

Svær dehydrering hos nyfødt efter ambulantly fødsel

Lisbeth Marianne Thøstesen & Jesper Fenger-Grøn

Svangreomsorgen ændres i disse år markant. Flere og flere fødsler foregår ambulantly, og ambulantly fødsel bliver fremover udgangspunktet for alle fødsler i Region Syddanmark [1]. Samtidig er tilbuddet om lægeundersøgelse af alle nyfødte ophørt [2], og den kommunale sundhedspleje har svært ved at opfylde Sundhedsstyrelsens anbefaling om tidligt hjemmebesøg [1]. Fra forskellige sider er der udtrykt bekymring for konsekvenserne.

Her beskrives en ni dage gammel pige, som blev indlagt med dieproblemer og livsfarlig hyperton dehydrering.

SYGEHISTORIE

En matur pige blev i niende levedøgn indlagt akut på børneafdelingen pga. sløvhed. Hun var født ambulantly ved en hurtig, normal vaginal fødsel efter et ukompliceret svangerskab. Fødselsvægten var 3.026 g, og ved en børneundersøgelse få timer efter fødslen blev hendes tilstand fundet normal. Forældrene var raske og ubeslægtede, og tre raske søskende var tidligere blevet ammet. Dagen efter fødslen og ved hælprøven i tredje levedøgn oplyste moderen, at pigen spiste fint ved brystet. Sundhedsplejersken havde endnu ikke været på besøg.

Ved indlæggelsen havde pigen tabt sig 921 g, svarende til 30% af fødselsvægten. Objektivt var hun sløv og mager og havde tørre slimhinder. De sidste 3-4 dage havde hun ikke spist ret meget og faldt hypigt i søvn ved brystet, vandladningerne var blevet meget sparsomme. Paraklinisk blev der fundet svær hyperton dehydrering med natrium 187 mmol/l, kalium 5,5 mmol/l, kreatinin 352 mikromol/l, karbamid 76,8 mmol/l og hæmoglobin 12,9 mmol/l. Infektionstal og bilirubinniveau var normale.

Pigen blev forsigtigt rehydreret med madrestriktion og isotonisk natriumklorid givet intravenøst, idet et langsomt fald i serumnatrium blev tilstræbt. I tredje behandlingsdøgn fik hun flere kloniske krampeanfald, som blev behandlet med fenemal givet intravenøst. I sjette behandlingsdøgn var elektrolytniveauet normaliseret. Ultralydskanning og magnetisk resonansskanning af cerebrum viste normale forhold; det eneste patologiske fund ved øjenundersøgelse var hypermetropi. Ved screening for kongenit infektion og metabolisk sygdom kunne man ikke påvise nogen tilgrundliggende lidelse.

Efter en periode med supplerende via sonde lærte pigen at spise modermælkserstatning på flaske, og hun blev udskrevet. Hun betragtes dermed som et raskt barn, der på grund af utilstrækkeligt madindtag fik en alvorlig hyperton dehydrering (Figur 1).

DISKUSSION

I disse år foregår der væsentlige ændringer i svangreomsorgen, og i fagkredse er der udtrykt betydelig bekymring for konsekvenserne [1]. Det frygtes, at mangelfuld opbakning til den nybagte familie i de første vigtige døgn efter fødslen vil medføre lavere amme-frekvens og flere genindlæggelser, og at antallet af nyfødte med stort vægttab, manglende trivsel, dehydrering, tørstefeber og svær ikterus vil stige. Det kan også blive sværere at sikre sig, at den nybagte moder er psykisk velbefindende. Især ved ambulantly fødsler lægger Sundhedsstyrelsen op til en øget indsats fra sundhedsplejen, som forventes at aflægge et hjemmebesøg 3-5 dage efter en ambulantly fødsel, suppleret med to besøg af jordemoderen, hvoraf det første bør finde sted 1-2 dage efter fødslen [2]. Disse nye tiltag er endnu ikke fuldt ud indført [1].

Neonatal hyperton dehydrering er en farlig tilstand, og ammede børn er i høj risiko, da det er svært at vurdere, hvor meget de spiser [3]. Ved tilstanden forskydes en del af den intracellulære væske til blodbanen, hvorved klassiske tegn på dehydrering sløres, så børnene typisk er meget dehydrerede,

KASUISTIK

Pædiatrisk Afdeling,
Kolding Sygehus

FIGUR 1



Pigen efter rehydreringen (gengivet med forældrenes tilladelse).

før der søges lægehjælp [3-5]. Cerebrale symptomer ses i form af irritabilitet, sløvhed og feber, og med stigende ekstracellulær osmolalitet opstår der risiko for hjerneblødning, trombose, kramper, koma og central pontin-myelinolyse [4, 5]. I rehydreringsfasen kan der opstå cerebralt ødem, kramper, i værste fald hjerneherniering og død, og den praktiske udførelse af væskebehandlingen er både vanskelig og omdiskuteret. Der bør stiles mod langsom korrektion af S-natrium med højst 0,6 mmol/l/t., og specielt initialt bør det overvejes at anvende rehydreringsvæske med højere osmolalitet end isotonisk natriumklorid [5].

Den beskrevne sygehistorie illustrerer, at neonatal hypertont dehydrering er en potentielt livstruende tilstand, som burde kunne forhindres med sufficient opbakning til den nybagte familie. I forbindelse med

de store omlægninger af svangreomsorgen er det væsentligt at medtænke, hvordan primærsektoren og de nyetablerede barselsambulatorier konkret får mulighed for at etablere det nødvendige sikkerhedsnet under de nyfødte børn.

KORRESPONDANCE: Jesper Fenger-Grøn, Pædiatrisk Afdeling, Kolding Sygehus, Skovvangen 2-8, 6000 Kolding. E-mail: jfg@grejsdalen.dk

ANTAGET: 29. marts 2011

FØRST PÅ NETTET: 4. juli 2011

INTERESSEKONFLIKTER: ingen

LITTERATUR

1. Region Syddanmarks udkast til Fødeplan, inkl. høringsvar. <http://www.regionsyddanmark.dk/wm328838> (15. feb 2011).
2. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen 2009. http://www.sst.dk/Nyhedscenter/Nyheder/2009/svangreomsorg_24apr.aspx (15. feb 2011).
3. Reilev M, Børch K, Pryds OA. Hypernatræmisk dehydrering hos nyfødte – hvorfor stigende incidens? Ugeskr Læger 2007;169:1227-31.
4. Zachariassen G, Juvonen P. Neonatal dehydrering (tørstefeber) hos nyfødte børn. Ugeskr Læger 2002;164:4930-4.
5. Schwaderer AL, Schwartz GJ. Treating hypernatremic dehydration. *Pediatric Rev* 2005;26:148-50.

Målrettet uddannelse i anlæggelse af perifer nerveblokade

Morten Nikolaj Lind & Billy Bjarne Kristensen

UDVIKLING OG UDDANNELSE

Anæstesiologisk Afdeling, Hvidovre Hospital

Perifer nerveblokade (PNB) giver smertelindring, som er specifik for operationsområdet. Ved at kombinere flere PNB kan der opnås anæstesi og postoperativ analgesi, som er næsten lige så selektiv som den kirurgiske procedure. Ydermere muliggør PNB hurtig mobilisering, minimerer komplikationer og giver høj patienttilfredshed [1-3]. Det er derfor forståeligt og indlysende, at interessen for PNB gennem de seneste 10-15 år har været stigende.

PNB har været anvendt til kirurgiske indgreb i mere end 125 år, og faktisk er de første 25 år den periode, hvor næsten alle de teknikker til PNB, vi anvender i dag, blev beskrevet. Mange kirurger mestrede selv anlæggelse af PNB. Fra 1950'erne og frem var den store interesse rettet mod generel anæstesi og efterfølgende centrale regionale teknikker (epidural og spinalanæstesi).

Udvikling af moderne nervestimulatorer og isolerede stimulationsnåle øgede populariteten for denne teknik fra midten af 1990'erne, hvor PNB fik sin renaissance [4]. Inden for de seneste 5-6 år er interessen øget yderligere grundet brugen af ultralyd (UL)-vejledt PNB.

En høj succesrate ved anlæggelse af PNB kræver anæstesiologisk viden og erfaring. Desværre har tidspress og ændret fokus i dagligdagen afstedkommet en manglende fortrolighed med PNB-anlæggelse og de fordele, teknikken tilbyder. Derfor bliver kommende anæstesiologer ikke systematisk uddannet i brugen af PNB, ligesom PNB spiller en minimal rolle i den anæstesiologiske hoveduddannelse. Først i den seneste målbeskrivelse fra 2007 kræves der anlæggelse af 20 ikke nærmere definerede PNB [5].

På Hvidovre Hospital har vi siden 2001 implementeret brugen af stimulationsanlagte PNB ved mange af de ortopædkirurgiske indgreb. Siden 2007 har vi anlagt 1.800-1.900 PNB årligt. Initialt var det kun få speciallæger, som forestod anlæggelse af PNB; uddannelsessøgende læger (US) måtte tilegne sig færdigheder i anlæggelse af PNB ved tilfældige ad hoc-læringssituationer (Figur 1). Afdelingen var således præget af en stor spredning i erfaring med og brug af PNB i dagligdagen, og tilsvarende var færdighedsniveauet hos US, når de forlod afdelingen, meget varierende.

For at bidrage til udbredelsen af PNB, hæve det