

Voeding en decubitus

Decubitus is een van de meest voorkomende aandoeningen van oudere, bedlegerige mensen, maar ook van jongeren met veelal neurologische aandoeningen of na multiple traumata. Uit onderzoek in zieken- en verpleeghuizen in Nederland blijkt, dat 10-15% van alle opgenomen patiënten aan een vorm van decubitus lijdt.

Decubitus als complicatie. Decubitus kan echter ook een opname-indicatie zijn en kan de opnameduur aanzienlijk verlengen. Goede voeding speelt een belangrijke rol, zowel bij de preventie als bij de behandeling van decubitus.

door
mw. A. Meijer
diëtiste

De rol van voeding ter preventie van decubitus

Er wordt uiteraard naar gestreefd om decubitus te voorkomen. Een goede voedingstoestand is hierbij essentieel. Bij ziekte heeft de mens meer behoefte aan energie en eiwit dan normaal. Dit is het gevolg van een verhoogd metabolisme bij ziekte.

Wanneer men geen gehoor geeft aan de verhoogde behoefte zal de patiënt in een slechte voedingstoestand raken, waardoor de kans op het krijgen van decubitus toeneemt. Gebrek aan eetlust van de meestal bedlegerige patiënt, belemmert het verkrijgen en/of behouden van een goede voedingstoestand. Het is vrijwel onmogelijk om iemand die geen eetlust heeft extra energie en voedingsstoffen tot zich te laten nemen in de vorm van normale voeding. Toch is het voor deze patiënt wel noodzakelijk dat hij extra voeding neemt.

Om de patiënt in een goede voedings-toestand te brengen en/of te houden is aanvulling of vervanging van de gebruikelijke voeding noodzakelijk. Wanneer de patiënt nog vast voedsel gebruikt m.b.v. een eiwit- en/of energierijke bijvoeding of, wanneer de patiënt geen (vast) voedsel meer gebruikt m.b.v. een volledige drink- en/of sondevoeding. Deze voedingen worden enterale of klinische voedingen genoemd en leveren in een klein volume alle essentiële voedingsstoffen.

De rol van de voeding bij de behandeling van de decubituspatiënt

Voeding speelt bij de behandeling van decubitus een belangrijke rol. De behoefte

aan eiwit en energie is bij decubitus veel hoger dan onder normale omstandigheden. Het meest essentieel bij de behandeling is het opheffen van de negatieve stikstofbalans en het behandelen van eventueel bestaande deficiënties. Alleen dan is er herstel mogelijk en is het risico van complicaties door decubitus verkleind.

Gezonde mensen verbruiken per dag circa 105 kJ (25 kcal) per kg lichaamsgewicht uitgaande van het ideale lichaamsgewicht voor het normaal functioneren van het lichaam. Decubituspatiënten hebben voor de wondgenezing en herstel van de voedingstoestand minimaal 168 kJ (40 kcal) per kg lichaamsgewicht per dag nodig. De voeding moet 11-16 energie % eiwit bevatten.

V.b. patiënt weegt 70 kg. Bij een patiënt met een ideaal lichaamsgewicht van 70 kg houdt dat in dat de energiebehoefte 2800 kcal per dag is. Uitgaande van een eiwitbehoefte van ± 16 energie % betekent dit 112 gram eiwit per dag. Dit komt overeen met vijf biefstukken of drie liter melk! In veel gevallen zal dit voor de patiënt vanwege de beperkte eetlust een groot probleem zijn. Een hoger percentage eiwit in verhouding tot de hoeveelheid energie is niet zinvol. Het overtollige eiwit wordt dan gebruikt als brandstof en niet als bouwstof. Het is ook belangrijk dat de patiënt voldoende vitamines en mineralen krijgt. Ook dit is belangrijk voor de wondgenezing. Een ideale verhouding van energie en eiwit in de voeding is belangrijk voor de opbouw van transporteiwit en voor het in stand houden van het immuunsysteem.

Elke fase van decubitus vraagt een andere behandeling voor wat betreft de voeding.

Eerste fase: Lokale roodheid niet verdwijnend bij opheffing van de druk

In deze fase hoeft er nog geen sprake te zijn van een slechte conditie. Afhankelijk van het onderliggend lijden heeft deze patiënt nog een redelijk goede eetlust. Met enige aansporing is het vaak nog mogelijk om de patiënt voldoende te laten eten. Indien nodig kan men ook gebruik maken van vloeibare en vast eiwitrijke en/of energierijke bijvoeding.

Tweede fase: Blaarvorming

In deze fase is er sprake van een nog vrij goede conditie. De patiënt heeft hier al een verhoogde behoefte aan eiwit en energie. In deze fase is de eetlust van de patiënt ook verminderd. Het is belangrijk om een voedingsanamnese af te nemen. Met normale voeding lukt het niet meer om de patiënt in een goede voedingsconditie te brengen en te houden. Het volume van de voeding zou te groot worden voor deze patiënt. Gebruik van vloeibare en vaste bijvoedingen met name de eiwitrijke vloeibare bijvoedingen en de energierijke vloeibare bijvoedingen zijn hier belangrijk als de patiënt zelf nog redelijk kan eten. In sommige gevallen zal een vervangende voeding noodzakelijk zijn in de vorm van een volledige drinkvoeding of als sondevoeding 's nachts.

Derde fase: Onder te verdelen in oppervlakkige decubitus met en zonder necrose

We hebben hier te maken met een patiënt in een redelijke conditie met zeer weinig eetlust. Ook hier geldt de aanbeveling: Tenminste 168 kJ per kg lichaamsgewicht uitgaande van het ideale lichaamsgewicht waarbij de voeding voor 11-16 % uit eiwit moet bestaan. Dit heeft voor de voeding de volgende consequenties:

- Als de patiënt nog zelf kan eten of drinken dan kan naast de normale voeding een aanvullende eiwitrijke en/of energierijke bijvoeding gegeven worden.
- Als de patiënt alleen nog in staat is om te drinken dan kan de voeding volledig vervangen worden door een complete drinkvoeding.
- Als de patiënt niet voldoende kan drinken kan de volledige drinkvoeding aangevuld worden met sondevoeding 's nachts of overdag.

Vierde fase: Diepe necrose: geen druk.

Onder te verdelen in decubitus met necrose en zonder necrose

Deze patiënten zijn in een zeer slechte conditie. De eetlust is niet of nauwelijks aanwezig. De patiënt heeft meestal een slecht functionerend maagdarmkanaal door vlokatrofie van de darmmucosa, verminderde enzymwerking en darm-oedeem.

De voeding moet aangepast worden. Een elementaire voeding, waarin de voedingsstoffen geheel of gedeeltelijk gesplitst zijn kan direct worden opgenomen in de darm. Functioneert het maagdarmstelsel niet meer, dan is parenterale voeding noodzakelijk. Er bestaat altijd voorkeur voor enterale voeding t.o.v. parenterale voeding

bij een normaal functionerend maagdarmkanaal. Enterale voeding is fysiologisch, relatief goedkoop en veroorzaakt nauwelijks complicaties. Zodra de patiënt herstellend is zal snel weer overgegaan kunnen worden op sondevoeding c.q. volledige drinkvoeding. De hoeveelheid energie en eiwit is wederom minimaal 168 kJ per kg lichaamsgewicht, 11-16 energie % eiwit en volledig gevitamineerd.

Ingezonden brief

Geachte redactie,

Naar aanleiding van Uw verzoek om reacties op het in WCS Nieuws gepubliceerde 'Vergelijkend onderzoek naar de behandeling van ulcus cruris met een tijdelijke huidvervanger' (maart 1989) wilde ik graag de volgende kanttekeningen maken. In een poging om de tabellen te interpreteren ben ik op zoek gegaan naar de gegevens; locatie van de wonden, de exacte behandelingsduur, percentage genezen wonden, of de patiënten al dan niet ambulantly verzorgd werden en eventueel toegepaste randomisatie van behandeling. Wellicht heb ik deze gegevens door de verwarring van tabellen en grafieken gemist. Hierdoor kan men dus de uitkomsten niet controleren maar tevens ontbreekt een referentielijst over de toegepaste methoden. Is er al eerder gepubliceerd over bijvoorbeeld de genezingsverloop-formule? Waarom zijn de 'standaard'-statistieken die bij uitstek geschikt zijn om vergelijkende onderzoeken te toetsen niet toegepast? Als er publicaties bestaan over de gebruikte formules dan zou ik die bijzonder graag willen ontvangen, niet alleen om mijn kennis uit te breiden maar ook om dit artikel te begrijpen.

Hoogachtend,
Lia van Rijswijk
Newtown, PA
USA