

Výživa pacienta po laryngektómii

Autor: Edita Pitnerová, Oddelenie liečebnej výživy a stravovania

Spoluautor: Mgr. Daniela Jarabová, Klinika ORL a ChHaK a JLF UK

Univerzitná nemocnica Martin

Úvod

Laryngektómia je chirurgické odstránenie celého hrtana. Zhubné nádory hrtana sú po pľúcnom karcinóme najčastejšou z rakovín dýchacích orgánov.

„Karcinóm hrtana je najfrekvencovanejším medzi zhubnými nádormi v otorinolaryngológii. Podľa štatistiky tvorí 50 - 60% malignómov v ORL orgánovom systéme. Medzi všetkými zhubnými nádormi je zastúpený u 2,3% mužov a 0,4% u žien. Postihuje zvlášť chorých vo veku od 40 do 70 rokov. Mortalita predstavuje 2,4% na 100 000 obyvateľov.“ (Černý et al., 1995, s.125)

„Karcinóm hrtana sa lieči chirurgicky, žiarením alebo obvyklá je kombinácia oboch spôsobov. Chemoterapia nie je u nás častou terapeutickou modalitou. Aplikuje sa ako neoadjuvantná liečba pri laryngohypofaryngických karcinómoch alebo ako paliatívna liečba.“ (Profant et al., 2000, s. 157)

Liečebná priorita je na rôznych svetových pracoviskách odlišná. Sú onkologické centrá, kde je rádioterapia vždy iniciálnou metodikou a operácia sa rezervuje pre perzistenciu či rekurenciu. (Kovařík, 2005 s. 27) U nás sa najčastejšie preferuje pri možnosti primárnej operácie chirurgická liečba.

Ako uvádza Béder et al. (2005, s. 117) rozlišujeme výživu fyziologickú a liečebnú, resp. klinickú.

Liečebná, čiže klinická výživa sa delí na:

- a) orálnu**, ktorá je doplnením perorálneho potravinového príjmu s cieľom stabilizácie vodnej, minerálovej, vitamínovej a kalorickej bilancie
- b) parenterálnu**, t.j. podávanie živín a tekutín intravenóznou cestou formou infúzií.
- c) enterálnu**, t.j. aplikáciu stravy spôsobom, ktorý obchádza hornú časť GIT-u (najmä pokiaľ ide o mechanickú a chemickú formu potravy). Je najefektívnejší a najpriateľnejší spôsob dosiahnutia a udržania primeraného stavu výživy u ľudí, ktorí majú funkčný dolný zažívaci systém. Predstavuje podanie tekutých diétnych prípravkov orálnou cestou alebo priamo sondou do rôznych častí GIT-u (žalúdok, dvanásnik, tenké črevo).

Výhody a nevýhody enterálnej výživy

	Výhody	Nevýhody
Enterálna výživa	<ul style="list-style-type: none">- na prívod živín využíva prirodzenú cestu- udržiava funkčnosť GIT-u- komplikácie sú zriedkavejšie- nižšia finančná náročnosť	<ul style="list-style-type: none">- gastrointestinálne ťažkosti (hnačka, vracanie, kŕče)- riziko aspirácie- časť živín sa nevstrebe

Spracované podľa (Béder et al., 2005, s. 126)

Prípravky enterálnej výživy umožňujú prispôbiť ju potrebám pacienta, a to zložením, energetickou hodnotou, osmolalitou a chuťou. Delíme ich na:

a) potraviny alebo výživové prípravky spracované do tekutej formy kuchynskou technológiou

b) farmaceutické prípravky, ktoré sú

- štandardné (polymérne, oligomérne, elementárne)
- špeciálne, s obsahom vlákniny, vysokým obsahom proteínov a energie, imunomodulačné diéty, prípravky pre diabetikov a iné choroby
- suplementárne (maltodextrín).

Poznáme 2 typy enterálnych diét, a to mixované a komerčné prípravky.

Mixované sú produktom vlastnej výroby v nemocnici. Napr. niektoré pracoviská mixujú akékoľvek diéty pre podávanie cez sondu. Podľa Beňa (2001, s.124) v rámci diétného systému môžu sa podávať D – 0, D – 0S, D – 1S.

Komerčné prípravky môžu byť vo forme polymérnej výživy resp. nutrične definovanej diéty, ktorá sa používa pri dobrej funkčnosti GIT-u. Ďalším typom je oligomérna a monomérna výživa resp. chemicky definovaná diéta, vhodná je pri zhoršenej funkčnosti GIT-u (Béder et al., 2005, s. 125; Beňo, 2001, s. 136-137)

Pri príprave výživy spracovanej do tekutej formy kuchynskou technológiou sa dodržia tieto zásady:

- tekutá výživa sa pripravuje s ohľadom na potrebu chorého, obsah proteínov, tukov, sacharidov, elektrolytov, stopových prvkov, vitamínov
- do tekutej výživy sa nikdy nepridávajú diétne vlákniny, lebo ju silno zahusťujú a často sa nedá sa použiť do vyživovacej sondy
- pripravuje sa za prísnych hygienických podmienok
- hustota tekutej výživy musí byť taká, aby ľahko prešla gastrickou sondou, väčšie tuhé častice sa musia precediť

- ak sa podáva tekutá výživa cez sondu, musí sa sonda preplachovať každé štyri hodiny 30 ml prevarenej vody, aby sa zabránilo jej nepriechodnosti (upchatiu sondy)
- takto pripravená výživa ťažšie zaistí celkovú energetickú a proteínovú potrebu chorého, preto je dôležité sledovať klinické prejavy zhoršovania nutričného stavu a hydratácie. (Zadák, 2002, s. 260)

Rozsiahly operačný výkon (laryngektómia) si vyžaduje aj zmenu v stravovaní. Do zhojenia operačnej rany nahrádza bežnú konzumáciu potravy podávanie stravy cez nazogastrickú sondu.

Na klinike ORL a ChHaK UNM ponechávame nazogastrickú sondu in situ do 11.-12. pooperačného dňa. S inzerciou vyživovacej nazogastrickej sondy súvisia niektoré problémy: bolesť hlavy, narušená integrita kože v mieste inzercie sondy, znížený príjem tekutín a stravy.

Sestra pristupuje k pacientovi v riešení odstraňovania jeho problémov v rozsahu svojej ošetrovateľskej praxe. Starostlivosť o výživu chorého po odstránení hrtana musí zabezpečiť nielen sestra, ale nutná je aj spolupráca s odborníkom v oblasti diétológie.

Dyspeptické ťažkosti, ktoré vznikli dôsledkom enterálnej kuchynsky pripravenej výživy si vyžiadala v minulom roku spoluprácu s diétnou sestrou, ktorá navrhla jedálny lístok a vypracovala výživové odporúčané dávky.

Odporúčané výživové dávky pre pacienta po laryngektómii

		KJ	KCAL	Bielkoviny	Tuky	Glycidy
Raňajky	Mlieko s piškótami	1597,2	380,5	17,4	10,7	54,45
Desiata	Smotana	2268	540	12,8	25	16,8
Obed	Polievka paradajková	818	168	2,8	1,2	11,3
	Bravčové na zelenine	1606	382	19,3	28,3	10,8
	Zemiaková kaša	1066	259	5,9	5,4	47,9
	Tvarohový krém	1179,4	281	26	4,5	34
Olovrant	Vanilkový krém	1436	342	10,4	11,3	50,7
Večera	Hovädzie prírodné	1064	254	21,9	14,7	7,5
	Zemiaková kaša	1066	259	5,9	5,4	47,9
	Presnidávka	704	168	0,8	0,2	43,6
	Mlieko	806,4	192	12,8	8	17,6
	Čaj	435	103,7			26,2
Celkovo		14046	3329,2	136	114,7	368,75

Podľa vzoru tejto tabuľky by mal pacient dostať plnohodnotnú tekutú stravu.

Optimálne odporúčanú stravu však v skutočnosti pacient nedostal. Redukcia objemu, ale zvlášť kalorickej zložky, je podmienená technológiu prípravy. Aby jednotlivé komponenty nespôsobili upchatie priesvitu sondy, nutné je cedenie rozmixovanej masy. Nazogastrická sonda má užší lúmen ako gastrostomická, z čoho tento problém rezultuje. Vhodným doplnkom výživy sú obchodné prípravky, ale ich podávanie je limitované cenovou reláciou.

V Univerzitetnej nemocnici Martin sa podáva pacientom 1S – nutričná, čiže kombinácia kuchynsky mixovanej stravy a jasne definovanej výživovej stravy.

Raňajky: Nutrison Standard – základná nutrične kompletná izokalorická výživa vo fľaške.

Obed: kuchynsky mixovaná tekutá strava.

Večera: Nutrison Standard

Klinická enterálna výživa je nutrične kompletná vyvážená strava špeciálne vyrobená na podávanie do sondy. Obsahuje všetky pre telo potrebné živiny – tuky, cukry, bielkoviny, vitamíny, minerálne látky a stopové prvky, a to v optimálnom pomere. Pri používaní klinickej enterálnej výživy máme istotu, že pacient dostáva plnohodnotnú stravu, ktorá nie je ničím kontaminovaná a zároveň nedôjde k upchatiu sondy. Je jednou zo základných podmienok existencie ľudského organizmu. Pre chorého človeka, prípadne pre človeka v období rekonvalescencie po chorobe alebo operácii, platí toto tvrdenie dvojnásobne, keďže v jeho prípade sa výživa môže stať zároveň liekom.

U človeka s neporušenou funkciou trávenia, ktorý však nie je schopný potravu prijímať, je podávanie umelej výživy plnohodnotnou a rovnocennou náhradou potravy. Dodržiavať zásady správnej výživy nie je ľahké. Je potrebné vedieť, čo všetko a v akom pomere a v akom množstve sa výživa podáva. Sestra podáva Jannetovou striekačkou prvý deň po operácií každú hodinu maximálne 50 ml klinickej výživy, sondu preplachuje vodou, sleduje nežiaduce gastrointestinálne ťažkosti, ktoré sa môžu vyskytnúť, ich zaznamenáva. Ďalšie dni zvyšuje dávky na 100ml, keď pacient pociťuje dyspeptické ťažkosti, zriedi klinickú výživu s vodou. Pacientom, ktorí vyžadujú špeciálnu výživu, sondou aplikujeme:

Diason LoW Energy Pack – kompletná výživa určená špeciálne pre pacientov s poruchou glukózovej tolerancie.

Nutrison Protein Plus Multi Fibre Pack – kompletná výživa s vyšším obsahom bielkovín.

Dlhodobou nedostatočnou výživou je ohrozených až 80% onkologických pacientov.

Pacienti s nádorovým ochorením, ktorí sú v dobrom stave výživy a udržia dostatočný príjem stravy v priebehu liečby, majú oproti tým zle živeným viaceru výhod:

- lepšie sa vyrovnávajú s vedľajšími účinkami onkologickej liečby
- sú odolnejší proti infekčným komplikáciám
- majú nižšie riziko pooperačných komplikácií
- častejšie môžu absolvovať plnú protinádorovú liečbu
- sú lepšie schopní obnoviť tkanivo poškodené protinádorovou liečbou
- sú fyzicky silnejší a sami sa cítia celkom lepšie
- majú lepšiu kvalitu života.

Navzdory nepochybnému významu výživy neexistuje dnes žiadny dôkaz, že by nejaká zvláštna diéta mohla vyliečiť nádorové ochorenie alebo zabrániť jeho postupu. Základným liečebným postupom zostáva proti nádorová liečba: operácia, chemoterapia, ožarovanie a biologická liečba. Dobrý stav výživy je nevyhnutný pre úspešné dokončenie celej onkologickej liečby a naopak zlý stav výživy zhoršuje celkové vyhliadky chorého na úspešnú liečbu. Preto je najlepšie postupom súčasná liečba proti nádorová spolu s včasnou podporou výživy. (Šachlová, 2010)

Výhody klinickej výživy a nevýhody tekutej kuchynsky pripravenej stravy:

Enterálna klinická výživa	Tekutá kuchynsky pripravená strava
Jasne definovaná a garantovaná energetická hodnota prípravku (napr. u izokalorického prípravku 2000 kcal/2 l)	Pri dodržaní hygienických pravidiel a teda podanie vždy len jednej dávky z pripraveneho množstva, je možné očakávať energetickú hodnotu za celý deň cca 600-800 kcal, čo je veľmi intenzívna redukčná diéta (cca 600 kcal bola hodnota stravy v koncentračných táboroch)
Jasne definovaný a garantovaný obsah jednotlivých živín (napr. 60-80 g bielkovín/deň v základnej verzii prípravku)	Obsah základných živín je veľmi variabilný, vždy však veľmi korenčný (napr. do 20 g bielkovín/daň)
Jasne definované a garantované zloženie živín, vitamínov a minerálnych látok vo vhodnom vzájomnom pomere	Zanedbateľné až žiadne množstvo minerálnych látok, vitamínov a ďalších zložiek
Hygienická bezpečnosť	Hygienické riziká

Spracované podľa (Starnovská, brož.)

Na základe našich skúseností chceme upozorniť, že alimentácia pacienta po laryngektómii cez nazogastrickú sondu podávaním enterálnej klinickej výživy a popríklad kombinácia tekutej kuchynsky pripravenej stravy zabezpečuje včasný relatívne racionálny príjem s minimálnymi gastrointestinálnymi problémami.

„Dobrá nutričná podpora má veľký význam pre priaznivý priebeh liečebného procesu u pacientov so zhubnými nádormi v oblasti hlavy a krku.

Vytvára optimálne podmienky pre dobré hojenie operačných rán, substituuje potrebu živín v organizme zlepšuje celkový stav pacienta, redukuje morbiditu a mortalitu.“ (Pražnica, 2006, s. 11-13)

Zoznam použitej literatúry:

- BÉDER, I. et al. 2005. *Výživa a dietetika*. 1. vyd. Bratislava : Univerzita Komenského, 2005. 186 s. ISBN 80-223-2007-2.
- BEŇO, I. 2001: *Náuka o výžive. Fyziologická a liečebná výživa*. Martin : Vydavateľstvo osveta, 2001. 141 s. ISBN 80-8063-089-5.
- ČERNÝ, J. et al. 2002. *Chirurgia – základy všeobecnej a špeciálnej chirurgie*. 1. vyd. [s.l.] : Slovak Academic Press, [s.a.]. 153 s. ISBN 80-88908-24-8.
- KOVAŘÍK, J. 2005. *Může být radiochemoterapie lokálně pokročilých nádorů hlavy a krku považována za standardní léčbu?* In *Klinická onkologie, 2005, roč. 18, č. 1, s. 27 – 28*.
- PRAŽENICA, P. 2006. *Princípy umělé výživy v chirurgii*. In *Čtvrtletní noviny* [online]. 2006, No.2, p.11-13. [cit. 2007-01-03]. Dostupné na internete <http://www.nutriciamedical.cz>
- PROFANT, M. et. al. 2000. *Otolaryngológia*. 1. vyd. Bratislava : ARM 333, 2000. 232 s. ISBN 80-967945-3-1.
- STARNOVSKÁ, T. *Tekutá výživa do sondy a PEG*. brož.
- ŠACHLOVÁ, M. 2010. *Mýty a pověry o výživě při nádorovém onemocnění*. 1. Vyd. Praha : Nutricia, 2010. 79 s. ISBN 978-80-254-7055-8.
- ZADÁK, Z. 2002. *Výživa v intenzivní péči*. 1. vyd. Praha : Grada, 2002. 496 s. ISBN 80-247-0320-3.

Kontaktná adresa:

Edita Pitnerová OLVaS

pitnerova@mfh.sk

Mgr. Daniela Jarabová

Klinika ORL a ChHaK a JLF UK

Univerzitná nemocnica Martin

Kollárová 2

036 01 Martin

djarabova@gmail.com