LÆKNABLAÐIÐ • 5. tbl. 100. árg. • Maí 2014

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

5/2014

100. árgangur: 261-320

2014; 100: 261-320

Ný meðferð fyrir sjúklinga með sykursýki tegund 2

Ný leið til að lækka umframmagn af glúkósa - fjarlægir hann[1]

Nýtt!



Eina meðferðin sem fjarlægir umframmagn af glúkósa um nýrun[1]

LÆKKAR BLÓÐSYKUR HbA_{1c}[1]

FJARLÆGIR um 70 g af glúkósa daglega. Getur leitt til þyngdartaps[1]

[1] Heimild: Sérlyfjaskrártexti Forxiga (dapagliflozin), apríl 2013.

03-2014-01

AstraZeneca

forxiga®
(dapagliflozin)

Sérlyfjatexti á bls. 314



Allar myndirnar eru frá Ljósmyndasafni Reykjavíkur sem er eitt af bestu söfnum heims. Ljósmyndari: Andrés Kolbeinsson. Mynd tekin 1961 fyrir Magnús Pálsson, spítalar Reykjavíkur í roki og rigningu. Landakotsspítali, gamli og nýi spítalinn.



Mynd af Landakotstúni, tekin milli 1920 og 1930. Frá vinstri eru Landakotsskóli, prestbústaðurinn, spítalinn og Landakotskirkja sem síðar varð íþróttahús ÍR. Sigurjón Jónsson bóksali tók myndina.

Landakotsspítali

Sankti Jósefsspítali í Landakoti tók formlega til starfa árið 1902. Landakotsspítali, eins og hann var jafnan nefndur, var aðalsjúkrahús landsins og kennsluspítali Læknaskólans/læknadeildar fram til 1930 þegar Landspítali tók til starfa og var ásamt honum helsta sjúkrahús landsins nær alla 20. öldina.

Landakot var í eigu katólsks trúboðs frá miðri 19. öld og þar voru kapella og síðar kirkja ásamt aðstöðu til að skjóta skjólshúsi yfir sjúka. Landakotsspítali var byggður á vegum St. Jósefssystra sem komið höfðu til Íslands árið 1896 til að sinna sjúkum. Spítalinn var byggður af dönskum smiðum fyrir erlent samskota- og sjálfsaflafé reglusystra og söfnunarfé sem Jón Sveinsson, Nonni, hafði aflað til að byggja holdsveikraspítala en danskir Oddfellowar létu byggja í Laugarnesi. Ríkissjóður lagði ekki krónu til spítalans og kom sér þannig hjá að leggja fram fjármagn til sjúkrahúsbyggingar í höfuðborginni í tæp 30 ár. Landakotsspítali var glæsileg bygging, kjallari, tvær hæðir og ris. „Á móti suðri eru tvær stofur, hver fyrir 4 sjúklinga, með lokuðum svölum; eru svalirnar byggðar samkvæmt ósk læknanna í bænum, og þau herbergi sérstaklega ætluð brjóstveiku fólki, annað körlum, hitt konum. Þar er ótrúlegur hiti, þegar sól skín.“ (Morgunblaðið) Spítalinn stóð á horni Túngötu og Ægisgötu og var með reisulegri húsum bæjarins á þeim tíma og „hvergi getur fagurri útsjón né víðáttumeiri hér í bæ en frá Landakotsspítalanum.“

Í fyrstu var pláss fyrir 40 sjúklinga en fjölgaði fljótt eftir því sem þörfin jókst. Á fjórða áratugnum var hafin bygging nýs spítala sem tekinn var í notkun síðla sumars 1935. Byggingin var sérlega glæsileg í fúnkísstíl, teiknuð af Sigurði Guðmundssyni arkitekt. „Sjúkrastofur eru allar mót suðri nema ein sem er ætluð augnveikum sjúklingum sem ekki þola mikla birtu og veit hún mót norðri. … Sjúkrahúsið ber þess vott að eigi hefur verið rasað að undirbúningi þess heldur virðist vera séð þar fyrir öllu.“ (Fálkinn 1935) Gert var ráð fyrir stækkun hússins til austurs þegar fram liðu stundir en ekki var talið ráðlegt þegar hér var komið til sögu að hafa spítala í timburhúsi. Stækkun dróst á langinn og það var ekki fyrr en seint á sjötta áratugnum sem smíði nýs sjúkrahúss hófst og því var ekki að fullu lokið fyrr en árið 1963. Nýbyggingin var byggð fyrir aftan gamla spítalann og tengt var á milli húsanna með miklum turni. Þegar nýja húsið var tekið í notkun var spítalinn frá 1902 rifinn og byggt sérstakt anddyri (aðkomuhús) fyrir spítalann. Illu heilli hefur spítalinn frá 1935 glatað helstu stíleinkennum sínum með síðari breytingum og nýrri byggingin verður seint talin tímamótaverk.

Frá upphafi var Landakotsspítali í forystu með ýmsar nýjungar, bæði í læknisfræði og öðru, til dæmis var þar fyrsti vísir að barnadeild og lengi miðstöð augnlækninga, og var spítalinn meðal þeirra fyrstu til að útskrifa sjúkraliða. Landakot var löngum þekkt fyrir einstaka umönnun og afbragðs lækna og auk þess þótti rekstur spítalans til mikillar fyrirmyndar. Hann var ekki inni í hinu opinbera kerfi eftir að það hóf sjúkrahúsrekstur fyrir alvöru og þess vegna meðal annars var rekstur spítalans sumum þyrnir í augum. Sérstaklega varð mönnum starsýnt á lágan rekstrarkostnað í samanburði við önnur sjúkrahús og dugði ekki að skýra þann mismun með „kristilegum kærleik“ einum saman. Árið 1976 keypti íslenska ríkið spítalann af St. Jósefssystrum og að nokkrum árum liðnum var hann sameinaður undir merkjum Landspítala – háskólasjúkrahúss.

Jón Ólafur Ísberg



Mynd tekin í mars 1953 einsog sjá má á dagatalinu. Sjúklingar og hjúkrunarkona/nunna í annarri sólstofunni eða kynjaskiptu yfirbyggðu svölunum í gamla Landakotspítalanum við Túngötu. Óþekktur ljósmyndari.



Ari Kárason tók þessa mynd fyrir Þjóðviljann í febrúar 1964. Hér sjást rústir gamla spítalans framan við nýja húsið.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8,
201 Kópavogi
564 4104 – 564 4106

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Ritstjórn
Engilbert Sigurðsson,
ritstjóri og ábyrgðarmaður
Anna Gunnarsdóttir
Hannes Hrafnkelsson
Magnús Gottfreðsson
Sigurbergur Kárason
Tómas Guðbjartsson
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður og ljósmyndari
Hávar Sigurjónsson (í leyfi)
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Sigdís Þóra Sigþórsdóttir
sigdis@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1750

Áskrift
12.400,- m. vsk.
Lausasala
1240,- m. vsk.

Prentun, bókband og pökkun
Prenttækni ehf.
Vesturvör 11
200 Kópavogi

© 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.

Fræðigreinar Læknablaðsins eru skráðar (höfundar, greinarheiti og útdrættir) í eftirtalda gagnagrunna: Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition og Scopus.

The scientific contents of the Icelandic Medical Journal are indexed and abstracted in Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition and Scopus.

ISSN: 0023-7213

LEIÐARAR



267

Líftæknilyf og hliðstæður þeirra

Kolbeinn Guðmundsson

Mikilvægt er að allir séu upplýstir um kosti og galla þessara nýju lyfja. Sátt og samvinna milli notenda og heilbrigðisyfirvalda um innleiðingu þeirra í heilbrigðiskerfið.



269

Þjark um Þjarka og Móaling

Eiríkur Jónsson

Hvað tefur Orminn langa? Jú það eru peningar, stofnkostnaður þjarka er 250 milljónir kr. Á móti vegur styttri sjúkrahúslega og minni líkur á fylgikvillum til skemmri eða lengri tíma.

FRÆÐIGREINAR

271

Ólafur Árni Sveinsson, Ólafur Kjartansson, Einar Már Valdimarsson

Heilablóðþurrð / heiladrep. Faraldsfræði, orsakir og einkenni

Heilablóðfall er sá sjúkdómur sem leggur undir sig flest bráðarými sjúkrahúsa á Vesturlöndum í dag. Nokkur lækkun nýgengis hefur orðið í þróuðum löndum síðustu 60 ár. Á móti kemur vaxandi fjöldi aldraðs fólks í þessum löndum. Nýgengið hefur hins vegar vaxið í þróunarlöndum á síðastliðnum áratugum.

281

Kolfinna Snæbjarnardóttir, Engilbert Sigurðsson

Emetophobia: sjúklegur ótti við uppköst og ógleði

Fátt er því vitað um algengi uppkastafælni, meðferð og afdrif. Hér er rakin saga konu á fertugsaldri sem glímt hefur við þetta frá barnæsku, þar sem hún fékk slæma gubbupest á aðfangadagskvöld tvö ár í röð. Æ síðan hefur ótti við uppköst litað daglegt lífi hennar.

100. ÁRGANGUR LÆKNABLAÐSINS

285

Sveinstindar tveir – gengið í fótspor Sveins Pálssonar

Engilbert Sigurðsson, Tómas Guðbjartsson

Við ætlum að heiðra minningu Sveins með því að greina frá gönguferðum á báða tindana sem við hann eru kenndir. Markmið okkar með þessum skrifum er að hvetja sem flesta til að ganga á þessa tinda sér til heilsubótar og ánægju. Sjón er alltaf sögu ríkari.



UMFJÖLLUN OG GREINAR



294
Eru læknar ekki í lagi?

Þröstur Haraldsson

Heilsufar og heilsuvernd lækna til umræðu í fjórða sinn á árinu á formannafundi LÍ



304
Erfðarannsóknir og réttur fólks til að vita ekki

Salvör Nordal

Á síðustu áratugum hefur forræðishyggja vikið fyrir þeirri meginreglu að virða beri sjálfræði fólks. Áhersla hefur verið lögð á að gefa fólki kost á að taka upplýstar ákvarðanir um heilsu og meðferð.



306
Nýting erfðaupplýsinga – Skálholtsumræðan

Reynir Arngrímsson

308
Erfðaráðgjöf vegna krabbameina

Vigdís Stefánsdóttir, Óskar Þór Jóhannsson, Jón Jóhannes Jónsson

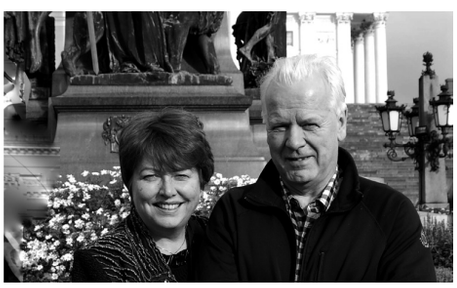
Það vilja ekki allir fara í erfðarannsókn og flestir vilja ákveða sjálfir hvar, hvort og hvenær þeir fá upplýsingar um arfgerð sína. Erfðaupplýsingar eru öðruvísi en aðrar heilbrigðisupplýsingar og ber að gæta ítrasta trúnaðar við meðhöndlun þeirra.



300
Hver á lífið og hver má binda endi á það?

Þröstur Haraldsson

Óttar Guðmundsson geðlæknir hefur skrifað bók um sjálfsvíg sem eiginkona hans Jóhanna Þórhallsdóttir myndskreytir



302
Sérhæft áverkanámskeið fyrir lækna

Brynjólfur Mogensen



303
Málþing um aðgerðaþjarka

Tómas Guðbjartsson

309
Hvatningarverðlaun Jónasar Magnússonar

312
Frá stjórn Félags læknanema

Fjóla Dögg Sigurðardóttir

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



293
Heilsa og heilsuvernd lækna – hvað næst?

Þorbjörn Jónsson

Viss vakning hefur orðið meðal lækna um heilsu stéttarinnar. Fjölsóttir fundir hafa verið haldnir um læknaheilsu, bæði á Læknadögum og á Landspítalanum.

LÖGFRÆÐI 9. PISTILL



311
Trúnaðarlækningar

Dögg Pálsdóttir

Skoðun á trúnaðarlækningum og þeim leiðbeiningum sem til eru um þær gefa fullt tilefni til að settar verði ítarlegri reglur um starfsemina.



318
Úr fórum Læknablaðsins – 1915-2014
Tölublöðin árið 1944

Védís Skarphéðinsdóttir

Hver sem ástæðan er, hver sem árstíðin er

Avamys®
flútíkasónfúróat
Meðferð við ofnæmiskvefi[1]



Meðferð við ofnæmiskvefi[1]

* Notist eingöngu í nef

AVAMYS nefúði, dreifa. Hver úðaskammtur gefur 27,5 míkrógrömm af flútíkasónfúróati. Ábendingar: Avamys er ætlað til notkunar hjá fullorðnum, unglingum og börnum (6 ára og eldri). Avamys er ætlað til meðferðar við einkennum ofnæmiskvefs. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir og unglingar (12 ára og eldri): Ráðlagður upphafsskammtur er tveir úðaskammtar í hvora nös einu sinni á dag. Þegar fullnægjandi stjórn á einkennum hefur náðst gæti minni skammtur, einn úðaskammtur í hvora nös, nægt til viðhaldsmeðferðar. Skammturinn skal stilltur á minnsta skammtinn sem viðheldur fullnægjandi stjórn á einkennum. Börn (6 til 11 ára): Ráðlagður upphafsskammtur er einn úðaskammtur í hvora nös einu sinni á dag. Sjúklingar sem sýna ekki fullnægjandi svörun við einum úðaskammti í hvora nös einu sinni á dag geta notað tvo úðaskammta í hvora nös einu sinni á dag. Þegar fullnægjandi stjórn á einkennum hefur náðst er mælt með því að minnka skammtinn niður í einn úðaskammt í hvora nös, einu sinni á dag. Börn yngri en 6 ára: Takmörkuð reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum yngri en 6 ára. Öryggi og verkun hjá þessum hópi hafa ekki verið vel staðfest. Aldraðir sjúklingar og sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi: Engin þörf er á aðlögun skammta hjá þessum hópum. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Engin þörf er á aðlögun skammta þegar um væga eða miðlungsmikla skerðingu á lifrarstarfsemi er að ræða. Engar upplýsingar liggja fyrir um sjúklinga með mikið skerta lifrarstarfsemi.

Frábendingar Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **MARKAÐSLEYFISHAFI:** Glaxo Group Ltd, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex, TW8 9GS, Bretland. **Fulltrúi markaðsleyfishafa:** GlaxoSmithKline ehf., Þverholti 14, 105 Reykjavík, Ísland, Sími 530 3700. Dagsetning endurskoðunar textans: apríl 2013. **Upplýsingar um aukaverkanir, millíverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá –www.serlyfjaskra.is**

Pakkningar og verð (janúar 2014)
Avamys nefúði 27,5 mcg/sk 120 skammtar R,G 2.849 kr

Aukaverkanir má tilkynna á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is/Aukaverkanir/tilkynna eða til GlaxoSmithKline í síma 530 3700.

Heimildir:
1. www.serlyfjaskra.is.

gsk

Janúar 2014 IS/FFF/0010d/12 (1)

Líftæknilyf og hliðstæður þeirra

Kolbeinn

yfirlæknir, Lyfjastofnun



Kolbeinn.Gudmundsson@lyfjastofnun.is

Líftæknilyf eru sá lyfjaflokkur sem vex einna hraðast í dag. Þau eru allt frá fremur litlum sameindum á borð við insúlín og vaxtarþætti upp í stórar sameindir, til dæmis einstofna mótefni sem þróuð eru af miklu hugviti gegn mjög sértækum lyfjamörkum. Nú eru að koma á markað eftirlíkingar þeirra líftæknilyfja sem ekki eru lengur varin einkaleyfi. Öll þekkjum við samheitalyf (*generics*) en eftirlíkingar líftæknilyfja (*biosimilars*) eru hins vegar ekki samheitalyf í sama skilningi. Nokkur umræða hefur skapast um íslenskt orð yfir „biosimilar“ og virðist „líftæknilyfshliðstæða“ ætla að hafa vinninginn þó að óþjált sé. Nokkur slík lyf eru nú þegar á markaði hér á landi og von er á mikilli fjölgun þeirra. Ástæðan fyrir þeim mun sem er á líftæknilyfshliðstæðum og hefðbundnum samheitalyfjum tengist því hversu flókin líftæknilyfin eru. Það er ekki einfalt að framleiða nákvæmar eftirlíkingar líftæknilyfja. Við framleiðsluna nýta menn sér bakteríu-, sveppa- eða frumuræktanir og einhvers breytileika getur gætt milli framleiðslulotna líftæknilyfs (bæði frumlyfs og hliðstæðu). Eðlilega vakna ýmsar spurningar varðandi þetta.[1]

Þegar samheitalyf eru þróuð er virka efnið hið sama og í frumlyfinu en ekki eru endilega notuð sömu hjálparefni eða í sömu hlutföllum. Gerðar eru miklar kröfur til hreinleika virka efnisins, stöðugleika og uppleysanleika ef til dæmis um töflur er að ræða. Einu klínísku rannsóknirnar sem þá þarf að gera eru frásogsrannsóknir sem verða að vera innan ákveðinna vikmarka. Yfirleitt eru slíkar rannsóknir gerðar á heilbrigðum einstaklingum. Samheitalyf sem uppfyllir sett skilyrði getur fengið sömu ábendingar og frumlyfið án þess að hafa nokkurn tímann verið gefið sjúklingi.

Eftirlíkingar líftæknilyfja (líftæknilyfshliðstæður) byggja á svipaðri hugmyndafræði og samheitalyf. Lyfjastofnun Evrópu (EMA) hefur gefið út ítarlegar leiðbeiningar um hvernig þróa skuli slík lyf.[2] Í stuttu máli felst þróunarferlið í forklínískum rannsóknum (sem ekki þarf fyrir samheitalyf), frásogs- og lyfjahvarfarannsóknum (eins og fyrir samheitalyf) og að lokum klínískum rannsóknum í hópi sjúklinga (fasa þrjú rannsóknum). Yfirleitt er ekki þörf á fasa tvö rannsóknum í þessu ferli þar sem virknin er þekkt hjá frumlyfinu. Lyfjaþróun hliðstæðunnar líkist þannig meira styttri útgáfu af fullri þróun nýrra lyfja heldur en þróun samheitalyfs. Í fasa þrjú rannsóknunum þarf að sýna fram á virkni í hópi sjúklinga sem telst nægur fyrir verkun lyfsins á þann hátt að mælanlegt sé, og einnig er reynt að útiloka óeðlilega svörun ónæmiskerfisins við lyfinu þar sem um prótín er að ræða. Til dæmis má mæla vöxt barna á vaxtarhormónum, áhrif insúlíns á blóðsykur eða bólgusvörun í liðum. Ekki er sjálfgefið að hliðstæðan fái allar ábendingar frumlyfsins nema það sé vel rökstutt og jafnvel gerð krafa um rannsóknir í öðrum sjúklingahópum. Fer það eftir eðli lyfsins í hverju tilviki.

Sömu gæðakröfur eru gerðar til framleiðslu hliðstæðra líftæknilyfja og frumlyfja, þannig að áhyggjur af ófullnægjandi gæðum eru ekki á rökum reistar. Sumir læknar hafa sett spurningamerki við víðtækum ábendingum á grunni eins sjúklingahóps og auðvitað er alltaf auðveldast og öruggast að halda sig við eitthvað sem er vel þekkt. Mjög miklar kröfur eru hins vegar gerðar á öllum stigum þróunar til að sýna fram á sama virka efni og sömu virkni þess á til dæmis viðtaka. Almennt er sú afstaða tekin að krefjast frekar meiri gagna en minni. Hugsanlegt er að með tímanum og fenginni reynslu af líftæknilyfshliðstæðum verði jafnvel gerðar minni kröfur um klínískar rannsóknir en nú er gert. Í þessu samhengi er mjög mikilvægt að hægt sé að rekja aukaverkanir (þar með talið skort á verkun) til lyfsins og lyfjaframleiðandans. Ekki er enn samstaða um nafngiftir hliðstæðra líftæknilyfja en undirritaður er á þeirri skoðun að nafn lyfsins skuli gefa til kynna að um hliðstæðu sé að ræða.

Útskiptanleiki frumlyfs og hliðstæðu er kannski mesta hitamálið. Sú ákvörðun er í höndum heilbrigðisyfirvalda hvers lands og hafa 15 Evrópuríki þegar lagst gegn almennum útskiptum. Íslensk yfirvöld hafa enn ekki tekið afstöðu til þessa máls. Undirritaður er á þeirri skoðun að fara skuli hægt í sakirnar. Sjálfsagt er að hefja meðferð nýrra sjúklinga á hliðstæðu en varast ber að skipta oft milli hliðstæðra lyfja, fyrst og fremst vegna fræðilegs möguleika á ónæmissvörun.

Verð hliðstæðra líftæknilyfja er að jafnaði lægra en frumlyfsins og því sjá yfirvöld hér tækifæri til sparnaðar. Vegna flókinnar framleiðslu verður verðmunurinn líklega ekki eins mikill og dæmi eru um á samheitalyfjamarkaðnum.

Líftæknilyfshliðstæður eru komnar til að vera og mikilvægt að allir aðilar séu upplýstir um hvaða kosti og hugsanlega galla þessir nýgræðingar bera með sér. Mikilvægt er að sátt og samvinna sé milli notenda (lækna og sjúklinga) og heilbrigðisyfirvalda (greiðenda) um innleiðingu þeirra í heilbrigðiskerfið.

Þessi leiðari lýsir persónulegum skoðunum höfundar og er ekki settur fram í nafni EMA eða Lyfjastofnunar.

Heimildir

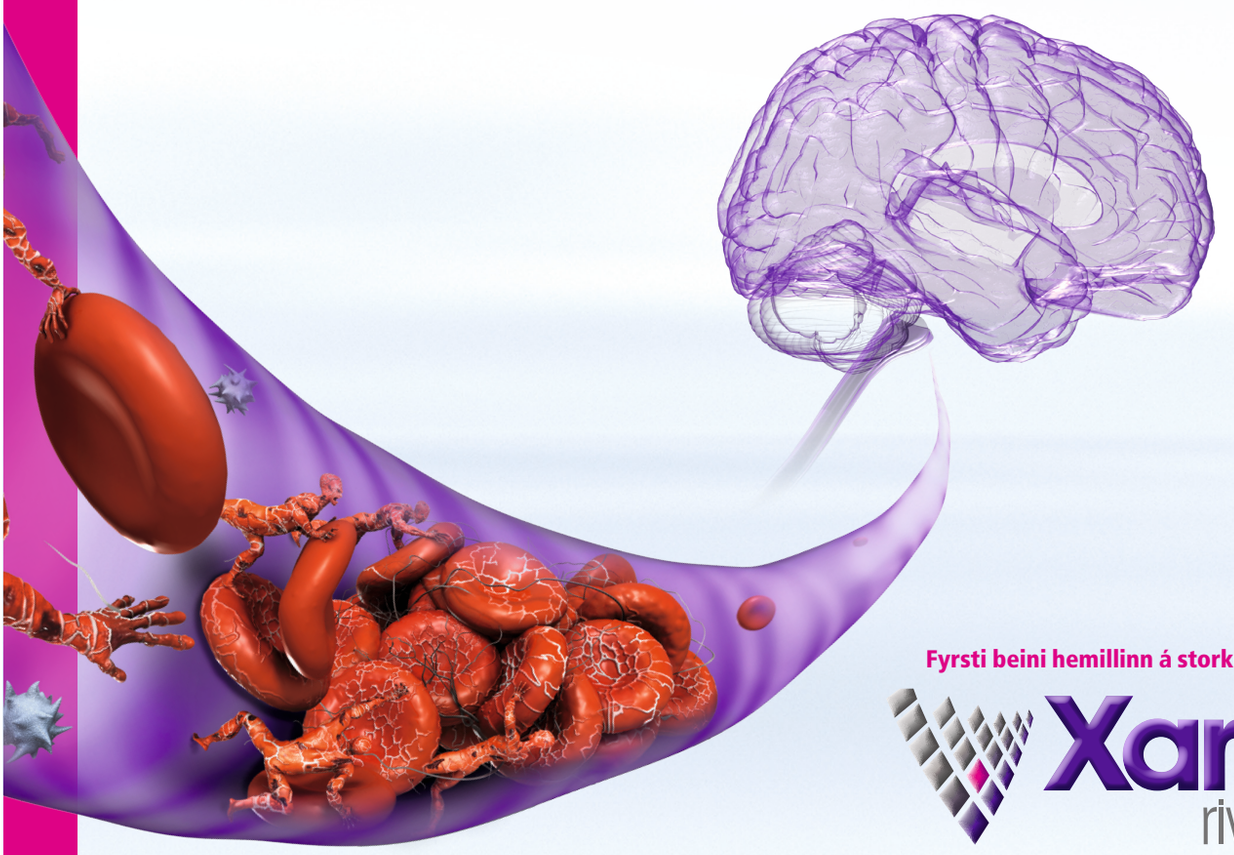
1. Weise M, Bielsky MC, De Smet K, Ehmann F, Ekman N, Giezen TJ, et.al. Biosimilars: what clinicians should know. Blood 2012; 120: 5111-7. doi: 10.1182/blood-2012-04-425744
2. Guideline on Similar Biological Medicinal Products http://health.apmnews.com/depechesPublieesDepeches.php?annee_2008&mois_2&jour_21 – apríl 2014.

Biologics and biosimilars

Kolbeinn Gudmundsson MD
Chief Medical Officer,
Icelandic Medicines Agency

Xarelto®▼ (rivaroxaban) – fyrirbyggir heilablóðfall og segarek hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti*[1]

- Varnar heilablóðfalli og segareki að lágmarki til jafns við warfarín[2]
- Sambærileg blæðingarhætta og í meðferð með warfaríni en marktækt færri innankúpublæðingar og dauðsföll vegna blæðinga[2]
- Ein tafla á dag[1]



Fyrsti beini hemillinn á storkuþátt Xa til inntöku

Xarelto® rivaroxaban

*svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast.

Heimildir 1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Xarelto. 2. Patel MR et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. N Engl J Med 2011; 365:883-891.

Bayer HealthCare

Sérlyfjatexti á bls. 316

L.IS.04.2013.0033

Þjark um Þjarka og Móaling

Eiríkur Jónsson

yfirlæknir
þvagfæraskurðlækninga
Landspítala



eirikjon@landspitali.is

Á undanförnum árum hefur svokallaður aðgerðaþjarki (*robot*) verið tekinn í notkun víða um lönd. Þjarki er kannske heppilegasta íslenska orðið en það beygist: nf. *þjarki*, þf. *þjarka*, þgf. *þjarka*, ef. *þjarka*. Aðrar tillögur eins og Fingraslyngur eða Móalingur hafa verið nefndar en síðarnefnda nafnið bar hestur Jóns Arasonar. Áhaldið nýtist við margvíslegar skurðaðgerðir og telst nú til að mynda staðalbúnaður við brottnám á blöðruhálskirtli vegna staðbundins krabbameins. Aðgerðin er í rauninni kviðsjáraðgerð með kostum þeirrar aðferðar. Skurðlæknirinn stjórnar þó með þessu móti áhöldum sínum af meiri nákvæmni frá stjórnborði sem hann situr við. Nákvæmni allra hreyfinga er ekki síður vegna framúrskarandi þrívíddarmyndar sem birtist á vinnuskjánum. Af þessum sökum er hægt að hlífa betur fíngerðum æðum og taugum sem liggja næst blöðruhálskirtlinum og sjá um stinningu getnaðarlimsins. Sama gildir um ytri þvaglokuna sem er staðsett í grindarbotninum rétt neðan kirtilsins. Þrátt fyrir nafngiftina framkvæmir áhaldið engar hreyfingar af sjálfsdáðum heldur einvörðungu þær sem skurðlæknirinn leggur til. Kostir áhaldsins koma sérstaklega fram við aðgerðir í þröngu rými eins og grindarholinu og nýtist það því bæði konum og körlum. Vegna þessara augljósu kosta hefur tæknin farið sigurför um heiminn. Þá hafa sjúkrahús komið sér upp þessari tækni ekki síður til að halda í skurðlækna sem og sjúklinga sem færu ella annað. Nú hafa nær öll háskólasjúkrahús á Norðurlöndum tekið svona þjarka í notkun. Lykilatriði við innleiðingu þjarka er góð þjálfun skurðlækna og alls aðgerðarteymisins. Á Landspítala eru nú komnir til starfa einstaklingar sem hafa reynslu af notkun áhaldsins og sama gildir um fjölmarga sem eru við sérnám utanlands í hinum ýmsu greinum skurðlækninga. Þetta kom glöggt fram á nýafstöðnu skurðlæknaþingi þar sem fimm íslenskir skurðlæknar lögðu af eigin reynslu til málanna.

Hvað tefur þá Orminn langa? Jú það eru peningar, en stofnkostnaður þjarka er um 250 milljónir íslenskra króna og rekstrarkostnaður er umtalsverður. Á móti vegur þó styttri sjúkrahúslega og minni líkur á fylgikvillum til skemmri eða lengri tíma. - Verðmæti án verðmiða.

Fyrir tæknifælinn naumhyggjumann er þessi kostnaður allstór biti í háls. Það vakna í þessu sambandi áleitnar spurningar um hratt vaxandi kostnað víða í heilbrigðiskerfinu. Hvar liggja þolmörkin? Hversu mikil getur slagsíðan orðið?

Ég hef þó sannfærst um ágæti þessarar aðferðafræði eftir að hafa heimsótt sjúkrahús austanhafs og vestan og lít svo á að það sé ekki spurning um hvort, heldur hvenær við tökum þátt í þessari þróun læknisfræðinnar. Endurheimt skurðlækna og metnaður fyrir hönd íslensks samfélags er ekki síður mikilvægur drifkraftur í þessu sambandi. – Það örlar jafnvel á Ungmennafélagsslagorðum.

Að þessu sögðu vaknar spurningin: „Hvernig vinnur maður slíku máli brautargengi?“ Hér þarf ekki bara að sannfæra aðila innan og utan Landspítala um mikilvægi þessa erindis, heldur er hefðbundin íslensk leið sú að afla gjafafjár til slíkra nýjunga. Möguleg framlög úr tækjakaupasjóði spítalans duga skammt þó svo eindreginn vilji stjórnenda sé til staðar. Það hefur því farið svo að víða hefur verið leitað fanga og meðal annars til einstaklinga sem þekkja til málsins. Það þýðir á mannamáli að læknirinn leitar til skjólstæðinga sinna. Þetta hljómar ekki gæfulega, en þannig gerast gjarnan kaupin á eyrinni. Erindinu hefur verið vel tekið og einstaklingar, fyrirtæki, félagasamtök og kollegar hafa lagt til málsins bæði beint og óbeint. Stefnt er að því að safna helmingi stofnkostnaðarins og var sérstakt félag stofnað í þeim tilgangi með aðstoð KPMG og sér Íslandsbanki um fjárumsýslu. Bæði fyrirtækin gera þetta án endurgjalds. Tæpar 40 milljónir eru nú í hendi en fleiri vonandi í skógi.

Ef þú getur lagt til málsins eða vilt kynna þér það nánar er netslóðin: *islandsbanki.is/robot*

Þúfan veltir hlassinu.

About a robot

Eiríkur Jónsson MD,
Chief of Urology,
Department of Urology
Landspitali University Hospital,
101 Reykjavik

LYFJAVER
Lækkaðu lyfjakostnaðinn

Lyfjaver óskar Læknablaðinu til hamingju með hundrað ára afmælið

NÝ ÁBENDING

Strattera er nú eina lyfið sem samþykkt er til að hefja meðferð við ADHD hjá fullorðnum



Strattera

- **Fyrsta og eina lyfjameðferðin** fyrir fullorðna með ADHD **sem tilheyrir ekki flokki örvandi lyfja**[1]
- Dregur úr helstu einkennum ADHD og **veitir stöðuga stjórn á einkennum** allan daginn yfir lengri tíma, borið saman við lyfleysu[2-6]
- **Tekið einu sinni á dag**[1]
- **Hefur staðfestar upplýsingar varðandi öryggi og þol** sem sýna að Strattera er góð meðferð fyrir sjúklinga sem þjást einnig af félagsfælni og áfengissýki[1]

LIL130801

Heimildir:
1. www.serlyfjaskra.is. **2.** Michelson D *et al. Biol Psychiatry* 2003; **53**(2): 112–20.
3. Young JL *et al. Clin Neuropharmacol* 2011; **34**(2): 51–60. **4.** Adler LA *et al. J Clin Psycho Pharmacol* 2009; **29**(1): 44–50.
5. Adler LA *et al. J Clin Psychiatry* 2005; **66**(3): 294–9. **6.** Adler LA *et al. J Atten Diord* 2008; **12**(3): 248–53.

Lilly

strattera™ atomoxetin HCl

Sérlyfjatexti á bls. 316

Heilablóðþurrð / heiladrep
Faraldsfræði, orsakir og einkenni

Ólafur Árni Sveinsson[1] læknir, **Ólafur Kjartansson**[2] læknir, **Einar Már Valdimarsson**[3] læknir

ÁGRIP

Átta af hverjum 10 heilablóðföllum stafa af heilablóðþurrð/drepi, tvö stafa af blæðingu. Heilablóðfall er algengasta orsök fötlunar, önnur algengasta ástæða heilabilunar og fjórða algengasta dánarorsökin meðal vestrænna þjóða. Árlegt nýgengi er 150-200/100.000/íbúa. Einn af hverjum 7 einstaklingum má búast við heilablóðfalli á lífsleiðinni. Í þessari grein verður fjallað um faraldsfræði, áhættuþætti, meingerð og einkenni heilablóðþurrðar og heiladreps.

[1]Taugadeild Karolinska sjúkrahússins, Stokkhólmi, [2]röntgendeild Landspítala, [3]taugalækningadeild Landspítala.

Fyrirspurnir: Ólafur Sveinsson

olafur.sveinsson@karolinska.se

LIL1308011

Greinin barst 7. nóvember 2013, samþykkt til birtingar 6. mars 2014.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Inngangur

Heilablóðfall er algengasta orsök fötlunar, önnur algengasta ástæða heilabilunar og fjórða algengasta dánarorsökin meðal vestrænna þjóða. Á heimsvísu er reiknað með vaxandi nýgengi heilablóðfalls á næstu áratugum, meðal annars vegna hækkandi aldurs þjóða og aukinnar tíðni sykursýki, offitu og reykinga.[1,2] Í Kína, þar sem fyrrnefndir áhættuþættir hafa farið ört vaxandi, urðu 7 milljónir heilablóðfalla árið 2005.[3] Heldur hefur dregið úr tíðni heilablóðfalls á Vesturlöndum.[4]

Samkvæmt klínískri skilgreiningu er orsök heiladreps skyndileg blóðþurrð í heila með staðbundnum brottfallseinkennum sem vara lengur en 24 klukkustundir.[5] Hugtakið skammvinn heilablóðþurrð (*Transient Ischemic Attack*, TIA) er notað yfir skyndileg brottfallseinkenni sem vara skemur en 24 klukkustundir og gert ráð fyrir því að heiladrep eigi sér ekki stað. Nú er vitað að oftast gengur skammvinn heilablóðþurrð yfir á 5 til 20 mínútum. Ef einkennin vara lengur en klukkustund hefur blóðþurrð oftast leitt til heiladreps. Því vilja sumir eingöngu notast við hugtakið ef engin merki um heiladrep er að finna við myndrannsókn.[6]

Aðferðir

Gerð var leit í PubMed-gagnasafninu. Notuð voru leitarorðin „cerebral ischemia“, „cerebral infarction“, „transient ischemic attack“. Alls fengust 317.500 (98.192, 190.224, 20.084) heimildir í þeirri leit. Áhersla var lögð á greinar sem birst hafa eftir 1995, en í nokkrum tilvikum leiddi leitin í ljós mikilvægar eldri heimildir. Eingöngu voru lesin ágrip á ensku og íslensku. Aðeins voru lesnar greinar úr virtum ritrýndum tímaritum. Ágrip af fundum eða veggspjöldum voru ekki skoðuð. Gerðar voru þær kröfur að tilfellaraðir yrðu að hafa yfir 50 sjúklinga til að koma til álita. Yfirlitsgreinar í virtum tímaritum voru einnig teknar til greina. Greinar voru valdar út frá mikilvægi og þýðingu fyrir skrif þessarar yfirlitsgreinar. Alls voru 704 ágrip lesin. Á grunni þeirra voru 167 greinar lesnar og af þeim var efni úr 64 þeirra notað í þessa grein.

Heilablóðþurrð (cerebral ischemia). Skortur á blóðflæði til heilans eða hluta hans.

Heiladrep (cerebral infarction). Þegar drep verður vegna heilablóðþurrðar. Ef heilablóðþurrðin er skammvinn og ekkert drep myndast kallast það skammvinn heilablóðþurrð, Transient Ischemic Attack, TIA.

Heilablóðfall (stroke). Hugtakið nær yfir heiladrep og heilablæðingu.

Slag (stroke). Annað hugtak yfir heiladrep og heilablæðingu.

Heilablæðing (intracerebral hemorrhage). Blæðing inn í heilavefinn. Getur einnig átt við innanskúmsblæðingu (subarachnoidal hemorrhage).

Faraldsfræði

Einn af hverjum 7 má búast við heilablóðfalli á lífsleiðinni. Átta af 10 heilablóðföllum stafa af heilablóðþurrð, tvö stafa af blæðingu. Heilablóðfall er helsta ástæða fötlunar og þriðja algengasta dánarorsökin í Bandaríkjunum.[7] Árlega fá um 750.000 Bandaríkjamenn heilablóðfall í fyrsta sinn.[8] Það samsvarar um 750 tilvikum árlega á Íslandi. Í nýlegri vandaðri íslenskri rannsókn greindust 343 einstaklingar á einu ári með heilablóðfall í fyrsta skipti.[9] Af þeim 343 sem urðu fyrir heilablóðfalli voru 81% með heiladrep. Því virðast heilablóðföll vera fátíðari hér á landi en í Bandaríkjunum og öðrum vestrænum ríkjum þar sem nýgengi mælist yfirleitt á bilinu 150-250 tilfelli á hverja 100.000 íbúa á ári.[4]

Heilablóðfall er sá sjúkdómur sem leggur undir sig flest bráðarými sjúkrahúsa á Vesturlöndum í dag. Nokkur lækkun nýgengis hefur átt sér stað í þróuðum

löndum síðastliðna 6 áratugi. Á móti kemur vaxandi fjöldi aldraðs fólks í þessum löndum. Nýgengið hefur hins vegar vaxið í þróunarlöndum á síðastliðnum áratugum.

Áhættuþættir

Flokka má áhættuþætti heilablóðþurrðar eftir því hvort hægt er að hafa áhrif á þá (*modifiable*) eða ekki (*unmodifiable*).

Óbreytanlegir áhættuþættir

Óbreytanlegir áhættuþættir eru: aldur, karlkyn, kynþáttur, jákvæð fjölskyldusaga og saga um fyrra heilablóðfall. Nýgengi heilablóðþurrðar eykst verulega með hækkandi aldri og er aldur sterkasti áhættuþátturinn. Nýgengið tvöfaldast með hverjum áratug eftir 55 ára aldur. Helmingur allra heilablóðfalla á sér stað hjá fólki sem er eldra en 75 ára. Áhættan er heldur meiri hjá körlum en konum upp að 75 ára aldri. Eftir það virðist hún nokkuð jöfn. Tíðni heilablóðþurrðar er hærri hjá svörtu fólki og einstaklingum af rómönskum uppruna. Það gæti skýrst að hluta af hærri tíðni sykursýki og háþrýstings hjá þessum hópum. Tíðni æðakölkunar í heilaslagæðum er einnig meiri hjá þessum kynþáttum.[10]

Breytanlegir áhættuþættir

Háþrýstingur er sá áhættuþáttur sem mikilvægast er að hafa áhrif á.[11] Talið er að hann eigi þátt í helmingi allra heilablóðfalla.[12] Háþrýstingur veldur því að hætta á heilablóðþurrð eykst þrefalt til fjórfalt. Meðferð við hækkuðum blóðþrýstingi er afar áhrifarík aðgerð til að draga úr áhættu. Slagbilsþrýstingslækkun um 10 mm Hg leiðir til 38% minni áhættu.[13] Því meira sem þrýstingurinn er lækkaður, því minni verður hættan á heilablóðfalli.[14]

Sykursýki eykur hættu á heiladrepi þrefalt.[15] Afdrif sykursjúkra eftir heilablóðfall eru verri en þeirra sem ekki hafa sjúkdóminn. Því er sá hópur oft útilokaður í klínískum rannsóknum á heilablóðfalli. Sykursjúkir veikjast yngri og fá frekar endurtekin heiladrep.[16] Ef sykursjúkur einstaklingur er einnig með háþrýsting, eykst áhættan til muna. Sykursjúkir með augnbotna- og úttaugaskemmdir virðast vera sérstakur áhættuhópur. Þess má geta að hár blóðsykur með bráðu heiladrepi, óháð fyrri sykursýki, er neikvæður forspárþáttur hvað afdrif varðar.[17]

Reykingar eru vel þekktur áhættuþáttur fyrir heilablóðþurrð og afar sterkur áhættuþáttur fyrir kölkun í hálsslagæðum. Reykingamenn eru í tvöfalt til þrefalt meiri hættu á að fá heiladrep en þeir sem ekki reykja.[18] Áhættan er í beinu sambandi við daglegt magn reykinga. Þegar reyktar eru 10 sígarettur á dag tvöfaldast hættan á heiladrepi en hún nífaldast ef fleiri en 40 sígarettur eru reyktar á degi hverjum.[19] Einnig eru vísbendingar um að óbeinum reykingum fylgi aukin hætta á heiladrepi.[20] Að hætta reykingum dregur úr áhættunni og eftir 5 ára bindindi virðist hún svipuð og hjá þeim sem aldrei hafa reykt.[21]

Hækkað heildarkólesteról og LDL (*low-density lipoprotein*) eru áhættuþættir fyrir heilablóðþurrð og heiladrepi, þó alls ekki í sama mæli og gagnvart kransæðasjúkdómi. Rannsóknir hafa leitt í ljós að statínmeðferð minnkar líkur á heiladrepi hjá þeim sem ekki hafa fengið heiladrep (fyrsta stigs forvörn). Þannig lækkaði statínmeðferð hlutfallslega áhættu á heilablóðþurrð um 28% í Scandinavian Simvastatin Survival Study.[22] Þetta á einnig við hjá þeim sem hafa fyrri sögu um heiladrep (annars stigs forvörn).[23,24] Mjög stór samantektarrannsókn sýndi að meðferð með statíni dró úr áhættunni um 16%.[25] Önnur rannsókn leiddi í ljós að lækkun LDL um eitt mmól/l minnkaði áhættu heiladreps um 17%.[26] Vísbendingar eru um að statínlyfin hægi á æðakölkunarferlinu í háls- og heilaslagæðum.

Offita þrefaldar áhættuna á heilablóðfalli. Aukið mittismál er sjálfstæður áhættuþáttur fyrir heiladrep (og er einnig nátengt öðrum áhættuþáttum eins og háþrýstingi, sykursýki og blóðfituröskun).[27] Sérstaklega eykur ofþyngd á yngri árum hættuna á heiladrepi. Um 30% Bandaríkjamanna teljast of þung.[28] Offita er hratt vaxandi vandamál í þróuðum löndum og er Ísland engin undantekning. Efnaskiptavilla (*metabolic syndrome*) er einnig áhættuþáttur heiladreps.[29]

Hreyfingarleysi er áhættuþáttur fyrir heilablóðfall.[30] Verndandi áhrif hreyfingar gilda um alla aldurshópa, kynþætti og bæði kyn.[31] Flestar rannsóknir hafa sýnt fram á að meiri hreyfing sé hagstæðari en minni.[32,33] Gagnsemi hreyfingar stafar að einhverju leyti af jákvæðum áhrifum á blóðþrýsting, líkamsþyngd, blóðfitur og sykurstjórnun.

Samspili áfengisneyslu og hættu á heiladrepi má lýsa sem J-laga kúrfu. Lítil áfengisnotkun virðist vernda gegn heiladrepi en meiri notkun eykur líkurnar.[33] Einn til tveir drykkir (drykkur er skilgreindur sem 12 g af alkóhóli) á dag virðast hafa væg vernandi áhrif (20-30% minni áhætta miðað við enga neyslu).[34] Líklega eru léttvín æskilegri en bjór eða sterkir drykkir.[35] Þrír drykkir eða fleiri á dag auka áhættuna.[34] Neysla 5 eða fleiri drykkja á dag eykur áhættuna um 69%. Jákvæð áhrif lítillar neyslu alkóhóls gætu falist í hækkun á HDL-kólesteróli, minni samloðun blóðflagna og lækkun á fibrínógeni í plasma. Rannsóknum á áhrifum matarvenja og áhættu á heilablóðfalli ber ekki saman. Þó virðist ljóst að mikil fitu- og saltneysla auki hættu á heilablóðfalli.[36]

Eiturlyf á borð við heróín, kókaín og amfetamín auka hættu á bæði heiladrepi og heilablæðingu.[37,38] Þessi lyf geta aukið samloðun blóðflagna, hækkað blóðþrýsting (ekki síst aukið sveiflur blóðþrýstings), valdið samdrætti í slagæðum heilans, stuðlað að hjartaþelsbólgu og segamyndun.[39]

Á síðustu árum hefur fjöldi faraldsfræðilegra rannsókna sýnt fram á tengsl mígrenis og heiladreps.[40] Rannsóknir hafa sýnt að hættan á heilablóðþurrð hjá einstaklingum með mígreni, sér í lagi konum yngri en 45 ára sem hafa mígreni með áru, er aukin.[40] Þessi tengsl eru óljósari hjá þeim sem hafa mígreni án áru. Hjá konum yngri en 45 ára sem hafa mígreni með áru þrefaldast hættan á heiladrepi ef þær reykja og fjórfaldast noti þær getnaðarvarnarpilluna.[40,41] Fari þessir áhættuþættir allir saman eykst hættan enn frekar. Hjá stöku einstaklingum með mígreni sem verða fyrir heiladrepi getur verið til staðar undirliggjandi sjaldgæfur erfðasjúkdómur. Eftirfarandi eru dæmi um slíka sjúkdóma þar sem mígreni og heilablóðþurrð fara saman: Helftarlömunarmígreni (*hemiplegic migraine*), *Cerebral autosomal dominant arteriopathy with subcortical infarcts and leukoencephalopathy* (CADASIL) og *Mitochondrial myopathy, encephalopathy, lactacidosis, and stroke* (MELAS). Þetta eru þó afar sjaldgæfir sjúkdómar sem útskýra engan veginn vanalegri tengsl mígrenis og heilablóðþurrðar.

Getnaðarvarnapillan eykur hættu á heiladrepi hjá frískum konum tvöfalt til þrefalt. Östrogenmeðferð eftir tíðahvörf fylgir væg áhættuaukning. Há gildi af hómócystein í blóði hafa í mörgum

rannsóknum verið tengd aukinni áhættu á heilablóðfalli.[42] Á hinn bóginn hefur ekki tekist að sýna fram á að meðhöndlun með B-vítamínum sem lækkar gildi hómócysteins hafi fyrirbyggjandi áhrif á heilablóðfall.[43] Þunglyndi er vel þekkt afleiðing heilablóðfalls en á síðustu árum hafa komið fram vísbendingar um að þunglyndi geti verið vægur áhættuþáttur fyrir heilablóðfalli.[44,45] Orsakasambandið er þó enn óljóst. Sálræn streita virðist vægur áhættuþáttur samkvæmt nokkrum rannsóknum.[46-48] Auk þess má geta þess að saga um fyrra heiladrep eða einkennalaust heiladrep sem kemur í ljós við myndrannsókn eru hvort tveggja áhættuþættir.

Eins og hér er lýst eru áhættuþættir fyrir heilablóðþurrð margir. Eigi að síður er mikilvægt að árétta að með heilbrigðum lífsstíl má minnka áhættuna til muna. Ein rannsókn benti til þess að hægt væri að draga úr hættunni á heiladrepi um 80% ef enginn af eftirfarandi áhættuþáttum væru til staðar: reykingar, hreyfingarleysi, slæmar matarvenjur, ofþyngd og óhófleg neysla áfengis.[49] Í afar stórri fjölþjóðlegri rannsókn (INTERSTROKE) sem náði til 22 landa, virtust 10 áhættuþættir valda 90% heilablóðfalla.[50] Þar vó háþrýstingur þyngst, næst í röðinni hreyfingarleysi, því næst reykingar og óhollt mataræði.

Meingerð

Flókin lífefnafræðileg atburðarás fer af stað nokkrum sekúndum til mínútum eftir að heilaslagæð lokast. Lokunin veldur því að taugafrumurnar fá ekki nægt súrefni og næringu. Blóðþurrðin veldur því að loftháð glýkólýsa getur ekki farið fram. Það leiðir til innflæðis af natríum og kalsíum í frumurnar. Hækkun verður á laktati innan frumnanna með staðbundinni sýringu. Aukin seyting taugaörvandi (*excitotoxic*) boðefna á sér stað og frí sindurefni (*free radicals*) verða til. Innanfrumubjúgur vex. Ofvirkni lípasa og próteasa fer af stað og frumudauði með sjálfseyðingu (*apoptosis*) verður á svæði heilablóðþurrðar.[51,52]

Við eðlilegar aðstæður er blóðflæði í hvíld til heilans um 50-55 ml á hver 100 g heilavefs á mínútu. Þegar blóðflæðið er minna en 8 ml/100 g á mínútu hefst frumudauði. Þegar blóðflæði í heilavef er á bilinu 8-18 ml/100 g á mínútu er vefurinn enn lífvænlegur en illa starfhæfur. Slíkt svæði kallast *penumbra* (hálfskuggi á grísku) eða jaðarsvæði á íslensku. Í þessu ástandi eru taugafrumurnar óstarfhæfar eða lítt starfhæfar en geta mögulega náð sér. Tilvist hjáveituæða (*collaterals*) á svæðinu ræður miklu um hvort heiladrep verður. Einnig getur segaleysandi meðferð leitt til þess að æðin opnist aftur.

Skammvinn heilablóðþurrð

Skammvinn heilablóðþurrð er sterkur áhættuþáttur fyrir heiladrep. Einn af hverjum 10 sem fá skammvinna heilablóðþurrð fær heiladrep á næstu viku og til viðbótar 10-15% á næstu einum til þremur mánuðunum.[53] Nýrri rannsóknir hafa þó sýnt fram á lægri áhættu, líklega vegna þess að annars stigs fyrirbyggjandi meðferð er hafin fyrr en áður. Afar mikilvægt er að gera sér grein fyrir því að ekki eru öll skammvinn taugaeinkenni vegna skammvinnrar heilablóðþurrðar. Skammvinn heilablóðþurrð veldur staðbundnum taugaeinkennum á borð við helftarlömun, helftarskyntap, blindu á öðru auga, málstol eða tvísýni svo dæmi séu tekin. Margvísleg algeng sjúkdómseinkenni geta ranglega greinst sem skammvinn heilablóðþurrð. Dæmi um slíkt er: skammvinnt rugl, yfirlið, krampar, blóðsykurfall, ára mígrenis og svimi framkallaður frá innra eyra. Iðulega er vandasamt að greina skammvinna heilablóðþurrð frá mismunagreiningum. Læknirinn verður sjaldnast vitni að einkennum og verður að reiða sig á frásögn sem oft er ekki áreiðanleg. Hér veltur á klínískri færni að viðbrögð verði rétt.

Skammvinn heilablóðþurrð orsakast af skyndilegri lokun slagæðar. Því birtast öll einkennin yfirleitt samtímis. Í áru mígrenis og vissum tegundum floga (skynflog), svo dæmi séu tekin, birtast einkenni hins vegar hvert af öðru og getur hvert þeirra breiðst út á nokkrum tíma. Slíkt er afar sjaldgæft í skammvinnri heilablóðþurrð.

Heiladrep

Síðustu áratugi hefur í daglegum störfum verið leitast við að flokka heiladrep eftir orsökum. Slík vinnubrögð skerpa skilning á orsökum heiladrepa og tryggja best að réttum aðgerðum sé komið við. Einnig er gagnlegt að gera sér ljóst að mismunandi orsökum fylgja mismunandi batahorfur. Á seinni árum hefur gjarnan verið stuðst við svokallaða TOAST-flokkun (*Trial of ORG 10172 in Acute Treatment Classification*).[54] Samkvæmt henni eru heiladrep flokkuð eftir orsökum í stóræðasjúkdóm, segarek frá hjarta, smáæðasjúkdóm, sjaldgæfar orsakir og óþekktar orsakir.

Hvað varðar staðsetningu heiladrepa, verða 75% þeirra á svæði fremri heilablóðveitu og skiptast þau nokkuð jafnt milli hægra og vinstra heilahvels. Fjórðungur heiladrepa er á svæði aftari blóðveitunnar.[55]

Stóræðasjúkdómur

Æðakölkun veldur stóræðasjúkdómi. Sjúklingarnir hafa nánast alltaf hefðbundna áhættuþætti og reykingar vega þungt. Æðakölkunin er yfirleitt útbreidd og ekki eingöngu bundin við slagæðar í hálsi og heila. Þar sem æðakölkun hefur gjörbreytt heilbrigðu æðaþeli slagæða er hætta á sáramyndun. Þar eiga fíbrín, blóðflögur og blóðkorn leið um og eru þá komin skilyrði til segamyndunar. Slíkur segi getur leitt til lokunar slagæðar á staðnum eða rekist með blóðstraumnum og lokað æð fjær sárinu. Þá verður blóðþurrð eða drep handan lokunarinnar. Stóræðasjúkdómur veldur um 15-25% heiladrepa (í ofannefndri íslenskri rannsókn var stóræðasjúkdómur ástæðan í aðeins 7% tilfella).[56,57] Hefðbundnir staðir fyrir þessar æðabreytingar eru hálsslagæðarnar, hryggslagæðarnar og hjarnabotnslagæðin (*a.basilaris*). Mest er þekkingin á æðakölkuninni sem verður þar sem hálsslagæðarnar klofna í þá innri og þá ytri. Æðakölkun í heilaslagæðum innan höfuðkúpunnar er sjaldgæfari meðal hvítra. Sú staðsetning æðakölkunar er aftur á móti algengari hjá einstaklingum af asískum, rómönskum og afrískum uppruna.

Segarek frá hjarta

Segarek frá hjarta veldur um 20-30% heiladrepa (36% í íslensku rannsókninni).[56-59] Hlutdeild í elstu aldurshópunum er mun hærri. Oftast eru þessi drep stór en geta líka verið mörg og smærri og dreifð um heilann. Segar frá hjarta eru gjarnan stórir og valda skyndilegum og miklum taugaeinkennum sem hafa í för með sér hærri dánartíðni og meiri fötlun en drep af öðrum ástæðum. Í um 20% verður

Tafla I. *CHA_2DS_2-VASc skali*

Hjartabilun/vanstarfsemi vinstra slegils - EF ≤40 % - 1 stig
Háþrýstingur - 1 stig
Aldur ≥75 ár - 2 stig
Sykursýki - 1 stig
Heilablóðfall/TIA/segarek - 2 stig
Æðasjúkdómar (kransæðastífla, útæðasjúkdómar og kölkun í ósæð) - 1 stig
Aldur milli 65 - 74 ár - 1 stig
Kvenkyn - 1 stig
Árleg áhætta á heilablóðþurrð er:
• 0,3% við CHA_2DS_2VASc 0
• 1,0-2,1% við CHA_2DS_2VASc 1
• 3,3-23,6% við CHA_2DS_2VASc 2 eða hærra

Tafla II. *Óvenjulegar orsakir skammvinnrar heilablóðþurrðar eða heiladreps.*

Æðasjúkdómar
Stokkasegi
Fibromuscular dysplasia
Hjartasjúkdómar
Op milli gátta (*patent foramen ovale*)
Afturfall míturloku (*mitral valve prolapse)*
Atrial myxoma
Hjartaþelsbólga án sýkingar (*non-bacterial endocarditis*)
Blóðsjúkdómar
Sigðfrumublóðleysi (*sickle cell anemia*)
Blóðflögusjúkdómar
Stökkbreyting í þætti V Leiden
ATII-skortur
Stökkbreyting í próþrombíni
Prótein C-skortur
Prótein S-skortur
Polycythemia
Paroxysmal nocturnal hemoglobinuria
Gigtar- og sjálfsofnæmissjúkdómar
Andfosfólípíðheilkenni
Rauðir úlfar
Æðabólga
Sýkingar
Hjartaþelsbólga
HIV-sýking
Hormónaáhrif
Getnaðarvarnarpilla
Meðganga, fæðing og sængurlega
Mígreni
Áfengi og fíkniefni
Ýmislegt
Hómócysteinmiga
MELAS-heilkenni

blæðingaríferð í þessi drep á fyrstu dögunum. Segar sem koma frá hjarta eru samsettir úr blóðkornum, blóðflögum, fíbríni og kalki og í undantekningartilfellum bakteríum eða æxlisvexti.

Gáttatif er aðalástæða segareks frá hjarta. Aðrar ástæður eru meðal annars gervilokur, segarek eftir brátt hjartadrep (sérstaklega eftir framveggjardrep), útvíkkunarhjartavöðvakvilli (*dilated cardiomyopathy*), sýktar hjartalokur, míturlokuþrengingar vegna gigtsjúkdóms og hjartaæxli.

Meðal þeirra sem hafa gáttatif er árleg áhætta heilablóðþurrðar 1,5-23,5%.[60] Þessi mikli munur ræðst af öðrum þáttum. Þeir eru meðal annars: aldur, saga um fyrri heilablóðþurrð, hjartasjúkdómur, háþrýstingur og sykursýki. Til að meta árlega áhættu á heilablóðþurrð hjá einstaklingum með gáttatif er algengt að nota svokallaðan CHA_2DS_2-VASc skala (tafla I) sem inniheldur ofannefnda áhættuþætti.[61]

Algengi gáttatifs eykst með hækkandi aldri. Eingöngu 0,2 einstaklingar á hverja þúsund íbúa hafa gáttatif á fertugsaldri en 39 á hverja eitt þúsund á níræðisaldri. Gáttatif veldur um 7% heiladrepa hjá fólki á sextugsaldri en 36% hjá þeim sem eru á níræðisaldri. Einstaklingar með gáttatif eru að meðaltali í sexfaldri hættu á því að verða fyrir heilablóðþurrð og þeir sem einnig hafa míturlokuþrengingu vegna gigtsjúkdóms eru í sautjánfaldri áhættu. Blóðþynning er áhrifamikil aðferð til að fyrirbyggja heiladrep hjá einstaklingum með gáttatif.

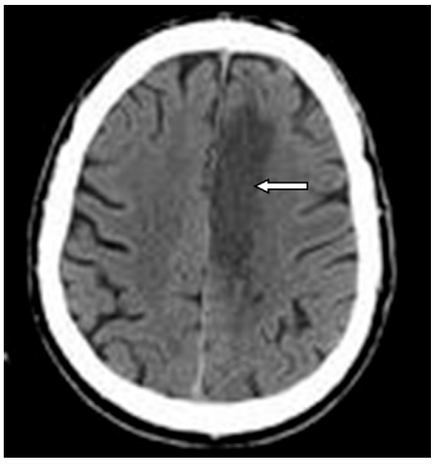
Smáæðasjúkdómur

Ördrep tengjast oftast langvarandi háþrýstingi og sykursýki og valda 15-25% heiladrepa (12% í íslensku rannsókninni).[56,58] Algengustu staðsetningarnar eru djúp svæði heilans eins og djúphnoðin (*basal ganglia*), brúin (*pons*), stúkan, og rófukjarninn (*caudate nucleus*). Oftast er orsökin staðbundinn sjúkdómur í smáum slagæðum heilans. Meingerð smáæðasjúkdómsins er fíbríndrep (*fibrinoid necrosis*) og fituglæruhrörnun (*lipohyalinosis*) sem leiðir til hrörnunar í miðlagi (*tunica media*) æðanna og veldur þrengingum og lokunum. Meginorsök þessara breytinga er langvinnur háþrýstingur. Þó verður að hafa í huga að segarek getur í einstaka tilvikum valdið lokun í smáæðum heilans.

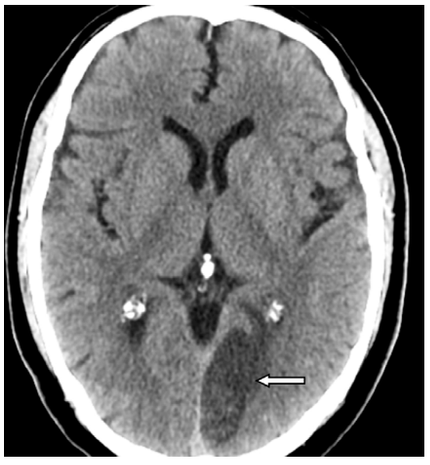
Sjaldgæfar eða óþekktar orsakir

Þrátt fyrir víðtæka uppvinnslu er ekki hægt að ákvarða orsök heiladreps í um 20-40% tilfella (26% í íslensku rannsókninni).[58,59] Það er algengara hjá þeim yngri. Í þessum hópi er mikilvægt að leita eftir segahneigð og lotubundnu gáttatifi. Athyglisvert er að endurtekin heiladrep virðast óalgengari í þessum hópi.

Rétt er að nefna tvær orsakir sem geta sérstaklega komið við sögu hjá yngra fólki. Í fyrsta lagi er það flysjun slagæða á hálsi (*cervical artery dissection*). Hún er önnur algengasta ástæða heiladreps hjá ungu og miðaldra fólki. Hér má geta íslenskrar greinar um flysjun í *Læknablaðinu*.[62] Hinn kvillinn er op milli gátta (*patent foramen ovale*, PFO). Lengi hefur verið talið að opið gæti átt þátt í tilurð heiladreps hjá yngra fólki. Skoðanir hafa þó verið mjög skiptar um mikilvægi opsins. Því hafa leiðbeiningar um annars stigs fyrirbyggjandi viðbrögð ekki verið einhlítar. Mælt hefur verið með asperíni, blóðþynningu eða lokun opsins. Niðurstöður þriggja nýlegra rannsókna benda til þess að lokun ops komi ekki að meira gagni en lyfjameðferð.[63,64] Ýmsar óvenjulegar orsakir heilablóðþurrðar er að finna í töflu II.



Mynd 1. *Tölvusneiðmynd sem sýnir drep (lágþéttni, ör) á næringarsvæði fremri miðhjarnaslagæðar vinstra megin.*



Mynd 3. *Tölvusneiðmynd sem sýnir drep í vinstri sjónberki (ör) hjá einstaklingi með hægri helftarsjónsviðsskerðingu.*

Klínísk einkenni

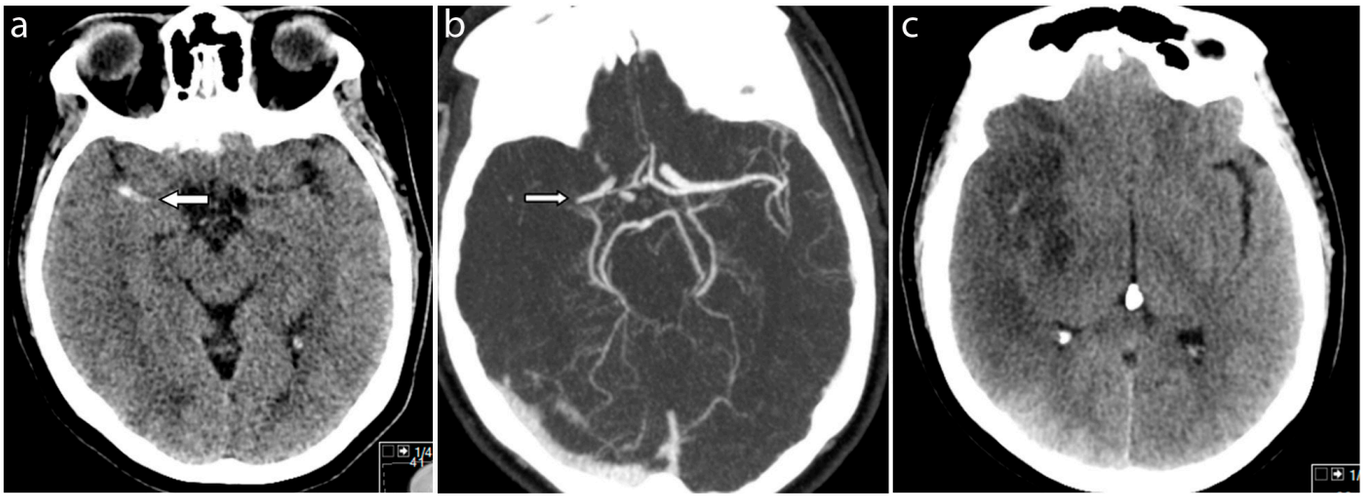
Klínísk birtingarmynd heilablóðþurrðar er afar fjölbreytt og fer eftir stærð og staðsetningu skaðans. Fjölmörg klínísk heilkenni hafa verið tengd lokun einstakra slagæða heilans. Hér verður algengustu birtingarformunum lýst.

Fremri hjarnaslagæð (anterior cerebral artery)
Drep á næringarsvæði fremri hjarnaslagæðar er sjaldgæft (um 3% allra heiladrepa). Máttminnkun og skyntap verður gagnstæðu megin við skemmdina (mynd 1). Einkenni eru meira áberandi í ganglim en griplim og andliti. Persónuleikabreytingar (*abulia, akinetik mutism*) og truflun á stjórnun þvag- og hægðalosunar kemur fyrir.

Miðhjarnaslagæð (middle cerebral artery)
Ef stofn æðarinnar lokast verður mikil lömun og skyntap í gagnstæðri hlið, augnhliðrun, með samsíða augnása (*conjugate eye deviation*), sem bendir í átt til skaðans, ásamt helftarsjónsviðsskerðingu (*homonymous hemianopia*) þeim megin sem lömunin er (mynd 2). Ef skaðinn er í vinstra heilahveli má reikna með málstoli og verkstoli, en gaumstoli sé skaðinn í hægra heilahveli. Öll þessi einkenni eru alvarleg. Lokist greinar miðhjarnaslagæðar verða brottfallseinkenni vægari en bera oftast svipmót af því sem að ofan er lýst. Lokist minni grein getur afleiðingin orðið einangrað málstol eða lömun í hendi svo dæmi séu tekin.

Aftari hjarnaslagæð (posterior cerebral artery)
Helsta einkenni er helftarsjónsviðsskerðing gagnstæðu megin við skemmd (mynd 3). Stór drep í sjónberki beggja vegna geta valdið blindu sem sjúklingurinn er ekki meðvitaður um. Ef drep verður í miðlæga hluta gagnaugablaðs (*temporal lobe*) getur bráðarugl verið áberandi, jafnvel án annarra einkenna. Ef aftari hluti stúku (*thalamus*) skaðast verður alvarlegt skynbrottfall í gagnstæðum líkamshelmingi. Drep í aftasta hluta heilahvelatengsla (*corpus callosum*) getur valdið því að sjúklingurinn getur ekki lesið en getur þó skrifað *(alexia without agraphia*).

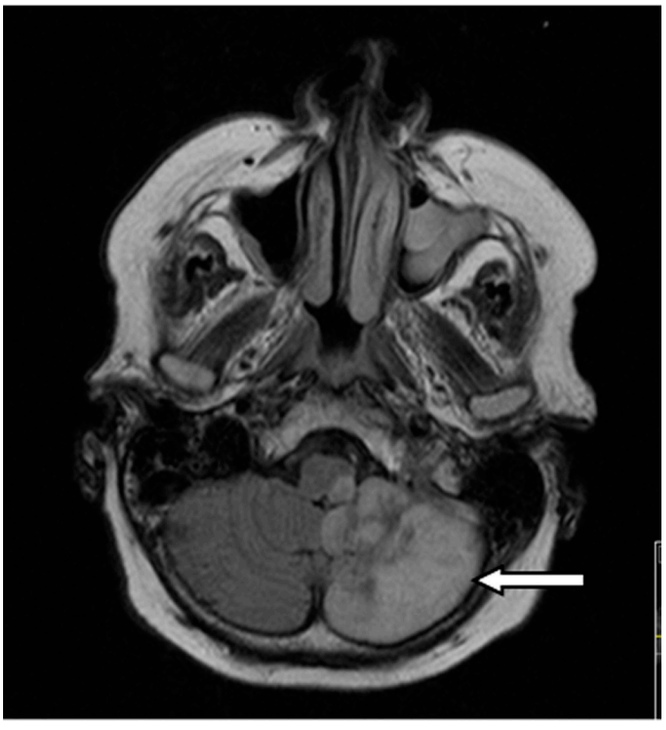
Hryggslagæð (vertebral artery)
Hryggslagæðarnar næra mænukylfuna. Drep á næringarsvæði æðanna geta valdið fjölbreyttum einkennum og ýmiss konar samsetningu einkenna eftir staðsetningu skaðans. Algeng einkenni eru snarsvimi (*vertigo*), óregluhreyfing útlima (*ataxia*), kyngingarörðugleikar, jafnvægistruflun, þvoglumæli (*dysarthria*), tvísýni og augntin (*nystagmus*). Wallenbergs-heilkenni (*lateral medullary syndrome*) er lýsandi dæmi um áfall á næringarsvæði hryggslagæðar (mynd 4). Það stafar af drepi í aftari hluta mænukylfu hliðlægt. Það einkennist af lömun í raddbandi og koki ásamt Horners-heil-



Mynd 2 *a) Við komu sýnir tölvusneiðmynd segamyndun (háþéttni) í hægri miðhjarnaslagæð (media sign, ör). b) TS æðaskoðun eftir skuggaefnisgjöf í æð (æðamynd) sýnir lokun á hægri miðhjarnaslagæð (ör). c) Tölvusneiðmynd án skuggaefnis þremur dögum síðar sýnir stórt drep á næringarsvæði hægri miðhjarnaslagæðarinnar.*



Mynd 4. *Flæðismynd (diffusion weighted image) hjá sjúklingi með Wallenberg-heilkenni (lateral medullary syndrome). Ör bendir á segulskæran blett (drep) þar sem flæði er ekki til staðar í heilavef, þetta drep sást ekki á tölvusneiðmynd. Aðrir segulskærir blettir sem sjást eru myndgallar.*



Mynd 5. *Segulómmynd úr FLAIR myndröð sýnir stórt drep (ör) í vinstra litlaheila.*

kenni og óregluhreyfingu í útlimum sömu hliðar, en skerðingu á sársauka- og hitaskyni í útlimum hinnar hliðarinnar.

Lokun á æðum til litlaheila

Drep í litlaheila getur valdið fjölmörgum einkennum eins og svima, ógleði, uppköstum, þvoglumæli, óstöðugleika (falltilhneiging til sömu hliðar og drepið er), augntini og óregluhreyfingu í útlimum þeim megin sem drepið er (mynd 5). Ef drepið er smátt getur svimi verið helsta einkenni og er þá vandasamt að aðskilja ástandið frá eyrnasvima. Oftast er þó augntin með hraða fasann til beggja hliða eða í lóðréttu plani. Slíkt sést ekki við eyrnasvima. Í reynd veldur það þó oft furðu hve lítilfjörleg einkenni stórs litlaheiladreps geta verið, sérstaklega þó í byrjun. Slíkt getur valdið vanmati á ástandi sjúklings sem síðan reynist hættulegt.

*Hjarnabotnsslagæð (*basilar artery*)*

Lokun á hjarnabotnsslagæð hefur yfirleitt í för með sér mikil og alvarleg einkenni á borð við meðvitundarminnkun, truflun á öndun, einkenni frá mörgum heilataugum og ferlömun (mynd 6). Sjáöldur eru yfirleitt afar smá. Við staðbundinn skaða í fremri hluta brúar getur svokallað „lokað ástand“ (*locked in syndrome*) komið upp. Þá er sjúklingurinn vakandi, allir útlimir lamaðir og flestar heilataugar. Hann getur blikkað augum og hreyft augun í einhverjum mæli. Við slíkar aðstæður er mikilvægt en ekki alltaf auðvelt að meta meðvitundarástand. Þegar minni greinar frá hjarnabotnsslagæð lokast sést gjarnan lömun í heilataugum þeim megin sem drepið er en lömun og skyntap í gagnstæðum líkamshelmingi. Ef drep verður í miðheila ofan brúar getur sést skert meðvitund án lamana. Oftast eru einnig sérkennileg einkenni frá augum, svo sem ósamsíða augnásar og skertar hreyfingar augna í lóðréttu plani.

Ördrep (lacunar stroke)

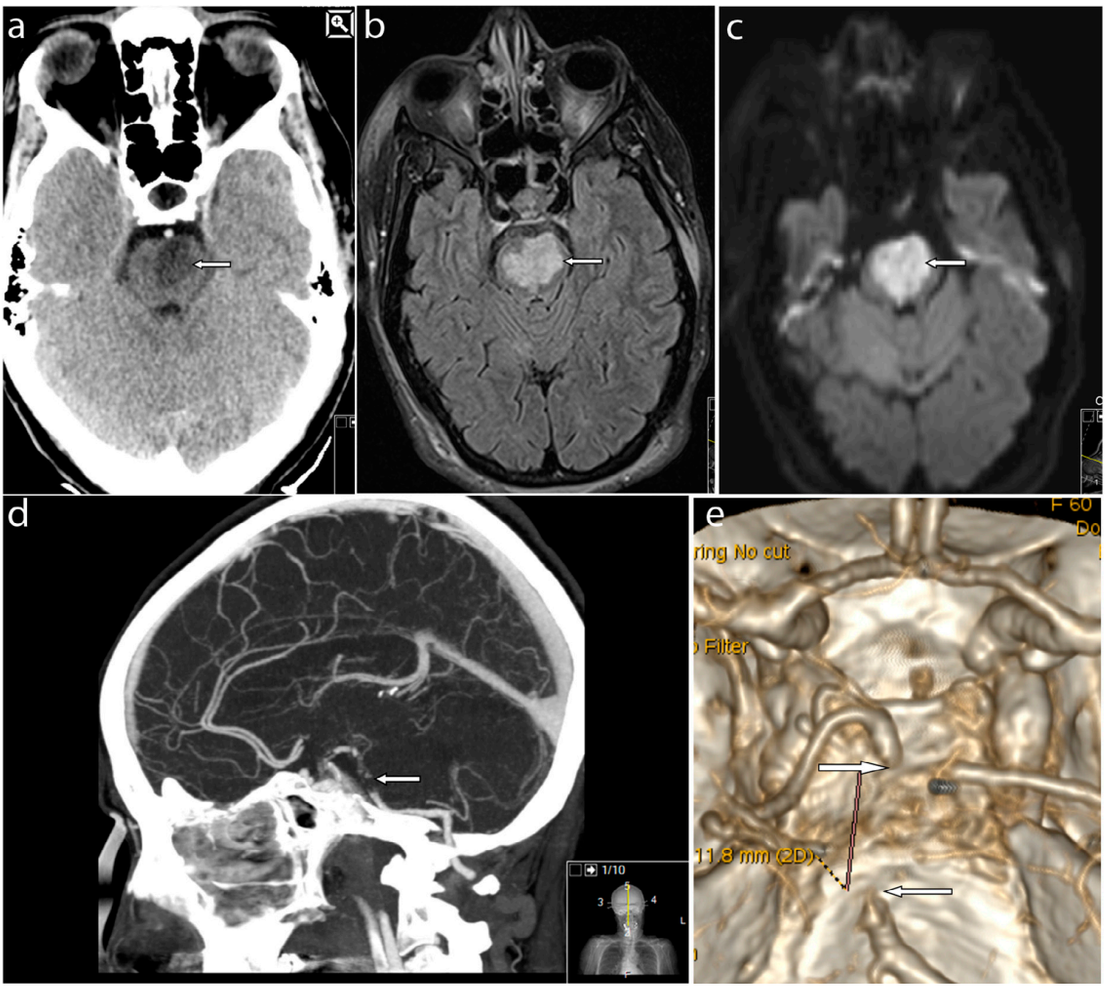
Örðrepin tengjast smáæðasjúkdómi og eru helst staðsett í djúpum svæðum heilans. Slík drep valda ekki einkennum eins og málstoli, gaumstoli og sjónsviðsskerðingu, sem eru dæmigerð fyrir stóræðasjúkdóm og segarek frá hjarta. Fimm klínísk heilkenni eru dæmigerð fyrir örðrepin og verður þeim lýst hér í algengisröð. Einkenni örðrepa koma stundum fram í nokkrum áföngum á einum til tveimur sólarhringum.

Hrein helftarlömun (pure motor hemiparesis)

Þetta er algengasta klíníska heilkennið, það kemur fyrir í tæpum helmingi tilfella örðrepa. Lömun í andliti og efri og neðri útlimum er hlutfallslega jöfn. Algengustu staðsetingar örðrepsins eru í aftari hluta innhýðis (*capsula interna*), geislaskúf (*corona radiata*), brúarbotni (*basis pontis*) og strýtubrautum í mænukylfu (*medullary pyramids*) gagnstæðu megin við einkenni.

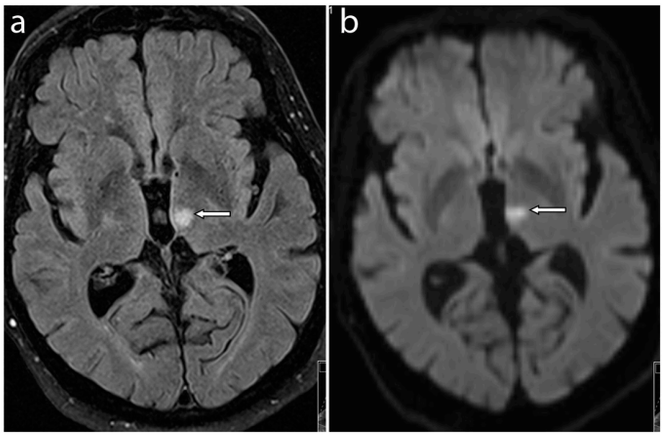
Óregluhreyfing og helftarlömun (ataxic hemiparesis)

Hér eru á ferðinni helftareinkenni sem að nokkru leyti tengjast lömun og að nokkru leyti starfsemi hnykils (*cerebellum*). Óregluhreyfing útlima er jafnvel meira áberandi en máttminnkunin. Að jafnaði eru einkenni frá ganglim meiri en frá griplim. Örðrepið getur verið í aftari hluta innhýðis, geislaskúf eða brúarbotni.



Mynd 6. *Nýtt stórt drep í heilastofni (ör), sýnt með a) tölvusneiðmynd, b) segulómskoðun FLAIR myndröð og c) flæðismynd (Diffusion). Mynd d) TS æðaskoðun eftir skuggaefnisgjöf í æð sýnir lokun á hjarnabotnsslagæð (ör) og mynd e) er þrívíddarúrvinnsla sem sýnir betur þann hluta æðarinnar sem er lokaður.*

Heilkenni þvoglumælis og klaufsku í hendi (dysarthry-clumsy hand syndrome)
Aðaleinkennin eru þvoglumæli og klaufska í hendi. Skemmdin er yfirleitt í brú eða innhýði (*capsula interna*) gagnstæðu megin við einkennin.



Mynd 7. *Á segulómmynd (a) sem er úr FLAIR myndröð og b) sem er úr diffusion-myndröð er sýnt smáæðardrep (ör) í vinstri stúku sem olli hægra skyntapi.*

Hreint skyntap (pure sensory stroke)
Hreint skyntap einkennist af viðvarandi eða tímabundnum dofa, stingjum, verk, bruna eða annarri óþægilegri tilfinningu öðrum megin í líkamanum. Drepið er oftast staðsett í stúku gagnstæðu megin (mynd 7).

Blandað skyntap og lömun (mixed sensorimotor stroke)
Í þessu klínískа heilkenni helftarlömunar og skyntaps er ördrepið staðsett í stúku og aðliggjandi aftari hluta innhýðis gagnstæðu megin.

Samantekt

Átta af hverjum 10 heilablóðföllum stafa af heilablóðþurrð/drepi, tvö stafa af blæðingu. Heilablóðfall er algengasta orsök fötlunar og leggur undir sig flest bráðarými sjúkrahúsa á Vesturlöndum í dag. Árlegt nýgengi er 150-200/100.000/íbúa. Helstu áhættuþættir eru hár aldur, jákvæð fjölskyldusaga, saga um fyrra heilablóðfall, háþrýstingur, sykursýki, reykingar, hækkað kólesteról, offita og hreyfingarleysi.

Heimildir

1. Rothwell PM, Coull AJ, Giles MF, Howard SC, Silver LE, Bull LM, et al. Oxford Vascular Study. Change in stroke incidence, mortality, case-fatality, severity, and risk factors in Oxfordshire, UK from 1981 to 2004 (Oxford Vascular Study). Lancet 2004; 363: 1925-33.
2. Carandang R, Seshadri S, Beiser A, Kelly-Hayes M, Kase CS, Kannel WB, et al. Trends in incidence, lifetime risk, severity, and 30-day mortality of stroke over the past 50 years. JAMA 2006; 296: 2939-46.
3. Smith SCJ, Zheng ZJ. The impending cardiovascular pandemic in China. Circ. Cardiovasc. Qual. Outcomes 2010; 3: 226-7.
4. Feigin V, Lawes CMM, Bennett DA, Anderson CS. Stroke epidemiology: a review of populationbased studies of incidence, prevalence, and case-fatality in the late 20th century. Lancet Neurology 2003; 2: 43-53.
5. World Health Organization MONICA Project Principal Investigators. The World Health Organization MONICA Project (monitoring trends and determinants in cardiovascular disease). J Clin Epidemiol 1988; 41:105-14.
6. Easton JD, Saver JL, Alberts GW, Alberts MJ, Chatuverdi S, Feldmann E, et al. Definition and evaluation of transient ischemic attack: a scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. Stroke 2009; 40: 2276-93.
7. U.S. Centers for Disease Control and Prevention and the Heart Disease and Stroke Statistics - Update, published by the American Heart Association. http://www.strokecenter.org/patients/stats.htm - október 2013.
8. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, Rumsfeld J, Zheng ZJ, et al: AHA Statistical Update. Heart disease and stroke statistics - 2006 update. Circulation 2006; 113: e85-e151.
9. Hilmarsson A, Kjartansson O, Olafsson E. Incidence of first stroke. A population study in Iceland. Stroke 2013; 44: 1714-5.
10. Wityk RJ, Lehman D, Klag M, Coresh J, Ahn H, Litt B. Race and sex differences in the distribution of cerebral atherosclerosis. Stroke 1996; 27: 1974-80.
11. Vasan RS, Beiser A, Seshadri S. Residual lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. JAMA 2002; 287: 1003-10.
12. Kearney PM, Whelton M, Reynolds K, Muntner P, Whelton PK, He J. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet 2005; 365: 217-23.
13. MacMahon S, Rodgers A. Primary and secondary prevention of stroke. Clin Exp Hypertens 1996; 18: 537-46.
14. PROGRESS Collaborative Group: Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure-lowering regimen among 6,105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. Lancet 2001; 358: 1033-41.
15. Air EL, Kissela BM. Diabetes, the metabolic syndrome, and ischemic stroke: Epidemiology and possible mechanisms. Diabetes Care 2007; 30: 3131-40.
16. Hier DB, Foulkes MA, Swiontoniowski M, Sacco RL, Gorelick PB, Mohr JP et al. Stroke recurrence within 2 years after ischemic infarction. Stroke 1991; 22: 155-61.
17. Capes SE, Hunt D, Malmberg K, Pathak P, Gerstein HC. Stress hyperglycemia and prognosis of stroke in nondiabetic and diabetic patients: a systematic overview. Stroke 2001; 32: 2426-32.
18. Shinton R, Beevers G. Meta-analysis of relation between cigarette smoking and stroke. BMJ 1989; 298: 789-94.
19. Bhat VM, Cole JW, Sorkin JD, Wozniak MA, Malarcher AM, Giles WH, et al. Dose–response relationship between cigarette smoking and risk of ischemic stroke in young women. Stroke 2008; 39: 2439-43.
20. Lee PN, Forey BA. Environmental tobacco smoke exposure and risk of stroke in nonsmokers: a review with meta-analysis. J Stroke Cerebrovasc Dis 2006; 15: 190-201.
21. Fagerstrom K. The epidemiology of smoking: health consequences and benefits of cessation. Drugs 2002; 62(Suppl 2): 1-9.
22. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group, 1999. Scandinavian Simvastatin Survival Study Group: Randomised trial of cholesterol lowering in 4444 patients with coronary heart disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S). Lancet 1999; 344: 1383-9.
23. Briel M, Studer M, Glass TR, Bucher HC. Effects of statins on stroke prevention in patients with and without coronary heart disease: A meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Med 2004; 117: 596-606.
24. Cholesterol Treatment Trialists' (CTT Collaborators: Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. Lancet 2005; 366: 1267-78.
25. O'Regan C, Wu P, Arora P. Statin therapy in stroke prevention: A meta-analysis involving 121,000 patients. Am J Med 2008; 121: 24-33.
26. Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhala N, et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: a meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. Lancet 2010; 376: 1670-81.
27. Hu G, Tuomilehto J, Silventoinen K, Sarti C, Männistö S, Jousilahti P. Body mass index, waist circumference, and waist-hip ratio on the risk of total and type-specific stroke. Arch Intern Med 2007; 167: 1420-7.
28. Flegal KM, Carroll MD, Ogden CL, Johnson CL. Prevalence and trends in obesity among us adults, 1999–2000. JAMA 2002; 288: 1723-7.
29. Suk S-H, Sacco RL, Boden-Albala B. Abdominal obesity and risk of ischemic stroke: The Northern Manhattan Stroke Study. Stroke 2003; 34:1586-92.
30. Lee CD, Folsom AR, Blair SN. Physical activity and stroke risk: A meta-analysis. Stroke 2003; 34: 2475-81.
31. Sacco RL, Gan R, Boden-Albala B. Leisure-time physical activity and ischemic stroke risk: The Northern Manhattan Stroke Study. Stroke 1998; 29: 380-7.
32. Carnethon MR. Physical activity and cardiovascular disease: how much is enough? Am J Lifestyle Med 2009; 3(1 Suppl.): 44S-49S.
33. Elkind MS, Sciacca R, Boden-Albala B. Moderate alcohol consumption reduces risk of ischemic stroke: The Northern Manhattan Study. Stroke 2006; 37: 13-9.
34. Bazzano LA, Gu D, Reynolds K. Alcohol consumption and risk for stroke among Chinese men. Ann Neurol 2007; 62: 569-78.
35. Klatsky AL. Alcohol and cardiovascular health. Physiol Behav 2010; 100: 76-81.
36. He FJ, Nowson CA, MacGregor GA. Fruit and vegetable consumption and stroke: meta-analysis of cohort studies. Lancet 2006; 367: 320-6.
37. Levine SR, Brust JC, Futrell N. Cerebrovascular complications of the use of the "crack" form of alkaloidal cocaine. N Engl J Med 1990; 323: 699-704.
38. Sloan MA, Marc F. Illicit Drug Use/Abuse and Stroke. Handbook of Clinical Neurology. Elsevier, Philadelphia 2008: 823-40.
39. Neiman J, Haapaniemi HM, Hillbom M. Neurological complications of drug abuse: Pathophysiological mechanisms. Eur J Neurol 2000; 7: 595-606.
40. Kurth T, Chabriat H, Bousser MG. Donaghy M, Chang CL, Poulter N. Migraine and stroke: a complex association with clinical implications.Lancet Neurol 2012; 11: 92-100.
41. Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. BMJ 1999; 318: 13-8.
42. Homocysteine Studies Collaboration. Homocysteine and risk of ischemic heart disease and stroke: a meta-analysis. JAMA 2002; 288: 2015-22.
43. VITATOPS Trial Study Group. B vitamins in patients with recent transient ischaemic attack or stroke in the VITAmins TO Prevent Stroke (VITATOPS) trial: a randomised, double-blind, parallel, placebo-controlled trial. Lancet Neurol 2010; 9: 855-65.
44. Van der Kooy K, van Hout H, Marwijk H, Marten H, Stehouwer C, Beekman A. Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis. Int J Geriatr Psychiatry 2007; 22: 613-26.
45. Pan A, Sun Q, Okereke OI, Rexrode KM, Hu FB. Depression and risk of stroke morbidity and mortality: a meta-analysis and systematic review. JAMA 2011; 306; 1241-9.
46. Tsutsumi A, Kayaba K, Kario K, Ishikawa S. Prospective study on occupational stress and risk of stroke. Arch Intern Med 2009; 169: 56-61.
47. Surtees PG, Wainwright NW, Luben RN, Wareham NJ, Bingham SA, Khaw KT. Psychological distress, major depressive disorder, and risk of stroke. Neurology 2008; 70: 788-94.
48. Jood K, Redfors P, Rosengren A, Blomstrand C, Jern C. Self-perceived psychological stress and ischemic stroke: a case–control study. BMC Med 2009; 7: 53.
49. Chiuve SE, Rexrode KM, Spiegelman D, Logroscino G, Manson JE, Rimm EB. Primary prevention of stroke by healthy lifestyle. Circulation 2008; 118: 947-54.
50. O'Donnell MJ, Xavier D, Liu L, Zhang H, Chin SL, Rao-Melacini P, et al. INTERSTROKE investigators. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study. Lancet 2010; 376: 112-23.
51. Fisher M, Ratan R. New perspectives on developing acute stroke therapy. Ann Neurol 2003; 53: 10-20.
52. Choi DW. Ischemia-induced neuronal apoptosis. Curr Opin Neurobiol 1996; 6: 667-72.
53. Johnston SC, Gress DR, Browner WS, Sidney S. Short-term prognosis after emergency department diagnosis of TIA. JAMA 2000; 284: 2901-6.
54. TOAST Investigators : Low molecular weight heparinoid, ORG 10172 (danaparoid) and outcome after ischemic stroke. A randomized controlled trial. JAMA 1998; 279: 1265-72.
55. Biller J, Love BB, Schneck MJ. Ischemic cerebrovascular disease. In: Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, Mazziotta JC, eds. Bradley's Neurology in Clinical Practice. 5rd ed. Elsevier, Philadelphia 2008: 1165-224.
56. Ischaemic stroke subtypes and associated risk factors: a French population based study. J Neurol Neurosurg Psychiatry 2008; 79: 1344-8.
57. Saposnik G, Caplan LR, Gonzalez LA, Baird A, Dashe J, Luraschi A, et al. Differences in stroke subtypes among natives and caucasians in Boston and Buenos Aires. Stroke 2000; 31: 2385-9.
58. Kolominsky-Rabas PL, Weber M, Gefeller O, Neundoerfer B, Heuschmann PU. Epidemiology of ischemic stroke subtypes according to TOAST criteria: incidence, recurrence, and long-term survival in ischemic stroke subtypes: a population-based study. Stroke 2001; 32: 2735-40.
59. Petty GW, Brown RD, Wishnant JP, Sicks JD, O'Fallon WM, Wiebers DO. Ischemic stroke subtypes: a population-based study of incidence and risk factors. Stroke 1999; 30: 2513-6.
60. Goldstein LB, Adams R, Alberts MJ. Primary prevention of ischemic stroke: A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council. Stroke 2006; 37: 1583-633.
61. Olesen JB, Lip GY, Hansen ML, Hansen PR, Tolstrup JS, Lindhardsen J, et al. Validation of risk stratification schemes for predicting stroke and thromboembolism in patients with atrial fibrillation: nationwide cohort study. BMJ 2011; 342: d124.
62. Sveinsson ÓÁ, Kjartansson Ó, Valdimarsson EM. Flysjun í slagæðum á hálsi - yfirlitsgrein. Læknablaðið 2011; 97: 237-43.
63. Ntaios G, Papavasileiou V, Makaritsis K, Michel P. PFO closure vs. medical therapy in cryptogenic stroke or transient ischemic attack: A systematic review and meta-analysis. Int J Cardiol 2013; 169: 101-5.
64. Meier B, Kalesan B, Mattle HP, Khattab AA, Hildick-Smith D, Dudek D, et al. Percutaneous closure of patent foramen ovale in cryptogenic embolism. N Engl J Med 2013; 368: 1083-91.

ENGLISH SUMMARY

Cerebral ischemia/infarction – epidemiology, causes and symptoms

Olafur Arni Sveinsson[1], Olafur Kjartansson[2], Einar Mar Valdimarsson[3]

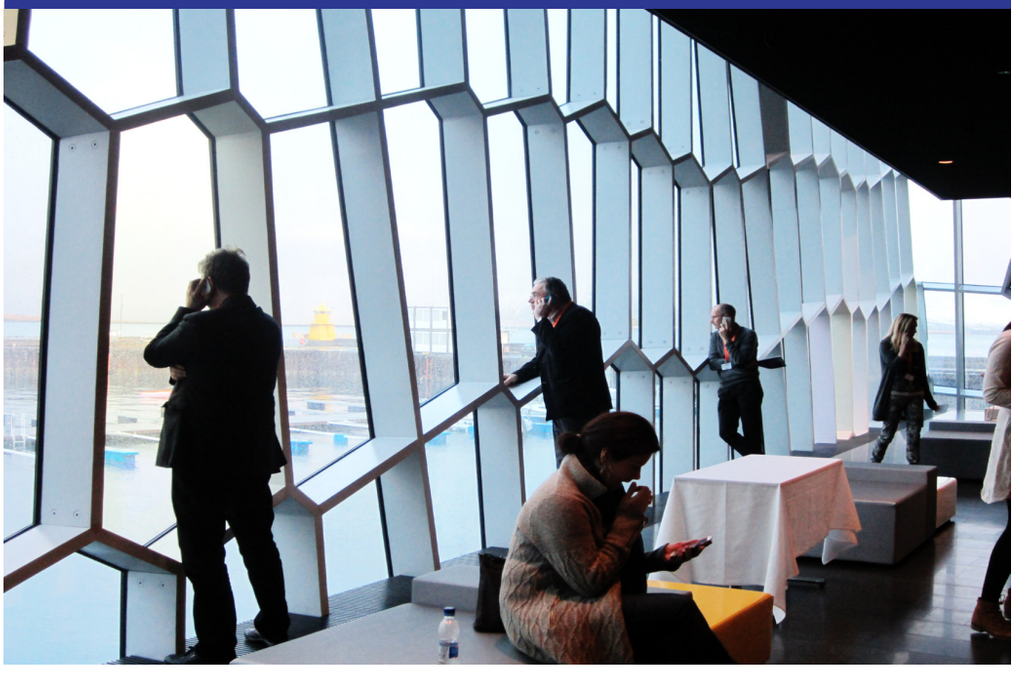
Eight of ten strokes are due to cerebral ischemia, two from cerebal hemorrhage. Stroke is the most common cause of disability, the second commonest cause of dementia and the fourth commonest cause of death in the developed world. The incidence of stroke is 150-200/100.000 individuals/ year. One of every seven individuals suffers from stroke in their lifetime. In this article the epidemiology, risk factors, pathophysiology and symptoms of cerebral ischemia will be reviewed.

Key words: *cerebral ischemia, cerebral infarction, transient ischemic attack.*

Correspondence: *Olafur Sveinsson, olafur.sveinsson@karolinska.se*

[1]Department of Neurology Karolinska Hospital, Stockholm, [2]Department of Radiology, [3]Department of neurology, Landspítali University Hospital of Iceland, Reykjavík.

LÆKNADAGAR 2015 19-23. JANÚAR Í HÖRPU



Ljósmynd Margrét Aðalsteinsdóttir, á Læknadögum 2014

Hugmynd að dagskrá?

Þeir sem vilja leggja til efni í dagskrá Læknadaga eru beðnir um að fylla út umsóknarblað á innra neti Læknafélagsins undir TENGLAR og senda til Margrétar Aðalsteinsdóttur *magga@lis.is* fyrir 10. maí nk.

Undirbúningsnefnd



Barneignir
ekki á dagskrá



Benidette

– Getnaðarvörn til inntöku

Hver tafla inniheldur 150 µg af desógestreli og 20 µg af etinýlestradíóli.

Actavis

Sérlyfjatexti á bls. 307

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA · Actavis 316081

Emetophobia: sjúklegur ótti við uppköst og ógleði

Kolfinna Snæbjarnardóttir[1] læknanemi, **Engilbert Sigurðsson**[1,2] læknir

ÁGRIP

Emetophobia, sem nefna má uppkastafælni, er áköf og órökrétt hræðsla tengd uppköstum og ógleði. Emetophobia er flokkuð sem sértæk fælni í alþjóðlegum flokkunarkerfum. Þessi kvilli er dulinn í mörgum tilfellum hjá þolendum þar sem þeir skammast sín fyrir sjúkdóminn, og hefur hann því lítið verið rannsakaður samanborið við flestar kvíðaraskanir. Fátt er því vitað um algengi uppkastafælni, meðferð og afdrif. Lýst er konu á fertugsaldri sem glímt hefur við uppkastafælni frá barnæsku, þar sem hún upplifði slæma gubbupest tvö aðfangadagskvöld í röð. Æ síðan hefur ótti við uppköst litað margt í daglegu lífi hennar.

Inngangur

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]geðsviði Landspítala Hringbraut

Uppkastafælni (*emetophobia*), eða áköf og órökrétt hræðsla tengd uppköstum, hefur hingað til verið flokkuð sem sértæk kvíðaröskun í alþjóðlegum flokkunarkerfum og þá í flokki sértækrar fælni. Þessi kvilli hefur þó verið dulinn í mörgum tilfellum hjá þolendum og því lítið rannsakaður samanborið við flestar kvíðaraskanir.[1-3] Kenningar hafa verið settar fram um að uppkastafælni falli í eðli sínu vart í flokk sértækrar fælni. Hún sé fremur undirflokkur felmtursröskunar eða félagsfælni, í raun kvíðaröskun með fælniþætti þar sem þolendur forðast aðstæður sem gætu leitt til uppkasta.[1, 2] Einnig hefur hún verið talin skarast við áráttu og þráhyggjuröskun.[2] Hins vegar er ljóst að þessi kvíðaröskun getur líkt og sumar aðrar kvíðaraskanir verið þrálát og valdið miklu álagi í einkalífi, vinnu og hamlað félagslegri virkni. Hún getur einnig valdið því að konur forðast eða seinka því að eignast börn.[4]

Fyrirspurnir: Engilbert Sigurðsson
engilbs@lsh.is

Margt er enn á huldu um algengi uppkastafælni, þar sem það hefur lítið verið rannsakað.[2, 4] Eina stóra faraldsfræðirannsóknin sem lagði mat á algengi sértækar fælni og greindi uppkastafælni frá, taldi algengi hennar vera 0,1%.[5] Þetta kann að vera vanmat, þar sem einkenni uppkastafælni skarast oft við einkenni felmtursröskunar, heilsukvíða, áráttu og þráhyggju og jafnvel við lystarstol (tafla I).[6] Mat nokkurra annarra rannsakenda á algengi uppkastafælni er allt frá 1,7 til 3,1% hjá körlum og frá 6 til 7% hjá konum.[3, 7, 8] Hér ber mikið í milli. Erfitt hefur reynst að finna mun milli kynja í sumum rannsóknum[6] en í öðrum hafa konur verið í miklum meirihluta,[4, 6] líkt og á við um flestar kvíðaraskanir.[4]

Greinin barst 11. janúar 2014, samþykkt til birtingar 26. mars 2014.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

Erfitt er að rannsaka sjúkdóminn, ekki síst vegna lítilla tengsla þessa hóps við heilbrigðiskerfið. Fólk með uppkastafælni virðist almennt ekki leita sér aðstoðar nema það veikist af öðrum sjúkdómum, svo sem þunglyndi eða annarri kvíðaröskun. Það er hugsanlega vegna þess að það skammast sín iðulega fyrir uppkastafælnina.[9, 10] Einnig kemur fram í umfjöllun þolenda á internetinu að það geri þeim erfitt um vik að fáir læknar viti hvað uppkastafælni er og margir viti í raun ekki að uppkastafælni sé til.[9-11]

Konan sem hér er til umfjöllunar hefur glímt við uppkastafælni frá barnsaldri. Þessi órökrétti kvíði og hliðrun hefur háð henni allar götur síðan. Hún á góð og slæm tímabil en er aldrei einkennalaus. Að því leyti minnir gangurinn frekar á áráttu og þráhyggju eða félagskvíða en á felmtursröskun. Tilgangurinn með birtingu þessa sjúkratilfellis er að vekja athygli á þessari duldu og ef til vill sjaldgæfu kvíðaröskun og til að auka þekkingu heilbrigðisstarfsmanna og almennings á þessum kvilla. Með því móti væntum við að auðveldara verði fyrir þolendur að leita sér hjálpar og fyrir fagfólk að greiða götu þeirra.

Sjúkratilfelli

Um er að ræða vel menntaða konu á fertugsaldri, í góðu starfi og í hjónabandi. Hún á börn á leikskólaaldri. Konan hefur aldrei reykt né notað áfengi eða aðra vímugjafa. Hún hefur haft kvíða og uppkastafælni frá barnsaldri og hefur nokkrum sinnum legið á geðdeild vegna þessa, og stundum jafnframt með þunglyndiseinkenni. Gegnum tíðina hefur hún reynt mörg meðferðarúrræði við sinni uppkastafælni en ekkert af þeim hefur borið góðan árangur að hennar mati. Hún hefur einnig farið í ítarlegt greiningarviðtal með tilliti til átröskunarsjúkdóms en engin slík einkenni komu þar fram. Sjálf segir hún átröskun aldrei hafa verið vandamál hjá sér.

Upphaf einkenna sjúklings má rekja til þess að hún fékk gubbupest tvö aðfangadagskvöld í röð, sjö og átta ára gömul. Á aðfangadag ári síðar fékk hún fyrsta ofsakvíðakastið. Síðan hefur hún jafnan tengt uppköst við minningar um að hafa eyðilagt jólin fyrir fjölskyldunni.

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 316081

Tafla I. *Einkenni tengd uppkastafælni.*

Ofsakvíðaköst
Kvíði og depurð
Öryggishegðun og forðun
Meltingafæraeinkenni
Hömlun félagslegrar virkni

Þessa reynslu hefur hún æ síðan yfirfært á aðra viðburði og óttast mjög að hún gæti skemmt fyrir sér og öðrum viðburði sem framundan eru með því að verða óglatt eða kasta upp. Til dæmis má þar nefna skólaskemmtanir, partý, bústaðaferðir og bíóferðir þar sem hún kýs að sitja í endasæti til þess að eiga greiða útgönguleið gerist þess þörf. Margur myndi ætla að uppköst kynnu að viðhalda vandanum en konan hefur raunar ekki kastað upp í nær tvo áratugi. Það má vera að fælni hennar við að kasta upp sé enn alvarleg þar sem hún hefur ekki kastað upp svo lengi og því ekki upplifað að ótti hennar fjari út við það. Barnæska sjúklings og unglingsár lituðust af hræðslu hennar við uppköst og umgangspestir og allt sem gæti mögulega gert hana veika. Hún var með ýmiss konar áráttu sem barn, þurfti til dæmis að berja tannburstanum þrisvar í vaskinn, rífa klósettpappírinn beint, setja lakið alltaf fyrst á sama hornið á rúminu þegar hún bjó um og svo framvegis. Með því að gera þetta taldi hún sig sleppa við veikindi.

Sjúklingur hefur átt bæði góð og slæm tímabil í lífinu eins og gengur. Hún hefur upplifað mikinn kvíða á meðgöngu og veikst af alvarlegu fæðingarþunglyndi og kvíða eftir þrjár fæðingar. Hún fær endurtekið slæm kvíðaköst ef gubbupest er að ganga í kringum hana. Hún fer oftast út af heimilinu ef fjölskyldumeðlimur veikist og getur ekki annast börn sín þegar þau fá gubbupest. Það er ýmislegt sem hún hefur forðast algjörlega til að finna ekki fyrir ógleði eða verða ekki veik. Hún fer til dæmis ekki á sjó, ekki í tívolítæki, drekkur ekki áfengi, borðar ekki yfir sig, er hrædd við að neyta sumra fæðutegunda, verður kvíðin í flugvélum og á erfitt með langar bílferðir með börnunum þar sem þau eiga það til að verða bílveik (tafla II).

Öryggishegðun hennar er afar víðtæk. Hún les stöðugt í atferli þeirra sem hún umgengst til að reyna að sjá hvort fólk sé við góða heilsu eða kunni að vera með pest. Til dæmis ef börnin borða óvenju lítið af einhverju sem þeim þykir gott eða eru föl á hörund fer hún að hafa áhyggjur. Undanfarin ár hafa kvöldin og næturnar verið erfiðastar, hún dregur það sem lengst að fara að sofa því að hún bíður eftir að börnin kunni að vakna og fari að kasta upp. Henni finnst fólk almennt oftar veikjast með slíkum einkennum á næturnar. Eftir að hún varð móðir hefur hún átt erfitt með að vera ein með börnum sínum yfir nótt af ótta við að hún geti ekki annast þau nægilega vel ef veikindi koma upp.

Hún lagðist fyrst inn á geðdeild fyrir nokkrum árum. Innlagnir hennar urðu svo heldur tíðari um skeið þegar yngsta barnið komst á leikskólaaldur.

Meðferðir og afdrif

Sem barn og unglingur fór sjúklingur til ýmissa sálfræðinga og geðlækna en fannst enginn skilja vandamálið. Kvíðalyf voru reynd, til dæmis alprazólam og díazepam, með takmörkuðum árangri en þau hjálpuðu henni ef til vill yfir erfiðustu hjallana. Fyrsta og nær eina langtímalyfjameðferð hennar hefur verið með þunglyndis- og kvíðalyfinu sertralín. Sú meðferð hófst fyrir um 10 árum í kjölfar fyrstu fæðingar. Hún hefur náð ágætis tímabilum á sertralíni en slæmir kaflar koma þó áfram inn á milli, oft tengdir umgangspestum. Í seinni tíð hefur stundum nægt að lesa stöðuuppfærslur á Facebook um umgangspestir eða veikindi barna sem börn hennar umgangast. Hún tók auk sertralíns lágskammta perfenazín og oxazepam eftir þörfum samhliða því að hitta sálfræðing og fara í gegnum byrjunarstig hugrænnar atferlismeðferðar (HAM) og gera tilraun til kerfisbundinnar ónæmingar vegna fælninnar.

Rétt eftir að yngsta barn hennar fæddist fyrir nokkrum árum sökk hún það djúpt að hún lagðist í fyrsta sinn inn á geðdeild Landspítalans. Henni hafði raunar liðið betur eftir þessa síðustu fæðingu en hinar fyrri, en svo herjaði gubbupest á heimilið. Það varð til þess að hún svaf lítið og illa í lengri tíma, nærðist illa og líðan hennar versnaði mikið. Fékk hún meðal annars sjálfsvígshugsanir. Eftir þessa fyrstu innlögn byrjaði hún aftur í vikulegum tímum hjá geðlækni og sálfræðingi. Fáein ár liðu. Snemma árs 2011 var sertralíni skipt út og buspiron reynt. Hún tók buspiron í 6 vikur, en líðan hennar versnaði og hún hætti að taka lyfið í samráði við geðlækninn. Var þá lyfjalaus um nokkurt skeið. Þá prófaði hún um hríð aðferð sem hefur sýnt gagnsemi við meðferð áfallastreitu, EMDR (*eye movement desensitization and reprocessing*), ásamt dáleiðslu, með litlum sem engum árangri. Seinni part ársins fór henni að versna mikið og hún lagðist þrisvar inn á geðdeild á fremur stuttu tímabili. Það sem orsakaði þessar innlagnir var svefnleysi, lystarleysi, kvíði og sjálfsvígshugsanir sem komu og fóru í nokkra daga í hvert sinn vegna veikinda barnanna eða pesta sem voru að ganga í skólum þeirra. Fyrir vikið missti hún stjórn á kvíðanum. Eftir að henni fór að versna hafa verið reynd fleiri þunglyndislyf sem sýndu ekki marktæka virkni á nokkrum mánuðum. Hún er í dag á paroxetíni sem hún hefur tekið í um eitt ár, auk þess sem hún þarf einstaka sinnum að nota róandi lyf eins og lorazepam og prómetazín. Dagleg líðan hefur breyst mikið til hins betra og hún er í mun betra jafnvægi. Hún fær enn slæm kvíðaköst þar sem hún heldur að hún þurfi að kasta upp en köstin standa nú yfir í mun skemmri tíma en þau gerðu áður og eru þess vegna viðráðanlegri.

Umræða

Erfitt hefur reynst að skilja meingerð uppkastafælni. Víðtækasta yfirlitið til þessa var birt 2001[4] þar sem kynntar voru niðurstöður netkönnunar meðal 56 sjálfvaldra einstaklinga. Þrátt fyrir að þessi hópur væri ekki slembivalinn og ekki með staðfesta greiningu, eru niðurstöður þessarar rannsóknar nothæfar sem eins konar forrannsókn eða upphafspunktur til að reyna að skilja gang sjúkdómsins. Í könnuninni kom fram að einkenni uppkastafælni hefðu byrjað mjög snemma hjá þátttakendum, oft í barnæsku (til dæmis í kjölfar áfalla, eftir að hafa fengið erfiða gubbupest eða séð aðra kasta upp), og væru ósjaldan þrálát með fáum sjúkdómshléum.[4, 9] Þessi óheppilega skilyrðing og tenging uppkastafælni við margt í daglegu lífi ylli iðulega miklu álagi og nokkurri fötlun hjá mörgum sem við sjúkdóminn glímdu. Flestir höfðu mestar áhyggjur af því að kasta upp sjálfir frekar en að lenda í því að aðrir köstuðu upp í þeirra viðurvist. Stór hluti þátttakenda í þessari

Tafla II. *Algeng öryggishegðun hjá einstaklingum með uppkastafælni.*

Forðast áfengi eða halda neyslu þess í lágmarki.
Athuga ítrekað „best fyrir“ dagsetningar á mat.
Forðast siglingar og flug með litlum flugvélum.
Forðast almenningssamgöngur, kjósa frekar að aka eigin bíl.
Að finnast óþægilegt að fara í bíó eða leikhús, velja endasæti.
Forðast að verða barnshafandi vegna hræðslu við morgunógleði og vegna ótta við að geta ekki sinnt barninu þegar það veikist.
Borða sjaldan á veitingahúsum og forðast óvenjulega eldaðan mat.
Forðast bari og skemmtistaði.
Forðast matarboð og mannþröng.
Borða sjaldan á almannafæri og sitja þá helst nálægt útgangi.

rannsókn lýsti kvíðaköstum ótengdum uppkastafælninni. Í þessum tilfellum fundu 80% sjúklinga fyrir meiri/fleiri einkennum frá meltingarfærum, sem voru hluti einkenna kvíðakasta.[4] Önnur rannsókn frá 2006 [12] þar sem 100 sjúklingar lýstu einkennum uppkastafælni sýndi að öryggishegðun og forðun (til dæmis að athuga ítrekað lokasöludag matvæla, forðast áfengi og aðra vímugjafa, sneiða hjá fuglakjöti og sjávarfangi, forðast einstaklinga sem gætu verið veikir eða smitandi, forðast drukkið fólk og ferðir til útlanda, hliðra sér hjá sjóferðum og velja að eignast ekki börn) voru einkennandi fyrir fólk með uppkastafælni.[6, 12] Þessari öryggishegðun er lýst í fleiri greinum en því er einnig lýst að sumir sjúklingar forðist mat svo mikið að þeir verði vannærðir.[6] Í báðum rannsóknum kom fram að innvortis skynjun eða einkenni væru driffjöður kvíðans hjá mörgum sem þjást af uppkastafælni.[4, 12]

Mikið virðist vera um fylgisjúkdóma samhliða uppkastafælni. Fram kom að 30% sjúklinga með uppkastafælni hefðu aðrar sértækar raskanir: 40% sögðust vera með felmtursröskun eða víðáttufælni, 46% með þunglyndi, 21% með félagsfælni og 18% með áráttu- og þráhyggjuröskun.[4] Þessum fylgisjúkdómum, ásamt ýmsum einkennum frá meltingarfærum, hefur einnig verið lýst í öðrum greinum.[1, 2, 4]

Meðferð uppkastafælni hefur einungis verið skoðuð í örfáum rannsóknum. Rannsóknirnar hafa einkum metið berskjöldun með svarhömlun (*exposure response prevention*) og kerfisbundna ónæmingu.[1, 2] Samkvæmt einni rannsókn er algengast að sjúklingar með uppkastafælni séu meðhöndlaðir á þann hátt að þeir séu útsettir fyrir kveikjum.[3] Eins og gefur að skilja getur það verið mjög flókið að framkvæma uppköst hjá sjúklingum með uppkastafælni. Þess í stað hefur oft verið reynt að sýna þeim myndbönd af fólki að kasta upp.[3, 13] Teknar hafa verið saman niðurstöður þar sem berskjöldun í ýmsu formi hefur verið notuð og nefna má sem dæmi rannsókn frá 1983,[13] þar sem kvíðastig sjúklinga lækkaði úr 7 í 1 á skalanum 1 til 10 með því að nota upptökur og með berskjöldun þar sem einn meðferðaraðilanna þóttist kasta upp. Á svipaðan hátt voru notaðar[7] upptökur af uppköstum til meðhöndlunar á 7 sjúklingum með hræðslu við uppköst. Sú nálgun bar árangur í öllum tilfellunum í 8 til 13 meðferðartímum.[3] Ýmis afbrigði annars konar meðferðar hafa sýnt árangur við meðhöndlun uppkastafælni hjá hluta þolenda: Dáleiðsla, hugræn atferlismeðferð, áhugahvetjandi samtal, fræðsla og geðlyf.[3] Teknar voru saman niðurstöður nokkurra rannsókna þar sem lyfjameðferð við sértækri fælni (þar á meðal uppkastafælni) er skoðuð. Þar er talið að þær sýni að SSRI lyf (*selective serotonin reuptake inhibitors*) eins og sertralín og paroxetín hjálpi að minnsta kosti hluta sjúklinga með sértæka fælni að ná bata, og að jafnan ætti að íhuga SSRI lyfjameðferð við uppkastafælni.[2] Virkni þeirra meðferða sem nefndar eru hér á undan er þó mismunandi, einstaklingsbundin að hluta og vandmetin, enda erfitt að ná til nægilega margra slíkra sjúklinga til að gera vandaðar meðferðarrannsóknir. Kjarni flestra annarra meðferðarúrræða en lyfjameðferðar er berskjöldun með svarhömlun.[3]

Rannsóknir á meðferð við uppkastafælni hafa leitt í ljós mismikinn árangur. Algengt er að meðferð með berskjöldun virki en það er þó alls ekki algilt. Meðferð með lyfjum hefur einnig mismikil áhrif. Rannsókn sýndi að 34% sjúklinga höfðu gagn af lyfjameðferð, en helmingur þeirra notaði geðlyf, hinn helmingurinn önnur lyf eins og ofnæmislyfið prómetazín (betur þekkt sem sérlyfið Phenergan) og magalyfið ranitidine. Margir forðuðust lyf vegna hræðslu við ógleði.[4]

Samantekt

Sjúkrasagan sem rakin er að ofan svipar um margt til „dæmigerðra“ tilfella af uppkastafælni, sé tekið mið af birtum rannsóknum. Svipuð mynd kemur fram á bloggsíðum og upplýsingasíðum um uppkastafælni á netinu[9-11] þar sem oft má rekja upphaf uppkastafælni til slæmrar reynslu af uppköstum í æsku og að versna síðar virðist mjög oft tengjast umgangspestum og barneignum. Öryggishegðun þolenda er mikil og horfur eru enn óljósar. Einkennin sveiflast frá einum tíma til annars en eru í sumum tilfellum þrálát og geta varað í ár og jafnvel áratugi. Þar sem uppkastafælni er lítt þekkt og nokkuð dulið form kvíðaröskunar, og þolendur kunna að skammast sín fyrir vanmátt sinn, ekki síst mæður með lítil börn, er mikilvægt að læknar hafi sjúkdóminn í huga við greiningu og meðhöndlun kvíða þegar einhver einkenni uppkastafælni eru til staðar.

Þakkir

Við þökkum Magnúsi Haraldssyni geðlækni yfirlestur handrits og gagnlegar ábendingar.

Heimildir

1. Williams KE, Field DG, Riegel K, Paul C. Brief. Intensive Behavioral Treatment of Food Refusal Secondary to Emetophobia. Clin Case Studies 2012; 10: 304-11.
2. Boschen MJ. Reconceptualizing Emetophobia: a Cognitive-Behavioral Formulation and Research Agenda. J Anxiety Disord 2007; 21: 407-19.
3. Hunter PV, Anthony MM. Cognitive-Behavioral Treatment of Emetophobia: The Role of Interoceptive Exposure. Cogn Behav Practice 2009; 16: 84-91.
4. Lipsitz JD, Fyer AJ, Paterniti A, Klein DF. Emetophobia: Preliminary Results of an Internet Survey. Depress Anxiety 2001; 14: 149-52.
5. Becker ES, Rinck M, Turke V, Kause P, Goodwin R, Neumer S, et al. Epidemiology of Specific Phobia Subtypes: Findings from the Dresden Mental Health Study. Eur Psychiatry 2007; 22: 69-74.
6. Veale D, Murphy P, Ellison N, Kanakam N, Costa A. Autobiographical Memories of Vomiting in People with a Specific Phobia of Vomiting (Emetophobia). J Behav Ther Exp Psychiatry 2013; 44: 14-20.
7. Philips HC. Return of Fear in the Treatment of a Fear of Vomiting. Behav Res Ther 1985; 23: 45-52.
8. van Hout WJ, Bouman TK. Clinical Features, Prevalence and Psychiatric Complaints in Subjects with Fear of Vomiting. Clin Psychol Psychother 2012; 19: 531-9.
9. www.emetophobia.com - september 2013.
10. livingwithemetophobia.blogspot.com/ - september 2013.
11. www.emetophobiahelp.org/fact-sheet.html - september 2013.
12. Veale D, Lambrou C. The Psychopathology of Vomit Phobia. Behav Cogn Psychother 2006; 34:139-50.
13. McFadyen M, Wyness J. You Don't Have to be Sick to be a Behaviour Therapist but it can Help! Treatment of a "Vomit" Phobia. Behav Psychother 1983; 11: 173-6.

ENGLISH SUMMARY

Emetophobia: morbid fear of vomiting and nausea

Kolfinna Snaebjarnardottir[1], Engilbert Sigurdsson[1,2]

Emetophobia is an intense, irrational fear or anxiety of or pertaining to vomiting. It is classified among specific phobias in ICD-10 and DSM-IV. This disorder is often hidden because of the shame associated with it among sufferers. As a result emetophobia has been studied less than most other anxiety disorders. Not much is known about the epidemiology, treatment and outcome of this disorder. We describe a woman in her thirties who has been living with emetophobia since she experienced emesis two successive Christmas Eves as a child. Subsequently her fear of vomiting has influenced many aspects of her daily life.

Key words: *Emetophobia, vomiting, emesis, anxiety disorder, specific phobia.*

Correspondence: *Engilbert Sigurðsson, engilbs@landspitali.is*

[1]Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Iceland, [2]Mental Health Services, Landspítali-National University Hospital.

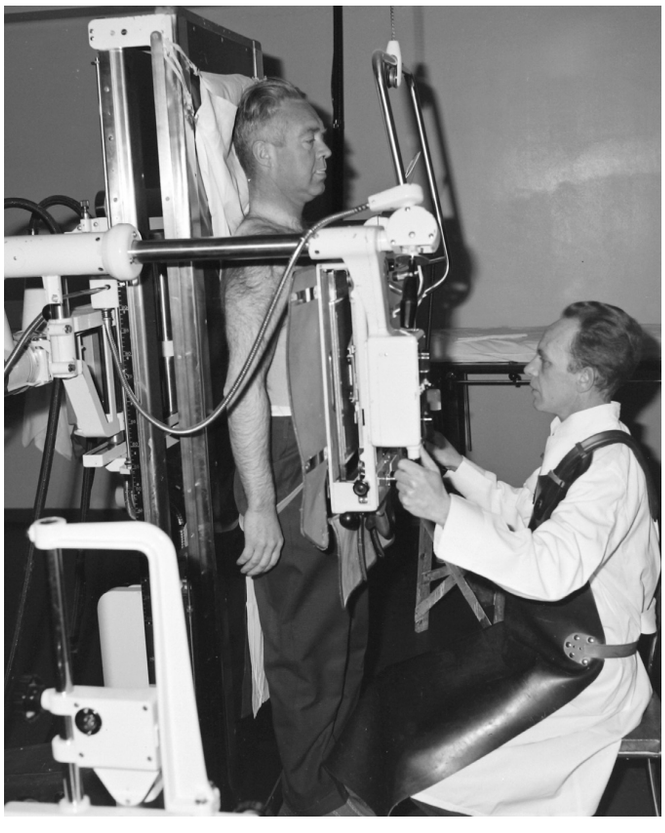
Leiðréttingar

Því miður misritaðist nafn „sjúklingsins" á kápunni í mars einsog fjölmargir lesendur blaðsins bentu á, hið rétta er Árni Ingimundarson. Myndin er tekin í nóvember 1962 og þetta eru Philips-röntgentæki, keypt árið 1955.

Í grein Ólafs Þ. Jónssonar um Friðrik Einarsson í sama blaði var ranghermt að á myndinni væri Grétar Ólafsson, hið rétta er Jósef Ólafsson.

Í febrúarblaðinu er grein um Guðmund Hannesson prófessor. Mynd frá Héraðsskjalasafninu á Blönduósi af honum sem fullorðnum manni reyndist því miður vera rangt skráð og maðurinn er ekki Guðmundur Hannesson.





LÆKNABLAÐIÐ hefur komið út síðan 1915 og í þessum 100. árgangi blaðsins eru greinar sem ritstjórnin hefur kallað eftir af því tilefni. Höfundar greinanna skrifa um ýmis málefni sem snerta lækna, félagsleg, söguleg og fræðileg.

Sveinstindar tveir – gengið í fótspor Sveins Pálssonar

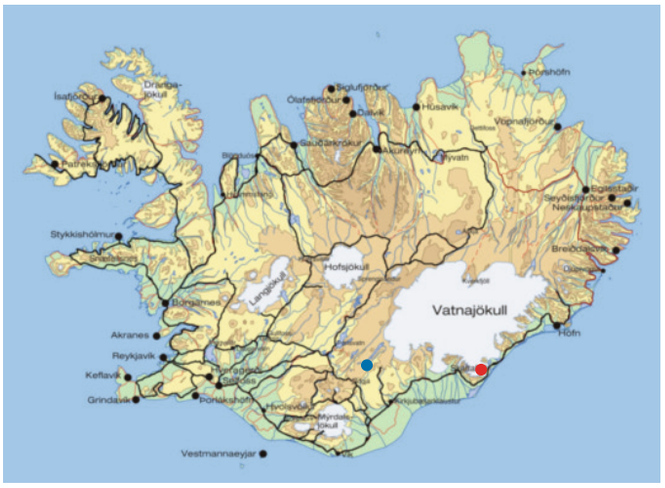
Engilbert Sigurðsson, Tómas Guðbjartsson
tomasgud@landspitali.is

Engilbert er ritstjóri og ábyrgðarmaður *Læknablaðsins*, Tómas er í ritstjórn blaðsins.

Sveinn Pálsson læknir og náttúrufræðingur var fæddur 25. apríl 1762 á Steinsstöðum í Skagafirði. Sveinn var ekki aðeins merkur læknir heldur var hann einnig einn merkasti náttúrufræðingur Íslendinga fyrr og síðar. Ólafur Þ. Jónsson svæfingarlæknir gerði lífshlaupi Sveins góð skil í grein í *Læknablaðinu* 2012 þegar 250 ár voru liðin frá fæðingu hans.[1] Okkur þykir þó rétt að rifja upp að þegar Sveinn stundaði framhaldsnám í Kaupmannahöfn á seinni hluta 18. aldar voru aðeins 5 læknar starfandi á Íslandi.[2] Á þessum tíma þótti læknisfræði afar ótryggt nám til framfærslu, enda ekki á vísan að róa með atvinnu á Íslandi að námi loknu. Sveinn lagði því stund á náttúrufræði samhliða læknisfræðinni og varð fyrsti Íslendingurinn sem útskrifaðist með próf í náttúrufræði í Danmörku árið 1791. Sama ár hlaut hann styrk til náttúrufræðirannsókna á Íslandi. Á næstu fjórum árum fór Sveinn í marga krefjandi rannsóknarleiðangra sem hann rakti í hinni stórmerku ferðabók sinni sem við hann er kennd.[3] Ferðabók Sveins þykir eitt merkilegasta rit um náttúrufræði sem komið hefur út um íslenska náttúru og var tímamótarit þegar hún kom út á dönsku, í fyrstu sem ritgerð en í bókarformi árið 1880. Ferðabókin kom þó ekki út á íslensku fyrr en árið 1945.



Mynd 2. *Greinarhöfundar með Sveinstind við Langasjó í baksýn. Myndin er tekin fyrir rúmum áratug þegar fjallgöngufatnaður var frábrugðinn því sem tíðkast í dag. Mynd: Hákon Guðbjartsson.*



Mynd 1. *Sveinstindur við Langasjó (blár punktur) og í Öræfajökli (rauður punktur).*

En Sveinn var ekki síður fær læknir og mikið var leitað til hans eftir að hann tók við stöðu fjórðungslæknis í Sunnlendingafjórðungi árið 1799.[4] Hann bjó lengst af í Suður-Vík í Mýrdal og sinnti þaðan læknisvitjunum. Heimildir greina frá því að hann hafi farið í vitjanir allt frá Eyrarbakka til Djúpavogs, og þurfti því oft að fara yfir beljandi jökulfljót.[4] En læknislaunin voru léleg og dugðu ekki til framfærslu stórrar fjölskyldu. Þurfti hann því samhliða læknisstörfum að stunda búskap og róa til fiskjar. Sveinn Pálsson var ekki aðeins farsæll læknir, bóndi og sjómaður, heldur var hann einnig einstaklega afkastamikill náttúrufræðingur og raunar frumkvöðull á því sviði hér á landi.

Hann gekk fyrstur manna, eftir því sem best er vitað, á tvo af tilkomumestu útsýnistindum landsins, Sveinstind við Langasjó (1090 m) og Sveinstind í Öræfajökli (2044 m) (mynd 1), og eru þeir báðir við hann kenndir.

Við ætlum að heiðra minningu Sveins með því að greina frá gönguferðum á báða þessa tinda. Höfundar hafa gengið nokkrum sinnum á Sveinstind við Langasjó og gert tvær atlögur að nafna hans í Öræfajökli sem er krefjandi ganga. Markmið okkar með þessum skrifum er að hvetja sem flesta til að ganga á þessa tinda sér til heilsubótar og ánægju. Sjón er alltaf sögu ríkari.

Sveinstindur við Langasjó

Sveinn Pálsson er talinn hafa gengið fyrstur á þennan svipmikla tind, en það er Þorvaldur Thoroddsen náttúrufræðingur sem á heiðurinn af að gefa honum nafnið þegar hann rannsakaði þetta svæði í lok 19. aldar.[5] Einstakt útsýni er af fjallinu þótt hæð tindsins sé aðeins 1090 m yfir sjávarmáli. Ekið er sem leið liggur eftir



Mynd 3. *Útsýni af toppi Sveinstinds til norðurs yfir Langasjó. Fögrufjöll til hægri og Vatnajökull í baksýn. Mynd: Óðinn Árnason.*

Fjallabaksleið nyrðri þar til komið er að merktum slóða til norðausturs. Slóðinn er merktur Langasjó og Sveinstindi og liggur sunnan Grænafjallgarðs, rétt norðan Eldgjár. Hann er fær jepplingum frá júlí og fram í september og aðeins tekur um hálftíma að aka að rótum fjallsins. Stikuð gönguleið liggur á toppinn frá merktu bílastæði. Flestir ná toppnum á skemmri tíma en klukkustund (mynd 2).

Af toppnum sést á góðum degi yfir Langasjó, Fögrufjöll, upptök Skaftár, Skaftárafrétt, Lakagíga, vesturhluta Vatnajökuls og hrjóstrugt miðhálendið með ótal tindum, vötnum, ám og söndum. Gönguleiðin hentar göngufólki á öllum aldri, jafnt öldruðum sem fjölskyldum með börn.[5] Útsýnið yfir fagurbláan Langasjó er einkar fallegt á uppgöngunni og fá fjöll hér á landi trompa það útsýni sem við blasir af tindinum á góðviðrisdegi (mynd 3).

Sveinstindur í Öræfajökli

Það eru ekki margir sem vita að tindurinn er sá næsthæsti á Íslandi, 2044 metrar yfir sjávarmáli. Hann myndar hluta af austurbrún öskjunnar í Öræfajökuli og sést toppurinn ágætlega frá þjóðveginum þegar ekið er í vesturátt frá Breiðamerkurlóni (mynd 4).



Mynd 4. *Öræfajökull séður úr austri. Sveinstind (2044 m) ber hæstan við himin og vinstra megin við hann er Sveinsgnípa (1925 m). Skriðjökullinn fyrir miðri mynd er Hrútárjökull og til hægri er Fjallsjökull. Mynd: Ólafur Már Björnsson.*

Reyndar er þekkt að menn telji Sveinstind vera Hvannadalshnjúk frá þessu sjónarhorni (mynd 5), en þótt Hvannadalshnjúkur sé 66 metrum hærri sést hann ekki úr austri frá þjóðveginum, þar sem hann stendur við norðvesturbrún öskjunnar (mynd 6).

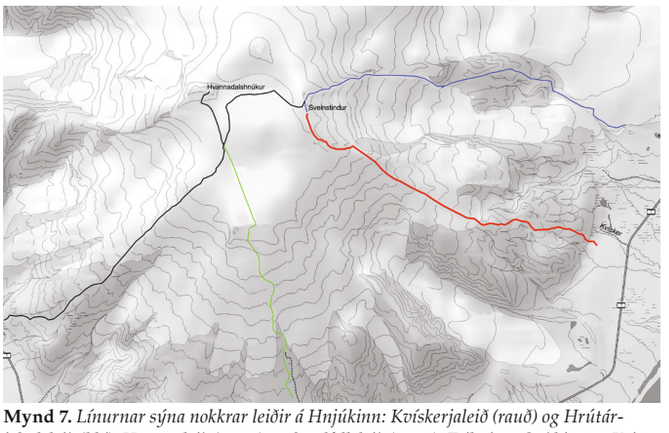
Fáir hafa lagt leið sína á Sveinstind í Öræfajökli, ólíkt nágranna hans, Hvannadalshnjúk, sem trónar fjórum kílómetrum vestar og



Mynd 5. *Horft yfir hluta gönguleiðarinnar á leiðinni til baka. Þessi brekka er án efa ein lengsta skíðabrekka landsins. Mynd: Tómas Guðbjartsson.*



Mynd 6. *Loftmynd af Öræfajökli sem sýnir vel afstöðu Hvannadalshnjúks á norðvesturbrún öskjunnar og Sveinstinds norðaustan megin (til hægri). Einnig sjást vel svokallaðir Hnappar í suðurhluta Öræfajökuls. Í baksýn má greina Esjufjöll og Mávabyggðir. Mynd: Oddur Sigurðsson.*



Mynd 7. *Línurnar sýna nokkrar leiðir á Hnjúkinn: Kvískerjaleið (rauð) og Hrútárjökulsleið (blá), Hnappaleið (græn) og Sandfellsleið (svört). Teikning: Guðbjartur Kristófersson.*

þúsundir Íslendinga hafa sigrað. Flestir hafa gengið á Sveinstind út frá hefðbundnum gönguleiðum á Hvannadalshnjúk, þá oftast frá hinni fjölförnu Sandfellsleið eða Hnappaleið upp frá Fagurhólsmýri. Aðrar leiðir eru enn fáfarnari, eins og Hrútárjökulsleið, og leiðin sem Sveinn Pálsson lýsti fyrstur árið 1794 og er nú kölluð Kvískerjaleið (mynd 7). Kvísker er frægt býli við austanverðan Öræfajökul og er meðal annars þekkt fyrir þá staðreynd að þar er mest meðalúrkoma í byggð á Íslandi. Þaðan lagði Sveinn upp í sögufræga göngu sína þann 11. ágúst 1794. Hann varð um leið fyrstur manna til að ganga á Öræfajökul.



Mynd 8. *Gengið upp Hrútárjökul í maí 2012 á leið á Sveinstind en sjá má tindinn efst til hægri á myndinni umvafinn skýjum. Sveinstindur var ekki sigraður að þessu sinni vegna erfiðra aðstæðna. Mynd: Ólafur Már Björnsson.*



Mynd 9. *Sveinstindur fyrir miðju (2044 m), Sveinsgnípa til vinstri (virðist hærri á myndinni en er 1925 m) og krossprunginn Hrútárjökull til hægri. Mynd: Ólafur Már Björnsson.*



Mynd 10. *Hvannadalshnjúkur séður frá Sveinstindi. Ef vel er að gáð má sjá göngumenn mjakast upp brekkur Hvannadalshnjúks vinstra megin á myndinni, líkt og maurar á mauraþúfu. Úr þessari átt er Hnjúkurinn afar svipmikill ásýndar. Mynd: Engilbert Sigurðsson.*

Félag Íslenskra fjallalækna (FÍFL) hefur í allmörg ár skipulagt vorferðir á ýmsa tinda í Vatnajökli, meðal annars Hvannadalshnjúk, Hrútfjallstindana fjóra (1875 m), Þverártindsegg (1554 m) og Miðfellstind (1420 m). Það hafði lengi verið á stefnuskránni að komast á Sveinstind. Fyrsta atlagan var gerð vorið 2012, en þá voru 250 ár liðin frá fæðingu Sveins. Ákveðið var að fara Hrútárjökulsleið (mynd 7), en Íslenskir fjallaleiðsögumenn höfðu nokkrum árum áður farið með hóp á tindinn þessa leið. Gengið var á mannbroddum yfir sporð Hrútárjökuls, tignarlegs skriðjökuls sem fellur niður austanverðan Öræfajökul. Þaðan var gengið yfir Ærfjall að stórum klettadranga, Drangakletti. Síðan var haldið eftir austurhluta Hrútárjökuls og stefnan sett á brattan og þverhníptan hrygg upp að rótum Sveinstinds. Þessi leið er ægifögur en talsvert um stórar jökulsprungur sem kræki þurfti fyrir (mynd 8).

Þrátt fyrir frábært útsýni urðum við frá að hverfa í 1650 metra hæð eftir að snjóflóð féll af hryggnum sem leið okkar átti að liggja eftir (*www.fifl.is*). Mikil sólbráð var á leiðinni upp Hrútárjökul og snarpur vindur í fangið. Færið var því þungt og gangan gekk nærri þreki göngumanna. Þrátt fyrir 17 klukkustunda streð varð þessi magnaða gönguferð þó aðeins til að auka áhuga okkar á að komast á topp Sveinstinds.

Næsta vor var hafinn undirbúningur að nýrri göngu á tindinn. Í þetta sinn fannst okkur freistandi að feta í fótspor Sveins sjálfs og kanna hina fáförnu Kvískerjaleið. Leið þessi er talin vera illfær en Flosi Björnsson bóndi á Kvískerjum gekk hana þó með systkinum sínum, Ara og Guðrúnu, árið 1936.[6] En einhverra hluta vegna féll Kvískerjaleið í gleymsku. Það var ekki fyrr en í júní 2004 sem þrír göngugarpar, með Egil Einarsson efnaverkfræðing í fararbroddi, „enduruppgötvuðu“ leið Sveins Pálssonar frá Kvískerjum. Lýstu þeir leiðinni í ágætri grein í *Morgunblaðinu* sem birtist í apríl 2013.[7] Með GPS-punkta þeirra í farteskinu töldum við áætlun okkar raunhæfa.

Lagt var af stað frá Kvískerjum um klukkan fjögur að nóttu 18. maí 2013. Í hópnum voru 10 félagar úr FÍFL, 10 meðlimir úr hinu öfluga göngufélagi Mammút-systrum, auk leiðangursstjóranna Guðmundar „Stóra“ Jónssonar, og félaga hans, Óðins og Arnars.

Fyrst var haldið upp allbratta heiði þangað til komið var að brekkum með mikilli sólbráð. Þar var snjórinn stundum hnédjúpur og sums staðar í klof. Við gættum þess að halda okkur efst á hryggjum og forðast gil og dali sem liggja beggja vegna við gönguleiðina. Í tæplega 1000 m hæð braust sólin fram. Það hélst brakandi blíða með sólskini það sem eftir lifði ferðar. Varð því að fækka fötum og bera á sig sólarvörn. Á þessum tímapunkti rifjaðist upp fyrir okkur lýsing Sveins Pálssonar á aðstæðum og fylgdarmönnum sínum. Annan þeirra taldi hann ranglega þjást af háfjallaveiki en slík einkenni koma ekki fram fyrr en í minnst 2500 m hæð.[8]

Leið okkar lá svo eftir heiðinni að jökulrönd undir tignarlegu fjalli, Rótarfjallshnúk eystri. Þaðan var haldið upp hrygg með mikilfenglegt útsýni á báðar hendur: Kvíárjökul sunnan og vestan leiðar og Hrútárjökul austan og norðan til (mynd 9). Einnig sást í Hnappana, Esjufjöll, Mávabyggðir, Snæfell syðra og Þverártindsegg.

Þarna töldum við líklegt að Sveinn Pálsson hefði fengið innblástur að kenningum sínum um eðli skriðjökla, en hann var einn sá fyrsti í heiminum sem áttaði sig á rennsli þeirra.

Í samanburði við leiðangur okkar ári áður upp Hrútárjökul reyndist Kvískerjaleiðin afar örugg á þessum sólríka vordegi.



Mynd 11. *Hryggurinn sem gengið var eftir úr suðri upp á Sveinstind. Sjá má gönguleiðina hægra megin á hryggnum. Þverhnípi er til hægri niður á Hrútárjökul, nokkur hundruð metrum neðar. Mynd: Engilbert Sigurðsson.*

Hinn 11. ágústmánaðar vorum við á fótum löngu fyrir sólarupprás í því skyni að ganga á hið mikla fjall Öræfajökul, sem Eggert Ólafsson telur jafnvel hæsta fjall landsins. Veður var alveg kyrrt og ekki ský á lofti. Ég festi miða á tjaldið með tilkynningu um ferðalag okkar, ef við skyldum verða til á jöklinum, og hélt síðan af stað við þriðja mann frá eyðibýlinu Kvískerjum kl. 5¾ að morgni, útbúinn með loftvog, hitamæli, lítinn áttavita, oddhamar, jöklabroddstaf og 8 faðma langan vað. Leið okkar lá fyrst upp eftir allbröttum undirhlíðum. Loks komum við að jökulbrúninni, er kl. var 8¾, og hvíldum okkur þar á dálitlum hól.

Við héldum áfram upp eftir suðausturhalla jökulsins, þar sem brattinn var minnstur, fórum fram hjá nokkrum svörtum þursabergsklettum, sem stóðu upp úr ísnum, og yfir fjöldamargar sprungur, sem sást ekki til botns í. Loftið tók nú, eins og vant er á slíkum stöðum, að verða of þunnt og andardrátturinn alltof léttur. Annar félaga minna varð svo kvíðafullur og syfjaður, að við urðum loks að skilja hann eftir, og féll hann jafnskjótt í svefn og hann fleygði sér niður í snjóinn. Hinn fylgdarmaðurinn, sem að upplagi átti vanda fyrir hjartverk og þunglyndi og auk þess var fullur af kenjum, varð því léttari í lund og kátari, því hærra sem við komum, og fann ekki til neinna óþæginda né þreytu vegna loftsins.[3]

Við rákumst varla á neinar jökulsprungur þar til komið var upp fyrir Sveinsgnípu, en hún er nokkur hundruð metrum sunnan við Sveinstind í ríflega 1900 metra hæð. Engin þeirra reyndist þó erfið yfirferðar.

Þegar komið var að rótum Sveinstinds blasti við toppur Hvannadalshnjúks hinum megin öskjunnar, en sjálf askjan var hulin skýjum. Frá þessu sjónarhorni er Hnjúkurinn mun tilkomumeiri en að sunnanverðu og mátti með kíki grilla í tugi göngumanna í halarófu á leið á tindinni (mynd 10). Þetta var ógleymanleg sjón.

Ég veitti einkum athygli falljöklinum, sem skriðið hefur niður rétt austan við Kvísker. Yfirborð hans virtist alsett bogadregnum línum . . . alveg eins og falljökull þessi hefði runnið fram hálfbráðinn eða sem þykkt seigfljótandi efni. Skyldi þetta ekki vera nokkur sönnun þess, að ísinn sé í eðli sínu – án þess að bráðna – fljótandi að nokkru leyti, líkt og ýmsar tegundir af harpixi …[3]

Þar sem aðstæður voru eins og best verður á kosið ákváðum við að ganga erfiðari leið á tindinn eftir bröttum og mjóum hrygg að sunnanverðu, en leiðin að norðanverðu er auðfarnari og oftar farin (mynd 11). Notast var við snjóakkeri til tryggingar og voru göngumenn kirfilega festir í línu. Gætt var ítrustu varúðar, enda blasti Hrútárjökull við næstum kílómetra neðar á hægri hönd. Allir komust á tindinn og hópurinn gaf sér góðan tíma til að njóta útsýnisins og taka myndir (mynd 12).

Gangan niður var ekki síður eftirminnileg en uppgangan. Sól skein í heiði og útsýnið var afar tilkomumikið.

Greinarhöfundar drógust nokkuð aftur úr öðrum göngumönnum á niðurleið. Ástæðan var sú að Sveinn hafði í ferðabók sinni lýst steini einum miklum og setti á hann fangamark sitt, P, og skildi eftir koparpening við vörðuna. Þetta gerði hann til að auðvelda öðrum að finna uppgönguleiðina.

Hver einasti steinn sem kom til greina var skoðaður í bak og fyrir (mynd 13). Allt kom þó fyrir ekki. Steinninn fannst ekki

Á hólnum nýnefnda byggðum við vörðu úr grjóti og lögðum ofan á hana danskan eirpening, svo að þeir, er kynnu að vilja feta í spor okkar, geti fundið staðinn, þar sem við gengum á jökulinn og vafalaust er hinn allra greiðfærasti, sem til er, meðan jökullinn breytir sér ekki. Loftvogin sýndi nú 25˝ 9¼ og hitinn var 18° C. Við komum heim í tjald okkar á Kvískerjum kl. 4 ½ síðdegis.[3]



Mynd 12. *Hópurinn á toppi Sveinstinds. Í fremstu röðinni eru Arnar Jónsson leiðsögumaður, Guðmundur Jónsson leiðsögumaður og Arnar Jónsson.*
Í miðjuröð eru fjórar Mammút-systur: Halldóra Blöndal, Signe Viðarsdóttir, Emelía Blöndal og Guðrún Kolbrún Otterstedt.
Aftast standa Óðinn Árnason leiðsögumaður, Heiðar Ingi Ágústsson, Kristín Jóna Hilmarsdóttir, Haukur Hjaltason, Þóra Steingrímsdóttir, Engilbert Sigurðsson, Ólafur Adolfsson, Tómas Guðbjartsson og Ólafur Már Björnsson.
Mynd: Ólafur Már Björnsson.



Mynd 13. *Annar greinarhöfunda í leit að steini Sveins Pálssonar, sem ekki fannst að þessu sinni, þrátt fyrir mikla leit. Mynd: Engilbert Sigurðsson.*

enda líklega hulinn snjó á þessum árstíma. Sveinn hafði hins vegar verið á ferðinni síðsumars, eða um miðjan ágúst. Má raunar teljast ótrúlegt að leiðin hafi verið fær á þeim tíma árs vegna jökulsprungna, en veðurfar var þó kaldara þá en nú tíðkast.

Eftir næstum 16 tíma göngu var haldið að bænum Gerði í Suðursveit. Þar var slegið upp veislu og gómsætt fjallalambið hvarf fljótt ofan í svanga göngumenn. Undir borðum var máltíðin krydduð með skemmtisögum úr göngu dagsins en jafnframt lesnir skemmtilegustu kaflarnir úr Ferðabók Sveins. Mikið var hlegið enda allir „hátt uppi“ og endurnærðir eftir ógleymanlega gönguferð.

Þakkir fá Hákon Guðbjartsson, Oddur Sigurðsson, Óðinn Árnason og Ólafur Már Björnsson fyrir lán á myndum og Guðbjartur Kristófersson fyrir veitta aðstoð.

Heimildir

1. Jónsson ÓÞ. 250 ára afmæli. Sveinn Pálsson læknir og náttúrufræðingur. Læknablaðið 98; 2012: 98-9.
2. Ísberg JÓ. Líf og lækningar. Íslensk heilbrigðissaga. Hið íslenska bókmenntafélag, Reykjavík 2005.
3. Pálsson S. Ferðabók Sveins Pálssonar. Dagbækur og ritgerðir 1791-1797. Bókaútgáfan Örn og Örlygur, Reykjavík 1983.
4. Pálsson S. Æfisaga Sveins læknis Pálssonar eftir sjálfan hann. Ársrit hins íslenska fræðafjelags, Kaupmannahöfn 1929; 10: 34.
5. gonguleidir.is/gonguleidir/sveinstindur/ – apríl 2014.
6. Guðmundsson S. Hver gekk fyrstur á Hvannadalshnjúk? Lesbók Morgunblaðsins; 26. nóvember 1994.
7. Hallgrímsson S. Ferðalög og flakk. Í spor Sveins landlæknis. Morgunblaðið 28. maí 2013.
8. Guðbjartsson T, Guðmundsson G. Háfjallaveiki – yfirlitsgrein. Læknablaðið 2009; 95: 441-7.

Fyrir einstaklinga með stinningarvandamál, sem hafa einkenni góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli.

Cialis™
tadalafil

5 mg einu sinni á dag

Tveir sjúkdómar. Ein meðferð.

- Ræður bót á bæði stinningarvandamálum og einkennum góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli hjá einstaklingum með báða sjúkdómana[1]
- Verkunin byggir á auknu blóðflæði til getnaðarlims, blöðruhálskirtils og þvagblöðru[1]
- Meðferðin þolist vel en hún felur í sér daglega notkun á 5 mg Cialis[1]



LIL121201

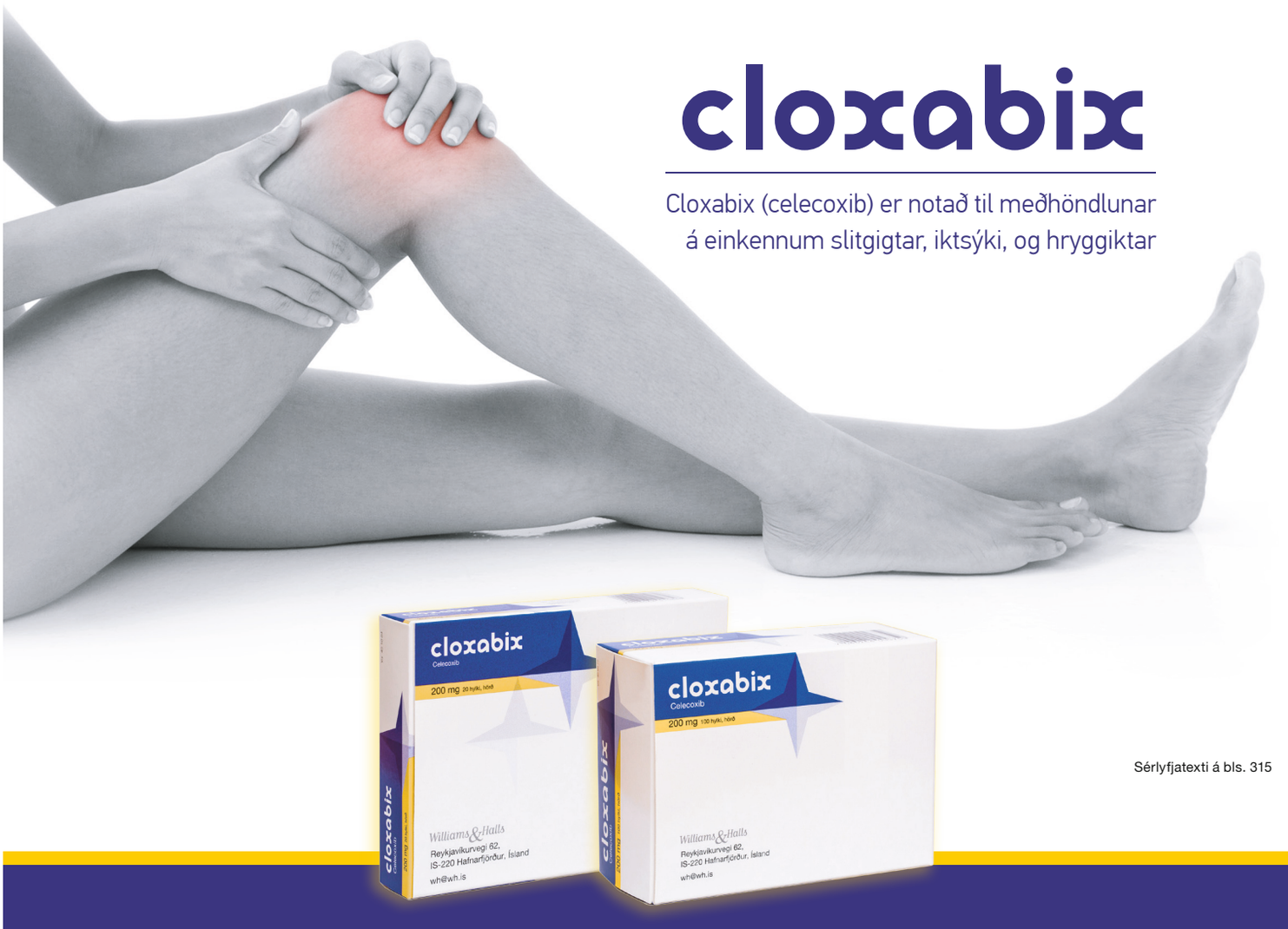
1. Cialis - Samantekt á eiginleikum lyfs

Sérlyfjatexti á bls. 314

Lilly

cloxabix
Celecoxib

Góður liðstyrkur
til meðferðar við gigt



cloxabix

Cloxabix (celecoxib) er notað til meðhöndlunar á einkennum slitgigtar, iktsýki, og hryggiktar

Sérlyfjatexti á bls. 315

Williams&Halls

Heilsa og heilsuvernd lækna – hvað næst?

Þorbjörn Jónsson
formaður Læknafélags Íslands, ónæmislæknir og blóðgjafafræðingur



thorbjor@landspitali.is

Fyrir stuttu gekkst Læknafélag Íslands fyrir málþingi um *heilsu og heilsuvernd lækna*. Læknarnir Kristinn Tómasson, Bjarni Össurarson, Magdalena Ásgeirsdóttir og Haraldur Erlendsson fræddu um ýmislegt sem þessum málaflokki tilheyrir. Síðan tóku við pallborðsumræður sem margir fundarmenn tóku virkan þátt í.

Undanfarið má segja að viss vakning hafi orðið meðal lækna um heilsu stéttarinnar. Fjölsóttir fundir hafa verið haldnir um læknaheilsu, bæði á Læknadögum og á Landspítalanum. Það er óhætt að segja að tími var kominn til að læknar láti þetta mál sig meiru varða en verið hefur.

Rannsóknir á heilsu lækna í ýmsum löndum hafa í áranna rás ekki alltaf verið samhljóða. Þær gefa þó til kynna að til dæmis hjarta- og æðasjúkdómar séu álíka algengir meðal lækna og annarra. Andleg vanlíðan ýmisskonar, streita, þunglyndi, kvíði og sjálfsmorð eru hins vegar algengari meðal lækna en hjá öðrum stéttum. Kulnun (*burnout*) í starfi er einnig alvarlegt einkenni sem þarf að vinna gegn. Orsakir þessara óæskilegu fylgifiska læknisstarfsins kunna að vera samverkandi þættir. Margir læknar lifa og starfa undir miklu álagi. Það er erfiður þröskuldur að ljúka strembnu læknanámi. Síðan tekur við krefjandi starfsnám og sérfræðiþjálfun, oft á erlendri grundu, með löngum vinnudögum og tíðum vöktum. Læknaskortur og vaxandi vinnuálag vegna hans getur gert ástandið enn verra. Læknisstarfið er ábyrgðarmikið enda snýst það um það sem mestu skiptir, líf og heilsu manna. Flestir læknar gegna stjórnunarhlutverki á sínum vinnustað og margir hafa umtalsverð mannaforráð. Fjölskyldutengsl og félagsleg samskipti ýmiskonar geta liðið fyrir þetta margþætta álag.

Evrópusamtök læknafélaga (CPME), með Katrínu Fjeldsted í fararbroddi, gerðu fyrir stuttu könnun á því hvað evrópsk læknafélög hafa gert, eða hyggjast gera, fyrir félagsmenn sína. Þótt svarhlutfall væri fremur lágt, eða 55%, er ekki ástæða til að ætla annað en niðurstöðurnar gefi nokkuð raunhæfa mynd. Það sem kom greinarhöfundi einna mest á óvart var hve heilsumál lækna hafa víðast hvar verið stuttan tíma til umræðu hjá stjórnum læknafélaganna. Hjá tveimur þriðju læknafélaga voru innan við 10 ár síðan málið hafði fyrst verið rætt, hjá þriðjungi komu þau fyrst til umfjöllunar fyrir minna en 5 árum. Það sem algengast var að læknafélögin hefðu gert, var að gangast fyrir fræðslu- og umræðufundum eða koma á fót vinnuhópum til að ræða heilsufarsmál lækna. Í einhverjum tilvikum höfðu félögin tiltækar leiðbeiningar til lækna á netinu. Hjá sumum félögum, meðal annars þeim norrænu, hafði vinna verið lögð í að koma á fót kerfi til að hjálpa læknum, en önnur félög virtust lítið eða ekkert gera í þeim efnum. Í evrópsku samhengi má líklega segja að Læknafélag Íslands hafi tiltölulega snemma farið að huga að þessum málaflokki. Í langan tíma var starfandi á vegum Læknafélags Íslands hópur lækna sem félagsmenn gátu leitað til ef þeir lentu í ógöngum með heilsu sína. Ætlunin var að læknarnir veittu ráðleggingar og leiðbeindu, fremur en að þeir meðhöndluðu. Mál þróuðust þó þannig í áranna rás að fáir læknar leituðu sér hjálpar og starfsemin lagðist að mestu af. Til að hægt sé að halda svona starfi samfellt gangandi þurfa læknar að sýna áhuga og leita sér aðstoðar ef þarf. Svo reyndist því miður ekki vera. Nú virðist vera orðin viðhorfsbreyting hjá læknum og þeir eru tilbúnari að ræða heilsu sína og ef til vill leita sér aðstoðar.

Nýverið hóf Heilsustofnun Nátt-úrulækningafélags Íslands í Hveragerði að bjóða þjónustu fyrir lækna sem þurfa að taka á sínum málum. Þar geta læknar fengið heilsufarsráðleggingar og aðra viðeigandi aðstoð auk afnota af húsnæði meðan á dvöl stendur. Þetta er mikilvægt frumkvæði og það ber að lofa. Reynslan mun síðan skera úr hve margir læknar kjósa að nýta sér þetta nýja úrræði.

Í fyrirsögn þessa greinarkorns segir *Heilsa og heilsuvernd lækna – hvað næst?* Nú virðist vera runninn upp sá tími að læknar hafi vaxandi áhuga á heilsu sinni og hvernig megi hlúa að henni, þeim sjálfum og skjólstæðingum þeirra til heilla. Sum erlend læknasamtök, til dæmis finnsku og norsku læknafélögin, hafa staðið framarlega þegar litið er til aðgerða og umræðu um heilsufarsmál lækna. Íslenskir læknar geta örugglega lært af þeim og lagað reynslu þeirra að sínum þörfum og getu. Á vegum félagsins er starfandi Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna. Meta má hvort rétt sé að sjóðurinn verði meira nýttur til að vinna að bættri heilsu lækna. Það gæti verið mögulegt, ekki síst ef fjárhagur sjóðsins styrkist, til dæmis með auknu framlagi við gerð nýrra kjarasamninga. Um þetta og fleira þurfa bæði stjórn Læknafélags Íslands og aðalfundur að fjalla.

Stjórn LÍ

Þorbjörn Jónsson, *formaður*
Orri Þór Ormarsson, *varaformaður*
Magnús Baldvinsson, *gjaldkeri*
Salome Á. Arnardóttir, *ritari*
Björn Gunnarsson
Guðrún Jóhanna Georgsdóttir
Magdalena Ásgeirsdóttir
Ólöf Birna Margrétardóttir
Þórarinn Ingólfsson

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

Eru læknar ekki í lagi?

Heilsufar og heilsuvernd lækna til umræðu í fjórða sinn á árinu svo eitthvað er að

Þröstur Haraldsson

Hvers vegna ráðleggja læknar sjúklingum sínum eitt en gera svo allt annað þegar þeir eiga sjálfir í hlut? Af hverju leita læknar ekki til annarra lækna þegar þeir veikjast? Þessar spurningar og fleiri ámóta lágu í loftinu á málþingi sem haldið var í húsakynnum Læknafélags Íslands í tengslum við árlegan formannafund skömmu fyrir páska. Yfirskriftin var Heilsa lækna og heilsuvernd og um það fjölluðu fjórir framsögumenn en **Þorbjörn Jónsson** formaður LÍ stjórnaði umræðum.

Það er engin tilviljun að þetta umræðuefni hafi orðið fyrir valinu að þessu sinni. Þetta er í fjórða sinn á þessu ári sem læknar hafa komið saman til að ræða heilsufar sitt og hvernig megi bæta það. Og eins og margt annað kemur þessi umræða utan frá því heilsufar lækna hefur í vaxandi mæli verið viðfangsefni lækna og samtaka þeirra um allan heim á undanförnum árum. Enda engin vanþörf á, ef marka má þær upplýsingar sem fram komu á fundinum.

Margs konar álag

Kristinn Tómasson var fyrstur á mælendaskrá og byrjaði á því að segja að læknar *ættu* að vera við góða heilsu, þeir þyrftu þess með til þess að komast í gegnum langt og strangt nám. Þeir vinna einnig mikið og gjarnan á vöktum sem er bara í meðallagi gott fyrir heilsuna. En þeir leita ekki til kolleganna ef heilsan bregst þeim heldur reyna að meðhöndla sig sjálfa, með lyfjum sem þeir skrifa út á sjálfa sig. „Þetta er ekki skynsamlegt," sagði Kristinn.

Hann vitnaði í nýlega könnun sem gerð var meðal breskra lækna þar sem fram kom að yfirgnæfandi meirihluti þeirra sagðist mæta í vinnuna þó þeir væru veikir, svo veikir að þeir ældu alla nóttina. „Það er því engin furða að smitsjúkdómar séu jafnútbreiddir á breskum sjúkrahúsum og raun ber vitni um," sagði hann og bætti því við að læknar mættu í vinnuna í ástandi sem þeir ráðlögðu sjúklingum sínum eindregið að halda sig heima.

Kristinn sagði að læknar væru undir margs konar álagi í starfi. Eitt er sýkingahættan sem getur verið mjög áleitin í húsnæði sem er niðurnítt og stenst ekki þær lágmarkskröfur að hægt sé að halda því hreinu og þurru. „Ég er hissa á því að þessari röksemd hafi ekki verið flaggað í umræðunni um nýtt sjúkrahús," sagði hann.

En það kemur fleira til. Læknar þurfa að meðhöndla margs konar efni í starfi sínu, hreinsiefni til að þrífa tæki og tól og lyf og önnur efni sem þeir nota við lækningar. Þá eru vinnustellingar ekki alltaf eins góðar og þær ættu að vera við þau tæki sem læknar nota. Loks lenda þeir iðulega í hryllilegum atvikum og þurfa að eiga samskipti við alls konar fólk. Þar eiga þeir ekkert val.

Starfsleiði og svefnvandamál

Kulnun í starfi er þekkt meðal flestra eða allra stétta og læknar fara ekki varhluta af því. Kulnun svipar að mörgu leyti til þunglyndis en þó benti Kristinn á að þar væri einn veigamikill munur á. „Þunglyndir halda heiðarleika sínum þrátt fyrir veikindin en sá sem þjáist af kulnun verður ábyrgðar- og sinnulaus um góða starfshætti."

Hann vitnaði í kannanir sem gerðar hafa verið á líðan starfsfólks Landspítalans í starfi en þar kemur meðal annars fram að það er mun betra að vera yfirlæknir en almennur læknir, þeir fyrrnefndu eru yfirleitt heilsuhraustir meðan almennu læknarnrir eru hundslappir. Síðasta könnunin var gerð á árunum 2012-13 en þá sagðist fjórðungur yfirlækna spítalans



Kristinn Tómasson flutti eftirminnilega framsögu um heilsu lækna.



Á formannafundi flytja formenn hinna ýmsu deilda LÍ skýrslur sínar og stjórnarmenn hlýða á þær: Magnús Baldvinsson röntgenlæknir, Sólveig Jóhannsdóttir framkvæmdastjóri LÍ, Anna Gunnarsdóttir barnalæknir og Jörundur Kristinsson heimilislæknir og formaður Orlofssjóðs.

vera haldinn starfsleiða. Áratug áður var sambærilegt hlutfall 1%.

Í nýrri könnuninni kom í ljós að stór hluti yngri lækna kvartar undan erfiðleikum með svefn. Úti í samfélaginu nota 2-3% karla undir þrítugu svefnlyf en sú tala er mun hærri meðal ungra lækna. „Það er líka athyglisvert að þeir fáu sem þó leita til læknis tala aldrei við hann um geðheilsuna," sagði Kristinn.

Kristinn starfar hjá Vinnueftirlitinu og benti á að víða í atvinnulífinu hefðu orðið miklar framfarir í vinnuumhverfi, svo sem í byggingariðnaði, landbúnaði og þungaiðnaði. Þetta er ekki bundið við Ísland og heldur ekki það að heilbrigðiskerfið hefur orðið útundan í þessari þróun. „Það má því segja að nú sé töluvert heilsusamlegra að starfa í álveri en á sjúkrahúsi," sagði Kristinn.



Þorbjörn formaður meðtekur boðskap Högna Óskarssonar geðlæknis.

Læknar erfiðir í meðferð

Kristinn hafði það eftir landlækni að honum bærust mjög fá mál vegna veikinda eða annarra vandræða lækna. Þau væru eitt eða tvö á ári og yfirleitt vegna fíknivanda. **Bjarni Össurarson** geðlæknir fjallaði sérstaklega um þann hluta af heilsufari lækna og skýrði frá því að fíkniraskanir væru álíka algengar meðal lækna og annarra þjóðfélagshópa. Læknar notuðu heins vegar meira af lyfseðilsskyldum lyfjum en aðrir og væru líklegri til að misnota þau. Þar væru ákveðnir hópar í meiri hættu en aðrir og nefndi hann sérstaklega bráðalækna, geðlækna, svæfingalækna og einyrkja.

Læknar koma hins vegar síður í meðferð en aðrir sem glíma við fíkn. „Við verðum að halda stjórninni, megum ekki sýna veikleika og óttumst að missa vinnuna," sagði Bjarni. Hann bætti því við að læknar væru sjálfstæðir en þá vanti stuðning og þeir ættu mjög erfitt með að horfast í augu við erfiðleika annarra lækna. „Þeir eru ótrúlega kollegíal," sagði hann.



Ebba Margrét Magnúsdóttir kvensjúkdómalæknir og Reynir Arngrímsson stjórnarmenn í LR ræða heilsu sína.

Bjarni sagði að læknar ættu það til að vera mjög erfiðir í meðferð. „Þeir vilja taka stjórn á henni og krefjast sérlausna fyrir sjálfa sig, að slakað sé á faglegum kröfum gagnvart þeim," sagði hann og bætti við að þeir væru duglegir að „intellektualísera" hlutina enda væri það þekkt að góð greind væri ekki alltaf til þess að hjálpa til við meðferð.

Fimm ára áætlun

Það sem læknar eiga erfitt með varðandi meðferð væri að með því væru þeir að játa sig undir stjórnvöld sem hafa með leyfisveitinguna að gera. Þetta væri alþjóðlegt vandamál og ýmsar leiðir hefðu verið reyndar til þess að ráða bót á því og aðskilja meðferð og eftirlit. Vestanhafs eru starfandi svonefnd heilbrigðisráð fyrir lækna í hverju fylki, bæði í Bandaríkjunum og Kanada. Þau eru óháð leyfisveitandanum en hafa tilkynningarskyldu, sé vandamálið komið úr böndunum.

Læknar geta leitað til þessara ráða og sóst eftir meðferð. Ástand þeirra er metið og gerður samningur við þá til fimm ára ef þörf er talin fyrir meðferð. Ráðin fylgjast með viðkomandi meðan á meðferð stendur og gefa reglulega skýrslur til leyfisveitanda. Þetta kerfi þykir hafa gefið góða raun. Könnun sem gerð var nýlega á árangri þess sýndi að af þeim sem gerðu slíkan samning kláruðu 81 af hundraði meðferðina, af þeim voru 92% í starfi sem læknar að fimm árunum liðnum en 1% látnir. Af þeim 19% sem ekki luku við meðferðina unnu 21% sem læknar fimm árum eftir að þeir gerðu samninginn en 17% voru látnir.

Heilsuhraustir, en kvíðnir og þunglyndir

Magdalena Ásgeirsdóttir lungnalæknir hafði legið á netinu og kynnt sér afstöðu og frumkvæði læknasamtaka víða um heim andspænis heilbrigðisvanda lækna. Þar er margt á döfinni þótt menn séu enn að þreifa sig áfram og lausnirnar og viðbrögðin af ýmsum toga.

Hún sagði meðal annars frá ástralska læknafélaginu sem gaf nýlega út endurskoðaða yfirlýsingu um heilsufar og velferð lækna. Þar segir að ein frumforsendan fyrir starfi sé að þeir þurfi að vera heilbrigðir til þess að geta miðlað því til annarra. Ekki sé nóg að þeir væru heilsuhraustir í merkingunni lausir við sjúkdóma heldur þyrfti þeim að líða vel bæði andlega og félagslega. Í yfirlýsingunni segir að ástralskir læknar séu almennt heilsuhraustir að því leyti að þeir þjást ekki mjög af lífstílssjúkdómum á borð við hjarta- og æðasjúkdóma eða reykingatengda sjúkdóma. Þeir eru hins vegar margir hverjir kvíðnir og þunglyndir og það á einnig við um læknanema.

Magdalena benti á að streita þurfi ekki endilega að vera af hinu illa, hún færði mönnum líka ákveðinn kraft. Læknar væru almennt kappsamir og ábyrgðarfullir, svo lítið fórnfúsir og haldnir töluverðri þráhyggju. Í Ástralíu væri utanaðkomandi álag töluvert. Landið er geysistórt, samgöngur erfiðar og einmenningshéruð víðfeðm. Við það mætti bæta tíðum náttúruhamförum, manneklu í heilbrigðiskerfinu, landfræðilegri og félagslegri einangrun og skortur á jafnvægi milli vinnu og einkalífs. Kröfur hafa aukist til þeirra, bæði frá almenningi og vegna starfsins, þeir þurfa að stunda stöðuga símenntun og takast á við hraða tækniþróun.

Skylda lækna í læknisskoðun?

Þetta ætti flest við hér á landi, þótt í smærri mælikvarða sé. Ungir læknar vinna meira en þeir eldri og meira en aðrar fagstéttir, svo sem verkfræðingar. Vaktaplön væru síbreytileg og standast sjaldan sem kemur niður á fjölskyldulífi og veldur kulnun í starfi. „Streitan breytist líka með aldrinum. Það sem veldur okkur streitu í upphafi ferilsins kemst upp í vana en í staðinn kemur eitthvað annað. Ég lenti í því þegar ég var að byrja að ég var sett ein á bráðavakt og var dauðhrædd um að ég myndi drepa einhvern vegna vankunnáttu. Síðan hef ég aðallega haft áhyggjur af því að ég drepist sjálf úr hungri því læknar hafa engan lögbundinn kaffi- og matartíma. Við erum ávallt til taks," sagði Magdalena.

Hún tók undir með öðrum um að læknar leituðu sjaldan til heimilislæknis og bætti því við að þeir sinntu ekki forvörnum, svo sem skimunum og bólusetningum, og væru gjarnan í afneitun á eigin vanheilsu. Í Ástralíu er það bæði lagaleg og siðferðileg skylda lækna að tilkynna um veikindi eða aðra erfiðleika hjá öðrum læknum til þess að koma í veg fyrir varanlegan skaða, bæði hjá lækninum sjálfum og skjólstæðingum hans.

Hún sagði frá því að hún starfaði sem trúnaðarlæknir hjá Álverinu í Straumsvík en þar fara starfsmenn í erfiðustu störfunum árlega í læknisskoðun og aðrir starfsmenn annað hvert ár. Þar væru skoðuð í þeim lungu og hjarta, blóðþrýstingur mældur og ef hann væri 180/100 eða hærri væru menn sendir beint í meðferð hjá heimilislækni. „Á mínum ferli sem læknir hef ég aðeins einu sinni þurft að fara í læknisskoðun og það var í Bretlandi þegar ég var þar í námi. Kannski væri snjallt að koma því á að íslenskir læknar færu þó ekki væri nema á fimm ára fresti í læknisskoðun," sagði Magdalena.

Göfugt en ekki heilsusamlegt

Haraldur Erlendsson geðlæknir á Heilsustofnun Náttúrulækningafélags Íslands í Hveragerði var síðastur frummælenda og hann líkti læknanáminu við herskóla.

„Þar vinna menn fram í rauðan dauðann og væru aldrei lasnir. Það gerir okkur að góðum læknum en veika fyrir andlegum vandamálum. Við erum þjónar almennings og það er hringt í okkur á nóttinni. Við segjum aldrei nei og það gengur oft nærri okkur. Þetta er bæði styrkur okkar og Akkilesarhæll, göfugt en ekki alltaf heilsusamlegt og leiðir til blindu á eigin veikleika," sagði Haraldur.

Hann sagði að álagið á lækna hefði aukist í kjölfar kreppunnar og nú væri svo komið að þetta gengi ekki lengur, læknar þyrftu að setja sér mörk. Kulnun í starfi birtist í því að siðferðisreglur byrjuðu að brotna, menn yrðu blindir fyrir sjálfum sér og lentu í áfengi eða öðru rugli. „Við gleymum gildunum sem komu okkur í fagið," sagði hann og varaði lækna við því að taka að sér of mikla vinnu, „því þótt við þolum það kannski í skamman tíma getum við ekki unnið svona í 20-30 ár."

Eins og fleiri fundarmenn nefndi Haraldur að skortur á sjálfræði lækna væri oft hluti vandans. „Ef við getum stjórnað tíma okkar sjálf er auðveldara að takast á við álagið en inni á stofnunum er það erfiðara." Þar gæti svarið legið í því að læknahópurinn ræddi málin eins og gert er í Bretlandi þar sem læknar þyrftu að endurnýja starfsleyfi sitt á fimm ára fresti. Þar væru læknar skikkaðir til að taka þátt í hópstarfi með kollegunum þar sem þeir styðja hver annan og gefa skýrslur sem endurnýjun leyfisins væri byggð á.

Námsleyfi í Hveragerði?

Haraldur sneri sér síðan að því að lýsa því starfi sem unnið er í Hveragerði og snertir lækna. Hann sagði að í Noregi væri búið að setja það í kerfi að þegar læknir lendi í öngstræti gæti hann haft samband við einhvern og talað við hann, fengið ráð og leiðbeiningar um næstu skref – án þess að það væri skráð í sjúkraskýrslur. „Af þessu þurfum við að læra," sagði Haraldur.

Hann sagði að þótt ekki væri hægt að líkja Hveragerði við Villa Sana í Noregi sem sinnti heilsu lækna væri orðinn til vísir að kerfi til að taka við þeim. Þeir gætu fengið ráð hjá læknum þar án þess að viðtalið væri skráð í Sögu og reynt væri að koma þeim að í dvöl þar eystra með skömmum fyrirvara þótt almennur biðtími væri allt upp í tvo mánuði. Þar



Jón Gunnar Hannesson heimilislæknir í stjórn LR og Haraldur Erlendsson í Hveragerði. Bak við þá er málverk Gunnlaugs Blöndal af Halldóri Hansen eldra. Myndir: Védís.

gæfist þeim kostur á að átta sig á stöðunni, farið í viðtöl og fengið sálfræðiþjónustu og líkamlega meðferð.

Einn vandinn við þetta tilboð er sá að ekki er gert ráð fyrir því í kjarasamningum lækna og stéttarfélagið tekur ekki þátt í dvöl lækna í Hveragerði. Haraldur skaut fram þeirri hugmynd hvort ekki mætti nýta námsleyfi lækna í þessu skyni. „Væri ekki hægt að koma á einhverju fyrirkomulagi þar sem staða þeirra væri skoðuð. Hvaða erfiðleika glímir hann við? Er hann stressaður eða kvíðinn? Á hann í erfiðleikum með samskipti? Út frá þessu mætti svo skipuleggja námsleyfin," sagði Haraldur.

Félagið undirbúi aðgerðir

Þetta síðastnefnda var talsvert rætt í pallborðsumræðunum að framsöguerindum loknum. Sumum þótti þetta góð hugmynd en aðrir vildu fara varlega í því að gera námsleyfin að verslunarvöru. Þorbjörn Jónsson upplýsti að nýtingin á námsleyfum lækna væri um 60% að meðaltali svo ef til vill væri eitthvert svigrúm þar. Hins vegar hefði komið fram í samræðum stjórnar við fjölda lækna í tengslum við kjarasamninga að enginn áhugi væri á að fórna námsleyfum í þeim.

Annað sem menn nefndu var hvort Styrktar- og fjölskyldusjóður gæti ekki styrkt lækna sem þyrftu að dvelja í Hveragerði. Haraldur benti á að mörg stéttarfélög styrktu félagsmenn sína til dvalar. Reynir Arngrímsson tók undir það sjónarmið að þessi vandi væri mál fyrir hópinn, ekki einstaklinginn einan. „Við þurfum að huga að heilsuvernd og fyrirtækjamenningu og hluti af starfi okkar er að hugsa um okkur sjálf. Kannski væri hægt að koma því inn í kjarasamning að læknar fái einn dag á ári til að stunda heilsuvernd."

Þorbjörn stjórnaði fundi og tók saman í lokin þá niðurstöðu að greinilega væri þörf á því að félagið tæki á þeim málum sem varða heilsufar og heilsuvernd lækna. „Þetta hefur verið í umræðunni af og til án þess að nokkuð áþreifanlegt hafi gerst. Kannski er umræðan orðin nógu þroskuð núna til þess að svo verði," sagði hann og var farinn að boða menn á fund til að undirbúa tillögugerð fyrir aðalfund LÍ í haust áður en hann sleit fundi.

Aðalfundur Læknafélags Reykjavíkur

haldinn í Hlíðasmára 8, þriðjudaginn 27. maí kl. 17:00

Dagskrá:

1) Skýrsla stjórnar fyrir síðasta starfsár.
2) Endurskoðaður ársreikningur lagður fram.
3) Stjórnarkjör. Á þessum aðalfundi verður kosinn formaður, varaformaður, gjaldkeri og meðstjórnandi.
4) Kosning aðal- og varafulltrúa á komandi aðalfund LÍ.
5) Kosning tveggja skoðunarmanna reikninga og tveggja varamanna.
6) Fjárhagsáætlun fyrir næsta starfsár.
7) Lagabreytingartillögur ef löglega fram bornar.
8) Málefni Læknablaðsins.
9) Önnur mál.

Þeir sem hyggjast gefa kost á sér til stjórnarstarfa tilkynni það á netfangið: *steinnj@lsh.is* eigi síðar en viku fyrir aðalfundinn.

Stjórn Læknafélags Reykjavíkur

Heilbrigðisstofnun Suðurlands

Sérnámsstaða í heimilislækningum laus til umsóknar

Við Heilbrigðisstofnun Suðurlands er laus til umsóknar ein staða sérnámslæknis í heimilislækningum við heilsugæsluna á Selfossi. Umsóknarfrestur er til 30. maí nk. og er reiknað með að námsstaðan sé til þriggja ára.

Aðalstarfsstöð verður heilsugæslan á Selfossi og verður námið byggt á marklýsingu fyrir sérnám í heimilislækningum en einnig er gert ráð fyrir samstarfi við kennslustjóra sérnáms í heimilislækningum um fræðilegt nám sem fer fram í reglulegu hópstarfi í Reykjavík. Til greina kemur að taka hluta af náminu erlendis í samráði við kennslustjóra.

Laun samkvæmt kjarasamningi Læknafélags Íslands og fjármálaráðherra.

Upplýsingar um stöðuna veita Arnar Þór Guðmundsson yfirlæknir og kennslustjóri heilsugæslunni Selfossi í síma 480-5100 *arnar@hsu.is* og Óskar Reykdalsson, framkvæmdastjóri lækninga í síma 868-1488 *oskar@hsu.is*

Umsóknum ásamt staðfestum upplýsingum um læknismenntun og læknisstörf sendist á viðeigandi eyðublöðum til Óskars Reykdalssonar.

Heilbrigðisstofnun Suðurlands var stofnuð 1. sept. 2004 við sameiningu heilsugæslustöðva á Suðurlandi og Heilbrigðisstofnunarinnar á Selfossi. Þjónustusvæðið nær til um 20.000 íbúa á Suðurlandsundirlendinu.
Um er að ræða 8 heilsugæslustöðvar, sjúkrahús á Selfossi með 28 legu- og dagdeildarrúmum og 40 hjúkrunarrúmum. Stofnunin sinnir ennfremur heilbrigðisþjónustu á Litla Hrauni.
Alls eru um 226 stöðugildi við Heilbrigðisstofnun Suðurlands.

LÆKNABLAÐIÐ

GEFIÐ ÚT AF
LÆKNAFJELAGI REYKJAVÍKUR

RITSTJÓRN:
G. HANNESSON, MATTH. EINARSSON, M. JÚL. MAGNÚS

1. árg. Janúarblaðið 1915

EFNI:

Læknablaðið. — Íslenzkt læknafélag eftir G. Hannesson. — Nokkur orð um mænusótt eftir Jón Hj. Sigurðsson. — Opið bréf til héraðslækna eftir G. Björnsson landlækni. — Læknablaðsmál eftir G. Hannesson. — Heilsufar. Helztu fréttir úr héruðum eftir G. B. — Ritdómar eftir G. H. og G. Claessen. — Utanferðir héraðslækna eftir G. B. — Laus læknahéruð eftir G. B. — Læknapróf í Febrúar 1915.

Útgáfu í 100 ár fagnað í lðnó

Læknablaðið og Læknafélag Íslands bjóða til gleðskapar í lðnó fimmtudaginn 15. maí frá kl. 17-19.

Í boði verður lifandi tónlist, myndlist og léttar veitingar við allra hæfi.

lðnó er á svipuðum aldri og Læknablaðið og því tilvalið að fagna tímamótunum þar.

Læknar og allir velunnarar blaðsins eru hvattir til að mæta í lðnó á þessum merku tímamótum í útgáfusögu blaðsins okkar.

Hver á lífið og hver má binda endi á það?

Óttar Guðmundsson geðlæknir hefur skrifað bók um sjálfsvíg sem eiginkona hans Jóhanna Þórhallsdóttir myndskreytir

Þröstur Haraldsson

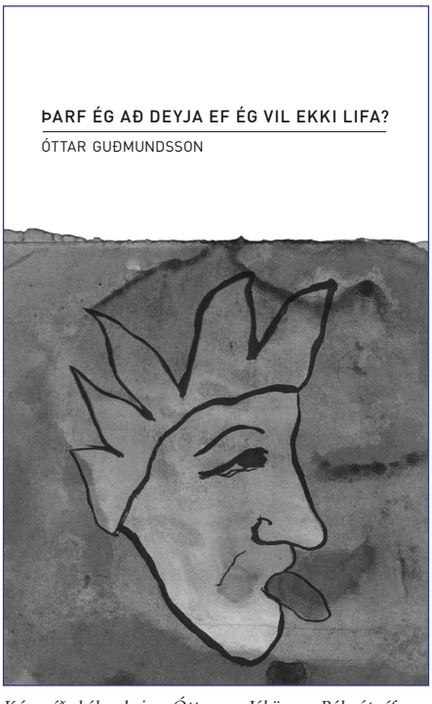
Þarf ég að deyja ef ég vil ekki lifa? er titillinn á nýrri bók sem Óttar Guðmundsson geðlæknir hefur sent frá sér. Í þessari áttundu bók Óttars fjallar hann um efni sem löngum hefur hvílt mikil bannhelgi á – sjálfsvíg, eða sjálfsmorð sem hann segist raunar frekar vilja nefna verknaðinn. Bókin er skreytt pennateikningum Jóhönnu Þórhallsdóttur, eiginkonu Óttars.

Blaðamaður *Læknablaðsins* sótti þau hjónin heim í Háuhlíðina til að forvitnast um þessa bók. Ein fyrsta lexía hans í blaðamennsku var á þá leið að um sjálfsvíg væri ekki fjallað opinberlega, það væri til að æra óstöðugan og hvetja til sjálfsvíga. Þess vegna lá beint við að spyrja af hverju Óttar væri að skrifa um þetta viðkvæma og vandmeðfarna efni.

Skaðleg íslensk afstaða

„Kannski er það einmitt vegna þessarar bannhelgi," svarar hann. „Þetta efni hefur lengi sótt á mig og heillað mig, ef svo má að orði komast. Á endanum ákvað ég að takast á við tabúið, því einhver varð að gera það. Það er merkilegt hversu mikið feimnismál sjálfsvíg eru. Þetta er náttúrlega erfiðasti dauðdagi sem eftirlifendur horfast í augu við og ofan á þá erfiðleika bætist að það má ekki tala um þann látna og hvernig hann dó. Þessir fordómar og tabú í kringum sjálfsvíg eru mjög slæm.

Við komumst ekki framhjá því að sjálfsvíg hafa verið óaðskiljanlegur hluti af veruleika mannsins í mörg þúsund ár. Fólk hefur velt þessum vanda fyrir sér, heimspekingar, guðfræðingar, læknar og félagsfræðingar hafa velt vöngum og raunar hefur víða verið skrifað ótrúlega mikið um sjálfsvíg. Þessi íslenska afstaða að tala ekki um þau er því dálítið gamaldags og skaðleg," segir Óttar.



Kápusíða bókar þeirra Óttars og Jóhönnu. Bókaútgáfan JPV gefur bókina út í kilju og hún kemur á markað í maí.

Fór í niðursveiflu

En hvernig leist Jóhönnu á að hann skrifaði þessa bók?

„Mér leist ekkert á þetta til að byrja með," segir hún. „Hann fór í rosalega niðursveiflu þegar hann byrjaði, varð þunglyndur, enda töluvert mál að fara í gegnum þetta. Sem betur fer er ég léttlynd að eðlisfari og reyndi að hressa upp á hann. En þessi bók hefur lifað lengi með okkur."

„Já, það gekk illa að koma bókinni á það form sem allir sætta sig við," bætir Óttar við. „Það lásu ýmsir bókina yfir í handriti, bæði vinir okkar og samstarfsmenn og að sjálfsögðu yfirlesarar Forlagsins. Allir voru dálítið hræddir við þessa bók. Hvað má segja, hvað á að segja, er verið að hvetja til sjálfsvígs? Það síðastnefnda held ég að sé alger bábilja, enda hefur aldrei verið sýnt fram á að heilbrigð umræða um sjálfsvíg hrindi af stað faraldri. Það er auðvelt að fela sig á bak við það hversu viðkvæmt málið er og forðast þar með að tala um það. En þarna eru vissulega margar og viðkvæmar tilfinningar sem auðvelt er að særa og það varð ég að hafa í huga."

– Þú gengur nærri sjálfum þér í bókinni og rifjar meðal annars upp þína eigin sjálfsmorðsóra.

„Já, og það olli mér töluverðu þunglyndi að rifja upp þessar tvær tilraunir sem ég gerði og fara í gegnum allt það tilfinningastríð sem leiddi til þeirra. Það var erfitt ferðalag, hlaðið tilfinningum."

Tilvistarspurningar

– Þú hlýtur líka að hafa hitt marga í þínu starfi sem voru haldnir sjálfsvígshugmyndum.

„Já, þetta brennur á mér í starfi og ég hef talað við ótrúlega marga sem hafa fyrirfarið sér eða verið að velta því fyrir sér. Þó nokkrir sjúklingar mínir hafa stigið skrefið til fulls og auk þess fólk mér nákomið. Ég hef því upplifað sjálfsvíg bæði sem manneskja og fagmaður. Einnig hef ég velt fyrir mér ýmsum tilvistarspurningum á borð við: hver á lífið? og hvað er það sem stjórnar því hvort við megum fyrirfara okkur eða ekki?

En það sem er kannski nýtt í þessari bók er að ég er að reyna að miðla minni reynslu af hugarheimi þess sem fyrirfer sér. Hvernig líður manni sem ætlar að fyrirfara sér, hvaða tilfinningar bærast í brjósti hans og hvaða hugsanir fljúga í gegnum hugann á þessum lokametrum í lífinu? Þó ég sé



Hjónin Jóhanna Þórhallsdóttir tón- og myndlistarkona og Óttar Guðmundsson geðlæknir á góðri stund í Finnlandi.

búinn að lesa mikið um sjálfsvíg hef ég ekki rekist á mikið um þetta, hvernig þessu fólki líður.

Það er þó lykillinn að skilningi á vandanum að reyna að átta sig á því hvað gerir það að verkum að fólk tekur þessa ákvörðun og hvernig því líður meðan það er að taka hana. Hvað er það í þessu lífi sem er svo yfirþyrmandi að það vill ekki lifa lengur? Sjálfsvíg er sjaldnast skyndiákvörðun nema kannski hjá ungum og hvatvísum karlmönnum. Hjá flestum öðrum er þetta löng saga þar sem sjálfsmorðið er að þróast og vaxa fram sem lausn á ákveðnum vandamálum, ákveðnum veruleika. En menn geta verið að skipuleggja tvennt í einu, framtíðina og að fyrirfara sér. Kannski ætla ég í nám í útlöndum í haust en það gæti líka verið að ég drepi mig í kvöld."

Markhópurinn er íslenska þjóðin

„Á hverju ári fyrirfara 35-40 manns sér hérlendis og um 400 til viðbótar gera tilraunir sem mistakast. Hjá þeim síðarnefndu gerist það að þeir gefa lífinu og líkamanum tækifæri. Þótt andinn, sálin eða hugurinn séu ákveðin í að deyja er líkaminn alltaf á móti því, hann vill lifa lengur og berst á móti.

Annar hópur gerir tilraun sem á að mistakast en þeir eru fyrst og fremst að senda frá sér neyðaróp. Sumir taka banvænan skammt af töflum og senda svo sms-skilaboð. Komi þau skilaboð fyrir augu þess sem þau eru send verður viðkomandi bjargað, annars ekki. Þetta er eins og rússnesk rúlletta."

– En fyrir hvern er þessi bók skrifuð?

„Hún er skrifuð fyrir íslensku þjóðina. Ég hef oft verið spurður hver sé markhópur bókarinnar og hann er íslenska þjóðin, hugsandi fólk sem veltir fyrir sér hlutunum. Hún er ekki skrifuð sérstaklega fyrir heilbrigðisstarfsfólk eða annað fagfólk. Þetta eru spurningar sem allir velta fyrir sér einhverntíma á ævinni, enda eðlilegt að hinn hugsandi maður velti fyrir sér möguleikum sínum í lífinu, eigin forgengileika, lífi og dauða. Það er út í bláinn að tala um markhóp því þessi bók á erindi við alla. Hún er ekki skrifuð sérstaklega fyrir kollegana en einnig fyrir þá eins og aðra hugsandi menn."

Ekki skemmtiprógramm

Jóhanna er þekkt fyrir aðra listræna starfsemi en að myndskreyta bækur. Hvernig kom það til? „Það var skyndiákvörðun að skreyta bókina og Óttar vildi að ég gerði það. Ég tók mér í hönd penna með svörtu bleki og teiknaði nokkrar myndir. Ég hef lengst af verið í öðru en fór að fitla við myndlist á gamals aldri. Ég er svo köld og fór beint í að fjalla um sjálfsvígin í stað þess að æfa mig á fallegri barnabók. Maður fær ekki mörg tækifæri svo ég varð að stökkva á þetta."

Síðasta bók Óttars fjallaði um geðræna kvilla hjá hetjum Íslendingasagna. Hún vakti mikla athygli og Óttar og Jóhanna fóru víða og fluttu skemmtidagskrá þar sem bókin var í brennidepli.

„Nei, ég sé ekki fyrir mér skemmtiprógramm núna en get vel hugsað mér að halda fyrirlestra um efni bókarinnar. Fólk þarf að fræðast um þessi mál og ræða þau. Ég vona að sem flestir velti fyrir sér eigin tilveru. Einhver verður að ríða á vaðið og tala um þessa hluti," segir Óttar Guðmundsson geðlæknir að lokum.



Ánægðir nemendur og kennarar á ATLS-námskeiði. Ljósmynd: Rúdolf Adolfsson.

Sérhæft áverkanámskeið fyrir lækna

Sérhæft áverkanámskeið, (ATLS, advanced trauma life support), fyrir lækna var haldið í fyrsta skiptið á Íslandi 9.-11. apríl. Alls tóku 16 deildarlæknar og sérfræðingar frá bráðasviði og skurðlækningasviði Landspítala þátt í námskeiðinu sem var haldið í ágætri aðstöðu á Landakoti. Læknarnir Elfar Úlfarsson og Brynjólfur Mogensen unnu að því í nokkra mánuði að fá ATLS-kennarateymi frá Stokkhólmi til Íslands. Mjög jákvæð viðbrögð frá forstjóra Landspítala og framkvæmdastjórum bráðasviðs og skurðlækningasviðs urðu til þess að námskeiðið varð að veruleika en milljóna kostnaður fylgir námskeiði eins og þessu. Það var einnig mjög jákvætt að læknarnir Elfar Úlfarsson og Viðar Magnússon kenndu á námskeiðinu en báðir hafa ATLS-kennararéttindi.

Markmið námskeiðsins er að læknar séu mun betur undirbúnir í að taka á móti mikið slösuðum því góð samhæfð sérhæfing skiptir miklu máli því hver mínúta slasaðra með fjöláverka getur skiptir sköpum. Góð móttaka, greining og meðferð fjöláverka-

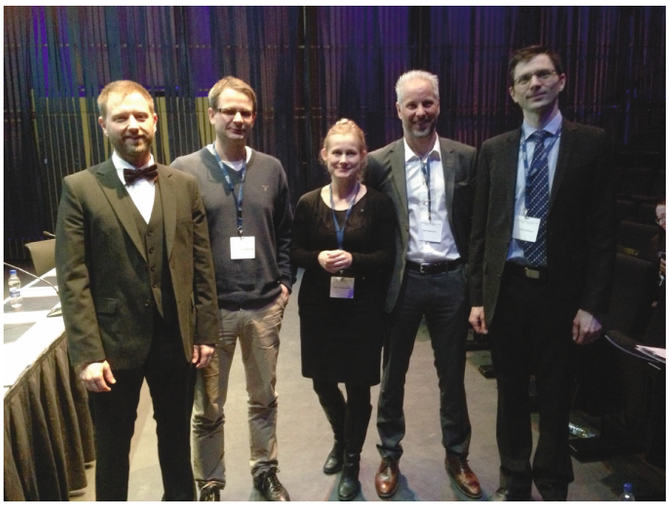


Elfar Úlfarsson einbeittur að kenna á verklegri stöð. Mynd: Védís.

sjúklinga auka mikið lífslíkur viðkomandi og minnka kostnað samfélagsins. Læknarnir voru æfðir í að greina og takast á við hin ólíkustu vandamál á skipulagðan og markvissan hátt. Námskeiðinu lauk með stöðluðu ATLS-prófi sem reynir á þolrifin en skemmst er frá því að segja að árangurinn var mun betri en hjá þeim sem við berum okkur gjarnan við. Læknarnir voru mjög ánægðir með námskeiðið og vonumst við til að sérhæft áverkanámskeið verði að árlegum viðburði á Íslandi.

Brynjólfur Mogensen

Er ráðstefna framundan?
Alhliða skipulagning ráðstefna og funda
Engjateigur 5 | 105 Reykjavík | 585-3900 | congress@congress.is | www.congress.is
congress REYKJAVÍK



Á myndinni eru frá vinstri: Daði Vilhjálmsson, Pétur V. Reynisson, Katrín Kristjánsdóttir, Rafn Hilmarsson og Arnar Geirsson. Mynd: Helgi Kjartan Sigurðsson.

Málþing um aðgerðaþjarka

Á nýafstöðnu vísindaþingi Skurðlæknafélgs Íslands (SKÍ), Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands (SGLÍ) og Félags íslenskra fæðinga- og kvensjúkdómalækna (FÍFK) var haldið málþing um notkun aðgerðaþjarka í skurðlækningum (*robotic surgery*). Málþingið þótti takast sérlega vel og var húsfyllir í Kaldalónssal Hörpu. Frummælendur voru allt íslenskir læknar og komu tveir þeirra frá Svíþjóð, Daði Þór Vilhjálmsson sem greindi frá notkun aðgerðaþjarka við ristil- og endaþarmskrabbamein og Pétur V. Reynisson sem lýsti notkun hans í aðgerðum við leghálskrabbameini. Rafn Hilmarsson og Arnar Geirsson, báðir sérfræðingar sem nýlega eru komnir til starfa á Landspítala, greindu síðan frá notkun aðgerðaþjarkans í sínum sérgreinum, það er þvagfæraskurðlækningum annars vegar og hjarta- og lungnaskurðlækningum hins vegar. Allir hafa þessir læknar reynslu af aðgerðaþjarka úr sérnámi sínu erlendis.

Fundarstjórn var í öruggum höndum Katrínar Kristjánsdóttur kvensjúkdómalæknis en hún hefur reynslu af notkun þjarkans.

Tómas Guðbjartsson

Sjúkrahúsið á Akureyri

ÖRYGGI - SAMVINNA - FRAMSÆKNI

Staða sérfræðings í barnalækningum

Laus er til umsóknar 100% staða sérfræðings í barnalækningum og veitist staðan frá 1. ágúst n.k. eða eftir samkomulagi.

Ábyrgðarsvið: Starfinu fylgir vaktskylda, þátttaka í kennslu heilbrigðisstétta, þjálfun aðstoðar- og deildarlækna auk tækifæra til rannsóknavinnu. Starfið felur í sér þjónustu við sjúklinga á legudeild, göngudeild, bráðamóttöku og fæðingadeild.

Hæfniskröfur: Umsækjandi skal hafa fullgild réttindi í barnalækningum. Við leitum að barnalækni með víðtæka reynslu í almennum barnalækningum og grunnþekkingu í nýburalækningum. Þekking í undirsérgrein telst til kosta. Við ráðningu verður lögð áhersla á faglega þekkingu auk hæfileika á sviði samskipta, samvinnu og sjálfstæðra vinnubragða.

Sjúkrahúsið á Akureyri er kennslusjúkrahús, sem veitir almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu. Áhersla er lögð á bráðaþjónustu og helstu sérgreinameðferðir. Barnadeild Sjúkrahússins á Akureyri er eina barnadeildin á landsbyggðinni. Hún þjónar aðallega íbúum Norður- og Austurlands frá fæðingu til 18 ára aldurs. Á deildinni er legudeild með lítilli nýburaeiningu auk fjölbreyttrar göngudeildarstarfsemi. Deildin sinnir öllum almennum lyflækningum barna og léttari vandamálum nýbura, en auk þess dvelja þar börn með sjúkdóma á sviði almennra skurðlækninga, bæklunarlækninga, HNE lækninga og kvensjúkdómalækninga á deildinni.

Næsti yfirmaður er Andrea Andrésdóttir forstöðulæknir barnadeildar sem gefur nánari upplýsingar um stöðuna í síma 4630100 og í tölvupósti *andrea@fsa.is* og Gróa B. Jóhannesdóttir framkvæmdastjóri lyflækningasviðs í síma 4630100 og tölvupósti *groaj@fsa.is*. Starfskjör fara eftir kjarasamningi Fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands.

Umsóknarfrestur er til 31. maí 2014.

Umsóknum skal skilað á umsóknareyðublaði Embættis landlæknis um læknisstöður, sem fæst á vef sjúkrahússins *www.fsa.is* til Þóru Ákadóttur starfsmannastjóra sjúkrahússins eða á netfang *thora@fsa.is*. Umsóknum skulu fylgja ítarlegar upplýsingar um nám og starfsferil ásamt upplýsingum um fræðilegar rannsóknir, rit- og kennslustörf og staðfest afrit af fylgigögnum.

Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin. Gildi Sjúkrahússins á Akureyri eru: ÖRYGGI SAMVINNA FRAMSÆKNI. Við ráðningar í störf er tekið mið af jafnréttisstefnu sjúkrahússins, sem **er reyklaus vinnustaður.**

Erfðarannsóknir og réttur fólks til að vita ekki

Salvör Nordal

doktor í siðfræði og forstöðumaður Siðfræðistofnunar



salvorn@hi.is

Rannsóknir í erfðafræði veita ekki aðeins mikilvægar upplýsingar og þekkingu um orsakir alvarlegra sjúkdóma heldur einnig upplýsingar um þátttakendur í þessum rannsóknum. Á síðustu misserum hefur talsvert verið fjallað um það hvernig hægt sé að nýta þessa þekkingu til hagsbóta fyrir einstaklingana, meðal annars með því að upplýsa þá um stökkbreytingar sem auka áhættu á því að fá alvarlega sjúkdóma eins og krabbamein.

Í vísindarannsóknum í erfðafræði er unnið með dulkóðuð gögn og því verða rannsakendur að fá sérstakt leyfi stjórnvalda til að geta persónugreint þá sem hafa tilteknar stökkbreytingar. Því hefur verið haldið fram að samfélaginu beri að veita einstaklingum upplýsingar um aukna áhættu. Lagt hefur verið til að upplýsingar séu sendar beint til þátttakenda í vísindarannsóknum sem bera til að mynda *BRCA 1* og *2* og eru því í verulega aukinni áhættu til að fá brjóstakrabbamein, enda búi fyrirtæki eins og Íslensk erfðagreining yfir slíkum upplýsingum um alla landsmenn.[1,2] Ýmsar áleitnar spurningar vakna um það hvort og þá hvernig rétt sé að upplýsa einstaklinga að fyrra bragði um slíkar niðurstöður. Þeir sem hafa varað við því að þessi leið sé farin hafa meðal annars bent á þá staðreynd að dæmi eru um að fólk kæri sig ekki um að vita og er þá vísað í réttinn til að vita ekki. Í þessari grein verður meðal annars fjallað um þessar spurningar út frá sjálfræði og réttinum til þess að vita ekki.

Gegn forræðishyggju

Hér áður fyrr tíðkaðist að læknar upplýstu sjúklinga ekki um sjúkdómsþróun eða horfur heldur tóku þeir ákvarðanir með hag sjúklingsins að leiðarljósi án þess að láta sjúklinga sína vita eða gefa þeim kost á að hafa áhrif á ákvörðunina. Á síðustu áratugum hefur forræðishyggja vikið fyrir þeirri meginreglu að virða beri sjálfræði fólks. Áherslan hefur verið lögð á að gefa fólki kost á að taka upplýstar ákvarðanir um eigin heilsu og meðferð. Upplýst samþykki hefur gegnt lykilhlutverki í að vernda sjálfræði, en ein meginforsenda þess að fólk geti veitt upplýst samþykki er að það hafi nægilegar upplýsingar til að geta sjálft tekið ákvarðanir og samþykkt eða hafnað meðferð.

Við göngum gjarnan út frá því að þekking sé til góðs og að við óskum eftir því að vera vel upplýst. Því betur sem við þekkjum líkamlegt og andlegt ástand okkar því betur ættum við að vera í stakk búin til að hafa jákvæð áhrif á heilsufar. Sú hugmynd að upplýsa fólk um verulega aukna áhættu fyrir alvarlegum sjúkdómum virðist við fyrstu sýn vera skynsamleg og í samræmi við áherslu nútímans á sjálfræði og upplýst samþykki. Með því að senda fólki upplýsingar um áhættu fyrir tilteknum sjúkdómum aukum við sjálfræði fólks og tækifæri til að bregðast við áhættu. Stundum, eins og í tilfellum brjóstakrabbameins, er hægt að bregðast við með auknu eftirliti eða jafnvel skurðaðgerðum. Hér sé því kominn valkostur fyrir einstaklinga sem geri þeim kleift að bera aukna ábyrgð á eigin heilsu.

Geta upplýsingar skaðað?

Þrátt fyrir að fólk geti brugðist við erfðaprófum með því að draga verulega úr hættunni á því að fá tiltekna sjúkdóma er staðreyndin sú að margir sækjast ekki eftir því að fá slíkar upplýsingar.[3] Þá er ljóst að fjölmargar konur sækja ekki skoðun í leitarstöð Krabbameinsfélagsins þrátt fyrir bréflega boðun og árangur af slíkri leit.[4] Í þessu samhengi hefur verið viðurkenndur réttur fólks til þess að vita ekki og hefur hann verið staðfestur í mörgum alþjóðlegum viðmiðunum og mannréttindasáttmálum. Til að mynda segir í sáttmála Evrópu um mannréttindi og líflæknisfræði að hver einstaklingur hafi rétt á því að ákveða hvort hann fái upplýsingar um niðurstöður erfðaprófa eða ekki og skuli virða þessa ákvörðun.[5]

Þeir sem varið hafa réttinn til þess að vita ekki niðurstöður erfðarannsókna sem þá varða, það er að segja að vera ekki óumbeðinn upplýstur um þær niðurstöður, hafa borið fyrir sig margvísleg rök. Hér verða tvenn þeirra lítillega rædd. Fyrri rökin snúa að því að upplýsingarnar geti dregið úr lífsgæðum fólks.[6,7] Þrátt fyrir að almennt teljum við vitneskju til bóta, eru fjölmörg dæmi þess að við óskum ekki eftir að vita tiltekna hluti eða fá of nákvæmar lýsingar á atburðum eða aðgerðum. Vitneskja um aðgangsorð að peningageymslum fyrirtækis gæti aukið utanaðkomandi þrýsting frá glæpamönnum sem vilja komast í geymsluhólfið, þannig geta vissar upplýsingar sett okkur í meiri hættu en ef við hefðum þær ekki. Í samhengi við læknisfræðilega greiningu er alþekkt að sumir sjúklingar treysta sér ekki til að fá of nákvæmar upplýsingar um aðgerðir sem þeir hafa samþykkt að undirgangast. Of miklar upplýsingar geta gert fólk óþarflega hrætt við það sem framundan er.

Það er líka alþekkt að jákvæð lífsýn hefur margvísleg áhrif á lífsgæði okkar. Bjartsýni og von eflir okkur gagnvart erfiðum sjúkdómum og dæmi eru um að fólk geti komist yfir ótrúlegar hindranir með jákvæðu viðhorfi. Af þessum sökum getur það verið mun betra fyrir fólk að fá ekki afgerandi niðurstöður úr erfðaprófum eða aðrar upplýsingar sem ræna það voninni. Við vissar aðstæður getur því ákveðin sjálfsblekking gefið okkur fleiri valkosti en upplýsing lokað möguleikum. Því getur verið mjög skiljanlegt að fólk vilji ekki heyra slæmar fréttir eða fá í hendur upplýsingar um verulega aukna áhættu

um tiltekna sjúkdóma. Upplýsingar geta að þessu leyti verið íþyngjandi og skaðað lífsgæði okkar og jafnvel dregið þannig úr viðnámsþrótti okkar áður en sjúkdómurinn hefur gert vart við sig.

Rétturinn til að vita ekki og sjálfræði

Hér að framan var því haldið fram að það að senda fólki upplýsingar um áhættu væri til þess fallið að styrkja sjálfræði þess, þar sem slíkar upplýsingar gefa fólki aukna möguleika á því að taka ábyrgar ákvarðanir um eigið líf og hafa valkosti að takast á við. Þetta er rétt ef við skiljum sjálfræði fyrst og fremst sem hæfnina til að takast á við ólíka valkosti. En sjálfræði hefur fleiri hliðar.

Jørgen Husted bendir á að sjálfræði felst ekki aðeins í því að geta valið milli ólíkra valkosta heldur ekki síður að geta valið lífi sínu tiltekinn farveg og tekið afstöðu til grundvallarspurninga í lífinu með eigin hætti.[8-10] Sjálfræði í þessum síðari skilningi gerir okkur kleift að lifa tilteknu lífi og ákveða þau gildi sem við viljum lifa eftir. Ákvarðanir um mögulega áhættu í framtíðinni geta haft áhrif á þessi atriði, sýn okkar á lífið og sjálfskilning okkar. Tilteknar upplýsingar geta því kollvarpað hugmyndum okkar og framtíðaráformum og þar með tekið af okkur ráðin um mikilvæg atriði. Þegar sjálfræði er skilið þessum skilningi, takmarkar það sjálfræði fólks að gefa því ekki kost á að ákveða sjálft hvort það vill tilteknar upplýsingar eða ekki, því það tekur frá fólki þann möguleika að velja sjálft hvort það velji eina leið fremur en aðra.

Rétturinn til að vita ekki kann að hljóma þversagnakenndur því hann krefst þess að fólk hafi tilteknar upplýsingar til að geta hafnað upplýsingum! Rétturinn til að vita ekki er því ekki réttur til að lifa í vanþekkingu, heldur verður fólk að gera sér grein fyrir því að ákveðnar upplýsingar eru til staðar og skilja hvað í þeim upplýsingum kunni að felast. Í raun má því segja að til þess að nýta sér réttinn til að vita ekki þurfi fólk að vera upplýst um mikilvæga þætti í erfðaprófum og áhættu.

Aðgengi að upplýsingum

Af ofangreindu er ljóst að krafan um rétt til þess að vita ekki er ekki afturhvarf til forræðishyggju eða ósk um að lifa í vanþekkingu. Þvert á móti getur sá réttur tryggt sjálfræði einstaklingsins því að hann gerir kröfu um að hver og einn taki sjálfur ákvörðun um það hvort og þá hvenær hann fái slíkar upplýsingar í hendur. Til þess að svo megi verða þarf að upplýsa almenning um möguleika erfðaprófa og gera þeim sem eftir því leita kleift að nálgast upplýsingar um eigið erfðamengi. Hér þarf því að huga að tvennu. Annars vegar að efla samfélagslega umræðu um efnið þannig að almennir borgarar geri sér grein fyrir því hvaða upplýsingar kunni að vera til staðar og hvernig það getur leitað sér þessara upplýsinga.

Hins vegar þarf að búa svo um hnútana að fólk geti með tiltölulega auðveldum hætti nálgast upplýsingar um sig óski það þess. Eitt áhyggjuefni í tengslum við erfðapróf er að nauðsynlegt sé að fólk hafi aðgang að ráðgjöf samhliða því að það fái upplýsingar um aukna áhættu.[11] Af þessum sökum eigi slík upplýsingagjöf best heima innan heilbrigðisþjónustunnar. Til að mæta þessum áhyggjum mætti hugsa sér að þær erfðaupplýsingar sem nú eru til staðar sem afurð vísindarannsókna séu fluttar inn í sjúkraskrár landsmanna og einstaklingum gert kleift að nálgast upplýsingarnar í gegnum heilbrigðisþjónustuna og í samtali við lækni eða erfðaráðgjafa. Með þessu móti yrðu upplýsingarnar færðar inn á öruggt svæði sem tengdist hagsmunum einstaklingsins sjálfs en ekki yrðu til nýjar skrár um hópa sem væru jafnvel persónugreinanlegar. Með þessu móti væri hægt að tryggja persónuvernd, sjálfræði einstaklinga og virða rétt fólks til að vita ekki.

Heimildir

1. „Hægt að finna alla með genið“, Morgunblaðið 15. maí 2013
2. „Sjö þúsund Íslendingar bera í sér banvænt krabbameinsgen“, Vísir, 16. maí 2013.
3. Árnason V, Eyfjörð JE, Stefánsdóttir V, Jóhannesson J J, Hjörleifsson S. Ætti að segja þátttakendum í vísindarannsóknum frá stökkbreytingum í þeirra eigin BRCA-genum? Læknablaðið 2014; 100: 178-9.
4. „Hef ekki áhuga á að vera nakin hjá ókunnugum lækni“, mbl.is 18. apríl 2014.
5. Samningur um vernd mannréttinda og mannlegrar reisnar við hagnýtingu líffræði og læknisfræði: Stjórnartíðindi nr 54, Reykjavík 2004. http://stjornartidindi.is/Advert.aspx?ID=ed349fcd-27d9-4fba-8237-b5df84a78213 - apríl 2014.
6. Chadwick,R. The philosophy of the right to know and the right not to know. Í Chadwick R. The Right to Know and the Right not to Know. Ashgate, Aldershot 1997.
7. Herring J, Foster C. „Please Don't Tell Me". The Right Not to Know. Camb Q Healthc Ethics 2012; 21: 20-9.
8. Husted J. Autonomy and a right not to Know. Í Chadwick, R. The Right to Know and the Right not to Know. Ashgate, Aldershot 1997.
9. Chadwick R. The Right Not to Know: A Challenge for Accurate Self-Assessment. Philos Psychiatr Psychol 1997; 11: 299-301.
10. Adorno R. The right not to know: an autonomy based approach. J Med Ethics 2004; 30: 435-40.
11. Caulfield T, Ries NM, Ray PN, Shuman C, Wilson B. Direct-to-consumer genetic testing: good, bad or benign? Clin Genet 2010; 77: 101-5.



Íðorðasafnið lagt inn

Þann 27. febrúar síðastliðinn voru handritadeild Þjóðarbókhlöðu afhent til varðveislu öll gögn er varða vinnslu Íðorðasafns lækna, svo og Líffæraheita, Vefjafræðiheita og Fósturfræðiheita. Gögnin eru merk heimild um það mikla starf sem unnið hefur verið á vegum Orðanefndar læknafélaganna. Á myndinni eru frá vinstri: Bjarni Þjóðleifsson, Magnús Snædal, Örn Bjarnason, Bragi Ólafsson fagstjóri handritasafns og Jökull Sævarsson umsjónarmaður sérsafna Þjóðarbókhlöðu.
Mynd: Hávar Sigurjónsson.

Nýting erfðaupplýsinga – Skálholtsumræðan

Reynir Arngrímsson

sérfræðilæknir og dósent, erfða- og sameindalæknisfræðideild Landspítala



reynirar@landspitali.is

Gagnreyndar rannsóknir eru í flestum tilfellum undirstaða heilbrigðisþjónustu eins og við þekkjum í dag. Vísindi tengjast framförum. Þar gildir að kröfur um sönnunarbyrði eru miklar og árangur umfram óvissu og áhættu þarf að vera ótvíræður. Ferli sem felur í sér að meta þýðingu og síðan hrinda í framkvæmd nýtingu á niðurstöðum grunnrannsókna getur verið langdregið og mörg nálaraugu sem þarf að komast í gegnum. Þetta getur átt við um nýjungar í lyfjameðferð, handlækningum og lækningarannsóknum og greiningu. Þýðingarrannsóknir (*translational research*) meta mikilvægi og þýðingu niðurstaðan grunnrannsókna til hagnýtingar í læknisfræði. Fyrir rétt um ári síðan var að undirlagi Íslenskrar erfðagreiningar í samstarfi við læknadeild HÍ og fleiri aðila efnt til málfundar í Skálholti um hvernig mætti með jákvæðum hætti nýta miklar upplýsingar og niðurstöður sem fyrir hendi eru úr víðtækum erfðarannsóknum fyrirtækisins og samstarfsaðila þeirra. Í kjölfarið hefur umræða, sem vísað hefur verið til sem Skálholtsumræðunnar, um hvernig nýta mætti aðgengilegar niðurstöður úr vísindarannsóknum sem heilsufarsupplýsingar, haldið áfram. Þó áhersla hafi verið á erfðaupplýsingar, á þetta ekki síður við aðrar rannsóknarniðurstöður. Mikilvægur þáttur í slíkri umræðu er að skilgreina álitaefni og meta aðgengi að slíkum upplýsingum. Skoða fordæmi og efna til samræðna þeirra sem málið varðar. Í fyrsta lagi fagaðila með reynslu og þekkingu á málefninu og síðar á almennum grunni í samfélaginu. Huga þarf að hefðum og reglum í vísindarannsóknum. Svara spurningum sem lúta að siðfræði og lagalegum hliðum. Meta hagsmuni þátttakenda í rannsóknunum og síðan þjóðfélagsþegnanna á breiðari grunni. Með hliðsjón af erfðaupplýsingum hafa ættingjar sérstöðu sem þarf að taka tillit til.

Gögn sem um ræðir

Í fyrsta lagi er um að ræða niðurstöður vísindarannsókna, til dæmis úr erfðarannsóknum sem framkvæmdar eru með upplýstu samþykki þátttakenda og varðveittar með dulkóðuðu persónuauðkenni og almennt ekki aðgengilegar eða skilgreindar sem heilsufarsgögn við núverandi aðstæður. Krafa um fullkominn aðskilnað persónugreinanlegra upplýsinga og einstefna á upplýsingaflæði, það er að segja frá þátttakanda og ábyrgðaaðila til rannsóknarstofu en ekki til baka, hefur verið að mestu allsráðandi fram til þessa dags en er að breytast hægt og bítandi. Umræðan hlýtur því að snúast um hvort tímabært sé að breyta með afgerandi hætti afstöðu til þessarar meginreglu og möguleikans á að opna fyrir bakflæði á niðurstöðum beint til þátttakenda. Slík þróun á sér þegar stað og í reynd er farið að beita sveigjanlegra upplýstu samþykki sem stuðlar að tvíátta samvinnu þessara aðila. Þetta hefði átt erfitt uppdráttar fyrir skemmstu og afstöðubreytingin er tímanna tákn. Þessu hefur ráðið breyttur skilningur á möguleika á nýtingu á rannsóknarniðurstöðum, afstöðu þátttakenda og kröfur ekki síður en tækniframfarir upplýsingasamfélagsins og að einhverju leyti krafa um klæðskerasniðnar heilbrigðisúrlausnir.

Í öðru lagi er um að ræða afleidd gagnasöfn sem hægt er með tiltölulega einföldum hætti að nýta fyrir aðra en þátttakandann sjálfan og þá fyrst og fremst ættingja en einnig í víðtækari faraldsfræðilegum rannsóknum. Þetta geta verið erfðaupplýsingar, bæði sameindaerfðafræðilegar arfgerðargreiningar og áhættumat svipgerðar unnið með samtengingu á skrám með heilsufarsupplýsingum (til dæmis Krabbameinsskrá) og ættfræðigagnagrunnum. Það síðarnefnda er nú þegar nýtt við krabbameinserfðaráðgjöf, til dæmis við mat á hvort áhætta eða líkur á *BRCA* meinvaldandi stökkbreytingum hjá þeim sem leitar krabbameinserfðaráðgjafar sé af þeirri stærðargráðu að rétt sé að standa að sameindaerfðarannsókn til greiningar og meðferðarákvörðunar. Auðvelt er að yfirfæra slíka aðferðafræði á önnur heilbrigðisvandamál og búa til sértækar eða víðfeðmar ættfræðimeinaskrár.

Hverjum til hagsbóta

Hverjir gætu haft gagn af því að aðgengi að persónubundnum fremur en dulkóðuðum vísindarannsóknaniðurstöðum yrði gert auðveldara? Þeir sem taka þátt í slíkum rannsóknum eru hópur sem vegna veikinda sinna telur að þátttaka geti leitt til framfara á einhvern hátt fyrir hópinn sem á við þann heilsuvanda að stríða, þar með talið þá sjálfa. Yfirleitt er dregið úr þessum væntingum í kynningargögnum sem lagðar eru fyrir áður en þátttakendur eru beðnir um að taka upplýsta ákvörðun um vilja sinn. Þetta geta verið niðurstöður tengdar sjúkdómum sjálfum sem hafa beina þýðingu fyrir þátttakandann, fjölskyldu hans eða fjarskyldari ættingja. Uppgötvun um aðra undirliggjandi sjúkdóma eða óvæntar niðurstöður sem mælt hefur verið með að greina sjúklingum frá ef þeir koma fram í lækningarannsóknum eða skimunarprógrammi.

Aðgengi að víðtæku sameindaerfðafræðigagnasafni sem nær til stórs hluta þjóðarinnar gæti nýst einstaklingum sem óska eftir skimun eða áhættumati vegna erfðasjúkdóma eða heilbrigðisvandamála

sem rekja má til meinvaldandi breytinga í erfðaefni viðkomandi. Þetta getur átt við skilgreinda áhættuhópa. Einnig sem hluti af uppvinnslu og sjúkdómsgreiningu einstaklinga með flókna sjúkdóma eða grun um erfðaheilkenni sem ekki hefur fengist skýring á með fyrri greiningarnálgun.

Miðlun upplýsinga

Ábyrgð vörsluaðila og möguleg miðlun upplýsinga á persónulegum grunni fremur en sem hópniðurstöður þarf að skilgreina. Hafa verður í huga að erfðaefni okkar er að hluta „sameign" með öðrum í sömu ætt og vegna smæðar íslensku þjóðarinnar mætti færa rök fyrir því að um sameiginlega hagsmuni sé að ræða. Hver sá sem fer í erfðapróf er því að veita eða afla upplýsinga sem hafa líka þýðingu fyrir aðra, fjölskyldu og ættingja. Það má þó ekki hindra að ósk viðkomandi um erfðarannsókn sé virt og framkvæmd. Niðurstöður slíkra prófa ber því að umgangast í samræmi við eðli þeirra. Álitaefni hlýtur líka að vera hverjum ber að upplýsa um mögulega heilsufarsógn skyldra aðila sem gæti verið til staðar og er oft niðurstaða slíkra prófa, hvort sem þeirra er aflað sem hluta af meðferð sjúklings eða þátttöku í víðtækum erfðarannsóknum í vísindaskyni. Er réttlætanlegt lagalega og siðfræðilega að varpa ábyrgð á miðlun svona upplýsinga á herðar einstaklingsins sem fór í erfðarannsóknina? Hefur sá sem gerði rannsóknina og gerir sér grein fyrir að hún hefur þýðingu fyrir fleiri en þátttakandann enga ábyrgð að þessu leyti?

Samfélagssamstaða

Í kjölfar Skálholtsfundarins hefur verið haldin málstofa á vegum læknadeildar HÍ og Siðfræðistofnunar. Umræður og skoðanaskipti hafa farið fram á deildarfundi læknadeildar. Fyrirhugað er að halda áfram umræðu um þetta málefni. Til að örva skoðanaskipti og efla samfélagsumræðu um þetta mikilvæga málefni er stefnt að því á síðum *Læknablaðsins* að skrásetja helstu sjónarmið þeirra sem tekið hafa þátt í umræðunni. Þessum pistli er ekki ætlað að varpa ljósi á öll álitaefni sem komið hafa fram heldur fylgja málinu úr hlaði og lýsa aðdraganda þessarar umræðu. Til þessa hafa skoðanaskipti einskorðast að miklu leyti við vísindasamfélagið, tæknileg og siðfræðileg álitaefni ásamt sjónarmiðum þeirra sem hafa með daglega umsýslu með vísindarannsóknum að gera, svo sem leyfisveitingar og stefnumótun í persónuvernd. Skrásetning sjónarmiða á aðgengilegum vettvangi er grundvöllur þess að geta útvíkkað umræðuna í samfélaginu.

Benidette – *Getnaðarvörn til inntöku*

Benidette 150 µg/20 µg, töflur. **Virkt innihaldsefni:** Hver tafla inniheldur 150 µg af desógestreli og 20 µg af etinýlestradíóli. Hjálparefni með þekkta verkun: 1 tafla inniheldur 58 mg af vatnsfríum laktósa.
Ábendingar: Getnaðarvörn til inntöku. **Skammtar og lyfjagjöf:** Benidette er til inntöku.
Töflurnar á að taka daglega á u.þ.b. sama tíma sólarhringsins, með dálitlum vökva ef þarf, í þeirri röð sem fram kemur á pakkningunni. Taka á eina töflu á dag í 21 dag samfellt. Gert er 7 daga töfluhlé áður en byrjað er á næsta spjaldi. Í töfluhléinu verða yfirleitt blæðingar sem byrja venjulega á 2. eða 3. degi eftir að síðasta tafla hefur verið tekin og þeim lýkur e.t.v. ekki fyrr en byrjað er á næsta spjaldi. Hvernig byrjað er að nota Benidette: *Engin hormónagetnaðarvarnarlyf hafa verið tekin áður (mánuðinn á undan).* Byrja á að taka töflurnar á fyrsta degi tíðahrings (þ.e. á fyrsta degi tíðablæðinga). Það má byrja á 2.-5. degi, en fyrstu 7 dagana sem töflurnar eru teknar í fyrsta tíðahring er ráðlagt að nota jafnframt aðra getnaðarvörn án hormóna. *Þegar skipt er frá samsettum getnaðarvarnarlyfjum með hormónum (samsettum getnaðarvarnartöflum, skeiðarinnleggi eða forðaplástri).* Best er að byrja að taka Benidette daginn eftir að síðasta virka getnaðarvarnartaflan úr fyrri tegund getnaðarvarna er tekin (síðasta taflan sem inniheldur virku efnin) en í síðasta lagi daginn eftir venjulegt töfluhlé eða inntöku síðustu lyfleysutöflunnar (töflur sem ekki innihalda virk efni). Ef notað hefur verið skeiðarinnlegg eða forðaplástur er best að hefja notkun Benidette sama dag og innlegg er fjarlægt eða plástur er fjarlægður. Konan getur einnig byrjað í síðasta lagi á þeim degi sem hefja á notkun á nýjum hring eða plástri. *Við skipti frá hreinum gestagenlyfjum (míni-pillu, stungulyfi, lyfi í vef eða lykkju í legi sem hefur að geyma gestagen).* Skipta má frá míni-pillu hvaða dag sem er (við skipti frá lyfi í vef (implant) eða lykkju í legi, þann dag sem vefjalyfið eða lykkjan er fjarlægð; við skipti frá stungulyfi, þegar gefa hefði átt stungulyfið næst). Í öllum þessum tilvikum er ráðlagt að nota getnaðarvörn án hormóna samtímis fyrstu 7 dagana, sem töflurnar eru teknar. *Eftir fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu.* Hægt er að byrja að taka töflurnar strax. Sé það gert er ekki nauðsynlegt að nota aðra getnaðarvörn samtímis. *Eftir fæðingu eða fósturlát á öðrum þriðjungi meðgöngu.* Ráðlagt er að byrja notkun lyfsins á 21.-28. degi eftir fæðingu eða fósturlát á öðrum þriðjungi meðgöngu. Sé byrjað seinna að nota lyfið er jafnframt ráðlagt fyrstu 7 dagana sem lyfið er tekið að nota aðra getnaðarvörn án hormóna. Hafi konan þegar haft samfarir skal útiloka þungun áður en byrjað er að taka Benidette eða bíða eftir fyrstu blæðingum. Ef gleymst hefur að taka töflur: Getnaðarvörn minnkar ekki **ef færri en 12 klst.** hafa liðið frá því að gleymdist að taka töflu. Taka skal töfluna um leið og munað er eftir því og halda síðan áfram töflutöku eins og áður. Getnaðarvörn getur minnkað **ef fleiri en 12 klst.** hafa liðið frá því að gleymdist að taka töflu. Í þeim tilvikum skal fylgja eftirfarandi tveimur grundvallarreglum: 1. Aldrei má fresta töflutöku lengur en sem nemur 7 dögum. 2. 7 daga samfellda töflutöku þarf til þess að ná nægilegri bælingu undirstúku-heiladinguls-eggjakerfis-öxuls.
Því má gefa eftirfarandi almennar ráðleggingar:
1. vika. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir því, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun taflnanna haldið áfram á venjulegum tíma. Aðra getnaðarvörn án hormóna, t.d. verjur, skal nota samhliða næstu 7 daga. Hafi konan haft samfarir síðastliðna 7 daga skal hafa í huga möguleika á þungun. Því fleiri töflur sem hafa gleymst og því nær töfluhléi sem það er, þeim mun meiri hætta er á þungun.
2. vika. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun taflnanna haldið áfram á venjulegum tíma. Hafi töflurnar verið teknar inn á réttan hátt í 7 daga, áður en gleymdist að taka töflu, er ekki nauðsynlegt að gera aðrar ráðstafanir til getnaðarvarnar. Sé það hins vegar ekki raunin eða ef fleiri en ein tafla hefur gleymst, skal ráðleggja konum að nota aðra getnaðarvörn næstu 7 daga.
3. vika. Hætta er á að öryggi sé minna þar sem komið er nálægt töfluhléi. Þó er hægt að koma í veg fyrir að öryggi minnki með því að breyta inntöku taflnanna. Ef farið er eftir öðrum af eftirtöldum tveimur valkostum er því ekki nauðsynlegt að gera aðrar ráðstafanir til getnaðarvarnar, að því tilskildu að allar töflurnar hafi verið teknar inn á réttan hátt síðustu 7 daga áður en gleymdist að taka töfluna. Ef svo er ekki, er ráðlagt að fylgja fyrri valkosti auk þess að nota aðra getnaðarvörn samtímis næstu 7 daga. 1. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir því, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun lyfsins haldið áfram eins og áður. Byrja skal á næsta töfluspjaldi strax og lokið er við töflurnar af fyrra spjaldinu, þ.e.a.s. ekkert töfluhlé er haft á milli spjalda. Líklegt er að blæðingar verði ekki fyrr en lokið er töku seinna töfluspjaldsins, en blettablæðingar eða millliblæðingar geta orðið meðan á töku þessara taflna stendur. 2. Einnig getur verið ráðlegt að hætta að taka töflur af töfluspjaldi sem er í notkun. Þá skal gera allt að 7 daga töfluhlé að meðtöldum þeim dögum sem gleymdist að taka töflurnar og byrja síðan á næsta töfluspjaldi. Hafi gleymst að taka töflur og blæðingar verða ekki í næsta venjulega töfluhléi, á að hafa í huga möguleika á þungun. **Frábendingar:** Ekki á að nota samsettar getnaðarvarnartöflur í eftirfarandi tilvikum. Komi þau fyrst fram við notkun getnaðarvarnartaflna, skal notkun þeirra hætt strax: Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Segamyndun eða saga um segamyndun í bláæð (segamyndun í djúpbláæðum, lungnablóðrek). Segamyndun eða saga um segamyndun í slagæð (t.d. heilablóðfall, hjartadrep) eða fyrirboðar um segamyndun (t.d. hjartaöng eða skammvinn heilablóðþurrð). Heilablóðfall eða saga um heilablóðfall. Alvarlegir áhættuþættir, einn eða fleiri, um segamyndun í slagæðum: sykursýki með fylgikvillum í æðum. Alvarlegur háþrýstingur. Alvarleg röskun á fituprótеinmagni í blóði. Arfgeng eða önnur þekkt tilhneiging til segamyndunar í bláæðum eða slagæðum svo sem þol gegn virku C-próteini (APC), skortur á andtrombíni III, skortur á C-próteini, skortur á S-próteini, of mikið hómósystín í blóði eða andfosfólípíð mótefni (anticardiolipin-mótefni, lúpus storkuvari). Brisbólga eða saga um brisbólgu samhliða alvarlegri hækkun á þríglýseríðum í blóði. Alvarlegur lifrarsjúkdómur eða saga um slíkt hafi niðurstöður úr lifrarprófum ekki orðið eðlilegar aftur. Lifraræxli (góðkynja eða illkynja) eða saga um slíkt. Illkynja kynhormónaháð æxli (t.d. í kynfærum eða brjóstum) eða grunur um slíkt. Blæðingar frá leggöngum af óþekktum orsökum. Saga um mígreni með staðbundnum, taugafræðilegum einkennum. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkning og hámarksverð í smásölu (júní 2013):** 150/20 mcg, 63 stk.: 2.852 kr. **Afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC ehf. Frekari upplýsingar: www.actavis.is, s. 550-3300. **Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 13.5.2013. *Maí 2013.*

Actavis

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 316081

Erfðaráðgjöf vegna krabbameina

Vigdís Stefánsdóttir
erfðaráðgjafi á erfða- og sameindalæknisfræðideild Landspítala



Óskar Þór Jóhannsson
sérfræðilæknir á lyflækningasviði Landspítala

Jón Jóhannes Jónsson
prófessor og yfirlæknir á erfða- og sameindalæknisfræðideild Landspítala

vigdisst@landspitali.is

Hugtakið erfðaráðgjöf var fyrst notað af dr. Sheldon C. Reed, höfundi hinnar sígildu bókar *Counseling in Medical Genetics*. Hann áttaði sig á nauðsyn þess að aðstoða fólk við að skilja erfðir og afleiðingar arfgengra sjúkdóma.[1] Erfðaráðgjöf er nú víðast hvar hluti af starfsemi stærri spítala, hér á erfða- og sameindalæknisfræðideild (ESD) á Landspítala. Við erfðaráðgjöf eru hafðar að leiðarljósi siðareglur erfðaráðgjafa en ekki síður þau orð dr. Reed að „erfðaráðgjöf skuli veitt með samhygð, skýru orðalagi og án söluræðu".[2-4]

Erfðaráðgjöf á Íslandi

Í júní 2006 tók til starfa formleg erfðaráðgjafaeining á ESD. Í desember sama ár hófst samstarf lyflækningasviðs og ESD um krabbameinserfðaráðgjöf sem síðan hefur vaxið jafnt og þétt. Af þeim 2500 manns sem leitað hafa erfðaráðgjafar frá miðju ári 2006, komu rúmlega 1200 vegna krabbameina, langoftast vegna sögu um brjósta- og eggjastokkakrabbamein en einnig vegna sögu um krabbamein í blöðruhálsi, ristli, nýrum og brisi. Sjálfsvísanir eru algengar en það helgast að nokkru leyti af því að erfðavandamál er ekki vandamál eins einstaklings heldur fjölskyldunnar allrar. Tilvísunum frá fagfólki fer þó fjölgandi eftir því sem þekking vex á skilmerkjum arfgengra krabbameina. Nýlega hófst krabbameinserfðaráðgjöf á Sjúkrahúsi Akureyrar og er erfðaráðgjafi þar á nokkurra vikna fresti.

Almenn skilmerki fyrir erfðaráðgjöf vegna krabbameina eru meðal annars:

- Krabbamein greinist á óvanalega ungum aldri.
- Fleiri en ein tegund krabbameina hjá einstaklingi.
- Krabbamein í pöruðum líffærum.
- Tengd krabbamein hjá náskyldum einstaklingum.
- Tengd krabbamein í þremur eða fleiri kynslóðum.
- Sjaldgæf og/eða óvanaleg krabbamein í fjölskyldu, til dæmis brjóstakrabbamein hjá karli.
- Þekktar landnemabreytingar hjá þjóð eða þjóðarbroti.
- Þekkt sjúkdómsvaldandi stökkbreyting í fjölskyldu.[5]

Ferli

Við tímabókun eru teknar niður upplýsingar um ráðþega og spurt hvort stökkbreyting sé þekkt í fjölskyldunni. Sé svo kemur viðkomandi í arfberarannsókn. Í samræmi við reynslu í öðrum löndum og vegna mikillar aukningar í krabbameinserfðaráðgjöf er erfðaráðgjöf vegna arfberarannsóknar stundum veitt í síma.[6]

Sé ekki þekkt stökkbreyting í fjölskyldunni fær ráðþegi sent upplýsingaskjal um erfðaráðgjöfina í tölvupósti eða venjulegum pósti.[7] Í fyrsta viðtali er ættartré teiknað eftir upplýsingum ráðþega sem einnig undirritar leyfi um ættrakningu og samkeyrslu við Krabbameinsskrá. Leyfið er notað til að fá upplýsingar fyrir rafrænt ættartré með nákvæmum krabbameinsupplýsingum. Ferlið er svipað og í öðrum löndum með þeim undantekningum sem sérstaða Íslands leyfir varðandi þær nákvæmu upplýsingar hægt er að nálgast með samstarfi við Erfðafræðinefnd Háskóla Íslands og Krabbameinsskrá.[8-10] Ráðþegi fær ekki að sjá rafræna ættartréð vegna persónuverndar.

Þegar ættartré liggur fyrir er farið yfir það af krabbameinslækni með sérþekkingu í erfðafræði krabbameina og erfðaráðgjafa. Vegna ættlægs brjósta- eða eggjastokkakrabbameins er oftast gert áhættumat sem byggir annars vegar á alþjóðlegum leiðbeiningum og hins vegar á áhættureikniforritinu Boadicea.[5,11] Síðan er ráðþega boðið viðtal við krabbameinslækni og/eða erfðaráðgjafa. Séu litlar líkur á að um arfgengi sé að ræða, er ráðþega sagt það í síma eða bréfi. Séu auknar líkur á öðrum ættlægum krabbameinum en brjósta- og eggjastokkakrabbameini er ráðþega boðið að hitta sérfræðing á því sviði.

Farið er yfir upplýsingar úr ættartré með ráðþega og boðin erfðarannsókn ef við á. Erfðarannsókn er gerð fyrst hjá einstaklingi með sjúkdóm. Ef það á ekki við um ráðþega sjálfan þarf hann að hafa samband við þann ættingja sem líklegastur er. Sé líklegasti einstaklingur látinn, er fengið leyfi nánasta eftirlifandi ættingja til að fá sýni úr lífsýnasafni til greiningar, sé það til.[12]

Niðurstaða og eftirfylgni

Niðurstaða er veitt í síma eða viðtali að vali ráðþega. Arfberi fær bréf með niðurstöðu og samantekt og almennt, nafnlaust upplýsingabréf sem hægt er að dreifa til ættingja. Jafnframt er boðið viðtal innan nokkurra daga við krabbameinslækni og erfðaráðgjafa. Þá eru veittar upplýsingar um eftirlit, mögulegar fyrirbyggjandi aðgerðir og annað sem ræða þarf. Þegar um er að ræða stökkbreytingu, til dæmis í *BRCA1* og *BRCA2* genum, er kvenkyns arfbera vísað áfram í eftirlit hjá brjóstateymi og kvensjúkdómalækni. Sé arfberi karl, er honum vísað til þvagfæralæknis sem hefur eftirlit með *BRCA2* arfberum. Verið er að skipuleggja eftirlit með þeim sem teljast í aukinni áhættu vegna briskrabbameina, nýrnakrabbameina og meltingarfærakrabbameina og munu sérfræðingar í þeim

sjúkdómum vinna með erfðaráðgjafateymi eftir því sem við á.

Að senda ráðþegum upplýsingabréf til dreifingar til ættingja hefur reynst vel ásamt öðrum leiðum sem ráðþegar nota til að kynna sjúkdómsvaldandi stökkbreytingar innan fjölskyldu. Dæmi eru um að fjölskyldur hafi myndað lokaða hópa á samfélagsmiðlum þar sem meðal annars er dreift upplýsingum um stökkbreytingar sem hafa fundist, hvert á að leita eftir erfðaráðgjöf og fleira. Fréttir berast hratt í þessu umhverfi.

Fjöldi

Frá ársbyrjun 2007 til marsloka 2014 var gerð erfðarannsókn hjá 820 einstaklingum þar sem leitað var að íslensku landnemabreytingunum í *BRCA1* og *BRCA2* genum. Af þeim voru 225, eða um 28%, með breytingu í öðru hvoru geninu. Að auki fundust nokkrar aðrar breytingar í sýnum sem send voru til útlanda í frekari rannsóknir þegar íslensku breytingarnar fundust ekki og Boadica-skor var hærra en 10%. Meirihluti kom í arfberarannsókn, sem skýrir hátt hlutfall greininga. Um fjórðungur þeirra sem reyndust arfberar hafði greinst með krabbamein fyrir komu.

Til umhugsunar

Ekki vilja allir fara í erfðarannsókn og vilja flestir ákveða sjálfir hvar, hvort og hvenær þeir fá upplýsingar um arfgerð sína. Vilji einhver fara í arfberarannsókn þó foreldri vilji ekki vita sína arfgerð er það rætt sérstaklega. Annað sem hafa þarf í huga er kvíði um að upplýsingar um arfgerð geti minnkað möguleika á vinnu eða tryggingum eins og rætt er í nýlegri grein.[13,14] Vonandi eru þær áhyggjur óþarfar hér á landi en eigi að síður er mikilvægt að muna að erfðaupplýsingar eru á ýmsa vegu öðruvísi en aðrar heilbrigðisupplýsingar og ber að gæta ítrasta trúnaðar við meðhöndlun þeirra.

Heimildir

1. Reed SC. Counseling in medical genetics. Acta Genet Stat Med 1957; 7: 473-80.
2. Anderson VE. Sheldon C. Reed Ph.D. (November 7, 1910-February 1, 2003): genetic counseling, behavioral genetics. Am J Hum Genet 2003; 73: 1-4.
3. Counsellors NSoG. NSGC CODE OF ETHICS. USA: National Society of Genetic Counselors. nsgc.org/p/cm/ld/fid=12. - apríl 2014.
4. ESHG/EBMG. Core Competences for Genetic Counsellors. ESHG/EBM; 2013.
5. Network NCC. NCCN Clinical Praictice Guidelines in Oncology - Breast Cancer USA: NCCN; 2014 nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/breast.pdf. - apríl 2014.
6. Schwartz MD, Valdimarsdottir HB, Peshkin BN, Mandelblatt J, Nusbaum R, Huang AT, et al. Randomized noninferiority trial of telephone versus in-person genetic counseling for hereditary breast and ovarian cancer. J Clin Oncol 2014; 32: 618-26.
7. Landspítali. Upplýsingabréf. 2010.
8. Tulinius H. Multigenerational information: the example of the Icelandic Genealogy Database. Methods Mol Biol 2011; 675: 221-9.
9. Krabbameinsskrá Íslands. Krabbameinsskrá Íslands 2013. krabb.is - apríl 2014.
10. Stefansdottir V, Arngrimsson R, Jonsson JJ. Iceland-genetic counseling services. J Genet Counsel 2013; 22: 907-10.
11. Lee AJ, Cunningham AP, Kuchenbaecker KB, Mavaddat N, Easton DF, Antoniou AC, et al. BOADICEA breast cancer risk prediction model: updates to cancer incidences, tumour pathology and web interface. Brit J Cancer 2014; 110: 535-45.
12. Lífsýnasöfn. landspitali.is/klinisk-svid-og-deildir/rannsoknarsvid/lifsynasofn/ - apríl 2014.
13. PEIKOFFAPRIL K. Fearing Punishment for Bad Genes. New York Times 2014.
14. Joly Y, Burton H, Knoppers BM, Feze IN, Dent T, Pashayan N, et al. Life insurance: genomic stratification and risk classification. Eur J Hum Genet 2014; 22: 575-9.

Hvatningarverðlaun Jónasar Magnússonar

Helgina 4.-5. apríl síðastliðinn fór fram Sameiginlegt vísindaþing Skurðlæknafélags Íslands (SKÍ) og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélags Íslands (SGLÍ) í Hörpu en í ár kom Félag íslenskra fæðinga- og kvensjúkdómalækna (FÍFK) einnig að þinginu. Þingið tókst mjög vel og það sátu hátt í 350 manns sem er nýtt þátttökumet.

Fyrir þingið voru valin 5 bestu erindi læknanema eða unglæknis úr 43 innsendum ágripum. Þessi erindi kepptu síðan til Hvatningarverðlauna sem kennd eru við Jónas Magnússon prófessor og fór keppnin fram í Kaldalónssal Hörpu á laugardeginum.

Sigur úr býtum bar Eyþór Björnsson læknanemi á 4. ári fyrir verkefnið: *Algengir erfðaþættir krabbameinssjúkdóms hafa áhrif á útbreiðslu sjúkdómsins*. Þetta er framhald af þriðja árs verkefni Eyþórs við læknadeild Háskóla Íslands sem hann hefur unnið frekar í á síðastliðnu ári í samstarfi við Íslenska erfðagreiningu og lækna á Landspítala, meðal annars Guðmund Þorgeirsson prófessor.



Mynd af keppendum. Frá vinstri: Tómas Andri Axelsson læknanemi, Simon Morelli deildarlæknir, Karl Erlingur Oddason deildarlæknir, Laufey Dóra Áskelsdóttir læknanemi og Eyþór Björnsson læknanemi sem fékk Hvatningarverðlaun Jónasar Magnússonar. Myndina tók Helgi Kjartan Sigurðsson.

ISBET: 30186

NÝ MEÐFERÐ

VIÐ EINKENNUM OFVIRKRAR ÞVAGBLÖÐRU EFTIR 25 ÁR MEÐ ANDKÓLÍNVIRKUM LYFJUM

- Nýr verkunarháttur[1,2]
- Áhrif á öll aðaleinkenni ofvirkrar þvagblöðru[1,2]
- Munnþurrkur sambærilegur og við notkun lyfleysu[1,2]

Betmiga™ 50 mg
mirabegron

Sérlyfjatexti á bls. 315

Fyrsti β_3-örvinn við ofvirkri þvagblöðru

Heimildir: 1. Khullar et al. Eur Urol 63: (2013); 283–295. **2.** Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395

Læknar eru hvattir til að koma á framfæri við ritstjórn eða pistlahöfund ábendingum um efni sem þeir vilja að fjallað verði um.



Dögg Pálsdóttir
lögfræðingur
Læknafélags Íslands

DoggP@lis.is

Trúnaðarlækningar

Í mörgum kjarasamningum er notað hugtakið *trúnaðarlæknir* í tengslum við óvinnufærni starfsmanns vegna veikinda eða slyss. Efnisatriði kjarasamningsákvæða um þetta efni eru oftast þau að sé starfsmaður óvinnufær skuli hann þegar tilkynna það yfirmanni, sem ákveður hvort læknisvottorðs skuli krafist og hvort það skuli vera frá trúnaðarlækni. Þá eru oft í kjarasamningum ákvæði um það að starfsmanni sé skylt vegna óvinnufærni af völdum veikinda eða slyss að gangast undir hverja þá venjulegu og viðurkenndu læknisrannsókn sem trúnaðarlæknir kann að telja nauðsynlega til þess að skorið verði úr því hvort forföll séu lögmæt, enda sé kostnaður vegna viðtals við lækni og nauðsynlegra læknisrannsókna greiddur af launagreiðanda.

Stundum er sérstaklega vikið að því í kjarasamningi að launagreiðandi ráði lækni til þess að annast nauðsynlegt eftirlit með heilbrigði og heilsuvernd starfsmanna en jafnframt tekið fram að læknirinn sé einnig trúnaðarlæknir launagreiðandans að því er varðar framkvæmd eftirlits með fjarvistum vegna veikinda.

Það er því nokkuð algengt að launagreiðendur, einkum á fjölmennari vinnustöðum, ráði lækni til trúnaðarlæknisstarfa eða geri samning við fyrirtæki sem bjóða trúnaðarlækningaþjónustu.

Um trúnaðarlækningar eru engar lögfestar reglur. Siðfræðiráð Læknafélags Íslands tók saman fyrir nokkrum árum leiðbeiningar um trúnaðarlækningar.[1] Í þessum pistli verður fjallað um trúnaðarlækningar, meðal annars með hliðsjón af leiðbeiningum Siðfræðiráðs.

Trúnaðarlækningar eru læknisstörf unnin í fyrirtækjum og stofnunum. Litið er svo á að allir læknar sem hafa almennt lækningaleyfi hér á landi geti tekið að sér slík störf. Í öllum störfum sínum er trúnaðarlæknir bundinn ákvæðum laga og reglna sem um læknisstarfið gilda, sem og siðareglum lækna.

Trúnaðarlæknir er faglega sjálfstæður í öllum trúnaðarlæknisstörfum sínum. Mikilvægt er að trúnaðarlæknir gæti þess að starfsmaður geri sér grein fyrir að sem trúnaðarlæknir hafi hann ákveðnum skyldum að gegna gagnvart fyrirtæki eða stofnun sem hefur ráðið hann til starfa.

Litið er svo á trúnaðarlæknir geti aldrei verið heimilislæknir starfsfólks þó sumir vinnustaðir bjóði starfsmönnum sínum upp á reglulega viðtalstíma við trúnaðarlækninn. Í slíkum tilvikum skiptir miklu að starfsmenn geri sér grein fyrir stöðu trúnaðarlækna.

Gert er ráð fyrir að trúnaðarlæknir veiti launagreiðanda ráðgjöf varðandi hollustuhætti, forvarnir og læknisfræðileg málefni viðkomandi starfsemi fyrirtækis hans. Sömuleiðis er gert ráð fyrir að trúnaðarlæknir leitist við að leiðbeina starfsmönnum um forvarnir, heilsuvernd og þess háttar. Í raun munu þó verkefni trúnaðarlækna vegna fjarvista starfsmanna af völdum veikinda eða slysa oftast vera fyrirferðarmesti hluti starfans.

Í framkvæmd fara trúnaðarlæknastörf oftast þannig fram að launagreiðandi fær vottorð læknis um fjarvistir starfsmanns vegna veikinda eða slyss. Flestir læknar nota við þessa vottorðagerð staðlað form sem er til dæmis í Sögukerfinu og heitir læknisvottorð til atvinnurekanda v/fjarvista. Í texta vottorðsins segir meðal annars: *Sé óskað nánari upplýsinga um sjúkdóm/slys skal trúnaðarlæknir snúa sér til læknis þess er vottorð ritaði.* Ef launagreiðandinn telur þörf á því að skoða nánar ástæður þeirrar fjarvistar starfsmannsins sem um er fjallað í vottorðinu, felur hann trúnaðarlækni fyrirtækisins málið.

Í samskiptum milli læknis sem gefur út fjarvistavottorð og trúnaðarlæknis verður að líta svo á að hinum fyrrnefnda beri að svara öllum spurningum trúnaðarlæknisins er lúta að efni fjarvistavottorðsins og þar með þeim veikindum eða því slysi starfsmannsins, sem er ástæða fjarvista hans. Trúnaðar- og þagnarskylda læknisins sem gaf út fjarvistavottorðið kemur ekki í veg fyrir að hann svari slíkum spurningum trúnaðarlæknisins. Telja verður að sú skylda komi í veg fyrir að læknir svari hugsanlegum spurningum trúnaðarlæknis um heilsufar starfsmannsins sem eru utan við efni fjarvistavottorðsins.

Áður er vikið að því að fyrirtæki bjóði upp á trúnaðarlækningar og jafnvel fjarvistaskráningu vegna veikinda eða slysa. Í þeim tilvikum gerir launagreiðandi samning við fyrirtækið um fjarvistaskráninguna og tilkynnir síðan starfsmönnum sínum að fjarvistir vegna veikinda eða slysa beri að tilkynna fyrirtækinu.

Spyrja má hvort starfsmanni sé skylt að una því að launagreiðandi gefi honum fyrirmæli um að tilkynna fyrirtæki af þessu tagi um fjarvistir sínar vegna veikinda eða slysa í stað þess að leita til heilsugæslustöðvar eða heimilislæknis og afla fjarvistavottorðs. Á þetta hefur reynt hjá Persónuvernd í úrskurði nr. 2007/870 í svokölluðu „Grundarmáli“.[2] Af niðurstöðukafla úrskurðarins er ljóst að slíkt framsal á skráningu fjarvista er heimilt að uppfylltum öðrum skilyrðum laga um meðferð persónuupplýsinga og persónuvernd nr. 77/2000. Í úrskurðinum er meðal annars á því byggt að kjarasamningsákvæði sem starfsmaðurinn starfaði eftir kröfðust þess að fjarvistir væru tilkynntar og skráðar. Fram kemur í úrskurðinum að skráning á eðli veikinda sé ekki heimil, hvorki launagreiðanda né þeim sem hann felur slíka vinnslu.

Skoðun á trúnaðarlækningum og þeim takmörkuðu leiðbeiningum sem til eru um þær sýnist gefa fullt tilefni til að settar verði ítarlegri reglur um starfsemina.

1. lis.is/sidfraedi/umsagnir%20sidfraedirads/nanar/4919/trunadarlaekningar
2. Úrskurðurinn er á heimasíðu Persónuverndar: personuvernd.is/efst-a-baugi/urskurdir-og-alit/2008/greinar/nr/758. Á sambærilegt álitaefni reyndi í áliti Persónuverndar frá árinu 2011. Álitið er á slóðinni: personuvernd.is/efst-a-baugi/urskurdir-og-alit/2011/greinar/nr/1180



Sigurður Guðmundsson, Fjóla Dögg Sigurðardóttir og Bryndís Sigurðardóttir. Ljósm. Sæmundur Rögnvaldsson.



Pétur Sólmar Guðjónsson og Reynir Tómas Geirsson. Ljósm. Fjóla Dögg Sigurðardóttir.



Ragnhildur Hauksdóttir og Guðrún Eiríksdóttir. Ljósm. Jón Guðmundsson.

Frá stjórn Félags læknanema

Félag læknanema hefur frá árinu 1995 veitt verðlaun til kennara eða námskeiða sem þykja skara fram úr í kennslu og þjálfun læknanema við Háskóla Íslands. Val á þeim sem hljóta kennsluverðlaunin fer fram í kosningum þar sem nemendur tilnefna kennara eða áfanga sem þeim þykja skara framúr. Á árshátíð Félags læknanema sem haldin var 15. mars síðastliðinn var tilkynnt hverjir hefðu hlotið þessa viðurkenningu og voru niðurstöðurnar eftirfarandi:

Kennsluverðlaun skólaárið 2013-2014 hlutu feðginin Sigurður Guðmundsson og Bryndís Sigurðardóttur smitsjúkdómalæknar fyrir framlag sitt til kennslu læknanema á lyflækningasviði Landspítalans.

Reyni Tómasi Geirssyni prófessor í fæðinga- og kvensjúkdómalækningum voru að þessu sinni veitt sérstök heiðursverðlaun fyrir framlag sitt til kennslu ásamt dýrmætu starfi í þágu Ástráðs, forvarnarfélags læknanema.

Guðrún Eiríksdóttir hlaut viðurkenningu fyrir framlag sitt til þjálfunar og kennslu læknanema sem almennur læknir á skurðsviði Landspítalans.

Það er stjórn Félags læknanema afar ánægjulegt að veita viðurkenningu sem þessa fyrir hönd nemenda. Verðlaununum er ætlað að vera kennurum hvatning ásamt því að veita nemendum tækifæri til að þakka fyrir vel unnin störf í þeirra þágu.

Meðfylgjandi myndir voru teknar við þetta tækifæri.

Fjóla Dögg Sigurðardóttir

REGION HALLAND SÖKER

Överläkare

till Hudkliniken, Hallands sjukhus
Välkommen att kontakta verksamhetschef
Jonas Larsson, tfn 035-13 46 77 alt 0727-29 06 77.

Mer information om
tjänsten hittar du på
www.regionhalland.se/jobb

BÄSTA LIVSPLATSEN
Region Halland

Heimilislæknaþingið 2014

Egilsstöðum 3.-4. október

Heimilislæknaþing Félags íslenskra heimilislækna verður haldið á Hótel Héraði dagana 3.-4. október 2014. Skráning er á *thorunn@islandsfundir.is* fyrir 5. september.

Eins og á fyrri þingum verða kynntar rannsóknir, rannsóknaráætlanir og þróunarverkefni í erindum og veggspjöldum. Útdráttum (sbr leiðbeiningar að neðan) skal skila til Emils L. Sigurðssonar á emilsig@hi.is og er skilafrestur til 25. ágúst næstkomandi. Ágripin verða birt í sérstöku riti þingsins.

Útdráttur á rannsókn skal rúmast á einu A4-blaði með hefðbundnum spássíum og hægri jöfnun. Texti getur að jafnaði verið um 300-350 orð.

- Letur: Times New Roman.
- Leturstærð 16 í fyrirsögn og 14 í megintexta.
- Nota skal lágstafi í fyrirsögn.
- Á eftir fyrirsögn koma nöfn höfunda.
- Undirstrikið nafn flytjanda/aðalhöfundar ásamt vinnustað hans og tölvupóstfangi.

Ef um hefðbundna megindlega rannsókn er að ræða, skal megintexta skipt í Bakgrunnur; Tilgangur; Efniviður og aðferðir; Niðurstöður og Ályktanir. Framsetning eigindlegra (kvalitative) rannsókna getur verið frjálslegra, en kaflaskipti æskileg. Að jafnaði er ekki gert ráð fyrir heimildalista í útdrætti.

Á þinginu verður jafnframt umfjöllun á vegum gæðaþróunarnefndar. Þinginu lýkur með aðalfundi Félags íslenskra heimilislækna laugardaginn 4. október.

Nánari dagskrá verður send í tölvupósti til félagsmanna þegar nær dregur.

Fyrir hönd undirbúningsnefndar

Jón Steinar og **Salome**



LD1140201

flútikasón + formóteról

flutiform®

nýr valkostur í meðferð astma

Fyrsta astmalyfið sem sameinar sterkan barkstera, flútikasón[1] og hraðvirkan β2 örva, formóteról[2]

– Sterkur barksteri[1] og hraðvirkur LABA[2]*

– Sýnilegur skammtateljari

– 3 styrkleikar



Ábending: Flutiform® er ætlað til reglulegrar meðferðar við astma þegar notkun samsetts lyfs (innúðalyfs með barkstera og langvirkum β2 örva) er viðeigandi[3]
Flutiform®50/5 og 125/5 fyrir fullorðna og unglinga (>12 ára), flutiform® 250/10 fyrir fullorðna (>18ára)

Sérlyfjatexti á bls. 315

norpharma

flutiform®
fluticason + formoterol

Heimildir: 1. Adams, N. P. et al. Copyright© 2010, The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2. Bodzenta-Lukaszyk, A. et al. Respiratory Medicine (2011) 105, 674-682 3. Samantekt á eiginleikum lyfs (spc) www.serlyfjaskra.is *LABA = formóteról

Forxiga **10 mg filmuhúðaðar töflur.** AstraZeneca. A 10 BX 09. SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS – Styttur texti SPC. ▼ Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti.

AstraZeneca

Innihaldslýsing: Hver tafla inniheldur dapagliflozin propanediol einhýdrat sem jafngildir 10 mg af dapagliflozini. Hjálparefni með þekkta verkun: Hver tafla inniheldur 50 mg af vatnsfríum laktósa. **Ábendingar:** Forxiga er ætlað fullorðnum, 18 ára og eldri, með sykursýki af tegund 2, til þess að bæta stjórn á blóðsykri sem: **Einlyfjameðferð:** Þegar sérstakt mataræði og hreyfing eingöngu hefur ekki nægt til að ná stjórn á blóðsykri hjá sjúklingum sem álitið er að metformin henti ekki vegna óþols. **Samsett viðbótarmeðferð:** Ásamt öðrum blóðsykurslækkandi lyfjum, þ.m.t insúlíni, þegar þau ásamt sérstöku mataræði og hreyfingu veita ekki nægjanlega stjórn á blóðsykri. **Skammtar og lyfjagjöf: Skammtar:** *Einlyfjameðferð og samsett viðbótarmeðferð:* Ráðlagður skammtur er 10 mg af dapagliflozini einu sinni á sólarhring í einlyfjameðferð og sem samsett viðbótarmeðferð með öðrum blóðsykurslækkandi lyfjum, þ.m.t. insúlíni. Þegar dapagliflozin er notað samhliða insúlíni eða lyfjum sem örva insúlínseytingu, eins og súlfónýlúrealyfi, skal íhuga að minnka skammt insúlíns eða lyfs sem örvar insúlínseytingu til að minnka líkur á blóðsykursfalli. **Sérstakir sjúklingahópar:** *Skert nýrnastarfsemi:* Verkun dapagliflozins er háð nýrnastarfsemi, og verkun er minni hjá sjúklingum með miðlungsmikið skerta nýrnastarfsemi og er líklega engin hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Ekki er ráðlagt að nota Forxiga hjá sjúklingum með miðlungsmikið til verulega skerta nýrnastarfsemi (sjúklingar með kreatínínúthreinsun [CrCl] < 60 ml/mín. eða áætlaðan gaukulsíunarhraða [eGRF] < 60 ml/mín./1,73 m2). Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með vægt skerta nýrnastarfsemi. *Skert lifrarstarfsemi:* Ekki er þörf á aðlögun skammta hjá sjúklingum með vægt eða miðlungsmikið skerta lifrarstarfsemi. Hjá sjúklingum með verulega skerta lifrarstarfsemi er ráðlagður upphafsskammtur 5 mg. Ef hann þolist vel, má stækka skammtinn í 10 mg. *Aldraðir (≥ 65 ára):* Almennt er ekki þörf á aðlögun skammta á grundvelli aldurs. Taka skal tillit til nýrnastarfsemi og hættu á vökvaskorti. Vegna takmarkaðrar reynslu af meðferð sjúklinga, 75 ára og eldri, er ekki ráðlagt að hefja meðferð með dapagliflozini. *Börn:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun dapagliflozins hjá börnum á aldrinum 0 til <18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. **Lyfjagjöf:** Forxiga má taka inn einu sinni á sólarhring, með eða án fæðu, hvenær dagsins sem er. Töflurnar á að gleypa í heilu lagi.
Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**

Markaðsleyfishafi: BristolMyers Squibb/AstraZeneca EEIG, BristolMyers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge, Middlesex, UB8 1DH, Bretland.
Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000.
Textinn var síðast samþykktur 18. desember 2013. Ath. textinn er styttur. Sjá nánar undir Lyfjaupplýsingar á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is

Pakkningar og verð: Forxiga 10mg, 28 stk. : kr. 10.274; 10mg, 98 stk. : kr. 30.056. **Apríl 2014. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: G.**

forxiga (dapagliflozin)

Cialis tadalafil

Lilly

Stytt samantekt á eiginleikum lyfs.

CIALIS er fáanlegt sem 2,5 mg, 5 mg, 10 mg og 20 mg filmuhúðaðar töflur til inntöku. Virkt innihaldsefni er tadalafil. **Ábendingar:** 1) Til meðferðar við ristruflunum hjá fullorðnum körlum. Til þess að tadalafil verki þarf kynferðisleg örvun að koma til. CIALIS er ekki ætlað konum. 2) Til meðferðar við merkjum og einkennum góðkynja stækkunar blöðruhálskirtils hjá fullorðnum karlmönnum (BPH) (á einungis við um 5 mg töflur). **Skammtar:** *Til meðferðar við ristruflunum hjá fullorðnum körlum:* Ráðlagður skammtur er venjulega 10 mg sem tekinn er fyrir væntanlegar samfarir með eða án matar. Þeir sjúklingar sem ekki fá viðunandi verkun af tadalafil 10 mg geta reynt að taka 20 mg. Taka skal lyfið minnst 30 mínútum fyrir samfarir. Hámarksskammtur er einu sinni á sólarhring. Tadalafil 10 mg og 20 mg er ætlað til notkunar fyrir væntanlegar samfarir og er ekki ráðlagt til samfelldrar daglegar notkunar. Hjá sjúklingum, sem gera ráð fyrir tíðri notkun á CIALIS (þ.e. a.m.k. tvisvar í viku), skal íhuga hvort skömmtun einu sinni á dag með lægsta skammti af CIALIS gæti verið hentugri, byggt á vali sjúklingsins og mati læknisins. Hjá þessum sjúklingum er ráðlagður skammtur 5 mg einu sinni á dag á u.þ.b. sama tíma dags. Skammtinn má lækka í 2,5 mg einu sinni á dag byggt á einstaklingsbundnu þoli. Endurmeta skal reglulega hvort þessi skömmtun einu sinni á dag sé viðeigandi. *Góðkynja stækkun blöðruhálskirtils hjá fullorðnum karlmönnum*. Ráðlagður skammtur er 5 mg sem tekinn er daglega á um það bil sama tíma dags með eða án matar. Fyrir fullorðna karlmenn sem fá meðferð bæði við góðkynja stækkun blöðruhálskirtils og ristruflunum er ráðlagður skammtur einnig 5 mg daglega sem tekinn er á sama tíma dags. Sjúklingar sem ekki þola 5 mg tadalafil sem meðferð við góðkynja blöðruhálskirtli eiga að íhuga aðra meðferð þar sem ekki hefur verið sýnt fram á verkun 2,5 mg tadalafils sem meðferð við góðkynja stækkun blöðruhálskirtils. *Notkun hjá öldruðum mönnum:* Ekki er þörf á skammtabreytingum fyrir aldraða sjúklinga. *Notkun hjá körlum með skerta nýrnastarfsemi:* Ekki er þörf á skammtabreytingu fyrir sjúklinga með væga til miðlungs skerta nýrnastarfsemi. Ráðlagður hámarksskammtur fyrir sjúklinga með alvarlega skerta nýrnastarfsemi er 10 mg. Skömmtun einu sinni á dag er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. *Notkun hjá körlum með skerta lifrarstarfsemi:* Ráðlagður skammtur er 10 mg sem tekinn er fyrir væntanlegar samfarir og án tillits til máltíða. Takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um öryggi af notkun CIALIS meðal sjúklinga með alvarlega skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh Class C); ef ávísuð skal læknirinn sem ávísar meðferðinni vandlega meta einstaklingsbundinn ávinning/áhættu. Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun stærri skammta en 10 mg af tadalafili meðal sjúklinga með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Skömmtun einu sinni á dag hefur ekki verið metin hjá sjúklingum með skerta lifrarstarfsemi; þar af leiðandi ef ávísuð þá skal læknirinn sem ávísar meðferðinni vandlega meta einstaklingsbundinn ávinning/áhættu. *Notkun hjá körlum með sykursýki:* Ekki er þörf á skammtabreytingum fyrir sjúklinga með sykursýki. *Börn:* CIALIS er ekki ætlað einstaklingum undir 18 ára aldri. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Tadalafil jók blóðþrýstingslækkandi áhrif nítrata í klínískum rannsóknum. Talið er að það stafi af samanlögðum áhrifum nítrata og tadalafils á nitur oxíð/cGMP ferilinn. Þess vegna má ekki nota CIALIS samhliða neinni tegund lífrænna nítrata. Lyf til meðferðar á ristruflunum, þar með talið CIALIS, á ekki að gefa körlum með hjartasjúkdóm sem ráðið er frá því að stunda kynlíf. Læknar skulu íhuga þá áhættu sem er af kynlífi fyrir sjúklinga með undirliggjandi hjartasjúkdóm. Eftirtaldir sjúklingahópar með hjarta- og æðasjúkdóma tóku ekki þátt í klínískum rannsóknum og eru þessir sjúkdómar því frábending fyrir notkun tadalafils: sjúklingar sem höfðu fengið hjartadrep á síðustu 90 dögum, sjúklingar með hvikula hjartaöng eða hjartaöng við samfarir, sjúklingar með hjartabilun af gráðu 2 eða hærri samkvæmt flokkun NYHA (New York Heart Association) á síðustu 6 mánuðum, sjúklingar með takttruflanir sem hafa ekki svarað meðferð, lágþrýsting (< 90/50 mm Hg), eða háþrýsting sem hefur ekki svarað meðferð, sjúklingar sem fengið hafa heilablóðfall á síðustu 6 mánuðum. Sjúklingar sem hafa tapað sjón á öðru auga vegna framlægs sjóntaugarkvilla vegna blóðþurrðar án slagæðabólgu (non-arteritic anterior ischaemic optic neuropathy (NAION)), hvort sem það er talið tengjast notkun hemla fosfódíesterasa af gerð 5 (PDE5 hemla) eða ekki, eiga ekki að nota CIALIS. **Sérstök varnaðarorð og varúðarreglur við notkun:** Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – wwww.serlyfjaskra.is. **Afgreiðslutilhögun og greiðsluþáttaka:** R,0. **Pakkningar og hámarkssmásöluverð: (apríl 2014)** Cialis 2,5 mg (28 stk.) 19.606 kr. Cialis 5,0 mg (28 stk.) 16.921 kr. Cialis 10 mg (4 stk.) 9.811 kr. Cialis 20 mg (4 stk.) 9.811 kr. Cialis 20 mg (8 stk.) 18.595 kr. **Markaðsleyfishafi:** Eli Lilly Nederland B.V.Grootslag 1-5, NL-3991 RA, Houten Holland**. Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf, Lyngháls 13, 110 Reykjavík. **Dagsetning endurskoðunar textans:** nóvember 2012 **. Heimildir:** Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC), okt. 2012. Sérlyfjaskrártexta í heild sinni má nálgast á heimasíðu Lyfjastofnunar: www.serlyfjaskra.is. Vinsamlega hafið samband við umboðsaðila, Icepharma hf, sími 540 8000 ef óskað er eftir frekari upplýsingum um lyfið.

▼Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu.

Betmiga™ mirabegron

Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur. Astellas Pharma Europe B.V., Holland.. ATC flokkur: G04BD12

Samantekt á eiginleikum lyfs – Styttur texti SPC

Heiti lyfs: Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar**: Hver tafla inniheldur 25 mg eða 50 mg af mirabegroni. **Ábendingar**: Meðferð við einkennum, þ.e. bráðaþörf, aukinni tíðni þvagláta og/eða bráðaþvagleka sem geta komið fyrir hjá fullorðnum sjúklingum með heilkenni ofvirkrar þvagblöðru. **Skammtar og lyfjagjöf:** *Fullorðnir (þ.m.t. aldraðir sjúklingar):* Ráðlagður skammtur er 50 mg einu sinni á sólarhring, með eða án matar. *Skert nýrna- og lifrarstarfsemi*: Betmiga hefur ekki verið rannsakað hjá sjúklingum með nýrnasjúkdóm á lokastigi (GFR < 15 ml/mín./1,73 m2 eða sjúklingum á blóðskilun) eða verulega skerta lifrarstarfsemi (Child-Pugh flokkur C) og því er ekki mælt með notkun þess hjá þessum sjúklingahópum. Hér á eftir eru gefnir upp ráðlagðir skammtar fyrir einstaklinga með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi, með og án samhliða notkunar öflugra CYP3A hemla. *Skerðing á nýrnastarfsemi (væg: GFR 60 til 89 ml/mín./1,73 m2; í meðallagi: GFR 30 til 59 ml/mín./1,73 m2; veruleg: GFR 15 til 29 ml/mín./1,73 m2):* Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum, er notkun Betmiga ekki ráðlögð. Hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi er skammtur 50 mg. Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. *Skert lifrarstarfsemi (væg: Child-Pugh flokkur A; í meðallagi: Child-Pugh flokkur B):* Ekki mælt með notkun Betmiga hjá sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. Minnka skal skammt í 25 mg hjá sjúklingum með í meðallagi skerta lifrarstarfsemi, án hemils. Hjá sjúklingum með vægt skerta lifrarstarfsemi er skammtur 50 mg. Minnka skal skammt í 25 mg hjá þeim sjúklingum sem eru með vægt skerta lifrarstarfsemi og eru á samhliða meðferð með öflugum CYP3A hemlum. *Kyn:* Ekki er nauðsynlegt að aðlaga skammta með tilliti til kynferðis. *Börn:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun mirabegrons hjá börnum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. *Lyfjagjöf:* Töfluna á að taka einu sinni á sólarhring, með vökva. Töfluna á að gleypa heila og hana má ekki tyggja, kljúfa eða mylja. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is** *Markaðsleyfishafi:* Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Holland. *Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:* 5. febrúar 2014. *Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu í apríl 2014:* Forðatöflur 30 stk: 25mg kr. 9.367 , 50mg kr. 9.367; 90 stk: 25mg kr. 24.230 , 50mg kr. 24.230. *Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkar:* R *Greiðsluþátttaka:* G. *Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er:* Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími: 535-7000. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar á vefsíðunni: www.serlyfjaskra.is.

astellas Leading Light for Life

Cloxabix 100 mg og 200 mg hylki, hörð.Williams & Halls ehf. ATC flokkur: M01AH01. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.

Heiti lyfs: Cloxabix 100 mg og 200 mg hylki, hörð. **Innihaldslýsing:** Hvert hylki inniheldur celecoxib 100 mg eða 200 mg. Hjálparefni með þekkta verkun: Cloxabix hylki innihalda laktósa. Hvert 100 mg hylki inniheldur 74,9 mg af laktósa og hvert 200 mg hylki inniheldur 149,8 mg af laktósa. **Ábendingar:** Cloxabix er ætlað til meðhöndlunar á einkennum slitgigtar, iktsýki, og hryggiktar. **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 linum einkenna og svörun við meðferð, einkum hjá sjúklingum með slitgigt. *Slitgigt:* Ráðlagður sólarhringsskammtur er yfirleitt 200 mg tekinn 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 upphafssólarhringsskammtur 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. Taka má Cloxabix með eða án matar. *Aldraðir (> 65 ára)*: Eins og hjá fullorðnum er ráðlagður upphafsskammtur 200 mg á sólarhring. Síðar meir má, ef þörf krefur, auka skammtinn í 200 mg tvisvar á sólarhring. Gæta skal sérstakrar varúðar hjá öldruðum sem eru innan við 50 kg að líkamsþyngd. *Skert lifrarstarfsemi*: Hefja skal meðferð með helmingi ráðlagðs skammts hjá sjúklingum með staðfesta í meðallagi skerta lifrarstarfsemi sem hafa 25-35 g/l af albúmíni í sermi. Hvað þennan sjúklingahóp varðar liggur einungis fyrir reynsla frá sjúklingum með skorpulifur. *Skert nýrnastarfsemi*: Reynsla af notkun celecoxibs handa sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi er takmörkuð og skal því meðhöndla slíka sjúklinga með varúð. *Börn:* Celecoxib er ekki ætlað börnum. *Sjúklingar með skert CYP2C9 umbrot*: Gæta skal varúðar við gjöf celecoxibs handa sjúklingum, sem vitað er um eða þar sem grunur leikur á að um skert CYP2C9 umbrot sé að ræða, byggt á arfgerð eða fyrri sögu/reynslu með öðrum CYP2C9 hvarfefnum, þar sem hættan á skammtaháðum aukaverkunum eykst. Íhuga skal að minnka minnsta ráðlagðan skammt um helming. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Þekkt ofnæmi fyrir súlfonamíðum. 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 talda cyclooxygenasa-2 (COX-2) hemla. 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 kreatínínúthreinsun < 30 ml/mín. Bólgusjúkdómur í þörmum. Hjartabilun (congestive heart failure (NYHA II-IV)). Staðfestur hjartasjúkdómur vegna blóðþurrðar, sjúkdómar í útlægum slagæðum og/eða heilaæðasjúkdómur. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins (SPC):** 29. janúar 2013. Athugið að textinn er styttur. Sjá nánar undir upplýsingar á vefsíðunni www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir og verð í Janúar 2014:** 100 mg 20 hylki kr. 5.117; 100 mg 100 hylki kr. 9.389; 200 mg 20 hylki kr. 4.367; 200 mg 100 hylki kr. 17.082. **Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** G.. **Markaðsleyfishafi:** Williams & Halls ehf., Reykjavíkurvegi 62, 220 Hafnarfirði, Sími: 527-0600, www.wh.is. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá Markaðsleyfishafa.

Stytt samantekt á eiginleikum lyfs

Heiti lyfs: Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa. Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa. Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa. **Ábendingar:** Flutiform er ætlað til reglulegrar meðferðar við astma þegar notkun samsetts lyfs (innúðalyfs með barkstera og langvirkum β_2 örva) er viðeigandi: Hjá sjúklingum þar sem ekki hefur tekist að ná fullnægjandi stjórn á einkennum með barkstera til innöndunar og skammvirkum β_2-örva til innöndunar „eftir þörfum". Eða: Hjá sjúklingum þar sem náðst hefur fullnægjandi stjórn á einkennum með því að nota bæði barkstera og langvirkan β_2 örva til innöndunar. Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti er ætlað fyrir fullorðna og unglinga 12 ára og eldri. Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti er ætlað fyrir fullorðna og unglinga 12 ára og eldri. Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti er eingöngu ætlað fyrir fullorðna. **Skammtastærðir:** Til innöndunar. Stilla ber skammtinn í lægsta skammt sem nægir til að hafa góða stjórn á einkennum. Þegar lægsti styrkur af Flutiform gefinn tvisvar á dag er farinn að nægja til að hafa stjórn á astmanum skal endurskoða meðferðina og íhuga hvort lækka skuli skammtinn smátt og smátt yfir í innúðalyf með barkstera einum sér. *Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – eingöngu:* Ráðlagður skammtur fyrir fullorðna og unglinga 12 ára og eldri: Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – tveir úðaskammtar tvisvar á dag yfirleitt teknir inn að morgni og að kvöldi. Auka má heildardagskammt af barkstera til innöndunar með því að gefa hærri styrk af þessu samsetta lyfi – þ.e. Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifu – tvo úðaskammta tvisvar á dag. Eingöngu fyrir fullorðna: Hækka má heildardagskammtinn enn frekar ef áfram tekst illa að hafa stjórn á astmanum hjá viðkomandi með því að gefa hæsta styrk af þessu samsetta lyfi – Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifu – tvo úðaskammta tvisvar á dag. Þessi hæsti styrkur er eingöngu ætlaður fullorðnum og ekki skal nota hann handa unglingum 12 ára og eldri. Börn yngri en 12 ára: Ekki er mælt með notkun Flutiform innúðalyfs, dreifu, hjá börnum yngri en 12 ára; **ekki má nota Flutiform fyrir þennan unga aldurshóp.** *Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – eingöngu:* Ráðlagður skammtur fyrir fullorðna og unglinga 12 ára og eldri: Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – tveir úðaskammtar tvisvar á dag yfirleitt teknir inn að morgni og að kvöldi. Skipta má sjúklingum yfir á lægsta styrk af þessu samsetta lyfi, þ.e. Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti, ef náðst hefur nægilega góð stjórn á astmanum. Aðlaga ætti skammt sjúklings að lægsta skammti sem viðheldur virkri stjórn á einkennum. Eingöngu fyrir fullorðna: Hækka má heildardagskammtinn enn frekar ef áfram tekst illa að hafa stjórn á astmanum með því að gefa hæsta styrk af þessu samsetta lyfi –Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifu – tvo úðaskammta tvisvar á dag. Þessi hæsti styrkur er eingöngu ætlaður fullorðnum og ekki skal nota hann handa unglingum 12 ára og eldri. Börn yngri en 12 ára: Engar upplýsingar liggja fyrir um þennan styrk af Flutiform hjá börnum. Ekki er mælt með notkun Flutiform innúðalyfs, dreifu, hjá börnum yngri en 12 ára; **ekki má nota Flutiform fyrir þennan unga aldurshóp.** *Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – eingöngu*: Ráðlagður skammtur fyrir fullorðna: Flutiform 250 míkrógrömm /10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – tveir úðaskammtar tvisvar á dag yfirleitt teknir inn að morgni og að kvöldi. Skipta má sjúklingum yfir á lægri styrk af þessu samsetta lyfi, þ.e. Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti eða að lokum Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti, ef náðst hefur nægilega góð stjórn á astmanum. Unglingar yngri en 18 ára og börn: **Ekki er mælt með notkun Flutiform innúðalyfs, dreifu, hjá börnum yngri en 12 ára. Ekki skal nota Flutiform hjá svo ungum aldurshópi. Ekki skal nota Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti handa unglingum.** Hins vegar er lægri styrkur í boði, þ.e. 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti eða 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti, sem nota má handa unglingum. Sérstakir sjúklingahópar: Engin þörf er á að aðlaga skammtinn hjá öldruðum sjúklingum. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningastærðir og hámarksverð í smásölu (1. apríl 2014): 50+5míkróg. 120 úðaskammtar: 7.208 kr, 125+5 míkróg 120 úðaskammtar: 9.524 kr, 250+5 míkróg. 120 úðaskammtar: 12.153 kr. Ávísunarheimildir og afgreiðsluflokkur: R. Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: G. Heiti markaðsleyfishafa:** Norpharma A/S Slotsmarken 15. 2970 Hørsholm Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf. Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. **Dags SmPC:** 4.10.2013. Ef frekari upplýsinga um lyfið er óskað má hafa samband við Icepharma hf.

Stytt samantekt á eiginleikum lyfs

Heiti lyfsins: STRATTERA 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg eða 100 mg hörð hylki.

Hvert hart hylki inniheldur atomoxetin hýdróklóríð sem jafngildir 10 mg, 18 mg, 25 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg eða 100 mg af atomoxetini. **Ábendingar:** Strattera er ætlað til meðhöndlunar á athyglisröskun með ofvirkni (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)) hjá börnum, 6 ára eða eldri, hjá unglingum og hjá fullorðnum sem hluti af heildarmeðferð. Meðferð verður að hefja af lækni með sérþekkingu á meðhöndlun ADHD, svo sem barnalækni, barna- og unglingageðlækni eða geðlækni. Sjúkdómsgreining skal gerð samkvæmt gildandi DSM viðmiðum eða leiðbeiningum í ICD. Hjá fullorðnum þarf að staðfesta að einkenni ADHD, sem voru til staðar í æsku, séu enn til staðar. Mat þriðja aðila er ákjósanlegt og ekki ætti að hefja Strattera meðferð ef staðfesting á einkennum ADHD í æsku liggur ekki fyrir. Ekki er hægt að greina ADHD eingöngu á tilvist eins eða fleiri einkenna. Sjúklingar þurfa að vera með ADHD sem er a.m.k. miðlungi alvarlegt eins og sést af a.m.k. miðlungi mikilli röskun á virkni við a.m.k. tvenns konar aðstæður (t.d. félagslegri, menntunarlegri og starfrænni virkni), sem hefur áhrif á marga þætti daglegs lífs, samkvæmt klínísku mati. **Skammtar og lyfjagjöf:** Til inntöku. Strattera má taka í einum skammti að morgni, án tillits til máltíða. Sjúklingar sem fá ekki viðunandi klíníska svörun þegar tekinn er einn Strattera skammtur á dag gætu haft gagn af því að taka lyfið tvisvar á dag í jöfnum skömmtum að morgni og síðdegis eða snemma kvölds. Skammtar fyrir börn/unglinga upp að 70 kg: Upphafsskammtur Strattera ætti að vera um 0,5 mg/kg á sólarhring. Upphafsskammti ætti að viðhalda að lágmarki í 7 daga áður en skammtur er hækkaður samkvæmt klínískri svörun og þoli. Ráðlagður viðhaldsskammtur er um 1,2 mg/kg/dag (háð þyngd sjúklings og hvaða styrkleikar atomoxetins eru fáanlegir). Í sumum tilfellum getur verið viðeigandi að halda meðferð áfram eftir að sjúklingur er orðinn fullorðinn. Skammtar fyrir börn/unglinga yfir 70 kg: Upphafsskammtur Strattera ætti að vera 40 mg á dag. Upphafsskammti ætti að viðhalda að lágmarki í 7 daga áður en skammtur er hækkaður samkvæmt klínískri svörun og þoli. Ráðlagður viðhaldsskammtur er 80 mg. Ráðlagður hámarksskammtur er 100 mg á dag. Skammtar fyrir fullorðna: Upphafsskammtur Strattera ætti að vera 40 mg á dag. Upphafsskammti ætti að viðhalda að lágmarki í 7 daga áður en skammtur er hækkaður samkvæmt klínískri svörun og þoli. Ráðlagður viðhaldsskammtur er 80 mg til 100 mg á dag. Ráðlagður hámarksskammtur er 100 mg á dag. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Ekki skal nota atomoxetin með mónóamín oxidasa hemli (MAO hemill). Ekki skal nota atomoxetin innan minnst tveggja vikna eftir að meðferð með MAO hemli er lokið. Meðferð með MAO hemli skal ekki hafin innan tveggja vikna eftir að meðferð með atomoxetini er lokið. Ekki skal nota atomoxetin hjá sjúklingum með þrönghornsgláku þar sem notkun atomoxetins var tengd við aukna tíðni ljósopsstækkunar í klínískum rannsóknum. Ekki má nota atomoxetín hjá sjúklingum með alvarlega hjarta og æðasjúkdóma eða sjúkdómum sem tengjast blóðæðum eða blóðnæringu til heila. Ekki skal nota atomoxetin hjá sjúklingum með krómfíklaæxli (pheochromocytoma) eða sögu um krómfíklaæxli. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu (febrúar 2014):** Strattera 10 mg 28 stk: 19.406 kr, Strattera 18 mg 28 stk: 19.406 kr, Strattera 25 mg 28 stk: 19.406 kr, Strattera 40 mg 28 stk: 19.406 kr, Strattera 60 mg 28 stk: 19.406 kr, Strattera 80 mg 28 stk: 25.690 kr, Strattera 100 mg 28 stk: 28.591 kr. ***Ávísunarheimildir og afgreiðsluflokkur:*** **R. Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: 0. Heiti markaðsleyfishafa:** Eli Lilly Danmark A/S. **Athugið að þetta er stytt samantekt á eiginleikum lyfs. Nánari upplýsingar má finna í *sérlyfjaskrá* – www.serlyfjaskra.is. Dags. SmPC:** 15. maí 2013. Ef frekari upplýsinga um lyfið er óskað skal hafa samband við umboðsaðila Eli Lilly á Íslandi: Icepharma hf. Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Sími: 540 8000.

Fyrir ávísun lyfsins er mikilvægt að læknir hafi kynnt sér leiðbeiningar til lækna um mat og eftirlit á áhættu vegna hjarta- og æðasjúkdóma við ávísun Strattera.

Bayer HealthCare

Xarelto 15 mg og 20 mg (stytt samantekt á eiginleikum lyfs)

▼Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu til Lyfjastofnunar, www.lyfjastofnun.is. **Innihaldslýsing:** Hver filmuhúðuð tafla inniheldur 15 mg eða 20 mg rivaroxaban. **Ábendingar:** Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms og einn eða fleiri áhættuþætti, svo sem hjartabilun, háþrýsting, aldur ≥ 75 ára, sykursýki, sögu um heilablóðfall eða skammvinnt blóðþurrðarkast. Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og til að fyrirbyggja endurtekna segamyndun í djúpbláæðum og segarek í lungum hjá fullorðnum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar *Fyrirbyggjandi við heilablóðfalli og segareki:* Ráðlagður skammtur er 20 mg einu sinni á sólarhring, sem er einnig ráðlagður hámarksskammtur. Meðferð með Xarelto á að halda áfram til langs tíma þegar ávinningur sem fyrirbyggjandi við heilablóðfalli og segareki vinnur upp hættuna á blæðingu. Ef skammtur hefur gleymst á sjúklingurinn að taka Xarelto án tafar og halda síðan áfram næsta dag og taka lyfið einu sinni á sólarhring eins og lagt var upp með. Ekki skal taka tvöfaldan skammt sama daginn til að vinna upp skammt sem gleymst hefur að taka. *Meðferð við segamyndun í djúpbláæðum, meðferð við segareki í lungum og fyrirbyggjandi við endurteknu segareki í djúpbláæðum og segareki í lungum:* Ráðlagður skammtur við upphafsmeðferð við bráðri segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum er 15 mg tvisvar á dag fyrstu þrjár vikurnar og síðan 20 mg einu sinni á dag fyrir framhaldsmeðferð og fyrirbyggjandi við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum, eins og mælt er fyrir hér á eftir. Dagur 1-21: 15 mg tvisvar á dag. Hámarks dagsskammtur er 30 mg. Dagur 22 og eftir það: 20 mg einu sinni á dag. Hámarks dagsskammtur er 20 mg.Lengd meðferðar skal vera einstaklingsbundin eftir vandlega áætlun á ávinningi meðferðar gegn hættunni á blæðingu. Stuttur meðferðartími (a.m.k. 3 mánuðir) á að byggja á tímabundnum áhættuþáttum (t.d. nýlegri skurðaðgerð, slysi, hreyfingaleysi) og lengri meðferðartími á að byggja á langvinnum áhættuþáttum eða segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum af óþekktum orsökum. Gleymist skammtur meðan verið er að taka 15 mg tvisvar á dag (dagur 1 - 21) skal sjúklingurinn taka Xarelto tafarlaust til að tryggja töku á 30 mg af Xarelto á dag. Í þessu tilfelli má taka tvær 15 mg töflur í einu. Daginn eftir skal sjúklingurinn halda áfram að taka 15 mg tvisvar á dag eins og venjulega og mælt var með. Gleymist skammtur þegar einn skammtur er tekinn daglega (dagur 22 og eftir það), skal sjúklingurinn taka Xarelto tafarlaust og halda áfram næsta dag með því að taka skammtinn einu sinni á dag eins og mælt var með. Ekki skal taka tvöfaldan skammt sama daginn til að vinna upp skammt sem gleymst hefur að taka. *Skipti frá K vítamín hemli yfir í Xarelto:* Fyrir sjúklinga sem fá fyrirbyggjandi meðferð gegn heilablóðfalli og segareki, skal stöðva meðferð með K vítamín hemli og hefja meðferð með Xarelto þegar INR (International Normalized Ratio) er ≤ 3,0. Fyrir sjúklinga sem fá meðferð gegn segamyndun í djúpbláæðum eða segareki í lungum eða fyrirbyggjandi meðferð gegn endurteknum tilvikum, skal stöðva meðferð með K vítamín hemli og hefja meðferð með Xarelto þegar INR er ≤ 2,5. Þegar sjúklingar eru fluttir af meðferð með K vítamín hemli yfir í Xarelto, munu INR gildi vera falskt hækkuð eftir að Xarelto hefur verið tekið inn. Mæling á INR gefur ekki rétta mynd af blóðstorkuvirkni Xarelto og á því ekki að nota það. *Skipti frá Xarelto yfir í K vítamín hemil:* Möguleiki er á ófullnægjandi blóðþynningu við skipti af Xarelto yfir á K vítamín hemla. Tryggja skal samfellda viðunandi blóðþynningu á meðan breytt er um blóðþynningarlyf. Gæta skal að því að Xarelto getur leitt til hækkunar á INR. Hjá sjúklingum sem breyta frá Xarelto yfir í K vítamín hemil, skal gefa K vítamín hemilinn þar til INR er ≥2,0. Fyrstu tvo dagana af skiptitímabilinu, skal nota hefðbundinn upphafsskammt af K vítamín hemlinum og síðan skammt af K vítamín hemli samkvæmt INR prófi. Á meðan sjúklingar eru bæði á Xarelto og K vítamín hemli, skal ekki athuga INR fyrr en 24 klst. eftir fyrri skammt en áður en næsti skammtur af Xarelto er tekinn. Þegar inntöku Xarelto hefur verið hætt, þurfa að líða að minnsta kosti 24 klst. eftir síðasta skammt áður en INR próf verður áreiðanlegt. *Skipti frá blóðþynningu í æð yfir í Xarelto:* Hefja skal gjöf Xarelto hjá sjúklingum sem fengu blóðþynningu í æð 0 til 2 klst. áður en næsta gjöf í æð skal gefin (t.d. heparín með lágan mólþunga) eða þegar hætt er að gefa stöðugt innrennsli í æð (t.d. ósundurgreint heparín í æð). *Skipti frá Xarelto yfir í blóðþynningarlyf í æð:* Gefa á fyrsta skammt af blóðþynningarlyfinu þegar taka ætti næsta skammt af Xarelto. Sérstakir sjúklingahópar *Skert nýrnastarfsemi:* Takmarkaðar klínískar upplýsingar um sjúklinga með verulega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 15 - 29 ml/mín.) sýna marktæka hækkun á þéttni rivaroxabans í plasma. Því skal gæta varúðar þegar Xarelto er notað hjá þeim sjúklingum. Notkun er ekki ráðlögð hjá sjúklingum með kreatínín úthreinsun < 15 ml/mín. Hjá sjúklingum með miðlungsmikið skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 30-49 ml/mín.) eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 15-29 ml/mín.) eiga eftirfarandi skammtar við: Sem fyrirbyggjandi við heilablóðfalli eða segamyndun hjá sjúklingum með gáttatif án lokusjúkdóms, er ráðlagður skammtur 15 mg einu sinni á dag. Sem meðferð við segamyndun í djúpbláæðum og segareki í lungum og sem fyrirbyggjandi við endurteknum tilvikum segamyndunar í djúpbláæðum og segareks í lungum skal meðhöndla sjúklinga með 15 mg tvisvar á dag fyrstu 3 vikurnar. Eftir það er ráðlagður skammtur 20 mg einu sinni á dag. Íhuga skal að minnka skammta úr 20 mg einu sinni á dag í 15 mg einu sinni á dag ef áætluð blæðingahætta sjúklingsins er talin vega þyngra en hætta á endurteknum tilvikum segamyndunar í djúpbláæðum og segareks í lungum. Ráðleggingar um notkun 15 mg skammts byggja á lyfjahvarfalíkani og hafa ekki verið rannsakaðar við þessar klínísku aðstæður. Engin þörf er á aðlögun skammta hjá sjúklingum með vægt skerta nýrnastarfsemi (kreatínín úthreinsun 50-80 ml/mín.) *Skert lifrarstarfsemi:* Xarelto er ekki ætlað sjúklingum með lifrarsjúkdóm með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur með Child Pugh B og C. *Börn:* Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Xarelto hjá börnum á aldrinum 0 til 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. Því er ekki mælt með notkun Xarelto fyrir börn yngri en 18 ára. Leiðbeiningar um notkun: Til inntöku. Taka skal töflurnar með mat. Ef sjúklingar geta ekki gleypt heilar töflur er hægt að mylja Xarelto töflu og blanda saman við vatn eða eplamauk strax fyrir notkun og taka það inn. Neyta skal fæðu strax eftir gjöf mulinna Xarelto 15 mg eða 20 mg filmuhúðaðra taflna. Einnig er hægt að gefa mulda Xarelto töflu um magasondu, eftir að rétt staðsetning sondunnar í maganum hefur verið staðfest. Gefa á mulda töfluna um magasondu í litlu magni af vatni og skola síðan vatni gegnum sonduna. Eftir gjöf mulinna Xarelto 15 mg eða 20 mg filmuhúðaðra taflna skal strax gefa næringu um sondu**. Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. Áverki eða ástand þar sem talið er að hætta geti verið á mikilli blæðingu. Um getur verið að ræða sár sem er eða hefur nýlega verið í meltingarvegi, illkynja æxli þar sem mikil hætta er á blæðingu, nýlegur áverki á heila eða mænu, nýleg aðgerð á heila, mænu eða auga, nýleg innankúpublæðing, þekktir æðahnútar í vélinda eða grunur um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlpur, eða mjög afbrigðilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfjum, t.d. ósundurgreindu (unfractionated) heparíni, léttu (low molecular weight) heparíni (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparín afleiðum (t.d. fondaparinux.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarín, dabigatran etexilat, apixaban o.s.frv.), nema verið sé að skipta um meðferð, í eða úr meðferð með rivaroxabani eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð. Lifrarsjúkdómur með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með taldir lifrarbólgusjúklingar með Child Pugh B og C. Meðganga og brjóstagjöf. Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is. Vinsamlegast kynnið ykkur fræðsluefni ætlað læknum og sjúklingum áður en meðferð lyfsins hefst en efnið má nálgast hjá fulltrúa markaðsleyfishafa (sjá nánar hér á eftir). Afhenda skal öllum sjúklingum öryggiskort áður en meðferð er hafin. **Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka:** R, G. **Pakkningar og hámarkssmásöluverð (febrúar 2014):** Þynnupakkningar: 28 töflur (16.241 kr.), 42 töflur (23.681 kr. – einungis 15 mg), 98 töflur (51.299 kr.), 100 töflur (52.287 kr.). **Markaðsleyfishafi:** Bayer Pharma AG **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Vinsamlegast hafið samband við fulltrúa markaðsleyfishafa í síma 540 8046 ef óskað er eftir fræðsluefni eða ef óskað er frekari upplýsinga um lyfið. **Heimildir:** Samantekt á eiginleikum lyfs, nóvember 2013. Sérlyfjaskrártexta í heild sinni má nálgast á heimasíðu Lyfjastofnunar: www.serlyfjaskra.is.

Pradaxa, 110 mg, hörð hylki. **Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC flokkur: B01AE07. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.**

Heiti lyfs: Pradaxa 110 mg hörð hylki. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hvert hart hylki inniheldur 110 mg af dabigatran etexílat (sem mesílat). Ábendingar: Forvörn gegn blóðæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri af eftirfarandi áhættuþáttum: Sjúklingur hefur áður fengið heilaslag, tímabundna blóðþurrð í heila eða segarek í slagæðar. Útfallsbrot vinstri slegils < 40%. Hjartabilun með einkennum ≥ NYHA (New York Heart Association) flokkur 2. Aldur ≥ 75 ára. Aldur ≥ 65 ára og jafnframt eitt af eftirfarandi: sykursýki, kransæðasjúkdómur eða háþrýstingur. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Forvörn gegn VTE: Sjúklingar eftir valfrjáls hnéliðskipti: Ráðlagður skammtur af Pradaxa er 220 mg einu sinni á dag, taka skal 2 hylki sem innihalda 110 mg. Meðferð skal hefja innan 14 klst. eftir að aðgerð lýkur með inntöku á einu hylki og halda áfram með 2 hylki einu sinni á dag í samtals 10 daga. Sjúklingar eftir valfrjáls mjaðmarliðskipti: Ráðlagður skammtur af Pradaxa er 220 mg einu sinni á dag, taka skal 2 hylki sem innihalda 110 mg. Meðferð skal hefja innan 14 klst. eftir að aðgerð lýkur með inntöku á einu hylki og halda áfram með 2 hylki einu sinni á dag í samtals 2835 daga. Fyrir eftirfarandi hópa er ráðlagður sólarhringsskammtur af Pradaxa 150 mg tekin einu sinni á sólarhring sem 2 hylki af 75 mg: Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun (CrCL) 3050 ml/mín). Sjúklingar sem fá samhliða verapamíl, amíodarón, kínidín. Sjúklingar 75 ára og eldri. Fyrir báðar aðgerðirnar á við að ef ekki er tryggt að blæðingar hafi verið stöðvaðar skal fresta því að hefja meðferðina. Ef meðferð er ekki hafin á aðgerðardegi skal hefja meðferðina með 2 hylkjum einu sinni á dag. Mat á nýrnastarfsemi (forvörn gegn VTE): Hjá öllum sjúklingum: Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Pradaxa er ekki ætlað sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aðferðin sem er notuð til að áætla nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín) meðan á klínísku þróunarferli fyrir Pradaxa stóð var Cockgroft-Gault aðferðin. Jafnan er eftirfarandi: Fyrir kreatínín í µmol/l: (1,23 ´ (140-aldur [ár]) ´ þyngd [kg] (´ 0,85 ef kona))/(kreatínín í sermi [µmol/l]). Fyrir kreatínín í mg/dl: ((140-aldur [ár]) ´ þyngd [kg] (´ 0,85 ef kona))/(72 ´ kreatínín í sermi [mg/dl]). Mælt er með þessari aðferð þegar meta þarf CrCL hjá sjúklingum bæði áður og á meðan á meðferð með Pradaxa stendur. *Skert nýrnastarfsemi (forvörn gegn VTE):* Alvarleg nýrnabilun (CrCL **< ۳۰** ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Takmörkuð reynsla er hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL 3050 ml/mín). Meðhöndla skal þessa sjúklinga með varúð. Ráðlagður skammtur er 150 mg tekið einu sinni á dag tvö hylki af 75 mg. *Samhliða notkun Pradaxa með vægum til í meðallagi sterkum Pglýkóprótein hemlum t.d. amíódaróni, kínidíni eða verapamíli (forvörn gegn VTE):* Minnka skal skammta í 150 mg af Pradaxa tekinn sem tvö 75 mg hylki einu sinn á sólarhring hjá sjúklingum sem fá meðferð með dabigatran etexílat og amíódaróni, kínidíni eða verapamíli samhliða. Við þessar aðstæður á að taka Pradaxa og þessi lyf á sama tíma. Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi, sem eru á samhliða meðferð með dabigatran etexílati og verapamíli, skal íhuga minnkun Pradaxa skammta í 75 mg á sólarhring. *Aldraðir (forvörn gegn VTE):* Hjá öldruðum sjúklingum (>75 **ára) er takmörkuð klínísk reynsla. Meðhöndla skal þessa sjúklinga með varúð. Ráðlagður skammtur er ۱۱۰ mg tekið einu sinni á dag sem ۲ hylki af ۷۵ mg.** Þar sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng meðal aldraðra (>75 ára), skal meta nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL, áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð, sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL < 30 ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og þegar ákveðin lyf eru gefin samhliða o.s. frv.). *Skert lifrarstarfsemi (forvörn gegn VTE):* Sjúklingar með hækkuð lifrarensím > tvöföld eðlileg efri mörk, voru útilokaðir frá klínískum rannsóknum sem rannsökuðu forvörn gegn VTE við valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. Engin reynsla er af meðferð hjá þessum undirhópi sjúklinga og er því ekki mælt með notkun Pradaxa hjá þessum sjúklingahópi. Skert lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lifun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins. *Líkamsþyngd (forvörn gegn VTE):* Takmörkuð klínísk reynsla er af notkun lyfsins við ráðlagða skammta hjá sjúklingum með líkamsþyngd < 50 kg eða >110 kg. Miðað við klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta en mælt er með nákvæmu eftirliti. *Kyn (forvörn gegn VTE):* Miðað við fyrirliggjandi klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta. *Skipt um meðferð frá (forvörn gegn VTE):* *Pradaxa meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:* Mælt er með því að bíða í 24 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er af Pradaxa yfir á segavarnarlyf til inndælingar. *Meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í Pradaxa:* Gefa á dabigatran etexílat 02 klst. áður en kominn er tími til að taka næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í blæð (UFH)). *Börn (forvörn gegn VTE):* Notkun Pradaxa á ekki við hjá börnum við ábendingunni: Forvörn gegn VTE hjá sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. *Gleymdur skammtur (forvörn gegn VTE):* Mælt er með því að halda áfram að taka daglegan skammt dabigatrans á sama tíma næsta dag. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta. Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri áhættuþætti (SPAF): Ráðlagður skammtur af Pradaxa er 300 mg tekinn sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Meðferð ætti að vera langvarandi. Fyrir eftirfarandi tvo hópa er ráðlagður sólarhringsskammtur af Pradaxa 220 mg tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring: Sjúklingar 80 ára og eldri. Sjúklingar sem fá verapamíl samhliða. Velja skal sólarhringsskammt af Pradaxa, sem er 300 mg eða 220 mg, út frá einstaklingsmati með tilliti til hættu á segareki og blæðingarhættu fyrir eftirfarandi hópa: Sjúklingar á aldrinum 7580 ára. Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Sjúklingar með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði. Aðrir sjúklingar sem eru í aukinni blæðingarhættu. Gefa á sjúklingum fyrirmæli um, að ef upp kemur óþol gegn dabigatrani, að ráðfæra sig strax við meðferðarlæknir til að skipta yfir á aðra viðunandi meðferðarmöguleika til fyrirbyggingar á heilaslagi og segareki í slagæðum tengt gáttatifi. *Aldraðir (SPAF):* Sjúklinga á aldrinum 7580 ára skal meðhöndla með 300 mg sólarhringsskammti sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar hættan á segareki er lítil og blæðingarhætta er mikil getur læknirinn metið einstaklingsbundið að skammtur verði 220 mg sem á að taka sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Sjúklinga sem eru 80 ára og eldri á að meðhöndla með sólarhringsskammti 220 mg sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring, vegna aukinnar blæðingarhættu hjá þessum sjúklingahópi. Þar sem sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng meðal aldraðra (>۷۰ ára), skal meta nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL, áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð, sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL <30 ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og þegar ákveðin lyf eru gefin samhliða o.s. frv.). *Sjúklingar í blæðingarhættu (SPAF):* Fylgjast skal náið með (einkennum blæðinga eða blóðleysis) sjúklingum í aukinni blæðingarhættu. **Læknirinn getur ákveðið skammtaaðlögun einstaklingsbundið eftir mat á hugsanlegum ávinningi og áhættu.** Storkupróf getur hjálpað til við að finna sjúklinga í aukinni blæðingarhættu vegna of mikillar útsetningar fyrir dabigatrani. **Þegar of mikil útsetning fyrir dabigatrani kemur í ljós hjá sjúklingum í aukinni blæðingarhættu er mælt með því að nota ۲۲۰ mg skammt sem er tekinn sem eitt** 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar klínískt mikilvæg blæðing á sér stað skal gera hlé á meðferð. Hjá sjúklingum með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði má íhuga skammtinn 220 mg tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring vegna aukinnar hættu á meiriháttar blæðingu í meltingarvegi. Mat á nýrnastarfsemi (SPAF): Hjá öllum sjúklingum: Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL **áður en meðferð með** Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL **<** ۳۰ ml/mín). Pradaxa er ekki ætlað sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aukin skilyrði hjá sjúklingum með væga til miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi og hjá sjúklingum sem eru eldri en 75 ára: Meta skal nýrnastarfsemi hjá sjúklingum sem fá samhliða dabigatran etexílat og verapamíl. Í slíkum tilvikum á að taka Pradaxa og þessi lyf á sama tíma. *Líkamsþyngd (SPAF):* Miðað við klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta en mælt er með nákvæmu klínísku eftirliti hjá sjúklingum með líkamsþyngd < 50 kg. *Kyn (SPAF):* Miðað við fyrirliggjandi klínísk gögn og gögn varðandi lyfjahvörf er ekki þörf á aðlögun skammta. *Skert lifrarstarfsemi (SPAF):* Sjúklingar með hækkuð lifrarensím > tvöföld eðlileg efri mörk, voru útilokaðir frá rannsóknum sem fólst í rannsókn á fyrirbyggingu á heilaslagi og segareki í slagæðum sem tengist gáttatifi. Engin reynsla liggur fyrir af meðferð hjá þessum sjúklingahópi og er því ekki mælt með notkun Pradaxa hjá þessum sjúklingahópi. Skert lifrarstarfsemi eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lifun eru frábendingar fyrir notkun lyfsins. *Skipt um meðferð frá (SPAF):* *Pradaxa meðferð í segavarnarlyf til inndælingar:* Mælt er með því að bíða 12 klst. frá síðasta skammti áður en skipt er frá dabigatran etexílati yfir í segavarnarlyf til inndælingar. *Meðferð með segavarnarlyfi til inndælingar í Pradaxa:* Gefa á dabigatran etexílat 0-2 klst. **áður en kominn er tími til að taka næsta skammt hinnar meðferðarinnar eða á þeim tíma sem á að hætta ef um er að ræða stöðuga meðferð (t.d. óþáttað heparín í blæð (UFH)).** *Pradaxa meðferð í Kvítamínhemla (VKA):* Aðlaga skal upphafstíma VKA miðað við CrCL á eftirfarandi hátt: CrCL ≥ 50 ml/mín, byrja notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. CrCL ≥ 30< 50 ml/mín, byrja notkun VKA 2 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. Vegna þess að Pradaxa getur haft áhrif til hækkunar INR (International Normalized Ratio), ætti ekki að mæla INR fyrr en a.m.k. 2 sólarhringar eru liðnir frá því að Pradaxa meðferð var hætt. *VKA í Pradaxa meðferð:* Hætta skal meðferð með VKA. Gefa má dabigatran etexílat um leið og INR er < 2,0. *Rafvending (SPAF):* Sjúklingar mega nota dabigatran etexílat meðan á rafvendingu stendur. *Börn (SPAF):* Notkun Pradaxa á ekki við hjá börnum við ábendinguninni: Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum. *Gleymdur skammtur (SPAF):* Skammt af dabigatran etexílati sem gleymst hefur má taka allt að 6 klst. **áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við ٦ klst**. eru að næsta áætlaða skammti. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta. *Lyfjagjöf (forvörn gegn VTE og SPAF):* Pradaxa **má taka með eða án matar.** Pradaxa á að taka í heilu lagi með glasi af vatni, til að auðvelda flutning lyfsins niður í maga. Gefa skal sjúklingum fyrirmæli um að opna ekki hylkið vegna þess að það getur aukið hættuna á blæðingu. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (CrCL < 30 ml/mín). Virk blæðing af klínískri þýðingu. Sár eða sjúkdómsástand, ef það er talið verulegur áhættuþáttur fyrir meiri háttar blæðingu. Þetta getur falið í sér núverandi eða nýlega sáramyndun í meltingarvegi, illkynja æxli með mikla blæðingar-hættu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega skurðaðgerð á heila, mænu eða augum, nýlega blæðingu innan höfuðkúpu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um þá, æðamissmíð, æðagúlpa eða meiri háttar afbrigðileika æða. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfum t.d. óþáttuðu heparíni (UFH), heparíni með lágan mólþunga (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparínafleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarin, rivaroxaban, apixaban o.s.frv.) nema undir kringumstæðum þar sem verið er að skipta úr eða í meðferð með Pradaxa eða þegar óþáttað heparín er gefið í skömmtum sem eru nauðsynlegir til að viðhalda opnum æðaleg í miðlægri blæð eða slagæð. Lifrarskemmdir eða lifrarsjúkdómar sem er líklegt að hafi áhrif á lifun. Samhliða meðferð í inntöku með ketókónazóli, cyclosporini, itrakónazóli, takrolímus og dronedaroni. Gervihjartalokur sem krefjast segavarnarmeðferðar. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Mikilvægar öryggisupplýsingar:** Markaðsleyfi lyfsins er háð sérstökum skilyrðum. Lyfinu fylgir fræðsluefni fyrir lækna og öryggiskort fyrir sjúklinga sem sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér og kynnt það sem við á fyrir sjúklingi ásamt því að afhenda honum öryggiskort ætlað sjúklingum til varðveislu. Fyrir frekari upplýsingar og/eða pöntun á fræðsluefni skal hafa samband við umboðsmann Boehringer Ingelheim á Íslandi, Vistor hf., sími: 535 7000 eða í gegnum www.pradaxa.is. **Markaðsleyfishafi:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, **Þýskaland**. **Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** 09/2013. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð:(apríl.2014)** Pradaxa 110 mg, 10 stk 3.649 kr; Pradaxa 110 mg, 60 stk 16.440 kr; **Afgreiðslutilhögun:** R einungis afgreitt með lyfseðli. **Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G-merkt lyf, sjá nánar á www.lgn.is.

Pradaxa, 150 mg, hörð hylki. Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC flokkur: B01AE07. Samantekt á Eiginleikum lyfs – styttur texti SPC

Heiti lyfs: Pradaxa 150 mg hörð hylki. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hvert hart hylki inniheldur 150 mg af dabigatran etexílat (sem mesílat). Ábendingar: Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum með einn eða fleiri af eftirfarandi áhættuþáttum: Sjúklingur hefur áður fengið heilaslag, tímabundna blóðþurrð í heila eða segarek í slagæðar. Útfallsbrot vinstri slegils < 40%. Hjartabilun með einkennum ≥ NYHA (New York Heart Association) flokkur 2. Aldur ≥ 75 ára. Aldur ≥ 65 ára og jafnframt eitt af eftirfarandi: sykursýki, kransæðasjúkdómur eða háþrýstingur. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Ráðlagður skammtur af Pradaxa er 300 mg tekinn sem eitt 150 mg hylki tvisvar á sólarhring. Meðferð ætti að vera langvarandi. Fyrir eftirfarandi tvo hópa er ráðlagður sólarhringsskammtur af Pradaxa 220 mg tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring: Sjúklingar 80 ára og eldri. Sjúklingar sem fá verapamíl samhliða. Velja skal sólarhringsskammt af Pradaxa, sem er 300 mg eða 220 mg, út frá einstaklingsmati m.t.t. **hættu á segareki og blæðingarhættu fyrir eftirfarandi hópa:** Sjúklingar á aldrinum 7580 ára. Sjúklingar með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Sjúklingar með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði. Aðrir sjúklingar sem eru í aukinni blæðingarhættu. Gefa á sjúklingum fyrirmæli um, að ef upp kemur óþol gegn dabigatrani, að ráðfæra sig strax við meðferðarlæknir til að skipta yfir á aðra viðunandi meðferðarmöguleika til fyrirbyggingar á heilaslagi og segareki í slagæðum tengt gáttatifi. *Aldraðir (SPAF):* Sjúklinga á aldrinum 7580 **ára skal meðhöndla með ۲۲۰ mg sólarhringsskammti sem eitt ۱۱۰ mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar hættan á segareki er lítil og blæðingarhætta er mikil getur læknirinn metið ein**staklingsbundið að skammtur verði 220 mg sem á að taka sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Sjúklinga sem eru 80 ára og eldri á að meðhöndla með sólarhringsskammti 220 mg sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring, vegna aukinnar blæðingarhættu hjá þessum sjúklingahópi. **Þar sem sem skert nýrnastarfsemi getur verið algeng meðal aldraðra (>۷۰ ára), skal meta nýrnastarfsemi með því að reikna út** kreatínínúthreinsun (CrCL), áður en meðferð með Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð, sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL **<** ۳۰ ml/mín). Meðan á meðferð stendur skal meta nýrnastarfsemi við ákveðnar klínískar aðstæður, þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og þegar ákveðin lyf eru gefin samhliða o.s. frv.). *Sjúklingar í blæðingarhættu (SPAF):* Fylgjast skal náið með (einkennum blæðinga eða blóðleysis) sjúklingum í aukinni blæðingarhættu. **Læknirinn getur ákveðið skammtaaðlögun einstaklingsbundið eftir mat á hugsanlegum ávinningi og áhættu.** Storkupróf getur hjálpað til við að finna sjúklinga í aukinni blæðingarhættu vegna of mikillar útsetningar fyrir dabigatrani. **Þegar of mikil útsetning fyrir dabigatrani kemur í ljós hjá sjúklingum í aukinni blæðingarhættu er mælt með því að nota ۲۲۰ mg skammt sem er tekinn sem eitt** 110 mg hylki tvisvar á sólarhring. Þegar klínískt mikilvæg blæðing á sér stað skal gera hlé á meðferð. Hjá sjúklingum með magabólgu, vélindabólgu eða vélindabakflæði má íhuga skammtinn 220 mg tekinn sem eitt 110 mg hylki tvisvar á sólarhring vegna aukinnar hættu á meiriháttar blæðingu í meltingarvegi. Mat á nýrnastarfsemi (SPAF): Hjá öllum sjúklingum: Meta skal nýrnastarfsemi með því að reikna út CrCL **áður en meðferð með** Pradaxa hefst til þess að útiloka sjúklinga frá meðferð sem eru með verulega skerta nýrnastarfsemi (þ.e.a.s. CrCL **<** ۳۰ ml/mín). Pradaxa er ekki ætlað sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Einnig skal meta nýrnastarfsemi þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst meðan á meðferð stendur (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aukin skilyrði hjá sjúklingum með væga til miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi og hjá sjúklingum sem eru eldri en 75 ára: Meta skal nýrnastarfsemi a.m.k. einu sinni á ári, eða oftar eftir þörfum, við ákveðnar klínískar aðstæður meðan á meðferð með Pradaxa stendur þegar grunur er um að nýrnastarfsemi geti skerst eða versnað (t.d. þegar blóðrúmmál er of lítið, við vökvaskort og við samhliða notkun ákveðinna lyfja). Aðferðin sem er notuð til að áætla nýrnastarfsemi (CrCL í ml/mín) meðan á klínísku þróunarferli fyrir Pradaxa stóð var Cockgroft-Gault **aðferðin. Jafnan er eftirfarandi:** Fyrir kreatínín í µmol/l: (1,23 ´ (140-aldur [ár]) ´ þyngd [kg] (´ 0,85 ef kona))/ (kreatínín í sermi [µmol/l]). Fyrir kreatínín í mg/dl: ((140-aldur [ár]) ´ þyngd [kg] (´ 0,85 ef kona))/ (72 ´ kreatínín í sermi [mg/dl]). Mælt er með þessari aðferð þegar meta þarf CrCL hjá sjúklingum bæði áður og á meðan á meðferð með Pradaxa stendur. *Skert nýrnastarfsemi (SPAF):* Alvarleg nýrnabilun (CrCL **<** ۳۰ ml/mín) er frábending fyrir meðferð með Pradaxa. Skammtaaðlögun er ekki nauðsynleg hjá sjúklingum með litla skerðingu á nýrnastarfsemi (CrCL **≥** ۵۰ ml/mín, byrja notkun VKA 3 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. CrCL ≥ 30< 50 ml/mín, byrja notkun VKA 2 sólarhringum áður en hætt er að nota dabigatran etexílat. Vegna þess að Pradaxa getur haft áhrif til hækkunar INR (International Normalized Ratio), ætti ekki að mæla INR fyrr en a.m.k. 2 sólarhringar eru liðnir frá því að Pradaxa meðferð var hætt. *VKA í Pradaxa meðferð:* Hætta skal meðferð með VKA. Gefa má dabigatran etexílat um leið og INR er < 2,0. *Rafvending (SPAF):* Sjúklingar mega nota dabigatran etexílat meðan á rafvendingu stendur. *Börn (SPAF):* Notkun Pradaxa á ekki við hjá börnum við ábendinguninni: Fyrirbyggjandi meðferð gegn heilaslagi og segareki í slagæðum hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokum. *Gleymdur skammtur (SPAF):* Skammt af dabigatran etexílati sem gleymst hefur má taka allt að 6 klst. **áður en áætlað er að taka næsta skammt. Sleppa á gleymdum skammti ef innan við ٦ klst**. eru að næsta áætlaða skammti. Ekki á að taka tvöfaldan skammt til að bæta upp fyrir einstaka gleymda skammta. *Lyfjagjöf (SPAF):* Pradaxa **má taka með eða án matar.** Pradaxa á að taka í heilu lagi með glasi af vatni, til að auðvelda flutning lyfsins niður í maga. Gefa skal sjúklingum fyrirmæli um að opna ekki hylkið vegna þess að það getur aukið hættuna á blæðingu. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (CrCL **< ۳۰ ml/mín).** Virk blæðing af klínískri þýðingu. Sár eða sjúkdóms-ástand, ef það er talið verulegur áhættuþáttur fyrir meiri háttar blæðingu. Þetta getur falið í sér núverandi eða nýlega sáramyndun í meltingarvegi, illkynja æxli með mikla blæðingarhættu, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega skurðaðgerð á heila, mænu eða augum, nýlega blæðingu innan höfuðkúpu, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um þá, æðamissmíð, **æðagúlpa eða meiri háttar afbrigðileika æða**. Samhliða meðferð með öðrum segavarnarlyfum t.d. óþáttuðu heparíni (UFH), heparíni með lágan mólþunga (enoxaparin, dalteparin o.s.frv.), heparínafleiðum (fondaparinux o.s.frv.), segavarnarlyfjum til inntöku (warfarin, rivaroxaban, apixaban o.s.frv.) nema undir kringumstæðum þar sem verið er að skipta úr eða í meðferð með Pradaxa **eða þegar óþáttað** heparín er gefið í skömmtum sem eru nauðsynlegir til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri blæð eða slagæð. Lifrarskemmdir eða lifrarsjúkdómar sem er **líklegt að hafi áhrif á lifun.** Samhliða meðferð í inntöku með ketókónazóli, cyclosporini, itrakónazóli, takrolímus og dronedaroni. Gervihjartalokur sem krefjast segavarnarmeðferðar. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Mikilvægar öryggisupplýsingar:** Markaðsleyfi lyfsins er háð sérstökum skilyrðum. Lyfinu fylgir fræðsluefni fyrir lækna og öryggiskort fyrir sjúklinga sem sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér og kynnt það sem við á fyrir sjúklingi ásamt því að afhenda honum öryggiskort ætlað sjúklingum til varðveislu. Fyrir frekari upplýsingar og/eða pöntun á fræðsluefni skal hafa samband við umboðsmann Boehringer Ingelheim á Íslandi, Vistor hf., **sími:** ۷۰۰ ۵۳۵ eða í gegnum www.pradaxa.is. **Markaðsleyfishafi:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Str. 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, **Þýskaland. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími 535-7000. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** 09/2013. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð (apríl 2014)**: Pradaxa 150 mg, 60 stk. 16.440 kr.; Pradaxa 150 mg, 180 stk. 45.081 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R, einungis afgreitt gegn lyfseðli. **Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G-merkt lyf, sjá nánar á www.lgn.i

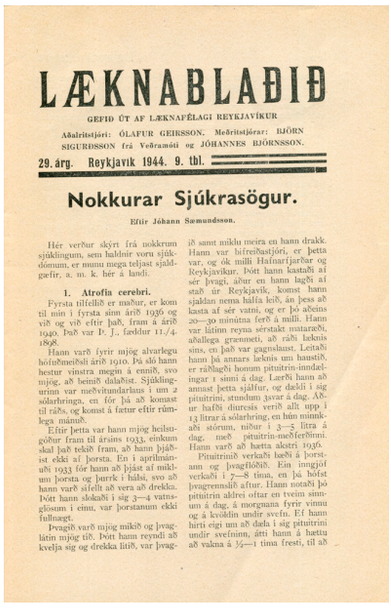
Tölublöðin árið 1944

Védís Skarphéðinsdóttir

Það eru 70 ár síðan lýðveldisárið 1944 lagðist yfir byggðir og ból. Það ár gaf Læknafélag Reykjavíkur bara út á prent tvö tölublöð af *Læknablaðinu*, merkt nr. 9 og 10, og tilheyra 29. árgangi blaðsins, fyrri tölublöðin í röðinni komu út 1943.

Aðalritstjóri blaðsins við upphaf 29. árgangs var Ólafur Geirsson, og meðritstjórar Kristinn Stefánsson og Óli P. Hjaltested, en síðar Björn Sigurðsson og Jóhannes Björnsson. Efnið eru margvíslegar greinar um íslenska læknisfræði: berkla, mislinga, bólusetningu gegn kíghósta, ilsig, bjúg, utanlegsþykkt og víruslungnabólgu. Hæst ber nákvæma og átakanlega lýsingu Ólafs Ó. Lárussonar héraðslæknis á tréspíraeitruninni sem varð níu manns að bana á Þjóðhátíð í Vestmannaeyjum 1943.

Í blaðinu eru líka minningargreinar, tíðindi af félagsmálum (öll fundargerð aðalfundar 1943 birt) og stuttar fréttir úr erlendum læknaritum. Athygli vekja afar persónugreinanleg yfirlit og frásagnir sem lög og reglur hafa alveg bannað nú heilum mannsaldri síðar. Dæmi um þetta eru *Nokkurar Sjúkrasögur* eftir Jóhann Sæmundsson í 9. tölublaði. Þar eru rakin fjögur sjaldgæf sjúkratilfelli. Sjúklingar eru nefndir með fangamarki sínu og fæðingardagur þeirra og ár eru tilgreind. Tilfellin eru 1) Atropoa cerebri, 2) Myotonia acquisita, 3) Athyreoidosis, og 4) Silicosis.



LÆKNABLAÐIÐ

GEFIÐ ÚT AF LÆKNAFÉLAGI REYKJAVÍKUR

Aðalritstjóri: ÓLAFUR GEIRSSON. Meðritstjórar: BJÖRN SIGURÐSSON frá Veðramóti og JÓHANNES BJÖRNSSON.

29. árg. Reykjavik 1944. 9. tbl.

Nokkurar Sjúkrasögur.

Eftir Jóhann Sæmundsson.

Hér verður skýrt frá nokkrum sjúklingum, sem haldnir voru sjúkdómum, er nunu mega teljast sjaldgæfir, a. m. k. hér á landi.

1. Atrofia cerebri.

Fyrsta tilfellið er maður, er kom til min i fyrsta sinn árið 1936 og við og við eftir það, fram á árið 1940. Það var Þ. J., fæddur 11./4. 1898.

Hann varð fyrir mjög alvarlegu höfuðmeiðsli árið 1910. Þá sló hann hestur vinstra megin á ennið, svo mjög, að beinið dalaðist. Sjúklingurinn var meðvitundarlaus i um 2 sólarhringa, en fór þá að komast til ráðs, og komst á fætur eftir rúmlega mánuð.

Eftir þetta var hann mjög heilsugóður fram til ársins 1933, einkum skal það tekið fram, að hann þjáðist ekki af þorsta. En i aprilmánuði 1933 fór hann að þjást af miklum þorsta og þurrk i hálsi, svo að hann varð sifellt að vera að drekka. Þótt hann slokaði i sig 3—4 vatnsglösum i einu, var þorstanum ekki fullnægt.

Þvagið varð mjög mikið og þvaglátin mjög tíð. Þótt hann reyndi að kvelja sig og drekka litið, var þvagið samt miklu meira en hann drakk. Hann var bifreiðastjóri, er þetta var, og ók milli Hafnarfjarðar og Reykjavikur. Þótt hann kaupi sér þvigi, aður en hann lagði af stað úr Reykjavik, komst hann sjaldan nema hálfa leið, án þess að kasta af sér vatni, og er þó aðeins 20—30 minútna ferð á milli. Hann var látinn reyna sérstakt mataræði, aðallega grænmeti, að ráði læknis sins, en það var gagnslaust. Leitaði hann þá annars læknis um haustið, er ráðlagði honum pituitrin-innöndingar i sinni á dag. Lærði hann að annast þetta sjálfur, og dælii i sig pituitrini, stundum þvar á dag. Áður hafði diuresis verið alls upp i 13 litrar á sólarhring, en hún minnkaði stórum, niður i 3—5 litra á dag, með pituitrin-meðferðinni. Hann varð að hætta alstri 1936.

Pituitrinið verkaði bæði á þorstann og þvagið. Ein inngjöf verkaði i 7—8 tima, en þá hófst þvagrennslið aftur. Hann notaði þó pituitrin alltei oftar en tvein sinnum á dag, á morgnana fyrir vinnu og á kvöldin undir svefn. Ef hann hirti eigi um að dæla i sig pituitrini undir svefninn, átti hann á hættu að vakna á ½—1 tima fresti, til að

LÆKNABLAÐIÐ

GEFIÐ ÚT AF LÆKNAFÉLAGI REYKJAVÍKUR

Aðalritstjóri: ÓLAFUR GEIRSSON. Meðritstjórar: BJÖRN SIGURÐSSON frá Veðramóti og JÓHANNES BJÖRNSSON.

29. árg. Reykjavik 1944. 9. tbl.

EFNI:

Nokkrar sjúkrasögur, eftir Jóhann Sæmundsson. — † Jón Árnason, héraðslæknir. — Herfileg afstaða, eftir Árna Pétursson. —

T. J. SMITH & NEPHEW

Limited, Hull

PLÁSTRAR i rúllum og afskornir í dósum.

TEYGJUPLÁSRAR í ýmsum stærðum.

TEYGJUBINDI (tensorcrepe).

SÁRABINDI (dauðhreinsuð), allar stærðir.

SÁRAGRISJA í 40 yrds. pökkum.

BÓMULL (dauðhreinsuð) í 15 gr., 25 gr. og 50 gr. pökkum

og ýmsar aðrar sára-umbúðir frá ofangreindu firma eru þegar vel þekktar hér á landi og fást í flestum lyfjabúðum borgarinnar og einnig hjá lyfsölum út um land. —

Heildsölubirgðir:

H. Ólafsson & Bernhöft

Í þremur greinum í þessum árgangi takast þeir á Árni Pjetursson trúnaðarlæknir Reykjavíkurborgar og Vilmundur Jónsson landlæknir: *Læknisafstaða*, Læknablaðið 1943; 29: 73-80, *Bágborin afstaða*, 29: 122-7, *Herfileg afstaða*, 29: 138-44. Tilefnið er að í Heilbrigðisskýrslum fyrir árið 1940 birtir landlæknir tvö embættisbréf sem hann hefur sent dómsmálaráðuneytinu og fjalla um „ástandsmálin“. Fyrra bréfið ber titilinn: Um saurlifnað í Reykjavík og stúlkubörn á glapstigum. Árni skrifar: *Það skal virt honum til vorkunnar, er hann velur þetta orð, „saurlifnaður“, að þau orð, sem á íslenzku eru látin tákna „prosituion“ (skækju-, hóru-, vændiskvenna-, pút- og saurlifnaður) eru orðin nokkuð gömul í málinu og hafa því fengið ókvæðismerkingu. Þau geta því ekki talizt heppileg sem fræðiorð; … Ég mun í þessari grein nota orðið „blíðusala“. ..* Árni rekur rökstuðning Vilmundar sem leitar ýmissa heimilda til að sýna fram á að siðferði hafi hnignað á stríðsárunum svo stórfellt að grípa þurfi til róttækra ráðstafana. Langfyrirferðarmestar í því efni eru skýrslur lögreglu sem virðast hafa verið ámóta ítarlegar og flóknustu mataruppskriftir, ef til vill við hæfi að kalla þær smásmugulegar í takt við innihaldið. Árni heldur áfram: *Í framhaldi af þessu telur landlæknir sjálfsagt „að lögreglunni sé gert kleift að nota heimildir þær, sem fyrir eru í lögum um íhlutun um framferði kvenna, sem hafa beinlínis skækjulifnað að atvinnu“ og ráðleggur „að lögreglan safnaði saman þeim tugum þess háttar vændiskvenna, sem henni er kunnugt um, og flytti þær á vinnuhæli“ o.s.frv. Þetta er ráðlegging landlæknis til ríkisstjórnarinnar.* – Vilmundur svarar og hæðir Árna og spottar og vitnar til orða Vilhjálms Stefánssonar um Ísland (1939): Strictly speaking there is no prostitution. *–… hann lætur svo sem bréf mín snúist um vandamál almenns saurlifnaðar, og helzt á heimsmælikvarða, í stað þess, sem er, að þau snúast eingöngu um hin einstæðu kynferðisvandamál vor með sérstöku tiliti til barna og unglinga, einog nú er ásatt í hinni umkomulausu höfuðborg vorri, umsetinni og ofurseldri ágangi erlends herðliðs tveggja stórvelda, „með einhverju því hrikalegast hlutfallsraski“ á milli karla og kvenna, „ sem sögur fara af,“ svo ég viðhafi orð Á.P. sjálfs.* Allar greinarnar þrjár eru hreinn fjársjóður þegar kemur að því að skoða hugmyndir manna, skoðanir, orðfæri og menningarheim.

„Ástandinu“ hafa verið gerð skil með ýmsum hætti í 70 ár. Þarna er *Læknablaðið* með grundvallarheimildir þar sem fulltrúar læknastéttarinnar takast hraustlega á í tölusettum liðum og lesendur sjá inn í tíðarandann frá því árið 1944 sem logaði skært og bar í sér bæði hreinleika og andúð gagnvart því sem taldist óeðli. Bara nafnið eitt og sér, óeðli, gerir ráð fyrir að til sé í þessum heimi eitt rétt eðli, og svo annað sem er andhverfa þess.

FYRIRBYGGJANDI MEÐFERÐ GEGN HEILASLAGI OG SEGAREKI Í SLAGÆÐUM HJÁ FULLORÐNUM SJÚKLINGUM MEÐ GÁTTATIF, SEM EKKI TENGIST HJARTALOKUM, MEÐ EINN EÐA FLEIRI ÁHÆTTUÞÆTTI*

*Einhvern tíma fengið heilaslag, tímabundna blóðþurrð í heila eða segarek í slagæð; Útfallsbrot vinstri slegils < 40%; Hjartabilun með einkennum, NYHA (New York Heart Association) flokkur II; Aldur ≥ 75 ár; Aldur ≥ 65 ár og jafnframt eitt af eftirfarandi: sykursýki, kransæðasjúkdómur eða háþrýstingur:



FYRIRBYGGIR HEILASLAG

Pradaxa® (dabigatran) 150 mg

Sérsniðin skömmtun
Tveir styrkleikar

- 150 mg, 2 x dag er venjulegur ráðlagður skammtur
- 110 mg er ráðlagður skammtur fyrir
  - sjúklinga eldri en 80 ára
  - sjúklinga sem eru samhliða á meðferð með verapamili

2 sinnum á dag

– betra en warfarín til að fyrirbyggja heilaslag og segarek í slagæðum[1]

RE-LY rannsóknin með Pradaxa 150 mg, 2 sinnum á dag sýndi:

- hætta á **heilaslagi og segareki** í slagæðum minnkar um **35%** samanborið við warfarín[1]
- hætta á **heilaslagi vegna blóðþurrðar** minnkar um **25%** samanborið við warfarín[1]
- hætta á **heilablæðingu** minnkar um **59%** samanborið við warfarín[1]
- engan mun á alvarlegum blæðingum samanborið við warfarín[1]

Lesið meira á www.pradaxa.is

Heimild: 1. Connolly SJ, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. N Engl J Med 2009; 361:1139-51.

Boehringer Ingelheim

Pradaxa® dabigatran
Transforming anticoagulation

IS 18/04/13 12.14

Relvar® Ellipta® er ætlað til notkunar við reglulega astmameðferð hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri þegar notkun samsetts lyfs á við: Þegar ekki næst viðunandi stjórn á sjúkdómnum með barksterum til innöndunar og skjótvirkum $beta_2$-örvum til innöndunar „eftir þörfum“.

Því það er ekki rými fyrir astma



Hjá mörgum astmasjúklingum er mikið að gera og jafnvel lítil áminning um astma getur haft mikil áhrif á daglegt líf.[2] Veldu Relvar Ellipta (flútikasónfúróat/vílanteról) hjá sjúklingum þar sem ekki næst nægilega góð stjórn hjá með barksterum til innöndunar:[1]



- Fyrsta ICS/LABA samsetningin sem veitir viðvarandi 24-klst. verkun[1,3]
- Með skömmtun einu sinni á dag[1]
- Í innöndunartæki sem er svo auðvelt í notkun að sjúklingar kjósa það frekar en innöndunartækið sem þeir eru að nota[4]

RELVAR® ELLIPTA®
(flútikasónfúróat/vílanteról)
24 klst. verkun. Mjög einfalt.

Relvar® Ellipta® Ellipta innöndunarduft, afmældir skammtar. Hver stök innöndun gefur skammt (skammt sem fer í gegnum munnstykkið) sem er 22 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat) og 92 eða 184 míkróg af flútíkasónfúróati. Þetta samsvarar afmældum skammti sem er 25 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat) og 100 eða 200 míkróg af flútíkasónfúróati. Hjálparefni með þekkta verkun: Hver skammtur inniheldur u.þ.b. 25 mg af laktósa (sem einhýdrat). **Ábendingar:** *Astmi*: Relvar Ellipta er ætlað til notkunar við reglulega astmameðferð hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri þegar notkun samsetts lyfs (langverkandi $beta_2$-örva og barkstera til innöndunar) á við: Þegar ekki næst viðunandi stjórn á sjúkdómnum með barksterum til innöndunar og skjótvirkum $beta_2$-örvum til innöndunar „eftir þörfum“. *Langvinn lungnateppa (aðeins Relvar Ellipta 92/22 míkróg)*: Relvar Ellipta er ætlað til meðferðar á einkennum langvinnrar lungnateppu hjá fullorðnum með FEV_1 < 70% af áætluðu eðlilegu gildi (eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfs) og sögu um endurtekna versnun, þrátt fyrir reglulega meðferð með berkjuvíkkandi lyfjum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Astmi: *Fullorðnir og unglingar 12 ára og eldri*: Ein innöndun af Relvar Ellipta 92/22 míkróg einu sinni á dag. Sjúklingar finna yfirleitt fyrir bættri lungnastarfsemi innan 15 mínútna frá innöndun Relvar Ellipta. Hins vegar skal upplýsa sjúklinginn um að regluleg dagleg notkun sé nauðsynleg til að viðhalda stjórn á einkennum astma og að notkun skuli halda áfram, jafnvel þó einkenni hverfi. Ef einkenni koma fram á tímabilinu á milli skammta, skal nota skjótvirkan $beta_2$-örva til að létta strax á einkennum. Íhuga skal 92/22 míkrógramma upphafsskammt af Relvar Ellipta hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri sem þarfnast lítils til meðalstórs skammts af barksterum til innöndunar ásamt langverkandi $beta_2$-örva. Ef ekki næst fullnægjandi stjórn á sjúkdómnum með Relvar Ellipta 92/22 míkróg, má auka skammtinn upp í 184/22 míkróg, sem getur gefið betri árangur við astmastjórnun. Heilbrigðisstarfsmaður skal endurmeta sjúklinga reglulega þannig að þeir haldi áfram að fá kjörstyrkleika af flútíkasónfúróati/vílanteróli og að honum sé aðeins breytt samkvæmt læknisráði. Skammtinn skal aðlaga þannig að alltaf sé notaður minnsti skammtur sem nær virkri stjórn á einkennum. Íhuga skal notkun Relvar Ellipta 184/22 míkróg hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri sem þurfa að fá hærri skammta af barksterum til innöndunar ásamt langverkandi $beta_2$-örva. *Langvinn lungnateppa: Fullorðnir 18 ára og eldri*: Ein innöndun af Relvar Ellipta 92/22 míkróg einu sinni á dag. Relvar Ellipta 184/22 míkróg er ekki ætlað til notkunar hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu. Enginn viðbótarávinningur er af notkun 184/22 míkrógramma skammts samanborið við 92/22 míkróg skammtinn og hætta á aukaverkunum svo sem lungnabólgu og altækum aukaverkunum tengdum barksterum er hugsanlega aukin. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. **Markaðsleyfishafi:** Glaxo Group Limited, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex TW8 9GS. Bretland. **Fulltrúi markaðsleyfishafa:** GlaxoSmithKline ehf. Þverholti 14, 105 Reykjavík, Ísland, Sími 530 3700. **Dagsetning endurskoðunar textans:** 13. nóvember 2013. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**

Pakkningar og verð (mars 2014)
Relvar Ellipta 92 mcg/22 mcg, innönddu, 30 skammtar R, 0 Kr. 9.268
Relvar Ellipta 184 mcg/22 mcg, innönddu, 30 skammtar R, 0 Kr. 11.556

Aukaverkanir má tilkynna á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is/Aukaverkanir/tilkynna eða til GlaxoSmithKline í síma 530 3700.

Heimildir: 1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Relvar Ellipta (flútíksasónfúróat/vílanteról), samþykkt af EMA í nóvember 2013. **2.** Bellamy D *et al.* Poor perceptions and expectations of asthma control: Results of the international Control of Asthma Symptoms (ICAS) survey of patients and general practitioners. Prim Care Respir Med 2005; 14: 252-258. **3.** Woodcock A *et al.* Efficacy and safety of fluticasone furoate/vilanterol compared with fluticasone propionate/salmeterol combination in adult and adolescent patients with persistent asthma: a randomized trial. Chest 2013; 144(4): 1222-1229. **4.** Svedsater H *et al.* Qualitative assessment of attributes and ease of use of the ELLIPTA™ dry powder inhaler for delivery of maintenance therapy for asthma and COPD. BMC Pulmonary Medicine 2013; 13: 72.

Mars 2014 IS/FFT/0003/14

Theravance | gsk

IS_FFT_0003_14_Relvar_Ad_210x297.indd 1 13.03.2014 13:41:52