

Vitamin B₁₂, kronisk trötthet och injektionsbehandling

Jag följde med intresse replikskiftet om vitamin B₁₂, kronisk trötthet och injektionsbehandling mellan Merz, Regland och Norberg i Läkartidningen 41 och 45/99. Under min tjänstgöring i norra Uppland för några år sedan använde jag ofta hydroxikobalamin injektionslösning subkutant. Det var en enkel och komplikationsfri behandlingsform som kunde delegeras till undersköterskorna. Jag föreställer mig att det är en modell som skulle upplevas som en förenkling i vårarbetet på de ställen där intramuskulär injektionsbehandling med vitamin B₁₂ blivit betungande.

En snabb kontroll av nyare litteratur på området pekar fortfarande mot att »intrinsic factor», upptaget av det komplexbundna vitaminet i distala ileum och framförallt den transkobalaminmedierade transporten av vitamin B₁₂ in

i användarcellerna är nålsögon i kroppens omsättning av vitamin B₁₂ [jfr 1]. Jag är frågande inför rekommendationen av 20 mg vitamin B₁₂ intramuskulärt varje vecka under ett års tid. Inte heller kan jag utläsa av Reglands kommentar vad hans budskap i frågan är. Jag ser med intresse fram mot tillverkarens och tillsynsmyndighetens klagörande kommentar.

De moderna cellnära markörerna för tidiga stadier av brist på vitamin B₁₂ och folat har visat att sådana bristtillstånd är mycket vanliga bland äldre [2]. Med utgångspunkt i brist, inte bara risk [jfr 3], kommer det att bli svårt att klara framtidens behandling med injektioner. Ingen betvivlar att kronisk trötthet kan vara ett av symtomen vid vitamin B₁₂-brist, men kronisk trötthet är sannolikt inte ett specifikt tecken på vitamin B₁₂-brist.

Det kan finnas risk för att vitamin B₁₂, en av naturens vackraste och kraftfullaste molekyler, degraderas till kemisk psykoterapi eller en rituell kemisk besvärjelse vid kronisk trötthet.

Karin Björkegren
distriktsläkare,
Flogsta vårdcentral,
Uppsala

Referenser

1. Seetharam B. Receptor-mediated endocytosis of cobalamin (vitamin B₁₂). *Ann Rev Nutr* 1999; 19:173-95
2. Björkegren K, Svärdsudd K. Elevated serum levels of methylmalonic acid and homocysteine in elderly people. A population-based intervention study. *J Intern Med* 1999; 246: 317-24
3. Hankey GJ, Eikelboom JW. Homocysteine and vascular disease. *Lancet* 1999; 354: 407-13

Felaktig information om tobak Hur skulle HSAN döma?

Hösten 1975 kom jag (och min fru, som är psykolog) att delta i den första kurs för blivande tobaksinformatörer som Socialstyrelsen gav och först då öppnades mina ögon för hur stort problemet med tobak verkligen är. Min främsta mentor blev professor Eric Carlens, en av pionjärerna på tobaksupplysning. Han hade just avgått med pension och visade en tavla som han fått. Motivet var en flod som stilla flöt fram genom landskapet och i vilken simmade glada människor, som förtvivlat ropade på hjälp när de plötsligt närmade sig ett vattenfall.

Ville förebygga

Eric Carlens nämnde att han under sin verksamma tid som läkare oftast kommit i kontakt med patienter när det varit försent att kunna hjälpa och att han resten av sitt liv ville förebygga skador genom att i första hand informera om tobak: Ingen enskild åtgärd skulle förbättra folkhälsan mer än om människor lät bli att börja röka respektive slutade att röka.

I de debattartiklar jag skrivit i Läkartidningen har jag i första hand betonat vikten av att alla läkare tar upp tobaks-

frågan med sina patienter efter att först skapat ett förtroende mellan läkare och patient.

Under 1980-talet påpekade jag på förekommen anledning som den förste i denna tidning sambandet rökning-ofrivillig barnlöshet och rökning-plötslig spädbarnsdöd. I Expressen, som då var Sveriges mest lästa tidning, förnekade en specialist på provrörsbefruktning att rökare hade svårare att bli med barn. Vid ett stort symposium om plötslig spädbarnsdöd på Svenska Läkaresällskapets riksstämman vilket senare refererades i Läkartidningen, nämndes inte ett ord om rökning.

Jag och fler med mig protesterade 1989 mot Tobaksbolagets donation till Karolinska institutet och föreslog bildandet av föreningen »Läkare mot tobak» som har varit verksam sedan 1992 och som har avknoppats i Tandvård, Sköterskor, Lärare och Pharmaci mot tobak. Dessa yrkesföreningar gör en stor insats för att förmedla kunskaper om tobakens skadeverkningar; dessutom finns sedan tidigare bl a VISIR, Svenska Frisksportförbundet och Cancerfonden förutom numera också naturligtvis Folkhälsoinstitutet.

Felaktig information

Under årens lopp har jag träffat på otaliga exempel på antingen utebliven eller helt felaktig information om tobak. Svar som »Varför skall man missunna sig livets goda?», »Mår Du bra mår fostret bra», »Har Du rökt så länge är det lika bra att fortsätta», »Nu skall Du visa att Du har kommit så långt på bättringsvägen att Du kan börja röka igen» osv.

Åtta av tio allmänläkare tar inte upp tobaksfrågan med sina patienter. Hälso- och sjukvårdslagen påbjuder att vi läkare skall informera våra patienter. Personlig kommunikation betyder långt mer än tusentals tidningsartiklar, broschyrer osv.

Jag anser det vara lika stort konstfel att underlåta adekvat upplysning om tobak som att till exempel dosera en medicin felaktigt eller slinta med kniven vid en operation. Hur skulle Hälso- och sjukvårdens ansvarsnämnd döma om någon patient eller anhörig till patient anmälde en läkare för utebliven eller direkt felaktig information om tobak?

Gunnar Wikström
leg läkare,
Södertälje