

Hur mycket **KNORRR** & *kniiip* är normalt hos ett spädbarn?

Råd och rön om spädbarnskolik

Spädbarnet kommunicerar med sin omgivning genom att knorra, gråta och skrika. Barnet kan vara hungrigt eller behöva ny blöja. Det kan också längta efter social kontakt och vilja bli buret och omhuldat, eller vara övertrött och då reagera med gråt och skrik. Men det kan också vara så att barnet har ont någonstans.



Författare: **Pia Karlsland Åkeson**, *Docent/Överläkare, Barn- och Ungdoms- medicinska kliniken, Skånes Universitetssjukhus, Malmö/Lund.*



Om barnet blir lugnt och nöjt när det får mat, ny blöja, blir kramat eller kan somna gott var gråten och skriken bara ett sätt att påkalla uppmärksamhet från föräldern/vårdnadshavaren och fyllde således sin funktion. Vad som blir mer utmanande är om barnet inte låter sig tröstas och fortsätter att gråta och skrika.

Utvecklingen av magtarmsystemet

Fostrets magtarmsystem utvecklas för att bryta ner födoämnen till mindre ämnen som lätt kan tas upp via tarmen och användas av kroppens olika organ. Fostret börjar svälja i elfte veckan, men mer utvecklat från 16:e veckan. Det är dock först från 32 veckor som barnet kan koordinera sväljningen så att det kan matas via munnen.

Många fullgångna barn har uppstötningar under och efter födointag oavsett om det får bröstmjolk eller modersmjölksersättning, vilket hos en del kan resultera i kräkningar i samband med eller efter måltid. Så länge barnet mår bra, växer bra och inte verkar ha ont ingår besvären bland så kallade funktionella magtarmsbesvär (1) och anses bero på en omogen övre mag-

mun. Dessa barn har ofta mer besvär av flytande föda som bröstmjolk eller modersmjölksersättning och blir bättre då man introducerar föda med mer substans som till exempel purémat. Hos de allra flesta har besvären helt gått över vid 12 månaders ålder.

Hos en del barn med mycket kräkningar kan barnets viktutveckling påverkas, de är svårtrötade och skriker på dagen men även på nätterna. Kräkningarna kan minska betydligt om förtjockningsmedel tillsätts i den flytande maten, men i en del fall orsakas besvären av komjölksallergi eller utgör ett tillstånd där syrahämmare behöva sättas in.

Tarmfloras viktiga betydelse

Tarmens immunologiska system utvecklas under fosterlivet men framför allt efter födseln för att skilja ut känt från okänt och ofarligt från farligt. Här har barriären över tarmslemhinnan med dess immunceller, aktiva som passiva, liksom tarmfloran en avgörande betydelse.

Tarmen är mer genomsläpplig initialt, vilket kan påverka upptaget av makromolekyler, för att sedan bli tätare. Variabiliteten av bakteriefloran i tarmen är

större om man föds vaginalt då bland annat mer laktobaciller överförs till barnet än om det föds via kejsarsnitt.

Bakteriefloran är också annorlunda om man föds för tidigt än i normal tid och bröstmjölksuppfödda barn har mer bifidobakterier i tarmen än de som får modersmjölksersättning (2). Olikheterna i tarmens bakterieflora kan i sin tur påverka immunsystemet och tarmens rörelsemönster.

Spädbarnskolik drabbar 2 av 10 barn

Studier visar att cirka 20 % av alla spädbarn drabbas av spädbarnskolik (3), en diagnos som numera ingår i gruppen funktionella magtarmsbesvär (1). Spädbarnskolik drabbar i lika stor utsträckning barn som får bröstmjolk som modersmjölksersättning.

Spädbarnskolik definieras som återkommande episoder av oro, gråt eller skrik under minst tre timmar under minst tre dagar per vecka hos ett i övrigt friskt spädbarn yngre än fem månader och som inte kan tröstas av förälder/vårdnadshavare, men som växer normalt och saknar tecken på sjukdom. Skrikattackerna kommer vanligen fram emot kvällen och förekommer framför allt under barnets första sex veckor för att sedan minska i frekvens och ha försvunnit vid tre månaders ålder hos de flesta (4).

Orsaken är ännu inte känd

Orsaken till spädbarnskolik är fortfarande oklar. Många menar att det beror på obehag eller kramper i magtarmkanalen (5). Spädbarn med kolik har enligt forskningsstudier en annan tarmflora än barn utan kolik med mindre mängd bifidobakterier och laktobaciller och mer kolibakterier (6,7). Denna ändrade tarmflora kan kanske göra att barnet har en ökad känslighet i magtarmkanalen när det utsätts för vanliga stimuli (8), vilka då ger obehag eller smärta.

Andra orsaker kan vara påverkade psykosociala förhållanden i familjen eller en övergående påverkan av det centrala nervsystemet. Många menar att oro och skrikighet kan vara en del av den normala utvecklingen, men i ytterområdet av vad som kan accepteras.

Behandling vid spädbarnskolik

Behandlingsmässigt räcker det för de flesta föräldrar att få lugnande besked när barnet har spädbarnskolik. Man bör dock försäkra sig om att barnet upplevs som friskt i övrigt och att det





växer och utvecklas normalt. Det är viktigt att skilja ut de barn som har obehag och smärtor på grund av andra sjukdomar och att identifiera barn med komjölksproteinallergi, vilket drabbar 2–3 % av alla spädbarn.

Det finns generellt inga läkemedel som hjälper mot spädbarnskolik. Forskningsstudier med laktobakterier divergerar vad gäller effekter på spädbarnskolik. Ett tillskott av *Lactobacillus Reuteri* kan kanske minska skriktiden hos ammade barn med kolik, men

resultaten hos dem som får modersmjölksersättning är motstridiga (9).

Hos barn med svårare spädbarnskolik kan man under två veckor prova med komjölksproteinfri kost till den ammande modern, eller komjölksproteinfria modersmjölksersättningar till dem som inte ammas. Det är viktigt att göra en ordentlig utvärdering om kostförändringen medför en påtaglig förbättring och annars att återinsätta den vanliga kosten.

Det är också av yttersta vikt att ge psykosocialt stöd till familjer med dåligt socialt nätverk eller som av andra skäl behöver stöttning.

Barnhälsovård och sjukvård behöver därutöver informera oroliga föräldrar om att de flesta spädbarn knorrar mer eller mindre, att många barn har knip och skriker och att det oftast går över inom tre månader. Men också att skrik och gråt är spädbarnets sätt att kommunicera med sin omgivning.

Referenser:

1. Vandenplas Y, Abkari A, Bellaiche M, et al.: Prevalence and Health Outcomes of Functional Gastrointestinal Symptoms in Infants From Birth to 12 Months of Age. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2015;61(5):531–7. 10.1097/MPG.0000000000000949
2. Chong C, Bloomfield F, O'Sullivan J. Factors affecting gastrointestinal microbiome development in neonates. *Nutrients* 2018, 10(3), 274; <https://doi.org/10.3390/nu10030274>
3. Benninga MA, Faure C, Hyman PE, et al.: Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology.* 2016;150(6):1443–1455.e2, pii: S0016-5085(16)00182-7. 10.1053/j.gastro.2016.02.016

4. Wolke D, Bilgin A, Samara M: Systematic Review and Meta-Analysis: Fussing and Crying Durations and Prevalence of Colic in Infants. *J Pediatr.* 2017;185:55–61.e4. 10.1016/j.jpeds.2017.02.020

5. Shamir R, St James-Roberts I, Di Lorenzo C, et al.: Infant crying, colic, and gastrointestinal discomfort in early childhood: a review of the evidence and most plausible mechanisms. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2013;57 Suppl 1:S1–45. 10.1097/MPG.0b013e3182a154ff

6. Pärty A, Kalliomäki M, Endo A, et al.: Compositional development of *Bifidobacterium* and *Lactobacillus* microbiota is linked with crying and fussing in early infancy. *PLoS One.* 2012;7(3):e32495. 10.1371/journal.pone.0032495

7. Savino F, Cordisco L, Tarasco V, et al.: Molecular identification of coliform bacteria from colicky breastfed infants. *Acta Paediatr.* 2009;98(10):1582–8. 10.1111/j.1651-2227.2009.01419.x

8. Eutamène H, Garcia-Rodenas CL, Yvon S, et al.: Luminal contents from the gut of colicky infants induce visceral hypersensitivity in mice. *Neurogastroenterol Motil.* 2017;29(4):e12994. 10.1111/nmo.12994

9. Szajewska H, Dryl R: Probiotics for the Management of Infantile Colic. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2016;63 Suppl 1:S22–4.