

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z GASTROINTESTINALNIMI SIMPTOMI NAPREDOVALEGA RAKA

Anita Pirečnik, Helena Drolc, Brigita Skela Savič

Uvod

Pri bolniku z napredovalim rakom zlasti pri bolnikih z napredovalim rakom na prebavilih, se lahko posamično ali v kombinaciji pojavljajo številni gastrointestinalni simptomi, ki so posledica napredovale bolezni. Na intenzivnost teh simptomov vplivata razširjenost bolezni in izbrano onkološko zdravljenje (kirurgija, radioterapija, kemoterapija). Med gastrointestinalne simptome prištevamo: motnje požiranja, slabost in bruhanje, zaprtje, drisko, ileus, ascites, obstruktivni ikterus, hepatično komo. Tem simptomom so običajno pridružene še splošna oslabelost, anoreksija, izrazito zmanjšanje telesne teže, terminalna dehidracija, malnutricija in kaheksija. Simptomatsko zdravljenje napredovalega raka in lajšanje omenjenih gastrointestinalnih simptomov sta skupaj z dobro zdravstveno nego velikokrat vse, kar lahko storimo za bolnika.

Motnje požiranja ali disphagia

Motnje požiranja so najbolj pogoste pri napredovalem raku na požiralniku, ki oži svetlino tega organa ter tako onemogoča nemoten prehod hrane iz ust v želodec. Pojavijo se lahko tudi pri možganskih tumorjih in candidiazi ob radioterapiji ali kemoterapiji. (C.F.B. Regnard, 1986, str. 28). Bolnik pri požiranju čuti nelagodje, opiše ga kot zatikanje hrane med požiranjem, lahko pa ga ob tem tudi boli. Pogosto se mu neprebavljena hrana vrača nazaj v usta.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- bolnika poučimo, kako pomembna je skrbna ustna nega, zadostno pitje tekočin in uživanje hrane,
- svetujemo mu izpiranje ust z žajbljevim čajem in pitje žajbljevega čaja po požirkih,
- bolnika navajamo na drugačno tehniko uživanja hrane: hrano naj dobro prežveči in zalije s tekočino,
- bolnika naučimo pravilne tehnike požiranja: sede, glava in vrat naj bosta v kotu 45 stopinj, hrano naj pogoltne med vdihom in izdihom,
- obroki hrane naj bodo majhni, vendar pogostejši kot prej, konsistenco hrane prilagodimo bolnikovim sposobnostim požiranja (kašasta, pasirana, tekoča),

*Anita Pirečnik, prof. zdr. vzgoje, vms, Helena Drolc, vms,
Brigita Skela Savič, univ. dipl.org, vms, Onkološki inštitut Ljubljana*

- ko bolnik ne more več uživati hrane enteralno, je parenteralno hranjenje edini način, s katerim mu lahko zagotovimo vnos potrebnih hranil, kalorij in tekočine.

Slabost in bruhanje

Vzroki za nastanek slabosti in bruhanja pri terminalnih bolnikih izvirajo iz samega napredovanja bolezni, stranskih učinkov zdravljenja, stresa, najbolj pogosta pa je kombinacija vseh teh naštetih vzrokov. (J. David, 1995, str. 271). Slabost in bruhanje sta lahko pri napredovalem raku posledici zaprtosti, hiperkalcemije, opioidnih zdravil in stenoze želodca (C.F.B. Regnard, 1986, str. 20). Slabost in bruhanje lahko spremljata katero koli napredovalo rakavo obolenje.

Velikokrat se zgodi, da bolnik zaradi slabosti in bruhanja popolnoma zavrača hrano. Bolnik z rakom lahko bruha tudi temne hematizirane mase. To je največkrat znak erozivnega gastritisa, ki ga lahko zanesljivo potrdimo z gastroskopijo. Bruhanje hematiziranih mas moramo ločiti od hematemeze - bruhanja krvi. Do hematemeze pride zaradi krvavitve iz zgornjih prebavil - požiralnika, želodca ali dvanajstnika. Edini učinkovit način zdravljenja je gastroskopija in endoskopska sklerozacija razjede.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- bolniku ponudimo lične, manjše obroke hrane in zapisujemo koliko poje;
- povežemo se s svojci, da bolniku prinašajo hrano po želji;
- poskrbimo za ustno nego pred obroki in po njih. Bolniki to velikokrat odklanjajo, zato poiskujemo doseči, da si bolnik vsaj izpere usta (mrzla voda, žajbljev čaj, kamilice);
- poskrbimo, da v prostoru ni neprijetnih vonjav, ki bolnika še dodatno silijo na bruhanje;
- bolnik naj bo v položaju, ki preprečuje aspiracijo izbruhane mase;
- bolnika opazujemo in ocenjujemo učinke antiemetске terapije;
- zelo pomembno je, da smo pri bolniku, ki bruha večkrat in daljše časovno obdobje, pozorni na znake dehidracije in podhranjenosti. Najučinkovitejši simptomatski ukrep v teh primerih je parenteralna prehrana in hidracija;
- pomembno je, da ugotovimo, kdaj in kaj bolnik izbruha (opazujemo količino izbruhane mase, barvo, konzistenco). Bolnik lahko bruha brez povezave s hranjenjem, v tem primeru pogosto le sluz. Razen antiemetikov po zdravnikovem naročilu in pogovora z bolnikom ni drugih učinkovitih simptomatskih ukrepov. Bolnik lahko bruha tudi po obroku, takrat je med izbruhano vsebino deloma prebavljena hrana. Hrano dajemo večkrat in v manjših obrokih, pazimo, da ne bo začinjena, saj draži gastrointestinalno sluznico;
- če ima bolnik kakšne posebne želje glede hrane, se lahko povežemo z dietetičarko, da se pogovori z bolnikom.

Zapora črevesja ali ileus

Posebno pozorni moramo biti, če bolnik bruha smrdečo rjavkasto vsebino kar imenujemo "miserere". Bolnik ima ob tem pogosto napade krčevitih bolečin v trebuhu, pred tem pa dan ali več ne odvaja blata. Trebuh je ponavadi tudi palpatorno boleč in napet. To je klinična slika obstrukcijskega ileusa, do katerega pride zaradi zapore črevesne svetline s tumorjem ali zaradi strangulacije črevesja. Zdravljenje je operativno, od konzervativnih ukrepov pa pridejo v poštev karencja, nazogastrična sonda z razbremenilno sukcijo in po naročilu zdravnika medikamentozna blokada želodčnega izločanja skupaj s parenteralno hidracijo in prehrano.

Paralitični ileus nastane zaradi upočasnjene ali odsotnega delovanja črevesja in ne zaradi obstrukcije svetline črevesja. Zdravljenje z zdravili, ki pospešujejo peristaltiko in zdravljenja osnovne bolezni je tudi edino, kar lahko storimo pri paralitičnem ileusu.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- bolniku razložimo, da ne sme uživati nobene hrane skozi usta (per os) ,
- bolnikove ustnice vlažimo s kamiličnim čajem, izvajamo ustno nego,
- opazujemo, ali bolnika mučijo bolečine, krči, bruhanje,
- vodimo evidenco odvajanja blata in vetrov

Obstipacija ali zaprtje

Obstipacija je posledica upočasnjene peristaltike. Razlogi za to so številni, največkrat so povezani z osnovno boleznijo, zdravljenjem, s prehrano ali z zmanjšano telesno aktivnostjo.

50 odstotkov bolnikov z napredovalim rakom se sreča z obstipacijo. (J. David, 1995, str. 280)

Mehanski vzroki:

- v lumnu prebavne cevi (tumorji, vnetja),
- pritisk iz okolice (tumorji, adhezije, ascites),
- analni (fisure, fistule, vnetja).

Presnovni vzroki:

- hiperkalcemija,
- hipokalcemija,
- uremija,
- sladkorna bolezen

Nevrološki vzroki:

- pritisk ali infiltracija tumorja v živčne strukture
- nevropatije

Najpomembnejše je, da čimprej odstranimo vzrok obstipacije, če je to mogoče (ukinemo zdravila, ki zapirajo, oziroma jih zamenjamo z drugimi). Po naročilu zdravnika damo blaga odvajala, klistir ter bolnika oskrbimo z dovolj tekočine "per os" ali z infuzijami.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- bolniku ponudimo hrano z veliko vlaknin, čeprav jo največkrat zavrača zaradi spremljajočih simptomov, kot so nausea, bruhanje, disfagija in anoreksija;
- pozorni smo na zadosten vnos tekočin;
- bolnika spodbujamo h gibanju v postelji in k posedanju saj oboje pripomore k sprožanju peristaltike;
- bolniku zagotovimo intimnost pri odvajanju.

Driska ali diareja

Driska je posledica pospešene peristaltike in sekrecije v prebavilih. Razlogi zanjo so številni, od infekcijskih in toksičnih, lahko pa so tudi v zvezi z osnovno boleznijo ali zdravljenjem rakavega obolenja. Ugotovitev in odprava razloga je najučinkovitejši način zdravljenja. Pri akutnih driskah pomaga tudi eno ali dvodneven post ob uživanju tekočine, nato pa moramo izbrati takšno hrano, ki dodatno ne draži gastrointestinalne sluznice.

Vedeti moramo, da se lahko bolniki s ponavljajočo ali kronično diarejo zelo hitro dehidrirajo in podhranijo. V teh primerih pomaga le parenteralna hidracija in prehrana ter nadomeščanje elektrolitov. Posebno pozorni moramo biti pri bolnikih, ki dobivajo številne antibiotike. Pri njih se lahko razvije toksični kolitis kot posledica razrasta bakterije *Clostridium difficile* v debelem črevesu. Ta zaplet ugotovimo s pomočjo toksikološke analize blata.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- medicinska sestra mora redno evidentirati število stolic na dan, prav tako mora voditi evidenco o bilanci tekočin in zaužiti hrani;
- bolniku moramo razložiti pomen dietne prehrane in zadostnega uživanja tekočin;
- vsak dan moramo nadzorovati telesno težo, znake dehidracije in kaheksije;
- opazovati moramo, ali so se pri bolniku pojavile bolečine in krči v trebuhu;
- vzdrževati moramo higieno perianalnega predela;
- bolniku moramo omogočiti počitek.

Ascites

Pogost simptom napredovalega raka je ascitest, pri katerem gre za nabiranje tekočine v trebušni votlini. Ascites je pogost pri napredovalem raku na dojki, jajčniku, debelem črevesu, želodcu, pankreasu in bronhijih (C.F.B. Regnard, 1986, str. 24).

Ascites in karcinoze peritoneja nastanejo zaradi povečanega pritiska v sistemu portalne vene (portalna hipertenzija), kar je znak hude jetrne okvare. Nabiranje ascitesa pospeši tudi zmanjšana koncentracija albuminov v krvi, ki je zelo pogosta pri bolnikih z napredovalim rakom. V trebušni votlini se pogosto nabere tudi več deset litrov bistrice rumenkaste tekočine. Ta tekočina občutno ovira bolnika pri vsakodnevnih aktivnostih. Zaradi povečanega pritiska v

trebuhu se navzgor pomakne tudi trebušna prepona in tako zmanjša pljučno kapaciteto. Bolnik zaradi tega težje diha. Pri velikem ascitesu je zato potrebna razbremenilna punkcija z drenažo, nato pa dieta z malo soli ter zdravila za odvajanje vode - diuretiki. Bolniki tudi ne smejo uživati alkohola. Pri ponavljajočih se in rezistentnih ascitesih pride v poštev tudi transjugularna intrahepatična portosistemska anastomoza (TIPS). Zaplet ascitesa je tudi spontani bakterijski peritonitis, ki se klinično kaže z bolečinami v trebuhu, zanesljivo pa ga potrdimo z analizo ascitesne tekočine.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- bolniku omogočimo udoben položaj glede na težave pri dihanju in bolečine v predelu trebuha;
- če ima bolnik trajno drenažo ascitesa, aseptično oskrbimo drenažno cevko in menjujemo drenažne vrečke ter opazujemo količino in barvo ascitesa;
- pozorni smo na pojav zvišane telesne temperature (infekcija);
- bolnik je telesno in čustveno prizadet zaradi ascitesa in drenaže, potrebuje več pogovorov, da uspemo zmanjšati njegov strah in skrbi.

Obstruktivski ikterus ali zlatenica

Obstruktivski ikterus nastane bodisi zaradi intrahepatične ali ekstrahepatične obstrukcije žolčevoda. Intrahepatična obstrukcija nastane pri delovanju jeter in je največkrat posledica infektivnega (virusi) ali toksičnega (zdravila) vnetja jeter (hepatitis). Razen zdravljenja morebitnega vzroka, nimamo drugih učinkovitih ukrepov. Ekstrahepatična obstrukcija nastane zaradi ekspanzivnega procesa bolezni (tumor jeter, žolčnih vodov, pankreasa), ki zapre svetlino žolčnih vodov. Pri teh bolnikih se največkrat razvije ikterus postopoma in brez količnih bolečin, ki sicer spremljajo obstruktivski ikterus zaradi žolčnih kamnov. Zaradi navzočnosti žolčnih soli v krvi, ki se nalagajo v kožo, bolnike koža pogosto zelo srbi. Njihov urin je temen, blato pa svetlo. Poleg morebitnega zdravljenja osnovne bolezni pride v poštev še paliativna žolčna drenaža.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- medicinska sestra vsak dan opazuje barvo kože in beločnic;
- opazuje, ali so na koži nastale razpraskanine;
- jemlje kri za laboratorijske preiskave po naročilu zdravnika (bilirubin – direktni in indirektni, alkalna fosfataza (AF), transaminaze (AST), faktorji koagulacije (ALT), LDH, PČ, albumini);
- bolnika mora psihofizično pripraviti na specifične preiskave (UZ, ERC – endoskopska retrogradna holangiografija);
- po naročilu zdravnika daje zdravila za lajšanje srbenja kože;
- bolnikovo kožo negujemo s hladilnim mazilom trikrat na dan.
- če ima bolnik žolčno drenažo, drenažno cevko aseptično oskrbimo ter opazujemo in zapisujemo količino drenažnih tekočin.

Jeterna koma

Jeterna koma nastane zaradi okvare možgan ob končni odpovedi delovanja jeter. Odpoved jeter je največkrat posledica številnih jetrnih metastaz raka prebavil. Ker skoraj ni na voljo več zdravega jetrnega parenhima, se kri, ki prihaja iz prebavil v sistemski krvni obtok, v jetrih več ne očisti. Strupene snovi povzročajo hude motnje v delovanju centralnega živčnega sistema, ki nazadnje privedejo do kome. Ti bolniki imajo izredno slabo prognozo in večinoma umrejo v globoki nezavesti.

Zdravstveno nego izvajamo po standardu zdravstvene nege za bolnika v terminalni fazi:

- bolnika obračamo na 2 uri, da preprečimo nastanek preležanin,
- po potrebi izvajamo aspiracijo zgornjih dihalnih poti,
- po naročilu zdravnika apliciramo infuzijo in predpisana zdravila,
- če ima bolnik urinski kateter, nadzorujemo lego katetra ter merimo in zapisujemo izločeno količino urina,
- poskrbimo za bolnikovo varnost.

Sindrom karcinomske kaheksije

Pogostnost pojavljanja sindroma karcinomske kaheksije pri bolnikih z napredovalim rakom je kar 80-odstotna (Maeres, 2000). Najpogostejši vzroki za njen nastanek so: anoreksija, disfagija, otežena prebava in absorpcija hranljivih snovi zaradi sindroma gladkega črevesa, nausea in bruhanje, spremenjeno okušanje, driska, zaprtje in neravnovesje v procesih presnavljanja. Značilna klinična slika karcinomske kaheksije zatorej kaže neobvladljivo hujšanje, propadanje in disfunkcijo skeletnih in drobovnih tkiv, bolnikovo telesno in duševno propadanje in morebitno smrt.

Karcinomska kaheksija je najpogosteje povezana z rakom na želodcu in trebušni slinavki, debelem črevesu, na pljučih in obsečnici. Pri vrstah raka, ki nastanejo na nevisceralnih organih (rak na dojki, sarkomi), se pojavlja redkeje. Čeprav se primarna kaheksija lahko pojavi kot posledica različnih stanj (kirurški poseg, sepsa, travma), pušča najhujše posledice ravno pri bolnikih z rakom, pri katerih je sindrom anoreksija-kaheksija zelo pogost in glavni vzrok smrtnosti. Skoraj praviloma se pojavlja pri bolnikih z obsežnim in napredovalim malignim obolenjem ter pri bolnikih v končnem stadiju bolezni. V teh primerih karcinomska kaheksija ni ozdravljiva, je reverzibilna in ne dovoljuje nadaljnjega specifičnega zdravljenja.

Pri specifičnih aktivnostih zdravstvene nege se moramo pri obravnavanju sindroma karcinomske kaheksije usmeriti predvsem na spodbujanje teka in vnosa hrane pri bolniku, da bi kolikor je mogoče, vzdrževali kakovost bolnikovega življenja, kajti pogosta simptoma, ki spremljata kaheksijo, sta tudi bolečina in depresija.

Zaključek

Gastrointestinalni simptomi napredovlega raka močno prizadenejo bolnikovo psihofizično kondicijo in poslabšajo kvaliteto življenja. Zdravstvena nega je usmerjena v lajšanje težav, ki so posledica nastalih simptomov. Občutek, da za bolnika ne moremo narediti veliko je pogost in obremenjujoč tudi za medicinsko sestro.

Literatura

1. Fris AP. Onkologija. Ljubljana: Katedra za onkologijo in radioterapijo, Onkološki inštitut, 1994.
2. Anon. Gastrointestinal disorders. In: Beers MH, Berkow R, eds. The Merck manual, 7th ed. New York: Merck Research Laboratories, 1999: 221-42.
3. Portenoy RK. Constipation in the cancer patient: causes and management. *Med Clin North Am* 1987;71:303-11.
4. Wickham R. Nausea and vomiting. In: Yarbo CH, Frogge MH, Goodman M, eds. *Cancer symptom management*. 2nd ed. Sudbury: Jones Bartlett Publ., 1999: 228-63.
5. Regnard CFB, Davies A. *A guide to symptom relief in advanced cancer*. 2nd ed. Manchester: Haigh Hochland, 1986.
6. David J. *Cancer care*. London: Chapman Hall, 1995.
7. Meares CJ. Nutritional issues in palliative care. *Semin Oncol Nurs* 2000; 16: 135-45.