



Zbornica zdravstvene nege Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ONKOLOGIJI



27. STROKOVNI SEMINAR IZ ONKOLOGIJE
IN ONKOLOŠKE ZDRAVSTVENE NEGE

NAPREDOVALI RAK – DODAJMO ŽIVLJENJE DNEVOM

**Radenci, Hotel Radin
19. in 20. oktober 2000**

Pokrovitelji prireditve

Fondacija dr. J. Cholewa
Radenska Zdravilišče
Zveza slovenskih društev za boj proti raku

Zbornica zdravstvene nege Slovenije
SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ONKOLOGIJI

27. STROKOVNI SEMINAR IZ ONKOLOGIJE IN
ONKOLOŠKE ZDRAVSTVENE NEGE

NAPREDOVALI RAK –
DODAJMO ŽIVLJENJE DNEVOM

Radenci, Hotel Radin

19. in 20. oktober 2000

Uredili:

Brigita Skela Savič, Marina Velepich

Recenzenti:

Brigita Skela Savič, Marina Velepich, Jožica Červek

Izdala:

Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije

Založila:

Sekcija medicinskih sester v onkologiji pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije

Lektorirala:

Cvetka Šeruga – Prek

Tehnično uredila:

Slavica Hodžič

Tisk:

Grafiko d.o.o., 300 izvodov

CIP - Kataložni zapis o publikaciji
Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

616-006-083(063)

STROKOVNI seminar iz onkologije in onkološke zdravstvene nege (27 ; 2000 ; Radenci)

Napredovalni rak - dodajmo življenje dnevom / 27. strokovni seminar iz onkologije in onkološke zdravstvene nege, Radenci, 19. in 20. oktober 2000 ; (uredile Brigita Skela Savič, Marina Velepich). - Ljubljana : Zbornica zdravstvene nege Slovenije, Sekcija medicinskih sester v onkologiji, 2000

1. Gl. stv. nasl. 2. Skela-Savič, Brigita. - I. Savič, Brigita
Skela- glej Skela-Savič, Brigita

109487360

PALIATIVNA OSKRBA ONKOLOŠKIH BOLNIKOV V SLOVENIJI

Gordana Živčec – Kalan 5

RAZŠIRJENOST NAPREDOVALEGA RAKA V SLOVENIJI

Franciška Škrlec 10

DEFINICIJA NAPREDOVALEGA RAKA, SIMPTOMI IN ZDRAVLJENJE

Jožica Červek 15

PALIATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA

Marina Velepich 19

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z RESPIRATORNIMI SIMPTOMI NAPREDOVALEGA RAKA

Jožica Jošt, Tatjana Jakhel, Cvetka Cerar, Marika Mesaroš 22

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z GASTROINTESTINALNIMI SIMPTOMI NAPREDOVALEGA RAKA

Anita Pirečnik, Helena Drolc, Brigita Skela Savič 31

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z NEVROLOŠKIMI SIMPTOMI NAPREDOVALGA RAKA

Albina Bobnar, Cvetka Cerar 38

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z LOKOMOTORNIMI SIMPTOMI NAPREDOVALEGA RAKA

Katarina Lokar, Biserka Petrijevčanin, Suzana Semenič 45

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z DERMATOLOŠKIMI SIMPTOMI NAPREDOVALEGA RAKA

Helena Uršič, Laura Petrica, Anamarija Šalehar 53

OBVLADOVANJE BOLEČINE PRI BOLNIKU Z NAPREDOVALIM RAKOM

Slavica Lahajnar 58

POSTOPKI ZA OBVLADOVANJE BOLEČINE IN SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE

Mira Logonder 63

PSIHIČNI SIMPTOMI PRI BOLNIKI Z NAPREDOVALIM RAKOM

Urška Salobir 72

ZAŠČITA KOŽE S TEKOČIM ZAŠČITNIM NEPEKOČIM FILMOM

Matjaž Prešeren 78

ZAKAJ JE RECEPTOR HER-2 POMEMBEN PRI RAKU DOJKE?

Vesna Cizej 81

PALIATIVNA OSKRBA ONKOLOŠKIH BOLNIKOV V SLOVENIJI

Gordana Živčec

Paliativen – blažilen

Ključne besede: paliativna oskrba, onkološki bolnik, družinski zdravnik, terminalna bolezen, nega

Izvleček: Paliativna oskrba je vedno pomemben del dobre oskrbe onkološkega bolnika. Osnovni namen je zagotoviti bolniku simptomatsko olajšanje in obnovo vseh funkcij v okviru in z omejitvami, ki jih prinaša razvoj bolezni (Doyle in sod., 1993). Zdravnikovo znanje in delovanje je pogosto omejeno na medicinsko obvladovanje somatskih zapletov. Medicinska sestra vodi nego samostojno v vseh njenih delih, sodeluje z aktivisti hospica in v koordinaciji z zdravnikom. Bolnik se med zdravljenjem v bolnišnici močno čustveno naveže na terapevta in negovalca, ob zdravljenju na domu pa potrebuje predvsem psihološko podporo družine. Ena od nalog medicinske sestre je, da pouči negovalce, kako čimbolje razporediti breme nege in bolniku zagotoviti človeka dostojno življenje tudi v terminalni fazi bolezni. Sprejete smernice za lajšanje bolečine so v veliko pomoč tako zdravniku kot tudi medicinski sestri, vendar se kaže potreba po ustanovitvi strokovne skupine za paliativno nego, ki bo pripravila strokovne smernice za to področje. Prav tako je Katedra za družinsko medicino v svoj program izobraževanja na dodiplomski ravni vključila dodatno izobraževanje o tem, kako zdraviti in tudi kako pomagati bolnikom in jim olajšati življenje v terminalni fazi bolezni.

Uvod

Pomemben del oskrbe vsakega bolnika je lajšanje in blažitev težav, torej ne zgolj zdravljenje same bolezni. Blažilna oskrba ima pomembno vlogo pri bolnikovem počutju, izboljšuje kakovost njegovega življenja in mu pomaga v boju z boleznijo. Onkološki bolniki so zaradi narave svoje bolezni še posebno potrebni dodatne paliativne oskrbe in to v vseh stadijih svoje bolezni. Sama bolezen ima močno fizično in psihično komponento. Specifično zdravljenje je težko, za bolnika je pogosto izredno naporno in neprijetno. Prav posebej pa je bolniku težko v terminalni fazi bolezni, ko je pogosto popolnoma odvisen od tuje nege in pomoči. Potrebuje pomoč pri lajšanju bolečine, prav tako tudi pri vsakdanjih opravilih in osebnih potrebah.

Namen prispevka je prikazati vodenje paliativne oskrbe onkološkega bolnika z vidika družinskega zdravnika.

*Asist. Gordana Živčec – Kalan, dr. med. spec. spl. med.,
Zdravstveni dom Ilirska Bistrica*

Razprava

Paliativna oskrba je vedno pomemben del dobre oskrbe onkološkega bolnika. Osnovni namen je zagotoviti bolniku simptomatsko olajšanje in obnovo vseh funkcij v okvirih in z omejitvami, ki jih prinaša razvoj bolezni (Doyle in sod., 1993). Bolnik z rakavo boleznijo ima pogosto naslednje simptome: bolečino, hitro se utruji, nemoč, oteženo dihanje, zaprtje, bruhanje in nausejo, neješčnost in tudi delirij. Očitno je, da dober nadzor nad bolečino in tudi preostalimi simptomi omogoča bolniku boljše kakovost življenja.

Zdravnikovo znanje oziroma delovanje je pogosto omejeno na medicinsko obvladovanje somatskih zapletov. Vloga medicinske sestre in njene naloge pa so pri teh bolnikih dosti širše. Pri bolnikih v terminalni fazi bolezni lahko medicinska sestra s svojim delovanjem vpliva na obvladovanje somatskih zapletov, daje psihološko podporo bolniku in svojem in samostojno vodi nego bolnika v vseh njenih delih. V veliko pomoč so tudi aktivisti hospica, ki pa se ukvarjajo bolj z duhovnim in s socialnim delom. Vsekakor med strokovnim medicinskim osebjem in aktivisti hospica ni tekmovalnega odnosa, naloga družinskega zdravnika pa je, da pozna možnosti delovanja enih in drugih in je koordinator med vsemi.

Onkološki bolniki se glede na svoj socialni in družinski položaj po odpustu iz bolnišnice zdravijo na svojem domu ali pri svojih ali pa so v oskrbi katerega izmed domov za starejše občane. Le redki so v dolgotrajni oskrbi Onkološkega Inštituta. Nimamo še organiziranih bolnišnic ali oddelkov za bolnišnično oskrbo terminalnih bolnikov. Nekatere države v tujini imajo bolnišnice za nego in oskrbo, ki jo daje hospice.

Bolniki prihajajo na specifično zdravljenje ambulantno (predvsem na radioterapijo in tudi kemoterapijo) ali so na zdravljenju v bolnišnici tudi zadržani (kirurška terapija in kemoterapija). V relativno pogostih stikih z različnim zdravstvenim osebjem lahko potožijo o svojih težavah povezanih tako z zdravljenjem kot tudi z boleznijo. V večini primerov se izredno čustveno navežejo tako na terapevta in tudi na negovalca. Ves čas bolnišničnega zdravljenja imajo tudi možnost psihološke pomoči in podpore skupine za samopomoč.

Če bolnik ni sposoben samostojno skrbeti zase in nima svojcev, ki bi ga lahko negovali, mu lahko lokalna socialna služba uredi sprejem v katerega izmed domov za starejše občane. Stroške storitev domske oskrbe mora poravnati bolnik, njegovi svojci, če pa le-ti nimajo dovolj sredstev, poravnava stroške občina, kjer je bolnikovo stalno bivališče. V domovih je zagotovljena celostna 24-urna zdravstvena nega, redni, tedensko določeni obiski zdravnika, psihiatra in po potrebi duhovnika. Glede na raven opremljenosti je v večini domov mogoča tudi fizioterapija. Redko so organizirane skupine za psihološko podporo.

Kadar je bolnik na svojem domu, so vez med bolnikom in njegovim lečečim zdravnikom patronažne medicinske sestre. Ob odpustu onkološkega bolnika na dom je lokalni patronažni službi posredovano obvestilo, da se je bolnik vrnil na svoj dom, opisano pa je tudi kakšno dodatno nego in pomoč potrebuje. Patronažno naročilo oz. delovni nalog izpolni lečeči zdravnik, ki tudi določi, kako pogosti naj bodo obiski in na katere težave naj bo patronažna sestra še posebej pozorna. Pogosto je potrebno izpolniti tudi obrazec za tujo nego in pomoč.

Bolnik, ki biva v svojem okolju, je seveda pogosto v breme svojim bližnjim in daljnim svojcem. V začetku bolezni je še samostojen in potrebuje le delno pomoč: npr. urejanje računov, nakup živil ali tudi kuhanje, dovoz kuhane hrane, pospravljanje stanovanja, spremstvo ob sprehodih ali

ambulantnem zdravljenju. Zelo potrebuje psihološko podporo okolice. V tem času so praviloma vsi zelo pripravljeni pomagati, ker je šok bolezni tudi zanje zelo obremenjujoč. Sčasoma ta pripravljenost upada in se izčrpa. Negovalca preveliko breme izčrpa in ne more biti več v pomoč bolniku. Zato moramo breme nege razporediti tako, da ni preveč obremenjen le eden ali dva posameznika. Nekatere večje družine se same spontano organizirajo, nekatere pa tega ne zmorejo. Naloga družinskega zdravnika je odkrit, objektivni pogovor z bolnikom in s svojci, seveda z veliko mero strpnosti in vljudnosti.

Patronažna medicinska sestra lahko s svojim delovanjem pomaga družini, da se bolje organizira in lažje izvaja nego. Svetuje:

- Naj svojci uvedejo “dežurstva” glede na število negovalcev; vsak dan naj eden prevzame oskrbo bolnika, da lahko preostali opravljajo svoje obveznosti in imajo prosti čas tudi zase;
- kakšno hrano naj kuhajo, t.j. konkretna navodila o tem, da naj bodo obroki majhni in pogosti, naj hrana ne bo preveč začinjena, a tudi ne zelo strogo dietna, zelo pomemben je vnos tekočine;
- kako naj ukrepajo ob bruhanju ali zaprtju - s hladnimi napitki se lahko pogosto pomiri občutek, ki sili na bruhanje, tekočino dajemo v manjših količinah, a večkrat; ob zdravljenju z opioidi priporočamo sena čaj; o tem obvezno obvestimo lečečega zdravnika, ker se težave lahko olajšajo z zdravili;
- koliko naj obremenjujejo bolnika s telesnimi aktivnostmi, sprehodi namreč vzdružujejo telesno in duševno kondicijo, lajšajo stranske učinke specifičnega zdravljenja, ohranjajo bolnikovo vključenost v okolico, skrb za osebno higieno naj ostane čim dlje nekaj intimnega, bolnik naj se hrani ob mizi, dokler je le mogoče. Bolnika nikakor ne “priklenemo” na posteljo, temveč ga spodbujamo, da bo dejaven, kolikor pač sam zmore.

Organizacija Hospic je zaživela tudi v Sloveniji. Svoje podružnice organizirajo skoraj v vsaki slovenski občini. Informacije o delovanju imajo lokalni centri za socialno delo. K sodelovanju vabijo tako laike kot tudi strokovne delavce. Svoje prostovoljne aktiviste dodatno izobražujejo in seznanijo z veščinami, ki so potrebne za delo ob posameznem bolniku. Seveda s svojim delovanjem niso omejeni le na onkološke bolnike, temveč so pripravljeni pomagati vsem, ki njihovo pomoč potrebujejo, t.j. starim, osamljenim, bolnim, v prelomnem obdobju njihovega življenja, ob izgubi družinskega člana, ob žalovanju in smrti. Njihovo delo je vsekakor čedalje pomembnejše. Slovenske družine so namreč majhne, ni več trdnih vezi med generacijami, generacije pogosto živijo tudi fizično ločene. Otroci velikokrat ne morejo skrbeti za svoje straše, četudi bi mogoče želeli, ker jim to onemogočajo njihove obveznosti in razdalje.

Onkološki bolnik, ki želi biti doma, lahko od aktivistov dobi pomoč, ki bi mu jo sicer nudili svojci. To mu omogoča bivanje v lastnem domu, s tem splošno boljše počutje in tudi občutek varnost, da se lahko na nekoga obrne, če pride do težav. Aktivisti hospica tudi zdravstveni službi olajšajo obremenitve, tako da se potem zdravstveni delavci lahko posvetijo v večji meri zdravstvenim težavam in manj socialnim, ki jih pri onkološkem bolniku slej kot prej prinese bolezni.

Onkološki bolniki se pogosto zatekajo po pomoč tudi k raznim zdravilcem. Ti izvajajo metode zdravljenja, ki niso znanstveno utemeljene. Zdravnik in medicinska sestra morata razviti dovolj zaupen odnos z bolnikom, da bolnik ne bo prikrival, da izvaja neka dodatna zdravljenja. Ob takem sporočilu ne sme biti deležen niti posmehovanja niti zaničevanja. Naloga obeh pa je, da bolnika spodbujata, naj ne opusti onkološkim metod zdravljenja, ki so raziskane, strokovno

preverjene in nadzorovane. Nemalokrat lahko tako preprečita in obvarujeta bolnika pred koristoljubnimi nameni takih zdravilcev.

Tako aktivisti hospica, kot svojci in patronažne oz. domske sestre potrebujejo skupne povezave s strokovnimi skupinami za paliativno nego onkoloških bolnikov. Vsekakor je Onkološki inštitut na tem področju naredil zelo veliko, in to v organizacijskem in tudi strokovnem smislu. Izdelani so standardi za lajšanje bolečine, ki usmerjajo družinskega zdravnika pri predpisovanju terapije, ti pa so v pomoč pri delu tudi medicinski sestri, saj lahko na osnovi analogne lestvice preveri, ali so bolniku bolečine dovolj ublažene. Pričakujemo, da bodo izdelali tudi strokovne smernice za celostni pristop k negi onkološkega bolnika. Predvsem bo potrebno strogo ločevanje med urgentnimi stanji in nego. Pravočasen pogovor z bolnikom in s svojci lahko prepreči nepotrebno, mučno in panično iskanje ozdravitve pri umirajočem. Katedra za družinsko medicino je tako v svoj študijski program vključila še dodatno izobraževanje o tem, kako zdraviti in kako pomagati bolniku in mu olajšati življenje v terminalni fazi bolezni. Zavedamo se, da je med študijem medicine premalo časa posvečeno ravno temu področju in da v povezavi z medicinsko sestro - "mojstrom nege" - lahko svojim bolnikom ublažimo in olajšamo težave v terminalni fazi bolezni.

Zaključek

Dobra paliativna nega je pomemben del dobre oskrbe onkološkega bolnika. Medicinska sestra je izvaja nego bolnika samostojno, ob pomoči aktivistov hospica in koordinaciji zdravnika. Med zdravljenjem v bolnišnici se bolniki močno čustveno navežejo na terapevta in negovalca, med zdravljenjem na domu pa potrebujejo močno podporo družine. Nekateri bolniki so predvsem zaradi socialnih okoliščin nameščeni v domovih za ostarele. Tu dobijo dobro medicinsko nego, izostane pa prav psihološka podpora družine. Tistim, ki so sposobni samostojnega življenja, so v veliko pomoč aktivisti hospica, ki se ukvarjajo bolj z duhovnim in socialnim delom. Vloga medicinske sestre je poleg izvajanja strokovne zdravstvene nege poučiti negovalce o osnovah in namenu nege. Je vez med bolnikom in njegovim zdravnikom. Naloga obeh je omogočiti bolniku človeka dostojno življenje v terminalni fazi bolezni in ga tudi obvarovati pred koristoljubnimi nameni raznih zdravilcev.

Standardi za obvladovanje bolečine so že izdelani. Pojavlja pa se potreba po dodatnih strokovnih smernicah za izvajanje paliativne nege, tako v bolnišnici kot na terenu. Predvsem bo potrebno strogo ločevanje med urgentnimi stanji in nego. Katedra za družinsko medicino je s tem namenom v svoj študijski program na dodiplomski ravni že vključila dodatna izobraževanja, ne le o tem kako zdraviti, temveč tudi kako pomagati bolniku in mu olajšati življenje v terminalni fazi onkološke bolezni.

Literatura:

1. Doyle D, Hanks G, MacDonald N. Oxford Textbook of Palliative Medicine. New York: Oxford University Press, 1993: 3-8.
2. Sloan PA, Donnelly MB, Schwartz RW. Residents' management of the symptoms associated with terminal cancer. Hosp J 1997; 12(3): 5-15.
3. Lahajner-Čavlovič S, Švab I. in ostali: Vodenje bolnika z bolečino - in press.
4. Živčec-Kalan G. Bolnik z rakavo boleznijo – in press.

RAZŠIRJENOST NAPREDOVALEGA RAKA V SLOVENIJI

Frančiška Škrlec

Uvod

Register raka za Slovenijo zbira, obdeluje, hrani in interpretira podatke o zbolevanju, prevalenci in preživetju bolnikov z rakom v Sloveniji.

Incidenca raka v Sloveniji narašča. Za leto 1997 smo registrirali 8178 novih primerov rakave bolezni in sicer 4142 pri moških, 4036 pa pri ženskah.

Preživetje bolnikov z rakom se postopoma večja, tako tudi prevalenca, to je število vseh živih bolnikov z rakom. 31.12.1997 je to število znašalo 42054, od tega 15670 moških in 26384 žensk.

Pri vsem tem pa ostaja glavni problem pozno odkrivanje rakave bolezni, in zato je tudi preživetje v primerjavi z razvitejšimi deželami v Evropi relativno nizko.

Gradivo in razlaga pojmov

Gradivo so objavljeni in neobjavljeni podatki Registra raka za Slovenijo.

Incidenca pomeni število vseh v enem koledarskem letu na novo ugotovljenih primerov raka v točno določeni populaciji. V incidenco ne štejemo novih primarnih rakov parnega organa iste lokacije, če je bila histološka vrsta obeh rakov, npr. leve in desne dojke enaka. Prav tako v incidenco ne štejemo novega pojava raka iste histološke vrste na istem organu.

Groba incidenčna stopnja je število novih primerov na 100.000 oseb opazovane populacije.

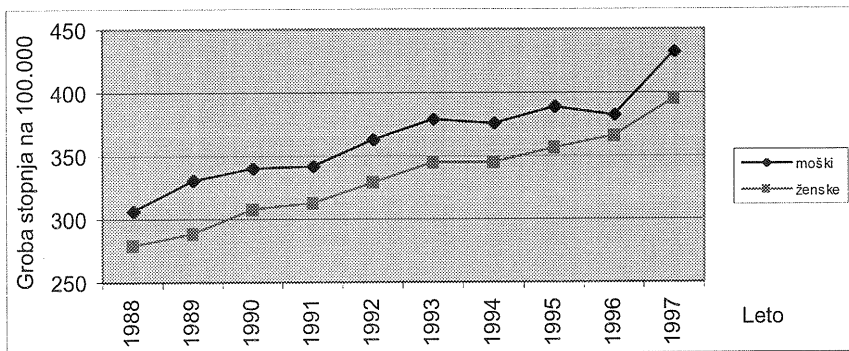
V Registru opredeljujemo stadij bolezni po vseh preiskavah s pomočjo lastnega šifrant. Posamezne primere bolezni razvrščamo v omejeno (lokalizirano) bolezen, regionarno in oddaljeno razširjeno (napredovalo) bolezen. Podobno razvrščajo razširitev bolezni tudi v drugih registrih. Šifrant posebej opredeljuje razširitev primarnega tumorja, prizadetost bezgavk in oddaljene metastaze. Svoj šifrant uporabljamo zato, ker so podatki o stadiju bolezni po klasifikaciji TNM na prijavnica pogosto pomanjkljivi.

Opredelevitev stadija solidnih tumorjev praviloma sledi klasifikaciji TNM, ki je mednarodno dogovorjena (T pomeni velikost primarnega tumorja, N prizadetost regionarnih bezgavk, M pa navzočnost oz. odsotnost oddaljenih metastaz). Pri tem upoštevamo vse preiskovalne metode, vključno operacijo, pri bolnikih, ki niso bili pred tem zdravljeni pa tudi obdukcijo. Pri solidnih tumorjih štejemo v oddaljen stadij (napredovalo bolezen) primere s prisotnostjo metastaz oziroma infiltracijo oddaljenih bezgavk, pri malignem limfomu pa stadij III in IV.

Frančiška Škrlec, univ. dipl. org., VMS, Onkološki inštitut Ljubljana

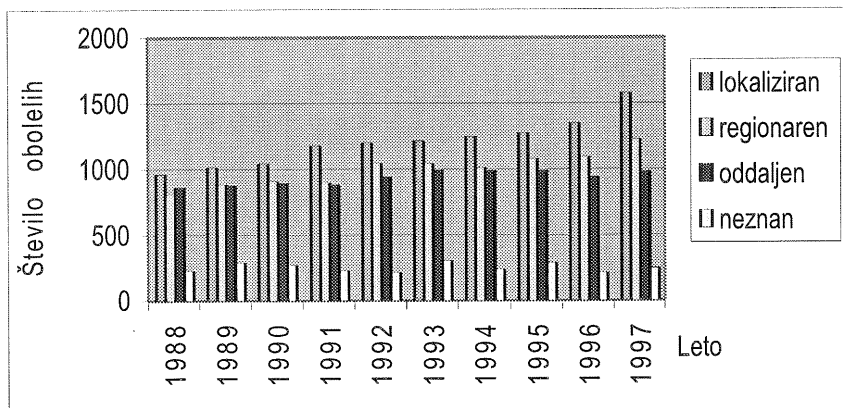
Izsledki

Slika 1 prikazuje grobo letno incidenčno stopnjo vseh rakavih bolezni po spolu za obdobje 10 let. Za leto 1997 je znašala pri moških 431,8, pri ženskah pa 395,4.

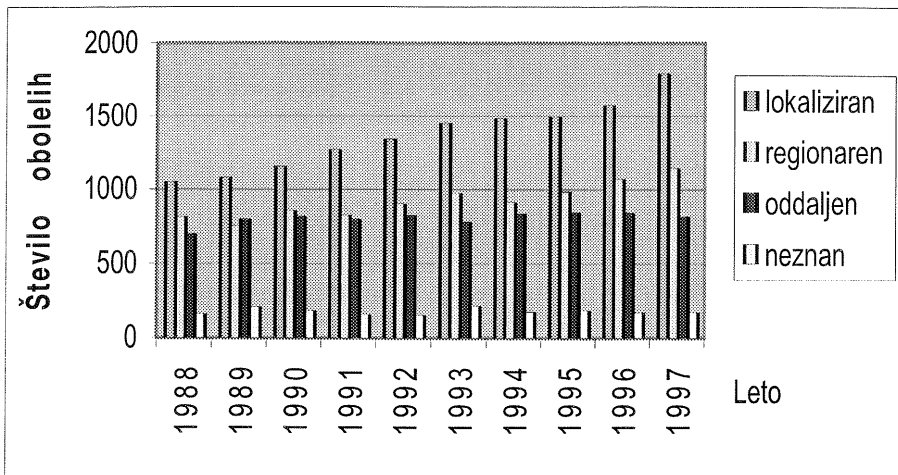


Slika 1: Groba letna incidenčna stopnja vseh rakavih bolezni po spolu

Sliki 2 in 3 prikazujeta število obolelih za rakom po stadijih bolezni in po spolu za posamezno leto. Leta 1997 je bila napredovala bolezen ugotovljena pri 985 moških (24%) in pri 819 ženskah (21%).

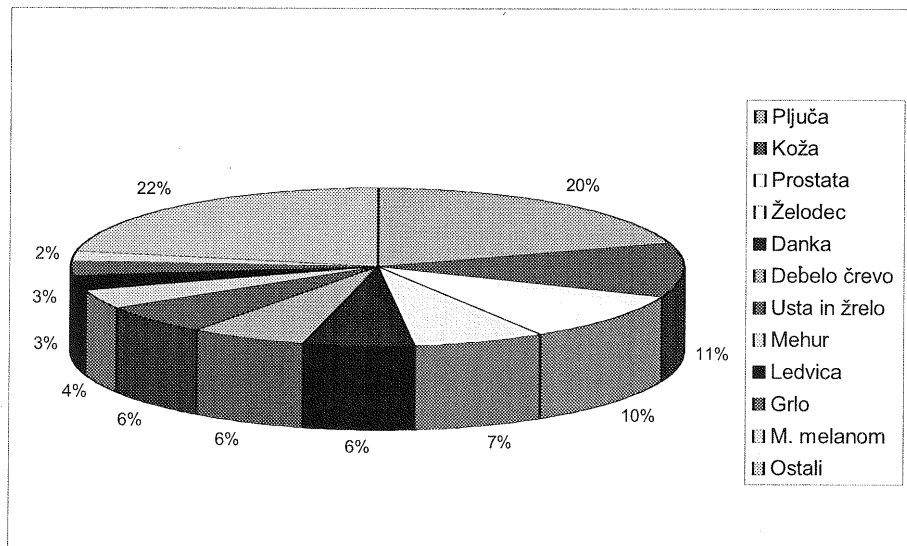


Slika 2: Število obolelih moških po stadiju bolezni



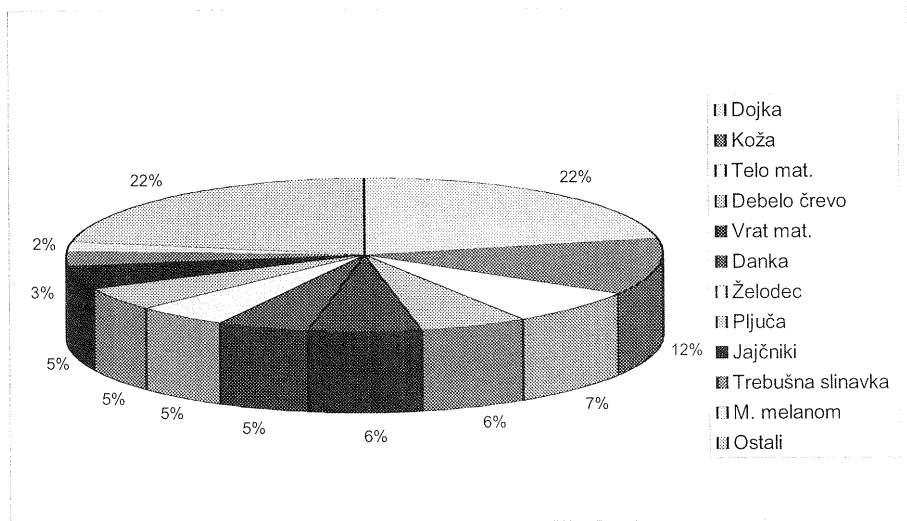
Slika 3: Število obolelih žensk po stadiju bolezni

Sliki 4 in 5 prikazujeta najpogostejše lokacije rakave bolezni po spolu za leto 1997.



Slika 4: Najpogostejše rakave bolezni pri moških (Slovenija, 1997)

V desetletnem obdobju (1988-1997) smo ob ugotovitvi bolezni opazili največji delež napredovelega raka pri moških pri raku trebušne slinavke, malignem limfomu, raku želodca, pljuč, žolčnika in jeter. Te lokacije so v letu 1997 predstavljale 33% vseh zbolelih moških za rakom. Za rakom trebušne slinavke je zbolelo 89 moških, pri 41 so bolezen ugotovili v napredovalem stadiju; za rakom jeter je zbolelo 64 moških, napredovali stadij je bil ugotovljen pri 30; za rakom želodca je zbolelo 281 moških, napredovali stadij je bil ugotovljen pri 100; za rakom pljuč je zbolelo 805 moških, napredovali stadij je bil ugotovljen pri 273.



Slika 5 Najpogostejše rakave bolezni pri ženskah (Slovenija, 1997)

Ravno tako smo v desetletnem obdobju (1988-1997) ob ugotovitvi bolezni opazili največji delež napredovelega raka pri ženskah pri raku jajčnikov, trebušne slinavke, malignem limfomu, raku pljuč, žolčnika in želodca. Te lokacije so v letu 1997 predstavljale 17% vseh zbolelih žensk za rakom. Največ napredovale bolezni pri ženskah je bilo odkrite pri raku jajčnikov (83 bolnic v napredovalem stadiju od 170 zbolelih); pri raku trebušne slinavke (42 bolnic v napredovalem stadiju od 96 zbolelih); pri raku jeter (19 bolnic v napredovalem stadiju od 37 zbolelih); pri raku pljuč (80 bolnic v napredovalem stadiju od 185 zbolelih); pri raku žolčnika (23 bolnic v napredovalem stadiju od 54 zbolelih).

Vsako leto pa opazimo tudi določen delež (3.9 – 4.5% vseh zbolelih za rakom) bolezni v razsoju, ne da bi bil znan primarni tumor. Za leto 1997 je ta delež pri moških znašal 3.4% (139 primerov) med vsemi zbolelimi moškimi za rakom, pri ženskah pa 4.6% (170 primerov) od vseh zbolelih žensk za rakom.

Zaključek

Pomembno je, da poleg tega, da vemo katere rakave bolezni so v populaciji najpogostejše, vemo tudi, pri katerih od teh je odkrivanje pozno. Medicinske sestre lahko tako sodelujemo pri ozaveščanju varovancev, da so pozorni na zgodnje znake bolezni, predvsem pa moramo poskrbeti, da se zavedajo, kaj vse vpliva na nastanek rakavih bolezni. Verjetno je premalo znano, da sta samo kajenje in neustrezna prehrana pri dveh tretjinah primerov rakave bolezni odgovorna za razvoj bolezni.

V Sloveniji je žal problem napredovalega raka v primerjavi z razvitejšimi deželami Evrope velik, in če ob tem upoštevamo še dejstvo, da tudi po ustreznem specifičnem zdravljenju lahko napreduje tudi prvotno omejena ali regionarno razširjena bolezen, se problem še poveča. Za zdravstveno nego postaja to po eni strani huda obremenitev, po drugi pa velik izziv, da bi se v vsakodnevni praksi uveljavilo načelo "Dodajmo življenje dnevom".

Viri

- (1) Incidenca raka v Sloveniji 1988, Poročilo RR št.30, Onkološki inštitut Ljubljana, 1992
- (2) Incidenca raka v Sloveniji 1989, Poročilo RR št.31, Onkološki inštitut Ljubljana, 1993
- (3) Incidenca raka v Sloveniji 1990, Poročilo RR št.32, Onkološki inštitut Ljubljana, 1993
- (4) Incidenca raka v Sloveniji 1991, Poročilo RR št.33, Onkološki inštitut Ljubljana, 1994
- (5) Incidenca raka v Sloveniji 1992, Poročilo RR št.34, Onkološki inštitut Ljubljana, 1995
- (6) Incidenca raka v Sloveniji 1993, Poročilo RR št.35, Onkološki inštitut Ljubljana, 1996
- (7) Incidenca raka v Sloveniji 1994, Poročilo RR št.36, Onkološki inštitut Ljubljana, 1997
- (8) Incidenca raka v Sloveniji 1995, Poročilo RR št.37, Onkološki inštitut Ljubljana, 1998
- (9) Incidenca raka v Sloveniji 1996, Poročilo RR št.38, Onkološki inštitut Ljubljana, 1998
- (10) Incidenca raka v Sloveniji 1997, Poročilo RR št.39, Onkološki inštitut Ljubljana, 2000

DEFINICIJA NAPREDOVALEGA RAKA, SIMPTOMI IN ZDRAVLJENJE

Jožica Červek

Uvod

Z ozirom na način obravnave in možnost zdravljenja, lahko pri raku ločimo tri oblike: ozdravljiv, zazdravljiv in neozdravljiv rak. Pri zgodnjem stadiju raka je cilj zdravljenja ozdravitev, pri napredovalem (metastatski rak), pa ozdravitev v večini primerov ni več mogoča. S specifičnim antitumorskim zdravljenjem (sistemsko zdravljenje, obsevanje) odpravimo simptome bolezni in podaljšamo življenje (zazdravitev). Ko odpovedo tudi ta prizadevanja in z zdravljenjem ne moremo več vplivati na potek maligne bolezni, bolniku v preostalih mesecih življenja odpravljamo simptome bolezni in skrbimo za čim boljše kakovost življenja s p a l i a t i v n o o s k r b o .

Paliativna oskrba

Beseda »paliativen« prihaja iz latinskega glagola palliare (ogrnuti s plaščem – simptome prekriti). Svetovna zdravstvena organizacija definira paliativno oskrbo kot aktivno, celostno oskrbo bolnika: nego, obvladovanje bolečine in drugih spremljajočih simptomov bolezni, in tudi lajšanje psihičnih, socialnih in duhovnih problemov. Z različnimi oblikami pomoči omogoča bolniku dostojno življenje do smrti. Načela paliativne oskrbe spoštujejo življenje in sprejemajo umiranje kot naravno dogajanje. Zato s svojimi posegi ne zavlačuje smrti, niti je ne pospešuje. Pomaga bolnikovi družini in njegovim bližnjim med boleznijo in v času žalovanja.

Lajšanje bolečine in drugih bolezenskih znakov je zdravnikova temeljna naloga in paliativna oskrba je že od nekdaj sestavni del medicine. Ob velikem tehnološkem razvoju in uspehah sodobne medicine je bilo obravnava in učenju o paliativni oskrbi neozdravljivih bolnikov namenjeno malo časa ali nič. Zaradi relativnega neznanja o tem, kako pomagati, je bil umirajoči bolnik s svojo navzočnostjo zdravniku in zdravstvenemu osebju boleč opomin na omejene možnosti zdravljenja. Smrt in umiranje pa sta pomenila neuspeh medicine.

Dejstvo, da je polovica ugotovljenih oblik raka še vedno neozdravljiva in da zaradi raka vsako leto na svetu umre 7 milijonov bolnikov, v Sloveniji pa je nekaj več kot 4 tisoč obolelih, je obudilo vnovično zahtevo po obravnavi simptomov neozdravljivo bolnih in dalo pomen kakovosti bolnikovega življenja. Končno je bilo tudi v medicini sprejeto spoznanje, da podaljšano preživetje ni edino merilo uspeha in neuspeha obravnave rakavih bolnikov. V zadnjih dveh desetletjih se je paliativna oskrba razvila v samostojno in priznano vejo medicine.

Prim. Jožica Červek, dr. med., specialist internist, Onkološki inštitut Ljubljana

Načela paliativne oskrbe

Bolniki z rakom imajo fizične in psihosocialne simptome bolezn. Z napredovanjem raka pa se njihovo število, raznolikost, zapletenost in resnost povečujejo. Za prepoznavanje, razumevanje in obravnavo bolezenskih znakov, je potrebno ustrezno znanje. Vzrok simptomov opredelimo in zdravimo vzročno, če pa to ni mogoče, simptome blažimo. Celotno oskrbo takih bolnikov lahko zagotovi samo skupina različnih strokovnjakov, ki jo sestavljajo: zdravniki, medicinske sestre, psihoterapevt, fizioterapevt, socialni delavec, člani družine in prostovoljci. Za uspešno delo mora med vsemi člani strokovne skupine obstajati dobra komunikacija, enako velja za komunikacijo med bolnikom in njegovimi bližnjimi. Vodja tima skrbi za dobro organizacijo dela, da se izognemo zmedenim in protislovnim postopkom. Vodja skrbi za prijetno delovno razpoloženje in podporo članom tima, pri njihovem, velikokrat stresnem delu.

Paliativna oskrba bolnikov mora biti individualna, pretehtati moramo korist in breme preiskav in postopkov v danem trenutku za določenega bolnika, pri čemer se moramo ozirati na kakovost njegovega življenja. Umetnost ni samo narediti tisto, kar je prav, ampak tudi opustiti, kar ni potrebno. V odnosu do bolnika spoštujemo njegovo osebno voljo in dostojanstvo. Vedno ga informiramo o poteku bolezn in načinu zdravljenja.

Simptomi napredovelega raka

Simptome bolezn, ki jih povzroča rak, ločimo na **l o k a l n e**, te povzroča rak s svojo rastjo in **s p l o š n e s i m p t o m e**, ti pa nastanejo zaradi biološko aktivnih izločkov raka ali njegovih metabolitov. Nekateri simptomi bolezn pa nastanejo tudi zaradi zdravil (najpogosteje analgetikov) ali pa so posledica antitumorskega zdravljenja (s citostatiki ali z obsevanjem). Oteženo dihanje nastane najpogosteje zaradi razraščanja raka v pljučih in/ali plevri. Hujšanje, izguba apetita in kaheksija pa so lahko posledica izločkov rakavih celic, ki motijo sintezo beljakovin, maščob in ogljikovih hidratov. Zaprtje in slabost pa sta pogosta pri analgeziji z morfijem.

Z napredovanjem maligne bolezn, število simptomov narašča. Glede na lokalizacijo in vrsto raka, splošno kondicijo bolnika in z ozirom na zdravila, ki jih dobiva, lahko predvidemo razvoj bolezn in napovemo nove simptome. Z ustreznimi in pravočasnimi ukrepi jih lahko preprečimo ali vsaj ublažimo.

Najpogostejši simptomi napredovelega raka so:

- bolečina,
- oslabeledost in utrujenost,
- neješčnost, hujšanje, kaheksija, zaprtje,
- oteženo dihanje,
- motnje spanja,
- psihične motnje,
- kašelj,
- slabost in bruhanje,

- spremembe okusa,
- suha usta.

Medikamentozno zdravljenje je ob ustrezni zdravstveni negi je običajno temeljni kamen za odpravo številnih simptomov napredovalnega raka. Pravila medikamentoznega zdravljenja so: zdravila dajemo v rednih časovnih presledkih,

zdravila, kadar je le mogoče, predpisujemo v peroralni obliki,

dozo zdravila določimo individualno in ob tem upoštevamo morebitno okvaro ledvic, jeter ter drugih organov - pozorni smo na stranske učinke zdravil.

Za uspešno paliativno oskrbo je pomembno zdravljenje spremljajočih obolenj (infekcija, srčna odpoved) in uravnavanje metaboličnih motenj (hiperkalcemija, elektrolitske motnje).

V prispevku so podrobneje opisani vzroki in obravnava dehidracije in dispneje (oteženo dihanje), ker je obravnava teh dveh simptomov napredovalnega raka pogosto nasprotujoča in sporna.

Dehidracija

Ustrezna hidracija je nujna za normalno delovanje organov. Zaradi dehidracije pride do ledvične odpovedi, kopičenja metabolitov, kar povzroča bruhanje, slabost, zmedenost, nemir, zaprtje in padec krvnega pritiska. V laboratorijskih preiskavah pa ugotovljamo zvišane vrednosti retentov in neuravnovešenost elektrolitov. Bolniki z napredovalim rakom imajo pogosto otekline in znižane vrednosti serumskih albuminov, diuretiki dehidracijo stopnjujejo ali pa jo celo povzročijo.

Odločitev za rehidracijo bolnikov z napredovalim rakom mora biti individualna. Pretehtati moramo prednosti in slabosti rehidracije (pritiski svojcev). Pri umirajočem bolniku je dehidracija sestavni del umiranja. Umirajoči ne čuti žeje, izgubi željo po hrani. V tej fazi obolenja je dehidracija blagodejna, dehidriran bolnik ima manj slabosti in bruhanja, manj dispnoje, manj bolečin in oteklina. Rehidracija pa je pogosto fizična ovira med bolnikom, okoljem, zdravstvenim kadrom in svojci: namesto da bi se posvečali bolniku, je vsa pozornost usmerjena na nepotreben infuzijski sistem. Rehidracijo pri umirajočem bolniku pogosto izvajajo zaradi pritiska svojcev, neredko pa tudi zaradi tega, ker tudi medicinsko osebje (zdravniki in medicinske sestre) preslabo poznajo proces umiranja.

Dispneja (oteženo dihanje)

Dispneja je težak, pogosto brezupen simptom napredovalnega raka, spremljata ga strah in nemir. Kaže pa se s poglobljenim, pospešenim dihanjem in strahom. Vzroki za nastanek dispneje so številni, najpogosteje nastane zaradi plevralnih ali perikardialnih izlivov, razraščanja raka v pljučih in/ali mediastinumu in zapore dihalnih poti. Oteženo dihanje se poslabša ob slabokrvnosti, infekcijah dihal, pljučnih embolizmih, slabi prehranjenosti in kaheksiji ter splošni oslabeledosti bolnika. Neredko pa lahko k navedenim vzrokom prištejemo še okvaro pljuč zaradi obsevanja ali zdravljenja s citostatiki. K še bednejšemu stanju takega bolnika pa pripomorejo tudi spremljajoča obolenja, kot so astma, kronična obstruktivna pljučna bolezen, oslabeledost srca in metabolične motnje, npr. acidoza. Simptome blažimo z drenažo izlivov, zdravljenjem spremljajočih obolenj, zdravljenjem infekta in slabokrvnosti. Med pogosto uspešno uporabljena zdravila sodijo bronhodilatatorji, kortikosteroidi in diuretiki.

Blagodejni učinek morfija pri oteženem dihanju pa je pogosto spregledan ali nepoznan. Morfij zniža:

- frekvenca in globino dihanja,
- izboljša delovanje srca,
- blokira opioidne receptorje v pljučih,
- zmanjša občutek dušenja in s tem zmanjša strah.

Doza morfija je individualna, določimo jo s titracijo. Uporabljamo manjše doze, kot so doze za odpravo bolečin, običajno 5 – 10 mg/4 ure, peroralno, subkutano in transdermalno.

Zaključek

Sodobna paliativna oskrba preprečuje, odpravlja in blaži tegobe napredovalega raka. Z n a n j e in medsebojno sodelovanje različnih strok medicine zdravstvene nege in laikov, sta njeno najučinkovitejše orožje in zagotovilo, da neozdravljiva kronična bolezen ne bo več pomenila bolečine in trpljenja. Možnosti lajšanja bolečin so prav tako napredovale kot možnosti zdravljenja same bolezni.

Literatura:

1. Walsh D, ed. Palliative medicine and supportive care of the cancer patient. *Semin Oncol* 2000; 27(1): 1-108.
2. MacDonald N, ed. *Palliative medicine: a case-based manual*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
3. Mazzocato C, Buclin T, Rapin C-H. The effects of morphine on dyspnea and ventilatory function in elderly patients with advanced cancer: a randomized double-blind controlled trial. *Ann Oncol* 1999; 10(12): 1511-4.
4. Morita T, Tsunoda J, Inoue S, Chihara S. Contributing factors to physical symptoms in terminally-ill cancer patients. *J Pain Symptom Manage* 1999; 18(5): 338-346.

PALIATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA

Marina Velepč

Uvod

Paliativna zdravstvena nega (ZN) je posebno področje zdravstvene nege, ki temelji na značilnostih in ciljnih paliativne oskrbe katere nepogrešljivi del je. Izvaja se praktično vsepovsod, v bolnišnicah, na domovih bolnikov, v domovih za ostarele, v hospicijih, pri bolnikih s katero koli diagnozo, katere koli starosti, pri katerih kurativno zdravljenje ni več mogoče.

Cilj aktivne paliativne oskrbe je doseči najboljšo možno kakovost življenja za bolnika in njegovo družino. Lajšanje bolečin in drugih simptomov napredovale bolezni je enakovredno lajšanju psiholoških, socialnih in duhovnih problemov bolnika. Nekateri vidiki paliativne oskrbe se lahko izvajajo že v začetni obravnavi bolezni v povezavi z onkološkim zdravljenjem. Paliativna zdravstvena oskrba sprejema smrt kot normalen življenjski proces, je ne pospešuje in ne zavlačuje (WHO, 1990). **Medicinske sestre predstavljajo temeljni kamen multidisciplinarnega tima (J.L. Abraham, 1998, L. White 1996), ki obravnava bolnika in njegovo družino kot celoto.**

Palativna zdravstvena nega onkološkega bolnika

V septembru leta 1994 se je v okviru organizacije EONS (European Oncology Nursing Society) sestala študijska skupina medicinskih sester iz štirinajstih evropskih držav, da bi definirala paliativno zdravstveno nego onkološkega bolnika. Izoblikovala se je **filozofija onkološke paliativne zdravstvene nege**, ki temelji na naslednjih načelih:

1. Paliativna onkološka zdravstvena nega je posebno področje onkološke zdravstvene nege.
2. Oboleli za rakom so najprej in predvsem individuumi z osebnimi potrebami, ki imajo pravico polno živeti in umreti dostojanstveno.
3. Paliativna zdravstvena nega zahteva holističen pristop, ki vključuje fizične, psihosocialne, čustvene, kulturne in duhovne vidike bolnika in družine.
4. Onkološki bolnik in njegova družina tvorita osnovno celico oskrbe, zato ju moramo obravnavati kot enaka partnerja v postavljanju in doseganju njunih realnih ciljev.
5. Učinkovita paliativna oskrba, katere del je paliativna zdravstvena nega, terja timski pristop, ki sloni na ugotovitvah različnih strokovnjakov tima za paliativno oskrbo.
6. Pomoč paliativnih servisev mora temeljiti na potrebah bolnika, upoštevajoč diagnozo, stopnjo bolezni in okolje, v katerem izvajamo zdravstveno nego.
7. Ustrezno izobrazena medicinska sestra ima pomembno vlogo predvsem na področju izvajanja medicinsko tehničnih in negovalnih postopkov, na področju informiranja,

Marina Velepč, vms, Onkološki inštitut Ljubljana

zdravstvene vzgoje in ugotavljanja ter zagotavljanja kontinuitete zdravstvene nege med bolnikovim domom in bolnišnico/hospicom. Ker je ob bolniku najdlje je medicinska sestra idealna za opazovanje bolnika in vrednotenje pomoči pri zdravljenju simptomov napredovale bolezni.

8. Načrtovano in ciljno izobraževanje bogati znanje medicinske sestre in njeno zanesljivost pri izvajanju potrebnih medicinsko tehničnih posegov in negovalnih postopkov ter lajša izvajanje zdravstvene nege pri onkoloških bolnikih, pri katerih je bolezen že napredovala ali pa so v terminalnem stadiju bolezni.
9. Učinkovito izobraževanje terja tesno povezavo teorije in prakse. Nadzor in mentorstvo sta torej nujni prvini izobraževalnega procesa.
10. Medicinske sestre potrebujejo osebno in organizacijsko podporo, da bi lažje izvajale paliativno zdravstveno nego onkološkega bolnika in dajale oporo družini umirajočega oz. umrlega.

Izhajajoč iz omenjenih trditev lahko ugotovimo, da je **osnovno vodilo paliativne zdravstvene nege onkološkega bolnika pomoč pri zagotavljanju čim boljše kakovosti bolnikovega življenja in življenja njegovih najbližjih**. Paliativna onkološka zdravstvena nega sega na področje zadovoljevanja bolnikovih fizičnih potreb ter psihosocialnih in spiritualnih potreb. Govorimo o paliativni zdravstveni negi pri bolezni, ki je že napredovala ali pa je v terminalni fazi.

Kdaj je pravi trenutek za začetek izvajanja paliativne zdravstvene nege? Kljub velikemu napredku pri zdravljenju rakavih bolezni je že ob odkritju diagnoze možnost popolne ozdravitve za več kot 50% bolnikov z rakom nerealistična (Sanders, 1987). Nekateri trdijo, da je pristop, ki upošteva celostno obravnavo osebe (holističen pristop) nujen že takoj ob postavitvi diagnoze. (White, 1996)

Paliativna zdravstvena nega onkološkega bolnika je umetnost (Holmes, 1997), ki od medicinske sestre zahteva izredno kreativnost, kakovostno pa jo lahko opravlja le dodatno izobražena medicinska sestra, z bogatimi strokovnimi izkušnjami in pozitivno naravnano osebnostjo. Komunikacije z bolnikom in njegovimi najbližjimi, srečevanje z etičnimi in pravnimi dilemami, pogosto soočanje s smrtjo, zahteva ne le dodatno znanje, temveč tudi zrelo osebnost, saj pogosto za medicinsko sestro predstavljajo velik psihični napor. Če ima medicinska sestra negativen odnos do umiranja in smrti, lahko opazimo izrazito negativen vpliv na kakovost zdravstvene nege. (Brook 1979, Corner 1988) Pravočasno zaznavanje problemov, ustrezen načrt in pravilno izvajanje zdravstvene nege, ki morajo biti prilagojeni fizičnemu in psihičnemu stanju bolnika, ter vključevanje bolnikovih kulturnih in spiritualnih potreb v načrt zdravstvene nege zagotavljajo dobro kakovost zdravstvene nege in s tem izboljšanje kakovosti bolnikovega življenja.

Onkološka zdravstvena nega nasploh, predvsem pa paliativna zdravstvena nega, lahko posega zelo globoko v bolnikovo opravljanje vsakodnevnih življenjskih aktivnosti. Zlasti bolniki v terminalni fazi bolezni so pri tem zelo omejeni. Le delna pomoč pri zagotavljanju samooskrbe bolniku zmanjšuje strah, zaskrbljenost in občutek izgube samokontrole. (Gray 1994, Dirkinson, 1995) Ne opravljajmo torej aktivnosti, ki jih bolnik lahko sam izvede, saj mu s tem znižujemo zaupanje in dostojanstvo. (Grey, 1994) Živeti v upanju in umreti dostojanstveno pa je želja vsakogar izmed nas.

Zaključek

Da je paliativna zdravstvena nega popolnoma novo področje bi težko trdili. Izvajali so jo že davno v preteklosti, v svoji definiciji zdravstvene nege pa jo je omenjala že Florens Nightingale. (F. Nightingale, 1888) Kot profesionalna disciplina se je paliativna oskrba pričela razvijati nekako pred 30 leti in posebej v zahodnih državah sveta dosegla kontinuirano rast z uvedbo specializacije za zdravnike in medicinske sestre in s pospešenim ustanavljanjem hospicov.

Izobraževalni programi za medicinske sestre in zdravstvene tehnike v Sloveniji posvečajo tej problematiki premalo pozornosti. Po priporočilih organizacije EONS (1994) naj bi potrebno osnovno znanje medicinske sestre pridobile v vsaj 12 urnem programu izobraževanja, ki bi zajemal štiri področja: reševanje negovalnih problemov z ozirom na simptome bolezni, komunikacijo, etične in pravne dileme ter soočanje s smrtjo.

Sodobna medicina in njen hitri razvoj podaljšujeta človeško življenje in vedno več bo bolnikov, ki bodo potrebovali pomoč medicinskih sester, ki bodo sposobne zagotavljati ustrezno paliativno zdravstveno nego. Prihodnost paliativne zdravstvene nege je torej v specializaciji kot redni obliki izobraževalnega programa, ki mora biti dostopen tudi medicinskim sestram v naši državi.

Nujno je pospešeno raziskovalno delo, saj so ugotovitve raziskav in njihovo upoštevanje v praksi med bistvenimi dejavniki, ki zagotavljajo kakovostno zdravstveno nego.

Literatura:

1. Abraham JL. Promoting symptom control in palliative care. *Semin Oncol Nurs* 1998;14: 95-109.
2. Brant JM. The art of palliative care: living with hope, dying with dignity. *Oncol Nurs Forum* 1998; 25: 995-104.
3. Nightingale F. Letters and addresses to the probationer nurses in the Nightingale Fund School at St. Thomas's Hospital and nurses who were formerly trained there. Original letters and prints for private circulation. London: University College, 1888.
4. World Health Organization. (1990). Cancer pain relief and palliative care. Techn Rep Series 804. Geneva: WHO, 1990.
5. White L. Palliative nursing in a changing health-care system. *Int J Palliat Nurs* 1996; 2: 122-3.
6. Holmes S. General nurses' perceptions of palliative care. *Int J Palliat Nurs* 1997; 3: 92-99.
7. EONS. Report and recommendations of a workshop to study the feasibility of educational programmes in palliative care for nurses in Europe, 1994.
8. Dirkson SR. Search for meaning in long-term cancer survivors. *J Adv Nurs* 1995;21: 628-34.
9. Grey A. The spiritual component of palliative care. *Palliat Med* 1994; 8:215-21.

ZDRAVSTVENA NEGA PRI RESPIRATORNIH SIMPTOMIH NAPREDOVALEGA RAKA

Jožica Jošt, Tatjana Jakhel, Cvetka Cerar, Marika Mesaroš

Uvod

Klinični znaki napredovelega pljučnega raka, so lahko zelo dramatični. Pojavljajo se obilne krvavitve, hude bolečine, težko dihanje, motnje zavesti, psihotično obnašanje, hujšanje, disfagija, kostne bolečine, plevralni izliv, perikardialni izliv, povečana jetra, nevrološke motnje. Podobne motnje lahko povzročajo tudi drugi napredovali raki, ki metastazirajo v pljuča. Večina znakov pri pljučnem raku nastane zaradi vraščanja tumorja v okoliška tkiva ali zaradi oddaljenih zasevkov, izjema je paraneoplastični sindrom, ki nastane zaradi snovi, ki jih tumor izloča, in učinkujejo na celo telo.

V članku se bom omejila na **respiratorne simptome**: dispnoa, kašelj, hemoptize, sindrom zgornje votle vene, plevralni izliv, respiratorne infekcije;

Dispnoa

je subjektiven občutek težkega dihanja. Pojavlja se pri napredovalem pljučnem raku, in pri približno polovici bolnikov z drugimi napredovalimi raki. Dispneja je posledica različnih dejavnikov;

tumorja (limfangitis, sindrom zgornje votle vene, zapora ali zoženje bronhija, plevralni ali perikardialni izliv, ascites);

zdravljenja (pnevmonektomija, fibroza pljuč po zdravljenih kot sta bleomycin, adriamycin);

oslabelosti (anemija, pljučnica, empiem, pljučni embolizmi, atelektaza) ali

druge patologije (kronična obstruktivna pljučna bolezen, srčno popuščanje, acidoza). **Znaki dispnoe so:**

- Dihanje z občutkom neugodja in z vedno večjim naporom, pojavijo se kratki vdih, plapolanje nosnic, vidna je uporaba pomožne miškulature, spremembe v globini vdiha in spremenjen ritem dihanja.
- Bolnik težko in pospešeno diha, duši ga, lahko je cianotičen, se znoji, opazimo suh ali produktiven kašelj. Nenehno težko dihanje in utrujenost prinašata občutke nemoči, brezupa in strah. Strah povečuje dispnejo, ta pa povzroča še večji strah. Bolnik je nemiren, prestrašen, vse to pa le še poslabša stanje.

*Jožica Jošt, vms, Tatjana Jakhel, vms, Klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik
Cvetka Cerar, vms, Marika Mesaroš, vms, Onkološki inštitut Ljubljana*

Specifične negovalne diagnoze pri bolniku z dispnojo:

- neučinkovito dihanje zaradi zoženja dihalne poti in procesa na pljučih ter strahu;
- motena izmenjava plinov zaradi procesa na pljučih, ki se kaže z zmedenostjo, upočasnjem dihanjem, sopenjem in hropenjem;
- hitra utrujenost z izčrpavajočim gibanjem telesa in izgubo energije zaradi težkega dihanja;
- strah zaradi težkega dihanja in strah pred dušenjem;
- motnje v ritmu spanja zaradi težkega dihanja;
- zmanjšana sposobnost gibanja in samooskrbe;
- nezadostna prehrana, zaradi nezmožnosti uživanja hrane ob dušenju;
- možnost izsušene sluznice v ustih zaradi dihanja skozi usta in premajhnega vnosa tekočine v telo;
- pomanjkanje znanja;
- možnost krvavitve oz. zadušitve po endoskopski odstranitvi tumorja z elektrokavterjem.

Kašelj

je pogost simptom. Kašelj je za bolnika zelo naporen, zlasti, kadar je bolnik v slabem splošnem stanju. Nabiranje sekreta izzove kašelj. Vsekakor ima kašelj pomembno nalogo pri odstranjevanju izločka iz pljuč, zato skušamo zdraviti vzrok kašlja, ne pa samega kašlja. Pomiriti moramo neproduktiven, naporen, suh kašelj.

Vrste kašlja:

- produktiven kašelj
- suh, dražeč, utrujajoč kašelj
- kašelj, podoben konjskemu glasu
- nočni kašelj

Vzroki

Večina povzročiteljev težkega dihanja vpliva tudi na pojav kašlja. Obstrukcija bronhija, limfangitis karcinomatoza, plevralni izliv, stisnjena traheja povzročajo suh, dražeč kašelj. Paraliza glasilke lahko povzroči kašelj podoben konjskemu glasu. Pri bronhoalveolarnem raku lahko nastanejo obilne količine sekreta, kar ima za posledico zelo produktiven kašelj. Ploščatocelični rak pogosto napreduje v nekrozo. Posledica sekundarne infekcije je kašelj, z zelo smrdečim sputumom, ki je tipičen za pljučni absces.

Karcinomi, ki povzročajo težave pri požiranju zaradi okvare živcev, posebno rak glave in vratu z rastjo v žrelo, imajo za posledico aspiracije in infekcijo. Nočni kašelj je lahko posledica uhajanja želodčne kisline v trahejo. Pnevmonitis po radioterapiji ali kemoterapiji lahko povzroči suh kašelj, ki je bolj naporen kot težko dihanje. Bolniki z zmanjšano imunsko sposobnostjo po kemoterapiji so v nevarnosti, da zbolijo za respiratorno infekcijo s kašljem. Bolniki s pljučnim rakom imajo lahko tudi kronično obstruktivno pljučno bolezen, ki jo spremlja kronični kašelj. Obilna sekrecija v bronhijih pri oslabelem bolniku povzroči tipično glasno strugajoče dihanje, ki je grozljivo za bolnike, svoje in osebe.

Specifične negovalne diagnoze pri bolniku s kašljem:

- nezmožnost učinkovitega čiščenja izmečka iz pljuč, bronhijev in sapnika;
- motnje v ritmu spanja zaradi kašlja;
- utrujenost zaradi suhega dražečega ali produktivnega kašlja;
- mišična bolečina zaradi kašlja;
- možnost prenosa infekcije zaradi neznanja;
- možnost neprijetnega zadaha zaradi abscesa.

Hemoptize

so pogost simptom pri bronhialnem karcinomu. V izmečku opazimo sledi krvi, manjšo ali večjo količino svetlo rdeče krvi. Obilno krvavo izkašljevanje, več kot 250 ml, imenujemo hemoptoa.

Bolnik, ki izkašljuje kri, je prestrašen, zaskrbljen, bled, pospešeno diha, pulz je slabo tipljiv, pospešen. Bolnik pričakuje oziroma zahteva takojšnje ukrepanje.

Specifične negovalne diagnoze pri bolniku s hemoptizami:

- strah zaradi krvi v izmečku;
- možnost pojava obilne krvavitve in zapletov v zvezi s hemoptoo.

Plevtralni izliv

Najpomembnejši vzrok za plevralni izliv, ki spremlja napredovali malignom, je zapora limfnih in venskih poti, ki drenirajo plevralni prostor. Najpogostejši vzrok sekundarnega malignoma plevre je bronhialni karcinom, sledi karcinom dojke, nato karcinom jajčnika, prebavil in sistemske maligne bolezni, predvsem limfom. (Shirley E. Otto)

Povečana količina plevralne tekočine vpliva na respiratorno funkcijo zaradi manjše sposobnosti širjenja pljuč, to pa privede do slabše izmenjave plinov kisika in ogljikovega dioksida.

Znaki:

- težko dihanje,
- zmanjšano širjenje prsnega koša,
- dispneja ob naporu in počitku, cianoza,
- suh, neproduktiven kašelj,
- bolečina v prsih, pogosto opisana kot topa bolečina, občutek pritiska, ne kot plevralna bolečina,
- bolnikova želja, da leži na prizadeti strani,
- občutek oslabelosti,
- prestrašenost zaradi dušenja.

Specifične negovalne diagnoze pri bolniku s plevralnim izlivom:

- neučinkovito dihanje zaradi zmanjšane možnosti širjenja pljuč ob plevralnem izlivu,
- občutek tope bolečine v prsih zaradi plevralnega izliva,
- strah zaradi težkega dihanja in strah pred dušenjem,
- moten počitek zaradi suhega, dražečega kašlja, dušenja, bolečine, strahu,
- pomanjkanje znanja ,
- možnost zapletov(pnevmotoraks, krvavitev, infekcije) po plevralni punkciji, slepi igelni biopsiji plevre, torakoskopiji, plevrodezi.

Respiratorna infekcija

Zmanjšana imunost zaradi same bolezni, zdravljenje raka s kemoterapijo in z radioterapijo in navzočnost drugih pljučnih bolezni, kot je na primer kronična obstruktivna pljučna bolezen, povečajo tveganje za infekcijo.

Specifične negovalne diagnoze zaradi možnosti infekcije:

- povečano tveganje za infekcijo zaradi zmanjšane imunske sposobnosti
- pomanjkanje znanja

Sindrom zgornje votle mere

se največkrat razvije zaradi pritiska ali vraščanja zasevkov v bezgavkah zgornjega mediastinuma, kar povzroči moten dotok krvi v desni srčni prekat. Navadno se razvije hitro in že v nekaj dneh ogroža bolnikovo življenje.

Znaki:

- poudarjene torakalne in vratne vene,
- oteklina vratu, obraza, zgornjega dela trupa in zgornjih okončin,
- dispneja, tahipneja, cianoza,
- bolečina v prsih, vratu.

Specifične negovalne diagnoze pri bolniku s sindromom zgornje votle vene:

- neučinkovito dihanje zaradi sindroma zgornje votle vene,
- prestrašenost zaradi groznega stiskajočega občutka v oteklem vratu, obrazu, trupu in rokah,
- utrujenost zaradi dušenja ob fizični aktivnosti ali mirovanju,
- nezmožnost čiščenja dihalnih poti,
- moten počitek zaradi kašlja,
- strah zaradi težkega dihanja in pred dušenjem,
- potenje zaradi napora ob dihanju in fizičnih aktivnostih,

- možnost dihalne stiske
- možnost oteženega gibanja v vratnem delu

Preiskave

Diagnostični postopki so potrebni, da postavimo diagnozo in razjasnimo vzroke določenega simptoma. Večina preiskav je enakih za vse zgoraj navedene simptome in znake:

A: slikovne preiskave

rentgensko slikanje pljuč in okostja, računalniška tomografija (CT) prsnega koša, ultrazvok (UZ) prsnega koša, srca, trebuha;

B: funkcionalne preiskave

testi pljučne funkcije s plinsko analizo arterijske krvi, radiospirometrija pljuč (XE);

C: invazivne preiskave

- punkcija bezgavke na vratu ali drugih podkožnih sprememb za citološki pregled,
- bronhoskopija z upogljivim ali s togim bronhoskopom z bronhialno ali s transbronhialno biopsijo in krtačenjem,
- pertorakalna punkcija pljuč,
- citološki in histološki pregled odvzetega tkiva,
- diagnostična plevralna punkcija,
- slepa igelna biopsija parietalne plevre
- diagnostična torakoskopija
- punkcija ali biopsija kostnega mozga
- pregled izmečka glede vsebovanja patogenih bakterij,
- citološki pregled izmečka.

Zdravljenje

V poštev pride **specifično zdravljenje**, s katerim zdravimo osnovno bolezen, s čimer zmanjšamo oziroma odpravimo tudi simptome bolezni. Takšni obliki zdravljenja sta kemoterapija in radioterapija.

- **Simptomatsko** zdravljenje, podporna terapija:
- paliativno obsevanje,
- plevralna punkcija, plevrodeza, perikardialna punkcija,
- tumor, ki zapira dihalno pot, odstranimo endoskopsko z elektrokavterjem,
- kisikova terapija,
- kortikosteroidi,
- antitusiki,
- ekspektoransi,

- bronhodilatatorji,
- pomirjevala,
- analgetična terapija.

Aktivnosti zdravstvene nege

Medicinska sestra ukrepa pri vseh 14. življenjskih aktivnostih po Virginiji Henderson, v prispevku smo se omejili le na aktivnost dihanja, izražanje čustev, znanja)

Negovalne diangoze:

- *neučinkovito dihanje zaradi zoženja dihalnih poti in procesa na pljučih*
- *neučinkovito dihanje zaradi plevralnega izliva*
- *neučinkovito dihanje zaradi sindroma zgornje votle vene*

Aktivnosti medicinske sestre:

- Medicinska sestra opazuje zlasti naslednje stvari pri bolniku: posebnosti dihanja (način in dinamiko dihanja), barvo kože in vidnih sluznic, psihično stanje bolnika.
- Meri vitalne funkcije: frekvenco dihanja, saturacijo kisika, srčni utrip, krvni pritisk in telesno temperaturo.
- Bolnika spodbuja k pravilnim tehnikam dihanja.
- Pomembno je da bolnika namestimo v razbremenilni položaj:
 - sedeči položaj z visoko dvignjenim vzglavjem,
 - bolnik sedi z rokami naslonjen na blazine, položene na mizi, tako da se mu sprostí prsni koš,
 - bolnik se sede opira na komolce, naslonjene na kolena,
 - bolnik se stoji naslanja na komolce v višini prsnega koša,
 - pri plevralnem izlivu zavzamejo sedeči položaj ali bočni na prizadeti strani,
- Po zdravnikovem naročilu medicinska sestra daje zdravila: kortikosteroide, antibiotike, analgetike, sedative, bronhodilatatorje, pozorna je na pravilno uporabo pršilnikov in podaljškov (nastavki, buče) in pravilno namestitev inhalacij bronhodilatatorjev.
- Zagotovi ustrezno okolje v bolnikovi sobi (primerno vlažnost, temperaturo, mir).
- Izvaja spirometrijo (bolnika mora motivirati, če želi doseči realen rezultat)
- Vključevanje fizioterapevtskih dejavnosti (dihalne vaje, tehnike sprostitve).

Negovalne diagnoze:

- *motena izmenjava plinov zaradi zoženja dihalne poti ob procesu na pljučih*
- *motena izmenjava plinov zaradi plevralnega izliva*

Aktivnosti medicinske sestre:

- **Opazovanje bolnikove zavest** (pogovorljivost, zmedenost, orientiranost, agresivnost, somnolenco, glavobol), opazovanje znakov, ki kažejo na poglobljanje respiratorne insuficience, to je barve kože in vidnih sluznic.
- **Merjenje saturacije kisika in frekvence dihanja**
- Medicinska sestra glede na rezultate plinske analize arterijske krvi in klinične slike po zdravnikovem naročilu daje **na ustrezen način potrebno količino kisika** (dajanje kisika z visokimi ali nizkimi pretoki po standardu prek nosnega katetra, Venturijeve maske ali po maski z visoko inspiratorno koncentracijo kisika),
- Zagotavljanje **pravilne oksigenacije bolnika med hranjenjem** (dovajanje kisika skozi nosni kateter, če ima bolnik masko)
- Priprava bolnika in svojcev na zdravljenje s kisikom na domu, če pričakujemo, da bo bolnik potreboval trajno zdravljenje s kisikom.
- **Odvzem krvi iz arterije za plinsko analizo arterijske krvi** po standardu.

Negovalni diagnozi

- *neučinkovito čiščenje dihalnih poti zaradi povečanega izločanja sekreta*
- *nezmožnost čiščenja dihalnih poti zaradi bolnikove splošne oslabelosti*

Aktivnosti medicinske sestre:

- spodbujanje bolnika k izkašljevanju s pravilno tehniko izkašljevanja;
- namestitev bolnika v drenažni položaj;
- za odlepljanje bronhialne sluzi od stene dihalne poti uporabljamo perkusijo ali udarjanje;
- bolniku svetujemo pitje toplega čaja. S hidracijo zmanjšamo viskoznost izločka in bolniku omogočimo lažje izkašljevanje;
- opazujemo jakost kašlja in merimo količino 24 urnega sputuma ter ocenimo barvo, gnojnost in viskoznost sputuma;
- po zdravnikovem naročilu dajanje inhalacij, bronhodilatatorjev, ekspektoransov itd.;
- aspiracije dihalnih poti po standardu, če bolnik ni sposoben izkašljati izmečka;
- v zdravstveno nego bolnika moramo vključiti tudi fizioterapevta (vibracijska masaža, inhalacije, drenažni položaji, perkusija).

Negovalne diagnoze:

- *strah zaradi težkega dihanja*
- *strah zaradi krvi v izmečku*
- *prestrašenost zaradi groznega stiskajočega občutka pri sindromu zgornje votle vene*

Aktivnosti medicinske sestre:

- Medicinska sestra mora razumeti bolnikov strah.
- Bolniku mora dopustiti, da izraža svoja čustva, mora ga znati poslušati.
- Navzočnost medicinske sestre pomirja bolnika, ki težko diha, zato naj ga ne pušča samega.

- Klicna naprava naj bo vedno v dosegu bolnikovih rok. Medicinska sestra bolnika pouči, kako jo lahko pokliče ob poslabšanju, težavah, bolečini, težkem dihanju.
- Pogovor o bolnikovih problemih, težavah, bolezni, zdravljenju lahko omili njegov strah.
- Sodelovanje z družino je zelo pomembno, kajti navzočnost svojcev lahko bolniku bistveno zmanjša strah in mu daje občutek varnosti.

Negovalna diangoza:

- *možnost prenosa infekcije zaradi neznanja*

Aktivnosti medicinske sestre:

- zdravstvena vzgoja bolnika o higijenski uporabi kozarca za pljuvanje in pravilni uporabi robcev ter o pomembnosti umivanja rok;
- pri svojem delu upošteva standarde za preprečevanje bolnišničnih okužb;
- skrbi za pravilno uporabo in vzdrževanje opreme za ZN in zdravljenje;

Negovalna diagnoza:

- *povečano tveganje za infekcijo, zaradi zmanjšane imunske odpornosti ob napredovalem raku*

Aktivnosti medicinske sestre:

- Prepoznavanje zgodnjih znakov infekcije: povišana telesna temperatura, potenje, spremembe v količini in kvaliteti izmečka, utrujenost, naraščajoča dispneje,
- Bolniku omogočimo, da popije 2-3 litre tekočine na dan, in skrbimo za prehrano z dovolj vitamini in minerali, bolnika tudi poučimo o zdravi prehrani.
- Poučimo ga o osnovnih higijenskih ukrepih za preprečevanje respiratorne infekcije.
- Odsvetujemo obiskovalce, ki imajo znake prehlada oz. respiratorne infekcije, svetujemo sprehode v naravi.
- Naučimo ga dihalnih vaj in vaj za izboljšanje splošne telesne kondicije.

Negovalna diagnoza:

- *pomanjkanje znanja v zvezi z respiratornimi simptomi ob napredovalem raku*

Aktivnosti medicinske sestre:

- Bolnika in svojce poučimo o ukrepanju ob poslabšanju bolezni.
- Poučimo jih o pravilni uporabi razpršilcev prek buč in podaljškov in o preostali terapiji.
- Bolnika naučimo pravilne tehnike dihanja, razbremenilnih položajev in ga poučimo o pomenu dobre higijene dihalnih poti ter postopkov učinkovite bronhialne higijene.
- Bolnika in svojce vključimo v zdravstveno-vzgojni program za bolnike, ki doma prejemajo kisik.
- Bolnika poučimo o pomenu preprečevanja okužb in varovanja pred prehladi.
- Bolnika seznanimo z možnostmi vključevanja v skupine bolnikov s podobnimi težavami (klub pljučnih bolnikov in onkoloških bolnikov).

Kontinuiteta ZN

- Z bolnikovim soglasjem obvestimo o potrebah po zdravstveni negi patronažno službo in ji pošljemo obvestilo o zdravstveni negi.
- Obvestilo patronažni službi ovezno napišemo, če bo bolnik doma prejemal kisik ali če bo odpuščen s torakalnim drenom.

Bolnik ni ozdravljen, lahko pričakujemo še poslabšanje bolezni, zato mora ob odpustu vedeti in čutiti, da mu bomo pomagali, če se bo bolezen še poslabšala.

Literatura:

1. Smith EL. Pulmonary metastasis. *Semin Oncol Nurs* 1998; 14:178-86.
2. Regnard CFB, Davies A. *A guide to symptom relief in advanced cancer*. Manchester: Haigh Hochland, 1986.
3. Schafer SL. Oncologic complications. In: Otto SE, ed. *Oncology nursing*. 3rd ed. St Louis: Mosby, 1997: 406-74.
4. Nettina G. *The Lippincott manual of nursing practice*. Philadelphia: Lippincott – Raven Publishers, 1996
5. Triller M, Debeljak A. Paraneoplastični sindrom pri pljučnem raku. In: Lindtner J, Štabuc B, Žgajnar J et al, eds. *Pljučni rak – rak ščitnice*. 14. onkološki vikend. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 1998: 23-7.
6. Zwitter M. Zdravljenje inoperabilnega pljučnega raka. In: Lindtner J, Štabuc B, Žgajnar J et al, eds. *Pljučni rak – rak ščitnice*. 14. onkološki vikend. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 1998: 51-6.
7. Kecelj P. Program spremljanja bolnika s pljučnim rakom od diagnoze do terminalnega stanja. In: Lindtner J, Štabuc B, Žgajnar J et al, eds. *Pljučni rak – rak ščitnice*. 14. onkološki vikend. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 1998: 57-60.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z GASTROINTESTINALNIMI SIMPTOMI NAPREDOVALEGA RAKA

Anita Pirečnik, Helena Drolc, Brigita Skela Savič

Uvod

Pri bolniku z napredovalim rakom zlasti pri bolnikih z napredovalim rakom na prebavilih, se lahko posamično ali v kombinaciji pojavljajo številni gastrointestinalni simptomi, ki so posledica napredovale bolezni. Na intenzivnost teh simptomov vplivata razširjenost bolezni in izbrano onkološko zdravljenje (kirurgija, radioterapija, kemoterapija). Med gastrointestinalne simptome prištevamo: motnje požiranja, slabost in bruhanje, zaprtje, drisko, ileus, ascites, obstruktivni ikterus, hepatično komo. Tem simptomom so običajno pridružene še splošna oslabelost, anoreksija, izrazito zmanjšanje telesne teže, terminalna dehidracija, malnutricija in kaheksija. Simptomatsko zdravljenje napredovalega raka in lajšanje omenjenih gastrointestinalnih simptomov sta skupaj z dobro zdravstveno nego velikokrat vse, kar lahko storimo za bolnika.

Motnje požiranja ali disphagia

Motnje požiranja so najbolj pogoste pri napredovalem raku na požiralniku, ki oži svetlino tega organa ter tako onemogoča nemoten prehod hrane iz ust v želodec. Pojavijo se lahko tudi pri možganskih tumorjih in candidiazi ob radioterapiji ali kemoterapiji. (C.F.B. Regnard, 1986, str. 28). Bolnik pri požiranju čuti nelagodje, opiše ga kot zatikanje hrane med požiranjem, lahko pa ga ob tem tudi boli. Pogosto se mu neprebavljena hrana vrača nazaj v usta.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- bolnika poučimo, kako pomembna je skrbna ustna nega, zadostno pitje tekočin in uživanje hrane,
- svetujemo mu izpiranje ust z žajbljevim čajem in pitje žajbljevega čaja po požirkih,
- bolnika navajamo na drugačno tehniko uživanja hrane: hrano naj dobro prežveči in zalije s tekočino,
- bolnika naučimo pravilne tehnike požiranja: sede, glava in vrat naj bosta v kotu 45 stopinj, hrano naj pogoltne med vdihom in izdihom,
- obroki hrane naj bodo majhni, vendar pogostejši kot prej, konsistenco hrane prilagodimo bolnikovim sposobnostim požiranja (kašasta, pasirana, tekoča),

*Anita Pirečnik, prof. zdr. vzgoje, vms, Helena Drolc, vms,
Brigita Skela Savič, univ. dipl.org, vms, Onkološki inštitut Ljubljana*

- ko bolnik ne more več uživati hrane enteralno, je parenteralno hranjenje edini način, s katerim mu lahko zagotovimo vnos potrebnih hranil, kalorij in tekočine.

Slabost in bruhanje

Vzroki za nastanek slabosti in bruhanja pri terminalnih bolnikih izvirajo iz samega napredovanja bolezni, stranskih učinkov zdravljenja, stresa, najbolj pogosta pa je kombinacija vseh teh naštetih vzrokov. (J. David, 1995, str. 271). Slabost in bruhanje sta lahko pri napredovalem raku posledici zaprtosti, hiperkalcemije, opioidnih zdravil in stenoze želodca (C.F.B. Regnard, 1986, str. 20). Slabost in bruhanje lahko spremljata katero koli napredovalo rakavo obolenje.

Velikokrat se zgodi, da bolnik zaradi slabosti in bruhanja popolnoma zavrača hrano. Bolnik z rakom lahko bruha tudi temne hematizirane mase. To je največkrat znak erozivnega gastritisa, ki ga lahko zanesljivo potrdimo z gastroskopijo. Bruhanje hematiziranih mas moramo ločiti od hematemeze - bruhanja krvi. Do hematemeze pride zaradi krvavitve iz zgornjih prebavil - požiralnika, želodca ali dvanajstnika. Edini učinkovit način zdravljenja je gastroskopija in endoskopska sklerozacija razjede.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- bolniku ponudimo lične, manjše obroke hrane in zapisujemo koliko poje;
- povežemo se s svojci, da bolniku prinašajo hrano po želji;
- poskrbimo za ustno nego pred obroki in po njih. Bolniki to velikokrat odklanjajo, zato poiskujemo doseči, da si bolnik vsaj izpere usta (mrzla voda, žajbljev čaj, kamilice);
- poskrbimo, da v prostoru ni neprijetnih vonjav, ki bolnika še dodatno silijo na bruhanje;
- bolnik naj bo v položaju, ki preprečuje aspiracijo izbruhane mase;
- bolnika opazujemo in ocenjujemo učinke antiemetске terapije;
- zelo pomembno je, da smo pri bolniku, ki bruha večkrat in daljše časovno obdobje, pozorni na znake dehidracije in podhranjenosti. Najučinkovitejši simptomatski ukrep v teh primerih je parenteralna prehrana in hidracija;
- pomembno je, da ugotovimo, kdaj in kaj bolnik izbruha (opazujemo količino izbruhane mase, barvo, konzistenco). Bolnik lahko bruha brez povezave s hranjenjem, v tem primeru pogosto le sluz. Razen antiemetikov po zdravnikovem naročilu in pogovora z bolnikom ni drugih učinkovitih simptomatskih ukrepov. Bolnik lahko bruha tudi po obroku, takrat je med izbruhano vsebino deloma prebavljena hrana. Hrano dajemo večkrat in v manjših obrokih, pazimo, da ne bo začinjena, saj draži gastrointestinalno sluznico;
- če ima bolnik kakšne posebne želje glede hrane, se lahko povežemo z dietetičarko, da se pogovori z bolnikom.

Zapora črevesja ali ileus

Posebno pozorni moramo biti, če bolnik bruha smrdečo rjavkasto vsebino kar imenujemo "miserere". Bolnik ima ob tem pogosto napade krčevitih bolečin v trebuhu, pred tem pa dan ali več ne odvaja blata. Trebuh je ponavadi tudi palpatorno boleč in napet. To je klinična slika obstrukcijskega ileusa, do katerega pride zaradi zapore črevesne svetline s tumorjem ali zaradi strangulacije črevesja. Zdravljenje je operativno, od konzervativnih ukrepov pa pridejo v poštev karenci, nazogastrična sonda z razbremenilno sukcijo in po naročilu zdravnika medikamentozna blokada želodčnega izločanja skupaj s parenteralno hidracijo in prehrano.

Paralitični ileus nastane zaradi upočasnjene ali odsotnega delovanja črevesja in ne zaradi obstrukcije svetline črevesja. Zdravljenje z zdravili, ki pospešujejo peristaltiko in zdravljenja osnovne bolezni je tudi edino, kar lahko storimo pri paralitičnem ileusu.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- bolniku razložimo, da ne sme uživati nobene hrane skozi usta (per os) ,
- bolnikove ustnice vlažimo s kamiličnim čajem, izvajamo ustno nego,
- opazujemo, ali bolnika mučijo bolečine, krči, bruhanje,
- vodimo evidenco odvajanja blata in vetrov

Obstipacija ali zaprtje

Obstipacija je posledica upočasnjene peristaltike. Razlogi za to so številni, največkrat so povezani z osnovno boleznijo, zdravljenjem, s prehrano ali z zmanjšano telesno aktivnostjo.

50 odstotkov bolnikov z napredovalim rakom se sreča z obstipacijo. (J. David, 1995, str. 280)

Mehanski vzroki:

- v lumnu prebavne cevi (tumorji, vnetja),
- pritisk iz okolice (tumorji, adhezije, ascites),
- analni (fisure, fistule, vnetja).

Presnovni vzroki:

- hiperkalcemija,
- hipokalcemija,
- uremija,
- sladkorna bolezen

Nevrološki vzroki:

- pritisk ali infiltracija tumorja v živčne strukture
- nevropatije

Najpomembnejše je, da čimprej odstranimo vzrok obstipacije, če je to mogoče (ukinemo zdravila, ki zapirajo, oziroma jih zamenjamo z drugimi). Po naročilu zdravnika damo blaga odvajala, klistir ter bolnika oskrbimo z dovolj tekočine "per os" ali z infuzijami.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- bolniku ponudimo hrano z veliko vlaknin, čeprav jo največkrat zavrača zaradi spremljajočih simptomov, kot so navzea, bruhanje, disfagija in anoreksija;
- pozorni smo na zadosten vnos tekočin;
- bolnika spodbujamo h gibanju v postelji in k posedanju saj oboje pripomore k sprožanju peristaltike;
- bolniku zagotovimo intimnost pri odvajanju.

Driska ali diareja

Driska je posledica pospešene peristaltike in sekrecije v prebavilih. Razlogi zanjo so številni, od infekcijskih in toksičnih, lahko pa so tudi v zvezi z osnovno boleznijo ali zdravljenjem rakavega obolenja. Ugotovitev in odprava razloga je najučinkovitejši način zdravljenja. Pri akutnih driskah pomaga tudi eno ali dvodneven post ob uživanju tekočine, nato pa moramo izbrati takšno hrano, ki dodatno ne draži gastrointestinalne sluznice.

Vedeti moramo, da se lahko bolniki s ponavljajočo ali kronično diarejo zelo hitro dehidrirajo in podhranijo. V teh primerih pomaga le parenteralna hidracija in prehrana ter nadomeščanje elektrolitov. Posebno pozorni moramo biti pri bolnikih, ki dobivajo številne antibiotike. Pri njih se lahko razvije toksični kolitis kot posledica razrasta bakterije *Clostridium difficile* v debelem črevesu. Ta zaplet ugotovimo s pomočjo toksikološke analize blata.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- medicinska sestra mora redno evidentirati število stolic na dan, prav tako mora voditi evidenco o bilanci tekočin in zaužiti hrani;
- bolniku moramo razložiti pomen dietne prehrane in zadostnega uživanja tekočin;
- vsak dan moramo nadzorovati telesno težo, znake dehidracije in kaheksije;
- opazovati moramo, ali so se pri bolniku pojavile bolečine in krči v trebuhu;
- vzdrževati moramo higieno perianalnega predela;
- bolniku moramo omogočiti počitek.

Ascites

Pogost simptom napredovalega raka je ascitest, pri katerem gre za nabiranje tekočine v trebušni votlini. Ascites je pogost pri napredovalem raku na dojki, jajčniku, debelem črevesu, želodcu, pankreasu in bronhijih (C.F.B. Regnard, 1986, str. 24).

Ascites in karcinoze peritoneja nastanejo zaradi povečanega pritiska v sistemu portalne vene (portalna hipertenzija), kar je znak hude jetrne okvare. Nabiranje ascitesa pospeši tudi zmanjšana koncentracija albuminov v krvi, ki je zelo pogosta pri bolnikih z napredovalim rakom. V trebušni votlini se pogosto nabere tudi več deset litrov bistrice rumenkaste tekočine. Ta tekočina občutno ovira bolnika pri vsakodnevnih aktivnostih. Zaradi povečanega pritiska v

trebuhu se navzgor pomakne tudi trebušna prepona in tako zmanjša pljučno kapaciteto. Bolnik zaradi tega težje diha. Pri velikem ascitesu je zato potrebna razbremenilna punkcija z drenažo, nato pa dieta z malo soli ter zdravila za odvajanje vode - diuretiki. Bolniki tudi ne smejo uživati alkohola. Pri ponavljajočih se in rezistentnih ascitesih pride v poštev tudi transjugularna intrahepatična portosistemska anastomoza (TIPS). Zaplet ascitesa je tudi spontani bakterijski peritonitis, ki se klinično kaže z bolečinami v trebuhu, zanesljivo pa ga potrdimo z analizo ascitesne tekočine.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- bolniku omogočimo udoben položaj glede na težave pri dihanju in bolečine v predelu trebuha;
- če ima bolnik trajno drenažo ascitesa, aseptično oskrbimo drenažno cevko in menjujemo drenažne vrečke ter opazujemo količino in barvo ascitesa;
- pozorni smo na pojav zvišane telesne temperature (infekcija);
- bolnik je telesno in čustveno prizadet zaradi ascitesa in drenaže, potrebuje več pogovorov, da uspemo zmanjšati njegov strah in skrbi.

Obstruktivski ikterus ali zlatenica

Obstruktivski ikterus nastane bodisi zaradi intrahepatične ali ekstrahepatične obstrukcije žolčevoda. Intrahepatična obstrukcija nastane pri delovanju jeter in je največkrat posledica infektivnega (virusi) ali toksičnega (zdravila) vnetja jeter (hepatitis). Razen zdravljenja morebitnega vzroka, nimamo drugih učinkovitih ukrepov. Ekstrahepatična obstrukcija nastane zaradi ekspanzivnega procesa bolezni (tumor jeter, žolčnih vodov, pankreasa), ki zapre svetlino žolčnih vodov. Pri teh bolnikih se največkrat razvije ikterus postopoma in brez količnih bolečin, ki sicer spremljajo obstruktivski ikterus zaradi žolčnih kamnov. Zaradi navzočnosti žolčnih soli v krvi, ki se nalagajo v kožo, bolnike koža pogosto zelo srbi. Njihov urin je temen, blato pa svetlo. Poleg morebitnega zdravljenja osnovne bolezni pride v poštev še paliativna žolčna drenaža.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- medicinska sestra vsak dan opazuje barvo kože in beločnic;
- opazuje, ali so na koži nastale razpraskanine;
- jemlje kri za laboratorijske preiskave po naročilu zdravnika (bilirubin – direktni in indirektni, alkalna fosfataza (AF), transaminaze (AST), faktorji koagulacije (ALT), LDH, PČ, albumini);
- bolnika mora psihofizično pripraviti na specifične preiskave (UZ, ERC – endoskopska retrogradna holangiografija);
- po naročilu zdravnika daje zdravila za lajšanje srbenja kože;
- bolnikovo kožo negujemo s hladilnim mazilom trikrat na dan.
- če ima bolnik žolčno drenažo, drenažno cevko aseptično oskrbimo ter opazujemo in zapisujemo količino drenažnih tekočin.

Jeterna koma

Jeterna koma nastane zaradi okvare možgan ob končni odpovedi delovanja jeter. Odpoved jeter je največkrat posledica številnih jetrnih metastaz raka prebavil. Ker skoraj ni na voljo več zdravega jetrnega parenhima, se kri, ki prihaja iz prebavil v sistemski krvni obtok, v jetrih več ne očisti. Strupene snovi povzročajo hude motnje v delovanju centralnega živčnega sistema, ki nazadnje privedejo do kome. Ti bolniki imajo izredno slabo prognozo in večinoma umrejo v globoki nezavesti.

Zdravstveno nego izvajamo po standardu zdravstvene nege za bolnika v terminalni fazi:

- bolnika obračamo na 2 uri, da preprečimo nastanek preležanin,
- po potrebi izvajamo aspiracijo zgornjih dihalnih poti,
- po naročilu zdravnika apliciramo infuzijo in predpisana zdravila,
- če ima bolnik urinski kateter, nadzorujemo lego katetra ter merimo in zapisujemo izločeno količino urina,
- poskrbimo za bolnikovo varnost.

Sindrom karcinomske kaheksije

Pogostnost pojavljanja sindroma karcinomske kaheksije pri bolnikih z napredovalim rakom je kar 80-odstotna (Maeres, 2000). Najpogostejši vzroki za njen nastanek so: anoreksija, disfagija, otežena prebava in absorpcija hranljivih snovi zaradi sindroma gladkega črevesa, nausea in bruhanje, spremenjeno okušanje, driska, zaprtje in neravnovesje v procesih presnavljanja. Značilna klinična slika karcinomske kaheksije zatorej kaže neobvladljivo hujšanje, propadanje in disfunkcijo skeletnih in drobovnih tkiv, bolnikovo telesno in duševno propadanje in morebitno smrt.

Karcinomska kaheksija je najpogosteje povezana z rakom na želodcu in trebušni slinavki, debelem črevesu, na pljučih in obsečnici. Pri vrstah raka, ki nastanejo na nevisceralnih organih (rak na dojki, sarkomi), se pojavlja redkeje. Čeprav se primarna kaheksija lahko pojavi kot posledica različnih stanj (kirurški poseg, sepsa, travma), pušča najhujše posledice ravno pri bolnikih z rakom, pri katerih je sindrom anoreksija-kaheksija zelo pogost in glavni vzrok smrtnosti. Skoraj praviloma se pojavlja pri bolnikih z obsežnim in napredovalim malignim obolenjem ter pri bolnikih v končnem stadiju bolezni. V teh primerih karcinomska kaheksija ni ozdravljiva, je reverzibilna in ne dovoljuje nadaljnega specifičnega zdravljenja.

Pri specifičnih aktivnostih zdravstvene nege se moramo pri obravnavanju sindroma karcinomske kaheksije usmeriti predvsem na spodbujanje teka in vnosa hrane pri bolniku, da bi kolikor je mogoče, vzdrževali kakovost bolnikovega življenja, kajti pogosta simptoma, ki spremljata kaheksijo, sta tudi bolečina in depresija.

Zaključek

Gastrointestinalni simptomi napredovlega raka močno prizadenejo bolnikovo psihofizično kondicijo in poslabšajo kvaliteto življenja. Zdravstvena nega je usmerjena v lajšanje težav, ki so posledica nastalih simptomov. Občutek, da za bolnika ne moremo narediti veliko je pogost in obremenjujoč tudi za medicinsko sestro.

Literatura

1. Fris AP. Onkologija. Ljubljana: Katedra za onkologijo in radioterapijo, Onkološki inštitut, 1994.
2. Anon. Gastrointestinal disorders. In: Beers MH, Berkow R, eds. The Merck manual, 7th ed. New York: Merck Research Laboratories, 1999: 221-42.
3. Portenoy RK. Constipation in the cancer patient: causes and management. *Med Clin North Am* 1987;71:303-11.
4. Wickham R. Nausea and vomiting. In: Yarbo CH, Frogge MH, Goodman M, eds. *Cancer symptom management*. 2nd ed. Sudbury: Jones Bartlett Publ., 1999: 228-63.
5. Regnard CFB, Davies A. *A guide to symptom relief in advanced cancer*. 2nd ed. Manchester: Haigh Hochland, 1986.
6. David J. *Cancer care*. London: Chapman Hall, 1995.
7. Meares CJ. Nutritional issues in palliative care. *Semin Oncol Nurs* 2000; 16: 135-45.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z NEVROLOŠKIMI SIMPTOMI NAPREDOVALEGA RAKU

Albina Bobnar, Cvetka Cerar

Uvod

Podatki zasledovanja bolnikov z rakom v zadnjih letih kažejo, da je pogostost pojavljanja nevroloških simptomov v porastu, kajti uporablja se vedno več vrst zdravljenj, zato je preživetje daljše. Nevrološki simptomi se pri okoli 15% bolnikov z rakom pojavijo zaradi prizadetosti centralnega (CŽ) ali perifernega živčevja (PŽ). V 20 do 40 odstotkih se te motnje pokažejo pri bolnikih z napredovalim rakom in le v približno dveh odstotkih pri bolnikih s primarno lokalizacijo raka v možganih (Bucholtz, 1998; Sitton, 1998). Najbolj pogosto se metastaze v možganih pojavijo pri pljučnem raku, raku dojke in melanomu.

Ne glede na to, kdaj se nevrološki simptomi pojavijo, vedno zelo dramatično učinkujejo na bolnikovo kvaliteto življenja. Znanje in prepoznavanje simptomov, kot so: zmedenost, ohromitev, nemoč, inkontinenca, bolečine ipd. pomagajo zdravstvenim delavcem, da jih zgodaj ugotovijo in preprečijo morebitne zaplete, ki pogosto ogrožajo bolnikovo življenje. Z zgodnjim diagnosticiranjem in zdravljenjem lahko preprečimo nepopravljive zaplete, omilimo simptome, podaljšamo življenje in zagotovimo optimalno kakovost življenja.

Ni predela živčevja, ki bi bil varen pred morebitnimi poškodbami (Lipp, 1999). Nevrološke motnje se lahko pojavijo kot redke in nepričakovane ali pa se pojavijo kot znane, pozne in dobro razpoznavne motnje, zaradi najraličnejših vzrokov.(tabela 1)

Tabela 1: Vzroki nevroloških simptomov pri bolnikih z rakom

- primarni tumorji živčevja,
- napredovali rak v živčevju,
- napredovali rak v kosteh glave in hrbtenice,
- zapleti pri zdravljenju s citostatiki,
- zapleti pri zdravljenju zaradi obsevanja živčevja,
- paraneoplastični sindromi,- metabolne motnje,
- pretočno-žilne spremembe (krvavitve, infarkt),
- infekcije živčevja,
- psihološki učinki,
- naključne nevrološke spremembe.

(prirejeno po Miaskowski, 1997; Henson, 1993)

Albina Bobnar, prof. defekt., vms, Cvetka Cerar, vms, Onkološki inštitut Ljubljana

Nevrološki simptomi pri bolniku z rakom

Živčevje je eden izmed najbolj zapletenih organskih sistemov v telesu. Veliki in mali možgani ter možgansko deblo tvorijo CŽ, ki zaznava miselne funkcije, stopnjo zavesti, osnovno vedenje, razpoloženje, motorične aktivnosti, funkcijo zaznavanja, funkcijo ravnotežja, govor, koncentracijo, spomin, abstrahiranje. Pri prizadetosti CŽ pride do akutne ali kronične prizadetosti možganov, možganskih ovojnic, akutnih motenj v ravnotežju, nekoordiniranih gibov (Miaskowski, 1997). PŽ je sestavljeno iz glavnih in perifernih živcev, ki zaznavajo bolečino, temperaturo in dotik. Prizadeto PŽ se izraža v obliki nevropatij, z občutki mravljinčenja v okončinah, težavami s sluhom, vidom, tipom in zaprtjem ali drugimi spremembami črevesja ali mehurja (Almadrones, 1999).

Večina znakov in simptomov nevrotoksičnosti se pojavi akutno in subakutno v času bolezni in/ali zdravljenja, nekatera zdravljenja, pa so tudi vzrok za pozne stranske učinke, ki se prvič pojavijo čez nekaj mesecev ali celo let od postavitve diagnoze rak. Žal se danes dogaja, da se pojavlja vse več poznih nevroloških simptomov, na katere ni mogoče učinkovito vplivati in jih diagnosticirati (Harpham, 1998).

Tako kot vse stranske učinke pri bolnikih z rakom - tudi nevrološke ocenjujemo po posebnih kriterijih. Najbolj pogosto za to uporabljamo lestvico svetovne zdravstvene organizacije (Tabela 2), ki preprosto deli nevrotoksične simptome na prizadetost centralnega in perifernega živčevja ter zaprtje. Lestvica ocenjuje stranske učinke od 0 do 4. Stopnja 0 pomeni normalno stanje, stopnja 1 blago prizadetost, stopnja 2 zmerno in 3 hudo prizadetost. Stopnja 4 pa pomeni prizadetost, ki življenje nevarno ogroža.

Tabela 2: Kriteriji prizadetosti živčevja svetovne zdravstvene organizacije (WHO Criteria)

VRSTA	stopnja 0	stopnja 1	stopnja 2	stopnja 3	stopnja 4
CŽ (stanje zavesti)	buden	prehodna	zaspanost; utrujenost budnosti	zaspanost; več kot 50 % budnosti	koma
PŽ	nič	parestezije in/ali globoki živčni refleksi	hude parestezije srednja slabost	neznosne parestezije izguba motorike	ohromelost
ZAPRTJE	nič	blago	srednje	z bolečinami v trebuhu z bolečinami v	z bolečinami v trebuhu in bruhanjem

Prizadetost centralnega živčevja

Znaki in simptomi pri prizadetosti možganov in hrbtenjače se ponavadi razvijajo počasi in se vedno bolj stopnjujejo. (Tabela 3) Najbolj pogost simptom je glavobol, temu sledijo oslabele, kognitivne spremembe oz. neprimerno, zmedeno, neorientirano vedenje, nestabilnost pri hoji,

tresljaji/krči, motnje govora, utrujenost, halucinacije, zaspanost, delna ohromelost, slabost, bruhanje, povišana telesna temperatura. Povečan intrakranialni pritisk je pogosto vzrok za nočne glavobole, ki so najhujši zjutraj in se ponavljajo tudi med dnevom. Če so zraven zajeti in prizadeti še možganski živci, se lahko pojavijo motnje vida, sluha in obrazna odrevenelost. Zaradi kompresije hrbteničnega kanala se pojavijo bolečine v vratu, hrbtu, rami, ki trajajo nekaj tednov ali celo mesecev, ter ohromelost in inkontinenca (Murphy, 1997).

Nevrološke simptome ČŽ, če se le da, zdravimo vzročno ali v kombinaciji najrazličnejših vrst zdravljenj (kirurgija, radioterapija, kemoterapija, zdravljenje s steroidi, antipsihotiki, analgetiki, diuretiki).

Tabela 3: Klinične značilnosti pri prizadetem centralnem živčnem sistemu

Zelo zgodnje	Pozne
glavobol	prizadetost miselnih sposobnosti
slabost	osebne spremembe
bruhanje	izguba spomina za kratek čas
epileptični napadi	motnje govora
	senzorna/motorična prizadetost
	spremenbe vida
	izguba nadzora glede sfinktrov

(Murphy, 1997)

Bolnikom z napredovalim rakom s prizadetostjo ČŽ moramo zagotoviti stalen nadzor, pogosto oceniti vitalne znake, orientirati bolnika v času in prostoru ter zagotoviti prijazno in varno okolje, da ne bi prišlo do morebitnih poškodb in prizadetega komuniciranja.

Če pride do kronične okvare možganov je z običajnim nevropsihiatričnim testiranjem mogoče izmeriti stopnjo primankljaja in nadzorovati nadaljnje poslabšanje. Taki bolniki potrebujejo ves čas zelo veliko čustvene podpore in ravno tako tudi njihovi svojci. Velikokrat je potrebna tudi pomoč psihiatra ali psihologa, v času rehabilitacije pa bolnik potrebuje fizioterapijo, govorno ter delovno terapijo. V nadaljevanju je morda potrebno posvetovanje s socialno službo zaradi zaposlitve, fizične in duševne nesposobnosti in morebitna zdravstvena nega na domu, če je motnja zelo huda.

Prizadetost perifernega živčevja

Prizadetost perifernega živčevja se najbolj pogosto pojavi pri bolnikih z napredovalim rakom, ki so bili kdaj v preteklosti zdravljeni s citostatiki, kot so: cisplatin, vinkristin in taxani.

Nevropatije se pri bolnikih pojavljajo že v času med zdravljenjem in trajajo še po zdravljenju ali pa se pojavijo pozno, nekaj mesecev ali celo let po končanem zdravljenju (Postma, 2000).

V zadnjem obdobju je prizadetost perifernega živčevja postala ena izmed zelo pogostih težav bolnikov z napredovalim rakom. Motnje v perifernem živčevju prizadenejo njihovo kakovost življenja zaradi najrazličnejših vzrokov (Postma, 2000; Miaskowski, 1997). Najpogostejši vzrok je sladkorna bolezen, drugi vzroki pa so še:

- nekatera zdravila, vključno s citostatiki (platinol, vinkristin, taxani),
- pomanjkanje vitaminov B₁₂, B₆, B₁, E,
- poprejšnje obsevanje možganov,
- nekatera ledvična obolenja,
- oslABLJENO delovanje ščitnice,
- zasvojenost z alkoholom,
- posledice zastrupitve,
- zunanji pritiski na živce,
- avtoimunska obolenja,
- podedovana periferna nevropatija,
- periferna nevropatija brez znanega vzroka.

Periferne nevropatije so najpogostejši simptomi okvar perifernih živcev, ki so zunaj možganov in hrbtenjače. Dejansko se razporedeni po celem telesu, toda periferne nevropatije se najbolj pogosto omejujejo na periferne živce v prstih na nogah in rokah, sežejo lahko tudi do kolena in komolca. Poznamo dve vrsti perifernih nevropatij, senzorno in motorično. Pri prizadetosti senzornih živčnih končičev je moten občutek za bolečino, dotik, temperaturo, položaj in tresljaje. Zaradi prizadetosti motoričnih živcev, pa se pojavijo motnje pri premikanju in vzdrževanju mišičnega tonusa.

Bolezni znaki in simptomi, ki jih izzovejo spremembe na živčnih vlaknih, so odvisni od stopnje prizadetosti živčevja, hitrosti napredovanja bolezenskega procesa, vrste prizadetih nevronov in mesta okvare. Proces boleznih lahko okvari le en živec (mononevropatija) ali več (polinevropatije). Najpogostejša okvara perifernega živčevja je polinevropatija, simetrična okvara več živcev, ki se po navadi začne na najbolj oddaljenih delih okončin.

Po navadi se simptomi nevropatije pojavijo v obliki spremenjene občutljivosti, z abnormalnimi občutki, ki so lahko tudi neprijetni, z zmanjšano ali s povečano občutljivostjo na različne dražljaje in s pekočimi bolečinami v najbolj oddaljenih delih spodnjih udov, na podplatih ali nartih. Bolečine v nogah ali nemirne noge bolnikom pogosto onemogočajo spanec ali jih prebudijo. Stanje se jim popravi šele po premikanju nog. Bolniki pogosto težko opišejo nenavadne občutke zbadanja, mravljinčenja, odrevenelosti v okončinah in tudi na trupu. Koža je na nekaterih delih lahko neobčutljiva ali preveč občutljiva. Najbolj moteče so zelo hude bolečine, ki so spontane, ali pa jih sproži stik z določenim dražljajem. Občutljivost je v začetku okvarjena le v predelu nogavic in rokavic, pozneje pa se spremembe širijo navzgor (Almadrones, 1999).

Spremenjena občutljivost pogosto spremlja tudi okvarjeno delovanje avtonomnega živčevja, ki se lahko pokaže šele kasneje. Bolniki so zaradi venske hipotenzije predvsem stoje vrtoglavni in omotični. Pogosto so velik problem uhajanje seča, zaprtje, impotenca, motnje znojenja, suhe oči in zamegljen vid (Cain, 1995; Wilkes, 1997).

Vseh simptomov periferne nevropatije ni mogoče odkriti z različnimi testi, ampak jih opazimo šele takrat, ko so se že pojavili in zato je tudi zdravljenje samo simptomatsko. (Postma, 2000) Ko se pri bolniku pojavijo bolečine v rokah ali nogah, spremembe pri hoji (nimajo pravega občutka, kje stojijo, posebno v temnem prostoru), drži telesa, izvajanju finih gibov (zapevanje gumbov), zvonjenje v ušesih, težave s sluhom in vidom, zaprtje ali druge spremembe s črevesjem ali mehurjem, občutka za bolečino (prijemanje vročih predmetov ne da bi občutili pekočo bolečino), obstaja sum, da se je pojavila periferna nevropatija.

Pri zdravljenju je zelo pomembno zdravljenje bolečin a nanje na žalost težko vplivamo in jih tudi pri okvari PŽ pogosto ne moremo odpraviti. Nekoliko bolj uspešno je zdravljenje okvar, kjer so vzroki znani, pri večini bolnikov, pa le bolj ali manj uspešno lajšamo težave z zdravili proti bolečinam, z antidepressivi in vitamini kompleksa B. Bolnikom ponudimo tudi akopunkturo, hipnozo, relaksacijo in predstavljalne tehnike, sproščanje ter ledeno mrzle kopeli za noge in roke (Miaskowski, 1997).

Periferna nevropatija ni življenjsko nevarna, vendar zelo vpliva na bolnikovo počutje in kakovost življenja. Čeprav vedno ni mogoče preprečiti zgodnje živčne poškodbe, je možno preprečiti, da bi bila le-ta huda. Bolniki morajo biti poučeni, da opozorijo na katero koli spremembo v zvezi z zaznavanjem ali prizadetim gibanjem, ki lahko privede do poškodb in depresivnosti (Almadrones, 1999; Wilkes, 1997). Bolnikom, pri katerih pričakujemo, da bo prišlo do sprememb PŽ, moramo svetovati, naj:

- nosijo ohlapne obleke, ki olajšajo gibanje, oblačenje in slačenje,
- nosijo čevlje, ki so stabilni in segajo preko narta,
- nosijo rokavice in tople nogavice v hladnem vremenu,
- nosijo nakit, ki ga lahko nadenejo in snamejo brez pomoči,
- naj bo prostor kjer se gibljejo primerno osvetljen,
- uporabljajo posebne predmete, ki jih lahko držijo (svinčnik, nož),
- vprašajo zdravnika, ali je varno, da vozijo avto,
- preprečujejo zaprtje (pitje 2-3 l tekočin na dan, hrana z veliko vlaknin, odvajala),
- hodijo in izvajajo telesne vaje za krepitev mišic,
- se odločijo za fizioterapijo, masažo.

Zdravstvena nega bolnika z možno prizadetostjo živčevja

Najpogosteje prizadeta področja delovanja živčevja pri bolnikih z napredovalim rakom (Mallet, 2000):

- stopnja zavesti
- motorične funkcije
- senzorne funkcije
- vitalni znaki

Najpogostejši problemi pri bolniku s prizadetostjo živčevja so: kognitivne spremembe, zmedenost, neorientiranost, zaspanost, delna ohromelost, prizadeto gibanje, motnje zaznavanja, vida, govora, sluha.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

- bolnika poučimo, da lahko pride do motenj zavesti, motene motorične in senzorne funkcije, ter motenj vitalnih znakov; razložimo mu načine opazovanja;
- potreben je pogovor z bolnikom, da dojame prognozo, zdravljenje in načrtuje svoje življenje;
- zagotoviti moramo stalen nadzor, prijazno in varno okolje, da ne bi prišlo do morebitnih poškodb in prizadetosti v komunikaciji;
- preprečevati moramo zmanjšano gibljivost s spodbujanjem h gibanju, bolniku vedno pomagamo, če je treba, naš cilj je ohraniti optimalni mišični tonus, gibljivost ter obdržati bolnikovo neodvisnost;
- spodbujanje bolnika k čim pogostejši uporabi finih gibov z rokami in nogami, kar prepreči nadaljnje poslabšanje občutenja zaznavanja;
- pri zaznavnih spremembah moramo biti pozorni na spremembe sluha, vida, tipa, okusa, občutek ravnotežja in koordinacije, kajti motnje v delovanju živčevja se lahko pojavijo tudi brez poprejšnjih okvar; če pa so okvare že navzoče, je možnost dodatnih okvar še večja;
- oceniti zaužito in izločeno tekočino ter uporabljati ustrezne metode za preprečevanje zaprtosti, kot sta povečan vnos tekočin in dajanje odvajal, če so predpisana;
- odvrniti bolnika, da bi v času zdravljenja užival alkohol, uspavala in pomirjevala, pa le po navodilu zdravnika; tudi vitamin B6 in analgetike naj pri periferni nevropatiji predpisuje zdravnik;
- po zdravnikovem naročilu moramo oceniti in izmeriti vitalne znake (dihanje, telesno temperaturo, venski pritisk, pulz); posebej pozorni moramo biti pri znižanem venskem pritisku; bolnika moramo poučiti, naj se premika počasi, posebno pri menjavi položaja iz sedečega v stoječega ;
- vsak dan moramo oceniti razvoj bolnikovih sposobnosti za učinkovito spopadanje z nastalimi spremembami.

Zaključek

Incidenca nevroloških motenj pri bolnikih z rakom narašča, zaradi novih zdravil in kombiniranih zdravljenj, uporabe visokih doz citostatikov in zaradi metastaziranja različnih vrst raka v živčni sistem. Nevrološke motnje so bolj pogoste, kot jih po navadi ugotovimo. Preprečevanje in zgodnje odkrivanje sta zelo pomembni za kakovostno življenje bolnikov, ki so prizadeti. Nevrotoksično prizadetost živčevja težko ugotovimo zaradi velikega števila možnih vzrokov, ki se pojavljajo pri bolnikih z napredovalim rakom in med njihovim zdravljenjem. Nekatere nevrološke motnje CŽ lahko zamenjamo z znaki depresivnosti, motnje PŽ pa z bolečinami v sklepih in mišicah (arthralgia/myalgia). Kakorkoli že, če pride do teh znakov in simptomov, so potrebni takojšnje simptomatsko zdravljenje in/ali odpravljanje vzroka ter ustrezna zdravstvena nega.

Literatura

1. Almadrones LA, Arcot R. Patient Guide to Peripheral Neuropathy. ONF, VOL 26, NO 8, 1999; 1359 - 1362.
2. Bucholtz JD. Central Nrvous System Metastases. Seminars in Oncology Nursing, Vol 14, No 1 (february), 1998: 61 – 72.
3. Cain JW, Bender CM. Ifosfamide-Induced Neurotoxicity: Associated Symptoms and Nursing Implications. ONF, VOL 22, No 4, 1995; 659 – 668.
4. Harpham WS. Long Term Survivorship. Principles and Practice of Supportive Oncology, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia, 1998; 901 - 904.
5. Henson JW. Neurological Complications. Cancer medicine, VOL 2, Lea & Febiger, Philadelphia, London, 1993; 2268 - 2286.
6. Lipp HP. Anticancer Drug Toxicity: prevention, management, and clinical pharmacokinetics. Marcel Dekker, 1999; 431 - 454.
7. Mallet J, Dougherty L. Neurological Observations. Manual of Clinical Nursing Procedures, Fifth Edition, The Royal Marsden Hospital, Blackwell Science Ltd, 2000; 376 – 384.
8. Miaskowski C. Oncology Nursing: An Essential Guide for Patient Care. W.B. Saunders Company, 1997.
9. Murphy ME. Cancers of the Brain and Central Nervous Syste. Editor: Otto SE. Oncology Nursing, Third Edition, Mosby-Year Book, Inc.,1997; 63 – 80.
10. Postma TJ, Heimans JJ. Grading of chemotherapy–induced peripheral neuropathy. Annals of Oncology 11, 2000; 509 – 513.
11. Sitton E. Central Nervous System metastases. Seminars in Oncology Nursing, Vol 14, No 3 (August), 1998; 210 – 219.
12. Wilkes GM. Neurological Disturbances; Patient Self-care Guides, Jones and Bartlett Publishers, UK, 1997; 125 – 134.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z LOKOMOTORNIMI SIMPTOMI NAPREDOVALEGA RAKA

Katarina Lokar, Biserka Petrijevcānin, Suzana Semeniĉ

Uvod

Z učinkovitejšim onkološkim zdravljenjem se preživetje pri malignih boleznih povečuje in podaljšuje. Kljub temu se medicinske sestre pri vsakodnevni zdravstveni negi sreĉujemo z bolniki, pri katerih je rakavo obolenje že napredovalo. Eden izmed simptomov napredovelega raka so metastaze v kosteh in s tem povezani lokomotorni simptomi. Lokomotorni simptomi pri večini bolnikov neposredno vplivajo na njihovo zmoŹnost gibanja, to pa pri bolnikih obĉutno ogroŹa kakovost njihovega Źivljenja. Zato je izredno pomembno, da ĉimprej odkrijemo lokomotorne simptome in jih zaĉnemo zdraviti.

Metastaze v kosteh in hiperkalcemija

Praviloma velja, da pojav kostnih metastaz pri večini malignih boleznih pomeni prehod v neozdravljivo fazo. V kosti metastazira predvsem rak dojke, ledvic, pljuĉ, prostate, Źĉitnice in multipli mielom (Miaskowski, 1996).

Boleĉina je pri kostnih metastazah vodilni znak, praviloma je topa, stalna in se pri gibanju stopnjuje. Poleg boleĉine lahko kostne metastaze spremljajo zapleti, kot so patološki zlomi, kompresija hrbtenjaĉe, infiltracija kostnega mozga in hiperkalcemija, vse to pa pri bolnikih Źe poslabša kakovost Źivljenja.

Kostne metastaze zdravimo na razliĉne naĉine:

- kirurško (stabilizacija patoloških zlomov),
- radioterapevtsko (protiboleĉinski uĉinki, zazdravitev kosti na mestu metastaze),
- sistemsko (s citostatiki in hormoni ter z bifosfonati) .

Hiperkalcemija je verjetno najpogostejši zaplet kostnih metastaz. O hiperkalcemiji govorimo, kadar je koncentracija kalcija v serumu veĉja od 2.6 mmol/L. Dotok kalcija v kri iz prebavil in kosti je veĉji kot njegovo odlaganje v kosteh in izloĉanje skozi ledvic.

Znaki hiperkalcemije so: anoreksija, bradikardija, srĉne aritmije, koma, zmedenost, obstipacija, dehidracija, utrujenost, letargija, miŹiĉna oslabeledost, slabost, bruhanje, poliurija, srbeĉica, psihoza, ledviĉna insuficienca, krĉi, izguba telesne teŹe, itn.

Zdravljenje hiperkalcemije je usmerjeno predvsem k odstranitvi njenega vzroka..

*Katarina Lokar, VMS, Biserka Petrijevcānin, VMS, Suzana Semeniĉ, VMS,
OnkoloŹki inŹtitut Ljubljana*

Zdravstvena nega bolnika s kostnimi metastazami

Problemi, ki se najpogosteje pojavljajo pri bolnikih s kostnimi metastazami, so:

- spremenjeno duševno stanje,
- slaba fizična mobilnost,
- večja možnost poškodb,
- bolečina,
- slabša zmožnost, da bi bolnik sam poskrbel za svoje najnujnejše potrebe.

Negovalna diagnoza:

Spremenjeno duševno stanje (potrtost, zaskrbljenost) v zvezi z napredovalo boleznijo (kostne metastaze).

Aktivnosti zdravstvene nege:

- Pri bolniku opazujemo, ali kaže znake depresije, anksioznosti, nemoči, obupa, itn., in o tem razpravljamo v zdravstvenem timu.
- Bolniku zagotovimo čustveno podporo in varnost (pogovor, pomoč pri življenjskih aktivnostih itn.).
- Bolniku apliciramo antidepresive in anksiolitike po zdravnikovem naročilu.
- Bolnika seznanimo z znaki, ki bi se utegnili pojaviti zaradi kostnih metastaz (patološki zlomi, hiperkalcemija, infiltracija kostnega mozga), ker lahko s pravočasnim ukrepanjem precej izboljšamo kvaliteto življenja.
- Načrtujemo pogovor s svojci v zvezi z bivanjem v domači oskrbi.

Negovalna diagnoza:

Večja možnost poškodb zaradi kostnih metastaz.

Aktivnosti zdravstvene nege:

- bolnika poučimo o možnih zapletih pri kostnih metastazah;
- ocenimo bolnikovo zmožnost samooskrbe in mu damo vso potrebno pomoč;
- ocenjujemo navzočnost in stopnjo bolečine, zapisujemo aplikacijo predpisane analgetične terapije in opazujemo njen učinek;
- bolniku pomagamo pri namestitvi v najudobnejši položaj;
- poskrbimo za bolnikovo varnost v sobi in v okolici njegove postelje (zaščitna ograja na postelji, ortopedski pripomočki za hojo, itn.);
- načrtujemo obisk fizioterapevta, ki bolnika nauči varne tehnike gibanja in uporabe morebitnih ortopedskih pripomočkov.

Zdravstvena nega bolnika s hiperkalcemijo

Najpogostejši problemi pri bolniku s hiperkalcemijo so:

- spremenjena funkcija črevesja: obstipacija,
- primanjkljaj telesnih tekočin ,
- nezadostna prehrana,
- slabša zmožnost, da bi bolnik sam poskrbel za svoje najnujnejše potrebe,
- večja možnost poškodb,
- oslabiljeno delovanje srca,
- slaba fizična mobilnost.

Negovalni diagnozi:

- Deficit v samonegi v zvezi z depresijo, zaspanostjo oz. motnjo zavesti ob hiperkalcemiji.
- Večja možnost poškodb zaradi slabe orientacije v času in prostoru in zmedenosti ob hiperkalcemiji.

Aktivnosti zdravstvene nege:

- z bolnikom se pogosto pogovarjamo, da dosežemo boljše razumevanje in razpoloženje;
- vsak dan ocenjujemo bolnikovo zmožnost samooskrbe;
- bolniku pomagamo zadovoljiti vse potrebe po samooskrbi in ga poskušamo vključiti v nego v skladu z njegovimi zmožnostmi;
- nadzorujemo stanje njegove zavesti;
- poskrbimo, da bolnik zaužije vsa predpisana zdravila;
- poskrbimo za varnost bolnika (namestimo posteljno ograjico, stvari mu postavimo v doseg roke, itn.).

Negovalna diagnoza:

Oslabiljeno delovanje srca v zvezi z bradikardijo in motnjami srčnega ritma ob hiperkalcemiji.

Aktivnosti zdravstvene nege:

- bolniku merimo srčni utrip trikrat na dan ali večkrat po naročilu zdravnika,
- bolniku merimo krvni pritisk po naročilu zdravnika,
- bolniku posnamemo EKG po naročilu zdravnika,
- spremljamo laboratorijske vrednosti elektrolitov,
- apliciramo predpisano terapijo,
- bolniku pomagamo pri vseh življenjskih aktivnostih,
- na bolnika delujemo spodbudno in pomirjevalno.

Kompresija hrbtenjače

Kompresija hrbtenjače je urgentno stanje v onkologiji, ki zahteva hitro diagnostično obravnavo in zdravljenje. Nepravilna ali nepravočasna obravnava že v nekaj urah privede do popolne nepopravljive okvare hrbtenjače, posledica tega pa je paraplegija.

Vzroki za nastanek kompresije hrbtenjače so:

- neposredni pritisk tumorja
- metastaze v vretencih.

Kompresija hrbtenjače lahko nastane na različnih mestih:

- v vratnem delu (10 %),
- v torakalnem delu (70 %),
- v lumbalnem delu (20 %).

Do kompresije hrbtenjače najpogosteje pride pri bolnikih z rakom na pljučih, dojki, prostati, ledvicah, pri melanomu, gastrointestinalnih oblikah raka ter pri multiplem mielomu in limfomu (Miaskowski in Buchsel, 1999).

Znaki in simptomi kompresije hrbtenjače so odvisni od lokacije, stopnje infiltracije in se kažejo kot:

- bolečina,
- motorična oslabeledost,
- senzorične motnje,
- disfunkcija sečil in prebavil.

Kompresijo hrbtenjače zdravimo:

- s kortikosteroidi v visokih dozah,
- s kirurgijo in postoperativno radioterapijo,
- z radioterapijo.

Zdravstvena nega bolnika s kompresijo hrbtenjače

Poznavanje medicinske dokumentacije in negovalna anamneza sta zelo pomembna pri bolnikih, pri katerih obstaja nevarnost nastanka kompresije hrbtenjače. Pomemben vidik zdravstvene nege je zgodnje prepoznavanje sprememb pri bolniku. Medicinske sestre morajo biti pozorne na bolečinsko, motorično in senzorno stanje bolnika, prav tako tudi na delovanje prebavil in mehurja.

Najbolj pogosti problemi pri bolniku s kompresijo hrbtenjače so:

- bolečina,
- slaba fizična mobilnost v zvezi z oslabeledostjo spodnjih okončin,
- inkontinenca urina v zvezi z nevrološko disfunkcijo,

- spremenjena funkcija črevesja: obstipacija zaradi zmanjšane telesne aktivnosti in/ali uživanja analgetikov.

Negovalna diagnoza:

Bolečina zaradi kompresije hrbtenjače.

Aktivnosti zdravstvene nege:

- pogovor z bolnikom,
- bolnika namestimo v udoben položaj,
- enkrat na dan merimo bolečino po bolečinski vrednostni lestvici,
- apliciramo predpisane analgetike po zdravnikovem naročilu,
- vsak dan opazujemo učinek in stranske pojave analgetične terapije,
- če se pojavijo zapleti pravilno ukrepamo,
- uporabljamo nefarmakološke metode za lajšanje bolečine (tople, hladne obloge, itn.),
- medicinska sestra in fizioterapevt poučita bolnika o pravilni tehniki ležanja, obračanja v postelji, posedanja itn.

Negovalna diagnoza:

Slaba fizična mobilnost zaradi oslabelosti spodnjih okončin ob kompresiji hrbtenjače.

Aktivnosti zdravstvene nege:

- vsak dan ocenimo stopnjo bolnikove fizične mobilnosti (pokreten, slabo pokreten, nepokreten);
- opazujemo, ali se na okončinah kažejo znaki venske tromboze (rdečina, oteklina, toplota, bolečina);
- uvedemo režim za izvajanje fizičnih aktivnosti glede na bolnikove zmožnosti in stanje (posvetujemo se s fizioterapevtom, izvajamo pasivne vaje, pomagamo bolniku pri obračanju v postelji ali pri hoji, bolnikom z nestabilnimi vretenci po zdravnikovem naročilu namestimo hrbtno opornico itn.);
- izvajamo predpisan program za lajšanje bolečin;
- poskrbimo za primerne varnostne ukrepe (vse predmete postavimo v bolnikov doseg, namestimo posteljno ograjico itn.);
- bolniku pomagamo in ga vzpodbujamo pri samooskrbi v okviru njegovih zmožnosti.

Negovalna diagnoza:

Inkontinenca urina v zvezi z nevrološko disfunkcijo ob kompresiji hrbtenjače.

Aktivnosti zdravstvene nege:

- pri bolniku redno vzdržujemo osebno higieno,
- redno menjavamo bolnikovo perilo in posteljnino,
- skrbimo za zadostno peroralno hidracijo bolnika,
- merimo (če je to mogoče) in opazujemo izločen urin (količino, barvo, vonj itn.),

- skrbimo za pravilno in redno menjavo urinskega katetra
- bolniku zagotovimo intimnost ob vsaki uporabi katetra in ob anogenitalni negi,
- spremljamo laboratorijske vrednosti urina in krvi,
- opazujemo in prepoznavamo znake in simptome za infekcijo urinarnega trakta.

Negovalna diagnoza:

Spremenjena funkcija črevesja: obstipacija zaradi zmanjšane telesne aktivnosti in/ali uživanja analgetikov.

Aktivnosti zdravstvene nege:

- naredimo negovalno anamnezo o izločanju blata, vključno z uporabo odvajal,
- spremljamo frekvenco, količino, vonj in konzistenco blata,
- spodbujamo bolnika k uživanju zadostne količine tekočine,
- serviramo hrano bogato z vlakninami,
- damo odvajalo po zdravnikovem naročilu,
- bolniku omogočimo intimnost ob odvajanju.

Limfedem

Limfedem je otekanje podkožnih tkiv zaradi zapore limfatičnih žil ali bezgavk in kopičenja velikih količin limfe v prizadetem področju. Limfedem se pogosto pojavi pri bolnikih, ki so slabotni, nepokretni, stari ali zelo bolni in se ne morejo sami gibati. V to rizično skupino uvrščamo tudi rakave bolnike, še posebej tiste, pri katerih je bolezen že napredovala.

Ena izmed glavnih nalog limfnega sistema je vračanje odvečne medcelične tekočine v krvni obtok. Limfni sistem odstrani iz tkiv tudi proteine, ki so preveliki, da bi prešli steno kapilar in se vrnili nazaj v krvni obtok. Pretok limfe skozi limfne žile ni odvisen od srca, ampak od mišične črpalke v okončinah in od učinkov masaže lokalnih tkiv. Velike limfatične žile so krčljive in imajo zaklopke, ki omogočajo enosmerni pretok limfe. Preden limfa pride v kri, gre vedno skozi eno ali več bezgavk. Bezgavke pa delujejo kot filter za bakterije ali maligne celice.

Edem nastane, ko pride do razlike v količini tekočine, ki jo mora limfni sistem transportirati in resnično zmogljivostjo sistema za transport. Če je drenažnih poti manj (npr. zaradi odstranitve ali obsevanja bezgavk), so druge poti bolj obremenjene. Posledica tega je preobremenjenost sistema in ta sčasoma odpove. Tekočina se začne kopičiti v prizadetih podkožnih tkivih v telesu.

Pri bolnikih z rakom so vzroki limfedema naslednji: anemija, hipoalbuminemija, nepokretnost, povečan pritisk tumorja na limfatični sistem, okužba, jetrne metastaze, obsevanje bezgavk, resekcija bezgavk (Miaskovski, 1996).

Znaki limfedema so: sprememba v barvi okončine, sprememba senzacije v okončini, oblačila in nakit postanejo tesna, sprememba v velikosti okončine, hladna koža, občutek neudobnosti, če pritisnemo s prstom, ostane v tkivu vdolbina, prosojna koža.

Limfedem se zdravi:

- z diuretiki,
- s parantalno aplikacijo albuminov, če je to potrebno,
- s fizioterapijo.

Zdravstvena nega bolnika z limfedemom

Limfedem je za bolnika z rakom zelo neprijetno stanje in lahko povzroči številne fizične in psihosocialne težave. Če smo na znake limfedema pozorni, se lahko z zgodnjim zdravljenjem le-tega, izognemo številnim zapletom. Zdravstvena nega pri limfedemu je usmerjena predvsem v preprečevanje oziroma zmanjšanje limfedema in njegovih zapletov, če pride do njih. Vse to zahteva dobro sodelovanje medicinske sestre s fizioterapevtom.

Najpogostejši problemi pri bolniku z limfedemom so:

- slaba fizična mobilnost
- bolečina
- večja možnost okužbe
- slabša zmožnost, da bi bolnik sam poskrbel za svoje najnujnejše potrebe,
- možna okvara kože.

Negovalna diagnoza:

Slaba fizična mobilnost zaradi edema, ki se kaže z omejeno gibljivostjo prizadete okončine.

Aktivnosti zdravstvene nege:

- bolniku razložimo njegovo vlogo pri preprečevanju in obvladovanju limfedema;
- bolniku svetujemo nošenje oblačil, ki ne stiskajo prizadete okončine;
- bolnika poučimo naj bo okončina v času mirovanja vedno dvignjena;
- povežemo se s fizioterapevtom, ki bolniku pokaže vaje za povečanje limfnega pretoka in limfno drenažo (masaža);
- bolniku svetujemo, naj vsako vajo dela nežno in jo ponovi 5 – 10-krat, dvakrat na dan;
- bolniku priskrbimo recept za elastični rokav ali nogavico;
- bolniku svetujemo naj podnevi nosi elastični rokav ali nogavico.

Negovalna diagnoza:

Višja možnost okužbe zaradi okvare kože ob limfedemu

Aktivnosti zdravstvene nege:

- bolnika informiramo o možnosti nastanka okužbe;
- bolnika seznanimo z znaki okužbe;
- vsak dan opazujemo, ali so se na prizadeti okončini pojavili znaki okužbe;
- bolniku povemo, da so dobro negovani nohti in koža bistvenega pomena za preprečevanje okužbe;

- na kožo prizadete okončine naneseemo losion ali kremo vsaj dvakrat na dan;
- iz prizadete okončine ne jemljemo krvi, vanjo ne dajemo injekcij in na prizadeti okončini ne merimo krvnega pritiska;
- bolniku svetujemo uporabo zaščitnih rokavic pri delu na vrtu in v kuhinji;
- bolniku svetujemo naj prizadeto okončino uporablja normalno, vendar naj z gibanjem ne pretirava;
- bolnika poučimo naj se izogiba nošenju tesnih oblačil.

Zaključek

Zdravstvena nega bolnika z lokomotornimi simptomi napredovalega raka je zelo zahtevna. Če smo s svojim znanjem, strokovnostjo in predanostjo bolniku izboljšali kakovost življenja ter tudi svojcem dali potrebno znanje in podporo, smo dosegli svoj cilj.

Literatura

1. Barnett ML. Hypercalcemia. *Semin Oncol Nurs* 1999;15: 190-200.
2. Chernecky CC, Krech-Fritskey R. Complications of advanced disease. In: McCorkle R, Grant M, Frank-Stromborg M, Baird SB, eds. *Cancer nursing: a comprehensive textbook*. 2nd ed. Philadelphia: WB Saunders, 1996: 1145-57.
3. Coleman RE. Skeletal complications of malignancy. *Cancer* 1997; 80(Suppl 8): 1588-94.
4. Červek J. Sistemsko zdravljenje kostnih metastaz. *Onkologija* 2000; 4: 22-3.
5. Dornik E. Zdravstvena nega in zdravstvena vzgoja pri paraplegiku. *Obzor Zdrav N* 1998; 32: 35-9.
6. Keber D, ed. *Zdravljenje notranjih bolezni: algoritmi odločanja in ukrepanja*. 34. Tavčarjevi dnevi. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1993.
7. Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego. *Uvod v študij negovalnih diagnoz*. 3. izd. Maribor: Kolaborativni center SZO, 1993.
8. Lešničar H. Zdravljenje kostnih metastaz z obsevanjem. *Onkologija* 2000; 4: 19-21.
9. Lešničar H. Paliativno zdravljenje kostnih metastaz. *Onkologija* 2000; 4: 15-6.
10. Marolt F, Budihna M, Lindtner J, eds. *Rak prostate - Parapareza onkološkega bolnika*. 12. Onkološki vikend. Laško. Ljubljana: Slovensko zdravniškodruštvo, 1997.
11. Miaskowski C. *Oncology nursing: an essential guide for patient care*. Philadelphia: WB Saunders, 1996.
12. Miaskowski C, Buchsel P. *Oncology nursing: assessment and clinical care*. St. Louis: Mosby, 1999.
13. Regnard CFB, Davies A. *A guide to symptom relief in advanced cancer*. 2nd ed. Manchester: Haigh Hochland Ltd, 1986.
14. Smrko V. Operacijsko zdravljenje kostnih metastaz. *Onkologija* 2000; 4: 17-8.
15. Struthers S, Mayer D, Fisher G. Nursing management of the patient with bone metastases. *Semin Oncol Nurs* 1998; 14: 199-207.
16. Varl B. *Notranje bolezni: učbenik za zdravstvene šole*. 6. izd. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1977.

ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z DERMATOLOŠKIMI SIMPTOMI NAPREDOVALEGA RAKA

Helena Uršič, Laura Petrica, Anamarija Šalehar

Uvod

Koža je največji organ pri človeku, opravlja več funkcij hkrati in je po njih povezana s preostalim organizmom. Nekatere kožne naloge so neogibno potrebne, ker sicer življenje brez njih sploh ne bi bilo mogoče. To so predvsem naloge, ki jih koža opravlja kot varovalo celotnega organizma, kot čutilo in organ, ki skrbi za uravnavanje telesne toplote. Ker so pri bolnikih z napredovalim rakom te funkcije velikokrat motene, bomo v nadaljevanju govorili o zdravstveni negi bolnikov z dermatološkimi simptomi, kot so : kronične rane, fistule in stome, pruritus, potenje in neprijeten vonj.

Kronične rane

Onkološke kronične rane delimo v dve skupini glede na vzrok nastanka. Pri karcinomski rani gre za vraščanje rakove tvorbe v epiteljsko kožno tkivo-neposreden vzrok. Najbolj pogosta mesta pojavljanja odprte karcinomske rane so dojka, glava (ustna votlina) in vrat, dimlje in genitalije ter hrbet. Pogosto so te rane videti kot zaudarjajoča gobasta masa, ki je kolonizirana z anaerobi. Vzroki za nastanek gobaste karcinomske rane so lahko nediagnosticiran primarni tumor ali lokalna povrnitev bolezni po operaciji, radioterapiji ali kemoterapiji in hitro rastoč agresiven tumor.

Poseben problem predstavljajo razjede zaradi pritiska pri bolnikih z napredovalim rakom. Te rane nastanejo zaradi posrednih vzrokov, ki vplivajo na bolnikovo zmožnost gibanja (metastaze v kosteh) in podhranjenost (anoreksija, bruhanje).

Zdravstvena nega bolnika s karcinomsko rano

Odperta zaudarjajoča karcinomska rana z obilnim izločanjem je pogosto vzrok, da se bolnik izolira od družbe in družine, zato so aktivnosti zdravstvene nege najprej usmerimo k lokalni oskrbi rane in psihični podpori bolniku in svojem.

Specifične negovalne diagnoze pri bolnikih s karcinomsko rano:

- obilna sekrecija karcinomske rane z neprijetnim vonjem,

*Helena Uršič, vms, ET, Laura Petrica, vms, Anamarija Šalehar, vms,
Onkološki inštitut Ljubljana*

- bolečina pri prevezovanju karcinomske rane,
- omejena zmožnost gibanja zaradi lokacije rane in splošne utrujenosti bolnika z napredovalim rakom,
- nevarnost krvavitve iz karcinomske rane,
- bolnikov strah pred spremenjeno telesno podobo zaradi karcinomske rane.

Aktivnosti zdravstvene nege :

- bolniku zagotovimo intimnost med prevezovanjem;
- rano prevezujemo po zdravnikovem naročilu, rano čistimo nežno, lahko jo irigiramo. Pri izbiri obliža upoštevamo principe mokrega celjenja rane. Pokrivamo jo z obliži, ki se ne lepijo na rano, absorbirajo izloček in zmanjšajo neprijeten vonj, primerna je uporaba hidrogelov, ki vzdržujejo vlažno okolje v rani in odstranjujejo nekroze;
- bolnika namestimo v najbolj ugoden položaj glede na bolečino. Pred prevezovanjem rane bolniku pravočasno apliciramo predpisane analgetike;
- bolnika spodbujamo k pozitivnemu razmišljanju in samospoštovanju

Razjeda zaradi pritiska ali preležanina

Preležanina je rana, ki nastane zaradi neposrednega pritiska na kožo ali sluznico. Vzroki za nastanek rane pri bolnikih z napredovalim rakom so notranji in zunanji. Notranji so visoka starost, slaba prehranjenost, inkontinenca, omejena gibljivost, motnje zavesti in druge spremljajoče bolezni. Med notranje vzroke sodijo tudi stranski učinki izbranega onkološkega zdravljenja (kirurgija, radioterapija, kemoterapija). Zunanji vzroki za nastanek preležanin pa so pritisk, trenje in strižna sila.

Zdravstvena nega bolnika z razjedo zaradi pritiska

Bolniki z napredovalim rakom so najbolj ogrožena skupina bolnikov za nastanek preležanin. Ob sprejemu na oddelek bolnika ocenimo glede rizičnosti po shemi Waterlow. Tako ocenimo celotno bolnikovo osebnost in upoštevamo splošno telesno kondicijo, videz kože, zmožnost gibanja, stanje prehranjenosti, kontinenca, spremljajoče bolezni, delovanje čutil, stanje srca in ožilja in stanje zavesti. Pri bolniku, ki preležanino že ima, ocenimo njen stadij, opišemo rano in podatke vpišemo v formular za oceno kronične rane. S temi podatki lahko načrtujemo aktivnosti zdravstvene nege.

Specifične negovalne diagnoze :

- omejena aktivnost gibanja zaradi bolečine, lokacije rane in splošne oslabelosti
- poškodovana koža zaradi omejene gibljivosti in inkontinence urina in blata

Aktivnosti zdravstvene nege :

- oskrba preležanine po standardu za oskrbo kronične rane, rano prevezujemo po zdravnikovem naročilu, rano čistimo z irigiranjem in pokrijemo z obližem, ki ga izberemo glede na količino izločka in videza dna rane in njenih robov. Za čisto rano brez infekta uporabimo hidrokoloidne obloge, za nekrotične rane so ustrezni hidrogeli in nelepljivi

obliži z večjo sposobnostjo absorpcije. Kadar so izraženi lokalni in sistemski znaki vnetja, zdravnik po antibiogramu predpiše antibiotik ;

- namestitvev zračne (aktivno) gibajoče se blazine in obračanje bolnika po urniku obračanja;
- pomoč pri osebni intimni higieni;
- dajanje psihične podpore;
- spodbujanje bolnika k uživanju zadostne količine hrane in pijače.

Pruritus ali srbež

Pruritus je neprijeten dermatološki simptom napredovalega raka povzroča neudobje bolnika. Na videz ne gre za veliko težavo, vendar bolniku povzroča velike neprijetnosti, saj mu moti spanje, iz prizadete kože pa lahko rosi ali krvavi. Pri bolnikih z rakom je vzrok srbenja obstrukcijska zlatenica. Srbenje se pojavi zaradi nalaganja žolčnih soli v kožo. V povezavi z drugimi sistemskimi simptomi, kot sta vročina in potenje, se srbenje kože pojavlja tudi pri bolnikih z napredovalimi limfomi in levkemijo.

Specifične negovalne diagnoze :

- poškodovana koža in možnost infekcije zaradi praskanja ob pruritusu
- bolnikovo neudobje zaradi srbenja,
- moteno spanje zaradi srbenja.

Aktivnosti zdravstvene nege :

- bolniku svetujemo, naj nosi lahka oblačila,
- bolniku svetujemo naj se prha z mlačno vodo,
- bolniku priskrbimo bombažne rokavice, s katerimi bo preprečil poškodbe kože pri praskanju,
- bolnika mažemo z vlažilno kremo

Potenje

Pri bolnikih sta vzroka za potenje njihov strah in vznemirjenost, lahko pa tudi malignom sam.

Specifične negovalne diagnoze :

- dehidriranost bolnika zaradi čezmernega potenja,
- možnost poškodbe kože zaradi povečane vlažnosti in spremenjenega pH kože.

Aktivnosti zdravstvene nege :

- merjenje telesne temperature po zdravnikovem naročilu ,
- bolnika spodbujamo k čim temeljitejši higieni telesa (prhanje),
- bolniku priskrbimo dovolj svežega osebnega perila,

- bolnika spodbujamo k uživanju tekočin,
- po zdravnikovem naročilu vodimo tekočinsko bilanco.

Vonj

Večina neprijetnih vonjev nastane zaradi infekcije z anaerobnimi bakterijami. Poskus maskiranja neprijetnega vonja z drugimi vonji se ne obnese (npr. osvežilci zraka ali parfumi). Bolnik poveže nov vonj s svojim neprijetnim vonjem in kmalu postane nov vonj neznošen.

Specifične negovalne diagnoze :

- nausea zaradi neprijetnega vonja,
- izogibanje socialnim stikom zaradi neprijetnega vonja,
- psihična prizadetost bolnika zaradi neprijetnega vonja.

Aktivnosti zdravstvene nege :

- bolniku damo psihično podporo in ga spodbujamo k samooskrbi (ustna nega, anogenitalna nega, itn.),
- rano prevezujemo po standardu za oskrbo kronične rane z neprijetnim vonjem, po zdravnikovem naročilu apliciramo na rano nelepljiv obliž, ki vsebuje aktivno oglje, da nevtralizira neprijeten vonj,
- skrb za bolnikovo okolico (zračenje bolniške sobe po prevezovanju in pred obroki),
- stome in fistule oskrbimo z nameščanjem vrečk za stomo, ki imajo filter z ogljem,
- skrbimo za poostreno anogenitalno nego in zaščito kože perianalno in perinealno z zaščitnimi kremami.

Fistule in stome

Fistule in stome pogosto spremljajo bolnike z rakom v napredovalnem stadiju. Fistule so definirane kot povezave med dvema organoma in so imenovane po organu, iz katerega dreniranje izhaja. V trebuhu abnormalne zveze nastanejo med dvema notranjima organoma, lahko pa dreniranje poteka iz notranjega organa navzven skozi kožo. Fistula je pri bolnikih z napredovalim rakom po navadi zaplet, ki se pojavi zaradi bolezni, operacije ali vnetja. Med dejavniki, ki sodelujejo pri razvoju fistule, so puščanje anastomoze, obstrukcija, tumorska invazija, absces in zapleti po obsevanju. Najpogosteje se srečamo z enterokutano fistulo vezikovaginalno in rektovaginalno fistulo. Vsem je skupni problem izloček, ki ga moramo obvladati, problem pa rešujemo različno. Pri enterokutani fistuli skušamo namestiti vrečko za stomo in tako zbirati izločke, hkrati pa zaščititi kožo. Pri rektovaginalni in vezikovaginalni fistuli pa je potreben kirurški poseg, s katerim namestimo kolostomo ali urostomo. Pomembna je skrbna anogenitalna nega, kjer je poudarek na zaščiti kože.

Specifične negovalne diagnoze :

- bolnikovo izogibanje socialnim in družbenim stikom zaradi izločka in neprijetnega vonja,
- poškodovana koža zaradi jedkosti izločka,
- neustrezna oskrba kože okoli stome zaradi nezadostnega znanja o negi
- motena aktivnost spanja zaradi skrbi in strahu,
- nepravilno prehranjevanje in pitje zaradi neznanja.

Aktivnosti zdravstvene nege :

- bolniku dajemo psihično podporo in svetujemo odkrit pogovor z domačimi,
- poučevanje o pravilni negi stome, obvladovanju izločkov in pravilni uporabi pripomočkov ob tem,
- priskrbimo literaturo o negi in življenju s stomo,
- omogočimo srečanje z dobro rehabilitiranim stomistom,
- bolnika poučimo o pomenu zdrave prehrane in zadostne hidracije.

Zaključek

Pri bolnikih z napredujočim rakom se pogosto srečujemo z enim dermatološkim simptomom ali pa se jih pojavi celo več. Spoznali smo vzroke za njihov nastanek, zdravljenje in zdravstveno nego. Pri vseh so aktivnosti zdravstvene nege usmerjene k izboljšanju bolnikovega psihofizičnega udobja.

Viri in literatura

1. Regnard CFB, Davies A. A guide to symptom relief in advanced cancer. 2nd ed. Manchester: Haigh Hochland, 1986.
2. Finlay I. The management of other frequently encountered symptoms. In: Penson J, Fisher R, eds. Palliative care for people with cancer. 2nd ed. London: Arnold, 1995: 57-80.
3. Pilsworth T, Pye D, Roberts A. Symptom control in advanced cancer. In: David J. Cancer care, prevention, treatment and palliation. London: Chapman Hall, 1995: 263-303.
4. Miaskowski C, Buchsel P. Oncology nursing: assessment and clinical care. St Louis: Mosby, 1999.
5. Belcher AE. Cancer nursing. St.Louis: Mosby, 1992. (Mosby's clinical nursing series).
6. McCorcle R, Grant M, Frank-Stromberg M, Baird SB. Cancer nursing: a comprehensive textbook. Philadelphia: WB Saunders, 1996.
7. Pertl E. Kožne in spolne bolezni. Ljubljana: Dopolna delavska univerza, 1971.

OBVLADOVANJE BOLEČINE PRI BOLNIKU Z NAPREDOVALNIM RAKOM

Slavica Lahajnar

Uvod

Vzrok za bolečino pri raku, ki je že napredoval, je enak kot pri drugih stanjih, ki povzročajo kronično bolečino, vendar ima ta bolečina veliko večji vpliv na psihološko, duhovno in družinsko življenje bolnika. Bolnik je najbolj oskrbljen, kadar mu z zdravstvenimi ukrepi omogočimo čim bolj kakovostno življenje.

Bolnik, ki trpi bolečino, ima slab apetit, je neprespan, depresiven in zaskrbljen, izgubi voljo do vseh aktivnosti in stikov do bližnjih. Kakovost njegovega življenja je vedno slabša in trpljenje vedno večje. Bolečino zdravimo **celostno**, kar pomeni, da zdravimo obenem vse fizikalne simptome, kot so slabost, bruhanje, zaprtje, anoreksija in zmedenost, pomagamo lajšati psihične, socialne in duhovne težave, ki so posledica bolečine in neozdravljive bolezni.

Zdravljenje bolečine pri bolniku z boleznijo, ki je že napredovala, poteka v strokovni skupini. Člani strokovne skupine so zdravnik in medicinska sestra, psiholog, socialni delavec, fizioterapevt in preostali. Zdravimo bolnika in pomagamo svojcem.

Neozdravljiva rakava bolezen povzroča bolniku vedno nove težave, zato moramo **bolnika in njegovo družino** naučiti, kako lahko težave olajšajo, seznanimo pa jih tudi s tem, kaj lahko pričakujejo, ko bo bolezen napredovala. Svetovna zdravstvena organizacija (WHO) v svojih raziskavah ugotavlja, da je bolečina pogost spremljevalec napredovelega raka. Pojavlja se pri 2/3 bolnikov, polovica le-teh čuti močne bolečine, zato za njeno lajšanje potrebujejo morfine. Zdravljenje bolečine je po priporočilih WHO ena izmed štirih prednostnih nalog pri nadzoru raka, kamor sodijo še zgodnje odkrivanje, zdravljenje in preprečevanje te bolezni.

Bolečina pri napredovalem raku (njeni vzroki, jakost in vrste)

Najpogostejši **vzrok** za bolečino je vraščanje tumorja v kosti, votle organe, živce in živčne korenine. Pri bolezni, ki je že napredovala je vzrokov in vrst ter mest bolečine običajno več. Na primer kostni bolečini zaradi metastaz v hrbtenici se pogosto pridruži nevropatska bolečina zaradi patoloških zlomov vretenc in pritiska na živčne korenine, ki izhajajo iz hrbtnjače.

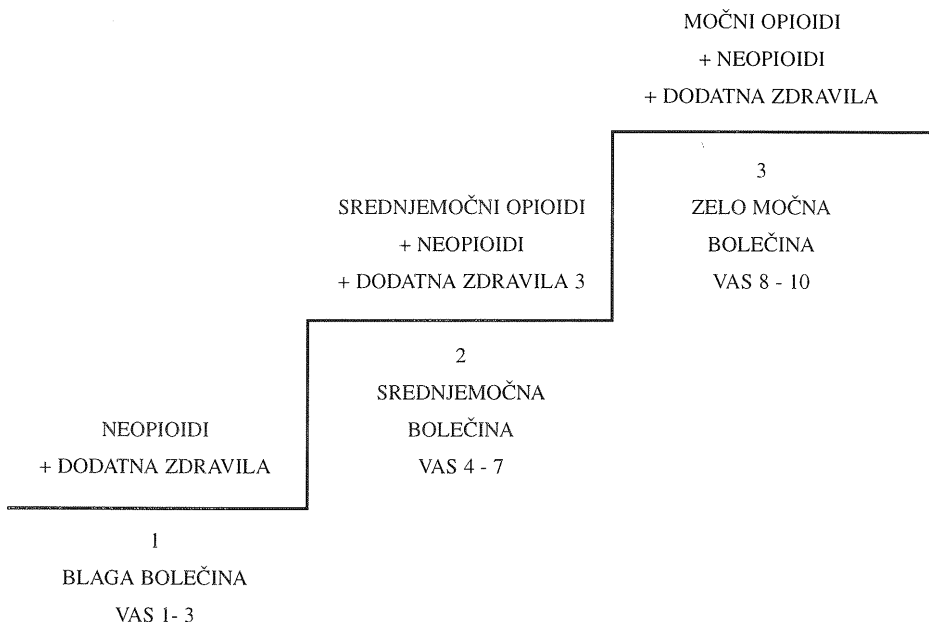
Jakost bolečine merimo z numerično vrednostno lestvico od 0 do 10. Bolečina od 1 do 3 je blaga, od 4 do 7 je srednjemočna in od 8 do 10 je močna.

*Slavica Lahajnar, dr. med.,
Onkološki inštitut Ljubljana, oddelek za anesteziologijo*

Bolečina je običajno stalna, lahko se akutno poslabša, na primer pri patološkem zlomu kosti zaradi metastaze. Pri napredovali bolezni se jakost bolečine običajno stopnjuje, zato moramo bolnikovo stanje redno spremljati in prilagajati protibolečinsko zdravljenje.

Farmakološko zdravljenje bolečine zaradi raka

80 do 90% bolnikov lahko uspešno zdravimo, če upoštevamo priporočila WHO za tristopenjsko zdravljenje bolečine.



Zdravila za zdravljenje bolečine

Blago bolečino zdravimo z neopioidi (paracetamol, nesteroidni antirevmatiki), pri srednjemočni dodamo srednjemočne opioide (tramadol, kodein), pri močni zamenjamo srednjemočne z močnimi opioidi (morfina, fentanil, metadon). Pri vseh stopnjah lajšanja nevropatskih bolečin uporabljamo dodatna zdravila (triciklične antidepresive, antikonvulzive, kortikosteroide, lokalne anestetike ...). Dodatna zdravila niso registrirana kot zdravila za zdravljenje bolečine, dokazano pa je, da dobro učinkujejo na nevropatsko bolečino, pri kateri so morfinski manj učinkoviti.

Močni opioidi, t.j. morfinski, so steber zdravljenja bolečine pri napredovalem raku in nimajo učinka zgornje meje, kar pomeni, da ni predpisanega zgornjega odmerka, ki ga bolnik lahko dobi. Odmerek povečujemo toliko časa, dokler bolniku ne olajšamo bolečine ali dokler ne pride

do tako hudih stranskih učinkov (slabost, bruhanje, zaspanost, zaprtje ...), da povečevanje odmerka ni več mogoče. Pri zdravljenju bolečine so prinesle veliko izboljšanje farmacevtske oblike morfinov z nadzorovanim sproščanjem, ki jih bolnik vzame na 12 ali 24 ur. Z njimi preprečujemo nastanek bolečine in imajo zaradi bolj stalne ravni količine zdravila v bolnikovi krvi manj stranskih učinkov kot morfin s takojšnjim sproščanjem.

Glavni principi obvladovanja bolečine

Bolnik naj zdravila zaužije, če je to le mogoče. Včasih moramo dajati zdravila podkožno. Pri jemanju zdravil skozi usta je bolnik manj odvisen od pomoči drugih. Ob uri naj vzame zdravilo s podaljšanim sproščanjem, po potrebi pa, v primeru prebijajoče bolečine, zdravilo s takojšnjim učinkom. Govorimo o rešilnem odmerku analgetika, ki ustreza približno desetini dnevnega odmerka morfina in ga bolnik vzame po potrebi. Pogosto nastane ta potreba večkrat na dan, kajti prebijajoča bolečina je pri napredujočem raku pogosta, čeprav bolnik redno jemlje morfin s podaljšanim sproščanjem. Za zdravljenje nevropatske bolečine naj dobi še dodatna zdravila.

Bolniku moramo razložiti zdravljenje bolečine, stranske učinke zdravil in njihovo obvladovanje. Pri tem ima pomembno vlogo medicinska sestra.

Z našim zdravljenjem se mora bolnik strinjati, ker bo le tako lahko tudi sam sodeloval pri zdravljenju. Bolnik, ki ni seznanjen z zdravljenjem bolečine in s stanjem svoje bolezni bi lahko zmotno pripisoval vse težave stranskim učinkom zdravil za zdravljenje bolečine in zdravil ne bi jemal redno.

Kadar zdravljenje bolečine z enim analgetikom ni učinkovito ali pri bolniku povzroča preveč stranskih učinkov, se odločimo za zamenjavo analgetika ali poti vnosa. Močne analgetike skupaj z lokalnimi anestetiki lahko dajemo bolniku podkožno ali perispinalno, najbolj pogosto epiduralno. Podkožno dajanje zahteva črpalke, ki pri nas še niso dosegljive vsem bolnikom. Epiduralno moramo bolniku vstaviti kateter, to pa je tehnično zahteven poseg in ga izvajamo v bolnišnici. Bolnik s takim zdravljenjem bolečine je bolj odvisen od zdravstvene službe, pri spremljanju takega bolnika ima veliko vlogo medicinska sestra.

Pri umirajočem bolniku se lahko jakost bolečine zelo hitro stopnjuje. Takrat moramo odmerke morfina pogosto večati. Ne pozabimo, močni opioidi nimajo učinka zgornjega odmerka. Odmerek titriramo do analgetičnega učinka ali do hujših stranskih učinkov, ki so pri bolniku z močno bolečino redki.

Cilji zdravljenja bolečine

Prvi cilj, ki ga poskušamo doseči, je spanje brez bolečin. Drugi je dnevni počitek brez bolečin. Tretjega, to je gibanje brez bolečin, ne moremo vedno doseči, predvsem, kadar so vzrok za bolečine kostne metastaze.

Nefarmakološko zdravljenje bolečine

Paliativna radioterapija ima dober protibolečinski učinek predvsem pri kostnih metastazah. Zaradi učinka remineralizacije kosti lahko z njo preprečimo nastanek patoloških zlomov, ki povzročajo močne bolečine in bolniku zelo poslabšajo kakovost življenja. Zlom vretenca

hrbtenice lahko povzroči težko obvladljivo nevropatsko bolečino ali celo plegijo zaradi pritiska na hrbtenjačo.

V primeru patološkega zloma dolgih kosti bo **kirurška** stabilizacija zloma bolniku močno omilila bolečino, omogočila gibanje in izboljšala kakovost življenja.

Pri lajšanju nevropatske bolečine si lahko pomagamo s transkutano elektrostimulacijo živca (**TENS**).

Tehnike sproščanja pomagajo obvladovati bolečino, zmanjšujejo strah in stres ter lajšajo nespečnost. Nekateri trdijo, da **akupunktura** spodbuja zmožnosti organizma, da sam nadzira bolečino. Vse te tehnike same zase ne zdravijo močne bolečine, ki nastane pri napredovalem raku, bolniku pa dajejo občutek, da sam lahko pripomore k boljšemu obvladovanju bolečine. Osebe s pozitivno naravnostjo in z upanjem pogosto manj občutijo bolečino, oziroma jih le-ta manj prizadene.

Zdravimo vso bolnikovo bolečino. Različni fizikalni simptomi (bruhanje, dispnea, zaprtje...), depresija, strah, socialne in religiozne težave ipd. poslabšajo občutenje bolečine in povečajo bolnikovo trpljenje. Če spregledamo te bolnikove težave, je farmakološko zdravljenje bolečine lahko neuspešno.

Vzroki za slabo zdravljeno bolečino

Pred začetkom zdravljenja z morfini poizvemo, kaj bolnik o njih ve, česa ne ve in česa se boji. Med bolniki in zdravstvenim osebjem so navzoča številna **zmotna mnenja o morfinih**. Pri bolnikih z močno bolečino zaradi raka morfini zelo redko povzročajo psihično odvisnost. Strah pred odvisnostjo je včasih vzrok, da zdravnik ne predpiše morfinov. O začetku zdravljenja z morfini mora strokovno odločiti zdravnik, ne sme pa to biti bolnikova zadnja možnost. Še danes se pri nas dogaja, da bolnik dobi morfin šele nekaj dni pred smrtjo. Morfina ne povzročajo depresije dihanja, kadar jih dajemo bolniku z bolečino in jih titriramo. Ne skrajšujejo in ne podaljšujejo življenja bolniku, izboljšajo pa kakovost življenja, kolikor ga je bolniku še ostalo.

Bolniku opišemo stranske učinke zdravil, ki jih bo jemal. Povemo mu, koliko časa bodo trajali in kako jih bomo zdravili. Opogumimo bolnika, čeprav bo prišlo do začetnih težav. Če bolnik ne bo poznal stranskih učinkov zdravil, bo morda sklepal, da mu škodujejo, in jih ne bo jemal. Sedacija, slabost in bruhanje se lahko pojavijo v prvih dneh uvajanja morfinov in pozneje minejo, če morfina pravilno titriramo. Stranski učinek, ki ostaja tudi v primeru, kadar odmerka nismo prekoračili, je zaprtje. Zato bolniku predpišemo redno jemanje odvajal. Uporabimo mehčalce blata in stimulatorje peristaltike.

Kadar začnemo ali spreminjamo zdravljenje bolečine, mora bolnik zdravljenje razumeti in vanj privoliti, kajti le tako lahko pričakujemo njegovo sodelovanje. Preverimo, ali je razumel navodila, pogovorimo se tudi s svojci. **Slaba komunikacija** je nemalokrat vzrok za zaplete in zaradi tega se lahko primeri, da bolnik ne jemlje zdravil pravilno.

Kadar se pri zdravstvenem osebju kaže odpor do uporabe morfinov, izvira le-ta iz **neznanja**. Zato je stalno izobraževanje pot do dobre paliativne oskrbe onkološkega bolnika, ki se v statistikah WHO meri s količino porabljenega morfija na prebivalca neke dežele. Poraba morfija je v Sloveniji majhna.

Vloga medicinske sestre pri zdravljenju bolečine pri napredovalnem raku

Medicinska sestra je pomemben del strokovne skupine za paliativno oskrbo bolnika. V njej izpolnjuje zdravnikova navodila in ima tudi veliko **odgovornost**. Prav je, da ima tudi veliko **avtoriteto**, v čemer se delo v paliativni razlikuje od dela v kurativni medicini, npr. na intenzivnem oddelku, urgenci ... Z bolnikom in s svojci preživi več časa kot zdravnik torej predstavlja v bolnišnici in na domu vez med zdravnikom in bolnikom. Bolniku in družini daje podporo, jim posreduje informacije o nastalih simptomih, jih uči in opogumlja ter z njimi sočustvuje. Tudi ko so možnosti za ozdravitev izčrpane ve, da se za bolnika vedno da kaj storiti.

Zaključek

Bolniku vedno verjamemo, da ga boli. Poskušamo ugotoviti, kaj je vzrok za bolečino. O zdravljenju, s katerimi zdravimo bolečino, moramo imeti dobro strokovno znanje. Bolniku in svojcem razložimo vse glede zdravljenja, damo jim tudi pisna navodila. Vsega, kar boli, žal ne moremo zdraviti z analgetiki. Včasih je bolečina tudi način izražanja bolnikovega psihičnega trpljenja.

Viri in literatura:

1. Waller A, Caroline NL. Principles and techniques of pharmacologic management. In: Palliative care in cancer. London: Butterworth-Heinemann, 1996: 25-41, 449-456.
2. Wujcik D, Utley S. The nurse's role. In: Parris WCV, ed. Cancer pain management. Boston: BH, 1997: 429-443.
3. Regnard CFB, Davies A. Symptom relief in advanced cancer, 2nd ed. Manchester: Haigh Hochland, 1986.
4. Foley KM. Supportive care and quality of life. In: de Vita VT, Hellman S, Rosenberg SA, eds. Cancer: principles and practice of oncology. 5th ed. Philadelphia: Lippincott, 1997: 2807-41.
5. Lahajnar-Čavlovič S, Švab I, Ažman D et al. Priporočila za zdravljenje bolečine pri odraslem bolniku z rakom. Ljubljana: Katedra za družinsko medicino, 2000.
6. Slovensko društvo Hospic. Celostno zdravljenje bolečine. Zbornik seminarja. Ljubljana, 1997.
7. Slovensko društvo Hospic. Navodila bolnikom in svojcem pri obravnavi kronične bolečine. Ljubljana, 1999.

POSTOPKI ZA OBVLADOVANJE BOLEČINE IN SPECIFIČNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE

Mira Logonder

Uvod

Bolečina je neprijetna pri vsaki bolezni, pri raku pa še posebno, ker jo pogosto enačimo s samo diagnozo in z napredovanjem bolezni. Onkološki bolniki v času diagnosticiranja in zdravljenja doživljajo akutno ali kronično bolečino v 30 – 50 %, v času napredovale bolezni pa se s srednjo do močno bolečino sreča kar 75 – 90 % bolnikov. Bolečina tako predstavlja enega večjih problemov pri napredovalem raku (Bonica, 1990).

Pri bolnikih z napredovalim rakom je najpogostejša kronična bolečina, zato močno vpliva tako na bolnike kot svojce. Pogosto jo spremljajo še strah, depresija, neješčnost, nespečnost, brezvoljnost, v terminalni fazi pa še slabost, bruhanje, kaheksija, febrilno stanje, dispneja, dražeč kašelj, zaskrbljenost, zmedenost in strah, vse to pa bolnike vodi v psihično in fizično izčrpanost.

Bolečina, ki povzroča bolnikom neprijetne občutke, je kompleksen pojav, njeno doživljanje pa je odvisno od številnih dejavnikov (starosti, spola, psihofizičnega stanja, čustvenega doživljanja, socialno-ekonomskih razmer in kulturnega okolja, iz katerega izhaja). Pomembne so tudi bolnikove prejšnje izkušnje v zvezi z bolečino in njegova stopnja prenašanja le-te (prag bolečine).

Pomemben je tudi odnos svojcev, predvsem pa zdravstvenih delavcev do bolnika z bolečino. Nepravilen odnos osebja do bolnika, nerazumevanje njegovih potreb in neustrezno lajšanje bolečin, povzročajo pri bolnikih in tudi svojcih nezadovoljstvo, celo jezo, posledica tega pa sta bolnikovo nezaupanje in manjša možnost uspešnega zdravljenja.

Dolgo trajajoča nezdravljena bolečina lahko privede do značajskih sprememb, ki se lahko kažejo pri nekaterih z agresivnostjo, pri drugih pa z občutkom osamljenosti in odvečnosti. Zato je tako pomembno, da se posvetimo obvladovanju bolečine kot prednostni nalogi.

Vloga medicinske sestre pri zdravljenju bolečine

Pri izvajanju terapijskega programa imamo pomembno vlogo tudi medicinske sestre. Odgovorne smo za ustrezno apliciranje predpisane analgetične terapije. Z dajanjem informacij zdravniku o bolnikovih bolečinah in njegovi potrebi po analgetikih posredno vplivamo na predpisovanje ustrezne in zadostne protibolečinske terapije.

Da smo pri zdravstveni negi bolnikov z bolečino čim uspešnejši, moramo imeti sposobnosti komuniciranja, znati moramo poslušati in opazovati, obenem pa moramo imeti osvojena znanja z naslednjih področij:

Mira Logonder, vms, Onkološki inštitut Ljubljana

- **O poznavanju bolečine, njenih mehanizmov in ocenjevanju bolečine** z upoštevanjem vseh subjektivnih in objektivnih dejavnikov, ki vplivajo na individualno doživljanje in izražanje bolečine.
- **O načelih farmakološkega zdravljenja bolečine**, ki obsegajo poznavanje
 - › vrst, načina delovanja in učinkov opioidov in neopiodov,
 - › pomembnosti pravilnega in pravočasnega dajanja zdravil,
 - › stranskih pojavov in zdravil proti le-tem, kot so depresija dihanja, navajenost in zaprtost,
 - › svoje vloge (izvajalec predpisane terapije, bolniku in svojcem pa informator, svetovalec in učitelj) in odgovornosti pri izvajanju farmakološkega zdravljenja,
- **psihosocialnih postopkih** (dajati informacije in pomoč pri socialnih in duhovnih problemih),
- **Poznavanje različnih tehnik fizikalne terapije in tehnik sproščanja.**

Tabela 1: vrste bolečine, vzroki, posledice

Vrste bolečine	najpogostejši vzroki	posledice
somatska bolečina	kostne metastaze mukozitis patološke frakture kompresija spinal. kanala krg. posegi vnetja tkiva / nekroza	raka dojk, ledvic, pljuč, prostate, ščitnice ali multiplega mieloma
visceralna bolečina	akutna ishemia kemično draženje malignomi GI jetrne metastaze peritonitis metastaze omentuma	karcinoma GI, jajčnikov
nevropatska bolečina	poškodba perifernega ali centralnega živčevja zaradi rasti tumorja ali kot posledica	brahialna pleksopatija pri ca. dojk, pljuč, limfomu cervikalna pleksopatija pri tumorju lumbosakralna pleksopatija pri kolorektalnem, endometrialnem, ledvičnem tumorju, saarkomih in limfomih

Specifične aktivnosti medicinske sestre pri zdravstveni negi bolnika z bolečino pri napredovalem raku

Ugotavljanje bolnikovih potreb in doživljanja bolečine ter ocenjevanje bolečine

Medicinska sestra:

- › ugotavlja bolnikov odziv na bolečino,
- › oceni odnos bolnika in svojcev do bolečine in zdravljenja ter pripravljenost za sodelovanje,
- › prepozna verbalne in neverbalne znake bolečine.

Pri tem upošteva kriterije ocenjevanja bolečine pri bolniku z rakom.

Kriteriji ocenjevanja bolečine v zvezi s karcinomom:

- › vitalni znaki,
- › anamneza glede časa trajanja, opis bolečine, lokalizacija in intenzivnost,
- › dejavniki, ki stopnjujejo ali zmanjšujejo bolečino (gibanje, stres, hrana, pritisk obleke, obloge, masaža ...),
- › prepoznavanje drugih znakov in simptomov,
- › ocena psihosocialnih znakov.

Postavitev negovalne diagnoze (ND)

Negovalne diagnoze se spreminjajo odvisno od vzroka bolečine, načrta lajšanja bolečin in glede na bolnikovo kondicijo.

Najpogostejše negovalne diagnoze oblikujemo na osnovi naslednjih pojavov:

Akutna bolečina v zvezi:

- › diagnostičnimi postopki,
- › kirurškimi posegi,
- › somatotoksičnim delovanjem kemoterapije,
- › spremembami kože po radioterapiji.

Kronična bolečina, ki je lahko:

- › somatskega izvora,
- › visceralnega izvora,
- › nevropatškega izvora.

Obstipacija zaradi:

- › jemanja opioidnih analgetikov,
- › jemanja triciličnih antidepresivov.

Slabost v zvezi s kronično bolečino.

Motnje spanja v zvezi s kronično bolečino.

Motnje čustvovanja v zvezi s kronično bolečino.

Specifične aktivnosti zdravstvene nege:

1. Ocenjevanje:
 - › intenzivnosti bolečine večkrat na dan,
 - › učinkovitosti dane terapije v primernem času po dani dozi,
 - › prebave,
 - › znakov tolerance,
 - › stranskih pojavov zdravil.
2. Prizadevanje za zmanjšanje dejavnikov, ki vplivajo na človekovo doživljanje bolečine, strahu in negotovosti.
3. Zdravstveno vzgojno delo (poučevanje in seznanjanje bolnikov in svojcev o pomenu pravočasnega dajanja zdravil, vzrokih bolečin, stranskih pojavih zdravil, o razvoju tolerance in odvisnosti, o načinih dajanja zdravil, novih tehnikah in pripomočkih, ki se uporabljajo pri zdravljenju bolečine).
4. Čimprejšnje ukrepanje, ko prepoznamo znake bolečine.
5. Izvajanje oz. pomoč pri izvajanju nefarmakoloških metod (pogovor, poslušanje, položaj, okolje, kožne stimulacije ...)
6. Dajanje predpisane terapije v točno določenih časovnih razmakih, titracija zdravil oz. izvajanje nadzora nad jemanjem zdravil.
7. Ocena učinkovitosti dane terapije.
8. Ocena stranskih učinkov in reakcije bolnikov.
9. Ocena bolnikove prebave.
10. Ukrepanje ob zapletih.
11. Vodenje dokumentacije.

Načini vnosa zdravil pri sistemskega zdravljenju bolečine in zdravstvena nega

Medicinska sestra ima pomembno vlogo pri izvajanju sistemske medikamentozne terapije, ki jo predpiše zdravnik.

Analgetike je mogoče aplicirati:

- › skozi usta – ta način je najbolj priporočljiv – priporočamo redno jemanje analgetikov, pravičen časovni razmak glede na biotransformacijo zdravila, prava zdravila, potrebna je redna preskrba z zdravili itd.,
- › v črevo – učinek je podoben kot pri terapiji skozi usta,
- › pod jezik,
- › podkožno,
- › v žilo,
- › v mišico,
- › prek katetrov v epiduralni, subarahnoidni kanal ali pa v intraplevralni prostor.

Podkožne aplikacije zdravil

Indikacije:

Podkožne aplikacije izvajamo v primeru, ko zaradi bolnikovega stanja (slabost, bruhanje) aplikacija zdravila skozi usta ni izvedljiva, ali pa v primeru, ko gre za posebno predpisan način zdravljenja določene vrste bolečine (zdravljenje nevropatske bolečine z anestetiki).

Mesta vbodov:

nadlaket ali v predelu trebuha pri enkratni injekciji,

nadlaket ali pa sprednja stran stegna pri vstavitvi kanile podkožno,

predel v supraklavikularni loži ali na trebuhu pri kontinuirani aplikaciji.

Zdravila: analgetiki, lokalni anestetiki v trajni infuziji, antiemetiki, kortikosteroidi idr. ...

Načini aplikacije:

Enkratne aplikacije

- › podkožna injekcija ob vsakokratni aplikaciji zdravila,
- › vstavev i.v. kanile podkožno za večkratno aplikacijo – aplikacije zdravil potekajo prek posebnega nastavka na kanili ali pa prek zamaška iz lateksa.

Aplikacije izvajajo: zdravnik, medicinska sestra, doma lahko tudi svojci ali celo bolniki sami ob sodelovanju zdravstvenih delavcev na terenu. Bolnike in svojce moramo ustrezno izobraziti in usposobiti za dajanje zdravil. Naučimo jih aplicirati že povlečeno zdravilo, opazovati vbodno mesto in ukrepati, če se pojavijo zapleti. Pri delu jih nenehno nadzorujemo, dokler niso usposobljeni, nato jih nadzorujemo po svoji presoji oz. po potrebi.

Vbodno mesto in i.v. kanilo oskrbimo po standardu z i.v. kanilo in vbodno mesto.

Trajna podkožna infuzija

Indikacije: kadar zdravljenje zahteva kontinuirano dovajanje zdravila.

Prednosti:

- › izognemo se pogostemu zbadanju,
- › stalen dotok omogoča relativno stalno raven oziroma količino
- › počasen dotok povzroča manj lokalnih reakcij,
- › bolniku omogoča učinkovito zdravljenje na domu, s tem pa tudi boljše kakovost življenja,
- › bolnik je ob nadzorovani bolečini bolj svoboden,
- › glede na i.v. infuzije je manjša verjetnost prevelikega vnosa tekočin in zato ni potreben stalni nadzor.

Slabost:

- › vnetja in infiltrati na mestu infuzije, predvsem pri nekaterih zdravilih (xylocaine in ketanest) – možnost nastanka infiltrata je večja, če kanile ne zamenjamo pravočasno, torej takoj ko se pojavi rdečina na vbodnem mestu,
- › metoda zahteva ustrezne pripomočke (črpalke) in
- › usposobljeno osebje za pripravo in nastavev trajne podkožne infuzije in strokovni nadzor.

Vsaka kontinuirana terapija prek različnih črpalk zahteva, da o terapiji, sami črpalke in načinu njenega delovanja ter o potrebnem delovanju dodobra informiramo bolnika, svoje in zdravstvene delavce, ki takega bolnika oskrbujejo.

Priprava zdravila:

Zdravilo spravimo v ustrezen rezervoar glede na vrsto črpalke. V rezervoar črpalke lahko damo več zdravil hkrati, vendar morajo biti med seboj kompatibilna.

Specifične aktivnosti ZN pri trajni podkožni infuziji

- › zdravstvenovzgojno delo, ki omogoča da bolnik razume način zdravljenja bolečine,
- › vsak dan preverjamo mesto vboda (vnetje, lega kanile),
- › nadzor črpalke in preverjanje pretoka tekočine:
 - tekočina izteka prepočasi (kolenčenje kanile ali sistema, edem podkožja zaradi vnetja, izrabljene baterije ali okvara črpalke),
 - tekočina izteka prehitro (preverimo nastavitev pretoka)
- › ocena bolečine in učinkovitosti dane terapije,
- › preverjanje, ali so se pojavili stranski učinki zdravil.

Spinalna analgezija po epiduralnem katetru (EDK) ali subarahnoidalnem katetru (SAK)

Indikacije:

To metodo uporabimo v primeru, ko druge metode niso več zadovoljive oz. niso izvedljive. Subarahnoidni kateter pa zaradi velikega tveganja vnosa infekta, možnosti zamakanja likvorja ob katetru ali izpada zahteva tehtno indikacijo.

Prednosti in cilji:

- › dober analgetični učinek z minimalnimi količinami analgetika v rednih intervalih,
- › po katetru lahko dovajamo tudi lokalne anestetike,
- › bolniku omogočimo ustrezno terapijo doma,
- › bolniku zagotovimo večje udobje in povečamo njegovo aktivnost doma, seveda glede na stanje bolnika,
- › večje zaupanje bolnika in pozitivno razmišljanje,
- › omogoča dolgotrajno analgezijo.

Slabosti:

- › možnost infekta,
- › možnost izpada katetra,
- › zapleti tehnične narave,
- › zapleti zaradi zdravil,
- › potreben nadzor usposobljenega kadra,
- › problemi z materialom.

Ukrepi MS, s katerimi želimo doseči cilje in preprečiti zaplete:

- ▷ pravilna oskrba katetra glede na vrsto in način vstavitve,
- ▷ pravilna priprava in hranjenje zdravilne mešanice,
- ▷ pravilna aplikacija glede na vrsto in način vstavitve – bolus ali kontinuirano prek črpalke,
- ▷ ocenjevanje učinkovitosti dane terapije,
- ▷ ocenjevanje stranskih učinkov dane terapije,
- ▷ prepoznavanje zapletov,
- ▷ hitro in pravilno ukrepanje ob zapletih.

Oskrba katetra

Z dobro oskrbo dosežemo:

- ▷ čim daljše delovanje katetra,
- ▷ izognemo se okužbam.

Oskrba je odvisna od načina vstavitve katetra.

Oskrba delno tuneliranega EDK

EDK je uveden v epiduralni prostor, ki leži med duro mater in ligamentom flavum. Mesto vstavitve je odvisno od anatomskih razmer v hrbtenici in mesta bolečine. EDK se lahko uvede v sakralni, lumbalni, torakalni ali cervikalni predel hrbtenice. Od mesta vstavitve je kateter s pomočjo posebne igle speljan podkožno 10-20 cm od hrbtenice (manjša možnost okužbe in manjša možnost izpada). Na mestu izhoda iz kože je kateter pritrjen s šivom. Ta šiv ostane, šiv na mestu vstavitve katetra pa odstranimo po 7-10 dneh. Mesto izhoda katetra iz kože sterilno pokrijemo in ga prevezujemo enkrat na teden, po potrebi pogosteje.

Oskrba SAK

SAK je vstavljen v subarahnoidni (intratekalni) prostor. Kateter je delno tuneliran, vendar ob izhodu katetra iz podkožja ni pritrjen s šivom, ker je izredno tanek. Incidirano mesto je šivano in šive odstranimo 7-10 dan. Kateter je dobro pritrjen s kakovostno prozorno folijo, ki prepreči vnos infekta, obenem pa omogoča pregled mesta izhoda katetra iz kože. Prevezujemo 1 x na teden, če razmere ne zahtevajo drugače. Zaradi nevarnosti izpada in poškodovanja katetra jo vedno prevezujemo v ambulanti.

Aplikacija zdravil v kateter

Aplikacija se razlikuje glede na način vstavitve, povsod pa moramo paziti na sterilnost. Zdravilo lahko vbrizgavamo v bolusu ali pa ga dajemo kontinuirano prek črpalke.

Aplikacija v EDK

Pripravljeno tekočino prek bakterijskega filtra, ki je s posebnim stikom povezan s katetrom, vbrizgavamo počasi, po aplikaciji filter zamašimo s sterilnim zamaškom in kateter s filtrom zaščitimo. Filter menjavamo na 3 tedne oz. večkrat. Aplikacije izvajamo navadno v bolusih na 6 - 8 - 12 ur, pri nekaterih bolnikih pa so za učinkovito terapijo potrebne kontinuirane aplikacije prek črpalke. Vrsta izbrane črpalke je odvisna od pretoka, danih možnosti in tudi od sposobnosti bolnika oz. svojcev za ravnanje z njo.

Aplikacija v SAK

Pri pripravi zdravila in aplikaciji še posebno pazimo na sterilnost. Bolusne aplikacije izvajamo le takoj po vstavitvi, da ugotovimo učinkovito dozo, nato preidemo na kontinuirano apliciranje zdravil prek 5- ali 7-dnevne elastomerske črpalke s pretokom 0,5 ml na uro. Vsako polnjenje elastomera poteka prek bakterijskega filtra. Ob vsaki menjavi elastomera zamenjamo tudi filter na stiku katetra in kateter pred nastavitvijo nove doze obvezno aspiriramo, da priteče likvor.

Priprava zdravila

Zdravila pripravljajo v bolnišničnih lekarnah. Tekočino hranimo v hladilniku (obstoja je 3 tedne). Medicinska sestra vsak dan načrpa tekočino v brizgalke. Zdravilo si vbrizgajo bolniki sami ali pa jim ga vbrizgavajo svojci. Če tega niso sposobni narediti sami, opravijo to zdravstveni delavci.

Pri bolnikih z vstavljenim SAK zamenjujemo elastomer v ambulanti za zdravljenje bolečine. Če bolnikovo stanje ne dopušča prevoza v ambulanto, lahko zamenjavo novega 7-dnevnega elastomera, ki ga napolnimo v ambulanti, opravi medicinska sestra ali zdravnik na bolnikovem domu, vendar pa morata biti o zamenjavi natančno poučena.

Zapleti pri EDK

Tehnični zapleti pri aplikacijah:

- › aplikacija je otežena ali neizvedljiva zaradi zamašenega, stisnjene ali prepognjenega katetra,
- › pojav bolečine ob aplikaciji,
- › izhajanje tekočine ob aplikaciji pri izhodu katetra iz kože,
- › nenehna mokrota na mestu izhoda katetra je znak zamakanja likvorja.

Stranski učinki zaradi danega zdravila:

- › zaprtje,
- › zaspanost, zmedenost,
- › glavobol, srbečica, bruhanje,
- › zastoj urina prve dni po vstavitvi EDK,
- › okužba,
- › iatrogeni Chusingov sindrom pri dolgotrajnejši uporabi kortikosteroidov,
- › depresija dihanja
- › ohromelost nog 15 – 20 minut po aplikaciji zdravila v EDK zaradi duralne fistule.

Zaključek

Iz vsega naštetega smo spoznali, da lahko onkološkemu bolniku, ki trpi bolečine in ga spremljajo še drugi neprijetni simptomi zaradi napredovanja bolezni, s pravilno in kakovostno zdravstveno nego ob uporabi vseh znanih metod zdravljenja omogočimo boljšo kakovost in polnejše življenje. Pri bolnikih dosežemo upanje in zaupanje, tako da jim pokažemo, da jim želimo, hočemo in znamo pomagati. Pomembno je tudi to, da k sodelovanju pritegnemo tudi

svojce in prijatelje. Tako se ti ne bodo počutili nemočne in odrinjene. Če bo bolnik čutil ob sebi ljudi, ki ga razumejo in mu hočejo pomagati ne glede na izid bolezni, bo lažje sprejel bolezen in mirneje dočakal svoje slovo.

Literatura:

1. Hauck S. Pain: problem for the person with cancer. *Cancer Nurs* 1986; 9:66-76.
2. Logonder M. Vloga MS pri zdravljenju bolečine pri onkoloških bolnikih. In: Zdravljenje bolečine. Zbornik predavanj. 32. strokovni seminar, Bled. Ljubana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 1995.
2. Abrahm JL. Promoting symptom control in palliative care. *Semin Oncol Nurs* 1998; 14: 95-109.
4. Paice JA. Pain control: new delivery systems in pain management. *Nurs Clin N Amer* 1987; 22: 715-26.
5. Dunlop R. Cancer: palliative care. London: Springer, 1998: 13-32.
6. Soafer B. Pain: a handbook for nurses. London: Chapman Hall, 1992.
7. Logonder M. Zdravstvena nega onkološkega bolnika, ki ima bolečine. In: Velepč M, Bostič-Pavlovič J, eds. Priročnik iz onkološke zdravstvene nege in onkologije za višje medicinske sestre. Ljubljana: Onkološki inštitut, 1997: 208-17.
8. Miaskowski C. Pain management: somatic, visceral, and neuropathic. In: Chernecky CC, Berger BJ, eds. *Advances and critical care oncology nursing: managing primary complications*. Philadelphia: Saunders, 1998: 476-89.
9. Librach SL. *The pain manual: principles and issues in cancer pain management*. 2nd ed. Montreal: Pegasus Healthcare, 1998.

PSIHIČNI SIMPTOMI PRI BOLNIKIHZ NAPREDOVALNIM RAKOM

Urška Salobir

Medicinska sestra in zdravnik se pri delu z bolnikom z napredovanim rakom ne srečujeta le s fizičnimi simptomi, temveč tudi s kar celo paleto psihičnih simptomov.

V literaturi je navedeno, da vsaj 25 do 50 odstotkov bolnikov z rakom psihično zbolijo. Veliko tega je pogosto spregledano ali pa vzeto za nekaj normalnega, v dani situaciji razumljivega. Zato tem bolnikovim težavam ne posvečamo dovolj pozornosti in jih ne poskušamo zdraviti.

Tudi raziskav na tem področju je zelo malo, meje med normalnim in bolezenskim so nejasne.

Kdaj žalost postane depresija in kdaj zaskrbljenost glede prihodnosti nevroza?

Najpogostejši simptomi:

- zaskrbljenost
- žalost
- težave s spanjem
- težave s koncentracijo
- spremembe v doživljanju lastnega telesa (body image)
- težave s spolnostjo
- razdražljivost
- jeza
- anksioznost
- depresija
- akutno stanje zmedenosti

Večina simptomov je povezana z izgubo, ki je lahko realna ali pa le pričakovana. Npr. izguba delovnega mesta, izguba las, izguba vloge v družini, pričakovana izguba življenja.

Poenostavljen model razlage čustvenega odziva:

Ko se oseba znajde v položaju, ko je ogroženo njeno življenje, strah v možganih sproži avtonomni odgovor, pripravljenost za beg ali boj, v katerem je glavni transmitter adrenalin. Ta odgovor se sproži, še preden se človek zave, da ga je strah, in se na zunaj kaže kot stanje izredne anksioznosti. Zdrava odrasla oseba varuje svojo psiho pred nenadzorovano anksioznostjo z različnimi, pogosto podzavestnimi obrambnimi mehanizmi in strategijami. Te obrambne mehanizme in strategije začne človek razvijati v najzgodnejšem otroštvu, in če so uspešni, preprečijo vključitev mehanizma „beg ali boj“ in osebi omogočijo, da se sooči s situacijo, jo čustveno predela, jo sprejme in se ji prilagodi.

Možni obrambni mehanizmi:

- regresija

*Urška Salobir dr. med., spec. paliativne medicine, Oddelek za onkologijo,
Essex County Hospital, Colchester, Velika Britanija*

- zanikanje
- racionalizacija
- projekcija
- introjekcija
- represija
- umik in izogibanje

Obrambne strategije so lahko eksternalizirane (pozunanjene), npr. varnost, zaščita prihajata iz zunanjega vira (npr. matere), ali pa internalizirane (notranje), oseba se naslanja na svoje notranje vire, izkušnje iz preteklosti.

Kako uspešno se oseba spopada z vsakodnevnimi stresi, je odvisno od izbora obrambnih mehanizmov in strategij, ki jih ta oseba uporablja.

Dejavniki, ki vplivajo na razvoj učinkovitih obrambnih mehanizmov, so:

- osebnost
- vzgoja
- podpora
- sposobnost komuniciranja
- življenjske izkušnje
- čas

Dejavniki tveganja za razvoj psihiatrične obolevnosti ob diagnozi neozdravljive bolezni:

- nezrela osebnost
- pomanjkanje zunanje opore (revščina, malo prijateljev, živi sam/a)
- omejena sposobnost sporazumevanja (motnje sluha...)
- podaljšana izpostavljenost stresu (zapleti pri kemoterapiji, operaciji)
- nenadna, nepričakovana diagnoza (rutinska operacija odkrije napredovalo rakavo obolenje)
- premorbidna psihična bolezen, močna družinska anamneza

Pri še tako psihično zdravi osebnosti lahko nenaden stres ob diagnozi, da je bolnik zbolel za boleznijo, ki ogrožanjegovo življenje, povzroči psihične težave. Navadno so kratkotranje (največ 3 mesece) so le del prilagoditvenega procesa in sčasoma minejo same po sebi ob ustreznih podpori. Pogosta so tudi nihanja. Težave lahko postanejo izrazitejše ob recidivu bolezni, ko se pojavi nov simptom, ki je znak, da bolezen napreduje. Če psihične težave trajajo dlje časa, preidejo v psihiatrična obolenja, kot so nevroze, depresija, psihoze.

Obravnava psihičnih težav:

- dobra komunikacija med bolnikom in medicinskim osebjem, podajanje informacij glede na bolnikove potrebe in želje
- kontinuiteta pri obravnavi bolnika, odprt odnos
- sodelovanje bolnika pri odločitvah glede nadaljnjega zdravljenja, kolikor je to mogoče
- zavedanje, da ni enega samega pravega načina, kako se prilagoditi stresu
- farmakološka terapija (anksiolitiki, antidepresivi)

Anksioznost

Zaskrbljenost je normalna sestavina naših vsakdanjih izkušenj. Kadar pa je stalna in neobvladljiva, postane patološka, zato jo je treba zdraviti. Včasih jo je težko ločiti od depresije, saj se nekateri znaki lahko prekrivajo.

Za anksioznost je značilno:

Simptomi	Pogostejši znaki
občutje napetosti, nezmožnost sprostitve zaskrbljenost nihanje v razpoloženju nezmožnost preusmeritve pozornosti potenje, tremor, nausea palpitacije, dispnea, suha usta napadi panike	slaba koncentracija neodločnost nespečnost razdražljivost

Vzroki za anksioznost:

<p>1. Situacija:</p> <ul style="list-style-type: none">• prilagoditvena motnja• strah pred bolnišnicami,• kemoterapijo, radioterapijo• skrbi glede družine, denarja <p>2. Organski vzroki</p> <ul style="list-style-type: none">• huda bolečina• nespečnost• dispnea• nauzea• hipoglikemija• motnje ščitnice• možganski tumor• drugi vzroki delirija	<p>3. Psihiatrični vzroki</p> <ul style="list-style-type: none">• napadi panike• fobije• depresija <p>4. Zdravila, toksini</p> <ul style="list-style-type: none">• kortikosteroidi• nevroleptiki• odtegnitev alkohola, benzodiazepinov <p>5. Vzroki povezani z bolnikovim notranjim doživljanjem</p> <ul style="list-style-type: none">• misli v zvezi s preteklostjo (zamujene priložnosti, občutki krivde...)• misli v zvezi s prihodnostjo (strah pred bolečino, zmedenostjo, izgubo neodvisnosti, načinom smrti...)• misli o smrti in o tem, kaj ji sledi
--	--

Obravnava anksioznosti:

- odvisno od vzroka (npr. zdravljenje bolečine, nespečnosti)
- omogočanje pomoči pri izražanju skrbi, strahov
- pomoč pri oblikovanju strategij za prenašanje negotovosti

- medikamentozna terapija v kombinaciji s psihično oporo (benzodiazepini, antidepresivi, nevroleptiki)
- psihološka terapija (terapija z glasbo, umetnostjo, kreativnostjo, sproščanje, biofeedback, kognitivna terapija, psihodinamična terapija...)

Depresija

Kje se konča žalost in začne depresija? Diagnoza depresije pri bolniku z napredovanim rakom je še posebno težavna, saj ima veliko bolnikov zaradi svoje primarne boleznine simptome, ki so značilni za depresijo (anoreksija, motnje spanja, zaprtje, hujšanje, izguba libida...).

Depresija je pri bolnikih z napredovanim rakom pogosto spregledana.

Kriteriji za diagnozo depresije:

- potrnost, ki je kvalitativno in kvantitativno drugačna od bolnikove prejšnje izkušnje žalosti
- depresivnost, ki traja neprekinjeno vsaj dva tedna vsaj polovico vsakega dneva
- nesposobnost bolnika, da se otrese potrtosti
- navzočnost vsaj štirih od spodaj navedenih simptomov, ki jih ne povzroča nobena druga bolezen:
 - › motnje spanje (zgodnje zbujanje)
 - › izguba apetita in hujšanje
 - › motnje koncentracije
 - › nezmožnost odločanja
 - › občutki brezupa
 - › občutki krivde in brezvrednosti
 - › ahedonija
 - › izguba zanimanja
 - › težave z opravljanjem vsakdanjih opravil
 - › misli na samomor

Dejavniki , ki povečujejo tveganje za razvoj depresije pri bolnikih z rakom:

- › starost manj kot 40 let
- › rak na pankreasu
- › nepokretnost, odvisnost od drugih
- › neurejeni odnosi z bližnjimi
- › nedavna izguba/žalovanje
- › prikrivanje diagnoze
- › neobvladana bolečina

Obravnava depresije:

- razlaga (bolniki pogosto mislijo, da je depresija nekaj sramotnega)
- pomoč pri vključevanju v družbo (dnevni centri)
- medikamentozna terapija (triciklični antidepressivi, novejši antidepressivi SSRI,
- psihostimulansi, zeliščna zdravila – šentjanževka)

Stanje zmedenosti

je zelo pogost simptom bolnikov z napredovanim rakom.

- AKUTNO (konfuznost, delirij)
- KRONIČNO (demenca)

demenca	delirij
zavest ni motena	motena zavest
motnje v orientaciji	motnje v orientaciji
motnje spomina	motnje spomina
motnje razmišljanja in presoje	motnje razmišljanja in presoje
halucinacije +	povečana ali zmanjšana psihomotorična aktivnost
konstantnost	halucinacije ++
nereverzibilna	variabilnost
	potencialno reverzibilna

Vzroki akutnega stanja zmedenosti:

- **organski** (možganski tumor, metastaze, infekt npr. pljučnica, cistitis ..., cerebrovaskularna insuficienca)
- **iatrogeni** (opiat, NSAR, psihotropična zdravila, kortikosteroidi, antihistaminiki, digoksin ..)
- **metabolični** (povišana urea, hiperkalcemija, hiponatremija, hipoglikemija, jeterna in ledvična odpoved, hipoksija, hiperkapnija)
- **psihološki** (panika, strah, zaničanje bolezni)
- **splošni** (bolečina, retenca urina in obstipacija, sprememba okolja, npr. prihod v bolnišnico)
- **abstinenca, odtegnitev** alkohola, benzodiazepinov, barbituratov, nikotina
- **pred smrtjo** (terminalna agitacija)

Obravnava akutnega stanja zmedenosti

- diagnoza vzroka
- razlaga (bolniku in bližnjim)
- zdravljenje reverzibilnih vzrokov
- splošni ukrepi (mirno, dobro osvetljeno okolje, navzočnost bližnjih, najmanjše možno število različnih negovalcev, razlaga, reorientacija, vidna ura, koledar)

- medikamentozno zdravljenje (butirofenon, i npr haloperidol, fenotiazini, npr tioridazin, levomepromazin, benzodiazepini, npr midazolam).
- etične dileme

Zaključek:

Obravnavanje psihičnih simptomov je za medicinsko sestro in zdravnika težavna iz več razlogov:

- malo formalnega izpopolnjevanja na področju komunikacije in strokovnega svetovanja (counseling)
- izpostavljenost močnim čustvom bolnika in njegovih bližnjih,
- lastni čustveni odziv, sposobnost razumevanja lastnega čustvenega dogajanja,
- ozka brv med čezmernim čustvenim odzivom, ki prepreči strokovnost in zaduši bolnika, ter vtisom hladne odtujenosti, razdalje v smislu »To me ne zadeva«,
- strah, da bomo s čustvenim odzivom izgubili strokovnost, objektivno presojo,
- etične dileme (npr. sedacija terminalnega bolnika),
- časovna omejenost

V pomoč pri obravnavi psihičnih simptomov je:

- delo v strokovni skupini
- posvetovanje z drugimi strokovnjaki
- partnerski odnos do bolnika

Glavni izziv dela z bolniki z napredovalim rakom, kjer je čas omejen je, kako v tem obdobju izboljšati kakovost njihovega življenja in odnosov. Čas pred bolnikovo smrtjo je lahko zanj in za njegove bližnje čas osebnostne rasti in poravnave, čas slovesa. Če pa je bolnik v tem obdobju depresiven, akutno zmeden ali anksiozen in izgubi svoj smisel, postane to obdobje čas stiske in zmede. To zadnje obdobje tudi močno vpliva na poznejše žalovanje in odnos bolnikovih bližnjih do umiranja in življenja nasploh. Zato obravnavanje psihičnih simptomov lahko bistveno prispeva h kakovosti bolnikovega življenja in njegovih bližnjih.

Viri:

1. Twycross R. Symptom management in advanced cancer. 2nd ed. Oxon: Radcliffe Medical Press, 1997.
2. Saunders C, Sykes N. Management of terminal malignant disease. 3rd ed. London: Edward Arnold, 1993.
3. Stedford A. Facing death. 2nd ed. Oxford: Sobel Publ., 1994.
4. Kaye P. Tutorials in palliative medicine. Northampton: EPL Publ., 1997.

PREDSTAVITEV NOVOSTI:

ZAŠČITA KOŽE S TEKOČIM ZAŠČITNIM NEPEKOČIM FILMOM

Matjaž Prešeren

Koža lahko kaj hitro postane občutljiva in ranljiva, zato jo je potrebno, kadar je izpostavljena neugodnim vplivom, čimprej zaščititi. Koža je naš največji organ in predstavlja ščit pred zunanjimi škodljivimi vplivi, zato je potrebno ob pojavu poškodb kože pristopiti holistično k iskanju vzroka za nastalo stanje. Najpogostejši razlogi ali stanja, ki ogrožajo kožo, so:

- inkontinenca,
- izločki iz stome ali fistule,
- transpiracija,
- eksudat iz rane,
- odstranjevanje lepljivih medicinskih pripomočkov.

Na predelih kože, ki so izpostavljeni naštetim pojavom, obstaja velika nevarnost kemične ali mehanične poškodbe, pa tudi glivična okužba ni redka posledica. Pripomočki za zaščito kože so lahko v čvrsti obliki, lahko so mazila ali paste, v zadnjem času pa tudi v obliki tekočih zaščitnih polimerov. Tekoči zaščitni polimeri se do sedaj niso široko uporabljali predvsem zaradi uporabe, omejene le na intaktno kožo. Topila tekočih zaščitnih polimerov so vsebovala alkohole, ki delujejo na ranjeni koži citotoksično, sama uporaba pa je zelo boleča za bolnika, saj peče. Nepekoč zaščitni film* je nova polimerična raztopina, ki po nanosu na kožo tvori enakomeren zaščitni film. Polimeri so raztopljeni v edinstvenem necitotoksičnem in nepekočem topilu, ki se hitro posuši in tvori prozoren film, ki kožo ščiti tudi do 72 ur. Nepekoč zaščitni film lahko uporabljamo za zaščito tako zdrave kot tudi že načete, poškodovane kože. Nastali prozorni film kožo ščiti pred iritacijo telesnih izločkov, tekočin in lepil (inkontinentni bolniki, bolniki s stomami, pri negi traheostome, za zaščito kože okoli ran z izločkom, pred lepljivimi oblogami in kirurškimi lepilnimi trakovi). Nepekoč zaščitni film hkrati izboljša lepilne lastnosti lepljivih medicinskih pripomočkov, npr. hidrokolidne podloge pri stomah...

Tekoči zaščitni filmi, ki imajo topilo na bazi alkohola, pečejo pri uporabi na robovih ran in okoli stom. Mazila in paste za zaščito kože pa zmanjšujejo vpojnost plenice in lepilnih sposobnosti medicinskih pripomočkov, ki se lepijo.

*Matjaž Prešeren, vmt, višji strokovni svetovalec 3M (East) AG,
Podružnica v Ljubljani, Dimičeva 9, Ljubljana*

Tabela št. 1: Lastnosti in učinki neprozornega zaščitnega filma

Brez alkohola	Zaščita brez bolečin, film lahko prekrije tudi že načeto kožo ali sluznico
Lahka in enostavna uporaba	Hiter nanos; daljše poučevanje o uporabi ni potrebno; bolnikom omogoča samooskrbo
Odstranjevanje ni potrebno	Prihranek časa, porabljenega za odstranjevanje
Prozoren	Možnost stalnega nadzora kože
Za enkratno uporabo - palčka z gobico	Manj možnosti za prenos okužb
Pršilo	Ekonomična uporaba na večji površini
Tvori film	Boljše lepljenje oblog in lepilnih trakov, kar poveča varnost in podaljša čas uporabe, manj možnosti za zatekanje izločkov
Zaščita	Prožna kot koža, traja do 72 ur, ekonomsko upravičena uporaba.

* 3M™ Cavilon™ nepekoč zaščitni film, 3M Health Care

Nepekoč zaščitni film enakomerno naneseemo na čisto in suho kožo. če ga naneseemo v kožne gube, morajo le-te biti razprte vse dokler se nanos filma ne posuši. Film po potrebi ponovno naneseemo po 48 do 72 urah. Pred ponovnim nanosom preostalega filma s kože ni potrebno odstraniti. Nepekočega zaščitnega filma ne smemo uporabljati kot samostojno sredstvo pri oskrbi katetrov in I.V.kanil, za oskrbo globokih ran ali na predelih kože, ki so okuženi.

Različni avtorji kliničnih in laboratorijskih raziskav poročajo, da je nepekoč zaščitni film ugodnejši zaradi neboleče uporabe na že načeti, poškodovani koži, da se odstrani s kože počasneje kot druga zaščitna sredstva in da kožo ščiti pred mehanično poškodbo pri odlepljanju lepljivih pripomočkov medtem ko tekoči zaščitni filmi na osnovi te zaščite ne nudijo.

Zaključek

Na podlagi ugotovitev različnih znanstvenih študij in dobrih izkušenj iz klinične prakse je jasno, da je nepekoč zaščitni film (ki ne vsebuje alkohola) korak naprej v smeri razvoja zaščitnih sredstev za kožo. Nepekoč zaščitni film je lahek za uporabo, ne peče, njegova uporaba pa je ekonomsko upravičena. Poleg zaščite pred iritanti, nepekoč zaščitni film izboljša lepilne sposobnosti in s tem podaljša uporabo nekaterih lepljivih medicinskih pripomočkov.

Literatura:

1. Grove GL, Leyden JJ, Lutz JB, Sirfert (1993) Comparison of the skin protectant properties of various film-forming products. Poster. WOCN Conference, ZDA.
2. Hampton S (1997) Treatment of macerated and excoriated peri-wound areas. Poster. 7th European Conference on Advances in Wound Management, Harrogate, Velika Britanija.
3. Lutz JB, White TJ (1997) Measuring skin barrier wash-off resistance. Poster. 7th European Conference on Advances in Wound Management, Harrogate, Velika Britanija.
4. Rolstad BS, Borchert K, Magnan S, Scheel N (1994) A comparison of an alcohol-based and silaxane-based peri-wound skin protectant. *J Wound Care* 3(8): 367-8.
5. Williams C, Young T (1998) *Myth and Reality in Wound Care*. Quay Books, Salisbury, Wiltshire.
6. Williams C (1998) 3M Cavilon No Sting Barrier Film in the protection of vulnerable skin. *BJN* 7(10): 613-5.

PREDSTAVITEV NOVOSTI:

ZAKAJ JE RECEPTOR HER-2 POMEMBEN PRI RAKU DOJKE?

Vesna Cizej

Kaj je receptor HER-2?

Normalno rast celic uravnava več dejavnikov, med katere sodijo protoonkogeni in geni za zaviranje rasti tumorjev. Razmerje med omenjenimi geni je ključnega pomena za normalno "zdravo" rast celic. Protoonkogeni vplivajo na rastne faktorje in njihove receptorje, posledica je povečana rast celic. Družina receptorjev humanih epidermalnih rastnih faktorjev (HER) je ena najboljše raziskanih skupin receptorjev pri raku dojke. Družina HER je sestavljena iz 4 genov (HER-1, HER-2, HER-3 in HER-4).

Struktura in delovanje receptorja HER-2

Gen za HER-2 najdemo na dolgem delu kromosoma št. 17 (Coussens et al, 1985). Normalne celice vsebujejo dve kopiji gena HER-2. HER-2 in še preostali trije člani družine HER so transmembranski receptorji tirozinske kinaze, ki spodbujajo rast celic. Aktivacija receptorja HER-2 povzroči aktivacijo genov.

Aktivacija receptorja HER-2 je odvisna od t.i. ligandov (majhnih molekul) in preostalih receptorjev družine HER (Connely and Stern 1990). Ligandi, ki so vključeni v aktivacijo receptorja HER-2, vsebujejo med drugim tudi epidermalni rastni faktor (Akiyama et al, 1988). Dognano je, da lahko ligandi aktivirajo receptor HER-2 le, če je povezan s preostalimi receptorji HER v heterodimer (HER-2 – HER-1, HER-2 – HER-3, HER-2 – HER-4) (Alroy et al, 1997).

V normalnih celicah lahko najdemo receptor HER-2 v centralno živčnem sistemu (CŽS), kosteh, mišicah, koži, srcu, pljučih in intestinalnem epitelu (Coussens et al, 1985), kjer vpliva na normalno rast celic.

Vloga receptorja HER-2 pri raku

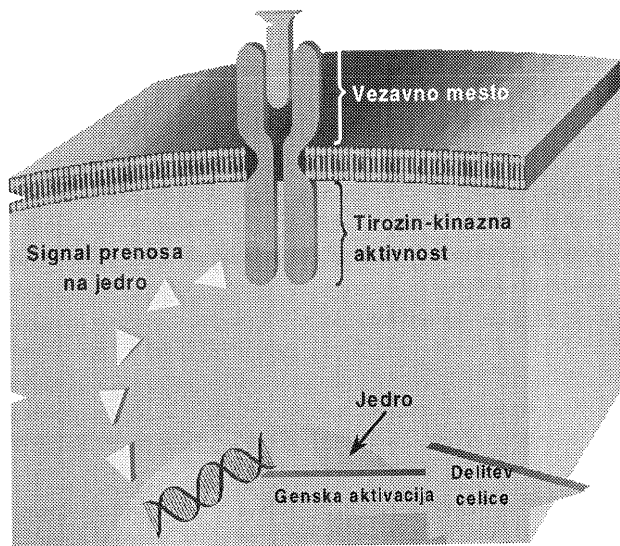
V številnih študijah so ugotovili, da je pri velikem številu bolnikov z rakom povečana sinteza receptorja HER-2, odvisno od vrste bolezni. Povečano sintezo receptorja HER-2 so našli

Mag. sci. Vesna Cizej, dipl. inž. farm., Hoffmann-La Roche Ltd., Podružnica Ljubljana

predvsem pri raku dojke (Slamon et al, 1989), ovarijski (Slamon et al, 1989), pankreasni (Lei et al, 1995) in pljučni (Wiener et al, 1990) ter še nekaterih drugih (kolon, mehur, ledvica,...). Po navadi je odstotek tumorjev, ki izkazujejo povečano aktivnost gena manjši, kot je odstotek tumorjev, ki izkazujejo povečano sintezo HER-2 receptorja. Kadar je gen za HER-2 okrepljen in se receptor HER-2 sintetizira v večjih količinah, je zelo verjetno, da povečana sinteza receptorja HER-2 igra pomembno vlogo pri razvoju tumorja in nadaljevanju bolezni.

Če je navzoča le povečana količina receptorja HER-2, ni pa okrepljen gen HER-2, ni popolnoma jasen vpliv receptorja HER-2 na razvoj tumorja (HER-2 Monografija, 1999 - Roche).

Pri raku dojke je okrepljen gen HER-2 pri 15-30% bolnic, receptor HER-2 pa najdemo povečan v malo višjem odstotku. Pozitivni status HER-2 najdemo pri približno 30% bolnic z



metastatskim rakom dojke. Raven proteinov HER-2 na površju celic HER-2 pozitivnih bolnic z rakom dojke je 10 do 100-krat večji kot pri normalnem epitelu dojk.

Količine HER-2 receptorja pri npr. pljučnem raku najdemo pri 60-70% bolnikov, vendar je okrepljenost gena HER-2 mnogo manjša.

Vpliv receptorja HER-2 na prognozo (napoved) poteka bolezni

Študije pri raku dojke (Hynes in Stern, 1994) so pokazale, da je slabši potek bolezni povezan s pozitivnim statusom receptorja HER-2. Podobni rezultati so bili tudi pri raku ovarijskega jajčeca (Berchuck et al, 1991), pljuč (Kern et al, 1990), mehurja (Neal et al, 1990), pankreasa (Lei et al, 1985)... Pri raku dojke so retrospektivno analizirali 47 študij s skupaj 15.000 bolniki (Ross and Fletcher, 1998) in ugotovili, da je HER-2 dejansko slab prognostični dejavnik za potek bolezni. Status HER-2 ima tudi vpliv na odziv na hormonsko zdravljenje in kemoterapijo. V študijah (Bianco et al, 1998) so ugotovili, da so bolnice s pozitivnim statusom HER-2 bolj rezistentne na zdravljenje s tamoksifenom. Rezultat zdravljenja s tamoksifenom je pri bolnicah s pozitivnim receptorjem HER-2 po navadi slabši (nekatero študije (Muss et al, 1999) pa kažejo tudi na to, da receptor HER-2 morda nima tako zelo velikega vpliva na potek zdravljenja).

Vpliv statusa HER-2 na učinkovitost kemoterapije je zelo odvisen od vrste uporabljene kemoterapije in odmerkov (HER-2 Monografija, 1999 - Roche).

Ker je receptor HER-2 tako zelo pomemben pri razvoju in poteku malignih sprememb, so znanstveniki začeli načrtovati zdravilne učinkovine, ki bi ta receptor zavrele. Tako imamo danes na voljo prvo monoklonalno protitelo (trastuzumab), ki se veže selektivno na receptor HER-2 in ga tako zavre. Trastuzumab (Herceptin) je zdravilo, ki ga je ameriška FDA registrirala leta 1999 za zdravljenje metastatskega raka dojke pri bolnicah s pozitivnim statusom HER-2 v Ameriki. V Evropski skupnosti so Herceptin registrirali 30. Avgusta 2000. Zaradi zelo specifičnega delovanja na receptor HER-2, je Herceptin učinkovito in varno zdravilo, brez stranskih učinkov, povezanih s kemoterapijo (Herceptin, Monografija, 2000, Roche).

Zaključek

Receptor HER-2 je zelo pomemben dejavnik, še posebej pri bolnicah z rakom dojke. Nakazuje slabši potek bolezni in specifičen odgovor na hormonsko zdravljenje in kemoterapijo. Kljub slabši prognozi poteka bolezni pa bodo imele v bližnji prihodnosti bolnice možnost zdravljenja s specifičnim protitelesom proti antigenu HER-2. Herceptin je učinkovito in varno zdravilo za bolnice z metastatskim rakom dojke, ki imajo pozitiven status HER-2.

Literatura:

1. Akiyama T. et al, Tumor promoter and epidermal growth factor stimulate phosphorylation of the c-erbB-2 gene product in MKN-7 human adenocarcinoma cells. *Molecular Cellular Biology* 8, 1998: 1019-1029;
2. Alroy I., Yarden Y, The ErbB signaling network in embryogenesis and oncogenesis: signal diversification through ligand-receptor combinatorial interactions. *FEBS Letters* 410, 1997: 83-86;
3. Berhuck A. et al, Overexpression of HER-2/neu in endometrial cancer is associated with advanced stage disease. *Am J Obstet Gynecol*, 1999; 164:15-20;
4. Bianco A.R. et al, 20 year update of the Naples Gun trial of adjuvant breast cancer therapy: evidence of interaction between c-erbB-2 expression and tamoxifen efficacy. *Proc Am Soc Clin Oncol* 1998; 17: 97a;

5. Conelly P.A., Stern D.F., The epidermal growth factor receptor and the product of the neu proto-oncogene are members of a receptor tyrosine phosphorylation cascade. Proceedings of the National Academy of Sciences USA 87, 1990: 6054-6057;
6. Coussens L. et al, Tyrosine kinase receptor with extensive homology to EGF receptor shares chromosomal location with neu oncogene. Science 230: 1132-1139; 7. Hynes N.E., Stern D.F., The biology of erbB-2/neu/HER-2 and its role in cancer. Biochimica et Biophysica Acta 1198, 1994: 165-184;
8. Kern J.A. et al, p185neu expression in human lung adenocarcinomas predicts shortend survival. Cancer Res, 1990; 50: 5185-7;
9. Lei S. et al, Overexpression of HER2/neu oncogene in pancreatic cancer correlates with shortened survival. International Journal of Pancreatology 17, 1995: 15-21;
10. Muss H. et al, Lack of interaction of tamoxifen (T) use and ErbB-2/Her-2/neu (H) expression in CALGB 8541: a randomized adjuvant trial of three diferent doses of cyclophosphamide, doxorubicin and fluorouracil (CAF) in node-positive primary breast cancer (BC). Proc Am Soc Clin Oncol, 1999; 18: 68a;
11. Neal D.E. et al, The epidermal growth factor receptor and the prognosis of bladder cancer. Cancer, 1990; 65: 1619-25;
12. Ross J.S., Fletcher J.A., The HER-2/neu oncogene in breast cancer: prognostic factor, predictive factor and target for therapy. Stem Cells, 1998: 16: 413-28;
13. Slamon D. et al, Studies of the HER-2/neu proto-oncogene in human breast and ovarian cancer. Science 244: 707-712;
14. Weiner D.B. et al, Expression of the neu gene-encoded protein (P185neu) in human non-small cell carcinomas of the lung. Cancer Research 50: 421-425;

26. STROKOVNIH SEMINARJEV SEKCIJE MEDICINSKIH SESTER V ONKOLOGIJI

1.

ONKOLOŠKA GINEKOLOGIJA
RAK JAJČNIKOV
16. maj 1986

2.

ZDRAVSTVENA NEGA STOM
20. november 1987

3.

PLJUČNI RAK
11. marec 1988

4.

RAK V ORL PODROČJU
11. november 1988

5.

BRAHIRADIOTERAPIJA V GINEKOLOGIJI
3. marec 1989

6.

AKUTNE LEVKEMIJE
27. oktober 1989

7.

MALIGNI MELANOM
9. marec 1990

8.

MALIGNI TUMORJI TESTISA
28. september 1990

9.

KARCINOM SEČNEGA MEHURJA
8. marec 1991

10.

MEDICINSKA SESTRA IN STRES
4. oktober 1991

11.

STRANSKI UČINKI CITOSTATIKOV
5. marec 1992

12.
DIAGNOSTIKA V ONKOLOGIJI
25. september 1992
13.
MALIGNI LIMFOMI
5. marec 1993
14.
IZBRANA POGlavJA IZ GINEKOLOŠKE ONKOLOGIJE
3. in 4. marec 1994
15.
RAK ČREVESJA
7. in 8. oktober 1994
16.
TUMORJI V OTROŠKIDOBII
10. marec 1995
17.
ZAČETKI UVAJANJA PROCESA ZDRAVSTVENE NEGE
NA ONKOLOŠKEM INŠTITUTU LJUBLJANA
28. in 29. september 1995
18.
NOVOSTI V SISTEMSKEM ZDRAVLJENJU IN PRI ZDRAVLJENJU
KRONIČNE BOLEČINE
8. marec 1996
19.
STANDARDI ONKOLOŠKE ZDRAVSTVENE NEGE
USTNA VOTLINA
8. november 1996
20.
ZADOVOLJNA, CELOVITO UREJENA MEDICINSKA SESTRA,
KAKOVOSTNA ZN
15. in 16. maj 1997
21.
KOMUNIKACIJA V ZDRAVSTVENI NEGI
13. november 1997
22.
PLJUČNI RAK
28. in 19. maj 1998

23.

DOJKE - OKRAS ŽENSKE
IN NJENA BOLEČINA
15. in 16. oktober 1998

24.

RAK MOD
18. maj 1999

25.

POMEN PREHRANE PRI NASTANKU IN ZDRAVLJENJU
14. in 15. oktober 1999

26.

KAJ JE STORJENO NA PODROČJU INFORMIRANJA BOLNIKOV
V ONKOLOŠKI ZDRAVSTVENI NEGI
10. marec 2000

SPONZORJI

27. strokovni seminar iz onkologije in onkološke zdravstvene nege so gmotno podprli:

poleg pokroviteljev

**Fondacija dr. J. Cholewa
Radenska – Zdravilišče
Zveza slovenskih društev za boj proti raku**

še

AUREMIANA, SEŽANA
BAYER PHARMA D.O.O.
BIERSDORF MEDICAL
COLOPLAST A/S PODRUŽNICA LJUBLJANA
EMPORIO MEDICAL D.O.O.
GLAXO WELCCOME EXPORT LTD
HARPER D.O.O., LJUBLJANA
HOFFMAN-LA ROCHE
INTERPART D.O.O. LJUBLJANA
IRIS, LJUBLJANA
JOHNSON&JOHNSON
KASTOR M.D., LJUBLJANA
LEK LJUBLJANA
MEDIS LJUBLJANA
3M AG
PROMED LJUBLJANA
SANOLABOR, LJUBLJANA
TOSAMA, DOMŽALE
VALENCIA CONVATEC, LJUBLJANA
VPD BLEND

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE je finančno podprl seminar z namenom, da bi pripomogel k boljši zdravstveni oskrbi prebivalstva Republiki Sloveniji.



Liesingbachstrasse 226
1100 Wien, Austria

Representative Office
Prešernova 5, 1000 Ljubljana

Tel: 00386 01 425-11-50

Fax: 00386 01 425-11-41



Prešernova 5, 1000 Ljubljana

Tel. 00386 01 425-11-50

Fax: 00386 01 425-11-41

Podpiramo in pozdravljamo Sekcijo medicinskih sester v onkologiji!

Zastopamo podjetje :

KIMBERLY CLARK

- **OP perilo**

Podjetje KASTOR Medical Dental Vam nudi širok program medicinskega sanitetnega in potrošnega materiala. Zaščito pred citostatiki predstavljamo prek proizvajalcev MEDITRADE, CODAN, CARMEL PHARMA in DANFO, za nego kroničnih ran pa smo poskrbeli v tesnem sodelovanju z angleškim proizvajalcem SMITH & NEPHEW.

Ravnanje s citostatiki zahteva določene ukrepe in normative, s katerimi je potrebno in nujno preprečiti kontaminacijo bolnišničnega osebja in samega bolnika. Zaščitna obleka obsega plašč, narokavnika ter rokavice, medtem ko se samo raztapljanje citostatikov izvaja v posebnih komorah in na zaščiteni delovni površini. Ob končanem postopku priprave citostatičnih pripravkov nikakor ne smemo pozabiti na varno zbiranje, razdeljevanje in odlaganje citostatičnih odpadkov.

Za nego kroničnih ran Vam naše podjetje ponuja izjemno kvalitetne poliuretanske in najnovejše alginatne obloge, obliže, povoje in pritrilne trakove. Vabimo Vas, da nas pokličete ali obiščete našo mrežno stran www.kastor-md.si

KASTOR • MEDICAL DENTAL d.o.o.

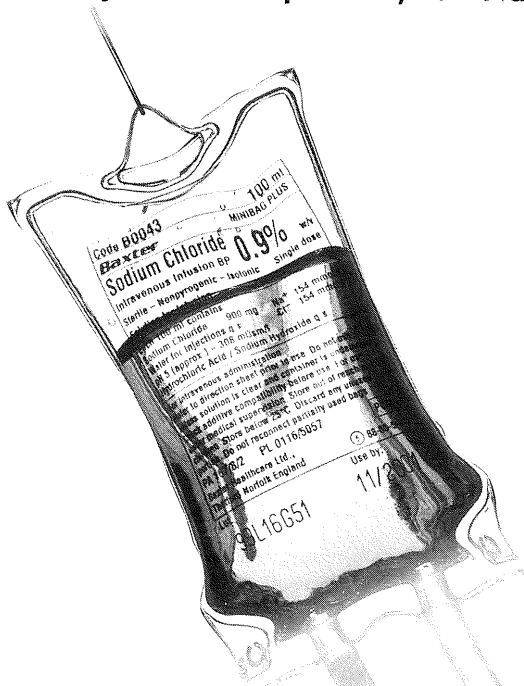
Podjetje za zastopanje, zunanjo trgovino, veletrgovino in inženiring, 1000 Ljubljana, Vošnjakova ul. 6,

tel.: 01/432-74-00, 432-93-85, faks: 01/431-83-08

www.kastor-md.si

MINIBAG PLUS

infuzijska raztopina 0,9% NaCl – 100ml



MINIBAG PLUS sistem predstavlja plastična vrečka s sterilno, apirogeno in izotonično raztopino 0,9% natrijevega klorida.

MINIBAG PLUS je namenjen pripravi in odmerjanju enkratnega odmerka zdravila v prašku ali redčenju injekcijske raztopine (viale z 20 milimetrsko zaporko).

MINIBAG PLUS - hitro in brez tveganja

- ni poškodb zaradi uporabe injekcijskih igel
- zmanjšana nevarnost napake pri zdravilu
- prihranek časa za pripravo
- zmanjšana nevarnost kontaminacije
- manjša nevarnost za strokovno osebje



SAFESKIN

It's in the name

www.sanolabor.si

IZBERITE VARNO ROKAVICO!

Zelo pomembno je, da v zdravstveni ustanovi zdravstveni delavci pri svojem delu uporabljamo materiale, ki nam nudijo **varno**, predvsem pa **zanesljivo zaščito**. Izbira kakovostnih materialov ni samo pomembna, pač pa tudi odgovorna naloga.

Pomembno zaščitno sredstvo so tudi rokavice. **Izbiri rokavic velja nameniti še posebno pozornost.**

Rokavice, ki se uporabljajo v zdravstvu, so namenjene predvsem **zaščiti** zdravstvenega osebja, kakor tudi bolnikov. Rokavice, primerne za uporabo v zdravstvu, so **medicinske rokavice** in zanje veljajo posebne zahteve - rokavice so **medicinski pripomočki za osebno zaščito**.

Pri tem moramo biti predvsem pozorni:

- rokavica mora biti **namenjena za uporabo v zdravstvu (93/42/EEC za medicinske pripomočke)**;
- rokavice morajo imeti **veljavno registracijo v Sloveniji**, kajti le tako je uporabniku zagotovljena potrebna in zahtevana kakovost rokavic;
- rokavice morajo uporabniku nuditi mehansko zaščito (**AQL največ 1,5**, Evropski standard **EN-455-1**), zato morajo ustrezati predpisanim fizičnim karakteristikam (Evropski standard **EN-455-2**). Rokavica, ki se zlahka strga že ob oblačenju, se bo z veliko verjetnostjo strgala tudi med posegom, pri katerem smo pogosto v stiku s telesnimi izločki bolnikov.
- rokavica mora biti preizkušena za prehod virusov (mora biti zanje neprepustna), kar proizvajalec kakovostnih rokavic lahko potrdi s svojo dokumentacijo;
- rokavica, ki ne draži kože, je ne izsušuje in z malo verjetnosti povzroča težave pri uporabi, **je nepudrana, brez tiuramov**, z deklarirano nizko **vsebnostjo proteinov pod 50 µg/g** (ali pa izdelana iz sintetičnega materiala - **Nitrile PURPLE** - taka rokavica je tudi mehansko bolj odporna).
- Rokavice za rokovanje s citotoksičnimi učinkovinami morajo ustrezati posebnim zahtevam za zaščito pri rokovanju s citotoksičnimi učinkovinami ter za to imeti opravljene tudi ustrezne teste.

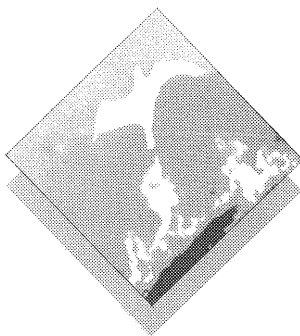
Izbira kakovostne in ustrezne rokavice v zdravstveni ustanovi je zahtevna in odgovorna naloga. Za **medicinske rokavice** veljajo mnogo strožji predpisi in standardi kot za ostale rokavice, kajti le kakovostni, preizkušeni in standardizirani izdelki nudijo uporabniku varno in ustrezno zaščito.

IZBERITE VARNO ROKAVICO!

Dragica Bencik, VMS, dipl.org.dela
www.sanolabor.si

SLOVENIJA 2000 IN RAK

Desetletni zdravstvenovzgojni program za 15-odstotno zmanjšanje zbolevnosti in umrljivosti za rakom



ZVEZA SLOVENSkih DRUŠTEV ZA BOJ PROTI RAKU



FONDACIJA
DR. J. CHOLEWA

*Za
raziskovanje
rakastih
bolezni je
treba veliko
naporov,
sposobnosti
in sredstev*