

BARN MED ASTMA

Hva kan fysioterapeuten bidra med?

SAMMENDRAG:

Deltagelse i fysisk aktivitet blant barn og unge er viktig for normal vekst og utvikling og for barnets livskvalitet.

Barn og ungdom med astma og annen lungesykdom kan og bør delta i fysisk aktivitet sammen med jevnaldrende. Problemer med deltagelse i gymnastikktimene må ikke føre til fritagelse, det er å gjøre barnet en bjørnetjeppe. I vanskelige tilfeller blir det spesielt viktig med informasjon/veiledning fra lege, fysioterapeut og helsesøster om barnets sykdom og hva som må gjøres for at barn skal kunne delta.

De barna som har sekretopp-hopning ville trenge hjelp til å mobilisere slimet. I noen tilfeller vil opplæring av foreldre være tilstrekkelig, i andre tilfeller er det nødvendig med mer intensiv behandling hos fysioterapeut.

Felles for alle er at fysisk trening gir gode resultater og er effektivt slimmobiliserende. I tillegg virker fysisk trening positivt inn på kondisjon og mestringsevne.

Riktig medikasjon, aktivitetsnivå og type aktivitet må tilpasses den enkelte.

Grete Engh

er fysioterapeut ved Voksentoppen senter for astma og allergi, Rikshospitalet i Oslo.

KONTAKTADRESSE:

Grete Engh
Voksentoppen BKL
Rikshospitalet
Ullveien 14
NO 0791 Oslo
grete.engh@rikshospitalet.no

GRETE ENGH, Voksentoppen BKL, Rikshospitalet, Oslo

Fysisk aktivitet er av stor betydning for barns tilegning av motoriske ferdigheter, styrke og kondisjon og er en meget viktig faktor for barnets psykiske og sosiale utvikling og trivsel (1).

Det hevdes at ca. 80% av alle barn med ubehandlet astma får respirasjonsbesvær ved fysisk aktivitet (2). Ved behandling med steroider halveres dette, men fremdeles er det altfor mange som har problemer og trenger ekstra medisinering og tilrettelegging for å klare å henge med i fysisk aktivitet sammen med jevnaldrende. Anstrengelsesutløst astma kan sette store begrensninger for barnets lek og fysiske utfoldelse og dermed gi en dårligere livskvalitet.

Fysisk trening og mestring

Mange av de barna vi kommer i kontakt med på Voksentoppen senter for astma og allergi har problemer i fysisk aktivitet. Mye sykdom kan føre til mindre bevegelseserfaring og lavere tempo i lek og aktivitet. Barnet klarer ikke å delta på fartsfylte aktiviteter sammen med andre barn, og resultatet er at de trekker seg. Dette igjen kan gi seg utslag i redusert utholdenhet og motoriske ferdigheter. *Mestring av anstrengelsesutløst astma blir derfor svært viktig i behandling av astma hos barn og ungdom.*

Flere undersøkelser viser at fysisk trening av astmapasienter bedrer kondisjon og mestringsevne (3). Fysisk trening påvirker ikke selve sykdomsaktiviteten, men ved bedret kondisjon og ferdigheter vil barnet klare mer, og dette vil gi en subjektiv opplevelse av sykdomsbedring. Barnets selvbilde bedres, og hverdagen blir mer tilfredsstillende (4).

Med riktig medikasjon og tilrettelegging av aktivitetene bør barn og unge med anstrengelsesutløst astma kunne fungere på lik linje med jevnaldrende. Aktiviteten må være lystbetont og tilrettelagt slik at barnet kan mestre den og slik at risikoen for anstrengelsesutløst astma reduseres.

Har barnet problemer i gymnastikktimene, bør kommunefysioterapeut kontaktes for å informere lærere om treningsprinsipper og hjelpe til med tilrettelegging av timen slik at barnet kan delta. Dette er barn som ikke mestrer aldersadekvate grovmotoriske ferdigheter og som ofte kommer til kort når aktivitetsnivået blir høyt. I tillegg til tilrettelegging i gymnastikktimene vil disse barna ofte trenge ekstra trening for å kunne klare å delta sammen med jevnaldrende.

Trening kan foregå alene hos fysioterapeut eller i egnet gruppe for barn med lungesykdom. Gruppeaktivitet er klart å foretrekke, men det er dessverre få steder hvor dette er et tilbud.

Felles for treningen er bedring av kondisjon, innøving av teknikker og motoriske ferdigheter. Er teknikken dårlig, brukes uforholdsmessig mye energi på å gjennomføre aktiviteten, barnet blir fortere sliten og det blir heller ikke særlig gøy. Vi legger stor vekt på kartlegging av barnets fysiske funksjonsevne da vi ser at mange strever og at det som regel skal lite til for å bedre situasjonen.

Informasjon om barnet/ungdommens sykdomstilstand må gis til lærere, barnehagepersonell og trenere, slik at de får forståelse for problemene og kan tilrettelegge aktivitetene slik at barnet/ungdommen får en mulighet til å fungere optimalt.

Tilrettelegging:

- Hjelp til å huske å ta medisin ca. 10 minutter før aktivitet (selv om de fleste står på langtidsvirkende β_2 -agonist, er det nødvendig for mange å ta ekstra medisin før aktivitet).
- Langsom oppvarming, helst i intervall.
- Intervallpreget hovedaktivitet; dette fordi arbeid over ca. fem minutter med høy intensitet kan utløse astma. Dette betyr at de fleste aktiviteter med naturlig innebygde intervaller egner seg. Det som ofte blir vanskelig, er langdistanseløp på høy intensitet.

- Prøve å unngå allergener og irriteranter (NB! Garderobeforhold). Er barnet dyrehårsallergiker, bør omkledding helst gjøres sammen med de som ikke har dyr hjemme. De som reagerer på sterke lukter, må komme seg ut av garderoben før «sprayingen» begynner.
- Ta hensyn til dagsformen: Etter infeksjon, eller når toleranseterskelen av andre grunner er lavere enn vanlig, vil barnet være mer utsatt. Dette må lærer få beskjed om, slik at misforståelser ikke oppstår (5).

Reagerer barnet på kulde, finnes varmemasker med lue, hals eller skjerf. Det finnes også en sportsvariant som egner seg for større barn. Masken kan søkes om som hjelpemiddel.

Sekretmobilisering

Der det er økt slimsekresjon, er slimmobilisering viktig av flere grunner:

- bedre ventilasjon
- forhindre infeksjoner
- oppheve atelektase der dette foreligger
- forhindre lungeskade.

Det er flere veier til målet, fysioterapeuten kan hjelpe til med å finne den metoden som passer best for det enkelte barn. Det viktigste (for de som er i stand til det) er fysisk aktivitet. Fysisk trening virker slimmobiliserende og oppleves av mange som svært effektivt. Ved trening øker luftstrømhastigheten og slim løsner. Barnet må lære teknikker for å fjerne det løse sekreteret. Det gjøres ved enkle pusteøvelser med innlagte støt/host (6). For noen kan dette i tillegg til medisiner være tilstrekkelig.

Hyppigheten av slimmobilisering vil variere. Noen barn vil trenge å slimmobiliseres regelmessig, andre bare i perioder. Hvor ofte og hvilke metoder som velges, avhenger av sykdomstilfelle og barnets alder.

Der det foreligger atelektase eller bronkiektasier, må barnet henvises fysioterapeut for mer tilrettelagt behandling. Fysioterapeuten kan veilede foreldre for utføring av enkel slimmobilisering hjemme da *den daglige mobiliseringen er det viktigste*.

Hvis dette fungerer godt, kan en til to ganger i uka hos fysioterapeut være tilstrekkelig. Mye av behandlingen hos fysioterapeut vil være fysisk aktivitet (f.eks. hopp på trampoline) og opplæring

i pusteteknikk for å hente opp slim. Slimet er ofte seigt og vanskelig å mobilisere uten spesielle hjelpemidler.

- PEP (positive expiratory pressure) består av maske eller munnstykke koblet til en ventil som gir motstand mot ekspirasjonen. Dette øker det intrabronkiale trykket og den kollaterale ventilasjonen. Motstanden gjør at ekspirasjonen blir langsommere med bedre fordeling av luften. Motstand på ekspirasjon gir også en dypere inspirasjon. Dette bedrer ventilasjonen, sekret løsner og dreneres dermed lettere i sentral retning. Det finnes også diverse blåseleker hvor det er motstand mot ekspirasjonen, men som er enkle og morsomme i bruk og derfor egnet for mindre barn. Hjelpemiddel med kontinuerlig mottrykk mot ekspirasjon brukes alltid i behandling av atelektase.
- Flutter er et annet hjelpemiddel. Her ekspireres det mot en varierende motstand som gir vibrasjoner i luftveiene. Vibrasjonseffekten som Flutter skaper i luftstrømmen fører til at slimet løsner og dreneres lettere. Flutter er meget effektivt der det er mye seigt sekret, f.eks. ved bronkiektasier (7).

Modifisert leidedrensasje med vibrering og lett banking brukes i enkelte tilfeller (8). Det kan også gi avspenning og roligere pustemønster som vil være en viktig del av behandlingen for noen. For helt små barn som ikke kan nyttiggjøre seg blåsemetodene og hvor egenbevegelsen er liten, vil banking, vibrering og stillingsendring være de metodene som benyttes. Det bør helst gis β_2 -agonist, eventuelt bare saltvannsinhalasjon før slimmobilisering.

Det blir fysioterapeutens oppgave i samarbeid med henvisende lege å finne et opplegg som passer den enkelte pasient og sykdomstilfelle.

Følgetilstander

Noen barn, men spesielt ungdom med astma er plaget av hodepine og smerter i nakke- og skuldermuskulatur. Ofte sees en sammenheng mellom forøket muskeltensjon rundt thorax og nakke og et uhensiktsmessig respirasjonsmønster med mye høykostal respirasjon og overbelastning av de aksessoriske puste-muskler. Avspenning og mobiliserende øvelser kan hjelpe. Likeledes innøving av riktig puste/hvilestillinger.

Ofte er dette barn/ungdom som er lite aktive. Da blir motivering for deltakelse i



Mye av behandlingen hos fysioterapeut vil bestå i fysisk aktivitet og opplæring i pusteteknikk for å hente opp slim.

FOTO: DAVID TROOD/BAM/SAMFOTO

fysisk aktivitet, tilrettelegging og hjelp til å komme i gang en viktig oppgave for fysioterapeuten.

Avslutning

Barn og unge med astma bør delta i fysisk aktivitet og fysioterapeuten kan bidra med informasjon om barnets sykdom samt tilrettelegging av aktiviteter. Følgende prinsipper bør gjelde for fysioterapi til barn med astma:

- **Fysisk aktivitet:** Tilrettelegging, igangsetting av aktiviteter. Informasjon om treningsprinsipper.
- **Sekretmobilisering** Ved sekretopphopning/stagnasjon og lungeforandringer.
- **Følgetilstander:** Behandling av muskeltensjonsplager og uhensiktsmessig pustemønster.

Referanser:

1. Strømme S. B. Fysisk aktivitet og helse: Anbefalinger. Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet.
2. Carlsen K. H. Fysisk aktivitet og luftveissykdommer. Astma og allergi. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3305 – 9.
3. Emtner M. Finne M. Stalheim G. 3 year follow up of asthmatic patients participating in a 10 week rehab. Program with emphasis on physical training. Arch Phys Med Rehabil 1998; 79: 539-44.
4. Ram F.S. Robinson S.M. BlackP.N. Effekts of physical training in asthma. A systematic review.
5. Oseid S. Astma og fysisk aktivitet. Tidsskr Nor Lægeforen 1980; 100: 851-6
6. Oberwalder B. Physiotherapy for airway clearance in pediatrics Eur Respir J 2000; 15: 196 -204.
7. Partridge C, Pryor J, Webber B. Characteristics of the forced expiration technique. Physiotherapy 1989; 75: 193 – 4.
8. Gursli S, Haanes O.C. Lungfysioterapi ved cystisk fibrose. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 720-2.