

# Leiðbeiningar um líkamsskoðun barna

## Almennt um vöxt barna

Vöxtur barna stjórnast af mörgum þáttum, meðal annars af erfðum, næringu, hormónum, heilsufari og aðbúnaði. Hvert barn hefur sinn eigin vaxtarhraða. Vöxtur og vaxtarhraði er best metinn með vaxtarlínuritum. Hérlandis eru notuð sænsk vaxtarlínurit, eitt fyrir drengi og annað fyrir stúlkur. Hægt er að nota sérstök vaxtarlínurit fyrir fyrirbura eða „leiðréttá“ fyrir líffræðilegan (biologískan) aldur. Þetta er gert með því að draga af lífaldri þær vikur sem vantaði upp á eðlilega meðgöngulengd. Til að venjuleg vaxtarlínurit gefi rétta mynd af vexti fyrirburans þarf að gera þetta fyrstu tvö ár barnsins.

Mikilvægt er að hafa hæð foreldra í huga þegar metið er hvort um frávik á vexti barns er að ræða eða ekki. Gildir það ekki síst um lengd og höfuðummál. Þegar frávik mælast er mikilvægt að hafa í huga mæliskekkjur og skoða hvort rétt hafi verið fyllt í vaxtarlínurit. Endurteknar mælingar eru því mikilvægar þegar grunur vaknar um frávik.

## Þyngd

Ekki er hægt að gefa ákveðnar reglur um hve oft eigi að vigta barnið. Talið er æskilegt að vigta barnið allt að því einu sinni í viku fyrstu 4 vikurnar, en síðan í tengslum við reglubundið eftirlit. Barnið skal vigtað án fata og bleiu. Ef barnið þyngist ekki eðlilega samkvæmt vaxtarlínuriti getur að sjálfsgöðu verið ástæða til að vigta það oftari og einnig ef einkenni eru um sjúkdóm.

Þyngdaraukningu og vöxt barna þarf að skoða í víðu samhengi. Mikilvægt er að skoða hvað og hversu mikið barnið nærast en vöxtur barns getur gefið vísbendingu um heilsuvanda, sérstaklega á fyrsta árinu. Flest börn fylgja samsíða ferli á vaxtarlínuritinu.

Á fyrstu 3 mánuðunum telst óeðlilegt að frávik nemi meir en  $\pm 1$  staðalfráviki (1 SD, eitt bil á línuritinu) á minna en 4 vikna tímabili og er þá ástæða til frekari athugana.

Á aldrinum 3-12 mánaða telst frávik, sem nemur  $\pm 1$  SD eða meir á skemmri tíma en 3 mánuðum óeðlilegt og

á aldrinum 12-24 mánaða telst óeðlilegt að frávik nemi meir en  $\pm 1$  SD á skemmri tíma en 6 mánuðum.

## Ónóg þyngdaraukning

Algengar ástæður eru ófullnægjandi eða röng næring, kúamjólkuróþol og niðurgangur. Ekki má gleyma félagslegum vandamálum. Rannsaka þarf þau börn sem þyngjast ekki nægilega.

Hafa bera í huga vanfrásog (*malabsorption*), taugakerfis- og innkirtlasjúkdóma, hjartagalla, langvinnar sýkingar, ef til vill dulda þvagfærasýkingu og fleira.

### Óeðlilega mikil þyngdaraukning

Hjá börnum yngri en 18 mánaða er óeðlileg þyngdaraukning sjaldnast vegna sjúkdóms, ef líkamsskoðun er eðlileg að öðru leyti. Ekki þarf að hafa áhyggjur af börnum, sem eingöngu nærast á brjóstamjólk, hvað þetta varðar. Ef áhyggjur vakna af of mikilli þyngdaraukningu barns er ástæða til að spyrja nákvæmlega um mataræði og gefa leiðbeiningar þar að lútandi. Hafa ber í huga að ráðleggja foreldrum að sleppa því að gefa barninu sælgæti, sætabrauð og sæta drykki og vara sérstaklega við því að gefa barni ávaxtasafa eða mjólk að næturlagi. Þegar um eldri börn er að ræða ber, auk ráðlegginga varðandi mataræði, að leggja áherslu á aukna hreyfingu. Eftir 3-5 ára aldur ber að vera sérstaklega vel vakandi fyrir of mikilli þyngdaraukningu ekki síst með aukna tíðni offitu barna í huga. Sjá klínískar leiðbeiningar um forvarnir og meðferð offitu barna og unglunga.

#### Eðlileg þyngdaraukning:

Aldur	Meðalþyngdaraukning (g/dag)
0-3 mánaða	25-30
3-6 mánaða	20
6-12 mánaða	12
12-18 mánaða	8

### Lengd

Æskilegt er að mæla lengd við reglubundnar skoðanir.

Til tveggja ára aldurs er lengdarmæling framkvæmd með barnið liggjandi og þess gætt að hné séu bein. Eftir það stendur barnið við vegg og þarf þá að standa beint með hælana að vegg.

Ef línuritið sýnir frávik er auðvitað ástæða til að mæla oftar. Flest börn fylgja samsíða ferli á vaxtarlínuritinu. Algengustu ástæður frávika eru: Röng mælitækni eða rangt útfyllt vaxtarlínurit, arfgengir þættir, vanstarfsemi skjaldkirtils eða aðrar hormónatruflanir, vannæring og félagslegir þættir.

Á fyrstu 12-18 mánuðunum telst frávik ef lengd breytist meira en 1 SD (flyst milli kúrfa) á þriggja mánaða tímabili.

Eftir 2- 3 ára aldur á frávik ekki að vera meira en  $\pm\frac{1}{2}$  SD.

Ef frávik er óeðlilegt, þarf nánari rannsókn. Því stærra sem frávikið er þeim mun meiri líkur eru á að orsök fyrir því finnist.

Athugið að fyrirburar og léttburar vaxa oft hraðar í byrjun en önnur börn og getur það valdið fráviki á vaxtarlínuritinu án þess að óeðlilegt teljist.

## Höfuðummál

Höfuðummál lítils barns er auðveldast að mæla á barninu liggjandi. Best er að nota málband sem ekki teygist á, s.s. úr málm. Víða eru notuð taumálbönd, en þau þarf að endurnýja reglulega þar sem getur teygst á þeim með tímanum. Mælt er mesta höfuðummál um enni og hnakka.

Á fyrstu 2 mánuðunum er hæfilegt, ef því verður við komið, að mæla höfuðummál aðra hverja viku.

Á aldrinum 2-8 mánaða eru mælingar gerðar við reglubundnar skoðanir og síðan þegar barnið er 10, 12 og 18 mánaða, eftir það einungis eftir þörfum. Höfuð sem stækkar eðlilega fylgir sínum ferli eða bili á vaxtarlínuritinu.

Breytist höfuðummál meir en 1 SD á þriggja mánaða tímabili fram að 6 mánaða aldri telst það óeðlilegt (flyst milli kúrfa).

Breytist höfuðummál meir en 1 SD á aldrinum 6-12 mánaða telst það einnig óeðlilegt.

Reynslan, bæði hér á landi og erlendis, hefur sýnt, að á seinni árum hefur höfuðummál barna yfirleitt mælst stærra en meðalgildi samkvæmt núverandi línuritum og hefur því verið bent á nauðsyn þess að afla nýrra viðmiðunargilda hvað þetta varðar. Aðalatriðið er að höfuðummál barnsins fylgi sínu ferli á vaxtarlínuritinu.

### **Aukist höfuðummál hratt er nauðsynlegt að vera vel á verði gagnvart eftirfarandi þrýstingseinkennum:**

Spennt hausamót (*fontanella*), saumagliðnun, *sunset phenomenon*, sljóleiki, uppköst, óvæð, nýtilkominn skjálgur.

Of hraður vöxtur höfuðummáls getur gefið vísbendingu um sjúkdóma svo sem vatnshöfuð, *subdural-hygrom* eða fæðingargalla. Þegar um slíkt er að ræða ber að sjá til þess að frekari rannsókn fari fram án tafar.

Of hæg aukning á höfuðummáli leiðir grun að smáheila (*microcephali*) eða ótímabærri lokun á höfuðsaumum.

Þegar um óeðlilegt frávik er að ræða, hvort sem höfuð stækkar óeðlilega mikið eða lítið, ber að sjá til þess að barnið verði rannsakað frekar án tafar.

Hafa ber í huga að höfuðummál fyrirbura vex oft hratt á fyrstu 6 mánuðunum („catch-up”)

og veldur þannig „eðlilegu“ fráviki á vaxtarlínuritinu, sem erfitt getur reynst að meta. Oftast á þetta einnig við um lengd og þyngd. Sérstök vaxtarlínurit eru nú fáanleg fyrir börn, sem fædd eru fyrir tímann.

## Almennt útlit

Hvernig kemur barnið þér fyrir sjónir? Vellíðan? Vanlíðan? Er öndunin eðlileg? Hreyfir barnið sig eðlilega?

## Húð

Er húðlitur eðlilegur? Er barnið fölt, með bláma eða er gula greinanleg?

### Fölvi

Fölur húðlitur getur verið merki um blóðleysi, járnskort eða veikindi. Járnskortur er sjaldgæfur meðal barna á Norðurlöndum. Endurteknar Hb-mælingar í ungbarnavernd eru yfirleitt ekki nauðsynlegar nema við grun um blóðleysi. Ef sýnt er fram á, að um blóðskort sé að ræða ber að rannsaka barnið áður en járnmeðferð er hafin. Vægan blóðskort eftir sýkingar á ekki að meðhöndla með járn og þegar um slíkt er að ræða er nægilegt að endurtaka Hb-mælingu eftir 4-6 vikur.

### Blámi

Blámi á útlimum er algengur hjá kornabörnum, vegna kulda á útlimum. Stöðugur blámi eða blámi við áreynslu vekur grun um hjartagalla eða hjartasjúkdóm og ber að skoða nánar.

### Gula

Ef gula er merkjanleg lengur en í 4-6 vikur eftir fæðingu, ber að rannsaka barnið nánar. Auðveldast er að meta gulu í hvítu (*sclera*). Athugið að börn, sem drekka gulrótarsafa eða borða mikið af gulrótum eða grænmeti geta haft gulan húðlit, sérstaklega í lófum, á iljum og í andliti. Þetta er eðlilegt ástand, sem ekki þarf að hafa áhyggjur af.

### Naflinn

Mikilvægt er að þrifa naflastúfinn og svæðið í kring vel með volgu vatni og gæta þess að þerra hann vel á eftir. Aðgæta þarf að rök bleia liggja ekki yfir þessu svæði. Naflapúður er ekki lengur notað að staðaldri.

Ef ekki er hefðbundinn gangur við bata skal athuga hvort ofholdgun (*granuloma*) geti verið til staðar. Ofholdgun er meðhöndluð með vítissteinspinna (*lapis*) eftir þörfum.

Stundum getur naflinn verið sýktur og því er stundum ástæða til að taka sýni í ræktun frá svæðinu. Ef greinileg sýking til staðar með roða í húðinni umhverfis (*omphalit*) ber að senda barnið á barnadeild til meðhöndlunar.

Naflaslit eru allalgeng en góðir möguleikar að það jafni sig án meðferðar þótt þau séu stór. Því þarf að fylgjast með þróun þeirra.

### *Hormónabólur (erythema toxicum neonatorum)*

Hormónabólur eru algengar (50-70% barna). Þetta eru rauðar skellur (*maculur*), gulhvítar *papulur* og *eosinophila pustulur* (bólur). Hormónabólur eru oftast greinilegar á fyrstu sólarhringunum og geta verið til staðar fyrstu tvær vikurnar. Oft mjög útbreitt en gengur yfir án meðferðar. Talið vera vegna áhrifa hormóna frá móður.

### *Hitabólur (miliaria neonatorum)*

Annars vegar er um að ræða litlar yfirborðsbólur (*crystallina*) og hins vegar þær sem liggja dýpra (*rubra*) og ná að valda meiri ertingu. Þessar bólur eru því stærri og rauðari (*maculur* eða *pustulur*) og geta líkst „hormónabólunum“. eru algengastar á 1.-2. mánuði. Kemur til vegna þess að keratin blokkarar svitagangana. Ber meira á þeim ef barninu er heitt (ofdúðað/eftir grát). Gengur einnig oftast yfir án meðferðar. Ef húðin er einnig mjög þurr og barnið virðist hafa óþægindi af útbrotunum má reyna 1% sterakrem í nokkra daga.

### *Milia neonatorum*

Smáhvítir punktar á nefhryggnum og undir augunum aðallega. Þessir punktar koma til vegna þess að gangar fitukirtla stíflast. Jafnar sig á 1-3 mánuðum. Milia neonatorum getur einnig sést á efri góm í miðlínu og líta út eins og litlar perlur (Epstein perlur).

### *Storkabit (capillar hemangioma)*

Storkabit (*Salmon patch*): rauðir flekkir á enni/hnakka/augnlokum. eru leifar af fósturblóðrásinni. Lýsast á fyrsta aldursárinu, sérstaklega í andliti.

### *Valbrá (nevus flammeus)*

Valbrá eða eldsmerki. Af sama meiði og storkabit en blárauð og meira áberandi og lýsast ekki með tíma. Ekki upphækkað.

### *Cavernös hemangioma*

Sjást yfirleitt ekki fyrr en á fyrstu vikunum eftir fæðingu. Fullur vöxtur næst á 3-4 mánuðum og getur tekið einhver ár að hverfa. Sum hverfa þó ekki nema með sérstökum aðgerðum, t.d. lasermeðferð. Teikn um að cavernös hemangioma eru að láta undan er að þau byrja að lýsast í miðjunni. Ekki er hættu á illkynja vexti.

### *Mongolian flekkir*

Blá-/blágráleitar macular húðbreytingar með misskörpum brúnum, oftast á presacral svæði en geta verið sýnilegir aftan á lærum, baki og á öxlum.

Geta verið stakir eða margir og taka oft yfir stórt húðsvæði. Langalgengast (80%), hjá svörtu fólki og börnum af asískum uppruna en er einnig þekkt hjá hvítum börnum þó það sé ekki algengt. Þessir litaflekkir dofna oftast með tímanum þó svo þeir geti verið til frambúðar.

### *Bólgnir brjóstakirtlar*

Kemur í ljós fljótlega eftir fæðingu, öðrum eða báðum megin hjá báðum kynjum. Er ekki óalgengt og getur verið til staðar í mislangan tíma. Stundum er jafnvel hægt að „mjólka“ þá. Þetta ástand er sársaukalaust nema ef sýking er til staðar. Þá er hættu á graftarkýlis (*abscess*) myndun sem þarf að stinga á og setja barnið á sýklalyf.

### *Skóf (seborrhoeic dermatitis)*

Skóf er gulbrúnar fitukenndar skellur eða hrúður, oftast í hársverði og milli augna en getur verið útbreiddara. Getur legið í þykkum lögum. Veldur yfirleitt ekki óþægindum eins og kláða og þá helst ef atopískt exem er einnig til staðar. Gott er að bleyta hárið og nudda með þvottapoka og greiða með fínni greiðu eða lúsakambi. Ef þetta dugar ekki til að fjarlægja skófina gæti þurft að bera feitt krem í hársvörðinn sem er látið liggja í nokkra tíma eða yfir nótt. Þessa meðferð þarf oft að endurtaka. Ef ástæða þykir má reyna Salicylvaselin 2% sem er borið í að kvöldi og síðan er hársvörður nuddaður eða bustaður að morgni. Stundum þarf að endurtaka þessa meðferð. Í erfiðum tilvikum eru sterakrem/smyrslu notuð í samráði við lækni.

### *Bleiuútbrot (bleiudermatitis)*

Útbrot á bleiusvæði eru algeng. Ef einungis er um að ræða væga ertingu má reyna eitthvað af hinum hefðbundnu „bossakremum“ eða verjandi smyrslum, lofta vel og skipta þétt um bleiur. Vakni grunur um sveppasýkingu þarf oft að nota sveppa- og sterakrem saman. Athugið jafnframt hvort barnið sé með þrusku í munnni á sama tíma. Ertingu í húðfellingum vegna raka sem legið hefur við húðina má stundum laga með púðri.

### *Barnaexem (atopic dermatitis)*

Til eru mismunandi tegundir exems en algengast hjá börnum er það sem í daglegu tali er kallað barnaexem (*atopískt exem*). Tíðni barnaexems hefur farið vaxandi sl. áratugi og hefur ekki verið hægt að benda á eitthvað eitt til skýringar (*nánari upplýsingar um barnaexem undir ítarefni*).

### *Frauð-/flökkuvörtur (molluscum contagiosum)*

Frauð-/flökkuvörtur eru algengar og orsakast af veiru. Þær breiðast mismikið út og eru smitandi. Gefa helst óþægindi ef barnið er með þurra húð eða undirliggjandi exem. Getur verið hvítleitt og margir leita aðstoðar vegna þessa. Hverfur þegar líkaminn hefur myndað ónæmi gegn veirunni en það getur aftur á móti tekið mjög langan tíma (jafnvel 1-2 ár). Þessar vörtur eru stundum skafnar í burtu eða þær penslaðar með veirulyfi.

### *Vörtur*

Vörtur hverfa oftast af sjálfu sér án nokkurrar meðferðar, en það getur þó tekið langan tíma, jafnvel ár. Meðferð með vörtulyfi (Verucid®), kvölds og morguns, er möguleg en getur tekið margar vikur. Best er að skafa fyrst burt það sem laust er á yfirborði vörtunnar með hnífsblaði, setja síðan útsett svæði í heitt vatn í 5 mínútur, skafa aftur, þurrka vel, bera vörtulyfið á vörtuna og setja síðan plástur yfir. Meðferðin endurtekin tvisvar á dag. Stundum reynist nauðsynlegt að frysta vörtunarnar.

### *Kláðamaur*

(Sjá fræðslu um [kláðamaur](#) á heimasíðu Sóttvarnalæknis).

### *Höfuðlús*

(Sjá fræðslu um [höfuðlús](#) á heimasíðu Sóttvarnalæknis).

## Höfuð

Athugið vaxtarferil á vaxtarlínuriti (*sjá höfuðummál*). Þreifið á fremri hausamótunum. Aukinn þrýstingur án þess að barnið gráti er óeðlilegur og gefur tilefni til frekari rannsókna án tafar.

Stærð hausamóta er breytileg, eða allt frá 0,5 x 0,5 cm til 4 x 4 cm án þess að það teljist óeðlilegt. Hausamót eiga að finnast við þreifingu til eins árs aldurs, annars vaknar grunur um að saumar hafi lokast of snemma og er nánari rannsókn þá nauðsynleg. Stundum finnst töluverð gliðnun í sagittalis-saumnum, sem er óeðlileg, ef vaxtarhraði höfuðummáls er samtímis óeðlilega mikill og þrýstingur aukinn við þreifingu á hausamótum.

Finnist garður við þreifingu á saumum, getur það bent til ótímabærrar lokunar og ber að athuga nánar.

Mislögun (*asymmetri*) á höfði er algeng, sérlega eftir erfiða eða langdregna fæðingu. Jafnvel þó að um talsverða mislögun sé að ræða, gengur hún smám saman til baka og má hafa áhrif á það með því hvernig barnið er látið liggja. Ekki er þess þó alltaf að vænta, að höfuðið verði fullkomlega jafnlaga. Jafnvel þótt um mikla mislögun sé að ræða er sjaldnast ástæða til að óttast heilaskemmdir.

Við bungandi hátt enni er vert að hafa í huga vatnshöfuð eða aukinn þrýsting af öðrum ástæðum (hratt vaxandi höfuðummál, spennit hausamót („sunset phenomenon“), ef til vill uppköst og óvæð).

## Augu barna

Áríðandi er að þeir sem hafa með börn að gera viti nokkur deili á eðlilegum þroska sjónar. Forsendur góðrar sjónar eru fjölbættar, bæði meðfæddar og áunnar.

Augu þurfa að vera rétt sköpuð. Það eitt og sér er þó ekki nægilegt til að þroska góða sjón heldur þarf barnið að „nota“ augun til að sjón þroskist. Sjónin er að þroskast fyrstu 7-8 ár ævinnar og eru fyrstu árin mikilvægust. Auga barns getur verið líffræðilega heilbriggt en ef eitthvað kemur í veg fyrir eðlilegan sjónþroska getur þróast svokallað letiauga (*amblyopia*) Ef fullum sjónþroska er náð án þess að gripið hafi verið til viðeigandi meðferðar er skaðinn varanlegur. Oftast er hins vegar með tiltölulega einföldum aðferðum hægt að koma í veg fyrir latt auga með því að nota gleraugu og leppmeðferð. Möguleikar á að ná árangri af meðferðinni minnka eftir því sem barnið er eldra. Dæmi um hvað kemur í veg fyrir eðlilegan sjónþroska eru tærleiki ljósvega, rangeygð, sjónlagsgallar, skjálgur, þrengsli í tárögöngum og sýkingar.

### Tærleiki ljósvega

Ef ljósvegir eru ekki tærir eins og til dæmis þegar ský er á augasteini (*congenital cataracta*) þannig að ljósið nær ekki að falla inn í augað hindrar það eðlilegan sjónþroska. Mikilvægt er að kanna hvort eðlilegur rauður reflex sé til staðar hjá öllum nýfæddum börnum, því grípa þarf strax til aðgerðar ef um meðfætt ský á augasteini er að ræða. Allt sem hindrar að ljós falli inn í auga hamlar sjónþroska eins og til dæmis sigið augnalok (lokbrá) eða *haemangioma*

á augnaloki sem lokar auganu.

### *Rangeygð (strabismus)*

Ef augu eru ekki réttstæð er barnið ekki að nota það auga sem skekkist. Afleiðingin verður latt auga með vanþroska sjón nema gripið sé til viðeigandi meðferðar. Meðferðin er meðal annars gleraugu, oft leppur og síðar jafnvel skurðaðgerð. Nauðsynlegt er að augnlæknir skoði öll börn sem fyrst eftir að augnskekkju verður vart, bæði til að hægt sé að grípa til viðeigandi meðferðar sem fyrst og til að útiloka alvarlegar en sem betur fer sjaldgæfar orsakir skekkjunnar, svo sem æxli í auga eða heila.

### *Sjónlagsgallar*

Miklir sjónlagsgallar eða verulegur munur á sjónlagi hægra og vinstra auga valda því að barnið fær ekki skýra mynd á annað eða bæði augun og hamlar það eðlilegum sjónþroska nema gripið sé til viðeigandi meðferðar eins og gleraugna og/eða leppmeðferðar.

Athugið hvort hornhimnan er stærri en það sem eðlilegt telst (12 mm í þvermál eða meira), hvort hún er mött (meðfædd gláka), og hvort sjáaldrið upplýsist hvítt eða gult (æxli?).

### *Þrengsli á tárögöngum*

Einkenni eru oftast gröftur í auga og tár á kinn án þess að barnið gráti, að jafnaði stöðugt frá fæðingu. Leggja ber áherslu á að þvo augun með volgu vatni, þrýsta laust á eða nudda tárpokann í hvert skipti, ef til vill meðhöndla með sýkladrepandi augndropum x2-3 á dag, jafnvel í lengri tíma, ef ástandið fer ekki batnandi. Eftir sex til níu mánaða aldur ber að sjá til þess að augnlæknir skoði barnið, séu einkenni enn til staðar.

### *Sýkingar í augum*

Tára (*conjunctiva*) ungbarna er fól og hrein. Þegar einungis er um að ræða smávægilegt gulleitt slím í augnkrókum, er nægilegt að hreinsa augun með volgu vatni nokkrum sinnum á dag. Sé um að ræða roða á tárú ásamt slímmyndun í auganu fyrstu vikur ævinnar, er oft nauðsynlegt að senda sýni í ræktun, bæði almenna- og gónókokkaræktun og einnig fyrir chlamydia (athugið að notað er sérstakt æti fyrir chlamydia, sem er ekki það sama og notað er fyrir ræktanir af þessu tagi frá kynfærum). Sýkingar af völdum gónokokka og chlamydia þarfnast sérfræðilegrar meðferðar.

Augnsýkingar hjá börnum eru nokkuð algengar hjá börnum, með eða án kvefs. Eru oftast veirusýkingar og lagast gjarnan af sjálfu sér. Ef augnsýking er langvarandi eða mjög slæm er rétt að láta lækni skoða.

## **Eyru**

### *Eyrnamergur*

Mikill mergur í eyrnagangi er algengt fyrirbæri. Stundum verður þó til mergtappi sem lokar hlustinni og veldur óþægindum. Til að hreinsa eyrnagang þar sem er mikill mergur má nota sérstaka eyrnadropa (*Earex*<sup>®</sup>) sem leysa merginn upp og reyna síðan að skola út með vatni þegar barnið fer í bað. Ef þetta dugar ekki getur þurft að skola eða soga merginn út á stofu. Foreldrar skulu alltaf varast að fara með eyrnapiña eða önnur verkfæri inn í eyrnaganginn



til að forðast skemmd á hljóðhimnu eða bólgu eða exema í eyrnagangi.

### *Exema í eyrnagangi (external otitis)*

Exema í eyrnagangi er bólguástand í húð eyrnagangsins sem veldur oft kláða, óþægindum og stundum hlustarverk. Húðin er þá oft rauð og ert, stundum flagnandi. Stundum getur fylgt húðsýking, sérstaklega sveppasýking en einnig stundum bakteríusýkingar, og er þá exemað blautt og vessandi. Hvítleitar skánir benda frekar til sveppasýkingar. Bleyta, t.d. eftir sund eða böð, getur verið meðvirkandi orsakavaldur og þá frekar ef mikill mergur er í hlustum. Best er að að skola út merg og óhreinindi áður en meðferð er hafin með eyrnadropum sem virka í senn á exema, sveppasýkingu og væga bakteríusýkingu, svo sem *Hydrocortison med Terramycin og Polymyxin-B (HTP)* eða *Ciproxin-Hydrocortison* eyrnadropa. *Locacorten Vioform* eru áhrifaríkir á erfiðari sveppasýkingar. Gefa á nokkra dropa í senn, 2-4 sinnum á dag í nokkra daga (3-5 d) og meta ástandið síðan aftur. Ef mikil bólga er í eyrnaganginum getur verið ástæða til að skola út oftár á heilsugæslustöð eða vísa til meðferðar hjá sérfræðingi í háls-, nef- og eyrnalækningum.

### *Miðeyrnabólga (otitis media):*

Miðeyrnabólga er aðallega sjúkdómur hjá ungum börnum (*sjá umfjöllun undir heilsufarsvanda*).

## **Nefkirtlar**

Allir hafa kirtla (*adenoid*) í nefkoki. Þeir bólgnast/stækka gjarnan við kvef, hafa tilhneigingu til að minnka og hverfa í kringum 4 ára aldur. Stundum þarf að taka nefkirtla. Ástæður ráðast af einkennum en ekki stærð nefkirtilsins.

### **Ástæður til að vísa barni áfram til háls-, nef- og eyrnalæknis eru helst þessar:**

- Verulegir öndunarerfiðleikar að næturlagi með hrotum og ef til vill kæfisvefni, að deginum opinmynt og eiga í erfiðleikum með að anda í gegnum nefið.
- Endurteknar eyrnabólga og langvarandi vökvasöfnun í miðeyrum með skertri heyrn.
- Endurteknar öndunarfærasýkingar með hitatoppum og graftrartaum á afturvegg koksins.

## **Munnur og háls**

### *Hvítar skánir*

Merki um þrusku, (*monilia*), sem er algengt hjá ungbörnum. Pensla má daglega með 0,5 til 1,0% gentianaviolet sem fæst án lyfseðils. Dugi það ekki má nota mycostatin mixtúru 1 ml x 4

(lyfseðilsskylt) á dag eftir máltíð í 10 daga.

### *Klofinn úfur*

Ef úfurinn sést ekki eða er klofinn ber að þreifa eftir klofnum gómi undir slímhúðinni aftan til.

### *Tunguhaft*

Mjög sjaldan ástæða til aðgerðar þess vegna. Bíða til 18 mánaða aldurs og geti barnið þá ekki rekið tungubroddinn út fyrir varirnar (ulla) er ástæða til aðgerðar, sér í lagi ef skert tunguhreyfing hefur áhrif á tal, mál og kyngingu.

### *Stórir hálskirtlar*

Algengir í börnum. Sjaldnast er ástæða til að taka kirtlana vegna þess nema þegar þeir valda kæfisvefni, ógreinilegu tali eða kyngingarörðugleikum. Til að skoða háls barns án tunguspaða má biðja barnið að gapa eins og það getur og reka út úr sér tunguna.

#### **Ástæður til að senda barn til frekari mats hjá lækni eru:**

- Endurteknar erfiðar sýkingar af völdum baktería.
- Ef hálsbólga hefur leitt til myndunar á graftarkýli.
- Ef í kjölfar hálsbólgu hafa komið aukaverkanir eins og bólgur í nýrum, liðum eða hjartavöðva.
- Ef hálskirtlarnir valda öndunarerfiðleikum við svefn (í slíkum tilvikum hefur nefkirtlataka verið framkvæmd án árangurs).
- Þegar hálskirtlanir valda óskýru tali eða kyngingarörðugleikum.

### *Eitlar á hálsi*

Eitlastækkarnir á hálsi barna, undir kjálkabörðum og aftan sternkleidovöðvans, eru algengar og þá fyrst og fremst í sambandi við öndunarfærasýkingar. Oft ná eitlarnir ekki að hjaðna á milli sýkinga. Eðlilegir eitlar eru mjúkir átöku, spólulaga, hreyfanlegir og oftast ekki stærri en sveskjusteinn. Ef eitlarnir eru óeðlilega stórir, fastir við undirlagið, óreglulegir að lögun eða grunur er um að staðsetning þeirra sé óeðlileg, ber frekari rannsókn að fara fram án tafar.

### *Fistilop á hálsi*

Eru leifar frá fósturstigi. Stundum kemur útferð úr fistilopinum. Þarf að fjarlægja með aðgerð.

## **Tennur**

### *Tennur/tannskemmdir*

Tanntaka hefst um 6-8 mánaða aldur og nýjar tennur bætast smám saman við þar til allar barnatennurnar tuttugu hafa skilað sér við 2½ árs aldur. Skán sem fær að liggja á tönnunum

veldur tannskemmdum. *Ef munnhirðu barns er ábótavant, skán hylur tannfirborð, hvítleitur mattur litur er á glerungi (byrjandi tannskemmd – K02.0) eða tannskemmd er sýnileg í tönn/tönnum (K02.1) er mikilvægt að leita skýringa, leiðbeina um tannvernd og vísa foreldri STRAX með barnið til tannlæknis.*

### **Bráð tannholdsbólga**

Bráð munn- og tannholdsbólga með blöðrumyndun í tannholdi, tungu, koki og slímhúð munns fylgir frumsýkingu *Herpes simplex* veirunnar. Börnin eru með hita og mjög kvalin. Yfir 80% eru án einkenna við fyrsta smit. Meðferð felst fyrst og fremst í að næra barnið (gefa nægan vökva, AB-ávaxtamjólk og vatn) og pensla sárin með deyfilyfi (Andolex) eða klórhexidíni. Sárin gróa án ummerkja á 7-10 dögum. Leitið ráða hjá tannlækni eða lækni ef þörf krefur.

### **Tannáverkar**

Áverkar á tönnum eru algengir, einkum hjá börnum. Mikið blæðir úr sárum í munnslímhúð, en græðslan er einnig hröð og oftast án ummerkja. Algengt er að los komi á tennur, sérstaklega miðframtennur efri góms og einnig getur kvarnast upp úr glerungi eða tönn/tennur brotnað. Mikilvægt er að láta tannlækni meta áverka í munnholi og fylgjast með í nokkurn tíma á eftir.

#### **Ástæður til að senda barn til frekari mats hjá tannlækni eru:**

- Munnhirðu barns er mjög ábótavant.
- Hvítleitur, mattur litur er á tannglerungi (K02.0).
- Tannskemmd („hola“) er sýnileg í tönn/tönnum (K02.1)
- Ef brotnar upp úr tönn/tönnum eða þær losna í kjölfar áverka.

### **Hallinsvíri (torticollis)**

Oftast vegna óhagstæðrar legu barnsins í leginu, en stundum vegna blæðingar í sternokleidomastoideusvöðvann í fæðingu. Við þetta verður yfirleitt stytting á vöðvanum. Stundum finnst smá fyrirferðaraukning við þreifingu. Við dæmigerðan torticollis hallar höfuð barnsins að stytta vöðvanum og andlit barnsins snýr í gagnstæða átt. Slík skekkja og stytting í vöðva þarf meðferð sjúkráþjálfara þar sem teygt er varlega á vöðvanum. Í einstaka tilfellum getur skurðaðgerðar verið þörf.

Fyrstu vikurnar er nokkuð algengt að börn leiti með höfuðið meira í aðra áttina, einkum ef það hefur verið lengi skorðað í móðurkviði. Höfuðkúpa svo ungra barna er sveigjanleg og hætta er á að höfuðið aflagist ef barnið liggur alltaf á sömu hlið. Gefa skal foreldrum ráðleggingar um hvernig best er að draga úr þessari tilhneigingu barnsins og benda á fræðslu frá sjúkráþjálfara: *Vegna barna sem skekkja höfuðið til VINSTRI/HÆGRI*. Ef enn ber á skekkju

við 3 mánaða aldur og þessi ráð hafa ekki dugað þarf að meta hvort þörf er frekari leiðbeininga eða meðferðar hjá sjúkráþjálfara.

### Viðbeinsbrot-plexuskaði

Ekki er óalgengt að barn viðbeinsbrotni í fæðingu og uppgötvast það ekki alltaf á fæðingarstofnun. Við þreifingu finnst fyrirferð í beininu *callus* eftir 1-2 vikur. Þetta er saklaust ef einangrað fyrirbæri, og þarfnast enga meðferð.

Áverki á plexus brachialis, sem verður við tog í fæðingu, getur valdið tónusbreytingu og stundum varanlegri lömum á handleggnum. Stundum aðgerða þörf, ber að vísa til sérfræðings.

### Brjóstkassi

Ef aflögun kemur fram á brjóstkassa getur vaknað grunur um beinkröm. Þessi sjúkdómur er afar sjaldgæfur nú á tímum. Sést stundum í sambandi við vannæringu hjá börnum sem eru ættleidd frá löndum þar sem fátækt er mikil, eða hjá börnum sem ekki hafa fengið rétta næringu og D-vítamín, t.d vegna félagslega erfiðleika foreldra. Þetta sést einnig við vanfrásog (*malabsorption*). Þreifið eftir fyrirferðaraukningu á mótum rifbeina og brjósks. Við þennan sjúkdóm verða höfuðbein (*craniotabes*) mjúk og eftirgefanleg, sem getur þó verið eðlilegt fyrirbæri hjá ungbörnum. Þreifið einnig eftir *tvöföldum malleolus*, þ.e. fyrirferðaraukningu ofan við *malleolus medialis*, sem þannig verður eins og tvöfaldur. Auk klínískra einkenna er hægt að greina D-vítamínskort með því að mæla kalsíum (kalk) og fosfat í blóði og taka röntgenmyndir af viðeigandi beinum.

### Öndunarfæri

Óþarft er að hlusta lungu í hvert skipti sem barnið kemur til eftirlits ef það hefur engin einkenni frá öndunarfærum en er þó oftast gert samtímis og hjartahlustun.

### Hjarta

Við hjartahlustun heyrir nokkuð oft systólískt blásturshljóð með fysiologískum blæ, mjúkt, stutt, af gráðu I-II við neðanverða vinstri bringubeinsbrún. Sé maður viss í sinni sök má bíða átekta.

Sé óhljóðið af óeðlilegri gerð (sterkt, gróft eða lágtíðni) eða með óvenjulegri staðsetningu, hafi barnið einkenni (bláma (*cyanosis*), öndunarerfiðleika, lélega þyngdaraukningu, veikan púls) eða þegar um barn yngra en 6 mánaða er að ræða, ber að sjá til að frekari rannsókn fari fram án tafar. Díastólískt óhljóð er alltaf óeðlilegt. Munið að hlusta eftir systólisku óhljóði í 1-2 millirifjabili vinstra megin, sem heyrir við opinn ductus arteriosus.

Þreifið eftir æðaslætti í nárum hjá öllum börnum á fyrsta aldursári svo og hjá þeim sem hafa hjartaóhljóð.

Foreldra ber að upplýsa um öll óhljóð sem eru skráð í skýrslur ung og smábarnaverndar, jafnvel saklaus blásturshljóð.

## Kviður

Ef kviður er þaninn eða óeðlilega fyrirferðamikill, ber að hafa í huga vandamál eins og vannæringu, líffærastækkanir (t.d. nýru, lifur) meðfæddan *megacolon* eða æxli .

### *Nafلاكviðslit*

Ekki óalgengt, innan naflahringsins. Flest hverfa af sjálfu sér þegar barnið fer að ganga og vöðvarnir í kviðveggnum að styrkjast. Gefið foreldrum ráð í samræmi við þetta. Veldur barninu ekki óþægindum, jafnvel þó það sjáist þegar barnið grætur. Plástur gerir ekkert gagn. Ef barnið er orðið fjögurra ára og hefur nafلاكviðslit sem er tveir þverfingur eða meira (sjaldgæft) er ástæða til aðgerðar.

### *Supraumbilical - eða periumbilical kviðslit*

Kviðslit utan naflahringsins þarfnast aðgerðar.

Hjá litlum börnum finnst oft veikleiki í miðju rectusslíðrinu og sést þá við grát hvernig frambungun, oft 1-2 cm á breidd, verður í miðlínu. Saklaust og hverfur oftast þegar barnið eldist.

### *Lifrankantur*

Finnst oft 1 cm neðan hægra rifjabarðs á börnum á fyrstu mánuðunum. Telst eðlilegt, ef kanturinn er mjúkur og jafn og barnið annars einkennalaust. Finnist milta við þreifingu vaknar grunur um sýkingu eða annan sjúkdóm sem orsök og ber að vísa barni áfram til nánari athugunar.

Þreifið kvið ung- og smábarna af gaumgæfni, sérstaklega yfir nýrum. Fyrirferðaraukning þar getur orsakast af Wilms-tumor, *neuroblastoma*, *hydronephrosis* eða *cystunýra*. Vakni grunur um slíkt ber að rannsaka barnið þegar í stað. Athugið að ekki er óalgengt, að eðlileg nýru finnist við þreifingu á kvið ungbarna.

## Endaparmur

### *Fissura ani*

Minniháttar ferskar blæðingar frá endaparmi eru oftast vegna hægðatregðu og sprungumyndana í endaparmsopi.

### *Njálgur*

(Sjá fræðslu um [njála](#) á heimasíðu Sóttvarnalæknis).

## Ytri kynfæri og nárar

### *Forhúðarþrengsl*

Forhúðin er oftast fremur þröng á fyrsta árinu (fysiologískt fyrirbæri), og hjá 90% drengja undir 3 ára aldri er ekki hægt að bretta forhúð upp og ekki ástæða til þess. Varast ber að ráðleggja foreldrum að bretta hana upp, það veldur sársauka og örmyndunum sem getur valdið því að það þurfi að gera aðgerð síðar. Lagast oftast af sjálfu sér fyrir kynþroska. Gagnlegt er að sýna foreldrum að forhúð sé í raun ekki svo þröng með því að toga hana fram

og þá opnast hún oftast vel. Ef forhúð þenst út við þvaglát ber að athuga málið nánar, t.d. vísa til barnaskurðlæknis.

**Ástæður fyrir aðgerð vegna forhúðarþrengsla eru:**

- Endurteknar (tvær eða fleiri) ígerðir (balanítar) eða stöðugur þroti í og undir forhúð samhliða þröngri forhúð.
- Hindrun á þvagrennsli. Það koma þá eingöngu dropar eða forhúðin blæs upp við þvaglát eins og blaðra.

**Balanítis**

Balanítis er sýking í forhúð, með roða í húð, sviða við þvaglát og e.t.v. gröftur. Best að meðhöndla með heitu baði (láta barnið sitja í barni í dágóða stund) og með saltvatnsskolun, sem framkvæmd er með sprautu án nálar eða að skola með því að nota handsturtu. Ef lagast ekki við skoðanir gefa sýklalyf staðbundið, t.d. augndropa úr túpu með ílöngum stút sem auðvelt er að nota til að sprauta undir forhúð.

**Eistu**

Finnist eistun ekki í pungnum við þreifingu, getur ástæðan verið kuldi, feimni eða hræðsla og er því rétt að reyna að „mjólka“ þau niður (ekki kaldar hendur!). Heppnist það ekki má biðja foreldra að þreifa í rólegheitum einhverju sinni, þegar drengurinn er í heitu baði.

**Hafi eista ekki fundist, þegar drengurinn er 18 mánaða er ástæða til að halda að um retentio testis sé að ræða og aðgerðar því þörf. Aðgerð þarf að gera fyrir 2 ára aldur.**

Í þeim tilvikum þegar hvorugt eistað finnst er frekari rannsókna þörf sem fyrst.

**Hydrocele testis eða funiculi**

Hydrocele, sem lýsist upp með vasaljósi, er algengt hjá nýfæddum drengjum og finnst við endurteknar skoðanir á fyrsta árinu, en fer síðan stöðugt minnkandi. Sjaldan er ástæða til aðgerðar vegna þessa, nema ef hydrocele stækkar eða hefur ekki horfið þegar barnið er ársgamalt. Greinist hydrocele síðar er aðgerðar þörf.

**Kviðslit í nára**

Skurðaðgerðar er þörf. Getur verið til staðar jafnvel þótt ekkert óeðlilegt finnst við skoðun, ef sagan bendir til að um slíkt sé að ræða. Vekjið athygli foreldra á því, að görnin geti klemmst, einkennum sem því fylgja og hvert leita skuli. Sé um að ræða fyrirferðaraukningu í pung, sem ekki lýsist upp með vasaljósi eða bólgið, aamt eista, ber að leggja barnið inn á barnadeild tafarlaust. Verkjalaus fyrirferð er yfirleitt kviðslit og má skoða þetta í rólegheitum.

**Verulega stór snípur (klítorishypertrophy) eða mjög pigmenteruð ytri kynfæri**

Getur bent til *adrenogenital syndroms* og ber þá að rannsaka án tafar.

## Mjaðmir

Mjaðmaliðhlaup er mikilvægt að greina sem fyrst. Það greinist ekki í öllum tilvikum á fæðingarstofnun og er því nauðsynlegt, að mjaðmir séu skoðaðar gaumgæfilega allt til 18 mánaða aldurs.

Spyrjið um ættarsögu. Það eitt að horfa á barnið getur vakið grun um liðhlaup í mjöðm (ójafnar fellingar á lærum, mislangir ganglimir, ójafnar hreyfingar, útróteraður ganglimur). Skoðið barnið liggjandi á bakinu. Eðlilegar mjaðmir er yfirleitt hægt að abducera að minnsta kosti 60-70° þegar mjaðmir og hnjáliðir eru í 90° flexion. Best er að hafa þumalfingur innanvert á hnjám barnsins og hina fingurna utanvert á lærinu og abducera í báðum mjöðmum samtímis. Athugið að óstöðugleiki í mjaðmaliðum, sem kemur fram þegar lærleggshausinn hropar í eða úr lið (*jákvæður Ortholani*), finnst yfirleitt einungis á fyrstu 1-2 mánuðunum en eftir það er hreyfingarhindrun (*abductionshindrun*) mikilvægasta einkenni mjaðmaliðhlaups og yfirleitt alltaf til staðar. Oftast auðvelt að greina þegar um einkenni og hreyfingarhindrun frá einungis öðrum liðnum er að ræða. *Abductionshindrun* báðum megin er erfiðara að meta en segja má að minni abduction en 60° gefi grun um liðhlaup.

Smelli er algengt að finna í eðlilegum mjaðmar- og hnjáliðum.

### *Abductionshindrun*

Um eðlilegar mjaðmir gildir að oftast er hægt að *abducera* í 60-70°, nokkru minna þegar um feit börn er að ræða.

## Hreyfingar í öðrum liðum

Þarfnast yfirleitt ekki sérstakrar skoðunar, nema í sambandi við frávik í hreyfingum, eða þegar sagan gefur tilefni til.

## Hryggur

Skoða með tilliti til hryggskekkju. Hryggskekkja á ungbarnaskeiði er algengari hjá drengjum en stúlkum.

Hjá eldri börnum, horfa á hrygginn þegar barnið stendur beint og einnig þegar það beygir sig fram með fætur saman. Þegar um hryggskekkju er að ræða, kemur fram mislögung (*asymmetri*) á brjóstakassa. Börnum með hryggskekkju ber að vísa til sérfræðings

Lítilsháttar aukning á eðlilegum sveigjum hryggsúlunnar, til dæmis háls-, brjóstkryppa (*kyphosis*) eða *lumbal-lordosis* er eðlileg og varla ástæða til neinnar meðferðar þess vegna. Veruleg skekkja, jafnvel hjá ungbörnum, getur þó vakið grun um vansköpun á hryggjarliðum og er þá ástæða til röntgenrannsóknar. Hártoppur, fituæxli eða fæðingarblettur yfir spjaldhrygg getur verið í tengslum við klofinn hrygg og því ástæða til frekari rannsókna þess vegna.

## Ganglimir

Ungbörn eru að öllu jöfnu vægt hjólbeinótt. Eykst oft þegar barn byrjar að ganga og er oftast orðið eðlilegt við 2-3 ára aldur.

Við 3-5 ára aldur eru mörg börn kiðfætt. Bil allt að 5-7 cm milli *malleola* er eðlilegt. Allt að ca 5 cm milli *medial kondyla* femur er eðlilegt hjá börnum sem eru hjólbeinótt. Sé um verulegan mismun á aflögun á hægra og vinstra ganglims er ástæða til áframhaldandi rannsókna og tilvísun á sérfræðing.

Ef einkenni eru um "tvöfaldan malleolus", það er fyrirferðaraukningu ofan við *malleolus medialis*, sem þannig verður eins og tvöfaldur, vaknar grunur um beinkröm. Þá ber að athuga fleiri einkenni svo sem frá brjóstakassa (sjá brjóstakassa) og höfuðbein.

### *Klumbufótur (pes equinovaroadductus)*

Þegar ekki er hægt að rétta í *equino varus* stöðu. Venjulega greint fyrir útskrift af fæðingarstofnun, oft greint með ómskoðun í mæðraskoðun. Algengt er að fætur ungbarna vísi inn á við, iljarnar jafnvel á móti hvor annarri. Sé auðvelt að rétta úr, sem oftast er, er ástandið ekki óeðlilegt og fæturnir réttast af sjálfu sér. Ráðleggja má foreldrum að æfa varlega þegar skipt er á barninu.

### *Innskeifa*

Algengt að tærnar vísi inn á við, þegar börnin byrja að ganga. Af þessu þarf ekki að hafa áhyggjur séu fæturnir mjúkir, jafnlaga og auðvelt að rétta þá. Athugið þó, að hafi barnið tilhneigingu til að detta, getur það stafað af óeðlilegu ástandi mjaðmarliða og því ástæða til frekari rannsókna þess vegna. Sé um mislögun að ræða (annar fóturinn innskeifur) getur það stafað af lömum og því ástæða til nánari athugunar. Sé lögun fótans sjálfs óeðlileg miðlægt, getur verið um metatarsus adducts að ræða og því stöku sinnum ástæða til meðferðar.

### *Tágangur*

Algengt er að börn gangi að mestu á tánum þegar þau eru að læra að ganga. Athugið þá hvort vöðvarnir eru mjúkir (*cerebral paresis með spasticiteti* getur gefið sömu einkenni) og hvort barnið getur staðið í ilina með hæla á gólfi. Geti barnið stigið auðveldlega í hæla og gengið hindrunarlaust með hæla/ilina alla í gólf, þarf ekki að hafa áhyggjur.

### *Flatfótur (pes plano valgus)*

Fætur smábarna eru venjulega mjög mjúkir og hjá smábörnum er fitukoddi í ilinni. Flatfótur samfara valgustilhneigingu er þess vegna algengur hjá börnum yngri en fjögurra ára. Telst ástandið eðlilegt, svo fremi sem þau hreyfa fæturna eðlilega og fóturinn fái eðlilega lögun með holfæti þegar staðið er á ták eða stóratá extenderuð.

Notkun innleggja breytir ekki þróun hins venjulega flatfótar (plattfótar)

Sé um verulega aflögun að ræða er þó ástæða til nánari athugunar.

Eftir fjögurra ára aldur er fóturinn stöðugri. Ekki er ástæða til að meðhöndla plattfót án valgusstöðu. Sé um greinilega valgusstöðu að ræða (hásinin vikir frá lóðlínu yfir 5-10°) eða



misvísun á framhluta fótans er frekari athugunar þörf.

### *Pes calcaneus valgus*

Hjá nýfæddum, ristinn liggur upp að legg framanvert og á hlið, hæll í valgusstöðu. Lagast af sjálfu sér á nokkrum vikum.

### *Pes metatarsus adductus*

Framanverður fóturinn eða stóratáin veit þá óeðlilega mikið inn á við. Þetta er algengt vandamál og lagast yfirleitt af sjálfu sér fyrir 4-5 ára aldur. Ráðleggja má foreldrum að teygja fótinn út á við (í eðlilega stöðu) nokkurm sinnum á dag. Sé um verulega skekkju að ræða, sem ekki er auðvelt að rétta, er sérstakrar meðferðar þörf.

Í vissum tilvikum getur aflögun á fæti verið fyrsta einkenni taugakerfistruflunar eða vöðvasjúkdóms, sérstaklega ef einkenni eru öðru megin eða vaxandi. Athugið hvort vöðvaspenna (*tonus*) og sinaviðbrögð eru eðlileg, kraftar eðlilegir eða *Babinski* jákvæður.

## **Vaxtarverkir**

Svokallaðir vaxtarverkir hafa óþekkta orsök. Líklegasta skýringin er eymsli og þreyta í vöðvum og stoðkerfi, stundum eftir mikið álag. Nokkuð algengt á aldrinum frá 2-3 ára og fram til um 12 ára aldurs.

Barnið kvartar um verki í ganglumum, oft framan á lærum, í kálfum eða hnésbótum, báðum megin. Einkennin koma oft fram á kvöldin eða barnið vaknar upp að nóttu með verki. Verkirnir linast oft við að nudda eða teygja á vöðvum eða nota heita bakstra. Óþægindin eru yfirleitt gengin yfir að morgni.

Gleymið ekki möguleikanum á beinæxli eða sýkingu í beini, en þá eru einkenni yfirleitt öðrum megin, sagan stutt, verkir oftast viðvarandi og eymsli við þreifingu á ákveðnum stað.

### **Ítarefni**

Bruce, R.W. (1996). Torsional and angular deformities. *Pediatric Clinics of North America*, 43(4), 867-881.

Sass, P. og Hassan, G. (2003). Lower extremity abnormalities in children. *American Family Physician*, 68(3), 461-468.

Scherl, S.A. (2004). Common lower extremity problems in children. *Pediatrics in Review*, 25(2), 52-60.

Joiner, T.A., Foster, C. og Shope, T. (2000). The many faces of vitamin D deficiency rickets. *Pediatrics in Review*, 21(9), 296-302.

Síðast uppfært 2015