

Trpělivost uzdravení přináší

MUDr. Zdeněk Monhart, Ph.D.¹, MUDr. Jitka Křižanová²

¹Interní oddělení, Nemocnice Znojmo, p.o.

²Oddělení radiační a klinické onkologie, Nemocnice Znojmo, p.o.

Operovaný pacient se zhoubným novotvarem zažívacího traktu je významně ohrožen malnutricí. Důsledná nutričně metabolická péče v pooperačním období je důležitá pro dobrý výsledek operačního výkonu i celkový osud pacienta. V některých případech je potřeba umělé výživy v pooperační péči dlouhodobá, několikaměsíční, a trpělivost a vytrvalost ošetřujícího týmu je nezbytností. Kazuistika našeho pacienta, který podstoupil resekci žaludku pro nonhodgkinský lymfom, představuje jeden z těchto případů. Pooperační umělou výživu jsme podávali 5 měsíců parenterální i enterální formou s dobrým efektem – došlo ke zhojení operační rány i všech pooperačních komplikací a pacient byl v dobrém stavu propuštěn domů. Po několika letech je bez známky recidivy maligního onemocnění.

Klíčová slova: malnutrice, umělá výživa, intenzivní péče, punkční jejunostomie.

Patience yields recovery

A patient operated on for a malignant neoplasm of the digestive tract is at a significant risk of malnutrition. Thorough nutritional metabolic care in the postoperative period is important for a good outcome of the surgical procedure as well as for the overall fate of the patient. In some cases, artificial nutrition in postoperative care is required on a long-term basis, over several months, and patience and persistence of the attending team are essential. The case report of our patient, who underwent gastric resection for non-Hodgkin lymphoma, represents one of these cases. Postoperative artificial nutrition was administered for five months via parenteral and enteral routes with a good effect – there was healing of the surgical wound as well as of all postoperative complications and the patient was discharged home in a good condition. Several years later, he has no signs of recurrence of malignant disease.

Key words: malnutrition, artificial nutrition, intensive care, puncture jejunostomy.

Interní Med. 2012; 14(5): 229–230

Úvod

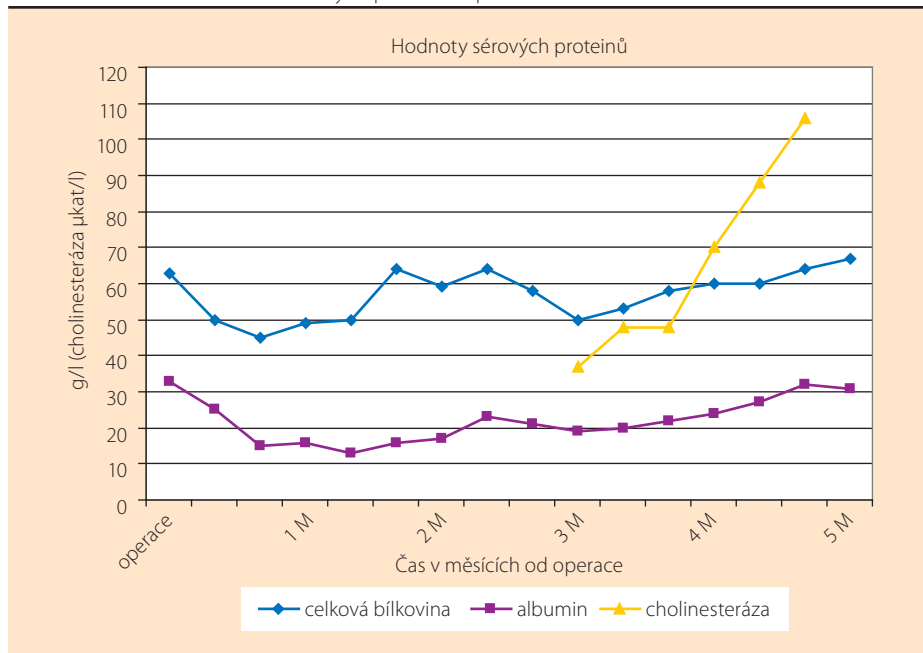
Operovaný pacient se zhoubným novotvarem zažívacího traktu je významně ohrožen malnutricí – ať již v souvislosti se základním onkologickým onemocněním a jím navozeným zvýšeným klidovým energetickým výdejem, nebo vlivem chirurgického zákroku (1–3). Resekční výkony na trávicím traktu představují pro pacienta nejen obecnou zátěž velkým operačním výkonem, ale také riziko sníženého přirozeného perorálního příjmu při operaci navozené poruše trávení či vstřebávání. S malnutricí je spojena řada možných komplikací v perioperačním období – například respirační insuficience v důsledku snížené výkonnosti bránice, mezižebních svalů i pomocného dýchacího svalstva, což může vyústit v nutnost umělé plicní ventilace. Podobnou etiologii může mít i rozvoj plicní infekce v časném pooperačním období u hypoventilujícího pacienta (4, 5). Důsledná nutričně metabolická péče v pooperačním období je důležitá pro dobrý výsledek operačního výkonu i celkový osud pacienta (6). Preferovanou cestou pro déletrvající umělou výživu je enterální podávání, které je technicky jednodušší a s menším rizikem komplikací než výživa parenterální. Parenterální podání je indikováno tehdy, když anatomický nebo funkční stav gastrointestinálního traktu neumožňuje

výživu enterální. U pacientů v intenzivní péči tyto dva přístupy často kombinujeme, i když stav vyžaduje dominantní podíl parenterální výživy, část nutrientů by měla být přiváděna cestou enterální, pokud je to možné (7–9). Součástí dlouhodobé umělé výživy je i komplexní ošetřovatelská, a především rehabilitační péče, která je nezbytná k zabránění dalšímu úbytku svalové hmoty a pro zvýšení svalové síly nemocného (10, 11). Důležitá je i psychologická podpora rodiny a ošetřujícího personálu, nežádka ve spolupráci s klinickým psychologem (12). Doba podávání umělé výživy není nijak limitována – pacienta živíme tak dlouho, dokud to stav vyžaduje (13). Následující kazuistika dokazuje, že v některých případech je potřeba umělé výživy v pooperační péči protahovaná a i po mnoha měsících zdánlivě beznadějného průběhu se můžeme dočkat obratu k lepšímu s dobrým koncem.

Popis případu

Na interní oddělení byl přijat 61letý pacient k došetření pro bolesti břicha a hubnutí. V anamnéze uváděl pouze arteriální hypertenzi, jinak byl zdravý. Gastroskopickým vyšetřením byla diagnostikována infiltrace přední stěny žaludku s histologickou verifikací nonhodgkinského lymfomu. Pacient byl indikován k chirurgickému výkonu. Před operací nebyl udáván

hmotnostní úbytek, pacient vážil 79 kg, stav výživy byl hodnocen jako dobrý. Na chirurgickém oddělení byla provedena subtotální resekce žaludku s odstraněním omenta a lymfatických uzlin. Pooperačně došlo k infekci dutiny břišní s komplikovaným hojením rány, od 4. pooperačního dne byla podávána plná parenterální výživa. Stav byl dále komplikován rozvojem plicní infekce s respirační nedostatečností, která si vynutila napojení na umělou plicní ventilaci (19. pooperační den). Pacient byl prolongováně uměle ventilován přes tracheostomii (19.–50. pooperační den), proběhla dlouhodobá léčba několika režimy antibiotik a antimykotik podle citlivosti. Po dobu hospitalizace na anesteziologicko-resuscitačním oddělení byla podávána kombinovaná umělá výživa – kombinovaná parenterální výživa cestou centrálního žilního katétru (Clinomel) a enterální výživa nazogastričnou sondou (Nutrison) – kalkulována byla na zvýšené potřeby pacienta v metabolickém stresu s těžkou infekcí v pooperačním období. I přes umělou výživu a trvalou rehabilitaci došlo k výrazné ztrátě svalové hmoty a spontánní hybnosti. Pacient byl po dlouhodobé resuscitační péči přeložen 91. pooperační den k pokračování léčby na JIP chirurgického oddělení, vzhledem k celkovému stavu a výrazné kachexii byla prognóza pacienta hodnocena jako nepří-

Graf 1. Přehled hodnot metabolických parametrů pacienta

znívá. Devadesátý šestý pooperační den byla zavedena punkční endoskopická jejunostomie, pacient dále nevyžadoval chirurgickou léčbu a byl přeložen k další nutriční a rehabilitační péči na JIP interního oddělení. Při přijetí byl apatický, somnolentní, ve fyzikálním nálezu dominovala těžká kachexie s výraznou ztrátou svalové hmoty, tachypnoický, nicméně dostatečná spontánní ventilace. Hybnost byla minimální, pacient dokázal pouze pozvednout prsty rukou nad podložku. Na našem lůžku byl plně živěn pouze cestou punkční jejunostomie (Nutrison) podle kalkulované energetické potřeby již bez podílu parenterální výživy. Součástí léčby byla i rehabilitační péče – nejprve pasivní cvičení a polohování. Po zlepšení stavu pacienta kondiční a dechová cvičení dle možností jeho spolupráce. Postupně jsme se snažili o zahájení příjmu per os. Po počátečních zkušenostech s perorálním příjmem jsme měli obavy o spolupráci pacienta při „rozjídání se“ na nezáživné šetřící nemocniční dietě. Proto jsme využili péče rodiny a nabízeli pacientovi ve velmi malých „motivačních“ porcích jeho oblíbenou domácí stravu. Dále jsme intenzivně spolupracovali s dietní sestrou, která pro pacienta denně sestavovala individuální jídelníček podle jeho preferencí, naším pokynem byl dostatečný obsah bílkovin a dostatečný celkový energetický obsah připravované diety. Touto komplexní péčí jsme postupně dosáhli zlepšení hodnot metabolických parametrů (graf 1), a především zlepšení svalové síly a hybnosti pacienta. Naštěstí již nedošlo k další infekci, která by jistě rekonvalescenci pacienta výrazně zkomplikovala. 140. pooperační den jsme paci-

enta mohli přeložit z lůžka intenzivní péče na standardní oddělení při kombinované výživě per os a jejunostomií. V dalších dnech jsme se úspěšně snažili o postupnou vertikalizaci pacienta, 150. pooperační den byla při již plném perorálním příjmu zrušena punkční jejunostomie a pacient byl 153. pooperační den propuštěn domů, chodící pouze s lehkou oporou. Další onkologická léčba nebyla ošetřujícím lékařem s ohledem na stav pacienta doporučena. Po propuštění pokračovala rekonvalescence a intenzivní rehabilitace po dobu několika měsíců s úplným návratem k předoperační kondici (obrázek 1). Nyní je pacient po sedmiletém sledování bez známek recidivy základního onemocnění.

Závěr

Kazuistika prezentuje případ pacienta, který podstoupil resekci žaludku pro nonhodgkinský lymfom s omentektomií a lymfadenektomií s komplikovaným hojením rány a opakovanými plicními infekcemi. Pooperační průběh vyžadoval prolongovaný pobyt po dobu 5 měsíců na lůžku intenzivní péče s kombinovanou parenterální a enterální výživou. Vytrvalou nutriční péčí považujeme za významný faktor, který umožnil uzdravení našeho pacienta. Nedílnou součástí úspěchu byla intenzivní rehabilitační péče, úzká spolupráce s dietní sestrou a v neposlední řadě i psychická podpora rodiny pacienta, která se hrála nezastupitelnou roli při udržení jeho vůle k uzdravení. Po sedmi letech je bez známek recidivy základního onemocnění a jeho zdravotní stav je velmi dobrý. Zpětně bychom zdůraznili nutnost pečlivého zhodnocení nutričního stavu

Obrázek 1. Stav po rekonvalescenci a rehabilitaci

před rozsáhlým resekčním výkonem v dutině břišní – se zvažením velmi časně zahájené pooperační umělé výživy u rizikového pacienta.

Autoři získali souhlas pacienta se zveřejněním jeho případu.

Literatura

1. Voleková M. Změny metabolismu u onkologicky nemocného. In: Wilhelm Z, a kol. Výživa v onkologii. NCO NZO, Brno 2004: 33–44.
2. Laviano A, Meguid MM. Nutritional issues in cancer management. Nutrition 1996; 12(5): 358–371.
3. Soška V. Metabolismus a výživa kriticky nemocných. In: Ševčík P, a kol. Intenzivní medicína. Galén, Praha 2000: 312–339.
4. Bonaventura J. Perioperační a pooperační péče o nemocné s novotvary zažívacího traktu. In: Wilhelm Z, a kol. Výživa v onkologii. NCO NZO, Brno 2004: 125–134.
5. Maňák J. Polyneuropatie a myopatie kriticky nemocných. In: Zadák Z, a kol. Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. Grada Publishing, Praha 2007: 310–313.
6. Ryan AM, Healy LA, Power DG, et al. Short-term nutritional implications of total gastrectomy for malignancy, and the impact of parenteral nutritional support. Clin Nutr. 2007; 26(6): 718–727.
7. ESPEN Guidelines for adult parenteral nutrition. Clin Nutr 2009; 28: 359–479.
8. Shrikhande SV, Shetty GS, Singh K, Ingle S. Is early feeding after major gastrointestinal surgery a fashion or an advance? Evidence-based review of literature. J Cancer Res Ther. 2009; 5(4): 232–239.
9. Sobotka L, Allison SP, Forbes A, et al. Basics in clinical nutrition. Galén, Praha 2011.
10. Tošnerová V. Rehabilitace v intenzivní péči. In: Zadák Z, a kol. Intenzivní medicína na principech vnitřního lékařství. Grada Publishing, Praha 2007: 93–101.
11. Jack S, West M, Grocott MP. Perioperative exercise training in elderly subjects. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2011; 25(3): 461–472.
12. Brodanová M. Obecné zásady metabolického ovlivnění katabolických stavů. In: Brodanová M, a kol. Infuzní terapie, parenterální a enterální výživa. Grada Publishing, Praha 1994: 174–177.
13. Nutritional planning for patients with protein and calorie deficiency. In: Alpers DH, a kol. Manual of nutritional therapeutics. Little, Brown and company, Boston 1995: 265–280.

Článek přijat redakcí: 1. 3. 2012
Článek přijat k publikaci: 12. 3. 2012

MUDr. Zdeněk Monhart, Ph.D.

Interní oddělení, Nemocnice Znojmo, p.o.
MUDr. J. Janského 11, 669 02 Znojmo
zdenek.monhart@nemzn.cz