Otázka: Poruchy výživy ve stáří

Předmět: Biologie

Přidal(a): Saša

Stejně jako v jiném životním období, i ve stáří platí, že stravování by mělo být vyvážené, pestré a s dostatečným množstvím potřebných živin.

Nedostatečná výživa se vždy nepříznivě projeví na zdravotním stavu člověka.

Výživa ve stáří má řadu zvláštností souvisejících s fyziologickými, anatomickými a funkčními změnami a s celkovým zdravotním stavem.

Správná výživa a přiměřená nutriční podpora

– snižuje nemocnost

– zkracuje délku léčby

– snižuje počet komplikací

– zkvalitňuje život

– prodlužuje lidský věk

Nesprávná výživa

– urychluje proces stárnutí

– podporuje výskyt civilizačních chorob

Malnutrice

– stav, kdy energetická spotřeba org. není dostatečně kompenzovaná příjmem

– poškozuje všechny orgánové systémy

Nad 80 let věku mají určitý stupeň malnutrice téměř všichni senioři. Pokročilejší forma malnutrice se ve stáří vyskytuje až v 50 %. Nejčastějším typem malnutrice u seniorů je tzv. proteino-energetická malnutrice s prostým hladověním, která vede k úbytku hmotnosti. Energie je získávána z tukové tkáně, později i ze svalové hmoty.

Nejčastější příčiny malnutrice ve stáří

• defekt chrupu

• postižení slinných žláz

• onemocnění dutiny ústní, jícnu, GIT a jiná somatická onemocnění

– poruchy polykání

• snížená chuť k jídlu,dyspepsie

• psychické poruchy – deprese, demence

• omezená hybnost, imobilizační syndrom

• sociální faktory

• vliv léků

Tři nejčastější problémy v oblasti výživy jsou podvýživa, dehydratace a obezita.

1. Podvýživa – častá u lidí nad 75 let.

Příčiny

– zhoršení vnímání chuti – počet chuťových pohárků se redukuje na polovinu

– ztráta chrupu, nevyhovující protézy

– atrofické změny v dutině ústní

– oslabení čichových vjemů

– zhoršené trávení a vstřebávání živin

– omezení hybnosti

– přítomnost závažných onemocnění

– užívání léků

– depresivní nálady s nezájmem o jídlo

– ekonomické faktory

– psychosociální faktory – osamělost

2. Dehydratace

– dochází k ní ve stáří snadno a rychle a může vést k závažným komplikacím (např. vznik krevních sraženin důsledkem zahuštění krve, CMP, selhání ledvin.)

– oslabený pocit žízně ve stáří

– vliv některých léků

Následkem může být nedostatečná tvorba slin, vysychání sliznice dutiny ústní, bolesti hlavy, poruchy koncentrace, zmatenost.

3. Obezita

– problém vyššího středního věku a počínajícího stáří. Představuje rizikový faktor pro různá onemocnění (cukrovka, srdečně-cévní onemocnění… až degenerativní onemocnění kloubů), která mohou vést až ke snížení pohyblivosti.

Hospitalizace geriatrických pacientů

Cíl péče: Pacient bez projevů malnutrice

Geriatrický pacient potřebuje speciální přístup. Je více ohrožen malnutricí než pacienti jiných věkových kategorií. Před zahájením nutriční intervence potřebujeme informace o možnostech perorálního příjmu. U každého pacienta přijímaného na naše oddělení je sledován stav jeho výživy.

Diagnostika malnutrice:

Anamnéza

– zjišťujeme váhový úbytek za určitý časový úsek, stravovací návyky a dietní omezení pacienta, bolesti břicha, průjmy, zvracení, zácpu a množství snědené stravy.

Fyzikální vyšetření – sledování známek kachexie, otoků apod.

Laboratorní vyšetření – hematologie, biochemie a imunologie

Antropometrické vyšetření – BMI, hmotnost, výška, podkožní tuk

Intervence sestry v péči o výživu pacienta

– Sestra při příjmu provede nutriční screening

– Po domluvě s nutriční terapeutkou sledujeme kolik a jaké potravy rizikový pacient přijme

– informujeme lékaře, aby mohl v případě potřeby zahájit nutriční podporu pacienta

– při podávání potravy dbáme také na úpravu jídla, pestrost, popřípadě rozdělení na menší dávky

– pacienty i rodinné příslušníky informujeme o nutnosti zvýšení příjmu živin přirozenou stravou

– Podáváme podrobnou dietní radu, popřípadě domluvíme schůzku s nutriční terapeutkou

– při zjištění nedostatků v perorálním příjmu zajistíme pacientům sipping.

Obecné zásady péče o výživu starého člověka:

– udržovat vyváženou dietu obsahující přirozené zdroje vitamínů

– složení potravy přizpůsobit možnostem člověka

. zajistit příjemné prostředí pro jídlo – možnost společného stolování

– zavést pitný režim, dbát na příjem tekutin

– všímat si známek dehydratace

. zajistit vhodné ošetření nebo náhrad chrupu

– zajistit přiměřenou fyzickou aktivitu

– nepodceňovat trávicí obtíže

– nezvládnutelné potíže se stravováním konzultovat s odborníkem na výživu

Zásady při podávání jídla:

- každý nemocný musí dostat a jíst jen předepsanou dietu
- jídlo musí dostatečně teplé a vhodně upravené
- jídlo se podává pravidelně
- nemocný má mít vždy k dispozici dostatek tekutin
- sestra, která pracuje s jídlem si oblékne čistý pracovní plášť

Zásady krmení klientů s poruchou soběstačnosti:

- péče o umělý chrup
- teprve před klientem stravu upravit a nakrájet na kousky aby neměl pocit že mu přinášíme zbytky
- polévkou plníme lžíci jen do poloviny, abychom ji nerozlévali a protože řada nemocných má porušený polykací reflex, vkládáme jednotlivá sousta opatrně
- suchou stravu například housku chleba můžeme po dohodě s klientem nalámat do kávy
- po jídle dáme nemocnému dostatečně napít a vypláchnout ústa, předcházíme tak nebezpečí aspirace zbytků stravy
- po celou dobu krmení klienta laskavě povzbuzujeme, aby se pokusil sníst co nejvíce

Pitný režim:

- je velice důležité v průběhu dne dodržovat pitný režim klienta

 dospělý člověk by měl za den vypít alespoň 2l tekutin, neomezuje-li ho choroba při, které musí být příjem tekutin omezen

 klientovi během jídla nabízíme stále tekutiny

 klientovi nabízíme i během dne několikrát za den tekutiny

 snažíme se předejít dehydrataci organismu a následnému poškození organismu

Jednou z příčin malnutrice je porucha polykání

Poruchy polykání neboli dysfagie

Polykání je jeden z nejkomplexnějších procesů v našem těle. Je to složitý pohyb celé řady struktur, probíhající ve velmi rychlém sledu. Musí při něm dojít ke koordinaci pohybu rtů, tváří, jazyka, měkkého patra, hltanu, hrtanu a jícnu

– mohou vzniknout v každém věku

– jsou častým příznakem mnoha onemocnění

– omezují postiženého v běžném životě

– může při nich dojít k vdechnutí potravy či slin

– mohou doprovázet některá nádorová onemocnění.

Nejčastější příčiny poruch polykání

– cévní mozkové příhody (Poruchy nervů řídících svalovinu hltanu)

– úrazy

– záněty,

– nádory hlavy a krku

– pooperační a postradiační srůsty

– neurologická degenerativní onemocnění.

– poruchy trávící či nervové soustavy.

Příznaky poruchy polykání:

– neschopnost vůbec polknout

– potíže s umístěním a kontrolou jídla v ústech

– vypadávání jídla z úst

– na jedno sousto nutné několikeré polknutí

– nutnost zapíjet tužší jídlo tekutinou

– bolestivé polykání

– neschopnost přijímat všechny typy konzistence potravy

– kašel až dávení před polknutím, během něho nebo po něm

– pocit uvízlého jídla v krku

– vracení jídla zpět do hltanu, úst nebo nosu

– zvýšený tlak na hrudníku po jídle

– chraptivý, vlhký hlas po polknutí

– od 30 do 60 minut po jídle zvýšená teplota.

Důsledky poruch polykání:

-nepřibývání nebo úbytek na váze

– dehydratace

– časté záněty průdušek a plic.

Nejzávažnější komplikací je tzv. **aspirace,** kdy jídlo vstupuje do dýchacích cest. Tato porucha může vážně ohrozit život pacienta. V tomto případě bývá dosti často nutné zajistit náhradní příjem potravy jinak než ústy.

Léčení a rehabilitace poruch polykání je vždy záležitostí více odborníků. Týká se zejména otorinolaryngologů a foniatrů, neurologů, internistů a gastroenterologů, radiologů, nutričních specialistů, rehabilitačních lékařů a fyzioterapeutů, zubních specialistů, logopedů a dalších.

Problémy s polykáním u dementních pacientů

– zpomalení a zhoršení koordinace činnosti svalů potřebných pro polykání, ale i pro zpracování stravy

– polykací reflex zpožděný nebo nekompletní

– špatná následnost jednotlivých fází polykání

Většinu z těchto potíží můžeme diagnostikovat.

Nejběžnější problémy a potíže, se kterými se setkáváme:

• pacient necítí stravu, kterou má v ústech, nebo se chová, jako by o ní nevěděl

• pokud má stravu v ústech, nic s ní nedělá, jen ji v ústech drží

• špatně stravu kouše a neposunuje ji v soustech dozadu směrem k hltanu

• vyplivuje či vystrkuje kousky stravy z úst

• jí naopak velmi rychle a dává si do úst příliš velká sousta

• jí nedostatečně, odmítá potravu, brzy s jídlem přestává, nechce dále jíst či pít

• povídá s plnou pusou, zapomíná polykat, kašle

• kašle, fouká do jídla nebo do pití

• stěžuje si, že se jídlo neposouvá dále, že zůstává v krku

• i po spolknutí sousta či doušku má vlhký „kloktavý“ hlas

• má potíže s polykáním tablet

• „kloktá“ tekutiny, místo aby je polykal

• má častý poslechový nález na plicích a časté záněty plic a průdušek

Podpora správného a bezpečného přijímání stravy:

• pacient má při jídle sedět rovně, bradu má držet co nejníže. (Když zakloníme hlavu, snáze se otevře epiglotis, proto, zejména při zpomaleném polykacím reflexu, se snáze vdechne potrava či tekutina.)

• je potřeba malých doušků. Nejsnáze toho docílíme dětskou či čajovou lžičkou.

. Pokud pacient pije z hrnečku, je třeba jej kontrolovat a hrneček pomalu a přerušovaně naklánět. Je vhodné použít nádobu uzpůsobenou tak, aby pacient nemusel zaklánět hlavu, Proto jsou některé lahvičky a nádoby nevhodné. Pokud pacient je schopen sát, je vhodné používat brčko.

• také podávaná sousta mají být malá

• je třeba střídat jídlo s pitím, aby se dutina ústní snáze vyprázdnila

• podněcujte pacienta, aby správně a důkladně polykal, aby zkusil polknout po jedné lžíci vždy dvakrát, abychom měli jistotu, že polkl dostatečně

• jestliže po polknutí zůstává stále jídlo v ústech, podáme prázdnou lžičku, abychom snáze vyprovokovali další polknutí

• veďme pacienta k častému a pravidelnému polykání, zabraňme tak „kloktání“ tekutiny

• po skončení jídla zkontrolujeme dutinu ústní, abychom měli jistotu, že v ní nezůstaly zbytky jídla či tekutiny, které by pacient mohl aspirovat

• budete-li se snažit výše uvedené zásady důsledně aplikovat, zjistíte, že jídlo trvá mnohem déle, ale je to užitečná činnost, nenechte se tím odradit

Problémy orálního zdraví ve stáří

U starší populace není problematice dutiny ústní věnována větší pozornost. Přitom změny zubů, sliznice jazyka, tvrdého i měkkého patra, funkční stav chrupu mohou být varovným signálem pro celou řadu onemocnění.

Změny dutiny ústní ve stáří:

– atrofie slinných žláz -nedostatek slin (xerostomie), sucho v ústech

– atrofie chuťových papil – oslabení chuti

– změny na sliznici jazyka – výskyt aft

– zvýšené riziko plísňových onemocnění sliznice dutiny ústní

– vyšší výskyt nemocnění zubů a jejich ztráta- 80 % starších má funkčně nevyhovující chrup

Onemocnění dutiny ústní a zubů:

– **Zubní plak** – obsahuje mnoho bakterií, podílí se na vzniku zubního kazu a parodontitidy

Prevence – pravidelná péče o zuby, úprava výživy

– Zubní plak tvrdá, mineralizovaná hmota na povrchu zubů a zubních náhrad (vznik parodontitidy)

prevence – pravidelné odstranění stomatologem

– krvácení dásní – příznak onemocnění dásní (poruchy srážlivosti, nežád. účinek léků na ředění krve)

– zvýšená citlivost zubů (dva typy – citlivost zuboviny nebo dřeně)- bolestivá reakce zubů na potraviny s obsahem agresivních látek nebo na tepelné podněty.

Příčinou je narušená sklovina a obnažená zubovina a otevřené ústí dentinových kanálků k zubní dřeni.

– nežád. účinky dlouhodobě užívaných léků

(orální ulcerace (antibiotika, perorální antidiabetika…)

(xerostomie (antihistaminika, diuretika…)

(otoky a bolesti slinných žláz (inzulin)

– **zubní protéza** – nutnost správného výběru i ošetřování

Důležitá nejen pro příjem potravy, ale i pro ochranu sliznic čelistí

Používají se čistící tablety pro umělý chrup – působí proti usazování zubního plaku a zvyšují statiku zubních náhrad.

– paradentóza – chronický zánět dásní. Odhaluje krčky, což způsobuje přecitlivělost zubů. Zánět se šíří od dásně podél kořenu zubů a napadá závěsný aparát, kterým je zub upevněn v kosti. Výsledkem je viklavost a ztráta zubů.

Příznaky paradentózy

– záněty v dutině ústní (primární infekce pro řadu onemocnění celého organismu),

– krvácení z dásní

– obnažování kořenů zubů

– zvýšená pohyblivost zubů

– svědění a brnění dásní

– zápach z úst

Prevence – pravidelná hygiena dutiny ústní

Toto onemocnění z 80 % ovlivňuje nedokonalá hygiena dutiny ústní – nutné každodenní odstraňování plaku a tím i bakterií pro zastavení nebo zpomalení tohoto chron. onemocnění.

Orální hygiena u nesoběstačných pacientů:

Nesoběstační pacienti a pacienti s kognitivní poruchou – nezbytná pomoc druhé osoby při provádění orální hygieny.

Mechanické čištění kartáčkem může způsobovat bolest – proto raději vytírání a výplachy dutiny ústní a šetrné čištění zubů vatovou štětičkou.

Kontrola dutiny ústní a pátrání po onemocnění a vhodné léčbě

Enterální a parenterální výživa

Enterální – používá gastrointestinální trakt, je podávaná sondou přímo do gastrointestinálního traktu nebo formou popíjení.

Parenterální – obchází gastrointestinální trakt, je podávaná intravenózně

Pití nutričního roztoku (sipping)

– je nejjednodušší formou enterální výživy.

– vyhrazeno pro nemocné, kteří nemohou z různých příčin přijímat dostatečné množství normální stravy

– nutriční přípravky určené k popíjení jsou ochucené (čokoláda, vanilka, meruňka, jahoda, lískový ořech, káva, polévka) a dají se využít jako plná enterální výživa nebo častěji jako nutriční doplněk k běžné stravě

– jedná se o přípravy kompletní s vysokým energetickým obsahem v menším objemu. Jsou to např. Nutridrink, Diasip, Cubitan…

– vyrábí se i pro diabetiky

– podáváme po jídle, aby hned pacienty nezasytil, dobré je i podávání na noc. Dávkování je individuální, podle množství přijímané potravy.

Sondová enterální výživa

Není–li pacient schopen dostatečného perorální příjmu, ale funkce zažívacího traktu je zachována, volíme formu umělé enterální výživy

Enterální výživa – dopravení tekuté stravy přímo do žaludku, duodena nebo jejuna pomocí různých typů sond

– cílem je nejen zajištění vlastní nutrice, ale i zajištění funkce střeva. Výhodou proti parenterální výživě je: přirozenost, zachování výživy střeva, stimulace imunitního systému, méně komplikací a výhodnější cena

Enterální výživa nazogastrickou sondou

Enterální výživa nasogastrickou sondou je určena například pro nemocné s poruchou polykání, poruchou příjmu potravy a dále u nemocných, kteří vyžadují delší dobu plnou enterální výživu. Její výhodou je plynulý přívod umělé výborně stravitelné nealergizující výživy.

Komplikace enterální výživy

– nesnášenlivost sondy jako cizího tělesa v krku

– zauzlení sondy, chybné umístění

– úzkostný stav pacienta

– dislokace kašlem, zvracením

– vytažení sondy pacientem (úmyslně nebo neúmyslně) –časté u zmatených a mentálně postižených pacientů

– průjmy, nebezpečí aspirace

– ucpání sondy

Při dlouhodobé enterální výživě do žaludku se místo nasogastrické sondy nosem může zavést sonda nápichem přes břišní stěnu do žaludku – **perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG).** Výhodou je, že pacient má volný nos, sonda není vidět, nedráždí a jednoduše se ošetřuje. Když už není potřeba, tak jí lze odstranit.

Indikace:

– neurogenní poruchy polykání

– stařecké a nádorové kachexie polytraumata a chirurgické intervence

– inoperabilní nádorové obstrukce v oblasti horního GIT

– reverzibilní onemocnění s potenciální možností úpravy (mozek)

– nevyléčitelné nemoci s možností dalšího přežití (nádory krku)

– Amyotrofická laterální skleróza

– konečné stadium nemoci, nebo bezvědomí

Parentální výživa

– obchází gastrointestinální trakt

– je to podávání roztoku cukru, bílkovin , elektrolytů, vitamínů, tukových a stopových prvků i.v. cestou.

– upřednostňujeme podávání všech potřebných živin v jednom roztoku – all in one

– složení parenterální výživy určuje lékař

Je-li parenterální výživa indikována volíme ze dvou možností –

1. Periferní výživa – krátkodobé, několikadenní pokrytí potřeby umělé výživy zavedením flexily většinou do horní končetiny.

2. Centrální výživa – déletrvající zajištění pacienta speciálním katetrem zavedeným do centrální žíly.

Indikace k umělé výživě je postavena na pečlivém zhodnocení prospěchu pacienta.

Cíl umělé výživy:

– neprodlužovat utrpení, ale zlepšit kvalitu života

Výhody kombinování infuzní výživy do žíly s malým příjmem stravy do žaludku nebo střeva:

– je posilován zažívací systém, který si dokáže odebrat část živin přiváděných z do střeva zvenčí

– dochází k posílení imunity

– významný je zůstatek živin ve střevě, protože zažívací systém zůstává v činnosti a pozdější přechod na přirozenou stravu je rychlejší

Nutriční podpora v paliativní a terminální péči.

V paliativní péči je zabránění vzniku malnutrice či zmírnění jejího rozvoje jedním ze základních pilířů léčby. Nutriční podpora u nemocných v tomto stadiu onemocnění snižuje riziko komplikací, zlepšuje odpověď na léčbu, očekávané přežití a kvalitu života pacientů. V případě paliativní péče jsou indikovány všechny typy nutriční podpory (od úpravy stravovacích návyků a dietních opatření až po plnou parenterální výživu.

Nutriční podpora v terminální péči je zatížena řadou etických problémů a dosud není zcela jednoznačně vyřešena. Řeší se otázky, zda pokračovat, nebo nepokračovat v již zavedené nutriční podpoře, zda ji nově zahájit, či nikoli a zda je její přínos větší než zátěž s ní spojená. Je nutno postupovat vždy přísně individuálně s ohledem na preference pacienta. Nutriční podpora v terminální péči by měla zlepšit kvalitu života, přispět k emočnímu zklidnění pacienta, ale prodlužovat utrpení a délku umírání. Metodou volby je vždy perorální strava, základem je úprava stravovacích návyků a důsledné tlumení pocitu žízně. Sondová ani parenterální výživa by neměly být až na výjimky v terminální péči indikovány.

Nejčastější ošetřovatelské diagnózy týkající se výživy seniorů:

1.Snížený objem tělních tekutin v souvislosti se sníženým pocitem žízně, projevující se sníženým kožním turgorem, suchostí sliznic atd…

2.Porucha výživy ze sníženého příjmu potravy v souvislosti se snížením chuti projevující se nezájmem o potravu.

3.Porucha příjmu potravy v souvislosti s nevhodnou zubní protézou projevující se nepříjemnými pocity (bolestí) při příjmu potravy, nedostatečným mechanickým zpracováním stravy.

4.Zažívací obtíže v souvislosti s příjmem velkého množství léků projevující se dyspeptickými obtížemi.

5.Poruch střevní peristaltiky v souvislosti s nevhodnou stravou projevující se průjmem nebo zácpou.

6.Riziko vzniku dehydratace v souvislosti s nízkým příjmem tekutin.

7.Riziko vzniku dekubitů v souvislosti s nedostatečnou výživou organismu a dehydratací.

8.Riziko vzniku poruch polykání v souvislosti s atrofickými změnami svalstva.

Závěrem

je nutné říct, že výživa není jen významným tématem v ošetřovatelství. Jídlo a pití provází člověka v celém jeho životě. A stejně jako v životě, tak ani v ošetřovatelství neznamená výživa jen dodávání živin, tekutin a minerálů. Jídlo je součástí lidských rituálů a součástí mezilidských vztahů.

Výživa sama o sobě neléčí, ale léčbu umožňuje. Zlepšuje kvalitu života . Je jedním ze střípků v mozaice péče. Je to vlastně způsob komunikace, který pomáhá člověku zůstat člověkem až do vysokého věku.

Zkusme proto společně vrátit do výživy nemocných to, co tam přirozeně patří – lidskou komunikaci o tom jak se nyní cítíme a co pro sebe můžeme nebo nemůžeme vykonat.

Martin Heidegger (filosof 20. st.) o smrti říká, že je přítomná v modu „ještě ne“ – což znamená, že je stále ještě čas aspoň něco maličkého vykonat. Proto i u těžce nemocného člověka může být výživa tématem – ne o tom, že musí ještě něco sníst, ale o tom, že jak již nic od světa nečeká a nepotřebuje, tak ani netouží přijímat nic než jen trochu porozumění a úsměvu. A tato výživa je aplikovatelná v každém stavu a téměř vždy dobře stravitelná.

1. Dutina ústní a jícen – maturitní otázka z biologie
2. Léčebná výživa při onemocnění dutiny ústní, hltanu a jícnu
3. Dospělé nutriční skóre – maturitní otázka