

ASTMA  
HOS  
SMÅBØRN



Hans Bisgaard  
*Professor, overlæge, dr. med.*



Tak til Heather Spears for de engagerede og smukke tegninger af børn med astma.  
Tak til de børn og forældre, som har været model for tegningerne ved børneafdelingerne på Rigshospitalet og Gentofte Amtssygehus.

Og endelig tak til medicinalfirmaet AstraZeneca for sponsorering af denne bogs udgivelse.

1. udgave fra 1989 er udgivet i 27.000 eksemplarer
2. udgave fra 1994 er udgivet i 20.000 eksemplarer
3. udgave fra 2002 er i 1. oplag udgivet i 5000 eksemplarer
4. udgave publiceret på [www.dbac.dk](http://www.dbac.dk) august 2005

Børnelæge Hans Bisgaard

Professor, overlæge, dr. med.

Dansk Børne Astma Center

[Bisgaard@copsac.dk](mailto:Bisgaard@copsac.dk)

[www.dbac.dk](http://www.dbac.dk)

August 2005

© Hans Bisgaard og AstraZeneca A/S

ISBN 87-88354-17-2



# INDHOLD

INDLEDNING .....	7
ASTMA ELLER ASTMATISK BRONKITIS .....	8
LUNGERNE .....	11
SYMPTOMER .....	13
ÅRSAGER .....	17
BEHANDLING .....	18
ANFALDSMEDICIN .....	20
FOREBYGGENDE MEDICIN .....	22
HVORDAN GIVER MAN MEDICIN .....	29
FOREBYGGELSE .....	32
VOKSER MAN FRA ASTMA? .....	34
ØKONOMI .....	37
BØRNEEKSEM .....	39



# INDLEDNING

**A**stma er den mest almindelige kroniske sygdom hos småbørn, og den bliver desværre mere og mere almindelig.

Uheldigvis bliver symptomerne ofte overset eller undervurderet. I de senere år er man dog i stigende grad blevet opmærksom på, at astma kan og skal behandles, også hos småbørn.

Forældrenes forståelse for sygdommen er vigtig, både når det gælder opdagelse af symptomerne, og når det gælder selve behandlingen. Barnet er helt afhængig af, at forældrene forstår sygdommen. Hvis forældrene ikke opdager, at barnet har symptomer på astma, får barnet ingen behandling

og risikerer dermed en dårligere livskvalitet.

Og hvis forældrene ikke forstår behandlingen, er der risiko for, at de ikke følger den, hvilket kan have samme alvorlige konsekvenser for barnet.

Derfor er det nødvendigt, at forældre og andre, som passer barnet, sætter sig grundigt ind i, hvad astma er.

Denne bog forklarer, hvad vi i dag ved om astma hos småbørn, og hvordan vi behandler sygdommen. Jo mere indsigt forældrene har i sygdommen, des bedre kan de forstå deres barns reaktioner og hjælpe det bedst muligt.

# ASTMA ELLER ASTMATISK BRONKITIS

**M**an plejer at kalde sygdommen astmatisk bronkitis hos småbørn og astma, når børnene bliver ældre. Ordet astma dækker over anfald med besværet vejrtrækning, og bronkitis betyder, at barnet danner meget slim i luftvejene. Men behandlingen er nøjagtig den samme for astma og astmatisk bronkitis. Man kan sige, at astmatisk bronkitis og astma er forskellige grader af samme sygdom. Vi har derfor valgt blot at tale om astma i denne bog.

Med astma menes således børn med astma-

symptomer og med god effekt af astmabehandlingen. Mange småbørn vokser fra deres astma i løbet af nogle år.

Astma hos småbørn har meget til fælles med astma hos større børn. Men mange forhold er helt særlige for småbørn. Først og fremmest er symptomerne vanskelige at opdage og følge. Hos store børn kan man måle lungefunktionen, men det kan man ikke hos småbørn. Endelig er det meget vanskeligt at give medicin til småbørn. P.g.a. disse særlige forhold har behandlingen af småbørn med astma ofte været dårlig.







# LUNGERNE

**H**ver gang vi trækker vejret ind, strømmer luften gennem et fint net af hårtynde luftrør ud til milliarder af små luftblærer i lungerne. Her optages ilten i blodet, og samtidig afgives forbrændingsgassen og kulveilde til den luft, vi ånder ud.

Luftrørene er omgivet af muskler, og indvendig er luftrørene beklædt med en slimhinde. Denne slimhinde er dækket af små fimrehår og et tyndt lag slim, som uafbrudt fimres op gennem luftrørene. Hvis der fx kommer støv med luften ned i lungerne, bliver det fanget i slimet og transporteret op af lungerne. På denne måde bliver lungerne rensede.

### HVAD SKER DER I LUNGERNE VED ASTMA?

Ved astma er luftrørene forsnævret under anfald. Forsnævringen skyldes både kramper i musklerne uden om luftrørene og betændelse i luftrørens slimhinde. Betændelsen får slimhinden til at hæve, og der dannes mere slim. Luftrørene bliver

derfor lukket til, ligesom når næsen er stoppet ved forkølelse. Småbørn har oftere symptomer på astma end større børn. Det skyldes formentlig, at de har meget små luftrør, som let lukkes til. Vi kender ikke årsagen til betændelsen i luftrørene, men det er ikke bakterier eller virus, der er skyld i den. Vi ved, at astmabetændelsen er kronisk, dvs. der er også betændelse, når barnet ikke har anfald. Og vi ved, at den er skadelig for luftvejene. Hvis børn med astma ikke får en effektiv behandling, har de på længere sigt risiko for kronisk dårlig lungefunktion. Derfor kan astma være en alvorlig sygdomstilstand i lungerne, der kræver behandling.





# SYMPTOMER

## HVILKE SYMPTOMER SKAL MAN HOLDE ØJE MED?

Symptomer på astma svinger meget. Børnene kan have perioder med svære symptomer og andre perioder, hvor lungerne fungerer normalt. Ind imellem kan børnene have lette symptomer, som er svære at opdage. For det meste har børnene det fint, og lungerne fungerer normalt.

Vedvarende hoste kan være tegn på astma. Som regel er hosten værst om natten, men typisk kommer hosten, når børnene ler, råber, skriger eller græder.

Når børn er i en periode med anfald, sover de dårligt. Derfor er de også tit uoplagte og i dårligt humør. Syge børn har dårlig appetit. Det gælder også for børn med vedvarende astma.

Anstrengelse udløser ofte astmasymptomer. Det, kan det vise sig ved, at barnet stopper i leg eller

anden fysisk aktivitet. Småbørn klager ikke over åndenød. Symptomerne kan være vanskelige at opdage, fordi småbørn sjældent kan forstå og forklare sig. Det betyder, at børn kan gå rundt med en såkaldt skjult – og dermed ubehandlet – astma. De affinder sig med gener, som voksne aldrig ville tolerere, så forældrene må lære at tolke de små tegn på astma.

Hvis forældrene lærer at opdage de tidlige symptomer, er det tit muligt at afsløre, at et anfald er på vej, inden det bliver til en besværet, hvæsende og pibende vejrtrækning.

Børn reagerer forskelligt. Nogle bliver urolige og rastløse, når et anfald er under opsejling. Andre bliver usædvanlig stille. Her må forældrene lære deres eget barns reaktioner at kende.

### **FORKØLELSE ELLER ASTMA?**

Astma hos børn giver en hvæsende og pibende vejrtrækning fra lungerne. Den kan være svær at skelne fra den raslende vejrtrækning, som en almindelig forkølelse giver. I begge tilfælde kan vejrtrækningen lyde som en kaffemaskine, der trænger til afkalkning. Og situationen bliver ikke nemmere af, at symptomerne på astma ofte kommer i kølvandet på en forkølelse.

Astmalydene kommer fra lungerne, mens forkølelse sidder i næsen og de øverste luftrør. Derfor kan det somme tider hjælpe at lægge øret til barnets bryst for at lytte efter hvæsen og piben i lungernes små luftrør, ligesom lægen gør med et stetoskop.

### **SYMPTOMER VED ALVORLIGE ANFALD**

Ved alvorlige anfald har barnet tydeligt besvær med at trække vejret. Vejrtrækningen er hvæsende og pibende, og under de sværeste anfald bruger barnet hele overkroppen for at trække vejret. Man kan se, hvordan huden over kravebenet og neden under ribbenene suges ind, hver gang barnet trækker vejret indad. Hvis symptomerne er så svære, skal barnet ses af en læge.

Hvis barnet får feber og hurtig, stønnende vejrtrækning, kan det være lungebetændelse, og så skal barnet også undersøges af en læge. En lungebetændelse kan let støde til, hvis astmaen ikke bliver behandlet tilstrækkeligt. Hvis barnet ikke får en effektiv behandling, kan det risikere at få den ene lungebetændelse efter den anden. Det kan få den konsekvens, at barnet trives dårligt og vokser langsomt, og i disse tilfælde kan lungerne tage varig skade.





# ÅRSAGER

**A**llergi kan udløse symptomer på astma, men det er ikke almindeligt, at småbørn med astma har allergi. Jo ældre børnene bliver, jo oftere bidrager allergi til astmasymptomer. Astma og allergi er altså to forskellige sygdomme. En del astmabørn har ingen allergi, og mange allergibørn har ikke astma. Men hvis et barn har astma og allergi, kan allergien forværre astmaen.

Astma er en lungesygdom med kronisk betændelse i luftvejene, og allergi kan forværre astma.

Allergi kan beskrives som en fejl i kroppens immunforsvar, der så reagerer unaturligt på uskyldige fremmede proteiner (allergener) som fx græspollen. Kampberedte allergiceller eksploderer og frigør en kaskade af stoffer (fx



histamin og leukotrien), der fremkalder astmaanfald og forværrer betændelsen i luftrørene. Når småbørn har allergi, der påvirker luftvejene, er det ofte over for støvmider, pelsdyr og pollen. Andre allergier er sjældne. Småbørn kan også være allergiske overfor fødevarer. Det er typisk, at fødemiddelallergi samtidigt giver andre allergisymptomer som astmaeksem, nældefeber, kronisk ”forkølelse”, vedvarende dårlig mave eller kolik. Mælk og æg er de almindeligste fødeemner at være allergisk overfor. Men hvis barnet kun har astmasymptomer, er der næppe tale om allergi over for fødevarer. Farvestoffer og konserveringsmidler i maden giver ikke astma. En priktest i huden eller en undersøgelse af blodet kan afsløre, om der er tale om allergi overfor et bestemt stof, og i så fald hvilket. Dvs. man kan godt prikteste småbørn. Når man forholdsvist sjældent finder en allergireaktion ved testen, er det fordi småbørn sjældnere end ældre børn har allergi. Men allergitesten er pålidelig selv hos de mindste småbørn.

Hvis barnet er allergisk, må forældrene tale med lægen om, hvordan barnet bedst kan beskyttes.

**Forkølelse** er den mest almindelige grund til astmasymptomer. Forkølelsvirusen irriterer luftrørene og udløser astmaanfald. Det er forklaringen på, at barnet har flest anfald efterår og vinter, hvor det er højsæson for forkølelse. Ligeledes starter sygdommen ofte, når barnet begynder i en institution, hvor det nærmest er umuligt at undgå hyppige forkølelser.

**Irritanter** kalder man de stoffer, der forårsager irritation af luftrørene og dermed kan fremkalde et anfald. Det kan fx være tobaksrøg, forurenede luft, mados, udstødning fra biler, stærke dufte (parfumer), støv og kold luft.

**Anstrengelse** udløser ofte hoste og vejrtrækningsbesvær. De fleste børn reagerer ved selv at stoppe op i fx ved anstrengende leg. Hvis børn får symptomer ved anstrengelse, betyder det ikke, at de skal holdes i ro for at undgå anfald. Men de skal behandles, så de ikke hæmmes af sygdommen.



# BEHANDLING

**M**ange småbørn vokser fra deres astma. Men indtil det sker, er det vigtigt at forebygge og lindre deres symptomer. Målet med behandlingen er, at barnet skal være fri for symptomer. For det første må forældrene sørge for at fjerne de ting i barnets omgivelser, der kan fremkalde anfald, og for det andet skal barnet behandles med medicin.

I dag kan småbørn med astma behandles både effektivt og sikkert med medicin, men opmærksomhed på barnets miljø er stadigvæk en vigtig del af behandlingen.

## MILJØET

**Tobak** er den vigtigste udefra kommende årsag til astma hos småbørn. Og samtidig en af de få, som faktisk kan forhindres. Lungekapaciteten er reduceret hos spædbarnet, hvis moderen ryger. Hvis barnet tvinges til at være passiv ryger øges

risikoen for astma, allergi og infektioner. Det er simpelthen uacceptabelt at udsætte børn med syge lunger for passiv rygning hjemme eller i pasningsordninger. Det kan ikke være rigtigt, at børnene skal have ekstra medicin, fordi deres forældre og andre i omgivelserne dagligt udsætter dem for tobaksrøg. Det er ikke nok, at man ryger i adskilte rum. Der må ikke ryges i barnets hjem.

**Virusinfektioner** i luftvejene forværrer sygdommen og holder den ved lige. Jo tættere børn er sammen, jo mere spredes virus. Derfor må man i svære tilfælde holde barnet hjemme i perioder for at beskytte det mod smitte i institutionen.

**Allergi.** Hvis barnet har allergi, må forældrene i samråd med lægen fjerne de ting i barnets omgivelser, der udløser allergien.

## MEDICIN

En effektiv behandling af astma bygger på to typer medicin. Anfaldsmedicinen, som barnet skal have, når der er behov for det, og den forebyggende medicin, som barnet skal have hver dag. I lette tilfælde af astma er anfaldsmedicin tilstrækkelig.

Almindelig hostemedicin hjælper ikke på hoste ved astma. Hosten er ofte et symptom på astma og skal derfor behandles med astmamedicin og ikke med hostestillende medicin. Penicillin virker heller ikke på astma, men bruges hvis barnet har fået lungebetændelse som komplikation til astmaen. Mange vælger at søge hjælp hos alternative behandlere. Men der er intet, der tyder på, at de alternative metoder virker. Hvis man alligevel vælger alternativ behandling, er det vigtigt at fortsætte med at give barnet den lægeordnede medicin samtidig.

# ANFALDSMEDICIN

(FX AIROMIR<sup>®</sup>, TERBASMIN<sup>®</sup>, VENTOLINE<sup>®</sup> OG SALBUVENT<sup>®</sup>)

**A**nfaldsmedicin virker i løbet af få minutter, hvis den indåndes. Den får musklerne omkring luftrørene til at slappe af og luftrørene udvides, så der igen bliver plads i luftrørene til at trække vejret. Den gør det også lettere at hoste slimet op fra luftvejene. Hvis medicinen tages som mikstur, varer det  $\frac{1}{2}$  til 1 time, før den virker.

Enkelte børn kan få kortvarige bivirkninger i form af uro, rysten på hænderne og hjertebanken den første time efter medicinen. Det er ubehageligt, men helt ufarligt. Medicinen giver heller ikke risiko for afhængighed, tilvænning eller andre bivirkninger, selv om den bliver brugt over længere tid. Medicinen virker kun få timer, da stoffet hurtigt nedbrydes i kroppen. Derfor kan man give sit barn medicin hver fjerde time døgnet rundt uden risiko for forgiftning.

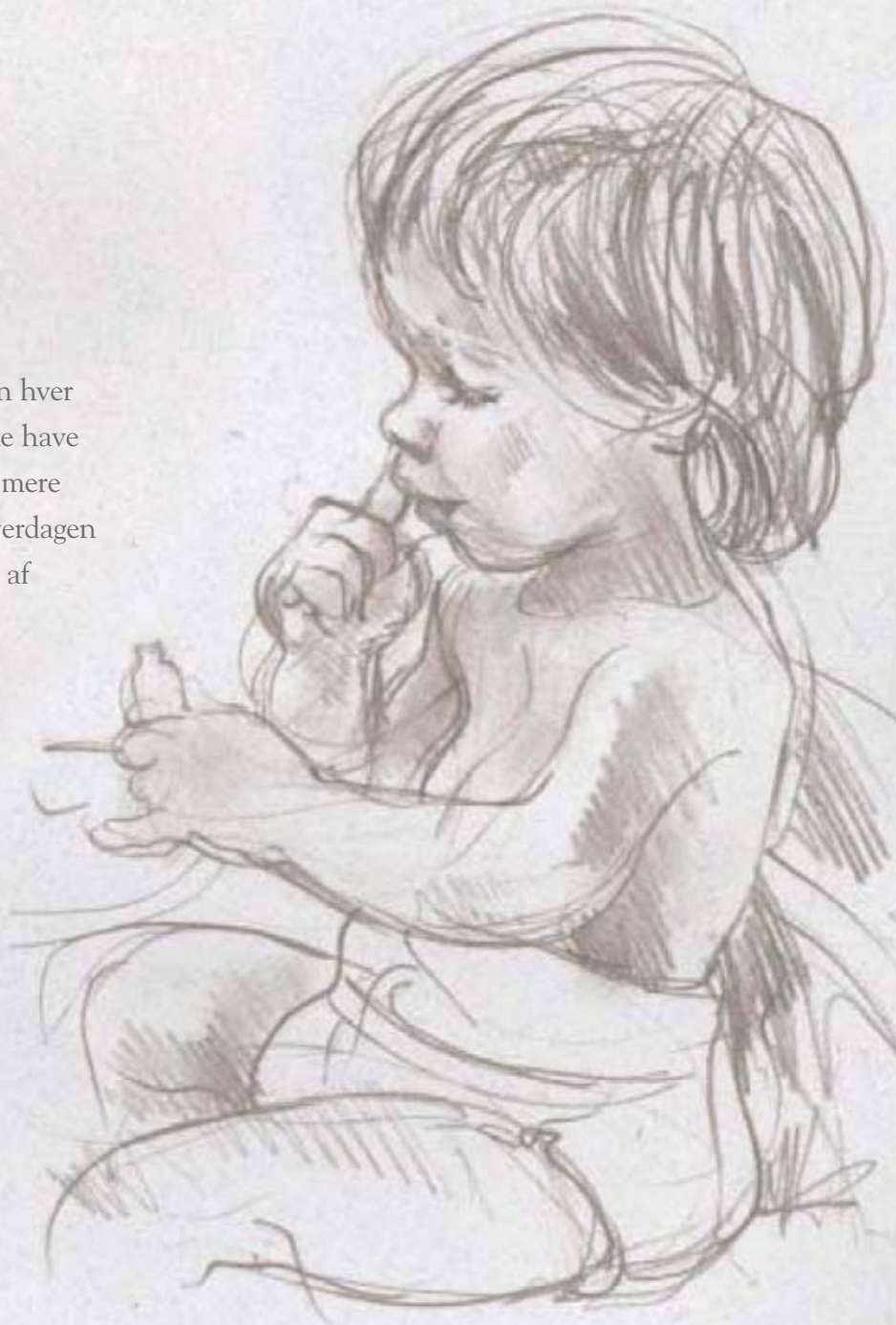
Under svære anfald kan det ske, at medicinen ikke virker godt nok, selvom den bliver givet hver fjerde time. Det kan være tegn på forværring af anfaldet. Hvis det bliver nødvendigt at give medicin hver fjerde time i mere end ét døgn, bør man kontakte en læge. Ikke fordi det er skadeligt at tage så meget medicin, men fordi barnet kan behøve ekstra behandling, måske på hospitalet.

## HVORNÅR SKAL BARNET HAVE ANFALDSMEDICIN ?

Airomir<sup>®</sup> og Terbasmin<sup>®</sup> skal tages ved behov. Dvs. hver gang, der er astmasymptomer. Hvis barnet har symptomer på astma, skal det have medicin. Hvis man er i tvivl, om barnet har et anfald eller ej, er det bedre at give medicin én gang for meget end én gang for lidt. Barnet har nemlig bedre af at få medicin end af at have et anfald. Vi ser aldrig børn

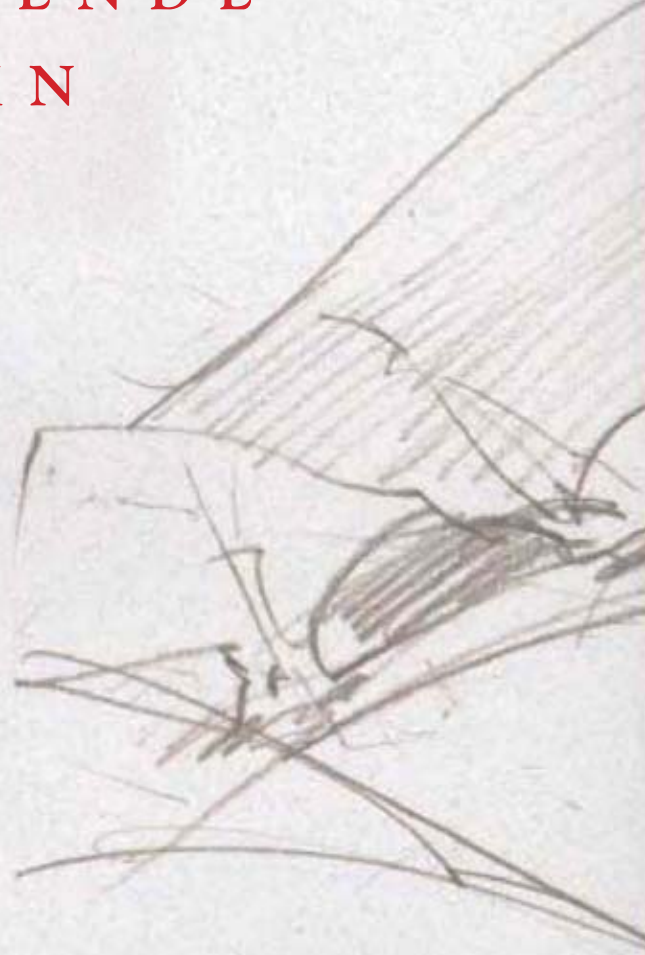
blive indlagt p.g.a. for meget medicin, men hver dag bliver mange børn indlagt, som kunne have klaret sig hjemme, hvis de havde fået lidt mere medicin. Regulering af behandlingen i hverdagen skal først og fremmest ske ved anvendelse af anfaldsmedicinen.

Det er bedst at forsøge at give medicin i god tid, fordi den virker bedre, hvis den bliver givet før et anfald end under et anfald. Fx kan det være en god idé at give barnet medicin, før det skal ud at løbe og lege.



# FOREBYGGENDE MEDICIN

Anfaldsmedicin (beskrevet ovenfor) har ingen virkning på astmabetændelsen. Hvis man kun behandler med anfaldsmedicin, svarer det til at male oven på rust. Det er meget vigtigt ikke kun at behandle symptomerne, men også årsagen til symptomerne på astma, nemlig den kroniske astmabetændelse. Betændelsen kan behandles med steroider. Cortison er et livsvigtigt steroid, der dannes i binyrerne, og som bl.a. har den funktion, at det dæmper kroniske betændelser i kroppen. Steroider som cortison bruges derfor ved mange kroniske betændelsestilstande, fx gigt. Derfor er de også gennem mange år blevet brugt til at behandle astmabetændelse i lungerne.





## LOKALSTEROID (FX SPIROCORT® OG FLIXOTIDE)

Lokalsteroider er ikke det samme som cortison. De har samme gode virkning på astmabetændelsen, men de har den særlige egenskab, at de nedbrydes meget hurtigt i kroppen. Når lokalsteroiderne inhaleres, virker de derfor kun lokalt, der hvor de skal, nemlig i lungerne, og har ingen virkning i resten af kroppen. Det er derfor, de kaldes lokalsteroider. Det er vigtigt at skelne mellem på den ene side steroider som cortison, der gives som tablet eller indsprøjtning og virker i hele kroppen, og på den anden side lokalsteroider, der inhaleres og kun virker i lungerne.

Lokalsteroid får hævelsen i luftrørene til at falde, så forsnævringen bliver mindre, hvorved vejrtrækningen bliver lettere. Samtidig bliver luftrørene mindre sarte, så barnet kan tåle mere.

Bivirkningerne er meget få. Kun enkelte børn får lidt forbigående hæshed og trøske (svamp) i munden. Desværre er der nogle forældre, som er mere bange for bivirkninger ved steroidmedicinen,

end de er for sygdommen. Resultatet kan være en urimelig dårlig livskvalitet for børnene. Kun ved meget store doser – langt over de anbefalede – kan der være en risiko for i mild grad at få de bivirkninger, man kender fra patienter, der gennem lang tid har fået cortisonbehandling. På den anden side, hvis forældre af frygt for bivirkninger behandler deres barn med for lave doser medicin, risikerer barnet at få skadelige følgevirkninger af en dårligt behandlet astma. Faktisk har udviklingen af lokalsteroider bidraget til en markant bedre behandling af børn med astma.

Lokalsteroid behandling af astma er en tryk og sikker behandling, som vi har mere end tredive års erfaring med. For at sikre at barnet behandles bedst muligt med mindst mulig medicin, skal barnet kontrolleres regelmæssigt hos lægen.

Husk, at steroid er forebyggende medicin. Dvs. at der kan gå uger, inden den virker fuldt ud. Det kan være svært at huske at give medicin, hvis man ikke ser nogen effekt lige med det samme, men regelmæssig behandling er afgørende for at opnå et godt resultat.





**STEROID SOM TABLET  
(FX PREDNISOLON®) ELLER  
INDSPRØJTNING (FX SOLUMEDROL®)**

Ved pludselige svære tilfælde af astma kan cortisonlignende steroider gives som tablet eller indsprøjtning i korte kure, som ikke giver bivirkninger. Behandlingen kan ofte mildne og forkorte et svært anfald. I sjældne tilfælde er det nødvendigt at give prednisolon i længere perioder. Store doser af dette stof gennem lang tid – mange måneder – kan have bivirkninger. Nogle børn vokser langsommere, mens de får medicinen, men de plejer dog at indhente væksten, når de stopper behandlingen. Prednisolonbehandlingen giver også tit øget appetit, så børnene tager på i vægt og typisk får ”æblekinder”. Også denne bivirkning forsvinder uden mén, når behandlingen er slut.

**ANTILEUKOTRIEN (SINGULAIR®)**

Antileukotrien blokerer et af de stoffer (leukotrien), der dannes i kroppen ved astma og høfeber, på samme måde som antihistamin blokerer histamin. Antileukotrien har derfor effekt ved både astma og høfeber.

Antileukotrien forebygger dele af astmabetændelsen, som ikke kan behandles af steroid, men er mindre effektivt end lokalsteroid. Antileukotrien synes at have særlig fordel ved infektionsudløste symptomer. Det kan også anvendes som tillægsbehandling til lokalsteroid hos børn, som ikke er tilstrækkelig godt behandlet med normale doser lokalsteroid. Antileukotrien kan således være steroid besparende. Antileukotrien gives forebyggende som en tyggetablet en gang dagligt. Virkningen begynder i løbet af nogle timer og varer et døgn. Antileukotrien har ingen bivirkninger.



# HVORDAN GIVER



# MAN MEDICIN

## MIKSTUR, TABLET

Det er lettest at give medicin som mikstur eller tablet. Men desværre er det ikke en særlig effektiv måde at behandle lungerne på. Når man ”spiser” medicin, skal den først ned i maven, derfra skal den optages i blodet, før den stærkt fortyndet endelig når frem til lungerne. Det betyder for det første, at kun små mængder af medicinen når frem til de syge lunger, for det andet at medicinen kan give unødvendige bivirkninger andre steder i kroppen, og for det tredje at effekten indsætter langsomt.

## INHALERING

Det er mest effektivt at inhalere medicinen. Så kommer den direkte ned i de syge lunger, og da der ikke går noget til spilde undervejs, kan barnet nøjes med meget mindre medicin. Der findes tre typer inhalationsudstyr: Spray med spacer, pulverinhalator og forstøverapparat.

## SPRAY MED SPACER

Spray med spacer er en effektiv måde at give medicin i lungerne. Spray'en danner en sky af medicinpartikler inde i spaceren.

Barnet trækker vejret roligt i spaceren i  $\frac{1}{2}$  minut og er dermed sikker på at indånde medicinen. Drivgassen kan være freon, som er skadelig for ozonlaget, men ikke for mennesker. Nyere drivgas (HFA) påvirker ikke ozonlaget. Småbørn skal anvende særlige små spacere med ansigtsmaske (fx NES-Spacer® og Babyhaler®). Her er det vigtigt, at masken slutter tæt til barnets ansigt, hvilket de fleste småbørn i starten har en naturlig modvilje imod. Men efter et stykke tid accepterer næsten alle børn masken, dels fordi de kan mærke, at behandlingen virker, dels fordi der faktisk ikke er noget ubehageligt ved den. Der er ingen modstand i udstyret, og barnet ånder medicinen ind fra spaceren sammen med frisk luft, som strømmer ind i spaceren via sprayhylstret, når barnet trækker vejret. Nogle sprays kan dog udløse lidt kortvarig hoste p.g.a. opløsningsmidlerne, som medicinen er opløst i. Husk altid at ryste spray'en inden brug, ellers risikerer man, at der ikke er nogen medicin i pustet fra sprayen. Hvis barnet skal have mere end 1 pust af medicinen ad gangen eller have forskellige slags medicin, skal man huske kun at dosere 1 pust i spaceren ad

gangen. Dvs. man giver 1 pust i spaceren, og barnet trækker vejret i spaceren i  $\frac{1}{2}$  minut, derefter affyres det næste pust, og barnet trækker igen vejret i spaceren i  $\frac{1}{2}$  minut.

Der er adskillige spacere på markedet med meget stor forskel i effektiviteten. Man må derfor ikke uden videre skifte spacer, da det kan ændre på den dosis, der når ned i lungerne. Hvis spaceren er lavet af plastic, kan en stor del af medicinen gå til spilde, fordi den klæber til spacerens vægge p.g.a. den statiske elektricitet. Moderne spacere er derfor lavet af metal for at undgå dette og sikre mere præcis dosering af medicinen. Det kan i starten være nødvendigt at holde barnet fast i det halve minut, det varer at give medicinen. Spray'en skal være rystet og må først affyres, når barnet trækker vejret i masken. Hvis man har mistanke om, at barnet ikke har fået medicinen, er det som regel bedst at gentage behandlingen. Børn over 3-4 år kan anvende mundstykket på ventilen, dvs. masken kan fjernes.

Man skal dog være opmærksom på, at barnet ikke "snyder" ved at trække vejret gennem næsen. Man kan kontrollere, at vejrtrækningen fungerer korrekt ved at holde øje med, at udåndingsventilen bevæger sig.

### **PULVERINHALATOR**

Pulverinhalatoren er effektiv til indånding af medicin, hvis barnet kan suge tilstrækkelig kraftigt. Det kan mange børn godt, når de vil, men det er ikke altid, at småbørn vil. De fleste børn under 6 år er derfor bedst tjent med at blive behandlet med spray med spacer, fordi det ikke i samme grad kræver deres medvirken.

### **FORSTØVERAPPARAT**

Forstøverapparat bruges på hospitaler til patienter med akut astma. Fordelen ved apparatet er, at det laver en meget stor sky af medicin, så et medtaget barn ikke selv behøver hverken at suge eller have tætsluttende maske om næse og mund. Til hjemmebehandling er forstøverapparatet uhandy og forældet, fordi det er langsommeligt, dyrt, klodset og spilder store mængder medicin.



# FOREBYGGELSE

**D**et bedste, man kan gøre for at forebygge astma, er at skåne barnet for passiv rygning. Vi ved, at børn, der dagligt er passive rygere, har en dårligere lungefunktion og mere sarte luftrør end andre. Derfor har de betydelig større risiko for at udvikle astma. De har hyppigere luftvejsinfektioner og større risiko for at udvikle allergi. Alligevel er  $\frac{2}{3}$  af danske småbørn dagligt passive rygere.

Det kræver hjælp at holde op med at ryge.

Mange amter og kommuner tilbyder gratis ryge-

afvænnning, og der findes landsdækkende telefonrådgivning via STOP linien 80 31 31 31.

Hvis nogen blandt forældre eller søskende har astma, eller andre allergisygdomme, må man forsøge at beskytte barnet mod de mest allergifremkaldende stoffer, fx dyrehår og husstøvmider. Hos sådanne børn med øget risiko bør komælk undgås de første fire levemåneder, og hvis moderen ikke kan amme sit barn, bør man bruge en modermælksstatning, hvor mælkeproteinerne er spaltet



(fx Nutramigen® og Profylac®).

Da allergi sjældent er betydende for astma hos småbørn, har det formentlig større effekt at forsøge at forebygge luftvejsinfektioner.

Overfyldte institutioner øger hyppigheden af infektioner. Smitten spredes mindre udendørs end indendørs. God håndhygiejne i familien og institutionen er et simpelt, men velprøvet råd.



## VOKSER MAN FRA ASTMA?

**M**ange småbørn vokser fra deres sygdom, men nogle bliver ved at have astma hele livet. Risikoen for at sygdommen ikke forsvinder er størst, hvis andre i den nærmeste familie har allergisygdomme.

Der er også større risiko hos børn med astma-eksem og hos børn, hvor astmaanfaldene er hyppige og svære. Formentlig vil en utilstrækkelig behandling af astma give større risiko for vedvarende lungeproblemer.







## ØKONOMI

**F**orældre til børn med astma kan ifølge Lov om Social Service § 28 få dækket nødvendige merudgifter til at forsørge barnet i hjemmet. I visse tilfælde kan der søges om lønkompensation for tabt arbejdsfortjeneste, hvis det er mest hensigtsmæssigt, at barnet passes i eget hjem.

Regler og betingelser kan oplyses på det lokale kommunekontor.



# B Ø R N E K E S E M

Børneeksem kaldes også atopisk eksem, atopisk dermatitis, astmaeksem eller prurigo Besnier. Ca. hver 7. barn får børneeksem. Ligesom astma optræder børneeksem typisk i familier med sygdomme som astma, høfeber og eksem. Astma og børneeksem forekommer ofte hos de samme børn, men det er dog kun hver 5. barn med børneeksem, som får astma, så astmaeksem er faktisk et uheldigt udtryk. Eksemet starter oftest i det 1. leveår, og de fleste børn vokser fra eksemet inden skolealderen. Hos spædbørn er det typisk et tørt, rødt, skællende eksem i ansigt, på halsen og arme. Senere er eksemet mere almindeligt i bøjefurerne (albuebøjninger, knæhaser, håndled) hvor huden bliver fortykket og furet. Barnet kan være svært plaget af kløe, som kan forstyrre søvn og god trivsel.

Man kender ikke årsagen til børneeksem, ud over at det er arveligt.

Allergi kan forværre eksemet. Allergierne er oftest overfor fødemidler som mælk og æg, mens støvmider, pelsdyr og pollen sjældent er af betydning. Allergi kan forværre eksemet, men er aldrig eneste årsag. Dvs. eksemet skal i alle tilfælde behandles. Behandlingen er dels fugtighedscreme, dels lokalsteroid (hormoncremer).

Huden hos eksembarnet er meget tør, og har derfor brug for fugtighedscreme gerne flere gange dagligt og efter bad. Der findes mange typer fugtighedscreme (fx Essex<sup>®</sup>, Decubal<sup>®</sup>, Locobase<sup>®</sup>, Seridal<sup>®</sup>). Foretræk uparfumeret fugtighedscreme. Jo højere fedtindhold, jo bedre virker de. Huden er sart for irritation som fx fra uld. Bomuld tåles



godt. Varme og sved fremmer kløen. Hyppige bade og især sæbe udtørre huden og bør derfor begrænses.

Hos de fleste bliver eksemet meget bedre om sommeren og ved rejser sydpå. Der er dog enkelte, som faktisk har det værst om sommeren, formentlig p.g.a. sved. I nogle tilfælde skyldes en opblussen, at eksemet er blevet inficeret med bakterier,

og det er nødvendigt med antibiotika.

For det meste er hverken bakterier eller virus af betydning. Men eksemet er en betændelse i huden, ligesom astma er en betændelse i luftvejene.

Derfor er behandlingen ved eksem også lokalsteroid. Ved korrekt anvendelse er det en effektiv behandling uden bivirkninger. Ligesom astmabørn er mange ek-



sembørn unødigt plagede af deres sygdom p.g.a. forældres angst for behandling med lokalsteroid.

Vi inddeler lokalsteroid i 4 grupper. Den mildeste (gruppe 1: Hydrokortison<sup>®</sup>, Mildison<sup>®</sup>, Uniderm<sup>®</sup>) er i håndkøb, fordi den i praksis er uden bivirkninger. Gruppe 1 foretrækkes til den tynde hud, fx i ansigtet og hals og til meget mildt eksem.

Den stærkeste (gruppe 4) anvendes som regel ikke til småbørn. Gruppe 2 (Locoid<sup>®</sup>, Kenalog<sup>®</sup>, Emovat<sup>®</sup>) er tilstrækkelig til at behandle de fleste småbørn med eksem. Gruppe 3 (Elocon<sup>®</sup>, Diproderm<sup>®</sup>, Betnovat<sup>®</sup>) kan anvendes ved forværring af eksem.

Lokalsteroiderne findes som creme (ikke særlig fed, bruges ved fugtigt eksem), salve (fed som vase-line, bruges ved meget tørt eksem) og fedtcreme (midt imellem creme og salve). Lokalsteroid skal

påsmøres eksem i tyndt lag. Hvis man med ugers mellemrum holder pauser, er det en sikker behandling uden bivirkninger. Kun ved et langvarigt overforbrug af lokalsteroid kan man fremkalde bivirkninger som tynd hud.

Det er bedst at behandle ”aggressivt”, dvs. holde eksemet væk frem for at vente og se om det mon ikke forsvinder. Dvs. man skal være opmærksom på opblussen (tiltagende rødme af huden, udslettet breder sig eller kløen tiltager). Hvis man hele tiden er opmærksom på opblussen og behandler straks, man ser eksem, ender man med at anvende mindre medicin end hvis man er ”forsigtig” og afventende. Fortsæt behandlingen til eksemet er væk, eller i hvert tilfælde ikke længere er rødt, og fortsæt så med fugtighedscreme.

