

Żywnienie enteralne w geriatryi

Wytyczne European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

ESPEN guidelines on enteral nutrition: geriatrics

D. Volkert, Y.N. Berner, E. Berry, T. Cederholm, P. Coti Bertrand, A. Milne, J. Palmblad, S. Schneider, L. Sobotka, Z. Stanga, DGEM: R. Lenzen-Grossimlinghaus, U. Krys, M. Pirlich, B. Herbst, T. Schütz, W. Schröder, W. Weinrebe, J. Ockenga, H. Lochs

Clinical Nutrition, 2006; 25: 330–360

Terminologia

Pacjent geriatryczny – pacjent biologicznie stary, aktualnie zagrożony utratą niezależności wskutek ostrych lub przewlekłych chorób (licznych stanów chorobowych), z którymi się wiąże ograniczenia funkcjonowania fizycznego, psychicznego, umysłowego lub społecznego. Zdolność do samodzielnego wykonywania podstawowych czynności życia codziennego jest zagrożona, ograniczona lub została utracona. Osoba taka wymaga rehabilitacji, pomocy fizycznej, psychologicznej lub społecznej, aby nie dopuścić do częściowej lub całkowitej utraty niezależności.

Osoby starsze – określenie grupy wiekowej >65 lat.

Osoby bardzo stare – określenie osób w wieku >85 lat.

Schorowane osoby starsze – ich zdolność do wykonywania czynności życia codziennego jest zmniejszona wskutek upośledzenia funkcjonowania fizycznego, umysłowego, psychologicznego lub społecznego oraz nawracającej choroby. Cier-

Od Redakcji: W tłumaczeniu pominięto komentarze i piśmiennictwo. Klasyfikację siły zaleceń (A–C) i jakości danych (Ia–IV) podano w tabeli w nr 10/2006 (s. 74), tamże omówiono też ogólne zagadnienia związane z żywnieniem przez przewód pokarmowy.

Skróty: DSP – doustne suplementy pokarmowe, PEG – przezskórna gastrostomia endoskopowa, ŻD – żywnienie dojelitowe, ŻE – żywnienie enteralne

pią one z powodu licznych chorób, które poważnie ograniczają ich niezależność. Stąd też wymagają szczególnej pomocy lub opieki oraz są podatne na powikłania.

Ograniczona zdolność do rehabilitacji – oznacza to, że im starszy pacjent, tym trudniej przywrócić jego stan do normalnego lub do stanu sprzed zachorowania. Szczególnie odbudowa masy mięśniowej po chorobie wymaga u starszych pacjentów dużo więcej wysiłku w zakresie ćwiczeń fizycznych i żywienia niż u młodszych. Inne czynności, w tym umysłowe, są również bardziej odporne na rehabilitację.

Stan czynnościowy – termin ten jest używany w szerokim znaczeniu do opisu ogólnego funkcjonowania, na przykład zdolności do wykonywania codziennych czynności życiowych, jak i poszczególnych funkcji, na przykład siły mięśniowej lub odporności immunologicznej.

1. Jakie są cele żywienia enteralnego (ŻE) w geriatryi?

1. Dostarczanie wystarczającej ilości energii, białka i mikrośladków odżywczych
2. Utrzymanie lub poprawa stanu odżywienia
3. Utrzymanie lub poprawa funkcjonowania, aktywności i zdolności do rehabilitacji
4. Utrzymanie lub poprawa jakości życia
5. Zmniejszenie chorobowości i umieralności

1.1. Czy ŻE zwiększa spożycie energii i składników odżywczych u pacjentów geriatrycznych?

ŻE (doustne suplementy pokarmowe [DSP] lub żywnienie dojelitowe [ŻD]) zwiększa spożycie energii i składników odżywczych u pacjentów geriatrycznych (Ia). Żywnienie za pomocą przezskórnej

gastrostomii endoskopowej (PEG) przewyższa pod tym względem żywienie przez zgłębnik nosowo-żołądkowy (Ia).

1.2. Czy ŻE może utrzymać lub poprawić stan odżywienia u starszych pacjentów?

DSP mogą utrzymać lub poprawić stan odżywienia (Ia). Kilka badań wykazało, że również ŻD utrzymuje lub poprawia parametry stanu odżywienia, niezależnie od rodzaju choroby. Metaboliczne konsekwencje starzenia, które mogą prowadzić do sarkopenii oraz bardzo zły stan odżywienia w chwili założenia zgłębnika mogą utrudnić lub uniemożliwić skuteczne leczenie żywieniowe (III).

1.3. Czy ŻE utrzymuje lub poprawia stan czynnościowy lub zdolność do rehabilitacji?

Odpowiednie odżywianie jest warunkiem wstępnym dla jakiegokolwiek poprawy czynnościowej, aczkolwiek liczba badań i ich zróżnicowanie nie pozwalają na sformułowanie ogólnego stanowiska. W kilku badaniach wykazano korzyści z ŻE, a w innych nie.

1.4. Czy ŻE skraca czas hospitalizacji?

U pacjentów geriatrycznych czas pobytu w szpitalu zależy nie tylko od stanu odżywienia, ale i od innych czynników. Dostępne wyniki badań dotyczących wpływu ŻE na długość hospitalizacji są sprzeczne.

1.5. Czy ŻE poprawia jakość życia?

Wpływ DSP i ŻD na jakość życia jest niepewny.

1.6. Czy ŻE poprawia przeżywalność u pacjentów geriatrycznych?

DSP poprawiają średnią przeżywalność (Ia). U pacjentów, którzy wymagają ŻD z powodu ciężkiej choroby, zwiększenie przeżywalności nie jest udowodnione.

2. ŻE w szczególnych grupach pacjentów

2.1. Czy ŻE jest wskazane u chorych niedożywionych?

Niedożywienie i ryzyko niedożywienia stanowią podstawowe i niezależne wskazania do ŻE u pacjentów geriatrycznych. DSP zaleca się w celu zwiększenia spożycia energii, białka i mikrośkładników odżywczych, utrzymania lub poprawy stanu odżywienia oraz zwiększenia przeżywalności pacjentów niedożywionych lub zagrożonych niedożywieniem (A). Zaleca się wczesne zastosowanie DSP lub ŻD u chorych z grupy ryzyka żywieniowego (np. z niedostatecznym spożyciem pokarmów, niezamierzoną utratą >5% masy ciała w ciągu 3 miesięcy lub >10% w ciągu 6 miesięcy, BMI <20 kg/m²) (B).

2.2. Czy ŻE jest wskazane u schorowanych osób starszych?

U schorowanych osób starszych zaleca się stosowanie DSP w celu poprawy lub utrzymania stanu odżywienia (A).

Schorowane osoby starsze mogą odnieść korzyść z ŻD, jeśli ich stan ogólny jest stabilny (nie są w terminalnej fazie choroby). ŻD zaleca się więc wcześniej u osób zagrożonych niedożywieniem (B), jeśli normalne spożycie pokarmów jest niewystarczające.

2.3. Czy ŻE jest wskazane u pacjentów geriatrycznych z dysfagią neurogeną?

U chorych z ciężką dysfagią neurogeną zaleca się ŻE w celu zapewnienia odpowiedniej podaży energii i składników odżywczych, a przez to utrzymania lub poprawy stanu odżywienia (A). Do długotrwałego leczenia żywieniowego PEG nadaje się lepiej niż zgłębnik nosowo-żołądkowy, ponieważ leczenie z użyciem PEG rzadziej się kończy niepowodzeniem i pozwala osiągnąć lepszy stan odżywienia (A), a ponadto może być wygodniejsze dla pacjenta. U chorych z ciężką dysfagią neurogeną ŻD trzeba rozpocząć tak szybko, jak to możliwe (C). ŻE powinno towarzyszyć intensywnej terapii zaburzeń połykania, dopóki nie

będzie możliwe bezpieczne i wystarczające doustne przyjmowanie normalnego pokarmu (C).

2.4. Czy ŻE jest wskazane u pacjentów geriatrycznych po operacjach ortopedycznych?

U pacjentów geriatrycznych po złamaniu bliższego odcinka kości udowej oraz po operacjach ortopedycznych zaleca się DSP w celu zmniejszenia ryzyka powikłań (A).

2.5. Czy wskazane jest ŻE w okresie okołoperacyjnym u pacjentów geriatrycznych poddawanych dużym operacjom?

Nie ma danych wskazujących, że leczenie żywieniowe u osób starszych poddawanych dużym operacjom (np. trzustki, głowy i szyi) powinno się różnić od stosowanego u młodszych pacjentów. Odsyłamy więc do wytycznych „Żywienie enteralne w chirurgii i transplantologii”.

2.6. Czy wskazane jest ŻE u osób starszych z depresją?

ŻE zaleca się w depresji w fazie ciężkiego jadłowstrętu i braku motywacji (C).

2.7. Czy ŻE jest wskazane u osób z otępieniem?

Stosowanie DSP lub ŻD może prowadzić do poprawy stanu odżywienia u osób z otępieniem. DSP, a czasami też ŻD zaleca się w niewielkim i umiarkowanym otępieniu, gdyż mogą się przyczyniać do zapewnienia odpowiedniej podaży energii i składników odżywczych oraz chronić przed rozwojem niedożywienia (C). W ciężkim otępieniu nie zaleca się ŻD (C). Decyzję należy podejmować indywidualnie w każdym przypadku.

2.8. Czy są wskazania do ŻE u pacjentów geriatrycznych z nowotworem złośliwym?

Zasadniczo leczenie żywieniowe u pacjentów geriatrycznych z nowotworem złośliwym nie różni się od stosowanego u młodszych chorych (p.

wytyczne „Żywienie enteralne w chorobach nowotworowych” [Med. Prakt. 1/2007, s. 97–102 – przyp. red.]).

2.9. Czy u chorych z dysfagią ŻD chroni przed zachyłstowym zapaleniem płuc dzięki poprawie stanu czynnościowego?

Nie można wyciągnąć pewnych wniosków na ten temat z powodu niejednorodności badań oraz braku danych o częstości występowania zachyłstowego zapalenia płuc przed wdrożeniem ŻD.

2.10. Czy ŻE u pacjentów geriatrycznych może zapobiec odleżynom lub ułatwić ich leczenie?

DSP, w szczególności bogatobiałkowe, mogą zmniejszyć ryzyko powstawania odleżyn (A). Na podstawie pozytywnego doświadczenia klinicznego zaleca się ŻE również w celu ułatwienia gojenia się odleżyn (C).

3. Szczególne aspekty praktyczne ŻE u pacjentów geriatrycznych

3.1. W jaki sposób prowadzić ŻE – przez PEG czy przez zgłębnik nosowo-żołądkowy?

U starszych pacjentów, u których przewiduje się stosowanie ŻE dłużej niż 4 tygodnie, zaleca się wykonanie PEG (A).

3.2. Kiedy należy rozpocząć ŻD po wykonaniu PEG?

U pacjentów geriatrycznych ŻD można rozpocząć w 3 godziny po wykonaniu PEG (A).

3.3. Czy u pacjentów geriatrycznych ŻE wiąże się ze szczególnymi powikłaniami?

Powikłania ŻE są podobne do spotykanych w innych grupach wiekowych. Nie ma danych o częstości występowania poszczególnych powikłań w różnych grupach wiekowych.

3.4. Czy spożycie błonnika pokarmowego przynosi korzyści chorym żywionym enteralnie?

Dostępne badania sugerują, że błonnik zawarty w pokarmach może się przyczyniać do normalizacji czynności jelit u osób starszych żywionych dojelitowo.

Nie przeprowadzono badań dotyczących DSP.

Tłumaczyła lek. Agnieszka Piątek-Guziewicz

Konsultował dr hab. med. Marek Pertkiewicz
Klinika Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego
Akademii Medycznej w Warszawie

Reprinted with permission of European Society
for Clinical Nutrition and Metabolism

Komentarz

Wytyczne ESPEN dotyczące żywienia enteralnego (ŻE) w geriatryi zgodnie z zasadami EBM, w oparciu o dostępne prospektywne badania kliniczne systematyzują wskazania do żywienia dojelitowego (ŻD) lub suplementacji doustnymi suplementami pokarmowymi (DSP) chorych geriatrycznych. W skrócie wytyczne te można by sprowadzić do ogólnych standardów leczenia żywieniowego, czyli stosowania DSP, gdy jest to możliwe, i ŻD w sytuacjach gdy suplementacja doustna jest nieskuteczna lub przeciwwskazana, głównie u chorych z dysfagią, z wyjątkiem chorych w terminalnym okresie otępienia, u których nie zaleca się ŻD. Jednak autorzy i tu pozostawiają furtkę, stwierdzając, że decyzję co do rozpoczęcia ŻD u takich pacjentów należy rozważać indywidualnie w każdym przypadku.

Autorzy wytycznych podkreślają, że bardzo zły stan odżywienia uniemożliwia leczenie żywieniowe. To oczywiste, bo w takich przypadkach nie działa również przewód pokarmowy. Nie znaczy to jednak, że nie należy podjąć próby leczenia. W takich przypadkach po wyrównaniu zaburzeń metabolicznych oraz zabezpieczeniu pacjenta przed wystąpieniem zespołu ponownego odżywienia (ang. *refeeding syndrome*) należy ostrożnie rozpocząć żywienie pozajelitowe i minimalne ŻD. Ryzyko wystąpienia zespołu ponownego odżywienia jest znaczne, zwłaszcza że większość ludzi w wieku podeszłym spożywa zbyt mało mikroelementów.¹

Wytyczne stwierdzają, że „u chorych z ciężką dysfagią neurogeną ŻD trzeba rozpocząć tak szybko, jak to możliwe”. Natomiast ostatni przegląd badań z randomizacją opublikowany przez Koretza i wsp. podkreśla, że u chorych z dysfagią nie należy rozpocząć ŻD w pierwszym tygodniu po udarze.²

Autorzy wytycznych wymieniają szereg sytuacji, w których – według dotychczasowych badań – leczenie żywieniowe przynosiło odmienne efekty. Rozbieżność wyników jest zrozumiała, gdyż u chorych w wieku podeszłym na wynik leczenia wpływa wiele współistniejących czynników, zwłaszcza choroby towarzyszące, sprawność (a raczej stopień jej ograniczenia), stan odżywienia, stan świadomości oraz motywacja pacjenta. Zastosowanie (albo nie) żywienia enteralnego ma więc różny wpływ na wyniki leczenia w zależności od liczby i nasilenia wyżej wymienionych czynników. Dlatego lepsze wyniki przynosi stosowanie suplementów diety niż żywienie przez zgłębnik, gdyż stan chorych spożywających suplementy jest lepszy niż chorych, którzy nie mogą sami jeść i muszą być żywieni przez zgłębnik lub przetokę odżywczą.

Mimo złego rokowania leczenie żywieniowe chorych ze znacznym otępieniem przedłuża ich życie. Miyagishi i wsp. porównali przeżycie krytycznie chorych geriatrycznych, którzy otrzymywali leczenie żywieniowe albo go nie otrzymywali; ci pierwsi przeżyli średnio 827 dni, a drudzy – zaledwie 60.³ Podobne wyniki uzyskał Jaul i wsp.⁴ Jeśli rozkład czynników współistniejących jest podobny, ŻE zmniejsza także śmiertelność. A ponieważ ŻE nie obciąża chorych w wieku podeszłym bólem i znacznym dyskomfortem, należy je stosować, jeśli występują wskazania, uwzględniając życzenia rodziny i samego pacjenta.⁴

Tyle wiadomo z badań klinicznych. Problem żywienia chorych w wieku podeszłym jest jednak bardziej skomplikowany. Po pierwsze – definicja. Przyjęcie wyłącznie kryterium wiekowego budzi oburzenie niektórych staruszków – znam historię chrzcina, w czasie których nestor rodu wychylał toasty za zdrowie nowo narodzonych w tym samym roku i miesiącu synka, wnuczka i prawnuczki. Po drugie – społeczeństwa się starzeją wraz z rozwojem medycyny, co powoduje, że najnowsze i najdroższe metody diagnostyczne i terapeutyczne znajdują coraz częściej zastosowanie z uwagi na potrzeby coraz bardziej chorowitego społeczeństwa. Po trzecie – leczenie chorych w wieku podeszłym różni się od medycyny wieku średniego, podobnie jak ta ostatnia od pediatrii. To samo dotyczy żywienia i szkoda, że w wytycznych nie znalazły się

żadne zalecenia praktyczne, dotyczące dawkowania i okresu rozpoczynania leczenia żywieniowego u pacjentów geriatrycznych. Po czwarte – wraz z wiekiem zmniejsza się spożycie pokarmu i pojawiają się zaburzenia łaknienia, nazywane „anoreksją starzenia”.^{5,6} Chory w wieku podeszłym, nawet całkiem zdrowy, je mniej, często za mało, co szybko prowadzi do niedoborów witamin, pierwiastków śladowych i białka. Dlatego częstość występowania niedożywienia wzrasta z wiekiem. Ale zasadniczy problem polega na tym, że u chorych w wieku podeszłym znacznie trudniej jest „przywrócić” prawidłowy apetyt po okresie całkowitego głodzenia lub nawet po okresie zmniejszonego spożycia pokarmu.⁵ To powoduje, że podstawowe znaczenie ma nie tyle zapobieganie niedożywieniu, ile zapobieganie przyzwyczajeniu do zmniejszonego spożycia pokarmu. Dlatego leczenie takich chorych należy rozpoczynać bezzwłocznie.

U wielu z nich wystarczy porada dietetyczna, zwiększenie podaży witamin i doustny suplement diety, co zapobiega pogorszeniu stanu odżywienia i zwiększa aktywność w ciągu dnia.⁷ Ci, u których najprostsze działanie nie przynosi lub nie może przynieść efektu, wymagają zastosowania DSP lub ŻD.

Także samo podejście do leczenia i żywienia osób w wieku podeszłym może być różne.⁸ W niektórych krajach o ustroju totalitarnym po prostu nie przyjmowano do leczenia szpitalnego osób po 50. roku życia, nie mówiąc już o sztucznym żywieniu. Obecnie w Europie w niektórych krajach sztuczne żywienie prowadzi się u wszystkich chorych, którzy nie mogą jeść, a w innych wyodrębnia się grupy chorych, u których sztuczne żywienie nie jest zalecane, na przykład chorych z ciężkim otępieniem. Z wyjątkiem Niemiec (obciążonych piętnem głodujących w obozach koncentracyjnych), w których zakłada się 140 000 PEG rocznie,⁹ linia podziału przebiega pomiędzy protestantami a katolikami. Wątpliwości tych ostatnich rozwiewają jednoznaczne odpowiedzi udzielone dnia 1 sierpnia 2007 roku przez Kongregację Nauki Wiary na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania pacjentów w stanie wegetatywnym.¹⁰

Na pytanie: czy istnieje moralny obowiązek podawania pokarmu i wody (w sposób naturalny lub sztuczny) pacjentowi w „stanie wegetatywnym”, z wyjątkiem przypadków gdy takie pożywienie nie może być przyswojone przez organizm pacjenta albo powoduje znaczne dolegliwości fizyczne? – odpowiedź brzmi: tak. Podawanie pokarmu i wody, także

metodami sztucznymi, jest zasadniczo zwyczajnym i proporcjonalnym sposobem podtrzymania życia. Jest ono więc obowiązkowe w takiej mierze i przez taki czas, w jakich służy właściwym sobie celom, czyli nawadnianiu i odżywianiu pacjenta. W ten sposób zapobiega się cierpieniom i śmierci, które byłyby spowodowane wycieńczeniem i odwodnieniem.

Na pytanie: czy sztuczne żywienie i nawadnianie pacjenta w „trwałym stanie wegetatywnym” mogą być przerwane, gdy kompetentni lekarze stwierdzą z moralną pewnością, że pacjent nigdy nie odzyska świadomości? – odpowiedź brzmi: nie. Pacjent w „trwałym stanie wegetatywnym” jest osobą, zachowującą swą podstawową godność ludzką, a zatem należy się mu zwyczajna i proporcjonalna opieka, obejmująca zasadniczo dostarczanie wody i pokarmu, także w sposób sztuczny.

Podsumowując: wytyczne ESPEN dotyczące żywienia enteralnego w geriatryi stanowią cenny dla klinicysty zbiór wskazówek opartych na danych naukowych, nie odpowiadają jednak na wiele nurtujących go pytań, zwłaszcza praktycznych. Wyciągnięcie niejednoznacznych wniosków w odniesieniu do ŻE wynika zapewne z różnic stanu ciężko chorych w wieku podeszłym i współistniejących czynników obciążających.

dr hab. med. Marek Pertkiewicz
Klinika Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego
Akademii Medycznej w Warszawie

Piśmiennictwo do komentarza

1. Sebastian R.S., Cleveland L.E., Goldman J.D., Moshfegh A.J.: Older adults who use vitamin/mineral supplements differ from nonusers in nutrient intake adequacy and dietary attitudes. *J. Am. Diet. Assoc.*, 2007; 107: 1322–1332
2. Koretz R.L., Avenell A., Lipman T.O. i wsp.: Does enteral nutrition affect clinical outcome? A systematic review of the randomized trials. *Am. J. Gastroenterol.*, 2007; 102: 412–429 (review)
3. Miyagishi R., Higashi T., Akaishi Y. i wsp.: Clinical features and prognosis of terminally ill patients in a geriatric long-term care hospital with particular regard to the implications of artificial nutrition. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, 2007; 44: 219–223
4. Jaul E., Singer P., Calderon-Margalit R.: Tube feeding in the demented elderly with severe disabilities. *Isr. Med. Assoc. J.*, 2006; 8: 870–874
5. Di Francesco V., Fantin F., Omizzolo F. i wsp.: The anorexia of aging. *Dig. Dis.*, 2007; 25: 129–137 (review)
6. Salles N.: Basic mechanisms of the aging gastrointestinal tract. *Dig. Dis.*, 2007; 25: 112–117 (review)
7. Persson M., Hytter-Landahl A., Brismar K., Cederholm T.: Nutritional supplementation and dietary advice in geriatric patients at risk of malnutrition. *Clin. Nutr.*, 2007; 26: 216–224
8. Endo H.: Care and nursing in remodeling long term care insurance. *Nippon Ronen Igakkai Zasshi*, 2007; 44: 429–432
9. Wirth R., Volkert D., Bauer J.M. i wsp.: PEG tube placement in German geriatric wards: a retrospective data-base analysis. *Z. Gerontol. Geriatr.*, 2007; 40: 21–30
10. Kongregacja Nauki Wiary: Odpowiedzi na pytania dotyczące sztucznego odżywiania i nawadniania. Rzym, w siedzibie Kongregacji Nauki Wiary, 1 sierpnia 2007 r.