

Poruchy výživy – příčiny, diagnostika a terapeutické možnosti v terénní praxi

MUDr. Mgr. Drahomíra Vrzalová

II. interní klinika FN Olomouc

Včasná diagnostika poruch výživy v ambulantní sféře, správně odebraná anamnéza, podpořená fyzikálním i laboratorním vyšetřením a zajištění adekvátní léčby ve spolupráci s lékaři nutričních ambulancí vede ke zkvalitnění péče o nemocné.

Klíčová slova: malnutrice, enterální výživa, parenterální výživa.

Nutrition disorders – causes, diagnosis, and therapeutic options in field practice

Timely diagnosis of nutrition disorders in an outpatient setting, a properly taken history supported by physical as well as laboratory examinations, and securing appropriate treatment in collaboration with outpatient nutritionists all result in improved patient care.

Key words: malnutrition, enteral nutrition, parenteral nutrition.

Med. Pro Praxi 2009; 6(4): 195–196

Praktičtí i odborní lékaři pracující v ambulantní sféře jsou prvními, kteří často diagnostikují poruchy výživy u pacientů, provádějí vyšetření za účelem zjištění základního onemocnění vedoucího k malnutrici, zajišťují ve spolupráci se specialisty terapii malnutrice. Poruchami výživy je ohroženo až 50 % geriatrických pacientů, 45 % nemocných s chronickými respiračními chorobami, 80 % pacientů s nespecifickými střevními záněty (M. Crohn a ulcerózní kolitida) a 85 % pacientů s nádorovými nemocemi.

Malnutricí je označován stav výživy, při kterém nedostatek či nerovnováha energie, bílkovin a dalších živin vede k nepříznivým účinkům na lidský organizmus. Porucha výživy u nemocného může vznikat buď pozvolna během týdnů až měsíců, energie je získávána především z tukových zásob, z menší části dochází ke ztrátě svaloviny. Pacient viditelně kachektizuje. Tato forma malnutrice může postihnout pacienty s nádorovými chorobami zažívacího traktu, obecně v terminální fázi většiny nádorů, nemocné s chronickým onemocněním žlučníku, žlučových cest, chronickou pankreatitidou, s Crohnovou nemocí, ulcerózní kolitidou, demencí, mentální anorexií, malabsorpčními stavy.

Malnutrice, vzniklá při tzv. stresovém hladovění nebo při nedostatku hodnotných proteinů, vede k čerpání energie z aminokyselin proteinových zásob, za den může dojít ke spotřebování až 300 g svalstva. S tímto typem malnutrice se ambulantní lékař setká méně často. Postihuje spíše nemocné s polytraumaty, po velkých chirurgických výkonech, v sepsi, s metabolickým rozvratem, v kritickém stavu. Rozvoj malnutrice je velmi rychlý během několika dnů, provází většinou akutně vzniklé závažné nemoci a je také

vysvětlením, proč do té doby soběstačný zdravý člověk se stane během dnů imobilní, neschopný odkašlat, inkontinentní.

K malnutrici může vést velké množství situací. Neadekvátní příjem potravy bývá způsobený vadnou či úplně chybějící protézou, poruchami polykání vzniklými při cévní mozkové příhodě, překážkami (nejčastěji nádorem) v nasofaryngeální oblasti, v jícnu, žaludku, ale i při striktních jednostranných dietních omezeních. Je třeba zjistit, zda nedošlo ke změně životních a sociálních podmínek nemocného. Mezi příčiny z poruchy trávení patří chronické nemoci žlučníku, žlučových cest, nemoci pankreatu, laktózová intolerance, Crohnova choroba, celiakie. Většina chronických nemocí jater, ledvin a plic může vést k malnutrici stejně jako situace vyžadující zvýšenou potřebu energie (nádorové choroby, radioterapie, chemoterapie, infekce, stav po rozsáhlejší operaci).

Diagnostický proces poruchy výživy zahrnuje podrobný anamnestický rozbor situace nemocného. V nemocnicích je prováděn u hospitalizovaných pacientů nutriční screening, existují i dotazníky vhodné pro ambulantní použití. Dalším diagnostickým krokem je zjištění aktuální hmotnosti a výšky pacienta, vyhodnocením BMI a porovnání hmotnosti s minulou dokumentací. Jiná měření (kožní řasy na několika místech, měření obvodu paže nedominantní horní končetiny) se v ambulantní praxi většinou neprovádí. Při fyzikálním vyšetření upozorní lékaře na změnu výživy otoky, špatně se hojící rány, dekubity, suchá kůže, vypadávání vlasů, ale i zpomalené psychomotorické tempo, zhoršená schopnost expektorace, snížení svalové síly, zhoršená chuť, posazení na posteli či stisk ruky.

Mezi doplňující vyšetření poruch výživy patří laboratorní vyšetření krve, stanovení sérového albuminu, prealbuminu, transferinu, celkové bílkoviny, cholinesterázy, celkového cholesterolu, lymfocytů, kalia, hořčíku.

Léčba malnutrice spadá do kompetence lékařů s funkční licencí v oboru intenzivní metabolické péče a umělé výživy (F016). Praktičtí a ambulantní lékaři však mají mít povědomí o možnostech současné umělé výživy, systému organizace nutriční péče, přibývá nemocných léčených domácí enterální a parenterální výživou. V ČR je postupně budována síť nutričních ambulancí a nutričních center, kam je možné pacienty s poruchami výživy odeslat k vyšetření a terapii malnutrice.

Pacientovi v malnutrici je po řádné diagnostice stanovena, buď výpočtem či mechanickým odhadem, potřeba energie na kg a den. Rozvaha pak zahrne denní potřebu bílkovin, tuků a sacharidů a vody pro daného pacienta. Dalším krokem je rozhodnutí o zahájení nutriční podpory enterální či parenterální výživou.

Enterální výživa (EV) znamená podávání farmaceuticky připravených výživných roztoků do trávicích traktů. Bývá upřednostněna u nemocných s funkčním zažívacím traktem z důvodu menších komplikací při podávání, zachování přirozenějšího způsobu výživy a také ekonomické výhodnosti. Mezi možnosti EV patří sipping (popíjení) ochucených přípravků, většinou 1–3 balení po 200 ml denně (100 ml obsahuje 100–150 kcal). Je vhodné střídat příchutě, přípravky jsou volně prodejné, ale mohou být i preskribovány lékařem s funkční licencí F016 k úhradě zdravotní pojišťovnou. Slouží jako doplňková výživa. Ke krátkodobému

zajištění EV (na dobu 6–8 týdnů) slouží aplikační cesta nazogastrickou a nazojejunální sondou. Nazogastrická sonda je zavedena do žaludku, EV i tekutiny jsou podávány bolusově. Nazojejunální sonda zavedená do 1. kličky jejunu je určena k aplikaci pouze EV kontinuálně pomocí enterální pumpy. Pacient se zavedenou nazojejunální sondou může přijímat nadále tekutiny i jídlo perorálně. Takto bývají například léčeni pacienti s potřebou nutriční podpory při chronicky probíhajícím onemocnění pankreatu.

K dlouhodobé EV (déle jak 8 týdnů) je zakládána endoskopicky perkutánní gastrostomie (PEG). Sonda je zavedená přes stěnu břišní do žaludku a určená k bolusově podávané EV a tekutinám. Další v řadě možností je perkutánní jejunostomie – nejčastěji chirurgem založený katetr jako součást operačního výkonu, určený k podávání pouze EV kontinuálně pomocí enterální pumpy. V ČR je řada nemocných jak s nazoenterálními sondami, tak i PEG a jejunostomií léčena v domácím ošetření. Přípravky EV jsou předepisovány v nutriční ambulanci, kde lékař pravidelně hodnotí stav výživy, řeší vzniklé komplikace.

Parenterální výživa (PV) je způsob dodávání živin přímo do cévního systému za účelem udržení dobré nutrice a rovnováhy vnitřního prostředí. Z nejčastějších indikací to jsou akutní

Doporučení pro praxi

Diagnostika a léčba malnutrice v praxi praktického lékaře (PL)
1. Při každém vyšetření pacienta cílený dotaz na změnu hmotnosti, změnu v příjmu jídla
2. V průběhu každého akutního i chronického onemocnění cíleně sledovat hmotnost pacienta
3. Při každém vyšetření zvážit pacienta
4. Diagnózu malnutrice podpořit laboratorními odběry
5. Mít kontakt na nutriční ambulanci, kam bude pacient v případě poruchy výživy poslán k vyšetření a terapii, možnost telefonické konzultace PL s lékařem nutriční ambulance
6. Být obeznámen se současnými možnostmi nutriční podpory
7. Být obeznámen s riziky a komplikacemi provázející enterální a parenterální výživu aplikovanou v domácím prostředí

stavy (pacienti na JIP, ARO), předoperační příprava a pooperační péče, život ohrožující malnutrice, metabolický rozvrat. PV je krátkodobě při dodržení osmolality roztoků 900–1200 mosmol/l podávána periferní žílou, pro riziko povrchových flebitid je její použití omezené. Ke komplexní PV je určena aplikace centrálními žilami s nutností dodržovat sterilní podmínky. Využíván je systém all-in-one (vše v jednom vaku). Vak představuje jednotku obsahující jak tekutiny, aminokyseliny, tuky, sacharidy, stopové prvky. V současné době je možné mít pacienta se zavedeným permanentním katetrem či implantovaným venózním portem na domácí parenterální výživě, nejčastěji to jsou nemocní se syndromem krátkého střeva. Péči o tyto nemocné zajišťuje nutriční centrum.

Malnutrice provází řadu onemocnění a zhoršuje průběh základní nemoci, může vést ke smrti pacienta. Je proto nezbytné poruchy výživy včas diagnostikovat a zajistit odpovídající léčbu.

Léčba závažných poruch výživy patří do rukou lékařů s funkční licencí v oboru intenzivní metabolické péče a umělé výživy, jež opravňuje i pro předpis enterální a parenterální výživy do domácího ošetření.

MUDr. Mgr. Drahomíra Vrzalová
II. interní klinika FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 77520 Olomouc
drahomira.vrzalova@fnol.cz

