

minst sex månader efter avslutad behandling utan att kvinnorna träffade akupunktören och endast registrerade sina besvär i dagböcker en vecka per månad (antalet objektivt och subjektivt registrerade vallningar korrelerar mycket starkt).

- Reduktionen av vallningar var mer uttalad än vad som visats av olika typer av placebobehandlingar. Hos de 80 procent av kvinnorna som svarade på behandlingen (dvs hade en minst 50-procentig reduktion av antalet vallningar per dygn) sågs i genomsnitt 75 procent (mellan 50 och 100 procent) minskning av antalet vallningar. Effekten kvarstod i 6 månader efter avslutad behandling, och kvinnorna bad inte om annan behandling. Detta är en betydligt kraftigare effekt än vad t ex SNRI- och SSRI-behandling hittills har rapporterats ge [2, 3].
- Parallellt med minskade vallningar kunde vi påvisa minskad dygnsurinutsöndring av den kraftigt kärlvidgande och svettkörtelstimulerande neuropeptiden kalcitoninrelaterad peptid [5]. Vi har i andra studier funnit att just denna peptid stiger under vallningar, vilket gör den synnerligen intressant i relation till vasomotoriskt symptom.

Ytterligare studier bör göras

Vi anser alltså att effekten av akupunktur är så uttalad att ytterligare studier bör genomföras för att förhoppningsvis bekräfta att metoden kan användas som alternativ till HRT vid vasomotoriskt symptom hos kvinnor med besvär, och även ytterligare klargöra vilka mekanismer som är involverade. Vi har själva en pågående delstudie i HABITS-studien där kvinnor i sydöstra sjukvårdsregionen får akupunktur som icke-hormonell behandling.

Svårigheten att hitta placebometoder är komplicerande men får inte, enligt vår mening, göra att vi ger upp försöken att utveckla verkliga behandlingsalternativ. Studier av enbart omhändertagande, beröring etc bör också kunna genomföras, helst kontrollerat innan slutsatser dras om detta i sig har tillräcklig och kvarstående effekt vid vasomotoriskt symptom.

Med de påtagliga effekter vi ser av akupunkturbehandlingen, där förvisso placeboeffekter och effekter av behandlingssituationen är komponenter, anser vi det oklokt och fel att avfärda metoden och undanhålla kvinnor med uttalade symptom en användbar behandling.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

1. Holmberg L, Anderson H; HABITS steering and data monitoring committees. HABITS (hormonal replacement therapy after breast cancer – is it safe?), a randomised comparison: trial stopped. *Lancet* 2004; 363:453-5.
2. Loprinzi CL, Kugler JW, Sloan JA, Mailliard JA, LaVasseur BI, Barton DL, et al. Venlafaxine in management of hot flushes in survivors of breast cancer; a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 356:2059-63.
3. Loprinzi CL, Sloan JA, Perez EA, Quella SK, Stella PJ, Mailliard JA, et al. Phase III evaluation of fluoxetine for treatment of hot flushes. *J Clin Oncol* 2002; 20:1578-83.
4. Sandberg M. Klimakteriebesvär: Förväntan, vänligt bemötande, lugn och ro och beröring lindrar – inte akupunktur. *Läkartidningen* 2005; 102:1353-4.
5. Wyon Y, Lindgren R, Lundeberg T, Hammar M. Effects of acupuncture on climacteric vasomotor symptoms, Quality of life and urinary excretion of neuro-peptides among postmenopausal women. *Menopause* 1995; 2:3-12.
6. Wyon Y, Wijma K, Nedstrand E, Hammar M. A comparison of acupuncture and oral estradiol treatment of vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Climacteric* 2004; 2:153-64.
7. Streitberger K, Kleinhenz J. Introducing a placebo needle into acupuncture research. *Lancet* 1998; 352:364-5.
8. Freedman R, Woodward S. Behavioral treatment of menopausal hot flushes: Evaluation by ambulatory monitoring. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167:436-9.
9. MacLennan A, Lester S, Moore V. Oral oestrogen replacement therapy versus placebo for hot flushes. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; (1):CD002978. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (4):CD002978.
10. Freedman RR. Biochemical, metabolic, and vascular mechanisms in menopausal hot flushes. *Fertil Steril* 1998; 70:322-7.

Replik:

Kontrollmetoden lika bra

Sedan 1995 har akupunktur/elektroakupunktur använts i stor omfattning av sjukgymnaster, barnmorskor och sjuksköterskor över hela landet för behandling av klimakteriebesvär. Däremot har kunskapen om att kontrollmetoden visat lika bra resultat inte kommit fram. Forskningsetiskt uppkommer ett dilemma när rekommendationer utfärdas utifrån resultat som inte ger stöd för dem.



MARGARETA SANDBERG med dr, leg sjukgymnast, smärt- och rehabiliteringscentrum, Universitetssjukhuset, Linköping
margareta.sandberg@lio.se

I sin replik diskuterar Hammar och medarbetare vikten av forskning kring alternativa behandlingsmetoder vid klimakteriebesvär och där akupunktur har rönt stort intresse. Vad gäller mina synpunkter på diskussionen om placeboeffekter vill jag hänvisa till det som jag redan har skrivit kring detta [1, 2]. I stället vill jag fokusera på ett par andra kärnfrågor som författarna tar upp och som har stor betydelse i de båda akupunkturstudierna.

Vad menas med akupunktur?

En handlar om begreppet akupunktur – vad menar vi? I både traditionell kinesisk medicin och västerländsk medicin är förklaringsmodellerna till akupunktoreffekter helt olika, men det praktiska utförandet av akupunktur är tämligen likartat. Man använder definierade akupunkturpunkter, gör instick till rekommenderat djup och framkallar därefter den sk deqi-känslan, en distinkt sensation som anses viktig för effekt [3, 4]. Detta förfarande kallas akupunktur eller manuell akupunktur.

Elektroakupunktur (EA) innebär att

ström, oftast lågfrekvent, kopplas till nålarna efter det att deqi har framkallats och resulterar då i kontinuerliga och tydliga muskelkontraktioner. Dessa grundläggande förfaringssätt lärs ut på akupunkturutbildningar och beskrivs i läroböcker och kan således ses som den gängse uppfattningen av vad som menas med akupunktur/EA. Varianter förekommer, men då betonar man det genom speciell benämning, t ex periostakupunktur.

Kontrollmetoden

Kontrollmetoden i klimakteriestudierna [1, 5, 6] avvek markant från gängse syn på vad som är akupunkturbehandling, både vad gäller nålplacering, appliceringssätt, framkallande av deqi och elektrisk stimulering. Kontrollen bestod av ytterligt ytlig applicering av små mininålar, utanför klassiska akupunkturpunkter och utan vare sig deqi- eller elektstimulering. Oftast upplevdes ingen sensation över huvud taget. Dessutom föll en del nålar av, antingen direkt eller under den 30 minuter långa behandlingstiden.

EA och kontrollmetoden beskriver således två skilda sätt att använda akupunktur nålar, där den avgörande faktorn var den neuronala stimuleringens styrka. Denna var i kontrollgruppen minimal, i jämförelse med EA närmast försumbar, och avsedd som placebokon-

troll till EA. För tolkningen av forskningsresultaten har dessa aspekter avgörande betydelse.

Trots ovanstående distinktion i metodik visade resultaten att både EA- och kontrollgrupperna förbättrades likartat och signifikant på en rad olika mätvariabler i två olika studier [1, 5, 6]. På vetenskaplig grund kunde således inte någon specifik effekt av akupunktur/EA påvisas.

Stor genomslagskraft

Den andra kärnfrågan är tudelad: Vad kan man dra för slutsatser av resultaten, och – vilka rekommendationer kan göras utifrån dessa? Slutsatsen är vi överens om: Bägge metoderna är lika bra. Där emot kan jag inte instämma i Hammars och medarbetares »rekommendation« av »akupunktur« vid klimakteriebesvär. I Wyons och medarbetares studier [5, 6] framgår inte med tydlighet att det gängse begreppet akupunktur här omfattar både den etablerade EA och den för ändamålet konstruerade kontrollmetoden sammantagna. Därmed vilseleds läsarna.

Genomslagskraften av rekommendationerna har varit stor. Sedan 1995 har EA/akupunktur använts i stor omfattning av både sjukgymnaster, sjuksköterskor och barnmorskor över hela landet för behandling av klimakteriebesvär. Där emot har kunskapen om att kontrollmetoden med de löst hängande, små mininålarna visat sig vara lika bra inte framkommit. Även om man kan tycka att »akupunktur« har god klinisk effekt i detta sammanhang, skapas ett forskningsetiskt dilemma när rekommendationer utfärdas utifrån resultat som inte stöder dessa. Avslutningsvis skulle man kunna säga att vid klimakteriebesvär finns idag evidens för en akupunkturliknande behandlingssituation, men inte för akupunktur/EA.

*

Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Referenser

- Sandberg M, Wijma K, Wyon Y, Nedstrand E, Hammar M. Effects of electroacupuncture on psychological distress in postmenopausal women. *Complement Ther Med* 2002;10:161-9.
- Sandberg M. Acupuncture – effects on muscle blood flow and aspects of treatment in the clinical context [dissertation]. Linköping: Division of Rehabilitation Medicine, Linköping University; 2004.
- Xinon C. Chinese acupuncture and moxibustion. Beijing: Foreign Language Press; 1987.
- Andersson S, Lundeberg T. Akupunktur och smärta. Kompendium. Kungälv: AKAB Utbildning; 1995.
- Wyon Y, Lindgren R, Lundeberg T, Hammar M. Effects of acupuncture on climacteric vasomotor symptoms, quality of life, and urinary excretion of neuropeptides among postmenopausal women. *Meno-pause* 1995;2:3-12.
- Wyon Y, Wijma K, Nedstrand E, Hammar M. A comparison of acupuncture and oral estradiol treatment of vasomotor symptoms in postmenopausal women. *Climacteric* 2004;7:153-64.

Döva barn bör få lära sig både teckenspråk och svenska

Döva och hörselskadade barn bör redan från början tillförsäkras så goda villkor som möjligt för en fullödig språkutveckling, i både teckenspråk och svenska. Vi kan inte bygga habilitering och skolgång på mer eller mindre knapphändiga uppgifter från andra länder med en annan grundsyn på barn och barns inneboende resurser.



KRISTINA SVARTHOLM
professor, institutionen för nordiska språk, Stockholms universitet

kristina.svartholm@nordiska.su.se

I Läkartidningen 38/2004 (sidorna 2863-4) sammanfattar professor emeritus Per-Gotthard Lundquist ett utlåtande han avgivit till Socialstyrelsen angående kunskapsläget om kokleära implantat hos barn. Huvudfokus ligger på frågan huruvida implantaten bör vara bilaterala eller ej, men också konsekvenser för undervisningen av barnen berörs.

Skraft kunskapsläge

Som språkforskare är jag bekymrad över hur litet vi egentligen vet idag om språkutvecklingen hos dessa barn. Alltför sällan får vi veta något om barnets faktiska språk och hur det fungerar i vanligt, vardagligt samspel tillsammans med andra och hur barnet utvecklas socialt, emotivt och kognitivt. Normalt redovisas bara barnets perception och produktion av ljud, så som detta kommer fram i experimentella testsituationer av olika slag.

Därför var det med intresse som jag tog del av professor Lundquists artikel och de referenser han lämnar. Sammanlagt berör dock referenserna bara cirka hundra barn – och egentligen är det bara en undersökning, från Nottingham, som säger något om hur barnen klarar av att använda sitt talspråk tillsammans med andra. Av de 44 barnen i Nottinghamstudien tycks i runda tal hälften inte kunna visa upp ett för utomstående begripligt tal ens efter tio års implantatanvändning. Detta tycker jag är ett klen underlag att dra några säkra slutsatser av.

Brister i undersökningarna

Jag tycker också att alltför många undersökningar är bristfälliga i det att de inte redovisar sådant som hur urvalet av barn inför operationen har gjorts, vad det är för slags träningsprogram som föräldrar m fl medverkar i, hur urvalet har gjorts av de barn som ska delta i undersökningarna, vilket bortfall man haft osv.

Allt detta är sådant som vi behöver kännedom om för att kunna föra en seriös diskussion kring hur resultaten bäst ska kunna tas tillvara för Sveriges del.

Den svenska dövundervisningen

Den svenska dövundervisningen av idag har en internationellt sett mycket hög standard. Inget annat land i världen torde kunna visa upp så goda resultat som våra då det gäller avgångselevernas kunskapsnivå i olika ämnen liksom deras läs- och skrivkunnet. Detta är en direkt följd av den svenska satsningen på tvåspråkighet i teckenspråk och svenska. Vi har också en mycket stor andel döva som fortsätter med högre studier efter gymnasiet. Under senare år har även andelen hörselskadade som gått vidare ökat. Många av dessa hörselskadade väljer att studera med teckenspråkstolk eftersom detta ger dem möjlighet att delta i undervisningen på egna villkor och på ett sätt som enbart teknisk utrustning inte tillåter. Tillgång till teckenspråk ger också den hörselskadade möjlighet att växla mellan kommunikationssätten beroende på yttre förutsättningar [1]. Jag kan inte se att situationen skulle vara särskilt annorlunda för ett barn med kokleaimplantat.

Svårt förstå rädslan

Som språkvetar kan jag inte begripa den rädsla som fortfarande tycks finnas på en del håll för att barn skulle välja bort det talade språket om de skulle få tidig tillgång till teckenspråk. Idag borde kunskaperna om utvecklingspsykologi i allmänhet, liksom om barns språkutveckling i synnerhet, ha slagit igenom bättre än så även utanför den humanistiska och samhällsvetenskapliga forskningen.

I USA finns det för övrigt ett mycket starkt intresse idag för kurser i teckenspråk för hörande spädbarn. Det anses att barnet får högre intelligenskvot och större ordförråd om det lär sig teckenspråk innan det börjar tala eftersom det får ett språkligt försprång [2].

Sammantaget menar jag att vi för en lyckosam utveckling av området måste