



Birna Björk Þorbergsdóttir

Ungabörn með ósamhverfu í hálsþreyfingum

- Þjónusta á Æfingastöðinni -



Guðrún Ágústa Brandsdóttir

Einn af þeim skjólstæðingahópum sem sjúkráþjálfarar á yngri teymi Æfingastöðvarinnar sinna eru börn með ósamhverfu í hálsþreyfingum. Til okkar koma um 50 börn á ári með þessa skerðingu.

Fjöldi meðferða sem þau þurfa á að halda er misjafn, sum koma í nokkur skipti, önnur mun oftar. Flestum er vísað til okkar frá heilsugæslu og þau eru frá því að vera nokkurra vikna gömul og upp í rúmlega árgömul. Það má með sanni segja að þau koma aldrei of snemma en meðferðin er yfirleitt erfiðari og tímafrekari því eldri sem börnin eru.

Í daglegu tali gengur þetta þetta vandamál undir nafninu torticollis þar sem íslenska orðið hallinsvíri hefur ekki náð að festa sig í sessi. Upphaflega skilgreiningin á torticollis er snúinn háls vegna stífni í M. Sternocleidomastoideus og þó svo að ástæða ósamhverfra hálsþreyfinga sé er ekki alltaf stífleiki eða skaði í M. Sternocleidomastoideus er nafnið þjál og hefur lengi verið notað af fagfólki þegar ungabörn eru með ósamhverfar hálsþreyfingar af ýmsum ástæðum. Algengustu ástæður ósamhverfra hálsþreyfinga og skekkju á höfuðkúpu eru meðal annars taldar vera vegna legu barns í móðurkviði á síðustu vikum meðgöngu og álag á vöðva/liði í fæðingu og svo legu barns eftir fæðingu. Sjaldgæfar aflaganir á hálsliðum, sjónskerðing, viðbeinsbrot og æxli geta einnig valdið ósamhverfu í hálsþreyfingum og er því mikilvægt að þessi börn séu skoðuð af barnalækni. Sérstaklega ber að vera vakandi ef barni fer ekkert fram eða versnar við meðferð (stækkandi æxli). Algengi meðfædds torticollis er 0,1% - 1,9% og er þriðja algengasta meðfædda stoðkerfisvandamálið hjá ungum börnum (heimild). Algengi legutengdrar höfuðskekkju (positional preference sem veldur plagicephaly) er töluvert hærra eða 8,2% (Boere-Bonnekamp). Fjöldi tilvísana vegna þessarar legutengdu höfuðskekkju hefur aukist mjög á síðastliðnum árum. Má að hluta til skýra það með aukinni árvekni heilbrigðisstarfsmanna en einnig líka breyttra umhverfisþátta eins og að nú er mælt með að ungabörn sofi á bakinu og ásamt því að notkun ýmiskonar ungbarnastóla hefur aukist til muna. Á sama tíma hefur almennt dregið úr magalegu ungabarna. Fræðsla um magalegu er mikilvæg en sumir foreldrar eru smeykir við að leggja ungbarn sitt á magann í vöku.

Það er yfirleitt mest áberandi að börnin snúi höfði meira til annarrar áttar eða jafnvel einungis í aðra áttina. Ef börnin liggja og sofa með höfuðið snúið til sömu hliðar mótast hin mjúka höfuðkúpa þeirra fljótt af stöðugum þrýstingi frá undirlaginu. Höfuðið verður flatara þeim megin og þegar svo er komið verður æ þægilegra að liggja á flötu hliðinni. Hin hliðin verður kúptari og þau eiga þ.a.l. erfiðara með að halda jafnvægi á þeirri hlið. Þetta sést best þegar horft er ofan á hvirfil barns eins og á myndunum hér til hliðar. Sé höfuðkúpan mjög skökk getur jafnvel verið erfitt fyrir börn



að horfa beint upp þegar þau liggja á bakinu. Þarna geta þróast vöðvastyttingar.

Misræmi í vöðvastyrk hliðarbeygjuvöðva og vöðvum framan á hálsi er einnig algengur og verður augljósari þegar þau fara að halda höfði í uppréttri stöðu.

Oft má sjá tilhneigingu til hálsvandamála strax á fæðingardeild og á þá að bregðast strax við því með fræðslu. Svo tekur ungubarnaeftirlit við með heimavítjunum og seinna heimsóknir á heilsugæslu. Verði vart við hálsvandamál eða skekkju á höfuðbeinum á að veita fræðslu og leiðbeiningar til foreldra. Stundum þurfa foreldrar meiri stuðning og er þá mikilvægt að bregðast skjótt við og vísa barni til sjúkraþjálfara.

Hvað gerum við?



Nokkur atriði úr skoðun: Þegar börnin mæta í fyrsta tíma byrjum við oft á því að athuga hvernig þau sitja í bílstólum, þar sést gjarnan hvort þau snúa höfði til annarrar áttar eða halla höfði til hliðar. Í baklegu er gott að athuga augnsamband og andlitslag og hvort börnin geti snúið andliti beint fram á móti okkur. Einnig athugum við hvort þau halli höfði til hliðar. Liggur barnið í hliðarsveigju? Mikilvægt er að skoða bæði virka og óvirka hreyfigetu í hálsi og athugum við hvort barnið geti snúið höfði alveg til hægri og vinstri. ? Á barnið auðvelt með að setja höfuð í bringu. Eru hreyfingar almennt samhverfar? Ef barnið er byrjað að snúa af baki yfir á maga, getur það þá snúið sér yfir báðar hliðar? Þreifing, eru einhver svæði sérstaklega aum eða er að finna einhverja fyrirferð? Að sama skapi athugum við hvort í magalegu athugum við hvort börnin geti hreyft

höfuðið bæði til hægri og vinstri. Athugum höfuðlag og stöðu

hryggjar/mjaðmagrindar. Hvernig lyftir barnið höfði, hvernig er olnbogastuðningur?

Er stífleiki í brjóstbaki. Þegar barni er svo haldið í uppréttri stöðu skoðum við hvort það getur haldið höfði í miðlínu. Hvernig er styrkur hálsvöðva þegar barninu er hallað til hliða, er munur á hægri og vinstri hlið?



Afar mikilvægur þáttur í meðferðinni er fræðsla og leiðbeiningar til foreldranna. Ásamt því að fræða þau um hvað torticollis er, fá þau fræðslu í hvað þau geta gert til að koma í veg fyrir að skekkja barnsins versni. Foreldrar fá strax við upphaf meðferðar fræðslu og leiðbeiningar með myndum um liðkandi og styrkjandi æfingar eftir því sem við á, auk þess sem við leggjum áherslu á fjölbreyttar hvíldar og svefnstillingar. Mikilvægt er að foreldrar séu strax frá fyrsta degi virkir þátttakendur í meðferðinni þar sem við viljum hefja kröftuga meðferð eins fljótt og auðið er. Ef um greinilegt hálsvandamál er að ræða þá hittum við gjarnan barnið og foreldra þess þétt í byrjun, gjarnan tvisvar í viku en ef barn svarar meðferð vel og foreldrar eru virkir lengjum við tímunn á milli meðferðartíma. Það er lykilatriði að foreldrar skilji tilgang meðferðar og nái góðum tókum á þeim æfingum sem settar eru fyrir hverju sinni. Foreldrar þurfa að vinna með barni sínu oft á dag og ávallt að hafa í hug hvernig best er að handleika og örva barnið þegar það er vakandi. Til dæmis má geta þess að sjúkraþjálfarar á Hilleröd sjúkrahúsinu í Danmörku ráðleggja foreldrum barna með hálsvandamál að gera æfingarnar 20 sinnum á dag. Sjálfar heimaæfingarnar miðast að því að gera hreyfingar samhverfar, auka skerta

hreyfiferla og styrkja veika vöðva. Þær miðast einnig að því að koma í veg fyrir frekari aflögun á höfði sé hún til staðar og jafnvel móta höfuð barnsins. Það getur verið erfitt fyrir foreldra að breyta vanastöðu barnsins en við hjálpum þeim að finna leiðir til að auðvelda það.

Meðferð barna með hálsvandamál getur tekið allt frá nokkrum skiptum ef barn svarar meðferð vel, allt upp í nokkra mánuði. Eins og áður var sagt er meðferðin oftast kröftug í byrjun og heldur áfram þar til við teljum að hreyfingarnar séu orðan nægilega samhverfar (cleaveland) eða að við teljum að sjúkrahjálfun geti ekki bætt hreyfigetu barnsins frekar.

Á myndunum eru dæmi um styrktaræfingar. Á myndinni til vinstri er barnið að styrkja hálsvöðva vinstra megin á hálsi. Á myndinni til hægri er barnið hvatt til að horfa til hægri um leið og það lyftir höfði til vinstri.



Magalega

Börn með hálsvandamál eru oft óánægð í magalegu og geta ástæður þess verið margvíslegar. T.d. stirðleiki í hálsi og brjóstbaki, ónógur styrkur í háls og bakvöðvum og hreinlega reynsluleysi. Eins og áður var minnst á hefur almennt dregið úr magalegu ungbarna á síðustu áratugum eftir að farið var að mæla með baklegu sem svefnstöðu eftir að svefn í magalegu var talinn auka líkurnar á ungarndauða (heimild). Notkun ýmissa ungbarnastóla hefur aukist á sama tíma. Börn eru t.d. mun lengur í bílstólum en sem nemur bílferðinni sjálfri.

Klínísk reynsla margra heilbrigðisstarfsmanna er að því fyrr sem börn upplifa magalegu því betur gengur að venjast henni. Heilbrigðisstarfsmenn þurfa e.t.v. að útskýra að magalegu í vöku, eykur ekki hættu á ungbarnadauða og að það er æskilegt að börn séu undir eftirliti í magalegu (Öhman).

Öhman og félagar (heimildarnr) notuðu AIMS grófhreyfiþroskapróf (heimild) til þess að meta hreyfiþroska ungra barna með Congenital Muscular Torticollis og voru þau með marktækt lægri AIMS skor við 2ja mánaða ($p=0.03$) og 6 mánaða aldur ($p=0.05$). Ungabörn sem voru a.m.k. þrisvar sinnum á dag vakandi á maganum voru með marktækt hærra AIMS skor en börn sem voru minna á maganum við 2ja mánaða ($p<0.001$), 6 mánaða ($p<0.001$), og 10 mánaða aldur ($p<0.001$). Torticollis hópurinn var seinni til í hreyfiþroska þangað til þau náðu 10 mánaða aldri (AIMS prófið verður ónákvæmara eftir 9 mánaða aldur (heimild) en þessi mögulega seinkun í hreyfiþroska virðist hafa sterkari tengsl við minni/enga magalegu vakandi en CMT þó CMT tengist því líka.

Það kom á óvart að börn með CMT væru ekki meira á maganum er raun bar vitni þar sem foreldrar þeirra höfðu fengið meiri fræðslu um mikilvægi magalegu til þess að styrkja háls- og bakvöðva og jafna höfuðlag en aðrir foreldrar. Þessi rannsókn samræmist reynslu okkar á Æfingastöðinni og undirstrikar hversu mikilvæg magalega er.

Hér má sjá nokkrar hugmyndir til þess að auðvelda börnum magalegu:



Legutengd höfuðskekkja

Legutengd höfuðskekkja lagast því fyrr og því meira sem barnið byrjar að liggja á kúptu hlið höfuðkúpunnar. Sumir foreldrar hafa miklar áhyggur af skakkri höfuðkúpu og stundum meira en af samhverfum hálsþreyfingum. Algeng spurning er hvort þetta muni örugglega lagast.

Rannsókn í Nýja Sjálandi sýndi að 80% barna með höfuðskekkju (af 126) höfðu lagast vel við 12 mánaða aldur. 8% þeirra voru aftur á móti enn með höfuðskekkju við 12 mánaða aldur. Það voru börn sem greindust seinna en hin. Ekki vitað hvort höfuðskekkja þeirra myndaðist seinna en hinna.

Þessir rannsakendur segja að ekki sé hægt að segja foreldrum að allar höfuðskekkjur lagist en þeir vilja leggja áherslu á að höfði barna sé snúið oft og að áhersla sé lögð á magalegu og upprétta stöðu þegar þau eru vakandi og undir eftirliti. Niðurstöður benda til þess að höfuðlag barna með skekkju sem uppgötvast snemma og fá meðferð/ráðleggingar lagast meira en þeirra sem uppgötvast seinna. (Hutchison o.fl.)

Mörg þessara barna eru bæði með snúning og halla og þá getur vafist fyrir manni hvernig er gott að búa um þau í bílstól. Barnið á myndinni liggur í góðri stöðu með upprúllaða taubleyju við sinn hvorn vangann.

