Fler förstfödda barn dog i ABC-vård

I en randomiserad, kontrollerad studie av 1 860 kvinnor lottade till ABC-vård (Alternative Birth Care) eller vanlig vård i tidig graviditet fann man 8 fall av perinatal död i ABC-gruppen och 2 i kontrollgruppen (oddskvot 4,0; 95 procents konfidensintervall; 0,8–39,2; P= 0,11) (Waldenström U, et al. Br J Obstet Gynaecol. 1997;104(4):410-8). Denna skillnad var ej statistiskt säkerställd och föranledde nedanstående studie.

Samtliga kvinnor som skrevs in i ABC-vård under 10 år (1989–1999) och som födde sammanlagt 3 256 barn jämfördes med en kontrollgrupp som födde barn i ordinarie vård under samma tidsperiod, i samma region, och som uppfyllde samma medicinska kriterier som gällde vid inskrivning i ABC-vård (180 380 barn). Uppgift om perinatal död inhämtades från det medicinska födelseregistret och sjukhusjournaler.

Ingen statistisk skillnad observerades i total perinatal dödlighet (oddskvot 1,5; 95 procents konfidensintervall; 0,9–2,4), men förstföderskors barn löpte större risk i ABC-gruppen än i kontrollgruppen (oddskvot 2,2; 95 procents konfidensintervall; 1,3–3,9). Oberoende bedömare granskade samtliga 18 fall av perinatal död i ABC-gruppen och identifierade ett fall där utfallet skulle kunna ha förhindrats om handläggningen efter överföring till ordinarie vård hade varit mer proaktiv. I ytterligare tre fall skulle utfallet möjligen kunna ha förhindrats.

Inga entydiga riskfaktorer identifierades, men följande är tänkbara: ingen eller begränsad användning av kardiotokografiövervakning (CTG), förlossningar även i graviditetsvecka 42+6, försening i samband med överföring på grund av komplikationer, risk att personal på ordinarie förlossningsavdelning fortsätter handlägga överförd kvinna som lågrisk samt en vårdfilosofi som genom betoning av normalitet riskerar förbiseende av komplikationer. Flertalet av dessa riskfaktorer är idag undanröjda eller minimerade. ABC-enheten har övergått i Södra BB i Stockholm, som är en vårdform med två ABC-liknande team vars medicinska riktlinjer modifierats utifrån forskningsresultaten.

Ulla Waldenström
ulla.waldenstrom@omv.ki.se

Karin Gottvall

Gottvall K, et al. Safety of birth centre care: perinatal mortality over a 10-year period. Br J Obstet Gynaecol. 2004;111(1):71-8.

Bättre tal och språk hos hörselskadade barn med tidigt kokleaimplantat

Gravt hörselskadade barn kan i dag med hjälp av kokleaimplantat få den stimulering av hörselsystemet som är nödvändig för en adekvat utveckling av tal och språk. Hörselstimulering före sex års ålder anses avgörande, men frågan är hur bråttom det är för kommunikationsförmågan att ge det hörselskadade barnet ett kokleaimplantat.

I en amerikansk studie undersöktes 133 barn i 8–9-årsåldern som erhållit kokleaimplantat i åldersintervallet 2–4 år. Man fann inget samband mellan tal-, språk- och skrivförmåga och ålder då kokleaimplantatet gjordes eller hur länge det använts. Däremot kunde man se att fler barn som behandlades tidigt uppnådde resultat likvärdiga med normalhörande barn: i gruppen hörselskadade barn som fick sina kokleaimplantat vid två års ålder fanns nästan tre gånger fler barn med normal tal- och språkutveckling än i fyraårsgruppen. Man kunde också visa att hos de hörselskadade barn som fötts normalhörande och fått ett kokleaimplantat inom ett år efter skadan uppvisade 80 procent normal tal- och språkförmåga.

Slutsatsen är att man kan förvänta sig klart bättre tal- och språkförmåga hos barn som behandlas tidigt efter att de förlorat sin hörsel.

Den bästa effekten av ett kokleaimplantat avseende kommunikationsförmågan ses inte oväntat hos små barn, och idag går också utvecklingen mot att implantera vid allt lägre åldrar. Det finns dock stora skillnader i behandlingsresultat, och för barnets föräldrar är det viktigt att göra ordentliga uppföljningar av nyttan för barnets långsiktiga utveckling. Geers' intressanta studie besvarar viktiga frågor, men mycket forskning återstår, inte minst rörande de barn som får sina kokleaimplantat före två års ålder.

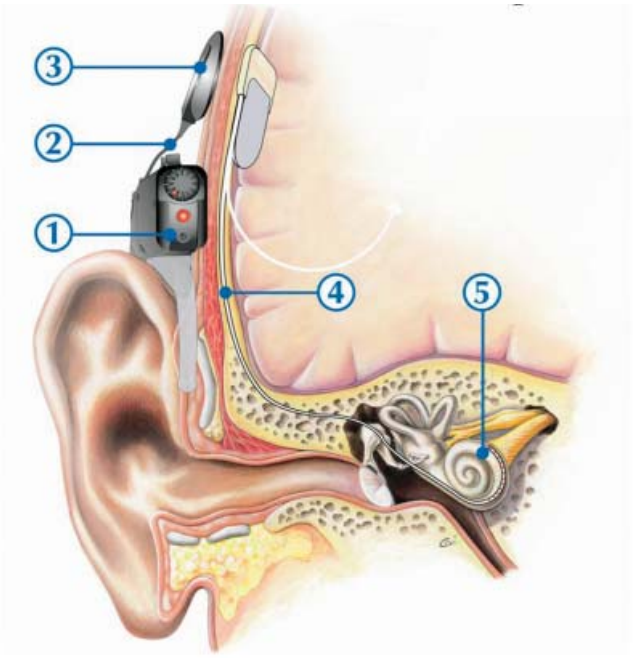


ILLUSTRATION: MÖLLERSTRÖM MEDICAL AB

1. Ljud fångas upp av mikrofonen på talprocessorn och omvandlas till små kodade pulser.
2. Pulserna skickas via en sladd till sändarspolen, som sitter bakom örat.
3. Sändarspolen överför den kodade signalen genom huden till implantatets mottagare.
4. Mottagaren läser av signalen och sänder ett mönster av små pulser i en ledare till elektroderna, som är införda i snäckan i innerörat.
5. Varje elektrodpar avger elektriska pulser. Pulserna stimulerar ganglieceller och hörselnerv, som i sin tur skickar impulserna till hjärnan. Hjärnans hörselcentrum reagerar på dessa impulser och tolkar dem som ljud.

Mats Ulfendahl
mats.ulfendahl@cfh.ki.se

Geers AE. Speech, language, and reading skills after early cochlear implantation. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;130(5):634-8.

Se även artiklar på sidorna