

Af Lone Koefoed Sommer, afdelingslæge på øjenafdelingen, Roskilde Sygehus.

FOTO: JAN ROSENTHAL



Helt små børn med dårligt syn kan få forbedret deres synsstyrke, hvis de behandles i løbet af de første leveår. Ellers risikerer de at få permanent synsnedsættelse.



Figur 1: Gennemlysning af spædbarns øjne.

# Undersøgelse af børns øjne

Ved fødslen er barnets syn ikke færdigudviklet. Samsynet etableres i spædbarnsalderen, og synsstyrken og de øvrige synsfunktioner modnes gradvist, indtil barnet bliver fem-syv år. Denne proces er afhængig af, at øjet stimuleres med synsindtryk, som ved hjælp af de brydende medier fokuseres på nethinden. Understimulation på grund af uklare medier, skelen eller stor refraktionsanomali medfører synsnedsættelse. Med den rette behandling kan synsstyrken bedres indenfor disse første leveår, men herefter er synsnedsættelsen som regel permanent. Uklarheder i øjets brydende medier, fx børnekatarakt, skal ofte behandles indenfor de første få levemåneder. Ved alle rutineundersøgelser hos praktiserende læge er det derfor vigtigt at danne sig et indtryk af, om forudsætningerne for normal synsudvikling er til stede.

## Spædbarnsundersøgelse

Den vigtigste undersøgelse er gennemlysning (se figur 1): Barnet ligger på ryggen, og man betragter øjnene gennem det tændte oftalmoskop i en afstand på cirka 50 cm. Er nethinde-reflekserne røde og ensartede? En mørk eller grålig skygge i det ene eller begge pupillfelter tyder på uklarhed i de brydende medier, og barnet skal henvises til øjnelægen snarest.

I fem-ugers alderen skal forældrene gerne kunne berette om i hvert fald kortvarig øjenkontakt, og barnet skal være interesseret i at se på ansigter og store, sort/hvide kontraster fx på et stykke stof. Hvert øje undersøges for sig, og man noterer, om der er sideforskel på reaktionen. Er synet meget nedsat på det ene øje, bliver blikket flakkende og søgende, når det raske øje tildækkes med hånden. Nystagmus kan også være tegn på synsnedsættelse. Pupillernes størrelse og lysrespons vurderes, og man undersøger, om øjnene kan bevæges horisontalt ved at blinke med lommelygten i højre og venstre side.

I fem-måneders alderen skal der være god og stabil øjenkontakt, og barnet kan fokusere på legetøj og følge det med øjnene. I denne alder skal øjenakserne også være parallelle. Mens barnet ser på et lille stykke legetøj udføres tildækningsprøve (se figur 2): En hånd føres ind foran det ene øje, og man noterer sig om det andet øje bevæges udefra og ind (udadskelen) eller indefra og ud (indadskelen) for at fiksere legetøjet, og om øjet holder fikserationen, når hånden fjernes igen. Bemærk om barnet reagerer ens, når højre henholdsvis venstre øje tildækkes.

Ved hjælp af lommelygten sikrer man sig, at lysreflekserne er placeret cirka midt i begge

pupiller. Samtidig vurderes pupillernes størrelse og lysrespons. Når lommelygten blinker i højre og venstre side af synsfeltet skal barnet se efter lyset (blinkende lys er mere interessant end konstant lys).

## Småbørnsundersøgelse

Undersøgelsen foregår bedst på skødet af mor eller far. Lysrefleksernes beliggenhed noteres, og man udfører tildækningsprøve. Skubber barnet konsekvent hånden væk, når fx højre øje tildækkes, mens tildækning af venstre øje accepteres, må man mistænke venstresidig synsnedsættelse. Hvis barnet konstant holder hovedet på skrå, kan der være tale om højdeskelen. Fra treårs alderen kan barnet efterhånden medvirke til en egentlig synsprøve med symboler. Tre meters testafstand er god til små børn. I starten peges på få symboler på hver linie, så barnet ikke udtrættes. Børn med nedsat syn på det ene øje er meget dygtige til at "snyde" og kigge ved siden af tildækningen. Det gælder også for de ellers udmærkede "solbriller" til synsprøve. Barnets forælder bør derfor holde håndfladen (ikke fingrene) for et øje ad gangen uden at trykke på øjet. Pålidelige værdier af synsprøven kan først forventes omkring femårs alderen, så indtil da skal prøven først og fremmest afsløre en ▶

Fakta

- Lommelygte.
- Oftalmoskop.
- Et par små stykker legetøj eller klistermærker monteret på en tungespatel, gerne forskellige på for- og bagside, så man kan overraske barnet ved at vende spatelen. Det er så spændende, at barnet ikke kan lade være med at kigge.
- Synstavle, gerne Østerberg eller anden med mulighed for at pege på samme symboler som lægen, hvis det kniber med at tale.



FOTO: PRIVAT

Figur 2: Tildækningsprøve af toårig.

eventuel forskel på de to øjne. To liniers sideforskkel bør udløse henvisning til øjnlæge. Er man i tvivl om resultatet af synsprøven, kan det være en god idé at lade barnet komme igen og næste gang teste det "dårlige" øje først. Forældrene kan få en lille hjemmetest med (se figur 3), så barnet i trygge omgivelser bliver mere fortrolig med undersøgelsen.

### Udviklingshæmmede

Udviklingshæmmede har oftere end normale børn skelen, brillebehov eller andre forstyrrelser af synsfunktionen. Selv let mentalt retarderede børn bør derfor synstestes ved skolestart og yderligere et par gange i løbet af skoletiden. Kan synsprøven ikke gennemføres hos den praktiserende læge, henvises til øjnlæge.

### Conjunctivitis

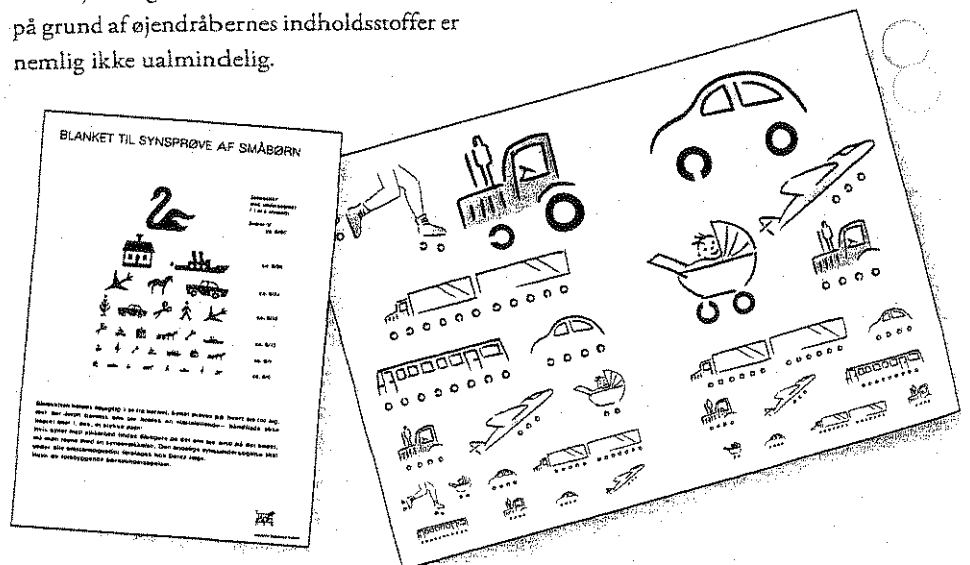
En hel del antibiotika udskrives hvert år til behandling af almindelig conjunctivitis. Mange institutioner vil ikke modtage børn med gule klatter i øjnene, eller kræver at de sættes i behandling. Klinisk er bakteriel og viral conjunctivitis vanskelige at skelne fra hinanden, så resultatet bliver ofte en recept. I en ny undersøgelse fandt man imidlertid ingen forskel mellem placebo og antibiotisk behandling af børn med almindelig bakteriel eller viral conjunctivitis. Omkring 85 % af børnene i begge grupper var klinisk raske efter syv dage. Som udgangspunkt er det altså ikke nødvendigt at udskrive antibiotikum for denne tilstand. Behandlingen bør bestå i aftørring af sekret med vatrondeller fugtet med almindeligt postevand og instruktion i god håndhygiejne af hensyn til smitten. Min holdning er, at institutioner bør kunne modtage børn med almindelig conjunctivitis ef-

ter samme retningslinier som snottede børn, dvs. at barnet kan afleveres, hvis det er alment velbefindende og kan deltage i institutionens almindelige aktiviteter.

Ved længerevarende conjunctivitis kan sekretfjernelse suppleres med en uges øjendrypning med kloramfenikol eller fusidinsyre. Mere potente antibiotika bør reserveres til øjnlægen, ligesom kombinationspræparater med steroid kun bør udskrives efter spaltelelampeundersøgelse. Ved behandlingsrefraktære conjunctivit-lignende tilstande bør man overveje, om der kunne være tale om herpes simplex-infektion eller en systemisk sygdom som fx allergi, atopisk eksem, børnegigt eller andre autoimmune tilstande. Disse børn bør ligeledes henvises til øjnlæge. I nogle tilfælde helbreder man langvarig "conjunctivitis" ved at seponere al øjendrypning og kun rense øjenomgivelserne med vand. Reaktion på grund af øjendråbernes indholdsstoffer er nemlig ikke ualmindelig.

### Tåreflod

En hyppig tilstand hos spædbørn er en- eller dobbeltsidigt tåreflod og sekretdannelse. Barnet er i øvrigt upåvirket og øjnene røde. Årsagen er manglende spontan åbning af en lille membran i den nasale del af tårevejene. Tilstanden retter sig som oftest af sig selv i løbet af det første leveår. Der er sjældent egentlig betændelse i området, så behandling med antibiotikum er ikke nødvendig. Forældrene skal blot holde området rent med hyppig aftørring af sekret og gerne let massage af tårevejene fra øjenkrogen ned mod næsen. Som regel venter man med sondering af tårevejene til hjørnetænderne er brudt frem, men såfremt der kommer betændelse med rødme og hævelse over tåresækken er det nødvendigt at henvise tidligere. Hvis barnet er lys-sky, og i øvrigt virker påvirket af tilstanden, henvises også til øjnlæge. □



Figur 3: Synsprøver til hjemmetest. Til venstre modificeret Østerberg (fremstilles hos Løven), til højre synsprøve fra den meget nyttige pjeces "Mit barns øjne", som kan rekvireres hos Værn om Synet, [www.vos.dk](http://www.vos.dk).