



**Nutritionstatus bland strokepatienter. Drabbas
förstagångsinsjuknade strokepatienter (< 70 år)
av malnutrition? En kartläggning.**

Märta Jakobsson
Leg. Sjuksköterska, med. mag.

[2005-09-22]

Bakgrund

Har inom ramen för min strokesjukskötersketjänst på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg haft förmånen att på magisternivå utföra en kartläggning av strokepatienters nutritionsstatus. Valde att fokusera på patienter yngre än 70 år, då denna åldersgrupp utgör ca 20 % av alla strokepatienter. Detta blir, omräknat till antal personer som årligen insjuknar i stroke i Sverige, ca 6000 patienter. Förekomsten av antalet strokepatienter totalt i Sverige beräknas vara ca 100 000. Stroke är därmed den vanligaste orsaken till funktionshinder bland vuxna, vilket, förutom mänskligt lidande, i sin tur leder till höga samhällskostnader.

Förutom de icke påverkbara riskfaktorerna ålder, kön och ärftlighet anses bland annat hypertoni, diabetes, rökning, övervikt och fysisk inaktivitet bidra till ökad risk för stroke.

Strokesymptom i form av bl. a. halvsidig förlamning, sväljningssvårigheter, synrubbnings och känselstörningar kan ha en negativ inverkan på kostintag och nutritionsstatus. Som en följd kan undernäring uppstå, vilket kan leda till försämrad prognos.

Syftet med kartläggningen var att studera hur förstagångsstroke kan påverka nutritionsstatus hos strokepatienter, yngre än 70 år, från akutskedet till uppföljningen tre till fyra månader efter insjuknandet.

Den undersökta gruppen bestod av fyrtiofyra patienter med ett förstagångsinsjuknande i stroke. Patienterna vårdades på en strokeenhet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i Göteborg. Under en period av 18 månader rekryterades patienterna från den pågående SAHLSIS-studien (Sahlgrenska Academy Study in Ischemic Stroke). Tjugoåtta patienter (64 %) var män och sexton (36 %) var kvinnor i åldrarna 30-69 år (medelålder 59 år). Patienterna inkluderades inom de första 96 timmarna efter insjuknandet. Social- och rehabiliteringssituation, skadelokalisation, komplikationer, nytillkomna sjukdomar, fysiskt aktivitetsnivå, livskvalitet, humör, självkänsla, laboratorievärden (bl.a. blodfetter), längd, vikt, kroppssammansättning (fett kontra fettfri massa), kost, ätsituation och antalet läkemedel som konsumerades, undersöktes i akutfasen och vid uppföljningen.

Resultatet visade att drygt hälften av patienterna arbetade eller studerade vid tiden för insjuknandet. Vid uppföljningen hade knappt hälften av dessa återgått i arbete. Trettiofem patienter skrevs ut direkt till hemmet, övriga överflyttades till rehabiliteringsklinik.

Den fysiska aktiviteten visade sig vara låg både före och efter insjuknandet och humör och livskvalitet upplevdes vara bättre före insjuknandet.

Sex patienter drabbades i akutskedet av sväljningssvårigheter, som ledde till behandling med sondnäring, dropp eller anpassad kost, s.k. dysfagikost. Tretton patienter i akutskedet och fem vid uppföljningen behövde någon form av assistans i samband med måltider.

Två tredjedelar av patienterna hade vid insjuknandet ett BMI (Body Mass Index) högre än 25. För gruppen i genomsnitt var i fortsättningen förändringarna små beträffande laboratorievärden, längd, vikt och kroppssammansättning. Däremot kunde man på det individuella planet i några fall se stora förändringar.

Sex patienter hade vid uppföljningen minskat mer än fem procent i vikt och tre ökat mer än fem procent. I viktminskningsgruppen utkristalliserade sig sväljningssvårigheter och tillförsel av sondnäring alternativt dropp som riskfaktorer för undrenäring.

Sammanfattningsvis kunde man se tecken på undernäring hos några få patienter. Däremot förekom tecken på det metabola syndromet, d.v.s. övervikt, förhöjda blodfettsvärden m.m., både i akutskedet och vid uppföljningen hos alla de tre grupperna, men framför allt hos de diabetespatienter, som inkluderades. Det är naturligtvis nödvändigt att förebygga undernäring i samband med stroke, men i den studerade åldersgruppen är det särskilt viktigt och av största intresse att förebygga det metabola syndromet. Det krävs också ytterligare studier i ett långtidsperspektiv.

Referenser

1. Nationella Riktlinjer för strokesjukvård, version för hälso- och sjukvårdspersonal [National guidelines for stroke care, version for health- and hospital personell]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
2. National Health Care Quality Registers in Sweden. Analyserande rapport från Rik-Stroke för helåret 2000-2001. [Analysed report from the National Stroke Register for the years of 2000-2001]. In: Internet: www.riks-stroke.org. Stockholm. 2003.
3. Medin J, Nordlund A, Ekberg K. Increasing stroke incidence in Sweden between 1989 and 2000 among persons aged 30 to 65 years: evidence from the swedish hospital discharge register. *Stroke* 2004;35:1047-51.
4. Axelsson K, Norberg A, Asplund K. Relearning to eat late after stroke by systematic nursing intervention: a case report. *J Adv Nurs*. 1986;11:553-59.
5. Sidenwall B, Fjellström C, Ek A-C. The meal situation in geriatric care – intension and experinces. *J Adv Nurs*. 1994; 20:613-21.
6. Finestone H, Greene-Finestone L, Wilson E, Teasell R. Malnutrition in stroke patients on the rehabilitation service and at follow up: prevalence and peredictors. *Arch Phys Med Rehab*. 1995;76:310-16.
7. Gariballa SE, Sinclair AJ. Assesment and treatment of nutritional status in stroke patients. *Postgr Med J*. 1998;74:395-99.
8. Paulucci S, Antonucci G, Pratesi L, Traballese M, Grasso MG, Lubich S. Post-stroke depression and its role in rehabilitation of in patients. *Arch Phys Med Rehab*. 1999;80:985-90.
9. Berg A, Palomäki H, Lehtihalmes M, et al. Post stroke depression. An 18-month follow up. *Stroke*. 2003;34:138-143.
10. Axelsson K, Asplund K, Norberg A, Alafuzoff I. Nutritional status in patients with acute stroke. *Acta Med Scand*. 1988;224:217-24.
11. Dávalos A, Ricart W, Gonzales-Huix F, Soler S, Marrugat J, Molins A, et al. Effect of malnutrition after acute stroke on clinical outcome. *Stroke*. 1996;6:1028-32.

12. Jacobsson C, Lindholm L, Engström B, Norberg A. Evaluation of the QALY model for analysis of cost-effectiveness of eating training after stroke. *J Nurs Management*. 2001;9:295-303.
13. Näringsproblem i vård & omsorg. Prevention och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000. p 33.
14. Detsky AS, Smalley PS, Chang J. Is this patient malnourished? *JAMA*. 1994; 271(1):54-58.
15. Kruizenga HM, Seidell JC, de Vet HCW, et al. Development and validation of a hospital screening tool for malnutrition; the short nutritional assessment questionnaire (SNAQ). *Clin Nutr*. 2005;24:75-82.
16. Mat och näring för sjuka inom vård och omsorg. Uppsala: Livsmedelsverket; 2003. p 23.
17. Jood K, Ladenvall C, Rosengren A, Blomstrand C, Jern C. Family history in ischemic stroke before 70 years of age. The Sahlgrenska Academy Study on Ischemic Stroke (SAHLISIS). *Stroke*. Submitted.
18. Wilhelmsen I, Johansson S, Rosengren A, et al. Risk factors for cardiovascular disease during the period of 1985-1995 in Göteborg. The GOT-MONICA Project. *J Intern Med*. 1997;242;199-211.
19. Arruda JE, Stern RA, Sommerville JA. Measurement of mood states in stroke patients: validation of the visual analog mood scale. *Arch Phys Med Rehab*. 1999; 80;676-79.
20. Brumfitt S. The development and validation of the Visual Analogue Self-Esteem Scale (VASES). *Br J Clin Phys*. 1999;38:387-400.
21. Brumfitt S, Sheeran P. VASES: Visual Analogue Self-Esteem Scale. Winslow Press Ltd. Oxon. 1999.
22. Kyle UG, Genton L, Karsegard L, et al. Single prediction equation for bioelectrical impedance analyses in adults aged 20-94 years. *Nutrition*. 2003;17(3):248-53.
23. Farmaceutiska specialiteter i Sverige 2004 (FASS). [Pharmaceutical specialities in Sweden 2004]. Elanders. Kungsbacka. 2004.
24. Unosson M. Malnutrition in Hospitalised Elderly Patients [dissertation]. Linköping; 1993.
25. Jacobsson C, Axelsson K, Österlind P-O, Norberg A. How people with stroke and healthy older people experience the eating process. *J Clin Nurs*. 2000;9: 255-64.
26. Westergren A, Ohlsson O, Rahm Hallberg I. Eating difficulties, complications and nursing interventions during a period of three months after a stroke. *J Adv Nurs*. 2001;35(3):416-26.
27. Westergren A, Unosson M, Ohlsson O, Lorefält B, Rahm Hallberg I. Eating difficulties, assisted eating and nutritional status in elderly (≥ 65 years) patients in hospital rehabilitation. *Intern J Nurs Studies*. 2002;39:341-51.
28. Carlsson GE, Möller A, Blomstrand C. Consequences of Mild Stroke in persons < 75 years – a 1-year follow up. *Cerebrovasc Dis*. 2003;16:383-88.

29. Höök O. Rehabiliteringsmedicin. Stockholm: Liber Utbildning; 2000.
30. Jood K, Jern C, Wilhelmsen L, Rosengren A. Body mass index in mid-life is associated with a first stroke in men. *Stroke*. 2004;35:1-6.
31. Goldstein LB, Adams R, Becker K. Primary prevention of ischemic stroke. *Stroke*. 2002;32:280-316.
32. Rosmond R. Role of the stress in the pathogenesis of the metabolic syndrome. *Psychoneuroendocr*. 2005;30:1-10.
33. Goldstein L, Adams R, Becker K, Furberg CD, Gorelick PB, Hademenos G, et al. Primary prevention of ischemic stroke. *Stroke*. 2001;32:280-316.
34. Whelan K. Inadequate fluid intake in dysphagic acute stroke. *Clin Nutr*. 2001;20(5):423-28.
35. McWhirter JP, Ryan MF, Pennington CR. An evaluation of insulin-like growth factor-1 as an indicator of nutritional status. *Clin Nutr*. 1995;14:74-80.

Märta Jakobsson

Leg. Sjuksköterska, Med.mag.

Avd. 28, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Göteborg

marta.jakobsson@vgregion.se

Allt material på dessa sidor är upphovsrättsligt skyddade och får inte användas i kommersiellt syfte. Använd gärna texten för eget bruk men ange var materialet har hämtats.

Ange referensen på följande sätt:

Jakobsson, M. (2003). Nutritionsstatus hos strokepatienter : undertitel. [Elektronisk].

Vårdalinstitutets Tematiska rum : Demens (alt. Etik, Smärta, Nutrition).

Tillgänglig: www.vardalinstitutet.net, Tematiska rum.