

Hægðatregða ungbarna að fimm ára aldri

Fyrstu 6-12 mánuðirnir

Ein algengustu vandamál korna- og ungbarna á fyrstu vikum og mánuðum lífsins eru ýmis konar meltingar- og hægðalosunar erfiðleikar. Hægðatregða er á fyrstu sex mánuðum ævinnar oftast háð magni og tegund mjólkur og þeim vökva sem barnið fær og þeirri fastri fæðu sem það borðar. Oftast hefur hægðatregðan hjá ungbörnum byrjað skyndilega en hún varir oftast stutt í senn og má yfirleitt meðhöndla með því að auka ríkulega vökvagjöf barnsins, t.d. með auka vatns- eða ávaxtasafa drykkju (hafi ávaxtasafar þá þegar verið gefnir barninu), sveskjusafa og sv. frv. Hægðatregða er ekki eins algeng hjá börnum sem eru á brjósti samanborið við þau sem fá þurrmjólk. Það er þó síður en svo sjaldgæft að börn sem nærast á brjósti einu sér fái hægðatregðu eða særindi við hægðalát. Margir dagar geta liðið á milli hægðaláta hjá börnum sem eru á brjósti eða fá þurrmjólk án þess að nokkuð sé við það að athuga og þegar hægðirnar loksins koma eiga hægðalátin að vera átakalaus og hægðir eðlilegar. Varast ber því að túlka fátíð hægðalát sem hægðatregðu hjá börnum sem fá brjóstamjólk og líður greinilega vel þó að viðurkenna verði að börnum þar sem langt er á milli hægðaláta er hættara við hægðatregðu á fyrsta aldursárinu miðað við börn sem hafa örari hægðir.

Eðlilegt telst að nýfætt barn hafi hægðir ekki sjaldnar en tvisvar sinnum á dag fyrstu vikurnar en síðar þegar barnið er orðið 2- 4 mánaða gamalt er eðlilegt að hægðir séu ekki sjaldnar en þrisvar sinnum í viku. Barn sem er eldra en 2-3 ára þyrfti að hafa hægðir helst ekki sjaldnar en tvisvar sinnum í viku svo að því líði vel.

*Tíðni hægðaláta hjá heilbrigðum börnum**

Aldur	Hægðalosun á viku	Hægðalosun á dag
0-3 mánaða		
• Á brjósti	5-40	2.9
• Fær þurrmjólk	5-28	2.0
6-12 mánaða	5-28	1.8
1-3 ára	4-21	1.4
3 ára +	3-14	1.4

* Fontana M, Bianchi C, Cataldo F et al. (1987). Bowel Frequency in healthy children. *Acta Paediatr Scand* 78: 682-4.

Hægðir verða gjarnan tregari þegar byrjað er að gefa fasta fæðu, sem getur valdið hægðatregðu og þá e.t.v. með særindum og bólgu við endaparmsopið og miðast meðferðin fyrst að því við að auka vökvagjöf barnsins. Ef endaparmsopið virðist bólgið mætti t.d. bera varlega á það Lasinoh krem einu sinni daglega (t.d. með eyrnapiña), zink pasta krem eða önnur bleiusvæða krem og áburði eftir þörfum á svæðið. Þannig er freistað að minnka bólgu og særindi við endaparmsop og halda endaparmssvæðinu þurru.

Ef hægðatregðan hefur ekki lagast mætti gefa smávegis af Maltextrakti, ½ teskeið tvisvar sinnum á dag eða örlítið af Laktulosa, t.d. 2.5 ml einu sinni á dag.

Börn sem hafa ungbarnakveisu rembast gjarnan vegna lofts og vindgangs sem er ekki tilkomið vegna erfiðleika við hægðalosun enda eru engin bein tengsl á milli ungbarnakveisu og hægðatregðu.

Helstu sjúkdómar

Rétt er að hafa í huga að sjúkdómar og meðfæddir gallar í meltingarvegi geta verið til staðar hjá barni með hægðatregðu, sérstaklega barni á fyrstu mánuðum ævinnar. Hjá þessum börnum byrjar hægðatregðan mis fljótlega en er yfirleitt komin eftir 1-2 vikur og er gjarnan áberandi strax frá fæðingu. Er þá hugsanlegt að um misbyggingu á endaparmi eða endaparmsopi barnsins sé að ræða sem gera hægðalátin sársaukafull eða erfið og valda mikilli vanlíðan barnsins, ekki einungis á endaparmssvæðinu heldur einnig í kviðnum öllum, sem þenst þá út og verður áberandi.

Helstu meðfæddu gallar eru :

1. þrengsli á endaparms opi eða hálf/alveg lokað endaparmsop
2. staðsetning endaparms of framarlega á grindarbotns gólfi
3. lítill eða rýr endaparmur
4. Hirschsprungs sjúkdómur (galli á uppbyggingu þarnsins ofar í endaparmi og jafnvel í ristli)
5. aðrir sjaldgæfir endparks gallar.

Hjá börnum sem hafa hægðatregðu frá nokkurra vikna aldri er rétt að spyrja hvenær barnabik (meconium) mun fyrst hafa komið frá barninu. Hirschsprungs sjúkdómur er þekktur sem orsök þess að barnabik kemur ekki á fyrstu 24–48 klukkustundum lífsins eins og venja er hjá heilbrigðum börnum.

Einnig er rétt að minnast þess að ýmsir efnaskiptasjúkdómar valda stundum hægðatregðu hjá ungum börnum, t.d. vanstarfsemi á skjaldkirtli, sem veldur hægðatregðu er byrjar fljótlega eftir fæðingu.

Kúamjólkurofnæmi

Kúamjólkureggjahvítu óþol eða ofnæmi er ein algengasta orsök mikillar hægðatregðu hjá ungum börnum á fyrsta aldursárinu. Hér eru hægðalát sársaukafull og erfið, blóð getur sést í hægðunum og endaparmurinn getur verið bólgin með auknum roða, sem sést á eða í endaparmsopinun sjálfu. Sprungur finnast stundum í endparks slímhlímhúðinni og geta verið grunnar eða djúpar og sjást með berum augum ef að er gáð. Slíkt getur verið merki um mikla bólgu í ristli eða endaparmi og sést ekki sjaldan hjá börnum sem nærast á þurrmjólkurtegundum sem gerðar eru úr kúamjólkureggjahvítu. Einnig getur kúamjólkureggjahvítu óþol fundist hjá barni sem fær einungis móðurmjólk ef móðirin neytir

mjólkurafurða. Lækningin felst í því að fjarlægja alla kúamjólkureggjahvítu úr fæðu barnsins og gefa aðrar tegundir þurrmjólkur sem innihalda ekki kúamjólkureggjahvítu.

Eldri börn

Hjá börnum frá 12 mánaða aldri til 4-5 ára aldurs er hægðatregða yfirleitt tilkomin vegna blöndu af einhæfu mataræði og/eða óöryggi barnsins. Til dæmis er of mikil mjólkurafurðaneysla ungra barna algeng, oftast á kostnað annarrar fæðu, sem samfara minnkandi matarlyst veldur enn frekari mjólkurafurða notkun. Þessi vítahringur minnkandi matarlystar og hægðatregðu er hjá ungum börnum, gjarnan samfara óöryggi sem skapast t.d. þegar barnið eignast nýtt systkini, byrjar dvöl á leikskóla eða hjá dagmóður, við búferlaflutning, við salernisþjálfun o.s.frv. og veldur því að barnið fer að halda í sér hægðum enn frekar og hægðatregða verður hægt og rólega að erfiðu vandamáli. Sjúkdómsferillinn er það hægur að foreldrar taka ekki eftir neinu fyrr en allt er komið í óefni. Ef vandamálinu hefur ekki verið sinnt strax er hætta á að barnið fari að missa frá sér hægðir í buxur og að það fari að stunda óeðlilegar athafnir samfara hægðalosun, t.d. fari afsíðis í skúmaskot til að hafa hægðir, geri það undir borðum og á afviknum stöðum o.s.frv..

Hægðatregða af þessum toga hjá börnum er gjarnan er kölluð starfræn, þ.e.a.s. þá finnast ekki merki um sjúkdóma eða meðfædda galla í meltingarvegi/endaparmi sem talin er líkleg orsök hennar.

Meðferð felst í því að taka á öllum þessum vandamálum eftir því sem þurfa þykir, t.d. minnka neyslu mjólkurafurða, auka framboð á hollri eggjahvítu og járn og trefjum og taka á óöryggi barnsins með hegðunarmótandi aðferðum. Ef árangur er lítill er best að leita aðstoðar læknis vegna frekari meðferðar og e.t.v. rannsókna, t.d. athuga járnþúska, útiloka blóðleysi o.fl. auk þess sem útiloka þarf undirliggjandi sjúkdóma.

Sjúklegar orsakir hægðatregðu í þessum aldurshópi eru t.d. meðfæddar truflanir í hreyfingarstarfsemi þarma/garna, sýkingar og margt fleira.

Að lokum er rétt að geta þess að heilbriðisstarfsmanni ber að vera vakandi fyrir því að sinnuleysi/kæruleysi umönnunaraðila eða annarra aðila nákomna barninu geti verið um að kenna og einnig því að misnotkun barna, bæði sálræn og líkamleg, er þekkt sem valdur erfiðra hægðavandamála barna.

Úlfur Agnarsson barnalæknir, 2009

Heimildir og itarefni

Clinical Practice Guideline. Evaluation and Treatment of Constipation in Infants and Children: recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. (2006). *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition* 43: e1-e13. Sótt 5. ágúst 2008 á http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?doc_id=9792#s23

Clayden, G. og Uggi Agnarsson (1991). *Constipation in Childhood*. Oxford: Oxford University Press.

Navarro, J. og Christophe, F. (1995). *La constipation chez l'enfant*. Paris: Laboratories Zyma.

Bristol Stool Form Guide (for children). Sótt 30. júlí 2008 á <http://www.aboutconstipation.org/site/about-constipation/treatment/stool-form-guide>