

HÆGÐATREGÐA MEÐAL ALDRAÐRA, ORSAKIR, EINKENNI OG RÁÐ

Unnur Ágústa Sigurjónsdóttir

RISTILLINN ER mikilvægt líffæri en hægðir hafa verið viðkvæmt umræðuefni og persónulegt mál sem fólk ber ekki á torg. Umræðan hefur verið að opnast sem er mjög til góðs og menn að gera sér betri grein fyrir mikilvægi góðrar meltingar og hægða og að ristillinn starfi eðlilega. Í nýútkominni metsölubók „Þarmar með sjarma“ er rætt um þessi málefni á skýran, opin og auðskilinn hátt (Enders, 2015).

Meltingarfærin eru eins og rás í gegnum líkamann. Meltingin byrjar í munnum og mikilvægt er að tryggja matinn vel því það skilar sér í betri upptöku næringarefna og góðum hægðum. Á leið niður meltingarveginn blandast ensím í fæðuna sem hjálpa til við frekari meltingu og niðurbrot í prótein, fitu og kolvetni. Vökvi og næringarefni frásogast inn í blóðrásina og það sem ekki nýtist og meltist fer út um endaparminn í formi hægða (Tabloski, 2014).

Hægðalosun er flókið samspil taugaboða og vöðva-hreyfinga og með hækkanði aldri hægir á taugaboðum og hefur það áhrif á hægðalosun. Einnig eru fleiri atriði sem orsaka hægðatregðuna, s.s. andlegir, tilfinningalegir, líkamlegir og umhverfislegir þættir (Roque og Bouras, 2015). Lífsstíll fólks getur einnig breyst með hærri aldri og það getur orsakað hægðatregðu sem síðan getur leitt til lakari líðanar (De Giorgio o.fl., 2015).

Meðferð við hægðatregðu hjá öldruðum er mikilvægur þáttur í starfi hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum. Markmiðið með þessari grein er að fjalla um þennan vanda. Rætt verður um algengi, orsakir, einkenni og ekki síst úrræði. Einnig verður sagt frá óhefðbundnum meðferðarúrræðum við hægðatregðu sem gætu e.t.v. verið viðbót við þau ráð sem algengust eru hér á landi.

Orsakir hægðatregðu

Hægðatregða getur komið upp á öllum aldurs skeiðum. Talið er að 20% Vesturlandabúa glími við þennan vanda og er minnkuð neysla trefja í mataræðinu talin ein helsta orsök. Breytingar á meltingarfærum okkar hefjast fyrir 50 ára aldurinn og er hægðatregða algengari meðal

kvenna en karla (Tabloski, 2014). Það skiptir miklu máli að hugsa vel um meltingarfærin og það gerum við m.a. með hollri fæðu og hreyfingu og jafnvægi milli vinnu og hvíldar. Hægðatregða er algeng kvörtun meðal aldraðra og nálægt 50% fólks yfir 80 ára eru með hægðatregðu. Þar af eru 40% eldri borgara sem búa heima með hægðatregðu og 60% þeirra sem búa á hjúkrunarheimilum (Gandell o.fl., 2013).

Hægðatregða er ekki sjúkdómur í sjálfu sér og ekki eðlileg afleiðing öldrunar þótt vandinn verði mun algengari með hærri aldri. Ýmislegt getur stuðlað að hægðatregðunni og má þar nefna ónóga vökvadrykkju sem getur leitt af sér þurrar og harðar hægðir sem erfitt er að skila frá sér. Of lítil trefjaneysla minnkar rúmmál hægðanna og þar með eiga þær ekki eins greiða leið niður ristilinn. Hafa skal í huga að samspil vökva og trefja er mjög mikilvægt. Nauðsynlegt getur verið að grípa til nokkurra úrræða samtímis við lausn vandans (De Giorgio o.fl., 2015).

Minnuð hreyfigeta er ein orsök þar sem líkamshreyfing eykur blóðflæði og þarmahreyfingar og stuðlar þar með að betri meltingu. Þeir sem eru rúmliggjandi eru því í mikilli hættu fyrir að fá hægðatregðu. Með hækkanði aldri verða breytingar á meltingunni sem tengjast t.d. hægari taugaviðbrögðum og minnkaðri hreyfigetu. Einnig tengjast þær ójafnvægi í vökvabúskap, breytingum á efnaskiptum, sjúkdómum og ýmsum áhrifum af lyfjainntöku (Roque og Bouras, 2105).

Einnig geta önnur atriði, sem tengjast lífsstílsbreytingum, haft áhrif, s.s. breytt mataræði, einangrun og það að vera háður öðrum. Minnuð virkni í grindarbotni (e.pelvic floor disfunction) getur verið ein orsök. Konur eru viðkvæmari fyrir þessu þar sem meðganga og fæðingar hafa áhrif á grindarbotninn (Roque og Bouras, 2015). Breytingar á högum fólks, öryggi og umhverfi, s.s. ferðalög, sjúkráðsúvist og streita, geta sömuleiðis haft áhrif á hægðirnar. Ristillinn er nefnilega viðkvæmt og vanafast líffæri sem þolir ekki miklar breytingar (Enders, 2015).

Mörg lyf valda hægðatregðu, sérstaklega þau sem hafa

áhrif á miðtaugakerfið, eins og parkinsonslyf, róandi lyf, þunglyndislyf og verkjalyf. Morfínskyld lyf (ópiöt) seinka magatæmingu og hægja á þarmahreyfingum og 50% aldraðra, sem taka slík lyf, tala um hægðatregðu (Fosnes o.fl., 2012). Rannsókn frá Bandaríkjunum sýndi að verkjaplástrar, eins og Fentanyl, valda minni hægðatregðu en morfín sem er tekið í töflum (Hsieh, 2005). Þvagræsilyf ýta vökva út úr líkamanum og geta þar af leiðandi aukið hættu á þurrki og hægðatregðu. Ýmis fleiri lyf geta valdið hægðatregðu, eins og járnlyf, kalklyf, magasýrulyf, kalsíumlökar og betalökar (Gandell o.fl., 2013).

Ýmsir sjúkdómar hafa áhrif á meltingarfærin, s.s. sykursýki, kvíði og þunglyndi. Einnig má nefna parkinsonsveiki, MS, mænuskaða, heilablóðfall, skjaldkirtilsjúkdóma og hjarta- og æðasjúkdóma. Sjúkdómar, sem tengjast meltingarfærum, ristilsjúkdómar og sjúkdómar í endaparmi, geta líka haft áhrif. Af hægðatregðu geta orsakast ýmis vandamál, s.s. þvagteppa, legsig, blöðrusig og endaparmssig (Gandell o.fl., 2013). Talið er að fylgni sé á milli aukinnar hægðatregðu, fjölda þráláttra sjúkdóma og fjölda lyfja sem tekin eru inn (De Giorgio, 2015).

Hver eru einkenni hægðatregðu?

Ýmis einkenni gefa til kynna að um hægðatregðu sé að ræða. Mælitæki kallað Rome III er víða notað til að greina og skilgreina hægðatregðu. Þá eru skoðaðir og metnir ákveðnir þættir, s.s. erfiðleikar og mikill þrýstingur við að koma frá sér hægðunum, hvort hægðirnar eru harðar og þurrar, hvort sársauki og jafnvel blæðing við endaparmsop er við hægðalosunina. Ef hægðapörfin gerir oft vart við sig og lítið skilar sér í einu sem og sú tilfinning að vera enn mál eftir hægðalosun bendir til hægðatregðu. Tíðni hægðalosunar er mjög einstaklingsbundin en þegar hún er sjaldnar en þrisvar í viku má skilgreina það sem hægðatregðu (Gandell o.fl., 2013).

Önnur einkenni eru m.a. þaninn kviður, megrun, ógleði og uppköst. Heilabilaðir einstaklingar, sem eiga erfitt með að greina frá líðan sinni í orðum, sýna oft aukinn óróleika og rugl. Ef einkenni eru um verki eða vanlíðan gæti það einnig bent til þess að viðkomandi þurfi að losa hægðir. Annað mælitæki, sem notað er við rannsóknir og greiningu á hægðatregðu, er Bristol Stool Form Scale. Myndirnar á þessum kvarða auðveldi fólki einnig að greina og segja frá hvernig hægðir líta út (WebMD, 2016) og er kvarðinn notaður þannig að hægðirnar eru skoðaðar og metnar með tilliti til útlits og áferðar. Þeim er skipt í sjö flokka, allt frá því að vera mikil hægðatregða til þess að vera niðurgangur (Tack o.fl., 2011).

Hvað er til ráða við hægðatregðu?

Rannsóknir sýna að hreyfing er af hinu góða en eðli hreyfingarinnar fer að sjálfsögðu eftir ástandi viðkomandi. Hreyfing eykur blóðflæði til meltingafæra og þar með þarmahreyfingar og er rúmliggjandi einstaklingum því hættara við hægðatregðu. Einnig hefur verið sýnt fram á að aukin vökvaneysla, 1500-2000 ml á sólarhring, hefur

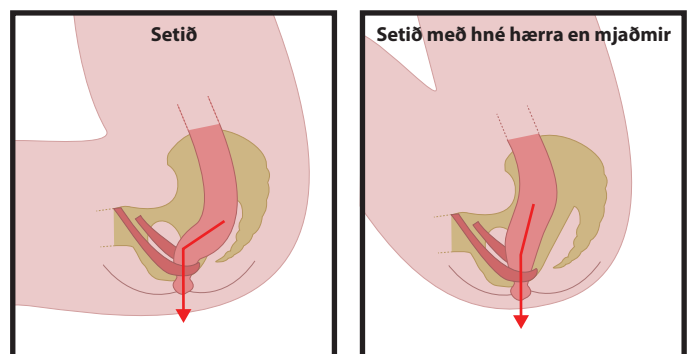
góð áhrif. Hafa þarf í huga nýrna- og hjartasjúklinga þegar kemur að vökvaneyslu þar sem þeim er hættara við bjúgsöfnun (De Giorgio o.fl., 2015).

Trefjar eru mikilvægar fyrir hægðirnar og koma þær m.a. úr grófu korni, grænmeti, ávöxtum og hnetum. Mælt er með að auka trefaneysluna hægt og sígandi með stærri skömmtum, 20-30 grömm á dag. Aukin trefjaneysla getur valdið lofti í ristli sem minnkar síðan þegar líkaminn fer að venjast trefjunum. Mikilvægt er að auka vökvaneysluna samhliða þessum aðgerðum. Það skiptir líka máli að tryggja matinn vel þannig að munnvatn blandist fæðunni. Sambland trefja og vökva eykur umfang hægðanna og mýkir þær og það tekur skemmri tíma fyrir hægðirnar að ferðast niður ristilinn (De Giorgio o.fl., 2015).

Sveskur, epli og perur innihalda sorbítól sem er hægðalosandi. Gott er að útbúa svokallað trefjamauk úr sveskusafa, eplamauki og hveitiklíði. Rannsókn í Bandaríkjunum sýndi að ef þetta var gefið kvölds og morgna gaf það góða raun (Hsieh, 2005).

Miklu máli skiptir að sinna hægðapörfinni strax þegar hún gerir vart við sig og bjóða fólki reglulega salernisferðir. Einnig er nauðsynlegt að taka sér tíma til hægðalosunar og fara á salernið á sama tíma dags, t.d. þegar fólk er nývaknað eða fljótlega eftir máltíðir. Með því móti notum við okkur virkni svokallaðs magariðstaugaviðbragðs (e. gastrocolic reflex) sem fer af stað stuttu eftir máltíðir og er virkinn mest eftir morgunmatinn. Þetta getur verið gagnlegt fyrir fólk með heilabilun sem á í erfiðleikum með að rembast (Gandell o.fl., 2013).

Grindarbotninn gegnir stóru hlutverki við hægðalosun þar sem samhæfing vöðva og tauga er mikilvæg. Rannsóknir hafa sýnt að þjálfun grindarbotnsvöðvanna getur haft áhrif til góðs þegar þessir vöðvar og endaparmurinn eru farnir að slappast (Roque og Bouras, 2015). Gott ráð til að minnka líkur á hægðatregðu er að huga að hvernig setið er á salerninu. Best er að sitja þannig að hnén séu fyrir ofan mjaðmalínu og fætur séu á gólfi eða á kolli, halla sér síðan fram og þá er auðveldara fyrir fólk að rembast (Gandell o.fl., 2013). Við getum hugsað um það hvernig börn sitja á koppnum þegar þau eru í salernisþjálfun (sjá mynd 1).



MYND 1. Myndin til vinstri sýnir setstællingu þar sem vinkill myndast neðst í endaparmi og hægðir eiga ekki eins greiða leið út. Myndin til hægri sýnir stællingu þar sem slaknar á endaparmi og hægðalosun verður auðveldari.

Óhefðbundin meðferð við hægðatregðu

Óhefðbundna meðferð við hægðatregðu mætti skoða og getur hún verið góð viðbót við þau úrræði sem viðhöfð eru almennt hér á landi. Bakteríuflóran breytist með aldrinum til hins verra og þá getur verið nauðsynlegt að neyta mjólkursýrugerla. Þeir finnast í ákveðnum mjólkurafurðum eða í formi fæðubótarefna (De Giorgio o.fl., 2015). Rannsóknir, sem gerðar voru í Bandaríkjunum á óhefðbundnum meðferðaúrræðum við hægðatregðu, sýndu að neysla mjólkursýrugerla var til góðs við vandanum. Leiddu þessar rannsóknir í ljós bætt hægðaaðstand hjá skjólstæðingum sem neyttu þessa. Rannsókuð var notkun mjólkursýrugerla á móti lyfleysum í 6 vikur og þar kom fram greinilegur munur þannig að þeir sem fengu mjólkursýrugerla þurftu minna af hægðalyfjum og meira jafnvægi var á hægðalosun (Cherniack, 2013). Meðferð sem þessi hefur líka í för með sér minni aukaverkanir og minni þörf á lyfjum og er tiltölulega auðveld í framkvæmd (De Giorgio o.fl., 2015). Annað sem líka hefur verið rannsakað eru óhefðbundnar aðferðir eins og jurtalyf, nudd, nálastungur og svæðanudd og sýna niðurstöður að þessar aðferðir geta skilað góðum árangri (Cherniack, 2013).

Hægðalyf

Þegar hin ýmsu ráð duga ekki þarf að grípa til hægðalyfja. Þau eru af margvíslegum toga og virka þannig að þau mýkja hægðirnar, auka umfang þeirra og/eða auka þarmahreyfingar. Öll eiga þau það sammerkt að nauðsynlegt er að drekka vel af vökva þegar þau eru notuð. Husk eru mulin hörfræ og er dæmi um hægðalyf sem sogar í sig vökva og eykur hægðamagnið í ristlinum. Trefjarnar draga til sín vatn og þenjast út og auka þar með þarmahreyfingar. Sorbitol er dæmi um hægðalyf með svokallaða osmótíska verkun. Það virkar þannig að lyfið veldur auknu vökvastreymi til ristilsins. Laxoberal er kröftugt hægðalyf gefið í dropatali sem hvetur þarmahreyfingar og eykur upptöku vatns og salta í ristlinum, örvar þarmatæmingu og stýttir ferðatímann og hægðirnar verða mýkri. Magnesium til inntöku er hægðalyf sem bindur vatn í þörmunum þannig að hægðirnar verða þynnri, þarmarnir þenjast út og þarmahreyfingarnar aukast. Senokot er hægðalyf þar sem virka efnið er unnið úr senna-jurtinni. Það eykur þarmahreyfingar og seytingu vökva inn í ristilinn og kemur hægðunum af stað. Olíur mýkja hægðir og eru lýsi og línolía góðar. Síðan eru hægðalyf sem hafa verkun frá endaparmi eins og Dulcolax í stílaformi, það eykur þarmahreyfingarnar og vatn safnast í ristilinn. Einnig má nefna Microlax í túpuformi sem virkar neðst í endaparminum og mýkir hægðirnar og flýtir losun (Lyfjastofnun – Sérlyfjaskrá).

Þegar hægðalyf eru gefin er hinn gullni meðalvegur oft og tíðum vandrataður og getur ofnotkun valdið niðurgangi. Vandinn er stundum of- eða vanmetinn og oftast en ekki gripið í hægðalyfin áður en önnur úrræði eru reynd. Á tímum stöðugar umræðu um sparnað í heilbrigðiskerfinu

má velta fyrir sér kostnaði við hægðalyf. Í Bandaríkjunum er áætlað að kostnaður við slík lyf sé nálægt 82 milljónum dollara sem er hátt á annan tug milljarða reiknað í íslenskum krónum (De Giorgio o.fl., 2015).

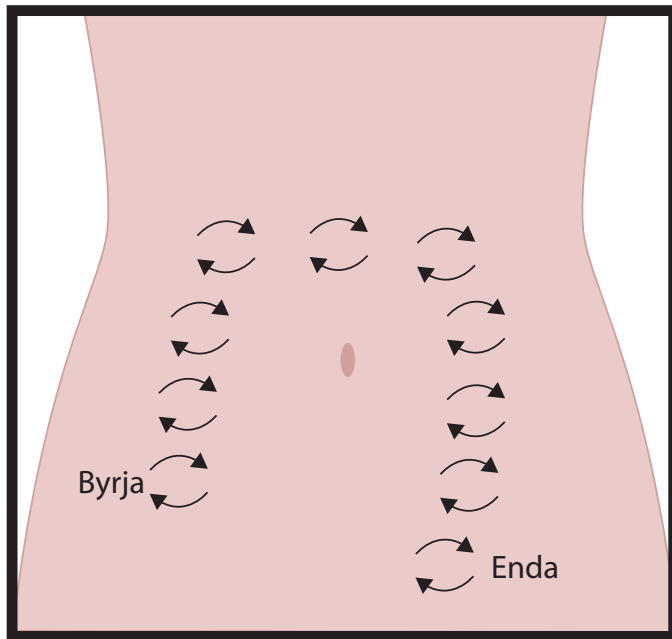
Rannsókn var gerð á norskum hjúkrunarheimilum 2011 þar sem skoðuð var notkun hægðalyfja. Kemur þar fram að mest er notað af hægðalyfjum eins og Sorbitoli. Niðurstöður rannsóknarinnar leiða líkum að því að meðferð við hægðatregðu sé ábótavant og bætt fæði og einstaklingsmiðuð hjúkrunarmeðferð myndi skila betri árangri (Fosnes o.fl., 2011).

Greinarhöfundur gerði óformlega könnun í október 2015 á hægðalyfjanotkun á hjúkrunarheimili í Reykjavík og ætti hún að endurspeglar tíðni hægðatregðu að einhverju leyti. Skoðaðar voru 4 deildir, samtals 71 einstaklingur. Af þessum einstaklingum voru 44 sem tóku einhvers konar hægðalyf eða 62% og 27 sem voru ekki skráðir á nein hægðalyf eða 38%. Eru þetta svipaðar tölur og rannsóknir erlendis sýna. Þeir sem voru skráðir á hægðalyf tóku að jafnaði 1-3 tegundir af slíkum lyfjum og var Sorbitol algengasta lyfið.

Rannsókn á hjúkrunarheimilum á Taiwan

Rannsókn, sem gerð var á hjúkrunarheimilum á Taiwan og birt 2015, sýndi að 60-80% íbúanna voru með einkenni hægðatregðu sem höfðu áhrif á líðan þeirra og virkni. Miðaði rannsóknin að því að kanna gæði einstaklingsmiðaðrar hjúkrunarmeðferðar við hægðatregðu. Skoðaðir voru tveir hópar, rannsóknarhópur og samanburðarhópur og voru allir þátttakendur í rannsókninni greindir með hægðatregðu og notuðu hægðalyf. Samanburðarhópurinn fékk áfram sömu meðferð og áður þar sem notuð voru hægðalyfin Magnesium og Senokot. Rannsóknarhópurinn fékk líka sömu meðferð og áður en við bættist áætlun sem fól í sér auknar trefjar, 25-30 g á dag, og markviss vökvagjöf, 1500-2000 ml á dag. Einnig voru salernisferðir farnar reglulega á sama tíma dags. Miðað var við að fara á salerni eftir 30 mín. hreyfingu eða strax eftir máltíðir þegar meltingin er öflugust og var stuðst við magaristilstaugaviðbragðið.

Allir í rannsóknarhópnum, sem það gátu, hreyfðu sig markvisst í 30 mínútur á dag. Við bættist kviðnudd eða ristilnudd (e. abdominal massage) sem reyndist mjög vel (sjá mynd 2). Sérstaklega var það áhrifaríkt fyrir þá sem voru rúmliggjandi eða höfðu skerta hreyfigetu en það átti við meira en helming þátttakenda. Nuddið slakar á kviðveggnum og örvar þarmahreyfingarnar. Þátttakendum var kennt að nudda sig sjálfir daglega í 15 mín. og þeim var hjálpað sem það þurftu. Niðurstöðurnar voru á þá leið að rannsóknarhópurinn sýndi aukna virkni í ristli og betri líðan. Fullyrt er í niðurstöðum að ristilnudd sé eitt af því áhrifaríkasta sem hægt er að gera fyrir þá skjólstæðinga sem eru rúmliggjandi og með skerta hreyfigetu (Huang o.fl., 2015).



MYND 2. Ristilnudd. Kviður nuddaður með hringhreyfingum samsíða ristlinum.

Lokaorð

Eins og fram hefur komið er hægðatregða verulegt vandamál meðal aldraðra. Margar ástæður liggja þar að baki. Skoða verður hvern einstakling og undirliggjandi orsakir fyrir vandanum og sníða hjúkrunaráætlun samkvæmt því. Síðan þarf að velja leiðir sem rætt hefur verið um hér að framan þannig að sem bestur árangur náist fyrir skjólstæðinga okkar. Hærri lífaldur leiðir til aukinna og stærri heilsuvandamála og kostnaður heilbrigðiskerfisins eykst. Hin fullkomna hægðameðferð er sennilega ekki til. Við þurfum kannski stundum að líta út fyrir rammann og reyna nýja hluti. Óhefðbundnar aðferðir eru athygliverðar og áhugavert væri að gera innlendar rannsóknir á árangri þeirra við hægðatregðu hjá öldruðum. Gæti verið að við ættum að skoða ristilnuddið og aðrar nýjar aðferðir í stað hinna hefðbundnu eða sem viðbót? Í síbreytilegum heimi þurfum við stöðugt að endurmeta hlutina samkvæmt reynslu okkar og þekkingu.

HEIMILDASKRÁ

- Cherniack, E. P. (2013). Use of complementary and alternative medicine to treat constipation in the elderly. *Geriatrics Gerontology International*, 13, 533-538.
- De Giorgio, R., Ruggeri, E., Stanghellini, V., Eusebi, L. H., Bazzoli, F., og Chiarioni, G. (2015). Chronic constipation in the elderly: A primer for the gastroenterologist. *BMC Gastroenterology*, 15, 130.
- Enders, G. (2015). Þarmar með sjarma. (Rakel F. Björnsdóttir þýddi.) Reykjavík: Veröld.
- Fosnes, G. S., Lydersen, S., og Farup, P. G. (2012). Drugs and constipation in elderly in nursing homes: What is the relation? *Gastroenterology Research and Practice*, 2012, 290231.
- Fosnes, S. G., Lydersen, S., og Farup, G. P. (2011). Effectiveness of laxatives in elderly: A cross sectional study in nursing homes. *BMC Geriatrics*, 11, 76.
- Gandell, D., Straus, S. E., Bundookwala, M., Tsui, V., og Alibhai, S. M. (2013). Treatment of constipation in older people. *Canadian Medical Assoc Journal*, 185(8), 663-670.
- Hsieh, C. (2005). Treatment of constipation in older adults. *American Family Physician*, 72, 2277-2285.
- Huang, T.-T., Yang, S.-D., Tsai, Y.-H., Chin, Y.-F., og Tsay, P.-K. (2015). Effectiveness of individualised intervention on older residents with constipation in nursing homes: A randomised controlled trial. *Journal of Clinical Nursing*, 24(23-24), 3449-3458.
- Lyfjastofnun (e.d.). Lyfjaupplýsingar - Sérlyfjaskrá. Sótt 25. október 2015 á <http://www.lyfjastofnun.is>.
- Roque, M., og Bouras, E. P. (2015). Epidemiology and management of chronic constipation in elderly patients. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 919-930.
- Tabloski, A. P. (2014). Gerontological Nursing (kafli 22). New Jersey: Pearson Education.
- Tack, J., Lissner, S. M., Stanghellini, V., Boeckstaens, G., Kamm, M. A., og Simren, M. (2011). Diagnosis and treatment of chronic constipation: A European perspective. *Neurogastroenterology and Motility*, 23, 697-710.
- WebMD (2016). Bristol Stool Form Scale. Sótt á <http://www.webmd.com/digestive-disorders/poop-chart-bristol-stool-scale>.