

DOPORUČENÉ POSTUPY

Nutriční péče u pacientů v onkologické paliativní péči

Stanovisko pracovní skupiny pro výživu
České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP

Šachlová M., Tomiška M., Sláma O.



DOPORUČENÉ POSTUPY

Nutriční péče u pacientů v onkologické paliativní péči

Stanovisko pracovní skupiny pro výživu
České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP

MUDr. Milana Šachlová, Ph.D.², doc. MUDr. Miroslav Tomáška, CSc.¹,
MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.²

¹ Interní hematoonkologická klinika FN Brno

² Masarykův onkologický ústav v Brně



Doporučené postupy nutriční péče u pacientů v onkologické paliativní péči: Stanovisko pracovní skupiny pro výživu České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP

MUDr. Milana Šachlová, Ph.D.
doc. MUDr. Miroslav Tomáška, CSc.
MUDr. Ondřej Sláma, Ph.D.

Ve spolupráci s časopisem Klinická onkologie
vydalo nakladatelství
Ambit Media, a. s.,
Klicperova 604/8, I50 05 Praha 5
www.ambitmedia.cz

Odpovědná redaktorka: Mgr. Jana Lounová
Grafická úprava: Miroslav Chudík

I. vydání, Praha 2012
ISBN: 978-80-904596-5-6

© Ambit Media, a. s.

Příčiny a typy poruch výživy u nemocných s pokročilým nádorem

Poruchy příjmu stravy a malnutrice postihují většinu pacientů v pokročilém stadiu nádorového onemocnění. Vyskytují se častěji než např. bolest nebo dušnost. Bývají spojeny se zhoršenou kvalitou života, zhoršením funkční zdatnosti a imunity. Malnutrice vede ke zvýšené morbiditě, zejména infekční, a tím i časnější mortalitě. Samotný fakt nedostatečného příjmu potravy a postupného zhoršování nutričního stavu je pro některé pacienty a jejich příbuzné zdrojem velkého psychického napětí.

Rozhodování o přiměřené nutriční péči je u pacientů v onkologické paliativní péči spojeno s řadou klinických a etických dilemat. Z hlediska paliativní medicíny jsou klinicky i eticky indikované všechny léčebné postupy, které mohou kvalitu a délku života ovlivnit způsobem, který pacient i lékař považují za příznivý.

Za příznivý efekt nutriční léčby v situaci pokročilého nevléčitelného onemocnění je třeba považovat nejen zlepšení nutričního stavu, ale také udržení stávajícího nutričního stavu a zpomalení jeho zhoršování.

Při posouzení prospěšnosti každé nutriční intervence je třeba zohlednit širší kontext pacientova života a jeho preference a přání. Indikace přiměřené nutriční péče předpokládá, že s pacientem o jeho přáních a preferencích, prognóze a cílech léčby otevřeně hovoříme.

Největší váhový úbytek je spojen s nádory hlavy a krku, jícnu, žaludku a žlučových cest, pankreatu, plic a u pokročilých nádorů s obstrukcí GIT nebo po agresivní onkologické léčbě [1]. Ke zhoršování nutričního stavu může docházet v důsledku nedostatečného nutričního příjmu u pacientů s normální funkcí metabolismu (tzv. sekundární malnutrice). V pokročilých stadiích se však často rozvíjí komplexní porucha metabolismu, tzv. primární nádorová kachexie.

Primární malnutrice je stav, kde dominujícím faktorem ztráty hmotnosti jsou metabolické změny podmíněné mediátory kachektického procesu (prozánětlivá odpověď) a kdy poruchu výživy nelze vysvětlit pouhým snížením příjmu nebo resorpce živin (např. nádory plic) [2].

Sekundární malnutrice je stav, kde dominujícím faktorem je nízký příjem živin způsobený obtížnou dostupností živin pro zažívací trakt a jeho resorpční plochu. Typickým příkladem je nádor horní části zažívacího traktu, omezující příjem stravy nebo mukozitida po chemoterapii, omezující vstřebání živin postiženou sliznicí. Častý je nedostatečný příjem živin v důsledku anorexie.

V pokročilých stadiích nádorové nemoci se mohou oba výše popsané mechanismy vyskytovat současně. Samotná nutriční podpora je účinnější u sekundární malnutrice, kdy lze různými postupy umělé výživy překlenout stav omezené dostupnosti živin ze stravy. Léčba primární malnutrice obvykle vyžaduje více než samotnou standardní nutriční podporu, neboť samotná výživa nedokáže upravit metabolické změny.

Hodnocení nutričního stavu a pacientů v paliativní péči

Nejpřínosnější metodou k hodnocení stavu výživy je kvalitní anamnéza a fyzikální vyšetření. K systematickému zhodnocení se užívají dotazníky. Z praktického hlediska je třeba především zhodnotit, jaký je nutriční příjem a do jaké míry je malnutrice působena potenciálně ovlivnitelnými faktory (viz sekundární malnutrice). Kromě tohoto standardního nutričního hodnocení je v kontextu paliativní péče třeba zhodnotit důležitost a význam výživy s ohledem na předpokládanou prognózu délky života stejně jako vliv výživy a nutričních intervencí na aktuální kvalitu života.

Kategorie pacientů v onkologické paliativní péči

Skupina pacientů v onkologické paliativní péči je velmi heterogenní **z hlediska cílů léčby a celkové prognózy délky života**. Obecně lze podle těchto kritérií vymezit minimálně 3 kategorie pacientů:

- A. pacienti léčení paliativní (nekurativní) protinádorovou léčbou s předpokládanou délkou přežití v řádu měsíců až několika let
- B. pacienti s vyčerpanou (ukončenou) protinádorovou léčbou, v paliativní symptomatické péči v relativně stabilizovaném stavu s předpokládanou délkou přežití v řádu měsíců
- C. pacienti s vyčerpanou (ukončenou) protinádorovou léčbou, v paliativní symptomatické péči s progre-

svním zhoršováním celkového stavu nebo selháváním jedné nebo více vitálních orgánových soustav s předpokládanou délkou přežití v řádu dnů až týdnů. Stav pacienta bývá v této situaci označován jako „terminální“.

U pacientů léčených paliativní protinádorovou léčbou, u kterých předpokládáme celkové přežití v řádu měsíců až několika let (prognostická kategorie A), je indikována standardní nutriční podpora a léčba (včetně enterální a parenterální výživy) jako u ostatních chronicky nemocných pacientů. Cílem je u těchto nemocných maximálně prodloužit délku života a udržet přijatelnou funkční zdatnost. Umělá výživa je nedílnou součástí komplexní podpůrné péče a je zpracována v jiných doporučeních [3]. V následující části doporučených postupů se zabýváme skupinami pacientů s vyčerpanými možnostmi protinádorové léčby s významně limitovanou prognózou (prognostické skupiny B a C).

V praxi je někdy obtížné stanovit, zda pacient patří do kategorie B, nebo C. Prognóza celkového přežití u pokročile onkologicky nemocných pacientů závisí na řadě faktorů. Existují validizované prognostické nástroje, které na základě anamnestických, klinických a laboratorních nálezů umožňují identifikovat skupinu pacientů s velmi krátkou prognózou celkového přežití. V zahraničí je v této souvislosti nejčastěji užíváno tzv. paliativní prognostické skóre (PPS) [4] a paliativní prognostický index (PPI) [5]. Na některých pracovištích byla vypracována klinická kritéria pro stanovení diagnózy „onkologický pacient v terminálním stavu“ (viz příloha 1).

U pacientů v terminálním stavu je indikována výhradně paliativní péče zaměřená k mírnění dyskomfortu v závěru života. Součástí této péče obvykle není enterální a parenterální výživa.

Při hodnocení předpokládané prognózy délky přežití je třeba zohlednit, že tento časový interval nezávisí pouze na přirozeném průběhu nádorového onemocnění, ale je často významně ovlivněn kvalitou komplexní podpůrné péče a především způsobem zajištění výživy.

Cíle nutriční péče v onkologické paliativní péči

Cílem nutriční podpory je udržet stávající nutriční a funkční stav, případně zpomalit (ireverzibilní) zhoršování tohoto stavu, zlepšit nebo udržet kvalitu života a současně respektovat přání pacienta [6]. Nežádoucí účinky některých nutričních technik mohou být zdrojem zhoršení kvality života a poškozují pravý účel paliativní péče. S pacientem a jeho příbuznými je třeba velmi otevřeně komunikovat o žádoucích i nežádoucích účincích nutričních intervencí a společně hodnotit, zda je celkový vliv těchto intervencí na kvalitu života příznivý.

Základní nutriční strategie v onkologické paliativní péči

Nutriční poradenství

Pacienti v paliativní péči mají prospěch z individuálního nutričního poradenství. Obvykle je třeba pravidelně hodnotit a řešit následující oblasti:

- soběstačnost pacienta při přípravě a příjmu potravy,
- nechutenství (anorexie),
- předčasná sytost,
- nevolnost a zvracení,
- bolesti v dutině ústní nebo bolestivé polykání,
- snížené vylučování slin, suchost v ústech,
- změněné vnímání chuti, zkrácení chuťových pocitů,
- průjem,
- zácpa,
- role výživy v závěru života (harmonizace perspektivy pacienta, lékaře a pacientovy rodiny).

Podrobnější doporučení hodnocení a řešení uvedených symptomů je uvedeno v příloze 2.

Orexigenní medikace

Megesterol acetát (160–800 mg/den) může být indikován nemocným, u nichž je v popředí silné nechutenství, nízký příjem stravy a pokračující ztráta hmotnosti, zejména pokud je sám pacient vnímá jako významné obtíže. Podmínkou nasazení by měla být doba očekávaného přežívání alespoň 3 měsíce (při kratší prognóze mohou být indikovány kortikosteroidy, dexametazon 4 mg/den nebo prednison 20 mg/den).

Vzestup apetitu lze očekávat již do týdne od zahájení medikace, nárůst hmotnosti až během 2 měsíců.

Efekt se dostaví jen u části nemocných, proto je třeba účinek vyhodnotit a pokračovat jen tam, kde je léčba účinná. Nejčastějším nežádoucím účinkem je retence tekutin s otoky.

Kontraindikací jsou přetrvávající otoky nereagující na diuretika, výpotky, dušnost a nedávná žilní trombóza či embolie.

Perorální výživa (strava)

Perorální výživu je třeba podporovat, kdykoliv je to možné. Výživa a příjem stravy by pacientovi měly přinášet komfort a potěšení. Hlavní je podávat jídlo podle přání pacientů. U každého pacienta je nutné přehodnotit skutečný prospěch z dřívějších předpisů a dietních doporučení. Řadu omezujících předpisů je obvykle možné zmírnit nebo zcela zrušit.

Pokud dospělý člověk potřebuje okolo 2 000 kcal/den a stejnou energetickou hodnotu má i nemocniční strava, můžeme podle snědeného jídla ($\frac{1}{4}$, $\frac{1}{2}$, $\frac{3}{4}$, 1) dostatečně přesně odhadnout energetický příjem stravy. Snadno pak dopočítáme potřebné množství doplňkové enterální výživy. Energetická hustota farmaceutických nutričních přípravků je 1–1,5 kcal/ml.

Farmaceutické nutriční přípravky k perorálnímu užití (sipping)

Sipping má výhodu oproti běžné stravě v tom, že je okamžitě připraven k použití, na trhu je široká škála příchutí s jasně definovaným energetickým a proteinovým obsahem. Přípravky mají definovaný obsah vitamínů i stopových prvků, jsou snadno vstřebatelné a mají dobrou biologickou dostupnost. Většina neobsahuje laktózu ani lepek. Některé obsahují vlákninu, některé jsou bez tuku. Snadno se popíjí slámkou. U většiny přípravků je bílkovina mléčného původu a sacharidy jsou zastoupeny ve formě maltodextrinu. Většina přípravků má sladkou příchut nebo jsou také ve formě džusu nebo jogurtového nápoje, na trhu jsou i neutrální verze. Slané příchutě se neosvědčily.

Správné použití spočívá v popíjení výživy v době mezi hlavními jídly. Tedy tak, aby tato výživa představovala něco navíc. Popíjení je důležité zpočátku po malých porcích (do 50 ml 4x denně), aby byl pacient na tento druh výživy dobře adaptován. Nejlépe chutnají vychlazené. Pacienti většinou netolerují více než 500 ml enterální výživy k popíjení

denně. Pacienta je potřeba seznámit s tím, co od léčby očekáváme, a motivovat ho ke spolupráci. Je prokázáno, že většina nemocných přijímá sipping navíc, aniž by došlo k významnému snížení příjmu stravy. Někteří pacienti sipping špatně tolerují a mnohdy je to právě proto, že jim nebylo podávání sippingu dobře vysvětleno. Sipping je vhodné nabízet všem pacientům v onkologické paliativní péči s nedostatečným perorálním příjmem přirozené stravy. Pacienti obvykle tuto výživu tolerují i ve velmi pokročilých stadiích nemoci (kategorie pacientů B a C).

Nežádoucí účinku sippingu nejsou časté. Pokud se objeví průjem, nemusí zdaleka vždy být sipping jeho příčinou. Je vhodné zmenšit jednotlivé dávky sippingu a zkusit jiné přípravky. Nevolnost nebo zvracení bezprostředně po sippingu mohou způsobit jeho odmítání. Opět je třeba zkusit jiné přípravky, včetně džusové formy, a použít i prokinetika.

U pacientů schopných perorálního příjmu lze využít tzv. *modulární dietetika*. Nejčastěji využíváme přípravek Protifar. Při ordinaci 6 odměrek za den pacient přijme množství 13,3 g bílkovin.

Podrobnější přehled přípravků enterální výživy k popíjení je uveden v příloze 3.

Enterální sondová výživa

Enterální sondová výživa (EV) je indikována u pacientů se skutečnou nebo hrozící malnutricí, kteří mají funkční zažívací trakt. Enterální výživa je fyziologičtější a výrazně levnější než parenterální výživa. Enterální výživa může u pacientů v paliativní péči zlepšit nebo udržet stávající nutriční stav, zpomalit rychlé zhoršování nutričního stavu, zabránit dehydrataci a zlepšit kvalitu života. EV je třeba zvažovat především u pacientů s obstrukcí horní části zažívacího traktu a poruch polykání (i při tracheotomii). Při rozhodování jsou důležité preference nemocného, který je adekvátně informován o stavu onemocnění, předpokládané prognóze a paliativních cílech léčby a péče. Enterální sondová výživa je obvykle indikována u pacientů v paliativní péči v prognostické kategorii B (prognóza délky přežití v řádu měsíců). U pacientů v terminálním stavu (kategorie C) obvykle enterální sondová výživa nemá vliv na délku ani kvalitu života. Pro pacienta může

navíc zavedení nazogastrické sondy znamenat omezení a dyskomfort. Pokud je u pacientů v terminálním stavu již dříve vytvořen přístup do trávicí trubice (gastrostomie, jejunostomie), je třeba o pokračování a intenzitě enterální výživy rozhodnout s ohledem na aktuální klinický stav a přání pacienta. Gastrostomii lze v této situaci využít také k zajištění bazální hydratace.

Technické možnosti přístupu, podávání a monitorace se neliší od jiných indikací EV.

- Pokud předpokládáme dobu podávání EV kratší než 6 týdnů, podáváme přípravky enterální výživy pomocí nazoenterální sondy. Není-li riziko aspirace, postačí podávání výživy přímo do žaludku nazogastrickou sondou nebo sondou zavedenou do duodena, hrozí-li riziko aspirace, je nutné sondu zavést za Treitzovu řasu do jejunu.
- Pokud je enterální výživa indikována na dobu delší než 6 týdnů (pro některé indikace i při kratší době – např. při ozařování v oblasti hltnu, jícnu), indikujeme zavedení gastrostomie. Chirurgicky asistovaná gastrostomie je v dnešní době většinou nahrazena perkutánními endoskopickými metodami. V případě nádorového postižení žaludku a duodena zavádíme sondu do jejunu. Jejunální sonda je indikována také u pacientů, u kterých přetrvává zvýšený odpad tekutiny ze žaludku (více než 600 ml/den v posledních 3 dnech). Je možné zavést nazogastrickou sondu k odsávání obsahu a nazojejunální sondou pacienta živit. S výhodou je možné použít víceluminální sondy (např. sonda Trelumina nebo Flocare duo tube).

Základní rozdělení a přehled přípravků enterální výživy je uveden v příloze 4.

Režimy podávání enterální sondové výživy

Bolusové podání je pomalu podáváno stříkačkou. Hodí se především při aplikaci do žaludku a je výhodné pro domácí použití, kdy nejsme odkázáni na použití pumpy. Pokud je špatná tolerance enterální výživy, stačí změnit režim např. za intermitentní podávání pumpou. Snášitelnost EV se tak může výrazně zlepšit.

Intermitentní podávání – střídají se intervaly připojení k pumpě nebo gravitační infuzi a pauza bez EV. V té době může pacient rehabilitovat. Podávání pum-

pou přes noc je také výhodné. Pacient je během dne mobilní a v noci je podávána výživa.

Kontinuální podávání – výživa je podávána rovnoměrně po dobu nejméně 20 hod. U stabilizovaných pacientů je možné podávání pomocí gravitačního spádu. Vyžaduje poměrně široký průměr sondy (minimálně 10F) a nemocný musí tolerovat nerovnoměrnost přívodu gravitačním způsobem. Přesné a bezpečné podávání umožňují enterální pumpy. Rovnoměrný přívod umožňuje podávat výživu i těm nemocným, kteří mají obleněnou peristaltiku a sníženou absorpční schopnost střeva. Pro pohyblivé pacienty jsou dostupné i snadno ovladatelné a přesné enterální pumpy.

Parenterální výživa

Parenterální výživa (PV) je indikována u pacientů, u kterých není možné zajištění enterální výživy v důsledku závažné dysfunkce gastrointestinálního traktu. Rozhodování o PV je třeba zasadit do širšího kontextu individuálního plánu paliativní péče (klinický stav – předpokládaná prognóza – vliv PV na délku a kvalitu života – pacientovo přání – náklady).

Nádorové onemocnění je dnes v mnoha vyspělých státech nejčastější indikací k domácí parenterální výživě (DPV) u dospělých pacientů. Průměrně tvoří 40–45 % všech nemocných na DPV. Existence velkých rozdílů mezi jednotlivými státy ukazuje na velmi rozdílný přístup k tomuto způsobu léčby [7].

Efekt PV u pacientů v onkologické paliativní péči

Neexistují randomizované studie, které by potvrdily účinnost úplné parenterální výživy (DPV) na zlepšení nutričního stavu a funkční zdatnosti u všech pacientů v onkologické paliativní péči. DPV může být domácí nebo dlouhodobá PV. V některých specifických klinických situacích je však jednoznačně prokázán přínos ÚPV na délku života i celkovou funkční zdatnost [8].

Zlepšení kvality života vlivem DPV je možno očekávat u 40 % nemocných, kteří mají přežívání delší než 3 měsíce, ale pouze u 8 % s kratším přežíváním. Klinické studie dokumentují takové zlepšení již po jednom měsíci podávání DPV [9]. V posledních dvou měsících před smrtí se ve studiích kvalita života vždy

zhoršovala i při pokračování DPV. Parenterální výživa zde nevratný proces celkové deteriorace může pouze zpomalit, nikoliv zcela zastavit.

Prodloužení přežití s přijatelnou kvalitou života v důsledku DPV bylo prokázáno u části nemocných s maligní obstrukcí GIT při pokročilém nádorovém onemocnění. Pacienti s nádorovou obstrukcí střeva, kteří jsou léčeni symptomaticky bez nutriční podpory, přežívají v průměru kolem 48 dnů. Při zajištění ÚPV bylo u 20–50 % nemocných dosaženo přežití 6 měsíců [10]. Při správné indikaci může PV pacientům získat až několik měsíců života navíc ve srovnání s bazální hydratací.

Nutriční stav se po DPV může zlepšit, pokud DPV trvá alespoň 3 měsíce [11]. Zlepšení nutričního stavu je v kontextu onkologické paliativní péče pouze jedním z relevantních cílů a nevypovídá o vhodnosti indikace PV.

Indikace pro DPV u nemocných s pokročilým nádorem v paliativní péči

Tab. 1. Standardní indikace DPV.

selhání funkce střeva, nízký příjem stravy/enterální výživy s nemožností zabránit poklesu tělesné hmotnosti enterálním přívodem živin, a to včetně

- případů, kdy jsou obtížně se zajištěním enterálního nutričního přístupu
- závažných komplikací s již podávanou sondovou enterální výživou

Karnofský index > 50 nebo PS ECOG 0-2

- pacient je schopen obstarat si většinu svých běžných potřeb, potřebuje nanejvýš občasnou pomoc, tráví na lůžku méně než 50 % denní doby.
- Pokud je KI rovno 50 nebo méně, převažují nevýhody DPV nad očekávaným přínosem.

předpokládaná prognóza přežití z hlediska progresu nádoru je více než 2 měsíce
souhlas nemocného s nitožilní výživou

Pokud nejsou uvedena kritéria splněna (včetně výkonnostního stavu a doby očekávání života nad 2–3 měsíce), může být ÚPV zvažována jako **jedna**

z možností léčby, ale pouze jako alternativa k prosté hydrataci, u níž nebylo potvrzeno, že má lepší efekt než samotná hydratace. V nejasných případech možnost otestovat DPV na dobu 1 měsíce a poté vyhodnotit její prospěšnost v rámci paliativní péče.

Tab. 2. Možné indikace DPV (alternativa k prosté hydrataci).

obstrukce střeva s minimálním/nulovým příjmem stravy u pacienta v paliativní onkologické péči

Ize předpokládat, že pacient by zemřel dříve na podvýživu než na progresi nádoru jde o přání nemocného, který má podporu rodiny

Podmínky nutné pro zahájení DPV

- zajištění dlouhodobého žilního přístupu (tunelizovaný katetr, port-katetr nebo PICC – periferní cestou implantovaný centrální katetr)
- lékař odpovídající za rozpis DPV a kontroly stavu
- multidisciplinární nutriční tým v nemocnici, který vytváří odborné zázemí
- informovaný souhlas nemocného
- podpora členů rodiny
- možnost návštěvy pacienta zdravotní sestrou v domácím prostředí
- určení lůžkového zařízení pro případ nutnosti řešení komplikací DPV za hospitalizace

Pokračování v DPV

Prospěch pacienta z DPV je třeba přehodnocovat v pravidelných intervalech a také při vzniku komplikací.

Možné důvody pro ukončení DPV:

- špatná prognóza (neprospěšnost nutriční podpory)
- rozvoj poruchy kognitivních funkcí
- PV zřetelně zhoršuje celkový stav nebo vede ke komplikacím (dušnost, otoky)
- lucidní pacient vyjádřil přání nepokračovat dále v nutriční podpoře

Prospěšnost PV a správnost indikace je posuzována podle:

- kvality života
- spokojenosti pacienta s výživou (zlepšení emočního pohodlí, odstranění obav z hladovění a hubnutí, rozptýlení obav, že pacient zůstane opuštěn)

Režim PV u onkologických pacientů

Vzhledem k velkým rozdílům mezi pacienty v onkologické paliativní péči je možno uvést pouze rámcová doporučení.

Složení PV u nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním

- Celková potřeba energie pro PV u nemocných s pokročilým inkurabilním nádorem je nižší (20–25 kcal/kg aktuální hmotnosti), než bylo dříve předpokládáno
- Potřeba aminokyselin nebyla až dosud jednoznačně stanovena (obvykle 1,0–1,8 g/kg/den).
- Tukové emulze s obsahem n-3 polynenasycených mastných kyselin mohou snížit katabolizmus u pacientů s nádorovou kachexií (0,15–0,2 g rybího oleje/kg hmotnosti).
- Při poruše glukózové tolerance je třeba přidávat krátkodobý inzulin a kontrolovat glykemie (výhodou může být anabolický účinek inzulinu).
- Základní potřeba tekutin je relativně nízká (pokud nejsou zvýšené ztráty).
- U nemocných s těžkou malnutricí a předcházejícím nízkým příjmem stravy je třeba myslet na riziko „refeeding syndromu“ a včas substituovat fosfát, draslík a vitaminy skupiny B.

Režim podávání

- U nemocných s těžkou malnutricí, zvláště při déletrvajícím hladověním, je doporučeno zahájit PV první dny pomalým přívodem poloviční dávky hlavních živin (riziko „refeeding syndromu“).
- Obvyklým režimem je podání během 12–14 hod přes noc.
- DPV nemusí být podávána každý den; u nemocných s částečným příjmem stravy to může být jen 2–5 dnů v týdnu. Je popsán příznivý efekt DPV podávané způsobem „on demand“ ve dny s nízkým příjmem stravy.

Obecně je DPV poměrně bezpečným léčebným postupem, pokud je podávána v centrech se zkušenostmi s touto léčbou. Komplikace způsobené DPV většinou nejsou závažné a život ohrožující.

Monitorování DPV

Ambulantní kontroly nemocných v onkologické paliativní péči na DPV jsou doporučeny každé 2–4 týdny. U dlouhodobé DPV mohou být nemocní ve stabilizovaném stavu kontrolováni i po třech měsících [12].

Sledované parametry:

- *tělesná hmotnost, obvod střední části nedominantní paže*
- *stav hydratace (otoky, turgor kůže a sliznic)*
- *laboratorní hodnoty (KO, urea, kreatinin, ionty včetně Ca, P, Mg, jaterní hodnoty, glykemie, triglyceridy, albumin, občasné i dostupné vitaminy a stopové prvky)*
- *perorální příjem stravy/tekutin*
- *celková funkční zdatnost (např. Karnofsky index, ECOG)*
- *psychický stav a subjektivní kvalita života*
- *problémy s katetrem*
- *problémy s domácí přípravou a podáváním nutriční směsi, s ovládním infuzní pumpy*

U pacientů v paliativní péči na DPV je třeba s ohledem na individuální plán paliativní péče zvážit, zda jsou pro rozhodování o pokračování nebo ukončení PV všechny výše uvedené parametry relevantní. Význam antropometrického a laboratorního vyšetření může být v některých případech omezený.

Databáze nemocných na DPV je pro každé centrum, které tuto léčbu provádí, nezbytná kvůli sběru dat a hlášení údajů do centrálního registru REDNUP (Registr domácí nutriční podpory ČR).

Závěr

Nutriční péče je důležitou součástí komplexní paliativní péče. Při rozhodování o přiměřené strategii nutriční podpory musíme vždy zohlednit pacientův aktuální klinický stav, předpokládanou prognózu přežití a pacientovo přání a preference. Souhrn indikací nutriční péče pro jednotlivé kategorie pacientů v onkologické paliativní péči uvádí tab. 3.

Tab. 3. Indikace nutriční péče o pacienty v onkologické paliativní péči.

	Kategorie A paliativní protinádorová léčba (prognóza měsíce–roky)	Kategorie B symptomatická paliativní péče – stabilizované onemocnění (prognóza měsíce)	Kategorie C pacient v terminálním stavu (prognóza dny–týdny)
poradenství	+	+	+
dieta	+	+	+
sipping	+	+	+
sonda – výživová stomie	+	+/-	-
parenterální	+	+/-	-

Literatura

1. Bozzetti F, Bozzetti V. Home artificial nutrition in incurable cancer patients: rationale and ethics. *Clin Nutr* 2001; 20 (Suppl 2): 23–27.
2. Muscaritoli M, Anker SD, Argilés J et al. Consensus definition of sarcopenia, cachexia and pre-cachexia: joint document elaborated by Special Interest Groups (SIG) "cachexia-anorexia in chronic wasting diseases" and "nutrition in geriatrics". *Clin Nutr* 2010; 29(2): 154–159.
3. Indikace nutriční podpory onkologicky nemocných. In: *Zásady cytostatické léčby maligních onkologických onemocnění* (Modrá kniha). 13. vyd. Česká onkologická společnost ČLS JEP 2011. Dostupné na: www.linkos.cz.
4. Pirovano M, Maltoni M, Nanni O et al. A new palliative prognostic score: a first step for the staging of terminally ill cancer patients. Italian Multicenter and Study Group on Palliative Care. *J Pain Symptom Manage* 1999; 17(4): 231–239.
5. Morita T, Inoue S, Chihara S et al. The Palliative Prognostic Index: a scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care Cancer* 1999; 7(3): 128–133.
6. Bachmann P, Marti-Massoud C, Blanc-Vincent MP et al. Standards, options and recommendations : nutritional support in palliative or terminal care of adult patients with progressive cancer. *Bull Cancer* 2001; 88(10): 985–1006.
7. Moreno JM, Shaffer J, Staun M et al. Home Artificial Nutrition Working Group – ESPEN. Survey on legislation and funding of home artificial nutrition in different European countries. *Clin Nutr* 2001; 20(2): 117–123.
8. Patil RA. Total parenteral nutrition: a review. *Pharmaceutical Reviews* 2005; 3(6): 6–21.
9. Orrevall Y, Tishelman J, Permert J. Home parenteral nutrition: a qualitative interview study of the experiences of advanced cancer patients and their families. *Clin Nutr* 2005; 24(6): 961–970.
10. Fan BG. Parenteral nutrition prolongs the survival of patients associated with malignant gastrointestinal obstruction. *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 2007; 31(6): 508–510.
11. Oz V, Theilla M, Singer P. Eating habits and quality of life of patients receiving home parenteral nutrition in Israel. *Clin Nutr* 2008; 27(1): 95–99.
12. Wengler A, Micklewright A, Hebuterne X et al. Monitoring of patients on home parenteral nutrition (HPN) in Europe: a questionnaire based study on monitoring practice in 42 centres. *Clin Nutr* 2006; 25(4): 693–700.

Klinická kritéria pro stanovení diagnózy „onkologický pacient v terminálním stavu“ dle Směrnice 5/2009 Kardiopulmonální resuscitace v MOÚ

Masarykův onkologický ústav Brno 2009

Pacient v terminálním stavu

Pacient, u něhož dochází v důsledku diseminovaného nebo lokálně pokročilého nádorového onemocnění nebo jeho komplikace k nevratnému selhávání jedné nebo více orgánových soustav.

Smrt je u takového pacienta neodvratným a očekávaným vyústěním jeho stavu, a to v časovém horizontu hodin, dnů, výjimečně týdnů. Cílem léčby je minimalizace dyskomfortu v závěru života, nikoliv prodloužení umírání.

Klinická kritéria terminálního stavu

Stav pacienta může být označen za terminální, pokud je u něj přítomno jedno velké kritérium a alespoň jedno malé kritérium a ošetřující lékař je na základě komplexního zhodnocení klinického stavu přesvědčen, že onemocnění pacienta bezprostředně ohrožuje na životě a při obvyklém průběhu nemoci lze exitus očekávat v časovém horizontu hodin, dnů, výjimečně týdnů.

Velká kritéria:

1. Metastatické onemocnění, které nelze ovlivnit žádnou modalitou protinádorové léčby.
2. Lokálně pokročilé onemocnění, které nelze ovlivnit žádnou modalitou protinádorové léčby.

Malá kritéria:

1. Pokročilá progredující nádorová kachexie omezující funkční zdatnost pacienta na hodnoty KI menší než 30 %.
2. Progredující jaterní selhání při prokázaném nádorovém postižení. V případě maligní biliární obstrukce možnost zajištění biliární drenáže (operace, PTD, stent via ERCP).
3. Progredující renální selhání refrakterní na konzervativní léčbu.
4. Respirační selhávání v důsledku nádorového postižení plic nebo pleury, maligním pleurálním výpotku nebo ochablosti dechového svalstva při kachexii.
5. Srdeční selhání refrakterní na standardní léčbu.
6. Septický šok refrakterní na standardní léčbu.
7. Neztížitelné krvácení při krvácení z nádoru nebo paraneoplastické hemoragické diatéze (koagulopatie, trombocytopenie, trombocytopenie).
8. Závažná paraneoplastická hyperkalcemie a hyponatermie refrakterní na standardní léčbu.
9. Subileozní nebo ileozní stav při maligní střevní obstrukci, který není řešitelný chirurgickou léčbou a je refrakterní na konzervativní léčbu.
10. Progredující neurologické a psychiatrické symptomy při metastatickém postižení CNS (delirium, sopor, koma).
11. Závažné interní onemocnění (např. infarkt myokardu, plicní embolie), které s ohledem na celkový stav pacienta a přítomné orgánové dysfunkce nelze řešit intenzivní kauzální léčbou.

Doporučení pro nutriční poradenství a řešení nejčastějších symptomů

Nechutenství

- malé porce, svačiny během dne, jíst pomalu, nespěchat
- upravit čas podávání jídla
- jíst tehdy, když je chuť, třeba i v noci
- mít stále po ruce oblíbené jídlo
- obohatit nutriční hodnotu jídla (přidáním másla, oleje, smetany, sýra, ...)
- nabízením výživných nápojů
- jíst nejprve tuhá jídla
- pokud není chuť na maso, zaměřit se na jiný zdroj bílkovin (tvaroh, tvrdý sýr, vejce, ryby)
- malé množství piva může zvýšit chuť k jídlu
- preferovat potraviny, kterým dává pacient přednost
- zamezit nepříjemným pachům, příjemné prostředí, dobře vyvětraná místnost
- společné stolování
- omezit přísnost diet
- využít léky podporující chuť k jídlu (megesterol-acetát, pokud je indikovaný, kortikoidy)
- ošetřovatelskou péčí provádět mimo dobu jídla
- podáváme chutně upravenou stravu v lákavé podobě, rozmanitých barev a konzistence
- většinou se dobře snáší acidofilní mléko a podmáslí, jogurt, tvaroh, jemné libové maso
- jíst pomalu, nespěchat, jíst častěji po menších porcích

Předčasná sytost

- dělení porcí
- omezení nadměrného pití při jídle
- omezení tučných jídel
- omezení syrové zeleniny a ovoce
- využitím léků, které upravují motilitu zažívacího traktu

Nevolnost a zvracení

- podáváme často malé dávky jídla
- doporučujeme raději jídlo chladné, rozmělněné, jen mírně kořeněné
- jíst pomalu a v malých dávkách několikrát denně
- upřednostňovat tuhá jídla
- po jídle odpočívat v polosedě
- vhodné jsou nápoje s ledem nebo citronem
- pít raději až za půl hodiny po jídle
- nápoje popíjet během dne, je možné použít i slámkou
- cucat ledové kostky
- před vstáváním z lůžka si vzít suchou sušenku, toast nebo krekr
- obvykle se dobře snáší slané jídlo s malým obsahem tuku
- nevhodná jsou tučná, mastná jídla nebo velmi sladká a kořeněná jídla
- nejíst v přetopené místnosti
- po jídle odpočívat, nosit volný oděv
- využít léky upravující mobilitu (prokinetika: metoklopramid, itoprid)

Bolesti v dutině ústní nebo bolestivé polykání

- jíst 6–7× denně po menších porcích
- upřednostňovat vařená měkká jídla a tekutou stravu
- vhodné jsou např. bramborové a obilninové kaše, těstoviny, namáčení chleba v polévce, omáčky, pudink, želatina, pyré, masové nákypy
- vyzkoušet dětské přesnídávky, roztíratelné paštiky, sýry, rozšlehané vajíčkové pomazánky, pudinky, omelety, zmrzlinu
- vyplachovat často ústa vodou
- krájet jídlo na malé kousky nebo používat mixér, vyvarovat se suchých a tuhých kousků
- k pití používat slámky
- vyhýbat se jídlům, která dráždí – citrusy, kořeněná jídla, ostré sýry, velmi slaná nebo sladká jídla, syrová zelenina
- jíst chladné pokrmy
- polykání usnadní také přípravek Nutilis nebo Resource Thicken up, který se přidává do hotového jídla

Snížené vylučování slin, suchost v ústech

Omezit léky, které způsobují suchost v ústech (Atropin, Algifen, Intal, Atrovent, Berodual, Plegomazin, Tisercin, Thioridazon, Chlorprothixen, Minithixen, Melipramin, Amitriptylin, Prothiaden, ...)

- příznivě působí vyplachování úst minerálkou, ale nikoliv slazenou
- slazené minerálky nejsou vhodné, cukr ulpívá na zubech a přispívá ke vzniku zubního kazu na krčku zubu
- jídlo je možné zapíjet mlékem
- žvýkat žvýkačky bez cukru, žvýkat jídlo pomalu
- cucat kyselé bonbony nebo kostky ledu
- kyselá jídla zvyšují tvorbu slin (citron, jablko), ale někteří pacienti s bolestivými sliznicemi kyselou nesnášejí, proto nejprve zkusit malé množství jablečné šťávy
- polykání usnadní měkká jídla, masové šťávy, omáčky a dresinky
- nevhodná jsou suchá jídla
- nepoužívat ústní vody s obsahem alkoholu a glycerinu
- používat zubní pastu s fluorem – objevuje se větší riziko zubního kazu

Změněné vnímání chuti, zkreslení chuťových pocitů

- zvýraznit chuť jídla, přidat koření nebo více osladit (podle toho, co pacientovi vyhovuje)
- před jídlem si vyčistit chrup, kloktat nebo si vytírat ústa bor-glycerinem
- je možné přidat do jídla koření, jako je oregáno, tymián, majoránka, bazalka
- je možné použít zelenou nať, salátové zálivky, dresinky, omáčky
- není-li chuť na maso, zařadit jiné potraviny, které obsahují bílkoviny – např. sýry, tvaroh, zmrzlinu, ryby, vejce
- je-li chuť na ovoce, přidat k němu smetanu
- zapíjet jídlo tekutinami při nepříjemných pachutích
- jíst jídlo pokojové teploty nebo chladnější

Průjem

- přechodně omezit stravu a jíst níže doporučené potraviny, které jsou obvykle dobře snášeny
- vhodná je 24hodinová hladová nebo čajová pauza
- je nutný dostatečný příjem tekutin
- vhodné jsou slané polévky
- pak podáváme rýžový odvar, syrové banány (obsahují draslík), mrkvový odvar, vařené brambory nebo pyré

- je vhodná strava chudá na mléko, vlákninu a tuk
- povzbuzujeme k popíjení tekutin, vhodný je slabý ruský čaj, řídka a netučná polévka, také bílé pečivo, rýže, nudle, kompoty bez slupek, tvaroh, drůbeží maso, rozpustná vláknina (jablečné pyré)
- problematické je mléko, syrové ovoce, nadýmavá zelenina, celozrnné výrobky, tučná a pečená jídla
- nevhodné jsou šumivé nápoje

Zácpa

- dostatek tekutin, dostatek vlákniny, např. celozrnné pečivo, syrová zelenina a ovoce, dobrý efekt mají sušené švestky nebo rozvařené sušené švestky
- pokud to zdravotní stav dovolí, nezůstávat ležet
- nepoužívat projímadla, která dráždí střevní sliznici (tzv. kontaktní)
- šetrnější jsou tzv. solná projímadla (Šaratice, Zaječická, magnezium v prášku nebo Karlovarská jedlá sůl) nebo projímadla na bázi laktulózy
- je možné vyzkoušet glycerinový čípek do konečníku

PŘÍLOHA 3

Přípravky enterální výživy k popíjení (sipping)

Tab. 1a. Standardní přípravky – průměrný obsah ve 100 ml.

Přípravek	Nutri-drink	Nutri-drink jogurt	Nutridrink Juice Style	Nutridrink Compact	Isosource Standard	Nutri-lac standard S	Ensure	Fresubin originál Drink	Nutricomp Drink Plus
energie (kcal/kJ)	150/630	150/630	150/630	240/1 010	100/420	107/450	153/630	100/420	150/630
bílkoviny (g)	6,0	6,0	4,0	9,6	4,0	4,0	6,0	3,8	6,0
příchuť	čokoláda, vanilka, tropické ovoce, karamel, neutral	malina, vanilka a citron	jablko, jahoda	jahoda, káva, vanilka, banán, meruňka, lesní ovoce	neutral, vanilka, čokoláda	vanilka, káva, banán	čokoláda, lesní ovoce, jahoda, vanilka, černý rybíz, banán	vanilka, čokoláda, broskev	vanilka, čokoláda, jahoda, banán
společnost	NUT	NUT	NUT	NUT	NES	BM	AN	FRES	BBR
poznámka	bez tuku			sacharóza					
vláknina	0 čoko 0,3	0,2	0	0	0 čoko 0,25		0	0	

Tab. 2. Přípravky s vlákninou – průměrný obsah ve 100 ml.

Přípravek	Nutridrink multifibre	Fresubin energy fibre	Isosource fibre toffee	Resource 2,0 fibre
energie (kcal/kJ)	150/630	150/630	100/422	200/840
bílkoviny (g)	6,0	5,6	3,8	9,0
příchuť	jahoda, vanilka, pomeranč, banán	jahoda, čokoláda, višně	karamel	vanilka, meruňka, lesní plody, neutral
společnost	NUT	FRES	NES	NES
vláknina (g)	2,3	2,0	1,4	2,5

Tab. 3. Přípravky s vyšším obsahem bílkovin – průměrný obsah ve 100 ml.

Přípravek	Nutridrink Protein	Resource Protein Drink	Fresubin Protein Energy Drink	Cubitan
energie (kcal/kJ)	150/630	125/525	150/630	125/525
bílkoviny (g)	10,0	9,4	10,0	10,0
příchuť	čokoláda, vanilka, lesní ovoce	čokoláda, lesní plody, meruňka, vanilka	vanilka, čokoláda, oříšek, jahoda	čokoláda, jahoda, vanilka
společnost	NUT	NES	FRES	NUT
poznámka	Arginin			

Tab. 4. Přípravky pro diabetiky – průměrný obsah ve 100 ml.

Přípravek	Diasip	Diben Drink	Novasource diabet plus
energie (kcal/kJ)	100/420	150/630	120/480
bílkovina (g)	4,0	7,5	6,0
příchuť	jahoda, vanilka	capuccino, lesní plody	vanilka
společnost	NUT	FRES	NES

Tab. 5. Přípravky pro speciální použití – průměrný obsah ve 100 ml.

Přípravek	Supportan	Oral Impact Powder	Prosure	Pulmocare
energie (kcal/kJ)	150/630	303 na sáček – 74 g, tj. 121 na 100 ml	123/519	151/631
bílkoviny (g)	10	16,8 na sáček, tj. 6,7 g na 100 ml	6,6	6,25
příchuť	capuccino, tropical	káva, tropické ovoce	banán, vanilka, káva, pomeranč, čokoláda	vanilka
společnost	FRES	NES	AN	AN
poznámka	ω 3 MK, glutamin	Arginin, ω 3MK	EPA	sacharidy↓

MK – mastné kyseliny, EPA – eikosapentaenová kyselina

Tab. 6. Modulární dietetika.

Přípravek	Protifar	Fantomalt
příchuť	neutral	neutral
společnost	NUT	NUT
poznámka	modulová výživa – protein – přimíchání do stravy nebo k vypití	modulová výživa – maltodextrin – zvýší energie- tický obsah, smíchat do stravy nebo vypít ve vodě

NUT = Nutricia medical, FRES = Fresenius Kabi, BM = Bohušovická mlékárna, BBR = B. Braun, NES = Nestlé, AB = Abbott Nutrition.

PŘÍLOHA 4

Přípravky enterální výživy určené primárně do sond

Tab. 1. Standardní přípravky enterální výživy – obsah ve 100 ml.

Přípravek	Nutrison standard	Fresubin Originál Neutral	Nutricomp standard	Isosource standard
energie (kcal/kJ)	100/420	100/420	100/420	100/420
bílkoviny (g)	4	3,8	3,8	4,0
sacharidy (g)	12,3	13,8	13,8	13,6
tuky	3,9	3,4	3,8	3,3
balení	bottle, pack 500, 1 000 ml	pack 500, 1 000 ml	500	500, 1 000
společnost	NUT	FRES	BBR	NES

Tab. 2. Standardní přípravky enterální výživy s vlákninou.

Přípravek	Nutrison multi fibre	Nutricomp Standard Fibre Neutral	Fresubin Originál Fibre	Nutricomp Standard Fibre	Isosource Fibre Toffee
energie (kcal/kJ)	103/420	104	150/500	100/420	100/420
bílkoviny (g)	4	3,8	3,8	3,75	3,8
sacharidy (g)	12,3	13,8	13,8	13,8	13,6
tuky	3,9	3,3	3,4	3,3	3,4
vláknina	1,5	1,5	1,5	1,0	1,4
balení	1 000 ml pack	500 ml	500, 1 000	500	500
společnost	NUT	BBR	FRES	BBR	NES

Tab. 3. Energeticky obohacené přípravky enterální výživy (obsah ve 100 ml).

Přípravek	Nutrison energy	Nutricomp Energy Neutral	Fresubin HP energy	Nutricomp energy	Isosource energy
energie (kcal/kJ)	150/630	150/630	150/630	150/630	160/640
bílkoviny (g)	6	7,5	7,5	7,5	5,7
sacharidy (g)	18,5	18,8	17,0	18,8	20,0
tuky	5,8	5,0	5,8	5,0	6,2
balení	1 000 ml pack	500 ml	500, 1 000	500	500
společnost	NUT	BBR	FRES	BBR	NES

Tab. 4. Přípravky enterální výživy pro intenzivní péči (obsah ve 100 ml).

Přípravek	Nutrison Protein Plus Multi Fibre	Intestamin	Oxepa	Reconvan	Novasource start	Novasource Forte
energie (kcal/kJ)	125/525	50/210 nekompletní výživa	150/630	100/420	75/315	150/630
bílkoviny (g)	6,3	8,5 + glutamin	6,25	5,5 glutamin, arginin	5,0 glutamin	6,0
sacharidy (g)	14,1	3,8	10,6	12,0	8,1	18,3 + vláknina
tuky	4,9	0,2	9,4	3,4	2,5	5,9
balení	500 ml pack	500	500	500	500	500
společnost	NUT	FRES	AN	FRES	NES	NES

Tab. 5. Imunomodulační přípravky enterální výživy.

Přípravek	Nutrison advanced Cubison	Supportan	Nutricomp Immun	Impact Enteral
energie (kcal/kJ)	100/420	130/520	133/562	100/420
bílkoviny (g)	5,5	5,9	6,7	5,6
sacharidy (g)	12,5	10,4	18,3	13,4
tuky	3,3	7,2	3,7	3,3
obohacení	vláknina, arginin	MCT	glutamin	
balení	1 000 ml pack	500	500	500
firma	NUT	FRES	BBR	NES

Tab. 6. Přípravky enterální výživy pro diabetiky.

Přípravek	Diason Low Energy	Nutricomp Diabetes Fibre Neutral	Diben	Novasource Diabet Plus
energie (kcal/kJ)	75/315	103/420	100/420	120/502
bílkoviny (g)	3,2	4,1	4,5	6,0
sacharidy (g)	8,4	12,9	9,3	12,0
tuky	3,2	3,5	5,0	5,3
vláknina	1,5	1,5	3,0	1,5
balení	1 000 ml pack	500 ml	500	500
společnost	NUT	BBR	FRES	NES

Tab. 7. Orgánově specifické přípravky enterální výživy.

Přípravek	Fresubin Hepa	Pulmocare	Intestamin
energie (kcal/kJ)	130/520	150/630	50/210 nekompletní výživa
bílkoviny (g)	4,0 (větvené†)	6,25	8,5 (glutamin)
sacharidy (g)	17,9	10,5	3,8
tuky	4,9	9,33	0,2
balení	500	500	500
společnost	FRES	AN	FRES

Tab. 8. Elementární a oligomerní přípravky enterální výživy.

Přípravek	Nutrison Advanced Peptisorb	Novasource Peptide	Survimed
energie (kcal/kJ)	100/425	100/420	100/420
bílkoviny (g)	4,0	3,8	4,5
sacharidy (g)	17,6	12,5	15,0
tuky	1,7	3,9	2,4
balení	1 000 ml	500	500
společnost	NUT	NES	FRES

NUT = Nutricia medical, FRES = Fresenius Kabi, BM = Bohušovická mlékárna, BBR = B. Braun, NES = Nestlé, AB = Abbott Nutrition.

Výživa pro boj s nemocí

Jsem ráda, že má maminka více síly.



NUTRICIA
Nutridrink

Silné tělo je základem zdraví. V nemoci tělo strádá a slabne, potřebuje posílit. Nutridrink je lékařsky ověřená tekutá výživa pro posílení nemocného.

Nutridrink účinně doplní stravu nemocných, kteří trpí nechutenstvím nebo jim nemoc brání přijmout dostatečné množství stravy. Nutridrink obsahuje všechny důležité živiny v optimálním poměru. Výborně chutná a je vhodný i pro dlouhodobé užívání. Nutridrink přispívá k urychlení rekonvalescence a zlepšení kondice.

www.nutricia.cz
Infolinka: 800 110 001

Nutridrink je potravinu pro zvláštní lékařské účely, potravinu pro zvláštní výživu.