

Hladovění v nemocnici

MUDr. Zuzana Kala Grofová

Nutriční a dietologické oddělení, Interní klinika, Pardubická krajská nemocnice, a.s.
Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

V EU trpí podvýživou více než 20 milionů obyvatel. U 30–40 % pacientů přijatých do nemocnice je podvýživa patrná již při přijetí a je vlastním důvodem hospitalizace a u 2/3 se dále prohlubuje. Podvýživa vzniká hladověním. Termín hladovění není často správně chápán jako nedostatečný příjem stravy a/nebo výživy. Důvodů, proč pacienti v nemocnicích hladoví, je celá řada. Patří mezi ně také profesionální slepota s větším zaměřením na technologie a sofistikované postupy než na jednoduché sledování příjmu stravy a vážení pacientů. Komplexní léčba zahrnuje i nutriční péči s použitím různých druhů umělé výživy, která v dnešní době dokáže hladovění v nemocnici zabránit.

Klíčová slova: hladovění, podvýživa, váhový úbytek, stresové hladovění, komplikace podvýživy.

Starvation in hospitals

More than 20 millions of EU inhabitants suffer from undernutrition. 30–40 % patients admitted to hospitals are undernourished. Malnutrition is frequently their main reason for hospitalisation and in 2/3 of patients it gets worse during the hospital stay. Undernutrition is caused by starvation. The term starvation is often not understood correctly as insufficient food or nutrition intake. There are multiple reasons for hospital starvation including a professional blindness that leads to focusing on technologies and sophisticated methods more than on simple follow up the food intake and checking patients body weight. A complex treatment includes also nutritional care using different kinds of artificial nutrition that can currently prevent starvation in hospitals.

Key words: starvation, undernutrition, weight loss, stress starvation, complications of malnutrition, costs of malnutrition.

Interní Med. 2012; 14(1): 38–39

Hladovění

Hladovění znamená nedostatečný příjem kvalitní stravy. Rozumí tomu výrazu ale všichni stejně? V malé anketě odpovídali písemně laici (L) i zdravotníci (Z) (n=63; L=33, Z=30) na otázku: Co si představíte pod pojmem HLADOVĚNÍ? Nejčastější odpovědi laiků bylo 1. mít hlad; 2. nedostatek jídla; 3. v Africe a v Asii; 4. dlouho nejíst (3 dny a více), 5. zemřít hladu; 6. neschopnost se živit; anorexie; hladovka kvůli hubnutí; za války; zvíře, když nemůže něco ulovit. Polovina zdravotníků definovala hladovění jako špatný příjem potravy a nedostatečný příjem složek výživy. Menší počet uváděl nedostatečný příjem energie, častější byla i odpověď nedostatek vitaminů. Odpovědi úbytek na váze, malé porce jídla, neschopnost se najíst, dobrovolné i nedobrovolné nepřijímání jídla, nepřijímání z důvodů materiálních, pocit hladu a člověk nemá potřebu jídla se vyskytl jen jedenkrát.

Z uvedených názorů laiků i zdravotníků plyne, že lidé obecně nechápou význam slova hladovění jednotně. Při debatě se zdravotníky se také ukázalo, že sice písemně definují hladovění často správně, ale současně se domnívají, že pacient, který nemá hlad, a jí proto méně, nehladoví, protože mu menší porce stačí. A to je bohužel zásadní omyl. Setkala jsem se dokonce s tím, že jako řešení problémů s menším příjmem jídla byly pacientům objednávány ze stravovacího provozu jen poloviční porce!

Pacient, který nedostatečně přijímá stravu, hladoví, přestože třeba nepocituje hlad. Hladovění vede k podvýživě. Podvýživu lze zjednodušeně charakterizovat jako nechtěné zhubnutí. Podvýživou netrpí jen člověk, který je evidentně „kost a kůže“, ale i pacient, který hubne v domácím prostředí nebo během hospitalizace. Základní příčinou nechtěného hubnutí je hladovění způsobené omezeným příjmem jídla. **Odhalení problému v nemocnici není nijak náročné na čas ani na vybavení. Stačí pacienty pravidelně vážit a sledovat (a ještě lépe zapisovat) příjem stravy, dostačující je záznam na čtvrtiny porce.**

Příčiny hladovění v nemocnici

Důvodů, proč člověk nejí, je celá řada. Mnohé způsobuje sama základní choroba (1). Nejmarkantněji se projevují například nádorová onemocnění horního zažívacího traktu. Nejde však o důvod jediný. Pacient může jídlo omezovat, protože mu nevyhovuje nemocniční prostředí, poloha při jídle, jídlo je pro něj z nějakého důvodu nedostupné (např. leží na stolku, kam si pacient nedosáhne), nevyhovuje mu doba podávání jídla, o doneseném jídle neví, při snížené pohyblivosti se bojí jíst nebo pít, aby se nemusel přemísťovat na toaletu, na jídlo je málo času, dostává nevhodné pomůcky (např. pouze lžičky a nikoli celý příbor), má bolesti, strach z nemocí, obavy obtěžovat personál, má nevyhovující

nebo žádnou zubní protézu. Významným činitelem jsou poruchy polykání a ztráta chuti k jídlu. Příjem stravy zhoršuje také podávání některých léků, agresivní protinádorová léčba, rozsáhlé operační výkony a vyšetřování spojené s opakovaným lačněním, což jsou příčiny jasně iatrogenní.

Pacienti skutečně v nemocnicích hladoví. Je to potvrzeno četnými studiemi a zprávou iniciativy Fight against Malnutrition (Boj s malnutricí), která uvádí, že 20 milionů obyvatel Evropské unie trpí podvýživou, což stojí ročně 170 miliard Eur (2, 3). Odhady pro ČR hovoří o 66 miliardách korun ročně (4). Starší lidé jsou v riziku podvýživy z 68 % a během hospitalizace se riziko zvyšuje na 80 %. Dle jiných statistik a studií je 30–40 % pacientů v nemocnicích malnutričních a 2/3 pacientů hmotnost v průběhu hospitalizace ztrácí, což znamená, že hladověli (5). U mnohých pacientů je podvýživa patrná již při přijetí a je sama důvodem hospitalizace, během níž se dále prohlubuje (6). Na hladovění v nemocnici se podílí kromě nemoci samé a některých léčebných postupů často nezáměrně a profesionální slepota. Personál se někdy zaměřuje více na technologie a sofistikované postupy než na sledování hmotnosti a příjmu stravy.

Sestry z praxe (n=64), které si rozšiřují vzdělání kombinovaným studiem ošetřovatelství, podstupují test z předmětu klinická výživa. Nesprávné odpovědi jsou často tristní. Například

39,2 % sester nevidí žádnou spojitost mezi podvýživou a hladověním (hladovění nevede k váhovému úbytku 22 %; podvýživa není způsobena hladověním 17,2 %). 44 % sester nepovažuje ztrátu chrupu, ztrátu chuti k jídlu, mechanický útlak horního zažívacího traktu nebo snížený příjem stravy za možnou příčinu podvýživy (7).

Podvýživa a hladovění, které k ní vede, jsou často přehlíženy a není jim věnována dostatečná pozornost počínaje nejbližším ošetřujícím personálem a konče managementy zdravotnických zařízení.

Stresové hladovění

Velmi závažnou situaci s rozsáhlými následky a komplikacemi, které značně zvyšují náklady, představuje hladovění stresové, které probíhá u pacientů v těžkých stavech (po velkých operacích, po zákrocích u nutričně nepřipraveného pacienta, polytraumatech, popáleninách, těžké akutní nekrotizující pankreatidě či jiných onemocněních, které vedly ke kritickému stavu). Stresové hladovění způsobuje rychlou ztrátu cenné svalové hmoty. Tato univerzální reakce na těžké inzulty vede ke katabolismu, zhoršenému fungování imunitního systému, nehojení ran. Následují infekční komplikace včetně septických, proleženiny, rozpady operačních ran či anastomóz, nutnost napojení na umělou plicní ventilaci či obtížné odpojování, multiorgánové selhání. Celkově stav může skončit smrtí pacienta. Náklady na intenzivní péči jako takovou a antibiotika se šplhají k milionovým částkám. V léčbě pacienta má nezastupitelné místo cílená nutriční terapie, která zmírňuje dopady stresového metabolismu na organismus.

Jak to vidí sestry? 50 % z testovaných nevidí souvislost mezi podvýživou a hojením nebo imunitou, 48,4 % si nemyslí, že podvýživa spojená s velkým stresem vede ke smrti, 47 % nevidí vztah mezi stresovým hladověním a hojením, 48,4 % mezi stresovým hladověním a imunitou (7).

Potřeba bílkovin

Hladovění znamená nedostatečný přísun energie a/nebo proteinů. Ztráta hmotnosti je

Tabulka 1. Ztráta hmotnosti je provázána ztrátou bílkovin (10)

Ztráta hmotnosti (%)	Ztráta bílkovin (%)
5	11,2–16,8
10	15,2–20,8
15	19,2–24,8
20	až 30

provázána ztrátou tělesných bílkovin (svalové hmoty i viscerálního proteinu) (tabulka 1).

Je otázkou, zda nemocniční strava obsahuje dostatečné množství kvalitní bílkoviny s alespoň 60 % bílkovin vysoké biologické hodnoty (živočišných s plným spektrem esenciálních aminokyselin). Další otázkou je, zda je pacient potřebné množství skutečně schopen zkonzumovat. Zdravý dospělý potřebuje denně 0,8 g bílkovin na 1 kg tělesné hmotnosti. Potřeby stoupají s věkem a v nemoci. Zdravý senior potřebuje 1,2 g/kg/den. V nemoci potřeby stoupají na 1,5 g/kg/den i více. Zvýšený příjem bílkovin funguje velmi dobře v prevenci dekubitů, které jsou jednou z komplikací podvýživy. Při léčbě již vzniklých dekubitů se nároky značně zvyšují (8).

Konkrétně může potřeba bílkovin být 100 g a více (například 120–150 g za den). To by znamenalo sníst pětikrát denně po 20–30 g bílkovin. V tabulce 2 je uvedeno množství potravin s obsahem 20 g bílkovin. Zjistíme například, že by člověk se zvýšenou potřebou bílkovin měl sníst k snídani 3 vajíčka, na svačinu 4 jogurty, k obědu velké maso, ke svačině 100 g tvrdého sýra a k večeři kus ryby. Příklad je extrémní a obsahuje jen bílkoviny živočišné, v rostlinných zdrojích jsou také bílkoviny, ale v menších množstvích (9). Příklad nicméně ilustruje představu o značné objemnosti porcí, které pacient v nemocnici ani nedostává, ani by je nebyl schopen sníst. Nepřímo můžeme odvodit, že pacient se zvýšenými nároky na bílkoviny je často nemá pokryty dostatečným příjmem, pokud je odkázán pouze na nemocniční stravu (dieta č. 3, racionální, má podle dietního systému asi 80–85 g bílkovin).

Opatření

Individualizace diet vedená nutričními terapeuty je první jednoduché opatření. Otevírá se zde také prostor pro elegantní řešení v podobě umělé výživy, u pacientů s fungujícím zažívacím traktem zejména enterální (k popíjení – sippingu nebo určené do sond). Enterální výživa je jednoduchá a dobře dostupná. Pacienti v intenzivní péči využívají jak výživu enterální, tak parenterální.

Pokud ale hladovění a váhový úbytek nejsou odhaleny a sledovány, nebývá zavolán nutriční terapeut ani ordinována umělá výživa.

Někdy pro to bývá důvodem i falešná obava ze zvýšení nákladů. Počáteční investice do správné výživy pacienta se bohatě vrátí. Pacient, který se neproleží, který nedostane infekční komplikace, kterému se dobře zhojí rána, má dobrou svalovou sílu, zrehabilituje a soběstačný

se vrátí do domácího prostředí, kde spotřebuje méně zdravotní péče i méně léků, je podstatně „levnější“ než pacient, kterého kvůli podvýživě sužuje jedna komplikace za druhou.

Závěr

Dobrá výživa tak na rozdíl od hladovění a podvýživy zvyšuje účinnost ostatních léčebných postupů. Komplexní léčba zahrnuje i nutriční péči, která v dnešní době dokáže hladovění v nemocnici zabránit. Výživa je základní potřeba, proto k ní tak přistupujeme.

Tabulka 2. Obsah 20 g bílkovin v některých potravinách (9)

20 g bílkovin obsahuje:

- plátek masa nebo ryby
- 3 vajíčka
- 4 jogurty á 150 g
- asi 100 g tvrdého sýra
- asi 200 g tvarohu nebo tvarohového sýra
- 600 ml mléka
- 200 g šunky standard, 154 g výběrové, 125 g nejvyšší kvality
- 240 g vařených luštěnin, 250 g chleba

Literatura

1. Stratton RJ, Green CJ, Elia M. Disease – Related Malnutrition, CABI Publishing, Wallingford, UK.
2. Fight against Malnutrition: <http://www.espen.org/fight-against-malnutrition>.
3. Deklarace k boji s malnutricí a zdravotními problémy s ní spojenými, <http://www.avkv.cz/Novinky-a-aktuality/Novinky-a-aktuality/Deklarace-k-boji-s-malnutrici-a-zdravotnimi-problemy-s-ni-spojenymi/7-L1E.article.aspx>.
4. Tisková konference Asociace výrobců klinické výživy (AVKV), Zdravotnické noviny 14. 2. 2011, foto a video na <http://www.avkv.cz/Tiskove-zpravy-pro-media/Foto-a-video-z-tiskove-konference-Je-podvyziva-pacientu-v-nbsp-ceskych-nemocnicich-opravdu-problem/6-1y.article.aspx>.
5. Sobotka L. Basics in Clinical Nutrition. Galén, Praha 2004.
6. Kohout P, Rušavý Z, Šerclová Z. Vybrané kapitoly z klinické výživy I., Forsapi, Praha 2010.
7. Kala Grofová Z. Nurses from practice awareness about clinical nutrition. Clinical Nutrition Supplements 2011, 6(S1): 177.
8. Stratton RJ, Ek A-C, Engfer M, Moore Z, Rigby P, Wolfe R, et al. Enteral nutritional support in prevention and treatment of pressure ulcers: a systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev 2005; 4: 422–450.
9. Kala Grofová Z. Dieta pro vyšší věk. Forsapi, Praha 2011.
10. Thibault R, Pichard C. Nutrition and clinical outcome in intensive care patients. Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care 2010, 13(2): 177–183.

Článek přijat redakcí: 10. 10. 2011

Článek přijat k publikaci: 21. 10. 2011

MUDr. Zuzana Kala Grofová

Nutriční a dietologické oddělení,
Interní klinika, Pardubická krajská
nemocnice, a.s.

Kyjevěská 44, 532 03 Pardubice
zuzana.kalagrofova@upce.cz

