

MALNUTRÍCIA AKO OŠETROVATEĽSKÝ PROBLÉM U ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

MALNUTRITION AS A NURSING PROBLEM IN ONCOLOGICAL PATIENTS

Mária Novysedláková¹, Anna Herinková², Katarína Zrubáková¹

Abstrakt

Úvod: U pacientov s onkologickým ochorením sú poruchy výživy rizikovým faktorom, ktoré komplikujú protinádorovú liečbu a výrazne skracujú prežívanie pacientov. V praxi je kľúčovou podmienkou úspechu posúdenie stavu výživy a včasná nutričná intervencia.

Ciel: Hlavným cieľom príspevku je objasniť postupy ošetrovateľských intervencií pri zabezpečení výživy pacienta s malnutríciou.

Metódy: Hlavnou metódou je prípadová štúdia (case study). Výber respondentu bol zámerný. Kritériami výberu boli: pacient s onkologickou diagnózou a malnutríciou, ochotný spolupracovať. Do štúdie sme zaradili 68 ročného pacienta s karcinómom pažeráka. Pacient nám poskytol informácie o svojom zdravotnom stave dobrovoľne a súhlasil s ich spracovaním.

Výsledky: Na základe nutričnej anamnézy, antropometrických meraní a laboratórnych vyšetrení bol nutričný stav pacienta vyhodnotený ako malnutrícia. V priebehu štyroch mesiacov sme ordinovanými nutričnými intervenciami – podávaním diéty č.1, tekutín, a nutridrinkov 6 až 8 denne cez perkutánnu endoskopickú gastrostómiu zabezpečovali uspokojovanie potreby výživy u pacienta. Telesnú hmotnosť pacienta sa nám podarilo stabilizovať na hodnote 65–62 kg za sledované obdobie 4 mesiacov.

Záver: Malnutrícia je najčastejšou sprievodnou diagnózou u onkologických pacientov. Napriek nutričným intervenciám sa stav výživy pacienta zhoršil a po 4 mesiacoch javil známky nádorovej kachexie, čo potvrdili laboratórne parametre.

Kľúčové slová

Malnutrícia, hodnotiace nástroje, nutričné intervencie, PEG

¹ Katedra ošetrovateľstva, Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku

² Klinika radiačnej a klinickej onkológie, Ústredná vojenská nemocnica SNP v Ružomberku – FN

Abstract

Introduction: In patients with oncological disease are nutritional disorders a risk factor, which complicate anti-tumor treatment and significantly shorten the survival of patients. In practice, the key condition for success is the assessment of the nutritional status and early nutritional intervention.

Objective: The main objective of the paper is explain the procedures of nursing interventions in ensuring the nutrition of a malnourished patient.

Methods: The main method is a case study. The choice of the respondent was deliberate. These selection criteria were: a patient with an oncological diagnosis and malnutrition, willing to cooperate. We included a 68-year-old patient with esophageal cancer in the study. The patient provided us with information about his health condition voluntarily and agreed to its processing.

Results: Based on nutritional anamnesis, anthropometric measurements and laboratory tests, the patient's nutritional status was evaluated as malnutrition. Over the course of five months, we ensured that the patient's nutritional needs were met through a percutaneous endoscopic gastrostomy through prescribed nutritional interventions – administration of diet No. 1 and, liquids, 6 to 8 nutridrinks per day. We managed to measure the patient's body weight stabilize at a value of 65-62 kg for the monitored period of 4 months.

Conclusion: Malnutrition is the most common accompanying diagnosis in oncology patients. Despite nutritional interventions with the nutritional status of the patient worsened and after 4 months showed signs of tumor cachexia, which was confirmed by laboratory parameters.

Keywords

Malnutrition, assessment tools, nutritional interventions, percutaneous endoscopic gastrostomy

ÚVOD

Onkologické ochorenie je systémové ochorenie s poruchami energetického výdaja z dôvodu zmeneného metabolizmu cukrov, tukov a bielkovín. Metabolické zmeny u onkologicky chorého sú príčinou zníženého príjmu potravy, ale spoločne s chirurgickými, rádioterapeutickými a chemoterapeutickými liečebnými postupmi i zvýšeného rozvoja nežiaducich komplikácií (Detvay a Čechová, 2008).

Malnutrícia je definovaná ako zhoršený stav výživy. Môže sa rozvinúť vplyvom nedostatku energetických zásob organizmu, zníženým množstvom bielkovín, nedostatkom vitamínov,

alebo stopových prvkov. Hlavné príčiny sú nedostatočný príjem živín, maldigescia, alebo malabsorpcia, či zvýšené nároky organizmu, ktoré nie sú naplnené. Z dôvodu často sa vyskytujúceho zníženia chuti do jedla, problémom s prehĺtaním, či tráviacimi ťažkosťami, dochádza k zníženiu celkového príjmu energie a bielkovín, ktorý vedie k váhovému úbytku, strate svalovej a tukovej hmoty. Pacient je ohrozený rozvojom nádorovej kachexie (Kohout a Kotrlíková, 2009). Nádorová malnutrícia má svoj klinický obraz, ktorý sa najčastejšie prejavuje nádorovou anorexiou, progredujúcou stratou telesnej hmotnosti, celkovou telesnou slabosťou (asteniou), zlým výkonnostným stavom (performance status), psychickou depresiou, apatiou, stratou spolupráce, dezorientáciou, anémiou, zníženou kvalitou života (Magurová, Longauerová a Obročníková, 2007).

Potreba klinickej praxe zdôrazňuje skrining podvýživy pri prijatí, alebo po prvom kontakte s pacientom. Súčasťou posúdenia je pravidelnéprehodnocovanie dokumentácie perorálneho príjmu s pravidelným sledovaním hmotnosti a BMI. Prvotná diagnostika si nevyžaduje laboratórne vyšetrenia, pretože výsledky dotazníkov a antropometrických vyšetrení majú relevantnú výpovednú hodnotu o prítomnosti malnutrície, alebo rizika jej rozvoja. Pacientov v riziku malnutrície je potrebné zhodnotiť z hľadiska ohrozenia rozvoja metabolických zmien a ďalšieho znižovania energetického príjmu (Arends et al., 2017). Ak sa u pacienta prejavia známky rozvinutého katabolizmu, je laboratórna diagnostika nevyhnutná a zahŕňa komplexné laboratórne parametre (Škripeková, 2013).

Nutričné intervencie u pacientov s onkologickým ochorením:

Stanovenie nutričnej potreby:

25–35 kcal/kg telesnej hmotnosti,

1–2 g bielkovín /kg telesnej hmotnosti.

Bilancia stravy a pokrytie nutričnej potreby:

Jedálny lístok, záznam o požití stravy počas hospitalizácie, pokrytie nutričnej potreby hodnotím enterálnej i parenterálnej výživy.

Stanovenie nutričného plánu zahŕňajúceho bežnú stravu, perorálne nutričné doplnky (sipping) prípadne enterálnu výživu (sonda, gastrostómia PEG/PEJ).

Praktické opatrenia:

Zmena diéty u hospitalizovaných pacientov.

Výber vhodných potravín.

Odporučenie pitného režimu.

Odporučenie sippingu, jeho edukácia.

Edukácia v podávaní enterálnej výživy.

Edukácia o zásadach vhodného stravovacieho režimu vrátane technologickej úpravy pokrmov (Škripeková a Dzurillová, 2021; Magurová, Longauerová a Obročníková, 2007).

Pri kuratívnej liečbe je cieľom: udržať zdravú telesnú hmotnosť, zabrániť nechcenému chudnutiu, dodržať zásady správnej výživy, zlepšiť výsledný klinický stav a redukovať dĺžku hospitalizácie (Zrubáková, Herinková a Ižová, 2020).

Enterálna výživa je v praxi indikovaná pri bielkovinovo-energetickej malnutrícii, poruchách prehĺtania, mukozitídach, stenózach, ako perioperačná nutričná podpora, pri nepriechodnosti horného GIT-u, pri nádoroch krku, hlavy alebo pažeráka. Ak u pacienta predpokladáme znížený resp. nedostatočný perorálny príjem a potrebu zavedenia enterálnej sondy na dlhšiu dobu ako 4 týždne, zvažuje sa perkutánnu endoskopickú gastrostómiu (PEG). U pacientov, ktorí sú liečení rádioterapiou a chemoterapiou je výhodné zaviesť PEG ešte pred začatím liečby, nakoľko umožňuje dokončenie liečby s menším rizikom nežiaducich účinkov a zamedzenie ďalšieho chudnutia pacienta (Škripeková, 2013).

Úprava stravy by mala pozostávať zo zvýšeného príjmu bielkovín, cukrov, tukových emulzií, vitamínov a stopových prvkov. Sestra má pacienta motivovať k samostatnému usilovaniu sa o udržanie telesnej hmotnosti. Sipping (pomalé popíjanie) je podávanie nutričných prípravkov s vysokým podielom bielkovín, tukov, sacharidov, minerálnych látok, vitamínov a stopových prvkov. V praxi je tento spôsob nutričnej intervencie najjednoduchším spôsobom enterálnej výživy. Je vhodný u pacientov, ktorí sú schopní frekvenčným popíjaním malých objemov dosiahnuť čiastočný, eventuálne úplný denný prísun živín a tekutín.

Sondová enterálna výživa pozitívne vplyva na udržanie fyziologickej črevnej mikroflóry a bariérovej funkcie čreva a stimuluje črevnú motilitu. Podáva sa do žalúdka prostredníctvom nasogastrickej sondy (NGS), alebo perkutánnej endoskopickej gastrostómie. Je aplikovaná u pacientov, ktorí majú funkčný gastrointestinálny trakt bez akýchkoľvek kontraindikácií. PEG slúži na podávanie stravy pacientov, ktorí dlhodobo nemôžu prijímať potravu ústami. V niektorých prípadoch môžu čiastočne jesť (Zrubáková, 2020).

CIEĽ

Hlavným cieľom je objasniť postupy ošetrovateľských intervencií pri zabezpečení výživy pacienta s malnutríciou.

Čiastkový cieľ: Na základe zhodnotenia stavu výživy, udržať optimálny príjem energie (bazálnu potrebu).

METÓDY

Hlavnou metódou výskumnou metódou je prípadová štúdia (case study). Prípadová štúdia je jedna zo základných výskumných metód kvalitatívneho výskumu.

Doplňujúce metódy:

Antropometrické merania: BMI, meranie obvodu ramena, meranie kožnej riasy.

Laboratórne parametre: celková bielkovina, albumín, prealbumín, transferín, CRP, triacylglyceroly, celkový cholesterol, HDL cholesterol, LDL cholesterol.

Kvalitatívne nástroje hodnotenia rizika malnutrície: Nottinghamský skrínigový systém, Nutrition Risk Screening, Mini Nutritional Assessment – shortform, nutričný skrínig.

SUBJEKT PRÍPADOVEJ ŠTÚDIE

Výber respondenta bol zámerný. Kritériami výberu bol dospelý pacient s onkologickou diagnózou, malnutríciou a ochotný spolupracovať. Do prípadovej štúdie sme zaradili 68-ročného pacienta, prijatého na onkologickú kliniku s diagnostikovaným zhubným nádorom hornej tretiny pažeráka. Pacient má zavedenú perkutánnu endoskopickú gastrostómiu. Pacient nám poskytol informácie o svojom zdravotnom stave dobrovoľne a súhlasil s ich spracovaním. Podpísal informovaný súhlas. Pacienta sme sledovali od 20. 10. 2020 do 5. 01. 2021.

ANAMNÉZA

68-ročný pacient prijatý na kliniku klinickej a radiačnej onkológie dňa 20. 10. 2020 s diagnostikovaným zhubným nádorom hornej tretiny pažeráka.

Posledné dva mesiace sa pacient sťažoval na problémy s prehĺtaním tuhej stravy a slín, neskôr aj s prehĺtaním tekutej stravy: „*Nechutí mi, som slabý. Najskôr som mal problém prehltnúť jedlo a neskôr sa mi ani voda nedala vypiť.*”

V domácom prostredí prijíma tekutú stravu 3x denne. Spôsob príjmu potravy je enterálny cez PEG, ktorý bol zavedený 30. 09. 2020. Počas dňa vypije 1000–1500 ml tekutín minerálka, čaj, voda. Nutričné doplnky neužíval. Peristaltika je fyziologická. Chrup je umelý, pery sú súmerné, bez cyanózy, jazyk povlečený belavo, orthopharynx kľudný. Krk súmerný, pohyblivosť neobmedzená, šija voľná. Lymfatické uzliny sú hmatné, zväčšené, nebolestivé. Koža je na pohmat teplá, suchá, bez cynózy anikterická bez známok krvácania – znížený turgor kože. TT: 36,5 °C, afebrilný. Je aktívny fajčiar, fajčí 45 rokov 15–20 cigariet denne. Po diagnostikovaní onkologického ochorenia zredukoval počet cigariet na 8 denne. Pacientovi bola indikovaná indukčná chemoterapia a následne konkomitantná chemoterapia s rádioterapiou. Pacient začal liečbu 20. 10. 2020 na klinike klinickej a radiačnej onkológie.

KATAMNÉZA

68-ročný pacient prijatý na kliniku klinickej a radiačnej onkológie dňa 20. 10. 2020 s diagnostikovaným zhubným nádorom hornej tretiny pažeráka. V roku 1972 bol pacientovi chirurgicky odstránený appendix. V roku 1990 bol pacient operovaný po kompresívnej zlomenine (L1, L2). Pacient je po artroskopii ľavého kolenného kĺbu operovaného v roku 2013. Trpí celiakiou, ktorá mu bola diagnostikovaná v roku 2015.

ANALÝZA

V prvý deň hospitalizácie 20. 10. 2020 sa uskutočnilo prvé stretnutie s pacientom na klinike klinickej a radiačnej onkológie. Pacient bol hospitalizovaný za účelom zahájenia indukčnej chemoterapie.

Pri prijíme získané antropometrické údaje pacienta: hodnota obvodu stredovej časti nedominantného ramena 28 cm a hrúbka kožnej riasy nad tricepsom 11 mm. Telesná hmotnosť pacienta je 65 kg, výška 167 cm, hodnota BMI: 23,3. Pacient za mesiac pred hospitalizáciou schudol náhle tri kilogramy.

Klinické prejavy prítomné na jednotlivých častiach pacientovho tela: pokožka pacienta bola suchá, bez prítomnosti cyanózy či opuchov. Sliznica dutiny ústnej bez cyanózy, jazyk belavo povlečený. Príjem tekutín 1,5 l/24 hodín.

Posúdenie nutričného rizikového skríningu v spolupráci s nutričným terapeutom: hodnotiace nástroje: Nottinghamský skríningový systém- pacient získal 5 bodov, čo svedčí o vysokom riziku podvýživy. Pri posúdení hodnotiacim nástrojom Mini Nutritional Assessment – short form (MNA SF) pacient získal 11 bodov – riziko podvýživy, pri posúdení pomocou nástroja Nutrition Risk Screening (NRS) boli dve zo štyroch odpovedí pozitívne, v definitívnom nutričnom skríningu pacient získal 1 bod. Na základe tejto skutočnosti sa nutričný skríning realizoval týždenne.

Hodnoty vyšetrovaných laboratórnych parametrov: celková bielkovina 72,4 g/l (referenčné hodnoty 62–78 g/l), albumín 43,6 g/l (referenčné hodnoty 52–35 g/l), prealbumín 0,4 g/l (referenčné hodnoty 0,20–0,40 g/l), transferín 3,1 g/l (referenčné hodnoty 2,0–3,6 g/l), CRP 4 mg/l (referenčné hodnoty 1,0–8,0 mg/l), antitrypsín 2 g/l, triacylglyceroly 1,5 mmol/l, celkový cholesterol 4,5 mmol/l, HDL cholesterol 1,2 mmol/l, LDL cholesterol 3,0 mmol/l.

Tab. 1 Iniciačný nutričný skríning

| Iniciačný nutričný skríning | | |
|---|-----|-----|
| | Áno | Nie |
| Je hodnota BMI < 20,5 | Áno | |
| Schudol pacient za posledné 3 mesiace | Áno | |
| Znížil sa u pacienta príjem stravy za posledný týždeň | Áno | |
| Má pacient závažné ochorenie | Áno | |

Spracované podľa (Kondrup et al., 2003)

Tab. 2 Definitívny nutričný skrining

| Definitívny nutričný skrining | | |
|-------------------------------|--|---|
| Nutričný status | | Závažnosť ochorenia |
| neprítomný (skóre 0) | normálny nutričný status | normálne nutričné požiadavky |
| mierny (1 bod) | strata hmotnosti > 5 % za 3 mesiace alebo prívod potravy pod 5–75 % normálnej potreby v predchádzajúcom týždni | zlomeniny bedrovej kosti, chronické ochorenia, najmä s akútnymi komplikáciami: cirhóza, COPD (chronické obštrukčné pulmonálne ochorenie), chronická hemodialýza, diabetes, onkologický pacienti |
| stredný (2 body) | strata hmotnosti > 5 % za 2 mesiace alebo BMI 18,5–20,5 + zhoršený všeobecný stav alebo prívod potravy 25–60 % normálnej potreby v predchádzajúcom týždni | Veľká operácia brucha, cievna mozgová príhoda, závažná pneumónia, hematologická malignita |
| závažný (3 body) | strata hmotnosti > 5 % za 1 mesiac (\approx > 15 % za 93 mesiace) alebo BMI < 18,5 + zhoršený všeobecný stav alebo príjem potravy 0–25 % normálnej potreby v predchádzajúcom týždni | Zranenie hlavy, transplantácia kostnej drene, pacienti s intenzívnou starostlivosťou |

Spracované podľa (Kondrup et al., 2003)

Na základe nutričnej anamnézy, antropometrických meraní a skriningového vyšetrenia bolo pre zlepšenie nutričného stavu výživy pacienta v spolupráci s nutričným terapeutom naplánované podávanie 6 nutridrinkov spolu s tekutou výživou v časovom rozmedzí od 6:00 do 21:00 hodiny, (1 nutridrink–200 ml).

Denný príjem stravy do PEG-u bol:

6:00–200 ml vody a 100 ml kaše,

9:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,

12:00–100 ml čaju, 100 ml polievky a 200 ml nutridrinku,

15:00–100 ml vody a 400 ml nutridrinku,

18:00–100 ml čaju, 100 ml kaše, 200 ml nutridrinku,

21:00–100 ml čaju, 100 ml polievky, 200 ml nutridrinku.

V prvý deň druhej hospitalizácie 18. 11. 2020 sa uskutočnilo stretnutie na klinike klinickej a radiačnej onkológie. Pacient bol hospitalizovaný za účelom pokračovania v aplikácii indukčnej chemoterapie.

Vitálne funkcie – TK:130/90 mmHg, P: 95/min, D: 19/min, TT: 36,6 °C.

Sliznice dutiny ústnej boli u pacienta vlhké, čisté, jazyk bez povlaku. Po I. sérii indukčnej chemoterapie vznikol ako prejav alergickej reakcií na pravom predlaktí erytém. Koža v okolí PEG-u bola macerovaná. Pacient dokázal prehltnúť malé množstvo tekutín, stravuje sa naďalej cez PEG. Posúdili sme, či pacient dodržiava zásady správnej výživy sondou. Hmotnosť pacienta 65 kg. Definitívny nutričný skrining 1bod. Ordinovaná diéta č.1-tekutá s podávaním nutridrinkov do sondy.

Denný príjem stravy do PEG-u bol:

6:00–100 ml čaju, 200 ml nutridrinku, 100 ml kaše,

9:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,

12:00–100 ml čaju, 100 ml polievky a 200 ml nutridrinku,

15:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,

18:00–100 ml čaju, 100 ml kaše, 200 ml nutridrinku,

21:00–100 ml čaju, 100 ml polievky, 200 ml nutridrinku.

Tretie stretnutie s pacientom 30. 11. 2020 sa uskutočnilo 1. deň jeho tretej hospitalizácie na klinike klinickej a radiačnej onkológie. Pacient bol hospitalizovaný za účelom podania II. série indukčnej chemoterapie po odklade pre alergickú reakciu na pravom predlaktí. Namerané hodnoty vitálnych funkcií: TK:120/80 mmHg, P: 96/min, D: 18/min, TT: 36,7 °C. Pacient dokáže tekutiny v malom množstve prehĺtať, stravuje sa cez PEG, do sondy sa aplikuje 7 nutridrinkov denne. Hmotnosť pacienta bola 64 kg. Sliznice dutiny ústnej u pacienta boli vlhké, čisté, jazyk bez povlakov. Definitívny nutričný skrining 1bod. Ordinovaná diéta č.1-tekutá s podávaním nutridrinkov do sondy.

Denný príjem stravy do PEG-u bol:

6:00–50 ml čaju, 400 ml nutridrinku, 70 ml kaše,

9:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,

12:00–100 ml čaju, 100 ml polievky a 200 ml nutridrinku,

15:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,

18:00–100 ml čaju, 100 ml kaše, 400 ml nutridrinku,

21:00–100 ml čaju, 100 ml polievky, 200 ml nutridrinku.

09. 12. 2020 sa uskutočnilo štvrté stretnutie s pacientom, v prvý deň jeho štvrtej hospitalizácie na klinike klinickej a radiačnej onkológie. Pacient bol hospitalizovaný na iniciovanie podávania III. série indukčnej chemoterapie.

Namerané hodnoty vitálnych funkcií pri prijíme: TK:130/80 mmHg, P: 96/min, D: 19/min, TT: 36,3 °C. Hmotnosť pacienta ostala nezmenená 64 kg.

Sliznice dutiny ústnej u pacienta boli vlhké, čisté, jazyk bez povlakov. Definitívny nutričný skrining 1bod. Tekutiny dokáže v malom množstve prehĺtať. Príjem stravy cez PEG, ordinovaných 7 nutridrinkov denne, diéta č.1-tekutá s podávaním nutridrinkov do sondy. Koža v okolí PEG-u začervenaná, pacient si ju ošetruje ordinovanou masťou ráno a večer.

Denný príjem stravy do PEG-u bol:

6:00–100 ml čaju, 400 ml nutridrinku, 100 ml kaše,
9:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,
12:00–100 ml čaju, 100 ml polievky a 200 ml nutridrinku,
15:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,
18:00–100 ml čaj, 100 ml kaše, 200 ml nutridrinku,
21:00–100 ml čaju, 100 ml polievky, 200 ml nutridrinku.

Piate stretnutie s pacientom sa uskutočnilo 05. 01. 2021, v prvý deň jeho piatej hospitalizácie na klinike klinickej a radiačnej onkológie. Pacient bol hospitalizovaný za účelom rádioterapie. Na otázku ako sa cíti odpovedal: „*Schudol som... Som slabý a piť nevládzem...*“. Namerané hodnoty vitálnych funkcií – TK:120/80 mmHg, P: 98/min, D: 18/min, TT: 36,6 °C.

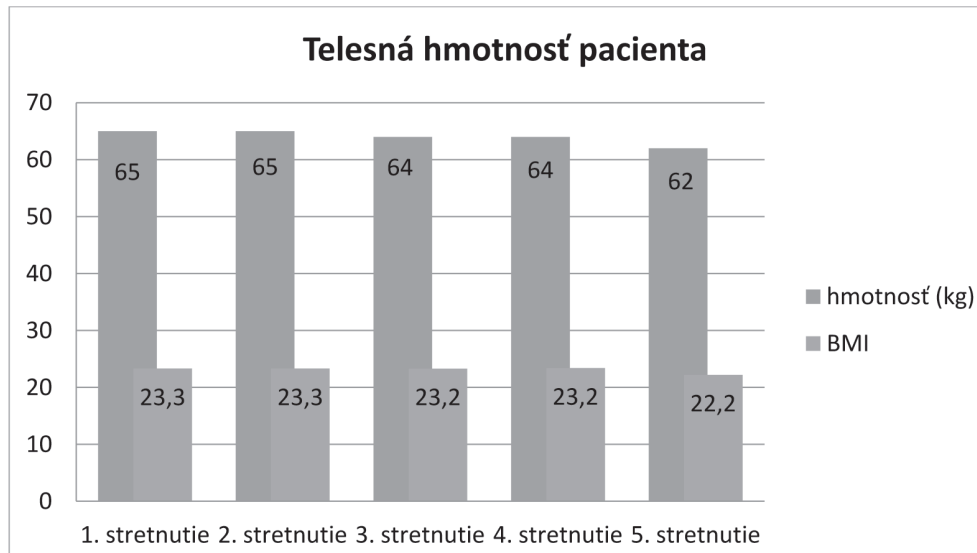
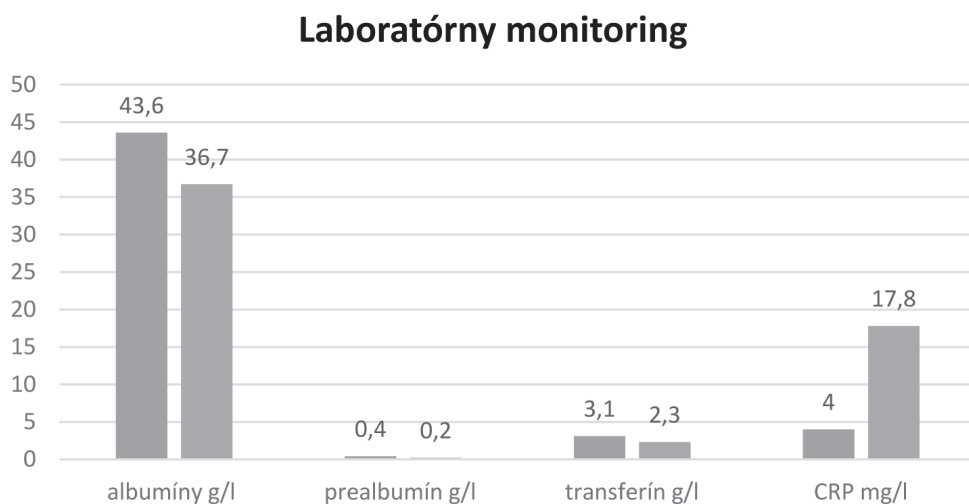
U pacienta sme zaznamenali zníženie jeho hmotnosti na 62 kg, BMI hodnota 22,2, obvod nedominantného ramena v stredovej časti 27 cm, hrúbka kožnej riasy nad tricepsom 10 mm. Definitívny nutričný skrining 1 bod.

Výsledky laboratórnych parametrov: celková bielkovina 67,2 g/l, albumín 36,7 g/l, prealbumín 0,2 g/l, transferín 2,3 g/l, CRP 17,8 mg/l, antitripsín 1,7 g/l, triacylglyceroly 1,3 mmol/l, celkový cholesterol 3,9 mmol/l, HDL cholesterol 1,0 mmol/l, LDL cholesterol 1,8 mmol/l. Pacientovi bola na základe laboratórnych vyšetrení nutričným terapeutom diagnostikovaná kachexia.

Ordinovaná diéta č.1-tekutá s podávaním nutridrinkov do sondy. Príjem stravy cez PEG upravený na 8 nutridrinkov denne.

Denný príjem stravy do PEG-u bol:

6:00–100 ml čaju, 400 ml nutridrinku, 100 ml kaše,
9:00–100 ml čaju a 200 ml nutridrinku,
12:00–100 ml čaju, 200 ml polievky a 200 ml nutridrinku,
15:00–100 ml vody a 200 ml nutridrinku,
18:00–100 ml čaju, 100 ml kaše, 400 ml nutridrinku,
21:00–100 ml čaju, 100 ml polievky, 200 ml nutridrinku.

Graf 1 Telesná hmotnosť pacienta**Graf 2 Hodnota vybraných biochemických parametrov v krvi u pacienta**

DISKUSIA

V príspevku uvádzame kazuistiku pacienta s karcinómom pažeráka v jeho hornej tretine. Pacientov stav výživy sme monitorovali od 20. 10. 2020 do 05. 01. 2021. Stav výživy vykazoval malnutríciu. Nutričné intervencie zahrňovali tekutiny, kaše a sipping podávané cez PEG.

U pacientov s nádormi hlavy a krku alebo hornej časti gastrointestinálneho traktu, hlavne u tých, ktorí dostávajú protinádorovú liečbu, sa indikuje podávanie sondovej výživy. Cieľom je udržať telesnú hmotnosť alebo zmierniť hmotnostný úbytok v situácii, keď predpokladáme neadekvátny energetický príjem na viac ako niekoľko dní (Arends et al., 2017).

Validovaný a štandardizovaný skrining rizika malnutrície v pravidelných intervaloch sa odporúča u všetkých pacientov, ktorí dostávajú protinádorovú liečbu, a u tých, ktorých očakávaná dĺžka života je viac ako niekoľko mesiacov. Pacienti, ktorí majú distress spojený s príjmom stravy, by mali byť referovaní nutričnému špecialistovi na poradenstvo a poučenie o nádorovej kachexii. Vždy treba zvážiť intervenciu paliatívneho špecialistu (Arends et al., 2017). Zrubáková, Herinková a Ižová (2020) zistili, že sestry i ostatní zdravotnícki pracovníci zameriavajú svoje intervencie na vhodnú aplikáciu výživy, prispôbenú aktuálnemu zdravotnému a psychickému stavu pacienta, ktorý je určený nielen na základe jeho verbálnej výpovede, alebo pozorovaním, ale i na základe validných údajov z hodnotiacich nástrojov a laboratórnych parametrov.

Nutričnú intervenciu u onkologických pacientov je potrebné podávať včas, nakoľko onkologická liečba zvyšuje nároky na výživu a príjem nutrientov. Vhodné je naplánovať nutričnú intervenciu pred začatím liečby, pretože dokáže nielen zlepšiť stav výživy pacientov a pomôcť udržať ich telesnú hmotnosť, beztukovú hmotu a zásoby telesných proteínov, ale zároveň im umožní lepšie tolerovať liečbu a zlepšuje kvalitu ich života (Arends et al., 2017). V klinickej praxi je jasný benefit doplnenia stravy sippingom predovšetkým pri chemoterapii pre nádory hlavy a krku, nádory pažeráka, nádory pľúc. Orálna suplementácia a dietologická konzultácia vedie k udržaniu a zvýšeniu kalorického príjmu, hmotnosti, menšiemu počtu prerušení liečby a skoršiemu zlepšeniu po liečbe u nádorov hlavy a krku a kolorektálnych karcinómov liečených rádioterapiou (Bozzetti, 2001).

Nádorová kachexia je definovaná ako multifaktoriálne podmienený syndróm, ktorý sa vyznačuje výraznou stratou svalovej hmoty, ktorú nie je možné navrátiť bežnou nutričnou podporou a vedie k progresívnemu zhoršovaniu stavu pacienta. Incidencia nádorovej kachexie u onkologických pacientov v pokročilom štádiu ochorenia je v rozmedzí 50–80 %. Tento komplexný metabolický syndróm je jedným z najčastejších prejavov rozvinutého onkologického ochorenia.

V praxi je kľúčové predchádzať kachexii cieľenými opatreniami. U onkologických pacientov bolo pomocou štúdie s nutričnou intervenciou dokázané, že je u nich možné zabrániť hmotnostnému úbytku. Hovoríme najmä o pacientoch, ktorí boli v štádiu prekachexie, teda u tých, ktorí mali iniciálne hmotnostný úbytok nižší ako 5 % alebo u nich nebolo elevované CRP (Donohoe, Ryan a Reynolds, 2011).

ZÁVER

Malnutrícia je najčastejšou sprievodnou diagnózou u onkologických pacientov. Je veľmi dôležité včas ju diagnostikovať a liečiť. Do onkologickej praxe je potrebné zaviesť skriningové metódy na zisťovanie rizika malnutrície. V rámci sesterského posúdenia sme malnutríciu diagnostikovali pomocou nutričnej anamnézy, antropometrického merania, skriningových vyšetrení a laboratórnych parametrov. Pomocou nutričnej terapie sme u pacienta na určitý čas 4 mesiacov dokázali udržať optimálne hmotnostné parametre pri podávaní protinádorovej liečby. Napriek nášmu úsiliu sa stav výživy pacienta zhoršil a po 4 mesiacoch javil známky nádorovej kachexie, ktorá prechádzala do refraktérneho štádia.

Literatúra

ARENDS, J. et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clinical Nutrition*. 2017, vol. 36, no 1, p. 11–48. ISSN 0261-5614.

BOZZETTI, F. Nutrition support in patients. With cancer. In: PAYNE, J. J. et al. (eds.). *Greenwich medical media*. 2001, p. 641–680. ISBN 1-900151-93-6.

DETVAY, J. a ČECHOVÁ, M. Význam enterálnej výživy u onkologického pacienta. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2008, roč. 1, č. 3, s. 129–131. ISSN 1337-6896.

DONOHOE, C. L., RYAN, A. M. and REYNOLDS, J. V. Cancer Cachexia: mechanisms and Clinical Implications. *Gastroenterology Research and Practice*. 2011. ISSN 0016-5085.

KOHOUT, P. a KOTRLÍKOVÁ, E. *Základy klinické výživy*. Praha: Forsapi, 2009. ISBN 978-80-87250-05-1.

KONDRUP, J. et al. ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition* [online]. 2003, vol. 22, no. 4, p. 415–421. [cit. 20. 5. 2023]. ISSN 1532-1983. DOI: 10.1016/s0261-5614(03)00098-0.

MAGUROVÁ, D., LONGAUEROVÁ, A. a OBROČNÍKOVÁ, A. Uspokojovanie potrieb umierajúceho klienta v rámci hospicovej a paliatívnej starostlivosti. *Onkológia*. 2007, roč. 2, č. 4, s. 246–252. ISSN 1336-8176.

ŠKRIPEKOVÁ, A. Výživa pacientov s pokročilým nádorovým ochorením. *Farmakoterapia*. 2013, roč. 3, č. 1, s. 55–59. ISSN 1805-1529.

ŠKRIPEKOVÁ, A. a DZURILLOVÁ, L. Nádorová kachexia v ESMO odporúčaniach. *Nutrition News 1/2021 Slovak Edition* [online]. [cit. 24. 5. 2023]. Dostupné z: <https://www.worldmednet.cz/sk/nadorova-kachexia-v-esmo-odporucaniach/>.

ZRUBÁKOVÁ, K. Aplikácia enterálnej výživy. In: KADUČÁKOVÁ et al. *Vybrané kapitoly z ošetrovateľských techník*. Ružomberok: 2020, s. 63–73. ISBN 978-80-561-0766-9.

ZRUBÁKOVÁ, K., HERINKOVÁ, A. a IŽOVÁ, M. Výživa a hydratácia terminálne chorých onkologických pacientov. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. 2020, roč. 13, č. 1–2e, s. 21–25. ISSN 1337-6896.

Kontakt

PhDr. Mária Novysedláková, PhD.
Fakulta zdravotníctva, Katolícka univerzita v Ružomberku
Námestie A. Hlinku 48, 034 01 Ružomberok, Slovenská republika
maria.novysedlakova@ku.sk