

Úloha sestry při zjišťování stavu podvýživy

Vladislava Šenkýřová
Urologická klinika, FN Olomouc

Podvýživa je dlouhodobý proces, při kterém se organismu nedostávají základní živiny a látky potřebné k harmonickému tělesnému a duševnímu rozvoji. Bývá označována jako neviditelná humanitární katastrofa. Podle statistiky WHO trpí podvýživou celosvětově přibližně 800 milionů lidí, což je asi 20% obyvatel rozvojových zemí. V roce 2000 zemřeli v důsledku podvýživy na celém světě skoro 4 miliony lidí, z nichž 99% bylo z rozvojových zemí. Výzkum ve Fakultní Thomayerově nemocnici odhalil, že malnutrice se vyskytuje u 20–70% klientů nemocnice. Celých 20% klientů bylo podvyživeno už při přijetí k hospitalizaci.

Klíčová slova: podvýživa, typy malnutrice, prevence, léčba podvýživy.

The nurse's role in identifying malnutrition

Malnutrition is a long-term process in which the body lacks essential nutrients and substances required for a harmonious physical and mental development. It is sometimes referred to as an invisible humanitarian disaster. According to WHO statistics, approximately 800 million people suffer from malnutrition worldwide, which accounts for about 20% of the population of developing countries. In 2000, almost four million people died due to malnutrition worldwide, 99% of whom were from developing countries. A study in the Thomayer Memorial Teaching Hospital revealed that malnutrition occurred in 20–70% of the hospital's clients. As many as 20% of clients were malnourished on admission to hospital.

Key words: malnutrition, malnutrition types, prevention, treatment of malnutrition.

Urolog. pro Praxi, 2009; 10(2): 87–89

Podvýživa – malnutrice – je stav nedostatku živin důležitých pro stavbu těla nebo jeho správnou funkci. Jedná se o nedostatek základních živin (bílkovin, sacharidů, tuků) a dalších makro- a mikronutrientů. Mezi makronutrienty patří minerály sodík, draslík, magnezium. Mikronutrienty jsou látky, které přijímáme v malém množství, ale jsou pro náš organismus nepostradatelné – vitamíny a stopové prvky, které si tělo nedokáže samo vyrobit. Podle zjištěných nedostatků rozdělujeme malnutriční na energetickou (marantickou) a proteinovou.

Marantický typ je způsoben nedostatečným přísunem energie, případně jejím vyšším výdejem v důsledku nadměrné pohybové aktivity nebo častěji působením nemoci.

Proteinová (kwashiorkor-like) malnutrice je způsobena nedostatečným přísunem kvalitních bílkovin nebo působením katabolického procesu, který odčerpává rezervy organismu, které byly určeny pro jiné účely.

Pokud se organismus na nedostatečný příjem energie adaptuje bez obtíží, mluvíme o malnutriční s dobrou adaptací na hlad. Jestliže se malnutrice projeví vysokým energetickým výdejem a využíváním vlastních bílkovin jako zdroje energie – malnutrice stresová. Při malnutriční klesá produkce anabolických hormonů, které se podílí na stavbě organismu, postupně dochází ke snížení množství svalové hmoty.

Vznik podvýživy má obvykle hodně příčin:

- Neadekvátní příjem potravy, resp. energie a kvalitních bílkovin (diety, anorexie,

Tabulka 1. Důsledky podvýživy

Imunitní systém	Zde dochází ke snížení obranyschopnosti organismu, zvyšuje se riziko infekce, dochází k horšímu hojení ran a regenerace orgánů.
Kardiovaskulární systém	U srdce dochází ke snížení hmotnosti na úkor aktivní svalové hmoty myokardu, což může vést i k vzniku srdečních arytmií.
Dýchací systém	Díky slabým dýchacím svalům dochází k nedostatečné ventilaci a tím k hyperkapnii a hypoxii. Povrchní dýchání vede k atelaktáze a stagnaci bronchiálního sekretu a rozvoji plicní infekce.
Termoregulační systém	Zde je riziko poklesu tělesné teploty.
Pohlavní orgány	Podvýživa vede k amenorei a poklesu libida.
Gastrointestinální trakt	Zde se zhoršuje motilita, je oslabena střevní bariéra s možným průnikem bakterií do krevního oběhu, což vede k rozvoji sepse.
Krvetvorný systém	Možnost rozvoje – sideropenická anémie, pancytopenie.
Minerálové hospodářství	Zde dochází k hypokalémii, hypofosfatémii, hypomagnezií, což může způsobit poruchy srdečního rytmu až srdeční zástavu, osteoporózu, osteomalicii s rizikem zlomenin.

Tabulka 2. Potíže, které můžeme očekávat u klienta s podvýživou

Sucho v ústech	Často bývá díky nízkému příjmu tekutin, nežádoucí účinky léků. Doporučuje se pravidelně provádět hygienickou péči o dutinu ústní. Špatná péče o dutinu ústní vede k rozvoji atrofie sliznice. Pomáhá cucání kostek ledu, kousku ananasu z konzervy, žvýkačka bez cukru, šumivé tbl. vit. C, ústní voda.
Bolest v ústech a při polykání	Má se jíst častěji a menší porce (6–8krát za den). Doporučuje se pít tekutiny pomocí slámk. K jídlu podáváme chlazené koktejly, zmrzlinu s ovocem, jogurty, omelety se zavařeninou, kaše. Vyhýbáme se horké stravě a citrusovým plodům.
Nauzea	Doporučuje se 30 min. před jídlem podat antiemetika (dle ordinace lékaře). Vynecháme potraviny výrazně sladké a ostré. K pití jsou lepší nápoje bez bublin, s ledem. Jídlo volíme slané, tuhé lehce stravitelné. Jíst se doporučuje v polosedě a neulehat ihned po jídle.
Průjem	Doporučuje se vypít 3 l denně, popíjet často po malých množstvích, černý čaj, chlazenou Coca-colu. Omezíme příjem tekutin s bublinky, kávu, mastná a tučná jídla, pokrmy z luštěnin, zelí, brokolice.
Zácpa	Doporučuje se pravidelný pohyb. Denně vypít 2,5 l tekutin, vhodné jsou džusy, ovocné šťávy. Jíst potraviny s vyšším obsahem vlákniny – syrová zelenina, ale vyhybat se jídlům či nápojům, které vedou k plynatosti (okurky, luštěniny, květák cibule, perlivé nápoje). Podáváme laxativa dle ordinace lékaře.

Tabulka 3. Nutriční dotazník

Titul	Jméno	Příjmení	Pojišťovna	Rodné číslo
Pohlaví	Hmotnost	Výška		BMI= (kg·m ²)
Nelze-li pacienta změřit a zvážit			2	
Nelze-li od pacienta získat informace			3	
(v tomto případě nevyplňujeme body B, C, D)				
A věk	do 65 let	0		
	nad 65 let	1		
	nad 75 let	2		
B BMI	20–35	0		
	18–20, nad 35	1		
	pod 18	2		
C ztráta hmotnosti (nechtěná)	žádná	0		
	více než 3 kg/3 měsíce nebo volné šatstvo	1		
	více než 6 kg/3 měsíce	2		
D jídlo za poslední 3 týdny	beze změn v množství	0		
	poloviční porce	1		
	jí občas nejí	2		
E Projevy nemoci	žádné	0		
	bolesti břicha, nechutenství	1		
	zvracení, průjem nad 6/den	2		
F Faktor stresu	žádný	0		
	střední	1		
	vysoký	2		
Střední faktor stresu – chronické onemocnění, diabetes mellitus, menší a nekomplikovaný chirurgický výkon; Vysoký faktor stresu – akutní dekompenzované onemocnění, rozsáhlý chirurgický výkon, pooperační komplikace, umělá plicní ventilace, popáleniny, trauma, krvácení do GIT, hospitalizace na JIP či ARO.				
Index: (A + B + C + D + E + F)				
0–3		bez nutnosti zvláštní intervence		
4–7		nutné vyšetření nutričním terapeutem, speciální dieta		
8–11		malnutrice ohrožující život či průběh choroby, bezpodmínečně nutná speciální nutriční péče		
Výpočetní skóre:				
Podpis zpracovatele:				

- chronická onemocnění, orgánové insuficience, mentální anorexie, léky).
- Poruchy trávení: resekce žaludku, pankreatikobiliární nedostatečnost, enzymové deficity.
 - Poruchy vstřebávání: enteropatie, krátké střevo, píštěle.
 - Zvýšené ztráty: rozsáhlé rány, popáleniny, píštěle, nefrotický syndrom.
 - Snížený anabolismus: chronická onemocnění: jaterní, ledvinová nedostatečnost.
 - Zvýšený katabolismus: sepsa, popáleniny, trauma, operace, diabetes mellitus, nádory, rozsáhlé proleženiny.

Dochází ke zhoršení celkového stavu u klienta. Podvýživa vede k únavě, zhoršení sebeobsluhy a sebekpěče. Zhoršuje se kvalita života, mohou

se objevit deprese. Prodlužuje se doba hospitalizace a rekonvalescence, a tím se zvyšují náklady na zdravotní péči. Bylo prokázáno, že zhoršení kvality výživy vede ke zhoršení Alzheimerovy choroby.

Prevence podvýživy

Nejsnadnějším způsobem vyhledávání klientů s rizikem podvýživy u sester je nutriční dotazník, který vyplňujeme při příjmu klienta (tabulka 3). Je důležité zjistit, zda klient nechtěně zhubl (kolik?), jakou má klient chuť k jídlu a kolik toho sní. Úbytek na váze, nechutenství nám může signalizovat riziko vzniku podvýživy. Mezi rizikové skupiny patří klienti s maligním onemocněním, s idiopatickými střevními záněty (ulcerózní kolitida, Crohnova choroba), po operaci, v sepsi, s onemocněním srdce,

plic, jater, ledvin, pankreatu, štítné žlázy, nadledvin, anorexií, bulimií a senioři.

Diagnostika podvýživy

Ke zhodnocení stavu výživy u klienta nám může pomoci dobře odebraná nutriční anamnéza, celkové vyšetření (aspekce, antropometrická měření (BMI), měření kožních řas), laboratorní vyšetření – albumin, CRP, celková bílkovina, prealbumin, transferrin, snížená hladina cholesterolu, T3, T4, kreatinin. V krevním obraze snížený absolutní počet lymfocytů, anémie (nedostatek železa, kyseliny listové, vitamínu B₁₂).

Léčba podvýživy

U klientů preferujeme perorální příjem potravy včetně sippingu (popíjení výživné vyso-

koenergetické výživy – Nutridrink), doporučuje se i konzultace s nutričním terapeutem.

Je důležité sledovat a vést přesný záznam o tom, co klient snědl a vypil. Pokud je perorální příjem u klienta nedostatečný, tak se lékaři rozhodují pro umělou výživu. Doporučuje se konzultovat s lékařem – nutricionistou IPCHO.

Umělou výživu můžeme podat parenterální nebo enterální cestou. Rozhoduje celkový stav klienta.

Enterální výživa je umělá výživa podaná do zažívací trubice a je indikovaná u těch klientů, kteří mají funkční trávící ústrojí, ale nejsou schopni nebo nechťejí přijímat dostatečné množství potravy perorálně. Je technicky a ekonomicky méně náročná než parenterální výživa, má méně komplikací a je možné ji podávat i v domácím ošetřování. (Fresubin, Nutrison Protein plus).

Způsoby podání

- Žaludeční sondou, která je zavedená do žaludku.
- Nazojejunální sondou, která je endoskopicky zavedená do tenkého střeva.
- PEG – perkutání endoskopická gastrostomie je tenká sonda zavedená přes kůži a břišní stěnu do žaludku.

Parenterální výživa je umělá výživa určená k podání do centrálního nebo periferního žilního systému a je indikována u těch klientů, kteří nemohou přijímat výživu enterální cestou. Podává se obvykle systémem vaků all in one. Periferní žilní přístup je vhodný pro krátkodobé podávání infuzí s osmolaritou do 1 200 mmol/kg. Parenterální výživa do centrální žíly nám umož-

ňuje dlouhodobé podávání koncentrovaných roztoků při menším rozvoji flebitidy. Nejčastěji používaným přístupem je kanylace v. subclavis, v. jugularis.

Dietní rady

- Nesnažíme se dodržovat zásady správné výživy, respektujeme klientovo přání, klient může mít rozepsanou dietu.
- Preferujeme jíst častěji v menších porcích energeticky bohatou stravu (jogurty, plnotučné sýry, čokoládu, jiné oblíbené sladkosti, zmrzlinu).
- Jako zdroj bohatý na bílkoviny se doporučuje drůbeží, rybí maso, vejce, tvaroh, sýry.
- Chlazené nápoje a zmražené kousky ovoce (meloun), jsou lépe snášeny.
- Příjem potravy se nemusí vázat na obvyklý časový režim, oběd nemusí být v poledne.
- Na talíř či misku servírujeme malé množství jídla, velké porce vyvolávají odpor.
- Pro zvýšení chuti k jídlu se doporučují i malé dávky piva či vína.
- Doporučuje se krátká procházka klienta, nebo alespoň vyvětrání a úprava pokoje před jídlem.
- Spolupracujeme s rodinou, s nutričním terapeutem.
- Vliv intenzivní vůně teplé stravy při její přípravě a konzumaci může způsobit nevolnost.
- Snažíme se, aby klient u jídla seděl, jedl pomalu, ihned neulehal po jídle.
- Poučíme jej o výhodách sippingu, doporučíme každodenní užívání nutričního doplňku.

- Někdy možná pomůže i naše komunikace s klientem a pochvala „za každé sněžené sousto, za každou vypitou skleničku“.

Klienti s podvýživou mají často pasivní přístup ke stravování, vůbec nemají potřebu či snahu „něco sníst a vypít“. Často sami nedokážou objektivně posoudit, kolik toho opravdu snědli a vypili, proto je důležité naše pozorování a objektivní hodnocení. Péče o ně vyžaduje od nás sester a sanitárek trpělivost, která někdy přináší radost. Radost jako „klient snědl celý přibínáček“.

Literatura

1. Klener P. Vnitřní lékařství. Praha: Karolinum, 2006.
2. Lisová K. Role sestry při sledování nutričního stavu a v průběhu nutriční intervence. In: Onkologická péče. 2007; 11(3): 10–12.
3. Stěhulková E. Ošetřovatelská péče o pacienta s malnutricí. In: Diagnostika v ošetřovatelské péči 2006; 2(7): 255.
4. Wilhem, a kol. Výživa v onkologii. Brno: Národní centrum ošetřovatelské a nelékařských zdravotnických oborů. 2004; 260 s.
5. Podvýživa a obezita ve světovém kontextu. [online] [cit. 2008–04–12]. Dostupné na <http://www.fzv.cz/web/fzv-poskytuje/tiskove-materialy/>.
6. Podvýživa u seniorů. [online] [cit. 2008–04–19]. Dostupné na: <http://www.qmagazin.cz/vyziva/podvyziva-u-senioru.html>.
7. Malnutrice. [online] [cit. 2008–04–19]. Dostupné na <http://www.forsapi.cz/menu-2/clanky/malnutrice>.

Vladislava Šenkýřová

Urologická klinika, FN Olomouc
I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
senkyrovav@seznam.cz