

# Φροντίδα Ασθενούς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νόσο του Εντέρου

Author: Λαμπρινού Αικατερίνη

Νοσηλεύτρια, M.Sc

## Περίληψη

Η Ιδιοπαθής Φλεγμονώδης Νόσος του Εντέρου (ΙΦΝΕ) είναι χρόνια νόσος που συνήθως εμφανίζεται σε νεαρή ηλικία και περιλαμβάνει δυο νοσολογικές οντότητες, τη νόσο του Crohn και την ελκώδη κολίτιδα. Στις ΙΦΝΕ ο βλεννογόνος του εντέρου φλεγμαίνει με αποτέλεσμα κλινικές εκδηλώσεις βλεννο αιματηρή ς διάρροιας, κοιλιακού πόνου, ναυτίας, εμέ- του, πυρετού, απώλειας βάρους και κακουχίας. Χαρακτηρίζονται από εξάρσεις και υφέσεις και πέρα από την παθολογία που δημιουργείται από τη φλεγμονή του εντέρου, έχουν μεγάλες κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις.

Η παρακάτω εργασία επισημαίνει τους στόχους της φροντίδας ασθενών με ΦΝΕ και αφορούν τον έλεγχο των συμπτωμάτων, την αποφυγή επιπλοκών, τη μείωση της φαρμακευτικής τοξικότητας, την ενημέρωσή τους και τη βελτίωση της ποιότητας της ζωής αυτών των ασθενών.

## Abstract

Inflammatory Bowel Diseases (IBD) are chronic illnesses, which tend to appear in young adulthood. In IBDs the mucosa of the bowel is impaired, resulting in such symptoms as an unpredictable diarrhea, abdominal pain, nausea, vomiting, fever, loss of weight and energy. They are punctuated by relapses and remissions and have extensive social and psychological effects.

This work highlights the development of care of patients with IBDs.

## Εισαγωγή

Η νόσος του Crohn και η ελκώδης κολίτιδα είναι χρόνιες νόσοι και φέρονται υπό τον όρο Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου (ΙΦΝΕ). Συνήθως εμφανίζονται σε νεαρή ηλικία (δεύτερη με τέταρτη δεκαετία ζωής). Στις ιδιοπαθείς φλεγμονώδεις νόσους του εντέρου (ΙΦΝΕ) ο βλεννογόμος του εντέρου φλεγμαίνει με αποτέλεσμα κλινικές εκδηλώσεις βλεννοαι- ματηρής διάρροιας, κοιλιακού πόνου, ναυτίας, εμέτου, πυρετού, απώλειας βάρους και κακουχίας.

Ο επιπολασμός των ΙΦΝΕ στην Ευρώπη κυμαίνεται μεταξύ 250.000 και 500.000 και αυξάνεται διαρκώς. Πρόκειται για ασθένειες που δύσκολα αντιμετωπίζονται, έχουν πολλές επιπλοκές και συχνά είναι ανθεκτικές

στη θεραπεία (1995, Philips, 1995, Philips και Warren, Rose και συν).

Η νόσος του Crohn είναι δυνατό να προσβάλλει όλο το πεπτικό σωλήνα, από το στόμα μέχρι και πρωκτό, αν και πιο συχνά προσβάλλει τον τελικό ειλεό. Προκαλεί εξελκώσεις του βλεννογόνου, λεμφοκυτταρικές διηθήσεις που αποφράσσουν τα λεμφαγγεία, οίδημα του βλεννογόνου και κοκκιωματώδη ιστό. Η νόσος έχει την τάση να σχηματίζει αφθώδη έλκη, βαθιές επιμήκεις διαβρώσεις, στένωση του αυλού, αποστήματα και συρίγγια.

Η ελκώδης κολίτιδα (ΕΚ) προσβάλλει το παχύ έντερο. Στη χρόνια κολίτιδα, η φλεγμονή, το οίδημα, η μυϊκή υπερτροφία και η εναπόθεση ινώδους ιστού και λίπους μπορούν να προκαλέσουν πάχυνση, σύσπαση, στένωση και βράχυνση/απόσπασμα όψη

«μολυβδοσωλήνα» (1995, Phillips, 1995, Phillips και Warren, 1997, Stein).

Η αιτιολογία των ΦΝΕ παραμένει άγνωστη (1997, Stein). Κατά καιρούς έχουν ενοχοποιηθεί διάφοροι παράγοντες (διατροφή, λοιμώδεις και ανοσιακοί παράγοντες κ.ά.). Γενετικοί παράγοντες μπορεί να συμβάλουν στην ανάπτυξη των ΙΦΝΕ, όπως υποδεικνύεται από τον κατά 10 φορές αυξημένο κίνδυνο νόσησης στους πρώτου βαθμού συγγενείς των ασθενών. Όμως, η έκφραση της κληρονομικότητας δεν είναι ξεκάθαρη, και κανένας αλλότυπος ανθρώπινου λευκοκυτταρικού αντιγόνου δεν προεξάρχει. Η αλληλεπίδραση της γενετικής επιδεκτικότητας με τους μέχρι τώρα άγνωστους περιβαλλοντικούς παράγοντες είναι μια σοβαρή πιθανότητα (1997, Stein, 1990, Riley και συν, 1999, Rowlinson).

Οι ασθενείς που πάσχουν από ΙΦΝΕ παχέως εντέρου μπορεί να εμφανίζουν όμοιες επιπλοκές. Εν τούτοις οι ασθενείς με ΕΚ παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό αιμορραγίας από το ορθό, ενώ οι ασθενείς με νόσο του Crohn εμφανίζουν υψηλότερο ποσοστό επιπλοκών στην περιπρωκτική χώρα, όπως π.χ. είναι τα περιεδρικά συρίγγια. Ένα μικρό ποσοστό ασθενών επίσης παρουσιάζει εξωεντερικές εκδηλώσεις της νόσου, όπως συμμετοχή του ήπατος και των χοληφόρων, αρθρίτιδα και βλάβες στο δέρμα, στον οφθαλμό και στη στοματική κοιλότητα. Κατά τις περιόδους έξαρσης της νόσου εάν υπάρχει πυρετός και κοιλιακός πόνος και ο ασθενής δεν ανταποκρίνεται στα στεροειδή ή εάν υπάρχει υποψία επιπλοκών είναι δυνατό να χρειάζονται νοσηλεία σε νοσοκομείο (1997, Ulrich και συν).

Οι ΙΦΝΕ είναι χρόνιες ασθένειες οι οποίες χαρακτηρίζονται από εξάρσεις και υφέσεις. Αυτές οι νόσοι, πέρα από την παθολογία που δημιουργείται από τη φλεγμονή του εντέρου, έχουν μεγάλες κοινωνικές και ψυχολογικές επιπτώσεις που δημιουργούνται από την αυτοεκτίμηση, την ψυχολογική κατάσταση, τις οικογενειακές και φιλικές σχέσεις, τη σεξουαλική δραστηριότητα και προβλήματα στους χώρους εργασίας (1994, Irvine και συν, 1990, Garret και Drossman, 1990, Riley και συν). Κυριαρχεί ο φόβος όσον αφορά την ακράτεια και η ανασφάλεια

κανόνων ατομικής υγιεινής. Άλλοι φόβοι περιλαμβάνουν τον κίνδυνο ανάπτυξης καρκίνου, τις παρενέργειες των φαρμάκων, τις εξετάσεις και τη χειρουργική αντιμετώπιση. Πολλοί ασθενείς δυσκολεύονται και σε σχέση με τις οικογένειές τους και τους φίλους τους (1995, Phillips, 1995, Phillips και Warren).

Στόχοι λοιπόν της φροντίδας ασθενών με ΙΦΝΕ είναι ο έλεγχος των συμπτωμάτων, η αποφυγή επιπλοκών, η μείωση της φαρμακευτικής τοξικότητας, η ενημέρωσή τους και η βελτίωση της ποιότητας της ζωής (1987, Gazzard, 1994, Meissner, 1994, Irvine και συν, 1995, Phillips).

Σε περιόδους που ο ασθενής νοσηλεύεται με έντονο κοιλιακό πόνο και διάρροια, στόχοι της φροντίδας είναι η μείωση της δυσφορίας, η μείωση της λειτουργίας του εντέρου, η διατήρηση επαρκούς επιπέδου θρέψης και ενυδάτωσης, η πρόληψη των επιπλοκών και η εκπαίδευση του ασθενούς σχετικά με τον αποτελεσματικό τρόπο αντιμετώπισης της νόσου στο σπίτι (1994, Meissner, 1997, Ulrich και συν, 1999, Pullen).

### Ενημέρωση και εκπαίδευση των ασθενών

Σήμερα υπάρχουν αρκετές διαθέσιμες πληροφορίες γύρω από τις ΙΦΝΕ που επιτρέπουν στους ασθενείς να κατανοήσουν και να αντιμετωπίσουν την ασθένειά τους. Στις οδηγίες περιλαμβάνονται πληροφορίες για τις ΙΦΝΕ και ενημερωτικά φυλλάδια που αφορούν τα φάρμακά τους.

Ο νοσηλευτής πρέπει να εξασφαλίζει ότι ο ασθενής γνωρίζει:

Τρόπους μείωσης των εξάρσεων της νόσου

1. Τονίζεται η σημασία εφαρμογής της θεραπευτικής αγωγής για τη μείωσή τους.
2. Ενημέρωση σχετικά με τους τρόπους μείωσης του ερεθισμού του εντέρου: αποφυγή τροφών που μπορεί να πέπτονται ατελώς ή μπορεί να ερεθίζουν το έντερο, αποφυγή χρήσης καθαρτικών, αποφυγή κατανάλωσης αλκοόλ ή καπνίσματος.

3. Ενημέρωση ότι το άγχος είναι δυνατό να προκαλεί έξαρση της νόσου και διδασκαλία στρατηγικών μείωσης του άγχους.

Τρόπους πρόληψης της λύσης της συνέχειας του δέρματος της περιεδρικής χώρας  
Δίνονται στον ασθενή πληροφορίες σχετικά με τους τρόπους πρόληψης της λύσης της συνέχειας του δέρματος της περιεδρικής χώρας: χρήση μαλακού χαρτιού τουαλέτας, καθαρισμός της περιεδρικής χώρας μ' ένα ήπιο σαπούνι και με χλιαρό νερό και σχολαστικό στέγνωμα μετά την αφόδευση. Τέλος, μετά τον καθαρισμό του δέρματος, τοποθέτηση προστατευτικής κρέμας ή αλοιφής στην περιεδρική χώρα.

Σημεία και συμπτώματα που πρέπει να αναφέρει στο ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό

1. Υποτροπιάζοντα επεισόδια διάρροιας, κοιλιακού πόνου και κολλοειδών κοιλιακών αλγών.
2. Αυξημένη διάταση της κοιλιάς.
3. Επίμονοι έμετοι.
4. Ασυνήθη εκροή υγρού από τον κόλπο ή τον ορθό.
5. Πόνο στο ορθό.
6. Κίτρινη χρώση του δέρματος, διαταραχές στην όραση, πόνο στα μάτια και αρθραλγία ή οίδημα (μπορεί να είναι ένδειξη εξωεντερικής εκδήλωσης της νόσου).
7. Οσφυαλγία (εντεροπαθητική σπονδυλίτιδα).

Το προτεινόμενο σχέδιο νοσηλείας κατά την περίοδο της παρακολούθησης συμπεριλαμβανομένων των μελλοντικών συναντήσεων με τους ιατρούς και του επιπέδου δραστηριότητας

Δίδονται οδηγίες στον ασθενή σχετικά με τις μελλοντικές συναντήσεις με τον ιατρό, τα χορηγούμενα φάρμακα, τα σημεία και τα συμπτώματα που πρέπει ν' αναφέρει και τις μελλοντικές εργαστηριακές εξετάσεις (1994, Ulrich και συν). Με τη συνεχή παρακολούθηση βρέθηκε μείωση της θνητότητας από οξεία κολίτιδα ή χειρουργείο και εξασφάλιση της έγκαιρης διάγνωσης ενός καρκινώματος. Έρευνες έδειξαν ότι η δυσπλασία αποτελεί αξιόπιστο ιστοπαθολογικό

δείκτη και συνδέεται με την εμφάνιση καρκίνου σε χρόνια ΕΚ. Η σημαντικότερη εξέταση για την έγκαιρη διάγνωση δυσπλασίας και την επιβίωση, είναι η κολonosκόπηση. Γίνεται καλά ανεκτή με την σωστή ενημέρωση, την ψυχολογική υποστήριξη και την καταστολή. Δεν πρέπει να αγνοείται ο αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης κακοήθειας και ιδιαίτερα σε ασθενείς με ΕΚ (1985, Rosenstoke και συν, 1988 Jones, Grogono and Hoare).

#### *Σε περιπτώσεις που χρειάζεται χειρουργείο*

Ενημερώνεται για την προεγχειρητική ετοιμασία και τη μετεγχειρητική φροντίδα (συμπεριλαμβανομένης της προετοιμασίας του εντέρου).

#### *Σε περιπτώσεις στομίας*

Πληροφορείται τα θετικά αποτελέσματα της συγκεκριμένης χειρουργικής επέμβασης. Ο ασθενής θα έχει λιγότερο άγχος όταν γνωρίζει τον τρόπο κατασκευής της ειλεοστομίας και τι θα περιμένει:

1. Ενημερώνεται ότι η τοποθέτηση της στομίας θα γίνει σε τέτοια θέση που να είναι εύκολη η πρόσβαση για τη φροντίδα της.
2. Διαβεβαιώνεται ότι η στομία δεν έχει υποδοχείς πόνου και δε θα είναι επώδυνη όταν την αγγίζει και ότι οι σάκοι της στομίας είναι αδιαπέραστοι από οσμές.
3. Κατανοεί τη συνηθισμένη προεγχειρητική και μετεγχειρητική φροντίδα και το τι συνήθως αισθάνεται κανείς μετά την χειρουργική επέμβαση.
4. Τις δραστηριότητες που προλαμβάνουν μετεγχειρητικές επιπλοκές (π.χ. περιτονίτιδα, απόφραξη ή αλλαγή της στομίας).
5. Την εμφάνιση, τη λειψυργία και τη φροντίδα της ειλεοστομίας (1994, Ulrich και συν).

#### **Υποστήριξη ασθενούς και συγγενών**

Ήδη από το στάδιο της διάγνωσης οι ασθενείς διακατέχονται από αισθήματα

απελπισίας και δυσπιστίας: πρόκειται για χρόνιες ασθένειες που απαιτούν εξετάσεις, πολλές από τις οποίες είναι επώδυνες και προκαλούν πόνο και ντροπή και η θεραπεία είναι απαραίτητη. Τη συγκεκριμένη στιγμή οι ασθενείς χρειάζονται επεξεργασία με προσοχή και ευαισθησία για να δημιουργήσουν μια καθαρή εικόνα της ασθένειας και της θεραπείας της. Η λεπτομερής επεξήγηση μειώνει το φόβο και την αγωνία.

Οι ασθενείς με ΙΦΝΕ νοιώθουν εξάρτηση από τους άλλους για την ικανοποίηση των προσωπικών τους αναγκών, ντροπή λόγω της διάρροιας, αλλαγές στη σεξουαλική τους δραστηριότητα που οφείλονται σε πόνο, κόπωση, αδυναμία ή σε παρενέργειες των φαρμάκων. Ντρέπονται να μιλήσουν για τα προβλήματά τους και συχνά νομίζουν ότι είναι οι μοναδικοί ασθενείς με αυτή τη νόσο. Νοιώθουν απομονωμένοι και μόνοι. Γι' αυτό το λόγο ένας νοσηλεύτης που ασχολείται με τέτοιους ασθενείς πρέπει να προσπαθήσει να κερδίσει την εμπιστοσύνη τους όσο το δυνατό πιο σύντομα. Ενισχύει τον ασθενή για τη λεκτική έκφραση συναισθημάτων αυτοεκτίμησης και σεξουαλικής επάρκειας, τη διατήρηση των σχέσεων του ασθενή με τα άτομα του περιβάλλοντος του, τη λήψη ενεργούς συμμετοχής σε καθημερινές και κοινωνικές δραστηριότητες της ζωής, την απόκτηση ενεργούς ενδιαφέροντος για την ατομική του εμφάνιση και την έκφραση ενός σχεδίου προσαρμογής του τρόπου ζωής στους περιορισμούς που υπαγορεύει μια ΦΝΕ (1994, Ulrich και συν., 1995, Phillips and Warren).

Οι ασθενείς με νόσο του Crohn δυνατό να χρειαστούν δυο με τρεις χειρουργικές επεμβάσεις κατά τη διάρκεια της ζωής τους και σε ορισμένες περιπτώσεις απαιτείται ολική κολεκτομή και ειλεοστομία. Δυνατό αυτό να γίνεται και σε βαριές περιπτώσεις με ελκώδη κολίτιδα. Οι ασθενείς αυτοί, όπως αναφέρεται και παραπάνω χρειάζονται ιδιαίτερη ψυχολογική υποστήριξη.

### Φάρμακα

Ο νοσηλεύτης φροντίζει ώστε ο ασθενής να καταλάβει τη φαρμακευτική αγωγή

που του έχει χορηγηθεί, συμπεριλαμβανομένων του σκοπού, των παρενεργειών, της δοσολογίας και της πιστής εφαρμογής του θεραπευτικού σχήματος σύμφωνα με τις οδηγίες. Πρέπει να συμβουλευτείται το γιατρό πριν από τη λήψη οποιουδήποτε φαρμάκου με ή χωρίς ιατρικές οδηγίες και να πληροφορεί το ιατρικό/νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με τα φάρμακα που παίρνει.

Τα συνηθέστερα φάρμακα που χρησιμοποιούνται στις ΙΦΝΕ είναι:

1. **Το στεροειδή:** η υδροκορτιζόνη και η πρεδνιζόνη έχουν αντιφλεγμονώδη δράση. Οι παρενέργειες περιλαμβάνουν αύξηση του βάρους, αύξηση της τριχοφυΐας του σώματος, ακμή, αλλαγή της διάθεσης, αύξηση της αρτηριακής πίεσης, αύξηση του σακχάρου του αίματος και οστεοπόρωση. Σε περιπτώσεις που ο ασθενής παίρνει σκευάσματα στεροειδών ενημερώνεται:

- Να παίρνει τα φάρμακα, ακριβώς σύμφωνα με τις οδηγίες.
- Να τροποποιεί τη δοσολογία μόνο κατόπιν εντολής του γιατρού.
- Να ειδοποιήσει το γιατρό εάν δε μπορεί να ανεκτεί από το στόμα αγωγή.
- Να αποφεύγει την αιφνίδια διακοπή του φαρμάκου.
- Να παίρνει τα φάρμακα μαζί με τροφή ή αντιόξινα για να μην ερεθίζεται το στομάχι.
- Να τρώει μικρά και συχνά γεύματα εάν υπάρχει ερεθισμός στο στόμα- Χ<sup>1</sup>.
- Να περιμένει ότι θα εμφανιστούν κάποιες παρενέργειες, π.χ. μικρή αύξηση σωματικού βάρους και αλλαγές στη διάθεσή του.
- Να αναφέρει ανεπιθύμητα αποτελέσματα της θεραπείας με κορτικο- στεροειδή, π.χ. σημαντική και ασυνήθης αύξηση του σωματικού βάρους.
- Να αποφεύγει επαφές με άτομα που έχουν λοίμωξη γιατί τα κορτικοστεροειδή μειώνουν την αντίσταση στις λοιμώξεις.

2. **Η σουλφασαζίνη** σε ορισμένες περι-

πτώσεις νόσου του Crohn μειώνει τις εξάρσεις. Οι παρενέργειες περιλαμβάνουν ανορεξία, ναυτία, εμέτους και κοιλιακούς πόνους. Δυνατό να προκαλέσει υπογονιμότητα στους άνδρες η οποία αναστέλλεται με τη διακοπή του φαρμάκου. Εάν μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο ο ασθενής εξακολουθήσει να παίρνει σουλφασαλαζίνη ενημερώνεται:

- Να πίνει τουλάχιστο 10 ποτήρια με υγρά την ημέρα για να μειωθεί ο κίνδυνος της νεφρολιθίασης.
- Να περιμένει ότι τα ούρα του θα έχουν πορτοκαλί χρώμα.
- Να παίρνει τα φάρμακα μαζί με το φαγητό ή μετά από τα γεύματα, αλλά να μην παίρνει αντιόξινα (ο χρόνος απορρόφησης τροποποιείται με τα αντιόξινα).
- Να αναφέρει ξηρότητα στο φάρυγγα ή στο στόμα, πυρετό, ανεξήγητη κόπωση, συνεχή πονοκέφαλο ή αρθραλγίες, ασυνήθιστες εκχυμώσεις ή αιμορραγία, ναυτία ή έμετο, εξάνθημα ή σημαντική μείωση της αποβολής ούρων.
- Να ενημερώσει το γιατρό εάν δεν μπορεί να τεκνοποιήσει με τη σύντροφο του (η σουλφασαλαζίνη είναι δυνατό να προκαλέσει μείωση του αριθμού των σπερματοζωαρίων).
- Να διατηρεί τις προγραμματισμένες συναντήσεις για έλεγχο αίματος και ούρων.

3. **Η μετρονιδαζόλη** είναι αντιβιοτικό που χρησιμοποιείται για τη θεραπεία λοιμώξεων που σχετίζονται με τις ΙΦΝΕ. Οι παρενέργειες περιλαμβάνουν νευροτοξικά προβλήματα και δυσάρεστη μεταλλική γεύση. Το αλκοόλ πρέπει να αποφεύγεται κατά τη διάρκεια λήψης του φαρμάκου.

4. **Η αζαθιοπρίνη** έχει κι αυτή αντιφλεγμονώδη δράση. Προκαλεί ανοσοκαταστολή καταστώντας τον ασθενή ευαίσθητο στις λοιμώξεις.

Η θεραπεία της κολίτιδας και πρωκτίτιδας περιλαμβάνει συνήθως υποκλυσμούς και υπόθετα. Οι υποκλυσμοί συχνά προκαλούν δυσκολίες, απαιτούν χρόνο και δεν

είναι κοινωνικά αποδεκτοί. Για να συνεργαστούν οι ασθενείς χρειάζονται λεπτομερείς οδηγίες και αρκετή ενθάρρυνση προκειμένου να συνεργαστούν.

### Διατροφή

Ο ασθενής με ΙΦΝΕ (1994, Meissner, 1997, Ulrich και συν.) παρουσιάζει διαταραχή της θρέψης και απώλεια βάρους η οποία οφείλεται στην ανεπαρκή κάλυψη των αναγκών του σώματος από:

- Μειωμένη πρόσληψη της τροφής από το στόμα που σχετίζεται με τον πόνο, την κόπωση, τους διαιτητικούς περιορισμούς και τη γνώση ότι το φαγητό προκαλεί κολικοειδή άλγη και διάρροια.
- Μειωμένη απορρόφηση θρεπτικών ουσιών, που σχετίζεται με τη φλεγμονή και την εξέγκωση του εντέρου.
- Απώλεια θρεπτικών ουσιών που σχετίζεται με τη διάρροια.
- Διαταραχή της απορρόφησης του φυλλικού οξέος που σχετίζεται με τη θεραπεία με σουλφασαλαζίνη.
- Αυξημένο μεταβολισμό των θρεπτικών ουσιών, που σχετίζεται με τον αυξημένο ρυθμό μεταβολισμού και που μπορεί να παρατηρηθεί κατά τις περιόδους έξαρσης της νόσου.

Η διατροφική θεραπεία κατέχει σημαντικό ρόλο στη φροντίδα ασθενών με ΙΦΝΕ. Η αποκατάσταση των διατροφικών ελλειμμάτων και η προαγωγή της ανάπτυξης και της συντήρησης των ασθενών με ΙΦΝΕ είναι ζωτικής σημασίας και οι νοσηλευτές είναι σε θέση που μπορούν να βοηθήσουν στην ανακούφιση των συμπτωμάτων και στη θεραπεία των οξέων επεισοδίων (εξάρσεων) μέσω της διατροφής. Ρόλος των νοσηλευτών δεν είναι να αντικαταστήσουν τους διαιτολόγους, αλλά, να συνεργαστούν μαζί τους προκειμένου να συμπληρώσουν και να επαναλάβουν σημαντικές πληροφορίες και να διευκολύνουν τον ασθενή να συμμορφωθεί στην κατάλληλη γι' αυτόν δίαιτα.

Ο νοσηλευτής φροντίζει ο ασθενής να διατηρεί ένα ιδανικό επίπεδο θρέψης:

- Επισημαίνει τις οδηγίες σχετικά με τη διαιτητική αγωγή (χαμηλό υπόλειμμα, με υψηλό θερμιδικό περιεχόμενο και πλούσια σε πρωτεΐνες).
- Ενημερώνει τον ασθενή ότι τρώγοντας συχνά, μικρά γεύματα (και όχι τρία μεγάλα γεύματα) μπορεί να επιτύχει υψηλή θερμιδική πρόσληψη.
- Επισημαίνει πόσο σημαντικό είναι όταν τρώει να αναπαύεται σε μια ήρεμη ατμόσφαιρα.
- Τονίζει τη σημασία της λήψης βιταμινών και ιχνοστοιχείων σύμφωνα με τις οδηγίες. Με μια ισορροπημένη διατροφή δεν απαιτούνται συμπληρώματα βιταμινών και ιχνοστοιχείων όταν όμως, μια ΙΦΝΕ επηρεάζει το λεπτό έντερο ή αφαιρείται χειρουργικά μέρος του εντέρου, η απορρόφηση επηρεάζεται. Σ' αυτή την περίπτωση είναι δυνατό να χρειάζονται συμπληρώματα βιταμινών και ιχνοστοιχείων για τη διασφάλιση ενός ικανοποιητικού επιπέδου θρέψης (1994, Meissner, 1997, Ulrish και συν, 1999, Pullen).

#### Ολική Παρεντερική Διατροφή

Η Ολική Παρεντερική Διατροφή (ΟΠΔ) είναι η χορήγηση υπέρτονου διατροφικού διαλύματος μέσω ενός καθετήρα σε ένα μεγάλο αγγείο. Δεν είναι απόλυτα ξεκάθαρο πώς ο ΟΠΔ βοηθάει στις εξάρσεις των ΙΦΝΕ. Μερικοί ερευνητές πιστεύουν ότι οφείλεται στη βελτίωση του επιπέδου θρέψης του ασθενούς, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι οφείλεται στην απομάκρυνση των αντιγόνων και της αλλαγής της χλωρίδας

του εντέρου ή απλά στην ανάπαυση του εντέρου.

Κατά τη διάρκεια της ΟΠΔ ο νοσηλευτής πρέπει να δίνει ιδιαίτερη σημασία στη φροντίδα του στόματος του ασθενούς, καθώς η μη λήψη φαγητού από το στόμα βοηθάει στην ανάπτυξη μικροοργανισμών στο στόμα που προκαλούν φλεγμονές και φθορές στα δόντια. Ακόμη ο νοσηλευτής είναι υπεύθυνος να δίνει λεπτομερείς πληροφορίες της διαδικασίας, του σκοπού της και της απαιτούμενης φροντίδας κατά τη διάρκειά της. Η ψυχολογική υποστήριξη είναι απαραίτητη προκειμένου ο ασθενής να κατανοήσει τη χρησιμότητα της ΟΠΔ και να την αποδεκτεί.

Η διακοπή της ΟΠΔ πρέπει να γίνει σταδιακά σε διάστημα 48 ωρών για την πρόληψη απότομης πτώσης των επιπέδων γλυκόζης στο αίμα. Το άκρο του καθετήρα πρέπει να αποστέλλεται πάντα για καλλιέργεια για τον έλεγχο υπάρχουσας λοίμωξης (1999, Pullen).

#### Επίλογος

Παρόλο που οι φαρμακευτικές εταιρείες διαθέτουν διάφορα ενημερωτικά βιβλία και βίντεο σχετικά με τις ΙΦΝΕ οι περισσότεροι ασθενείς προτιμούν να ενημερώνονται από τους νοσηλευτές (1999, Pullen). Στο εξωτερικό ήδη υπάρχουν εξειδικευμένες νοσηλεύτριες στον τομέα των φλεγμονωδών νόσων του εντέρου και βρέθηκαν πολύ αποτελεσματικές όσον αφορά την εκπαίδευση, την ικανοποίηση και τη φροντίδα τέτοιων ασθενών (2000, Nightingale και συν, 2000, Read και Mayberry, 2000, Nightingale και συν.).

## Βιβλιογραφία

- Garrett JW and Drossman DA. (1990). Health Status in Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol* 99, 90-96.
- Gazzard BG. (1987). The quality of life in Crohn's disease. *Gut* 28, 378-381.
- Jones HW, Grogono J and Hoare AM. (1988). Surveillance ulcerative colitis: burdens and benefit. *Gut* 29, 325-331.
- Irvine EJ, Feagan B, Rochon J and McDonald JWD. (1994). Quality of Life: A valid and Reliable Measure of Therapeutic Efficacy in the Treatment of Inflammatory Bowel Disease. *Gastroenterol* 106, 287-296.
- Meissner JE. (1994). Caring for patients with Ulcerative Colitis. *Nursing* 24, 7, 54-57.
- Nightingale AJ, Middleton W, Middleton SJ and Hunter JO. (2000). Evaluation of the effectiveness of a specialist nurse in the management of inflammatory bowel disease (IBD). *Eur J Gastroenterol & Hepatol* 12, 967-973.
- Παθολογία Stein. (1997). Επιμ. Ελλην. Έκδ: Τούτουζας ΠΚ, Χατζηγιάννης ΣΙ, Καρβουντζής ΓΓ. Ιατρικές εκδόσεις ΠΧ Πασχαλίδης, Αθήνα.
- Phillips S. (1995). Gut Reaction. *Nursing Times* 91, 1, 44-45.
- Phillips S and Warren J. (1995). Supporting the patient with inflammatory bowel disease. *Nursing Times* 91, 27, 38-39.
- Pullen M (1999). Nutrition in Crohn's disease. *Nursing Standard* 13, 27, 49-53.
- Read AM, Maybary JF. (2000). Doctor or nurse? The patients' choice. *Postgrad Med* 76, 212-214.
- Riley SA, Mani V, Goodman M J, Lucas S. (1990). Why do patients with ulcerative colitis relapse? *Gut* 31, 179-183.
- Rose JDR, Roberts GM, Williams G, Maybary JF and Rhodes J. (1988). Cardiff Crohn's disease jubilee: the incidence over 50 years. *Gut* 29, 346-351.
- Rosenstoke E, Farmer RG, Petras B, Sivak MV, Rankin JrGB, Sallivan BH. (1985). Surveillance for Colonic Carcinoma in Ulcerative Colitis. *Gastroenterol* 89, 1342-1346.
- Rowlinson A. (1999). Inflammatory bowel disease 1: aetiology and pathogenesis. *Br J Nurs* 8, 13, 858-862.
- Ulrich SP, Canale SW, Wendell SA. (1997). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. Σχεδιασμός νοσηλευτικής φροντίδας, 3η εκδ. Ιατρικές εκδόσεις Λαγός Π. Δημήτριος, Αθήνα.