlæknaþinginu.

V – 9 **Fenyö-Lindberg stigakerfi bætir greiningu bráðrar botnlangabólgu**

Tómas Guðbjartsson[1], Lars Enochsson[2], György Fenyö[3], Anders Hellberg[4], Claes Rudberg[4], Jörgen Wenner[5], Ivar Ringqvist[4], Stefan Sörensen[4]

Skurðdeildir [1]Brigham Harvard sjúkrahússins í Boston, [2]Huddinge sjúkrahússins, Karolinska Institutet, Stokkhólmi, [3]Södersjúkrahússins, Stokkhólmi, [4]Sjúkrahússins í Västerås, [5]Háskólasjúkrahússins í Lundi, Svíþjóð
tomasgudbjartsson@hotmail.com

Inngangur: Botnlangabólga er ein algengasta ástæða bráðra kviðarholsaðgerða. Klínísk greining getur verið erfið sem sést best á hárri tíðni óbólginna botnlanga við aðgerð (15-30%). Til að bæta greiningu sjúkdómsins hafa verið þróuð mismunandi klínísk stigakerfi (score) sem byggja á klínískum upplýsingum. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna greiningarhæfni Fenyö-Lindberg stigakerfis í framsýnni rannsókn sem náði til fjögurra stórra sjúkrahúsa.
Efniviður og aðferðir: Stig samkvæmt Fenyö-Lindberg stigakerfi voru skráð hjá 455 sjúklingum sem slembuðust í annaðhvort opna

botnlangatöku eða kviðsjáraðgerð. Ekkert sjúkrahúsanna hafði notað stigakerfið áður. Klínískar upplýsingar voru skráðar af skurðlækni en stigafjöldi var ekki reiknaður út fyrr en eftir botnlangatöku. Skurðlæknir gat því ekki notað stigin við greiningu. Reiknað var út jákvætt forspárgildi (JFG) við greiningu bráðrar botnlangabólgu, neikvætt forspárgildi (NFG), næmi og sértæki. Forspárgildi stigakerfisins var einnig borið saman við forspárgildi klínískrar greiningar skurðlæknis.

Niðurstöður: JFG Fenyö-Lindberg stigakerfis var hærra en JFG skurðlæknis í heildarþýðinu (0,90 á móti 0,79 ($p<0,001$)). Stigakerfið jók greiningarhæfni hjá konum (0,83 á móti 0,70 ($p<0,01$)), sérstaklega á aldrinum 15-30 ára þar sem JFG jókst úr 0,69 í 0,82, og á aldrinum 31-50 ára (0,68 í 0,86) ($p<0,01$). Hins vegar var sértæki prófsins í þessum undirhópum lágt (0,51 og 0,75).

Ályktun: Fenyö-Lindberg stigakerfi er einfalt klínískt tól sem bætir greiningu bráðrar botnlangabólgu, sérstaklega hjá konum á frjósemisskeiði. Rétt er þó að hafa í huga að sértæki prófsins í þessum undirhópi er lágt. Því getur þurft að framkvæma fleiri rannsóknir og/eða fylgja sjúklingnum eftir séu niðurstöður stigakerfisins neikvæðar eða ósannfærandi.

V – 10 Núkleótíðviðtakar og samdráttur í kransæðagræðlingum

Tómas Guðbjartsson[1], Catharina Borna[2], Lingwei Wang[2], Lena Karlsson[3], Sverker Jern[3], Malin Malmsjö[2], David Erlinge[2]

[1]Hjartaskurðdeild, [2]Hjartadeild háskólasjúkrahússins í Lundi, [3]Lyflæknisdeild, Sahlgrenska háskólasjúkrahússins/Östra, Gautaborg
tomasgudbjartsson@hotmail.com

Inngangur: Vinstri brjóstholsslagæð (LIMA) og ganglimabláæð (v. *saphena magna*) eru algengustu græðlingar sem notast er við í kransæðahjáveituaðgerðum (CABG). Tíðni stíflana í bláæðagræðlingum er mun hærri en í brjóstholsslagæð (90% á móti 50% stíflaðir tíu árum eftir aðgerð). Orsakir þessa eru ekki þekktar en P2 núkleótíð-viðtakar geta haft þýðingu. Þegar P2 viðtakar eru örvaðir með umfrymis-núkleótíðum (ATP, ADP, UTP og UDP) miðla þeir samdrætti og örva vöxt sléttra vöðvafruma í æðaveggnum. Núkleótíðin myndast við tog og súrefnisþurrð í sléttum vöðvafrumum í æðaveggnum, blóðflögum, innþekju æða, bólgu- og hjartavöðvafrumum. Í þessari rannsókn voru könnuð áhrif mismunandi P2 viðtaka á samdrátt bláæða- og slagæðagræðlinga.

Efniviður og aðferðir: Notaðir voru 1-2 cm bútar af vinstri brjóstholsslagæð og ganglimabláæð hjá 16 sjúklingum sem gengust undir hjáveituaðgerð. Innþekja æðanna var fjarlægð, æðabútunum komið fyrir í mælitæki og gerandefnum (agónistum) beitt á þá *in vitro*. Samdráttur (isometric tension) var skráður sem hlutfall af K^+ styrkt. Fjölforma PCR tækni var notuð til að mæla mRNA P2 viðtaka.

Niðurstöður: Gerandefnið fyrir $P2X_1$ viðtaka, αβ-MeATP, olli mestum samdrætti með kröftugri samdrætti í bláæð (K_{25} = 5,19, C_{max} = 76 ± 10) en slagæð (K_{25} = 4,15, C_{max} =24 ± 13, $p<0,05$). Gerandefnið fyrir $P2Y_6$ viðtaka, UDPβS, olli einnig kröftugri samdrætti í bláæð en slagæð (K_{25} =4,99, C_{max} =80 ± 30 vs. K_{25} = 4,28, C_{max} =42 ± 14, $p<0,05$). UDPβS olli ennfremur langvarandi samdrætti (>2 klukkustundir) sem skýrist af hægri ónæmingu $P2Y_6$ viðtaka. Samdrátt vegna ATP var ekki hægt að upphefja með ónæmingu $P2X_1$ viðtaka (αβ-MeATP), eða $P2Y_{2/4}$ viðtaka (UDPβS), sem gefur vísbendingu um að fleiri ATP-viðtakar séu til staðar sem miðla samdrætti. Samkvæmt PCR mælingum virðist $P2Y_{11}$ geta verið slíkur viðtaki.

Ályktun: P2 viðtakar eru ólíkir í brjóstholsslagæð og bláæðum ganglima. $P2Y_6$ og $P2X_1$ viðtakar valda kröftugri samdrætti í bláæða- en slagæðagræðlingum. Þar sem $P2Y_6$ viðtakar örva einnig vöxt sléttra vöðvafruma í æðavegg er hugsanlegt að þeir eigi þátt í stíflun bláæðagræðlinga. Niðurstöður okkar geta hugsanlega skýrt muninn á endingu bláæða- og slagæðagræðlinga. Fræðilega gætu sértækir hemjarar fyrir $P2X_1$ og $P2Y_6$ viðtaka komið í veg fyrir samdrátt og stíflu í bláæðagræðlingum eftir kransæðahjáveituaðgerð.

V – 11 GIST í endaþarmi. Sjúkratilfelli

Þórarinn Kristmundsson[1], **Páll Helgi Möller**[1], Helgi J. Ísaksson[2], Eiríkur Jónsson[3], Þorvaldur Jónsson[1]

[1]Skurðlækningadeild, [2]Þvagfæraskurðdeild Landspítala, [3]Rannsóknarstofu háskólans í meinafræði
pallm@landspitali.is

Sextíu og fimm ára gamall karlmaður gekkst undir nýblöðruaðgerð í október 2000. Við reglubundið eftirlit hjá þvagfæraskurðlækni í nóvember 2002 kom í ljós 2x2 cm stór fyrirferð í bakvegg endaþarms. Það var ekki saga um verki, blæðingar, breytingar á hægðavenjum eða óþægindi frá endaþarmi.

Ristilspeglun sýndi fyrirferð undir heilli slímhúð en var eðlileg að öðru leyti. Æxlið var fjarlægt með einfaldri skurðaðgerð og sjúklingur útskrifaður af sjúkrahúsi daginn eftir aðgerð.

Vefjagreining sýndi spólfrumuæxli með jákvæðri mótefnasvörun fyrir c-kit próteini (CD –117) sem samræmist GIST æxli. Það voru engin merki um drep í æxlinu og engar frumuskiptingar sjáanlegar. Æxlið var því dæmt góðkynja og sjúklingur talinn læknaður án frekari meðferðar.

GIST eru bandvefsæxli sem geta átt uppruna sinn hvar sem er í meltingarveginum. Oftast finnast þau í maga (50%), smágirni (25%), ristli (10%) eða vélinda (5%) en mjög fáum tilfellum hefur verið lýst í endaþarmi. Flestir sjúklinganna eru einkennalausir við greiningu.

Munurinn á illkynja og góðkynja GIST er ekki alltaf augljós en stærð æxlis og fjöldi frumuskiptinga hefur sennilega mesta þýðingu. Meðferðin er skurðaðgerð en ný lyfjameðferð sem veldur minnkun á æxlisvexti hefur sýnt góðan árangur.

V – 12 Rof á vélindahaul. Sjúkratilfelli

Hulda María Einarsdóttir[1], **Páll Helgi Möller**[1], Kristinn Jóhannsson[2], Gunnar H. Gunnlaugsson[1], Jónas Magnússon[1]

[1]Skurðlækningadeild og [2]Hjarta- og brjóstholsskurðlækningadeild Landspítala
pallm@landspitali.is

Vélindahaull (*epiphrenic diverticulum*) er útbungun á slímhúð og slímubeð gegnum vöðvalagið á neðstu 10 cm vélindans. Þetta er tal-

ið gerast vegna samdráttar í veldabolnum. Flestir aðhyllast einhvers konar hreyfitruflanakenningar. Þar sem orsakir eru á reiki er ekki að vænta að samstaða sé um meðferð. Sjúkdómurinn er sjaldgæfur og samanburðarrannsóknir þess vegna óframkvæmanlegar. Einkennin eru margslungin; lítil sem engin, kyngingarörðugleikar, brjóstverkur, andremma, megrun, bakflæði og ásvelging.

50 ára gamall almennt hraustur karl leitaði á bráðamóttöku með tæplega sólarhrings sögu um verki um ofanverðan kviðinn. Í sögu kom fram nokkurra vikna saga um minnkaða matarlyst, ógleði og kyngingarörðugleika. Við skoðun var hann með hita (38,4 °C) og hraðan hjartslátt en að öðru leyti var skoðun eðlileg. Fyrirhuguð var vélindaspeglun næsta vinnudag en í millitíðinni fór sjúklingur heim í leyfi.

Daginn eftir kom sjúklingur með versnandi kviðverki. Hann gat ekki legið flatur vegna verkja og andþyngsla. Sjúklingur var veikindalegur, með hita (38,6 °C), hraðan hjartslátt og tíða öndun. Öndunarhljóð voru minnkuð hægra megin og hann var með eymsli hægra megin í kvið og bankeymsli yfir hægri nýrnastað. Hvít blóðkorn og CRP voru hækkuð. Lungnamynd sýndi vanþenslu (atelectasis) og mögulega íferð hægra megin. Tölvusneiðmynd af brjóstholi sem var ófullkomin sýndi þéttingu í hægra lunga, vökva í fleiðruholi og grun um stóran þindarhaul. Sjúklingur var lagður inn, settur á sýklalyf og fyrirhuguð ný tölvusneiðmynd næsta morgun. Á röntgenfundi vaknaði grunur um frítt loft kringum vélindaútvíkkunin. Fengin var kyngingarmynd sem sýndi stóran vélindahaul og leka á skuggaefni. Í framhaldi af því var sjúklingur tekin til aðgerðar.

Brjóstholið var opnað hægra megin, hreinsað af graftrarsulli og skolað og vélindahaullinn fundinn. Bæði rofið og háls haulsins voru um 1 cm í þvermál. Sett var T-dren í rofið til veita afrás frá vélindanu og brjóstholskeri. Gerð var magastóma og næringarsonda sett í smágirni.

Gangur eftir aðgerð var eftir atvikum góður. Hiti á 16. degi leiddi í ljós gröft í hægri fleiðru sem var tæmt ómstýrt. Rúmlega þremur vikum eftir aðgerð var búið að fjarlægja kera aðra en T-kera sem teknir voru á 25. degi. Lekamynd tveimur dögum síðar sýndi engan leka og sjúklingur útskrifaðist heim.

Nokkrum vikum seinna lagðist hann aftur inn með gangfistil milli vélinda og húðar og gröft í fleiðru sem hreinsaður var út. Þrýstingsmæling neðst í vélinda sýndi staðbundinn háan þrýsting. Til að hindra áframhaldandi leka og halda vélindanu opnu var lagt stent. Gangurinn lokaðist strax og sjúklingur útskrifaðist. Nokkrum vikum seinna var vinstra brjósthol opnað, vélindahaullinn fjarlægður og vöðvaskurður (myotomy) gerður frá maga að ósæðaboga. Gangur eftir aðgerð var fylgikvillalaus og sjúklingnum sem er útskrifaður heilsast nú vel tveimur vikum eftir aðgerð.

Celebra (celecoxib) (styttur sérlyfjaskrártexti)
Ábendingar: Til meðhöndlunar á einkennum slitgigtar og iktsýki. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Skammtastærðir handa fullorðnum: Slitgigt:* Ráðlagður dagsskammtur er yfirleitt 200 mg einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Auka má skammtinn eftir þörfum í 200 mg tvisvar sinnum á sólarhring. *Iktsýki:* Ráðlagður dagsskammtur er 200-400 mg skipt í tvo skammta. Ráðlagður hámarksskammtur á sólarhring er 400 mg.Nota má Celebra með mat eða án. *Mismunur milli kynstofna:* Sjúklingum af svarta kynstofninum á í upphafi meðferðar að gefa minni skammtinn (200 mg á sólarhring). Síðar meir má eftir þörfum auka skammtinn í 400 mg á sólarhring (sjá Lyfjahvörf). *Aldraðir:* Öldruðum(>65 ára) á í upphafi meðferðar að gefa minni skammtinn (200 mg á sólarhring).Síðar meir má eftir þörfum auka skammtinn í 400 mg á sólarhring (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Lyfjahvörf). *Skert lifrarstarfsemi:* Hefja skal meðferð með helmingi ráðlagðs skammts hjá sjúklingum með staðfesta í meðallagi skerta lifrarstarfsemi sem hafa 25-35 g/l af albúmíni í sermi. Hvað þennan sjúklingahóp varðar liggur einungis fyrir reynsla frá sjúklingum með skorpulifur. *Skert nýrnastarfsemi:* Reynsla af notkun celecoxibs handa sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi er takmörkuð og skal því meðhöndla slíka sjúklinga með varúð. *Skammtastærðir handa börnum:* Celebra er ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Meðganga og konur sem geta orðið þungaðar, nema notuð sé örugg getnaðarvörn. Hjá þeim tveimur dýrategundum sem hafa verið rannsakaðar hefur komið í ljós að celecoxib getur valdið fósturskemmdum. Hugsanleg áhætta fyrir þungaðar konur er ekki þekkt en ekki er unnt að útiloka hana. Brjóstagjöf. Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.Þekkt ofnæmi fyrir sulphonamiðum.Sjúklingar sem hafa fengið einkenni astma, bráða nefslímubólgu, nefsepa (nasal polyps), ofsabjúg, ofsakláða eða annars konar ofnæmi eftir notkun acetýlsalicýlsýru eða bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID).Virkt ætisár eða blæðingar í meltingarvegi. Bólgusjúkdómur í þörmum. Alvarleg hjartabilun. Alvarlegur lifrarsjúkdómur (albúmín í sermi <25 g/l eða Child-Pugh=10). Sjúklingar með áætlaða kreatíníniúthreinsun <30 ml/mín. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Hjá sjúklingum sem hafa fengið meðferð með celecoxibi hefur komið fyrir gatmyndun, sár og blæðingar í efri hluta meltingarvegar. Því skal gæta varúðar hjá sjúklingum með sögu um sjúkdóm í meltingarvegi, t.d. sármyndun eða bólgur og hjá sjúklingum sem eru í sérstakri hættu hvað þetta varðar. Svo sem við á um önnur lyf sem hemja nýmyndun prostaglandina hefur sést vökvasöfnun og bjúgur hjá sjúklingum sem nota celecoxib. Því skal nota celecoxib með varúð handa sjúklingum með sögu um hjartabilun, vanstarfsemi vinstri slegils eða háþrýsting og hjá sjúklingum sem eru með bjúg af einhverri annarri ástæðu, vegna þess að hömlun prostaglandina getur haft í för með sér versnun nýrnastarfsemi og vökvasöfnun. Einnig skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem nota þvagræsilyf eða geta af öðrum orsökum verið í hættu á að verða fyrir blóðþurrð. Hjá öldruðum eru meiri líkur á skertri nýrna- eða lifrarstarfsemi og sér í lagi skertri hjartastarfsemi og skal nota minnsta virkan skammt handa þeim, auk þess sem læknar skulu hafa viðeigandi eftirlit með sjúklingunum.Í klínískum rannsóknum var sýnt fram á að celecoxib hefur svipuð áhrif á nýru og það NSAID sem miðað var við. Alvarlegar blæðingar hafa komið fyrir hjá sjúklingum sem jafnframt nota warfarin. Gæta skal varúðar þegar celecoxib er notað samtímis warfarini. Celecoxib hamlar CYP2D6. Enda þótt það sé ekki öflugur hemill þessa enzýms kann að vera nauðsynlegt að minnka skammta þeirra lyfja sem skömmtuð eru einstaklingsbundið og umbrotna fyrir tilstilli CYP2D6 (sjá Milliverkanir). Celecoxib getur dulið hita. Líklega er ekki það mikill mjólkursykur í hverju hylki (149,7 mg í 100 mg hylkjum og 49,8 mg í 200 mg hylkjum) að hann kalli fram sértæk einkenni mjólkursykursóþols. **Milliverkanir:** *Lyfhrifamilliverkanir:* Fylgjast á með blóðstorkuvirkni hjá sjúklingum sem nota warfarin eða svipuð lyf, einkum á nokkrum fyrstu dögunum eftir að meðferð með celecoxibi hefst og þegar skömmtum celecoxibs er breytt. Greint hefur verið frá blæðingum í tengslum við lengingu protrombintíma, einkum og sér í lagi hjá öldruðum sjúklingum, sem nota samtímis warfarin og celecoxib.NSAID geta dregið úr virkni þvagræsilyfja og háþrýstingslyfja.Eins og við á um NSAID getur hætta á bráðri nýrnabilun aukist við samtímis notkun ACE-hemla og celecoxibs. Á það hefur verið bent að samtímis notkun NSAID og ciclosporins eða tacrolimus geti aukið eiturverkanir ciclosporins og tacrolimus á nýru. Því skal fylgjast náið með nýrnastarfsemi þegar celecoxib er notað samtímis öðru hvoru þessara lyfja. Nota má celecoxib samtímis litlum skömmtum af acetýlsalicýlsýru en það kemur þó ekki í stað acetýlsalicýlsýru sem notuð er til fyrirbyggjandi meðferðar við hjarta- og æðasjúkdómum. *Lyfjahvarfamilliverkanir: Áhrif celecoxibs á önnur lyf* Celecoxib hemur CYP2D6. Við meðferð með celecoxibi jókst plasmaþéttni CYP2D6 hvarfefnisins dextrómetorfans um 136%.Við samtímis meðferð með celecoxibi getur plasmaþéttni þeirra lyfja aukist, sem umbrotna fyrir tilstilli þessa enzýms.Meðal lyfja sem umbrotna fyrir tilstilli CYP2D6 eru geðlægðarlyf (þríhringlaga og SSRI), sefandi lyf (neuroleptics), lyf við hjartsláttartruflunum og fleiri. Þegar byrjað er á samtímis meðferð með celecoxibi þarf hugsanlega að minnka skammt CYP2D6 hvarfefna, sem skömmtuð eru einstaklingsbundið, eða auka skammtinn þegar meðferð með celecoxibi er hætt. *In vitro* rannsóknir gefa til kynna að celecoxib geti hamlað CYP2C19 hvöttum umbrotum. Klínískt mikilvægi þessara in vitro vísbendinga er ekki þekkt. Dæmi um lyf sem umbrotna fyrir tilstilli CYP2C19 eru diazepam, citalopram og imipramin. Í milliverkanarannsókn hafði celecoxib engin marktæk klínísk áhrif á lyfjahvörf getnaðarvarnalyfja til inntöku (1 mg noretísteron/35 míkróg etinylestradíol). Celecoxib hefur ekki áhrif á lyfjahvörf tolbutamíðs (CYP2C9 hvarfefni) eða glibenclamíds í þeim mæli að það skipti klínísku máli. Hjá sjúklingum með iktsýki hafði celecoxib engin tölfræðilega marktæk áhrif á lyfjahvörf (plasma- og nýrnaúthreinsun) metótrexats (í þeim skömmtum sem notaðir eru við gigt). Engu að síður skal íhuga viðeigandi eftirlit með eiturverkunum tengdum metótrexati, þegar þessi tvö lyf eru notuð samtímis. Hjá heilbrigðum einstaklingum sem fengu celecoxib 200 mg tvisvar sinnum á sólarhring og litíum 450 mg tvisvar sinnum á sólarhring jókst C_{max} litíums að meðaltali um 16% og AUC litíums jókst að meðaltali um 18%. Í upphafi og við lok meðferðar með celecoxibi skal því fylgjast náið með sjúklingum sem nota litíum. *Áhrif annarra lyfja á celecoxib:* Vegna þess að celecoxib umbrotnar að langmestu leyti fyrir tilstilli CYP2C9, skal nota helming ráðlagðs skammts hjá sjúklingum sem nota fluconazol. Samtímis notkun staks 200 mg skammts celecoxibs og fluconazols 200 mg, sem er öflugur CYP2C9 hemill, einu sinni á sólarhring leiddi til þess að C_{max} celecoxibs jókst að meðaltali um 60% og AUC jókst að meðaltali um 130%. Plasmaþéttni celecoxibs getur minnkað við samtímis notkun CYP2C9 hvata, svo sem rifampicins, carbamazepins og barbituriyfja. Þess hefur ekki orðið vart að ketoconazol eða sýrubindandi lyf hafi áhrif á lyfjahvörf celecoxibs. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klínískar upplýsingar liggja fyrir um notkun celecoxibs á meðgöngu. Í dýrarannsóknum (rottur og kanínur) hafa sést eiturverkanir á æxlun, þ.á m. Fósturskemmdir. Hugsanleg hætta fyrir menn er ekki þekkt en ekki er unnt að útiloka hana. Eins og önnur lyf sem hemja nýmyndun prostaglandina getur celecoxib valdið legtregðu (uterine inertia) og ótímabærri lokun á brjóstgangi (ductus arteriosus) á síðasta þriðjungi meðgöngu. Þungun og hugsanleg þungun er frábending fyrir gjöf celecoxibs. Verði kona þunguð í meðferð með celecoxibi skal hætta meðferðinni. Engar rannsóknir hafa verið gerðar á útskilnaði celecoxibs í brjóstamjólk. Hjá rottum útskilst celecoxib í mjólk í þéttni sem svarar til plasmaþéttni. Konur sem nota celecoxib eiga ekki að hafa barn á brjósti. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Sjúklingar sem finna fyrir sundli, svima eða syfju þegar þeir nota celecoxib eiga ekki að aka bifreið eða nota vélar. **Aukaverkanir:** ***Algengar (= 1%):*** Bjúgur á útlimum/vökvasöfnun. Kviðverkur, niðurgangur, meltingartruflun, vindgangur. Sundl. Svefnleysi. Kokbólga, nefslímubólga, skútabólga, sýkingar í efri hluta öndunarvegar. Útbrot. Sjaldgæfar (0,1%-1%): Blóðleysi. Hjarta og æðar: Háþrýstingur, hjartsláttarónot. Hægðatregða, ropi, magabólga, munnbólga, uppköst. Óeðlileg lifrarstarfsemi, hækkuð gildi transamínasa. Óeðlileg nýrnapróf (aukning kreatíníns og þvagefnis, blóðkalíumhækkun). Þokusýn, ofspenna vöðva, náladofi (paraesthaesia). Kvíði, geðlægð. Hósti, mæði.Ofsakláði. Sinadráttur, eyrnasuð, þreyta, þvagfærasýkingar. ***Mjög sjaldgæfar (<0,1%):*** Hvítfrumnafæð, blóðflagnafæð. Sármyndun í maga, skeifugörn og vélinda, kyngingartregða, gatmyndun í meltingarvegi, vélindisbólga, sortusaur. Ósamhæfing vöðvahreyfinga. Hárlos, aukið ljósnæmi. Breytt bragðskyn. Frá því lyfið var markaðssett hefur verið tilkynnt um höfuðverk, ógleði og liðverki auk eftirtalinna aukaverkana sem koma örsjaldan fyrir <1/10.000 eða sem einstök tilvik eru um: Alvarlegt ofnæmi, bráðaofnæmislost, ofsabjúgur. Blóðfrumnafæð.Hjartabilun, hjartadrep. Blæðingar í meltingarvegi, bráð brisbólga. Æðabólga, vöðvabólga. Lifrarbólga, gula. Rugl. Bráð nýrnabilun. Berkjukrampar. Einstök tilvik um skinnflagning, þ.á m. Stevens-Johnson heilkenni, dreplos húðþekju (epidermal necrolysis), regnbogaroðasótt. **Pakkningar og verð 1. apríl 2003:** *Hylki, hart 100 mg:* 100 stk. (þynnupakkað) 7.589 kr. *Hylki, hart 200 mg:* 10 stk. (þynnupakkað) 2.001 kr., 20 stk (þynnupakkað) 3.273 kr., 100 stk. (þynnupakkað) 13.128 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðslufyrirkomulag:** E. **Handhafi markaðsleyfis:** Pharmacia AS. Overgaden neden Vandet 7, 1414 København K, Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ. Sérlyfjaskrártexta í fullri lengd (síðast uppfært 1. júlí 2002), má nálgast hjá Pfizer, PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ.

Pfizer

CELEBRA (CELECOXIB)

Höfundaskrá

Agneta Montgomery E-8
Alex Karavas E-6
Anders Hellberg V-9
Andri Már Þórarinsson E-11
Anna Gunnarsdóttir E-5
Anna Sverrisdóttir E-12
Antonios Koumouridis E-27, V-2, 4
Asgaut Viste E-9, 10
Ársæll Kristjánsson V-1
Ásgeir Haraldsson E-5
Ásgeir Thoroddsen E-18, 19
Ástríður Jóhannesdóttir E-21, 24
Baldvin Kristjánsson V-1
Bengt Glimelius E-13
Bjarni Agnar Agnarsson E-18, 19
Bjarni Valtýsson E-21
Björn Geir Leifsson E-23
Björn Guðbjörnsson E-3
Bogi Jónsson E-4
Catharin Borna V-10
Claes Rudberg V-9
Daði Þór Vilhjálmsson E-29, V-3, 8
David Erlinge V-10
Eiríkur Jónsson V-1, 11
Eiríkur Steingrímsson V-1
Felix Valsson E-22
Fjölnir Freyr Guðmundsson E-9, 10
Fritz H. Berndsen E-8
Girish Hirlekar E-26
Gísli H. Sigurðsson E-15, 16, 17, 21, 22
Gísli Vigfússon E-24, V-7
Guðmundur Bjarnason E-5
Guðmundur Björnsson E-21
Guðmundur Geirsson E-20
Guðmundur Már Stefánsson V-2
Guðmundur Vikar Einarsson E-18, 19
Gunnar Gunnlaugsson E-23
Gunnar H. Gunnlaugsson V-12
Gunnhildur M. Guðnadóttir E-1, 2
György Fenyö V-9
Hafsteinn Guðjónsson E-28, 29
Halldór Jónsson jr. E-4
Hannes Petersen E-1, 2
Haraldur Hauksson E-29
Helga K. Magnúsdóttir E-25, 26
Helgi Birgisson E-13, 14
Helgi J. Ísaksson E-20, V11
Hjálmar Þorsteinsson E-25
Hjörtur G. Gíslason E-9, 23, 30
Hulda María Einarsdóttir V-12
Ivar Ringqvist V-9
Jeffrey Gulcher E-18, 19
Jens A. Guðmundsson E-27
Jens Kjartansson E-11, 24, 27, V-2, 4
Jens Kr. Guðmundsson E-20
Johan Sjögren E-7
John G. Byrne E-6
Jóhann Johnsen E-24
Jón G. Jónasson E-30
Jón Gunnlaugur Jónasson E-23
Jón Torfi Halldórsson E-3
Jón Þór Bergþórsson E-18, 19
Jónas Magnússon V-4, 12
Jörgen Wenner V-9
Kári Stefánsson E-18, 19
Kennet Smedh E-14
Ketil Grong E-10
Kjartan Magnússon E-18, 19
Kjartan Örvar E-30
Knut Svanes E-9, 10
Kristinn Jóhannsson V-12
Kristín Pálsdóttir E-1, 2
Lars Enochsson V-9
Lars I. Thulin E-7
Lars Påhlman E-13
Lars-Magnus Bjursten E-8
Laufey Þóra Ámundadóttir E-18, 19
Lawrence H. Cohn E-6
Leif Bostad E-10
Lena Karlsson V-10
Lingwei Wang V-10
Luzius Hiltebrand E-15, 16, 17
Magnús K. Magnússon E-30
Malin Malmsjö V-10
Mats Talbäck E-13
Mecius Siminaitis E-8
Ole Myking E-10
Páll Helgi Möller V-11, 12
Rafn A. Ragnarsson V-2
Rafn Hilmarsson V-1
Rósa Björk Barkardóttir E-18, 19
Sari F. Aranki E-6
Shree Datye E-29, V-8
Sigmar Jack E-20
Sigurður Albertsson E-29
Sigurður E. Sigurðsson E-26
Stefan Sörensen V-9
Steinar Björnsson E-22
Steinunn Thorlacius V-1
Svajunas Statkevicius V-7
Sverker Jern V-10
Sverrir Þorvaldsson E-18
Theodóra Gunnarsdóttir E-26
Tom Mihaljovic E-6
Tómas Guðbjartsson E-6, 7, 18, 19, V-9, 10
Tómas Jónsson E-27
Ulf Gunnarsson E-13
Valur Þór Marteinsson E-28, 29, V-1, 3, 5, 6
Vladimir Krejci E-15, 16, 17
Þorsteinn Gíslason V-7
Þorsteinn Sv. Stefánsson E-22, 24, V-7
Þorvaldur Ingvarsson E-3
Þorvaldur Jónsson V-11
Þórarinn Kristmundsson E-30, V-11
Þórður Ægir Bjarnason E-23
Örn Ólafsson E-21

Líður gigtarsjúklingunum þínum svona vel?



Pfizer

CELEBRA™
(CELECOXIB)

Frá bágri líðan til betri daga

Lyfjatexti á bls. 422

PharmaNor hf.
Hörgatún 2, 210 Garðabæ
Sími: 535 7000
Fax: 565 9085

Greining og meðferð bráðra bakverkja

Starfshópur á vegum Landlæknisembættisins hefur unnið að gerð klínískra leiðbeininga um greiningu og meðferð bráðra bakverkja. Í vinnuhópnum eru Magnús Ólason (formaður), Ragnar Jónsson, Gísli Þ Júlíusson og Sigurður Helgason. Markmið leiðbeininganna er að stuðla að markvissari greiningu og meðferð þessa algenga vandamáls.

Hér er útdráttur úr heildarleiðbeiningum sem eru á heimasíðu Royal College of General Practitioners í Bretlandi. Einnig er miðað við sambærilegar leiðbeiningar byggðar á gagnreyndri læknisfræði, meðal annars frá Svíþjóð (SBU). Heimildarleit var endurunnin 2002 og að hluta í byrjun árs 2003.

Frumgreining

Leiðbeiningar (tilmæli)

Gerið frumgreiningu

Vísindaleg sönnun/rannsóknir

- Ákvarðanir um meðferð, rannsóknir og hugsanlegt samráð við aðra byggja á þessari frumgreiningu.
- Frumgreiningu bráðra mjóbaksverkja á að byggja á sjúkrasögu og skoðun:
  - einfaldir bakverkir (ósértækir bakverkir)
  - taugarótarverkur
  - hugsanlegir alvarlegir baksjúkdómar (æxli, sýking, gigt, einkenni frá mænutagli)

Myndgreining

Leiðbeiningar

Það er ekki ábending fyrir venjulega röntgenmynd í bráðum mjóbaksverkjum sem hafa staðið skemur en sex vikur þegar ekki er „flaggað rauðu".

Forðast skal óþarfa myndgreiningar og endurteknar röntgenrannsóknir.

Rannsóknir

*** Geislaskammtur við röntgenrannsókn af mjóbaki er 150 sinnum meiri en við lungnamynd.

Sálfélagslegir þættir

Leiðbeiningar

Við mat á sjúkingi þarf að taka tillit til sálrænna, vinnu-, félagslegra og fjárhagslegra þátta, því aðrir þættir en líkamlegir geta haft áhrif á matið og meðferðina.

Taka þarf tillit til sálfélagslegra þátta við meðferð og ráðleggingar til sjúklinga, en þessir þættir geta haft áhrif á árangur meðferðar og líkur á langvinnum einkennum.

Rannsóknir

*** Sálrænir, félagslegir og efnahagslegir þættir skipta miklu máli í örorku vegna langvinnra mjóbaksverkja.
** Sálfélagslegir þættir eru mikilvægir mun fyrr en áður var talið.
*** Sálfélagslegir þættir hafa áhrif á það hvernig sjúklingur svarar meðferð og endurhæfingu.
** Í nokkrum klínískum þáttum felst áhætta vegna þróunar langvinnra verkja og örorku.
** Sálfélagsleg staða er mikilvægari áhættuþáttur fyrir langvinn einkenni en líkamlegir þættir.

Stjörnugjöf, * til ***, er notuð til að tengja beint vísindalegar rannsóknarniðurstöður við einstakar ráðleggingar þannig að styrkur þeirra sé ljós. Þetta ásamt því hvað átt er við með ásættanlegri rannsókn er útskýrt á heimasíðu þeirra *www.rcgp.org.uk/rcgp/clinspec/guidelines/backpain/index.asp.*

Stjörnugjöf

*** Almennt samhljóða niðurstöður úr meirihluta margra ásættanlegra rannsókna.
** Annaðhvort byggt á einni ásættanlegri rannsókn eða veikri eða ósamhljóða niðurstöðum margra ásættanlegra rannsókna.
* Takmörkuð vísindaleg sönnun sem uppfyllir ekki öll skilmerki um ásættanlega rannsókn.

Lyfjameðferð

Leiðbeiningar

Gefið paracetamól með reglulegu millibili við einföldum bakverkjum.

Notið bólgueyðandi lyf, gigtarlyf (til dæmis ibuprofen, diclofenac) ef ekki fæst verkjastilling með paracetamóli.

Gefið paracetamól og kódein ef hvorki paracetamól eða gigtarlyf draga nógu vel úr verkjum.

Íhugið að gefa vöðvaslakandi lyf, (til dæmis díazepam) í stuttan tíma (minna en eina viku), ef ofangreind lyfjagjöf er ekki fullnægjandi.

Forðist sterk verkjalyf eins og morfín, petidín, pentazocine eins og kostur er og notið ekki lengur en tvær vikur.

Forðist vöðvaslakandi (og róandi) lyf nema í undantekningartilfellum.

Í umfjöllun um bólgueyðandi lyf er hér átt við NSAIDs önnur en Coxib (skortir rannsóknir). Viðauki vinnuhóps. Heimildir á www.landlaeknir.is

Rannsóknir

* Paracetamól og paracetamól + kódein sem gefið er með reglulegu millibili, virka vel á mjóbaksverki.

*** Bólgueyðandi lyf sem gefin eru með reglulegu millibili virka vel á einfalda bakverki.

*** Mismunandi bólgueyðandi lyf virka jafnvel á einfalda bakverki.

** Bólgueyðandi lyf hafa síður áhrif (virka verr) á taugarótarverk.

*** Bólgueyðandi lyf geta haft alvarlegar aukaverkanir, sérstaklega í háum skömmtum og hjá öldruðum. Lægsta tíðni aukaverkana frá meltingarfærum er hjá ibuprofen og diclofenac.

** Parkódín getur virkað vel þegar paracetamól eða bólgueyðandi lyf ein og sér duga ekki. Aukaverkanir eru hægðatregða og sljóleiki.

*** Vöðvaslakandi lyf draga úr bráðum bakverkjum.

** Samanburður á virkni vöðvaslakandi lyfja og bólgueyðandi lyfja er misvísandi. Ekki hefur verið gerður samanburður við paracetamól.

** Vöðvaslakandi lyf hafa talsverðar aukaverkanir, svo sem sljóleika og mögulega líkamlega ávanamyndun, jafnvel eftir stuttan meðferðartíma (til dæmis eina viku).

** Sterkir ópíóðar virðast ekki vera betri við mjóbaksverkjum en öruggari verkjalyf eins og panódíl, magnýl eða önnur bólgueyðandi lyf. (C)

** Sterkir ópíóðar hafa verulegar aukaverkanir, til dæmis minni viðbragðsflýti, skerta dómgreind, sljóleika og mögulega á ávanamyndun. (C)

Rúmlega

Leiðbeiningar

Mælið ekki með rúmlegu við einföldum bakverkjum.

Markmiðið er að láta einkenni ráða verkjameðferðinni og koma sjúklingum eins fljótt og hægt er af stað og hafa rúmlegu eins stutta og hægt er. Sumir sjúklingar þurfa í upphafi að vera í ráminu vegna verkja, en ekki ber að líta á rúmlegu sem hluta af meðferðinni.

Stutt rúmlega er oft notuð sem meðferð við brjósklosi, en það eru litlar sannanir fyrir því að þetta sé meðferð sem gagnist.

Rannsóknir

*** Rúmlega í tvo til sjö daga við bráðum eða endurteknum mjóbaksverkjum, með eða án verkja í ganglim, er verri en sýndarmeðferð eða að vera á fótum eins og venjulega. Rúmlega er verri en önnur meðferð sem hún hefur verið borin saman við með tilliti til verkjastillingar, hraða bata, færni og vinnutaps.

** Löng rúmlega getur leitt til veiklunar, langvinnrar fötlunar og vaxandi erfiðleika í endurhæfingu.

Að vera virkur

Leiðbeiningar

Ráðleggið sjúklingum að vera eins virkir og hægt er og halda áfram öllum daglegum störfum.

Ráðleggið sjúklingum að hreyfa sig meir og meir á nokkrum dögum eða vikum.

Ef sjúklingur er í vinnu er sennilega til bóta að fara eins fljótt til vinnu og hægt er.

Engin íhlutun (önnur en ráðgjöf og það að fullvissa einstaklinginn um að ekki sé hætta á ferðum) er oft best. Ef verkirnir vara hins vegar lengur en í fjórar til sex vikur ber að íhuga þverfaglega meðferð eins og best þykir við langvarandi bakvandamálum. Viðauki vinnuhóps. Heimildir á www.landlaeknir.is

Rannsóknir

*** Í bráðum bakverkjum kemur bati fyrr eða er jafngóður og minni hætta er á örorku og vinnutapi ef mælt er með að halda áfram daglegum störfum. Þá er miðað við hefðbundna meðferð með verkjalyfjum, hvíld og „láta verkina ráða" hvenær snúið er til venjulegra athafna.

** Stigvaxandi virkni á nokkrum dögum eða vikum ásamt hugrænni atferlismeðferð við verkjum breytir litlu um bata eða fötlun í upphafi, en dregur úr vinnutapi og varanlegri örorku.

* Ráðleggingar um að snúa aftur til vinnu innan ákveðins tímaramma styttir óvinnufærni.

Sértæk liðlosun

Leiðbeiningar

Íhugið sértæka liðlosun fyrir sjúklinga sem þurfa meiri verkjameðferð eða ná ekki eðlilegri daglegri færni.

Sértæk liðlosun (manipulation) gefur aðeins skammtímaárangur við bakverkjum. Í mörgum nýlegum greinum er bent á að aðferðin er ekki hættulaus og ekki fullrannsökuð. Vinnuhópurinn leggur því til að þessari meðferð verði beitt sparlega og eingöngu af sérfræðingum á þessu sviði. Viðauki vinnuhóps. Heimildir á www.landlaeknir.is

Rannsóknir

*** Sértæk liðlosun við bráðum og hálfbráðum bakverkjum gefur betri skammtímaárangur við verkjum, betri virkni og hugnast sjúklingum betur en önnur meðferð sem hún hefur verið borin saman við.

* Hins vegar hefur ekki sannast að hægt sé að velja sjúklinga sem þetta gagnast eða hvaða liðlosun reynist best. Besta tímasetning sértækrar liðlosunar er óljós.

** Hætta við sértæka liðlosun við bakverkjum er mjög lítil séu „réttu" sjúklingarnir valdir og meðferðin veitt af sérfræðingi á þessu sviði. Sértæka liðlosun á ekki að nota hjá einstaklingi með alvarleg brottfallseinkenni vegna sjaldgæfrar en alvarlegrar hættu á skakkaföllum í taugakerfi.

Bakæfingar

Leiðbeiningar

Sjúklingar sem hafa ekki náð fyrri færni eða eru enn óvinnufærir eftir sex vikur þurfa ef til vill að fara í endurhæfingu eða virkja á annan hátt.

Varðandi bakæfingar og sjúkraþjálfun hafa sjúkraþjálfarar bent á að við rannsóknir á sjúkraþjálfun sé „erfitt að beita tilviljunarkenndri niðurröðun í hópa". Ekki þykir ástæða til að undanskilja sjúkraþjálfun frá þeirri grundvallarreglu við gerð klínískra leiðbeininga að styðjast eingöngu við bestu fáanlegu rannsóknir. Flestir eru sammála um að enn skorti verulega vandaðar rannsóknir á þessu sviði. Viðauki vinnuhóps. Heimildir á www.landlaeknir.is

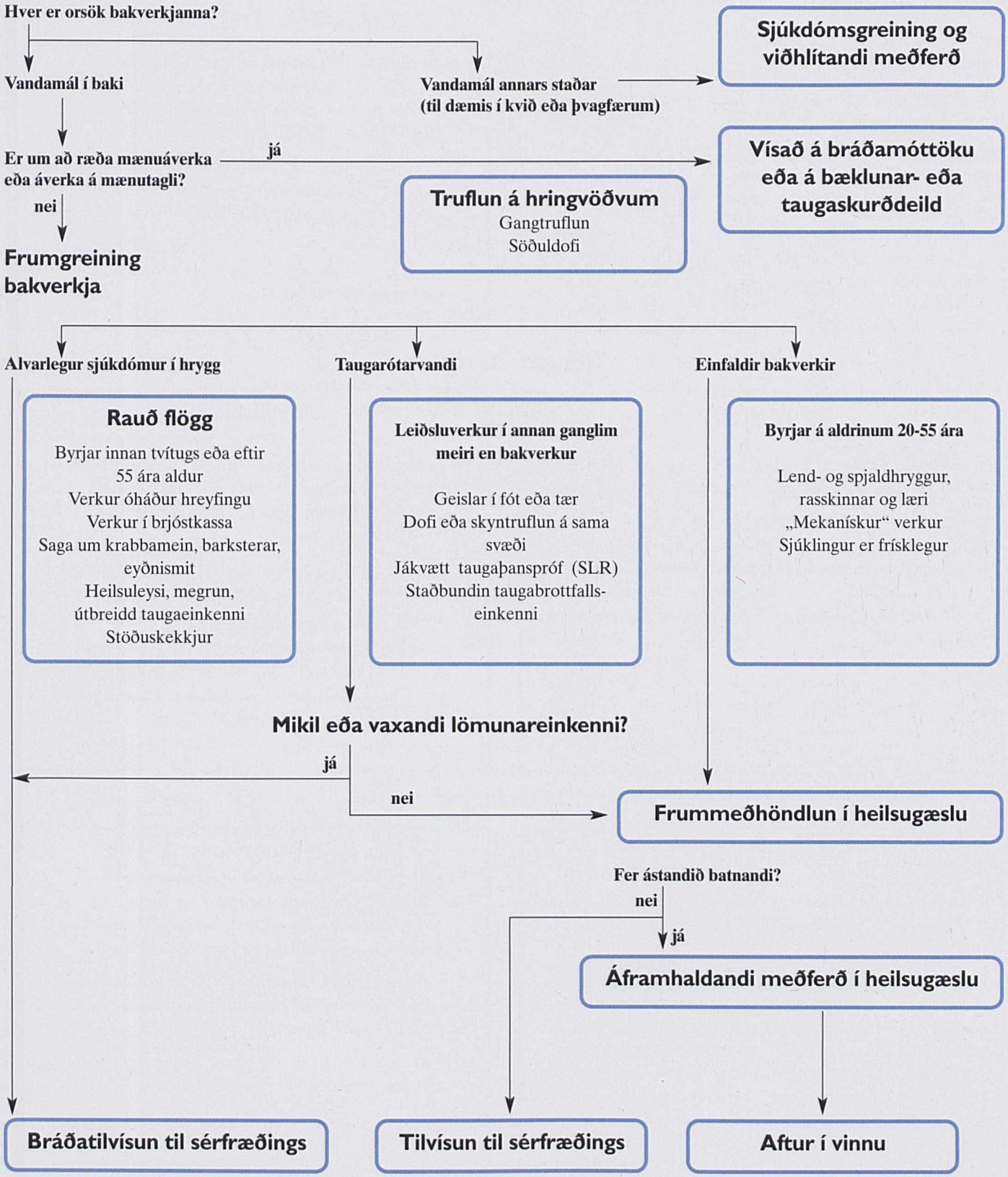
Rannsóknir

*** Miðað við núverandi rannsóknir er vafasamt að sérstök bakþjálfun bæti marktækt bakverki eða að hægt sé að velja hvaða sjúklingar hafi gagn af sérstökum æfingum.

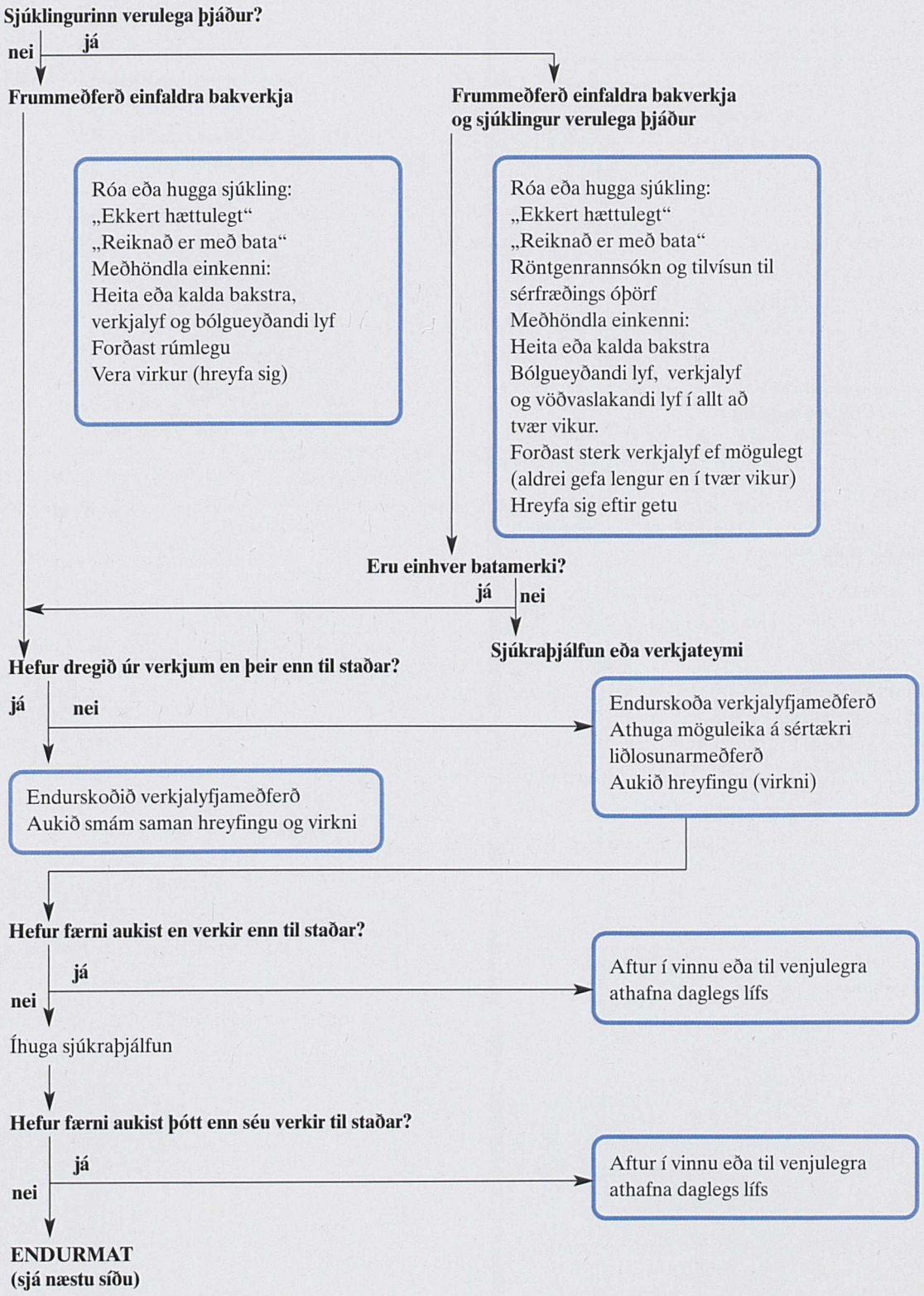
** Það eru nokkrar sannanir fyrir því að þjálfunarprógrömm og þolþjálfun minnki bakverki og bæti færni sjúklinga með langvinna mjóbaksverki.

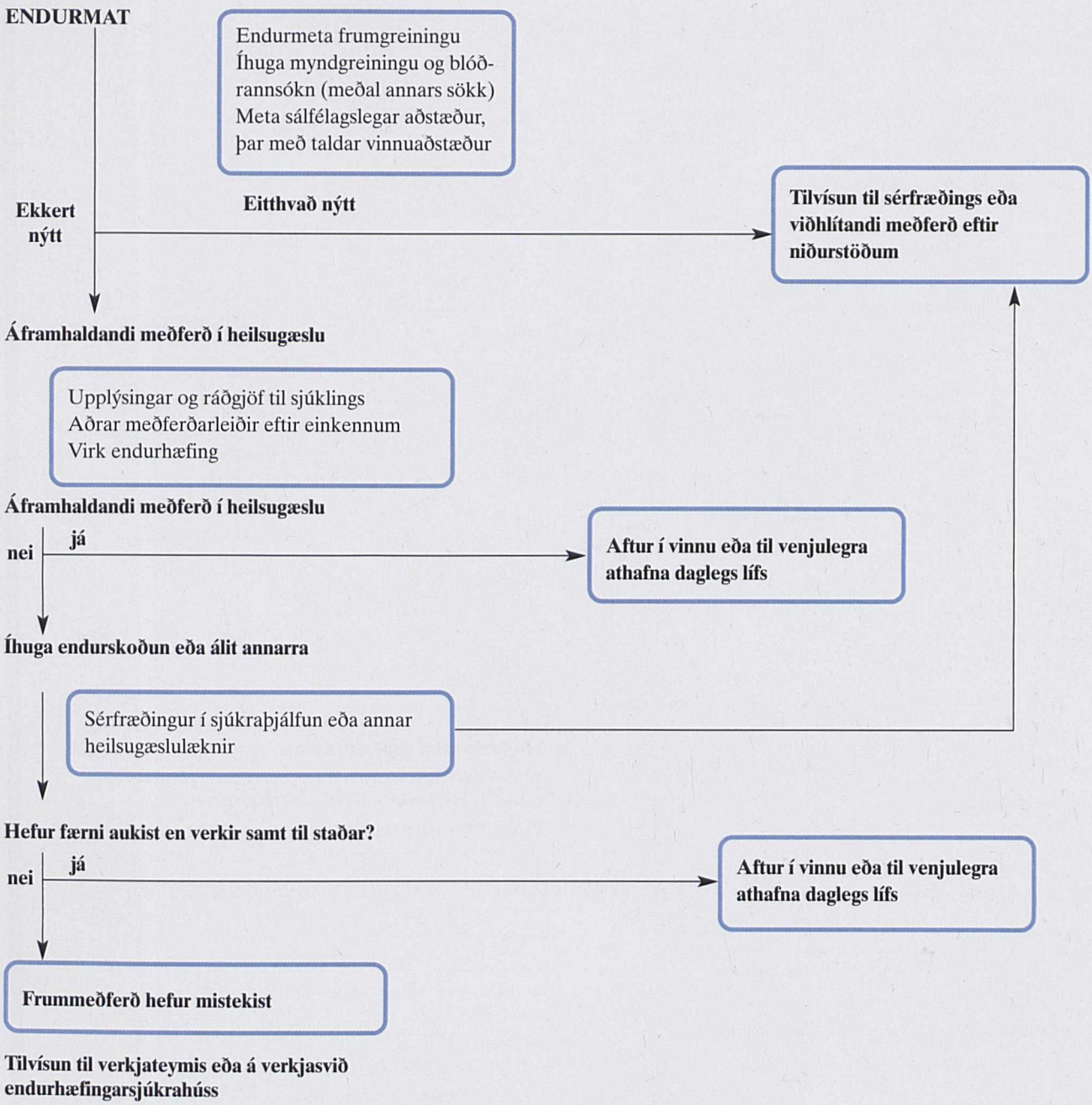
* Það eru fræðileg rök fyrir því að hefja þolþjálfun og þjálfunarprógrömm eftir um það bil sex vikur.

Flæðirit frumgreiningar sjúklings með bakverki með/án leiðsluverkja í ganglimum



Frummeðferð „einfaldra“ bakvandamála




ENDURMAT
Endurmeta frumgreiningu
Íhuga myndgreiningu og blóðrannsókn (meðal annars sökk)
Meta sálfélagslegar aðstæður, þar með taldar vinnuaðstæður
Ekkert nýtt
Eitthvað nýtt
Tilvísun til sérfræðings eða viðhlítandi meðferð eftir niðurstöðum
Áframhaldandi meðferð í heilsugæslu
Upplýsingar og ráðgjöf til sjúklings
Aðrar meðferðarleiðir eftir einkennum
Virk endurhæfing
Áframhaldandi meðferð í heilsugæslu
nei
já
Aftur í vinnu eða til venjulegra athafna daglegs lífs
Íhuga endurskoðun eða álit annarra
Sérfræðingur í sjúkraþjálfun eða annar heilsugæslulæknir
Hefur færni aukist en verkir samt til staðar?
nei
já
Aftur í vinnu eða til venjulegra athafna daglegs lífs
Frummeðferð hefur mistekist
Tilvísun til verkjateymis eða á verkjasvið endurhæfingarsjúkrahúss

Greining og meðferð bráðra bakverkja

Frumgreining, þar með talin „rauð flögg“

Einfaldir mjóbaksverkir
- Byrja á aldrinum 20-55 ára.
- Staðsettir í lend- og spjaldhrygg, í rasskinnum og lærum.
- Verkir eru í eðli sínu tengdir hreyfingum („mekanískir“).
  - breytast eftir líkamlegu álagi
  - breytast með tímanum
- Sjúklingurinn er ekki veikindalegur.
- Horfur eru góðar.
- 90% ná sér af bráðu bakverkjakasti innan sex vikna.

Taugarótarsársauki/verkur
- Verkur í öðrum ganglim sem er meiri en bakverkurinn.
- Verkinn leiðir venjulega niður í fót eða tær.
- Dofi og breytt tilfinning á sama svæði og verkurinn.
- Merki um taugaertingu.
  - jákvæð taugaþanspróf (SLR)
- Breyting á vöðvastyrk, húðskyni eða sinaviðbrögðum.
  - takmarkast við eina taugarót
- Horfur eru sæmilegar (þokkalegar).
- 50% ná sér af bráðu verkjakasti innan sex vikna.

„Rauð flögg“ merki um mögulegan alvarlegan hryggsjúkdóm
- Byrjar innan við 20 ára aldur eða eftir 55 ára aldur.
- Mikill áverki, til dæmis hátt fall eða alvarlegt umferðarslys.
- Stöðugur og versnandi verkur sem tengist ekki hreyfingu.
- Verkir í brjósthrygg.
- Saga um illkynja mein.
- Notkun barkstera.
- Lyfjamisnotkun, eyðnismit (HIV).
- Almenn vanlíðan.
- Hefur lést (horast).
- Viðvarandi veruleg skerðing á beygjugetu í lend/hrygg.
- Útbreidd tauga- eða taugabrottfallseinkenni.
- Stöðuskekkjur.

Mænutaglsheilkenni/útbreiddur taugaskaði
- Erfiðleikar með þvaglát.
- Missa hægðir (ósjálfráð saurlát) eða slappur hringvöðvi endaþarms.
- Söðuldofi/tilfinningaleysi kringum endaþarmsop, spöng eða kynfæri.
- Útbreitt (meira en ein taugarót) eða vaxandi máttleysi í ganglimum eða gangtruflun.
- Sneiðdofi (útbreidd skyntruflun).

Gigtsjúkdómar (hryggikt og svipaðir sjúkdómar)
- Hægfara byrjun fyrir 40 ára aldur.
- Áberandi morgunstirðleiki.
- Viðvarandi skerðing á bakhreyfingum í öllum plönum.
- Einkenni frá liðamótum útlima.
- Lithimnubólga, útbrot (sóri – psoriasis), þarmabólga, útferð frá þvagrás.
- Fjölskyldusaga/ættarsaga.

Líffræðilegt- og sálfélagslegt mat (Biopsychosocial Assessment)

Líf- og læknisfræðilegir þættir
- Endurmeta frumgreiningu.
  - taugarótavandi
  - alvarlegur hryggsjúkdómur
- Sökk og venjuleg röntgenrannsókn.

Sálfræðilegir þættir
- Viðhorf og skoðanir á bakvandamálum.
  - ótti og hliðrun gagnvart hreyfingu (virkni) og vinnu
  - persónuleg ábyrgð á verkjum og endurhæfingu
- Sálfræðilegir erfiðleikar og þunglyndiseinkenni.
- Veikindahegðun.

Félagslegir þættir
- Fjölskyldan.
  - viðhorf og skoðanir á vandanum
  - yfirdrifin fötlunarhegðun (til dæmis óþörf hjálpartæki).
- Vinna.
  - líkamlega krefjandi starf
  - vinnuánægja
  - önnur heilsufarsvandamál sem valda fjarveru frá vinnu
- Önnur vandamál ekki tengd heilsufari sem valda fjarvistum frá vinnu.

Áhættuþættir fyrir þrálátu vandamáli

- Fyrri saga um bakvandamál.
- Samanlagðar fjarvistir frá vinnu vegna bakverkja síðastliðna 12 mánuði.
- Verkjaleiðni niður í ganglimi.
- Jákvætt taugaþanspróf (SLR).
- Teikn um taugarótaklemmu.
- Minnkaður styrkur og úthald bolvöðva.
- Lélegt úthald.
- Heilsufar lélegt að eigin mati.
- Stórreykingar.
- Sálfræðileg vandamál eða þunglyndiseinkenni.
- Yfirdrifin veikindahegðun.
- Óánægja í vinnu.
- Vandamál í einkalífi er snerta áfengi, hjónabandið, fjárhag.
- Óleyst tryggingamál.



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.

Lyfjatexti á bls. 468



Stjórn Læknafélags Íslands

Heilafok um stöðu læknisins

– Síðari hluti frásagnar af umræðum stjórnarmanna LÍ á bökkum Eystri-Rangár

Áfram skal haldið frásögn af umræðum stjórnarmanna Læknafélags Íslands og gesta þeirra á bökkum Eystri-Rangár en þær fóru fram á Hótel Rangá föstudaginn 21. mars. Fyrri hluti umræðunnar birtist í aprílhefti Læknablaðsins og var þar greint frá erindi Þorvalds Ingvarssonar lækningaforstjóra á FSA um lækninn sem stjórnanda. Einnig voru þar tíundaðar umræður um tvær af fimm spurningum sem skipuleggjendur fundarins, þeir Ófeigur Þorgeirsson, Páll H. Möller og Sigurður E. Sigurðsson, vörpuðu fram. Nú er komið að þriðju spurningunni sem var svohljóðandi:



Stjórnarmenn í þungum þönkum á Hótel Rangá.

3. Fara hagsmunir lækna og heilbrigðisstjórnar ekki saman í að veita almenningi bestu mögulegu heilbrigðisþjónustu? Eru læknar og stjórnvöld náttúrulegir antagónistar vegna uppbyggingar kerfisins?

Hulda Hjartardóttir varpaði fram þeirri spurningu hvort læknar bæru yfirleitt skynbragð á verðlagningu þeirrar þjónustu sem þeir starfrækja. Læknar vissu almennt ekki mikið um hvað hlutirnir kostuðu og ættu því til að senda sjúklinga í dýrar rannsóknir eða láta þá fá dýrari lyf en þörf krefði. Hún bætti því við að læknar á spítölum væru langt frá peningunum og hefðu ekkert um þá að segja.

Þorvaldur benti þá á að vissulega væru það læknar sem stjórnuðu fjármálum spítalanna en ekki sömu læknar og taka daglegar ákvarðanir um meðferð sjúklinga. Hann var á því að hagsmunir lækna og stjórnvalda ættu að fara saman þótt margt væri undarlegt í rekstri sjúkrahúsanna. Hann varpaði fram þeirri spurningu hvers vegna til væru 11 tegundir af bólgueyðandi lyfjum í lyfjabúri FSA, þau gerðu svo til alveg sama gagn en verðmunurinn væri tuttugufaldur á því dýrasta og því ódýrasta.

Ýmislegt fleira var tínt til sem gerði læknum erfitt fyrir að fylgjast með verðlagi lyfja og þjónustu. Til dæmis væri verðlag lyfja í apótekum mjög breytilegt, bæði frá degi til dags og eftir afgreiðslustöðum. Því var haldið fram að ein helsta ástæðan fyrir því að læknar vissu ekki hvað hlutirnir kostuðu væri sú að þeim væri beinlínis kennt það í læknadeildinni að hugsa ekki um peninga eða hvað meðferðin kostaði.

Jón Snædal leiddi talið að fyrri hluta spurningarinnar og hélt því fram að hagsmunir lækna og stjórnvalda færu ekki alltaf saman. Oft væri það þannig að hluti lækna væri í andstöðu við heilbrigðisstjórnina meðan aðrir væru nokkuð ánægðir með sinn hlut. Stjórnvöld þyrftu á leiðsögn lækna að halda en fengju hana ekki frá félaginu sem gæti ekki veitt hana vegna innbyrðis ágreinings lækna.

Stjórnvöld taka ekki ákvarðanir

Í framhaldi af þessu barst talið að samfélagslegri ábyrgð lækna sem sumir töldu einsýnt að læknar þyrftu að axla eins og aðrir þjóðfélagsþegnar. Sigurbjörn formaður taldi að ekki væri sjálfgefið að læknar ættu að axla þá ábyrgð. – Af hverju eigum við að taka ábyrgð sem enginn annar vill taka? spurði hann. Sumir væru þeirrar skoðunar að ef læknar væru með hugann of mikið við hina samfélagslegu ábyrgð gætu þeir ekki tekið ákvarðanir um einkahagsmuni sjúklingsins.

Sigurbjörn tók dæmi af því þegar fram kom fyrir nokkrum árum ný ábending um að gott væri að gefa sjúklingum með hjartaöng blóðfitulækkandi lyf. Þetta var nýr möguleiki í meðferð sem gat kostað samfélagið allt að 300 milljónum króna á ári vegna aukins lyfjakostnaðar. Það hafi hins vegar aldrei farið fram nein umræða um það hvort hægt væri að verja þessum 300 milljónum betur í heilbrigðiskerfinu, til dæmis með því að setja þær í aukna baráttu gegn reykingum. Það hefði getað verið miklu verðmætara fyrir lýðheilsu, en stjórnmálamenn vilja ekki taka slíkar ákvarðanir, þeir vilja að læknar geri það lausir undan samfélagsábyrgð.

Sigurður E. Sigurðsson sagði að það mætti ekki stilla hlutunum svona upp, að annaðhvort gætum við stundað forvarnir eða meðferð og líkn. Þetta sýndi að hin samfélagslega ábyrgð hefði sín takmörk. Ófeigur hélt því hins vegar fram að læknar og raunar allt sam-

Þröstur Haraldsson

félagið yrði að taka ábyrgð vegna þess að tækninni fleygði fram og ef við tækjum ekki afstöðu til þess hvað við viljum gera og hvað ekki færum við einfaldlega á hausinn.

Þorvaldur svaraði báðum hlutum spurningarinnar játandi: hagsmunir lækna og heilbrigðisstjórnar færu saman en kerfið stíaði þeim í sundur. Einn þáttur í því væri að stjórnvöld tækju ekki ákvarðanir um heilbrigðismál. – Það ríkir engin stefna í heilbrigðisráðuneytinu, sagði hann og bætti því við að stjórnmálamönnum þætti betra að láta læknum eftir að taka ákvarðanir. Undir þetta tóku margir og voru nefnd um það tvö dæmi. Annars vegar Gula skýrslan svonefnda um fækkun sjúkrahúsa á landsbyggðinni og hins vegar álit nefndar frá 1998 um málefni geðlækninga. Í fyrrnefnda dæminu voru aldrei teknar neinar stjórnvaldsákvarðanir en samt var tillögum skýrslunnar fylgt í stórum dráttum, aðallega af læknum. Í síðarnefnda dæminu var ekkert gert með tillögur nefndarinnar fyrr en fámennt félag barnageðlækna gerði uppistand nú í vetur.

4. Hafa læknar ekki vilja eða getu til að stjórna og hafa þeir látið öðrum fagstéttum innan heilbrigðiskerfisins eftir stjórn á vinnustöðum og á víðari vettvangi?

Þessari spurningu var raunar búið að svara að hluta í upphafi umræðunnar. Jón Snædal bætti því við sem áður var sagt að vissulega hefðu hjúkrunarfræðingar tekið að sér stóran hluta stjórnunarinnar. Þetta ætti ekki síst við starfsmannamálin enda heyrðu allt að 80% starfsmanna heilbrigðisstofnana undir hjúkrunarsvið. Hann bætti því við að hjúkrunarfræðingar sinntu þessu starfi með mestu prýði og læknar hefðu engan áhuga á að sölsa það undir sig. Hins vegar væri skipulag stofnana oft óljóst sem kæmi meðal annars niður á sambandi lækna við stéttir sem vildu njóta leiðsagnar þeirra en fengju hana ekki sem skyldi. Þar nefndi hann sem dæmi sálfræðinga og félagsráðgjafa en staða þeirra í stjórnkerfi stofnananna væri að mörgu leyti sérkennileg.

Þorvaldur Ingvarsson tók undir með Jóni og sagði að af einhverjum ástæðum hefði ekki komist almennilegt skipulag á innlagnir á deildir FSA fyrr en hjúkrunarfræðingar tóku að sér að stýra þeim. Ekki vissi hann af hverju það stafaði en sagði lækna yfirleitt hafa viljann til að stjórna þótt getan væri vissulega mismikil. Oft gætu menn átt erfitt með að hverfa aftur í lækningarnar eftir að hafa sinnt stjórnun um skeið og vildu því festast í henni. Þess vegna hefði verið tekinn upp sá siður á FSA að ráða stjórnendur til fimm ára. Að þeim tíma liðnum gefst mönnum kostur á að hverfa aftur í lækningarnar en halda samt stöðu yfirlæknis og launum. Á það var bent að læknar gætu átt erfitt með að helga sig lækningum að nýju ef þeir hefðu ekki getað fylgst með þróuninni í sinni grein.

Þorvaldur var beðinn að lýsa helstu kostum sem prýða ætti lækninn sem stjórnanda og nefndi hann fyrst að hann þyrfti að hafa leiðtogahæfileika og njóta trausts. Ennfremur þyrfti hann að vera góður í samstarfi, geta tekið gagnrýni og greint aðalatriði frá aukaatriðum. Sigurbjörn vitnaði í Jón Sigurðsson forseta sem sagði að alþingismenn mættu ekki taka öll andmæli sem illan vilja og hermdi þetta upp á stjórnendur heilbrigðisstofnana. Aðrir vildu herma þetta upp á starfsmenn heilbrigðisráðuneytisins sem tækju öllu sem kæmi frá LÍ með tveimur hrútshornum.

Í framhaldi af þessu var rætt um nauðsyn þess að læknar tækju þátt í umræðu um heilbrigðismál á jákvæðan og uppbyggilegan hátt í stað þess að einskorða sig við að bregðast við neikvæðu áreiti sem væri því miður alltof algengt. Voru meðal annars sagðar sögur um tortryggnislegar móttökur sem læknar fengju gjarnan í ráðuneytinu. Þar á bæ hefðu menn mestan áhuga á peningum, sparnaði og niðurskurði en nenntu ekki að hlusta á annað tal.

5. Á LÍ að hafa skoðun og marka stefnu í þessum málefnum sem snúa að stöðu lækna innan heilbrigðiskerfisins og yrði gagn að því?

Þegar hér var komið sögu var búið að drepa á ýmsu sem varðaði þessa spurningu en undir lokin snerist umræðan um það hvert ætti að vera hlutverk LÍ og einnig um það hvað læknar ættu að gera til að styrkja stöðu sína og ímynd. Flestir ef ekki allir fundarmenn voru á því að félagið ætti að hafa skoðun á heilbrigðiskerfinu og að brýnt væri að sinna faglegum málum af engu minna krafti en kjaramálunum. Ófeigur tók svo til orða að honum hefði brugðið þegar hann kom til landsins að loknu sérnámi árið 1999 og varð þess var hversu lítill faglegur áhugi væri meðal lækna miðað við það sem hann átti að venjast vestanhafs.

Birna Jónsdóttir benti á að mjög stór hluti ríkisútgjalda rynni til heilbrigðismála og læknar gætu haft mikil áhrif á það hvernig þessu fé er varið. Hins vegar þyrftu þeir að varast að umræðan snerist eingöngu um kjaramál lækna eins og alltof algengt hefur verið. Aðrir nefndu að félagið þyrfti að ýta undir störf að gæðamálum í heilbrigðiskerfinu og stuðla að rannsóknum á gæðum heilbrigðisþjónustunnar, ekki vegna þess að menn efuðust um að þau væru mikil heldur væri það brýnt fyrir stéttina og alla heilbrigðisstarfsmenn að geta sýnt fram á að þeir væru á réttri leið og veittu góða þjónustu.

Sigurbjörn formaður var þeirrar skoðunar að oft gæti verið erfitt að greina á milli faglegra þátta og kjara lækna. Ásýnd þjónustunnar skipti sjúklinga máli og hefði áhrif á gæði hennar og kjör og starfsánægja lækna væri hluti af ásýndinni. Menn samsinntu þessu en bentu einnig á að það liti illa út fyrir lækna ef þeir sendu alltaf fram á leikvöllinn menn sem ættu mikilla hagsmuna að gæta sjálfir.



Njóttu lífsins

Pfizer á Íslandi, Hörgatúni 2, 210 Garðabær
Sími: 535-7000

Lyfjatexti á bls. 469

Fagleg akademía LÍ?

Viðhorf lækna bar oft á góma í þessari umræðu og þörfin fyrir að breyta þeim á ýmsan hátt og endaði sú umræða oftast í vangaveltum um læknadeild Háskóla Íslands. Þar færi mikilvægasta uppeldið fram og því afar brýnt að deildin fylgdist vel með tímanum. Var á mönnum að heyra að nokkur misbrestur væri á því og þess vegna álitamál hvort ekki væri vænlegast til árangurs að stofna nýja læknadeild sem gæti veitt þeirri gömlu samkeppni. Spurning væri hvort sameining spítalanna hefði ekki dregið úr samkeppninni og þar með áhuga á kennslu læknanema.

En þótt menn væru sammála um að samtök lækna hefðu skoðun á heilbrigðismálum þá er ekki einsýnt um það hvernig þeirri skoðun væri best fylgt eftir. Uppbygging félagsins er á þá leið að kjaramálin eru ýmist á könnu LÍ, svæða- eða sérgreinafélaganna en þau síðastnefndu hafa einkum séð um faglega starfið. Jón Snædal sagði að það yrði án vafa til mikils gagns að LÍ tæki meiri þátt í faglegri umræðu um heilbrigðismál en spurningin væri hvernig þeirri umræðu væri best fyrir komið. Það þyrfti að búa til vettvang og farveg fyrir hana.

Sú hugmynd að stofna sérstaka nefnd eða jafnvel einskonar akademíu innan LÍ sem hefði það hlutverk að fjalla um og vinna að faglegum málum hlaut talsverðan hljómgrunn. Var það von manna að slík stofnun gæti styrkt stöðu félagsins og stéttarinnar við stefnumótun í heilbrigðismálum. Sigurbjörn formaður átti lokaorðin í þessari umræðu þegar hann vitnaði til Breta sem eiga sér langa lýðræðishefð. Þar í landi væru læknasamtökin skipt upp í fagfélög og stéttarfélög en þar væru stéttarfélögin líka fagfélög enda kölluðu stjórnvöld oft á þau til samráðs. Þar ríkti líka annað viðhorf til lækna því bresk stjórnvöld sæktust eftir því að kalla fram sjónarmið lækna þegar stefna er mótuð í heilbrigðismálum.

Góð þjónusta en kerfið gallað

Í lok umræðunnar voru helstu atriði hennar dregin saman og þar varð niðurstaðan sú að Læknafélag Íslands eigi að hafa skoðun á og beita sér í heilbrigðismálum. Félagið þurfi að fylgjast með tímanum því nú væru miklir breytingatímar. Það þyrfti að leggja áherslu á að efla trúverðugleika stéttarinnar og vera ófeimið að ræða viðkvæm mál á borð við hagsmunatengsl og ásakanir um læknamistök. Félagið þurfi einnig að huga að stjórnunarhlutverki lækna og bæta samskipti innan stéttarinnar, þar á meðal milli almennra lækna og lækna í stjórnunarstöðum. Læknar þyrftu svo sjálfir að taka sér tak hvað varðar agaleysi og það hvernig þeir láta að stjórn.

Undirbúningshópurinn sagðist myndi beita sér fyrir því í samráði við stjórn LÍ að koma á fót hópi sem fengi það hlutverk að fylgja eftir þeim hugmyndum sem fram komu á málþinginu, það væri langtímaverkefni sem ætti að stuðla að auknum metnaði, gæðum og betri líðan jafnt lækna sem sjúklinga í heilbrigðiskerfinu. Lokaorðin átti Sigurður Björnsson sem hélt því fram að á Íslandi væri veitt góð heilbrigðisþjónusta. Hins vegar þyrfti að færa ýmislegt til betri vegar í íslenska heilbrigðiskerfinu. Það verður væntanlega verkefni LÍ á næstu misserum ef andinn frá Eystri-Rangá verður ríkjandi í störfum félagsins.



Hlýtt á skýrslur á formannafundi LÍ.

Formannafundur LÍ

Nýja læknadeild en ekkert tilvísanakerfi

FORMANNAFUNDUR Læknafélags Íslands var haldinn í húsakynnum félagsins í Kópavogi 11. apríl. Slíkir fundir eru haldnir á hverju vori og hafa þann tilgang að taka sólarhæðina á miðju starfsári stjórnar milli aðalfunda. Þangað mættu að vanda formenn svæðafélaga og sérgreinafélaga, gáfu skýrslur um starfsemi félaganna og hlýddu á skýrslur stjórnar og formanna nefnda.

Oft hefur verið brugðið á það ráð á þessum vorfundum að efna til málþings um eitthvert það efni sem brennur á læknum en svo var ekki nú heldur fór mestur tíminn í að ræða starf félagsins. Að sjálfsögðu komu þó til umræðu ýmis þau mál sem uppi eru í tíðinni, svo sem deilan um heilsugæsluna á Suðurnesjum.

Þröstur Haraldsson

SCHERING
making medicine work



Hvers vegna að berjast við blæðingatruflanir og bindi?

Nú á tímum er engin ástæða til að þroskaðar konur þurfi að þola kröftugar tíðablæðingar. Með gestagenlykkjunni Levonova getur blæðingadögum fækkað umtalsvert og blæðingamagn getur minnkað um allt að 97%.[1,2]

Gestagenlykkjan Levonova veitir konunni alveg jafn mikið getnaðarvarnaröryggi og ófrjósemisaðgerð[3] og minnkar um leið hættuna á utanlegsfóstri og sýkingum í grindarholi[4,5]

Levonova®
levonorgestrel

Lyfjatexti á bls. 469

Heimildir: 1. Andersson K, Odlind V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova-T) IUSs during five years of use: randomised camparative trial. Contraception 1994; 56-72. 2. Andersson K, Rybo G. Levonorgestrel releasing intrauterine device in the treatment of menorrhagia. Br.J Obstet Gynaecol 1990; 97: 690-94. 3. Trussell J. Contraceptive efficacy. In Heather RA, Trusel J, Stewart F, et al. Contraceptive Technology: Seventeenth Revised Edition. New York, NY Ardent Media, 1998. 4. Guillebaud J. Intrauterine contraception - what now and what next? Eur Contr Rep. Health Care 2001; 6 Suppl 1): 11-14. %. 5. Toivonen J, Luukainen T, Allonen H. Rotective effect on intrauterine release of levonorgestrel on pelvic infection: Three Years comparative experience of levonorgestrel - and copper-releasing devices. Obstet Gynaecol/ 1991; 77: 261-64.

Að umræðu um félagsstarfið slepptri kom þó tvennt til tals sem fundarmönnum lá allnokkuð á hjarta. Sigurbjörn Sveinsson formaður fjallaði um tilvísanakerfi sem skaut upp kollinum í umræðu um íslensk heilbrigðismál snemma í kosningabaráttunni þegar Alþýðusamband Íslands lagði fram tillögur sínar um endurbætur á velferðarkerfinu. Einn liður í tillögum ASÍ var ný útgáfa af tilvísanakerfi sem nefnd hefur verið valfrjálst stýrikerfi.

Sigurbjörn greindi frá fundi sem heimilislæknar og fleiri héldu á Egilsstöðum í byrjun apríl en þar voru menn sammála um að miðað við núverandi ástand í heilsugæslunni væri tómt mál að tala um tilvísanakerfi, það myndi einfaldlega ekki virka þegar aðgangur almennings að heimilislæknum er jafntakmarkaður og raun ber vitni. Undir þetta tóku fundarmenn og Þórir B. Kolbeinsson formaður Félags íslenskra heimilislækna sagði tilvísanakerfi eða annað ámóta stýrikerfi alls ekki á stefnuskrá heimilislækna.

Ýmis önnur rök voru færð gegn tilvísanakerfinu, svo sem þau að uppbygging heilbrigðisþjónustunnar væri öðruvísi hér en í öðrum löndum, ekki síst hvað varðar þjónustu annarra sérfræðinga en heimilislækna. Vísað var til erlendra rannsókna, meðal annars í Bandaríkjunum, sem hafa leitt í ljós að tilvísanakerfi eins og um hefur verið rætt, það er að fólk fari fyrst til heimilislæknis sem vísar því áfram til sérfræðiþjónustunnar, leiðir ekki til sparnaðar og er alls ekki ódýrari, hvorki fyrir sjúklinga né samfélagið.

Það var því á fundarmönnum að heyra að þeir hefðu engan áhuga á að taka þátt í að koma á tilvísanakerfi af fjárhagslegum ástæðum. Öðru máli gegndi um faglegar ástæður enda væri á öllum sjúkrahúsum við lýði strangt tilvísanakerfi og það væri af hinu góða. Landlæknir átti lokaorðið í þessari umræðu og tók hann undir með mönnum um að ávinningur af tilvísanakerfi væri í besta falli mjög óljós. Hins vegar þyrfti að bæta samskipti heimilislækna og annarra sérfræðinga, ekki síst hvað varðar upplýsingaflæði um sjúklinga, en þau væri hægt að laga. Hann sagði lækna eiga næsta leik í því að koma á umbótum í kerfinu, það stæði þeim miklu nær en ASÍ.

Hitt málið sem gerði fundarmönnum heitt í hamsi kom upp í kjölfar frásagnar Ófeigs Þorgeirssonar af stjórnarfundi LÍ á Hótel Rangá (sjá frásögn hér að framan). Þar var varpað fram þeirri spurningu hvort ekki væri athugandi að koma á fót annarri læknadeild hér á landi sem veitt gæti þeirri sem fyrir er samkeppni og aðhald.

Flestir þeirra sem tjáðu sig um þetta mál tóku hugmyndinni vel, það veitti ekki af að skerpa á læknanáminu. Ný læknadeild þyrfti þó ekki endilega að lúta nákvæmlega sömu lögmálum og sú



Sigurbjörn Sveinsson formaður LÍ ávarpar formannafundinn.

sem fyrir er, það væri hægt að byggja hana upp með allt öðrum hætti. Bent var á að eftir stofnun háskólasjúkrahússins væri sú tilhneiging áberandi að reyna að halda öllu þar innan veggja. Það væri hins vegar í hrópandi ósamræmi við þá þróun sem orðið hefur í ferliverkum þar sem stór hluti léttari og smærri aðgerða færi fram utan sjúkrahússins á stofum lækna. Þetta væri farið að hamla kennslu læknanema sem ekki fengju að spreyta sig á ferliverkum. Fram kom að Læknasetrið í Mjódd hafi boðið fram aðstoð sína við kennslu læknanema en að því hefði verið hafnað. Sömu viðtökur hlaut einnig tilboð frá sjálfstætt starfandi skurðlæknum.

Greinilegt var þó að mörgum þótti það jaðra við drottinssvik að ganga í berhögg við lærifeðurna í deildinni sem fóstrað hefur að heita má alla íslenska lækna. Samt var eins og menn sæju nauðsyn þess að hrista upp í námi verðandi lækna ef læknastéttin vildi standa undir nafni í framtíðinni.

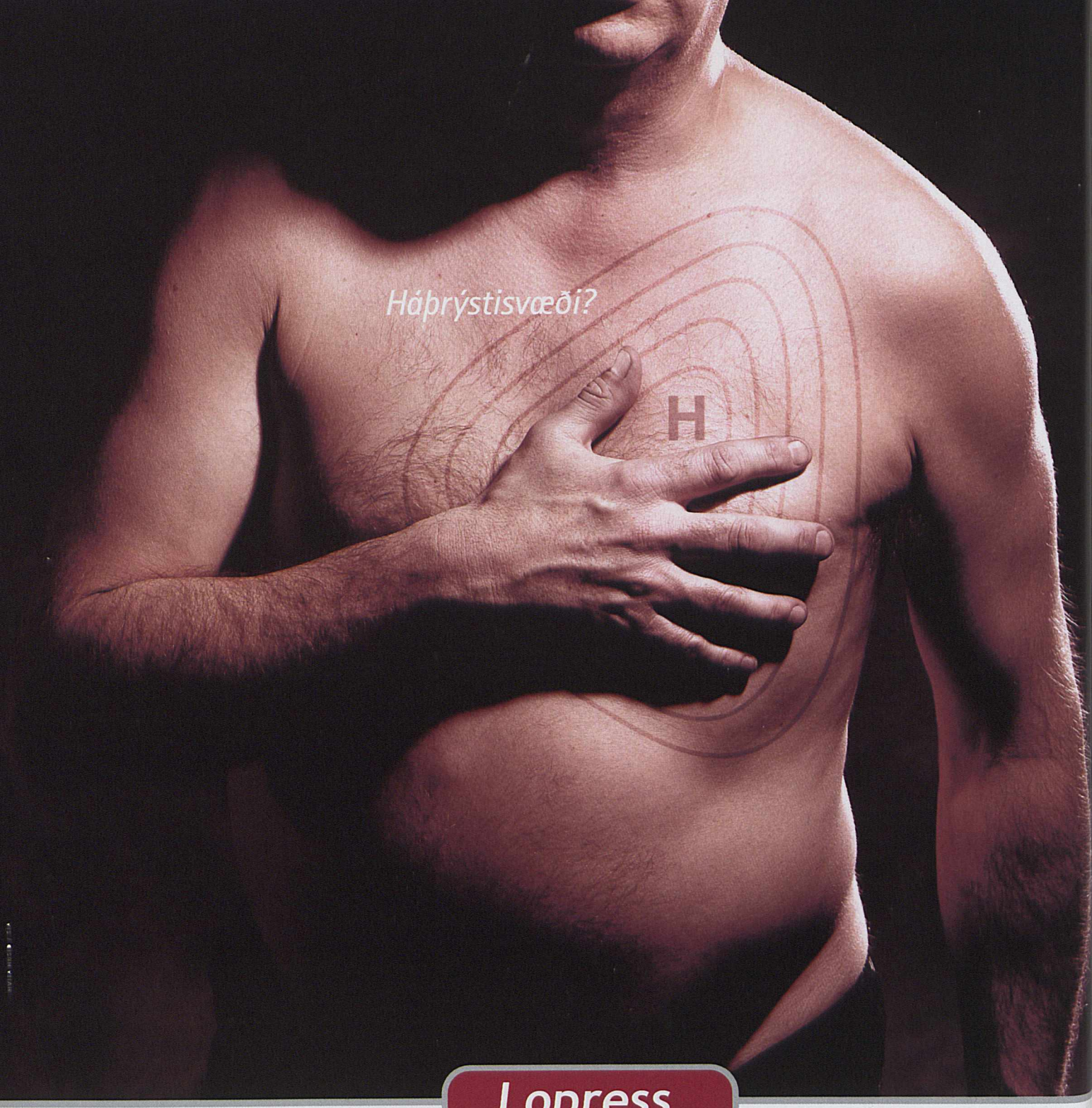
Að loknum fundi bauð formaður fundarmönnum heim til sín.

Ókeypis dvöl í sumarbústað lækna

EINS OG FRAM kom í upplýsingabæklingi Orlofsnefndar LÍ voru dregin út nöfn tveggja lækna sem sóttu um bústað eða aðra orlofskosti með rafrænum hætti. Fá þeir heppnu leigugjaldið fellt niður.

Nú liggur fyrir hverjir hljóta hnossið að þessu sinni. Alls sóttu 83 um með rafrænum hætti en upp úr tölvupottinum komu þessi nöfn: **Emil L. Sigurðsson, Steingerður Sigurbjörnsdóttir.**

Á það skal bent að enn er hægt að sækja um ferðaávísanir og ættu þeir sem vilja það snúa sér til skrifstofu LÍ.



Lopress

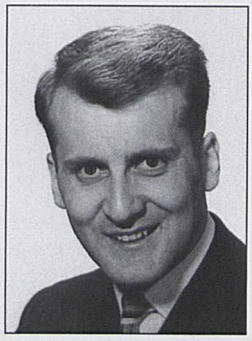
ÖFLUGT LYF VIÐ HÁÞRÝSTINGI

Lopress
Hver tafla inniheldur:
Losartanum INN, kalíumsalt,
12,5 mg eða 50 mg.

Ábendingar: Háþrýstingur. Hjartabilun þegar meðferð með ACE–hemlum er ekki lengur talin henta. Ekki er mælt með að skipta yfir í meðferð með lósartan ef hjartasjúklingar eru í jafnvægi á ACE–hemlum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar eru einstaklingsbundnir. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** *Háþrýstingur:* Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur fyrir flesta sjúklinga er 50 mg einu sinni á dag. Lósartan má gefa einu sinni á dag eða tvisvar á dag og heildarskammtur er á bilinu 25–100 mg á dag. Ef ekki fæst nægjanlega góð stjórnun á blóðþrýstingnum með því að gefa lósartan einu sinni á dag, getur verið betra að skipta skammtinum í tvennt eða auka hann í 100 mg einu sinni á dag. Hámarksblóðþrýstingslækkandi áhrif lyfsins nást 3–6 vikum eftir að meðferð er hafin. Nota skal 25 mg upphafsskammt, einu sinni á dag, handa sjúklingum með minnkað blóðrúmmál t.d. þeim sem meðhöndlaðir eru með stórum skömmtum af þvagræsilyfjum og þeim sem hafa sögu um skerta lifrarstarfsemi (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Ekki er þörf á að breyta upphafsskammti aldraða sjúklinga eða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklinga sem fá kvið- eða blóðskilun (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Lósartan má gefa með öðrum háþrýstingslyfjum. *Hjartabilun:* Upphafsskammtur hjá sjúklingum með hjartabilun er 12,5 mg einu sinni á dag. Auka má skammtinn um 12,5 mg á viku fresti (þ.e. í skammtana 25 mg daglega eða 50 mg daglega), í venjulegan viðhaldsskammt, 50 mg einu sinni á dag eða eins og sjúklingurinn þolir. Lósartan er venjulega gefið samhliða þvagræsilyfjum og digitalis. Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum. Lósartan má gefa með eða án matar. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir lósartani eða einhverju af innihaldsefnum lyfsins. Sjá einnig kaflann um meðgöngu og brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ofnæmi. Ofnæmisbjúgur (sjá Aukaverkanir). *Lágþrýstingur og blóðsaltavökva ójafnvægi:* Hjá sjúklingum með vökvaskort (t.d. þeim sem meðhöndlaðir eru með stórum skömmtum af þvagræsilyfjum) geta einkenni um lágþrýsting komið fyrir. Þennan vökvaskort á að leiðrétta fyrir gjöf lósartans eða nota lægri upphafsskammt af lósartani. *Skert lifrarstarfsemi:* Íhuga ætti lægri upphafsskammt fyrir sjúklinga með sögu um skerta lifrarstarfsemi, en samkvæmt gögnum úr lyfjahvarfafræði hefur verið sýnt fram á marktækt aukna plasmaþéttni hjá sjúklingum með skorpulifur. *Skert nýrnastarfsemi:* Sem afleiðing af hömlun renín-angíótensín-kerfisins, hafa breytingar á nýrnastarfsemi, þ.m.t. nýrnabilun, verið skráðar hjá næmum einstaklingum; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka ef meðferð er hætt. Önnur lyf sem hafa áhrif á renín-angíótensín-kerfið geta aukið þvagefni og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með þrengsli í annarri eða báðum nýrnaslagæðum. Svipuð áhrif hafa verið skráð um lósartan; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka, ef meðferð er hætt. Ekki ætti að nota kalíumuppbót eða kalíumsparandi þvagræsilyf samtímis lósartan án samráðs við lækni. **Milliverkanir:** Ekki þekktar. Sambönd sem hafa verið rannsökuð eru m.a.: hýdróklórtíazíð, digoxín, warfarín, címetidín, fenemal, ketókónazól og erýthrómýcín. Rifampicín og flúkónazól hafa lækkað blóðþéttni virka umbrotsefnisins. Klínísk þýðing þessara milliverkana hefur ekki verið metin. Eins og við á um önnur lyf sem hamla angíótensíni II eða verkunum þess, getur samhliða notkun kalíumsparandi þvagræsilyfja (t.d. spírónólaktóns, triamterens og amilóríðs), kalíumuppbótar og salta sem innihalda kalíum, leitt til kalíumhækkunar í blóði. Eins og við á um önnur blóðþrýstingslækkandi lyf, geta blóðþrýstingslækkandi áhrif lósartans deyfst við samhliða töku bólgueyðandi lyfsins indómetasíns. **Meðganga og brjóstagjöf:** Þrátt fyrir að engin reynsla sé af notkun lyfsins hjá þunguðum konum hafa rannsóknir á dýrum sýnt að lósartan veldur fósturskaða, fósturlátum og nýburadauða og er það talið vera vegna lyfjafræðilegra áhrifa á renín-angíótensín-kerfið. Hjá mannsfóstri hefst blóðrás um nýru sem er háð myndun renín-angíótensín-kerfisins á öðrum þriðjungi meðgöngu, og er því hættan fyrir fóstrið aukin ef lyfið er gefið á öðrum eða þriðja þriðjungi meðgöngu. Lyf sem hafa beina verkun á renín-angíótensín-kerfið geta valdið fósturskaða og jafnvel fósturláti, séu þau notuð á öðrum eða þriðja þriðjungi meðgöngu. Eigi þungun sér stað, skal stöðva lósartan meðferð svo fljótt sem auðið er. *Brjóstagjöf:* Ekki er vitað hvort lósartan skilst út í brjóstamjólk kvenna. Á það skal þó bent að umtalsvert magn af lósartani og virku umbrotsefni þess hefur komið fram í rottumjólk. Vegna mögulegra aukaverkana á barn á brjósti, skal taka ákvörðun um hvort hætta eigi brjóstagjöfinni eða notkun lyfsins, m.t.t. mikilvægis lyfsins fyrir móðurina. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Engin þekkt áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir: Algengar (>1%):** Svimi, lágþrýstingur. **Sjaldgæfar (0,1-1%):** Stöðubundinn lágþrýstingur. **Mjög sjaldgæfar (<0,1%):** *Ofnæmi:* Bráðaofnæmi, ofsabjúgur þ.á. m. þroti í barkakýli og raddböndum sem lokar öndunarveginum og/eða þroti í andliti, vörum, koki og/eða tungu. Sumir þessarra sjúklinga hafa áður fengið ofsabjúg af völdum annarra lyfja, þ.á m. ACE–hemla. Æðabólga hefur sjaldan sést, þar með talið purpuralíki sem svipar bæði til purpuralíkis Henochs og Schönleins, með kviðverkjum, maga- og garnablæðingum, liðverkjum og nýrnabólgu. *Meltingarfæri:* Niðurgangur, lifrarbólga, truflanir á lifrarstarfsemi. *Blóð:* Blóðleysi. *Húð:* Ofsakláði, kláði. *Stoðkerfi:* Vöðvaverkir. *Taugakerfi:* Mígreni. *Öndunarfæri:* Hósti. *Breytingar á blóðgildum:* Hækkað kalíum í blóði (>5,5 mmól/l (ca. 1,5%)); væg hækkun á lifrarensímum kom sjaldan fyrir og gekk venjulega til baka ef meðferð var hætt. **Ofskömmtun:** Takmarkaðar upplýsingar eru til varðandi ofskömmtun í mönnum. Líklegasta merki ofskömmtunar er lágþrýstingur og hraðtaktur, hægsláttur gæti komið fyrir. Ef lágur blóðþrýstingur veldur einkennum skal hefja stuðningsmeðferð. Hvorki er hægt að fjarlægja lósartan né virka umbrotsefnið með blóðskilun. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu – 1. nóv. 2002:** Töflur 12,5 mg: 28 stk. 2.350 kr.; töflur 50 mg: 28 stk. 3.632 kr.; 98 stk. 10.559 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluþátttaka:** B. Markaðsleyfishafi: Omega Farma. Nóv. 2002.

Omega Farma

„Vilji er allt sem þarf“



Auðólfur Gunnarsson

Höfundur er skurðlæknir á Landspítala.

EKKI VERÐUR sagt að Læknafélag Islands hafi sinnt mikið sögu lækninga á Íslandi eða haft í heiðri minningu þeirra félaga sem rutt hafa brautina eða skara fram úr á vissum sviðum. Þannig hefur til dæmis minningu Sigvalda Kaldalóns, læknis og tónskálds, ekki verið sýndur neinn sómi af hálfu félagsins svo mér sé kunnugt, en aðrir hafa reist honum minnisvarða við Kaldalón og strengharpan sem sjómenn og bændur við Ísafjarðardjúp gáfu og báru til hans svo hann mætti sinna tónsmíðum í tómstundum á milli erfiðra læknisferða í einangruninni norður við Dumbshaf mun hafa lent í eigu annarra aðila. Persónulegir munir og listaverk sem prófessor Jón Steffensen gaf félaginu til styrktar Læknaminjasafninu við Nesstofu munu hafa dreifst út um hvippinn og hvappinn. Hús Guðmundar Hannessonar sem hann hannaði sjálfur og byggði á horni Hverfisgötu og Ingólfsstrætis hefði félagið getað eignast fyrir nokkrum árum þegar starfsemi félagsins var flutt úr Domus Medica á núverandi stað. Læknaminjasafnið við Nesstofu er nú í óhrjálegu húsi á Seltjarnarnesi og enginn fastur starfsmaður sinnir því. Hálft starf „minjavarðar“ við Landspítalann hefur verið lagt niður í sparnaðarskyni. Enginn mun því halda nú til haga munum sem úreldast en tengjast þróun lækninga á spítalanum og myndir sem minna á eldri starfsaðferðir og horfna félaga munu fyrr eða síðar lenda á haugunum. Svo mætti lengi telja.

Alllengi mun hafa staðið til að gera upp Nesstofu á Seltjarnarnesi, hið fagra hús sem tengist sögu lækninga á Íslandi órjúfandi böndum og stendur á fögrum stað með útsýni yfir sundin blá. Því verki er enn ekki lokið og húsið nýtist ekki sem rammi um lækningaminjar eða aðra menningarstarfsemi. Nú mun þó hafa vaknað nokkur skilningur bæjaryfirvalda Seltjarnarness á að hér sé þörf að taka til hendinni, ekki síst í þágu bæjarfélagsins. Landlæknisembættið er flutt á Seltjarnarnes, en mun vera í leiguhúsnæði og í engum tengslum við Nesstofu eða uppruna sinn.

Skrifstofa Læknafélags Íslands hefur síðustu ár verið staðsett á hæð í húsi í Kópavogi sem hýsir ýmsa aðra óskylda starfsemi og verður ekki sagt að umgjörð eða umhverfi beri neinn þann menningarþokka sem æskilegt væri og dregið gæti að sér félagsmenn til samfunda, hvað þá að byggingin tengist á nokkurn hátt störfum eldri félaga og forvígismanna.

Nú mun standa til að endurskipuleggja svæðið umhverfis Nesstofu á Seltjarnarnesi og er því hver síðastur fyrir læknasamtökin að fá þar aðstöðu fyrir starfsemi sína eða minjar. Vegna þessa vaknar sú spurning hvort nú sé ekki rétti tíminn fyrir samtök lækna og áhugamenn um sögu lækninga á Íslandi að taka höndum saman og leita eftir samvinnu við bæjaryfirvöld á Seltjarnarnesi, Þjóðminjasafnið og ríkisvaldið, þannig að í nánd við Nesstofu megi rísa bygging eða byggingar sem hýst gætu allt í senn, Landlæknisembættið, skrifstofur læknasamtakanna og félagsaðstöðu auk Læknaminjasafnsins. Tengsl safnsins við starfsemi læknasamtakanna mundi gefa því nýtt líf og í félagsaðstöðu læknasamtakanna mætti koma upp sérstökum herbergjum sem helguð væru minningu látinna félaga á einhvern hátt með því að varðveita þar myndir og hluti þeim tengda. Þarna gæti til dæmis orðið til Steffensstofa og Kaldalóns með munum úr eigu þessara manna og myndum.

Það er álit mitt að læknar kysu miklu frekar að sækja fundi og fá sér kaffi í slíkum húsakynnum í því fagra umhverfi sem Nesstofa býður upp á, en í núverandi húsnæði í Kópavogi. Félagsmenn yrðu minntir á störf og afrek genginna félaga og Læknaminjasafnið mundi breytast úr geymslu í lifandi safn til ánægju og menningarauka fyrir félagsmenn og aðra.



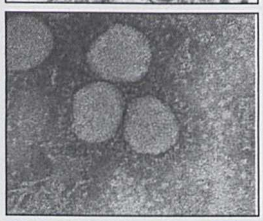
Nesstofa á Seltjarnarnesi. Húsið sem sést í lengst til vinstri á myndinni er Lyfjafræðisafnið en þar er einnig félagsaðstaða lyfjafræðinga.

Heilkenni alvarlegrar bráðrar lungnabólgu (HABL)



Haraldur Briem





Kórónaveira sem veldur HABL ræktuð í FRhK-4 frumum. Mynd með rafeindasmásjá með neikvæðri litun veiruagna.

Heimild: Department of Microbiology, The University of Hong Kong and the Government Virus Unit, Department of health, Hong Kong SAR China.

Höfundur er sóttvarnalæknir.

Upphaf faraldurs

Um miðjan febrúar 2003 birti Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) upplýsingar um 305 tillfelli af óvenjulegri lungnabólgu með fimm dauðsföllum í Guangdonghéraði í Kína á tímabilinu 16. nóvember 2002 - 9. febrúar 2003 (1). Orsök sjúkdómsins var ókunn og talið var að sjúkdómstilfellum færi fækkandi. Þann 20. febrúar 2003 tilkynntu kínversk heilbrigðisyfirvöld að hópsýkingin í Guangdonghéraði stafaði sennilega af *Chlamydia pneumoniae* (2). Þó var þessi sjúkdómsgreining einungis staðfest hjá tveimur sjúklingum. Faraldurinn hélt áfram að breiðast út. Tilfella varð vart í Hong Kong og Hanoi í Víet Nam, einkum meðal heilbrigðisstarfsmanna á sjúkrahúsum sem stunduðu sjúklingana og nánustu aðstandendur þeirra (3). Við rannsókn á þessum faraldri hefur verið stuðst við sjúkdómsskilgreiningu sem kennd er við heilkenni alvarlegrar bráðrar lungnabólgu (HABL) (4). Sjúkdómurinn hefur dreifst að undanförnu um heiminn og hefur nú verið lýst í Asíu, Ameríku, Suður-Afríku og Evrópu. Miðað við 23. apríl 2003 hafði WHO verið tilkynnt um 4288 tilfelli og 251 dauðsfall af völdum sjúkdómsins (5). Flest tilfellin hafa greinst í Kína. Enn sem komið er hefur ekkert tilfelli greinst á Íslandi.

Orsök

Talið er fullvíst að áður óþekkt kórónaveira valdi sjúkdómnum enda hefur veiran ræktast frá sjúklingum með HABL og sýnt hefur verið fram á sértæka mótefnasvörun gegn veirunni (6) (sjá myndir). Eftir að tókst að sýkja apa með kórónaveirunni sem veiktust í kjölfarið af HABL hefur skilyrðum Kochs verið fullnægt og því sýnt fram á orsakasamhengi veirusýkingar og sjúkdómsins (7). Kórónaveirur eru einþátta RNA hjúpveirur sem sýkja bæði menn og dýr (8). Þekktar kórónaveirur geta valdið kvefi í mönnum. Þær geta valdið lungnabólgu í börnum og fullorðnum og einnig drepi í digurgirni nýfæddra (8, 9). Veirurnar geta lifað í umhverfinu í allt að þrjár klukkustundir (9) og geta borist milli manna með dropasmiti og snertimengun (10). Hafa verður í huga að veiran sem veldur HABL kann að hafa aðra eiginleika en þær kórónaveirur sem þekktar eru.

Smitleiðir

Fyrstu vikurnar eftir að sjúkdómnum var lýst voru flestir þeirra sem sýktust heilbrigðisstarfsmenn sem stunduðu sjúklinga með HABL og nánustu aðstandendur sjúklinganna. Virðist nána umgengni þurfa til við smitaða svo smitun eigi sér stað. Talið er líklegt að sjúkdómurinn smitist með dropasmiti en hugsanlegt að sjúkdómurinn geti smitast með slími úr öndunarvegum eða öðrum líkamsvessum (11). Rannsókn hefur leitt í ljós (11) að sjúklingur frá Guangdonghéraði í Kína sem veiktist um miðjan febrúar 2003 af HABL dvaldi á hótel M í Hong Kong í lok mánaðarins. Annar gestur sem dvaldist á sama hóteli á sama tíma veiktist síðar og var lagður inn á sjúkrahús í Hong Kong með HABL í byrjun mars 2003. Síðar kom í ljós að 13 sjúklingar fengu HABL en þeir höfðu dvalið á sama hóteli um sama leyti og fyrsta tilfellið. Níu af þeim dvöldust á 9. hæð hótelsins þar sem upphafstilfellið bjó, einn dvaldist á 14. hæð, einn á 11. hæð og tveir dvöldust á bæði 9. og 14. hæð. Margir þessara sjúklinga sem dvöldu á hótelinu báru síðar sjúkdóminn til Hanoi í Víet Nam, Singapore, Þýskalands og Toronto í Kanada. Einnig voru mörg tilfelli á sjúkrahúsum í Hong Kong rakin til þessara sjúklinga. Eftir að yfirvöld bættu sýkingavarnir á sjúkrahúsum í Hong Kong tók að draga úr nýgengi sýkinga þar.

Önnur hópsýking í Hong Kong hefur verið rannsökuð sérstaklega (12). Karlmaður sem veiktist 14. mars 2003 með einkenni HABL heimsótti ættingja í fjölbýlishúsi í Amoy Gardens í Hong Kong. Meðal einkenna hans var niðurgangur. Sjúkdómurinn barst síðan til annarra íbúa hússins og þann 15. apríl hafði 321 íbúi veikst af sjúkdómnum. Líkleg skýring á útbreiðslu smits er að vatnslásar voru víða bilaðir í húsinu, brotin salerni, skemmd skolprör og öflugar viftur í opnum baðherbergisgluggum sem vissu að ljósbrunni þar sem rörin lágu um. Strok sem tekið var frá salernisskál HABL sjúklings sýndi að þar var veiruna að finna en ekki tókst að finna veiruna í öðrum umhverfissýnum í húsinu, svo sem vatni, ryki eða lofti. Þessi smitleið er óvenjuleg en getur útskýrt hópsýkingar sem ekki tengjast algengustu smitleiðinni sem er dropasmit frá öndunarvegi frá sjúklingi til þeirra sem standa augliti til auglitis við hann.

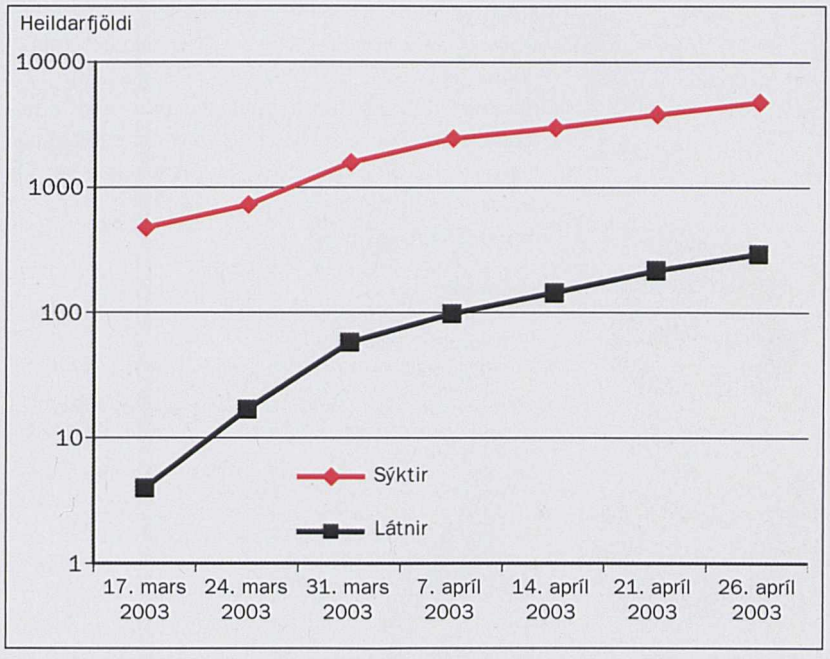
Einkenni sjúkdómsins

Birtar hafa verið greinar sem lýsa fyrstu tilfellunum sem greindust í Hong Kong (13) og Kanada (14). Megineinkenni heilkennisins eru hiti, þurrhósti og öndunarerfiðleikar sem fylgja í kjölfarið á þriðja til fimmta degi eftir að einkenni hefjast. Meirihluti sjúk-

linga fær hroll, vöðva- og höfuðverk og veikindatilfinningu. Niðurgangur og hálssærindi geta fylgt þessum einkennum. Sjúkdómurinn veldur í flestum tilfellum lungnabólgu sem lýsir sér í staðbundnum, lóbar- eða miðvefsþéttingum á lungnamynd. Lungnabreytingarnar geta verið hvar sem er í lungum en þó oftast í þeim neðanverðum báðum megin. Lungnabólgan getur líkst hvort heldur sem er bakteríu- eða veirulungnabólgu sem getur þróast yfir í ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome). Súrefnismettun er minnkuð í flestum tilfellum. Hvítblóðkornafæð, sérstaklega lymfópenía, blóðflögufæð ásamt hækkun á CK (Creatin kinase), LDH (Lactic acid dehyrogenase), ASAT (Aspartate aminotransferase) og ALAT (Alanine aminotratranferase) mælist í blóði margra. Talið er að í allt að 10-20% tilvika þurfi að grípa til öndunarvéla og dánartíðnin er talin um 5%. Þótt ýmis lyf hafi verið reynd er viðeigandi sértæk meðferð á þessu stigi ókunn.

Meðgöngutími sjúkdómsins er venjulega tveir til sjö dagar en getur orðið 10 dagar.

Flestir sjúklingarnir sem hafa greinst eru á aldrinum 25-70 ára. Nokkur börn (≤15 ára) hafa greinst með HABL.



Fjöldi sjúklinga með HABL og fjöldi látinna sem tilkynnir hafa verið til WHO.

Umræða

Á þessari stundu heldur HABL áfram að breiðast út til allra heimshluta, ekki með ógnarhraða líkt og inflúensa, heldur hægt og bítandi. Þótt enn sé margt á huldu um sjúkdóminn koma sýkingavarnir og almennar sóttvarnarráðstafanir sem felast í einangrun, sóttkví og rakning smitleiða að gagni við að hefta útbreiðslu sjúkdómsins.

Greiningarpróf eru væntanleg en þau eru ýmsum takmörkunum háð (15). ELISA próf geta fundið mótefni gegn kórónaveirunni en þó ekki fyrr en eftir 20 daga frá upphafi einkenna. IFA próf geta fundið mótefni 10 dögum eftir að einkenni koma fram en prófin krefjast veiruræktunar í frumum. PCR próf sem fram hafa komið til að finna veiruna koma að gagni í upphafi sýkingar en gefa oft falskt neikvæð svör. Enn sem komið er byggist tilkynning um HABL á klínísku mati, sögu um tengsl við smitaða eða ferðalög til svæða þar sem sjúkdómurinn hefur náð útbreiðslu.

Eftir að WHO gaf út þann 15. mars 2003 bráðaviðvörun til allra alþjóðlegra ferðamanna, heilbrigðisstarfsmanna og heilbrigðisyfirvalda um HABL og aukna vöktun gegn sjúkdómnum hafa aðgerðir hér á landi hafa beinst að því að upplýsa almenning, stjórnvöld og heilbrigðisstarfsmenn um sjúkdóminn. Á heimasíðu Landlæknisembættisins *www.landlaeknir.is* eru slíkar upplýsinga birtar reglulega. Mælst hefur verið til þess að skipulegum hópferðum til útsettra svæða verði frestað um sinn. Í samræmi við tilmæli WHO hefur verið varað við óþarfa ferðum til útsettra svæða í Kína og Toronto í Kanada. Yfirvöld á Keflavíkurflugvelli, flugumferðarstjórn og flugfélög hafa fengið upplýsingar um viðbrögð við hugsanlegu HABL tilviki. Heilbrigðisstarfsmönnum og sjúkraflutningsmönnum hafa verið gefnar upplýsingar og á Landspítala hefur smitsjúkdóma- og sýkingavarnadeild undirbúið viðbrögð við sjúkdómnum. Allir farþegar sem koma með flugi til landsins og hafa dvalið á útsettum svæðum (Kína, þar með talið Hong Kong og Guangdonghérað, Singapore, Víet Nam og Toronto í Kanada) eru beðnir um að fylgjast sérstaklega með heilsunni.

Heilbrigðisráðherra gaf út reglugerð þess efnis að HABL skyldi vera tilkynningaskyldur sjúkdómur á Íslandi í samræmi við sóttvarnalög nr. 18 / 1997 (sjá tilkynningu).

Á undanförnum misserum hefur WHO unnið að endurskoðun alþjóðlegra heilbrigðisreglna (International Health Regulations) sem skulu vera rammi vöktunar og tilkynninga um alvarlega sjúkdóma sem ógna heimsbyggðinni og nýst geta sem tæki til að stemma stigu við útbreiðslu slíkra sjúkdóma. Viðbrögðin við HABL sóttinni vísa veginn um þau viðbrögð sem grípa þarf til þegar ný og áður óþekkt ógn steðjar að, svo sem alheimsfaraldur inflúensu eða atburðir af völdum sýkla- og eiturefnavopna.

Erfitt er að svara því með hvaða hætti HABL faraldurinn mun þróast enda mörgum spurningum ósvarað. Eru margir sem smitast einkennalausir? Eru margir einkennalausir smitberar? Getur veiran lifað í umhverfinu? Geta dýr verið smitberar? Tekst að búa til bóluefni? Er von á sértækri lyfjameðferð? Allt bendir til þess að faraldurinn sé rétt að hefjast og mikill fjöldi manna eigi eftir að sýkjast. Á meðan ekkert bóluefni finnst er helsta vonin að flestir sem sýkjast séu einkennalausir, myndi mótefni og stuðli

með tímanum að hjarðónæmi meðal manna sem stöðvað getur útbreiðsluna. Fari svo mun þessi sjúkdómur breytast í staðbundinn barnasjúkdóm með tímanum. Faraldurinn hefur þegar haft mikil efnahagsleg áhrif, einkum í Kína. Reyna mun mjög á heilbrigðisstarfsfólk og heilbrigðisstofnanir um heim allan á komandi mánuðum.

Heimildir

1. Acute respiratory syndrome, China. Weekly Epidemiological Records 2003; 78: 41-8.
2. Acute respiratory syndrome, China – Update. Weekly Epidemiological Records 2003; 78: 57-64.
3. Acute respiratory syndrome, China, Hong Kong Administrative Region of China, and Viet Nam. Weekly Epidemiological Records 2003; 78: 73-80.
4. CDC. Outbreak of severe acute respiratory syndrome – worldwide, 2003. MMWR 2003; 52: 226-8.
5. WHO *www.who.int/csr/sarscountry/2003_04_23/en/*
6. Peiris JS, Lai ST, Poon LLM. Coronavirus as a possible cause of severe acute respiratory syndrome. Lancet *image.thelancet.com/extras/03art3477web.pdf*
7. WHO Update 34. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) – multi-country outbreak –. Unanswered questions: a critical point in the evolution of SARS. 19 April 2003.
8. McIntosh K. Coronaviruses. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, eds. Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 5th ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, Inc., 2000.
9. Sizun J, Yu MWN, Talbot PJ. Survival of human coronaviruses 229E and OC43 in suspension after drying on surfaces: a possible source of hospital-acquired infections. J Hosp Infect 2000; 46: 55-60.
10. Ijaz MK, Brunner AH, Sattar SA, Nair RC, Johnson-Lussenburg CM. Survival characteristics of airborne human coronavirus 229E. J Gen Virol 1985; 66: 2743-8.
11. CDC. Update: Outbreak of Severe Acute Respiratory Syndrome – Worldwide. MMWR 2003; 52: 12.
12. WHO. Update 33 – Update on Hong Kong and China, first SARS case reported in India 18 April 2003.
13. Tsang KW, Ho PL, Ooi GC, Yee WK, Wang T, Chan-Yeung M. A Cluster of Cases of Severe Acute Respiratory Syndrome in Hong Kong. N Engl J Med *www.nejm.org* 31 March 2003.
14. Poutanen SM, Low DE, Henry B, Finkelstein S, Rose D, Green K. Identification of Severe Acute Respiratory Syndrome in Canada. N Engl J Med 2003; 10
15. Heymann DL. Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) – multi-country outbreak. WHO update 27. One month into the global SARS outbreak: Status of the outbreak and lessons for the immediate future. 11 April 2003.

Heilkenni alvarlegrar bráðrar lungnabólgu (HABL) tilkynningaskyldur sjúkdómur

Tilkynning frá Landlæknisembættinu

Þann 4. apríl 2003 undirritaði heilbrigðis- og tryggingamálaráðherra, að höfðu samráði við sóttvarnarráð, breytingu á reglugerð nr. 129 /1999 um skýrslugerð vegna smitsjúkdóma. Breytingin felst í því að heilkenni alvarlegrar bráðrar lungnabólgu (HABL) verður talið til tilkynningaskyldra sjúkdóma samkvæmt sóttvarnalögum nr. 19/1997. Tilkynningaskyldir smitsjúkdómar eru þeir sjúkdómar sem ógnað geta almannaheill. Öllum þeim sem telja sig geta verið með einkenni sjúkdómsins er skylt að leita læknis. Leiði læknisrannsókn í ljós að sjúklingur sé haldinn HABL er sjúklingi skylt að hlíta fyrirmælum læknis. Jafnframt er lækni skylt að tilkynna sóttvarnarlækni um sjúkdóminn.

Enn er ekki vitað með vissu hvað veldur HABL en talið er að kórónaveira geti verið orsök sjúkdómsins. Á meðan ekki er hægt að sýna fram á sjúkdóminn með ræktun sýkils eða með öðrum rannsóknaraðferðum er stuðst við sjúkdómslýsingu sem þarf að uppfylla eftirfarandi skilyrði:

Grunsamlegt tilfelli

1. Sjúklingur (frá 1. nóvember 2002§) með sögu um:
   - háan hita (>38 °C)

   og
   - hósta eða öndunarörðugleika

   og eitt eða fleira af eftirtöldu:
   - **náin samskipti*** við sjúkling með grun um eða líklega með HABL síðustu 10 daga áður en einkenna varð vart
   - saga um ferðalög til **útsettra svæða**** 10 dögum áður en einkenna varð vart.
2. Sjúklingur með óskýrðan sjúkdóm í öndunarvegum sem leiðir til dauða eftir 1. nóvember 2002§ en engin krufning hefur verið gerð

   og eitt eða fleira af eftirtöldu:
   - **náin samskipti*** við sjúkling með grun um eða líklega með HABL síðustu 10 daga áður en einkenna varð vart
   - saga um ferðalög til **útsettra svæða**** 10 dögum áður en einkenna varð vart.

Líkleg tilfelli

1. Röntgenmynd af lungum sjúklings með grun um HABL sýnir íferðir sem samrýmast lungnabólgu eða heilkenni öndunarálags (Respiratory Distress Syndrome – RDS).

§ Vöktun hefst 1. nóvember 2002 til að ná yfir sjúkdómstilfelli af óvenjulegri lungnabólgu í Kína sem nú teljast samrýmast HABL. Alþjóðleg útbreiðsla HABL uppgötvaðist fyrst í mars 2003 meðal sjúklinga sem veiktust í febrúar 2003.

* **Náin samskipti**: Umönnun, sambúð eða bein snerting við slím frá öndunarvegi eða við líkamsvessa sjúklings með grun um eða líklega með HABL.

** **Útsett svæði**: Svæði þar sem staðbundin útbreiðsla á HABL á sér stað samkvæmt upplýsingum heilbrigðisyfirvalda á viðkomandi svæðum. Svæðin eru skilgreind á hverjum tíma á slóð Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO): *www.who.int/csr/sars/en/*

2. Krufning sjúklings með grun um HABL leiðir í ljós breytingar á lungnavef sem samrýmast RDS án greinanlegrar ástæðu.

Útilokunarskilyrði
Útiloka ber HABL ef önnur skýring fæst á sjúkdómnum.

Endurflokkun tilfella
Sjúkdómsgreining getur breyst með tímanum vegna þess að HABL byggist enn sem komið er á útilokun annarra sjúkdóma.

- Tilfelli sem upprunalega var flokkað sem grunsamlegt eða líklegt en síðar fæst önnur skýring á sjúkdómnum skal afskráð sem HABL.
- Öll grunsamleg tilfelli sem við nánari skoðun uppfylla skilyrði líklegs tilfellis skulu endurflokkuð sem „líkleg".
- Grunsamlegt tilfelli með eðlilega lungnamynd á að meðhöndla í samræmi við viðurkennda læknisfræði og fylgja eftir í sjö daga. Endurtaka skal röntgenmynd af lungum hjá þeim sem ekki ná bata.
- Þau grunsamleg tilfelli sem ná fullnægjandi bata án sjúkdómsgreiningar verða áfram talin grunsamleg tilfelli.
- Grunsamlegt tilfelli sem deyr og engin krufning er gerð í kjölfarið verður áfram flokkað „grunsamlegt" nema að sjúklingurinn hafi tengst smitleið sjúkdómsins sem var skilgreind áður en hann veiktist.
- Sé krufning gerð og engin merki um RDS finnast skal tilfellið afskráð sem HABL.

7. apríl, 2003

Sóttvarnalæknir

Ný stjórn Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar

Á aðalfundi Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar sem haldinn var í húsnæði Nesstofusafns Bygggörðum 7 Seltjarnarnesi var kosin ný stjórn í félaginu. Stjórnina skipa nú: **Atli Þór Ólason** bæklunarlæknir formaður, **Vilhelmína Haraldsdóttir** blóðsjúkdómalæknir ritari, **Óttar Guðmundsson** geðlæknir gjaldkeri, **Kristín Einarsdóttir** lyfjafræðingur meðstjórnandi og **Þórunn Guðmundsdóttir** sagnfræðingur meðstjórnandi.

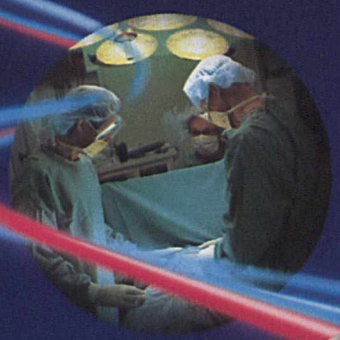
Dynastat (parecoxib)
Samantekt á eiginleikum lyfs (styttur texti) fyrir Dynastat (parecoxib). Dynastat 20 mg og 40 mg stungulyfsstofn, lausn. Dynastat 40 mg stungulyfsstofn og leysir, lausn. Hvert hettuglas inniheldur 20 mg og 40 mg parecoxib (sem 21,18 mg og 42,36 mg parecoxibnatrium) til blöndunar. **Ábendingar:** Til skammtíma meðferðar við verkjum eftir aðgerð. **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður skammtur er 40 mg í æð (IV) eða í vöðva (IM) og síðan 20 mg eða 40 mg á 6 til 12 klst. fresti eftir þörfum, mest 80 mg/sólarhring. IV inndælingu má gefa hratt og beint í bláæð eða í IV æðalegg sem er til staðar. IM inndælingu skal gefa hægt og djúpt í vöðvann. *Aldraðir:* Venjulega þarf ekki að breyta skömmtum hjá öldruðum sjúklingum (≥65 ára). Hjá öldruðum sjúklingum sem vega innan við 50 kg skal þó hefja meðferð með helmingi venjulegs ráðlagðs skammts Dynastat og minnka hámarks dagsskammt í 40 mg. Venjulega þarf ekki að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægt skerta lifrarstarfsemi (5-6 á Child-Pugh kvarða). Hefja skal meðferð með Dynastat gætilega og með helmingi venjulega ráðlagðs skammts hjá sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi (7-9 á Child-Pugh kvarða) og minnka hámarks dagsskammt í 40 mg. Á grundvelli lyfjahvarfa þarf ekki að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun 30-80 ml/mín.) eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun < 30 ml/mín.). Hins vegar skal gæta varúðar hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi og sjúklingum sem kann að vera hætt við vökvasöfnun. *Börn og unglingar:* Ekki mælt með notkun. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Saga um ofnæmi fyrir sulfonamidum. Sjúklingar sem hafa fengið berkjukrampa, bráða nefslímubólgu, nefsepa (nasal polyps), ofsabjúg, ofsakláða eða ofnæmi eftir notkun asetýlsalisýlsýru eða bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) eða annarra sértækra cyclooxygenasa-2 (COX-2) hemla. Alvarlega skert lifrarstarfsemi (> 9 á Child-Pugh kvarða). Virkt magasár eða blæðingar í meltingarvegi. Bólgusjúkdómur í görnum. Alvarleg hjartabilun. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Takmörkuð klínísk reynsla er af meðferð með Dynastat lengur en í tvo daga. Notkun Dynastat hefur verið rannsökuð við munnhols-, bæklunar-, kvensjúkdóm- (einkum legnám) og kransæðahjáveituaðgerðir. Lítil reynsla er í tengslum við aðrar aðgerðir, til dæmis meltingarfæra og þvagfæraaðgerðir. Eftir markaðssetningu valdecoxibs hefur verið greint frá ofnæmi (bráðaofnæmi og ofsabjúg) og ekki er unnt að útiloka að þetta geti komið í tengslum við parecoxib. Í sumum tilvikum hefur verið um að ræða sjúklinga með sögu um ofnæmi fyrir sulfonamidum. Nota skal Dynastat með varúð til meðferðar við verkjum eftir kransæðahjáveituaðgerð vegna þess að þeir sjúklingar kunna að vera í meiri hættu á að fá aukaverkanir á borð við heilaæðaáfall, skerta nýrnastarfsemi eða fylgikvilla í bringubeinssári, einkum þeir sem hafa sögu um heilaæðasjúkdóm eða eru með líkamsþyngdarstuðul > 30 kg/m². Vegna þess að hömlun á nýmyndun prostaglandina getur leitt til versnunar nýrnastarfsemi og til vökvasöfnunar, skal gæta varúðar þegar Dynastat er gefið sjúklingum sem eru með skerta nýrnastarfsemi eða háþrýsting og sjúklingum sem eru í hættu hvað varðar hjarta- eða lifrarstarfsemi eða er af öðrum orsökum hætt við vökvasöfnun. Í upphafi meðferðar með Dynastat skal gæta varúðar hjá sjúklingum sem eru með vessaþurrð. Í slíkum tilvikum er mælt með því að sjúklingunum sé fyrst gefinn vökvi og meðferð með Dynastat síðan hafin. Dynastat getur dulið hækkaðan líkamshita. Í einstökum tilvikum hefur verið lýst versnun sýkinga í mjúkvefjum í tengslum við notkun bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) og í rannsóknum á Dynastat, öðrum en klínískum. Fylgjast skal með skurðsári með tilliti til vísbendinga um sýkingu hjá sjúklingum sem gangast undir skurðaðgerð og fá Dynastat. Gatmyndun, sár og blæðingar í efri hluta meltingarvegar hafa komið fyrir hjá sjúklingum sem fengið hafa meðferð með Dynastat. Því skal gæta varúðar varðandi sjúklinga sem hafa sögu um gatmyndun, sár eða blæðingar í efri hluta meltingarvegar. Vegna þess að Dynastat hefur ekki áhrif á blóðflögur kemur það ekki í stað asetýlsalisýlsýru sem fyrirbyggjandi meðferð við hjarta- og æðasjúkdómum. Gæta skal varúðar þegar Dynastat er gefið samtímis warfarini. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki er mælt með notkun Dynastat fremur en öðrum lyfjum sem vitað er að hamla COX-2, handa konum sem hyggjast verða þungaðar. Hvorki ætti að nota Dynastat fyrstu tvo þriðjunga meðgöngu né við fæðingu nema hugsanlegur ávinningur fyrir sjúklinginn vegi þyngra en hugsanleg áhætta fyrir fóstrið. Dynastat má ekki nota á síðasta þriðjungi meðgöngu. Ekki ætti að nota Dynastat handa konum sem hafa barn á brjósti. **Milliverkanir:** Fylgjast skal með segavarnarmeðferð, einkum fyrstu dagana eftir að meðferð með Dynastat hefst hjá sjúklingum sem nota warfarin eða svipuð lyf. Dynastat hafði hvorki áhrif á hömlun blóðflögusamloðunar sem verður fyrir tilstilli asetýlsalisýlsýru né blæðingatíma. Klínískar rannsóknir benda til þess að gefa megi Dynastat samtímis litlum skömmtum af asetýlsalisýlsýru (≤325 mg). Samtímis notkun parecoxibnatríums og heparins hafði ekki áhrif á lyfhrif heparins samanborið við heparin eitt og sér. Bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID) geta dregið úr verkun þvagræsilyfja og háþrýstingslyfja. Svo sem við á um bólgueyðandi gigtarlyf getur verið meiri hætta á bráðri, skertri nýrnastarfsemi þegar ACE-hemlar eða þvagræsilyf eru gefin samtímis parecoxibnatríum. Á það hefur verið bent að samtímis notkun bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) og ciclosporins eða tacrolimus kunni að auka eiturverkanir ciclosporins og tacrolimus á nýru. Fylgjast á með nýrnastarfsemi þegar parecoxibnatríum er gefið samtímis öðru hvoru þessara lyfja. Nota má Dynastat samtímis sterkum (opioid) verkjalyfjum. Þegar Dynastat var gefið samtímis morfíni var unnt að minnka skammt morfíns (um 28-36%) án þess að drægi úr klínískri verkjastillingu. *Minnka þarf skammta* þegar það var gefið samtímis fluconazoli. Áhrif ensímhvötunar hafa ekki verið rannsökuð. Parecoxib umbreytist hratt fyrir tilstilli vatnsrofs, í virka umbrotsefnið valdecoxib. Vera má að umbrot valdecoxibs aukist við samtímis notkun ensímhvetjandi lyfja, til dæmis rifampicins, phenytoins, carbamazepins og dexamethasons. Gæta skal varúðar við samtímis notkun Dynastat og lyfja sem einkum umbrotna fyrir tilstilli CYP2D6 og hafa þröngt lækningalegt bil (t.d. flecainid, propafenon, metoprolol). Gæta skal varúðar þegar Dynastat er gefið samtímis lyfjum sem vitað er að eru hvarfefni CYP2C19 (t.d. omeprazol, phenytoin, diazepam og imipramin). Leggja skal mat á fullnægjandi eftirlit með eiturverkunum tengdum methotrexati, þegar þessi tvö lyf eru gefin samtímis. Fylgjast á náið með sermisþéttni litíums í upphafi meðferðar með parecoxibnatríum og þegar meðferð með parecoxibnatríum er breytt, hjá sjúklingum sem nota litíum. *Svæfingalyf til innöndlingar:* Notkun parecoxibnatríums 40 mg IV samtímis propofoli eða midazolami hafði hvorki áhrif á lyfjahvörf né lyfhrif IV propofols eða IV midazolams. IV gjöf parecoxibnatríums 40 mg hafði engin marktæk áhrif á lyfjahvörf IV fentanyls og IV alfentanyls. *Svæfingalyf til innöndunar:* Engar formlegar milliverkanarannsóknir hafa verið gerðar. Í rannsóknum í tengslum við aðgerðir, þar sem parecoxibnatríum var gefið fyrir aðgerð, sáust engar vísbendingar um milliverkanir á lyfhrif hjá sjúklingum sem fengu parecoxibnatríum og köfnunarefnisoxíð eða isofluran sem eru svæfingalyf til innöndunar. **Aukaverkanir:** Hlutfall sjúklinga sem hættu meðferð vegna aukaverkana í þessum rannsóknum var 5,0% hjá sjúklingum sem fengu Dynastat og 4,3% hjá sjúklingum sem fengu lyfleysu. Algengar (≥1/100, < 1/10): Háþrýstingur, lágþrýstingur, bakverkur, bjúgur á útlimum, tilfinningarðoði, tannholubeinbólga, meltingartruflun, vindgangur, aukið kreatínín, blóðkalíumlækkun, æsingur, svefnleysi, blóðleysi í kjölfar aðgerðar, kokbólga, skert öndun, kláði, þvagþurrð. Sjaldgæfar (≥1/1.000, < 1/100): Versnun háþrýstings, óeðlilegt og sermiskennt frárennsli úr bringubeinssári, sýking í sári, maga- og skeifugarnarsár, hægtaktur, aukið SGOT, aukið SGPT, aukið blóðnitur, flekkblæðingar, blóðflagnafæð, heilaæðakvillar. Greint hefur verið frá eftirtöldum mjög sjaldgæfum, alvarlegum aukaverkunum í tengslum við bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID) og er ekki unnt að útiloka að þær komi fyrir af völdum Dynastat: Bráð nýrnabilun, hjartabilun, ofnæmislost, berkjukrampar, lifrarbólga. Eftir markaðssetningu hefur verið greint frá eftirtöldum aukaverkunum í tengslum við notkun valdecoxib og ekki er unnt að útiloka að þetta geti komið fyrir í tengslum við parecoxib: Bráðaofnæmi, ofsabjúgur, regnbogaroðasótt (erythema multiforme), skinnflagningsbólga (exfoliative dermatitis), Steven-Johnson heilkenni og eitrunardrep í húð (toxic epidermal necrolysis). **Leiðbeiningar um notkun og meðhöndlun:** Leysar sem nota má til blöndunar Dynastat eru: Natríumklóríð 9 mg/ml (0,9%). Glúkósa 50 g/l (5%) innrennslislyf, lausn. Natríumklóríð 4,5 mg/ml (0,45%) og glúkósa 50 g/l (5%) stungulyf, lausn. Fullbúin lausnin er tær og litlaus. Eftir blöndun á að skyggna hana með tilliti til agna og mislitunar, fyrir lyfjagjöf. Eftir blöndun með viðeigandi leysi má **einungis** gefa Dynastat með IV eða IM inndælingu eða í IV æðaleggi sem um flæðir: Natríumklóríð 9 mg/ml (0,9%). Glúkósa 50 g/l (5%) innrennslislyf, lausn. Natríumklóríð 4,5 mg/ml (0,45%) og glúkósa 50 g/l (5%) stungulyf, lausn. Ringerlaktat stungulyf, lausn. **Pakkningar og verð 1.apríl 2003:** Stungulyfsstofn, lausn 20 mg eða 40 mg: 10 hettuglös-11.267 kr.(heildsöluverð án vsk.7087 kr.) Stungulyfsstofn, lausn + leysir 40 mg: 5 hettuglös og 5 lykjur með 2 ml af natríumklóríð 9 mg/ml (0,9%)-6310 kr.(heildsöluverð án vsk. 3682 kr.) **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Handhafi markaðsleyfis:** Pharmacia Europe EEIG, Hillbottom Road, High Wycombe, Buckinghamshire, HP12 4PX, Bretland. **Umboðsaðili á Íslandi:** PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ. Sími: 535 7000 Fax: 565 9085. Samantekt á eiginleikum Dynastat í fullri lengd (frá 23. október 2002) er hægt að nálgast hjá Pfizer, PharmaNor.

Pfizer

Dynastat parecoxib

Fyrsti COX-2 hemillinn sem stungulyf

Dynastat® parecoxib



Verkun
fæst á **7-13** *mínútum*



Varir
í allt að **12** *klst.*

- *Hefur ekki áhrif á samloðun blóðflagna*
- *Tíðni magasára svipuð og hjá þeim sem fengu lyfleysu*
- *Minnkar morfínnotkun um 28-36%*

Dynastat® parecoxib

Virkar hratt...Varir lengi

Lyfjatexti á bls. 445

Pfizer

Heilbrigðismál á kosningavetri

Hvað greinir flokkana á um?

– Lausleg úttekt á stefnu flokkanna í heilbrigðismálum sem ekki hafa verið ýkja áberandi í kosningabaráttunni

Í UNDANFÖRNUM tölublöðum Læknablaðsins hefur verið rætt við lækna um heilbrigðismál og hvað þeir telja brýnast að lagfæra í þessum umfangsmikla málaflokki. Hér á eftir verður dregið saman það helsta sem viðmælendur blaðsins hafa nefnt til sögunnar og borið saman við þá stefnu sem stjórnmálaflokkar og frambjóðendur þeirra hafa haldið á lofti í kosningabaráttunni.

Fyrst verður þó að segja þá sögu eins og hún er að blaðamanni finnst furðu lítið hafa farið fyrir umræðu um heilbrigðismál í þessari kosningabaráttu. Umræða um skatta, sjávarútveg og velferðarmál önnur en heilbrigðismál hafa verið mest áberandi, að ógleymdum deilum um stríðið í Írak og starfshætti í stjórnarráðinu. Þetta tómlæti um heilbrigðismál hlýtur að sæta furðu þar sem enginn málaflokkur kostar skattgreiðendur jafnmikið. Rekstur heilbrigðiskerfisins gleypir fjórðung ríkisútgjaldanna og ef tryggingamálin eru tekin með fer hlutfallið upp í 40% eða þar um bil.

Því er þó engan veginn þannig farið að flokkarnir þegi þunnu hljóði um þennan málaflokk. Í stefnuskrám þeirra allra og öðrum kosningaplöggum er að finna misítarlegar yfirlýsingar og útfærslur á því hvað þeir hyggjast fyrir nái þeir að komast til áhrifa í stjórn landsins. Hér á eftir verður stuðst við slík plögg, auk þess sem vitnað verður til ummæla sem féllu á fundi sem Læknaráð Landspítalans boðaði til í byrjun apríl og bauð til fulltrúum alla flokka.

Heilsugæslan, aldraðir og nýr spítali

Þegar litið er yfir viðtölin við læknana fjóra sem birst hafa hér í blaðinu stendur eitt atriði upp úr: Það verður að efla heilsugæsluna á höfuðborgarsvæðinu. Allir læknar finna fyrir því að þar er pottur brotinn, meira að segja þeir sem starfa á hátækniskurðdeild Landspítalans lenda oft í því að sinna fyrrverandi sjúklingum sem leita til þeirra með ólíklegustu vandamál vegna þess að þeir eru eini snertiflöturinn sem þeir hafa við heilbrigðiskerfið. Stór hluti íbúa höfuðborgarsvæðisins hefur ekki greiðan aðgang að heimilislækni sem er að sjálfsögðu óviðunandi ástand.

Annað atriði sem allir viðmælendur blaðsins nefndu var nauðsyn þess að taka á í öldrunarmálunum. Hátt á annað hundrað sjúkrarúma á Landspítalanum (og raunar einnig á FSA) er á hverjum tíma upptekið af öldruðu fólki sem með réttu ætti að liggja á hjúkrunarheimili en kemst ekki að vegna



Fundur Læknaráðs Landspítalans með fulltrúum stjórnmálaflokkanna. Sverrir Bergmann formaður Læknaráðs í pontu en síðan koma þau Jónína Bjartmarz, Guðmundur Árni Stefánsson, Margrét Sverrisdóttir, Steingrímur J. Sigfússon og Geir H. Haarde.

þess að uppbygging slíkra heimila gengur hægar en skyldi. Þetta setur að sjálfsögðu strik í reikning spítalans því plássið og vinnukraftinn sem þarf til að sinna þessu fólki mætti nýta á annan hátt.

Þriðja atriði sem oft var nefnt í viðtölunum við læknana er framtíð Landspítalans en eins og kunnugt er hefur verið tekin um það ákvörðun að hann skuli vera við Hringbraut. Þar blasir við að reisa þarf ný hús og laga önnur til fyrir nokkra tugi milljarða. Engin ákvörðun hefur verið tekin um það hvenær hafist skuli handa við byggingarframkvæmdir.

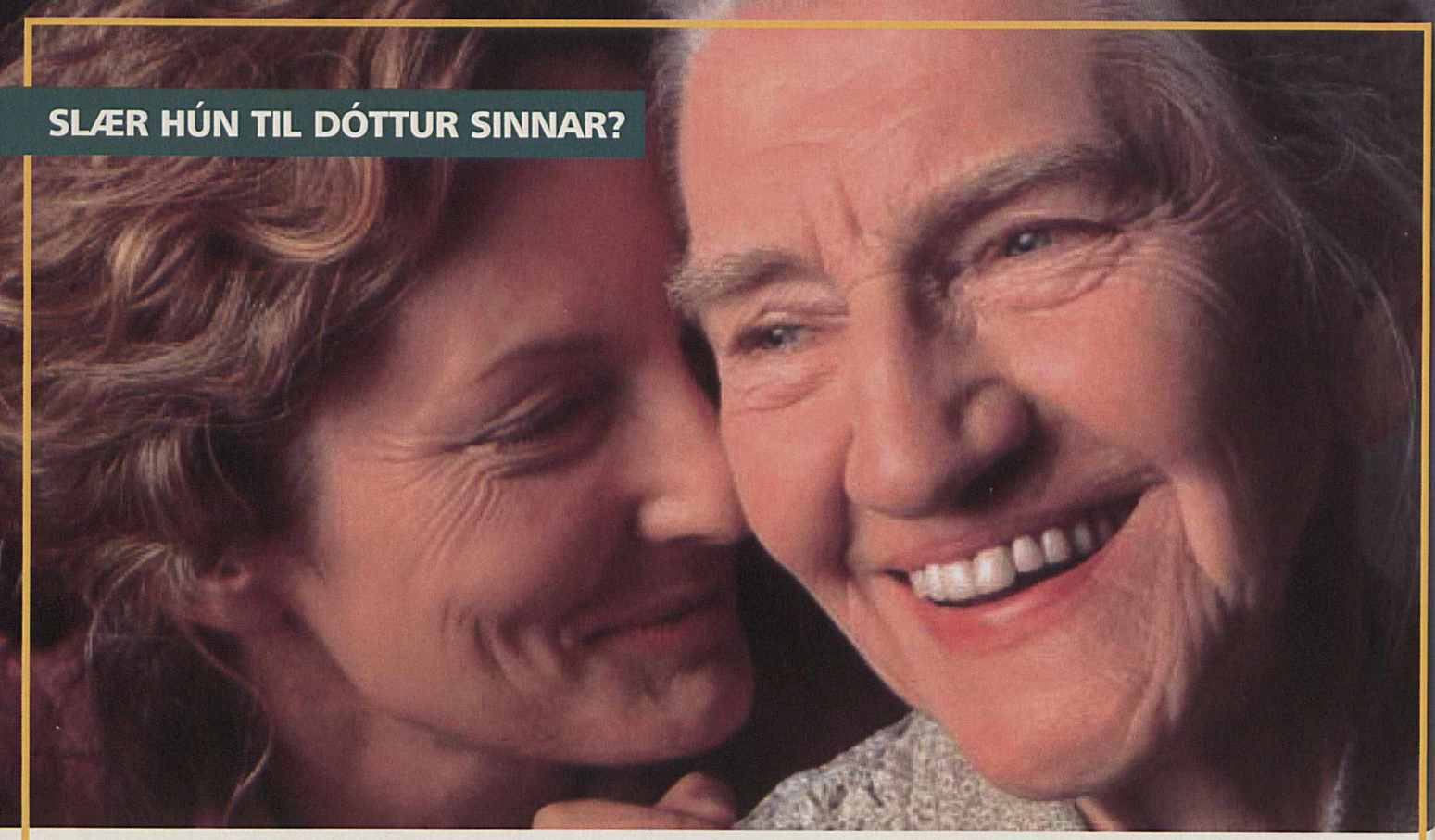
Ýmis fleiri atriði bar á góma í viðtölum við læknana, svo sem að mörkuð verði stefna um það hvar eigi að veita hvaða þjónustu. Einkarekstur og verktaka lækna er þeim líka hugleikin, einkum að stjórnvöld leiti nýrra leiða og opni fyrir ný rekstrarform. Þeir voru hins vegar ekki endilega á því að einkarekstur væri ávallt hagkvæmari og betri en opinber en að úr því yrði ekki skorið fyrr en látið yrði reyna á það.

Allir sammála um meginmarkmiðin

Sá lauslegi samanburður sem blaðamaður gerði á skoðunum læknanna fjögurra og flokkanna fimm sýnir að um mörg veigamestu atriði heilbrigðismála ríkir furðumikil eindrægni. Vissulega greinir menn og flokka á um leiðir og aðferðir en meginmarkmiðið er það sama: Allir telja það skyldu ríkisvaldsins að tryggja öllum þegnum jafnan rétt til og aðgang að heilbrigðisþjónustu og að hún skuli vera sú besta sem völ er á hverju sinni.

Sömuleiðis eru allir þeirrar skoðunar að heilsu-

Þröstur Haraldsson



Risperdal® – gefur ÞEIM BETRI stundir saman

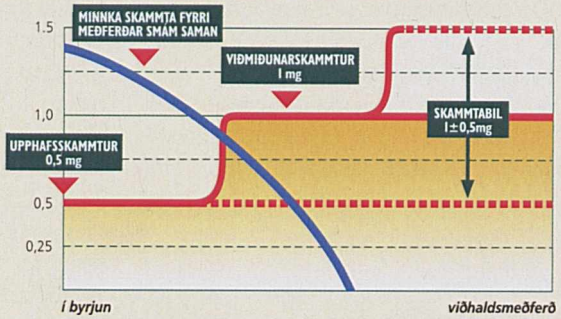
RISPERIDONE

Marktækur bati miðað við fyrri meðferð[1,2]

EINKENNI	% sjúklinga með marktækan bata
Ofskynjanir	72
Ranghugmyndir	71
Árásargirni	71
Æsingur	70
Munnsöfnuður	68
Kvíði	62

Hlutfall sjúklinga í 6 mánaða rannsókn á risperidone meðferð hjá öldruðum sjúklingum. Sjúklingarnir voru frá 57 og upp í 98 ára að aldri og flest allir höfðu fleiri en eitt þessara einkenna.
Helmingur sjúklinganna höfðu ekki verið áður á neuroleptika, helmingur svaraði ekki meðferð með hefðbundnum sterkum geðlyfjum (haloperidol, thioridazine, perphenazine, thiothixene, loxapine, chlorpromazine, molindone). Fjöldi sjúklinga með bata var sá sami í báðum hópum.

Skammtaleiðbeiningar í tilraunum[1,2]



- **Byrjað á 0.25 - 0.5 mg/dag**
- **Hækkað í 1 mg í fyrsta lagi eftir 2 daga**
- **Viðmiðunarskammtur 1±0.5mg/dag**
- **Skammtar fyrri meðferðar minnkaðir smám saman**
- **EPS af völdum eldri geðlyfja gat verið viðvarandi í marga mánuði**

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

Eiginleikar: Risperidón er geðlyf (neurolepticum) af flokki benzíoxazólafleiða. Það er sértækur mónóamínvirkur blokki, sem hefur mikla sækni í serótónínvirka 5-HT_2- og dópamínvirka D_2-viðtaka **Ábendingar:** Bráðar og langvinnar geðtruflanir (psýkósur) vegna geðklofa. Geðtruflanir sem líkjast geðklofa (schizopreniform disorder). Risperdal er einnig ætlað til langtíma notkunar til þess að koma í veg fyrir að sjúkdómurinn taki sig upp að nýju hjá sjúklingum með langvinnan geðklofa. **Frábendingar:** Ofnæmi af barbitúrsýrusamböndum, ópíótum eða áfengi. **Varúð:** Lifrar- og nýrnasjúkdómur. Flogaveiki. Krampar. Parkinsons sjúkdómur. Hjartabilun. Útbreidd æðakölkun. Stöðubundinn lágþrýstingur. **Aukaverkanir:** Algengasta aukaverkunin er svefnleysi (allt að 13%). **Algengar (>1%):** Almennar: Höfuðverkur. Þyngdaraukning. Hjarta- og æðakerfi: Lágþrýstingur (þar með talinn stöðubundinn lágþrýstingur), hraðtaktur (þar með talinn reflex hraðtaktur) eða háþrýstingur. Miðtaugakerfi: Svefnleysi. Æsingur. Hræðsla og þreyta. Syfja, svimi, minnkuð einbeitingarhæfni. Aukin munnvatnsframleiðsla, extrapýramídal einkenni. Innkirtlar: Minnkuð kyngeta karla, seinkun á sáðláti. Óeðlileg mjólkurmyndun. Tíðastopp, auknar tíðablæðingar og truflanir á tíðahring. Meltingarfæri: Hægðatregða, meltingartruflanir, ógleði, uppköst og kviðverkir. Húð: Útbrot. Öndunarfæri: Bólgur í nefi. Augu: Þokusýn. **Milliverkanir:** Lyfið getur minnkað virkni levódópa og annarra dópamínvirkra lyfja. Karbamazepín lækkar blóðstyrk virks umbrotsefnis risperidóns. Svipuð áhrif má sjá af öðrum lyfjum sem hvetja efnaumbrot í lifur. Ef meðferð með karbamazepíni eða öðrum lyfjum sem hvetja efnaumbrot í lifur er hætt, skal lækka skammta risperidóns. Ef lyfin flúoxetín eða paroxetín eru gefin með, getur þurft að breyta skömmtun risperidóns. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Lyfið má gefa einu sinni eða tvisvar á dag. Skammtar eru hækkaðir smám saman vegna hættu á stöðubundnum lágþrýstingi. Upphafsmeðferð er 2 mg á dag. Á öðrum degi má auka skammtinn í 4 mg á dag. Síðan er skammtur einstaklingsbundinn eftir einkennum. Hægt er að auka skammtinn á lengri tíma ef það er læknisfræðilega æskilegt. Algengur viðhaldsskammtur er 4-6 mg á dag. Sumir sjúklingar hafa gagn af lægri skömmtum. Hámarksskammtur er 16 mg á dag. **Aldraðir:** Ráðlagður upphafsskammtur er 0,5 mg 2 sinnum á dag. Skammtinn má leiðrétta einstaklingsbundið með 0,5 mg 2 sinnum á dag að 1 til 2 mg 2 sinnum á dag. Aldraðir þola lyfið vel. Skipti af annarri geðlyfjameðferð: Þegar meðferð með risperidóni er hafin í stað annarra geðlyfja, skal minnka skammta fyrri meðferðar smám saman til að forðast fráhvarfseinkenni. Þegar meðferð með risperidóni er hafin í stað geðlyfja með forðaverkun, þarf engan aðlögunartíma og risperidón er gefið strax í stað fyrri meðferðar. Nauðsyn þess að halda áfram andkólínvirkri lyfjameðferð skal endurmeta reglulega. **Skammtastærðir handa börnum:** Börn eldri en 15 ára: Sömu skammtar og handa fullorðnum. Börn yngri en 15 ára: Engin reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum yngri en 15 ára. **Athugið:** Lyfið getur haft áhrif á viðbragðsflýti og ber að hafa það í huga við akstur bifreiða eða stjórnun annarra vélknúinna tækja. **Blöndun:** Mixtúruna má blanda í heita og kalda drykki aðra en áfenga drykki og te, t.d. gosdrykki, appelsínusafa, sódavatn, heitt kaffi eða mjólk. **Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá. Pakkningar og hámarksverð 1. 12. 2002.**

Mixtúra 1 mg/ml: 100 ml — 15.366 kr. **Töflur 0,5 mg:** 20 stk. — 1.948 kr. **Töflur 1 mg:** 6 stk. — 1089 kr. / 60 stk. — 7.498 kr. **Töflur 2 mg:** 60 stk. — 13.730 kr. **Töflur 3 mg:** 60 stk.— 19.706 kr. **Töflur 4 mg:** 60 stk. — 25.343 kr. **Töflur 6 mg:** 28 stk. — 18.464 kr.

1. Goldberg RJ, Goldberg J: Antipsychotics for dementia-related behavioral disturbances in elderly institutionalized patients. Clinical Geriatrics. 1996;4(2): 58-68.
2. Goldberg RJ. Risperidone for dementia-related disturbed behavior in nursing home residents: A clinical experience. International Psychogeriatrics, Vol. 9, No. 1, 1997 pp 65-68, Richard J. Goldberg and Jenna Goldberg.

JANSSEN-CILAG

THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 - 110 Reykjavík - Sími 530 7100

gæsluna þurfi að bæta, einkum á höfuðborgarsvæðinu. Og enginn efast um réttmæti þess að byggja myndarlega yfir Landspítalann við Hringbraut. Á fundinum sem áður er vitnað til gættu fulltrúar núverandi stjórnarflokka þess vel að nefna engar tímasetningar. Fulltrúar stjórnarandstöðunnar voru einnig varkárir en þó nefndu Steingrímur J. Sigfússon formaður Vinstrigrænna og Guðmundur Árni Stefánsson þingmaður Samfylkingarinnar að raunhæft væri að ákvarðanataka og undirbúningur framkvæmda tæki tvö til fjögur ár, framkvæmdir gætu hafist fyrir lok þessa áratugar og lokið á fimm til 10 árum.

Þótt stöku maður hafi gælt við þá hugsun að opna fyrir þann möguleika að sjúklingar geti keypt sig framhjá biðlistum þá er ekkert slíkt að finna í kosningastefnuskrám flokkanna. Þar eru hins vegar alls staðar yfirlýsingar um að biðlistar séu óviðunandi og að þá beri að stytta. Framsóknarflokkurinn vill stefna að því að hámarksbið verði aldrei lengri en sex mánuðir og Vinstrigrænir nefna sérstaklega biðlista eftir langtímameðferð vímuefnaneytenda og greiningu og meðferð barna og unglinga með geðraskanir.

Ágreiningur um leiðir

Vilji menn finna hvar flokkana greinir á er rétt að skoða leiðirnar sem þeir vilja fara að markmiðunum. Þó ber að geta þess að á Landspítalafundinum voru allir sammála um réttmæti kostnaðargreiningar og þörfina á því að breyta fjármögnun spítalarekstrarins. Þegar fulltrúar flokkanna voru spurðir um hvort þeir væru reiðubúnir að leita nýrra leiða til að fjármagna byggingu framtíðarspítalans skildu leiðir. Stjórnarflokkarnir vildu ekki útiloka að einkaframkvæmd eða alútboð gætu flýtt framkvæmdum en stjórnarandstaðan var nokkuð sammála um að réttast væri að ríkið fjármagnaði framkvæmdina af fjárlögum eða með lántöku.

Einn fundarmanna gat hins vegar ekki stillt sig um að benda fulltrúum flokkanna á að loforð þeirra um skattalækkanir færu langleiðina í að fjármagna bygginguspítalans í einum rykk.

Sama máli gegnir um leiðir til að efla heilsugæsluna. Þar eru skoðanir flokkanna töluvert skiptar. Sjálfstæðisflokkurinn „leggur sérstaka áherslu á fjölbreytt rekstrarform og valmöguleika í heilsugæslu". Hinn stjórnarflokkurinn vill efla heilsugæsluna „sem grundvöll heilbrigðisþjónustu í landinu og ljúka uppbyggingu hennar á höfuðborgarsvæðinu. Rekstrarformum í heilsugæslunni verði fjölgað til að styrkja þjónustuna og stuðla að hagkvæmni í rekstri."

Samfylkingin segir að rekstrarform þurfi að velja með tilliti til aðstæðna hverju sinni og bætir svo við: „Forsenda verktöku og rekstrar einkaaðila á þessum sviðum (heilbrigðis- og menntamálum) er ætíð að ekki sé hægt að kaupa sér forgang, þjónusta rýrni ekki, kostnaður sjúklinga aukist ekki og kostnaður ríkisins minnki." Frjálslyndir ræða ekki um rekstrarform í stefnuskrá sinni en Margrét Sverrisdóttir sagði á Landspítalafundinum að einkarekstur leiddi ekki endilega til aukinnar hagkvæmni. Vinstrigrænir vara hins vegar við „einkavæðingu sem hefur í för með sér bæði mismunun og lélega nýtingu fjármuna í heilbrigðiskerfinu".

Hver á að hjúkra öldruðum?

Eins og áður segir eru flokkarnir sammála um nauðsyn þess að fjölga hjúkrunarheimilum fyrir aldraða. Þjóðin sé að eldast og við því þurfi að bregðast. Hins vegar eru meiningar nokkuð deildar um það hver eigi að bregðast við.

Landsfundur Sjálfstæðisflokksins samþykkti ályktun þess efnis að ábyrgð á öldrunarþjónustu eigi að vera hjá sveitarfélögunum. Geir H. Haarde fjármálaráðherra sagði á Landspítalafundinum að sveitarfélögin hefðu hag af því í núverandi kerfi að ýta öldruðum úr heimaþjónustu yfir í önnur og dýrari þjónustuform. Þetta væri ekki heppilegt og brýnt að setja einhverjar reglur um það hver bæri ábyrgð á þjónustu við aldraða og hvar hún væri veitt. Ef niðurstaðan yrði sú að hún væri best komin hjá sveitarfélögunum þyrftu þau að fá fjármuni til að standa undir kostnaði við hana. Einnig væri athugandi að setja reglur um það hver eigi að borga fyrir þá einstaklinga sem ekki eru á réttum stað í kerfinu.

Aðrir fulltrúar flokkanna tóku undir þau orð að skoða þyrfti verkaskiptingu ríkis og sveitarfélaga á sviði öldrunarþjónustu en höfðu fyrirvara á því að það gæti gerst mjög hratt.

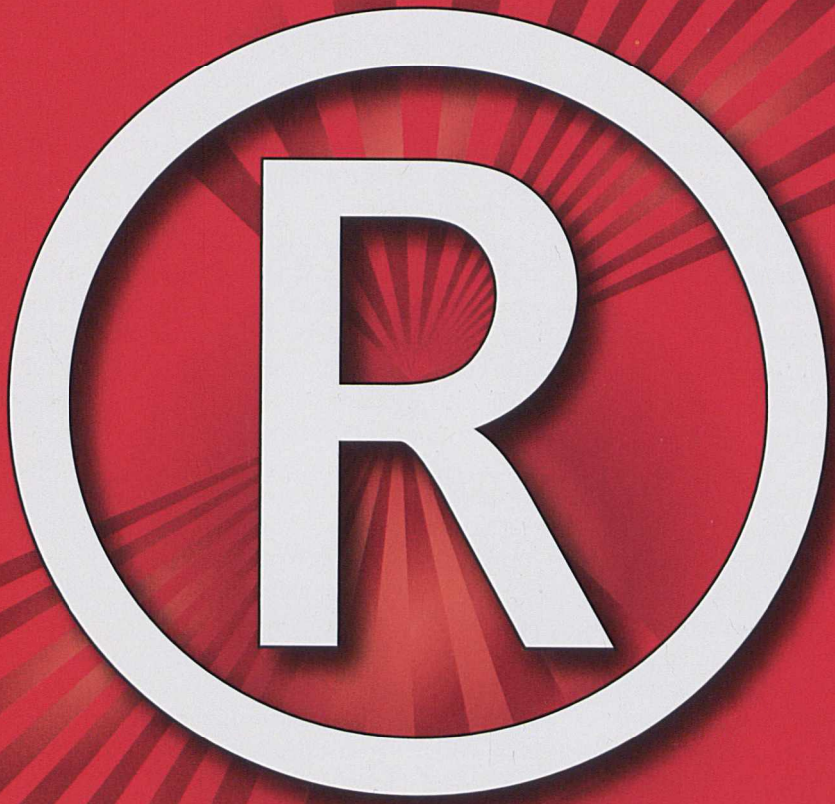
Jónína Bjartmarz frá Framsóknarflokki sagði brýnt að ákvarða hvað ætti að gera hvar og hélt því fram að forsenda slíkrar stefnumótunar væri að kostnaður við heilbrigðisþjónustu væri greindur og fjárframlög til stofnana löguð að því. Formaður Vinstrigrænna tók undir nauðsyn þess að setja skýrar reglur um hvað ætti að gera hvar.

Hver ræður?

Í lokin má nefna að einn fundarmanna varpaði fram þeirri fyrirspurn hvort stjórnmálamenn væru reiðubúnir að deila ábyrgðinni með heilbrigðisstéttum á þeim ákvörðunum sem þær taka upp á eigin spýtur núna. Jú, þeir voru svo sem ekki andvígir því en sáu þó þann hæng á að heilbrigðisstéttirnar væru margar og oft afar ósammála sem gerði stjórnmálamönnum erfitt fyrir um að ákveða hvað réttast væri að gera.

Þetta svar segir kannski mest um það hver ræður ferðinni í heilbrigðismálum þjóðarinnar. Ef þeir sem starfa í heilbrigðisþjónustunni bera gæfu til að standa saman að stefnumótun er engin hætta á því að stjórnmálamenn og flokkar þeirra þvælist verulega fyrir. Sameinaðir stöndum vér, eða hvað?

Ef þú vilt vera viss um að sjúklingurinn fái það lyf sem þú ávísar merktu það þá með ...



ÞANNIG FERÐ ÞÚ AÐ ...

Lyfseðill

Nafn sjúklings

Lyfseðill gildir til

Lyfseðill gildir í lengst 12 mánuði frá útgáfudegi.

Kennitala

Kvittun lyfjafr.

Heiti lyfs **LANZO®**

Styrkleiki

Ávísað magn

Lyfjaform

Wyeth Lederle Nordiska, 920025

Sýruhjúpuhylki; A 02 B C 03 R E

Hvert sýruhjúpuhylki inniheldur: Lansoprazolum INN 15 mg eða 30 mg.

Ábendingar: Sársjúkdómur í skeifugörn og maga. Bólga í vélinda vegna bakflæðis. Zollinger- Ellisonheilkenni. Æskilegt er að þessar greiningar séu staðfestar með röntgen eða speglun. Fyrirbyggjandi vegna aukinnar hættu á ópægindum, eins og sársjúkdómi í maga, vélinda eða skeifugörn, fleiðri í maga og/eða skeifugörn eða meltingartruflunum, við meðferð með bólgueyðandi gigtarlyfjum. Langtímanotkun við bólgu í vélinda vegna bakflæðis eða við endurteknum sárum í skeifugörn. Uppræting á Helicobacter pylori úr efri hluta meltingarfæra hjá sjúklingum með sársjúkdóma, ásamt viðeigandi sýklalyfjum. **Einkennameðferð:** Meðferð brjóstsviðaeinkenna og einkenna vegna sýrubakflæðis við bakflæðissjúkdóm í vélinda og maga. **Frábendingar:** Engar þekktar. **Varúð:** Við skerta lifrarstarfsemi er helmingunartími lengdur og skammta getur þurft að minnka. **Meðganga og brjóstagjöf:** Klínísk reynsla af gjöf lyfsins á meðgöngutíma er lítil. Fósturskammdir hafa ekki komið fram við dýratilraunir. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk. **Aukaverkanir:** Algengar (>1%): Niðurgangur, ógleði, magaverkir, hægðatregða, uppköst, vindgangur. **Húð:** Útbrot. Sjaldgæfar (0,1-1%): Þreyta. **Milliverkanir:** Lyfið umbrotnar fyrir tilstilli cýtókróm P450 enzýma og gæti haft milliverkanir við diazepam, fenýtóín, teófýllín, warfarín, sýrubindandi lyf eða bólgueyðandi gigtarlyf. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Sýruhjúpuhylkin á að gleypa heil og má hvorki tyggja þau né mylja. Hins vegar má taema innihaldið úr hylkjunum og blanda því saman við kaldan vökva skömmu fyrir inntöku. Sjúklingum sem ekki er unnt að gefa Lanzo í inntöku er hægt að gefa Lanzo með magaslöngu. Innihaldi eins sýruhjúpuhylkis skal blandað í 5 ml af eplasafa og gefa í gegnum slönguna. **Skeifugarnarsár:** Venjulegur skammtur er 30 mg á dag í 4 vikur. Hafi sárið ekki gróið, má halda meðferð áfram í 2 vikur til viðbótar. **Bólga í vélinda vegna bakflæðis:** Venjulegur skammtur er 30 mg á dag í 4 vikur. Hafi sárið ekki gróið, má halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar. Fyrir þá sem ekki hafa náð fullum bata, má halda meðferðar er 60 mg einu sinni á dag. Meðhöndlun á góðkynja maga- og skeifugarnarsárum vegna bólgueyðandi gigtarlyfja og finun einkenna: Lanzo 15 mg eða 30 mg einu sinni á dag í 4 vikur. Hafi sárið ekki gróið, má halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar. Fyrir sjúklinga í sérstökum áhættuhópi eða með magasár sem gæti reynst erfitt að græða, ætti að nota hærri skammta og/eða lengri meðferðartíma. **Einkennameðferð:** Meðferð brjóstsviðaeinkenna og einkenna vegna sýrubakflæðis við sýklalyfjum: Amoxicillin 1 g tvisvar á dag, metrónídazól 400 mg tvisvar á dag, í 7 daga. **Zollinger Ellison heilkenni:** Ráðlagður skammtur í upphafi meðferðar er 120 mg sætti að skipta honum í tvær lyfjagjafir. **Einkennameðferð:** hæfilegan skammt hverju sinni og skal meðferðinni haldið áfram svo lengi sem nauðsyn krefur. Skammtur getur verið allt að 180 mg daglega. Fari dagskammtur yfir 120 mg sætti að skipta honum í tvær lyfjagjafir. **Einkennameðferð:** Venjulegur skammtur er 30 mg einu sinni á dag. Fyrir suma sjúklinga er 15 mg daglega nægjanlegur skammtur. Ef einkenni eru enn til staðar eftir 2-4 vikna meðferð ætti sjúkingur að gangast undir frekari rannsóknir.

Skammtastærðir handa börnum: Lyfið er ekki ætlað börnum. **Pakkningar og verð:** Sýruhjúpuhylki 15mg: 28 stk. (pynnupakkað); kr. 2.097. 56 stk. (pynnupakkað); kr. 3.051. 98 stk. (pynnupakkað): kr. 4.587. Sýruhjúphylki 30 mg: 28 stk. (pynnupakkað); kr. 3.070. 56 stk. (pynnupakkað); kr. 6.129.

Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 1. okt. 2002.

Austurbakki
Köllunarklettsvegi 2 104 Reykjavík

Wyeth

Ný heimasíða Læknafélags Íslands

Í VETUR opnaði LÍ nýja heimasíðu á slóðinni *www.lis.is* og tekur hún við af þeirri gömlu (*www.icemed.is*). Sem vefstjóra og notanda síðunnar langar undirritaðan að koma á framfæri nokkrum punktum til að hjálpa félaginu að byggja upp virðingarverðan og málefnalegan vef. Kerfið á bak við vefinn hefur undirritaður verið með í þróun síðastliðin þrjú ár og er það sérstaklega sniðið að þröfum félagasamtaka eins og LÍ er.

Aðgangsorð félagsmanna

Þeim félagsmönnum sem voru með skráð netfang við opnun síðunnar hafa þegar verið send aðgangsorð. Um 700 skeyti voru send út en 600 manns höfðu ekkert netfang. Þeim er bent á að hafa samband við skrifstofu LÍ til að fá aðgangsorð sitt. Við viljum biðja viðkomandi aðila um að byrja á því að skrá á sig rétt netfang þegar þeir tengjast síðunni. Það er gert með því að smella á *Mínar upplýsingar* á vinstri spássíu síðunnar. Mjög mikilvægt er að félagatalið innihaldi alltaf sem réttastar upplýsingar um félagsmenn, einkum netföng. Mikilvægar tilkynningar eru öðru hvoru sendar á póstlista vefsins og berast skiljanlega aðeins til þeirra sem hafa netfang sitt skráð.

Möguleikar vefsins

Hér er á ferðinni vefur af allt öðrum toga en sá gamli. Sú vefsíða var ekki „gagnvirk" efnisinnihald síðunnar var sett inn af ritstjóra einum og félagsmenn höfðu ekki möguleika á að koma á framfæri skoðunum sínum eða fyrirspurnum. Með nýju vefsíðunni geta allir félagsmenn LÍ tekið þátt í að móta efnið.

Greinar

Ritstjórar síðunnar sjá að mestu leyti um að vista nýjar greinar á heimasíðuna (svo sem fréttir og tilkynningar). Í suma greinaflokka geta allir félagsmenn lagt inn efni. Þar gætu menn til dæmis komið á framfæri ábendingum um áhugaverðar ráðstefnur eða bent á nýlegar rannsóknarniðurstöður.

Umræður

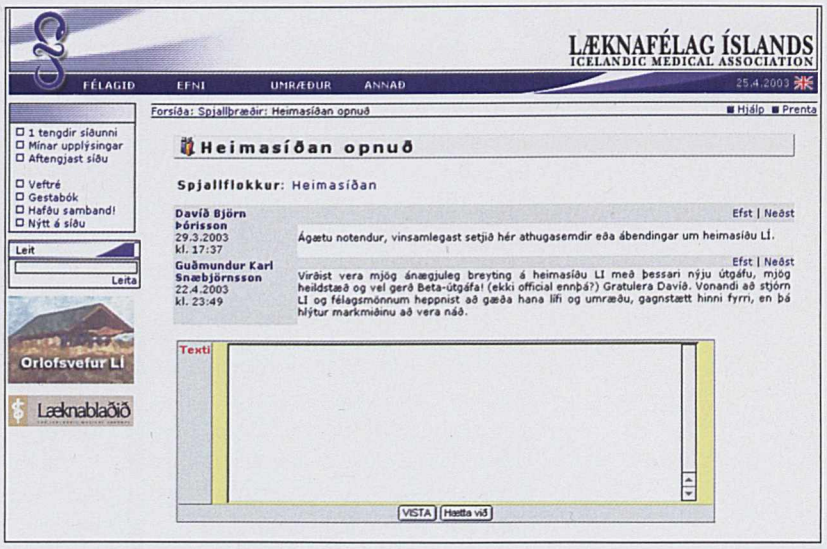
Á umræðuhluta vefsins hafa félagsmenn bestan möguleika á að koma á framfæri skoðunum sínum eða fyrirspurnum til annarra lækna. Vonast ég til að hér eigi eftir að skapast skemmtilegar og fróðlegar umræður, einkum er lúta að klínískum og praktískum atriðum þannig að aðrir geti fylgst með og lært af. Til dæmis gætu unglæknar leitað álits eldri lækna og sérfræðingar spurt kollega sína um nýjustu uppgötvanir eða meðferðir sjúkdóma. Ég tel umræðuvefinn vera mikilvægt tól í þeirri þróun sem nú er hafin á heimsvísu, þar sem læknar veita sjúklingum sínum bestu mögulegu meðferð hverju sinni með nýjum og fullkomnari samskiptaleiðum við kollega.

Tenglasafn

Tenglasafninu er skipt upp í flokka eftir sérgreinum læknisfræðinnar og er hugmyndin sú að læknar visti sjálfir áhugaverða tengla á sínu sviði. Allir notendur geta svo gefið einkunn og álit á viðkomandi tengil (það er heimasíðu). Þannig byggist smátt og smátt upp á vísum stað safn bestu tengla í hverri sérgrein og allir félagsmenn njóta góðs af.



Davíð B. Þórisson



Spjallrás um heimasíðu LÍ. Auðvelt er að slá inn athugasemd eða hugleiðingu og senda inn á síðuna.

Framtíð vefsins

Það er skoðun undirritaðs að nýr vefur LÍ hafi alla burði til að gjörbylta möguleikum félagsins á að koma á framfæri upplýsingum hvort sem er til félagsmanna sinna eða út á við til almennings. Við sem að vefnum stöndum vonumst til að félagsmenn taki í framtíðinni virkan þátt í uppbyggingu hans. Allar ábendingar um vefinn eru vel þegnar og hefur undirritaður opnað til þess nýjan umræðuþráð *Heimasíðan opnuð* á spjallþráðunum. Sjáumst þar!

Höfundur er læknanemi á sjötta ári og vefstjóri www.lis.is

Minning. Þorgeir Jónsson læknir



Fæddur
24. mars 1916

Dáinn
16. mars 2003

Við Þorgeir Jónson kynntumst fyrir hartnær 30 árum á Borgarspítalanum í Fossvogi þar sem við unnum báðir í þá daga, hann miðaldra læknir á geðdeildinni en sá sem þetta ritar ungur meinatæknir og spænskukennari í frístundum. Allt í einu stendur hann í dyrunum á fremsta herberginu á rannsóknadeildarganginum E-1 þar sem ég var við vinnu mína einn haustdag um hádegisbil – og mér fannst hann sæta færis að hitta mig einan – kynnir sig og réttir mér höndina og bætir við: „Ert þú ekki Steinar? Mér er sagt að þú kennir spænsku." Þannig varð Þorgeir í einu vetfangi orðinn nemandi minn í Námsflokkum Reykjavíkur og komst vel niður „í tungu Cervantesar og García Lorca" því námið rækti hann vel og lengi. Og meðan ég var erlendis við nám 1978-93 dreif hann sig í nýstofnað spænskunám í háskólanum, lauk þar því sem í boði var, en lét ekki þar við sitja því hann kom strax til mín aftur 1993 að læra meiri spænsku, í þetta sinn með áherslu á bókmenntirnar og hóf jafnframt ítölskunám af miklum áhuga.

Margir nemenda minna í Námsflokkunum voru þekktir borgarar, þroskað og menntað fólk, sumir nokkuð fullorðnir. En mér virtist áhuginn og ástundunin næstum aukast með hækkandi aldri og öldungarnir skipuðu sér í fremstu röð. Nokkrir þeirra eru nú fallnir frá eins og Ellý Vilhjálms söngkona, ástfangin af spænskunni, Jón Kristinsson, skólastjóri úr Kópavogi, sem lagði stund á ítölsku og glósaði með afar fallegri rithönd, og þarna voru líka tveir miklir lögmenn með ólíka skaphöfn, þeir dr. Gunnlaugur Þórðarson, afar hjartahlýr maður, og öðlingurinn Magnús Óskarsson borgarlögmaður, sem reyndist mér síðar sérstök hjálparhella. Þessir burtgengnu nemendur sýndu raunar allir kennaranum sínum mikla kurteisi, velvild og margvíslegan sóma. Minningin um þá er honum ákaflega kær.

Þorgeir var í námshópi sínum fremstur meðal jafningja, ævinlega mjög vel undirbúinn, virkur og eftirtektarsamur, mátulega spurull og neytti færis að skjóta inn hnyttnum athugasemdum. Hann þreyttist aldrei á að þakka fyrir kennsluna og talaði ævinlega um skemmtilegu árin sín níu hjá mér. Níu ár eru líka langur námstími og leggi menn alúð við námsgrein svo lengi hlýtur að nást árangur enda tókst Þorgeiri að læra tvö rómönsk tungumál að því marki að skilja þau ágætlega og gera sig vel skiljanlegan. Kunnáttuna notaði hann samt aðallega til að njóta skáldskapar enda var hann bókelskur, ljóðrænn og tónvís og að öllu leyti menningarsinnaður maður. Síðast þakkaði hann mér skemmtilegu námsárin níu þegar hann hringdi til mín í febrúar síðastliðnum. Þá var hann enn hress í bragði og engan veginn af baki dottinn, talaði um hitt og þetta sem hann væri að hugsa og gera og minntist á tónlist, kveðskap, morgunleikfimi og göngutúra, merkingu orða og enn fleira og sagði að þeir kúturinn hefðu það bara ágætt.

Þess vegna brá mér einkennilega og óþægilega við þegar rakst á tilkynninguna um útför hans í Morgunblaðinu því mér hafði ekki heyrst hann svo mjög úr heimi hallur í samtalinu okkar svo skömmu áður. Auðvitað vissi ég vel að heilsa hans hafði beðið hnekki í seinni tíð. En það var samt ekki langt síðan hann var að leika og syngja á sviði, úti að ganga með kútinn og jafnvel að hjóla og skokka og auðvitað fór hann á tónleika eins og hann var vanur. Og jafnvel eftir að hann varð alveg háður súrefniskútnum hélt hann áfram að vera svo ótrúlega starfsamur og sprelllifandi. Þegar við Brynja dóttir mín kvöddum Þorgeir og Margréti, kæra vinkonu hans, á sólríku síðdegi í ágúst síðastliðnum í útidyrunum heima hjá henni á Hlíðarveginum datt mér ekki í hug að þetta væri síðasta handtakið. En nú er Þorgeir allur og sæmd hans mikil að hafa lifað lífinu svo lifandi fram í rauðan dauðann. Og það svo gjöfulu og góðu lífi, sjálfum sér og öðrum til gagns og gleði.

Fljótlega eftir að Þorgeir gerðist nemandi minn tókst með okkur vinskapur og við fórum að verja löngum kvöldstundum í samræður um lífið og tilveruna og reyndumst furðu samstíga varðandi hugðarefni og skoðanir. Þessar samræður okkar fóru fram í „stofukofa" Þorgeirs í kjallaranum heima honum að Sunnubraut 29. Þar var áberandi hár skápur með gömlum lyfjaglösum – á einum miðanum stóð „Spiritus antiparalyticus" – og sjór og fuglar alveg við gluggann. Og þarna sátum við saman mörg laugardagskvöld frá því eftir kvöldmat og talsvert frameftir. Eitt af því sem við töldum okkur eiga sameiginlegt voru fjórir námsvetur í Menntaskólanum á Akureyri. Að vísu með þrjátíu ára millibili. En sá aldursmunur kom bara ekkert að sök og árin okkar í hinum norðlenska skóla gátum við borið saman og fundið á þeim marga sameiginlega fleti.

Það má segja að við höfum rætt um alla heima og geima. Mest töluðum við um bókmenntir en líka mikið um sálarlíf og slógum þessu stundum saman þegar við leituðumst við að skýra orð og gerðir söguþersóna sálfræðilega. Ég man að einu sinni sem oftar töluðum við um mexíkósku skáldsöguna Pedro Párramo á þeim nótum suður á Mallorca en þangað héldum við eitt sinn til nokkurra vikna sameiginlegrar dvalar með góðar bækur og tónlist í farteskinu og þar lá hann löngum á svölunum okkar í Magalluf með gamlan kunningja, Góða dátann Sveik, og rak upp ófáar hlátursrokur undir hattbarðinu við lesturinn. En á sálfræði- eða geðfræðisviðinu stóð hann

Steinar V. Árnason

mér að að sjálfsögðu langtum framar vegna lífsreynslu, menntunar og starfa enda ég bara áhugamaður, æði pörtóttur í þeim efnum. En margt gat hann útskýrt vel fyrir mér. Eða svona eins vel og hægt er því að á sviði sefans er fátt alveg afgerandi og sennilega margt ókannað ennþá. Ekki töluðum við annars mikið um sjúkdóma beinlínis, hvorki líkamlega né andlega, nema rétt einstaka sinnum. En svo mikið kynntist ég honum þó sem lækni að ég var ekki í vafa um að í sinni stétt var hann gull af manni, natinn og úrræðagóður, bæði við geðlækningar og sem heimilislæknir. Og mér fannst hann taka skynsamlega, sem sé öfga- og fordómalaust, á öllum hlutum. Ekki vantaði jákvæðnina og alltaf var stutt í húmorinn hjá honum. Hann áleit að vandamál væru til að leysa þau og margir sjúkdómar gætu flokkast undir leysanleg vandamál. Og væru þeir ekki læknanlegir mætti þó langoftast laga heilmikið. Sem fullkomnust lækning og haldbestur bati voru samt aðalmarkmið hans í starfi eins og allra dugandi lækna. Og hann gat verið bæði þreyttur og glaður að loknum löngum vinnudegi þegar honum fannst hann hafa komið vel að liði og sagði stundum bæði í gamni og alvöru við mig eitthvað á þessa leið: „Æ, ég er barasta hálfþreyttur, Steinar minn. Líka búinn að lækna svo ári marga í dag".

Og aðeins eitt til viðbótar um lækninn Þorgeir. Það var latínan. Hann gætti þess og ástundaði það að skrifa og beygja rétt þau læknisfræðilegu heiti og setningar sem hann þurfti á að halda í bréfum og skýrslum. Þeir læknar sem pössuðu svo vel upp á latínuna sína svo síðla á öldinni sem leið hygg ég að hafi verið orðnir sárasjaldgæfir og ætli þeir séu ekki barasta útdauðir nú á dögum? En auðvitað passaði það ekki Þorgeiri að sýna latínunni óvirðingu. Líka að því leyti var hann amicus verus – rara avis (sannur vinur – sjaldgæfur fugl) í bestu merkingu. Góður og sannur húmanisti. Góður og sannur vinur. Í senn vinur fræðanna og vinur vina sinna.

Stundum á kvöldvökunum okkar las ég fyrir hann textabrot og ljóð sem voru í uppáhaldi hjá mér, oftast á frummálinu en stundum í þýðingu. Virtist smekkur okkar fara mjög saman á þessum hraðfleygu stundum með ívafi lágværrar klassískur og ofurlítillar brjóstbirtu. En um dauðann og hvað tæki við að honum loknum ræddum við sjaldan. Ég held að honum hafi ekki hugnast að fara langt út í þá sálma. En allt um það vildi ég að lokum kveðja burtsofnaðan heiðursmann og aldarvin minn með erindi úr spænskum ljóðaflokki. Efnið tengist því sem okkar allra bíður og er svona:

Tólf högg sló klukkan.
Og tólf sinnnum
var reku barið í svörðinn.
Ég hrópaði ...
Stund mín er komin!
Þá svaraði þögnin:
Þegar síðasti dropinn
í stundaglasinu
blikar og fellur
verða augu þín lokuð.
Lengi muntu sofa á þessari strönd
en vakna á heiðum morgni
í bát þínum bundnum
við bakkann hinum megin.

(Machado, A. – Þýðing undirritaðs.)

Ástvinum Þorgeirs og kærum kollegum sendi ég innilegar samúðarkveðjur mínar.

NuvaRing, leggangahringur, G03AA. Samsetning: Hver skeiðarhringur inniheldur 11,7 mg af etónógestreli og og 2,7 mg af etinýlestradíóli. **Ábending:** Getnaðarvörn. Öryggi og verkun hefur verið staðfest hjá konum á aldrinum 18 til 40 ára. **Skammtar og lyfjagjöf:** Konan getur sjálf komið hringnum fyrir í leggöngum. Þegar hringnum hefur verið komið fyrir skal hann hafður í leggöngum samfellt í 3 vikur. NuvaRing á að fjarlægja eftir 3 vikna notkun á sama vikudegi og ísetning hringsins fór fram. Eftir vikulangt hlé er nýr hringur settur í leggöng. Í 3 vikur losna daglega að meðaltali 0,120 mg af etónógestreli og 0,015 mg af etinýlestradíóli úr hringnum. **Frábendingar:** Segamyndun eða saga um segamyndun í blóðæðum með eða án lungnablóðreks. Segamyndun eða saga um segamyndun í slagæðum eða fyrirboði um segamyndun. Þekkt tilhneiging til segamyndunar í blóðæðum eða slagæðum, með eða án erfðaþátta. Sykursýki með fylgikvillum í æðum. Alvarlegir áhættuþættir, einn eða fleiri, fyrir segamyndun í blóðæðum eða slagæðum. Alvarlegur lifrarsjúkdómur eða saga um slíkt hafi niðurstöður úr lifrarprófum ekki orðið eðlilegar aftur. Lifraræxli (góðkynja eða illkynja) eða saga um slíkt. Illkynja hormónaháð æxli í kynfærum eða brjóstum eða grunur um slíkt. Blæðingar frá leggöngum af óþekktum orsökum. Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefna NuvaRing. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ef eitthvert eftirtalins ástands/áhættuþátta er fyrir hendi skal meta kosti notkunar NuvaRing gegn hugsanlegri áhættu í hverju tilviki fyrir sig. *Æðasjúkdómar:* Notkun samsettra getnaðarvarnataflna hefur verið tengd aukinni hættu á segamyndun í blóðæðum (segamyndun í djúpum blóðæðum og lungnablóðreki) og segamyndun í slagæðum og tengdum fylgikvillum. Aðrir sjúkdómar sem hafa verið tengdir æðasjúkdómum eru sykursýki, rauðir úlfar, blóðlýsuþvageitrunarheilkenni (hemolytic uraemic syndrome), langvinnur bólgusjúkdómur í þörmum (t.d. Crohns sjúkdómur eða sáraristilbólga). Aukin tíðni migrenikasta svo og ef þau verða verri getur verið fyrirboði heilablóðfalls. *Æxli:* Aukinni hættu er á krabbameini í leghálsi hjá konum við langtímanotkun samsettra getnaðarvarnataflna og örlítið aukin hætta á greiningu brjóstakrabbameins. Einstaka sinnum hefur verið greint frá góðkynja lifraræxlum og enn sjaldnar illkynja lifraræxlum hjá þeim sem nota samsettar getnaðarvarnatöflur. *Aðrir sjúkdómar:* Konur með hátt þríglýserið í blóði eða fjölskyldusögu um slíkt geta verið í aukinni hættu á að fá brisbólgu þegar þær nota hormónagetnaðarvörn. Þótt greint hafa verið frá lítils háttar blóðþrýstingshækkun hjá mörgum konum, sem nota hormónagetnaðarvörn, hefur ekki verið sýnt fram á samhengi milli notkunar hormónagetnaðarvarnar og háþrýstings sem hefur klíníska þýðingu. Bráðar eða langvinnar truflanir á lifrarstarfsemi geta gert það að verkum að nauðsynlegt reyndist að hætta notkun NuvaRing þar til lifrargildin eru komin í eðlilegt horf. Fylgjast þarf vel með sykursýkissjúklingum meðan á notkun NuvaRing stendur, einkum á fyrstu mánuðum notkunar. Versnun á Crohns sjúkdómi og sáraristilbólgu hefur sést í tengslum við notkun hormónagetnaðarvarna. Þungunarfrekna (chloasma gravidarum) hefur stöku sinnum orðið vart, einkum hjá konum með sögu um slíkt á meðgöngu. Legsig, blöðrusig og/eða endaþarmssig, alvarleg eða langvinn hægðategða geta gert notkun NuvaRing erfiða eða ómögulega. **Milliverkanir:** Lyf sem hvetja frymisagnarensím (microsomal enzymes) geta leitt til aukinnar úthreinsunar kynhormóna (t.d. fenýtóín, fenóbarbital, prímidón, karbamazepín, rifampicín og hugsanlega einnig oxkarbazepín, tópíramat, felbamat, ritónavír, griseófúlvín og vörur sem innihalda Jóhannesarjurt). Dregið getur úr hringrás östrógens um lifur og þarma þegar ákveðin sýklalyf eru gefin samtímis og getur það leitt til lækkunar á þéttni etinýlestradíóls (t.d. penicillín, tetracýklín). Milliverkanir hormónagetnaðarvarnalyfja og annarra lyfja geta leitt til milliblæðinga og/eða að getnaðarvörn bregðist. Meðganga og brjóstagjöf: NuvaRing á ekki að nota á meðgöngu. **Aukaverkanir:** *Algengar:* Þrymlabólur, höfuðverkur og mígreni, geðlægð, tilfinningalegt ójafnvægi, minnkuð kynhvöt, kviðverkir, ógleði, þyngdaraukning, kviðverkir (tengdir kynfærum), verkur í brjóstum, aukaverkanir tengdar lyfjaforminu, tíðaþrautir, útferð, óþægindi í leggöngum og leggangaþroti. Kynfæri karla: Aukaverkanir tengdar lyfjaforminu (t.d. óþægindi við samfarir). **Ofskömmtun:** Ekki hefur verið greint frá alvarlegum skaðlegum verkunum við ofskömmtun hormónagetnaðarvarna. Einkenni sem geta komið fram í þeim tilvikum eru ógleði, uppköst og smávægilegar blæðingar frá leggöngum hjá ungum stúlkum. **Útlit:** NuvaRing er sveigjanlegur, gegnsær hringur, 54 mm í þvermál og með 4 mm þversniði. **Pakkningar og verð:** 1. nóv. 2002, 1 hringur: 1.916 kr, 3 hringir: 4.644 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilsskylt. **Greiðslufyrirkomulag:** Ekki greitt af TR. Sérlyfjaskrártextinn er verulega styttur. Texta í fullri lengd er hægt að nálgast á heimasíðu Lyfjastofnunar eða hjá PharmaNor hf, Hörgatúni 2, 212 Garðabæ. Umboð á Íslandi: PharmaNor hf • Hörgatúni 2 • 212 Garðabæ • Sími 535 7000 • Fax: 535 7188 • Tölvupóstfang: organon@pharmanor.is

Heimildir:

1. Timmer CJ, Mulders TMT. Pharmacokinetics of Etonogestrel and Ethinylestradiol Released from a Combined Contraceptive Vaginal Ring. Clin. Pharmacokinet 2000;39:233-242.
2. Roumen FJME, Apter D, Mulders TMT, Dieben TOM. Efficacy, tolerability and acceptability of a novel contraceptive vaginal ring releasing etonogestrel and ethinyl estradiol. Hum. Reprod. 2001;16:469-475.



NuvaRing® (etinýlestradíól / etónógestrel) er byltingarkennd nýjung í getnaðarvörnum. Nú þurfa konur ekki lengur að huga að getnaðarvörninni á hverjum degi. NuvaRing® er auðveldur í notkun. Konan kemur hringnum sjálf fyrir og fjarlægir[1]. NuvaRing® veitir sama öryggi gegn þungun og samsettar getnaðarvarnar-pillur en inniheldur minna af hormónum[1]. Í klínískum rannsóknum voru flestar konur – 96% sem notuðu hringinn ánægðar eða mjög ánægðar með þessa aðferð til getnaðarvarna[2].

Organon

Heilsan skiptir máli

www.nuvaring.dk • www.nuvaring.com

NUVARING®

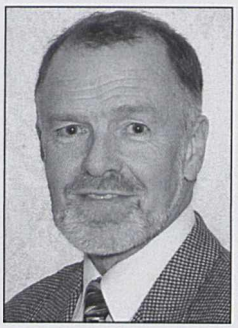
(etinýlestradíól/etónógestrel)

Getnaðarvörn - einu sinni í mánuði

Lyfjatexti á bls. 453

Sérlyfjaskráretexta og heimildaskrá er að finna á næstu síðu

Audit



Jóhann Heiðar Jóhannsson

johannhj@landspitali.is

HILDUR HARÐARDÓTTIR, kvensjúkdómalæknir, sendi fyrir nokkru síðan beiðni um umfjöllun um heitið **audit**, einkum í samsetningunni **perinatal audit**. Heitið vísar til þess að fram fer endurskoðun á árangri tiltekinnar starfsemi, í þessu tilviki þeirrar sem fram fer í tengslum við burðarmál og fæðingu.

Uppruna orðsins **audit** má rekja til latnesku sagnarinnar **audire**, *að heyra*, og nafnorðsins **auditio**, *heyrn*. Hin sögulega skýring er vafalaust sú að „opinber" endurskoðun fór upphaflega fram í heyranda hljóði og að gert var munnlega grein fyrir því sem endurskoða átti. Af sama uppruna er **auditorium**, *staður þar sem yfirheyrt er eða hlustað*, en það heiti er nú oftast notað um sal til fyrirlestrahalds, tónlistarflutnings eða yfirheyrslu.

Hljóðfræðiorð

Flest fræðiorð af þessum uppruna, sem birt eru í læknisfræðiorðabókum, vísa til heyrnar, eyrna eða hljóðfræði, til dæmis **audiogram**, heyrnarrit, **audiometer**, heyrnarmælir, **auditognosis**, hljóðskyn, **auditory canal**, eyrnagöng, **auditory nerve**, völundarhússtaug, **auditory reflex**, heyrnarviðbragð, og **auditory tube**, kokhlust.

Endurskoðun

Í læknisfræðiorðabók Stedmans má þó finna skilgreiningu á hugtakinu **audit**: *prófun eða endurskoðun sem staðfestir að hve miklu leyti ástand, ferill, eða frammistaða samræmist fyrirfram ákveðnum stöðlum eða skilmerkjum.* Latneska nafnorðið **auditio** var notað á svipaðan hátt um *hlustun* eða *yfirheyrslu*. Hagfræðiorðasafn Íslenskrar málnefndar (Rvík 2000) þýðir heitið **audit** alltaf með íslenska orðinu *endurskoðun*.

Rýni

Undirritaður svaraði Hildi með hraði að **audit** merkti **endurskoðun**, en að hann gæti sætt sig við samsett orð sem endaði á **-rýni**, til dæmis **burðarmálsrýni**.

Kvenkynsnafnorðið **rýni** virðist hafa unnið sér fastan sess í gæðastjórnun, hugbúnaðarfræði og verkefnastjórnun og er þar notað um kerfisbundna yfirferð á ferli eða gögnum til að sannreyna hvort samræmi sé við tilgreindar kröfur. Einnig er til karlkynsnafnorðið **rýnir** og er það notað um þann sem annast slíka rýni. Íslensk orðabók Eddu tilgreinir meðal annars sögnina **að rýna** sem merkir: *1 skoða (vandlega), gagnrýna, rannsaka, 2 tala vinmæli við e-n, 3 ráða rúnir*. Gaman er að velta einnig fyrir sér tilgreindum merkingum nafnorðsins **rýnir**: *1 beinhákarl, 2 athugari, rannsakandi, 3 gagnrýnandi, 4 það linsukerfi sem er næst auga athugandans*. Uppruni þessara orða er ekki fyllilega ljós, en samkvæmt Orðabók Háskólans má finna einstök dæmi um notkun þeirra allt frá 17. öld.

Læknisfræðileg rýni

Gera má ráð fyrir að skoðun á árangri og frammistöðu tiltekinnar læknisfræðilegrar starfsemi verði í vaxandi mæli beitt sem þætti í gæðastjórnun á heilbrigðisstofnunum. Þörf er því fyrir lipurt heiti. **Rýni** er gott heiti á þeirri kerfisbundnu yfirferð sem beita þarf og fer vel í alls kyns samsetningum, til dæmis **aðgerðarýni, meðferðarrýni, rannsóknarýni, rýnifundur** og **sjúkraskrárrýni**.

Vegetative state

Frá Íslenskri málstöð barst fyrirspurn vegna þess sem nefnt er á ensku: **persistent vegetative state**, en þessi samsetning finnst ekki í Íðorðasafni lækna. Þýðingar á einstökum orðum má finna eftir öðrum leiðum: **persistent** langvarandi, linnulaus, varanlegur, viðvarandi; **vegetative** óméðvitaður, ósjálfráður, óvirkur, sljór, viljalaus; **state** aðstæður, ástand, hagur, staða.

Lýsingarorðið **vegetative** er dregið af nafnorðinu **vegetation**, sem er samheiti fyrir plöntu- og jurtagróður. Í ofangreindu samhengi vísar það til lífs án vilja, hugsunar eða meðvitundar. Heitið **persistent vegetative state** mun hafa verið sett fram árið 1972 til að lýsa ástandi þeirra sjúklinga sem eru algerlega meðvitundarlausir og skynja ekki umhverfi sitt, en viðhalda ósjálfráðri starfsemi, svefn- og vökumynstri og geta sýnt viss viðbrögð við ytra áreiti. Þetta ástand kemur fram þegar æðri heilastöðvar, fyrst og fremst í heilaberki, eru óstarfhæfar en þær lægri eru virkar. Talið er víst að þessir sjúklingar séu alveg án sjálfsvitundar og skynji ekki sársauka þrátt fyrir fyrrgreind, ósjálfráð viðbrögð.

Til að koma umræðunni af stað bjó undirritaður strax til nokkur heiti: **viðvarandi dauðadá, viðvarandi meðvitundardá, viðvarandi lífsvitundardá** og **viðvarandi tilvitundardá**. Í stað „viðvarandi" má einnig setja „varanlegt". Gaman væri nú að fá viðbrögð frá þeim sem telja sig málið varða.

Meira um incidentaloma

Í tölvupósti bárust tvær tillögur til viðbótar því sem áður hafði verið sett fram um heiti á hnútum eða fyrirferðaraukningum, sem stundum finnast í líffærum við rannsóknir af öðru tilefni. Nýju tillögurnar eru **hulinshnútur** og **hulinshnykill**.



Nýr prótónupumpuhemjari

JANSSEN-CILAG

THORARENSEN LYF
Lynghálsi 13 · 110 Reykjavík · Sími 530 7100

Lyfjatexti á bls. 470

Virkar hratt - færri milliverkanir
Ábendingar: virkt skeifugarnarsár, virkt góðkynja magasár, bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda með tærandi eða særandi einkennum (GERD), langtíma meðferð og í samsetningu með viðeigandi sýklalyfjameðferð til að uppræta H. pylori hjá sjúklingum með sársjúkdóm í maga, vélinda eða skeifugörn

Pariet®
RABEPRAZOLE

Faraldsfræði í dag

Réttmæti mælitækja



María Heimisdóttir

mariahei@landspitali.is

Þessum fjórða pistli um hugtakið réttmæti (validity) verður varið til umræðu um þá þætti er geta haft áhrif á réttmæti mælitækja sem notuð eru í faraldsfræði og tölfræði. Jafnframt verður tæpt á þeim aðferðum er beita má til að meta hvort aðferðir eða mælitæki eru réttmæt í því þýði sem um ræðir hverju sinni. Tilgangurinn er auðvitað ekki að gefa tæmandi yfirlit um aðferðafræði við gerð og prófun mælitækja, heldur einungis að vekja athygli á helstu þáttum er huga þarf að.

Algengustu mælitæki sem notuð eru í faraldsfræði og sem grundvöllur tölfræðilegrar úrvinnslu eru sennilega ýmiss konar spurningalistar eða önnur sniðmát til gagnasöfnunar. Slíkum tækjum er beint að sjúklingum, aðstandendum, heilbrigðisstarfsfólki eða þau eru notuð til að vinna gögn úr fyrirliggjandi skrám. Réttmæti þeirra, eða hæfni til að mæla það sem á að mæla, getur takmarkast af ýmsum þáttum og var drepið á nokkra þeirra í síðasta pistli, svo sem óskýrt eða óviðeigandi orðalag, ónákvæmar eða óviðeigandi spurningar og svo framvegis. Segja má að eitt undirstöðuatriði þess að unnt sé að safna réttmætum gögnum með spurningalista sé að hver spurning hafi svarmöguleika, eða flokka, sem gera sérhverjum svaranda kleift að velja einn en aðeins einn þeirra. Á ensku er talað um að svarmöguleikar verði að vera „exhaustive and mutually exclusive", það er að svarandi á að geta svarað sérhverri spurningu á viðeigandi hátt en aðeins einn kostur á að koma til greina. Algengasta dæmið um misbresti á þessu er sennilega þegar spurt er um atriði eins og aldur eða þyngd þannig að bilin sem gefin eru upp sem svarmöguleikar skarast svo hluti svarenda getur tilheyrt tveimur bilum. Þetta gætu til dæmis verið aldursbilin 20-30 ár, 30-40 ár og svo framvegis. Hvort bilið, 20-30 eða 30-40, á þrítugur maður að velja? Afleiðingar þessa eru ónákvæmni í upplýsingum, eða rangflokkun (misclassification), sem almennt leiðir til þess að erfiðara er að átta sig á hugsanlegum tengslum milli aldurs í þessu tilviki og þeirra þátta sem taldir eru tengjast aldri. Annað atriði er spillt getur réttmæti spurningalista, og er í raun náskylt hinu fyrra, er ónákvæmni í orðalagi þannig að erfitt er að svara spurningu afdráttarlaust. Þannig sá ég nýlega eftirfarandi spurningu í lista þar sem spurt var um reykingar: „Reykir þú eða hefur þú einhvern tíma reykt?" Hvernig á maður að túlka neitandi svar við þessu? Þýðir það að viðkomandi hafi aldrei snert sígarettur eða kannski að hann sé nýhættur eftir stórfelldar reykingar til margra ára? Orðalag spurningarinnar er slíkt að þessi gögn eru í besta falli lítils virði en í versta falli algerlega ónýt.

Ofantalin atriði snerta innra réttmæti mælitækja. Þegar þeim er hins vegar beitt utan þess þýðis sem þau voru upphaflega hönnuð fyrir og prófuð í geta ýmsir þættir orðið til þess að skaða ytra réttmæti þeirra eða gagnsemi þeirra til að mæla það sem átti að mæla upphaflega en nú undir öðrum kringumstæðum. Augljós dæmi eru hlutir eins og mismunandi málfar og málskilningur en aðrir þættir geta einnig komið til. Þar má nefna atriði eins og skilgreiningar svarmöguleika, viðhorf svarenda til þess sem spurt er um og samræmi milli svarmöguleika og raunverulegrar dreifingar þess sem spurt er um. Sem dæmi má nefna spurningalista um hreyfingu sem hannaður er í erlendri stórborg. Ef við höfum áhuga á að kanna hreyfingu almennt, hvort sem hún á sér stað sem hluti af daglegri vinnu, sem ferðamáti eða sem tómstundaiðja, er ekki víst að slíkur listi mæli nægilega vel hreyfingu meðal íbúa okkar samfélags þar sem þættir eins og almenningssamgöngur, veðurfar og atvinnuhættir geta verið verulega ólíkir því sem upphaflega mælitækið miðaðist við.

Til að kanna réttmæti spurningalista og svipaðra mælitækja er nauðsynlegt að mæla á einhvern hátt fylgni eða tengsl svaranna við þær útkomur sem mælitækið á að lýsa. Þá er nauðsynlegt að skilgreina einhvers konar „gull standard" eða kvarða sem mælitækið er borið saman við. Innra réttmæti er þá metið með því að leggja spurningalistann fyrir ákveðið úrtak einstaklinga og safna jafnframt gögnum um þau atriði sem talin eru vera „gull standard". Þetta tvennt er svo borið saman til að sjá hvort mælitækið gefur í raun réttar upplýsingar um það sem á að mæla. Ef til dæmis á að leggja fyrir almenning spurningalista um heilsufar og sjúkdómsgreiningar mætti bera svörin saman við gögn frá læknum og heilbrigðisstofnunum. Slíkur samanburður krefst auðvitað verulegrar vinnu en tilgangurinn er að staðfesta hvort mælitækið sé nægilega gott til að nota megi það til gagnaöflunar beint frá sjúklingum í stað þess að leita fanga inni í heilbrigðiskerfinu. Til að meta ytra réttmæti slíks tækis yrði á sama hátt að bera það saman við raungögn viðkomandi þýðis.

LIFE RANNSÓKNIN

COZAAR® SÝNDI MEÐ LIFE RANNSÓKNINNI,
AÐ ÞAÐ SKIPTIR MÁLI HVERNIG ÞÚ MEÐHÖNDLAR
SJÚKLINGA MEÐ HÁÞRÝSTING.

Cozaar® minnkar hættuna á heilablóðfalli
um 25% m.v. atenólól (p = 0,001)[1]



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

MERCK SHARP & DOHME
Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík
Lyfjatexti á bls. 468



Þriggja daga námskeið í bráðalækningum var haldið í húsakynnum LÍ í byrjun apríl og var það vel sótt. Þegar blaðamaður leit inn var verið að æfa ýmiss konar kúnstir á þar til gerðum brúðum og hér sýnir Viðar Magnússon áhugasömum læknum réttu handbrögðin þegar setja á sjúkling í öndunarvél.

Tilkynnið aðsetursskipti!

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

Við flutning til útlanda

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

http://lb.icemed.is

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



StilNoct® (zolpidem)

Sofið rótt – vaknið endurnærð[2]

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 imidazópyrimidínflokki, sem er ómaxæðilega óskylt benzodíazepínum, en binst sömu viðtækjum. Það flýtir fyrir svefni og lengir hann. Hefur ekki áhrif á REM-svefn í lægúm 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 teljað hafi ætengis verið neytt. Vöðvaslenstar. Kæfisvefn. **Varúð:** Gæta skal varúðar við gjöf lyfsins hja sjúklingum með verulega lifrar- eða nýrnabilun. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki er vitað um fósturskemmandi áhrif, en reynsla af notkun lyfsins hja barnshafandi konum er mjög takmörkuð. Lyfið finnst í brjóstamjólk og því ekki hæst að utiloka lyfjaáhrif hja barninu. Lyfið á því ekki að geta konum með börn á brjósti. **Aukaverkanir:** Algengar (>1%): Miðtaugakerfisyimi. Höfuðverkur. Rugl. Minnistruflanir. Meltingartæri: Ogleði, uppköst. Aukaverkanir eru háðar skammtastærð. Þol fyrir lyfinu og ávanahætta virðist litil, en hafa ber í huga hætta á slíku og ekki er mælt með langtimanotkun lyfsins. **Milliverkanir:** Lyfið eykur áhrif ætengis, ómæmislyfja, svefnlyfja og annarra róandi lyfja. **Athugið:** Varúðar skal gæta við sjórnun vélknúinna ökutækja, ef lyfið er notað. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Ávallt ber að nota lægsta skammt, sem komist verður af með. Yngri en 65 ara: 10 mg fyrir svefn. Ef sá skammtur reynist ofullnægjandi, má hækka hann í 15-20 mg. Eldri en 65 ara: 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. desember 2002:** 20 stk. (pynupakkað) - 890 kr., 100 stk. (pynupakkað sjúkrahusspakkning) - 2610 kr. **Hámarksmagn sem ávisa má með lyfseðli eru 20 stk. af 10 mg töflum. Umboðsaðili á Íslandi:** Thorarensen Lyf, Lynghals 13, 110 Reykjavik. Simi: 550-7100.

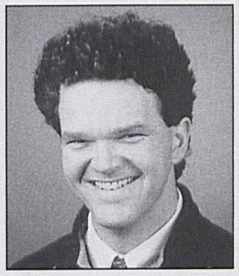
Heimildir: 1) Stephen A. Nasbitt, Acting Chief, News & Branch of the National Aeronautics and Space Administration (NASA), Lyndon B. Johnson Space Center, Houston-Texas 1998. 2) Schatt MB et al., J. Clin. Psychiatry 1994; 55: 192-199. 3) Rosenberg J, Ovengaard H et Unden M. Månedsk. Prakt. Læger, Sept.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

12 apríl 20

sanofi~synthelabo

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

Af tækni og útliti



Bjarni Jónasson

bjarni.jonasson@gb.hgst.is

Á tímum tækninnar

Fjórir skurðlæknar voru að leika golf saman. Þeir þekktust allvel en þó var ekki alveg á hreinu hver væri þeirra fremstur. Allt í einu heyrist hringing og einn fjórmenninganna káfar ofan í golfpokann, dregur upp farsíma og talar í eina mínútu. „Það er alveg rosalega mikilvægt að hægt sé að ná í mann hvenær sem er," segir hann að loknu símtalinu og setur símann aftur í pokann.

Skömmu seinna heyrist aftur hringing og annar læknir ber hendina upp að eyranu. „Það nýjasta í farsímatækninni, herrar mínir, hátalari á þumlinum og hljóðnemi á litla fingri, hvort tveggja ósýnilegt."

Nokkru síðar nemur þriðji skurðlæknirinn staðar og byrjar að tala. „Þetta er nú það allra nýjasta, hátalari græddur inn í eyrað á mér og hljóðnemi fyrir aftan aðra framtönnina. Fyrirhafnarlítið, ekki satt?" Félagarnir voru hæfilega hrifnir og héldu áfram spilamennskunni.

Skyndilega leggur fjórði læknirinn frá sér kylfurnar og afsakar sig um leið og hann hverfur bak við runna. Eftir allnokkra stund kemur að því að félögum hans hættir að standa á sama og einn þeirra gægist bak við runnann. Þar sér hann manninn sitjandi á hækjum sér og buxurnar á hælunum. „Ekki hafa áhyggjur af mér, gefið mér eins og eina mínútu í viðbót. Ég á nefnilega von á faxi."

Þú gætir verið læknir ef ...

- þú getur sofið standandi með opin augun.
- þú hefur heyrt sjúkling segja: „En ég get ekki verið ófrísk. Hvernig ætti ég að geta átt von á barni?"
- þú ert viss um að hafa séð það á skurðstofunni eldsnemma um morguninn sem er á boðstólum í matsalnum í hádeginu.
- þú telur veitingastað vera góðan ef þú getur fengið sæti til að borða matinn þinn.
- þú átt þá ósk heitasta að fá koffeinið beint í æð.
- þú hefur einhvern tíma þurft að beita sjúkling fortölum til að fá að vinna vinnuna þína.
- þér dettur strax í hug að sjúklingur sé að misnota lyf ef hann kvartar um mígreni, bakverk eða ofnæmi fyrir alls konar lyfjum nema parkódín forte.
- þú margfaldar með þremur það sem einhver segist nota af áfengi á degi hverjum.
- þú átt lausa helgi fyrir sjálfan þig og fjölskylduna eftir eitt ár.
- þú telur grænmeti ekki til fæðutegunda fyrir sjálfan þig.
- þú óskaðir þess að hjúkkurnar í vinnunni hjá þér litu út eins þær í sjónvarpinu.

Spyrjandi tannlæknar

Hefur nokkur tekið eftir því hve tannlæknar eiga erfitt með að spyrja spurninga þar sem svarið er annaðhvort „já" eða „nei"?

Maður með útlit

„Guðrún, ég verð að segja þér eins og er, en mér líst ekki á manninn þinn."

„Ekki mér heldur, læknir, en hann er góður við börnin."

Heim með lækninum

Símon læknir var kominn til ára sinna og var þekktur fyrir að vera bæði glöggur en á stundum viðutan. Hann þótti vera reffilegur karl og geislaði af kyntöfrum. Kvöld eitt eftir langan vinnudag kom hann við á barnum til að fá sér drykk. Næst honum sat ákaflega fönguleg og leitandi ung kona sem bað Símon um að bjóða sér upp á eitthvað að drekka honum til samlætis. Símon bauð í glas.

„Ertu kvæntur?"

„Nei," svaraði Símon læknir.

„Áttu heima hér í grenndinni?" spurði konan.

„Já."

„Gætir þú hugsað þér að ég kæmi heim með þér?"

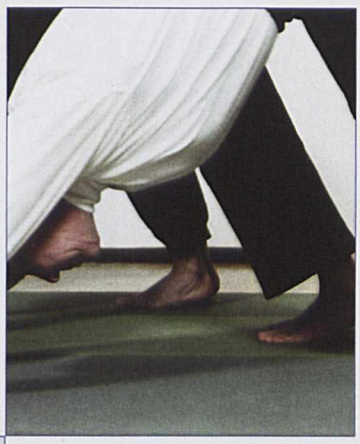
„Hvað kostar það?"

„Fimm þúsund fyrir klukkutímann. Átta þúsund fyrir tvo tíma. Tuttugu þúsund fyrir allt kvöldið."

„Gott og vel," sagði læknirinn, „þá er best að drífa sig af stað."

Þegar heim var komið segir konan undurblítt við lækninn: „Á hverju viltu að ég byrji?" Hann leit á hana og sagði: „Ætli það sé ekki best að þú byrjir á að þrífa gluggana."

VIOXX®* (RÓFECOXÍB, MSD)



Vioxx áhrifin







Að taka þátt

Að lifa með verkjum er líf með takmörkunum. Í rannsókn á yfir 80.000 sjúklingum með slitgigt kom fram að 88% sjúklinganna litu á Vioxx einu sinni á dag sem einfaldari meðferð en fyrri verkjameðferðir. 86% sjúklinganna upplifðu betri lífsgæði, þar sem þeir upplifðu jákvæðan mun verkjastillingarinnar.[1]

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

VIOXX®

Ráðstefna um Balanced Scorecard í heilbrigðiskerfinu

fimmtudaginn 15. maí 2003

á vegum Læknafélags Reykjavíkur í samstarfi við IMG Deloitte og Hug hf.

Gestafyrirlesari **dr. Claes Arén** framkvæmdastjóri hjarta- og lungnadeildar háskólasjúkrahússins í Lundi

09:00-09:30	Skráning
09:30-09:40	Setning
09:40-10:00	Stefnumiðað árangursmat; er það eitthvað fyrir heilbrigðisgeirann? *Símon Þorleifsson*, stjórnunarráðgjafi hjá IMG Deloitte
10:00-10:40	Innleiðingin í Lundi *Claes Arén*
10:40-11:00	Kaffi
11:00-11:30	Innleiðingin í Lundi *Claes Arén*
11:30-12:00	Stefnumiðað árangursmat til fyrirmyndar *Símon Þorleifsson*, stjórnunarráðgjafi hjá IMG Deloitte
12:00-12:30	Panelumræður
12:30	Fundarlok

Fundarstjóri: *Óskar Einarsson* formaður LR

Fundarstaður: Hlíðasmára 8, 4. hæð

Ráðstefnugjald: 5.000 kr.

Skráning í netfanginu: *gunna@icemed.is* eða í síma: 564-4100

VIOXX
TÖFLUR M O I A H
Virkt innihaldsefni: 12,5 mg eða 25 mg rófecoxib. Töflurnar innihalda laktósu. **Ábendingar:** Meðferð við einkennum af völdum slitgigtar eða liðagigtar hjá fullorðnum einstaklingum. **Skammtar:** *Slitgigt*: Ráðlagður upphafsskammtur er 12,5 mg einu sinni á dag. Hámarksskammtur á dag er 25 mg. *Liðagigt*: Ráðlagður skammtur er 25 mg einu sinni á dag. Hjá liðagigtarsjúklingum náðist ekki aukinn árangur með gjöf 50 mg dagskammts miðað við 25 mg dagskammts. Ráðlagður hámarksskammtur á dag er 25 mg. *Aldraðir:* Gæta skal varúðar þegar dagskammturinn er aukinn úr 12,5 mg í 25 mg hjá öldruðum. *Skert nýrnastarfsemi:* Skammta þarf ekki að aðlaga hjá sjúklingum með kreatínín klerans 30-80 ml/mín. *Skert lifrarstarfsemi:* Sjúklingum með væga skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi 5-6) skal ekki gefa meira en minnsta ráðlagðan skammt, 12,5 mg einu sinni á dag. **Frábendingar:** Rófecoxíb er ekki ætlað: Sjúklingum sem hafa þekkt ofnæmi fyrir einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. Sjúklingum með virkan sársjúkdóm í meltingarvegi eða blæðingu í meltingarvegi. Sjúklingum með miðlungsalvarlega eða verulega skerðingu á lifrarstarfsemi (Child-Pugh gildi 7). Sjúklingum með áætlaðan kreatínín klerans < 30 ml/mín. Sjúklingum sem hafa haft einkenni astma, bólgu í nefslímhúð, sepa í nefslímhúð, ofsabjúg eða ofsakláða eftir inntöku acetýlsalicýlsýru eða annarra bólgueyðandi verkjalyfja. Til notkunar á síðasta þriðjungi meðgöngu eða meðan á brjóstagjöf stendur. Sjúklingum með bólgusjúkdóm í þörmum. Sjúklingum með langt gengna hjartabilun. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Þegar blóðflæði um nýru er minnkað getur rófecoxíb dregið úr myndun prostaglandína og með því minnkað blóðflæði um nýru enn meira og þannig valdið skerðingu á nýrnastarfsemi. Þeir sem eru í mestri hættu m.t.t. þessa eru sjúklingar sem hafa verulega skerta nýrnastarfsemi fyrir, hjartabilun sem líkaminn hefur ekki náð að bæta upp, og sjúklingar með skorpulifur. Hafa skal eftirlit með nýrnastarfsemi slíkra sjúklinga. Gæta skal varúðar þegar meðferð er hafin hjá sjúklingum með verulegan vökvaskort. Ráðlegt er að bæta slíkan vökvaskort upp áður en meðferð með rófecoxíbi er hafin. Eins og á við um önnur lyf sem koma í veg fyrir myndun prostaglandína, hafa vökvasöfnun og bjúgur átt sér stað hjá sjúklingum á rófecoxíb meðferð. 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 hafa bjúg fyrir, af einhverjum öðrum orsökum. Eftirlit skal haft með öldruðum og sjúklingum með truflanir á nýrna-, lifrar-, eða hjartastarfsemi, þegar þeir eru á rófecoxíb meðferð. Í klínískum rannsóknum fengu sumir slitgigtarsjúklinganna sem voru á rófecoxíbi meðferð rof, sár eða blæðingar í meltingarveg. Sjúklingar sem áður höfðu fengið rof, sár eða blæðingar og sjúklingar sem voru eldri en 65 ára virtust vera í meiri hættu á að fá fyrrnefndar aukaverkanir. Þegar skammturinn fer yfir 25 mg á dag, eykst hættan á einkennum frá meltingarvegi, sem og hættan á bjúgi og háum blóðþrýstingi. Hækkanir á ALAT og/eða ASAT (u.þ.b. þreföld eðlileg efri mörk, eða meira) hafa verið skráðar hjá u.þ.b. 1% sjúklinga í klínískum rannsóknum á rófecoxíbi. Ef sjúklingur fær einkenni sem benda til truflana á lifrarstarfsemi, eða niðurstöður úr lifrarprófum eru óeðlilegar, skal hætta rófecoxíb meðferð ef óeðlileg lifrarpróf eru viðvarandi (þreföld eðlileg efri mörk). 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. *Börn:* Rófecoxíb hefur ekki verið rannsakað hjá börnum og skal aðeins gefið fullorðnum. Magn laktósu í hverri töflu er líklega ekki nægilegt til þess að framkalla einkenni laktósuóþols. **Milliverkanir:** Hjá sjúklingum sem náð höfðu jafnvægi á langvarandi warfarín meðferð varð 8% lenging á prótrombíntíma í tengslum við daglega gjöf 25 mg af rófecoxíbi. Því skal hafa nákvæmt eftirlit með prótrombíntíma hjá sjúklingum sem eru á warfarín meðferð þegar rófecoxíb meðferð er hafin. Hjá sjúklingum með vægan eða miðlungsmikinn háþrýsting, varð örlítil minnkun á blóðþrýstingslækkandi áhrifum í tengslum við samhliða gjöf 25 mg af rófecoxíbi á dag og ACE-hemils í 4 vikur, miðað við áhrifin af ACE-hemlinum eingöngu. Hvað varðar önnur lyf sem hamla cýclóoxýgenasa, þá getur gjöf ACE-hemils samhliða 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. Forðast skal samhliða gjöf stærri skammta af acetýlsalicýlsýru eða bólgueyðandi verkjalyfja og rófecoxíbs. Samhliða gjöf cýklósporíns eða takrólímus og bólgueyðandi verkjalyfja getur aukið eiturverkanir cýklósporíns eða takrólímus á nýru. Eftirlit skal hafa með nýrnastarfsemi þegar rófecoxíb er gefið samhliða öðru hvoru þessara lyfja. *Áhrif rófecoxíbs á lyfjahvörf annarra lyfja:* Blóðþéttni litíums getur aukist af völdum bólgueyðandi verkjalyfja. Hafa ber í huga þörf fyrir viðeigandi eftirlit með eiturverkunum tengdum metótrexati þegar rófecoxíb er gefið samhliða metótrexati. Engar milliverkanir við dígoxín hafa komið fram. Gæta skal varúðar þegar rófecoxíb er gefið samhliða lyfjum sem umbrotna fyrst og fremst fyrir tilstilli CYP1A2 (t.d. teófyllíni, amitryptilíni, tacríni og zileútoni). Gæta skal varúðar þegar lyfjum sem umbrotna fyrir tilstilli CYP3A4 er ávísað samhliða rófecoxíbi.Í rannsóknum á milliverkunum lyfja, hafði rófecoxíb ekki klínískt mikilvæg áhrif á lyfjahvörf prednisóns/prednisólons eða getnaðarvarnartaflna (etínýlöstradíóls/norethindróns 35/1). Áhrif annarra lyfja á lyfjahvörf rófecoxíbs: Þegar öflugir cýtókróm P450 innleiðarar eru ekki til staðar, er CYP-hvatt umbrot ekki meginumbrotsleið rófecoxíbs. Engu að síður olli samhliða gjöf rófecoxíbs og rífampíns, sem er öflugur innleiðari CYP ensíma, u.þ.b. 50% lækkun á blóðþéttni rófecoxíbs. Því skal íhuga að gefa 25 mg skammt af rófecoxíbi þegar það er gefið samhliða lyfjum sem eru öflugir innleiðarar umbrots í lifur. Gjöf ketókónazóls (öflugur CYP3A4 hemill) hafði ekki áhrif á lyfjahvörf rófecoxíbs í blóði. Címetidín og sýruhamlandi lyf hafa ekki klínískt þýðingarmikil áhrif á lyfjahvörf rófecoxíbs. **Aukaverkanir:** eftirfarandi lyfjatengdar aukaverkanir voru skráðar, af hærri tíðni en þegar um lyfleysu var að ræða, í klínískum rannsóknum hjá sjúklingum sem fengu 12,5 mg eða 25 mg af rófecoxíbi í allt að sex mánuði. **Algengar (>1 %):** *Almennar:* Bjúgur,vökvasöfnun, kviðverkir, svimi. *Hjarta- og æðakerfi:* Hár blóðþrýstingur. *Meltingarfæri:* Brjóstsviði, ógleði, meltingartruflanir. *Taugakerfi:* Höfuðverkur. *Húð:* Kláði. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** *Almennar:* Þreyta/máttleysi, uppþemba, brjóstverkur. *Meltingarfæri:* Hægðatregða, sár í munni, uppköst, vindgangur, nábítur. *Augu, eyru, nef og kok:* Eyrnasuð. *Efnaskipti og næring:* Þyngdaraukning. *Stoðkerfi:* Sinadráttur. *Taugakerfi:* Svefnleysi, svefnhöfgi, svimi. *Geðræn einkenni:* Geðdeyfð, minnkuð andleg skerpa. *Öndunarfæri:* Andþyngsli. *Húð:* Útbrot, atópískt eksem. Að auki hafa væg ofnæmisviðbrögð verið skráð í sjaldgæfum tilvikum í klínískum rannsóknum. Aukaverkanir voru svipaðar hjá sjúklingum sem fengu rófecoxíb í eitt ár eða lengur. **Breytingar á niðurstöðum blóð- og þvagrannsókna: Algengar (>1 %):** Hækkun á ALAT, lækkun á hematókrít, hækkun á ASAT. **Sjaldgæfar (0,1-1 %):** hækkun á þvagefni, lækkun á hemóglóbíni, hækkun á kreatíníni, Hækkun á alkalískum fosfatasa, prótein í þvagi, fækkun rauðra og hvítra blóðkorna. Eftirtaldar alvarlegar aukaverkanir hafa verið skráðar í tengslum við notkun bólgueyðandi verkjalyfja og ekki er hægt að útiloka þær í tengslum við rófecoxíb: Eiturverkanir á nýru, þ.á m. millivefs nýrnabólga nýrungaheilkenni (nephrotic syndrome) og nýrnabilun; eiturverkanir á lifur, þ.á m. lifrarbilun og lifrarbólga; eiturverkanir á meltingarfæri, þ.á m. rof, sár og blæðingar; eiturverkanir vegna of mikils blóðrúmmáls, þ.á m. hjartabilun og bilun í vinstri slegli; aukaverkanir á húð og slímhúðir og alvarleg viðbrögð í húð. Eins og á við um bólgueyðandi verkjalyf geta alvarlegri ofnæmisviðbrögð átt sér stað þ.á m. bráðaofnæmi án þess að viðkomandi hafi áður fengið rófecoxíb. **Pakkningar og verð(nóvember, 2002):** Töflur 12,5 mg og 25 mg: 14 stk. 3131 kr. 28 stk. 5626 kr. 30 stk. 5834 kr. 98 stk. 16662 kr. 100 stk. 16969 kr. **Afgreiðsla**: Lyfseðilsskylda, **Greiðsluþátttaka**: E. **Handhafi markaðsleyfis**: Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi**: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Aðalfundur Skurðlæknafélags Íslands 2003

verður haldinn föstudaginn 9. maí nk. kl. 16:30 á Nordica Hótel (Hótel Esju).

Dagskrá

1) Aðalfundarstörf skv. 9. gr. laga Skurðlæknafélags Íslands.
2) Tillaga um breytingar á reglum um félagsaðild SÍ.
3) Önnur mál.
4) Kynning á vefsíðu Skurðlæknafélagsins.

Stjórnin

Aðalfundur Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands 2003

verður haldinn föstudaginn 9. maí nk. kl. 16:30 á Nordica Hótel (Hótel Esju).

Dagskrá

1) Aðalfundarstörf skv. lögum félagsins.
2) Önnur mál.
3) Kynning á vefsíðu Svæfinga- og gjörgæslulæknafélagsins.

Stjórnin

Vísindasjóður Félags íslenskra heimilislækna

Umsóknir um vísindastyrki fyrir vorúthlutun 2003 þurfa að berast formanni stjórnar sjóðsins fyrir 5. maí 2003. Umsóknum ber að skila á þartilgerðum 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*

Afleysingastaða

Afleysari lyflæknis óskast á Fjórðungssjúkrahúsið í Neskaupstað tímabilið frá 15. júní til 4. júlí næstkomandi.

Upplýsingar: Björn Magnússon, forstöðulæknir FSN. Símar: 477 1450 (v), 477 1765 (h).

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, jafnvel 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 sviði innkirtlafræði eða tilraunalífeðlisfræði.

Hver styrkur nemur að jafnaði 100.000 DKR eða hærri upphæð.

Sækja má um styrki vegna starfsemi á árinu 2004 eða 2005.

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
www.novonordiskfonden.dk

Í umsókninni skal koma fram rökstuðningur fyrir mikilvægi þeirrar starfsemi sem sótt er um styrk til (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 (tvær síður).

Umsóknir ásamt öllum fylgiskjölum skulu hafa borist til Novo Nordisk Fonden í síðasta lagi **20. ágúst 2003.** Ófullnægjandi umsóknir og umsóknir sem berast á bréfasíma eða í tölvupósti verða ekki teknar til greina.

Umsóknum verður svarað um miðjan október 2003.

Heimasíður og netföng

Læknafélag Íslands: **www.icemed.is/www.lis.is**
Formaður LÍ: **sigurbjorn.sveinsson@mjodd.hr.is/ form@icemed.is**
Formaður LR: **oskare@mac.com**
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**
Krabbameinsfélag Íslands: **www.krabb.is**
Landspítali: **www.landspitali.is**
Barnaspítali Hringsins: **www.landspítali.is/hringur**
HNE-deildin: **www.hi.is/~hne**
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
World Organization of Family Doctors: **www.GlobalFamilyDoctor.com**

Ný stjórn hjá barnalæknum

Aðalfundur Félags íslenskra barnalækna (FÍBL) var haldinn 31. mars sl. Á fundinum gengu úr stjórn Gunnlaugur Sigfússon ritari og Ari Axelsson gjaldkeri. Í þeirra stað voru kosnir **Lúther Sigurðsson** ritari og **Gylfi Óskarsson** gjaldkeri. Formaður er áfram **Katrín Davíðsdóttir**.

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. janúar 2003**	92,70
Eining fyrir sjálfstætt starfandi heimilislækna	**frá 1. janúar 2003**	57
Sérfræðieining fyrir klínískar greinar sem sömdu 1998	**frá 1. janúar 2003**	200

Heimilislæknasamningur

A liður 1	frá 1. janúar 2003	255.000
A liður 2	frá 1. janúar 2003	223.000
B liður	frá 1. janúar 2003	337.899
E liður 1-6	frá 1. janúar 2003	257
E liður 7	frá 1. janúar 2003	514

Skólaskoðun í framhaldsskólum
Miðað við fyrri forsendur 222

Kílómetragjald frá 1. nóvember 2002

Almennt gjald	53,50
Sérstakt gjald (utan malbiks +15%)	61,52

Dagpeningar frá 1. júní 2002
Innanlands

Gisting og fæði í einn sólarhring	14.500
Gisting eina nótt	9.300
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	5.200
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	2.600

Dagpeningar frá 1. júní 2002
Erlendis **SDR**

	Gisting	Annað	Alls
Bretland og Rússland	133	94	227
New York og Washington DC	139	82	221
Asía, Afríka, S-Ameríka	136	110	246
Annars staðar	100	94	194

Lyklar

Hefur þú í fórum þínum lykla að fundarsal LÍ sem gleymst hefur að skila?
Skrifstofan er opin alla virka daga frá 9-16.

Munið að láta Læknafélag Íslands vita um breytingar á netföngum ykkar og sendið upplýsingar um þau til Guðrúnar Arnardóttur á skrifstofu læknafélaganna:

gunna@icemed.is

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

CIALIS. Lilly ICOS Limited, England. Cialis (tadalafil) töflur 10 mg, 20 mg. Ábendingar: Til meðferðar við ristruflunum. Til þess að CIALIS verki þarf kynferðisleg örvun að koma til. CIALIS er ekki ætlað konum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Til inntöku. **Fullorðnir karlar:** Ráðlagður skammtur er 10 mg sem tekinn er fyrir væntanlegar samfarir og án tillits til máltíða. Þeir sjúklingar sem ekki fá viðunandi verkun af tadalafil 10 mg, geta reynt að taka 20 mg. Unnt er að taka lyfið frá 30 mínútum til 12 tímum fyrir samfarir. Verkun tadalafils getur varað í allt að 24 tíma eftir töku lyfsins. Hámarksskammtatíðni sem mælt er með á einu sinni á sólarhring. Dagleg notkun lyfsins er alls ekki ráðlögð, þar sem langtíma rannsóknir á öryggi daglegra skammta hafa ekki verið framkvæmdar. **Aldraðir karlar:** Ekki er þörf á skammtabreytingum fyrir aldraða sjúklinga. **Karlar með skerta nýrnastarfsemi/lifrarstarfsemi:** Ráðlagður skammtur af CIALIS er 10 mg sem tekinn er fyrir væntanlegar samfarir og án tillits til máltíða. Ekki eru fyrirliggjandi upplýsingar um notkun stærri skammta af tadalafil en 10 mg hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi/lifrarstarfsemi. **Karlar með sykursýki:** Ekki er þörf á skammtabreytingum fyrir sjúklinga með sykursýki. **Börn og unglingar:** CIALIS skal ekki gefið einstaklingum yngri en 18 ára. **Frábendingar:** Tadalafil jók blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata í klínískum rannsóknum. Talið er að það stafi af samanlögðum áhrifum nítrata og tadalafils á nítur oxíð/cGMP ferilinn. Þess vegna má ekki nota CIALIS samhliða neinni tegund lífrænna nítrata. Lyf til meðferðar á óviðunandi stinningu getnaðarlims, þar með talið CIALIS, á ekki að gefa körlum með hjartasjúkdóm sem ráðið er frá því að stunda kynlíf. Læknar skulu íhuga þá áhættu sem er af kynlífi fyrir sjúklinga með undirliggjandi hjartasjúkdóm. Eftirtaldir sjúklingahópar me ð hjarta- og æðasjúkdóma töku ekki þátt í klínískum rannsóknum og eru þessir sjúkdómar því frábending fyrir notkun tadalafils: - sjúklingar sem höfðu fengið hjartadrep á síðustu 90 dögum, - sjúklingar með hvikula hjartaöng eða hjartaöng við iðkun kynlífs, - sjúklingar með hjartabilun af gráðu 2 eða hærri samkvæmt flokkun NYHA (New York Heart Association) á síðustu 6 mánuðum, - sjúklingar með takttruflanir sem hafa ekki svarað meðferð, lágþrýsting (< 90/50 mm Hg), eða lágþrýsting sem hefur ekki svarað meðferð, - sjúklingar sem fengið hafa heilablóðfall á síðustu 6 mánuðum. CIALIS skal ekki gefið sjúklingum með ofnæmi fyrir tadalafil eða einhverju hjálparefnanna. **Aukaverkanir:** Algengustu tilkynningar um aukaverkanir eru höfuðverkur, meltingartruflun. ***Mjög algengar (>10%):*** Höfuðverkur, meltingartruflanir. ***Algengar (1-10%):*** Svimi, andlitsroði, nefstífla, bakverkur, vöðvaverkur. ***Sjaldgæfar (0,1-1%):*** Proti í augnlokum, tilfinning sem lýst er sem augnóþægindi og blóðhlaupin augu. Aukaverkanatilkynningar vegna tadalafils voru tímabundnar, yfirleitt vægar eða miðlungs. Takmarkaðar upplýsingar eru um aukaverkanir hjá sjúklingum eldri en 75 ára. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Kanna skal sjúkdómssögu og rannsókn gerð til greiningar á hvort um ristruflanir sé að ræða og ganga úr skugga um hugsanlega undirliggjandi orsök áður en ákvörðun er tekin um notkun lyfsins. Áður en einhver meðferð við ristruflunum hefst skal læknirinn rannsaka ástand hjarta- og æðakerfis sjúklingsins þar sem nokkur áhætta er fyrir hendi hvað varðar hjartað í tengslum við samfarir. Tadalafil hefur æðavíkkandi eiginleika, sem valda vægri og tímabundinni lækkun blóðþrýstings og auka því blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata. Alvarlegir hjarta- og æðasjúkdómar, þar með talið hjartadrep, hvikul hjartaöng, sleglatakttruflanir, heilablóðföll, skammvinn blóðþurrðarkast, hafa komið fram í klínískum rannsóknum með CIALIS. Auk þess voru tíðar tilkynningar um háþrýsting og lágþrýsting (þar með talin réttstöðu blóðþrýstingslækkun) í klínískum rannsóknum. Flestir sjúklingar sem fengu slík einkenni höfðu sögu um áhættuþætti fyrir hjarta- og æðasjúkdóma. Hins vegar er ekki unnt að ákveða með vissu hvort þessi tilvik tengjast beint þessum áhættuþáttum. Takmarkaðar klínískar upplýsingar eru fyrirliggjandi um öryggi CIALIS hjá eftirfarandi hópum og ef lyfinu er ávísað skal læknirinn meta einstaklingsbundinn ávinning/áhættu áður en lyfinu er ávísað: - sjúklingar með mikið skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30 ml/mín), - sjúklingar með mikið skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh Class C). Hæsti skammtur sem gefinn hefur verið í rannsóknum á sjúklingum með væga (kreatínín úthreinsun = 51 til 80 ml/mín) og meðal (kreatínín úthreinsun = 31 til 50 ml/mín) skerðingu á nýrnastarfsemi og hjá sjúklingum á lokastigi nýrnabilunar í blóðskilun er 10 mg tadalafil. Langvarandi stinningu reðurs var ekki lýst í klínískum rannsóknum með CIALIS. Hins vegar hefur langvarandi stinningu verið lýst með öðrum PDE5 hemli. Sjúklingar sem fá stinningu sem varir í 4 tíma eða meira skal ráðlagt að leita samstundis eftir aðstoð læknis. Sé langvinn stinning ekki meðhöndluð strax, geta vefir í getnaðarlim skemmst, sem getur valdið varanlegu getuleysi. CIALIS skal notað með varúð hjá sjúklingum með sjúkdóma sem gætu leitt til langvarandi stinningar (svo sem sigðkorna blóðleysi, mergæxli, eða hvítblæði), eða hjá sjúklingum með vanskapanir í getnaðarlim (svo sem vinkilbeygðan lim, bandvefshersli í lim eða Peyronies sjúkdóm). Við mat á ristruflunum skal einnig kannað hvort undirliggjandi sjúkdómar gætu verið orsakavaldur og veita síðan viðeigandi meðferð eftir sjúkdómsgreiningu. Ekki er vitað hvort CIALIS er virkt hjá sjúklingum með mænuskaða og hjá sjúklingum sem hafa gengist undir grindarholsskurðaðgerð eða algert brottnám blöðruhálskirtils án þess að reynt væri að hlífa taugum. CIALIS skal ekki gefið sjúklingum með arfgengt galaktósaóþol, skort á Lapp laktasa eða skert frásog á glúkósa-galaktósa. Ekki hafa verið rannsökuð áhrif og öryggi þess að nota CIALIS samhliða öðrum meðferðum við ristruflunum. Því er ekki mælt með slíkri samhliða meðferð. Hjá hundum sem fengu 25 mg/kg/dag eða meira, af tadalafil daglega í 6 til 12 mánuði (samsvarandi að minnsta kosti þrefaldri mestu blóðþéttni [spannar 3,7 – 18,6] sem sést hjá mönnum eftir einn 20 mg skammt) fundust breytingar á þekjuvef í sáðpíplum sem leiddi til minni sæðisframleiðslu hjá fáeinum hundum. Niðurstöður úr tveim 6 mánaða rannsóknum hjá sjálfboðaliðum benda til þess að þessi áhrif séu ólíkleg hjá mönnum. Áhrif af daglegri notkun í lengri tíma hafa ekki verið rannsökuð. Því er dagleg notkun alls ekki ráðlögð. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Talið er að CIALIS hafi hverfandi áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla. Engar rannsóknir hafa verið gerðar til að meta hugsanleg áhrif. Þrátt fyrir að tíðni tilkynninga um svima í lyfleysu og tadalafil örmum klínískra rannsókna hafi verið svipuð, skulu sjúklingar vera meðvitandi um hvernig CIALIS verkar á þá, áður en þeir aka eða stjórna vélum. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Margar rannsóknir á milliverkunum voru framkvæmdar með 10 mg af tadalafil eins og fram kemur hér fyrir neðan. Þar sem rannsóknir á milliverkunum fóru eingöngu fram með 10 mg af tadalafil, er ekki unnt að útiloka milliverkanir með hærri skömmtum. ***Áhrif annarra lyfja á tadalafil:*** ritrómýcin og ítrakónazól, greipaldinsafi séu gefnir samhliða með varúð því líklegt er að þeir auki þéttni tadalafils í plasma. Þar af leiðandi gæti tíðni aukaverkana aukist. Hlutverk flutningspróteina (til dæmis p-glýkópróteín) við útskilnað tadalafils er óþekkt. Milliverkanir við lyf sem hafa áhrif á flutningsprótein er því möguleg. Rifampicín sem örvar CYP3A4 lækkar AUC tadalafils um 88%, samanborið við AUC þegar tadalafil er gefið eitt sér (10 mg skammtur). Búast má við að samhliða gjöf annarra lyfja sem örva CYP3A4 eins og fenóbarbital, fenýtóín eða karbamazepín muni einnig draga úr aðgengi tadalafils. ***Áhrif tadalafils á önnur lyf:*** Tadalafil (10 mg) jók blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata í klínískum rannsóknum. Því má ekki gefa CIALIS samhliða neinum lífrænum nítrötum.Ekki er talið að tadalafil hafi klínísk áhrif til hömlunar eða aukningar á útskilnaði lyfja sem eru umbrotin af CYP450 samsætuformum. Rannsóknir hafa staðfest að tadalafil hvorki hemur né örvar CYP450 samsætuform, þar með talin CYP3A4, CYP1A2, CYP2D6, CYP2E1 og CYP2C9. Tadalafil (10 mg) hafði engin klínísk marktæk áhrif á AUC S-warfarins, eða R-warfarins (CYP2C9 hvarfefni) og tadalafil hafði engin áhrif á lengingu prótrombíntíma sem warfarin veldur. Tadalafil (10 mg) hafði engin áhrif á lengingu blæðingartíma sem acetýlsalicýlsýra veldur. Í lyfjafræðirannsóknum á lyfhrifum var kannað hvort tadalafil yki blóðþrýstingslækkandi áhrif blóðþrýstingslækkandi lyfja. Helstu flokkar blóðþrýstingslækkandi lyfja voru rannsakaðir þar með taldir kalsíumgangalokar (amlódipín), ACE (angiotensin converting enzyme) hemlar (enalapríl), beta-adrenvirkir viðtakablokkar (metóprólól), tíazíð þvagræsilyf (bendroflúazíð), og angiotensín II viðtakablokkar (ýmsar tegundir og skammtar, einir sér eða samhliða með tíazíðum kalsíumgangalokum, betablokkum og/eða alfablokkum). Tadalafil (10 mg ef frá eru taldar rannsóknir með angiotensín II viðtakablokkum og amlódipín, en þá var 20 mg skammtur notaður) hafði engar klínískar marktækar milliverkanir við neinn þessara lyfjaflokka. Tadalafil (10 og 20 mg) hafði engin klínísk marktæk áhrif á blóðþrýstingsbreytingar vegna tamsulósíns, sem er alfa-adrenvirkur viðtakablokki. Tadalafil 20 mg og samhliða meðferð með blóðþýstingslækkandi lyfjum getur valdið blóðþrýstingslækkun, sem er venjulega væg og hefur líklega engin klínískt áhrif. Greining á gögnum úr 3 stigs rannsóknum sýndi engan mun á aukaverkunum hjá sjúklingum sem tóku tadalafil með eða án blóðþrýstingslækkandi lyfja. Hins vegar skal veita þessum sjúklingum viðeigandi upplýsingar um mögulega blóðþrýstingslækkun ef þeir eru meðhöndlaðir með blóðþrýstingslækkandi lyfjum. Tadalafil (10 mg) hafði engin áhrif á þéttni áfengis í blóði (meðalþéttni í blóði 0,08%). Tadalafil (10 mg) jók ekki áhrif áfengis á vitræna starfsemi og tadalafil (20 mg) jók ekki áhrif áfengis á blóðþrýsting. Auk þess fundust engar breytingar á þéttni tadalafils 3 tímum eftir samhliða notkun áfengis. Sýnt hefur verið fram á að tadalafil auki aðgengi etínýlestradíóls til inntöku ; gera má ráð fyrir svipaðri aukningu á aðgengi terbútalíns til inntöku, þó klínísk áhrif séu óþekkt. Þegar tadalafil (10 mg) var gefið samhliða teófýllíni (ósértækur fosfódíesterasa hemill) í rannsókn á lyfhrifum, fannst engin milliverkun við lyfjahvörf. Einungis varð vart við væga aukningu á hjartslætti (3,5 slög/mín). Þrátt fyrir að þetta séu væg áhrif og hafi ekki haft klíníska þýðingu í þessari rannsókn skulu þau höfð í huga ef þessi lyf eru gefin samhliða. Rannsóknir á milliverkunum við sykursýkislyf hafa ekki verið framkvæmdar. **Pakkningar og verð (febrúar 2003):** Cialis töflur 10 mg x 4 stk.: 4.778 kr., Cialis töflur 20 mg x 4 stk.: 4.778 kr., Cialis töflur 20 mg x 8 stk.: 8.240 kr. **Afgreiðslulitlhögun og greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** R, O. **Samantekt um eiginleika lyfs er stytt í samræmi við reglugerð um lyfjaauglýsingar. Hægt er að nálgast samantekt um eiginleika lyfs í fullri lengd hjá Eli Lilly Danmark A/S Útibú á Íslandi, Brautarholti 28, 105 Reykjavík.**

Eli Lilly · Útibú á Íslandi · Brautarholti 28 · pósthólf 5285
125 Reykjavík · Sími 520 3400, fax 520 3401 · www.lilly.com

Cialis® (tadalafil)

Symbicort Turbuhaler INNÖNDUNARDUFT, R 03 A K (Styttur 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 innöndurðum 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 elnunar á undirliggjandi ástandi og krefst endurmats á astmameðferðinni. Skyndileg og áframhaldandi elnun 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. Engar upplýsingar eru fyrirliggjandi um notkun lyfsins við meðferð á bráðu astmakasti. Sjúklingum skal leiðbeina um að hafa lyf við bráðaástandi ávallt meðferðis. Meðferð skal ekki hefja á meðan astmi fer versnandi. Eins og við á um önnur lyf til innöndunar getur komið fram berkjusamdráttur með auknum öndunarerfiðleikum strax eftir lyfjagjöf, sem er í þversögn við verkunarhátt lyfsins. Ef alvarleg einkenni koma fram, ætti að endurmeta meðferð og veita annars konar meðferð ef nauðsyn krefur. 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. Læknar ættu að fylgjast náið með vexti barna og unglinga sem fá barksterа óháð íkomuleið og meta ávinning barksterameðferðar á móti hugsanlegri vaxtarbælingu. Ef minnsta ástæða er til að ætla að starfsemi nýrnahettna sé skert eftir fyrri meðferðir með stera til inntöku, skal gæta varúðar þegar meðferð er breytt og notkun lyfsins er hafin. Ávinningur meðferðar með búdesóníði til innöndunar er venjulega að lágmarka þörf á sterum til inntöku, en hjá sjúklingum sem eru að hætta að nota stera til inntöku getur hættan á skertri starfsemi nýrnahettna varað í töluverðan tíma. Sjúklingar sem áður hafa þurft á stórum skömmtum af barksterum í bráðativikum að halda geta einnig verið í hættu. Þessa hugsanlegu vanstarfsemi nýrnahettna til lengri tíma ætti ávallt að hafa í huga við bráðaaðstæður og aðstæður sem líklegar eru til að geta valdið streitu og hafa verður í huga viðeigandi meðferð með barksterum. Ef umfang skertrar nýrnahettnastarfsemi er mikið getur verið nauðsynlegt að fá ráðleggingar hjá sérfræðingi við aðstæður sem líklegar eru til að valda streitu. Til þess að lágmarka hættu á sveppasýkingu í koki og hálsi ætti að leiðbeina sjúklingum um að skola munn með vatni eftir hverja lyfjagjöf. Samtímis meðferð með ketókónazóli og öðrum öflugum CP3A4 hemlum á að varast (sjá Milliverkanir). Ef það er ekki mögulegt ætti tími á milli lyfjagjafa þessara lyfja að vera eins langur og unnt er. 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. Varúðar skal gæta við meðferð sjúklinga með lengingu á QTc-bili. Formóteról getur valdið lengingu á QTc-bili. Hætta á alvarlegum kalíumskorti er hugsanleg eftir stóra skammta af beta$_2$-örvum. Samtímis meðferð með lyfjum sem geta valdið kalíumskorti getur aukið möguleikann á blóðkalíumlækkandi verkun við gjöf stórra skammta af beta$_2$-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 beta$_2$-örva, ætti að hafa í huga að auka tíðni blóðsykursmælinga hjá sykursjúkum. Lyfið inniheldur mjólkursykur (<1 mg/innöndun). Þetta magn hefur venjulega ekki vandamál í för með sér hjá einstaklingum með mjólkursykuróþol. **Milliverkanir við lyf og annað:** *Milliverkanir vegna lyfjahvarfa:* Ketókónazól 200 mg einu sinni á dag sexfaldaði að meðaltali plasmagildi búdesóníðs (einn 3 mg skammtur) sem gefið var samtímis. *Milliverkanir vegna lyfhrifa:* Betablokkar geta dregið úr eða hamlað verkun formóteróls. Lyfið skal því ekki gefa samtímis betablokka (þ.m.t. augndropum) nema brýna nauðsyn beri til. **Meðganga og brjóstagjöf:** Engar klínískar upplýsingar liggja fyrir um notkun lyfsins eða samtímis meðferðar með formóteróli og búdesóníði á meðgöngu. Fullnægjandi upplýsingar um notkun formóteróls hjá þunguðum konum liggja ekki fyrir. Upplýsingar benda ekki til aukinnar hættu á vansköpun vegna notkunar búdesóníðs til innöndunar. Á meðgöngu ætti einungis að nota lyfið þegar væntanlegur ávinningur vegur þyngra en hugsanleg hætta. Nota ætti lægsta skammt af búdesóníði sem gefur viðunandi stjórn á astma. Ekki er vitað hvort formóteról og búdesóníð berast í brjóstamjólk. Eingöngu ætti að gefa konum með barn á brjósti lyfið ef væntanlegur ávinningur móður er talinn meiri en hugsanleg hætta fyrir barnið. **Aukaverkanir:** Þar sem lyfið inniheldur bæði búdesóníð og formóteról, getur sama mynstur aukaverkana komið fram og greint hefur verið frá við notkun þessara efna. Ekki hefur sést aukin tíðni aukaverkanatilvika eftir að þessi tvö efni hafa verið gefin samtímis. Algengustu aukaverkanir lyfsins eru þekktar aukaverkanir vegna lyfhrifa beta$_2$-örva, eins og skjálfti og hjartsláttarkóst. Þær eru yfirleitt vægar og hverfa venjulega innan nokkurra daga. Aukaverkanir sem hafa verið tengdar búdesóníði eða formóteróli eru taldar upp hér á eftir. ***Algengar (>1%):*** *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkur. *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarkóst. 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 (<0,1%):*** 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. Eins og við á um önnur innöndunarlyf, getur í einstaka tilvikum komið fram berkjusamdráttur, sem er í þversögn við verkunarhátt lyfsins (sjá Varnaðarorð). Greint hefur verið frá hjartsláttartruflunum eins og gáttatitringi, ofansleglahraðtakti og aukaslögum við notkun annarra beta$_2$-örva. **Ofskömmtun:** Ofskömmtun formóteróls myndi líklega valda verkunum sem eru einkennandi fyrir beta2-adrenvirka örva: skjálfti, höfuðverkur, hjartsláttarkóst 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: 9.612 kr. 360 skammtar (3 x 120): 25.624 kr.* **Afgreiðslumáti: R. Greiðsluþátttaka: B.** Janúar 2003.

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

Ezetrol Skrásett vörumerki MSP Singapore Company, LLC, 300 Beach Road, The Concourse #13-05/06, Singapore 199555
MSD Töflur: C10 AX 09
Virkt innihaldsefni: 10 mg af ezetimíbi. **Ábendingar:** *Frumkomin kólesterólhækkun (Primary Hypercholesterolemia)*:Ezetrol gefið samhliða HMG-CoA afoxunarmiðlahemli (statíni) er ætlað ásamt ákveðnu mataræði fyrir sjúklinga með arfblendna ættgenga kólesterólhækkun (heterozygous familial hypercholesterolemia) og kólesterólhækkun sem ekki er ættgeng (non-familial hypercholesterolemia) og ekki er hægt að meðhöndla með statíni á viðeigandi hátt. Ezetrol einlyfjameðferð, er ætlað ásamt ákveðnu mataræði fyrir sjúklinga með arfblendna ættgenga kólesterólhækkun (heterozygous familial hypercholesterolemia) og kólesterólhækkun sem ekki er ættgeng (non-familial hypercholesterolemia) þar sem statín er ekki talið viðeigandi eða er ekki þolað. *Arfhrein ættgeng kólesterólhækkun (Homozygous Familial Hypercholesterolemia)*:Ezetrol gefið samhliða statíni, er ætlað ásamt ákveðnu mataræði fyrir sjúklinga með arfhreina ættgenga kólesterólhækkun. Sjúklingar geta einnig fengið aðra meðferð samhliða (t.d. LDL blóðskilun (apheresis)). *Arfhrein sítósterólhækkun (Homozygous Sitosterolemia (Phytosterolemia))*:Ezetrol er ætlað ásamt ákveðnu mataræði fyrir sjúklinga með arfhreina sítósterólhækkun. Rannsóknum sem sýna virkni Ezetrol sem forvörn við fylgikvillum æðakölkunar (atherosclerosis) hefur enn ekki verið lokið. **Skammtar:** Sjúklingar skulu vera á viðeigandi fitulækkandi fæði áður en meðferð er hafin og skal því haldið áfram meðan á meðferð með Ezetrol 10 mg töflum stendur. Ezetrol er ætlað til inntöku. Ráðlagður skammtur af Ezetrol er ein 10 mg tafla daglega. Ezetrol 10 mg töflur má taka inn á hvaða tíma dags sem er, með eða án fæðu. Þegar Ezetrol er bætt við statín skal annað hvort viðhalda upphafsskammti statínsins eða viðhalda þeim skammti sem þegar er tekinn. Í þessum tilvikum skal athuga skammtaleiðbeiningar fyrir það tiltekna statín. *Samhliða gjöf með gallsýru-sequestra (bile acid sequestrants)*:Gefa skal Ezetrol annað hvort 2 klst. fyrir eða 4 klst. eftir að gallsýru-sequestra gjöf lýkur. *Notkun hjá öldruðum*:Engin þörf er á aðlögun skammta hjá öldruðum. *Notkun hjá börnum*:Börn og unglingar 10 ára: Engin þörf er á aðlögun skammta. Hinsvegar er klínísk reynsla hjá börnum og unglingum (9 til 17 ára) takmörkuð. Börn < 10 ára: Engar klínískar upplýsingar eru fyrir hendi, því er meðferð með Ezetrol ekki ráðlögð. *Skert lifrarstarfsemi:* Engin þörf er á aðlögun skammta hjá sjúklingum með væga skerðingu á lifrarstarfsemi (Child Pugh gildi 5 til 6). Meðferð með Ezetrol er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með miðlungsmikla (Child Pugh gildi 7 til 9) eða verulega (Child Pugh gildi > 9) skerðingu á lifrarstarfsemi. *Skert nýrnastarfsemi*:Engin þörf er á aðlögun skammta hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.
Vinsamlegast leitið upplýsinga í Samantekt á eiginleikum lyfs (SPC) fyrir viðkomandi statín, þegar Ezetrol er gefið samhliða statíni. Ekki skal veita samsetta meðferð með Ezetrol og statíni á meðgöngu eða við brjóstagjöf. Ekki skal gefa Ezetrol með statíni sjúklingum sem hafa viðvarandi lifrarsjúkdóm eða stöðuga óútskýranlega hækkun á transamínasagildum. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Vinsamlegast leitið upplýsinga í Samantekt á eiginleikum lyfs (SPC) fyrir viðkomandi statín, þegar Ezetrol er gefið samhliða statíni. *Lifrarensím:*Í samanburðarrannsóknum hjá sjúklingum sem fá Ezetrol ásamt statíni hefur viðvarandi hækkun á transamínósum (þreföld eðlileg efri mörk) komið fram. Þegar Ezetrol er gefið ásamt statíni, skal framkvæma lifrarpróf þegar meðferð hefst og síðan samkvæmt ráðleggingum fyrir viðkomandi statín.*Skert lifrarstarfsemi:*Þar sem áhrif aukinnar þéttni ezetimíbs í líkamanum hjá sjúklingum með miðlungsmikla eða verulega skerðingu á lifrarstarfsemi eru óþekkt, er Ezetrol ekki ráðlagt. *Fíbröt:*Öryggi og verkun ezetimíbs samhliða fíbrötum hefur ekki verið staðfest og er samhliða gjöf Ezetrols og fíbrata því ekki ráðlögð. *Ciklósporín:* Gæta skal varúðar þegar hefja skal ezetimíb meðferð þar hjá sjúklingum sem taka ciklósporín. Magn laktósa í hverri töflu (55 mg laktósaeinhýdrat) er líklega ekki nægilegt til að framkalla sértæk einkenni laktósaóþols. **Milliverkanir:** Í forklínískum rannsóknum hefur verið sýnt fram á að ezetimíb örvar ekki cýtókróm P-450 umbrotsensím. Engar klínískt marktækar milliverkanir hafa komið fram milli ezetimíbs og lyfja sem vitað er að umbrotna fyrir tilstilli cýtókróma P-450 1A2, 2D6, 2C8, 2C9 og 3A4, eða N-asetýltransferasa. Í klínískum rannsóknum á milliverkunum hafði ezetimíb engin áhrif á lyfjahvörf dapsóns, dextrómetorfans, dígoxíns, getnaðarvarnarlyfja til inntöku (etinýlestradíóls og levónorgestrels), glípizíðs, tolbútamíðs, mídazólams við samhliða notkun. Címetidín hafði engin áhrif á aðgengi ezetimíbs þegar lyfin voru gefin samtímis. *Sýrubindandi lyf:* Samhliða gjöf sýrubindandi lyfja hægði á frásogi ezetimíbs en hafði engin áhrif á aðgengi lyfsins. Þessi minnkaði frásogshraði er ekki talinn hafa marktæka klíníska þýðingu. *Kólestýramín:* Samhliða gjöf kólestýramíns lækkaði meðalgildi AUC fyrir heildar ezetimíb (ezetimíb + ezetimíb-glúkúróníð) um u.þ.b. 55 %. Þessi milliverkun getur dregið úr þeirri auknu lækkun LDL-kólesteróls sem kemur fram þegar ezetimíbi er bætt við kólestýramín meðferð. *Fíbröt:*Samhliða gjöf fenófíbrats jók þéttni heildar ezetimíbs u.þ.b. 1,5 falt og samhliða gjöf gemfíbrósíls jók þéttnina u.þ.b. 1,7 falt. Þessi aukning er ekki talin hafa klínískt marktæka þýðingu. Fíbröt geta aukið kólesterólútskilnað með galli sem getur leitt til gallsteinamyndunar. Í forklínískri rannsókn á hundum varð aukning á kólesteróli í galli í gallblöðru af völdum ezetimíbs. Þrátt fyrir að ekki sé ljóst hvaða þýðingu þessar forklínísku niðurstöður hafi fyrir menn, er samhliða gjöf ezetimíbs og fíbrata ekki ráðlögð fyrr en rannsóknir hafa verið gerðar á notkun hjá sjúklingum. *Statín:*Engar milliverkanir af klínískri þýðingu komu fram þegar ezetimíb var gefið samhliða atorvastatíni, simvastatíni, pravastatíni, lóvastatíni eða flúvastatíni. Ciklósporín: Rannsakaðir voru átta sjúklingar sem farið höfðu í nýrnaígræðslu og voru í jafnvægi á ciklósporín meðferð, þeir voru með kreatínín úthreinsun > 50 ml/mín. Þegar sjúklingunum var gefinn einn 10 mg skammtur af ezetimíbi jók það meðalgildi AUC fyrir heildar ezetimíb um 3,4 (aukningin spannaði bilið 2,3 til 7,9) samanborið við heilbrigða einstaklinga úr í annarri rannsókn (fjöldi = 17). Í annarri rannsókn voru rannsakaðir sjúklingar með alvarlega nýrnabilun (kreatínín úthreinsun 13,2 ml/mín/1,73m^2) sem biðu nýrnaígræðslu og fengu fjölda lyfja, þ.á m. ciklósporín. Þessir sjúklingar voru 12 falt næmari fyrir heildar ezetimíbi þegar sömu viðmið voru notuð. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki skal gefa Ezetrol samhliða statíni á meðgöngu eða við brjótagjöf, vinsamlegast leitið upplýsinga í Samantekt á eiginleikum lyfs (SPC) fyrir viðkomandi statín. Meðganga:Aðeins ætti að gefa þunguðum konum Ezetrol ef það reynist algerlega nauðsynlegt. Engar klínískar upplýsingar um notkun ezetimíbs á meðgöngu eru fyrirliggjandi. Rannsóknir á dýrum sem fengu ezetimíb eitt sér benda hvorki til beinna né óbeinna skaðlegra áhrifa á meðgöngu, þroska fósturvísis/fósturs, fæðingar eða þroska eftir fæðingu. Brjóstagjöf:Ekki er ráðlegt að gefa konum sem hafa börn á brjósti Ezetrol. Rannsóknir á rottum hafa sýnt að ezetimíb skilst út í brjóstamjólk. Ekki er vitað hvort lyfið skilst út í brjóstamjólk hjá konum. **Aukaverkanir:** Klínískar rannsóknir sem stóðu í 8 til 14 vikur þar sem 3366 sjúklingum voru gefin 10 mg af ezetimíbi á dag, einu sér eða ásamt statíni, sýndu fram á að ezetimíb þolist almennt vel og aukaverkanir voru venjulega vægar og tímabundnar. Samanlögð tíðni skráðra aukaverkana vegna ezetimíbs var svipuð og milli ezetimíbs og lyfleysu. Einnig var fjöldi þeirra sem hættu í meðferð vegna aukaverkana svipaður hjá þeim sem fengu ezetimíb og þeim sem fengu lyfleysu. Eftirfarandi algengar (> 1/100, < 1/10) lyfjatengdar aukaverkanir voru skráðar hjá sjúklingum sem fengu ezetimíb eitt sér (fjöldi = 1691) eða ásamt statíni (fjöldi = 1675):Ezetimíb eitt sér: Taugakerfi: Höfuðverkur. Meltingarfæri:Kviðverkir og niðurgangur. Ezetimíb ásamt statíni: augakerfi:Höfuðverkur, þreyta. Meltingarfæri:Kviðverkir, hægðatregða, niðurgangur, vindgangur og ógleði. Stoðkerfi: Vöðvaverkir. Niðurstöður blóðrannsókna:Í klínískum samaburðarrannsóknum á meðferð með ezetimíbi einu sér, var tíðni klínískt mikilvægra hækkana á transamínósum (ALAT og/eða ASAT þreföld eðlileg efri mörk, við endurteknar mælingar) svipuð fyrir ezetimíb (0,5 %) og lyfleysu (0,3 %). Í rannsóknum á samhliða gjöf var tíðnin 1,3 % hjá sjúklingum sem fengu ezetimíb ásamt statíni og 0,4 % hjá sjúklingum sem fengu statín eitt sér. Þessar hækkanir voru yfirleitt án einkenna, án tengsla við gallstíflu og gengu til baka þegar meðferð var hætt eða við áframhaldandi meðferð. Marktæk hækkun á CK (tíföld eðlileg efri mörk) hjá sjúklingum sem fengu ezetimíb eitt sér eða ásamt statíni var svipuð þeirri hækkun sem átti sér stað þegar um lyfleysu var að ræða eða statín eitt sér. **Afgreiðsla**: Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Pakkningar og verð (apríl, 2003)**: **Töflur**: 10 mg 28 stk. 5911 kr. 98 stk. 17987 kr. **Handhafi markaðsleyfis:** MSD-SP Ltd., Hertford Road, UK-Hoddesdon, Hertfordshire EN11 9BU, Bretland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf., Síðumúla 32, IS-108 Reykjavík.

FOSAMAX 70 mg
MSD
IS/1/01/007/01
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 fæða 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 klínískа 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 hluta meltingarvegar, en ekki er hægt að útiloka að um orsakasamband sé að ræða. *Sérhæfð skilningarvit:* Æðahjúpsbólga (uveitis). * Sjá Varnaðarorð og varúðarreglur og Skammtar og lyfjagjöf. *Niðurstöður blóðrannsókna:* Í klínískum rannsóknum kom fram tímabundin, væg, einkennalaus lækkun á kalsíum- og fosfatgildum í blóði hjá u.þ.b. 18% og 10% sjúklinga í meðferð með 10 mg/dag af alendrónati, en hjá u.þ.b. 12% og 3% þeirra sem fengu lyfleysu. Þrátt fyrir það var tíðni kalsíumlækkunar í < 8,0 mg/dl (2,0 mmól/l) og fosfatlækkunar í 2,0 mg/dl (0,65 mmól/l) svipuð hjá báðum hópunum. **Ofskömmtun:** Of lágt kalsíumgildi í blóði, of lágt fosfatgildi í blóði og aukaverkanir í efri hluta meltingarvegar, s.s. magaóþægindi, brjóstsviði, bólga í slímhúð í vélinda, bólga í magaslímhúð eða sár geta hlotist af inntöku of stórra skammta. Engar sértækar upplýsingar eru fyrir hendi um meðferð vegna ofskömmtunar alendrónats. Gefa skal mjólk eða sýrubindandi lyf til þess að binda alendrónat. Vegna hættu á ertingu í vélinda skal ekki framkalla uppköst og sjúklingurinn ætti að sitja eða standa uppréttur. **Pakkningar og verð (nóvember, 2002):** 4 stk. 5179 kr; 12 stk. 13328 kr. Afgreiðslutilhögun: Lyfseðilsskylda. Greiðsluþátttaka: E. Handhafi markaðsleyfis: Merck Sharp & Dohme, B.V., Haarlem, Holland. Umboðsaðili á Íslandi: Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Sérlyfjatexti Seretide

Seretide Diskus
GlaxoSmithKline, R 03 AK 06 R,B
Innúðaduft (duft í afmældum skömmtum til innúðunar með Diskus-tæki). Hver afmældur skammtur inniheldur: Salmeterolum INN, xínafóat 72,5 míkróg samsvarandi Salmeterolum INN 50 míkróg og Fluticasonum INN, própíónat 100 míkróg, 250 míkróg eða 500 míkróg. **Ábendingar:** Seretide er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, þ.m.t. astma hjá börnum og fullorðnum, þar sem samsett meðferð (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 flútíkasónprópíónat) tvisvar á dag. Ekki eru til upplýsingar um notkun lyfsins hjá börnum yngri en 4 ára. **Frábendingar:** Þekkt ofnæmi gegn einhverjum af innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Meðferð á teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, ætti venjulega að fylgja áfangaáætlun og svörun sjúklings ætti að meta út frá klínískum einkennum og lungnaprófum. Lyfið er ekki ætlað til meðhöndlunar á bráðum einkennum. Í slíkum tilfellum ætti að nota stuttverkandi berkjuvíkkandi lyf (t.d. salbútamól) sem sjúklingar ættu ávallt að hafa við höndina. **Milliverkanir:** Jafnvel þótt lítið finnist af lyfinu í blóði er ekki hægt að útiloka milliverkanir við önnur efni sem bindast CYP 3A4. Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra betablokka hjá sjúklingum með teppu í öndunarvegi, sem getur gengið til baka, nema að þörfin fyrir þá sé mjög brýn. **Meðganga og brjóstagjöf:** Notkun lyfja hjá þunguðum konum og hjá konum með barn á brjósti ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur hagur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur eða barn. Það er takmörkuð reynsla af notkun á salmeterólxínafóati og flútíkasónprópíónati á meðgöngu og við brjóstagjöf hjá konum. Við notkun hjá þunguðum konum skal ávallt nota minnsta virka skammt. **Aukaverkanir:** Þar sem fyrið inniheldur salmeteról og flútíkasónprópíónat má búast við aukaverkunum af sömu gerð og vægi og af hvoru lyfinu fyrir sig. Ekki eru nein tilfelli frekari aukaverkana þegar lyfin eru gefin samtímis. Hæsi/raddtruflun, erting í hálsi, höfuðverkur, sveppasýking í munni og hálsi og hjartsláttarónot sáust hjá 1-2% sjúklinga við klínískar rannsóknir. Eftirtaldar aukaverkanir hafa verið tengdar notkun salmeteróls eða flútíkasón- própíónats: *Salmeteról:* Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við áframhaldandi meðferð. Algengar (>1%): *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkjur. *Stoðkerfi:* Skjálfti, vöðvakrampi. Sjaldgæfar(<0,1%): *Almennar:* Ofnæmisviðbrögð, þ.m.t., bjúgur og ofsabjúgur (angioedema). *Hjarta-og æðakerfi:* Hjartsláttaróregla t.d. gáttatif (atrial fibrillation), gáttahraðtaktur og aukaslög. *Húð:* Ofsakláði, útbrot. *Efnaskifti:* Kaliumskortur í blóði. *Stoðkerfi: Li*verkjir, vöðvaþrautir. *Flútíkasónprópíónat:* Algengar(>1%): *Almennar:* Hæsi og sveppasýking í munni og hálsi. **Sjaldgæfar(<0,1%):** *Húð:* Ofnæmisviðbrögðum í húð. *Öndunarvegur:* Berkjukrampi. Hægt er að minnka líkurnar á hæsi og sveppasýkingum með því að skola munninn með vatni eftir notkun lyfsins. Einkenni sveppasýkingar er hægt að meðhöndla með staðbundinni sveppalyfjameðferð samtímis notkun innöndunarlyfsins. Eins og hjá öðrum innöndunarlyfjum getur óvænt berkjusamdráttur átt sér stað með skyndilega auknu surgi eftir innöndun lyfsins. Þetta þarf að meðhöndla strax með skjót- og stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfi til innöndunar. Hætta verður notkun strax, ástand sjúklings skal metið og hefja aðra meðferð, ef þörf krefur. **Pakkningar og verð:** Diskus - tæki. Innúðaduft 50 míkróg + 100 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 250 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Innúðaduft 50 míkróg + 500 míkróg/skammt: 60 skammtar x 1, 60 skammtar x 3. Seretide 50/100: 6.008 krónur, Seretide 50/250: 7.532 krónur, Seretide 50/500: 10.045 krónur. 01.03.02

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

Cozaar
MSD
TÖFLUR; C 09 C A 01
Virkt innihaldsefni: Losartanum INN, kalíumsalt, 12,5 mg, 50 mg eða 100 mg.
Ábendingar: Háþrýstingur. Hjartabilun þegar meðferð með ACE hemlum er ekki lengur talin henta. Ekki er mælt með að skipta yfir í meðferð með Cozaar ef hjartasjúklingar eru í jafnvægi á ACE hemlum.
Skammtar og lyfjagjöf:
Skammtastærðir handa fullorðnum:
Háþrýstingur: Venjulegur upphafs- og viðhaldsskammtur fyrir flesta sjúklinga er 50 mg einu sinni á dag. Hámarksblóðþrýstingslækkandi áhrif lyfsins nást 3-6 vikum eftir að meðferð er hafin. Hjá sumum sjúklingum næst aukinn árangur með því að auka skammtinn í 100 mg einu sinni á dag. Hjá sjúklingum með minnkað blóðrúmmál (t.d. þeim sem fá stóra skammta af þvagræsilyfjum) skal íhuga að hafa upphafsskammtinn 25 mg einu sinni á dag (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Ekki er þörf á að breyta upphafsskammti aldraðra sjúklinga eða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, þ.m.t. sjúklinga sem fá kvið- eða blóðskilun, en gefa sjúklingum með sögu um skerta lifrarstarfsemi lægri upphafsskammt (sjá Varnaðarorð og varúðarreglur). Lyfið má gefa með öðrum háþrýstingslyfjum.
Hjartabilun: Upphafsskammtur lyfsins hjá sjúklingum með hjartabilun er 12,5 mg einu sinni á dag. Skammtinn ætti að auka vikulega (t.d. 12,5 mg á dag, 25 mg á dag, 50 mg á dag) upp í hinn venjulega viðhaldsskammt sem er 50 mg einu sinni á dag, háð þoli sjúklingsins. Lósartan er venjulega gefið samhliða þvagræsilyfjum og digitalis. ***Skammtastærðir handa börnum:*** Lyfið er ekki ætlað börnum. Lyfið má gefa með eða án matar. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ofnæmi. Ofsabjúgur (sjá Aukaverkanir). *Lágþrýstingur og truflun á jóna- og vökvajafnvægi:* Hjá sjúklingum með minnkað blóðrúmmál (þ.e. þeir sem meðhöndlaðir eru með stórum skömmtum af þvagræsilyfjum) geta einkenni um lágþrýsting komið fyrir. Þennan vökvaskort á að leiðrétta fyrir gjöf lyfsins eða nota lægri upphafsskammt af því (sjá Skammtastærðir handa fullorðnum). *Skert lifrarstarfsemi:* Þar sem marktækt hærri blóðþéttni lósartans hefur komið fram í hjá sjúklingum með skorpulifur, skal íhuga að gefa sjúklingum sem hafa haft skerta lifrarstarfsemi minni skammta af lósartani (sjá Skammtar og Lyfjahvörf). Skert nýrnastarfsemi: Sem afleiðing af hömlun renín-angíótensín kerfisins, hafa breytingar á nýrnastarfsemi, þ.m.t. nýrnabilun, sést hjá næmum einstaklingum; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka ef meðferð er hætt. Önnur lyf sem hafa áhrif á renín-angíótensín kerfið geta aukið þvagefni og kreatínín í sermi hjá sjúklingum með þrengsli í báðum nýrnaslagæðum eða hafa eitt nýra og þrengsli í nýrnaslagæðinni til þess. Svipuð áhrif hafa sést hjá losartani; þessar breytingar á nýrnastarfsemi geta gengið til baka, ef meðferð er hætt. **Milliverkanir:** Ekki þekktar. **Meðganga og brjóstagjöf:** Cozaar á ekki að nota á meðgöngu og kona með barn á brjósti á ekki að nota Cozaar. **Aukaverkanir:** Lyfið þolist almennt vel. Almennt hafa aukaverkanir verið vægar og tímabundnar og hafa ekki orðið til þess að hætta hafi þurft meðferð. Heildartíðni aukaverkana sem sést hafa eftir notkun lyfsins hafa verið sambærilegar við lyfleysu. Í klínískum samanburðarrannsóknum á háþrýstingi var svimi eina aukaverkunin sem skráð var sem lyfjatengd aukaverkun, sem hafði hærri tíðni en þegar lyfleysa var notuð, hjá ≥ 1% sjúklinga sem fengu lósartan. Auk þess hafa skammtaháð áhrif á stöðutengdan blóðþrýsting komið fram hjá < 1% sjúklinga. Útbrot áttu sér stað í sjaldgæfum tilvikum, en tíðni þeirra í klínískum samanburðarrannsóknum var lægri en þegar lyfleysa var gefin. Í þessum tvíblindu klínísku samanburðarrannsóknum á háþrýstingi, komu eftirfarandi aukaverkanir fram í tengslum við gjöf lyfsins hjá ≥ 1% sjúklinga, án tillits til annarra lyfja. Tíðni þessara aukaverkana var yfirleitt svipuð og þegar lyfleysa var notuð. *Almennar:* Kviðverkir, máttleysi/þreyta, þjóstverkur, bjúgur/þroti. *Hjarta- og æðakerfi:* Hjartsláttarónot, hraðtaktur. *Meltingarfæri:* Niðurgangur, meltingartruflanir, ógleði. *Stoðkerfi:* Bakverkir, vöðvakrampar. *Taugakerfi/geðræn einkenni:* Svimi, höfuðverkur, svefnleysi. *Öndunarfæri:* Hósti, nefstífla, hálsbólga, kvillar í ennis- og kinnholum (sinus disorder), sýking í efri loftvegum. Lyfið hefur almennt verið vel þolað í klínískum rannsóknum á hjartabilun. Aukaverkanir voru þær sem við var að búast hjá þessum sjúklingahópi. Algengustu aukaverkanirnar tengdar töku lyfsins voru svimi og lágþrýstingur. Eftirfarandi aukaverkanir hafa einnig sést eftir almenna notkun lyfsins: *Ofnæmi:* Bráðaofnæmi, ofsabjúgur þ.á m. þroti í barkakýli og raddböndum sem lokar öndunarveginum og/eða þroti í andliti, vörum, koki og/eða tungu, hafa í sjaldgæfum tilvikum sést hjá sjúklingum á lósartan meðferð. Sumir þessarra sjúklinga hafa áður fengið ofsabjúg af völdum annarra lyfja, þ.á m. ACE hemla. Æðabólga hefur sjaldan sést, þar með talið purpuralíki sem svipar bæði til purpuralíkis Henochs og Schönleins, með kviðverkjum, maga- og garnablæðingum, liðverkjum og nýrnabólgu. *Meltingarfæri:* Lifrarbólga (sjaldgæf), truflanir á lifrarstarfsemi. *Blóð:* Blóðleysi. *Stoðkerfi:* Vöðvaverkir. *Taugakerfi/geðræn einkenni:* Mígreni. *Öndunarfæri:* Hósti. *Húð:* Ofsakláði, kláði. *Breytingar á blóðgildum:* Í klínískum samanburðarrannsóknum á háþrýstingi komu klínískt mikilvægar breytingar í sjaldgæfum tilvikum fram á stöðluðum rannsóknagildum í tengslum gjöf lósartans. Hækkað kalíum í blóði (>5,5 mmól/l (ca 1,5%)); væg hækkun á lifrarensímum kom sjaldan fyrir, og gekk venjulega til baka ef meðferð var hætt. **Afgreiðsla:** Lyfseðilsskylda. **Greiðsluþátttaka:** B. **Pakkningar og verð (apríl, 2002): Töflur 12,5 mg:** 28 stk 2459 kr. **Töflur 50 mg:** 28 stk. 3825 kr; 98 stk. 11160 kr. **Upphafspakkning 12,5 mg og 50 mg:** 35 stk. 3825 kr. **Töflur 100 mg:** 28 stk. 5790 kr; 98 stk. 17176 kr. **Handhafi markaðsleyfis:** Merck Sharp & Dohme B.V., Haarlem, Holland. **Umboðsaðili á Íslandi:** Farmasía ehf, Síðumúla 32, 108 Reykjavík.

Uppbygging LIFE rannsóknarinnar:
Framsækin, fjölstöðva, tvíblind, samanburðarannsókn, þar sem sjúklingar með háþrýsting (höfðu verið í meðferð eða ekki) og stækkaðan vinstri slegil metið út frá EKG voru slembivalin í tvo hópa og fengu lósartan eða atenólól í minnst 4 ár. Meginmarkmið: Að bera saman langtíma verkun af lasartani og atanólóli m.t.t. áfalla og dauða (dauða af völdum hjarta- eða æðasjúkdóma, hjarta- eða heilaáföll). Þátttakendur voru 9193 menn og konur á aldrinum 55 - 80 ára.

Viagra, Pfizer TÖFLUR; G 04 B E 03, R 0
Hver tafla inniheldur Sildenafilum INN, citrat, samsvarandi Sildenafilum INN 25 mg, 50 mg eða 100 mg. **Ábendingar:** Til meðferðar við ristruflunum (erectile dysfunction), en það er þegar stinning getnaðarlims næst ekki eða helst ekki nægilega lengi til að viðkomandi geti haft samfarir á viðunandi hátt. Til þess að lyfið verki þarf kynferðisleg örvun að koma til. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lyfið er ætlað til inntöku. ***Fullorðnir:*** Ráðlagður skammtur er 50 mg sem tekinn er eftir þörfum um það bil 1 klst. fyrir samfarir. Með hliðsjón af verkun og þoli má auka skammtinn í 100 mg eða minnka hann í 25 mg. Hámarksskammtur sem mælt er með er 100 mg. Hámarksskammtatíðni sem mælt er með er einu sinni á sólarhring. Sé lyfið tekið inn með mat getur það seinkað verkun lyfsins miðað við töku þess á fastandi maga. ***Sjúklingar með vægt skerta nýrnastarfsemi:*** Leiðbeiningar um skammta undir yfirskriftinni ***"Fullorðnir"*** eiga einnig við sjúklinga með væga til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun = 30-80 ml/mín.). ***Aldraðir, sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi eða skerta lifrarstarfsemi:*** Þar sem úthreinsun sildenafils er hægari hjá framangreindum sjúklingahópum, skal gefa öldruðum 25 mg byrjunarskammt og mæla er með sama skammti fyrir sjúklinga með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Með hliðsjón af verkun og þoli má auka skammt í 50 mg eða 100 mg. ***Notkun handa börnum:*** Lyfið er ekki ætlað einstaklingum yngri en 18 ára. ***Sjúklingar, sem nota önnur lyf:*** Mælt er með að gefa sjúklingum, sem eru samtímis meðhöndlaðir með CYP3A4 hemlum öðrum en ritónaviri, 25 mg upphafsskammt. Sjá einnig kaflana „Varnaðarorð og varúðarreglur" og „Milliverkanir". **Frábendingar:** Í samræmi við þekkt áhrif sildenafils á köfnunarefnisoxíð/hringlaga gvanósíneinfosfat (cGMP))-efnaferilinn hefur verið sýnt fram á að það eykur lágþrýstingsvaldandi áhrif nítrata og má því ekki nota það samtímis efnum sem gefa frá sér köfnunarefnisoxíð (svo sem amýlnítrít) og hvers konar nítrótum. Lyf til meðferðar á óviðunandi stinningu getnaðarlims, þar með talið sildenafil, á ekki að gefa körlum sem ráðið er frá því að stunda kynlíf (t.d. sjúklingar með alvarlega hjarta- og æðasjúkdóma eins og hvikula hjartaöng eða alvarlega hjartabilun). Ofnæmi fyrir hinu virka innihaldsefni lyfsins eða einhverju hjálparefnanna. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Kanna skal sjúkdómssögu og rannsókn gerð til greiningar á hvort um ristruflanir sé að ræða og ganga úr skugga um hugsanlega undirliggjandi orsök áður en ákvörðun er tekin um notkun lyfsins. Áður en einhver meðferð við ristruflunum hefst skal læknirinn rannsaka ástand hjarta- og æðakerfis sjúklingsins þar sem nokkur áhætta er fyrir hendi hvað varðar hjartað í tengslum við samfarir. Sildenafil hefur æðaútvíkkandi eiginleika, sem valda vægri og tímabundinni lækkun blóðþrýstings (sjá „Lyfhrif"). Læknirinn skal íhuga vandlega áður en sildenafili er ávísað, hvort sjúklingur með alvarlega skerta starfsemi vinstri slegils (t.d. ósæðarþrengsli, hjartavöðvakvilla með útstreymishindrun) eða þeir sem eru með mjög sjaldgæf heilkenni fjölþættra visnunar æðakerfis sem einkennist af alvarlega skertri sjálfstjórn á blóðþrýstingi. Viagra eykur blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata (sjá „Frábendingar"). Eftir markaðssetningu hefur, í tengslum við notkun lyfsins, verið greint frá alvarlegum hjarta- og æðaáföllum, þar á meðal kransæðastíflu, hvikulli hjartaöng (angina pectoris intermediate syndrome), skyndilegum hjartadauða, sleglatakttruflunum, heilablæðingu, skammvinnum heilaeinkennum vegna blóðþurrðar (transient ischemic attack), háþrýstingi og lágþrýstingi. Flestir þessara sjúklinga, en þó ekki allir, voru fyrir í hættu með að fá hjarta- eða æðaáfall. Mörg þeirra tilvika sem greint var frá áttu sér stað meðan á samförum stóð eða fljótlega að þeim loknum og nokkur tilvikanna áttu sér stað skömmu eftir inntöku lyfsins án þess að samfarir ættu sér stað. Ekki er unnt að kveða upp úr með það hvort þessi atvik tengjast þessum þáttum beint, eða öðrum þáttum. Gæta skal varúðar við notkun lyfja við ristruflunum, þar með talið sildenafil, hjá sjúklingum með vanskapaðan getnaðarlim (t.d. vinkilbeygðan lim, bandvefshersli í getnaðarlim (cavernous fibrosis) eða Peyronies-sjúkdóm) eða hjá sjúklingum sem haldnir eru sjúkdómum sem geta valdið standpinu (t.d. sigðfrumublóðleysi, mergæxli (multiple myeloma) eða hvítblæði). Öryggi og verkun af notkun sildenafils samtímis meðhöndlun með öðrum lyfjum við ristruflunum hefur ekki verið rannsökuð. Samtímis meðferð er því ekki ráðlögð. Ekki er mælt með samtímis notkun sildenafils og ritónavírs (sjá „Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir"). Rannsóknir *in vitro* benda til þess, að sildenafil auki verkun nítróprússíðs gegn samloðun blóðflagna í mönnum. Engar upplýsingar liggja fyrir um öryggi við notkun sildenafils hjá sjúklingum með blæðingasjúkdóma eða virkt sætissár. Sildenafil skal því aðeins gefið þessum sjúklingum eftir ítarlegt mat á kostum þess gegn áhættu. **Milliverkanir við lyf eða annað:** ***In vitro rannsóknir:*** Umbrot sildenafils verða fyrst og fremst fyrir áhrif cýtókróm P450 (CYP) ísóenzýma 3A4 (að mestu leyti) og 2C9 (í minna mæli). Því geta hemlar þessara ísóenzýma dregið úr úthreinsun sildenafils. ***In vivo rannsóknir:*** Mat á lyfjahvörfum hjá mönnum, sem byggt er á gögnum úr kliniskum rannsóknum, bendir til þess að úthreinsun sildenafils minnki séu CYP3A4 hemlar gefnir samtímis (eins og t.d. ketókónazól, erýtrómýsín og cimetidín). Enda þótt tíðni aukaverkana hjá þessum sjúklingum hafi ekki aukist þegar sildenafil var gefið samtímis er ráðlegt að nota 25 mg skammt í upphafi. Við samtímis gjöf HIV próteasahemilsins ritónavírs, sem er mjög öflugur P450 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (500 mg tvisvar sinnum á dag) og eins skammts af sildenafili (100 mg) varð 300% (ferföld) hækkun á C_{max} sildenafils og 1000% (ellefuföld) hækkun á AUC sildenafils í blóði. Eftir 24 klst. voru blóðgildi sildenafils enn u.þ.b. 200 ng/ml, en þegar sildenafil var gefið eitt sér voru blóðgildi þess u.þ.b. 5 ng/ml. Þetta er í samræmi við þá umtalsverðu verkun, sem ritónavír hefur á fjöldann allan af P450 ensímhvarfefnum (substrates). Sildenafil hafði engin áhrif á lyfjahvörf ritónavírs. Með hliðsjón af niðurstöðum úr þessum lyfjahvarfarannsóknum á heildarskammtur sildenafils ekki að fara yfir 25 mg á 48 klst. tímabili. Við samtímis gjöf HIV próteasahemilsins sakvinavirs, sem er CYP3A4 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (1200 mg þrisvar sinnum á dag) og eins skammts af sildenafili (100 mg) varð 140% hækkun á C_{max} sildenafils og 210% hækkun á AUC sildenafils í blóði. Sildenafil hafði engin áhrif á lyfjahvörf sakvinavirs . Öflugri CYP3A4 hemlar eins og ketókónazól og ítrakónazól eru taldir hafa meiri áhrif. Eftir inntöku eins 100 mg skammts af sildenafili með erýtrómýcíni, sem er sértækur CYP3A4 hemill, við stöðuga þéttni í blóði (500 mg tvisvar sinnum á dag í 5 daga) varð 182% hækkun á aðgengi sildenafils (AUC). Hjá venjulegum heilbrigðum körlum, sem voru sjálfboðaliðar, komu engar vísbendingar í ljós um að azitrómýcín (500 mg daglega í þrjá daga) hefði áhrif AUC, C_{max}, t_{max}, stuðul útskilnaðarhraða né heldur í kjölfar þess á helmingunartíma sildenafils eða þess umbrotsefnis, sem mest er af í blóði. Hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum olli cimetidín (800 mg), sem er cýtókróm P450 hemill og ósértækur hvað varðar CYP3A4, 56% aukningu á blóðþéttni sildenafils þegar það var gefið samtímis sildenafili (50 mg). Greipaldinsafi, sem er vægur hemill á CYP3A4 umbrot í þarmavegg, getur valdið lítils háttar aukningu á blóðþéttni sildenafils. Taka eins skammts af sýrubindandi lyfi (magnesíumhýdroxíð / álhýdroxíð) hafði ekki áhrif á aðgengi sildenafils. Enda þótt sérstakar rannsóknir hafi ekki verið gerðar á milliverkunum við öll lyf, kom í ljós við mat á lyfjahvörfum, að samtímis notkun eftirtalinna lyfja hafði ekki áhrif á lyfjahvörf sildenafils: CYP2C9 hemlar (eins og sértækir serótónin endurupptöku hemlar og þríhringlaga geðdeyfðarlyf), tíazíð og skyld þvagræsilyf, mikilvirk (loop-) og kalíumsparandi þvagræsilyf, ACE-hemlar, kalsíumgangalokar, beta-hemlar eða lyf sem örva CYP450 umbrot (eins og rífampicín, barbítúrat). **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið er ekki ætlað konum. **Akstur og stjórnun annarra véla:** Þar sem skýrt hefur verið frá svima og breytingu á sjón í kliniskum rannsóknum á sildenafili eiga sjúklingar að ganga úr skugga um hvaða áhrif lyfið hefur á þá áður en þeir aka bifreið eða stjórna vinnuvélum. **Aukaverkanir:** Skýrt hefur verið frá eftirtöldum aukaverkunum (tíðni >1%) hjá sjúklingum sem hafa verið meðhöndlaðir með ráðlögðum skömmtum í kliniskum rannsóknum: ***Hjarta og æðakerfi:*** Höfuðverkur (12,8%), roði/hitasteypur (10,4%), svimi (1,2%). ***Meltingarfæri:*** Meltingartruflanir (4,6%). ***Öndunarfæri:*** Nefstífla (1,1%). ***Skynfæri:*** Sjóntruflanir (1,9%; vægar og tímabundnar, einkum truflun á litaskyni, en einnig aukið ljósnæmi eða þokusýn). Í rannsóknum þar sem notaðir voru fastir (fixed) skammtar voru meltingartruflanir (12%) og sjóntruflanir (11%) algengari þegar notaðir voru 100 mg skammtar en þegar minni skammtar voru notaðir. Einnig hefur verið skýrt frá vöðraverkjum þegar sildenafil hefur verið notað örar en ráðlagt er. Aukaverkanirnar voru vægar eða í meðallagi, en urðu tíðari og alvarlegri með auknum skammti. Eftir markaðssetningu hefur verið greint frá eftirtöldum aukaverkunum: ***Almennar:*** Ofnæmi (þ.m.t húðútbrot). ***Hjarta og æðakerfi:*** Í tengslum við notkun Viagra hefur verið greint frá alvarlegum hjarta- og æðaáföllum, þar á meðal kransæðastíflu, hvikulli hjartaöng (angina pectoris intermediate syndrome), skyndilegum hjartadauða, sleglatakttruflunum, heilablæðingu, skammvinnum heilaeinkennum vegna blóðþurrðar (transient ischemic attack), háþrýstingi, lágþrýstingi, yfirliði og hraðtakti. Í örfáum tilvikum hefur verið greint frá lágþrýstingi við samtímis notkun sildenafils og alfa-hemla. ***Þvag- og kynfæri:*** Langvarandi stinning getnaðarlims og/eða standpína. ***Skynfæri:*** Augnóþægindi: Greint hefur verið frá augnverkjum og rauðum augum/blóðhlaupnum augum. **Pakkningar og verð 1. september 2002: Töflur 25 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 4.074 kr.; **Töflur 50 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 4.663 kr; 12 stk. (þynnupakkað), 12.033 kr.; **Töflur 100 mg:** 4 stk. þynnupakkað, 5.578 kr.; 12 stk. (þynnupakkað), 14.382 kr.
Nánari upplýsingar um lyfið er að finna í Sérlyfjaskrá og á lyfjastofnun.is. Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: 0.
Einkaumboð á Íslandi: PharmaNor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær.
Heimild: 1) Sadowsky et al, International Journal of Clinical Practice, mars 2001. Vol. 55 nr. 2.

Pfizer

Levonova
Schering
LYFJALYKKJA; G 02 B A 03 R 0
Hver lykkja inniheldur: Levonorgestrelum INN 52 mg: gefur frá sér 20 mikróg/24 klst.
Litarefni: Járnoxíð (E 172).
Ábendingar: Getnaðarvörn, miklar legblæðingar. Vörn gegn ofvexti legslímu við samhliða óstrógen uppbótarmeðferð. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lykkjan er sett í legið og verkar í 5 ár. Upphaflegur losunarhraði *in vivo* er 20 mikróg/24 klst. og minnkar eftir 5 ár í u.þ.b. 11 mikróg /24 klst. Losunarhraði levónorgestrels á 5 ára tímabili er 14 mikróg/24 klst. að meðaltali. Við hormónauppbótarmeðferð er hægt að nota lykkjuna ásamt óstrógenlyfjum í inntöku eða á formi plásturs án gestagena. **Frábendingar:** Staðfest þungun eða grunur um þungun. Yfirstandandi eða endurteknar sýkingar í kynfærum. Sýking í leggöngum. Legslímuvilla eftir barnsburð. Sýking eftir fósturlát á síðusu 3 mánuðum. Leghálsbólga. Afbrigðilegur vöxtur í leghálsi. Illkynja breytingar í legi eða leghálsi. Ósjúkdómsgreindar óeðlilegar legblæðingar. Meðfæddur eða áunninn afbrigðileiki í legi, þ.á m. góðkynja bandvefsæxli ef þau aflaga legholið. Aðstæður sem leiða til aukinnar hættu á sýkingu. Bráðir lifrarsjúkdómar eða lifraræxli. Ofnæmi fyrir einhverju af innihaldsefnunum í lyfinu. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Ef eitthvert af eftirfarandi er til staðar eða kemur fram í fyrsta skipti skal athuga hvort fjarlægja þurfi lykkjuna eða nota megi hana í nánu samráði við sérfræðing: Migreni, staðbundið migreni með ósamhverfum sjónmissi eða öðrum einkennum sem geta bent til tímabundins blóðskorts í heila; alvarlegur nístandi höfuðverkur; gula; greinileg aukning í blóðþrýstingi; staðfest eða grunur um hormónaháða æxlismyndun, þ.á m. brjóstakrabbamein; alvarlegir slagæðasjúkdómar eins og heilablóðfall eða kransæðastíflu. Hjá konum sem nota töflur sem eingöngu innihalda gestagen (mini-pillur), hafa nýjar faraldsfræðilegar rannsóknir sýnt að það getur verið örlítil aukin hætta á blóðæsagereki en niðurstöður voru ekki tölfræðilega marktækar. Við einkenni eða vísbendingar um segarek á undir eins að gera viðeigandi sjúkdómsgreiningu og mælingar. Einkenni um segamyndun í blá- eða slagæðum geta verið: Beinverkur í annarri hlið líkamans og/eða bólga, skyndilegur öflugur verkur fyrir brjósti sem getur dreifst út í vinstri handlegg, skyndileg andnauð; skyndileg höstakóst; óvanalegur mikill langvarandi höfuðverkur, skyndilegur sjónmissir að hluta til eða alger; tvísýni; óskýrt tal eða málstol; svimi; yfirlið með eða án stacfloga, slappleiki eða tilfinningaleysi sem hefur áhrif á aðra hliðina eða allan líkamann; hreyfitruflanir; miklir magaverkir. Einkenni eða merki sem benda til blóðtappamyndunar í sjónhimnu eru: Óútskýrður sjónmissir að hluta til eða alger, upphaf á úteygð eða tvísýni, doppubjúgur eða æðaskemmd í sjónhimnu. Ekki er vitað hvort hugsanlegt samhengi er á milli bláæðasegareks og æðahnúta og segablæðabólgu. Konum, sem hafa meðtaðda hjartasjúkdóma eða hjartsláttartruflanir með hættu á hjartabelsbólgu, á að gefa fyrirbyggjandi sýklalyfjameðferð við uppsetningu og þegar lykkjan er fjarlægð. Levónorgestrel í litlum skömmtum getur haft áhrif á sykurþol, og skal fylgjast með blóðsyrk glúkósu hjá sykursjúkum sem nota Levonova. Óreglulega blæðingar geta dulið einkenni og merki um krabbamein eða sveppasýkingu í legslímhuð. Í þeim tilvikum á að huga vel að sjúkdómsgreiningu. Levonova er ekki fyrsta val hjá konum sem ekki hafa átt barn, og ekki heldur hjá konum eftir tíðahvörf með verulega rýrnun á legi (uterin atrophy). *Uppsetning og brottnám/endurnýjun:* Áður en lykkjan er sett upp á að upplýsa sjúklinginn um verkun, áhættu og aukaverkanir Levonova. Framkvæma á almenna skoðun og kvenskoðun, sem felur í sér leghálsstrok og brjóstaskoðun. Útiloka skal þungun og smitandi kynsjúkdóma og meðferð sýkinga í kynfærum á að vera lokið. Ákvarða skal stöðu legsins og stærð legholsins. Það er sérstaklega mikilvægt að lykkjan sitji við botn legsins til þess að ná jafnri losun gestagensins í legslímu, til að koma í veg fyrir að hún ýtist út og að hún geti sem mesta verkun. Fylgja skal leiðbeiningum um uppsetningu vandlega. Sjúkling á að skoða 4-12 vikum eftir uppsetningu og einu sinni á ári eftir það, eða oftar ef þörf er á. Hjá konum á barneignaraldri á að setja lykkjuna í legið innan 7 daga frá upphafi tíðablæðinga. Levonova má skipta út fyrir nýja lykkju hvenær sem er í tíðahringnum. Lykkjuna má einnig setja í leg strax eftir fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Lykkjuna má setja í leg í fyrsta lagi 6 vikum eftir fæðingu. Levonova hentar ekki sem getnaðarvörn eftir samfarir. Sé Levonova notuð til þess að vernda legslímu við óstrógenuppbótarmeðferð á breytingaskeiði, má setja hana upp hvenær sem er hafi konan engar tíðablæðingar, en annars á síðustu dögum blæðinga eða sýndarblæðinga. Þar sem óregluleagr blæðingar/blettablæðingar verða yfirleitt á fyrstu mánuðum meðferðar, er mælt með útlokun á sjúkdómum í legslímu áður en lykkjan er sett upp. Útiloka verður sjúkdóma í legslímu hjá konum sem fá blæðingartruflanir þar sem Levonova hefur verið sett upp eftir að óstrógenuppbótarmeðferð hefur verið hafin. Verði óreglulegar blæðingar við langtímameðferð, skal einnig gera viðeigandi sjúkdómsgreiningu. Lykkjan er fjarlægð með því að toga varlega í þræðina með töng. Ef þræðirnir sjást ekki og lykkjan liggur í legholinu, er hægt að fjarlægja hana með því að nota litla töng. Það getur þurft að vikka út leghálsinn. Lykkjuna á að fjarlægja eftir 5 ár. Óski konan eftir að nota sömu getnaðarvörn áfram má setja nýja lykkju á sama tíma. Til þess að forðast þungun á að taka lykkjuna út við tíðablæðingar hjá konum á barneignaraldri, sé um tíðahring að ræða. Ef lykkjan er fjarlægð í miðjum tíðahring og ný lykkja ekki sett í staðinn er hætta á að konan verði þunguð ef hún hefur haft samfarir innan viku áður en lykkjan var fjarlægð. Þegar lykkjan er sett upp eða fjarlægð geta komið fram verkir og blæðingar. Aðgerðin getur valdið svima, sem eða- og skreyjutaugaviðbrögð, eða krampaköstum hjá konum með flogaveiki. *Tíðateð/tíðateppa:* Tíðateð og/eða tíðateppa kemur smám saman fram hjá um 20% kvenna á barneignaraldri sem nota Levonova. Líði meira en 6 vikur frá síðustu blæðingum þarf að athuga hvort þungun hafi átt sér stað. Eftir það þarf ekki að endurtaka þungunarpróf hjá þeim sem hafa engar tíðir nema önnur einkenni þungunar komi í ljós. Þegar Levonova er notuð samhliða stöðugri óstrógenuppbótarmeðferð, stöðvast blæðingar smám saman hjá flestum konum á fyrsta ári meðferðarinnar. *Grindarholssýking:* Hlíðarrör utan um Levonova ver hana gegn örverumengun á meðan hún er sett upp og er hönnuð þannig að sýkingarhætta sé sem minnst. Hjá notendum koparlykkju er sýkingarhætta í grindarholi mest fyrsta mánuðinn eftir að hún er sett upp en minnkar síðar. Nokkrar rannsóknir benda til að tíðni grindarholssýkinga sé lægri hjá þeim sem nota Levonova en þeim sem nota koparlykkju. Þekktur áhættuþáttur fyrir grindarholsbólgu eru margir rekkjunautar. Grindarholssýking getur haft áhrif á frjósemi og aukið hættu á utanlegsfóstri. Ef kona fær endurteknar legslímubólgur eða grindarholssýkingar, eða ef bráð sýking svarar ekki meðferð innan nokkra daga, verður að fjarlægja Levonova. Örverupróf eru ráðlögð og reglulegt eftirlit, jafnvel við væg einkenni um sýkingu. *Lykkjan ýtist út:* Helstu einkenni ef lykkjan ýtist að hluta til eða algerlega úr leginu geta verið blæðingar eða verkir. Hins vegar getur lykkjan ýst úr legholinu án þess að konan taki eftir því. Ef Levonova ýtist að hluta til út geta áhrif hennar minnkað. Þar sem Levonova dregur úr tíðablæðingum geta auknar tíðablæðingar bent til að hún hafi ýst úr leginu. Lykkju sem ekki situr rétt þarf að fjarlægja og setja má upp nýja á sama tíma. Upplýsa skal konuna um hvernig hún athugar að þræðirnir sitji rétt. *Raut/gat:* Í sjaldgæfum tilvikum getur raut/gat komið í legbol eða leghals, oftast við uppsetningu. Ef það gerist á að fjarlægja hana eins fljótt og hægt er. *Utanlegsþykkt:* Meiri hætta er á utanlegsþykkt hjá konum með fyrri sögu um utanlegsþykkt, sem hafa farið í aðgerð á eggjastokkum eða fengið grindarholssýkingar. Kviðverkir í neðri hluta kviðarhols með eða án samtímis blæðingartruflunum geta verið vísbending um utanlegsþykkt. Tíðni utanlegsþykktar hjá þeim sem nota Levonova er 0,06 fyrir hver 100 kvenár, sem er töluvert lægri en 1.2-1.6 sem áætlað er hjá konum sem nota engar getnaðarvarnir. *Týndir þræðir:* Ef þræðirnir á lykkjunni sjást ekki við leghálsinn við skoðun þarf fyrst að útiloka þungun. Þræðirnir gætu hafa dregist upp í legið eða leggöngin og geta þá sést aftur við næstu tíðir. Ef þungun hefur verið útilokuð, er yfirleitt hægt að finna þræðina með vartæknislegri könnun með viðeigandi tæki. Ef þeir finnast ekki gæti lykkjan hafa ýst úr leginu. Hægt er að staðsetja Levonova með ómskoðun. Ef ekki er hægt að nota ómskoðun má nota röntgenmyndatöku til þess að staðsetja lykkjuna. *Seinkun á eggbúslokum:* Þar sem getnaðarvarnandi áhrif Levonova eru aðallega vegna staðbundinna áhrifa verður egglos með eggbússundrun hjá konum á barneignaraldri. Stundum seinkar lokun eggbúsins og vöxtur eggbúsins heldur áfram. Pessi stækkuðu eggbú er ekki hægt að greina klínískt frá eggjastokksblöðrum. Stór eggbú hafa verið greind hjá um 12% þeirra sem nota Levonova. Flest þessara eggbúa eru einkennalaus, þó geta komið fram verkir í grindarholi eða sársauki við samfarir. Í flestum tilvikum hverfa þessi stærri eggbú sjálfkrafa eftir 2-3 mánuði. Ef það gerist ekki, er mælt með áframhaldandi eftirliti með ómskoðun og öðrum greiningaraðferðum. Í sjaldgæfum tilvikum getur verið þörf á skurðaðgerð. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lykkjuna má ekki nota sé um þungun að ræða eða við grun um þungun. Ef þungun verður á meðan Levonova er notuð þarf að fjarlægja lykkjuna þar sem lykkjan getur aukið hættu á fósturláti eða fyrirmálsfæðingu. Ef lykkjan er fjarlægð eða legið skoðað getur það leitt til sjálfkrafa fósturláts. Ef ekki er hægt að fjarlægja lykkjuna varlega má íhuga fóstureyðingu. Ef konan óskar eftir því að halda þunguninni og ekki er hægt að fjarlægja lykkjuna á að upplýsa hana um áhættu og afleiðingar fyrir barnið ef það fæðist of snemma. Fylgjast skal vel með slíkri meðgöngu. Útiloka skal utanlegsfóstur. Upplýsa á konuna um að hún eigi að tilkynna öll einkenni, sem geta verið merki um kvilla af völdum meðgöngunnar t.d. móðurlifsverki með krömpum og hita. Vegna legu sinnar í legi og staðbundinna áhrifa hormónsins, er ekki hægt að útiloka algjörlega að lyfið valdi fósturskaða (einkum aukin karlkynseinkenni fósturs). Klínísk reynsla af þungun þegar Levonova er til staðar er takmörkuð vegna öflugra getnaðarvarnaráhrifa. Þó skal upplýsa konur um að enn hafa ekki komið fram sannanir um fæðingargalla af völdum notkunar Levonova á meðgöngu. Dagsskammtur og blóðþéttni levónorgestrels við notkun Levonova er lægri en eftir aðrar hormónagetnaðarvarnir. Levónorgestrel hefur þó greinst í óverulegu magni í brjóstamjólk kvenna sem nota Levonova. Hormónagetnaðarvarnir eru ekki ráðlagðar sem fyrsta val á getnaðarvörn hjá konum með barn á brjósti en næst á eftir getnaðarvörnum án hormóna virðast þær sem eingöngu innihalda gestagen vera hentugastar. Engin skaðleg áhrif á vöxt eða þroska barna sem eru á brjósti hafa komið fram ef notuð eru lyf sem einungis innihalda gestagen sex vikum eftir fæðingu. Lyf sem einungis innihalda gestagen virðast hvorki hafa áhrif á magn eða gæði brjóstamjólkur. Sjaldan hefur verið tilkynnt um blæðingu frá legi hjá konum með barn á brjósti sem nota Levonova. **Aukaverkanir:** Aukaverkanir eru algengari fyrstu mánuðina eftir uppsetningu, en hjaðna við langtíma notkun. Eitthvert form blæðingartruflana koma fram hjá um 30%. Sjaldan er greint frá grindarholssýkingum sem getur haft alvarlegar afleiðingar. *Algengar (>1%): Almennar:* Þyngdarbreytingar, verkir í neðri hluta kviðarhols og bakverkir. *Miðtaugakerfi:* Höfuðverkur, þunglyndi og aðrar skapbreytingar. *Innkirtlar:* Brjóstaverkur og aðrir góðkynja brjóstkvillar, bjúgur. *Meltingarfæri:* Ógleði. *Þvag-/kynfæri:* Blæðingar (tíðari eða lengri tíðablæðingar, blettablæðingar), tíðateppa, tíðaþrautir, fátíðir, útferð, leggangaþroti, blöðrur á eggjastokkum sem ganga til baka. *Húð:* Húðvandamál (t.d. þrymlabólur, útbrot og kláði). *Sjaldgæfar (0,1-1%): Miðtaugakerfi:* Minnkuð kynhvöt. *Innkirtlar:* Ofloðna, aukin svitamyndun, hárlos, feitt hár. *Meltingarfæri:* Uppþemba. *Mjög sjaldgæfar (<0,1%): Þvag-/kynfæri:* Grindarholssýkingar. *Miðtaugakerfi:* Migreni. Fjöldi blettablæðingadaga minnkar smám saman að meðaltali úr 9 dögum í 4 daga á fyrstu 6 mánuðunum hjá konum með miklar blæðingar. Hundraðshluti kvenna með lengri blæðingar (fleiri en 8 daga) lækkar úr 20% í 3% á fyrstu 3 mánuðunum. Í kliniskum rannsóknum fengu 17% kvenna tíðateppu í minnst 3 mánuði á fyrsta ári notkunar. Pegar Levonova er notuð samhliða óstrógenuppbótarmeðferð, fengu konur fyrir tíðahvörf blettablæðingar og óreglulegar blæðingar á fyrstu mánuðunum. Blæðingar minnkuðu með tímanum og í lok fyrsta árs voru þær óverulegar og 30-60% af konunum höfðu ekki blæðingar. Pungun sem verður þegar Levonova er til staðar getur verið utanlegs. Grindarholssjúkdómar geta komið fram hjá þeim sem nota Levonova en tíðnin er lág. Lykkjan eða hluti hennar getur farið í gegnum legvegginn. Stærri eggbú (starfrænar blöðrur á eggjastokkum) geta myndast (sjá Seinkun á eggbúslokum). Ofnæmisviðbrögð geta verið af völdum lykkjunnar. **Ákvæði um notkun/meðhöndlun lyfsins:** Levonova er í dauðhreinsuðum pakkningum sem ekki á að opna fyrr en við uppsetningu lykkjunnar. Viðhafa skal smitgát þegar lykkjan er meðhöndluð. Ef innsigli dauðhreinsaða pokans er rofið á að farga lykkjunni sem verður þegar Levonova er til staðar getur verið utanlegs. Grindarholssjúkdómar geta komið fram hjá þeim sem nota Levonova en tíðnin er lág. Lykkjan eða hluti hennar getur farið í gegnum legvegginn. Stærri eggbú (starfrænar blöðrur á eggjastokkum) geta myndast (sjá Seinkun á eggbúslokum). Ofnæmisviðbrögð geta verið af völdum lykkjunnar. **Ákvæði um notkun/meðhöndlun lyfsins:** Levonova er í dauðhreinsuðum pakkningum sem ekki á að opna fyrr en við uppsetningu lykkjunnar. Viðhafa skal smitgát þegar lykkjan er meðhöndluð. Ef innsigli dauðhreinsaða pokans er rofið á að farga lykkjunni sem lyfjaleifum. Lykkju sem hefur verið fjarlægð á einnig að meðhöndla sem lyfjaleifar þar sem hún getur innihaldið hormóna. **Pakkningar:** 1 stk. **Verð október 2002:** 16.128 kr. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilskylt. Greiðslufyrirkomulag: 0. **Umboð á Íslandi:** Thorarensen Lyf ehf. Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. UIS 02-280

PARIET Janssen-Cilag **SÝRUHJÚPSTÖFLUR** **R E**
Virkt innihaldsefni: Rabeprazolum INN. **Ábendingar:** Virkt skeifugarnarsár, virkt góðkynja magasár, bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda með tærandi og særandi einkennum, bakflæðissjúkdómar í maga og vélinda, lantímameðferð. Í samsetningu með sýklalyfjameðferð til að uppræta H. pylori hjá sjúklingum með sársjúkdóma í maga, vélinda eða skeifugörn. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Fullorðnir/aldraðir: Virkt skeifugarnarsár og virkt góðkynja magasár:* 20 mg einu sinni á dag að morgni. Flestir sjúklingar með virkt skeifugarnarsár ná bata innan fjögurra vikna. Sumir sjúklingar geta þó þurft aðra fjögurra vikna meðferð til þess að ná bata. Flestir sjúklingar með virkt góðkynja magasár ná bata innan sex vikna. En eins og áður geta sumir sjúklingar þurft aðra sex vikna meðferð til þess að ná bata. *Tærandi eða særandi bakflæðissjúkdómar í maga/vélinda:* 20 mg einu sinni á dag í 4-8 vikur. *Langtímameðferð við bakflæðissjúkdómum í maga/vélinda:* 10 eða 20 mg viðhaldsskammtur einu sinni á dag, háð svörun sjúklings. *Upprætu á H. pylori*: Sjúklinga með *H. pylori* sýkingu skal meðhöndla með upprætingarmeðferð. Mælt er með eftirfarandi samsetningu sem gefin er í 7 daga: Pariet 20 mg tvisvar sinnum á dag + klaritrómýcín 500 mg tvisvar sinnum á dag og amoxicillín 1 g tvisvar sinnum á dag. Fyrir ábendingar þar sem meðhöndlun er einu sinni á dag á að taka Pariet töflur á morgnana, fyrir mat til þess að auka meðferðarfylgni. *Skert starfsemi nýrna eða lifrar:* Ekki þarf að breyta skömmtum handa sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Sjá "*Varnaðarorð og varúðarreglur*". *Börn:* Lyfið ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir rabeprazóli, afleiðum benzímídazóls eða einhverju hjálparefni lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Minnkun sjúkdómseinkenna við meðferð með rabeprazóli útilokar ekki að illkynja breytingar í maga eða vélinda séu fyrir hendi. Þess vegna á að útiloka illkynja breytingar áður en meðferð er hafin. Fylgjast skal reglulega með sjúklingum í langtímameðferð (sérstaklega þeim sem eru meðhöndlaðir lengur en í eitt ár). Aðvara skal sjúklinga um að tyggja ekki né mylja. Lyfið er ekki ráðlagt börnum, þar sem engin reynsla er af notkun hjá þessum hópi. Engin gögn varðandi minnkað öryggi lyfsins komu fram í rannsókn hjá sjúklingum með vægan eða miðlungs mikla skerðingu á lifrarstarfsemi samanborið við viðmiðunarhóp af sama aldri og kyni en þar sem ekki er að finna gögn um notkun lyfsins við meðferð sjúklinga með alvarlegar truflanir á lifrarstarfsemi, er þeim sem ávísa lyfinu ráðlagt að gæta varúðar þegar meðferð með lyfið er fyrst hafin hjá slíkum sjúklingum. **Milliverkanir:** Rabeprazól er umbrotið af cýtókróm P450 (CYP450) kerfinu í lifur eins og önnur lyf af flokki prótónupumpuhemla (PPI). Rannsóknir á heilbrigðum einstaklingum hafa sýnt að rabeprazól hefur ekki klínískt marktækar milliverkanir við lyf sem voru rannsökuð og umbrotna fyrir tilstilli CYP450 kerfisins, warfarín, fenýtóín, teófýllín og díazepam. Rabeprazól veldur mikilli og langvarandi hömlun á seytingu magasýru. Milliverkanir við lyf þar sem frásog er háð sýrustigi geta komið fram. Því getur þurft að fylgjast með hverjum sjúklingi þegar slík lyf eru tekin samhliða rabeprazóli til þess að ganga úr skugga um hvort stilla þurfi skammta. Rabeprazól hefur ekki neikvæð áhrif á plasmaþéttni amoxicillíns eða klaritrómýcíns þegar það er gefið samtímis í þeim tilgangi að uppræta H. pylori sýkingu í efri hluta maga og garna. Engar milliverkanir við sýrubindandi lyf á fljótandi formi hafa sést. Það voru engar klínískt marktækar milliverkanir við fæðu. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið á ekki að nota á meðgöngu. Konur með barn á brjósti eiga ekki að nota lyfið. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Á grundvelli lyfhrifa og samantektar um aukaverkanir er ólíklegt að lyfið valdi truflunum við akstur eða minnki hæfni til að nota vélar. Ef árverkni verður minni vegna syfju er þó ráðlegt að forðast akstur og stjórnun flókins vélbúnaðar. **Aukaverkanir:** Lyfið þoldist yfirleitt vel í klínískum rannsóknum. Aukaverkanir sem komu fram hafa yfirleitt verið vægar og skammvinnar í eðli sínu. Algengustu aukaverkanirnar (tíðni > 5%) í klínískum rannsóknum voru höfuðverkur, niðurgangur og ógleði. **Algengar (>1%)**: *Almennar*. Höfuðverkur, þróttleysi ótilgreindir verkir/bakverkir, svimi, inflúensulík einkenni, sýking , svefnleysi. *Meltingarvegur*. Niðurgangur, ógleði, kviðverkir, uppþemba, kokbólga, uppköst, hægðatregða. *Öndunarfæri*: Nefslímubólga, hósti. **Sjaldgjæfar (0,1-1%):** *Almennar*: Vöðvaþrautir, brjóstverkir, svefnhöfgi, kuldahrollur, ropi, sinadráttur í fótum, liðverkir, hiti. *Meltingarvegur*. Munnþurrkur, meltingartruflanir. *Húð*: Útbrot. *Öndunarfæri*: Berkjubólga, skútabólga. *Geð*: Taugaóstyrkur. *Þvagfæri*: Þvagfærasýkingar. **Ofskömmtun:** Allt að 80 mg skammtar á dag hafa þolast vel. Ekkert sérstakt mótefni er þekkt. Rabeprazól er mjög mikið próteinbundið og er þess vegna ekki auðvelt að himnuskilja. Eins og við aðra ofskömmtun á að veita meðferð við einkennum og almenna stuðningsmeðferð. **Lyfhrif:** Rabeprazól tilheyrir flokki andseytandi efna, benzímídazólafleiða, sem sýna hvorki andkólínvirka né H2 histamínblokkandi eiginleika, en bæla losun magasýru með sérstakri hömlun á H^+/K^+-ATPasa ensíminu. Áhrif eru skammtaháð og leiða til hömlunar á bæði grunn- og örvaðri sýrulosun, óháð áreiti. *Andseytandi virkni:* Eftir inntöku 20 mg skammts af rabeprazól natríum hefst andseytandi verkun innan einnar klst., hámarksáhrif koma fram innan 2-4 klst. *Áhrif á gastrín í sermi:* Í klínískum rannsóknum voru sjúklingar meðhöndlaðir einu sinni á dag með 10 mg eða 20 mg af rabeprazól natríum í allt að 43 mánuði. Gastrínþéttni í sermi jókst á fyrstu 2 til 8 vikunum sem endurspeglar hamlandi áhrif á sýrulosun og hélst stöðug meðan á meðferð stóð. *Önnur áhrif:* Ekki hafa sést almenn áhrif rabeprazól natríum á miðtaugakerfi, hjarta- og æðakerfi og öndunarfæri hingað til. Rabeprazól natríum, gefið í inntöku í 20 mg skömmtum í 2 vikur, hafði engin áhrif á starfsemi skjaldkirtils, kolvetnisefnaskipti eða blóðþéttni skjaldkirtilshormóns, kortisóls, estrógens, testósteróns, prólaktíns, kólesýstókíníns, sekretíns, glúkagons, FSH, LH, renins, aldósteróns og vaxtarhormóns. **Lyfjahvörf:** *Frásog:* Lyfið er á formi sýruhjúptaflna. Þetta lyfjaform er nauðsynlegt þar sem rabeprazól er óstöðugt í sýru. Frásog rabeprazóls hefst þess vegna ekki fyrr en taflan fer úr maga. Frásog er hratt, hámarksþéttni rabeprazóls kemur fram um 3,5 klst. eftir 20 mg skammt. *Dreifing:* Rabeprazól er um 97% bundið plasmapróteinum í mönnum. *Umbrot og útskilnaður:* Hjá mönnum eru tíóeter (M1) og karboxýlsýra (M6) aðalumbrotsefni í plasma auk súlfóns (M2), desmetýltíóeters (M4) og merkaptúrsýruafleiðu (M5) sem eru lítilvæg umbrotsefni sem greinast í minna mæli. **Pakkningar/verð:. 01.09.02** 10 mg: 28 stk. – 3038 kr, 56 stk. – 5427 kr. 20 mg: 14 stk. – 2761 kr., 28 stk – 4896 kr., 56 stk. – 8656 kr., 120 stk – 16667 kr. **Hámarksmagns sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti.**

Imigran
NEFÚÐALYF; N 02 C C 01
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:** Kransæðasjúkdómur, alvarlegur háþrýstingur, blóðrásartruflanir í útlimum, nýrnabilun, lifrarbilun. Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins. Ekki má nota samtímis lyf, sem innihalda ergótamín. Imigran má ekki gefa fyrr en 24 klst. eftir gjöf ergótamíns og ergótamín má ekki gefa fyrr en 6 klst. eftir gjöf Imigran. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Við notkun lyfsins geta komið fram tímabundin einkenni eins og brjóstverkur og þrýstingstilfinning, sem getur orðið töluverð og getur leitt upp í háls. Þó þessi einkenni líkist hjartaöng, heyrir til undantekninga að þau séu af völdum samdráttar í kransæðum. Herpingur í kransæðum getur leitt til hjartsláttartruflanna, blóðþurrðar og hjartavöðvadreps. Sjúklinga, sem verða fyrir slæmum eða langvarandi einkennum, sem líkjast hjartaöng, ber að rannsaka með tilliti til blóðþurrðar. *Athugið:* Stungulyfið má ekki gefa í æð vegna herpings í kransæðum og mikillar blóðþrýstingshækkunar, sem getur átt sér stað. Vegna takmarkaðrar 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 mígrenið eða 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, 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. **Pakkningar: Nefúðalyf:** einnota nefúðatæki (0,1 ml) x 2; einnota nefúðatæki (0,1 ml) x 6, 3.424 kr **Stungulyf:** einnota dæla 0,5 ml (=6 mg virkt efni) x 2; einnota dæla 0,5 (=6 mg virkt efni) x 2 + lyfjapenni (Glaxopen). 8.219 kr **Töflur 50 mg:** 12 stk. (þynnupakkað). 9.064 kr **Töflur 100 mg:** 6 stk. (þynnupakkað). 8.762 kr **Skráning lyfsins í formi stungulyfs er bundin því skilyrði, að notkunarleiðbeiningar á íslenzku 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 x (einota dælu 0,5 ml (=6 mg virkt efni), 12 töflur á 50 mg og 6 töflur á 100 mg. Verð samkvæmt lyfjaverðskrá 1.apríl 2003. Handhafi markaðsleyfis GlaxoSmithKline ehf. Styttur sérlyfjaskrártexti. Nánari upplýsingar er finna í Sérlyfjaskrá. (09.04.03-01)**

IMIGRAN™ (sumatriptan)

gsk GlaxoSmithKline

Ráðstefnur og fundir

18.-20. maí
Flórens á Ítalíu. Ellefta alþjóðlega ráðstefnan um Health Promoting Hospitals (HPH), í þetta sinn er málefni þingsins: Reorienting hospitals for better health in Europe: New governance, patient orientation and cultural diversity in hospitals. Skráning og frekari upplýsingar er að finna á slóðinni: *www.univie.ac.at/hph/florence2003*

22.-24. maí
Í Espoo Hanasaari, Finnlandi. XXXVI Nordic Coagulation Meeting. Frekari upplýsingar má nálgast á netinu: *www.ncmxxxvi.com*

18-21. júní
Í Ljubljana í Slóveníu. Wonca Europe 2003. Nánari upplýsingar: *www.woncaeurope2003*

25.-28. júní
Í Kuopio, Finnlandi. The International XVII Puijo Symposium: „Physical Activity and Health: Gender Differences Across the Lifespan". Skráning á netfanginu *puijo.symposium@uku.fi* og nánari upplýsingar á heimasíðu þingsins *www.uku.fi/conf/puijo*

3.-8. ágúst
í Helsinki í Finnlandi, 12th World Conference on Tobacco or Health. Frekari upplýsingar fást á netinu: *www.wctoh2003.org* Einnig liggja gögn frammi á skrifstofu Læknafélagsins.

10.-13. ágúst
Í Reykjavík. 35. ráðstefna Norrænu vinnuvistfræðisamtakanna: Mind & Body in a Technological World (Hugur og hönd í heimi tækninnar). Nánari upplýsingar á heimasíðu þingsins *www.vinnis.is/nes.2003*

13.-16. ágúst
Reykjavík. Norræna geðlæknaþingið haldið í Háskólabíói. Þema þingsins er „Promoting psychiatric care". Nánari upplýsingar á heimasíðu þingsins: *www.icemed.is/npc2003*

24.-27. ágúst
Í Reykjavík. Ónæmisfræðifélag Íslands skipuleggur norrænt þing í ónæmisfræði: Scandinavian Society for Immunology, 34th Annual Meeting and 19th Summer School. Nordica Hótel (Hótel Esja), Reykjavík. Netfang: *congress@congress.is* Nánari upplýsingar á heimasíðu: *www.congress.is/ssi03*

1.-5. september
Í London. The 3rd Maudsley Forum: Course for European Psychiatrists. Institute of Psychiatry and the Maudsley Hospital. Nánari upplýsingar hjá Læknablaðinu og á vefsíðu: *iop.kcl.ac.uk/Maudsley Forum*

1.-26. september
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; *demarcor@eventsintl.com*

8.-10. september
Í Stokkhólmi. REUMA 2003, Reumatikerförbundet, þverfagleg ráðstefna ætluð heilbrigðisstarfsfólki sem starfar við meðferð gigtsjúkra. Nánari upplýsingar á heimasíðunni: *www.reumatikerforbundet.org*

24-27. september
Í Santiago á Spáni. 6. WONCA dreifbýlislæknaráðstefnan. Nánari upplýsingar: *congresos@semfyc.es* og á slóðinni *www.ruralwonca2003.net/*

2.-4. október
Í Reykjavík. VI. Norræna Stoðtækjaráðstefnan. Nánari upplýsingar hjá Þóru Th. Hallgrímsson: *thorah@dice.is*, heimasíður: *www.dice.is* og *www.fsf.is*

19.-22. október
Í Belfast. 2003 International Healthy Cities Conference Belfast, Waterfront Hall Belfast. Nánari upplýsingar: *www.healthycitiesbelfast2003.com*

24.-26. október
Í Vín. 3rd World Congress on Men´s Health. Cancer in Males - Prevention, Diagnosis & Treatment. Nánari upplýsingar á heimasíðu: *www.wcmh.info*

20.-22. nóvember
Í Róm. 11th Annual Eupha Conference 2003. Europe Congress Centre of the Catholic University of the Sacred Heart. Upplýsingar hjá Eupha 2003 Local Organising Office, *wricciardi@rm.unicatt.it* og hjá Læknablaðinu.

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.

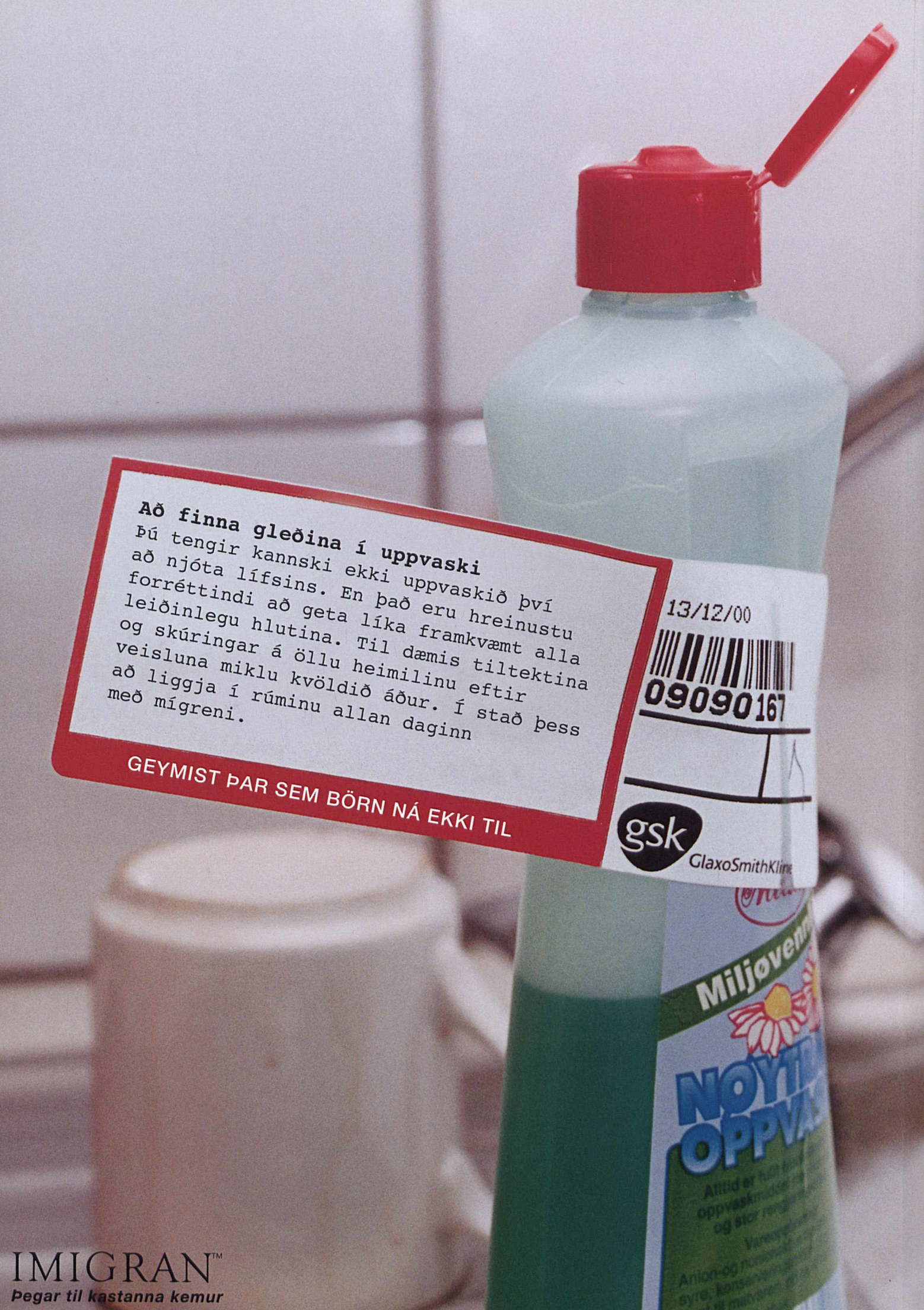
Tölvuunnar myndir og gröf komi á rafrænu formi ásamt útprenti. Tölvugögn (data) að baki gröfum fylgi með, ekki er hægt að nýta myndir úr PowerPoint eða af netinu.

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.



IMIGRAN™
Þegar til kastanna kemur