



پارستان یدالهداء (ع)

# **کانسره‌های شایع در بزرگسالان و مراقبت‌های پرستاری آن‌ها (۱)**

**تهیه کننده: مائده محمدی**

**کارشناس پرستاری**

**تاریخ تهیه: مرداد ۹۹**

**به نام خدا**

## فهرست مطالب:

۴.....	گروه هدف و اهداف آموزشی .....
۵.....	مقدمه .....
۶.....	سرطان مری .....
۶.....	علائم.....
۶.....	تشخیص .....
۷.....	درمان.....
۷.....	مراقبت های پرستاری .....
۱۰.....	سرطان معده .....
۱۰.....	علائم.....
۱۱.....	تشخیص .....
۱۱.....	درمان.....
۱۲.....	مراقبت های پرستاری .....
۲۱.....	سرطان کولورکتال .....
۲۱.....	علائم.....
۲۲.....	تشخیص .....
۲۲.....	غربالگری .....
۲۳.....	درمان.....
۲۴.....	مراقبت های پرستاری .....
۲۷.....	سرطان ریه .....
۲۸.....	علائم.....
۲۸.....	تشخیص .....
۲۹.....	درمان.....
۳۰.....	مراقبتهای پرستاری .....
۳۲.....	منابع.....

## گروه هدف و اهداف آموزشی

گروه هدف: پرستار و بهیار

هدف کلی:

ارتقاء سطح دانش، نگرش و عملکرد فراگیران درخصوص کانسره‌های شایع در بزرگسالان و مراقبت های پرستاری آن

اهداف جزئی:

۱. علائم و نشانه های سرطان مری را بیان کند.
۲. ریسک فاکتورهای سرطان مری را نام ببرد.
۳. روش های تشخیصی سرطان مری را توضیح دهد.
۴. انواع درمان در سرطان مری را شرح دهد.
۵. مراقبت های پرستاری در سرطان مری را ذکر کند.
۶. علائم و نشانه های سرطان معده را بیان کند.
۷. ریسک فاکتورهای سرطان معده را نام ببرد.
۸. روش های تشخیصی سرطان معده را توضیح دهد.
۹. انواع درمان در سرطان معده را شرح دهد.
۱۰. مراقبت های پرستاری در سرطان معده را ذکر کند.
۱۱. علائم و نشانه های سرطان کلورکتال را بیان کند.
۱۲. ریسک فاکتورهای سرطان کلورکتال را نام ببرد.
۱۳. روش های تشخیصی سرطان کلورکتال را توضیح دهد.
۱۴. انواع درمان در سرطان کلورکتال را شرح دهد.
۱۵. مراقبت های پرستاری در سرطان کلورکتال را ذکر کند.
۱۶. علائم و نشانه های سرطان ریه را بیان کند.
۱۷. ریسک فاکتورهای سرطان ریه را نام ببرد.
۱۸. روش های تشخیصی سرطان ریه را توضیح دهد.
۱۹. انواع درمان در سرطان ریه را شرح دهد.
۲۰. مراقبت های پرستاری در سرطان ریه را ذکر کند.

سرطان را بیماری قرن و دومین عامل مرگ و میر بشر پس از بیماری‌های قلب و عروق دانسته‌اند. سرطان فرآیندی است که با تغییر شکل یافتن یک سلول از طریق جهش‌های ژنتیکی ذاتی یا اکتسابی منجر به تغییر رفتار طبیعی سلول می‌شود. سرطان بیماری تقسیم و رشد سریع و غیرقابل کنترل سلول‌های غیرنرمال یا نئوپلاسم‌های بدخیم در بخشی از بدن تعریف شده که توانایی رشد بی‌حد و متاستاز به نقاط دیگر بدن را دارد و از این رو می‌توانند منجر به مرگ بیمار شوند. سلول‌های سرطانی هر روزه در بدن ما به مقادیر قابل توجهی و در نتیجه‌ی فعل و انفعالات مختلف درون سلولی تشکیل می‌گردند. تعداد این سلول‌های غیرنرمال تولید شده را چند ده هزار در روز تخمین زده‌اند. بدن برای مبارزه، از بین بردن و نابودی این سلول‌ها طراحی گردیده است. بدن این سلول‌ها را توسط مکانیسم‌های مختلف تصحیح و ترمیم کرده و یا از بین می‌برد. اما زمانیکه به دلیل عوامل مختلف محیطی درونی و بیرونی، بدن التهابی گردیده قدرت ترمیم، تصحیح و پاکسازی کامل را از دست می‌دهد، آنگاه سلول‌های سرطانی در این زمین‌التهابی و آماده، شروع به تقسیم و رشد نموده نهایتاً توده‌ی سرطانی را بوجود می‌آورند.

باید دانست که همه‌ی توده‌ها<sup>۱</sup> تومورهای سرطانی نبوده خاصیت متاستاز ندارند. سرطان به توده‌ای اطلاق می‌شود که خاصیت متاستاز به دیگر نقاط بدن را دارد و اینهم باز بستگی به شرایط درونی بدن دارد که به سلول‌های سرطانی اجازه‌ی متاستاز و رشد و نمو در دیگر اعضا بدن را می‌دهد.

میزان ابتلا به سرطان در ایران و جهان رو به افزایش بوده و پیش‌بینی می‌شود سرعت رشد سرطان در میان جمعیت از

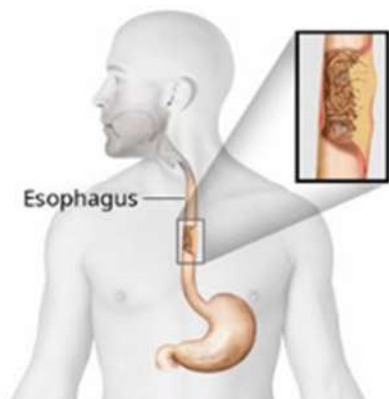
۱۴ میلیون مورد جدید در سال، در دهه‌ی اول سال ۲۰۰۰ میلادی به ۲ برابر این تعداد در دهه‌ی سوم خواهد رسید.

در سال ۲۰۱۵ میلادی بیش از ۹۰ میلیون نفر دچار سرطان بوده اند<sup>۲</sup> ۱۴ میلیون مورد جدید در سال بوجود آمده و حدود ۹ میلیون مرگ و میر (۷.۱۵٪) انسان‌ها در نتیجه‌ی سرطان بوده است.

بیشتر سرطانها در افراد بالای ۶۵ سال رخ میدهد و شیوع آن در مردان بیشتر از زنان است. سرطان‌های متداول در آقایان

سرطان ریه (که همچنین بالاترین میزان مرگ و میر را داراست)، پروستات، روده‌ی بزرگ و سرطان معده می‌باشند. در خانم‌ها بیشترین میزان سرطان‌ها به ترتیب سرطان سینه، روده‌ی بزرگ، ریه و رحم هستند.

در ایران در سال‌های اخیر سرطان معده و روده بزرگ علاوه بر سایر سرطان‌ها رو به افزایش می‌باشد. در ادامه به بررسی کانسر ریه و سه سرطان مربوط به سیستم گوارشی می‌پردازیم.



لوله ی گوارش دومین محل شایع برای ایجاد سرطان در آمریکاست. سرطان مری بیماری نسبتا ناشایع ولی به شدت کشنده است. این سرطان در دو نوع **آدنوکارسینوما** و **اسکوآموس (SCC)** طبقه بندی میشود. در نوع اسکوآموس که در سراسر جهان شایعترین نوع است دلیل اصلی بروز را مصرف زیاد الکل و سیگار می دانند. همچنین از دلایل دیگر ایجاد این کارسینوما را به مصرف نیتريت ها و توکسینهای قارچی خوردن نوشیدنیهای بسیار داغ و آسیب مخاطی ناشی از رادیوتراپی رفلاکس مزمن معده و آشالازی مزمن می دانند. بروز این سرطان به طور قابل توجهی در ارتباط با محل جغرافیایی افراد افزایش میابد و بیشتر در نواحی سواحل جنوبی دریای خزر آغاز شده و به شرق تا شمال شرق چین گسترش میابد.

### علائم

حدود ۵ درصد سرطانهای مری در یک سوم فوقانی مری و ۲۰ درصد در یک سوم میانی و ۷۵ درصد در یک سوم تحتانی مری ایجاد میشود.

دیسفاژی ابتدا رد بلع غذاهای جامد و سپس مایعات.

کاهش وزن پیشرونده.

خونریزی و بلع دردناک و احساس پری در گلو.

### تشخیص

آدنوکارسینوم مری و اسکوآموس را نمی توان از طریق رادیوگرافیک یا آندوسکوپییک از هم افتراق داد.

توصیه میشود از وفاگوسکوپی در تمام بیماران مشکوک به ناهنجاری مری انجام گیرد و برای تشخیص نهایی نیاز به بررسی هیستوپاتولوژیک میباشد.

وسعت درگیری تومور به منطقه ی مדיاستن و گره های لنفاوی پارائورت بایستی توسط سی تی اسکن از نواحی شکم و قفسه ی صدری ارزیابی گردد.

## درمان

پیش آگهی این بیماری ضعیف است و کمتر از ۵ درصد این بیماران ۵ سال پس از تشخیص اولیه بقا دارند زیرا علائمی چون دشواری در بلع زمانی رخ میدهد که بیش از ۶۰ درصد محیط مری توسط سلولهای سرطانی درگیر شده باشد بنابراین درمان آنها بیشتر جنبه ی بهبود علائم دارد.

جراحی و رادیوتراپی از روشهای به کار رفته در این بیماران است. کاهش قابل ملاحظه ای در سایز تومور در رژیمهای چند دارویی بر پایه ی سیس پلاتین دیده میشود بنابراین به نظر میرسد ترکیب شیمی درمانی و رادیوتراپی به تنهایی و یا پس از انجام جراحی برداشت تومور بهترین انتخاب درمانی برای این بیماران است. رژیمهای چند دارویی برای اسکواآموس مری شامل ۵-فلئووراسیل و سیس پلاتین و در دیگر بیماران دوزهای هفتگی کربوپلاتین همراه با پکلی تاکسل توصیه میشود.

هدف درمان در بیماران با سرطان پیشرفته و غیر قابل جراحی بهبود کیفیت زندگی در شرایط سوتغذیه و درمان مشکلات بلع و فیستولهای مری-نای است.

این روشهای حمایتی شامل: آندوسکوپی های مکرر برای برای گشاد کردن منطقه درگیر به کمک فنرهای فلزی جایگزینی ژوژونوستومی و یا گاستروستومی برای رساندن آب و غذای مناسب به بیمار است.

## مراقبت های پرستاری

### درمان جراحی و مراقبتهای پرستاری:

درمان جراحی معمولاً شامل برداشتن کامل مری همراه با برداشتن تومور و غدد لنفاوی موجود در ناحیه است. اعمال جراحی مری با درصد مرگ و میر بالایی به دلیل خطر عفونت عوارض ریوی یا نشت از محل پیوند زنده شده همراه است.

- تدابیر پرستاری با هدف بهبود وضعیت غذایی و جسمی بیمار صورت میگیرد.
- به بیمار در مورد وسایلی که ممکن است بعد از عمل با آنها رو برو شود مانند لوله ی بینی-معدده ای و درناژ بسته ی قفسه ی صدری و درمانهای وریدی آگاهی دهید.
- بعد از کسب هوشیاری بعد از عمل بیمار در وضعیت نیمه نشسته و سپس نشسته قرار داده میشود تا از رفلاکس ترشحات معده پیشگیری گردد. بیمار از نظر برگشت محتویات معده به دهان و تنگی نفس مورد بررسی قرار داده میشود.
- درجه حرارت باید به طور مرتب کنترل گردد (افزایش آن میتواند نشانگر پنومونی ناشی از آسپیراسیون باشد)

- برای بررسی زنده بودن پیوند ژژنوم جراح قسمتی از ژژنوم را از طریق برشی کوچک به قسمت خارجی بخیه میزند و گاز مرطوبی این قسمت را میپوشاند که پرستار بایستی هر ساعت برای ۱۲ ساعت زنده بودن پیوند را از طریق رنگ آن کنترل نماید.
- در صورت وجود پروتز داخلی فوراً بعد از جراحی قسمت بیرونی سوند بینی-معدده ای علامت گذاری میگردد و در صورت جابجایی فوراً جراح را مطلع مینماید و از دستکاری سوند جلوگیری می نماید.
- ۷-۵ روز بعد از عمل سوند بینی-معدده ای خارج میگردد.
- برنامه ی مراقبت ریوی شامل اسپیرومتری انگیزشی و درمان نبولایزر و مرطوب کردن هوا را انجام دهید(از فیزیوتراپی قفسه ی صدی که احتمال آسپیراسیون را افزایش میدهد پرهیز کنید).
- از عوارض جراحی پنومونی ناشی از اسپیراسیون و فیبریلاسیون دهلیزی به دلیل تحریک عصب واگ طی عمل جراحی است.

### **مراقبتهای پرستاری با شروع تغذیه ی دهانی پس از جراحی مری:**

- بیمار را به مصرف غذاهای نرم و با حجم کم و وعده ی زیاد تشویق نمایید و در ابتدا با فرو دادن جرعه های آب شروع نمایید.
- حدود دو ساعت بعد از مصرف هر وعده ی غذایی بیمار در حالت قائم قرار گیرد.
- بهتر است غذاهای مورد علاقه ی بیمار را در منزل تهیه نمایند.
- چنانچه بیمار دچار آبریزش دهان است یک تکه گاز کوچک را در گوشه ی دهان بیمار قرار دهید تا ترشحات را جمع کند و در صورت نیاز ساکشن ترشحات انجام گیرد.
- سندروم واگوتومی (دامپینگ)\* که بین ۲۰ دقیقه تا ۲ ساعت بعد از غذا رخ میدهد به تدریج با کسب بهبودی و تابعیت از رژیم غذایی مناسب(نرم) و حفظ وضعیت نشسته تا ۲ ساعت بعد از غذا به تدریج از شدت کمتری برخوردار میشود.

\*سندروم دامپینگ= به علت اختلال در تارهای عصب واگ پدید می آید که در آن بیمار دچار کرامپ شدید شکمی و اسهال می گردد.

### **مراقبتهای پرستاری در رژیم شیمی درمانی کانسر مری :**

جدای از عوارض عمومی شیمی درمانی از جمله تهوع و استفراغ و کاهش اشتها به همراه دپرسیون مغز استخوان موارد زیر در رژیم کموتراپی کانسر مری رعایت گردد:

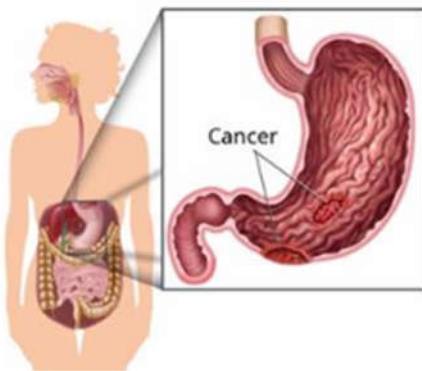
در مورد داروی سیس پلاتین به بیمار توضیح دهید:



- هیدراته نمودن بیمار به منظور کاهش عارضه ی اتوتوکسیسیته و نفروتوکسیسیته ضروری است.
- بررسی uric acid ,bun,cr بیماران در طی درمان برای کنترل عوارض این دارو است و این نیاز را به بیمار هم توضیح دهید.
- آموزش به بیمار در رابطه با اطلاع علائمی چون بی حسی و سوزن سوزن شدن انتهایها و یا صورت اشکال در شنوایی یا وزوز گوش و درد و تورم غیرعادی مفاصل به پزشک.
- پیشگیری از یبوست.

در مورد داروی **پکلی تاکسل** به بیمار توضیح دهید:

- انتخاب iv مطمئن جهت تزریق داروی شیمی درمانی خصوصا **پکلی تاکسل** (نشت این دارو احتمال تخریب بافتی را به همراه دارد) ضروری است و بیمار باید در این امر همکاری نماید.
- در خلال دوره ی اول و دوم تجویز پکلی تاکسل بیمار را از نظر واکنشهای افزایش حساسیت تحت نظر بگیرید و در صورت بروز انژیوادم و کهیر ژنرالیزه تجویز دارو را قطع و پزشک را مطلع نمایید.
- پکلی تاکسل در ۱۲ درصد بیماران برادیکاردی به همراه دارد.
- بیمار را از نظر نوروپاتی محیطی کنترل نمایید.
- بیمار را مطلع نمایید که آلپسی در تمام کسانی که تحت درمان با پکلی تاکسل میباشند رخ میدهد.



میزان بروز این سرطان در بین افراد با سطح پایین اجتماعی-اقتصادی بالاتر می‌باشد. در سطح جهانی سرطان معده پنجمین سرطان شایع است. گفته می‌شود شاید مواجهه های محیطی با کارسینوژنهای غذایی خصوصا در اوایل زندگی فرد برای ایجاد سرطان معده خطر محسوب می‌گردد. مصرف طولانی مدت غلظت های بالای نیترات در انواع غذاهای نمک اندود و دودی یا ترشی ها و در عین حال مصرف کمتری میوه و سبزی و وجود باکتری‌هایی همچون هلیکوباکتر پیلوری با ایجاد گاستریت مزمن و کاهش اسید معده موجب سرطان معده می‌گردند. افراد دارای گروه خونی A در ابتلا به سرطان معده نسبت به گروه خونی O شانس بیشتری دارند که ناشی از تفاوت در ترشح موکوس است که سبب بروز مصونیت مخاطی متغیر در برابر سرطان معده می‌شود.

حدود ۸۵ درصد از سرطان معده را آدنوکارسینوما (منشا آنها داخلی ترین لایه ی پوششی معده است) و ۱۵ درصد باقیمانده را لنفومگاسترواینستتینال (GIST) و لیومیوسارکوما شامل می‌گردد.

لیومیوسارکوم ها و لنفوم گاسترو اینتستینال اکثر اوقات جدارهای قدامی و خلفی فوندوس معده را درگیر میکنند و اغلب زخمی شده و خونریزی میکنند. این تومورها به ندرت به احشا مجاور دست اندازی میکنند ولی ممکن است به ریه ها و کبد منتشر شوند.

### علائم

سرطان معده در حالتی که سطحی و قابل درمان باشد معمولا علامت بالینی خاصی ندارد زیرا اکثر این تومورها رشد خود را از انحناى کوچک آغاز میکنند و کمترین اختلال را در عملکرد معده ایجاد میکنند و در حالت پیشرفته بیمار از درد مبهم و ناراحتی دستگاه گوارش فوقانی بصورت خفیف تا شدید همراه با بی اشتهاى و احساس پری مبهم پس از صرف غذا تهوع کاهش وزن و درد شدید و ممتد شکم درست در بالای ناف شاکی است.

## تشخیص

معاینه ی جسمی مفید واقع نیست چون اکثر سرطانهای در مرحله ی غیر پیشرفته قابل لمس نمی باشند. آندوسکوپی مری و معده و دوازدهه همراه با بیوپسی و آزمایش سیتولوژی روش تشخیصی انتخابی میباشد. شناسایی و افتراق لنفوم معده از آدنوکارسینوم ان کار بسیار دشواری است و بایستی در نظر داشت که بیوپسی های سطحی قادر به شناسایی انفیلتراسیون عمقی بافت لنفوئیدی نمیباشد. توموگرافی کامپیوتری در قفسه ی صدری شکم و لگن جهت تشخیص مرحله ی سرطان و وسعت متاستاز به کار می رود. بررسی آزمایشات CEA/CA19-9 و CA50 جهت پایش اثر بخشی درمان به کار میرود.

## درمان

درمان آدنوکارسینوم معده با برداشت کامل بافت تومور همراه با غدد لنفاوی مجاور و درگیر تنها شانس درمان این بیماران است که تنها برای کمتر از یک سوم بیماران محیا می باشد. ترکیب رژیمهای شیمی درمانی و رادیوتراپی قبل و بعد از جراحی باعث بهبود بقا این افراد شده است.

**گاسترکتومی** ساب توتال برای بیماران با کارسینوم در نواحی دیستال جراحی انتخابی است و گاسترکتومی توتالو ساب توتال برای بیماران با تومور در نواحی پروگزیمال توصیه میشود. خارج کردن گسترده ی گره های لنفاوی در این بیماران خطر بروز عوارض را بدون افزودن طول عمر آنها زیاد میکند.

جراحی معده و کاهش توده ی تومور به عنوان یک روش تسکینی در سرطان پیشرفته ی معده انجام میگردد. روشهای تسکینی (مثل بای پس مری یا معده گاستروستومی یا ژوژونوستومی) ممکن است به طور موقت نشانه های ناراحت کننده مثل تهوع و استفراغ را تسکین دهد و زمانی انجام میگردد که متاستاز به اندامهای حیاتی صورت گرفته باشد.

آدنوکارسینوم معده توموری نسبتا مقاوم به رادیوتراپی است و کنترل کافی تومور اولیه نیازمند دوزهای بالایی از پرتو است که خارج از تحمل بافتهای اطراف مانند مخاط روده و طناب نخاعی است و نقش اصلی رادیوتراپی در این بیماران کاهش درد است.

یکی از پروتکلهای شیمی درمانی استاندارد برای این بیماران رژیمهای فلئووراسیل و لکوویرین ۵ روزه و یکماه رادیوتراپی است.

ترکیب دیگری شامل سیس پلاتین و دوسه تاکسل و فلئووراسیل (DCF) در بیماران با کارسینوم پیشرفته ی معده استفاده میشود که با پاسخهای نسبی همراه بوده و برای کنترل بهتر بیماری یا تسکین استفاده میشود .

در مورد لنفوم معده بایستی دانست که این بیماری بسیار درمانپذیرتر از آدنوکارسینوم معده میباشد. در ۷۵ درصد موارد ریشه کنی هلیکوباکتر پیلوری با کمک انتی بیوتیک باعث پسرقت **تومور بافت لنفوئید وابسته به**

**مخاط (Mucosa-Associated Lymphoid Tissue-MALT)** شده است. در بیماران با درجات بالای لنفوم گاستروکتومی ساب توتال به همراه شیمی درمانی باعث بهبود بقای بیماران میشود.

در بیمارانی که درگیری غدد لنفاوی نداشته اند و یا به رژیم شیمی درمانی (R-CHOP)\* پاسخ کاملی داده اند میتوان از جراحی های بزرگ صرفه نظر نمود.

\*رژیم شامل: ریتوکسی مب-سیکلوفسفاماید-دوکسوروبیسین-وین کریستین-پردنیزولون

### **مراقبت های پرستاری**

این مراقبت ها بر اساس تشخیص های پرستاری مرتبط با کانسر معده به شرح ذیل می باشد:

#### **• اضطراب به علت بیماری و درمان**

بیمار باید بتواند با خیال راحت در مورد بیماری و ترس خشم و نگرانیهایش صحبت کند بدون آنکه مورد قضاوت قرار گیرد.

باید در مورد روشهای تشخیصی و درمانی با بیمار صحبت کرد و توضیحات مناسب با زبان بیمار در اختیار وی قرار داد.

خانواده ی بیمار را در حمایت از بیمار تشویق نمایید.

صحبت کردن با یک فرد روحانی را به بیمار پیشنهاد نمایید.

#### **• عدم تعادل تغذیه به علت بی اشتهایی و سیری زودرس**

بیمار را تشویق به خوردن غذاهای با حجم کم (پرکالری و حاوی ویتامین A,C و آهن) و در وعده های زیاد نمایید. برای کاهش تحریکات مری از غذاهای غیرمحرک استفاده نمایید.

برای برقراری نیازهای تغذیه ای بیماران ممکن است نیاز به TPN بیمار با نظر پزشک باشد.

#### **• اندوه و افسردگی به علت تشخیص سرطان**

ابتدا شدت درد و میزان پاسخ دهی بیمار به ضد دردهای تجویز شده توسط پزشک بررسی میگردد تا اثر بخشی مسکن بررسی گردد.

روشهای غیر دارویی کنترل درد مانند موسیقی آرامبخش و ماساژ پشت و کمپرس گرم و .... برای بیماران به کار برده شود.

### • تسکین درد

ابتدا روشهای غیر دارویی تسکین درد به بیمار آموزش داده میشود (تصور و شبیه سازی -انحراف حواس - نوارهای آرام سازی و ماساژ پشت)

مسکن با نظر پزشک برای بیمار استفاده میشود. بهتر است تجویز مسکن در ساعات مشخص شده باشد و به بیمار آموزش دهید قبل از شدت یافتن درد درخواست مسکن نماید.

میزان پاسخ دهی بیمار به مسکن تجویز شده بررسی شود و بازخورد آن به پزشک معالج داده میشود. در صورت درد شدید انفوزیون مداوم یک داروی مسکن از طریق پمپ و با نظر پزشک پیشنهاد میشود.

### • کمبود آگاهی در مراقبت از خود

آموزش مراقبت از خود وابسته به روش درمان بکار برده شده برای بیمار می باشد.

۱. نحوه ی کنترل درد
۲. تغذیه از طریق گاستروستومی یا ژوژونوستومی و ارجاع به متخصص تغذیه
۳. آموزش طول دوره ی درمان و زمانهای مراجعه برای درمان
۴. عوارض شیمی درمانی و پرتو درمانی
۵. اورژانسهای مراجعه به پزشک
۶. تشخیص خونریزی انسداد و پارگی و عفونت
۷. مراقبت در مرحله ی پایان زندگی
۸. آموزش ارتقا سلامت و تستهای غربالگری

### مراقبتهای پرستاری پس از جراحی معده:

عوارض جراحی معده شامل: خونریزی سندروم دامپینگ برگشت صفرا و انسداد پیلور است.

عارضه ی شایع پس از جراحی معده خونریزی است که در صورت شدید بودن میتواند به صورت استفراغ خون روشن تظاهر پیدا نماید.

این عارضه به دنبال تخلیه ی سریع غذای هیپرتونیک از معده به روده ی کوچک اتفاق می افتد. مایع بین سلولی جهت رقیق کردن غلظت بالای الکترولیت ها و مواد قندی به داخل روده کشیده و آن را متسع کرده و حرکات روده ای نیز افزایش مییابد. نشانه های اولیه بین ۱۰ تا ۳۰ دقیقه بعد از مصرف غذا رخ داده و به صورت سیری زودرس درد کرامپی شکم و تهوع و استفراغ و اسهال میباشد. نشانه های عروقی ( به دلیل تغییر قطر رگهای خونی ) شامل سردرد برافروختگی احساس گرما و تعریق سرگیجه و تپش قلب حالت سنکوپ میباشد. استئاتوره که از مخلوط شدن ناکافی غذا با ترشحات پانکراس و صفرا اتفاق می افتد گاهی اتفاق می افتد.

کاهش قند خون ۲-۳ ساعت بعد از خوردن غذا رخ میدهد. در جراحی هایی که طی آن پیلور دستکاری شده است برگشت صفرا به صورت طولانی باعث آسیب به مخاط معده شده و گاستریت و التهاب مری و درد سوزشی ناحیه ی اپیگاستر که پس از خوردن غذا افزایش مییابد را موجب میشود.

- به بیمار آموزش دهید که برای کاهش این عارضه غذای خود را در شش وعده و در حجم کم و با کربوهیدرات پایین مصرف نماید و دریافت مایعات با فاصله ی ۱ ساعت از وعده های غذایی و نه همراه آن صورت گیرد. از مصرف ساکارز و گلوکز اجتناب نماید.
- وعده های غذایی بیشتر حاوی مواد غذایی خشک باشد.
- بیمار در طی مصرف غذا باید وضعیت نیمه خوابیده داشته باشد و بعد از غذا به مدت ۲۰-۳۰ دقیقه خوابیده باشد تا تخلیه ی معده به تعویق بیفتد.
- بیمار را مطلع نمایید که این عارضه ممکن است طی چند ماه از بین برود.
- در صورت انجام گاسترکتومی کامل بیمار باید تا پایان عمر نیاز به ویتامین B12 تزریقی و استفاده از مواد غذایی حمایتی مانند ویتامینها و تری گلیسریدها و آهن مکمل دارد.
- کاهش وزن بعد از عمل جراحی شایع است که بیمار باید از نظر جذب و دفع و بیوپسی و قوام پوست و اختلالات الکترولیتی مورد بررسی قرار گیرد.
- کاهش مصرف چربی و تجویز یک داروی ضد تحریک گوارشی میتواند استئاتوره را کاهش دهد.

## کاهش اضطراب و کنترل خونریزی:

کاهش اضطراب بیمار با تشویق وی به بیان احساساتش و پاسخ دادن به سئوالات بیمار در حد قابل فهم برای وی و تشویق خانواده به حمایت از بیمار صورت میگیرد.

بیمار را از نظر علائم از دست دادن خون بررسی نمایید. مقداری درناژ خونی برای ۱۲ ساعت اول مورد انتظار است. پانسمان شکم را از نظر خونریزی بررسی نمایید. درناژ NG از نظر نوع و مقدار و رنگ بررسی میشود و شستشوی NG تا شفاف شدن ترشحات و تجویز خون و فرآورده های آن با نظر پزشک صورت میگیرد.

### تسکین درد:

اکثرا بیماران به دلیل درد از جابجا شدن خودداری میکنند. برای حفظ توانایی بیمار جهت فعالیتهای تنفسی مسکن های تجویز شده برای بیمار استعمال گردد و اثر آن با دقت ارزیابی شود. پس از بهبود درد وضعیت دادن به بیمار در یک پوزیشن نشسته و تشویق به اسپرومتری تشویقی بهتر صورت میگیرد و بیمار راحت تر همکاری مینماید.

به بیمار آموزش دهید که برای پیشگیری از اتساع و درد شکم وجود لوله ی NG لازم است.

### قبول تغذیه ی انترال

اکثر بیماران قبل از عمل نیاز به درمان انترال و یا TPN قبل و بعد از عمل دارند. پس از جراحی ممکن است برای برطرف شدن نیازهای کالری تغذیه ی محیطی ادامه داشته باشد. پس از بازگشت صداهای روده ای و خارج کردن NG مایعات خوراکی شروع میشود و بعد از آن غذا در حجم کم داده میشود. غذا به تدریج زیاد میشود تا زمانی که بیمار بتواند ۶ وعده غذا و ۱۲۰ سی سی در فواصل غذا بخورد.

### مراقبتهای پرستاری در رژیم شیمی درمانی کانسر معده:

بجز مراقبتهایی که در عوارض کلی شیمی درمانی نیاز است در مورد داروی **تاکسوتر** توجه نمایید که:

- قبل از مصرف دارو از کورتیکواستروئید استفاده مینمایند.
- قبل از مصرف دارو ALP, CBC, BILL(T-D) چک گردد.
- در خلال درمان با دارو بیمار را از نظر احتباس مایعات و علائم سیستم عصبی و قلبی-عروقی و واکنشهای حساسیتی مانند بثورات جلدی کنترل نمایید.
- بیمار را از عارضه ی آلورسی و تجمع مایعات این دارو مطلع نمایید.

در مورد داروی **فلئو اوراسیل** به بیماران آموزش دهید:

- در صورت بروز اسهال شدید تیم درمانی را مطلع نمایید.
- در صورت بروز درد قفسه ی سینه و درد اپیگاستر فوراً اطلاع دهد.

## مراقبتهای پرستاری در عوارض عمومی شیمی درمانی:

### مهار مغز استخوان

نوتروپنی: به ANC زیر ۱۵۰۰ سلول در میلی متر مکعب اطلاق میشود.

- جلوگیری از تماس نزدیک با افرادی که بیماری مسری دارند.
- عدم مصرف میوه و سبزی نشسته و یا میوه ها با پوست آنها یا میوه ای که پوست قابل کنده شدن ندارد/عدم مصرف گوشت و میوه و سبزی خام و نپخته
- عدم تماس با گل و گیاه تازه و حیوانات و فضولات آنها و تماس با آب راکد (بع علت رشد باکتری در آن)
- استحمام روزانه و شستن پوست و ماساژ آن
- مصرف حداقل ۸ لیوان آب روزانه و تخلیه ی مثانه هر ۴ ساعت
- رعایت مرتب بهداشت دهان و دندان /رعایت نظافت و شستشوی مقعد و ناحیه ی پرینه / کوتاه کردن و تمیز کردن مرتب ناخن ها و شستشوی صحیح دستها

مصرف غذاهای پر پروتئین و پر کربوهیدرات در صورت عدم وجود ممانعت خاص

### ترومبوسیتوپنی:

به پلاکت زیر ۵۰۰۰۰ گفته میشود.

- فراهم کردن محیط مناسب زندگی برای پیشگیری از سقوط و ضربه
- پیشگیری از ایجاد یبوست با توصیه به مصرف غذاهای پر فیبر نوشیدن مایعات و استفاده از ملین در صورت یبوست جهت پیشگیری از خونریزی مقعد
- استفاده از ماشین ریش تراش به جای تیغ جهت اصلاح صورت
- پرهیز از مصرف داروهایی که سبب تشدید خونریزی و طولانی کردن آن میشود (NSAIDها و داروهای OTC حاوی آسپرین)
- استفاده از مسواک نرم و خودداری از کاربرد نخ دندان
- استفاده از لوبریکانتهای محلول در آب برای مقاربت جنسی و اجتناب از مقاربت در پلاکت زیر ۵۰۰۰۰



- تشویق بیماران به مصرف غذاهای حاوی آهن و ویتامینها و املاح معدنی مثل گوشت سبزی و حبوبات
- استفاده از مکملهای حاوی آهن و ویتامینها
- توصیه به داشتن تحرک کافی و خواب کافی به بیماران

### عوارض گوارشی:

#### تهوع و استفراغ

شروع حاد در ۲۴ ساعت اول پس از شروع کموتراپی و در عرض ۲ تا ۶ ساعت به اوج خودش می رسد.

شروع تاخیری از ۲۴ ساعت بعد از شیمی درمانی و تا ۶-۷ روز طول میکشد.

- مصرف غذاهای سرد یا هم دمای اتاق چون بوی غذاهای گرم ممکن است موجب القای استفراغ شود.
- مصرف غذا در وعده های بیشتر و حجم کمتر شستشوی مرتب دهان برای پاک کردن بوها و مزه های نامطبوع و استفاده از آدامس و شکلات بدون قند.
- پرهیز از مصرف غذاهای پرچرب و پرقند و حاوی بوهای تند و کاربرد طعم دهنده های سالم مانند آبلیموی تازه
- نوشیدن مایعات خنک و گوارا مانند آب سیب و لیموناد و یا مصرف چای زنجبیل و نوشیدن مایعات به صورت آهسته و جرعه جرعه
- پرهیز از مصرف غذا ۱-۲ ساعت قبل و بعد از شیمی درمانی
- استراحت کافی در مکان آرام و ساکت
- پرهیز از مصرف مواد محرک و بوهای تند و نامطبوع و مناظر و صداهای تهوع آور در محیط
- استفاده از سرگرمی هایی مثل گوش کردن به موسیقی مطالعه و تماشای تلویزیون
- پیشگیری از قرار گرفتن بیمار در معرض بوی غذا

#### خشکی دهان

شایعترین عارضه ی ناشی از رادیوتراپی سر و گردن که با دوز رادیوتراپی رابطه ی مستقیم دارد

این عارضه به واسطه ی داروهای شیمی درمانی مانند فلواوراسیل نیز اتفاق می افتد

- استفاده از آدامس و شکلات بدون قند و شستن مرتب دهان

- استفاده از فراورده های بزاق مصنوعی حاوی کربوکسی متیل /اتیل سلولز
- استفاده از دهانشویه ی حاوی فلوراید(روزانه ۵-۱۰ میلی به مدت ۱ دقیقه غرغره شود)
- رعایت بهداشت دهان و دندان و پرهیز از مصرف زیاد سوکروز

## موکوزیت و استوماتیت

در موکوزیت سلولهای اپیتلیوم پایه ی دهان درگیر میشود و علایم آن شامل سوزش و درد واریتم و زخمهای دهانی است. ۵-۷ روز بعد از شیمی درمانی رخ داده و داروهای آنتی متابولیت (mtx-5fu-Arac) و آنتی بیوتیکهای ضد تومور شایعترین داروهای ایجاد کننده ی آن است.

- عدم استفاده از دندان مصنوعی به منظور کاهش تحریک و آسیب مخاطی
- مسواک کردن مرتب دندانها با مسواکهای نرم و ظریف
- پرهیز از مصرف دهانشویه حاوی الکل به دلیل ایجاد خشکی مخاط دهان
- استفاده از نرمال سالین و بیکربنات سدیم( جوش شیرین ) به منظور دهانشویه
- استفاده از لوبریکانتهایی مانند بزاق مصنوعی
- استفاده از بی حس کننده های موضعی برای کنترل درد قبل از غذا(آنتی اسید+آنتی هیستامین)
- اطمینان از مصرف غذا و مایعات کافی توسط بیمار(مصرف غذاهای نرم و پرهیز از مصرف غذاهای اسیدی پرنمک و قندی )
- پرهیز از مصرف غذاهای خیلی داغ یا سرد یا غذاهای با قطعات درشت و زبر
- استفاده از تکه های یخ ۵ دقیقه قبل از شروع درمان و ادامه ی آن به مدت ۳۰ دقیقه بعد از درمان
- دهانشویه ی کلرگزدیدین دوازده صدم درصد به صورت غرغره کردن ۲ بار در روز
- فراهم کردن کالری مورد نیاز با استفاده از مکملهای غذایی
- پیشگیری از کاندیدیاز دهانی با استفاده از سوسپانسیون نیستاتین یا قرص کلوتریمازول

## ازوفازیت

التهاب و آسیب مخاط مری منجر به سختی بلع در بیماران میشود

- پرهیز از مصرف غذاهای اسیدی و تند و محرک
- افزایش وعده های غذایی و کاهش حجم آن
- عدم استفاده از آبمیوه های سیتراته و نوشیدنی حاوی کافئین

## یبوست

- افزایش مصرف غذاهای حاوی فیبر بالا مثل میوهها و سبزیها و حبوبات و غلات
- مصرف روزانه ی ۸-۱۰ لیوان آب و مایعات گرم و آب آلو
- راه رفتن و تحرک در حد تحمل
- درمان ابتدا با فیبر و شیر منیزیوم شروع شده و در صورت ادامه ی مشکل به ترتیب بیزاکودیل و لاکتالوز اضافه میشود

## اسهال

به تعداد دفع غیر طبیعی (بیشتر از سه بار در روز یا به صورت غیر معمول برای فرد) همراه با افزایش مدفوع آبکی

رژیم حاوی ایرینوتکان و فایورفیو در بیش از ۵۰٪ بیماران اسهال میدهد. اسهال با ایرینوتکان به صورت زودرس و دیررس اتفاق میافتد (به علت تحریک پاراسمپاتیک که با سایر علائم مانند فلاشینگ و کرامپ شکمی و افزایش ترشح بزاق همراه است).

- مصرف غذاهای با حجم کمتر و پروتئین و کالری بالا و مصرف مایعات فراوان
- پرهیز از مصرف حبوبات شیر و کافئین و غذاهای تند و پرچرب و الکل و تنباکو
- رعایت بهداشت بعد از هر بار اجابت مزاج
- تشویق به استراحت و فعالیت کمتر

## بی اشتهایی

- مصرف غذاهای سبک پر پروتئین و پر انرژی با افزایش تعداد وعده های غذایی در محیطی آرام و مناسب
- مصرف داروهای ضد تهوع و استفراغ قبل از شروع غذا با نظر پزشک
- تهیه ی غذاهای مورد علاقه و مناسب برای بیمار

## عوارض پوستی:

## آلوپسی

ریزش ۱۰۰ عدد مو در روز طبیعی است ولی در بیماران تحت درمان ریزش مو یک هفته تا ده روز بعد از شروع درمان آغاز و یک تا دو ماه ادامه مییابد.

- توصیه به کوتاه کردن مو قبل از شروع درمان و کوتاه کردن موها در فواصل کمتر
  - استفاده از شامپوهای ملایم و خود داری از مجعد کردن مو یا پیچش یا برس شدید موها و استفاده از انگشتان دست به جای شانه
  - استفاده از کلاه و کلاه گیس و روسری
  - داشتن تغذیه ی مناسب و کافی
- اطمینان دادن به بیمار مبنی بر شانس رویش مجدد مو ۱-۲ ماه پس از تکمیل درمان

### مراقبتهای عمومی پرستاری در عوارض رادیوتراپی:

#### اختلال در تمامیت پوست

- پوست بیمار خشک و تمیز و به دور از هرگونه تحریک قرار داده شود.
- برای تمیز کردن پوست قبل از رادیوتراپی بهترین گزینه آب ولرم است و در خشک کردن پوست از کشیدن حوله بر روی آن اجتناب کنید.
- در صورت نیاز به صابون از انواع بدون بو و خنثی مانند صابون بچه استفاده گردد.
- در صورت تحریک پوست پس از درمان از استعمال هرگونه پودر بدون نظر پزشک خودداری گردد.
- محل‌های چین‌های پوستی دائما خشک و تمیز باشد.
- از لباسهای پنبه ای در ناحیه ی درمان استفاده نماید.
- از ماساژ ناحیه ی درمان پرهیز کند.
- برای شیو ناحیه ی درمان از وسایل الکتریکی استفاده کند.
- از قرار گرفتن ناحیه ی درمان در معرض نور خورشید جلوگیری نماید و از باد و سرما پرهیز کند.

#### خستگی:

- میزان تداخل خستگی با زندگی بیمار بررسی گردد.
- فعالیتهایی که باعث کاهش بیش از حد انرژی بیمار میگردد شناسایی شود.
- اصلاح اختلالات آنمی بیمار.
- تشویق کردن بیمار به استراحت دوره ای در طول روز و حفظ خواب کافی شبانه.
- بهبود وضعیت تغذیه.
- پرهیز از انجام کارهایی که انرژی زیادی در آن صرف میشود.

## سرطان کولورکتال

سرطان کولورکتال سومین علت مرگ ناشی از سرطان در آمریکاست. میانگین سنی مبتلایان به این سرطان ۶۸ سالگی است. در افراد با تاریخچه ی خانوادگی سرطان کولون وقوع آن افزایش میابد. سرطان کولون در سالمندان ارتباط نزدیکی با کارسینوژنهای غذایی و کمبود فیبر دارد. افزایش مصرف چربی و الکل و سیگار وقوع تومورهای کولورکتال را افزایش میدهد. اکثر سرطانهای کولورکتال صرفه نظر از اتیلوژی از \*پولیپهای آدنوماتوز منشا میگیرند.

\*پولیپ یک بیرون زدگی قابل روئیت از سطح مخاط است.

تغییر الگوی تکثیر مخاط کولون در نتیجه پیشرفت به سمت پولیپ و سپس کارسینوم ممکن است ناشی از فعال شدن جهشی یک آنکوژن و به دنبال آن از دست دادن ژنهایی باشد که در حالت طبیعی مانع از تشکیل تومور میشوند.

### علائم

نشانه ها تحت تاثیر محل بروز سرطان مرحله ی بیماری و عملکرد قسمت مبتلا قرار دارد. رایج ترین نشانه تغییر در عادات دفع روده ای است. وجود خون در مدفوع دومین نشانه است. سایر نشانه ها شامل کاهش وزن و کم خونی مزمن با علامت خستگی و ضعف است.

در ضایعات قسمت راست روده درد مبهم شکمی به همراه از دست دادن خون مخفی بدون علائم انسدادی وجود دارد.

در ضایعات قسمت چپ نشانه ها بیشتر مربوط به انسداد است که به صورت درد و کرامپ شکمی و یبوست و نفخ است.

بدخیمی های ناحیه ی رکتو سیگموئید علائمی چون هماتوژی \*تنسموس و باریک شدن مدفوع را نشان میدهند.

\*تنسموس یعنی زور زدن غیرموثر و دردناک در هنگام اجابت مزاج

## تشخیص

اکثر برنامه های تنظیم شده برای ردیابی سریع سرطانهای کولورکتال بر معاینه ی انگشتی رکتوم و آزمون خون مخفی در مدفوع تاکید دارند. معاینه ی انگشتی یک روش ارزان قیمت برای کشف توده ی رکتوم به شمار می آید که البته با توجه به مهاجرت تومورهای کولورکتال به سمت پروگزیمال ارزش آن به عنوان یک روش غربالگری کلی برای کانسر کولورکتال محدود شده است.

در مورد آزمون خون مخفی مشخص شده است که به دلیل الگوی خونریزی متناوب در تومور این آزمون در ۵۰ درصد از کسانی که سرطان کولورکتال قطعی دارند منفی بوده است بنابراین برای غربالگری مناسب نمی باشد.

**کولونوسکوپی** استاندارد طلایی تشخیص و غربالگری میباشد. به دنبال ردیابی یک پولیپ آدنوماتو باید کل روده ی بزرگ به کمک اندوسکوپی یا رادیوگرافی بررسی شود زیرا ضایعات همزمان در حدود یک سوم بیماران وجود دارد. پولیپ های آدنوماتو احتمالاً به بیش از ۵ سال زمان نیاز دارند تا به اندازه ای رشد کنند که قابل تشخیص بالینی باشند. **باریم انما** روش جایگزین برای افرادی است که به هر دلیل قادر به کولونوسکوپی نمی باشند.

سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر برای بررسی کولون سیگموئید و رکتوم مورد استفاده قرار میگیرد.

روش جدیدتر سی تی کولونوگرافی قادر است تصاویر ۲ یا ۳ بعدی از کولون تهیه کند و ۹۰ درصد از پولیپهای بزرگتر از ۱۰ میلیمتر را شناسایی میکند.

## غربالگری

هدف از این برنامه یافتن هر سرطان اولیه و لوکالیزه در افراد بدون علامت است تا بتوان با جراحی میزان بهبودی و بقا را افزایش داد. این روش در افراد با سابقه ی خانوادگی این نوع سرطان درخویشاوندان درجه ی یک اهمیت بسزایی دارد.

در افراد بدون هیچ سابقه ی خانوادگی یا شخصی از پولیپ: کولونوسکوپی از سن ۵۰ سالگی تا ۷۵ شروع شده و هر ۱۰ سال تکرار گردد. همچنین سیگموئیدوسکوپی انعطاف پذیر دوره ای هر ۵ سال نیز توصیه میشود. در صورت داشتن ریسک فاکتورهای زیر غربالگری در سنین زیر ۵۰ سال (سال ۴۵) و با توالی نزدیکتری صورت میگیرد:

- سابقه ی خانوادگی کانسر کولون و یا وجود پولیپ
- بیماریهای التهابی روده مانند کولیت زخمی شونده ی روده یا بیماری کرون
- سابقه ای از رادیوتراپی شکم یا لگن

- وجود علائم کانسر کولورکتال مانند: خون در مدفوع و تغییر عادات دفع
- وجود سندروم کانسر کولون وراثتی

انجمن سرطان آمریکا و شبکه ی جهانی جامع سرطان توصیه می کنند که هم آزمونهای خون مخفی در مدفوع به صورت سالانه همراه با سیگموئیدوسکوپی قابل انعطاف هر ۵ سال انجام گیرد.

## درمان

جراحی به عنوان درمان اولیه در بسیاری از سرطانهای کولون به شمار میرود که بهبود دهنده و یا تسکینی است. مرحله بندی دقیق تومور تنها پس از خارج کردن تومور امکان پذیر میباشد.

قبل از انجام جراحی ارزیابی حضور متاستاز معاینه ی فیزیکی دقیق و رادیوگرافی از قفسه ی صدری ارزیابی عملکرد کبدی و اندازه گیری سطوح پلاسمایی CEA توصیه میشود. همچنین کولونوسکوپی کل روده ی بزرگ برای شناسایی نئوپلاسمهای دیگر همزمان و یا پولیپها توصیه میشود.

انواع روشهای جراحی به شرح زیر است:

- برداشتن یک سگمان و آناستموز
- برداشتن تومور و سیگموئید و رکتوم و اسفنکتر مقعد و کولستومی دائمی
- کولستومی موقت و برداشتن سگمانی از کولون و مجددا آناستموز
- کولستومی دائمی یا ایلئوستومی

## شیمی درمانی در کانسر کولون:

در مراحل سه و پیشرفته ی بیماری درمان سیستمیک با شیمی درمانی بسیار موفقیت آمیز میباشد. پایه ی اصلی شیمی درمانی سرطان کولورکتال داروی فلئووراسیل است. تزریق همزمان داروی لکوویرین باعث بهبود پاسخ دهی داروی فلئووراسیل تا ۳ برابر بیشتر میشود.

ایرینوتکان یک داروی مهار کننده ی توپوایزومراز است که در بیمارانی که با رژیم حاوی فلئووراسیل دچار پیشرفت تومور میشوند استفاده میشود. (FOLFIRI) تکرار هر ۲ هفته یکبار

اگزالوپلاتین یک آنالوگ پلاتینیوم است که هنگامی که به رژیم فلئووراسیل و لکوویرین اضافه میشود باعث بهبود پاسخ دهی در بیماران با سرطان پیشرفته میشود. (FOLFOX)

سیتوکسیمپ (Erbitux) و پانیتومپ (آنتی بادی مونوکلونال) در بیماران با سرطان پیشرفته که ژن KRAS در آنها منفی است به کار میرود.

بوازیمپ (Avastin) که یک مونوکلونال آنتی بادی علیه رشد آندوتلیومم عروق (داروی ضد رگ زایی) است در رژیمهای حاوی ایرینوتکان باعث بهبود نتایج درمانی در بیماران شده است.

## مراقبت های پرستاری

### آموزش عوارض شیمی درمانی در کانسر کولون:

در مورد داروی اوستین به بیمار آموزش دهید که از عوارض آن : افزایش فشار خون اختلال در ترمیم زخم احتمال حوادث ترومبوآمبولی است.

به بیمار آموزش دهید که از عوارض داروی سیتوکسی مب اسهال و راشهای آکنه مانند است که میزان بروز راش با اثر بخشی دارو رابطه ی مستقیم دارد.

در مورد داروی اگزالوپلاتین به بیمار آموزش دهید که مهمترین عارضه ی آن نوروپاتی حسی است که با علائم بیحسی انگشتان و احساس سرما در دستها و پاها خود را نمایش میدهد. این عارضه وابسته به دوز دارو و برگشت پذیر میباشد. بیمار بایستی در طی درمان با این دارو از مصرف آب سرد و خوراکیهای سرد خودداری نماید. توجه نمایید این دارو تنها با سرم دکستروز قابل تزریق است.

در مورد داروی ایرینوتکان به بیمار آموزش دهید اسهال و دلپیچه از عوارض این داروست.

در مورد داروی فلئووراسیل آموزش دهید که از عوارض آن موکوزیت و نوتروپنی و در تزریق مداوم سندروم قرمزی در دست و پاها میشود.

### مراقبتهای پرستاری پیش از جراحی:

آمادگی فیزیکی برای جراحی شامل موارد زیر است:

- بیمارانی که در خطر کمبود تغذیه ای شدید قرار دارند باید از حمایت تغذیه ای ۱۰-۱۴ روز پیش از جراحی بزرگ بهره مند شوند.
- استراحت دادن به بیمار قبل از عمل جراحی و تمیز نمودن روده .
- رژیم غذایی پرکالری و پرپروتئین و پرکربوهیدرات و کم باقیمانده چند روز قبل از جراحی.
- رژیم کاملاً مایع ۲۴-۴۸ ساعت قبل از جراحی.



- در روز قبل از جراحی برای کاهش باکتریهای روده از آنتی بیوتیکهای توصیه شده توسط جراح استفاده میشود(معمولا اریترومايسين يا كاناميسين).
- شب قبل از عمل از ملین تنقیه یا شستشوی کولون استفاده میشود.
- اندازه گیری دقیق I&O و تورگور پوست و بررسی غشاهای مخاطی برای کنترل هیدراتاسیون بیمار.
- بیمار NPO میشود و NG جهت کاهش فشار از روی روده ها برای وی برقرار میگردد.
- استفاده از تغذیه ی وریدی در صورت عدم توان مصرف تغذیه ی خوراکی
- **اضطراب ناشی از عدم آگاهی از عمل و هزینه های درمان**

حمایت عاطفی از بیمار و خانواده و دادن اطلاعات مناسب به بیمار در مورد عمل

معرفی بیمار به تیم مددکاری جهت حمایت در هزینه های درمان

پاسخ به سئوالات بیمار در مورد روش عمل و اجازه دادن به بیمار تا درمورد نگرانیهایش صحبت نماید.

آماده سازی بیمار از نظر جسمی برای عمل خصوصا در عملی که استومی دارد ضروری است.بیماری که کلتومی میشود ممکن است دچار تغییراتی در تصویر بدن و شیوه ی زندگی شود.

آموزش محل مناسب برای استومی و مراقبت از آن با استفاده از وسایل و تجهیزات منجر به کاهش ترس بیمار میشود.

### **مراقبتهای پرستاری پس از جراحی:**

عوارض این جراحی شامل موارد زیر است:

نشت محل آناستموز پرولاپس اوستوما پرفوراسیون رتراکسیون اوستوما تراکم مدفوع و تحریک پوست و عوارض تنفسی که همراه با جراحی های شکمی میباشد.وظیفه ی پرستار در کنترل و مراقبت از عوارض به شرح زیر است:

بررسی بیمار از نظر بازگشت حرکات روده ای و اندازه گیری قطر شکم و بررسی صداهای روده که از نشانه های انسداد است.

بررسی بیمار از نظر عفونت(علائم: افزایش حرارت نبض و تنفس و کاهش فشار خون).

خونریزی رکتال نشاندهنده ی خونریزی داخلی است که فوراً باید گزارش شود.

افزایش حرارت و WBC میتواند نشانه ی سپسیس باشد.

پنومونی و آتلکتازی خصوصا در بیماران بالای ۵۰ سال با جراحی شکمی و کسانی که داروی آرامبخش مصرف می کنند و اقامت طولانی در بستر دارند دیده میشود که پیشگیری از آن از طریق تغییر وضعیت هر ساعت اسپرومتری تشویقی و تنفسهای عمیق سرفه و راه افتادن زودتر از بستر صورت میگیرد. در صورتی که بیمار به دلیل درد از تحرک خودداری میکند با تجویز به موقع مسکنهای تجویز شده تشویق به تحرک پس از کاهش درد از وجود عوارض تنفسی جلوگیری گردد.

نشت از محل آناستموز عارضه ای است که با نفخ شکم و سفتی آن و افزایش درجه حرارت بدن خود را نشان میدهد که نیاز به مداخله ی جراحی دارد.

### مراقبت از استومی:

عملکرد استومی ۳-۶ روز پس از جراحی شروع میشود. در کلهستومی عرضی مدفوع نرم است و پوست را تحریک میکند. در کلهستومی نزولی و سیگموئید مدفوع کمی سفت تر است و کمتر پوست را تحریک میکند. مراقبت از پوست محل استوما بسیار اهمیت دارد زیرا وجود هرگونه تحریک پوستی چسباندن کیسه ی استوما را دچار مشکل مینماید.

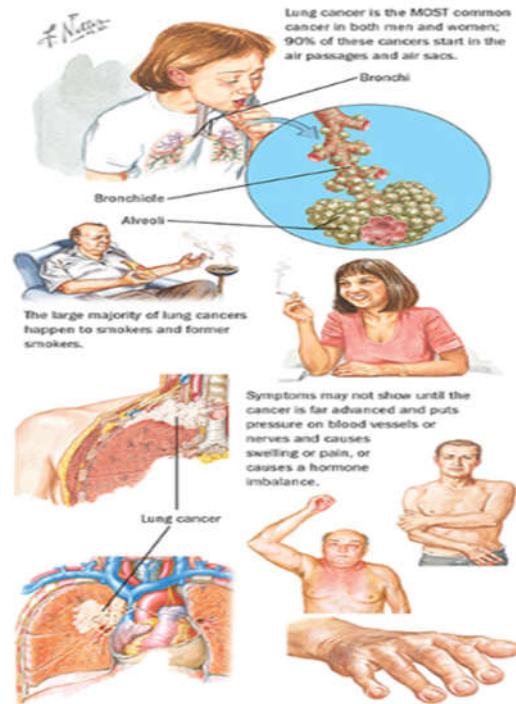
چگونگی تمیز کردن پوست با آب گرم و صابون ملایم را آموزش دهید.

نحوه ی استفاده از محافظ پوست مانند پودر و ژل و خمیر را آموزش دهید.

برای پیشگیری از تحریک پوست سعی کنید در هنگام جدا کردن قسمت چسبناک کیسه از پوست آن را نکشید و به آرامی از پوست جدا کنید.

قبل از چسباندن کیسه پوست را کاملا تمیز و خشک کنید و از سائیدن محل استوما پیشگیری شود.

برای تعیین اندازه ی درست کیسه ی استوما دریچه ی کیسه باید سه دهم سانتیمتر بزرگتر از استوما باشد.



سرطان ریه بیماری انسان مدرن است. این بیماری تا قبل از سال ۱۹۰۰ نادر تلقی میشد به طوری که کمتر از ۴۰۰ مورد آن در مقالات پزشکی توصیف شده بود. مصرف تنباکو علت اصلی کانسر ریه است. مصرف کنندگان سیگار در مقایسه با کسانی که سیگار نکشیده اند حدود ده برابر بیشتر در معرض ابتلا به سرطان ریه هستند. بیشترین شیوع این بیماری بین سنین ۵۵-۶۵ سالگی گزارش شده است. از دیگر ریسک فاکتورهای خطر ساز برای این بدخیمی رادیوتراپی قفسه ی صدری توکسینهای محیطی مانند فلزات سنگین (آرسنیک و نیکل رادون و کروم) مواجهه با آزبست عفونت HIV و فیروز ریه و فاکتورهای ژنتیکی و تغذیه ای است. خویشاوندان درجه ی اول فرد مبتلا به کانسر ریه ۲-۳ برابر بیشتر در معرض ابتلا به کانسر ریه و سایر کانسرها میباشند. تقریباً ۹۵ درصد همه ی بدخیمی های ریه به دو دسته ی **سرطان ریه با سلولهای کوچک\*** (SCLC) و **سرطان ریه با سلولهای غیر کوچک\*\*** (NSCLC) تقسیم بندی میشوند.

Small Cell Lung Cancer\*

Non-Small Cell Lung Cancer\*\*

متاستازهای مغزی خصوصاً در بیماران ریوی با SCLC رایج است.

## علائم

حدود ۵ تا ۱۵ درصد بیماران با کانسر ریه در هنگام تشخیص علامت خاصی ندارند اما بیشتر بیماران علائمی چون سرفه و هموپتزی تنگی نفس خشونت صدا و پنومونی در نواحی مسدود شده دارند.

متاستاز تومور به غدد لنفاوی باعث ایجاد انسداد نای فشار بر روی مری همراه با علائم دیسفاژی فلج اعصاب حنجره و گرفتگی صدا شود. از دیگر مشکلات دست اندازی منطقه ای تومور به سندروم ورید اجوف فوقانی (جز اورژانسه‌های آنکولوژی میباشد) میتوان اشاره داشت که با این علائم همراه است: تنگی نفس و احساس پری در سر و گردن درد و سرفه دیسفاژی. سندروم \*پارائتوپلاستیک در بیماران با سرطان ریه (خصوصا SCLC) شایع است.

\* سندروم پارائتوپلاستیک ناشی از اثر تومور در نواحی دوردست است با علائمی مانند هیپرکلسمی علائم کوشینگ و هیپوناترمی

تزریق داخل رگی **دی فسفات** درمان انتخابی هیپرکلسیمی های بدخیمی است. متاستاز های استخوان در سرطان ریه شایع است.

## تشخیص



در بیماران مشکوک ابتدا رادیوگرافی قفسه ی صدری انجام میشود و برای ارزیابی بیشتر CT اسکن قفسه ی صدری انجام شده و در نهایت بافت مشکوک به کمک برونکوسکوپی فیبراپتیک یا روش بیوپسی سوزنی مورد بررسی هیستوپاتولوژیک قرار گرفته و تشخیص نهایی صورت میگیرد. پس از آن بررسی متاستاز با روشهای رادیولوژیک CT SCAN یا MRI توصیه میشود. دسته بندی سرطان ریه با توجه به محل تومور و توانایی بیمار از جهت تحمل درمانهای ضد تومور انجام میگردد و این دسته بندی مهمترین خط جدا کننده بین بیماران کاندید رزکسیون جراحی و کسانی است که قابل عمل نیستند ولی از شیمی درمانی و پرتو درمانی هر دو سود میبرند.

## درمان

درمان NSCLC در شرایطی که با توجه به Staging تومور بیمار قادر به تحمل جراحی باشد خارج کردن تومور از بافت ریه است. Staging تومور توسط اندازه ی تومور درگیری غدد لنفاوی و انتشار تومور تعیین میشود.

بیمارانی که قادر به تحمل جراحی نمیباشند باید جهت رادیوتراپی اقدام نمایند. بیمارانی که در مرحله ی متاستاز دوردست مراجعه کرده اند پیش آگهی بسیار ضعیفی دارند و بدون درمان بقا آنها حدود ۴-۶ ماه میباشد. در این بیماران نیز از کنترل درد و رادیوتراپی و شیمی درمانی استفاده میشود. در بیمارانی که تومور اولیه شان با علائم اورژانسی و خطری چون انسداد برونشیاال همراه با پنومونی هموپتزی و انسداد ورید اجوف تحتانی و فشردگی ستون فقرات همراه است از رادیوتراپی جهت تسکین علائم استفاده میکنند.

مهمترین عارضه ی جانبی رادیوتراپی به قفسه ی صدری التهاب مری است. همچنین خستگی و پنومونی ناشی از رادیوتراپی که گاهی منجر به فیبروز ریوی میشود نیز وجود دارد.

برای انجام شیمی درمانی برای بیماران با شرایط جسمی مناسب معمولاً از ترکیب دو داروی سیس پلاتین یا کربوپلاتین و دارویی از خانواده ی تاکسانها (تاکسل) جمسیتابین یا یک الکلونید وینکا استفاده میشود. دوسه تاکسول و پمترکس شیمی درمانی خط دوم در بیمارانی است که به خط اول درمانی پاسخ نمیدهند. بواز یومپ نیز دارویی است که در مراحل پیشرفته همراه با داروهای شیمی درمانی چون پکلی تاکسل یا کربوپلاتین در بقا بیماران موثر واقع شده است.

## درمان SCLC :

در واقع SCLC یک کانسر حساس به شیمی درمانی است و بیماران در مراحل ابتدایی و محدود میزان بالایی از پاسخ دهی را تجربه میکنند. شایعترین ترکیب شیمی درمانی مورد استفاده ترکیب اتوپوزاید و سیس پلاتین

است که هر سه هفته برای ۴ تا ۶ دوره تجویز میگردد. رادیوتراپی قفسه ی صدری با بهبود قابل قبولی در بقا طولانی مدت بیماران در مراحل اولیه و محدود SCLC همراه است. رژیم تسکینی رادیوتراپی در درمان بیماران پیشرفته جایگاه مناسبی دارد و رادیوتراپی مغز باعث کاهش علائم و نشانه های متاستاز مغزی میشود. رادیوتراپی تسکینی با تکنیک آسانی تجویز میشود که اجازه میدهد مواد تجویز شده در همان روز تحویل گردد. ضایعه از طرف جلو و عقب با عوامل درمانی مواجه میگردد و کل بافت به صورت پیوسته تحت تاثیر اشعه قرار میگیرد. عوارض جانبی که در طی درمان حاصل میشود از چند روز تا یک هفته یا دو هفته طول میکشد.

جراحی در مراحل اولیه و بدون درگیری غدد لنفاوی مدیاستن می تواند مفید باشد که بعد از آن شیمی درمانی و رادیوتراپی مغز نیز مورد نیاز است.

## مراقبتهای پرستاری

### • کنترل مشکلات تنفسی

روشهای باز نگه داشتن راه هوایی از طریق تخلیه ی ترشحات تمرینات تنفس عمیق فیزیوتراپی قفسه ی صدری سرفه ی مستقیم ساکشن و در برخی موارد برونکوسکوپی حاصل میشوند.

داروهای برونکودیلاتور با نظر پزشک به منظور گشاد کردن برونشها استفاده میشود.

در بعضی مراحل به بیمار اکسیژن داده میشود.

تشویق بیمار برای قرار گرفتن در پوزیشنی که اتساع ریه را افزایش می دهد.

### • کاهش خستگی

خستگی از مشکلاتی است که در کیفیت زندگی بیمار موثر است. بخش مهم مراقبت از بیمار سرطانی حمایت از وی و شناسایی منابع بلقوه ی حمایتی برای بیمار و خانواده اش است. شایعترین عارضه در پرتو درمانی بیماران حالت سستی و بی حالی است. حالت جمود و سندرومی به نام شبه آنفولانزا در دوره های کوتاه چند ساعته پس از پرتو درمانی ممکن است رخ دهد.

### • درمان عوارض جانبی پرتو درمانی

آموزش دهید بیمار در طول درمان حمام روزانه داشته باشد. کرمهای آبی با مصرف دو بار در روز و با نظر پزشک میتواند التهابات پوستی را بهبود بخشد.

با نظر پزشک مایعات آنتی اسید را ۳۰ دقیقه قبل از مصرف غذا به بیمار بدهید.

## مراقبت‌های پرستاری در کموتراپی کانسر ریه:

در مورد داروی جمسیتابین توجه به عملکرد کبد و کلیه ضروری است.  
دارو حتما با سرم نرمال سالین رقیق و در طی نیم ساعت انفوزیون گردد.  
در طی تزریق بیمار را از نظر برونکواسپاسم و تنگی نفس کنترل نمایید.

## مراقبت‌های پرستاری قبل از جراحی در کانسر ریه:

### • کاهش اضطراب بیمار

آموزش به بیمار و دادن آگاهی در مورد احتمال وجود لوله ی قفسه ی صدری پس از عمل  
دادن آگاهی به بیمار در مورد احتمال نیاز به اکسیژن پس از عمل جراحی  
آشنا کردن بیمار با فیزیوتراپی قفسه ی صدری و تمرینات تنفسی بعد از جراحی  
دادن فرصتی به بیمار تا سئوالهایش را بپرسد و احساسات و ترسهایش را بیان نماید.  
تکنیک سرفه ی موثر را با حمایت از برشهای جراحی به بیمار آموزش دهید.  
دم عمیق به وسیله ی دیافراگم انجام دهید و سپس با تمام قدرت سعی کنید هوا را از ریه و مقابل دستانتان  
خارج کنید.

## مراقبت‌های پرستاری بعد از جراحی:

از عوارض بعد از جراحی ریه میتوان به آتلکتازی و خونریزی داخلی و عفونت اشاره داشت.

۱. کنترل علائم حیاتی و اکسیژن خون بیمار. وجود سیانوز تنگی نفس و درد حاد قفسه ی صدری نشاندهنده ی آتلکتازی است که باید فوراً گزارش شود.
۲. افزایش WBC و درجه ی حرارت را گزارش دهید (عفونت).
۳. رنگ پریدگی و افزایش ضربان قلب مشخصه ی خونریزی است که باید گزارش شود.
۴. کنترل مایعات دریافتی بیمار تا از ادم ریوی پیشگیری شود.
۵. دادن پوزیشن ۳۰-۴۵ درجه برای بهبود اتساع ریوی.

۶. بیمار را بعد از عمل پنومونکتومی هر یک ساعت روی محل جراحی قرار دهید و دائم روی قسمت سالم نباشد.
۷. بیماری که لوبکتومی شده است روی هر دو طرف قرار گیرد.
۸. بیماری که رزکسیون سگمانتال شده است تا زمانی که جراح دستور نداده است نباید روی محل عمل قرار گیرد.
۹. کنترل درد بیمار جهت خروج زودهنگام بیمار از تخت.

#### مراقبت از Chest Tube در بیمار:

- اتصال لوله به پوست بیمار را بررسی کرده و از باز بودن آن اطمینان حاصل کنید.
- حرکت رفت و برگشت مایع در لوله که با تنفس بیمار ارتباط دارد بررسی گردد.
- چست تیوب در داخل باتل تا زیر خط مایع استریل قرار داشته باشد.
- ترشحات از نظر میزان در ۲۴ ساعت و رنگ آن ثبت گردد.
- باتل پایین تر از سطح بدن بیمار باشد و در صورت بلند کردن آن باید لوله کلامپ گردد.
- از کشیدن و جابجایی بیش از حد لوله خودداری گردد



## منابع

- ۱- برونر و سودارث ، ۲۰۱۸ ، پرستاری داخلی جراحی ،-نشر سالمی-ترجمه : مرضیه شبان
- ۲- حیدری ، بهروز - خلیلی ، حسین - مقدس ، آزاده .۱۳۹۴. دارو درمانی بیماریهای خون و سرطان- انتشارات ارجمند.
- ۳- داودی، سید حسین . ۱۳۹۵. رژیم درمانی در سرطان - انتشارات محسن.
- ۴- خادم ، رامین. ۱۳۹۶ . داروهای ژنریک ایران.
- ۵- طب داخلی هاریسون ، بیماریهای آنکولوژی ۲۰۱۸-ترجمه:دکتر نیلوفر جوهری - دکتر مریم سلیمانی شکوه.

Elsevier Patient Education © 2020 Elsevier Inc. Last revised: May 26, 2020-۶

- ۷- محمدیان ، مهشید. ۱۳۹۵.مجموع جامع سرطان- سرطان ریه.