

ENTERÁLIS TÁPLÁLÁS SAJÁTOSSÁGAI A GERIÁTRIAI GYAKORLATBAN – ÁPOLÓI ÉS GERIÁTRIAI SZEMSZÖGBŐL. AZ ELMÉLET ÉS A GYAKORLAT TALÁLKOZÁSA EGY IDŐS EMBER BETEGÁGYÁNÁL

Dr. Takács Katalin Gyöngyi, Kiss-Surányi Balázs

Pécsi Tudományegyetem, Klinikai Központ, Komlói Kórház, Krónikus Belgyógyászati Osztály, Komló

ÖSSZEFOGLALÁS: Az enterális táplálás komplex szemléletet igényel mind ápolói, mind geriátriai szempontból. A táplálásterápia elrendelésénél nem elég ismerni a beteg tápláltsági állapotát, a beteg fizikális állapotáról, mentális és szociális státuszáról is tájékozódni kell. A geriátriai betegeknél a táplálásterápia minél előbbi megkezdése szükséges az életminőség javítására. Célunk, hogy az idősek minél hosszabb ideig jó életminőségben éljenek, és segítsék a társadalmat.

Kulcsszavak: táplálásterápia, idősellátás, ápolás, geriátria

Takács KGy, Kiss-Surányi B: PECULIARITIES OF ENTERAL NUTRITION IN GERIATRIC PRACTICE – FROM A NURSING AND GERIATRIC PERSPECTIVE. THE MEETING OF THEORY AND PRACTICE AT THE BEDSIDE OF AN ELDERLY PERSON

SUMMARY: Enteral nutrition requires a complex approach from both nurses and geriatric perspectives. When ordering nutrition therapy, it is not enough to know the patient's nutritional condition, and the patient's physical condition, mental and social status should also be informed. Geriatric patients need to start nutrition therapy as soon as possible to improve quality of life. Our goal is to make the elderly live a good quality of life as long as possible and to help society.

Keywords: nutritional therapy, elderly care, nursing, geriatrics

Magy Belorv Arch 2025; 78: 111–115.

Levelező szerző: Dr. Takács Katalin Gyöngyi
Komlói Kórház, Krónikus Belgyógyászati Osztály
7300 Komló, Majális tér 1.
e-mail: dr.takacs.katalin@pte.hu, takacskaty@gmail.com

Szerzői munkamegosztás:

Takács K. Gy.; Kiss-Surányi B.: irodalomfeltárás. Takács K. Gy.; kézirat megírása. Kiss-Surányi B.: kézirat előkészítése közlésre. A cikk végleges változatát valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Érdekeltségek/összeférhetetlenségek:

Takács Katalin Gyöngyi, Kiss-Surányi Balázs nem rendelkezik érdekeltségekkel.

Anyagi támogatás: A közlemény megírása anyagi támogatásban nem részesült.

DOI: 10.59063/mba.2025.78.2.7

Bevezetés

A geriátriai betegek táplálása kiemelt szerepet játszik az életminőség javításában és a gyógyulás elősegítésében. Az enterális táplálás mint táplálási módszer különösen fontos a geriátriai populációban, mivel sok idős ember szenved a táplálkozással kapcsolatos problémáktól. Táplálási nehézség, nyelési nehezítettség ki-

alakulhat organikus és funkcionális okokból (1. táblázat).¹

Az enterális táplálás (ET) egy olyan táplálási módszer, amely lehetővé teszi a tápanyagok közvetlen bejuttatását a gyomorba vagy a vékonybélbe szájon át vagy szondán keresztül. Optimális esetben ez az idős betegek esetén orális táplálásterápia alkalmazásával történik. A dysphagia tünete esetén azonban a szondán

1. táblázat. A dysphagia/nyelési nehezítettség okai

Az oropharyngealis dysphagia okai		
Anatómiai	Motorikus	Neurológiai
hypopharyngealis diverticulum	myasthenia gravis	cerebrovascularis elváltozás (pl. stroke, tumor)
tumor	myotoniás dystrophia	demencia
irradiáció utáni állapot	sclerosis multiplex	Parkinson-kór
retropharyngealis tályog		amyotrophiás lateralsclerosis
thyreoiditis		polymyositis
A nyelőcső eredetű dysphagia okai		
Anatómiai	Motilitászavarok	Funkcionális
Intraluminalis: szűkület, Schatzki-gyűrű, tumor, diverticulum, oesophagitis	achalasia	
Extraluminalis: éréredetű, mediastinalis folyamat, vertebralis osteophyták	diffúz nyelőcsőspasmus	
	scleroderma	
	Chayaz-kór	

keresztüli táplálás lehet szükséges. Ez a módszer különösen hasznos azok számára, akik nem képesek elegendő táplálékot fogyasztani szájon át. A szondán keresztül történő enterális táplálás különböző formái léteznek, például a nasogastricus táplálás, a gastrostomán, jejunostomán keresztül táplálás. A táplálásterápia formáját a beteg fizikai állapota, mentális funkciói, betegségei határozzák meg.

Két fő csoportja van a táplálásterápiának, preventív és kuratív. Preventív táplálásterápia során megőrizzük a beteg tápláltsági állapotát, vagy rizikótényező esetén (pl. tervezett műtét) szupplementáció történik az alultápláltság elkerülésére. Kuratív táplálásterápia esetén már az alultáplált beteget kezdjük kezelni. A geriátriai betegek esetén leginkább kuratív táplálásterápia fordul elő.²

Ápolási szempontok

Betegek felmérése és értékelése: Az ápolóknak alaposan fel kell mérniük a betegek tápláltsági állapotát, beleértve a tápanyaghiány jeleit, a súlyvesztést és a nyelési képességet. A geriátriai betegek gyakran szenvednek étvágytalanságtól, ami figyelmet igényel.

A tápláltsági állapot meghatározásához bizonyos paraméterek ismerete szükséges. Mérjük meg a beteg testtömegét, testmagasságát, és számoljunk a testtömeg indexet (BMI). A felkar, vádli átmérője mellett már több validált kérdőívet használhatunk a tápláltsági állapot felmérésére. Magyarországon jelenleg a MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), és az MNA (Mini Nutritional Assessment) használata terjedt el a legjobban.³

A malnutríció a táplálkozási anomáliák gyűjtőfogalma, amely nem csak az alultápláltságot jelenti, ide tartozik az időskorban gyakran előforduló sarcopeniás obesitas, a mikrotápanyagok hiánya is. Az alultápláltság nem minden esetben állapítható meg ránézésre. Ezek a rövid kérdőívek segítenek az alultápláltság kockázatának korai diagnosztizálásában, és a hatékony táplálásterápia mielőbbi megkezdésében. A táplálásterápia tehát mindig egyénre szabott.⁴

Ma már a cégek által kifejlesztett termékválasztó applikációk is rendelkezésünkre állnak. Az applikációk alkalmazása során a beírt adatok alapján azonnal a laikus hozzátartozó vagy az ápoló, orvos is tájékozódni tud a beteg tápláltsági állapotáról, és akár el tud jutni az optimális tápszer kiválasztásához és a beszerzés módjához is.

Az alultápláltság okai időskorban

Időskorban gondoljunk a korral járó változásokra, mint pl. a csökkent ízérzés és szaglás, vagy a xerostomia. Lelki okokat is feltételezni kell, ha fizikális oka nincs az alultápláltságnak (pl. depresszió, paranoia, mérgezettes téveszmék, alkoholizmus). Szociális helyzetből adódó tényezők is állhatnak a háttérben, pl. előfordulhat, hogy a táplálék beszerzése okoz problémát, vagy elkényszerítése (pl. özvegyé váló idős férfiak esetén), szegénység, szociális izoláció.

A gyomor-bél rendszeri kóros állapotok kiszűrése mindig fontos. Fennállhatnak fogászati problémák, rágási nehézségek, hiányos fogazat, glossitis, stomatitis. A szájüreg, a nyelőcső és a gyomor malignus folyamatai is okozhatnak problémát. A dysphagia különböző

okait az 1. táblázat mutatja be. Az emésztési-, felszívódási zavarral küzdők (pl. gyulladásos bélbetegség, sipolyok) is a kockázati csoportba tartoznak.

Nemcsak a malignus betegségek okozhatnak alultápláltságot, hanem a végstádiumú szívelégtelenség, az obstruktív tüdőbetegség, valamint a vese- májelégtelenség is. Krónikus fertőzések a geriátriai népességben gyakran jelentkeznek. Ki kell szűrni a pajzsmirigy túlműködését is. Súlyos látászavar vagy mozgáskorlátozottság (pl. súlyos tremor, arthritis, stroke utáni állapot) szintén lehet a tünet hátterében. Minden esetben át kell nézni a betegek gyógyszeres terápiáját, hiszen számos gyógyszer okozhat testsúlycsökkenést, pl. antidepresszánsok, antipszichotikumok, fájdalomcsillapítók stb.

A táplálásterápia elindítása

Táplálásterápia indokolt, ha a beteg előre láthatóan három napon túl sem képes természetes módon, kielégítően táplálkozni.⁵ Táplálásterápiában kell részesíteni az elégtelen emésztéssel és felszívóképességgel rendelkező betegeket. A heveny betegségben szenvedő, kritikus állapotban lévő betegek táplálásterápiáját 24 órán belül meg kell kezdeni. A fokozott energiafelhasználással járó betegségben szenvedő betegek a normál táplálkozás útján sem mennyiségileg, sem minőségileg nem képesek elfogyasztani a megfelelő táplálékot.

Differenciáldiagnosztikai szempontból tehát fontos elkülöníteni, hogy kritikusán csökkent táplálékbevitelről, felszívódási zavarról, fokozott lebontásról, rossz szöveti nutritív keringési ellátottságról vagy malignus folyamatról van szó.

Ápolói és orvosi szempontból is fontos a beteg kórelőzményének áttekintése, fizikális vizsgálata, a laboratóriumi és képalkotó vizsgálatok együttes értékelése.

Táplálási terv készítésekor ismerni kell az alultápláltság okát, annak lehetséges visszafordíthatóságát, vagy ép annak ellenkezőjét.

Az enterális táplálás módszerei

Az ápolóknak tisztában kell lenniük az enterális táplálás különböző módozataival és a megfelelő tápláló oldat kiválasztásával. A választáskor figyelembe kell venniük a beteg egyéni szükségleteit, beleértve a kalóriabevitelt, a fehérjeigényt és a folyadékbevitelt.

Orális enterális táplálás. A táplálásterápia során először is a páciens jelenlegi táplálkozását kell megpróbálni módosítani. Gyakoribb és kisebb étkezések bevezetésével, a tápláléknak a beteg ízléséhez igazításával, változatos menüvel, magasabb fehérjetartalmú ételek hangsúlyozásával, az étkezések között, vagy azok után elfogyasztott fehérjekoncentrátumokkal, étvágyjavítókkal, vitaminokkal. Idős betegek esetén enterális táplálásra törekszünk, a parenterális táplálás csak átmeneti, súlyos, de visszafordítható állapotokban indokolt.

A diétát a beteg állapotához, igényeihez igazítva kell elrendelni, a táplálék minősége, összetétele, mennyisége és állaga rendkívül fontos, ezek meghatározása szükséges. A folyadékterápia szintén fontos kérdés időskorban. Ha nincs ionzavar, vagy súlyos, tüneteket mutató kiszáradás jeleit nem észleljük, az orális folyadék bevitelt preferáljuk. Fontos szempont a beteg fehérjevesztésének a mértéke, pl. egy nagy sebvelszínnel rendelkező felfekvés esetén nagy a fehérjevesztés, ezért a sikeres sebgyógyulás érdekében a fehérje pótlása nélkülözhetetlen.

A táplálásterápia során speciális gyógyászati célra szánt élelmiszerek (tápszerek) segítségével biztosítható, hogy mennyiségileg és minőségileg megfelelő táplálékot juttassunk a szervezetbe.

A speciális gyógyászati célra szánt élelmiszerek három csoportba sorolhatók:

- a) tápanyagtartalom szempontjából teljes értékű élelmiszer szokásos tápanyag-összetétellel,
- b) tápanyagtartalom szempontjából teljes értékű élelmiszer kifejezetten a betegséghez, rendellenességhez vagy egészségi problémához igazított tápanyag-összetétellel,
- c) tápanyagtartalom szempontjából nem teljes értékű élelmiszer szokásos tápanyagtartalommal vagy kifejezetten a betegséghez, rendellenességhez vagy egészségi problémához igazított tápanyag-összetétellel.⁵

Szájon keresztüli folyékony táplálékbevitel javasolt azoknak a betegeknek, akiknél a biztonságos nyelés biztosított. A nem kielégítően táplálkozó vagy táplálható betegek étrendjét az ételek tápszerrel vagy tápanyagmodulokkal történő dúsításával kell kiegészíteni. A folyékony étrend tartós biztosítása megfelelő, teljes értékű élelmiszernek minősülő tápszer alkalmazásával kell, hogy történjen.

Az orális enterális táplálás védi a bél nyálkahártyáját és természetes védekezőképességét, javítja a bél keringését, elősegíti a bélmozgásokat, csökkenti a kórokozók megtelepedésének kockázatát, megelőzi a fekély kialakulását, és serkenti a gyomor-bél rendszeri hormonok termelését.⁶

A szondatáplálás módjai. Amennyiben a beteg nem képes szájon át ételt és folyékony tápszer fogyasztani, vagy a betegsége miatt nem ajánlott számára a szájon át történő táplálkozás (pl. fokozott aspirációs veszély, garatreflex hiánya), úgy szondatáplálás bevezetése válik szükségessé.

Enterális szondatáplálás történhet nasogastricus szonda segítségével, ami lehet PVC (polivinil-klorid) vagy PUR (poliuretán) szonda. PVC szonda használatkor azonban már egy nap után nagy a kockázata, hogy decubitalja a környezetét a merevsége miatt. Geriátriai betegek esetén különösen fontos, hogy gondos mérlegelést követően szülessen döntés a szondatáplálásról. Szükséges-e percután endoszkópos gastrostoma/jejunostoma (PEG, PEJ) behelyezése, vagy sebészi

úton gastrostoma/jejunostoma készítése. A beteg életminőségét jelentősen rontja a nasogastricus szonda behelyezése. Sok idős, demens beteg nem is tolerálja a szonda behelyezését, mellyel további szövödményeket okozhatunk. A szonda benntartása érdekében a beteg kezének rögzítése válhat szükségessé, immobilizáció, decubitus, tüdőgyulladás lép fel, és a beteg végül sok szenvedés után meghal.

A nasogastricus szonda rövid távon alkalmazható, tartósabb táplálás szükségessége esetén PEG/PEJ képzése mérlegelendő. PEG/PEJ behelyezés azonban akkor indokolt, ha a beteg életkilátásai 3 hónapos túlélést feltételeznek. Az életminőséget javító megoldás, ha a hasfalon keresztül kerül bevezetésre a tápláló szonda. A szondák megfelelő behelyezése és karbantartása szükséges, amely miatt az ápolók és a hozzátartozók gondos edukációja szükséges.

Különböző beadási módok állnak rendelkezésre, adagolhatjuk a tápszeret bőlusban, gravitációs szerelékkel, táplálópumpákkal. A tápszer folyamatos adagolásával tudjuk a szövödményeket csökkenteni, pl. hasmenés, puffadás, hasi fájdalom, atonia. A szondatáplálás elindításakor minden alkalommal ellenőrizni kell a szonda pozícióját. Nasogastricus szondával táplált betegnél különösen figyelni kell, hogy a szonda a gyomorban végződjön, két táplálék beadása között, ne hogy a légcsőbe kerüljön a szonda. A beteget mindig a megfelelő testhelyzetben kezdjük el táplálni. A pozicionálás fontos, hogy megelőzzük a hányást, tápszer visszacsorgását, ezért az ágy fejrészének megemlése fontos fekvőbetegek esetén. Az ápolóknak figyelniük kell a betegek reakcióira a szondatáplálás során, és azonnal be kell avatkozniuk, ha bármilyen szövödmény lép fel. A speciális gyógyászati célra szánt élelmiszerek kiválasztásánál az összetételt kell figyelembe venni, amelynek minden esetben betegségspecifikusnak kell lennie.^{7, 8}

A betegek és a családtagok oktatása

A betegek és családtagjaik tájékoztatása és oktatása alapvetően fontos, mivel így résztvevőivé válhatnak a kezelésnek, és a beteg otthoni ápolása is lehetővé válik.

Az enterális szondatáplálás lehetőségének mérlegelésekor nemcsak a fizikai szempontok alapján kell dönteni, hanem az ezzel összefüggésben álló etikai tényezőket is figyelembe kell venni. Súlyos és gyógyíthatatlan betegség miatt eljuthat a beteg olyan állapotba, amikor már nem kíván több, a gyógyításra irányuló orvosi kezelést igénybe venni. Lehetőség van visszautasítani a kezelést, így a mesterséges táplálást is (jogszályok: 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyről, 117/1998. (VI. 16.) Korm. rendelet). Döntés előzetes egészségügyi rendelkezésbe/élő végrendeletbe foglalható. Ha a beteg állapota olyan súlyossá válik, hogy már nem tudja kifejezni az orvosi kezelésbe való beleegyezését vagy visszautasítási szándékát, kijelöl-

het helyettes döntéshozót, vagy egy előre megírt közokiratban (közjegyző által hitelesített hivatalos dokumentum) foglalja össze, hogy milyen kezelést utasít el, pl. mesterséges táplálás, művesekezelés. Az előzetes egészségügyi rendelkezés nemcsak a beteg érdekeit szolgálja, hanem szeretteinek, és a beteget ellátó orvosoknak és egészségügyi személyzetnek is segít. A beteg saját akarata, döntése így tiszteletben maradhat.^{9, 10, 11}

A táplálás szerepe a geriátriai betegellátásban

A geriátriai betegeknel az időben elkezdett, hatékony táplálásterápia nélkülözhetetlen. A megfelelő tápanyagbevitel hozzájárul a funkcionális állapot javításához, bizonyos gyógyítható, vagy egyensúlyban tartható betegségek kezeléséhez, szövödmények csökkentéséhez és a beteg életminőségének javításához. Az idős betegeket ellátó orvosoknak a beteg táplálásterápiáját fizikai, mentális, szociális állapota alapján kell megválasztani. Az enterális táplálás menedzselése során a geriáter orvosok szükségszerűen együttműködnek ápolókkal, dietetikusokkal és más egészségügyi szakemberekkel, hogy holisztikus megközelítést alkalmazzanak. Jelentős problémát jelent azonban a napi gyakorlatban, hogy a geriátriai ellátásra szoruló, gondozásban részesülő, idős, multimorbid, szakrendelésre nehezen mozgatható betegek számára geriáter szakorvos a szükséges javaslatot a speciális gyógyászati célra szánt élelmiszer felírására nem adhat.

Összefoglalva, az enterális táplálás alkalmazása a geriátriai gyakorlatban komplex feladat, amely megfelelő ápolói és orvosi megközelítést igényel. Az ápolók szerepe kulcsfontosságú a betegek ellátásában, hiszen ők végzik a szükséges ellátást. A geriáterek a klinikai választásokért és a betegek hosszú távú jóllétéért felelnek. Az együttműködés és a megfelelő kommunikáció a két szakma között mérföldkő a geriátriai betegek optimalizált táplálásában és általános egészségi állapotuk javításában.

Irodalom

1. Lonovics J., Tulassay Zs., Varró V. (szerk.): Klinikai gasztroenterológia. Medicina könyvkiadó, Budapest, 2003, pp. 5-7.
2. Télessy István: Idős krónikus betegségekben szenvedő betegek táplálásterápiája során követendő elvek. Háziorvostovábbképző Szemle 2020; 25: 500-505.
3. Dent E, Hoogendijk EO, Visvanathan R és mtsa: Malnutrition Screening and Assessment in Hospitalised Older People: a Review. Nutr Health Aging 2019; 23: 431-441. doi:10.1007/s12603-019-1176-z.
4. A Belügyminisztérium egészségügyi szakmai irányelve – újabb szempontok a kórházi, az egészségügyi ápolási otthonokban élő és az otthoni ellátásra szoruló felnőtt betegek tápláltsági állapotának felméréséről és a tápláltsági zavarok táplálásterápiával történő kezeléséről. Egészségügyi Közlöny 2023; 73: 1346-1381.
5. Volkert D, Beck AM, Cederholm T és mtsai: ESPEN practi-

- cal guideline: Clinical nutrition and hydration in geriatrics Clin Nutr 2022; **4**: 958-989. doi: 10.1016/j.clnu.2022.01.024.
6. **Kaur D, Rasane P, Singh J, és mtsai:** Nutritional Interventions for Elderly and Considerations for the Development of Geriatric Foods. Curr Aging Sci 2019; **12**: 15-27. doi:10.2174/1874609812666190521110548.
 7. **Koczó A., Sinka Adamik E., Molnár A:** A szondatáplálás magyarországi helyzetének áttekintése: kihívások és lehetséges megoldások betegbiztonsági és egészség-gazdaságtani megközelítéssel. IME 2024; **23**: 17-28. doi:10.53020/IME-2024-203.
 8. **Molnár A., Kovács A., Pálfi E:** Klinikai táplálás dysphagia esetén. MBA 2024; **77**: 95-100. doi:10.59063/mba.2024.77.2.5
 9. **Csikós Ágnes (szerk.):** Palliatív ellátás. Medicina könyvkiadó, Pécs, 2022, pp. 564-571.
 10. **Csikós A, Busa C, Muszbek K:** Hospice Palliative Care Development in Hungary. J Pain Symptom Manage 2018; **55**: S30-S35. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.03.034.
 11. **Busa Cs, Zeller J, Csikós Á:** Ki döntsön az élet végén? Az ellátás előzetes tervezésének nemzetközi gyakorlata és hazai lehetőségei. Orv Hetil 2018; **159**: 131-140. doi: 10.1556/650.2018.30937