

Dansk Selskab for Klinisk Ernæring

Magnesiummangel - et væsentligt og overset klinisk problem?

Torsdag den 29. november 2001 kl. 18.00

Århus Kommunehospital. afd. M's auditorium, bugn. 3A, 2. etage

Program:

Mg-mangel ved kardiovaskulære lidelser

Inge Dørup (40 min)

Alkohol-induceret Mg-mangel

Niels Kristian Aagaard (20 min)

Malabsorption og Mg-mangel

Ib Hessov (20 min)

Alle er velkomne. Tilmelding ikke nødvendig.

Jo, I hørte rigtigt:

Som omtalt i sidste nyhedsbrev planlægger Sundhedsministeriet at anvende 30 mill. kr. over de næste 3 år til en styrket indsats for mad til syge. Programmet er ved at blive forberedt. Der sættes ind på 4 områder:

- Mad til risikopatienter på sygehusene
- God måltidsservice på alle sygehuse.
- Kostvejledning til syge og risikopatienter
- Støtte til forskning og udvikling

Vi håber i næste nyhedsbrev at kunne bringe mere konkret nyt om, hvorledes initiativerne sættes i gang.

Virker parenteral ernæring?

RL Koretz et al. Gastroenterology 2001; 121: 970-1001.

Dette er den mest komplette meta-analyse af effekten af parenteral ernæring vs. ingen ernæring. Som konklusion på analysen af 109 kontrollerede undersøgelser anføres, at der gennemgående ikke kan påvises nogen sikker effekt på morbiditet, indlæggelsestid eller overlevelse. I diagnostiske undergrupper anføres for 41 undersøgelser vedrørende gastrokirurgiske

patienter, at der generelt ikke er nogen effekt, undtagen hos patienter som gennemgår øvre gastrokirurgi (ventrikel/øsofagus). Hos disse var der en statistisk sikker reduktion af svære postoperative komplikationer. I de øvrige patientgrupper (kancer, alkoholisk hepatitis, inflammatoriske tarm sygdomme, akut nyresvigt m.fl.) var der ingen sikker effekt. I de fleste af de sidstnævnte patientkategorier var der dog kun tale om 1-3 undersøgelser i hver kategori. Forfatterne fremhæver, at der er meget få/ingen undersøgelser blandt patienter, der er svært underernærede og/eller svært syge, lige som der kun er få undersøgelser af mere end 1-2 ugers varighed. Hos sådanne patienter kunne parenteral ernæring have en positiv virkning, lige som parenteral ernæring kunne have betydning hos andre patienter, hvis den normale kostindtagelse er svært nedsat i mere end 2 uger. Men der er endnu ingen undersøgelser som kan bekræfte dette. Artiklen slutter med en tabel over anbefalinger vedr. brug af parenteral ernæring, som er graderet A-E (A = anbefales, f.eks. korttarmspatienter, E = frarådes, f.eks. patienter i kemo- eller stråleterapi pga infektionsfare), samt en gennemgang af

praktiske forholdsregler ved anvendelse af parenteral ernæring.

Tidlig postoperativ enteral ernæring virker

SJ Lewis et al. British Medical Journal 2001; 323: 773-776.

En meta-analyse af 11 kontrollerede undersøgelser af enteral ernæring vs. ingen ernæring, påbegyndt senest 24 timer efter udført elektiv gastrokirurgi, i de fleste tilfælde colonkirurgi. Enteral ernæring medførte en ca. 30% reduktion i infektioner ($P=0.04$) og en signifikant kortere indlæggelsestid (0.84 dag kortere, sic!, $P=0.001$). Der var desuden en knapt signifikant reduktion i anastomose lækage ($P=0.08$). Forfatterne konkluderer, at det ikke er gavnligt for patienter at være fastende i det postoperative forløb.

Parenteral ernæring virker lige så godt som enteral ernæring

Woodcock et al. Nutrition 2001; 17:1-12.

I en undersøgelse udført blandt alle patienter på et sygehus, som skulle have sondeernæring eller parenteral ernæring, blev det taget stilling til, om gastrointestinalkanalene fungerede. Hvis dette var tilfældet, fik patienterne sondeer-

næring og hvis det ikke var tilfældet, fik de parenteral ernæring. Hvis man var i tvivl, blev de randomiseret til sondeernæring eller parenteral ernæring. Der kunne ikke konstateres nogen fordele ved at anvende sondeernæring, f.eks. i form af færre infektioner. Patienterne som fik sondeernæring, fik mindre energi og protein tilført og havde flere ernæringsrelaterede komplikationer end gruppen, der fik parenteral ernæring. Forfatterne konkluderer, at opfattelsen af, at sondeernæring er bedre end parenteral ernæring er forkert.

Kommentar: Den 'fejlagtige opfattelse' opstod på baggrund af, at det f.eks. på Intensiv afsnit var rutine udelukkende at anvende parenteral ernæring. Adskillige kontrollerede undersøgelser viste i 1980'erne, at mange patienter i intensiv terapi lige så godt kunne ernæres via sonde, og at dette skift i ernæringsform var ledsaget af færre infektioner. I den nye undersøgelse drejer det sig ikke om patienter i intensiv terapi (kun 35% af patienter var på intensiv afdeling, da de blev randomiseret), og undersøgelsen drejer sig ikke om patienter, der fejltagtigt er sat i parenteral ernæring, trods nogenlunde velfungerende gastrointestinalkanal (som tidligere tiders intensiv patienter).

Bestemmelse af energibehov - teori og praksis.

Kliniske diætister i *DSKE* holdt d. 30. maj en efteruddannelsesdag om dette emne.

J Kondrup, Rigshospitalet, sammenholdt beregning af energibehov via Harris-Benedict (HB), Schoefield og Anbefalinger for den danske institutionskost. I de eksempler han gennemgik var der ikke den store forskel på resultater der blev opnået ved de to metoder. I HB indgår alderen som en kontinuerlig variabel, mens Schoefield har fast aldersinterval med relativ store intervaller, fx over 60 år. HB har derimod ikke mange målinger på ældre med i deres materiale. I Anbefalingerne for Institutionskost (Fig 10) er HB anvendt, baseret på 50 årige mænd med faldende BMI (fra 22.4 (85 kg) til 12.9 (40 kg)).

I energibehovbestemmelsen indgår ud over basalstofskifte en aktivitets- og en stressfaktor. Aktivitetsfaktor 1,1 for sengeliggende og 1,3 for oppegående (3 km /t). Mht. energibehov ved overvægt anbefalede JK 85 kJ/kg ved BMI=30 - 50, baseret på Glynn CC et al. *JPEN* 1999;23:147- 154. *AMWJ Schols*, Holland, fortalte om måling af energibehov og ernæringstilstand hos KOL patienter.

Før opstart af ernæringsterapi bestemmes ernæringstilstanden, dvs. LBM estimeres. Patienterne med bronchitis ser typisk ud til at være i god ernæringstilstand, hvor em-

fysepatienterne er tynde. Begge grupper har dog nedsat LBM, sammenlignet med raske. Det blev anbefalet at alle undervægtige patienter, samt de normalvægtige patienter der havde haft et vægttab og de normalvægtige patienter med nedsat LBM fik tilbudt ernæringsterapi.

Fordele og ulemper ved at give fedtholdige kosttilskud blev gennemgået. I en undersøgelse publiceret for nylig fandt forfatterne, at deltagerne var mere kortandede efter at have fået et fedtholdigt kosttilskud sammenlignet med et kulhydratholdigt (Vermeeren et al. *Am J Clin Nutr* 2001;73:295-301).

Vigtigheden af fysisk træning for anabolismen blev pointeret. Ændringer i kropssammensætning blev anvendt som mål for den iværksatte intervention - idet patienterne ofte, samtidig med ernæringsterapien, vil blive behandlet med andre ting (steroider, træning m.m.), som vil have en gavnlig effekt på kropssammensætningen, men ikke nødvendigvis vægten. En nylig meta-analyse af ernæring til KOL patienter: Ferreira et al. *Chest* 2001;119:353-363.

*Birthe Stenbæk Hansen og
Anne Marie Beck*

Næste nyhedsbrev:

Medio december. Indlæg sendes til formanden.

Skemaer til ernæringsterapi mv. kan downloades fra Magical Desk via *DSKE's* hjemmeside:
<http://homed.inet.tele.dk/dske>

Formand:
Jens Kondrup
Overlæge, dr. med.
Ernæringsenheden-5601
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
Tlf.: 35 45 25 59
Fax: 35 45 22 13
kondrup@rh.dk

Næstformand:
Ib Hessov
Overlæge, dr. med.
Kirurgisk afd L
Århus Amtssygehus
Tage Hansensgade 2
8000 Århus C
Tlf.: 89 49 75 03
Fax: 89 49 75 49
ib.hessov@dadlnet.dk

Sekretær:
Henrik Højgaard Rasmussen
Overlæge
Medicinsk afd. M
Ålborg Sygehus Syd
Hobrovej 18-22
9100 Aalborg
Tlf.: 99322511
h.h.r@mail1.stofanet.dk

Kasserer:
Mette Borre
Klinisk diætist
Medicinsk afd V
Århus Kommunehospital
Nørrebrogade 44
8000 Århus C
Tlf.: 89 49 28 15
Fax: 89 49 28 20
akh.grp02s.mb1@aaa.dk

Bestyrelsen i øvrigt:

Overlæge Thomas Almdal, Endokrin afd, KAS Herlev.
thal@herlevhosp.kbhamt.dk
Overlæge Jan Eriksen, Med afd, Herning Centralsygehus
jeriksen@dadlnet.dk
afdelingslæge Ole Hamberg, KAS Glostrup
hamberg@dadlnet.dk

Sygeplejerske Hanne Kristensen, Sygeplejeskolen Ålborg
hk@sraa.nja.dk
Sygeplejerske Lene Bech, Apopleksiafsnit, KKH Hvidovre.
lene.lillevang.bech@hh.hosp.dk
Klinisk diætist Lisbeth Jensen, RAS Køge.
rklje@ra.dk

Formand:
Jens Kondrup
Overlæge, dr. med.
Ernæringsenheden-5601
Rigshospitalet
Blegdamsvej 9
2100 København Ø
Tlf.: 35 45 25 59
Fax: 35 45 22 13
kondrup@rh.dk

Næstformand:
Ib Hessov
Overlæge, dr.med.
Kirurgisk afd L
Århus Amtssygehus
Tage Hansensgade 2
8000 Århus C
Tlf.: 89 49 75 03
Fax: 89 49 75 49
ib.hessov@dadlnet.dk

Sekretær:
Henrik Højgaard Rasmussen
Overlæge
Medicinsk afd. M
Ålborg Sygehus Syd
Hobrovej 18-22
9100 Aalborg
Tlf.: 99322511
h.h.r@mail1.stofanet.dk

Kasserer:
Mette Borre
Klinisk diætist
Medicinsk afd V
Århus Kommunehospital
Nørrebrogade 44
8000 Århus C
Tlf.: 89 49 28 15
Fax: 89 49 28 20
akh.grp02s.mb1@aaa.dk

Bestyrelsen i øvrigt:

Overlæge Thomas Almdal, Endokrin afd, KAS Herlev.
thal@herlevhosp.kbhamt.dk
Overlæge Jan Eriksen, Med afd, Herning Centralsygehus
jeriksen@dadlnet.dk
afdelingslæge Ole Hamberg, KAS Glostrup
hamberg@dadlnet.dk

Sygeplejerske Hanne Kristensen, Sygeplejeskolen Ålborg
hk@sraa.nja.dk
Sygeplejerske Lene Bech, Apopleksiafsnit, KKH Hvidovre.
lene.lillevang.bech@hh.hosp.dk
Klinisk diætist Lisbeth Jensen, RAS Køge.
rklje@ra.dk