



مراقبت های حمایتی تسکینی در بیماران آنکولوژی

تهیه و تنظیم:

رحیمی سوپروایزر آموزشی مرکز آموزشی درمانی استاد مطهری

▶ بهمن ماه ۱۴۰۰

CANCER

A large, bold, black, sans-serif word "CANCER" is centered horizontally. A thick, bright red prohibition symbol, consisting of a circle with a diagonal slash from the top-left to the bottom-right, is superimposed over the word. The red symbol is centered over the letters "A", "N", and "C".

سرطان چیست؟

سرطان نوعی بیماری است که از رشد و تکثیر غیر طبیعی سلولهای بدن به دلیل نقص در مکانیزم های تنظیم کننده رشد طبیعی و تکثیر و مرگ سلولی بوجود می آید.

انواع سرطان :

کارسینوما

به رشد بدخیم سلول های اپی تلیال گفته می شود که به بافت های اطراف نفوذ کرده و توانایی متاستاز دارند مانند کانسر پستان ، کانسر ریه ، کانسر کولون ، کانسر معده و..

سارکوما

به رشد بدخیم سلول های گفته می شود که از بافتهای همبند مانند ماهیچه ، غضروف و استخوان منشا می گیرند مانند استئوسارکوم ، سارکوم یوونینگ ، آنژیو سارکوم و..

انواع سرطان

لنفوم ها

به بدخیمی هایی گفته می شود که از غدد لنفاوی و یا بافت های لنفاوی ارگان های بدن منشأ می گیرند که به دو دسته هوچکین و نان هوچکین تقسیم می شوند.

لوسمی ها

به بدخیمی هایی اطلاق می شوند که از سلولهای سازنده مغز استخوان مانند گلبول های سفید ، گلبول های قرمز و پلاکتها منشأ می گیرند.

مولتیپل میلوما ، AML و ALL

انواع موتاسیون در ایجاد کاتسر هاي مهاجم:

موتاسیون در آنکوژن ها

موتاسیون در ژن هاي سرکوب گر تومور

موتاسیون در ژن هاي مراقبتي يا پايدار کننده

آنکوژن ها

آنکوژن ژنی است که زمانی که تغییر می یابد و یا در سطوح بالا بیان میشود منجر به تبدیل سلول های طبیعی به سلول تومور می گردد.

اکثر آنکوژن ها حاصل جهش یا موتاسیون ژن های نرمالی که پروتوانکوژن نامیده می شوند هستند.

پروتوانکوژن ها پروتیین هایی را کد می کنند که در تنظیم رشد و تمایز سلول ها نقش دارند ولی زمانی که بدنبال موتاسیون پروتوانکوژن به آنکوژن تبدیل میشود ، رشد و تقسیم سلولی از کنترل خارج می گردد.

ژن هاي سرکوبگر تومور

اين ژن ها مسؤول حفظ کنترل رشد سلولي مي باشند ولي اگر به هر دليل موتاسيون در
اين ژن ها رخ دهد موجب انواع کانسرها مي شوند.

موتاسيون در ژن هاي پايدار كننده سلولي

ژن هاي پايدار كننده سلول به نوعي مسؤل ترميم خطاها در هنگام رونويسي نوكلئوتيد باشند و در صورت بروز جهش در ژن هاي فوق شاهد افزايش خطا در نسخه برداري خواهيم بود.

سطوح پیشگیری از سرطان:

پیشگیری اولیه:

که با کاهش مواجهه با عوامل خطر ساز حاصل می گردد.

پیشگیری ثانویه:

در این نوع پیشگیری موظف به انجام آزمون های مختلف غربالگری برای شناسایی بیماران مبتلا به کانسر قبل از پیشرفت بیماری می باشیم.

پیشگیری ثالثیه:

در این نوع پیشگیری موظف به انجام اقداماتی می باشیم که عوارض بیماری را پس از آشکار شدن آن کاهش دهد.

بررسی پیشگیری اولیه:

برای پیشگیری اولیه از بروز کانسر لازم است مواجهه با عوامل خطر ساز

زیر به حداقل برسد:

سیگار و مصرف بالای الکل

چاقی چربی بالای رژیم غذایی

شیوه ی زندگی ساکن



بررسی پیشگیری اولیه:

کاهش مواجهه با عوامل عفونی نظیر:

- پاپیلوما ویروس انسانی تیپ ۱۶ و ۱۸

- B, C- ویروس هپاتیت

H. Pylori, EBV ، HTLV1

کنترل مواجهه های شغلی و محیطی نظیر:

- آزبستوزیس

- رادون- بنزن- آرسینک- گرد و غبارچوب

- رادیاسیون ماورا بنفش و اشعه یونیزان

بررسی پیشگیری ثانویه:

در پیشگیری های ثانویه هدف انجام غربالگری به منظور کشف بیماری در افراد بدون علامت است. غربالگری کانسر پستان از سن ۴۰ سالگی با انجام ماموگرافی شروع می شود و سپس هر ۱ - ۲ سال تکرار می گردد. همچنین توصیه می شود بیمار به منظور معاینه بالینی پستان هر سال به پزشک مراجعه نماید.

بررسی پیشگیری ثانویه:

جهت غربالگری کانسر سرویکس موظف به انجام پاپ اسمیر هر ۳ - ۱ سال می باشد.

و سن شروع غربالگری در طی ۳ سال اول شروع فعالیت جنسی یا از سن ۲۱ سالگی می باشد.

برای غربالگری کانسرهای کولورکتال در جمعیت عمومی از ۵۰ سالگی هر ۱۰ سال یکبار توصیه به کولونوسکوپی می گردد و توصیه به انجام OB تست به صورت سالانه می شود.

سرطان قابل پیشگیری و درمان است

با خود مراقبتی و



تاریخچه ی شیمی درمانی:

یکی از قدیمی ترین روشهای معالجه ی تومورهای بدخیم ،شیمی درمانی است.
barkleyکشف شیمی درمانی را به عنوان راهی برای معالجه ی سرطان نتیجه
یک تصادف می داند.اکثر گزارشات مربوط به قرن ۱۹ میلادی است.



تعریف شیمی درمانی:

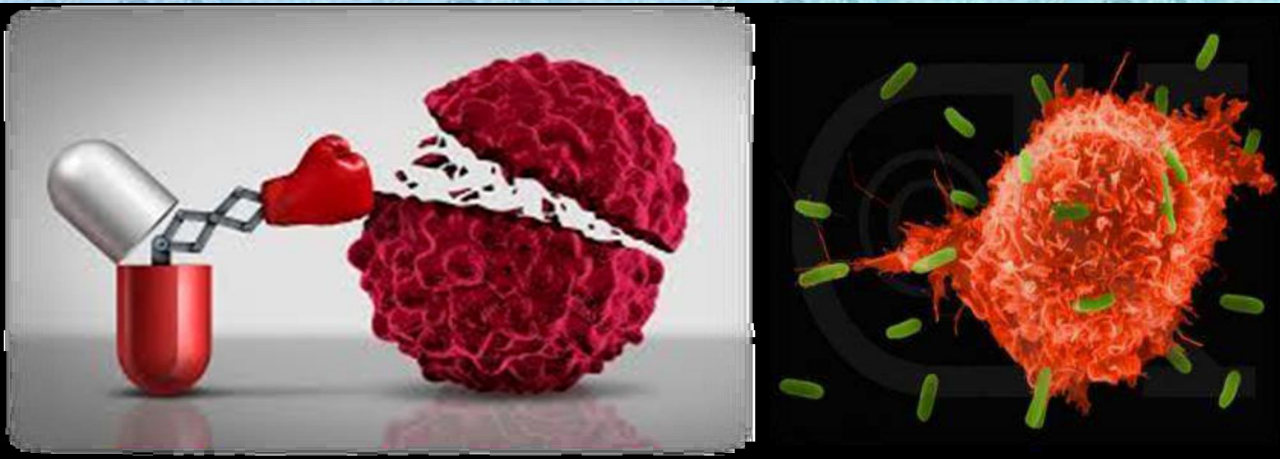
استفاده از داروهای ضد بدخیمی (عوامل آنتی نئوپلاستیک) در تلاش به منظور تخریب سلولهای تومور از طریق مداخله در کارکردهای سلولی شامل تولید مثل و ترمیم است.

به طور اولیه شیمی درمانی بیشتر برای معالجه ی بیماری سیستمیک به کار می رود، نه برای ضایعات موضعی که بوسیله جراحی یا پرتودرمانی قابل درمان هستند. مورد دیگر در به کارگیری شیمی درمانی، معالجه ی برخی اشکال لوسمی و لنفوم است.



اثر کمو تراپی

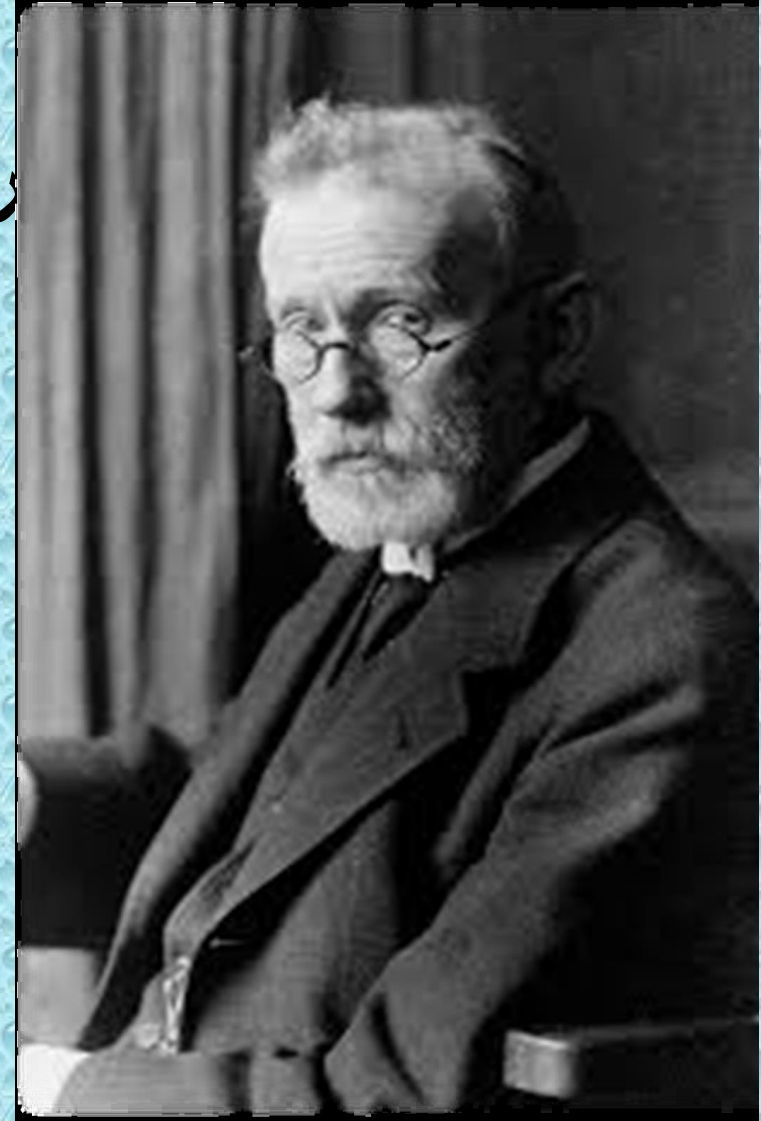
عوامل شیمی درمانی بیشترین تاثیر را روی تومورها با رشد سریع دارند.
دوزهای شیمی درمانی در سیکل های مکرر استفاده می شود.



اهداف شیمی درمانی

معالجه قطعی
کنترل
تسکین

ریچ به عنوان پدر شیمی درمانی شناخته می شود.



روش های مورد استفاده در شیمی درمانی

Adjuvant therapy

Combination chemotherapy

Induction chemotherapy

Primary therapy

Neoadjuvant chemotherapy

روش های مورد استفاده در شیمی درمانی

درمان کمکی یا همراه

دوره هایی از شیمی درمانی + سایر روش های درمانی نظیر جراحی و ...

Adjuvant therapy

2. Neoadjuvant chemotherapy درمان کمکی جدید

شیمی درمانی قبل از برداشت کامل تومور به منظور چروکیده کردن و کاهش اندازه تومور

3. primary care درمان اولیه

تجویز برای بیماران با سرطان های موضعی یک درمان کاملاً موثر نیست.

روش های مورد استفاده در شیمی درمانی

Induction chemotherapy درمان القایی یا تسکینی

درمان اولیه برای بیمارانی که درمان دیگری وجود ندارد.

هدف کنترل رشد تومور و کاهش علائم بیماری

Combination chemotherapy درمان ترکیبی

دادن دو یا چند دارو به همراه هم ، جهت تقویت اثر سینرژیک آنها



عوامل مهم در انتخاب داروی شیمی درمانی

بیمار

نوع سلول

سرطانی

میزان جذب دارو

مکان تومور

کسر تکثیر سلولی

مقاومت تومور به شیمی درمانی

روش های تجویز دارو

- ۱ - خوراکی
- ۲ - زیر جلدی
- ۳ - جلدی
- ۴ - داخل شریانی
- ۵ - داخل حفره ای
- ۶ - داخل صفاقی
- ۷ - داخل کانال نخاعی
- ۸ - داخل وریدی



عوارض جانبی شیمی درمانی

سمیت حاد برای سلول های در حال رشد و تکثیر

سرکوب مغزاستخوان

موکوزیت

استوماتیت

انتریت

آلوپسی

سرکوب گنادها

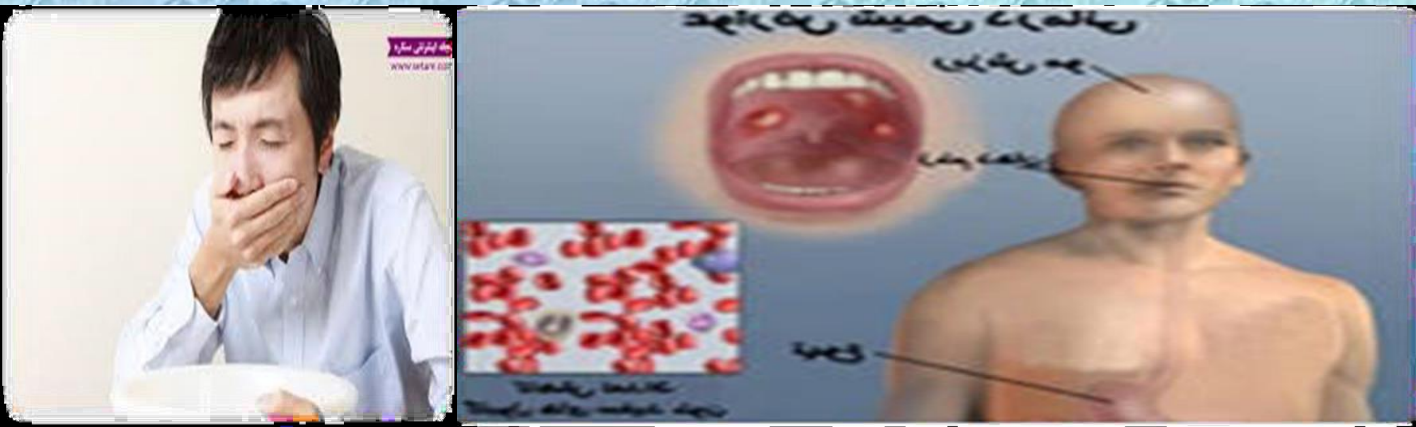


اثرات حاد سیستمیک

خستگی

(تهوع و استفراغ) ممکن است تا ۲۴ - ۴۸ ساعت

پس از درمان ادامه یابد.



عوارض جانبی شیمی درمانی

- ۱- عوارض فوری: ساعتها یا روزها بعد از تجویز دارو بروز میکند شامل:
تهوع، استفراغ، فلبیت، افزایش اسید اوریک خون، نارسایی کلیه، آنافیلاکسی
- ۲ - عوارض زودرس: روزها یا هفته ها بعد از تجویز دارو رخ میدهد: شامل
ترومبوسیتوپنی، آلوپسی، اسهال، استوماتیت، مگالوبلاستوزیس و خستگی
- ۳ - عوارض دیررس: هفته ها یا ماهها بعد از تجویز دارو بروز میکند شامل:
کم خونی، آسیب کبدی، فیبروز ریوی،
تهوع، استفراغ، فلبیت، افزایش اسید اوریک خون، نارسایی کلیه، آنافیلاکسی
کم کاری گنادها، عقیمی، یائسگی زودرس و بدخیمی ثانویه فقدان اسپرم و هایپرپیگمانتاسیون
- ۴ - عوارض تأخیری: ماهها یا سال ها بعد از تجویز دارو رخ می دهد شامل:
کم کاری گنادها، عقیمی، یائسگی زودرس و بدخیمی ثانویه.

مشکلات خاص شیمی درمانی

نشت دارو ایجاد تاول نکروزه شدن بافت و صدمه به تاندون ها ،اعصاب و عروق خونی

داروهای تاول زا:

وین بلاستین

آدریامايسين(نيتروژن موستارد)

وین کریستین

داکٲینومايسين

دانوروييسين

داکسوروبيسين

میتومايسين

ويندسين



تظاهرات خروج داروهای تاول زا از رگ

- عدم برگشت خون از کاتتر
- مقاومت در برابر جریان مایع به داخل ورید
- تورم ، درد یا سرخی محل
- جهت اطمینان از عدم خروج دارو:
- انتخاب دقیق ورید محیطی
- وارد کردن سوزن به طور ماهرانه در ورید
- تجویز دقیق داروها

در صورت شک به نشت دارو:

۱. قطع جریان دارو به داخل رگ
 ۲. گذاشتن یخ روی محل به جز آلکالوئیدهای وینکا
 ۳. آسپیره نمودن داروهای وارد شده به بافت ها
 ۴. تزریق محلول خنثی کننده به بافت برای کاستن از میزان انهدام
- بافتی که بستگی به داروی تاول زا دارد مانند:
- تیوسولفات سدیم ، هیالورونیداز و بیکربنات سدیم



God has created the earth round to tell man:
The very moment you feel like it's the end of the
world, it's exactly where it begins!

Beheshti Group

خدا زمین را مدور آفرید تا به انسان بگوید: همان لحظه‌ای که تصور
می‌کنی به آخر دنیا رسیده‌ای درست در نقطه آغاز هستی!

مراقبت های تسکینی

براساس تعریف سال ۲۰۰۲ میلادی سازمان بهداشت جهانی:

ارتقای کیفیت زندگی بیماران و خانواده های آنان ، برای برطرف نمودن مشکلات و معضلات ناشی از بیماری های صعب
العلاجی اقداماتی با هدف تشخیص زودرس ارزیابی کامل و درمان درد و سایر مشکلات روحی-روانی و فیزیولوژیک

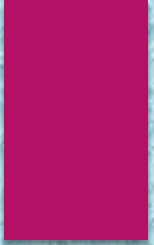
- تسکین درد و دیگر علائم ناراحت کننده را میسر می کند.

زندگی را تصدیق می کند و مرگ را به عنوان فرآیندی طبیعی در نظر می گیرد.

نه مرگ را به تعویق می اندازد نه به آن شتاب می بخشد.

جنبه های روانی و معنوی مراقبت از بیمار را ادغام می کند..

سیستم پشتیبانی را برای کمک به زندگی فعالانه بیماران تا وقت مرگ ارائه می دهد



سیستم پشتیبانی برای کمک به خانواده ها در روبرو شدن با مسئله در طول دوران بیماری و در سوگ مرگش ارائه میکند. شامل مشاوره درباره مرگ عزیزشان است با استفاده از رویکردی تیمی به نیازهای بیماران و خانواده شان رسیدگی می کند ، و اگر لازم باشد. کیفیت زندگی را افزایش خواهد داد و ممکن است همچنین دوره بیماری را تحت تأثیر مثبت قرار دهد. در اوایل دوره بیماری در ارتباط با شیوه های درمانی دیگر مانند شیمی درمانی و پرتو درمانی که قصد دارند طول عمر بیمار را زیاد کنند قابل اجرا است.

شامل بررسی های مورد نیاز برای درک و مدیریت بهتر عوارض ناراحت کننده بالینی است.

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی ، مراقبت های حمایتی - تسکینی شامل جلوگیری ورهایی از رنج کشیدن بیمار با شناسایی زودرس و ارزیابی دقیق و کنترل درد و سایر مشکلات فیزیکی ، روانی و معنوی است دیدگاه رایجی که در مورد این مراقبت ها وجود دارد معطوف به جز داروهای مسکن می باشد اما در واقع فلسفه مراقبت های حمایتی — تسکینی فراتر از رهایی از درد و علائم مضطرب کننده است .

دو جزء حمایتی **Supportive** و تسکینی **Palliative** از الزامات اینگونه مراقبت ها می باشد .

انواع شرایط ارائه خدمات :

➤ مراقبت جامع در بخش های بیمارستان

➤ مراقبت توسط تیم مشاوره در بیمارستان

➤ کلینیک روزانه

➤ مراقبت در خانه

➤ هاسپیس

مراقبت های جامعه Community Care

- ▶ این مراقبت ها برای کاهش مراجعه بیماران به بیمارستان ها و هاسپیس ها گسترش یافته اند . حدود ۸۰% از بیماران نیازمند به مراقبت های تسکینی - حمایتی که به بیمارستان ها مراجعه می کنند. در واقع به یکسری اقدامات اولیه نیاز دارند . هدف از این سطح مراقبت ها تامین این نیاز ها در محل زندگی بیمار بدون ضرورت مراجعه وی به بیمارستان است .
- ▶ مراقبت حمایتی تسکینی در منزل Home Care جزء مراقبت های در سطح جامعه Community Level است که با هدف کاهش پذیرش بیمارستانی تا حد ممکن ، به ارائه خدمات در محل اقامت بیمار می پردازد ، این محل می تواند خانه شخصی بیمار ، خانه بستگانش ، خانه های پرستاری ، مراکز نگهداری بی خانمان ها ، زندان و یا موسسات شبیه به آن باشد .
- ▶ جهت ارائه مراقبت در خانه ، معمولاً تیمی شامل پزشک ، پرستار ، مددکار اجتماعی ، فیزیوتراپ ، اعضاء خانواده وسایرین درگیر می شوند.

بخش مراقبتهای تسکینی در بیمارستان

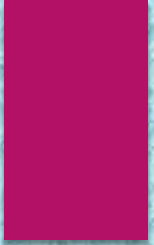
ارائه خدمات به بیماران با نیازهای پیچیده در حیطه وظایف بخش مراقبتهای تسکینی در بیمارستان است. این بخش می تواند در یک بیمارستان عمومی ، تخصصی و یا فوق تخصصی دایر باشد ولی الزاماً زیر نظر یا تحت مشورت یک تیم تخصصی مراقبتهای حمایتی-تسکینی به ارائه خدمات می پردازد. این بخشها یا هاسپایس ها در قالب بیمارستانها ایجاد می شوند تا قسمتی از علائم و مشکلات بیمار که قابل مدیریت در منزل یا در مواردی ارائه خدمات جراحی و برخی اقدامات تسکینی و... همگی برطرف نمایند. برطرف نمودن علائم حاد بیمار و پایدار ساختن وی در حیطه وظایف این بخش است...

As perfume to the flower,
so is kindness to speech.

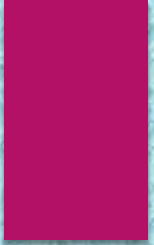
Katherine Francke

مهربانی در کلام مانند عطری است که از
گل به مشام میرسد.

8BeheshtGroup



CENTRAL VENOUS CATHETER ACCESS (PORTACATH)



Portacaths (ports) or Mediports are central vascular access devices, fully implanted under the skin, usually on the patient's chest under general anesthesia. Ports consist of a metal or plastic housing attached to a silicone catheter with a self-sealing silicone gel inside the housing. The tip of the catheter is inserted in the subclavian vein and advanced to the superior vena cava.

OVERVIEW

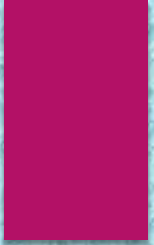
- ▶ When accessing, using, and maintaining the port, the risk of life-threatening complications, such as infection, makes it important to use correct and sterile technique.

ADVANTAGES OF THE PORTACATH INCLUDE

- ▶ Nothing external when the port is not in use
- ▶ Little maintenance when the port is not accessed
- ▶ Quick needle-stick venous access versus repeated venipunctures
- ▶ Irritating medicines infused into larger veins without discomfort owing to dilution by rapid blood flow

DISADVANTAGES OF THE PORTACATH INCLUDE

- ▶ Surgical implantation needed
- ▶ Painful access unless topical anesthetic cream used
- ▶ Frequent access may lead to increased infection risk
- ▶ Catheter thrombosis
- ▶ Mechanical problems, such as leaking around the diaphragm

- 
- ▶ To be used for continuous infusions, bolus injections, cyclic therapies such as chemotherapy, hypertransfusion with blood products for patients with hemoglobinopathies, and primary/secondary prophylaxis in children with hemophilia

RATIONALE

- ▶ To allow irritating medicines to be infused without discomfort
- ▶ To provide easy venous access for adults and children with chronic problems who need continuous infusion, bolus injections, cyclic therapies, hypertransfusion, or primary/secondary prophylaxis

INDICATIONS

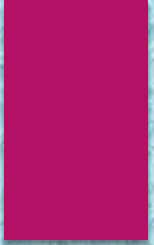
- ▶ **Cancer**
- ▶ **Hemophilia**
- ▶ **Sickle cell disease**
- ▶ **Cystic fibrosis**
- ▶ **Other chronic illness with poor intravenous**

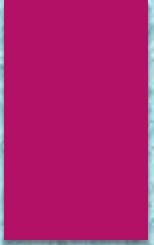
CONTRAINDICATIONS

- ▶ Redness, swelling, or tenderness over or around the site of the port
- ▶ Unable to get a free-flowing blood return from the port
- ▶ Pain or a stinging sensation during infusion

PROCEDURE

- ▶ Palpate upper chest to locate port.
- ▶ Observe site for redness, swelling, or tenderness.
- ▶ To numb the skin, apply Emla cream over port and cover with Tegaderm. Leave Emla on for 30 minutes.
- ▶ Remove Tegaderm and wipe off anesthetic cream.
- ▶ Set up sterile field.
- ▶ Put on sterile gloves.
- ▶ Do not touch anything outside the field until the procedure is done.

- 
- ▶ Using sterile technique, cleanse the area over the port with alcohol, then with povidone-iodine.
 - ▶ Start cleansing in the center of the port, and wipe outward in a circular pattern with a 2-inch radius.
 - ▶ Leave povidone-iodine to dry for 30 seconds.
 - ▶ Using your nondominant hand, locate the edge of the port housing, and stabilize with the thumb and index finger.
 - ▶ Insert the Huber needle through the skin and silicone gel until the port's rigid housing is felt.
 - ▶ Aspirate for blood return, to confirm the needle is in the port.
 - ▶ Flush with 10 mL of 0.9% saline.

- 
- ▶ **Place sterile gauze under the wings of the Huber needle.**
 - ▶ **Cover Huber needle with semipermeable transparent dressing.**
 - ▶ **Start infusion.**
 - ▶ **Change Huber needle and transparent dressing every 7 days using sterile technique.**
 - ▶ **Change administration set using sterile technique every 72 hours if medications or fluids infusing and every 24 hours if total parental nutrition or blood products are infusing.**

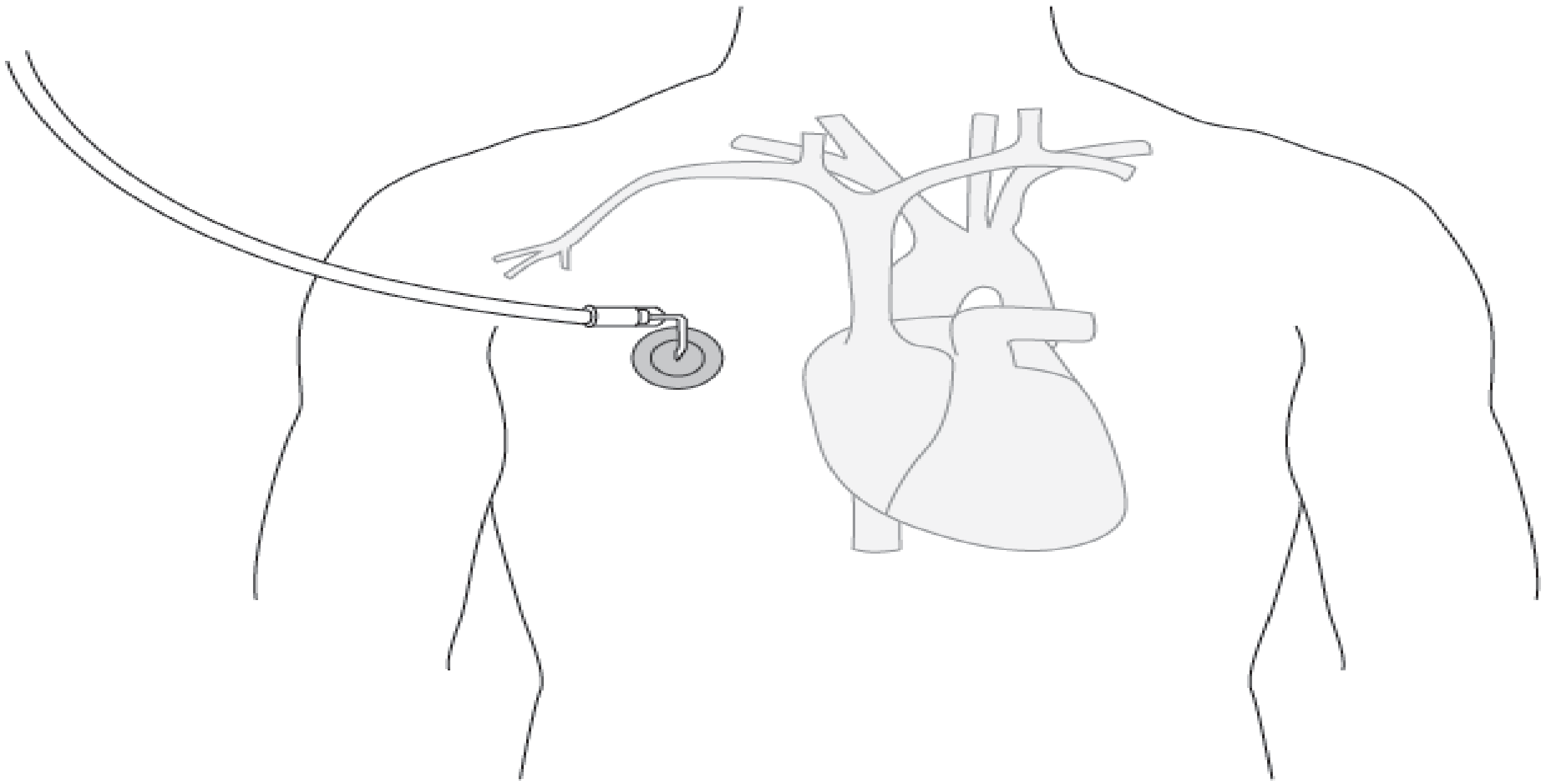
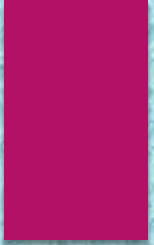


Figure 98.1 Positioning of Huber needle.

- 
- ▶ To discontinue the Huber needle, first flush with 20 mL of 0.9% saline and 5 mL of heparin. Then remove the transparent dressing and needle, and cover the Portacath with sterile gauze and tape.
 - ▶ Heparin lock (Heplock) the central venous access port if it is not being used for infusion using sterile technique.
 - ▶ When port is accessed and not being used for infusion, flush daily with 5 mL of heparin (patients weighing more than 10 kg, use 100 U/mL of heparin; patients weighing less than 10 kg, use 10 U/mL of heparin).

CLIENT INSTRUCTIONS

- ▶ After portacath needle is removed, sterile gauze is taped to cover the portacath.
- ▶ Gauze and tape should be removed by the next day.
- ▶ No dressing is needed when the port is not accessed.
- ▶ If the access site becomes red, becomes painful, or has yellow-green drainage, contact your health-care provider immediately.



ارتباط با بیمار

پیشرفت واقعی زمانی حاصل می شود که علم و فناوری را در کنار هنر و علم
روابط بین فردی ، علوم انسانی و مراقبت ویژه از بیماران آموزش دهیم.

دکتر الیزابت کوبراس



متأسفانه کیفیت ارتباط در فضاهای درمانی ما اعم از کلینیک های سرپائی و بخش های بستری کماکان بسیار پایین است.

ارتباط می تواند اثر درمانی داشته باشد و یک فضای شفا دهنده مطلوب ایجاد کند.

براساس پژوهش ها بیماران سرطانی به دلیل ناتوانی در برابر احساسات خود تنها ۵۰ درصد از نگرانی های خود را آشکار می سازند این در حالی است که آنچه ما به عنوان درمانگر اعم از پزشک یا روان درمانگر به بیمار می گوئیم می تواند تاثیر عمیقی بر خلق و نحوه رورایی بیمار با بیماری اش بگذارد.

ضرورت و اهمیت ارتباط

- ▶ با اینکه ارتباطات موثر در همه حوزه های پزشکی امری اساسی محسوب می شود اما در حوزه ی سرطان به خاطر برنامه های تهاجمی و همین طور تصاویر ناخوشایندی که از ناتوانی فوق العاده ، درد و مرگ برای بیمارتداعی می کند ، ارتباطات در بیماران سرطانی حائز اهمیت ویژه ای است.
- ▶ علیرغم تمام پیشرفت های که در مدیریت سرطان صورت گرفته آن را از یک بیماری حاد با پیش بینی ضعیف به بیماری اساسا مزمن برای بسیاری از بیماران تبدیل کرده است کماکان این تشخیص را به شکل خاصی چالش برانگیز می دانند.

محورهای ارتباط

- افشای خبر بد
- آماده سازی بیمار برای روش های درمانی تهاجمی
- ارائه اطلاعات واضح و شفاف
- ترویج تصمیم گیری مشترک
- تشویق به ابراز نگرانی ها و چگونگی واکنش به احساسات بیمار
- تغییر از مراقبت های شفابخش به مراقبت های تسکینی
- نتایج بد آزمایش ها ، عود و پیش آگهی ضعیف



اختلالات خواب در بیماران سرطانی

شیوع:

اختلال خواب ۷۰% و ۱۸% بی خوابی ، سختی در خواب رفتن ۷۰% ، خواب ماندن

مشکلات بی خوابی

احساس خستگی بیش از حد

مشکل در خواب رفتن یا خواب ماندن

خواب بیش از حد

خوابهای کوتاه بین روز

راه رفتن در خواب ، بی خوابی یا احساس بختک

عوارض مرتبط با سرطان درمان سرطان و یا دارو

خستگی ، درد ، اضطراب ، افسردگی ، تب ، تهوع

استفراغ ، سوزش سر دل

گرفتگی عضلات پا ، تعریق

شبهانه ، نفسهای کوتاه و بریده

سایر علل

افسردگی

اضطراب

اختلال انطباق با بیماری

تغییر عادات زندگی مثلا شیمی درمانی و بستری شدن مکرر و وعده های دارویی)

تغییرات تغذیه به ویژه نوشیدنیهای کافئین دار چای و قهوه الک، سیگار و مواد مخدر

دردهای مختلف ناشی از بیماری مثلا سردرد، شکم درد یا دردهای استخوانی)

اختلالات تنفسی، گوارشی یا ادراری مرتبط با بیماری

برخی داروها مثلا استروئیدها، باز کننده های برونش، آنتی هیستامین ها، مسدود کننده های

آدرنرژیک مرکزی، آمفتامین، برخی داروهای شیمی درمانی، برخی داروهای ضد تشنج ، داروهای

تیروئیدی.

استفاده بی رویه و بدون کنترل از داروهای آرام بخش یا قطع ناگهانی آنها

بیماری های اولیه خواب مثل سندرم پای بی قرار، فلج خواب، خوابگردی، آپنه خواب، پرش

های شبانه

بهداشت خواب

ایجاد محیطی که در آن عوامل مختل کننده خواب به حداقل ممکن برسد ، به

شکل: کم کردن سر و صدا ، خاموش کردن

چراغها یا کم کردن نور آنها ، تنظیم دمای اتاق ، تمیز ، خشک ، بدون چروک و

مرتب نگه داشتن وسایل و محل های خواب بیمار ،

استفاده از روانداز ، برای حفظ گرما ، قرار دادن بالشها در جاهای لازم و در

دسترس ، پوشاندن لباسهای نرم و گشاد به بیمار ،

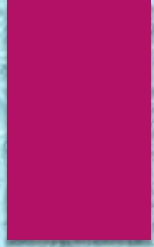
عادت دادن بیمار به انجام کارهایی که اخلاص در خواب وی را ، به دلیل

اجابت مزاج ، به حداقل ممکن میرساند ، از قبیل:

نیاشامیدن پیش از خواب ، تخلیه مثانه و روده پیش از خواب ، افزایش مصرف

مایعات و فیبر در طول روز ، استفاده از

داروی مخصوص کاهش بی اختیاری ، پیش از خواب



انجام اقدامات زیر نیز می توان استراحت بیمار را بهبود بخشید:

خوردن میان وعده های سرشار از پروتئین ۲ ساعت پیش از خواب.

از خوردن غذاهای سنگین ، پرادویه یا شیرین ۴ تا ۶ ساعت پیش از خواب

اجتناب از کشیدن سیگار و مصرف نوشیدنیهای الکلی ۴ تا ۶ ساعت پیش از خواب

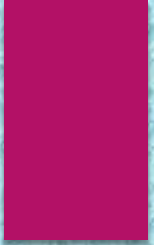
اجتناب از نوشیدنیهای کافئین دار

تمرینات ورزشی که باید حداقل دو ساعت پیش از خواب به اتمام برسند

داشتن خواب منظم به مدت مشخص

می توان از دارو نیز برای کمک به برطرف کردن اختلالات خواب بیماران مبتلا به سرطان

استفاده کرد.

- 
- ۱- چرخه خواب و بیداری شما باید منظم باشد.
 - ۲ - هر روز صبح رأس یک ساعت معین برخیزید.
 - ۳ - همسانی میزان خواب در شب های مختلف اهمیت دارد.
 - ۴ - ورزش منظم روزانه به ویژه در اوایل روز مفید است ولی از ورزش در آخر شب پرهیز کنید.
 - ۵ - محیط خواب باید آرام، تاریک و از نظر فیزیکی راحت باشد.
 - ۶ - به استثنای برخی افراد، چرت های روزانه مانع خواب شبانه به موقع می شود.
 - ۷ - غذا باید در وعده های معین صرف شود و از صرف غذای مفصل نزدیک به زمان خواب اجتناب کنید.
 - ۸ - از نوشیدنی های کافئین دار نظیر قهوه و چای و به ویژه به مقدار زیاد و نزدیک زمان خواب پرهیزید.
 - ۹ - الکل و سیگار نقش مخربی در روندهای مربوط به خواب دارند
 - ۱۰ - استحمام با آب کاملاً گرم نزدیک زمان خواب می تواند مفید باشد.
 - ۱۱ - قبل از رفتن به رختخواب خود را با افکار خوشایند و نه تنش زامشغول کنید و به جای تماشای تلویزیون به شنیدن رادیو یا خواندن مطالب سبک بپردازید.
 - ۱۲ - بدون نظر پزشک از داروهای خواب آور استفاده نکنید.



خواب بعد از خواب

یا

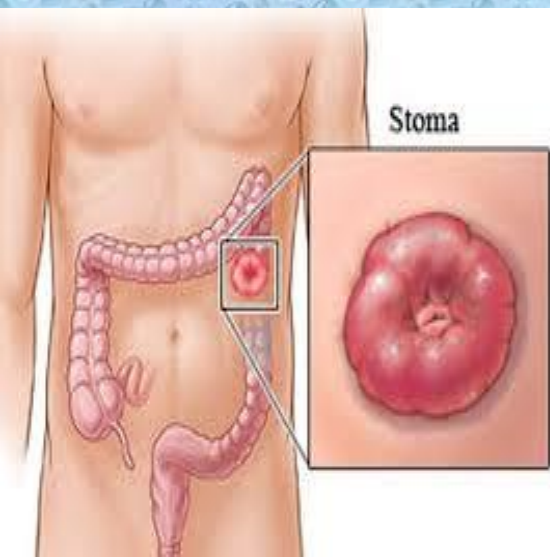
خواب قبل از خواب

مسئله این است ...

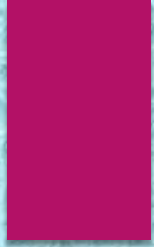
معضلات جنسی و ناباروری سرطان: یک نگاه فرهنگی

حدود ۱ نفر از هر ۳ نفر بیمار سرطانی که زنده مانده است رنج و آشفتگی مرتبط با تمایلات جنسی را گزارش داده است ، بیش از دوسوم از آنها دچار درد و عملکرد جنسی غیرمعمول شدند ، ۵۶٪ میل و لذت جنسی کمتر را تأیید نمودند و ۴۰٪ افسردگی را در دوران ابتلا به سرطان تجربه کرده‌اند

وجود یک حفره بعد از جراحی نشان‌دهنده مانعی بزرگ در زندگی جنسی فرد است و اغلب ، بیماران حرفی از آن نمی‌زنند. ناکارآمدی‌های خاص ، مراقبت از حفره به هنگام مقاربت و تغییرات در ظاهر بدن نشانگر مشکلاتی مهم است که این بیماران در روابط خصوصی و زندگی جنسی خود با آن مواجه می‌گردند



تومورهای سینه و سیستم تولیدمثل زنان بر جنبه‌های اساسی از هویت جنسیتی زنان تأثیر می‌گذارد که به‌نوبه خود تعیین‌کننده ترس‌های خاص در مورد تصویر بدنی، هویت جنسی و زندگی احساسی است



- ▶ - مشاوره جنسی توسط سایکوانکولوژیست صورت می گیرد.
- ▶ - مشاوره را باید با عطف به تمام ویژگی های فرهنگی مخاطب ارائه کرد با این حال این بدان معنا نیست که مشاور سعی در تصحیح باورهای نادرست فرهنگی در این مورد نداشته باشد.
- ▶ در آغاز باید به نگرانی های زوج اعم از بیمار و همسر او گوش داد.
- ▶ در مرحله بعد می باید به سوالات آنها پاسخ داد.
- ▶ مرحله اصلی شامل آموزش مهارت های جنسی ، درمان اختلالات جنسی به وجود آمده متعاقب درمان سرطان و بالاخره درمان ناکارامدی جنسی مربوطه است .



درد در سرطان

درد مهمترین علامتی است که در مراحل پیشرفته بیماران مبتلا به سرطان است.

درد در بیماران مبتلا به سرطان به تومور اولیه ،

متاستاز تومور ،اشعه درمانی ،شیمی درمانی و یا جراحی پدیدار می گردد.

درد بیشترین ناراحتی را در بیماران مبتلا به سرطان را ایجاد می کند ،هرچند سرطان موجب بروز علایم جسمی و عاطفی می گردد.

درد احساس ناخوشایندی است که شخص را از اختلالات و تغییرات نامطلوب و ناخواسته در بدن آگاه می کند.

فیزیولوژی درد

مکانیسم انتقال و درک درد هنوز به طور کامل شناخته شده نیست. گیرنده هایی که حس درد را منتقل

می سازند **nociceptor** نامیده می شود.

Nociception : فرآیندهای فیزیولوژیک مربوط به درک درد را می نامند.

اجزاء فیزیولوژیک درد شامل سه قسمت است :

گیرنده های انتقال درد:

Reception دریافت

Perception درک

Reaction واکنش

تقسیم بندی درد

درد حاد:

درد کوتاه ،موقتی و گذرا که کمتر از ۶ ماه طول بکشد شروع ناگهانی شدت خفیف تا شدید و با تغییرات سمپاتیکی همراه است. مثل صدمه جراحی

درد مزمن:

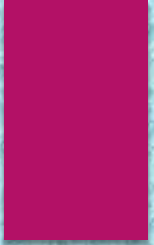
شروع تدریجی بیش از سه ماه طول بکشد
هیپرپلازی:در اثر کاهش آستانه تحریک اتفاق می افتد.

چالش های بررسی درد بیماران

انکار درد

اختلالات شناختی در بیمار

سابقه اعتیاد



الف - دریافت درد: هرگونه آسیب سلولی توسط محرکها
حرارتی، مکانیکی، شیمیایی یا الکتریکی منجر به آزاد شدن مواد
تولید کننده درد می شود. واسطه های بیوشیمیایی که آزاد می شوند
شامل سروتونین، هیستامین، برادی کینین وماده
واسطه های نوسیسپتورها را حساس یا فعال میکنند.

تأثیر برادی کینین در فعال شدن مستقیم نوسیسپتور، آزاد شدن مواد شیمیایی التهابی نظیر هیستامین، اتساع
عروق، افزایش نفوذ پذیری مویرگی وتحریک آزاد شدن پروستاگلاندین ها است.
در آزاد سازی سایر مواد شیمیایی شرکت کننده در فرآیند درد، افزایش پاسخهای التهابی، Pتأثیر ماده p
تسهیل حرکت ایمپالسهای عصبی در محل سیناپس نرونها در شاخ خلفی نخاع است.

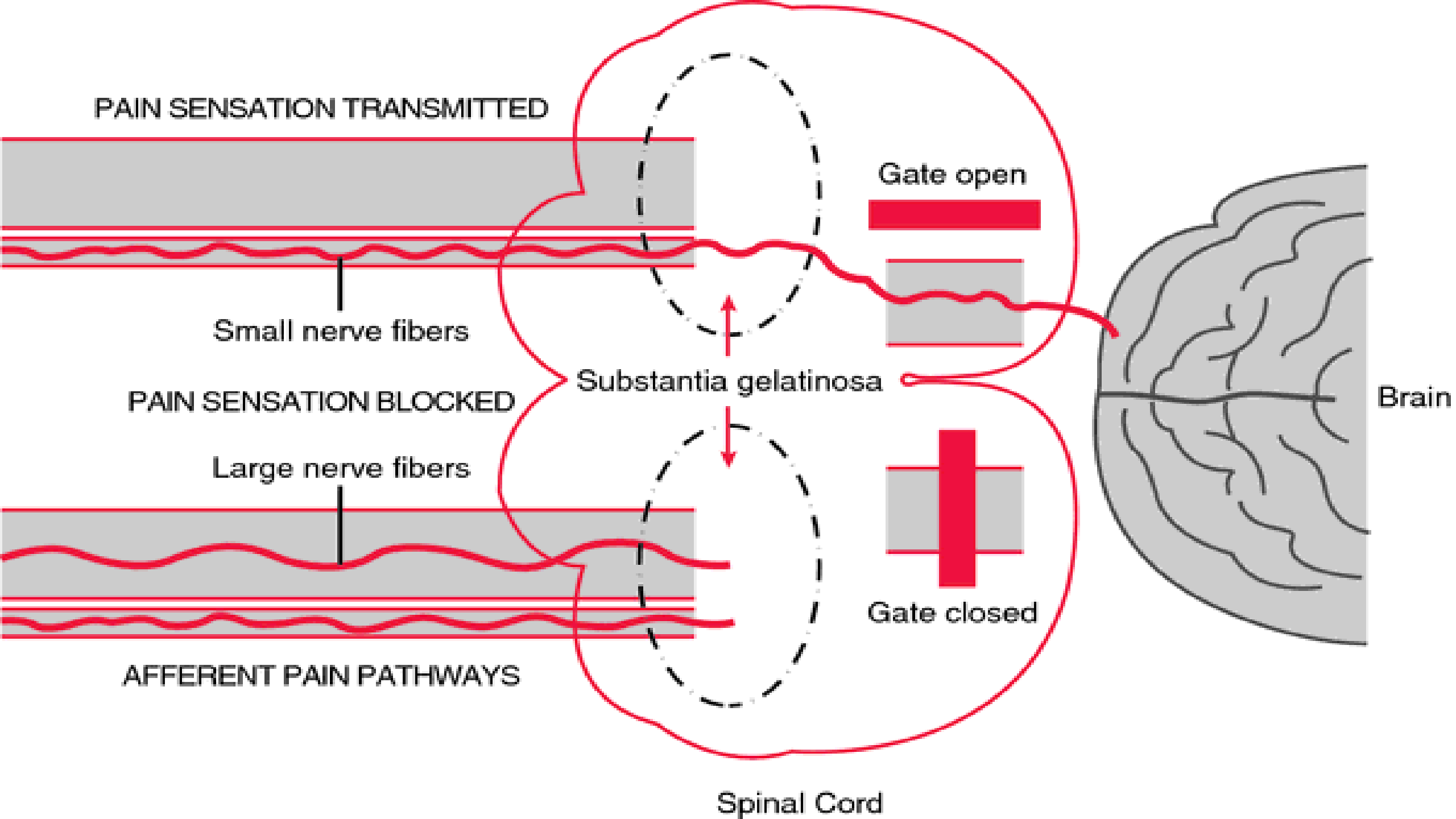
انواع فیبرهای عصبی انتقال درد

Delta fiber A:

نسبتاً قطور هستند و میلین دارند. منجر به انتقال سریع ایمالس ها شده و درد های تیز موضعی و مجزا را منتقل می کنند.

Fiber C:

قطر کمی دارند، فاقد میلین بوده، انتقال آهسته ایمالس ها را عهده دار بوده و دردهای احشایی فیبر مداوم و بندرت موضعی را منتقل می کنند. این فیبرها مسئول انتقال دردهای نبض دار هستند.



درمان درد

دارو درمانی-

استفاده از شل کننده های عضلانی مثل پروبانتین و گروه بلادونا مثل آتروپین

استفاده از گشادکننده های عروقی مثل نیتروگلیسرین

استفاده از داروهای ضدالتهاب مثل ایندومتاسین و ایبوپروفن

پمادها به منظور تسکین دردهای موضعی مثل سالیسیلات و ...

ضددردهای غیر مخدر: اسپرین، استامینوفن و ...

ضددردهای مخدر: دمورال، دولوفیناکسی کدون (عوارض یبوست، آرام بخشی، تهوع و استفراغ)، و ...

تحریکات الکتریکی مثل TENS

پروسیجرهای نوروسرجری مثل نروکتومی، ریزوتومی، کوردوتومی و سمپاتکتومی.

مهار عصبی یا بلوک عصبی

طب سوزنی

نگرش های روانی برای کنترل درد-

الف تغییر رفتار -

ب بیوفیدبک، آموزش -

ج هیپنوتیزم

نگرش های پرستاری برای کنترل درد -

الف پیشگیری از درد -

ب. از بین بردن تحریکات دردناک (ماساژ، تحریک پوستی، لمس درمانی، انحراف فکر، تمرینات آرامسازی-
تصویرسازی، آرام سازی آگاهانه)

ج. اصلاح پاسخ (عکس العمل به درد، کاهش اضطراب)



افسردگی و اضطراب



✓ در زندگی لحظاتی وجود دارد که انسان احساس یاس و ناامیدی می کند، در بعضی اوقات این احساس بسیار شدید شده و تبدیل به یک بیماری جدی می شود.

✓ در حقیقت تمام انسانها این احساسات را تجربه کرده اند. اما به سختی می توان فهمید که چه موقع این احساسات تنها غم و غصه ی روزمره و چه وقت نشانه ی یک بیماری جدی است.

✓ شما با شناخت نشانه های زود رس افسردگی می توانید به موقع آن را شناسایی کرده و درصدد درمان آن بایند.



✓ بیشتر افرادی که دچار افسردگی هستند قبول نمی کنند که دچار این بیماری هستند. آنان احساس ناراحتی و ناخوشی بیش از حدی دارند. این افراد دچار ناامیدی می شوند و هیچ راه حلی برای بهبودی و تغییر وضعیت خود ندارند.

✓ بیشتر مردم طرز تفکر صحیحی نسبت به افسردگی به عنوان یک بیماری ندارند.

افسردگی چیست؟

افسردگی مشکل شماره **یک** سلامتی در **دنیا** است!

هر ساله از هر ۱۰ مرد یک نفر و از هر ۱۰ زن دو نفر به افسردگی دچار می شوند.
افسردگی می تواند یک بیماری باشد!

افسردگی، فقط غمگینی نیست!

شناخت افسردگی اولین قدم به سوی درمان است!



افسردگی

➤ افسردگی بالینی نوعی بیماری است که افکار، احساسات و فعالیت های شخص را تغییر می دهد.

➤ این بیماری در طرز فکر، رفتار و جسم فرد اثر می گذارد. در این وضعیت کارهایی که انجام آنها همیشه برای فرد آسان یا لذت بخش بوده است، مانند بودن در کنار دوستان یا خانواده، مطالعه یا رفتن به سینما انرژی و حوصله بیشتری می خواهد. حتی مواردی مثل خوردن و خوابیدن هم با مشکل مواجه می شود.

خصوصیات بالینی حملات افسردگی :

- خلق افسرده و بی علاقه‌گی یا عدم احساس لذت علائم کلیدی افسردگی است.
- بیمار ممکن است از احساس اندوه ، ناامیدی ، غمگینی یا بی ارزشی شاکی باشد.
- از نظر بیمار خلق افسرده واجد کیفیت مشخص است که آن را از احساس طبیعی دلتنگی یا سوگ متمایز می کند.
- بیمار اغلب علائم افسردگی را علائم نوعی درد مشقت بار روحی توصیف میکند و گاه از آن شکایت می کند که نمی تواند گریه کند ، علامتی که با بهبود بیمار رفع می شود.





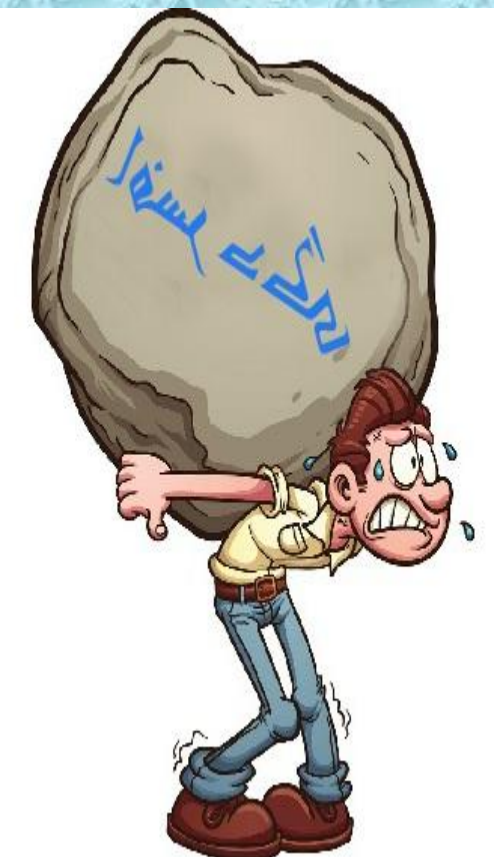
درمان:

II ضدافسردگی سه حلقه-ای

II مهارکننده-های انتخابی بازجذب سروتونین (SSRIs)

II مهارکننده-های بازجذب نورآدرنژیک (SNRI)

II الکتروشوک درمانی (ECT)



خواب منظم

برنامه غذایی سالم

دوری کردن از انجام وظایف جدید یا مشکل

پیگیری توصیه های متخصصین و حفظ ارتباط خود با درمانگر

اجتناب از داروهای غیر مجاز

ورزش های سبک روزانه

کنترل استرس

پرداختن به امور معنوی

یادگیری فنون آرام بخشی

اجتناب از تنهایی طولانی مدت



اضطراب

علائم عمومی اضطراب مانند ترس، دلهره، لرزش دست، تنگی نفس، احساس گیر کردن چیزی در گلو و تپش قلب فکر کردن مداوم به بیماری و احساس بازگشت بیماری

درمان

فعالیت های ورزشی مثل یوگا
گروه درمانی
درمان حمایتی
مشاوره ها

دارودرمانی

ضدافسردگی سه حلقه ای

بنزودیازین ها

مهارکننده انتخابی بازجذب سروتونین

SSRIs)

پایان زندگی

دیدگاه الیزابت کوبلر راس

○ انکار

○ خشم

○ چانه زنی

○ افسردگی

○ پذیرش



پایان زندگی

انکار

ماندن در این مرحله باعث کوتاه شدن باقی مانده عمر می شود.
بیش از نیمی از بیماران ترجیح می دهند که خبر مرگ قریب الوقوعشان به آنها داده شود
اولین جمله ای که به ذهن می رسد این است: «او اشتباه می کند».

II بررسی توانایی شخصی بیمار و روشهای سازگاری

II بررسی سیستم های حمایت شخصی

II بررسی عقاید فرهنگی ، اجتماعی و مذهبی و باورهای مددجو و خانواده درباره مرگ



پایان زندگی

انکار

II بررسی تجارب قبلی خانواده درباره مرگ

II برقراری اعتماد

II گوش دادن به صحبت های مددجو

II دادن فرصت بیان انکار به مددجو در حین کمک به ارائه رفتار سالم



پایان زندگی

خشم

در این مرحله فرد همچنان با انکار مرگ دست و پنجه نرم میکند و نمیخواهد موضوع را به راحتی بپذیرد.

ماندن در این مرحله بسیار سخت است.

اگر فرد در این مرحله فوت کند، برای همیشه خاطره ناخوشایندی در ذهن اطرافیان به جا خواهد گذاشت.

II حفظ امنیت مددجو و دیگران

II برقراری ارتباط با مددجو

II اجتناب از رنجاندن مددجو

II قضاوت نکردن درباره عصبانیت مددجو

II جلوگیری از رو آوردن بیمار به درمان های بدون اساس



پایان زندگی

چانه زنی

به شکل یک مبارزه به بیماری نگاه می‌کند. این مرحله طولانی است. می‌خواهد با همه چیز در ازای کمی بیشتر زنده ماندن معامله کند

II اجازه ابراز احساسات بدهد و از امیدهای مثبت و واقع گرایانه حمایت بعمل آورند.

II امکان برقراری ارتباط با افراد روحانی را برای مددجو فراهم آورد.



پایان زندگی

افسردگی

دچار اختلال در تصمیم گیری میشود.
غمگینی و ناامیدی ناشی از بیماری ممکن است فرد را کاملاً افسرده کند
برای خودش عزا می‌گیرد.

II برآوردن نیاز مددجو به خلوت و تنهایی

II برآوردن نیاز مددجو به خواب و تغذیه کافی

II تشویق بیمار و خانواده به بیان احساس غم و ناراحتی

II از رفتارهای بدون صداقت و امیدهای غیر واقعی پرهیزند



پایان زندگی

پذیرش

دوری از عزیزان و اطرافیان را به عنوان نتیجه مرگ قبول می کند
مرحله آخر واکنش به مرگ است.
احساسات پریشان خودش را در مورد پایان زندگی سر و سامان می دهد

II حمایت از خانواده به ادامه حضور در کنار بیمار

II آموزش به مددجو درباره پیشرفت مورد انتظار بیماری

II برآوردن آرزوهای مناسب و ممکن

II ممانعت از خودکشی



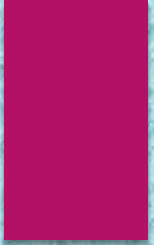
موکوزیت دهانی

موکوزیت دهانی یکی از عوارض جدی رادیوتراپی و شیمی درمانی است.
موکوزیت دهانی:

به ضایعات مخاطی حفره دهان و مشکلات عملکردی که به واسطه ی آن ها به وجود می آیند گفته شود.

موکوزیت دهانی یکی از عوارض جدی رادیوتراپی شیمی درمانی است. معمولاً بیمارانی که به دلیل تومورهای ناحیه سر و گردن درمان ترکیبی شیمی درمانی یا رادیوتراپی دریافت می کنند یا بیمارانی که قبل از پیوند مغز استخوان تحت دوز بالای شیمی درمانی قرار می گیرند، موکوزیت دهانی شدیدتری را تجربه می کنند.

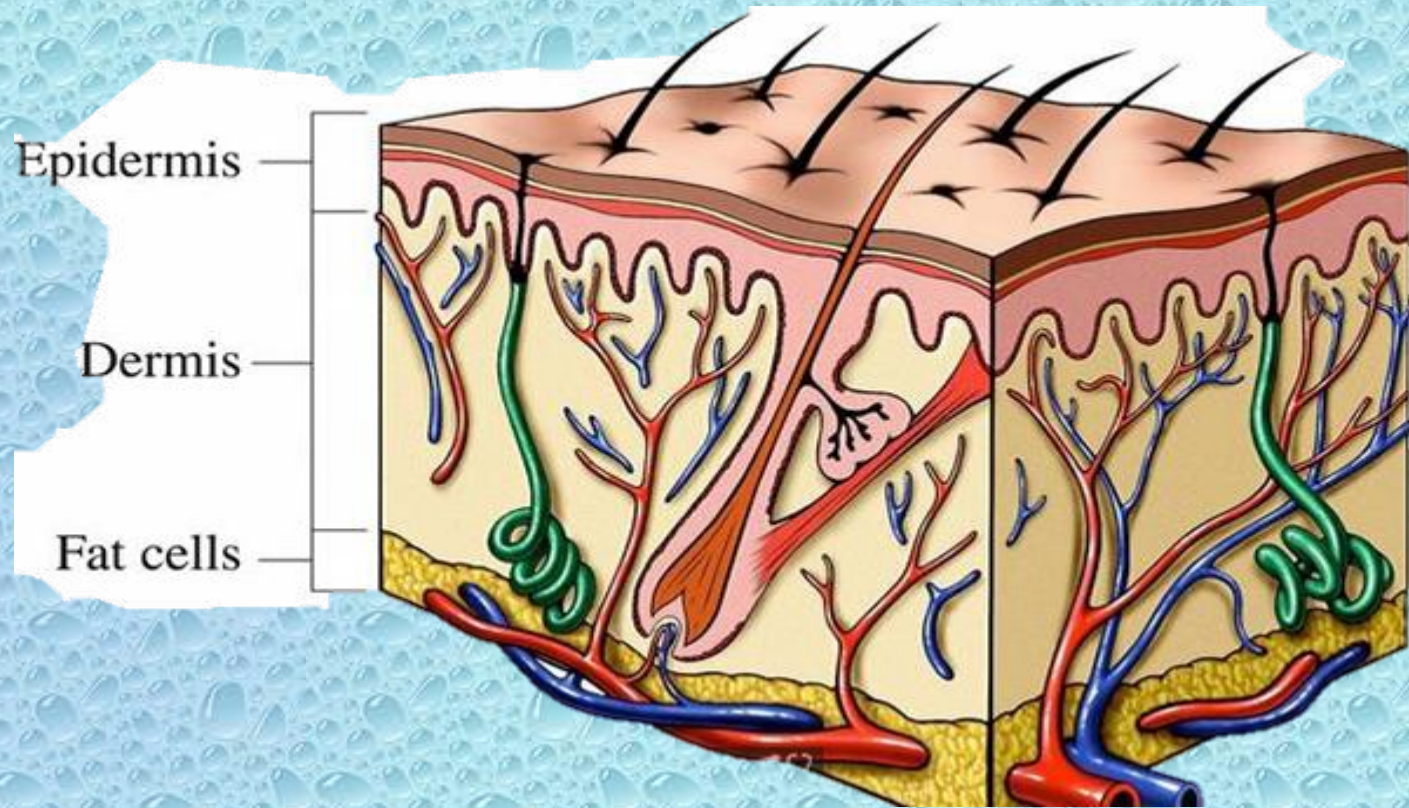


- 
- ▶ رژیم های شیمی درمانی خاص با توان سایتوتوکسیک مشابه ،
اثرات مخرب متفاوتی را در بافت مخاطی دهان بیماران ایجاد
می کنند. با این حال مکانیسم آسیب مخاطی ناشی از شیمی
درمانی و چگونگی تاثیر این داروها به طور کامل مشخص نشده
است. از طرف دیگر اطلاعات در مورد سمیت
برخی داروها در مطالعات مختلف با یکدیگر تفاوت دارد. مطالعات بسیاری نشان
داده اند که مواد سایتوتوکسیک و داروهای آنتی متابولیت و
آلکیل با بروز و شدت موکوزیت دهانی همراه هستند. با این
وجود مطالعات کمی به طور اختصاصی بروز و شدت سمیت را
در ارتباط با رژیم های درمانی بررسی نموده اند.

بررسی شامل: موکوزیت گلو یا دهان در زخم قرمزی ، درد ، دهان خشکی ، تغییر غلظت بزاق ، خونریزی ، درد در زمان نوشیدن و خوردن سختی در بلع ، مشکل در قرار دادن دندان مصنوعی معاینه دهان شامل: لب ها لثه و بالا و داخل لب ، ، زبان گونه ، سخت و نرم کام ، فك ، دهان خمیر دندان نرم حاوی فلوراید و مسواک نرم از بین بردن تیزی دندان شست و شو با دهان شویه توصیه به مصرف غذاهای آبکی و نرم غیرحرک و مصرف منظم مایعات جهت حفظ رطوبت مخاط در صورت استفاده از دندان مصنوعی:

خارج کردن و تمیز کردن آن حداقل دو بار در روز.
آموزش به مددو در خصوص عوارض شیمی درمانی و رادیوتراپی
استفاده از نم کننده ها مثل نالولین در لب
مصرف حدود ۸ لیوان آب در ساعت
کرایوتراپی و سرما درمانی و لیزر ملایم.

مراقبت های حمایتی تسکینی در زخم



➤ پوست بزرگترین ارگان بدن محسوب می‌شود و نقش در هموستاز و ایمنی بدن دارد و در واقع ایمنی غیر اختصاصی و اولین سد دفاعی برای بدن محسوب می‌شود.

➤ شامل سه لایه اپیدرم-درم-هیپودرم

➤ سنتز ویتامین دی و بوسیله ملانوسیت‌ها مسئول رنگ پوست می‌باشد.

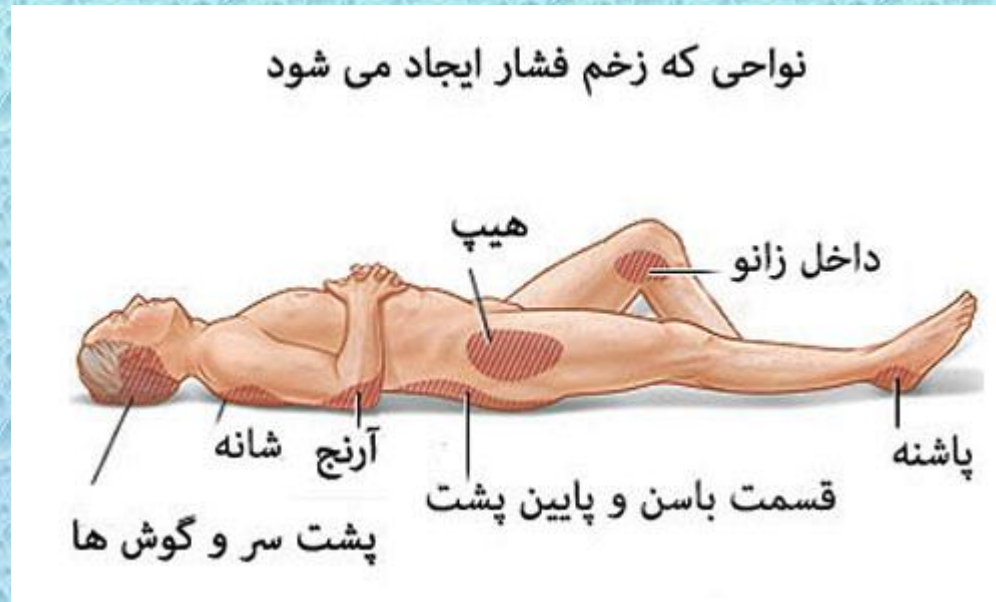
➤ حس لمس و فشار به وسیله انتهای عصب و نوروها

➤ حفاظت در برابر عوامل خارجی و میکروارگانیسم‌ها و اشعه آفتاب

➤ تنظیم درجه حرارت بدن

➤ تولید و خروج ترشحات بدن بوسیله غدد عرق

زخم فشاری و پیشگیری



Stage 1

پوست سالم ولی قرمز که با فشار محو نمی شود.



Stage 2

- ▶ اپیدرم آسیب دیده و فقط ترشحات سeroزی داریم و اسلاف وجود ندارد و زخم با ضخامت نسبی است.



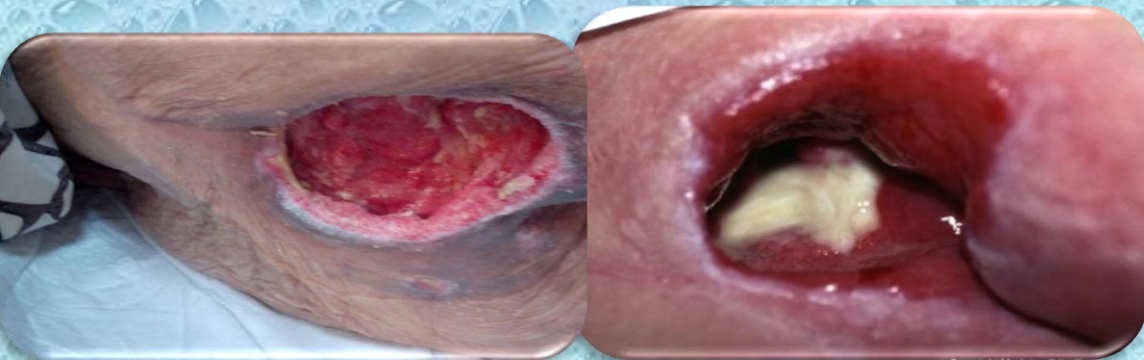
Stage 3

اپیدرم و درم و قسمت کمی از هیپودرم آسیب دیده و هنوز تاندون و استخوان رویت نمی شود و زخم با ضخامت کامل است و ترشحات اسلاف به رنگ های مختلف دیده می شود.



Stage 4

▶ اپیدرم و درم و هیپودرم آسیب دیده و تاندون و یا استخوان قابل دیدن است و اسلاف وجود دارد.
احتمال آسیب عمیق: پوست خمیری شکل و سردتر یا گرمتر به نظر می‌رسد و پوست تیره‌تر و به رنگ نکروز می‌باشد و باید دبرید گردد



پیشگیری از زخم بستر



اهداف مدیریت زخم:

I. کنترل ترشحات باعث بالا بردن کیفیت زندگی بیمار می شود.

II. کنترل بو و کاهش آن

III. کنترل درد

IV. حفظ پوست اطراف زخم

V. کنترل و پیشگیری از خونریزی

VI. انتخاب پانسمان مناسب

VII. دبریدمان در صورت لزوم بالا بردن کیفیت زندگی و روحیه بیمار

هدف مدیریت و کنترل زخم بدخیم است نه ترمیم و درمان نهایی

کنترل علائم آگزودا ، بو ، درد و کنترل خونریزی

محلول داکینز

شستشوی زخم

فوم های حاوی نقره و محصولات حاوی نقره در کنترل بو موثر هستند.



پانسمان‌های حاوی عسل طبی:

در کنترل بو و عفونت موثرند و دارای ویسکوزیتی و اسمولاریتی هستند که رشد میکروب را مهار می کنند.



عسل غیرطبی باعث سم توکسین و بوتولیسم خطرناک است.

پانسمان‌های حاوی کربن یا شارکول

در حفرات بو را جذب می‌کنند ولی باید به محض مرطوب شدن تعویض شوند.



کلین زورب:

یک کربن فعال است که از کتان و پلی آمید ساخته شده است.



انواع اگزودا:

۱- سروزی: شفاف- ابری- رقیق: نرمال

۲- فیبرینی: ابری و رقیق: حاوی پروتئین

۳- سروزی خونی: صورتی و رقیق: نرمال

۴- خونی قرمز: تروما و خونریزی عروق

۵- چرکی: زرد-خاکستری-سبز: التهاب و عفونت

۶- چرکی خونی: تیره و سیاه و چسبنده و شامل عروق آسیب دیده و لیک خون

بررسی اگزودا از نظر: رنگ- قوام- بو- مقدار

دبریدمان



درماتیت ناشی از رادیوتراپی و پیشگیری و درمان

اشعه در برخورد با ناحیه پوست از منبع اصلی موجب

تخریب در ناحیه پوستی

می شود.

پیشگیری و درمان

حمام با صابون های خنثی

اجتناب از شنا در دریاچه و
استخر و سونا

استفاده از کورتیکواستروئیدها

در سوختگی ناشی از رادیوتراپی عدم استفاده از هیدروکلوئیدها و هیدروژل و پانسمان عسل می باشد

اکستراوزیشن یا نشت داروهای کموتراپی (پیشگیری و مراقبت)

شامل لیک دارو به خارج از رگ و به بافت اطراف است و از دو راه باعث آسیب بافتی می شود

تاندون و اعصاب
و مفاصل

تاول و نکروز زخم

درد و قرمزی

درمان

باید درمان فوری شروع شود ، آموزش بیمار برای شناسایی فوری نشت کموتراپی اهمیت دارد.

انفوزیون دارو قطع شود و سوزن در

محل بماند

داروی نشت شده را شناسایی کنید

ناحیه نشت را با قلم علامت

گذاری کنید.

بر اساس نوع دارو کمپرس

استفاده کنید.

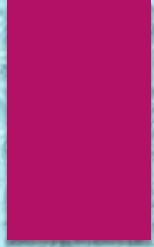
درحالی که سوزن در محل قرار دارد در حد امکان دارو را خارج کنید

اما از فشار دادن خودداری کنید.

مراقبت از استومی

کلمه استومی در اصل به معنای دهان یا ورودی است.





بیمارانی که تحت عمل جراحی استومی قرار می گیرند، روی شکم خود دهانه ای به نام استومی دارند. استوما قسمتی از روده هست که از شکم خارج شده و توسط بخیه به جداره شکم ثابت می شود و مواد دفعی از آن خارج می شود.

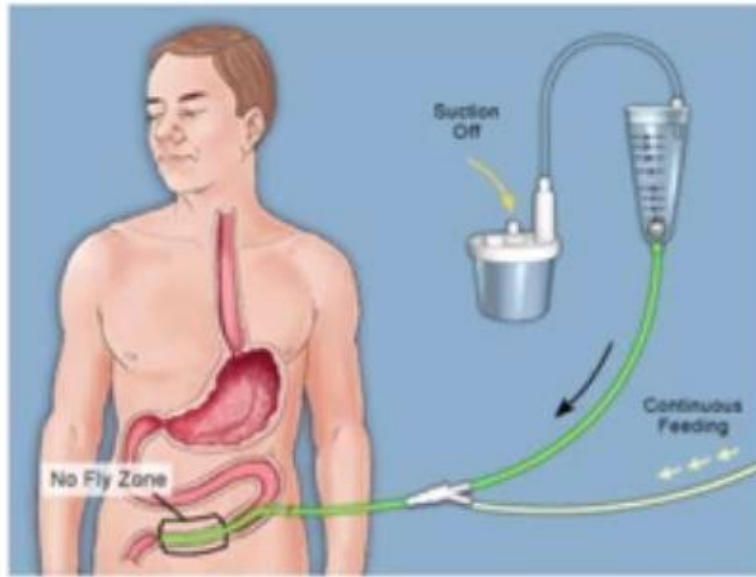
ايلئو ستومی ژژنوستومی کولستومی یورستومی

ايلئو ستومی

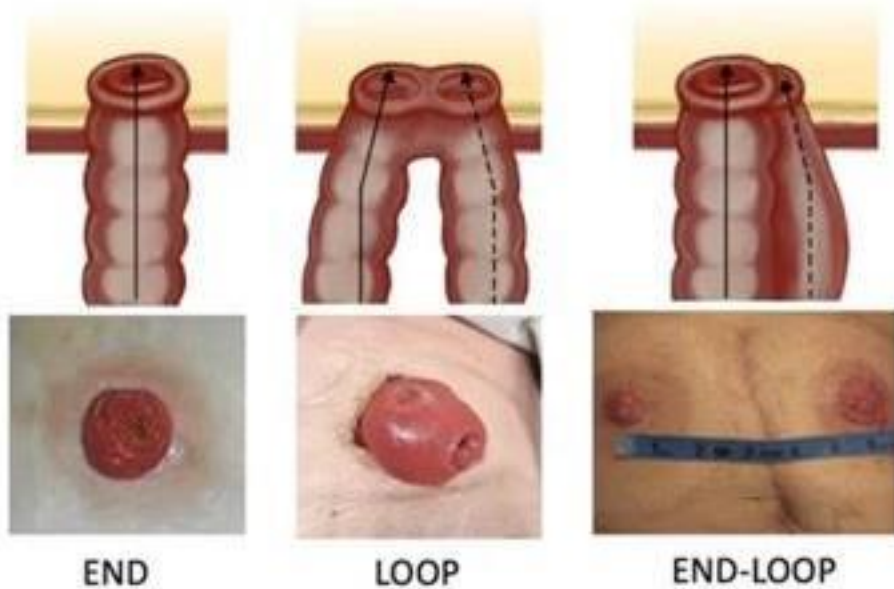
ژژنوستومی

کولستومی

یورستومی



انواع استوما



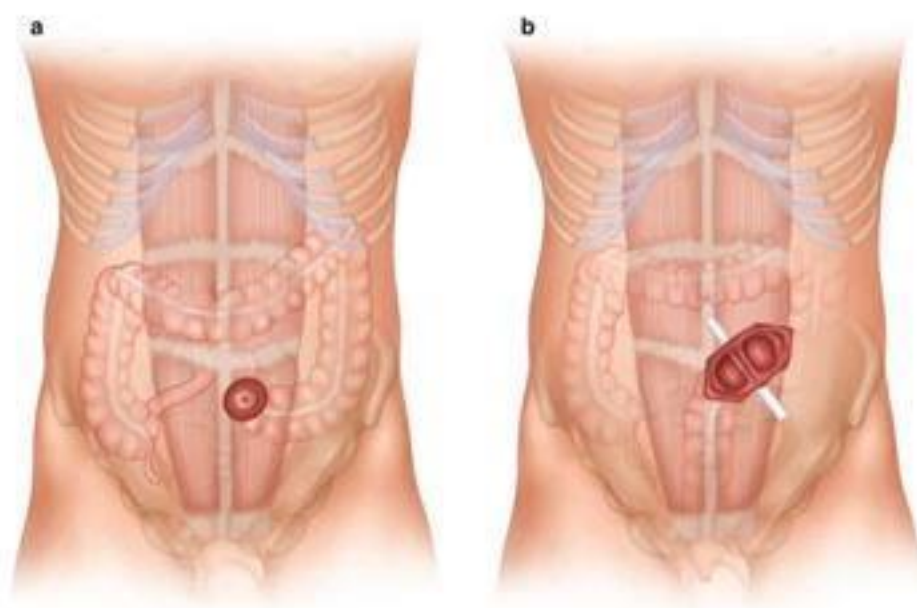
استومی تک دهانه
End ostomy



دو دهانه متصل
Loop ostomy



دو دهانه مجزا
Double Barrel



علت های شایع ایجاد استوما

تومور خوش خیم/بدخیم

انسداد روده

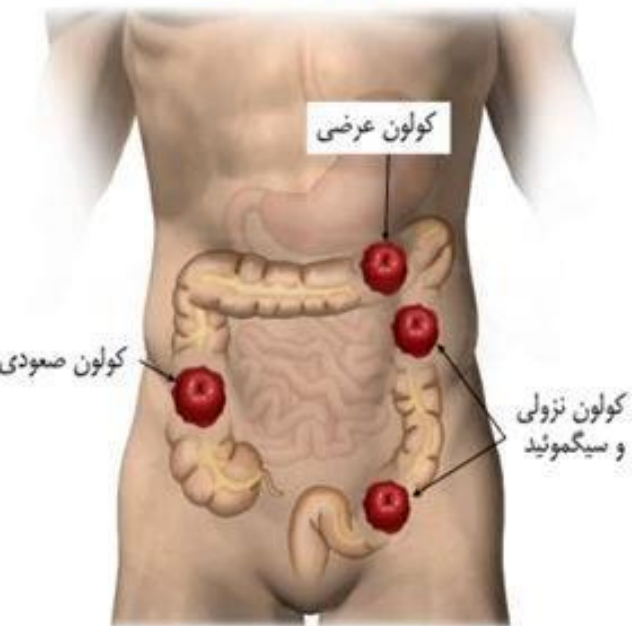
آسیب ناشی از پرتو درمانی

آسیب ترومای چندگانه

بیماری التهابی روده

محل های کلستومی

محل های کلوستومی



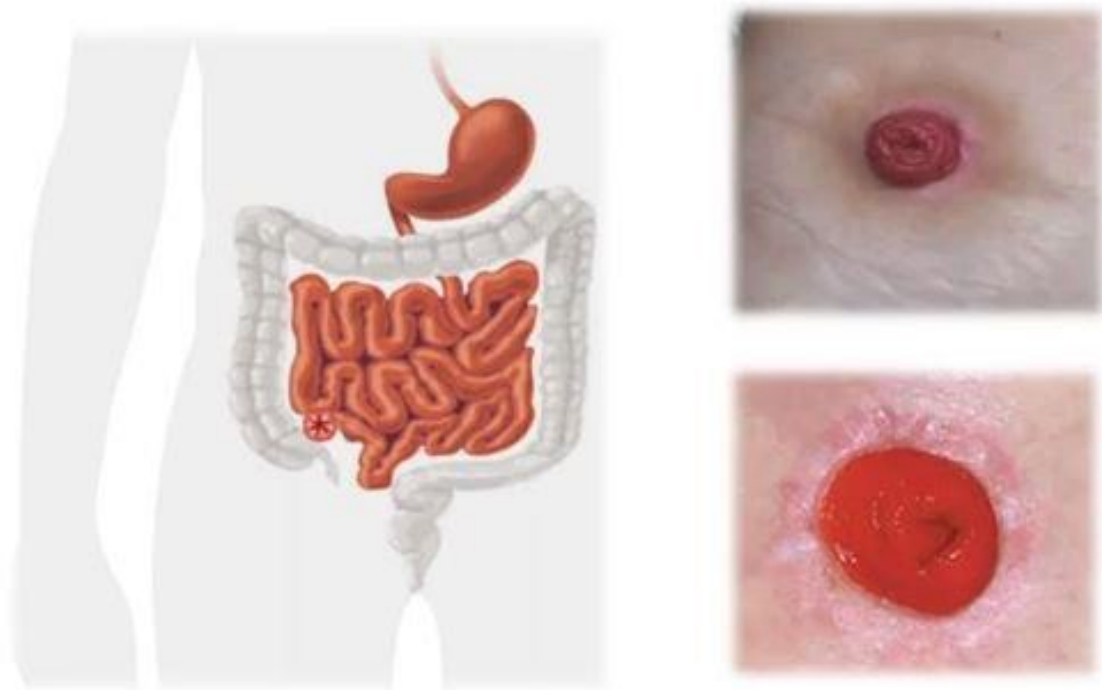
کلستومی



© Healthline, Incorporated

© MARY FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. ALL RIGHTS RESERVED.

ايلئوسٹومی

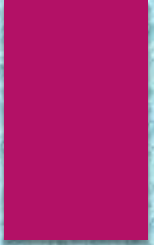


ایلئوستومی: بخش انتهایی روده



یورستومی





رنگ طبیعی مخاط صورتی
مرطوب (موکوسی)
بدون گیرنده درد
برجستگی ۲.۵ سانتی متری
فاقد کنترل در دفع مواد دفعی و گاز
میزان و قوام بسته به نوع استوما

اگر رنگ تغییر کرد بلافاصله به جراح اطلاع دهید.



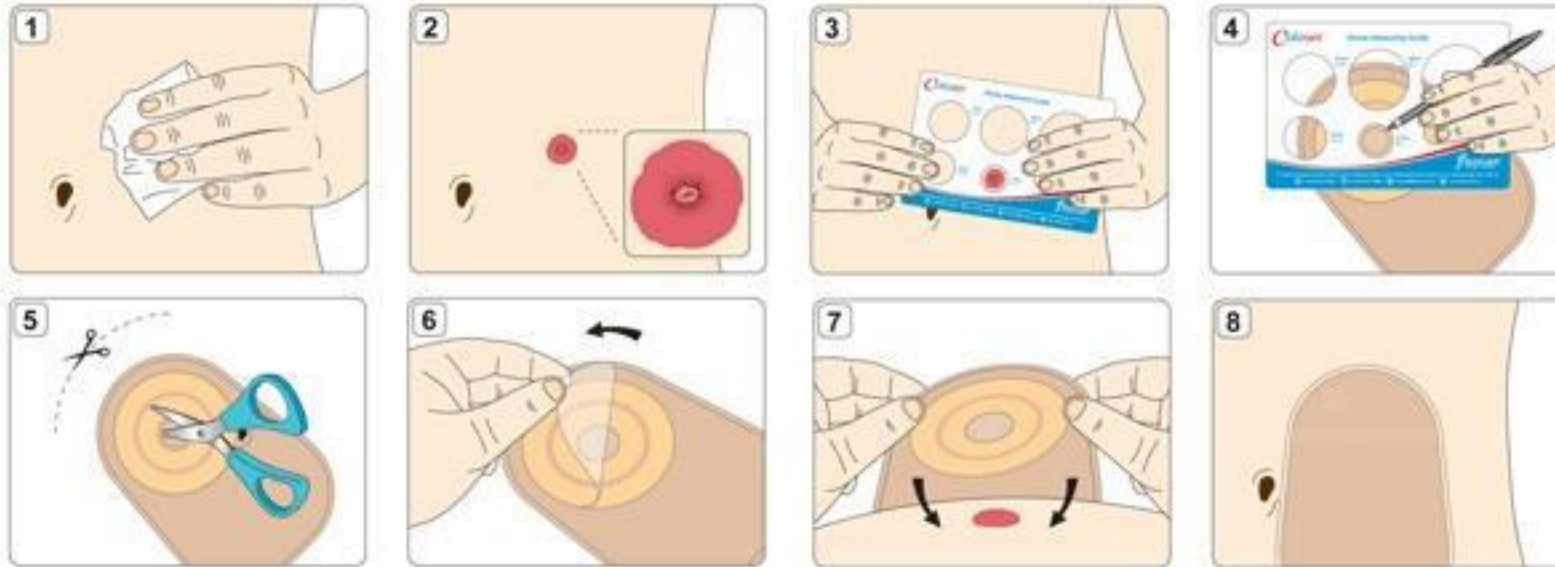
جراحی خوبی نبوده یا خونرسائی ضعیف است



جلوگیری از آسیب پوست اطراف استوما

از تماس مستقیم مواد دفعی استوما با پوست جلوگیری کرد. (سایز کیسه)
باید از نشستن مواد دفعی به اطراف کیسه جلوگیری کرد
هنگام تعویض کیسه باید چسب پایه با ملایمت از پوست جدا گردد تا به پوست آسیب وارد نشود.
همواره پوست را باید تمیز نگاه داشت.
قبل از چسباندن کیسه جدید، پوست را باید کاملاً خشک کرد
در صورت مشاهده هر گونه واکنش پوستی مانند قرمزی، تورم، خارش و... لازم است بایپرستار استومی
مشورت و در صورت لزوم از محصول دیگری استفاده شود.
بعد از جراحی استوما تا ۱۰۰ سی سی خونریزی از محل طبیعی و نیاز به اقدام اورژانسی نمی باشد.

روش تعویض کیسه استوما هنگام تعویض کیسه



حساسیت پوست اطراف استوما

برای تمیز کردن پوست اطراف استوما فقط به آب ولرم و حوله نرم نیاز است.
استفاده از گاز استریل یا دستکش لزومی ندارد؛ چون لازم نیست اطراف استوما استریل باشد
تمیز کردن پوست اطراف استوما نیازی به صابون نمی باشد؛ شامپو بچه نیز مناسب است.



به چه دلیل باید موهای اطراف استوما را برطرف کرد؟

موهای فراوان و کلفت در نواحی اطراف استوما هنگام برداشتن چسب پایه به آن می چسبند و هنگام تعویض کیسه ایجاد درد می کنند.

همچنین کنده شدن موها میتواند به پوست اطراف استوما آسیب برساند و از آنجا که موها از ریشه کنده میشوند، ممکن است به دلیل التهاب فولیکولهای مو باشد.

عفونت پوست اطراف استوما

اغلب محصولات مربوط به استومی به خصوص محصولات مربوط به شرکت کلویلاست، طوری طراحی شده اند که حداقل واکنش پوستی را ایجاد کنند ولی از آنجاکه پوست افراد مختلف با هم متفاوت است و هر یک از افراد ممکن است به مواد خاصی که در محصولات به کار میرود حساسیت داشته باشند.

آیا بعد از انجام استومی می توان به زندگی عادی برگشت؟

خود استوما معمولاً باعث محدودیت در فعالیتهای عادی و روزمره افراد نمی شود، بلکه تاثیرات فیزیولوژیک و روانی آن در مراحل اولیه بعد از عمل می توانند مشکل ساز شوند.

آیا استوما تولید صدا و بوی نامطبوع می کند؟

این صدا همیشه نیست و فقط هنگام دفع گاز از دستگاه گوارش ایجاد می شود تا زمانی که نشت اتفاق نیفتد، بوی نامطبوعی نیز ایجاد نمی شود.



Approach to Common GI Symptom Assessment and Management in Palliative Care

The background of the slide is a light blue surface covered with numerous small, realistic water droplets of varying sizes. In the top right corner, there is a solid pink rectangular block.

Constipation

Introduction

- ▶ Constipation is a common symptom that contributes to significant suffering in patients with serious illness, particularly in the terminal phase
- ▶ The prevalence of constipation among palliative care populations varies widely from 18 to 90 percent
- ▶ **Major contributing factor is opioid-induced constipation**

Risk factors

- ▶ Advanced disease
- ▶ Older age
- ▶ Decreased physical activity
- ▶ Low fiber diet
- ▶ Depression
- ▶ Cognitive impairment
- ▶ Polypharmacy

Secondary Causes of Constipation

► Mechanical Obstruction

- Anal stenosis
- Colorectal cancer
- Extrinsic compression
- Rectocele or sigmoidocele
- Stricture

...Secondary Causes of Constipation

Medications

Chemotherapy (vinca alkaloids, thalidomide, vandetanib).

Antacids (Aluminum containings)

Anticholinergic agents (e.g., antiparkinsonian drugs,
antipsychotics, antispasmodics, tricyclic

antidepressants)

Anticonvulsants (e.g., carbamazepine, phenobarbital, phenytoin)

Calcium channel blockers (e.g., verapamil, amlodipine)

Diuretics (e.g., furosemide)

Iron supplements

Nonsteroidal anti-inflammatory drugs

Mu-opioid agonists (e.g., fentanyl, loperamide, morphine)

...Secondary Causes of Constipation

► Metabolic and Endocrinology Disorders

Diabetes mellitus

Heavy metal poisoning (e.g., arsenic, lead, mercury)

Hypercalcemia

Hyperparathyroidism

Hypokalemia

Hypothyroidism

Panhypopituitarism

Pheochromocytoma

Porphyria

Pregnancy

MILD TO MODERATE CONSTIPATION

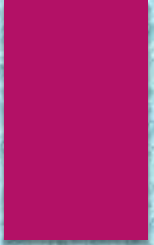
- ▶ **Patient education**
- ▶ **Efforts to reduce dependency on laxatives by emphasizing that daily bowel movements are not the norm or necessary for health**
- ▶ **Patients who overuse laxatives should be advised to try to taper their use, as they introduce new measures to improve bowel function**
- ▶ **Increase fluid and fiber intake**
- ▶ **Patients should be advised to try to defecate after meals, particularly in the morning when colonic motor activity is highest**

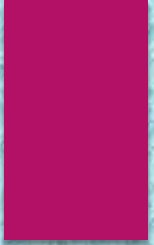
▶ **Dietary fiber**

- ▶ Available in a large variety of supplements and natural foods
- ▶ Cereal fibers generally possess cell walls that resist digestion and retain water within their cellular structures
- ▶ Fiber found in citrus fruits and legumes stimulates the growth of colonic flora, thereby increasing fecal mass

▶ **Bulk-forming laxatives**

- ▶ Psyllium seed, methylcellulose, calcium polycarbophil, and wheat dextrin
- ▶ They are natural or synthetic polysaccharides or cellulose derivatives that primarily exert their laxative effect by absorbing water and increasing fecal mass
- ▶ Effective in increasing the frequency and softening the consistency of stool with a minimum of adverse effects
- ▶ A systematic review found evidence that psyllium increases stool frequency in patients with chronic constipation, but found insufficient evidence for other forms of fiber including calcium polycarbophil, methylcellulose.

- 
- ▶ Wheat bran is one of the more effective fiber laxatives, but may aggravate bloating and abdominal pain expect mom
 - ▶ Sugar components (sorbitol and fructose) of foods such as apples, peaches, pears, cherries, raisins, grapes, and nuts are also beneficial
 - ▶ **Osmotic agents**
 - ▶ **Polyethylene glycol**
 - ▶ PEG electrolyte solutions and powdered preparations (eg, klean prep and pidrolax) that do not contain electrolytes
 - ▶ Start with 17 g of powder dissolved in 8 oz of water once daily and titrate up or down (to a maximum of 34 g daily)
 - ▶ No need to use PEG more than once daily



▶ **Synthetic disaccharides**

▶ **Lactulose**

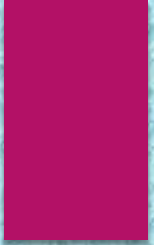
- ▶ Not metabolized by intestinal enzymes
- ▶ Requires 24 to 48 hours to achieve its effect
- ▶ PEG is superior to lactulose

▶ **Sorbitol**

- ▶ Equally effective and a less expensive alternative
- ▶ Lactulose and sorbitol may cause abdominal bloating and flatulence

▶ **Saline laxative**

- ▶ Milk of magnesia, magnesium citrate
- ▶ Poorly absorbed
- ▶ Hypermagnesemia, seen primarily in patients with renal failure, is the major complication



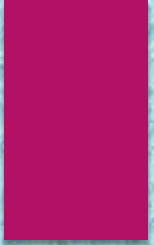
▶ **Stimulant laxatives**

- ▶ Bisacodyl, senna (eg, C-lax, semilax, sena...)
- ▶ Primarily exert their effects via alteration of electrolyte transport by the intestinal mucosa
- ▶ Also increase intestinal motor activity
- ▶ Continuous daily ingestion of these agents may be associated with hypokalemia, protein-losing enteropathy, and salt depletion
- ▶ Should be used with caution if taken chronically
- ▶ There is no convincing evidence that chronic use of stimulant laxatives causes structural or functional impairment of the colon, nor does it increase the risk for colorectal cancer or other tumors

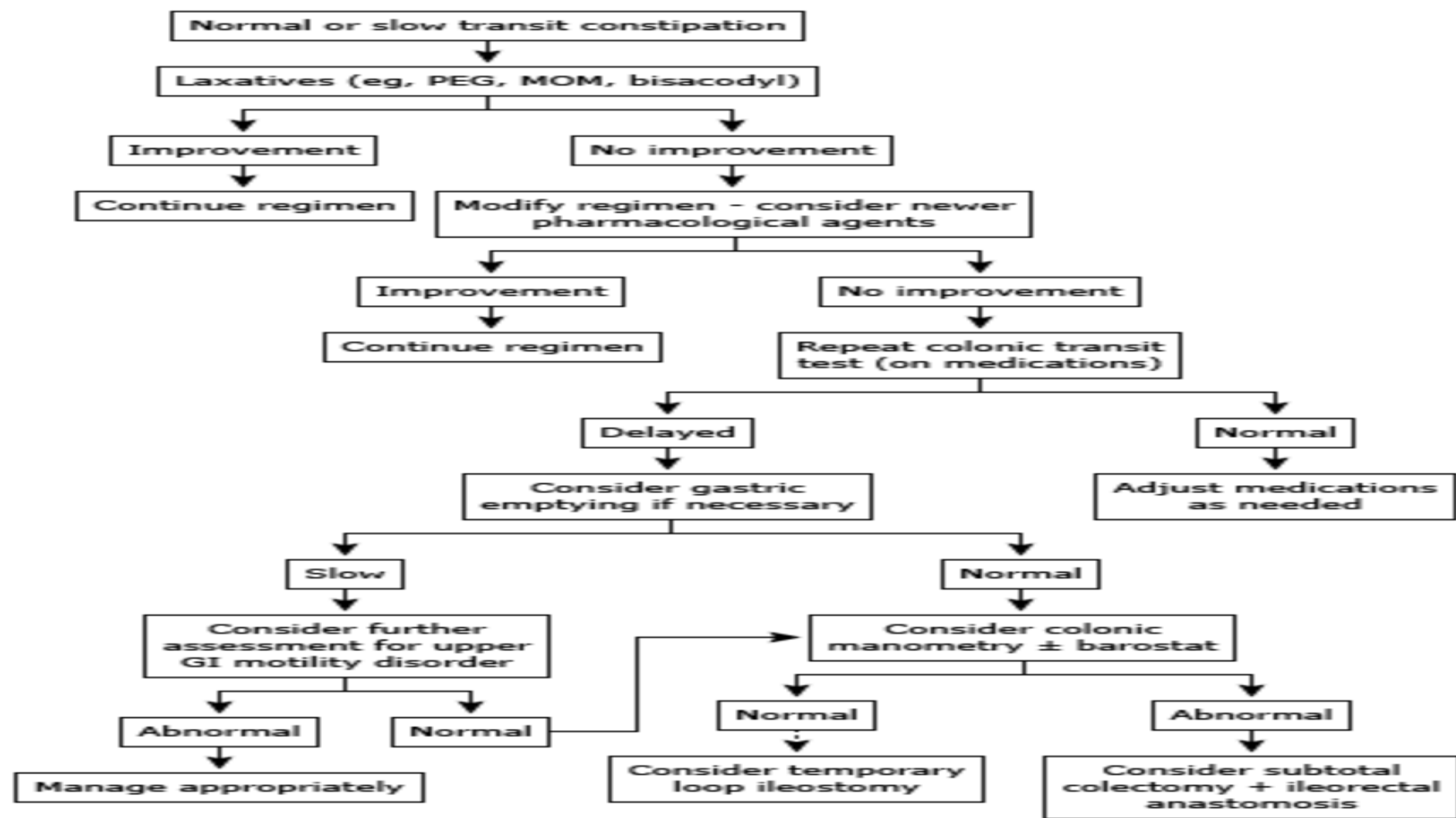
SEVERE CONSTIPATION

▶ Disimpaction

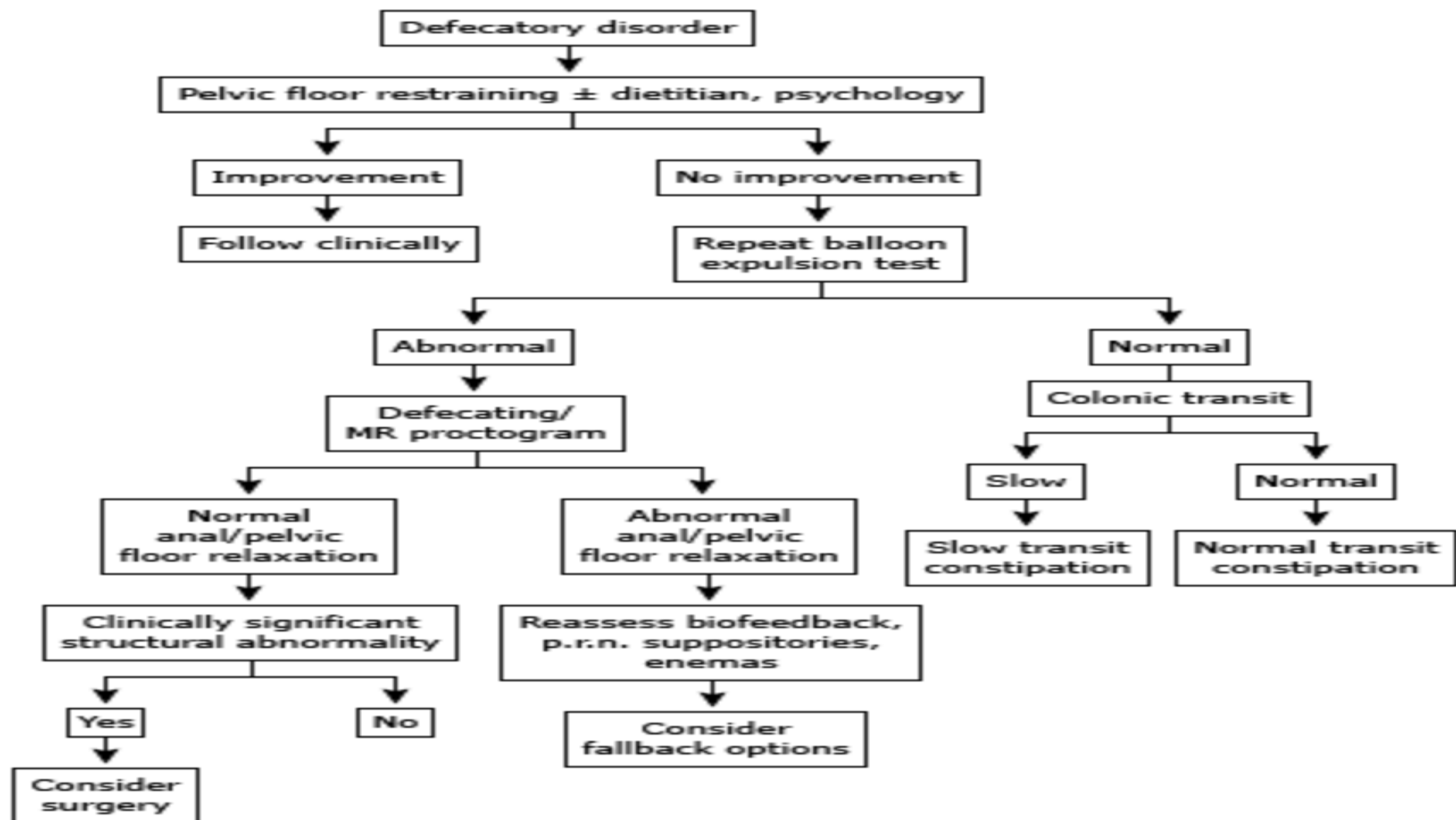
- ▶ Patients with a fecal impaction should initially be disimpacted starting with manual fragmentation
- ▶ Enema with mineral oil will help to soften the stool and provide lubrication
- ▶ If disimpaction is unsuccessful or only partially successful, a water-soluble contrast enema (Gastrografin) administered under fluoroscopy to assure absence of any obstruction and to eliminate more proximal impactions
- ▶ Occasionally, fractionation of impacted stool beyond the reach of the finger must be accomplished using sigmoidoscopy with instrumentation
- ▶ The colon must then be thoroughly evacuated with daily warm water enemas for up to three days, or by drinking PEG until cleansing is complete
- ▶ We prefer warm water enemas (100 to 200 ounces) in older adults because of the potential dangers of sodium phosphate enema (eg, Fleet enema) in this age group

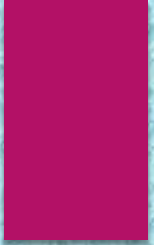
- 
- ▶ Sorbitol, lactulose, or PEG-containing solution may be given after bowel cleansing to produce one stool at least every other day
 - ▶ Bisacodyl or glycerine suppository is administered if there is no defecation after two days to prevent recurrence of fecal impaction
 - ▶ Alternatively, enemas may be administered

Treatment algorithm for normal or slow transit constipation



Treatment algorithm for defecating disorders



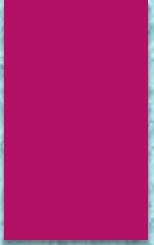
- 
- ▶ Wheat bran is one of the more effective fiber laxatives, but may aggravate bloating and abdominal pain
 - ▶ Sugar components (sorbitol and fructose) of foods such as apples, peaches, pears, cherries, raisins, grapes, and nuts are also beneficial
 - ▶ For some patients (and especially almost all those with slow transit constipation), fiber increases bloating and distention, leading to poor compliance (estimated to be as low as 50 percent)
 - ▶ This can be modulated by starting with small amounts and slowly increasing fiber intake according to tolerance and efficacy

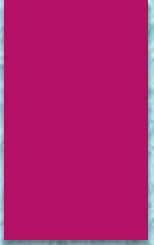
The background of the slide is a light blue surface covered with numerous small, realistic water droplets of varying sizes. In the top right corner, there is a solid pink rectangular block.

Chemotherapy-Related Diarrhea(CRD)

INTRODUCTION

- ▶ Most chemotherapeutic agents target rapidly dividing cells (skin, GI tract, hair follicle)
- ▶ Effects on GI tract can lead to a variety of symptoms
- ▶ CRD is a serious and potentially life-threatening complication of a wide variety of chemotherapy drugs
- ▶ Result in treatment delays and diminished compliance, which may compromise long-term outcomes
- ▶ CRD, is most often described with fluoropyrimidines (particularly fluorouracil [FU] and capecitabine) and irinotecan
- ▶ Molecularly targeted agents are also associated with CRD:
- ▶ For many tyrosine kinase inhibitors (TKIs), such as afatinib, ceritinib, erlotinib, lapatinib, sorafenib, and sunitinib, diarrhea is second only to rash as the most common toxicity
- ▶ Diarrhea is especially common with ceritinib, neratinib, and afatinib, occurring in 75 to 95 percent of treated patients

- 
- ▶ Increasing frequency of bowel movements and/or a loosening of stool consistency
 - ▶ Excessive gas and/or intestinal cramping
 - ▶ Can be debilitating and, in some cases, life-threatening
 - ▶ Findings include volume depletion, acute kidney injury, and electrolyte disorders such as hypokalemia, metabolic acidosis, and depending on water intake, hyponatremia or hypernatremia
 - ▶ Requires hospital admission for adequate supportive care
 - ▶ Infection, including life-threatening sepsis, can result due to breach of the intestinal mucosa
 - ▶ Other sequelae include increased cost of care, reduced quality of life, treatment delays, and diminished compliance with treatment regimens, which may compromise long-term outcomes



▶ History taking

- ▶ History to determine the severity according to the NCI CTCAE grades
- ▶ Volume and duration of diarrhea should also be determined
- ▶ Questions concerning foods or drugs that might play a contributory role
- ▶ A recent initiation of proton pump inhibitors, nonsteroidal anti-inflammatory agents, antibiotics, or laxatives and/or a stool softener (eg, to prevent opioid-induced constipation)

Foods and medications to avoid in chemotherapy-induced diarrhea

Foods and medications to avoid in chemotherapy-induced diarrhea	
Food products	
	Milk and dairy products (since lactase deficiency may be induced by mucosal injury)
	Spicy foods
	Alcohol
	Caffeine-containing products
	High fiber and high fat foods
	Some fruit juices (eg, prune juice, orange juice)
Medications	
	Bulk laxatives
	Stool softeners
	Promotility drugs (eg, metoclopramide)

Adapted from: Wadler S, Benson AB, Engelking C, et al. Recommended guidelines for the treatment of chemotherapy-induced diarrhea. *J Clin Oncol* 1998; 16:3169.

NCI CTCAE v5.0 diarrhea

Adverse event	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
Diarrhea	Increase of < 4 stools per day over baseline; mild increase in ostomy output compared with baseline	Increase of four to six stools per day over baseline; moderate increase in ostomy output compared with baseline; limiting instrumental ADL*	Increase of seven or more stools per day over baseline; hospitalization indicated; severe increase in ostomy output compared with baseline; limiting self-care ADL*	Life-threatening consequences; urgent intervention indicated	Death

Diarrhea is characterized by an increase in frequency and/or loose or watery bowel movements.

NCI CTCAE: National Cancer Institute Common Terminology Criteria for Adverse Events; ADL: activities of daily living.

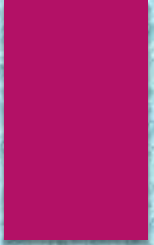
* Instrumental ADLs include preparing meals, shopping, using the telephone, managing money. Self-care ADLs include bathing, dressing/undressing, using the toilet, taking medications, and not bedridden.

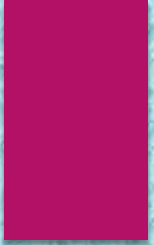
Reproduced from: Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 5.0, November 2017, National Institutes of Health, National Cancer Institute. Available at:

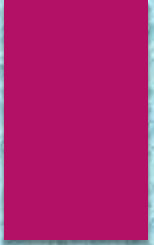
NCI CTCAE v5.0 nausea and vomiting

Adverse event	Grade 1	Grade 2	Grade 3	Grade 4	Grade 5
Nausea	Loss of appetite without alteration in eating habits	Oral intake decreased without significant weight loss, dehydration, or malnutrition	Inadequate oral caloric or fluid intake; tube feedings, TPN, or hospitalization indicated		
Vomiting	Intervention not indicated	Outpatient intravenous hydration; medical intervention indicated	Tube feeding, TPN, or hospitalization indicated	Life-threatening consequences	Death

Nausea is characterized by a queasy sensation and/or the urge to vomit. Vomiting is characterized by the reflexive act of ejecting the contents of the stomach through the mouth.

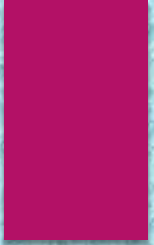
- 
- ▶ If symptoms persist after 12 to 24 hours (but are not worse or associated with worrisome signs and/or symptoms), the loperamide dose can be increased to 2 mg every two hours
 - ▶ If mild to moderate diarrhea persists 12 to 24 hours later despite the higher dose of loperamide
 - ▶ Assessed for hydration status, neutropenia, and electrolyte abnormalities
 - ▶ Stool sent for culture and diagnostic testing for toxin-producing strains of *C. difficile*
 - ▶ In the absence of an added risk factor for complicated diarrhea (moderate to severe abdominal cramping, grade 2 or worse nausea/vomiting (table 3), decreased performance status, fever, hypotension, neutropenia, frank bleeding), chest pain, or prior admission for CRD, outpatient octreotide is a reasonable next step
 - ▶ Persistent mild to moderate diarrhea despite the higher dose of loperamide and the addition of octreotide, any progression to severe (grade 3 or 4 (table 1)) diarrhea, or the development of an added risk factor for complicated diarrhea should prompt admission to the hospital

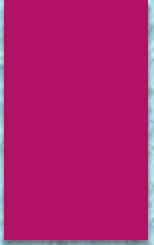
- 
- ▶ **Complicated chemotherapy-related diarrhea**
 - ▶ **Grade 3 or 4 diarrhea**
 - ▶ **Grade 1 or 2 diarrhea associated with moderate to severe abdominal cramping, grade 2 or worse nausea/vomiting (table 3), declining performance status, fever, sepsis, neutropenia, frank bleeding, or dehydration**
 - ▶ **Warrant admission for intravenous fluids, octreotide, monitoring of cardiovascular status, serial assessment of electrolytes, and antibiotics, if needed**
 - ▶ **Selected patients who have grade 3 diarrhea that has not yet been treated adequately with loperamide, who are well hydrated, and who have no worrisome signs or symptoms may be managed at home initially**

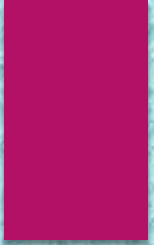
- 
- ▶ Cultures of stool and diagnostic testing for toxin-producing strains of *C.difficile* should be performed
 - ▶ With bloody diarrhea, enterohemorrhagic *E. coli* (EHEC) and *Entamoeba histolytica*, warrant additional testing
 - ▶ Patients with fever, peritoneal signs, or bloody diarrhea should have an urgent CT scan of the abdomen and pelvis, and a surgical consultation
 - ▶ Blood cultures are recommended for neutropenic patients with CRD or for those with fever or bloody diarrhea

General measures

- ▶ Nonpharmacologic measures include avoidance of foods that might aggravate the diarrhea (table 2) and aggressive oral rehydration with fluids that contain water, salt, and sugar
- ▶ Ingest easy-to-digest food
- ▶ Follow a "BRAT" diet (ie, bananas, rice, applesauce, and toast)
- ▶ Fresh fruits and vegetables should be avoided, except for bananas
- ▶ Follow a lactose-free diet (table 4) until the CRD resolves
- ▶ If diarrhea is severe, a clear liquid diet can provide bowel rest and may decrease the volume of diarrhea.
- ▶ Alcohol should be avoided, as it is dehydrating
- ▶ Caffeine should be avoided, as it stimulates GI tract motility

- 
- ▶ **Stop medications and supplements that could cause diarrhea, such as stool softeners, laxatives, milk thistle, aloe, ginseng, plantago seeds, coenzyme Q10, high doses of vitamin C, and green tea**

- 
- ▶ Mucosal injury caused by chemotherapy may lead to a temporary lactase deficiency, the ingestion of milk-containing foods may be an important trigger for diarrhea
 - ▶ History should be geared to exploring the possibility of intestinal infection (eg, *Clostridioides difficile*, especially in a patient with prior *C. difficile* infection), abdominopelvic radiation therapy, prior intestinal resection, malabsorption, intake of excess laxatives or artificial sweeteners, and stool impaction
 - ▶ Patients who have anorexia, abdominal bloating or pain, and frequent soft or loose stool, as opposed to watery diarrhea, may have overflow diarrhea (ie, passage of stool around impacted stool)

- 
- ▶ **Patients who have an ileostomy are at increased risk for severe diarrhea and dehydration from copious watery ileostomy output**
 - ▶ **Average output ranges from 500 to 1300 mL a day**
 - ▶ **Contains significant amounts of sodium and potassium**
 - ▶ **Greater risk for dehydration and electrolyte disorders**
 - ▶ **Frequently on a baseline regimen of loperamide to maintain thick ileostomy output and should be carefully queried about loperamide use and oral fluid intake**

برگزاری جلسه خانوادگی بخش مهمی از اقدامات مراقبت
های تسکینی است .

- جلسات خانوادگی فرصتی برای ایجاد وفاق بین متخصصان
در باره آنچه باید انجام دهند به وجود می آورد.
-فرصتی برای وحدت تصمیم گیری در مورد روند درمان بین
اعضای خانواده ایجاد می کند.

Family
CONFERENCE



Thank you for
your listening!