

ΕΝΤΥΧΟ  
ΚΑΤΕΥΘ.  
ΑΡ. ΑΔΕ.  
108916  
Κ.Δ.Α.

ΕΛΛΑΣ

ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΙΣ  
Κ.Δ.Α.  
ΠΕΡΙΟΔΙΚΑ

PORT  
PAVE  
HELLAS

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ  
ΜΕΣΟΓΕΙΩΝ 2 Γ ΚΤΙΡΙΟ - 115 27 ΑΘΗΝΑ

# ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 38 - Τεύχος 3 - Ιούλιος - Σεπτέμβριος 1999



**NOSILEFTIKI**

QUARTERLY PUBLICATION OF THE  
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 38 - No 3 - July - September 1999

ISSN 1105-6843



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Από τη Σύσταση <i>A. Παπαδαντωνάκη</i>	203
2. Αποφάσεις του ΕΣΔΝΕ Σε καίρια Κοινωνικά Θέματα	206
3. Οι έννοιες της Αυτονομίας, Ατομικότητας και Πληροφορημένης Συναίνεσης στη Νοσηλευτική <i>X. Λεμονίδου, A. Μερκούρης, M. Κάπελλα, A. Παναγιώτου, M. Arndt, Th. Dassen, M. Gasull, A. Scott, M. Valimaki, H. Leino-Kilpi</i>	209
4. Εκτίμηση Ποιότητας Ψυχιατρικής Νοσηλευτικής Φροντίδας Βασισμένη σε Ειδικά Πρότυπα και Κριτήρια <i>M. Πριάμη</i>	216
5. Οι Επιπτώσεις της Μητρικής Αποστέρησης στην Ψυχοπαθολογία του Παιδιού - Ο Ιδρυματισμός <i>A. Παπαδημητρίου</i>	224
6. Το Παιδί με Καρκίνο και το Σχολείο - Ο ρόλος του Νοσηλευτή <i>E. Κούκια</i>	233
7. Διαταραχή της Ιδεατής Εικόνας του Σώματος <i>E. Κυρίτσι</i>	238
8. Διατροφικά Προβλήματα Ασθενών με Καρκίνο- Νοσηλευτική Αντιμετώπιση <i>Σ. Μεταξά</i>	244
9. Αρτηριακή υπέρταση, Συχνότητα, Έγκαιρη Διάγνωση και Θεραπευτική Αγωγή Υπερτασικών Ασθενών Αγροτικού Πληθυσμού <i>Φ. Μπαμπάτσικου, X. Κουτίς, Π. Μπέλλου, E. Κυριακίδου, E. Μαστραπά</i>	254
10. Γνώσεις, Απόψεις και Συμπεριφορά των Σπουδαστών Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Λάρισας για το AIDS <i>E. Θεοδοσοπούλου, I. Παπαθανασίου, E. Κοτρώτσιου, Γ. Τζαβέλας, Θ. Κουκουλάκη, K. Μακρίδου</i>	260
11. Διαχείριση Νοσοκομειακών Απορριμμάτων <i>X. Πλατή, M. Πριάμη, K. Καρτσόνα, X. Καραλής, X. Πλατής</i>	277
12. Ελένη Ποταμιανού <i>Σ. Παπαμικρούλη</i>	286
13. Ευφροσύνη Παπαδημητρίου <i>E. Χαραλαμπίδου</i>	288
14. Οδηγίες για τους συγγραφείς	290

## CONTENTS

1. Editorial <i>A. Papadantonaki</i>	203
2. Decisions of the HNGNA on the Most Important Social Matters	206
3. The Concepts of the Autonomy, Privacy, and Informed Consent in Nursing <i>C. Lemonidou, A. Merkouris, A. Panagiotou, M. Arndt, Th. Dassen, M. Gasull, A. Scott, M. Valimaki, H. Leino-Kilpi</i>	209
4. Evaluation on the Quality of Psychiatric Nursing Care Based on Special Standards and Criteria <i>M. Priami</i>	216
5. The Consequences of Maternal Deprivation in the Child's Psychopathology - The Hospitalism <i>A. Papadimitriou</i>	224
6. Children with Cancer and School - The role of the Nurse <i>E. Koukia</i>	233
7. Disturbance of the Ideal Image <i>E. Kyritsi</i>	238
8. Nutritional Problems of the Patients with Cancer - Nursing Care <i>S. Metaxa</i>	244
9. Frequency, Early Detection and Treatment of Hypertension Among Rural Population in Greece <i>F. Babatsikou, C. Koutis, P. Bellou, E. Kyriakidou, E. Mastrapa</i>	254
10. Knowledge, Views and Attitudes on AIDS, of Nursing Students from TEI Larissa <i>E. Theodosopoulou, I. Papathanasiou, E. Kotrotsiou, G. Tzavelas, T. Koukoulaki, K. Makridou</i>	260
11. Hospital Waste Management <i>Ch. Plati, M. Priami, K. Kartsona, Ch. Karalis, Ch. Platis</i>	277
12. Eleni Potamianou <i>S. Papamikrouli</i>	286
13. Efrosini Papadimitriou <i>E. Charalampidou</i>	288
14. Instructions to Authors	290

# ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

Μεταξά Ι. Σοφία,  
Μεταπτυχιακή φοιτήτρια τμήματος Νοσηλευτικής

---

**ΜΕΤΑΞΑ Ι. ΣΟΦΙΑ, Διατροφικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο. Νοσηλευτική αντιμετώπιση.** Τα διατροφικά προβλήματα των καρκινοπαθών και η αντιμετώπισή τους αποτελούν έναν από τους σημαντικότερους τομείς δραστηριοποίησης των επιστημόνων υγείας στον χώρο της Ογκολογίας. Σκοπός της παρούσας ανασκόπησης είναι η παρουσίαση των νεότερων δεδομένων και τάσεων που αφορούν στην αποτελεσματικότερη διαιτητική υποστήριξη των καρκινοπαθών. Γίνεται αναφορά στην επίδραση του καρκίνου και της εφαρμοζόμενης θεραπείας στο επίπεδο θρέψης των ασθενών με καρκίνο, στην εκτίμηση της κατάστασης θρέψης, στις μεθόδους διαιτητικής υποστήριξής τους και προτείνονται ορισμένοι αλγόριθμοι για την νοσηλεία τους. **Νοσηλευτική 3: 244-253, 1999.**

**Λέξεις ευρητηριασμού:** διατροφικά προβλήματα, καρκινοπαθείς, θεραπεία, σίτιση, κατ' οίκον φροντίδα.

---

## 1. Εισαγωγή

Ο καρκίνος ως συστηματική νόσος και οι τρόποι θεραπευτικής αντιμετώπισής του επηρεάζουν με διάφορους τρόπους την διατροφική κατάσταση των ασθενών. Το σύνολο των συμπτωμάτων που δυσχεραίνουν την πρόσληψη τροφής, η αλλαγή της εικόνας που ο ασθενής έχει για τον εαυτό του καθώς και η παρεμπόδιση μιας κοινωνικής δραστηριότητας όπως είναι το φαγητό, επιδρούν σωματικά και ψυχολογικά στον ασθενή επιφέροντας σωρεία προβλημάτων που πρέπει να αντιμετωπιστούν και από το νοσηλευτικό προσωπικό. Η διαιτητική υποστήριξη των

ασθενών από τα πρώτα κιόλας στάδια διάγνωσης και θεραπείας του καρκίνου, φαίνεται ότι μειώνει τη νοσηρότητα και θνητότητα, βελτιώνει την ποιότητα ζωής αυτών των ασθενών αλλά και μειώνει το κόστος. Η εφαρμογή της κατ' οίκον διαιτητικής φροντίδας των καρκινοπαθών απασχολεί σήμερα την επιστημονική κοινότητα, με ιδιαίτερο τον ρόλο των νοσηλευτών σε αυτόν τον τομέα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

## 2. Επίδραση του καρκίνου στο επίπεδο θρέψης των ασθενών

Ο αυξημένος μεταβολισμός υδατανθράκων, λιπών και πρωτεϊνών που χαρακτηρίζουν

τον καρκίνο, οδηγούν σε κατανάλωση των ενεργειακών αποθεμάτων του οργανισμού<sup>1</sup>. Παρατηρείται αυξημένος ρυθμός γλυκονεογένεσης στο ήπαρ από μη υδατανθρακικές πηγές (αμινοξέα, λιπαρά οξέα) προκειμένου τα καρκινικά κύτταρα να εξασφαλίσουν ενέργεια για την ανάπτυξή τους. Λίπη που αποθηκεύονται με τη μορφή λιπαρών οξέων καταβολίζονται από τον λιπώδη ιστό και απελευθερώνονται στην κυκλοφορία του αίματος για να χρησιμοποιηθούν ως πηγή ενέργειας. Όταν ο οργανισμός χρησιμοποιεί και τις πρωτεΐνες του για την παραγωγή αμινοξέων επέρχεται απώλεια μυϊκού ιστού. Οι παραπάνω μεταβολικές διαταραχές σε συνδυασμό με την ανορεξία του ασθενούς, οδηγούν σε καχεξία<sup>2</sup>.

Επιπρόσθετα παρατηρείται έλλειμμα βιταμινών, όπως βιταμίνης Α σε καρκίνο πνευμόνων και πεπτικού συστήματος καθώς και ανεπάρκεια σιδήρου λόγω κυρίως δυσαπορρόφησης. Διαταραχή του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών προκαλείται από άμεση και έμμεση δράση του πρωτοπαθούς όγκου. Όγκοι του παθυρεοειδή, πνευμόνων, νεφρών και παχέος εντέρου μπορούν να προκαλέσουν αποθήκευση ασβεστίου στα νεφρικά σωληνάρια μέσω ορμονών, με αποτέλεσμα νεφρική ανεπάρκεια. Στην λευχαιμία και τα λεμφώματα προκύπτει υπερουραιμία, υπερφωσφαταιμία και υπερκαλιαιμία ως αποτέλεσμα απελευθέρωσης ηλεκτρολυτών από τα κατεστραμμένα κύτταρα. Σε όγκους των νεφρών εκκρίνονται ρενίνη και αυξημένα ποσά αλδοστερόνης, σημειώνεται δε υποκαλιαιμία<sup>3</sup>.

Βαρύνουσα σημασία έχει το γεγονός ότι ασθενείς με υπολειμματική θρέψη εμφανίζουν ανεπάρκεια του ανοσοποιητικού τους συστήματος καθώς ο όγκος του λεμφικού ιστού συνολικά μειώνεται και ο σπλήνας / ο θύμος / οι λεμφαδένες υποστρέφονται. Το φαινόμενο της ανοσοκαταστολής σε συνδυασμό με την επιβάρυνση της θεραπείας επιδεινώνουν την εξέλιξη της συστηματικής νόσου.

Δεν είναι όμως μόνο αυτές οι συστηματικές επιπτώσεις του καρκίνου που επιδρούν στην διατροφική κατάσταση του καρκινοπαθούς. Διακρίνουμε διάφορα τοπικά αίτια που επιφέρουν αλλαγές στη θρέψη, εξαιτίας κυρίως μηχανικών

και ανατομικών μεταβολών που προκαλούν. Συχνά η πρόσληψη της τροφής είναι μειωμένη λόγω μηχανικών αιτίων, όπως σε καρκίνο του οισοφάγου/θυρεοειδή όπου παρατηρείται δυσφαγία. Γαστρικοί καρκίνοι συχνά προκαλούν πόνο και δυσπεπτικά ενοχλήματα ενώ σε καρκίνους του εντέρου παρατηρείται κύρια συμπτωματολογία δυσαπορρόφησης και διαταραχών της οξεοβασικής ισορροπίας. Εξάλλου εγκεφαλικοί όγκοι προκαλούν δυσκαταποσία εφόσον παρεμποδίζουν την διαδικασία της κατάποσης.

### 3. Επιπτώσεις της θεραπείας στο επίπεδο θρέψης των ασθενών

Χειρουργικές επεμβάσεις<sup>3</sup> για τη θεραπεία της πρωτοπαθούς εστίας κατά μήκος του πεπτικού συστήματος οδηγούν σε μόνιμες ή παροδικές αλλαγές στην ικανότητα πρόσληψης και απορρόφησης της τροφής. Οι κυριότερες επιπτώσεις των χειρουργικών επεμβάσεων είναι:

- επεμβάσεις στο ανώτερο πεπτικό μπορεί να μεταβάλλουν την ικανότητα του ασθενούς να προσλαμβάνει και να μασά την τροφή, οπότε απαιτείται η χορήγηση υδαρούς/πολτώδους τροφής ή ακόμα και η χρήση ρινοεντερικού σωλήνα
- σε ολική γαστρεκτομή προκύπτει έλλειψη του ενδογενούς παράγοντα που απαιτείται για την απορρόφηση της βιταμίνης B12, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη αναιμίας Biermer
- σε υφολική γαστρεκτομή αναπτύσσεται το σύνδρομο Dumping, που χαρακτηρίζεται από ναυτία, αδυναμία και ενίοτε διάρροια, με αποτέλεσμα την μειωμένη πρόσληψη τροφής
- ασθενείς με γαστροδωδεκαδακτυλεκτομή εμφανίζουν δυσαπορρόφηση των λιπών, υδατοδιαλυτών βιταμινών, ασβεστίου
- η εκτομή σημαντικού τμήματος του λεπτού εντέρου προκαλεί ανεπαρκή απορρόφηση σιδήρου και τελικά σιδηροπενική αναιμία.

Η ακτινοθεραπεία επηρεάζει τη λειτουργία των υγιών ιστών που περιβάλλουν την περιοχή που ακτινοβολείται<sup>4</sup>. Χαρακτηριστικό είναι το παράδειγμα ασθενών με καρκίνο της κεφαλής και του τραχήλου, στους οποίους παρουσιάζο-

νται διαταραχές των ιδρωτοποιών ασθενών και του στοματικού βλεννογόνου κατά τη διάρκεια της ακτινοθεραπείας. Οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν διαταραχές της γεύσης και ξηροστομία (από ανεπαρκή παραγωγή σιέλλου) που εμποδίζουν την πρόσληψη της τροφής και συμβάλλουν στην εκδήλωση ανορεξίας ταυτόχρονα με την εξέλιξη της συστηματικής νόσου. Η εφαρμογή της ακτινοθεραπείας σε καρκίνο του λεπτού εντέρου προκαλεί εμέτους, ανορεξία, διάρροια και μετεωρισμό. Μολονότι οι παρενέργειες αυτές παρέρχονται με την ολοκλήρωση της θεραπείας<sup>5</sup>, συνιστάται η χρήση αντιεμετικών πριν την θεραπεία, δίαιτα χαμηλή σε υπόλειμμα και επαρκής ενυδάτωση του ασθενούς.

Οι παρενέργειες της χημειοθεραπείας επηρεάζουν την διατροφική κατάσταση των ασθενών<sup>6</sup>. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων ποικίλει από ασθενή σε ασθενή και επηρεάζεται από τους χημειοθεραπευτικούς παράγοντες που χρησιμοποιούνται. Τα συχνότερα προβλήματα είναι η διαταραχή της γεύσης, η ναυτία, οι έμετοι, η διάρροια και η στοματίτιδα. Η χρήση αντιεμετικών φαρμάκων πριν από τη χορήγηση του θεραπευτικού σχήματος, η εξασφάλιση ηρεμίας και χαλάρωσης του ασθενούς καθώς και η προσφορά δροσερών/μαλακών τροφών μπορούν να υποβοηθήσουν την εφαρμογή της θεραπείας και να βελτιώσουν την κατάσταση του ασθενούς. Λιγότερο σοβαρές είναι οι επιπτώσεις της ανοσοθεραπείας, με περισσότερο συχνή την ανορεξία που οι ασθενείς παρουσιάζουν.

#### 4. Εκτίμηση του επιπέδου θρέψης

Το φαινόμενο αύξησης της νοσηρότητας και θνητότητας σε σχέση με την απώλεια βάρους έχει απασχολήσει την βιβλιογραφία ήδη από τη δεκαετία του 1930<sup>7</sup>. Πολλοί υποστηρίζουν ότι η απώλεια βάρους είναι από τους κύριους προγνωστικούς δείκτες χαμηλής επιβίωσης και μικρής ανταπόκρισης στη θεραπεία<sup>8</sup>. Είναι αυτοί οι λόγοι που υπογραμμίζουν την αναγκαιότητα έγκαιρης εκτίμησης των ασθενών προκειμένου να προληφθούν οι συνέπειες από την υπολειμματική θρέψη. Διάφοροι μέθοδοι έχουν

προταθεί για τον έλεγχο της διατροφικής κατάστασης των ασθενών. Η διάγνωση είναι η συνισταμένη ποικίλων στοιχείων που συλλέγονται από το ιστορικό, την λεπτομερή κλινική εξέταση, τα ανθρωπομετρικά στοιχεία και τις εργαστηριακές εξετάσεις<sup>9</sup> και συνοψίζονται στα κάτωθι δεδομένα:

- Νοσηλευτικό ιστορικό: Καταγράφεται η ημερομηνία της διάγνωσης, ο παθολογοανατομικός τύπος του καρκίνου, ο τύπος / η διάρκεια / οι παρενέργειες της θεραπείας, η παρουσία άλλων συστηματικών νοσημάτων του ασθενούς (σακχαρώδης διαβήτης, υπέρταση, σύνδρομο δυσαπορρόφησης), προηγούμενες χειρουργικές επεμβάσεις.

Επίσης διερευνάται η παρουσία των εξής συμπτωμάτων<sup>10</sup>:

- **ανορεξία**. Συχνό σύμπτωμα που σχετίζεται όχι μόνο με την εξέλιξη της συστηματικής νόσου αλλά και με την κατάθλιψη που οι ασθενείς βιώνουν λόγω της διάγνωσης και της θεραπείας τους.

- **ναυτία και έμετος**. Προκαλούνται από τη δράση του πρωτοπαθούς ή μεταστατικού όγκου, μπορεί δε να οφείλονται στην τοξικότητα της θεραπείας.

- **δυσκοιλιότητα**. Συχνό πρόβλημα που επιδρά στην πρόσληψη τροφής και επηρεάζει την ποιότητα ζωής. Σπάνια οι ασθενείς το αναφέρουν εάν και η έγκαιρη αντιμετώπιση και πρόληψή του μπορούν να είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές.

- **διάρροια**. Μπορεί να οφείλεται στην κακοήθεια, τη θεραπεία, λοίμωξη ή μεταβολικές διαταραχές. Είναι σημαντικό να προσδιορίζεται ο τύπος της διάρροιας (π.χ. στεατόρροια) προκειμένου να μπορεί να αντιμετωπιστεί.

- **στοματίτιδα και βλεννογονίτιδα**. Οφείλονται στην τοξικότητα της αντινεοπλασματικής θεραπείας, είναι δύσκολο να προληφθούν και μπορεί να δυσχεράνουν την πρόσληψη τροφής από το στόμα.

- **ξηροστομία**. Συχνό αποτέλεσμα της χημειοθεραπείας που επιτείνει την μειωμένη πρόσληψη τροφής από τον ασθενή.

- **διαταραχή της γεύσης, δυσανεξία ορισμένων τροφών**.

Σε έρευνα που έγινε στο πανεπιστήμιο του Colorado<sup>11</sup> σχετικά με την ποιότητα ζωής των νοσηλευόμενων καρκινοπαθών, υποστηρίζεται η σημασία της εκτίμησης των παραπάνω συμπτωμάτων. Όταν οι ασθενείς ρωτήθηκαν ποιά είναι τα κυριότερα συμπτώματα που τους ενόχλουν περισσότερο, από τις 71 συνολικά απαντήσεις ο πόνος, η ναυτία, η δυσκοιλιότητα και η ανορεξία κατείχαν τις 4 πρώτες θέσεις. Επίσης τα ερωτηθέντα άτομα που αναλάμβαναν την φροντίδα των ασθενών σε ποσοστό μεγαλύτερο από το 90% ανέφεραν την ανορεξία, την μειωμένη όρεξη ή την αδυναμία πρόσληψης τροφής του ασθενή.

- Διαιτητικό ιστορικό: Εκτιμώνται οι διατροφικές συνήθειες του ασθενούς σχετικά κυρίως με τη σύσταση της διατροφής του, τις προτιμήσεις και τις αλλεργίες σε φαγητά, τη χρήση βιταμινούχων σκευασμάτων, αλλαγές στην όρεξη και την πρόσληψη των γευμάτων.

- Αντικειμενική εξέταση: Εξετάζεται η όψη και γενικότερα η εμφάνιση του ασθενούς (πιθανότητα απίσχνανσης), η σπαργή του δέρματος, η σύσταση και το χρώμα των τριχών της κεφαλής, η ενυδάτωση των ιστών, το μέγεθος (διόγκωση) του ήπατος και της παρωτίδας που συνοδεύουν την ανεπαρκή πρόσληψη πρωτεϊνών.

- Ανθρωπομετρικά στοιχεία: Εξετάζεται το ύψος και το βάρος, λαμβάνοντας υπ' όψιν το γεγονός ότι ιδιαίτερα σημαντική είναι η πρόσφατη μεταβολή του βάρους. Υπολογίζεται το πάχος της δερματικής πτυχής και η περίμετρος του βραχίονα, προκειμένου να προσδιοριστούν τα αποθέματα του οργανισμού σε λίπος και η σωματική (μυϊκή) πρωτεϊνική μάζα.

- Εργαστηριακές εξετάσεις: Μετρώνται οι πρωτεΐνες<sup>12</sup> που χρησιμεύουν ως μεταφορείς (λευκωματίνη και τρανσφερίνη του ορού) και ελέγχεται η ανοσοβιολογική ικανότητα του οργανισμού (ολικός αριθμός λεμφοκυττάρων, εκτέλεση δερμοαντιδράσεων).

Η λευκωματίνη είναι μια εύχρηστη μέθοδος αλλά έχει το μειονέκτημα να διατηρεί φυσιολογικές τιμές (>3,4 gr/100 ml) στα αρχικά στάδια διαταραχής της θρέψης. Η ανεύρεση πάντως τιμών μεταξύ 2,8-3,4 gr/100 ml είναι

δηλωτική αρχομένης υποθρεψίας. Τιμές κάτω του 2,1 gr/100 ml υποδηλώνουν μια πολύ σημαντική διαταραχή.

Η τρανσφερίνη, β-σφαιρίνη που μεταφέρει το σίδηρο μέσα στο πλάσμα, είναι ευπαθής δείκτης της σπλαχνικής πρωτεϊνικής μάζας (φ.τ. 250-300 mg/100 ml).

- Ψυχολογικό προφίλ: αφορά το οικογενειακό περιβάλλον και την υποστήριξη που ο ασθενής δέχεται από αυτό, τις ικανότητες αντιμετώπισης προβλημάτων και την εικόνα εαυτού, τις θρησκευτικές και άλλες αντιλήψεις του ασθενούς και του περιβάλλοντός του σχετικά και με την διατροφή και την αρρώστια. Είναι σημαντικό να διερευνάται η ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς και να αντιμετωπίζονται τα επιμέρους προβλήματα. Εξάλλου έρευνες υποστηρίζουν ότι η αντιμετώπιση της κατάθλιψης ή η θεραπεία άλλων συμπτωμάτων όπως ο πόνος μπορούν να βελτιώσουν την όρεξη του ασθενούς<sup>13</sup>.

## 5. Διαιτητική υποστήριξη - Νοσηλευτική Παρέμβαση

Από το 1974 έως το 1993 πραγματοποιήθηκαν συνολικά 150 μελέτες σχετικά με την κακή θρέψη των νοσηλευόμενων ασθενών, στις οποίες το ποσοστό της κακής θρέψης κυμαίνονταν από 30% μέχρι 55%. Η κακή θρέψη σχετιζόταν με μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας, υψηλότερο κόστος υπηρεσιών υγείας, μεγαλύτερο αριθμό επιπλοκών και υψηλότερα ποσοστά θνητότητας<sup>14</sup>.

Το συνεχώς διευρυνόμενο πεδίο της ογκολογίας περιέλαβε και τον τομέα της διαιτητικής υποστήριξης, που έχει σημαντικό ρόλο στην φροντίδα του καρκινοπαθούς, ανεξάρτητα από τον ριζικό ή ανακουφιστικό χαρακτήρα της θεραπείας. Η Maurice Shils πριν από 15 χρόνια συνόψισε σε 15 αρχές τα βασικά σημεία της διαιτητικής υποστήριξης, που παρατίθενται στον πίνακα (I), και έχουν εφαρμογή μέχρι και σήμερα.

Νεότερες μελέτες έχουν ασχοληθεί ιδιαίτερα με τη σχέση διατροφής και ποιότητας ζωής<sup>15</sup>, υπογραμμίζοντας τα ακόλουθα πλεονεκτήματα διαιτητικής υποστήριξης των καρκινοπαθών: μείωση της θνητότητας και νοσηρότητας,



καλύτερη κατάσταση του καρκινοπαθούς για να ολοκληρώσει την θεραπεία του, μείωση των παρενεργειών της θεραπείας και βελτίωση του επιπέδου ζωής των ασθενών. Η μορφή της διαιτητικής υποστήριξης καθορίζεται από τα χαρακτηριστικά του ασθενή και τους στόχους που θέτει η επιστημονική ομάδα, μπορεί δε να είναι αρκετά επιθετική ή ανακουφιστική<sup>16</sup>. Παρ' όλα αυτά δεν υπάρχει απόδειξη ότι σε ασθενείς με προχωρημένο καρκίνο η παροχή διαιτητικής υποστήριξης μπορεί να παρατείνει την επιβίωση<sup>17</sup>. Στην πραγματικότητα υπάρχουν ενδείξεις ότι η ανάπτυξη του καρκίνου μπορεί να επιταχυνθεί, αυξάνοντας την συμπτωματολογία από τον καρκίνο<sup>18</sup>.

Στα πλαίσια διαιτητικής υποστήριξης των καρκινοπαθών, ευρύ ερευνητικό ενδιαφέρον αφορά στην ανεύρεση και βελτίωση ορεξιογόνων / αντικαχεκτικών φαρμάκων<sup>19</sup>. Χρησιμοποιούνται στεροειδή, οξική μεγεστρόλη, θειϊκή υδραζίνη, πεντοφιφυλλίνη, σκευάσματα που έχουν δράση παρόμοια με της προγεστερόνης κ.ά. Υπάρχουν έρευνες που δείχνουν ότι οι παράγοντες αυτοί αυξάνουν την όρεξη και την αύξηση του βάρους, απομένει όμως να διευκρινιστεί εάν επιμηκύνουν την επιβίωση και βελτιώνουν το επίπεδο ζωής.

Η διαιτητική υποστήριξη<sup>1</sup> μπορεί να γίνει με δύο τρόπους:

1. από τον πεπτικό σωλήνα
2. παρεντερικά

Η χορήγηση από το στόμα είναι ιδανική αλλά τις περισσότερες φορές ο ασθενής δεν μπορεί ή δεν θέλει να πάρει επαρκείς ποσότητες. Εάν το υπόλοιπο πεπτικό είναι φυσιολογικό η χορήγηση με ρινοεντερικό σωλήνα αποτελεί την καλύτερη λύση. Σε περιπτώσεις όπου υπάρχει πλήρης απόφραξη του ανώτερου πεπτικού ή σίτιση γίνεται μέσω γαστροστομίας ή νησιδοστομίας, με στόχο να διατηρηθεί όσο είναι δυνατό η λειτουργικότητα του πεπτικού σωλήνα. Στις περιπτώσεις που δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί ο πεπτικός σωλήνας για τη σίτιση του ασθενούς, καταφεύγουμε στην παρεντερική σίτιση που γίνεται από περιφερική ή κεντρική φλέβα.

### **5.1.1. ΣΙΤΙΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΣΤΟΜΑ**

Ο βαθμός παρέμβασης του νοσηλευτικού προσωπικού ποικίλλει ανάλογα με το επίπεδο της υποθρεψίας. Για τα άτομα που παρουσιάζουν μικρή απώλεια βάρους, διαταραχή της γεύσης, ανορεξία, ναυτία κ.ά. συνιστώνται φαγητά πλούσια σε πρωτεΐνες (τυρί, ψάρι) και θερμίδες χορηγούμενα σε μικρά και συχνά γεύματα. Άτομα που έχουν στοματίτιδα ως παρενέργεια της θεραπείας, υποβοηθούνται από τη χρήση ενός τοπικού αναισθητικού ή απλά τη λήψη μαλακών τροφών (σούπες, σάλτσες σε δροσερή θερμοκρασία), ενημερώνονται δε σχετικά με την αποφυγή ερεθιστικών παραγόντων του στοματικού βλεννογόνου (οδοντόκρεμα, πορτοκαλάδα, λεμονάδα) και ανακουφιστικών αντίστοιχα παραγόντων όπως η σόδα. Ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός όσον αφορά την διδασκαλία αυτών των απλών μέτρων που μπορούν να διευκολύνουν τον ασθενή και την οικογένειά του, διατηρώντας παράλληλα ένα ικανοποιητικό επίπεδο επικοινωνίας που επιτρέπει την επίλυση αποριών και τον χειρισμό του άγχους που ο ασθενής και η οικογένειά του βιώνουν. Για τα άτομα που παρουσιάζουν μέτριου βαθμού υποθρεψία, επιλέγουμε κατάλληλο θρεπτικό σκεύασμα το οποίο χορηγούμε σε συνδυασμό με αντιεμετικά και άλλα φάρμακα που ελέγχουν τις παρενέργειες της θεραπείας.

### **5.1.2. ΣΙΤΙΣΗ ΜΕ ΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ**

Υποψήφιοι σίτισης με εντερικό σωλήνα<sup>20</sup> είναι εκείνοι οι ασθενείς που έχουν μειωμένη ικανότητα πρόσληψης τροφής αλλά ο γαστρεντερικός τους σωλήνας διατηρεί επαρκές επίπεδο λειτουργικότητας. Στον πίνακα (III) παρατίθενται διαγνώσεις που σχετίζονται με τον καρκίνο και απαιτούν σίτιση μέσω εντερικού σωλήνα. Ο καθετήρας που χρησιμοποιείται είναι συνήθως ρινογαστρικός ή ρινοδωδεκαδακτυλικός, αλλά μπορεί να τοποθετηθεί και σε οισοφαγο / γαστρο / νησιδο - στομία. Διατίθενται καθετήρες σε διάφορα μεγέθη και μήκη: οι περισσότεροι είναι από μαλακό και ελαστικό υλικό, συνήθως πολυουραιθάνη ή σιλικόνη. Το υλικό αυτό δεν

σκληραίνει όταν έρχεται σε επαφή με το γαστρικό υγρό, γίνεται δε καλύτερα ανεκτό συγκρινόμενο με τους σκληρούς καθετήρες.

Η επιλογή του καταλληλότερου σκευάσματος για τον κάθε ασθενή γίνεται σύμφωνα με την περιεκτικότητά του σε λακτόζη, την ωσμωτική πίεση και τη μοριακή σύνθεση του διαλύματος. Ισοτονικά διαλύματα δεν απαιτούν διάλυση και εφαρμόζονται ευρέως. Ασθενείς με σοβαρή δυσαπορρόφηση (σύνδρομο βραχέος εντέρου, εντερικά συρίγγια) έχουν πολύ μειωμένες ικανότητες απορρόφησης και γι' αυτό χρειάζονται διαλύματα με κρυσταλλικά αμινοξέα, τα οποία απορροφούνται ταχύτατα στην αρχή της νήσιδας και αφήνουν υπόλειμμα. Συζήτηση γίνεται και για τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να χορηγούνται τα θρεπτικά διαλύματα. Πολλοί υποστηρίζουν την κατά ώσεις χορήγηση επειδή μιμείται τη φυσιολογική διατροφή, εφαρμόζεται δε σε σίτιση που χορηγείται στο στομάχι. Αντίθετα η στάγδην έγχυση με τη βοήθεια ειδικής αντλίας γίνεται καλύτερα ανεκτή σε περιφερικότερες σιτίσεις και ιδίως όταν χορηγούνται υπερωσμωτικά διαλύματα.

Το προσωπικό πρέπει να είναι ενημερωμένο σχετικά με τις συνθήκες θερμοκρασίας και ασηψίας, τον χρόνο αλλαγής/ξεπλύματος με φυσιολογικό ορό του καθετήρα, ώστε να εξασφαλιστεί η λειτουργία του εντερικού καθετήρα χωρίς να προκληθεί μικροβιακή επιμόλυνση και δυσανεξία από τον ασθενή<sup>21</sup>. Οι επιπλοκές της διατροφής με καθετήρα είναι:

- **Μηχανικές επιπλοκές:** απόφραξη του καθετήρα, ερεθισμός του ρινοφάρυγγα, μετακίνηση του καθετήρα
- **Γαστρεντερικές επιπλοκές:** μετεωρισμός, κολλικοειδή άλγη, διάρροια, έμετος
- **Μεταβολικές διαταραχές:** υπερτονική αφυδάτωση, δυσανεξία στη γλυκόζη, ηπατική και νεφρική ανεπάρκεια, καρδιακή ανεπάρκεια.

Το νοσηλευτικό προσωπικό έχει την ευθύνη της εκτίμησης της πορείας του ασθενούς από την εφαρμογή της διεντερικής σίτισης. Ένα από τα απλούστερα μέτρα που εφαρμόζονται είναι η μέτρηση του βάρους του ασθενούς (καθημερινά ή μέρα παρά μέρα), αναμένοντας αύξηση ή διατήρηση του σωματικού βάρους. Η εκτίμηση

μπορεί να γίνει με έλεγχο των πρωτεϊνών του ορού (π.χ. αλβουμίνη) κάθε 7-10 ημέρες. Πολυπλοκότερη μέθοδος είναι ο έλεγχος του ισοζυγίου азώτου: συλλέγονται τα ούρα 24ώρου και διαπιστώνεται ισοζύγιο азώτου όταν η απώλεια азώτου από ούρα / κόπρανα / δέρμα ισοδυναμεί με την πρόσληψη азώτου.

Στα πλαίσια παροχής ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας είναι ουσιώδης η αναγνώριση των ψυχολογικών και κοινωνικών επιπτώσεων που ο ασθενής βιώνει από την τοποθέτηση του εντερικού καθετήρα. Το στάδιο της προσαρμογής του ασθενούς είναι δύσκολο καθώς συνοδεύεται από στέρση της πείνας / δίψας, έναν πολύπλοκο εξοπλισμό και αλλαγές της εμφάνισης και του τρόπου ζωής του. Επιλέγονται απλά μέτρα που θα βοηθήσουν τον ασθενή να προσαρμοστεί στη θεραπεία του. Στα αρχικά στάδια επιτρέπεται η πρόσληψη από το στόμα υγρών και απαλών τροφών, συνιστάται η χρήση τσίχλας ή καραμέλας, ο ασθενής και η οικογένειά του συμμετέχουν στον προγραμματισμό της εντερικής διατροφής.

Εκτιμάται ότι 52000 ασθενείς κάθε χρόνο λαμβάνουν εντερική διατροφή στο σπίτι<sup>22</sup>. Στην περίπτωση της κατ' οίκον νοσηλείας ενημερώνεται διεξοδικά ο ασθενής και η οικογένειά του, εκπαιδευμένος δε νοσηλευτής αναλαμβάνει τη φροντίδα του ασθενούς [πίνακας (III)].

## 5.2. ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΣΙΤΙΣΗ

Όταν ο πεπτικός σωλήνας δεν είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί για τη σίτιση του ασθενούς είμαστε αναγκασμένοι να καταφύγουμε στην παρεντερική σίτιση<sup>23</sup>. Η παρεντερική διατροφή μπορεί να είναι ολική ή μερική (πολλοί ασθενείς λαμβάνουν μερική παρεντερική διατροφή, με τη μορφή δεξτρόζης, στα πλαίσια της θεραπευτικής τους αντιμετώπισης). Η ολική παρεντερική διατροφή καλύπτει το σύνολο των καθημερινών αναγκών του οργανισμού σε πρωτεΐνες και θερμίδες, με άμεση χορήγησή τους στην κυκλοφορία του αίματος.

Η παρεντερική σίτιση ενδείκνυται σε εκείνους τους ασθενείς με καρκίνο που ο γαστρεντερικός τους σωλήνας υπολειτουργεί ή η εντερική σίτιση δεν τους ήταν ανεκτή, όπως φαίνεται στον πίνακα (IV). Σε κάθε περίπτωση πρέπει να



έχουμε υπόψη το γεγονός ότι προοπτικές μελέτες σχετικά με την ολική παρεντερική θρέψη δεν έχουν αποδείξει όφελος όσον αφορά την ανταπόκριση του όγκου, την τοξικότητα της εφαρμοζόμενης θεραπείας ή την επιβίωση. Η χρησιμότητα της ολικής παρεντερικής θρέψης μετά από εκτεταμένες χειρουργικές επεμβάσεις είναι γενικά παραδεκτή αλλά παραμένει για πολλούς ασθενείς αναπόδεικτη, ενώ υπάρχει πλέον η τάση για γρήγορη έναρξη διεντερικής σίτισης<sup>24</sup>.

Διακρίνουμε δύο τύπους παρεντερικής σίτισης<sup>1</sup>:

– **παρεντερική σίτιση από περιφερική φλέβα**

Η σίτιση από περιφερική φλέβα έχει ένδειξη όταν ο ασθενής χρειάζεται διαιτητική υποστήριξη αλλά δεν είναι τεχνικά δυνατός ή απόλυτα απαραίτητος ο καθετηριασμός μιας κεντρικής φλέβας. Στην πράξη η πιο συχνή ένδειξη είναι σε ασθενείς που έπαιρναν ολική παρεντερική θρέψη αλλά σταμάτησαν λόγω επιμόλυνσης της κεντρικής φλεβικής γραμμής. Άλλες ενδείξεις είναι η αδυναμία καθετηριασμού μιας κεντρικής φλέβας, λόγω έλλειψης της σχετικής εμπειρίας ή θρόμβωσης της υποκλειδίου.

– **παρεντερική σίτιση από κεντρική φλέβα**

Η μορφή αυτής της παρεντερικής σίτισης είναι ικανή να καλύψει όλες τις ανάγκες του ασθενούς σε υγρά, θερμίδες και αμινοξέα και γι' αυτό έχει επικρατήσει να λέγεται ολική παρεντερική θρέψη (ΟΠΘ). Απόλυτη αντένδειξη της ΟΠΘ είναι ασθενείς με γενικευμένη κακοήθεια, όπου η ΟΠΘ μπορεί να θεωρηθεί σαν μια παράταση της προθανάτιας αγωνίας.

Οι φλέβες που επιλέγονται είναι κατά σειρά προτεραιότητας: οι φλέβες του αντιβραχίου, οι υποκλειδίες φλέβες (με το πλεονέκτημα της πιο εύκολης και σίγουρης καθήλωσης του καθετήρα), οι έσω σφαγίτιδες (που πλεονεκτούν έναντι των υποκλειδίων διότι η παρακέντησή τους δεν έχει την πιθανότητα να επιπλακεί με πνευμοθώρακα ή υδροθώρακα). Η παρακέντηση γίνεται σε συνθήκες ασηψίας. Αμφιλεγόμενα είναι τα βιβλιογραφικά δεδομένα εάν η πύλη εισόδου πρέπει να καλύπτεται με αντιβιοτική αλοιφή ή με αποστειρωμένες γάζες που αλλάζονται καθημερινά.

Τα τρία κύρια συστατικά της ΟΠΘ είναι γλυκόζη, αμινοξέα και λιπίδια. Η γλυκόζη, που παρέχεται ως δεξτρόζη 50%, προσφέρει στον οργανισμό άμεση και μακράς δράσης ενέργεια. Αμινοξέα ή πρωτεΐνες παρέχονται με ή χωρίς ηλεκτρολύτες σε συγκέντρωση 5,5% ή 8,5%, με την μικρότερη συγκέντρωση να ενδείκνυται σε ασθενείς που παρουσιάζουν και νεφρική ή ηπατική βλάβη. Η παρουσία των λιπιδίων είναι απαραίτητη διότι διαφορετικά ενεργοποιείται η παραγωγή ινσουλίνης και ο μεταβολισμός των λιπών. Τα λιπίδια παρέχονται με ενδοφλέβιο λιποειδές γαλάκτωμα σε συγκέντρωση συνήθως 10% ή 20%. Σε κάθε περίπτωση το σχήμα καθορίζεται από τον ασθενή: τις συγκεκριμένες ανάγκες, την αντοχή του στα θεραπευτικά σχήματα και την πορεία της νόσου.

Τα διαλύματα της ΟΠΘ πρέπει να παρασκευάζονται από εξειδικευμένο προσωπικό με αυστηρές συνθήκες ασηψίας, γιατί ο κίνδυνος των σηπτικών επιπλοκών είναι μεγάλος. Όταν οι παραπάνω συνθήκες δεν υπάρχουν πρέπει να χορηγούνται έτοιμα διαλύματα (υπάρχει ποικιλία αθροιστικών θρεπτικών σχημάτων που μπορούν να επιλεγούν), και οι απαραίτητοι ηλεκτρολύτες, βιταμίνες κ.λπ. να χορηγούνται από περιφερική φλεβική γραμμή. Για τον ίδιο κίνδυνο η φλεβική γραμμή που χρησιμοποιείται για την ΟΠΘ δεν πρέπει να χρησιμοποιείται για χορήγηση άλλων υγρών (δηλ. σε μεταγγίσεις, εγχύσεις αντιβιοτικών, μέτρηση κεντρικής φλεβικής πίεσης).

Οι επιπλοκές της παρεντερικής θρέψης<sup>25</sup> μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες:

- **επιπλοκές που σχετίζονται με τον καθετήρα.** Πρόκειται για επιπλοκές που συμβαίνουν την ώρα της παρακέντησης (πνευμοθώρακας, εμβολή αέρα, αιμοθώρακας, τραυματισμός υποκλειδίου αρτηρίας) και σηπτικές επιπλοκές (πυρετό, θρομβοφλεβίτιδα, θρόμβωση υποκλειδίου, σηψαιμία).
- **μεταβολικές επιπλοκές.** Μπορεί να αναπτυχθεί υπεργλυκαιμία, υποκαλιαιμία, υπεραμωνιαίαιμία, υπερωσμωτικό υπεργλυκαιμικό κώμα, λιπώδης εκφύλιση του ήπατος.

Οι ασθενείς με παρεντερική σίτιση πρέπει να βρίσκονται σε πολύ στενή παρακολούθηση

ώστε να αποφευχθούν οι διάφορες επιπλοκές. Αρχικά κάθε μέρα και στη συνέχεια κάθε 2 ημέρες ελέγχεται ο αιματοκρίτης, η αιμοσφαιρίνη, οι ηλεκτρολύτες του ορού, η ουρία και το σάκχαρο. Απαραίτητα ελέγχεται η απώλεια σακχάρου στα ούρα, κάθε 3-4 ημέρες ελέγχεται η ηπατική λειτουργία και ανά εβδομάδα αξιολογείται η αποτελεσματικότητα της παρεντερικής θρέψης βάσει ανθρωπομετρικών και βιοχημικών κριτηρίων.

Ήδη από τα τέλη της δεκαετίας του '60 η παρεντερική σίτιση εφαρμόζεται με επιτυχία στην κατ' οίκον νοσηλεία. Μια αδρή εκτίμηση των περιστατικών υπολογίζει ότι 3.000 ασθενείς αντιμετωπίζονται στο σπίτι τους με παρεντερική θρέψη<sup>26</sup>. Η επιλογή του ασθενούς και η προετοιμασία του ιδίου και της οικογένειάς του, η επιλογή εκπαιδευμένου επιστήμονα υγείας και η εφαρμογή της κατ' οίκον παρεντερικής σίτισης είναι πολύπλοκα γεγονότα που απαιτούν την συνεργασία επιστημονικής ομάδας<sup>27</sup>. Η φροντίδα ασθενούς που λαμβάνει κατ' οίκον παρεντερική σίτιση συνοψίζεται στον πίνακα (V).

## 6. Συμπεράσματα

Ο καρκίνος και η θεραπεία του επηρεάζουν την κατάσταση θρέψης των ασθενών σε διαφορετικό κάθε φορά επίπεδο. Αν και η ανάγκη της διαιτητικής υποστήριξης των ασθενών στηρίζεται βιβλιογραφικά, η εντερική και παρεντερική σίτισή τους παραμένουν πολύπλοκα γνωστικά και εμπειρικά αντικείμενα που χρειάζονται περαιτέρω διερεύνηση. Κυρίαρχος σκοπός όλης της επιστημονικής ογκολογικής ομάδας, στην οποία ο νοσηλευτής έχει εξέχουσα θέση, πρέπει να είναι η υψηλή ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, που θα εξασφαλίσουν ποιότητα ζωής στον ασθενή και θα τον βοηθήσουν να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες τόσο από την εξέλιξη της συστηματικής του νόσου όσο και από τα εφαρμοζόμενα θεραπευτικά σχήματα. Ο νοσηλευτής του 2000 πρέπει να είναι ικανός να ανταποκριθεί στις ανάγκες του ρόλου του και στον τομέα της διαιτητικής υποστήριξης των ασθενών, στο νοσοκομείο και στην κατ' οίκον νοσηλεία.

## ΠΙΝΑΚΑΣ (I). ΑΡΧΕΣ ΔΙΑΙΤΗΤΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΚΑΡΚΙΝΟΠΑΘΩΝ

1. Η κακή θρέψη που προκαλείται από τον καρκίνο και την θεραπεία του επηρεάζουν τον ασθενή και παρεμποδίζουν τη θεραπεία της νόσου.
2. Η κακή θρέψη δεν είναι απαραίτητα απάντηση του ασθενή στην νόσο του.
3. Ένα λογικό θεραπευτικό σχήμα προϋποθέτει ανάλυση των παραγόντων που προκαλούν υποθρεψία του ασθενή
4. Σε κάθε ασθενή πρέπει να γίνεται περιοδικός έλεγχος της διατροφικής του κατάστασης.
5. Η διατροφική θεραπεία, όταν συνιστάται, πρέπει να αρχίζει όσο το δυνατόν γρηγορότερα.
6. Η εφαρμογή των θεραπευτικών σχημάτων πρέπει να είναι μέρος του προγραμματισμού για εξω/ενδο νοσοκομειακούς ασθενείς.
7. Ο χαρακτήρας της διαιτητικής θεραπείας είναι υποστηρικτικός, συμπληρωματικός και οριστικός.
8. Το επίπεδο θρέψης, το μέγεθος του όγκου και η αντινεοπλασματική θεραπεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένα.
9. Η διαιτητική υποστήριξη παρουσιάζει οφέλη και δυσκολίες.
10. Η άριστη διατροφική φροντίδα των ασθενών προϋποθέτει τη συνεργασία ως ομάδα ιατρών, νοσηλευτών, διαιτολόγων, φαρμακοποιών, ψυχολόγων και κοινωνικών λειτουργών σε κατάλληλες οικονομικές, οργανωτικές και συνθήκες υποδομής.

Πηγή: Levy MS, Rosen SM; Ottery FD, et al.

## ΠΙΝΑΚΑΣ (II). ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ ΣΙΤΙΣΗΣ ΜΕ ΕΝΤΕΡΙΚΟ ΣΩΛΗΝΑ

- Ανορεξία
- Καχεξία
- Καρκίνος κεφαλής/λαιμού
- Καρκίνος φάρυγγα
- Καρκίνος στομάχου
- Παθήσεις Κ.Ν.Σ. που επιδρούν στην κατάποση
- Δυσφαγία
- Γαστρεντερίτιδα/Παγκρεατίτιδα
- Διάρροια
- Διαταραχή της κινητικότητας του Γ.Σ.

Πηγή: Shirley E. Otto

### ΠΙΝΑΚΑΣ (ΙΙΙ). ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ

#### ΔΙΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

##### ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΡΙΝΟΓΑΣΤΡΙΚΟΥ ΚΑΘΕΤΗΡΑ:

- Αλλαγή κολλητικής ταινίας κάθε δεύτερη μέρα
- Καθαρισμός ρωθώνων τουλάχιστον μια φορά την ημέρα
- Βούρτσισμα δοντιών, γλώσσας δύο φορές καθημερινά
- Χρήση κρέμας λανολίνης για ενυδάτωση χειλέων

##### ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΓΑΣΤΡΟΣΤΟΜΙΑΣ:

- Επισκόπηση δέρματος
- Παρατήρηση αλλαγής θέσης καθετήρα
- Καθαρισμός με σαπούνι και νερό, από τη θέση του καθετήρα προς τα έξω
- Χρήση διαφανούς ή υποαλλεργικής αυτοκόλλητης ταινίας

##### ΧΟΡΗΓΗΣΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗΣ:

- Τοποθέτηση του ασθενούς υπό γωνία 39° κατά τη διάρκεια λήψης τροφής και 1 ώρα μετά
- Έλεγχος θέσης καθετήρα. Με στηθοσκοπιο ελέγχουμε την παρουσία αέρα ή γαστρικού περιεχομένου
- Έλεγχος ποσότητας γαστρικού υπολείμματος πριν την κατά ώσεις έγχυση ή κάθε 2-4 ώρες σε συνεχή χορήγηση
- Εκτέλεση πλύσεων καθετήρα με 20-30 ml νερού (θερμοκρασία δωματίου) πριν την κατά ώσεις χορήγηση ή κάθε 2-4 ώρες σε συνεχή χορήγηση

##### ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ:

- Παρατήρηση σημείων όπως ναυτία, διάρροια, αναρρόφηση
- Επισκόπηση άκρων για κατακράτηση υγρών

##### ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ:

- Μέτρηση σωματικού βάρους καθημερινά ή κάθε δεύτερη μέρα. Αναφορά απώλειας βάρους »=2 κιλών στον γιατρό.

Πηγή Shirley E. Otto

### ΠΙΝΑΚΑΣ (ΙV). ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

#### ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

- Περιπτώσεις δυσκοιλιότητας/διάρροιας που δεν θεραπεύονται

- Καρκίνος κύστης
- Καρκίνος παχέος εντέρου
- Καρκίνος ήπατος
- Καρκίνος παγκρέατος
- Καρκίνος στομάχου
- Ισχαιμία εντέρου
- Δυσασπορρόφηση
- Παγκρεατίτιδα
- Γαστρεντερικό σύνδρομο (από Ακτινοθεραπεία)

### ΠΙΝΑΚΑΣ (V). ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ

#### ΠΑΡΕΝΤΕΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

##### ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΚΑΘΕΤΗΡΑ

- Εξασφάλιση βατότητας καθετήρα με περιοδική αλλαγή του στομίου, σύμφωνα με την ιατρική εντολή
- Ξέπλυμα με φυσιολογικό ορό ή ηπαρίνη με κυκλικό πρόγραμμα

##### ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

- Έγχυση προσθετικών (βιταμίνες) στην προπαρασκευασμένη σακκούλα
- Συναρμολόγηση σακκούλας και σύνδεσής της με τον καθετήρα
- Σύνδεση και αποσύνδεση αντλίας
- Προγραμματισμός αντλίας: ρυθμού, όγκου και άλλων δεδομένων

##### ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΕΠΙΠΛΟΚΩΝ

- Έλεγχος και διαταραχή ηλεκτρολυτών και υπεργλυκαιμία
- Επισκόπηση κάτω άκρων και δακτύλων για οίδημα
- Περιοδικός έλεγχος θερμοκρασίας, ούρων (σάκχαρο, ακετόνη)

##### ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

- Μέτρηση σωματικού βάρους καθημερινά ή κάθε δεύτερη μέρα

Πηγή: Shirley E. Otto

---

**METAXA I. SOFIA. Nutritional problems of patients with cancer. Nursing treatment. The nutritional problems of cancer patients and their treatment constitute a significant area of activation of the health care providers in Oncology. The purpose of this review is to present the most recent data and trends in order to provide effective nutritional support to cancer patients. The effect of cancer and its treatment to the nutritional status, the components of**

nutritional assessment and the methods of nutritional support towards the cancer patients are discussed and certain algorithms are proposed concerning the nursing care plan. **Nosileftiki 3: 244-253, 1999.**

**Key words:** nutrition, cancer patients, treatment, feeding, home care.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Shirley E. Otto: Oncology Nursing, Mosby Year Book; p. 373-387.
2. Lindsey AM: Cancer cachexia: effects of the disease and its treatment, Semin Oncol Nurs; 2:19, 1986.
3. Groenward S: Nutritional disorders. In Groenward S editor: Cancer nursing, Principles and practice, Boston 1987, Jones & Bartlett, Inc.
4. Johnson J and others: Reducing the negative impact of radiation therapy on functional status, Cancer 61:46, 1988.
5. Cushman KE: Symptom management: a comprehensive approach to increasing nutritional status in the cancer patient, Semin Oncol Nurs 2:30, 1986.
6. Strohl RA: The nursing role in radiation oncology: symptom management of acute and chronic reactions, Oncol Nurs Forum 15:429, 1988.
7. Studley HO: Percentage of weight loss: A base indicator of surgical risk in patients with chronic peptic ulcer. JAMA 106: 458-460, 1936.
8. DeWys WD, Begg C, Lavin PT, et al: Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Med 69:491-497, 1980.
9. Joanne Itano, Karen Taoka: Core Curriculum For Oncology Nursing Society (1975); p. 223-258..
10. Faith D. Ottery: Supportive Nutrition to prevent cachexia and improve quality of life. Seminars in Oncology, Vol 22(3): 98-111, 1995.
11. Seligman P, Fink R, Massey-Seligman E: Approach to the seriously ill or terminal cancer patient who has a poor appetite. Seminars in Oncology, Vol 25(2): 33-34, 1988.
12. Rose Gates, Regina Fink: Oncology Nursing Secrets; questions and answers about caring for patients with cancer. Hanley and Belfus, Inc. Philadelphia.
13. Feuz A, Rapin CH: An observational study of the role of pain control and food adaptation of elderly patients with terminal cancer. J Am Diet Assoc 94: 767-770, 1994.
14. Goats KG, Morgan SL, Bartolucci AA, et al: Hospital associated malnutrition: A reevaluation 12 years later. J Am Diet Assoc 93: 27-33, 1993.
15. Schlettwein-Gesell D: Nutrition and the quality of life: A measure for the outcome of nutritional intervention? Am J Clin Nutr 55:1263-1266, 1992 (suppl 6).
16. Fry St: Ethical aspects of decision-making in the feeding of cancer patients, Semin Oncol Nurs 2:59, 1986.
17. Brennan M F: Total parenteral nutrition in the cancer patient. New England journal of medicine 1981; 305:373-375.
18. Rice M I, Van Rijn A M: Parenteral nutrition and tumour growth in the patient with complicated abdominal cancer. Australia and New Zealand journal of surgery 1987; 57: 375-379.
19. Body J, Lossignol D, Ronson A: The concept of rehabilitation of cancer patients. Supportive Care Clinic, Curr Opin Oncol 1997 Jul; 9(4): 332-40.
20. Muggia-Sullam M and others: Postoperative enteral versus parenteral nutritional support in gastrointestinal surgery, Am J Surg 49:106, 1985.
21. Ponsksy JL and others: Percutaneous approaches to enteral alimentation, Am J Surg 149: 102, 1985.
22. Crocker KS: Planning for home parenteral and enteral nutrition, Continuing Care 8:18, 1989.
23. Guthrie P and Turner WW: Peripheral and central nutritional support, NITA 9:393, 1986.
24. Kenier AS, Swails WS, Driscoll DF, De Michele SL, Daley B, Babineau TJ, Peterson MB, Bistrrian BR: Early enteral feeding in postsurgical cancer patients: fish oil structured lipid-based polymeric formula versus a standard polymeric formula. Ann Surg 1996, 223:316-333.
25. Π. Μπάλας: Χειρουργική (τόμος α', δεύτερη έκδοση), ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, σελ. 167-175.
26. Dudrick and others: 100 patients years of ambulatory home total parenteral nutrition, Ann Surg; 199(6): 770, 1984.
27. Bender JM and Faubion JM: Total parenteral nutrition: nursing implications, AORN J 40: 354, 1984.
28. Levy MH, Rosen SM, Ottery FD, et al: Supportive care in oncology. Curr Probl Cancer 16: 329-418, 1992.