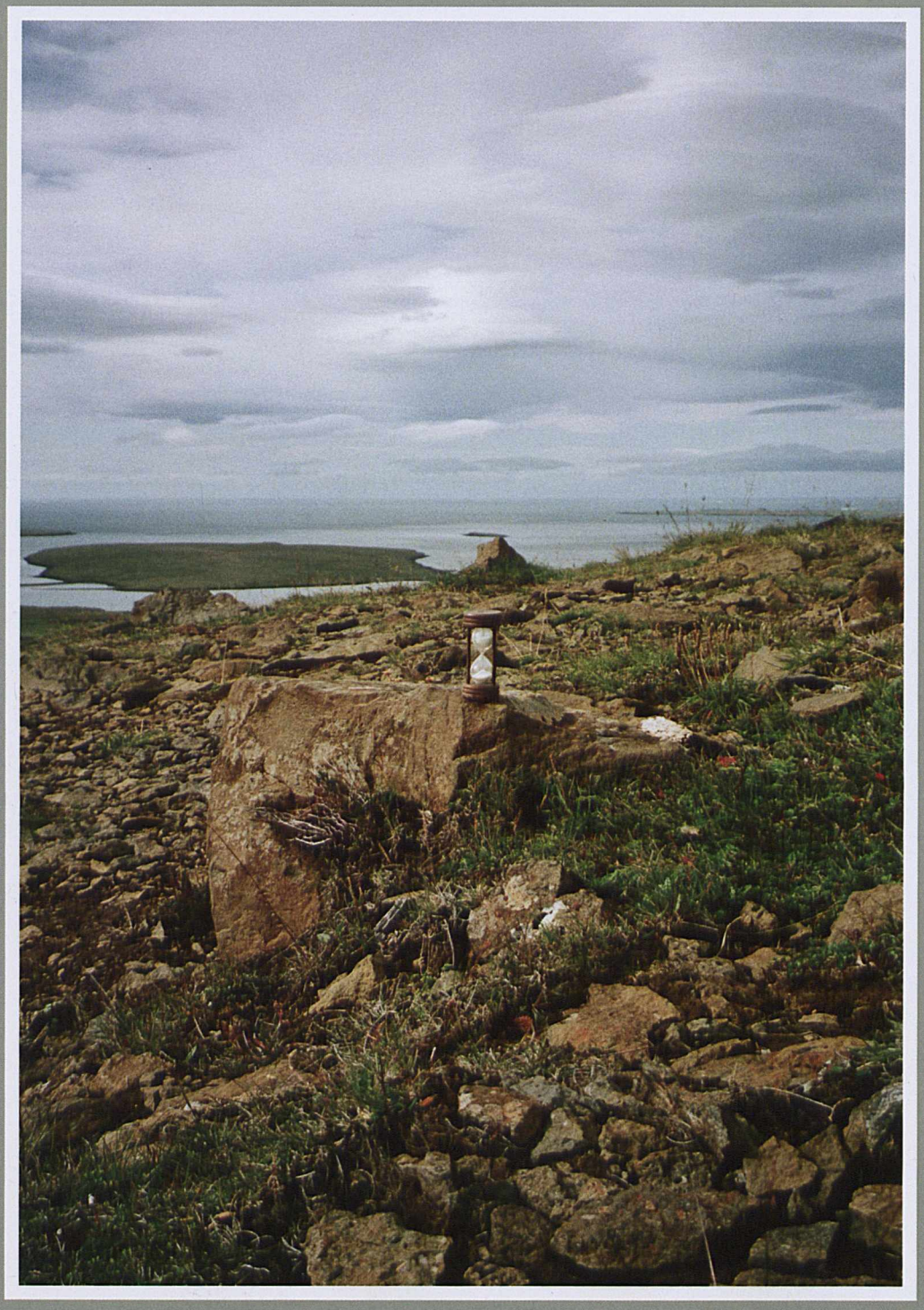
Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

11/2007

93. árgangur: 733-812

Nýtt Zitromax UNO (azitrómýsín)
Einn skammtur. Einu sinni.

BRÁÐ VERSNUN Á LANGVINNRI BERKJUBÓLGU. LUNGNABÓLGA, SEM SMITAST HEFUR UTAN SJÚKRAHÚSS. HÁLSBÓLGA OG/EÐA EITLUBÓLGA (TONSILLITIS) AF VÖLDUM STREPTOCOCCUS PYOGENES.



EINN SKAMMTUR. EINU SINNI. ▶

Zitromax® UNO (azitrómýsín)

Sérlyfjatexti á bls. 808

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL
www.laeknabladid.is

Aðsetur
Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Sími
564 4104 – 564 4106 (fax)

Ritstjórn
Bryndís Benediktsdóttir
Engilbert Sigurðsson
Karl Andersen
Tómas Guðbjartsson
Þóra Steingrímsdóttir
Jóhannes Björnsson,
ábm. og ritstjóri

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Brynja Bjarkadóttir
brynja@lis.is

Blaðamaður
Hávar Sigurjónsson
havar@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1700

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 og pökkun
Íslandsprent ehf.
Steinhellu 10
221 Hafnarfirði

ISSN: 0023-7213

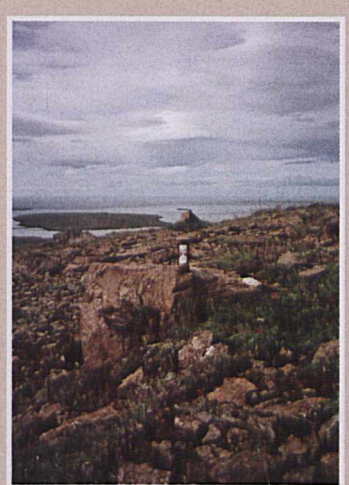


Aðalfundur LÍ 2007

Á aðalfundi LÍ í lok september urðu formannaskipti, Sigurbjörn Sveinsson sem stýrt hefur félaginu farsællega í 8 ár fór úr stjórn og nýr formaður, Birna Jónsdóttir, tók við. Hún er fyrsta konan til að leiða þessi tæplega níræðu samtök lækna. Læknablaðið þakkar Sigurbirni samstarfið og býður Birnu velkomna við stjórnvölinn. Myndin er tekin við lok aðalfundarins.

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

Verk Hreins Friðfinnssonar á forsíðu Læknablaðsins, **5 Minute Monument by the Sea** (2007), er fallegt dæmi um hugmyndafræði hans. Látlaus ljósmynd af tímaglasi sem stillt er upp í náttúrunni þaðan sem sést yfir hafið hlýtur ljóðrænt heiti og verður fyrir vikið allt annað og meira. Hugmyndalist byggir gjarna á samspili tungumáls og hins sjónræna þar sem áhorfandanum er boðið að bera saman texta annars vegar (í þessu tilviki titil) og mynd eða hlut hins vegar. Verkið sjálft verður síðan til á mörkum þessara þátta í huga áhorfenda. Þannig kunna hlutirnir sem eru til sýnis einir og sér oft á tíðum að virðast heldur fábrotnir. Hreinn er slyngur að vinna með hversdagslegan efnivið eins og dæmin sanna, ljósmyndir af kindum, hænsnanet, köngulóarvef, málningarprik eða leikföng. Skilgreining listmiðla í málverk eða skúlptúr skiptir hann litlu máli, þar sem hann álítur hugmynd að baki verki æðri handverkinu og þannig verði útfærslan að hæfa hugmyndinni sem best. Það sem er þó sameiginlegt með verkunum má segja að sé ákveðin hugmyndafræði og tilfinning sem lýtur að því að skynja eitthvað ljóðrænt og fagurt í einfaldleikanum. Að eigin sögn segir Hreinn tilviljun vera besta tækið að styðjast við í listsköpun enda hafa verk hans tekið miklum breytingum í gegn um tíðina. Þau eru innileg og oft á persónulegum nótum. Þar örlar ekki á kaldhæðni en aftur á móti má finna lúmskan húmor. Þau miðla sterkri tilfinningu fyrir tíma eða tímaleysi og tilviljunum hins daglega lífs. Þá er líka einhvers konar angurværð eða ljúfsár stemmning yfir mörgum verkum sem verður þó aldrei of tilfinningaþrungin eða væmin. Ósjálfrátt lítur maður hversdagsleikann öðrum augum eftir að skoða verkin hans og veitir fjölmörgu athygli sem manni hefði annars yfirsést. Þannig koma gæði verka hans ef til vill vel í ljós, þegar þau ná svo langt út fyrir sjálf sig. Hreinn er fæddur árið 1943 og hefur frá því snemma á 8. áratugnum verið búsettur í Hollandi. Hann á að baki óteljandi sýningar víða um heim en einkasýningar hans eru um 60. Sú nýjasta lítur dagsins ljós í Listasafni Reykjavíkur, Hafnarhúsi, nú í nóvember en það er sama sýning og sett var upp við frábærar undirtektir í Serpentine galleríinu í Lundúnum í sumar.



Markús Þór Andrésson

E F N I S Y F I R L I T

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 bæði á ensku eða íslensku.

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: www.laeknabladid.is/fragangur-greina

Umræðuhluti

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

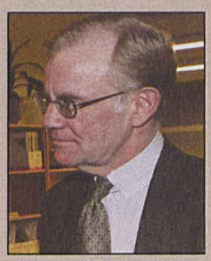
RITSTJÓRNARGREINAR



Hannes Pétursson 739

Geðheilbrigðisþjónusta í heila öld

Formleg geðheilbrigðisþjónusta hófst á Íslandi með stofnun Kleppsspítalans sem opnaður var 26. maí 1907.



Jóhannes Björnsson 741

Áfangaskýrsla

Lesendur Læknablaðsins munu greina nokkrar útlitsbreytingar í þessu hefti. Sá sem þetta ritar er enginn sérstakur fylgismaður breytinga breytinganna einna vegna.

FRÆÐIGREINAR

Steinunn Þórðardóttir, Thor Aspelund, Árni Grímur Sigurðsson, Vilmundur Guðnason, Þórður Harðarson 743

Forspárgildi QRS útslaga á hjartalínuriti um dánartíðni karla

Reykjavíkurrannsókn Hjartaverndar

Rannsóknin sýndi að með því að krefjast sífellt stærri QRS útslaga var hægt að finna nýja samsetningu skilyrða Minnesota-líkansins sem gefur hærra áhættuhlutfall fyrir dauða karla af völdum hjartasjúkdóma. Gögnin leyfa þó ekki að dregin sé ótvíræð ályktun um raunverulega hækkun.



Örvar Gunnarsson, Eyþór Björnsson, Unnur Steina Björnsdóttir, Tómas Guðbjartsson 751

Heilkenni gulra nagla

Heilkenni gulra nagla var fyrst lýst árið 1964 og var þá talið einkennast af hægt vaxandi, þykknandi gulum nöglum og útlægum bjúg. Síðan þá hafa fleiri einkenni verið talin með: fleiðruvökvi, berkjuskúlkur, langvinn berkjubólga og langvinn ennisholubólga.



Tryggvi Þorgeirsson, Jóhannes Björnsson, Tómas Guðbjartsson 755

Sjúkratilfelli mánaðarins

62ja ára gamall maður kemur á Landspítala og kvartar yfir þöndum kviði, lystarleysi og nætursvita. Kviður er verulega þaninn og í vinstri nára er hörð fyrirferð. Við ástungu vellur út rjómalitaður vökvi. - Hver er greiningin og í hverju felst meðferð?

11. tbl. 93. árg. nóvember 2007

UMRÆÐA OG FRÉTTIR

757 **Úr penna stjórnarmanna LÍ. Lýðheilsa barna með heilalömun (cerebral palsy)**
Sigurveig Pétursdóttir

758 **Aðalfundur LÍ 2007**
Védís Skarphéðinsdóttir

760 **Gríðarleg tækifæri í heilbrigðisþjónustu**
– viðtal við Guðlaug Þór Þórðarson heilbrigðisráðherra
Hávar Sigurjónsson

764 **Jón Snædal forseti Alþjóðafélags lækna**

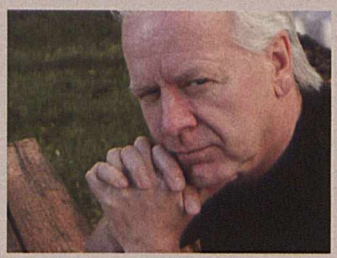
767 **Saga Klepps er þjóðarspegill**
– viðtal við Óttar Guðmundsson geðlækni
Hávar Sigurjónsson

775 **Félagsmenn LÍ athugið!**

775 **Hvað er CIME?**









776 **Ævisögur og endurminningar lækna**
Ólafur Þ. Jónsson, Bragi Þorgrímur Ólafsson

779 **Bréf til blaðsins. Rannsókn á spönsku veikinni árið 1918**
Ársæll Jónsson

780 **Um Þórð Sveinsson og upphaf Kleppsspítala**
Jóhannes Bergsveinsson

787 **Tæknipistill 2. Kíkjum heim í frímínútum**
Davíð Björn Þórisson

789 **Meistaranám í stjórnun heilbrigðisþjónustu**
– viðtal við Ástu Dís Óladóttur á Bifröst
Hávar Sigurjónsson

792 **Læknirinn og skáldið eru eitt**
Ari Jóhannesson í viðtali
Hávar Sigurjónsson

FASTIR PISTLAR

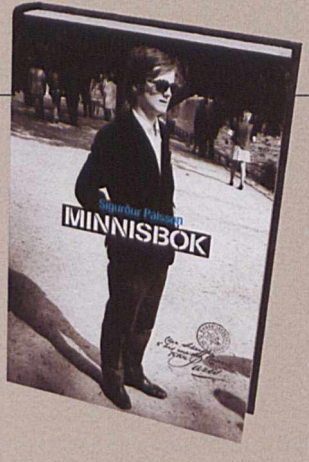
797 **Svar við sjúkratilfelli mánaðarins**

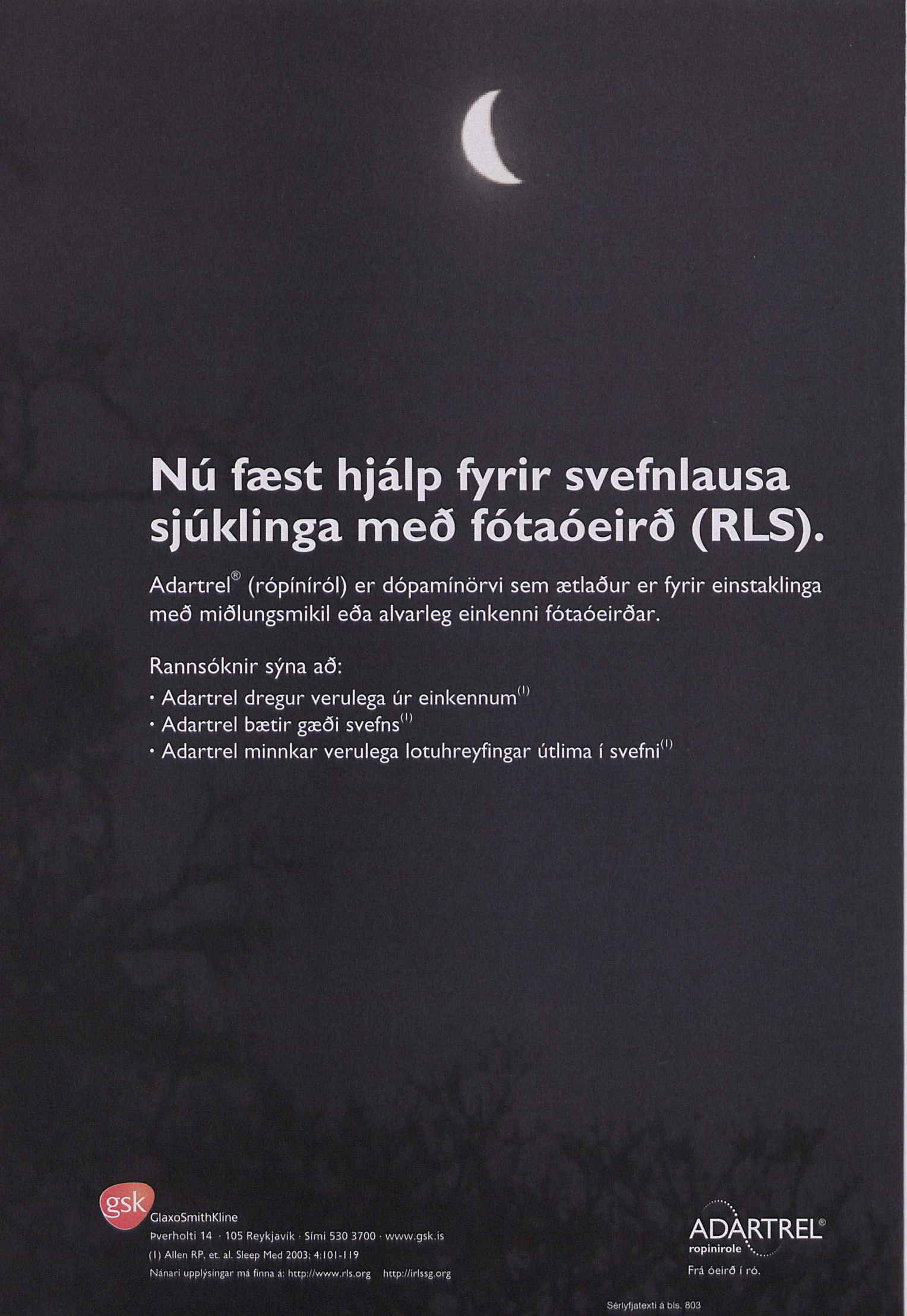
798 **Einingaverð og taxtar**

799 **Íðorð 203. Skráning klínískra upplýsinga**
Jóhann Heiðar Jóhannsson

800 **Sérlyfjatextar**

810 **Hugleiðing höfundar. Muldur um jafnvægi**
Sigurður Pálsson





Nú fæst hjálp fyrir svefnlausa sjúklinga með fótaóeirð (RLS).

Adartrel® (rópíníról) er dópamínörvi sem ætlaður er fyrir einstaklinga með miðlungsmikil eða alvarleg einkenni fótaóeirðar.

Rannsóknir sýna að:

- Adartrel dregur verulega úr einkennum[1]
- Adartrel bætir gæði svefns[1]
- Adartrel minnkar verulega lotuhreyfingar útlima í svefni[1]

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

(1) Allen RP, et. al. Sleep Med 2003; 4:101-119

Nánari upplýsingar má finna á: http://www.rls.org http://irlssg.org

ADARTREL®
ropinirole
Frá óeirð í ró.

Sérlyfjatexti á bls. 803

Geðheilbrigðisþjónusta í heila öld



Hannes Pétursson
hannesp@landspitali.is

Hannes Pétursson er geðlæknir og prófessor í geðlæknisfræði við Háskóla Íslands og sviðsstjóri við geðsvið Landspítala

Á nítjándu öld voru stofnuð geðveikrahæli víða um Evrópu. Formleg geðheilbrigðisþjónusta hófst á Íslandi með stofnun Kleppsspítalans sem opnaður var formlega 26. maí 1907. Fljótlega kom í ljós að húsakostur sjúkrahússins dugði skammt og máttu sjúklingar og starfsmenn búa við veruleg þrengsli um langa hríð. Veruleg lagfæring fékkst með stofnun nýja Klepps árið 1929 en á næstu áratugum sótti aftur í sama farið. Á 7. áratugnum munu um 300 sjúklingar hafa vistast hverju sinni á spítalanum. Reyndar var almennur skortur á sjúkrarýmum hér á landi allt frá því Landspítalinn var reistur 1930 og fram yfir miðja síðustu öld.

Þáttaskil urðu við stofnun göngudeildar Kleppsspítala 1964. Innlögnum var fækkað og reynt var að útskrifa sjúklinga sem fyrst út í samfélagið. Leitað var eftir félagslegum búsetuúrræðum utan sjúkrahússins sem var í takt við þá þróun sem átti sér stað víðast annars staðar. Það var merkur áfangi í sögu geðlækninga á Íslandi þegar geðdeild Borgarspítalans tók til starfa sumarið 1968. Deildin opnaði fyrst klíníska deilda á Borgarspítalanum. Mestu munaði þó um byggingu geðdeildar Landspítalans sem opnuð var 1979 og þá sameinuð Kleppsspítala. Með tilkomu þessara geðdeilda rofnaði áratuga löng einangrun geðsjúkra í landinu. Á árinu 1970 hófst starfsemi geðdeildar Barnaspítala Hringsins. Í fyrstu var opnuð göngudeild en síðar kom legudeild og dagdeild ári síðar. Geðverndardeild fyrir börn hafði áður verið rekin á Heilsuverndarstöð Reykjavíkur. Kvenfélagið Hringurinn hefur styrkt deildina á margvíslegan hátt á undanförnum árum. Doktor Matthías Jónasson og Hvítabandskonur komu upp meðferðarheimili fyrir taugaveikluð börn í Reykjavík en geðdeild Borgarspítalans tók við starfseminni 1985. Umfang starfsemi barna- og unglingageðdeildar Landspítalans hefur vaxið verulega á undanförnum árum og m.a. var framangreint meðferðarheimili sameinað BUGL árið 2003. Framundan er frekari efling starfsemi BUGL, meðal annars nýbygging göngudeildar. Margir hafa lagt hönd á plóginn og umtalsvert fé hefur safnast auk þeirra fjármuna sem stjórnvöld leggja til verkefnisins.

Geðdeild Borgarspítalans mótaðist af nálægð við aðrar deildir á sjúkrahúsinu sem bætti samstarf við slysa- og bráðamóttöku. Þann 1. desember 1982 komu geðdeildir í Reykjavík sér saman um skipulag bráðaþjónustu og aukna verkaskiptingu sem bætti þjón ustuna á margan hátt. Árið 1974 var stofnuð sérstök sjúkradeild fyrir geðsjúka á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri. Bygging geðdeildar á FSA árið 1986 markaði tímamót í geðheilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni.

Árið 1994 voru Landakot og Borgarspítali sameinuð undir heitinu Sjúkrahús Reykjavíkur. Fjárveitingar voru takmarkaðar og reynt var að hagræða í rekstrinum eftir því sem kostur var. Árið 2000 voru þessi sjúkrahús sameinuð Landspítalanum. Taugalækningadeild spítalans flutti í Fossvog og geðdeild A2 flutti á deild 32A við Hringbraut. Hluti húsnæðis geðsviðs var endurnýjað m.a. fyrir vímuefnadeild við Hringbraut. Vettvangsteymi var stofnað á BUGL og síðar við göngudeildir og bráðaþjónustu geðsviðs. Húsnæði og teymi fékkst fyrir átraskanir og stofnuð var endurhæfingarmiðstöð á Kleppi.

Um áratugi hafa geðsjúkir vistast á fjarlægum sjúkradeildum og meðferð og endurhæfing oft verið erfið. Deild á Vífilsstöðum var lokað árið 2002 og starfsemi Gunnarsholts hætt sama ár. Dregið var úr starfsemi Arnarholts á nokkrum árum og starfseminni hætt árið 2004. Jafnframt hefur verið þrýst á um viðeigandi úrræði fyrir geðsjúka.

Ríkisstjórnin ákvað árið 2005 að einum milljarði af andvirði Símans yrði varið til félagslegra búsetuúrræða fyrir geðsjúka. Stefnt er að eflingu þjónustunnar utan sjúkrahúsa og auknum áhrifum notenda og aðstandenda. Brýnt er að auka heilbrigðisþjónustu meðal annars í formi samfélagsgeðlækninga og þverfaglegra vettvangsteyma. Slíka þjónustu þarf að efla verulega á næstu árum þannig að dragi úr þörf fyrir innlagnir á sjúkrahús og þjónustan nái að laga sig betur að þörfum sjúklinga og aðstandenda. Auk þeirra fjármuna sem ríkisstjórnin leggur til þá leggur Öryrkjabandalagið til hálfan milljarð og má ætla að framundan sé umtalsverð uppbygging á samfélagsþjónustu fyrir geðsjúka.

Á næstu árum hefst uppbygging nýs háskólasjúkrahúss. Gert er ráð fyrir 10 rúma geðdeild vegna bráðra geðraskana. Samráð og samstarf geðdeildanna við aðrar starfseiningar á spítalanum mun eflast til muna með sameiginlegum göngudeildum. Síðast en ekki síst þurfa að koma til nýjar og betur búnar sjúkradeildir fyrir geðsjúka og endurnýja þarf eldri einingar. Nauðsynlegt er að sjúklingar eigi kost á einbýlum og að skipulag húsnæðis verði með þeim hætti að það lagi sig sem best að þörfum sjúklinga og starfsfólks.

A century of psychiatric services

Hannes Pétursson
Medical Director and Professor of Psychiatry
Divison of Psychiatry
Landspitali University Hospital
Hringbraut,
101 Reykjavik,
Iceland

Frjáls án einkenna

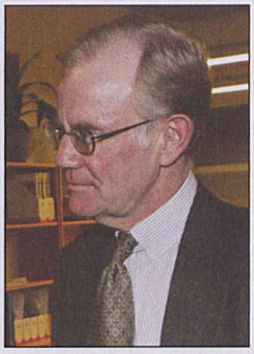


Með reglulegri notkun á Seretide er hægt að koma í veg fyrir astmaeinkenni og veita sjúklingum tækifæri til að njóta lífsins til fulls.[1-3]

Sérlyfjatexti á bls. 808

gsk GlaxoSmithKline

Áfangaskýrsla



Jóhannes Björnsson
johbj@landspitali.is

Jóhannes Björnsson, meinafræðingur á Landspítala og ritstjóri og ábyrgðarmaður Læknablaðsins

Lesendur Læknablaðsins munu greina nokkrar útlitsbreytingar í þessu hefti. Sá sem þetta ritar er enginn sérstakur fylgismaður breytinga breytinganna einna vegna. Sumir eru vafalaust annarrar skoðunar, og er hugsanlegt að tími einhvers konar fataskipta sé upp runninn. Sú ritstjórn Læknablaðsins sem lauk ferli sínum í nóvember 2005 breytti útliti blaðsins verulega og voru allar þær breytingar til framfara, ekki síst umbreytingin í A-4 stærð. Önnur nýjung fyrri ritstjórna var sömuleiðis lofsverð, þ.e.a.s. nýtt listaverk á hverri forsíðu. Tiltekinn aðili, sérmenntaður á sviðinu, velur forsíðuna, upplýsir um listamanninn og skýrir verkið fyrir þeim okkar sem minna mega sín í sjónlistadeildinni. Undirritaður bíður forsíðunnar í hverjum mánuði með nokkurri eftirvæntingu enda ekki ólíklegt að sum þeirra listaverka sem fyrst birtust hér gætu öðlazt frægð og útbreiðslu, t.d. að því marki, að falsarar fengju á þeim augastað. Er þá sízt verra að geta leitað uppruna og forvarið verkið á forsíðu félagsrits íslenzkra lækna.

Útlitsbreytingarnar nú eru veigaminni en þær sem fyrr getur. Ritstjórn vill með þeim reyna að gera efni blaðsins aðgengilegra lesendum en verið hefur, sérlega með því að bæta og færa út efnisyfirlit. Með öðrum breytingum er þess freistað að auðkenna aðsent efni eftir tegund þess: vísindagreinar, yfirlitsgreinar, sjúkratilfelli, annað aðsent efni, þar með talinn félagslega hlutann. Ritstjórn óskar eftir og er þakklát viðbrögðum lesenda við þessum breytingum og gaumgæfir allar tillögur til framfara.

Heimsóknum á heimasíðu Læknablaðsins hefur fjölgað umtalsvert undanfarin ár, úr tæplega 35 þúsund árið 2003 í ríflega 105 þúsund árið 2006, þær hafa þannig þrefaldazt á fjórum árum. Það sem af er árinu 2007 virðist enn um að ræða verulega fjölgun. Vísindagreinar blaðsins urðu aðgengilegar á vef National Library of Medicine á útmánuðum árið 2005 og nú hefur allt fræðiefni blaðsins allt frá árinu 2000 verið vistað þar. Þótt að svo stöddu sé ekki tæknilega unnt að aðgreina heimsóknir innan lands og utan, er óhætt að ætla að MedLine eigi sinn þátt í fjölgun heimsóknanna.

Greinahöfundar verða í vaxandi mæli varir við alþjóðavæðingu Læknablaðsins, fyrst og fremst með því að erlendir lesendur hafa við þá beint samband. Vitað er um a.m.k. eitt vísindaverkefni með erlendum aðilum, sem beinlínis er tilkomið vegna aðgengis erlendra lesenda að Læknablaðinu.

Eins og áður hefur verið á minnzt hefur sitjandi ritstjórn eytt umtalsverðum tíma í að setja fram vinnuramma blaðsins. Nú eiga hverjum þeim sem sendir efni til blaðsins að vera ljósar reglur um uppbyggingu, framsetningu og lengd efnis í hverjum flokki. Ritstjórnin hefur sömuleiðis skerpt á innri vinnureglum sínum og meðal annars skilgreint það efni sem Læknablaðið birtir eða birtir ekki. Læknablaðið á að vera sá vettvangur þar sem læknar geta reifað og, ef því er að skipta, rifizt um mál er varða heilbrigðisþjónustu í víðum skilningi. Óski læknar hins vegar að jafna hver um annan á einstaklingsgrundvelli verða þeir að leita til annarra miðla. Allar leiðbeiningar varðandi innsent efni eru aðgengilegar lesendum blaðsins, ýmist á prent- eða netútgáfu þess.

Í þessu hefti er viðtal við Ara Jóhannesson, lækni. Alþjóð veit, að þann 19. október sl. hlaut Ari bókmenntaverðlaun Tómasar Guðmundssonar, sem veitt eru á samkeppnisgrundvelli fyrir ljóð, áður óbirt, sem send eru inn undir nafnleynd. Um það bil fjörutíu ljóðabálkar bárust. Ari og ljóð hans eru enn eitt dæmi um samtvinnun og skyldleika *les beaux arts* við læknisstarfið, en þessi tengsl eru alda- eða árþúsundagömul og umfram það sem tilviljun ein myndi valda. Læknablaðið óskar Ara til hamingju.

Ráðningartíma núverandi ritstjórnar lýkur, með einni undantekningu (Tómas Guðbjartsson), þann 30. nóvember nk. Einn ritnefndarmaður, Karl Andersen, hefur ákveðið að gefa ekki kost á sér til áframhaldandi starfa. Karl hefur starfað lengst allra ritnefndarmanna, eða í átta ár. Ritstjórn öll, sérlega undirritaður, þakkar Karli samstarfið, ekki sízt á tímum ritstjórnarumróts fyrir tveimur árum. Hvort einhverjir núverandi ritnefndarmanna munu sitja áfram, og þá hverjir, mun útgáfustjórn blaðsins ákveða á næstu vikum.

Editor´s Interim Report

Jóhannes Björnsson is Editor-in-Chief, Icelandic Medical Journal

Cymbalta®
duloxetine HCl

Jafnvægi á líkama og sál



LIL071001

AUGLÝSINGASTOFA SKAPARANS EHF.

Lilly

Sérlyfjatexti á bls. 802

Forspárgildi QRS útslaga á hjartalínuriti, Minnesota-líkanið, um dánartíðni karla

Reykjavíkurrannsókn Hjartaverndar

Steinunn Þórðardóttir[1]
læknir

Thor Aspelund[2,3]
tölfræðingur

Árni Grímur Sigurðsson[1]
læknir

Vilmundur Guðnason[2]
læknir og erfðafræðingur

Þórður Harðarson[1]
hjartalæknir

Lykilorð:
þykknun vinstri slegils, hjartalínurit, háþrýstingur, karlar.

Ágrip

Tilgangur: Þykknun vinstri slegils er mikilvægt teikn þar sem því fylgja auknar líkur á hjartabilun, takttruflunum, kransæðastíflu, skyndidauða og heilaáfalli. Hefð er fyrir að greina þykknaðan vinstri slegil með stórum QRS útslögum á hjartalínuriti og eru ýmis líkön notuð í þeim tilgangi, þar á meðal Minnesota-líkanið sem Hjartavernd styðst við. Rannsóknin fólst í því að kanna forspárgildi líkansins varðandi dánartíðni karla og vegna hjartasjúkdóma og finna þá stærð QRS útslaga sem hefðu mest næmi og sértæki þar að lútandi.

Efniviður og aðferðir: Í tilfellahópnum voru þeir karlar sem greindust með þykknaðan vinstri slegil samkvæmt hjartalínuriti í Reykjavíkurrannsókn Hjartaverndar (n=206). Samanburðarhópinn skipuðu hinir þátttakendur rannsóknarinnar (n=8595). Skilmerki varðandi stærð QRS útslaga samkvæmt Minnesota líkaninu voru þrengd kerfisbundið og dánartíðni þeirra sem uppfylltu þrengri skilmerki borin saman við hina.

Niðurstöður: Ekki fannst marktækur munur á dánartíðni þeirra sem uppfylltu skilmerki Minnesota-líkansins um þykknun vinstri slegils og þeirra sem gerðu það ekki. Þegar skilmerkin voru þrengd sást leitni í þá átt að stærri útslögum fylgdi aukning á dánartíðni, en sú leitni var ekki sterk. Eins fannst engin samsetning skilmerkja sem sameinaði gott næmi og sértæki.

Ályktun: Stærstu QRS útslög á hjartalínuriti hafa takmarkaða fylgni við dánartíðni karla af völdum hjartasjúkdóma og því má segja að þau séu ónothæft tæki til slíkrar forspár.

Inngangur

Þykknun vinstri slegils hjartans er mikilvægt teikn þar sem henni fylgja auknar líkur á hjartabilun, takttruflunum, kransæðastíflu, skertu útfallsbroti, skyndidauða, ósæðargúl og heilaáfalli (1-12). Hefðbundnar aðferðir til að greina þykknaðan vinstri slegil eru hjartaómskoðun og hjartalínurit. Hjartaómskoðun er næmari og sértækari aðferð til greiningar (13) en hjartalínuritstæknin er hins vegar ódýrari, útbreiddari og fyrir liggja miklar

ENGLISH SUMMARY

Þórðardóttir S, Aspelund T, Sigurðsson ÁG, Guðnason V, Harðarson Þ

The relationship between QRS voltage on ECG (the Minnesota code) and cardiac mortality amongst males. The Reykjavik Study

Objective: Left ventricular hypertrophy (LVH) is important clinically because it is associated with heart failure, arrythmias, myocardial infarction and stroke. The purpose of this study was to assess how well traditional ECG voltage criteria predict coronary heart disease mortality amongst males and to find the QRS voltages that best combine sensitivity and specificity in this sense.

Material and methods: Our study is a random population cohort study initiated in 1967. The study group included males that had been diagnosed with LVH on ECG using the Minnesota code (n=206). The other male participants of the study (n=8595) comprised the control group. The ECG voltage criteria of the Minnesota code were systematically narrowed and the mortality of those who fulfilled the stricter criteria compared with those who did not.

Results: There was no significant increase in coronary heart disease mortality difference between those who fulfilled the criteria of the Minnesota code for LVH and those who did not. When the criteria were narrowed there was a trend towards increased mortality with larger QRS voltages, but the trend was not strong.

Conclusion: The correlation between large QRS voltage on ECG and mortality in males is limited. QRS voltage is an imperfect tool for prediction of cardiac mortality amongst males.

Keywords: Left ventricular hypertrophy, ECG, hypertension, males.

Correspondence: Steinunn Þórðardóttir, *steintho@landspitali.is*

[1]Landspítali
[2]Hjartavernd
[3]Stærðfræðiskor Háskóla Íslands

Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Steinunn Þórðardóttir,
Landspítali.
S: 696-7699

steintho@landspitali.is

upplýsingar á því formi. Ýmsum líkönum er beitt til að greina þykknun vinstri slegils á hjartalínuriti og eru þau misflókin. Dæmi um slík eru Sokolow-Lyon-líkanið (14) og Romhilt-Estes-líkanið (15), auk Minnesota-líkansins sem Hjartavernd styðst við. Þegar Minnesota-líkaninu er beitt eru R-bylgjur í ákveðnum leiðslum mældar og kannað hvort þær uppfylli skilyrði um hæð. Hér er því um einfalt líkan að ræða sem er mjög útbreitt og eru fleiri svipuð í notkun. Rannsóknum ber ekki saman um forspárgildi þessarra líkana varðandi dánartíðni af völdum hjartasjúkdóma og á þetta sérstaklega við um karla þegar almennt þýði er rannsakað (15, 23, 24). Það sama er ekki uppi á teningum þegar sjúklingar með háþrýsting eru í rannsóknarhópnum, en samkvæmt LIFE rannsókninni eykst dánartíðni þeirra af völdum hjarta- og æðasjúkdóma í takt við stækkandi QRS útslög á hjartalínuriti, þótt blóðþrýstingur sé lækkaður með lyfjum (16). Könnuð voru gögn sem aflað var fyrir Reykjavíkurrannsókn Hjartaverndar og samkvæmt niðurstöðum voru karlar sem uppfylltu skilyrði Minnesota-líkansins ekki marktækt líklegri til að deyja af völdum hjartasjúkdóma en þeir sem ekki uppfylltu skilyrðin (HR = 1,05; 95% CI = 0,75-1,47). Konur sem uppfylltu skilyrðin voru hins vegar í marktækt meiri áhættu (HR = 3,07; 95% CI = 1,50-6,31) (17). Eins kom fram að þrefalt fleiri karlar en konur uppfylltu skilyrðin. Þetta gæti bent til þess að skilyrði Minnesota-líkansins séu of víð hvað varðar karla. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna hvort hægt væri að þrengja skilyrðin fyrir karlana, það er krefjast sífellt stærri R-bylgja, og finna þannig þá stærð sem sameinaði best næmi og sértæki varðandi áhættu á dauða af völdum hjartasjúkdóma.

Aðferðir

Rannsóknin var unnin úr gögnum sem aflað var fyrir Reykjavíkurrannsókn Hjartaverndar (18, 19). Þátttakendur áttu allir lögheimili á Stór-Reykjavíkursvæðinu 1. desember 1966. Bæði körlum og konum var boðin þátttaka í Reykjavíkurrannsókninni en eingöngu karlmenn voru í þýði þessarar rannsóknar og voru þeir fæddir árin 1907, 1910, 1912, 1914, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1924, 1926, 1928, 1931 og 1934. Þeim var skipt í þrjá hópa, A, B og C eftir fæðingardegi: hópur B var fæddur fyrsta, fjórða, sjöunda hvers mánaðar og svo framvegis: hópur C fæddur annan, fimmta, áttunda og svo framvegis og hópur A var fæddur þriðja, sjötta, níunda og áfram. Í hópum D og E voru karlar fæddir á þeim árum á árabilinu 1907-35 sem ekki hafa þegar verið talin upp hér að ofan. Þeir sem voru í hópi D voru fæddir fyrsta, fjórða, sjöunda hvers mánaðar og svo framvegis og þeir í hópi E voru fæddir annan, fimmta, áttunda og áfram.

Heildarþýði Reykjavíkurrannsóknarinnar var tæplega 20.000 einstaklingar. Rannsóknin fór fram í fimm áföngum, þeim fyrsta á árunum 1967-69, öðrum á árunum 1970-72, þriðja 1974-79, fjórða 1979-84 og fimmta 1985-91. Hópi B var boðið að taka þátt í öllum áföngunum, hópi C í áföngum II-III, hópi A í áfanga III, hópi D í áfanga IV og hópi E í áfanga V (mynd 1).

Af þeim sem boðin var þátttaka mættu á bilinu 65-77% og fór þátttakan minnkandi eftir því sem leið á rannsóknina. Alls tóku 9134 karlmenn þátt í rannsókninni að minnsta kosti einu sinni.

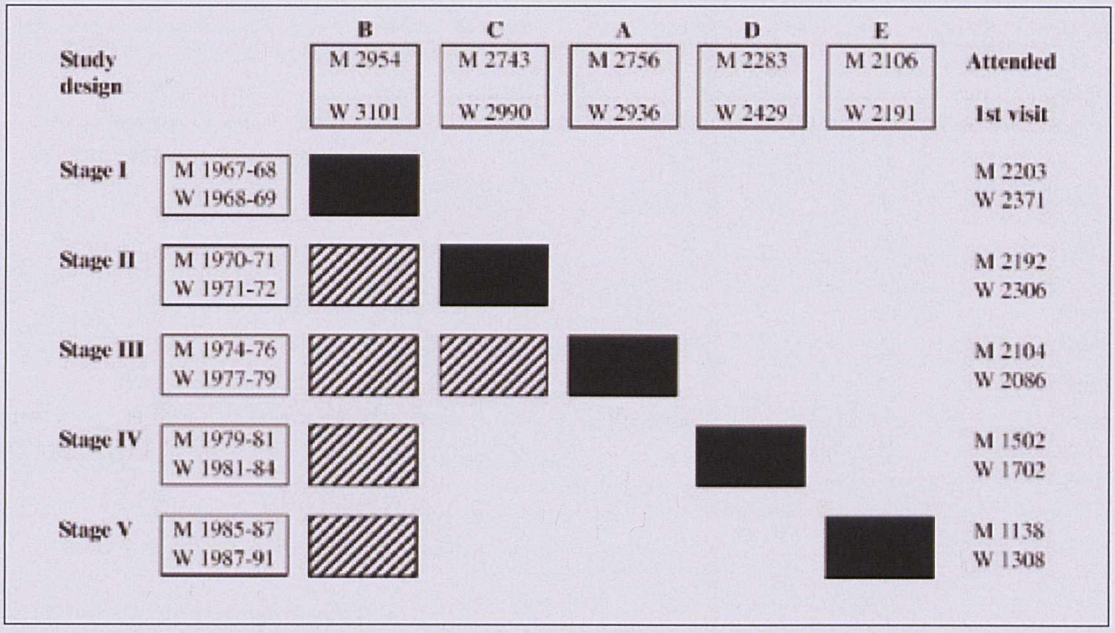
Í hverri heimsókn fór fram læknisskoðun, hæðar- og þyngdarmæling og blóðþrýstingsmæling. Auk þess var tekið hjartalínurit, sykurþolspróf og blóðfitumælingar og önnur blóðpróf gerð.

Þykknun vinstri slegils (ÞVS) var skilgreind samkvæmt Minnesota (310) líkaninu:

- A: R-bylgja >26 mm í leiðslum V5 eða V6 eða
- B: R-bylgja >20 mm í leiðslum I, II, III, aVF eða
- C: R-bylgja >12 mm í leiðslu aVL

Öll hjartalínuritin sem fengið höfðu greininguna ÞVS í Reykjavíkurrannsóknninni voru endurskoðuð og skráð hvaða leiðsla/-ur uppfylltu Minnesota-líkanið hér að ofan. Fyrir þá einstaklinga sem áttu mörg hjartalínurit var stuðst við fyrsta ritið sem sýndi ÞVS. Hjartalínuritin voru endurmetin og hæð R-bylgjanna mæld af einstaklingi sem ekki hafði Minnesota-líkanið til hliðsjónar. Ritin voru síðan endurlesin af einum höfunda. Áður höfðu 200 rit verið valin af handahófi úr viðmiðunarhópnum og lesin til að kanna möguleika á vangreiningu ÞVS og reyndist ekkert þeirra uppfylla skilyrðin.

Tilfellahópurinn innihélt þá karlmenn sem uppfylltu Minnesota-líkanið fyrir ÞVS, viðmiðunarhópurinn innihélt alla hina karlana í Reykjavíkurrannsóknninni. Þegar litið er á Minnesota-líkanið hér að ofan sést að til þess að fá greininguna ÞVS þarf hjartalínurit einstaklings að uppfylla að minnsta kosti eitt af þeim þremur skilyrðum sem þar koma fram. Við úrvinnslu gagnanna nú voru skilyrði fyrir ÞVS á hjartalínuriti þrengd kerfisbundið (tafla I) með það fyrir augum að finna hvenær stærð útslaga færi að tengjast dánartíðni annars vegar og dánartíðni og sjúkrahlutfalli hins vegar. Tilfellahópur og viðmiðunarhópur breyttust því í takt við breytt skilyrði (þeir sem ekki uppfylltu strengri skilyrði fluttust í viðmiðunarhópinn).



Mynd 1. *Yfirlit yfir skipulag Reykjavíkurrannsóknarinnar. M=Karlar, W=Konur. Svartir kassar= Fyrsta heimsókn. Strikaðir kassar=Seinni heimsóknir.*

Tölfræði

Aðhvarfslíkan Cox var notað til að meta áhættu á dauða vegna hjartasjúkdóms. Eftirfylgni var frá komu í Hóprannsókn Hjartaverndar til dauða eða 31. desember 2001 eftir því hvor atburðurinn átti sér stað fyrr. Miðgildi eftirfylgdar var 22 ár, minnst 1 mánuður og mest 34 ár. Dánartíðni vegna hjartasjúkdóma var mæld ársfjórðungslega á meðan á Reykjavíkurrannsókninni stóð, út frá gögnum Hagstofu Íslands, og stuðst við ICD-9 flokkunina 410-414 (út árið 1996) og síðan ICD-10 flokkunina I21-I25 (frá og með 1997) varðandi dánarorsakir. Leiðrétt var fyrir helstu áhættuþáttum hjarta- og æðasjúkdóma: aldri, heildarkólesteróli, efri mörkum blóðþrýstings og reykingum. Skilmerkjum Minnesota-líkansins var breytt á mismunandi vegu og þátttakendur voru flokkaðir eftir því hvort þeir höfðu ÞVS samkvæmt þeim. Áhættuhlutfall þess að vera með ÞVS var reiknað fyrir 32 skilmerki. Leitni til hækkaðs áhættuhlutfalls samfara hækkun á R-bylgju í V5 og V6 var til dæmis skoðuð nánar á meðan skilyrðum fyrir R-bylgju í leiðslum I, II, III og aVF var haldið í 20 og R-bylgju í leiðslum aVL haldið í 18. Nánar tiltekið var athugað var hvort áhættuhlutföllin (á log-skala) reiknuð fyrir R-bylgju 28, 30, 32 og 34 sýndu leitni til línulegrar hækkunar. Leitnin var reiknuð með línulegu samanburðarfalli (linear contrast). Ef β_1, β_2, β_3, β_4 eru áhættuhlutföllin fyrir ÞVS miðað við R-bylgju 28, 30, 32 og 34, er leitnin reiknuð sem stærðin $L = -3\,\beta_1 - \beta_2 + \beta_3 + 3\beta_4$. Þar sem áhættuhlutföllin eru reiknuð með upplýsingum frá sömu einstaklingum er flókið að leiða út dreifingu leitninnar til að svara spurningum um marktækni. Í staðinn var notuð svo nefnd bootstrap aðferð (19) sem byggir á hermun með því að velja endurtekið tilviljanakennt úr gagnasafninu. Valið var 1000 sinnum og þannig var hermt eftir dreifingu stærðarinnar L fyrir þessi gögn. Vikmörk fyrir mat á meðalgildi L voru svo metin út frá dreifingunni með leiðréttingu fyrir bjögun (bias-corrected and accelerated).

Niðurstöður

Stærð og samsetning tilfellahóps og viðmiðunarhóps

Í gögnum Reykjavíkurrannsóknarinnar fundust 243 hjartalínurit karla sem voru talin sýna ÞVS. Ekki var hægt að staðfesta greininguna á 35 af þeim 243 ritum sem fundust. Í flestum þeirra tilvika reyndust útslögin vera rétt innan eðlilegra marka, auk þess sem einstaka rit var of lélegt að gæðum til að hægt væri að mæla útslögin af nákvæmni. Þannig fengust að lokum 208 hjartalínurit karla sem uppfylltu skilmerki ÞVS, eða 2,3% af heildarfjölda karla sem þátt tóku í Reykjavíkurrannsókninni. Notuð voru gögn þeirra 206 karla sem voru án staðfestrar sögu um hjartasjúkdóm.

Í tilfellahópnum reyndust flestir (177/85%) hafa of stór útslög í leiðslu V5 og/eða V6 samkvæmt Minnesota-líkaninu (tafla II).

Af þeim 8891 karli í Reykjavíkurrannsókninni sem ekki uppfylltu skilyrði ÞVS enduðu 8595 í viðmiðunarhópnum. Mismunurinn felst í einstaklingum með þekkta sögu um hjartasjúkdóma (204), með óútskýrða dánarorsök (17), hjartalínurit vantaði (50) eða upplýsingar um blóðþrýsting eða blóðfitur vantaði (25).

Dánartíðni af völdum hjartasjúkdóma hjá tilfellahópi miðað við viðmiðunarhóp

Á eftirfylgdartímanum reyndist dánartíðni af

Tafla I. *Yfirlit yfir hvernig skilyrði Minnesota-líkansins voru þrengd á kerfisbundinn hátt.*

Samsetning skilyrða nr.	A:R-bylgja í V5 eða V6 (mm)	B: R-bylgja í I, II, III eða avF (mm)	C: R-bylgja í avL (mm)
1	28	20	12
2	30	20	12
3	32	20	12
4	34	20	12
5	28	22	12
6	30	22	12
7	32	22	12
8	34	22	12
9	28	20	14
10	30	20	14
11	32	20	14
12	34	20	14
13	28	22	14
14	30	22	14
15	32	22	14
16	34	22	14
17	28	20	16
18	30	20	16
19	32	20	16
20	34	20	16
21	28	22	16
22	30	22	16
23	32	22	16
24	34	22	16
25	28	20	18
26	30	20	18
27	32	20	18
28	34	20	18
29	28	22	18
30	30	22	18
31	32	22	18
32	34	22	18

völdum hjartasjúkdóma vera 21%, í tilfellahópi en 16% í viðmiðunarhópi. Áhættuhlutfall fyrir tilfellahópinn var 1,67 (95% CI = 1,24-2,26). Þess ber að geta að tilfellahópurinn var að meðaltali 5 árum eldri en viðmiðunarhópurinn, en meðalaldur tilfellahópsins var 57 ár (staðalfrávik 8 ár) miðað við 52 ár hjá viðmiðunarhópnum (staðalfrávik 9 ár). Þegar hóparnir voru bornir saman með leiðréttingu fyrir aldri reyndist áhættuhlutfall fyrir dauða af völdum hjartasjúkdóma hjá tilfellahópnum vera 1,30 (95% CI = 0,96-1,76) og ef einnig var leiðrétt fyrir systólískum blóðþrýstingi, blóðfitum og reykingum var áhættuhlutfallið 1,19 (95% CI = 0,87-1,61). Leiðrétt var fyrir fleiri áhættuþáttum

Tafla II. *Sundurliðun á því hvaða skilmerki Minnesota-líkansins hver karl með greininguna ÞVS uppfyllti.*

Skilyrði	Fjöldi einstaklinga
A	142
B	0
C	24
A+B	1
A+C	29
B+C	7
A+B+C	5
Samtals:	208

- A: R-bylgja >26 mm í leiðslum V5 eða V6
- B: R-bylgja >20 mm í leiðslum I, II, III eða aVF
- C: R-bylgja >12 mm í aVL

í grein Ingu Þráinsdóttur og félaga og lækkaði metna áhættuhlutfallið þá enn frekar.

Áhrif stækkunar útslaga á hjartalínuriti á dánartíðni

Metið áhættuhlutfall fyrir dauða af völdum hjartasjúkdóma hækkaði með þrengingu á skilyrðum (sjá töflu III). Ef skilyrðum fyrir leiðslur I, II, II og avF var haldið stöðugum í 20 mm og avL í 18 mm á meðan V5 og V6 skilyrðin voru þrengd í 28, 30, 32 og 34 mm kom fram mest aukning á áhættu (litaður dálkur í töflu III). Aðeins ein samsetning breyttra skilyrða komst nálægt því að sýna marktæka aukningu á dánartíðni miðað við viðmiðunarhóp (p = 0,07):

R-bylgja í aVL > 18
R-bylgja í I, II, III eða aVF > 20
R-bylgja í V5 eða V6 > 34

Af þeim 206 körlum sem voru með greininguna ÞVS uppfylltu 44 (21%) þessi skilyrði. Þetta samsvarar 0,5% af heildarfjölda karla í Reykjavíkurrannsókninni.

Engin samsetning sýndi tengsl við marktæka aukningu á dánartíðni.

Könnun á styrk sterkustu leitninnar

Sem fyrr segir jókst áhætta á dauðsföllum mest þegar skilyrði fyrir leiðslur V5 og V6 voru þrengd en öðrum skilyrðum haldið stöðugum. Brattasta aukningin í áhættu kom fram þegar skilyrðum fyrir leiðslur I, II, III og avF var haldið stöðugum í 20 mm, leiðslu avL í 18 mm og skilyrði fyrir V5 og V6 voru þrengd í 28, 30, 32 og 34 mm. Stærðin $L = -3 \cdot \log(1,22) - 1 \cdot \log(1,31) + 1 \cdot \log(1,33) + 3 \cdot \log(1,64) = 0,90$ er mælikvarði á línulega leitni þessara áhættuhlutfalla, þar sem log er náttúrulegi logrinn. Öryggisbilið (95%) fyrir gildi L var frá -0,67 til 2,14. Niðurstaðan er að ekki er um tölfræðilega marktæka leitni til hækkunar að ræða.

Tafla III. *Áhættuhlutfall karla sem uppfylltu þrengd skilyrði Minnesota-líkansins varðandi dánartíðni af völdum hjarta- og æðasjúkdóma, miðað við samanburðarhóp.*

Samsetning skilmerkja nr.	A:R-bylgja í V5 eða V6 (mm)	B: R-bylgja í I, II, III eða avF (mm)	C: R-bylgja í avL (mm)	Áhættuhlutfall (HR)	Öryggismörk (95% CI)	P-gildi
1	28	20	12	1,12	0,78-1,61	0,52
2	30	20	12	1,15	0,74-1,77	0,54
3	32	20	12	1,14	0,71-1,82	0,59
4	34	20	12	1,25	0,77-2,03	0,36
5	28	22	12	1,11	0,77-1,60	0,59
6	30	22	12	1,12	0,72-1,75	0,62
7	32	22	12	1,11	0,68-1,80	0,68
8	34	22	12	1,22	0,74-2,01	0,43
9	28	20	14	1,17	0,80-1,70	0,42
10	30	20	14	1,22	0,77-1,95	0,40
11	32	20	14	1,23	0,73-2,05	0,44
12	34	20	14	1,44	0,85-2,44	0,18
13	28	22	14	1,15	0,78-1,69	0,48
14	30	22	14	1,19	0,74-1,93	0,47
15	32	22	14	1,19	0,70-2,02	0,52
16	34	22	14	1,40	0,81-2,43	0,23
17	28	20	16	1,19	0,82-1,74	0,36
18	30	20	16	1,27	0,79-2,02	0,32
19	32	20	16	1,28	0,77-2,14	0,34
20	34	20	16	1,53	0,90-2,60	0,11
21	28	22	16	1,18	0,80-1,73	0,41
22	30	22	16	1,24	0,77-2,01	0,38
23	32	22	16	1,25	0,74-2,12	0,41
24	34	22	16	1,50	0,87-2,60	0,15
25	28	20	18	1,22	0,83-1,78	0,31
26	30	20	18	1,31	0,82-2,09	0,26
27	32	20	18	1,33	0,80-2,23	0,27
28	34	20	18	1,64	0,97-2,79	0,07
29	28	22	18	1,20	0,82-1,76	0,36
30	30	22	18	1,28	0,79-2,07	0,32
31	32	22	18	1,30	0,77-2,21	0,33
32	34	22	18	1,62	0,93-2,80	0,09

Næmi og sértæki breyttra skilyrða

Að lokum var kannað hvort til staðar væri einhver ákveðin samsetning skilyrða sem sameinaði gott næmi og sértæki varðandi áhættu á hjartasjúkdómum. Sértækið var undantekningarlaust gott fyrir allar samsetningarnar, eða á bilinu 98,1-99,4%. Næmið var hins vegar lélegt (1,8-3,5%) og fór versnandi þegar skilyrðin voru þrengd. Engin samsetning skilyrða fannst sem sameinar gott næmi og sértæki.

Umræða

Í rannsókn okkar var í fyrsta sinn kannað með kerfisbundnum hætti hvort hægt væri að þrengja skilyrði um stærð QRS útslaga Minnesota-líkansins þannig að þau spái marktækt fyrir um dánartíðni karla af völdum hjartasjúkdóma til viðbótar við það sem hefðbundnir áhættuþættir gera. QRS útslög á hjartalínuriti hafa vissulega forspárgildi fyrir dauða af völdum hjartasjúkdóms, en veita litlar sem engar viðbótarupplýsingar ef aðrir áhættuþáttir eru fyrir hendi. Rannsóknin leiddi í ljós að jafnvel stærstu QRS útslög á hjartalínuriti hafa þá takmarkaða fylgni við dánartíðni karla.

Leitnin í þessa átt er ekki sterk og virðist helst um að kenna hversu lágt hlutfall karla (0,5%) hefur nægilega stór útslög til að fram komi munur á þeim og þeim sem ekki ná að uppfylla svo ströng skilyrði. Því má segja að stærð QRS útslaga á hjartalínuriti sé ófullkomið og líklega ónothæft tæki til slíkrar forspár í almennu þýði.

Þegar næmi og sértæki Minnesota-líkansins varðandi dauða af völdum hjartasjúkdóma var kannað vakti athygli hversu lélegt næmið var. Ein af ástæðum þessa gæti verið að ekki er tekið mið af sjúkdómum sem fjarlægja hjartað frá brjóstveggnum og minnka þannig QRS útslögin, til dæmis offitu, lungnaþembu og vökvasöfnun í gollurshúsi. Þessir sjúkdómar fela í sér aukna áhættu á dauðsföllum af völdum hjarta- og æðasjúkdóma en minnka hins vegar QRS útslög og skekkja þannig myndina. Sem dæmi má nefna að offita minnkar næmi líkana sem styðjast við stærð QRS útslaga (20), en offita er einnig áhættuþáttur fyrir ÞVS (21).

Aðrar rannsóknir hafa leitt í ljós svipaðar niðurstöður varðandi Minnesota-líkanið og önnur líkön sem byggjast eingöngu á stærð QRS útslaga. Þar má nefna rannsókn sem sýndi að Sokolow-Lyon-líkanið hefur ekki forspárgildi varðandi dánartíðni karla af völdum hjarta- og æðasjúkdóma þegar leiðrétt var fyrir aldri (22). Sýnt hefur verið að þegar leiðrétt hefur verið fyrir ýmsum klínískum breytum hefur Minnesota-líkanið (í núverandi mynd, án þrengingar skilyrða) heldur ekki slíkt forspárgildi (23).

Líkön sem fela ekki eingöngu í sér skilyrði varðandi stærð QRS útslaga, heldur einnig óeðlilega endurskautun, eru almennt betri í að spá marktækt fyrir um dánartíðni karla af völdum hjarta- og æðasjúkdóma. Dæmi um slík líkön eru Romhilt-Estes, Rautaharju, Wolf og Casale-Deveraux-líkönin (24). Eins hefur verið sýnt fram á að ÞVS samkvæmt Minnesota-líkaninu, ásamt ST-T breytingum, fylgdi marktæk aukning á hjartasjúkdómum hjá körlum í almennu þýði (1). Á móti kemur að þessi líkön eru flóknari í notkun og því ekki eins hagnýt og þau sem byggjast eingöngu á stærð QRS útslaga.

Varðandi veikleika rannsóknarinnar ber þess að geta að Minnesota-líkanið er lítið notað í daglegu læknisstarfi, þótt það sé víða notað í rannsóknum. Ekki var unnt að kanna forspárgildi fleiri líkana, til dæmis Cornell Voltage Index sem tekur S-bylgjur einnig með í reikninginn þar sem S-bylgjur voru ekki skráðar í Reykjavíkurrannsóknina. Eins væri fróðlegt að vita hvert næmi Minnesota-líkansins er til greiningar á ÞVS í rannsóknarþýðinu. Þar þyrftu niðurstöður hjartaómskoðana að koma til, en þær liggja ekki fyrir.

Rannsókn okkar beindist eingöngu að körlum, enda hefur verið sýnt fram á að Minnesota-líkanið í óbreyttri mynd spáir marktækt fyrir um dánartíðni kvenna af völdum hjartasjúkdóma. Fleiri rannsakendur hafa komist að sömu niðurstöðu varðandi mun á kynjum (20, 25, 26). Ástæða þessa gæti verið sú að konur eru almennt með minni útslög á hjartalínuriti en karlar, kvenhjarta hefur 25% minni veggþykkt en karlhjarta og brjóstvefur veldur meiri fjarlægð kvenhjartans frá brjóstveggnum (5, 27, 28). Rannsóknir benda til þess að næmi hjartalínuritslíkana fyrir ÞVS batni talsvert við að beita mismunandi skilyrðum fyrir karla og konur (20, 25, 26).

Þessi rannsókn sýndi að með því að krefjast sífellt stærri QRS útslaga var hægt að finna nýja samsetningu skilyrða Minnesota-líkansins sem gefur hærra áhættuhlutfall fyrir dauða karla af völdum hjartasjúkdóma. Gögnin leyfa okkur samt ekki að draga ótvírætt ályktun um að þessi hækkun sé raunveruleg. Auk þess er líkanið ekki eins hagnýtt og ætla mætti þar sem mjög fáir karlmenn hafa nægilega stór QRS útslög og slík hjartalínurit því sjaldséð. Minnesota-líkanið er þó líklega ekki með öllu ónothæft fyrir karla þar sem til dæmis gæti verið hægt að fylgjast með svörun þeirra við háþrýstingsmeðferð með hjálp líkansins. Auk þess gæti nútíma stafræn hjartalínuritstækni jafnvel leyst þann vanda að einföld ÞVS líkön hafa ekki nægjanlegt forspárgildi varðandi dánartíðni á meðan þau flóknari eru ekki eins hagnýt. Þegar hjartalínurit er tekið er hægt að slá inn ýmsar breytur, svo sem aldur, kyn, hæð og þyngd og tækið tekur síðan mið af þeim, auk þess sem tækið getur mælt hæð, breidd og flatarmál QRS útslaga og metið óeðlilega endurskautun. Með þessum hætti gæti fengist bætt næmi og sértæki varðandi dánartíðni af völdum hjarta- og æðasjúkdóma án þess að þurfa að beita flóknari líkönum.

Rannsókn okkar sýnir þannig að eitt algengasta líkan sem notað er til greiningar á ÞVS hefur lítið sem ekkert forspárgildi um heilsufarsleg afdrif karla, þótt öðru máli gegni um konur. Kerfisbundnar breytingar á skilyrðum varðandi QRS útslög hjartans bæta forspárgildið ekki að marki.

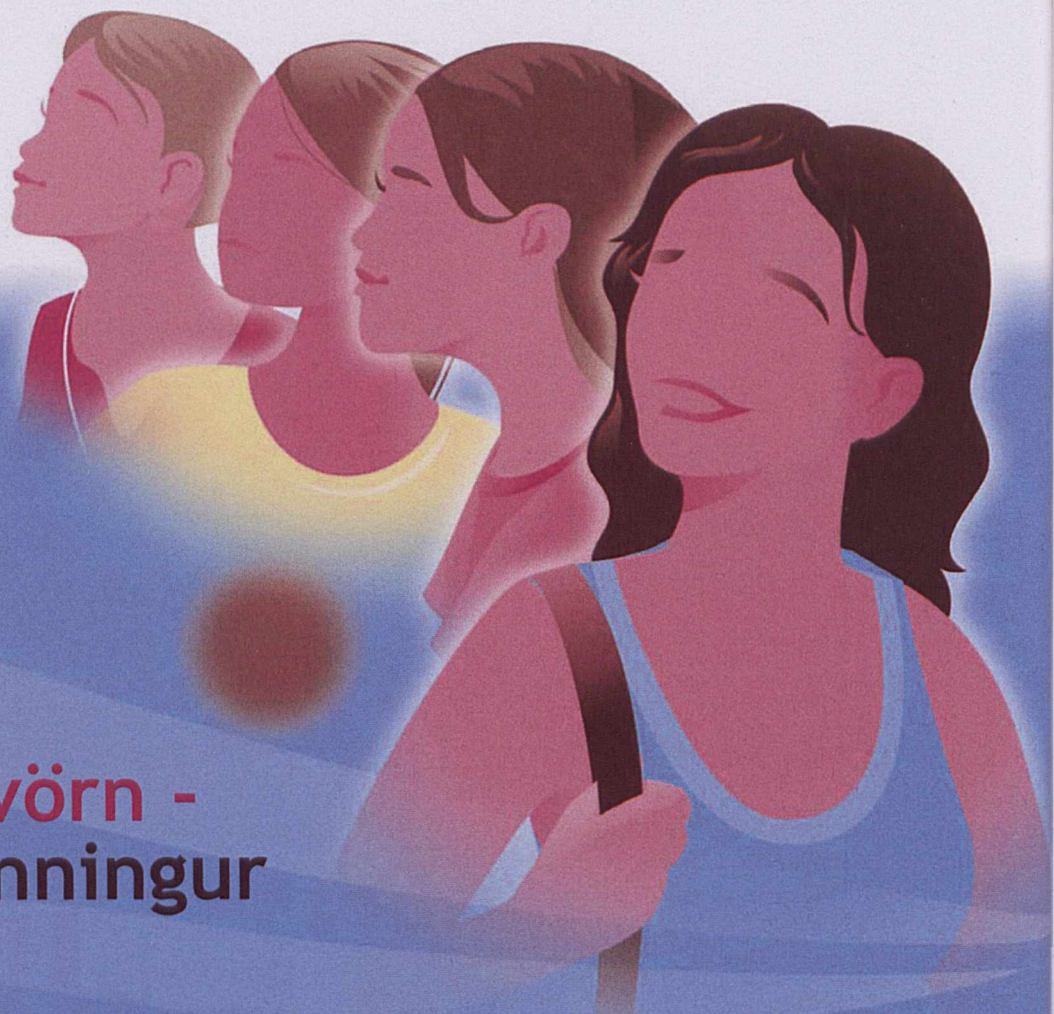
Heimildir

1. Machado DB, Crow RS, Boland LL, Hannan PJ, Taylor HA Jr., Folsom AR. Electrocardiographic findings and incident coronary heart disease among participants in the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) study. Am J Cardiol 2006; 97: 1176-81.
2. Georgescu A, Fu Y, Yau C, Hassan Q, Luchansky J, Armstrong PW, et al. Short- and long-term outcomes of patients with electrocardiographic left ventricular hypertrophy after fibrinolysis for acute myocardial infarction. Am J Cardiol 2005; 96: 1050-2.

3. Lorell BH, Carabello BA. Left ventricular hypertrophy. Pathogenesis, detection and prognosis. Circulation 2000; 102: 470.
4. Koren MJ, Devereux RB, Casale PN, Savage DD, Laragh JH. Relation of left ventricular mass and geometry to morbidity and mortality in uncomplicated essential hypertension. Ann Intern Med 1991; 114: 345-52.
5. Levy D, Garrison RJ, Savage DD, Kannel WB, Castelli WP. Prognostic implications of echocardiographically determined left ventricular mass in the Framingham Heart Study. N Engl J Med 1990; 322:1561-6.
6. Verdecchia P, Carini G, Circo A, Dovellini E. Left ventricular mass and cardiovascular morbidity in essential hypertension: the MAVI study. J Am Coll Cardiol 2001; 38: 1829.
7. Siscovick DS, Raghunathan TE, Rautaharju P, Psaty BM, Cobb LA, Wagner EH. Clinically silent electrocardiographic abnormalities and risk of primary cardiac arrest among hypertensive patients. Circulation 1996; 94: 1329-33.
8. Dunn FG, Pringle SD. Sudden cardiac death, ventricular arrhythmias and hypertensive left ventricular hypertrophy. J Hypertens 1993; 11: 1003.
9. Liao Y, Cooper RS, Durazo-Arvizu R, Mensah GA, Ghali JK. Prediction of mortality risk by different methods of indexation for left ventricular mass. J Am Coll Cardiol 1997; 29: 641-7.
10. Bella JN, Wachtell K, Boman K, Palmieri V, Papademetriou V, Gerdts E, et al. Relation of left ventricular geometry and function to aortic root dilatation in patients with systemic hypertension and left ventricular hypertrophy (the LIFE study). Am J Cardiol 2002; 89: 337-41.
11. Verdecchia P, Porcellati C, Reboldi G, Gattobigio R, Borgioni C, Pearson TA, et al. Left ventricular hypertrophy as an independent predictor of acute cerebrovascular events in essential hypertension. Circulation 2001; 104: 2039-44.
12. Drazner MH, Rame JE, Marino EK, Gottdiener JS, Kitzman DW, Gardin JM, et al. Increased left ventricular mass is a risk factor for the development of a depressed left ventricular ejection fraction within five years: the Cardiovascular Health Study. J Am Coll Cardiol 2004; 43: 2207-15.
13. Devereux RB, Casale PN, Wallerson DC, Kligfield P, Hammond IW, Leibson PR, et al. Cost-effectiveness of echocardiography for detection of left ventricular hypertrophy in patients with systemic hypertension. Hypertension 1987; 9(suppl II):II-69-11-76.
14. Sokolow M, Lyon TP. The ventricular complex in left ventricular hypertrophy as obtained by unipolar precordial and limb leads. Am Heart J 1949; 37: 161-86.
15. Romhilt DW, Estes EH. Point score system for the ECG diagnosis of left ventricular hypertrophy. Am Heart J 1968; 75: 752-8.
16. Okin PM, Devereux RB, Jern S, Kjeldsen SE, Julius S, Nieminen MS, et al. LIFE Study Investigators. Regression of electrocardiographic left ventricular hypertrophy during antihypertensive treatment and the prediction of major cardiovascular events. JAMA 2004; 292: 2343-9.
17. Þráinsdóttir IS, Harðarson T, Þorgeirsson G, Sigvaldason H, Sigfússon N. Survival and trends of occurrence of left ventricular hypertrophy, gender differences, 1967-92: The Reykjavik Study. J Intern Med 2003; 253: 418-24.
18. Sigurðsson E, Þorgeirsson G, Sigvaldason H, Sigfússon N. Prevalence of coronary heart disease in Icelandic men 1968-1986. The Reykjavik Study. Eur Heart J 1993; 14: 584-91.
19. Jónsdóttir LS, Sigf ússon N, Sigvaldason H, Þorgeirsson G. Incidence and prevalence of recognised and unrecognised myocardial infarction in women. The Reykjavik Study. Eur Heart J 1998; 19: 1011-8.
20. Efron B, Tibshirani RJ. An Introduction to the Bootstrap. Chapman and Hall / CRC 1998.
21. Levy D, Labib SB, Anderson KM, Christiansen JC, Kannel WB, Castelli WP. Determinants of sensitivity and specificity of electrocardiographic criteria for left ventricular hypertophy. Circulation 1990; 81: 815-20.
22. Levy D, Anderson KM, Savage DD, Kannel WB, Christiansen JC, Castelli WP. Echocardiographically detected left ventricular hypertrophy: Prevalence and risk factors. Ann Intern Med 1988; 108: 7-13.
23. Rautaharju PM, LaCroix AZ, Savage DD, Haynes SG, Madans JH, Wolf HK, et al. Electrocardiographic estimate of left ventricular mass versus radiographic cardiac size and the risk of cardiovascular disease mortality in the epidemiologic follow-up study of the First National Health and Nutrition Examination Survey. Am J Cardiol 1988; 62: 59-66.
24. Larsen CT, Dahlin J, Blackburn H, Scharling H, Appleyard M, Sigurd B, et al. Prevalence and prognosis of electrocardiographic left ventricular hypertrophy, ST segment depression and negative T-wave; the Copenhagen City Heart Study. Eur Heart J 2002; 23: 315 – 24.
25. Hsieh BP, Pham MX, Froelicher VF. Prognostic value of electrocardiographic criteria for left ventricular hypertrophy. Am Heart J 2005; 150: 161-7.
26. Casale PN, Deveraux RB, Kligfield P, Eisenberg RR, Miller DH, Chaudhary BS, et al. Electrocardiographic detection of left ventricular hypertrophy: Development and prospective validation of improved criteria. J Am Coll Cardiol 1985; 6: 572-80.
27. Casale PN, Deveraux RB, Alonso DR, Campo E, Kligfield P. Improved sex-specific criteria of left ventricular hypertrophy for clinical and computer interpretation of electrocardiograms: Validation with autopsy findings. Circulation 1987; 75: 565-72.
28. Levy D, Bailey JJ, Garrison RJ, Horton MR, Balkus SM, Lyons D, et al. Electrocardiographic changes with advancing age. J Electrocardiol 1987; 20 (suppl): 44-7.
29. LaMonte CS, Freiman AH. The electrocardiogram after mastectomy. Circulation 1965; 32: 746-54.

GARDASIL®
Human Papillomavirus Vaccine
Types 6,11,16,18
Recombinant, adsorbed

Eina fjórgilda bóluefnið gegn leghálskrabbameini*



Víðtæk forvörn - skjótur ávinningur

Sýnt hefur verið fram á virkni gegn sjúkdómum í kynfærum sem tengjast HPV 6, 11, 16 eða 18.

Gardasil getur komið í veg fyrir

- Krabbamein í leghálsi*
- Frumubreytingar í leghálsi á háu stigi (CIN 2/3)
- Frumubreytingar í leggöngum og sköpum á háu stigi (VIN 2/3)
- Kynfæravörtur

*Sem tengjast HPV 16, 18

LD1071001

sanofi pasteur MSD
vaccines for life

Sérlyfjatexti á bls. 809

Heilkenni gulra nagla

Örvar Gunnarsson
Deildarlæknir lyflækningasviði

Eyþór Björnsson
Sérfræðingur í lungna- og lyflækningum

Unnur Steina Björnsdóttir
Sérfræðingur í lyflækningum, ofnæmissjúkdómum og ónæmisfræði

Tómas Guðbjartsson
Sérfræðingur í almennum skurðlækningum og hjarta- og lungnaskurðlækningum

Lykilorð: fleiðruvökvi, endurteknar loftvegasýkingar, gular neglur, skútabólga.

Ágrip

Heilkenni gulra nagla er afar sjaldgæft en einkennist af gulum nöglum, öndunarfæraeinkennum og bjúg. Orsakir eru ekki að fullu kunnar en taldar eiga sér uppsprettu í vanstarfsemi sogæðakerfis. Lýst er 77 ára gömlum manni með endurteknar öndunarfærasýkingar sem leitaði á bráðadeild með nokkurra mánaða sögu um hósta, uppgang, vaxandi mæði og reyndist vera með fleiðruvökva á lungnamynd. Fleiðruholsástunga og fleiðrusýnistaka leiddi í ljós eosinophiliu og bólgu án skýringa. Við líkamsskoðun reyndist hann vera með gular neglur á fingrum og tám og var hann eftir útilokun annarra sjúkdóma greindur með heilkenni gulra nagla. Hann var meðhöndlaður með sterum og minnkuðu einkenni við það en hurfu þó ekki að fullu.

Sjúkratilfelli

Lýst er tilfelli 77 ára gamals karlmanns með tíðar lungna- og berkjubólgur frá árinu 2003 auk háþrýstings og blóðþurrðarsjúkdóms í hjarta. Hann hafði reykt og fengið lungnateppu en ekki berklasýkingu. Úr hráka ræktaðist endurtekið Hemophilus Influenza en einnig Pseudomonas Aeruginosa. Tölvusneiðmynd af sinusum 2004 sýndi alskútabólgu (pansinusitis) og tölvusneiðmynd af brjóstholi sýndi einungis grisjóttar þéttingar í neðri hluta hægra lunga. Flæðirúmmálslykkja (spirometria) sýndi nokkra teppu. Ónæmisfræðileg uppvinnsla leiddi í ljós ófullkomna svörun við ákveðnum hjúpgerðum pneumókokka og því var um nokkurt skeið reynd meðferð með Sandoglobulin® sem á þeim tíma var talin hafa skilað nokkrum árangri til fækkunar öndunarfærasýkingum. Rannsóknir með tilliti til ónæmis- og gigtarprófa voru að öðru leyti eðlilegar.

Í lok árs 2005 leitaði hann á bráðamóttöku með nokkurra mánaða sögu um hósta, uppgang og vaxandi mæði. Lungnamynd sýndi verulegt magn vökva í vinstri fleiðru sem nær fyllti vinstri helming brjósthols (mynd 1). Gerð var fleiðruástunga og hleypt út tveimur lítrum af blóðlituðum vökva. Rannsóknir á vökvanum staðfestu vilsu (exudate), ræktanir voru neikvæðar og frumurannsókn sýndi bólgumynd með verulegri eosinophiliu. Við eftirlit safnaðist fleiðruvökvi fyrir endurtekið og því var ákveðið að gera fleiðruspeglun til sýnatöku.

Við komu á brjóstholsskurðdeild var sjúklingurinn móður við litla hreyfingu, hafði töluverðan hósta með uppgangi og var með hitatilfinningu en mældist þó hitalaus (36,9 °C). Líkamsskoðun var að mestu ómarkverð fyrir utan önghljóð/brak við lungnahlustun og minnkuð öndunarhljóð vinstra megin. Einnig var non-pitting bjúgur á ökklum og eftirtektarvert var að neglur á öllum fingrum og tám höfðu sterkan gulleitan blæ (myndir 2 og 3). Við eftirgrennslan kom fram að hann hafði leitað til húðsjúkdómalæknis tveimur árum áður vegna þessa. Svepparæktanir höfðu endurtekið verið neikvæðar og þriggja mánaða meðferð með Terbinafin (Lamisil®) hafði engin áhrif haft. Neglurnar voru þykkar, stökkar og uxu hægt.

Blóðprufur við innlögn sýndu eðlilegt blóðgildi fyrir utan væga eosinophiliu 0,6 (viðmið-

ENGLISH SUMMARY

Gunnarsson Ö, Björnsson E, Björnsdóttir US, Guðbjartsson T

Yellow nail syndrome

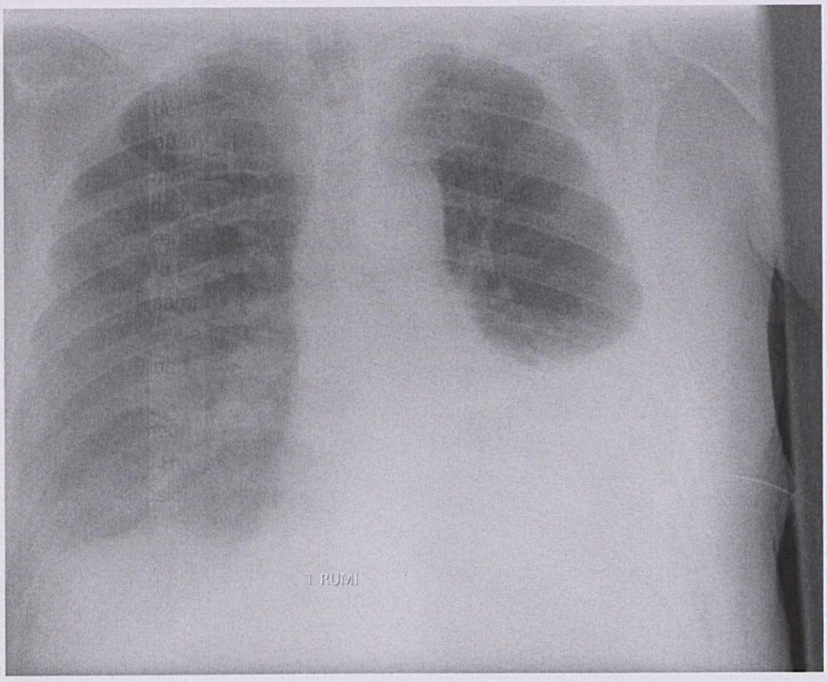
We describe a 77 year old man with a prior history of recurrent airway infections, who presented with a history of cough, dyspnea and increased mucous production that had lasted several months. On chest X-ray a pleural effusion was observed. Subsequent thoracocentesis demonstrated an exudate with predominant eosinophils. An infectious cause was ruled out. The pleural effusion subsequently recurred and he was admitted for pleural biopsy, which revealed chronic pleuritis. On physical examination yellow nails on fingers and toes were noted. Subsequently, after exclusion of other diseases, a diagnosis of yellow nails syndrome was established. He was treated with corticosteroids, which were tapered over 6 months. One year later the eosinophilia had subsided, however the pleural effusion remained, although on a much smaller scale.

Key words: pleural effusion, recurrent respiratory tract infections, yellow nails, sinusitis.
Correspondence: Eyþór Björnsson, *eythorbj@landspitali.is*

Landspítala

Fyrirspurnir og bréfaskipti:
Eyþór Björnsson,
Landspítala
Fossvogi, 108
Reykjavík.

eythorbj@landspitali.is



Mynd 1. *Fleiðruvökvi í vinstra fleiðruholi.*

unarmörk <0,5) sem hafði hæst farið í 1,8 rúmum mánuði fyrr. Röntgenmynd af lungum sýndi mikinn fleiðruvökva vinstra megin, "grófan lungnastrúktúr" en eðlilega æðavídd. Tölvusneiðmynd af lungum sýndi ekki fram á fyrirferð í lungum en þykknun á fleiðru vinstra megin auk fleiðruvökva í báðum fleiðruholum. Aðrar krónískar breytingar sáust ekki. Fjölmörg fleiðrusýni voru tekin við fleiðruspeglun. Meinafræðisvar sýndi einungis ósérhæfða langvarandi fleiðrubólgu. Sem fyrr var veruleg bólgusvörun í fleiðruvökva og mikil eosinophilia (tafla 1). Mergsýni var tekið og sýndi það einnig væga eosinophiliu. Úr hrákasýni ræktaðist *Pseudomonas Aeroginosa*. Sjúklingur var útskrifaður eftir tveggja vikna innlögn á sýklalyfjum og barksterum í lækkandi skömmtum.

Sjúklingi hefur nú verið fylgt eftir í eitt ár. Barksterar voru minnkaðir í lítinn viðhaldsskammt og hætt eftir um hálfs árs meðferð. Enn er til staðar óverulegt magn af fleiðruvökva í báðum fleiðruholum en virðist þó standa í stað og þá hefur eosinophilia gengið vel til baka. Meðferð með Sandoglobulin® var hætt og virtist öndunarfærasýkingum ekki fjölga við það en eru þó áfram vandamál.

Eftir ítarlegar rannsóknir til útilokunar á öðrum sjúkdómum virðast einkenni þessa manns helsta koma heim og saman við heilkenni gulra nagla.

Tafla I. *Sýnir niðurstöður rannsókna á brjóstholsvökva.*

Br-pH 7,54	
Br-Litur	Ljósgulur
Br-Hvít blóðkorn	1400* <1000 x10E6/L
Br-Rauð blóðkorn	23000* 0 x10E6/L
Br-Neutrófílar	4 <50%
Br-Eósínófílar	56%
Br-Basófílar	0%
Br-Lymfócýtar	25%
Br-Mónócýtar	15%
Br-Glúkósi	5,8 mmól/L
Br-Prótein	39 g/L

Umræða

Sú mynd einkenna sem lýst er hjá viðkomandi sjúklingi eru gular neglur, fleiðruvökvi og endurteknar öndunarfærasýkingar og geta þau hvert og eitt átt sér margar útskýringar. Algengasta orsök gulra nagla er sveppasýking sem útilokuð var í þessu tilviki. Þær helstu orsakir sem liggja að baki fleiðruvökva eru hjartabilun, lungnabólga, lungnasegi, krabbamein og langvinnar sýkingar, svo sem berklar. Eosinophilia í fleiðruvökva getur átt sér ótal orsakir þar sem krónísk erting er sú algengasta. Þetta birtingarform endurtekinna sýkinga sem lýst er hjá viðkomandi sjúklingi hefði til að mynda getað verið orsakað af sjaldgæfum galla í ónæmiskerfi, svo sem "chronic granulomatous disease", heilkenni Job´s eða þá bandvefssjúkdómi, svo sem Wegener´s granulomatosis. Þegar búið er að útiloka slíka sjúkdóma sem áður eru nefndir og greiningin enn á huldu er mikilvægt að víkka sjóndeildarhringinn og skoða hvort og þá hvaða heilkenni viðkomandi einkenni geta samrýmst.

Heilkenni gulra nagla (HGN; Yellow nail syndrome) var fyrst lýst árið 1964 og var þá talið einkennast af hægt vaxandi, (1) þykknuðum gulum nöglum ásamt útlægum bjúgi. Síðan þá hafa fleiri einkenni verið talin hluti af þessu heilkenni svo sem fleiðruvökvi (2, 3), berkjuskúlk (bronchiectasis) (4), berkjuauðreitni (5), langvinn berkjubólga og langvinn ennisholubólga auk vessabjúgs (lymphedema) sem oftast er á neðri útlimum. Þá hefur nú nýlega einnig verið lýst skertri mótefnasvörun af IgG gerð við hjúpuðum bakteríum sem passar við aukna tíðni sýkinga (6). Flest tilfelli eru án sjáanlegra orsaka en þó hefur einnig verið lýst tilfellum tengdum illkynja frumuvexti (7) sem og fjölskyldulægum tilfellum (4) og jafnvel búið að finna einn þann genagalla sem er þar talinn liggja að baki (8). Flest af ofanskráðu á við þann sjúkling sem hér er lýst. Þó var ekki sýnt fram á berkjuskúlk eða illkynja frumuvöxt.

Greiningin á heilkenni gulra nagla byggist á þrennu einkenna sem eru gular neglur, bjúgur og öndunarfæraeinkenni af ýmsum toga. Þessi þrjú einkenni eru hins vegar eingöngu til staðar hjá



Mynd 2. *Neglur viðkomandi sjúklings með heilkenni gulra nagla.*



Mynd 3. *Táneglur viðkomandi sjúklings með heilkenni gulra nagla.*

þriðjungi tilfella á sama tíma (2). Í grein þar sem farið var í gegnum 97 tilfelli var miðgildisaldur við upphaf einkenna 40 ár en gat verið til staðar við fæðingu eða komið fram mun síðar (7). Gular neglur voru til staðar í 89% tilfella, 80% höfðu misslæman bjúg og 36% höfðu fleiðruvökva. Hjá 29% einstaklinga var fyrsta einkenni tengt fleiðruvökva (7).

Orsakir þessara afbrigðilegu nagla og vökvasöfnunar í líkamshol eru ekki þekktar en almennt er talið að skýringuna sé að finna í sogæðakerfinu. Þekkt er að hjá 7-30% tilfella ganga naglbreytingar að einhverju eða öllu leyti til baka en þær koma þó oft aftur síðar meir (1, 9). Sú staðreynd að bjúgurinn kemur og fer bendir jafnframt til þess að þessi truflun á virkni sogæðakerfisins sé starfræn (functional) frekar en vegna byggingargalla í sogæðatrénu (10). Orsakasamhengið milli þessarar starfrænu truflunar og þess ónæmisgalla sem svo leiðir til langvinnra/endurtekinna sýkinga í efri og neðri öndunarvegum er ekki þekkt.

Líkt og við mörg önnur heilkenni þar sem undirliggjandi orsakir eru óþekktar er markviss meðferð við heilkenni gulra nagla ekki til. Gjöf háskammta E-vítamíns hefur verið reynd með misjöfnum árangri. Þá hefur verið lýst notkun á octreotide við bæði kviðarholsvökva (11) og fleiðruvökva (12) tengdum heilkenni gulra nagla. Verkunarmáti octreotide í þessu tilviki er óþekktur en lyfið er þó talið minnka vessaframleiðslu í sogæðum. Sveppalyf hafa eins og gefur að skilja engin áhrif. Meðferð er því beint að einkennum.

Höfundar vita ekki til þess að þessu heilkenni hafi áður verið lýst hérlendis. Almennt er heilkennið þó talið vangreint og tilgangur þessarar greinar því fyrst og fremst að vekja athygli á þessum sjúkdómi. Mikil eosinophilia var áberandi í fleiðruvökva þessa sjúklings og hefur því ekki áður verið lýst sem hluta af heilkenninu. Talað er um eosinophil fleiðruvökva ef hlutfall eosinophila fer yfir 10%. Þetta er þó ósértækt og eosinophilia getur sést við flesta fleiðrusjúkdóma eins og áður kom fram (13).

Heimildir

1. Samman PD, White WF. The „Yellow nail" syndrome. Br J Dermatol 1964; 76: 153-7.
2. Emerson PA. Yellow nails, lymphoedema, and pleural effusions. Thorax 1966; 21: 247-53.
3. Dilley JJ, Kierland RR, Randall RV, Shick RM. Primary lymphedema associated with yellow nails and pleural effusions. JAMA 1968; 204: 670-3.
4. Hiller E, Rosenow EC, Olsen AM. Pulmonary manifestations of the yellow nail syndrome. Chest 1972; 61: 452-8.
5. Luyten C, Andre J, Walraevens C, De Docker P. Yellow nail syndrome and onychomycosis. Experience with itraconazole pulse therapy combined with vitamin E. Dermatology 1996; 192: 406-8.
6. Bokszczanin A, Levinson AI. Coexistent yellow nail syndrome and selective antibody deficiency. Ann Allergy Asthma Immunol 2003; 91: 496-500.
7. Nordkild P, Kromann - Andersen H, Struve - Christensen E. Yellow nail syndrome - the triad of yellow nails, lymphedema and pleural effusions. A review of the literature and a case report. Acta Med Scand 1986; 219: 221-7.
8. Finegold DN, Kimak MA, Lawrence EC, Levinson KL, Cherniske EM, Pober BR, et al. Truncating mutations in FOXC2 cause multiple lymphedema syndromes. Hum Mol Genet 2001; 10: 1185-9.
9. Norton L. Further observation on the yellow nail syndrome. Cutis 1985; 36: 457-62.
10. Bull RH, Fenton DA, Mortimer PS. Lymphatic function in the yellow nail syndrome. Br J Dermatol 1996; 134: 307-12.
11. Widjaja A, Gratz KF, Ockenga J, Wagner S, Manns MP. Octreotide for therapy of chylous ascites in yellow nail syndrome. Gastroenterology 1999; 116: 1017-8.
12. Makrilakis K, Pavlatos S, Giannikopoulos G, Toubanakis C, Katsilambros N. Successful octreotide treatment of chylous pleural effusion and lymphedema in the yellow nail syndrome. Ann Intern Med 2004; 141: 246-7.
13. Kalomenidis I, Light RW. Eosinophilic pleural effusions. Curr Opin Pulm Med 2003; 9: 254-60.



Einu sinni á dag

Ný meðferð við gelgjubólum

LEO

Duac®

bensoylperoxid 5% / klindamycin 1%

Sérlyfjatexti á bls. 800

Sjúkratilfelli mánaðarins

Tryggvi Þorgeirsson[1]

Jóhannes Björnsson[1,2]

Tómas Guðbjartsson[1,3]



Mynd 1

Sextíu og tveggja ára gamall karlmaður leitar á bráðamóttöku Landspítala vegna þriggja vikna sögu um þaninn kvið, lystarleysi og næturvita. Við skoðun er kviður verulega þaninn (mynd 1) og skiptideyfa (shifting dullness) til staðar. Í vinstri nára þreifast hörð fyrirferð. Stungið er á kviðnum og kemur út rjómalitaður vökvi (mynd 2).

Hver er líklegasta greiningin og í hverju er meðferð fólgin? - Svar er að finna á bls. 797.

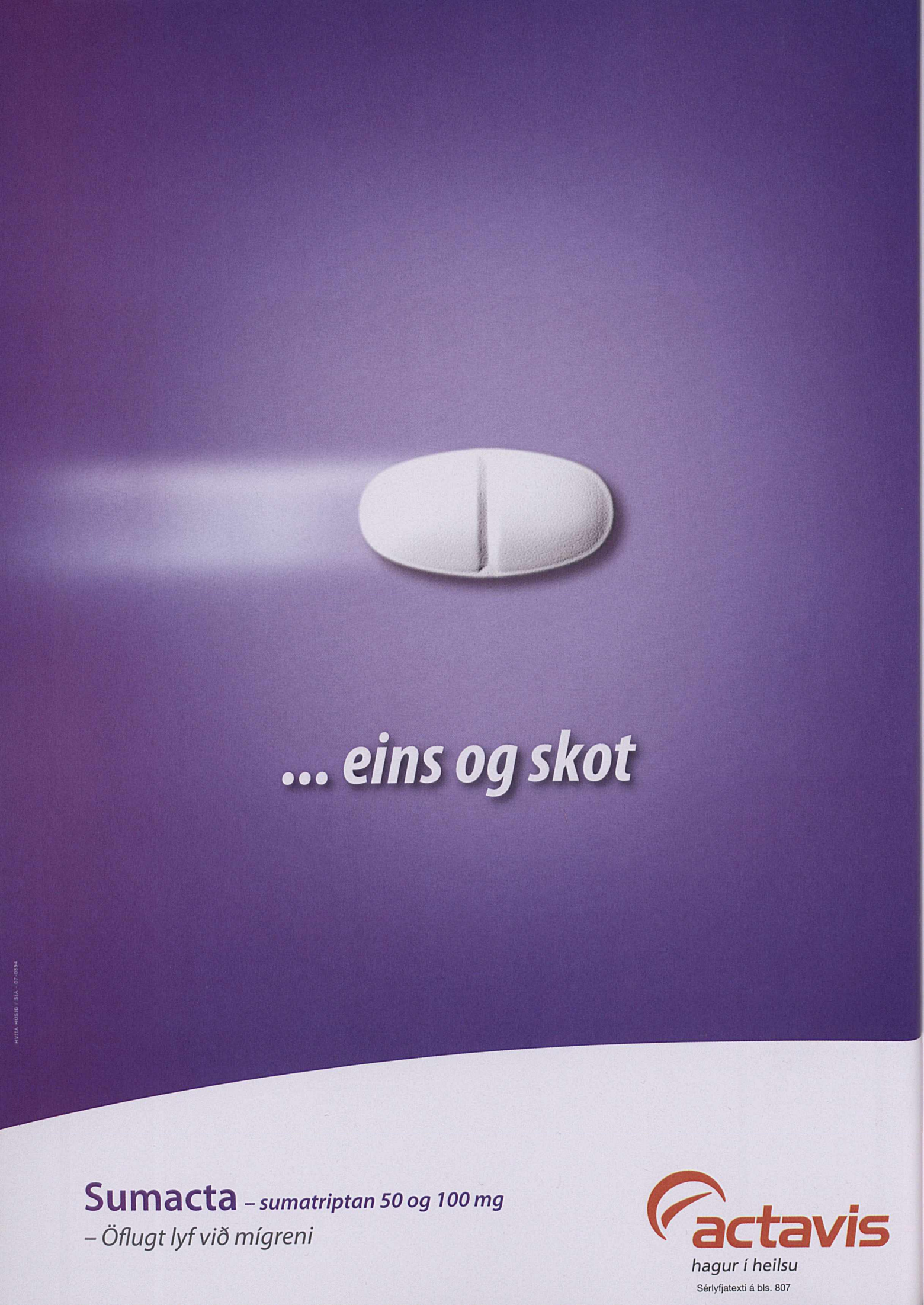


Mynd 2

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]Rannsóknastofu Háskólans í meinafræði, [3]Hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala.

Fyrirspurnir og bréfaskipti: Tómas Guðbjartsson, Hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala.

tomasgud@landspitali.is



HVITA HUSIÐ / SÍA / 07-0894

Sumacta – *sumatriptan 50 og 100 mg*

– Öflugt lyf við mígreni

actavis

hagur í heilsu

Sérlyfjatexti á bls. 807

Lýðheilsa barna með heilalömun (cerebral palsy)



Sigurveig Pétursdóttir
sigurpet@landspitali.is

„Lýðheilsa snýr að því að viðhalda og bæta heilsu, líðan og aðstæður þjóða og þjóðfélagshópa með almennri heilsuvernd, heilsueflingu ,heilbrigðisþjónustu og samfélagslegri ábyrgð. Lýðheilsustarf byggist á víðtækri samvinnu og þverfaglegri nálgun og snertir m.a. félagsmál. Umhverfismál og efnahagsmál."

Framangreind málsgrein er tekin úr kynningarbæklingi Lýðheilsustöðvar. Orð þessi leiddu hug minn að málefnum barna með heilalömun auk margra annarra fatlaðra barna á Íslandi.

Börn með heilalömun eru stærsti hópur fatlaðra barna með sömu greiningu. Hópurinn er vissulega með breytileg vandamál, en í hann bætast árlega um 15 börn. Reikna má því með að til hans teljist um 250 börn á hverjum tíma.

Fjöldi heilbrigðisstarfsmanna og annarra meðferðaraðila kemur að þjónustu við þennan hóp, í formi meðferðar, eftirlits og annarrar þjónustu. Eins og málum er háttað á Íslandi í dag er samhæfing þessarar þjónustu á herðum foreldra og forráðarmanna barnanna. Þau ein eru ábyrg fyrir að barnið hljóti þá þjónustu sem það þarf og að ekkert gleymist í frumskógi góðrar þjónustu sem leynist í þjóðfélaginu.

Á Norðurlöndunum er víðast starfrækt svokölluð Hæfing barna (Barnhabilitering) sem fötluð börn eru innrituð í og sér sú stofnun um skipulagt eftirlit og ýmis meðferðarúrræði. Þar verða upplýsingar aðgengilegar öllum sem að þjónustu við barnin koma og þverfagleg starfsemi skilvirk. Ekki mæðir þar lengur á herðum foreldra að hafa allar klær úti til að missa ekki af neinu.

Haustið 2004 var haldin ráðstefna um Þjónustu við börn með heilalömun. Voru fengnir þekktir fyrirlesarar frá Svíþjóð og Kanada og kynntu þeir starfsemina í heimalöndum sínum þar sem búið er að sýna fram á að skipulögð eftirfylgd og meðferð minnkar verulega fylgikvillum hjá börnum með heilalömun. Það fyrirbyggjandi starf skilar svo aftur því að ekki þarf eins dýrar úrlausnir fyrir þessa einstaklinga og skilar því efnahagslegum ávinningi. Sem sagt: þetta borgar sig!!

Í kjölfar ráðstefnunnar var svo unnin skýrsla sem gerði grein fyrir því sem fram fór þar auk þess sem gerð var grein fyrir hvernig ástandið væri á Íslandi. Þar fara mörg börn að hluta á mis við þjónustu sem þau þarfnast, auk þess sem afar erfitt er að hafa samhæfða eftirfylgni og gæðaeftirlit sem samræmist nútímaþjóðfélögum.

Skýrslan var síðan afhent þáverandi heilbrigðisráðherra á vordögum 2005. Nánast ekkert hefur til hennar spurst síðan, fyrir utan að ein fyrirspurn barst frá heilbrigðisráðuneytinu varðandi hana skömmu fyrir kosningar.

Er miður að málefninu hafi ekki verið sýnd meiri athygli af hálfu heilbrigðisráðuneytisins á svo löngum tíma. Ekki síst þar sem þetta málefni passar afar vel inni í það sem ofarlega hefur verið á baugi, lýðheilsu þjóðfélagshóps og sparnað.

Betur má ef duga skal.

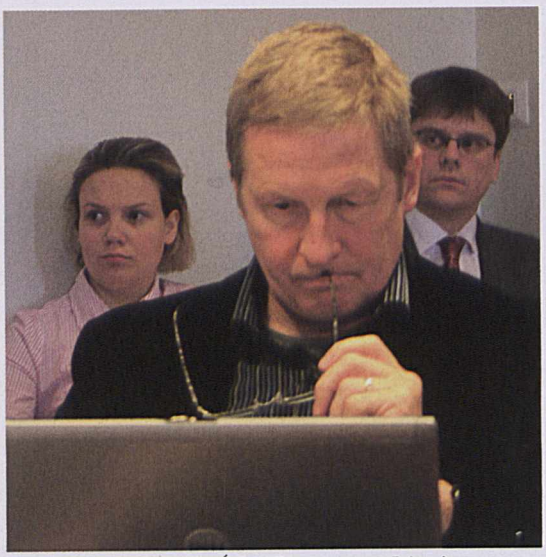
Stjórn LÍ

Birna Jónsdóttir,
formaður
Sigurður E. Sigurðsson,
varaformaður
Sigurveig Pétursdóttir,
gjaldkeri
Sigríður Ó. Haraldsdóttir,
ritari
Elínborg Bárðardóttir
Kristján G. Guðmundsson
Sigurður Böðvarsson
Sigurdís Haraldsdóttir
Þórarinn Guðnason

Í pistlunum *Úr penna stjórnarmanna LÍ* birta þeir sínar eigin skoðanir en ekki félagsins.

Læknadagar 2008

21.-25. janúar
á Hótel Sögu



Sigurdís Haraldsdóttir, Óskar Einarsson og Þórarinn Guðnason.



Guðlaugur Þór Þórðarson heilbrigðisráðherra ávarpar fundinn.



Jóhannes Björnsson og Birna Jónsdóttir, hinn nýi formaður LÍ.

Aðalfundur LÍ 2007

Védís Skarphéðinsdóttir

Læknafélag Íslands hélt aðalfund sinn dagana 28. og 29. september í húsnæði sínu við Hlíðasmára í Kópavogi. Var fundurinn vel sóttur og fór fram með góðum skikk. Að venju birtir Læknablaðið þær ályktanir sem fundurinn sendi frá sér.

Hefðbundin aðalfundarstörf fólu í sér lestur skýrslu, ársreikninga og fjárhagsáætlunar, auk annarra viðfangsefna sem LÍ hefur á sinni könnu og gerir skil við þetta tækifæri. Nýr heilbrigðisráðherra ávarpaði fundinn í upphafi og sperrtu menn eyrun við boðskap hans. Á fundinum gekk úr stjórn Sigurbjörn Sveinsson sem stýrt hefur félaginu í 8 ár og setið alls 13 ár í stjórn. Nýr formaður, Birna Jónsdóttir röntgenlæknir sem áður var gjaldkeri félagsins, tók við og var vel fagnað enda fyrsta konan í formannsstóli LÍ. Nýr maður í stjórn er Kristján G. Guðmundsson heimilislæknir.

Það eftirminnilegasta af aðalfundi 2007 að öðrum liðum ólöstuðum var tvímælalaust heimsókn formanns suður-afríska læknafélagsins, Kgosi Letlape, en hann er jafnframt fráfarandi forseti Alþjóðafélags lækna, World Medical Association. Hann ávarpaði fundinn í Hlíðasmára og seinni aðalfundardaginn var haldið málþing í Öskju í Vatnsmýrinni þar sem vandi heilbrigðiskerfa þróunarlanda var gerður að umtalsefni og Letlape hélt aðalerindið þar. Bæði er maðurinn afar mælskur og skýr en ekki minnst er sú veröld sem hann brá ljósi á svo mögnuð og margslungin að vér aumar dekursálir á fróni vorum skekin. Lýsing hans á heimalandi sínu og aðstæðum þar voru nístandi, þar fær orðið allsleysi fullkomlega nýja merkingu, og vandamál hinnar afrísku álfu er af öðrum toga en við þekkjum. Hann ákallaði samkennd okkar og mennsku og benti góðlátlega á að okkar vellíðan og hagsæld hefði ekki alla daga sem guð hefði gefið mælst jafnmikil og árið 2007, ef við litum um öxl gætum við séð að okkur hefði líka verið komið til bjargar á umliðnum öldum og fram á þennan dag. Án tilstyrks annarra og stuðnings hefðum við sennilega hvorki komist lönd né strönd. Þetta mættum við hugleiða áður en við létum af hendi rakna okkar tillegg til Afríku sem er móðir svo margra og ólíkra barna.



Gestur aðalfundarins Kgosi Letlape formaður suður-afríska læknafélagsins og Jón Snædal.



Tvíburasysturnar Ósk kvensjúkdómalæknir og Brynhildur augnlæknir, Ingvarsdætur.

Ályktanir aðalfundar 2007

Á aðalfundi Læknafélags Íslands voru gerðar eftirfarandi ályktanir, um forsendur þeirra má lesa á heimasíðu félagsins.

■■ Ályktun vegna síðbúinnar breytingar á því frumvarpi sem varð að nýjum heilbrigðislögum nr. 40/2007.

Niðurstaða:

Aðalfundur Læknafélags Íslands í Kópavogi dagana 28. og 29. september 2007, skorar á heilbrigðisráðherra að hann beiti sér fyrir því að ákvæði 8. gr. laga nr. 40/2007 verði breytt á þann hátt að engar kvaðir verði settar á einkaaðila sem gera samninga við ríkið um veitingu heilbrigðisþjónustu um hvernig þeir skuli haga stjórnskipulagi sínu.

■■ Ályktun um gildissvið sjúkratrygginga og umboðsmann sjúklinga.

Niðurstaða 1:

Aðalfundur Læknafélags Íslands haldinn í Kópavogi 28.-29. september 2007, hvetur heilbrigðisráðherra til að skilgreina sem fyrst innihald hinnar opinberu sjúkratryggingar á Íslandi, svo enginn vafi leiki á því hvaða réttindi hún veitir þegnunum og hver ekki.

Niðurstaða 2:

Aðalfundur Læknafélags Íslands haldinn í Kópavogi 28.-29. september 2007, skorar á Alþingi og ríkisstjórn Íslands, að stofna embætti umboðsmanns sjúklinga sem gæti réttinda sjúklinga gagnvart stjórnvöldum í heilbrigðis og tryggingamálum. Hann hafi eftirlit með að lög um almannatryggingar tryggi á hverjum tíma rétt hinna sjúkratryggðu, að jafnræði sé í heiðri haft í heilbrigðis- og tryggingakerfinu og að yfirvöld vinni í samræmi við lög og vandaða stjórnsýsluhætti. Umboðsmaður bendi einnig á misfellur í heilbrigðis og tryggingakerfinu og segi fyrir um úrbætur og leiðréttingar af hálfu viðkomandi yfirvalda þegar við á.

■■ Ályktun aðalfundar Læknafélags Íslands 2007 um lækningaminjasafn.

Niðurstaða:

Það er niðurstaða aðalfundur Læknafélags Íslands haldinn í Kópavogi dagana 28. og 29. september 2007 að staðfesta fyrir sitt leyti samning þann, sem liggur fyrir fundinum og formaður félagsins gerði við menntamálaráðherra, Seltjarnarnesbæ, Þjóðminjasafn Íslands og Læknafélag Reykjavíkur þann 27. september s.l. með fyrirvara um samþykki aðalfundar Læknafélags Íslands.

■■ Ályktun aðalfundar Læknafélags Íslands um þróunaraðstoð.

Niðurstaða:

Aðalfundur Læknafélags Íslands í Kópavogi dagana 28. og 29. september 2007, felur stjórn félagsins að móta stefnu um stuðning við störf íslenskra lækna og læknanema í þróunarlöndum.

■■ Aðalfundur Læknafélags Íslands, haldinn í Reykjavík dagana 28.-29. september 2007 ályktar að fela stjórn LÍ að falast eftir þátttöku félagsins í sendinefnd Íslands hjá Alþjóða heilbrigðismálastofnuninni (WHO).

■■ Aðalfundur Læknafélags Íslands haldinn í Kópavogi 28.-29. september 2007 hvetur yfirvöld heilbrigðis- og menntamála til að hraða byggingaráföngum Landspítala og heilbrigðisvísindadeilda Háskóla Íslands svo bæta megi sem fyrst starfsemi spítalans og aðstöðu fyrir sjúklinga

■■ Aðalfundur Læknafélags Íslands haldinn í Kópavogi 28.-29. september 2007 hvetur heilbrigðisyfirvöld til að kanna kosti fjölbreyttari rekstarforma á þeirri starfsemi sem fer fram á Landspítala.

■■ Aðalfundur Læknafélags Íslands haldinn 28.-29. september 2007 hvetur heilbrigðisráðherra til þess að auka áhrif yfirlækna í stjórnun lækninga á Landspítala og að tryggja að beitt sé málefnalegum sjónarmiðum við ráðningu yfirmanna lækninga á sjúkrahúsinu eins og lög kveða á um.

Í núverandi skipulagi Landspítala hafa áhrif lögskipaðra yfirlækna sérgreina verið rýrð með óheimilli tilfærslu verkefna þeirra til annarra stjórnenda, sem valdir hafa verið með ógagnsæjum hætti. Umboðsmaður Alþingis hefur fjallað ítarlega um þennan vanda og í greinargerð með nýjum lögum um heilbrigðisþjónustu er tekið undir sjónarmið umboðsmanns og hnykkt á mikilvægi yfirlæknisábyrgðar.

Afar mikilvægt er, að ákvörðunarvald yfirlækna sérgreina verði aukið með þeim hætti, að fjárhagsleg ábyrgð, ráðningarvald og lögbundin fagleg ábyrgð fari saman í rekstri sérgre ina. Samþætting faglegrar og fjárhagslegrar ábyrgðar myndi bæta stjórnun og auðvelda ákvarðanir með aukinni dreifistýringu og minnkaðri yfirbyggingu stjórnkerfis. Þá er afar þýðingarmikið, að allir yfirmenn lækninga verði ráðnir með gagnsæjum hætti byggt á málefnalegum forsendum.

■■ Aðalfundur Læknafélags Íslands haldinn í Kópavogi 28.-29. september 2007 felur stjórn félagsins að koma með tillögur fyrir næsta aðalfund þess um skilgreinda aðild læknanema að Læknafélagi Íslands.

Gríðarleg tækifæri í heilbrigðisþjónustu

– viðtal við Guðlaug Þór Þórðarson heilbrigðisráðherra

Nýr heilbrigðisráðherra Sjálfstæðisflokks tók við í vor við stjórnarskipti og teljast það tíðindi þar sem Framsóknarflokkur stýrði ráðuneyti heilbrigðismála samfellt í 12 ár. Þótti mörgum kominn tími til að nýir vindar blésu um ganga stærsta ráðuneytisins miðað við fjárveitingar ársins, áætluð útgjöld ríkisins til heilbrigðismála eru um 130 milljarðar, helmingi hærra en næsta ráðuneytis sem á eftir kemur í útgjöldum.

Hávar Sigurjónsson

Ekki þótti minna um vert að ráðherrann, Guðlaugur Þór Þórðarson, er yngstur í ráðherrahópnum og því líklegur sem slíkur til að taka til hendinni og stokka upp ýmislegt sem verið hefur óbreytt um langa hríð.

Blaðamaður *Læknablaðsins* átti samtal við Guðlaug Þór á dögunum og lagði fyrir hann nokkrar spurningar nú þegar hann hefur setið á ráðherrastóli í fimm mánuði og fengið nasasjón af embættinu enda leikur lesendum *Læknablaðsins* eflaust forvitni á að vita hvað ráðherrann hyggst fyrir á kjörtímabilinu.

„Eins og tilgreint er í samstarfssamningi ríkisstjórnarinnar þá er talað um blandaða fjármögnun heilbrigðisþjónustu og að fjármagn fylgi sjúklingum og eðli málsins samkvæmt þá þýðir það aukna fjölbreytni í rekstri heilbrigðisþjónustu."

Er hugsunin sú að sjúklingurinn geti valið þjónustu hvort sem hún er ríkis- eða einkarekin og fjármagnið fylgi honum?

„Það er ljóst að ekki verður farið í þetta í neinum byltingarstíl og stigið verður varlega til jarðar. Þar sem fleiri en einn munu bjóða þjónustuna verður að standa vel að því hvernig þetta er útfært og með hvaða hætti. Þetta er þróun sem verður og ekki einungis hér á landi heldur megum við eiga von á samevrópskum heilsumarkaði og skynsamlegt að Norðurlöndin séu skrefinu á undan á öðrum Evrópulöndum í þessu efni. Við getum orðað þetta þannig að hér á landi munu fleiri og fjölbreyttari aðilar sjá um rekstur heilbrigðisþjónustunnar en hingað til."

Mörg ný tækifæri að skapast

Má skilja orð þín þannig að þú sért ekki að tala um einkavæðingu núverandi heilbrigðisþjónustu heldur að valkostir verði fleiri?

„Það er alveg ljóst að eftirspurn mun aukast á næstu árum og áratugum eftir heilbrigðisþjónustu. Þetta þýðir að mörg ný tækifæri eru að skapast í þessum geira. Það þarf að skipuleggja þetta þannig að tækifærin nýtist sem best. Það er líka rangt að ekki sé einkarekstur í núverandi þjónustu. Það eru fjölmargir einstaklingar, fyrirtæki og félög sem veita mjög mikilvæga þjónustu í ýmsum heilbrigðisgreinum. Mig gildir í rauninni einu hvert rekstrarformið er, aðalatriðið er að þjónustan sé fagleg, standist gæðakröfur og sé boðin á hagstæðu verði. Ég er sannfærður um að við eigum eftir að selja íslenska heilbrigðisþjónustu á erlendum mörkuðum í framtíðinni; mannauðurinn er slíkur og kunnáttan á borð við það besta sem gerist í heiminum. Við getum gert miklu meira en við höfum gert fram að þessu. Að búast við öðru er í rauninni skammsýni."

Megum við þá eiga von á því að hér rísi einkasjúkrahús sem bjóða sömu þjónustu og ríkissjúkrahúsin, Landspítalinn þá fyrst og fremst, gera í dag?

„Við erum að hefja vinnu við að skilgreina hlutverk Landspítalans upp á nýtt og gera það á miklu skýrari og nákvæmari hátt en hingað til. Heilbrigðislögin nýju hreinlega bjóða upp á að fleiri aðilar en nú eru geti boðið þá þjónustu sem kallað er eftir. Ég finn fyrir afskaplega miklum áhuga hjá einkaaðilum og félögum að fara út í alls kyns þjónustu. Það er ekkert því til fyrirstöðu lagalega séð að hér rísi fyrirtæki sem bjóði lækna- og heilbrigðisþjónustu sem Landspítalinn hefur einn boðið fram að þessu. Við sjáum það reyndar nú þegar á ýmsum sviðum."

Læknar hafa bent á að með einum vinnuveitanda á mörgum sviðum læknisfræði sé þröngur stakkur sniðinn fyrir þá sem hyggja á starfsferil í þeim greinum. Má skilja orð þín svo að með þessu séu muni möguleikum fjölga?

„Starfsánægja fólks skiptir máli einnig skiptir máli að fólk sjái möguleika fyrir sig persónulega í sem flestum greinum. Fjölbreytt rekstrarform bjóða fjölbreytta möguleika. Margir íslenskir læknar eru starfandi erlendis og ég þykist vita að margir þeirra myndu koma heim ef tækifæri til þess byðist. Ég er viss um að einkaaðilar muni nýta sér þau tækifæri sem stækkandi markaður heilbrigðiþjónustu býður og auka með því starfsmöguleika lækna og annarra heilbrigðisstarfs-



manna. Við erum í keppni um ungt fólk við aðrar starfsgreinar og við þurfum að gera heilbrigðisþjónustuna eftirsóknarverðan starfsvettvang fyrir ungt hæfileikaríkt fólk"

Í nýju lögunum um heilbrigðisþjónustu er kveðið á um hverjir skuli vera yfirstjórnendur fyrirtækja á heilbrigðissviði. Læknar hafa bent á að engum atvinnurekstri öðrum séu sett slík skilyrði um skipan stjórnenda fyrirtækja. Áttu von á því að þessu verði breytt?

„Það er nýbúið að samþykkja þessi lög á Alþingi og því vandkvæðum bundið að breyta þeim. Ég hef heyrt þessi sjónarmið og þau eru málefnaleg en ég hef á þessu stigi ekkert annað um þetta að segja þó almennt megi segja að einfalda megi ýmsa þætti heilbrigðisþjónustunnar. Það á t.d. við um margt af því sem gert er hér í ráðuneytinu sem mér finnst hafa of mörg verkefni á sinni könnu í stað þess að einbeita kröftum sínum að stefnumótun, og ákvarðanatöku. Faglegt eftirlit ætti síðan að liggja hjá Landlæknisembættinu og fjárhagslegt eftirlit hjá kaupanda og ríkisendurskoðun Þá hefur mér einnig fundist að margvísleg þekking og upplýsingar sem ættu að vera aðgengileg hér í ráðuneytinu væri vistuð annars staðar. Það er í mínum huga algert grundvallaratriði til að ráðuneytið geti gegnt hlutverki sínu sem stefnumótandi aðili að til staðar séu allar tölulegar upplýsingar sem leggja megi til grundvallar ákvarðanatöku."

Tímamörk á biðlista

Mikið hefur verið rætt um nýja byggingu Landspítalans. Hefurðu svör við spurningum um hvenær hafist verði handa við bygginguna og hvenær hún verði hugsanlega tekin í notkun?

„Það hefur þegar komið fram að ég hef skipað nefnd sem á að sinna málum sem varða nýbyggingar og aðstöðu heilbrigðisstofnana og rekstur fasteigna Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri með það að markmiði að efla og styrkja eftirlit og yfirstjórn á því sviði. Við munum að sjálfsögðu nýta það sem gert hefur verið fram að þessu en í svona gríðarstóru verkefni þá hljóta menn að fara yfir forsendur og endurskoða þær á vissum fresti, ekki síst þegar nýr ráðherra hefur tekið við. Annað væri í rauninni óeðlilegt. Ég legg mikla áherslu á að við lítum á aðstöðu og hlutverk Landspítala í samhengi við heilbrigðisþjónustuna í heild sinni. Þessi nefnd hefur störf strax og ég á ekki von á því að neinar stórvægilegar breytingar verði á þeim áætlunum sem liggja fyrir en það er nauðsynlegt að fara yfir málið. Ég hef ekki nein svör um tímasetningar á þessum tímapunkti."

Pariet®
rabeprazole

Þegar ástandið þolir enga bið!

Pariet - skjót og stöðug sýrustjórnun

JANSSEN-CILAG

PARIET Janssen-Cilag **SÝRUHJÚPSTÖFLUR RE**
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 sýklalyfjameðerð 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. *Uppræting á H. pylori:* Sjúklinga með *H. pylori* sýkingu skal meðhöndla með upprætingarmeðferð. Mælt er með eftirfarandi samsetningu sem gefin er í 7 daga: Pariet 20 mg tvisvar sinnum á dag + klaritrómýcín 500 mg tvisvar sinnum á dag og amoxicillín 1 g tvisvar sinnum á dag. Fyrir ábendingar þar sem meðhöndlun er einu sinni á dag á að taka Pariet töflur á morgnana, fyrir mat til þess að auka meðferðarfylgni. *Skert starfsemi nýrna eða lifrar:* Ekki þarf að breyta skömmtum handa sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi. Sjá *"Varnaðarorð og varúðarreglur"*. Börn: Lyfið ekki ætlað börnum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir rabeprazóli, afleiðum benzímídazóls eða einhverju hjálparefni lyfsins. Meðganga og brjóstagjöf. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Minnkun sjúkdómseinkenna við meðferð með rabeprazóli útilokar ekki að illkynja breytingar í maga eða vélinda séu fyrir hendi. Þess vegna á að útiloka illkynja breytingar áður en meðferð er hafin. Fylgjast skal reglulega með sjúklingum í langtímameðferð (sérstaklega þeim sem eru meðhöndlaðir lengur en í eitt ár). Aðvara skal sjúklinga um að tyggja ekki né mylja. Lyfið er ekki ráðlagt börnum, þar sem engin reynsla er af notkun hjá þessum hópi. Engin gögn varðandi minnkað öryggi lyfsins komu fram í rannsókn hjá sjúklingum með vægan eða miðlungs mikla skerðingu á lifrarstarfsemi samanborið við viðmiðunarhóp af sama aldri og kyni en þar sem ekki er að finna gögn um notkun lyfsins við meðferð sjúklinga með alvarlegar truflanir á lifrarstarfsemi, er þeim sem ávísa lyfinu ráðlagt að gæta varúðar þegar meðferð með lyfið er fyrst hafin hjá slíkum sjúklingum. **Milliverkanir:** Rabeprazól er umbrotið af cýtókróm P450 (CYP450) kerfinu í lifur eins og önnur lyf af flokki prótónupumpuhemla (PPI). Rannsóknir á heilbrigðum einstaklingum hafa sýnt að rabeprazól hefur ekki klínískt marktækar milliverkanir við lyf sem voru rannsökuð og umbrotna fyrir tilstilli CYP450 kerfisins, warfarín, fenýtóín, teófýllín og díazepam. Rabeprazól veldur mikilli og langvarandi hömlun á seytingu magasýru. Milliverkanir við lyf þar sem frásog er háð sýrustigi geta komið fram. Því getur þurft að fylgjast með hverjum sjúklingi þegar slík lyf eru tekin samhliða rabeprazóli til þess að ganga úr skugga um hvort stilla þurfi skammta. Rabeprazól hefur ekki neikvæð áhrif á plasmaþéttni amoxicillíns eða klaritrómýcíns þegar það er gefið samtímis í þeim tilgangi að uppræta H. pylori sýkingu í efri hluta maga og garna. Engar milliverkanir við sýrubindandi lyf á fljótandi formi hafa sést. Það voru engar klínískt marktækar milliverkanir við fæðu. **Meðganga og brjóstagjöf:** Lyfið á ekki að nota á meðgöngu. Konur með barn á brjósti eiga ekki að nota lyfið. **Akstur og stjórnun vinnuvéla:** Á grundvelli lyfhrifa og samantektar um aukaverkanir er ólíklegt að lyfið valdi truflunum við akstur eða minnki hæfni til að nota vélar. Ef árverkni verður minni vegna syfju er þó ráðlegt að forðast akstur og stjórnun flókins vélbúnaðar. **Aukaverkanir:** Lyfið þoldist yfirleitt vel í klínískum rannsóknum. Aukaverkanir sem komu fram hafa yfirleitt verið vægar eða fremur vægar og skammvinnar í eðli sínu. Algengustu aukaverkanirnar (tíðni > 5%) í klínískum rannsóknum voru höfuðverkur, niðurgangur og ógleði. **Algengar (>1%):** *Almennar:* Höfuðverkur, þróttleysi ótilgreindir verkir/bakverkir, svimi, inflúensulík einkenni, sýking , svefnleysi. Meltingarvegur: Niðurgangur, ógleði, kviðverkir, uppþemba, kokbólga, uppköst, hægðatregða. Öndunarfæri: Nefslímubólga, hósti. Sjaldgjæfar (0,1-1%): Almennar: Vöðvaþrautir, brjóstverkir, svefnhöfgi, kuldahrollur, ropi, sinadráttur í fótum, liðverkir, hiti. *Meltingarvegur:* Munnþurrkur, meltingartruflanir. *Húð:* Útbrot. *Öndunarfæri:* Berkjubólga, skútabólga. *Geð:* Taugaóstyrkur. *Þvagfæri:* Þvagfærasýkingar. **Ofskömmtun:** Allt að 80 mg skammtar á dag hafa þolast vel. Ekkert sérstakt mótefni er þekkt. Rabeprazól er mjög mikið próteinbundið og er þess vegna ekki auðvelt að himnuskilja. Eins og við aðra ofskömmtun á að veita meðferð við einkennum og almenna stuðningsmeðferð. **Lyfhrif:** Rabeprazól tilheyrir flokki andseytandi efna, benzímídazólafleiða, sem sýna hvorki andkólínvirka né H2 histamínblokkandi eiginleika, en bæla losun magasýru með sérstakri hömlun á H+/K+-ATPasa ensíminu. Áhrif eru skammtaháð og leiða til hömlunar á bæði grunn- og örvaðri sýrulosun, óháð áreiti. *Andseytandi virkni:* Eftir inntöku 20 mg skammts af rabeprazól natríum hefst andseytandi verkun innan einnar klst., hámarksáhrif koma fram innan 2-4 klst. *Áhrif á gastrín í sermi:* Í klínískum rannsóknum voru sjúklingar meðhöndlaðir einu sinni á dag með 10 mg eða 20 mg af rabeprazól natríum í allt að 43 mánuði. Gastrínþéttni í sermi jókst á fyrstu 2 til 8 vikunum sem endurspeglar hamlandi áhrif á sýrulosun og hélst stöðug meðan á meðferð stóð. *Önnur áhrif:* Ekki hafa sést almenn áhrif rabeprazól natríum á miðtaugakerfi, hjarta- og æðakerfi og öndunarfæri hingað til. Rabeprazól natríum, gefið í inntöku í 20 mg skömmtum í 2 vikur, hafði engin áhrif á starfsemi skjaldkirtils, kolvetnisefnaskipti eða blóðþéttni skjaldkirtilshormóns, kortisóls, estrógens, testósteróns, prólaktíns, kólesýstókíníns, sekretíns, glúkagons, FSH, LH, reníns, 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 1. febrúar 2007:** 10 mg: 28 stk. 3.400 kr., 56 stk. 5.186 kr. 20 mg: 14 stk. 3.093 kr, 28 stk 4.858 kr., 56 stk. 8.807 kr, 120 stk. 16.512. **Hámarksmagns sem ávísa má með lyfseðli er sem svarar 30 daga skammti. Handhafi markaðsleyfis:** Janssen-Cilag AB, P.O. Box 7073, S-19107 Sollentuna Svíþjóð. **Umboð á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilskylt. **Greiðsluþátttaka E. Notkunarleiðbeiningar á íslensku skulu fylgja hverri pakkningu lyfsins.** Nánari upplýsingar er að finna í sérlyfjaskrá á vef Lyfjastofnunar, www.lyfjastofnun.is.

Hvernig á að leysa vandann á meðan, sjúklingar liggja á göngum og biðlistar eru langir.

„Þetta er hluti af vandanum sem ég vil skoða í stærra samhengi. Það er ekki hægt að taka einstaka þætti útúr og reyna leysa þá án þess að hafa yfirsýn yfir heildina."

Sérðu fyrir þér að tímamörk verði sett á biðlista?

„Á einhverjum tímapunkti verður það gert. Það er ekkert ólíklegt að á vegum Evrópusambandsins verði gefin út tilmæli um tímamörk biðlista í kjölfar þess að bresk kona vann mál sem hún höfðaði fyrir Evrópudómstólnum eftir að hafa farið í aðgerð í Frakklandi þegar hún gafst upp á að bíða eftir að komast að í Englandi. Ég sé það fyrir mér að í nánustu framtíð verði gefnar út reglur hér varðandi biðlista en það liggur fyrir að allt sem að þessu snýr þurfi að vanda mjög vel í undirbúningi. Þetta snýst ekki bara um val sjúklingsins á þeirri þjónustu sem er í boði heldur líka val kaupandans, ríkisins, á þeirri sömu þjónustu. Þegar ég tala um heildarsamhengi þá er ég að tala um stærri markað en hér heima og valkostir kaupandans ná þá ekki bara útfyrir ríkisrekin sjúkrahús heldur útfyrir landsteinana ef því er að skipta. Við skulum ekki gleyma því að kostnaður við að flytja sjúkling á milli landa er hverfandi í því kostnaðarumhverfi sem við erum að tala um."

Nefnd sem Pétur Blöndal alþingismaður veitir forstöðu hefur nýverið tekið til starfa og eitt af því sem henni hefur verið falið er að endurskoða lyfjaverð og hámarkskostnað sjúklinga við lyfjakaup. Sérð þú fyrir þér hvar mörkin eiga að liggja?

„Nei, enda er það alls ekki tímabært að nefna einhverjar tölur í því samhengi. Hinsvegar er ég þeirrar skoðunar að fólk á að njóta stuðnings hins opinbera þegar það lendir í stórfelldum kostnaði vegna eigin veikinda eða barna sinna. Þá vil ég sjá aðstoðina koma inn af fullum krafti. Ég vil lækka kostnað við lyf, bæði kostnað sjúklinga og kostnað hins opinbera. Það hafa verið færð gild rök fyrir því að ákveðin sóun sé í endurgreiðslukerfinu því það sé hvorki nógu skilvirkt né nógu skynsamlegt. Núverandi kerfi ber þess merki að það hefur verið bætt og endurbætt og er orðið miklu flóknara en það þyrfti að vera. Ég vil einfalda kerfið og gera það skiljanlegra og gagnsærra. Það er ekki náttúrulögmál að breytingar á kerfinu þurfi að koma niður á einhverjum heldur þvert á móti getur það orðið öllum til gagns."

Heimilislæknar losna úr viðjum

Tilvísunarkerfið sem tekið var upp gagnvart hjartalæknum hefur komið hvað verst niður á sjúklingunum. Hvernig horfir það við þér?

„Þetta er í skoðun einsog allt annað núna og við höfum nokkur módel fyrir framan okkur og getum skoðað hvernig þau reynast. Við munum einnig líta til Norðurlandanna og það er eitt af því sem nefndinni sem Pétur Blöndal gegnir formennsku í og Ásta R. Jóhannesdóttir er varaformaður fyrir hefur verið falið að gera; að skoða hvernig þessum málum er fyrirkomið á Norðurlöndunum."

Mega heimilislæknar búast við að verða leystir undan því að starfa einungis á heilsugæslustöðvum og vera með sjálfstæðan rekstur?

„Það má færa rök fyrir því að sameining heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu hafi ekki reynst eins vel og vonir stóðu til. Í mínum huga gengur þetta fyrst og fremst út á að veita fólki góða þjónustu og ég tel að við munum sjá í nánustu framtíð meiri fjölbreytni á þessu sviði en verið hefur. Kerfið sem sett var á laggirnar fyrir mörgum árum er alls ekki endilega kerfið sem hentar okkur best í dag. Það hefur margt breyst í þjóðfélaginu og þarna er fjölbreytni lykilorðið."

Rafræn sjúkraskrá hefur verið nokkuð til umræðu en lítið miðað áfram. Ætlarðu að beita þér í að það mál verði klárað?

„Ég tel þetta mjög mikilvægt mál en áður en farið verður út í stóru fjárfestinguna þá verður að vera klárt að kerfin geti talað saman og markmið mitt er að ná áþreifanlegum árangri í þessu máli. Þetta er langtímaverkefni en það þýðir ekki að ég sé að tefja málið heldur vil ég þvert á móti tryggja að vel sé að því staðið."

Talað hefur verið um mikilvægi þess að stofna embætti umboðsmanns sjúklinga. Munt þú beita þér fyrir því?

„Ég tel að skoða þurfi þetta í samhengi við aðra hluti sem ég hef nefnt en það er enginn vafi í mínum huga að hagsmunir sjúklinga þurfa að vera upp á borðinu til jafns við hagsmuni fagstéttanna þegar rætt er um heilbrigðismál."

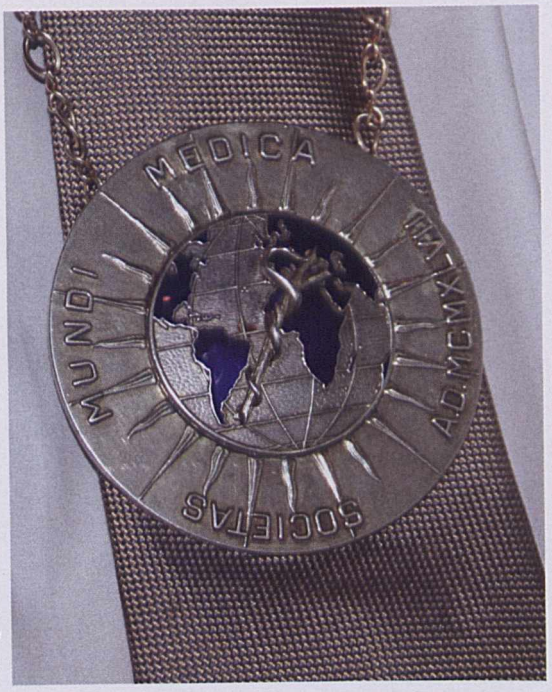
Það er stundum sagt að heilbrigðismálin séu málaflokkur sem stjórnmálamenn vilji helst forðast að ræða. Hvernig snýr þetta við þér sem orðinn ert heilbrigðisráðherra?

„Mér finnst þetta miklu skemmtilegri málaflokkur en ég átti von á. Ég kannast hins vegar vel við þetta viðhorf sem þú lýsir og það var ýmist að fólk óskaði mér til hamingju eða vottaði mér samúð sína þegar ég tók við embættinu. Ég held að þetta þýði að hér er verk að vinna og ég mun hiklaust reyna að láta að mér kveða og ég hef ekki mætt öðru en jákvæðni og löngun til að gera betur hjá því fjölmarga fólki sem starfar innan heilbrigðisgeirans og ég hef talað við í sumar. Við þurfum að breyta ímyndinni, gera hana jákvæða því við erum í harðri samkeppni um fólk og fjármagn. Það fyrsta sem koma á upp í hugann þegar rætt er um íslenskt heilbrigðiskerfi er að það sé öflugt, fjölbreytt og með því besta sem býðst í heiminum í dag."



Jón Snædal sver eið að hollustu sinni í forsetastóli Alþjóðafélags lækna. Formaður stjórnar félagsins, Bandaríkjamaðurinn Edward Hill, þylur eiðinn. Til hægri er Nachiappan Arumugam læknir frá Malasíu en Jón tekur við forsetaembættinu af honum.

Jón Snædal forseti Alþjóðafélags lækna



Tákn Alþjóðafélags lækna: Societas mundi medica AD MCMXLVII.

Dagana 3.-6. október sl. hélt Alþjóðafélag lækna 58. aðalfund sinn á Marriott-hótelinu í Kaupmannahöfn. Helstu tíðindi þaðan eru þau að Jón Snædal tók formlega við embætti sem forseti samtakanna til eins árs, en á fundi félagsins í Suður-Afríku síðastliðið haust var þetta afráðið með kosningu fundarins og í hönd fór þarmeð eins árs skeið sem fól í sér einskonar undirbúning þessa. Í sjónmáli eru því ævinlega fráfarandi, núverandi og verðandi forseti og hefur hver sín verkefni fyrir félagið. Næsti aðalfundur verður haldinn í október 2008 í Seúl í Kóreu, og þar mun Ísraelinn Yoram Blachar sem er formaður ísraelsku læknasamtakannan taka við af Jóni sem forseti.

Hlutverk forseta er að koma fram fyrir hönd samtakanna við ýmis tækifæri, sitja fundi og halda erindi í nafni samtakanna. Hvert embætti er þó ævinlega litað af þeim skoðunum og þeirri menntun sem viðkomandi embættismaður hefur, þannig benti Jón sem er öldrunarlæknir



Íslendingar á fundi WMA í Kaupmannahöfn, f.v.: Elín Ásta Hallgrímsson, Margrét Gunnarsdóttir, Birna Jónsdóttir, Gunnar Ármannsson, Jón Snædal, Guðrún Karlsdóttir, Sigurbjörn Sveinsson og Jóhann Björgvin Rúnarsson - ásamt Kgosi Letlape frá Suður-Afríku.

í ræðu sinni sem nýr forseti á þá staðreynd að Alheimersjúkdómurinn fer nú sem eldur í sinu um Afríku og Asíulönd sem mörg hver höfðu ekki meldað hann sem heilsufarsvandamál, en hér má lesa ávarp hans: www.wma.net/e Siðfræði er og verður meginviðfangsefni Jóns einsog fram kemur hér:



Jón Snædal með fjölskyldu sinni, dætrunum Bertu Andreu til vinstri, Guðrúnu Katrínu með barnabarnið Snorra Nils í fanginu og eiginkonunni Guðrúnu Karlsdóttur.

In his inaugural Presidential address at the WMA's annual General Assembly in Copenhagen, Dr Snaedal, a geriatrician from Iceland, said that when the WMA last year changed one word in its International Code of Medical Ethics from ‚a physician shall always bear in mind the obligation to preserve human life' to ‚a physician shall always bear in mind the obligation to respect human life', it reflected a fundamental change in physicians' way of thinking of their duties.

‚Our abilities to treat our fellow human beings have vastly increased as we are now able to preserve life for a long time even if this life is without any obvious quality. There is a saying that life is a disease with 100 per cent mortality, a saying that medicalizes life itself. We have to acknowledge the fact that death is inevitable and that in its last phases it is of more value to the person to treat the symptoms rather than the disease. In this phase our obligation is thus to respect the patient rather than to preserve his life.'



Af reynslu
kemur styrkur

NÝ ábending!

Fyrsti COX-2 hemillinn
með ábendinguna hryggikt

CELEBRA™
(CELECOXIB)

Pfizer

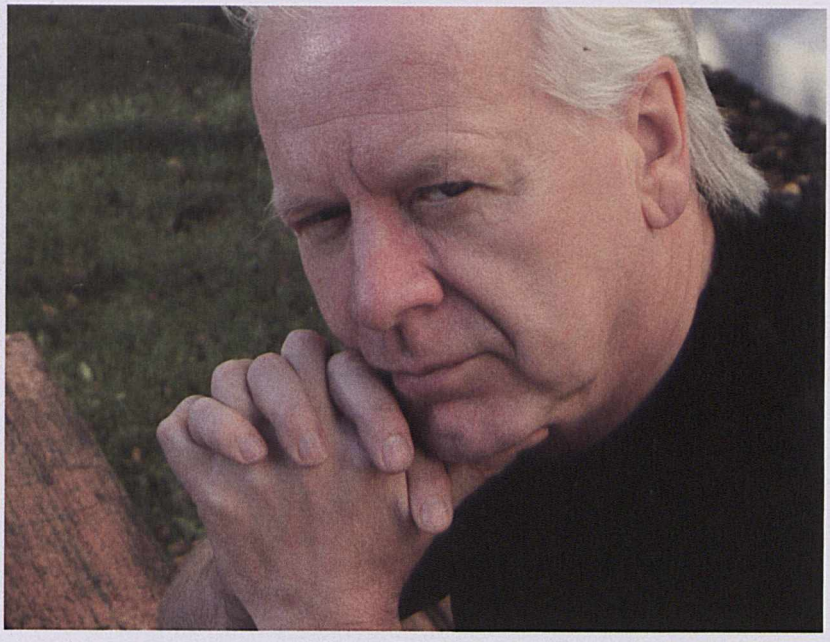
ÁREIÐANLEG VERKUN & VÖRN

Sérlyfjatexti á bls. 803

Saga Klepps er þjóðarspegill

– viðtal við Óttar Guðmundsson geðlækni

„Ég ákvað strax hvaða bók ég ætlaði ekki að skrifa," segir Óttar Guðmundsson geðlæknir, höfundur bókarinnar Kleppur í 100 ár, sem væntanlega er að renna útúr prentvélunum þegar viðtal þetta birtist. Óttar segir að Hannes Pétursson yfirlæknir hafi farið þess á leit við sig að skrifa sögu Klepps og hann hafi hugsað sig um vel og lengi áður en hann ákvað að þekkjast boðið.



„Ég vildi ekki skrifa dæmigerða stofnanasögu, ekki hetjusögu stjórnenda spítalans, sem oft á tíðum erum skrifaðar af stjórnendunum sjálfum sem hafa ekkert annað betra að gera þegar sest er í helgan stein en að skrifa eigin sögu og lærifeðra sinna. Oft verður það mikil lofgjörð um viðkomandi. Ég tel reyndar að grundvöllur slíkrar söguritunar sé varla til í dag, fólk gerir aðrar kröfur til söguritunar og ég ákvað því að skrifa sögu Klepps útfrá þríþættu sjónarhorni,starfsfólksins, sjúklinganna og samfélagsins. Ég ákvað líka að leggja bókina upp í tímaröð og hafði til hliðsjónar gömlu Aldirnar og Ísland í tímanna rás, en með því gat ég sagt söguna án samhangandi framvindu í texta; en þó halda sig við tímaröðina og segja frá því sem mér þótti merkilegast á hverjum tíma. Þetta veitti mér mun meira frelsi en samhangandi söguritun hefði gert, að geta valið og hafnað hvað ég vildi skrifa um þó stundum væri það sjálfgefið."

Mikilvæg gögn hafa glatast

Sagan lá þó ekki á lausu og margt af því sem fyrirfram hefði mátt telja nauðsynleg og sjálfsögð gögn reyndust ekki vera fyrir hendi. „Ég komst að því að það hefur gríðarlegu miklu af gögnum spítalans verið fleygt. Sjúkraskrár vantar og alls kyns önnur grunngögn eru ekki til lengur. Sjúklinga- og starfsmannabókhald frá fyrri árum er horfið og í ákveðnum tilfellum þar sem ég leitaði eftir upplýsingum um tiltekna sjúklinga sem ég vissi að höfðu dvalið á spítalanum fannst ekki lengur tangur né tetur um sjúkrahúsvist þeirra. Þannig vantar mikið af gögnum spítalans frá stofnun hans 1907 og fram undir 1960 og það sér hver maður að skráning sögunnar verður mun erfiðari en ella við þessar kringumstæður.

Aðalástæða þess að gögnum hefur verið fleygt er eflaust þau yfirgengilegu plássvandræði og þrengsli sem spítalinn mátti lengst af búa við; flutningar á milli húsa og breytingar á húsnæði hafa orðið til þess að mikilvægum gögnum var fleygt. Það er mjög lítið til á Þjóðskjalasafni, allt og sumt sem þar er geymt kæmist í tvo til þrjá skókassa. Skjalavarsla á gögnum spítalans komst ekki í viðunandi horf fyrr en uppúr 1950 en mikið vantar af gögnum sem nauðsynleg eru.

Tómas Helgason prófessor var mér reyndar mjög hjálplegur við útvegun eldri gagna, sérstaklega úr bréfa- og gagna safni föður hans, Helga Tómassonar, yfirlæknis á Kleppi sem Tómas hefur varðveitt."

Rituð gögn eru þó ekki það eina sem sagnaritarinn saknaði því ljósmyndir af starfinu á Kleppi eru fáar til og ástæðan er einföld. „Lengst af var bannað að taka myndir af sjúklingum spítalans og því eru ekki til myndir sem lýsa lífinu á Kleppi ef svo má segja; flestar myndanna frá fyrri tíð eru af húsbyggingum sem ekki eru mjög spennandi myndefni þó heimildagildið sé til staðar. Þannig vantaði margt þegar ég ætlaði að hefjast handa og verst var auðvitað að finna lítið af rituðum gögnum frá þeim tíma sem liggur utan við minni núlifandi fólks."

Hvað var þá til ráða?

„Ég las allt sem ég komst yfir, ævisögur og dagblöðin, ég las og fletti nánast öllum blöðum og tímaritum sem gefin voru út á síðustu öld

Hávar Sigurjónsson

og fann auðvitað ýmislegt. Kleppur er nefndur í ýmsum ævisögum og talsvert var fjallað um hann í dagblöðum. Það lagði mér talsvert til sjónarhorns sjúklinganna og samfélagsins sem ég nefndi áðan. Auk þess lá ég að sjálfsögðu yfir sjúkraskránum og las þær gaumglæfilega. Þar fann ég mikið af bréfum frá sjúklingum sem ekki höfðu verið send heldur sett beint í möppuna. Mörg þessara bréfa veita innsýn í hugarheim sjúklinganna."

Óttar segir að ýmislegt hafi komið sér á óvart við rannsókn á sögu Klepps en einnig hafi ýmsar hugmyndir hans sjálfs um Klepp fengist staðfestar við þessa rannsókn.

Illir andar og vatnsmeðferð

„Eitt það fyrsta sem maður rekur sig á er hversu einráðir yfirlæknarnir hafa verið Þeir höfðu í rauninni algerlega frjálsar hendur um hvaða meðferð var stunduð á spítalanum og það þýddi auðvitað líka að þeir réðu því hvaða meðferð var ekki stunduð. Geðlækningar á Íslandi stjórnuðust fyrst og fremst af hugmyndafræði þeirra tveggja einstaklinga sem réðu spítalanum fyrstu 50 árin sitt í hvoru lagi og saman um skeið, Þórðar Sveinssonar og Helga Tómassonar. Þá tekur Tómas Helgason við og hann hafði vissulega ráðandi stöðu en fleiri komu að stjórnun spítalans í hans tíð svo hann er ekki eins einráður og fyrirrennarar hans óumdeilanlega voru. Það sem kemur mér síðan verulega á óvart er innihald lækninga Þórðar Sveinssonar. Hann var að mörgu leyti mjög vel menntaður geðlæknir og stundaði nám sitt við eitt fremsta geðsjúkrahús Evrópu á þeim tíma, í München, og lærir þar nútímageðlækningar eins og þær voru stundaðar í upphafi 20. aldar. Þegar hann kemur heim virðist hann taka upp eigin stefnu að miklu leyti, með mikilli áherslu á vinnulækningar, að láta sjúklingana stunda vinnu á spítalanum og var í því sambandi með umfangsmikinn búrekstur á vegum spítalans um langt skeið; hann hafði algeran ímugust á lyfjum og notaði eiginlega engin af þeim lyfjum sem þá voru til. Hann hafði hinsvegar tröllatrú á vatnslækningum bæði innvortis og útvortis sem fólust í því að annaðhvort að láta sjúklinginn drekka heitt vatn eða sitja í heitu baði. Sumir voru reyndar líka settir í kalda sturtu í lækningaskyni. Stundum var sjúklingum ekki gefið neitt annað en 55 gráðu heitt vatna að drekka í nokkrar vikur og segja má að þetta hafi verið sveltimeðferð fremur en vatnsmeðferð. Þessar vatnslækningar Þórðar áttu sér ekki hliðstæðu annars staðar í geðlækningum hans samtíma að því er ég best veit heldur er þetta ævagömul læknisfræði sem rekja má allt aftur til Hippókratesar."

Þórður Sveinsson var landsþekktur maður og af honum hafa verið sagðar margar sögur. Hann var þekktur fyrir andatrú sína, spiritisma, og lá ekki á þeim áhuga sínum. „Það kemur greinilega fram í ýmsum skrifum hans og blaðadeilum að hann hefur látið spíritismann stjórna sér í geðlækningunum að talsvert miklu leyti. Hann trúði því að geðsjúklingar væru haldnir illum öndum sem þyrfti að reka út og hugmyndir hans um geðlækningar virðast mótast af þessum áhuga hans. Hann notaði mikið orðið "besættelese" um einkenni sjúklinga sinna eða þeir væru haldnir eins og nú er sagt. Hann trúði því að alkóhólismi stafaði af ásókn óæðri vera á sjúklinginn og aðferðir hans beindust að því að reka út illa anda og óæðri verur með svelti og svitameðferð. Hann taldi að með því að láta sjúklinginn svitna væri hann að ráðast gegn rótum geðveikinnar því að geðsjúklingar gætu ekki svitnað. Vatnslækningar Þórðar voru mjög umdeildar og reykvískir læknar lýstu opinberlega andstöðu sinni við og Þórður átti í ritdeilum við ýmsa sína um þessi mál."

Óttar segir að vissulega megi sjá ýmislegt jákvætt við lækningar Þórðar og sérstaklega hafi áhersla hans á vinnuþáttöku sjúklinganna verið af hinu góða. „Sumir líta einnig á óbeit hans á lyfjum sem jákvæðan hlut. En hvað aðrar lækningar hans varðar þá verður að segjast að hann var algerlega einn á báti með hugmyndir sínar og í engum tengslum við það sem menn töldu að væri réttast og best í geðlækningum þessa tíma."

Má ályktа að geðlækningar á Íslandi hefðu þróast á annan veg ef annar maður en Þórður hefði verið við stjórnvölinn á Kleppi?

„Ég efast ekki um það og ég lýsi þeirri skoðun minni að danski læknirinn Schierbech sem hafði mikinn áhuga á því að taka að sér stjórn geðspítala hér á landi hefði orðið frábær stjórnandi. Hann var mikill vísindamaður og hafði mikinn áhuga á rannsóknum og geðlækningum. Með Helga Tómassyni, sem ráðinn var yfirlæknir 1930, hefst nýtt tímabil í sögu Klepps en Helgi var grandvar og góður vísindamaður og kemur með það allra nýjasta í geðlæknisfræðinni frá Danmörku. Í minningum Jónasar frá Hriflu, sem var dómsmálaráðherra og átti hvað stærstan þátt í að ráða Helga að Kleppsspítala, kemur fram að Helgi hafi neitað að vinna undir stjórn Þórðar Sveinssonar. Hann hafi talið það fyrir neðan sína virðingu sem vísindamanns að vinna undir stjórn manns sem tryði fyrst á fremst á vatn í meðhöndlun geðsjúkra. Þetta varð til þess að spítalanum var skipt í Gamla og Nýja Klepp og Helgi varð yfir- læknir yfir Nýja Kleppi og Þórður þeim Gamla. Þetta hefur auðvitað verið mikil niðurlæg-



ing fyrir Þórð sem stjórnað hafði spítalanum í 23 ár og loks þegar spítalinn er stækkaður úr 50 rúmum í 150 er ráðinn nýr yfirlæknir og Þórður heldur aðeins áfram sem yfirlæknir á gamla spítalanum yfir þeim 50 rúmum sem hann hafði haft frá upphafi. Jónas segir að hann hafi orðið að gera þetta til að fá Helga Tómasson til landsins sem vakið hafði mikla og verðskuldaða athygli sem geðlæknir í Danmörku."

Stóra-bomban

Tengsl þeirra Jónasar frá Hriflu og Helga fengu þó skjótan endi og á milli þeirra skapaðist hreinn fjandskapur eftir að Helgi lýsti því yfir opinberlega að Jónas væri geðveikur. Stóra-bomban var þetta mál kallað og var fátt meira umtalað í langan tíma.

„Helgi var afburða gáfaður maður og mjög vandaður læknir og vísindamaður og það er eiginlega með ólíkindum að hann skyldi láta hafa sig út í þetta mál svo vanhugsað og einkennilegt sem það var. Þetta var ekkert annað en pólitísk aðför að dómsmálaráðherra. Eflaust hefur Helgi trúað því að Jónas væri ekki heill á geði en það er mjög hæpið lýsa því yfir opinberlega að maður í slíkri valdastöðu sé geðveikur án þess að hafa rætt við hann eins og geðlæknir gerir við skjólstæðing og kynnt sér ástand hans. Yfirlýsing Helga er byggð á sögusögnum og slúðri sem gekk manna á meðal um Jónas. Á því leikur hinsvegar enginn vafi og ég legg áherslu á það í bókinni að Jónas frá Hriflu var mjög gallaður maður og hafði sína persónuleikabresti en hvort það var nægilegt til að lýsa hann geðveikan og krefjast þess að hann segði af sér finnst mér mjög hæpið. Þetta mál fór þó allt vel að lokum. Jónas kom því til leiðar að Helgi var rekinn en hann var ráðinn aftur ekki löngu síðar þegar sjálfstæðismaðurinn Ólafur Thors sat tímabundið í stöðu dómsmálaráðherra. Það var mikið heillaspor enda var Helgi langbesti maðurinn í stöðuna. Hann dró greinilega lærdóm af þessari lexíu því að hann kom hvergi fram eftir þetta í pólitískri umræðu sinnar samtíðar. Þetta var hans einasta innhlaup í pólitík og brenndi hann varanlega því margir tengja hann við þetta mál fyrst og fremst. Annað sem Stóru-bombumálið hafði í för með sér var að Kleppur komst í skotlínu pólitískra flokkadrátta í fyrsta sinn og varð það lengi á eftir. Kleppur og Helgi Tómasson voru dreginn í einn sama dilk og vegna tengsla Sjálfstæðisflokksins og stuðnings Morgunblaðsins



Fall
er fararheill

Atacor – *Fellir kólesterólið*
Atorvastatin 10, 20 og 40 mg

actavis
hagur í heilsu

Sérlyfjatexti á bls. 801

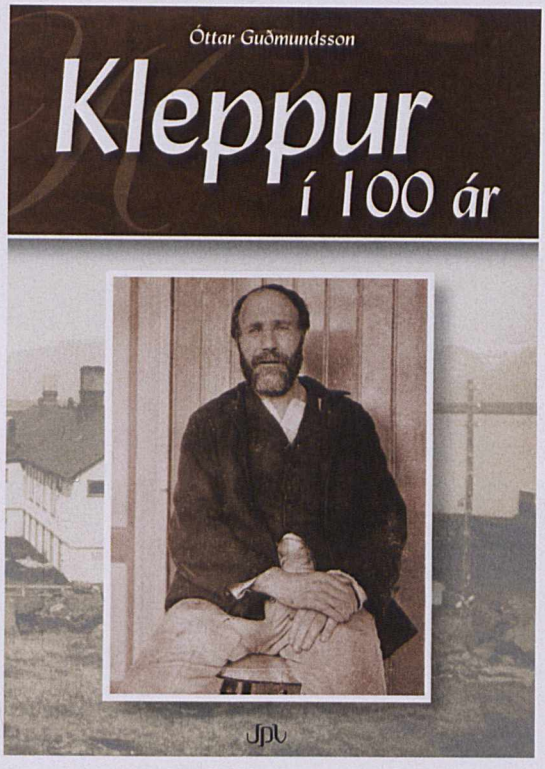
við Helga ætíð síðan, þá beindist andúð sumra vinstri manna að Kleppi. Þetta var mjög slæmt því hvergi á öðru sviði lækninga er jafn mikilvægt að byggja upp traust milli stofnunar, sjúklinga og samfélagsins og verst af öllu er ef geðsjúkrastofnun litast af pólitískum leðjuslag samtímans. Frægt er málið þegar skáldinu Vilhjálmi frá Skáholti var haldið nauðugum á Kleppi í nokkra mánuði og vinstri menn töldu óræka staðfestingu þess að Kleppur væri stjórntæki hinna hægri sinnuðu valdhafa. Ég verð að viðurkenna að ég hafði ekki áttað mig á því áður hversu djúpt þessi pólitíski ágreiningur um Klepp risti í samfélaginu fyrr en ég fór að kynna mér söguna."

Gaukshreiðrið mótaði hugmyndir

Orðið sjálft, Kleppur, hefur í hugum þjóðarinnar fengið á sig mjög skýra og einfalda merkingu og ýmis orð og orðasambönd urðu til á síðustu öld sem tengdust spítalanum á Kleppi. Kleppsmatur, klepptækur, kleppsvinna hafa öll mjög ákveðna merkingu og upprunaleg merking orðsins sem er samkvæmt íslenskri orðabók klepri eða snurða eða klöpp hefur horfið. Ekki má gleyma orðinu kleppari sem þýddi einfaldlega að vera geðveikur.

„Þetta er plagsiður víða í kringum okkur og í sænsku er t.d. talað um vadstenara sem er dregið af geðsjúkrahúsi í bænum Vadstena. Vegna smæðar landsins og þess að þetta er eini geðspítalinn þá verður þetta enn meira áberandi fyrir vikið og einungis í neikvæðum skilningi. Þetta verður allt hluti af orðfari sem á að lýsa neikvæðum eiginleikum fari einstaklings. Þetta ýtir svo undir þá miklu fordóma sem voru í samfélaginu gagnvart Kleppi, það var ekkert jákvætt við að hafa legið á Kleppi og fólk tengdi Klepp fyrst og fremst við þá ímynd að þar væri fólk æpandi upp um alla veggi. Hræðslan við að verða innlyksa á Kleppi var líka mjög raunveruleg og átti sannarlega við rök að styðjast því margir áttu þaðan ekki afturkvæmt. Kleppur tengdist líka skuggaveröld geðveiki og glæpa samtímans því þar voru vistaðir flestir glæpamenn Íslands um lengri eða skemmri tíma. Staðfesting á þessu er hversu hrætt fólk var við staðinn og þeir sem bjuggu í Kleppsholtinu, í sundunum og við Langholtsveg lifðu margir hverjir í stöðugum ótta um að þeir eða börnin þeirra yrðu fyrir barðinu á geðsjúklingum á Kleppi. Það gerðist þó aldrei svo ég viti til. Í lesendabréfum dagblaðanna er fólk engu að síður að krefjast þess að í kringum Klepp verði reistur mannhæðarhár múr til að vernda almenning fyrir vistmönnunum."

Þú dregur fram greinar úr dagblöðum frá áttunda áratugnum þar sem blaðamenn fóru á Klepp og skrifuðu greinar um upplifun sína.



Kápa bókarinnar Kleppur í 100 ár *eftir Óttar Guðmundsson sem JPV gefur út og er væntanleg úr prentsmiðju þá og þegar.*

„Þetta virðist hafa verið nokkuð vinsælt á þeim tíma og það sem kom mér á óvart var hversu fáfróðir blaðamennirnir hafa verið og hversu flatt upp á þá virðist hafa komið margt af því sem telja má sjálfsagt í meðhöndlun geðsjúkra. Hugmyndir þeirra um Klepp eru einnig mjög barnalegar og hlaðnar ýmsum fordómum. Þeir eru undrandi á því að sjúklingarnir geti tjáð sig og hafi skoðanir á ýmsu, séu ekki þroskaheftir en það virðist hafa verið algengt að leggja þetta tvennt að jöfnu."

Mestur áhrifavaldur á skoðanir fólks á geðsjúkum og geðsjúkrastofnunum á áttunda áratug síðustu aldar er að mati Óttars kvikmyndin Gaukshreiðrið.

„Áhrif kvikmyndarinnar sem kom út 1973 og bókarinnar sem kom út í Bandaríkjunum 10 árum fyrr eru gríðarleg og mótuðu hugmyndir heillar kynslóðar um geðsjúka og geðsjúkrahús. Myndin sannfærði fólk um að á geðsjúkrahúsum væru sjúklingar gangandi um slefandi og heilalausir, meðhöndlaðir út í eitt með raflosti og lóbótómíu. Þessi mynd sem þarna er dregin upp er í engu samræmi við það sem var raunverulega að gerast í geðlækningum á þessum tíma. Höfundur Gaukshreiðursins, Ken Keasey, skrifar þessa skáldsögu útfrá reynslu sinni sem starfsmaður á geðsjúkrahúsi í Bandaríkjunum á sjötta áratugnum áður en nýju lyfin komu fram sem gjörbreyta ásýnd og yfirbragði geðdeilda í byrjun sjöunda áratugarins. Myndin gefur því kolranga mynd

LÆKNADAGAR 2008

MÁLÞING

Í BOÐI NOVARTIS

ÞRIÐJUDAGUR 22. JANÚAR

Behavioural and psychological symptoms in the Lewy Body Dementias: An unmet therapeutic need

Visual Hallucination in Parkinson Disease

Fyrirlesari: David J Burn, Professor in Movement Disorder Neurology & Honorary Consultant Neurologist, Regional Neurosciences Centre, Newcastle General Hospital, Newcastle upon Tyne, UK

FIMMTUDAGUR 24. JANÚAR

Aldurstengd hrörnun í augnbotnum (AMD)
Greining, forvarnir og nýjungar í meðferð

Fundarstjóri: Einar Stefánsson, augnlæknir

Fyrirlesarar: Augnlæknarnir Friðbert Jónasson, Haraldur Sigurðsson, Sigríður Þórisdóttir og Morten laCour

ALLIR VELKOMNIR
TAKIÐ DAGANA FRÁ

NOVARTIS

SILFURBAKHJARL LÆKNADAGA 2008

af samtímanum á áttunda áratugnum en gefur í rauninni ágæta mynd af því sem var að gerast á sjötta áratug aldarinnar. Gaukshreiðrið sló öll aðsóknarmet hér á landi og fólk taldi sig nú loksins vita hvað væri raunverulega að gerast á bakvið luktar dyrnar á Kleppi. Þarna var auðvitað ekkert samræmi á milli en fólk setti hiklaust jafnaðarmerki á milli Gaukshreiðursins og allrar geðheilbrigðisþjónustu á Íslandi. Þetta hafði þær afleiðingar að í mörgum skilningi leið geðheilbrigðisþjónustan fyrir þessar ranghugmyndir almennings í mörg ár á eftir."

Gaukshreiðrið sem gagnrýnið samtímaverk bendir einnig á hætturnar sem eru samfara þv´að bæla niður einstaklingseðlið, drepa niður frumkvæði og kæfa öll frávik frá meðalmennskunni sem gera fólk að skapandi einstaklingum.

„Hvað það varðar þá átti Gaukshreiðrið fullt erindi og ég kem inn á þetta í bókinni þar sem frásagnir aðstandenda sjúklinga á Kleppi, sérstaklega mæðra geðklofa ungra karlmanna, eru mjög neikvæðar og spítalanum alls ekki til framdráttar. En þessa sögu verður að segja líka eins og aðrar sögur um Klepp í 100 ár. Í þessum sögum kemur skýrt fram tilhneiging spítalans til að steypa alla í sama mótið, búa til þæga sjúklinga sem aðlagast stofnuninni og glata öllum sínum einstaklingseinkennum og verða eins og stofnunin vill hafa þá. Ég birti mjög merkilega frásögn eins starfsmanns spítalans frá þessum tíma þar sem glöggt má sjá að starfsfólkið ekki síður en sjúklingarnir varð hluti af stofnuninni. Allir mótuðust af sama hugarfarinu. Hann segir frá því að algengt hafi verið að gefa sjúklingum óvitandi haldóldropa í kaffið svo allir væru nú rólegir á deildinni. Mörgum árum síðar vaknaði þessi starfsmaður upp við vondan draum og áttaði sig á því að þetta var ekkert annað en valdbeiting af verstu sort. Maður skyldi því alls ekki afskrifa Gaukshreiðrið sem tímaskekkju að öllu leyti."

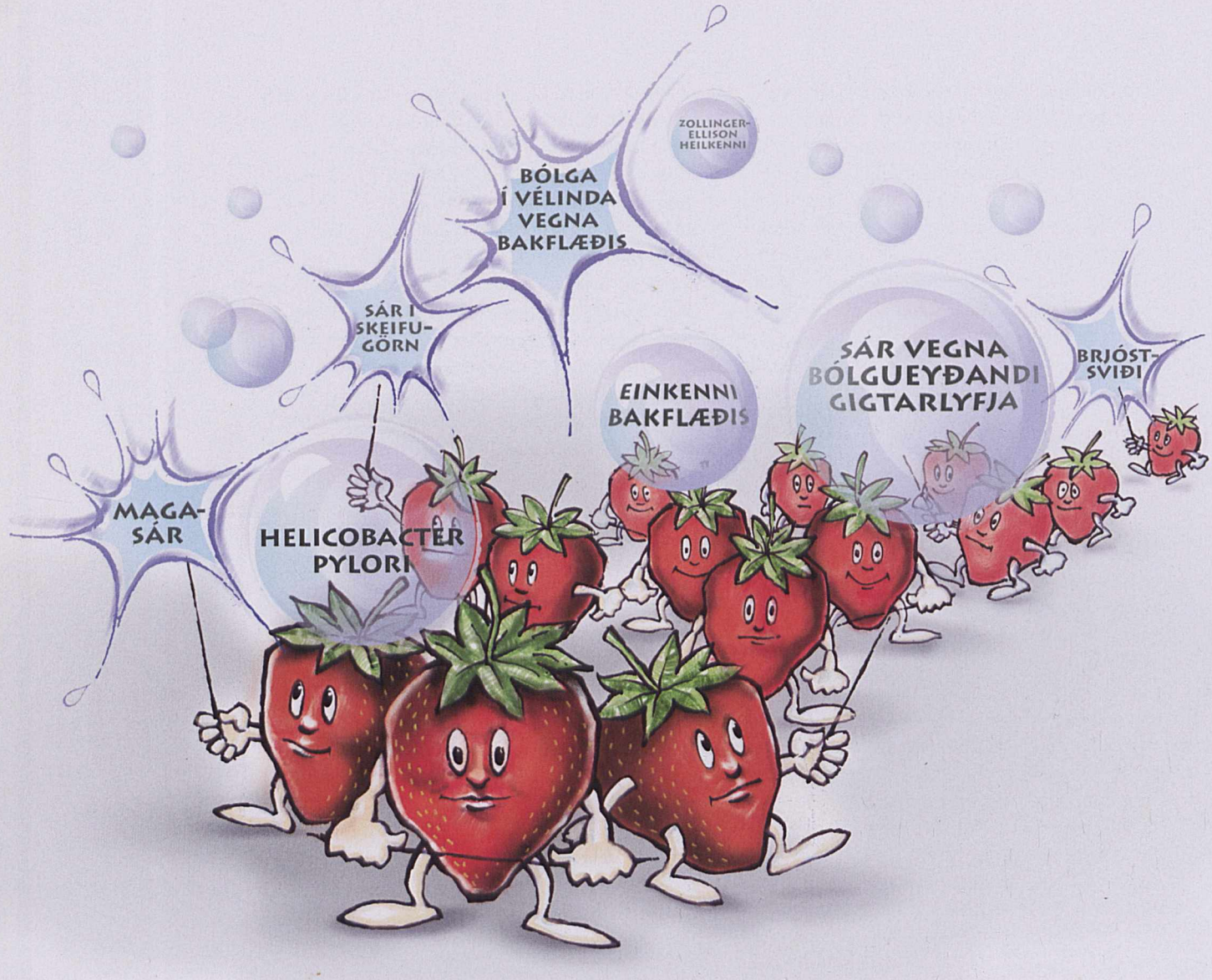
Geðdeildin við Hringbraut mikið happaspor

Stærsta breytingin að sögn Óttars í sögu Klepps og hlutverks hans í íslenskum geðlækningum verður þegar Geðdeild Landspítalans við Hringbraut er tekin í notkun.

„Með því verður Kleppur ekki lengur bráðasjúkrahús, heldur frekar endurhæfingarstofnun, og núna eru fáir inniliggjandi sjúklingar á Kleppi og þar hefur verið reynt eftir föngum að útskrifa alla sjúklinga sem mögulega er hægt að útskrifa og smám saman hefur Kleppur orðið eins konar miðstöð samfélagslækninga, þar sem hugsunin er sú að veita sjúklingnum þjónustuna þar sem hann er staddur í samfélaginu. Með nýjum og miklu betri lyfjum fyrir geðsjúka varð þetta mögulegt og þegar Tómas Helgason verður yfirlæknir uppúr 1960 þá rekur hann mjög aktíva stefnu fyrir því að útskrifa sjúklinga og koma undir þá fótunum í samfélaginu. Hann naut aðstoðar og hjálpar annarra ágætra manna, eins og Gísla Sigurbjörnssonar í Ási í Hveragerði sem opnaði dyr fyrir stórum hópi sjúklinga og þá er allt í einu hægt að útskrifa fólk af Kleppi og hefja virkari meðferð þeirra sem þar eru. Þrengslin á Kleppi fram að þessum tíma voru yfirgengileg. Í plássum fyrir 150 sjúklinga voru alla jafna um 200 manns og spítalinn var líka alltaf undirmannaður. Sjúklingarnir höfðu ekkert eigið rými og einn sjúklingur gat haldið vöku næturlangt fyrir 30 öðrum. Af skemmdalistum má einnig sjá hversu ófriðsamlegt hefur verið á deildunum."

Bygging geðdeildarinnar við Hringbraut mætti talsverðri andstöðu, ekki síst úr röðum lækna sjálfra.

„Andstaðan var aðallega úr röðum lækna og Tómas Helgason á allan heiður skilið fyrir að hafa komið þessari byggingu í gegn og það var mikið heillaspor fyrir geðlækningar í landinu að honum tókst með miklu harðfylgi að koma húsinu upp. Andstaðan gegn byggingunni stafaði af vælinu og öfundinni sem íslenskir læknar hafa tamið sér. Menn tala um það hvað þeir fái litla peninga og vonda aðstöðu og þannig níða þeir skóinn hver af öðrum. Þetta viðhorf er augljóst þegar maður les þær greinar sem lærðir læknar í öðrum sérgreinum skrifuðu í blöð gegn byggingu geðdeildar Landspítalans á þessum árum. Þetta eru oft á tíðum lítilmótleg og hlægileg rök sem menn beittu. Meðal þess var að menn spáðu því að geðdeildin yrði kölluð Landspítalakleppur og það yrði til að viðhalda fordómum gegn geðsjúkdómum í landinu. Þetta var tóm vitleysa. Á hinn bóginn má benda á að ákveðin mótsögn er fólgin í því að hér skyldi ráðist í byggingu nýrrar geðdeildar á sama tíma og sú stefna var upp í Evrópu að loka geðsjúkrahúsum og endurhæfa sjúklinga til samfélagsþáttöku. Þetta verður reyndar minni mótsögn þegar haft er í huga að Kleppspítali var úrsérgengið húsnæði á flestan hátt og mjög lélegt og hugmyndafræðin að baki spítalanum gamaldags. Nýja geðdeildin við Hringbraut var í samræmi við þá hugmyndafræði að geðsjúkdóma ætti að meðhöndla á sama hátt og á sama stað og aðra sjúkdóma en ekki í í leynum og helst fjarri mannabyggðum eins og Kleppur var þegar honum var valinn staður í upphafi síðustu aldar."



M060814LA_IS

LANZO

-í forystusveit

Töflur með jarðarberjabragði sem leysast upp í munni og veita hraða og kröftuga sýrubælingu.

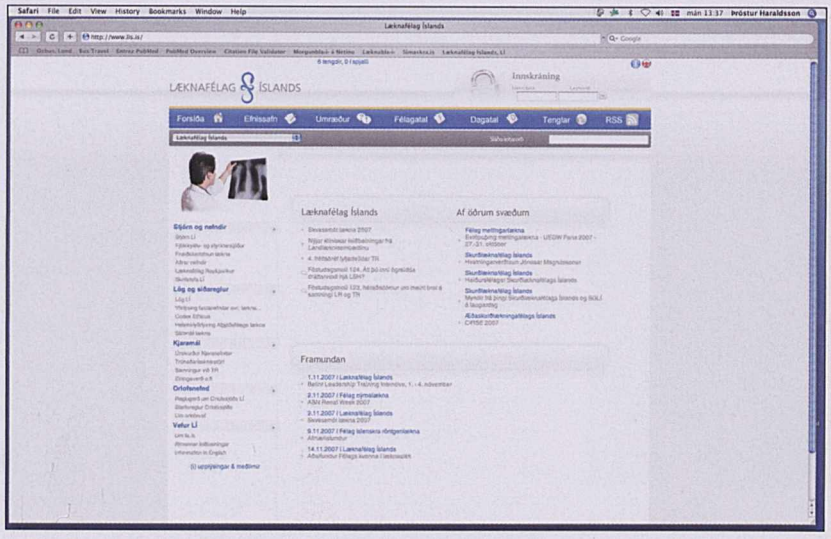
icepharma

Wyeth

Tilvitnun: Sérlyfjaskrá

Sérlyfjatexti á bls. 800

Félagsmenn LÍ athugið!



Félagatal lækna á vefsíðu LÍ www.lis.is geymir upplýsingar um netföng, símanúmer, heimilisföng og vinnustaði allra íslenskra lækna. Þessar upplýsingar eru notaðar reglulega til útsendinga á mikilvægum tilkynningum og fleiru sem varðar alla lækna. Árleg punktaúthlutun orlofsvefsins byggir á þeirri reglu að aðeins læknar búsettir á Íslandi fái punkta og fer því eftir upplýsingum í félagatali. Auk þess er reglulega látið vita af lausum orlofskostum í gegnum póstlista vefsins en sá byggir einnig á upplýsingum í félagatali.

Í núverandi félagatali vantar netföng um 520 félagsmanna og skv. endursendum tölvupóstum virðast fjölmargir hafa röng netföng skráð. Viðkomandi eiga því á hættu að missa af mikilvægum tilkynningum hvort sem er frá skrifstofu LÍ, sérgreinafélögum eða jafnvel kollegum sjálfum.

Hér með er vakin athygli á mikilvægi þess að læknar uppfæri reglulega upplýsingar sínar á vefsíðunni. Félagsmenn geta gert það sjálfir á vefnum undir ‚Persónustillingar'. Þetta er bæði auðvelt og fljótlegt í framkvæmd. Auk þess að breyta áðurnefndum upplýsingum geta félagsmenn sjálfir vistað af sér mynd og skrifað ‚curriculum vitae'.

Ritnefnd heimasíðu Læknafélags Íslands

Undirritaðir læknar hafa óskað eftir birtingu þessarar tilkynningar.

Hvað er CIME?

CIME (Certified Independent Medical Examiner) er viðurkenning sem læknar með sérfræðiviðurkenningu í læknisfræði hljóta eftir að hafa lokið prófi bandarísku læknasamtakanna (AMA) í örorkumati.

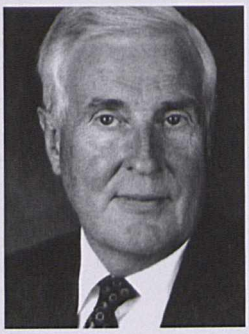
Sérfræðingar, sem teljast hafa nægilega reynslu í sinni sérgrein, að mati ABIME (nefnd á vegum bandarísku læknasamtakanna, American Board of Independent Medical Examiners) ljúka námskeiði og svo prófi í reglum AMA í læknisfræðilegu örorkumati (impairment evaluation) til að öðlast þessi réttindi.

Námskeiðið fjallar um reglur og framkvæmd læknisfræðilegs örorkumats og er m.a. fjallað ítarlega um orsakatengsl, sennilega afleiðingu, notkun miskatafla og annað sem varða framkvæmd slíks örorkumats. Það sem á ensku er kallað impairment er mjög sambærilegt við það sem hér á landi er kallað læknisfræðileg örorka og í skaðabótalögum er kallað miski. Í Bandaríkjunum eru eingöngu þeir læknar, sem lokið hafa þessu námi, viðurkenndir af aðilum máls og dómstólum, til að framkvæma læknisfræðilegt mat á örorku vegna sjúkdóma og slysa. Réttindi þessi gilda í 5 ár eftir prófið, en síðan þarf að endurtaka prófið eða taka námskeið og fara eftir reglum um endurmenntun á þessum tíma, til að viðhalda réttindunum.

Eftirtaldir íslenskir læknar hafa lokið CIME prófi.

Guðmundur Björnsson endurhæfingarlæknir
Guðni Arinbjarnar bæklunarskurðlæknir
Magnús Páll Albertsson bæklunar- og handarskurðlæknir
Ragnar Jónson bæklunarskurðlæknir
Sigurður Thorlacius heila- og taugalæknir

Ævisögur og endurminningar lækna



Ólafur Þ. Jónsson
læknir
olibara@mi.is



Bragi Þorgrímur Ólafsson
sagnfræðingur
handritadeild
Landsbókasafnsins

Ævisögur og endurminningar eru vinsælt lesefni hér á landi eins og kunnugt er. Frásagnir af læknum eru allmargar í þeim flokki og kemur þar væntanlega ýmislegt til. Margir læknar hafa lifað viðburðaríku lífi, kynnst fjölda fólks og aðstæðum þess, barist við alvarlega sjúkdóma og slys, stundað vísindarannsóknir og átt þátt í framförum á sviði læknisfræði og heilbrigðismála. Margir hafa gegnt opinberum störfum og embættum og sinnt margvíslegum félags- og trúnaðarstörfum. Flestir hafa dvalist erlendis um lengri eða skemmri tíma við nám og störf og farið víða um lönd.

Hér á eftir er gerð samantekt á flestu því sem vitað er um að hafa verið gefið út af þessu efni, þó innan ákveðinna marka sem gert verður grein fyrir. Ef til vill er þó eitthvað efni sem hér vantar.

Endurminningar, ævisögur og sjálfsævisögur

Sigurður Gylfi Magnússon sagnfræðingur hefur rannsakað íslenskar ævisögur og endurminningarit í nýlegum ritum sínum. (Fortíðardraumar. Sjálfsbókmenntir á Íslandi, Háskólaútgáfan 2004 og Sjálfssögur. Minni, minningar og saga, Háskólaútgáfan 2005) Hann kallar þennan efnisflokk sjálfsbókmenntir og skilgreinir þær á eftirfarandi hátt: „Sjálfsævisögur þar sem höfundurinn er jafnframt aðalpersónan, endurminningarit þar sem höfundurinn er annar eða önnur en aðalpersónan, samtalsbækur sem eru yfirleitt samvinna tveggja með aðgreindum spurningum, skáldævisögur þar sem höfundurinn telur sig ekki þurfa að fylgja sannfræði ævi sinnar og loks eru ævisögur þar sem aðalpersónan er fallin frá." (Fréttablaðið 19. nóvember 2004).

Þá hefur Sigurður skipt sjálfsbókmenntum í nokkra undirflokka: Pólitísk sjálfssögurit, réttlætingarrit, áróðursrit, játningarit, uppgjörsrit, lífsferilsrit, sagnarit, fortíðarglýjurit, verðmætavörslurit, sjálfsdýrkunarrit, hnattvæðingarit, lífsreynslusögur, ferðasögur, óbirtar sjálfsævisögur út frá þeim hvötum sem lágu skrifunum að baki. Hann tekur jafnframt fram að slík afmörkun sé eingöngu gerð til þess að auðvelda umfjöllun um sjálfsbókmenntir. Önnur efnisafmörkun komi einnig til greina sem þá væri byggð á nýjum forsendum. (Sjálfssögur, bls. 132-178).

Afmörkun

Þessi samantekt nær til ævisagna og endurminninga íslenskra lækna frá upphafi og fram til loka ársins 2006. Nokkur vandi var á höndum varðandi ramma þessarar samantektar, enda mikið efni sem liggur til grundvallar. Ákveðið var því að miða skrána við eftirtalin atriði:

- Bækur (Sjálfsævisögur/endurminningarit)
- Ævisögukafla sem birst hafa í safnritum
- Ævisögukafla sem birst hafa í tímaritum á borð við Andvara og Skírni

Ekki var talið fært að taka hér með viðtöl eða frásagnir sem birst hafa í blöðum eða tímaritum (að Andvara og Skírni undanskildum) enda erfitt að finna allt slíkt efni og margt hefði væntanlega orðið útundan. Þá ber að taka fram að í þessari skrá er ekki að finna minningargreinar eða afmælisrit um lækna sem hafa birst í Læknablaðinu, enda er það efni aðgengilegt. Nokkrar undantekningar eru þó gerðar á þessum meginreglum.

Efniviður

Í lok fyrrnefndrar bókar Sigurðar Gylfa, Fortíðardraumar, er viðauki eftir Moniku Magnúsdóttur bókasafnsfræðing þar sem er að finna skrá um bókmenntir eftir fyrrnefndri flokkun frá upphafi slíkrar útgáfu hér á landi fram til ársins 2004. Skrá hennar nær yfir útgefin rit í bókarformi og aðeins fyrstu útgáfu þeirra. Eru þar alls talin 1089 rit og voru læknar þar 3% höfunda sjálfsævisagna og endurminningarita. Hér á eftir er talsvert stuðst við skrá Moniku, en einnig var bætt við endurminningum og ævisögum lækna sem birst hafa sem sjálfstæðir bókarkaflar í ýmsum æviminningaritum og sem greinar í nokkrum tímaritum eins og áður sagði. Í þessum tilgangi var leitað fanga í Gegni, bókasafnskerfi Landsbókasafns Íslands – Háskólabókasafns, Læknablaðinu, ritinu Læknar á Íslandi, tímaritunum Læknanemanum, Andvara, og Skírni, í bókaflokknum Merkir Íslendingar og nokkrum fleiri ritum.

Uppbygging

Í þeirri skrá sem hér fer á eftir var til hagræðis fyrir lesendur ákveðið að hafa nöfn læknanna í stafrófsröð en ekki höfunda ritanna ef þeir voru aðrir en læknar. Í skránni eru tekin með almenn bókfræðileg atriði. Flest rit þau sem hér eru talin eru gefin út í Reykjavík og þá er ekki getið um útgáfustað þeirra, en séu þau gefin út annars staðar er þess getið. Þá er heiti sjálfstæðra kafla í safnritum ekki tilgreint sérstaklega.

Mörg þessara rita er víða að finna í bókasöfnum en önnur eru aðeins til í Landsbókasafni eða bókasafni Seðlabankans.

Aldursdreifing og kynjaskipting

Elstur þeirra lækna sem hér eru taldir er Hrafn Sveinbjarnarson (f. um 1170) en yngstir eru Gísli H. Sigurðsson og Kári Stefánsson báðir fæddir 1949. Ekki er kunnugt um ævisögur eða endurminningarrit lækna sem fæddir eru eftir 1950. Samantekt þessi nær til ársloka 2006.

Sjö læknar eru fæddir fram til ársins 1800, þrír eru fæddir 1801-1850, frá 1851-1900 eru 42 og 35 eru fæddir 1901-1950. Allir þessir læknar eru taldir í ritinu *Læknar á Íslandi* (Gunnlaugur Haraldsson: Læknar á Íslandi, 4. útgáfa, Þjóðsaga 2000) en þar eru samtals taldir 2022 læknar. Hér eru taldir 87 eða rúmlega fjórir af hundraði. Læknum hefur fjölgað talsvert frá því að Læknar á Íslandi kom út árið 2000 og því lækkar þessi hundraðstala sem því nemur.

Athyglisvert er að í þessum hópi er aðeins kona, Kristjana Helgadóttir (f. 1921). Í því sambandi má benda á að örfáar konur voru í læknastétt fyrir 1950.

Vafalaust eru margir sem þekkja til þeirra rita sem hér eru talin en aðrir sem áhuga hafa á því sem ritað hefur verið um líf og störf lækna kynnu að sækja hér nokkurn fróðleik og hafa gagn af.

Skrá

Árni Árnason f. 1885
Leifturmyndir frá læknadögum. Minningaþættir héraðslækna. Þorsteinn Matthíasson skráði og safnaði. Bókamiðstöðin 1970: 123-35.

Árni Björnsson f. 1923
Fimm læknar segja frá. Minningar úr lífi og starfi fimm þekktra lækna. Önundur Björnsson tók saman. Setberg 1995: 151-205.

Árni Vilhjálmsson f. 1894
Leifturmyndir frá læknadögum. Minningaþættir héraðslækna. Þorsteinn Matthíasson skráði og safnaði. Bókamiðstöðin 1970: 13-32.

Bjarni Hannesson f. 1938
Horfst í augu við dauðann. Tólf Íslendingar segja frá afdrifaríkum atburðum. Guðmundur Árni Stefánsson og Önundur Björnsson skráðu. Setberg 1983: 110-32.

Bjarni Jensson f. 1857
Faðir minn læknirinn. Hersteinn Pálsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1974: 9-28.

Bjarni Jónsson f. 1909
Á Landakoti. Setberg 1990. 256 bls.

Bjarni Konráðsson f. 1915
Æviágrip og viðtaeftir Elínu Ólafsdóttur, Jónas Ragnarsson, Matthías Kjeld og Þorvald Viðar Guðmundsson. Gefið út í tilefni 40 ára afmælis rannsóknadeildar Landspítalans og sögusýningar um lækningarannsóknir á Íslandi, haldin í Landsbókasafni - Háskólabókasafni 1998.

Bjarni Pálsson f. 1719
1. Sveinn Pálsson. Ævisaga Bjarna Pálssonar. Formáli eftir Sigurð Guðmundsson. Árni Bjarnason. Akureyri 1944. 115 bls.
2. Jón Steffensen. „Bjarni Pálsson og samtíð hans." Andvari 1960; 85: 99-116.
3. Steindór Steindórsson. Íslenskir náttúrufræðingar. Menningarsjóður 1981: 65-81.
4. Menning og meinsemdir. Ritgerðasafn eftir Jón Steffensen. Sögufélag 1975: 216-34.
5. Sveinn Pálsson. Ævisaga Bjarna Pálssonar. Leirárgörðum 1800. 112 bls.

Bjarni Snæbjörnsson f. 1889
Læknar segja frá. Úr lífi og starfi átta þjóðkunnra lækna. Gunnar G. Schram skráði. Setberg 1970: 65-92.

Björgúlfur Ólafsson f. 1882
Æskufjör og ferðagaman. Endurminningar. Snæbjörn Jónsson 1966. 302 bls.

Björn Guðbrandsson f. 1917
Minningar barnalæknis. Lífssaga Björns Guðbrandssonar. Matthías Viðar Sæmundsson skráði. Forlagið 1987. 178 bls.

Björn Jónsson f. 1920
1. Veraldarsaga Sauðkræklings, minningar Björns Jónssonar læknis. 1. Glampar á götu. Skjaldborg 1989. 262 bls.
2. Veraldarsaga Sauðkræklings, minningar Björns Jónssonar læknis. 2. Þurrt og blautt að vestan. Skjaldborg 1990. 350 bls.

Björn Ólafsson f. 1862
Guðmundur Björnsson. Brugðið upp augum. Saga augnlækna á Íslandi frá öndverðu ti1987. Háskólaútgáfan 2001: 29-70.

Björn Sigurðsson f. 1913
1. Sigurbjörn Einarsson. Dr. Björn Sigurðsson. Minningarorð við útför hans 21. október 1959. Setberg 1959. 14 bls.
2. Björn Sigurðsson dr. med. Ritverk 1936-1962. Reykjavík 1990: xiv-xxxii.
3. Halldór Þormar. „Björn Sigurðsson." Andvari 1991; 116: 13-41.

Björn Önundarson f. 1927
Fimm læknar segja frá. Minningar úr lífi og starfi fimm þekktra lækna. Önundur Björnsson tók saman. Setberg 1995: 114-150.

Davíð Davíðsson f. 1922
1. Bók Davíðs. Rit tiheiðurs Davíð Davíðssyni eftir 35 ára starf sem prófessor við Háskóla Íslands og yfirlæknir á Landspítala. Fyrri hluti. Háskólaútgáfan 1996: xxiii-xcii.
2. Frá liðnum tímum og líðandi. Pétur Hafstein Lárusson tók saman. Skjaldborg 2002: 9-53.

Erlingur Þorsteinsson f. 1911
1. Æviminningar Erlings Þorsteinssonar læknis. Iðunn 1990. 259 bls.
2. „Erlingur Þorsteinsson segir frá". Læknablaðið 1995; 83; Fylgirit 29: 5-42.

Esra Pétursson f. 1918
Ingólfur Margeirsson, Sálumessa syndara. Ævi og eftirþankar Esra S. Péturssonar geðlæknis og sálkönnuðar. Hrísey 1997. 272 bls.

Friðrik Einarsson f. 1909
Gylfi Gröndal. Læknir í þrem löndum. Endurminningar dr. Friðriks Einarssonar. Setberg 1979. 195 bls.

Gísli Hjálmarsson f. 1807
Sigurður Gunnarsson. Æviminning Gísla Hjálmarssonar læknis í Austfirðingafjórðungi. Kaupmannahöfn 1880. 36 bls.

Gísli Pálsson f. 1902
Faðir minn læknirinn. Hersteinn Pálsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1974: 243-55

Gísli H. Sigurðsson f. 1949
Ólafur E. Friðriksson. Læknir á vígvelli. Störf Gísla H. Sigurðssonar læknis í hernumdu Kuweit. Iðunn 1991. 256 bls.

Guðmundur Björnson f. 1864
1. Mánasilfur I. bindi. Gils Guðmundsson tók saman. Iðunn 1979: 94-100.
2. PálV.G. Kolka. „Guðmundur Björnson landlæknir." Andvari 1955; 80: 3-22. Einnig í Merkir Íslendingar. Nýr flokkur. II. bindi. Jón Guðnason bjó tiprentunar. Bókfellsútgáfan 1963:199-220.

Guðmundur Hannesson f. 1866
1. Læknabókin. Helgafel1949: 11-26.
2. Níels Dungal. „Guðmundur Hannesson prófessor." Andvari 1958; 83: 3-36. Einnig í Merkir Íslendingar. Nýr flokkur. IV. bindi. Jón Guðnason bjó tiprentunar. Bókfellsútgáfan 1965: 243-80.
3. Faðir minn læknirinn. Hersteinn Pálsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1974: 83-108.
4. Guðmundur Björnsson. Brugðið upp augum. Saga augnlækninga á Íslandi frá öndverðu ti1987. Háskólaútgáfan 2001: 71-86.
5. Mánasilfur II. bindi. Gils Guðmundsson tók saman. Iðunn 1980: 92-101. Einnig í Skagfirskum fræðum 1945; VI. bindi: 12-44.

Guðmundur Magnússon f. 1863
1. Sæmundur Bjarnhéðinsson. „Guðmundur prófessor Magnússon læknir." Skírnir 1925; 79: 1-15. Einnig í Merkir Íslendingar. Nýr flokkur. I. bindi. Jón Guðnason bjó tiprentunar. Bókfellsútgáfan 1962: 281-97.
2. Guðmundur Thoroddsen. „Aldarminning. Guðmundur Magnússon prófessor." Læknablaðið 1963; 47: 122-31.

Guðmundur Thoroddsen f. 1887
1. Ferðaþættir og minningar. Erindasafnið II. Útvarpstíðindi 1943. 62 bls.
2. Læknar segja frá. Úr lífi og starfi átta þjóðkunnra lækna. Gunnar G. Schram skráði. Setberg 1970: 129-47.
3. Skúli Thoroddsen. Læknar segja frá. Úr lífi og starfi átta þjóðkunnra lækna. Gunnar G. Schram skráði. Setberg 1970: 149-68.
4. Við sem byggðum þessa borg. Endurminningar níu Reykvíkinga. Vilhjálm S. Vilhjálmsson tók saman. Oddi 1957: 92-142.
5. Faðir minn læknirinn. Hersteinn Pálsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1974: 203-14.

Gunnlaugur Claessen f. 1881
1. Sigurjón Jónsson. „Gunnlaugur Claessen." Andvari 78 (1953): 3-21. Einnig í Merkir Íslendingar. Nýr flokkur. VI. bindi. Jón Guðnason bjó tiprentunar. Bókfellsútgáfan 1967: 217-37.
2. Ásmundur Brekkan. „Upphaf röntgenlækninga á Íslandi. Brautryðjandinn." Læknablaðið 1995; 81: 783-9.

Haraldur Jónsson f. 1897
Faðir minn læknirinn. Hersteinn Pálsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1974: 235-42.

Helgi Ingvarsson f. 1896
1. Guðrún P. Helgadóttir. Helgi læknir Ingvarsson. Setberg 1989. 377 bls.
2. Læknar segja frá. Úr lífi og starfi átta þjóðkunnra lækna. Gunnar G. Schram skráði. Setberg1970: 43-64.

ÆVISÖGUR LÆKNA

Helgi Tómasson f. 1896
Faðir minn læknirinn. Hersteinn Pálsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1974: 215-34.

Hjalti Þórarinsson f. 1920
Glefsur. Minningabrot úr ævi og starfi læknis. Útgefandi Hjalti Þórarinsson 2006. 183 bls.

Hrafn Sveinbjarnarson f. um 1170
1. Hrafns saga Sveinbjarnarsonar. Edited by Guðrún P. Helgadóttir (doktorsrit) Oxford. Clarendon press 1987. 151 bls.
2. Guðrún P. Helgadóttir. „Hrafn Sveinbjarnarson". Ársrit sögufélags Ísfirðinga 1984; 27: 69-77.

HrafnkelHelgason f. 1928
Fimm læknar segja frá. Minningar úr lífi og starfi fimm þekktra lækna. Önundur Björnsson tók saman. Setberg 1995: 9-57.

Ingólfur Gíslason f. 1874
1. Læknisævi. Bókfellsútgáfan 1948. 276 bls.
2. Læknabókin. Helgafel1949: 98-129.
3. Faðir minn læknirinn. Hersteinn Pálsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1974: 143-56.

Jóhann J. Kristjánsson f. 1898
Leifturmyndir frá læknadögum. Minningaþættir héraðslækna. Þorsteinn Matthíasson skráði og safnaði. Bókamiðstöðin 1970: 39-122.

Jón Árnason f. 1889
Leifturmyndir frá læknadögum. Minningaþættir héraðslækna. Þorsteinn Matthíasson skráði og safnaði. Bókamiðstöðin 1970: 151-64.

Jón Bjarnason f. 1892
Merkir Borgfirðingar. Eiríkur Albertsson tók saman. Prentsmiðjan Leiftur 1959: 66-81.

Jón Blöndaf. 1873
Merkir Borgfirðingar. Eiríkur Albertsson tók saman. Prentsmiðjan Leiftur 1959: 82-96.

Jón Hjaltalín f. 1807
Halldór Kr. Friðriksson. "Æviágrip landlæknis Dr. Jóns Hjaltalín." Andvari 1885; 11: 1-19. Einnig í Merkir Íslendingar. I. bindi. ÞorkelJóhannesson bjó tiprentunar. Bókfellsútgáfan 1947: 81-93.

Jón Sigurðsson f. 1853
Finnbogi Rútur Magnússon. Jón Sigurðsson héraðslæknir. Ísafoldarprentsmiðja 1887. 16 bls.

Jón Steffensen f. 1905
1. „Ég vildi ekki láta menn fara þekkingarlausa út." Viðtavið Jón Steffensen. Læknablaðið 1988; 74: 189-210.
2. Elín Ólafsdóttir, Þorvaldur Veigar Guðmundsson. „Upphaf meinafræði á Íslandi, þáttur Jóns Steffensen prófessors." Læknablaðið 1990; 76: 363-73.

Jón Thorstensen f. 1794
Útfararminning Jóns Thorstensen Landlæknis Íslands, jústizráð og Doktors í Heimspeki. Kaupmannahöfn 1856. Gefið út á kostnað ekkjunnar. 67 bls.

Jónas Kristjánsson f. 1870
Benedikt Gíslason frá Hofteigi. Ævisaga Jónasar Kristjánssonar læknis. Náttúrulækningafélag Íslands 1987. 143 bls.

Jónas Sveinsson f. 1895
Lífið er dásamlegt. Minnisgreinar og ævisöguþættir. Ragnheiður Hafstein bjó tiprentunar. Helgafel1969. 223 bls.

Jósep Skaftason f. 1802
1. Útfaraminning Jóseps Skaftasonar hjeraðslæknis, Kanselíráðs R.Dbr. Útg. Sigmundur Guðmundsson 1878. 62 bls.
2. Merkir Íslendingar. Nýr flokkur. VI. bindi. Jón Guðnason bjó tiprentunar. Bókfellsútgáfan 1967: 1-32.

Kári Stefánsson f. 1949
Guðni Th. Jóhannesson, Kári í jötunmóð. Saga Kára Stefánssonar og Íslenskrar erfðagreiningar. Nýja bókaforlagið 1999. 280 bls.

Knútur Kristinsson f. 1894
Leifturmyndir frá læknadögum. Minningaþættir héraðslækna. Þorsteinn Matthíasson skráði og safnaði. Bókamiðstöðin 1970: 136-50.

Kristjana Helgadóttir f. 1921
Sextán konur. Ferilþeirra og framtak í nútíma hlutverkum. Gísli Kristjánsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1981: 43-54.

Kristján Jónsson f. 1862
Kristján Jónsson læknir. Gutenberg 1911. 62 bls.

Kristján Sveinsson f. 1900
Gylfi Gröndal. Æviminningar Kristjáns Sveinssonar augnlæknis. Setberg 1982. 238 bls.

Matthías Einarsson f. 1879
Faðir minn læknirinn. Hersteinn Pálsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1974: 175-84.

Niels R. Finsen f. 1860
1. Guðmundur Magnússon. „Niels R. Finsen" eftir Guðmund Magnússon. Skírnir 1905; 79: 41-7.
2. Anker Aggebo. Ævisaga Niels Finsen. María Hallgrímsdóttir þýddi. Víkingsútgáfan 1941. 303 bls.

Níels Dungaf. 1897
1. M. Samtalsbók II eftir Matthías Johannessen. Almenna bókafélagið 1976: 139-55.
2. Jónas Hallgrímsson. „Níels Dungal. Aldarminning." Læknablaðið 1998; 84: 238-45.

Oddur Hjaltalín f. 1782
Steindór Steindórsson. Íslenskir náttúrufræðingar. Menningarsjóður 1981: 119-38.

Oddur Ólafsson f. 1909
Gils Guðmundsson. Þegar hugsjónir rætast. Ævi Odds á Reykjalundi. Ísafold 1993. 332 bls.

Ólafur Björnsson f. 1915
Staðir og stefnumót. Þættir og viðtöl. Guðmundur Daníelsson tók saman. Prentsmiðja Suðurlands 1968: 155-63.

Ólafur Finsen f. 1867
Faðir minn læknirinn. Hersteinn Pálsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1974: 109-19.

Ólafur Ó. Lárusson f. 1884
Faðir minn læknirinn. Hersteinn Pálsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1974: 185-202.

Ólafur Ólafsson f. 1928
Vilhelm G. Kristinsson. Ólafur landlæknir. Vaka-Helgafel1999. 340 bls.

Ólafur Thorlacius f. 1869
Faðir minn læknirinn. Hersteinn Pálsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1974: 121-41.

PálV.G. Kolka f. 1895
1. Úr myndabók læknis. Setberg 1964. 286 bls.
2. Læknar segja frá. Úr lífi og starfi átta þjóðkunnra lækna. Gunnar G. Schram skráði. Setberg 1970: 169-216.

Pétur Pétursson f. 1947
Fimm læknar segja frá. Minningar úr lífi og starfi fimm þekktra lækna. Önundur Björnsson tók saman. Setberg 1995: 58-113.

Sigurður Magnússon f. 1866
1. Æviminningar læknis. Hannes Pétursson annaðist útgáfuna. Iðunn 1985. 206 bls.
2. Faðir minn læknirinn. Hersteinn Pálsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1974: 61-82.

Sigurður Samúelsson f. 1911
1. Læknar segja frá. Úr lífi og starfi átta þjóðkunnra lækna. Gunnar G. Schram skráði. Setberg 1970: 115-28.
2. „Sigurður Samúelsson fyrrverandi yfirlæknir og prófessor". Læknablaðið 1995; 81; Fylgirit 30: 5-50.

Sigurður Sigurðsson f. 1903
Við manninn mælt. Valgeir Sigurðsson tók saman. Skjaldborg 1989: 89-104.

Sigvaldi Kaldalóns f. 1881
Bókin um Sigvalda Kaldalóns. Gunnar M. Magnúss skráði. Skuggsjá 1971. 212 bls.

Skúli Árnason f. 1865
Faðir minn læknirinn. Hersteinn Pálsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1974: 29-60.

Skúli Thoroddsen f. 1918
Læknar segja frá. Úr lífi og starfi átta þjóðkunnra lækna. Gunnar G. Schram skráði. Setberg 1970: 149-67.

Snorri Hallgrímsson f. 1912
Árni Björnsson. „Snorri Hallgrímsson." Andvari 2001; 126: 13-35.

Snorri P. Snorrason f. 1919
Ég vilifa. Líf á bláþræði. Guðmundur Árni Stefánsson og Önundur Björnsson tóku saman. Veröld 1985: 9-44.

Stefán Jónsson f. 1881
Bók Davíðs. Rit tiheiðurs Davíð Davíðssyni eftir 35 ára starf sem prófessor við Háskóla Íslands og yfirlæknir á Landspítala. Síðari hluti. Háskólaútgáfan 1996: 1001-108.

Steingrímur Matthíasson f. 1876
1. Annað líf í þessu lífi. Frá veru minni í Danmörku 1936-1945. Helgafel1947. 114 bls.
2. Læknabókin. Helgafel1949: 130-4.

Sveinn Pálsson f. 1762
1. „Ævisaga Sveins læknis Pálssonar eftir hann sjálfan". Ársrit fræðafélagsins X, 1929: 1-57. Einnig í Merkir Íslendingar. III. bindi. ÞorkelJóhannesson bjó tiprentunar. Bókfellsútgáfan 1949: 13-159.
2. Jón Eyþórsson. „Um höfundinn og verk hans." Ferðabók Sveins Pálssonar. Jón Eyþórsson bjó tiprentunar. Snælandsútgáfa 1945: xv-xxxii.
3. Steindór Steindórsson. Íslenskir náttúrufræðingar. Menningarsjóður 1981: 97-117.
4. Sveinn Pálsson. Icelandic ice mountains. (Jöklaritið). Formáli á ensku eftir Richard S. Williams Jr. og Odd Sigurðsson. Hið íslenska bókmenntafélag 2004: xviii-xxxvi.
5. Þorvaldur Thoroddsen. „Sveinn Pálsson". Landfræðissaga Íslands. Hugmyndir manna um Ísland, náttúruskoðun og rannsóknir fyrr og síðar. 3. bindi. Önnur útgáfa. Ormstunga 2005: 116-43.

Sæmundur Bjarnhéðinsson f. 1863
Grær undan hollri hendi. Vilhjálmur S. Vilhjálmsson tók saman. Setberg 1964: 13-7.

Tryggvi Þorsteinsson f. 1923
Á æskuslóðum við Djúp. Vestfirska forlagið 2006. 185 bls.

Úlfar Þórðarson f. 1911
1. Unnur Úlfarsdóttir. Úlfar Þórðarson læknir. Æviminningar. Setberg 2001. 287 bls.
2. Læknar segja frá. Úr lífi og starfi átta þjóðkunnra lækna. Gunnar G. Schram skráði. Setberg 1970: 7-42.

Úlfur Ragnarsson f. 1923
1. Læknar segja frá. Úr lífi og starfi átta þjóðkunnra lækna. Gunnar G. Schram skráði. Setberg 1970: 93-114.
2. Lífsgleði. Frásagnir og minningar. IV. bindi. Þórir S. Guðbergsson tók saman. Hörpuútgáfan 1995: 139-45.

Valdimar Erlendsson f. 1879
Endurminningar frá Íslandi og Danmörku. Norðri 1950. 332 bls.

Vilmundur Jónsson f. 1889
Benedikt Tómasson. „Vilmundur Jónsson." Andvari. Nýr flokkur 1984; 26: 3-50.

Þorgeir Gestsson f. 1914
1. Fimm læknar segja frá. Minningar úr lífi og starfi fimm þekktra lækna. Önundur Björnsson tók saman. Setberg 1995: 206-51.
2. Staðir og stefnumót. Guðmundur Daníelsson tók saman. Prentsmiðja Suðurlands 1968: 247-55.

ÞorkelArngrímsson f. 1629
Vilmundur Jónsson. „Inngangur". Lækningar (Curationes) séra Þorkels Arngrímssonar. Helgafel1949: 11-393.

Þorsteinn Sigurðsson f. 1914
„Minningabrot Þorsteins Sigurðssonar læknis á Egilsstöðum". Læknablaðið 1996; 82; Fylgirit 32: 5-25.

Þorbjörn Þórðarson f. 1875
Læknabókin. Helgafel1949: 217-24.

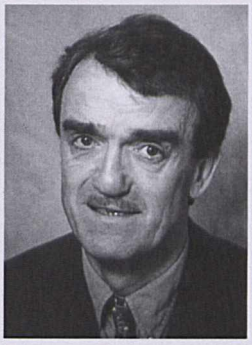
Þórarinn Tyrfingsson f. 1947
Það hálfa væri nóg. Lífssaga Þórarins Tyrfingssonar læknis. Skráð af Guðrúnu Guðlaugsdóttur. Örn og Örlygur 1990. 167 bls.

Þórður Oddsson f. 1910
Aldnir hafa orðið. 18. bindi. Erlingur Davíðsson skráði. Skjaldborg 1989: 323-62.

Þórður Sveinsson f. 1874
Faðir minn læknirinn. Hersteinn Pálsson bjó tiprentunar. Skuggsjá 1974: 157-74.

Þórður Vídalín f. 1661
Steindór Steindórsson. Íslenskir náttúrufræðingar. Menningarsjóður 1981: 33-40.

Rannsókn á spönsku veikinni árið 1918



Ársæll Jónsson
arsaellj@landspitali.is

Höfundur er öldrunarlæknir

Á Íslandi hefur upplýsingasöfnun á sviði heilbrigðismála verið á margan hátt með ágætum og skipað landanum á fremsta bekk meðal þjóða hvað það varðar. Í viðtali Læknablaðsins við Magnús Gottfreðsson smitsjúkdómalækni (Læknablaðið 2007; 93: 618-23) um hans áhugaverðu rannsókn um spönsku veikina o.fl getur hann heimilda og segir: „Hér á Íslandi vitum við nákvæmlega hvernig hún barst til landsins og síðan er hægt að gera sér grein fyrir því hvernig veikin lamaði þjóðfélagið frá degi til dags, þar sem samtímaheimildir eins og Morgunblaðið og Heilbrigðisskýrslur eru mjög greinargóðar."

Af þessu tilefni fannst mér áhugavert að fletta uppí Læknablaðinu í greinar Þórðar Thoroddsen um spönsku veikina á Íslandi árið 1918 (Inflúensan fyrr og nú. Læknablaðið 1919; 5: 17-23/33-8/74-9). Þórður var svo sannarlega í eldlínunni og stundaði sjúklinga sína í heimahúsum 18-20 klukkustundir á dag og, eins og sönnum syni Hippókratesar sæmir, skrifaði hvert tilvik niður og fylgdi eftir. Það er með ólíkindum hvað hann afkastaði miklu í þessum hildarleik, læknaði og líknaði og fylgdist með afdrifum sjúklinga sinna. Mér var sagt að Þórður hafi ferðast um moldargötur Reykjavíkur á hjóli. Sem stórtemplar hann hefur trúlega ekki verið reykingamaður en ég minnist þess að Bjarni Snæbjörnsson, sem annaðist sjúklinga spönsku veikinnar í Hafnarfirði, taldi að vindlareykurinn hefði bjargað sér frá að smitast.

Spánska veikin barst til Reykjavíkur með Botníu 20. október. Þórður sá fyrsta sjúklinginn átta dögum síðar og síðasta sjúklinginn 6. desember. Alls vitjaði hann og skráði 1232 sjúklinga, 561 karl og 671 konu. Að jafnaði hefur hann séð um 30 sjúklinga á dag en talan er mun hærri því margra vitjaði hann oftar en einu sinni. Sjúkdómurinn virtist herja mest á miðaldra fólk og vera vægari meðal barna og gamalmenna. Alls létust 77 af sjúklingum Þórðar, eða 6,3%. Flestir höfðu smitast á mannamótum (í bíó) og það tókst að stöðva útbreiðslu veikinnar til norður- og austurlands. Fyrir þeim aðgerðum voru fordæmi, sem Þórður rekur í greininni.

Grein Þórðar er hafsjór af faraldsfræðilegum og klínískum upplýsingum. Meginhluti hennar er umfjöllun um fyrri inflúensufaraldra á Íslandi. Rekur hann rannsóknir og skrif nokkurra kollega og annarra. Má þar t.d. nefna grein Jóns Hjaltalíns landlæknis í Edinb. Med. Journal árið 1863. Menn hafa á þessum tíma ekki verið feimnir við að senda inn greinar í erlend tímarit. Grein Þórðar er ítarleg og birtist í þrem hlutum árið eftir að veikin geisaði. Á þessum árum kom Læknablaðið út í 2-3 eintökum á ári. Greinin er enn í dag mikill efniviður fyrir smitsjúkdómalækna og faraldsfræðinga og einnig fyrir heimilislækna og aðra geti hún verið fordæmi til vitjana í heimahús (á reiðhjóli?).

Í bókinni Læknar á Íslandi (Þjóðsaga, 2000) segir að Þórður hafi orðið cand. med. frá Læknaskólanum árið 1881, framhaldsnám í Kaupmannahöfn og Osló, héraðslæknir í Keflavík til 1904 og síðan praktíserandi læknir í Reykjavík. Meðfram læknisstörfum var hann prófdómari við Læknaskólann (10 ár), alþingismaður (7 ár), kaupfélagsstjóri og framkvæmdastjóri þilskipafélags (3 ár), gjaldkeri við Íslandsbanka (5 ár), umdæmistemplar (13 ár), stórtemplar (8 ár), hreppsnefndarmaður (4 ár) og stjórnarmaður í Rauða Krossi Íslands (15 ár).

Jóhannes var yfirlæknir áfengisskorar á geðdeild Landspítalans. Hann flutti erindi á þingi í tilefni af 100 ára afmæli Kleppsspítala. Erindið er birt hér örlítið stytt. Jóhannes var beðinn að minnast fyrsta sérmenntaða geðlæknisins á Íslandi, Þórðar Sveinssonar yfirlæknis Kleppsspítala. Höfundur hafði þann fyrirvara að hann væri ekki sagnfræðingur og hefði ekki hitt Þórð í lifanda lífi en hefði hins vegar oft heyrt hans getið og stundum gert grín að vatnslækningum hans á Kleppi. Síðar hafi hann viðað að sér rituðum heimildum um Þórð og ritað um hann grein í tímaritið Geðvernd árið 1999.

Um Þórð Sveinsson og upphaf Kleppsspítala



Jóhannes Bergsveinsson
joberg@isholf.is

Við skulum byrja rúmlega einni og hálfri öld áður en Kleppsspítalinn reis á Íslandi og víkja okkur til þáverandi höfuðborgar Íslands, Kaupmannahafnar. Þar var þá búsettur franskur silkikaupmaður Claudi Rosset að nafni, fæddur í Lyon, en fluttist til Danmerkur þar sem hann efnaðist á innflutningi og sölu á silki, skrautvörum og allskonar glingri, er hann flutti inn frá heimalandi sínu.

Vegna ýmissa tilviljana komst hann í snertingu við aumkunarverðar aðstæður geðsjúkra samborgara sinna, er hafði verið komið fyrir í „Pesthúsinu" svonefnda rétt utan við Vestur-Port. Þar var safnað saman þeim er samfélagið útskúfaði, svo sem langveikum, geðsjúkum og holdsveikum.

Rosset runnu aðstæður þeirra svo til rifja, að árið 1749 hófst hann handa við að miðla íbúum Pesthússins af auðlegð sinni. Í gjafabréfi sínu segir hann m.a.: „ . . .en hef þó sérstaklega, úr öllum hinum þurfandi, valið sem mest þurfandi hina núverandi Pesthúslimi, en þá stofnun hef ég þekkt um margra ára skeið og yfir óskaplegri neyð lasburða og aldraðra lima hennar hefur hjarta mitt margoft hrærst, en flesta vantar þá bæði fatnað og rúm...."

Þannig hljóðar lýsing hins franska kaupmanns á aðstæðum geðsjúkra í Kaupmannahöfn um miðja 18. öld. Hún minnir óneitanlega á ýmsan hátt á lýsingu ungs héraðslæknis, Þorgríms Johnsens, á meðferð geðsjúkra á Íslandi er hann ritaði í ársskýrslu sína árið 1871:

Ég leyfi mér við þetta tækifæri að geta þess, að engir sjúklingar hér á landi eru svo illa settir sem hinir geðsjúku þar sem ekki er að finna eitt einasta geðveikrahæli hér á landi, og ég þekki mörg dæmi þess, að vegna þessara aðstæðna og til þess að gera þess háttar sjúklinga hættulausa, hafa menn neyðst til þess að grípa til þeirra villimannalegu aðgerða að loka sjúklingana inni í þröngum kössum með litlu opi fyrir andlitið. Þessir kassar eru síðan fluttir í eitthvert útihús til þess að sjúklingarnir trufli ekki ró annarra.

Kleppur

Ný öld var í þann mund að ganga í garð og mikill framfarahugur í mönnum. Nú skyldi ráðin bót á þessu ástandi. Alþingi samþykkti lög um stofnun geðveikrahælis 20. október 1905. Byggingaframkvæmdir við hælið hófust árið 1906 þar sem því hafði verið valinn staður á leigulóð í landi Klepps við Viðeyjarsund.

Jörðin Kleppur byggðist snemma úr landi Laugarness og var austasti hlut þess. Kleppur var talinn til eigna Viðeyjarklausturs í máldaga frá árinu 1234 og varð konungseign við siðaskiptin. Í Jarðabókinni frá 1703 er þess getið að ábúendur á Kleppi séu tveir. Búskapur þar hefur verið erfiður: „Túnin fordjarfast stórlega af sjávargangi. Engjar öngvar," segja Árni Magnússon og Páll Vídalín. Bærinn á Kleppi mun hafa staðið nokkru sunnar en Kleppsspítalinn stendur nú, en á 18. öld varð að flytja hann vegna sjávarágangs.

Árið 1817 keypti Magnús Stephensen Klepp ásamt Viðey. Bæjarstjórn Reykjavíkur keypti síðan Klepp ásamt Laugarnesi árið 1885 og voru báðar jarðirnar innlimaðar í Reykjavík með lögum frá 1894. Kleppsspítalinn hefur því alla tíð staðið á leigulóð Reykjavíkur.

Byggingu hælisins lauk vorið 1907 og fyrstu sjúklingarnir voru innritaðir 27. maí sama ár. Opnun spítalans á Kleppi undir stjórn Þórðar Sveinssonar, yfirlæknis, var á sinni tíð merkisatburður í heilbrigðismálum þjóðarinnar. Fram til

þess tíma hafði meðferð geðveikra víða á Íslandi verið hin ömurlegasta.

Þórður Sveinsson

Þórður Sveinsson var bóndasonur úr Húnavatnssýslu, fæddur að Geithömrum í Svínadal 20. desember 1874. Hann ólst þar upp þegar hart var í ári, hafís fyrir landi og harðindi. Foreldrar hann voru fátækir, eignuðust sjö börn, en aðeins tvö komust til manns. Sjálf urðu þau ekki langlíf. Móðir hans dó 34 ára gömul þegar Þórður var 8 ára, og faðir hans dó 51 árs gamall á fermingarári Þórðar.

Þórður var aðframkominn af berklum sem barn, löngum rúmfastur, seinþroska, pasturslítill og kjarklaus. Þegar hann fór að reyna að vinna fyrir sér dugði hann illa til líkamlegra verka og varð að lúta því að vera rekinn úr vinnu. Hann þótti þó gott efni í fjármann, enda hafði hann á uppvaxtarárum sínum mesta yndi af kindum. Hann mun í eðli sínu hafa verið bóndi og unnandi allrar náttúru, enda kom það fram síðar.

Líf Þórðar tók aðra stefnu því fjárhaldsmaður hans sótti um vist fyrir hann í Möðruvallaskóla. Þangað fór Þórður árið 1893 og var þar í tvo vetur. Þar breyttist allt viðhorf hans til náms og framtíðar. „Ég fékk kjark og traust á sjálfum mér," segir hann í viðtali við Valtý Stefánsson, „og frá Möðruvöllum fór ég eftir tveggja vetra nám, allur annar en ég kom þangað." Hann var nú ráðinn í því að halda áfram námi og sneri sér að því af þeim eldlega áhuga, dugnaði og kappi, sem honum var gefið í ríkum mæli, og sóttist námið vel, þrátt fyrir önnur fjölbreytt áhugamál.

Þórður var þrjú ár í Latínuskólanum, en las 5. og 6. bekk utan skóla á einum vetri, og settist síðan í Læknaskólann. Þar ætlaði hann að ganga undir fyrrihlutapróf að þrem árum liðnum, en fékk ekki því um það voru ákvæði að það próf mætti ekki taka eftir styttri tíma, en þrjú og hálft ár. Tók hann svo fyrrihlutann í janúar 1905, en seinni hlutann fjórum mánuðum seinna.

Á námsárum sínum í Reykjavík tók Þórður mikinn þátt í ýmsum þjóðmálum og menningarmálum, er þá voru á dagskrá, ritaði í blöð um bókmenntir og stjórnmál af mælsku og djörfung, enda fékk hann snemma þá viðurkenningu, að hann væri traustur bardagamaður, hvort heldur á ritvelli eða í ræðustól. Sjálfur orðaði hann það svo, að hann hefði verið hinn mesti vígastyr á þessum árum. „Ég orti kvæði, skrifaði greinar og flutti ræður, skammaðist og reifst út af pólitík og mörgu öðru enda erti ég marga góða menn og gegna til reiði gegn mér."



Kleppur um miðja síðustu öld.

Áhrifavaldar og fyrirmyndir

Guðmundur Björnsson landlæknir, sem var sívakandi um framfarir í heilbrigðismálum, vildi hafa mann á takteinum þegar geðveikrahælið væri komið upp. Það var fyrir áeggjan hans og Guðmundar Magnússonar prófessors, sem báðir voru sveitungar Þórðar, að hann sigldi haustið 1905 til Danmerkur að kynna sér geð- og taugasjúkdóma. Fyrstu sex mánuðina dvaldi hann í Kaupmannahöfn og starfaði sem kandídat á móttökudeild fyrir geðsjúka.

Þar var þá yfirlæknir Alexander Friedenreich, dósent í geðlæknisfræði við Kaupmannahafnarháskóla, ágætlega menntaður maður og vel virtur, skýr og gagnorður. Friedenreich hafði ritað kennslubók í geðlæknisfræði „Kortfattet, speciel psykiatri" (1901) og var í mörg ár notuð fyrir lækna og læknastúdenta. Vafalaust hefur hún verið það grundvallarrit, er Þórður byggði á þekkingu sína í geðlæknisfræði. Þegar bókinni er flett, er athyglisvert að sjá, hve fátæklegt lyfjabúr geðlækna var á þessum tíma og hve oft er þar minnst á ýmiskonar vatnsböð sem meðferðarúrræði.

Fyrirrennari Alexanders Friedenreich sem yfirlæknir og kennari við Kommunehospitalets sjette afdeling var Knud bróðir Nóbelsskáldsins Henriks Pontoppidan. Knud Pontoppidan var góður stílisti eins og bróðir hans og þótti hafa einstaklega skýra hugsun, næman skilning og hrífandi framsetningu í ræðu og riti. Hann var vel látinn af samtímamönnum sínum og hafði hlotið mikið lof fyrir endurskipulagningu á geðdeildinni er miðaði öll að betri og manneskjulegri meðferð sjúklinganna.

Þrátt fyrir þetta varð hann fyrir öldu andúðar er um þessar mundir reis í Norður-Evrópu og á Norðurlöndunum gegn geðlæknum og geðlækningum. Er það hvorki í fyrsta né síðasta



Ekki hélt ég að mér tækist að sinna starfinu

Núna get ég það

Við geðklofa (schizophrenia) og örlyndi í tvíhverfri geðröskun (bipolar disorder)

- Öflug virkni, fyrsta val í árangurs-ríkri stjórn á einkennum
- Traust þol veldur sátt sjúklinga
- Varanlegir kostir sem hjálpa þér að ná fram því besta í sjúklingnum

FYRSTI VIÐMIÐUNAR-SKAMMTUR 600 mg á dag

Seroquel
quetiapine

Leggðu þeim lið til að njóta sín

AstraZeneca
annt um líf og líðan

Sérlyfjatexti á bls. 807

sinn sem slíkar öldur hafa risið. Hann var lagður í einelti af nokkrum geðröskuðum fyrrverandi sjúklingum af deildinni og æsifréttablöðum Kaupmannahafnar. Sá hann sig að lokum til þess knúinn að segja af sér yfirlæknisstöðunni. Pontoppidan ritaði vegna þessara hremminga varnarrit, 48-blaðsíðna pésa, er hann nefndi: „Sjette Afdelings Jammersminde" og er enn í dag á ýmsan hátt athyglisverð og lærdómsrík lesning. Eftir að hann sagði af sér við Kommunehospitalet var hann við geðveikrahæli hjá Árósum og breytti þar mörgu til batnaðar, en árið 1901 varð hann prófessor í réttarlæknisfræði og gegndi þeirri stöðu til ársins 1913.

Meðan Þórður stundaði nám í Kaupmannahöfn hefur hann vafalítið sótt fyrirlestra hjá Pontoppidan og orðið fyrir áhrifum af honum. Sjálfsagt hefur líka eimt eftir af áhrifum hans á geðveikrahælinu í Árósum, en þangað flutti Þórður eftir dvölina í Kaupmannahöfn og var kandídat við hælið í hálft ár. Í framhaldi af því fór hann til München þar sem hann var við nám í fjóra mánuði.

Þegar Þórður var við nám í München mun yfirlæknir hans þar hafa verið hinn frægi þýski geðlæknir Emil Kraepelin, en um hann og notkun hans á böðum til lækninga segir Alexander Friedenreich m.a. í kennslubók sinni „Kortfattet, speciel psykiartri":

Karböð erta sjúklinginn sjaldnar [en innpökkun í vot lök], þótt það komi fyrir og þau hafa í seinni tíð, sérstaklega í Þýskalandi verið mikið notuð. Lengd baðtíma er oft langur, ekki aðeins klukkutímum saman heldur dögum saman, og einstaka ákafir áhangendur þeirra eins og Kraepelin nota þau dag eftir dag mánuðum saman, í ár eða lengur og þykir verst að þeir geta ekki haft sjúklingana í vatninu einnig á næturnar.

Kleppur undir stjórn Þórðar

Þegar byggingu Klepps lauk vorið 1907 fór því fjarri að spítalinn væri svo úr garði gerður að viðunandi gæti talist. Þar var t.d. hvorki vatnsleiðsla né vatnsból er dygði. Safna þurfti rigningarvatni eða bera vatn að langar leiðir. Það er einkennilegt til frásagnar nú, að Þórður, sem fyrsti yfirlæknir á Kleppi, skyldi þurfa að leggja fram fé á eigin ábyrgð til lagningar vatnsleiðslu þangað úr aðalvatnsæðinni frá Gvendarbrunnum, svo bætt yrði úr vatnsskorti spítalans. Þannig var það nú samt og má teljast undarleg tilviljun þegar hafðar eru í huga vatnslækningar Þórðar og sá vatnsaustur, er af þeim hlýtur að hafa leitt.

Þegar Þórður kom heim úr námsferð sinni tók hann við forstöðu og rekstri hins nýja spítala. Jafnframt tók hann til við að kenna réttarlæknisfræði og geðlæknisfræði við Læknaskólann í Reykjavík. Virðist mega ætla, að þar hafi hann að nokkru stuðst við sína dönsku kennara, Friedenreich og Pontoppidan, en svo og Kraepelin.

Fór hann þá jafnan á milli á reiðhjóli þótt ekki væri leiðin þá jafn greiðfær á milli Klepps og miðborgar Reykjavíkur og hún er í dag. Valtýr Stefánsson, ritstjóri Morgunblaðsins, segir í viðtali við Þórð í tilefni af sjötugsafmæli hans: „Inn á milli töluðum við um landsins gagn og nauðsynjar, dægurmál þjóðarinnar, einkum framfaramál landbúnaðarins. Fjármennska hefir t.d. aldrei horfið úr huga Þórðar og hvergi hefir honum fundist hann fyllilega eiga heima á lífsleiðinni, nema þar sem hann hefir hefir haft búskap og jarðarafnot."

Þórður Sveinsson var ekki aðeins efni í góðan fjármann, heldur stórbónda. Hann var hygginn búmaður, hafði miklar mætur á búskap og staðgóða þekkingu í þeim efnum. Vílaði hann ekki fyrir sér að taka í þjónustu sína stórvirk jarðvinnslutæki svo sem þúfnabana þann er til landsins kom árið 1921.

„Búrekstur á Kleppi hafði hann á hendi framan af, auk læknisstarfanna, og er það mál þeirra er til þekktu, að það starf hafi hann leyst af hendi með mestu prýði," segir Sigurjón Jónsson í minningargrein um Þórð. „Gerði hann þar stórfelldar jarðabætur stundum í lítilli þökk stjórnvalda, breytti óræktarmýrum í töðuvöll og sýndi svo mikla hagsýni við allan rekstur búsins og stjórn vinnubragða að til fyrirmyndar var." Búpeningurinn var sauðfé, hestar og kýr og gaf góðan arð, enda störfuðu sjúklingar talsvert að búskapnum, en á þeim árum voru þeir flestir komnir úr sveit og því vanir alls konar bústörfum. „Á vetrum unnu konur og karlar við tóvinnu, karlar þeyttu snældur og það var spunnið, kembt og prjónað," segir Agnar sonur Þórðar þegar hann rifjar upp endurminningar frá Kleppi.

Aðferðir Þórðar við lækningar voru umdeildar, bæði meðal lækna og almennings. Sýnist manni nú, að gætt hafi talsverðra fordóma og misskilnings varðandi lækningatilraunir hans og hann oft verið hafður fyrir rangri sök. Föstu- og vatnskúrar, svo og heit böð, virðast hafa verið þær helstu aðferðir, sem hann beitti, og, á þeim virðist hann hafa haft óbifanlega trú við ýmsum sjúkdómsmyndum geðveiki.

Þóri var veitt sérfræðingsleyfi í tauga- og geðsjúkdómum árið 1923. Sama ár flutti hann erindi í Nýja Bíói og fjallaði þar um vatnslækningar, útskýrði þær og varði. Seinna kom erindið út í pésa, að sumu leyti ekki óáþekkum varnarriti



EXFORGE®

við of háum blóðþrýstingi

- Exforge® tryggir sjúklingum þínum kröftuga blóðþrýstingslækkun um allt að 43 mmHg sbþ með einungis einni töflu
- Exforge® vinnur gegn bjúgsöfnun af völdum amlodipins með útvíkkun á slagæða- og bláæðakerfi líkamans. 75% færri sjúklingar fengu bjúg við notkun á Exforge® miðað við einlyfja-meðferð með amlodipini 10 mg
- Einungis ein tafla auðveldar notkun lyfsins og eykur meðferðarheldni

3 styrkleikar



5 mg/80 mg **5 mg/160 mg** **10 mg/160 mg**

EXFORGE®
amlodipin/valsartan

Sérlyfjatexti á bls. 804

Pontoppidans „Sjette Afdelings Jammersminde". Þar segir Þórður meðal annars: „Það er ómögulegt fyrir mann, sem er sannfærður um að hægt sé að gera gagn, og veit aðferðina til þess, að gera það ekki. Sá væri ekki heiðarlegur læknir, sem gerði það ekki . . . Læknar hafa mjög skiptar skoðanir um meðferð á sjúkdómum; er slíkt ekki nema eðlilegt og venjulega ekki við því að amast, enda verður hver læknir að fara svo með sjúklinga sína, sem þekking hans og samviska segir til um."

Þórður virðist ekki hafa haft neina tröllatrú á lyfjameðferð, reyndar hvorki við geðveiki né líkamlegum sjúkdómum, ef marka má umsögn Agnars sonar hans. Þó er ekki allskostar rétt að segja, að Þórður hafi einvörðungu beitt vatnslækningum og föstukúrum. Hann beitti einnig sállækningum á sinn hátt, í formi viðtalsmeðferðar - ræddi við sjúklingana, fræddi þá, hvatti og uppörvaði.

Farast Agnari svo orð um viðtalsmeðferð föður síns: „Áhugi hans á að veita sjúklingum hjálp var mjög ríkur, og svo eldheit var umhyggja hans fyrir þeim, að þeir höfðu varla frið fyrir læknum þegar hann var hættur störfum á Kleppi og sat fjötraður við stól heima í stofu, fullur andlegs þreks og fjörs, með símann í hendinni að ráðleggja sjúklingum sínum, örva þá og hvetja."

Varla hefur áhuginn verið minni meðan hann naut ennþá allra sinna krafta. Við skulum hafa í huga að árið 190, þegar Þórður var í námsferð í Þýskalandi, mun jafnvel sjálfur Freud ennþá hafa beitt vatns- og rafmagnslækningum við sjúklinga, er þjáðust af Hysteri, eða að minnsta kosti verið nýlega hættur því.

Kennsla

Þórður Sveinsson hefur vafalaust verið tilþrifamikill kennari. Flestum, er um hann rita, ber saman um að hann hafi verið skarpgreindur og fjölhæfur. Fjörugur og gæddur ríkri kímnigáfu. Honum er lýst svo að hann hafi verið góður ræðumaður og hafði skemmtilegar og eftirtektarverðar líkingar á takteinum, er hann skilgreindi mál, sem til umræðu voru.

Ræður hans héldu athygli manna og voru minnisstæðar. Hann var rökfimur og fljótur að finna veilur í meðferð mála og málflutningi. Hreinn í afstöðu og hispurslaus, en þó velviljaður. Hinn skýrasti og skemmtilegasti maður í viðræðum, tilsvörin hnyttin og gáfuleg. Upptendraðist oft af nýjum hugmyndum, sem sumar entust honum lengi.

„En þegar ég kom inn í stofuna til hans, sat hann keikur og eldfjörugur í stól sínum og var að tala við gesti, bar ótt á, og hafði margt í huga í einu, talaði í sömu andránni um afturhald í trúmálum, erkibiskupinn sáluga í Kantaraborg, fjöruskjögur og aðra vanheilsu í íslensku sauðfé." Þannig lýsir Valtýr Stefánsson honum.

Þórður kenndi geðlæknisfræði og réttarlæknisfræði við Læknaskólann og síðar læknadeild Háskóla Íslands frá 1907-1919. Þá varð hann að hætta kennslu í læknadeild vegna heilsubrests. Hann átti sæti í bæjarstjórn Reykjavíkur í 10 ár. Þar átti hann m.a. sæti í rafmagnsnefnd, er lét gera áætlun um virkjun Sogsins, en jafnframt að gera gangskör að því rannsaka nýtingu jarðhita í nánd við Reykjavík til orku- og hitaframleiðslu. Hann var einn af forystumönnum spíritista hér á landi, máttarstólpi Sálarrannsóknafélagsins frá 1918 til dauðadags og þekktur sem slíkur utan landssteinanna. Honum var veitt prófessorsnafnbót árið 1928 og hlaut ýmsar fleiri viðurkenningar.

Starfs- og ævilok

Þórður Sveinsson lét af störfum sem yfirlæknir á geðsjúkrahúsinu að Kleppi 1. janúar 1940. Hann hafði þá starfað þar í rúmlega 31 ár. Síðustu 11 ár hafði Nýi-Kleppsspítalinn, er tók til starfa 1929, starfað á Kleppslóðinni við hliðina á Gamla-Kleppi, en undir stjórn annars yfirlæknis, dr. Helga Tómassonar.

Spítali sá sem tók til starfa á Kleppi árið 1907 var í takt við það þjóðlíf, sem þá var lifað og lifað hafði verið nær óbreytt um aldaraðir á Íslandi. Öld mestu breytinga og framfara í allri Íslandssögunni var þá rétt að hefjast og næstu tveir áratugir áttu eftir að skila breytingum og framförum, sem fæsta hafði þá órað fyrir. Húsakostur sjúkrahússins er tók til starfa árið 1907 og sú meðferð sem þar var beitt var til að byrja með í góðu samræmi við þjóðlífið og tíðarandann.

Hinar hröðu breytingar og framfarir, sem í vændum voru, breyttu því eins og öðru. Þeir voru ólíkir menn, yfirlæknarnir Þórður Sveinsson og Helgi Tómasson, með ólíkan bakgrunn og stíl. Segja mætti að þeir hafi báðir verið börn síns tíma, stórbóndinn Þórður fulltrúi þeirrar aldagömlu bændamenningar, sem fór halloka á þeirri öld sem í vændum var, og vísindamaðurinn dr. Helgi fulltrúi nýrra tíma, er nú héldu innreið sína.

Báðir tóku þeir rúmlega þrítugir við yfirlæknisstarfi. Mikill munur var þó á starfsreynslu þeirra, Þórður hafði að baki 14 1/2 mánuð, en Helgi 65 mánuði og doktorspróf að auki. En þeir voru báðir mannúðlegir og vildu veita sínum sjúklingum þá bestu læknishjálp, er þeir kunnu og treystu.

Þegar Þórður hætti, var hann farinn að líkamlegum kröftum vegna sjúkdóms í hrygg og afleiðinga lærbrots, er hann hafði hlotið nokkrum árum áður. Andlega var hann þó í fullu fjöri þar til hann lést, tæplega 72 ára, hinn 21. nóvember 1946.

Aðalfundur Félags kvenna í læknastétt

Aðalfundur félagsins verður haldinn í lðusölum í Lækjargötu 2A, miðvikudaginn 14. nóv. 2007 og hefst kl. 19.00.

Dagskrá

Kl. 19-20.00	Aðalfundarstörf skv. lögum félagsins, þ.e. skýrsla stjórnar, reikningar félagsins, stjórnarkjör, og önnur mál.
Kl. 20-20.30	Fordrykkur og tækifæri til að spjalla.
Kl. 20.30-22.30	Glæsilegur hátíðarkvöldverður að hætti lðusala. Hörpuskel og kjúklingaréttur, kaffi og konfekt.
Kl. 21.00	Veitt bókaverðlaun félagsins 2007, til Eddu Vésteinsdóttur, cand. med. sem var dúx á læknaprófi 2007.
Kl. 21.10	Heiðursgestir fundarins eru Berglind Ásgeirsdóttir, ráðuneytisstjóri í Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneyti og fyrsta kona í því starfi, og Birna Jónsdóttir, röngtenlæknir, nýkjörinn formaður LÍ og fyrsta konan í því starfi, sem munu báðar ávarpa fundinn.

Félagið býður félagskonum upp á matinn, en þær greiða sjálfar drykki.
Komið sem flestar og eflið tengslin og minnið aðrar á fundinn.
Skráning á fundinn fer fram á Skrifstofu læknafélaganna í síma 5644100 hjá Guðrúnu og lýkur á hádegi þriðjudaginn 13.11.2007.

Minnt er á félagsgjöldin kr. 4000 fyrir 2007 og einnig má greiða sömu upphæð fyrir 2006, þær sem eiga það eftir. Reikningur félagsins er nr. 0137-26-3660, og kt. 700300-3660, eða senda greiðslu til Önnu Geirsdóttur, gjaldkera, Heilsugæslustöðinni í Grafarvogi.

LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

Læknar í starfsnámi

geðsvið

Lausar eru til umsóknar námsstöður lækna á geðsviði frá janúar eða febrúar 2008 í 4-12 mánuði. Starfshlutfall 80-100%. Stöðurnar geta einnig nýst sem hluti af sérnámi í öðrum sérgreinum en geðlæknisfræði. Handleiðsla, fræðsla og vandamálamiðuð hópvinna eru hluti af námi lækna á geðsviði auk þess sem þjálfun í hugrænni atferlismeðferð, reynsla af hópmeðferð og þátttaka í rannsóknum stendur áhugasömum læknum til boða. Stöðurnar geta einnig hentað heimilislæknum sem vilja auka þekkingu sína á greiningu og meðferð geðsjúkdóma.

Umsóknum skulu fylgja upplýsingar um nám, fyrri störf, reynslu af kennslu, vísindavinnu og stjórnunarstörfum. Viðtöl verða höfð við umsækjendur og byggist ákvörðun um ráðningu m.a. á þeim.

Upplýsingar veita Páll Matthíasson, geðlæknir sem hefur umsjón með framhaldsmenntun unglækna á geðsviði, pallmatt@landspitali.is, sími 825 3590 og Engilbert Sigurðsson yfirlæknir, engilbs@landspitali.is.

Umsókn berist fyrir 3. desember 2007 til Páls Matthíassonar geðlæknis, 34A við Hringbraut, pallmatt@landspitali.is.

Hægt er að nálgast umsókn um lækningaleyfi eða læknisstöðu á heimasíðu LSH. Laun eru skv. kjarasamningi fjármálaráðherra og sjúkrahúslækna og er starfið bundið við sjúkrahúsið eingöngu sbr. yfirlýsingu LSH vegna kjarasamnings við sjúkrahúslækna dags. 02.05.2002, sbr. breytingu 5. mars 2006. Tekið er mið af jafnréttisstefnu LSH við ráðningar í störf á Landspítala. Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin.
Landspítali er reyklaus vinnustaður.

Kíkjum heim í frímínútum



Davíð B. Þórisson
dbt@hive.is

Fyrir nokkru var ég að keyra um á svarta Nissan bílnum mínum þegar ég óvænt en til mikillar gleði uppgötvaði að á milli framsætanna er bollahaldari sem hægt er að draga út og geyma kaffibollann í. Eftir þetta hef ég átt auðveldara með að brosa á leið minni í vinnuna enda áhyggjulaus af því að sulla niður ilmandi kaffinu í morgunumferðinni.

Stundum uppgötvum við nýjungar sem gera okkur lífið þægilegara. Enn skemmtilegara er þó að uppgötva nýjungar sem breyta lífi- eða lífsrútínu okkar til hins betra. Persónulega er ég í stöðugri leit að nýjungum sem gera dagsrútínuna fljótvirkari og skilvirkari – að ná að kreista út þessa auka klukkustund úr sólarhringnum sem okkur öll vantar svo sárlega. Læknastéttin er á hlaupum frá frá fyrstu til seinustu mínútu vinnudagsins en er jafnframt í þeirri sérstöðu að inn á milli verkefna myndast dauðir tímar sem nýtast illa eða ekki. Því langar mig til að deila með ykkur uppgötvun sem ég gerði á sínum tíma og hefur margfaldað afköst mín yfir daginn. Það er mín reynsla að nánast enginn kollega minna þekkja til þessa tóls og því get ég ekki ímyndað mér annað en að þessi uppgötvun geti komið mörgum lesendum til góða.

Hvað gerir Remote Desktop fyrir mig?

Um er að ræða Remote Desktop (RD) - smáforrit sem er innbyggt í Windows stýrikerfið og því til staðar á öllum PC tölvum. Það sem RD gerir er að tengja þig við aðra tölvu þannig að það sé eins og þú sért sestur fyrir framan viðkomandi vél. Stór gluggi opnast og öll forrit og gögn sem eru á hinni tölvunni eru nú komin í tengigluggann. Öll gögn og forrit eru nú aðgengileg eins og þú værir staddur fyrir framan viðkomandi tölvu. Möguleikarnir sem opnast með þessu eru gríðarlegir enda getur þú með þessu tengst heimatölvu þinni hvaðan sem er á í heiminum svo lengi sem tölvurnar tvær eru tengdar Internetinu. Sem er ekki óalgengt í dag!

Hvað þýðir þetta fyrir hinn venjulega tölvunotanda? Tökum nokkur praktísk dæmi.

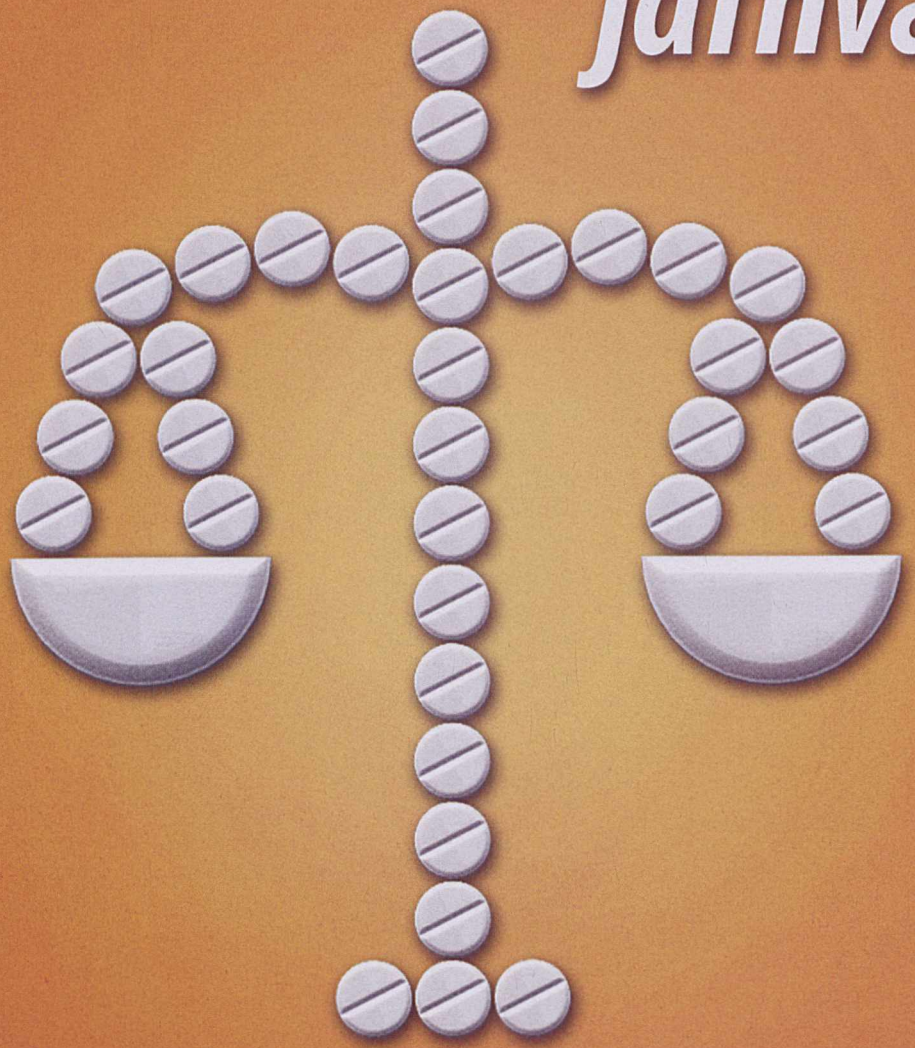
- Outlook-póstforritið þitt er nú opið eins og heima og þú hefur strax aðgang að kontaktlista, skipulagsbók, verkefnalista og tölvupósti. Þú getur auðveldlega sent út póst frá heimanetfanginu þínu án þess að skrá þig inn á flókið vefviðmót fyrst.
- Öll skjöl á tölvunni hinum megin eru nú aðgengileg og sömuleiðis forritin sem lesa þau. Sjálfur safna ég gjarnan tímaritagreinum sem ég tel skipta máli fyrir starf mitt. Ég nota PDF forrit til að strika yfir aðalatriðin með rafrænum, gulum penna og vista svo skjalið aftur þannig að þetta sé geymt. Með RD tengingunni get ég gert þetta án þess að þurfa að færa greinasafnið á milli tölva með USB kubb eða flóknum tölvupóstsendingum. Gögnin eru alltaf geymd á sama stað, á heimatölvunni. Sama á við um öll önnur gögn sem ég hef safnað að mér, hvort sem er Powerpoint fyrirlestrar, Word-skjöl, hljóðskrár, myndir og myndbönd sem ég hef safnað að mér til að hjálpa mér í klínískri vinnu.
- Þar sem ég kemst í öll forrit sem ég hef sett upp á heimatölvunni er ég ekki háður því að þau séu sett upp á vinnutölvunni. Ég nota reglulega flókin myndvinnsluforrit til að klippa til og laga myndir sem ég hef komist yfir. Með RD tengingunni get ég unnið í myndunum hvort sem ég er heima hjá mér eða við vinnutölvuna.
- Oft erum við búin að stilla vafrarann þannig að hann man leyniorð og stillingar á netsíðum sem við erum að skoða. Það getur verið algjörlega óþolandi að komast ekki inn á síður í öðrum tölvum þegar maður man ekki aðgangsorðin. Með RD tengingu getur þú notað vafrarann heima og þetta vandamál er úr sögunni.
- Öðru hvoru þarf ég að rifja upp hjartahljóð sem ég hef tamið mér að hlusta eftir. Hljóðskrárnar eru að sjálfsögðu allar geymdar í heimatölvunni og því er auðvelt að hlusta á þær í gegnum RD tenginguna. Þegar bið er eftir næsta sjúkling get ég jafnvel sett lappir upp á borð og hlustað á sinfoníur Beethovens úr heimatölvunni.

Í raun er hægt að tengjast hvaða nettengdri tölvu sem er. Auk þess að tengjast heim úr vinnutölvunni er einnig hægt að tengjast öðrum tölvum sem eru á sama neti. Þannig getur þú t.d. tengst tölvu sem er annars staðar á vinnustaðnum eða stýrt öðrum tölvum heima hjá þér úr móðurtölvunni. Við ætlum í þessum pistli bara að skoða tengingu heim úr vinnutölvunni – við ætlum að skreppa heim í frímínútunum!

Gangi ykkur vel!

Höfundur er deildarlæknir SBD, í sérnámi í bráðalæknisfræði og vefstjóri
www.lis.is

Í góðu jafnvægi



Glimeryl *Glímepíríð 1, 2 og 3 mg*

– Kemur jafnvægi á blóðsykurinn

Glimeryl töflur innihalda blóðsykurslækkandi lyfið glímepíríð sem ætlað er til meðferðar á insúlínóháðri sykursýki (tegund 2).

actavis

hagur í heilsu

Sérlyfjatexti á bls. 805

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA / ACTAVIS 702041



Ásta Dís Óladóttir dósent á Bifröst.

Meistaranám í stjórnun heilbrigðisþjónustu

– viðtal við Ástu Dís Óladóttur á Bifröst

Hávar Sigurjónsson

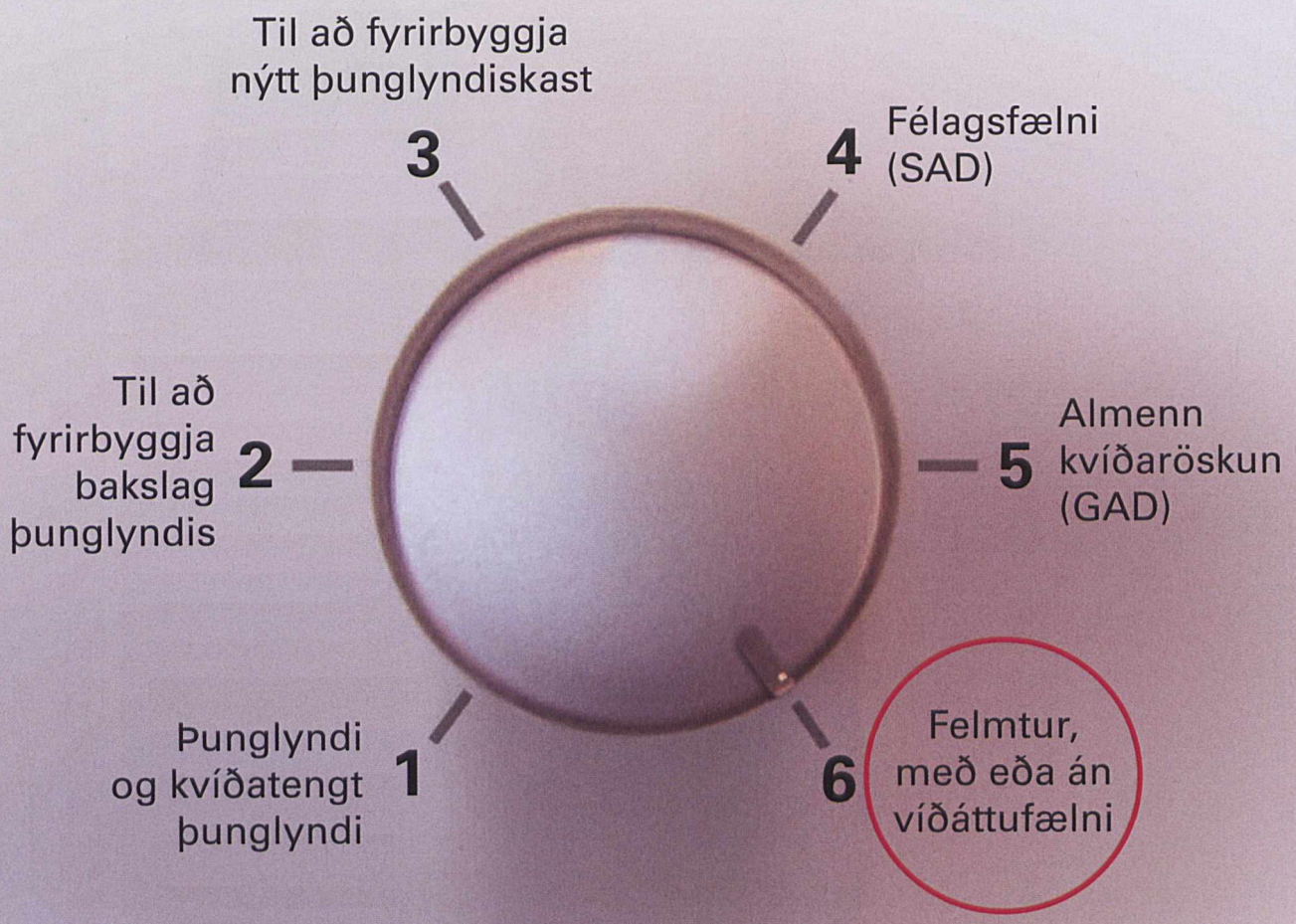
Háskólinn á Bifröst mun frá og með næstu áramótum bjóða upp á nýtt meistaranám í stjórnun heilbrigðisþjónustu. Umsjón með náminu hefur Ásta Dís Óladóttir dósent á Bifröst og framkvæmdastjóri InPro, og segir hún að stjórnendanámið hafi verið verið í undirbúningi í allnokkurn tíma. „Þessi hugmynd sem nú er orðin að veruleika kviknaði fyrir alvöru fyrir tveimur árum síðan. Hún þróaðist svo frekar þegar ég heimsótti Falck Health Care og CityAkuten í Stokkhólmi og hitti þar fólk sem hefur menntað sig í stjórnun heilbrigðisþjónustu," segir Ásta Dís.

„Til þess að skilgreina nánar fyrirkomulag og námsframboð var skipað fagráð valinna einstaklinga sem þekkja vel til heilbrigðisþjónustu bæði á Íslandi og í öðrum löndum. Þau eru Anna Birna Jensdóttir, hjúkrunarforstjóri Sóltúns, Berglind Ásgeirsdóttir, ráðuneytisstjóri í Heilbrigðisráðuneytinu, Birgir Jakobsson, forstjóri Karolinska sjúkrahússins í Stokkhólmi, Gísli Einarsson yfirlæknir og fv. framkvæmdastjóri kennslu, vísinda og fræða á Landspítala, María Ólafsdóttir, heilsugæslulæknir Miðbæ og jafnframt yfirlæknir InPro og Sveinn Guðmundsson, yfirlæknir Blóðbankans."

Námið er byggt upp með 12 námskeiðum, auk lokaverkefnis. „Verkefnið getur bæði verið rannsóknarritgerð um tiltekið efni, sem og viðamikil viðskiptaáætlun um stofnun fyrirtækis á heilbrigðissviði og/eða að veita nýja heilbrigðisþjónustu á tilteknum markaði. Nemendur vinna verkefnið í samráði við leiðbeinanda sinn. Kennarar eru innlendir og erlendir sérfræðingar á sviði heilbrigðismála og viðskipta. Með góðu samstarfi við erlenda háskóla verður tryggt að námið standist fullkomlega alþjóðlegan samanburð."

Aðspurð um þörfina á slíku námi segir Ásta Dís að þjónusta á sviði heilbrigðismála sé ört vaxandi þáttur í nútíma samfélagi sem nái m.a. til hefðbundinna lækninga og umönnunar á sjúkrahúsum og stofnunum. „Margháttuð fyrirbyggjandi starfsemi er hluti af heilbrigðisþjónustu og til þess ætluð að bæta lífsgæði landsmanna. Fyrirséð er að einkarekin þjónustufyrirtæki á þessu sviði munu í vaxandi mæli hasla sér völl hér á landi, en einnig munu þau nýta þekkingu sína og reynslu og bjóða hliðstæða þjónustu í öðrum löndum. Heilbrigðisþjónusta verður hluti af alþjóðlegri þjónustustarfsemi og miðað við þá reynslu sem íslenskir aðilar hafa aflað sér á skyldum sviðum, s.s. á lyfja- og stoðtækjamarkaði, þá

EFEXOR® DEPOT



M060425EF IS

icepharma

Tilvitnun: Sérlyfjaskrá

Wyeth

Sérlyfjatexti á bls. 806

er mikið framundan á þessum vettvangi. Þörf fyrir vel menntað fólk til þess að stjórna þessum fyrirtækjum er því afar brýn."

Skemmtilegt er að rifja upp í þessu samhengi að tveir af fyrrverandi heilbrigðisráðherrum landsins hafa stundað nám við Samvinnuskólann á Bifröst þeir Guðmundur Bjarnason og Jón Kristjánsson og Ásta Dís segir að eflaust hafi fleiri ráðherrar stundað nám í Samvinnuskólanum forðum og það sé aldrei að vita nema einhverjir þeirra sem nú hefja nám munu taka það hlutverk að sér síðar meir.

Tengsl Ástu Dísar við læknisfræði og heilbrigðisþjónustu eiga sér í vissum skilningi rætur á Bifröst en afi hennar Þórður Oddsson var héraðslæknir í Borgarfirði á árunum 1955-65 og fyrsti læknir Bifrastar. „Hann var að mörgu leyti mín fyrirmynd og þegar ég var yngri þá langaði mig alltaf að verða læknir, en svo varð nú ekki. En líklega hefur þetta bara átt að fara svona því ég er nokkuð viss um að ég er á réttri hillu í dag sem dósent á Bifröst og framkvæmdastjóri InPro sem er að endurvekja gömlu Heilsuverndarstöðina á Barónsstíg sem forvarnar og endurhæfingarhús, nú 50 árum eftir vígslu hússins, 1957."

Námið hefur alþjóðlega skírskotun og miðar að sögn Ástu Dísar að því að uppfylla ört vaxandi eftirspurn eftir vel menntuðum stjórnendum með þekkingu á heilbrigðisþjónustu. „Nemendur geta stundað námið með vinnu sinni og lokið því á um einu og hálfu ári. Bifröst hentar einkar vel fyrir þetta nám þar sem boðið er upp á öflugt fjarnám. Þar með getur fólk sem er í mikilli vinnu, hvort sem það er dagvinna eða vaktavinna nálgast fyrirlestrana hvar og hvenær sem þeim hentar. Þetta er ávinningur bæði fyrir nemendur sem stunda námið og eins fyrir atvinnurekendur.

Margir atvinnurekendur taka þátt í að greiða námið fyrir starfsmenn sína til þess að efla þá enn frekar í starfi og þeir líta margir hverjir á það sem kost að nemendur þurfa ekki að taka sér mikið frí frá vinnu til þess að sinna náminu á dagvinnutíma eins og er í flestu öðru meistaranámi sem er í boði hérlendis."

Að sögn Ástu verður stefnt að því að nemendahópurinn verði með fjölbreyttan bakgrunn en það muni skapa aukna víðsýni í náminu og styrkja samskiptanet þeirra í framtíðinni. „Nemendum ættu að bíða góð atvinnutækifæri og jafnframt möguleiki á að koma á fót eigin starfsemi í heilbrigðisþjónustu."

Nánari upplýsingar má finna á heimsíðu Háskólans á Bifröst *www.bifrost.is*

Læknar í starfsnámi

skurðlæknasvið

LANDSPÍTALI
HÁSKÓLASJÚKRAHÚS

Skurðlækningasvið óskar eftir þremur læknum í starfsnámi. Stöðurnar eru 100% og veitast annars vegar frá 1. júní 2008 og hins vegar 1. sept. 2008. Ráðning er til tveggja eða tveggja og hálfs árs skv. samkomulagi. Starfið er einkum hugsað fyrir unglækna sem stefna að framhaldsnámi í skurðlækningum. Starfsvettvangur innan Landspítala verður á almennum-, þvagfæra-, brjósthols-, æða-, lýta-, heila- og taugaskurðlækningadeildum. Auk þess er í boði starfstími á skurðdeild St. Jósefsspítala og 6 mánaða starfstími á svæfinga- og gjörgæslu- og skurðstofusviði Landspítala. Umsækjendur skulu hafa lækningaleyfi.

Umsóknum skulu fylgja upplýsingar um nám, fyrri störf, reynslu af kennslu, vísindavinnu og stjórnunarstörfum. Viðtöl verða tekin við umsækjendur og byggist ákvörðun um ráðningu m.a. á þeim.

Umsóknargögn berist fyrir 1. desember 2007 til Guðjóns Birgissonar, skurðlæknis, gudjonbi@landspitali.is Nánari upplýsingar veitir Jóhann Páll Ingimarsson, deildarlæknir, johannpa@landspitali.is

Hægt er að nálgast umsókn um lækningaleyfi eða læknisstöðu á heimasíðu Landspítala. Laun eru skv. kjarasamningi fjármálaráðherra og sjúkrahúslækna og er starfið bundið við sjúkrahúsið eingöngu sbr. yfirlýsingu Landspítala vegna kjarasamnings við sjúkrahúslækna dags. 02.05.2002, sbr. breytingu 5. mars 2006. Tekið er mið af jafnréttisstefnu spítalans við ráðningar í störf. Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin.

Landspítali er reyklaus vinnustaður.

Læknirinn og skáldið eru eitt

Ari Jóhannesson í viðtali



„Læknir þarf alltaf að vera að skoða sjálfan sig líka, ekki bara sjúklingana, segir Ari Jóhannesson ljóðskáld og læknir.

„Bandarískir skáldlæknirinn William Carlos Williams hefur verið einn mesti áhrifavaldurinn á mig sem ljóðskáld," segir Ari Jóhanneson læknir og sérfræðingur í lyflækningum sem á dögunum hlaut bókmenntaverðlaun Tómasar Guðmundssonar fyrir ljóðabókina Öskudagar.

Þetta er fyrsta ljóðabók Ara og hann segist ekki hafa byrjað að yrkja fyrr en fyrir rúmum fjórum árum; löngunin hafi þó blundað í honum allt frá menntaskólaárum en ekkert hafi orðið úr ljóðagerðinni fyrr. „Það var kannski bara eins gott því ég held að ég hafi ekki verið nógu þroskaður þá og ekki verið nógu mikið mál. Það glæddi áhuga minn á bókmenntum verulega að hafa íslenskukennara í menntaskóla á borð við Jón Guðnason og Véstein Ólason," segir hann. „Þegar ég byrjaði í læknisfræðinni gaf ég hugmyndir um ljóðagerð þó alveg upp á bátinn en lofaði sjálfum mér því að ég myndi kannski taka til við að yrkja einhvern tíma seinna. Það tók nærri 40 ár."

Öskudagar sem bókaútgáfan Uppheimar gefur út er væn ljóðabók, 81 blaðsíða að stærð og ljóðin eru ríflega 50 talsins. Þau skiptast í þrjá kafla, *Sjáöldur og silunga* sem Ari segir að fjalli um „landið og söguna", *Hvítan hamar*, „sem eru læknaljóð", og loks *Þessar stundir* „sem eru ljóð héðan og þaðan, af ferðalögum og um ýmsa staði sem ég hef komið eða ekki komið á," segir Ari.

Ég má ekki gleyma þeim
augnablikunum
sem ljóma í tímanum
eins og fjarlægar stjörnur.

Þannig hefst fyrsta ljóðið í bókinni og valið er eflaust ekki tilviljun því ljóð Ara eru mörg hver byggð á augnabliksminningu, tilfinningu sem hann laðar fram, veltir fyrir sér og dregur upp mynd af. Ljóðin eru óbundin af stuðlum, höfuðstöfum og rími að mestu leyti þó eins og Ari bendir á þá detta inn stuðlar á stöku stað, „meira þó fyrir tilviljun en að ég hafi verið að eltast við það."

„Það var búið að freista mín nokkuð lengi að yrkja ljóð út frá mínu starfi en þegar ég settist niður árið 2003 þá ákvað ég að byrja ekki á því, heldur fást við hefðbundnari yrkisefni eins og landið og söguna meðan ég væri að ná tökum á ljóðinu sem slíku. Það leitaði þó stöðugt á mig að yrkja út frá starfinu og ég veit ekki til þess að íslenskir skáldlæknar hafi gert það svo neinu nemi þótt dæmi séu um slíkt erlendis frá. William Carlos Williams er líklega þekktasta dæmið en hann starfaði alla tíð sem læknir en er núna talinn eitt fremsta ljóðskáld Bandaríkjanna á síðustu öld. Ég er reyndar alls ekki að líkja mér við hann á nokkurn hátt og hann er ekki endilega mitt uppáhaldsskáld en sannfæring hans um að rithöfundurinn og læknirinn væru eitt og hið sama og að þar yrði alls ekki skilið á milli, heillaði mig mjög. Þetta hafði ég í huga þegar ég byrjaði að semja ljóð útfrá mínu starfi."

Ari segist hafa talið það verða næsta auðvelt að yrkja um læknisstarfið en það hafi reynst alveg öfugt. „Ég hélt að það yrði auðveldara fyrir mig að fást við það en önnur yrkisefni en því var

Hávar Sigurjónsson

alls ekki að heilsa. Það var kannski af því að ég var harður á því að gefa sjálfum mér ekki neinn listrænan afslátt af þeim ljóðum, því þó ég þættist vita að yrkisefnið væri nýstárlegt þá yrðu ljóðin að standa og falla með listrænu gildi sínu."

Svo fagurskapað brjóst
fyrrum strokið af
blíðum fingrum elskhuga

líkt og gola léki við
kirkjuhvolfþak
á sumarkvöldi

nú fer smásjáin þolinmóðu auga
um skreytta hvelfinguna
finnur að lokum:

stjörnumerki
sem skríður út á hlið
og hvessir gular klær.

Í læknisljóðunum birtist maðurinn á bakvið lækninn „Læknir þarf alltaf að vera að skoða sjálfan sig líka, ekki bara sjúklingana. Maður þarf sífellt að spyrja sig: Er ég of langt í burtu? Er ég orðinn of kaldhæðinn og ég yrki um það."

Líkt og himinn sveipast skýjum
klæðist ég viðmóti

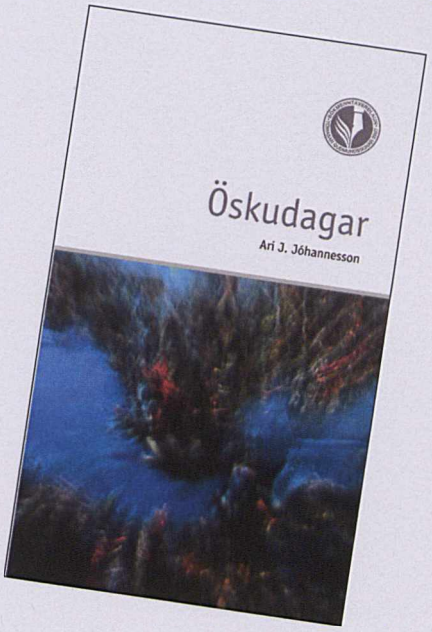
sloppurinn er skjannahvítur
og hrukkulaus

„Mér fannst mikilvægt að ljóðin væru einlæg og persónuleg en samt frekar beinskeytt. Það hefði verið auðvelt að missa þau útí mikla dramatík og sterkt myndmál sem mér fannst þó ekki myndi passa. Það varð að vera einhver jarðstrengur sem tengdi lesandann við ljóðið annars yrði það ekki trúverðugt. Allar þessar pælingar gerðu að verkum að ég var mjög lengi að yrkja hvert ljóð og hef satt að segja umort hvert eitt og einasta þeirra mörgum sinnum. Lokaútgáfan á því oft lítið sammerkt með frumdrögunum. Ég á einnig erfitt með ákveða hvenær ljóð er tilbúið en hef þó látið við sitja ef ég hef getað lesið það nokkrum sinnum yfir með töluverðu millibili án þess að breyta því."

Ljóð um náttúruna og söguna skipa nokkurn sess enda viðurkennir Ari að hann sé náttúrubarn og margir vita eflaust að hann er hestamaður og hefur ferðast víða um landið. Upplifun hans af íslenskri náttúru er sterk og eflaust eru margir sem finna ilm úr lyngi við lestur ferðaljóða á borð við þetta.

Nýskornir slóðar og vöðin
í nafnlausum dölum að baki
með vígðar áningarlautir
ennþá volgar af söng

framundan snjóhvítt og næst mér
af nákvæmni klofið er faxið
í þráðbeina línu, hún bendir
á skínandi stíg heim að kirkju



Hefur Ari notið þess að yrkja eða hefur hann kvalist við þessa sköpun.

„Það er hvorttveggja. Ég er óskaplega ánægður með að ég skyldi loks byrja að yrkja og þetta skyldi ganga svona vel þegar litið er á útkomuna, bókina og viðurkenninguna fyrir hana. Því er hinsvegar ekki að leyna að ég hef haft talsvert mikið fyrir þessu og var kominn með verulegan leiða á mörgum kvæðanna áður en yfir lauk og ég gat satt að segja ekki litið á þau aftur mörg hver fyrr en núna eftir að bókin kom út."

En var það markmið að senda handrit inn í samkeppnina um verðlaun Tómasar Guðmundssonar?

„Nei, ég vissi ekkert af keppninni fyrr en í apríl á þessu ári. Þá var ég búinn að yrkja obbann af kvæðunum en ákvað að gefa aðeins í og ljúka handritinu og senda það inn. Eftir að ég fékk verðlaunin tók ég tvö eða þrjú kvæði út og bætti öðrum í staðinn svo í allt eru þetta fimmtíu ljóð."

Hann játar að vissulega hafi verið ánægjulegt að fá verðlaunin og þau séu sannarlega hvatning en hvort erfitt verði að fylgja þessari upphefð eftir muni bara koma í ljós. „Þá getur líka vel verið að ég spreyti mig á öðru formi til að forðast samanburð við sjálfan mig," segir hann brosandi að lokum.

Við

Við settumst að í störfunum

árin hlóðu veggi
kringum líf okkar
þykka af endurtekningum

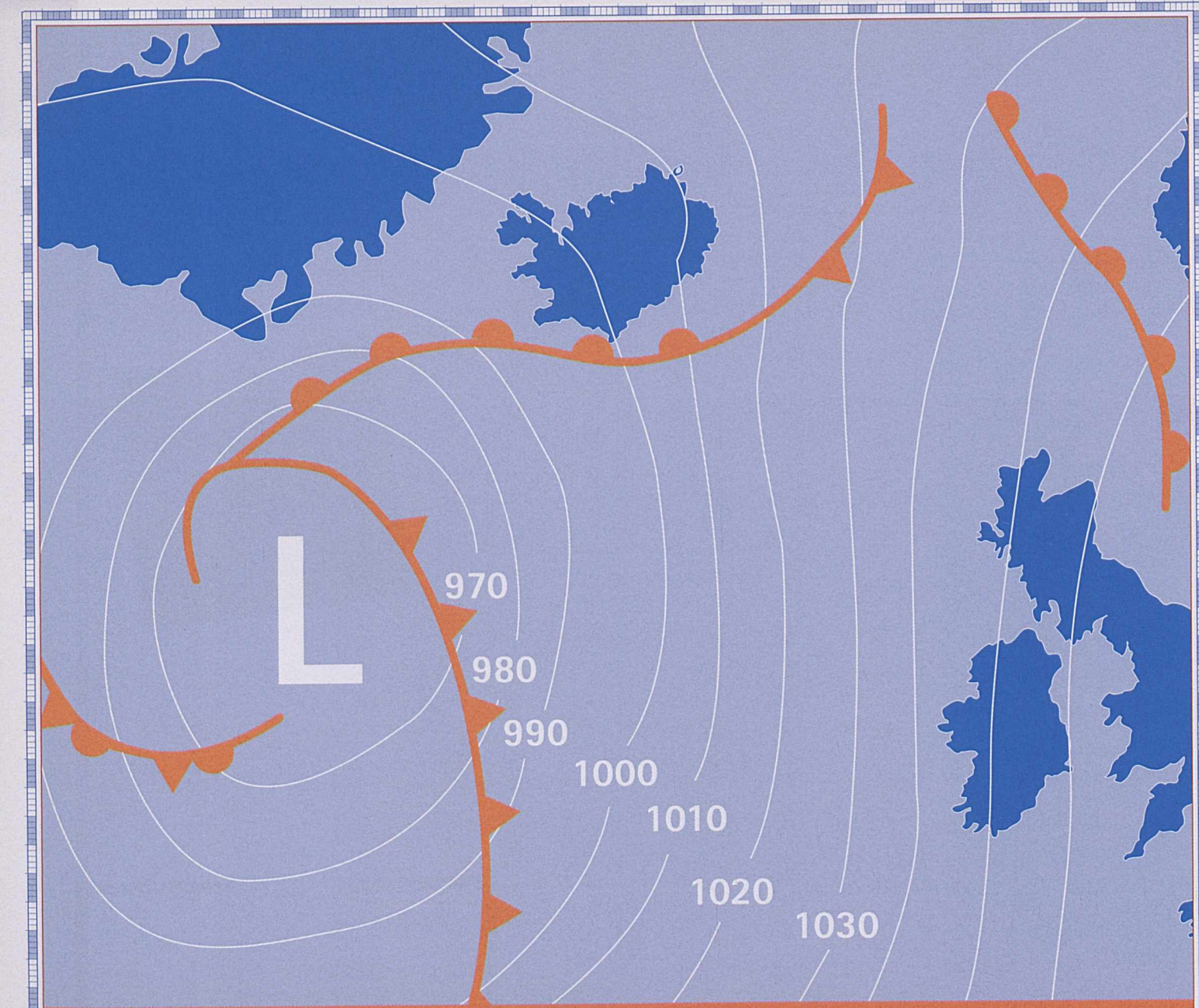
við hlustuðum þreifuðum
sóttum sjúkdómsgreiningar
í sólhvítt hof Asklepiosar
ávísuðum betri heilsu og tókum
í þúsund þakklátar hendur

en skynjuðum ekki það sama og þeir
gengum ekki slóð þeirra eftir dalnum
heyrðum aldrei krunkið í hrafninum

fundum ekki súginn

fyrr en dag nokkurn er
(okkur til opinmynntrar undrunar)
við veiktumst sjálfir

þá fundum við og heyrðum allt!



Lamictal® bægir frá lægðum og gefur sjúklingum með geðhvörf góðar horfur

Öflug forvarnarmeðferð við þunglyndi er ekki síður mikilvægur þáttur við meðhöndlun geðhvarfa en meðferð gegn örlyndi (mania)[1]. Sýnt hefur verið fram á að Lamictal hefur slík áhrif.

Í stærstu rannsókn sem um getur á sviði geðhvarfasjúkdóma kemur í ljós að Lamictal seinkar komu þunglyndis hjá sjúklingum með geðhvörf og oft á tíðum í ár eða lengur.[2,3]

Lamictal þolist vel, ekki er ástæða til að mæla blóðþéttni lyfsins og aukaverkanamynstur lyfsins er vel þekkt eftir áralanga notkun þess við flogaveiki.

Lamictal meðferð veldur ekki örlyndi hjá sjúklingum með geðhvörf.

Lamictal er nýtt vopn í baráttunni við geðhvörf

Lamictal™
Lamotrigine gegn geðhvörfum

Lamictal lausnartöflur.Lamotriginum INN 5 mg, 25 mg, 50 mg, 100 mg, 200 mg **Geðhvarfasjúkdómur (Bipolar Disorder) (Fullorðnir 18 ára og eldri)** Lamictal er ætlað til að fyrirbyggja geðbrigði hjá sjúklingum með geðhvarfasjúkdóm, einkum með því að fyrirbyggja geðlægðir. **Meðferð samhliða lyfjum sem hafa engar klínískar milliverkanir á lyfjahvörf lamótrigíns, t.d. litíum, EDA meðferð með lamótrigíni einu sér.** Upphafsskammtur lamótrigíns hjá sjúklingum sem eru á meðferð með lyfjum sem hafa engar þekktar/fræðilegar milliverkanir á lyfjahvörf lamótrigíns eða eru á meðferð með lamótrigíni einu sér, er 25 mg einu sinni á dag í tvær vikur, en síðan 50 mg einu sinni á dag í tvær vikur. Auka skal skammtinn í 100 mg/dag einu sinni á dag í 5. viku. Venjulegur áætlaður skammtur sem gefur fullnægjandi svörun er 200 mg/dag. **Meðferð samhliða ensímhemlum t.d. valpróati.** Hjá sjúklingum sem eru á samhliða meðferð með ensímhemlum svo sem valpróati, er upphafsskammtur lamótrigíns 25 mg annan hvern dag í tvær vikur, en síðan 25 mg einu sinni á dag í tvær vikur. Auka skal skammtinn í 50 mg einu sinni á dag í 5. viku. Venjulegur áætlaður skammtur sem gefur fullnægjandi svörun er 100 mg/dag. Auka má skammtinn í hámarksdagskammt 200 mg á dag. **Meðferð samhliða lyfjum sem innleiða ensím t.d. karbamasepíni og fenóbarbítóni hjá sjúklingum sem EKKI eru á valpróat meðferð.** Hjá sjúklingum sem eru á meðferð með lyfjum sem innleiða ensím svo sem karbamasepíni eða fenóbarbítóni og EKKI eru á valpróat meðferð, er upphafsskammtur lamótrigíns 50 mg einu sinni á dag í tvær vikur, en síðan 100 mg/dag gefin í tveimur skömmtum, í tvær vikur. Auka skal skammtinn í 200 mg/dag gefin í tveimur skömmtum í 5. viku. Auka má skammtinn í 6. viku í 300 mg/dag gefin í tveimur skömmtum, en venjulegur áætlaður skammtur sem gefur fullnægjandi svörun er 400 mg/dag gefinn í tveimur skömmtum, en hann má gefa frá 7. viku.**Börn (yngri en 18 ára):** Öryggi og verkun lamótrigíns við geðhvarfasjúkdómi hafa ekki verið metin hjá þessum aldurshópi. Því er ekki hægt að veita ráðleggingar um skammta. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun.** Skráðar hafa verið aukaverkanir á húð, sem yfirleitt hafa átt sér stað innan 8 vikna eftir að lamótrigín (Lamictal) meðferð er hafin. Í flestum tilvikum er um væg útbrot að ræða sem ganga yfir, en alvarleg útbrot sem hafa verið ástæða til sjúkrahúsinnlagnar og stöðvunar lamótrigín meðferðar, hafa einnig átt sér stað. Þetta hafa m.a. verið lífshættuleg útbrot s.s. Stevens Johnson heilkenni og toksísk epidermal nekrólýsa. Mögguleg sjálfsvigstilhneiging liggur í eðli geðhvarfasjúkdóms, því skal veita sjúklingum eftirlit samhliða lyfjameðferð. **Milliverkanir** Ekkert bendir til þess að lamótrigín valdi klínískt marktækri innleiðslu eða hömlun á lifrarensímum sem hvetja oxun lyfja. **Aukaverkanir Mjög algengar:** húðútbrot, pirringur, höfuðverkur, tvísýni, þokusýn. **Algengar:** syfja, svefnleysi, svimi, skjálfti, ógleði, þreyta, uppnám, svefnhöfgi, liðverkir, verkir, bakverkir. **Sjaldgæfar:** Árásargirni. Samhæfingarleysi. **Mjög sjaldgæfar:** Stevens Johnson heilkenni. Slímhimnubólga. **Örsjaldan koma fyrir:** Toksísk epidermal nekrólýsa. Breytingar á blóðmynd, m.a. neutrófilafæð, hvítkornafæð, blóðleysi, blóðflögufæð, blóðkornafæð, aplastískt blóðleysi og kyrningafæð, Ofnæmisheilkenni, Uppnám, óstöðugleiki, truflanir á hreyfingum, versnun Parkinsons sjúkdóms, extrapýramidal áhrif, fettu- og brettuástand (choreoathetosis), aukin tíðni floga. Hækkuð gildi á lifrarprófum, skert lifrarstarfsemi, lifrarbilun, Lupus-lík einkenni. Sjá nánari uppl. í sérlyfjaskrártexta. **Afgreiðslutilhögun:** Lyfseðilsskylt, R E **Pakkningar og verð des 2003:** 5 mg: 28 stk.(þynnupakkað) 1686 kr., 25 mg: 56 stk. (þynnupakkað) 3968 kr., 50 mg: 56 stk..(þynnupakkað) 6117 kr., 100 mg: 56 stk.(þynnupakkað) 6437 kr., 200 mg: 56 stk.(þynnupakkað) 10761 kr. **Handhafi markaðsleyfis:** GlaxoSmithKline ehf., Þverholt 14, 105 Reykjavík Jan 2004

gsk GlaxoSmithKline

Heimildir: 1. Bipolar depression and rapid cycling: The latest pharmacologic strategies. Brown University Child and Adolescent Psychopharmacology Update 2002;13:1,10-12. **2.** Calabrese JR: Bowden, CL; Sachs, G; Yatham, LN; Behnke, K; Mehtonen, OP; Montgomery, P; Ascher, J; Paska, W; Earl, N; DeVeaugh-Geiss, J. Journal of Clinical Psychiatry, April 2003, submitted. **3.** Bowden CL, Calabrese JR, Sachs G, et al. A randomized, placebo-controlled 18-month trial of lamotrigine and lithium maintenance treatment in recently manic or hypomanic patients with bipolar I disorder. Archives of General Psychiatry. 2003;60:392-402.

Egils Snorrasonar fyrirlesturinn 2007

„Skin Manifestations Depicted by the Greek Moulages“

Fyrirlesari: Anne-Marie Worm, MD, DMSci, AD
Húð- og kynsjúkdómalæknir, Danmörku

Fyrirlesturinn verður haldinn í Hringssal Barnaspítala Landspítala
laugardaginn 17. nóvember kl.11.00
og er öllum opinn. Fyrirlesturinn er fluttur á ensku.

The first dermatological wax moulages were made in the beginning of the 19th century at the time when dermatology and venereology were recognized as specific medical disciplines, but the vast majority were produced from 1870 to 1950. Moulages are unique three-dimensional coloured images of the diseased skin and therefore excellent for teaching purposes.

The 'A Sygros Hospital' in Athens was founded as a specialised hospital for skin and venereal diseases in 1910. Professor G. Photinos, the first hospital director, managed to build up a museum with wax moulages after having captured the technique in Paris, London and especially in Berlin. In contrast to many other collections almost all moulages at the museum in Athens have been produced on location. The museum contains about 1.600 pieces many of which are relatively well preserved others are faded and broken. The first moulages are most likely prepared by the founder himself, but otherwise the majority of the moulages are produced and signed by the hospital mouleur K.M. Mitropoulos between 1911 and 1954.

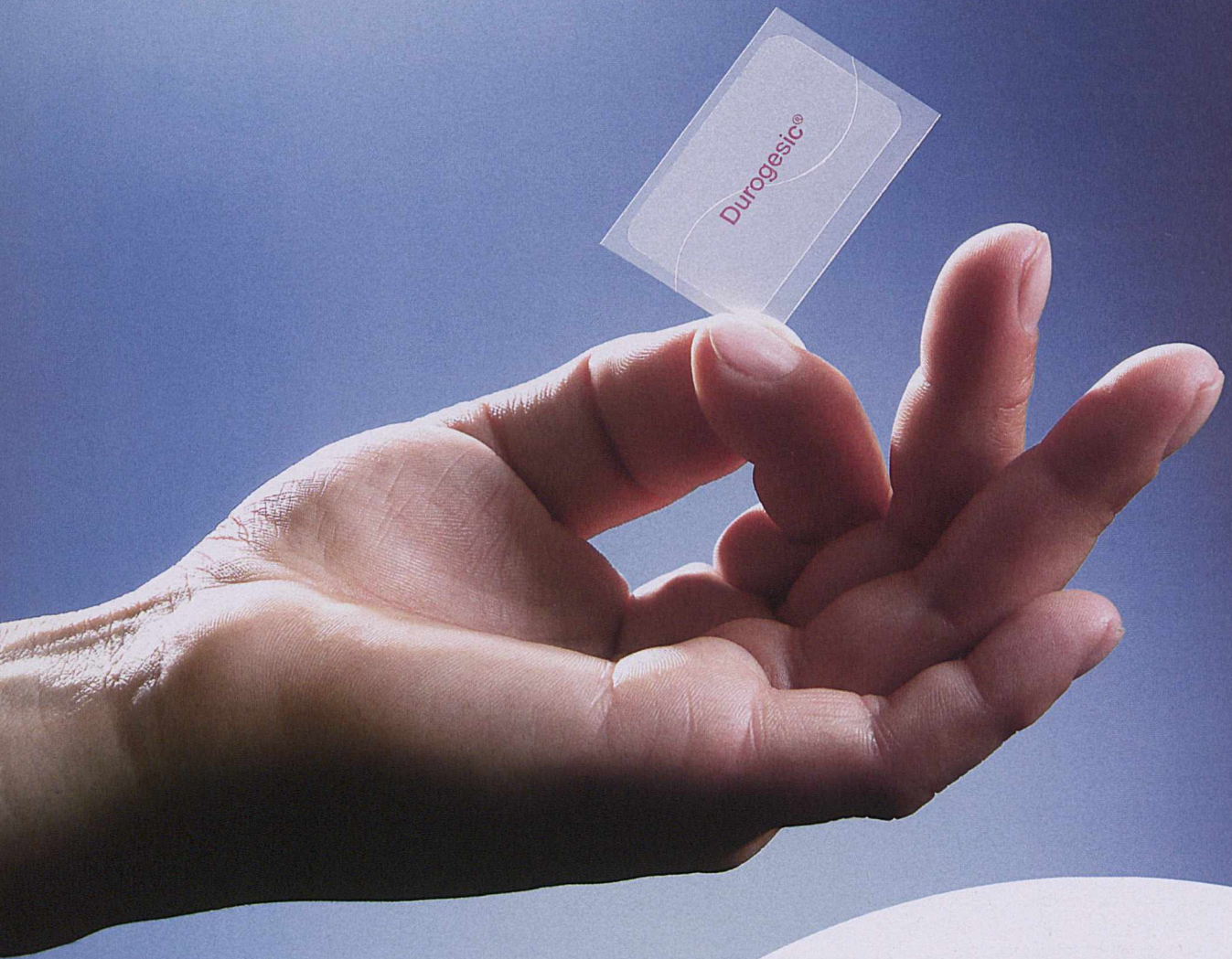
Some of the Greek moulages were presented in 1912 at the VII International Dermatological Conference in Rome and in 1987 at the XVII World Conference of Dermatology in Berlin but otherwise this huge collection has not been described in details previously and has only rarely been mentioned in the literature about moulages collections in Europe.

Anne-Marie Worms er sérfræðingur í húð- og kynsjúkdómum, doktor í læknavísindum (Doctor of Medical Science) og með gráðu í læknisfræðilegri mannfræði. Hún hefur stundað rannsóknir á grískum vaxstyttum (Moulages) í Aþenu frá 2003-2007.

Að fundi loknum eru kaffiveitingar í boði Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar.

Heimasíða Félags áhugamanna um sögu læknisfræðinnar: www.icemed.is/saga/

Durogesic® verkjaplástur fæst einnig í 12µg/klst.



Durogesic®

fentanýl forðaplástur

D-TRANS Matrix tækni

Sérlyfjatexti á bls. 802

JANSSEN-CILAG

Verkjastilling í 3 sólarhringa

Ábending: Langvinnir og miklir verkir sem verkjalyf af flokki ópíóíða verka á, t.d. verkir í tengslum við krabbamein.

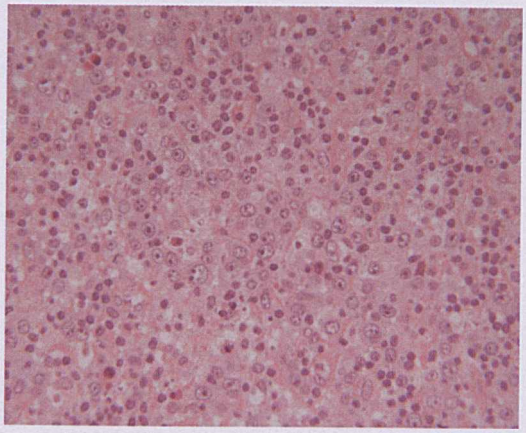
Svar við sjúkratilfelli mánaðarins

Hér er um að ræða vökvasöfnun í skinuholi (cavitas peritonealis), nánar tiltekið á rjómakenndum vessa (chyle) sem nefndur hefur verið iðrakirni á íslensku. Kallast því ástandið skinuholsiðrakirni (chylous ascites). Til að greiningin eigi við þarf vessinn að innihalda hátt hlutfall fitu og er gjarnan miðað við að magn þríglýseríða sé >200 mg/dl (1). Algengasta orsök vökvasöfnunar í skinuholi á Vesturlöndum er skorpulifur og krabbamein í kviðar- eða grindarholi (til dæmis í maga og eggjastokkum) en skinuholsiðrakirni er aðeins til staðar í um 0,5-1% slíkra tilfella. Því er um sjaldséð fyrirbæri að ræða.

Ástandið stafar af truflun á vessaæðakerfinu, oftast vegna flæðishindrunar en einnig vegna áverka eða meðfædds galla (1, 2). Flæði vessa frá görnum til kirnishítar (cisterna chyli) eða um brjóstrás (ductus thoracicus) truflast og vökvi safnast fyrir í skinu- og/eða fleiðruholi (chylothorax). Einnig getur hækkaður þrýstingur í portæð og lifrarbláæðum, svo sem vegna skorpulifrar eða hægri hjartabilunar, ýtt undir lekann úr vessaæðum og aukið uppsöfnun vökva (1).

Í þessu tilfelli var orsök vökvans eitilfrumukrabbamein í eitlum aftanskinurýmis (spatium retroperitoneale) og miðmætis og fékkst greiningin með vefjasýni úr fyrirferðinni í vinstri nára (mynd 1). Eitilfrumukrabbamein eru á meðal algengustu orsaka iðrakirnis en á Vesturlöndum stafa tveir þriðju hlutar tilfella annaðhvort af illkynja vexti í kviðarholi eða skorpulifur. Í þróunarlöndum eru helstu orsakir hins vegar smitsjúkdómar svo sem berklar og þráðormasýki (filariasis). Meðal annarra orsaka má nefna meðfædda vessaæðavíkkun (congenital lymphangiectasia) og beina áverka á vessaæðar, til dæmis eftir slys (ekki síst hjá börnum), geislameðferð eða kviðarholsaðgerðir (1, 3).

Helsta einkenni er vaxandi en oftast verkjalaus þensla á kvið. Einnig getur sést mæði (vegna skertrar þindarhreyfingar), þyngdartap, ógleði/lystarleysi, niðurgangur, bjúgur, hiti og nætursviti auk dreifðra kviðverkja. Við skoðun er oftast hægt að banka út vökvann með sjúklinginn í mismunandi stöðu (skiptideyfa). Eitlastækkanir, til dæmis í nára og á hálsi, þreifast oft og eru þá merki um undirliggjandi sjúkdóm. Þá má gjarnan finna teikn um lifrarbilun eða portæðarháþrýsting ef orsökin er skorpulifur. Skinuholsiðrakirnisvökvi er yfirleitt greindt með ástungu og í kjölfarið fylgja myndgreiningarrannsóknir og önnur uppvinnsla til ákvörðunar á orsökum (1, 4).



Mynd 3: *Smásjármynd af æxlinu í vinstri nára. Um er að ræða eitilsarkmein af stórfrumugerð og B-frumutoga (diffuse large B-cell lymphoma skv. flokkunarkerfi WHO). Ráðandi fruma er „centroblast" (large noncleaved cell). (Hematoxylin-eosin litun, 400x stækkun).*

Meðferð snýr fyrst og fremst að undirliggjandi sjúkdómi sem ákvarðar horfur sjúklings. Sé lækning möguleg gengur vökvamyndunin í flestum tilfellum til baka. Að öðrum kosti má reyna að minnka myndun iðrakirnis með prótínríku mataræði og fæði sem snautt er af fitum öðrum en meðallöngum (medium-chain) þríglýseríðum. Dugi þetta ekki til getur þurft að hafa sjúkling fastandi með næringu í æð og/eða gera endurteknar ástungur til að létta á vökvanum. Í völdum tilvikum gagnast skurðaðgerðir en einnig virðist gjöf somatostatins geta minnkað uppsöfnun vessa (1, 5).

Umræddur sjúklingur reyndist vera með eitilfrumukrabbamein af stórfrumugerð og B-frumutoga (mynd 3). Hann var meðhöndlaður með krabbameinslyfjum og geislum. Jafnframt var vökvinn tæmdur til að minnka þenslu á kviðnum. Hann svaraði meðferðinni vel, fyrirferðin í nára hvarf og vökvasöfnun í skinuholi lét smám saman undan.

Heimildir:

1. Cárdenas A, Chopra S. Chylous ascites. Am J Gastroenterol 2002; 97: 1896-900.
2. Press OW, Press NO, Kaufman SD. Evaluation and management of chylous ascites. Ann Intern Med 1982; 96: 358-64.
3. Cárdenas A, Gelrud A, Chopra S. Chylous, bloody and pancreatic ascites. Uptodate.com 2007.
4. Raghuraman VU. Chylous Ascites. Emedicine.com 2007.
5. Almakdisi T, Massoud S, Makdisi G. Lymphomas and Chylous Ascites: Review of the Literature. Oncologist 2005; 10: 632-5.

Heimasíður og netföng

Læknafélag Íslands: **www.lis.is**

Formaður LÍ: **birna@lis.is**

Framkvæmdastjóri LÍ: **gunnar@lis.is**

Formaður LR: **sigurdbo@landspitali.is**

Formaður FÍH: **elinborgb@simnet.is**

Félag ungra lækna: **unglaeknar.is**

Félag íslenskra barnalækna:

www.barnalaeknar.is

Íslenska bæklunarlæknafélagið:

www.iceort.org

Félag kvenna í læknastétt á Íslandi:

www.fkli.is

FÍLÍN: **www.vefur.is/filin**

FÍLUS: **http://filus.icemed.is**

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið:

www.stjr.is/htr

Landlæknisembættið: **www.landlaeknir.is**

Tryggingastofnun Íslands: **www.tr.is**

Lyfjastofnun: **www.lyfjastofnun.is**

Krabbameinsfélag Íslands:

www.krabb.is

Landspítali: **www.landspitali.is**

Ráðstefnur á netinu: **www.docguide.com**

Norska læknafélagið:

www.legeforeningen.no

Danska læknablaðið: **www.ugeskriftet.dk**

Norska læknablaðið: **www.tidsskriftet.no**

Sænska læknablaðið: **www.lakartidningen.se**

World Organization of Family Doctors:

www.GlobalFamilyDoctor.com

Einingaverð og fleira

Heilsugæslueining	**frá 1. maí 2007**	113,60
Eining fyrir sjálfstætt starfandi heimilislækna	**frá 1. janúar 2007**	80,47
Sérfræðieining fyrir klíníska greinar sem sömdu 2004	**frá 1. júlí 2007**	240 + 4 kr. fyrir rafræn skil

Heimilislæknasamningur		
A liður 1	frá 1. janúar 2007	330.206
A liður 2	frá 1. janúar 2007	288.768
B liður	frá 1. janúar 2007	484.937
D liður 1-6	frá 1. janúar 2007	306
D liður 7-8	frá 1. janúar 2007	612

Skólaskoðun í framhaldsskólum	
Miðað við fyrri forsendur	222

Kílómetragjald frá 1. október 2007	
Almennt gjald	71,50
Sérstakt gjald (utan malbiks + 15%)	82

Dagpeningar frá 1. október 2007	
Innanlands	
Gisting og fæði í einn sólarhring	15.300
Gisting í einn sólarhring	9.300
Fæði í heilan dag, minnst 10 klst.	6.000
Fæði í hálfan dag, minnst 6 klst.	3.000

Dagpeningar frá 1. júní 2007
Erlendis

	Gisting	Annað	Alls (SDR)
Moskva, New York borg, Tókýó, Washington DC	189	126	315
Aþena, Dublin, Istanbúl, Japan (nema Tókýó), London, Lúxemborg, Mexíkóborg, Seúl, Singapúr	161	107	268
Amsterdam, Bandaríkin (nema New York borg og Washington DC), Barsilóna, Brussel, Genf, Hong Kong, Kanada, Kaupmannahöfn, Madrid, Osló, París, Róm, Stokkhólmur;	142	95	237
Annars staðar	126	84	210

Skráning klínískra upplýsinga



Jóhann Heiðar Jóhannsson
johannhj@landspitali.is

Sjúkraskrár

Runólfur Pálsson, yfirlæknir nýrnalækninga á Landspítala, vinnur nú að leiðbeiningum um skráningu klínískra upplýsinga, það er leiðbeiningum um hvernig rita skal sjúkraskrár. Hann sendi undirrituðum nýlega lítið verkefni, sem verður efni þessa pistils, ásamt nokkrum af þeim útúrkrókum sem undirritaður tók við vinnslu þess.

Fyrsti krókurinn var tekinn þegar samsetta, íslenska heitið **sjúkraskrá** bar fyrir í texta og tók óvænt að angra undirritaðan. Það hefur þó verið í almennri notkun um áratugaskeið og ekki valdið undirrituðum hugarangri svo hann reki minni til (sjá til dæmis 137. pistil, *Læknablaðið* 2001; 87: 843). Heitið má finna í Íðorðasafni lækna sem þýðingu á ensku heitunum **clinical record** og **medical record**. Það er hins vegar ekki finnanlegt í Íslenskum læknisfræðiheitum Guðmundar Hannessonar frá 1954 og kemur ekki fyrir í ritmálsskrá Orðabókar Háskólans fyrr en á 20. öld. Fyrri hlutinn, **sjúkra-**, er eignarfall fleirtölu af lýsingarorðinu **sjúkur**, sem í Íslenskri orðabók Eddu er sagt merkja *veikur, vanheill, hugsjúkur*. Í sömu orðabók má finna 35 önnur samsett nafnorð sem hafa **sjúkra-** sem fyrri hluta, þar á meðal **sjúkrabíll** (til að flytja sjúka menn), **sjúkrafæði** (fæði fyrir sjúklinga), **sjúkrahús** (hús fyrir sjúka), **sjúkraleikfimi** (leikfimi fyrir sjúka menn), **sjúkrastofa** (stofa fyrir rúmliggjandi sjúklinga) og **sjúkraþjálfun** (þjálfun fyrir sjúklinga). Orðið **sjúkraskrá** er reyndar ekki þar á meðal. Öll hin orðin vísa til margra, eiga við um marga sjúklinga. Þess vegna angraði það undirritaðan að heitið **sjúkraskrá** sé nú notað um skrá eða skýrslu sem aðeins á við um einn sjúkling.

Journal

Um erlenda nafnorðið **journal** var rætt í 137. pistli og hvatt til þess að íslenska slanguryrðinu **sjúrnall** yrði kastað út í hafsauga. Sett var fram sú tilgáta að uphaflega hafi erlenda heitið **journal** verið notað um dagbók sem færð var um sjúklinga á stofnun eða hjá lækni, en að síðan hafi merkingin færst yfir á allar upplýsingar um einstaka sjúklinga. Alfræðiorðabók Websters telur orðið komið inn í ensku úr latínu (diurnus = daglegur). Aðrir rekja upprunann til frönsku (journal = dagbók, dagleg skrá, dagblað). Enska orðið getur því vel átt við sem heiti á **daglegri skrá**, eða **daglegri skráningu**. Íslenska heitið **dagáll** svarar vel til þess.

Sjúkrasaga

Með sömu rökum og að framan má agnúast út í heitið **sjúkrasaga** sem þýðingu á enska heitinu **medical history**. Nær væri að nefna þetta **veikinda-**, **sjúkdóms-** eða **sjúkdómasögu**. Heitinu er ætlað að vísa til upplýsinga um sögu núverandi og fyrri veikinda hjá einum einstaklingi.

Til að taka af allan vafa skal því lýst yfir að hér er ekki verið að hefja baráttu gegn þessum annars ágætu orðum, **sjúkraskrá** og **sjúkrasaga**. Þau virðast mönnum vel töm og orðin föst í málinu. Læknamálið þarf hins vegar að vera í stöðugri þróun og endurskoðun. Einstök orð og heiti mega því ekki verða að heilögum kúm sem ekki má gagnrýna eða hrófla við.

Kerfalýsing

Upphaflega verkefnið frá Runólfi snerist aðeins um að fá gott íslenskt heiti á það sem hingað til hefur oft verið nefnt **kerfalýsing**. Um er að ræða skipulega (kerfisbundna) yfirferð á því hvort til staðar eru (eða hafa verið) tiltekin einkenni. Spurt er um einkennin í viðtali við sjúkling samkvæmt fyrirfram ákveðnum lista (sem getur verið á pappír eða í minni spyrjanda) þar sem einkennin eru flokkuð saman eftir þeim líffærakerfum sem þau vísa til. Á ensku er athöfnin gjarnan nefnd **review of systems** og verður niðurstaðan (skrá, upptalning eða útfylltur listi), með sama heiti, hluti af sjúkraskrá. Spurningin er: Hvað skal nefna þennan hluta af veikindaskrá sjúklings? Það er ef til vill óþarfa smámunasemi, en undirritaður vildi gjarnan gera greinarmun á athöfninni (yfirheyrslu um einkenni) og niðurstöðunni (upptalningu þeirra einkenna sem í ljós komu), en algengt er að þessu tvennu sé blandað saman.

Benda má á að enska nafnorðið **review** táknar *endurskoðun, yfirferð, upprifjun, yfirlit, umsögn, liðskönnun*. Undirritaður væri vel sáttur við fyrirsögnina: **Yfirlit um einkenni frá líffærakerfum** eða einfaldlega **yfirlit líffærakerfa**. Runólfur kom sjálfur með heitið **kerfakönnun** og lýsir það vel athöfninni að leita eftir upplýsingum um einkenni frá líffærakerfum. Spyrja má hvort önnur heiti komi til greina sem fyrirsögn eða kaflaheiti í sjúkraskrá (veikindaskrá), svo sem **einkennalýsing** eða **einkennaskrá**. Gaman væri að fá fréttir af skoðunum annarra lækna á þessu.

Jóhann Heiðar er læknir á Landspítala Hringbraut.

Duac hlaup: 1 g af hlaupi inniheldur: 10 mg clindamycin sem clindamycin fosfat. 50 mg vatnsfrítt benzoyl peroxíð sem hýdrerað benzoyl peroxíð. **Ábendingar:** Vægar til miðlungs svæsnar gelgjubólur, sérstaklega með bólgu og sáramyndun. **Skammtar og lyfjagjöf:** Til notkunar á húð. Aðeins til útvortis notkunar. Fullorðnir og unglingar: *Duac hlaup á aðeins að nota einu sinni á dag þ.e. á kvöldin á bólusvæðið.* Þvoið fyrst vandlega svæðið með bólunum, skolið með volgu vatni og þerrið varlega. *Börn:* Endanleg ákvörðun um öryggi og árangur liggja ekki fyrir þar sem gelgjubólur eru ákaflega sjaldgæfar hjá ókynþroska börnum (undir 12 ára). *Aldraðir:* Engar sérstakar leiðbeiningar. **Frábendingar:** Duac hlaup skal ekki nota hjá einstaklingum sem hafa þekkt ofnæmi gegn: *Clindamycini Lincomycini - Benzoyl peroxíði - Einhverju af hjálparefnum lyfsins.* **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Varast ber að hlaupið komi í snertingu við munn, augu, slímhimnur og húð með opin sár eða exem. Notist með varúð á viðkvæm húðsvæði. Ef hlaupið kemst af slysni í snertingu við augu, gætið þess þá að skola augun vel með nægilegu vatni. Duac hlaup skal nota með varúð hjá sjúklingum sem hafa sögu um Crohnssjúkdóm (regional enteritis) eða sáraristilbólgu eða sögu um sýklalyfjatengda ristilbólgu. Einnig ætti að nota lyfið með varúð hjásjúklingum með ójafnvægi í húð því hjá þeim getur orðið vart frekari húðþurrks. Dregið skal úr tíðni meðhöndlunar ef mikilla óþæginda eða húðþurrks verður vart. Ef upp kemur langvarandi eða öflugur niðurgangur hjá sjúklingnum eða kviðkrampi, skal meðhöndlun með Duac hlaupi hætt þegar í stað þar sem einkennin gætu bent til sý klalyfjatengdrar ristilbólgu. Beita skal viðeigandi sjúkdómsgreiningu, svo sem greiningu á *Clostridium difficiale* og toxínum, og ef nauðsynlegt er gera ristilspeglun og íhuga meðferðir á ristilbólgu. Lyfið getur aflitað hár og litaða vefnaðarvöru. Mælt er með því að sólböð og notkun sólarlampa sé í lágmarki. Upplýsa skal sjúklinga um að í sumum tilfellum þarf 4-6 vikna meðhöndlun áður en bati kemur fram. Krossónæmi getur komið fram við önnur sýklalyf eins og lincomycin og erýtrómycin þegar einlyfjasýklalyfjameðferð er beitt. Hafa skal í huga hve mikil sýklalyfjanotkun er á hverju landsvæði fyrir sig og almenn tíðni ónæmis. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Varúðar skal gætt ef samtímis eru notuð önnur sýklalyf á húð, lyfjasápur og húðhreinsiefni, sápur og snyrtivörur sem hafa sterka þurrkandi verkun og efni með háu alkóhólinnihaldi og/eða herpandi efni ætti að nota með varúð, þar sem slíkt getur einnig aukið hættuna á ertingu. Forðast skal að nota samtímis Duac hlaup og útvortis húðlyf sem innihalda A vítamín afleiður. Hugsanleg samverkun er milli clindamycins og gentamycins. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki eru til fullgildar rannsóknir á notkun á Duac hlaupi hjá þunguðum konum.Dýratilraunir á æxlun/þroska hafa ekki verið framkvæmdar með Duac hlaupi eðabenzoyl peroxíði. Niðurstöður úr takmörkuðum fjölda þungana þar sem konan var útsett fyrir clindamycini á fyrsta þriðjungi meðgöngunnar hafa ekki sýnt fram á nein skaðleg áhrif á meðgönguna eða fóstrið/nýfætt barn. Æxlunarrannsóknir á rottum og músum þar sem gefnir eingöngu ávísa þunguðum konum Duac hlaup eftir að læknirinn hefur metið vandlega áhættu/kosti. **Konur á barneignaraldri:** Notkun er ekki frábending hjá konum á barneignaraldri sem nota fullnægjandi getnaðarvarnir. Hinsvegar skal, vegna skorts á klínískum rannsóknum hjá þunguðum konum nota Duac hlaup með varúð þegar fullnægjandi getnaðarvarnir eru ekki notaðar. **Brjóstagjöf:** Engar hömlur eru á notkun benoxyl peroxíðs meðan á brjóstagjöf stendur. Það er ekki vitað hvort clindamycin skilst út í brjóstamjólk þegar að Duac hlaup er notað, en það hefur verið sýnt fram á útskilnað á clindamycini í brjóstamjólk þegar efnið er gefið í inntöku og í formi stungulyfs. Þess vegna er ekki mælt með meðhöndlun mæðra sem eru með börn á brjósti. **Aukaverkanir:** Duac hlaup getur valdið roða, flögnun þurrki og kláða á meðhöndlunar Stað. Örsjaldan hefur komið fram náladofi og versnandi gelgjubólur og staðbundin. Þessi staðbundnu áhrif eru venjulega væg eða miðlungs. Skráð tíðni í klínískum rannsóknum eru: *Mjög algengar(>1/10):* Roði, flögnun, húðþurrkur. *Algengar(>1/100,<1/10):* Brunatilfinning, kláði. *Sjaldgæfar (>1/1000,<1/100):* Náladofi, versnandi gelgjubólur. Reynsla eftir markaðssetningu hefur sýnt fram á mikið lægri tíðni en ofangreint. Hjá fáeinum næmum einstaklingum hafa komið fram einöngruð tilfelli á sýndarhimnuristilbólgu eða niðurgangi vegna annarrar útvortis meðhöndlunar með clindamycini. Líkur á slíku með Duac hlaupi eru mjög litlar þar sem frásog í gegnum húð á clindamycini eru hverfandi. Með langtímanotkun á Duac hlaupi getur myndast ónæmi. **Lyfhrif:** Clindamycin er lincosamíð sýklalyf sem hefur bakteríuheftandi áhrif gegn Gram-jákvæðum loftsæknum bakteríum og miklum fjölda loftfælinna baktería. Lincosamíð eins og clindamycin binst 23S undireiningu bakteríuríbósóma og hemur fyrstu stig próteinframleiðslu. Clindamycin hefur aðallega bakteríuheftandi áhrif en við hærri styrk er efnið einnig bakteríudrepandi hjá næmum stofnum. Jafnvel þótt clindamycin fosfat sé óvirkt *in vitro* þá umbreytist það fljótt með vatnsrofi yfir í bakteríuheftandi efnið clindamycin. Sýnt hefur verið fram á næga virkni clindamycins í filapenslum bólusjúklinga gegn flestum *Propionibacterium acnes* stofnum. *In vitro* hemur clindamycin alla *Propionibacterium acnes* stofna þar sem lágmarksheftistyrkur er 0,4míkróg/ml. Frían fitusýrur á yfirborði húðarinnar lækkuðu frá ca. 14% niður í 2% eftir að clindamycin hafði verið borið á húðina. Benzoyl peroxíð hefur væga hyrnisleysandi verkun á filapensla á öllum stigum. Benzoyl peroxíð er oxunarefni með bakteríudrepandi áhrif gegn *Propionibacterium acnes*, bakteríumum sem hvetja til myndunar gelgjubóla. Aukþessa heftir efnið fitumyndun (sebostatic) og dregur þannig úr fitumyndun sem er samfara gelgjubólum. Duac hlaup hefur bæði væga hyrnisleysandi verkun og bakteríudrepandi áhrif og verkar sérstaklega gegn gelgjubólum sem í er bólga, bæði í vægum og miðlungssvæsnum tilfellum. Tíðni áunnins ónæmis getur verið mismunandi hvað varðar landfræðilega legu og tíma fyrir valdar tegundir. Staðbundnar upplýsingar um ónæmi er því mjög æskileg sérstaklega þegar meðhöndla skal alvarlegar sýkingar. Með því að benzoyl peroxíð er til staðar dregur það úr hættunni að fram komi örverur sem eru ónæmar fyrir clindamycini. Það að hafa bæði virku efnin til staðar í einu lyfi erþægilegra og tryggir meðferðarfylgni sjú klingsins. Í fimm slembuðum tvíblindum klínískum rannsóknum hjá 1318 sjúklingum bæði með og án bólgu í gelgjubólunum, 396 notuðu Duac,396 notuðu benzoyl peroxíð, 349 notuðu clindamycin og 177 notuðu aðeins burðarefni. Meðhöndlunin var einu sinni á dag í 11 vikur, sjúklingarnir voru metnir eftir 2,5,8 og 11 vikur. Bati hvað varðaði fjölda gelgjubóla í öllum 5 rannsóknunum (bæði með og án bólgu) var mun betri með Duac hlaupi heldur en hjá clindamycini eða burðarefnum. Prósentulegur bati var betri hjá Duac hlaupi heldur en hjá benzoyl peroxíði en sá munur var ekki tölfræðilega marktækur milli einstakra rannsókna. Gegn gelgjuskeiðsbólum með bólgu var Duac hlaup mun betra heldur en clindamycin í fjórum af fimm rannsóknum og betra heldur en benzoyl peroxíð í þremur af fimm rannsóknum. Gegn gelgjubólum án bólgu var Duac hlaup mun betra heldur en clindamycin í fjórum af fimm rannsóknum. Almennt hvað varðar gelgjuskeiðsbólur án bólgu þá voru rannsóknarniðurstöður Duac hlaupi í vil þegar samanburður var gerður við benzoyl peroxíð, jafnvel þótt tölfræðilegur munur hafi aðeins verið í einni rannsókn. Niðurstaða í þremur af fimm rannsóknum var að Duac hlaup gaf mun betri árangur heldur en þegar benzoyl peroxíð eða clindamycin eru notuð ein sér. **Lyfjahvörf:** Í rannsóknum á hámarks frásogi frá húð var meðalplasmastyrkur clindamycins við notkun á Duac hlaupi í fjórar vikur í algjöru lámarki (0,043% af gefnum skammti). Benzoyl peroxíð hafði engin áhrif á frásog clindamycins um húð. Ísótópa merkingar hafa sýnt fram á að frásog á benzoyl peroxíði í gegnum húð á sér aðeins stað eftir umbrot í benzóesýru. Benzóesýra umbrotnar að mestu leyti og myndar hippursýru sem skilst síðan út um nýru. **Forklínískar upplýsingar:** *Duac hlaup:* Endurteknar eiturefnafræðilegar tilraunir me Duac hlaup hjá tveimur tegundum í allt að 90 daga sýndu ekki fram á eiturefnafræðileg áhrif nema hvað varðar minniháttar staðbundin óþægindi. Augnpróf sýndi fram á að Duac hlaup olli einnig aðeins minniháttar staðbundnum óþægindum. Engar aðrar forklínískar rannsóknir hafa verið gerðar nema fyrir benzoyl peroxíð og clindamycin sitt í hvoru lagi. *Benzoyl peroxíð:* Dýratilraunir á eituráhrifum hafa sýnt fram á að efnið þolist vel þegar það er borið á húð. Jafnvel þó sýnt hafi verið fram á að stórir skammtaraf benzoyl peroxíði hvetji til niðurbrots á DNA keðjum benda niðurstöður úr rannsóknum á stökkbreytingum,krabbameinsmyndun og rannsóknir á krabbameinsmyndun með ljóshvata (photo co-carcinogenicity study) að benzoyl peroxíð sé hvorki krabbameinsvaldandi né ljóskrabbameinsmyndandi (photocarcinogen). Engar upplýsingar um eituráhrif á æxlun eru til. *Clindamycin: In-vitro* og *in-vivo* rannsóknir hafa ekki sýnt fram á stökkbreytingar með notkun clindamycins. Engar langtíma dýratilraunir hafa verið gerðar til að rannsaka hættu á æxlismyndun með notkun á clindamycini. Hinsvegar hafa hefðbundnar forklínískar rannsóknir hvorki sýnt fram á eituráhrif, né eituráhrif á æxlun, með einstökum skömmtum eða með endurteknum skömmtum. **Geymsluþol:** Geymsluþol samkvæmt fyrningardagsetningu fullunninnar vöru 18 mánuðir. Geymsluþol eftir afhendingu til sjúklings 2 mánuðir. **Sérstakar varúðarreglur við geymslu:** Geymið við 2-8 °C. Frystið ekki.
Geymsluskilyrði eftir afhendingu til sjúklings: Geymið ekki við hitastig hærra en 25°C . LEO Pharma A/S.
Pakkningar og verð (september 2007): Hlaup 25 g kr. 2.797,-. Afgreiðslutilhögun R. Greiðsluþátttaka 0.
Umboð á Íslandi: Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ.

Duac®
bensoylperoxid 5% / klindamycin 1%

Lanzo áður Lanzo Melt **A02BC03** **RE**
Wyeth Lederle Nordiska AB, Lansóprazól 15 mg eða 30 mg. Sýrupolin munndreifitafla. **Ábendingar:** Sársjúkdómur í skeifugörn og maga. Bólga í vélinda vegna bakflæðis.Samtímis meðferð með sýklalyfjum vegna meðferðar á sári í skeifugörn af völdum Helicobacter pylori.Langtímameðhöndlun vegna síendurtekinnar bakflæðisvélindabólgu. Einkennameðhöndlun á brjóstsviða og vegna sýrubakflæðis við bakflæðissjúkdóm í vélinda og maga. Zollinger-Ellison heilkenni. Meðhöndlun á sári í maga, vélinda eða skeifugörn vegna bólgueyðandi gigtarlyfja. Fyrirbyggjandi meðferð vegna aukinnar hættu á sári í maga, vélinda og skeifugörnum vegna bólgueyðandi gigtarlyfja. **Skammtar og lyfjagjöf:** Lanzo taflan er sett á tungu þar sem hún leysist upp. Taflan leysist fljótt í munni og við það losnar sýrupolna örkyrnið og er kyngt með munnvatninu. Töflurnar má einnig gleypa heilar með vatni. Þær má hvorki mylja né tyggja. Til að ná hámarksverkun, skal taka töflurnar fyrir morgunmat. Við skömmtun tvisvar á dag skal taka töflurnar að morgni og að kvöldi fyrir máltíð. **Skeifugarnarsár:** Ráðlagður skammtur er 30 mg einu sinni á dag. Skeifugarnarsár læknast venjulega á 2 vikum. Hjá þeim sjúklingum sem ekki hafa náð fullum bata eftir fyrstu meðhöndlun skal halda lyfjagjöf áfram í tvær vikur til viðbótar með sama skammti. **Magasár:** Ráðlagður skammtur er 30 mg einu sinni á dag. Magasár læknast venjulega á 4 vikum. Hjá þeim sjúklingum sem ekki hafa náð fullum bata eftir fyrstu meðhöndlun skal halda lyfjagjöf áfram í 4 vikur til viðbótar með sama skammti. **Uppræting á Helicobacter pylori:** Lanzo 30 mg, amoxicillin 1g og klaritrómýcin 250 mg gefið tvisvar á dag í 7 daga eða Lanzo 30 mg, klaritrómýcin 250 mg og metrónídazól 400 mg gefið tvisvar á dag í 7 daga. Ef um ónæmi er að ræða má nota eftirfarandi samsetningu: Lanzo 30 mg amoxicillin 1g og metrónídazól 400 mg gefið tvisvar á dag í 7 daga. **Bólga í vélinda vegna bakflæðis:** Ráðlagðir skammtar eru 30 mg einu sinni á dag. Lækning verður venjulega innan fjögurra vikna. Hjá þeim sjúklingum sem ekki hafa náð fullum bata, skal halda meðferð áfram í 4 vikur til viðbótar með sömu skömmtum. Þá sjúklinga sem svara ekki meðferð með H(2)-viðtakablokkum má meðhöndla í allt að 8 vikum með 30 mg af Lanzo einu sinni á dag. Við bakslag er meðferðin endurtekin. **Langtíma meðhöndlun bólgu í vélinda vegna bakflæðis:** 15 mg einu sinni á dag. Ef þetta dugar ekki má auka skammta upp í 30 mg einu sinni á dag. **Meðferð á einkennum vegna bakflæðissjúkdóms:** Venjulegur dagskammtur er 15-30 mg. Ef meðferð á einkennum hefur ekki borið árangur eftir 2-4 vikna meðferð eru frekari rannsóknir ráðlagðar. Meðferðina má endurtaka eftir þörfum. **Zollinger-Ellison heilkenni:** Ráðlagður skammtur í upphafi meðferðar er 60 mg einu sinni á dag. Finna þarf 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 ætti að skipta honum í tvennt. **Meðhöndlun á sári í maga, vélinda eða skeifugörn vegna bólgueyðandi gigtarlyfja:** 30 mg einu sinni á dag í 4 vikur. Hafi sárið ekki gróið eftir 4 vikna meðferð er meðhöndlun haldið áfram í 4 vikur í viðbót. Hjá sjúklingum í sérstökum áhættuhópi þar sem lækning gæti reynst erfið, ætti að nota lengri meðferðartímann. **Fyrirbyggjandi meðferð vegna aukinnar hættu á sári í maga, vélinda og skeifugörn eða meltingartruflunum vegna bólgueyðandi gigtarlyfja:** 15 mg einu sinni á dag. Ef þetta dugar ekki má auka skammta í 30 mg einu sinni á dag. **Frábendingar:** Engar þekktar. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Skert lifrarstarfsemi. Ef grunur er um sársjúkdóm, skal það staðfest með röntgenmyndatöku eða speglun snemma á veikindaferlinu til að komast hjá óþarfa meðferð. Við meðhöndlun á magasári skal útiloka illkynja sjúkdóm. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Forðast skal samtímis meðferð með ketókónazóli. Lansóprazól umbrotnar fyrir tilstilli cýtókróm P-450 ensíma í lifur, þannig að milliverkanir með öðrum lyfjum sem einnig umbrotna fyrir tilstilli þessa kerfis, geta hugsanlega átt sér stað. Lyf sem umbrotna fyrir tilstilli cýtókróm P-450 ensímkerfisins og hafa þröngt lækningalegt svið á ekki að gefa samtímis Lanzo. Gæta skal ítrustu varúðar við samtímis meðhöndlun með karbamazepíni, fenýtóíni og teófýllíni. Engin klínísk marktæk verkun á blóðþéttni díazepams eða warfaríns hefur komið fram við samtímis notkun þeirra og lansóprazóls. Ekki hefur komið fram milliverkun milli lansóprazóls og sýrubindandi lyfja eða bólgueyðandi gigtarlyfja við samtímis notkun. **Meðganga og brjóstagjöf. Meðganga:** Klínísk reynsla á meðgöngu er takmörkuð. Dýratilraunir hafa ekki sýnt fram á aukna áhættu fyrir fóstrið. **Brjóstagjöf:** Ekki eru til upplýsingar um hvort lansóprazól skilst út í brjóstamjólk. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Engar upplýsingar benda til að lyfið skerði hæfni manna til aksturs bifreiða og/eða stjórnunar annarra véla. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir sem skráðar hafa verið í klínískum rannsóknum með Lanzo hafa verið frá meltingarfærum, eins og niðurgangur, magaverkir, ógleði, höfuðverkur og svimi (> 1%). Algengar (>1/100)Almennar: Höfuðverkur, svimi. Meltingarfæri: Niðurgangur, ógleði, kviðverkir, hægðatregða, uppköst, vindgangur, meltingartruflanir. Húð: Útbrot, kláði, ofsakláði. Sjaldgæfar (1/100 – 1/1000) Almennar: Þreyta. Lifur: Breytingar á lifrarprófum. Mjög sjaldgæfar (<1/1000) Almennar: Bjúgur í útlimum. Ofnæmisviðbrögð eins og ofsabjúgur, hiti og ofnæmislost. Blóð: Hvítkornafæð, blóðflagnafæð, blóðfrumnafæð, kyrningahrap, fjölgun eósinfíkla, depilblæðingar. Miðtaugakerfi: Þunglyndi, náladofi, ruglingur, ofskynjanir. Innkirtlar: Brjóstastækkun hjá karlmönnum. Meltingarfæri: Munnþurrkur, breytingar á bragðskyni Húð: Hárlos, aukið ljósnæmi, Stevens-Johnson heilkenni, drep í húðþekju (toxic epidermal necrolysis), regnbogaroðasótt. Lifur: Gula, lifrarbólga. Stoðkerfi: Liðverkir (arthralgia), vöðvaþrautir Þvagfæri: Millivefsbólga í nýrum Augu: Þokusýn.
Dagsetning endurskoðunar textans: 10. maí 2006. Pakkningar og verð 10. desember 2006: Lanzo Melt selt meðan birgðir endast; 15 mg 28 stk. 3232 kr., 98 stk. 8570 kr., 30 mg 28 stk. 4839. Lanzo 30 mg: 56 stk. 8624 kr.

icepharma

Wyeth

Atacor - Atorvastatin 10, 20 og 40 mg

Atacor 10 mg, 20 mg og 40 mg. filmuhúðaðar töflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hver filmuhúðuð tafla inniheldur: 10 mg, 20 mg eða 40 mg atorvastatín (sem atorvastatín kalsíum). **Ábendingar:** Atacor er notað sem viðbót við mataræðisbreytingu til að lækka of hátt heildar-kólesteról, LDL-kólesteról, apólípópróteín B eða þríglýseríð hjá sjúklingum með kólesterólhækkun af ókunnri orsök, ættgenga kólesterólhækkun, blandaða blóðfituhækkun (svo sem IIa- og IIb-gerð skv. flokkun Fredericksons), þegar viðunandi árangur hefur ekki náðst með sérstöku mataræði eða öðrum ráðstöfunum en lyfjagjöf. Til viðbótar annarri blóðfitulækkandi meðferð, t.d. með öðrum LDL-kólesteróllækkandi lyfjum, eða ef aðrar ráðstafanir hafa ekki reynst árangursríkar til lækkunar á heildarkólesteróli og LDL-kólesteróli hjá sjúklingum með arfhreina (homozygot), ættgenga kólesterólhækkun. **Skammtar og lyfjagjöf:** Sjúklingur á að byrja á stöðluðu kólesteróllækkandi mataræði áður en honum er gefið Atacor og ætti að halda því áfram meðan á meðferð með Atacor stendur. Skammta á að ákveða fyrir hvern einstakling með tilliti til upphaflegs LDL-kólesterólgildis, markmiða meðferðarinnar og svörunar sjúklings. Venjulegur upphafsskammtur er 10 mg einu sinni á sólarhring. Skammta skal aðlaga með 4 vikna millibili eða sjaldnar. Hámarksskammtur er 80 mg einu sinni á sólarhring. Sólarhringsskammt á að taka í einu lagi en hann má taka hvenær sem er sólarhringsins með eða án fæðu. *Kólesterólhækkun eingöngu og blönduð (samsett) blóðfituhækkun:* Hæfilegur skammtur handa flestum sjúklingum er 10 mg Atacor á sólarhring. *Arfblendin ættgeng kólesterólhækkun:* Upphafsskammtur er 10 mg Atacor á sólarhring. Skammta skal ákveða fyrir hvern einstakling og aðlaga með 4 vikna millibili í allt að 40 mg á sólarhring. Síðan má auka skammt annaðhvort í 80 mg hámarksskammt á sólarhring eða gefa 40 mg af atorvastatín einu sinni á sólarhring og gallsýrubindandi lyf samtímis. *Arfhrein ættgeng kólesterólhækkun:* 10-80 mg á sólarhring, til viðbótar annarri blóðfitulækkandi meðferð (t.d. öðrum LDL-kólesteróllækkandi lyfjum), þegar viðunandi árangur hefur ekki náðst með annarri meðferð. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi:* Nýrnasjúkdómar hafa hvorki áhrif á plasmaþéttni né verkun atorvastatíns á blóðfitu og þarf því ekki að breyta skömmtum. *Aldraðir:* Verkun og öryggi af notkun ráðlagðra skammta hjá sjúklingum eldri en 70 ára er svipuð og hjá öðrum fullorðnum. *Börn og unglingar:* Notkun hjá börnum á að vera undir eftirliti sérfræðings. Reynsla af notkun lyfsins hjá börnum er takmörkuð og bundin við lítinn hóp sjúklinga (á aldrinum 4–17 ára) með alvarlega afbrigðilega blóðfituhækkun eins og arfhreina ættgenga kólesterólhækkun. Ráðlagður upphafsskammtur fyrir þennan hóp er 10 mg atorvastatín á sólarhring. Eftir svörun og þoli má auka skammtinn í 80 mg á sólarhring. Ekki er búið að meta upplýsingar um öryggi varðandi þroska hjá þessum hópi. **Frábendinga**r: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Virkur lifrarsjúkdómur eða óskýrð viðvarandi hækkun á transamínósum í sermi þar sem hækkunin er meiri en þreföld efri mörk meðalgilda. Vöðvakvilli. Meðganga og brjóstagjöf. Konur á barneignaraldri sem nota ekki getnaðarvarnir. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** *Áhrif á lifur:* Rannsaka skal lifrarstarfsemi áður en meðferð hefst og síðan reglulega meðan á meðferð stendur. Gera skal prófanir á lifrarstarfsemi sjúklinga ef merki eða einkenni um hugsanlegar lifrarskemmdir koma fram. Hækki transamínasagildi skal fylgjast með sjúklingum þar til gildi verða eðlileg. Hækki transamínasar meira en þrefalt miðað við efri mörk meðalgilda er mælt með því að minnka skammta eða stöðva Atacorgjöf. Nota skal Atacor með varúð hjá sjúklingum sem neyta mikils magns áfengis og/eða hafa fengið lifrarsjúkdóm. *Áhrif á beinagrindarvöðva:* Atorvastatín, eins og aðrir HMG CoA redúktasa-hemlar, getur í einstaka tilvikum haft áhrif á beinagrindarvöðva og valdið vöðvaþrautum, vöðvaþrota og vöðvakvillum sem geta leitt til rákvöðvalýsu, sem er lífshættulegt ástand og einkennist af hækkuðu CPK-gildi (meiri en tíföld efri mörk mæligilda), vöðvarauða í blóði og vöðvarauðamigu sem getur valdið nýrnabilun. Atorvastatín á að nota með varúð hjá sjúklingum sem eru útsettir fyrir rákvöðvalýsu. Mæla á (CPK-gildi) áður en meðferð með statínum hefst þegar um er að ræða sjúklinga með skerta nýrnastarfsemi, skjaldvakabrest, sögu um arfgenga vöðva-kvilla, sögu um vöðvakvilla eftir fyrri notkun statína eða fíbrata, lifrarbilun og/eða þegar um mikla alkóhólneyslu er að ræða. CPK-gildi skal einnig mæla áður en meðferð er hafin hjá öldruðum (70 ára og eldri). Meta á þörf fyrir slíka mælingu út frá fyrrgreindum þáttum. Í þessum tilvikum þarf að íhuga vandlega hugsanlegt gagn umframáhættu meðferðarinnar og mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti. Ef CPK-gildi er mark-tækt hátt (meira en fimmföld efri mörk mæligilda) á ekki að hefja meðferð. *Mælingar kreatínfosfókínasa (CPK):* Ekki á að mæla CPK í kjölfar erfiðra æfinga eða ef einhver þáttur er til staðar sem líklegur er til að hækka CPK-gildið, þar sem það gerir túlkun erfiða. Ef CPK-gildi er marktækt hátt (meira en fimmföld efri mörk mæligilda) á að endurtaka mælingu eftir 5–7 daga til staðfestingar. Meðan á meðferð stendur þarf að gera sjúklingum grein fyrir mikilvægi þess að tilkynna strax ef þeir finna fyrir vöðvaverkjum, krömpum eða máttleysi sérstaklega ef lasleiki eða hiti fylgir. Ef þessi einkenni koma fram meðan á atorvastatín-meðferð stendur á að mæla CPK-gildi og ef það reynist marktækt hækkað (meira en fimmföld efri mörk mæligilda) á að hætta meðferð. Ef einkenni frá vöðvum eru alvarleg eða valda daglegum óþægindum á að hugleiða að hætta meðferð, jafnvel þótt CPK-gildi reynist ekki vera hærri en fimmföld efri mörk mæligilda. Ef einkenni hverfa og CPK-gildi verður eðlilegt má hugleiða að hefja meðferð atorvastatíns eða annars statíns, þá með lægsta skammti og undir nákvæmu eftirliti. Ef klínísk merki um hækkað CPK-gildi (meira en tíföld efri mörk mæligilda) eða rákvöðvalýsu eða ef grunur um rákvöðvalýsu koma fram á að hætta meðferð atorvastatíns. **Milliverkanir:** Hætta á vöðvakvilla við notkun HMG CoA redúktasa hemla eykst ef ciklósporín, fíbröt, makrólíðsýklalyf þ.m.t. erytrómýsín, azól-sveppalyf eða níasín eru tekin inn samtímis og hefur í örfáum tilvikum leitt til rákvöðvalýsu auk skertrar nýrnastarfsemi af völdum vöðvarauðamigu. Íhuga þarf vandlega hugsanlegan ávinning umfram áhættu við samtímis notkun. *Cýtokróm P450 3A4 hemlar:* Atorvastatín umbrotnar fyrir áhrif cýtókróm P450 3A4. Milliverkanir geta átt sér stað þegar Atacor er gefið samtímis cýtókróm P450 3A4 hemli og skal gæta varúðar þegar atorvastatín er gefið samtímis slíkum lyfjum því það getur leitt til aukinnar plasmaþéttni atorvastatíns. Við samtímis gjöf atorvastatíns 10 mg einu sinni á sólarhring og erytrómýsíns (500 mg fjórum sinnum á sólarhring) eða klarítrómýsíns (500 mg tvisvar sinnum á sólarhring), en það eru þekktir cýtókróm P-450 3A4 hemlar, kom fram hækkun á plasmaþéttni atorvastatíns. Klaritrómýsín jók C_{max} atorvastatíns um 56% og AUC um 80%. Atorvastatín og niðurbrotsefni þess eru hvarfefni P-glýkópróteins. Hemlar P-glýkópróteins (t.d. ciklósporín) geta aukið aðgengi atorvastatíns. Samtímis gjöf atorvastatíns 40 mg og ítrakónazóls 200 mg á sólarhring leiddi til þrefaldrar hækkunar á AUC atorvastatíns. Samtímis notkun atorvastatíns og próteasa hemla sem eru þekktir CYP3A4 hemlar leiddu til aukinnar plasmaþéttni atorvastatíns. Greipaldinsafi inniheldur eitt eða fleiri efni sem hamla CYP3A4 og geta leitt til aukinnar plasmaþéttni lyfja sem eru umbrotin fyrir tilstilli CYP3A4. AUC atorvastatín jókst um 37% og AUC hins virka orthohýdroxý-umbrotsefnis minnkaði um 20,4% eftir inntöku 240 ml af greipaldinsafa. Hinsvegar veldur mikið magn greipaldinsafa (meira en 1,2 l á dag í fimm daga) 2,5 faldri aukningu á AUC atorvastatíns og 1,3 faldri aukningu á AUC virkra HMG-CoA redúktasa hemla (atorvastatín og virk umbrotsefni). Því er ekki ráðlagt að drekka mikið magn af greipaldinsafa meðan á atorvastatín meðferð stendur. *Cýtókróm P450 3A4 örvar:* Áhrif efna sem örva cýtókróm P450 3A4 (t.d. rífampisín eða fenýtóín) á Atacor eru ekki þekkt. Hugsanlegar milliverkanir annarra hvarfefna þessa ísóensíms eru óþekktar, en þær ætti að hafa í huga þegar um lyf með þröngan lækningafræðilegan stuðul er að ræða, t.d. lyf við hjartslátttartruflunum af flokki III, þ.m.t. amíódarón. *Gemfíbrózíl/Fíbröt:* Hætta á atorvastatín hvötuðum vöðvakvilla getur aukist við samtímis gjöf fíbrata. Niðurstöður *in vitro* rannsókna benda til þess að gemfíbrózíl hindri glúkúróneringu atorvastatíns og getur þannig hugsanlega valdið aukinni plasmaþéttni atorvastatíns. *Dígoxín:* Endurteknir skammtar dígoxíns og atorvastatíns 10 mg samtímis höfðu ekki áhrif á stöðuga plasmaþéttni dígoxíns. Hinsvegar jókst þéttni dígoxíns um 20% við samtímis notkun dígoxíns og atorvastatíns 80 mg daglega. Þessa milliverkun má skýra með hindrun á himnuflutningspróteininu P-glycóprótein. Fylgjast skal náið með sjúklingum á dígoxínmeðferð. *Getnaðarvarnalyf til inntöku:* Við samtímis notkun atorvastatíns og getnaðarvarnalyfja til inntöku jókst þéttni noretíndróns og etinýlestradíóls. Hafa skal þessar hækkanir á þéttni í huga þegar skammtar getnaðarvarnalyfja til inntöku eru ákveðnir. *Kólestípól:* Plasmaþéttni atorvastatíns og virkra umbrotsefna þess lækkaði (u.þ.b. 25%) þegar kólestípól var gefið með Atacor. Verkun á blóðfitu varð hins vegar meiri þegar atorvastatín og kólestípól voru gefin saman en þegar efnin voru gefin hvort fyrir sig. *Sýrubindandi lyf:* Við samtímis gjöf atorvastatíns og sýrubindandi mixtúra, sem innihalda magnesíum og álhýdroxíð, lækkaði plasmaþéttni atorvastatíns og virkra umbrotsefna þess u.þ.b. 35%; lækkun á LDL-kólesteróli breyttist hins vegar ekki. *Warfarín:* Við samtímis notkun atorvastatíns og warfaríns styttist prótrombíntími lítillega fyrstu daga meðferðarinnar en varð aftur eðlilegur innan 15 daga. Engu að síður skal fylgjast náið með sjúklingum á warfarín-meðferð þegar atorvastatíni er bætt við. *Fenazón:* Við samtímis notkun atorvastatíns og fenazóns um nokkurt skeið komu aðeins lítil eða engin sýnileg áhrif á úthreinsun fenazóns í ljós. *Címetidín:* Í einni rannsókn á címetidíni og atorvastatín m.t.t. milliverkana komu engar slíkar í ljós. *Amlódipín:* Samtímis notkun atorvastatíns 80 mg og amlódipíns 10 mg hafði ekki áhrif á lyfjahvörf atorvastatíns við stöðuga blóðþéttni. *Önnur lyf:* Í klínískum rannsóknum sáust engar klínískt marktækar milliverkanir þegar atorvastatín var gefið samtímis blóðþrýstingslækkandi lyfjum eða blóðsykurslækkandi lyfjum. **Meðganga og brjóstagjöf:** Meðganga og brjóstagjöf eru frábendingar við notkun Atacor. Konur á barneignaraldri verða að nota örugga getnaðarvörn meðan á meðferðinni stendur. Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi við notkun atorvastatíns á meðgöngu og við brjóstagjöf. Rannsóknir á dýrum benda til þess að HMG-CoA redúktasa-hemlar geti haft áhrif á þroska fósturvísa og fóstra. Ekki er vitað hvort atorvastatín eða umbrotsefni þess skiljast út í brjóstamjólk hjá mönnum. **Akstur og notkun véla:** Atacor hefur engin áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla svo vitað sé. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir sem búast má við eru einkenni frá meltingarfærum þar á meðal hægðatregða, vindgangur, meltingartruflanir og kviðverkir sem venjulega lagast við áframhaldandi meðferð. Innan við 2% sjúklinga hættu þátttöku í klínískum rannsóknum vegna aukaverkana. Eftirfarandi listi yfir aukaverkanir er byggður á niðurstöðum klínískra rannsókna og aukaverkunum sem skráðar hafa verið eftir markaðssetningu lyfsins. *Algengar (>1/100, <1/10):* Hægðatregða, vindgangur, meltingartruflun, ógleði, niðurgangur, ofnæmi, svefnleysi, höfuðverkur, sundl, breytt húðskyn, snertiskynsminnkun, húðútbrot, kláði, vöðvaþrautir, liðverkir, þróttleysi, brjóstverkur, bakverkur, bjúgur á útlimum. *Sjaldgæfar (>1/1.000,<1/100):* Lystarleysi, uppköst, blóðflagnafæð, hárlos, of hár eða of lágur blóðsykur, brisbólga, minnisleysi, úttaugakvilli, eyrnasuð, ofsakláði, vöðvakvilli, getuleysi, lasleiki, þyngdaraukning. *Mjög sjaldgæfar (>1/10.000,<1/1.000);* Lifrarbólga, stíflugula, vöðvaþroti, rákvöðvalýsa. *Koma örsjaldan fyrir (<1/10.000):* Bráðaofnæmi, ofsabjúgur, útbrot með blöðrum (þ.m.t. regnbogaroðasótt, Steven-Johnsons heilkenni og drep í húðþekju). **Ofskömmtun:** Engin sérstök meðferð er til við ofskömmtun Atacor. Sé um ofskömmtun að ræða skal sjúklingur meðhöndlaður eftir einkennum og fá nauðsynlega stuðningsmeðferð. Fylgjast skal með lifrarstarfsemi og CPK-gildum í sermi. Vegna mikillar bindingar við plasmaprótein er þess ekki að vænta að blóðskilun auki úthreinsun atorvastatíns marktækt. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu (1. júní 2006):** Filmuhúðaðar töflur 10 mg, 100 stk.: 9358 kr., 20 mg, 100 stk.: 12.746 kr., 40 mg, 100 stk.: 15.741 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluheimild:** E. **Markaðsleyfishafi:** Actavis hf., Reykjavíkurvegi 76-78, 220 Hafnarfirði. *Maí 2006.*

actavis
hagur í heilsu



SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS. Heiti lyfs, lyfjaform og pakkningastærðir: CYMBALTA 30 mg hörð sýruþolin hylki eða CYMBALTA 60 mg hörð sýruþolin hylki. CYMBALTA 30 mg fæst í 28 hylkja pakkningum. CYMBALTA 60 mg fæst í 28 og 98 hylkja pakkningum. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Virka innihaldsefnið í CYMBALTA er duloxetin. Hvert hylki inniheldur 30 eða 60 mg af duloxetini sem duloxetin hýdróklóríð. **Ábendingar:** Til meðferðar á alvarlegum þunglyndislotum (major depressive episodes). Til meðferðar á útlægum taugaverkjum vegna sykursýki hjá fullorðnum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Til inntöku. Fullorðnir: *Alvarlegar þunglyndislotur:* Ráðlagður upphafsskammtur og viðhaldsskammtur er 60 mg einu sinni á dag án tillits til máltíða. Skammtar yfir 60 mg einu sinni á dag, upp að hámarksskammti 120 mg á dag gefið í jöfnum skömmtum hafa verið metnir með tilliti til öryggis í klínískum rannsóknum. Hins vegar benda upplýsingar úr klínískum rannsóknum ekki til þess að sjúklingar sem svara ekki ráðlögum upphafsskammti hafi gagn af hærri skammti. Svörun sést venjulega eftir 2-4 vikna meðferð. Mælt er með að meðferð sé veitt í nokkra mánuði eftir að svörun hefur fengist til að forðast bakslag. *Útlægir taugaverkir vegna sykursýki:* Ráðlagður upphafsskammtur og viðhaldsskammtur er 60 mg einu sinni á dag án tillits til máltíða. Skammtar yfir 60 mg einu sinni á dag, upp að hámarksskammti 120 mg á dag hafa verið metnir með tilliti til öryggis í klínískum rannsóknum. Mikill einstaklingsmunur er á plasmaþéttni duloxetins (sjá 5.2). Því gætu sjúklingar með ófullnægjandi svörun á 60 mg haft gagn af hærri skammti. Meta skal svörun lyfsins eftir 2 mánaða meðferð. Frekari svörun eftir þann tíma er ólíkleg (sjá 5.1). Endurmeta skal ávinning meðferðarinnar reglulega (að minnsta kosti á þriggja mánaða fresti). *Aldraðir Alvarlegar þunglyndislotur:* Ekki er mælt með skammtaaðlögun hjá öldruðum sem eingöngu er byggð á aldri. Aldraðir skulu meðhöndlaðir með varúð eins og við á um önnur lyf, sérstaklega með CYMBALTA 120 mg/dag þar sem takmarkaðar upplýsingar eru til um notkun (sjá kafla 4.4 og 5.2). *Útlægir taugaverkir vegna sykursýki:* Ekki er mælt með skammtaaðlögun hjá öldruðum sem eingöngu er byggð á aldri. Aldraðir skulu meðhöndlaðir með varúð (sjá kafla 5.2). *Börn og unglingar* Rannsóknir á öryggi og virkni duloxetins hjá sjúklingum í þessum aldurshópi hafa ekki verið framkvæmdar. Því er ekki mælt með notkun CYMBALTA fyrir börn og unglinga (sjá kafla 4.4). *Skert lifrarstarfsemi* CYMBALTA ætti ekki að gefa sjúklingum með lifrarsjúkdóm með skertri lifrarstarfsemi (sjá kafla 4.3 og 5.2). *Skert nýrnastarfsemi* Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með væga eða miðlungs skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatinín úthreinsun 30 til 80 ml/mín). Sjá kafla 4.3 um mikið skerta nýrnastarfsemi. *Meðferð hætt* Forðast skal að hætta snögglega að taka lyfið. Þegar meðferð með CYMBALTA er hætt, skal skammturinn lækkaður hægt og rólega á einum til tveimur vikum til þess að minnka hættu á fráhvarfseinkennum (sjá kafla 4.4 og 4.8). Ef fráhvarfseinkenni koma fram eftir að skammtur hefur verið lækkaður eða eftir að meðferð er hætt má íhuga að halda áfram meðferð á sama skammti og ávísað var áður. Í framhaldi af því getur læknirinn haldið áfram að lækka skammtinn en mun hægar en áður. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. CYMBALTA á ekki nota samhliða ósérhæfðum, óafturkræfum Mónóamín Oxidasa hemlum (MAO hemlum) (sjá kafla 4.5). Lifrarsjúkdómar með skertri lifrarstarfsemi (sjá kafla 5.2). Ekki ætti að nota CYMBALTA samhliða fluvoxamíni, ciprofloxacini eða enoxacini (þ.e. virkum CYP1A2 hemlum) því það veldur hækkaðri plasmaþéttni duloxetins (sjá kafla 4.5). Mikið skert nýrnastarfsemi (kreatinín úthreinsun <30 ml/mín) (sjá kafla 4.4). Ekki má hefja meðferð með CYMBALTA hjá sjúklingum með háþrýsting sem ekki næst stjórn á vegna hugsanlegrar hættu á hættulegri blóðþrýstingshækkun hjá sjúklingunum (sjá kafla 4.4 og 4.8). **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** *Geðhæð og krampar* CYMBALTA skal notað með varúð hjá sjúklingum með sögu um geðhæð eða sem hafa greinst með geðhvarfasýki og/eða krampa. *Ljósopsstærð* Ljósopsstækkun hjá sjúklingunum (sjá kafla 4.4 og 4.8). **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** *Geðhæð og krampar* CYMBALTA skal notað með varúð hjá sjúklingum með sögu um geðhæð eða sem hafa greinst með geðhvarfasýki og/eða krampa. *Ljósopsstærð* Ljósopsstækkun hjá sjúklingunum (sjá kafla 4.4 og 4.8). **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** *Blóðþrýstingur og hjartsláttartíðni* Hjá sumum sjúklingum hefur duloxetin verið tengt hækkun á blóðþrýstingi og klínískt marktækum háþrýstingi. Þetta getur verið vegna noradrenvirkra áhrifa duloxetins. Greint hefur verið frá tilfellum af hættulegri blóðþrýstingshækkun með duloxetini, sérstaklega hjá sjúklingum sem eru með háþrýsting fyrir meðferð, þar af leiðandi er ráðlagt að fylgjast með blóðþrýstingi sérstaklega á fyrsta mánuði meðferðar hjá sjúklingum með þekktan háþrýsting og/eða aðra hjartasjúkdóma. Nota skal duloxetin með varúð ef aukin hjartslátttartíðni eða hækkaður blóðþrýstingur gæti stofnað ástandi sjúklings í hættu. Einnig skal nota duloxetin með varúð með öðrum lyfjum sem geta skert umbrot þess (sjá kafla 4.5). Íhuga skal annaðhvort lækkun skammta eða smám saman hætta meðferð ef sjúklingar finna fyrir viðvarandi hækkun á blóðþrýstingi meðan á duloxetin meðferð stendur (sjá kafla 4.8). Hjá sjúklingum með háþrýsting sem ekki næst stjórna á skal ekki hefja meðferð með duloxetini (sjá kafla 4.3). *Skert nýrnastarfsemi* Plasmaþéttni duloxetins hækkar hjá sjúklingum með mikið skerta nýrnastarfsemi sem krefst blóðskilunar (kreatinín úthreinsun <30 ml/mín). Sjá nánari upplýsingar í kafla 4.3 um sjúklinga með mikið skerta nýrnastarfsemi. Sjá nánari upplýsingar í kafla 4.2 um sjúklinga með væga eða miðlungs skerta nýrnastarfsemi. *Notkun með þunglyndislyfjum* Gæta skal varúðar sé CYMBALTA notað samhliða þunglyndislyfjum. Sérstaklega er ekki mælt með samhliða notkun sértækra aftakrafna MAO-hemla. *Jóhannesarjurt* Tíðni aukaverkana getur aukist ef CYMBALTA er notað samhliða náttúrulyfjum sem innihalda Jóhannesarjurt (Hypericum perforatum). *Sjálfsvíg Alvarlegar þunglyndislotu* Þunglyndi er tengt aukinni hættu á sjálfsvígshugsunum, sjálfsskaða og sjálfsvígum. Þessi áhætta er til staðar uns marktækur bati fæst. Fylgjast skal náið með sjúklingum uns bati fæst, því ekki er víst að batamerki sjáist á fyrstu vikum meðferðar. Almenn klínísk reynsla af öllum þunglyndismeðferðum er að sjálfsvígsáhættan geti aukist á fyrstu batastigum. Þekkt er að sjúklingum með sögu um sjálfsvígstengda atburði eða þeim sem hafa verulegar sjálfsvígshugsanir áður en meðferð er hafin er mun hættara við sjálfsvígshugleiðingum og sjálfsmorðshegðun og þess vegna skal fylgjast náið með þeim meðan á meðferð stendur. Safngreining á gögnum úr klínískum lyfleysusamanburðarrannsóknum á þunglyndislyfjum til meðferðar á geðsjúkdómum sýnir fram á að tilhneiging til sjálfsvígshegðunar er ríkari meðal sjúklinga, yngri en 25 ára, sem nota þunglyndislyf en þeirra sem fá lyfleysu. Dæmi eru um sjálfsvígshugsanir og sjálfsvígsatferli meðan á duloxetin meðferð stendur eða skömmu eftir að meðferð var hætt (sjá kafla 4.8). Fylgjast skal náið með sjúklingum sérstaklega þeim sem eru í sérstakri áhættu, einkum í upphafi meðferðar og ef skömmtum er breytt. Aðvara skal sjúklinga (og aðstandendur sjúklinga) um þörf á að fylgjast með hvort klínískt ástand versni, hvort um er að ræða sjálfsvígshegðun eða sjálfsvígshugsanir og fylgjast með óvanalegum breytingum á hegðan og að leita læknisaðstoðar samstundis ef þessi einkenni koma fram. *Útlægir taugaverkir vegna sykursýki* Eins og við á um önnur lyf með svipuð lyfjafræðileg áhrif (þunglyndislyf), eru einstaka dæmi um sjálfsvígshugmyndir og sjálfvígstilburði meðan á duloxetin meðferð stendur eða skömmu eftir að meðferð var hætt. Læknar skulu hvetja sjúklinga til að tilkynna um allar bólgsjnishugsanir eða vanlíðan. *Notkun hjá börnum og unglingum undir 18 ára aldri* Engar klínískar rannsóknir hafa verið framkvæmdar með duloxetini hjá börnum. Ekki ætti að nota CYMBALTA til að meðhöndla börn og unglinga undir 18 ára aldri. Sjálfsvígstengdar hegðanir (tilraunir til sjálfsvígs og sjálfsvígshugsanir) og fjandskapur (aðallega árásarhneigð, mótþrói og reiði) komu oftar fram í klínískum rannsóknum hjá börnum og unglingum sem voru meðhöndluð með þunglyndislyfjum samanborið við þau sem fengu lyfleysu. Ef samt sem áður er ákveðið að meðhöndla, byggt á klínískri þörf, þarf að fylgjast vandlega með því hvort sjálfsvígseinkenni koma fram hjá sjúklingnum. Að auki skortir langtíma upplýsingar um öryggi hjá börnum og unglingum á vöxt, þroska og vitsmuna og atferlisþroska. *Súkrósi* CYMBALTA hörð sýruþolin hylki innihalda súkrósa. Sjúklingar með mjög sjaldgæft arfgengt frúktósa óþol, glúkósa-galaktósa vanfrásog eða súkrasa-isomaltasa skort skulu ekki taka lyfið. *Blæðingar* Lýst hefur verið óeðlilegum blæðingum eins og flekkblæðingum, vefjableðingum (purpura) og blæðingum í maga og gömum hjá sérhæfðum sertónín endurupptöku hemlum (SSRI) og sérótónín/noradrenalín endurupptöku hemlum (SNRI). Gæta skal varúðar hjá sjúklingum sem taka blóðþynningarlyf og/eða lyf sem vitað er að hafa áhrif á starfsemi blóðflaga og hjá sjúklingum með þekkta tilhneigingu til blæðinga. *Natríumlækkun í blóði* Mjög sjaldgæf dæmi eru um natríumlækkun í blóði, sérstaklega hjá öldruðum, þegar CYMBALTA er gefið. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum sem eru í aukinni hættu á natríumlækkun (blóði; eins og aldraðir, sjúklingar með skorpulifur eða vessaþurrð og sjúklingar á þvagræsilyfjameðferð. Blóðnatríumlækkunin gæti verið vegna truflunar á seytingu þvagstemmuvaka (SIADH). *Meðferð hætt* Fráhvarfseinkenni eru algeng þegar meðferð er hætt, sérstaklega ef meðferð er stöðvuð skyndilega (sjá kafla 4.8). Í klínískum rannsóknum fengu u.þ.b. 45% sjúklinga sem meðhöndlaðir voru með CYMBALTA og 23% sjúklinga sem fengu lyfleysu aukaverkanir þegar meðferð var hætt skyndilega. Hættan á fráhvarfseinkennum sem sjást hjá SSRI og SNRI lyfjum geta verið háð mörgum þáttum þ.á m. lengd og skammti meðferðar og hraða skammtalækkunar. Algengustu aukaverkanir sem greint hefur verið frá eru taldar upp í kafla 4.8. Almennt eru þessi einkenni væg eða hófleg, hinsvegar, geta þau verið há sumum sjúklingum alvareleg. Þau eiga sér yfirleitt stað á fyrstu dögunum eftir að meðferð er hætt, en örsjaldan hefur verið greint frá slíkum einkennum hjá sjúklingum sem hafa óvart gleymt að taka skammt. Almennt séð eru þessi einkenni skammvinn og ganga venjulega til baka innan 2 vikna, þó það geti tekið lengri tíma hjá sumum einstaklingum (2-3 mánuði eða lengur). Þess vegna er mælt með því að þegar hætt er á duloxetin meðferð sé það gert hægt og rólega á tímabili sem spannl ekki minna en 2 vikur, allt eftir þörfum sjúklingsins (sjá kafla 4.2). *Aldraðir Alvarlegar þunglyndislotur:* Takmarkaðar upplýsingar eru til um notkun CYMBALTA 120 mg hjá öldruðum sjúklingum með alvarlegar þunglyndisraskanir. Þess vegna skal gæta varúðar þegar aldraðir eru meðhöndlaðir með hámarksskömmtum (sjá kafla 4.2 og 5.2). *Hvíldaröþol/skynhreyfiairðarleysi* Notkun duloxetins hefur verið tengd myndun hvíldaröþols, sem einkennist af huglægu öþægilegu eða tilfinnanlegu eirðarleysi og þörf á hreyfingu og einnig oft vangetu til þess að standa eða sitja kyrr. Þetta á sér oftast stað á fyrstu vikum meðferðar. Skaðlegt getur verið að auka skammta hjá þeim sjúklingum sem fá þessi einkenni. *Lyf sem innihalda duloxetin* Mismunandi lyf sem innihalda duloxetin eru fáanleg við mismunandi ábendingum (taugaverkir vegna sykursýki, alvarlegt þunglyndi sem og áreynslubvagleki). Forðast skal samhliða notkun á fleiri en einu þessara lyfja. *Lifrarbólga/Aukin lifrarensím* Greint hefur verið frá lifrarskaða við notkun duloxetins (sjá kafla 4.8), þar með talið verulegri hækkun á lifrarensímum (>10 sinnum eðlileg efri mörk), lifrarbólgu og gulu. Flest tilvikin áttu sér stað á fyrstu mánuðum meðferðar. Mynstur lifrarskemmdanna var aðallega innan lifrarfrumnanna. Nota skal duloxetin með varúð hjá sjúklingum sem meðhöndlaðir eru með öðrum lyfjum sem tengjast lifrarskaða. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** *Lyf sem verka á miðtaugakerfið:* áhættan á gjöf duloxetins samhliða öðrum lyfjum með verkun á miðtaugakerfið hefur ekki verið metin kerfisbundið nema eins og lýst er í þessum kafla. Þar af leiðandi skal gæta varúðar þegar CYMBALTA er tekið samhliða öðrum lyfjum og efnum sem verka á miðtaugakerfið (t.d. benzodiazepin lyf, morfínlík lyf, sefandi lyf, phenobarbital, andhistamín með róandi verkun). *Monóamín Oxidasa hemlar (MAO hemlar):* vegna hættu á sertónín heilkenni skal ekki nota CYMBALTA samhliða ósérhæfðum, óafturkræfum MAO hemlum eða innan minnst 14 dögum frá því að meðferð með MAO hemlum var hætt. Miðað við helmingunartíma duloxetins skulu líða minnst 5 dagar frá því að meðferð með CYMBALTA var hætt áður en meðferð með MAO hemlum hefst (sjá kafla 4.3). Fyrir sérhæfða, afturkræfa MAO hemla, eins og moclobemid, er hættan á sertónín heilkenni minni. Samt sem áður er ekki mælt með samhliða notkun á CYMBALTA og sérhæfðum, afturkræfum MAO hemlum (sjá kafla 4.4). *Sertónín heilkenni:* mjög sjaldgæf dæmi eru um sertónín heilkenni hjá sjúklingum sem nota SSRI lyf (t.d. paroxetin, fluoxetin) samhliða sertónvirkum lyfjum. Gæta skal varúðar ef CYMBALTA er gefið samhliða sertónvirkum þunglyndislyfjum eins og SSRI lyfjum, þríhringlaga þunglyndislyfjum eins og clomipramini og amitriptýlíni, Jóhannesarjurt (Hypericum perforatum), venlafaxini eða triptan lyfjum, tramadoli, pethidini og tryptophani. *Áhrif duloxetins á önnur lyf sem eru umbrotin af CYP1A2:* engin marktæk áhrif á lyfjahvörf teófýllíns, sem er CYP1A2 hvarfefni, þegar það var gefið samtímis duloxetini (60 mg tvisvar á dag). *Lyf umbrotin af CYP2D6:* duloxetin er miðlungs öflugur CYP2D6 hemill. Þegar duloxetin var gefið í 60 mg skammti tvisvar á dag með stökum skammti af desipramíni, sem er CYP2D6 hvarfefni, jókst AUC desipramíns þrefallt. Samtímis gjöf duloxetins (40 mg tvisvar á dag) eykur jafnvægis AUC tolterodins (2 mg tvisvar á dag) um 71% en hefur ekki áhrif á lyfjahvörf virka 5-hydroxy umbrotsefnisins og ekki er mælt með skammtaaðlögun. Ef CYMBALTA er gefið samhliða lyfjum sem eru aðallega umbrotin af CYP2D6 (risperidón, þríhringlaga geðlyfjum [TCAs] svo sem nortriptýlín, amitryptýlín og imipramín) skal það gert með varúð sérstaklega ef þau eru með þröngan læknisfræðilegan stuðul (svo sem flekainíð, própafenón og metóprólól). *Getnaðarvarnartöflur og aðrir sterar:* niðurstöður *in vitro* rannsókna sýna að duloxetin örvar ekki ensímvirkni CYP3A. Sérstakar *in vivo* rannsóknir á milliverkunum lyfjanna hafa ekki verið framkvæmdar. *Segavarnarlyf og blóðflöguhemjandi lyf:* Gæta skal varúðar þegar duloxetin er notað samtímis segavarnarlyfjum til inntöku eða blóðflöguhemjandi lyfjum vegna hugsanlegrar aukinnar hættu á blæðingum. Auk þess hefur verið greint frá hækkunum á INR *(International Normalized Ratio)* gildum þegar duloxetin er notað samtímis warfaríni. *Áhrif annarra lyfja á duloxetin Sýrubindandi lyf og H2 blokkar:* samtímis gjöf duloxetins og sýrubindandi lyfja sem innihalda ál og magnesíum eða með famotidini hafi engin marktæk áhrif á frásogshraða eða magn duloxetins sem frásogaðist eftir inntöku 40 mg skammts. *Lyf sem hamla CYP1A2:* þar sem CYP1A2 tekur þátt í umbroti duloxetins, er líklegt að samhliða notkun duloxetins með öflugum CYP1A2 hemlum auki þéttni duloxetins. Fluvoxamín (100 mg einu sinni á dag), sem er öflugur CYP1A2 hemill, lækkaði greinanlega plasma úthreinsun duloxetins um u.þ.b. 77% og 6 faldaði AUC0-t. Því ætti ekki að gefa CYMBALTA samhliða öflugum CYP1A2 hemlum eins og fluvoxamíni (sjá kafla 4.3). *Lyf sem hvetja CYP1A2:* Þýðisgreining á lyfjahvörfum hafa sýnt að reykingamenn hafa næstum 50% lægri duloxetin styrk í plasma samanborið við þá sem reykja ekki. **Meðganga og brjóstagjöf:** *Meðganga* Ekki eru fyrirliggjandi nein gögn um notkun duloxetins hjá þunguðum konum. Dýrarannsóknir hafa sýnt skaðleg áhrif á frjósemi við almenna útsetningu duloxetins (AUC) sem var lægra en mesta klínlska útsetningin (sjá kafla 5.3). Hugsanleg áhætta fyrir menn er ekki þekkt. Eins og með önnur serótónvirk lyf er hugsanlegt að nýburinn fái fráhvarfseinkenni ef móðirin tók duloxetin skömmu fyrir fæðingu. Aðeins ætti að nota CYMBALTA á meðgöngu ef hugsanlegur ávinningur réttlætir hugsanlega áhættu fyrir fóstur. Konum skal ráðlagt að láta lækninn vita ef þær verða þungaðar eða hafa í hyggju að verða þungaðar meðan á meðferð stendur. *Brjóstagjöf* Duloxetin skilst mjög lítillega út í brjóstamjólk manna, þetta er byggt á rannsóknum á 6 mjólkurmyndandi sjúklingum, sem ekki voru með barn á brjósti. Áætlaður daglegur skammtur ungbarnsins á grundvelli mg/kg er u.þ.b. 0,14% af þeim skammti sem móðirin fær (sjá kafla 5.2). Ekki er mælt með notkun CYMBALTA meðan á brjóstagjöf stendur yfir þar sem örugg notkun duloxetins hjá ungbörnum er ekki þekkt. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Þrátt fyrir að samanburðarrannsóknir hafi ekki sýnt fram á að duloxetin skerði hreyfifærni, skilvitlega færni eða minni, getur það valdið syfju og sundli. Sjúklingar skulu því varaðir við áhrifum lyfsins á hæfni til aksturs eða notkunar hættulegra véla. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanirnar sem tilkynnt var um hjá sjúklingum með þunglyndi á CYMBALTA meðferð voru ógleði, munnþurrkur, höfuðverkur og niðurgangur. Samt sem áður voru meirihluti algenga aukaverkana mildar til miðlungs alvarlegar, þær byrjuðu venjulega skömmu eftir upphaf meðferðar og flestar höfðu tilhneigingu til að dvína, jafnvel þegar meðferð var haldið áfram. Algengustu aukaverkanirnar sem vart varð við hjá sjúklingum með taugaverkj sykursýki á CYMBALTA meðferð voru: ógleði; svefnhöfgi; höfuðverkur og sundl. **Handhafi markaðsleyfis:** Eli Lilly Nederland BV, Grootslag 1-5, NL-3991 RA Houten, Holland. **Dagsetning fyrstu útgáfu markaðsleyfis/endurnýjunar markaðsleyfis:** 17. desember 2004. **Verð skv. Lyfjaverðskrá í október 2007.** Lyfið er lyfseðilsskylt(R). Tryggingastofnun ríkisins tekur þátt í greiðslu lyfsins (B-merkt). Cymbalta 30 mg hylki, 28 stk. 4.368 kr. Cymbalta 60 mg hylki, 28 stk. 5.692 kr. Cymbalta 60 mg hylki, 98 stk. 16.998 kr. Dags. endurskoðunar textans: 28. ágúst 2007.

Durogesic
Janssen-Cilag, 930066 (X
FORÐAPLÁSTUR; N 02 A B 03 **R E** Hver forðaplástur inniheldur: Fentanylum INN, 1,2 mg (gefur frá sér 12 míkróg/klst.), 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 og miklir verkir sem verkjalyf af flokki ópíóða verka á, t.d. verkir í tengslum við krabbamein. **Skammtastærðir handa fullorðnum:** Skömmtun er einstaklingsbundin og byggir á almennu ástandi sjúklings svo og á fyrri sögu um notkun morfínlyfja. Hafi sjúklingur ekki fengið stærk 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 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. Purfi 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 óróí í kjölfar notkunar 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 Fentanýl berst í brjóstamjólk í nægilegu magni til þess að hafa áhrif á barnið, jafnvel þó að gefnir séu venjulegir skammtar. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanir eru ógleði/uppköst (28%) og syfja (23%). Alvarlegasta aukaverkunin er hömlun öndunar og er skammtaháð, en þessi aukaverkun er sjaldgæf hjá sjúklingum, sem myndað hafa þol gegn morfínlyfjum. **Algengar (>1%):** *Almennar:* Kláði. Hjarta- og æðakerfi: Lágur blóðþrýstingur, hægur hjartsláttur. *Miðtaugakerfi:* Syfja, rugl, ofskynjanir, sæluvíma. Hömlun öndunar. *Meltingarfæri:* Ógleði, uppköst, þol gegn morfínlyfjum. **Algengar (>1%):** *Almennar:* Kláði. Hjarta- og æðakerfi: Lágur blóðþrýstingur, hægur hjartsláttur. *Miðtaugakerfi:* Syfja, rugl, ofskynjanir, sæluvíma. Hömlun öndunar. *Meltingarfæri:* Ógleði, uppköst, hægðatregða. *Húð:* Húðerting (roði, kláði, útbrot). *Þvagfæri:* Þvagteppa. Ef um mikið eða langvarandi blóðþrýstingsfall er að ræða, þá ber að hafa vökvaþurrð/blóðþurrð í huga og velta fyrir sér vökvagjöf. Öndunarhemjandi áhrif lyfsins eru skammtaháð. Húðertingin hverfur venjulega innan sólarhrings eftir að plástur hefur verið fjarlægður. Sjúklingar, sem fá morfínlyf, geta myndað þol og einnig orðið háðir lyfinu. **Milliverkanir við lyf eða annað:** Samtímis notkun lyfja sem hafa áhrif á miðtaugakerfið, þ.á m. þunglyndislyf, ópíóíðar, sefandi lyf, svefnlyf, almenn svæfinga- og deyfingalyf, fenótíazín, róandi lyf, vöðvaslakandi lyf, róandi andhistamín og áfengi, getur valdið auknum bælandi áhrifum með grunnri öndun, lágþrýstingi, miklum sefandi áhrifum og dái. Þess vegna þurfa sjúklingar sérstakt eftirlit og umönnun þegar þessi lyf eru notuð um leið og Durogesic. Fentanýl er að mestu 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, súkrahjálfun, 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 herþergishita. Geymist fjarri börnum, einnig eftir notkun. Notaðir plástrar skulu brotnir saman og fargað með öruggum hætti. **Handhafi markaðsleyfis:** Janssen-Cilag AB, P.O. Box 7073, S-19107 Sollentuna Svíþjóð. **Umboð á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ. **Pakkningar og verð 1. júní 2007: Forðaplástur 12 míkróg/klst.** 5,25 cm² x 5 stk. kr. 4.529. **Forðaplástur 25 míkróg/klst.** 10,5 cm² x 5 stk. kr. 5.130. **Forðaplástur 50 míkróg/klst.** 21 cm² x 5 stk. kr. 8.697. **Forðaplástur 75 míkróg/klst.** 31,5 cm² x 5 stk. kr. 12.725. **Forðaplástur 100 míkróg/klst.** 42 cm² x 5 stk. kr. 14.054 **Afgreiðslutilhögun:** Lyfið er lyfseðilskylt og eftirritunarskylt. **Greiðsluþátttaka E. Notkunarleiðbeiningar á íslensku skulu fylgja hverri pakkningu lyfsins.** Nánari upplýsingar er að finna í sérlyfjaskrá á vef Lyfjastofnunar, www.lyjastofnun.is.

ADARTREL filmuhúðaðar töflur, 0,25 mg, 0,5 mg, 2 mg ropíníról (sem hýdróklóríð). **Gegn einkennum miðlungsmikillar eða alvarlegrar fótaóeirðar. Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður upphafsskammtur er 0,25 mg einu sinni á dag í 2 daga. Ef þessi skammtur þolist vel skal auka skammtinn í 0,5 mg einu sinni á dag, það sem eftir er vikunnar. Eftir að meðferð er hafin skal auka dagsskammtinn þar til bestu svörun er náð. Meðalskammturinn í klínískum rannsóknum var 2 mg einu sinni á dag. Skammtinn má auka í stærsta ráðlagðan skammt, 4 mg einu sinni á dag. Ekki ráðlagt til notkunar hjá börnum yngri en 18 ára. **Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Alvarlega skert nýrna-og lifrarstarfsemi. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Ropíníról skal ekki nota við meðferð gegn hvíldaróþoli og sjúklegri þörf til að ganga af völdum sefandi lyfja eða afleiddri fótaóeirð. Meðan á meðferð með ropíníróli stendur getur fótaóeirð aukist í stað þess að batna. Í slíkum tilfellum ætti að endurskoða meðferð. Ropíníról hefur í sjaldgæfum tilvikum verið tengt svefnhöfga og skyndilegum svefni. Þetta kemur hins vegar örsjaldan fyrir hjá sjúklingum með fótaóeirð. Engu að síður skal sjúklingum greint frá þessum einkennum og þeim ráðlagt að gæta varúðar við akstur og stjórnun véla meðan á meðferð með ropíníróli stendur. Sjúklinga með alvarlega geðsjúkdóma ætti ekki að meðhöndla með dópamínörvum nema ávinningur af því vegi þyngra en áhættan. Gæta skal varúðar þegar ropíníról er gefið sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á lifrarstarfsemi. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Ropíníról er umbrotið aðallega af cýtókróm P450 ísóensíminu CYP1A2. Þar með er hætta á aukaverkunum með lyfjum sem vitað er að hamla CYP1A2. Sefandi lyf og aðrir dópamínhemlar með miðlæga verkun, svo sem súlfíríð eða metóklópramíð, geta dregið úr áhrifum ropíníróls og ætti því að forðast notkun þessara lyfja samhliða ropíníróli. **Meðganga og brjóstagjöf:** Ekki liggja fyrir neinar fullnægjandi rannsóknaniðurstöður um notkun ropíníróls á meðgöngu. Konur með barn á brjósti ættu ekki að nota ropíníról þar sem það getur hindrað mjólkurmyndun. **Aukaverkanir:** Mjög algengar: Uppköst, ógleði. Algengar: Kvíði, yfirlið, svefnhöfgi, svimi, kviðverkir, þreyta. Sjaldgæfar: Rugl, réttstöðulágþrýstingur, lágur blóðþrýstingur. **Afgreiðslutilhögun:** lyfseðilsskylt, R, E Pakkningar og verð í desember 2006: 0,25 mg 12 stk. 622 kr., 0,5mg 84 stk. 5.041 kr., 2 mg 84 stk.
12.650 kr. **Handhafi markaðsleyfis:** GlaxoSmithKline ehf., Þverholti 14 105 Reykjavík. Ágúst 2006. Nánari upplýsingar er að finna á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is

Celebra (celecoxib)

Ábendingar Ákvörðun um að ávísa sérhæfðum COX-2 hemli skal grundvallast á mati á heildaráhættu hvers sjúklings. Til meðhöndlunar á einkennum slitgigtar, iktsýki og hryggikt. **Skammtar og lyfjagjöf.** Vegna þess að hætta á hjarta- og æðasjúkdómum af völdum celecoxibs getur hugsanlega aukist með auknum skömmtum og aukinni meðferðarlengd, á meðferðartími að vera eins stuttur og mögulegt er og nota á minnsta virkan sólarhringsskammt. Endurmeta á reglulega þörf sjúklings fyrir verkjastillingu og svörun við meðferð, einkum hjá sjúklingum með slitgigt. *Slitgigt:* Ráðlagður sólarhringsskammtur er yfirleitt 200 mg einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Hjá sumum sjúklingum með ófullnægjandi linun einkenna getur verið ávinningur í því að nota 200 mg tvisvar sinnum á sólarhring. Ef lækningalegur ávinningur hefur ekki náðst eftir 2 vikur ætti að íhuga önnur meðferðarúrræði. *Iktsýki:* Ráðlagður upphafs-sólarhringsskammtur er 200 mg skipt í tvo skammta. Síðar meir má, ef þörf krefur, auka skammtinn í 200 mg tvisvar á sólarhring. Ef lækningalegur ávinningur hefur ekki náðst eftir 2 vikur ætti að íhuga önnur meðferðarúrræði. *Hryggikt:* Ráðlagður sólarhringsskammtur er 200 mg einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Hjá fáeinum sjúklingum með ófullnægjandi linun einkenna getur verið ávinningur í því að nota 400 mg einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Ef lækningalegur ávinningur hefur ekki náðst eftir 2 vikur ætti að íhuga önnur meðferðarúrræði. Ráðlagður hámarksskammtur á sólarhring, fyrir allar ábendingarnar, er 400 mg. Nota má Celebra með eða án matar. *Aldraðir: Öldruðum* (> 65 ára) einkum þeim sem eru innan við 50 kg að líkamsþyngd á í upphafi meðferðar að gefa minni skammtinn (200 mg á sólarhring). Síðar meir má eftir þörfum auka skammtinn í 400 mg á sólarhring *Skert lifrarstarfsemi:* Hefja skal meðferð með helmingi ráðlagðs skammts hjá sjúklingum með staðfesta í meðallagi skerta lifrarstarfsemi sem hafa 2535 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. *Börn:* Celecoxib er ekki ætlað börnum. **Frábendingar** Saga um ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Þekkt ofnæmi fyrir sulphonamidum. Virkt ætisár eða blæðingar í meltingarvegi. Sjúklingar sem hafa fengið astma, bráða nefslímubólgu, nefsepa (nasal polyps), ofsabjúg, ofsakláða eða annars konar ofnæmi eftir notkun asetýlsalisýlsýru eða bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) þar með taldir cyclooxygenasa-2 (COX-2) hemlar. 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 vansköpunum. Hugsanleg áhætta fyrir þungaðar konur er ekki þekkt en ekki er unnt að útiloka hana. Brjóstagjöf. Alvarlega skert lifrarstarfsemi (albúmín í sermi < 25 g/l eða Child-Pugh 10). Sjúklingar með áætlaða kreatíníntúthreinsun < 30 ml/mín. Bólgusjúkdómur í þörmum. Hjartabilun (congestive heart failure (NYHA II-IV)). Staðfestur hjartasjúkdómur vegna blóðþurrðar, sjúkdómar í útlægum slagæðum og/eða heilaæða-sjúkdómur. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun** Fylgikvillar í efri hluta meltingarvegar (gatmyndun, sár eða blæðingar) hafa komið fram hjá sjúklingum sem fengið hafa meðferð með celecoxibi, og hafa stundum verið banvænir. Gæta skal varúðar hjá sjúklingum sem eru í mestri hættu á að fá aukaverkanir frá meltingarvegi í tengslum við notkun bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID); aldraðir, sjúklingar sem samhliða nota önnur bólgueyðandi gigtarlyf eða asetýlsalisýlsýru og sjúklingar með sögu um sjúkdóm í meltingarvegi t. d sár eða blæðingu. Enn frekari hætta er á aukaverkunum frá meltingarvegi (sár í meltingarvegi eða aðrir fylgikvillar í meltingarvegi) þegar celecoxib er notað samhliða asetýlsalisýlsýru (jafnvel í litlum skömmtum). Í langtíma klínískum rannsóknum hefur ekki verið sýnt fram á marktækan mun hvað varðar aukaverkanir á meltingarveg við notkun sérhæfðra COX-2 hemla og asetýlsalisýlsýru annars vegar og bólgueyðandi gigtarlyfja og asetýlsalisýlsýru hins vegar. Aukinn fjöldi alvarlegra hjarta- og æðasjúkdóma, aðallega hjartaáfall, kom í ljós í langtíma samanburðarrannsókn við lyfleysu hjá sjúklingum með kirtilsepa (sporadic adenomatous polyps) sem fengu 200 mg tvisvar á sólarhring eða 400 mg tvisvar á sólarhring af celecoxibi, samanborið við lyfleysu. Vegna þess að hætta á hjarta- og æðasjúkdómum af völdum celecoxibs getur hugsanlega aukist með auknum skömmtum og aukinni meðferðarlengd, á meðferðartími að vera eins stuttur og mögulegt er og nota á minnsta virkan sólarhringsskammt. Endurmeta á reglulega þörf sjúklings fyrir linun einkenna og svörun við meðferð, einkum hjá sjúklingum með slitgigt. Sjúklingar með marktæka áhættuþætti fyrir hjarta- og æðasjúkdómum (t. d. háþrýsting, blóðfituhækkun, sykursýki, reykingar) á ekki að meðhöndla með celecoxibi nema að vel athuguðu máli. Sértækir COX-2 hemlar koma ekki í stað fyrirbyggjandi notkun acetýlsalicýlsýru gegn hjarta- og æðasjúkdómum af völdum segareks, því þeir hamla ekki samloðun blóðflagna. Því skal ekki hætta meðferð með lyfjum sem hamla samloðun blóðflagna. 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 versnandi 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 því skulu læknar hafa viðeigandi eftirlit með sjúklingunum. Í klínískum rannsóknum var sýnt fram á að celecoxib hefur svipuð áhrif á nýru og það bólgueyðandi gigtarlyf (NSAID) sem miðað var við. Ef starfsemi einhverra ofannefndra líffæra versnar hjá sjúklingum á meðan á meðferð stendur, á að gera viðeigandi ráðstafanir og íhuga hvort hætta eigi meðferð með celecoxibi. Celecoxib hamlar CYP2D6. Enda þótt það sé ekki óflugur hemill þessa ensíms kann að vera nauðsynlegt að minnka skammta þeirra lyfja sem skömmtuð eru einstaklingsbundið og umbrotna fyrir tilstilli CYP2D6 (sjá 4. 5). Gæta skal varúðar við meðferð sjúklinga sem vitað er að hafa lélega CYP2C9 ensímvirkni. Eftir markaðssetningu hefur verið greint frá alvarlegum áhrifum á húð, sumum banvænum, þar með talið skinnflagnings-bólgu, Stevens-Johnson heilkenni og eitrunardrepi í húð í tengslum við notkun celecoxibs, en þetta kemur örsjaldan fyrir. Svo virðist sem sjúklingar séu í mestri hættu fyrir þessum aukaverkunum í byrjun meðferðar: í flestum tilvikum hafa þessi einkenni byrjað að koma fram á fyrstu mánuðum meðferðar. Greint hefur verið frá alvarlegu ofnæmi (bráðaofnæmi og ofnæmisbjúg) hjá sjúklingum sem fengu celecoxib. Sjúklingar með sögu um ofnæmi fyrir sulphonamidum eða ofnæmi fyrir einhverju lyfi eru hugsanlega í meiri hættu að fá ofnæmi. Hætta skal notkun celecoxibs strax og fram koma húðútbrot, sár í slímhúð eða einhverjar aðrar vísbendingar um ofnæmi. Celecoxib getur dulið hita og önnur merki um bólgu. Alvarlegar blæðingar hafa komið fyrir hjá sjúklingum sem jafnframt nota warfarin. Gæta skal varúðar þegar celecoxib er notað samtímis warfarini og öðrum blóðþynningarlyfjum til inntöku. Celebra 100 mg og 200 mg hylki innihalda mjólkursykur (149,7 mg og 49,8 mg, talið í sömu röð). Sjúklingar með sjaldgæfan arfgengan kvilla galaktósaóþol, Lapp laktasa skort eða glúkósa-galaktósavanfrásog ættu ekki að taka þetta lyf. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir** Lyfhrifamilliverkanir Fylgjast skal með blóðstorkuvirkni, einkum fyrstu dagana eftir að celecoxib meðferð hefst eða henni er breytt hjá sjúklingum sem nota warfarin eða önnur blóðþynningarlyf, vegna þess að þessir sjúklingar eru í aukinni hættu á að fá blæðingafylgikvilla. Þess vegna er mikilvægt að fylgjast vel með prótrombíntíma INR hjá sjúklingum sem nota blóðþynningarlyf til inntöku, sérstaklega fyrst eftir að meðferð með celecoxibi hefst og þegar henni er breytt. Greint hefur verið frá blæðingum í tengslum við lengingu prótrombíntíma, einkum og sér í lagi hjá öldruðum sjúklingum, sem nota samtímis warfarin og celecoxib og hefur þetta í sumum tilvikum verið banvænt. Bólgueyðandi gigtarlyf geta dregið úr virkni þvagræsilyfja og háþrýstingslyfja. Eins og við á um bólgueyðandi gigtarlyf getur hætta á bráðri nýrnabilun aukist við samtímis notkun ACEhemla og celecoxibs Á það hefur verið bent að samtímis notkun bólgueyðandi gigtarlyfja 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 asetýlsalisýlsýru en það kemur þó ekki í stað asetýlsalisýlsýru sem notuð er til fyrirbyggjandi meðferðar við hjarta- og æðasjúkdómum. Eins og við á um önnur bólgueyðandi gigtarlyf, benda rannsóknir til að samtímis notkun celecoxibs og lítilla skammta asetýlsalisýlsýru leiði til aukinnar hættu á sáramyndun í meltingarvegi og öðrum fylgikvillum í efri hluta meltingarvegar, samanborið við celecoxib eitt og sér. Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla Sjúklingar sem finna fyrir sundli, svima eða syfju þegar þeir nota celecoxib eiga ekki að aka bifreið eða nota vélar. **Aukaverkanir** Sýkingar af völdum baktería og snikjudýra Algengar: Skútabólga, sýkingar í efri hluta öndunarvegar. Sjaldgæfar: Þvagfærasýkingar. Blóð og eitlar Sjaldgæfar: Blóðleysi. Mjög sjaldgæfar: Hvítfrumnafæð, blóðflagnafæð. Örsjaldan koma fyrir: Blóðfrumnafæð. Ónæmiskerfi. Örsjaldan koma fyrir: Alvarlegt ofnæmi, bráðaofnæmislost. Efnaskipti og næring Sjaldgæfar: Blóðkaliumhækkun. Geðræn vandamál Algengar: Svefnleysi. Sjaldgæfar: Kvíði, þunglyndi, þreyta. Örsjaldan koma fyrir: Rugl, ofskynjanir. Taugakerfi Algengar: Sundl. Sjaldgæfar: Þokusýn, ofspenna vöðva, náladofi. Mjög sjaldgæfar: Ósamhæfing vöðvahreyfinga, breytt bragðskyn. Örsjaldan koma fyrir: Versnandi flogaveiki, heilahimnubólga án baktería í blóði,breyting á bragðskyni, þefstol. Eyru og völundarhús Sjaldgæfar: Eyrnasuð. Örsjaldan koma fyrir: Heyrnarskerðing. Hjarta Sjaldgæfar: Hjartaáfall*, hjartabilun, hjartslátt arónot. Æðar Sjaldgæfar: Háþrýstingur, versnandi háþrýstingur. Mjög sjaldgæfar: Heilablóðfall vegna blóðþurrðar* Örsjaldan koma fyrir: Þabólga. Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti Algengar: Kokbólga, nefslímubólga. Sjaldgæfar: Hósti, mæði. Örsjaldan koma fyrir: Berkjukrampar. Meltingarfæri Algengar: Kviðverkir, niðurgangur, meltingartruflun, vindgangur. Sjaldgæfar: Hægðatregða, ropi, magabólga, munnbólga, uppköst, versnandi bólgu í meltingarvegi. Mjög sjaldgæfar: Sáramyndun í maga, skeifugörn, vélinda, þörmum og ristli, kyngingartregða, rof í þörmum, vélindisbólga, sortusaur. Örsjaldan koma fyrir: Blæðing í meltingarvegi, bráð brisbólga, ristilbólga/versnandi ristilbólga. Lifur og gall Sjaldgæfar: Óeðlileg lifrarstarfsemi. Örsjaldan koma fyrir: Lifrarbólga, gula, lifrarbilun. Húð og undirhúð Algengar: Útbrot. Sjaldgæfar: Ofsakláði. Mjög sjaldgæfar: Hárlos, aukið ljósnæmi. Örsjaldan koma fyrir: Ofsabjúgur, skinnflagningsbólga, regnbogaroðasótt, Stevens-Johnson heilkenni, dreplos húð-þekju. Stoðkerfi og stoðvefur Sjaldgæfar: Sinadráttur. Örsjaldan koma fyrir: Vöðvaproti. Nýru og þvagfæri Örsjaldan koma fyrir: Bráð nýrnabilun, millivefsnýrnabólga. Æxlunarfæri og brjóst rsjaldan koma fyrir: Truflun á tíðum (NOS) Almennar aukaverkanir og ástand tengt ikomuleið Algengar: Bjúgur á útlimum/vökvasöfnun. Rannsóknaniðurstöður: Sjaldgæfar: Hækkuð gildi transaminasa, aukning kreatíníns og þvagefnis. **Pakkningar og verð** 1. september 2007: Hylki, hart 100 mg: 100 stk. (þynnupakkað) 7.063 kr. Hylki, hart 200 mg: 10 stk. (þynnupakkað) 2.019 kr. Hylki, hart 200 mg: 20 stk. (þynnupakkað) 3241.069 kr. og 100 stk. (þynnupakkað) 12.043 kr. Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðslufyrirkomulag: 0.
Handhafi markaðsleyfis: Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, Danmörk. Umboðsaðili á Íslandi: Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ.
Samantekt um eiginleika lyfs er stytt í samræmi við reglugerð um lyfjaauglýsingar.
Upplýsingar um lyfið er að finna í sérlyfjaskrá og á lyfjastofnun.is

Exforge 5mg/80mg, 5mg/160mg og 10mg/160mg – STYTT SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS

HEITI LYFS Exforge 5mg/80mg, 5mg/160mg eða 10mg/160mg filmuhúðaðar töflur. **VIRK INNIHALDSEFNI OG STYRKLEIKAR** Hver filmuhúðuð tafla inniheldur amlodipin 5 mg (sem amlodipinbesylat) og valsartan 80 mg, 5 mg (sem amlodipinbesylat) og valsartan 160mg eða 10mg (sem amlodipinbesylat) og valsartan 160mg. **Ábendingar** Meðferð við háþrýstingi af óþekktri orsök.Exforge er ætlað sjúklingum sem ekki hafa náð nægilega mikilli blóðþrýstingslækkun með amlodipini einu sér eða valsartani einu sér.**Skammtar og lyfjagjöf** Ráðlagður skammtur Exforge er ein tafla á sólarhring. Nota má Exforge með mat eða án. Mælt er með að skammtar hvors virka innihaldsefnisins (þ.e. amlodipin og valsartan) séu stilltir af áður en skipt er yfir í samsetta lyfið. Íhuga má að skipta beint úr einlyfjameðferð yfir í meðferð með samsetningunni, ef klínískar forsendur er fyrir slíku. Um sjúklinga sem nota valsartan og amlodipin hvort í sinni töflu/hylki gildir að til hægðarauka má skipta yfir í Exforge sem inniheldur sömu skammta af virku innihaldsefnunum. *Skert nýrnastarfsemi* Nota má sömu skammta handa sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi. Mælt er með að fylgst sé með þéttni kalíums og kreatinins hjá sjúklingum með í meðallagi skerta nýrnastarfsemi. *Skert lifrarstarfsemi* Gæta skal varúðar þegar Exforge er notað handa sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi eða gallgangastíflu. Um sjúklinga sem eru með vægt til í meðallagi skerta lifrarstarfsemi án gallteppu gildir að ráðlagður hámarksskammtur er valsartan 80 mg. Aldraðir (65 ára og eldri) Gæta skal varúðar þegar skammtar eru stækkaðir hjá öldruðum sjúklingum. *Börn og unglingar* Ekki er mælt með notkun Exforge handa sjúklingum yngri en 18 ára.**Frábendingar** Ofnæmi fyrir virku efnunum, dihydropyridinafleiðum eða einhverju hjálparefnanna.Alvarlega skert lifrarstarfsemi, gallskorpulifur eða gallteppa. Alvarlega skert nýrnastarfsemi (GFR < 30 ml/mín./1,73 m²) og sjúklingar í skilunarmeðferð.Meðganga og brjóstagjöf. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun** *Sjúklingar með natríumskort og/eða minnkað blóðrúmmál* Óhófleg blóðþrýstingslækkun kom fyrir hjá 0,4% sjúklinga með háþrýsting án fylgikvilla sem fengu meðferð með Exforge í rannsóknum með samanburði við lyfleysu. Hjá *sjúklingum með virkjað renin-angiotensinkerfi* (t.d. sjúklingar með minnkað blóðrúmmál og/eða sjúklingar með saltskort sem nota stóra skammta af þvagræsilyfjum) sem nota angiotensinviðtakablokka, getur komið fram lágþrýstingur með einkennum. Mælt er með að þetta ástand sé leiðrétt áður en meðferð með Exforge hefst eða að viðhaft sé náið læknisfræðilegt eftirlit í upphafi meðferðarinnar. Komi fram lágþrýstingur í tengslum við Exforge skal leggja sjúklinginn útaf og ef þess gerist þörf skal gefa jafnþrýstið saltvatn með innrennsli í bláæð. Halda má meðferð áfram þegar blóðþrýstingurinn hefur náð jafnvægi. Blóðkalíumhækkun

Gæta skal varúðar við samhliða notkun kalíumuppbótar, kalíumsparandi þvagræsilyfja, saltauppbótar sem inniheldur kalíum eða annarra lyfja sem geta aukið þéttni kalíums (heparin o.s.frv.) og gera skal tíðar mælingar á kalíumþéttni. *Nýrnaslagæðarþrengsli* hvorki liggja fyrir neinar upplýsingar um notkun Exforge handa sjúklingum með nýrnaslagæðarþrengsli báðum megin né handa sjúklingum sem eru með eitt nýra og nýrnaslagæðarþrengsli. *Nýrnaígræðsla* Enn sem komið er liggur ekki fyrir nein reynsla af öryggi við notkun Exforge handa sjúklingum sem nýlega hafa gengist undir nýrnaígræðslu. *Skert lifrarstarfsemi* Brotthvarf valsartans verður einkum á óbreyttu formi í galli en amlodipin umbrotnar mikið í lifur. Gæta skal sérstakrar varúðar þegar Exforge er notað handa sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta lifrarstarfsemi eða gallgangastíflu. Um sjúklinga sem eru með vægt til í meðallagi skerta lifrarstarfsemi án gallteppu gildir að ráðlagður hámarksskammtur er valsartan 80 mg. *Skert nýrnastarfsemi* Ekki þarf að breyta skömmtum Exforge handa sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi (GFR > 30 ml/mín./1,73 m²). Mælt er með að fylgst sé með þéttni kalíums og kreatinins hjá sjúklingum með í meðallagi skerta nýrnastarfsemi.*Frumkomið aldosteronheilkenni* Ekki ætti að nota angiotensin II viðtakablokkann valsartan handa sjúklingum með frumkomið aldosteronheilkenni vegna þess að sjúkdómurinn hefur áhrif á renin-angiotensinkerfið. *Hjartabilun* Gera má ráð fyrir að hömlun á renin-angiotensin-aldosteronkerfinu valdi breytingum á nýrnastarfsemi hjá þeim sem eru næmir fyrir slíku. Hjá sjúklingum með alvarlega hjartabilun, en vera má að nýrnastarfsemi þeirra sé háð virkni renin-angiotensin-aldosteronkerfisins, hefur meðferð með angiotensin-converting enzyme (ACE) hemlum og angiotensin viðtakablokkum verið tengd þvagþurrð og/eða versnandi blóðnituraukningu sem (í mjög sjaldgæfum tilvikum) getur leitt til bráðrar nýrnabilunar og/eða dauða. Greint hefur verið frá svipuðum niðurstöðum vegna valsartans. Í langtíma rannsókn á amlodipini með samanburði við lyfleysu (PRAISE-2) hjá sjúklingum með hjartabilun í NYHA (New York Heart Association Classification) flokkum III og IV, án blóðþurrðar, tengdist amlodipin fjölgun tilkynninga um lungnabjúg þrátt fyrir að enginn marktækur munur væri á tíðni versnunar hjartabilunar, samanborið við lyfleysu. *Ósæðar- og míturlokuþrengsli, ofvaxtarhjartavöðvakvilli með teppu* Eins og við á um öll önnur æðavíkkandi lyf, skal gæta sérstakrar varúðar hjá sjúklingum með ósæðar- eða míturlokuþrengsli eða ofvaxtarhjartavöðvakvilla með teppu. Notkun Exforge hefur ekki verið rannsökuð hjá öðrum sjúklingahópum en þeim sem eru með háþrýsting. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir** *Milliverkanir sem tengjast amlodipini* Gæta þarf varúðar við samhliða notkun CYP3A4 hemlar Ekki er unnt að útiloka að öflugri CYP3A4 hemlar (þ.e. ketoconazol, itraconazol, ritonavir) geti aukið plasmaþéttni amlodipins. CYP3A4 hvatar (flogaveikilyf [t.d. carbamazepin, fenobarbital, fenytoin, fosfenytoin, primidon], rifampicin, Hypericum perforatum) Samhliða notkun getur dregið úr plasmaþéttni amlodipins. Mælt er með klínísku eftirliti og hugsanlega þarf að breyta skammti amlodipins meðan á meðferð með hvatanum stendur og eftir að notkun hans er hætt. Það sem taka þarf tillit til við samhliða notkun *Annað* Í einlyfjameðferð hefur amlodipin verið notað, án þess að slíkt kæmi niður á öryggi, samhliða þvagræsilyfjum af flokki tíazíða, beta-blokkum, ACE hemlum, langverkandi nítrötum, nitroglycerini undir tungu, digoxini, warfarini, sildenafili, sýrubindandi lyfjum (álhýdroxíð, mangesíumhýdroxíð, simeticon), cimetidini, bólgueyðandi verkjalyfjum (NSAID), sýklalyfjum og sykursýkilyfjum til inntöku. *Milliverkanir sem tengjast valsartani* Samhliða notkun sem ekki er mælt með Litíum Greint hefur verið frá afturkræfri aukningu á sermisþéttni litíums og eiturverkunum, við samhliða notkun með ACE hemlum. Kalíumsparandi þvagræsilyf, kalíumuppbót, saltauppbót sem inniheldur kalíum og annað sem getur hækkað kalíumþéttni Ef samhliða valsartani þarf að nota lyf sem hefur áhrif á kalíumþéttni er mælt með eftirliti með plasmaþéttni kalíums. Gæta þarf varúðar við samhliða notkun Bólgueyðandi verkjalyf (NSAID), þ.m.t. sértækir COX-2 hemlar, acetylsalicylsýra (> 3 g/sólarhring) og ósértæk bólgueyðandi verkjalyf (NSAID) Þegar angiotensin II viðtakablokkar eru notaðir samhliða bólgueyðandi verkjalyfjum (NSAID) geta blóðþrýstingslækkandi áhrif aukist. Þá getur samhliða notkun angiotensin II viðtakablokka og bólgueyðandi verkjalyfja einnig aukið hættu á versnun nýrnastarfsemi og aukinni sermisþéttni kalíums.*Annað* Við einlyfjameðferð með valsartani hefur ekki verið greint frá neinum klínískt marktækum milliverkunum við eftirtalið: Cimetidin, warfarin, furosemid, digoxin, atenolol, indometacin, hýdróklórtíazíð, amlodipin, glibenclamid. Það sem taka þarf tilliti til við samhliða notkun *Önnur blóðþrýstingslækkandi lyf* Algeng blóðþrýstingslækkandi lyf (t.d. alfa-blokkar, þvagræsilyf) og önnur lyf sem geta lækkað blóðþrýsting (t.d. þríhringlaga þunglyndislyf, alfa-blokkar til notkunar við góðkynja stækkun blöðruhálskirtils), geta aukið blóðþrýstingslækkun samsetta lyfsins. Áhrif **á hæfni til aksturs og notkunar véla** Engar rannsóknir hafa verið gerðar til að kanna áhrif lyfsins á hæfni til aksturs eða notkunar véla. Við akstur og notkun véla skal haft í huga að stundum geta komið fram sundl og þreyta. **Aukaverkanir** *Algengar*: Höfuðverkur, nefkoksbólga, inflúensa, bjúgur, potbjúgur, andlitsbjúgur, bjúgur á útlimum, þreyta, hitaroði í andliti og/eða á hálsi, þróttleysi, hitasteypur. *Sjaldgæfar*: Hraðsláttur, hjartsláttarónot, sundl, svefnhöfgi, stöðubundið sundl, dofi/náladofi, svimi, hósti, kok- og barkakýlisverkur, niðurgangur, ógleði, kviðverkir, hægðatregða, munnþurrkur, útbrot, húðroði, liðbólga, bakverkur, liðverkir, stöðubundinn lágþrýstingur. *Mjög sjaldgæfar*: Yfirlið, sjóntruflanir, suð fyrir eyrum, óeðlilega tíð þvaglát, ofmiga, ofsviti, exem, kláði, vöðvakrampar, þyngslatilfinning, lágþrýstingur, ofnæmi, ristruflanir, kvíði. **Viðbótarupplýsingar um hvort virka innihaldsefnið fyrir sig** Aukaverkanir sem greint hefur verið frá vegna hvors virka innihaldsefnisins fyrir sig gætu hugsanlega komið fyrir í tengslum við Exforge. *Amlodipin Algengast*: uppköst. *Sjaldgæfari*: hárlos, breyttar hægðavenjur, meltingartruflun, mæði, nefbólga, magabólga, ofvöxtur tannholds, brjóstastækkun hjá körlum, blóðsykurshækkun, getuleysi, aukin tíðni þvagláta, hvítfrumnafæð, lasleiki, skapsveiflur, vöðvaverkir, útlægur taugakvilli, brisbólga, lifrarbólga, blóðflagnafæð, æðabólga, ofsabjúgur og regnbogaroðaþot, hjartaöng, gallteppugula, hækkun AST og ALT, purpuri, útbrot og kláði getur komið fyrir. *Valsartan* Veirusýking, sýking í efri öndunarvegum, skútabólga, nefbólga, daufkyrningafæð, svefnleysi. Breytingar á nýrnastarfsemi, einkum hjá sjúklingum í meðferð með þvagræsilyfjum eða sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi, ofsabjúgur og ofnæmi (æðabólga, sermissótt) **Ofskömmtun** Helsta einkenni ofskömmtunar með valsartani er hugsanlega mikill lágþrýstingur með sundli. Ofskömmtun með amlodipini getur leitt til mikillar útlægrar æðavíkkunar og hugsanlega hraðsláttar vegna þess. Greint hefur verið frá umtalsverðum og hugsanlega langvinnum lágþrýstingi sem getur endað í losti og verið banvænn. *Meðferð* Framkalla uppköst eða beita magaskolun, tafarlaust eða allt að tveimur klst. eftir inntöku amlodipins, dregur marktækt úr frásogi amlodipins. Klínískt marktækur lágþrýstingur vegna ofskömmtunar með Exforge krefst inngrips til stuðnings við hjarta og blóðrás, þ.m.t. ört eftirlit með hjartastarfsemi og öndun, útlimum haldið í hárri stellingu og eftirlit með blóðrúmmáli og þvagmyndun. Æðaherpandi lyf gæti komið að gagni við að ná upp æðaspennu og blóðþrýstingi, svo framarlega sem ekki er frábending fyrir slíkri notkun. Gjöf kalsíumglúkonats í bláæð gæti komið að gagni við að snúa við áhrifum af lokun kalsíumganga. Ólíklegt er að hægt sé að fjarlægja valsartan eða amlodipin með blóðskilun. **Dags. Endurskoðunar textans**: 21.mars 2007. **HANDHAFI MARKAÐSLEYFIS** Novartis Europharm Limited, Wimblehurst Road, Horsham West Sussex, RH12 5AB, Bretland. **Umboðsaðili á Íslandi**: Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær. **Pakkningar og verð 1.nóvember 2006**:Exforge,töflur 5mg/80mg, 28stk.:3.791kr.,Exforge, töflur 5mg/80mg,98stk.:9.402 kr., Exforge, töflur 5mg/160mg, 28stk.:4.740kr., Exforge, töflur 5mg/160mg, 98stk.:13.029kr., Exforge, töflur 10mg/160mg, 28stk.:4.740kr., Exforge, töflur 10mg/160mg, 98stk.:13.029kr. **Afgreiðslumáti: R Greiðsluþátttaka: B. Ath. Textinn er styttur. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá Novartis í síma 535-7000.**

Glimeryl – Glimepirid 1, 2 og 3 mg

Glimeryl 1 mg, 2 mg og 3 mg töflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hver tafla inniheldur 1, 2 eða 3 mg af glímepíríði. **Ábendingar:** Glimeryl er ætlað til meðferðar á insúlínóháðri sykursýki (sykursýki tegund 2), þegar mataræði, líkamsþjálfun og megrun hafa ekki borið árangur. **Skammtar og lyfjagjöf:** Töflur til inntöku. Skammtar eru ákvarðaðir út frá niðurstöðum mælinga á sykurmagni í blóði og þvagi. Upphafsskammtur er 1 mg af glímepíríði á dag. Ef góð stjórnun næst með þessum skammti á að nota hann áfram til viðhaldsmeðferðar. Ef viðunandi stjórnun næst ekki skal auka skammtinn, með hliðsjón af blóðsykursmælingum í nokkrum þrepum, með 1 til 2 vikna millibili, í 2, 3 eða 4 mg af glímepíríði á dag. Aðeins í undantekningartilvikum næst betri árangur með stærri skömmtum en 4 mg á dag. Ekki er mælt með stærri skömmtum en 6 mg af glímepíríði á dag. Hjá sjúklingum þar sem ekki næst viðunandi blóðsykursstjórnun með hámarksdagsskammti af metformíni, má hefja samhliða meðferð með glímepíríði. Halda skal áfram með sama skammt af metformíni og áður, viðbótarmeðferð með glímepíríði skal hefja með lágum skammti og auka hann síðan smám saman í þann hámarksskammt sem þarf til að ná ákjósanlegri stjórn á efnaskiptum. Samsetta meðferðin skal hafin undir nánu eftirliti læknis. Hjá sjúklingum þar sem ekki næst viðunandi blóðsykursstjórnun með hámarksdagsskammti af Glimeryl, má hefja samhliða insúlínmeðferð ef þurfa þykir. Glímepíríðskammti er haldið óbreyttum og insúlínmeðferð hafin með lágum skömmtum sem síðan eru auknir þar til ákjósanlegri stjórn á efnaskiptum er náð. Samsetta meðferðin skal hafin undir nánu eftirliti læknis. Venjulega nægir að gefa einn skammt af glímepíríði á sólarhring. Mælt er með að þessi skammtur sé tekinn rétt fyrir eða með staðgóðum morgunverði eða ef ekki er borðaður morgunverður þá rétt fyrir eða með fyrstu máltíð dagsins. Ef skammtur gleymist á ekki að leiðrétta það með því að auka næsta skammt. Töflurnar á að gleypa heilar með vökva. Fái sjúklingur sem tekur 1 mg af Glimeryl á dag einkenni blóðsykursfalls, bendir það til þess að hann geti náð stjórn á blóðsykri með mataræði einu sér. Meðan á meðferð stendur getur þörfin fyrir glímepíríð minnkað þar sem bætt blóðsykursstjórn tengist auknu insúlínnæmi. Til að forðast blóðsykursfall ætti að íhuga að minnka skammta eða hætta meðferð í tæka tíð. Breytingar á skömmtum geta einnig verið nauðsynlegar, ef breytingar verða á þyngd sjúklingsins eða lifnaðarháttum eða öðrum þáttum sem geta aukið hættuna á lækkun eða hækkun blóðsykurs. *Breytt úr notkun annarra blóðsykurslækkandi lyfja til inntöku í Glimeryl:* Venjulega er hægt að breyta frá notkun annarra blóðsykurslækkandi lyfja til inntöku í Glimeryl. Áður en breytt er í Glimeryl þarf að taka tillit til styrkleika og helmingunartíma fyrra lyfsins. Í sumum tilvikum, einkum ef sykursýkislyfið hefur langan helmingunartíma (t.d. klórprópamíð), er nokkurra daga útskolunartímabil ráðlagt til að lágmarka hættu á blóðsykursfalli vegna samlegðaráhrifa lyfjanna. Ráðlagður upphafsskammtur er 1 mg af glímepíríði á dag. Með hliðsjón af svörun má auka glímepíríðskammtinn í þrepum eins og lýst er hér að framan. *Breytt úr notkun insúlíns í Glimeryl:* Í undantekningartilvikum, þar sem insúlínóháðri sykursýki (sykursýki tegund 2) er stjórnað með insúlíni, getur breyting yfir í notkun Glimeryl átt við. Breytingin á að vera undir nánu eftirliti læknis. **Frábendingar:** Glimeryl skal ekki nota í eftirfarandi tilvikum: við insúlínháðri sykursýki, sykursýkisdái, ketónblóðsýringu (ketoacidosis), alvarlegum nýrna- eða lifrarsjúkdómum, þekktu ofnæmi fyrir glímepíríði, öðrum súlfónýlúrealyfjum eða súlfónamíðum eða hjálparefnum í töflunum. Við alvarlega skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi skal skipta yfir í insúlínmeðferð. Þetta lyf inniheldur laktósa. Sjúklingar með sjaldgæft arfgengt galalaktósaópol, t.d. laktasaþurrð eða glúkósa-galaktósa vanfrásog, skulu ekki taka lyfið inn. Litarefnin í Glimeryl 2 mg töflum, Sunset Yellow FCF (E110) og Tartrazine (E102) geta valdið ofnæmisviðbrögðum. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Glimeryl skal taka rétt fyrir eða með mat. Ef máltíðir eru óreglulegar eða þeim sleppt, getur meðhöndlun með Glimeryl valdið blóðsykursfalli. Hugsanleg einkenni blóðsykursfalls eru m.a. höfuðverkur, ofsafengið hungur, ógleði, uppköst, þróttleysi, syfja, svefnerfiðleikar, eirðarleysi, árásargirni, skert einbeiting, skert árvekni, skertur viðbragðsflýtir, þunglyndi, rugl, tal- og sjóntruflanir, málstol, skjálfti, lömun, skyntruflanir, svimi, hjálparleysi, tap á sjálfstjórn, óráð, krampar, svefnhöfgi og meðvitundarleysi sem getur leitt til dauðadás, grunn öndun og hægur hjartsláttur. Auk þess hafa vísbendingar um adrenvirka mótsvörun sést, s.s. aukin svitamyndun, rök húð, kvíði, hraður hjartsláttur, hækkun á blóðþrýstingi, hjartsláttarónot, hjartaöng og hjartsláttaróregla. Þau klínísku einkenni sem sjást við alvarlega lækkun á blóðsykri geta líkst þeim sem sjást við heilablóðfall. Yfirleitt er hægt að ná góðri stjórnun á einkennum strax eftir inntöku á kolvetnum. Gervisætuefni hafa engin áhrif. Við notkun annarra súlfónýlúrealyfja hefur sést að blóðsykurslækkunin getur endurtekið sig þrátt fyrir að fyrri meðferðir hafi borið árangur. Alvarleg eða langvarandi blóðsykurslækkun, sem aðeins lagast tímabundið með venjulegu magni af sykri, þarfnast tafarlausrar meðferðar og stundum sjúkrahúsvistunar. Atriði sem auka hættu á blóðsykursfalli eru m.a.: Samstarfsvilji ekki fyrir hendi (algengara hjá eldri sjúklingum) eða getuleysi sjúklings til samstarfs, vannæring, óreglulegar máltíðir, máltíðum sleppt eða fastað, breytingar á mataræði, ójafnvægi milli líkamsáreynslu og inntöku kolvetna, neysla alkóhóls, sérstaklega ef máltíðum er einnig sleppt, skert nýrnastarfsemi, alvarlegir lifrarsjúkdómar, ofskömmtun af Glimeryl, ákveðnir ómeðhöndlaðir sjúkdómar í innkirtlakerfinu sem hafa áhrif á efnaskipti kolvetna eða þegar gagnstjórnun á blóðsykurslækkuninni á sér stað (t.d. við ákveðnar truflanir á starfsemi skjaldkirtils, heiladinguls eða við vanstarfsemi nýrnahettubarkar), samtímis notkun ákveðinna annarra lyfja. Við meðferð með Glimeryl er þörf á reglulegum mælingum á sykurmagni í blóði og þvagi. Auk þess er mælt með að hlutfall af sykurtengdum blóðrauða sé staðfest. Reglubundið eftirlit með lifrar- og blóðhag (sérstaklega hvítum blóðkornum og blóðflögum) er nauðsynlegt við meðferð með Glimeryl. Í tengslum við álag (s.s. slys, bráðaaðgerðir, sýkingar með hita o.s.frv.) getur reynst nauðsynlegt að skipta yfir í insúlín tímabundið. Engin reynsla er af notkun Glimeryl hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi eða hjá sjúklingum í blóðskilun. Hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi er mælt með að skipta yfir í insúlínmeðferð. **Milliverkanir:** Samtímis notkun Glimeryl og annarra lyfja getur valdið óæskilegri hækkun eða lækkun á blóðsykursáhrifum glímepíríðs. Vegna þessa á aðeins að taka önnur lyf í samráði við lækni eða samkvæmt ávísun hans. Glímepíríð umbrotnar fyrir tilstilli cýtókróm P450 2C9 (CYP2C9). Vitað er að samtímis notkun CYP2C9 hvata (t.d. rífampisíns) eða hemla (t.d. flúkónazóls) hefur áhrif á umbrot glímepíríðs. Niðurstöður úr in vivo rannsóknum á milliverkunum, sem birtar hafa verið, sýna að um tvöföld aukning verður á AUC glímepíríðs vegna áhrifa flúkónazóls, sem er einn virkasti CYP2C9 hemillinn. Samkvæmt reynslu af notkun Glimeryl og annarra súlfónýlúrealyfja er nauðsynlegt að minnast á eftirfarandi milliverkanir: *Aukning á blóðsykurslækkandi áhrifum, sem í sumum tilvikum getur leitt til blóðsykursskorts, getur átt sér stað þegar eftirfarandi lyf eru tekin inn samhliða Glimeryl:* Fenýlbútazón, azapropazón og oxýfenbútazón, insúlín og sykursýkislyf til inntöku, metformín, salisýlöt og p-amínósalisýlsýra, vefjaaukandi sterar og karlhormón, klóramfeníkól, kúmarín segavarnarlyf, fenfluramín, fíbröt, ACE-hemlar, flúoxetín, allópúrinól, andadrenvirk lyf, cýkló-, trí- og ífósfamíð, súlfínpýrazón, ákveðin langverkandi súlfónamíð, tetrasýklín, MAO-hemlar, kínólón sýklalyf, próbenesíð, míkónazól, pentoxýfýllín (háir skammtar gefnir sem inndæling), trítókvalín, flúkónazól. *Blóðsykurslækkandi áhrif glímepíríðs geta minnkað, sem leiðir til verri blóðsykursstjórnar ef Glimeryl er tekið inn með eftirfarandi lyfjum:* Estrógen og prógestagen, saltræsilyf (saluretics), tíazíð þvagræsilyf, lyf sem örva skjaldkirtil, sykursterar, fenótíazín afleiður, klórprómazín, adrenalín og adrenvirk lyf, nikótínsýra (háir skammtar) og nikótínsýruafleiður, hægðalyf (langtímanotkun), fenýtóín, díazoxíð, glúkagon, barbitúröt og rífampicín, acetoxólamíð. H2-blokkar, beta-blokkar, klónídín og reserpín geta ýmist aukið eða minnkað blóðsykurslækkandi áhrif. Merki um adrenvirka mótsvörun við blóðsykurslækkun getur minnkað eða alveg horfið við notkun á andadrenvirkum lyfjum, s.s. beta-blokkum, klónídíni, guanetidíni eða reserpíni. Neysla alkóhóls getur á ófyrirsjáanlegan hátt aukið eða minnkað blóðsykurslækkandi áhrif glímepíríðs. Gjöf glímepíríðs getur aukið eða minnkað áhrif kúmarín afleiða. **Meðganga og brjóstagjöf:** *Meðganga:* Áhætta tengd sykursýki: Aukin tíðni fæðingargalla og aukin dánartíðni við fæðingu getur verið afleiðing óeðlilegs blóðsykurs á meðgöngu. Fylgjast þarf því vel með blóðsykri á meðgöngutímanum til að komast hjá hættu á vansköpun. Við þannig aðstæður er þörf á insúlínmeðferð. Sjúklingar sem íhuga barneignir skulu láta lækninn vita. Áhætta tengd glimepíríði: Ekki liggja fyrir neinar fullnægjandi rannsóknarniðurstöður um notkun glímepíríðs á meðgöngu. Rannsóknir á dýrum hafa sýnt fram á skaðleg áhrif á frjósemi sem líklega má rekja til lyfhrifa (blóðsykurslækkun) glímepíríðs. Þess vegna ætti ekki að nota glimepíríð á meðgöngu. Ef konur á meðferð með glimepíríði huga að barneignum eða verða þungaðar, verður að skipta yfir í meðferð með insúlíni eins fljótt og hægt er. *Brjóstagjöf:* Ekki er vitað hvort lyfið berist í brjóstamjólk. Glimepíríð berst í mjólk hjá rottum. Þar sem aðrar súlfónýlúreaafleiður skiljast út í brjóstamjólk og vegna hættu á blóðsykurslækkun hjá brjóstmylkingum er ekki mælt með brjóstagjöf samhliða meðferð með glimepíríði. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Einbeitingarhæfni og viðbragðsflýtir sjúklinga getur skerst vegna blóðsykurslækkunar eða blóðsykurshækkunar eða t.d. vegna sjóntruflana. Þetta getur valdið hættu við aðstæður þar sem þessir eiginleikar eru mikilvægir (t.d við akstur eða notkun véla). Sjúklingum er ráðlagt að gera varúðarráðstafanir til þess að koma í veg fyrir blóðsykursfall við akstur. Þetta er sérstaklega mikilvægt fyrir þá sem verða síður eða alls ekki varir við varúðareinkenni blóðsykursfalls eða fá oft blóðsykursfall. Íhuga ætti hvort skynsamlegt sé að aka bíl eða nota vélar við þessar aðstæður. **Aukaverkanir:** *Sjaldgæfar (>1/1.000 og < 1/100):* Sjóntruflanir (venjulega tímabundnar og koma helst fram í upphafi meðferðar, vegna breytinga á blóðsykursgildum). Ofnæmi í húð, s.s. kláði, útbrot, ofsakláði. *Mjög sjaldgæfar (>1/10.000 og <1/1.000):* Breytingar á blóðmynd (sem ganga venjulega til baka eftir að meðferð er hætt), þ.m.t.: miðlungs til alvarleg blóðflagnafæð (thrombocytopenia), hvítfrumnafæð (leukopenia), rauðkornafæð (erythrocytopenia), kyrningafæð (granulocytopenia), kyrningahrap (agranulocytosis), blóðlýsublóðleysi (haemolytic anaemia), blóðfrumnafæð (pancytopenia). Hækkun á lifrarensímum. *Í örfáum tilvikum (<1/10.000, þar með talin einstök tilvik):* Vægt ofnæmi getur þróast í alvarlegt ofnæmi með andþrengslum (dyspnoea), blóðþrýstingsfalli og hugsanlega losti. Ofnæmisæðabólga. Krossofnæmi við súlfónýlúrea, súlfónamíð og skyld efni. Blóðsykurslækkun (á sér oftast stað strax, getur orðið alvarleg og er ekki alltaf auðveld í meðhöndlun. Eins og við aðrar blóðsykurslækkandi meðferðir fer ofangreind svörun eftir einstaklingsbundnum þáttum eins og matarvenjum og skammtastærð). Óþægindi frá meltingarvegi, s.s. ógleði, uppköst, niðurgangur, þrýstings- eða upppembutilfinning og kviðverkir (þessar verkanir leiða sjaldan til þess að notkun lyfsins sé hætt). Skert lifrarstarfsemi, t.d. með gallteppu og gulu. Lifrarbólga (getur þróast í lifrarbilun). Ljósnæmi. Blóðnatríumlækkun. **Ofskömmtun:** Eftir inntöku á of stórum skammti getur komið fram blóðsykurslækkun, sem getur varað frá 12-72 klst. eftir inntöku og getur komið fram aftur eftir að náðst hefur jafnvægi á blóðsykri. Einkenni koma stundum ekki fram fyrr en allt að 24 klst. eftir inntöku á Glimeryl. Almennt séð er því mælt með sjúkrahúsvist. Ógleði, uppköst og kviðverkir geta komið fram. Blóðsykurslækkuninni fylgja venjulega taugaeinkenni, s.s. óróleiki, skjálfti, sjóntruflanir, erfiðleikar við samhæfingu, syfja, meðvitundarleysi (dá) og krampar. Meðferðin felst aðallega í því að hindra frásog glímepíríðs með því að framkalla uppköst og síðan láta sjúkling drekka vatn eða límonaði með lyfjakolum (aðsogar) og natríumsúlfati (hægðalyf). Ef stórir skammtar hafa verið teknir, er mælt með magaskolun, síðan lyfjakolum og natríumsúlfati. Í mjög alvarlegum tilvikum af ofskömmtun er mælt með gjörgæsluvist á sjúkrahúsi. Hefja skal gjöf glúkósa, eins fljótt og hægt er, ef nauðsyn krefur þá á að byrja með 50 ml af glúkósa 50% með inndælingu í æð, fylgja því svo eftir með innrennsli 10% lausnar og fylgjast nákvæmlega með blóðsykursgildum. Frekari meðferð skal haga eftir einkennum. Sérstaklega skal athuga við ofskömmtun hjá smábörnum og ungum börnum að skammtinum sem gefinn er af glúkósa sé nákvæmlega stjórnað til að koma í veg fyrir að hættuleg blóðsykurshækkun verði. Nákvæmlega skal fylgjast með glúkósa í blóði. **Pakkningar og hámarksverð í smásölu 1. febrúar 2007:** Töflur 1 mg, 90 stk.: 1.975 kr., 2 mg, 90 stk.: 3.203 kr., 3 mg, 90 stk.: 4.028 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R **Greiðsluþátttaka:** * **Markaðsleyfishafi:** Actavis hf. Desember 2005

actavis
hagur í heilsu

EFEXOR DEPOT **NO6A X16** **RB**

Wyeth AB. Venlafaxín-hýdróklóríð, samsvarandi venlafaxín 37,5 mg, 75 mg eða 150 mg. Forðahylki, hart. **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. Félagsfælni. Felmtur með eða án víðáttufælni. **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:* Et 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/Félagsfælni):* 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. *Felmtur:* Ráðlagður skammtur er 75 mg af Efexor Depot einu sinni á dag. Við upphaf meðferðar skal gefa 37,5 mg upphafsskammt á dag af Efexor Depot fyrstu 4 – 7 dagana, en auka síðan skammtinn upp í 75 mg einu sinni á dag. Hjá sjúklingum sem ekki sýna neina svörun við 75 mg skammti á dag, getur verið gagnlegt að auka skammta upp í að hámarki 225 mg á dag. Til að lengja losun venlafaxíns (extended-release) má auka skammta um 75 mg á dag með u.þ.b. 2 vikna millibili eða meira, en aldrei skemur en á 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. Ef kreatínínúthreinsun er 10-70 ml/mín. þarf að minnka skammt um 25-50%. Heildardagskammt af venlafaxíni þarf að minnka um 50% í blóðskilunarsjúklingum. Ekki má gefa venlafaxín fyrr en blóðskilun er lokið. 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. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 18 ára. Ekki er mælt með neinni skammtaaðlögun venlafaxíns vegna aldurs. Efexor depot forðahylki inniheldur kúlur, sem losa lyfið hægt út í meltingarfærin. Óuppleysanlegur hluti þessara kúlna skilst út og getur sést í hægðum. *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 a.m.k. tvær vikur ef venlafaxín hefur verið notað í meira en 6 vikur að viðhafðri aðgát vegna hættu á bakslagi. Tíminn sem þarf til að minnka skammtinn getur verið háður skammtinum, lengd meðferðar og ástandi sjúklings. Haft skal samband við sérfræðing ef enginn bati hefur náðst eftir eins mánaðar meðferð. **Frábendingar:** Brátt hjartadrep, bráður sjúkdómur í heilaæðum og ómeðhöndlaður háþrýstingur. Samtímis meðferð með mónóamínoxíðasahemlum. Ofnæmi fyrir venlafaxíni eða einhverjum hjálparefnanna. **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. Krampa getur orðið vart við venlafaxín meðferð, nota ætti venlafaxín með varúð hjá sjúklingum með sögu um krampa. 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 þunglyndi og ávísa ætti minnsta skammti í upphafi til að draga úr hættu á ofskömmtun. Hætta á sjálfsvígi fylgir þunglyndi og kann að vera fyrir hendi þar til verulegur bati hefur náðst. Fylgjast þarf vel með hvort sjúklingum sem meðhöndlaðir eru með venlafaxín versnar og einnig hvort sjálfsvígshugsanir gera vart við sig, sérstaklega í upphafi meðferðar eða þegar einhverjar breytingar verða á skammtastærð eða skammtafyrirmælum.Venlafaxín kann hjá sumum sjúklingum að valda hækkuðum blóðþrýstingi (lagbilsþrýstingur 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 þunglyndi í geðhvarfasýki (bipolar depression) hafa ekki verið könnuð. Hjá sjúklingum með geðhvarfasýki getur orðið þróun til geðhæðarfasa. Sjúklingar með flogaveiki þarfnast viðeigandi flogaveikilyfja á meðan á meðferð stendur. Ekki hefur fengist klínísk reynsla hjá börnum. Lækkun natríums í blóði og/eða óeðlileg seyting þvagtemprandi hormóns (Syndrome of Inappropriate Anti-idiuretic hormone (SIADH)) 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. Hraðari hjartsláttur getur komið fyrir, sérstaklega við töku hærri skammta. Varúðar ætti að gæta hjá sjúklingum þar sem undirliggjandi sjúkdómar gætu versnað með hraðari hjartslætti. Ljósopsstæring getur komið fyrir í tengslum við venlafaxín. Mælt er með að sjúklingar með hækkaðan augnþrýsting eða sjúklingar með hættu á þrönghornsgláku séu undir sérstöku eftirliti. Hættan á húð- og slímhúðarblæðingum getur aukist hjá sjúklingum sem taka venlafaxín. Nota ætti venlafaxín með varúð hjá sjúklingum sem eiga til að fá blæðingar á þessum stöðum.Óryggi og virkni venlafaxín meðferðar samhliða megrunarlyfjum hefur ekki verið könnuð. Ekki er mælt með samhliða töku venlafaxíns hýdróklóríðs og megrunarlyfja. Venlafaxín er ekki ætlað sem megrunarlyf, hvorki eitt og sér, né samtímis töku annarra efna. Í klínískri rannsókn þar sem venlafaxín var borið saman við lyfleysu, sást aukning á kólesteróli í blóði sem skipti máli hjá 5,3% sjúklinga sem fengu venlafaxín en 0,0% sjúklinga sem fengu lyfleysu í a.m.k. 3 mánuði. Íhuga ætti að mæla kólesteról í blóði við langtímameðferð.Í klínískri rannsókn hjá börnum, var aukning í skráningu á neikvæðum hugsunum og, sérstaklega þar sem um alvarlegt þunglyndi var að ræða, aukning á sjálfsmorðstengdum atvikum eins og sjálfsmorðshugsunum og sjálfskaða. Fráhvarfseinkenni sem fram koma þegar töku gedeyfðarlyfja er hætt eru vel þekkt. Því er mælt með að venlafaxín skammturinn verði smám saman minnkaður og fylgst verði vel með sjúklingnum. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Engar milliverkanir hafa komið fram hjá heilbrigðum sjálfboðaliðum eftir einfaldan skammt af litíum, díazepami og etanóli á meðan á meðferð stendur með venlafaxíni. Rannsóknir benda til þess að venlafaxín umbrotni í O-desmetýlvenlafaxín af völdum 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 að venlafaxín gæti dregið úr umbrotum annarra lyfja sem CYP2D6 umbrýtur ætti að gæta varúðar við notkun venlafaxíns ásamt slíkum lyfjum þar eð plasmaþéttni 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. Segavarnaráhrif warfarins geta aukist hjá sjúklingum við það að taka venlafaxín samtímis.Rannsókn á lyfhrifum með gjöf halóperidóls hefur sýnt eftirfarandi niðurstöður fyrir halóperidól: 42% minnkun á heildarúthreinsun við inntöku (oral clearance), 70% aukning á AUC og 88% aukning á Cmax en engin breyting á helmingunartíma. Sýnt hefur verið fram á að címetidín kemur í veg fyrir umbrot venlafaxíns við fyrstu umferð í lifur við stöðugt ástand; címetidín hefur aftur á móti engin áhrif á lyfhrif O-desmethylvenlafaxíns. Talið er að heildarlyfhrif venlafaxíns og O-desmethylvenlafaxíns aukist aðeins í flestum sjúklingum. Í öldruðum og í sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi getur verið að þessi milliverkun sé greinilegri. Byggt á þekkingu á virkni venlafaxíns og möguleika á serótónín heilkenni, er mælt með varúð þegar venlafaxín er gefið samtímis öðrum lyfjum sem gætu haft áhrif á serótónín boðefnakerfið, svo sem triptan,og sértækir serótónín endurupptöku blokkarar. **Meðganga og brjóstagjöf:** *Meðganga:* Takmörkuð klínísk reynsla hefur fengist af því að gefa barnshafandi 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. Ef venlafaxín er gefið fram að fæðingu eða skömmu fyrir fæðingu, getur nýburinn orðið fyrir fráhvarfseinkennum. Nýburar sem hafa verið útsettir fyrir venlafaxín seint á þriðja hluta meðgöngu hafa fengið einkenni sem krefjast aðstoðar við öndun eða lengri sjúkrahúsdvalar. *Brjóstagjöf:* Venlafaxín og O-desmethylvenlafaxín skiljast út í móðurmjólk; því ætti að taka ákvörðun um það hvort halda skuli brjóstagjöf áfram eða hætta töku venlafaxíns. **Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:** Hugsanlegt er að meðferð með Efexor Depot kunni 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, svitaköst (einnig nætursviti), kláði, syfja, skjálfti.Blóðrás: Háþrýstingur, stöðubundinn lágþrýstingur, hraðtaktur, æðavíkkun, hjartsláttaróhot. *Miðtaugakerfi:* Rugl, martröð, minnkuð kynhvöt, svefnleysi, truflað húðskyn, kvíði, aukinn vöðvasam-dráttur, taugaóstyrkur. *Meltingafæri:* Ógleði, uppköst, minnkuð matarlyst, hægðatregða, meltingartruflun, munnþurrkur. Efnaskipti:Hækkun á kólesteróli í blóði (sérstaklega við langvarandi notkun og hugsanlega í stórum skömmtum). *Húð:* Sviti (þar með talinn næturSviti). *Þvag- og kynfæri:* Áhrif á sáðlát/fullnægingu, getuleysi, minnkuð þvaglát (aðallega erfiðleikar við losun (mostly hesitancy)). *Augu:* Sjónstillingartruflun, ljósopsstæring, sjóntruflanir. Sjaldgæfar (>1/1000, <1/100) *Almennar:* Bjúgur, eymasuð.*Blóð:* Flekkblæðing, blæðingar í slímhúð.*Blóðrás:* Lágþrýstingur, réttstöðuþrýstingsfall, hraðtaktur. *Miðtaugakerfi:* Slen, ósamhæfðar hreyfingar, ofhreyfni, ofskynjanir, geðhæð, sljóleiki, vöðvakippir, æsingur. *Meltingarfæri:* Bólga í vélinda, magabólga, tannholdsbólga, bragðbreytingar, tannagnístur,niðurgangur. *Húð:* Hárlos, útbrot, ofsakláði, aukið ljósnæmi. *Lifur:* Hækkuð lifrarensím í blóði, blóðnatríumlækkun. *Öndunarfæri:* Astmi. *Kyn- og þvagfæri:* Óeðlileg fullnæging (konur), miklar tíðablæðingar, þvagteppa. *Augu:* Tárubólga. Mjög sjaldgæfar (<1/1000) *Almennar:* Hálfdvali (stupor). *Blóð:* Lenging á blæðingartíma, blóðflagnafæð. *Blóðrás:* Breytingar á hjartarafriti (T-bylgja, S-T hluti, gátta-sleglarof af gráðu I). *Miðtaugakerfi:* Krampar, einkenni um utanstrýtukvilla (Parkinsonlík einkenni), persónuleikatruflun, illkynja sefunarheilkenni (NMS), serótónvirkt heilkenni (Serotonergic Syndrome). *Lifur:* Lifrarbólga, óeðlileg seyting þvagtemprandi hormóns (SIADH). Koma örsjaldan fyrir (<1/10 000) *Almennar:* Ofnæmislost. *Blóðrás:* QT lenging, sleglatif, sleglahraðsláttur (þar með talið torsade de pointes). *Melt-ingarfæri:* Brisbólga. *Blóð:* Blóðmein (þar með talið kyrningahrap, vanmyndunarblóðleysi, daufkyrningafæð og blóðfrumnafæð). *Efnaskipti:* Aukning í prólaktíni. *Stoðkerfi og stoðvefur:* Rákvöðvasundrun. *Miðtaugakerfi:* Æði, utanstrýtu einkenni (þar með talið truflað vöðvaspenna og hreyfingatregða), síðkomin hreyfitregða. *Öndunarfæri:* Fjölgun eósínófíla í lungum. *Húð:* Regnbogaroðasótt, Stevens Johnson heilkenni, kláði. Tilkynnt hefur verið um eftirfarandi einkenni þegar meðferð hefur verið hætt skyndilega: ólmhugur, kvíði, geðæsingur, taugaóstyrkur, rugl, svefnleysi og aðrar svefntruflanir, þreyta, svefnhöfgi, náladofi, krampi, sundl, svimi, höfuðverkur, eymasuð, sviti, munnþurrkur, þyngdartap, niðurgangur, ógleði og uppköst. Meiri hluti þeirra einkenna sem koma fram þegar meðferð er hætt eru væg og ganga til baka án meðferðar. Í þunglyndi er ávallt erfitt að greina á milli raunverulegra aukaverkana lyfja og einkenna um þunglyndi. Aukaverkanirnar ógleði og uppköst tengjast skammtastærð; stærri upphafsskammtar valda aukinni tíðni af ógleði. Styrkur og tíðni þessarar aukaverkunar minnka yfirleitt við áframhaldandi meðferð. Í klínískum rannsóknum á börnum og unglingum (6-17 ára) sáust almennt sömu aukaverkanir af venlafaxíni og hjá fullorðnum. Þó sást aukning í skráningu á neikvæðum hugsunum og, sérstaklega þar sem um alvarlegt þunglyndi var að ræða, aukning á sjálfsvígstengdum atvikum eins og sjálfsvígshugsunum og sjálfskaða. **Ofskömmtun:** Eftir markaðssetningu hefur aðallega verið tilkynnt um ofskömmtun venlafaxíns í tengslun við samhliða notkun alkóhóls og/eða annarra lyfa. *Eiturvirkni:* Fullvaxnir einstaklingar hafa tekið inn allt að 6,75 g og orðið fyrir meðalvæsnum eitrunaráhrifum. *Einkenni:* Bæling miðtaugakerfisins, krampar, andkólínvirk einkenni. Hraðtaktur (gúls og slegils), hægataktur, lækkaður blóðþrýstingur, breytingar á hjartarafriti, ST/T-breytingar, lenging QT-bils, lenging QRS-bils. *Meðferð:* Tryggja að öndunarvegur sé vel opinn, fylgjast með hjartarafriti; lyfjakol; magaskolun kemur til greina. Þegar hætta er á ásvelgingu er ekki mælt með að framkalla uppköstum. Ráðstafanir sem beinast að einkennum. Óliklegt er að þvinguð þvaglát, skilun, hreinsun blóðs með aðsogi og blóðskipti kom að gagni. Engin þekkt mótefni eru fyrir venlafaxíni. Sérlyfjaskrártexti: 17. mars 2006.

Pakkningar og verð í desember 2006: Efexor Depot forðahylki **75 mg: 28 stk 4.599 kr., 98 stk. 13.222 kr., 100 stk 13.787 kr.** Efexor Depot 150 mg: **28 stk. 8.262 kr, 98 stk. 23.664 kr., 100 stk 24.385 kr.**

SEROQUEL AstraZeneca: SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS Seroquel töflur N 05 A H 04

AstraZeneca

Hver tafla inniheldur: Quetiapinum INN fúmarat, samsvarandi Quetiapinum INN 25 mg, 100 mg, 200 mg og 300 mg. **Ábendingar:** Geðklofi. Meðalalvarlegar til alvarlegar geðhæðarlotur. Ekki hefur verið sýnt fram á að Seroquel komi í veg fyrir endurteknar geðhæðar- eða þunglyndislotur (sjá kafla 5.1 (í Sérlyfjaskrá)). **Skammtar og lyfjagjöf:** Seroquel á að gefa tvisvar á dag, með eða án matar. *Fullorðnir:* Við meðferð á geðklofa er heildardagsskammtur fyrstu fjóra daga meðferðarinnar 50 mg (dagur 1), 100 mg (dagur 2), 200 mg (dagur 3) og 300 mg (dagur 4). Frá fjórða degi á að breyta skammti smám saman í venjulegan virkan skammt sem er á bilinu 300-450 mg á dag. Ef þörf krefur má breyta skammtinum frekar, háð klínískri svörun og þoli viðkomandi sjúklings, innan skammtabilsins 150-750 mg/dag. Við meðferð á geðhæðarlotum í tengslum við tvíhverfa geðröskun (bipolar disorder) er heildarskammtur fyrstu fjóra daga meðferðarinnar 100 mg (dagur 1), 200 mg (dagur 2), 300 mg (dagur 3) og 400 mg (dagur 4). Frekari skammtabreytingar í allt að 800 mg/dag á degi 6 ætti að gera með því að auka skammt í mesta lagi um 200 mg/dag. Skömmtum má breyta, háð klínískri svörun og þoli viðkomandi sjúklings, innan skammtabilsins 200-800 mg/dag. Árangursrík verkun fæst venjulega á skammtabilinu 400-800 mg/dag. *Aldraðir:* Eins og við á um önnur geðrofslyf, á að nota Seroquel með varúð hjá öldruðum, sérstaklega í upphafi meðferðar. Verið getur að breyta þurfi skömmtum hægar og lækningalegur dagsskammtur getur verið lægri en það er háð klínískri svörun og þoli viðkomandi sjúklings. Úthreinsun quetiapíns úr plasma var að meðaltali um 30-50% hægari hjá öldruðum en hjá yngri sjúklingum. ***Börn og unglingar:*** Mat á öryggi og verkun lyfsins hjá börnum og unglingum er ekki fyrirliggjandi. ***Sjúklingar með nýrnabilun:*** Ekki er nauðsynlegt að breyta skömmtum. ***Sjúklingar með lifrarbilun:*** Quetiapín umbrotnar að miklu leyti í lifur. Fivf skal nota Seroquel með varúð hjá sjúklingum með þekkta lifrarbilun, sérstaklega í upphafi meðferðar. Upphafsskammtur Seroquel ætti að vera 25 mg/dag hjá sjúklingum með þekkta lifrarbilun. Skammtinn skal auka daglega um 25-50 mg þar til viðunandi skammti er náð, sem er háður klínískri svörun og þoli viðkomandi sjúklings. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum lyfsins.Samtímis notkun á cýtókróm P450 3A4 ensímhemlum, eins og HIV-próteasa hemlum, azól sveppalyfjum, erýtrómýcíni, klaritrómýcíni og nefazódóni er frábending. (Sjá einnig kafla 4.5 í Sérlyfjaskrá: Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir). **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** ***Hjarta og æðakerfi:*** Seroquel á að nota með varúð hjá sjúklingum með þekktan hjarta- og æðasjúkdóm, sjúkdóm í heilaæðum og sjúklingum sem hættir til að fá of lágan blóðþrýsting. Quetiapine getur orsakað réttstöðuþrýstingsfall, sérstaklega í upphafi þegar verið er að auka skammta smám saman, því skal íhuga að minnka skammta eða auka skammta hægar ef þetta gerist. ***Krampar:*** Í klínískum samanburðarrannsóknum var enginn munur á tíðni krampa (seizure) hjá sjúklingum sem fengu Seroquel eða lyfleysu. Eins og á við um önnur geðrofslyf, skal gæta varúðar við meðhöndlun sjúklinga sem hafa fengið krampa. ***Utanstrýtueinkenni:*** Í klínískum samanburðarrannsóknum var enginn munur í tíðni utanstrýtueinkenna hjá sjúklingum sem fengu ráðlagða skammta eða lyfleysu. ***Síðkomin hreyfitruflun (tardive dyskinesia):*** Ef vart verður merkja eða einkenna um síðkomna hreyfitruflun ætti að íhuga að hætta notkun Seroquel eða minnka skammta. ***Illkynja sefunarheilkenni (Neuroleptic Malignant Syndrome):*** Illkynja sefunarheilkenni hefur verið tengt við meðferð með geðrofslyfjum, þ.m.t. Seroquel (sjá Aukaverkanir). Klínísk einkenni eru t.d. ofurhiti, breytt andlegt ástand, vöðvastífni, óstöðugleiki í ósjálfráða taugakerfinu og hækkun á kreatín fosfókínasa. Í slíkum tilvikum skal hætta gjöf Seroquel og veita viðeigandi lyfjameðferð. ***Milliverkanir:*** Sjá einnig kaflann um Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir. fiegar Seroquel er notað samtímis öflugum lifrarensímahvötum s.s. karbamazepíni eða fenýtóíni lækkar plasmaþéttni quetíapíns verulega og getur það haft áhrif á Seroquel meðferðina. Sjúklingum sem nota lifrarensímhvata skal eingöngu gefa Seroquel ef læknir metur kosti Seroquel meðferðar mikilvægari áhættunni af því að hætta töku lifarensímhvatans. fiað er mikilvægt að allar breytingar á notkun ensímhvatans gerist hægt og ef nauðsyn krefur nota annað lyf sem ekki hvetur lifrarensím (t.d. natríumvalpróat). ***Blóðsykurshækkun:*** Blóðsykurshækkun eða versnun á sykursýki hefur komið fram í einstaka tilvikum meðan á meðferð með quetíapíni stendur. Mælt er með viðeigandi klínísku eftirliti hjá sykursjúkum og hjá sjúklingum sem eru í hættu á að fá sykursýki (sjá einnig kaflann um Aukaverkanir). ***Lenging á QT:*** Í klínískum rannsóknum og við notkun í samræmi við SPC hefur quetiapin ekki verið tengt þrálátri aukningu á algildum (absolute) QT bilum. Hins vegar hefur lenging á QT komið fram við ofskömmtun. ***Frekari upplýsingar:*** Upplýsingar um Seroquel gefið ásamt divalproexi eða lítíum í meðalalvarlegum til alvarlegum geðhæðarlotum eru takmarkaðar; engu að síður þoldist samsett meðferð vel (sjá nánar í Sérlyfjaskrá). Niðurstöðurnar sýndu samverkun í viku 3. Önnur rannsókn sýndi ekki samverkun í viku 6. Engar upplýsingar eru fyrirliggjandi um samsetta meðferð eftir viku 6. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Þar sem áhrif quetíapíns beinast að mestu að miðtaugakerfinu ber að gæta varúðar við samtímis notkun Seroquel og annarra lyfja sem verka á miðtaugakerfið sem og alkóhóls. Cýtókróm P450 (CYP) 3A4 er það ensím sem hefur mest áhrif á cýtókróm P450 miðlað umbrot quetíapíns. Í rannsókn á milliverkunum sem gerð var á heilbrigðum sjálfboðaliðum og gefið var saman quetíapín (25 mg) og ketókónazól, CYP3A4 hemill, jókst flatarmál undir blóðþéttniferli (AUC) quetíapíns 5 til 8 falt. Með þetta til hliðsjónar þá er samtímis notkun quetíapíns og CYP3A4 hemla frábending. Einnig er ekki mælt með að drekka greipaldinsafa með töku quetíapíns. Í fjölskammta rannsókn sem gerð var til að meta lyfjahvörf quetíapíns þegar það var gefið fyrir og samtímis meðferð með karbamazepíni (þekktum lifrarensímhvata) kom fram að karbamazepín eykur úthreinsun quetíapíns marktækt. fiessi aukning á úthreinsun minnkaði almenna útsetningu fyrir quetíapíni (mælt sem AUC) að meðaltali niður í um 13% af því sem var þegar quetíapín er notað eitt sér; þó að meiri áhrif hafi komið fram hjá sumum sjúklingum. Afleiðing þessarar milliverkunar getur verið minni plasmaþéttni sem getur haft áhrif á Seroquel meðferðina. Samtímis notkun Seroquel og fenýtóíns (annar mikrósómal ensímhvati) jók úthreinsun quetíapíns um það bil 450%. Hjá sjúklingum sem nota lifrarensímhvata ætti eingöngu að hefja meðferð með Seroquel ef læknir metur það svo að kostir Seroquel meðferðarinnar séu meiri en áhættan af að hætta notkun lifrarensímhvatans. fiað er mikilvægt að allar breytingar á notkun lifrarensímhvatans gerist hægt og ef nauðsyn krefur nota annað lyf sem ekki hvetur lifrarensím (t.d. natríumvalpróat) (sjá einnig kafla 4.4 Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun). Lyfjahvörf quetíapíns breyttust ekki marktækt við samtímis notkun þunglyndislyfjanna imípramíns (þekktur CYP 2D6 hemill) eða flúoxetíns (þekktur CYP 3A4 og CYP 2D6 hemill). Geðrofslyfin risperidón og halóperidól höfðu ekki marktæk áhrif á lyfjahvörf quetíapíns þegar þau voru notuð samtímis. Úthreinsun quetíapíns jókst um það bil 70% þegar tioridazín er gefið samtímis. Lyfjahvörf quetíapíns breytast ekki ef það er notað samtímis cimetidíni. Lyfjahvörf lítíums breytast ekki ef það er notað samtímis Seroquel. fiegar natríumvalpróat og Seroquel voru gefin samtímis breyttust lyfjahvörf þeirra ekki að því marki að það hefði klíniska þýðingu. Ekki hafa verið gerðar formlegar rannsóknir á milliverkunum við algeng lyf gegn hjarta- og æðasjúkdómum. **Aukaverkanir:** Algengustu aukaverkanirnar sem greint hefur verið frá við meðferð með Seroquel eru svefnhöfgi, sundl, munnþurrkur, vægt þróttleysi, hægðatregða, hraður hjartsláttur, réttstöðuþrýstingsfall og meltingartruflanir. Eins og á við um önnur geðrofslyf hefur þyngdaraukning, yfirlið, illkynja sefunarheilkenni, hvítfrumnafæð, hlutleysiskyrningafæð og útlægur bjúgur tengst notkun Seroquel. Tíðni aukaverkana í tengslum við meðferð með Seroquel, er talin upp hér að neðan í samræmi við þá uppsetningu sem Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS III Working Group; 1995) mælir með. Tíðni aukaverkana er flokkuð í samræmi við eftirfarandi: Mjög algengar (>1/10), algengar (>1/100, <1/10), sjaldgæfar (>1/1000, <1/100), mjög sjaldgæfar (>1/10.000, <1/1000) og einstök tilvik (<1/10.000). ***Blóð og eitlar:*** Algengar: Hvítfrumnafæð. Sjaldgæfar: Fjölgun eósínfíkla. Einstök tilvik: Daufkyrningafæð. ***Ónæmiskerfi:*** Sjaldgæfar: Ofnæmi. ***Efnaskipti og næring:*** Einstök tilvik: Blóðsykurshækkun, sykursýki. ***Taugakerfi:*** Mjög algengar: Sundl, svefnhöfgi, höfuðverkur. Algengar: Yfirlið. Sjaldgæfar: Krampar. Einstök tilvik: Síðkomin hreyfitruflun (tardive dyskinesia) ***Hjarta:*** Algengar: Hraðtaktur. ***Æðar:*** Algengar: Réttstöðuþrýstingsfall. ***Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti:*** Algengar: Nefslímubólga. Meltingarfæri: Algengar: Munnþurrkur, hægðatregða, meltingartruflanir. ***Lifur og gall:*** Mjög sjaldgæfar: Gula. Einstök tilvik: Lifrarbólga. ***Húð og undirhúð:*** Einstök tilvik: Ofsabjúgur, Stevens-Johnson heilkenni. ***Æxlunarfæri og brjóst:*** Mjög sjaldgæfar: Standpína. Almennar aukaverkanir og ástand tengt ikomuleið: Algengar: Vægt þróttleysi, útlægur bjúgur. Mjög sjaldgæfar: Illkynja sefunarheilkenni. Ágúst 2007.

Pakkningar og verð: Töflur 25 mg: 100 stk (þynnupakkað); 8.474 kr., Töflur 100 mg: 30 stk (þynnupakkað); 7.811 kr., 100 stk (þynnupakkað); 17.178 kr.,
Töflur 200 mg: 30 stk (þynnupakkað); 11.255 kr., 100 stk (þynnupakkað); 25.903 kr., Töflur 300 mg: 100 stk (þynnupakkað); 42.567 kr.
Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: 100 (Tryggingastofnun greiðir lyfið að fullu.). Október 2007.

Markaðsleyfishafi: AstraZeneca UK Ltd., Macclesfield, Cheshire. **Umboð á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ. ***Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá.***

Seroquel quetiapine

Sumacta – *sumatriptan 50 og 100 mg*

Sumacta 50 og 100mg húðaðar töflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hver tafla inniheldur 50 eða 100mg af súmatriptan (sem súmatriptan súkkínat). **Ábendingar:** Bráðameðferð við mígreni, með eða án fyrirboðaeinkenna. **Skammtar og lyfjagjöf:** Súmatriptan á ekki að nota fyrirbyggjandi. Súmatriptan er ætlað til einlyfjameðferðar við bráðameðferð á mígreni. Súmatriptan á að taka eins fljótt og hægt er eftir að mígreniverkur kemur. Súmatriptan er þó jafn virkt þegar það er tekið seinna í kastinu. Töflurnar á að gleypa heilar með vatni. Töflurnar má mylja og dreifa í vökva. *Fullorðnir:* Stakur 50mg skammtur. Sumir geta þurft 100mg skammt. Ef fyrsti skammtur virkar ekki ætti ekki að taka annan skammt við sama kastinu. Súmatriptan má taka við síðari köstum. Ef einkenni hverfa af fyrsta skammtinum en koma aftur, má taka 1-2 viðbótarskammta innan næstu 24 klst., svo fremi a.m.k. 2 klst. líði milli skammta og að ekki séu meira en 300mg tekin á tímabilinu. *Börn og unglingar (<17 ára):* Ekki er mælt með notkun súmatriptans. *Aldraðir:* Ekki er mælt með notkun súmatriptans hjá sjúklingum eldri en 65 ára þar til nánari klínísk gögn liggja fyrir. *Skert lifrar- eða nýrnastarfsemi:* Varúðar skal gætt vegna sjúkdóma sem geta haft áhrif á frásog, umbrot eða útskilnað súmatriptans. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir súmatriptani eða hjálparefnum. Saga um hjartadrep eða greining á kransæðasjúkdómi, Prinzmetals hjartaöng/kransæðakrampar, blóðrásartruflanir í útlimum eða einkenni um blóðþurrðarhjartasjúkdóm (IHD). Saga um sjúkdóm í heilaæðum eða skammvinnt blóðþurrðarkast (TIA). Alvarlega skert lifrarstarfsemi. Miðlungs eða alvarlegur háþrýstingur og vægur ómeðhöndlaður háþrýstingur. Samhliða notkun ergotamíns eða ergotamínafleiða. Samhliða meðferð með afturkræfum (t.d. móklóbemíði) eða óafturkræfum (t.d. selegilíni) mónóamín oxidasa hemlum (MAOI). Súmatriptan má ekki nota innan 2 vikna eftir að meðferð með óafturkræfum MAOI lýkur. Varúð: Sumacta á aðeins að nota þegar greining á mígreni er afdráttarlaus. Sumacta er ekki ætlað til meðhöndlunar helftarlömunar- (hemiplegic), heilastofns- (basilar) eða augnvöðvalömunar- (ophthalmoplegic) mígreni. Útiloka þarf alvarlega taugafræðilega sjúkdóma, áður en meðferð sjúklings hefst. Hafa skal í huga að mígrenisjúklingum getur verið hættara við að fá ákveðna heilaæðasjúkdóma. Tímabundin einkenni geta komið fram, einkum verkur fyrir brjósti og þrýstingur, sem geta verið sterk og leitt upp í háls. Ef einkenni benda til blóðþurrðarhjartasjúkdóms, skal hætta meðferðinni og framkvæma viðeigandi rannsóknir. Súmatriptan ætti ekki að gefa sjúklingum sem eru í hættu á að fá blóðþurrðarhjartasjúkdóm, þar til rannsókn sem útilokar kransæðasjúkdóm hefur farið fram. Örsjaldan hafa alvarleg kransæðatilfelli orðið, jafnvel hjá sjúklingum sem ekki höfðu undirliggjandi hjartasjúkdóm. Eftir markaðssetningu súmatriptans hefur mjög sjaldan verið tilkynnt um sjúklinga með serótónín heilkenni þegar lyfið hefur verið notað ásamt sértækum serótónín endurupptöku hemlum (SSRI) eða serótónín noradrenalín endurupptökuhemlum (SNRI). Sé klínískt talið nauðsynlegt að nota samhliða meðferð SSRI/SNRI er ráðlegt að fylgjast á viðeigandi hátt með sjúklingnum. Súmatriptan þarf að gefa með varúð þeim sjúklingum sem hafa sögu um flogaveiki eða heilaskemmdir sem lækka krampaþröskuld, þar sem tilkynnt hefur verið um flog í tengslum við súmatriptan. Sjúklingar með þekkt ofnæmi fyrir súlfónamíðum geta fengið ofnæmisviðbragð. Þegar triptan lyf eru gefin ásamt náttúrulyfjum sem innihalda Jóhannesarjurt (St.John´s Wort, *Hypericum perforatum*), getur tíðni aukaverkana aukist. Langtíma notkun hvers kyns verkjalyfja við höfuðverkjum getur gert þá verri. Hafa ætti í huga höfuðverk vegna ofnotkunar lyfja við greiningu sjúklinga sem hafa tíða höfuðverki þrátt fyrir (eða vegna) reglulega notkun höfuðverkjalyfja. Töflurnar innihalda laktósa. Sjúklingar með galaktósaóþol, laktasaþurrð eða glúkósa-galaktósa vanfrásog sem eru sjaldgæfir arfgengir kvillar, skulu ekki taka lyfið. **Milliverkanir:** Súmatriptan milliverkar ekki við própranólól, flúnarizín, pízótífen eða alkóhól. Samhliða notkun ergotamín er frábending A.m.k. 24 klst. ættu að líða eftir töku ergotamínlyfja þar til súmatriptan er notað og ekki ætti að nota ergotamínlyf fyrr en 6 klst. eftir að súmatriptan var tekið. Samhliða notkun MAOI lyfja er frábending. Mjög sjaldan hefur verið tilkynnt um sjúklinga með serótónín heilkenni við samhliða notkun á sértækum serótónín endurupptöku hemlum (SSRI) eða serótónín-noradrenalín endurupptökuhemlum (SNRI) Einnig er hætta á serótónín heilkenni séu súmatriptan og litíum gefin samhliða. **Meðganga og brjóstagjöf:** Gögn liggja fyrir, varðandi notkun 1000 barnshafandi kvenna á fyrsta þriðjungi meðgöngu, eftir markaðssetningu súmatriptans. Engar vísbendingar um aukna hættu á fæðingargöllum hafa komið fram þó gögnin gefi ekki óyggjandi niðurstöðu. Takmörkuð gögn eru til um notkun á öðrum og síðasta þriðjungi meðgöngu. Einungis ætti að meðhöndla barnshafandi konur með súmatriptani ef ávinningur fyrir móðurina er talinn meiri en áhættan fyrir fóstrið. Súmatriptan berst í brjóstamjólk eftir gjöf undir húð. Til að draga úr áhrifunum á barnið ætti að sleppa brjóstagjöf í 24 klst. eftir meðferð með súmatriptani. **Akstur og notkun véla:** Syfja getur komið fram hjá mígreni sjúklingi vegna mígrenikastsins eða vegna notkunar súmatriptans. Þetta getur haft áhrif á hæfni til aksturs eða notkunar véla. **Aukaverkanir:** *Algengar:* Truflun á skynjun, þ.m.t. náladofi og minnkað skynnæmi, svimi, syfja. Tímabundin hækkun blóðþrýstings stuttu eftir meðhöndlun. Hitakóf. Ógleði og uppköst; tengsl við súmatriptan eru þó ekki ljós. Þyngslatilfinning (yfirleitt skammvinn, getur verið sterk og á mismunandi stöðum, þar með talið í brjósti og hálsi). Verkur, hita- eða kuldatilfinning, þrýstingur eða herpingur (yfirleitt skammvinn og geta verið sterk og á mismunandi stöðum, þar með talið í brjósti og hálsi). Þróttleysi og þreyta (að jafnaði mild einkenni til miðlungs sterk og tímabundin). *Örsjaldan koma fyrir:* Minniháttar truflun á lifrarstarfsemisprófum. Óeðlilegt næmi. Krampar. Augntin, sjónsviðseyða, skjálfti, truflað vöðvaspenna. Augnflökt, sjóndepra, versnun sjónar. Tap á sjón þar á meðal hefur verið tilkynnt um varanlega versnun á sjón. Benda skal á að mígrenikast getur sjálft truflað sjón. Hægsláttur, hraðsláttur, hjartsláttarónot, hjartsláttartruflanir, tímabundin blóðþurrðar breytingar á hjartalínuriti, krampar í kransæðum, hjartaöng eða fleygdrep í hjarta. Lágþrýstingur, Raynauds fyrirbæri. Blóðþurrðar ristilbólga. Stífleiki í hálsi. **Hver lyfjaávísun takmarkast við 12 töflur af 50mg og 6 töflur af 100mg. Pakkingar og hámarksverð í smásölu (1. október 2007):** Húðaðar töflur 50 mg, 12 stk.: 6.391 kr., 100 mg, 6 stk.: 4.641 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R. **Greiðsluheimild:** E. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC ehf, Júlí 2007.

actavis
hagur í heilsu

Zitromax® UNO (azitrómýsín)

Zitromax UNO (azitrómýsín) forðakyrni fyrir mixtúru, dreifu 2g.
Ábendingar: Til meðferðar á vægum til í meðallagi svæsnum sýkingum í öndunarfærum af völdum azitrómýsínnæmra baktería: Bráð versnun á langvinnri berkjubólgu, lungnabólga, sem smitast hefur utan sjúkrahúss, hálsbólga og/eða eitlubólga (tonsillitis) af völdum Streptococcus pyogenes. Við ávísun sýklalyfja skal taka tillit til staðbundins ónæmis sýkingavalda. Fylgja skal opinberum/staðbundnum leiðbeiningum um viðeigandi notkun sýklalyfja **Skammtar og lyfjagjöf:** Zitromax UNO forðakyrni fyrir mixtúru, dreifu á að taka á fastandi maga (a.m.k. einni klukkustundu fyrir- eða tveimur klukkustundum eftir máltið). Fullorðnir og börn eldri en 12 ár.Ráðlagður skammtur er 1 flaska af Zitromax UNO (samsvarandi 2,0 g azitrómýsíni), tekin inn í einum skammti. Ef svo ólíklega vill til að sjúklingur kastar upp innan 5 mínútna frá því Zitromax UNO var tekin, skal taka inn annan skammt. Börn yngri en 12 ár. Zitromax UNO er ekki ætlað börnum yngri en 12 ára. Til meðferðar á börnum í þessum aldurshópi fæst Zitromax mixtúruduft dreifa. Aldraðir. Ekki þarf að breyta skömmtum.Skert nýrnastarfsemi. Ekki þarf að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi (gauklasíunarhraði 10-80 ml/mín.). Gæta skal varúðar við notkun lyfsins hjá sjúklingum með alvarlega nýrnabilun (gauklasíunarhraði < 10 ml/mín.). Skert lifrarstarfsemi. Lyfjahvörf Zitromax UNO hafa ekki verið rannsökuð hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Á grundvelli rannsókna á azitrómýsín-lyfjaformum með tafarlausa losun er ljóst að ekki þarf að breyta skömmtum hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta lifrarstarfsemi. Gæta skal varúðar við notkun azitrómýsíns hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. **Leiðbeiningar við blöndun dreifunnar fyrir notkun:** Bætið vatni í flöskuna upp að merkingu á merkimiðanum. Setjið lokið á. Hristið vandlega fyrir notkun. Drekkið allt innihald flöskunnar. Fullbúna lausn skal drekka innan 12 klukkustunda. Hristið fyrir notkun. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir azitrómýsíni, öðrum sýklalyfjum af flokki makrólíða (t.d. erýtrómýsíni) eða ketólíða eða einhverju hjálparefnanna. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Fylgja skal staðbundnum leiðbeiningum um viðeigandi notkun sýklalyfja. Mjög sjaldan hefur verið greint frá alvarlegum ofnæmisviðbrögðum, þar með töldum ofsabjúg og bráðaofnæmi (stöku sinnum banvænu). Við notkun azitrómýsíns hafa sumar þessara aukaverkana ítrekað komið fram og hefur þurft að fylgjast með sjúklingum og veita meðferð í lengri tíma. Gæta skal varúðar við notkun lyfsins hjá sjúklingum með alvarlegan lifrarsjúkdóm þar sem brotthvarf azitrómýsíns verður aðallega um lifur. Greint hefur verið frá 33% aukningu á almennri útsetningu azitrómýsíns hjá sjúklingum með mikið skerta nýrnastarfsemi (gauklasíunarhraði <10 ml/mín.). Gæta skal varúðar við meðferð þessara sjúklinga. Samtímis notkun korndrjólaafleiða og ákveðinna sýklalyfja af flokki makrólíða getur orsakað korndrjólaeitrun. Engin gögn liggja fyrir um hugsanlegar milliverkanir milli korndrjóla og azitrómýsíns. Þar sem fræðilegur möguleiki er á korndrjólaeitrun skal forðast að gefa azitrómýsín samtímis korndrjólaafleiðum. Ekki skal nota azitrómýsín handa sjúklingum sem eru á cíklósporínmeðferð. Við meðferð með öðrum makrólíðum hefur orðið vart lengdrar hrifspennu í hjartavöðva og lengingar á QT-bili, með aukinni hættu á hjartsláttartruflunum og „torsades de pointes". Ekki er hægt að útiloka svipuð áhrif vegna notkunar azitrómýsíns hjá sjúklingum sem eru í aukinni hættu á lengdri hrifspennu í hjartavöðva. Greint hefur verið frá sýndarhimnuristilbólgu við notkun nánast allra sýklalyfja, þ.á m. makrólíða og geta tilfellin verið misalvarleg, allt frá því að vera væg til lífshættuleg. Azitrómýsín er ekki fyrsti valkostur við meðferð á hálsbólgu og eitlubólgu af völdum Streptococcus pyogenes. Azitrómýsín skal aðeins nota ef ekki er hægt að nota penisillín (t.d. vegna penisillínsofnæmis) og aðeins ef azitrómýsínnæmi er staðfest. Zitromax UNO forðakyrni fyrir mixtúru, dreifu inniheldur 19,36 g af sykri. Sjúklingar með arfgengt frúktósaóþol, glúkósa-galaktósa vanfrásog eða súkrósa-ísómaltasaþurrð skulu ekki nota lyfið. Zitromax UNO forðakyrni fyrir mixtúru, dreifu inniheldur 148 mg af natríum. Sjúklingar sem eru á natríumskertu fæði skulu hafa það í huga. **Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir:** Á ekki að taka með korndrjóla (ergótamíni) og líkum lyfjum. Samtímis meðferð með lovastatíni er ekki ráðlögð: Azitrómýsín eykur C_{max} og $AUC_{0-5\ klst.}$ cíklósporíns. Því ætti að gæta varúðar við notkun þeirra samtímis. Samtímis meðferð með azitrómýsíni og rifabútíns eykur hættuna á aukaverkunum eins og beinmergsáhrif og æðahjúpsbólga (uveitis). Við samtímis meðferð með azitrómýsíni og warfaríni eða phenprocumoni er mælt með tíðum mælingum INR og skammtaaðlögun warfaríns í samræmi við niðurstöður. Hafa skal í huga að hugsanlegt er að dígoxíngildi hækki hjá sjúklingum sem nota dígoxín samtímis azitrómýsíni. Samtímis notkun azitrómýsíns og nelfínavír eykur aðgengi azitrómýsíns. Vegna aukaverkana getur verið þörf á að breyta skömmtum. Fylgjast skal náið með sjúklingum sem taka azitrómýsín samtímis lyfjum sem lengja QT-bil (t.d. terfenadín, lyf við hjartsláttartruflunum af flokki IA og III). **Meðganga og brjóstagjöf:** Meðgangaa: Azitrómýsín skal aðeins nota á meðgöngu ef brýna nauðsyn ber til. Brjóstagjöf: Azitrómýsín berst yfir í brjóstamjólk. Azitrómýsín má aðeins nota handa konum með barn á brjósti ef ávinningurinn vegur þyngra en hugsanleg áhætta fyrir barnið. **Aukaverkanir:** Mjög algengar aukaverkanir (>1/10): Niðurgangur. Algengar aukaverkanir: Höfuðverkur, kviðverkir, ógleði, uppköst. Sjaldgæfar aukaverkanir: Breytingar í blóði, sem geta birst í formi þreytu, fölleika, blæðingum frá húð og slímhimnum, marblettum auk sýkinga og hita. Þessar aukaverkanir eru vægar til í meðallagi alvarlegar og hverfa innan 1 til 2-ja daga. **Ofskömmtun:** Aukaverkanir, sem komið hafa fram eftir stærri skammta en þá sem eru ráðlagðir, eru svipaðar þeim sem koma fram eftir venjulega skammta. Dæmigerð einkenni eru afturkræft heyrnartap, ógleði, uppköst, kviðverkir og niðurgangur. Meðferð: Við ofskömmtun er mælt með að gefa lyfjakol, almennri stuðningsmeðferð við einkennum og gripa til meðferðar til að viðhalda lífsnauðsynlegri líkamstarfsemi, ef slíkt reynist nauðsynlegt. Pakkningar og verð (1. október, 2007): Forðakyrni fyrir mixtúru, dreifu 2g 3271 kr. Afgreiðslutilhögun: Lyfið er lyfseðilsskylt. Greiðsluflyrirkomulag: 0. **HANDHAFI MARKAÐSLEYFIS:** Pfizer ApS, Lautrupvang 8, 2750 Ballerup, Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi**: Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabær. Samatekt á eiginleikum lyfs er stytt í samræmi við reglugerð um lyfjaauglýsingar. Upplýsingar um lyfið er að finna í Sérlyfjaskrá og á lyfjastofnun.is.



Seretide Diskus (Flútíkasón og salmeteról),sjá nánar www.lyfjastofnun.is
ATC flokkur: R03AK06. R,B. Innöndunarduft, afmældir skammtar.

Hver skammtur af Seretide Diskus gefur: 50 míkróg af salmeteróli (sem salmeterólxínafóat) og 100, 250 eða 500 míkróg af flútíkasónprópíónati. **Ábendingar:** ***Astmi:*** Seretide Diskus er ætlað til samfelldrar meðferðar gegn astma, þar sem samsett meðferð (langverkandi berkjuvíkkandi lyfs og barkstera til innöndunar) á við: þegar ekki næst nægileg stjórn á sjúkdómnum með notkun barkstera til innöndunar og stuttverkandi berkjuvíkkandi (beta-2-örvandi) lyfja eða þegar viðunandi stjórn á sjúkdómnum næst með notkun barkstera til innöndunar og langverkandi berkjuvíkkandi (beta-2-örvandi) lyfja. Athugið: Seretide Diskus 50/100 míkróg styrkleikinn hæfir hvorki fullorðnum sjúklingum né börnum með slæman astma. ***Langvinn lungnateppa:*** Seretide Diskus er ætlað til meðferðar á einkennum hjá sjúklingum með alvarlega langvinna lungnateppu (FEV1 < 50% af áætluðu eðlilegu gildi) sem hafa umtalsverð einkenni þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum og sögu um endurtekna versnun. **Skammtar og lyfjagjöf** Seretide Diskus er eingöngu ætlað til innöndunar. Gera þarf sjúklingum ljóst að Seretide Diskus verður að nota daglega til að ná hámarksárangri, jafnvel þótt einkenni séu ekki til staðar. Finna þarf lægsta skammt sem nær að halda einkennum niðri. Þegar hægt er að halda einkennum niðri með lægsta styrkleika samsettu meðferðarinnar, tvisvar á dag, gæti næsta skref falist í að prófa eingöngu barkstera til innöndunar. Einnig væri hægt að finna hæfilegan skammt af Seretide Diskus, til notkunar einu sinni á dag, fyrir sjúklinga sem þarfnast langvirks berkjuvíkkandi lyfs ef læknirinn telur það nægja til þess að halda sjúkdómnum í skefjum. Ef lyfið er notað einu sinni á dag og sjúklingurinn hefur haft nætureinkenni gæti hann notað lyfið á kvöldin en ef sjúklingurinn hefur aðallega haft einkenni á daginn gæti hann notað lyfið á morgnana. Ef sjúklingur þarf á skömmtum að halda sem liggja utan ráðlagðra skammtastærða, ætti að ávísa viðeigandi skömmtum af berkjuvíkkandi lyfi og/eða barkstera. **Ráðlagðir skammtar:** ***Astmi:*** Fullorðnir og unglingar 12 ára og eldri: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteróls og 100 míkróg flútíkasónprópíónat, tvisvar sinnum á dag eða einn skammtur með 50 míkróg salmeteróls og 250 míkróg flútíkasónprópíónat, tvisvar sinnum á dag eða einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 500 míkróg flútíkasónprópíónat, tvisvar sinnum á dag. Börn 4 ára og eldri: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 100 míkróg flútíkasón-própíónat, tvisvar sinnum á dag. Hámarksskammtur af flútíkasónprópíónati í Seretide Diskus, sem skráður er fyrir börn, er 100 míkróg tvisvar á dag. Upplýsingar varðandi notkun Seretide Diskus hjá börnum yngri en 4 ára, liggja ekki fyrir. ***Langvinn lungnateppa:*** Fullorðnir: Einn skammtur með 50 míkróg salmeteról og 500 míkróg flútíkasón-própíónat, tvisvar sinnum á dag. ***Sérstakir sjúklingahópar:*** Ekki þarf að breyta skömmtum hjá öldruðum eða sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Það liggja ekki fyrir upplýsingar um notkun Seretide Diskus hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi. Notkun Diskus-tækisins: Tækið er opnað og hlaðið með þar til gerðri sveif. Munnstykkið er síðan sett í munninn og það umlukið með vörunum. Þá er hægt að anda skammtinum að sér og síðan er tækinu lokað. **Frábendingar** Seretide Diskus er ekki ætlað sjúklingum með ofnæmi fyrir virku efnunum eða hjálparefninu. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun** Meðferð á astma ætti venjulega að fylgja áfangaáætlun og svörun sjúklings ætti að meta út frá klínískum einkennum og lungnaprófum. Seretide Diskus er ekki ætlað til meðhöndlunar á bráðum astmaeinkennum sem þarfnast skjót- og stuttverkandi berkjuvíkkandi lyfja. Ráðleggja ætti sjúklingum að hafa lyf við bráðum astmaköstum ávallt við höndina. Önnur sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun (sjá nánar sérlyfjaskrártexta). **Milliverkanir** Forðast ber notkun bæði sérhæfðra og ósérhæfðra beta-blokka nema þörfin fyrir þá sé mjög brýn. Samtímis notkun annarra beta-adrenvirkra lyfja getur hugsanlega valdið aukinni verkun. Undir eðlilegum kringumstæðum fæst mjög lág þéttni flútíkasónprópíónats í plasma eftir innöndun lyfsins, vegna verulegra umbrota við fyrstu umferð um lifur og mikillar úthreinsunar fyrir tilstilli cýtókróms P450 3A4 í meltingarvegi og lifur. Því er ólíklegt að klínískt mikilvægar milliverkanir við flútíkasón-própíónat komi fram. **Meðganga og brjóstagjöf** Ekki liggja fyrir nægjanlegar upplýsingar varðandi notkun á salmeteróli og flútíkasón-própíónati á meðgöngu og við brjóstagjöf hjá konum, til þess að meta hugsanleg skaðleg áhrif. Notkun Seretide Diskus á meðgöngu ætti einungis að íhuga þegar væntanlegur ávinningur fyrir móður er meiri en hugsanleg áhætta fyrir fóstur. Við meðferð hjá þunguðum konum ætti að nota lægsta skammt af flútíkasónprópíónati sem nægir til að halda astmaeinkennum í skefjum. **Aukaverkanir** Þar sem Seretide Diskus 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. Mjög algengar (1/10), höfuðverkur, skjálfti. Algengar (1/100 og <1/10) hjartsláttarónot, erting í hálsi, hæsi/raddtruflanir, vöðvakrampar. Sjaldgæfar (1/1000 og <1/100) Ofnæmis-viðbrögð í húð, hraður hjartsláttur.Lyfjafræðilegar aukaverkanir beta-2-örvandi efna, svo sem skjálfti, hjartsláttarónot og höfuðverkur hafa komið fram, en hafa yfirleitt verið tímabundnar og minnkað við reglubundna meðferð. Vegna flútíkasónprópíónatþáttarins geta hæsi og sveppasýking í munni og hálsi komið fram hjá sumum sjúklingum. Hægt er að draga úr bæði hæsi og tíðni sveppasýkinga með því að skola munninn með vatni, eftir notkun lyfsins. Hugsanlegar almennar aukaverkanir eru m.a. Cushingssjúkdómur, einkenni sem líkjast Cushingssjúkdómi, bæling á nýrnahettustarfsemi, seinkun á vexti hjá börnum og unglingum, beinþynning, drer í auga og gláka. Örsjaldan hefur verið greint frá hækkun blóðsykurs. Eins og á við um önnur innöndunarlyf getur óvæntur berkjusamdráttur komið fyrir **HANDHAFI.** MARKAÐSLEYFIS GlaxoSmithKline ehf. Þverholti 14,105 Reykjavík

PAKKNINGAR OG VERÐ (MAÍ 2007)
Seretide Diskus 50/100 míkróg/skammt innönd. 60 sk. Kr. 5.412.
Seretide Diskus 50/250 míkróg/skammt innönd. 60 sk. Kr. 6.748.
Seretide Diskus 50/500 míkróg/skammt innönd. 60 sk. Kr. 8.772.

Heimildir:
1. Bateman ED *et. al. Am J Respir Crit Care Med* 2004; **170**: 836-844. 2. Woodcock AA *et. al. Prim Care Respir J* 2007 in press. 3. Bateman *ED et. al. Eur Respir J* 2007; **29**: 56-63 A/07/082 April 2007.

GARDASIL stungulyf J07B M01 R0
Sanofi Pasteur MSD, bóluefni gegn mannapapillomaveiru (HPV) [af gerð 6, 11, 16, 18] (raðbrigði, aðsogað).
Virk innihaldsefni og styrkleikar: 1 skammtur (0,5 ml) inniheldur HPV gerð 6, 20 míkrógrömm; HPV gerð 11, 40 míkrógrömm; HPV gerð 16, 40 míkrógrömm; HPV gerð 18, 20 míkrógrömm.
Ábendingar: Gardasil er bóluefni til forvarnar gegn krabbameini á öllum stigum rangvaxtarmeinsemda í leghálsi (CIN 2/3), leggöngum og sköpum (VIN 2/3). Gardasil kemur einnig í veg fyrir kynfæravörtur (condyloma acuminata) og sýkingar sem orsakast af mannapapillomaveirum (HPV) af gerðum 6, 11, 16 og 18. Ábendingin byggir á virkni sem sýnt hefur verið fram á hjá fullorðnum konum 16 til 26 ára og á ónæmingargetu Gardasil sem sýnt hefur verið fram á hjá 9 til 15 ára börnum og unglingum. Vörn hefur ekki verið metin hjá körlum. Þar sem við á skal notkun Gardasil ákvörðuð samkvæmt opinberum tilmælum.
Skammtar og lyfjagjöf: Fyrsta bólusetningarröðin samanstendur af 3 aðskildum 0,5 ml skömmtum samkvæmt eftirfarandi áætlun: 0, 2, 6 mánuðir. Ef þörf er á að breyta bólusetningaráætlun ætti að gefa annan skammtinn minnst 1 mánuði eftir fyrsta skammt og þriðja skammtinn minnst 3 mánuðum eftir annan skammt. Gefa skal alla skammtana þrjá á 1 árs tímabili. Ekki hefur verið tekin ákvörðun hvað varðar þörf á endurbólusetningu. Börn: Ekki er mælt með notkun Gardasil fyrir börn yngri en 9 ára þar sem ónógar upplýsingar eru fyrir hendi varðandi ónæmingargetu, öryggi og virkni. Bóluefnið á að gefa í vöðva. Kjörstungustaður er axlarvöðvi eða hliðlægt framan í lærvöðva. Gardasil má ekki sprauta í æð. Ekki hafa verið gerðar rannsóknir á lyfjagjöf undir húð eða í húð og því er slíkt ekki talið ráðlegt. Frábendingar: Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefna bóluefnisins. Einstaklingar sem fá einkenni sem gefa til kynna ofnæmi eftir að hafa fengið skammt af Gardasil ættu ekki að fá fleiri skammta af Gardasil. Fresta skyldi inngjöf Gardasil hjá einstaklingum sem þjást af bráðum og alvarlegum sjúkdómi sem fylgir hiti. Hins vegar er sýking eins og væg öndunarfærasýking eða vægur hiti ekki frábending hvað varðar ónæmisaðgerð. Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun: Eins og á við um öll bóluefni í formi stungulyfja skyldi viðeigandi læknismeðferð ávallt vera til reiðu ef upp koma sjaldgæf bráðaofnæmisviðbrögð eftir að bóluefnið gefið. Eins og á við um öll bóluefni er hugsanlegt að bólusetning með Gardasil veiti ekki sjúkdómsvörn hjá öllum bólusettum einstaklingum. Gardasil veitir aðeins vörn gegn sjúkdómum af völdum mannapapillomaveiru af gerð 6, 11, 16 og 18 og því skal nota áfram allar viðeigandi varnir gegn kynsjúksdómum. Ekki hefur verið sýnt fram á lækningagildi Gardasil. Því er bóluefnið ekki ætlað til meðferðar á kynfæravörtum, leghals-, skapa- eða leggangakrabbameini á háu stigi. Það er heldur ekki ætlað til að hindra framgang annarra meinsemda af völdum mannapapillomaveiru. Bólusetning kemur ekki í stað reglulegrar leghálsskoðunar. Þar sem ekkert bóluefni hefur 100% virkni og Gardasil veitir ekki vörn gegn HPV stofnum sem ekki er bólusett við eða gegn núverandi HPV sýkingum, er mikilvægt að fara í reglulega leghálsskoðun samkvæmt skipulagi í hverju landi. Engar upplýsingar eru fyrir hendi hvað varðar notkun Gardasil hjá einstaklingum með skerta ónæmissvörun. Verið getur að einstaklingar með skerta ónæmissvörun vegna ónæmisbælandi meðferðar, erfðagalla, HIV sýkingar eða af öðrum orsökum sýni enga svörun við bóluefninu. Aðgát skal viðhöfð þegar bóluefnið er gefið einstaklingum með blóðflagnafæð eða storknunarraskanir af einhverjum toga þar sem hugsanlegt er að blæðing eigi sér stað eftir lyfjagjöf í vöðva hjá þessum einstaklingum. Ekki er vitað enn sem komið er hversu lengi sjúkdómsvörnin varir. Sýnt hefur verið fram á samfellda vörn í 4,5 ár eftir 3 skammta gjöf. Eftirfylgnirannsóknir varðandi lengri tíma eru enn í gangi. Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir: Í öllum klínískum rannsóknum voru einstaklingar sem fengið höfðu immúnóglóbúlín eða blóðafurðir á 6 mánaða tímabili fyrir fyrsta bólusetningarskammtinn undanskildir. Notkun ásamt öðrum bóluefnum: Samtímis lyfjagjöf með Gardasil (en á annan stungustað hvað varðar bóluefni sem stungulyf) og bóluefni gegn lifrarbólgu B (raðbrigða-) hafði ekki áhrif á ónæmingarviðbrögð við HPV tegundunum. Hlutfall mótefnavarnar (hlutfall sjúklinga semná mótefnavörn gegn lifrarbólgu B >10 ma.e./ml) var óbreytt (96,5% fyrir samtímis bólusetningu og 97,5% fyrir bólefni gegn lifrarbólgu B eingöngu). Meðaltals mótefnatítrar gegn lifrarbólgu voru lægri við samtímis gjöf, klínískt mikilvægi þess er þó ekki þekkt. Ekki hafa verið gerðar rannsóknir á samhliða lyfjagjöf Gardasil og annarra bóluefna en bóluefnis gegn lifrarbólgu B (raðbrigða). Notkun samhliða hormónagetnaðarvarnar:Í klínískum rannsóknum notuðu 57,5% þeirra kvenna (á aldrinum 16 til 26 ára) sem fengu Gardasil hormónagetnaðarvörn. Notkun hormónagetnaðarvarna virtist ekki hafa áhrif á ónæmissvörun við Gardasil. Meðganga og brjóstagjöf: Ekki voru framkvæmdar sértækar rannsóknir á bóluefninu hjá þunguðum konum. Meðan á klínískri þróunaráætlun fyrir skráningu stóð var tilkynnt um að minnsta kosti eina þungun hjá 2.266 konum (bóluefni = 1.115, lyfleysa = 1.151). Á heildina litið var hlutfall þungana, sem reiddi illa af, svipað hjá þeim þátttakendum sem fengu Gardasil og þeim þátttakendum sem fengu lyfleysu. Af þeim meðgöngum sem hafist innan 30 daga frá bólusetningu komu upp 5 tilvik fæðingargalla í hópnum sem fékk Gardasil, miðað við 0 tilvik fæðingargalla í hópnum sem fékk lyfleysu. Af þeim meðgöngum sem taldar voru hafa hófust seinna en 30 dögum eftir bólusetningu komu fram 10 tilvik fæðingargalla í hópnum sem fékk Gardasil, miðað við 16 tilvik fæðingargalla hjá hópnum sem fékk lyfleysu. Þær gerðir fæðingargalla sem fram komu voru í samræmi við það sem almennt gerist á meðgöngu hjá konum á aldrinum 16 til 26 ára. Dýrarannsóknir benda hvorki til beinna né óbeinna skaðlegra áhrifa á meðgöngu, fósturvísi-/fósturþroska, fæðingu eða þroska eftir fæðingu. Engin hættumerki komu fram við notkun Gardasil á meðgöngu. Hins vegar eru þetta ekki nægileg gögn til að mæla með notkun Gardasil á meðgöngu. Bólusetningu ætti því að fresta þar til eftir meðgöngu. Samtals 995 konum með börn á brjósti var gefið Gardasil eða lyfleysa á bólusetningartímabili í klínísku rannsóknum. Aukaverkanir hjá móður og barni á brjósti voru sambærilegar hjá bólusetningar- og lyfleysuhópunum. Auk þess var ónæmissvörun við bóluefninu sambærileg hjá konum með börn á brjósti og konum sem ekki gáfu brjóst meðan á bólusetningunni stóð. Gardasil má gefa konum með barn á brjósti. Áhrif á hæfni til aksturs og notkunar véla:Engar rannsóknir hafa verið gerðar til að kanna áhrif lyfsins á hæfni til aksturs eða notkunar véla. Aukaverkanir: Í 5 klínískum rannsóknum (4 samanburðarrannsóknir með lyfleysu) fengu þátttakendur Gardasil eða lyfleysu á fyrsta degi rannsóknarinnar og svo u.þ.b. 2 og 6 mánuðum seinna. Fáir (0,2%) hættu þátttöku vegna aukaverkana. Öryggi var metið, annað hvort hjá rannsóknarþýðinu í heild (4 rannsóknir) eða hjá fyrirfram ákveðnu undirúrtaki (ein rannsókn) rannsóknarþýðisins með eftirliti þar sem notuð voru tilkynningarspjöld í tengslum við bólusetningu (VRC) í 14 daga eftir hvern skammt af Gardasil eða lyfleysu. Fylgst var með 6.160 þátttakendum (5.088 konur á aldrinum 9 til 26 ára og 1.072 karlmenn á aldrinum 9 til 15 ára við upphaf rannsóknarinnar) sem fengu Gardasil og 4.064 þátttakendum sem fengu lyfleysu með VRC-studdu eftirliti. Eftirfarandi bóluefnistengdar aukaverkanir komu fram hjá þátttakendum sem fengu Gardasil með tíðni minnst 1,0% og einnig hærri en fram kom hjá þeim þátttakendum sem fengu lyfleysu. Aukaverkanirnar eru flokkaðar eftir mismunandi tíðnifyrirsögnum á eftirfarandi hátt: [Mjög algengar (≥ 1/10), algengar (≥ 1/100, <1/10), sjaldgæfar (≥ 1/1.000, <1/100), mjög sjaldgæfar (≥ 1/10.000, <1/1.000), örsjaldan koma fyrir (<1/10.000), þar með talin einstök tilvik] Almennar aukaverkanir og ástand tengt íkomuleið: Mjög algengar: Sótthiti.Mjög algengar: Á stungustað: roði í húð, sársauki, bjúgur. Algengar: Á stungustað: blæðing, kláði. Að auki komu fram aukaverkanir í klínískum rannsóknum sem taldar voru tengjast bóluefni eða lyfleysu, en þær komu fram hjá færri en 1%.Öndunarfæri, brjósthol og miðmæti:Örsjaldan koma fyrir: Berkjukrampi. Húð og undirhúð:
Mjög sjaldgæfar: Ofsakláði.Tilkynnt var um sjö tilfelli (0,06%) um ofsakláða í Gardasil hópnum og 17 tilfelli (0,18%) í lyfleysu hópnum sem einnig innihélt ónæmisglæði. Þátttakendur í klínísku rannsókninni skráðu læknisfræðilegt ástand sitt í 4 ára eftirfylgni. Af þeim 11.813 þátttakendum sem fengu Gardasil og þeim 9.701 þátttakanda sem fengu lyfleysu komu fram 8 tilvik af ósértækri gigt í Gardasil hópnum og 2 í lyfleysuhópnum
Reynsla af notkun lyfsins eftir markaðssetningu:Aukaverkanatilkynningar vegna Gardasil eftir markaðssetningu lyfsins en eru ekki skráðar að ofan: Meltingarfæri: ógleði, uppköst.Ónæmiskerfi: Ofnæmisviðbrögð, þ.á.m. bráðaofnæmi/bráðaofnæmislík viðbrögð.Taugakerfi: sundl, aðsvif.Ofskömmtun:
Tilkynnt hefur verið um að gefnir hafi verið stærri skammtar af Gardasil en ráðlagt er.
Yfirleitt voru aukaverkanir sem tilkynnt var um í sambandi við ofskömmtun sambærilegar við þær sem fram komu eftir ráðlagða staka skammta af Gardasil. Sérlyfjaskrártexti 24. júlí 2007. Nánari upplýsingar um lyfið er að finna á www.lyfjastofnun.is.
Pakkningar og hámarksverð í október 2007: Gardasil stungulyf, 1 áfyllt sprauta (0,5 ml) kr. 16.978.

Symbicort Turbuhaler **SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS. Skammtar og lyfjagjöf**

AstraZeneca

Astmi: Meðferðarnálgun með Symbicort er tvíþætt:
A. Viðhaldsmeðferð með Symbicort: Symbicort er notað sem regluleg viðhaldsmeðferð með stöku, skjótvirku berkjuvikkandi lyfi sem bráðalyfi.
B. Viðhaldsmeðferð og meðferð eftir þörfum við einkennum (reliever therapy) með Symbicort: Symbicort er notað sem regluleg viðhaldsmeðferð og eftir þörfum sem svörun við einkennum.
A. Viðhaldsmeðferð með Symbicort. *Ráðlagðir skammtar: Fullorðnir (18 ára og eldri):* 1-2 skammtar til innöndunar tvisvar sinnum á sólarhring. Vera má að sumir sjúklingar þurfi að hámarki allt að 4 skammta til innöndunar tvisvar sinnum á sólarhring. *Unglingar (12-17 ára):* 1-2 skammtar til innöndunar tvisvar sinnum á sólarhring. *Börn (6 ára og eldri):* Lægri styrkleiki er fáanlegur fyrir börn 6-11 ára.
B. Viðhaldsmeðferð og meðferð eftir þörfum við einkennum (reliever therapy) með Symbicort. Sjúklingar nota daglegan viðhaldsskammt af Symbicort og að auki Symbicort eftir þörfum sem svörun við einkennum. Ráðleggja á sjúklingum að hafa Symbicort ávallt meðferðis til notkunar sem bráðalyf. *Ráðlagðir skammtar:Fullorðnir (18 ára og eldri):* Ráðlagður viðhaldsskammtur er 2 skammtar til innöndunar á sólarhring, annað hvort sem einn skammtur til innöndunar að morgni og kvöldi eða 2 skammtar til innöndunar annað hvort að morgni eða kvöldi. Vera má að sumir sjúklingar þurfi 2 skammta til innöndunar tvisvar sinnum á sólarhring sem viðhaldsskammt. Sjúklingar eiga að nota 1 víbótarskammt til innöndunar eftir þörfum sem svörun við einkennum. Ef einkenni hverfa ekki eftir nokkrar mínútur á að nota viðbótarskammt til innöndunar. Ekki má nota fleiri en 6 skammta til innöndunar í hvert skipti. Yfirleitt þarf heildarsólarhringsskammturinn ekki að vera stærri en 8 skammtar til innöndunar, viðhaldsmeðferðina. *Börn og unglingar yngri en 18 ára:* Ekki er mælt með notkun Symbicort viðhaldsmeðferðar og meðferðar eftir þörfum við einkennum handa börnum og unglingum. ***Langvinn lungnateppa:*** *Fullorðnir:* 2 skammtar til innöndunar tvisvar sinnum á sólarhring. **Varnaðarorð og varúðarreglur:** Mælt er með að skammtar séu minnkaðir smám saman þegar meðferð er hætt og ekki ætti að hætta meðferð skyndilega. Ef sjúklingur telur að meðferð skili ekki viðunandi árangri eða notar meira en þörf á aukinni meðferð með barksterum, t.d. með barksterum til inntöku til skamms tíma eða sýklalyfjameðferð ef sýking er til staðar. Ráðleggja á sjúklingum að hafa ávallt meðferðis innöndunarstauk til notkunar í bráðatilvikum, annað hvort Symbicort (fyrir sjúklinga með astma sem nota Symbicort sem viðhaldsmeðferð og meðferð eftir þörfum við einkennum) eða stakt, skjótvirkt berkjuvikkandi lyf (fyrir alla sjúklinga sem aðeins nota Symbicort til viðhaldsmeðferðar). Minna á sjúklinga að nota viðhaldsskammtinn af Symbicort eins og læknir hefur ávísað, einnig þegar einkenni eru ekki til staðar. Fyrirbyggjandi notkun Symbicort, t.d. fyrir áreynslu hefur ekki verið rannsökuð. Notkun Symbicort eftir þörfum við einkennum er ætlað sem svörun við astmaeinkennum en er ekki til reglulegrar fyrirbyggjandi notkunar t.d. fyrir áreynslu. Til slíkra nota skal hafa í huga notkun staks, skjótvirks berkjuvikkandi lyfs. Ekki á að hefja meðferð með Symbicort meðan á versnun stendur. Eins og við á um önnur lyf til innöndunar getur komið fram óvæntur berkjukrampi með auknum öndunarerfiðleikum strax eftir innöndun skammts. Þá skal hætta meðferð með Symbicort, endurmeta meðferðina og veita annars konar meðferð ef nauðsyn krefur. Almenn áhrif geta komið fram við notkun hvaða barkstera til innöndunar sem er, sérstaklega þegar stórir skammtar eru notaðir í langan tíma. Þessi áhrif koma miklu síður fram við meðferð til innöndunar heldur en við notkun barkstera til inntöku. Hugsanleg almenn áhrif eru m.a. bæling nýrnahettna, seinkun á vexti hjá börnum og unglingum, minnkuð steinefnaþéttni í beinum, drer og gláka. Mælt er með að fylgst sé reglulega með hæð barna sem fá langvarandi meðferð með barksterum til innöndunar. Ef hægist á vexti á að endurmeta meðferðina með það að markmiði að minnka skammtinn af barkstera til innöndunar. Meta skal vandlega ávinning af barkstera með tilliti til hugsanlegrar hættu á vaxtarbælingu. Auk þess skal meta hvort vísa eigi sjúklingnum til barnalæknis sem er sérfræðingur í öndunarsjúkdómum. Takmarkaðar upplýsingar úr langtíma rannsóknum gefa til kynna að flest börn og unglingar sem fá meðferð með budesonidi til innöndunar muni að lokum ná eðlilegri hæð sinni (target height) við fullorðinsaldur. Samt sem áður hefur sést að lítillega og tímabundið getur hægt á vexti í upphafi (um það bil 1 cm). Þetta kemur venjulega fram á fyrsta ári meðferðar. Hafa skal í huga hugsanleg áhrif á beinþéttni sérstaklega hjá sjúklingum sem nota stóra skammta í langan tíma og sem hafa aðra áhættuþætti fyrir beinþynningu. Langtíma rannsóknir á áhrifum budesonids til innöndunar hjá börnum sem fengu að meðaltali 400 míkrógrömm (afmeldur skammtur) á sólarhring og fullorðnum sem fengu 800 míkrógrömm (afmeldur skammtur) á sólarhring hafa ekki bent til neinna marktækra áhrifa á steinefnaþéttni beina. Ekki liggja fyrir upplýsingar um áhrif Symbicort í stærri skömmtum. Ef minnsta ástæða er til að ætla að starfsemi nýrnahettna sé skert eftir fyrri meðferðir með stera til inntöku, skal gæta varúðar þegar skipt er í meðferð með Symbicort. Ávinningur meðferðar með budesonidi til innöndunar lágmarkar venjulega þörf á sterum til inntöku, en hjá sjúklingum sem ara 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 bráðatilvikum að halda eða fá meðferð með stórum skömmtum af barksterum til innöndunar til langs tíma geta einnig verið í hættu. Hafa á í huga hugsanlega þörf á viðbótarmeðferð með barksterum til inntöku á álagstímum og í kringum fyrirfram ákveðnar skurðaðgerðir. Til þess að lágmarka hættu á candidasýkingu í munnkoki á að leiðbeina sjúklingum um að skola munn með vatni eftir innöndun viðhaldsskammtsins. Ef þruska í munnkoki kemur fram eiga sjúklingar einnig að skola munninn með vatni eftir skammta til innöndunar eftir þörfum. Forðast á samhliða notkun með itraconazoli og ritonaviri eða öðrum öflugum CYP3A4 hemlum (sjá kafla 4.5 Milliverkanir við önnur lyf og aðrar milliverkanir). Ef það er ekki mögulegt ætti tími á milli þess sem lyfin eru notuð að vera eins langur og unnt er. Hjá sjúklingum sem nota öfluga CYP3A4 hemla er ekki mælt með notkun Symbicort sem viðhaldsmeðferðar og meðferðar eftir þörfum við einkennum. Gæta skal varúðar við notkun Symbicort handa sjúklingum með skjaldvakaóhóf, krómfiklaæxli (phaeochromocytoma), sykursýki, ómeðhöndlaða blóðkalíumlækkun, ofvaxtarhjartavöðvakvilla með teppu, sjálfvakta neðanósæðarþröng (idiopathic subvalvular aortic stenosis), alvarlegan háþrýsting, slagæðagúlp eða aðra alvarlega hjarta- og æðasjúkdóma, eins og blóðþurrðarhjartasjúkdóm, hraðsláttartruflanir eða alvarlega hjartabilun. Gæta skal varúðar við meðferð sjúklinga með lengingu á QTc-bili. Formoterol getur valdið lengingu á QTc-bili. Endurmeta skal þörf og skammta af barksterum til innöndunar hjá sjúklingum með virka eða óvirka lungnaberkla, sveppa- eða veirusýkingar í öndunarvegum.Hætta á alvarlegri blóðkalíumlækkun er hugsanleg eftir stóra skammta af beta2-örvum. Samhliða meðferð með beta2-örvum og lyfjum sem geta valdið blóðkalíumlækkun eða auka áhrif blóðkalíumlækkunar t.d. xantín-afleiður, sterar og þvagræsilyf geta aukið hugsanleg blóðkalíumlækkandi áhrif beta2-örva. Mælt er með að sérstakrar varúðar sé gætt við óstöðugan astma þegar notkun skjótvirks berkjuvikkandi lyfs er breytileg, við bráðan alvarlegan astma þar sem súrefnisskortur getur aukið hættuna og í öðrum tilvikum þegar líkur á aukaverkunum vegna blóðkalíumlækkunar eru auknar. Mælt er með eftirliti með kalíumgildum í sermi við þessar kringumstæður. Eins og við á um alla beta2-örva, ætti að hafa í huga að auka tíðni blóðsykursmælinga hjá sykursjúkum. Symbicort Turbuhaler inniheldur mjólkursykur (<1 mg/innöndun). Þetta magn hefur venjulega ekki vandamál í för með sér hjá einstaklingum með mjólkursykursóþol. Júní 2007.

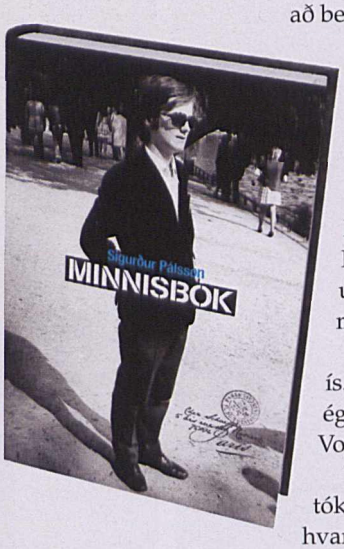
Pakkningar og verð: Symbicort Turbuhaler: Innöndunarduft 160/4,5 míkrógrönn/innöndun, 120 skammtar: 7.620 kr.; 360 skammtar (3x120): 20.226 kr. **Afgreiðslumáti: R. Greiðsluþátttaka:** B. Júní 2007.

Handhafi markaðsleyfis: AstraZeneca A/S, Albertslund, Danmörk. **Umboð á Íslandi:** Vistor hf., Hörgatúni 2, Garðabæ. ***Nánari upplýsingar er að finna í Sérlyfjaskrá, www.serlyfjaskra.is.***

Muldur um jafnvægi



Sigurður Pálsson



Sigurður Pálsson fæddist 1948 á Skinnastað í Öxarfirði. Las leikhúsfræði og bókmenntir í Sorbonne í París 1967-1973 og 1978-1982. Síðan þá hefur hann starfað við ritstörf og þýðingar, en jafnframt sjónvarp og kvikmyndir, kennslu og leiðsögumennsku. Hann hefur fengið viðurkenningar og verðlaun fyrir skáldskap sinn, en eftir hann liggja fjölmargar ljóðabækur og leikrit, nokkrar skáldsögur, og út er að koma *Minnisbók* hans sem geymir upplifanir skáldsins frá því á námsárunum í París.

Fyrstu kynni mín af læknum voru þau að ég fór með rútunni út á Kópasker að hitta mann sem bar starfstitilinn héraðslæknir og ég hélt að þýddi yfirlæknir eða ofurlæknir, ef ekki bara töfralæknir. Ég hafði heyrt margar sögur af frægum forvera hans í starfi, sá var vinsæll héraðslæknir sem naut mikillar virðingar. Í barnshuganum varpaði geislabaugur hans ljóma á gjörvalla læknastéttina. Hann hét Jón Árnason (1889-1944) og var afi Ólafs Jóhanns Ólafssonar rithöfundar.

Héraðslæknir, það var magískur titill. Allir áttu mikið undir glöggskyggni hans og færni. Á þessum tímum upp úr miðri síðustu öld voru samgöngur á norð-austurhorninu með þeim hætti að sjúklingi var ekki komið á sjúkrahús á nokkrum kortérum. Læknir og sjúklingur gátu þurft að berjast í sameiningu fyrir lífi sjúklingsins. Án utanaðkomandi aðstoðar. Það var á þeim vígvelli sem Jón læknir og aðrir slíkir fengu hásætið í huga héraðsbúa.

Á fyrstu tveimur æviárunum var ég víst oft fárveikur en frá því ég man eftir mér var ég fremur heilsuhraustur. Og þessi fyrsta læknisvitjun var alls ekki út af neinu stórmáli. Þetta var um sumar og ég var sendur í rútunni út á Kópasker. Kaupakonan var með í för mér til fulltingis.

Kvillinn sem þjakaði mig var þrálátur vogrís. Rétt orðinn góður og viti menn, aftur var ég kominn með þetta furðulega orð í augun. Vogrís.

Ég kveið viðtalinu mikið. En læknirinn sem tók á móti mér var ungur og glaðvær og mér hvarf allur ótti. Það eina sem ég man vel úr þessu viðtali er orðið slímhimnubólga. Ég var slæmur í slímhimnunni, það hefur fylgt mér. En vogrís hef ég reyndar ekki fengið eftir þetta.

Þegar ég var búinn hjá lækninum fór kaupakonan í kaupfélagið, þangað ætlaði ég að koma eftir ákveðinn tíma en fyrst fór ég aðeins að skoða mig um í þorpinu. Kom von bráðar að mikilúðlegum skemmum. Þar voru bílar inni og sumir í pörtum, olía og smurning lágu í loftinu, gljáandi bretti og bílapartar.

Það sem heillaði mig algjörlega var að sjá hvernig heild þeirra hafði verið rofin tímabundið, nú lágu þeir í misstórum einingum og biðu þess að verða aftur heild. Verða aftur heilir á þessum dýrðlega bílaspítala.

Samt varð ég hvorki læknir né bifvélavirki þótt störf beggja kæmu miklu tilfinningaróti á hug minn, heilluðu mig.

Kannski vegna þess að á leiðinni að kaupfélaginu aftur varð fyrir mér hús á sjávarkambinum, ég gekk þar upp stiga, dularfullur ilmur kom á móti mér, þetta var bókabúðin.

Hlýleg kona var við störf, hún spurði mig hverra manna ég væri og bað fyrir góðar kveðjur til séra Páls. Fyrst ég var sonur hans mátti ég skoða allt sem ég vildi.

Sterk og heillandi lykt, bækur í stöflum, nýjar ilmandi bækur, þetta var fyrir daga plastumbúða. Úti fyrir var sjávarilmur, sterkur vitnisburður um náttúruna, inni var bókailmur, kraftmikil angan menningarinnar. Hér við ysta haf áttu náttúra og menning þróttmikið stefnumót. Iðkuðu kúnst jafnvægisins.

Jafnvægi, enn og aftur þetta lykilorð. Ég er ekki frá því að í þessari ferð minni út á Kópasker hafi ég lært eitthvað í sambandi við jafnvægi. Eitthvað mikilvægt. Og ilmskynið lék þar stórt hlutverk með fullri virðingu fyrir hinum skilningarvitunum.

Löngu síðar kynntist ég manni sem talaði mikið um jafnvægi. Það var í París fyrir þrjátíu og fimm árum. Þetta var japanskur vísindamaður, fyrrverandi kennari bandarísks líffræðings og kunningja míns sem bjó í París. Þangað kom Japaninn til starfa um skeið. Hann mun hafa verið einn sá fyrsti sem fékk að kenna kínverska læknisfræði í vestrænum háskóla, það var í New York á sjöunda áratugnum og þar hafði hann kennt þessum ameríska kunninga mínum. Japaninn var þrefaldur doktor og mikill sérfræðingur í austrænni og vestrænni læknisfræði. Mér skildist að ætlunarverk hans væri að finna vísindalegar sannanir, skv. vestrænni hefð, á kínverskri læknisfræði. Af hverju til dæmis nálastunga virkar, hvernig og hvers vegna. Hann var afar sérkennilegur, eiginlega líkur villtustu hugmyndum okkar um brjálaða vísindamanninn. Svaf þrjá til fjóra tíma á sólarhring, var alltaf að störfum, hafði mælitæki með sér í kvöldverðarboð, mældi alla gestina, skrifaði niður, hallaði sér í kortér í stól, byrjaði svo aftur.

Hann vantaði alltaf fólk í tilraunir, ég tók að mér að sleppa svefni í 24 tíma, hann tók heilalínurit og mældi mig fyrir og eftir svefnleysið, út og suður. Mér er minnisstætt muldur hans, maður vissi aldrei hvort hann var að tala við sjálfan sig eða viðmælandann. Orðið jafnvægi kom fyrir í hverri setningu.

En saga sem hann sagði óforvarendis varð mér hugstæð. Hann fór að tala um bifvélavirkja sem braut sér leið með varahluti í bílinn sinn; lagaði það sem bilað var en skildi eftir sig aðra hluti í rúst. Mér skildist að hann væri að tala um lækningar sem ekki hefðu jafnvægi að leiðarljósi. Ef ég hef skilið hann rétt.

Þessi saga Japanans minnti mig á fyrstu ferð mína til læknis út á Kópasker, læknishúsið, bílaverkstæðið og bókabúðina. Minnti mig á hina alúðlegu leit að jafnvægi. Fullvissuna að allt kæmi heim og saman að lokum.

"Rotarix® ver ungabörn gegn rótaveirusýkingum í meltingarvegi, - láttu það ganga"



Rotarix®

Bóluefni gegn rótaveiru

Gegn maga- og þarmabólgu af völdum rótaveira[1-3]

Bóluefnið er gefið um munn

ROTARIX® er rótaveiru bóluefni gefið um munn. **ATC flokkur: J07BH01.** Rotarix inniheldur rótaveirur úr mönnum, RIX4414 stofn (lifandi, veiklaðar). **Ábendingar:** Rotarix er ætlað til bólusetningar hjá ungbörnum frá 6 vikna aldri til að koma í veg fyrir maga- og þarmabólgu (gastro-enteritis) af völdum rótaveirusýkingar. Í klínískum rannsóknum var sýnt fram á verkun gegn maga- og þarmabólgu af völdum rótaveira af gerðum G1P[8], G2P[4], G3P[8], G4P[8] og G9P[8]. **Skammtar og lyfjagjöf:** Bólusetningin samanstendur af tveimur skömmtum, Fyrsta skammtinn má gefa frá 6 vikna aldri. Líða skulu a.m.k. 4 vikur á milli skammta. Ónæmisaðgerðina er æskilegt að gera fyrir 16 vikna aldur, en henni verður að vera lokið fyrir 24 vikna aldur. Rotarix skal ekki undir nokkrum kringumstæðum gefa sem stungulyf. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Ofnæmi eftir fyrri gjöf rótaveirubóluefna. Fyrri saga um garnasmokkun (intussusception). Einstaklingar sem hafa ólagfærða, meðfædda galla á meltingarvegi sem gætu aukið hættu á garnasmokkun. Ungbörn sem hafa þekkta ónæmisbælingu eða grun um ónæmisbælingu. Einkennalaus HIV sýking er ekki talin hafa áhrif á öryggi eða verkun Rotarix. Engu að síður er ekki ráðlagt að gefa einkennalausum HIV sýktum einstaklingum Rotarix þar sem fullnægjandi rannsóknaniðurstöður liggja ekki fyrir. Gjöf Rotarix skal fresta hjá einstaklingum sem eru alvarlega bráðveikir með hita. Minni háttar sýking er ekki frábending frá ónæmisaðgerð. Gjöf Rotarix skal fresta hjá einstaklingum sem hafa niðurgang eða uppköst. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur:** Ekki er víst að full vörn gegn sýkingu náist hjá öllum sem fá bóluefnið. Í klínískum rannsóknum var sýnt fram á verkun gegn maga- og þarmabólgu af völdum rótaveiru af gerðum G1P[8], G2P[4], G2P[4], G3P[8], G4P[8] og G9P[8]. Ekki er ljóst hversu víðtæka vörn gegn öðrum sermigerðum Rotarix hugsanlega veitir. Rotarix veitir ekki vernd gegn maga- og þarmabólgu af völdum annarra sýkingarvalda en rótaveiru. Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun Rotarix til að fyrirbyggja sýkingu eftir að einstaklingar hafa smitast af veirunni. **Milliverkanir:** Rotarix má gefa samhliða eingildum og samsettum bóluefnum. Engar takmarkanir eru á neyslu ungbarnsins á mat og drykk, þ.m.t. brjóstamjólk, hvorki fyrir né eftir ónæmisaðgerðina. **Aukaverkanir:** Í alls ellefu klínískum samanburðarrannsóknum með lyfleysu voru u.þ.b. 40200 ungbörnum gefnir u.þ.b. 77800 skammtar af Rotarix. Í tveimur klínískum rannsóknum var Rotarix gefið eitt sér. Tíðni niðurgangs, uppkasta, lystarleysis, hita og pirrings var í engu frábrugðin hjá hópnum sem fékk Rotarix þegar hann var borinn saman við hópinn sem fékk lyfleysu. Hvorki var aukning á tíðni né alvarleika þessara viðbragða þegar síðari skammturinn var gefinn. Í hinum 9 rannsóknunum var Rotarix gefið samtímis venjubundnum ungbarnabóluefnum. Aukaverkanir sem komu fram hjá þessum einstaklingum voru svipaðar þeim aukaverkunum sem fengu sömu ungbarnabóluefnin ásamt lyfleysu. Hættan á garnasmokkun var metin í stórri rannsókn á öryggi, og náði til 63225 einstaklinga. Rannsóknin sýndi fram á að hættan á garnasmokkun var ekki aukin í Rotarix hópnum í samanburði við hópinn sem fékk lyfleysu. **Geymsluþol:** 3 ár. Eftir upplausn skal gefa bóluefnið strax. Geymið í kæli (2°C – 8°C). Má ekki frjósa. Geymið í upprunalegum umbúðum til varnar gegn ljósi. **Gerð íláts og innihald:** Eins stykkja pakkningar: Hettuglas með dufti og áfyllt munnsprauta með leysi. Hámarksverð skv. Lyfjaverðskrá 1. júlí 2007 er kr. 9561,-. Bóluefnið er ekki greitt niður af almannatryggingum. **Handhafi markaðsleyfis:** GlaxoSmithKline Biologicals s.a., Rue de l'Institut 89, B-1330 Rixensart, Belgíu. **Dagsetning endurskoðunar textans:** 11. desember 2006. Styttur sérlyfjaskrártexti. Sjá nánari upplýsingar hjá Lyfjastofnun, www.serlyfjaskra.is

GlaxoSmithKline

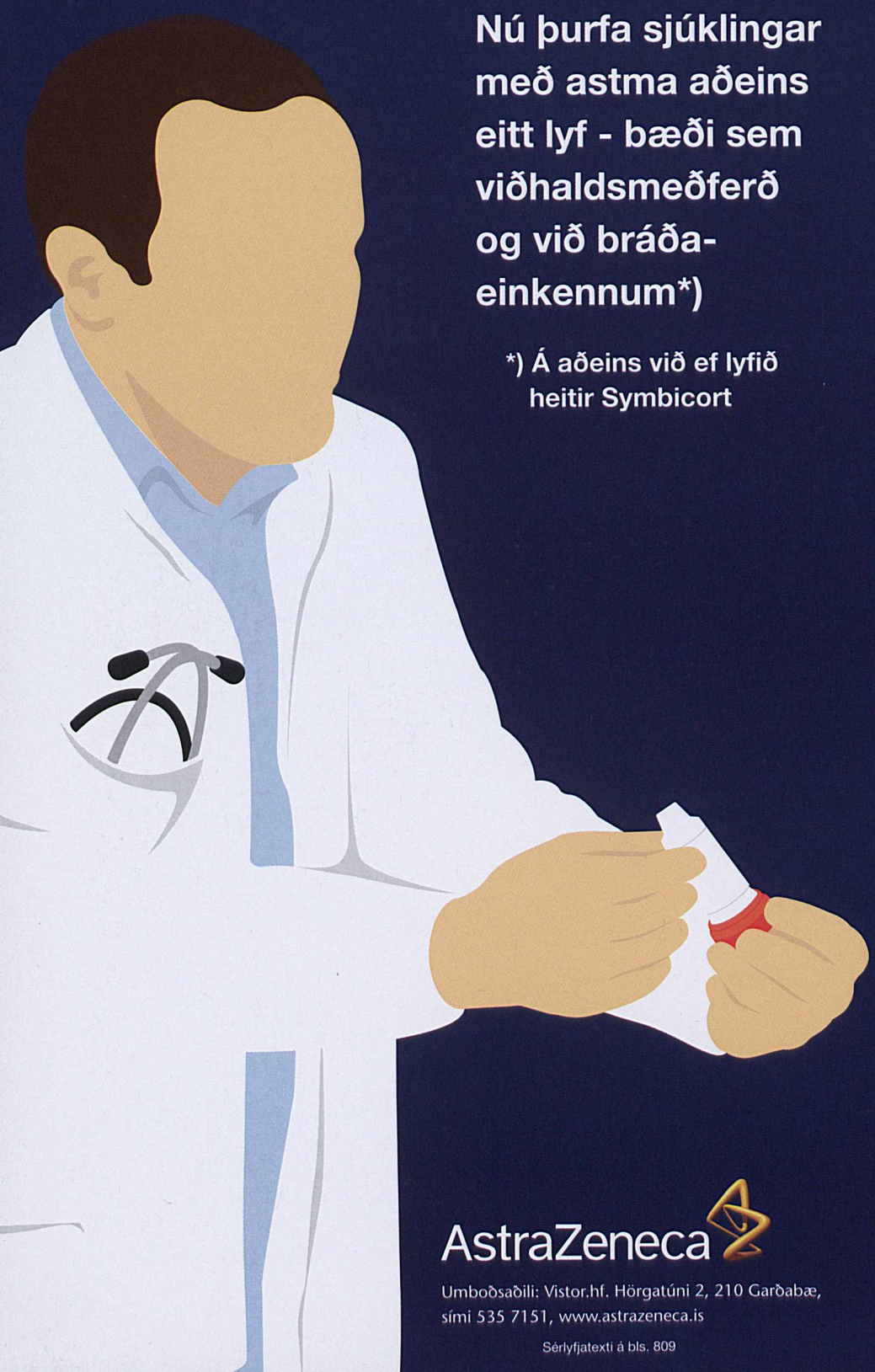
Heimildir:

1. Rotarix European Summary of Product Characteristics, GlaxoSmithKline.
2. De Vos B, Vesikari T, Linhares AC et al. A rotavirus vaccine for prophylaxis of infants against rotavirus gastroenteritis. Pediatr Infect Dis J 2004;23(10):S170-S182.
3. Ruiz-Palacios GM, Pérez-Schael I, Velázquez FR et al. Safety and efficacy of an attenuated vaccine against severe rotavirus gastroenteritis. N Eng J Med 2006;354(1):11-22.

Gjörbreytt hugsun í astmameðferð!

Nú þurfa sjúklingar með astma aðeins eitt lyf - bæði sem viðhaldsmeðferð og við bráða-einkennum*)

*) Á aðeins við ef lyfið heitir Symbicort



SMART

Symbicort SMART® = **S**ymbicort **M**aintenance **A**nd **R**eliever **T**herapy

Symbicort®
budesonide/formoterol

AstraZeneca

Umboðsaðili: Vistor.hf. Hörgatúni 2, 210 Garðabæ,
sími 535 7151, www.astrazeneca.is

Sérlyfjatexti á bls. 809