
PREHRANA BOLNIKA Z MALIGNO BOLEZNIJO

Helena Drolc

Prehrana bolnika z rakom v okviru procesa zdravstvene nege nujno terjaja usklajenost negovalnega tima s prehrambenim.

Pri redkokateri bolezni srečamo tako pogosto in tako usodno povezanost bolezenskega stanja s prehranjevanjem, kot ravno pri boleznih, ki sodijo na področje onkologije. Mirne duše lahko rečemo, da je pravilna prehrana za bolnika z rakom ključnega pomena. Mnogo znanstvenih študij s tega področja je pokazalo, da anoreksija in z njo povezano hujšanje prizadeneta bolnikov imunski sistem, kar pripomore k večji obolevnosti in umrljivosti teh bolnikov. Medicinska sestra, ki vodi proces zdravstvene nege onkološkega bolnika, mora te povezave poznati in razumeti. Splošni standardi zdravstvene nege za prehrambeno podporo bolnika z rakom ji morajo biti vodilo za razumevanje kompleksnosti prehranjevalnega procesa pri bolniku z rakom.

Na količino zaužite hrane pri zdravem in bolnem človeku lahko vpliva več dejavnikov:

1. fiziološki, ki so centralni, umeščeni v centralnem živčnem sistemu, in periferni, ki vključujejo sistem za okušanje in vonjanje v oronazalni regiji, senzorni sistem v zgornjem delu prebavnega trakta in sistem senzorjev, ki deluje v odvisnosti z bazalnim metabolizmom in z nivojem določenih aminokislin in hormonov v krvi;
2. psihološki, ki vključujejo skrajna čustvena stanja: prestrašenost, stres, depresijo;
3. socialni, ki se navezujejo na okolje in ljudi, ki nas obdajajo med uživanjem hrane;
4. prebava s svojo osnovno anatomsko strukturo: usta, požiralnik, želodec itd., ter s hormoni in encimi, ki jih prispevajo pomožni prebavni organi, kot so jetra, žolčnik in trebušna slinavka;
5. metabolizem, ki je proces, med katerim se energija, pridobljena iz hrane,

prenaša v vse dele telesa in za vse celične funkcije.

Pri onkološkem bolniku sta v ospredju dve klinični stanji slabe prehranjenosti:

1. anoreksija, ki je pogosto najzgodnejši klinični znak za maligno bolezen. Več kot 25 odstotkov onkoloških bolnikov ob postavitvi diagnoze že trpi za takšno ali drugačno obliko neješčnosti in slabega teka;

2. kaheksija, ki je najbolj usodna prehrabena motnja, povezana z rakom. Kaže se z bolezenskim hujšanjem in vsesplošnim hiranjem, spremlja pa zlasti bolnike v napredovalih in terminalnih stadijih bolezni.

Usodnosti teh dveh prehrabnih motenj se moramo vsi, ki negujemo in zdravimo bolnika z rakom, dobro zavedati, ker lahko:

- kritično zmanjšata bolnikovo odpornost,
- postavita pod vprašaj izid zdravljenja ali zdravljenje celo prekineta in
- izgubo teže lahko smatramo za slab prognostični faktor, in pri tem sploh ni nujno, da je velika.

Stopnja nedohranjenosti pri onkološkem bolniku je odvisna od:

- mesta tumorja,
- stadija bolezni,
- trajanja bolezni,
- vrste terapije.

S pogostno nedohranjenostjo in možnostjo nastanka kaheksije se srečujemo predvsem pri:

- tumorjih glave in vratu,
- tumorjih prebavnega trakta,
- tumorjih pljuč in pri
- visoko diferenciranih malignih limfomih.

Na splošno lahko rečemo, da se slaba prehranjenost (malnutricija) pojavi takrat, kadar energija, potrebna za vzdrževanje fiziološkega procesa in količina zaužite hrane nista v ravnotežju. Pri bolniku z rakom to neravnovesje povzroča:

- prisotnost in rast tumorja,
- specifična terapija in
- psihosocialni vplivi.

Tumor že sam po sebi lahko predstavlja mehanično oviro, ki moti bolnika pri žvečenju, požiranju in pomikanju hrane vzdolž prebavnega trakta, tako da se drastično zmanjša vnos hrane. Poleg tega izloča presnovke, pod vplivom katerih bolnik kljub zadostnemu vnosu hrane ne more obdržati stalne telesne teže in hujša. To si pojasnjujemo z zvišanim bazalnim metabolizmom, ki se pojavi pri bolniku zaradi omenjenih presnovkov, ki poleg tega motijo tudi presnovo esencialnih hranil, kot so beljakovine, maščobe in ogljikovi hidrati.

Procesu slabe prehranjenosti zaradi fizične prisotnosti tumorja in zaradi njegovih izločkov, bi lahko rekli tudi začarani krog, ker ta proces povratno negativno vpliva na bolnikov organizem: dolgotrajna malnutricija povzroča degenerativne spremembe na sluznici tankega črevesa. Zmanjša se namreč število resic, čemur sledi slabo izločanje prebavnih encimov in slaba resorpcija hranljivih snovi. Skratka, tumor se obnaša v bolnikovem telesu izrazito zajedalsko, zato se pogostokrat kot prvi znak bolezni pojavi hujšanje, ne glede na velikost, histološko opredelitev in lokalizacijo tumorja.

Kar se tiče slabe prehranjenosti zaradi specifične terapije, je znano, da po radikalni kirurški odstranitvi malignoma pri bolnikih pogosto prihaja do zvišanega bazalnega metabolizma in s tem do potrebe po visokokalorični dieti. Upoštevati moramo tudi predoperativne preiskave in priprave ter režim po operaciji, še zlasti, če je bil tumor lokaliziran na glavi, vratu, ali v področju prebavnega trakta. Vse to zmanjšuje količino zaužite hrane in povečuje možnost za nastanek kaheksije.

Tudi kemoterapija s svojimi stranskimi učinki zmanjšuje količino vnešene hrane, zaradi vpliva na črevesno sluznico pa zmanjšuje tudi resorpcijo hranljivih snovi.

Z obsevalno terapijo želimo vplivati zgolj na maligne celice, vendar propade tudi nekaj zdravih. Zato moramo biti pozorni na naslednje podatke, ki lahko odločujoče vplivajo na bolnikovo prehranjenost med obsevanjem:

- kateri del telesa si bolnik obseva,
- kako visoka je obsevalna doza,
- kako obsežno je obsevalno polje,
- koliko časa traja obsevanje.

Psihosocialnih dejavnikov, ki vplivajo na tek in prehranjevanje onkoloških bolnikov, je ogromno. Opredelila sem jih na:

-
- anoreksijo, ki je povezana s stresom zaradi spoznanja o začetni diagnozi, recidivu ali prognoz,
 - anoreksijo, ki je povezana s stresom zaradi posledic specifične terapije,
 - anoreksijo, ki je povezana s stresom zaradi maligne bolezni kot take,
 - anoreksijo, povezano s socialnimi vplivi, ki vključujejo kulturne navade bolnika glede hranjenja; bolj ko so te navade zaradi bolezni motene, večji je stres.

Pred začetkom vsakega zdravljenja pa moramo vedeti,

- kakšen je bil prehrabeni status bolnika na začetku terapije,
- kakšno je bilo psihofizično stanje bolnika na začetku terapije, ker nas poslabšanje stanja opozarja na to, da moramo ukrepati.

Posebni prehrabeni problemi bolnika z rakom so:

- prezgodnja sitost,
- navzeja,
- motnje v okušanju in vonjanju,
- disfagija,
- driska in malabsorbcija,
- zaprtje.

Prezgodnjo sitost bolniki opisujejo kot občutek polnosti že po nekaj grizljajih. Povzročajo jo lahko tumor, ki zmanjšuje volumen želodca, ali počasno praznjenje želodca, ali oslABLJena peristaltika. Redko se pojavi zjutraj, v lažji obliki opoldne in v težji zvečer.

Navzeja je izjemno neprijeten občutek v epigastriju, spremljan s slinjenjem, tahikardijo, prestrašenostjo in bledico. Najpogosteje se pojavlja kot stranski učinek pri kemoterapiji, po radioterapiji in intenzivni analgeziji, pri obstrukciji črevesja ter pri možganskih in jetrnih metastazah. Pri kemoterapiji bolnik sicer dobi premedikacijo, pač glede na emetični potencial citostatika, vendar poznamo tudi tako imenovano privzeto navzejo, ki jo sprožajo že misel, pogled, vonj ali okus, povezani s to vrsto zdravljenja. Zato morajo biti prostori, namenjeni za dajanje kemoterapevtikov, dobro zračeni, osebe pa ne sme uporabljati dišav.

Spremembe v okušanju in vonjanju so bile ugotovljene pri ljudeh in živalih z rakom. Izražajo se kot motnja, ali kot prekomerna občutljivost ali kot pomanjkanje občutka. Povezane so s kemoterapijo, obsevanjem in z rastjo

tumorja. Motnje minejo ob zaključku terapije oziroma ko zaustavimo rast tumorja. Najpogosteje se pri bolnikih pojavi odpor do mesa in do jedi, ki jim jih ponudimo takoj po aplikaciji citosatika.

Do disfagije, to je, do motenj pri požiranju lahko pride zaradi lokalizacije tumorja ali pa zaradi specifične terapije (kirurške, obsevalne).

Primarno se driska in malabsorbcija pojavljata zaradi tumorja ali specifične terapije. Sekundarno ju lahko povzroči stres, ali pa zdravila, namenjena lažšanju stranskih učinkov terapije.

Vzroki za nastanek zaprtja lahko tičijo v motenem delovanju prebavil zaradi prisotnosti tumorja, v metaboličnih spremembah, povezanih s presnovki, ki jih izloča tumor, v neustrezni prehrani, v pomanjkanju gibanja, v intenzivni analgetični terapiji in v psihično pogojenih stanjih (na primer zaradi pomanjkanja intimnosti pri opravljanju velike potrebe v bolnišnicah).

V onkologiji je torej mnogo razlogov, zaradi katerih bolnik tvega slabo prehranjenost oziroma kaheksijo. Za medicinsko sestro, ki je vključena v proces zdravstvene nege 24 ur na dan in sedem dni na teden je pomembno, da zna ta tveganja prepoznati in pravilno oceniti. In če hoče, da bo negovalni tim nudil bolniku prehranbeno oporo, ki bo strokovno usmerjena in v največji možni meri učinkovita, mora v načrtu zdravstvene nege določiti:

1. vse tiste bolnike na svojem oddelku, pri katerih obstaja veliko tveganje za razvoj simptomatike slabe prehranjenosti, upoštevajoč pri tem mesto tumorja, vrsto terapije, stadij bolezni itd., ker bodo ti bolniki potrebovali neprekinjeno pozornost negovalnega tima, ter

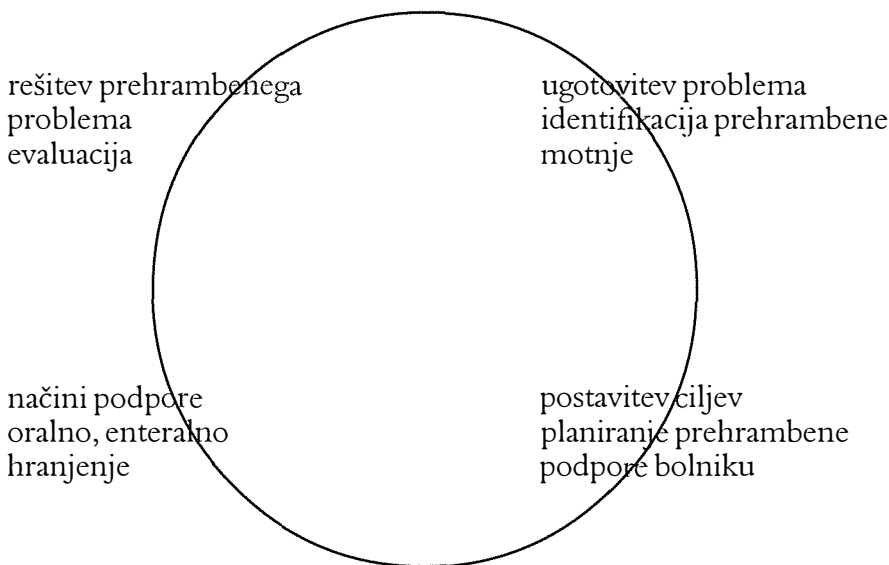
2. vse tiste bolnike na oddelku, pri katerih že obstaja prehranbena motnja (stomatitis, spremenjen okus, disfagija itd.), ker bodo zanje potrebni posebni prijemi in prizadevanja negovalnega tima.

Pri tistih bolnikih, kjer medicinska sestra ugotovi prehranbeno motnjo, mora le-to reševati po tej shemi:

Analiza teh podatkov bo za glavno medicinsko sestro posameznega oddelka in celotno službo ZN vzdravstvenem zavodu koristna z večih plati:

Analiza teh podatkov bo za glavno medicinsko sestro vsakega posameznega oddelka in za celotno službo zdravstvene nege v zdravstvenem zavodu koristna z več plati:

ocena stanja
prehrambeni skrining



Negovalna dokumentacija za izdelavo individualnega načrta zdravstvene nege bolnika mora vsebovati naslednje podatke:

- telesno težo bolnika
- količino zaužite hrane; vedeti moramo, kaj in koliko bolnik poje in popije, kar pomeni, da mora biti medicinska sestra poleg, ko se hrana deli in ko se po končanem hranjenju pobira
- vrsto prehrabnene motnje
- predpisano dieto
- bolnikov življenjski stil prehranjevanja (kaj je navajen jesti, kako pogosto, kdaj in na kakšen način, njegov odnos do hrane, njegovo znanje in poznavanje hrane, njegova pripravljenost upoštevati naša navodila za določeno dieto itd.)
- o končanem uspehu diete in vsesplošne prehrabnene podpore, ki smo jo v času hospitalizacije nudili bolniku.

-
- pripeljala bo do opredelitve najpogostejših prehrabnenih problemov na oddelku;
 - zato bo vedela, kaj bolniki od negovalnih timov zlasti pričakujejo;
 - ter kakšno naj bo posredovanje in kolikšna številčnost negovalnih timov za reševanje najpogosteje ugotovljenih prehrabnenih problemov;
 - hkrati so ti podatki potrebni za postavitev negovalnih diagnoz za odpravljanje prehrabnenih motenj;
 - ti podatki predstavljajo tudi dragoceno področje za znanstveno-raziskovalno obdelavo na področju prehranjevanja bolnikov z maligno boleznijo.

Viri, iz katerih medicinska sestra lahko zajema, pa so:

- temeljito znanje o delovanju gastrointestinalnega trakta,
- dobro poznavanje dejavnikov, ki bolnika z rakom lahko pripeljejo v stanje slabe prehranjenosti in kaheksije,
- ustvarjalno razmišljanje o lastnih izkušnjah v zvezi s tem problemom,
- prenos svojih spoznanj in izkušenj na sodelavce ter sprejemanje in preverjanje njihovih spoznanj na rednih sestankih na oddelku,
- zapisovanje in analiza podatkov,
- sodelovanje s prehrabnenim timom (zdravnik - strokovnjak za prehrano, dietetik, dietni kuhar),
- sodelovanje s podatkovno bazo lastne ustanove v smislu posredovanja znanja in izkušenj drugim ter nenehnega lastnega strokovnega izobraževanja.