



ZDRAVSTVENA NEGA BOLNIKA Z RAKOM GLAVE IN VRATU

Nina Krečan, dipl. m. s.

Onkološki inštitut Ljubljana

E: nkrecan@onko-i.si

Povzetek

Namen tega prispevka je predstaviti potrebe po zdravstveni negi pri bolnikih z rakom glave in vratu, ki se zdravijo z obsevanjem in/ali s kemoterapijo ali pa so zdravljenje že končali.

Med zdravljenjem ali neposredno po končanem zdravljenju se pri njih pojavljajo različni neželeni učinki, kot so vnetje sluznic – radiomukozitis, podhranjenost (ki zahteva uvedbo prehrane prek nazogastične sonde, gastrostome ali jejunostome) in vnetje kože – radiodermatitis. Pri teh bolnikih se medicinska sestra/zdravstvenik lahko sreča tudi z malignimi ranami, ki so posledica napredovanja bolezni in se pojavijo pri 510 % bolnikov.

Pri bolnikih z rakom glave in vratu je že pred zdravljenjem, lahko pa tudi med njim ali po njem, pogosto potrebna izdelava dihalne stome za zagotavljanje proste dihalne poti.

Ključne besede: radiodermatitis, radiomukozitis, dihalne stome, hranilne stome, maligna rana

Uvod

Rak glave in vratu je za bolnika in njegovo družino velik čustveni pretres in obremenitev. (Ne)popolnost obraza in vratu je najbolj opazni del človeka in s tem njegove celotne osebnosti (1). Zdravstvena nega bolnika z rakom glave in vratu je zelo kompleksna. Ko govorimo o bolniku z rakom glave in vratu, pomislimo na zdravstveno nego kože, sluznic, dihalne in hranilne stome ter oskrbo malignih ran in radiodermatitisa. Medicinska sestra mora narediti dobro oceno kože in sluznic, da ju lahko pravilno oskrbi. Ob tem lahko predvideva, kakšne težave bi lahko nastale, in deluje preventivno. Poznati mora tudi načela oskrbe ran in stom. Bolnika ves čas hospitalizacije pripravlja na čas, ko bo odpuščen v domačo oskrbo. Zelo pomembna je zdravstvena vzgoja, dobro sodelovanje bolnika in vključevanje svojcev.

Radiomukozitis

To je poškodba sluznice, ki se pojavi kot neželeni učinek obsevanja. Sočasna aplikacija kemoterapije potencira škodno delovanje ionizirajočih žarkov na sluznice.

Radiomukozitis ocenjujemo v štirih stopnjah, kar prikazuje tabela 1.

Tabela 1. Stopnje v razvoju radiomukozitisa

Stopnja 0	nepoškodovana sluznica
Stopnja 1	rdečina
Stopnja 2	posamezne manjše in plitve razjede
Stopnja 3	obsežne in globoke razjede, krvavitve že po manjši poškodbi
Stopnja 4	propad tkiva, hude in spontane krvavitve

Medicinska sestra mora poznati stopnje radiomukozitisa, da lahko glede na stopnjo izraženosti bolniku ponudi pripomočke in raztopine za izvajanje ustne nege in preparate za lajšanje pekočine ali celo hujše bolečine. Medicinska sestra ima vlogo v smislu zdravstvene vzgoje: bolnika spodbuja k izvajanju poostrene ustne nege in ga pri tem nadzira. Potrebna je tudi prilagoditev

prehrane. Hrana mora biti manj pekoča, manj začinjena, manj kisla, bolj mehka in visoko kalorična; potrebna je tudi sprememba konsistence hrane. Bolniku ponudi prehranske dodatke po navodilih prehranskega tima.

Nastanka oralnega mukozitisa pri obsevanih bolnikih se ne da preprečiti, lahko pa odložimo nastanek in omilimo njegov potek oziroma zmanjšamo že nastale težave. Priporočeni preventivni ukrepi so usmerjeni v izboljšanje ustne higijene ter so enostavni in poceni (2).

Radiodermatitis

To je poškodba kože kot posledica učinkovanja ionizirajočega sevanja (obsevanja).

Tabela 2 prikazuje stopnje radiodermatitisa, znake in simptome, ki se pojavljajo med njegovim razvojem.

Tabela 2. Stopnje v razvoju radiodermatitisa

Stopnja 0	nepoškodovana koža
Stopnja 1	blaga rdečina ali suho luščenje kože, omejeno na območje kožnih gub, zmeren edem
Stopnja 2	zmerna do živahna rdečina, posamezna manjša območja vlažnega luščenja, omejena predvsem na kožne gube in pregibe; zmeren edem
Stopnja 3	vlažno luščenje kože zunaj območij kožnih gub in pregibov; krvavitev izzvana z manjšo poškodbo ali praskanjem, izrazitejši edem
Stopnja 4	življenjsko ogrožajoče posledice; ulceracija ali nekroza celotne debeline kože; spontane krvavitve iz poškodovane kože

Medicinska sestra izvaja zdravstveno nego radiodermatitisa glede na stopnjo poškodovane kože.

V smislu preventivnega delovanja in pri začetni stopnji radiodermatitisa bolniku priporoči nego kože s hidratantno kremo. Pri nadaljnjih stopnjah je zdravstvena nega odvisna od tega, ali je bolnik končal obsevanje ali to še poteka. Pri bolnikih, ki se še obsevajo, uporabljamo obloge prepojene z ringerjevo raztopino ali obkladke s fiziološko raztopino. Te je treba pri bolnikih, ki čutijo pekočo bolečino, pogosteje menjati. Pri bolnikih, ki so obsevanje zaključili, priporočamo obloge z aktivno peno z glicerinom in hidrogelom.

Za spremljanje razvoja radiodermatitisa uporabljamo obrazec: medicinska sestra enkrat na teden oziroma ob vsaki opaženi spremembi na novo oceni

stopnjo radiodermatitisa in jo zabeleži. Načrt oskrbe in izvedba pa se beležita dnevno.

Hranilne stome

Kadar bolnik ne more požirati bodisi zaradi maligne bolezni v tem predelu bodisi zaradi neželenih posledic zdravljenja in je vnos hrane ter tekočin neustrezen, je treba vzpostaviti novo pot/način prehranjevanja. Možna je vstavitev nazogastrične sonde (NGS), lahko pa bolnika napotimo na izdelavo hranilne stome.

Prek NGS ali hranilnih stom dobi bolnik zadostno količino vseh hranilnih snovi, ki jih potrebuje za svoje dnevne potrebe. Enteralno hranjenje lahko poteka bolusno ali s črpalko za enteralno hranjenje z industrijsko pripravljeno hrano po priporočilu dietetika. Naloga medicinske sestre je, da bolnika hrani, opazuje, se z njim pogovarja glede občutkov pri hranjenju, vodi bilanco prejete hrane in tekočin, izvaja toaleto in opazuje mesto hranilne stome. Deluje tudi zdravstveno vzgojno: bolnika in svojce pouči o postopku hranjenja in rokovanju s hranilno stomo.

Pri hranjenju po hranilni stomi lahko pride do raznih zapletov.

Mehanski zapleti: zamašitev cevke, nepravilna lega ali izpad cevke, aspiracija, prehiter ali prepočasen pretok, iztekanje ob stomi in razširjeno vstopno mesto.

Biokemični zapleti: spremembe koncentracij elektrolitov krvi, stopnje hidracije in sindrom »re-feeding«.

Gastrointestinalni zapleti: slabost, bruhanje, diareja, zaprtje, napenjanje, krči in okužba kože okoli stome (3).

Dihalna stoma

Izdelava dihalne stome je kirurški poseg, pri katerem naredijo na vratu odprtino v sapnik in zraku odpro prosto pot v spodnja dihalna.

Kljub utemeljenosti in nujnosti posega ta pušča trajne telesne in duševne posledice. Bolnik z dihalno stomo je izpostavljen izredno hudi psihični obre-

menitvi; z dihalno stomo je vidno zaznamovan in vzbuja občutek usmiljenja (1).

Preveza dihalne stome je zahteven poseg, ki ga v bolnišnici izvajamo dnevno. Prvo prevezo z menjavo dihalne kanile naredi zdravnik v 48 urah po operaciji. Nadaljnje preveze lahko izvaja usposobljeno zdravstveno osebje. Zaradi zagotavljanja varnosti ob morebitnem zožanju stome sta pri izvedbi vedno navzoči dve osebi. Bolniku, ki ima dihalno kanilo z notranjim vložkom, vložek čistimo po potrebi.

Pomembno je tudi, da bolnikom zagotovimo čustveno oporo. V program zdravstvene vzgoje vedno vključimo tudi svojce. Bolniki in člani njihovih družin morajo biti poučeni o tem, kako lahko aktivno sodelujejo pri negi dihalne stome. Če se le da, bolnika ali svojce naučimo čiščenja vložka in oskrbe oziroma toalete kanile, menjave podloge in traku za pričvrstitev, pa tudi inhalacij in aspiracij, če so te potrebne.

Maligna rana

Maligna kožna rana je opredeljena kot prekinitev integritete povrhnjice z infiltracijo malignih celic v kožo in njene krvne in limfne žile, kar povzroči smrt kožnega tkiva. Nastane lahko na mestu primarnega tumorja kot regionalna infiltracija ali kjerkoli na telesu kot infiltracija celic zasevka (4).

Maligne rane se pojavijo pri 510 % bolnikov z metastatsko boleznijo, najpogosteje v zadnjih mesecih življenja, in se zelo slabo celijo ali sploh ne (5).

Oskrba maligne rane se začne z oceno rane. To je osnova za izvajanje in vrednotenje zdravljenja. Poleg tega moramo upoštevati bolnikove potrebe, želje in cilje. Ocenjujemo velikost, mesto in globino rane. Na dnu rane ugotavljamo prisotnost granulacijskega tkiva in mrtvin, ocenimo tudi količino in kakovost izločka ter prisotnost neprijetnega vonja (6).

Vse opazke zabeležimo na poseben obrazec za oskrbo rane. Rano ocenimo enkrat na teden, ob spremembi pa pogosteje.

Oskrba maligne rane je navadno dolgotrajna in zapletena. Cilj oskrbe maligne rane je izboljšati kakovost življenja in sposobnost samooskrbe. Oskrba maligne rane temelji na čiščenju, odstranjevanju mrtvin, zmanjšanju števila bakterij in s tem nevarnosti okužbe. Usmerjena je v preprečevanje dodatnih poškodb in krvavitev, pospeševanje granulacije in epitelizacije, kjer je mogoče, pa tudi v

nadzor nad vonjem (7.).

Oblogo izberemo glede na obliko in velikost rane, videz rane, globino rane in količino izločka (8).

Zaključek

Zdravstvena nega bolnika z rakom glave in vratu je kompleksna. Pogosto ti bolniki slabo sodelujejo in imajo šibko socialno ozadje. Zaradi tega je toliko pomembnejši celostni pristop tako med zdravljenjem in pri zdravstveni negi kot po odpustu bolnika v domačo oskrbo. Medicinska sestra mora imeti veliko znanja in izkušenj, da lahko prepozna bolnikove potrebe in strokovno ter pravočasno izvaja zdravstveno nego. Ob tem sočasno izvaja tudi zdravstveno vzgojo. Bolnika ves čas pripravlja na čas, ko bo odpuščen v domačo oskrbo, da bo tam čim bolj samostojen. Bolnika pred odpustom v domačo oskrbo predamo patronažni medicinski sestri. Pri tem je zelo pomembna dokumentacija, v kateri natančno navedemo potrebe bolnika po zdravstveni negi in obrazložimo negovalne intervencije. Bolnika patronažni medicinski sestri predstavimo tudi ustno. Zdravstvena vzgoja vključuje tudi svojce, ki bodo v prihodnje skupaj z bolnikom sodelovali s patronažno medicinsko sestro. Pomembno je, da se bolnik počuti varno in da je seznanjen z oblikami pomoči, ki so mu na voljo. Samo primerno oskrbljen bolnik se bo dobro počutil v domačem okolju.

Literatura

1. Krečan N, Vrečko M. Komunikacija z larigeptomiranim pacientom. Maribor: Komunikacija in njene vrzeli pri delu z onkološkim pacientom, 2011:11421.
2. Strojan P. Radiomukozitis, neprijetna težava pri obsevanju raka glave in vratu. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2018:1013.
3. Gorjup P. Hranjenje pacienta po gastrostomi in jejunostomi. In: Batas R (ed). Vloga enterostomalne terapije v zdravstvenem sistemu – oskrba ran, stom, ter kontinenca. Zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2022:9399.
4. Tomc D. Oskrba maligne kožne rane – prikaz primera. In: Batas R (ed). Vloga enterostomalne terapije v zdravstvenem sistemu – oskrba ran, stom, ter kontinenca. Zbornik prispevkov z recenzijo. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, 2022:6870.
5. Klinc A. Paliativni pristop k oskrbi kronične rane. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2022:118.
6. Šeruga M. Oskrba maligne in paliativne rane. In: Kohek M (ed). Kronična rana in izzivi prihodnosti – zbornik predavanj. Radenci, 27.10.2017. Murska Sobota: Splošna bolnišnica Murska Sobota, Strokovno društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Pomurja, 2017:527.
7. Černic L, Vrhovnik M. Zdravstvena oskrba kronične (maligne) rane – predstavitev primera. In: Matković M (ed). Izzivi sodobnih pristopov onkološke zdravstvene nege in zdravljenja. Zbornik predavanj. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2010:2532.
8. Ostrožnik V, Živič S. Vrste ran, njihovo celjenje in oskrba ran v onkološki zdravstveni negi. In: Matković M (ed). Izzivi sodobnih pristopov onkološke zdravstvene nege in zdravljenja. Zbornik predavanj. Ljubljana: Onkološki inštitut, 2010:1420.