

Konservativ uremibehandling - behandlingsriktlinje dietist

Bakgrund

Njursjukdom är ofta progredierande och kostråden förändras därför över tid. När protein omsätts i kroppen bildas kvävehaltiga restprodukter som utsöndras via njurarna. Det finns rekommendationer om att redan i tidiga stadier av kronisk njursjukdom (CKD 1-3) normalisera ett överintag av protein. Vid CKD 1-3 rekommenderas att patienter följer nordiska näringsrekommendationer eller medelhavskost, rekommenderat proteinintag 0,8-1 gram/ kg idealvikt inom normalviktsområde för ålder.

Vid CKD 4-5 minskar utsöndringsförmågan av restprodukter vilket leder till uremi med symtom såsom trötthet, förändrad smakupplevelse, klåda, anorexi, illamående och kräkningar. Vid GFR < 25 ml/min sker ofta en spontan reduktion av energi- och proteinintaget. Kostbehandling vid CKD 4-5 följer samma principer som vid CKD 1-3. Proteinintaget justeras beroende på hur pass uttalade de uremiska symtomen är. Vid symptomgivande CKD 4-5 rekommenderas proteinreducerad kost, den ska ordineras av behandlande nefrolog.

Alla njursviktpatienter med GFR < 30 ml/min/1.73 m² bör erbjudas dietistkontakt, kontakt kan även vara aktuellt vid högre GFR exempelvis vid hyperkalemi och hyperfosfatemi.

Behandlingens syfte

- Att förebygga malnutrition.
- Lindra uremiska symtom som aptitlöshet, trötthet, illamående, kräkningar och klåda.
- Att eventuellt minska progressionstakten genom proteinjusterad kost och förlänga tiden till dialys.
- Minska sekundära metabola konsekvenser av uremi som fosfatretention och hyperkalemi.

Samverkande parter

Njurmottagningarna på respektive sjukhus.

Remissuppgifter

- Vilken njursjukdom patienten har och övriga diagnoser av betydelse för kostbehandlingen.
- Ordinerad proteinnivå.
- Vad remittenten anser är viktigaste fokus för nutritionsbehandlingen just nu.

Utredning

- Kostanamnes vid besök eller näringsvärdesberäkning(DietistNet/ Nutritiondata) inför, under eller efter nybesök.
- Vikt och längd, eventuellt vadmängd.
- Screena för undernäring - SKRs frågor kring undernäring.

Behandling

Som underlag till bedömning av aktuellt intag tas en noggrann kostanamnes alternativt görs en matdagbok digitalt eller analogt. Protein- och energinivån individanpassas och vid behov begränsas kalium- och fosforintaget. Patienten informeras om riktlinjerna för kosten och vad som skiljer sig jämfört med rekommendationer för friska. Kostråden anpassas om patienten har risk för undernäring eller konstaterad undernäring. Undernäring diagnostiseras enligt GLIM.

Vid behov förskrivs livsmedel för speciella medicinska ändamål via hjälpmedelscentralen. Om patienten bor på äldreboende eller annat särskilt boende kan dietisten ta kontakt med personal för överrapportering av anpassad kost.

Energi

Ett dagligt energiintag på 30-35 kcal/kg kroppsvikt. Vid övervikt och fetma utgå från en kroppsvikt som motsvarar övre BMI gränsen med tillägg av 25 % av den överskjutande vikten. Normalviktsområde för personer under 70 år är BMI 20–25 och för personer som är 70 år eller äldre gäller BMI 22–27.

Protein

CKD 1-3 0,8-1 gram/ kg kroppsvikt, justeras vid övervikt. När patienten ordinerar proteinjusterad kost ordinerar ansvarig läkare proteinnivå – 0,6-0,8 gram/ kg kroppsvikt. Börja alltid med att justera ner proteinintaget till 0,8 gram/ kg kroppsvikt om det initialt är högre då den förändringen kan vara tillräckligt för symtomlindring och förbättrade biokemiska markörer. Det är viktigt att man också tar hänsyn till akut sjukdom och samsjuklighet.

Fosfor

Fosforintaget bör begränsas vid hyperfosfatemi. Dietisten följer blodprov, ger kostråd och råd kring användande av fosfatbindare med hänsyn till patientens måltidsordning och livsmedelsval. Det är önskvärt att serumfosfat ligger inom referensintervallet och vid behov sätter behandlande läkare in fosfatbindande läkemedel.

Kalium

Beakta andra faktorer än kostintaget som kan leda till hyperkalemi såsom acidosis, katabolism, insulinbrist, hyperglykemi, förstoppning, kräkningar, diarré, läkemedelsbehandling med mera. Patientens kaliumvärden följs och kosten anpassas vid behov. Viktigt att man försöker ge råd så att patienten ändå kan ha en hälsosam kosthållning och inte bli för begränsad.

Natrium

Viktigt att minska saltintaget för förbättrad blodtryckskontroll. Patienter rekommenderas begränsa saltintaget, men välja vanligt joderat koksalt. Inte Seltin eller andra specialsalter då de innehåller mycket kalium. Rekommendationen är max 6 gram salt/ 1 tesked per dag.

Supplementering med B-vitamin och D-vitamin sköts av läkaren. Vid behov görs bedömning av intag av dietist.

Behandlingsmål

God kännedom om vilken kost som rekommenderas vid njursvikt och orsaken till det. Bra nutritionstatus, god metabol kontroll, kaliumvärden 3,5- 5,5 mmol/l, fosfatvärden inom referensintervall samt minimerade uremiska symtom.

Patientmaterial

Vi använder material från dietisternas riksförbund, Region Skåne, Region Jönköping, Region Västra Götaland och ÄtBra.

Omfattning

Vid introduktion av PR-kost bör tät uppföljning(1-3 månader) ske. Det krävs fyra besök innan en större kostförändring kan anses vara bestående. När patienterna har följsamhet till kostbehandlingen och stabila laboratorieanalyser kan kontakterna glesas ut till var 3-6 månad och därefter 1 gång/ år. Patienten kan även välja att avstå uppföljning och istället höra av sig vid behov.

Utvärdering och uppföljning

Utvärdering och uppföljning utifrån symtom, kostanamnes, matdagbok, biokemiska markörer och viktutveckling. Råden anpassas utifrån dessa parametrar och hänsyn tas även till hur patienten upplever att det är att följa råden.

Vi registrerar patienter med GFR <30 ml/min/1,73 m² i kvalitetsregistret SNR, svenskt njursregister upp till 2 gånger/ år om patienten godkänt medverkan.

Referenser

1. Nordic Council of Ministers (2014). Nordic Nutrition Recommendations 2012: Integrating nutrition and physical activity (5th ed.). Köpenhamn: Nordisk Ministerråd. doi:10.6027/Nord2014-002
2. Dietisternas riksförbund. Riktlinjer för nutritionsbehandling vid icke dialysberoende kronisk njursjukdom för vuxna[Internet]. 2018. [citerad 25 maj 2023]. Hämtad från: <https://drf.nu/wp-content/uploads/2019/05/Riktlinjer-utan-dialys-2018.pdf>
3. Nationellt programområde(NPO) för njur- icg urinvägssjukdomar, SKR. Nationellt vårdprogram för kronisk njursjukdom. [Internet]2021. [citerad 1 juni 2023]. Hämtad från: https://njurmed.se/wp-content/uploads/2021/06/Nationellt_vardprogram_for_kronisk_njursjukdom.pdf

Litteratur

1177, njursvikt