

ikke vært så mye i aktivitet, ville jeg vært enda dårligere. Det kan så være, men misnøyet sniker seg oftere og oftere inn: Hva er hensikten? Fremtiden blir kortere for hver dag som går. Mitt hjertesukk er hentet fra Knut Hamsuns siste leveår: «Hadde jeg bare vært så frisk som i fjor!»

Jeg har begynt å undre meg over sannheten i at man ved nær sagt enhver sykdom skal trene seg i form. Ofte er det riktig, men hvilken hensikt det har for meg – knapt 80 år – vet jeg ikke. Enkelte dager er det direkte smertefullt å trekke pusten, og å komme seg frem og tilbake til postkassen er tilstrekkelig. Andre dager går det bedre. Inaktivitet er ikke bra. Medisinske sannheter går i bølger og gjelder neppe for all fremtid. Jeg håper at det over tid vil komme nye holdninger til dette – kanskje kan man få lov til å dø med noe verdighet i behold i tidens fylde, ikke som Kaizers Orchestras *Ompa til du dør*.

Vår tids biologisk-mekanistiske medisin gjennomsyrrer fortsatt doktorskolens pensum. Jeg er overbevist om at standardbehandling – *tren oftere!* – benyttes sjablongmessig. Trening fremmer ikke alltid helsen.

Kanskje skulle vi være ydmyke og tilstå at ikke alle kan helbredes for alt til enhver tid, og at vi må lære oss å leve med mange plager og lidelser. Finner man seg til rette med dette i alderdommen, kan denne fortsatt bli en fase med en ny form for lykke – sinnsro (2).

Per Vollset
Nesttun

Litteratur

1. Gjelsvik S. En vandring i ukjent landskap – uten kart og kompass. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 726.
2. Vollset P. Å visne glad – en utfordring i livets siste kapittel. Bergen: Privat trykk, 2002.

Fosfatbehov ved sultkatastrofer

Filmen *The Relief of Belsen* fra 2007 ble nylig vist på TV2. Den bygger på virkelige hendelser i 1945, der var flere dødsfall blant fangene etter at de hadde fått mat enn det hadde vært før frigivning og mattilførsel. De som hadde sultet, tålte altså ikke maten de fikk. Først da en lege med erfaringer fra India kom til, begynte man med en blanding av skummetmelk, sukker og mineraler – og dette hjalp.

Grunnen til at de sultende tålte mat etter noen tid, er at melk inneholder mye fosfat. Sukker, derimot, er å regne som gift for alle som mangler fosfor. Glukose er vannoppløselig, og må, dersom det skal kunne trenge inn i cellene, gjøres fettløselig. Det oppnås ved en forbindelse med fosfor og et protein. Når glukose slik er kommet

inn i cellene, forbrennes den i reaksjon med O₂ og frigjør energi, mens fosfor kan vandre intercellulært igjen. Ved sultkatastrofer, anoreksi, alkoholisme, idrettstrening (overtrening), kronisk obstruktiv lungesykdom og flere andre tilstander, f.eks. slanking og høyt sukkerforbruk, vil fosformengden i blodet være lav, samtidig vil mengden av 2,3 difosfoglyserat (2,3-DPG) være tilsvarende senket. PDG må være til stede for å få frigjort oksygen fra blodcellene. Ved lave fosforverdier vil oksygen ikke frigjøres fra blodcellene. Kun små mengder oksygen kommer inn i cellene, og personen blir «innvendig kvalt». Dette er man klar over i Australia, der anoreksipasienter som innlegges i sykehus får fosfatoppløsninger i flere dager før de får glukose. I Dublin får også alkoholikere fosfatoppløsninger før de får parenteral ernæring. Mengden av fosfat som gis er stor, fordi kroppen har store mangler.

Jeg tok opp dette problemet skriftlig med helsedirektør Lars Hanssen, som anbefalte meg å gå til Røde Kors og Leger Uten Grenser med disse opplysningene. Dette har jeg gjort skriftlig, men noen reaksjon fra dem er ikke kommet. Samme negative erfaringer har jeg fra det norske idrettsmiljøet når jeg tar opp problemet trening og overtrening og fosformangel. Grunnen til dette er sannsynligvis at organisasjonene henvender seg til sine eksperter, som nok mener at dette må være galt – det står i alle lærebøker at fosfat har kroppen nok av. Det er riktig, men fosforet inne i cellene er fredet, lave fosforverdier prøves kompensert med å ta fosfat fra knoklene. Dette tar noe tid.

Ved sultkatastrofer opplever hjelpearbeidere at mennesker dør etter at hjelpen er kommet frem. Da hevdes det gjerne at hjelpen er kommet for sent. Dødsfall vil kunne hindres hvis man er klar over fosfatmangelen og gir fosfat intravenøst før man gir annen ernæring.

Andreas Skulberg sr.
Oslo

Transcendental meditasjon og hjerte- og karsykdom

Transcendental meditasjon, stressreduksjon og hypertensjon er tidligere diskutert i denne spalten (1). I en metaanalyse av 17 veldesignerte studier om effekten av stressreduksjon på høyt blodtrykk ble det konkludert med at transcendental meditasjon var den eneste teknikken som hadde signifikant effekt. Det ble vist at transcendental meditasjon hadde en systolisk og diastolisk effekt på henholdsvis 5,0 mm Hg og 2,8 mm Hg, en reduksjon som er av klinisk betydning (p = 0,0002 og p = 0,02) (samlet

seks studier med 449 deltakere). Andre stressreducerende intervensjonsformer som oppfylte kriteriene for inklusjon i analysen var enkel biofeedback, progressiv muskelavslapning og avslapning i forbindelse med enten allmenn stressreduksjon eller biofeedback. Den sistnevnte intervensjonsformen ga faktisk en økning av blodtrykket på henholdsvis 4,3 mm Hg og 2,4 mm Hg (samlet fire studier med 98 deltakere) (2). En helt fersk metaanalyse, som omfattet ytterligere tre randomiserte studier (men av noe lavere kvalitet), viste effekter av transcendentale meditasjon på henholdsvis 4,7 mm Hg og 3,2 mm Hg (3).

Tidligere forskning innen hjerte- og karsykdommer har vist at det skjer en reverseering av åreforkalkningsprosessen samt at det er redusert angina og økt treningstoleranse hos mediterende hjerte- og karpasienter (4). En metaanalyse viste at meditasjonsteknikken hadde signifikant større effekt på røykeavvenning enn alle andre intervensjonsformer. En analyse av to randomiserte studier med sju års oppfølging viste at utøverne av transcendental meditasjon hadde en redusert samlet dødelighet på 23 % (p = 0,039), med en 30 % reduksjon i raten av hjerte- og kardødelighet (p = 0,045) i forhold til kontrollgruppene (5).

Lars Bjørn Rasmussen
Maharishi Ayurveda Helsesenter

Litteratur

1. Rasmussen LB. Transcendental meditasjon, stressreduksjon og hypertensjon. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2064.
2. Rainforth MV, Schneider RH, Nidich SI et al. Stress reduction programs in patients with elevated blood pressure: a systematic review and meta-analysis. Curr Hypertens Rep 2007; 9: 520–8.
3. Anderson JW, Liu C, Kryscio RJ. Blood pressure response to transcendental meditation: a meta-analysis. Am J Hypertens 2008; 21: 310–6.
4. Castillo-Richmond A, Schneider RH, Alexander CN et al. Effects of stress reduction on carotid atherosclerosis in hypertensive African Americans. Stroke 2000; 31: 568–73.
5. Schneider RH, Alexander CN, Staggers F et al. Long-term effects of stress reduction on mortality in persons > or = 55 years of age with systemic hypertension. Am J Cardiol 2005; 95: 1060–4.

Bedøvelse ved tynntarmsbiopsi

Norsk Cøliakiforening er ofte i kontakt med folk som tror de kan ha cøliaki. De har symptomer som er forenlige med cøliaki, de kan ha familiemedlemmer med cøliaki og de vet at det ikke er altfor problematisk å leve med en cøliakidiagnose. Men de tør ikke gjennomgå den nødvendige undersøkelse for å få tatt en tarmbiopsi og få fastslått diagnosen. Voksne, fornuftige folk er livredde for å «svelge slangen», som mange kaller det.

Vi som har cøliaki, vet hvor viktig det er å få stilt en diagnose og komme over på glutenfri kost. Vi ønsker derfor at flest