

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

forskningstunge, blandt andre de intern medicinske specialer, dermatologi, pædiatri og gynækologi/obstetrik [16], forsker kvinderne i lige så høj grad som deres mandlige kollegaer (ingen signifikant kønsforskel i videnskabelig kvalifikation inden for specialerne). Kønsforskelle i videnskabelige kvalifikationer mellem de to køn på tværs af specialerne skyldes således, at mænd i højere grad end kvinder vælger forskningstunge specialer.

Der går i gennemsnit næsten ni år fra embedseksamen til ansættelse i en undervisningsstilling for både mænd og kvinder. Resultaterne af denne undersøgelse afkræfter, i modsætning til FAYL's resultater for perioden 1991-1999 [6], at kvinder på grund af barselsperioder er længere tid om at kvalificere sig til ansættelse i undervisningsstilling end mænd. At mænd tilsyneladende forsker mere end kvinder kan være en mulig forklaring på, at der ikke er signifikant kønsforskel i kandidatalder.

Samlet konkluderer vi, at køn ikke har selvstændig betydning for at opnå ansættelse, men at der er forskel på mænd og kvinders valg af speciale, og på hvordan de kvalificerer sig til ansættelse i undervisningsstilling. De tydelige forskelle i kvalifikationer mellem de to køn på tværs af specialerne genfindes dog ikke inden for de enkelte specialer. Kønsforskellene synes således at være betinget af forskelle i valg af speciale.

Der er behov for løbende opfølgning på data for at følge udviklingen og for at kunne give såvel sundhedsmyndigheder som videnskabelige selskaber og yngre læger i uddannelsessystemet mulighed for at tage højde for fundene. Vi vil følge op med andre beskrivelser og analyser på materialet og arbejder på også at inddrage oplysninger om almen medicin i fremtiden.

Korrespondance: Jan Greve, Videreuddannelsessekretariatet, Region Midtjylland, Region Nord, Olof Palmes Allé 15, DK-8200 Århus.
E-mail: jag@ag.aaa.dk

Antaget: 25. september 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsens lægeprognose 1999-2025. www.sst.dk/april 2006.
2. Matthiesen K, Jensen JW, Nielsen CB et al. Fagligt indhold afgør specialevalg. Ugeskr Læger 2002;164:1972.
3. Harris MG, Gavel PH, Young JR. Factors influencing the choice of speciality of Australian medical graduates. Med J Aust 2005;183:295-300.
4. Ek EW, Ek ET, Mackay SD. Undergraduate experience of surgical teaching and its influence in career choice. ANZ J Surg 2005;75:713-8.
5. Soethout MBM, ten Cate TJ, van der Wal G. Factors associated with the nature timing and stability of the speciality career choices of recently graduated doctors in European countries. Med Educ Online 2004;9:24.
6. Nielsen LF, Worsøe M, Christensen LL et al. Ligestilling og videreuddannelse. Ugeskr Læger 2000;162:6330.
7. Ib H. Fremtidens praktiserende læge er typisk en kvinde. Ugeskr Læger 2003;165:4196.
8. Wolfe CV. Women in medicine: an unceasing journey. Arch Phys Med Rehabil 2005;86:1283-6.
9. Lambert TW, Goldacre MJ, Edwards C et al. Career preferences of doctors who qualified in the United Kingdom in 1993 compared with those of doctors qualifying in 1974, 1977, 1980 and 1983. BMJ 1996;313:19-24.
10. Park J, Minor S, Taylor RA et al. Why are women deterred from general surgery training? Am J Surg 2005;190:141-6.
11. Gjerberg E. Gender similarities in doctors' preferences – and gender differences in final specialisation. Soc Sci Med 2002;54:591-605.
12. Kerfoot BP, Nabha KS, Masser BA et al. What makes a medical student avoid or enter a career in urology? J Urol 2005;174:1953-7.
13. Neumayer L, Kaiser S, Anderson K et al. Perceptions of women medical students and their influence on career choice. Am J Surg 2002;183:146-50.
14. Wright S, Wong A, Newill C. The impact of role models on medical students. J Gen Intern Med 1997;12:53-6.
15. Cohen-Schotanus J, Reinders JJ, Agsteribbe J et al. Physicians for ten years: a longitudinal survey of the career development of physicians who began their studies in Groningen, The Netherlands. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146:2474-8.
16. Nøhr KB, Andersen BS, Greve J. Yngre lægers videnskabelige kvalifikationer ved ansættelse i undervisningsstilling 1998-2003. Ugeskr Læger 2007;169:1219-23.

Hypernatræmisk dehydrering hos nyfødte – hvorfor stigende incidens?

Stud.med. Mette Reilev, overlæge Klaus Børch & afdelingslæge Ole Axel Pryds

Hvidovre Hospital, Børneafdelingen

Resume

Introduktion: Neonatal dehydrering med hypernatræmi er en alvorlig tilstand med risiko for cerebrale skader og død. Flere undersøgelser tyder på en stigende incidens.

Materiale og metoder: Alle børn indlagt mellem tredje og 14. leve-døgn på Hvidovre Hospital i perioden 2001-2005 blev fundet via Det Grønne System. I alt 424 blev udvalgt efter udskrivningskode, der kunne tyde på dehydrering. Ved journalgennemlæsning blev

børnene inkluderet ud fra følgende kriterier: gestationsalder >35 uger og udskrevet fra barselsgang før genindlæggelse med vægttab >10% af fødselsvægten.

Resultater: Over fem år blev i alt 89 børn indlagt med dehydrering, hvoraf de 24 havde S-natrium >150 mmol/l. Frekvensen steg i perioden fra 2,1 til 4,9 (relativ risiko 2,5 – p = 0,0008). 40% af børnene blev indlagt efter morens henvendelse til hospitalet, mens de øvrige blev henvist fra sundhedsplejerske eller læge. Alle børn blev ammet, og kun tre havde fået tilskud før indlæggelsen. Vægttabet varierede fra 270 g til 1.100 g, svarende til 10,1-29,7% af fødselsvægten, og hovedparten var ikteriske og sløve, mens otte børn havde cerebrale symptomer. Efter væsketerapi fik to børn med komplicerende sygdom en permanent hjerneskade.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Konklusion: Moderermælk er det foretrukne ernæringsmiddel til nyfødte børn, men tilskud i form af vand eller erstatning bør overvejes ved begyndende dehydrering. Speciel risiko har børn af førstegangsfødende mødre, børn med høj fødselsvægt og børn, som på dag 4-5 endnu ikke er kommet i trivsel. Vurdering af trivsel og overvejelser omkring tilskud bør foregå ved regelmæssig vejning efter 4.-5. levedøgn, og sundhedspersonalet bør informere mødrene om symptomer på dehydrering og indikationer for tilskud.

I gennem de seneste år har belægningen på danske barselsafdelinger været øget som følge af det stigende antal fødsler og centraliseringen af fødesteder. Generelt kommer mor og barn tidligere hjem, og selv om opholdet på barselsafdelingen tilrettelægges efter individuelle behov, vil amningen sjældent være fuldt etableret ved udskrivelsen fra sygehuset. Succesfuld amning er herefter betinget af barnets evne og lyst til at sutte, morens mælkeproduktion og erfaring samt støtte og rådgivning fra familie, sundhedsplejerske og læge. Amning har fået en høj prioritet på grund af talrige fordele [1], og ofte skal barnet have oplagte ernæringsproblemer, før end et tilskud bliver aktuelt. Imidlertid medfører et utilstrækkeligt væskeindtag dehydrering og elektrolytforstyrrelser, og i udtalte tilfælde kan barnet få kramper og intrakranial blødning eller trombose [2, 3].

Neonatal dehydrering med hypernatriæmi er tidligere beskrevet i Danmark [4, 5], men nyere udenlandske observationer og egne oplevelser giver mistanke om en stigende incidens [6, 7].

Materiale og metoder

CPR-nummer, dato for indlæggelse og udskrivningsdiagnose på alle børn, der blev indlagt på Børneafdelingen eller genindlagt på Barselsgangen, Hvidovre Hospital, fra den 1. januar 2001 til den 31. december 2005, blev hentet via Det Grønne System. Herefter blev 424 børn selekteret ud fra kriterierne: 1) indlæggelse inden for tredje og 14. levedøgn og 2) diagnosekode ved udskrivning tydende på dehydrering eller elektrolytforstyrrelse: E63.9, E87.0, E86.9, F50.8, F98.2, O92.4, P59.2, P59.9, P74.1, P74.2, P81.8, P92.3, P92.5, P92.8, P92.9, R62.8. Det store antal af diagnosekoder blev medtaget for at imødegå forkert kodning og dermed optimere chancen for at identificere alle dehydrerede nyfødte.

Journaler på alle 424 børn blev gennemgået for følgende inklusionskriterier: 1) gestationsalder >35 uger, 2) udskrevet til hjemmet før indlæggelse på Hvidovre Hospital og 3) indlæggelse på grund af vægttab >10%.

Data med relevans for undersøgelsen blev registreret anonymt.

Hvidovre Børneafdelings optageområde omfatter alle fødeafdelingerne i det, der indtil 1.1.07 hed Hovedstadens Sygehusfællesskab (H:S). I neonatalperioden modtager Hvidovre Hospital kun få af de børn, som er født på Frederiksberg

Hospital, Rigshospitalet eller uden for H:S, og vi har ingen statistiske oplysninger fra disse hospitaler. Derfor er nærværende frekvensberegninger udelukkende baseret på børn født på Hvidovre Hospital og med bopæl inden for H:S. I perioden var der 26.234 fødsler på Hvidovre Hospital. Antallet af fødsler steg årligt med 3-4%.

Ifølge Børneafdelingens standard blev betydende dehydrering fastsat ud fra et vægttab >10%, mens hypernatriæmi var til stede ved S-natrium >150 mmol/l. Disse definitioner er de hyppigst anvendte i neonatologiske lærebøger og artikler [8].

Statistik

Students t-test og one-way Anova (med Students Newman-Keuls test) blev anvendt til at undersøge forskelle mellem to eller flere grupper, mens relationer mellem variable blev analyseret ved hjælp af lineær og logistisk regression. Ved hjælp af χ^2 -test blev den relative risiko (RR) beregnet og gruppefordelingerne undersøgt. Til sammenligning af paritet, etnisk herkomst og køn blev oplysninger fra året 2005 benyttet. p-værdier <0,05 blev betragtet som værende signifikante.

Resultater

I alt 89 børn opfyldte inklusionskriterierne, og alle havde bopæl i Børneafdelingens optageområde: 71 børn var blevet født på Hvidovre Hospital, ti på Frederiksberg Hospital, fire på Rigshospitalet, mens andre fire var født uden for Københavns Kommune. Der var 50 drenge og 39 piger ($p = 0,57$), alle vel-skabte og med et normalt fødselsforløb uden tegn på asfyksi (**Tablet 1**). Fireogtres børn blev indlagt på Børneafdelingen, mens de øvrige 25 blev genindlagt på barselsgangen.

Ifølge kurver for normal intrauterin vækst [9] var et barn *small for gestational age* (SGA), mens ni var *heavy for gestational age* (HGA). Der var ingen tvillinger eller trillinger, og alle børn blev ammet ved indlæggelsen. Tre børn havde hjemme fået tilskud.

Mødrene var alle raske, og der forelå ikke journaloplysninger om behandling med medicin, som kunne påvirke mælkeproduktionen eller barnets sutteevne. Deres alder rangerede mellem 22 år og 44 år (middelværdi 31,5 år, standarddeviation (SD) 4,1), og 72% var førstegangsfødende ($p = 0,027$). Selv om 16 kvinder var af ikkedansk herkomst ($p = 0,73$), indeholdt journalerne ikke notater, som angav sproglige vanskeligheder. 40% af mødrene reagerede spontant på barnets symptomer og henvendte sig direkte til sygehuset, mens resten blev henvist fra sundhedsplejerske (41%) eller læge.

Dehydrering var en primær årsag til indlæggelsen hos samtlige 89 børn, og vægttabet varierede mellem 270 g og 1.100 g svarende til en relativ reduktion på 10,1-29,7% af fødselsvægten. Tyve børn havde tabt sig 15-20%, mens vægttabet hos andre 13 var >20% (**Figur 1**). Andre symptomer, der medførte indlæggelse, var: 1) sløvhed hos 51% af børnene, 2) synlig ikterus hos 65%, mens 3) tre børn havde temperaturforhøjelse.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Tabel 1. Data fra 89 nyfødte børn, som blev genindlagt med vægttab >10% på Hvidovre Hospital i perioden 2001-2005. Tallene præsenteres som gennemsnitsværdier med standarddeviation i parentes.

	Perioden, år					I alt	p-værdi ^a
	2001	2002	2003	2004	2005		
Samlet antal indlagte børn	15	9	11	21	33	89	-
Incidens ift. antal fødsler, ‰	2,1	1,9	1,6	2,9	4,9	2,7	-
Gestationsalder, uger	38,8 (1,6)	39,4 (1,1)	38,9 (1,8)	39,6 (1,4)	39,2 (1,8)	39,2 (1,6)	0,70
Fødselsvægt, g	3.339,5 (421,1)	3.569,1 (456,1)	3.722,3 (414,9)	3.901,5 (632,4)	3.504,2 (506,8)	3.605,2 (539,3)	0,02
Alder, dage, ved udskrivelse fra barselsgangen	3,0 (1,3)	3,6 (1,5)	2,4 (1,4)	2,4 (1,0)	2,4 (0,9)	2,6 (1,2)	0,049
Alder, dage, ved genindlæggelse	8,1 (2,4)	8,0 (2,8)	6,7 (3,4)	6,7 (2,3)	7,1 (2,3)	7,2 (2,5)	0,38
Vægttab, g	588,8 (199,5)	588,5 (196,7)	504,0 (119,5)	528,5 (142,2)	506,8 (177,7)	528,2 (167,7)	0,69
Vægttab, ‰	16,7 (5,2)	16,4 (4,6)	13,6 (3,5)	13,5 (2,6)	14,4 (4,4)	14,7 (4,2)	0,13
S-natrium, mmol/l	150,0 (7,9)	152,7 (13,0)	149,5 (10,1)	151,9 (11,0)	152,7 (10,6)	151,5 (10,1)	0,95
S-carbamid, mmol/l	8,2 (5,5)	14,6 (13,8)	8,2 (9,1)	16,2 (8,5)	14,6 (8,3)	12,6 (8,9)	0,38
S-bilirubin, µmol/l	248,2 (176,4)	204,6 (167,5)	166,8 (126,8)	260,7 (139,8)	210,2 (94,0)	222,2 (130,9)	0,70
Samlet antal børn med hypernatriæmisk dehydrering	5	3	3	3	10	24	-
Samlet varighed af genindlæggelse, samlet antal dage	122	97	78	132	276	705	0,66

a) p-værdierne fremkommer efter sammenligning af fordeling over år. Beregnet for 71 børn født på Hvidovre Hospital.

Der blev ikke rutinemæssigt taget blodprøver på børnene. Blodprøver fandtes for 53 børn (Tabel 1). S-natrium rangerede mellem 135 mmol/l og 175 mmol/l (middelværdi 151,5 mmol/l, SD 10,1), og biokemiske tegn på hyperton dehydrering blev fundet hos 24 børn med S-natrium >150 mmol/l. Således var S-natrium positivt relateret til størrelsen af vægttabet ($p < 0,001$). Desuden fandtes der forhøjelse af S-carbamid (middelværdi 12,6 mmol/l, SD 8,9), mens S-kalium (middelværdi 4,3 mmol/l, SD 0,6) og pH (middelværdi 7,36, SD 0,04) begge var inden for normalområdet. S-bilirubin varierede mellem 10 µmol/l og 651 µmol/l (middelværdi 222,2 µmol/l, SD 130,9), og fire børn havde hypoglykæmi med blodglukose <2,5 mmol/l.

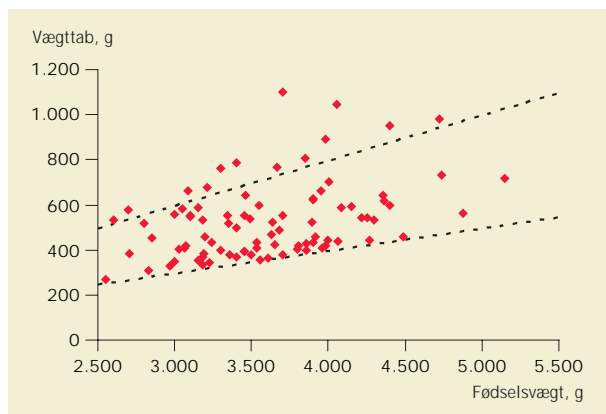
Umiddelbart efter indlæggelsen observeredes cerebrale symptomer hos otte børn (9%) i form af kramper eller apnø og bradykarditilfælde. Den perorale rehydrering blev suppleret med intravenøs væske hos 24 børn, ligesom en bred antibiotisk behandling påbegyndtes i ti tilfælde, hvor der var klinisk mistanke om alvorlig infektion. I alt 14 børn havde S-bilirubinværdier, som indicerede fototerapi efter Dansk Pædiatrisk Selskabs rekommandationer, men kun et barn behøvede udskiftningstransfusion. Mistanken om infektion blev bekræftet hos et barn, som havde bakteriel sepsis og meningitis, mens et andet fik kernikterus som følge af S-bilirubin på 651 µmol/l. Begge børn fik kliniske symptomer på hjerne-skade, som er verificeret ved magnetisk resonans-undersøgelse. Andre 41 børn havde ikke tegn på sequelae ved efterundersøgelsen.

Antallet af genindlagte børn med dehydrering steg i løbet

af perioden og blev omtrentlig fordoblet i 2005. Beregnet for børn født på Hvidovre Hospital og korigeret for det stigende antal fødsler i samme tidsrum svarer det til en incidensøgning fra 2,1‰ til 4,9‰. I 2005 var RR for indlæggelse 2,5 sammenlignet med de tre første år (95% konfidensinterval (KI): 1,5-4,1; $p = 0,0008$). Omkring en tredjedel af børnene havde markant hypernatriæmi (S-natrium >150 mmol/l), og denne fordeling var konstant over årene (Tabel 1).

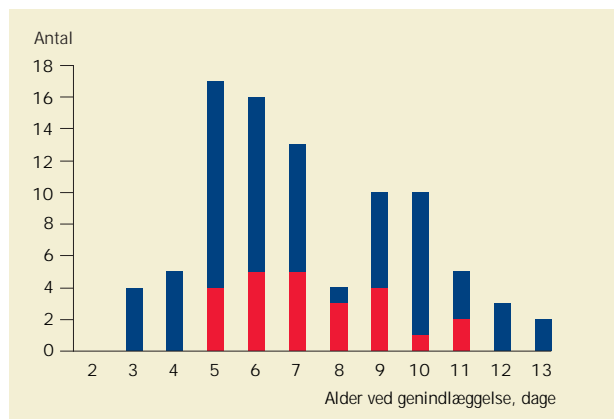
Hypernatriæmi blev først observeret efter fjerde levedøgn, mens ni børn allerede på det tidspunkt havde et vægttab >10% (Figur 2).

Fra 2003 bemærkes, at børn og mødre har et kortere bar-



Figur 1. Det neonatale vægttab over for fødselsvægten hos 89 børn med dehydrering. De stiplede linjer angiver henholdsvis 10% og 20% vægttab.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE



Figur 2. Niogfirs børn med neonatal dehydrering fordelt efter alder ved indlæggelsen på Hvidovre Hospital i årene 2001-2005. De røde felter angiver børn med S-natrium > 150 mmol/l.

selsophold på sygehus, idet indlæggelsestiden falder signifikant fra tre dage til 2,4 dage ($p = 0,021$). I regressionsanalysen påvirker længden af barselsopholdet dog ikke væggtabets størrelse, som derimod er tæt relateret til barnets alder ved genindlæggelsen. Således tiltager graden af dehydrering med barnets postnatale alder. Barnets køn, dets gestationsalder og fødselsvægt samt mors alder synes at være uden betydning for væggtabet (Tabel 2).

Hvorvidt barnet indlægges med hypertont dehydrering eller ej, afhænger hverken af forhold omkring barnet, forhold omkring moren eller alder ved henholdsvis udskrivelse fra barselsgang og genindlæggelse. Derimod viser den logistiske regressionsanalyse, at risikoen for hypernatriemisk dehydrering alene stiger med graden af det relative væggtab ($p = 0,002$).

Diskussion

Resultaterne af nærværende undersøgelse støtter udenlandske observationer i, at der indlægges et stadigt stigende antal nyfødte børn med et for stort væggtab og en meget høj natriumkoncentration i blodet. Undersøgelsen er dog retrospektiv og mangler en kontrolgruppe, hvorfor det er vanskeligt at fremhæve egentlige årsagsforhold. Nogle faktorer skal imidlertid fremhæves.

Hovedparten af mødrene var førstegangsfødende, og det er velkendt, at netop deres børn har en øget risiko for dehydrering. Dels mangler kvinderne ammeerfaring og sammenligningsgrundlag, og dels har de en markant lavere mælkeproduktion i den første uge end flergangsfødende [10]. Endvidere vil især førstegangsfødende mødre være påvirket af »det spædbarnsvenlige initiativ«, der promoverer brystmælk som eneste ernæring til nyfødte medmindre en medicinsk tilstand indikerer tilskud [11, 12]. Moder-mælk til barnet forebygger udvikling af allergi, styrker immunforsvaret og har en tilsyneladende gunstig virkning på barnets udvikling [13]. Den øgede opmærksomhed har medført, at mere end 95% af mødre i dag ammer deres barn ved udskrivelsen fra barselsgangen, og

hjemme opretholdes det høje ønske om en vellykket amning tilsyneladende i en sådan grad, at kun tre børn i dette studie havde fået tilskud inden indlæggelsen.

Opholdet på barselsgangen tilrettelægges efter hensyn til familiens behov, og førstegangsfødende tilbydes som regel en længere indlæggelse for at etablere amningen og øge moderens viden om barnets behov og pleje. Undersøgelsen viser, at varigheden af barselsopholdet gradvist er reduceret i takt med det stigende fødselstal på 12% i gennem perioden 2001-2005 (data ikke vist), men dette forhold synes ikke at kunne forklare den stigende incidens af neonatal dehydrering. Alligevel forekommer længden af barselsopholdet at være væsentlig for vejledningens kvalitet og identifikation af eventuelle problemer. Alle nyfødte børn har et fysiologisk væggtab over de første tre levedage, og ved et kort barselsophold vil mange børn udskrives, før de kommer i trivsel [14].

Fordelingen i studiet viser en overrepræsentation af børn med en stor fødselsvægt. Det er sædvanligt, at der rettes en speciel professionel interesse mod små og lavvægtige børn, mens de store børn generelt opfattes som værende i bedre vigør. HGA-børn vil dog ofte have rigelige fedtdepoter, som i starten støtter metabolismen via forbrænding og giver nedsat appetit. Børnenes behov for kalorier rettes således mod ideel-vægten og ikke mod overvægten, hvorfor de har risiko for et større væggtab.

Væggtabets størrelse var tæt relateret til barnets alder ved indlæggelsen, og kun 10% af børnene blev genindlagt før femte levedøgn. Det er således i hjemmet, hvor det er sundhedsplejerskens opgave at føre tilsyn og give vejledning, at tegnene på dehydrering bliver synlige. Denne undersøgelse gør det umuligt at bestemme tidspunktet for og antallet af sundhedsplejerskebesøg hos det enkelte barn, men mindre end halvdelen af børnene blev indlagt af sundhedsplejerske, og kun tre børn havde fået tilskud i hjemmet.

De kliniske tegn på dehydrering er snigende og uspecifikke med sløvhed og ikterus, som de hyppigst forekommende. Til-

Tabel 2. Størrelsen af 89 nyfødte børns relative væggtab testet over for potentielle faktorer. Resultatet af multipel regressionsanalyse med angivelse af faktorerens p-værdi.

Faktor	p-værdi
Barnets køn	0,79
Barnets gestationsalder	0,16
Barnets fødselsvægt ^a	0,21
Barnets fødselsvægt i forhold til forventet vægt ^a	0,23
Mors alder	0,17
Alder ved udskrivelse fra barselsgang	0,50
Alder ved genindlæggelse	0,016

a) Angiver interrelaterede variable, hvorfor analysen er gentaget med henholdsvis den ene og begge variable uden effekt på signifikansniveauet af de øvrige faktorer.

VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

stedevarer af hypnatriæmi er på flere måder uheldigt, idet turgor og det ekstracellulære rum længe bliver opretholdt som følge af hyperosmolariteten. Regelmæssig og præcis vejning vil dog tidligt kunne afsløre den faldende vægt og således indicere terapi, før tilstanden bliver livstruende.

Svær dehydrering med samtidig hypnatriæmi kan have alvorlige konsekvenser i form af cerebrale katastrofer og død. Forekomst af ledsagesymptomer er hyppigt beskrevet kasuistisk, og i en nyligt publiceret amerikansk undersøgelse er den angivet til at være 17% [7]. Under indlæggelsen blev cerebrale symptomer observeret hos 9% af vores børn, og mindst to fik permanent hjerneskade. Disse to børn havde dog også en anden alvorlig sygdom, hvorfor det er umuligt at afgøre, om den hypnatriæmiske dehydrering i sig selv har bidraget til læsionerne. Vi udførte ikke en systematisk efterundersøgelse, men fandt ikke tegn på senfølger hos de børn, som havde et ambulantly efterløb eller en senere indlæggelse. Der er dog klar evidens for, at hyperton dehydrering er en yderst risikabel tilstand, som bør undgås. I tidligere publicerede danske artikler har man påpeget problemet og foreslået hyppig vægtkontrol som præventiv løsning [4, 5, 15], men til trods herfor indtræder tilstanden tilsyneladende med øget hyppighed. I 2005 var frekvensen for genindlæggelse på Hvidovre Hospital 4,9, og såfremt tallet er repræsentativt for hele Danmark, svarer det til en årlig indlæggelse af 300 børn med en samlet indlæggelsestid på over 2.500 dage.

Løsningsforslag kunne være: 1) Modermælk er det foretrukne ernæringsmiddel, men barselspersonale, sundhedsplejerske og egen læge bør overveje tilskud i form af vand eller erstatning ved tegn på vægttab >10%. 2) Mødrene og især førstegangsfødende skal gøres opmærksomme på risikoen for dehydrering og symptomerne herpå, og midlertidigt tilskud ved begyndende dehydrering skal ikke opfattes som en mislykket amning. 3) Børnene skal vejes med en nøjagtig vægt – helst allerede fra fjerde- eller femtedagen [16]. Hvis sundhedsplejersken ikke har mulighed for fremmøde på dette tidspunkt, kunne vejningen foretages af en sygeplejerske i forbindelse med PKU-prøve eller hørescreening. Ved manglende trivsel overvejes tilskud og opfølgning arrangeres. 4) Sundhedsplejerskens første besøg bør afholdes inden det syvende levedøgn.

Korrespondance: *Mette Reilev*, Børneafdelingen, Hvidovre Hospital, DK-2650 Hvidovre. E-mail: mette.reilev@gmail.com

Antaget: 21. august 2006
Interessekonflikter: Ingen angivet

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for spædbarnets ernæring. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
2. Korkmaz A, Yigit S, Firat M et al. Cranial MRI in neonatal hypernatremic dehydration. *Pediatr Radiol* 2000;30:323-5.
3. Gebrara BM, Everett KO. Dural sinus thrombosis complicating hypernatremic dehydration in a breastfed neonate. *Clin Pediatr (Phila)* 2001;40:45-8.
4. Garne E. Hypnatriæmi hos nyfødte børn. *Ugeskr Læger* 2002;164:5664-5.

5. Zachariassen G, Juvonen P. Neonatal dehydrering (tørstefeber) hos nyfødte børn. *Ugeskr Læger* 2002;164:4930-4.
6. Laing IA, Wong CM. Hypernatraemic in the first few days: is the incidence rising? *Arch Dis Child* 2002;87:158-62.
7. Moritz ML, Manole MD, Bogen DL et al. Breastfeeding-associated hypernatremia: are we missing the diagnosis? *Pediatrics* 2005;116:343-7.
8. Rennie JM, Robertson NRC. A manual of neonatal intensive care. London: Arnold, 2002:23-4.
9. Marsal K, Persson PH, Larsen T et al. Intrauterine growth curves based on ultrasonically estimated foetal weight. *Acta Paediatr* 1996;85:843-8.
10. Ingram J, Woolridge M, Greenwood R. Breastfeeding: it is worth trying with the second baby? *Lancet* 2001;358:986-7.
11. Philipp BL, Radford A. Baby-friendly: snappy slogan or standard of care? *Arch Dis Child* 2006;91:F145-9.
12. Sundhedsstyrelsen. Håndbog i vellykket amning – anbefalinger til sundheds-personale. København: Sundhedsstyrelsen, 2006.
13. Reynolds A. Breastfeeding and brain development. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:159-71.
14. MacDonald PD, Ross SRM, L Grant L et al. Neonatal weight loss in breast and formula fed infants. *Arch Dis Child* 2003;88:F472-6.
15. Greisen G. Vejning af nyfødte – for en sikkerheds skyld? *Ugeskr Læger* 2002;164:5599.
16. McKie A, Young D, MacDonald PD. Does monitoring newborn weight discourage breast feeding? *Arch Dis Child* 2006;91:44-6.