

OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTAMI PODDANYMI CHEMIOTERAPII Z POWODU CHŁONIAKA HODGKINA

NURSING CARE OF PATIENTS TREATED WITH CHEMOTHERAPY BECAUSE OF HODGKIN LYMPHOMA

Magdalena Kurek^{1A,B,D,E}, Tomasz Tatara^{2A,D}

¹Klinika Nowotworów Układu Chłonnego, Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie, Polska

²Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Polska

¹Department of Lymphatic Tumors, The Maria Skłodowska-Curie Memorial Cancer Centre and Institute of Oncology, Warsaw, Poland

²Public Health Institute, Faculty of Health Sciences, Warsaw Medical University, Poland

Authors' contribution | Wkład autorów:

A. Study design/planning | zaplanowanie badań • B. Data collection/entry | zebranie danych
• C. Data analysis/statistics | dane – analiza i statystyki • D. Data interpretation | interpretacja danych • E. Preparation of manuscript | przygotowanie artykułu • F. Literature analysis/search | wyszukiwanie i analiza literatury • G. Funds collection | zebranie funduszy

Adres do korespondencji:

Magdalena Kurek
Klinika Nowotworów Układu Chłonnego
Centrum Onkologii – Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie
ul. Roentgena 5
02-781 Warszawa, Polska
e-mail: magdadziwisz@gmail.com

PRZESŁANE: 11.12.2018

AKCEPTACJA: 19.01.2019

DOI: <https://doi.org/10.5114/ppiel.2018.84133>

STRESZCZENIE

Chłoniaka Hodgkina definiuje się jako chorobę nowotworową układu chłonnego cechującą się obecnością komórek pochodnych limfocytów B, zwanych komórkami Reed-Sternberga, oraz komórek Hodgkina. Jest jednym z rzadziej występujących nowotworów. Na rozwój choroby mają wpływ czynniki genetyczne oraz środowiskowe. Zazwyczaj pojawiającym się i niepokojącym objawem są wyczuwalne, niebolesne, powiększone węzły chłonne. Zaawansowana choroba może dawać przerzuty do innych narządów organizmu, takich jak płuca czy wątroba. Nieprofesjonalnie zdiagnozowana bądź nieleczona może doprowadzić do ciężkich powikłań zdrowotnych, wyniszczenia organizmu oraz zgonu. Dolegliwości towarzyszące tej chorobie utrudniają normalne funkcjonowanie i pogarszają jakość życia człowieka. Jednym ze sposobów leczenia jest chemioterapia dostosowana do stopnia zaawansowania oraz rodzaju choroby. Właściwe przygotowanie pacjenta do chemioterapii oraz łagodzenie jej skutków ubocznych znacznie ułatwia pacjentowi przejście przez proces terapeutyczny. Rola pielęgniarki wydaje się istotna, aby osiągnąć korzystne efekty leczenia. Ziarnica złośliwa stanowi poważny problem zdrowotny dla pacjentów i ich rodzin, dlatego należy objąć ich profesjonalną opieką medyczną. Warto też rozpowszechniać informacje na temat istoty tej choroby wśród społeczeństwa. Celem pracy jest przedstawienie zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentami leczonymi cytostatykami z powodu chłoniaka Hodgkina. Pracę napisano na podstawie analizy dostępnego piśmiennictwa. Dokonano przeglądu literatury, opublikowanych artykułów w czasopismach naukowych oraz wybranych stron internetowych. Praca ma charakter poglądowy.

Słowa kluczowe: pacjent, chemioterapia, personel pielęgniarski, chłoniak Hodgkina.

ABSTRACT

Hodgkin lymphoma is a cancer disease of the lymphatic system, which is characterised by presence of derivative B cell lymphocytes, called Reed-Sternberg cells and Hodgkin cells. It is one of the less common cancers. Genetic and environmental factors influence the development of this disease. The disturbing symptom, usually there is appearance of palpable, painless, and enlarged lymphoid nodes. Advanced disease can give metastases to other organs of the body, like lungs or liver. When unprofessionally diagnosed or untreated, it can lead to severe health complications, destruction of the body, and death. Complaints accompanying this disease impede normal functioning and reduce the quality of life. One of the treatment methods is chemotherapy, which is adapted to the level of advancement and the kind of disease. Proper preparation of the patient for chemotherapy and mitigation of side effects make the therapeutic process easier. The role of the nurse seems to be important to achieve beneficial effects of treatment. Hodgkin lymphoma is a serious health problem for patients and their families; therefore, they should be cared for by professional medical staff. It is also important to propagate information about the essence of this disease in society. The purpose of this work is to show nurses' tasks in the care of patients who are treated by cytostatics because of Hodgkin lymphoma. The work was written through the analysis of available literature. Literature, published articles in scientific journals, and selected websites were reviewed. The work has an illustrative character.

Key words: chemotherapy, patient, nursing staff, Hodgkin lymphoma.

WPROWADZENIE

Chłoniak Hodgkina (ICD-10: C81), nazywany także ziarnicą złośliwą lub chłoniakiem ziarnicznym, należy do złośliwych nowotworów układu chłonnego. W porównaniu z innymi chorobami onkologicznymi występuje rzadko. Liczbę zachorowań w Polsce, pośród obu płci, szacuje się na 0,5%, natomiast liczbę zgonów na 0,2%. Według najnowszych danych Krajowego Rejestru Nowotworów (KRN) w 2015 r. odnotowano 377 zachorowań i 105 zgonów wśród mężczyzn oraz 380 zachorowań i 73 zgony wśród kobiet z powodu chłoniaka Hodgkina. Większe ryzyko wystąpienia choroby istnieje u mężczyzn. Do czynników sprzyjających rozwojowi ziarnicy złośliwej zalicza się predyspozycje genetyczne oraz infekcje wirusem Epsteina-Barr, jednak etiologia nie jest do końca znana [1, 2]. Pomimo niewielkiej liczby zachorowań i zgonów z powodu choroby nowotworowej chłoniaki ziarnicze stanowią poważny problem zdrowotny dla pacjentów. Terapia bywa trudna, długotrwała, wymagająca wielu wyrzeczeń i cierpliwości. Leczeniem z wyboru jest chemioterapia, która oprócz komórek nowotworowych niszczy także zdrowe komórki organizmu. Powoduje to wiele problemów wśród pacjentów, np. nudności, wymioty, biegunki, brak apetytu, łysienie. Dolegliwości utrudniają normalne funkcjonowanie, obniżają samopoczucie i jakość życia chorych [3]. Pielęgniarka jako członek zespołu interdyscyplinarnego pomaga pacjentowi radzić sobie z trudnościami, jakie przynosi leczenie, oraz łagodzić skutki uboczne chemioterapii. Powikłania leczenia stanowią zagrożenie dla zdrowia i życia pacjenta. W związku z tym ważna jest wnikliwa obserwacja chorego, a w nagłych wypadkach – szybka reakcja personelu.

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie roli pielęgniarki podczas sprawowania opieki nad pacjentami poddawanymi chemioterapii z powodu ziarnicy złośliwej. Dotyczy to przygotowania chorego do leczenia, opieki w trakcie oraz po zakończonej terapii.

MATERIAŁ I METODY

Informacje zestawiono na podstawie przeglądu dostępnej literatury, wybranych publikacji z bazy danych PubMed oraz stron internetowych organizacji i towarzystw zajmujących się problemem leczenia ziarnicy złośliwej.

Charakterystyka chłoniaków ziarnicznych

Chłoniak Hodgkina należy do złośliwych chorób nowotworowych układu limfatycznego. Występuje częściej wśród mężczyzn niż wśród kobiet. Szczyt zachorowań przypada w wieku 15–30 lat oraz 50–55 lat.

Nie ma możliwości zapobiegania tej chorobie [1, 2]. Rokowania podczas leczenia są dość dobre. Ziarnica złośliwa cechuje się dużym odsetkiem całkowitego wyleczenia [4].

W celu zaklasyfikowania oraz określenia morfologicznych postaci chłoniaka ziarnicznego niezbędna jest mikroskopowa ocena komórek. Uwzględniany jest także obraz kliniczny oraz przebieg choroby. Po rozpoznaniu choroby należy ocenić jej stopień zaawansowania na podstawie klasyfikacji Ann Arbor, w zależności od liczby zajętych węzłów chłonnych, lokalizacji guza oraz występowania dodatkowych objawów. Według tej klasyfikacji wyróżnia się 4 stopnie zaawansowania choroby [5, 6].

W Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 chłoniak Hodgkina odpowiada kodowi C81. Według podziału Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) można wyodrębnić następujące rodzaje chłoniaka Hodgkina [5, 7]:

- klasyczny chłoniak Hodgkina (*classic Hodgkin's lymphoma*):
 - ze stwardnieniem guzkowym (*nodular sclerosis Hodgkin's lymphoma*),
 - postać mieszana (*mixed cellularity Hodgkin's lymphoma*),
 - z zanikiem limfocytów (*lymphocyte depleted Hodgkin's lymphoma*),
 - bogaty w limfocyty (*lymphocyte rich classic Hodgkin's lymphoma*),
- nieklasyczny chłoniak Hodgkina – chłoniak guzkowy z przewagą limfocytów (*nodular lymphocyte-predominant Hodgkin's lymphoma*).

ETIOLOGIA I PATOGENEZA

Istnieje kilka przyczyn występowania chłoniaka Hodgkina, jednak etiologia w większości przypadków nie jest znana. Wyższe ryzyko zachorowań stwierdza się u rodzeństwa tej samej płci pacjenta z chłoniakiem Hodgkina. Wśród bliźniąt jednojajowych z ziarnicą złośliwą ryzyko rozwoju choroby u rodzeństwa jest 99-krotnie wyższe niż wśród bliźniąt dwujajowych. Więcej zachorowań wiąże się z wyższą pozycją socjoekonomiczną oraz mniejszą liczbą dzieci w rodzinach. Może to wskazywać na predyspozycje genetyczne i/lub czynniki infekcyjne bądź środowiskowe. Większa częstość zachorowań na chłoniaka Hodgkina istnieje także wśród osób zakażonych wirusem Epsteina-Barr (*Epstein-Barr virus* – EBV), wirusem upośledzenia odporności (*human immunodeficiency virus* – HIV) oraz palących papierosy [9].

Ziarnica złośliwa charakteryzuje się obecnością dużych komórek nowotworowych Reed-Sternberga i komórek Hodgkina, które wywodzą się z komórek limfocytów B. W obrazach mikroskopowych otoczone są komórkami nienowotworowymi, takimi jak limfocyty B, limfocyty T, granulocyty, makrofagi, plazmocyty,

fibroblasty i komórki dendrytyczne. Tworzą one sieć wzajemnych interakcji, dzięki czemu utrzymują nacieki nowotworowe. Skutkuje to pojawieniem się pewnych objawów chorobowych [10].

EPIDEMIOLOGIA

Chłoniaki ziarnicze należą do rzadko występujących nowotworów. Zapadalność na świecie szacuje się w granicach 1% wśród wszystkich chorób nowotworowych oraz w granicach 30% wśród chłoniaków. Zachorowalność na chłoniaka Hodgkina w krajach rozwiniętych wynosi 2–3 przypadki na 100 tys. rocznie. W 95% przypadków diagnozowana jest postać klasyczna chłoniaka Hodgkina, pozostałe 5% to typ guzkowy z przewagą limfocytów. Według danych KRN w Polsce w 2010 r. zachorowalność na chłoniaka Hodgkina wynosiła 1,8 przypadku na 100 tys. Jest to 0,5% wśród zachorowań na nowotwory [2, 9, 11, 12].

Istnieją 2 szczyty zachorowań, pierwszy przypada na wiek 15–35 lat, drugi po 50. roku życia. W krajach rozwijających się chłoniak Hodgkina występuje znacznie częściej w dzieciństwie. Można zauważyć, że choruje więcej mężczyzn niż kobiet [2, 9].

Analizując dane statystyczne KRN z kilku ostatnich lat, można dostrzec nieco więcej notowań zachorowalności wśród kobiet oraz większą liczbę zgonów wśród mężczyzn. Różnice w liczbie zgłoszeń pomiędzy latami są niewielkie. Wahają się na poziomie od 1% do 6%. Oznacza to, że rozwój tej choroby w Polsce nie jest znaczny. Zapadalność na chłoniaka Hodgkina znacznie częściej występuje w województwach śląskim i mazowieckim. Najmniej przypadków zachorowań można zauważyć w województwach opolskim, lubuskim oraz zachodniopomorskim. Można wnioskować, iż urbanizacja ma wpływ na rozwój tej choroby [13].

ROZPOZNANIE CHOROBY

Najczęściej pojawiającym się symptomem są powiększone, niebolesne węzły chłonne. Zazwyczaj dotyczą to węzłów chłonnych przedniego śródpiersia, zlokalizowanych powyżej przepony, czyli szyjnych, nadobojczykowych i pachowych. Rzadziej występuje limfadenopatia tylnego śródpiersia, pierścienia Waldeyera oraz węzłów chłonnych pod przeponą. Objawami towarzyszącymi mogą być gorączki, nocne poty czy też utrata masy ciała powyżej 10% w ciągu ostatnich 6 miesięcy, jednak przy limfadenopatii często symptomy te nie występują. W chorobie może występować uporczywy świąd skóry, ból zajętych węzłów chłonnych po spożyciu alkoholu. Znaczna limfadenopatia w śródpiersiu może powodować kaszel, duszności, a także objawy zespołu żyły głównej górnej. Proces choroby Hodgkina rozpoczyna się miejscowo, jednak drogą naczyń limfatycznych rozprzestrzenia się na sąsiadujące węzły chłonne. W zaawansowanym

stadium choroba może zająć narządy pozawęzłowe. Najczęściej zajmowane narządy pozalimfatyczne to wątroba, płuca, kości i szpik kostny. Lokalizacja narządowa w chłoniaku Hodgkina zdarza się rzadko [9, 14].

Rozpoznanie chłoniaka Hodgkina opiera się głównie na badaniu histopatologicznym podejrzanego węzła chłonnego lub organu. Fragmenty zmienione chorobowo pobiera się za pomocą biopsji. Prawdopodobne rozpoznanie i ocena mikroskopowa materiału są bardzo istotne, ponieważ umożliwiają wdrożenie właściwego leczenia, jednocześnie zwiększając szanse powodzenia terapii. Oprócz biopsji, niezbędne są dodatkowe zalecane badania diagnostyczne. Pacjent musi zostać poddany badaniu podmiotowemu i przedmiotowemu. Lekarz przeprowadza wywiad i palpacyjnie bada węzły chłonne. Konieczne jest wykonanie badań rentgenowskich klatki piersiowej, tomografii komputerowej z kontrastem szyi, klatki piersiowej oraz brzucha, a także badania pozytonowej tomografii emisyjnej (PET) w celu wykrycia powiększonych węzłów chłonnych lub innych zmian chorobowych w narządach pozawęzłowych. Niezbędne są także badania krwi: morfologia, biochemia, OB (odczyn Biernackiego), badania w kierunku zakażenia wirusem HBV (*hepatitis B virus*), HCV (*hepatitis C virus*) oraz HIV [12].

LECZENIE

Leczenie chłoniaka Hodgkina opiera się głównie na chemioterapii w skojarzeniu z radioterapią. Dobór terapii zależy od stopnia zaawansowania choroby oraz obecności dodatkowych czynników rokowniczych [9].

Standardowym leczeniem chłoniaka Hodgkina jest podanie chemioterapii według programu ABVD (doksorubicyna, bleomycyna, winblastyna, dakarbazyna) oraz napromienianie zajętych partii ciała. Wśród grupy chorych o niekorzystnym rokowaniu, oprócz schematu ABVD wraz z napromienianiem, można alternatywnie zastosować program chemioterapii BEACOPP (bleomycyna, etopozyd, adriamycyna, cyklofosfamid, winkrystyna, prokarbazyna, prednizon) [9, 12, 15].

Schematy leczenia choroby Hodgkina znacznie ułatwiają planowanie leczenia, jednak każda terapia powinna być dostosowana indywidualnie do każdego pacjenta. Istotny jest odpowiedni dobór cytostatyków w pierwszym rzucie leczenia, stosowanie czynników wzrostu granulocytów, dzięki czemu na przykład, można uniknąć opóźnienia cykli chemioterapii, czy kontrolowanie leczenia za pomocą badań PET-CT. Podczas leczenia istnieje ryzyko nawrotu choroby lub oporności na leczenie. W takim przypadku standardowym postępowaniem jest alternatywna chemioterapia. Leczenie drugiego rzutu powinno być wysoce skuteczne w walce z komórkami nowotworowymi i jednocześnie jak najmniej toksyczne dla krwiotwórczych komórek macierzystych, tak aby umożliwić ich późniejszy przeszczep. Do najczęściej stosowanych należą schematy

zawierające cisplatynę, np. DHAP (cisplatyna, cytarabina, deksametazon), lub ICE (ifosfamid, karboplatyna, etopozyd). Po uzyskaniu odpowiedzi na leczenie wybranym schematem można zakwalifikować pacjenta do chemioterapii wg programu BEAM (karmustyna, etopozyd, arabinozyd cytozyny, melfalan) oraz autoprzeszczepienia komórek macierzystych. Alogeniczne przeszczepienie komórek macierzystych wiąże się z wysokim ryzykiem śmiertelności okołoprzeszczepowej. Istnieje także możliwość podaży nowych leków w ramach badań klinicznych [9, 12, 15].

Szczególną sytuacją jest ciąża pacjentki. Istnieje możliwość terapii, jednak jej wdrożenie zależy od kilku czynników, m.in. od stopnia zaawansowania choroby, czasu, jaki pozostał do rozwiązania, oraz opinii przyszłej matki. W I trymestrze ciąży można stosować monoterapię winblastyną, kortykosteroidy bądź alternatywnie radioterapię w małych dawkach przy wykorzystaniu specjalnych osłon na odpowiednie części ciała. Od II trymestru bezpieczne jest stosowanie schematu chemioterapii ABVD. W zaawansowanej ciąży leczenie można odłożyć do porodu. Każdy przypadek wymaga indywidualnej oceny [9].

POWIKŁANIA CHEMIOTERAPII. WSKAZÓWKI I SPOSOBY ŁAGODZENIA SKUTKÓW UBOCZNYCH

Powszechnie wiadomo, że leki cytostatyczne oprócz komórek nowotworowych niszczą także zdrowe komórki organizmu. Wiąże się to z wieloma skutkami ubocznymi. Najczęściej występującymi objawami niepożądanymi po chemioterapii są: wymioty, nudności, biegunki lub zaparcia, łysienie, stany zapalne śluzówek przewodu pokarmowego, problemy z płodnością, małe stężenie elementów morfotycznych krwi, a także zakażenia związane ze spadkiem odporności [1, 16].

Jednym z bardziej niebezpiecznych powikłań terapii cytostatykami jest obniżenie parametrów morfotycznych krwi. Mała liczba erytrocytów i trombocytów zwiększają ryzyko wystąpienia anemii oraz krwawień czy wylewów krwi pod skórą, nawet przy lekkim uderzeniu. Przy małej liczbie erytrocytów chorzy mogą odczuwać silne zmęczenie, zawroty głowy i osłabienie. W takim przypadku pacjent powinien odpoczywać i ograniczyć aktywność. Transfuzje krwi, preparaty żelaza czy preparaty przyspieszające tworzenie nowych krwinek czerwonych są często stosowane w celu uniknięcia tych problemów. Trombocytopenia oprócz tego, że przyczynia się do powstawania siniaków, sprzyja występowaniu drobnoplamistej wysypki na ciele oraz krwawieniom z nosa czy dziąseł. W takiej sytuacji nie zaleca się gorących kąpielii, noszenia zbyt ciasnych ubrań, używania szczoteczki do zębów z twardym włosiem, nici dentystycznych i wykałaczek. Używanie wymionionych rzeczy zwiększa ryzyko przerwania ciągłości tkanek oraz trudności z zatamowaniem krwa-

wienia. Niewystarczająca ilość leukocytów ułatwia drobnoustrojom wtargnięcie do organizmu, szerząc infekcje i zakażenia. Mogą one okazać się śmiertelne dla pacjenta. Dla chorego w neutropenii niewielka infekcja może być przyczyną poważnej choroby, jak zapalenie płuc czy sepsa. Istotne jest zachowanie profilaktyki poprzez utrzymanie higieny, unikanie dużych skupisk ludzi oraz kontaktów z chorymi, unikanie skałeczeń czy zranień. Pierwotne infekcje zazwyczaj powodują bakterie Gram-dodatnie i Gram-ujemne, grzyby i wirusy opryszczki zwykłej. Następnie dochodzi do zakażeń drobnoustrojami oportunistycznymi. Objawy zwiastujące przeziębienie czy grypę w tej sytuacji stają się bardzo ważne. W krótkim czasie mogą doprowadzić pacjenta do stanu zagrażającego życiu [17, 18].

Zapalenia śluzówek jamy ustnej występują często i są bolesne. Czasem na tyle, że pacjenci wymagają podawania silnych środków przeciwbólowych, np. morfiny. W znacznym stopniu potrafią utrudnić higienę jamy ustnej, przyjmowanie posiłków czy mówienie. Łagodzenie bólu oraz stanów zapalnych można uzyskać dzięki stosowaniu płynów łagodząco- leczniczych do płukania jamy ustnej, używaniu szczotki do zębów z miękkim włosiem, unikaniu gorących, kwaśnych i pikantnych potraw. Zaleca się przyjmowanie posiłków wysokowitaminowych i wysokobiałkowych. Pomocne może być ssanie kostek lodu lub mrożonego soku [16].

Cytostatyki mogą powodować nudności i wymioty. Część pacjentów może odczuwać mdłości przez cały cykl leczenia, część tylko okresowo. Sposobami łagodzenia tego problemu mogą być leki przeciwwymiotne, odpowiednie odżywianie – przyjmowanie posiłków regularnie, w małych porcjach, o niewysokiej temperaturze, unikanie przykrych zapachów. W sytuacji gdy pojawią się wymioty, ważne jest, aby przyjmować dużą ilość płynów w celu zapobieżenia odwodnieniu [16, 18].

Biegunki i zaparcia są kolejnymi skutkami ubocznymi chemioterapii. Podczas biegunek należy zapobiegać odwodnieniu, przyjmując duże ilości płynów i elektrolitów. Istotna jest dieta niskobłonnikowa. Produkty wspomagające zatrzymanie biegunki to białe pieczywo, biały ryż lub makaron, banany, twaróg, jogurt, ziemniaki, kurczak, indyk. Można zastosować leki przeciwbiegunkowe, jednak wcześniej należy przeprowadzić diagnostykę w kierunku *Clostridium difficile*. W przypadku zaparć ważne jest przyjmowanie posiłków o dużej zawartości błonnika, takich jak: pełnoziarniste pieczywo, surowe i gotowane warzywa, orzechy. Zalecany jest nawet niewielki ruch, np. spacer, oraz przyjmowanie dużej ilości płynów [16, 19].

Łysienie jest powszechnie występującym skutkiem ubocznym, jednak nie zawsze obecnym. Nie wszystkie cytostatyki powodują wypadanie włosów. Łysienie lub przerzedzenie włosów może dotyczyć nie tylko skóry głowy, ale i innych partii ciała – brwi, nóg, rąk. Włosy odrastają zazwyczaj po zakończeniu leczenia. Wcześniej

jednak należy zadbać o odpowiednią pielęgnację włosów. Powinno się używać delikatnych szamponów, unikać farbowania czy ondulacji. Można rozważyć skorzystanie z okryć głowy: peruki, turbanów, chustek [16]. Wielu pacjentów, szczególnie kobiet, obawia się łysienia podczas chemioterapii. Istnieje sposób, który pomaga zapobiec lub zminimalizować wypadanie włosów. Jest to powszechnie znana krioterapia. Mieszki włosowe wystarczy schłodzić do temperatury 22°C, aby zredukować ryzyko wypadania włosów [20].

Pewne leki cytostatyczne mogą być przyczyną zaburzeń płodności. Wśród kobiet wzrasta ryzyko zaburzeń miesiączkowania oraz wcześniejszej menopauzy, ponieważ chemioterapia jest toksyczna dla jajników. Mogą wystąpić takie objawy, jak uderzenia gorąca, suchość skóry i błon śluzowych. Jest to związane ze zmianami hormonalnymi. Toksyczność leków stosowanych wśród mężczyzn może prowadzić do zaburzeń spermatogenezy. Współżyjący pacjenci powinni stosować środki antykoncepcyjne. Cytostatyki mogą uszkodzić płuca lub przyczynić się do powstania wad rozwojowych [1, 21]. Kobiety po zakończonym leczeniu przeciwnowotworowym mają duże szanse na urodzenie zdrowego dziecka, obarczone są jednak ryzykiem porodu przedwczesnego [22]. Pacjentom planującym potomstwo zaleca się rozważenie przechowania nasienia oraz tkanek jajnika [12].

OPIEKA NAD PACJENTAMI PODDANYMI CHEMIOTERAPII

Chemioterapia jako jeden ze sposobów leczenia przeciwnowotworowego niesie ze sobą korzyści oraz pewne problemy. Pacjenci poddawani leczeniu obawiają się o przebieg terapii, swoje zdrowie i życie. Pielęgniarka, która spędza z pacjentem najwięcej czasu spośród całego zespołu interdyscyplinarnego, ma za zadanie zapewnić choremu holistyczną opiekę.

PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO CHEMIOTERAPII

Odpowiednie przygotowanie do leczenia przeciwnowotworowego jest ważne dla chorego, personelu medycznego oraz procesu terapeutycznego, choć bywa czasem nie lada wyzwaniem. Pacjentom często towarzyszą negatywne emocje, niepokój i obawa o przyszłość, niewiedza o terapii. Każdy chory wymaga indywidualnego rozpoznania potrzeb biopsychospołecznych oraz całościowej opieki. Przygotowanie do terapii rozpoczyna się w momencie przyjęcia pacjenta na oddział i wyrażenia przez niego zgody na leczenie. Istotnym punktem jest komunikacja. Ze względu na stan psychiczny pacjenta może być utrudniona. Część chorych może mieć stany depresyjne, część może reagować agresywnie. Sama informacja o chorobie nowotworowej jest dla pacjentów trudna

do przyjęcia, stawia ich w zupełnie nowej sytuacji życiowej. Rozmowa pielęgniarki z chorym ma na celu oszacowanie kondycji psychicznej (pacjenci mogą wymagać pomocy psychologa czy też psychiatry) i fizycznej oraz innych problemów pacjenta, zapoznanie ze świadczeniami pielęgniarskimi, edukację zdrowotną w wybranym zakresie. Istotna wydaje się znajomość schematu leczenia dla pacjenta – pielęgniarka może wówczas przedstawić choremu możliwe skutki uboczne oraz wskazówki, jak sobie z nimi radzić. Ważne jest zapoznanie pacjenta z topografią oddziału, sali, innymi pacjentami [23]. Przed podaniem cytostatyków zalecanych w chorobie Hodgkina ważne jest zapewnienie choremu wklucia dożylnego. W zależności od stanu naczyń obwodowych można zastosować wenflon, wklucie centralne lub port naczyniowy. Każde z wkluczeń wymaga profesjonalnej pielęgnacji. Po diagnozie pielęgniarskiej i rozpoznaniu problemów pielęgniarka rozpoczyna zindywidualizowany proces pielęgnowania [24].

OPIEKA NAD PACJENTEM W TRAKCIE CHEMIOTERAPII

Zanim pielęgniarka rozpocznie podawanie cytostatyków, ważna jest identyfikacja pacjenta oraz zgodne z procedurami przygotowanie leków, zgodnie ze zleceniem lekarskim. Przed rozpoczęciem infuzji wklucie powinno być przepłukane 0,9-procentowym roztworem NaCl w celu sprawdzenia drożności oraz po zakończeniu infuzji, aby lek został podany w całości i nie zalegał w kaniuli. Pacjenci powinni być poinformowani o konieczności zgłaszania niepokojących objawów zarówno związanych z wkluciem, jak i somatycznych. Chorzy często wstydzą się swoich problemów, ważne jest zatem zdobycie zaufania pacjenta, aby zapewnić mu komfort [23]. Podczas przetaczania cytostatyków istnieje ryzyko wynaczynienia leku. Jest to przypadkowe i niezamierzone wydostanie się leku poza naczynie żyłne, które może uszkadzać otaczające tkanki. W takim przypadku pielęgniarka powinna natychmiast wdrożyć obowiązującą procedurę postępowania, aby ograniczyć działania niepożądane. Do wynaczynień leków cytostatycznych dochodzi w 0,1–7% przypadków. Poważne komplikacje powoduje 1%. Skutki wynaczynienia mogą być zróżnicowane, poczynając od niewielkiego zaczerwienienia po głębokie owrzodzenia wymagające interwencji chirurgicznej. Zależy to od rodzaju i ilości wynaczynionego leku, kondycji żył i ogólnego stanu organizmu. Stosowane w leczeniu chłoniaka Hodgkina doksorubicyna, winkrystyna, winblastyna, etopozyd powodują głębokie owrzodzenia. Drażniące ściany leki to dakarbazyna i prokarbazyna. Niedrażniące są bleomycyna i cyklofosfamid. W przypadku wynaczynienia należy natychmiast wstrzymać podawanie leku, bez usuwania wklucia. Następnie należy zidentyfikować wynaczyniony lek, oszacować jego objętość

i poinformować lekarza. Za pomocą zestawu do zaopatrzenia wynacznienia należy zaznaczyć uszkodzone miejsce i zaaspirować przy użyciu strzykawki o objętości minimum 5 ml wynaczniony lek. O ile istnieje antidotum, należy je zastosować na zlecenie lekarza w celu zneutralizowania działania leku oraz usunąć wkłucie. Kolejno trzeba zastosować okłady – ciepłe (np. winkrystyna, winblastyna) wraz z ostrzykiwaniem hialuronidazą lub zimne (np. doksorubicyna) w połączeniu z 99-procentowym dimetylosulfotlenkiem (DMSO), w zależności od rodzaju wynacznionego leku. Uszkodzoną kończynę należy układać wyżej. Lekarz może zlecić leki przeciwzapalne i przeciwbólowe. Zdarzenie niepożądane powinno zostać odnotowane w dokumentacji [25, 26]. Szczególnej uwagi wymagają pacjenci przyjmujący chemioterapię po raz pierwszy. Zdarza się, że niektóre cytostatyki powodują reakcje alergiczne. Gorączka, wysypka, podwyższenie ciśnienia tętniczego czy chrypka mogą wskazywać na uczulenie. W takiej sytuacji przerywa się podawanie chemioterapii, a na zlecenie lekarza podaje się leki przeciwalergiczne [23].

Warto zwrócić uwagę na zespół lizy guza (*tumor lysis syndrome* – TLS). Ten stan może prowadzić do poważnych powikłań, takich jak ostra niewydolność nerek, serca, ośrodkowego układu nerwowego, a w konsekwencji do zgonu. Dlatego ważne jest oszacowanie ryzyka wystąpienia rozpadu guza, wdrożenie profilaktyki poprzez nawadnianie, podaż allopurynolu i leków wiążących fosforany oraz obserwacja pacjenta. Bardziej zagrożeni są pacjenci z dużym, gwałtownie powiększającym się guzem, chorzy z niewydolnością nerek lub hiperurykemią. Zespół rozpadu guza powstaje najczęściej w wyniku masywnej śmierci komórek nowotworowych spowodowanej leczeniem. Obumieranie tych komórek wyzwala w krwiobiegu duże stężenie fosforu, potasu, kwasu moczowego i innych metabolitów purynowych, w ogromnych, szkodliwych dla organizmu ilościach. Najczęściej występują w nowotworach hematologicznych [19, 27].

PRZYGOTOWANIE PACJENTA DO SAMOOPIEKI W WARUNKACH DOMOWYCH

Przygotowując pacjenta do wypisu, pielęgniarka sprawuje głównie funkcję edukacyjną. Powinna poinformować o możliwych problemach i skutkach ubocznych leczenia oraz nauczyć go, w jaki sposób samodzielnie bądź z pomocą rodziny chory może sobie z nimi poradzić. Dodatkowo może polecić ulotki, broszury informacyjne itp., aby ułatwić choremu przyswojenie wiadomości. Należy podkreślić, które sytuacje będą wymagały pomocy medycznej. Pacjent i jego rodzina muszą zostać poinformowani, jak postępować w nagłych, awaryjnych wypadkach. Zagrożające sytuacje dla pacjenta po chemioterapii to: gorączka powyżej 38°C, nagłe bóle, duszność i kaszel, krwawienie, zaburzenia przytomno-

ści lub świadomości, ostra biegunka i wymioty, które mogą prowadzić do odwodnienia, zatrzymanie moczu. W tym punkcie rola pielęgniarki jest ważna, gdyż musi uświadomić chorego o istocie odpowiedzialności za swoje zdrowie i powierzenia w swoje ręce [23].

PODSUMOWANIE

Pielęgnacja pacjentów z chłoniakiem Hodgkina stanowi istotny problem w pielęgniarstwie. Wymaga mnóstwo wysiłku, pracy i cierpliwości ze strony personelu, aby zapewnić pacjentowi odpowiednią opiekę oraz jakość życia w trakcie chemioterapii. Osoby bezpośrednio pracujące z chorymi na złośliwą chorobę muszą posiadać dużą wiedzę, a także umiejętności praktyczne. Powikłania po leczeniu mogą być zagrożeniem dla zdrowia i życia pacjenta. W związku z tym pielęgniarki, które spędzają z pacjentami dużo czasu, zazwyczaj pierwsze rozpoznają niepokojące symptomy oraz podejmują działania ratunkowe. W nagłych wypadkach pacjenci często nie współpracują z personelem i utrudniają czynności medyczne. W opiece nad pacjentem z chłoniakiem Hodgkina kluczowe jest postępowanie zgodnie z obowiązującymi procedurami oraz aktualizowanie wiedzy zgodnie z istniejącymi standardami. Zawód pielęgniarki wymaga ciągłego rozwoju, nauki i zdobywania nowych doświadczeń. Ważnym elementem mającym wpływ na podnoszenie jakości świadczeń wydaje się wykorzystywanie badań naukowych w codziennej pielęgniarstwie praktyce klinicznej.

Oświadczenie

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

- Piotrowski J. Nowotwory układu krwiotwórczego. W: Onkologia. Podręcznik dla studentów medycyny. Kułakowski A, Skowrońska-Gardas A (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2003; 205-207.
- Dostępne na: <http://onkologia.org.pl/chloniak-hodgkina-c81/> (dostęp 10.10.2018).
- Jędrusik Z, Koper A, Kaźmierczak B i wsp. Opieka pielęgniarstwa w chemioterapii. W: Koper A. Pielęgniarstwo onkologiczne. Podręcznik dla studiów medycznych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2012; 233-263.
- Wróbel T. Chłoniak Hodgkina. W: Onkologia kliniczna. Krzakowski M, Potemski P, Warzocha K (red.). Via Medica, Gdańsk 2015; 3: 1423-1435.
- Meder J. Chłoniak Hodgkina. W: Szczeklik A, Gajewski P. Interna Szczeklika 2015. Medycyna Praktyczna, Kraków 2015: 1778-1784.
- Lech-Marańda E, Warzocha K. Ocena stopnia zaawansowania i odpowiedzi na leczenie u chorych na chłoniaka Hodgkina i chłoniaki nie-Hodgkina – rekomendacje Międzynarodowej Grupy Roboczej z Lugano. Hematologia 2015; 6: 223-232.
- Hansmann ML, Willenbrock K. WHO classification of Hodgkin's lymphoma and its molecular pathological relevance. Pathologie 2002; 23: 207-218.

8. Dostępne na: https://www.csioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/Wytyczne/statystyka/icd10tomi_56a8f5a554a18.pdf (dostęp 15.10.2018).
9. Wróbel T. Chłoniak Hodgkina. W: Zalecenia postępowania diagnostyczno-terapeutycznego w nowotworach złośliwych – 2013. Krzakowski M, Warzocha K (red.). Via Medica, Gdańsk 2013; 2: 981-990.
10. Smolewski P. Patogeneza i leczenie pierwszoliniowe chłonia-ka Hodgkina. Acta Haematol Pol 2011; 42: 483-491.
11. Huang X, Nolte I, Gao Z i wsp. Epidemiology of Classical Hodgkin Lymphoma and Its Association with Epstein Barr Virus in Northern China. PLoS One 2011; 6: e21152.
12. Eichenauer DA, Aleman BMP, André M i wsp. Hodgkin lymphoma: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow up. Ann Oncol 2018; 29: iv19-iv29.
13. Dostępne na: http://onkologia.org.pl/raporty/#wykres_slupkowy (dostęp 23.10.2018).
14. Smolewski P. Chłoniak Hodgkina. Post Nauk Med 2012; 9: 729-744.
15. Dostępne na: https://www.nccn.org/patients/guidelines/quick_guides/hodgkin/classical_hl_treatment/files/assets/basic-html/page-1.html# (dostęp 3.11.2018).
16. Jędrusik Z, Koper A. Zalecenia konsultanta krajowego. Opieka pielęgniarska w trakcie podawania cytostatyków. Mag Pielęgni Potoż 2007; 1-2: 46.
17. Kancik E, Milaniuk S, Prystupa A i wsp. Powikłania po chemioterapii w praktyce lekarza internisty. Med Og Nauk Zdr 2014; 20: 444-448.
18. Dostępne na: <https://hematoonkologia.pl/edukacja/leczenie-wspomagajace-news/id/536-leczenie-przeciwwymiotne/> (dostęp 4.11.2018).
19. Dostępne na: <https://podyplomie.pl/medycyna/10742-powiklania-internistyczne-po-chemioterapii-i-radioterapii> (dostęp 4.11.2018).
20. Katz A. Scalp cooling. The prevention of chemotherapy – induced alopecia. Clin J Oncol Nurs 2017; 21: 413-415.
21. Dostępne na: <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/chemotherapy-and-you.pdf> (dostęp 4.11.2018).
22. Markowska A, Pawatowska M, Markowska J i wsp. Wpływ leczenia onkologicznego na płodność kobiet i posiadanie potomstwa. Ginekol Pol 2010; 81: 446-451.
23. Pasek M, Zaborowska A. Opieka nad pacjentem poddanym chemioterapii. W: Interdyscyplinarna opieka nad pacjentem z chorobą nowotworową. Dębska G, Pasek M (red.). Oficyna Wydawnicza AFM, Kraków 2011; 11-16.
24. Górajek-Jóźwik J. Podstawy i założenia zindywidualizowanego pielęgnowania. W: Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Zahradniczek K (red.). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006; 140-177.
25. Niewodniczańska-Góra K. Komplikacje związane z podażą leków cytotoksycznych. Wnuczynienia. Farm Pol 2010; 66: 141-146.
26. Jobda B, Pasek M, Czyżykowska U i wsp. Wnuczynienia leków przeciwnowotworowych. Profilaktyka – Postępowanie terapeutyczne – Edukacja pacjentów. Rekomendacje Polskiego Stowarzyszenia Pielęgniarek Onkologicznych. Warszawa 2017; 5-16.
27. Lewis MA, Wahner Hendrickson A, Moynihan TJ. Oncologic emergencies. Pathophysiology, presentation, diagnosis and treatment. CA Cancer J Clin 2011; 61: 287-314.