



Mild jernmangel

Jernmangel er et stort ernæringsproblem på verdensbasis, og forekommer også hyppig i mildere form i velferdsland som Norge. I vårt land er det først og fremst barn, ungdom i rask vekst, menstruerende og gravide kvinner som kan ha problemer med å få dekket sine jernbehov gjennom kosten. For allmennpraktikeren kan det være vanskelig å avgjøre hvilke individer som bør få sjekket sin jernstatus og hvem som har jernmangel i slik grad at det kan ha betydning for helsen eller velværet. Avhandlingen tar for seg noen problemer når det gjelder diagnose og behandling i slike risikogrupper.

Lokale rutiner for jernbehandling av gravide ble kartlagt ved en spørreundersøkelse blant alle allmennpraktikere i Hordaland. Kun en tredel av legene angav at de fulgte de daværende nasjonale retningslinjer, som anbefalte jerntilskudd til alle gravide. Flertallet vurderte jernbehovet til den enkelte gravide på grunnlag av måling av hemoglobinverdien og s-ferritinverdien, som hos friske individer gjenspeiler størrelsen på jernlagrene i kroppen. Retningslinjene er senere endret og er nå mer i tråd med det legene rapporterte at de gjorde i denne undersøkelsen.

En randomisert, dobbeltblind behandlingsstudie med to typer lavdose jerntilskudd til gravide viste at slik behandling i andre halvdel av svangerskapet var tilstrekkelig til å forebygge anemi og gav høyere blodprosent i slutten av svangerskapet enn hos gravide behandlet med placebo. Effekten på blodprosenten var sammenliknet for de to preparatene, men det ene preparatet, som inneholdt en liten andel hemjern fra svinblod, forhindret i større grad tomme jernlagre hos kvinnene etter fødselen enn det andre preparatet som bare inneholdt mineralisk jern (ikke-hemjern).

I en tverrsnittundersøkelse av alle 8.-klassinger (14–15-åringer) i Kvinnherad kommune ble det funnet at en firedel av jentene og nesten en tredel av guttene hadde tomme jernlagre. Ungdom med manglende jernreserver skilte seg ikke fra gruppen med gode jernreserver når det gjaldt forekomsten av symptomer som har vært knyttet til jernmangel. Gruppen med tomme jernlagre fikk jerntilskudd i tre måneder med etterfølgende kontroll av blodverdiene. Jernbehandlingen førte hos bare tre av 44 som fullførte behandlingen til en økning i blodprosenten. Resultatene tyder på at jernmangel av helsemessig betydning var et lite problem i dette utvalget av ungdommer, selv om andelen med tomme jernlagre var høy. Jernbehandlingen gav en beskjeden økning i s-ferritinnivå og effekten av et vitamin-/mineraltilskudd med 15 mg jern var nesten like god som for et rent jernpreparat med 60 mg jern.

I en fjerde studie ble det undersøkt i hvilken grad forskjellige laboratorieprøver som

brukes for å vurdere jernstatus påvirkes av milde infeksjoner. Det ble funnet at sykdommer uten feber eller påvirkning av allmenntilstanden, som en vanlig forkjølelse, ikke forstyrrer tolkingen av blodprøvene utover de aller første sykdomsdagene. Ved febersykdommer, som en influensa, kan derimot s-ferritinnivået være «falskt» forhøyet i over en måned etter symptomstart. Legene bør derfor forhøre seg om pasientene nylig har hatt en infeksjon før denne prøven forordnes. Dersom det er påliggende å få målt jernstatus innen en måned etter en febersykdom, bør s-transferrinreseptor benyttes. Dette er en forholdsvis ny test, som i motsetning til s-ferritin og de øvrige tradisjonelle jernstatusparametrene, ikke har noen «akutfase»-reaksjon og derfor er et pålitelig mål på jernstatus også i forløpet av aktive sykdomsprosesser.

Avhandlingen setter spørsmålsteget ved rutineundersøkelser av jernstatus blant friske individer. Hvis det påvises tomme jernlagre uten samtidig blodmangel, anbefales kostveiledning og preparater med små jerndoser fremfor høydosepreparater. Gravide kan med fordel anbefales et lavdosert jerntilskudd (< 30 mg per dag) i andre halvdel av svangerskapet for å sikre tilstrekkelig jerntilførsel til mor og barn. Slike preparater gir lite bivirkninger og vil redusere behovet for nærmere laboratorieundersøkelser i svangerskapet.

Avhandlingens tittel

Aspects of diagnosis and treatment of marginal iron deficiency in populations at risk

Utgår fra

Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag og
Institutt for klinisk biokjemi

Disputas 14.12. 2001

Universitetet i Bergen

Benedicte Eskeland

benedicte.eskeland@isf.uib.no

NOKLUS

Seksjon for allmennmedisin
Institutt for samfunnsmedisinske fag
Universitetet i Bergen
Ulriksdal 8c
5009 Bergen



Lavrisikofødsler

Mens det er enighet om at fødsler med kjente risikofaktorer før fødsel bør sentraliseres til spesialisert sykehus som er særlig utstyrt for å kunne ta seg av fødselskomplikasjoner, er det liten enighet om hvor kvinner uten kjente risikofaktorer bør føde.

I avhandlingen benyttes data for mer enn 1,7 millioner fødsler i Norge fra 1967 til 1996 registrert i Medisinsk fødselsregister. Risiko for død i første levemåned er analysert i forhold til fødestedets størrelse, justert for den

ulike andel av risikofaktorer kvinner ved de ulike fødestedene hadde. Risiko for død i første levemåned er også analysert etter mors bostedskommune, der kommunene er klassifisert etter i hvilken grad de bruker fødeavdelinger av ulik størrelse. Felles for begge analysestrategier er at det synes å være en liten, men statistisk sikker økt risiko for dødelighet med minkende størrelse på fødestedet. Funnene tyder på at den sentralisering av fødsler til større fødesteder som har funnet sted de senere årtier, har vært riktig. Risiko for død i forbindelse med fødsel er imidlertid så lav i Norge i dag at neppe noe fødested kan hevdes å være utrygt.

Avhandlingen analyserer også risiko for senskader hos barn med lav apgarskåre som overlever. Apgarskåre er en vurdering av barnets tilstand ett og fem minutter etter fødsel med verdi 0–10. Verdier 7–10 regnes som normalt. Alle barn med normal fødselsvekt som ble født i årene 1983–87, 235 000 barn, ble fulgt frem til 8–13 års alder ved å koble opplysninger fra Medisinsk fødselsregister til Rikstrykdeverkets register over barn som mottar grunn- og hjelpestønad. Ytterligere opplysninger om forhold rundt fødsel, nyfødtperiode, utvikling, atferds- og skolevansker ble innhentet fra foreldre, sykehus og behandlingsinstitusjoner for et utvalg på 770 av disse barna.

Barn som ett og fem minutter etter fødsel hadde apgarskåre på 3 eller lavere, hadde 145 ganger høyere risiko for å utvikle cerebral parese enn barn med normal apgarskåre. Det var også en økt risiko for andre nevrologiske funksjonsforstyrrelser og lære- og atferdsvansker hos barn som ikke utviklet cerebral parese. Økt risiko for senere skader ble imidlertid bare funnet dersom lav apgarskåre var ledsaget av andre nevrologiske symptomer i første leveuke. Dersom barnet ikke fikk slike symptomer i første leveuke, syntes det ikke å være noe økt risiko for senere skader.

Avhandlingens tittel

Low risk deliveries – a study of risks related to place of birth and the prognostic value of the Apgar score

Utgår fra

Pediatrik institutt
Medisinsk fødselsregister
og
Seksjon for medisinsk statistikk
Institutt for samfunnsmedisinske fag

Disputas 7.12. 2001

Universitetet i Bergen

Dag Moster

dag.moster@smis.uib.no
Pediatrik institutt – Barneklivnikken
Haukeland Sykehus
5021 Bergen