

Heimildir

- Bruselius, E. (2000). Præ- og postoperativ sygepleje. Í P. Ramhøj og I. Egerod (ritstj.), *Klinísk sygepleje*. Bind 2. Kaupmannahöfn: Akademisk Forlag.
- Guðrún Sigurjónsdóttir (ritstj.). (2008, júlí). *Þrýstingssár: Klínískar leiðbeiningar, áhættumat og varnir*. Reykjavík: Landspítali – Skrifstofa framkvæmdastjóra hjúkrunar.
- Jensen, C.S. og Walter, S. (2007). Urinvejsinfektioner – forekomst, årsager og forebyggelse. *Ugeskrift for Læger*, 169, 4265–4267.
- Kehlet, H. og Dahl, J.B. (2006). Hvorfor er det farligt at blive opereret? *Ugeskrift for Læger*, 168, 4291–4292.
- Kehlet, H. (2001). Accelererede operationsforløb – en faglig og administrativ udfordring. *Ugeskrift for Læger*, 163, 420–424.
- Lindholm, C. (2005). *Sár*. Kaupmannahöfn: Gads Forlag.
- Olsen, S., Dalgaard, A. og Hørdam, B. o.fl. (ritstj.). (2010). *Ortopædkirurgi. Sygdomslære og sygepleje. Referenceprogram for Patienter med Hoftebrud*. (2008). Dansk Sygeplejeråd, Danske Fysioterapeuter, Dansk Ortopædisk Selskab.
- Rosenberg, J. (2009). Smerter og kirurgisk stress-respons. Í J. Rosenberg, T.S. Jensen, J.B. Dahl o.fl. (ritstj.), *Smerter – baggrund, evidens og behandling*. (2. útg.). Kaupmannahöfn: FADL's Forlag.
- Sneppen, O., Bünger, C. og Hvid, I. (ritstj.), (2006). *Ortopædisk kirurgi* (6. útg.). Kaupmannahöfn: FADL's Forlag.
- Sundhedsloven. LBK nr. 913/2010. www.retsinformation.dk
- Sundhedsstyrelsen. Vejledning om sygeplejefaglige optegnelser nr. 9229/2005. København. www.sst.dk
- Vejledning om træning i Kommuner og Regioner*. (2009, desember). www.sm.dk
- Vogelsang, A.B. og Bentzen, T.N. (2009). *Klinisk retningslinje for forebyggelse af trykskader hos patienter med hoftebrud*. Center for kliniske retningslinjer. www.kliniskeretningslinjer.dk

Hjúkrun einstaklinga með beinþynningu (osteoporosis)



❓ Þekkir þú aldraða manneskju sem er kengbogin í baki? Heldurðu að það geti stafað af beinþynningu?

Í þessum kafla verður fjallað um beinþynningu og þau heilsufarsvandamál sem algengust eru hjá einstaklingum með þennan sjúkdóm.

Hjúkrun á þessu sviði snýst að miklu leyti um leiðsögn og fræðslu því að beinþynningu og fylgikvilla hennar má oft fyrirbyggja eða seinka.

→ Sjá meira um beinþynningu í 📖 Sjúkdómafræði og lyfjafræði.

Sjúklingar með beinþynningu

Í meginatriðum má segja að hjúkrun sjúklinga með beinþynningu snúist um forvarnir og endurhæfingu.

Forvarnirnar hafa að markmiði að stemma stigu við beinþynningunni. Í því felst að þú hjálpir sjúklingnum við að ná tökum á nýjum aðstæðum með fræðslu og leiðsögn. Keppikeflið er að hann axli ábyrgð eins og tók eru á og nái að hafa áhrif á sjúkdóminn og eigin heilsu. Auk þessa getur sjúklingurinn þurft hjálp við að sinna grunnþörfum og lina verki.

Endurhæfingarþátturinn felst í því að veita þessum sjúklingum stuðning svo að þeir ráði við daglegt líf og fái notið lífsfyllingar þrátt fyrir fylgikvilla sjúkdómsins.

Þú munt einkum kynnast sjúklingum með beinþynningu í heimahúsum. Rannsóknir, sjúkdómsgreining og meðferð fer yfirleitt fram hjá heimilislækni eða á göngudeild spítala. Um innlög á spítala er yfirleitt ekki að ræða nema í sambandi við beinbrot eða vegna annars sjúkdóms.

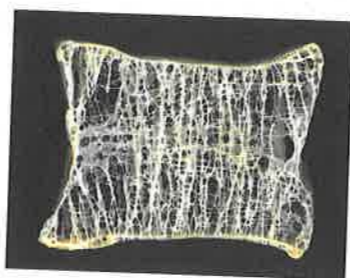
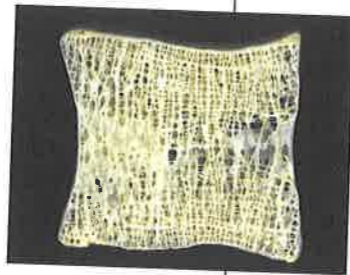
Beinþynning

Beinþynning er ástand þar sem beinmassinn og styrkur beina hefur veikst svo mikið að beinin geta jafnvel brotnað við litla áreynslu.

Alþjóðlegu beinverndarsamtökin (IOF) áætla að þriðja hver kona og áttundi hver karl brotni vegna beinþynningar og eru konur almennt í þrefalt meiri hættu á að fá beinþynningu en karlar. Því er ekki að undra að litið sé á beinþynningu sem menningarsjúkdóm.

Beinvefur er lifandi vefur, þ.e. í honum fer fram stöðugt niðurbrot og uppbygging sem gerir að verkum að nýtt bein myndast. Þannig endurnýjast beinagrindin gagngert á 10 ára tímabili.


Fram að 30. aldursári er beinmyndun meiri en niðurbrot og þegar þeim aldri er náð hafa beinin náð mestum styrk og þétni. Upp úr því dregur úr beinuppbyggingu og beinmassinn rýrnar um u.þ.b. 1% á ári. Í kringum tíðahvörfin getur niðurbrot beinvefs í konum aukist um allt að 5% á ári. Á mynd 16.1 má sjá muninn á heilbrigðu beini og beini sem er veiklað af beinþynningu.



Mynd 16.1
Hér sést annars vegar heilbriggt bein, hins vegar bein sem er veiklað af beinþynningu. Beinið til hægri er gegnsærra og gisnara og því er hættara við að það brotni.

Því minni sem beinmassinn er orðinn við 30 ára aldur, þeim mun meiri er hættan á beinþynningu síðar á ævinni.

Við finnum ekki fyrir því þegar beinin missa kalk. Þess vegna koma einkenni beinþynningar ekki í ljós fyrr en við beinbrot, oftast á úlnlið, í hrygg eða mjöðm.

→ Sjá meira um bráða beinþynningu í  Sjúkdómafræði og lyfjafræði.

Gerður Nielsdóttir er 81 árs og býr einsömul í fallettri íbúð á 3. hæð. Áður fyrr gat hún notið útsýnisins og fylgst með árs-tíðaskiptunum úr hægindastólnum sínum við gluggann. Það getur hún því miður ekki lengur því að hún er hætt að sjá upp fyrir gluggakistuna. Hún nær heldur ekki upp í efstu hillurnar í eldhúsinu og þannig hefur ýmislegt breyst síðan hún greindist með beinþynningu fyrir fjórum árum.

Það gerðist þannig að hún fékk skyndilega mikla bakverki við að lyfta upp dálitilli þyngd. Á röntgenmynd kom í ljós að hryggjarliðir voru fallnir saman á þremur stöðum.

Áður var Gerður von að sjá um sig sjálf og naut þess að fara út á meðal fólks en verkirnir urðu til þess að hún fór að þurfa heimilishjálp og hætti að ráða við þátttöku í félagslífi.

Eftir fáeina mánuði var Gerður laus við verstu verkina en henni verður ennþá illt, t.d. þegar hún stendur of lengi í eldhúsinu við að elda mat. Þess vegna býður hún sjaldan fjölskyldu eða vinum í mat.

Hún er líka hætt að taka strætó því að hún er hrædd um að detta. Sem betur fer hefur hún göngugrindina sína. Henni er mikið í mun að taka þátt í leikfimi fyrir aldraða. Það gerir líkama hennar gott og svo nýtur hún samverunnar við aðra. Hún vill líka gjarnan kaupa sjálf inn eitt og annað smálegt; það gefur henni hugmyndir um hvað hún eigi að borða. Hún er þakklát fyrir að eiga tvö fullorðin börn sem sjá um að kaupa stærri vörur. Þau gera sér þó ekki alltaf grein fyrir því að Gerður er ekki eins mikill bógu og áður. Hún reynir að útskýra fyrir þeim að hana skorti hvorki kapp né vilja en kraftarnir séu fljótir að þverra þegar hún fær verki.

Upp á síðkastið hefur Gerður líka átt erfiðara með andardráttinn. Hún mædist fljótt. Læknirinn segir það stafa af því að ekki sé lengur eins rúmt um lungun þar sem hún verður æ bognari í baki. Hún sér líka að hún er orðin magameiri enda þótt matarlystin hafi minnkað og hún hafi lést.

Sem stendur finnur Gerður fyrir auknum áhyggjum. Hvernig fer þegar hún skreppur enn meira saman? Henni finnst líka hún vera orðin gleymnari. Man ekki alltaf eftir að taka pillurnar sínar og fær þá kannski ekki alltaf verkjalyfið. En það versta er að sjúkdómurinn hefur dregið mjög úr félagsskapnum við annað fólk. Þess vegna eru dagarnir stundum lengi að líða og það kemur fyrir að hún er einmana.

Áhættuþættir

Fyrir utan eðlilegt niðurbrot beinvefjarins er margt annað sem eykur hættu á beinþynningu. Suma þessara þátta, t.d. erfðir og breytingaskeið sem er snemma á ferðinni, höfum við engin áhrif á. Aðrir þættir, s.s. reykingar, mataræði og hreyfing, tengjast lifnaðarháttum okkar og eru því atriði sem við getum sjálf breytt.



Áhættuþættir tengdir beinþynningu:

- Erfðir (frá móður eða föður)
- Aldur yfir 80 ár
- Kona
- Tilhneiging til að detta
- Lágur líkamspýngdarstuðull (LPS < 19)
- Breytingaskeið ber snemma að
- Of lítil inntaka kalks og D-vítamíns
- Reykingar
- Mikil áfengisneysla
- Hreyfingarleysi
- Sum lyf, sér í lagi nýrnahettubarkarhormón
- Ýmsir aðrir sjúkdómar, t.d. lýstarstol, skjaldvakaeitrun og vanfrásog.

→ Sjá meira um orsakir beinþynningar í Sjúkdómafræði og lyfjafræði.

Sjónarhorn sjúklings og aðstandenda

Langvinnur sjúkdómur eins og beinþynning getur breytt því hvernig maður tekst á við daglegt líf.

Sumir taka beinþynningu sem hverju öðru öldrunarfyrirbæri og halda áfram að lifa lífinu eins og þeir eru vanir. Öðrum finnst þeir verða hrumari og hafa á tilfinningunni að þeir geti ekki lengur treyst á líkamann. Óttinn við að beinbrotna getur leitt til þess að þeir hætta ýmsu sem áður gaf lífinu gildi, t.d. að fara í skiðaferðir eða vinna í garðinum.

Manneskja sem áður var fullfær um að sinna eigin þörfum getur allt í einu orðið háð aðstoð annarra, t.d. eftir mjaðmarbrot eða samfall í hrygg, og það getur haft neikvæð áhrif á sjálfsmynd hennar.

Það er mjög einstaklingsbundið hvernig fólk bregst við sjúkdómnum og fer m.a. eftir skilningi þess á honum og þeim nýju aðstæðum sem upp eru komnar. Hefur það tók á að sjá nýjar leiðir og lausnir eða einblínir það á takmarkanirnar?

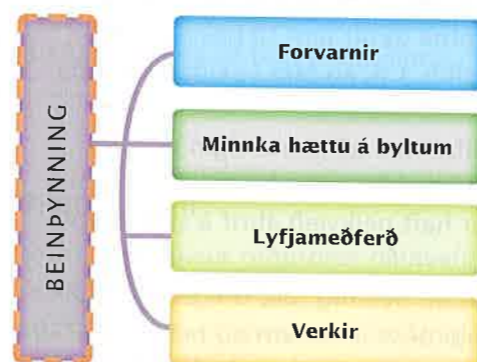
Markvisst samtál við sjúklinginn getur veitt þér skilning á því hvernig hann upplifir sjúkdóminn, og þar með bestar forsendur til að styðja hann í að ná tókum á breyttri stöðu.

Nefndu þrjár spurningar sem má leggja fyrir sjúklinginn til að fá fram hans sýn á sjúkdóminn og þau áhrif sem hann hefur á daglegt líf.

Sjúkraliðinn á starfsvettvangi

Þarfir og úrlausnarefni

Á mynd 16.2 má sjá nokkur þeirra úrlausnarefna sem koma til kasta sjúkraliða hjá sjúklingum með beinþynningu.



Mynd 16.2
Úrlausnarefni tengd beinþynningu.

Forvarnir gegn beinþynningu

Eins og áður hefur komið fram hafa margir þættir í lífsstíl fólks áhrif á þróun beinþynningar. Með því að takast á við þá þætti sem ýta undir eyðingu beinanna getur sjúklingurinn lagt sitt af mörkum við að stöðva þróun sjúkdómsins.

Með leiðsögn og fræðslu bætir þú við þekkingu sjúklingsins sem gæti orðið honum hvatning til að breyta lífnaðarháttum sínum. En þekking dugar ekki ein og sér. Almenna fræðslu á efninu verður að sníða að viðkomandi einstaklingi til að hún þjóni tilgangi sínum og sé áhugahvetjandi. Þú getur komist að því hvað sjúklingurinn veit nú þegar og miðað fræðslu við þá lífsstílsþætti sem í hans tilfelli hafa áhrif, jákvæð og neikvæð, á beinþynninguna; þannig virkjarðu áhuga hans og gefur honum sýn á möguleika til aðgerða.

Hér á eftir er að finna ráðleggingar um næringu sem er góð fyrir beinin, uppbótarkalk og D-vítamín, reykingar, áfengi og líkams-hreyfingu. Þetta eru efnisflokkar sem þú getur rætt um við skjól-stæðinginn þegar forvarnir eru annars vegar.

→ Sjá meira um hvata og um að takast á við og breyta lífsháttum í Heilbrigðisfræðsla og samskipti.

Fæða sem gerir beinum gott

Almennt má segja að sjúklingar með beinþynningu eigi að borða fjölbreytta fæðu sem samræmist ráðleggingum faghóps embættis landlæknis um mataræði (2015). Þar að auki er óhemju mikilvægt að sjúklingurinn fái nóg af kalki og D-vítamíni til að uppbygging beinvefjar geti átt sér stað.

Kalk er að finna í nær öllum mat en mjög mismikið af því í einstökum fæðutegundum. Mjólkurafurðir s.s. ostur, mjólk og jógúrt eru langbestu kalkgjafarnir. Einnig er kalk að finna í grænu grænmeti, möndlum og grjónum, en af þessum vörum þarf mjög stóra skammta til að tryggja nægilegt magn af kalki.

D-vítamín er nauðsynlegt til að kalk úr matnum skili sér í beinin; af því er mest í feitum fiski, s.s. laxi, síld og makríl. Þar að auki myndast D-vítamín í húðinni fyrir tilstilli sólargeislanna. Á Íslandi gerist þetta þó aðeins á sumrin og því aðeins að líkamshlutar, t.d. handleggir og andlit, séu berir ½ klst. á dag án sólarvarnar. D-vítamínframleiðsla húðarinnar minnkar með aldrinum og er því minni sem húðin er dekkri.

Kalkþörfinni má fullnægja með réttu mataræði en þá þarf að gæta vel að því hvað maður borðar á hverjum degi. Aftur á móti er erfitt að sjá til þess að neysla D-vítamíns sé nægileg og þess vegna á fólk með beinþynningu ávallt að taka D-vítamín sem fæðubót.

Sjúklingum með beinþynningu er ráðlagt að neyta 1.000–1.200 mg af kalki og 20–40 µg af D-vítamíni á dag.

→ Sjá meira um næringu og beinþynningu í Hjúkrun, 1. þrep.

Aðgerðir

Á sjúkrahúsinu eru ráðleggingar um mataræði yfirleitt í höndum næringarfræðinga en mikilvægt er að þú leiðbeinir og veitir stuðning um almennustu atriðin og hvetjir þannig sjúklinginn til að neyta fæðu sem gerir beinunum gott; sjá t.d. morgunverðinn á mynd 16.3.

Í húðinni breytist kólesteról í D-vítamín fyrir tilverkan sólargeislanna. D-vítamínið verður virkt í lifur og nýrum.

Það er jafn mikið af kalki í mögum osti og undanrennu og í feitum osti og nýmjólk.



Með einföldu reikningsdæmi má sjá í fljótu bragði hvort sjúklingurinn fær nægilega mikið af kalki í fæðunni:

Kalkinnihald mjólkurafurða

Afurð	Kalkinnihald
1 glas af mjólk (2 dl = eitt stórt glas)	225 mg
1 sneið af osti (20 g)	140 mg
Súrmjólkurafurð, jógúrt, AB-mjólk (2 dl)	250 mg
Skýr (2 dl)	400 mg
Önnur fæða	200 mg

Dæmi um kalkneyslu í einn dag

2 glös af mjólk (2 x 225 mg)	450 mg
1 sneið af osti	140 mg
½ skammtur af AB-mjólk	125 mg
Önnur fæða	200 mg
Alls	915 mg



Mynd 16.3
Morgunverður með ríkulegu magni af kalki.

Kalk- og D-vítamínuppbót

Ef sjúklingurinn fær minna en 800 mg af kalki úr daglegri fæðu er rétt að bæta við tveimur kalktöflum.

Ef fæðan sér honum fyrir 800 til 1.200 mg af kalki skal bæta við einni kalktöflu.

Ef sjúklingurinn fær meira en 1.200 mg af kalki úr fæðunni þarf hann ekki kalkuppbót, en ekki má gleyma D-vítamínuppbót.

Sjúklingurinn í dæminu fær 915 mg af kalki og þarf því viðbótarkalk. Hann getur valið að taka eina kalktöflu sem uppbót en þú gætir bent honum á leiðir til að auka kalkinntöku með fæðunni, t.d. með 1 glasi af mjólk og 1 ostsneið til viðbótar.

Aðgerðir

Upptaka kalks í töfluformi er skilvirkast ef kalkið er tekið með mat. Ef taka þarf tvær kalktöflur á dag er önnur tekin með morgunmatnum, hin með kvöldmatnum. Kalktöflur innihalda yfirleitt D-vítamín, en í mismiklu magni. Kalktöflur á ekki að taka á sama tíma og járntöflur því að það hefur neikvæð áhrif á upptöku beggja þessara steinefna.

Hafðu í huga að kalktöflur geta valdið hægðatregðu. Sumum nægir að skipta yfir í aðra tegund, t.d. kalsíumsítrat, eða taka hægðalyf.

Tóbak

Reykingar hafa óbein skaðleg áhrif á beinin vegna þess að reykingar valda því að kynhormónum í blóðinu fækkar, en þeir hafa verndandi áhrif á beinin. Breytingaskeiðið byrjar auk þess fyrr hjá konum sem reykja.

Beinþynning er því enn ein ástæðan til að hvetja sjúkling til að hætta að reykja.

Aðgerðir



→ Sjá meira um reykingar og reykingastopp í 8. kafla.

→ Sjá meira um breytingar á lífsháttum í Heilbrigðisfræðsla og samskipti.

Áfengi

Óhófleg neysla áfengis hefur bein skaðleg áhrif á beinin og veldur aukinni kalkeyðingu. Þar að auki fylgir henni aukin hætta á að detta og beinbrotna. Með óhóflegri neyslu er átt við að neysla karla sé meiri en 14 einingar og neysla kvenna meiri en 7 einingar á viku.

Aðgerðir

- Sjá meira um breytingar á lífsháttum í  Heilbrigðisfræðsla og samskipti.
- Sjá meira um áfengismisnotkun í  Geðsjúkdómafræði og lyfjafræði.

Kaffi

Óhófleg kaffidrykkja (meira en átta bollar á dag) hefur skaðleg áhrif á beinin því að kaffi veldur auknu kalktapi með þvagi. Því þarf annaðhvort að minnka kaffineyslu eða neyta meira kalks í fæðu eða í töfluformi.

Hreyfing

Hreyfing og líkamleg áreynsla almennt er sömleiðis mikilvægur þáttur í fyrirbyggingu beinþynningar. Í fyrsta lagi hefur líkamleg áreynsla þau áhrif að losun kalks úr beinum minnkar. Í öðru lagi styrkir hún vöðvakerfi líkamans og samhæfingu, stuðlar að betra jafnvægi og minnkar því hættuna á byltum. Síðast en ekki síst eykur líkamshreyfing vellíðan og orku.

Tvenns konar áreynsla hefur þýðingu fyrir fyrirbyggingu beinþynningar:

- Áreynsla sem „ber þyngd“ og styrkir þannig beinin, s.s. gönguferðir, hlaup og stafganga.
- Áreynsla sem styrkir vöðvakerfið og hefur góð áhrif á jafnvægið, s.s. leikfimi, hjólréiðar og líkamsrækt (mynd 16.4).



Mynd 16.4.
Hjólréiðar styrkja vöðvakerfið og jafnvægið.

Aðgerðir

Líkamshreyfingu má stunda á ýmsan hátt. Manneskja sem hefur ekki þurft að þola samfall hryggjarliða getur valið þá hreyfingu sem henni hugnast best.

Ef um samfall í hrygg er að ræða er sjúklingnum ráðið frá að gera hreyfingar sem fela í sér snúning á hryggsúlunni eða framþyngjur, því að það eykur hættu á nýju samfalli. Auk þess á hann að forðast að lyfta meiri þyngd en 5 kg.

Þú þarft sem sagt að benda sjúklingnum á að tær og nef eigi alltaf að snúa í sömu átt svo að ekki komi snúningur á hrygginn. Hann á einnig að forðast að beygja sig fram, en í stað þess beygja sig í hnjúnum. Það er því ekki ráðlegt að stunda keiluspil, zumbadans eða tennis.

Nokkrar heilsuræktarstöðvar bjóða þjálfun sem hlífir hryggnum og einnig geta sjúklingar fengið leiðbeiningar um líkamsbeitingu og heimaþjálfun hjá sjúkráþjálfurum, hjúkrunarfræðingum og heimilislæknum. Það er þó ekki víst að unnt sé að sækja líkams- og/eða sjúkráþjálfun alls staðar á landinu en aftur á móti bjóða margar félags- og þjónustumiðstöðvar og heilsugæslustöðvar ýmiss konar þjálfun og þar má sækja ráð og leiðsögn.

Hreyfing er þó ekki bundin við skipulagða þjálfun. Gönguferðir, að ganga upp stigann í stað þess að taka lyftuna, dunda í garðinum o.s.frv. er einnig líkamleg áreynsla. Þú getur hjálpað sjúklingnum við að koma auga á tækifæri til að byggja líkamshreyfingu inn í daglegt líf.

Vitað er að líkamleg áreynsla í 2 til 4 klst. á viku dregur úr hættu á beinbrotum.

- ❓ Veist þú hvort að í þínu hverfi séu möguleikar á þjálfun sem hlífir hryggnum?

Að fyrirbyggja hættu á byltum

Byltuáverkar eru algengustu slys meðal fólks yfir 65 ára aldri og ein helsta orsök beinbrota hjá eldra fólki. Með því að minnka líkurnar á því að detta má fækka beinbrotum.

Byltur koma oft til af samspili margra þátta. Þessa þætti má til einföldunar flokka í tvennt, innri þætti og utanaðkomandi þætti.



Innri þættir	Ytri þættir
Léleg sjón	Óhentug gólfefni
Jafnvægis kortur	Laus gólfteppi
Erfiðleikar með gang	Léleg lýsing
Skertur vöðvastyrkur	Óheppilegur skófatnaður
Svimi	Stigar
Augnabliks meðvitundarmissir	Mikil áfengismisnotkun
Aðrir sjúkdómar	Neysla ákveðinna lyfja

Aðgerðir

Fólk er yfirleitt svo vant eigin heimili að það á erfitt með að koma auga á áhættuþættina og slysa gildurnar. Í heimsókn þinni til sjúklingsins fer því vel á því að þú bendir á hvernig bæta má öryggið. Í baðherberginu mætti t.d. hugsa sér að hafa stamar mottur, handfang við klósettið, koll í sturtunni eða setbretti á baðkerinu. Mjaðmahlífar gætu sömuleiðis komið til greina (mynd 16.5).



Mynd 16.5

Mjaðmahlífar geta komið í veg fyrir mjaðmarbrot ef sjúklingsurinn dettur.

Innri þættir, t.d. svimi og minnkaður vöðvastyrkur, geta versnað af vefjapurrki og slæmu næringarástandi. Þú þarft því að ganga úr skugga um að sjúklingsurinn borði í samræmi við orkuþörf sína og fái nóg af vökva. Smáar og tíðar máltíðir ásamt orku- og próteinuppþót geta aukið orkuneysluna. Með því að skrá fæðuinntökuna í nokkra daga kemstu að því hvort vandamál séu fyrir hendi.

Eldri skjólstæðingur sem hefur tilhneigingu til að detta bætir ekki ástandið með því að bregðast ekki við. Þvert á móti er athafnasemi og hreyfing hluti endurhæfingarinnar.

- Sjá meira um næringu og líkamlega fæmi í Forvarnir og endurhæfing.
- Sjá meira um vökvajafnvægi og næringu á bls. 184 og 194.
- Sjá meira um byltur í Sjúkdómafræði og lyfjafræði.

Lyfjameðferð við beinþynningu

Í dag eru til ýmis lyf við beinþynningu. Tilgangurinn með lyfjameðferð er að draga úr hættu á beinbrotum.

Því miður sýna margar rannsóknir að margir sjúklingar hætta að taka lyfin. Ýmist sjá þeir ekki tilganginn í að taka lyf við sjúkdómi sem þeir finna ekki fyrir (ef þeir hafa ekki beinbrotnað), þeir gleyma að taka lyfin eða hætta inntöku vegna aukaverkana eða af öðrum ástæðum.

Aðgerðir

Ef lyfið á að þjóna tilgangi sínum er mikilvægt að taka það í samræmi við fyrirskipanir læknisins.

Þetta þýðir að þér ber að leiðbeina og styðja sjúklingsinn í að:

- skilja tilganginn með lyfjatökunni
- taka lyfið á réttum tíma
- þekkja rétta inntökuaðferð
- taka réttan skammt
- tala við lækinn um aukaverkanir
- halda meðferðinni áfram eins og lækinn hefur fyrirskipað.

Verkir í tengslum við samfall hryggjarliða

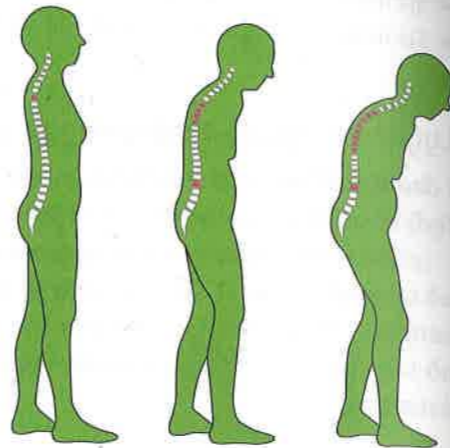
Hér verður einungis fjallað um verki í tengslum við samfall í hrygg.

- Sjá meira um verki almennt í 20. kafla, sem fjallar um hjúkrun sjúklingsa með verki.
- Sjá meira um verki í tengslum við mjaðmarbrot á bls. 350.

Lyfjameðferðin beinist að því að hamla starfsemi þeirra frumna sem brjóta niður beinvefinn.

Um helmingur þeirra sjúklinga sem fá samfall í hrygg þjáist af verkjum. Þeir takmarkast við þann stað á hryggsúlunni sem samfallið er og vara í u.p.b. 6–8 vikur. Verkirnir stafa af því að beinvefurinn hefur skaddast, sem hefur jafnframt áhrif á nærliggjandi vöðva og liðbönd.

Hjá sumum sjúklingum þróast verkirnir yfir í að vera langvinnir. Þá eiga þeir oft upptök sín í vöðvunum í kringum samfallið og í breyttri líkamsstöðu (mynd 16.6). Ef fólk hefur fengið fleiri en eitt samfall í hrygg er þar að auki hættu á að neðsta rifbeinið nuddist við mjaðmarbeinskambinn, en það getur verið afar sársaukafullt.



Mynd 16.6

Hér má sjá breytingarnar sem verða á líkama sjúklings með beinþynningu þegar hryggjarliðir falla saman.

Verkjastillandi lyfjameðferð

Margir sjúklingar með nýtt samfall í hrygg þurfa á verkjastillandi lyfjameðferð að halda í einhvern tíma. Stefnt er að því að sjúklingurinn sé verkjalaus í hvíld en ekki að algjöru verkjaleysi, því að verkirnir þjóna nefnilega þeim mikilvæga tilgangi að minna sjúklinginn á vandamálið til að hann hlífi hryggnum betur.

Yfirleitt hefur heimilislæknirinn umsjón með verkjameðferðinni, nema að sjúklingurinn sé lagður inn til verkjastillandi meðferðar.

Aðgerðir

Yfirleitt er byrjað á að gefa lyf sem eru ekki lyfseðilsskyld. Síðan er sterkari verkjalyfjum ef til vill bætt við, allt eftir því hve verkirnir eru miklir. Ef sjúklingurinn fær morfínlyf er mikilvægt að þú sért vakandi fyrir hættunni á hægðatregðu og fylgist með því hvort sjúklingurinn sé sljór eða fái svima, en það eykur hættuna á að hann detti.

Hvíld og lega

Ef nýtt samfall hefur orðið í hrygg er gott ráð að hvíla sig til að lina verki. Þó er mikilvægt að muna að hreyfingarleysi leiðir til þess að kalk eyðist úr beinum. Þess vegna þarf að hvetja sjúklinginn til að fara fram úr og ganga dálítið um. Rétt er að lengja tímann sem hann er á fótum smám saman.

Aðgerðir

Það getur verið sársaukafullt að leggjast í rúmið og komast fram úr því. Sjúklingnum gæti þótt gott að þú værir til staðar og aðstoðaðir hann. Þegar sjúklingurinn fer fram úr rúminu hlífir hann hryggnum best með því að beygja hnén, velta sér á hliðina, setja fætturna út fyrir rúmstokkinn og styðja sig um leið á annan olnbogann og hina höndina (mynd 16.7). Hann ætti að halda hryggnum eins beinum og hægt er á meðan. Snúningslak eða silkilak/silkínáttföt geta auðveldað sjúklingnum að snúa sér í rúminu.



Mynd 16.7

Á þennan hátt kemst sjúklingurinn vandræðalaust fram úr rúminu.

Þegar sjúklingurinn er í rúminu er best að hann liggji á bakinu eða á hliðinni. Ef hann liggur á hliðinni er gott að leggja kotta milli hnjóanna því að þá réttist betur úr hryggsúlunni.

Ef verkirnir eru langvinnir má halda þeim í skefjum með því að skipta hæfilega oft milli hreyfingar og hvíldar. Margir fá verki ef þeir eru of lengi að, t.d. standandi í eldhúsinu við að elda mat. Þá getur verið gott að breyta um vinnustellingu, setjast t.d. á stillanlegan stól og flysja kartöflur. Þú getur líka hvatt sjúklinginn til að stytta vinnutarnir og taka sér 20–30 mín. hvíld þegar honum er illt í bakinu.

➔ Sjá umfjöllun um hreyfingarleysi og óvirgni í Forvarnir og endurhæfing.

Hvað getur sjúklingurinn sjálfur gert?

Auk þess að taka verkjalyf, hvíla sig og gæta að líkamsbeitingu sinni má draga úr verkjum með ýmsum öðrum ráðum. Það fer eftir hverjum og einum hvað gagnast best; þú skalt hlusta eftir því hvað sjúklingnum hefur reynst vel og bæta við þinni eigin þekkingu.

Nudd, heitar laugar, hitapúði og þjálfun hjá sjúkráþjálfara – allt eru þetta ráð sem geta linað þrautir.

Aðgerðir

Heima fyrir geta ýmis hjálpartæki komið að gagni, s.s. griptöng og sokkaífera, sem hlífa sjúklingnum við frambyggjum (mynd 16.8). Þúði við bakið eða stillanlegur skrifstofustóll getur veitt góðan stuðning við mjóhrygginn. Þú gætir haft samband við félags- eða þjónustumiðstöðina til að forvitnast um aðrar lausnir.



Mynd 16.8

Griptöng til að taka hluti upp af gólfinu; þá þarf ekki að beygja sig fram.

Að sætta sig við langvinna verki

Sumir sjúklingar verða því miður fyrir því að bráðir verkir snúast upp í langvinnar þrautir. Það krefst þess að sjúklingurinn læri að sætta sig við eilífa verki, en það er nokkuð sem hefur líkamlegar, sálrænar og félagslegar afleiðingar. Hjá mörgum sjúklingum verður þetta til þess að allt líf þeirra fer að hverfast um það að sjá við verkjunum í von um að losna við þá. En ef verkirnir eru langvinnir þarf öllu heldur að sætta sig við þá staðreynd að þeir eru komnir til að vera.

Aðgerðir

Þetta getur tekið sinn tíma og sjúklingurinn þarf á stuðningi að halda í þessu ferli. Þú getur orðið að líði með því að tala við sjúklinginn um verkina og koma auga á lausnir sem létta honum hvunnadaginn. Það er mikilvægt að sjúklingurinn gefist ekki upp heldur finni leiðir til að lífið geti haldið áfram að skipta máli þrátt fyrir verki.

Meginatriði kaflans

- Erfðir eru stór áhættuþáttur beinþynningar.
- Lifnaðarhættir, s.s. mataræði, reykingar, áfengi og hreyfing, hafa áhrif á þróun beinþynningar.
- Mjólkurvörur eru bestu kalkgjafarnir.
- Sólarljós og feitur fiskur er helsta uppspretta D-vítamíns.
- Sjúklingum með beinþynningu er ráðlagt að neyta 1.000–1.200 mg af kalki og 20–40 µg af D-vítamíni á dag.
- Lyf þarf að taka eins og lækni fyrirskipar til að þau þjóni tilgangi sínum.
- Fólki með samfall í hrygg má ekki lyfta þyngri hlutum en 5 kg; það á að forðast að snúa upp á hrygginn og beygja sig fram.
- Það getur linað verkina að taka tíðar og stuttar hvíldir.
- Hjúkrun sjúklinga með beinþynningu snýst um forvarnir og endurhæfingu.
- Við umönnun þeirra eru leiðsögn, fræðsla, tjáskipti og hvatning grundvallaratriði.

Ef þú vilt vita meira

Fakta om knogleskørhed, forebyggelse og behandling. (2007). Osteoporoseforeningen.

Hein, H. (2006). *Godt liv og bevægelse med knogleskørhed: Hjælp til selv-hjælp*. Frydenlund.

Knoglestærk kogekunst. (2013). Osteoporoseforeningen.

Landssamtök áhugafólks um beinþynningu: www.beinvernd.is

Osteoporose-f.dk. Osteoporoseforeningen

Osteoporosedoktor.dk. Á þessari vefsíðu er að finna ráð og leiðbeiningar um beinþynningu, ætlaðar fagfólki í hjúkrun.

Heimildir

Institut for Rationel Farmakuterapi. (2006). *Compliance. Om afvigelser mellem lægers ordinationer og patienternes faktiske medicinering*.

Jensen, A.L. (2013). Tag hånd om dine smerter. *Apropos*, 1, 10–11.

Lundbak, D. (2009). Hvordan klarer du din hverdag bedst. *Apropos*, 2, 20–21.

Nyland, A.H. (2009). Lejring og lindring til patienter med osteoporose.

Sygeplejersken, 5, 44–48.