

om

Spæd&småbørn

NR. 1 / 20. ÅRGANG / FORÅR 2011



INDHOLD I DETTE NUMMER

HVEM CYKLER FORÅRET I MØDE

TAK TIL JENS KAMPER

APPETIT FOR NY SMAG

FOKUS PÅ BØRN MED LAV FØDSELSVÆGT

HØRER NINTENDO TIL I BØRNEHAVEN?

BREVKASSE

Kolofon

- Målgruppe:** Tidsskrift til sundhedsplejersker, sygeplejersker, læger, kliniske diætister m.fl., der arbejder professionelt med spæd- og småbørn
- Redaktion:** Mathilde Østergård
- Lægekonsulenter:** Arne Høst
Ledende overlæge, dr. med.
H. C. Andersen Børnehospital
Odense Universitetshospital
- Jens Kamper
Overlæge, dr. med.
Odense Universitetshospital
- Karsten Hjelt
Ledende overlæge, dr. med.
Børneafdeling E
Herlev Hospital
- Sundhedsplejerske:** Helen Lyng Hansen
NetSundhedsplejerske.dk
- Beauvais Børnemad:** Mathilde Østergård
Susie L. Christensen
- Udgiver:** Beauvais Foods
Hørsvinget 1-3
Postboks 139, 2630 Taastrup
Tlf. 4358 9350
Fax. 4358 9393
- Distribution:** Udsendes elektronisk 4 gange årligt
- Brevkassen:** Spørgsmål besvares løbende og redaktionen forbeholder sig ret til at publicere spørgsmål og svar i det omfang det er muligt
- Kontakt:** Forslag til emner samt meddelelse om adresseændring sendes til:
mathilde.ostergard@beauvaisfoods.dk
- Abonnement:** www.boernemad.dk - under sundhedspersonale

Hvem cykler foråret i møde...

AF MATHILDE ØSTERGÅRD, BEAUVAIS BØRNEMAD

"Om spæd- & småbørn" udkom første gang i efteråret 1992 – vi fejrer nu den 20. årgang af magasinet med premieren på denne første elektroniske version.

Vi fortsætter med aktuelle faglige artikler fra eksperter og den velkendte brevkasse, hvor du kan stille spørgsmål til vores lægepanel. Fremover fordobler vi antallet af udgivelser til 4 årlige elektroniske udsendelser. Artiklerne kan du læse på skærmen, men de er samtidig i et printvenligt format.

I januar trak vi lod blandt alle tilmeldinger til denne elektroniske version. Hovedpræmien var et gavekort til en cykel, og en sundhedsplejerske fra Århus kan nu cykle foråret i møde på en spritny cykel.

I denne udgave sætter vi fokus på intrauterin væksthæmning med en artikel af overlæge, dr. med. Jens Kamper, og sundhedsplejerske Helen Lyng Hansen lægger op til debat om de elektroniske medier i småbørnenes dagligdag. I brevkassen finder du blandt andet svar på et spørgsmål, som flere sikkert er blevet stillet: Nemlig om ACD-vitamindråber kan gives i stedet for D-vitamindråber, hvis D-vitamindråberne mistænkes for at give barnet mavesmerter.

Ved årsskiftet til 2011 stoppede Jens Kamper som lægekonsulent i lægepanelet hos Beauvais Børnemad i forbindelse med, at han gik på pension fra sin stilling som specialeansvarlig overlæge ved H. C. Andersen Børnehospital. På vegne af Beauvais Børnemad vil jeg gerne takke for et prisværdigt bidrag og mange interessante faglige artikler til "Om spæd- & småbørn" gennem tiden.



Forsiden fra den første udgave af "Om spæd- & småbørn" fra efteråret 1992.

Tak til Jens Kamper

AF ARNE HØST, LEDENDE OVERLÆGE, DR. MED. ODENSE UNIVERSITETSHOSPITAL
OG KARSTEN HJELT, LEDENDE OVERLÆGE, DR. MED. HERLEV HOSPITAL

Som kolleger til Jens Kamper i redaktionsgruppen bag "Om spæd- & småbørn" vil vi gerne takke Jens Kamper for et inspirerende, stimulerende og effektivt samarbejde.

Jens Kamper har bidraget, både personligt og gennem sine mange faglige ekspertkontakter, til at skabe letforståelig information om relevante faglige emner omkring spæd- og småbørn. Det har drejet sig om et vidt spektrum af sundhedsfaglige emner af relevans for alle forældre, sundhedsplejersker, læger og andet sundhedspersonale. Det har været vigtigt for Jens Kamper at "nå hele vejen rundt omkring" et emne og gerne også kontroversielle emner og behandlinger. Personligt har han bidraget med mange gode artikler, som stadig er brugbare, også for moderne forældre. Vi vil også gerne takke Jens Kamper for hans altid venlige og rolige væremåde og evne til fordybelse og saglig diskussion.

I sit virke som specialeansvarlig overlæge for neonatologi ved H. C. Andersen Børnehospital har Jens Kamper været hovedmanden bag etablering af den højt specialiserede neonatologiske universitetsfunktion. Endvidere har han været en ledende kraft bag etablering af CPAP-behandling (Continuous Positive Airway Pressure) i Danmark, og for de mindste præmature børns vedkommende også internationalt.

Beauvais Børnemad lancerer nye økologiske middagsretter

AF MATHILDE ØSTERGÅRD, BEAUVAIS BØRNEMAD

Beauvais Børnemad tilbyder nu også dansk producerede økologiske middagsretter i fire velsmagende varianter. Vi har udviklet middagsretterne med fokus på barnets ernæringsbehov og den gode smag. Indholdet af protein, kulhydrat og fedt er nøje afstemt, så det passer til de anbefalede energiprocenter for børn mellem 6 – 11 måneder.* Vi har fokus på konsistensen, så mundmotorikken udfordres, og især i 8 måneders varianterne er der noget at tygge på. Variation i måltidernes smagsoplevelser giver barnet appetit på at prøve nyt, og vi har krydret med timian, persille, rosmarin, oregano, hvidløg og karry.

Beauvais Børnemad er den eneste leverandør, der kan tilbyde frugtmos og middagsretter med det danske Ø-mærke.



De fire varianter af middagsretter:

- Pastinakmos med majs og kylling (6 måneder)
- Grøntsager og pasta med svinekød (8 måneder)
- Pasta og tomatsovs med oksekød (8 måneder)
- Ris med mild karry og kylling (8 måneder)

*Nordiske Kostanbefalinger (NNR) 2004.

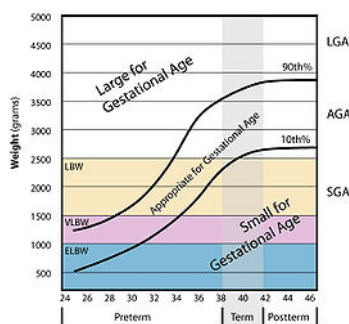


Intrauterin væksthæmning, 'small for gestational age' og dysmaturitet

OVERLÆGE, DR. MED. JENS KAMPER

Væksthæmning af fostret er en tilstand, der i dag omfattes med stigende interesse – af obstetrikere, af børnelæger, af sundhedsplejersker og almenmedicinere og sidst men ikke mindst af epidemiologer, da der er holdpunkter for, at føtal væksthæmning kan have livslang betydning.

Engang satte man lighedstegn mellem for lav fødselsvægt og for tidlig fødsel og definerede ligefrem præmaturitet som "fødselsvægt under 2500 g". Denne definition viste sig imidlertid uholdbar, for så vidt som adskillige børn med lav fødselsvægt, f.eks. under 2500 g fødes efter fulde 37 uger, som er nutidens grænse mellem præmatur og matur fødsel. I dag ved vi, at lav fødselsvægt ofte skyldes utilstrækkelig vækst af fostret, og at væksthæmningen kan have mangfoldige årsager.



Figur 1. 'Intrauterin vækstkurve' visende sammenhængen mellem fødselsvægt og gestationsalder. Den viste kurve er en såkaldt percentilcurve, der afgrænser de 10 % letteste børn som SGA og de 10 % tungeste som 'large for gestational age' - LGA). I nogle sammenhænge afgrænses kun de 3 % letteste børn som SGA, hvilket i øvrigt svarer nogenlunde til definitionen, når der anvendes kurver, der angiver spredningen ved standarddeviationer.

Nyfødte børn klassificeres efter gestationsalder og fødselsvægt ved hjælp af en referencekurve - en såkaldt intrauterin vækstkurve (figur 1), der skal være repræsentativ for den population, man ønsker at klassificere. Kurven er konstrueret ud fra gestationsalder og fødselsvægte på tilstrækkeligt mange børn, der alle har en sikker terminsberegning. Kurven er tegnet med angivelse af populationens gennemsnitsvægt og spredning svarende til + 2 standarddeviationer, som vist på figuren. Omkring 2,5 % af børnene vil falde under nederste linie, hvilket definerer dem som "intrauterint væksthæmmede" (synonymt med "Intrauterine Growth Restriction" oftest forkortet IUGR). Andre almindelige synonymbetegnelser er "Small for Gestational Age" (SGA) og - især tidligere - "Small for Dates".

Intrauterint væksthæmmede børn inddeles yderligere i symmetrisk væksthæmmede (lav fødselsvægt og lav fødselslængde) og asymmetrisk væksthæmmede (lav fødselsvægt, normal eller næsten normal fødselslængde). En stor del af de asymmetrisk væksthæmmede børn vil være magre med sparsom subcutis, tynde arme og ben, pergamentagtig hud, store hoveder og påfaldende faste kranieknogler (figur 2).



Figur 2.

Disse børn klassificeres fra gammel tid som dysmature – en rent deskriptiv diagnose.

Før fødslen og i obstetriske sammenhænge anvendes diagnosen "intrauterin væksthæmning" (IUGR). Efter fødslen og i neonatologiske sammenhænge foretrækkes betegnelserne SGA og dysmaturitet.

Det er vigtigt at gøre sig klart, at nyfødte børn kan være væksthæmmede (og dysmature) uden at opfylde det diagnostiske kriterium. F.eks. skal et barn, der er født med et vægt- og vækstpotentiale til at nå + 1½ standarddeviation på referencekurven, miste 3½ standarddeviation før det opfylder diagnosekriteriet.

Til gengæld vil barnet så sandsynligvis opfylde kriterierne for dysmaturitet.

Om fastlæggelse af termin og gestationsalder

Fødselstermin og gestationsalder fastlægges ved hjælp af datoen for starten af seneste normale menstruation ("Dates") – 3 måneder + 1 uge. Da der i mange tilfælde er usikkerhed om denne dato (uregelmæssige menses, brug af p-piller m.v.) korrigeres den ved anvendelse af ultralydskanning(er) under graviditeten. Skanning mellem 7. og 13. uge kan fastlægge gestationsalderen inden for 3–5 dage, mellem 14. og 20. uge med en usikkerhed stigende fra en til halvanden uge. Herefter falder præcisionen yderligere.

Ultralydskanning anvendes i dag også til at diagnosticere og følge udviklingen af intrauterin væksthæmning, se nedenfor.

Årsager til intrauterin væksthæmning

En lang række tilstande kan hæmme fostervæksten. Disse kan opdeles i indre og ydre (tabel 1). Væksthæmningen kan sætte ind tidligt, dvs. allerede fra zygotedannelsen eller under embryo- og organogenesen, der er karakteriseret af tilvækst i antallet af celler: cellehyperplasi. Eller senere under føtogenesen hvor væv og organer er anlagt og tilstanden er præget af tiltagende cellestørrelse: cellehypertrofi.

INDRE ÅRSAGER

- Konstitutionelle (f.eks. små forældre)
- Genetiske (især trisomi 13, 18 og 21)
- Toksiske (alkohol, nikotin, visse lægemidler)
- Infektiøse (f.eks. toxoplasmose, cytomegalvirus, rubella m.v.)
- Teratogene (radioaktiv bestråling, visse medikamenter)

YDRE ÅRSAGER

Maternelle

- Underernæring
- Anæmi
- Hjertefejl (cyanotisk mb.cordis)

Placentainsufficiens

- Hypertension/vaskulær sygdom
- Autoimmun sygdom
- Placentainfektion
- Reduceret areal (f.eks. infarcering, kronisk placentalløsning, flerfoldsgraviditet ("placental crowding"))

Uterusabnormiteter

- Uterus bicornus m.v.
- Rumopfyldende processer (f.eks. fibromyom)

TABEL 1. Årsager til intrauterin væksthæmning.

Symmetrisk væksthæmning (omfattende såvel vægt som længde) skyldes et tidligt insult, der påvirker vækstpotentialet i de fleste eller alle væv og organer. Histologisk undersøgelse viser, at antallet af celler er reduceret. Det tidlige insult resulterer i cellulær hypoplasi med reduceret celletal og reduceret organ- og fostervækst. Som eksempler herpå kan nævnes kromosomfejl, kongenitte infektioner og forskellige misdannelsessyndromer (en ekstremform er det såkaldte Silver-Russell Syndrom (www.csh.dk)).

Asymmetrisk væksthæmning (omfattende vægten) skyldes typisk et relativt sent insult, der først sætter ind på et tidspunkt, hvor organogenesen i det væsentlige har fundet sted og skyldes som oftest en nedsat tilførsel af næringsstoffer, vand og/eller ilt. Organerne rummer typisk et normalt antal celler men disse er små, hypotrofiske. Den hyppigste årsag hertil er placentainsufficiens, primær eller sekundær til præeklampsi, maternal hypertension arterialis eller diabetes mellitus med vasculære komplikationer.

Inddelingen i symmetrisk og asymmetrisk væksthæmning er en forenkling, nogle vil sige en overforenkling, da man tit og ofte står overfor blandingsformer.

Diagnostik af intrauterin væksthæmning

Ydre abdominalpalpation er utilstrækkelig, da den afslører under halvdelen af de væksthæmmede fostre, om end måling af symfyse-fundusafstand hjælper noget på det.

Det mest effektive værktøj er i dag ultralydskanning af uterus med bestemmelse af biparietaldiameter, abdominalcircumferens og andre vækstparametre suppleret med bestemmelse af flow i arteria umbilicalis (sjældnere andre blodkar) hos væksthæmmede fostre. Hertil anvendes såkaldt Doppler-teknik. Flowforholdene har prognostisk betydning ved at vise i hvilken grad fostret måtte være påvirket eller ligefrem truet og hvornår forløsning i så fald vil være påkrævet.

SGA og perinatale komplikationer

SGA-barnet har en øget risiko for perinatale komplikationer. Den største del af denne gruppe – de asymmetrisk væksthæmmede børn – har hyppigt været udsat for nedsat tilførsel af næringsstoffer og/eller ilt i sidste

del af graviditeten. De vil i sammenligning med normale nyfødte hyppigere være asfyktiske ved fødslen, og på grund af en tynd subcutis være udsatte for afkøling. De vil i tilfælde af hypoxi i svangerskabet ofte være polycytæmiske med høje hæmoglobinkoncentrationer (med risiko for trombose) og på grund af små glykogendepoter være disponerede til at udvikle hypoglykæmi.

Den postnatale overvågning af SGA-barnet begynder således allerede på fødestuen med et passende asfyksiberedskab og fortsætter på neonatalafdelingen med forholdsregler mod afkøling (varmewugge eller kuvøse), mod hypoglykæmi ("early feeding", evt. glukosedrop) og mod eventuel polycytæmi (partiel udskiftningstransfusion).

I tilfælde af mistanke om intrinsicke årsager til væksthæmningen, f.eks. intrauterin infektion eller kromosomfejl foretages udredning herfor.

SGA-børns vækst og udvikling

Som gruppe vil SGA-børnene nå en lavere sluthøjde og -vægt end ikke væksthæmmede børn. Der er imidlertid store forskelle i vækstmønster indenfor gruppen, hvad der ikke er overraskende i betragtning af gruppens årsagsmæssige heterogenitet.

Asymmetriske SGA-børn med normal eller næsten normal fødselslængde vil i de fleste tilfælde opnå en normal vækstsurt og herefter udvikle normal legemsstatur og nå normal sluthøjde. Anderledes med symmetriske SGA-børn. Disse vil som oftest fortsætte væksthæmningen, dvs. få en beskeden vækstsurt efterfulgt af en tilvækst og vægtøgning, der ligger én eller flere standarddeviationer under gennemsnittet. Da disse børn fra naturens side har et svarende til vækstmønstret reduceret fødeindtag, vil de ikke sjældent blive opfattet som "utrivelige" og forsøgt behandlet med "mere mad", evt. diætetik. Her gælder det om ikke at overdrive og om at være opmærksomme på denne faldgrube. I adskillige tilfælde vil "mere mad" i bedste fald vise sig virkningsløs, i værste fald skadelig ved at påføre barnet en anorexi. SGA-børn der i 4-årsalderen ikke har opnået en legemshøjde over $-2\frac{1}{2}$ standarddeviation, skal henvises til børneafdeling, da der i mange tilfælde vil være indikation for behandling med væksthormon, der vil kunne øge den forventede sluthøjde med 12-14 cm.

På længere sigt lurer flere risici, idet SGA-børn har en overhyppighed af psykomotoriske og egentlig neurologiske problemer, der dukker op igennem barnealderen.

Det gælder igen især de symmetrisk og svært asymmetrisk væksthæmmede børn, hvor også hovedets og hjernens vækst er ramt. Undersøgelser af monozygote tvillinger i 9-17 årsalderen har vist lavere IQ i den halvdel, der havde lavest fødselsvægt.

Også i voksenalderen kan IUGR måske sætte sig spor. D. Barker og medarbejdere har i retrospektive studier påvist sammenhænge mellem lav fødselsvægt og forekomst af arteriel hypertension i yngre voksenalder samt type-2 diabetes, hyperlipidæmi og kardiovaskulær sygdom (syndrom X). Der knytter sig i dag stor interesse til disse måske kausale sammenhænge, der har fået betegnelsen "Barker-hypotesen".

Resume

Den intrauterine væksthæmning er i dag genstand for stor interesse. Væksthæmmede børn udgør en heterogen gruppe, der frembyder mange udfordringer på såvel kort som langt sigt, diagnostisk, behandlingsmæssigt og prognostisk.

Sundhedsplejersken og lægen skal være opmærksomme på, at intrauterin væksthæmning i sværere tilfælde ofte efterfølges af extrauterin væksthæmning med lavt fødeindtag, som er bestemt af vækstmønstret og ikke er udtryk for "dårlig trivsel" i gængs forstand - og derfor ikke kan afhjælpes med "mere mad" eller diætetik. Sværere væksthæmning giver problemer i perinatalperioden og kan give langtidsproblemer af psykomotorisk og neurologisk karakter.

Måske kan intrauterin væksthæmning have langvarige følger. Således postulerer Barker-hypotesen en sammenhæng mellem intrauterin væksthæmning og det såkaldte syndrom X, der omfatter udvikling af arteriel hypertension, type 2 diabetes og kardiovaskulær sygdom i voksenalderen.

Litteratur

"Neonatologi" af B. Peitersen, M. Arrøe og O. Pryds. Nyt Nordisk Forlag, 3. udgave. 2008.

Hører Nintendo DS til i børnehaven?

ET OPLÆG TIL DEBAT AF HELEN LYNG HANSEN, NETSUNDHEDSPLEJERSKE.DK

Flere og flere forældre fortæller mig, at man i danske institutioner ser brugen af Nintendo DS som en naturlig og social aktivitet for børnene. Men forældrene er bekymrede og føler sig meget splittede, for det er svært at sige farvel om morgenen til et barn der siger "når du er gået, så skal jeg over og se de spiller Nintendo" ...

Computer, TV, Wii, Nintendo DS, iPads, Playstation, mobiltelefoner - listen af elektroniske medier og spillekonsoller er lang, og det er helt naturligt, at disse ting indgår i vores hverdag. Vi bruger det, vores børn bruger det, og både børn og voksne bruger det med stor fornøjelse. Der findes mange fine spil, som udvikler børns logiske sans og reaktionsevne. Der er lavet spil, som er tilpasset børns alder og forskellige udviklingstrin og som børn kan lære af, og jeg mener som udgangspunkt, at dette er ganske fint og helt naturligt at benytte sig af.

Jeg oplever, at forældre føler et dilemma, når de afleverer deres barn i børnehave, fordi det i mange institutioner er blevet almindeligt, at børn medbringer deres Nintendo DS. Forældre føler sig presset på mange måder - de ved, at de skal styrke deres barns sociale kontakter, men de ved også, at børn skal røre sig og bruge sig selv fysisk, og de oplever, at børnene sidder passivt med deres Nintendo DS i stedet for at lege med hinanden. Og samtidig vil de jo gerne gøre det bedste for deres børn, og hvad er rigtigt at gøre?

Jeg hører to begrundelser for at Nintendo DS i dag må medbringes og bruges i børnehaver:

1. Børn forberedes til skolegang. De lærer at sidde stille, hvilket er et krav i skolen.
2. Der er tale om en social aktivitet, som børnene samles om og deler med hinanden.



Jeg vil med dette oplæg til debat ikke spørge hvorvidt Nintendo DS er godt eller skidt, men derimod gerne have jer til at diskutere om det hører hjemme i børnehaven.

Nintendo DS som forberedelse til børns skolegang

Jeg hører, at "børn skal lære at sidde stille og koncentrere sig, allerede når de går i børnehave, for ellers vil de naturligt have meget svært ved at tilpasse sig skolen".

Dette er jo i for sig rigtig nok, men begrundelsen uddybes med, at de netop lærer det ved at spille Nintendo DS. De trænes dagligt i at sidde stille og træner finmotoriske øvelser. Via spillene trænes deres hjerne til kreativ problemløsning, og de forberedes til nogle af de krav, der stilles, når de skal starte i skole. For at være skoleparat, skal man netop kunne være stillesiddende og arbejde individuelt.

Men mon det gavner? Er børn forberedt til bedre skolegang, hvis de har spillet Nintendo DS i børnehaven? Jeg ved det ikke, men jeg har min tvivl, da præmisserne for at sidde stille med en Nintendo DS og præmisserne for at sidde i en skole er vidt forskellige.

I en skole skal man ofte sidde stille sammen med andre og modtage en kollektiv besked fra læreren. Man er en del af et fællesskab og spiller selv en mindre aktiv rolle, hvilket er helt modsat det, man oplever med sin Nintendo DS. Her er det barnet der styrer spillet og mange spil er bygget sådan op, at barnet hele tiden får feedback og ros i form af diverse stjerner og præmier. Mange spil er i dag så intelligente, at de automatisk tilpasser sig spilleren og hele tiden giver præmier, så man får lyst til at fortsætte. Denne intense opmærksomhed på den individuelle præstation og denne individuelle feedback, kan de færreste lærere leve op til.

Forbereder det ikke børn bedre, hvis man f.eks. læser historier højt? Bliver børn ikke bedre forberedt til skolegang, hvis man samler børnene, lærer dem at lytte, være stille og have opmærksomheden rettet mod den voksne, som har noget spændende at formidle?

Nintendo DS som en social aktivitet

Når man ser børnene lege med deres Nintendo DS, så sidder der ofte en gruppe børn i en sofa og der står en klynge af børn omkring. Netop fordi så mange børn står i kreds for at følge med, kigge på og snakke om spillet, så vil det for mange børn føles som at være med – også selvom man ikke er ejer af en Nintendo DS – og det kan for voksne udefra måske se ud som om, at det her er en god fælles aktivitet. Men spørgsmålet er hvor mange af børnene, der reelt er med og oplever det som et fællesskab ...? De børn som ikke har en Nintendo DS ytrer ofte store ønsker om at få en sådan, for det er først, når man har sin egen Nintendo DS, at man er en "rigtig del af gruppen".

Forældrene giver utryk for bekymring over at brugen af Nintendo DS i børnehaven medfører et A-hold og et B-hold mellem børnene – "dem der har – og dem der ikke har" og forældre føler sig presset til at købe en Nintendo DS til deres barn, fordi de er bange for at deres barn ellers holdes udenfor. Det skaber et urimeligt pres på de forældre, der enten ikke har råd eller ikke ønsker at købe en Nintendo DS til deres barn.

Som sundhedsplejerske kan jeg være bekymret over det ansvar det er at give sit barn på 4 år en Nintendo DS med i børnehaven. En Nintendo DS koster ofte mellem 1000-1500 kr og dertil kommer spil, som ligger mellem 200-500 kr stykket. Når børn får en så dyr ting med i børnehaven, så skal de passe på den, den må ikke blive væk, den må ikke gå i stykker. Men børn på fire år kan ikke leve op til dette krav. De glemmer den, de taber den, de låner den ud og andre passer måske ikke på den som de selv ville gøre ...

Forældre efterlyser regler for brug af Nintendo DS i børnehaver, og de spørger om Nintendo DS er anderledes end andet legetøj? Der har altid været regler for hvorvidt man kunne medbringe eget legetøj i børnehaven. Normalt har det ikke været kutyme, at børn kunne medbringe maskinpistoler, grædedukker eller sværd, men når det drejer sig om Nintendo oplever forældre ikke samme regler. Forældrene siger at det er anderledes med Nintendo DS "fordi børnene med Nintendo sidder stille og passer sig selv ...".

Hvordan ville vi forholde os, hvis det var to piger, der medbragte to meget dyre dukker i børnehaven og en gruppe af børn brugte formiddagen på at sidde og kigge på at netop de to piger legede med deres dukker? Er det en sammenligning der kan bruges? Hvori består en eventuel forskel?

Tid til debat

Jeg oplever som sundhedsplejerske et stigende antal henvendelser fra forældre, som er i tvivl om hvordan de skal forholde sig til børn og skærmtid, det vil sige den mængde tid børn bruger foran TV, computer og diverse spillekonsoller. Hvor meget skærmtid må børn under 1 år have dagligt? Hvad med børn der går i vuggestue, i børnehave, i skole?

Jeg får henvendelser som direkte går på brugen af Nintendo DS – Er det godt? Er det skidt? Hvor går grænsen? Hvordan finder vi balancen mellem tiden vi lever i og at elektroniske medier er en del af hverdagen? Skal børn f.eks. have lov til at bruge Nintendo DS i børnehaven? Hvad mener du?

Brevkasse

Skriv gerne til brevkassen, hvis du har et spørgsmål til vores ekspertpanel. Spørgsmål sendes til mathilde.ostergard@beauvaisfoods.dk.

Spørgsmål

ACD-vitamindråber

Er det er O.K. at give ACD-vitamindråber til mature børn, hvis de udelukkende får modermælkserstatning? Som sundhedsplejerske anbefaler vi af og til, at skifte fra D-vitamindråber til ACD-vitamindråber, hvis børnene får ondt i maven af D-vitamindråber. Jeg har talt med et par forældre, der mente at have læst, at hvis et barn udelukkende får modermælkserstatning, får barnet for meget A-vitamin, hvilket kan være skadeligt, hvis det samtidig får ACD-vitamindråber.

Med venlig hilsen
En sundhedsplejerske

Svar

Dit spørgsmål kan ikke besvares helt kort og entydigt. Holder man sig til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, er det ikke O.K. at erstatte D-vitamindråber med ACD-vitamindråber, hvis børnene ernæres fuldt med modermælkserstatning, da der i så fald vil være risiko for at komme over den i øjeblikket fastsatte grænse for tilførsel af vitamin A. Spørgsmålet er så, om D-vitamindråberne rent faktisk giver mavesmerter hos nogle få spædbørn, eller om nogle sundhedsplejersker opfatter D-vitamindråber som en mulig årsag til 3-måneders kolik (og en sådan opfattelse er hypotetisk og udokumenteret). Vi har på børneafdelingen i Odense aldrig haft anledning til at seponere D-vitamindråber på mistanke om, at de gav mavepine, så det må være et ekstremt sjældent fænomen.

Forældrene har delvis ret, for så vidt som A-vitaminindgiften vil overstige den fastsatte grænse, men kun delvis idet "daily tolerable upper level" for spædbørn er ukendt, som det fremgår af det følgende.

Sundhedsstyrelsen anbefaler et tilskud af vitamin D i en mængde på 10 mikrogram (400 IE) dagligt til alle børn fra 2 ugers- til 2 årsalderen (ved særlige forhold dog længere). Dette tilskud anbefales uanset om barnet får modermælkserstatning (MME) til trods for, at MME er tilsat vitaminer i en eller anden grad. Beauvais Modermælkserstatninger er eksempelvis tilsat 1 mikrogram D-vitamin og 74 mikrogram A-vitamin (= 74 RE) per 100 mL færdig blanding, hvilket faktisk vil dække behovene, når barnet vejer 6 kg forudsat et normalt fødeindtag.

...fortsættes på næste side

Brevkasse

Svar, fortsat fra forrige side

For fuldstændighedens skyld skal tilføjes, at
1 mL Multitabs ACD-vitamindråber (Ferrosan) indeholder:

300 mikrogram vitamin A
35 milligram vitamin C
10 mikrogram vitamin D3

I Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for spædbarnets ernæring" fra 2005 fremgår det, at "Indtagelse af vitamin A kan give alvorlige forgiftningssymptomer. Det er usikkert, hvor meget der skal til for at give symptomer, især hos spædbørn" (p. 109). Nordiske Næringsstofanbefalinger rekommanderer et indtag på 300 mikrogram (= retinolenheder (RE)) daglig til børn i alderen 6-11 måneder, men findes ingen anbefalinger for børn under denne aldersgrænse. Den pædiatriske bibel Nelson Textbook of Pediatrics, 18th ed. anbefaler tilførsler på 4-500 RE daglig i alderen 0-12 måneder (p. 245). Der angives et "daily tolerable upper level" på 3000 RE for voksne men intet "level" for børn og slet intet for spædbørn. The Merck Manual for Health Care (nås via Google) anfører, at doser over 6000 RE per dag kan føre til toksicitet hos spædbørn.

Personligt har jeg aldrig oplevet tilfælde af A-vitaminforgiftning til trods for, at spædbørn på MME tidligere fik rutinemæssigt tilskud af ACD-vitamindråber, så alt i alt må risikoen for A-vitaminforgiftning ved ombytning af D-vitamindråber med ACD-vitamindråber være meget lille uden helt at kunne udelukkes.

Med venlig hilsen

Jens Kamper
Overlæge, dr. med.

Brevkasse

Spørgsmål

Syrnet modermælkserstatning

Der går nogle "rygter" om at spædbørn ikke må ernæres udelukkende med syrnet modermælkserstatning, da det kan forstyrre deres syre/base balance. Er der belæg for dette?

Med venlig hilsen
En sundhedsplejerske

Svar

Beauvais Modermælkserstatning Syrnet indeholder citronsyre (1,2g/l). 1,2 g citronsyre/l modermælkserstatning svarer til 6,34 mmol citronsyre/l, hvilket svarer til 19 meq syre/l. Med et indtag på 140 - 160 ml modermælkserstatning/kg/døgn svarer det til en syrebelastning (fra citronsyren) på 2,7 - 3 meq/kg/døgn. Den endogene syreproduktion er af samme størrelsesorden. Da udskillelsen af syreækvivalenter kan øges betydeligt bl.a. ved øget udskillelse af ammoniumioner, kan jeg ikke forestille mig, at den normale syre-base balance vil blive påvirket af den ekstra belastning fra den tilsatte citronsyre.

Med venlig hilsen

Karsten Hjelt
Ledende overlæge, dr. med.
Herlev Hospital

Brevkasse

Spørgsmål

Udstående ører og andre ydre øre misdannelser

Jeg har med stor interesse læst jeres artikel i sidste nummer af "Om spæd- Et småbørn" (nr. 3. efterår 2010) om "Udstående ører og andre ydre øre misdannelser".

Det er ikke sjældent, at jeg i min hverdag støder på forskellige ydre øre misdannelser på børn, som ikke har andre afvigende træk. Men jeg bemærker, at udstående øre sammen med graviditets diabetes kan hænge sammen med nyremisdannelse. Jeg bliver selvfølgelig optaget af det, da jeg kommer hos et barn på 4 måneder, som har flyveører og venstre øre er især flyvende samt mangler folder. Mor har en insulinkrævende diabetes, hvilket hun har haft fra barndommen. Denne lille pige udvikler sig alderssvarende, men har et meget bekymret i ansigtsudtryk, og er meget grædende med en inderlig skinger gråd. Mor beskriver meget gylpen, men jeg har aldrig set dette. På baggrund af denne gylpen har den lille pige været indlagt for at få undersøgt, om hun har for meget mavesyre, men det ikke var tilfældet.

Der er umiddelbart ingen andre familiære problemer med hørelse eller andre i familien med udstående ører. Når jeg nu læser artiklen, tænker jeg, om der er andre sygdomme, der skal overvejes hos denne lille pige?

I forhold til de andre ydre øre misdannelser (præauriculær fordybning og -vedhæng) nævnes at barnet bl.a. skal undersøges for hørenedsættelse så tidligt som muligt. Jeg tænker, at det sker med spædbarns hørescreeningen og selvfølgelig sundhedsplejersken observationer af det lille barns sproglige udvikling – men er det rigtigt og tilstrækkeligt?

Med venlig hilsen
En sundhedsplejerske

Svar

Når der er øget mistanke om nyremisdannelse (f.eks. kombinationen "flyveører" og diabetes mellitus hos mor) bør barnet have undersøgt nyrene (blodprøver og ultralyd). Jeg synes ikke, at din beskrivelse af barnet giver anledning til bekymring for anden sygdom bortset fra reflux, som du beskriver. Jeg går ud fra, at barnet trives med normal vækst!

Er der øget mistanke og hørenedsættelse hos et barn, er hørescreening ikke nok. Et sådant barn bør henvises til audiologisk undersøgelse af hørelsen.

Med venlig hilsen

Karsten Hjelt
Ledende overlæge, dr. med.
Herlev Hospital