

PREHRANSKA OBRAVNAVA BOLNIKA Z RAKOM

Denis Mlakar - Mastnak

Onkološki inštitut Ljubljana

Izveček

Prehransko podporo predstavljajo vsi ukrepi, katerih cilj je preprečevanje podhranjenosti in/ali zmanjševanje razvoja kahektičnih sprememb pri bolnikih z rakom. S prehransko podporo lahko obvladujemo simptome rakaste bolezn in negativne učinke onkološkega zdravljenja, izboljšamo izid onkološkega zdravljenja in kakovost bolnikovega življenja. Bolniki z rakasto kaheksijo, ki ustalijo telesno težo, imajo boljšo kakovost življenja in daljše preživetje v primerjavi s tistimi, pri katerih se izguba telesne teže nadaljuje. Za celostno prehransko obravnavo bolnikov je pomemben interdisciplinarni pristop, pri katerem se v obravnavo bolnika vključujejo onkolog, medicinska sestra, dietetik, fizioterapevt, psiholog, socialni delavec, farmacevt idr. Zgodnje prepoznavanje podhranjenosti je ključno za učinkovito prehransko podporo. S prehranskim presejanjem določimo bolnike, ki so prehransko ogroženi. Prehranskemu presejanju sledi prehranski pregled, diagnostični proces, ki omogoči natančno oceno bolnikovega prehranskega stanja in prehranskih problemov, ki jih ima bolnik. Na podlagi tako pridobljenih podatkov lahko oblikujemo individualiziran prehranski načrt, v katerem opredelimo prehranske ukrepe.

Uvod

Prehransko podporo predstavljajo vsi ukrepi, katerih cilj je preprečevanje podhranjenosti in/ali zmanjševanje razvoja kahektičnih sprememb pri bolnikih z rakom. Čeprav prehranska podpora ni najpomembnejši del onkološkega zdravljenja, pa je nujna v vseh obdobjih bolezni in zdravljenja. Pomembno je, da prehransko podporo pričnemo že ob diagnozi rakaste bolezni, jo nadaljujemo ves čas zdravljenja in po zaključenem zdravljenju, dokler pri bolniku obstaja tveganje za podhranjenost.

S prehransko podporo lahko obvladujemo simptome rakaste bolezni in negativne učinke onkološkega zdravljenja, zmanjšamo pooperativne zaplete in stopnjo okužb, skrajšamo čas bolnišničnega zdravljenja, zmanjšamo število ponovnih hospitalizacij, izboljšamo bolnikovo toleranco do zdravljenja, izboljšamo izid zdravljenja, izboljšamo bolnikovo imunsko odpornost in kakovost njegovega življenja. Bolniki z rakasto kaheksijo, ki ustalijo telesno težo, imajo boljšo kakovost življenja in daljše preživetje v primerjavi s tistimi, pri katerih se izguba telesne teže nadaljuje.

Prehransko stanje bolnikov in pojav podhranjenosti sta močno odvisna od lege tumorja in vrste onkološkega zdravljenja. Prehranska ogroženost je še posebno visoka pri bolnikih, ki so zdravljeni z radiokemoterapijo in visokimi dozami citostatikov, pri bolnikih z rakom glave in vratu ter pri bolnikih po večjih operacijah na prebavilih.

Interdisciplinarni pristop prehranske obravnave

Za celotno prehransko obravnavo bolnikov, pri katerih je prisotna izguba fiziološke in biološke funkcije, utrujenost, podhranjenost, psihološki stres in drugi neželeni simptomi bolezni in zdravljenja, je pomemben interdisciplinarni pristop, pri katerem se v obravnavo bolnika vključujejo onkolog, medicinska sestra, dietetik, fizioterapevt, psiholog, socialni delavec, farmacevt idr.

V zdravstvenih inštitucijah se lahko za specializirano prehransko podporo oblikujejo multidisciplinarne prehranske skupine. Na Onkološkem inštitutu Ljubljana smo leta 2008 oblikovali prehransko skupino, ki izvaja individualno prehransko obravnavo in terapijo bolnikov z rakom. Prehransko skupino sestavljajo: zdravnik za področje klinične prehrane, diplomirana medicinska sestra za področje parenteralne prehrane bolnikov na domu, zdravstveni tehnik in klinični dietetiki.

Prehransko presejanje in prehranski pregled

Zgodnji prehranski ukrepi so ključni pri reševanju in obvladovanju prehranskih problemov bolnikov z rakom, pri tem pa je pomembno zgodnje prepoznavanje podhranjenosti. Pri prehranskem presejanju s pomočjo posebnega vprašalnika lahko na neinvaziven, preprost in hiter način določimo bolnike, ki so prehransko ogroženi. Poznamo več različnih orodij za prehransko presejanje. Evropsko združenje za enteralno in parenteralno prehrano ESPEN (European Society of Parenteral and Enteral Nutrition) priporoča kot najustreznejšo metodo presejanja v bolnišnicah NRS 2002 (Nutritional Risk Screening 2002). Pomembno je, da presejanje izvajamo pri vsakem bolniku, rutinsko in periodično. Običajno ga izvedemo v prvih 24 urah po sprejemu bolnika v bolnišnico in ga nato ponovimo vsak sedmi dan, pri ambulantno obravnavanem bolniku pa presejanje izvedemo ob vsakem pregledu bolnika. Izvede ga lahko zdravnik, ki bolnika zdravi, ali medicinska sestra.

Prehranski pregled sledi prehranskemu presejanju, je natančen pregled bolnikovih presnovnih, prehranskih in funkcionalnih spremenljivk. Z njim ocenimo bolnikovo prehransko stanje. Prehranski pregled vključuje:

- anamnezo,
- klinični pregled bolnika,
- laboratorijske preiskave
- meritev sestave telesa (antropometrija, bioimpedanca, densitometrija),
- meritev mišične funkcije (moč stiska roke),
- ocena hranilnega in energijskega ravnotežja (ocena prehranskega vnosa).

Prehranski pregled lahko izvede za to usposobljen zdravnik, medicinska sestra in/ali klinični dietetik.

Prehranska terapija – individualizirani prehranski ukrepi

Idealna prehranska podpora se prične z oceno prehranskega stanja bolnika in se nadaljuje z načrtom prehranske podpore. V načrtu prehranske podpore natančno opredelimo cilje in ukrepe prehranske terapije. Pomembno je, da je načrt individualiziran, upoštevati mora bolnikove prehranske potrebe, njegovo prehransko stanje, način onkološkega zdravljenja, prehranske in druge probleme, ki jih bolnik ima in vplivajo na njegovo prehrano itd. Usmerjen mora biti v obvladovanje neželenih simptomov rakaste bolezni in onkološkega zdravljenja ter v preprečevanje poslabšanja bolnikovega prehranskega stanja ali v njegovo izboljšanje.

Načrt lahko vključuje prehransko svetovanje (izvaja ga klinični dietetik), prilagoditev običajne bolnikove prehrane (energijsko-hranilna obogatitev, sprememba čvrstosti idr.), uvedbo enteralne prehrane (oralni prehranski dodatki, sondno hranjenje) in uvedbo parenteralne prehrane. V nekaterih primerih lahko prehranske ukrepe med seboj kombiniramo.

Kadar pri bolniku z običajno prehrano ali s prilagoditvami prehrane (energijsko-beljakovinska obogatitev prehrane in/ali uvedba oralnih prehranskih dodatkov) ne zagotovimo zadostnega hranilno-energijskega vnosa ali predvidevamo nezadosten prehranski vnos (< 60 % pričakovane porabe energije več kot 10 dni), moramo pričeti z enteralnim hranjenjem. Enteralno hranjenje lahko poteka po nazogastrični sondi (za krajše obdobje) ali po gastrostomi (za daljše obdobje).

Totalno parenteralno hranjenje uvedemo, kadar enteralno prehranjevanje ni možno zaradi prisotnih motenj delovanja gastro-intestinalnega trakta (mehanična obstrukcija, ki jo povzroča tumor; hudo bruhanje; huda malabsorbcija; fistula z visokim izločanjem; abdominalna bolečina). O kombinaciji enteralnega in parenteralnega hranjenja razmislimo, kadar je indicirana prehranska podpora in bolnik ne zmore zaužiti vsaj 60 % dnevni energijskih potreb po enteralni poti.

Načrt prehranske podpore moramo periodično ocenjevati in vrednotiti njegovo učinkovitost. Pri tem moramo spremljati, vrednotiti, ocenjevati in dokumentirati kazalce napredka pri bolniku, kot so: povečana količina zaužite hrane, obvladovanje neželenih učinkov zdravljenja in bolezni, izboljšana telesna kondicija, izboljšanje prehranskega stanja, zadovoljstvo bolnika ipd.

Prehranske potrebe bolnika z rakom

Energijske potrebe določimo glede na porabo energije in bolnikovo sposobnost za uporabo (utilizacijo) hranil. V praksi upoštevamo pravilo:

- Aktivni bolniki: 30-35 kcal/kg TT/dan.
- Ležeči bolniki: 20-25 kcal/kg TT/dan.

- Pri čezmerno težkih bolnikih z ITT > 30 računamo potrebo glede na idealno telesno težo + 25 %.
- Potrebe po beljakovinah med boleznijo: 1,2–2 g/kg TT/dan.
- Vnos maščob je 30-50 % neproteinske energije.
- Oralni prehranski dodatek, ki vsebuje 1,4-2 g EPA (vrsta maščobnih kislin omega-3), ki izboljša zdravljenje bolnikov z rakom.

Zaključek

Rak pomembno vpliva na psihofizično stanje bolnika, na njegovo psihološko zdravje in socialno življenje. Načrtovana prehranska podpora bolnika med boleznijo in onkološkim zdravljenjem zmanjša število zapletov in skrajša obdobje okrevanja, kar pomembno vpliva na kakovost življenja bolnikov. Vsi zdravstveni delavci se moramo zavedati pomena zgodnjega odkrivanja podhranjenih in prehransko ogroženih bolnikov in načrtovanja individualizirane prehranske podpore. Pravica slehernega bolnika je, da bodo v obdobju onkološkega zdravljenja in bolezni njegove prehranske potrebe zagotovljene. Prav tako ni veliko dvoma, da je motivirano zdravstveno osebje, z osvojenim znanjem o prehranski podpori bolnikov, zelo pomembno pri preprečevanju in zdravljenju podhranjenosti bolnikov.

Literatura in vir

1. Barendregt K, Soeters PB, Allison SP, Kondrup J. Basic concepts in nutrition: Diagnosis of malnutrition – Screening and Assessment. E-spen 2008; 3: e121-e125.
2. Huhmann MB, Cunningham RS. Importance of nutritional screening in treatment of cancer-related weight loss. *Lancet Oncol* 2005; 6: 334-343.
3. Kondrup J, Allison SP, Ellia M, Vellas B, Plauth M. ESPEN guidelines for nutritional screening. *Clin Nutr* 2003; 22(4): 415-421.
4. Kondrup J. Basics concepts in nutrition. In: Sobotka L. Basics in clinical nutrition. Praga: ESPEN, 2004: 1-56.
5. Krystofiak Russell M, Mueller C. Nutrition screening and assesment. In: Gottcchlich M. The A.S.P.E.N. Nutrition support core curriculum: a case-based approach – the adult patient. ZDA: American society of parenteral and enteral nutrition, 2007: 163-186.
6. Marin Caro MM, Laviano A, Pichard C. Nutritional intervention and quality of life in adult oncology patients. *Clinical Nutrition* 2007; 26: 289-301.
7. Priporočila za prehransko obravnavo bolnikov v bolnišnicah in starostnikov v domovih za starejše občane. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje, 2007: 44-56.
8. Santarpia L, Contaldo F, Pasanisi F. Nutritional screening and early treatment of malnutrition in cancer patients. *J Cachexia Sarcopenia Muscle* 2011; 2: 27-35.
9. Van Bokhorst-de van der Schueren M, Soeters PB, Reijven PLM, Allison SP, Kondrup J. Diagnosis of malnutrition – Screening and assessment. In: Sobotka L. Basics in clinical nutrition, fourth edition. Praga: ESPEN, 2011: 21-32.