

Syngur hver með sínu nefi?

Inngangur

Jón Steinar Jónsson
heimilislæknir

Michael Clausen
barnalæknir

Alkunna er meðal lækna hvernig notkun breiðvirkra sýklalyfja getur haft áhrif á tilurð ónæmra bakteríustofna, til að mynda í öndunarvegum. Þróun sýklalyfjaónæmis er mikið áhyggjuefni. Dæmi eru um að sett hafi verið markmið á landsvísu til að ná aðhaldi í notkun sýklalyfja til að stemma stigu við ónæmi algengra öndunarfarabaktería. Engum blöðum er um það að fletta að tilkoma sýklalyfja fyrir miðja síðustu öld var eitt af mestu framfaraskrefum í læknisfræði. En óvarleg notkun sýklalyfja kann að hafa gríðarlega neikvæð áhrif á möguleika læknisfræðinnar til að glíma við algengar sýkingar. Þar bera lækna alla ábyrgð. Samstaða lækna úr öllum sérgreinum um vönduð vinnubrögð á þessu sviði er grundvallaratriði. Þessar staðreyndir voru kveikjan að málþingi á Læknadögum í janúar 2010. Útdrættir úr erindum fyrirlesara þingsins fara hér á eftir.

Sýklalyfjanotkun og sýklalyfjaónæmi á Íslandi

Pórolfur Guðnason
barnalæknir

Karl G. Kristinsson
sérfræðingur í sýklafraði

Notkun lyfja er hægt að mæla á marga vegu, en í samanburði tíðkast einkum að mæla notkun lyfja í DDD á hverja 1000 íbúa (Defined Daily Doses; staðlaðir dagsskammtar).

Á Íslandi er fylgst með notkun sýklalyfja á tvo vegu: Sölutölum sem Lyfjastofnun fylgist með (DDD á 1000 íbúa). Tölurnar gefa upplýsingar um

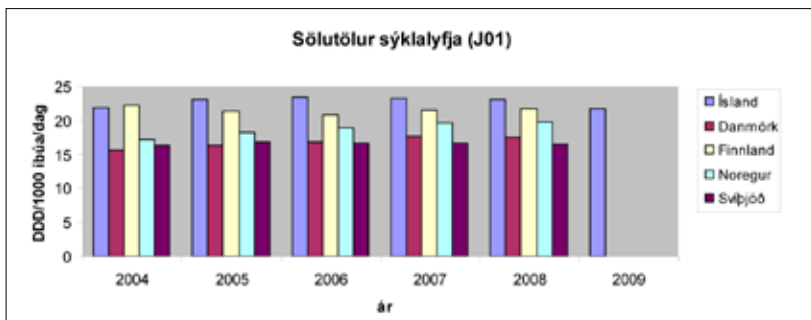
heildarnotkun sýklalyfja. Ávísunum sýklalyfja úr lyfjagagnagrunni landlæknis frá lyfjaverslunum. Með þessum upplýsingum má sjá notkun sýklalyfja utan stofnana bæði í DDD á hverja 1000 íbúa sem og fjölda ávísana, fjölda einstaklinga sem lyfin eru ávísað á, aldur þeirra, búsetu og sérgrein læknis sem ávísar.

Á Norðurlöndum hefur heildarsala sýklalyfja löngum verið mest á Íslandi (sjá mynd 1.) en Finnland og Noregur ekki verið langt undan. Á árunum 2006-2009 minnkaði heildarnotkun sýklalyfja hér um 7%. Meiri notkun hér en á Norðurlöndunum skýrist einkum af meiri notkun tetracyklína og breiðvirkra penicillínlyfja.

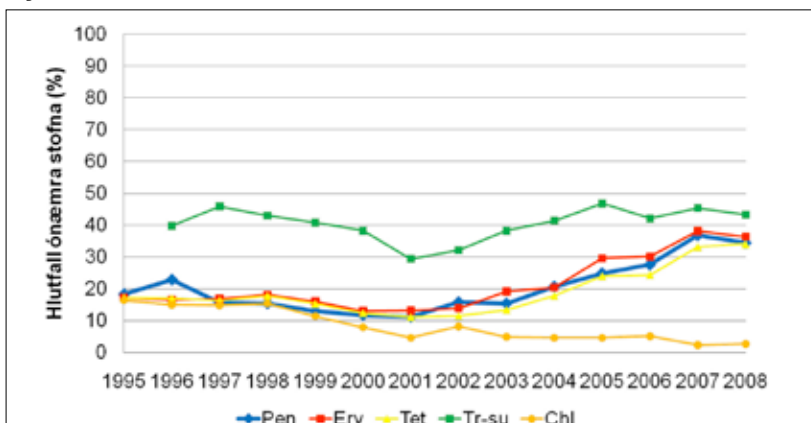
Mesta notkun sýklalyfja hér er hjá börnum yngri en fimm ára en ávísunum hjá aldurshópnum fækkaði um tæplega 20% á árunum 2007-2009. Samanburður milli landshluta leiðir í ljós að sýklalyfjum er mest ávísað á Suðurlandi, höfuðborgarsvæðinu og á Norðurlandi vestra, og lyfjunum er mest ávísað af heimilislæknum og barnalæknum hér á landi.

Sóttvarnalæknir hefur farið af stað með átak um bættu notkun sýklalyfja í samvinnu við heilsugæsluna sem mun vonandi skila sér í minni notkun og minni líkum á sýklalyfjaónæmi hjá bakteríum.

Algengasti og mikilvægasti sýkingavaldurinn í lungnabólgu, bráðri miðeyrna- og skútubólgu er *Streptococcus pneumoniae*, pneumókokkur. Þegar ákvörðun er tekin um sýklalyfjameðferð þessara



Mynd 1.



Mynd 2.

Notkun sýklalyfja við öndunarfæra- sýkingum utan sjúkrahúsa – af málþingi á Læknadögum

sýkinga er sjaldnast vitað hver orsökina er og því grundvallaratriði að valið sé sýklalyf sem virkar vel á pneumókokkana. Ónæmi þessara baktería fyrir sýklalyfjum hefur vaxið mikið síðastliðna tvo áratugi og er breytilegt milli landa og landssvæða. Á Íslandi fundust pneumókokkar með minnkað penicillínæmi fyrst árið 1989 og fjölgaði mjög á árunum 1990-1995,¹ en síðan fór þeim fækkandi til ársins 2001 (sjá mynd 2.). Frá árinu 2004 hefur fjölonæmum pneumókokkum af hjúperð 19F fjölgað gríðarlega, en þeir eru með minnkað penicillínæmi og alveg ónæmir fyrir erytrómýsín, tetracyklín og trímétóprím-súlfa. Sem betur fer eru þeir ekki alveg ónæmir fyrir penicillínlyfjunum og því ætti stungulyfjameðferð eða háskammta amoxicillínmeðferð um munn yfirleitt að vera fullnægjandi í öndunarfærasýkingum. Ekki er verjandi að nota erytrómýsín, tetracyklín eða trímétóprím-súlfalyf sem empíríska meðferð eina og sér á höfuðborgarsvæðinu því ónæmishlutfall pneumókokka fyrir þeim var 43%, 40% og 46% árið 2009 (heimasíða sýklafræðideildar www.landspitali.is).

Streptococcus pyogenes (hemólýtískir streptókokkar af flokki A) eru alltaf næmir fyrir penicillíni, en næmi þeirra fyrir erytrómýsín hefur verið talsvert breytilegt á milli ára (5% ónæmi árið 2009). Hlutfall beta laktamasamyndandi *Haemophilus influenzae* stofna hefur verið nokkuð stöðug á síðasta áratug (14-18%).

1. Kristinsson KG. Epidemiology of penicillin resistant pneumococci in Iceland. *Microb Drug Resist* 1995; 1: 121-5.

Miðeyrnabólga og sýklalyf

Vilhjálmur Ari Arason

heimilislæknir

Miðeyrnabólga (otitis media) er bólga í miðeyra. Flest börn fá bráða miðeyrnabólgu (acute otitis media) á fyrstu aldursárunum og sum oft, jafnvel frá nokkurra mánaða aldri. Vandamál tengt eyrnabólgu er algengasta ástæða fyrir komu barns til læknis á Vesturlöndunum.¹ Rannsóknir á seinni árum sýna að flestar bráðar miðeyrnabólgur lagast jafnvel af sjálfu sér (80-90%) án sýklalyfjameðferðar á nokkrum dögum.² Erlendar rannsóknir hafa einnig sýnt að nýjar bakteríur sem fylla í skarðið í nefkoksflórunni, til dæmis eftir sýklalyfjameðferð, eru líklegri til að valda sýkingu.³ Auk þess fylgja sýklalyfjameðferð ýmsar aukaverkanir. Eyrnabólgur valda oft skertum lífsgæðum barna, áhyggjum hjá foreldrum, andvökunóttum og vinnutapi. Þrýstingur á meðferð er því oft mikill.¹

Margföldunaráhrif á sýklalyfjaónæmi

Í íslenskri rannsókn voru kannaðar ávísanavenjur lækna á sýklalyf fyrir börn og áhrif metin á þróun sýklalyfjaónæmis baktería í nefkoki hjá þeim á árunum 1993-2003. Sýklalyfjanotkun vegna eyrnabólgu skýrði yfir 50% heildarnotkunar hjá börnum undir 7 ára aldri. Með hverri sýklalyfjameðferð vegna bráðrar miðeyrnabólgu 4-5 faldaðist áhættan á að barn smitaðist og bæri fyrstu vikurnar á eftir penicillín ónæma pneumókokka (lágmarksheftistyrkur, MIC $\geq 0,1$ mg/L) í nefkoki en um 30% barna báru þá þessa stofna.¹ Ný alþjóðleg greiningarleið styður þá tilgátu að áhrifin vari í marga mánuði.⁴

Minnkuð sýklalyfjanotkun

Á sumum stöðum á landinu tókst að draga úr sýklalyfjanotkun um 2/3 á tímabilinu og notkun hljóðhimnuröra minnkaði. Vísbendingar voru um að bæta mætti eyrnaheilsu með minni notkun sýklalyfja. Jafnframt var sýnt fram á að skilningur foreldra á skynsamlegri notkun sýklalyfja skiptir miklu máli.¹ Ókostir sýklalyfjameðferðar geta þannig verið meiri en kostirnir, bæði fyrir einstaklinginn og þjóðfélagið.^{1,5}

Nýjar leiðbeiningar

Nýjar klínískar leiðbeiningar landlæknis⁶ um meðferð bráðrar miðeyrnabólgu byggjast að hluta á alþjóðlegum leiðbeiningum, svo sem frá breskum heilbrigðisfyrirvöldum (NICE) um meðferð vægra loftvegasyfkinga.² Þær hvetja til íhaldssemi við val á sýklalyfjum. Ráðlagt er að bíða með sýklalyfjameðferð fyrstu dagana nema einkennin séu slæm og nota frekar verkjalyf (paracetamol) eftir þörfum. Forsendur leiðbeininganna er gott aðgengi að heilsugæslu, ráðgjöf og fræðslu ásamt möguleika á eftirfylgd á næstu dögum ef einkenni lagast ekki.

Heimildir

- Arason VA. Use of Antimicrobials and Carriage of Penicillin-Resistant Pneumococci in Children. Repeated cross-sectional studies covering 10 years. PhD thesis University of Iceland 2006. www.hirsla.lsh.is
- Clinical guideline. Respiratory tract infections – antibiotic prescribing. Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care. (CG 69) National Institute of Health and Clinical Excellence, 2008.
- Syrjanen RK, Auranen KJ, Leino TM, Kilpi TM, Makela PH. Pneumococcal acute otitis media in relation to pneumococcal nasopharyngeal carriage. *Pediatr Infect Dis J* 2005; 24: 801-11.
- Costelloe C, Metcalfe C, Lovering A, Mant D, Hay AD. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2010; 340: e2096.
- Arason VA, Sigurdsson JA. The problems of antibiotic overuse; Acute Otitis Media among Children and Resistance Development in the Community. *Scand J Prim Health Care* 2010; 28: 65-6.
- Arason VA, Helgason S, Guðmundsson S, Jónsson H. Bráð miðeyrnabólga og meðferð. Klínískar leiðbeiningar. Landlæknisembættið 2009.

Skútabólgu

Hannes Petersen

háls-, nef- og eyrnalæknir

Starf nefs og hjánefskúta er umhirða á innönduðu lofti, það er hreinsun agna í nefi, ásamt hita og rakamettun, auk þess að gegna hlutverki í raddmyndun og lyktarskynjun. Um 20.000 lítrar lofta fara um nef manns á sólarhring, magn sem hæglega tvöfaldast við áreynslu. Þetta loft inniheldur mikið af óhreinindum, ofnæmisvökum og sýklum er kalla fram viðbrögð í nefslímunni, en með umhirðu sinni býr nefið í haginn fyrir neðri öndunarveg. Algengt er að sjúkdómar í neðri og efri öndunarvegi fari saman, en 75-95% fullorðinna með ofnæmis- eða ekki ofnæmisastma eru með nefslímubólgu og 75% fullorðinna sjúklinga með COPD hafa einnig einkenni frá nefi.¹ Hjánefskútar eru loftfylltir hellar í beinum heila- og iðurkúpu, þeir myndast út frá nefholi og eru klæddir öndunarfæraþekju, líkt og klæðir nefholið og neðri öndunarveg að innan, sem undirstríkar samverkandi heild efri og neðri hluta öndunarvegjar. Endanleg bygging hjánefskúta er ekki ljós fyrr en fullum þroska er náð, en hjánefskútar í ungum börnum að kynþroska eru venjulega litlir með stórum útfærsluopum miðað við rúmtak og þannig í nánnum yfirborðstengslum við nefholið, mynd 1. Þetta þýðir að flestir bólgujúkdómar í nefi barna kalla fram samhliða bólgu í hjánefskútunum. Því hefur verið horfið frá því að líta á skútabólgu sem sérstakan sjúkdóm hjá börnum, heldur frekar að kalla vandamálið nef- og skútabólgu (rhinosinusitis). Þegar fullum þroska er náð má fyrst gera ráð fyrir skútabólgu sem sérstökum sjúkdómi. Því er vert að gera greinarmun á skútabólgu í fullorðnum og nef- og skútabólgu í börnum, þó svo að megineinkenni sjúkdómsins séu svipuð í börnum og fullorðnum, það er nefrennsli og nefstífla.

Sýkingar í efri öndunarvegi eru algengar meðal manna, en eru að sama skapi oftast saklausar. Talið er að börn fái 6-8 efri öndunarfærasýkingar að meðaltali á ári, þar sem meinvaldur er veipur. Bráð bakteríusýking í miðeyra og bráð bakteríu nef- og skútabólga eru algengustu afleiðingar þessara veirusýkinga, en þessar sýkingar eru algengustu ástæður þess að ávísað er sýklalyfjum til barna. Þannig er bólga í nefslímu vegna ertingar, ofnæmis eða kvefs forleikurinn að þætti baktería, en þær algengustu sem ræktast frá fullorðnum með bráða skútabólgu og börnum

með bráða nef- og skútabólgu eru *streptococcus pneumoniae*, *hemophilus influenzae* og *moraxella catharralis*, sömu bakteríur og þekktar eru fyrir að valda miðeyrnabólgu, enda eru sjúkdómarnir um margt líkir meðal barna. Vert er að benda á að nýjar rannsóknir greina frá mikilvægi lífhimna (biofilms) í meinmynd langvarandi nef- og skútabólgu hjá börnum.

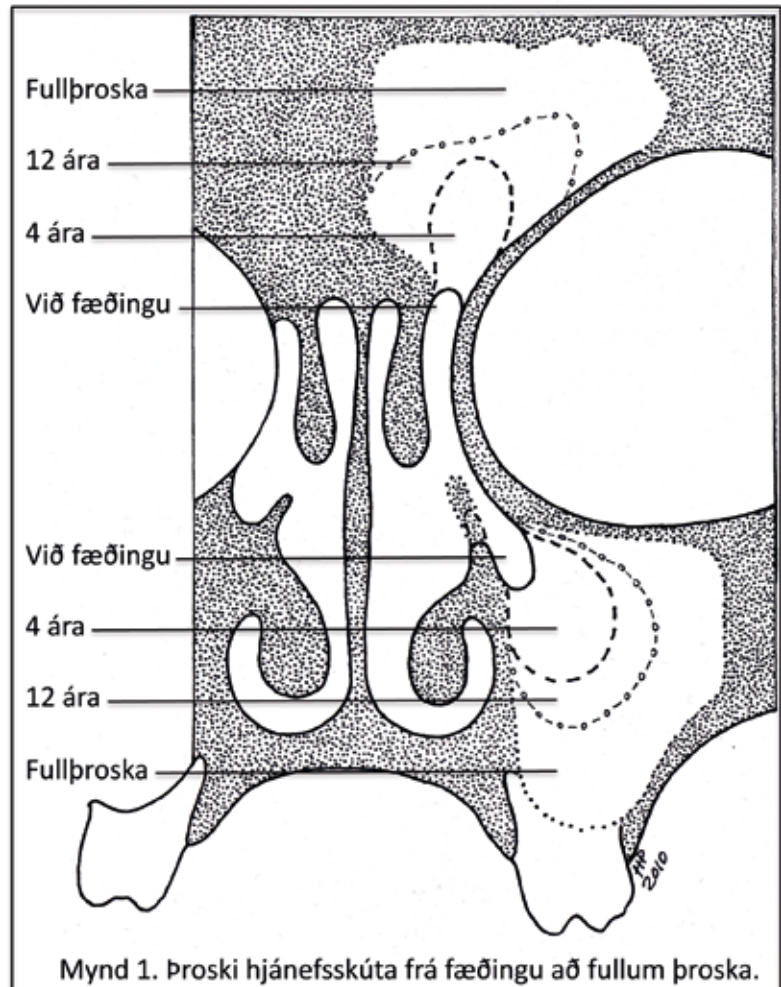
Greining bráðrar nef- og skútabólgu í börnum er klínísk og kallar því ekki á myndgreiningu til staðfestingar. Meðal barna yngri en eins árs er mjög algengt að hjánefskútar séu skyggðir á röntgenmyndum, 90% barna yngri en 6 ára með einkenni bráðrar nef- og skútabólgu eru með afbrigðilega röntgenmynd af hjánefskútum. Á TS-myndum af börnum yngri en 13 ára, þar sem myndgreining var ekki gerð vegna sjúkdóma í nefi eða hjánefskútum, mátti greina afbrigði frá eðlilegri mynd hjá 50% þeirra. Því á ekki að nota myndgreiningu til að greina bráða nef- og skútabólgu í börnum burtséð frá neikvæðum þáttum geislunar og kostnaðar. Myndgreiningu á að gera ef kröftug versnun á einkennum á sér stað meðan á meðferð stendur, sterkur grunur um fylgikvilla er til staðar eða ef aðgerð er fyrirhuguð.²

Bráða nef- og skútabólgu í börnum á ekki að meðhöndla með sýklalyfjum heldur er hin svokallaða önnur meðferð aðalmeðferðin. Þar er staðbundin saltvatnsskolun á nefholi mikilvægasti þátturinn. Önnur lyf til notkunar staðbundið, svo sem adrenvirkir nefdropar og andhistamín, hafa sýnt sig að gera gagn, en verkun slímlosandi lyfja um munn ekki. Sterar staðbundið í nef eiga ekki heima í meðferð á bráðri nef- og skútabólgu í börnum, en virkni þeirra meðal barna allt niður að tveggja ára aldri er til staðar og örugg í langvinnri nef- og skútabólgu,³ að auki hefur nefkirtlataka reynst árangursrík í langvinnum sjúkdómi.⁴ Sýklalyf á einungis að gefa þegar einkenni benda til alvarlegrar sýkingar, fylgikvillar yfirvofandi eða til staðar.

Bráða skútabólga í fullorðnum einkennist af tvífasa sjúkdómsmynd þar sem í kjölfar bólgu, oftast vegna veirusýkingar í nefslímu á sér stað versnun einkenna eins og verkur í andliti, hósti ásamt graftrarkenndu nefrennsli 7-14 dögum

eftir upphaf veikinda. Meinmyndandi bakteríur eru nokkurn veginn þær sömu og meðal barna, en sökum byggingarlegs munar á nefi og hjánefskútum milli barna og fullorðinna, er einkennamyndin oft tengdari hjánefskútunum sem slíkum frekar en nefinu. Það er áberandi verkur í andliti með leiðni í tennur, verkur umhverfis augu og í enni, verkir sem versna við að höfuð sé beygt fram. Við skoðun má sjá að grafrargötur í nefholi, það eru bankeymsli yfir andliti og viðkomandi getur haft vægan hita. Mikilvægt er að átta sig á því að bólgu í hjánefskútum, sérstaklega kinnholum eða ennisholum, gefa sig aldrei til kynna sem bólga út á yfirborð andlits. Meðferð er fyrst og fremst staðbundin, það er saltvatnsskolun sem er mikilvæg, adreinvirkir nefdropar og sterar staðbundið í nef, en einnig einkennamiðuð með verkjalyfjum, og slímlosandi lyfjum. Þótt fjöldi klínískra rannsókna hafi sýnt marktækt betri virkni sýklalyfja en lyfleysu við að draga úr fyrrnefndum einkennum sjúkdómsins á 10. og 14. degi eru áhrifin, „degree of benefit“, svo lítil og flestum lyfleysusjúklingunum batnar, að það réttlætir bið og gerir sýklalyfjagjöf óþarfa.

Fylgikvillar bráðrar nef- og skútabólgu eru sjaldgæfir og taldir koma fyrir í einungis einni af hverri 95.000 sýkingu. Þeir eru algengari meðal barna og koma oftast í kjölfar bráðrar sýkingar. Meðal barna yngri en 6 ára er bólga með grafrarmyndun í augntótt um 90% fylgikvilla og er þá sýkingin útgengin í sáldbeinsskútum. Einnig er þekkt bólga eða graftarmyndun í fremri kúpugróf sem er um 10% fylgikvilla en þá er sýkingin útgengin frá ennisholum og kemur fyrir meðal eldri barna, 6-12 ára. Grun um fylgikvilla á að fylgja eftir með rannsóknum. Taka á fylgikvilla alvarlega og meðhöndla með viðeigandi sýklalyfjum inni á sjúkrastofnun.⁵



Mynd 1. Þroski hjánefskúta frá fæðingu að fullum þroska.

Heimildir

- 1.Steinsvåg SK. Nose and lungs--two of a kind. Tidsskr Nor Lægeforen 2009; 129: 1982-4.
- 2.Anzai Y, Paladin A. Diagnostic imaging in 2009: update on evidence-based practice of pediatric imaging. What is the role of imaging in sinusitis? Pediatr Radiol 2009; 39(suppl 2): 239-41.
- 3.Demoly P. Safety of intranasal corticosteroids in acute rhinosinusitis. Am J Otolaryngol 2008; 29: 403-13.
4. Brietzke SE, Brigger MT. Adenoidectomy outcomes in pediatric rhinosinusitis: a meta-analysis. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2008; 72:1541-5.
- 5.Oxford LE, McClay J. Complications of acute sinusitis in children. Otolaryngol Head Neck Surg 2005; 133: 32-7.

Meðferð miðeyrnabólgu - viðhorf barnalæknis

**Pórolfur
Guðnason**
barnalæknir

Miðeyrnabólga er samheiti yfir flókið sjúkdómsástand í miðeyra og nær yfir bráða bólgu og langvarandi vökvaástand án bólgu. Meðferð snýst í grundvallaratriðum um hvort gefa eigi sýklalyf eða ekki, hvaða lyf eigi að gefa eða hvort önnur meðferð sé ásættanleg.

Fjölmörg atriði geta haft áhrif á þá ákvörðun lækna hvaða meðferð skuli gefa. Læknisfræðileg vitneskja um háa tíðni sjálflækningar er mikilvæg en þrýstingur foreldra og meðferðarhefð skipta líka máli.

Ákvörðun um meðferð byggist ekki síst á góðri skoðun sem er nauðsynleg til að greina bráða miðeyrnabólgu.

Rannsóknir hafa sýnt að sjálflækning bráðrar miðeyrnabólgu er mismunandi hjá börnum og er ekki síst háð því hvaða baktería veldur sýkingunni. Hún er mest við sýkingu af völdum *M. catarrhalis* (75%) en minnst við sýkingu af völdum pneumókokka (25%). Sjálflækning er einnig meiri hjá börnum eldri en tveggja ára, börnum með væg einkenni (hiti, verkir) og börnum sem ekki hafa fengið endurteknar miðeyrnasýkingar.

Ef læknir kemst að þeirri niðurstöðu nota skuli sýklalyf við bráða miðeyrnabólgu þarf að huga að eftirfarandi:

1. Eru líkur á að sýklalyfið virki á bakteríurnar sem valda sýkingunni?
2. Er líklegt að lyfið komist í nægilegri þéttni inn í miðeyrað? Hvaða skammta (mg/kg á dag) þarf að nota? Hversu oft á dag þarf að gefa lyfið og í hversu marga daga?

Þegar tekið er tillit til allra ofangreindra þátta má mæla með eftirfarandi verklagsreglum:

- 1. Börn með væg einkenni (hitalítill og litla verki), sérstaklega ef þau eru eldri en tveggja ára.**
 - a. Bíða með sýklalyf.
 - b. Endurmeta ástand barnsins með skoðun eða í síma eftir 1-2 daga ef ástand versnar og meðhöndla með sýklalyfjum.
 - c. Nota verkjalyf.
- 2. Börn með mikil einkenni (háan hita og mikla verki), sérstaklega ef þau eru yngri en tveggja ára.**
 - a. Nota sýklalyf í 5-7 daga.
 - i. Amoxicillín 50 mg/kg á dag skipt í þrjá skammta eða 80 mg/kg á dag skipt í tvo skammta ef grunur er um sýkingin sé orsökun af penicillín ónæmum pneumókokkum.
 - ii. Ef amoxicillín dugur ekki má mæla með amoxicillín-klavúlansýru, cefúroxím (Zinnat) eða ceftriaxon (Rocephalin) í vöðva.
 - iii. Að öllu jöfnu er ekki mælt með trímétoprím-súlfa, makrólíðum eða phenoxymethylpenicillín sem fyrsta vali á sýklalyfi.

Ekki hefur verið sýnt fram á að önnur meðferð eins og ástunga á hljóðhimnu, bólgustillandi lyf eða hómópatalyf skili árangri við meðferð á bráðri miðeyrnabólgu.

Sýkingar í neðri öndunarvegi

**Stefán
Porvaldsson**
lungnalæknir

Þegar kemur að því að ákvarða meðferð sýkinga í neðri öndunarvegi utan sjúkrahúsa ber að hafa þrennt í huga. Er ábending fyrir sýklalyfjameðferð? Ef svo er, hvaða sýklalyf ber að velja? Er ástæða til að senda sjúkling til meðferðar á sjúkrahús?

Ábending fyrir sýklalyfjagjöf: Meðhöndla ber alla sem taldir eru vera með lungnabólgu með sýklalyfjum sem fyrst. Ef aðstæður eru fyrir hendi er æskilegt að staðfesta slíkan grun með röntgenmynd, annars byggist greining á lungnahlustun. Ekki er talin ástæða til að rækta hráka við fyrstu meðferð nema við sjúkrahúsinnlögn. Ef ekki er um undirliggjandi sjúkdóm að ræða (langvinn lungnateppa, insúlínháð sykursýki, taugasjúkdómur, hár aldur, önnur ónæmisbæling) er lítil ávinningur í að meðhöndla berkjubólgu eða hósta með sýklalyfjum.

Val á sýklalyfjum: Við fyrsta val á sýklalyfjum beinist meðferð að pneumókokkum sem valda

langflestum lífshættulegum lungnabólgu. Samkvæmt flestum evrópskum leiðbeiningum er amoxicillín fyrsta val en gripið til tetracyclina eða makrólíða við ofnæmi. Ekki er ástæða til að bæta við klavúlansýru þar sem penicillínónæmi hér á landi byggist yfirleitt ekki á penicillínasaframléiðslu. Ef sjúklingur svarar ekki fyrstu meðferð er rétt að skipta yfir í eða bæta við makrólíða. Þá ætti einnig að hugleiða hrákaræktun og röntgenmyndatöku til staðfestingar á greiningu. Rétt er að endurmeta sjúkling eftir 2-3 daga.

Ábending fyrir sjúkrahúsmeðferð: Hér verður klínískt mat að ráða ferð en styðjast má við svokallað CRB65-skor þar sem gefið er eitt stig fyrir hvert eftirtalinna atriði: C = Confusion eða rugl, R = Respiratory Rate eða öndunartíðni yfir 30/mín, B = Blóðþrýstingur undir 90 í systólu eða 60 í díastólu og 65 stendur fyrir aldur yfir 65 ár. Ef sjúklingur fær tvö eða fleiri stig ber að meðhöndla á spítala þar sem dánartíðni er aukin.

Notkun sýklalyfja og heilbrigð skynsemi

**Sigurður
Guðmundsson**
smitsjúkdómalæknir

Eins og fram kemur í inngangi að þeim ágrípum erinda málþings um meðferð loftvegasykinga á Læknadögum 2010 sem hér birtist er lítil vafi á að tilurð sýklalyfja var einn af helstu áföngum sem læknávisindi náðu á síðustu öld. Uppgötvun þeirra trónir þar á tindi ásamt bólusetningum, lækkaðri tíðni og fækkun dauðsfalla úr hjarta- og æðasjúkdómum, stjórn barneigna og bættri heilsu mæðra og barna, svo fátt eitt sé nefnt. Galli er hins vegar á gjöf Njarðar, allur almenningur gerir sér nú grein fyrir því að notkun sýklalyfja veldur sívaxandi ónæmi meðal algengra sýkla. Segja má að svarið við þessum vanda sé einfalt. Ágripin fjalla um þetta, og rauður þráður sem liggur um þau öll er skýr, að takmarka notkun sýklalyfja og nota þau einungis þegar þeirra er þörf. Sýklalyfjanotkun hérlendis er mikil, of mikil, en hefur þó minnkað sem líklega má rekja að nokkru til verðstýringar en ekki síður mikillar umræðu um rétta og skynsama notkun á undanförmum árum og hafa þar ýmsir höfundar ágrípanna ekki látið sitt eftir liggja.

En er þetta einfalt mál? Nei, því miður. Einfalt er að greina kvefpestir, berkjubólgu, skútabólgu, eyrnabólgu í lítt veikum sjúklingum sem þurfa sjaldast sýklalyfja við. Eigi að síður eru þau oft gefin, og jafnvel töfratöl á borð við mælingu á C-reaktífu próteini hafa þar lítil áhrif á. Í

dagsins önn leika ýmsir þættir aðrir en skýr og tær þekking á læknisfræði hlutverk. Þar rísa hátt samskipti læknis við sjúkling sinn, vonir hans og væntingar, að ógleymdum leyndum eða ljósum ótta læknisins við mistök. Sýklalyf má ekki nota sem hitalækkandi lyf og enn síður sem róandi lyf fyrir lækninn.

Hvernig er brugðist við? Við bætum greiningar- aðferðir, með misjöfnum árangri, en nýjar aðferðir sameindalíffræði og erfðafræði eru þó líklega lausnarsteinar í því efni. Við þurfum skýra stefnu um sýklalyfjanotkun, helst opinbera. Skynsöm (rational) notkun sýklalyfja þarf að verða öllum læknum töm, það er að menn kunni að gefa virkasta og öruggasta sýklalyfið í réttum skammti gegn sýklinum, þó þannig að það hafi sem minnst áhrif á eðlilega bakteríuflóru. Efla þarf klínískar leiðbeiningar og krefjast þess að eftir þeim sé farið. Nauðsynlegt er að halda áfram að fræða almenning um sýklalyf og smitsjúkdóma, þó þannig að fólk fari ekki að óttast lyfjagjöf, sé hennar nauðsynlega þörf. Loks er happadrjúgt að hvetja einfaldlega til heilbrigðrar skynsemi, til notkunar hins klíníska nefs til mats á því hvort sjúklingur sé alvarlega veikur eða ekki. Ef þau ágrip sem hér birtast leiða til þess, er tilgangi þeirra að nokkru náð.