LÆKNABLAÐIÐ • 2. tbl. 102. árg. • Febrúar 2016

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

2/2016

102. árgangur: 61-108

2016; 102: 61-108

SPIOLTO® RESPIMAT®
(tíótrópíum/olodaterol)

NÝTT



Ný meðferð við langvinnri lungnateppu —byggt á sterkum rótum SPIRIVA[1-5]



- SPIOLTO RESPIMAT er SPIRIVA RESPIMAT eflt með STRIVERDI RESPIMAT[6]
- Virka efnið kemst langt niður í lungu sjúklinganna[7-9]
- Skammtur gefinn óháð innöndunarflæði[10]

SPIOLTO RESPIMAT— nýr möguleiki

Ábending: Berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni langvinnrar lungnateppu (LLT).

Heimildir: 1. Keating GM. *Drugs* 2014;74(15):1801–1816. **2.** Bateman ED, *et al. Respir Med* 2010;104:1460–1472.
3. Bateman E, *et al. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis* 2010;5:197–208. **4.** Wise RA, *et al. N Engl J Med* 2013;369(16):1491–1501.
5. Tashkin DP, *et al. N Engl J Med* 2008;359(15):1543–1554. **6.** Buhl R, *et al. Eur Respir J* 2015;45(4):969–979.
7. SPIOLTO RESPIMAT - Samantekt á eigilenkum lyfs. **8.** Ciciliani AM, *et al. Respiratory Drug Delivery* 2014;2:453–456.
9. Pitcairn G, *et al. J Aerosol Med* 2005;18(3):264–272. **10.** Lyseng-Williamson KA, Keating GM. *Drugs Ther Perspect* 2015;31(2):39–44.

Boehringer Ingelheim

SPIOLTO® RESPIMAT®
TÍÓTRÓPÍUM OG OLODATEROL

IS-spl-15-01-03 August 2015

Sérlyfjatexti á bls. 105



Ég um Mig frá Mér til Mín

Leynigesturinn við setningu Læknadaganna var enginn annar en hinn fjölfróði og fágaði menningarviti Frímann Gunnarsson en samkvæmt kynningu var honum ætlað að rýna í helstu persónueinkenni lækna. Frímann kom sér þó aldrei almennilega að efninu enda uppteknastur af sjálfum sér og fannst greinilega veruleg upphefð að félagsskapnum. Hann kvaðst sjálfur vera læknir í eðli sínu, þar sem margir hefðu notið góðs af skörpu innsæi hans og hlýlegri nærveru. Í lok erindis síns um allt og ekkert kallaði hann þrjá nafntogaða lækna upp á svið til sín og bauð þeim að setja lokahnykkinn á nokkrar ljóðlínur sem hann hafði samið fyrr um daginn. Var gerður góður rómur að framlagi læknanna þó Frímanni þætti eigið framlag markverðara. Óttar Guðmundsson átti þó bestu innkomuna þegar hann kvað dís drauma sinna minna mest á Sigmund Davíð Gunnlaugsson. Varð Frímanni sjálfum orðfall eitt augnablik áður en hann náði að jafna sig og þurrka þessa óþægilegu mynd út úr hugskoti sínu.

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS

Listamaðurinn **Kristján Steingrímur Jónsson** (f. 1957) hefur áralangan feril að baki sem á rætur í uppbroti og frjálsræði hins svokallaða *nýja málverks*. Snemma tók hann að huga sérstaklega að ýmsum táknkerfum sem notuð eru við skráningu umhverfisins og blandaði þeim hugmyndum saman við hefðir og sögu málverksins. Hann hefur til dæmis skoðað sérstaklega þau jarðefni sem notuð eru við gerð listmálunarlita, útbúið sína eigin liti frá grunni eða málað beint með jarðvegi. Þannig hefur hann leikið sér með landslagshefðina í nýstárlegum samruna málverks og staðar þar sem ekki er um eiginlega mynd af viðkomandi stað að ræða. Mun fremur eru verkin einhvers konar efnisleg lýsing sem gefur svigrúm fyrir persónulegar minningar og upplifun af staðnum. Kristján Steingrímur hefur allan sinn feril ástundað teikningu samhliða tilraunum með málverk. Hann teiknar iðulega úti undir berum himni og þá gjarnan á Fjarðarheiði á Austurlandi. Þar beinir hann sjónum niður á við og skoðar sérstaklega jarðveginn, melana og gróðurinn. Við þessa náttúruskoðun hefur honum komið til hugar hve nærtækt það væri að horfa einnig upp fyrir sig, upp í himininn, því veröld hins smágerða og hins stórgerða kallast jú á. Þegar rýnt er í smæstu korn og eindir kemur fram ekki ósvipuð mynd og sú sem blasir við í geimnum. Í þessum pælingum varð málverkið til sem nú er til sýnis á forsíðu *Læknablaðsins*. Það er án titils frá árinu 2012, málað með olíulit, litadufti og tússlit á striga. Listamaðurinn hefur aukinheldur fræst og rispað í yfirborðið þannig að liturinn sest í misfellurnar og myndar sérstaka áferð. Verkið er töluvert stórt, eða tveir metrar á hæð, þannig að það mætir áhorfandanum með afgerandi hætti og býður upp á skoðun bæði úr fjarlægð og í nærmynd. Það er nostursamlega unnið í smáatriðum sem eru innblásin af rannsókn á yfirborði jarðar. Um leið hefur verið hugað að heildarmyndinni sem sýnir markvissa, hringlaga uppbyggingu. Listamaðurinn vitnar í freskumálverk fortíðar, þar sem listamenn máluðu beint á veggi og loft með slíkri fjarvíddartækni að engu var líkara en horft væri í gegnum efnið, út í óræða fjarlægð. Í málverki Kristjáns Steingríms myndar samspil ljóss og skugga sem og skipulögð staðsetning punkta og lína fjarvídd sem kalla fram óraviddir himingeimsins.



Markús Þór Andrésson

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Ritstjórn
Engilbert Sigurðsson,
ritstjóri og ábyrgðarmaður
Gerður Gröndal
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
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Sigdís Þóra Sigþórsdóttir
sigdis@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1800

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

Áskrift
12.900,- m. vsk.
Lausasala
1290,- m. vsk.

© Læknablaðið
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu. Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild, án leyfis.

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, Scopus og Hirsluna, gagnagrunn Landspítala.

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

2. tölublað, 102. árgangur, 2016

LEIÐARAR



67

Vilhjálmur Ari Arason

Betur má ef duga skal

Ónauðsynleg sýklalyfjanotkun er talin eiga sök á hratt vaxandi sýklalyfjaónæmi. Það er mat Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar að eitt af veigamestu verkefnum heims sé að taka á þessum vanda.



69

Arna Guðmundsdóttir

Brýnasta verkefni lækna

Baráttunni fyrir fyrsta flokks heilbrigðisþjónustu á Íslandi lýkur aldrei. Þar verða læknar að leggja sitt af mörkum. Þar reynir á forystusveitina og samstöðu og úthald baklandsins. Þetta er brýnasta verkefni okkar á næstu árum.

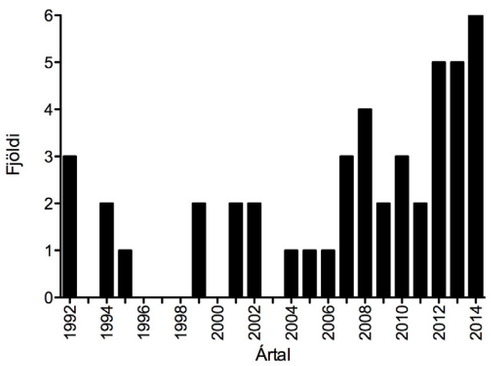
FRÆÐIGREINAR

71

Arnar Geirsson, Inga Hlíf Melvinsdóttir, Þórarinn Arnórsson, Gunnar Mýrdal, Tómas Guðbjartsson

Árangur aðgerða vegna bráðrar ósæðarflysjunar af gerð A á Íslandi

Ósæðarflysjun er lífshættulegur sjúkdómur þar sem dánartíðni er há og tíðni fylgikvilla umtalsverð. Við bráða ósæðarflysjun verður rof á innsta lagi ósæðar (intima) þannig að blóðið klýfur sig á milli laga og myndar aukahólf (false lumen) milli innsta og ysta lag æðarinnar.



77

Ármann Jónsson, Sævar H. Lárusson, Ágúst Mogensen, Hjalti Már Björnsson, Brynjólfur Á. Mogensen

Komur slasaðra á bráðamóttöku Landspítala eftir reiðhjólaslys árin 2005-2010

Opinber skráning reiðhjólaslysa er hjá Samgöngustofu og byggist á lögregluskýrslum á umferðarslysum. Í gagnabanka Samgöngustofu voru 317 tilfelli skráð á árunum 2005-2010. Í upplýsingum frá Samgöngustofu kemur fram að árið 2005 slösuðust 25 við hjólreiðar en árið 2010 reyndust þeir 82 talsins. Eru því vísbendingar um fjölgun reiðhjólaslysa í umferðinni á Íslandi á því tímabili.

82

Bjarni Kristinn Gunnarsson, Ingunn Hansdóttir, Erla Björnsdóttir, Erla Björg Birgisdóttir, Anna Þóra Árnadóttir, Björn Magnússon

Árangur þverfaglegrar offitumeðferðar á líkamsþyngd og andlega líðan til lengri og skemmri tíma

Þátttakendur voru 100 sjúklingar sem frá árinu 2007 höfðu lokið fjögurra vikna offitumeðferð með allt að tveggja ára eftirfylgd á Fjórðungssjúkrahúsinu í Neskaupstað. Niðurstöður sýna að þverfagleg offitumeðferð er árangursrík leið til að draga úr offitu og bæta andlega líðan og lífsgæði til skamms tíma.

UMFJÖLLUN OG GREINAR

92
Stöndum ágætlega vel að vígi

Segir Kristín Jónsdóttir kennslustjóri kvensjúkdóma- og fæðingarlækninga

Hávar Sigurjónsson

„Fyrir tveimur árum tóku fulltrúar frá evrópsku kvensjúkdómalæknasamtökunum oút sérnámið og veittu því viðurkenningu. Þetta er eina sérnámið hér á landi sem hefur þessa evrópsku viðurkenningu.“





94
Mælir afkastagetu lungna, hjarta og vöðva

dr. Jonathan Fuld frá Cambridge á Læknadögum

Hávar Sigurjónsson

Prófið nýtist þegar meta á hvort sjúklingur er hæfur til að gangast undir skurðaðgerð eða meiriháttar inngrip af öðru tagi.



96
Að velja sér lífsstíl

Steinþór Runólfsson hefur sett sér það markmið að verða héraðslæknir

Hávar Sigurjónsson

Héraðslækningar eða rural medicine er sérgrein innan lækn-isfræðinnar sem þjóðir eins og Ástralía, Nýja-Sjáland og Kanada hafa þróað á undanförnum árum.



100
Flókið samspil sálrænna og líkam-legra einkenna

Segir Magnús Haraldsson geðlæknir um líkamleg einkenni af óljósum toga

Hávar Sigurjónsson

„Þetta eru mjög algeng vanda-mál og margar rannsóknir hafa sýnt að meira en þriðjungur fólks sem leitar til heilsugæslu er með einkenni sem ekki er hægt að finna einhlíta skýringu á,“ segir Magnús.



98
Svipmyndir af Læknadögum

103
Minningarorð um Guðmund Klemenzson

Tómas Guðbjartsson og Kári Hreinsson

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



91
Læknafélag Íslands leggst gegn sölu áfengis í matvöru-verslunum

Þorbjörn Jónsson

Skilaboð aðalfundar LÍ 2015 voru einföld og ótvíræð: auk-ið aðgengi að áfengi er ekki það sem íslenskt samfélag þarfnast. Þetta er álit lækna-samtakanna.

ÖLDUNGAR



102

Tryggvi Ásmundsson

Héraðs-læknir í einn dag

Á útmánuðum 1973 var Ólafur Ólafsson nýorðinn landlæknir og læknaskortur á Vestfjörðum. Hann vildi bæta úr þessu með því að skjótast þangað sjálfur dag og dag og taka með sér unga lækna.

SÉRGREIN



106
Frá formanni Æðaskurðlækna-félags Íslands

Guðmundur Daníelsson

Með nýrri reglugerð um sér-fræðileyfi lækna hér á landi er nú hægt að fá sérfræði-viðurkenningu í æðaskurð-lækningum í dag.

Fyrsti beini hemillinn á storkuþátt Xa til inntöku

Xarelto®
rivaroxaban

Ein tafla á dag*[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]
- Að taka lyf einu sinni á dag við hjarta- og æðasjúkdómum
  - eykur líkur á því að lyfið sé leyst út af sjúklingi[3]
  - eykur líkur á því að sjúklingur taki lyfið[4]
  - eykur líkur á því að lyfið sé tekið á réttum tíma[4]

  samanborið við lyf sem taka þarf oftar



*sem 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[1]

Sérlyfjatexti á bls. 104

Öryggisupplýsingar: Eins og almennt gildir um segavarnarlyf og blóðflöguhemla verður að nota rivaroxaban með varúð hjá sjúklingum með aukna blæðingarhættu.[1]
Algengar aukaverkanir (≥1/100 til <1/10): Blæðingar: Í tannholdi, margúll, flekkblæðing, blóðnasir, blóðhósti, blæðing í auga, blæðingar í húð og undirhúð, blæðing eftir aðgerðir, blæðing í meltingarvegi, blæðing í þvag- og kynfærum. Aðrar: Blóðleysi, verkir í meltingarfærum og kvið, meltingartruflanir, ógleði, harðlífi, niðurgangur, uppköst, lágur blóðþrýstingur, kláði, útbrot, verkir í útlim, sundl, höfuðverkur, skert nýrnastarfsemi, hækkun á transamínasa, sótthiti, bjúgur í útlimum, skertur almennur styrkur og orka, marmyndun, rennsli úr sárum.[1]
Ekki er mælt með notkun Xarelto hjá sjúklingum með gervihjartalokur.[1]

Heimildir: 1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Xarelto. 2. Patel MR et al. N Engl J Med 2011; 365:883-891.
3. Bae JP et al. Am J Manag Care 2012; 18:139-146. 4. Coleman CI et al. Curr Med Res Opin 2012; 28:669-680.

BAYER

L.IS.11.2014.0086

http://dx.doi.org/10.17992/lbl.2016.02.62

Betur má ef duga skal

Vilhjálmur Ari Arason

bráðamóttöku
Landspítala



vaa@itn.is

Ónauðsynleg sýklalyfjanotkun er talin eiga stærstu sök í hratt vaxandi sýklalyfjaónæmi meðal helstu sýkingavalda mannsins. Það er því mat Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO) að eitt af veigamestu verkefnum heilbrigðiskerfa heims sé að taka á þessum vanda.[1] Notkun sýklalyfja í landbúnaði hefur síðan víða verið enn meiri en meðal manna.[2] Tengsl milli sýklalyfjanotkunar og þróunar ónæmis er vel þekkt, meðal annars með stökkbreytingum í erfðaefni baktería sem flust geta á milli tegunda og síðan útbreiðslu ónæmu stofnanna í þjóðfélaginu og á sjúkrahúsum á kostnað þeirra næmu. Auðvelt hefur verið að sjá slík tengsl hér á landi milli eins algengasta sýkingarvaldsins, lungnabólgubakteríunnar svokölluðu, *Streptococcus pneumoniae*, sem gjarna finnst í nefkoki barna og getur valdið erfiðum sýkingum, einkum miðeyrnabólgu, kinnholubólgusýkingu og lungnabólgu.[3] Kraftaverkalyfið penisilín sem talið er hafa bjargað fleiri mannslífum en nokkurt annað lyf og lengt meðalaldur í hinum vestræna heimi um meira en áratug, fékk því miður ekki lengi griðstað í aldingarðinum Eden eftir að það kom fyrst á markað fyrir rúmri hálfri öld. Sama sagan hefur síðan verið með flest önnur sýklalyf síðar og bakteríurnar orðið ónæmar fyrir þeim og engin ný öflug lyf í augsýn.[1] Eins og segja má reyndar um flestar lífverur, aðlagast bakteríuflóran þannig breyttum umhverfisaðstæðum hverju sinni. Það er hins vegar á valdi lækna að sjá til þess að spilla flórunni ekki um of, okkur öllum í hag síðar.

Síðastliðna tvo áratugi hefur verið markvist unnið að því hjá heilbrigðisyfirvöldum að draga úr óþarfa ávísunum lækna á sýklalyf, einkum til barna með væg sýkingareinkenni.[3] Í slíkum tilfellum er að jafnaði um veirusýkingar að ræða þar sem sýklalyf koma að engu gagni eða þá vægar bakteríusýkingar sem líkaminn ræður í flestum tilvikum vel við.[3] Þá er frekar hvatt til nánara eftirlits með sýkingareinkennum. Þannig hefur verið hægt að komast hjá sýklalyfjagjöf í meirihluta tilvika víða erlendis, einkum meðal barna. Sýnt hefur verið fram á góðan árangur af slíkum aðgerðum hér á landi á ákveðnum landsvæðum yfir ákveðin tímabil. Í klínískum leiðbeiningum Embættis landlæknis er nánar tiltekið um ábendingar fyrir sýklalyfjameðferð varðandi flestar algengustu sýkingarnar og fyrsta val lyfja. Þar er vert að hafa í huga að enn eitt vandamálið hér á landi snýr einmitt að mikilli notkun breiðvirkra sýklalyfja á kostnað þeirra þröngvirku.

Í síðasta hefti *Læknablaðsins* var birt grein eftir Önnu Mjöll Matthíasdóttur og félaga um breytt viðhorf til sýklalyfjaávísana hjá íslenskum heimilis- og heilsugæslulæknum með tilliti til umræðunnar.[4] Í niðurstöðum rannsóknarinnar má glöggt sjá að ákveðin vitundarvakning hefur átt sér stað um aukna árvekni gegn ónauðsynlegri sýklalyfjameðferð. Spyrja má þó af hverju svona illa hafi gengið að draga úr mikilli og oft óþarfri sýklalyfjanotkun hér á landi, á sama tíma og betur gengur hjá nágrannaþjóðunum. Rannsóknir hafa sýnt að ávísunarvenjur lækna á sýklalyf ráðast af mörgum þáttum öðrum en bara þekkingu læknis. Mikið vaktaálag, styttri viðtalstímar, væntingar sjúklings, lyfjaauglýsingar og vinnubrögð kollega í sömu aðstæðum geta líka haft mikil áhrif á ákvörðun um lyfjaávísun.[5] Víða er undirmönnun í heilsugæslunni og vaktaálag því mikið hér á landi, ekki síst á sjálfu höfuðborgarsvæðinu þar sem sýklalyfjanotkunin er mest.

Sem betur fer er sýklalyfjaónæmi alvarlegustu sýkingarvaldanna enn lítið hér á landi miðað við víða erlendis, enda landið frekar einangrað, þjóðin fámenn og almennt heilbrigði gott. Engu að síður höfum við á síðustu áratugum fengið faraldra fjölónæmra pneumókokka sem náð hafa bólfestu í nefkoki hjá allt að 20% barna, sem rekja má að hluta til mikillar sýklalyfjanotkunar þeirra.[3] Sýkingum fjölónæmra sýkingarvalda á sjúkrahúsum má einnig halda niðri með réttri notkun sýklalyfja og áherslu á hreinlæti og góðar smitsjúkdómavarnir. Þetta er varnarbarátta þar sem sífellt meira hefur samt orðið að láta undan. Ákveðnir algengir sýkingarvaldar á sjúkrahúsum erlendis eru hins vegar í sumum tilvikum orðnir ónæmir fyrir öllum hugsanlegum sýklalyfjum sem til eru og því aðeins tímaspursmál hvenær slíkar sýkingar koma einnig upp hér á landi. Fjölgun ferðamanna, aukinn innflutningur á hverskonar hrávöru og tíð ferðalög landans erlendis geta flýtt þessari þróun, bæði í samfélaginu og á sjúkrahúsunum. Nýjar bólusetningar gegn algengum sýklalyfjaónæmum bakteríustofnum í þjóðfélaginu, til dæmis pneumókokkum, ættu líka að geta dregið að minnsta kosti tímabundið úr tíðni algengustu sýkinganna sem þeir valda og skapað okkur betra tækifæri til aðhaldsaðgerða. Það er þó alltaf á ábyrgð læknanna sjálfra að nota sýklalyfin af meiri kostgæfni en verið hefur og sporna þannig gegn þróuninni. Vandi lækna er því sá að bera hag sjúklingsins í huga, jafnhliða því að viðhalda samfélagslegri ábyrgð á því sem kann að þróast á morgun.

Heimildir

1. Center for Disease dynamics, economics and policy 2015. The state of the world´s antibiotics 2015. CDDEP: Washington DC.
2. Sýklalyfjanotkun og sýklalyfjanæmi baktería í mönnum og dýrum á Íslandi 2013. Landspítali, sóttvarnalæknir, Lyfjastofnun, Matvælastofnun, 2014.
3. Arason VA, Sigurdsson JA. The problems of antibiotic overuse. Scand J Prim Health Care 2010; 28: 65-6.
4. Matthíasdóttir AM, Guðnason Þ, Halldórsson M, Haraldsson Á, Kristinsson KG. Breytt viðhorf til sýklalyfjaávísana hjá íslenskum heimilis- og heilsugæslulæknum. Læknablaðið 2016; 102: 27-31.
5. Petursson P. GPs' reasons for "non-pharmacological" prescribing of antibiotics: A phenomenological study. Scand J Prim Health Care 2005; 23: 120-5.

Icelandic doctors can do much better - to halt unnecessary antimicrobial prescriptions

Vilhjálmur Ari Arason, MD, GP, PhD
Emergency department, Landspítali - The National University Hospital of Iceland

Við áfengissýki





HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 518002

Antabus – *400 mg freyðitöflur*

Virkt innihaldsefni: Hver freyðitafla inniheldur 400 mg af dísúlfíram. **Ábendingar:** Áfengissýki. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir: Byrjunarskammtur 800 mg daglega í 2–3 daga. Viðhaldsskammtur: 100–200 mg daglega eða 600–800 mg tvisvar í viku. **Frábendingar:** Ómeðhöndlaðir hjartasjúkdómar, háþrýstingur, staðfest geðrof, alvarlegar vefrænar heilaskemmdir, alvarlegar persónuleikatruflanir, áfengisneysla, ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarksverð í smásölu** (ágúst 2015): 400 mg, 50 stk: 10.538 kr. **Afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** G. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group hf. **Frekari upplýsingar:** www.actavis.is, s: 550 3300. **Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 14. febrúar 2012. *Ágúst 2015.*

Actavis

http://dx.doi.org/10.17992/lbl.2016.02.63

Brýnasta verkefni lækna

Arna Guðmundsdóttir

innkirtlalæknir á Landspítala og formaður Læknafélags Reykjavíkur

arnagu@landspitali.is



Íslensk þjóð virðist einhuga um að brýnasta verkefni næstu missera og ára sé endurreisn heilbrigðiskerfisins. Í þeim efnum skiptir Landspítalinn miklu máli – en langt í frá öllu. Styrking hans í húsnæði, tækjabúnaði, mannafla, vísindastörfum og kennslu er afar mikilvæg og verðskuldar allt það kastljós sem nauðsynlegt er til að knýja á um breytingar. En gríðarleg tækifæri eru jafnframt fólgin í breyttu rekstrarfyrirkomulagi og stóraukinni þjónustu heilsugæslunnar, eflingu smærri sjúkrahúsa og auknu framlagi einkarekinnar þjónustu sérfræðilækna.

Fráflæðisvandi spítalans hefur verið mikið til umræðu að undanförnu. Engum dylst mikilvægi þess bæði fyrir spítalann og skjólstæðinga hans að sjúkrarúmin séu ekki upptekin vegna fólks sem ekki er lengur bráðveikt. Hin hliðin á peningnum, það er aðflæðið, fær minni athygli. Þeim megin má þó ef til vill finna rót vandans eða að minnsta kosti leiðir til að draga verulega úr honum. Það er full ástæða til að skoða það vandlega hvernig draga megi úr innlögnum á Landspítalann, heimsóknum á bráðamóttöku hans og eftirspurn eftir þjónustu á göngudeildum. Ekki er ólíklegt að leysa megi talsverðan hluta fráflæðisvandans með minnkandi aðflæði og ekki er heldur ólíklegt að með því gætu sparast umtalsverðir fjármunir. Það dæmi þarf að reikna til enda.

Efling heilsugæslunnar er augljós valkostur. Fjölgun heimilislækna og aukið svigrúm þeirra til þess að þjóna skjólstæðingum sínum gæti í þessum efnum skipt miklu máli. Önnur þjónusta á heilsugæslu, svo sem barnalækna og annarra sérfræðilækna, sálfræðinga og fleiri, gæti dregið úr álagi á spítalann og sama gildir að sjálfsögðu ef starfsemi minni sjúkrahúsanna, sem svo mjög hefur verið tónuð niður eða jafnvel lögð af á undanförnum árum, verður efld á nýjan leik. Sömuleiðis er enginn vafi á því að aukin verkefni sjálfstætt starfandi sérfræðilækna gæti létt talsvert á álaginu. Með stöðlun gæða og eðlilegu gæðaeftirliti verkkaupans, það er ríkisins, er engum vandkvæðum bundið að tryggja afburða þjónustu hvar sem hún er innt af hendi.

Lokun á nýliðun lækna á rammasamning við Sjúkratryggingar Íslands skýtur því skökku við á þessum tímum þegar ástandið er eins og að ofan er lýst. Eðlilegra hefði talist að Embætti landlæknis sinnti lögbundnu hlutverki sínu með hraði til að tefja ekki fyrir nauðsynlegri nýliðun og að Sjúkratryggingar myndu að sama skapi fjölga sérfræðilæknum á samningi þar sem þörfin fyrir þjónustu er mest og biðlistar jafnvel svo mánuðum skiptir. Nærtækt er að nefna bið eftir tíma hjá innkirtlalækni sem nú er um fjórir mánuðir og það jafnvel þó lokað hafi verið fyrir tímabókanir án tilvísunar frá öðrum læknum fyrir mörgum árum síðan. Þessi bið endurspeglar ánægju almennings með þjónustuna enda er þriðjungi af öllum komum til lækna á Íslandi í dag sinnt af sérfræðilæknum á stofu, 1900 læknisheimsóknir á hverjum virkum degi.

Fyrsta skrefið til að bregðast hratt við bráðum vanda er að eyða tortryggni í garð einkareksturs og um leið að eyða þeim misskilningi að hann sé undanfari einhverskonar einkavæðingar innan heilbrigðiskerfisins. Íslendingar vilja byggja heilbrigðisþjónustu sína á félagslegum grunni rétt eins og Norðurlandaþjóðirnar. Læknar eru þar engin undantekning. Svokallaðir stofulæknar í einkarekstri eru það ekki heldur. Þeir vilja áfram sinna störfum sínum innan rammasamningsins við ríkisvaldið og leggja þannig sitt af mörkum til hagræðingar í heilbrigðiskerfinu annars vegar og jafns aðgengis landsmanna að fyrsta flokks læknisþjónustu hins vegar.

Einkavæðing með sjúkratryggingum að vali hvers og eins (til dæmis í Bandaríkjunum) eða með skyldutryggingum (til dæmis í Þýskalandi og Hollandi) er allt annað kerfi en það sem við kjósum okkur. Einkavæðing er líka allt annað hugtak en einkarekstur enda þótt fjölmargir, og þá ekki síst ákveðinn hópur stjórnmálamanna, kjósi að rugla þessu tvennu saman.

Læknar geta ekki lengur vikið sér undan því að taka sem heild þátt í umræðum og verkefnum um þróun heilbrigðisþjónustunnar. Með yfirlýsingunni sem stjórnvöld og Læknafélag Íslands undirrituðu í tengslum við gerð nýrra kjarasamninga fyrir ári síðan sneru aðilar bökum saman og lýstu yfir eindregnum vilja til samstarfs um framfarir í heilbrigðiskerfinu. Í kjölfarið skipaði velferðarráðuneytið verkefnisstjórn undir forystu Björns Zoëga til að skila tillögum um betri heilbrigðisþjónustu. Höfundur þessara lína tók þátt í því starfi sem fulltrúi lækna. Nefndin skilaði tillögum sínum um miðjan desember síðastliðinn og vonandi verða einhverjar þeirra að veruleika í náinni framtíð.

Baráttu lækna fyrir fyrsta flokks heilbrigðisþjónustu á Íslandi lýkur aldrei. Þar verða læknar sem ein heild að leggja sitt af mörkum með margvíslegri þátttöku og hvatningu. Þeir gera mest gagn og láta best af sér leiða sem öflug liðsheild og óþreytandi málsvarar endurheimtar alþjóðlegrar samkeppnishæfni heilbrigðiskerfisins. Þar reynir á forystusveitina en einnig á samstöðu og úthald baklandsins. Þarna liggur brýnasta verkefni okkar á næstu árum.

Our biggest challenge ahead

Arna Guðmundsdóttir, MD
Consulting Physician
Department of Endocrinology & Metabolism
Landspítali - University Hospital

PRALUENT: Ný meðferð fyrir sjúklinga með frumkomna kólesteról-hækkun eða blandaða blóðfituröskun[1]



Öflug viðbót við statín til lækkunar á LDL-C *...



...og enn öflugri meðferð ef þörf krefur[1,2,3,4,5]

Praluent®
alirocumab

Allt að 61 % lækkun á LDL-C[2,4]

sem viðbót við hæsta skammt af statíni sem þolist[2,4]

1. PRALUENT SPC. 23.09.2015 kafli 4.1. 2. PRALUENT SPC 23.09.2015 kafli 5.1. 3. Cannon CP, Cariou B, Blom D et al. Efficacy and safety of alirocumab in high cardiovascular risk patients with inadequately controlled hypercholestrolemi on maximally tolerated doses of statins: the ODYSSEY COMBO II randomized controlled trial. Eur Heart J, May 14; 36(19): 1186-1194. 4. Robinson JG, Farnier M, Krempf M et al. Efficacy and Safety of Alirocumab in Reducing Lipids and Cardiovascular Events. N Engl J Med 2015;372:1489-99. * Samanborið við lyfleysu eða ezetimib, sem viðbót við statín

SAIS.ALI.16.01.0002

Vistor - Hörgatúni 2, 210 Garðabær
Sími: 535 7000- www.vistor.is

SANOFI

Sérlyfjatexti á bls. 88

http://dx.doi.org/10.17992/lbl.2016.02.64

Árangur aðgerða vegna bráðrar ósæðarflysjunar af gerð A á Íslandi

Arnar Geirsson[1], Inga Hlíf Melvinsdóttir[1], Þórarinn Arnórsson[1], Gunnar Mýrdal[1], Tómas Guðbjartsson[1,2]

ÁGRIP

Inngangur: Ósæðarflysjun í brjóstholshluta ósæðar er lífshættulegur sjúkdómur sem krefst flókinnar meðferðar þar sem tíðni fylgikvilla er há. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna árangur skurðaðgerða sem framkvæmdar hafa verið á Íslandi vegna bráðrar ósæðarflysjunar af Stanford-gerð A en slík rannsókn hefur ekki verið gerð áður hérlendis.
Efniviður og aðferðir: Afturskyggn rannsókn á 45 sjúklingum (meðalaldur 60,7 ár, 68,9% karlar) sem gengust undir aðgerð vegna bráðrar ósæðarflysjunar af gerð A á Landspítala frá 1992 til 2014. Úr sjúkraskrám var safnað saman breytum sem tengdust heilsufarssögu, aðgerðartengdum þáttum og fylgikvillum. Heildarlifun var reiknuð með aðferð Kaplan-Meier en meðaltal eftirfylgdar var 55,6 mánuðir.
Niðurstöður: Alls voru gerðar 45 aðgerðir á tímabilinu þar sem tæplega þrír fjórðu aðgerða (73,3%) voru framkvæmdar á seinni hluta rannsóknartímabilsins. Tæplega helmingur (46,7%) sjúklinga voru í losti við komu á sjúkrahús og 26,7% höfðu blóðþurrðareinkenni til líffæra. Fjölskyldusaga um ósæðarflysjun var til staðar hjá 15,5% sjúklinga. Ósæðinni var skipt út með Dacron®-gerviæð í 86,7% tilfella, hjá tæplega þriðjungi sjúklinga þurfti að skipta út ósæðarrót og hjá 31,1% sjúklinga var blóðrás stöðvuð í kælingu. Meiriháttar fylgikvillar greindust eftir aðgerð hjá 60,1% sjúklinga þar sem enduraðgerð vegna blæðingar (29,3%) og heilablóðfall (14,6%) voru algengastir. Tíu sjúklingar létust innan 30 daga frá aðgerð (22,2%). Lifun 5 og 10 árum frá aðgerð var 71,4 ± 8,2% og 65,4 ± 9,4%.
Ályktun: Aðgerðum vegna ósæðarflysjunar í rishluta ósæðar hefur fjölgað umtalsvert á síðastliðnum áratug hér á landi. Fylgikvillar eru tíðir, sérstaklega enduraðgerðir, en dánartíðni skemmri en 30 daga og langtímalifun eru sambærilegar við erlendar rannsóknir.

Greinin birtist einnig á ensku á vef Læknablaðsins.

Inngangur

[1]Hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala, [2]læknadeild Háskóla Íslands.

Höfundar eru öll læknar.

Fyrirspurnir: Arnar Geirsson

arnarge@landspitali.is

Greinin barst 2. júlí 2015, samþykkt til birtingar 7. janúar 2016.

Höfundar hafa útfyllt eyðublað um hagsmunatengsl.

Ósæðarflysjun er lífshættulegur sjúkdómur þar sem dánartíðni er há og tíðni fylgikvilla umtalsverð.[1] Við bráða ósæðarflysjun verður rof á innsta lagi ósæðar (*intima*) þannig að blóðið klýfur sig á milli laga og myndar aukahólf (*false lumen*) milli innsta og ysta lag æðarinnar. Flysjun í brjóstholshluta ósæðar er oftast skipt í tvennt samkvæmt svokallaðri Stanford-flokkun: í gerð A sem felur í sér flysjun í rishluta ósæðar, og gerð B sem tekur til fallhluta ósæðar en þá eru upptökin handan við vinstri viðbeinsslagæð (*subclavian artery*).[2]

Helstu áhættuþættir ósæðarflysjunar eru háþrýstingur og ósæðargúlpar en einnig bandvefssjúkdómar eins og Marfans-heilkenni, æðakölkun og tvíblöðku ósæðarloka.[1] Veikleiki í stoðvef ósæðarveggjar er talinn auka líkur einstaklings á að fá ósæðarflysjun. Flysjun getur orðið án undanfarandi einkenna en stundum er hún tengd skyndilegri hækkun á blóðþrýstingi.[3] Algengustu einkenni og teikn flysjunar eru skyndilegur brjóstverkur sem leiðir aftur í bak, yfirlið og lágur blóðþrýstingur. Einnig má nefna einkenni sem rekja má til blóðþurrðar til líffæra, til dæmis ef flysjun truflar blóðflæði í gegnum æðar til líffæra (*malperfusion*) og veldur þannig heilaáfalli, hjartabilun eða kvið- og útlimaverkjum.[4]

Meðferð ósæðarflysjunar ræðst af því hvort um gerð A eða B er að ræða. Sjúklingar með gerð A eru nær alltaf teknir í bráðaskurðaðgerð vegna hættu á rofi á ósæð sem getur leitt til skyndidauða vegna blæðingarlosts eða losts sem stafar af blæðingu í gollurshús sem veldur hjartaþröng (*cardiac tamponade*).[5] Einnig er hætta á blóðþurrð til hjarta ef kransæðaop lokast eða bráðum ósæðarlokuleka, nái flysjunin að ósæðarrótinni. Skurðaðgerðir hjá þessum sjúklingum eru flóknar og umfangsmiklar. Fylgikvillar eru því tíðir, eins og blæðingar, nýrnaskaði, öndunar- og fjöllíffærabilun sem auka legutíma og kostnað.[6-8]

Tilgangur rannsóknarinnar var því að kanna árangur aðgerða vegna bráðrar ósæðarflysjunar af gerð A á Íslandi, bæði með tilliti til snemmkominna fylgikvilla, dánartíðni innan 30 daga (skurðdauða) og langtímalifunar.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og náði til allra sjúklinga sem gengust undir aðgerð vegna bráðrar ósæðarflysjunar af gerð A á Landspítala á tímabilinu frá 1. janúar 1992 til 31. desember 2014. Leitað var í sjúkraskrá Landspítala að ICD 9 og ICD 10 greiningarkóðum fyrir ósæðarflysjun, ósæðarvíkkun og flysjun á slagæð. Einnig var leitað að kóðum í aðgerðaskrá hjarta- og lungnaskurðdeildar spítalans sem vísuðu á einhvers konar aðgerð á ósæð í brjóstholi. Alls gengust 45 manns undir aðgerð á þessu 23 ára tímabili og voru

allir teknir með í rannsóknina. Fjórir skurðlæknar framkvæmdu aðgerðirnar.

Klínískar upplýsingar fengust úr sjúkraskrám og voru skráðar samtals 146 breytur, þar á meðal aldur, kyn, áhættuþættir hjarta- og æðasjúkdóma, saga um kransæðasjúkdóm, langvinna lungnateppu, langvinna nýrnabilun, hjartaaðgerðir, fjölskyldusaga um ósæðarflysjun, hvort um tvíblöðku ósæðarloku var að ræða og hvort bandvefssjúkdómar eins og Marfan- og Ehlers-Danlos-heilkenni hefðu áður greinst. Einnig voru skráð einkenni við komu á sjúkrahús, tímalengd frá greiningu til aðgerðar, einkenni blóðþurrðar frá helstu líffærakerfum ásamt myndgreiningaraðferð sem leiddir til greiningar flysjunar. Blóðþurrðareinkenni voru skilgreind út frá klínískum einkennum og teiknum sem bentu til skerts blóðflæðis til viðkomandi líffærakerfis. Þar má nefna ST-breytingar á hjartalínuriti eða hækkun á hjartavakanum CK-MB, heilablóðfall, veika eða upphafna púlsa og skert skyn eða styrk í útlimum, nýja hækkun á kreatíníni í blóði eða engan þvagútskilnað við komu á sjúkrahús, lömun í neðri útlimum, kviðverki eða hækkun á laktati í sermi.

Til að staðfesta að þessi einkenni væru vegna blóðþurrðar þurfti að sýna fram á flysjun til viðkomandi æðagreina með myndgreiningarrannsókn fyrir aðgerð eða við beina skoðun æðagreina í aðgerðinni sjálfri. Hæð og þyngd var skráð samkvæmt svæfingarblöðum og út frá þeim upplýsingum reiknaður líkamsþyngdarstuðull (*body mass index*, BMI). Einnig var EuroSCORE II reiknað út fyrir alla sjúklinga, en það er áhættulíkan til að meta dánarlíkur innan 30 daga frá hjartaskurðaðgerð.[9]

Af aðgerðartengdum breytum var skráð hvernig sjúklingur var tengdur við hjarta- og lungnavél (*canylation*), hversu stórum hluta ósæðar var skipt út eða hvort hægt var að gera við ósæðarlokuna. Einnig var safnað upplýsingum um hvort notuð var blóðrásarstöðvun í djúpri kælingu (*hypothermic circulatory arrest*), tími í hjarta- og lungnavél, tangar- (*aortic cross clamp time*) og aðgerðartími (*skin-to-skin*). Skráð var hversu mikil blæðing kom í brjóstholskera fyrstu 24 klukkustundirnar eftir aðgerð, tími í öndunarvél í klukkustundum og magn blóðhlutagjafa.

Skráðir voru fylgikvillar eftir aðgerð allt til útskriftar af sjúkrahúsi, eða fram að andláti ef sjúklingur lést fyrir útskrift. Fylgikvillarnir voru flokkaðir í alvarlega og minniháttar. Alvarlegir fylgikvillar voru enduraðgerð vegna blæðingar, aðrar enduraðgerðir á hjarta, djúp sýking í bringubeinsskurði, bráður nýrnaskaði sem þarfnaðist blóðskilunar, öndunarbilun sem krafðist barkaraufunar (*tracheostomy*), heilaáfall og hjartadrep tengt aðgerð sem var skilgreint sem hækkun á hjartaensíminu CK-MB yfir 70 µg/L eftir aðgerð. Nýrnaáverki eftir aðgerð var flokkaður eftir RIFLE-skilmerkjum í RISK, INJURY, FAILURE eða LOSS.[10] Til minniháttar fylgikvilla töldust hjartsláttartruflanir, yfirborðssýking í skurðsári, þvagfærasýking, lungnabólga, aftöppun á fleiðruvökva og afturkræf blóðþurrð í heila (*transient ischemic attack*, TIA). Legutími var skráður í dögum, bæði á gjörgæslu og legudeild. Loks var athugað hversu margir létust innan 30 daga frá aðgerð, sem er hefðbundin skilgreining á skurðdauða (*operative mortality*).

Tafla I. *Sjúklingatengdir þættir. Fjöldi sjúklinga og hlutfall, og meðaltal með staðalfráviki.*

	Fjöldi	%
Karlar	31	68,9
Aldur	60,7, ± 13,9	
Háþrýstingur (n=42)	23	54,8
Sykursýki (n=43)	1	2,2
Saga um reykingar (n=39)	22	56,4
Reykja daglega	11	28,2
Líkamsþyngdarstuðull	26,8, ± 5,1	
Langvinn lungnateppa	2	4,4
Útæðasjúkdómur	2	4,4
Heilaáfall	3	6,7
Kransæðasjúkdómur (n=44)	9	20,4
Fjölskyldusaga um ósæðarflysjun	7	15,6
Tvíblöðku ósæðarloka	3	6,7
Marfans-heilkenni	2	4,4
Saga um ósæðargúlp í rishluta ósæðar	7	15,5
Þvermál ósæðar (mm)	53,4, ± 10,8	
EuroSCORE II	8,7, ± 10,3	

Tölfræði

Upplýsingar voru skráðar í forritið Microsoft Excel® (Microsoft, Redmond WA) og forritið SPSS® (IBM, Armonk, NY) var notað í tölfræðilega útreikninga. Aðferð Kaplan-Meier var notuð til að áætla heildarlifun (*overall survival*) og miðast útreikningar við 31. desember 2014. Dánardagur var skráður samkvæmt upplýsingum frá Dánarmeinaskrá landlæknis sem skráð er í Sögukerfi. Meðaltal eftirfylgdar var 4,6 ár (bil: 0-22,7 ár), eða samtals 208 sjúklingaár. Áður en rannsóknin hófst fengust tilskilin leyfi frá Persónuvernd, Vísindasiðanefnd og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala.

Niðurstöður

Að meðaltali voru framkvæmdar tvær aðgerðir á ári á þeim 23 árum sem rannsóknin náði til. Aðgerðum fjölgaði marktækt úr 12 aðgerðum (26,7%) á fyrri hluta tímabilsins (1992-2002) í 33 (73,3%) á því síðara (2003-2014) (p=0,02), en þá voru framkvæmdar að meðaltali 2,8 aðgerðir á hverju ári (mynd 1).

Yfirlit yfir sjúklinga má sjá í töflu I. Karlmenn voru 31 talsins (68,9%) og meðalaldur var 60,8 ± 13,9 ár þar sem yngsti sjúklingurinn var 21 árs og sá elsti 80 ára. Rúmlega helmingur sjúklinga 23/45 (56,4%) höfðu þekkta greiningu um háþrýsting samkvæmt upplýsingum úr sjúkraskrá en af þeim tóku 9/23 (39,1%) engin blóðþrýstingslækkandi lyf. Alls höfðu 56,4% sjúklinga einhvern tíma reykt. Fjölskyldusaga um ósæðarflysjun var til staðar hjá 7 (15,6%) sjúklingum og jafnstórt hlutfall var með þekktan ósæðargúlp í ósæðarrót. Þessir tveir áhættuþættir fóru þó ekki saman nema hjá tveimur sjúklingum.

Einkenni og rannsóknir til greiningar eru sýnd í töflu II. Allir, að tveimur sjúklingum undanskildum (95,6%), voru með brjóstverk við komu, tæpur þriðjungur (28,9%) hafði sögu um yfirlið,

Tafla II. *Einkenni við komu á sjúkrahús og greiningaraðferðir. Fjöldi sjúklinga og hlutfall.*

	Fjöldi	%
Brjóstverkur	43	95,6
Hjartabilun	4	8,9
Yfirlið	13	28,9
Lágþrýstingur (SBÞ <90 mmHg)	21	46,7
Hjartaþröng	14	31,1
Blóðþurrðareinkenni	12	26,7
Hjarta	5	11,1
Heili	1	2,2
Útlimir	5	11,1
Nýru	1	2,2
Mæna	3	6,7
Kviðarhol	2	4,4
Tölvusneiðmynd	42	93,3
Segulómun	0	0
Hjartaómun	28	62,2
Vélindaómun	5	11,1
Æðamyndataka	5	11,1
Hjartaþræðing	13	28,8

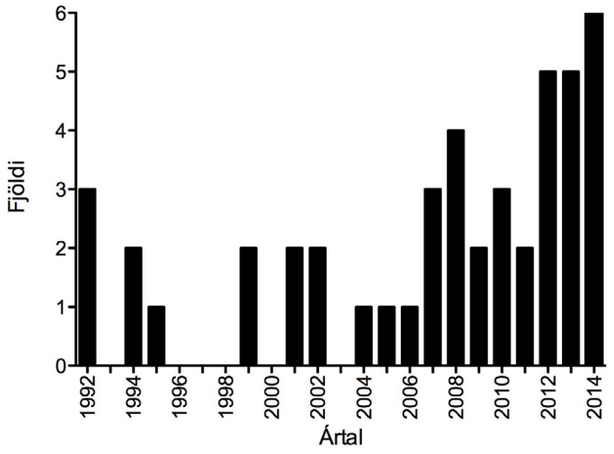
SBÞ: Blóðþrýstingur í slagbili.

Tafla III. *Aðgerðatengdir þættir. Fjöldi sjúklinga og hlutfall, nema fyrir lengd blóðarásarstopps og aðgerðartíma, meðaltal með staðalfráviki.*

	Fjöldi	%
Slagæð þar sem hjarta- og lungnavél var tengd		
Náraslagæð (*femoral artery*)	30	66,7
Viðbeinsslagæð (*subclavian artery*)	9	20,0
Rishluti ósæðar (*ascending aorta*)	2	4,4
Ósæðarbogi (*aortic arch*)	4	8,9
Fjartenging (*distal anastomosis*)		
Rishluti ósæðar	30	66,7
Neðri hluti ósæðarboga	9	20,0
Allur ósæðarbogi	5	11,1
Annað	1	2,2
Blóðrásarstöðvun í kælingu	14	31,1
Lengd (mínútur)	30, ± 18	
Aðgerð á ósæðarrót		
Lokuviðgerð	10	22,2
Rótarskipti með gerviloku	10	22,2
Rótarskipti þar sem loka er varðveitt	4	8,9
Lengd aðgerðar (mínútur)	394, ± 162	
Vélartími (mínútur)	214 , ± 87	
Tangartími (mínútur)	115, ± 58	

46,7% sjúklinga voru með slagbilsblóðþrýsting <90 mmHg við komu á sjúkrahús og 31,1% voru með hjartaþröng sem annaðhvort var greind í aðgerð eða fyrir aðgerð á hjartaómun. Blóðþurrðareinkenni til líffæra voru til staðar hjá 26,7% sjúklinga og var blóðþurrð vegna flysjunar algengust í útlimum (11,1%) og hjarta (11,1%).

Oft var stuðst við fleiri en eina myndgreiningarrannsókn til að staðfesta flysjun en tölvusneiðmynd var gerð í 93,3% tilfella og hjartaómun í 66,7% tilfella. Mesta þvermál rishluta ósæðar við greiningu með myndrannsóknum (tölvusneiðmynd og hjartaómun) var að meðaltali 53,3 ± 10,8 mm í þvermál (bil: 39-87). Bráð



Mynd 1. *Fjöldi aðgerða vegna ósæðarflysjunar af gerð A á Íslandi.*

kransæðaþræðing fyrir aðgerð var gerð hjá 13 sjúklingum (28,9%) en ástæða þræðingar var grunur um kransæðastíflu hjá 6 sjúklingum en í öðrum 5 tilfellum var hjartaþræðing gerð til að kanna ástand kransæða fyrir aðgerð. Hjá tveimur sjúklingum varð ósæðarflysjun í kjölfar hjartaþræðingar (*iatrogenic*).

Miðgildi tíma frá innlögn á Landspítala þar til aðgerð var framkvæmd var 7,3 klst, en að meðaltali 147 ± 143 klst. Munurinn á miðgildi og meðaltali skýrist aðallega af tveimur sjúklingum sem við innlögn voru taldir of veikir fyrir aðgerð en gengust undir aðgerð 14 og 37 dögum síðar.

Aðgerðatengdir þættir eru sýndir í töflu III. Upphafsstaður flysjunar (*primary tear*) var í rishluta ósæðar hjá 18 (40,0%) sjúklingum, við ósæðarrót hjá 10 (22,2%) og í ósæðarboga í 7 (15,6%) tilfellum. Óljóst var hvar upphafsstaður flysjunar væri hjá 10

Tafla IV. *Notkun blóðhluta. Fjórum sjúklingum sem létust í aðgerð var sleppt. Meðaltal með staðalfráviki og bili í sviga.*

	Meðaltal	Bil
Blæðing fyrstu 24 klst (mL)	1505, ± 1649	(125-9715)
Rauðkornaþykkni (ein)	16,4, ± 15,0	(2-68)
Blóðvökvi (ein)	18,1, ± 17,0	(2-74)
Blóðflögur (sett) (n=38)	5,2, ± 3,4	(2-14)
Fibrínógen (g) (n=27)	4,8, ± 3,1	(2-12)
Tranexam-sýra (g) (n=29)	5,0, ± 4,7	(1-17,3)
Virkjaður þáttur VII (mg) (n=11)	8,9, ± 7,2	(2,4-28,8)

ein = eining

Tafla V. *Snemmkomnir fylgikvillar. Sjúklingur getur haft fleiri en einn fylgikvilla. Fjórum sjúklingum sem létust í aðgerð er sleppt. Fjöldi sjúklinga og hlutfall.*

	Fjöldi	%
Alvarlegir fylgikvillar	25	60,1
Enduraðgerð vegna blæðinga	12	29,3
Hjartadrep tengt aðgerð* (n=35)	7	20,0
Barkaraufun	4	9,8
Nýrnaskilun	4	9,8
Heilaáfall	6	14,6
Djúp sýking í bringubeini	1	2,4
Minniháttar fylgikvillar	36	87,8
Nýtilkomið gáttatif/flökt	26	63,4
Öndunarvélameðferð >48 klukkustundir	26	63,4
Tímabundin blóðþurrð í heila (TIA)	2	4,9
Lungnabólga	13	31,7
Aftöppun fleiðruvökva	15	36,6
Þvagfærasýking	3	7,3
Yfirborðssýking í skurðsári	0	0,0
Dauði í aðgerð (n=45)	4	8,9
Dauði innan 30 daga (n=45)	10	22,2

*CK-MB mæling yfir 70 µg/L (hjá sjúklingum sem ekki höfðu hjartadrep fyrir aðgerð). TIA = transient ischemic attack.

sjúklingum (22,2%). Rótarskipti (*aortic root replacement*) voru gerð hjá 14 (31,1%) sjúklingum og hjá 10 þeirra þurfti einnig að skipta um ósæðarloku en hjá fjórum var lokan varðveitt (*valve sparing root replacement*). Ósæðinni var skipt út með Dacron®-gerviæð í 86,7% tilfella en hjá fjórum einstaklingum var komið fyrir stífri innæðagerviæð (*intraluminal ring graft*) í flysjaða rishluta ósæðar í opinni aðgerð. Síðarnefndu aðgerðirnar voru allar gerðar á nokkurra ára tímabili á fyrri hluta tímabilsins og þessi tækni hefur ekki verið notuð á Íslandi síðan 1995. Í einu tilfelli var ekki notast við gerviæð heldur voru lög ósæðar saumuð saman. Fimm sjúklingar (11,1%) gengust undir kransæðahjáveitu samtímis aðgerð á ósæð. Notuð var blóðrásarstöðvun í djúpri kælingu hjá 14 (31,1%) sjúklingum og var meðallengd blóðrásarstöðvunar 30 ± 18 mínútur. Notkun á blóðrásarstöðvun í djúpri kælingu jókst marktækt á rannsóknartímabilinu og síðustu 6 árin (2009-2014) voru 47,8% aðgerða framkvæmdar á þann hátt, miðað við 13,6% fyrir 2008 (p=0,04). Aðgerðirnar tóku að meðaltali 394 ± 162 mínútur (bil: 207-944), þar af var tími í hjarta- og lungnavél 213 ± 87 mínútur (bil: 75-477) og meðaltangartími 114 ± 58 mínútur (bil: 18-327).

Blæðing eftir aðgerð og notkun blóðhluta hjá sjúklingum sem lifðu aðgerðina og lögðust inn á gjörgæslu er sýnd í töflu IV. Allir sjúklingarnir fengu bæði rauðkornaþykkni og blóðvökva eftir aðgerð og öllum nema fjórum voru gefnar blóðflögur (91,1%). Fíbrínógen fengu 27 einstaklingar (60,0%), tranexam-sýra var gefin í 29 tilfellum (64,4%) og virkjaður faktor VII í 11 (24,4%) tilfellum.

Fylgikvillar eftir aðgerð eru sýndir í töflu V. Alvarlegir fylgikvillar greindust hjá 60,1% sjúklinga. Algengastir voru enduraðgerð vegna blæðinga (29,3%), en tveir sjúklingar fóru í slíka enduraðgerð oftar en einu sinni og hjá 7 (17,1%) þurfti að skilja brjóstholið eftir opið vegna mikilla blæðinga. Aðrir alvarlegir fylgikvillar voru hjartadrep eftir aðgerð (20,0%) og heilaáfall (14,6%). Minniháttar fylgikvillar greindust hjá 87,8% sjúklinga og var meðferð í öndunarvél lengur en 48 klukkustundir algengust (63,4%) ásamt nýkomnu gáttatifi/flökti (63,4%) og aftöppun á fleiðruvökva (36,6%). Tími í öndunarvél eftir aðgerð var að meðaltali 68 klukkustundir (± 393, bil: 13-2477). Upplýsingar um kreatínín-mælingu lágu fyrir hjá 40 sjúklingum. Nýrnaskaði samkvæmt skilmerkjum RIFLE greindist hjá 19 þeirra (47,5%), þar af voru 9 (22,5%) í RISK-flokki, 3 (7,5%) í INJURY- og 7 í FAILURE-flokki (17,5%).[10]

Þörf var á nýrnaskilun eftir aðgerð hjá fjórum sjúklingum en enginn þeirra fékk langvarandi nýrnabilun. Tveir sjúklingar þurftu að gangast undir endurteknar aðgerðir á neðri útlimum vegna blóðþurrðar í ganglimum en í hvorugu tilfellinu þurfti að grípa til aflimunar. Miðgildi legutíma á gjörgæslu voru 5 dagar (bil: 1-61) en heildarlegutími á sjúkrahúsi voru 17 dagar (bil: 1-125).

Tíu sjúklingar (22,2%) létust innan 30 daga eftir aðgerð, þar af fjórir á skurðstofu. Ekki var marktækur munur á dánartíðni á milli fyrri og síðari hluta rannsóknartímabilsins (25% á móti 21%, p=0,79). Heildarlifun var 71,4% ± 8,2% eftir 5 ár og 65,4% ± 9,4% 10 árum eftir aðgerð.

Umræða

Ósæðarflysjun er tiltölulega sjaldgæfur en lífshættulegur sjúkdómur sem er bæði erfitt að greina og meðhöndla. Þetta er fyrsta rannsóknin þar sem árangur aðgerða vegna ósæðarflysjunar af gerð A á Íslandi er kannaður en aðgerðirnar voru allar framkvæmdar á einni stofnun af aðeins fjórum skurðlæknum.

Á fyrri hluta tímabilsins var gerð um það bil ein aðgerð á ári en þeim fjölgaði verulega á síðari hluta tímabilsins, og á árunum 2012-2014 voru þær rúmlega 5 á ári. Ástæða þessarar fjölgunar er ekki augljós en í erlendum rannsóknum hefur verið lýst aukinni tíðni bæði gúlpa í brjóstholshluta ósæðar og flysjunar.[11] Hugsanlega getur bætt aðgengi að myndgreiningu og vitundarvakning um sjúkdóminn hin síðari ár skýrt hluta af þessari aukningu. Einnig er hugsanlegt að í byrjun rannsóknartímabilsins hafi sjúklingum ekki alltaf verið boðið upp á aðgerð þar sem reynsla af slíkum aðgerðum hér á landi var takmörkuð þá. Á næstu árum verður vonandi hægt að svara þessum vangaveltum, en í gangi er rannsókn á nýgengi ósæðarflysjunar á Íslandi þar sem einnig er litið á sjúklinga sem ekki gengust undir aðgerð, meðal annars með því að fara yfir krufningaskýrslur og allar sjúkrahúslegur á Íslandi sem tengjast ósæðarflysjun.

Sjúklingar voru margir alvarlega veikir við komu á sjúkrahús, til dæmis var nær helmingur þeirra í losti (með lágan blóðþrýsting) og þriðjungur hafði einkenni um hjartaþröng. Einnig hafði fjórðungur sjúklinga einkenni blóðþurrðar til líffæra, sem er svipað hlutfall og í erlendum rannsóknum þar sem því er lýst í 25-31% tilfella.[4,12,13] Ástand sjúklings við komu á sjúkrahús hefur verulegt forspárgildi um skammtímalifun, en sjúklingar með bæði hjartaöng og blóðþurrðareinkenni við komu eru í rúmlega áttfaldri hættu á dauða eftir aðgerð borið saman við þá sem eru án slíkra einkenna.[14]

Tölvusneiðmyndataka var langalgengasta myndgreiningaraðferðin sem leiddi til greiningar flysjunar. Hún er fljótleg og tiltölulega einföld í framkvæmd en krefst þó gjafar skuggaefnis sem

getur valdið nýrnaskaða.[15] Um fjórðungur sjúklinga fór í hjartaþræðingu fyrir skurðaðgerð; annaðhvort sem hluta af uppvinnslu brjóstverkja eða til að meta ástand kransæða. Í dag er ekki mælt með kransæðamyndatöku ef greining flysjunar liggur fyrir þar sem tíðni alvarlegs kransæðasjúkdóms er lág og kransæðaþrengsli hafa sjaldan áhrif á árangur aðgerðar. Einnig getur kransæðaþræðing valdið rofi á flysjaðri ósæð.[4,16]

Aðgerðartækni var mjög breytileg eftir tímabilum og fór eftir skurðlæknum en breyttist jafnvel hjá sama skurðlækni á þeim 23 árum sem rannsóknin náði til. Breytingar á aðgerðartækni hér á landi hefur fylgt eftir þróuninni erlendis.[7,17-23] Það á ekki síst við um aukna notkun blóðrásarstöðvunar í kælingu eftir því sem leið á rannsóknartímabilið.[18]

Tíðni fylgikvilla var há, sérstaklega tíðni enduraðgerðar vegna blæðinga. Tæplega þriðjungur sjúklinga (29,3%) þurfti enduraðgerð, þar af tveir sem þurftu fleiri en eina enduraðgerð. Hjá 7 af 12 þessara sjúklinga þurfti að skilja brjóstholið eftir opið til að minnka líkur á hjartaþröng, og þeim síðan lokað þegar blæðing hafði stöðvast. Í flestum erlendum rannsóknum er hlutfall enduraðgerða vegna blæðinga nokkru lægra, eða á bilinu 6-19%.[4,24] Ástæða tíðra enduraðgerða vegna blæðinga er ekki ljós en tíðni enduraðgerða hefur einnig verið há eftir aðrar hjartaaðgerðir á Íslandi.[25] Það getur verið að sá þröskuldur sem notast er við til að taka sjúkling í enduraðgerð sé lægri hér á landi en erlendis, til dæmis viðmið um magn blæðingar fyrstu klukkustundirnar eftir aðgerð. Hér er þó sóknarfæri til að bæta árangur og fækka enduraðgerðum vegna blæðinga. Tíðni annarra fylgikvilla eins og heilablóðfalls, nýrnabilunar sem krafðist blóðskilunar og alvarlegrar öndunarbilunar var svipuð og í erlendum rannsóknum.[4]

Dánarhlutfall innan 30 daga var 22,2% sem er sambærilegt og í IRAD-rannsókninni (International Registry of Aortic Dissection) sem er ein sú stærsta sinnar tegundar, en þar var 30 daga dánartíðni 26%.[1,8] Á stærri sjúkrahúsum erlendis sem sérhæfa sig í meðferð ósæðarflysjunar er 30 daga dánartíðni lægri en hér á landi, eða allt niður í 3% en oftar á bilinu 10-13%.[7,26] Þó verður að varast beinan samanburð þar sem sjúklingaþýði í rannsóknum getur verið mismunandi. Þannig er hugsanlegt að á sérhæfðustu sjúkrahúsum erlendis séu veikustu sjúklingarnir látnir áður en þeir ná á sjúkrahús, enda flutningstími lengri en hér á landi. Einnig sýna rannsóknir að reynsla bæði skurðlækna og sjúkrahúsa af þessum aðgerðum skiptir verulegu máli, til dæmis er 30 daga dánartíðni eftir skurðaðgerð lægri hjá skurðlæknum sem gera fleiri en 5 aðgerðir á ári og á sjúkrahúsum þar sem framkvæmdar eru fleiri en 13 aðgerðir á ári.[27] Þetta á því ekki við hér á landi þar sem árlegur fjöldi aðgerða er undir þessum mörkum.

Í þessari rannsókn mældist 5 ára lifun 71,4 og 10 ára lifun 65,4 sem er sambærilegt við erlendar rannsóknir, þar sem 5 ára lifun er á bilinu 72-77% og 10 ára lifun 53-56%.[7,21,28]

Styrkleiki þessarar rannsóknar er að hún nær til heillar þjóðar. Sjúklingarnir voru meðhöndlaðir á sömu stofnun af fjórum skurðlæknum. Auk þess var eftirfylgd sjúklinga hvað varðar lifun nánast 100%. Veikleiki við rannsóknina er að sjúklingaþýðið er frekar lítið. Einnig tók aðgerðartækni nokkrum breytingum á tímabilinu sem gerir erfiðara að leggja mat á árangur mismunandi aðgerða eða bera árangur okkar saman við erlendar rannsóknir.

Þetta er fyrsta rannsókn á ósæðarflysjun af gerð A sem gerð er á Íslandi. Aðgerðum hefur fjölgað umtalsvert á síðasta áratug án þess að skýringin sé þekkt. Ekki sást marktæk breyting á lífslíkum þessara sjúklinga á rannsóknartímabilinu, enda um fá tilfelli að ræða. Fylgikvillar eru tíðir en árangur þessara flóknu aðgerða er í megindráttum sambærilegur við erlendar rannsóknir. Það verður að teljast jákvætt, ekki síst þegar litið er til þess hversu fá tilfelli greinast árlega hér á landi.

Þakkir

Þakkir fær Gunnhildur Jóhannsdóttir skrifstofustjóri á skurðsviði Landspítala fyrir aðstoð við öflun sjúkraskráa.

ENGLISH SUMMARY

Outcomes of acute type A aortic dissection repairs in Iceland

Arnar Geirsson[1], Inga Hlif Melvinsdottir[1], Thorarinn Arnorsson[1], Gunnar Myrdal Einarsson[1], Tomas Gudbjartsson[1,2]

Objectives: Acute type A aortic dissection is a life-threatening disease associated with significant morbidity and mortality. Treatment is challenging and requires emergency surgery. This study presents for the first time the short- and long-term outcome of acute type A aortic dissection repairs in Iceland.

Materials and methods: A retrospective review of 45 patients (mean age 60.7 ± 13.9 years, 68.9% male) treated for type A aortic dissection at Landspitali University Hospital between 1992 and 2014. Data was gathered from medical records about known risk factors, presenting symptoms, type of procedure, complications and operative mortality.

Results: Out of 45 operations the majority (73.3%) was performed in the second half of the study period. Nearly all patients presented with chest pain and 46.7% were in shock on arrival. Malperfusion syndrome was apparent in 26.7% of cases. A variety of operative methods were used, including hypothermic circulatory arrest in 31.1% of the cases and one-third of patients needed aortic root replacement. Reoperation rate for postoperative bleeding was 29.3% and perioperative stroke occurred in 14.6% of patients. The 30-day mortality rate was 22.2% (10 patients) and 5- and 10-year survival was 71.4 ± 8.2% and 65.4 ± 9.4%, respectively.

Conclusions: The short-term outcomes of surgical repair for acute type A aortic dissection in Iceland is comparable to neighbouring countries, including 30-day mortality and long-term survival. Complications, however, are common, especially reoperations for bleeding.

[1]Department of Cardiothoracic Surgery, Landspitali University Hospital, [2]Faculty of Medicine, University of Iceland.

Key words: *Aortic dissection type A, aortic aneurysm, open heart surgery, complications, operative mortality, survival.*

Correspondence: *Arnar Geirsson, arnarge@landspitali.is*

Heimildir

1. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, Bruckman D, Karavite DJ, Russman PL, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): New Insights Into an Old Disease. JAMA 2000; 283: 897-903.
2. Daily PO, Trueblood HW, Stinson EB, Wuerflein RD, Shumway NE. Managment of acute aortic dissections. Ann Thor Surg 1970; 10: 237-47.
3. Hatzaras IS, Bible JE, Koullias GJ, Tranquilli M, Singh M, Elefteriades JA. Role of exertion or emotions as inciting events for acute aortic dissection. Am J Cardiol 2007; 100: 1470-2.
4. Geirsson A, Szeto WY, Pochettino A, McGarvey ML, Keane MG, Woo YJ, et al. Significance of malperfusion syndromes prior to contemporary surgical repair for acute type A dissection: outcomes and need for additional revascularizations. Eur J Cardiothorac Surg 2007; 32: 255-62.
5. Anagnopoulos C, Prabhakar M, Kittle C. Aortic dissections and dissecting aneurysm. Am J Cardiol 1972; 30: 263-73.
6. Sabik J, Lytle BW, Blackstone E, McCarthy P, Loop F, Cosgrove D. Long-term effectiveness of operations for ascending aortic dissections. J Thorac Cardiovasc Surg 2000; 119: 946-62.
7. Geirsson A, Bavaria JE, Swarr D, Keane MG, Woo YJ, Szeto WY, et al. Fate of the residual distal and proximal aorta after acute type A dissection repair using a contemporary surgical reconstruction algorithm. Ann Thorac Surg 2007; 84: 1955-64.
8. Tsai T, Trimarchi S and Nienaber CA. Acute Aortic Dissection: Perspective from the internationl registry of acute aortic dissection (IRAD). Eur J Vasc Endovasc Surg 2009; 37: 149-59.
9. Nashef SA, Roques F, Sharples LD, Nilsson J, Smith C, Goldstone AR, et al. EuroSCORE II. Eur J Cardiothoracic Surg 2012; 41: 734-44.
10. Bellomo R, Ronco C, Kellum JA, Mehta RL, Palevsky P, Acute Dialysis Quality Initiative workgroup. Acute renal failure - definition, outcome measures, animal models, fluid therapy and information technology needs: the Second International Consensus Conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI) Group. Crit Care 2004; 8: R204-12.
11. Olsson C, Thelin S, Stahle E, Ekbom A, Granath F. Thoracic aortic aneurysm and dissection. Increasing prevalence and improved outcomes reported in a nationwide population-based study of more than 14000 cases from 1987-2002. Circulation 2006; 114: 2611-8.
12. Fann J, Smith J, Miller D, Mitchell R, Moore K, Grunkemeier G, et al. Surgical management of aortic dissection during a 30-year period. Circulation 1995; 92: II113-II121.
13. Girardi L, Krieger K, Lee L, Mack C, Tortolani A, Isom O. Management strategies for type A disseciton complicated by peripheral vascular malperfusion. Ann Thorac Surg 2004; 77: 1309-14.
14. Augoustides JG, Geirsson A, Szeto WY, Walsh EK, Cornelius B, Pochettino AE, et al. Observational study of mortality risk stratification by ischemic presentation in patients with acute type A aortic dissection: the Penn classification. Nat Clin Pract Cardiovasc Med 2009; 6: 1-7.
15. Aspelin P, Aubry P, Fransson SG, Strasser R, Willenbrock R, Berg KJ. Nephrotoxic effects in high-risk patients undergoing angiography. N Engl J M 2003; 348: 91-9.
16. Creswell L, Kouchoukos NT, Cox J, Rosenbloom M. Coronary artery disease in patients with type A aortic dissection. Ann Thorac Surg 1995; 59: 585-90.
17. Moon MR, Sundt III TM, Pasque MK, Barner HB, Huddleston CB, Damiano RJ, et al. Does the extent of proximal or distal resection influence outcome for type A dissection. Ann Thorac Surg 2001; 1: 1244-50.
18. Lai DT, Robbins RC, Mitchell RS, Moore KA, Oyer PE, Shumway NE, et al. Does Profound hypothermic circulatory arrest improve survival in patients with acute type A aortic dissection? Circulation 2002; 106: I218-I228.
19. Ohtsubo S, Itoh T, Takarabe K, Rikitake K, Furukawa K, Suda H, et al. Surgical results of hemiarch replacement for acute type A dissection. Ann Thorac Surg 2002; 74: S1853-S1856.
20. Erasmi A, Stierle U, Bechtel J, Schmidtke C, Sievers H, Kraatz E. Up to 7 years' experience with valve-sparing aortic root remodeling/reimplantation for acute type A aortic dissection. Ann Thorac Surg 2003; 76: 99-104.
21. Halstead JC, Meier M, Etz C, Spielvogel D, Bodian C, Wurm M, et al. The fate of the distal aorta after repair of acute type A aortic dissection. J Thorac Cardiovasc Surg 2007; 133: 127-35.
22. Golledge J, Eagle KA. Acute aortic dissection. Lancet 2008; 372: 55-66.
23. Uchida N, Shibamura H, Katayama A, Shimada N, Sutoh M, Ishihara H. Operative strategy for acute type A aortic dissection: ascending aortic or hemiarch versus total arch replacement with frozen elephant trunk. Ann Thorac Surg 2009; 87: 773-7.
24. Olsson C, Franco-Cereceda A. Impact of organ failure and major complications on outcome in acute Type A aortic dissection. Scand Cardiovasc J 2013; 47: 52-8.
25. Smárason NV, Sigurjónsson H, Hreinsson K, Arnórsson Þ, Guðbjartsson T. Enduraðgerðir vegna blæðinga eftir opnar hjartaskurðaðgerðir á Íslandi. Læknablaðið 2009; 95: 567-53.
26. Andersen ND, Ganapathi AM, Hanna JM, Williams JB, Gaca JG, Hughes GC. Outcomes of acute type a dissection repair before and after implementation of a multidisciplinary thoracic aortic surgery program. J Am Coll Cardiol 2014; 63: 1796-803.
27. Chikwe J, Cavallaro P, Itagaki S, Seigerman M, DiLuozzo G, Adams DH. National outcomes in acute aortic dissection: Influence of surgeon and institutional volume on operative mortality. Ann Thorac Surg 2013; 95: 1563-9.
28. Zierer A, Voeller RK, Hills KE, Kouchoukos NT, Damiano RJ, Moon MR. Aortic enlargement and late reoperation after repair fo acute type A aortic dissection. Ann Thorac Surg 2007; 84: 479-87.

Zovand 10 mg filmuhúðaðar töflur.

ATC flokkur: N05CF02. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.

Williams&Halls

Heiti lyfs: Zovand 10 mg filmuhúðaðar töflur **Innihaldslýsing:** Ein filmuhúðuð tafla inniheldur: 10 mg zolpidemtartrat. Hjálparefni: 85,88 mg laktósa/filmuhúðuð tafla. **Ábendingar:** Skammtímameðferð við svefnleysi. Benzódíazepín og benzódíazepínlík lyf eru eingöngu ráðlögð þegar svefnleysi er alvarlegt og hefur hamlandi áhrif á einstaklinginn eða veldur honum miklum erfiðleikum. **Skammtar og lyfjagjöf:** Meðferð skal vera eins stutt og mögulegt er. Almennt varir meðferð frá nokkrum dögum upp í tvær vikur, að hámarki fjórar vikur, að meðtöldu tímabilinu sem dregið er úr notkun lyfsins áður en henni er hætt. Aðlaga á tímabilið sem verið er að hætta lyfjanotkuninni að hverjum einstaklingi. Í ákveðnum tilvikum getur reynst nauðsynlegt að lengja meðferðina fram yfir hámarkslengd; ef svo er, skal það ekki gert án þess að endurmeta ástand sjúklings. Taka skal lyfið með vökva rétt áður en gengið er til náða. Fullorðnir: Taka skal lyfið í einum skammti og ekki gefa það aftur sömu nótt. Ráðlagður sólarhringsskammtur fyrir fullorðna er 10 mg til inntöku rétt fyrir svefn á kvöldin. Nota skal minnsta virka skammt af zolpidemi og skal hann ekki vera stærri en 10 mg. *Aldraðir:* Hjá öldruðum eða veikburða sjúklingum sem geta verið sérstaklega næmir fyrir áhrifum zolpidems er ráðlagður skammtur 5 mg. Aðeins á að auka skammtinn í 10 mg ef klínísk svörun er ekki nægileg og ef lyfið þolist vel. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:* Ráðlagður skammtur fyrir sjúklinga með skerta lifrarstarfsemi sem skilja lyfið ekki jafn hratt út og heilbrigðir einstaklingar er 5 mg. Aðeins á að auka skammtinn í 10 mg ef klínísk svörun er ekki nægileg og ef lyfið þolist vel. Hámarksskammtur af zolpidemi má aldrei verða meiri en 10 mg og á það við um alla sjúklinga. Börn og unglingar undir 18 ára: Zolpidem er ekki ætlað börnum og unglingum undir 18 ára aldri. **Frábendingar:** Alvarleg lifrarbilun. Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Kæfisvefn. Vöðvaslensfár. Alvarleg öndunarbilun. Börn og unglingar undir 18 ára aldri. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá –** www.serlyfjaskra.is**. Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins (SPC):** 30. desember 2014. Athugið að textinn er styttur. Sjá nánar undir upplýsingar á vefsíðunni www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir og verð í nóvember 2015:** 10 mg 30 töflur kr. 1.514; 10 mg 100 töflur kr. 2.549 **Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Markaðsleyfishafi:** Williams & Halls ehf., Reykjavíkurvegi 62, 220 Hafnarfirði, Sími: 527-0600, www.wh.is. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá Markaðsleyfishafa.

http://dx.doi.org/10.17992/lbl.2016.02.65

Komur slasaðra á bráðamóttöku Landspítala eftir reiðhjólaslys árin 2005-2010

Ármann Jónsson[1] læknir, Sævar H. Lárusson[2] verkfræðingur, Ágúst Mogensen[2] afbrotafræðingur, Hjalti Már Björnsson[1,3] læknir, Brynjólfur Á. Mogensen[1,2,3] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Hjólreiðar verða sífellt vinsælli samgöngumáti á Íslandi. Opinber skráning reiðhjólaslysa byggir á lögregluskýrslum en minni reiðhjólaslys eru **líklega** ekki tilkynnt til lögreglunnar þar sem önnur ökutæki eða einstaklingar koma ekki við sögu. Því er hugsanlegt að tíðni reiðhjólaslysa sé vanskráð. Markmið þessarar rannsóknar var því að kanna faraldsfræði slasaðra í reiðhjólaslysum sem leita til bráðamóttöku Landspítala vegna áverka.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin náði til allra sem leituðu á bráðamóttöku Landspítalans vegna reiðhjólaslyss frá 1. janúar 2005 til 31. desember 2010. Allar sjúkraskrár voru yfirfarnar og eftirfarandi breytur skráðar: kyn, aldur, ár, mánuður slyss/áverka, hjálmanotkun, slysagreiningar, alvarleiki áverka og innlagnir. Hjá innlögðum voru aukalega eftirfarandi breytur skráðar: legudagar á gjörgæslu og á legudeildum, myndgreiningarrannsóknir og aðgerðir.

Niðurstöður: Alls voru 3472 komur á bráðamóttöku vegna reiðhjólaslysa, þar af 68,3% karlar en 31,7% konur. Fjöldi slasaðra á ári er því um 579. Meðalaldur slasaðra reyndist 22,6 ár (1-95 ára). Flestir slasast (72,4%) við leik eða tómstundaiðju og í 45,7% tilfella áttu slysin sér stað við íbúðarsvæði utandyra. Flest slysin voru mánuðina frá maí til september eða 71,3%. Orsök slysa var í 44,0% tilvika skráð sem lágt fall eða stökk. Hjálmanotkun var einungis skráð í 14,2% tilvika. Af líkamssvæðum áverkastigsins reyndist áverki oftast á efri útlim eða í 47,1% tilfella. Lítill áverki (ISS ≤3 stig) (áverkaskorið ISS: Injury Severity Score) reyndist hjá 65,6% sjúklinga og 29,3% sjúklinga voru með meðaláverka (ISS 4-8 stig). Alls lögðust 124 sjúklingar inn og meðallegutími var 5 dagar. Enginn lést á rannsóknartímabilinu.

Ályktanir: Reiðhjólaslysum hefur fjölgað lítillega á rannsóknartímabilinu en fjölgun slysa virðist minni en fjölgun hjólreiðamanna. Fleiri karlar en konur leita á sjúkrahús vegna afleiðinga reiðhjólaslysa og meirihluti slasaðra er ungur að árum. Slysin eiga sér yfirleitt stað á vorin og á sumrin. Flestir slasast lítið en 3,6% slasaðra þurfti að leggja inn á Landspítala.

Inngangur

[1]Bráðamóttöku Landspítala, [2]Rannsóknarnefnd samgönguslysa, [3]læknadeild Háskóla Íslands.

Hjólreiðar hafa notið aukinna vinsælda undanfarin ár erlendis.[1,2] Þrátt fyrir að hjólreiðar virðist verða sífellt algengari samgöngumáti á höfuðborgarsvæðinu liggja ekki fyrir nákvæmar tölur um fjölda þeirra sem stunda hjólreiðar á svæðinu. Í ferðavenjukönnun sem framkvæmd var árið 2002 voru 0,3% ferða fólks á höfuðborgarsvæðinu farnar á reiðhjólum en 3,8% í könnun sem gerð var árið 2011, er þetta rúmlega 12-földun á notkun reiðhjóla á því tímabili.[3] Í átakinu *Hjólað í vinnuna* voru alls 2510 þátttakendur árið 2004 þar sem hjólaðir voru 93.557 km en árið 2011 tóku yfir 11.000 manns þátt og hjóluðu 830.486 km.[4] Því bendir margt til þess að hjólreiðamönnum á höfuðborgarsvæðinu fari hratt fjölgandi líkt og erlendis. Þá er það yfirlýst stefna Reykjavíkurborgar að þrefalda hlutdeild hjólreiða í samgöngum í borginni.[5] Í ljósi þessarar þróunar er mikilvægt að meta áhrif hennar á slysatíðni reiðhjólamanna.

Fyrirspurnir: Hjalti Már Björnsson bráðalæknir

hjaltimb@landspitali.is

Opinber skráning reiðhjólaslysa er hjá Samgöngustofu og byggir á lögregluskýrslum um umferðarslys. Í gagnabanka Samgöngustofu voru 317 tilfelli skráð á árunum 2005-2010.[6] Í upplýsingum frá Samgöngustofu kemur fram að árið 2005 slösuðust 25 við hjólreiðar en árið 2010 reyndust þeir 82 talsins.[7] Eru því vísbendingar um fjölgun reiðhjólaslysa í umferðinni á Íslandi á því tímabili.

Greinin barst 10. ágúst 2015, samþykkt til birtingar 5. janúar 2015

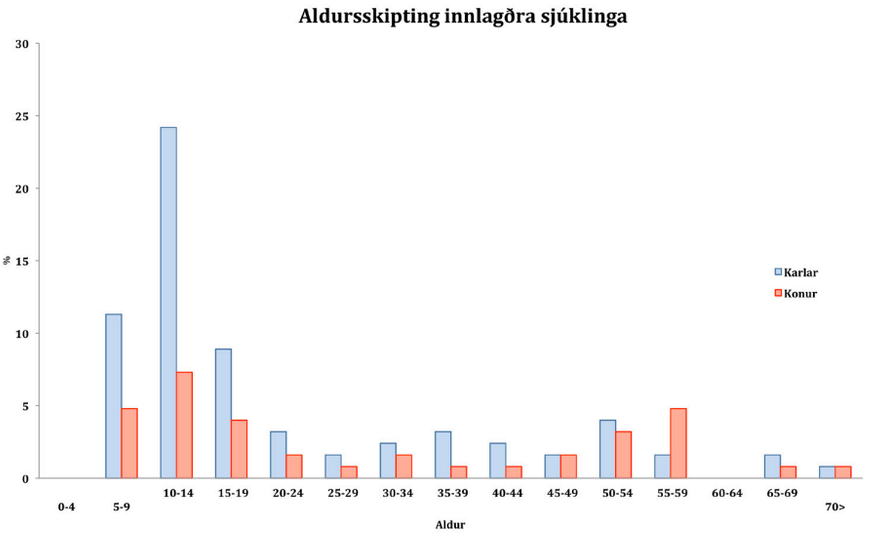
Höfundar hafa útfyllt eyðublað um hagsmunatengsl.

Mörg hjólreiðaslys eru ekki tilkynnt til lögreglunnar þar sem önnur ökutæki eða einstaklingar koma ekki við sögu í slysinu. Í erlendum rannsóknum hafa allt að 90% reiðhjólaslysa ekki verið skráð í gagnagrunna lögreglu og líklegt er að hið sama eigi við um skráningu lögreglu hér á landi.[1,8,9] Brýnt er því að afla nánari upplýsinga um reiðhjólaslys til að meta frekar umfang og alvarleika þeirra.

Markmið þessarar rannsóknar var að kanna faraldsfræði slasaðra í reiðhjólaslysum sem leita til bráðamóttöku Landspítalans vegna áverka.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og náði til allra sem leituðu á bráðamóttöku Landspítalans í Fossvogi vegna áverka eftir reiðhjólaslys frá 1. janúar 2005 til 31. desember 2010. Undir reiðhjólaslys falla öll slys sem hljótast af notkun reiðhjóls. Ekki voru í úrtakinu slys í tengslum við þríhjól eða hlaupahjól né heldur tilfelli þar sem reiðhjól olli slysi án þess að vera í notkun, til dæmis ef það féll á viðkomandi í geymslu. Leitað var rafrænt að reiðhjólaslysum í bæði norræna skráningarkerfi Landspítala um ytri orsakir áverka (NOMESCO) og í sjúkraskrám Landspítala að orðinu *reiðhjól*, *hjól* og *hjálmur*. Allar sjúkraskrár voru yfirfarnar og eftirfarandi breytur skráðar:



Mynd 1. *Aldurs- og kynjaskipting þeirra sem lentu í reiðhjólaslysi og leituðu á bráðamóttökuna í Fossvogi árin 2005-2010.*

kyn, aldur, ár, mánuður slyss/áverka, slysstaður, hjálmanotkun, slysagreiningar, alvarleiki áverka og innlagnir, en hjá innlögðum voru aukalega eftirfarandi breytur skráðar: legudagar á gjörgæslu og á legudeildum, myndgreiningarrannsóknir og aðgerðir. Til að meta alvarleika áverka var stuðst við áverkastigun-AIS (Abbreviated Injury Scale = AIS) en hún byggir á 6 alvarleikaflokkum þar sem 1. stigið samsvarar litlum áverka en það 6. greinir áverka sem leiðir til dauða miðað við núverandi þekkingu.[10] Samkvæmt AIS er líkamanum skipt í 9 líkamssvæði og það svæði sem er mest slasað ræður áverkastiginu. Til að meta fjöláverka sjúklinga er áverkaskorið-ISS (Injury Severity Score = ISS) betri mælikvarði þar sem margir alvarlegir áverkar hafa áhrif á lífslíkur. Áverkaskorið byggir á áverkastiginu og er summa þriggja hæstu áverkastiga í öðru veldi frá þremur mismunandi svæðum áverkaskorsins.[11]

Við úrvinnslu gagna var stuðst við forritið Excel. Rannsóknin hófst að fengnum tilskildum leyfum frá framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala, Persónuvernd og Vísindasiðanefnd.

Niðurstöður

Fjöldi, kynjaskipting og aldur

Alls voru á rannsóknartímabilinu 3472 komur á bráðamóttöku vegna áverka eftir reiðhjólaslys. Þar af vantaði upplýsingar fyrir 114 sjúklinga, 27 (0,8%) einstaklingar fóru heim án skoðunar læknis en í 87 tilfellum (2,5%) voru sjúkraskrár ófullnægjandi. Fjöldi slysa var breytilegur á rannsóknartímabilinu en fæst voru þau árin 2006, eða 497 talsins, en flest 644 árið 2010.

Karlar voru 68,3% sjúklingahópsins en konur 31,7%. Meðalaldur slasaðra reyndist 22,6 ár (aldursbil 1-95 ára). Flestir slasast á unga aldri en 62,4% alls rannsóknarhópsins slösuðust á aldrinum 0-19 ára, þar af 19,2% á aldrinum 5-9 ára en 30,4% á aldrinum 10-14 ára (mynd 1). Hjá konum og körlum var algengast að slasast á aldrinum 10-14 ára. Í alls 18,8% tilfella slösuðust konur á aldrinum 0-19 ára en 43,7% alls rannsóknarhópsins voru karlar sem slösuðust á sama aldri.

Athöfn

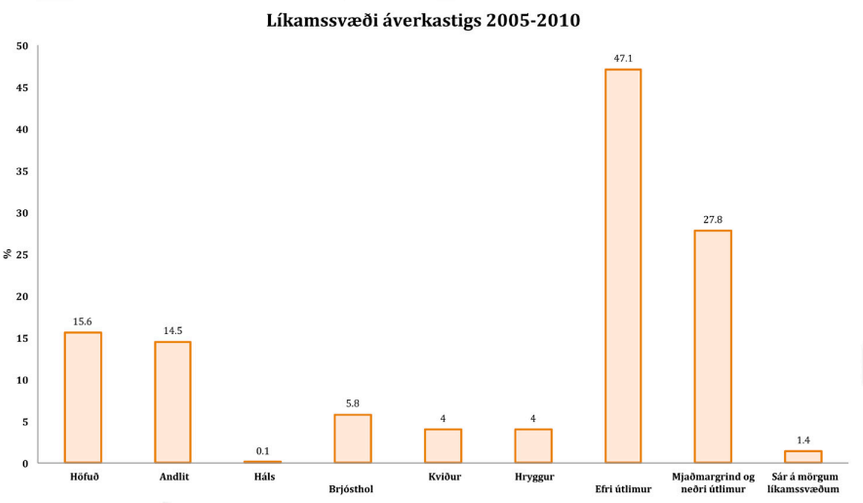
Flestir slösuðust (72,4%) við leik eða tómstundaiðju eða alls 2513 tilfelli, við vinnu, launaða eða ólaunaða slösuðust 305 (8,8%), á skólalóð eða á leið í og úr skóla slösuðust 185 (5,3%) og 134 (3,9%) slösuðust við íþróttaiðkun. Í 125 tilfellum (3,6%) vantaði upplýsingar.

Slysstaður og tímabil

Slysstaður var skráður samkvæmt NOMESCO-skráningarkerfinu. Í 63,3% tilfella áttu slysin sér stað við íbúðarsvæði, þar af 13,8% við einkainnkeyrslu eða bílastæði. Í 17,6% tilfella gerðust þau við umferðarsvæði, þar af í 8% tilfella við opinberar akbrautir innan bæjarmarka, en í 6% tilfella við gangstétt/gangbraut. Minnihluti slysa átti sér stað við skólalóðir, eða um 3% tilfella og slys við hjólreiðastíga gerast einungis í um 2,2% tilfella. Í 2% tilfella fengust ekki upplýsingar um slysstað. Flest slysin eiga sér stað í maí-september, eða 71,3% slysanna. Fæst slysin eiga sér stað í janúar (2,1%) og febrúar í 2,1% tilfella.

Orsök og flutningsmáti gagnaðila í slysi

Orsök slysa var í 44,0% tilvika skráð sem lágt fall eða stökk, í 12,0% tilfella skráð sem hrösun og í 11,7% tilvika árekstur, ýmist við kyrrstæðan hlut eða hlut á hreyfingu. Í 18,0% tilvika vantaði skráningu á orsökum slyss. Skráð var að enginn gagnaðili hafi



Mynd 2. *Skipting slasaðra í reiðhjólaslysum eftir líkamssvæðum áverkastigs (AIS) árin 2005-2010 .*

Tafla I. *Algengustu greiningar skv. ICD-10 hjá öllum sjúklingum sem slösuðust í reiðhjólaslysi og leituðu á bráðamóttökuna í Fossvogi árin 2005-2010.*

Greining - allir sjúklingar	%
Yfirborðsáverki á öðrum hlutum höfuðs (S00.8)	6,5
Heilahristingur (S06.0)	6,3
Tognun og ofreynsla á úlnlið (S63.5)	5,8
Mar á hné (S80.0)	5,4
Opið sár á vanga eða kjálkaliðssvæði (S01.4)	4,4
Brot á neðri enda sveifar (S52.5)	4,4
Viðbeinsbrot (S42.0)	3,7

Tafla II. *Algengustu greiningar skv. ICD-10 hjá innlögðum sjúklingum sem slösuðust í reiðhjólaslysi.*

Greining - innlagðir sjúklingar	%
Heilahristingur (S06.0)	22,6
Yfirborðsáverki á öðrum hlutum höfuðs (S00.8)	8,9
Viðbeinsbrot (S42.0)	7,3
Brot á neðri enda sveifar (S52.5)	6,5
Kúpubotnsbrot með eða án heila- og mænuvökvaleka (S02.1)	6,5
Mörg opin sár á höfði (S01.7)	5,6
Dreifður heilaáverki (S06.2)	4,8

verið að slysinu í 12,5% tilvika, í 7,8% tilvika átti bifreið eða bifhjól hlut að slysi og í 3,0 % tilvika var annar reiðhjólamaður aðili að slysi. Upplýsingar voru hins vegar ekki skráðar um gagnaðila slyss í 74,9% tilvika.

Líkamssvæði áverkastigs og áverkaskor

Af líkamssvæðum áverkastigsins reyndist efri útlimur oftast vera slasaður, eða í 47,1% tilfella. Í 27,8% tilvika var um að ræða áverka á mjaðmargrind og neðri útlim en í 30,2% tilfella voru áverkar á höfði eða andliti (mynd 2).

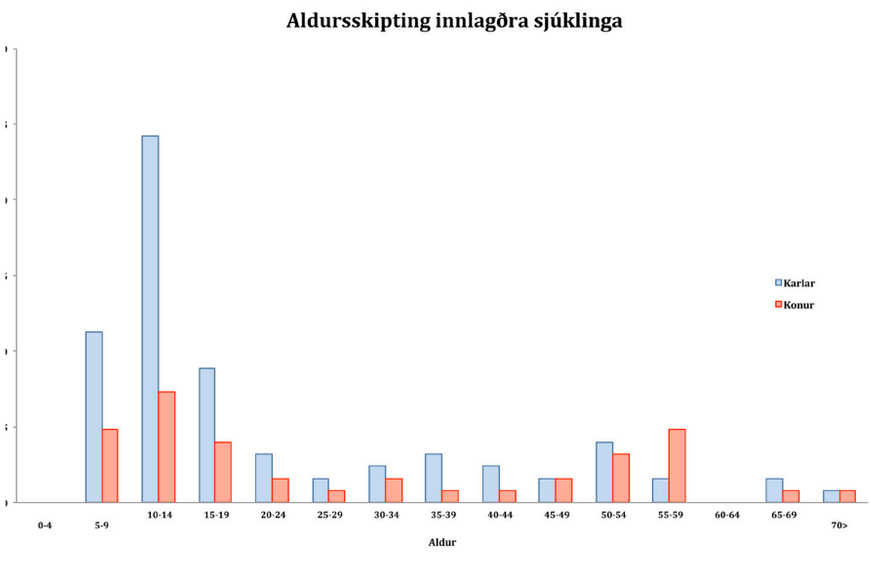
Allir sjúklingar sem komu á bráðamóttöku voru áverkaskoraðir og reyndust 65,6% þeirra með lítinn áverka (áverkaskor ≤3stig), 29,3% sjúklinga voru með meðaláverka (4-8 stig) og 1,5% sjúklinga var með mikinn áverka (9-15 stig). Samkvæmt stöðluðu áverkaskori voru einungis 0,3% sjúklinga alvarlega slasaðir (16-24 stig) og 0,09% sjúklinga lífshættulega slasaðir eða fengu 25 stig eða meira. Enginn sjúklingur lést eftir reiðhjólaslys á rannsóknartímabilinu. Tíðni alvarlegra áverka (áverkaskor 9+) hélst stöðugt á rannsóknartímabilinu en árið 2005 voru 1,3% þeirra sjúklinga sem leituðu á bráðamóttökuna það árið með áverkaskor 9+ borið saman við 2,0% árið 2010. Flestir sjúklingar með áverkaskor 9+ greindust árið 2007 en þá voru þeir 2,9% þeirra sem leituðu á bráðamóttökuna það árið.

Greiningar

Þeir 3472 sem leituðu á bráðamóttökuna eftir reiðhjólaslys hlutu samtals 4876 greiningar. Algengustu greiningar voru sár, mar eða tognun í 71,6% allra greininga. Þar á eftir greindust 22,3% beinbrot eða liðhlaup en heilaáverkar voru 4,9% og innri líffæraáverkar 1,1% allra greininga. Þegar litið er á greiningar samkvæmt ICD-10 voru yfirborðsáverkar á öðrum hlutum höfuðs og heilahristingur algengasta greiningin en það var jafnframt algengasta greiningin meðal þeirra sem lögðust inn. Frekari skiptingu á greiningum samkvæmt ICD-10 má sjá í töflu I og töflu II.

Hjálmur

Í einungis 14,2% tilvika var hjálmanotkun skráð en í þeim tilfellum þar sem hún var skráð voru konur með hjálm í 71% tilvika en 29% karla. Þegar sjúklingar lögðust inn var hjálmanotkun skráð í 43,5% tilfella.



Mynd 3. *Aldursskipting og kyn þeirra sem lögust inn á Landspítalann í kjölfar reiðhjólaslyss árin 2005-2010.*

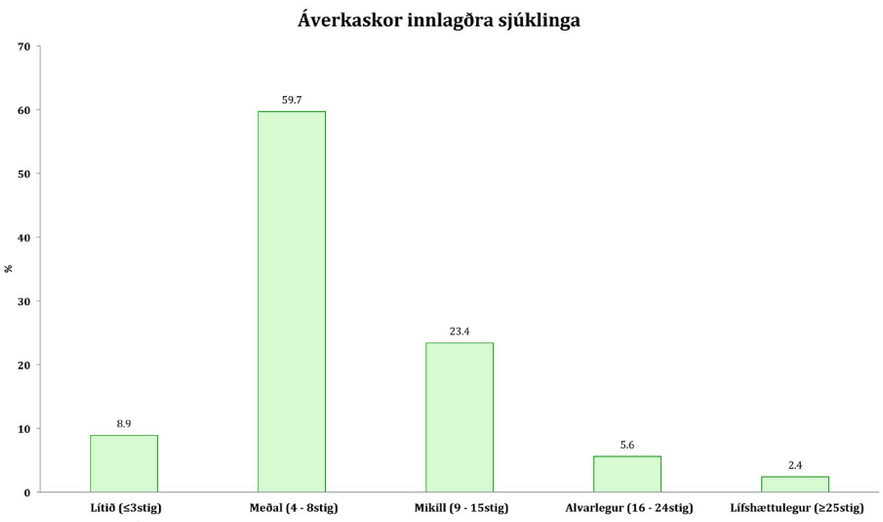
Innlagnir

Alls voru 124 sjúklingar lagðir inn á rannsóknartímabilinu, eða 3,6% allra sjúklinga sem leituðu á bráðamóttöku vegna reiðhjólaslysa. Innlagnarhlutfall var þó breytilegt á rannsóknartímabilinu, fæstir lögðust inn árið 2005, eða tæp 1,8%, en flestir árið 2010, eða 5,0% sjúklinga.

Hjá þeim sjúklingum sem lögðust inn á Landspítala voru 66,9% karlar en 33,1% konur og meðalaldur innlagðra sjúklinga var 24,7 ár en algengast var að sjúklingar á aldrinum 10-14 ára legðust inn (mynd 3).

Innlagðir sjúklingar voru í 59,7% tilvika með meðal áverka, eða áverkaskor 4-8, og mikinn áverka í 23,4% tilvika, eða áverkaskor 9-15 (mynd 4).

Meðallegutími sjúklinga voru 5 dagar en 5 sjúklingar lágu inni í yfir 16 daga,



Mynd 4. *Áverkaskor (ISS) þeirra sem lögðust inn á Landspítalann í kjölfar reiðhjólaslyss árin 2005-2010.*

þar af voru þrír sjúklingar sem lögðust inn á endurhæfingardeild Grensás. Hjá 23 sjúklingum var þörf á innlögn á gjörgæsludeild þar sem meðallegutími voru 2,6 dagar. Af þeim sjúklingum sem lögðust inn þurftu 46,8% aðgerð en í 18,5% tilfella var um aðgerð á neðri útlim að ræða, í 15,3% tilvika þurfti aðgerð á efri útlim, í 6,5% tilvika þurfti aðgerð á andliti og í 2,4% þurfti aðgerð á brjóstkassa. Hjá þeim sjúklingum sem lögðust inn gengust 46,0% undir tölvusneiðmynd af höfði og í 34,7% tilvika var gerð tölvusneiðmynd af kvið en hjá 23,4% var framkvæmd tölvusneiðmynd af brjóstkassa. Í 25,0% tilvika var tekin röntgenmynd af efri útlim, í 20,2% tilvika röntgenmynd af neðri útlim og í 8,1% tilvika var gerð röntgenmynd af lungum. Einungis þrír sjúklingar sem lögðust inn fóru í ómskoðun sem myndgreiningarrannsókn.

Umræða

Í þessari stærstu rannsókn til þessa á hjólreiðaslysum á Íslandi reynast þau vera nokkuð algeng en yfirleitt ekki alvarleg. Þó má ekki horfa fram hjá þeirri staðreynd að um fimmtungur slasaðra var með beinbrot og að um 20 manns leggjast inn á sjúkrahús á ári hverju vegna reiðhjólaslysa. Enginn hjólreiðamaður lést í kjölfar slyss á rannsóknartímabilinu. Í desember 2015 varð banaslys hjá reiðhjólamanni en þá hafði ekki orðið banvænt reiðhjólaslys síðan árið 1997. Til samanburðar er heildarfjöldi látinna í umferðarslysum 102 á rannsóknartímabilinu.[12]

Skráning

Alls leituðu 3472 einstaklingar á bráðamóttöku vegna afleiðinga reiðhjólaslysa á rannsóknartímabilinu. Á sama tíma voru einungis 317 reiðhjólaslys skráð hjá Samgöngustofu fyrir árin 2005-2010, eða 9,1% af skráðum reiðhjólaslysum hjá bráðamóttökunni. Því virðist ljóst að opinber skráning á heildarfjölda reiðhjólaslysa hefur ekki gefið nákvæma mynd af tíðni slysanna. Er þetta sambærilegt við niðurstöður erlendra rannsókna, meðal annars í Finnlandi og Þýskalandi, þar sem skráning lögreglu eða samgönguyfirvalda hefur ekki náð til nema um 10-30% þeirra sem leita aðstoðar á bráðamóttökum.[1,8,9] Líklegasta ástæða þessa misræmis er að minniháttar slys séu ekki tilkynnt til lögreglu enda reyndust 65,6% einstaklinga vera með lágt áverkaskor (ISS <3stig).

Rannsóknin sýnir einnig að þessi slys verða yfirleitt hjá ungum karlmönnum og gerast við leik eða tómstundaiðju.[13-15] Í þessari rannsókn voru 68,3% slasaðra karlkyns en í 31,7% tilvika konur, sem er svipað og sést hefur meðal annars í rannsókn frá Bretlandi.[14] Virðist þessi munur til kominn vegna þess að reiðhjólaslys eru algengari meðal drengja en stúlkna en slysatíðni kynjanna virðist sambærileg hjá fullorðnum eins og sjá má á mynd 3.

Slysatíðnin er einnig mismunandi milli aldurshópa en meirihluti slysanna verður á aldrinum 0-19 ára, eða 62,4% allra slysa. Það er viðbúið að slysatíðnin sé mest hjá yngsta hópi sjúklinga sé tekið mið af aldurssamsetningu þjóðarinnar en 43,5% fólks á rannsóknartímabilinu var á aldrinum 0-29 ára, en einnig ef litið er á könnun á ferðavenjum fólks árið 2011.[22] Þó umrædd könnun nái út fyrir okkar rannsóknartímabil virðist reiðhjólanotkun vera mest hjá yngri aldurshópum.[16]

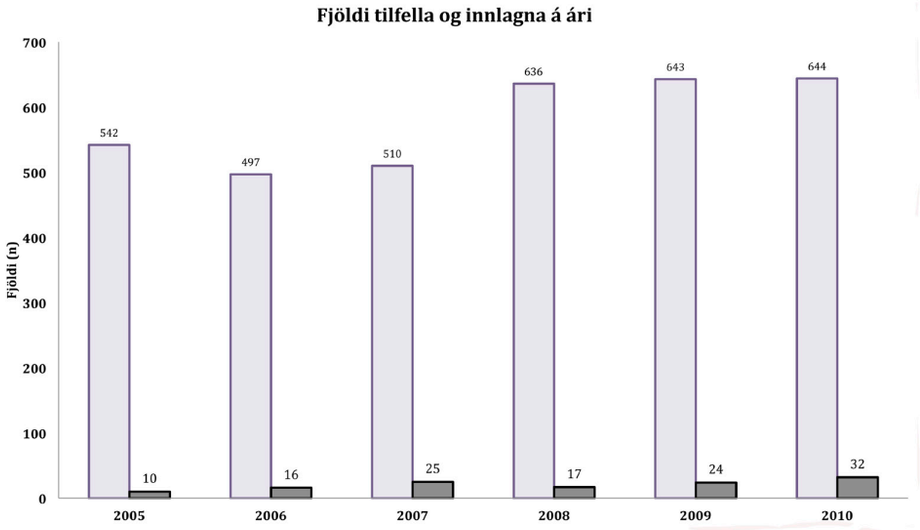
Hjálmar

Ýmsar rannsóknir hafa borið saman þá sem hjóla með og án hjálms. Skráning á notkun reiðhjólahjálms var ábótavant á rannsóknartímabilinu en í 85,8% tilvika var hjálmanotkun ekki skráð. Þetta er hærra hlutfall en sést hefur í öðrum sambærilegum rannsóknum þar sem vanskráning hefur verið á bilinu 30-60%.[9,17,18] Hlutfall skráningar um notkun hjálms hjá innlögðum sjúklingum var einnig lág en upplýsingar um notkun hjálma voru til staðar hjá 43,5% sjúklinga. Þeir sjúklingar sem höfðu notað hjálm lögðust síður inn, höfðu síður áverka á höfði og höfðu lægra áverkaskor. Konur hjóluðu frekar með hjálm á höfði og er það í samræmi við það sem hefur sést erlendis frá.[19-21] Í ljósi þess hve vanskráning reiðhjólahjálms var mikil á tímabilinu er erfitt að meta gagnsemi reiðhjólahjálms út frá þessari rannsókn þó ýmsar erlendar rannsóknir hafi bent til þess að hjálmanotkun dragi marktækt úr tíðni höfuðáverka.[19]

Tíðni slysa og öryggi reiðhjóla

Niðurstöður okkar sýna að heildarfjöldi reiðhjólaslysa virðist aukast lítillega á rannsóknartímabilinu (mynd 5). Fæst voru þau árið 2006, eða 497 talsins, en flest, 644, árið 2010. Alvarlegum áverkum fjölgaði ekki á tímabilinu en árið 2007 voru 15 slasaðir með áverkaskor 9≥ og árið 2010 voru 13 slasaðir með áverkaskor 9≥. Hins vegar fjölgaði innlögnum á seinni hluta tímabilsins þar sem 10 einstaklingar lögðust inn árið 2005 en 32 árið 2010 og fór innlagnarhlutfall því úr 1,8% í 5,0%.

Erfitt er að áætla hvort raunveruleg aukning hafi orðið á tíðni reiðhjólaslysa miðað við fjölda hjólreiðamanna þar sem nákvæmur



Mynd 5. *Fjöldi slasaðra hjólreiðamanna og heildarfjöldi innlagðra á hverju ári sem leituðu á bráðamóttöku Landspítalans árin 2005-2010.*

heildarfjöldi þeirra liggur ekki fyrir, né hver heildarvegalengdin er sem hjólreiðamenn hjóla á hverju ári. Sé tekið mið af rannsókn sem framkvæmd var árið 1996 um reiðhjólaslys á Íslandi hefur tilfellum fjölgað töluvert, en árin 1992-1995 voru þau 1144, eða um 286 tilfelli á ári, samanborið við 579 á ári á rannsóknartímabilinu 2005-2010.[23] Árið 2012 var gerð sniðtalning í umferðinni í Reykjavík sem miðaði að því að kanna flæði og umfang umferðar í borginni en samkvæmt henni virtist reiðhjólamönnum fara fjölgandi milli ára og þrefaldaðist fjöldi þeirra árin 2009-2012.[24] Á undanförnum árum hefur verið gert átak í uppbyggingu hjólastíga á höfuðborgarsvæðinu auk viðleitni til að bæta öryggismenningu gagnvart hjólreiðum í umferðinni. Er áhugavert í því samhengi að einungis 2,2% reiðhjólaslysa í þessari rannsókn gerðust á hjólastíg og einungis 3,2% slasaðra sem lögðust inn slösuðust við reiðhjólastíg. Því kann að vera að uppbygging á öruggari hjólreiðaleiðum hafi bætt öryggismenningu gagnvart hjólreiðum í umferðinni og fleiri aðgerðir til að draga úr reiðhjólaslysum hafi borið árangur.

Ekki er unnt að fullyrða um öryggi reiðhjóla sem samgöngumáta út frá þessari rannsókn, meðal annars vegna þess að um afturskyggna rannsókn er að ræða, skráning var ófullnægjandi í ýmsum tilvikum auk þess sem ekki var gerður greinarmunur á reiðhjólamönnum sem lenda í slysi þegar þeir eru að hjóla eða hvort þeir verða valdir að slysi gagnvart öðrum aðila. Þó alvarleg slys geti átt sér stað vegna reiðhjóla gefa niðurstöður okkar þó frekar vísbendingu um að reiðhjól sé tiltölulega öruggur ferðamáti í ljósi þess að enginn lést í reiðhjólaslysi á rannsóknartímabilinu, en einnig þar sem alvarlegum áverkum fjölgaði ekki hlutfallslega á rannsóknartímabilinu þrátt fyrir aukningu í heildarfjölda tilfella. Hafa verður þó í huga að innlögnum virðist hafa fjölgað á tímabilinu, sem og að nýlega varð banaslys í umferðinni hjá reiðhjólamanni sem er það fyrsta frá árinu 1997. Halda þyrfti áfram rannsóknum á reiðhjólaslysum á komandi árum til að fylgjast með þróun þeirra, til dæmis með framskyggnri rannsókn og afmarka einnig rannsóknarhópinn betur, en í samvinnu við Rannsóknarnefnd samgönguslysa er stefnt að áframhaldandi skráningu á reiðhjólaslysum líkt og gert var fyrir umrætt tímabil.[25]

Veikleikar

Þessi rannsókn nær einungis til þeirra sem leituðu á bráðamóttöku Landspítalans en ekki yfir heildarfjölda allra tilfella á Íslandi. Líklegt er að einhverjir minna slasaðir einstaklingar hafi leitað á heilsugæslu eða ekki leitað læknis en hafa verður þó í huga að á rannsóknartímabilinu hefur aðgengi sjúklinga að heilsugæslu minnkað. Hugsanlegt er því að fjölgun minniháttar áverka eftir reiðhjólaslys á bráðamóttöku Landspítala sé að einhverju leyti vegna þessa. Einnig er líklegt að lítið slasaðir einstaklingar utan höfuðborgarsvæðisins hafi leitað á heilsugæslu eða önnur sjúkrahús.

Í rannsókninni var ekki gerður greinarmunur á hjólreiðum til afþreyingar, sem samgöngumáta og keppnishjólreiðum. Á undanförnum árum hafa hjólreiðakeppnir orðið fleiri og fjölmennari, bæði í flokki götuhjólreiða og torfæruhjólreiða og getur þetta skekkt niðurstöður við mat á öryggi reiðhjóla sem samgöngumáta á Íslandi. Enn fremur er um afturskyggna rannsókn að ræða og í meirihluta tilfella vantar upplýsingar um hjálmanotkun og hvort annar aðili kom við sögu í þessum slysum. Skráningu á notkun hjálma og gagnaðilum var ábótavant á rannsóknartímabilinu og hana þyrfti að bæta.

Ályktun

Um 600 einstaklingar slasast árlega í reiðhjólaslysum. Flest slysin eru minniháttar en 3,6% slasaðra þurfti að leggja inn á Landspítala. Niðurstöður okkar sýna að fleiri drengir en stúlkur slasast við hjólreiðar en að kynjahlutföllin eru svipuð hjá fullorðnum. Flest slysin eiga sér stað á vorin og sumrin. Reiðhjólaslysum hefur fjölgað lítillega á rannsóknartímabilinu en þeim virðist ekki hafa fjölgað til jafns við fjölgun hjólreiðamanna á tímabilinu.

Þakkir

Við þökkum Ingibjörgu Richter kerfisfræðingi á Landspítala kærlega fyrir hjálp við öflun gagna úr rafrænu kerfi spítalans.

Heimildir

1. Juhra C, Wieskötter B, Chu K, Trost L, Weiss U, Messerschmidt M, et al. Bicycle accidents – Do we only see the tip of the iceberg? A prospective multi-centre study in a large German city combining medical and police data. Injury 2011; 43: 2026-34.
2. Boström L, Nilsson B. A Review of Serious Injuries and Deaths from Bicycle Accidents in Sweden from 1987 to 1994. J Trauma 2001; 50: 900-7.
3. vegagerdin.is/media/frettir-2012/4021430_Ferdavenjur_heild_310112.pdf – desember 2015.
4. hjoladivinnuna.is/um-hjolad/markmid-og-arangur/- desember 2015.
5. reykjavik.is/sites/default/files/ymis_skjol/skjol_utgefid_efni/Samgoengustefna.pdf - desember 2015.
6. Umferðarslysaskrá Samgöngustofu. Samgöngustofa, Reykjavík 2012.
7. Gunnarsson GG, Þorsteinsdóttir KB, Jónsdóttir Þ. Umferðarslys á Íslandi árið 2011. Umferðarstofa, Reykjavík 2012.
8. Stutts et al, Bicycle Accidents: An Examination Of Hospital Emergency Room Reports and Comparison with Police Accident Data. Highway Safety Research Center, North Carolina USA 1988.
9. Airaksinen N, Lüthje P, Nurmi-Lüthje I. Cyclist Injuries treated in the Emergency Department (ED) : Consequences and Cost in the South-eastern Finland in an Area of 100 000 Inhabitants. Ann Adv Automot Med 2010; 54: 267-74.
10. The Abbreviated Injury Scale. American Association for the Advancement of Automotive Medicine 1990 revision, update 1998. Des Plaines IL.
11. Baker SP, O'Neill B, Haddon W Jr, Long WB. The injury severity score: a method for describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. J Trauma 1974; 14: 187-96
12. samgongustofa.is - febrúar 2015.
13. Sikic M, Mikocka-Walus AA, Gabbe BJ, McDermott FT, Cameron PA. Bicycling injuries and mortality in Victoria, 2001-2006. Med J Aust 2009; 190: 353-6.
14. Davidson JA. Epidemiology and outcome of bicycle injuries presenting to an emergency department in the United Kingdom. Eur J Emerg Med 2005; 12: 24-9.
15. Rivara FP, Thompson DC, Thompson RS. Epidemiology of bicycle injuries and risk factors for serious injury. Inj Prev 1997; 3: 110-4.
16. Ferðir íbúa höfuðborgarsvæðisins. Heildarskýrsla. Október-desember 2011. Capacent Gallup, Reykjavík 2011.
17. Mehan TJ, Gardner R, Smith GA, McKenzie LB. Bicycle-related injuries among children and adolescents in the United States. Clin Pediatr (Phila) 2009; 48: 166-73.
18. Amoros E, Chiron M, Martin JL, Thélot B, Laumon B. Bicycle helmet wearing and the risk of head, face and neck injury: a French case-control study based on a road trauma registry. Inj Prev 2012; 18: 27-32.
19. Attewell RG, Glase K, McFadden M. Bicycle helmet efficacy: a meta-analysis. Accid Anal Prev 2001; 33: 345-52.
20. Heng KW, Lee AH, Zhu S, Tham KY, Seow E. Helmet use and bicycle-related trauma in patients presenting to an acute hospital in Singapore. Singapore Med J 2006; 47: 367-72.
21. Maimaris C, Summers CL, Browning C, Palmer CR. Injury patterns in cyclists attending an accident and emergency department: a comparison of helmet wearers and non-wearers. BMJ 1994; 308: 1537-40.
22. hagstofa.is - janúar 2015.
23. Kristjánsson K, Mogensen B. Áverkar eftir reiðhjólaslys. Ágrip nr. 51 á Skurðlæknaþingi 1996. Læknablaðið 1996; 82: 315.
24. Helgadóttir B. Sniðtalningar 2012. Umferðartalningar í Reykjavík. Samgöngudeild, umhverfis-og skipulagssviði Reykjavíkurborgar. Reykjavík, 2012.
25. Lárusson SH, Jónsson Á, Mogensen B, Mogensen Á. Hjólreiðaslys á Íslandi. Rannsóknarnefnd samgönguslysa, Reykjavík, 2014.

ENGLISH SUMMARY

Incidence of Bicycle injuries presenting to the Emergency Department in Reykjavik 2005-2010.

Ármann Jónsson[1], Sævar H. Lárusson[2], Ágúst Mogensen[2], Hjalti Már Björnsson[1,3], Brynjólfur Á. Mogensen[1,2,3]

Introduction: Bicycling has become increasingly popular in Iceland. Official registration of bicycle accidents is based on police reports. As minor accidents are often not reported to the police, these accidents may be underreported in police records. The aim of this study was to examine the epidemiology of bicycle related accidents in patients seeking medical assistance at the Emergency Department (ED) at Landspitali-University Hospital, Reykjavik (LUH), Iceland.

Materials and methods: This retrospective cohort study was conducted at the ED at LUH, Iceland from January 2005 to December 2010. All medical files were reviewed and sex, age, year and month of accident/injury, helmet wearing, ICD-10 diagnosis, severity of injury according to the Abbreviated Injury Scale (AIS) and the Injury Severity Score (ISS) recorded. The rate of hospital admission was examined with length of stay, Intensive Care Unit admission, use of medical imaging and operative treatment.

Results: A total of 3472 patients presented to the ED with bicycle related accidents , 68.3% men and 31.7% female. The average age of patients was 22,6 years (1-95 years). Most are injured during recreational activities (72.4%) and in residence areas (45,7%). Most injuries occurred during May-September (71.4%). Data on counterparty was missing in 74.9% of cases. The cause of accident was in 44.0% a low fall or jump. The upper extremity was injured in 47.1% cases. A majority of the patients (65.6%) had a mild injury (ISS≤3points) and 29.3% had a moderate injury (4-8 points). No fatalities were found during the study period. Use of helmets was only recorded in 14.2% of cases. In total 124 patients were admitted during the period where the mean time of admission was 5 days.

Conclusion: The incidence of bicycle injuries increased during the study period but appears to have increased less than the number of bicyclists. Injuries are more frequent among males and the majority are of a young age. The accidents usually occur during the spring and summer. Most injuries are minor but 3.6% required admission.

Department of Emergency Medicine, The National University Hospital of Iceland[1], Icelandic Transportation Safety Board[2], Faculty of Medicine, University of Iceland[3]

Key words: *bicycle accident, emergency department, helmet, injury.*

Correspondence: *Hjalti Már Björnsson, hjaltimb@landspitali.is*

http://dx.doi.org/10.17992/lbl.2016.02.66

Áhrif þverfaglegrar offitumeðferðar á líkamsþyngd og andlega líðan til lengri og skemmri tíma

Bjarni Kristinn Gunnarsson[1] sálfræðingur, Ingunn Hansdóttir[2] sálfræðingur, Erla Björnsdóttir[3] sálfræðingur, Erla Björg Birgisdóttir[3] sálfræðingur, Anna Þóra Árnadóttir[4] sjúkraþjálfari, Björn Magnússon[5] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Markmið rannsóknarinnar var að meta skammtíma- og langtímaárangur fjögurra vikna þverfaglegrar hópmeðferðar vegna offitu með eftirfylgd ásamt því að bera saman árangur þeirra sem fóru í hjáveituaðgerð og hinna sem ekki fóru í slíka aðgerð.

Efniviður og aðferðir: Þátttakendur voru 100 sjúklingar sem frá árinu 2007 höfðu lokið fjögurra vikna offitumeðferð með allt að tveggja ára eftirfylgd á Fjórðungssjúkrahúsinu í Neskaupstað (FSN). Að meðferð lokinni fóru 28 sjúklingar í hjáveituaðgerð. Þyngd, þunglyndis- og kvíðaeinkenni auk lífsgæða voru mæld hjá þátttakendum fyrir og eftir meðferð, og síðan aftur með póstsendum spurningalistum í þversniðsgagnasöfnun sumarið 2012.

Niðurstöður: Þátttakendur léttust marktækt auk þess sem andleg líðan og lífsgæði bötnuðu eftir offitumeðferð (miðgildi 1,85, líkamsþyngdarstuðull, LÞS stig), og hélst árangur til lengri tíma. Þremur árum eftir að meðferð lauk var þyngdartap ennþá marktækt hjá þeim sem ekki fóru í hjáveituaðgerð (miðgildi 2,13 LÞS stig), en breytingar á andlegri líðan og lífsgæðum voru hins vegar ekki lengur til staðar. Þeir sem fóru í hjáveituaðgerð léttust meira (miðgildi 13,12 LÞS stig) og náðu varanlegri árangri í lífsgæðum og þunglyndiseinkennum.

Ályktun: Niðurstöður sýna að þverfagleg offitumeðferð er árangursrík leið til að draga úr offitu og bæta andlega líðan og lífsgæði til skamms tíma. Þegar veitt er eftirfylgdarmeðferð viðhelst árangurinn sem náðst hefur við að draga úr offitu allt að þremur árum eftir meðferð hjá öllum þátttakendum. Hjáveituhópurinn náði meiri árangri í að breyta holdafari sínu og sýndi varanlegri bata á þunglyndi og lífsgæðum. Þessar niðurstöður undirstrika mikilvægi þess að veita langtímameðferð til að stuðla að viðvarandi árangri í glímunni við offitu.

Inngangur

[1]Þjónustumiðstöð miðborgar og Hlíða, [2]Háskóla Íslands, [3]Landspítala, [4]Fjórðungssjúkrahúsinu í Neskaupstað, [5]Heilbrigðisstofnun Suðurlands.

Offita er alvarlegur sjúkdómur sem leggst með sívaxandi þunga á heilbrigðiskerfi Vesturlanda.[1] Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) skilgreinir offitu sem sjúkdóm með líkamsþyngdarstuðli (LÞS, reiknað sem kg/m^2) ≥30, er eykur líkurnar á ýmsum sjúkdómum, svo sem hjarta- og æðasjúkdómum, sykursýki af tegund tvö, heilablóðfalli, kæfisvefni og ákveðnum tegundum krabbameina sem geta skert lífgæði og lífslíkur fólks.[1] Offitu fylgja gjarnan félagsleg vandamál ásamt aukinni tíðni kvíða og þunglyndis.[3] Samkvæmt WHO er offita heimsfaraldur og algengi hennar færist í aukana. Árið 2014 voru 11% karla og 15% kvenna of feit, sem er meira en tvöföldun frá árinu 1980.[1]

Fyrirspurnir: Bjarni Kristinn Gunnarsson
bjarnikris@gmail.com

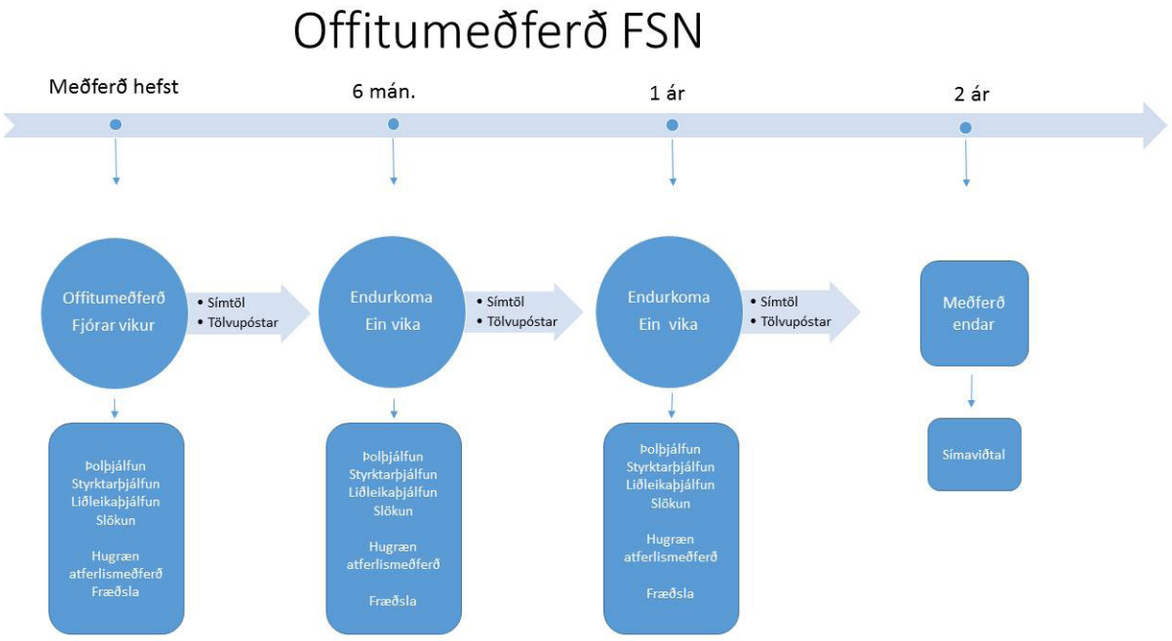
Samkvæmt skýrslu OECD frá árinu 2013 og íslenskum rannsóknum á holdafari landsmanna hefur algengi offitu meðal íslenskra karla aukist úr 7,2% í 22,7%, og meðal kvenna úr 9,5% í 19,3% frá árinu 1990.[4,5] Algengi sykursýki af tegund tvö hefur jafnframt tvöfaldast meðal íslenskra karlmanna og aukist um 50% meðal íslenskra kvenna á árunum 1967-2007.[6] Nýlegar rannsóknarniðurstöður benda til þess að um 21% fullorðinna Íslendinga séu of feitir.[4,5,7]

Greinin barst 16 júní 2015, samþykkt til birtingar 20. janúar 2016.

Einungis um 20% offeitra ná varanlegum árangri sem telst að minnsta kosti 10% þyngdartap sem helst í minnst eitt ár eftir meðferð.[9,10] Þeir sem þjást af offitu eru oft haldnir kvíða og þunglyndi sem getur dregið úr virkni og getu til að viðhalda þyngdartapi að lokinni meðferð.[3] Því er mikilvægt að meðferð offitu taki ekki einungis til líkamlegra fylgikvilla sjúkdómsins heldur einnig andlegra þátta. Skurðaðgerðir hafa reynst hvað best við að ná fram langtíma þyngdartapi.[11] Hérlendis er algengasta skurðaðgerðin hjáveituaðgerð (*gastric bypass*), en þar er meltingarvegurinn tengdur framhjá maganum og skeifugörnin tengd mjógirninu. Í framskyggnri langtímarannsókn á sjúklingum sem farið höfðu í hjáveituaðgerð kom fram að þyngdartap 10 árum frá aðgerð var 25%. Þyngd samanburðarhóps sjúklinga sem fékk hefðbundið offitueftirlit og/eða meðferð breyttist hins vegar óverulega á rannsóknartímanum, eða ± 2%.[11] Hjáveituaðgerðir eru dýrar og hafa í för með sér áhættu enda um að ræða stórfellt inngrip í líkamsstarfsemina, auk þess sem aðgengi að slíkum aðgerðum er takmarkað á heimsvísu.[12,13] Mikil þörf er því fyrir aðrar aðgengilegri lausnir sem skila langtímaárangri fyrir þann fjölda einstaklinga sem glímir við offitu. Rannsóknir á árangri offitumeðferðar sem veitt er hérlendis eru því mikilvægar en til þessa hafa einungis birst niðurstöður um árangur til skamms tíma í lok meðferðar,[14] en ekki í lok eftirfylgdar eða til lengri tíma.

Höfundar hafa útfyllt eyðublað um hagsmunatengsl.

Á Fjórðungssjúkrahúsinu í Neskaupstað (FSN) hefur frá byrjun ársins 2007 verið starfrækt þverfagleg hópmeðferð vegna offitu með tveggja ára eftirfylgd. Árið 2012 höfðu 129 einstaklingar með offitu (LÞS >35) komið þangað til meðferðar frá upphafi og fór hluti þeirra síðan í hjáveituaðgerð á Landspítalanum.



Mynd 1. *Yfirlit offitumeðferðar á Fjórungssjúkrahúsinu í Neskaupstað.*

Þverfagleg offitumeðferð með eftirfylgd, eins og fram fer á FSN, er líkleg til að bæta árangur til lengri tíma.[15]

Markmið rannsóknarinnar var að leggja mat á skammtímaárangur fjögurra vikna upphafsmeðferðar á FSN, auk langtímaárangurs frá upphafi meðferðar í að meðaltali tvö og hálft ár. Árangur var metinn með tilliti til þyngdar, andlegrar líðanar og lífsgæða ásamt því að bera saman árangur þeirra sem fóru í hjáveituaðgerð og þeirra sem ekki gengust undir slíka aðgerð.

Efniviður og aðferðir

Íhlutandi rannsókn án samanburðarhóps var gerð til að meta ávinning offitumeðferðar á FSN og náði til sjúklinga sem komu til meðferðar á FSN á árunum 2007 til 2012. Notuð voru gögn fyrir og eftir fjögurra vikna meðferð auk gagna sem aflað var með þversniðsgagnasöfnun í ágúst 2012. Alls komu 129 sjúklingar til meðferðar á tímabilinu. Sjúklingunum var vísað í meðferð af heimilislæknum, oftast nær á Austurlandi, vegna mikillar offitu (LÞS ≥35). Tilskilin leyfi voru fengin frá framkvæmdastjóra lækninga hjá Heilbrigðisstofnun Austurlands og Vísindasiðanefnd (VSN 09-038) og rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar. Upplýsingabréf með beiðni um þátttöku var sent í pósti til allra sjúklinga (129) í ágúst 2012 auk spurningalista sem þátttakendur voru beðnir að svara og senda til baka. Um var að ræða sömu lista og þátttakendur svöruðu við upphaf og lok meðferðar á FSN. Einnig skrifuðu þeir undir upplýst samþykki. Ef svör bárust ekki var haft samband við þátttakendur símleiðis og þeir beðnir um að svara. Alls samþykktu 100 þátttöku í rannsókninni (87 konur og 13 karlmenn, meðalaldur var 47 ár) og var þátttökuhlutfall því 77,5%. Af þessum 100 höfðu 28 gengist undir hjáveituaðgerð í kjölfar fjögurra vikna upphafsmeðferðar (2 karlar og 26 konur, meðalaldur 49 ár) og 72 höfðu ekki gengist undir aðgerð (11 karlar og 61 kona, meðalaldur 41 ár). Mislangt var liðið frá lokum meðferðar hjá þátttakendum við gagnasöfnun 2012. Meðaltími frá upphafi meðferðar hjá þátttakendum var tvö og hálft ár; sumir höfðu þá lokið tveggja ára eftirfylgd, aðrir ekki.

Þeir 29 sem ekki svöruðu spurningalistunum voru sambærilegir þátttökuhópnum við upphaf og lok fjögurra vikna upphafsmeðferðar hvað varðar þyngd og andlega líðan. Erfitt er að fullyrða hvort meðferðarheldni þessa hóps var eftir það sambærileg við árangur þátttakenda í rannsóknarhópnum. Vitað er að 7 úr þessum hópi fóru í hjáveituaðgerð með góðum árangri hvað þyngd varðar, einn lést af sjúkdómi ótengdum offitu, einn fékk krabbamein, tvær konur urðu óléttar og voru útilokaðar frá þátttöku, tveir voru fluttir til útlanda þegar gagnasöfnun hófst og ekki náðist í þá, og einn var ófær um að taka þátt vegna aldurstengdrar hrörnunar. Aðrir fengu listana senda en svöruðu ekki af ókunnum ástæðum.

Offitumeðferð FSN

Offitumeðferð FSN byggir á þverfaglegum grunni og beinist að því að breyta hegðun og móta lífsstíl til frambúðar, einkum að breyta matarvenjum, auka hreyfingu, styrk og þol með líkamsrækt, auk þess að bæta andlega líðan. Til að ná þessum markmiðum kemur fjölbreytt teymi sérfræðinga að meðferðinni; læknir, hjúkrunarfræðingur, sjúkraþjálfarar, iðjuþjálfi og sálfræðingur. Teymið býður upp á hópmeðferð sem felur í sér styrktar- og þolþjálfun, slökun, fræðslu um hreyfingu og hollt mataræði auk þess að huga að bættri andlegri líðan með beitingu hugrænnar atferlismeðferðar. Þessi nálgun byggir á gagnreyndum aðferðum sem meðal annars hafa birst í nýlegum klínískum leiðbeiningum[16] og í leiðbeiningum frá National Institute of Exellence, síðast útgefnum í nóvember 2014.[17]

Tafla I. *Líkamsþyngdarstuðull (LÞS), þunglyndiseinkenni, kvíðaeinkenni og heilsutengd lífsgæði.*

	Mæling 1 upphaf meðferðar	Mæling 2 lok meðferðar	Mæling 3		
			<1 ári	1-2 ár eftir meðferð	≥3 ár
LÞS (kg/m^2)	41,73 (100)	39,93* (100)	37,8* (21)	36,69* (26)	35,29* (49)
BDI-II-þunglyndispróf	15 (96)	4* (96)	6,5* (30)	7 (20)	10* (50)
BAI-kvíðapróf	8 (98)	2* (96)	3* (30)	7 (19)	8 (48)
HL-lífsgæði	39 (85)	52* (85)	50*(29)	51,5* (20)	48* (49)

Gildi: Miðgildi (fjöldi), *p-gildi <0,001 samanburður við mælingu 1.

Hluta sjúklinga er vísað í meðferðina til að undirbúa þá fyrir hjáveituaðgerð í kjölfarið. Sótt var um hjáveituaðgerð fyrir þá sjúklinga sem þess óskuðu og uppfylltu skilmerki NIH frá 1991: „Offeitir einstaklingar með LSÞ ≥40 eða LSÞ ≥35 ásamt einum eða fleiri fylgikvillum sem sýna áhuga á aðgerð, hefur ekki tekist að léttast með breytingum á lífsstíl og eru ekki haldnir geðsjúkdómi.“[18] Sjúklingar eru innritaðir á FSN í fjórar vikur og taka þátt í meðferð 5 daga vikunnar frá kl. 8-16. Í upphafi og lok fjögurra vikna meðferðar eru sjúklingar vigtaðir, hæðar- og ummálsmældir auk þess sem þolpróf er framkvæmt á hjóli og andleg líðan þeirra og lífsgæði metin með spurningalistum. Til að styðja við langtímaárangur er sjúklingum fylgt eftir í tvö ár að meðferð lokinni, annars vegar með reglulegum símaviðtölum eða tölvupóstum og hins vegar er þeim boðin endurinnlögn í viku í senn, 6 og 12 mánuðum eftir að upphafsmeðferð lýkur. Í endurinnlögn er árangur metinn, stunduð er áframhaldandi úthalds- og styrktarþjálfun og skerpt er á fyrri fræðslu. Á mynd 1 má sjá yfirlit yfir skipulag meðferðar.

Mælingar

Til að meta árangur eftir meðferð voru notaðar mælingar á hæð og þyngd til að reikna LÞS (kg/m^2). Þunglyndiskvarði Becks (*Beck Depression Inventory-Revised;* BDI-II) og kvíðakvarði Becks (*Beck Anxiety Inventory;* BAI) voru notaðir til að meta andlega líðan. Kvarðarnir meta alvarleika þunglyndis- og kvíðaeinkenna þar sem hærra skor endurspeglar alvarlegri einkenni og eru skorin á bilinu 0-63. Skor á BDI-II frá 0-13 merkja mjög vægt þunglyndi, 14-19 vægt þunglyndi, 20-28 miðlungs þunglyndi, og 29-63 alvarlegt þunglyndi. Skor á BAI frá 0-7 merkja mjög væg kvíðaeinkenni, 8-15 væg, 16-25 miðlungs, og 26-63 mjög alvarleg kvíðaeinkenni. Áreiðanleiki og réttmæti íslenskra útgáfa þessara kvarða hafa reynst góð og eru sambærileg erlendum útgáfum listanna.[19-22] Heilsutengd lífsgæði voru metin með Heilsutengda lífsgæðakvarðanum (HL) sem mælir andlega, líkamlega og félagslega þætti heilsutengdra lífsgæða og notast var við heildarskor allra þátta. Heildarskori er umbreytt í T-einkunn (staðalfrávik ±10) þar sem skor undir 50 gefur til kynna skert lífsgæði og skor yfir 50 betri lífsgæði en almennt gildir hjá Íslendingum. Réttmæti og áreiðanleiki mælitækisins hafa reynst fullnægjandi.[23,24]

Hluti hópsins undirgekkst magahjáveituaðgerð (n=28) til viðbótar við þverfaglegu offitumeðferðina um það bil tveimur til þremur mánuðum eftir að frummeðferð lauk, og var árangur þessa hóps skoðaður sérstaklega. Mælingar voru gerðar við upphaf (T1, mæling 1) og lok (T2, mæling 2) fjögurra vikna innlagnarmeðferðar (n=100) til að meta skammtímaárangur. Langtímaárangur, þriðja mælingin, var metinn með póstsendum spurningalistum auk þess sem þátttakendur voru á þeim tíma beðnir um að gefa upp þyngd sína. Mislangt var liðið frá lokum meðferðar við þriðju mælingu, eða <1 ár (T3), 1-2 ár (T4) eða ≥3 ár (T5). Tími frá fyrstu mælingu (upphaf meðferðar) að síðustu mælingu var að meðaltali tvö og hálft ár (30 ± 17 mánuðir) og spannaði frá þremur mánuðum til 5 ára. Þannig fengust upplýsingar um árangur meðferðar og líðan sjúklinga allt að 5 árum eftir að meðferð lauk.

Tölfræði

Tölfræðileg úrvinnsla gagna fór fram í tölfræðiforritinu SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*, útgáfa 20.0). Lýsandi tölfræði sýndi að margar meðferðarbreytur viku frá normaldreifingu samkvæmt Shapiro-Wilk prófi, svo notuð voru úrtaksbundin próf (*non-parametric tests*) til að meta árangur. Skammtímaárangur var metinn með innanhópasamanburði á gildum við mælingu 1 (T1) og mælingu 2 (T2), en langtímaárangur var metinn með því að bera saman mælingu 1 og mælingu 3 (eða <1 ár (T3), 1-2 ár (T4) eða ≥3 ár (T5) frá lok meðferðar). Einnig voru gögnin greind með tilliti til tveggja mismunandi meðferðarhópa, þeirra sem fóru í hjáveituaðgerð til viðbótar við hefðbundna meðferð (n=28) og þeirra sem ekki fóru í hjáveituaðgerð (n=72). Árangur var metinn með því að bera saman mælingar 1 og 2 annars vegar og mælingar 1 og 3 hins vegar, en mæling 3 náði bara til þeirra þátttakenda þar sem lengst var um liðið frá lokum meðferðar þar sem hópastærðir á tímapunktum T3 og T4 voru mjög litlar. Wilcoxon-próf (*Wilcoxon signed ranks test)* voru notuð fyrir innanhópasamanburð á pöruðum gildum, en Mann-Whitney próf (*Mann-Whitney U test*) fyrir samanburð á gildum milli hópa. Leiðrétt var fyrir fjölda samanburða með Bonferroni-aðferð; hefðbundin p-gildi eru birt í niðurstöðum, en tekið er fram ef Bonferroni-leiðréttingu hefur áhrif á marktekt. Tölfræðileg marktekt miðaðist við 95% öryggismörk.

Niðurstöður

Lýsandi tölfræði

Meðalaldur þátttakenda var 47,1 ± 12,4 ár. Við upphaf meðferðar þjáðust allir af mikilli offitu (LÞS ≥35) og spannaði líkamsþyngdarstuðullinn frá 35 til 65, meðaltal var 42,42 og miðgildi 41,73. Meðalskor á þunglyndis- og kvíðakvörðum gáfu til kynna að minnsta kosti væg þunglyndis- og kvíðaeinkenni (sjá töflu 1). Skor þátttak-

Tafla II. *Líkamsþyngdarstuðull (LÞS), þunglyndiseinkenni (BDI-II), kvíðaeinkenni (BAI) og heilsutengd lífsgæði (HL) hjá þeim sem fóru í hjáveituaðgerð og þeim sem ekki fóru í hjáveituaðgerð.*

	Mæling 1 upphaf meðferðar miðgildi (n)	**Mæling 2** lok meðferðar miðgildi (n)	**Mæling 3** ≥3 ár eftir meðferð miðgildi (n)
LÞS			
með hjáveituaðgerð	43,7(28)	40,9* (28)	30,1* (18)
án hjáveituaðgerðar	40,9 † (72)	39,2* (72)	40,32*‡ (31)
BDI-II			
með hjáveituaðgerð	18 (26)	5* (26)	8,5* (18)
án hjáveituaðgerðar	13† (70)	3* (70)	11 (32)
BAI			
með hjáveituaðgerð	6,5 (28)	2* (28)	7 (18)
án hjáveituaðgerðar	9 (70)	2,5* (68)	8,5 (30)
HL-lífsgæði			
með hjáveituaðgerð	33 (25)	53* (25)	49* (17)
án hjáveituaðgerðar	40,5† (60)	51* (60)	47 (32)

*innanhópasamanburður p<0,001
‡millihópasamanburður p<0,001

enda á þunglyndiskvarða voru á bilinu 0 til 44 stig (meðaltal 15,86, miðgildi 15) og 0 til 37 stig á kvíðakvarðanum (meðaltal 10,78 og miðgildi 8). Samtals voru 36,1% þátttakenda með miðlungs eða alvarleg þunglyndiseinkenni, og 27,3% með miðlungs eða alvarleg kvíðaeinkenni við upphaf meðferðar. Lífsgæði sjúklinga voru lakari en hjá almennu þýði (meðaltal 39,59, miðgildi 39). Lífsgæði voru verri hjá körlum (33,5 ± 11,5) en konum (40,5 ± 10,6) og var þessi kynjamunur marktækur (t(99) = 2,04; p<0,05). Ekki var kynjamunur á öðrum rannsóknarbreytum.

Skammtímaárangur

Marktækar breytingar voru á öllum breytum við lok fjögurra vikna offitumeðferðar. Líkamsþyngdarstuðull lækkaði að meðaltali um 2,1 stig (± 0,1). Minnst lækkaði hann um 0,3 stig en mest um 5,6 stig. Þunglyndis- og kvíðaskor lækkuðu marktækt og að meðaltali voru sjúklingar einkennalausir við lok fjögurra vikna meðferðar. Lífsgæði jukust verulega og náðu almennum viðmiðum (sjá töflu I).

Langtímaárangur

Þyngdartap hélst allt að þremur árum eftir meðferð. Mislangt var liðið frá lokum upphafsmeðferðar hjá þátttakendum. Hjá öllum (T3, T4 og T5) var meðaltal líkamsþyngdar enn marktækt lægra en við upphaf meðferðar (p<0,001). Að auki var miðgildi líkamsþyngdar lægra en við lok meðferðar sem gefur til kynna jákvæða þróun eftir að meðferð lauk (sjá töflu I).

Árangur var enn til staðar til skemmri og lengri tíma fyrir þunglyndi, en ekki kvíða. Skorin hækkuðu þegar lengra leið frá meðferð. Fyrir kvíða voru þau ennþá marktækt lægri einu ári eftir lok meðferðar, en ekki eftir það. Þunglyndisskor voru enn marktækt lægri en við upphaf meðferðar við ≥3 ára eftirfylgd. Niðurstöður fyrir þunglyndi við 1-2 ára eftirfylgd náðu ekki marktekt.

Heilsutengd lífsgæði voru enn marktækt betri í langtímaeftirfylgd miðað við upphaf meðferðar. Lífgæði þátttakenda voru þó enn lakari en hjá almennu þýði (sjá töflu I).

Samanburður árangurs offitumeðferðar með og án hjáveituaðgerðar

Árangur var skoðaður hjá þeim sem fóru í hjáveituaðgerð (n=28) og borinn saman við þá sem ekki fóru í hjáveituaðgerð (n=72) (sjá töflu II). Líkamsþyngdarstuðullinn við upphaf meðferðar var marktækt hærri hjá þeim sem fóru í hjáveituaðgerð miðað við þá sem ekki fóru í aðgerð (p=0,006). Við lok fjögurra vikna upphafsmeðferðar var ekki lengur marktækur munur á þyngdarstuðli hópanna (p=0,035, ekki marktækt eftir Bonferroni-leiðréttingu). Hins vegar var líkamsþyngdarstuðull þeirra sem fór í aðgerð marktækt lægri þegar langtímaárangur (≥3 ár) var skoðaður (p<0,001). Þegar litið er til innanhópasamanburðar sést að hjá báðum hópum lækkaði líkamsþyngdarstuðullinn marktækt frá upphafi meðferðar, bæði til skemmri (með aðgerð p<0,001; án aðgerðar p<0,001) og lengri tíma (með aðgerð p<0,001; án aðgerðar p<0,001).

Breytingar á þunglyndis- og kvíðaeinkennum voru svipaðar hjá báðum meðferðarhópum. Þunglyndi var marktækt meira við upphaf meðferðar hjá þeim sem fóru í hjáveituaðgerð (p=0,034), en ekki var munur á þunglyndi hópanna eftir meðferð og í langtíma eftirfylgd. Þunglyndiseinkenni bötnuðu til skemmri tíma hjá báðum hópum (með aðgerð p<0,001; án aðgerðar p<0,001) en einkennin versnuðu aftur. Hjá hjáveituhóp voru þunglyndiseinkenni þó enn marktækt minni þremur árum eftir upphaf meðferðar (p=0,003.) Svipað mynstur kom fram hvað varðar kvíðaeinkenni. Þar dró marktækt úr kvíða við lok meðferðar hjá báðum hópum (með aðgerð p<0,001; án aðgerðar p<0,001) en sá árangur hélst ekki þremur árum síðar (sjá töflu II).

Marktækur munur var á lífsgæðum meðferðarhópanna við upphaf meðferðar, og voru lífsgæði lakari hjá þeim sem fóru í hjáveituaðferð (p=0,037). Hins vegar var enginn munur á lífsgæðum meðferðarhópanna við lok fjögurra vikna meðferðar þar sem lífsgæði jukust marktækt hjá báðum meðferðarhópum (með aðgerð p<0,001; án aðgerðar p<0,001). Lífsgæði héldust nokkuð stöðug yfir tíma hjá þeim sem fóru í hjáveituaðgerð (p=0,001) en virtust leita aftur í fyrra horf hjá hópnum sem ekki fór í hjáveituaðgerð (p=0,135) (sjá töflu II).

Umræða

Meginniðurstöður rannsóknarinnar voru að offitumeðferð með eftirfylgd skilaði langtímaávinningi hvað varðaði þyngdartap og lífsgæði sjúklinga. Andleg líðan batnaði einnig við meðferð. Þeir sem fóru í hjáveituaðgerð náðu betri árangri í þyngdartapi, minnkun þunglyndis og almennum lífsgæðum samanborið við þá sem fóru í offitumeðferð án aðgerðar.

Þeir sem fóru í offitumeðferð án aðgerðar léttust marktækt til lengri tíma eftir meðferð þó að þeir þyngdust smám saman á ný, sem er í samræmi við fyrri rannsóknir.[8,9] Þetta bendir til þess að sjúklingar tileinki sér breytta hegðun í meðferð sem skili þyngdartapi, en eigi erfiðara með að viðhalda breyttri hegðun eftir því sem lengra líður frá meðferð. Þyngdartap frá upphafi meðferðar var þó enn marktækt þremur árum síðar, sem undirstrikar mikilvægi eftirfylgdar í offituúrræðum.[8] Þegar þyngdartap þátttakenda án aðgerðar við mælingu 3 er skoðað í kílóum hafa 17 einstaklingar af 31 (um 55%) viðhaldið 5%+ þyngdartapi, og 7 (um 22%) hafa náð að viðhalda 10% þyngdartapi eða meira. Rannsóknir gefa til kynna að 5-10% þyngdartap dugi til þess að ná fram aukningu á

lífslíkum og bættri heilsu hjá offeitum, einkum hvað varðar hjarta- og æðasjúkdóma og sykursýki af gerð 2.[25,26] Langtímaárangur meðferðarinnar hefur því skýrt klínískt gildi, þótt lítill munur sé á miðgildum LÞS milli fyrstu og síðustu mælingar.

Gera má ráð fyrir að betri andleg líðan í lok fjögurra vikna offitumeðferðar skýrist að hluta til af því að sjúklingarnir voru í streituminna umhverfi á meðan á meðferð stóð og fylgdu fyrirfram ákveðinni dagskrá. Einnig tilheyrðu þeir samstæðum hópi með sameiginleg markmið sem gera má ráð fyrir að hafi haft góð áhrif á líðan, auk þess sem þyngdartap og aukin orka stuðluðu líklega að bættri líðan í meðferðinni. Mögulegt er svo að andleg líðan versni á ný ef sjúklingar þyngjast eftir meðferð.

Niðurstöður varðandi þunglyndis- og kvíðaeinkenni benda til að í offitumeðferð sé æskilegt að leggja meiri áherslu á andlegan stuðning til að stuðla að því að viðhalda árangri, en ætla má að andleg líðan og þyngd geti verið tengd. Það að þyngjast á ný gæti leitt til verri líðanar, og verri líðan gæti leitt til þyngdaraukningar. Æskilegt væri að kanna nánar þessi tengsl og skoða sérstaklega þann hóp sem glímir við alvarlega andlega vanlíðan.

Lífsgæði þátttakenda voru í upphafi almennt slök miðað við almennt þýði[23] en náðu eðlilegum viðmiðum við lok fjögurra vikna meðferðar þegar þyngdartap var hvað mest og breytingar á lífsstíl ferskar. Lífsgæðin héldust svo marktækt betri í langtímaeftirfylgd fyrir þá sem fóru í hjáveituaðgerð en leituðu í fyrra horf hjá hinum sem ekki fóru í aðgerð. Þetta undirstrikar samband þyngdartaps og lífsgæðaaukningar; einnig þarf að hafa í huga að hjáveituhópurinn hafði lakari lífsgæði við upphaf meðferðar, en til lengri tíma var ekki lengur munur á lífsgæðum hópanna.

Nokkrir annmarkar voru á þessari rannsókn. Hópurinn sem tók þátt í rannsókninni samanstóð af einstaklingum sem komu til offitumeðferðar á FSN og svöruðu spurningakönnun, og takmarkast ályktanir um árangur meðferðarinnar við þá sem líkjast þeim hópi. Þar sem meðferðarhópurinn var ekki valinn af handahófi takmarkar það getu okkar til að álykta af vissu um árangur út fyrir þennan valda hóp og takmarkar ytra réttmæti. Það skal einnig undirstrikað að þar sem enginn hópur var til samanburðar er mögulegt að skýra megi meðferðarárangur með þátttum eins og áhrifum af samveru eða því að vera í „vernduðu“ umhverfi, en þetta eru þættir sem geta stuðlað að bættri andlegri líðan. Því er nauðsynlegt að túlka niðurstöður um árangur í andlegri líðan með þessa takmörkun á innra réttmæti í huga. Einnig þarf að hafa í huga að einungis fimmtungur þátttakenda var karlkyns og því álitamál hversu lýsandi niðurstöður eru fyrir karla. Niðurstöðurnar gefa þó vísbendingar um góðan langtímaárangur þverfaglegrar offitumeðferðar.

Lokaorð

Rannsóknin er sú fyrsta hérlendis sem gefur til kynna góðan árangur þverfaglegrar offitumeðferðar með langtímaeftirfylgd. Þátttakendur léttust til lengri tíma, hvort sem þeir fóru í hjáveituaðgerð eða ekki. Kvíði, þunglyndi og lífsgæði bötnuðu til skemmri tíma hjá þeim sem ekki fóru í hjáveituaðgerð en þeir sem fóru í aðgerð sýndu varanlegri bata á þunglyndi og lífsgæðum. Niðurstöður rannsóknarinnar undirstrika að offita er langvinnur sjúkdómur sem krefst langvinnrar þverfaglegrar meðferðar.

Þakkir

Höfundar vilja þakka starfsfólki sjúkraþjálfunar á FSN fyrir yfirlestur, ábendingar og aðstoð við gagnaöflun við skrif þessarar greinar.

Heimildir

1. who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/ – desember 2013.
2. Haslam DW, James WPT. Obesity. Lancet 2005; 366: 1197-209.
3. Lin HY, Huang CK, Tai CM, Lin HY, Kao YH, Tsai CC, et al. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. BMC Psychiatry 2013; 13: 1.
4. Valdimarsdóttir M, Jónsson SH, Þorgeirsdóttir H, Gísladóttir E, Guðlaugsson JÓ, Þórlindsson Þ. Líkamsþyngd og holdafar fullorðinna Íslendinga frá 1990-2007. Lýðheilsustöð, Reykjavík 2009.
5. Overweight and obesity, í OECD-Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing 2013. dx.doi.org/10.1787/factbook-2013-100-en - janúar 2013.
6. Þórsson B, Aspelund T, Harris TB, Launer LJ, Guðnason V. Þróun holdafars og sykursýki í 40 ár á Íslandi. Læknablaðið 2009; 95: 259-68.
7. Þorgeirsdóttir H, Valgeirsdóttir H, Gunnarsdóttir I, Gísladóttir E, Gunnarsdóttir BE, Þórsdóttir I, et al. Hvað borða Íslendingar? Könnun á mataræði Íslendinga 2010-2011. Embætti landlæknis, Matvælastofnun og Rannsóknastofa í næringarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala-háskólasjúkrahús, Reykjavík 2012.
8. Anderson JW, Konz EC, Frederich RC, Wood CL. Long-term weight-loss maintenance: A meta-analysis of US studies. Am J Clin Nutr 2001; 74: 579-84.
9. Perri H. The maintenance of treatment effects in the long-term management of obesity. Clin Psychol Sci Pract 1998; 5: 526-43.
10. Wing RR, Phelan S. Long-term weight loss maintenance. Am J Clin Nutr 2005; 82: 222S-225S.
11. Sjöström L, Narbro K, Sjöström CD, Karason K, Larsson B, Wedel H, et al. Effects of bariatric surgery on mortality in Swedish obese subjects. N Engl J Med 2007; 357: 741-52.
12. Hsu LK, Benotti PN, Dwyer J, Roberts SB, Saltzman E, Shikora S, et al. Nonsurgical factors that influence the outcome of bariatric surgery: a review. Psychosom Med 1998; 60: 338-46.
13. Livingston EH. The incidence of bariatric surgery has plateaued in the U.S. Am J Surg 2010; 200: 378-85.
14. Hannesdóttir SH, Guðmundsson LÁ, Jóhannsson E. Heilsufarslegar breytingar sjúklinga í atferlismiðaðri offitumeðferð. Læknablaðið 2011; 97: 597-604.
15. Middleton KM, Patidar SM, Perri MG. The impact of extended care on the long-term maintenance of weight loss: A systematic review and meta-analysis. Obes Rev 2012; 13: 509-17.
16. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, Ard JD, ComuzzieAG, Donato KA, et al. 2013 AHA/ACC/TOS guideline for the management of overweight and obesity in adults: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practical Guidelines and The Obesity Society. J Am Coll Cardiol 2014; 63: 2987-3023.
17. Obesity: Identification, assessment and management. NICE (2014). nice.org.uk/guidance/cg189 - október 2015.
18. NIH conference Consensus Development Conference Panel. Gastrointestinal surgery for severe obesity. Ann Intern Med; 1991: 115: 956-61.
19. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 1988; 56: 893-7.
20. Beck AT, Steer RA, Brown GK. BDI-II. Beck Depression Inventory Manual. (Önnur útgáfa.) [Fyrsta útgáfa 1987]. The Psychological Corporation, San Antonio 1996.
21. Sæmundsson B. Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Becks Anxiety Inventory. Óbirt meistararitgerð: Háskóli Íslands 2009.
22. Smári J, Ólason DÞ. Mælitæki fyrir þunglyndi fullorðinna sem til eru í íslenskri gerð: Próffræðilegar upplýsingar og notagildi. Sálfræðiritið 2008; 13: 147-69.
23. Helgason T, Björnsson JK, Tómasson K, Grétarsdóttir E. Heilsutengd lífsgæði Íslendinga. Læknablaðið 2000; 86: 251-7.
24. Helgason T, Björnsson JK, Tómasson K, Ingimarsson S. Heilsutengd lífsgæði. Læknablaðið 1997; 83: 492-502.
25. Wing RR, Lang W, Wadden TA, Safford M, Knowler WC, Bertoni AG, et al. Benefits of modest weight loss in improving cardiovascular risk factors in overweight and obese individuals with type 2 diabetes. Diabetes Care 2011; 34: 1481-6.
26. Goldstein DJ. Beneficial health effects of modest weight loss. Int J Obes Relat Metab Disord 1992; 16: 397-415.

ENGLISH SUMMARY

The short-and long term effect of multidisciplinary obesity treatment on body mass index and mental health

Bjarni Kristinn Gunnarsson[1], Ingunn Hansdóttir[2], Erla Björnsdóttir[3], Erla Björg Birgisdóttir[3], Anna Þóra Árnadóttir[4], Björn Magnússon[5]

Introduction: The aim of this treatment study was to evaluate both short- and long-term effects of a multidisciplinary obesity treatment. Long-term outcomes of patients receiving gastric bypass surgery in addition to behavioral obesity treatment were compared with those who did not undergo surgery.
Material and methods: The participants were 100 patients undergoing a four week inpatient-obesity treatment at the Hospital in Neskaupstaður (Fjórðungsjúkrahúsið í Neskaupstað (FSN). After treatment was completed, 28 of these patients underwent further treatment, receiving gastric bypass surgery. All patients were followed for two years after completing the four week treatment. Body mass index (BMI), quality of life and symptoms of depression and anxiety were measured for all participants before and after treatment, and again using mailed questionnaires in a cross-sectional data collection in the summer of 2012.
Results: Participants achieved statistically significant weight loss (median 1,85 BMI points), improved their quality of life and mental health after four week obesity treatment, and long term results remained significant. Three years after the conclusion of treatment, statistically significant weight loss was still present for patients that had not undergone gastric bypass surgery (median 2.13 BMI points), but improvements in mental health and quality of life were no longer present among subjects who did not undergo surgery. Patients who underwent gastric bypass surgery achieved greater weight loss (median 13.12 BMI points) and longer lasting improvements in mental health and quality of life.
Conclusion: Results show that the multidisciplinary obesity treatment is effective in reducing obesity and improving mental health and quality of life in the short term. With follow-up treatment, the weight loss is maintained for up to three years after treatment for all participants. The bypass surgery group lost more weight and showed more permanent improvements in mental health and quality of life. These results underline the necessity of providing long-term treatment in maintaining improvements when treating obesity.

[1]Municipal Service Centre for Miðborg and Hlíðar [2]University of Iceland, [3]National University Hospital of Iceland, [4]East Coast Regional Hospital in Iceland, [5]The Health Care Institution of South Iceland.

Key words: *obesity, short- and long term treatment outcomes, weight loss, quality of life, mental health, interdisciplinary treatment.*

Correspondence*: Bjarni Kristinn Gunnarsson bjarnikris@gmail.com*

Praluent®
alirocumab

SANOFI

Praluent 75 og 150 mg stungulyf, lausn í áfylltum lyfjapenna. sanofi-aventis groupe.

▼**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.**
Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC
Virk innihaldsefni og styrkleikar: *75 mg/ml stungulyf, lausn:* Hver einnota áfylltur lyfjapenni inniheldur 75 mg alirocumab í 1 ml lausn. *150 mg/ml stungulyf, lausn:* Hver einnota áfylltur lyfjapenni inniheldur 150 mg alirocumab í 1 ml lausn. Alirocumab er einstofna IgG1 mannamótefni sem framleitt er með DNA raðbrigðaerfðatækni í eggjastokkafrumum kínverskra hamstra. **Ábendingar:** Praluent er ætlað, til viðbótar við ákveðið mataræði, til notkunar hjá fullorðnum með frumkomna kólesterólhækkun í blóði (arfblendna ættgenga kólesterólhækkun og kólesterólhækkun sem ekki er arfgeng) eða blandaða blóðfituröskun: í samhliðameðferð með statíni eða statíni með öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ná ekki viðmiðunarmörkum LDL-kólesteróls með hámarks þolanlegum skammti af statíni eða, í einlyfjameðferð eða samhliða öðrum blóðfitulækkandi meðferðum hjá sjúklingum sem ekki þola statín eða mega ekki nota statín. Ekki hefur enn verið sýnt fram á áhrif Praluent á hjarta-og æðasjúkdóma og dauðsföll vegna þeirra. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Áður en meðferð með Praluent er hafin skal útiloka að blóðfituhækkun eða blönduð blóðfituröskun sé einkenni um aðra undirliggjandi sjúkdóma (t.d. nýrungaheilkenni, vanstarfsemi skjaldkirtils). Venjulegur upphafsskammtur fyrir Praluent er 75 mg gefinn undir húð einu sinni á 2 vikna fresti. Sjúklingar sem þurfa meiri lækkun á LDL-kólesteróli (>60%) geta byrjað með 150 mg skammt gefinn undir húð einu sinni á 2 vikna fresti. Praluent skammta má aðlaga einstaklingsbundið að einkennum viðkomandi sjúklings eins og LDL-kólesterólgildum við upphaf, takmarki meðferðar og svörun. Meta má blóðfitugildi 4 vikum eftir að meðferð er hafin eða breytt, þegar LDL-kólesteról nær yfirleitt jafnvægi, og aðlaga skammta til samræmis (auka skammta eða minnka skammta). Meðhöndla á sjúklinga með lægstu mögulegu skömmtum til að fá æskilega lækkun LDL-kólesteróls. Ef skammti er sleppt á sjúklingurinn að gefa sér inndælinguna svo fljótt sem auðið er og halda síðan meðferð áfram tveimur vikum frá deginum sem skammtinum var sleppt. *Sérstakir sjúklingahópar: Börn* Ekki hefur verið sýnt fram á öryggi og verkun Praluent hjá börnum yngri en 18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. *Aldraðir* Ekki er þörf á að aðlaga skammta hjá öldruðum sjúklingum. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi* Ekki er þörf á að aðlaga skammta hjá sjúklingum með væga eða í meðallagi mikla skerðingu á lifrarstarfsemi. Engar upplýsingar liggja fyrir um sjúklinga með verulega skerta lifrarstarfsemi. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi* Ekki er þörf á að aðlaga skammta hjá sjúklingum með væga til í meðallagi mikla skerðingu á nýrnastarfsemi. Takmarkaðar upplýsingar liggja fyrir um sjúklinga með verulega skerta nýrnastarfsemi. *Líkamsþyngd* Ekki er þörf á að aðlaga skammta hjá sjúklingum miðað við þyngd. *Lyfjagjöf* Til notkunar undir húð. Praluent á að sprauta undir húð í læri, kvið eða upphandlegg. Ráðlagt er að skipta um stungustaði við hverja inndælingu. Praluent má ekki sprauta í svæði með virkum húðsjúkdómi eða þar sem húð er skömmuð eins og við sólbruna, húðútbrot, bólgu eða húðsýkingu. Praluent má ekki gefa samhliða öðrum stungulyfjum á sama stungustað. Sjúklingurinn getur annaðhvort gefið sér sjálfur Praluent eða umönnunaraðili getur gefið Praluent, að undangenginni þjálfun frá heilbrigðisstarfsmanni í réttum aðferðum við að gefa stungulyf undir húð. *Varúðarráðstafanir sem þarf að gera áður en lyfið er meðhöndlað eða gefið* Leyfa á Praluent að ná stofuhita áður en það er notað. Nota skal Praluent eins fljótt og hægt er eftir að það hefur hitnað. Hver áfylltur penni er einnota. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða fyrir einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**. **Markaðsleyfishafi:** sanofi-aventis groupe, París, Frakklandi. 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:** 23. september 2015. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir: 75 mg (2 lyfjapennar), 75 mg (6 lyfjapennar), 150 mg (2 lyfjapennar), 150 mg (6 lyfjapennar). Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkar: R. Leyfilegt hámarksverð í smásölu: 75 mg (2 lyfjapennar): 83.169 kr., 75 mg (6 lyfjapennar): 239.596 kr., 150 mg (2 lyfjapennar): 83.169 kr., 150 mg (6 lyfjapennar): 239.596 kr Greiðsluþátttaka: 0.**

SAMTÖK ÁHUGAFÓLKS
UM ÁFENGIS- OG
VÍMUEFNAVANDANN

SÉRFRÆÐILÆKNIR

Laus er til umsóknar staða sérfræðilæknis við Sjúkrahúsið Vog. Starfshlutfall er 100% en hlutastarf kemur til greina. Staðan er laus nú þegar eða eftir samkomulagi.

Helstu verkefni og ábyrgð

Þátttaka í daglegri læknisþjónustu á Sjúkrahúsinu Vogi og öðrum starfsstöðum SÁÁ. Þetta innifelur m.a. vaktskyldu, samskipti og þjónustu við sjúklinga, kennslu og þverfaglega samvinnu.

Hæfniskröfur

Fullgild sérfræðiréttindi.

Góð færni í mannlegum samskiptum og skipulögð vinnubrögð

Kjör fara eftir kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands. Umsóknum skal skilað á Sjúkrahúsið Vog, Stórhöfða 45, 110 Reykjavík eða í tölvupósti á *saa@saa.is*

Nánari upplýsingar veitir Þórarinn Tyrfingsson forstjóri, s. 824 7600, *thorarinn@saa.is*

DEILDARLÆKNIR

Laus er til umsóknar staða deildarlæknis við Sjúkrahúsið Vog. Starfshlutfall er 100% en hlutastarf kemur til greina. Staðan er laus nú þegar eða eftir samkomulagi.

Helstu verkefni og ábyrgð

Þátttaka í daglegri læknisþjónustu á Sjúkrahúsinu Vogi og öðrum starfsstöðum SÁÁ. Þetta innifelur m.a. vaktskyldu, samskipti og þjónustu við sjúklinga og þverfaglega samvinnu.

Hæfniskröfur

Hafa lokið kandídatsári og hafa almennt lækningaleyfi.

Góð færni í mannlegum samskiptum og skipulögð vinnubrögð.

Kjör fara eftir kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands. Umsóknum skal skilað á Sjúkrahúsið Vog, Stórhöfða 45, 110 Reykjavík eða í tölvupósti á *saa@saa.is*

Nánari upplýsingar veitir Þórarinn Tyrfingsson forstjóri, s. 824 7600, *thorarinn@saa.is*

Zovand

10 mg töflur

(zolpidem)

Gæðasvefn fyrir heilsuna

Meðferð við skammtíma svefnleysi

Mjög stuttur helmingunartími og hentar því þeim sem eiga erfitt með að sofna[1]

Svefnleysi getur:

- Aukið slysahættu
- Minnkað getu til að læra
- Aukið líkur á hjartasjúkdómum
- Valdið sykursýki
- Minnkað kynhvöt
- Valdið depurð og kvíða
- Haft slæm áhrif á húð
- Haft áhrif á minni



Svefnleysi er vítahringur sem Zovand getur rofið

Williams & Halls

[1]Landlæknisembættið. (2008, október). *Um notkun benzódíazepín-lyfja. Leiðbeiningar um ábendingar, ávísun og stöðvun lyfjanotkunar.* Sótt af http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2540/3701.pdf

Sérlyfjatexti á bls. 76

Læknafélag Íslands leggst gegn sölu áfengis í matvöruverslunum

Þorbjörn Jónsson

formaður Læknafélags Íslands, ónæmislæknir og blóðgjafafræðingur



thorbjorn@lis.is

Nú í vetur verður aftur til umfjöllunar á Alþingi *„Frumvarp til laga um breytingu á lögum um verslun með áfengi og tóbak, lögum um aukatekjur ríkissjóðs, áfengislögum og lögum um gjald af áfengi og tóbaki, með síðari breytingum (smásala áfengis)“*. Vilhjálmur Árnason og fleiri þingmenn lögðu frumvarpið fram síðastliðið haust en sambærilegt frumvarp hlaut ekki samþykki þingsins árið 2014. Titillinn er langur en innihaldið er einfalt. Að fella úr gildi einkaleyfi Áfengis-og tóbaksverslunar ríkisins til smásölu á áfengi en færa hana þess í stað til smásöluverslana, meðal annars matvöruverslana, með ákveðnum takmörkunum þó. Lagafrumvörp á svipuðum nótum hafa oft áður verið lögð fyrir Alþingi en aldrei hafa þau náð fram að ganga. Sem betur fer myndu margir segja.

Sá sem þetta ritar hefur áður fjallað um þessi mál á vettvangi *Læknablaðsins* og lýst þeirri skoðun sinni að breytingar á fyrirkomulagi áfengisverslunar á Íslandi væru ótímabærar, óskynsamlegar og með öllu óþarfar. Síðan hefur aðalfundur Læknafélags Íslands haldinn í Stykkishólmi í október 2015 fjallað um breytingar á áfengissölu og samþykkti fundurinn eftirfarandi ályktun:

„Aðalfundur Læknafélags Íslands, haldinn í Stykkishólmi 1. og 2. október 2015, leggst eindregið gegn auknu aðgengi að áfengi með sölu þess í matvöruverslunum.“

Skilaboð aðalfundarins voru einföld og ótvíræð: aukið aðgengi að áfengi er ekki það sem íslenskt samfélag þarfnast. Þetta er álit læknasamtakanna. En hver er afstaða almennings til áfengissölu? *Fréttablaðið* gerði í mars 2015 skoðanakönnun, og þegar spurt var *„Finnst þér að heimila eigi sölu á bjór og léttvíni í matvöruverslunum?“* svöruðu 55% spurningunni neitandi. Meirihluti almennings telur því núverandi fyrirkomulag á áfengissölu vera fullnægjandi.

Ýmis rök hafa verið færð fram fyrir breytingum. Tvennt ber langoftast á góma: 1) hátt verð á áfengi, og 2) ófullnægjandi þjónusta, meðal annars vegna þess að opnunartími áfengisbúða sé of stuttur og of langt á milli útsölustaða. Um fyrri liðinn, hátt verð áfengis, þarf varla að fjölyrða, það er staðreynd að verð á áfengi er fremur hátt hérlendis og það er ekki fyrirséð að það breytist með nýju sölufyrirkomulagi. Getur léleg þjónusta vínbúða verið röksemd fyrir breytingum? Nei. Á Íslandi eru núna um 50 áfengisútsölur, eða einn útsölustaður á hverja 6000 íbúa. Með öðrum orðum þétt net sölustaða. Ekki er heldur með sanngirni hægt að halda því fram að þjónustan sé léleg. Áfengisbúðir eru víða opnar fram á kvöld á virkum dögum og á laugardögum eru þær líka opnar.

Röksemdir gegn breyttu áfengissölufyrirkomulagi vega ávallt mun þyngra en þær sem eru með breytingum. Það vita flestir að óhófleg áfengisneysla í langan tíma hefur skaðleg áhrif á heilsu manna. Skaðleg áhrif á lifrina, svo sem fitulifur og skorpulifur eru best þekkt, en líka ber að nefna til skaða á vélinda, brisi, á heila- og taugastarfsemi, hjarta- og æðakerfi auk neikvæðra áhrifa á fósturþroska. Geðræn og félagsleg áhrif koma þessu til viðbótar og geta orðið svo mikil að líf neytenda og fjölskyldna þeirra leggst gersamlega í rúst. Til að sporna við þessu öllu eru víða um lönd takmarkanir á sölu áfengis, þótt með mismunandi hætti séu. Hér á landi er slíkt gert með einkasölu á áfengi, aldurstakmarki og verðstýringu. Á Norðurlöndunum er fyrirkomulag áfengissölu með ólíkum hætti. Í Danmörku er sala áfengis leyfð í matvöruverslunum, í Noregi er heimilt að selja léttan bjór í matvörubúðum, en Svíar hafa Systembolaget sem eru ríkisreknar áfengiseinkasölur með líku sniði og við höfum hér á landi.

Þegar lagafrumvarp um rýmri sölu áfengis var lagt fram árið 2014 lögðust fjöldamargar stofnanir og félagasamtök gegn frumvarpinu í umsögnum sínum. Meðal annarra Embætti landlæknis, Umboðsmaður barna, Barnaverndarstofa, Læknafélag Íslands, Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, Félag lýðheilsufræðinga og Félagsráðgjafafélag Íslands. Meginröksemdin var og er auðvitað sú að rýmri reglur auki aðgengi og sýnileika áfengis og þær stuðli þannig að aukinni neyslu og þar með meiri skaða.

Læknafélag Íslands leggst eindregið gegn því að fyrirkomulagi á sölu áfengis verði breytt.

Stjórn LÍ

Þorbjörn Jónsson, *formaður*
Orri Þór Ormarsson, *varaformaður*
Björn Gunnarsson, *gjaldkeri*
Magdalena Ásgeirsdóttir *ritari*
Arna Guðmundsdóttir
Hildur Svavarsdóttir
Magnús Baldvinsson
Tinna Harper Arnardóttir
Þórarinn Ingólfsson

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

Stöndum ágætlega vel að vígi

- segir Kristín Jónsdóttir kennslustjóri kvensjúkdóma- og fæðingarlækninga

Hávar Sigurjónsson

Sérnám í kvensjúkdóma- og fæðingarlækningum hefur verið í boði á Landspítalanum í allmörg ár en er nú að ganga í gegnum nokkra endurskipulagningu með auknum kröfum um inntak og markmið.

„Það varð talsverð breyting á kröfum til sérnáms í læknisfræði með nýrri reglugerð sem tók gildi síðastliðið vor," segir Kristín Jónsdóttir yfirlæknir á kvennadeild Landspítalans og kennslustjóri sérnámsins.

„Í samræmi við nýju reglugerðina standa yfir breytingar á skipulagi sérnáms í öllum greinum innan spítalans og við erum mjög ánægð með það enda hafa kennslustjórar sérnáms kallað eftir þessum breytingum. Nú eru gerðar skýrari kröfur um innihald námsins og þar kemur til okkar kasta en einnig fagfélags viðeigandi sérgreinar en það gegnir hlutverki umsagnaraðila. Það hefur reyndar ekki orðið af því ennþá í okkar fagfélagi enda er þetta allt í mótun þessar vikurnar," segir Kristín í upphafi. „Auk mín vinna Brynja Ragnarsdóttir og Katrín Kristjánsdóttir sérfræðilæknar að uppbyggingu sérnámsins fyrir hönd spítalans og er Þóra Steingrímsdóttir prófessor okkur til halds og trausts."

Námið sniðið að danskri fyrirmynd

Kristín segir sérnámslækna sem þegar höfðu hafið nám sitt áður en reglugerðin tók gildi ljúka sínu námi samkvæmt fyrri reglugerð en þeir sem hófu nám eftir að reglugerðin tók gildi í lok apríl 2015 munu fylgja nýja kerfinu. „Þess vegna er pressan talsverð á sérnámsgreinarnar að ljúka skipulagningu námsins sem fyrst til að öllum sé ljóst hvernig námið er uppbyggt og til hvers er ætlast bæði af námslækninum og einnig af hálfu deildarinnar og spítalans. Hvað okkur varðar stöndum við nokkuð vel að vígi þar sem námið hefur í allmörg ár verið ágætlega skipulagt og fellur í mörgum atriðum vel að nýju kröfunum."

Kristín tók við stöðu kennslustjóra fyrir tæpum 10 árum þá nýkomin heim frá sérnámi og störfum í Danmörku. „Námið hér var þá þegar ágætlega skipulagt af Reyni Tómasi Geirssyni prófessor og yfirlækni og hann hafði sérnámið í Danmörku til viðmiðunar. Ég var því mjög vel kunnug skipulaginu þegar ég tók við kennslustjórastöðunni og við höfum í rauninni byggt sérnámið hingað til að danskri fyrirmynd.

Frá því ég tók við þessu höfum við fylgt því að sérnámslæknarnir okkar fá strax í upphafi námstímans sinn sérstaka leiðbeinanda (*tutor*) sem fylgir þeim síðan í gegnum námið. Þá er haldin dagbók eða logbók eins og hún er jafnan kölluð þar sem allt sem námslæknirinn gerir er vandlega skráð. Þetta höfum við fyrst og fremst gert fyrir okkur sjálf og ekki síst sérnámslækninn til að hafa góða yfirsýn yfir framgang námsins hjá hverjum og einum en þetta er einnig nauðsynlegt þegar sótt er um framhaldsnám við erlend háskólasjúkrahús til að sýna fram á hvar viðkomandi stendur í sérnáminu."

Flestir sækja til Svíþjóðar og Noregs

„Sérnámið okkar hér á Landspítala tekur yfir tvö ár og því þurfa sérnámslæknarnir að fara erlendis til að ljúka því en heildarsérnámstíminn er núna skilgreindur sem 60 mánuðir, eða 5 ár. Langflestir okkar sérnámslækna sækja til Svíþjóðar í áframhaldandi sérnám, nokkrir til Noregs og í báðum löndum hefur tíminn hér verið metinn til fulls. Öðru máli gegnir ef sótt er vestur um haf til Bandaríkjanna, þar þurfa allir að byrja á núlli, en þó getur verið kostur að hafa forskot og þjálfun héðan áður en haldið er utan.

Það er einnig rétt að geta þess að fyrir tveimur árum komu hingað fulltrúar frá evrópsku kvensjúkdómalæknasamtökunum (EBCOG) og tóku út sérnámið hjá okkur og veittu því viðurkenningu. Þetta er eina sérnámið hér á landi sem hefur þessa evrópsku viðurkenningu."

Námsstöður í kvensjúkdóma- og fæðingarlækningum eru 8 en að sögn Kristínar eru ávallt tveir sérnámslæknar í heimilislækningum á deildinni til viðbótar og jafnframt einn kandídat. „Við ráðum námslæknana til eins árs í upphafi og það er eins konar reynslutími fyrir báða aðila. Árið skiptist í þriggja mánaða lotur kvensjúkdómalækninga og fæð-



„Síðustu misseri höfum við verið að fá heim unga sérfræðinga sem gerir okkur enn betur í stakk búin til að sinna meiri kennslu en áður þar sem mönnun sérfræðinga á deildinni er góð núna," segir Kristín Jónsdóttir kennslustjóri í kvensjúkdóma- og fæðingarlækningum á Landspítalanum.

ingarlækninga til skiptis. Það kemur svo í ljós á fyrsta árinu hvort þetta er sérgrein sem hentar viðkomandi og að viðkomandi uppfylli þær kröfur sem við gerum til að fá áframhaldandi stöðu í sérnámi og yfirleitt er niðurstaðan sú að við bjóðum áframhaldandi sérnámssamning. Annað árið skiptist síðan til helminga, annars vegar fæðingarfræði og hins vegar kvensjúkdómalækningar. Er þá verið að hugsa það þannig að viðkomandi fái aukna insýn og samfellu í hvorn hluta sérgreinarinnar.

Hið eiginlega nám byggist á vikulegri fræðslu sem sérnámslæknarnir undirbúa sjálfir en undir handleiðslu sérfræðings og síðan er hann með þeim í fræðslunni sem er oftast í formi kynningar og umræðna um tiltekið efni sem við ákveðum. Þetta er því eins konar fræðslufyrirlestur/umræðufundur með þátttöku sérfræðings á viðkomandi sviði. Sex sinnum á ári höldum við svokallaða þemadaga þar sem námslæknarnir eru teknir úr vinnu hálfan dag og dagurinn er helgaður ákveðnu efni, þar sem farið er vandlega ofan í saumana af sérfræðingunum okkar og einnig bjóðum við stundum sérfræðingum utan frá þegar við á.

Nemarnir fá einnig sérstaka þjálfun í tilteknum aðgerðum þar sem við notum ýmis konar kennslutæki og líffæri úr svínum sérstaklega til að þjálfa saumaskap og skurðhæfni. Við erum einmitt nýbúin að hafa slíkt námskeið í viðgerð á fæðingarrifum og fáum til þess svínarassa en vefjagerðin er nægilega lík manninum til að gagn sé að því. Við notum einnig tækifærið á þemadögunum til að kynna sérhæfðari viðfangsefni sem ekki sjást daglega í vinnu okkar en mikilvægt að þekkja og kunna skil á."

Fleiri konur en karlar

Kristín segir að auk hins skipulega kennslustarfs séu allir sérfræðingar deildarinnar meðvitaðir um kennsluhlutverkið og grípi öll tækifæri til að kenna og fræða í hinu daglega starfi.

„Það er einnig gaman að segja frá því að evrópsku samtökin sem tóku út sérnámið hjá okkur voru meðmælt því að við lengdum námið í þrjú ár og gætum þar með boðið námslæknunum okkar upp á heildstæðan fyrrihluta sérnáms. Það sem okkur vantar til að geta uppfyllt skilyrði um það er sérhæfðari göngudeildarþjálfun fyrir námslæknana. Við höfum verið að færa okkur í þessa átt og núna er einn sérnámslæknirinn okkar að hefja þriðja árið. Við vonumst eftir því að í næstu úttekt hjá Evrópusamtökunum verðum við búin að ná að uppfylla þau skilyrði sem þarf fyrir þriðja námsárið. Við getum þó ekki boðið öllum þetta vegna takmarkana í starfseminni en sérþekkingin er sannarlega til staðar og síðustu misseri höfum við verið að fá heim unga sérfræðinga sem gerir okkur enn betur í stakk búin til að

sinna meiri kennslu en áður þar sem mönnun sérfræðinga á deildinni er góð núna. Það verður þó alltaf nauðsynlegt að taka einhvern hluta af sérnáminu erlendis þó við bætum í það sem fyrir er. En lengri tími hér heima hentar sérstaklega þeim íslensku unglæknum sem hafa stundað læknanámið erlendis og vilja gjarnan koma heim og taka fyrrihluta sérnámsins hér. Tvö ár er kannski fullstuttur tími fyrir þá að flytja heim og síðan út aftur til að ljúka sérnáminu. Síðan eru örfá dæmi um sérnámslækna sem hafa lokið fyrrihluta námsins erlendis og fengið að ljúka því hér hjá okkur. Hvernig sérnámið skiptist niður á þessa 60 mánuði er reyndar dálítið misjafnt eftir greinum. Það er alls ekki ófrávíkjanleg regla að sérnámið skiptist í þriggja ára fyrrihluta og tveggja ára seinnihluta. Okkar skipulag hefur komið vel út að ljúka tveimur árum hér og taka síðan tvö ár úti. Við vildum gjarnan geta boðið þriggja ára námstíma en það er takmörkunum háð. Skurðlækningar hafa verið hefðbundinn hluti af sérnámi í kvensjúkdóma- og fæðingarlækningum en það er að breytast eftir því sem þetta hefur skipst í tvær meira aðskildar sérgreinar. Í gömlu reglugerðinni var krafa um eitt ár á skurðdeild sem hluta af sérnáminu en á Norðurlöndunum er búið að stytta það í 6 mánuði og í Bretlandi svo dæmi sé tekið er algjörlega búið að taka skurðlækningarnar út.

Samkvæmt nýju reglugerðinni er ekki krafa um skurðlækningar. Að mínu mati er það fulllangt gengið þar sem fólk er ekki alltaf strax í upphafi búið að ákveða hvora leiðina það ætlar að velja sér en það er mikilvægt að hafa þekkingu og nokkra þjálfun af skurðdeild ef leggja á fyrir sig kvensjúkdómalækningar. Það skiptir kannski minna máli ef stefnan er sett á fæðingarhjálp, mæðravernd og sónarskoðun. Á stærri spítölum er þetta orðið alveg aðskilið og þegar við bætist sérhæfing í undirgreinum kvensjúkdóma- og fæðingarlækninga er ekki hægt að ætlast til að þess að hver og einn kunni skil á öllu. Langflestir þeirra sérfræðinga sem eru að koma heim eru með undirsérgrein, eins og krabbameinslækningar kvenna, sónarskoðun, ófrjósemi, svo eitthvað sé nefnt.“

Það leiðir kannski að líkum að fleiri konur en karlar sækja í þessa tilteknu sérgrein. Kristín segir það miður að ekki skuli fleiri karlar sækja í greinina en fyrir því séu ýmsar ástæður. „Yngri konur vilja stundum síður láta karla skoða sig og því upplifa þeir stundum sem þeir séu settir til hliðar. Þá eru einfaldlega fleiri konur en karlar í námi í læknisfræði í dag og þessi sérgrein höfðar kannski frekar til kvennanna svo allt hefur þetta áhrif. Að mínu mati er æskilegt að sérgreinin bjóði upp á bæði karlkyns og kvenskyns sérfræðilækna.“

Öldungadeild
Læknafélags Íslands

FRÁ ÖLDUNGADEILD

Fyrirlesari á febrúarfundi verður Ólafur Gíslason listfræðingur.
Erindi hans nefnist: **Mannslíkaminn í myndlistinni.**

Á fundinum í mars verður Auðólfur Gunnarsson með fyrirlestur sem hann nefnir:
Magnús Eiríksson frater, frumherji í jafnréttisbaráttu kvenna, einherji sannleikans.

Síðan mun Magnús Jónsson sagnfræðingur ræða um **Orkneyjar** á fundinum í apríl.

Fundir eru jafnan fyrsta miðvikudag hvers mánaðar
og hefjast kl. 16, en kl. 15.30 fáum við okkur kaffi og vínarbrauð.

Mælir afkastagetu lungna, hjarta og vöðva

Hávar Sigurjónsson

Á málþingi á Læknadögum um nýjungar í meðferð lungnasjúkdóma flutti dr. Jonathan Fuld frá Cambridge á Englandi erindi um notkun áreynsluprófa við greiningu á mæði.

„Áreynslupróf er rannsókn sem mælir afkastagetu lungna, hjarta og vöðva undir álagi. Prófið mælir álag á hjarta og æðakerfi, öndunarfæri og vöðva og nýtist til dæmis þegar meta á hvort sjúklingur er hæfur til að gangast undir skurðaðgerð eða meiriháttar inngrip af öðru tagi. Skurðaðgerð margfaldar álag á líkamann og fyrir veikburða gamalt fólk eða alvarlega veika sjúklinga er mikilvægt að meta fyrirfram hvort það ráði við slíkt inngrip,“ segir dr. Fuld.

„Við notum einnig prófið í þeim tilfellum þegar sjúklingur er haldinn mæði af óútskýrðum orsökum. Ef lungnamynd og öndunarmælingar eru eðlilegar eru allar líkur á því að sjúklingurinn sé ekki með alvarlegan lungnasjúkdóm. Engu að síður er mæðin til staðar og þá kemur prófið að góðum notum við að finna tengslin á milli hjarta, öndunar og vöðva.

Þá nýtist prófið einnig vel þegar um er að ræða sjúklinga með þekktan sjúkdóm eins og míturlokuleka eða langvinna lungnateppu og læknirinn vill vita hvað er best að gera. Hugsanlega er aðgerð á



„Hlutverk okkar er oft og tíðum að hvetja og sannfæra sjúklinginn um að hann sé betur á sig kominn en hann heldur sjálfur," segja dr. Jonathan Fuld lungnasérfræðingur frá Cambridge og Dóra Lúðvíksdóttir lungnasérfræðingur á Landspítala.

míturlokum nauðsynleg en prófið leiðir kannski í ljós að mæðin stafar af öðrum orsökum og þá mun aðgerð á míturlokum ekki gagnast sjúklingnum."

Mæði er einstaklingsbundin upplifun

„Oft er talsvert misræmi á milli þess sem sjúklingurinn lýsir og þess sem kemur í ljós við áreynslupróf. Ég nefndi dæmi í fyrirlestrinum um konu sem kvartaði yfir mikilli mæði og sagðist ekki lengur geta gengið upp stigann heima hjá sér. Áreynslupróf leiddi hins vegar í ljós að hún réði við talsvert meira álag en gangan upp stiga útheimtir. Við sjáum stundum sjúklinga sem kvarta um mikla mæði en lungnamynd og öndunarmælingar sýna mun betri niðurstöður en búast mætti við af lýsingu sjúklingsins."

Fuld segir skýringuna geta legið í því að sjúklingur sem fær hvatningu frá lækni eða sjúkraþjálfara getur oft reynt talsvert meira á sig en hann telur sig geta við aðrar aðstæður. „Þetta getur verið spurning um sjálfstraust og trú á að geta gert ýmislegt sem sjúklingurinn er hættur að treysta sér til að gera. Hlutverk okkar er oft og tíðum að hvetja og sannfæra sjúklinginn um að hann sé betur á sig kominn en hann heldur sjálfur. Flestir sjúklingar með langvinna lungnateppu sem mælast með fráblástursgetu (FEV1) upp á að minnsta kosti einn lítra eiga að geta sinnt flestum daglegum verkefnum án mikilla vandkvæða.

Mæði er afskaplega einstaklingsbundin upplifun og tveir sjúklingar sem mælast nákvæmlega eins á áreynsluprófi geta lýst mæði sinni á mjög ólíkan hátt. Þetta er eins og þegar sjúklingar lýsa verkjum. Áreynsluprófið eyðir þessu misræmi á milli líkamlegra einkenna og upplifunar af þeim. Önnur vandamál geta einnig átt sinn þátt eins og oföndun eða öndunaróregla. Þá er hægt að aðstoða sjúklinginn við að ná betri tökum á önduninni og draga þannig úr mæðinni."

Hreyfing í stað lyfjagjafar

Dóra Lúðvíksdóttir lungnasérfræðingur á lungnarannsóknarstofu Landspítala segir að áreynslupróf séu einkum gagnleg til að fá nákvæmari greiningu á vanda sjúklingsins og hvort lausnin sé fólgin í breyttri eða aukinni lyfjagjöf.

Jonathan Fuld tekur undir þetta og bætir við að stundum leiði áreynsluprófið í ljós að sjúklingurinn sé ekki eins illa haldinn og hann taldi sjálfur og því sé aukin lyfjagjöf ekki nauðsynleg.

Áreynsluprófið nýtist einnig að sögn Jonathans Fuld við eftirlit og meðferð hjartasjúklinga og er meðal annars notað til að mæla árangur af innsetningu gangráðs. „Prófið er einnig gagnlegt þegar meta á hvort sjúklingurinn þurfi á hjartaðgerð að halda, jafnvel hjartaígræðslu, og svo er það notað í tilfellum þar sem um bæði hjarta- og lungnasjúkdóm er að ræða og meta þarf hvor sjúkdómurinn kalli á frekari inngrip."

Jonathan Fuld segir að lokum að við langvinna hjarta- og lungnasjúkdóma sé nákvæm mæling á getu öndunarfæra og hjarta- og æðakerfis forsenda fyrir öllum ákvörðunum um meðferð og inngrip. „Viðeigandi hreyfing undir umsjón læknis og sjúkraþjálfara gagnast nánast alltaf og ég nota áreynsluprófið til að sannfæra sjúklinga mína um að það sé allt í lagi að gera líkamlegar æfingar til að styrkja sig. Oft er það stærsti þröskuldurinn fyrir sjúklinginn að stíga yfir en jafnframt sá mikilvægasti."

Áreynslupróf sem mæla afkastagetu lungna, hjarta og vöðva eru framkvæmd á lungnarannsóknarstofu A-3 Landspítala, Fossvogi. Netfang: lungnarannsókn@lsh.is og sími 543-6040.

Að velja sér lífsstíl

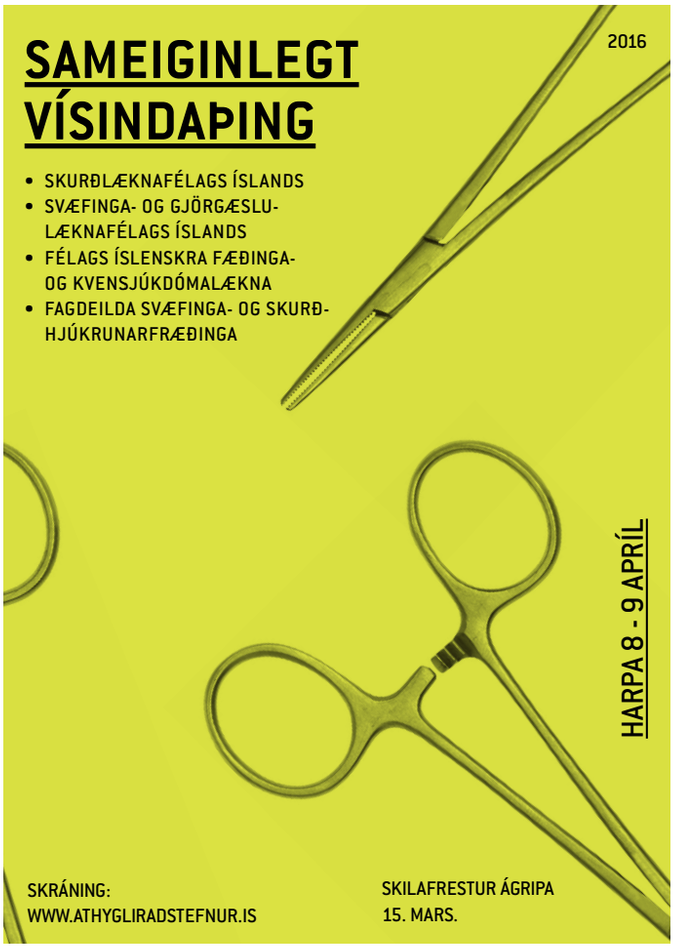
Steinþór Runólfsson hefur sett sér það markmið að verða héraðslæknir

Hávar Sigurjónsson

Héraðslækningar eða *rural medicine* er sérgrein innan læknisfræðinnar sem þjóðir eins og Ástralía, Nýja-Sjáland og Kanada hafa þróað á undanförnum árum. Segja má að því sé í ákveðnum skilningi horfið aftur til upphafsins þar sem læknirinn sinnir sínu umdæmi einsamall og þarf að kunna á flestu skil til að geta leyst vandamál sem upp koma.

Steinþór Runólfsson starfar sem deildarlæknir á slysadeild Landspítala í Fossvogi og hafði framsögu á málþingi á Læknadögum þar sem hann sagði frá því að hann hefði markað sér þá stefnu í framtíðinni að starfa sem héraðslæknir og skipulegði sérnám sitt með hliðsjón af því.

Hann segir að fljótlega eftir útskrift úr læknadeild hafi sér verið ljóst hvernig lífsstíl hann og fjölskylda hans gæti helst kosið sér og valið á sérgrein hefði í rauninni komið í framhaldi af því. „Okkur langar að búa einhvers staðar fyrir utan höfuðborgina, þar sem við getum haft jarðnæði til afnota, verið með hesta og kannski fleiri skepnur, og vonandi alið upp börn í slíku umhverfi."



Sérnám í bráðalækningum og heimilislækningum

Til að vera sem best undirbúinn fyrir þetta hefur Steinþór sett saman sérnám sem byggir á námi og reynslu nánast samhliða. „Ég útskrifaðist fyrir tveimur og hálfu ári. Eftir kandídatsár á Landspítalanum og á Selfossi hef ég verið deildarlæknir í 18 mánuði á slysadeild Landspítala. Samhliða starfi þar er ég að stunda tveggja ára diplómanám við AustralAsian College of Emergency Medicine í bráðalækningum og get sinnt því héðan sem fjarnámi og nýt þess að yfirlæknirinn Hilmar Kjartansson stundaði nám í Nýja-Sjálandi og og er handleiðari minn. Námið var sett á laggirnar í Eyjaálfu sem svar við eftirspurn lækna í dreifbýli eftir aukinni þjálfun í bráðum aðstæðum. Að þessu námi loknu stefni ég á að hefja sérnám í heimilislækningum. Þetta mun á endanum koma þannig út að ég verð heimilislæknir með bráðalækningar sem nokkurs konar undirsérgrein. Það finnst mér nokkuð góður pakki."

Steinþór segir að sér þyki mikilvægt að undirbúa sig á þennan hátt þar sem aðstæður héraðslæknisins séu oft þannig að hann verður að geta brugðist við hvers konar aðstæðum sem upp kunna að koma. „Hér á Íslandi eru sem betur fer mjög góðar samgöngur og vegalengdir stuttar í samanburði við Ástralíu, Nýja-Sjáland eða Kanada. Engu að síður koma þær aðstæður upp að fyrstu mínútur skipta sköpum í meðferð sjúklinga. Þetta á við um slys og bráð veikindi af ýmsum toga þar sem grípa þarf inn í strax til að ekki fari illa. Það er hægt að sjá fyrir sér hópslys þar sem héraðslæknirinn er fyrstur á vettvang og þá þarf að vita hvað ber að gera þó biðin eftir aðstoð sé kannski ekki löng. Mér finnst skipta verulegu máli að



„Mér finnst skipta verulegu máli að vera vel undirbúinn fyrir þetta starf svo maður geti notið þess fremur en vera stöðugt kvíðinn yfir að upp komi tilfelli sem maður stendur ráðþrota frammi fyrir," segir Steinþór Runólfsson sem stefnir á héraðslækningar í framtíðinni.

vera vel undirbúinn fyrir þetta starf svo maður geti notið þess fremur en vera stöðugt kvíðinn yfir að upp komi tilfelli sem maður stendur ráðþrota frammi fyrir."

Ekki þvingandi að vera alltaf á vaktinni

Hann segir það heillandi tilhugsun að geta mótað starfið og starfsvettvanginn þannig að falli að hugmyndum þeirra skötuhjúa um lífsstíl. „Ég er ekki alinn upp í sveit en hef verið hestamaður frá barnsaldri og stundað eins konar hobbíbúskap með fjölskyldunni. Unnusta mín er úr sveit og vill þetta mjög gjarnan þó hún sé lögmaður og þurfi starfsins vegna fremur að vinna í þéttbýli. Hún getur unnið hvar sem er með tölvu og síma og svo er bara ekkert mál að skreppa í bæinn þó fólk búi utan höfuðborgarsvæðsins. Þetta stýrir ákvörðun minni um sérnám að miklu leyti. Ég finn mig best í samfélagi þar sem ég þekki fólkið persónulega og veit hver fjölskyldusaga þess er. Þetta upplifi ég ólíkt því að starfa á heilsugæslustöð á höfuðborgarsvæðinu. Mér finnst þetta ótvíræður kostur. Starfið er hins vegar bindandi og í litlu samfélagi ertu læknirinn hvar sem þú kemur og í rauninni alltaf á vaktinni. Þetta finnst mér ekki slæmt þó öðrum kunni að finnast það þvingandi. Takist það að eiga gott samband við samfélagið sitt held ég þetta geti verið mjög gefandi starf. Ég sé líka fyrir mér að geta farið tímabundið í störf á bráðadeildinni eða annars staðar til að hlaða batteríin og endurnýja þekkinguna."

Jafnvægi milli fjölskyldu og vinnunnar

Aðspurður um hvort þau hjónaleysin séu farin að skoða jarðir á ákveðnum svæðum brosir Steinþór, en segir að þau séu bæði Sunnlendingar og horfi kannski mest til Suðurlandsins. „Þeir sem við höfum rætt við og sagt frá áætlunum okkar taka vel í þær og ýja margir hverjir að því að fljótlega fari að vanta lækni í héraðið. Þörfin fyrir lækna er greinilega víða á landsbyggðina og margt mjög álitlegt í boði þegar kemur að því að sækjast eftir starfi og þar með stað til að búa á. Það er heldur alls ekki þannig alls staðar að aðeins einn læknir sé starfandi á hverju svæði fyrir sig. Víða eru heilsugæslustöðvar með nokkrum læknum sem skipta með sér vöktunum og þá er vinnutíminn orðinn eðlilegur."

Hann segist alls ekki vera einn um að hugsa svona og ungir læknar séu margir hverjir að velta einhverju svipuðu fyrir sér. „Ég veit reyndar ekki um marga sem hafa tekið sambærilega ákvörðun en við erum tvö sem erum í þessu bráðalækninganámi við AustralAsian College of Emergency Medicine. Hinn nemandinn er reyndar búin með heimilislækningarnar og er því komin lengra en ég. Ég hef fengið mjög jákvæð viðbrögð frá yngri og eldri kollegum þegar þessi samsetning á sérnámi er rædd og hér á bráðadeildinni eru margir mjög færir sérfræðingar í bráðalækningum sem vilja mjög gjarnan þjálfa fleiri í bráðalækningum. Þekkingin er sannarlega til staðar og eftirspurnin virðist einungis aukast."

Steinþór orðar þetta ágætlega að lokum þegar hann segir að sífellt fleiri af jafnöldrum hans, læknismenntuðum og öðrum, kjósi að móta sér lífsstíl og laga síðan vinnuna að honum fremur en á hinn veginn. „Það er líka mjög eðlilegt í mínum huga að gera þetta svona og það þýðir alls ekki að vinnan skipti minna máli, maður vill bara hafa líf sitt í jafnvægi."

Kristján Guðmundsson háls-, nef- og eyrnaspekúlant samdi spurningarnar og stýrði samkomunni ásamt Ólafi Má Björnssyni tæknistjóra og Sigurjóni Vilbergssyni dómara. Í Spekingaglímunni var keppt í sitjandi hástökki án atrennu og úrslitum réði hávaðamæling á fagnaðarlátum áhorfenda Einar Hjörleifsson fylgist með andstæðingi sínum taka flugið.



Svipmyndir af Læknadögum



Dómarinn spáir í hvor keppendanna heldur meira um bjölluna: Kjartan Bragi Valgeirsson eða Sæmundur Rögnvaldsson.



Karl Kristinsson prófessor í sýklafræði og Guðmundur Olgeirsson heimilislæknir voru ánægðir með Læknadagana.



Ágústa Andrésdóttir röntgenlæknir og Vilhelmína Haraldsdóttir lyflæknir.



Höfðingjarnir Magnús Jóhannsson og Tryggvi Ásmundsson létu sig ekki vanta.



Þétt setinn bekkurinn á gagnvirku málþingi um tilfelli af Barnaspítala Hringsins sem Ásgeir Haraldsson stýrði.



Í vinnubúðum hjá Þórði Þórkelssyni og Hrólfi Brynjarssyni um endurlífgun nýbura og eldri barna. Hrólfur sýnir hér réttu handtökin sem nýjar alþjóðlegar leiðbeiningar boða.



Læknanemarnir Ásdís Eva Lárusdóttir, Ragnhildur Hauksdóttir, Aron Bertel Auðunsson og Hjálmar Ragnar Agnarsson.



Læknar framtíðarinnar: Marta Sigrún Jónsdóttir, Ragnheiður Vernharðsdóttir, Hrafnhildur Gunnarsdóttir, Helga Rún Garðarsdóttir og Annie Rós Guðmundsdóttir.



Meltingarlæknarnir Trausti Valdimarsson, Helgi Kristinn Sigmundsson og Ásgeir Theodórs fylgdust með málþingi um sérgreinina.



Teitur Guðmundsson og Erla G. Sveinsdóttir voru glaðbeitt.

Flókið samspil sálrænna og líkamlegra einkenna

– segir Magnús Haraldsson geðlæknir um líkamleg einkenni af óljósum toga

Hávar Sigurjónsson

Á Læknadögum var haldið málþing undir yfirskriftinni *Líkamleg einkenni af óljósum toga*. Þar ræddu geðlæknar, taugalæknar, verkjasérfræðingar og sálfræðingar ýmsar hliðar þessa flókna vanda. Magnús Haraldsson geðlæknir reifaði efnið í fyrirlestri á málþinginu.

„Þetta eru mjög algeng vandamál og margar rannsóknir hafa sýnt að meira en þriðjungur fólks sem leitar til heilsugæslu er með einkenni sem ekki er hægt að finna einhlíta skýringu á," segir Magnús í upphafi. „Vandamálið er því stórt og koma þessir sjúklingar oft við sögu hjá mörgum sérfræðingum. Í geðlæknisfræði er skilgreindur flokkur sjúkdóma sem kallaðir hafa verið líkömnunarraskanir eða *somatic symptom disorders*. Sumir, en alls ekki allir, sjúklingar með einkenni af óljósum toga falla inn í þá skilgreiningu og eru þá yfirleitt með hvorutveggja líkamleg einkenni og geðræn einkenni. Þessir sjúklingar tjá yfirleitt mikinn kvíða og ótta við að þeir séu haldnir alvarlegum líkamlegum sjúkdómi og viðbrögðin eru gjarnan ekki í samræmi við það sem telja mætti eðlilegt miðað við aðstæður."

Hæpin tvíhyggja

Magnús segir að aðgreining líkamlegra og sálrænna þátta sé oft og tíðum mjög erfið og eigi jafnvel ekki rétt á sér. „Þessi tvíhyggja sem hefur verið ríkjandi í langan tíma er ekki hjálpleg þar sem þetta er mjög samtvinnað og líkamlegum einkennum fylgja oft sálrænir kvillar. Geðröskunum fylgja líka oft ákveðin líkamleg einkenni og þau eru hluti af greiningarskilmerkjum til dæmis í þunglyndi og kvíðaröskunum. Þetta eru einkenni eins og andþyngsli, verkir, lystartruflanir, svimi og fleira. Afstaða manna til þessara vandamála hefur þó verið að breytast talsvert mikið á síðustu árum því verkur er í rauninni mjög huglægt fyrirbæri. Það er hvorki hægt að mæla hann né mynda. Það er því mjög umdeilt hvernig eigi að skilgreina verki af óljósum toga. Ýmsar fyrri skilgreiningar eins og að ef verkur samræmist ekki líffærafræði, eða er ekki í samræmi við þann áverka sem er til staðar, eða að enginn áverki er til staðar, eru ekki lengur notaðar til að greina verki af sálrænum toga. Við vitum að til eru verkir sem ekki finnast vefrænar skýringar á en lífeðlisfræði verkja er mjög flókin og enn margt á huldu um eðli þeirra. Nýlegar rannsóknir hafa leitt í ljós ýmislegt sem áður var ekkert vitað um eins og möguleg áhrif ónæmiskerfisins á taugakerfið sem getur tengst ákveðnum verkjum. Annað dæmi um líkamleg einkenni af óljósum toga eru starfræn taugaeinkenni eða það sem nefnt hefur verið *conversion* á fræðimáli. Dæmi um slíkt er sjúklingur sem lýsir því að hann sé með lamaðan útlim en taugafræðileg rannsókn leiðir í ljós að það fær ekki staðist. Það má hins vegar ekki líta svo á að sjúklingurinn sé að gera sér upp einkennin. Þetta er ekki meðvitað og því er ekki hægt að segja honum að hætta þessari uppgerð. Þetta er raunverulegt ástand fyrir sjúklinginn þó ekki finnist taugafræðilegar skýringar.

Það eru vissulega dæmi um að einstaklingar geri sér meðvitað upp einkenni til að fá einhvers konar athygli eða í þeim tilgangi að fá bætur, komast hjá vinnu eða öðrum skyldum og er þetta enn ein tegundin af líkömnunarröskunum."

Menningarlegir þættir hafa áhrif

Magnús leggur þó mikla áherslu á að meðhöndlun sjúklinga með líkamleg einkenni af óljósum toga snúist alls ekki um að afhjúpa þá sem ímyndunarveika. „Taugalæknar, geðlæknar og aðrir sérfræðingar sem fást við þessi vandamál eru almennt sammála um að það sé mikilvægt að nálgast þetta með því að greina vandamálið og lýsa því sem raunverulegri röskun fyrir sjúklingnum. Oft er það mikill léttir fyrir fólk að finna að það sé tekið mark á því og að einhver trúir því að sjúklingurinn upplifi raunverulega einkennin. Læknavísindin eru að átta sig á því að samspil hins geðræna og líkamlega er flóknara og samtvinnaðra en lengst af hefur verið álitið."

Að sögn Magnúsar er mikilvægt að leggja ekki óþarfa rannsóknir á sjúklinginn þegar greining liggur fyrir. „Í vissum tilfellum getur verið þörf á meðferð hjá geðlækni eða sálfræðingi, sérstaklega þegar mikil geðræn einkenni eru til staðar eða einstaklingur þjáist jafnframt af geðröskunum eins og þunglyndi og kvíða. Einnig er mikilvægt að hitta sjúklinginn með reglulegu millibili og fylgjast með ástandi hans yfir lengri tíma. Oft ganga þessi einkenni yfir á stuttum tíma, vikum eða mánuðum, en í vissum tilfellum getur verið um langvinnan vanda að ræða."

Magnús nefnir í fyrirlestri sínum að ýmsir menningarlegir þættir hafi áhrif á það hvernig fólk túlkar einkenni sín. „Víða eru miklir fordómar gagnvart sálrænum veikindum og virðist það geta átt þátt í því að fólk tjáir vanlíðan sína frekar með líkamlegum kvörtunum. „Þetta er mjög algengt í sumum löndum Asíu þar sem fordómar gagnvart geðrænum sjúkdómum



„Læknavísindin eru að átta sig á því að samspil hins geðræna og líkamlega er flóknara og samtvinnaðra en lengst af hefur verið álitið," segir Magnús Haraldsson geðlæknir.

eru víða miklir. Þar er þekkt að fólk tjái geðrænan vanda með líkamlegum einkennum og heilbrigðisstarfsfólk nálgast vandann á þeim forsendum."

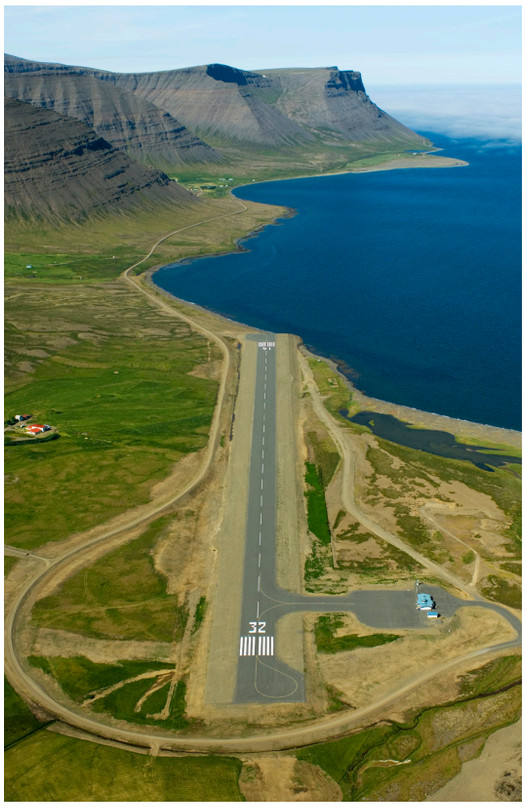
Ekki lengur talað um móðursýki eða ímyndunarveiki

Varla verður skilið við þetta efni án þess að nefna upphafsmann nútíma sálgreiningar, hinn austurríska Sigmund Freud. „Hann taldi þessi óljósu líkamlegu einkenni stafa af bælingu sálrænna áfalla sjúklingsins í bernsku og notaði orðið *hysteria* yfir það. Hann taldi að hin flóknu sálrænu og líkamlegu einkenni sem brjótast út síðar á lífsleiðinni eigi rætur sínar í þessari bælingu í bernsku. Lausnin væri fólgin í því að leiða sjúklinginn aftur til upphafsins með sálgreiningarmeðferð."

Franska leikskáldið Moliére gerði sér mat úr angist þess er þjáist af heilsukvíða (*hypochondria*) í leikritinu *Ímyndunarveikinni*. „Þetta er enn ein tegund þessara líkömnunarraskana og lýsir sér með því að fólk telur sig haldið mjög alvarlegum sjúkdómi þrátt fyrir að hafa lítil eða engin líkamleg einkenni. Þessu fylgir oft mikil og stöðug sjúkdómahræðsla, ótti við smit og eindregin krafa um ítarlegar rannsóknir þrátt fyrir að einkennin séu lítil eða í engu samræmi við meintan sjúkdóm. Aðrir eru sjúklega hræddir við lækna og sjúkrahús og forðast snertingu við allt er hugsanlega getur valdið smiti eða sjúkdómum. Í dag er hypochondria kallað *Illness Anxiety Disorder* eða heilsukvíði og er skilgreind sem ótti við alvarlega sjúkdóma og kvíðaeinkenni sem fylgja því."

Þrátt fyrir að umræða um sjúkdóma hafi aukist verulega á undanförnum árum, svo mjög að sumir tala um sjúkdómsvæðingu, segir Magnús ekkert benda til þess að sjúklingum með líkamleg einkenni af óljósum toga sé að fjölga. „Aukning greininga á geðröskunum á sér aðrar ástæður en þó vegur þungt að í dag er fólk líklegra til að leita sér aðstoðar við geðrænum vanda en áður."





Þingeyrarflugvöllur við Dýrafjörð, þar sem forðum bjó Gísli Súrsson. Ljósmynd: Mats Wibe Lund.

Héraðslæknir í einn dag

Tryggvi Ásmundsson



Það var á útmánuðum árið 1973. Ólafur Ólafsson var nýlega orðinn landlæknir og það var sem oft áður læknaskortur á Vestfjörðum. Ólafur vildi bæta úr þessu með því að skjótast þangað sjálfur dag og dag og taka með sér unga lækna.

Eitt sinn síðla kvölds hringir Ólafur í mig og segir: „Þú kemur með mér vestur í fyrramálið og sérð um Flateyri í einn dag.“ Ég taldi á þessu öll tormerki. Ég þyrfti að mæta í vinnu á Vífilsstöðum og auk þess kynni ég ekkert í lækningum nema það sem snerti lungun. „Ég hlusta ekki á þetta,“ sagði Ólafur. „Ég er búinn að tala við Hrafnkel og hann er dauðfeginn að losna við þig þótt ekki sé nema í einn dag. Þú verður mættur út á flugvöll klukkan 9 í fyrramálið.“ Og lagði á!

Ég átti góðan æskuvin sem var flugstjóri hjá Loftleiðum. Hann hafði sagt mér að sá sem hætti sér í flug til Vestfjarða væri klárlega galinn. Þar væri alls staðar ólendandi. Nefndi hann sérstaklega Þingeyri. Lifðu menn af lendinguna væri líklegt að endalokin yrðu í flugtakinu. Það háttaði svo til að tekið væri á loft í beinni stefnu á hátt fjall og yrði að taka 90 gráðu beygju strax í flugtaki til að forðast það. Allir flugmenn vissu hvað svoleiðis gæti kostað!

Ég sá líka fyrir mér stóra biðstofu, fulla af kornabörnum í fylgd áhyggjufullra mæðra sem hefðu beðið þess í marga mánuði að finna lækni! Og ömmurnar! Ég mundi hvað Skúli Thoroddsen hafði sagt við mömmuna sem heimtaði að vita hvað væri að barninu hennar. „Maður veit aldrei hvað er að þessum börnum!“ Þetta var auðvitað blákaldur sannleikur, en féll samt ekki í góðan jarðveg.

Mér varð því ekki svefnsamt um nóttina, en mætti samt á tilsettum tíma morguninn eftir. Fyrsti áfangastaður var Þingeyri. Vinur minn hafði alveg hitt naglann á höfuðið þegar hann lýsti aðstæðum þar. Ég var því ennþá skjálfandi á beinunum þegar lent var á Flateyri.

Þar tóku á móti mér tvær hjúkrunarkonur, Sigurveig Georgsdóttir, prestfrú í Holti og Sigrún Gerða Gísladóttir, eiginkona Einars Odds Kristjánssonar, aðaldrifkraftsins í þorpinu. Þær fóru með mig beint á heilsugæslustöðina og það kom mér þægilega á óvart að biðstofan var tóm. Ég var settur í stól héraðslæknis og þær komu með bunka af alls kyns skjölum og vottorðum sem aðeins vantaði undirskrift héraðslæknis. Ég sá fljótt að allt var það skrifað af mikilli nákvæmni og samviskusemi og því fljótgert að afgreiða. Þá voru komnir fáeinir sjúklingar á biðstofuna og það gekk fljótt og vel að leysa vandamál þeirra. Engin ungabörn og engar ömmur! Næst vildu þær stöllur að ég liti á fáeina sjúklinga með langvinna lungnasjúkdóma, sem þær töldu betra að ég vitjaði en þeir kæmu á stöðina. Ég gerði ekki annað en staðfesta að meðferðin væri í góðu lagi.

Rétt fyrir klukkan þrjú var vinnudeginum lokið og mér boðið í góðgerðir á prestsetrið. Þar sat ég í góðu yfirlæti með þeim heiðurshjónum sr. Lárusi Þ. Guðmundssyni og Sigurveigu og beið eftir flugvélinni. Margt bar á góma. Meðal annars sögðu þau mér að þar gætu veðrabrigði orðið skyndileg og ekki fátítt að plássið lokaðist af í svo sem tvær vikur sakir ófærðar. Þau sáu líklega skelfingarsvipinn á mér og tóku fram að þeim fyndist ólíklegt að veðrið spilltist næstu 2-3 tímana.

Flugvélin kom á tilsettum tíma og það var orðið dimmt á Þingeyri, þótt aðstæður þar væru mér í fersku minni. Heimflugið var tíðindalaust, nema það var eitthvert ólag á ljósunum í mælaborði vélarinnar. Oftar en ekki var slökkt á þeim, en þá brá flugmaðurinn vasaljósi á loft til að sjá á mælana. Var þessu greinilega vanur og hafði engin orð um. Ég man að ég var hálffúll út í Ólaf að hafa ekki haft með sér smá brjóstbirtu til að hressa okkur í heimfluginu.

Rifjaðist nú upp fyrir mér sagan af Bernharði Stefánssyni alþingisforseta. Hann var að leggja upp í flug til Akureyrar og Hrefna kona hans lagði til að þau breyttu nú vana sínum og færu þurrbrjósta. Yfir Sauðárkróki losnaði hluti úr hreyfli og lenti á vélinni með miklum dynk. Þá mælti Bernharð: „Nú förumst við kona, og ég ófullur. Og það er þér að kenna!“

Þessi leiðangur kenndi mér að tvær reyndar og klárar hjúkrunarkonur geta vel séð um heilbrigðisþjónustu í héraði eins og á Flateyri. Þar var greinilega allt í góðu lagi og fólk sem ég hitti upplifði ekki miklinn læknaskort. Eftir situr minningin um skemmtilegan dag og ánægjuleg kynni.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar
Magnús B. Einarson formaður, Þórarinn Sveinsson ritari, Hörður Alfreðsson gjaldkeri, Guðrún Agnarsdóttir, Kristrún Benediktsdóttir.

Öldungaráð
Bergþóra Ragnarsdóttir, Jón Hilmar Alfreðsson, Sigurður E. Þorvaldsson, Snorri Ingimarsson, Tryggvi Ásmundsson.

Umsjón síðu
Páll Ásmundsson
Vefsíða: http://innri.lis.is/oldungadeild-li

Minningarorð um Guðmund Klemenzson



Mynd: Þorkell Þorkelsson

Það voru skelfileg tíðindi að frétta af óvæntu fráfalli góðs vinar og náins samstarfsfélaga okkar beggja, Guðmundar Klemenzsonar, þann 8. desember síðastliðinn. Gummi Klem, eins og við kölluðum hann, mun skilja eftir sig stórt skarð á svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala, og víðar, enda með eindæmum fær læknir og farsæll. Gummi var náinn samstarfsmaður okkar til fjölda ára og bar aldrei skugga á það samstarf. Hann var einnig góður vinur og mátti ekkert aumt sjá. Alltaf tilbúinn að rétta fram hjálparhönd og leggja sitt af mörkum, bæði á spítalanum og utan hans. Traustari samstarfsmann er varla hægt að hugsa sér. Einn helsti styrkur hans var hversu rólegur og og yfirvegaður hann var við erfiðar aðstæður, til dæmis þegar mikið gekk á í flóknum hjartaaðgerðum. Þetta er eitthvað sem fjölmargir læknar á skurðsviði Landspítala mátu mikils og var oft leitað til hans eftir ráðum við erfiðari tilfelli.

Gummi var sérlega þægilegur í samvinnu og vinsæll, bæði meðal lækna og annars starfsfólks á skurðstofum og gjörgæsludeildum spítalans. Hann var frábær námsmaður og var með best menntuðu læknum á Íslandi. Eftir stúdentspróf við Menntaskólann í Reykjavík og læknanám við læknadeild HÍ lagði hann stund á krefjandi framhaldsnám í svæfinga- og gjörgæslulækningum við Madison-háskóla í Bandaríkjunum. Hann stundaði síðan frekara framhaldsnám í hjartasvæfingum við hina virtu Mayo Clinic í Rochester í Bandaríkjunum. Árið 2003 fékk hann starf við svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala við Hringbraut. Þar sinnti hann til dauðadags störfum á bæði gjörgæsludeild og skurðstofugangi, þó sérstaklega við opnar hjarta- og lungnaaðgerðir, en einnig lagði hann sig sérstaklega eftir svæfingum á fæðinga- og kvennadeild spítalans.

Stuttu fyrir andlát sitt átti Gummi þátt í stofnun Klínikkurinnar í Ármúla og ætlaði hann sér að starfa á þeim vettvangi í hlutastarfi meðfram störfum á Landspítala. Gummi var skarpgreindur og sérlega vel lesinn – alltaf með nýjustu greinar í *New England* og fleiri vísindaritum á hreinu, og ekki bara á sínu sérsviði heldur einnig í öðrum sérgreinum læknisfræði. En Gummi kom ekki bara við sögu á spítalanum heldur einnig við önnur störf sem tengdust sérgreinum okkar, til dæmis kom hann oft að málþingum á Læknadögum og skipulagningu fjölmargra árlegra vísindaþinga sem Félag svæfinga- og gjörgæslulækna og Skurðlæknafélag Íslands stóðu að í sameiningu. Þar var framlag hans mikilvægt og óeigingjarnt starf hans fyrir þessi félög er ómetanlegt. Gummi var líka mikill húmoristi og hárbeittra og oft meinfyndinna athugasemda hans á morgunfundum verður sárt saknað. Hann var frábær kennari og unglæknar og læknanemar munu sakna ötuls leiðbeinanda. Gummi gat haft sterkar skoðanir á mönnum og málefnum og ekki vorum við alltaf sammála í pólitík. En hann bar þó alltaf virðingu fyrir skoðunum annarra og gaf sér tíma til að hlusta. Það er ljóst að íslensk læknastétt og Landspítali hafa misst einn af sínum bestu félögum. Missir nánustu ættingja er þó mestur og vottum við þeim samúð okkar.

Tómas Guðbjartsson og Kári Hreinsson

Bayer HealthCare

Xarelto® rivaroxaban

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 blóðþynningarvirkni 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 til inndælingar yfir í Xarelto:* Hjá sjúklingum sem fá blóðþynningu með inndælingu skal hætta gjöf hennar og hefja gjöf Xarelto 0 til 2 klst. áður en næst hefði átt að gefa inndælingu lyfsins (t.d. heparín með lágan mólþunga) eða þegar hætt er að gefa blóðþynningarlyf með stöðugu innrennsli (t.d. ósundurgreint heparín í æð). *Skipti frá Xarelto yfir í blóðþynningarlyf til inndælingar:* Gefa á fyrsta skammt af blóðþynningarlyfi til inndælingar þegar taka hefði átt 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. *Sjúklingar sem gangast undir rafvendingu/lyfjavendingu:* Hefja má eða halda áfram notkun Xarelto hjá sjúklingum sem gætu þurft að gangast undir rafvendingu/lyfjavendingu. Við rafvendingu/lyfjavendingu sem stýrt er með ómskoðun hjarta um vélinda (transesophageal echocardiogram, TEE) hjá sjúklingum sem ekki hafa áður fengið segavarnarlyf á að hefja meðferð með Xarelto a.m.k. 4 klukkustundum fyrir rafvendingu/lyfjavendingu til að tryggja fullnægjandi segavörn. Áður en rafvending/lyfjavending er gerð á að leita staðfestingar á því **hjá öllum sjúklingum** að þeir hafi tekið Xarelto samkvæmt ávísun. Við ákvörðun um að hefja meðferð og um meðferðarlengd á að hafa hliðsjón af gildandi leiðbeiningum um segavarnir hjá sjúklingum sem gangast undir rafvendingu/lyfjavendingu. 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 töflu 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, nýlegan áverka á heila eða mænu, nýlega aðgerð á heila, mænu eða auga, nýlega innankúpublæðing, þekkta æðahnúta í vélinda eða grun um slíkt, missmíði slag- og bláæðatenginga, æðagúlp, 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 við þær sérstöku aðstæður að verið sé að skipta um blóðþynningarmeðferð eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri blásæð eða slagæð. Lifrarsjúkdómur með blóðstorkutruflunum og blæðingarhættu sem hefur klíníska þýðingu þar með talið hjá sjúklingum með skorpulifur 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 (ágúst 2015):** Þynnupakkningar: 28 töflur (13.487 kr.), 42 töflur (19.583 kr. – einungis 15 mg), 98 töflur (41.619 kr.), 100 töflur (42.944 kr.). **Markaðsleyfishafi:** Bayer Pharma AG **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. Vinsamlegast hafið samband við fulltrúa markaðsleyfishafa í síma 540 8083 ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum um lyfið. **Heimildir:** Samantekt á eiginleikum lyfs, júlí 2015. Sérlyfjaskrártexta í heild sinni má nálgast á heimasíðu Lyfjastofnunar: www.serlyfjaskra.is.

▼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:** Mirabegron má ekki nota hjá sjúklingum með ofnæmi fyrir virka efninu / virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna og ekki hjá sjúklingum með verulegan háþrýsting sem ekki hefur náðst stjórn á og er skilgreindur er sem slagbilsþrýstingur ≥180 mm Hg og/eða þanbilsþrýstingur ≥110 mm Hg. **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:* 14. september 2015. *Pakkningastærðir og leyfilegt hámarksverð í smásölu í janúar 2016:* Forðatöflur, þynnupakkning 30 stk: 25mg kr. 8.387, 50mg kr. 8.387; 90 stk: 25mg kr. 22.326, 50mg kr. 22.326. Forðatöflur, glas 90 stk: 50 mg kr. 22.326. *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

Spiolto Respimat 2,5 míkróg/2,5 míkróg innöndunarlausn. Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC-flokkur: R03AL06. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.

Virk innihaldsefni og styrkleikar: Hver gefinn skammtur er 2,5 µg tiotropium (sem brómíðeinhýdrat) og 2,5 µg olodaterol (sem hýdróklóríð) í hvert sinn sem úðað er. Hver gefinn skammtur er sá skammtur sem farið hefur í gegnum munnstykkið og sjúklingurinn fær. **Ábendingar:** Spiolto Respimat er ætlað sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni hjá fullorðnum sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT). **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar. Rörlykjuna má aðeins setja í og nota með Respimat innöndunartæki. Tvær úðanir úr Respimat innöndunartæki jafngilda einum lyfjaskammti. *Fullorðnir*: Ráðlagður skammtur er 5 µg af tiotropiumi og 5 µg af olodateroli, gefið með tveimur úðunum úr Respimat innöndunartækinu, einu sinni á sólarhring, á sama tíma sólarhringsins. Ekki má nota stærri skammta en ráðlagðir eru. *Aldraðir*: Aldraðir sjúklingar geta notað Spiolto Respimat í ráðlögðum skömmtum. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi og skerta nýrnastarfsemi:* Spiolto Respimat inniheldur tiotropium sem skilst aðallega út um nýru og olodaterol sem umbrotnar aðallega í lifur. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:* Sjúklingar með vægt til miðlungsskerta lifrastarfsemi mega nota Spiolto Respimat í ráðlögðum skömmtum. Engar upplýsingar eru fyrirliggjandi um notkun olodaterol hjá sjúklingum með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi:* Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi geta notað Spiolto Respimat í ráðlögðum skömmtum. Fyrir sjúklinga með miðlungs eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun ≤ 50 ml/mín.), sjá nánar í SPC. Spiolto Respimat inniheldur olodaterol. Takmörkuð reynsla er af notkun olodaterols hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. *Börn*: Notkun Spiolto Respimat á ekki við hjá börnum (undir 18 ára aldri). Lyfjagjöf: Til að tryggja rétta lyfjagjöf skal læknir eða faglærður heilbrigðisstarfsmaður sýna sjúklingi hvernig nota eigi innöndunartækið. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Saga um ofnæmi fyrir atrópíni eða afleiðum þess, t.d. ipratrópíum eða oxítrópíum. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá www.serlyfjaskra.is**. **Markaðsleyfishafi:** Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Strasse 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:** 22.06.2015. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð: (Jan 2016)** Spiolto Respimat 2,5 míkróg/2,5 míkróg 11.771 kr**: Afgreiðslutilhögun:** R merkt

Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: G merkt sjá nánar á www.lgn.is

Spiriva Respimat 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn

Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC flokkur: R03BB04. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.

Heiti lyfs: Spiriva Respimat 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Hver gefin úðun er 2,5 míkrógrömm tíótrópíum (2 úðanir eru einn lyfjaskammtur), sem samsvarar 3,124 míkrógrömmum af tíótrópíumbrómíðeinhýdrati. Hver gefin úðun er sá skammtur sem farið hefur í gegnum munnstykkið og sjúklingurinn fær. **Ábendingar:** Langvinn lungnateppa (LLT): Tíótrópíum er ætlað sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT). Astmi: Spiriva Respimat er ætlað sem viðbót við berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð hjá fullorðnum sjúklingum með astma sem fá viðhaldsmeðferð með samsetningu af innöndunarstera (>800 míkróg budesonid/sólarhring eða jafngildum innöndunarstera) og langverkandi β_2-örva og sem hafa fengið eina eða fleiri alvarlegar versnanir undangengið ár. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar. Rörlykkjuna má aðeins setja í og nota með Respimat innöndunartæki. Tvær úðanir úr Respimat innöndunartæki jafngilda einum lyfjaskammti. Ráðlagður skammtur fyrir fullorðna er 5 míkrógrömm af tíótrópíum, gefið með tveimur úðunum úr Respimat innöndunartækinu, einu sinni á sólarhring, alltaf á sama tíma sólarhringsins. Ekki má nota stærri skammta en ráðlagðir eru. Í astmameðferð mun fullur ávinningur lyfsins koma í ljós eftir nokkra skammta. Sérstakir hópar: Aldraðir sjúklingar geta notað tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi mega nota tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Sjúklingar með miðlungs eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun ≤ 50 ml/mín.). Sjúklingar með skerta lifrastarfsemi mega nota tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Börn: *Langvinn lungnateppa (LLT):* Notkun Spiriva Respimat á ekki við hjá börnum og unglingum undir 18 ára aldri. *Slímseigjusjúkdómur (cystic fibrosis):*Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi Spiriva Respimat. *Astmi:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á verkun og öryggi Spiriva Respimat hjá börnum og unglingum. Lyfjagjöf: Til að tryggja rétta lyfjagjöf skal læknir eða faglærður heilbrigðisstarfsmaður sýna sjúklingi hvernig nota eigi úðatækið. **Frábendingar:** Spiriva Respimat er ekki ætlað sjúklingum með ofnæmi fyrir tíótrópíumbrómíði, atrópíni eða afleiðum þess, t.d. ipatrópíum, oxítrópíum eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá www.serlyfjaskra.is**. **Markaðsleyfishafi**: Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Strasse 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:** 07.01.2015. **Ath. textinn er .styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð: (Jan2016)** Spiriva Resp 2,5 mcg/sk, 60 stk 8.475 kr

Afgreiðslutilhögun: R einungis afgreitt með lyfseðli.**Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G merkt sjá nánar á www.lgn.is

Striverdi Respimat, 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn.

Boehringer Ingelheim International GmbH. ATC flokkur: R03AC19. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.

Heiti lyfs: Striverdi Respimat, 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** Gefinn skammtur er 2,5 míkrógrömm af olodateroli (sem hýdróklóríð) í hvert sinn sem úðað er. Gefinn skammtur er sá skammtur sem fer í gegnum munnstykkið og nær til sjúklingsins. Ábendingar: Striverdi Respimat er ætlað sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT). **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar. Rörlykjuna **má aðeins setja í og nota með** Respimat innöndunartæki. Tvær úðanir úr Respimat innöndunartæki jafngilda einum lyfjaskammti. *Fullorðnir:* Ráðlagður skammtur er 5 míkrógrömm af olodateroli, gefið með tveimur úðunum úr Respimat innöndunartækinu, einu sinni á sólarhring, alltaf á sama tíma sólarhringsins. Ekki má nota stærri skammt en ráðlagður er. *Aldraðir sjúklingar:* Aldraðir sjúklingar geta notað Striverdi Respimat samkvæmt ráðlögðum skammti. *Skert lifrarstarfsemi:* Sjúklingar með væga eða miðlungsmikla skerðingu á lifrarstarfsemi mega nota Striverdi Respimat samkvæmt ráðlögðum skömmtum. Engar upplýsingar liggja fyrir um notkun Striverdi Respimat hjá sjúklingum með verulega skerta lifrarstarfsemi. *Skert nýrnastarfsemi:* Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi mega nota Striverdi Respimat samkvæmt ráðlögðum skammti. Takmörkuð reynsla er af notkun Striverdi Respimat hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. *Börn:* Notkun Striverdi Respimat á ekki við hjá börnum og unglingum (undir 18 ára aldri). Lyfjagjöf: Til að tryggja rétta gjöf lyfsins skal læknir eða faglærður heilbrigðisstarfsmaður sýna sjúklingi hvernig nota eigi innöndunartækið. **Frábendingar:** Striverdi Respimat er ekki ætlað sjúklingum með ofnæmi fyrir olodateroli eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**. **Markaðsleyfishafi**: Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Strasse 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:** 10. október 2013. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð (Jan 2016):** 2.5mcg 60 skammtar 7.027 kr. **Afgreiðslutilhögun:** R einungis afgreitt gegn lyfseðli**. Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:** G merkt sjá nánar á www.lgn.is

Æðaskurðlækningafélag Íslands

Frá Æðaskurðlækninga-félagi Íslands



Guðmundur Daníelsson
sérfræðingur í æðaskurðlækningum Landspítala Fossvogi

formaður Æðaskurðlækningafélags Íslands
gudmundd@landspitali.is

Æðaskurðlækningafélag Íslands var stofnað 2. desember árið 1996 eða fyrir 20 árum og verður haldinn afmælisfagnaður af því tilefni síðar á árinu. Í félaginu eru læknar með mismunandi sérsvið sem eiga það sameiginlegt að sinna sjúklingum með æðasjúkdóma og veita þeim viðeigandi meðferð. Æðaskurðlæknar eru þó í meirihluta þeirra 19 sem eru meðlimir í dag. Stofnfélagar voru 5 og átti Stefán E. Matthíasson fyrrum yfirlæknir á Landspítala frumkvæði að stofnun þess og var hann jafnframt fyrsti formaður félagsins. Í fyrstu stjórn félagsins sátu auk Stefáns læknarnir Halldór Jóhannsson gjaldkeri, Haraldur Hauksson ritari og Páll Gíslason endurskoðandi. Margt hefur breyst á þessum 20 árum og má segja að æðaskurðlækningar sem sérgrein hafi í raun tekið stakkaskiptum. Æðaskurðlækningar voru sameinaðar á eina deild við samruna sjúkrahúsanna í Reykjavík, á Sjúkrahúsi Reykjavíkur í janúar árið 2000, en höfðu áður verið stundaðar á Landakotsspítala, Landspítala og Borgarspítala. Fyrsti yfirlæknir sameinaðra deilda var Halldór Jóhannsson. Það var á þessum tíma sem innæðaaðgerðir hófu að ryðja sér til rúms í einhverjum mæli með blásningum á æðum og fóðringum hvers kyns og innæðaaðgerðum á ósæðagúlum. Fyrsta fóðring á ósæðagúl var gerð á Sjúkrahúsi Reykjavíkur í mars 1997. Aðgerðin gengur undir nafninu EVAR (*endovascular aortic repair*) þar sem klæðning á burðarvirki er sett inn í ósæðina frá náraslagæð. Hefur þetta verið mikil framför í meðferð þar sem sjúklingum vegnar betur og er aðgerðin bæði einfaldari og sjúklingar eru mun fljótari að jafna sig. Gjörgæslumeðferð að lokinni aðgerð er því nú nánast óþörf. Meðferð við þrengslum í slagæðum hefur einnig gjörbreyst þar sem innæðaaðgerðir með belgvíkkun á þrengingum hafa orðið algengari og það hefur stytt legutíma á sjúkrahúsi mjög. Frá upphafi hefur verið góð samvinna æðaröntgenlækna og æðaskurðlækna. Í dag vinna fjórir læknar myndgreiningardeildar Landspítala sem hafa sérhæft sig í meðferð slagæðasjúkdóma. Hefur því frá upphafi komið til tals að sameina þessar sérgreinar í deild sem sinnir meðferð æðasjúkdóma. Þó svo að vinna á skurðstofu eða á myndgreiningardeild sé enn stærsti hluti meðferðar æðasjúkdóma, er einnig mikill hluti af okkar vinnu lyflæknismeðferð á deild. Þessi hluti er orðinn það stór að víðast hvar erlendis hefur myndast sérgrein um sjúkdóma í æðakerfi, sem á íslensku gæti heitið æðafræði (*angiology*) sem hefur á sinni könnu að sinna lyflæknismeðferð þessara sjúklinga. Aðgerðir á bláæðasjúkdómum hefur einnig tekið miklum framförum og eru þessar aðgerðir nú nánast eingöngu gerðar í deyfingu og sjúklingur fer heim stuttu eftir aðgerð og getur í raun farið til vinnu daginn eftir. Sú aðgerð sem hefur náð mestri útbreiðslu á Íslandi er hitaeyðing á innanlærisbláæð eða aftanleggsbláæð (*saphena magna, saphena parva*) með laser-orkugjafa. Hér áður fyrr var algengt að sjúklingar lægju inni á sjúkrahúsi í nokkra daga eftir aðgerð og þurftu verkjalyf svo dögum skipti og væru að jafnaði frá vinnu í 10 til 14 daga.

Að jafnaði eru þrír til fjórir æðaskurðlæknar starfandi á Landspítala. Þar sem þáttur innæðaaðgerða er orðinn svo stór er einnig ein vakt á myndgreiningardeild sem sinnir bráðainnæðaaðgerðum í samvinnu við lækna æðaskurðdeildar. Á Landspítala eru gerðar aðgerðir vegna slagæðasjúkdóma en bláæðasjúkdómar eru nú eingöngu meðhöndlaðir utan stofnunarinnar. Þessi skipting hefur reynst farsæl og hafa allir aðilar getað einbeitt sér að sínum verkefnaflokki. Mikil sérhæfing hefur því myndast og ný þekking hefur verið fljót að ryðja sér til rúms. Menntun æðaskurðlækna síðustu 20 ár hefur einnig breyst umtalsvert þar sem gerð er krafa um þekkingu og færni í innæðaaðgerðum jafnt sem opnum aðgerðum. Þetta hefur leitt til þess að sérfræðinám í greininni hefur verið mjög langt og var gerð krafa um almennar skurðlækningar sem aðalsérgrein en æðaskurðlækningar sem undirsérgrein. Með nýrri reglugerð um sérfræðileyfi lækna hér á landi er nú hægt að fá sérfræðiviðurkenningu eingöngu í æðaskurðlækningum í dag.

Til að fagna 20 ára afmæli félagsins var haldið málþing um meðhöndlun bláæðasjúkdóma nú á Læknadögum 2016.


Munnþurrkur sambærilegur lyfleysu[1,2]
Það er hægt að lifa við ofvirka þvagblöðru á annan hátt
Betmiga® 50 mg▼
mirabegron
Fyrsti ß3-örvinn við einkennum ofvirkrar þvagblöðru
Heimildir: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295.
2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395.
Sérlyfjatexti á bls. 104
IS BET-140191 06.2014

Ný samsett berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð gegn einkennum hjá fullorðnum sjúklingum með langvinna lungnateppu.

gsk



ANORO® ELLIPTA®
(umeclidinium/vílanteról)

Anoro® Ellipta® 55 míkróg/22 míkróg innöndunarduft, afmældir skammtar

Virk innihaldsefni: Hver stök innöndun gefur skammt (skammt sem fer í gegnum munnstykkið) sem er 65 míkróg af umeclidiniumbrómíði sem jafngildir 55 míkróg af umeclidiniumi og 22 míkróg af vílanteróli (sem trífenatat). Hjálparefni með þekkta verkun: Hver skammtur inniheldur u.þ.b. 25 mg af laktósa (sem einhýdrat). Ábendingar: ANORO er ætlað til notkunar sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð gegn einkennum hjá fullorðnum sjúklingum með langvinna lungnateppu. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: *Fullorðnir:* Ráðlagður skammtur er ein innöndun af ANORO 55/22 míkróg einu sinni á dag á sama tíma dag hvern til að viðhalda berkjuvíkkun. *Sérstakir sjúklingahópar:* Aldraðir sjúklingar: Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum eldri en 65 ára. Skert nýrnastarfsemi: Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með skerta nýrnastarfsemi. Skert lifrarstarfsemi: Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með væga eða miðlungsalvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi. Notkun ANORO hefur ekki verið rannsökuð hjá sjúklingum með alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi og skal gæta varúðar við notkun þess. *Börn:* Notkun ANORO við ábendingunni langvinnri lungnateppu á ekki við hjá börnum (yngri en 18 ára). Lyfjagjöf: ANORO er aðeins til innöndunar. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. **Aukaverkanir**: Nefkoksbólga (9%) var algengasta aukaverkunin sem greint var frá við notkun umeclidiniums/vílanteróls í klínískum rannsóknum. Aðrar algengar aukaverkanir (≥1/100 til 1/10): Höfuðverkur, þvagfærasýking, skútabólga, kokbólga, efri öndunarfærasýking, hósti, verkur í munnkoki, munnþurrkur og hægðatregða.**Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarksverð** í smásölu **(september 2015):** 1 innöndunartæki, 30 skammtar. R, G, 12.586 kr. **ATC-flokkur:** R03AL03. **Markaðsleyfishafi:** Glaxo Group Limited. Fulltrúi markaðsleyfishafa er Vistor, Hörgatún 2, 210 Garðabæ. Sími 5357000. **Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 26.03.2015

Aukaverkanir má tilkynna á vef Lyfjastofnunar - www.lyfjastofnun.is/Aukaverkanir/tilkynna eða til GlaxoSmithKline í Vistor í síma 535 7000.

Theravance | vistor

IS/UCV/0005/14d september 2015