

POMEN PREHRANE PRI ONKOLOŠKEM BOLNIKU

Helena CVILAK

Pri planiranju procesa zdravstvene nege moramo biti, poleg vsega ostalega, pozorni tudi na vzpostavitev ustreznega prehrabnega režima pri bolniku. Kajti, optimalna prehrana je zlasti pri onkološkem bolniku nepogrešljiva za njegovo optimalno zdravje. Veliko študij s področja onkologije je namreč pokazalo, da neješčnost (anoreksija) in izguba telesne teže v povezavi njo, bistveno pripomoreta k obolevnosti in smrtnosti bolnikov, obolelih za rakom. Hkrati pa so te iste študije dale vedeti, da nam z ustrezno prehrabno podporo lahko uspe dvigniti bolnikovo odpornost. Zato se moramo, po eni strani, z različnimi načini prehranjevanja, ki so nam na voljo, prilagoditi bolnikovim sposobnostim uživanja hrane, po drugi pa kot dietoterapija podpreti specifično onkološko zdravljenje.

Pri bolnikih z maligno boleznijo torej pogosto prihaja do prehrabnih problemov. Predvsem zato, ker se tumor v bolnikovem telesu obnaša izrazito zajedalsko. To pomeni, da mu nenehno krade hranljive snovi in energijo. Zato se velikokrat kot prvi znak bolezni pojavi hujšanje, do katerega pride ne glede na vrsto, velikost in lokalizacijo zločeste bule. Govorimo o tako imenovani karcinomski kaheksiji, ki jo še dodatno poglobljajo stranski učinki onkološke terapije.

Progresivna kaheksija je eden izmed glavnih vzrokov za umrljivost onkoloških bolnikov. Klinična slika pokaže pri bolniku neješčnost, prezgodnjo sitost, napredujoče hujšanje (več kot 10 procentov telesne teže v zadnjih šestih mesecih), anemijo in astenijo. Bolnik je hitro utrujen, zaradi hujšanja atrofirajo mišice, zato se močno zmanjša sposobnost gibanja in respiratorna funkcija. Upade tudi umska sposobnost in imunska odpornost bolnikovega organizma. Visoko tveganje za kaheksijo vključuje predvsem priletne bolnike, še zlasti tiste s kroničnimi motnjami v prebavnem sistemu ter bolnike, pri katerih je dlje časa prisotna anoreksija. Vsekakor pa je treba vedeti, da bo kaheksija brez zdravljenja osnovnega obolenja, kljub vsem možnim podporam s prehrano napredovala in pripeljala bol-

VMS Helena Cvilak, Onkološki inštitut v Ljubljani

nika v smrt. Prisotnost malignoma torej lahko izzove celo vrsto situacij, v katerih je ovirano normalno prehranjevanje bolnika. Med ta stanja prištevamo:

- anoreksijo
- spremenjeno zaznavanje okusa in vonja
- spremenjene prehrabene potrebe bolnikovega organizma
- mehanične prepreke pri hranjenju
- gastrointestinalne stranske učinke specifične terapije

Marsikdaj je težko ali celo nemogoče reči, kaj od navedenega je vplivalo na nastanek kaheksije. Verjetno se vplivi med seboj prepletajo.

ANOREKSIJA

Anoreksija ali neješčnost je v strokovni literaturi med najpogosteje navedenimi vzroki za bolnikovo nedohranjenost. Od 15 do 25 procentov onkoloških bolnikov ob postavitvi diagnoze trpi za takšno ali drugačno obliko anoreksije. Pogosto je pomanjkanje teka najzgodnejši klinični znak za raka.

Mehanizmi anoreksije pri onkološkem bolniku so še vedno dokaj slabo poznani, najverjetneje so kombinacija različnih vzrokov. Eden izmed njih je prav gotovo tudi spremenjen metabolizem glukoze, maščob in določenih aminokislin, kar vpliva na kemoreceptorje v ustih in žrelu, ki kontrolirajo vrsto in količino zaužite hrane ter tako vplivajo na bolnikovo ješčnost. Pri tem ne igrajo svoje vloge samo toksične snovi, ki jih izloča tumor, ampak tudi njegova velikost, lokalizacija, metastaze, terminalni stadij obolenja in vrsta terapije, ki je bila bolniku predpisana.

Cilj zdravstvene nege pri preprečevanju anoreksije je, da z ustreznim prehrabnim režimom, sestavljenim v navezavi bolnik – medicinska sestra – zdravnik – dietetik doseže, da bolnik poje dovolj in da se hujšanje ustavi.

Pri tem moramo upoštevati naslednje:

- da so obroki hrane majhni in pogosti
- da imajo prednost tiste jedi, ki bolniku teknejo
- da v času, ki je namenjen hranjenju, ne potekajo terapevtski in diagnostični postopki pri bolniku
- da je poskrbljeno za bolnikovo udobje: za odpravo bolečine, za udoben položaj pri jedi, za dobro nego ust in proteze, za kulturno serviranje hrane, itd.

Seveda se nam lahko zgodi, da se nam še tako skrbno sestavljen prehrambeni režim ne bo obnesel in bo bolnik še naprej izgubljal težo. V takšnem primeru moramo bolnika dodatno hraniti parenteralno, ali pa preiti na hranjenje po sondi.

SPREMENJENO ZAZNAVANJE OKUSA IN VONJA

Domnevamo, da je ta pojav, ki mu laično rečemo tudi "ustna slepota", tako kot anoreksija povezan z metaboliti, ki jih izloča tumor in z njegovo raščo. Kajti večji ko je, izrazitejše so lahko težave z okušanjem. Pri ustni slepoti se bolniku zviša ali zniža okuševalni prag za določene okuse. Značilno je, da se najpogosteje pojavi odpor do mesa in drugih živalskih beljakovin, kar povezujemo z zvišanim okuševalnim pragom za grenko. Zato se marsikateri bolnik ob teh težavah odloči za vegetarijanski način prehranjevanja.

Obsevanje v predelu ust in žrela prizadene okus zaradi okvare okuševalni brbončic: okus se zmanjša ali celo popolnoma izgubi, ali pa pride do njegove prekomerne občutljivosti, vendar se v 60 do 120 dneh po končanem obsevanju rehabilitira.

Tudi citostatična terapija lahko vpliva na okušanje, vendar ne preko kemoreceptorjev v ustih in žrelu, temveč direktno preko centralnega živčnega sistema.

Pri spremembi vonja in okusa mora biti jedilnik prirejen bolniku: izločimo zanj nesprejemljiva živila (na primer meso) in jih nadomestimo s tistimi, ki se mu ne

upirajo (stročnice, mlečni izdelki). Spremenimo tudi način pripravljanja hrane:

- meso, ki je postalo po okusu grenko, pred kuhanjem namakamo v kisli ali sladki omaki; zrežemo ga na koščke in dodamo k zelenjavi, tako je manj opazno;
- uporabljamo več domačih začimb (petersilj, timijan, majaron)
- ker ima vroča hrana izrazitejši okus, naj bodo jedi ohlajene na sobno temperaturo.

SPREMENJENE PREHRAMBENE ZAHTEVE BOLNIKOVEGA ORGANIZMA

Dokaj pogosto se dogaja, da bolnik z rakom kljub zadostnemu vnosu hrane ne more obdržati konstantne telesne teže in hujša. Po eni strani je to posledica zvišanega bazalnega metabolizma, ki nastopi zaradi delovanja toksičnih snovi, ki jih izloča maligni tumor. Po drugi pa odraz splošne oslabelosti zaradi radioterapije, kemoterapije ali obsežnih kirurških posegov.

Ustrezen prehrambeni režim mora vsebovati dovolj visoko kalorične hrane, da preprečimo nadaljnjo hujšanje in kaheksijo.

MEHANIČNE PREPREKE PRI HRANJENJU

Do mehaničnih ovir pri vnosu hrane lahko pride zaradi tumorja, kirurškega posega ali obsevalne terapije.

Tumor s svojim volumnom lahko blokira katerikoli del prebavnega trakta od ust, požiralnika, želodca, do debelega črevesa.

Po obsežnih kirurških posegih na prebavnem traktu lahko pride do postoperativnih obstrukcij, kot tudi do nevroloških in vaskularnih motenj črevesja.

Operativni poseg na glavi ali vratu lahko izzove cel niz problemov: motnje pri požiránju po odstranitvi ezofagealnega karcinoma; motnje pri požiranju pri vseh bolnikih z resekcijo jezika, ne glede na njeno obsežnost; posegi na čeljustih povzročajo boleče in nezadostno žvečenje in aspiracijo hrane; trismus, ki nastopa zaradi infiltracije tumorja ali fibroza žvekalne miškulature lahko močno omejita gibljivost oralne miškulature itd.

Glede na predel in obseg kirurškega posega na prebavnem traktu, lahko posledično motnje pri vnosu hrane povzročijo malabsorbcijo maščob in vitamina B₁₂ ter disbalanco tekočin in elektrolitov. Tako, na primer, resekcija tankega črevesa lahko pripelje do steatoreje, malabsorbcije maščob, anemije in do sindroma kratkega črevesa.

Obsevanje tumorja, lokaliziranega v ustih, žrelu ali požiralniku, lahko izzove značilno reakcijo sluznice. Njena intenzivnost je premosorazmerna z velikostjo obsevalnega polja in višino obsevalne doze. Sluznica nabrekne in postane silno občutljiva na dotik, zato bolnik s težavo žveči in požira. Tudi kvaliteta sline se spremeni; postane gosta in vlecljiva, ali pa je zaradi edema žlez slinavk sploh ni.

Hrana, ki jo ponudimo bolnikom s tovrstnimi težavami mora biti nežna, mehka, pasirana ali celo tekoča, pač glede na motnjo v prebavnem traktu. Ob pomanjkanju sline pomagamo bolniku z umetno slino.

GASTROINTESTINALNI STRANSKI UČINKI SPECIFIČNE ONKOLOSKE TERAPIJE

Stranski učinki kemoterapije, kot so navzeja in bruhanje, driska, zaprtje in malabsorbcija hranljivih snovi, lahko povzročijo poslabšanje bolnikovega prehranbenega statusa. Mnogi citostatiki povzročajo levkopenijo, ki vodi bolnika v večjo dovzetnost za infekcije, zopet drugi se metabolizirajo preko jeter in povročajo probleme bolniku s te strani.

Steroidi, ki se tudi pogosto uporabljajo pri zdravljenju raka, lahko povzročijo hiperglikemijo, pankreatitis, septični ulkus ter izpad kalcija in kalija.

Obsevalna terapija glede na mesto obsevanja lahko povzroči stomatitis, esofagitis ali enteritis. Vsako od teh stanj bistveno zmanjša možnosti za normalen vnos hrane in poslabša absorpcijo hranljivih snovi pri prizadetem bolniku.

Pri vseh naštetih težavah bolniku poleg ustrezne medikamentozne terapije, uvedemo tudi odgovarjajočo dietoterapijo.

ZAKLJUČEK

Ce poiščemo skupni imenovalac vsem do sedaj povedanem, potem se glasi takole: namen onkološke dietoterapije je preprečiti nastanek kaheksije oziroma zavreti njeno napredovanje. Tako bolniku omogočimo speljati specifično onkološko terapijo do konca. Zato je zelo pomembno, da se ljudje, ki bolnika negujejo in zdravijo, z njim pogovarjajo o problemih, ki jih ima s hrano in hranjenjem. Kajti ne smemo pozabiti, da je povezava med depresijo in nedohranjenostjo zelo zelo tesna. Depresija lahko povzroči pomanjkanje teka in obratno: neješčnost in fizično pešanje lahko privedeta bolnika do depresije. Bolnika in njegove svojce moramo naučiti pravilne strategije pri premagovanju težav. S tem, ko bolnik odigra aktivno vlogo pri reševanju problemov s hrano in hranjenjem, zmanjšamo njegov občutek nemoči in odvisnosti. Postopoma, s pogostimi razgovori moramo njemu in njegovi družini vcepiti tudi drugačno mišljenje o prehrani. Motivirati jih moramo, da opustijo stare navade in razvade in sprejmejo nove, ki bodo bolniku pomagale zvišati tek in izboljšati prehrabeni status, kar je za preprečevanje kaheksije zelo pomembno.

Ker je učinkovita prehrabena podpora eden izmed najpomembnejših ukrepov, s katerimi lahko dosežemo boljše počutje, mora medicinska sestra za vsakega bolnika na svojem oddelku vedeti, kakšne so njegove prehrabene navade. Njemu in svojcem mora pojasniti, kako bo predpisano zdravljenje vplivalo na tek in hranjenje in kaj lahko storijo, da bodo ti vplivi čim manjši. Povedati pa jim mora tudi to, česa s prehrano ne moremo doseči. Kajti med bolniki in njihovimi svojci kroži veliko zablod glede hrane. Na primer: določene diete lahko ozdravijo raka; tiste diete, ki ga preprečujejo, ga lahko tudi ozdravijo; najboljši vir informacij o prehrani je drugi bolnik z rakom itd. Vsekakor sta medicinska sestra in dietetik

osrednji osebnosti, ki morata dati bolniku in svojcem pravilne informacije o hrani in prehranjevanju v času bolezni in zdravljenja.

Nabavljanje hrane, priprava in uživanje ima svoj sociološki, kulturni in psihološki pomen. Velikokrat pozabljamo na to, da je uživanje hrane družabni dogodek, ki povezuje družinske člane in jim daje občutek medsebojne pripadnosti. S hospitalizacijo se vse to naenkrat spremeni in vpliva na čustvovanje bolnika in njegovih najbližjih družinskih članov. Za nas, zdravstvene delavce je pomembno, da te psihološke momente razumemo in da znamo v takšnih primerih ustrezno ukrepati. In ker je, po drugi strani, uživanje hrane za bolnika eden izmed redkih pozitivnih in normalnih dogodkov v bolnici, moramo poskrbeti, da je tudi eden izmed najbolj kulturnih.