

VPLIV BOLEZNI IN SPECIFIČNEGA ZDRAVLJENJA NA PREHRANO BOLNIKA Z RAKOM

Helena Drolc

Pri redko kateri bolezni srečamo tako usodno povezanost bolezni in načinov njenega zdravljenja s prehranjevanjem, kot ravno pri teh, ki sodijo na področje onkologije. Presnovne potrebe onkološkega bolnika so zaradi bolezni same, ki prinaša s seboj potrebo po obnovi okvarjenih tkiv, spodbujanju imunskega sistema, premagovanju vsesplošne šibkosti in stresa, že na samem začetku višje, kot pri zdravem človeku. Specifično zdravljenje s svojimi stranskimi učinki pa še dodatno ogroža bolnikov prehrabni status.

Prehrabne zaplete, povezane s samim obolenjem, lahko razdelimo na:

1. motnje v delovanju prebavnega trakta
2. motnje v delovanju centralnega živčnega sistema
3. motnje v presnovi beljakovin, maščob in ogljikovih hidratov, zvišan bazalni metabolizem
4. periferne dejavnike
5. psihosocialne dejavnike

Tumorji na prebavnem traktu vsak na svoj način, odvisno od mesta, kjer ležijo, vplivajo na prehranjevanje bolnika. Najpogosteje predstavljajo mehanično oviro za zaužitje in pomikanje hrane vzdolž prebavne poti in s tem posredno povzročajo nezadosten dotok in absorpcijo hranljivih snovi v bolnikov organizem.

Zaradi vzdraženega centralnega živčnega sistema, po vsej verjetnosti s strani metabolitov, ki jih izloča maligni tumor, se pri bolniku lahko pojavijo anoreksija, nausea, bruhanje in prezgodnja sitost. Našteti simptomi se pojavljajo posamično ali v kombinaciji in pri bolniku povzročajo hujšanje.

Zvišan bazalni metabolizem in motnje v presnavljanju ogljikovih hidratov, beljakovin in maščob, so pri mnogih bolnikih z rakom vzrok za hujšanje, ki ga marsikdaj ne morejo zaustaviti kljub zadostni količini zaužite hrane.

Med motnje, ki prizadenejo ustno - okuševalno področje, prištevamo spremenjeno okušanje in vonjanje ter odpor do določene hrane.

Negativni psihični vplivi, ki jih je pri tako resni bolezni vsekakor veliko, bolniku zmanjšujejo željo po hranjenju. Zaskrbljenost in strah, šibkost in včasih tudi fatig, ki se pojavljajo med zdravljenjem, bolniku jemljejo tek in zanimanje za hrano. Drugo okolje, drugačna hrana in sobolniki so tisti socialni dejavniki, za katere še pomislimo ne, da bi bili lahko zanj moteči.

Najbolj očiten vpliv na prehranjevanje bolnika z rakom pa ima **specifično zdravljenje raka**, ki je lahko kirurško, obsevalno in citostatično.

*Helena Drolc, višja medicinska sestra,
Onkološki inštitut Ljubljana*

Kirurški poseg je lahko izveden s kurativnim ali paliativnim namenom. V obeh primerih zvišane metabolične potrebe bolnikovega organizma, ki so posledica radikalnosti posega, lahko sprožijo nastanek malnutricije. Poleg tega so operativni posegi pogosto povezani z nerazumljivo dolgimi obdobji nezadostnega prehranjevanja, ki jih povzročajo preiskave in priprave pred operacijo in potek zdravljenja ter morebitni zapleti po njej. Radikalne odstranitve tumorjev na področju glave, vratu in prebavnega trakta, prinašajo kronične težave z žvečenjem, požiranjem in prebavljanjem hrane in absorpcijo hranljivih snovi iz nje.

Vpliv obsevanja na prehranjevanje bolnika je odvisen od:

1. dela telesa, ki ga obsevamo
2. jakosti obsevalne doze
3. obsežnosti obsevalnega polja
4. trajanja obsevalnega zdravljenja
5. občutljivosti bolnikovega organizma za obsevanje
6. prehrabnega statusa bolnika, ko se začne njegovo zdravljenje z obsevanjem.
7. psihofizičnega statusa bolnika ob pričetku obsevanja

Dolgotrajna obsevanja povzročajo neješčnost, siljenje na bruhanje, bruhanje, driske in utrujenost. Posebno pozornost zahtevajo bolniki z rakom na področju glave in vratu, ki imajo pogosto v svoji anamnezi prekomerno pitje alkohola, kajenje in težave z žvečenjem in požiranjem hrane zaradi fizične prisotnosti tumorja. Prehrabni status, s katerim ti bolniki začnejo zdravljenje, je torej reven. Obsevanje dodatno zviša zahteve po hrani in hkrati zmanjša možnosti za njeno normalno uživanje, ker povzroča vnetje ustne sluznice, boleče žvečenje in požiranje, suha usta, nenormalen in zmanjšan občutek za okus ("slepa usta"), zmanjšan tek, težave z zobmi in dispnojo. Ti tipični stranski učinki se razvijejo v drugem in tretjem tednu obsevanja in večinoma izzvenijo v šestih tednih po končanem obsevanju. Težave z okušanjem včasih trajajo nekoliko dlje, težave z delovanjem žlez slinavk lahko ostanejo trajne. Naštetih problemi vodijo v odklanjanje hrane in bolnikovo hujšanje. Če mu v času zdravljenja z obsevanjem ne damo ustrezne prehrabne in psihične podpore, lahko pričakujemo precejšnjo izgubo teže, čeprav je bolnik zaradi bolezni hujšal že pred tem. Misel na morebitne zaplete in skrb, da bi dosegli ustrezen prehrabni status že pred začetkom obsevanja, pomaga bolniku in strokovni skupini, ki se ukvarja z zdravstveno nego, da se izogneta enteralnemu in parenteralnemu hranjenju. Naš cilj mora biti hranjenje skozi usta.

Siljenje na bruhanje in bruhanje sta pogosta in stisko vzbujajoča stranska učinka kemoterapije. Nastaneta zaradi kombinacije vplivanja citostatikov na centralni živčni sistem in sluznico prebavil. Dejavniki, kot so slab prehrabni status, slabe izkušnje s prejšnjimi kemoterapijami, izkušnje z navsejo v nosečnosti in s potovalno slabostjo, izpostavljenost neprijetnim vonjavam in zvokom, že vnaprej pripravijo bolnika na slabost med kemoterapijo. Približno sedemdeset odstotkov bolnikov ima med zdravljenjem tovrstne težave, kako hude pa so, je odvisno od emetičnega učinka citostatika, ki ga prejemajo. Poleg teh težav povzročata kemoterapija še vnetje ustne sluznice in preostalega prebavnega trakta, motnje v okušanju in vonjanju, neješčnost in drisko.

Strategija pomoči pri specifičnih prehrabnih problemih, kot so izguba teže, anoreksija, navsea in bruhanje, motnje okušanja in vonjanja, disfagija, mukozitis in stomatitis, suha usta, driska, obstipacija in pridobivanje teže, mora biti multidisciplinarna in osredotočena na bolnika. Bolnik

jo mora sprejeti in odobriti. Prehrabni nasvet in podpora morata biti skladna z motnjo, štadijem bolezni in s socialnim okoljem, iz katerega bolnik prihaja.

Ključnega pomena za ustrezno prehrabno podporo je ocena bolnikovega prehrabnega statusa. Zlasti pri hospitaliziranih bolnikih moramo biti pozorni na energijsko in beljakovinsko nedohranjenost, čeprav so pomembni tudi ostali elementi prehrane. Naša pozornost mora biti zlasti usmerjena na tiste bolnike, pri katerih lokalizacija tumorja predstavlja visoko tveganje za nastanek malnutricije. Pri bolnikih, ki se že spopadajo z motnjami v preskrbi s hrano, moramo točno določiti prehrabne potrebe, sicer bo dietna podpora izzvenela v prazno. Učinku dietoterapije moramo slediti ravno tako zavzeto kot učinkom specifičnega zdravljenja ter jo prilagajati izboljšanju ali novim prehrabnim zapletom. Pri bolnikih, za katere presodimo, da prehrabno niso ogroženi, v rednih presledkih znova preverjamo njihove potrebe po hrani.

Dober prehrabni status zagotavlja bolniku z rakom, da bo vzdržal in vztrajal pri zdravljenju, da bo dosegel dobro rehabilitacijo in si izboljšal kakovost življenja

Literatura:

1. Pokorn D. Prehrana bolnika. Murska Sobota: Pomurska založba, 1994
2. McCorkle R Grant M, Frank-Stromborg M, et al. Cancer nursing a comprehensive textbook. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 1996.
3. Clarc JC, Gee RF, eds. Core curriculum for oncology nursing. 2nd ed. Philadelphia: Saunders, 1992
4. Luthert JM, Robinson L, eds. The Royal Marsden Hospital manual of standards of care. London, Oxford: Blackwell, 1993.