

LCHF FÖR LÄKARE med David Unwin

Del 11 – diabetesmedicin

Vi ska ägna en stund åt patienter som redan tar medicin för typ 2-diabetes. Det här har jag grunnat mycket på genom åren. Särskilt i början vållade det mig stor oro. Därför kan det vara klokt för er att börja med lättare fall. Sen kommer ni, liksom jag, att stärkas i självförtroende med åren och lära er vad som känns bra för er. Jag var själv mycket försiktig i början och jobbade bara med prediabetiker, för att sen gå vidare till typ 2-diabetiker. Nästa steg var patienter som tog metformin. Jag märkte faktiskt att det går ganska bra att när vikten går ner och HbA1c förbättras till nästan omkring 47–50 mmol/mol börja dra ner på metforminet.

Som med allt annat måste man väga in patientens egen syn. Man arbetar ju tillsammans med patienten. Man har sina egna mål, men får inte glömma bort patientens mål och oro. När det gäller metformin har vissa patienter bieffekter. Lös mage är mycket vanligt. De patienterna vill gärna sluta med det. Oftast minskar jag till halva dosen. Kanske låter jag bara morgondosen stå kvar. Sen mäter man HbA1c igen efter två månader. Man ska också väga in viktnedskningen. Går de ner mycket kan man sluta helt. För all ändring av diabetesmedicinering måste man väga in faktorer, som om de har blodsockermätare. I så fall kan man ta det snabbare, för då får man hela tiden återkoppling på hur det går.

Efter det gick jag vidare till patienter på Gliklazid. En av bieffekterna av Gliklazid är viktökning. Många patienter vill sluta med Gliklazid av den anledningen.

För patienter som går ner i vikt har jag tagit bort Gliklazid helt och hållet i ett tidigt skede. Hittills har jag inte fått ångra det. Om patienten förstår och tar LCHF på allvar så kan jag ta bort Gliklazid helt, alltså mer dramatiskt än med metformin.

Sen finns det förstås ytterligare lager av läkemedel, i slutänden kanske insulin. Jag gjorde ingenting med typ 2-patienter som stod på insulin de första två åren, för jag vågade inte. Men när man tittar närmare på effekten av insulin vid typ 2-diabetes, så kan det tyvärr bidra till ökad vikt. Studier visar att insulin inte alltid är ett bra val vid typ 2-diabetes. Det för också med sig egna risker. Så att dra ner på insulindosen kan vara precis det som patienten vill.

Hur det ska gå till beror på faktorer som hur tillförlitlig patienten är. Om de tar insulin ska de mäta blodsockret. Gör de det? När mäter de blodsockret? En kollega märkte att patienterna mätte när de vaknade på morgonen, och inte efter de hade ätit, så värdena blev missvisande. När kontrollerar patienterna blodsockret och hur intresserade är de av att gradvis minska på insulindosen och samtidigt hålla koll på blodsockret?

Man bör också förklara för patienterna att man är mer orolig för att blodsockret blir för lågt än att det blir lite högt. Jag har haft anledning att oroa mig för patienter som har satsat för hårt och riskerat blodsockerfall när de har kört bil eller så. Därför har jag börjat oroa mig mer för att blodsockret ska bli för lågt än att det ska bli lite högt.

Det är svårt att vara mer specifik än så, för varje enskilt fall beror på alla de faktorerna.

Jag vill avslutningsvis säga att de som stod på insulin för typ 2-diabetes är de som är mest stolta över vad de har åstadkommit. De tycker att det är fantastiskt när de kan sluta injicera. Så det är mödan värt, även om det krävs fler besök för att man håller noggrannare koll. Men det kan vara väldigt givande, om patienten vill göra det.

*Översättning: Karl Hårding
VSI OrdKedjan AB, 2018*