



NYHEDSBREV

APRIL 2007 · NUMMER 6

Kære medlemmer af
Dansk Selskab for Rejsemedicin

Højt og lavt

I dette nummer har vi valgt at sætte lidt focus på de oplevelser rejsende kan komme ud for i højderne. Dels gennem en gennemgang af fysiologien, dels ved to selvoplevede cases.

Det er vores opfattelse, at højdeproblemer ikke nyder nok opmærksomhed blandt rejsende, og at især rejsearrangørerne negliger de problemer der kan opstå i den tynde luft. I hvertfald er det meget sjældent, at rejsearrangører oplyser andet til deres kunder, end at de bør søge lidt vejledning hos deres læge – hvilket de fleste så iøvrigt ikke får gjort.

Det er vores opgave, uopfordret, at oplyse vores patienter om de farer den tynde luft udgør.

Herudover indeholder dette nummer lidt fra lavlandet, nemlig update på to sygdomme.

Med venlig hilsen
Peter Winge

Redaktionsgruppen
for dette nummer er:

Speciallæge i almen medicin
Karin Stausholm, Birkerød

Speciallæge i almen medicin
Niels Jacob Nielsen, Rønne

Speciallæge i almen medicin
Peter Winge, Birkerød

Speciallæge lunge-, infektions-
og intern medicinske sygdomme
Torben Seefeldt, Århus

Overlæge dr.med. i infektionsmedicin
Eskild Petersen, Århus

Speciallæge i almen medicin
Lis Andersen

Kronisk lunge- sygdom og rejser

■ Af: Torben Seefeldt

Rejseaktiviteten globalt er i stadig stigning og stadigt flere mennesker rejser med fly til deres rejsemål. Det er estimeret at over 1 mia. mennesker årligt rejser med fly. Med en befolkningsandel i Danmark på mere end 4-5 % med kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) vil kronisk lungesygdomme ofte ses blandt rejsende og flypassagerer.

For personer med kronisk lungelidelse er det ikke kun rejsen i fly, der kan give anledning til problemer, men også uvante belastninger på målstedet kan give besvær for lungepatienterne. Høj fugtighed og varme, ekstrem anstrengelse som ved bjergvandring, lavt ilttryk i højderne med tilhørende afkøling eller dykning for at nævne eksempler herpå.

Hertil kommer risiko for infektioner som malaria eller legionellose eller blot virale luftvejsinfektioner som følge af ophold i andet faunaområde end hjemme.



■ FORSIKRING

Vigtigt for enhver rejsende er at være forsikret mod uventet sygdom under rejsen og for den kronisk syge patient gælder særlige vilkår. En forudsætning for at kunne blive forsikret med kronisk sygdom er at sygdommen er stabil.

Stabilitet defineres som fravær af indlæggelse eller væsentlige ændringer i medicineringen med "indbyggede" karenstider (tabel 1).

LUNGEPATIENTEN PÅ REJSE



■ LUNGESYGDOMME

Som andre kroniske patienter bør patienter med lungesygdomme i god tid konsultere deres læge mhp råd og vejledning til rejsen. Der kan være behov for supplerende rådgivning og eller vurdering fra lungemedicinsk speciallæge eller fra lungeafdeling på sygehus. Der bør medgives et kort resume om diagnose og behandling på engelsk med angivelse af den givne medicin med oplysning om det generiske produkt.

Kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL): Patienter med KOL i let grad vil kunne mestre såvel flyrejse som de fleste udfordringer på rejsen uden større besvær. Men foruden besværet vejtrækning ved anstrengelse er der risiko for exacerbationer. Bør derfor medgives vejledning om og recept til systemisk behandling med steroid og antibiotika til brug ved akutte forværringer. I sværere tilfælde kan iltbehandling under flyrejse komme på tale (se afsnit

Destination	Karenstid
Gule sygesikringsområde	2 måneder
Oversøiske områder	6 måneder

Tabel 1. Forsikringsvilkår



herom) eller iltbehandling ved ophold, evt. alene betinget af de geografiske forhold (højde).

Vejledning om eventuel ændring af destination.

Hos iltbehandlede patienter skal der laves aftale med flyselskabet for iltbehandling under rejsen og der skal være en aftale på plads på destinationen om fortsat leverance af ilt.

Astma bronkiale:

Mange astmatikere vil være tilstrækkeligt velregulerede til at mestre selve flyrejser uden problemer, men risikoen for exacerbation må påpeges. Instruktion i intensiveret lokalbehandling er nødvendig, og instruks i brug af systemisk steroid kan være nødvendig. Ved samtidig høfeber medbringes slimhindedetumeserende dråber til brug ved flyrejse for at mindske risiko for trykpåvirkning fra bihulerne. Med enkelte undtagelser er dykning (fraset snorkeldykning) ikke muligt for personer med astma.

Sarkoidose og andre fibroserende lungesygdomme:

Ved disse sygdomme er reduktion af ilt diffusionen dominerende og i sværere grader kan der være behov ilt under flyrejsen eller på destinationen. Vejledning i brug af systemisk steroid og eller antibiotika ved akut forværring i sygdommen.

Lungeemboli:

Nedsat diffusion kan være eftervirkninger i varierende grad. Stillingtagen til evt. iltbehandling under flyrejse. Ved ri-

siko for thromboemboli må behandling under længere flyrejser med lavdosis heparin overvejes.

Cystiske lungelidelse:

Pga det forholdsvis lave tryk i kabinen vil der forekomme en ikke ubetydelig gasekspansion i lukkede rum. Volumenekspansion i "lukkede" cyster kan medføre pres på omliggende lungevæv med risiko for reduktion i lungefunktionen.

■ **FLYREJSE OG KABINetryk**

Luftrykket i atmosfæren aftager med højden over jordens overflade. Ilt ud-

gør 20.9 % af den atmosfæriske luft. I almindelig cruise-højde (grå felt) er luftrykket reduceret til ca. 200 mm Hg og ilttrykket tilsvarende til ca. 42 mm Hg. Kabinetrykket er derfor øget sv.t. ca. 2.438 m.o.h (8000 fod), hvor ilttrykket udgør ca. 14.4 kPa (110 mm Hg eller sv.t. 15.1 % af det samlede luftryk) (pilespids).

Reduktion i ilttrykket sv.t. kabinetryk- ket giver en ændring i blodets iltindhold på ca. 3 kPa.

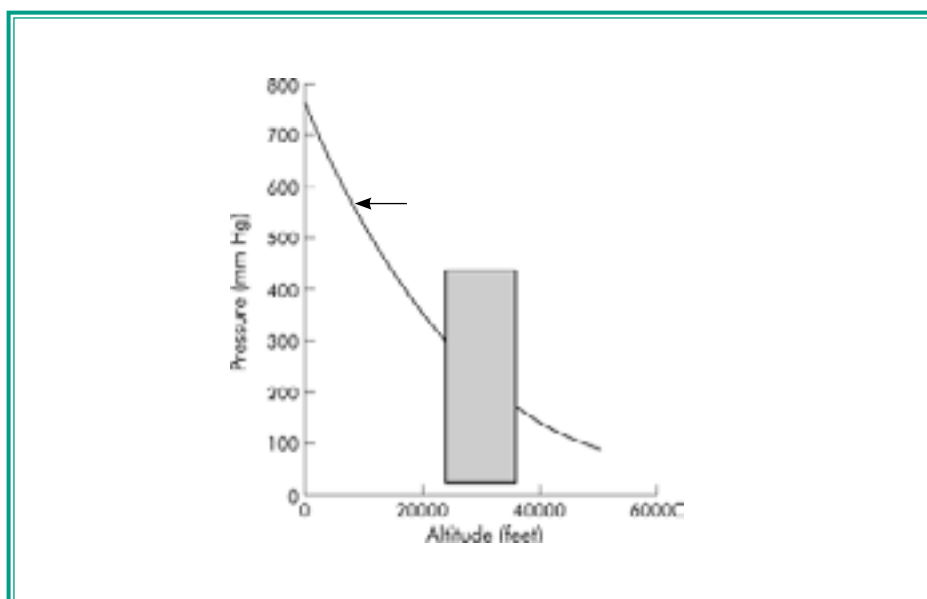
Hos patienter med lungelidelse kan dette medføre at lungefunktionen (respirationen) bliver utilstrækkelig til at opretholde iltning af vævene jvf. Schwartz's undersøgelse af kroniske lungepatienter fra 1984.

Grænsen for respiratorisk insufficiens er 7.3 kPa, og dermed behov for iltbehandling, hvis denne værdi eller lavere findes i hvile.

ILTTENSION VED LUNGESYGDOM	
	PaO ₂
SEA LEVEL	9.0 kPa
2250 M.O.H	5.9 kPa

SCHWARTZ ET AL: ANN.INT.MED. 1984

Forud for flyrejser er der derfor behov for en vurdering af om der under op- holdet i kabinen er behov for supple- rende ilttilskud.



Flyrejse og lungesygdom

	Uden ilttilskud	1-2 liter ilttilskud	Ilttilskud 2 liter over basisniveau
Gangdistance	> 50 m ubesværet	< 50 meter	< 50 meter
PaO ₂	> 9.3 kPa	7.3 – 9.3 kPa	< 7.3 kPa
SaO ₂	> 95%	92-95 %	< 92 %
PaCO ₂	< 6.0 kPa	< 6.0 kPa	< 6.0 kPa

Til almindeligt skøn kan gangdistancen anvendes, men hvis den er < 50 meter må der suppleres med måling af gastallene på den regionale lungemedicinsk enhed.

Enkelte steder er der mulighed for at vurdere iltmætningen (eller ilttrykket) under påvirkning efter udsættelse for 15 % ilt ved den såkaldte hypoxi inhalationstest.

Ved længere flyrejser anbefales som thromboseprofylakse småture i kabinen, men for lungepatienter kan denne mindre anstrengelse under kabinens lavtryksforhold være en betydelig belastning. Gasekspansion kan ligeledes genere KOL patienten mere end andre, hvorfor det anbefales ikke at indtage kulhydratholdige drikke inden selve afgang.

■ **KONTRAINDIKATIONER MOD FLYREJSER**

Ubehandlet eller nyligt behandlet pneumothorax (2-6 ugers karenstid), tuberkulose eller anden smitsom lungesygdom er absolutte kontraindikationer for flyrejser. Hypercapni udgør en relativ kontraindikation og lungepatienter med hypercapni bør kun tillades at rejse med supplerende ilt efter undersøgelse af konsekvensen af supplerende ilt på 1-2 liter til basisbehandling med ilt.

■ **GUIDELINES OG LITTERATUR:**

Yderligere information kan opnås fra

- British Thoracic Society; Thorax 2002; 57: 289-304, 2004, updated på www.brit-thoracic.org.uk
- Aerospace Medical Association. Aviat

Space Environ Med 2003; 74: A1-A19

- American Thoracic Society. Air Travel; Key Points 2004
- WHO. Travel by air: health considerations. International travel and health 2002
- Thorax. Review Series: Chronic obstructive pulmonary disease: fitness to fly. 2003
- Breathe (ERS). Problems of air travel for patients with lung diseases. December 2006

Torben Seefeldt

Speciallæge i lunge-infektions- og intern medicinske sygdomme



Højdesyge i Peru

Af: Peter Winge

I efteråret 2006 var vi en gruppe på 7 personer, som tog på rejse til Peru. Vi benyttede lokale guider, og rejste således ikke som et større dansk rejseselskab med dansktalende guide. Rejsen var planlagt i detaljer hjemmefra, hoteller og fly var bookede inden afrejsen. Derimod var det helt åbent, hvordan gruppen ønskede at anvende tiden på de forskellige seværdigheder og rejsemål.

GRUPPEN BESTOD AF:

- A: dreng 13 år
- B: ung mand 17 år
- C: kvinde 50 år
- D: kvinde 50 år
- E: mand 54 år
- F: kvinde 60 år
- G: mand 62 år

Ruten på turen var i store træk den samme, som de fleste rejsearrangører anvender på deres grupperejser:

- Fly til Lima, en dags ophold her
- Fly til Arequipa, flerdagsudflugt til Colca Canyon
- Fly til Puno, ved kysten af Titicacasøen
- Flere dages sejlads på Titicacasøen
- Tog til Cuzco
- Flere dages ophold i Cuzco og omegn, inkl. todages-udflugt med tog til Machu Pichu
- Fly til Puerto Maldonado i Amazonas
- Tre dages ophold i junglen under primitive forhold
- Hjemrejse

Inden afrejsen havde vi i gruppen besluttet, ikke at ville anvende Diamox som profylakse mod højdesyge, men vi



Coca-sælger i Arequipa

medbragte tabletterne til at anvende hvis symptomerne blev for voldsomme. Et par af deltagerne havde prøvet Diamox profylaktisk tidligere, og havde følt sig meget generede af bivirkningerne, især paræstesier i ansigtet.



Machu Pichu

Alle var i god til fremragende fysisk form – ingen tog nogen form for medicin inden afrejsen.

Vi havde troet, at opholdet i Arequipa (2325 m over havet) på et døgn inden udflugten til Colca Canyon, ville have hjulpet med højdetilvænningen. Alle anskaffede sig små plastikposer med Coca-blade, coca-bolscher og Coca-karameller. Turen op til Colca Canyon foregik i minibus, dvs. stille og roligt opad af rimelige veje. I løbet af et par timer oplevede alle i varierende grad at højden var generende: de fleste følte sig trætte, fik lidt hovedpine. Vi tyggede lystigt løs på Coca-bladene, og kunne helt klart mærke effekten: ca. 5 min efter at man havde lagt to blade ud i kinden efter at have tygget lidt på dem først, fik man det klart bedre. Effekten varede en times tid. Derimod hjalp hverken coca-the, -bolcher eller -karameller spor.

I løbet af eftermiddagen passerede vi det højeste pas, som iflg. den medbragte højdemåler var 4900 m over havet. Der var et stop på en times tid på stedet.

Overnatning foregik i byen Chivay; hotellet lå iflg. højdemåleren i 4000 m's højde. Inden overnatningen var der en timelang gåtur i omegnen.

Om aftenen blev C yderligere utilpas, ville ikke have mad og ville gerne ligge. I løbet af en times tid tabte hun bevidstheden, efter at have haft hallucinationer. Vejtrækningen var ikke påvirket.

I alle bøger om emnet angives altid, at hvis man rammes af højdesyge gælder det bare om at komme ned: et par hundrede meter kan gøre underværker. Men hvordan skal man forholde sig, når man befinder sig langt inde i bunden af en dal, hvor det "at komme ned" vil medføre, at man skal OP over nogen pas som er mindst 500 m højere??

Heldigvis var vi jo ikke de første lavlændinge på stedet, så hotellet rådede over en iltbombe - og havde såmænd en sygeplejerske ansat!

Efter 20 minutters ilt-behandling havde C genvundet bevidstheden, men havde det bestemt ikke godt. Efter dette, tog hun Diamox resten af tiden i højden.



4900 m over havet, kvinde med Alpaca



På højsletten

D blev i løbet af eftermiddagen dårligere og dårligere: hun mistede ikke bevidstheden, men hun blev mere og mere sløv og træt. Hotellets sygeplejerske insisterede på iltbehandling her også, og igen med god effekt. Også D tog herefter Diamox mens vi oppe i højderne.

Den tredje kvindelige deltager mærkede til højden, men klarede sig med coca-blade. Ingen af mændene havde alvorlige

problemer med højde, begge de yngste klagede over hovedpine og tendens til køresyge, men klarede sig ellers fint.

A fik meget generende køresyge dagen efter. Vores lokale guide mente at kunne kurere dette med følgende behandling:

En plade af vat blev gennemvædet med sprit og anbragt på maven af patienten (!)



Ved Titicaca søen

Noget overraskende blev patienten rask efter ca. 20 min, og havde herefter ingen gener, trods fortsat kørsel på dårlige snoede veje resten af dagen. Direkte adspurgt om hvad dette dog var for en kur, angav guiden blot "at sådan havde man altid gjort når man

blev køresyg i højden, men havde man ikke vat ved hånden kunne man bare tage en aviside og overhælde den med sprit".

Hverken de Diamox-spisende damer, eller resten af gruppen som tyggede Coca fik mere vrøvl med højden, men vi måtte sande, at ens kondition lider stærkt under den tynde luft: oppe ved Titicacasøen (3830 m over havet) skulle vi gå op af en lang trappe: ingen kunne klare mere end ca. 20 trin, så måtte der pustes ud.

Ved ankomsten til Cuzco (3326 m. oh) mødte vi flere hold danskere, som stort set havde været uforberedte på alvoren af højden: de var kommet derop direkte fra Lima, sådan som mange rejsebureauer arrangerer deres rundrejser. Rejsebureauet anbefaler blot "at tage den lidt med ro den første eftermiddag". Næste dag går det så derudaf med udflugter, vandreture etc.

Specielt eet ungt par følte at de havde fået deres ferie totalt ødelagt: kvinden havde ikke orket at rejse sig fra sengen i tre dage og manden havde været sengeliggende 1 ½ døgn: de følte

begge trang til at fortælle deres praktiserende læge, som havde vaccineret og informeret dem inden afrejsen, at han havde ydet en dårlig rådgivning.

Under opholdet i Cuzco fik B, D og G alle dårlig mave efter at have spist på en lidt tvivlsom restaurant. Specielt sidstnævnte fik en ordentlig omgang med ca. et døgn varende symptomer og sygdomsforfølelse i svær grad. Alle tre fik efter behandling med Imodium og Ciprofloxacin i kombination fuld restitution.

Gruppen fløj herefter ned til Amazonas.

Den lokale guide kunne efter udspørgen om interessante sygdomme på stedet berette, at man netop havde haft en periode med Gul feber i området (17 dødsfald), men at det ikke var noget myndighederne ville have frem af hensyn til turismen. Der var heller ingen myndigheder, som kontrollerede vaccinationsstatus ved ankomsten: der var slet ingen sundhedsmyndigheder overhovedet i byen p.t. Hospitalet var lukket pga. pengemangel.



Gadebillede fra Cuzco



Transport i Amazonas

Vi boede primitivt (men spændende) i helt åbne hytter på lave pæle, midt ude i den tætteste jungle. Der var en velsignelse af insekter: alle på udkik efter velnærede danskere. Moskitonetene var i perfekt stand - og imprægnerede som sig hør og bør.

Facit: 6 ud af en gruppe på 7 personer, alle meget rejsevante, forsigtige (og synes vi selv: fornuftige rejsende) blev syge på den ene eller anden måde. Kun én person (undertegnede) gik helt fri.

■ KONKLUSION

1. Højdesyge er et yderst reelt problem, som de rejsende generelt ikke har respekt nok for. Det er vores opgave, som rådgivere for potentielle rejsende til høje steder, at rådgive dem grundigt, og få den rejsende til at forstå risikoen.
2. De sædvanlige grupperejser til Peru indebærer en særdeles stor risiko for udvikling af højdesyge, langt udover hvad man "bare kan klare med lidt hovedpinepiller."
3. Man kan ikke føle sig sikker på hvad myndighederne på rejsemålene oplyser

om alvorlige epidemier, trods alle internationale overvågninger osv. – selv på et så besøgt sted som Peru. Men: Peru er et vidunderligt land at

rejse i. Befolkningen er venlig og imødekommende, og der er utrolig meget at se og opleve; prøv det !!!!!



Kvinde med husdyr 3800 m.oh

Chikungunya feber

Syv ting du bør vide om sygdommen

■ Af: Karin Stausholm

1. Chikungunya feber er første gang beskrevet i Tanzania i 1952-53 og optræder med periodevise udbrud i hhv. Vestafrika, Central-Øst Afrika samt Sydøstasien. Har været aktuel siden 2005 hvor der startede et stort udbrud med > 900.000 tilfælde omkring det Indiske ocean. I 2006 er sygdommen diagnosticeret hos 3 voksne mennesker i Danmark.
2. Sygdommen forårsages af et RNA-virus.
3. Mennesker smittes ved overførelse af virus af Aedes-myggen; specielt i skumringen.
4. Inkubationstid er 2 – 10 dage, og sygdomsvarighed i 1-7 dage. Behandlingen er symptomatisk.
5. Influenzalignende symptomer med høj feber, hovedpine, conjunctivitis, symmetrisk ledaffektion af overvejende små led på hænder, ankler og fødder samt muskelsmerter. I 5-10 % af tilfælde er beskrevet kroniske ledgener. Hos ca én promille forekommer meningoencephalitis, endokarditis eller fulminant hepatitis
6. Differentialdiagnostiske overvejelser er Dengue feber (og malaria). Chikungunya virus kan påvises med PCR i den viræmiske periode og ved påvisning af specifikke IgM og IgG antistoffer.
7. Videreudvikling af lovende forebyggende vaccine er gået i stå pga manglende økonomisk interesse. Rejsende til områder med sygdommen må tilrådes omhyggelig forebyggelse af myggestik.

Kilder: Foredragsserie af Overlæge Mads Buhl og EPI NYT nr 33/46 2006



Mæslinger

■ Af: Eskild Petersen

Vaccination mod mæslinger er en vigtig del af det danske børnevaccinationsprogram. Siden indførelsen af vaccination mod mæslinger ses sygdommen kun sjældent i Danmark. Enkelte mæslingeudbrud er dog rapporteret, senest i februar 2006 (EPI-NYT, Uge 14, 2006).

Mæslinger er meget almindeligt i udlandet, og vaccination mod mæslinger er derfor en vigtig rejsevaccination.

Der rapporteres hele tiden om udbrud af mæslinger ude i verden og siden 1. januar 2007 har ProMED (www.promedmail.org) en elektronisk nyhedsservice, der rapporterer udbrud under International Society for Infectious Diseases, rapporteret udbrud i følgende lande:

■ 2007	
Marts:	Kina, Rusland
Februar:	Kuwait, Nord Korea, Spanien, USA (adoptivbarn fra Kina)
Januar:	Brasilien, Kina, Skotland, Spanien, Zanzibar
■ 2006	
Oktober	Italien (Rom)
September	Fiji
August	Italien (Toscana)
Juli	Hviderusland
Juni	England, Tyskland, USA
Maj	Australien, Indien, USA
April	Skotland, Tyskland, Venezuela
Marts	Venezuela

■ HVOR TIDLIGT KAN MAN MFR-VACCINERE SMÅ BØRN?

Ved rejse til områder med mæslinger kan børn vaccineres fra (6-) 9-måneders-alderen. Hvis barnet vaccineres før 12-måneders-alderen, skal der gives yderligere to vacciner, som anbefalet i børnevaccinationsprogrammet i 15-måneders- og igen i 12-års-alderen.

*Birthe Høgh
Professor, overlæge, dr.med.
Børneafdelingen
Hvidovre Hospital*

*Eskild Petersen
Overlæge, dr.med
Infektionsmedicinsk afdeling
Skejby Sygehus*



Bestigning af Kilimanjaro i 1978



■ Af: Niels Jacob Nielsen

I pinsen 1976 besteg jeg tvillingebjerget til Kilimanjaro – Mt. Meru (4.565 m) – i Tanzania og nåede toppen pinsen morgen, da solen netop stod op over Kilimanjaro 60 km øst for Meru. Først blev sneen på Kilimanjaro helt lyserød, og så viste solen sig bag bjerget som en stor lysende appelsin, der blev hejst op. Det tog den mindre end et minut at nå op over bjerget, hvorefter jeg ikke kunne se Kilimanjaro mere p.g.a det stærke lys.

Efter den tur voksede ønsket om at se Meru fra Kilimanjaro, og 2 år senere gik jeg sammen med en kammerat op til toppen af Afrikas højeste og sne-dækkede bjerg.

Allerede dengang var der mange turister på bjerget, men dog ikke helt så trafikeret som i dag.

Vi lejede en 5-dages tur med tilhørende bærere og guide, og lejede tøj og udstyr (varme soveposer, varmt overtøj og støvler) ved indgangen. På turen overnattede vi i de norske bjælkehytter, der er bygget til turen. 1. dag gik vi op gennem våd regnskov til Manderea Hut i ca. 2.500 m. Næste dag nåede vi over trægrænsen og overnattede i Hor-

ombo Hut, der ligger i ca. 3.500 m i et tundra-lignende landskab. 3. dag gik vi meget langsomt opad, til vi nåede "sadlen", som er et plateau, der ligger imellem Kilimanjaro's 2 toppe – Kibo og Mawenzi. Sadlen ligger i over 4.000 meter, hvilket man tydeligt kunne mærke i form af kulde, let åndenød ved selv langsom gang og let trykken i hovedet. Landskabet mindede nu om et goldt månelandskab og var uden vegetation.

Sidst på eftermiddagen nåede vi Kibo Hut i ca. 4.500 m, og efter lidt suppe gik vi meget tidligt i seng. Jeg mærkede både lidt kvalme og lidt hovedpine, men faldt i søvn på 2 Paracetamol og 1 Postafen.

Kl. 1 om natten vækkede guiden os, og vi startede opstigningen mod toppen gennem løst sand og lava. Opturen var meget hård med tunge ben, åndenød og kulde, og det værste var, at man ikke kunne gå sig varm. Imidlertid gjorde det fantastiske syn, der åbenbarede sig for os, at vi fik extra kræfter. Det var fuldmåne, som oplyste hele "sadlen" under os og de to toppe af bjerget. Ved solopgang nåede vi kraterkanten – Gillman's Point – og så solen stå op lige nord for den stejle og uregelmæssige Mawenzi top.

Et helt fantastisk syn åbenbarede sig for os nedover bjerget og langs Kibo's sider, hvor gletscherne lyste rødligt og grønligt i den opgående sol.

Vi var godt udmattede, havde hovedpine og kvalme, men besluttede alligevel at fortsætte det sidste stræk langs kraterkanten mod den øverste top. Den største overvindelse var i virkeligheden at skulle gå lidt nedad igen for så igen at gå opad på klipperne.

Vi nåede dog toppen Uhuru Peak (5.895 m) og fik skrevet i logbogen deroppe (den er senere blevet stjålet). Udsigten var igen helt fantastisk inkl. udsigten til Mt. Meru, og vi var nok også lidt psykisk påvirkede af den tynde luft og de fysiske strabadser, som gav en vis eufori.

Min rejseledsager blev kort efter meget påvirket af højden i form af balancebesvær og nærmest ataxi, og vi var glade for vores forholdsvis friske guide, som hurtigt hjalp ham nedad mod Kibo Hut. Da vi nåede udgangspunktet 1½ døgn senere var det med meget ømme muskler på forsiden af lår og underben og en del vabler på fødderne, men en uforglemmelig oplevelse rigere.

Selv om vi begge er læger, havde vi ikke på det tidspunkt hørt om Diamox mod højdesyge og Viagra var jo selvsagt ikke opfundet, så vi måtte klare os med mere symptomatisk behandling.



DEBAT & KOMMENTARER (åben for alle medlemmers ucensurerede meninger om næsten alt).

Det der gives udtryk for i debat og kommentarer er ikke nødvendigvis et udtryk for bestyrelsens eller redaktørernes mening og bringes på forfatterens eget ansvar. Bemærkninger fra læserne vedrørende emnet vil blive gengivet ordret i den følgende udgave hvis fremsendt til lcd@sks.aaa.dk inden deadline.

Medlems-info

Alle medlemmer opfordres til at sende deres e mail adresse til sekretær Lisbeth Conrad: lcd@sks.aaa.dk

Desuden opfordres alle medlemmer til jævnligt at logge ind på foreningens hjemmeside.

Den vil fremover være mere aktiv, og der vil være mulighed for at stille rejsemedicinske spørgsmål og forhåbentlig få kvalificeret svar på disse spørgsmål.



Redaktionsgruppen for dette nummer er:

Speciallæge i almen medicin, Karin Stausholm, Birkerød
Speciallæge i almen medicin, Niels Jacob Nielsen, Rønne
Speciallæge i almen medicin, Peter Winge, Birkerød
Speciallæge i lunge-, infektions- og intern medicinske sygdomme, Torben Seefeldt, Århus
Overlæge dr.med. i infektionsmedicin, Eskild Petersen, Århus
Speciallæge i almen medicin, Lis Andersen

Grafisk tilrettelægning: Anette Bonde · www.freelancegrafiker.dk · Næste nummer af nyhedsbrevet udkommer 1.8.2007.