

Stav výživy onkologicky nemocných

Program sledování a vyhodnocování podvýživy u onkologicky nemocných včetně včasného intervenčního opatření ve Vítkovické nemocnici a. s. Ostrava probíhající v rámci projektu programu Ministerstva zdravotnictví ČR „Národní akční plány a koncepce“ – rok 2012 č. 31/12/NAP.



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

Osoby s nádorovým onemocněním trpí v některé fázi svého onemocnění podvýživou a hmotnostním úbytkem. Ztráta hmotnosti se vyskytuje až u 80 % osob s nádorovým onemocněním. Důvody mohou být různé, avšak důsledky hubnutí jsou alarmující. Právě nerovnováha mezi nutriční potřebou a skutečným příjmem potravy může vést k úbytku váhy způsobenému nádorovým onemocněním, ale i samotnou léčbou.

Onkologické onemocnění je systémové onemocnění celého organismu. Jedním z jeho mnoha projevů je také proteino-energetická malnutrice, která se projevuje váhovým úbytkem, nechutenstvím, sníženým příjmem potravy, úbytkem svalové hmoty, tukové tkáně, celkovou slabostí, anemií, změnou chuti jídla a jinými.

V rámci Vítkovické nemocnice a. s. v Ostravě se nutriční tým v období od července do listopadu 2012 věnoval za podpory Ministerstva zdravotnictví České republiky projektu s názvem Program sledování a vyhodnocování podvýživy u onkologicky nemocných včetně včasného intervenčního opatření. Jednalo se o projekt v programu Národní akční plány a koncepce, který pro rok 2012 vypsal MZ ČR na téma Výživa pacientů v nemocniční péči.

Projekt byl zaměřen na aktivní sledování a vyhodnocování nutričního stavu u všech onko-

logicky nemocných pacientů, kteří byli v daném období hospitalizováni na jednotlivých lůžkových odděleních Vítkovické nemocnice a. s., s výjimkou dětského oddělení.

Dalším záměrem programu bylo nastavení intenzivní spolupráce mezi nutričním týmem a onkologickou ambulancí (ve Vítkovické nemocnici neexistuje lůžkové onkologické oddělení), s cílem vybavit pacienta opouštějícího lůžko akutní péče s nedořešenou malnutricí relevantními informacemi a předáním pacienta do nutriční ambulance.

Do programu byli zařazeni pacienti s onkologickou diagnózou ve věku od 18 let života, a to aktivně léčení cestou onkologických center, na symptomatické terapii, ve fázi došetřování, také pacienti bez histologické verifikace nádoru, ale s jasnými známkami malignity.

Do programu nebyli zařazeni pacienti, kteří již byli vyřazeni z onkologické dispenzarizace a pacienti stran své onkologické diagnózy vyléčení.

U každého pacienta byl vypracován podrobný nutriční screening, kde jsme sledovali výšku, váhu, BMI, věk, stupeň onkologického onemocnění, váhový úbytek za poslední 3 měsíce, nutriční skóre při přijetí a propuštění, délku hospitalizace, velikost snědených porcí, zda byla poskytnuta nutriční intervence a jaká, nutnost další intervence po propuštění z hos-

pitalizace a předání kontaktů do nutriční ambulance.

Do projektu bylo zahrnuto za období červenec až listopad 2012 celkem 442 osob, z toho 243 mužů, 119 žen. Nejmladší pacient měl 39 let, naopak nejstaršímu pacientovi bylo 97 let. Průměrný věk činil 68 let. Průměrná délka hospitalizace činila 15 a půl dne. Stran stadia onkologické diagnózy byl největší počet pacientů zastoupen ve stadiu č. IV, tedy již pacienti s generalizovanou malignitou, a to nečíslymi 42 %.

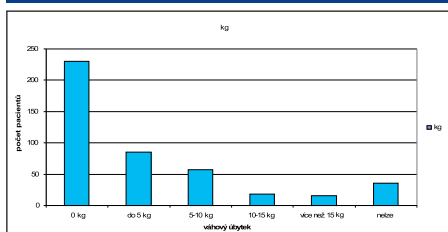
Mezi nejčastější onkologická onemocnění, se kterými přicházejí pacienti do naší nemocnice, patří zhoubné novotvary slinivky břišní, prsu, kolorektální karcinom a rakovina plic.

Nejpočetnější důvody hospitalizace – pacienti s onkologickým onemocněním, kteří byli ve Vítkovické nemocnici a. s. hospitalizováni z jiného než diagnostického nebo terapeutického postupu pro samotné onkologické onemocnění, pak nejčastěji přicházeli pro vznik nechutenství, výrazně snížený nebo nemožný příjem stravy, dyspepsii, průjemy, váhový úbytek, celkové zhoršení stavu, případně závažné komplikace.

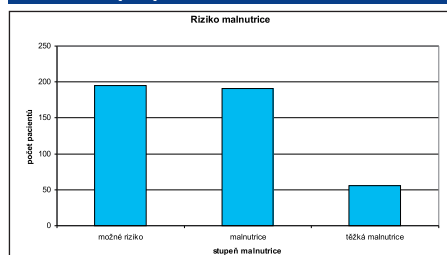
U 55 % pacientů jsme indikovali nutriční intervenci, a to nejčastěji ve formě bílkovinných přísadků, změny diety, přísadku modulových dietetik a sippingu. Celkem jsme na nutriční podporu ve formě tzv. sippingu vynaložili částku 87 840 Kč za sledované období. K sippingu bylo indikováno celkem 255 pacientů s onkologickou diagnózou z celkového počtu 442 pacientů s onkologickou diagnózou, což je téměř 61 % ze sledovaného souboru pacientů.

Plná enterální výživa podávaná nazogastrickou sondou nebo cestou PEG, případně nezbytná parenterální výživa, byla indikována celkem u 25 pacientů s onkologickou diagnózou, což činí v přepočtu 5,6 % ze souboru pacientů.

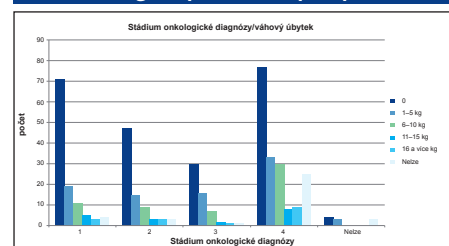
Graf 1: Váhový úbytek za poslední 3 měsíce



Graf 2: Výskyt rizika malnutrice



Graf 3: Vliv stádia onkologické diagnózy na váhový úbytek



Ve 234 případech jsme doporučovali následnou nutriční intervenci po ukončení hospitalizace. Tito pacienti dostali podrobnou informaci o existenci nutričních ambulancí, možnosti konzultací, indikací, kdy a kde danou ambulanci navštívit. Celkem 16,5 % pacientů se svěřílo, že již do některé z nutričních poraden či ambulancí docházejí.

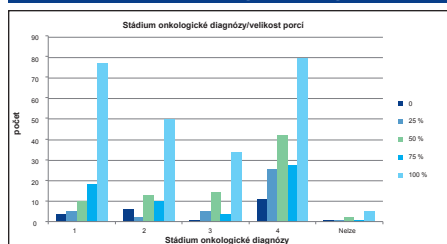
K **váhovému úbytku** za poslední 3 měsíce došlo u 40 % pacientů. U 52 % pacientů s onkologickou diagnózou nedošlo k žádnému váhovému poklesu. Váhové přírůstky před nástupem hospitalizace jsme nesledovali. U 36 pacientů nebylo možné zjistit, zda se váha za poslední čtvrtletí nějakým způsobem změnila (graf 1).

Příjem stravy z celého souboru sledovaných pacientů byl snížen téměř u poloviny, konkrétně u 45,7 % pacientů. Z toho u 8,3 % byl snížen příjem stravy na pouhých 25 % jejich původní porce. U všech těchto pacientů jsme neprodleně indikovali nutriční intervenci.

44 % pacientů ze sledovaného souboru s onkologickým onemocněním při přijetí v rámci prováděného nutričního screeningu nevyšlo v **riziku malnutrice**. Naproti tomu bylo v riziku malnutrice zachyceno celkově 43,2 % již přichozích onkologických pacientů k hospitalizaci a 12,6 % pacientů vyšlo již ve vysokém stupni malnutrice (graf 2).

Pacienti bez **váhového úbytku** byli nejvíce zastoupeni ve stadiu č. IV, jednalo se o pacienty s generalizovanou malignitou a dále ve stadiu č. I. Největší váhové úbytky za poslední 3 měsíce pak potvrdili pacienti rovněž ve stadiu č. IV.

Graf 4: Příjem stravy v závislosti na stadiu onkologické diagnózy



Tuto skupinu charakterizuje současně nejvyšší počet pacientů, u kterých nelze stanovit váhu, výšku ani váhový úbytek (graf 3).

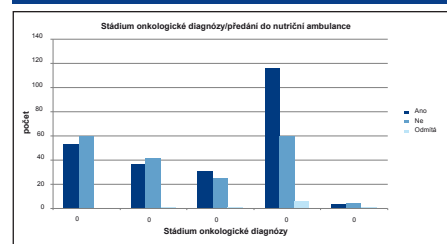
Nejvýznamněji omezený **příjem stravy** byl patrný u pacientů ve stadiu č. IV onkologické diagnózy. Ve stejné skupině však byl zastoupen rovněž nejvyšší počet konzumentů celých porcí podávané stravy (graf 4).

Jak vyplývá z grafu 5, nejvíce pacientů jsme **předali do nutriční ambulance** právě ve stadiu onkologické diagnózy č. IV. V dané skupině také nejvíce pacientů odmítá další řešení svého nutričního stavu.

Závěr

56 % všech hospitalizovaných pacientů ve Vítkovické nemocnici a. s. v Ostravě ve sledovaném období s onkologickou diagnózou, ať už hospitalizovaných pro onkologickou léčbu, stav související s onkologickým onemocněním, diagnostikou, nebo z jiného zdravotního důvodu, který nesouvisí s ná-

Graf 5: Počet pacientů předaných do nutriční ambulance v závislosti na stadiu onkologické diagnózy



dorovým onemocněním, bylo zachyceno v určitém stupni malnutrice. Tito pacienti nezbytně potřebovali specializovanou nutriční péči.

53 % pacientů bylo edukováno stran výživy a současně obdrželo informace o možnostech a dostupnosti nutričních ambulancí. Z celkového počtu všech hospitalizovaných onkologických pacientů pouze 16,5 % dochází do některé z nutričních ambulancí.

Nutriční ambulance a nutriční terapeuti jsou pro potřeby onkologie málo dostupnou a/nebo onkology málo využívanou možností. Je třeba zlepšit informovanost široké veřejnosti o možnostech nutričních intervencí, zlepšit spolupráci mezi onkology tak, aby mohla být všem nemocným s rizikem podvýživy poskytnuta včasná a systematická nutriční péče.

MUDr. Klára Zezulková¹, Mgr. Marie Kohutová²
lékařka Centra péče o zažívací trakt¹, nutriční terapeut²,
Vítkovická nemocnice a. s., člen skupiny AGEL

Krok vpřed...?

Přibližně před deseti lety byly prosazeny dvě významné změny v souvislosti se vzdělávacím systémem středoškolského a následného celoživotního vzdělávání zdravotních sester. V důsledku té první začaly „zdrávky“ produkovat „zdravotnického asistenta“, který nemá kompetence k samostatné práci, přestože řádně odmaturoval na střední škole. V důsledku té druhé začal „hon na kredity“ místo smysluplného zvyšování kvalifikace.

Oba tyto nekonceptní, nepřipravené a nesystémové kroky byly prosazeny a uvedeny do praxe přes vážné námitky zdravotnických škol a odborné i laické veřejnosti. Dnes se ukazuje, že námitky proti těmto „kro-

kům vpřed“ byly opodstatněné a je potřebné s tím „něco udělat“.

Tím „něčím“ má být:

1. zrušení dvojkolejnosti vzdělávání (vysoké školy nebo vyšší odborné školy) a opětovná snaha o zavedení víceúrovňového

systému ošetrovatelské péče do našich zdravotnických zařízení (pokolikáté už), což povede ke změnám (už zase) v požadavcích na dosažené vzdělání, čili opět zásah do nastaveného vzdělávacího systému,

2. zmírnění nesmyslné tvrdého kreditního systému, který je stále „ve vývoji“ a dosud není jasné, jak že to vlastně bude.

Možná by nebylo špatné porozhlédnout se po světě, kde už jsou pravidla nastavena, a v rámci tolik zdůrazňované kompatibility našich zdravotníků se světem se pokusit systém napodobit, nebo dokonce převzít.

Zpracování potřebných výzkumů, analýz a statistik by mohlo být zadáním závěrečných prací