

Mellomgulvsbrokk hos barn

bør en ha i bakhodet ved gjentatte lungebetennelse, søvnforstyrrelser, svelgevansker, irritabilitet, gjentatte brekninger, blodmangel (pga. blødninger fra en betent spiserørslimhinne), astmatisk hoste, avvikende vektøkning og apnøanfall (unormalt lange opphold i pusting). Hvis barnet har disse symptomene etter toårs alderen, så bør barnekirurg konsulteres. I Dysfagiforbundets brosjyre nr. 3 gis mer uttømmende informasjon om mellomgulvsbrokk. Friske spedbarn opp til 6-10 måneders alderen, kan ofte ha brekninger ettersom åpning fra magesekken til spiserøret ligger i brysthulen, akkurat som ved mellomgulvsbrokk. Mageinnholdet kan lett komme opp i munnen hvis man klemmer på barnets mage når det ligger på ryggen rett etter måltidet.

Akalasisykdommen

rammer spiserørets framdrivende funksjon. Sykdommen begynner vanligvis en gang mellom 10-25 års alderen. Maten stopper lett opp i spiserøret og gir fornemmelse av å være oppfylt og iblant store krampesmerter. Brekninger, vektnedgang og luftveisvansker er vanlig. Ofte mistolkes sykdommen som anoreksi. Les mer om akalasisykdommen i Dysfagiforbundets brosjyre nr. 2. Det er et veldig vanlig problem at foreldrene uroer seg for barnet sitt som vegrer seg eller synes å spise alt for lite. Som regel uroer de seg unødvendig. At psykologiske årsaker ligger bak spiseforstyrrelse i småbarnsalderen er uvanlig. Ved tegn til forstyrrelser bør man være observant på barnets vekstkurve, som en kan få helsestasjonen. Hvis vekstkurven avviker klart eller om barnet brekker seg ofte eller har hoste i samband med måltider, skal lege oppsøkes.

Vil du vite mer om Svenska Dysfagiforbundet
Eller bestille flere brosjyrer, kan du:

- gå inn på forbundets hjemmeside: <http://www.dysfagi.se>
- ringe oss på tlf. 011-391661 eller maile oss på info@dysfagi.se

Din støtte behøves for at vi kan fortsette å gi hjelp og informasjon til alle titusentalls mennesker som er spise- og svelgevansker. Forbundet tar med takk i mot bidrag på kontonr. 631411-6. Hvis du vil bidraget skal gå til forskning om spise- og svelgevansker, merk giroen med "Gavefondet". Skriv din adresse så vi kan sende takkebrev.

Støtt oss, bli medlem og få forbundets tidsskrift Dysfaginytt fire ganger per år ved å betale 250- kroner til Dysfagiforeningen, kontonr. 6213129-7.

Tekst: Lina Tibbling Grahn
Oversettelse til norsk: Jarle Sande



Barn med spise- og svelgevansker

Det er veldig frustrerende for foreldre å ha et barn som har vanskelig for å få i seg næring og som kanskje får hoste når det spiser eller som brekker seg og avmagres. Det finnes en rekke ulike tilstander som gir problemer med å få i seg mat, spise- og svelgevansker:

1. For tidlig fødte barn som har hatt en lengre periode med intensivpleie.
2. Medfødte hjertefeil
3. Medfødt leppe- og kjevespalte
4. Øsofagusatresi, dvs. den øvre delen av spiserøret er ikke normalt tilsluttet nedre del av spiserøret; forbindelsen mangler enten helt eller så munner øvre eller nedre delen av spiserøret i luftveiene.
5. Hjerneskader f.eks. CP (cerebral parese)
6. Mellomgulvsbrokk (hiatushernie)
7. Achalasia cardia

Friske nyfødte barn kan styre sitt matinntak utfra sult og metthetsfølelse.

Sugeevnen, svelgingen og transport av mat i spiserøret henger tett sammen. Det er en ganske avansert mekanisme som finnes som en innebygget refleks når man blir født. Hvis det tar lang tid før munnhulen stimuleres, for at det på den måten blir satt i sammenheng med næringsinntaket, finnes det en fare for at barnet senere i oppveksten ikke forstår sammenhengen mellom matinntak og sult. Et barn som i løpet av mange måneder har fått næring via en tynn sonde gjennom nesen til magesekken og ikke blitt stimulert oralt (i munnhulen), kan – når årsaken til dysfagien elimineres – ikke alltid forstå hvorfor man skal svelge når man putter noe i munnen. Det er derfor viktig å stimulere sugeevnen hos alle som får næring via sonde eller i drypp. Stimuleringen bør med fordel skje i forbindelse med at næring gis i sonden.

Det er på sin plass med smokk for en del av disse barna. Den tilfredsstillende barnets sugebehov, gjør at det frigjøres enzymer som forbedrer opptaket av næring, stimulerer motorikken i magetarmkanalen og roer barnet. Derimot bør man være tilbakeholden med ukritisk bruk av smokk på friske barn. Barn som suger mye på smokk, kan bli mindre interessert i å suge på mors bryst. Smokken lurer både hjernen og magen til å tro at det er næring på gang.

Hvis næringsproblemet vedvarer i flere måneder, kan barnet få en sonde operert direkte til magesekken (PEG, se Dysfagiforbundets brosjyre nr. 5). Det er viktig at et slikt barn får tilstrekkelig oral stimulering for å forebygge problemer senere når det senere skal begynne å spise og svelge igjen. Iblant kan det drøye helt til 4-5 års alderen før barnet lærer seg å spise. Det ser da andre jevnaldrende i barnehagen spise og vil gjerne gjøres om de.

For tidlig fødte barn

kan etter lengre tids respiratorbehandling i enkelte tilfeller, vise motvilje mot mat i munnen. Det motvirkes ved at barnet suger på smokk og får litt melk i munnen ved sondemating og myke berøringer på munnen. Når barnet tas ut av respiratoren, bør ammingen introduseres. Mating fra krus er skånsomt. Mating med flaske er mindre skånsomt.

Spedbarn med åpen gane

kan ikke skape det undertrykket som kreves for å suge og de gjennomgår i løpet av det første leveåret flere operasjoner for å lukke ganen mot nesens. Før dette, kan en ganeplate lette på svelgingen. Habermanflasker hjelper barnet til å få i seg nok melk. I hele landet, på alle større sykehus, finnes personale som er vel kvalifiserte til å hjelpe barnet til å få i seg næring.

Barn med øsofagusatresi

må opereres av barnekirurg i løpet av de første levedagene. Selv etter operasjonen hender det at spiserøret på operasjonsstedet er trangt, noe som gjør at større matbiter har vanskelig for å passere. Dessuten har disse barna ofte et mellomgulvsbrokk som kan gi opphav til hoste, bronkitter og i blant lungebetennelse. Øsofagusatresi er av og til kombinert med andre utviklingsfeil i hjertet, skjelettet, nyrer, endetarm m.m (VACTER-syndrom) og kan kreve en omfattende habilitering. Barn med VACTER-syndrom har et eget pasientforbund i Sverige. På Akademiska Sjukhuset i Uppsala har man spesialisert seg på behandling av disse barna.

En del barn med store CP-skader

kan trenge å få næring via en PEG eller knapp på magen som forbinder bukveggen med magesekken. Andre barn mates. Her kan noen knep være på sin plass for å få barnet mer medgjørlig under matingen. En del barn biter igjen munnen og vegrer seg for å gape opp. Da har sittestilling og hudberøring stor betydning. Om et barn sitter med armene sammen rundt magen og med hodet framoverbøyd, så biter det sammen. Hvis barnet har armene bakover eller på ryggen og hodet litt bakoverlent, så åpner det lettere munnen. Å stryke barnet på kinnene eller hendene og armene utside, har en beroligende virkning og gjør at barnet lettere tar imot maten. Det er viktig at barnet har det rolig og behagelig rundt seg. Mange foreldre har en enestående tålmodighet og gjør en fantastisk jobb for sine handikappede barn. Ågrenska stiftelse på Amundön utenfor Gøteborg, pleier å lage til foreldredager der hele familiens engasjement for - og erfaringer med barn med ulike funksjonshemninger, utveksles.

