

## Prehrana v paliativni medicini

Ko sita vrana lačni ne verjame

Jernej Benedik

### Povzetek

Odločitev o izvajanju ali opustitvi postopkov, s katerimi vzdržujemo ali podaljšujemo življenje, je vedno težka. Številne razprave, smernice, priporočila etičnih odborov oz. komisij so do neke mere opora ali moralni kompas, vendar pa zdravnik na koncu vedno ostane razpet med stroko, bolnikom, vestjo in svojci. Priporočila, ki veljajo za kritično bolne, pogosto težko prenesemo v okvir terminalno bolnih. Večnoma vključujejo bolj agresivne ali »herojske« postopke, npr. umetno ventilacijo ali hemodinamsko podporo. S hidracijo in umetno prehrano skušamo zadovoljiti predvsem dve osnovni življenjski potrebi, žejo in lakoto. In v tej luči ju večinoma obravnavamo bolj kot postopka za lajšanje trpljenja, ne pa kot postopka za vzdrževanje življenja.

### Prehrana v paliativni medicini

V paliativni medicini se z odločitvami o izvajanju ali opustitvi postopkov, ki ohranjajo življenje, srečujemo vsak dan. In niso nič lažje kot drugod. Priporočila, ki veljajo za sorodne populacije bolnikov (kritično bolni, starejši in obnemogli bolniki), ne veljajo vedno tudi za paliativne bolnike (1). Potrebna je kritična in objektivna presoja bolnikovega stanja. Paliativna obravnava se namreč spreminja glede na fazo bolezni, saj pristopi, ki so v zgodnjih fazah paliativne oskrbe ustrezni, v terminalni fazi pogosto niso več koristni.

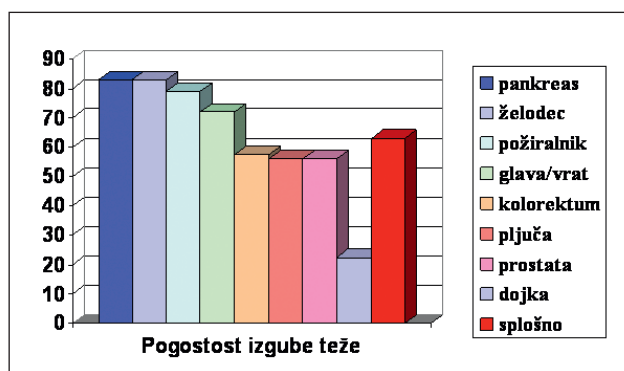


Diagram 1: Pogostost izgube teže pri najpogostejših vrstah raka (povzeto iz ref. 1).

Izguba telesne teže je pogost simptom raka (diagram 1) in lahko vpliva na čas preživetja (2). Je le končen rezultat prepletanja kompleksnih procesov, ki pri bolnikih z rakom povzročajo anoreksijo in kaheksijo (3). Za diagnozo anoreksije zadostuje že prisotnost enega od simptomov motenega vnosa hrane (zgodnja sitost, motnje vonja, motnje okusa,

averzija do mesa, slabost/bruhanje). Kaheksija pomeni metabolo motnjo, ki poteka v več fazah in je povezana z izgubo mišične mase, funkcionalnih proteinov, lipolizo,.. v zadnji fazi je ireverzibilna (tabela 2). Zato je prehranska obravnava pomemben element celostne obravnave bolnikov z rakom (4). V paliativni oskrbi cilj zdravljenja ni več podaljševanje življenja, ampak čim boljša kakovost življenja. Ta je glavno vodilo pri odločanju o obsegu diagnostičnih preiskav, ukrepah in načinih zdravljenja. Drugo pomembno vodilo pa je ocena dolžine preživetja bolnika (prognoza), ki je velikokrat zelo trd oreh, saj zdravniki navadno tega nismo večši. Eno od koristnih pomagal pri oceni dolžine preživetja je paliativna lestvica zmogljivosti (paliativni preformance status, PPS; tabela 1). PPS je namreč povezan z dolžino bolnikovega preživetja (diagram 2). Ta je v paliativni oskrbi eno od pomembnih meril, ko se odločamo o uvajanju ali opuščanju različnih zdravil in ukrepov (bifosfonati, malomolekulski heparini, umetna prehrana antidepresivi, transfuzije, antibiotiki). Večino naštetih zdravil uvedemo, če je pričakovano preživetje 3 mesece, ker se v tem času že lahko pojavijo škodljive posledice odtegnitve teh zdravil, zaradi česar se poslabša kakovost življenja.

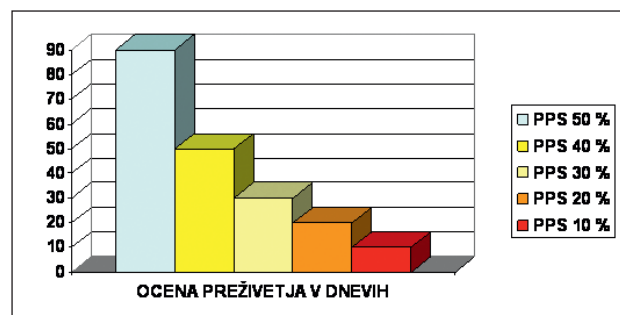


Diagram 2: Ocena preživetja glede na PPS.

Podobno velja za prehransko podporo. Cilji prehranske podpore se v različnih fazah paliativne oskrbe razlikujejo. V zgodnjih fazah paliativne oskrbe je prehrabena intervencija smiselna zaradi vpliva na metabolne procese, ohranitve funkcionalnih proteinov in ohranitve dobrega počutja bolnikov. V kasnejših fazah je glavno vodilo lajšanje simptomov bolezni za čimboljšo kakovost življenja. Posebno pomembno je prepoznavanje ireverzibilne faze kaheksije, kjer prehrabena intervencija ni koristna. Pristop do bolnika naj bo celovit. Pretehtati je potrebno simptome, njihovo težo, določiti prioritete. Če je možno, je potrebno vzročno zdravljenje reverzibilnih stanj. Potrebno je oceniti morebitne škodljive posledice zdravnikovega ukrepanja. Bolniku in svojem potrebno razložiti vzroke, pomen in načine spoprijemanja s

PPS	Pokretnost	Vsakodnevna opravila in znaki bolezni	Samostojnost	Vnos hrane	Zavest
100 %	popolna	opravlja vsakodnevna opravila, brez znakov bolezni	popolna	normalen	polna
90 %	popolna	opravlja vsakodnevna opravila, minimalni znaki bolezni	popolna	normalen	polna
80 %	popolna	z naporom opravlja vsakodnevna opravila, minimalni znaki bolezni	popolna	normalen ali zmanjšan	polna
70 %	zmanjšana	nesposoben za službo, izraziti znaki bolezni	popolna	normalen ali zmanjšan	polna
60 %	zmanjšana	nesposoben za hišna opravila, izraziti znaki bolezni	občasno potrebuje pomoč	normalen ali zmanjšan	polna ali zmedenost
50 %	večinoma sedi ali leži	nesposoben za kakršnokoli delo, izraziti znaki bolezni	pogosto potrebuje pomoč	normalen ali zmanjšan	polna ali zmedenost
40 %	večinoma leži	nesposoben za kakršno koli delo, znaki napredovale bolezni	večinoma potrebuje pomoč	normalen ali zmanjšan	polna ali zaspanost ± zmedenost
30 %	vezan na posteljo	nesposoben za kakršno koli delo, znaki napredovale bolezni	potrebuje popolno oskrbo	normalen ali zmanjšan	polna ali zaspanost ± zmedenost
20 %	vezan na posteljo	nesposoben za kakršno koli delo, znaki napredovale bolezni	potrebuje popolno oskrbo	po žličkah	polna ali zaspanost ± zmedenost
10 %	vezan na posteljo	nesposoben za kakršno koli delo, znaki napredovale bolezni	potrebuje popolno oskrbo	le ustna nega	zaspanost ali koma ± zmedenost
0 %	smrt	–	–	–	–

**Tabela 1.** Paliativna lestvica zmogljivosti.

kaheksijo. Smiselno je vsakodnevno spremljanje stanja (ker se spreminja). Pri tem si lahko pomagamo z vprašalniki.

Zaradi specifične populacije bolnikov in etičnih zadržkov je težje izpeljati raziskave, ki bi nedvoumno odgovorile na vprašanje, ali umetna prehrana vodi do izboljšanja bolnikovega stanja (daljšega preživetja, boljše kakovosti življenja, izboljšanja presnovnih motenj).

Rezultati raziskav pri bolnikih, ki so prejeli popolno parenteralno hrano na domu, ne kažejo razlik v preživetju glede na vrsto raka. Statistično pomembne razlike v preživetju pa so glede na stanje zmogljivosti. Bolniki z boljšim stanjem zmogljivosti (nad 50 %) so imeli srednje preživetje 6 mesecev,

tisti z slabšim (pod 50 %) pa 3 mesece. Srednje preživetje bolnikov, ki so prejeli umetno prehrano zaradi maligne obstrukcije prebavil, je bilo 6,5 meseca, najdaljše pa skoraj 4 leta.

Pri odločanju o umetni prehrani moramo pomisliti tudi na številne možne zaplete (tabela 3). Raziskave pri bolnikih na intenzivnih enotah, ki so jih hranili parenteralno, so pokazale pogostost zapletov pri 15 % bolnikov. Od tega je bila v 5 % prisotna okužba krvi in v 4 % pnevmotoraks. Povprečno trajanje hranjenja je bilo le 14 dni! Pri bolnikih, ki so jih hranili po nazogastrični sondi, so se v prvih 14 dnevih zapleti pojavili kar pri 76 % bolnikov.

PREKAHEKSIJA	SINDROM KAHEKSIJE	NAPREDOVALA KAHEKSIJA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Subtilna izguba teže</li> <li>Metabolne/endokrine spremembe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Izguba telesne teže</li> <li>Zmanjšan vnos hrane</li> <li>Znaki sistemskega vnetja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Huda izguba mišične mase</li> <li>Izguba maščevja</li> <li>Oslabljen imunski sistem</li> </ul>

**Tabela 2.** faze kaheksije (povzeto iz ref. 13)

Parenteralno hranjenje	Enteralno hranjenje	Oboje
<ul style="list-style-type: none"> <li>pnevmotoraks</li> <li>hidrotoraks</li> <li>sepsa</li> <li>okužba vbodnega mesta</li> <li>tromboza</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>agitacija</li> <li>epistaksa</li> <li>nekroza nosnega hrustanca</li> <li>aspiracijska pljučnica</li> <li>obstrukcija dihalnih poti</li> <li>nazofaringitis</li> <li>ezofagitis</li> <li>striktura požiralnika</li> <li>ileus</li> <li>napihnjenost trebuha</li> <li>slabost</li> <li>bruhanje</li> <li>driska</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hiperglikemija</li> <li>hipofosfatemija</li> <li>hipomagneziemija</li> <li>hiperkalcemija</li> <li>hiperosmolarni sindrom</li> <li>steatoza jeter</li> <li>holestaza</li> <li>holelitiaza</li> <li>akalkulozni holecistitis</li> </ul>

**Tabela 3.** Zapleti umetnega hranjenja.

Pričakovano preživetje manj kot mesec dni je tista meja, kjer je treba zelo pretehtati morebitno uvedbo umetne prehrane. Ti bolniki so pogosto na robu terminalne faze bolezni, zato jim lahko z aktivnim oz. agresivnim ukrepanjem bistveno poslabšamo kakovost življenja. Raziskave pri bolnikih v terminalni fazi je zaradi etičnih zadržkov zelo težko izpeljati. Opravljene kažejo, da dohranjevanje ne vpliva na dolžino preživetja, ima pa številne neželene učinke. V prospektivni raziskavi pri 32 bolnikih, ki so hrano in pijačo prejeli po želji, so ugotovili, da 97 % bolnikov zavestno omeji vnos hrane in pijače. Samo 34 % bolnikov je čutilo blago lakoto, pa še to samo na začetku raziskave. Stradanje ima v terminalni fazi bolezni dober učinek (povzroči ketozo, povečano sproščanje endorfinov). Podobno je z umetno hidracijo. Izkušnje pri dializnih bolnikih kažejo, da odtegnitev hidracije na bolnike vpliva blagodejno. Podatki iz raziskav ravno tako niso pokazali nobene razlike v preživetju, če je bila hidracija ukinjena (5).

### Zaključek

Odločitev o ustavitvi umetne prehrane in hidracije pogosto privede do nasprotja med svojci, kliniki in člani paliativnih timov. Pomembna je dobra in odkrita komunikacija med vsemi vpletenimi. Prednost naj ima dobro bolnika in njegove želje; pogosto se zgodi, da z nadaljevanjem infuzijskega zdravljenja »zdravimo« sebe in svojce. Pravočasna priprava svojcev, jasni cilji zdravljenja in predvsem veliko časa za razlago (znova in znova) to lahko prepreči. Umetna prehrana in hidracija v terminalni fazi nista koristni, zdravnikova težka naloga pa je, da ne podleže stiskam in omogoči optimalno lajšanje bolnikovih težav ves čas umiranja (6-13).

### Viri

1. Stephen M. Winte. Terminal Nutrition: Framing the Debate for the Withdrawal of Nutritional Support in Terminally Ill Patients; *Am J Med.* 2000 Dec 15; 109(9): 723–6.
2. Alessandro Laviano et al. Therapy Insight: cancer anorexia-cachexia syndrome-when all you can eat is yourself; *Nat Clin Pract Oncol.* 2005 Mar; 2(3): 158–65.
3. Alessandro Laviano et al. Cancer anorexia : clinical implications, pathogenesis, and therapeutic strategies; *Lancet Oncol.* 2003 Nov; 4(11): 686–94.
4. Hopkinson J. B. et al. Management of weight loss and anorexia; *Ann Oncol.* 2008 Sep; 19 Suppl 7: vii289–93.
5. William M. Plonk. Terminal Care: The Last Weeks of Life; *J Palliat Med.* 2005 Oct; 8(5): 1042–54.
6. Van der Riet P. Palliative care professionals' perceptions of nutrition and hydration at the end of life; *Int J Palliat Nurs.* 2008 Mar; 14(3): 145–51.
7. Marin Caro MM et al. Impact of nutrition on quality of life during cancer; *Curr Opin Clin Nutr Metab Care.* 2007 Jul; 10(4): 480–7.
8. Good P. et al. Medically assisted hydration for palliative care patients; *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Apr 16; (2): CD006273.
9. Soo L., Gramlich L. Use of parenteral nutrition in patients with advanced cancer; *Appl Physiol Nutr Metab.* 2008 Feb; 33(1): 102–6.
10. Fan BC. Parenteral nutrition prolongs the survival of patients associated with malignant gastrointestinal obstruction; *JPEN J Parenter Enteral Nutr.* 2007 Nov-Dec; 31(6): 508–10.
11. Good P. et al. Medically assisted nutrition for palliative care in adult patients; *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Oct 8; (4): CD006274.
12. Bozzetti F. et al. ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: non surgical oncology; *Clin Nutr.* 2009 Aug; 28(4): 445–54. Epub 2009 May 23.
13. Fearon K. *Eur J Cancer* 2008; 44: 1124.