

ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ

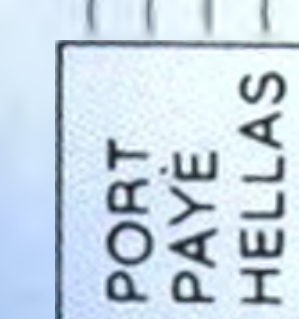
VEMA OF ASKLIPIOS

OCTOBER-DECEMBER 2002 VOLUME 1 No 4

QUARTERLY EDITION BY THE 1st NURSING DEPARTMENT
OF ATHENS TECHNOLOGICAL EDUCATIONAL INSTITUTION

Ανακουφιστική φροντίδα σε παιδιά με καρκίνο
Ανακουφιστική φροντίδα σε ναυτία και έμετο
Διασχιστική (ψυχογενής) αμνησία
Η πορεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα
Εφαρμογή πρωτοκόλλου για την αντιμετώπιση
των κατακλίσεων
Κακόηθες μελάνωμα στομάχου

Palliative care for children
Palliative care in nausea and vomiting
Dissociative (psychogenic) amnesia
The course of the National Health System in Greece
The implementation of nursing protocol
for the management of pressure
Malignant melanoma of stomach



ΕΝΤΥΠΟ ΚΛΕΙΣΤΟ ΑΡ. ΑΔΕΙΑΣ 1459/99

ΒΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΕΚΔΟΣΕΙΣ

Κατεχάκη & Αδριανείου 3 - 115 25 ΑΘΗΝΑ

Περιεχόμενα**Από τη σύνταξη** 163**Ανασκοπήσεις****Ανακουφιστική φροντίδα σε παιδιά με καρκίνο.**
Α. Αυγέρης 164**Ανακουφιστική φροντίδα σε ναυτία και έμετο σε ασθενείς με νεοπλασματική νόσο.** Ε. Θεοδοσοπούλου, Ζ. Τσαμπαλάκη 169**Διασχιστική (ψυχογενής) αμνησία. Κλινική περιγραφή, επιδημιολογία, αιτιολογικές υποθέσεις, διαγνωστικές-θεραπευτικές προσεγγίσεις.** Ν. Μόσχος 178**Η πορεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα από το 19ο αιώνα μέχρι σήμερα και η ανάγκη ριζικών θεσμικών αλλαγών στη δομή και το ρόλο του.** Ε. Λαχανά, Σ. Κοτρώτσιου 186**Ερευνητική εργασία****Αποτελέσματα εφαρμογής νοσηλευτικού πρωτοκόλλου για την αντιμετώπιση των κατακλίσεων στο 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας.** Σ. Διαμάντη, Σ. Μποζώνη, Ε. Αποστολίδη, Α. Σαρπούλου, Ε. Αναστασοπούλου, Μ. Ανδριακοπούλου 194**Ενδιαφέρουσα περίπτωση****Κακόηθες μελάνωμα στομάχου. Παρουσίαση περιστατικού με άγνωστη πρωτοπαθή εστία.** Θ.Γ. Οικονόμου, Δ. Τσούτσος, Κ. Φραγκιά, Ε. Γκόγκα, Σ. Παπαδόπουλος, Β. Γεωργούντζος, Ι. Ιωάννοβιτς 201**Περιεχόμενα τόμου 1** 204**Οδηγίες για τους συγγραφείς** 207**Contents****From the editors** 163**Reviews****Palliative care in children with cancer**
A. Avgeris 164**Palliative care of nausea and vomiting in patients with cancer.** E. Theodosopoulou, Z. Tsabalaki 169**Dissociative (psychogenic) amnesia. Clinical description, epidemiology, etiological hypotheses, diagnostical-therapeutical approaches.** N. Moschos 178**The course of the National Health System in Greece from the 19th century until today and the necessity for radical statutorial modifications in this structure and its role.** E. Lachana, S. Kotrotsiou 186**Original paper****The outcomes of implementation of nursing protocol for pressure ulcers management in 251 Hellenic Air Force hospital.** S. Diamanti, S. Bozoni, E. Apostolidi, A. Saropoulou, E. Anastasopoulou, M. Andriakopoulou 194**Case report****Malignant melanoma of the stomach. Report of a case presenting with unknown primary lesion.** T.G. Iconomou, D. Tsoutsos, K. Frangia, H. Gogas, S. Papadopoulos, V. Georgountzos, J. Ioannovich 201**Contents of volume 1** 204**Instructions to authors** 207

Ανακουφιστική φροντίδα σε παιδιά με καρκίνο

Α. Αυγέρης

Νοσηλεύτης ΠΕ

Λέξεις κλειδιά: Ανακουφιστική φροντίδα, ποιότητα ζωής, παιδί

Key words: Palliative care, quality of life, children

Περίληψη Η ανακουφιστική φροντίδα στα παιδιά σχετίζεται με τη φυσική, ψυχοκοινωνική και πνευματική φροντίδα παιδιών με προχωρημένη νόσο. Σκοπός της είναι να εξασφαλίσει την καλύτερη δυνατή ποιότητα ζωής παρέχοντας ολιστική φροντίδα σε κάθε στάδιο της νόσου. Υπάρχει διεθνώς μια αυξημένη ανάγκη να ενσωματωθεί η ανακουφιστική φροντίδα στην νοσηλεία παιδιών με καρκίνο. Αυτό αποδεικνύεται και με την πρόσφατη δημοσίευση άρθρου από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ) με τίτλο "Pain relief and palliative care for children with cancer" που στην ουσία υποστηρίζει τις αρχές αντιμετώπισης του πόνου και την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στη νοσηλεία όλων των καρκινοπαθών παιδιών ανεξαρτήτου γεωγραφικής τοποθεσίας. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες πολλὰ παιδιά με καρκίνο είχαν την εμπειρία σημαντικής ψυχικής και φυσικής καταπόνησης κατά τη διάρκεια του τελευταίου μήνα της ζωής τους. Οι προσπάθειες των γονιών τους να τα ανακουφίσουν, δεν μπόρεσαν να ικανοποιήσουν στο ελάχιστο τις προσδοκίες τους.

Abstract Palliative care in children with cancer. A. Avgeris. Rn, University of Athens, Nursing Department, Athens, Greece. *Vema of Asklepios* 2002, 1(4):164-168. **Palliative care for children emphasizes on physical, psychosocial and spiritual care. It aims to improve quality of life for patients by providing holistic care and for them and their families during illness and bereavement. There is an increasing need for pediatric health care providers who should be able to effectively cure or control health care problems of children with cancer. This need comes out from the recent publication of the World Health Organization (WHO) article "Pain Relief and Palliative care for children with cancer". It suggests that the principles of pain and palliative care should be the major part of the care of any child with cancer. According to a recent survey many children have experienced physical and spiritual suffering during the last month of their life. Parents wanted to be actively involved in order to help but they reported that their children had unrelieved pain and distressing symptoms.**

Ιστορική προσέγγιση

Η προέλευση του σύγχρονου κινήματος των "hospice" (ξενώνας) ανευρίσκεται στην Αγγλία στα μέσα της δεκαετίας του '60. Η ίδρυση του πρώτου ξενώνα στο Λονδίνο το 1967 από την Cicely Saunders (νοσηλεύτρια με σπουδές και στην ιατρική) προκάλεσε μεγάλο ενδιαφέρον σε πολλές χώρες. Δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην οργανωτική υποστήριξη του ξενώνα.

Στα τέλη του 1970 άρχισε η επαγγελματική οργάνωση των ξενώνων η οποία είχε ως αποτέλεσμα τη δημι-

ουργία του Εθνικού Οργανισμού Ξενώνων στην Αγγλία (National Hospice Organization). Ο θεσμός αυτός θεμελιώθηκε με την βοήθεια νοσηλευτών και εθελοντών.¹

Το 1982 θεσμοθετήθηκε με απόφαση του Κογκρέσου ένα επίδομα περίθαλψης σε ξενώνα (Medicare Hospice Benefit, MHB) το οποίο ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες της συντριπτικής πλειοψηφίας των πολιτών των ΗΠΑ όπως αυτή καταγράφηκε σε δημοσκοπήσεις με θέμα «πεθαίνοντας στο σπίτι σε οικείο περιβάλλον».

Με βάση την εικοσαετή αυτή εμπειρία και σύμφωνα με μελέτη των στοιχείων ο θεσμός των "hospice" διαδραμάτισε καθοριστικό ρόλο στην βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών πετυχαίνοντας παράλληλα την καλύτερη δυνατή σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας.²

Η πρόκληση για τους πολιτικούς αυτή τη στιγμή είναι η επέκταση του θεσμού ώστε να καλύπτει κάθε πολίτη που αντιμετωπίζει ασθένεια τελικού σταδίου.

Υπάρχει ποικιλία προσφερόμενων υπηρεσιών από επαγγελματίες υγείας όπως γιατρούς, νοσηλευτές, κοινωνικούς λειτουργούς, διαιτολόγους, λογοθεραπευτές, ψυχολόγους καθώς και εθελοντές.

Ανακουφιστική φροντίδα και hospice

Σύμφωνα με τον ορισμό του ΠΟΥ, ο όρος ανακουφιστική φροντίδα περιλαμβάνει το σύνολο των καταπραϋντικών και υποστηρικτικών υπηρεσιών που προσφέρονται σε ασθενείς τελικού σταδίου με στόχο τη φυσική, ψυχολογική, κοινωνική και πνευματική τους φροντίδα. Επίσης, περιλαμβάνει την ψυχολογική και κοινωνική στήριξη της οικογένειας του ασθενούς με στόχο να τη βοηθήσει να αναπτύξει στρατηγικές αντιμετώπισης του προβλήματος. Ο συντονισμός της περίθαλψης των ασθενών γίνεται από ομάδες γιατρών, νοσηλευτών, κοινωνικών λειτουργών και ομάδες εθελοντών.

Ο όρος hospice (ξενώνας) σημαίνει σύστημα φροντίδας για τον ασθενή τελικού σταδίου και εφαρμόζεται σε κατάλληλα διαμορφωμένες εγκαταστάσεις. Επίσης, ο όρος αναφέρεται: (α) σε μια φιλοσοφία που διέπει τη φροντίδα στο τελικό στάδιο της ζωής και (β) σε ένα οργανωμένο σύστημα υπηρεσιών που έχει στόχο την εφαρμογή των αρχών αυτής της φιλοσοφίας. Στόχος της είναι, όχι να αναβάλει το θάνατο, αλλά, να διασφαλίσει μια καλύτερη ποιότητα ζωής. Πιο συγκεκριμένα, η φιλοσοφία επικεντρώνεται στην ολιστική φροντίδα με ψυχολογική κοινωνική και πνευματική υποστήριξη για τους ασθενείς αλλά και την οικογένεια τόσο κατά τη διάρκεια της νόσου όσο και μετά την απώλεια του αρρώστου. Στόχος δεν είναι η θεραπεία αλλά η καταπραϋντική αγωγή. Όλες οι παρεμβάσεις αποσκοπούν στην ανακούφιση του πόνου, στον καλό θάνατο και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.¹

Στην Ευρώπη, η πλειοψηφία των υπηρεσιών σε ασθενείς με ανακουφιστική φροντίδα πραγματοποιείται κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στον ξενώνα. Στην Αμερική, όμως, ο ΜΗΒ δεν επιτρέπει την παραμονή των ασθενών στον ξενώνα για διάστημα μεγαλύτερο του 20% του συνολικού χρόνου παρεχόμενης φροντίδας. Στην πραγματικότητα, το 2000 σύμφωνα με στοιχεία του National hospice and palliative care organization (NHPCO) το 97% της συνολικής διάρκειας ο ασθενής λάμβανε περίθαλψη στο χώρο κατοικίας.²

Σύμφωνα με στοιχεία του NHPCO, η μέση διάρκεια της παρεχόμενης νοσηλείας έχει ως εξής:

1992	64 ημέρες
1995	61 ημέρες
1998	51 ημέρες
1999	48 ημέρες

Βελτίωση της ποιότητας ζωής του αρρώστου

Η εξασφάλιση ενός «φυσιολογικού ρυθμού ζωής» παρέχει στον ασθενή μια αίσθηση ασφάλειας ιδιαίτερα όταν συνοδεύεται από ποιότητα ζωής.

Όταν ο ασθενής πονά και υποφέρει αυξάνεται το άγχος και η κατάθλιψή του. Επιπλέον, αυξάνεται η δυσφορία και η αδυναμία του. Άρα, το προσωπικό υγείας πρέπει να έχει σημαντικό ρόλο στον εντοπισμό παραγόντων που ενισχύουν τη δυσφορία του αρρώστου. Επίσης εφαρμόζει πρωτόκολλα φροντίδας που βοηθούν στην ανακούφιση από τα συμπτώματα όπως, μουσική χαλάρωση, βιοανάδραση (biofeedback), ύπνωση ή ακόμη και ψυχολογική υποστήριξη από ειδικό.¹

Πρωταρχικό ρόλο στην ανακούφιση του πόνου και την μείωση της δυσφορίας έχει η φαρμακευτική αγωγή. Έρευνες έδειξαν ότι η ενεργός συμμετοχή των ασθενών στην αντιμετώπιση του προβλήματος, η ενημέρωσή τους για τη χορηγούμενη φαρμακευτική αγωγή αλλά και η δυνατότητα συμμετοχής στη λήψη αποφάσεων, συνέβαλαν θετικά στην εξέλιξη της νόσου.

Επιπρόσθετα η αποτελεσματική επικοινωνία με τους συγγενείς, η ποιοτική στήριξη που παρέχουν καθώς και η ικανότητα του αρρώστου να συμμετέχει σε κοινωνικές δραστηριότητες αναλαμβάνοντας ρόλους και ευθύνες, συμβάλουν θετικά στην ποιότητα της ζωής τους.

Ψυχοκοινωνικά θέματα και φροντίδα για το παιδί που πεθαίνει

Η ανησυχία για το θάνατο και η αντίληψη του παιδιού

Η ανησυχία για το θάνατο είναι ίσως το κεντρικό συναισθηματικό πρόβλημα κάθε σοβαρά άρρωστου παιδιού.³ Είναι προφανές ότι τα περισσότερα παιδιά με ανίατες ασθένειες αντιλαμβάνονται τη σοβαρότητα της νόσου. Αυτή η άποψη φαίνεται να επικρατεί παγκοσμίως αν κρίνουμε από το γεγονός ότι παιδιά από διαφορετικούς πολιτισμούς έχουν την ικανότητα να αντιδιαστέλλουν μια δυνητικά μοιραία ασθένεια από μια χρόνια μη θανατηφόρα ασθένεια. Η κατανόηση του θανάτου από το παιδί σχετίζεται με την ηλικία. Μετά το πέμπτο έτος τα παιδιά καταλαβαίνουν το αμετάκλητο της νόσου.⁴

Επικοινωνία με το παιδί που πεθαίνει

Η συζήτηση γύρω από το θάνατο αποτελεί ταμπού σε διάφορους πολιτισμούς, επομένως, οι οικογένειες και το προσωπικό θα είναι υπερπροστατευτικοί είτε θα αποφύγουν την αλήθεια σε μια προσπάθεια να αποτρέψουν τη δημιουργία δυσάρεστης ατμόσφαιρας. Όμως, πιστεύεται ότι η ανοιχτή επικοινωνία με τα παιδιά βοηθά στο να μειωθεί η απομόνωση και η ανησυχία που νιώθουν.² Η

μετάβαση από τη ζωή στο θάνατο θα είναι πιο «εύκολη» αν, μετά από συζήτηση, η επικοινωνία με το παιδί του δώσει τη δυνατότητα να εκφράσει τις φαντασιώσεις του, τις σκέψεις και τους φόβους του σε ότι έχει σχέση με την ίδια την αρρώστια και την πορεία της.

Οι γονείς και η παροχή φροντίδας προς το παιδί

Πολλοί γονείς βιώνουν θυμό και φόβο κατά τη διάρκεια της τελικής φάσης της ζωής του παιδιού τους. Η πιθανή συμπεριφορά των γονιών στον επικείμενο θάνατο ποικίλει και συμπεριλαμβάνει άρνηση, θυμό, κατάθλιψη και τέλος αποδοχή.⁵ Πολύ πιθανόν να χρειαστούν συναισθηματική συμπαράσταση κατά τη διάρκεια προετοιμασίας του παιδιού για το θάνατο. Ακόμη χρειάζονται παροχή πληροφοριών σχετικά με την ανακούφιση του παιδιού.

Η αμερόληπτη παροχή πληροφοριών αναφορικά με τη διάγνωση του παιδιού με ανίατη ασθένεια είναι ένα σημαντικό γεγονός στο οποίο δεν δίνεται πολλές φορές η δέουσα σημασία. Οι γονείς εκτιμούν μια ανοιχτή, ευθεία και χωρίς περιστροφές συζήτηση όσον αφορά τη διάγνωση. Η επικοινωνία-ενημέρωση είναι καλό να γίνεται σε ήσυχο χώρο και να υπάρχει επάρκεια χρόνου ώστε να αποσαφηνιστούν οι όποιες τυχόν απορίες των γονιών.

Κατ' οίκον νοσηλεία

Πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι η κατ' οίκον φροντίδα είναι εφικτή αν η οικογένεια έχει τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσει τον κατάλληλο εξοπλισμό.

Τα πλεονεκτήματα της κατ' οίκον φροντίδας περιλαμβάνουν:

- Την επιθυμία του ίδιου του παιδιού να είναι σπίτι
- Την αντίληψη των γονιών ότι το παιδί θα είναι πιο χαρούμενο
- Την ευκολότερη πρόσβαση σε γονείς και φίλους
- Την απεξάρτηση από τις αρνητικές πλευρές της νοσοκομειακής ζωής
- Τη μικρότερη διατάραξη της οικογενειακής ζωής
- Τη δυνατότητα επιλογής των τροφικών προτιμήσεων του παιδιού.

Η κατ' οίκον ανακουφιστική φροντίδα θεωρήθηκε ως θετική από τους περισσότερους γονείς και επέτρεψε σε όλη την οικογένεια να λάβει ενεργό μέρος.⁶

Το πιο αρνητικό γεγονός, σύμφωνα με τους γονείς, ήταν να βλέπουν το παιδί τους να πεθαίνει. Ακόμη, τα 2/3 των γονιών ανέφεραν δυσκολία κατά τη διάρκεια της νύχτας. Επίσης υπάρχουν φόβοι των γονιών όσον αφορά την ώρα του θανάτου και αγωνία για το αν θα αντεπεξέλθουν συναισθηματικά.

Οι ευθύνες του νοσηλευτή, η παρεχόμενη φροντίδα στα αδέρφια και η αβεβαιότητα στην επιλογή πρωτοκόλλου κατά το θάνατο ήταν, επίσης, πρόσθετες δυσκολίες.

Η μέση διάρκεια της προσφερόμενης ανακουφιστικής φροντίδας ήταν 46 μέρες και οι υπηρεσίες ήταν 24ώρου βάσεως.⁵ Οι επιστήμονες υγείας που εργάζονται στην παιδιατρική ανακουφιστική φροντίδα πρέπει να είναι ικανοί να βοηθήσουν τις οικογένειες που έχουν φόβους και βιώνουν μοναξιά και απομόνωση.

Απώλεια συγγενικού προσώπου—Γονική θλίψη

Ο θάνατος του παιδιού θεωρείται ως ένα από τα πιο στρεσογόνα γεγονότα στη ζωή του ανθρώπου. Η θλίψη των γονιών είναι έντονη και διαρκεί περισσότερο απ' ό,τι εκείνη που συνοδεύει την απώλεια κάποιου άλλου μέλους της οικογένειας (π.χ. θάνατος συζύγου). Αναφέρθηκε ότι σε ποσοστό 50% παρουσιάζεται συναισθηματική διαταραχή σε τουλάχιστον ένα από τα μέλη της οικογένειας.⁷ Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι η γονική θλίψη μπορεί να παραμείνει αρκετά έντονη για τουλάχιστον 4 χρόνια. Σε αυτή την περίπτωση χρειάζεται υποστήριξη από ειδικό σύμβουλο.⁸

Η εναπομένουσα ενοχή αποτελεί «δύσκολο κομμάτι» για τους γονείς. Η αυτοκατηγορία και η κοινωνική απόσυρση είναι συνήθεις αντιδράσεις των γονιών.

Οι αρχικές αντιδράσεις των παιδιών διακρίνονται σε καταστάσεις shock και αδιαφορίας. Όσο και αν είναι προετοιμασμένα για το αναπόφευκτο γεγονός το shock είναι η κύρια αντίδραση. Όταν τα παιδιά πληροφορούνται το θάνατο είναι ανήσυχα και ακολουθούν δικές τους στρατηγικές αντιμετώπισης π.χ. παίζουν ποδόσφαιρο.⁹

Φάρμακα και ανακουφιστική φροντίδα

Ανακούφιση πόνου

Η χορήγηση αναλγητικών σε παιδιά με καρκίνο γίνεται με βάση την κλίμακα του ΠΟΥ. Η επιλογή αναλγητικού γίνεται βάσει της αξιολόγησης της σοβαρότητας του πόνου και ποικίλει από ακεταμινοφαίνη και μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη (ΜΣΑ) για ήπιο πόνο και σε οπιοειδή για μέτριο έως έντονο πόνο. Η επιλογή των αναλγητικών γίνεται με κριτήριο την καταλληλότερη ισορροπία ανάμεσα στην αναλγησία και τις λιγότερες παρενέργειες.

Αναλγητικά

Η ακεταμινοφαίνη χορηγείται για ήπιο πόνο και πλεονεκτεί γιατί δεν έχει τις παρενέργειες της γαστρίτιδας και της δυσλειτουργίας των αιμοπεταλίων. Σε θεραπευτικές δόσεις δεν υπάρχει κίνδυνος για σύνδρομο Reye, ηπατική και νεφρική βλάβη.¹⁰ Συνιστάται per os χορή-

γηση 15 mg/kgr κάθε 4 ώρες με μέγιστη επιτρεπόμενη ποσότητα τα 90 mg/kg/ημέρα για μεγάλες ηλικίες και τα 60 mg/kg/ημέρα για πιο μικρά παιδιά. Δεν υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με την ασφάλεια μακροχρόνιας χορήγησης του φαρμάκου. Σε επιλεγμένα παιδιά με επαρκή αριθμό αιμοπεταλίων, τα ΜΣΑ μπορεί να χορηγηθούν είτε μόνα τους είτε σε συνδυασμό με οποιοδήποτε. Τα σαλικυλικά και τα ΜΣΑ αντενδείκνυνται σε θρομβοπενικούς παιδιατρικούς ασθενείς με όγκο λόγω πιθανής αιμορραγίας.

Αναλγητικά για μετρίου βαθμού πόνο

Η κωδεΐνη είναι ένα αλκαλοειδές παράγωγο της μορφίνης και χορηγείται σε ασθενείς με μέτριο πόνο. Χορηγείται per os και συχνά σε συνδυασμό με την ακεταμινοφαΐνη. Σε ισομερείς ποσότητες η κωδεΐνη έχει την ίδια δράση με την μορφίνη. Σε παιδιά >6 μηνών η κωδεΐνη χορηγείται per os σε δόση 0,5–1 mg/kgr κάθε 4 ώρες.

Αναλγητικά για «άκαμπτο», σοβαρό πόνο

Οπιοειδή:

Μορφίνη: Η μορφίνη είναι το πιο ευρέως διαδεδομένο οπιοειδές φάρμακο. Ο κύριος ηπατικός μεταβολίτης της μορφίνης, η μορφίνη 6-γλυκονουρίδη, μπορεί να αυξηθεί και να προκαλέσει την εμφάνιση ανεπιθύμητων ενεργειών σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Μια πρόσφατη έρευνα έδειξε ότι όταν χορηγούμε ισομερείς ποσότητες μορφίνης, τα πιο μικρά παιδιά έχουν σημαντικά χαμηλότερο ποσοστό μορφίνης στο πλάσμα, πράγμα που σημαίνει ότι την μεταβολίζουν πιο γρήγορα.¹¹ Η συνιστώμενη per os χορήγηση είναι 1,5–2 mg/kg/ημέρα. Σημαντικός μεταβολισμός πρώτης διόδου γίνεται στο ήπαρ. Ο χρόνος ημισείας ζωής ποικίλλει από 10–20 ώρες για τα βρέφη, ενώ για μεγαλύτερα παιδιά κυμαίνεται μεταξύ 1–2 ωρών. Οι δόσεις στα βρέφη πρέπει να είναι κατά 25–30% μειωμένες. Η ενδοφλέβια έγχυση μορφίνης κυμαίνεται από 0,02–0,03 mg/kgr την ώρα για βρέφη >3 μηνών και σε 0,015 mg/kgr την ώρα για βρέφη <3 μηνών. Ακόμη, υπάρχουν δισκία μορφίνης που χορηγούνται per os σε παιδιά 2–3 φορές την ημέρα. Το δάγκωμα των δισκίων προκαλεί άμεση απελευθέρωση μορφίνης, περιορίζοντας όμως τη χρήση αυτών για παιδιά που δεν μπορούν να μασήσουν ή να καταπιούν.

Οξυκωδώνη: Η οξυκωδώνη είναι ένα ημισυνθετικό οπιοειδές και χρησιμοποιείται ως εναλλακτικό της μορφίνης. Είναι μακράς διάρκειας και χορηγείται per os. Η οξυκωδώνη έχει μεγαλύτερο εύρος τιμών ανάμεσα στη θεραπευτική και τοξική δόση. Ακόμη, έχει μικρότερο χρόνο ημισείας ζωής στα παιδιά απ' ό,τι στους ενήλικες.¹²

Υδρομορφίνη: Χρησιμοποιείται εναλλακτικά όταν η κλιμάκωση της δόσης της μορφίνης επιφέρει παρενέρ-

γειες. Χορηγείται per os, ενδοφλέβια και υποδόρια. Είναι καλά ανεκτή από τον ανθρώπινο οργανισμό. Μελέτη έδειξε ότι η ενδοφλέβια χορήγηση είναι 5–8 φορές πιο δραστική από τη μορφίνη. Εξαιτίας της δραστικότητας και της υψηλής υδατοδιαλυτότητας η υδρομορφίνη μπορεί να χορηγείται υποδόρια.

Φαιντανύλη: Συνθετικό οπιοειδές 50–100 φορές πιο δραστικό από τη μορφίνη όταν χορηγείται ενδοφλεβίως. Η χρονική διάρκεια δράσης του φαρμάκου κατά την ενδοφλέβια χορήγηση είναι μικρότερη από την αντίστοιχη της μορφίνης. Αυτό το χαρακτηριστικό μαζί με το μικρό χρόνο έναρξης καθιστά την φαιντανύλη σημαντική για ασθενείς για τους οποίους είναι απαραίτητη η μικρή χρονική διάρκεια δράσης και ο σύντομος χρόνος έναρξης.¹³

Μεπεριδίνη: Συνθετικό οπιοειδές με μικρό χρόνο ημισείας ζωής. Χρησιμοποιείται για ανακούφιση μετεγχειρητικού πόνου σε παιδιά. Τα νεογνά αποβάλλουν την μεπεριδίνη πιο αργά απ' ό,τι τα πιο μεγάλα παιδιά. Η νορμπεριδίνη, κύριος ηπατικός μεταβολίτης, μπορεί να προκαλέσει παρενέργειες στο ΚΝΣ όπως τρέμουλο και σπασμούς, ειδικά σε ασθενείς με νεφρική ανεπάρκεια. Η μεπεριδίνη χορηγούμενη σε μικρές ποσότητες ενδοφλεβίως (0,25–0,50 mg/kg) και σε συνδυασμό με την αμφοτερικίνη, έχει καλύτερα αποτελέσματα.

Μεθαδόνη: Συνθετικό οπιοειδές με μεγάλο χρόνο ημισείας ζωής. Η αναλογία per os παρεντερικής χορήγησης όσον αφορά τη δραστικότητα του φαρμάκου είναι 2/1. Σε παιδιά που χορηγούνται αναλγητικά μετεγχειρητικά η μεθαδόνη έχει τα ίδια ισχύος αποτελέσματα με τη μορφίνη αλλά δρα για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Εξαιτίας του μεγάλου χρόνου ημισείας ζωής η χορήγηση μεθαδόνης εμπεριέχει τον κίνδυνο νάρκωσης. Γι' αυτό η συχνή αποτίμηση των ασθενών είναι το κλειδί για την ασφαλή και αποτελεσματική χορήγηση μεθαδόνης.

Μέθοδοι χορήγησης αναλγητικών

Τα αναλγητικά πρέπει να χορηγούνται με τον πιο απλό, πιο ασφαλή, πιο αποτελεσματικό και λιγότερο δαπανηρό τρόπο. Η per os χορήγηση αποτελεί την πρώτη επιλογή, είναι προβλέψιμη, φθηνή και ανώδυνη για τον ασθενή. Η ενδομυϊκή χορήγηση είναι επώδυνη και ενίοτε είναι δύσκολος και ο υπολογισμός της δόσης γι' αυτό πρέπει να αποφεύγεται. Η από του ορθού χορήγηση πρέπει να αποθαρρύνεται λόγω της αμφισβητούμενης απορρόφησης.¹⁴ Η ενδοφλέβια χορήγηση οπιοειδών έχει το πλεονέκτημα της γρήγορης έναρξης της δράσης του φαρμάκου, του εύκολου υπολογισμού της δόσης και της συνεχούς χορήγησης όταν αυτό είναι αναγκαίο. Η υποδόρια χορήγηση αποτελεί εναλλακτική μέθοδο για παιδιά που είναι δύσκολη η εύρεση φλέβας. Η υποδόρια έγχυση δεν πρέπει να υπερβαίνει τα 1 με 3 mL την ώρα.¹⁵ Ένας μικρός καθετήρας τοποθετεί-

ται στο θώρακα την κοιλιά ή τον μηρό. Το σημείο έγχυσης πρέπει να αλλάζει κάθε 3 ημέρες περίπου.

Επικουρικά αναλγητικά

Αγχολυτικά

Δεδομένα από έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε ενήλικες έδειξε ότι τα αγχολυτικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βοηθητικά αναλγητικά σε παιδιά. Τα τρικυκλικά αγχολυτικά χρησιμοποιούνται για ποικίλες περιπτώσεις πόνου.¹⁶

Ψυχοδιεγερτικά

Η χρήση της δεξτροαμφεταμίνης αναφέρθηκε σε μια έρευνα όπου σε 11 παιδιά χορηγούνταν οπιοειδή για διάφορες περιπτώσεις συμπεριλαμβανομένου και του πόνου από καρκίνο. Η υπνηλία μειώθηκε σημαντικά σε αυτούς τους ασθενείς χωρίς να παρουσιασθούν άλλες παρενέργειες.¹⁷

Κορτικοστεροειδή

Είναι χρήσιμα για την ανακούφιση του πόνου που οφείλεται στον μεταστατικό καρκίνο των οστών. Δεξαμεθαζόνη: Τείνει να είναι το πιο ευρέως χρησιμοποιούμενο κορτικοστεροειδές εξαιτίας της υψηλής δραστηριότητας και των περιορισμένων παρενεργειών.¹⁸

Ραδιονουκλεοτίδια

Είναι χρήσιμα για την ανακούφιση του επώδυνου πόνου του μεταστατικού καρκίνου των οστών που προκαλούνται από νευροβλάστωμα. Πιθανή παρενέργεια είναι η θρομβοκυτταροπενία.

Συμπέρασμα

Υπάρχει η αντίληψη και η κατεύθυνση του ΠΟΥ ότι η ανακουφιστική παιδιατρική φροντίδα πρέπει να αποτελέσει αναπόσπαστο μέρος της νοσηλείας παιδιών με καρκίνο ανεξαρτήτως γεωγραφικής τοποθεσίας. Εμπόδια σε αυτή την προσπάθεια σύμφωνα με παιδιατρικούς ογκολόγους είναι η έλλειψη εκπαίδευσης των επαγγελματιών υγείας, η υψηλή εμπιστοσύνη στην εμπειρική μέθοδο εκμάθησης και η έλλειψη πρόσβασης σε υπηρεσίες ανακουφιστικής φροντίδας.¹⁹

Βιβλιογραφία

1. Παπαδάτου Δ, Αναγνωστόπουλος Φ. Η Ψυχολογία στο χώρο της υγείας. *Ελληνική Γράμματα*, 1999

2. National Hospice And Palliative Care Organization, 2000
3. Hilden JM, Emanuel EJ et al. Attitudes and practices among pediatric oncologists regarding end-of-life-care: results of the 1998 American Society of Clinical Oncology Survey. *J Clin Oncol* 2001, 19:205–212
4. Vernick J, Karon M. Who's afraid of death on a leukemia ward? *Am J Dis Child* 1965, 109:393–397
5. Faulkner KW. Children's understanding of death. In: Armstrong-Dailey A, Zarbock-Goltzer S (eds) *Hospice care of children*. New York: Oxford University Press, 1993:9–21
6. Heffron WA, Bommelaere K, Masters R. Group discussions with the parents of leukemic children. *Pediatrics* 1973, 52: 831–840
7. Collins JJ, Stevens MM, Cousens P. Home care for the dying child. *Aust Fam Physician* 1998, 27:1–5
8. Binger CM, Ablin AR, Feuerstein RC et al. Childhood leukemia: emotional impact on patient and family. *New England J Med* 1969, 280:414–418
9. Hazzard A, Weston J, Gutters C. After a child's death: factors related to parental bereavement. *Developmental and behavioural Paediatrics* 1992, 13:24–30
10. Davies B. After a child dies: helping the siblings. In: Armstrong-Dailey A, Zarbock Goltzer S (eds) *Hospice care for children*. New York, Oxford University Press, 1993:140–153
11. Sandler DP, Smit JC, Weinberg CR et al. Analgesic use and chronic renal disease. *N Engl J Med* 1989, 320:1238–1243
12. Hunt AM, Joel S, Dick G et al. Population pharmacokinetics of oral morphine and its glucuronides in children receiving morphine as immediate-release liquid or sustained-release tablets. *J Pediatr* 1999, 135:47–55
13. Poyhia R, Seppala T. Liquid solubility and protein binding of oxycodone *in vitro*. *Pharmacol Toxicol* 1994, 74:23–27
14. Johnson K, Erickson J, Holley F et al. Fentanyl pharmacokinetics in the pediatric population. *Anesthesiology* 1984, 61 (3A):A441
15. Kapelushik J, Koren G, Solh H et al. Evaluating the efficacy of EMLA in alleviating pain associated with lumbar puncture: comparison of open and double-blinded protocols in children. *Pain* 1990, 42:31–34
16. Bruena E, Brenneis C, Michaud M et al. Use of the subcutaneous route for the administration of narcotics in patients with cancer pain. *Cancer* 1988, 62:407–411
17. Portenoy RK. Adjuvant analgesics in pain management. In: Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (eds) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford, Oxford University Press, 1993: 187–203
18. Yee JD, Berde CB. Dextroamphetamine or methylphenidate as adjuvants to opioid analgesia for adolescents with cancer. *J Pain Symptom Manage* 1994, 9:122–125
19. Watanabe S, Bruena E. Corticosteroids as adjuvant analgesics. *J Pain Symptom Manage* 1994, 9:442–445

Corresponding author: A. Avgeris, 46 Frinis street, GR-116 33 Pagrati, Athens, Greece