

Burðarmálsdauði á Íslandi - getum við enn lækkað tíðnina?

Það er ekki lengra síðan en á 5. áratug síðustu aldar að enn dó að meðaltali ein kona í hverjum 1000 fæðingum á Vesturlöndum, þrátt fyrir að tíðni mæðradauða hefði hríðfallið frá byrjun aldarinnar. Á Íslandi var mæðradauði 3,9/1000 fæðingar á árunum 1911-1915 en hafði lækkað um næstum 3/4 í 1,1/1000 árin 1946-1950, mest vegna tilkomu sýklyfja og blóðgjafar. Mæðradauði lækkaði áfram; 0,5/1000 fæðingar 1956-1960 en á árunum 1966-1972 dó ein kona annað hvert ár að meðaltali (1). Kraftar lækna og ljósmæðra um miðja síðustu öld beindust þess vegna fyrst og fremst að því að draga úr mæðradauða. Keisaraskurðir voru sjaldgæfir þar til á 7. áratugnum. Þeir voru þá framkvæmdir í um 2% allra fæðinga, yfirleitt í því skyni að bjarga heilsu og lífi móðurinnar, en reynt var að bjarga ófæddum börnum með ádrætti af ýmsum toga. Þegar nýburar fæddust með einkenni fósturköfnunar var reynt að lífga þá við með einfaldri örvun, en nýburalækningar voru ekki til sem sérgrein. Miklir fyrirburar voru yfirleitt ekki álitnir lífvænlegir og endurlífgun ekki reynd.

Dæmi um átak til að draga úr mæðradauða eru skýrslur *Confidential Enquiries into Maternal Deaths in England and Wales* sem hafa verið gefnar út frá 1952. Á þeirri hálfu öld sem liðin er frá því að fyrsta skýrslan kom út hefur mæðradauði á Vesturlöndum fallið um 9/10. Ekki má samt gleyma því að enn í dag deyja meira en hálf milljón kvenna á ári vegna fæðingar eða meðgöngutengdra sjúkdóma. Þetta jafnast á við að Boeing þota full af barnshafandi konum farist dag hvern! Bretar hafa síðar beitt fagrýni (audit) á þarlandan burðarmálsdauða í *Confidential Enquiries into Stillbirths and Deaths in Infancy*. Burðarmálsdauði á Vesturlöndum hefur lækkað niður í 1/10 af því sem hann var fyrir 40 árum, hliðstætt við lækkun mæðradauða hálfri öld fyrr.

Burðarmálsdauði (perinatal mortality) tekur til andvana fæðinga eða dauða barna á fyrstu viku lífsins. Öll börn sem fæðast með lífsmarki en deyja á fyrstu viku (early neonatal death) eru talin með, óháð meðgöngulengd. Burðarmálsdauði var 27,8/1000 fædd börn á Íslandi árið 1961, svipaður og hann hafði verið tíu árum fyrr (27,9 árið 1952). Talan lækkaði hægt og bitandi á næstu tíu árum þar á eftir, í 19,7 árið 1972. Á 9. og 10. áratugnum féll burðarmálsdauði hins vegar hratt, í 7,8 1981 og var komin niður í 4,7 árið 1994 (1, 2).

Fram að þeim tíma höfðu aðeins andvana fædd

börn, sem fæddust eftir 28 vikna meðgöngu eða voru 1000g að þyngd eða meira við fæðingu, verið talin með í burðarmálsstöfum en önnur talin til fósturláta. Árið 1994 var farið að telja með andvana fædd börn væri meðgangan 22 vikur eða meir, en miðað við 500g fæðingarþyngd væri meðgöngulengdin ekki þekkt eins og Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) hefur lagt til. Miðað við þessa nýju skilgreiningu var tíðni burðarmálsdauða 6,2 árið 1994.

Nú hefur burðarmálsdauði verið reiknaður fyrir árið 2002 og hefur aldrei verið lægri; 4,4/1000 fædd börn miðað við andvana fædd börn eftir 22 vikna meðgöngu, eða 500g fæðingarþyngd, en 2,5 sé miðað við 28 vikur eða 1000g fæðingarþyngd eins og áður fyrr og enn er víða gert (3). Þetta er með allra lægstu tölum sem þekkjast í heiminum þó að taka verði tillit til þess að í fámennu samfélagi eins og okkar geta þessar tölur sveiflast verulega milli ára. Hvað þýða þessar tölur í raun? Getum við gert betur?

Hvað er burðarmálsrýni (perinatal audit)?

Vinnuhópur á vegum European Association of Perinatal Medicine skilgreindi burðarmálsrýni (perinatal audit) á eftirfarandi hátt:

Burðarmálsrýni er kerfisbundin og gagnrýnin greining á gæðum umönnunar á burðarmálsskeiði (þ.e. mæðraverndar, fæðingarhjálpar og nýburalækninga), á útkomu þeirrar umönnunar, og þeim lífsgæðum mæðra og nýfæddra barna sem af hljóstast.

Í upphafi var átt við útkomu bæði fyrir móður og barn, en áherslan hefur smám saman færst á nýburana.

Norræna-baltneska burðarmálsdauðaflokkunin (Nordic-Baltic Perinatal Death Classification; NBP-DC) er flokkunarkerfi sem var þróað 1995 til að auðvelda samanburð á burðarmálsdauðatölum milli landa. Kveikjan að þessu var að tíðni burðarmálsdauða hafði verið marktækt hærrí í Danmörku en í Svíþjóð allt frá árinu 1950. Árið 1991 var tíðni burðarmálsdauða til dæmis 8,0 í Danmörku en 6,5 í Svíþjóð. Þessi sláandi munur varð til þess ákveðið var að kanna ástæðurnar nánar. Ákveðin flokkar dauðsfalla voru skilgreindir sem „potentially avoidable“, það er sem hægt væri að fækka í með umbótum. Flokkunin á þannig að benda á hvar skórin kreppir í mæðra- og nýburavernd (problem oriented approach). Öll íslensk burðarmálsdauðatilfelli frá 1994 hafa verið flokkuð samkvæmt þessu kerfi.



Ragnheiður Inga
Bjarnadóttir

Höfundur er sérfræðingur á kvennadeild Landspítala Hringbraut og situr í ritstjórn Læknablaðsins.

NBPDC-kerfið var notað til að skýra muninn á tíðni burðarmálsaða milli Danmerkur og Svíþjóðar (4). Í ljós kom að í Danmörku urðu marktækt fleiri dauðsföll heilbrigðra barna í fæðingu, en intrapartum dauðsföllum barna sem eru hvorki miklir fyrirburar né haldin meðfæddum göllum ætti oftast að vera hægt að afstýra með góðri fæðingarhjálp.

Í annarri rannsókn var samanburður gerður á Danmörku, Svíþjóð og Litháen, en tíðni burðarmálsaða í síðastnefnda landinu er tvöfalt hærri en á Norðurlöndum (5). Sá hópur sem reyndist jafnstór í þessum löndum voru börn sem deyja í móðurkviði án þess að vera vaxtarskert, oftast óútskýrð dauðsföll sem gera ekki boð á undan sér eða naflastrengsslys. Þetta er líka stærsti hópurinn hjá okkur sem og í öðrum löndum, þar sem tíðni burðarmálsaða er lág, enda er illmögulegt að afstýra þessum dauðsföllum.

Nýlega var gerð stór evrópsk rannsókn (Euronatal) þar sem gerður var samanburður á burðarmálsaðautilfellum í tíu Evrópulöndum (6). Metið var hversu oft mætti finna ófullnægjandi þætti (suboptimal factors) og reynt að gera sér grein fyrir hvernig það hefði áhrif á útkomuna. Munur milli landanna var verulegur. Sjaldnast var talið að hægt hefði verið að afstýra dauðsfalli í Finnlandi (31,9% tilfella) en oftast í Englandi (53,5%). Algengast var að alvarleg vaxtarskerðing fósturs væri ekki greind og reykingar mæðra höfðu mikið vægi.

Lýkilhugtök í burðarmálsrýni erlendis eru „suboptimal care“ og „avoidable factors“. Það fyrra má þýða sem ófullnægjandi meðferð og getur verið vegna þess að heilbrigðisþjónustan er ófullnægjandi eða að hún er ekki þegin, til dæmis meðferð hafnað. Hið síðarnefnda má þýða sem áhættuþætti eða atvik sem hefði mátt komast hjá. Í þessu hugtaki felast að auki þættir sem eru vart á valdi heilbrigðisstarfsfólks eða stofnunar, svo sem félagslegir þættir (til dæmis fátækt, heimilisofbeldi) eða áhættuþættir sem tengjast lífsstíl eins og fíkniefna-

neysla, offita og reykingar. Hugtökin „avoidable factors“ og „potentially avoidable outcome“ eru hins vegar ólík því hið síðarnefnda felur í sér að hægt hefði verið að afstýra slæmri útkomu. Oft er dregin sú ályktun að slæm útkoma hljóta að vera í beinu orsakasamhengi við ófullnægjandi meðferð. En oft sést sams konar „ófullnægjandi meðferð“ í öðrum tilvikum þar sem allt fer vel. Einnig kemur oft í ljós að betri meðferð hefði ekki getað komið í veg fyrir slæma útkomu.

Hérlendis eins og í nágrannalöndunum fjölga sífellt kærur og kvörtunum vegna þeirra sem starfa að mæðravernd og fæðingarhjálp þrátt fyrir sílækkandi tíðni burðarmálsaða. Þetta vekur upp spurningar um hvers við erum megnug og hvaða væntingar eru gerðar til okkar.

Þrátt fyrir að tíðni burðarmálsaða sé með því lægsta sem þekkt í heiminum verður seint hægt að bjarga öllum börnum, og þó nærri sé búið að koma í veg fyrir mæðradauða á Vesturlöndum getur einstaka meðganga eða fæðing reynst lífshættuleg. Ljóst er að þörf er á áframhaldandi rannsóknunum og bættri fæðingarskráningu til þess að hægt sé að vinna að enn frekari úrbótum á þessu mikilvæga sviði heilbrigðisþjónustunnar.

Heimildir

1. Snædal G, Biering G, Sigvaldason H. Fæðingar á Íslandi 1972-1981. 2. grein. Burðarmálsaði. Læknablaðið 1982; 68: 303-4.
2. Bjarnadóttir RI, Geirsson RT, Pálsson G. Flokkun burðarmálsaða á Íslandi 1994-1998. Læknablaðið 1999; 85: 981-6.
3. Geirsson RT, Pálsson G, Bjarnadóttir RI, Harðardóttir H. Skýrsla frá fæðingarskráningunni fyrir árið 2002. Kvinnadeild LSH, 2003.
4. Langhoof-Roos J, Borch-Christensen H, Larsen S, Lindberg B, Wennergren M. Potentially avoidable perinatal deaths in Denmark and Sweden 1991. Acta Obstet Gynecol Scand 1996; 75: 820-5.
5. Langhoof-Roos J, Larsen S, Basys V, Lindmark G, Bado-kynote M. Potentially avoidable perinatal deaths in Denmark, Sweden and Lithuania as classified by the Nordic-Baltic classification. Br J Obstet Gynaecol 1998; 105: 1189-94.
6. Richardus JH, Graafmans WC, Verloove-Vanhorick SP, Mackenbach JP. The Euronatal Audit Panel, The Euronatal Working Group. Differences in perinatal mortality and suboptimal care between 10 European regions: results of an international audit. Br J Obstet Gynaecol 2003; 110: 152-7.

Leiðrétting

Í Læknablaðinu 2003; 89: 665 birtist taflan hér fyrir neðan. Beðist er velvirðingar á því að heiti á dálkum víxluðust.

Tafla V. Virkni súperoxíðdismútasa (SOD1) (rauð blóðkorn) og oxunarvirkni cerúlóplasmíns (sermi) ásamt sérvirkni cerúlóplasmíns í fólki með Downs heilkenni. Bornar eru saman niðurstöður mælinga í einstaklingum 40 ára og eldri við þá sem voru yngri en 40 ára. Í eldri hópnum voru 13 einstaklingar, en 22 í þeim yngri.

| Ákvarðanir | 40 ára og eldri meðalgildi – bil | Yngri en 40 ára meðalgildi – bil | P gildi |
|------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---------|
| Virkni SOD1 (SOD 525 einingar) | 430 (365-478) | 474 (132-583) ^{a)} | 0,0489* |
| Virkni cerúlóplasmíns (ein./ml) | 105 (72-134) | 104 (67-156) | n.s. |
| Sérvirkni cerúlóplasmíns (ein./mg) | 298 (232-417) | 333 (233-396) | 0,0414* |

a) Aðeins 20 einstaklingar. Tvö sýni spilltust vegna blóðrofs. (Niðurstöður samkvæmt Þórsdóttir et al. 2001; sjá heimildaskrá.)

* Tölfræðilega marktækur munur.
n.s. = munur ekki tölfræðilega marktækur.