

Sinktilskudd hjelper ved kolera

■ Tilskudd av sink reduserer varigheten og alvorlighetsgraden av kolera hos barn. Dette viser en randomisert, placebokontrollert studie som nylig er publisert i *BMJ* (1).

Studien ble utført i Bangladesh, der kolera er endemisk. Sykdommen gir alvorlig akutt diaré og dehydrering og kan føre til døden hvis den ikke blir behandlet. Kolera er vanlig i mange land, med flere enn 230 000 rapporterte tilfeller årlig. Men ifølge Verdens helseorganisasjon er det en betydelig underrapportering.

I studien ble barn med kolera i alderen 3–14 år randomisert til å få 30 mg sink daglig eller placebo til de var friske, i tillegg til standard behandling. Flere pasienter i sinkgruppen ble friske etter to dager (49 % versus 32 %) og etter tre dager (81 % versus 68 %). Diareen varte gjennomsnittlig i åtte timer kortere i sinkgruppen, og avføringsmengden var mindre.

Selv om forbedringen ved tilskudd av sink kan virke relativt liten, kan det ha stor betydning i områder hvor kolera er endemisk. Ved International Centre for Diarrhoeal Disease Research i Bangladesh, der studieforfatterne jobber, ble 34 100 pasienter behandlet for kolera i 2005 (2). Under epidemisesongen må de sette opp telt for å få plass til alle. I en slik situasjon er en reduksjon i antall barn innlagt i sykehus på 5–10 % vesentlig, og kan bidra til å redde liv.

Å behandle en pasient med alvorlig kolera koster rundt 15 amerikanske dollar. Sinktilskudd for tre dager koster omtrent 0,14 dollar. Tilskudd kan dermed spare både liv og penger i land hvor kolera er endemisk.

Oda Riska

oda.riska@legeforeningen.no
Tidsskriftet

Litteratur

1. Roy SK, Hossain MJ, Khatun W et al. Zinc supplementation in children with cholera in Bangladesh: randomised controlled trial. *BMJ* 2008; 336: 266–8. doi:10.1136/bmj.39416.646250.AE.
2. Lazzarini M. Zinc supplements for severe cholera. *BMJ* 2008; 336: 227–8. doi:10.1136/bmj.39434.517431.80.

Ortopedi på vietnamesisk vis

Norske leger kan ha noe å lære av vietnamesisk medisin, spesielt gjelder det innen traumatologi og kirurgiske teknikker og i det å finne enkle, praktiske løsninger. Men omvendt? Jeg tror, brutalt sagt, at de har lite å lære av oss.

Vietnams befolkning er i dag på ca. 86 millioner. Det er i alt 56 forskjellige minoriteter. Langt tilbake i historien ble mange av disse gruppene fordrevet fra det sentrale Kina og slo seg ned langs kyststripen som i dag utgjør Vietnam. Før kolonitiden var landet et keiserdømme med keiserstet i Hue, senere ble det fransk koloni inntil franskmennene ble kastet ut som følge av slaget ved Dien Bien Phu i 1954. Landet ble da delt i to, og den nordlige delen fikk kommunistisk styre. Dette fikk USA «til å se rødt». De nektet frie valg i sør, de var redd kommunistene ville vinne. Vi vet alle hva det førte til – de fikk Vietnamkrigen i stedet. I 1974 ble også amerikanerne kastet ut. Like etter invaderte Vietnam nabolandet Kambodsja for å få slutt på Pol Pots skrekkegrye.

I en lang periode etter krigen var Vietnam ganske lukket for Vesten, men spesielt de ti siste årene har de ført en åpen dørpolitikk og er blitt langt mer kommersielt orientert. De har lagt krigen bak seg mentalt – selv amerikanere kan nå gå i paramilitære klær i Vietnam uten å vekke anstøt. Ironisk nok kan man si at selv om kapitalistene tapte krigen, vant de freden. Helsevesenet er likevel forblitt en nesten lukket bok for oss. Det var vanskelig for meg å etablere kontakter blant ortopediske kirurger i Vietnam. Takket være Internett og en lokal reisepåbud fikk jeg i gang et prosjekt der vi syklet landet på langs og bl.a. besøkte flere ortopediske sykehusavdelinger.

Vietnamesisk ortopedi

Jeg besøkte i alt ni sykehus og møtte flere eldre ortopeder som fortalte fra krigen. Særlig sterkt inntrykk gjorde besøket på Viet Duc universitetssykehus i Hanoi, opprinnelig et fransk hospital fra kolonitiden. Sykehuset er rent kirurgisk, med 22 operasjonssaler, 600 senger, om lag 100 operasjoner og 300 akuttinnleggelses i døgnet, hvorav halvparten skyldes trafikkulykker. De har en stor avdeling for hodeskader med 60 senger. Ortopedisk avdeling har 90 senger. Det er også avdelinger for abdominalkirurgi og hjerte-/thoraxkirurgi, de gjør visstnok 600 hjerteoperasjoner i året. Det utføres avansert nyrekirurgi, inkludert transplantasjoner. Sykepleierne går 12-timersskift og legene 24-timers. Det var mye undervisning av medisinstudenter. Mange av legene og sykepleierne var utdannet i Frankrike eller i Sovjetunionen/Russland. En del av dem hadde tyske kontakter.

Jeg hospiterte en uke ved Bien Vien Hospital for Traumatology and orthopaedics i Ho Chi Minh-byen (Saigon). Sykehuset, opprinnelig kinesisk, men gitt som gave til Vietnam, har 440 senger, laboratorium og røntgenavdeling med både CT og MR. De 120 legene utfører omtrent 25 traumeoperasjoner per dag og ca. 14 000 operasjoner i året. Det er over 400 000 pasienter på poliklinikken per år. Jeg besøkte også et stort rehabiliteringssenter i byen, et senter for foreldreløse barn i Hoi An og flere små lokalsykehus.

Den pensjonerte ortopediske kirurg/krigskirurg Nguyen Van Nhan var spesielt opptatt av ekstern fiksasjon og Ilizarov-teknikker. Han hadde en egen variant av ekstern fiksasjon og presenterte sin operasjon av håndskader med refiksasjon og transplantasjon av fingre.

Sengepostene var de samme ved nesten alle sykehusene: Store og enkle sovesaler med «folkelig» hygiene og harde metallsprinkelsenger. For oss ser det ruskete og skittent ut. Pårørende bor sammen med pasientene, noen hele døgnet, og koker all mat til dem. Korridorpatienter? Sjelden, fikk vi til svar, men vi fant et par i de innerste gangene. Det hendte at det var





Alt kan fraktes på moped. Alle foto Lasse Efskind



Det er et yrende liv utenfor sykehuset



Nguyen Van Nhan var spesielt opptatt av ekstern fiksasjon

for få senger – da måtte to pasienter plasseres i samme seng andfjøttes. Neppe en god løsning i Norge.

Operasjonsstuene, derimot, var på de store sykehusene av god standard både hva gjelder størrelse, utstyr og hygiene. Kontorlokalene var kummerlige – det var fullstappede morgenmøter, men gode faglige diskusjoner og kollektiv kvalitetskontroll. Visitten var en parademarsj med professoren først, slik vi så det i norske sykehus noen tiår tilbake. Poliklinikkene hadde de fleste steder preg av torg med et virvar av folk, neppe noe en norsk pasient ville funnet seg i. Men behand-

lingen, for eksempel av radiusfrakturer, var ganske den samme som i Norge, selv om det nok ikke ble brukt like mye bedøvelse.

Trafikkskader og folkemedisin

For oss var det et sjokk å møte den sydende vietnamesiske trafikken. Det kjøres i «alle retninger» – kort fortalt gjelder loven om «survival of the frekkest». Det er svært mange motorsykler og mopedister i byene, og nesten ingen bruker hjelm. Hele familien pluss litt av buskaper sitter ofte på samme moped! Langs hovedveiene i distriktene var det mer vanlig med hjelm (på menneskene).

Vi drøftet spørsmål om bruk av legemidler. De vietnamesiske legene var bekymret for misbruk både av smertestillende midler og av antibiotika. Alt kan lett kjøpes på markedet, og det finnes mange falske medisiner der innholdet ikke samsvarer med etiketten. Det er mye bruk av folkemedisin, spesielt blant minoritetsgruppene, men folkemedisinske metoder fungerte mest som et positivt supplement og ikke i særlig stor konflikt med vestlig orientert medisin.

Folk må i stor grad betale for behandlingen selv. Staten subsidierer indirekte ved å betale en del av grunnkostnadene for sykehuset. Helseforsikring er dyrt. Noen ordning med sykmelding i vår forstand finnes ikke. Jeg så bare håndskrevne journaler. Sykepleiere og leger tjener svært lite, men mange leger jobber privat på si og tjener gode penger.

I Ho Chi Minh-byen besøkte jeg også en ryggavdeling der det ble utført avansert nakke- og ryggkirurgi under ledelse av professor Vo Van Thanh. De benyttet «engelsk åpning» og hadde hjemmelagede skruer og cerclage som fiksasjon. Hvorvidt det skulle gjøres protesekirurgi, var like mye avhengig av pasientens forsikring eller økonomi som av medisinsk indikasjon. Slik sett lærer man seg å sette pris på det norske sykehussystemet, som synes mye

mer «kommunistisk» enn i det kommuniststyrte Vietnam.

Fremtiden

Den medisinske utvikling i Vietnam er avhengig av den sosiale utviklingen. Økonomien har skutt fart de siste årene – arbeidsløsheten går ned, lønningene opp, og turismen er på full fart inn. Men landet sliter fortsatt med problemer som er vanlige i utviklingsland, bl.a. forurensing, dårlig hygiene, misbruk og mangel på sikkerhet og forebygging. Jeg frykter at den sterke privatiseringen kombinert med manglende økonomisk sikkerhetsnett vil føre til større ulikheter i fremtiden, også når det gjelder sykehusbehandling.

Norske leger kan likevel ha noe å lære av vietnamesisk medisin, spesielt gjelder det innen traumatologi og kirurgiske teknikker og i det å finne enkle, praktiske løsninger. Men omvendt? Jeg tror, brutalt sagt, at de har lite å lære av oss. De har hørt alle Vestens gode råd mange ganger og kan dem utenat. Det vanskelige er å få det til i praksis, for deres sosiale virkelighet er en annen enn vår.

Lasse Efskind

lasse.efskind@akersykehus.no
Ortopedisk avdeling
Aker universitetssykehus
0514 Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Manuskriptet ble mottatt 6.11. 2007 og godkjent 1.2. 2008. Medisinsk redaktør Petter Gjersvik.



Det vanlige er store sovesaler, men vi fant også et par korridorpasienter