

میزان بروز سرطان، همچنان روبه افزایش است، به طوری که در سال ۱۹۹۶ در آمریکا بالغ بر ۱۳۹۵۰۰۰ بیمار سرطانی تشخیصی داده شد. در آمریکا حداقل از هر چهار نفر، یک نفر به سرطان مبتلا می شود و تقریباً از هر سه نفر مبتلا یک نفر زنده می ماند. علاوه بر این سرطان در سراسر جهان زیانهای اقتصادی و اجتماعی فراوانی به بار آورده و بر تمامی شئون زندگی اثر می گذارد.

یکی از رایج ترین درمانها برای سرطان شیمی درمانی است. ولی متأسفانه داروهای شیمی درمانی روی سلولهای دارای تقسیم سریع همانند خود سلولهای سرطانی اثر می گذارد. بنابراین هر چند استفاده وسیع از عوامل شیمی درمانی از رشد تومور و دست اندازی به سایر نقاط می کاهد، ولی این مهم خالی از عارضه نیست.

### عوارض دهانی در شیمی درمانی:

شیمی درمانی، درمانی تهاجمی، پیچیده و سمی برای انواع سرطان هاست. از استفاده های مهم شیمی درمانی می توان درمان سرطان، مهار رشد تومور در مواردی که درمان کامل ممکن نیست نام برد. علاوه بر آن شیمی درمانی در تسکین درد یا کاهش فشار وارده ناشی از تومور بدون درمان بیماری اصلی مفید است.

شیمی درمانی روش مناسبی در افزایش طول عمر و کنترل متاستاز تومور در بیماران سرطانی است در این روش درمانی از داروهای مختلفی چون عوامل الکیلی، آنتی بیوتیکهای، آنتی متابولیتها، آلكالوئیدهای گیاهی و عوامل گوناگون دیگر استفاده می شود. اکثر این عوامل دارای عوارض جانبی چون ریزش مو، خستگی مفرط، تهوع، استفراغ، استوماتیت و تضعیف مغز استخوان می باشند.

داروهای شیمی درمانی نه تنها توانایی آسیب و تخریب سلولهای سرطانی را دارند، بلکه روی سلولهای طبیعی معینی نیز اثر می گذارند، که در تعدادی از بیماران، طبق شواهد بالینی، عوارض درمان نسبت به خود بیماری برای

# مراقبت های دهانی در شیمی درمانی

### گردآوری

محمد اسماعیل پور

کارشناس ارشد پرستاری

عضو هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی لاهیجان

رویا منصور فنائی

کارشناس پرستاری

مرکز دانشکده پرستاری و مامایی لاهیجان

پیشگیری کننده از جمله نقش‌های مهم پرستاران است. این مراقبت‌ها در بیماران تحت شیمی‌درمانی شامل پیشگیری از عفونت، افزایش کیفیت تغذیه، تسکین درد و بهبود کیفیت زندگی خواهد بود.

گام اول مراقبت، بررسی و شناخت حفره دهانی بیمار در مرحله قبل و بعد از شیمی‌درمانی است. با این وجود روزنویگ<sup>۲</sup> طی مطالعه‌ای در سال ۱۹۹۲ ملاحظه کرد که اطلاعات پرستاران در رابطه با ارزیابی حفره دهان کم است. از طرف دیگر ۱۱ درصد از پرستاران عضو انجمن سرطان هلند، بررسی دهان بیماران را فقط از طریق مصاحبه و گفتگو انجام داده، ۴۲ درصد از طریق مصاحبه و مشاهده مبادرت به اینکار کرده و تنها ۲۹ درصد علاوه بر گفتگو و مشاهده، حفره دهانی را با چراغ قوه بررسی کرده‌اند. انجمن ملی بهداشت (NIH)<sup>۳</sup> در سال ۱۹۸۹ اعلام نمود که هر چند راجع به درمان عفونت‌های دهانی ناشی از باکتریها، قارچ‌ها و ویروسها بحثهای مفیدی ارائه شده، ولی توصیه‌های ویژه پیشگیری کننده از موکوسیت وجود ندارد. تحقیقات اخیر بخش سرطان بیماریهای آمریکا نیز نشان داد که پرستاران خود را در مراقبت و پیشگیری از این عارضه صاحب نظر نمی‌دانند، زیرا مسئولیت مراقبت آن به تیمی واگذار شده است که در آن علاوه بر پرستار، پزشک و دندانپزشک هم وجود دارند. مطالعات انجمن سرطان هلند، نشانگر آن بوده که پرستاران اطلاعات لازم و مهارت کافی در ارتباط با مراقبت‌های دهانی ندارند. ۶۸ درصد پرستاران عضو انجمن سرطان هلند نیز عنوان نموده‌اند که در کلاسهای پرستاری راجع به این مراقبت آموزش کافی ندیده و در آموزش ضمن خدمت نیز توجه کافی به این امر نمی‌شود و تنها ۲۲ درصد از پرستاران آموزش‌تئوری و عملی بهداشت دهان را همراه با جزئیات کافی داشته‌اند و در این

آنها قابل توجه تر بوده است. سلولهای مخاط دهان از این جمله است. اثرات سمی شیمی‌درمانی روی غشاء مخاط دهان به موکوسیت<sup>۱</sup> معروف است. این عارضه پاسخ التهابی مخاط دهان است که با ضایعات زخمی همراه می‌باشد.

موکوسیت ۷-۱۴ روز بعد از شیمی‌درمانی بروز می‌کند و شدت آن ممکن است از یک خشکی و تورم زبان تا قرمزی و زخم دهان متغیر باشد. در مطالعه‌ای میزان بروز موکوسیت را در ۴۰ درصد بیماران تحت شیمی‌درمانی تخمین زده‌اند و به طور کلی میزان بروز، عوارض دهانی در شیمی‌درمانی از ۱۲ تا ۸۰ درصد متغیر است. البته در تومورهای سفت و محکم در مقایسه با سرطانهای خون، میزان بروز عوارض دهانی کمتر به نظر می‌رسد. میزان بروز عوارض دهانی شیمی‌درمانی در تومورهای چون کارسینوماها و سارکوماها ۱۲ درصد، لمفوماها ۳۳ درصد و در بیماران لوسمی این میزان بین ۲۳ تا ۸۰ درصد متغیر بوده است.

موکوسیت در ابتدا با احساس سوزش بروز کرده و هیچگونه علامت عینی ندارد. با پیشرفت این اختلال، بیمار از درد حادی رنج می‌برد و در غشاء مخاطی دهان، زخم‌ها و خراشهایی نمایان می‌شود. در این مراحل بیمار به علت درد و التهاب قادر به خوردن و نوشیدن نبوده، و کیفیت زندگی وی دستخوش تغییر می‌شود، که پزشک ممکن است جهت کاهش شدت اختلال و بهبودی کیفیت تغذیه بیمار، شیمی‌درمانی را به تعویق انداخته و یا مقدار دارو را کم کند که هر یک از این دو اثرات نامطلوبی بر موفقیت درمان سرطان می‌گذارد.

### مراقبت پرستاری در عوارض دهانی شیمی‌درمانی

عوارض دهانی شیمی‌درمانی، طبق نظر انجمن تشخیص‌های پرستاری آمریکای شمالی، با تشخیص «تغییر غشاء مخاطی دهان مربوط به شیمی‌درمانی» مرتبط می‌باشد. در این زمینه مراقبت‌های بهداشتی

1- Mucositis

2- Roos Nieweg

3- National institute Health

رابطه نیز آموزش کلامی و غیر کلامی به بیماران برای کاهش عوارض دهانی چندان رضایتبخش نبوده است. نتایج تحقیقات روزنویگ، عوامل مختلفی را به عنوان موانع مراقبت دهانی بیماران با شیمی‌درمانی مشخص نموده است که از آن جمله می‌توان از کافی نبودن تعداد دندانپزشک و بهداشتکار دهان و دندان، مهارت کم پرستاران در تشخیص عوارض دهانی و وجود فاصله‌ای بین درس‌های تئوری و عملی مراقبت دهانی و همچنین کمبود تحقیقات و مطالعات در این زمینه نام برد. علیرغم موانع و مشکلاتی که در مراقبت دهانی بیماران وجود دارد، رعایت بهداشت دهان قبل و بعد از شیمی‌درمانی، استفاده از مسواک نرم، نخ دندان، پیشگیری از کم‌آبی، رفع خشکی مخاط دهان و لب با ژل پترلیوم، استفاده از مسکن‌ها به هنگام درد دهان، استفاده از آنتی‌بیوتیک‌های مناسب و شستشوی مکرر دهان با محلول‌هایی چون پراکسید هیدروژن، بی‌کربنات سدیم، سالین نرمال و کلرگزیدین و بررسی مداوم حفره دهانی از جمله ملاحظات است که پرستاران بخش‌های سرطانی با توجه به امکانات و اطلاعات علمی مختلف انجام می‌دهند. در این راستا جهت بهبود کیفیت مراقبت دهانی بیماران تحت درمان با شیمی‌درمانی، سعی شده است با بهره‌گیری از منابع مختلف و متعدد، اصول مشترک و پذیرفته شده‌ای ارائه گردد.

### پیشگیری از عوارض دهانی

- ۱- پرستاران باید به طور مداوم دهان بیمار را جهت تشخیص عوارض در مراحل اولیه آن ارزیابی کنند.
- ۲- آموزش به بیمار در مورد:
  - الف: برنامه بهداشت دهان قبل از شروع درمان و در طی آن
  - ب: گزارش سوزش دهان، درد، قرمزی ناحیه‌ای، آسیب لبها، درد همراه با ورم و کاهش تحمل نسبت به حرارت غذا.

ج: حفظ دندانها و لثه‌ها در وضعیت خوب و مراجعه منظم به پزشک

د: استفاده از نخ دندان و خلال دندان در بهداشت روزانه دهان با توجه به این امر که استفاده نادرست از آن می‌تواند باعث صدمه به لثه و بروز عفونت ثانویه شود.

ه: شستشوی دندانها با مسواک نرم یا گلوله‌های پنبه به همراه خمیر دندان.

و: مسواک زدن دندانها به مدت ۳-۴ دقیقه با حرکات افقی کوتاه و به میزان سه بار در روز

ز: استفاده از محلول‌های دهانشویه یا شستشوی دهنده‌های دهان: محلول نمکی نرمال (با اثر آرام‌بخش و تسکین‌دهنده روی ضایعات شدید غشاء مخاطی)، محلول پراکسید هیدروژن ضعیف (یک قاشق غذاخوری در ۲۴۰ میلی‌لیتر آب) و بی‌کربنات سدیم (یک قاشق چایخوری جوش شیرین در ۲۴۰ میلی‌لیتر آب) از جمله شستشوی دهنده‌های معمول مورد استفاده هستند. در صورت مصرف محلول پراکسید هیدروژن، باید توجه داشت که این محلول دارای اثر گندزدایی است ولی می‌تواند فلور طبیعی دهان را تغییر داده و مزه ناجور در دهان ایجاد کند. همچنین مصرف این محلول در بیماران دارای بافت گرانوله در دهان، منع مصرف دارد، زیرا باعث صدمه بافتی می‌شود. بدین دلیل استفاده از محلول ۳ درصد پراکسید هیدروژن توصیه می‌شود.

ح: رفع خشکی دهان با نوشیدن آب و سایر مایعات.

ط: تحریک ترشح بزاق توسط جویدن آدامس، مکیدن آب نبات و مصرف دوغ و ماست. در صورت لزوم می‌توان از بزاق مصنوعی به صورت اسپری استفاده نمود.

ی: استفاده از خمیر دندان و آب حاوی فلوراید برای جلوگیری از پوسیدگی دندان.

سیتریک و کم آبی غشاء مخاطی را به دنبال دارد. علاوه بر آن استفاده زیاد از سوآپهای گلسیرین در صدمات شدید غشاء مخاطی میتواند باعث درد شود. سوآپهای لیموگلسیرین در بیمارانی که تحت درمان با عوامل شیمی درمانی هستند ممنوع است.

ل: اجتناب از مصرف الکل و استعمال دخانیات و رعایت بهداشت مواد غذایی.  
 م: دندانهای مصنوعی را برای محدود کردن ضربه، فقط در هنگام غذا خوردن در دهان بگذارند.  
 ن: استفاده از نرم کننده های لب.  
 ر: اجتناب از مصرف غذاهای تند، بسیار داغ یا سرد و جویدن چیزهای سخت.  
 س: کشت نواحی مشکوک و مصرف آنتی بیوتیک ها طبق تجویز.

### درمان استوماتیت

در صورت بروز التهاب غشاء مخاطی، اقدامات زیر می تواند مؤثر واقع شوند:

الف: دادن نیستاتین خوراکی (مایکو ستاتین) یا سایر آنتی بیوتیکها طبق تجویز

ب: شیر منیزی یا کائوپکتات برای پوشاندن ضایعات  
 ج: دیکلون (دیکلونین هیدروکلراید)، ارباس، گزیلوکابین ۲ درصد به عنوان بی حسی کننده موضعی قبل از وعده های غذایی یا در مواقع لزوم  
 د: استفاده از ژل، روغن های معدنی و وازلین برای پوشاندن لبها و غشاء مخاطی دهان.

ه: بنادریل (دیفن هیدرامین کلراید) به تنهایی یا در ترکیب با مائولاکس و کائوپکتات برای شستشو.

و: ارزیابی توانایی جویدن و بلع و رفلکس بلع  
 ز: کلر هگزین و بنزادیاپین اثرات ضد میکروبی روی باکتری های گرم مثبت و منفی، مخمرها، قارچ ها و برخی باکتریهای هوازی و بی هوازی دارند همچنین بر روی پلاک های دندانی مؤثر بوده و شدت موکوسیت را کاهش می دهد.

ح: لیموگلسیرین در این موارد توصیه نمی شود. زیرا تحقیقات نشانگر، آن بوده که استفاده از لیموگلسیرین عوارضی مانند عدم خارج شدن پلاک های دندانی، خرابی سطح دندانها در اثر اسید

### منابع:

- ۱- فیس، لانگ، وودز. کاسمیر. پرستاری داخلی-جراحی: پرستاری در سرطان. ترجمه: شروفی، افشین تهران. انتشارات چهر. ۱۳۷۳
- ۲- لاکمن. سورنسن، پرستاری داخلی-جراحی پرستاری سرطان: ترجمه: محمدرضا بختیاری، تهران. نشر بشری ۱۳۷۴.
- 1- Brunner, L. suddarth. etal. Textbook of medical-surgical nursing. philadelphia. J.B, lippincott Co.1992
- 2- Madeya, MI. "Oral complicatious from cancertherapy, nursing implications for assesment and treatment". oncology nursing forum. VOL:23, NO:5, jun1996. PP:808-821
- 3- Nieweg, R. Poelhuis, EK. etal. "Nursing care for oral complications associated with chemotherapy". Cancer Nursing. VOL:15, NO:5,1992, PP: 313-321
- 4- Pickett, M. "Determinats of anticipatory nausea and anticipatory vomiting in adults receiving cancer chemotherapy". Cancer Nursing. VOL:14 NO:6, 1991 PP: 334-343
- 5- Tanghe, A. Evers, G. etal. "Case study of quality assurance in the administration of chemotherapy". Cancer nursing. VOL:19, NO:6,1996, PP:447-454
- 6- Wallace, KG.Kocppel, K. etal. "effect of attitudes and subjective norms on intention to provide oral care to patients receiving antineoplastic chemotherapy". Cancer nursing. VOL:20, NO:1. 1997. PP:34-41