



Birna Björk Þorbergsdóttir

Ungabörn með ósamhverfu í hálsþreyfingum

- Þjónusta á Æfingastöðinni -



Guðrún Ágústa Brandsdóttir

Á Æfingastöðina koma um 50 börn á ári með ósamhverfu í hálsþreyfingum. Ósamhverfu í hálsþreyfingum hjá ungbörnum fylgir gjarnan skekkja í höfuðkúpu.

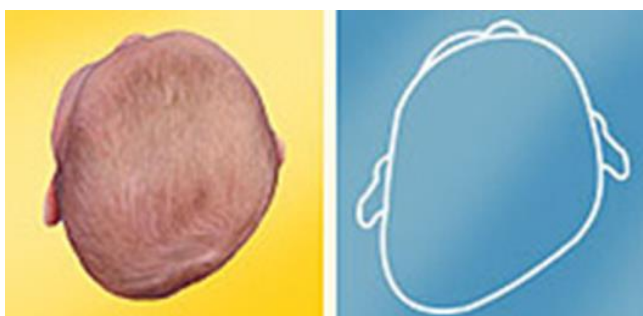
Flestum er vísað frá heilsugæslu allt frá því þau eru nokkurra vikna gömul og upp í rúmlega árs gömul en algengast er að þau séu á bilinu 3-6 mánaða. Það má með sanni segja að þau komi aldrei of snemma en meðferðin verður yfirleitt erfiðari og tímafrekari því eldri sem börnin eru. Meðferðarfjöldi er misjafn, sum koma í nokkur skipti, önnur mun oftar.

Algengustu ástæður ósamhverfra hálsþreyfinga og skekkju í höfuðkúpu eru taldar vera lega barns í móðurkviði á síðustu vikum meðgöngu, álag á vöðva/liði í fæðingu og ekki síst lega barns eftir fæðingu. Hafa ber í huga mismunagreiningar en viðbeinsbrot, plexus skaði, meðfætt mjaðmaliðhlaup, sjaldgæfar aflaganir á hálsliðum, sjónskerðing, sýking og æxli geta einnig valdið ósamhverfu í hálsþreyfingum og því er mikilvægt að börnin séu skoðuð af barnalækni. Drengir eru í meiri áhættu á hálsvandmálum, einnig fyrsta barn móður, börn sem hafa legið þröngt í legi og þar sem inngríp hefur verið í fæðingu¹. Sjaldgæf mismunagreining við þessa höfuðskekkju kallast craniosynostosis, þar sem höfuðbeinamótin lokast of snemma og veldur það skekkjunni og þessum börnum þarf að vísa til læknis².

Í daglegu tali er þetta hálsvandamál nefnt torticollis en íslenska orðið hallinsvíri hefur ekki fest sig í sessi. Upphaflega skilgreiningin á torticollis er snúinn háls vegna stífni í sternocleidomastoideus vöðva og þó svo að ástæða ósamhverfra hálsþreyfinga sé ekki alltaf stífleiki eða skaði í þessum vöðva er torticollis nafnið almennt notað af fagfólki þegar ungbörn eru með ósamhverfar hálsþreyfingar af ýmsum ástæðum. Algengi meðfædds torticollis er 0,4% - 1,9% og er þriðja algengasta meðfædda stoðkerfisvandamál hjá ungum börnum³.

Algengi legutengdrar höfuðskekkju er töluvert hærra en torticollis eða 8,2% og hefur fjöldi tilvísana vegna hennar aukist mjög á síðastliðnum árum^{4,5}. Má að hluta til skýra það með aukinni árvekni heilbrigðisstarfsmanna en líka breyttum umhverfisþáttum t.d. vegna þess að nú er mælt með að ungbörn sofi á bakinu og notkun ýmis konar ungbarnastóla hefur aukist. Börn eru því með þrýsting á bakhlið höfuðs í lengri tíma en áður. Þá hefur almennt dregið úr magalegu ungbarna í vöku.

Fyrsta vísbending um ósamhverfu í hálsþreyfingum er yfirleitt sú að börnin snúa höfði meira eða einungis til annarrar hliðar. Ef börnin liggja ávallt og sofa með höfuðið snúið til sömu hliðar mótast hin mjúka höfuðkúpa þeirra fljótt af þrýstingi frá undirlaginu. Höfuðið verður flatara



þeim megin og það verður æ þægilegra að liggja á flötu hliðinni. Hin hliðin verður kúptari og erfiðara verður að snúa yfir á þá hlið og halda jafnvægi þar. Skekkjan sést best þegar horft er ofan á hvirfil barns eins og á myndunum. Ef skekkja í höfuðkúpu er mikil getur verið erfitt fyrir börn að horfa beint upp þegar þau liggja á bakinu. Þessi einhæfa lega skerðir hálsþreyfingar og getur valdið vöðvastyttingum, sjónsvið barnsins minnkar og samspil augna og handa þeim megin sem barn horfir frá skerðist.

Misræmi í vöðvastyrk hliðarbeygjuvöðva og vöðvum framan á hálsi getur einnig valdið ósamhverfu hálsþreyfinga og verður augljósari þegar börnin fara að halda höfði í uppréttri stöðu. Sé þetta orsökina er eingöngu um virka hreyfiskerðingu að ræða. Barnið þarf styrkjandi æfingar en ekki teygjur. Þessi börn eru yfirleitt kraftlítil og sein í hreyfiproska. Hjá þeim getur ójafnvægið verið mismikið frá einum tíma til annars og er stundum greinilegra þegar barnið er þreytt eða lasið. Jafnvel eru dæmi um að barn sem hefur alltaf hallað í aðra átt fer allt í einu að halla í hina áttina.

Þegar um er að ræða skaða á sternocleidomastoideus vöðva hallar barnið undir flatt til annarrar hliðar og snýr höfði til hinnar. Bæði virkur og óvirkur hreyfiferill er skertur og meðferðin verður flóknari og langvinnari.

Stundum sést tilhneiging til hálsvandamála strax á fæðingardeild og þar má veita fyrstu ráðgjöf um samhverfar hreyfingar. Þegar heim er komið tekur ungubarnaeftirlitið við með heimavitjunum og seinna heimsóknir á heilsugæslu. Verði vart við hálsvandamál eða skekkju á höfuðbeinum á að veita fræðslu og leiðbeiningar til foreldra. Ef ekki dregur fljótt úr ósamhverfu er mikilvægt að vísa barninu strax til sjúkráþjálfara sem veitir þá meiri stuðning og ráðgjöf. Því fyrr sem markviss meðferð hefst því auðveldara er meðferðarferlið og betri árangur næst^{4,6,7}.



Meðferð sjúkráþjálfara

Mikilvægt er að fá góðar upplýsingar frá foreldrum um meðgöngu, fæðingu, næringu, svefn og almennt heilsufar, hvenær fyrst var tekið eftir einkennum og hvernig hafi gengið að vinna með vandann. Þjálfari skoðar almennan hreyfiproska með áherslu á samhverfu í hreyfingum. Hreyfingar í hálsi, bæði virkar og óvirkar eru skoðaðar sérstaklega og hvort um er að ræða misræmi í styrk og hreyfiferlum milli hliða. Staða og hreyfingar í hrygg og mjöðmum eru skoðaðar. Lögun höfuðkúpu er skoðuð svo sem ósamhverfa á hnakka, eyrum, enni og andliti. Þreifing er gerð á háлssvæði, sérlega á sternocleidomastoideus, rósettuvöðvum og trapezius og leitað að eymslum eða fyrirferð.



Mikilvægur þáttur meðferðar er fræðsla til foreldra svo sem útskýringar á orsökum, fræðsla um æskilegar hvíldar- og svefnstillingar fyrir barnið og leiðbeiningar um æfingar og meðhöndlun. Mikilvægt er að foreldrar séu strax frá fyrsta degi virkir þátttakendur í meðferðinni. Ef um greinilegt hálsvandamál er að ræða koma barnið og foreldrar þess gjarnan tvisvar í viku í byrjun og ef barnið

svarar meðferð vel og foreldrar eru virkir er tíminn á milli meðferðartíma lengdur. Það er lykilatriði að foreldrar skilji tilgang meðferðar og nái góðum tökum á þeim æfingum sem settar eru fyrir hverju sinni. Heimaæfingarnar miða að því að gera hreyfingar samhverfar, auka skerta hreyfiferla og styrkja veika vöðva. Sé höfuðskekkja til staðar miða æfingarnar einnig að því að koma í veg fyrir frekari aflögun og að leiðrétta höfuðskekkju barnsins. Foreldrar þurfa að vinna með barni sínu oft á dag og ávallt að hafa í huga hvernig best er að handleika og örva barnið þegar það er vakandi. Þrátt fyrir að foreldrar virðist hafa skilið og náð tókum á æfingum gleymist stundum að gera þær heima og/eða þær vefjast fyrir foreldrum þegar heim er komið, því er mikilvægt að fylgja þeim áfram eftir^{8,9}. Myndir af æfingunum eru gjarnan notaðar til stuðnings og sumir foreldrar taka myndir af barninu í þjálfun á Æfingastöðinni.



Á myndunum hér fyrir neðan eru dæmi um styrktar- og liðleikaæfingar.



Börn með hálsvandamál eru oft óánægð í magalegu og geta ástæður þess verið margar. Þar má nefna ónógan styrk í háls- og bakvöðvum, stíðleika í hálsi og brjóstbaki og hreinlega reynsluleysi en því fyrr sem börn upplifa magalegu því betur gengur að venjast henni¹⁰.

Hér má sjá nokkur dæmi um æfingar sem styrkja bak og hálsvöðva og auðvelda börnum magalegu:



Ósamhverfa í hálsþreyfingum og höfuðkúpu er nokkuð algengt vandamál meðal ungbarna^{3,5}. Algengi legutengdrar höfuðskekkju hefur aukist á síðustu áratugum og einnig hefur dregið úr magalegu^{5,9}. Mikilvægt er að ungbörn með ósamhverfu í hálsi og skekkju í höfuðkúpu fái fljótt viðeigandi meðferð. Starfsfólk heilsugæslu gegnir lykilhlutverki við skoðun barna, fræðslu til foreldra og að vísa börnum sem taka ekki strax við sér áfram til sjúkrahjálfa. Okkar hlutverk er að fræða og leiðbeina foreldrum og tryggja að þær upplýsingar sem við veitum komist til skila. Með góðu samstarfi og þátttöku foreldra nær barnið í langflestum tilfellum samhverfu í hreyfingum og höfuðkúpan verður jafnari^{6,7}. Því fyrr sem hafist er handa því betra.

Heimildir

1. Bialocerkowski AE, Vladusic SL, Ng CW. Prevalence, risk factors, and natural history of positional plagiocephaly: a systematic review. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2008;50(8):577-586.
2. Argenta L, David L, Thompson J. Clinical classifications of positional plagiocephaly. *Journal of Craniofacial Surgery*. 2004;15(3):368-372.
3. Cheng JCY, Wong MWN, Tang SP, Chen TMK, Shum SLF, Wong EMC. Clinical determinants of the outcome of manual stretching in the treatment of congenital muscular torticollis in infants. *Journal of Bone Joint Surgery American Volume*. 2001;83-A(5):679-687.
4. Boere-Boonekamp MM, van der Linden-Kuiper, LT. Positional Preference: Prevalence in Infants and Follow-Up After Two Years. *Pediatrics*. 2001;107(2):339-343.
5. Persing J, James H, Swanson J, Kattwinkel J. Prevention and Management of Positional Skull Deformities in Infants. *Pediatrics*. 2003;112(1):199-202.

6. van Vlimmeren LA, van der Graaf Y, Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Helders PJM, Engelbert RHH. Effect of Pediatric Physical Therapy on Deformational Plagiocephaly in Children With Positional Preference. *Pediatrics*. 2008;162(8):712-718.
7. Hutchison L, Stewart A, de Chalain T, Mitchell E. A randomized controlled trial of positioning treatments in infants with positional head shape deformities. *Acta Pædiatrica*. 2010; 99(10):1556-1560.
8. Buus L, Jensen R, Pedersen B. Ændret incidens af børn med torticollis og kranieasymmetri? Forskning i fysioterapi. 2007; www.fysio.dk.
9. Öhman A, Nilsson S, Lagerkvist A, Beckung E. Are infants with torticollis at risk of a delay in early motor milestones compared with a control group of healthy infants? *Developmental Medicine & Child Neurology*. 2009; 51(7):545-550.
10. Öhmann A, Nilsson S, Beckung E. Stretching treatment for infants with congenital muscular torticollis: physiotherapist or parents? A randomized pilot study. 2010;2(12):1073-1079.