



PROGRAM EDUKACYJNY DLA PACJENTÓW
DOLNOŚLĄSKIE CENTRUM CHOROÓB PŁUC WE WROCŁAWIU

PROGRAM EDUKACYJNY DLA PACJENTÓW „NIEDOŻYWIENIE W SCHORZENIACH UKŁADU ODDECHOWEGO”.

*Projekt Edukacji Pacjentów realizowany w ramach systemu jakości-
Akredytacja i projektu Szpitali Promujących Zdrowie HPH*

Szpital akredytowany



Szpital Promujący Zdrowie



Zatwierdził:

ZASTĘPCA DYREKTORA DS. LECZNICTWA

PEŁNOMOCNIK DYREKTORA DS. JAKOŚCI

PROGRAM EDUKACYJNY DLA PACJENTÓW „NIEDOŻYWIENIE W SCHORZENIACH UKŁ. ODDECHOWEGO”.

1.Cel główny: *Wykrycie niedożywienia wśród pacjentów.*

2.Cele pośrednie:

- pacjent posiada wiedzę na temat konsekwencji niedożywienia
- pacjent zna objawy i powikłania niewłaściwego odżywiania
- pacjent posiada wiedzę, na temat potrzeby/konieczności spożywania pokarmu

I. GŁÓWNE ZAGADNIENIA

1.Niedożyczenie – to stan organizmu będący skutkiem zazwyczaj przedłużonego niedoboru składników pokarmowych (najczęściej tłuszczów i węglowodanów) wynikającym z niedoboru określonych składników w spożywanych pokarmach, bądź z ich niewielkiej ilości. Skutkiem jest zazwyczaj utrata masy ciała i wychudzenie, rzadziej objawy niedoboru jakiegoś składnika (np. witaminy w pożywieniu).

Występuje ono najczęściej u pacjentów w podeszłym wieku (50%); z chorobami układu oddechowego (45%); chorobami zapalnymi jelit (80%) i nowotworami złośliwymi (85%).

U 30% chorych prawidłowo odżywionych niedożyczenie rozwija się w trakcie hospitalizacji.

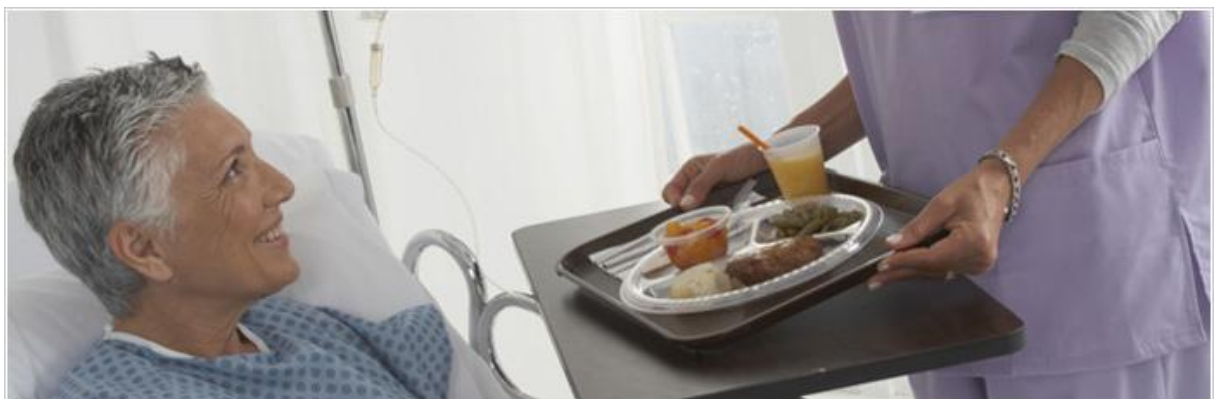
2. Przyczyny niedożywienia pacjentów z chorobami płuc:

- o problemy z użębieniem, brak lub niewłaściwa jakość protez
- o duszność utrudniająca spożywanie posiłków
- o duszność wysiłkowa utrudniająca zakupy i przygotowanie jedzenia
- o wzmożony katabolizm, szczególnie w okresach zaostrzeń choroby.

Szkodliwe efekty niedożywienia może nasilać hipoksemia (niedotlenienie) i ogólnoustrojowy proces zapalny. Do utraty masy mięśniowej przyczynia się brak ruchu oraz długotrwałe stosowanie **glikokortykosteroidów doustnych**.

3. Potencjalne konsekwencje niedożywienia to:

- o zmniejszenie odporności, częstsze zakażenia wirusowe i bakteryjne, większa częstotliwość i ciężkość zaostrzeń POChP
- o zmniejszenie siły mięśni, w tym mięśni oddechowych, prowadzące do zmniejszenia wydolności fizycznej oraz pogorszenia wydolności oddechowej
- o u niedożywionych chorych tempo pogarszania się czynności płuc, a więc progresji choroby jest większe.



4. Postępowanie w przypadku niedożywienia:

- **właściwe leczenie w chorobach płuc** – zmniejszenie nasilenia duszności wskutek leczenia farmakologicznego i niekiedy również przewlekłej tlenoterapii ułatwia przygotowywanie i spożywanie posiłków (ułatwieniem bywa stosowanie wąsów tlenowych podczas posiłku).
- **kontrola stanu uzębienia**, w razie potrzeby zastosowanie protez
- **właściwa dieta** – posiłki powinny być urozmaicone, o wystarczającej zawartości kalorii; w razie nasilonej duszności, utrudniającej jedzenie wskazane jest spożywanie częstych, małych posiłków o dużej zawartości kalorii - dla ustalenie optymalnej diety wskazana może być konsultacja z dietetykiem
- w razie potrzeby **stosowanie suplementów diety**
- **rehabilitacja** - ćwiczenia fizyczne nie tylko poprawiają wydolność chorego, wykazano, że wpływają również korzystnie na apetyt.

ETAPY PROGRAMU – postępowanie terapeutyczne

1. Wywiad żywieniowy z pacjentem – Pierwszym krokiem w kierunku oceny stanu odżywienia pacjenta jest badanie przesiewowe mające na celu szybką ocenę, czy pacjent jest już w grupie ryzyka występowania niedożywienia, czy może się to stać w trakcie choroby - Identyfikacja ***wg skali oceny ryzyka niedożywienia NRS 2002 lub SGA***;

2. Pomiary antropometryczne: pomiaru wagi, wzrostu, określenie wskaźnika ***BMI (body mass index)*** wg wzoru:

$$\underline{BMI [kg/m^2] = masa\ ciała [kg] / wzrost [m]^2}$$

- >30 kg/m² – duża nadwaga
- 25-29,9 kg/m² – nadwaga
- 20-24,9 kg/m² – prawidłowy stan odżywienia
- 17-19,9 kg/m²- ryzyko niedożywienia (w tej sytuacji wskazane jest leczenie żywieniowe)
- <17 kg/m²- niedożywienie (w tej sytuacji konieczne jest leczenie żywieniowe)

3.Badania biochemiczne – uznaje się za bardzo przydatne w kwalifikacji pacjenta do leczenia żywieniowego, w monitorowaniu skuteczności leczenia żywieniowego oraz do diagnozowania ewentualnych zaburzeń metabolicznych. Ponadto są one obiektywne i powtarzalne, przez co umożliwiają modyfikację prowadzonego leczenia żywieniowego. Największe znaczenie w ocenie stanu odżywienia ma kilka białek takich jak: albumina, transferyna, prealbumina oraz całkowita liczba limfocytów (CLL).

Albumina – jest bardzo ważnym parametrem prognostycznym powikłań wynikających ze złego stanu odżywienia. Wykazano, że obniżony poziom tego białka w przypadku pacjentów hospitalizowanych koreluje z 6-krotnym wzrostem śmiertelności. Uznaje się, że stężenie tego białka poniżej 3,5 mg/dl świadczy o niedożywieniu.

Interpretacja wartości albuminy w zależności od stanu odżywienia

(wg De Chicco):

- stężenie albuminy [g/dl] Norma 3,5-5,0 g/dl

stan odżywienia:

- niedożywienie lekkie 3,0-3,4
- niedożywienie średnie 2,1-2,9
- niedożywienie ciężkie $<2,1$

4. Badania immunologiczne – niedożywienie zwykle łączy się z upośledzeniem odporności immunologicznej, wyrażającej się spadkiem bezwzględnej liczby limfocytów we krwi i upośledzeniem odporności komórkowej.

Obliczana jest w następujący sposób:

$$\text{CLL} = \% \text{ limfocytów} \times \text{liczba limfocytów} / 100$$

prawidłowa wartość powinna wynosić powyżej 1500 w 1 mm³ krwi

obwodowej. Wartość poniżej może wskazywać na upośledzenie stanu odżywienia jak i zaburzenie odporności.

5. Ustalenie zapotrzebowania energetycznego oraz całkowitego zapotrzebowania;

6. Zbilansowanie całkowitego zapotrzebowania energetycznego odpowiednią podażą białka (ok. 20% całkowitej energii), tłuszczów (30%) i węglowodanów (50%).

7. Wyznaczenie zapotrzebowania na wodę wg wzoru 1500 ml + (masa ciała - 20) x 20 ml

8. Wyrównanie zaburzeń elektrolitowych i mineralnych w przypadku gdy zachodzi taka potrzeba;

9. Przekazanie pacjentowi ulotek i zaleceń do samodzielnego stosowania. Raz w tygodniu konsultacje dietetyczne. (środa w godz. 10-12), ankiety przy przyjęciu i wypisie pacjenta ze szpitala.

10. W dniu wypisu, weryfikacja zamierzonego celu poprzez ponowne dokonanie pomiarów antropometrycznych (pomiar wagi i BMI).

Postępowanie dietetyczne



Pacjenci ze schorzeniami układu oddechowego, podobnie jak wszyscy inni, powinni mieć zdrową, dobrze zbilansowaną, urozmaiconą dietę. Jednak, biorąc pod uwagę istotę choroby, przy komponowaniu diety chorego na POChP musimy uwzględnić znacznie zwiększoną pracę przepony w tej chorobie. Należy więc unikać zbyt obfitych posiłków i wzdymających produktów, które unosząc przeponę ku górze znacznie utrudniają oddychanie. Stąd też konieczne jest przyjęcie kilku prostych zasad:

- 1. Chory powinien jeść małe posiłki, ale często.** Poleca się jedzenie pięciu, a nawet sześciu mniejszych objętościowo posiłków. Nie zaleca się natomiast 2-daniowych obiadów z deserem spożywanych na raz. Mniejsze posiłki są nie tylko mniej męczące dla chorego, ale również, mniejsza ilość pokarmu w żołądku ułatwia pracę przeponie.
- 2. Należy bezwzględnie unikać wzdymających, ciężkostrawnych produktów,** takich jak nasiona warzyw strączkowych (groch, fasola, bób),

warzywa kapustne (kapusta kalafior) i inne, które zwiększając ilość gazów w jelitach unoszą przeponę ku górze i nasilają jej pracę.

3. Należy unikać jedzenia bezpośrednio przed położeniem się spać. Ostatni posiłek należy zjeść minimum trzy godziny przed położeniem się do łóżka, bo przepona w pozycji leżącej pracuje znacznie gorzej i wypełniony przed snem żołądek prowadzi do duszności nocnych.

Układając jadłospis chorego, przed podjęciem decyzji o kaloryczności posiłków, powinniśmy ocenić aktualny stan odżywienia pacjenta. Chorzy z dolegliwościami układu oddechowego jeszcze bardziej niż inni powinni dbać o prawidłową masę ciała. Nadwaga wymaga bowiem dostarczenia większej ilości tlenu, aby prawidłowo utleniać nadmiar tkanek do czego układ oddechowy chorego z POChP nie jest przygotowany, niedowaga natomiast prowadzi do osłabienia mięśni, w tym również oddechowych, i pogłębia toczącą się chorobę.

Dieta chorego determinuje również ilość tlenu niezbędną do spalania zjadanych pokarmów. Najmniej tlenu niezbędnego do spalania wymagają tłuszcze. Wynika z tego, że dieta w tej chorobie powinna zawierać więcej tłuszczów niż węglowodanów (w tym słodczy) i białek.

Powinniśmy wybierać tzw. "zdrowe tłuszcze", tzn. tłuszcze zawierające nienasycone kwasy tłuszczowe, dbając o równowagę produktów zawierających kwasy omega-6 i omega-3. Należy więc spożywać oleje roślinne, ale częściej sięgać po oliwę z oliwek, olej rzepakowy i lniany, a nieco rzadziej używać oleju słonecznikowego i kukurydzianego oraz margaryn. Jak najczęściej jeść ryby morskie, które powinny stanowić podstawę diety chorego, do posiłków dodawać zielone warzywa (sałatę, szpinak), które ułatwiają przyswajanie kwasów omega-3. Warto aby w jadłospisie chorego zagościły też zawierające "zdrowe tłuszcze" orzechy, migdały, pistacje i inne nasiona.

Białka (w ilości 1,5 g na kg wagi należnej) w diecie chorego powinny być dostarczane w postaci chudego mięsa (kurczak, indyk, ryby) i przetworów mlecznych (jogurty, koktajle mleczne i mleczno-owocowe, sery twarogowe i pasty twarogowe). Chorzy z niskim BMI winni używać mleka pełnotłustego i wysokoprocetowej śmietany, chorzy z nadwagą mleka i serów półtłustych lub chudych.

Węglowodany (grube kasze, pieczywo pełnoziarniste, makarony pełnoziarniste, ryż biały i brązowy) należy spożywać zgodnie z zapotrzebowaniem kalorycznym, stosownie do zaplanowanego, prawidłowego BMI.

Chory musi także dbać o regularne wypróżnienia, jego dieta musi więc być bogata w błonnik, który poprawia perystaltykę jelit. Dienne spożycie błonnika powinno wynosić 20-35 gramów. Błonnik zawierają otręby, ryż, pieczywo oraz warzywa i owoce. Chorym szczególnie poleca się spożywanie takich warzyw jak: papryka (czerwona i zielona), pomidory, buraki, pietruszka, szparagi, szpinak, sałata zielona, drobno starte surówki i niewzdymające owoce.

Ważne:

Pamiętajmy, że chory z dolegliwościami układu oddechowego najczęściej cierpi na brak apetytu z powodu męczenia się w trakcie jedzenia i duszności poposiłkowej. Potrawy muszą więc być urozmaicone, smaczne, ale i łatwe w przygotowaniu, aby chory miał możliwość przygotować ich samodzielnie.

