Pielęgniarstwo Polskie 2013, 3 (49), 235–242

OPIEKA PIELĘGNIARKI NAD DZIECKIEM Z GUZEM WILMSA NA PODSTAWIE ANALIZY KONKRETNEGO PRZYPADKU

NURSING CARE OF CHILDREN WITH WILMS' TUMOR BASED ON HE ANALYSISOF THE CASE

Samanta Sturmowska[1], Olga Jakubczak[1], Katarzyna Nowak[1], Małgorzata Sypniewska[1], Agnieszka Wróbel-Bania[2], Aneta Zreda-Pikies[2]

[1]Studenckie Koło Naukowe przy Zakładzie Pielęgniarstwa Pediatrycznego
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu
[2]Zakład Pielęgniarstwa Pediatrycznego
Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Andrzej Kurylak

Streszczenie

Celem niniejszej pracy było ułatwienie sprawowania kompleksowej opieki przez pielęgniarkę nad dzieckiem z guzem Wilmsa, poprzez ustalenie i opisanie dokładnych problemów pielęgnacyjnych występujących u tego pacjenta. Aby to osiągnąć, w pracy zostały przedstawione niezbędne treści, ukazujące obraz kliniczny guza Wilmsa. Zostało spełnione zamierzenie przybliżenia sylwetki pacjenta poprzez opis idealnego, teoretycznego wzoru pacjenta z guzem Wilmsa oraz opis realnego przypadku pacjenta. Metody wykorzystane w tej pracy to wywiad, obserwacja pielęgniarska, analiza udostępnionej dokumentacji medycznej, kwestionariusz wywiadu. Pielęgniarka, aby móc sprawować kompleksową opiekę powinna zdawać sobie sprawę, iż ważne jest ocenianie stanu nie tylko fizycznego, ale również psychicznego i społecznego. W pracy zostały szczegółowo opisane problemy bio-psycho-społeczne pacjenta poddanego leczeniu onkologicznemu, na które pielęgniarka powinna zwrócić szczególną uwagę. Zawarte zostały również wskazówki odnośnie do postępowania w przypadku pojawiania się danych komplikacji. Nie należy jednak zapominać, iż medycyna jest dziedziną, która cały czas się rozwija. Dlatego warto śledzić jej postępy, z nadzieją odkrycia złotego środka na szybkie i lekko przebiegające wyleczenie chorób nowotworowych. Wykorzystanie informacji zawartych w tej pracy pomoże i podpowie nie tylko jak odpowiednio zająć się pacjentem z guzem nerki, lecz również jak postępować z innymi dziećmi objętymi leczeniem onkologicznym.

Słowa kluczowe: guz Wilmsa, onkologia dziecięca, opieka, pielęgniarka.

Abstract

The aim of this study was to facilitate comprehensive nursing care for children with Wilms' tumor by identifying and describing the exact care problems in this patient. To achieve this, we showed the necessary content of the clinical picture of Wilms' tumor. We described the ideal, theoretical model of Wilms' tumor patient and a case study. The methods used in this study include interview, observation, shared analysis of medical records, interview questionnaire. To be able to perform complex care a nurse should be aware that it is important to assess not only patient's physical development but also mental and social development. The paper described the patient's bio-psycho-social problems which should be of special interest to nurses. Also included are tips on dealing with the emergence of data complexity. However, do not forget that medicine is constantly evolving. It should therefore follow its progress with the hope of discovering the "golden drug" to cure cancer quickly and easily. Use of the information contained in this work will help you and tell you not only how to properly take care of patients with kidney tumors, but also how to deal with other children affected by oncological treatment.

Key words: Wilm's tumor, pediatric oncology, nursing, nurse.

Guz Wilmsa (nephroblastoma, nerczak zarodkowy, nerczak płodowy) jest nowotworem złośliwym nerki, który występuje u dzieci. Nerczak zarodkowy jest jednym z najczęściej występujących nowotworów nerek, gdyż stanowi on aż 90% wszystkich guzów nerek u dzieci, a 6–7% nowotworów dziecięcych. Klasyfikuje to nerczaka zarodkowego na 6. miejscu ogólnego rankingu występowania nowotworów wieku dziecięcego [1]. Nephroblastoma w 5–10% przypadków objawia się obustronnie. Najczęściej wykrywa się go w 2.–5. roku życia (90% zachorowań). Postać rodzinna występuje bardzo rzadko, zaledwie u 1–2% przypadków guza [1, 2, 3, 4, 5].

Przyczyny powstawania guza Wilmsa nie zostały jeszcze dokładnie zbadane. Jednakże ustalono, że guz ten występuje 1,5 razy częściej u osób pochodzących z Afryki niż w rasie białej [4]. Najrzadziej spotyka się nephroblastomę u Azjatów [6]. Zauważono również, że guz występuje niewiele częściej u dziewczynek niż chłopców [7].

Nerczak płodowy często zostaje wykryty dopiero w zaawansowanym stadium, gdyż daje nietypowy obraz kliniczny. Początkowo guz rozwija się bezobjawowo. Cechą charakterystyczną tego nowotworu jest jego gwałtowny wzrost. Zazwyczaj dopiero to umożliwia jego przypadkowe rozpoznanie. Do innych objawów klinicznych należą bóle brzucha, niezidentyfikowane gorączki, wychudzenie, krwinkomocz, rzadziej krwiomocz. U niektórych dzieci występują również nudności, wymioty, brak łaknienia. Niedokrwistość może świadczyć o krwawieniu do guza. Jeśli taka sytuacja będzie miała miejsce, dzieci będą osłabione, ich skóra będzie blada. Niekiedy występuje podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, wynikające z uwalniania reniny przez zmienioną nowotworowo nerkę. Guz ten może osiągać bardzo duże rozmiary (stanowi to problem przy leczeniu chirurgicznym). Zdarzają się również zakażenia układu moczowego oporne na antybiotykoterapię [6, 8, 9, 10].

Leczenie nerczaka zarodkowego od niedawna przynosi zamierzone efekty. Dzięki współpracy lekarzy z różnych dziedzin, takich jak chirurgia, onkologia dziecięca, radioterapia, odsetek pacjentów wyleczonych, niezależnie od stopnia zaawansowania nowotworu, znacznie wzrósł [10]. Guz Wilmsa leczy się stosując chemioterapię, leczenie chirurgiczne, radioterapię.

Guza Wilmsa nie leczy się jak najmniejszym kosztem, lecz za wszelką cenę, dlatego też u pacjentów mogą wystąpić późne skutki uboczne, takie jak: popromienne uszkodzenia narządów, zwyrodnienia kręgosłupa, deformacja tułowia, zaniki mięśniowe, a u 1 na 10 osób leczonych może rozwinąć się drugi nowotwór [3, 4].

Problemy pielęgnacyjne występujące w opiece nad dzieckiem z guzem Wilmsa

Leczenie guza Wilmsa wiąże się z możliwością wystąpienia wielu powikłań wynikających z zastosowania chemioterapii i radioterapii. Pielęgniarka powinna rozpoznać problemy zdrowotne i potrzeby dziecka oraz wdrożyć postępowanie niwelujące.

Ból jest niewątpliwym elementem towarzyszącym chorobie nowotworowej. U dzieci z guzem Wilmsa ból zlokalizowany jest w okolicy lędźwiowej. Zadaniem pielęgniarki jest jak najlepsza ocena jakościowa i ilościowa bólu, określenie jego rodzaju oraz skuteczności wcześniejszych działań przeciwbólowych. Pielęgniarka powinna również zwrócić uwagę na stan psychiczny małego pacjenta. Do oceny stopnia nasilenia bólu pielęgniarka wykorzystuje różnego rodzaju skale, m.in. numeryczną (np. skala VAS), werbalną (opisanie bólu przy użyciu określeń: brak bólu, słaby, umiarkowany, silny, bardzo silny), wizualną (np. skala bólu według Oucher, przedstawiająca 6 ikon twarzy ukazujących ból, z oceną od 0 do 100 punktów, dla dzieci poniżej 6. roku życia). U małych dzieci obserwuje się zachowania mogące świadczyć o cierpieniu fizycznym, takie jak: płacz, grymas na twarzy, obniżona zdolność koncentracji, trudności w zasypianiu, brak zainteresowania otoczeniem oraz zaburzenia ruchowe. Ważne jest, aby prawidłowo określić rodzaj bólu (ostry, przewlekły, czy przebijający). Po zebraniu potrzebnych informacji, pielęgniarka może rozpocząć działania mające na celu minimalizowanie danego problemu. Wyróżnia się dwie metody zwalczania bólu. Pierwszą z nich jest metoda farmakologiczna minimalizacji bólu, która polega na użyciu leków przeciwbólowych z poszczególnych grup drabiny analgetycznej (analgetyków nieopioidowych, opioidów stosowanych w leczeniu bólu umiarkowanego oraz opioidów stosowanych w silnym bólu). Decyzję o zmianie leku podejmuje lekarz. Druga to niefarmakologiczna metoda minimalizacji bólu. Należy do niej odpowiednie przygotowanie psychiczne małego pacjenta do wszystkich działań (np. zabiegi diagnostyczne), jakie będą wykonywane. Ważnym elementem łagodzącym ból jest również obecność rodziców podczas zabiegów. Zmniejsza to lęk dziecka i daje poczucie bezpieczeństwa. Pielęgniarka powinna rozmawiać z dzieckiem podczas wykonywanych badań, wspierać je słownie pochwałami i aktywizować do współpracy. Niefarmakologiczną metodą jest również wyszkolenie dziecka w zakresie samokontroli natężenia bólu poprzez naukę miarowego oddychania, przyjmowanie właściwej postawy, relaksacji. Sprawdzoną metodą jest odwracanie uwagi dziecka od wykonywanej czynności, dzięki zastosowaniu muzykoterapii, pokazaniu zdjęć, zabawek, opowiadaniu bajek. Pielęgniarka powinna wykonywać wszystkie czynności delikatnie, kierować się empatią i zrozumieniem. Ostatnią wskazówką jest zastosowanie dotyku: przytulanie, głaskanie, masowanie, kołysanie. Pielęgniarka powinna ująć powyższe działania w planie opieki, aby zapewnić kompleksowe minimalizowanie dolegliwości bólowych, z którymi boryka się dziecko [11, 12, 13].

Kolejnym problemem pojawiającym się podczas leczenia dziecka z guzem Wilmsa jest niepokój. Aby móc go zniwelować, należy najpierw poznać przyczyny jego powstawania. Do najczęstszych czynników wywołujących niepokój należą: poczucie zagrożenia życia, obniżenie samooceny oraz zmniejszone poczucie komfortu psychicznego (niezaspokojona potrzeba miłości, akceptacji, uznania). Skutkiem tego, u dzieci zwiększa się obawa i lęk przed diagnozą i leczeniem, i jego następstwami oraz możliwością nawrotu choroby. Zadaniem pielęgniarki jest zmniejszenie odczuwanego niepokoju. Ma to istotne znaczenie w leczeniu i znacznie wpływa na jakość życia i rozwój psychiczny dziecka. Jeśli przyczyna niepokoju została poznana, należy ocenić zapotrzebowanie na informacje i wsparcie. Pozwoli to zmniejszyć odczuwanie tego nieprzyjemnego doznania. Powinno stwarzać się możliwości swobodnego wyrażenia emocji poprzez rozmowę, informowanie na bieżąco dziecka i jego rodziców o przebiegu leczenia oraz jego skutkach. Lepiej jest dla pacjenta, jeśli personel, który się nim

opiekuje, nie ulega rotacji. Aby dziecko i rodzice lepiej się poczuli, warto oprowadzić ich po oddziale, zapoznać z jego wyposażeniem i różnego rodzaju odgłosami. Uspokoją się również, jeśli zostaną odpowiednio wyedukowani w kierunku leczenia operacyjnego, chemioterapii i radioterapii. Warto w tym celu wykorzystać zabawki terapeutyczne i inne rzeczy, które ułatwią dziecku zrozumienie, iż nerka zostanie usunięta wraz z guzem nowotworowym oraz że wycinki zostaną poddane badaniu histopatologicznemu. Należy wyjaśnić rodzicom i małemu pacjentowi wszystkie niejasności. Pomocne w zwalczaniu niepokoju jest aktywizowanie dziecka do nauki i spełniania obowiązków szkolnych. Powinno się stawiać dziecku wymagania oraz konsekwentnie je egzekwować. Zapewni to pacjentowi poczucie równości z innymi dziećmi oraz sprawi, że poczuje się ważny. Wyżej wymienione działania zmniejszą niepokój dziecka w trakcie leczenia guza Wilmsa [7, 13].

Nadciśnienie tętnicze krwi u dzieci z guzem Wilmsa stwierdza się, jeśli średnia wartość skurczowego ciśnienia tętniczego i(lub) rozkurczowego ciśnienia tętniczego kilku pomiarów wykonanych w odstępach czasowych znajduje się powyżej 95 centyla dla płci, wieku i wzrostu. Pielęgniarka powinna pamiętać o zasadach prawidłowego pomiaru ciśnienia tętniczego, aby nie dopuścić do błędnych jego odsłuchów. Zaleca się, aby dziecko przed pomiarem nie posilało się energetyzującymi pokarmami ani napojami. Powinno przed każdym badaniem posiedzieć spokojnie ok. 7 minut. Pozycja dziecka musi być siedząca, podparte plecy, stopy swobodnie leżące na podłodze, badana kończyna górna podparta, umieszczona równolegle łokciem do poziomu serca. Istotny jest również dobór mankietu o odpowiedniej szerokości. Wyboru należy dokonać, biorąc pod uwagę rozmiar ramienia dziecka. Uzyskane pomiary porównuje się przy użyciu siatek centylowych rozkładu ciśnienia, z uwzględnieniem płci i wieku małego pacjenta. Pozwalają one szybko i w łatwy sposób interpretować wynik. Pielęgniarka powinna pamiętać o możliwości wystąpienia nadciśnienia „białego fartucha". Jeśli ciśnienie jest wysokie, pielęgniarka powinna potwierdzić wynik na drugim ramieniu oraz kończynie dolnej. Wszystkie pomiary powinny być spisywane i dołączane do dokumentacji, aby miały do niej dostęp wszystkie osoby z zespołu terapeutycznego. Leczenie nadciśnienia u dzieci z guzem Wilmsa polega na wdrożeniu farmakoterapii oraz ograniczeniu spożywania soli kuchennej (1,2 g sodu/dobę). Pielęgniarka pilnuje, aby dziecko przyjęło zlecone leki przeciwnadciśnieniowe [14].

Częstym skutkiem ubocznym, i zarazem problemem pielęgnacyjnym, jest pieczenie i bolesność w trakcie oddawania moczu. Są to specyficzne objawy zakażenia układu moczowego, jednak u dzieci nie zawsze one występują. Dlatego też trudno jest je rozpoznać u małych pacjentów. W bardziej zaawansowanym zakażeniu mogą wystąpić: gorączka, wymioty, biegunka, brak apetytu. Czasami powiązane z zakażeniem układu moczowego są zaburzenia w oddawaniu moczu. Mogą nasilić się (lub wystąpić po raz pierwszy) moczenia nocne i dzienne, częstomocz lub zatrzymanie moczu. W zależności od przyczyny (wady wrodzone układu moczowego, przyczyny na tle psychologicznym) wdraża się odpowiednie postępowanie [7, 15].

U dzieci z rozpoznaną nephroblastomą niekiedy pojawia się oporna na leczenie niedokrwistość. Powstaje ona w wyniku wydzielania niedostatecznej ilości erytropoetyny przez nerki. Taki stan rzeczy może być wywołany niedoborem żelaza, niedożywieniem, długotrwałym stanem zapalnym oraz utratą krwi. Objawy kliniczne niedokrwistości to: stężenie hemoglobiny < 11 g/dl, a hematokryt < 33%. Do specyficznych objawów niedokrwistości należą: osłabienie, bezsenność, zmniejszenie sprawności umysłowej i ruchowej, osłabiona odporność, zaburzenia metabolizmu, utrata apetytu i postępujące niedożywienie, a także zaburzenia wzrostu. Leczenie niedokrwistości polega na uzupełnianiu niedoborów żelaza oraz podaniu czynników stymulujących erytropoezę. Oporność na leczenie u dzieci z guzem Wilmsa objawia się tym, iż pomimo podawania leku stężenie hemoglobiny nie osiąga prawidłowych wartości. Do działań niepożądanych zalicza się: nadciśnienie tętnicze, powikłania zakrzepowo-zatorowe, objawy grypopochodne, hiperkaliemię. Niedokrwistość jest przyczyną niedokrwienia i niedotlenienia wszystkich tkanek organizmu. Powoduje ona zmniejszenie lepkości krwi. Ze względu na te zaburzenia krzepnięcia wskazane jest, aby dziecko podczas toalety jamy ustnej stosowało odpowiednie techniki i używało miękkiej szczoteczki do mycia zębów. Następstwem niedokrwistości może być również częstoskurcz, zatrzymanie wody i soli w organizmie. Pielęgniarka powinna kontrolować dietę dziecka z niedokrwistością oraz stwarzać bezpieczne warunki, zmniejszające ryzyko urazu. Powinno się unikać inwazyjnych metod badania bez konsultacji z hematologiem. Jeśli stężenie hemoglobiny będzie niższe od 11g/dl, odradza się również stosowanie znieczulenia ogólnego. Czasami niedokrwistość jest objawem świadczącym o krwawieniu do guza. Niekiedy wskazane jest przetaczanie krwi. Pielęgniarka powinna być przeszkolona w zakresie przetaczania krwi i jej składników [16].

Następstwem nephroblastomy może być nieprawidłowy stan odżywienia organizmu. Objawia się to wychudzeniem dziecka. Do takiego stanu dochodzi w wyniku braku apetytu, nudności, wymiotów, czasami bólu brzucha. Najodpowiedniejszym działaniem w niedożywieniu jest ustalenie przez dietetyka diety z adekwatnym uwzględnieniem zapotrzebowania energetycznego dziecka [7, 15].

Chemioterapia jest skutecznym leczeniem przeciwnowotworowym. Wiąże się jednak z tym wiele powikłań. Pielęgniarka powinna jak najszybciej wykryć szkodliwe skutki uboczne leczenia u pacjenta i prowadzić działania zmniejszające ryzyko ich wystąpienia [17].

Podczas chemioterapii zadaniem pielęgniarki jest prowadzenie profilaktyki niedokrwistości oraz zakażeń. Dzieci leczone cytostatykami wymagają uzupełniania niedoborów żelaza, witaminy B12 oraz kwasu foliowego [17]. Chemioterapia ma działanie upośledzające szpik kostny. Po tygodniu stosowania leków cytostatycznych zaczyna zmniejszać się liczba granulocytów we krwi, przez co odporność jest osłabiona. Istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia zakażenia. Pielęgniarka powinna dopilnować, aby osoby odwiedzające dziecko nie były zainfekowane. Rodzice powinni doprowadzić do jak najmniejszego ryzyka wystąpienia urazu. Wprowadza się reżim sanitarny. Dziecko powinno stosować się do zaleceń higienicznych (mycie zębów po każdym posiłku, mycie rąk po skorzystaniu z toalety). W szczególności należy pielęgnować układ moczowo-płciowy. Pielęgniarka powinna prowadzić obserwację pacjenta w kierunku powstawania krwawych wybroczyn i siniaków. Wskazane jest, aby – na ile to możliwe – dziecko ograniczyło aktywność fizyczną [18].

Skutkiem ubocznym chemioterapii może być wystąpienie uszkodzeń błony śluzowej jamy ustnej i gardła. W wyniku tych zmian powstają nadżerki, owrzodzenia oraz podrażnienia błony śluzowej. Może pojawić się również suchość jamy ustnej. Powstałe infekcje stają się przyczyną bólu i utraty apetytu [18]. Pielęgniarka powinna obserwować stan jamy ustnej i monitorować wszelkie zmiany. Najlepszym przeciwdziałaniem infekcji jest systematyczna higiena jamy ustnej. Dziecko powinno myć zęby miękką szczoteczką po każdym posiłku. Nie zaleca się podawania pacjentowi drażniących i kwaśnych potraw. Wskazane jest stosowanie diety wysokobiałkowej i wysokowitaminowej. Pielęgniarka powinna poradzić, aby posiłki miały konsystencję papkowatą i były miękkie. Zaleca się podawanie napoi o letniej temperaturze przez słomkę. Aby zniwelować dolegliwości piekących ust, powinno się je pielęgnować tłustymi preparatami. Do płukania jamy ustnej nie należy stosować środków zawierających alkohol i glicerynę, ponieważ nasilają suchość i ból śluzówki. Dzieciom można podawać leki przeciwbólowe działające ogólnie lub miejscowo. Wszelkie nieprawidłowości w jamie ustnej należy zgłosić lekarzowi [18, 19]. Środkiem stosowanym najczęściej w terapii zapalenia błony śluzowej jamy ustnej jest Caphosol. Działa on nawilżająco oraz dezynfekująco, utrzymując przy tym prawidłowe pH w jamie ustnej. Zawiera również jony wapnia wspomagające proces krzepnięcia i odbudowy tkanek.

Wypadanie włosów to kolejny skutek uboczny leczenia za pomocą leków cytostatycznych. Dotyczy to zarówno głowy, jak i innych części ciała. W zależności od dawki leku i długości jego stosowania występuje w różnym stopniu nasilenia. Zadaniem pielęgniarki jest przygotowanie psychiczne dziecka i jego rodziców do możliwości wystąpienia tego objawu ubocznego, poinformowanie o tym, iż po zakończeniu leczenia włosy odrosną, jednakże niekoniecznie w tym samym kolorze. Zaleca się, aby po pierwszych symptomach rozpoczęcia procesu wypadania włosów, obciąć je. Pielęgnacja polega na delikatnym szczotkowaniu, myciu przy użyciu łagodnych szamponów. Nie zaleca się suszenia włosów suszarką, używania gumek, spinek. Można nakryć dziecku głowę czapką, peruką, chustką lub innymi rzeczami, które mogą stanowić element dekoracyjny wyglądu [18, 19].

Leki cytostatyczne wywołują również u dzieci zaparcia. Przyczyną może być również guz znajdujący się w jamie brzusznej, powodujący ucisk na przewód pokarmowy. Dodatkowym czynnikiem jest również stres, nieprawidłowa dieta i zmniejszona aktywność fizyczna. Pielęgniarka powinna zalecić picie dużej ilości ciepłych napoi. Dieta bogata w błonnik zwiększa perystaltykę jelit. Jeśli nie ma przeciwwskazań, zaleca się gimnastykę i spacery. Po upływie 48–72 h bez wypróżnienia lekarz powinien zlecić wykonanie lewatywy, podanie czopka glicerynowego lub laktulozy [18].

Biegunki mogą występować u dzieci z guzem Wilmsa w wyniku uszkodzenia błony śluzowej jelit. Przyczynami, oprócz chemioterapii, są również: zabieg chirurgiczny, radioterapia, niepokój. Pielęgniarka powinna zalecić ograniczenie spożywania produktów zawierających duże ilości błonnika (pieczywa pełnoziarnistego, warzyw). Wskazane jest podawanie jedzenia niedrażniącego jelit (np. biały chleb, biały ser, jajka, makaron, kurczak, ryby). Dziecko nie powinno jeść słodyczy i tłustych, ostrych potraw. W zamian można podać pacjentowi nektar z brzoskwiń lub inne produkty zawierające potas. Dziecko powinno wypijać dużą ilość (2500 ml) niegorących płynów, aby nie doszło do odwodnienia organizmu. Pielęgniarka podaje również leki przeciwbiegunkowe, zgodnie ze zleceniem lekarza (np. Diosmektyt, Loperamid) [18, 19].

Nudności i wymioty są objawem bardzo niebezpiecznym dla dziecka. Mogą powodować u niego odwodnienie i zaburzenia elektrolitowe. Pielęgnacja małego pacjenta, u którego występują te objawy, polega na zaleceniach dietetycznych. Należą do nich: picie płynów godzinę przed posiłkiem (a nie w trakcie jedzenia), unikanie słodkich, tłustych, mocno pikantnych i słonych potraw, jedzenie posiłków bez pośpiechu, podawanie chłodniejszych posiłków. Pielęgniarka powinna unikać drażniących zapachów i innych środków mogących nasilić wymioty. Zmniejszyć objawy można również zalecając dziecku powstrzymanie się od jedzenia przed podaniem leków cytostatycznych (około godziny). Po jedzeniu dziecko powinno odpocząć w pozycji półsiedzącej. Jeśli wymioty mimo to występują, wskazane jest zastosowanie leków przeciwwymiotnych, zgodnie ze zleceniem lekarza (np. Nabilon, Aprepitant, Metopimazyna) [18].

Leki cytostatyczne, ze względu na konieczność długotrwałego stosowania, podawane są do wkłucia

centralnego typu Broviac. Zapewnia to stały dostęp do żyły głównej górnej, daje możliwość szybkiego podania zleconych płynów oraz zwiększa wygodę leczenia. Cewnik typu Broviac niesie ze sobą również negatywne skutki. Do najczęstszych należą: zakażenia cewnika, tkanki podskórnej, niedrożność cewnika, a nawet zator płucny wywołany powietrzem lub skrzepliną. Aby uniknąć powikłań wynikających z zastosowania cewnika, należy przestrzegać zasad aseptyki oraz zabezpieczać przed aspiracją powietrza. Rodzice dziecka powinni być poinstruowani, jak pielęgnować cewnik. Pielęgniarka powinna pamiętać o przepłukiwaniu cewnika po podaniu leku, a jeśli nie jest on tymczasowo używany, to raz na dobę. Cewnik i jego okolice powinny być przed każdym wykorzystaniem dezynfekowane. Przed podaniem leku należy przepłukać go roztworem heparyny. Zmiana opatrunku powinna odbywać się co najmniej raz w tygodniu.

Radioterapia to leczenie wykorzystujące promieniowanie jonizujące. Wyróżnia się dwa rodzaje: teleradioterapię i brachyterapię. Promieniowanie jonizujące działa niszcząco na komórki nowotworowe. Może uszkadzać również zdrowe komórki. Radioterapia wpływa na ograniczenie wzrostu guza i zmniejsza możliwość rozprzestrzeniania się nowotworu [20].

Zadaniem pielęgniarki jest profilaktyka oraz pielęgnacja odczynów popromiennych. Mogą one znajdować się w miejscu naświetlania tkanek. Obserwuje się miejscowy rumień skóry, zapalenie błon śluzowych. Mogą wystąpić odczyny ogólne (nudności, wymioty, gorączka). Poddanie działaniu promieni jonizujących znacznej powierzchni ciała wywołuje skutki uboczne, takie jak: osłabienie, ciągłe zmęczenie, obniżenie nastroju, senność, zmniejszenie masy ciała, brak łaknienia, ból [21].

Pielęgniarka przygotowuje dziecko do radioterapii i przekazuje informacje pacjentowi i jego rodzicom na temat radioterapii. Pozwala to zmniejszyć, wynikający z niewiedzy, niepokój i zminimalizować stres. Pielęgniarka odpowiada na pytania odnośnie do leczenia, informuje o nieodzowności wprowadzenia oszczędzającego trybu życia oraz prawidłowego odżywiania się. Udziela rad na temat postępowania podczas zaobserwowanych odczynów popromiennych (utrzymanie tych miejsc w suchości, niestosowanie kremów, maści, talków), edukuje dziecko o konieczności częstego płukania jamy ustnej z witaminami, noszeniu przewiewnej odzieży umożliwiającej wietrzenie miejsca napromieniowanego (opóźnia to pojawienie się odczynu). Poucza także, aby dziecko i rodzice zgłaszali wszelkie niepokojące objawy [21].

Podczas leczenia promieniami jonizującymi, a nawet po ukończeniu ich stosowania, mogą pojawić się zmiany na skórze w miejscu poddanym napromieniowaniu. Do najczęstszych objawów zalicza się rumień skóry, który ujawnia się w różnym stopniu nasilenia. Dodatkowymi skutkami może być obrzęk oraz zwiększenie wrażliwości skóry. Niekiedy występuje nadmierne złuszczenie, stające się w skrajnych przypadkach przyczyną powstania miejscowej martwicy. Zadaniem pielęgniarki jest wyedukowanie pacjenta na temat pielęgnacji i ochrony skóry, dopilnowanie, aby rodzice i dziecko nie stosowali preparatów niewskazanych do stosowania, m.in. balsamy nawilżające, maści i inne środki zalecane przed zastosowaniem leczenia przy użyciu promieni jonizujących. Mycie skóry powinno się odbywać przy użyciu letniej wody, najlepiej bez mydła. Nie zaleca się stosowania proszków i innych środków mogących podrażniać i wysuszać skórę. Dziecko powinno chronić skórę przed promieniami słonecznymi. Jeśli miejsce napromieniowane będzie zbyt wysuszone, pielęgniarka może użyć hydrofiliny, nawilżającego płynu, który nie zawiera żadnych jonów metali ciężkich. Należy pamiętać, że przed kolejną radioterapią trzeba zetrzeć nadmiar płynu miękkim ręcznikiem. Po zakończeniu leczenia promieniami jonizującymi skóra goi się, jednakże nadal pozostaje wrażliwa na niektóre środki. Niekiedy przybiera w tym miejscu brązową barwę. Późnymi powikłaniami są zwłóknienia, atrofie skórne, rozszerzenia naczyń włosowatych oraz obrzęk limfatyczny, wynikający ze zwłóknienia węzłów chłonnych [20].

Zmęczenie towarzyszy dzieciom podczas stosowania promieni jonizujących. Pielęgniarka powinna ocenić stopień znużenia dziecka i w zależności od jego nasilenia zaplanować dzień. Powinna uwzględnić odpowiednią ilość odpoczynków oraz czas na drzemki. Umożliwi to dziecku normalne funkcjonowanie przez pozostałą część dnia [20].

Utrata apetytu występuje u dzieci z nerczakiem zarodkowym nie tylko ze względu na radioterapię, ale również w konsekwencji działania samego guza na organizm. Pielęgniarka, razem z rodzicami pacjenta, powinna podjąć działania zwiększające łaknienie u dziecka. Należy zadbać, aby posiłki były zjadane o stałych porach dnia. Powinny one być częste i podawane w małych ilościach, jednakże zawierać dużą ilość kalorii. W przypadkach wychudzenia można stosować dodatkowo suplementy odżywcze. Ze względu na konieczność transportu pacjenta do miejsca, w którym odbywa się naświetlanie, należy zachęcić rodziców, aby podawali dziecku w trakcie jazdy przekąski [20]. Korzystnie na apetyt wpływa ssanie cukierków miętowych lub żucie gum bezcukrowych [18].

Pacjenci z guzem Wilmsa są poddawani leczeniu operacyjnemu. Pielęgniarka przygotowuje dziecko do zabiegu operacyjnego oraz obejmuje go opieką po operacji.Po powrocie pacjenta na oddział jej zadaniem jest monitorowanie parametrów życiowych. Prowadzi ona kartę pooperacyjną, w której zapisuje ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturację, liczbę oddechów, temperaturę. Ocenia natężenie bólu. Prowadzi również obserwację opatrunku, kontroluje ilość wydzielanych płynów w końcach drenów. Wszystkie parametry dokumentu-

je. Bardzo ważne jest odczytywanie poziomu moczu w worku od cewnika Foleya oraz pomiar stężenia glukozy we krwi. Po operacji mogą wystąpić wymioty, dlatego też pielęgniarka powinna zadbać o umieszczenie blisko łóżka miski nerkowej i płatków ligniny [22].

Opis sylwetki pacjenta

Dziewczynka lat 2, od 8 miesięcy leczona z powodu rozpoznania guza Wilmsa w nerce lewej. Guz rozpoznany jako złośliwy, rabdoidalny w II stadium zaawansowania. Waga dziewczynki: 12 kg. Ciśnienie tętnicze: 81/45 mmHg.

Pacjentka urodzona była o czasie (3. poród matki, fizjologiczny, brak poronień, matka nie chorowała w czasie ciąży). Dziewczynka uzyskała 10 pkt. w skali Apgar. Ważyła 3500 g. Szczepiona według kalendarza szczepień. Pacjentka nie chorowała na choroby zakaźne. Do 1. miesiąca życia karmiona mlekiem matki, po ukończeniu 1. miesiąca życia karmiona mlekiem sztucznym. Rozwijała się prawidłowo.

Skierowana do szpitala z powodu niedokrwistości. Hospitalizowana po raz pierwszy w celu diagnostyki guza w obrębie jamy brzusznej. Dziewczynka miała blade śluzówki jamy ustnej i gardło. Dziecko miało niewielki katar i kaszel, brak apetytu, zaparcia. Dieta składała się z mleka krowiego i owoców. Spożywała niewielkie ilości mięsa i warzyw. Badania krwi wykazały podwyższone wykładniki stanu zapalnego, leukocyturię, erytrocyturię. Wykonano tomografię komputerową, rtg klatki piersiowej. Na podstawie tych badań dziewczynka została zakwalifikowana do leczenia przedoperacyjnego.

Od momentu zdiagnozowania guza Wilmsa pacjentka była wielokrotnie hospitalizowana. Wystąpiło u niej krwawienie do guza, niedokrwistość nadal się utrzymywała. Regularnie podawano dziewczynce koncentrat krwinek czerwonych. Przed operacją zostały wykonane badania: USG jamy brzusznej, TK, echokardiografia, USG Doppler naczyń szyjnych i podobojczykowych. Wykonano także badania krwi. Uwidoczniło się również przerzedzenie włosów pacjentki, będące następstwem stosowania cytostatyków. 5 tygodni po rozpoczęciu chemioterapii został usunięty guz nerki lewej. Założono pacjentce cewnik typu Broviac. Chemioterapia była dwukrotnie przerywana z powodu złych wyników pacjentki (utrzymującej się niedokrwistości oraz mielosupresji). Po uzyskaniu prawidłowych wyników wznowiono chemioterapię. Podczas leczenia wystąpiło również zapalenie płuc, zapalenie śluzówki jamy ustnej, dziecko gorączkowało. Badania wykazały zmiany niedodmowo-zapalne w obrębie płuc. Z powodu braku apetytu, po upływie 7 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, wprowadzono żywienie pozajelitowe. Nadal występuje u dziecka umiarkowana niedokrwistość. Guz utrzymuje się na II stadium. Stan pacjentki oceniany jako dobry.

Proces pielęgnowania pacjenta z guzem Wilmsa

Diagnozy pielęgniarskie wynikające z problemów psycho-społecznych

Diagnoza pielęgniarska: U dziecka wystąpił niepokój spowodowany częstą hospitalizacją, bólem i dużą ilością badań diagnostycznych.

Cel opieki: Zmniejszenie niepokoju.

Plan opieki:

1. Zaproponowanie obecności rodziców w trakcie wykonywania zabiegów diagnostycznych.
2. Podawanie leków przeciwbólowych w odpowiednich odstępach czasowych.
3. Zastosowanie niefarmakologicznych metod niwelowania bólu.
4. Współpraca z zespołem terapeutycznym.
5. Wytłumaczenie dziecku i rodzicom celu przeprowadzania danych badań.
6. Zapewnienie przyjaznej atmosfery.

Diagnoza pielęgniarska: Obniżony nastrój dziecka wywołany wypadaniem włosów (skutek leczenia chemioterapeutykami).

Cel opieki: Poprawa samopoczucia dziecka.

Plan opieki:

1. Zorganizowanie spotkania z innymi pacjentami, u których wystąpił ten problem.
2. Edukacja rodziców na temat pielęgnacji głowy dziecka – mycie przy użyciu łagodnych szamponów (nie częściej niż co 4 dni), niekorzystanie z suszarek, spinek, delikatne czesanie włosów.
3. Uświadomienie dziecku, że włosy odrosną po zakończeniu leczenia.
4. Doradzenie noszenia chustek, peruk lub innych nakryć głowy.

Diagnoza pielęgniarska: Nieodpowiednie nawyki żywieniowe dziecka sprzyjające utrzymywaniu się niedokrwistości.

Cel opieki: Zapewnienie odpowiedniej ilości żelaza w diecie. Minimalizowanie skutków niedokrwistości.

Plan opieki:

1. Uzupełnienie niedoborów żelaza, witaminy B12 oraz kwasu foliowego.
2. Zapewnienie konsultacji z dietetykiem.
3. Zapewnienie warunków zmniejszenia ryzyka wystąpienia urazu.
4. Obserwacja dziewczynki w kierunku powstawania krwawych wybroczyn i siniaków.
5. Postaranie się, aby dziecko ograniczyło, na ile to możliwe, aktywność fizyczną.

Diagnozy pielęgniarskie wynikające z powikłań leczenia

Diagnoza pielęgniarska: U dziecka wystąpiły zaparcia.

Cel opieki: Zwiększenie częstości oddawania stolca.

Plan opieki:
1. Zachęcenie dziecka do spożywania większej ilości warzyw i owoców.
2. Zachęcenie dziecka do picia ciepłych napoi.
3. Poinformowanie rodziców, aby nie podawali dziecku serów i białego pieczywa.
4. Jeśli wystąpi taka konieczność, wykonanie lewatywy bądź innego środka zleconego przez lekarza.

Diagnoza pielęgniarska: Bolesność jamy ustnej wywołana stanem zapalnym jamy ustnej występującym z powodu stosowania leków cytostatycznych.

Cel opieki: Poprawa stanu śluzówki jamy ustnej.

Plan opieki:
1. Codzienna obserwacja i kontrola stanu jamy ustnej.
2. Wykonywanie toalety jamy ustnej minimum 4 razy dziennie.
3. Zalecenie płukania jamy ustnej szałwią, wodą utlenioną, rumiankiem.
4. Częste podawanie napojów, w celu zapobiegania wysychaniu śluzówki jamy ustnej.
5. Unikanie gorących i drażniących płynów.
6. Unikanie płukania jamy ustnej preparatami zawierającymi alkohol i glicerynę.
7. Podawanie potraw, które nie drażnią śluzówki jamy ustnej (kwaśne potrawy, np. owoce i soki cytrusowe).
8. Zalecenie, aby dziecko często smarowało usta pomadkami ochronnymi, wazeliną lub tłustym kremem.
9. Zalecić, aby potrawy były miękkie lub miały papkowatą konsystencję i były podawane w temperaturze pokojowej.
10. Doradzenie, aby dziecko używało miękkich szczoteczek do mycia zębów.

Diagnoza pielęgniarska: U dziecka utrzymuje się brak apetytu.

Cel opieki: Zwiększenie apetytu dziecka oraz zapewnienie odpowiedniej ilości żelaza w diecie.

Plan opieki:
1. Podawanie dziecku posiłków w małych ilościach, lecz częściej.
2. Unikanie posiłków o ostrym smaku.
3. Zapewnienie estetycznego wyglądu posiłku.
4. Zachęcanie dziecka do jedzenia.
5. Zadbanie, aby pacjent otrzymywał urozmaicone dania, które lubi.

Diagnozy pielęgniarskie wynikające z mielosupresji

Diagnoza pielęgniarska: Możliwość wystąpienia zakażenia cewnika typu Broviac.

Cel opieki: Niedopuszczenie do powstania zakażenia cewnika typu Broviac.

Plan opieki:
1. Obserwacja miejsca założonego cewnika.
2. Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas czynności pielęgnacyjnych, np. przy zmianie opatrunku, podawaniu leków.
3. Edukacja dziecka i rodziców odnośnie do pielęgnacji cewnika Broviac.
4. Przestrzeganie zasad higieny osobistej.

Diagnoza pielęgniarska: Obniżona odporność dziecka wywołana mielosupresją.

Cel opieki: Profilaktyka zakażeń.

Plan opieki:
1. Codzienna toaleta ciała, po zakończeniu dokładne, delikatne osuszenie skóry.
2. Toaleta narządów płciowych po każdorazowym wypróżnieniu i mikcji.
3. Obserwacja skóry pacjentki.
4. Stosowanie delikatnych mydeł do mycia, unikanie bardzo miękkich gąbek.
5. Zapewnienie przestrzegania zasad higieny przez dziecko i opiekunów poprzez edukację.
6. Częste wietrzenie pomieszczeń.
7. Przestrzeganie zasad higieny żywieniowej.
8. Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas wykonywanych czynności pielęgniarskich.

Diagnoza pielęgniarska: Podwyższona temperatura ciała pacjentki.

Cel opieki: Obniżenie temperatury ciała.

Plan opieki:
1. Obserwacja stanu dziewczynki.
2. Poinformowanie lekarza o wystąpieniu gorączki.
3. Podanie leku obniżającego temperaturę zgodnie ze zleceniem lekarskim.
4. Jeśli wysoka temperatura będzie się utrzymywała, zastosowanie okładów chłodzących.
5. Zapewnienie odpowiedniej temperatury w pomieszczeniu.
6. Odpowiednie nawadnianie dziecka.
7. Zmiana bielizny osobistej i pościelowej w przypadku nadmiernej potliwości dziecka.
8. Kontrolowanie temperatury dziecka.
9. Ograniczenie odwiedzania pacjenta przez osoby z zewnątrz.

Piśmiennictwo

1. Strabel S., Marks D.S. Smith P.K. i wsp. W: Milanowski A. (red.), Choroby wieku dziecięcego. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 338-340.
2. Sawicz-Birkowska K. Nowotwory nerek. W: Chybicka A., Sawicz-Birkowska K. (red.), Onkologia i hematologia dziecięca, tom I, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008, 375-388.
3. Zachwieja J. Choroby układu moczowego. W: Pawlaczyk B. (red.) Pielęgniarstwo pediatryczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007, 205-216.

4. Żuczkowska E., Jędrzejczak W. Postępowanie pielęgniarskie z chorym poddanym chemioterapii. W: Nowicki A. (red.), Pielęgniarstwo Onkologiczne. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2009, 115-13.
5. Jędrusik Z., Koper A., Kaźmierczak B., Tujakowski J. Opieka pielęgniarska w chemioterapii. W: Koper A. (red.), Pielęgniarstwo onkologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 243-261.
6. Piskorz-Ogórek K. Opieka nad dzieckiem z chorobą nowotworową. W: Koper A. (red.), Pielęgniarstwo onkologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 333-358.
7. Pietras W. Nephroblastoma. W: Chybicka A. (red.), Od objawu do nowotworu: wczesne rozpoznawanie chorób nowotworowych u dzieci. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2009, 171-175.
8. Kowalski J., Madziara W. Nowotwory wieku dziecięcego. Przewodnik Lekarza 9/2005, 76-82.
9. Milanowski A. Pediatria. Wydawnictwo Urban&Partner Wrocław 2009.
10. Perek D., Dembowska-Bagińska B. Nowotwory układu moczowego. W: Sieniawska M., Wyszyńska T. (red.), Nefrologia dziecięca, tom II, Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa", Warszaw 2003, 349-363.
11. Przybylak M., Śnieg A. Opieka pielęgniarska nad dzieckiem z bólem nowotworowym. Opieka nad dziećmi i młodzieżą w praktyce pielęgniarskiej. 6/2011, 14-27.
12. Samardakiewicz M. Zasady wspomagania biopsychospołecznego dzieci z chorobą nowotworową. W: Kowalczyk J.R. (red.), Onkohematologia dziecięca – co nowego?, Wydawnictwo Cornetis, Wrocław 2009, 144-165.
13. Sawiec P., Mrukowicz J., Wyszyńska T. Rozpoznanie i leczenia nadciśnienia tętniczego u dzieci i młodzieży. Medycyna Praktyczna. Pediatria 2005/1, 555-576.
14. Waniec-Kossowska M., Kozioł L., Szczepańska A. Optymalizacja leczenia niedokrwistości nerko pochodnej. Przewodnik Lekarza 2009/5, 61-66.
15. Cichocka B., Dahms S., Króliczewska D. i wsp. Opieka pielęgniarska w radioterapii. W: Koper A. (red.), Pielęgniarstwo onkologiczne, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011, 286-292.
16. Makarewicz R. Postępowanie pielęgniarskie z chorym poddanym radioterapii. W: Nowicki A. (red.), Pielęgniarstwo Onkologiczne, Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2009, 131-147.
17. Walewska E. Postępowanie po zabiegu operacyjnym. W: Walewska E., Ścisło L. (red.), Procedury pielęgniarskie w chirurgii. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2012, 15-31.
18. Sawicz-Birkowska K. Nerczak płodowy u dzieci (nephroblastoma). W: Sawicz-Birkowska K. (red.), Onkologia kliniczna. Akademia Medyczna, Wrocław 1997, tom I, 25-44.
19. Tłoczko-Grabarek A., Matyjasik J., Lubiński J. Genetyka kliniczna nowotworów nerek. Postępy nauk medycznych 8/2008, 519-525.
20. Luxner K.L. Guz Wilmsa. W: Dróżdż-Gessner Z. (red.), Pielęgniarstwo pediatryczne. Wydawnictwo Urban&Partner, Wrocław 2006, 224-229.
21. Marciniak P., Wachowiak J. Nerczak zarodkowy u dzieci i młodzieży – czynniki prognostyczne w pierwszej manifestacji guza oraz we wznowie. Medycyna Wieku Rozwojowego, 12/2009, 1, 59-65.
22. Kurylak A., Kram M. Postępowanie pielęgniarskie w onkologii dziecięcej. W: Pielęgniarstwo Onkologiczne, A. Nowicki (red.), Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2009, 203-224.

Adres do korespondencji:
Aneta Zreda-Pikies
ul. Techników 3, 85-801 Bydgoszcz
e-mail: aneta.zreda@wp.pl