

Mikrokirurgi i Asia

Næringstilskudd gav høyere fødselsvekt i Nepal

Høy dødelighet blant nyfødte bidrar i betydelig grad til spedbarnsdødeligheten i fattige land. Ernæringsforhold under svangerskapet er viktig for fødselsvekten, som igjen antas å være en viktig faktor for neonatal død. I en dobbeltblind randomisert studie i Nepal, nylig publisert i *The Lancet*, ble det undersøkt om et ernæringstilskudd til gravide kan øke fødselsvekten (1).

I 200 gravide ble randomisert til å få enten daglig jern- og folatstilskudd (kontrollgruppe) eller et kosttilskudd som sikret anbefalt daglig dose av 15 vitaminer og mineraler (intervensjonsgruppe). Tilskuddene ble gitt fra minst 12 ukers svangerskapslengde og inntil forløsning. Gjennomsnittlig fødselsvekt i de to gruppene var henholdsvis 2 733 g og 2 810 g ($p = 0,004$), og andelen nyfødte med lav fødselsvekt, dvs. under 2 500 g, var 25 % lavere i intervensjonsgruppen ($p = 0,014$). Det ble ikke funnet statistisk signifikante forskjeller i morbiditet eller mortalitet.

I en lederkommentar (2) pekes det på at forskjellen i fødselsvekt mellom de to gruppene kan være underestimert, etter som alle kvinnene fikk tilbud om sykehusinnleggelse ved forløsning, og alle antakelig spiste bedre enn hva de ville gjort uten et slikt tilbud. Dette kan ha bidratt til at forskjellen mellom de to gruppene ikke ble større.

Det er ikke avklart hvilken betydning lav fødselsvekt har for sykkelighet og dødelighet hos nyfødte og spedbarn. Forfatterne mener at det er nødvendig med flere studier før man etablerer større tiltak med denne type næringstilskudd til gravide.

Petter Gjersvik

petter.gjersvik@legeföreningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Osrin D, Vaidya A, Shrestha Y et al. Effects of antenatal multiple micronutrient supplementation on birthweight and gestational duration in Nepal: double-blind, randomised controlled trial. *Lancet* 2005; 365: 955–62.
2. Holmes W, Toole M. Micronutrient supplements in pregnant Nepalese women. *Lancet* 2005; 365: 916–7.

I Asia har man betydelig større erfaring med kirurgi ved skader på plexus brachialis enn i Norge. Hovedårsaken til det er det store antall trafikkulykker, særlig motorsykkelulykker. I Norge gjøres det relativt få operasjoner på plexus brachialis etter skader, derfor er det viktig å søke kunnskap og erfaring der dette finnes.

Ved Seksjon for håndkirurgi ved Ortopedisk avdeling, Rikshospitalet (tidligere Kronprinsesse Märthas Institutt), har det de siste 20 årene vært drevet avansert mikrokirurgisk virksomhet. 50–60 replantasjoner årlig har vært det vanlige, i tillegg kommer revaskulariseringsoperasjoner, flytting av fritt vaskulariserte lapper (hud, muskel, sene, bein, ledd) og operasjoner på perifere nerver og pleksus. Vår erfaring med pleksusskader og pleksusrekonstruksjoner er relativt begrenset fordi tilgangen på pasienter er liten. Ved hjelp av kontakter ved Mayo-klinikken i USA, der jeg hadde et studieopphold i 1997–98, fikk jeg nylig anledning til å besøke sykehus i Asia som driver omfattende mikrokirurgisk virksomhet av høy kvalitet.

Tokyo

Med en jorden-rundt-billett i lommen dro jeg fra Oslo til Hawaii for å delta på årsmøtet i American Association for Hand Surgery, et fellesmøte for håndkirurgi, perifer nervekirurgi og rekonstruktiv mikrokirurgi. Fra Hawaii reiste jeg til Tokyo, hvor jeg var invitert til St. Marianna University Hospital av professor Moroe Beppu, som jeg kjente fra Mayo-klinikken. Dessuten var jeg et par dager ved Keio University Hospital, det største universitetssykehuset i Tokyo. Her er det en egen seksjon for håndkirurgi med over 100 leger.

Ved begge disse sykehusene hadde legene relativt lav inntekt, men de jobbet i tillegg ved andre sykehus, der de tjente godt på polikliniske konsultasjoner og vaktarbeid. Driften var etter vår målestokk noe gammeldags, og det var ikke uvanlig at en pasient som hadde fått innsatt hofte- eller kneprotese, kunne ligge på sykehuset i to måneder etter operasjonen. Jeg fikk forklart at dette skyldtes små leiligheter i Tokyo, noe som gjorde rehabiliteringen vanskelig. En tenåringsgutt som hadde fått gjort en 15–20 cm reseksjon av femur pga. en tumor, skulle være på sykehuset til en forlengelsesprosedyre med beintransport var ferdig. Dette var anslått å kunne ta 1–2 år.

En del forhold kunne, sett med norske øyne, være enkle, på andre områder var



tilstanden imponerende. Særlig imponert ble jeg av ressursene Japan legger ned i forskning. Det bygges opp biomekaniske laboratorier og forskningsinstitutter ved sykehusene, og underordnede leger får muligheter og økonomiske midler til å dra utenlands for å få impulser, fordype seg i faget, lære seg nye teknikker og perfektionere seg i engelsk. Med en slik satsing er Japan i ferd med å bli toneangivende innen medisinsk forskning. Vi i Norge henger langt etter.

Taipei

Fra Tokyo dro jeg til Taipei på Taiwan for å hospitere ved Chang Gung Memorial Hospital. Dette er det største private sykehuset i Asia, med 3 000–4 000 sengeplasser. Jeg var gjest hos professor Fu-Chan Wei ved plastisk-kirurgisk avdeling, der man driver utstrakt mikrokirurgisk virksomhet på 15 operasjonsstuer. Sykehuset har totalt 90 operasjonsstuer. I 2001 foretok man om lag 150 replantasjoner av avkuttete lemedelegg og omtrent 950 prosedyrer med flytting av vev med mikrovaskulær teknikk («frie lapper»), hvorav ca. 65 % ble gjort for å dekke defekter etter operasjoner for cancer i munnhule og svelg. Årsaken til det store antall karsinomer i munnhulen antas å være den utbredte betelnøttingen. Betelnøtt skal ha en stimulerende effekt, den gir «en god følelse» og tygging