

Διατροφική υποστήριξη ασθενών με καρκίνο και κακή θρέψη

Στυλιανός Κατσαραγάκης

Νοσηλεύτης ΠΕ, Msc, Διδάκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Ελισάβετ Πατηράκη

Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Τμήμα Νοσηλευτικής, Πανεπιστήμιο Αθηνών

ΠΕΡΙΛΗΨΗ Οι ασθενείς με καρκίνο συχνά βιώνουν διαταραχές της κατάστασης θρέψης τους, ως συνέπεια της νόσου και της θεραπείας της. Η ολοκληρωμένη και συνεχής διατροφική αξιολόγηση συμβάλλει στην αναγνώριση του προβλήματος και θέτει τη βάση της διατροφικής υποστήριξης. Η διατροφική υποστήριξη περιλαμβάνει τον υπολογισμό των απαιτούμενων θερμίδων, τον έλεγχο της σύστασης των γευμάτων και την επιλογή της οδού σίτισης. Η από του στόματος λήψη τροφής αναγνωρίζεται ως η αποτελεσματικότερη οδός χορήγησής της. Συχνά, ποικίλα συμπτώματα ασθενών με καρκίνο, όπως ανορεξία, ναυτία, έμετος και στοματίτιδα, καθιστούν δύσκολη ή αδύνατη τη σίτιση από το στόμα. Σε αυτές τις περιπτώσεις συνιστάται η εντερική χορήγηση τροφής. Αντίθετα, η αποτελεσματικότητα της παρεντερικής σίτισης, ιδιαίτερα στη διάρκεια της φροντίδας ασθενών τελικού σταδίου, εγείρει ερευνητικά ερωτήματα και ηθικά διλήμματα. Σήμερα αναγνωρίζεται ότι οι διαταραχές της θρέψης αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα, με πολύπλευρες οργανικές, ψυχολογικές, συναισθηματικές και κοινωνικές επιπτώσεις στη ζωή των ασθενών με καρκίνο. Η διατροφική υποστήριξη τους προϋποθέτει τη συνεργασία διεπιστημονικής ομάδας υγείας, στην οποία ο νοσηλεύτης αναλαμβάνει σημαντικούς ρόλους.

Λέξεις-κλειδιά:

- Καχεξία • Κατάσταση θρέψης
- Διατροφική υποστήριξη • Καρκίνος

Nutritional support of cancer patients with malnutrition

Stelios Katsaragakis

RN, PhD, Nursing Department, University of Athens, Athens, Greece

Elisabeth Patiraki

Assistant Professor, Nursing Department, University of Athens, Athens, Greece

Nursing Department, University of Athens

ABSTRACT Malnutrition due to disease or its treatment is a common problem in patients with cancer. Ongoing assessment is essential to identify nutritional problems and to organize nutritional support. Nutritional support includes calories needed calculation, control of the content of food and choice of the nutritional route. Orally administered nutrition is recognized as the most effective route. However cancer patients often experience symptoms, as anorexia, nausea, vomiting and stomatitis, resulting in reduced oral intake. Enteral route is indicated in these cases. On the other hand, parental nutrition especially during terminal care raises essential research questions and ethical dilemmas. Nowadays it is argued that cancer cachexia is a multidimensional problem with physical, psychological, emotional and social consequences on patients. Nutritional support requires a multiprofessional health team where nurses play important roles.

Key words:

- Cachexia • Nutritional status
- Nutritional support • Cancer

Υπεύθυνος αλληλογραφίας

Στυλιανός Κατσαραγάκης
 Αρχιλόχου 1, 157 72 Ζωγράφου, Αθήνα
 Τηλ. 210-74 88 053
 E-mail: skats@nurs.uoa.gr

Corresponding author

Stelios Katsaragakis
 1 Arxiloxou street, GR-157 72 Zografou, Athens, Greece
 Tel. +30 210-74 88 053
 E-mail: skats@nurs.uoa.gr

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η κακή θρέψη ασθενών με καρκίνο έχει συσχετιστεί με περιορισμένη δυνατότητα αποκατάστασης τραυματικών, μη ικανοποιητική ανταπόκριση της νόσου στη θεραπεία,¹ επιδείνωση της ποιότητας ζωής, αλλαγές της εικόνας σώματος, κακή πρόγνωση, καθώς και αυξημένη νοσηρότητα και θνητότητα.² Κακή θρέψη απαντάται σε ποσοστό μεγαλύτερο από 50% του συνόλου των ασθενών με καρκίνο,^{3,4} είναι περισσότερο συνήθης σε παιδιά και ηλικιωμένους με καρκίνο⁵ και η εκδήλωσή της κυμαίνεται από 9% στις ασθενείς με καρκίνο μαστού έως 80% στους ασθενείς με καρκίνο του οισοφάγου.^{6,7}

Υπολογίζεται ότι ποσοστό 20%⁴ έως 40%⁸ των θανάτων ασθενών με καρκίνο αποδίδεται στην καχεξία. Επιπλέον, η κακή θρέψη έχει συσχετιστεί με παρατεταμένη νοσηλεία, αυξημένη συχνότητα επανεισαγωγών και έκτακτων εισαγωγών στο νοσοκομείο, καθώς και αυξημένο οικονομικό κόστος φροντίδας.^{9,10}

Τα διατροφικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο προκαλούνται από την ίδια τη νόσο, την αντινεοπλασματική θεραπεία και την αντίδραση του ασθενούς στη διάγνωση και θεραπεία. Έχει βρεθεί ότι ο ιστολογικός τύπος, η εντόπιση και το στάδιο της νόσου σχετίζονται με την κακή θρέψη.¹¹ Η νόσος είναι δυνατόν να προκαλεί καχεξία με λειτουργικά ή/και με μηχανικά αίτια και με άμεση (τοπική) ή/και έμμεση (συστηματική) δράση. Η σύγχρονη αντίληψη για την ερμηνεία της κακής θρέψης σε ασθενείς με καρκίνο θεωρεί σημαντική τη συμμετοχή του ανοσοποιητικού συστήματος του οργανισμού και ενοχοποιεί τις κυτταροκίνες.^{1,12} Η αντινεοπλασματική θεραπεία συμβάλλει σημαντικά στην εγκατάσταση καχεξίας, καθώς έχει συσχετιστεί σε ποσοστό 30–50% με τον κίνδυνο εμφάνισης συμπτωμάτων που δυνητικά διαταράσσουν τη διατροφική κατάσταση.⁹

Η διατροφική εκτίμηση ασθενών με καρκίνο περιλαμβάνει την αξιολόγηση των πληροφοριών που έχουν συλλεχθεί κατά τη λήψη του ιστορικού καθώς και των ευρημάτων από την κλινική και εργαστηριακή αξιολόγηση.¹³

Η επισκόπηση του ασθενούς με καρκίνο προσφέρει ενδείξεις για τη διατροφική του κατάσταση.¹⁴ Η μεταβολή του σωματικού βάρους αποτελεί το συχνότερο χρησιμοποιούμενο κλινικό δείκτη αξιολόγησης της κατάστασης θρέψης. Άλλες μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη διατροφική αξιολόγηση είναι ανθρωπομετρικές μετρήσεις και εργαστηριακές δοκιμασίες. Τέλος, στην κλινική πρακτική και στη σύγχρονη έρευνα έχουν χρησιμοποιηθεί διάφορα εργαλεία για τον ίδιο σκοπό, όπως το Εργαλείο Αξιολόγησης του Κινδύνου Κακής Θρέψης (Malnutrition Risk Assessment Tool),¹⁵ το Διεπαγγελματικό Πλάνο Διατροφικής Φροντίδας (Interdisciplinary Nutrition Care Plan),¹⁶ η κλίμακα Ολικής Υποκειμενικής Αξιολόγησης (Subjective Global Assessment) της διατροφικής κατάστασης.¹⁷

Η ανασκόπηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας, όσον αφορά τις αιτίες και τη διατροφική εκτίμηση, παρουσιάζεται σε προηγούμενο άρθρο.¹³ Στην παρούσα ανασκόπηση αναλύονται ο προγραμματισμός και η διατροφική υποστήριξη από του στόματος, εντερικά και παρεντερικά, καθώς και η διατροφική συμβουλευτική ασθενών με καρκίνο και της οικογένειάς τους.

ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗΣ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΚΑΡΚΙΝΟ

Αμέσως μετά τη διάγνωση του καρκίνου, η ανάλυση των πληροφοριών που προκύπτουν από τη λήψη του ιστορικού και την κλινική και εργαστηριακή εξέταση χρησιμοποιούνται για το σχεδιασμό εξατομικευμένου προγράμματος διατροφικής υποστήριξης του ασθενούς. Ο προγραμματισμός οφείλει να θέτει ρεαλιστικούς στόχους και να καθορίζει με ακρίβεια το χαρακτήρα της υποστήριξης που θα λάβει ο συγκεκριμένος ασθενής με τα δεδομένα διατροφικά προβλήματα και τις συγκεκριμένες επιλογές για θεραπεία.¹⁸ Στόχος της διατροφικής υποστήριξης είναι η διατήρηση ή η αύξηση της μάζας του σώματος και της λειτουργικής κατάστασης κατά τη διάρκεια της νόσου και της θεραπείας της.¹⁷ Συμβάλλει ακόμα στον περιορισμό των χειρουργικών

επιπλοκών, την ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος και την αύξηση της ανοχής στις αντινεοπλασματικές θεραπείες.¹⁸ Επίσης, έχει βρεθεί ότι περιορίζει την κόπωση που σχετίζεται με τον καρκίνο και βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών.¹⁹ Ωστόσο, ο ασθενής με καρκίνο που εμφανίζει κακή θρέψη δεν μπορεί να χρησιμοποιήσει στο έπακρο την ενέργεια που λαμβάνει με την τροφή, με αποτέλεσμα να καθίσταται εξαιρετικά δύσκολη η πλήρης αποκατάσταση της κακής θρέψης, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια της αντινεοπλασματικής θεραπείας.¹⁷

Βασικά στοιχεία του διατροφικού προγραμματισμού είναι ο υπολογισμός των απαιτούμενων θερμίδων, η σύσταση της προσλαμβανόμενης τροφής και τελικά η επιλογή της οδού χορήγησής της. Ο υπολογισμός των απαιτούμενων προσλαμβανομένων θερμίδων γίνεται με την εξίσωση Harris Benedict. Η εξίσωση αυτή αποτελεί ένα εργαλείο υπολογισμού του βασικού μεταβολισμού (BM) με τη χρήση του ύψους, του βάρους, της ηλικίας και του φύλου: $BM \text{ (σε θερμίδες)} = 665 + (9,6 \times \text{σωματικό βάρος σε kg}) + (1,8 \times \text{ύψος σε cm}) - (4,7 \times \text{ηλικία})$. Ο αριθμός αυτός εκφράζει τις απαιτούμενες ημερήσιες θερμίδες για τη διατήρηση του υπάρχοντος σωματικού βάρους.¹⁸

Η σύσταση της τροφής αποτελεί βασικό δεδομένο για τη διατροφική υποστήριξη. Ο έλεγχός της έχει στόχο τη βελτίωση της ποιότητας της προσλαμβανόμενης τροφής και τη μεγιστοποίηση του ποσού των λαμβανομένων πρωτεϊνών. Η συνιστώμενη ημερήσια δόση πρωτεΐνης σε υγιείς ενήλικες είναι 0,8 g/kg σωματικού βάρους. Οι περισσότεροι ασθενείς μπορούν να λαμβάνουν ημερησίως από 1,0 g/kg έως και 1,58 g/kg πρωτεΐνης. Ο υπολογισμός της απαιτούμενης δόσης πρωτεϊνών χρειάζεται να τροποποιηθεί σε ασθενείς με ασκίτη, οίδημα ή παχυσαρκία, γιατί οι ασθενείς αυτοί εμφανίζουν ψευδώς αυξημένο σωματικό βάρος, που δεν αντανακλά με ακρίβεια τη μυϊκή μάζα τους. Στις περιπτώσεις αυτές, η απαιτούμενη ημερήσια δόση πρωτεϊνών υπολογίζεται αυξανόμενη κατά 1,5 φορά του πραγματικού σωματικού βάρους.²⁰

Διατροφική υποστήριξη

Η από του στόματος λήψη τροφής αποτελεί την ιδανικότερη οδό χορήγησής της. Οι ασθενείς με καρκίνο συχνά βιώνουν συμπτώματα και προβλήματα που καθιστούν δύσκολη ή και αδύνατη τη σίτισή τους από το

στόμα. Η ανορεξία, η ναυτία και ο έμετος, η στοματίτιδα, η δυσφαγία, η εντερική απόφραξη, η επιδείνωση της πνευματικής τους κατάστασης, είναι μερικά από αυτά τα προβλήματα. Ρόλος των επαγγελματιών υγείας σε αυτές τις περιπτώσεις είναι η ανακούφιση ή ο περιορισμός της καταπόνησης από τα συμπτώματα της νόσου ή της θεραπείας, που καθιστούν δύσκολη ή αδύνατη τη σίτιση από το στόμα.²¹

Τα συμπληρώματα διατροφής αποτελούν σημαντικό στοιχείο της διατροφικής υποστήριξης ασθενών με καρκίνο. Τα από του στόματος χορηγούμενα συμπληρώματα είναι είτε βιομηχανικά προπαρασκευασμένα προϊόντα είτε παράγωγα που παρασκευάζονται από τον ίδιο τον ασθενή ή το περιβάλλον του. Τα χειροποίητα συμπληρώματα έχουν ως βάση ένα ζωμό ή χυμό, που εμπλουτίζεται με διάφορα καρυκεύματα ή υλικά που βελτιώνουν τη γεύση του. Μεταξύ των συστατικών που χρησιμοποιούνται είναι τροφές με αυξημένη πρωτεϊνική και θερμιδική αξία, όπως αυγά, γάλα, άλλα ζωικά προϊόντα, φρούτα και λαχανικά.¹⁵ Η κατανάλωση, όμως, χυμών και ζωμών με ωμά υλικά ενέχει αυξημένο κίνδυνο λοιμώξεων, κυρίως σε ανοσοκατασταλμένους ασθενείς.²² Τα συμπληρώματα διατροφής αποτελούν μια εύγεστη εναλλακτική επιλογή, σε αντίθεση με τα βιομηχανικά, που έχουν μάλλον δυσάρεστη γεύση.¹⁵ Στα πλεονεκτήματα των βιομηχανικών συμπληρωμάτων διατροφής περιλαμβάνεται το ότι είναι τυποποιημένα, δεν απαιτούν προετοιμασία ή συντήρηση και είναι εύκολα προσίτα στην περίπτωση ενός ταξιδιού ή όταν ο ασθενής βρίσκεται εκτός σπιτιού. Η σύστασή τους σε θρεπτικά συστατικά είναι γνωστή και συγκεκριμένη και είναι άμεσα απορροφήσιμα από τον πεπτικό σωλήνα.¹⁵

Η χρήση των διατροφικών συμπληρωμάτων, όπως προκύπτει από τη βιβλιογραφία, δεν προσφέρει σημαντικό θεραπευτικό πλεονέκτημα. Έχει βρεθεί ωστόσο ότι είναι αποτελεσματικά σε ασθενείς που διατηρούν την ικανότητα λήψης τροφής από το στόμα και εμφανίζουν αυξημένες ανάγκες σε συγκεκριμένα διατροφικά συστατικά.²¹ Μελέτη έδειξε αύξηση του προσλαμβανόμενου ποσού θερμίδων και πρωτεϊνών, χωρίς σημαντική μείωση της ποσότητας τροφής που ελάμβαναν από το στόμα, σε ασθενείς που χρησιμοποιούσαν διατροφικά συμπληρώματα μεταξύ των γευμάτων και πριν από την κατάκλιση. Ωστόσο, κάποιιοι ασθενείς ανέφεραν ότι τα συμπληρώματα αυτά επηρέασαν την όρεξή τους για φαγητό.²³

Στη συνέχεια, αναλύονται ορισμένα από τα κυριότερα προβλήματα λόγω της θεραπευτικής αγωγής, που σχετίζονται με την περιορισμένη λήψη τροφής από το στόμα, όπου οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν σημαντικά στη διαχείρισή τους με ποικίλους τρόπους.

Η *ανορεξία* αποτελεί σύμπτωμα που συχνά σχετίζεται με την κακή θρέψη και τη μειωμένη πρόσληψη τροφής από το στόμα. Οι παρεμβάσεις για την αύξηση της όρεξης περιλαμβάνουν φαρμακευτικές και μη φαρμακευτικές μεθόδους.

Η μέχρι σήμερα έρευνα δεν συνιστά ένα συγκεκριμένο φαρμακευτικό σκεύασμα για τη βελτίωση της όρεξης.²⁴ Τα υπάρχοντα και τα υπό μελέτη σκευάσματα φαίνεται ότι είναι αποτελεσματικά και βελτιώνουν την όρεξη των ασθενών, αλλά δεν επιτυγχάνουν αύξηση του σωματικού βάρους τους. Η *megastrol acetate* αποτελεί την περισσότερο μελετημένη, σχετικά ασφαλή και αποτελεσματικότερη ουσία για την αύξηση της όρεξης και τη διατήρηση ή αύξηση του σωματικού βάρους.²⁵⁻²⁸ Τα κορτικοστεροειδή και κυρίως η δεξαμεθαζόνη, αν και έχουν μικρό κόστος, δεν συνιστώνται εξαιτίας των σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών τους.^{15,21} Η αποτελεσματικότητά τους φθίνει με την πάροδο της χρήσης τους, κυρίως μετά την τέταρτη εβδομάδα χορήγησής τους, αλλά συνιστώνται κυρίως σε ασθενείς τελικού σταδίου με βραχεία διάρκεια επιβίωσης.^{17,27,29} Επίσης, η μετοκλοπραμίδη είναι αποτελεσματική και καλά ανεκτή από τους ασθενείς,²¹ ενώ πολλά άλλα σκευάσματα τελούν σήμερα υπό μελέτη για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ανορεξίας. Η δροναμπινόλη είναι ένα πολλά υποσχόμενο σκεύασμα, ενώ περαιτέρω μελέτη σε ασθενείς με καρκίνο θα διευκρινίσει την αποτελεσματικότητα της θαλιδομίδης²¹ και του εικοσαπεντανοϊκού οξέος.²⁹

Στις μη φαρμακευτικές μεθόδους περιλαμβάνεται η χρήση συμπληρωματικών θεραπειών και η σωματική άσκηση. Βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς με καρκίνο, σε ποσοστό 50–75%, χρησιμοποιούν μη επιστημονικά τεκμηριωμένες συμπληρωματικές θεραπείες, πολλές από τις οποίες εφαρμόζονται και για την αντιμετώπιση της ανορεξίας. Βότανα, πολυβιταμίνες και ειδικά μεταβολικά προϊόντα είναι ορισμένες από τις συχνότερα περιγραφόμενες.³⁰ Τα πενιχρά διαθέσιμα ερευνητικά δεδομένα δεν καταλήγουν στην πρόταση μιας ασφαλούς και αποτελεσματικής συμπληρωματικής θεραπείας για τη βελτίωση της ανορεξίας και της κακής θρέψης σε ασθενείς με καρκίνο. Αντίθετα, τα ερευνητι-

κά δεδομένα συσχετίζουν τη σωματική άσκηση με τη βελτίωση της όρεξης. Μελέτη ασθενών με καρκίνο που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση έδειξε ότι η αεροβική άσκηση αύξησε τη σωματική τους λειτουργικότητα και περιορίσε την κόπωση.³¹

Σημαντικό στοιχείο στη βελτίωση της όρεξης είναι η συμβουλευτική υποστήριξη των ασθενών και των ατόμων του περιβάλλοντός τους σχετικά με τη λήψη τροφής. Στη συνέχεια, συνοψίζονται χρήσιμες οδηγίες για τη βελτίωση της όρεξης και την αύξηση της προσλαμβανόμενης ποσότητας τροφής σε ασθενείς με καρκίνο:³⁰

- Υπενθύμιση ότι η όρεξη για λήψη τροφής είναι αυξημένη το πρωί
- Χορήγηση μικρών και συχνών γευμάτων
- Λήψη μικρών ποσοτήτων υγρών μαζί με τα γεύματα
- Ενθάρρυνση των ασθενών να εκφράζουν τις γευστικές τους προτιμήσεις
- Παροχή ενός ελκυστικού γεύματος
- Προσθήκη αλατιού, ζάχαρης, μπαχαρικών και άλλων ουσιών που βελτιώνουν τη γεύση της τροφής (εφόσον αυτό επιτρέπεται)
- Αποφυγή ενοχλητικών και έντονων οσμών
- Προσφορά μαλακής, δροσερής ή παγωμένης τροφής, που πιθανά είναι περισσότερο ελκυστική και καλύτερα ανεκτή
- Αύξηση των προσλαμβανομένων θερμίδων και πρωτεϊνών με τα γεύματα
- Εμπλουτισμός της διατροφής με γαλακτοκομικά προϊόντα, αυγά και φυτικές πρωτεΐνες, στις περιπτώσεις ασθενών που απεχθάνονται το κρέας
- Διαμόρφωση ευχάριστου και χαλαρωτικού περιβάλλοντος κατά την ώρα των γευμάτων με τη χρήση μουσικής, κεριών κ.λπ.
- Δυνατότητα συμμετοχής στα γεύματα μελών του οικογενειακού περιβάλλοντος ή φίλων
- Παρότρυνση των ασθενών να καταναλώνουν μεγαλύτερες ποσότητες τροφής τις ημέρες που αισθάνονται καλύτερα
- Ενθάρρυνση για ανάπαυση των ασθενών που αισθάνονται κουρασμένοι, πριν από τη λήψη του γεύματος. Αντίθετα, παρότρυνση για αύξηση της κινητικότητας και άσκηση των ασθενών μεταξύ των γευμάτων, ανά-

λογα με τη λειτουργικότητα και τη γενική κατάσταση υγείας

- Δυνατότητα παρασκευής και διατήρησης γρήγορων, πλούσιων σε θερμίδες γευμάτων, που παρέχονται στα μεσοδιαστήματα των κύριων γευμάτων
- Μη καταπίεση του ασθενούς για λήψη τροφής, γεγονός που πιθανά επιδεινώνει την ανορεξία του.

Η *ναυτία* και ο *έμετος* είναι συμπτώματα που σχετίζονται με την απώλεια βάρους και τη μειωμένη λήψη τροφής από το στόμα και αντιμετωπίζονται τόσο με φαρμακευτικές όσο και με μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Μεταξύ των σκευασμάτων που χρησιμοποιούνται είναι οι ανταγωνιστές υποδοχέων σεροτονίνης, τα κορτικοστεροειδή, κυρίως η δεξαμεθαζόνη, η μετοκλοπραμίδη, καθώς και ο συνδυασμός τους.²¹ Παρά τη σημαντική πρόοδο της αντιεμετικής αγωγής, ο έλεγχος της ναυτίας και του εμέτου, κυρίως σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία, παραμένει ανεπαρκής.

Στη βιβλιογραφία ανευρίσκεται σημαντικός αριθμός μελετών που διερευνούν την αποτελεσματικότητα εναλλακτικών θεραπειών στον έλεγχο της ναυτίας και του εμέτου, κυρίως σε ασθενείς που λαμβάνουν χημειοθεραπεία. Η ύπνωση, η χαλάρωση, η καθοδηγούμενη φαντασίωση και η απόσπαση προσοχής είναι μερικές από τις συμπεριφορικές μεθόδους που έχουν μελετηθεί γι' αυτόν το σκοπό.²¹ Μολονότι τα υπάρχοντα ερευνητικά δεδομένα παρέχουν ενδείξεις για την αποτελεσματικότητά τους στον έλεγχο της ναυτίας και του εμέτου, τα συμπεράσματα είναι ακόμη ασαφή και απαιτούν περαιτέρω μελέτη.^{32,33}

Άλλες μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις που εφαρμόζονται για την ανακούφιση της ναυτίας και του εμέτου είναι ο βελονισμός, η πίεση στο σώμα και η μουσικοθεραπεία, με ποικίλα ή αντιφατικά αποτελέσματα. Μελέτη ασθενών που έλαβαν κυκλοφωσφαμίδη έδειξε ότι εκείνοι που ακολούθησαν τη μουσικοθεραπεία ως εναλλακτική θεραπεία βίωσαν λιγότερη ναυτία και έμετο.³⁴ Άλλη μελέτη ασθενών με καρκίνο, που έλαβαν χημειοθεραπεία και ανάλογη αντιεμετική αγωγή, έδειξε ότι οι ασθενείς που χρησιμοποίησαν μέθοδο πίεσης στο σώμα βίωσαν λιγότερη ναυτία από την ομάδα ελέγχου, που δεν έλαβε την εναλλακτική θεραπεία.³⁵

Η *στοματίτιδα* είναι ένα σύμπτωμα που επίσης σχετίζεται με τη μειωμένη πρόσληψη τροφής από το στόμα. Η έγκαιρη διάγνωση, η συνεχής παρακολούθηση, κα-

θώς και η συχνή φροντίδα της στοματικής κοιλότητας αποτελούν τους κυριότερους τρόπους για την αντιμετώπισή της.³⁶ Διάφορα στοματικά διαλύματα, μεταξύ των οποίων η μαγειρική σόδα, ο φυσιολογικός ορός, το αραιωμένο υπεροξειδίο του υδρογόνου και η χλωρεξιδίνη, έχουν χρησιμοποιηθεί για την ανακούφιση της στοματίτιδας. Ανεπιθύμητες ενέργειες του υπεροξειδίου του υδρογόνου και της χλωρεξιδίνης, όπως η υπέρχρωση των οδόντων, το αίσθημα καύσου και οι μεταβολές της φυσιολογικής στοματικής χλωρίδας, θέτουν ερωτηματικά για τη χρήση τους στο στοματικό βλεννογόνο. Περαιτέρω μελέτη θα καταδείξει τα περισσότερα ασφαλή και αποτελεσματικά στοματικά διαλύματα.

Η εφαρμογή τεχνικών προστασίας των κυττάρων αποδεικνύεται αποτελεσματική στην αντιμετώπιση της στοματίτιδας. Η πιο απλή από τις τεχνικές αυτές είναι η εφαρμογή πάγου, που φαίνεται ότι συμβάλλει στην προστασία των κυττάρων. Διάφορες μελέτες δείχνουν ότι η εφαρμογή πάγου πριν και μετά τη χορήγηση φλουορακίλης περιορίζει σημαντικά την εκδήλωση στοματίτιδας.³⁷ Κλινική μελέτη φάσης III έδειξε ότι η αμιφοστίνη, μια κυτταροπροστατευτική ουσία, περιόρισε τη στοματίτιδα και την ξηροστομία σε ασθενείς με καρκίνο κεφαλής και τραχήλου που έλαβαν ακτινοθεραπεία.³⁸ Η σουκραλφάτη χρησιμοποιείται για την προστασία του βλεννογόνου από τα έλκη. Η νυστατίνη αυξάνει την παραγωγή σέλου και περιορίζει την πιθανότητα επιμόλυνσης από μύκητες. Τέλος, οι στοματικές πλύσεις με κολλώδη διαλύματα λιδοκαΐνης ανακουφίζουν προσωρινά τον πόνο στη στοματική κοιλότητα.²¹

Η *εντερική και παρεντερική οδός* χορήγησης τροφής αποτελούν εναλλακτικές επιλογές όταν είναι αδύνατη η σίτιση από το στόμα. Η *εντερική οδός* επιλέγεται συχνότερα σε ασθενείς με ικανοποιητική λειτουργικότητα του εντερικού σωλήνα. Οι λόγοι που την καθιστούν ελκυστικότερη από την παρεντερική διατροφή είναι (α) η αποφυγή ατροφίας του γαστρεντερικού βλεννογόνου, (β) η διατήρηση της χλωρίδας του γαστρεντερικού σωλήνα, (γ) η πρόληψη μικροβιαμίας από το γαστρεντερικό σωλήνα,¹ (δ) η ενίσχυση του ανοσοποιητικού συστήματος, (ε) οι λιγότερες επιπλοκές και (ζ) το μικρότερο κόστος.^{15,18} Η εντερική διατροφή προσφέρει ακόμα τα πλεονεκτήματα της παράκαμψης του κωλύματος στο γαστρεντερικό σωλήνα, κυρίως σε περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο του ρινοφάρυγγα, του οισοφάγου και του στομάχου.¹

Οι συσκευές και οι καθετήρες σίτισης που χρησιμοποιούνται για την εντερική θρέψη ποικίλλουν ανάλογα με τη νόσο και τη διάρκεια της διατροφικής υποστήριξης.³⁹ Η επιλογή του σημείου τοποθέτησης του καθετήρα σίτισης καθορίζεται όχι μόνο από τη δυνατότητα τοποθέτησής του στο συγκεκριμένο σημείο αλλά και από τη θέση του όγκου στο γαστρεντερικό σωλήνα καθώς και τον κίνδυνο αναρρόφησης της παρεχόμενης τροφής. Άλλη παράμετρος που λαμβάνεται υπόψη είναι ο μη περιορισμός των καθημερινών δραστηριοτήτων και του τρόπου ζωής του ασθενούς.¹⁸ Παρά τις προσπάθειες αυτές, οι ασθενείς φαίνεται ότι βιώνουν αρνητικά την ύπαρξη των καθετήρων σίτισης, εκφράζοντας αισθήματα αλλαγής εικόνας σώματος, αυτοπεριορισμού και μειωμένης κινητικότητας.¹⁷

Η παρεντερική διατροφική υποστήριξη σε ασθενείς με καρκίνο αποτελεί ερευνητικό υπό μελέτη ερώτημα με ηθικές διαστάσεις. Παράμετροι που οφείλουν να διευκρινιστούν σχετικά με τη χρήση της αφορούν τις κατηγορίες των ασθενών που ωφελούνται, τον προσδιορισμό του χρονικού σημείου έναρξης, τη διάρκειά της, καθώς και την αποτελεσματικότητα των διαφόρων διατροφικών παρεντερικών διαλυμάτων.^{22,40} Προσφέρεται κυρίως σε ασθενείς που βιώνουν σημαντική δυσλειτουργία ή τοξικότητα του γαστρεντερικού σωλήνα, η οποία αναμένεται να διαρκέσει χρονικό διάστημα μεγαλύτερο της μίας εβδομάδας,¹ σοβαρή διαταραχή της κατάστασης θρέψης²¹ και αυξημένη πιθανότητα καλής πρόγνωσης. Η Αμερικανική Εταιρεία Παρεντερικής και Εντερικής Διατροφής τη συνιστά σε ασθενείς που δεν μπορούν να σιτιστούν ικανοποιητικά από το στόμα ή εντερικά για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο των 10-14 ημερών.⁴¹ Η χρήση της, αντίθετα, δεν συνιστάται σε ασθενείς τελικού σταδίου και σε περιπτώσεις μη ανταπόκρισης της νόσου στη θεραπεία.⁴²⁻⁴⁴ Φαίνεται ότι δεν ωφελεί τους ασθενείς με καλή διατροφική κατάσταση, καθώς και εκείνους με μέση διαταραχή της κατάστασης θρέψης που διατηρούν την ικανότητα σίτισης από το στόμα και πρόκειται να λάβουν ή λαμβάνουν κάποια αντινεοπλασματική θεραπεία.¹ Η αυξημένη πιθανότητα λοιμώξεων, ενεργοποίησης του όγκου και το σημαντικό κόστος της περιλαμβάνονται στα μειονεκτήματά της.²¹ Άλλο μειονέκτημα θεωρείται η αυξημένη φροντίδα που απαιτείται για τον έλεγχο του σημείου εισόδου του κεντρικού ενδοφλέβιου καθετήρα, καθώς και η αυξημένη φροντίδα και η εφαρμογή άσηπτης τεχνικής κατά τη διάρκεια χειρισμών του καθετήρα και χορήγησης των διαλυμάτων.¹⁸

Στη βιβλιογραφία ανευρίσκονται μελέτες διερεύνησης της επίδρασης της παρεντερικής διατροφής σε διατροφικούς δείκτες, στην επιβίωση και στην ποιότητα ζωής ασθενών με καρκίνο, με αντικρουόμενα αποτελέσματα.⁴⁵ Τα αντικρουόμενα ευρήματα οφείλονται κυρίως στο μικρό μέγεθος των δειγμάτων, στα ποικίλα διαστήματα χορήγησης της παρεντερικής διατροφής και στη συμμετοχή ασθενών με καλή κατάσταση θρέψης και ικανοποιητική δυνατότητα σίτισης και από το στόμα.¹ Μελέτη ασθενών με καρκίνο έδειξε ότι η χορήγηση παρεντερικής διατροφής αύξησε το ισοζύγιο πρωτεϊνωματινής και αζώτου μόνο σε ασθενείς με κακή κατάσταση θρέψης αλλά όχι και σε ασθενείς με ικανοποιητική κατάσταση θρέψης.⁴⁶ Επίσης, μελέτες ασθενών με καρκίνο που έλαβαν χημειοθεραπεία και παρεντερική διατροφή έδειξαν ότι όχι μόνο δεν μειώθηκε η δυνατότητα,⁴⁷ αλλά αυξήθηκαν τα ποσοστά λοιμώξεων στους ασθενείς που υποστηρίχθηκαν παρεντερικά.⁴⁸

ΠΡΟΚΛΗΣΕΙΣ ΚΑΙ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΣΤΗΝ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ

Επαναξιολόγηση: Η διατροφική εκτίμηση ασθενών με καρκίνο δεν περιορίζεται στην περίοδο μετά τη διάγνωση και πριν ή κατά τη διάρκεια της αντινεοπλασματικής θεραπείας, αντίθετα είναι ή πρέπει να είναι διαρκής σε όλη την πορεία της νόσου. Η αρχική διατροφική αξιολόγηση αποτελεί το σημείο αναφοράς και ο αρχικός προγραμματισμός διατροφικής υποστήριξης μεταβάλλεται και προσαρμόζεται ανάλογα με τις μεταβολές της κατάστασης θρέψης του ασθενούς. Η συνεχής περιοδική διατροφική εκτίμηση οφείλει να αποτελεί αναγκαία παράμετρο του περιοδικού ελέγχου (follow up) ενός ασθενούς με καρκίνο στη διάρκεια της νόσου του και στο ελεύθερο νόσο χρονικό διάστημα.¹⁸

Διακοπή της διατροφικής υποστήριξης: Η απόφαση διακοπής της διατροφικής υποστήριξης ασθενών με καρκίνο τελικού σταδίου αποτελεί θέμα που εγείρει ποικίλα πρακτικά και ηθικά ζητήματα.⁴⁹ Τα διλήμματα αυτά οφείλονται εν μέρει στις εσφαλμένες αντιλήψεις και στάσεις των επαγγελματιών υγείας για τη διατροφική υποστήριξη. Μολονότι αναγνωρίζεται το αδιαμφισβήτητο όφελός της, επισημαίνεται ότι αυτό διαφοροποιείται στις περιπτώσεις ασθενών τελικού σταδίου.⁵⁰ Το ερώτημα που τίθεται είναι εάν η διατροφική στήριξη και η ενδοφλέβια χορήγηση υγρών αποτελεί μια υποστηρικτική για τη ζωή παρέμβαση ή μια παρέμβαση που πα-

ρατείνει απλά τη ζωή⁴³ και κατά πόσο αυτού του είδους η παράταση της ζωής προκαλεί επιπλέον καταπόνηση και φόρτο στον ασθενή.⁴² Η βιβλιογραφία επισημαίνει ότι οι ασθενείς τελικού σταδίου, που υποστηρίζονται διατροφικά με συχνές και τακτικές χορηγήσεις διατροφικών διαλυμάτων, περιγράφουν ότι βιώνουν έντονη δυσαρέσκεια και περιορισμό της άνεσης και της ευκολίας τους.^{51,52}

Στο τελικό στάδιο της νόσου, η ποιότητα ζωής αποτελεί τη σημαντικότερη παράμετρο κάθε προσφερόμενης υπηρεσίας υγείας. Ο ασθενής και η οικογένειά του οφείλουν να ορίσουν και να νοσηματοδοτήσουν την έννοια που λαμβάνει γι' αυτούς η ποιότητα της ζωής και κατ' επέκταση να εκφράσουν τις προτιμήσεις και τις επιθυμίες τους.⁴⁴ Έχει βρεθεί ότι οι ασθενείς βιώνουν ευκολότερα τη διεργασία του θανάτου όταν διατηρούν κατά το δυνατόν περισσότερο έλεγχο σε αυτή τη διαδικασία. Η λήψη αποφάσεων σχετικά με τις επιλογές τους δίνει τη δυνατότητα διατήρησης αυτού του ελέγχου.⁵³ Στο πλαίσιο αυτό, ο ίδιος ο ασθενής και η οικογένειά του μπορεί να εκφράσουν την επιθυμία για τη συνέχιση ή όχι της διατροφικής υποστήριξης και της χορήγησης ενδοφλέβιων υγρών. Οι νοσηλευτές αναλαμβάνουν συμβουλευτικό ρόλο και υποστηρίζουν τους ασθενείς σε αυτές τις αποφάσεις τους. Η πληροφόρηση για τα οφέλη και το κόστος της διατροφικής στήριξης αποτελεί το κύριο στοιχείο της ενημέρωσης που παρέχεται.¹⁸ Οι νοσηλευτές οφείλουν επίσης να διευκρινίσουν θέματα και ερωτήματα που σχετίζονται με τη συνέχιση ή τη διακοπή της διατροφικής υποστήριξης. Ο ασθενής και κυρίως το περιβάλλον του συχνά διαμορφώνει την αντίληψη ότι η διακοπή της διατροφικής στήριξης και της χορήγησης ενδοφλέβιων υγρών προκαλεί επιπλέον καταπόνηση και ποικίλα συμπτώματα.⁵⁴ Αντίθετα, η βιβλιογραφία δεν επιβεβαιώνει ότι η συνέχιση της διατροφικής υποστήριξης αυξάνει την ικανοποίηση, βελτιώνει την πνευματική κατάσταση ή παρατείνει την επιβίωση του ασθενούς που πεθαίνει.⁵⁵ Τέλος, στις περιπτώσεις που λαμβάνεται η απόφαση διακοπής της διατροφικής υποστήριξης ο ρόλος του νοσηλευτή είναι επίσης σημαντικός, ώστε ο ασθενής και η οικογένειά του να μη βιώσουν εγκατάλειψη και παραμέληση.¹⁸

ΔΙΑΤΡΟΦΙΚΗ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΑΣΘΕΝΩΝ-ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ

Η διατροφική συμβουλευτική και καθοδήγηση των ασθενών με καρκίνο και των οικογενειών τους αποτε-

λεί τη σημαντικότερη παρέμβαση για την αντιμετώπιση της καχεξίας. Η συμβουλευτική περιλαμβάνει την πρόληψη και την έγκαιρη διάγνωση της κακής θρέψης και την ενημέρωση για τη χρήση φαρμακευτικών, συμπληρωματικών και εναλλακτικών θεραπειών. Στα πλαίσια διατροφικών συμβουλών, οι παρεμβάσεις εξατομικεύονται ανάλογα με τις θερμιδικές ανάγκες του ασθενούς και προτείνονται συγκεκριμένες οδηγίες για το περιεχόμενο και τη συχνότητα των γευμάτων, σε συνάρτηση με τις προτιμήσεις του ασθενούς.¹⁵ Η άσκηση αποτελεί επίσης σημαντική παράμετρο που σχετίζεται με τη διατροφική κατάσταση ασθενών με καρκίνο. Η παρότρυνση για καθημερινή σωματική άσκηση συμβάλλει στη διατήρηση και ανάπτυξη των μυών και την αύξηση της κινητικότητας. Είναι σημαντικό η σωματική άσκηση να καθορίζεται και να καθοδηγείται από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας σε όλη τη διάρκεια της νόσου και να προσαρμόζεται ανάλογα με τον τύπο του καρκίνου και τη φάση της νόσου ή της θεραπείας.¹⁵

Η πρόληψη είναι η σημαντικότερη, ευκολότερη, οικονομικότερη, ασφαλέστερη και αποτελεσματικότερη μέθοδος για την αντιμετώπιση της καχεξίας απ' ό,τι η προσπάθεια ανάκτησης του σωματικού βάρους και η αντιμετώπιση της κακής θρέψης όταν αυτή έχει ήδη εμφανιστεί.¹⁵ Η διατροφική παρέμβαση στις περιπτώσεις όπου η απώλεια σωματικού βάρους είναι μεγαλύτερη από το 5% του συνήθους είναι ουσιαστική για την πρόληψη περαιτέρω επιδείνωσης.¹⁵

Βιβλιογραφικά, υποστηρίζεται ότι η διατροφική παρέμβαση είναι μάλλον αναποτελεσματική στις περιπτώσεις ασθενών με καρκίνο που εμφανίζουν ήδη κακή θρέψη. Οι μελέτες δείχνουν ότι ασθενείς τελικού σταδίου, που υποστηρίζονταν διατροφικά με χορήγηση εντερικών ή παρεντερικών διαλυμάτων, αύξησαν μεν το σωματικό τους βάρος αλλά η αύξηση αυτή αντιπροσώπευε κυρίως αύξηση σωματικού λίπους και όχι μυϊκής μάζας.¹¹ Μελέτη, επίσης, έδειξε ότι ασθενείς που έλαβαν χημειοθεραπεία και διατροφική συμβουλή δύο φορές το μήνα, μολονότι αύξησαν τη λήψη τροφής, δεν αύξησαν ανάλογα και το σωματικό τους βάρος, ενώ δεν παρατηρήθηκε και παράταση της επιβίωσής τους.⁵⁶

Η διατροφική εκτίμηση, υποστήριξη και συμβουλευτική ασθενών με καρκίνο απαιτεί μια διευρυμένη επιστημονική ομάδα επαγγελματιών υγείας. Στην ομάδα αυτή συμμετέχουν γιατροί, νοσηλευτές, κοινωνικοί λειτουργοί και διαιτολόγοι. Ο ρόλος κάθε επαγγελματία

υγείας είναι σημαντικός στην αντιμετώπιση των διατροφικών προβλημάτων σε συνεργασία πάντοτε με τον ασθενή και την οικογένειά του. Οι νοσηλευτές συχνά αναλαμβάνουν ηγετικό ρόλο και ρόλο συντονιστή σε αυτή την ομάδα.

Οι νοσηλευτές επωμίζονται επιπλέον ρόλους για τους ασθενείς με καρκίνο που βιώνουν κακή θρέψη. Σε αυτούς περιλαμβάνονται η συμμετοχή τους στην αναγνώριση του προβλήματος, ο ρόλος του συνηγόρου και του εκπαιδευτή και η υποστήριξη του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Η ικανότητα περιγραφής της κατάστασης θρέψης του ασθενούς απαιτεί τη συνεχή αξιολόγησή της και την έγκαιρη αναγνώριση των διατροφικών του προβλημάτων. Ο νοσηλευτής, δαπανώντας τον περισσότερο χρόνο κοντά στον ασθενή σε σχέση με τους άλλους επαγγελματίες υγείας, είναι σε θέση να αναγνωρίζει και να επισημαίνει αυτά τα προβλήματα.²¹ Ο νοσηλευτής επωμίζεται επίσης την εκπαίδευση των ασθενών και των οικογενειών τους σχετικά με την επίδραση του καρκίνου και της θεραπείας στην κατάσταση θρέψης, την αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών της θεραπείας και των μεθόδων διατροφικής υποστήριξης. Το μορφωτικό επίπεδο και η ικανότητα εκπαίδευσης του ασθενούς και της οικογένειάς του και οικονομικοί παράγοντες πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό της εκπαίδευσης.²¹ Άλλες παράμετροι που σχετίζονται με το χαρακτήρα της εκπαίδευσης είναι η φάση της νόσου και το είδος της θεραπείας που ακολουθείται.¹⁵

Σημαντικό μέρος της υποστήριξης των ασθενών και των οικογενειών τους αφορά τις ψυχοκοινωνικές τους ανάγκες. Η λήψη τροφής, η προετοιμασία ενός γεύματος σε ένα αγαπημένο πρόσωπο, η συμμετοχή σε ένα οικογενειακό γεύμα ή μια εκδήλωση που έχει σχέση με την κατανάλωση τροφής αποτελεί σημαντική κοινωνική και οικογενειακή παράμετρο της ζωής^{17,57} και αποκτά συμβολικό χαρακτήρα σε διάφορους πολιτισμούς.⁵³ Η άρνηση για λήψη τροφής καθώς και η εντερική και παρεντερική διατροφή διακόπτει αυτούς τους δεσμούς του ασθενούς με την οικογένεια και το περιβάλλον του, δημιουργώντας ποικίλα προβλήματα τόσο στον ίδιο όσο και στους γύρω του.¹⁷ Ο ασθενής νιώθει ότι καταπιέζεται από την οικογένεια για κάτι που είναι πάνω από τη θέλησή του, ενώ η οικογένεια αισθάνεται ότι το αγαπημένο της πρόσωπο είναι σε πενία,⁵³ γεγονός που πιθανά σημαίνει καταπόνηση, εξαθλίωση και δυστυχία.

Συνέπεια αυτών είναι ο ασθενής να απομονώνεται περισσότερο και οι οικείοι του να θεωρούν ως δική τους αποτυχία και υπαιτιότητα τη μη συμμετοχή του σε ένα γεύμα ή την απροθυμία του για κατανάλωση τροφής. Οι νοσηλευτές καλούνται να αναγνωρίσουν τα προβλήματα αυτά και να συμβάλλουν στον περιορισμό της καταπόνησης που προκαλούν.¹⁸

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Στην κλινική πρακτική, η κακή θρέψη ασθενών με καρκίνο δεν αντιμετωπίζεται σε ικανοποιητικό βαθμό. Μελέτη ασθενών με καρκίνο πνεύμονα που ελάμβαναν ακτινοθεραπεία έδειξε ότι, αν και εκτιμήθηκαν διατροφικά σε ποσοστό 97%, έλαβαν κάποια παρέμβαση για διατροφική υποστήριξη σε ποσοστό 60%, ενώ ποσοστό μόλις 44% αυτών των παρεμβάσεων αξιολογήθηκαν για την αποτελεσματικότητά τους.⁵⁸

Τα δεδομένα αυτά φανερώνουν ότι, αν και οι ερευνητές στο χώρο της Ογκολογίας αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα του προβλήματος της κακής θρέψης, οι επαγγελματίες υγείας δεν ευαισθητοποιούνται για το πρόβλημα στην καθημερινή κλινική πρακτική. Ανάλογα και οι νοσηλευτές αναγνωρίζουν τη σημαντικότητα της διατροφικής εκτίμησης των ασθενών με καρκίνο, γεγονός που φαίνεται από την ερευνητική ενασχόλησή τους με το αντικείμενο. Παρόλα αυτά, οι βιβλιογραφικές αναφορές για το θέμα είναι ελάχιστες στο σύνολο της σύγχρονης νοσηλευτικής ογκολογικής βιβλιογραφίας. Ακόμη λιγότερες είναι οι προσπάθειες διατροφικής αξιολόγησης και παρέμβασης σε ασθενείς με καρκίνο στην κλινική πρακτική. Η ενημέρωση και ενασχόληση με τα διατροφικά θέματα και η κατάλληλη εκπαίδευση των νοσηλευτών και των άλλων επαγγελματιών υγείας αναμένεται να αναδείξει τη σημαντικότητα της αντιμετώπισης του προβλήματος της καχεξίας στους ασθενείς με καρκίνο και να συμβάλει στην αποτελεσματική αντιμετώπισή του.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rivadeneira DE, Evoy D, Fahey TJ, Lieberman MD, Daly JM. Nutritional support of the cancer patient. *CA Cancer J Clin* 1998, 48:69–80
2. Cunningham RS, Bell R. Nutrition in cancer: an overview. *Semin Oncol Nurs* 2000, 16:90–98
3. Tchekmedyian NS, Zahyna D, Halpert C, Heber D. Clinical aspects of nutrition in advanced cancer. *Oncology* 1992, 49(Suppl 2):3–7

4. Bruera E. Anorexia, cachexia and nutrition. *Br Med J* 1997, 315:1219–1222
5. Inui A. Cancer anorexia-cachexia syndrome: Current issues in research and management. *CA Cancer J Clin* 2002, 52:72–91
6. Laviano A, Renvyle T, Yang Z. From laboratory to bedside: new strategies in the treatment of malnutrition in cancer patients. *Nutrition* 1996, 12:112–122
7. van Bokhorst-de van der Schueren MA, van Leeuwen PA, Sauerwein HP, Kuik DJ, Snow GB, Quak JJ. Assessment of malnutrition parameters in head and neck cancer and their relation to postoperative complications. *Head Neck* 1997, 19:419–425
8. Grand JP. Proper use and recognized role of TNP in the cancer patient. *Nutrition* 1990, 6(Suppl 4):65–75
9. Ottery FD. Definition of standardized nutritional assessment and interventional pathways in oncology. *Nutrition* 1996, 12(Suppl 1):S15–S19
10. Bozzetti F, Cozzaglio L, Gavazzi C, Bidoli P, Bonfanti G, Montalto F et al. Nutritional support in patients with cancer of the oesophagus: impact on nutritional status, patients complications to therapy, and survival. *Tumori* 1998, 84:681–686
11. Nelson KA. The cancer anorexia-cachexia syndrome. *Semin Oncol* 2000, 27:64–68
12. Puccio M, Nathanson L. The cancer cachexia syndrome. *Semin Oncol* 1997, 24:277–287
13. Κατσαράγκης Σ, Πατηράκη Ε. Αίτια κακής θρέψης ασθενών με καρκίνο: Διατροφική εκτίμηση. *Ελλ Ογκολ (υπό έκδοση)*
14. Μεταξά Σ. Διατροφικά προβλήματα ασθενών με καρκίνο. Νοσηλευτική αντιμετώπιση. *Νοσηλευτική* 1999, 38:244–253
15. Whitman MM. The starving patient: Supportive care for people with cancer. *Clin J Clin Oncol Nurs* 2000, 4:121–125
16. Ross Products Division. Abbott Laboratories. *Interdisciplinary nutrition care plan: Cancer*. Columbus OH, Ross, 1998
17. Ottery FD. Supportive nutrition to prevent cachexia and improve quality of life. *Semin Oncol* 1995, 22(Suppl 3):98–111
18. Wilson RL. Optimizing nutrition for patients with cancer. *Clin J Oncol Nurs* 2000, 4:23–28
19. Kalman DJ, Villani LJ. Nutritional aspects of cancer related fatigue. *J Am Diet Assoc* 1997, 97:650–654
20. Nelson JK, Moxness KE, Jensen MD, Gastineau CF. Oncologic diseases. In: Nelson JK, Mayo Clinic (eds) *Mayo Clinic diet manual: A handbook of nutrition practices*. 7th ed. St Louis, Mosby, 1994
21. Verger J, Shears G, Lord L. Management of cancer cachexia. *Clinical issues in advanced practice in acute critical care* 2000, 11:590–603
22. Archer SB, Burnett RJ, Fischer JE. Current uses and abuses of total parenteral nutrition. *Adv Surg* 1996, 29:165–189
23. McCarthy D, Weihofen D. The effect of nutritional supplements on food intake in patients undergoing radiotherapy. *Oncol Nurs Forum* 1999, 26:897–900
24. Mulligan K, Bloch AS. Energy expenditure and protein metabolism in human immunodeficiency virus infection and cancer cachexia. *Semin Oncol* 1998, 25(Suppl 6):82–91
25. Vadell C, Segui MA, Gimenez-Arnau JM, Morales S, Cirera L, Bestit I et al. Anticachectic efficacy of megestrol acetate at different doses and versus placebo in patients with neoplastic cachexia. *Am J Clin Oncol* 1998, 21:347–351
26. Tchekmedyan NS, Hickman M, Siau J, Greco FA, Keller J, Browder H et al. Megestrol acetate in cancer anorexia and weight loss. *Cancer* 1992, 69:1268–1274
27. Herrington AM, Herrington JD, Church CA. Pharmacologic options for the treatment of cachexia. *Nutr Clin Pract* 1997, 12:101–113
28. Ottery FD. Cancer cachexia: Prevention, early diagnosis and management. *Cancer Practice* 1994, 2:123–131
29. Gagnon B, Bruera E. A review of the drug treatment of cachexia associated with cancer. *Drugs* 1998, 55:675–688
30. Montbriand MJ. An overview of alternative therapies chosen by patients with cancer. *Oncol Nurs Forum* 1994, 21:1547–1554
31. Dimeo FC, Tilmann MH, Bertz H, Kanz L, Mertelsmann R, Keul J. Aerobic exercise in the rehabilitation of cancer patients after high dose chemotherapy and autologous peripheral stem cell transplantation. *Cancer* 1997, 79:1717–1722
32. King CR. Nonpharmacologic management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Oncol Nurs Forum* 1997, 24(Suppl):41–48
33. Burish TG, Tope DM. Psychological techniques for controlling the adverse side effects of cancer chemotherapy: Findings from a decade research. *J Pain Symptom Manag* 1992, 7:287–301
34. Ezzone S, Baker C, Rosselet R, Terepka E. Music as an adjunct to antiemetic therapy. *Oncol Nurs Forum* 1998, 25:1551–1556
35. Dibble SL, Chapman J, Mack KA, Shih A. Acupressure for nausea: Results of a pilot study. *Oncol Nurs Forum* 2000, 27:41–47
36. Dose AM. The symptom experience of mucositis, stomatitis and xerostomia. *Oncol Nurs Forum* 1995, 11:248–255
37. Rocke LK, Loprinze CL, Lee JK, Kunselman SJ, Iverson RK, Finck G et al. A randomized clinical trial of two different durations of oral cryotherapy for prevention of 5-fluorouracil-related stomatitis. *Cancer* 1993, 72:2234–2238
38. Buntzel J, Schuth J, Kuttner K, Glatzel M. Radiochemotherapy with amifostine cytoprotection for head and neck cancer. *Support Care in Cancer* 1998, 6:155–160

39. Pontieri-Lewis V. The role of nutrition in wound healing. *Med Surg Nurs* 1997, 6:187–190
40. Galiga LW. Parenteral nutrition. *Nurs Clin North Am* 1997, 32:705–717
41. ASPEN Board of Directions. Guidelines for use of total parenteral nutrition in the hospitalized adult patient. *JPEN* 1986, 10:441–445
42. Brody H, Campbell ML, Faber-Langendoen K, Ogle KS. Withdrawing intensive life sustaining treatment. Recommendations for compassionate clinical management. *N Engl J Med* 1997, 336:652–657
43. Burck R. Feeding, withdrawing and withholding. Ethical perspectives. *Nutr Clin Pract* 1996, 11:243–253
44. Herrmann V. Initiation and withdrawal of enteral nutrition: Ethical issues. *Nutr Clin Pract* 1997, 12(Suppl 1): S48–S51
45. Chlebowski RT. Nutritional support of the medical oncology patient. *Nutr Cancer* 1991, 5:147–160
46. De Cicco M, Panarello G, Fantin D, Veronesi A, Pinto A, Zagonel V et al. Parenteral nutrition in cancer patients receiving chemotherapy: Effects on toxicity and nutritional status. *JPEN* 1993, 17:513–518
47. Nixon DW, Moffitt S, Lawson DH, Ansley J, Lynn MJ, Kutner MH et al. Total parenteral nutrition as an adjunct to chemotherapy of metastatic colorectal cancer. *Cancer Treat Rep* 1981, 65(Suppl 5):121–128
48. Klein S, Kortez RL. Nutritional support in patients with cancer: What do the data really show? *Nutr Clin Pract* 1994, 9:91–100
49. Breier SJ. Ethics and total parenteral nutrition: Issues for intravenous nurse professionals. *J Intrav Nurs* 2000, 23:52–57
50. Henkelman WJ, Danilis PM. A protocol for palliative care measures. *Nurs Manag* 1998, 29:40–46
51. McCann RM, Hall WJ, Groth-Junker A. Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 1994, 272:1263–1266
52. Torelli GF, Campos AC, Mequid MM. Use of TPN in terminally ill cancer patients. *Nutrition* 1999, 15:665–667
53. Meares PP. Primary caregiver perceptions of intake cessation in patients who are terminally ill. *Oncol Nurs Forum* 1997, 24:1751–1757
54. Parkash R. The family's perspective on issues of hydration in terminal care. *J Palliat Care* 1997, 13:23–27
55. Dunlop R, Ellershaw J, Baines M, Sykes N, Sauders CN. On withholding nutrition and hydration in the terminally ill: has palliative medicine gone too far? A reply. *J Med Ethics* 1995, 21:141–143
56. Oreson L, Allingstrup R, Mortensen EL, Hansen OP. Effect of dietary counseling on food intake, body weight, response rate, survival and quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy: A prospective, randomized study. *J Clin Oncol* 1993, 11:2043–2049
57. Schwarte A. Ethical decisions regarding nutrition and the terminally ill. *Gastroenterol Nurs* 2001, 24:29–33
58. Brown JK, Radke KJ. Nutritional assessment, intervention, and evaluation of weight loss in patients with non-small cell lung cancer. *Oncol Nurs Forum* 1994, 25:547–553

Υποβλήθηκε: 10/2/2005

Εγκρίθηκε: 30/5/2006