



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ-ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΤΟΜΕΑΣ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ ΙΑΤΡΙΚΗΣ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ»
ΕΠΙΣΤ. ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ: Δ. ΔΑΜΙΓΟΣ, ΕΠΙΚΟΥΡΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Η αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου στο ιατρείο πόνου

Σπουδάστρια:

Πιπερίδου Μαρία, Ιατρός (Α.Μ. 19)

Επιβλέπουσα καθηγήτρια:

Ευτυχίδου Ελένη, Ομότιμη Καθηγήτρια ΑΤΕΙ Αθήνας & Ζαραλίδου Άννα, Ιατρός

Τριμελής Επιτροπή Αξιολόγησης:

Δαμίγος Δημήτριος, Επίκουρος Καθηγητής Ιατρικής Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο
Ιωαννίνων

Ευαγγέλου Άγγελος, Ομότιμος Καθηγητής Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Καλφακάκου Βασιλική, Καθηγήτρια Φυσιολογίας, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

Ιωάννινα, 2005

| | |
|---|----|
| Εισαγωγή | 4 |
| Γενικό Μέρος..... | 5 |
| Α. Γενικές Αρχές..... | 21 |
| Β. Φαρμακευτικά Σκευάσματα | 22 |
| Γ. Συνοδά των αναλγητικών φαρμάκων..... | 30 |
| Μεθοδολογία..... | 36 |
| Ειδικό Μέρος..... | 38 |
| Συμπεράσματα | 45 |
| Πίνακας 1..... | 46 |
| Πίνακας 2..... | 51 |
| Βιβλιογραφία | 59 |

Εισαγωγή

Από τα αρχεία του ιατρείου πόνου του Γ.Ν "ΑΧΕΠΑ" Θεσσαλονίκης παρακολουθείται η εξέλιξη της ανακούφισης του πόνου σε 52 καρκινοπαθείς άνδρες και γυναίκες.

Η έρευνα εντοπίζεται κυρίως στα φαρμακευτικά σκευάσματα που χρησιμοποιούνται σε ποια κατηγορία ανήκουν αυτά και σε ποιες δοσολογίες χορηγούνται.

Επίσης παρατίθενται ορισμένα δημογραφικά στοιχεία για να γίνουν συσχετισμοί κατά πόσο η ανακούφιση από τον πόνο βελτιώνει την ποιότητα ζωής αυτών των ατόμων.

Κυρίως όμως προσδοκεί να βοηθήσει νέους συναδέλφους να εξοικειωθούν περισσότερο με την χρήση των οπιοειδών και σε άλλα επιστημονικά πεδία από τα συνήθη.

Γενικό Μέρος

Ο πόνος είναι η μετάδοση βασικών λειτουργικών πληροφοριών μέσω του νευρικού συστήματος.

Η διεύθυνση αυτής της πληροφορίας είναι πάντα αμφίδρομη από την περιφέρεια κυρίως **όπου** υφίσταται η ιστική βλάβη προς το κεντρικό νευρικό σύστημα αλλά και το αντίθετο. Η αποκωδικοποιημένη αυτή πληροφορία στον εγκέφαλο είναι μέγιστης σημασίας αφού δίνει συνεχή ενημέρωση για την κατάσταση του οργανισμού. Το άτομο αισθάνεται τον πόνο ως συναίσθημα που του προκαλεί ενόχληση και δυσφορία.

Για το άτομο ο πόνος υφίσταται αφού το λείει και το αισθάνεται (**McCaughey, 2002**) αλλά και κάθε δυσάρεστο αίσθημα με συναισθηματική επιφόρτιση που συνδυάζεται με πραγματική ή πιθανή ιστική βλάβη ή περιγράφεται σαν λύση ιστού, δίνει έναν ακόμα ορισμό του πόνου (**IASP 2002**).

Παγκοσμίως εξαπλωμένος πλυθησσιακά μεταξύ νέων, γέρον, πλουσίων, φτωχών, ανδρών, γυναικών και παιδιών είναι και ο καρκινικός πόνος (WHO 2002). Η δημιουργία κατηγοριών του πόνου αρχικά και ειδικότερα για τον καρκινικό πόνο βοηθάει στην καλύτερη αντιμετώπιση, διαχείριση και προφύλαξη. Έτσι περιγράφονται

- οξύς πόνος σχετικός με κακοήθεια
- χρόνιος πόνος μη σχετικός με κακοήθεια
- χρόνιος πόνος σχετικός με κακοήθεια

Ακόμη περιγράφεται:

- ο οξύς πόνος που δημιουργείται ξαφνικά με οίδημα, ερυθρότητα, θερμότητα στην οξεία φλεγμονή
- ο χρόνιος πόνος που διαρκεί τουλάχιστον πάνω από 3-6 μήνες ή διαρκεί πάνω από τον αναμενόμενο χρόνο ίασης της πιθανής νόσου.

Άλλη ταξινόμηση βάση της παθοφυσιολογίας του πόνου είναι:

- ο σωματικός πόνος (όπως το κάταγμα)
- ο σπλαχνικός πόνος
- ο νευροπαθητικός πόνος
- ο πόνος μετά από χειρουργείο

- ο πόνος μετά από χημειοθεραπεία και ακτινοθεραπεία (*Cancer supp. care prog.*).

Με την γλώσσα των αριθμών στην Ευρώπη ο καρκίνος είναι υπεύθυνος για τον θάνατο 35% μεταξύ των ανδρών και 20% μεταξύ των γυναικών (D.Schrijvers 2004).

Το 1/4 των νοσούντων νέων ασθενών στους οποίους γίνεται διάγνωση του καρκίνου, πονούν (Eric Chevlen 2005).. Τα 2/3 των ασθενών βιώνουν πόνο στη διάρκεια της θεραπείας και τα 3/4 των ασθενών στο προχωρημένο στάδιο, ενώ το ποσοστό μεταξύ αυτών που δεν αντιμετωπίζονται είναι υψηλό. Σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στις διαβαθμίσεις του πόνου μεταξύ φύλου και διαφορετικών φυλών.

Αναφέρεται ότι το 1/4 των ασθενών παρουσιάζουν πόνο στο πρώτο εξάμηνο της διάγνωσης του καρκίνου (Eric Chevlen 2005). Συχνά αυτοί οι άνθρωποι βιώνουν εκτός από τον μόνιμο και περιστασιακό πόνο ο οποίος εμφανίζεται κάτω από ειδικές περιστάσεις, όπως μετά από μια συγκεκριμένη κίνηση ή στην όρθια θέση καθώς και παροξυσμικό πόνο (Πλέσια E 2005).

Αφού λοιπόν ο πόνος είναι το σημαντικότερο, συνηθέστερο και εντονότερο σύμπτωμα που χαρακτηρίζει τον καρκίνο αν είναι ανεξέλεγκτος είναι τραγωδία, αν πάλι είναι ελεγχόμενος, αλλά όχι εξολοκλήρου, τότε είναι σκάνδαλο. (W.H.O for cancer pain 2001)

Κάποια γενικά δομικά στοιχεία των συστημάτων υγείας παγκοσμίως που σχετίζονται με την αντιμετώπιση του πόνου είναι:

1. Οι υπηρεσίες υγείας του συστήματος

Το σύστημα υγείας δεν διαθέτει εξειδικευμένα μέσα. Συχνά δεν τα χορηγεί λόγω υψηλού κόστους, έχει ελλιπή γνώση, φόβο για εθισμό του καρκινοπαθούς στην αναλγητική αγωγή με οπιοειδή και γι αυτό θεσπίζει ιδιαίτερα αυστηρή νομοθεσία για την χορήγηση τους. Τέλος δεν δίνει προτεραιότητα στην θεραπεία του καρκινικού πόνου.

2. Το προσωπικό που στελεχώνει το σύστημα

Το προσωπικό υγείας έχει εκπαιδευτεί στην καταμέτρηση ορισμένων ζωτικών σημείων αναφοράς, όπως η αρτηριακή πίεση, η αποβολή ούρων, ενώ σπάνια έως ποτέ καταγράφεται η ένταση και η διάρκεια του πόνου. Ενδιαφέρονται περισσότερο για τους κανόνες και τις ελεγχόμενες φαρμακευτικές ουσίες, και

ανησυχούν για τον εθισμό, τις παρενέργειες και την ανάπτυξη αντοχής στις ουσίες. Οι γιατροί έχουν γνώση, αλλά δεν έχουν επαρκώς εκπαιδευτεί στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση του πόνου, κυρίως όταν ο πόνος αναφέρεται από τον ίδιο τον ασθενή. Συνήθως ο γιατρός ρωτά αν υπάρχει πόνος χωρίς να μπορεί να συστηματοποιήσει την απάντηση του εκάστοτε καρκινοπαθούς, αφού ο κάθε ασθενής έχει την δική του αντοχή και αντίληψη του πόνου.

Ο πόνος είναι υποκειμενική εμπειρία που αναδεικνύεται μετά από φυσική εξέταση και άλλους αντικειμενικούς παράγοντες εκτίμησης.

3. Ο ίδιος ο ασθενής που δεν έχει άμεση σχέση με το σύστημα υγείας, όμως είναι ο άμεσα ενδιαφερόμενος και ο αποδέκτης της αποτελεσματικότητας του συστήματος

Ο ασθενής και ο παράγοντας άνθρωπος έχει πολλές διαστάσεις, όμως συνήθως αυτός παρουσιάζεται ως δυνατός-ανθεκτικός στον πόνο ή ικανοποιημένος από την αναλγητική αγωγή. Όταν αυτή περιλαμβάνει οπιοειδή, φοβάται πιθανό εθισμό σε αυτά και άλλοτε πάλι φοβάται ότι όταν πονάει περισσότερο επιδεινώνεται η ασθένεια του. Πολύ συχνά δεν παίρνει τα φάρμακα του σύμφωνα με τις οδηγίες γιατί φοβάται την ανεπιτυχή αντιμετώπιση των παρενεργειών από τα αναλγητικά. Έτσι επιδεινώνεται η νόσος, χωρίς ο ίδιος να αναφέρει ότι πονά, κρίνει μόνος του ότι τα οπιοειδή αναλγητικά έχουν σημαντικές παρενέργειες και δεν τα παίρνει συνέχεια ή τα αφήνει για αργότερα όταν θα πονά περισσότερο.

Το υψηλά εκπαιδευμένο προσωπικό του συστήματος υγείας (ειδικοί γιατροί) κατά το 86% αισθάνονται ότι υπερεκτιμάται ο καρκινικός πόνος και άρα συνταγογραφούνται περισσότερα φάρμακα από όσα χρειάζονται, 51% ειδικοί είναι ικανοποιημένοι από την διαχείριση του καρκινικού πόνου, 31% χορηγούν πλήρη αναλγησία όταν η πρόγνωση ζωής φτάσει στους λιγότερο από τους 6 μήνες, 76% βοηθούν τους ασθενείς όταν αναφέρουν πόνο, 62% των ογκολόγων πιστεύουν ότι δεν αντιμετωπίζουν σωστά τον πόνο, 76% των ειδικών **πιστεύουν ότι είναι ελλιπής** η διαχείριση του καρκινικού πόνου, ενώ 61% θεωρούν ευθύνη του ασθενή **την αναφορά και την αποδοχή** συνταγής με οπιοειδή (Eric Chevlen 2005). Από **τούς τρεις προαναφερθέντες φραγμούς** που πρέπει να "ανοίξουν" για την διαχείριση του καρκινικού πόνου, **οι δύο** εξαρτώνται από τον ειδικό και μεταβάλλονται.

Συνήθως ο καρκινικός πόνος αξιολογείται και ελέγχεται από:

- το γενικό γιατρό
- τον ογκολόγο
- το ραδιοακτινολόγο
- τον ειδικό γιατρό για την αντιμετώπιση του πόνου.

Άλλες υπό-ειδικότητες που εμπλέκονται είναι:

- ο ιατρικός ελεγκτής
- ο νοσηλεύων γιατρός στο σπίτι

Στους καρκινοπαθείς, κατά 70% ο πόνος τους οφείλεται στον καρκίνο, 20% στο αποτέλεσμα της θεραπείας που εφαρμόζεται και κατά 10% είναι ανεξάρτητος του όγκου ή της θεραπείας. . (Ζαραλίδου και συνεργ 2002)

Ο χρόνιος καρκινικός πόνος συνήθως προκύπτει λόγω του ίδιου του καρκίνου που προκαλεί χωροκατακτητικές αλλαγές στον σπλαχνικό χώρο, κυρίως μειώνοντας τους ζωτικούς χώρους άλλων οργάνων, ερεθίζοντας νευρικά πλέγματα των κοιλιοτήτων η προκαλώντας διήθηση νεύρων ή αγγείων από νεοπλασματικά κύτταρα. **Ακόμη** προκαλεί φλεγμονή (με την έκλυση πολλών νευροδιαβιβαστών) και νευροπαθητικό πόνο όπου συνήθως αυτός ο πόνος είναι μικτής αιτιολογίας. Συχνά αναπτύσσονται συνοδές παθήσεις όπως αρθρίτιδα ή μετερπητική νευραλγία λόγω της ανοσοκαταστολής, καθώς και κατάγματα λόγω των οστικών μεταστάσεων.

Ο νευροπαθητικός πόνος εμφανίζεται συχνά σε καρκινοπαθείς. Είναι ένα σύμπλεγμα από πολλά συμπτώματα και σήματα με διαφορετική ένταση μέσα στο χρόνο. Σχετίζεται με έντονη φλεγμονή και αλλοδυνία που επιμένει στην περιοχή του νεύρου το οποίο πάσχει και παρουσιάζει το φαινόμενο της "κάλτσας". Χαρακτηρίζεται επίσης από αλλοδυνία, υπερευαισθησία της περιοχής, άμεση νευροσχετιζόμενη κατανομή, αλλαγές στο χρώμα και στην θερμοκρασία του δέρματος με οίδημα και εφίδρωση. Εμφανίζεται μετά από χειρουργείο στην περιοχή του αυχένα, του μαστού, του θώρακα, μετά από βλάβες στο βραχιόνιο και αυχενικό πλέγμα αλλά και στα μεσοπλευρία νεύρα. Αναπτύσσει μερικές φορές ανεκτικότητα στην σταθερή οπιοειδή δόση αναλγησίας, αλλά υπάρχουν περιπτώσεις που η θεραπεία επιτυγχάνεται με τα οπιοειδή όταν χρησιμοποιούνται στη σωστή δοσολογία.

Συχνά πρέπει να χρησιμοποιούνται τα εργαλεία μέτρησης του πόνου για την ένταση και το χαρακτήρα του. Έτσι γίνεται πιο συστηματικά η σωστή αξιολόγηση και

βαθμολόγηση του πόνου. Υπάρχει το ημερολόγιο του πόνου που καταγράφεται η μέρα, η ώρα και η βαθμολογία του πόνου, καθώς επίσης και η αναλγητική αγωγή στην οποία βρίσκεται ο ασθενής, τι άλλα επικουρικά φάρμακα πήρε, ποιες άλλες μεθόδους ανακούφισης χρησιμοποίησε (π.χ μασάζ) και τι παρενέργειες είχε η αγωγή. Άλλο ημερολόγιο εστιάζει αναλυτικότερα (Pain Diary) στην κατάσταση του ασθενή και στις συνθήκες που επικρατούν στην ατμόσφαιρα (My Pain Diary). Επίσης σημαντικό είναι να περιγράφεται σωστά ο πόνος όπως στην σκάλα βαθμολόγησης από την Βρετανία (British Pain Society).

Pain Diary

Use this pain diary and pain rating scale to record your pain.

| | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|

No pain

Worst pain imaginable

| Date | Time | Pain rating (0-10) see scale | Pain medication (name, dose, how often taken) | Other pain-relief methods tried | Side effects from pain medicine |
|-------------------------|-------------|------------------------------|---|---------------------------------|---------------------------------|
| <i>June 6 (example)</i> | <i>8 am</i> | <i>6</i> | <i>Morphine 30 mg every 4 hrs</i> | <i>massage</i> | <i>constipation</i> |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

| |
|---------------------------------|
| Doctor's Name: |
| Address: |
| Phone: |
| Nurse's Name: |
| Address: |
| Phone: |
| Pharmacist's Name: |
| Address: |
| Phone: |
| Social Worker/Therapist: |
| Address: |
| Phone: |
| Questions To Ask: |

| | | | | | | | |
|--|------------|------------|------------|-------------|------------|------------|------------|
| Fill in all boxes using the Numerical Scale of: | | | | | | | |
| My Pain Diary. | 0 | | | | | | 10 |
| | = Less | | | | | | = More |
| <hr/> | | | | | | | |
| Week Ending: / / | Mon | Tue | Wed | Thur | Fri | Sat | Sun |
| <hr/> | | | | | | | |
| Morning - Overall Pain Level | | | | | | | |
| Afternoon - Overall Pain Level | | | | | | | |
| Evening - Overall Pain Level | | | | | | | |
| <u>Physical Symptoms.</u> | | | | | | | |
| How well did I sleep? | | | | | | | |
| How weak do I feel? | | | | | | | |
| How dizzy / lightheaded do I feel? | | | | | | | |
| Are my bowel movements normal? | | | | | | | |
| Is my urination output normal? | | | | | | | |
| What are my exercise levels? | | | | | | | |
| <u>Cognitive / Emotional Symptoms</u> | | | | | | | |
| How is my thinking ability? | | | | | | | |
| How anxious do I feel? | | | | | | | |
| How depressed / frustrated am I? | | | | | | | |
| How angry / irritable am I? | | | | | | | |
| How happy am I? | | | | | | | |
| <u>Possible Exacerbating Conditions</u> | | | | | | | |
| Is the weather affecting me? | | | | | | | |
| Is the humidity affecting me? | | | | | | | |
| Have I done too much? | | | | | | | |
| Any Comments or Notes I need to add go here: | | | | | | | |

My Pain Diary (Pain World)

PAIN RATING SCALE

(Greek)

Title: Date:
First Name: Patient number:
Surname: Clinic:

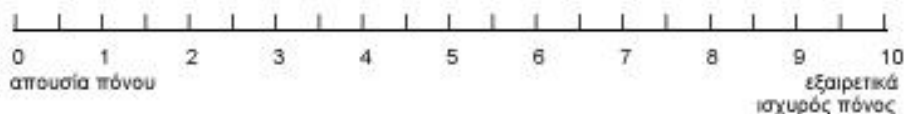
Παρακαλούμε βάλτε ένα σημάδι στην παρακάτω κλίμακα για να δείξετε πόσο έντονος είναι ο πόνος σας.

Το μηδέν (0) σημαίνει "απουσία πόνου" και το δέκα (10) σημαίνει "εξαιρετικά ισχυρός πόνος".

Πόσο έντονος είναι ο πόνος σας τώρα;

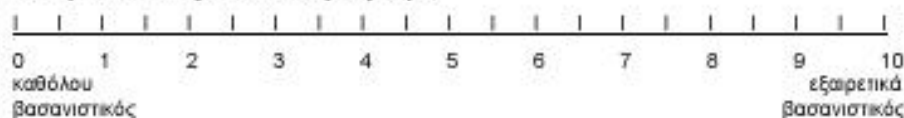


Πόσο έντονος ήταν ο πόνος σας κατά μέσο όρο την προηγούμενη εβδομάδα;

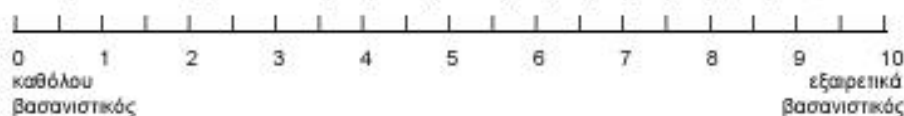


Τώρα χρησιμοποιήστε την ίδια μέθοδο για να περιγράψετε πόσο βασανιστικός είναι ο πόνος σας.

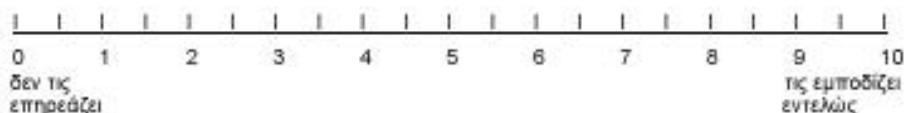
Πόσο βασανιστικός είναι ο πόνος σας τώρα;



Πόσο βασανιστικός ήταν ο πόνος σας κατά μέσο όρο την προηγούμενη εβδομάδα;



Τώρα χρησιμοποιήστε την ίδια μέθοδο για να περιγράψετε κατά πόσο ο πόνος επηρεάζει τις καθημερινές σας ασχολίες.



Αν υποβληθήκατε σε θεραπεία για τον πόνο σας, κατά πόσον η θεραπεία αυτή σας ανακούφισε από τον πόνο;



The British Pain Society
Facing the challenge of pain

© The British Pain Society 2005

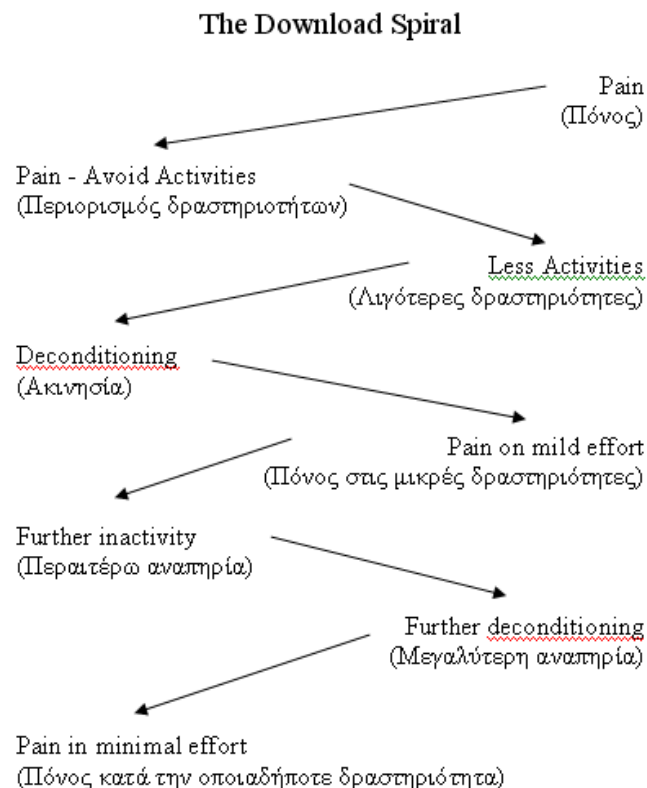
www.britishpainsociety.org

Charity no. 1103260

PAIN RATING SCALE (British Pain Society.org)

Ο γιατρός πρέπει να έχει ένα αναλυτικό ιστορικό μια ολοκληρωμένη φυσική εξέταση καθώς και ψυχολογική αξιολόγηση (όσο αυτό είναι εφικτό από τον γιατρό προς τον ασθενή αλλά και την οικογένεια του). Συχνά στον τομέα αυτό χρειάζεται η συνδρομή ειδικού (ψυχολόγος/ ψυχίατρος). Ο γιατρός πρέπει να διαγνώσει και να ορίσει το στάδιο του καρκίνου, επειδή αυτό βοηθάει στην καλύτερη αντιμετώπιση του πόνου, αν υπάρχουν μεταστάσεις ή όχι, εάν υπάρχει νευροπαθητικός πόνος. Συχνά ο ειδικός πρέπει να συζητά με τον ασθενή και την οικογένεια του για την αγωγή και τον τρόπο αντιμετώπισης της νόσου και πρέπει να έχει τακτική ενημέρωση για την ένταση του πόνου. Ακόμη να μην ξεχνά ότι ο χρόνιος καρκινικός πόνος προκαλεί δυσφορία, ελλιπή αυτοεκτίμηση, λύπη και κατάθλιψη, θυμό, μείωση της καθημερινής δραστηριότητας, έλλειψη ύπνου, ανικανότητα εργασίας, άγχος για την συνέχεια της ζωής, απώλεια των απλών καθημερινών χαρών, αίσθημα απομόνωσης, εγκατάλειψη από φίλους και συγγενείς.

Ο καρκινικός πόνος μπορεί να υπονομεύει την ικανότητα του ατόμου να πολεμήσει την πάθηση, όπως με την ελλιπή διατροφή, άρα μειωμένη δύναμη, αντοχή και ενεργητικότητα. Έτσι η κατάθλιψη μεγαλώνει και δυστυχώς αυτός είναι ένας κύκλος που ανοίγει πολύ δύσκολα (Cancer Pain org).



Άρα η αντίληψη του πόνου επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Σωματικούς, ψυχολογικούς, κοινωνικούς, πολιτισμικούς και πνευματικούς. Η Cicely Saunders εισήγαγε την έννοια του "ολικού πόνου" που είναι το άθροισμα όλων αυτών των στοιχείων για να δώσει έμφαση στην πολύπλοκη φύση του πόνου και την ανάγκη να τον θεωρούμε σαν σύνολο πολλαπλών παραγόντων. Αντίστροφα, αν σε όλους αυτούς τους παράγοντες προσθέσουμε τον πόνο και τις αλληλεπιδράσεις μεταξύ τους παράγεται η έννοια της ολικής δυστυχίας "Total Suffering. Γι' αυτό η αποτελεσματική αντιμετώπιση του πόνου απαιτεί την εκτίμηση όλων των παραγόντων και η θεραπεία πρέπει να είναι μέρος ενός καλά συντονισμένου σχεδίου συνολικής φροντίδας, αφού το να ζει κάποιος χωρίς να απολαμβάνει την ζωή θεωρείται αποτυχία της ιατρικής επιστήμης.

Μερικοί από τις παραμέτρους που εκτιμούν οι γιατροί σε ασθενείς που δεν μπορούν να επικοινωνήσουν είναι η όρεξη για φαγητό, η αύξηση του σωματικού βάρους, η ενεργητικότητα-δυνατότητα κίνησης-άσκησης, η επαγρύπνηση και η πνευματική διάγνεια. Παράμετροι που εκτιμώνται και από ογκολόγους κτηνιάτρους στην προσπάθεια να βελτιώσουν την ζωή των τετράποδων ασθενών τους ([vet. hosp. Pennsylvania 98 Journal Elsevier](#))

Η ποιότητα ζωής για τον κάθε ασθενή προσδιορίζεται από διαφορετικές παραμέτρους και είναι καθαρά προσωπικό χαρακτηριστικό. Μπορεί όμως να γίνει μια άλλη σκάλα προσδιορισμού προτεραιοτήτων για να κατευθύνει αρχικά τον καρκινοπαθή ασθενή. Κυμαίνεται από το 0-10, όπου ο ασθενής μένει στο κρεβάτι όλη μέρα και αισθάνεται αβοήθητος.

- 1- μένει στο κρεβάτι την μισή μέρα, δεν επικοινωνεί με τον έξω κόσμο
- 2- σηκώνεται από το κρεβάτι αλλά δεν ντύνεται, μένει σπίτι
- 3- ντύνεται, κάνει ελάχιστες οικιακές δουλειές, επικοινωνεί με φίλους
- 4- κάνει οικιακές εργασίες, βγαίνει έξω από το σπίτι δύο μέρες την εβδομάδα
- 5- μετά από κόπο κάνει όλες τις οικιακές εργασίες, δεν μπορεί να δουλέψει, δε βγαίνει από το σπίτι
- 6- εργάζεται με μειωμένο ωράριο, συμμετέχει σε περιορισμένες κοινωνικές εκδηλώσεις
- 7- εργάζεται με μειωμένο ωράριο, είναι ενεργητικός για 5 ώρες την ημέρα, ετοιμάζει δραστηριότητες για το σαββατοκύριακο

8- εργάζεται τουλάχιστον 6 ώρες ημερησίως, έχει κοινωνική ζωή μέσα στην εβδομάδα, δραστηριοποιείται τα σαββατοκύριακα

9- εργάζεται 8 ώρες ημερησίως συμμετέχει στην οικογενειακή ζωή, έχει περιορισμένη κοινωνική ζωή

10- εργάζεται 8 ώρες ημερησίως, έχει οικογενειακή-κοινωνική ζωή, έχει δραστηριότητα σε κάθε πτυχή της ζωής (φυσιολογική ζωή).

Quality of Life Scale (American Chronic Pain Association)



American Chronic Pain Association

Quality Of Life Scale

A Measure Of Function
For People With Pain

| | |
|------------------------|---|
| 0 | Stay in bed all day Feel hopeless and helpless about life |
| Non-functioning | |
| 1 | Stay in bed at least half the day Have no contact with outside world |
| 2 | Get out of bed but don't get dressed Stay at home all day |
| 3 | Get dressed in the morning Minimal activities at home Contact with friends via phone, email |
| 4 | Do simple chores around the house Minimal activities outside of home two days a week |
| 5 | Struggle but fulfill daily home responsibilities No outside activity Not able to work/volunteer |
| 6 | Work/volunteer limited hours Take part in limited social activities on weekends |
| 7 | Work/volunteer for a few hours daily. Can be active at least five hours a day. Can make plans to do simple activities on weekends |
| 8 | Work/volunteer for at least six hours daily Have energy to make plans for one evening social activity during the week Active on weekends |
| 9 | Work/volunteer/be active eight hours daily Take part in family life Outside social activities limited |
| 10 | Go to work/volunteer each day Normal daily activities each day Have a social life outside of work Take an active part in family life |
| Normal Quality of Life | |

Μια άλλη παράμετρος που αυξάνει την αίσθηση του πόνου στους καρκινοπαθείς είναι και ο κοινωνικός στιγματισμός από την νόσο. Άποψη πολλών ογκολόγων, νοσηλευτών οικογενειακών γιατρών είναι ότι ο καρκινοπαθής έρχεται αντιμέτωπος με ένα σύνολο ατόμων από την εργασία, την γειτονιά, την οικογένεια όπου πρέπει να δικαιολογηθεί για την διάθεση του, να καταλάβει τα σχόλια των ανθρώπων, οι οποίοι ενώ υποθέτουν ότι βοηθούν, τον κάνουν να αισθάνεται χειρότερα. Δύσκολα ο ασθενής μπορεί να διαχειριστεί την ασθένεια του μέσα στην οικογένεια και στο χώρο εργασίας. Γι' αυτό το υγειονομικό προσωπικό που έρχεται σε συχνή επαφή με τέτοιους ασθενείς πρέπει να έχει την κατάλληλη εκπαίδευση και να μπορεί να στηρίζει ψυχολογικά τους ασθενείς. Η βελτίωση της ποιότητας της ζωής αυτών των ασθενών, η αποδοχή της νόσου τους, η αποφυγή του κοινωνικού στιγματισμού έχει σημαντικά αποτελέσματα στη μείωση του πόνου.

Μέσα στα πλαίσια της καλύτερης διαχείρισης του πόνου πρέπει το υγειονομικό προσωπικό να αναγνωρίζει και να δέχεται τον πόνο του νοσούντος, να του παρέχει τη μέγιστη δυνατότητα κάλυψης από υλικό-τεχνική υποδομή και επιστημονική κατάρτιση, τη λήψη των αποτελεσματικότερων φαρμάκων με τις λιγότερες παρενέργειες, την ενημέρωση και την ενίσχυση ψυχολογική για τους ασθενείς και τις οικογένειες τους (Amer. Pain Society 2002)

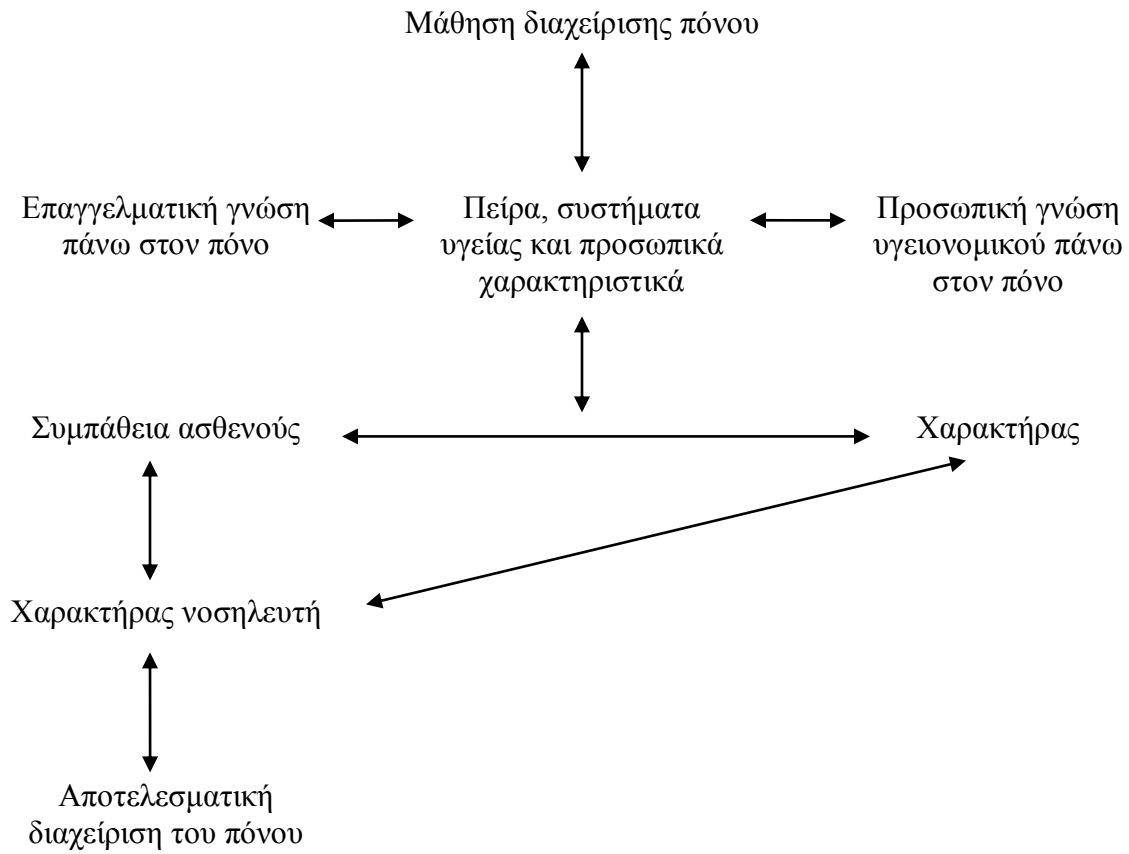
Μια πλήρης επιστημονική ομάδα αποτελείται από γιατρούς, φαρμακολόγους, νοσηλευτές, ασθενείς (WHO 96). Εκείνος που περνάει περισσότερη ώρα με τον ασθενή είναι ο νοσηλευτής. Αυτός μπορεί να έχει μια συνεχή ενημέρωση για την δράση της αναλγητικής αγωγής, ενώ είναι απαραίτητο κάθε μέλος της επιστημονικής ομάδας να έχει την ενημέρωση και την επιστημονική κατάρτιση για την διαχείριση του πόνου, έτσι ώστε να μπορεί να βοηθήσει για να μειώσει την ένταση του.

Από έρευνα σε 23 χώρες περισσότερες από τις μισές δεν εκπαιδεύουν κατάλληλα το νοσηλευτικό προσωπικό τους στη διαχείριση του πόνου (Weissman 1988). Μια άλλη παράμετρος που μελετάται είναι η συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού και πιο ειδικά των νοσηλευτών. Αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο θα γίνει δεκτή η ειδοποίηση για πόνο ή η συμπαράσταση και κατανόηση που θα δείξει ο νοσηλευτής στον ασθενή. Οι νοσηλευτές πρέπει να δέχονται ό,τι αναφέρουν οι ασθενείς, χωρίς να

δυσπιστούν, ενώ η επιπλέον εκπαίδευση στον πόνο και την αντιμετώπιση του μεγαλώνει την αυτοπεποίθηση **του**, ώστε να χειρίζονται καλύτερα τους ασθενείς και να εντοπίζουν ευκολότερα τους παράγοντες που επιβαρύνουν την υγεία του ασθενή (S. Holley et al, 2005). Η επιμόρφωση που είναι εξειδικευμένη στο αντικείμενο του πόνου καταλήγει σε καλύτερη αντιμετώπιση. Έτσι οι νοσηλεύτες που είναι κοντά στον ασθενή περισσότερη ώρα όταν έχουν αυτήν την εξειδίκευση ως νοσηλεύτες του πόνου (Pain Resource Nurses) μπορούν να παρέχουν περισσότερη ανακούφιση (S. Mcmillan et al.2005). Στις ΗΠΑ η ειδική εκπαίδευση στην ογκολογική νοσηλευτική παρέχεται σε μεταπτυχιακό επίπεδο ,αλλά δεν αποτελεί αναγνωρισμένη ειδικότητα στην Ευρώπη (Πατηράκη 2002).

Στην πλειοψηφία των ευρωπαϊκών χωρών δεν υπάρχει ξεκάθαρη στρατηγική για την εκπαίδευση στην ογκολογική νοσηλευτική και απουσιάζουν τα πρότυπα επαγγελματικής ανάπτυξης και ποιοτικού ελέγχου (Πατηράκη 2002). Πέρα από την ακαδημαϊκή μόρφωση στον πόνο, πολλοί μελετητές ασχολούνται με παράγοντες, όπως η συμπάθεια. Αυτή λειτουργεί ως φάρμακο, αφού κυρίως ο νοσηλευτής που ασχολείται περισσότερο με τους ασθενείς, νοιάζεται και φροντίζει τον πάσχοντα σα να είναι φίλος και συγγενής του (Mc Caffrey & Ferrell '97).

Η προσωπική εμπλοκή του νοσηλευτή στην ασθένεια του πάσχοντος εκλύει συναισθήματα, τα οποία βοηθούν το υγειονομικό προσωπικό να κάνει καλύτερη δουλειά και ο ασθενής να δεχτεί την φροντίδα και την αγάπη από κάποιον που νοιάζεται και δεν κάνει απλά την δουλειά του (Brinier'95/ Brian'96). Επίσης αναφέρεται ο παράγοντας κατά πόσο το προσωπικό έχει εμπλακεί το ίδιο σε **επίπονες** καταστάσεις υγείας (Daltor 1989). Βάση αυτού του παράγοντα, άτομα από το υγειονομικό προσωπικό που πονούν ή που στο παρελθόν είχαν πονέσει, δίνουν καλύτερου επιπέδου υπηρεσίες με περισσότερη φροντίδα και ενδιαφέρον (Wessman & McDonald '99). Σχηματικά έχει δοθεί ένα σχέδιο που δείχνει από πόσες πλευρές μπορείς να πλησιάσεις τον πόνο, τον άνθρωπο που πονά, τον άνθρωπο που παρέχει την βοήθεια.



(Πατηράκη 2004)

Έτσι αφού το προσωπικό έχει εκπαιδευτεί με τον καλύτερο δυνατό τρόπο, η επιστήμη μπορεί να επικεντρώσει την προσοχή της σε κάποια απόλυτα ιατρικά μέτρα θεραπείας και αντιμετώπισης του καρκινικού πόνου.

Η βασική αντιμετώπιση του καρκίνου γίνεται με τις χειρουργικές επεμβάσεις, όπου αφαιρούνται οι καρκινικές μάζες, την ακτινοθεραπεία, την χημειοθεραπεία και την ανοσοθεραπεία που αποσκοπούν στον περιορισμό των καρκινικών κυττάρων. Στον κάθε ασθενή μεμονωμένα αξιολογείται ο τρόπος αντιμετώπισης. Άλλοτε χρησιμοποιείται μόνο μια κατηγορία και άλλοτε όλες ή συνδυασμός αυτών. Επίσης σε κάποιους ασθενείς μπορούν να χρησιμοποιηθούν και άλλοι μέθοδοι οι οποίοι λειτουργούν σε πειραματικό στάδιο. Το σωστό είναι ο ασθενής να σχετίζεται με μια ιατρική ομάδα, η οποία αποτελείται από έναν **ογκολόγο, χειρουργό, ακτινοθεραπευτή** και άλλους αν αυτό είναι αναγκαίο (M.D.Anderson 2006)

Συνήθως οι χειρουργικές επεμβάσεις γίνονται στο 60% των καρκινοπαθών, ενώ στην χημειοθεραπεία διοχετεύονται ουσίες και στην ακτινοθεραπεία διαφόρων ειδών ακτινοβολίες με σκοπό την καταστροφή των καρκινικών κυττάρων ή τον περιορισμό της αναπαραγωγής του. Στην ανοσοθεραπεία χρησιμοποιούνται ουσίες-ορμόνες ή κύτταρα του ανοσοποιητικού που στρέφονται εναντίων των καρκινικών κυττάρων. Σε περιορισμένη χρήση γίνονται μελέτες για προσδιορισμό των γονιδίων τα οποία μπορούν να προκαλέσουν καρκίνο, καθώς και κλινικές μελέτες, όπου σε πειραματικό στάδιο χρησιμοποιούνται καινούρια φάρμακα.

Επίσης βασικό εργαλείο για την αντιμετώπιση του καρκίνου στα χέρια του θεραπευτή είναι η κατηγοριοποίηση σύμφωνα με το σύστημα T.N.M., όπου το T σημαίνει όγκος (tumor) το N λεμφαδένες (lymphoadens) και το M μετάσταση. Οι παραπάνω πληροφορίες κατηγοριοποιούνται σε μια κλίμακα 0, I, II, III, IV κυρίως κατόπιν βιοψίας υλικού, για να οριστεί ο τύπος του καρκίνου. Εάν είναι εύκολο, καλό είναι να προσδιοριστεί η αρχική θέση της νεοπλασίας και το μέγεθος της. Άρα ως T_x ορίζεται ο αρχικός καρκίνος όπου δεν μπορεί να βρεθεί η αρχική του θέση, ενώ ως T₀ η έλλειψη αποδείξεων για την ύπαρξη του καρκίνου και ως T_i είναι το καρκίνωμα στην αρχική θέση στο αρχικό επιθήλιο (in situ). T₁, T₂, T₃, T₄ είναι τα στάδια που δείχνουν το μέγεθος και την εξάπλωση του καρκίνου στο ίδιο όργανο. Ως N_x δεν αξιολογούνται θετικοί οι παράπλευροι λεμφαδένες στο όργανο, N₀ δεν υπάρχουν καρκινικά κύτταρα στους γειτονικούς λεμφαδένες, N₁, N₂, N₃ εμπλοκή γειτονικών λεμφαδένων στην καρκινική διαδικασία, M_x δεν υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις και M₁ υπάρχουν μακρινές μεταστάσεις.

Σε μια άλλη κλίμακα στο στάδιο 0 έχουμε καρκίνο in situ στο 1, 2, 3 έχουμε εξάπλωση και σε άλλο σημείο του οργάνου σε γειτονικούς λεμφαδένες και στο στάδιο 4 έχουμε εξάπλωση και σε άλλο όργανο.

Δεν αξιολογούνται οι πορείες όλων των καρκίνων με αυτές τις κλίμακες. Σε άλλους, όπως σε καρκίνους του Κ.Ν.Σ., αξιολογείται βασικά η ιστολογική δομή τους καθώς και σε καρκίνους του αιμοποιητικού.

Η αξιολόγηση για τον προσδιορισμό του σταδίου γίνεται μετά από φυσική εξέταση, απεικονιστικές μεθόδους (ακτινογραφίες, αξονικές τομογραφίες κ.), εργαστηριακές εξετάσεις (γενικές αίματος-ούρων), ιστολογική εξέταση (βιοψία/κυτταρολογική εξέταση) και μετά από χειρουργική επέμβαση (u.s.national cancer inst.2002).

Αντιμετώπιση του καρκινικού πόνου

A. Γενικές Αρχές

Μετά την ειδική αντιμετώπιση του καρκίνου τα επόμενα φάρμακα που χρησιμοποιούνται, αφορούν την αντιμετώπιση του άλγους και των παρενεργειών από την βασική καρκινική θεραπεία.

Για την φαρμακευτική αντιμετώπιση του πόνου χρησιμοποιούνται διάφορες κατηγορίες φαρμάκων:

- Μη οπιοειδή αναλγητικά (ασπιρίνη, παρακεταμόλη, ΜΣΑΦ)
- Οπιοειδή αναλγητικά
- Συνοδό φάρμακα (κορτικοειδή, αντικαταθλιπτικά, αντιεπιληπτικά, αγχολυτικά, α2 αγωνιστές, καλσιτονίνη, ανταγωνιστές NMDA υποδοχέων κ.λ.π.)

Το 1982 ο WHO (World Health Organization με στόχο την εξασφάλιση της αναλγησίας σε όλους τους καρκινοπαθείς μέχρι το 2000) διατύπωσε ορισμένες κατευθυντήριες οδηγίες, με κύριο άξονα την αναλγητική κλίμακα τριών βαθμίδων.

| | Πόνος που επιμένει ή αυξάνει | Πόνος που επιμένει ή αυξάνει |
|-------------|------------------------------|------------------------------|
| Πόνος | Ήπια οπιοειδή | Ισχυρά οπιοειδή |
| Μη οπιοειδή | + | Μη οπιοειδή |
| + | Μη οπιοειδή | + |
| Σύνοδα | + | Σύνοδα |
| | Σύνοδα | |

Σύμφωνα με την χρήση της κλίμακας προτείνεται να γίνεται πρώτα αντικατάσταση φαρμάκων μέσα στην ίδια κατηγορία, πριν γίνει αλλαγή στα στάδια της κλίμακας.

Για την αποτελεσματική όμως φαρμακοθεραπεία θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη και οι εξής γενικές αρχές:

- η δόση του φαρμάκου πρέπει να είναι επαρκής
- η τιτλοποίηση της δοσολογίας να γίνεται για κάθε άρρωστο ξεχωριστά
- η χορήγηση να γίνεται σε τακτά χρονικά διαστήματα και όχι επί πόνου

- να δίνονται οδηγίες για την αντιμετώπιση του παροξυσμικού πόνου
- να γίνεται ενημέρωση και να χορηγούνται φάρμακα για την αντιμετώπιση των παρενεργειών
- να δίνονται γραπτές οδηγίες
- να χρησιμοποιείται η από του στόματος χορήγηση, όπου αυτό είναι δυνατόν
- η διατηρείται το αναλγητικό προγράμματα, σε όσο το δυνατόν πιο απλό επίπεδο
- επανελέγχεται και επανεκτιμάται η αποτελεσματικότητα και η ασφάλεια θεραπείας.

B. ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΑ ΣΚΕΥΑΣΜΑΤΑ

ΜΗ ΟΠΙΟΕΙΔΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ

Με τον όρο αυτό εννοούνται η ασπιρίνη, η παρακεταμόλη και τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα (ΜΣΑΦ). Τα φάρμακα αυτά είναι αποτελεσματικά για την ανακούφιση του ήπιου πόνου και έχουν συνεργική δράση με τα οπιοειδή, όταν χορηγούνται σε μέτριο έως ισχυρό πόνο που βοηθά στην ελάττωση της δόσολογίας και άρα των παρενεργειών. Τα μη οπιοειδή αναλγητικά έχουν όλα οροφή στην αναλγητική τους δράση και πολλές ομοιότητες στο μηχανισμό δράσης, τις παρενέργειες και την τοξικότητα.

Ασπιρίνη

Ημισυνθετικό παράγωγο του ακετυλοσαλικυλικού οξέος με αντιφλεγμονώδη, αναλγητική και αντιπυρετική δράση ενδείκνυται κυρίως σε οστικούς πόνους με ήπιο έως μέτριο πόνο μαλακών μορίων από κακοήθη νόσο.

Η συνήθης δόση είναι 600mg/4-6 ώρες. Πρέπει να χορηγείται με προσοχή σε ασθενείς με ιστορικό πεπτικού έλκους, θρομβοκυττοπενίας ή άλλης αιμορραγικής διάθεσης και ασθματικούς.

Παρακεταμόλη

Είναι συνθετικό παράγωγο της ακετανιλίδης με αναλγητικές και αντιπυρετικές ιδιότητες, αλλά χωρίς περιφερική αντιφλεγμονώδη δράση. Αναστέλλει την σύνθεση προσταγλαδίνων κυρίως στο Κ.Ν.Σ. Χρόνια χορήγηση υψηλών δόσεων (4-6gr/

ημέρα) μπορεί να προκαλέσει αύξηση των ηπατικών ενζύμων, που όμως είναι αναστρέψιμη. Η συνήθης δόση είναι 500-1000mg/ 4-6 ώρες και μπορεί να χορηγηθεί από το στόμα ή από το ορθό.

ΜΗ ΣΤΕΡΟΕΙΔΗ ΑΝΤΙΦΛΕΓΜΟΝΩΔΗ ΦΑΡΜΑΚΑ

Στην κατηγορία αυτή ανήκουν φάρμακα διάφορης χημικής δομής, που ασκούν τη δράση τους μέσω της αναστολής της κυκλοξυγενάσης (cox1, cox2) και επομένως της αναστολής της σύνθεσης προσταγλαδίνων, προκαλώντας έτσι ελάττωση της παραγωγής των διαβιβαστών της φλεγμονής. Η cox1 προάγει τη σύνθεση των προσταγλαδίνων που σχετίζονται με τη προστασία του Γ.Ε. βλεννογόνου, τη λειτουργία των αιμοπεταλίων και τη νεφρική ομοιόσταση. Η cox2 προάγει τη σύνθεση προσταγλαδίνων που σχετίζονται με την επαγωγή της φλεγμονής και του πόνου, ενώ έχουν διουρητική και νατριουρητική δράση. Η cox2 τριπλασιάζεται σε καταστάσεις φλεγμονής.

ΟΠΙΟΕΙΔΗ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ

Αναφέρονται τα φυσικά παράγωγα προϊόντα του οπίου, τα ενδογενή οπιοειδή, αλλά και όλα τα συνθετικά σκευάσματα που χρησιμοποιούν οι γιατροί ενάντια στον πόνο. Είναι η κύρια κατηγορία αναλγητικών που χρησιμοποιούνται για την αντιμετώπιση του μέτριου έως σοβαρού πόνου.

Είναι αποτελεσματικά, τιτλοποιούνται εύκολα και έχουν μια εξαιρετικά ικανοποιητική σχέση ωφέλειας-κινδύνου.

Ταξινομούνται με τρεις τρόπους

- α) ανάλογα με την ισχύ τους (ήπια-ισχυρά)
- β) ανάλογα με την σύνθεση τους (φυσικά αλκαλοειδή- ημισυνθετικά/ συνθετικά)
- γ) ανάλογα με την δράση τους στους υποδοχείς (αγωνιστές- ανταγωνιστές- μερικοί αγωνιστές και αγωνιστές ανταγωνιστές).

Η κωδεΐνη είναι το πρότυπο των ήπιων οπιοειδών και εναλλακτικά της είναι η οξυκοδόνη και η τραμαδόλη. Το πρότυπο των ισχυρών οπιοειδών είναι η μορφίνη με την οποία συγκρίνονται όλα τα οπιοειδή.

Τα οπιοειδή μεταβολίζονται στο ήπαρ και απεκκρίνονται με τα ούρα. Εκτός από την αναλγησία έχουν και άλλες επιδράσεις, τόσο στο Κ.Ν.Σ. όσο και σε άλλα

συστήματα, οι περισσότερες από τις οποίες συνιστούν και τις ανεπιθύμητες ενέργειες τους:

- ευφορική επίδραση μέσω λυμβικού συστήματος
- αναπνευστική καταστολή, καταστολή του βήχα
- υπνηλία
- σύγχυση, παραισθήσεις
- ναυτία, εμετός
- μύση
- δυσκοιλιότητα, η οποία αποτελεί την πιο συνηθισμένη και μονιμότερη ανεπιθύμητη ενέργεια (Πλέσια Ελένη 2005)

ΗΠΙΑ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Κωδεΐνη

Απορροφάται αμέσως από το στόμα, χορηγείται σε δόση 30-80mg/4h. Προτεινόμενος συνδυασμός είναι 30-120mg κωδεΐνη με 500mg παρακεταμόλης ή με 250-500mg ασπιρίνης κάθε 4-6h. Στην Ελλάδα κυκλοφορούσαν δισκία διδροκωδεΐνης των 60mg (σταμάτησαν τώρα). Κυκλοφορούν σκευάσματα κωδεΐνης και παρακεταμόλης.

Δεξτροπροποξυφαΐνη

Συνιστάμενη δόση 60mg/4h σε συνδυασμό με 250-500mg ασπιρίνης ή 500mg παρακεταμόλης. Στην Ελλάδα κυκλοφορούν (σύριγγες) των 75mg και δισκία των 65mg (zideton, romidon).

ΙΣΧΥΡΑ ΟΠΙΟΕΙΔΗ

Μορφίνη

Η λήψη μορφίνης από το στόμα είναι η καλύτερη οδός χορήγησης πρέπει να χορηγείται σε ορισμένες ώρες "με το ρολόι" και όχι όταν πόνος ο άρρωστος.

Μεθαδόνη

Συνθετικό αναλγητικό με δράση παρόμοια της μορφίνης. Από το στόμα δίνεται 5-10mg/6h για τις πρώτες 3 μέρες και κατόπιν κάθε 8-12h. Στην Ελλάδα υπάρχει σε φύσιγγες των 20mg για την απεξάρτηση τοξικομανών.

Μεπεριδίνη (Πεθιδίνη)

Έχει μικρότερη δράση από την μορφίνη. Η δόση της από το στόμα είναι τριπλάσια από της υποδόριας ή της ενδομυϊκής. Στην Ελλάδα κυκλοφορεί σε φύσιγγες των 100mg και σκόνη. Η προτεινόμενη δόση από το στόμα είναι 300mg/4-6h. Παρεντερικά χορηγείται ενδομυϊκά σε δόση 75mg/3-4h.

Φεντανύλη

Είναι συνθετικό οπιοειδές και τα τελευταία χρόνια χρησιμοποιείται και διαδερμικά για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου σε περιεκτικότητες των 25, 50, 75 και 100μg/h.

Τα μέγιστα επίπεδα του φαρμάκου στο πλάσμα επιτυγχάνονται μετά 12-24 ώρες.

ΑΓΩΝΙΣΤΕΣ-ΑΝΤΑΓΩΝΙΣΤΕΣ

Πενταζοκίνη

Παρουσιάζει το φαινόμενο οροφής. Χορηγείται σε δισκία των 50mg και σε φύσιγγες των 30mg. Από το στόμα δίνεται δόση 25-100mg/4h, ενώ ενδομυϊκά 30-60mg/6h.

Ναλμπουφίνη

Κυκλοφορεί σε φύσιγγες των 20mg και μπορεί να χορηγηθεί κάθε 4-6h.

Ανταγωνιστές-Ναλοξόνη (Narcan)

Η προσεκτική ενδοφλέβια χορήγηση σε επαναλαμβανόμενες δόσεις των 40-80mg κάθε 1-2 min αποκαθιστά συνήθως τον αυτόματο αερισμό σε ασθενείς με υπερδοσολογία και καταστολή της αναπνοής από οπιοειδή.

Άλλα οπιοειδή που χορηγούνται για την αντιμετώπιση του πόνου των καρκινοπαθών αλλά δεν κυκλοφορούν ακόμα στην Ελλάδα είναι η τραμαδόλη, η υδρομορφόνη, η λεβορφανόλη, η οξυκωδόνη, η βουπρενορφίνη (Χρόνιος Πόνος - Ζαραλίδου & συνεργ).

Οι κατά προσέγγιση ισοδύναμες δόσεις οπιοειδών συγκριτικά (πάντα) με τη μορφίνη έχουν ως εξής:

| | | |
|---------------|--------------|----------|
| | (iv) | peros |
| Μορφίνη | 10mg | 30mg |
| Κωδεΐνη | 120mg | 240mg |
| Πεθιδίνη | 75mg | 300mg |
| Βουπρενορφίνη | 0,3mg | 0,4mg |
| Μεθαδόνη | 10mg | 20mg |
| Ναλμπουφίνη | 10mg | - |
| Φεντανύλη | 0,01mg (Ε.Φ) | 12,5μg/h |

Διαδερμικά: 10mg κωδεΐνη = 1mg μορφίνη

| Μορφίνη mg | TTS Fentanyl.mg |
|------------|-----------------|
| Peros 24/h | 72/h |
| 90 | 25 |
| 180 | 50 |
| 270 | 75 |
| 360 | 100 |

Δίνουμε το 1/5 έως 1/6 της συστηματικής αναλγητικής δόσης για τον παροξυσμικό πόνο (Πλέσια Ελένη).

Συνιστάται ως καλύτερη οδός χορήγησης το στόμα, γιατί είναι απλή και αποτελεσματική και γιατί μειώνονται οι ανάγκες για ύπαρξη συνοδών ή νοσηλευτών.

Οι παρενέργειες δεν είναι σημαντικές έναντι των σπουδαιών ωφελειών, έχει λιγότερο κόστος και η peros οδός συχνά σηματοδοτεί την καλή κατάσταση του ασθενή, ενώ η παρεντερική την επιδεινώνει.

Κατόπιν ακολουθεί η πρωκτική οδός, η οποία είναι χρήσιμη για μικρό χρονικό διάστημα και προς το τέλος της ζωής έχει ένα σεβαστό ποσοστό μη-αποδοχής από τους ασθενείς. Είναι προσβάσιμη από τον ίδιο τον ασθενή αλλά και τους συνοδούς.

Οι φλέβες της μεγάλης πυέλου αδειάζουν στην πυλαία φλέβα του ύπατος. Έτσι τα φάρμακα που βρίσκονται στις φλέβες της πυέλου έχουν άμεση κυκλοφορία σε όλο τον οργανισμό. Η επιφάνεια απορρόφησης του πρωκτού είναι 200-400cm.

Υπάρχει και η ραχιαία επισκληρίδια και ενδοθωρακική οδός.

Η διαδερμική οδός συνίσταται σε ασθενείς οι οποίοι δεν μπορούν να πάρουν αγωγή από το στόμα. Ωστόσο έχει σημαντικά πλεονεκτήματα και χρησιμοποιείται σε πολλούς άλλους καρκινοπαθείς.

Τέλος εφαρμόζεται και η ενδοραχιαία έγχυση οπιοειδών (επισκληρίδια).

ΟΠΙΟΕΙΔΗ ΚΑΙ ΜΥΘΟΙ ΓΙΑ ΕΘΙΣΜΟ/ ΕΞΑΡΤΗΣΗ/ ΑΝΟΧΗ

Ανοχή

Ως ανοχή ορίζεται η ανάγκη για μεγαλύτερη δόση, έτσι ώστε να παραμείνει η αναλγησία σε ικανοποιητικά επίπεδα. Ωστόσο ανάγκη για αύξηση στη δοσολογία μπορεί να σηματοδοτεί επιδείνωση της ασθένειας ή νέα παθολογική νόσο και σίγουρα απαιτεί επανεκτίμηση του ασθενούς.

Στο τελικό στάδιο συχνά αυξάνεται η δόση με αποτέλεσμα αύξηση και των παρενεργειών.

Φυσική εξάρτηση

Είναι η ανάπτυξη συμπτωμάτων σωματικής στέρησης μετά την διακοπή των οπιοειδών ή τη μη-προγραμματισμένη χορήγησή τους μετά από εναλλαγή οπιοειδών.

Στην συστηματική χρήση των οπιοειδών για χρονικό διάστημα 2-4 εβδομάδων παρατηρείται φυσική εξάρτηση μετά από οποιαδήποτε μείωση της δόσης. Παρόμοια δράση όμως έχουν και άλλα φάρμακα όπως β-αναστολείς, α2 –αγωνιστές και εκλεκτικοί αγωνιστές της σεροτονίνης (ssRIS).

Συνίσταται σταδιακή μείωση των οπιοειδών κατά 50% σε 2 με 3 μέρες.

Ψυχολογική εξάρτηση (εθισμός)

Αυτή αναπτύσσεται όταν η χρήση των οπιοειδών γίνεται για λόγους εκτός της αντιμετώπισης ισχυρών πόνων και όταν η χρήση τους συνεχίζεται παρά τα σοβαρά προβλήματα που προκαλούν στο άτομο.

Ο ασθενής τελικού σταδίου δεν αναπτύσσει εξάρτηση στα οπιοειδή, ενώ η χρήση τους για ιατρικούς λόγους και υπό την επίβλεψη επιστημόνων δεν προκαλεί προβλήματα παρόμοια με αυτά που εμφανίζουν οι τοξικομανείς.

Ψευδό-εθισμός

Αναπτύσσεται στο δυνατό πόνο που δεν υποχωρεί με την αναλγητική αγωγή όπου ο ασθενής νιώθει θυμό και είναι απομονωμένος με έντονη εσωστρέφεια.

Η επικοινωνία με τον ασθενή δεν είναι καλή και ο κύκλος του πόνου και της κατάθλιψης γίνεται άρρηκτος με αποτέλεσμα το έργο του γιατρού να γίνεται δυσκολότερο.

Συνήθως είναι ιατρογενές σύνδρομο και αντιμετωπίζεται με σωστή εξατομικευμένη φαρμακευτική και ψυχολογική υποστήριξη και εμπιστοσύνη του γιατρού στις αναφορές του ασθενή για την ένταση και την διάρκεια του πόνου (Weissman).

| Φυσική εξάρτηση | Ψυχολογική εξάρτηση |
|--|--|
| Φυσική & φαρμακολογική εξάρτηση | Ψυχολογικό κίνητρο- κοινωνικό |
| Συμβαίνει μετά από συστηματική αγωγή πάνω από 7-10 μέρες | Συμπεριφορά αναζήτησης του φαρμάκου |
| Εμφάνιση στερητικών συνδρόμων μετά από διακοπή | Σπάνια συμβαίνει όταν γίνεται χρήση για την αντιμετώπιση του πόνου |
| | Συνέχιση της χρήσης παρά το βιολογικό κακό |

Η ανάπτυξη ανοχής και φυσικής εξάρτησης δεν είναι δείκτης εθισμού.

Ανάπτυξη ανοχής και δοσολογία

Τόσο οι γιατροί όσο και οι ασθενείς ξέρουν ότι η ανοχή του οργανισμού στην αρχική δόση των οπιοειδών αντιμετωπίζεται με αύξηση της δόσης, μέχρι να επιτευχθεί ικανοποιητική αναλγησία.

- Ανοχή αναπτύσσεται στην αναλγησία
- Ανοχή στην κατάθλιψη και τη ναυτία
- Ανοχή στη δυσκοιλιότητα

Ο ασθενής που παραπονιέται έντονα, δε σημαίνει ότι είναι χρήστης και αυτό γιατί το 80% των ασθενών έχουν πολλαπλών αιτιών πόνο, ενώ το 34% έχουν 4 και παραπάνω διαφορετικούς πόνους.

Οι περισσότεροι δεν υπομένουν τον δυνατό πόνο.

Στις καλπάζουσες νόσους η ανάπτυξη ανοχής είναι σπάνια, γιατί συνεχώς επανεκτιμάται η δοσολογία του φαρμάκου, ενώ ο πόνος πρέπει να θεραπεύεται όποτε εμφανίζεται.

Δεν ανταποκρίνονται όλοι οι πόνοι στην χρήση οπιοειδών, όπως ο νευροπαθητικός, η νευραλγία τριδύμου, ο πόνος που εξαρτάται από στρεσογόνους παράγοντες ή άλλους ψυχο-κοινωνικούς καθώς και ο πόνος του οποίου η αιτία δεν είναι ξεκάθαρη.

Από την αρχή ο πόνος πρέπει να αντιμετωπισθεί ικανοποιητικά χωρίς "συντηρητική" ή επιφυλακτική αντιμετώπιση, γιατί αυτό κρύβει ρίσκο χωρίς οφέλη.

Η αύξησή της δοσολογίας πρέπει να γίνεται κατά 50%, εφόσον είναι ασφαλές, σε ασθενείς που αναπτύσσουν ανοχή. Μικρότερη αύξηση της δόσης είναι λάθος.

Όσο αφορά την καταστολή της αναπνοής αυτό γίνεται σπάνια.

Μετά από 5-7 μέρες χορήγησης υπάρχει προσαρμογή του αναπνευστικού, ενώ όσο ο ασθενής πονά, δεν μπορεί να γίνει καταστολή της αναπνοής, αφού ο πόνος είναι ένα ισχυρό αναληπτικό.

Όταν ο πόνος ελεγχθεί, δεν πρέπει να μειωθεί η δόση του φαρμάκου με τον φόβο της ανάπτυξης φυσικής εξάρτησης. Τότε ίσως χρειάζεται αλλαγή από βραχείας δράσης οπιοειδή σε μακράς.

Η χρήση οπιοειδών δεν προκαλεί οργανική τοξικότητα σε αντίθεση με άλλη κατηγορία φαρμάκων όπως τα ΜΣΑΦ που προκαλούν νεφρική και υπατική τοξικότητα.

Τα οπιοειδή είναι ίσως ασφαλέστερα από τα ΜΣΑΦ.

Οι ασθενείς που παίρνουν οπιοειδή μπορούν να οδηγήσουν ή να χειριστούν μηχανές ή μηχανήματα ακριβείας, όχι όμως τις πρώτες 5-7 μέρες της χορήγησης ή μετά από αύξηση της αρχικής δόσης.

Η καταστροφή των εσωτερικών οργάνων είναι σπάνια. Στη χρόνια χρήση η ανάπτυξη ανοχής δεν είναι συνήθης και η φυσική εξάρτηση δεν αποτελεί σημαντικό πρόβλημα.

Ιατρογενής εξάρτηση είναι περίπου < 4/12.000 ασθενείς (A.G. Lipman, 2002)

Γ. ΣΥΝΟΔΑ ΤΩΝ ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΩΝ ΦΑΡΜΑΚΩΝ

Με τον όρο "συνοδά" (adjuvant) νοούνται τα φάρμακα που η πρωταρχική τους ένδειξη είναι άλλη από τον πόνο, αλλά δρουν αναλγητικά σε ορισμένες επώδυνες καταστάσεις. Συνήθως χορηγούνται μαζί με τα παραδοσιακά αναλγητικά.

Αντικαταθλιπτικά

Διακρίνονται σε σεροτονινεργικά και αδρενεργικά. Η πρωταρχική φαρμακολογική τους δράση είναι να παρεμποδίσουν την επαναπρόσληψη των μονοαμινεργικών νευρομεταβιβαστών (σεροτονίνη & νερεπινεφρίνη) στο Κ.Ν.Σ. Ενδείκνυνται για την αντιμετώπιση του νευροπαθητικού πόνου και είναι πιο αποτελεσματικά σε συνεχή καυστικό δυσαισθητικού τύπου πόνο. Οι ασθενείς με νευροπαθητικό πόνο αναπτύσσουν αντίσταση στα οπιοειδή και έτσι η δοσολογία πρέπει να αυξηθεί.

Τα οπιοειδή είναι το τελευταίο σκαλοπάτι αναλγησίας στον νευροπαθητικό πόνο ενώ σε ορισμένους ασθενείς δεν προσφέρουν κανένα όφελος. Τα συνηθέστερα αντικαταθλιπτικά είναι τα τρικυκλικά (αμιτριπυλλίνη-saroten) με ημερήσια δοσολογία 25-75mg.

Νεότερα αντικαταθλιπτικά είναι οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης, καθώς και οι αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης και νορδρεναλίνης.

Αντιεπιληπτικά

Είναι χρήσιμα στον νευροπαθητικό πόνο. Τελευταία χρησιμοποιείται ευρύτατα η γκαμπαπεντίνη που αποβάλλεται από τα ούρα. Η συνήθης δόση είναι 600-1200mg/24h. Η πρεγκαμπαλίνη είναι το νεότερο αντιεπιληπτικό.

Κορτικοστεροειδή

Έχουν απευθείας αντιφλεγμονώδη δράση γιατί ελαττώνουν την συγκέντρωση των ιστικών διαβιβαστών της φλεγμονής οι οποίοι ενεργοποιούν τους αλγούποδοχείς. Τα συνηθέστερα χρησιμοποιούμενα κορτικοστεροειδή είναι η πρεδνιζολόνη, η δεξαμεθαζόνη και η υδροκορτιζόνη. Η δοσολογία της δεξαμεθαζόνης είναι 2-4mg/24h και η πρεδνιζολόνη 15-30mg/24h.

Νευροληπτικά

Όπως η χλωροπρομαζίνη και η αλοπεριδόλη δεν έχουν αναλγητική δράση. Μπορούν όμως να χρησιμοποιηθούν για να ελαττώσουν την ανησυχία ή να βελτιώσουν το βραδινό ύπνο.

Ψυχοδιεγερτικά

Αμφεταμίνες και μεθυλφενιδάτη που βοηθούν στην μείωση της καταστολής από οπιοειδή και μπορούν να επιτρέψουν επαρκή αναλγησία χωρίς αβάστακτες παρενέργειες.

Η χρήση τους δεν είναι συνήθης.

Βενζοδιαζεπίνες

Λόγω της αγχολυτικής δράσης.

Αντιϊσταμινικά

Με αγχολυτική και αντιεμετική δράση.

Κλονιδίνη

Βοηθάει τους αρρώστους με ανθεκτικό νευροπαθητικό πόνο, αλλά και όταν έχει αναπτυχθεί ανοχή στα οπιοειδή.

Δοσολογία peros έως 300μg/24h, επισκληρίδια 150-700μg (iv) 1-2μg/kg (im) 1-2μg/kg και διαδερμικά 0,3mg/24h.

Νιφεδιπίνη

Δοσολογία 20mg 2 φορές την μέρα.

Κεταμίνη

Επισκληρίδια 10-50mg(iv) 0,1-1,5mg/kg/h, υποδόρια 0,1mg/kg/h, peros 50mgx4.

Κυρίως η αναλγητική δράση οφείλεται στον αποκλεισμό των N.M.D.A υποδοχέων.

Τοπικά αναισθητικά

Για ενδονωτιαία χορήγηση αλλά και peros κυρίως στον νευροπαθητικό πόνο.

Αρχίζουμε με δόση 150mg/24h (peros) και μέγιστη 750Mg/24h.

Μυοχαλαρωτικά

Όπως η βακλοφαίνη σε δόση 15-80mg/24h.

Καλσιτονίνη

Για τους οστικούς πόνους του μεταστατικού καρκίνου, καθώς και σε ανθεκτικό νευροπαθητικό πόνο.

Διφωσφονικά άλατα

Στην υπερασβεστιαμία των νεοπλασιών και στις οστεολυτικές μεταστάσεις οστών με δόση που κυμαίνεται από 15-90mg/κύκλο θεραπείας. Συνήθως προτιμάται η εφάπαξ δόση με έγχυση 15mg/h(iv).

Μεταστάσεις στα οστά κάνουν πολλοί καρκίνοι που προέρχονται από τον προστάτη, τον μαστό, τα νεφρά, τον πνεύμονα. Οι οστικές μεταστάσεις μπορεί να είναι μεμονωμένες ή πολλαπλές με μακροπρόθεσμο και βραχυπρόθεσμο αντίκτυπο στη ζωή του ασθενή. Στο τελικό στάδιο των οστικών μεταστάσεων συνιστάται ακινησία όπου λειτουργεί αναλγητικά και αντισταθμίζεται η υποβάθμιση της ποιότητας ζωής του ασθενή. Η αξιολόγηση των οστικών μεταστάσεων γίνεται με την βοήθεια αξονικού τομογράφου/ μαγνητικού τομογράφου και ακτινογραφιών.

Τα διφωσφονικά αναπληρώνουν τα ιόντα Ca^{++} ενισχύουν τους οστεοκλάστες και αναστέλλουν τους παράγοντες φλεγμονής-αναστέλλουν τον παράγοντα T N F (tumor necrosis factor) και τα επιθετικά μόρια των καρκινικών κυττάρων. 70% των ασθενών ανακουφίζονται με ορμονικές θεραπείες και 20-40% μετά από χημειοθεραπεία (Eric Chevlen 2002)

Ραδιοϊσότοπα

Με χορήγηση στροντίου (^{89}Sr).

Καψαΐσίνη

Τοπικά με επάλειψη

Αναλγησία με επεμβατικούς μεθόδους

Γίνεται με αναισθησιολογικές, νευροχειρουργικές αλλά και χειρουργικές παρεμβάσεις. Αναισθησιολογικές παρεμβάσεις είναι οι νευρικοί αποκλεισμοί με τοπικά αναισθητικά ή νευρολυτικές ουσίες, η τοπικές έγχυσης με ΜΣΑΦ, μυοχαλαρωτικά ή κορτικοστεροειδή που κατευθύνονται προς μύες, νευρικές ρίζες, νευρικά πλέγματα, στον επισκληρίδιο και στον υπαραχνοειδή χώρο.

ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ - ΜΗ ΕΠΕΜΒΑΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ

Αυτές είναι φυσικές και ψυχοκοινωνικές.

Οι περισσότερες φυσικές εφαρμόζονται από φυσιοθεραπευτές με μαλάξεις, ασκήσεις, εφαρμογή με θερμά επιθέματα -με ή χωρίς δόνηση-, χρήση υδροθεραπείας, χρήση διαδερμικού ηλεκτρισμού νευρικού αποκλεισμού (TENS), βελονισμός, υπέρηχοι, γιόγκα, ύπνωση και χρήση ΒΟΤΟΧ (πρωτεΐνη που παράγεται από το βακτήριο της αλλαντίασης και η τοξίνη παραλύει τοπικά το νεύρο, Mayo clin. Med. serv.).

Όσον αφορά την άθληση, η καθημερινότητα ασθενών που μετά από χημειοθεραπεία συμμετείχαν σε αερόβιο πρόγραμμα άθλησης, σημείωσαν μείωση του πόνου και αύξηση των επιπέδων της αιμοσφαιρίνης και λιγότερη αδυναμία.

Οι πάσχοντες νοσούσαν από μη-Hodgking λέμφωμα και η άθληση βοήθησε να συμμετέχουν σε απλές πράξεις καθημερινότητας όπως το περπάτημα και οι οικιακές εργασίες.

Οι μυϊκές ομάδες συντηρούνται και δεν ατροφούν, η πνευματική τους κατάσταση είναι πολύ καλύτερη, μειώνεται η κατάθλιψη και ενισχύεται η αυτοεκτίμηση.

Τα προγράμματα αυτά είναι πολύ λιγότερα έναντι κάποιων άλλων. Σίγουρα δεν μπορούν όλοι να συμμετέχουν, αλλά είναι ένα μέτρο που βελτιώνει την ζωή των νοσούντων και μειώνει τον πόνο. (Dollen Doyde amer. cancer society 2001)

Οι ψυχοκινητικές μέθοδοι αποτελούν ένα σημαντικό τμήμα της πολυδύναμης προσέγγισης στην αντιμετώπιση του πόνου. Εάν εφαρμοστούν εγκαίρως με την έναρξη της νόσου έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες επιτυχίας.

Συνηθισμένες τεχνικές είναι η συμπεριφορική (behavioral), όπου οι ασθενείς αναγνωρίζουν και αλλάζουν πτυχές της συμπεριφοράς και της διάθεσης τους.

Η γνωσιακή (cognitive) θεραπεία που αλλάζει την εμπειρία του πόνου, τροποποιώντας διάφορες γνωσιακές μεταβλητές περιλαμβάνει τεχνικές όπως

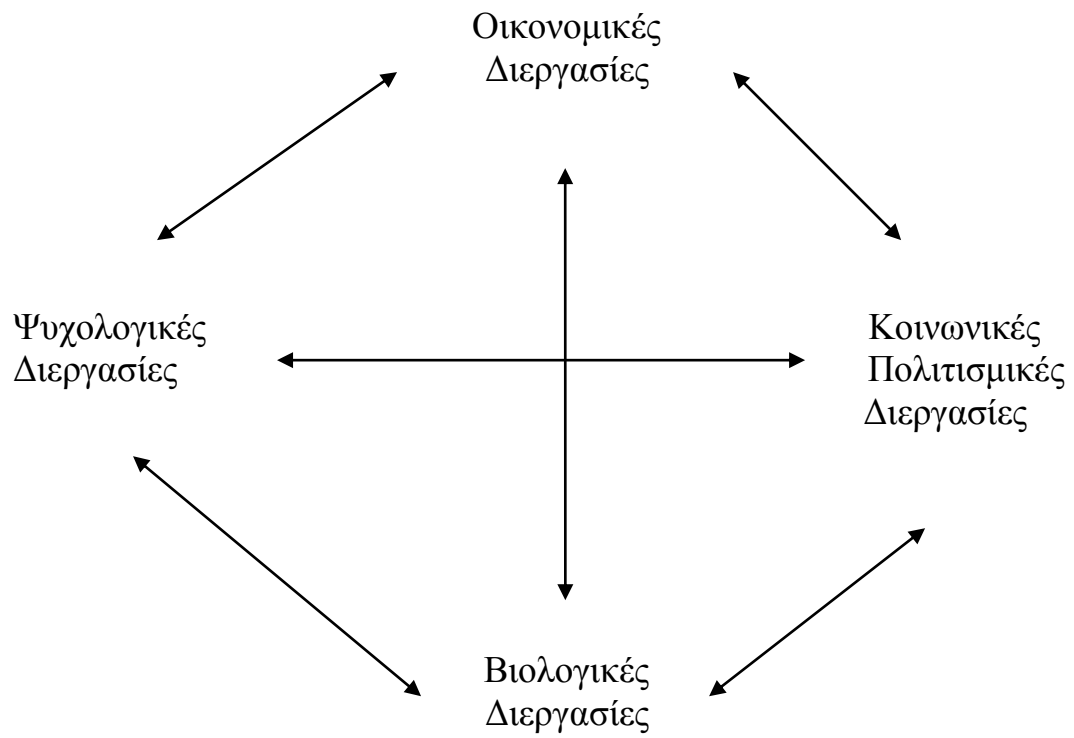
δημιουργία φαντασιώσεων, απόσπαση προσοχής, τεχνικές χαλάρωσης και biofeedback.

Ορισμένοι μπορούν να ωφεληθούν από μικρής διάρκειας θεραπεία (Πλέσια Ελένη).

Ο καρκινικός πόνος μπορεί να αντιμετωπιστεί κυρίως όταν έχει μια σφαιρική και ολιστική υποστήριξη. Μια βασική αρχική γραμμή αντιμετώπισης είναι ο έλεγχος, η έγκυρη θεραπεία αλλά και η ανακουφιστική φροντίδα σε αυτούς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο (Dirk Schrijvers 2003)

Εξίσου σημαντική είναι και η προφύλαξη, η οποία κυρίως προστατεύει το άτομο και το ενημερώνει μέσω προγραμμάτων ελέγχου του πληθυσμού, με έλεγχο καρκινικών δεικτών στις ομάδες υψηλού κινδύνου. Συχνός ιατρικός μαζικός έλεγχος πρέπει να γίνεται για τον μαστό, τη μήτρα και το παχύ έντερο, σύμφωνα με το πρώτο διεθνές συνέδριο (WHO, Γένοβα, 6/05) του παγκόσμιου οργανισμού υγείας για την αντιμετώπιση του καρκίνου, ο οποίος όρισε τον καρκίνο ως έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που θέτουν σε κίνδυνο την παγκόσμια υγεία.

Ο Άνθρωπος Ένα Βιοψυχολογικό Σύστημα



Γ.Βασιλείου, Β.Βασιλείου Αθηναικό Κέντρο μελέτης του ανθρώπου

Μεθοδολογία

Η ερευνητική αυτή προσπάθεια έγινε με την απεριόριστη συνεργασία του ιατρείου πόνου του Γ.Ν. "ΑΧΕΠΑ" Θεσσαλονίκης.

Από το αρχείο του ιατρείου αναζητήθηκαν αρχικά οι καρκινοπαθείς ασθενείς που είχαν μόλις παραπεμφθεί από άλλους γιατρούς κυρίως χειρουργούς ή ογκολόγους για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου. Στη συνέχεια μελετήθηκαν οι φάκελοι των ασθενών. Εκεί αναφέρονται όλες οι επισκέψεις τους στο ιατρείο ,ακόμα και οι τηλεφωνικές επικοινωνίες οι οποίες έχουν σκοπό την ενημέρωση στη γενική κατάσταση αλλά κυρίως στον πρόσφατο πόνο, την ένταση και την διάρκεια του. Οι επισκέψεις γίνονται σχεδόν μηνιαία αφού η κάθε συνταγογράφηση έχει διάρκεια σχεδόν 30 ημερών εκτός κάποιων εκτάκτων αλλαγών. Στην πρώτη επίσκεψη συστηματικά γίνεται βαθμολόγηση της έντασης του πόνου μετά από την λήψη πλήρους ιστορικού και ιατρικής φυσικής εξέτασης. Χρησιμοποιείται η αριθμητική κλίμακα από το 0 έως 10 ή η αναλογική κλίμακα από 0 έως 100. Στη συνέχεια η εκτίμηση του πόνου γίνεται με την λεκτική κλίμακα (βελτίωση –επιδείνωση). Επειδή πολλές φορές οι ασθενείς δεν μπορούν προσωπικά να παραβρεθούν στο ιατρείο έρχονται συγγενικά πρόσωπα που γνωρίζουν καλά την κατάσταση των ασθενών.

Αναζητήθηκαν ασθενείς στο χρονικό διάστημα από 1-7- 05 έως 31-12-05 που θα είχαν προσδόκιμο επιβίωσης ενώ τα στοιχεία από το αρχείο συγκεντρώθηκαν έως 15-5-06. Μέχρι τότε αναφέρονται οι επισκέψεις των ασθενών, οι επικοινωνίες καθώς και η τελευταία επίσκεψη που αναφέρεται στο φάκελο τους.

Δίνονται στοιχεία για την ηλικία και το φύλο, το επάγγελμα και το είδος καρκίνου. Τα πρώτα στοιχεία για να έχουμε μια αδρή συσχέτιση αυτών των δημογραφικών στοιχείων με τον πόνο και έμμεσα πως επιδρά στην ποιότητα ζωής τους. Η νεοπλασία και η επιθετικότητα της σε συνδυασμό με την ειδική αντικαρκινική αντιμετώπιση-θεραπεία (χημειοθεραπεία, ακτινοθεραπεία, εγχειρήσεις) η οποία προκαλεί επιπλέον πόνο, επίσης οι μεταστάσεις αν υπάρχουν και τέλος ποιες άλλες χρόνιες παθήσεις συνυπάρχουν. Όλοι αυτοί οι παράγοντες πιστεύεται ότι αυξάνουν τον πόνο.

Στο δεύτερο πίνακα αναφέρεται η αναλγητική αγωγή που έχει ο ασθενής και στη συνέχεια αναγράφονται οι τροποποιήσεις που γίνονται από το ιατρείο του πόνου. Οι επισκέψεις δεν έχουν αριθμητική ακολουθία αφού αναφέρονται η πρώτη αρχική συνταγογράφηση του ιατρείου πόνου και κατόπιν η επόμενη στην οποία χρειάζεται

είτε αλλαγή φαρμάκου ή αύξηση δοσολογίας είτε εμφάνιση άλλων συμπτωμάτων ή παρενεργειών από την αναλγητική αγωγή. Συνολικά περιλαμβάνονται 52 ασθενείς.

Ειδικό Μέρος

Σχετικά με τα στοιχεία που συγκεντρώθηκαν από το ιατρείο πόνου του Νοσοκομείου ΑΧΕΠΑ, στον πρώτο πίνακα και στις 4 πρώτες στήλες δίνονται πληροφορίες για την ηλικία, το φύλο, την κατοικία και το επάγγελμα των ασθενών. Στην πέμπτη στήλη αναφέρεται η πρωτοπαθής θέση της νεοπλασίας, στην έκτη στήλη το είδος της ειδικής αντικαρκινικής αγωγής, στην έβδομη οι μεταστάσεις αν υπάρχουν και τέλος στην όγδοη στήλη οι συνοδές παθήσεις που συνυπάρχουν μαζί με τον καρκίνο.

Από τους 52 ασθενείς που συμμετέχουν σε αυτή την ερευνητική προσπάθεια οι 33 είναι άνδρες και οι 19 γυναίκες. Από αυτούς οι 27 είναι σε ηλικία άνω των 65 ετών και επομένως έχουν συνταξιοδοτηθεί χωρίς να συμμετέχουν ενεργά στην παραγωγική μερίδα του πληθυσμού, ενώ 25 είναι κάτω των 65 ετών. Τα άτομα αυτά δεν έχουν συνταξιοδοτηθεί ενώ σε 12 από αυτά δεν αναφέρεται το επάγγελμα που εξασκούν.

Οι τελευταίοι έχουν περισσότερες κοινωνικές, οικονομικές και οικογενειακές υποχρεώσεις, στις οποίες δεν μπορούν να ανταπεξέλθουν κυρίως λόγω της νόσου, ενώ ο πόνος επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την γενικότερη κατάσταση τους.

Δύο ασθενείς δεν κατοικούν στην Βόρεια Ελλάδα (Μακεδονία) Ν 25, 40, ενώ σχετικά με την πρωτοπαθή εντόπιση της νεοπλασίας την πρώτη θέση αναλογικά έχει ο καρκίνος του πνεύμονα (10 άτομα) κατόπιν ο μαστός και η ουροδόχος κύστη με 6 άτομα, το παχύ έντερο, ο προστάτης και το πάγκρεας με 4 άτομα, το κεντρικό νευρικό σύστημα και το ενδομήτριο με 3 άτομα, ενώ ο καρκίνος στα υπόλοιπα όργανα εμφανίζεται με μικρότερη συχνότητα. Αναλυτικότερα είναι:

Πνεύμονας 10

Ορθό 1

Πάγκρεας 4

Ήπαρ 1

Λάρυγγας 2

Ουρ. κύστη 6

Προστάτης 4

Μαστός 6

Λέμφωμα στομάχου (στομάχι) 2

Παχύ έντερο 4

Μύτη 1

ΚΝΣ 3

Λειομυοσάρκωμα 2

Παρωτίς 1

Ενδομήτριο 3

Επιγλωττίς 1

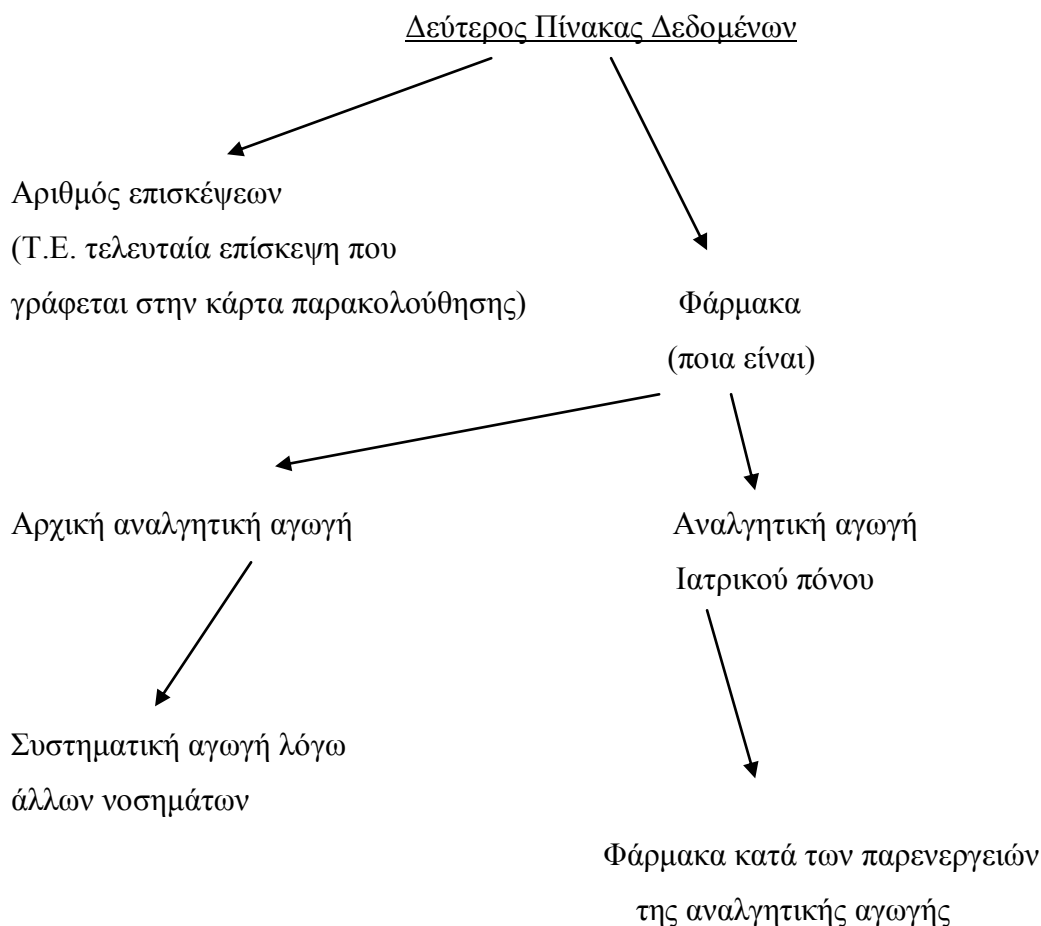
Γλώσσα

Οι περισσότεροι ασθενείς με εξαίρεση έξι, έχουν δεχτεί ειδική αντικαρκινική αγωγή με τη μορφή εγχείρησης, χημειοθεραπείας ή ακτινοθεραπείας, άρα σε όλους αυτούς προστέθηκε και μια άλλη πιθανή αιτία πόνου.

Οι 33 έχουν μεταστάσεις, ενώ 14 από αυτούς έχουν στο ιατρικό τους ιστορικό και άλλες παθήσεις από την αρχή της νόσου, οι οποίες πιθανόν να προσθέτουν επιπλέον πόνο.

Οι παθήσεις αυτές είναι: θρομβοφλεβίτιδα (N-49), HBsag, Hcv, Hiv (N-52), HBsag (N-5,21), ΣΔτύπου 1 (N-4,29), ΧΑΠ (N-8,11,15), επιληπτικές κρίσεις (N-12), οστεοαρθρίτιδα (N-22), ινομυαλγία(N-24,) έλκος στομάχου(N-32), μεγαλοβλαστική αναιμία (N-36), νεφρική ανεπάρκεια, μόνιμο ουροκαθετήρα folley (N-20).

Όσον αφορά τον δεύτερο πίνακα ο τρόπος εργασίας έγινε σύμφωνα με το εξής σχεδιάγραμμα:



Για τον προσδιορισμό του αριθμού επισκέψεων προστίθενται όλες οι επισκέψεις που έκαναν όλοι οι ασθενείς και διαιρούνται δια του 52 (συνολικός αριθμός ασθενών).

Μέσος όρος επισκέψεων = αριθμός επισκέψεων όλων των ασθενών 52. $279/52=5,36$ επισκέψεις αντιστοιχούν περίπου στον κάθε ασθενή για να ρυθμιστεί η αναλγητική αγωγή ικανοποιητικά. Μερικές φορές δεν επικοινωνεί ξανά ο ασθενής με το ιατρείο και γι' αυτό δεν υπάρχουν άλλα στοιχεία. Οι ασθενείς που ξεπερνούν τις 10 επισκέψεις είναι N 2, 9, 10 (με 64 επισκέψεις), 14, 22, 50, 52.

Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται από τις πρώτες συνταγογραφήσεις για τον πόνο είναι:

| | | |
|---------------------------------------|---|----------------------|
| Voltaren (δικλοφενάκη) | } | Μ.Σ.Α.Φ. |
| Feldene (πιροξικάμη) | | |
| Xefo (λορνοξικάμη) | | |
| Naprosyn (ναπροξένη) | | |
| Mesulid(νιμεσουλίδη) | | |
| Ibuprofen (ιβοπροφάνη) | | |
| Movatec, loxitan (μελοξικάμη) | | |
| Depon, arotel, ranadol (παρακεταμόλη) | } | Απλά αναλγητικά |
| Postan (μεφαιναμικό οξύ) | | |
| Ασπιρίνη | | |
| Losec (ομεπραζόλη) | } | Γαστροπροστασία |
| Pariet (ραμπεπραζόλη) | | |
| Zantac (ρανιτιδίνη) | | |
| Zofron (ονδανσετρόνη) | } | Αντιεμετικά |
| Lexotanil (βρωμαζεπάμη) | } | Υπναγωγά, αγχολυτικά |
| Stilnox (ζολπιδέμη ταρταρ.) | | |
| Tavor(διαζεπάμη) | | |
| Xanax(αλπραζολάμη) | | |
| Bespar (βουσπιρόνη) | | |
| Rivotril (κλοναζεπάμη) | | |

| | | |
|----------------------------------|---|--|
| Saroten (αμυτριπτιλλίνη) | } | Αντικαταθλιπτικά |
| Remeron (μιρταζαπίνη) | | |
| Neurobion | } | Βιταμινούχα |
| Neurontin (γκαμπαπεντίνη) | } | Αντιεπιληπτικά |
| Depakine (βαλπροϊκό Να) | | |
| Epanutin (φαινυτοΐνη) | | |
| Medrol | } | Κορτικοειδή |
| Lonalgal (κωδεΐνη, παρακεταμόλη) | } | Απλά αναλγητικά και ασθενή οπιοειδή |
| Lonarid, Lonarid-N | | |
| (κωδεΐνη, καφεΐνη, παρακετ.) | | |
| Zideron (δεξτροπροποξυφαΐνη) | } | Ασθενές οπιοειδές |
| Pethidine | } | Ισχυρά οπιοειδή |
| TTS Durogesic (φεντανύλη) | | |
| Actiq (διαβλενογόνια, φεντανύλη) | | |

Για άλλα νοσήματα χορηγούνται:

Inderol (β-αναστολέας)

Zeffix

Atrovent, Forandril, Aerolin, Spiriva (βρογχοδιαστολ.)

Eliver

Librax (αντιχολινεργικό)

Triatec (ραμπρίλη)

Z-bec (λιναζεπρίλη)

Casodex (αντι-νεοπλασματικό, βικαλουταμίδη)

Zodalex

Eprex (ερυθροποιητίνη)

Tramal
 Clexane (αντιπηκτικό)
 Digoxin (δακτυλίτιδα)
 Thyrohormone
 Tardyferon (σίδηρος)
 Daflon (φλεβοτονικό)
 Glucophage, Diamicron (Σ.Δ.τύπου 2)

Από το ιατρείο πόνου προστίθενται τα φάρμακα

| | | |
|--------------------------------------|---|------------------|
| Arcoxia | } | Μ.Σ.Α.Φ. |
| Dynastat (παρεκοξίδη) | | |
| Celebrex (σελεκοξίδη) | | |
| Effexor (βενλαφαζίνη) | } | Αντικαταθλιπτικά |
| Geodon | | |
| Aloperidin (αλοπεριδόλη) | } | Αντιψυχωτικά |
| Risperdal (ρισπεριδόνη) | | |
| Hipnosedon (φθοριονιτραζεπάμη) | } | Υπναγωγά |
| Stedon (διαζεπάμη) | } | Αντιεπιληπτικά |
| Trileptal (οξυκαρβεζαπίμη) | | |
| Tegretol (καρβαμαζεπίνη) | | |
| Buscopan (αντιχολινεργικό) | | |
| Limbiol | | |
| Inoher (χαμηλού μορ. βάρους ηπαρίνη) | | |
| Mongol tab. (μορφίνη υδροχλωρική) | } | Ισχυρά οπιοειδή |
| N-2, 6, 7, 10, 15, 25 | | |
| Morphine amp. N- 2, 15 | | |

Φάρμακα που προστίθενται έναντι των παρενεργειών από τα οπιοειδή αναλγητικά είναι:

| | | |
|-----------|---|-------------------------------|
| Importal | } | Υπακτικό N-44 |
| Primperan | } | Αντιεμετικά N-4,9,14,34,40,50 |
| Cirloton | | |
| Vomex | | |
| Zofron | | |

Μόνο ένας ασθενής έχει ανάγκη από υπακτικό, ενώ έξι από αντιεμετική αγωγή. Ειδικές αναλγητικές παρεμβάσεις που γίνονται είναι οι εξής: επισκληρίδια αναλγησία N-15 μόνο σε ένα ασθενή, μεσοπλεύριες διηθήσεις με ξυλοκαΐνη και φαινόλη N-36 μόνο σ' ένα, διήθηση στο υπερπλάτιο νεύρο με Μ.Σ.Α.Φ. και ξυλοκαΐνη N-40, 52 σε δύο ασθενείς, ενώ μηνιαία γίνονται διηθήσεις με φαινόλη στα μεσοπλεύρια και στο υπερπλάτιο νεύρο σ' έναν ασθενή N-40.

Τέλος μόνο ένας ασθενής προσήλθε στο ιατρείο με (iv) αντλία για χορήγηση μορφίνης 1mg/h N-47 και έκανε μόνο αυτή την αρχική επίσκεψη.

33 ασθενείς της έρευνας ξεκινούν από το δεύτερο σκαλοπάτι της αναλγητικής κλίμακας, ενώ 19 από αυτούς βρίσκονται ήδη στο τρίτο. Κανένας από τους ασθενείς της έρευνας δεν βρίσκεται στο πρώτο σκαλοπάτι της κλίμακας.

Στην πρώτη επίσκεψη στο ιατρείο πόνου καθορίζονται τα φάρμακα που κρίνονται κατάλληλα για να ρυθμιστεί ο πόνος. Κάποια υφίστανται τροποποιήσεις στη δοσολογία, άλλα παραμένουν ίδια με την αρχική αγωγή, ενώ άλλα αλλάζουν εντελώς.

Η παρακολούθηση των ασθενών έγινε μέσα από το αρχείο του ιατρείου και μέσα στο χρονικό διάστημα που αναφέρεται αρχικά στην μεθοδολογία αφού η τακτική παρακολούθηση τους δεν ήταν εφικτή για πρακτικούς λόγους.

Η ερευνητική αυτή προσπάθεια προσδοκεί να δώσει κάποιες βασικές κατευθυντήριες οδηγίες για τη χρήση κυρίως των φάρμακων στην αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου στους καρκινοπαθείς.

Γιατροί πολλών ειδικοτήτων μπορούν να συνταγογραφήσουν αυτά τα σκευάσματα (οπιοειδή και υπναγωγά) έχοντας τα ειδικά συνταγολόγια για ναρκωτικές ουσίες.

Μελετώντας τις παρενέργειες των οπιοειδών διαπιστώσαμε ότι μόνο ένας ασθενής είχε δυσκοιλιότητα, για την οποία χρειάστηκε υπακτικό και έξι παρουσίασαν τάση για εμετό και χρειάστηκαν αντιεμετική αγωγή. Μία ασθενής N-6 με καρκίνο λάρυγγος προσήλθε στο ιατρείο με αναφερόμενη εξάρτηση στην πεθιδίνη, την οποία έκανε συστηματικά σε δόση 100-200mg καθημερινά τα τελευταία 4-5 χρόνια. Συστήθηκε σταδιακή μείωση της πεθιδίνης και χορηγήθηκε Lonalgal και Stedon. Στην τέταρτη επίσκεψη αναφέρθηκε ότι παρουσίασε στερητικό σύνδρομο όταν η πεθιδίνη μειώθηκε σε 50mg ημερησίως.

Υπόνοια συνδρόμου σωματικής στέρησης υπήρχε στον ασθενή N-10 στην 62 επίσκεψη. Ο ασθενής αυτός παρακολουθείται από το 1995 και είναι σε αγωγή με οπιοειδή πάνω από 10 χρόνια.

Στον δεύτερο πίνακα φαίνεται ότι οι δόσεις των οπιοειδών αυξομειώνονται ανάλογα με το αίσθημα του πόνου. Παρά τις επιπλοκές τους, σε κανένα ασθενή δεν διακόπτεται η χορήγηση τους, αλλά χορηγούνται τα ανάλογα φάρμακα.. Επομένως ο γιατρός με την χορήγηση των φαρμάκων για την αντιμετώπιση του πόνου δεν δημιουργεί καινούργιους τοξικομανείς στην κοινωνία, αλλά απαλύνει τον μεγάλο πόνο που "γεννιέται" από μια πολύ σοβαρή ασθένεια που έχει μεγάλη θνησιμότητα.

Η καλύτερη γνώση των σκευασμάτων με την συχνότερη και ορθολογική τους χρήση είναι ένα σημαντικό εργαλείο στα χέρια του γιατρού έναντι του πόνου.

Φυσικά όταν ο καρκινικός πόνος αντιμετωπίζεται από ομάδα επιστημών με διαφορετικές ειδικότητες, όπου όμως "αγγίζουν" τον πόνο από διαφορετική πλευρά, τότε σίγουρα έχουμε τα μέγιστα δυνατά αποτελέσματα.

Συμπεράσματα

1. Η διαβάθμιση της δοσολογίας και της κατηγορίας των αναλγητικών γίνεται σύμφωνα με την ένταση του πόνου.
2. Η συνηθέστερη επιπλοκή από τη θεραπεία με οπιοειδή ήταν ο εμετός (11,5%) και μόνο ένας (1,9%) παρουσίασε δυσκοιλιότητα.
3. Συμπτώματα σωματικής εξάρτησης παρατηρήθηκαν μόνο σε ένα ασθενή (1,9%) N-10, όταν έγινε προσπάθεια μείωσης της διαδερμικής φεντανύλης και σε μια ακόμα ασθενή N-6, όταν έγινε προσπάθεια μείωσης της πεθιδίνης, την οποία έπαιρνε με οδηγίες άλλων γιατρών.
4. Δεν διαπιστώθηκε καμία περίπτωση ψυχικής εξάρτησης.
5. Τα συνηθέστερα ισχυρά οπιοειδή που χρησιμοποιήθηκαν συστηματικά ήταν η διαδερμική φεντανύλη, η διαβλενογόνια φεντανύλη για τον παροξυσμικό πόνο και η μορφίνη σε κάψουλες, μετά από ειδική άδεια χορήγησης της διεύθυνσης υγιεινής του νομού και με ιατρική γνωμάτευση από το ιατρείο του πόνου.
6. Σε πέντε ασθενείς έγιναν επεμβατικές τεχνικές αντιμετώπισης του πόνου.

Πίνακας 1

Σχηματικά εδώ βρίσκονται στοιχεία για το φύλο, την ηλικία, το νομό κατοικίας, το επάγγελμα, την πρωτοπαθή ανατομική θέση του καρκίνου, αν έδωσε η νόσος μεταστάσεις, αν έχει γίνει αντικαρκινική θεραπεία της νόσου και ποία είναι αυτή. Ενώ στο τέλος αναφέρονται άλλες συνοδές παθήσεις του ασθενή εάν υπάρχουν.

| Ασθενής | Ηλικία | Φύλο | Κατοικία | Επάγγελμα | Όγκος | Καρκινική Θεραπεία | Μεταστάσεις | Άλλες Παθήσεις |
|---------|--------|------|-----------------|----------------------------|---------------------|--------------------------------------|--------------------|---|
| 1 | 79 | ♂ | N. Πέλλας | Συνταξιούχος | Πνεύμονας | 02/'04 Εγχείρηση, Rö- Θεραπεία | (-) | (-) |
| 2 | 29 | ♀ | N. Σερρών | Φοιτήτρια | Ορθό με Διηθήσεις | 04 Εγχείρηση | (+) | (-) |
| 3 | >65 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Πνεύμονας | (-) | (+) | (-) |
| 4 | >65 | ♂ | N. Λαρίσης | Συνταξιούχος | Πάγκρεας | Εγχείρηση | (-) | Σ.Δ. Τύπου II, Σπληνεκτομή |
| 5 | 75 | ♂ | N. Χαλκιδικής | Συνταξιούχος | Ήπαρ | (-) | (-) | HBsAg |
| 6 | 60 | ♀ | N. Κοζάνης | Συνταξιούχος | Λάρυγγας | (-) | (-) | (-) |
| 7 | 62 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Ουρ. Κύστη | Εγχείρηση | Οστά | (-) |
| 8 | 87 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Προστάτης | (-) | Πνεύμονας | ΧΑΠ. |
| 9 | 52 | ♀ | N. Θεσσαλονίκης | Καθηγήτρια Καλών Τεχνών | Μαστός | Εγχείρηση, ΧΜΘ, Rö- Θεραπεία | Οστά | (-) |
| 10 | >65 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Γυρολόγος | Λέμφωμα Στομάχου | Εγχείρηση (γαστροεκτομή) | (-) | ΧΑΠ. |
| 11 | 76 | ♀ | N. Θεσσαλονίκης | | Παχύ Έντερο | Εγχείρηση | (+) | (-) |
| 12 | 63 | ♂ | N. Ημαθίας | | Ρινός | Εγχείρηση, Rö-Θεραπεία | (+) Κάτω Γνάθος | |
| 13 | 46 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | | Εγκέφαλος | Εγχείρηση, ΧΜΘ, Rö- Θεραπεία | (+) Πνεύμονας | Επιληπτικές Κρίσεις |
| 14 | 69 | ♀ | N. Θεσσαλονίκης | | Μαστός | Εγχείρηση | (-) | Παλαιότερο Ca Στομάχου Με Εγχείρηση και Κολοστομία |
| 15 | 46 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Έμπορος | Ουρ. Κύστη | Εγχείρηση | (+) Οστά | Χολεκυστεκτομή, ΧΑΠ. |

| | | | | | | | | |
|----|----|---|-----------------|-------------------------|----------------|------------------------------------|------------------------|---|
| 16 | 61 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Προστάτης | Εγχείρηση | (+) Οστά | Καρδιακή Ανεπάρκεια |
| 17 | 93 | ♀ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Παχύ Έντερο | ΧΜΘ | (-) | ΑΕΕ, ΑΥ |
| 18 | 49 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Ιδ. Υπάλληλος | Εγκέφαλος | ΧΜΘ | (-) | (-) |
| 19 | 82 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Ουρ. Κύστη | Rö-Θεραπεία | (-) | ΑΥ, Νεφρική Ανεπάρκεια, Μόνιμος Ουροκαθετήρας Folley |
| 20 | 73 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Ουρ. Κύστη | Εγχείρηση | (+) | (-) |
| 21 | 72 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Λάρυγγας | Εγχείρηση | (+) | Hbasg, ΑΕΕ, Φλεβοθρόμβωση |
| 22 | 83 | ♀ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Μαστός | (-) | (-) | ΑΥ, Στεφ. Νόσος, Οστεοαρθρίτιδα |
| 23 | 38 | ♀ | N. Θεσσαλονίκης | Καθηγήτρια | Μαστός | 3 Εγχειρήσεις | (+) Πνεύμονας, Ήπαρ | (-) |
| 24 | 44 | ♀ | N. Θεσσαλονίκης | Ψυχολόγος | Λειομυοσάρκωμα | 2 Εγχειρήσεις | (+) Πνεύμονας | Ανεπάρκεια Τριγωνίνας, Ινομυαλγία, Σιδηροπενία |
| 25 | 52 | ♀ | N. Μαγνησίας | | Πάγκρεας | Εγχείρηση | (+) Υποτροπή | (-) |
| 26 | 50 | ♀ | N. Ημαθίας | | Πνεύμονας | Εγχείρηση, ΧΜΘ | (-) | (-) |
| 27 | 72 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Εγκέφαλος | ΧΜΘ | (-) | ΑΥ, ΣΔ Τύπου II, By- pass, Παλαιό Πνευμ. Οίδημα |
| 28 | 67 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος Έμπορος | Παρωτίτις | Εγχείρηση, ΧΜΘ, Rö- Θεραπεία | Υποτροπή Νόσου | Αγγειοπάθειες |
| 29 | 74 | ♀ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος Έμπορος | Πάγκρεας | (-) | (+) Ήπαρ | Σ.Δ. Τύπου II, Αρρυθμίες |

| | | | | | | | | |
|----|----|---|-----------------|------------------------------|-------------|------------------------------|--|---------------------------------------|
| 30 | 54 | ♂ | Ν. Θεσσαλονίκης | | Πνεύμονας | ΧΜΘ | (+) Οστά | (-) |
| 31 | 76 | ♀ | Ν. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Ενδομήτριο | ΧΜΘ | (-) | ΑΥ, Νεφρική Ανεπάρκεια |
| 32 | 63 | ♂ | Ν. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος Ηλεκτρολόγος | Πάγκρεας | 2 ΧΜΘ | (+) Πνεύμονας, Επινεφρίδια | Έλκος Στομάχου, Οισοφαγίτιδα, ΧΑΠ. |
| 33 | 43 | ♂ | Ν. Πέλλας | Αγρότης | Επιγλώττις | Εγχείρηση (τραχειοστομία) | (-) | (-) |
| 34 | 72 | ♂ | Ν. Κιλκίς | Συνταξιούχος | Προστάτης | ΧΜΘ | (+) Οστά | (-) |
| 35 | 80 | ♀ | Ν. Κιλκίς | Συνταξιούχος | Ενδομήτριο | ΧΜΘ | (+) Πνεύμονας Μασοθωρακίου, Πάρεση Βραχιόνιου | (-) |
| 36 | 44 | ♂ | Ν. Σερρών | | Πνεύμονας | ΧΜΘ | (+) Οστά, Εγκέφαλος | (-) |
| 37 | 76 | ♂ | Ν. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Πνεύμονας | ΧΜΘ | (-) | Σ.Δ. Τύπου ΙΙ |
| 38 | 55 | ♂ | Ν. Χαλκιδικής | | Πνεύμονας | ΧΜΘ, Rö- Θεραπεία | (+) Οστά | (-) |
| 39 | 36 | ♂ | Ν. Θεσσαλονίκης | | Γλώσσα | ΧΜΘ, Rö- Θεραπεία | (-) | Μεγαλοβλαστική Αναιμία |
| 40 | 49 | ♀ | Βρυξέλλες | Υπάλληλος Ε.Ε. | Μαστός | ΧΜΘ | (+) Εγκέφαλος | Άλγος Χειρός |
| 41 | 73 | ♂ | Ν.Πιερίας | Συνταξιούχος | Πνεύμονας | ΧΜΘ | (+) Οστά | (-) |
| 42 | 56 | ♂ | Ν. Θεσσαλονίκης | | Στομάχι | Εγχείρηση | (+) Υποτροπή Ασκήτης | (-) |
| 43 | 60 | ♂ | Ν. Θεσσαλονίκης | | Πνεύμονας | ΧΜΘ | (-) | (-) |
| 44 | 64 | ♀ | Ν. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Μαστός | Εγχείρηση, Rö-Θεραπεία | (+) Ακτινολογικού Νευραλγία Βραχίονα | (-) |
| 45 | 72 | ♂ | Ν. Καστοριάς | Συνταξιούχος | Παχύ Έντερο | ΧΜΘ | (-) | (-) |

| | | | | | | | | |
|----|----|---|-----------------|---------------|---------------|----------------------------------|------------------------|--|
| 46 | 70 | ♂ | N.Πιερίας | Συνταξιούχος | Ουρ. Κύστη | Εγχείρηση (ολική αφαίρεση) | (+) Πνεύμονας, Ήπαρ | (-) |
| 47 | 47 | ♀ | N. Καστοριάς | | Τυφλό | ΧΜΘ | (+) Ήπαρ | (-) |
| 48 | 69 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Προστάτης | ΧΜΘ | (+) Οστά | (-) |
| 49 | 74 | ♀ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Μήτρα/Ωοθήκες | ΧΜΘ | (+) Λεμφαδένες | Θρομβοφλεβίτιδα |
| 50 | 68 | ♀ | N. Θεσσαλονίκης | Συνταξιούχος | Σάρκωμα | ΧΜΘ | (-) | Παλαιό CA-μαστού (μαστεκτομή), Εντεροεκτομή/ Αλλεργία στην Παρακεταμόλη |
| 51 | 54 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Σιδηρουργός | Ουρ. Κύστη | ΧΜΘ, Rō- Θεραπεία | (+) Οστά, Πνεύμονας | (-) |
| 52 | 53 | ♂ | N. Θεσσαλονίκης | Ιδ. Υπάλληλος | Πνεύμονας | Εγχείρηση, ΧΜΘ | (-) | HBsAg(+), HCV(+), HIV(+), Αιμορροφιλικός/ Αλλεργία στα ΜΣΑΦ & την Ασπιρίνη |

Πίνακας 2

Εδώ αρχικά αριθμείται ο ασθενής, κατόπιν δίνεται η αναλγητική αγωγή με την οποία έρχεται στο ιατρείο του πόνου και ύστερα η αγωγή που δίνεται από το ιατρείο για τον πόνο. Στην συνέχεια ακολουθούν οι αγωγές που τροποποιούνται ανάλογα με την πορεία του ασθενή και την εξέλιξη της νόσου. Επίσης στους περισσότερους ασθενείς αναγράφεται η τελευταία ημερομηνία της επίσκεψης στο ιατρείο.

| Ασθενής | Αρχική Αναλγητική Αγωγή | 1^η Επίσκεψη στο Ιατρείο Πόνου | Επόμενες Επισκέψεις |
|----------------|--|--|---|
| 1 | Lonalgan, Lexotamil, Voltaren, Losec | Lonalgan, Depon, Neurontin (300x1) | 2 ^η Neurontin 400x3, άρνηση λήψης οπιοειδών (T.E. 27/9/05) |
| 2 | Lonarid-N, Depon, Lexotamil, Stilnox | Lonalgan, Neurontin (300), Remeron | 7 ^η Neurontin 400 8 ^η Neurontin 600 10 ^η Durogesic 25μg 11 ^η μετά 1 μήνα TTS Durogestic50 Mongol 1x2 14 ^η TTS 75μg 15 ^η Mongol 30tab 1x2, Morphine 10mg (5amp.), TTS 75μg 16 ^η Actid 200 18 ^η διακοπή Mongol, έναρξη Actid 19 ^η έναρξη Mongol 20 ^η αισθητή βελτίωση, TTS 50μg (T.E.2/2/06) |
| 3 | Lonarid, Depon, Lonalgal, Zantac | Lonalgan, TTS 25 | 2 ^η TTS 50μg, Neurontin |
| 4 | TTS 25μg, Neurontin 300, Stilnox, Lonarid-N, Panadol | TTS 50, Effexor, Lonalgan | 2 ^η μετά 2 μέρες TTS λόγω ζάλης 3 ^η μετά 5 μέρες Primeran λόγω εμετών (T.E.16/8/05) |
| 5 | Inderol, Zeffix | | 2 ^η Lonalgan, TTS 25μg (δεν αναφέρεται άλλη επίσκεψη) |
| 6 | Αναφερόμενη εξάρτηση στην Πεθιδίνη (πριν από 4-5 χρόνια), Remeron, Tavor 1mg, Lonalgan | Pethidine 1x1 amp. 100mg θεραπεία 5 ημερών, σταδιακή μείωση Stedon 5mg | 4 ^η μείωση Πεθιδίνης 50mg, ανάπτυξη στερητικού συνδρόμου 8 ^η έναρξη TTS 9 ^η διακοπή TTS, Πεθιδίνη, έναρξη Mongol, Lonalgan, επιληπτικές κρίσεις Lamictal, Remeron, Tavor, Resperdol, Zemoretic |
| 7 | Zideron, TTS 75, Apotel, Lonalgan | TTS 100, Lonalgan, Neurontin 300 | 3 ^η Mongol (30 tab) 1x1 και μετά 1x2 4 ^η TTS 125μg, Stilnox από 6/12 |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | | 5 ^η TTS 150 έως 175μg μέχρι 29/12, Mongol 2x2 (T.E. -) |
| 8 | Medrol, Mesulid, inh. Atrorent, Foradril, O2 κατ' οίκου | Lonalgan 1x3, TTS 25, Arcoxia, Nexium, Actid 200 | (T.E. 29/12/05) |
| 9 | Movatec, Mesulid, Voltaren, Feldene, Neurobion, Neurontin 40, Lonarid-N(supp), tab | Sir Trileptal, Nexium, Arcoxia, Lonarid-N (supp.) + tab | 4 ^η διακοπή Trileptal, Zofron μαζί με ΧΜΘ, Cirlo-ton 5 ^η έναρξη Trileptal, διακοπή Arcoxia, Nexium, Cirlo-ton 8 ^η επιδείνωση με meta-οστών Lonarid-N 1x3, Κορτιζόνη 9 ^η πονά Lonalgal 1x3 10 ^η Trileptal, Lonarid-N 1x3, πόνος στα σημεία ακτινοβολίας (T.E. -) |
| 10 | Lonarid, Earolin, Lexotanil, Zantac | Limbitrol, Lonalgan, Buscopan (10/1/95) | 14 ^η (3/12/96) TTS 25g 15 ^η TTS 75μg 16 ^η TTS 100μg 30 ^η (19/3/98) πονά 32 ^η Mongol caps 2x3, Hypno-stedon, Mesulid, διακοπή TTS 42 ^η (6/2000) διακοπή Mongol 44 ^η TTS 25μg 50 ^η TTS 50μg, Losec 60 ^η TTS 150μg, Mesulid, Zantac, Oxisept 62 ^η (30/9/04) TTS 25, Lonalgal, Zantac, Movatec, πιθανό σύνδρομο στέρησης 63 ^η (20/9/05) TTS 50μg, Losec, Zantac, Voltaren 64 ^η (30/3/06) TTS 50 + 25 μg, Mesulid, |

| | | | |
|----|--|---|--|
| | | | Lexotanil, Lexium, Lonalgal |
| 11 | Lonarid, 4-5 tab/24h | Lonalgan 1x3, Neurontin, Movatec, TTS 25 | (T.E. -) |
| 12 | Lonalgan, Moratec, TTS 50 | Lonalgan 1x2, Arcoxia 60mg, Remeron 30mg | 3 ^η TTS 25μg, Actid 200 4 ^η Actid 200 + 400 5 ^η TTS 50μg, Actid 40 6 ^η TTS 75μg 7 ^η TTS 100μg 8 ^η TTS 150μg, Actid 800x3 9 ^η TTS 150μg, Actid 600 (T.E. -) |
| 13 | Κορτιζόνη, Depakin 500, Lonarid-N, Lonalgan, Lexotanil, Zantac | TTS 25, Rivotril 2x3 | 2 ^η (28/7/05) χωρίς βελτίωση TTS 75μg (T.E. -) |
| 14 | Actid 600, Ponstan, Zofron, Losec, Eliver, Librax | TTS 25, Primperon, Vomex | 4 ^η TTS 25μg, Actid 400-600 5 ^η Primperon, Zofron 8mg 7 ^η TTS 50μg 8 ^η TTS 75μg 10 ^η TTS 75μg, Actid 600 (T.E. 28/3/06) |
| 15 | Lonalgan, inh. Spiriva, Foradril, Milfonite | Actid 200x3, Lonalgan 2x3, Arcoxia, Dynastat, Effexor, dr. Rivotril | 2 ^η χρήση επισκληρίδιας αναλγησίας και αλλαγή φίλτρου 3 ^η Tab Mongol (30 tab) 2x3 4 ^η δε βοηθάει το Mongol (T.E. 28/8/05) |
| 16 | Lasix, Triatec 2.5, Z-Bec, Solospir, Nitroin, Pensordril, Casadex, Zodalex, Eprex 10.000, Lonarid, Mesulid, TTS 100, Tramal, Laxitan | TTS 100, Lonalgan, Celebrex, Zantac | 3 ^η TTS 125μg, Actid 200, Movatec, Mongol 4 ^η TTS 150μg, Mongol 2x2, μορφίνη (iv), Actid 400, Lonalgal (T.E. -) |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 17 | Lonalgan, Panadol, Stilnox, Pariet | TTS 25, Stilnox, Arcoxia 60mg, Lonalgan | (T.E. -) |
| 18 | Voltaren, Naprozin, Lonarid | Lonalgan, Apotel, Neurontin 300 1x2 | 2 ^η TTS 25μg, Lexotanil, Stilnox (T.E. 19/7/05) |
| 19 | TTS 25, Voltaren, Muscoril, Lonalgan | TTS 25, Actid 200, Movatec, Neurontin | (T.E. -) |
| 20 | Xefo, Lonarid-N, Clexane | Lonalgan, TTS 25, Arcoxia | (T.E. -) |
| 21 | Mesulid | Lonalgan, Movatec | (T.E. -) |
| 22 | Mesulid | Lonalgan, Mesulid | 2 ^η TTS 25μg, Neurontin 6 ^η TTS 50μg, Lonalgal, Zantac, Mesulid 13 ^η TTS 50μg, Zantac, Mesulid, Lonalgal (T.E. 21/2/06) ΔΕ ΜΙΑ Α ΕΛΛΗΝΙΚΑ |
| 23 | Lonalgan, Lonarid-N, TTS 25, Actid 400 | TTS 25mg, Actid 200, Lonalgan, Depon, Acroxia, Lonarid-N | 2 ^η Neurontin 300 (T.E. -) |
| 24 | Digoxin, Saroten | Neurontin 30, Lonarid-N | (T.E. -) |
| 25 | Lonalgan, Mesulid | TTS 25 έως 50μg, Lonalgan, Neurontin 300mg | 4 ^η Mongol (30 tab) 1x2 5 ^η Mongol 1x2 (T.E. -) |
| 26 | Mesulid, Xylocaine, Pariet | Importal, Lonalgan, Neurontin, Dynastat | (T.E. -) |
| 27 | Voltaren, Lonarid, επί πόνο Κορτιζόνη | Lonarid-N, Neurontin 300mg | (T.E. -) |
| 28 | Mesulid, Lonarid, Lexotanil, Ibuprofen, (Lonalgan) | Lonalgan 1x3, Vioxx, Stilnox, Trileptol | 2 ^η Lonalgal, Neurontin, Arcoxia 30mg, Ibuprofen 3 ^η TTS 75μg 4 ^η TTS 125μg επιδείνωση, μεταστάσεις οστών (T.E. -) |
| 29 | TTS 100, Lonarid, Lonalgan | TTS 100, Lonalgan, Lonarid-N, Acroxia | 2 ^η Aloperidin 3 ^η TTS 75μg (T.E. -) |

| | | | |
|----|---|---|--|
| 30 | TTS 25, Lonalgan supp. | TTS 25, Lonalgan 1x2, Lonarid 1x3, Acroxia 30mg, Losec | (T.E. -) |
| 31 | TTS 50, Panadol, Πεθιδίνη, Mesulid | TTS 75, Actid 200, Lonalgan | 2 ^η TTS 125μg, Actid 400 (T.E. -) |
| 32 | Mendrol, Lonalgan | Lonalgan, TTS 25 | 3 ^η Lonarid, TTS 25μg (T.E. -) |
| 33 | Neurontin, Lonarid-N, Mesulid, Naprosyn | TTS 25 έως 50, Neurontin, Lonalgan (tab+supp.), Stilnox | (T.E. -) |
| 34 | Voltaren, Lexotanil, Lonarid | Movatec, Lonalgan, TTS 25, Primperan | (T.E. -) |
| 35 | TTS 25, Lonarid-N, Thyrohormone | TTS 25, Arcoxia, Neurontin, Lonalgan 1x3 | 2 ^η TTS 50μg, Actid 200 3 ^η TTS 75μg 4 ^η TTS 100μg 5 ^η TTS 125μg, Rivotril 6 ^η TTS 125μg επιδείνωση (T.E. -) |
| 36 | Mendrol, Movatec, Epanurin, Lexotanil, Lonalgan, TTS 100 | TTS 50, Actid 200, Neurontin 40, τοπική δότηση με Xylocaine, Na2+Dynastat | 2 ^η TTS 100μg, Neurontin, Remeron, διακοπή Actid 4 ^η δεν πονά, έχει κρίσεις πανικού, αύξηση της δόσης Remeron (T.E. -) |
| 37 | Lonarid, Depon | Tegretol 400, Lonalgan, Arcoxia | 3 ^η TTSμg 4 ^η διακοπή Tegretol, TTS 50μg, Neurontin 300 5 ^η TTS περιοδικά 6 ^η Xanax 7 ^η Neurontin 300, Xanax 0.5, Lonalgal 1x3 9 ^η TTS 25μg, Actid 200, Zantac (T.E. -) |
| 38 | Lonarid-N, Mesulid, Voltaren, Lexotanil, Neurobion, Tardy feron | Lonarid, Arcixia 90, TTS 25, Neurontin 300 | 2 ^η TTS 125μg, Lonalgal, Arcoxia 60, Neurontin 300, Effexol (T.E. -) |

| | | | |
|----|---|---|--|
| 39 | Mesulid, Lonalgan, Voltaren, Tavor 2.5, Lexotanil, Actid 200, TTS 100 | TTS 125, Lonalgan, Arcoxia 30, Reneron, Stilnox | (T.E. -) |
| 40 | Lonalgan, Lexotanil | διήθηση υπερπλάτιου νεύρου supp. Lonalgan, Neurontin 300 | 2^η βελτίωση με τη διήθηση 3^η sup. Lonarid-N, Lonalgan, Cortizone, διήθηση κάθε μήνα με φαινόλη 5^η δε βοηθά η φαινόλη, TTS 25μg, Lonarid, Lonalgan, Neurontin 300, Arcoxia 30, Cirloton (T.E. 22/11/05) |
| 41 | Neurontin 400+600, Saroten, Vespar, Depon, Lonarid | Neurontin, Acroxia, Lonalgan | 3^η Lonalgan 1x4, Neurontin 400, Arcoxia 5^η Neurontin 400, TTS 25μg, Lonalgan, Actid 200 (των 30 τεμ.), Arcoxia διακοπή (T.E. -) |
| 42 | Lonarid-N, Lonalgan, TTS 25 | TTS 50 έως 75, Actid 200 | (T.E. -) |
| 43 | Neurobion, Mesulid ΔΙΑΚΟΠΗ Lonarid, sup. Voltaren, Panadol extra | Lonalgan, Arcoxia, Neurontin 300 | 5^η διακοπή Lonalgan 7^η δεν πονά, παίρνει μόνο Apotel (T.E. 4/5/06) |
| 44 | TTS 50, Neurontin, Rivotril, Lonalgan περιοδικά | Rivotril, TTS 50, Saroten, Lonarid, Importal | 2^η Actid 200 3^η Geodon 4^η TTS 75μg, Actid200, Lonarid-N, Neurontin, Arcoxia 5^η δεν πονά, Arcoxia, Nexium, Importal, TTS 75μg, Saroter, Actid 200 (T.E. 21/3/06) |
| 45 | TTS 100. Lonalgan, Lonarid-N, Xelodo | Lonalgan 1x2, Grorofen | (T.E. -) |
| 46 | Lonalgan, Lonarid, Voltaren, Apotel | TTS 25, Lonalgan, Arcoxia, Dynastat amp επί πόνου | 2^η Actid 200, TTS 50μg 3^η TTS 100μg, Dynastat (T.E. 3/1/06) |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 47 | Lonarid-N, Xenax, TTS 25, Lonalgan, αντλία Morphine 1mg/h | TTS 25, Mesuid, Xanax, Lonalgan 1x2, αντλία (iv) | (T.E. 22/11/05) |
| 48 | Casodex, Panadol, Mendrol 16, Lonarid, Voltaren, Mesulid | Lonalgan 1x3, Panadol, Arcoxia, Dynastat επί πόνου | (T.E. -) |
| 49 | Lonalgan, Mesulid, Doflon, Voltaren, Lexotanil | Lonalgan, Stilnox, Arcoxia 6 | 2^η TTS 50μGg Lonalgan 3^η TTS 75 έως 100μg, Lexotanil, Actid 200 4^η TTS 75μg, Actid 200, Neurontin 300 5^η Actid 400x4, TTS 100μg, Arcoxia 60 1x1 (T.E. 13/4/06) |
| 50 | Actid 600, Ponstan, Zofron, Losec, Librax | TTS 25, Ponstan, Zofron 8x2 | 3^η TTS 25μg, Actid 400, Ponstan 5^η TTS 50μg 7^η TTS 75μg, Zofron 1x2, Actid 600 12^η Actid 600, TTS 25μg, Zofron 8 13^η Actid 600 (T.E. 5/6/06) |
| 51 | TTS 100, Actid 1200 έως 800, Glucophage, Diamicron | Lonalgan 125 κάθε 2h, Zantax, Arcoxia, Neurontin 300mg 1x2 | 2^η TTS 150μg, Actid από 800 έως 1200 3^η TTS 150 έως 175μg, Inohep, Neurontin 300, Arcoxia 60 5^η Actid 800 + 1200, TTS 175μg, Lonalgan 1x3, Zantac, Lasix (T.E. -) |
| 52 | Lasix Digoxin, Lonarid-N, Zeffix | Lonarid-N, διήθηση υπερπλάτιου νεύρου Neurontin 300 | 3^η Lonalgan, Lonarid-N, Neurontin 5^η TTS 25μg 6^η εξάνθημα από το TTS 8^η TTS 50μg, Lonalgan 9^η Actid 200x2, διακοπή το TTS, Lonalgan, Mesulid 10^η TTS 25μG, Stilnox (T.E. -) |

Βιβλιογραφία

- Ζαραλίδου Άννα, Μαιδάτση Π. Σφακιώτακη 2002 "Χρόνιος πόνος προσέγγιση αντιμετώπιση. Στοιχεία περιεγχειρητικής ιατρικής" Εκδόσεις University Studio Press 361-386
- Πλέσια Ελένη 2005 "Πόνος κακοήθους αιτιολογίας- αντιμετώπιση. Συνεχιζόμενη εκπαίδευση στην αναισθησιολογία" Πέμπτο σεμινάριο F.E.E.A. 193-212
- Allcock N 1996 "Factors affecting the assessment of post operative pain-literature review" Journal of advanced nursing 24, 1144-1151
- Aderson M.D.-University of Texas cancer center 2006 "cancer staging of national cancer institute-treatment of cancer"
- Berry D.L. 2003 "Clinicians communicating with patients experiencing cancer pain" Cancer investigation 21, 374-381
- Brown S.T. 1999 "Assessment of nurses attitudes and knowledge regarding pain management" Journal of continuing education in nursing 30, 132-139
- Brunier G. 1995 "What do nurses know and believe about patients with pain? results of a hospital survey" Journal of pain and symptom management 10, 436-445
- Camp-Sorrell D.1991"Effects of continuing education- pain assessment and documentation" Journal Cancer nursing 14, 49-54
- Chevlen Eric M.D. Director of medical oncology Meadville educational method 2002 cancer pain
- Colleen Doyle M.S.2001 "Exerscise key to improved quality of life for cancer patients"
- Chiu L.H. 2003-A study to evaluate the pain knowledge of two sub-populations of final year nursing students "Journal of Advaced nursing 41, 98-108
- Dalton J.A. 1998"An examination of nursing attitudes and pain management practices "Cancer Practice 6, 115-124
- De Rond M.E. 2002 "A pain monitoring program for nurses-effects on nurses pain knowledge and attitude "Journal of pain and symptom management 19,457-467 Erkes E.B. 2001"An examination of critical care nurses knowledge and

attitudes regarding pain management in hospitalized patients "Pain management nursing 2 47-53

- Dirk Schrijvers 2003 National cancer control program.A meeting at the world health organization Geneva-Switzerland ESMO(European society for medical oncology)
- Ferrell B.R. 1993 "The pain resource nurse training program-A unique approach to pain management "Journal of pain and symptom management 8,549-556
- Ferrell B.R. 1993 "Knowledge and beliefs regarding pain in a sample of nursing faculty "Journal of professional nursing 9, 79-88
- Holley Sandra Phd ARNP AOCN 2005 "Pain resource nurses-believing the patients believing in themselves" Oncology nursing forum vol 32,no 4
- Kubeska K.1996 "Pain management knowledge of hospital –based nurses in a rural Appalachian area "Journal adv.nurs.23,861-867
- Lesage P.and cancer control 1999 Journal of the Moffitt cancer center 6,136
- Lipmans A.G. pharm.PhD of medical oncology center of Meadville editor of journal "pain and palliative care"/cancer treatment 2002
- Au E. Loprinzi CL. 1994 "Use of verbal pain scale improves the understanding of oncology in patient pain intensity "Journal of clinical oncology 12 2751-2755
- McGuire L. 1991 Pain management,Oncology nursing U.S.A. Mosby year book 338-410
- McCaffery M. 1989 "A pain clinical manual for nursing practice" St.Louis The CV Mosby Company
- McMillan Susan C.PhD ARNP,FAN 2005"Training pain resource nurses-changes in their knowledge and attitudes"Oncology nursing forum vol 32 no 4
- National cancer Institute/staging of cancer/www.cancer gov./2003
- Patiraki-Kourbani Eliz.2002 "nurses knowledge on cancer relief"Journal of nursing 1,28-33
- Patiraki-Kourbani Eliz. 2003 "Personal and professional pain experiences and pain management knowledge among Greek nurses"Journal Ersevier 41,345-354
- Portenoy RK.and P.2002 cancer control –Journal of the Moffitt cancer center 2,136-145

- Sjostrom B.1997 "Assessment of post-operative pain-impact of clinical experience and professional role" Acta anaesthesiologica Scandinavica 41, 339-344
- Schaefer R.2003 Communication Director "International cancer attitudes and quality of life/breaking down the cancer stigma.Doctors and nurses says-they can make a difference"European cancer conference in Denmark
- Schneider SP 1998 "Management of chronic non-cancer pain /a guide to appropriate use of opioids"Journal of care management
- University of Bonne /cancer pain 2003
- Veterinary hospital of the University of Pennsylvania 2001 "Quality of life issues cancer treatment in the companion animal"Journal Elsevier
- Ward S. 1993 "Patient-related barriers to management of cancer pain" Pain 52 319-324
- Warden S. 1998 "Nurses beliefs about suffering and their management of pain" International journal of palliative care 4, 21-25
- Weissman D.1989"Opioid pseudo addiction an iatrogenic syndrome" Pain 36-365
- Wessman A. 1999"Nurses personal pain experiences and their pain management know ledge" Journal of continuing education in nursing 30,152-157
- Wright R. 2001 "Nurses retention of pain management knowledge" Journal of nurses in staff development 17,309-313
- Wood 1996 "Pharmacologic treatment of cancer pain"New England Journal of medicine 335,1124-1132
- Zalon M. 1997 "Pain in frail elderly women after surgery" Journal of nursing scholarship 29, 21-26
- www.Pain.world 2005/ tolerance addiction and depedence/ chronic pain support
- www.Cancer.pain.org. "understanding cancer pain" 2001
- www.Pain.world 2005/tolerance addiction and dependence/chronic pain support