

## GYÓGYÍTÓ TÁPLÁLÁS



Megdöbbenve és borzongva nézzük a televízióban a 2. világháborús dokumentumfilmekben csontvázzá soványodott éhező embereket. Ha átkapcsolunk egy másik csatornára, egészséges, szép férfiakat, nőket és gyermekeket nézve megkönnyebbülve nyugtázzhatjuk: ma már az éhezés nem fenyeget bennünket.

Persze ez a kép is hamis, hiszen nap mint nap találkozunk kórházakban és otthon is olyan betegekkel, akik betegségük alatt illetve betegségük miatt rohamosan veszítenek testsúlyukból. Megfelelő beavatkozás nélkül a kezelés és a gyógyulás kimenetelét veszélyezteteti romló tápláltsági állapotuk.

A betegek táplálásának nem csak az a célja, hogy a szervezet fenntartásához szükséges tápanyagokat bejuttassuk, hanem a védekező készség fokozása a betegségek szövődményeinek megelőzésére, és a szövődmények enyhítésére.

Meguid MM és mtsa (1988) műtéti szövődmények



és a tápláltsági állapot összefüggéseit vizsgálták műtéten átesett tumoros betegek esetén. Az alultáplált betegek 72%-ban lépett fel műtéti komplikáció. Közel hatszoros volt a műtét utáni mortalitás az alul táplált betegeknél, mint a megfelelő tápláltsági állapotban lévőkénél (1).

Több tanulmányban bizonyítást nyert, hogy a belgyógyászati és sebészeti jellegű betegek tápláltsági állapota a kórházi tartózkodás időtartama alatt romlik. A vérvétel és más diagnosztikai vizsgálat miatt a betegek gyakran több napon át nem reggeliznek. A szokásos kórházi étrend többnyire sem minőségi és sem mennyiségi szempontból nem kielégítő. Így a feltálatl ételek kb. 30–40%-a változatlan formában visszakerül a konyhára és ott „elvész” (2).

Elszomorító az a hazai tanulmány, amely szerint a magyar kórházakban fekvő mesterséges táplálásra szoruló betegeknek csak kb. 10%-a részesül mennyiségileg és minőségileg is kielégítő táplálásban (3).

### Mesterséges táplálás vagy táplálás terápia?

Bár a fenti tények szinte evidenciakén vonják maguk után a táplálás terápia fontosságát, ha bemegyünk egy kórházi osztályra, elvéve látunk csak szondatáplált beteget, és ritka a kiegészítő táplálásként Nutridrinket, vagy Cubitánt fogyasztó beteg. Miért idegenkednek sokan – a gyógyító szakma és a betegek egyaránt – a mesterséges táplálástól?

Egyre inkább előtérbe került napjainkban a természetes, bio, „nem művi” dolgok iránti vonzódás. Egy egészséges embert is számtalan, az egyén által nem befolyásolható külső vegyi hatás ér. Ha változtatni szeretne ezen, menekülni ebből a kemikalizált világból, vagy csak egyszerűen egészségesebben élni, általában először a táplálkozási szokásain változtat.

Ez különösen így van betegség esetén. Mivel a gyógyszerekkel még több mesterséges anyagot visz be szervezetébe a beteg, fokozódik a természetes anyagok iránti vágya. A kezelésbe nem tud beavatkozni, viszont a megfelelő táplálkozással – reményei szerint – gyógyí-



tani tudja önmagát. A betegnek történő főzés pedig a gondoskodás ősi érzetét kelti a hozzátartozókban. Ilyenkor tapasztalataink szerint rémisztően hangzik a „mesterséges táplálás” kifejezés, hogy még egy művi dolog kerül a beteg szervezetébe.

Nagyon fontos, hogy mesterséges táplálás során természetes tápanyagokat juttatunk a betegek szervezetébe. Mennyiségileg és minőségileg olyan formában, ahogy az a legjobban hasznosul. Ugyanakkor kifejlesztettek olyan betegségspecifikus, vagy speciális tápanyagigényeket is kielégítő gyógytáplálékokat, amelyek normál ételekkel gyakorlatilag nem pótolhatóak.

A nemzetközi irodalom a mesterséges táplálás helyett inkább a klinikai táplálás vagy a táplálás terápia szót használja, melyet az ellenérzések kiküszöbölése miatt érdemes lenne meghonosítani.

### Mikor van szükség táplálás terápiára?

Mesterséges táplálásra szoruló beteggel minden szakterületen találkozunk. Nyelni képtelen vagy erősen alultáplált beteg a gyermekgyógyászati, ideggyógyászati, sebészeti, pszichiátriai, nőgyógyászati, belgyógyászati kórképekben szenvedők között is van. A kérdés az, mikor kell, és hogyan lehet beépíteni a terápiaiba a klinikai táplálást?

A Magyar Mesterséges Táplálás Társaság 1997 tavaszán megjelent konszenzus levele tesz erre szakmai ajánlást, és segít abban, hogy korrekt módon meg tudjuk határozni, ha betegünk klinikai táplálásra szorul (4).

*A szakmai állásfoglalás szerint a mesterséges táplálás feltétlenül javallt azokban az esetekben, ha az alábbi kóros értékek közül egyidejűleg 4 fennáll:*

- 5 napot meghaladó elégtelen táplálék felvétel
- 4 héten belüli szándékos fogyókúra nélkül kialakult, 10%-ot meghaladó testsúlyvesztés
- aktuális súly < ideális súly 80%-a
- BMI < 18 kg/m<sup>2</sup>
- Mért antropológiai értékek < ideális érték 80%-a
- Szérum albumin < 30 g/l (normovolémia mellett)
- Lymphocitaszám < 1,2 g/l
- Csökkent / anergiás válasz bőrtesztre

Nézzük meg egyenként ezeket az értékeket, illetve hogyan tudjuk ezeket a legegyszerűbb módon kiszámítani.

A könnyebb követhetőség érdekében vegyünk egy 46 éves malignus betegségben szenvedő 169 cm magas beteget, akinek testtömege jelenleg 50 kg, bőrredő vastagsága 18 mm. A betegség kezdetekor 71 kg volt, és 4 hónap alatt 21 kg fogyott. A beteg a kezelések kapcsán étvágytalanná vált, illetve erős hányingere van.

#### *5 napot meghaladó elégtelen tápanyag felvétel*

Ez a feltétel érvényes a betegünkre, hiszen étvágya csökkent, illetve a gyakori hányás, hányinger miatt nem mer enni. Ez folyamat már 4 hónapja áll fent a betegnél.





Bár szájon keresztül tud enni a beteg, iható tápszer adása indokolt, hiszen kis mennyiségben magas tápanyag és kalória vihető be vele.

*4 héten belüli szándékos fogyókúra nélkül kialakult, 10%-ot meghaladó testsúlyvesztés*

Betegünk testsúlya a betegség kezdetekor 71 kg volt. Már 7 kg-os súlyvesztés esetén (62 kg) meg kellett volna kezdeni a kiegészítő tápszer adását, megállítani, vagy lassítani a folyamatot.

Fontos, hogy itt nem az ideális, hanem az aktuális testsúlyt kell figyelembe venni. Egy túlsúlyos ember esetén is körjelző a szándékos fogyókúra nélküli testsúlyvesztés.

A betegek gyakran titkolják a család és az orvos előtt, hogy nem tud elegendő táplálékot magához venni. Jellemző, hogy a betegek kiöntik az ételt, hogy az aggodó családtagoknak ne tűnjön fel étvágytalanságuk.

Evidenciaként csak akkor gondolunk mesterséges táplálásra, ha a beteg már egyáltalán nem tud enni (pl. fej-nyak tumor, eszméletlenség, stroke), csak nagyon leromlott állapotban (40–45 kg) kezdik meg a táplálást, amikor nehéz megállítani a folyamatot, és javítani a tápláltsági állapotot.

*Az aktuális súly < ideális súly 80%-a*

Az egyén ideális testsúlyát (Broca súly) a testmagassághoz tudjuk viszonyítani:

Ideális testsúly = testhossz – 100

Ez egy nagyon egyszerű képlet, és a nem fogyókúrázók is találkoztak már vele.

Tehát betegünk ideális testsúlya  
 $169 \text{ cm} - 100 = 69 \text{ kg}$

Az életkort, illetve a nemet itt nem vettük figyelembe, hiszen a viszonyítási arányt ez nem befolyásolja jelentősen.

A beteg jelenlegi testsúlya (50 kg) az ideális testsúly 72%, így ez a kritérium is érvényes rá.

*BMI < 18*

A tápláltsági állapot meghatározására szolgáló egyik legegyszerűbb, és pontos eredményt adó módszer a BMI (Body Mass Index vagy Testtömeg index) számolása, a következő képlet alapján:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Súly (kg-ban)}}{\text{Testmagasság}^2 \text{ (m-ben)}}$$

Az eredményeket a következő kategóriákba sorolhatjuk:

27 felett	túlsúlyos
20–26 között	normál
18–19	veszélyeztetett
17–16	alultáplált
16 alatt	súlyosan alultáplált

Tehát: 50 kg-os és 169 cm-magas betegünk BMI-jét a következő módon számoljuk ki.

$$\text{BMI} = \frac{50 \text{ kg}}{1,69 \times 1,69} = 17$$

Ezzel az alultáplált kategóriába tartozik, és BMI-je kevesebb mint 18.

Mért antropológiai értékek < ideális érték 80%-a

A testtömeg mérés mellett a beteg tápláltsági állapotára következtethetünk a kar körfogat (centiméterrel), izomerő (pl: kézfogás) és a bőrallati zsírszövet vastagság (bőrredő mérés kaliperrel) mérésével. A felkaron mért bőrredő vastagsága a szervezet zsírraktárával arányos. Ezeket az értékeket megfelelő táblázatok (kor, nem, népcsoport) értékeivel kell összevetni. (4)

Betegünk bőrredő vastagsága 18 mm, ez alapján a testtömeg zsíraránya 12,2%. A kor és nem alapján a testzsírarány normál értéke 14–20% között lenne ideális.

A bőrredő és a karkörfogat folyamatos mérése ágyban fekvő betegek tápláltsági állapotának meghatározásában is segít, hiszen náluk a súlymérés nem kivitelezhető. Így ez tájékoztat minket a beteg tápláltsági állapotának változásáról.

#### Laboreredmények

Látszólag jó állapotban lévő, ruhában még kövérkésnek tűnő betegeknek azt a látszatot sokszor csak a fehérje hiány következtében fellépő oedema okozza. Ennek korrekt módon történő meghatározása a se. albumin szint mérésével lehetséges. Alacsony albumin szint, illetve nagy fehérje veszteséssel járó kórképek (égés, decubitus) önmagukban is indikálják a kiegészítő enterális táplálást, és célzott fehérje pótlást.

Az alultápláltság esetén csökken a fehérvérsejt szám és ennek következtében az immunreakció. Így a legyengült immunrendszerű (pl: AIDS, leukémia) betegeknek ez szintén önmagában indikációja a kiegészítő táplálásnak.

Az alultápláltságra a következő laborértékekből következtethetünk: (2)

Alultápláltság	Nincs	Enyhe	Közepes	Súlyos
Albumin (g/l)	>35	35–30	30–25	<25
Transferrin (g/l)	>2,5	<2,5	<2	<1,8
Lymphocytá				
Szám (x10 <sup>9</sup> )	1,2–2	1,2–1,0	1,0–0,8	<0,8

Bár betegünk labor értékeit nem tüntettük fel, hiszen ezek ismerete nélkül is eldönthető a Magyar Mesterséges Táplálás társaság állásfoglalása alapján, mikor kell a táplálásába beavatkoznunk.

Ha egészen pontosan szeretnénk fogalmazni, akkor a „mikor kellett volna” lenne a helyes. Betegünknek a szakmai állásfoglalás szerint már jóval korábban, kb. a betegség diagnosztizálása után 1 hónappal be kellett volna avatkozni a táplálásába. A felsorolt paraméterek nem egy súlyosan alultáplált beteg antropológiai és laborértékeinél tesznek javaslatot a terápia megkezdé-

sére, hanem egy veszélyeztetett, esetleg enyhén alultáplált, 5 napja elégtelenül táplálkozó betegnél tartja ezt indokoltnak. Az ajánlás legfontosabb üzenete, hogy ne akkor kezdjük el a beteget mesterséges táplálni, amikor már vészesen alultáplált, hanem amikor még viszonylag jó állapotban van, de a betegségéből prognosztizálni lehet, hogy beavatkozás nélkül súlyosan alultáplált lesz.

Végezetül egy rövid idézet a szakmai állásfoglalásból, hogy betegeink láttán ne nyúljunk automatikusan a televízió távirányítója felé:

„Számos nemzetközi vizsgálat cáfolhatatlanul bizonyította, hogy a mesterséges táplálás vitális szükségletet kielégítő, ezáltal alapvető fontosságú betegellátási eljárások közé tartozik. Elmaradása a beteg számára végzetes következményekkel járhat. Ennek ellenére nem kevés klinikus bizonytalan a mesterséges táplálás javaslatának megítélésében. Ennek egyik okát abban látjuk, hogy a táplálás elmaradása vagy nem megfelelő módja nem jár olyan azonnali és könnyen felismerhető drámai tünetekkel, mint a légzés – keringés elégtelensége, amelyek nagyon meggyőzőek és – még a laikusok számára is – azonnal cselekvésre késztetőek. ... Miután a korszerű táplálás-terápia feltételei hazánkban is rendelkezésre állnak, ezért helytelen, ha az aktív per os táplálkozásra képtelen beteg mesterséges táplálását nélkülözhetőnek tartjuk és ezáltal a beteget éhezettetjük. A szakmai érveken túl erkölcsileg is kifogásolható a rászoruló mesterséges táplálásának mellőzése.”

A klinikai táplálás kivitelezésében sokszor segítségre, útmutatásra lehet szükségük a betegeknek Nekik nyújtunk segítséget a „Gyógyító táplálás az Ön otthonában” szolgáltatásunkkal. A speciálisan képzett ápolóink rendszeresen felkeresik otthonukban a szondával élő betegeket. Fő célunk, hogy a kórházi ápolási idő csökkenthető legyen, és ne kelljen csak a szondatáplálás miatt a betegeknek a kórháznál hosszabb ideig a kórházban tartózkodni. Nagyon fontosnak tartjuk a betegek és a családok pszichés vezetését, hogy betegek minél könnyebben tudjanak alkalmazkodni megváltozott állapotukhoz.

A szolgáltatást a betegek térítésmentesen vehetik igénybe. „Gyógyító táplálás az Ön otthonában”

**Kék számunk: 06 40 393-393**

#### IRODALOM

- 1.
2. Varga P.: A klinikai táplálás elmélete és gyakorlata Melania kiadó Budapest 1999. – 3. Varga P.: Éheznek – e az aktív táplálkozásra képtelen betegek kórházainkban? Táplálkozás Anyagcsere Diéta, 1995; 1:5. – 3. A mesterséges táplálás hazai helyzete. Állásfoglalás és módszertani ajánlás 1996. Pharmindex, Tápszerindex 1997. – 4. Tápanyagtáblázat Szerk: Dr. Bíró György, Dr. Lindner Károly.

## Gyógyító táplálás Ön otthonában

Otthonápolási szolgálat szondatáplált betegeknek

Betegek bejelentése és információ:

06-40-393-393

NUTRICIA által finanszírozott ingyenes karbantartó szolgálat.