

Využití doplňkové enterální výživy během hospitalizace

prof. MUDr. Luboš Sobotka, CSc.
Klinika gerontologická a metabolická, FN UK Hradec Králové

Článek pojednává o stavech podvýživy, jimiž trpí chronicky nemocní pacienti v nemocnicích i domácích podmínkách, a jejich řešení formou nutričního screeningu a nutriční podpory.

Klíčová slova: malnutrice, nutriční screening, nutriční podpora.

Use of supplemental enteral nutrition during hospitalization

The paper deals with malnutrition states suffered by chronically ill patients in both hospital and home settings and with their management by means of nutritional screening and nutritional support.

Key words: malnutrition, nutritional screening, nutritional support.

Interní Med. 2009; 11(4): 190–192

Podvýživa je stále velmi rozšířeným stavem u nemocných hospitalizovaných na chirurgických i nechirurgických odděleních. Tento fakt se týká i velmi vyspělých evropských zemí. Ze studie Evropské aliance „Výživa pro zdraví“ je zřejmé, že 20–40 % nemocných přijatých do nemocnice trpí podvýživou během svého pobytu ve zdravotnickém zařízení. Toto procento je ještě vyšší u nemocných, které je možno zařadit do seniorské kategorie (1). Nemocniční podvýživa zvyšuje morbiditu a mortalitu nemocných, a to především nemocných ve vyšším věku (2). Ztráta aktivní tělesné hmoty nejen zhoršuje průběh samotného onemocnění, ale jednoznačně zhoršuje i kvalitu života pacientů po propuštění z nemocnice (3). Především dochází ke snížení soběstačnosti a zvyšuje se tendence k pádům. To je zejména u seniorské populace velmi často chybně interpretováno jako dekompenzace celkového stavu progresí kardiovaskulárního onemocnění či zhoršená mozková ateroskleróza.

Podvýživa je velmi častá i mimo nemocnici. Zejména se vyskytuje u chronicky nemocných seniorů, a to jak v domácích podmínkách, tak v sociálních zařízeních, např. v domovech důchodců (4). Zejména u těchto jedinců se stav výživy během pobytu v nemocnici dále zhoršuje. Záludné je však to, že většinou dochází ke ztrátě buněčné tělesné hmoty (zejména kosterní svaloviny), zatímco tuková tkáň zůstává relativně zachována. Ztráta svaloviny může být navíc maskována retencí tekutin a tvorbou otoků, tedy stavem, který se s akutním zánětlivým onemocněním velmi často pojí. Ztráta tělesné svaloviny zřej-

Obrázek 1. Formulář záznamu příjmu stravy vytvořený pro potřeby FN Hradec Králové



Klinika:

Fakultní nemocnice Hradec Králové

ZÁZNAM PŘÍJMU STRAVY

Snědl:	vše	3/4	1/2	1/4	nic
datum:.....	☒	☐	☐	☐	☐
- snídaně	☐	☐	☐	☐	☐ pozn.:
- oběd	☐	☐	☐	☐	☐
- večeře	☐	☐	☐	☐	☐
datum:.....					
- snídaně	☐	☐	☐	☐	☐ pozn.:
- oběd	☐	☐	☐	☐	☐
- večeře	☐	☐	☐	☐	☐
datum:.....					
- snídaně	☐	☐	☐	☐	☐ pozn.:
- oběd	☐	☐	☐	☐	☐
- večeře	☐	☐	☐	☐	☐

mě zhoršuje zánětlivou odpověď organismu na základní onemocnění. Zánětlivá odpověď současně zhoršuje chuť k jídlu a příjem stravy. Prohlubuje se tak malnutrice, ta dále zhoršuje zánětlivou odpověď a vzniklý bludný kruh končí často smrtí. U nemocných, kteří překonají akutní onemocnění, vede podvýživa ke zhoršené rehabilitaci.

Z uvedených důvodů je nezbytně nutné sledovat stav výživy a aktivně vyhledávat nemocné, u kterých hrozí komplikace s podvýživou spojené (tzv. nutriční screening).

Základní část nutričního screeningu trvá několik vteřin a je založena na zodpovězení čtyř základních otázek:

- Došlo ke ztrátě tělesné hmotnosti během posledních tří měsíců?
- Zhoršil se příjem stravy během posledního týdne?
- Je pacientův Body Mass Index (BMI) nižší než 20,5?
- Trpí pacient základním závažným onemocněním (těžký zánět, operace, pobyt na JIP)?

Obrázek 2. Formulář záznamu příjmu stravy vytvořený pro potřeby FN Hradec Králové



Fakultní nemocnice Hradec Králové
ZÁZNAM PŘÍJMU STRAVY

Snědl:

vše

3/4

1/2

1/4

nic

datum: 5.12.

☒

snídaně

☐

oběd

☐

večeře

datum: 6.12.

☐

snídaně

☒

oběd

☐

večeře

datum: 7.12.

☒

snídaně

☒

oběd

☒

večeře

☐

pozn.:

☐

NUTRIČNÍ NE

☐

III

☐

pozn.:

☐

NUTRIČNÍ NE

☒

II

☐

pozn.:

☐

☐

/

Pokud je odpověď alespoň na jednu otázku kladná, pak je nutné pokračovat v detailnějším nutričním screeningu (5). U nemocných, u nichž hrozí riziko spojené s malnutricí, je doporučeno vyšetření dietologem a zahájení nutriční podpory.

Uvedená metoda je velmi vhodná pro aktivní vyhledávání nemocných. Neřeší však sledování příjmu stravy, které může být během prvních dní v nemocnici často snížené. Důležité je sledování příjmu stravy a jeho cílené zapisování. Bylo prokázáno, že odhad příjmu stravy s přesností

na 1/4 porce je dostatečný pro zahájení nutriční podpory (6).

Za tímto účelem byl na naší klinice vytvořen formulář, s jehož pomocí lze předepsat správné množství nutriční podpory. Výhodou tohoto postupu je zejména jeho rychlost. Sestra odhaduje příjem stravy s přesností na 25 % u tří hlavních jídel. Výsledný průměr ji informuje o množství stravy, které nemocný snědl. Při výpočtu se vychází z předpokladu, že denní příjem u hospitalizovaných nemocných je 2100 kcal. Pokud nemocný snědl 50 %, pak je nutné zbývajících 50 % dopl-

nit formou přídatku. Snědené množství stravy i forma přídatku se zaznamenávají do formuláře. Lékař na vizitě zkontroluje celkový příjem a eventuálně indikuje náročnější formu nutriční podpory (enterální výživa nebo parenterální výživa).

Uvedený způsob odhadu příjmu stravy a podávání nutričních doplňků je na Klinice gerontologické a metabolické zaveden více než 3 roky. S jeho pomocí se nám daří zajistit správný nutriční příjem u všech nemocných. Z našich zkušeností je patrné, že právě včasná diagnostika nedostatečného příjmu potravy vede ke správnému zahájení nutriční podpory formou sippingu.

Literatura

1. ENHA, BAPEN, ILC-UK. Malnutrition aminy older people in the community. Policy Recommendations for Change 2006.
2. Norman K, Richard C, Lochs H, Pilich M. Prognostic impact of disease-related malnutrition. Clinical Nutrition, 2008, 27: 5–15.
3. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease-related malnutrition: and evidence-based approach to treatment. Wallingford: CAB International 2003.
4. Meijers JMM, Schols JMGA, van Bokhorst-de van der Schueren MAE, Dassen TH, Halfens RJG. Malnutrition in Dutch Health Care Organisations (abstrakt) 2007.
5. Kondrup J, Allison SP, Elia M, Vellas B, Plauth M. Educational and Clinical Practice Committee, European Society of Parenteral and Enteral Nutrition (ESPEN). ESPEN guidelines for nutrition screening 2002. Clin Nutr. 2003; 22: 415–421.
6. Odlund Olin A, Koochek A, Ljungqvist O, Cederholm T. Nutritional status, well-being and functional ability in frail elderly service flat residents. Eur J Clin Nutr. 2005; 59: 263–270.

prof. MUDr. Luboš Sobotka, CSc.
Klinika gerontologická a metabolická FN
Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové
pustik@flhk.cuni.cz