



OPIEKA NAD PACJENTEM Z ZESPOŁEM MIELODYSPLASTYCZNYM – STUDIUM PRZYPADKU

CARE OF A PATIENT WITH MELODYSPLASTIC SYNDROME – A CASE STUDY

Magdalena Stachowiak¹, Katarzyna Plagens-Rotman^{2, 3, a}, Justyna Jaskulska^{3, b}

¹ ZPLR GOS-MED s.j., Gostyń

² Pracownia Ginekologii Wieku Rozwojowego i Seksuologii Kliniki Ginekologii, Katedra Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Center for Pediatric, Adolescent Gynecology and Sexology Division of Gynecology, Department of Perinatology and Gynecology, Poznan University of Medical Sciences, Poland

³ Wyższa Szkoła Planowania Strategicznego w Dąbrowie Górniczej, Wydział zamiejscowy w Jarocinie
Higher School of Strategic Planning in Dąbrowa Górnicza, Dąbrowa Górnicza, Poland

^a <https://orcid.org/0000-0001-7646-7430>

^b <https://orcid.org/0009-0007-0804-8833>

DOI: <https://doi.org/10.20883/pielpol.2024.6>

STRESZCZENIE

Wstęp. Zespół mielodysplastyczny (MDS, *ang. myelodysplastic syndrome*) jest chorobą krwi charakteryzującą się nieprawidłowościami w procesie tworzenia komórek krwi w szpiku kostnym. Objawy choroby mogą obejmować osłabienie, anemię, infekcje oraz skłonność do krwawień. Leczenie MDS może obejmować terapię farmakologiczną, zabiegi przeszczepienia szpiku kostnego, opiekę paliatywną.

Opis przypadku. 40-letni mężczyzna ze zdiagnozowanym zespołem mielodysplastycznym z nadmiarem blastów. Pacjent został zakwalifikowany do przeszczepienia komórek krwiotwórczych, których dawcą została córka chorego.

Cel. Celem pracy było zwrócenie uwagi na rolę pielęgniarki w leczeniu pacjentów z zespołem mielodysplastycznym, tj.: ustalaniu diagnoz pielęgniarskich, przedstawianiu planu leczenia, wykonywaniu zadań, przygotowaniu pacjenta do samoopieki oraz ocena wykonanych zadań.

Wnioski. Pacjent cierpiący na zespół mielodysplastyczny wymaga wsparcia i pomocy, które pozwolą mu na odzyskanie wiary w siebie, dostosowanie się do nowej sytuacji i osiągnięcie równowagi emocjonalnej. Edukowanie pacjenta i jego bliskich jest kluczowym zadaniem pielęgniarki, zwłaszcza w zakresie problemów, jakie mogą pojawić się po przeszczepie szpiku kostnego, radzenia sobie z nimi oraz możliwości uzyskania wsparcia spersonalizowanego.

SŁOWA KLUCZOWE: zespół mielodysplastyczny, przeszczep szpiku, pacjent.

ABSTRACT

Introduction. Myelodysplastic syndrome is a blood disease which is characterized by abnormalities in the formation of blood cells in the bone marrow. Symptoms of the disease may include weakness, anaemia, infections and a bleeding tendency. MDS (*myelodysplastic syndrome*) can lead to blood cancers such as leukaemia. The treatment of MDS depends on its severity and the results of diagnostic tests. It may include pharmacological therapy, bone marrow transplantation procedures and, in the case of advanced disease, palliative care.

Case report. A 40-year-old man diagnosed with myelodysplastic syndrome with excess blasts. The patient was qualified for hematopoietic cell transplantation, the donor of which was the patient's daughter.

Aim. The aim of the study is to pay attention to the role of the nurse in the treatment of patients with myelodysplastic syndrome, in establishing nursing diagnoses, presentation of a treatment plan, performing tasks, preparing the patient for self-care and assessing the tasks performed.

Conclusions. A patient suffering from myelodysplastic syndrome requires support and help that will allow him to regain self-confidence, adapt to the new situation and achieve emotional balance. Educating the patient and their relatives is a key task of the nurse, especially regarding problems that may arise after bone marrow transplantation, how to deal with them and the possibility of obtaining personalized support.

KEYWORDS: myelodysplastic syndrome, bone marrow transplantation procedures, patient.

Wstęp

Zespoły mielodysplastyczne są grupą chorób nowotworowych krwi, których najbardziej charakterystycznym parametrem jest zaniżona ilość krwinek we krwi

obwodowej. Według aktualnej wiedzy podłożem zespołu mielodysplastycznego jest nieodwracalne wadliwa (mutacja) jednej z wielu pierwotnych komórek szpiku zwanych komórkami macierzystymi. Krwinki w dalszym

ciągu powstają, jednak nie dorastają w szpiku. W badaniu mikroskopowym wykazują różnice w wyglądzie – są większe, charakteryzują się innym kształtem (dysplastyczne) – stąd nazwa choroby [1]. Często bardzo szybko umierają i dlatego nie przenikają do krwi obwodowej, a w następstwie w badaniu morfologii krwi stwierdza się ich zbyt małą ilość. Zespół mielodysplastyczny szpiku może znacznie zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia ostrych białaczek szpikowych. Nie jest jasne, co powoduje rozwój choroby szpiku. Wskazuje się na pewne czynniki ryzyka, ale nie można jednoznacznie określić przyczyny tego procesu. Należą do nich m.in. związki chemiczne, takie jak benzen czy toluen, metale ciężkie, dym tytoniowy. Choroba najczęściej występuje u pacjentów w starszym wieku 65–70 lat.

Symptomami zespołów mielodysplastycznych są m.in.: zmęczenie, stany podgorączkowe, bóle i zawroty głowy, bledność, słabsza koncentracja, obniżona odporność, niekiedy chudnięcie. Następują one głównie z niedoboru krwinek. Istnieje prawdopodobieństwo pojawienia się skazy krwotocznej – wybroczyny i sińce bez urazów. Schematem leczenia jest transplantacja alogenicznego szpiku, która jest kluczowym rozwiązaniem leczenia zespołu mielodysplastycznego [2]. Pacjent z MDS wymaga stałej opieki. Ważne jest, aby wyeliminować elementy, które mają doprowadzić do zaostrzenia samopoczucia i wyników badań chorego. Komfort psychiczny i fizyczny będzie motorem do walki z chorobą w postaci systematycznych badań, wizyt kontrolnych u lekarza specjalisty, regularnego przyjmowania zalecanych leków.

Celem pracy było przybliżenie studium indywidualnego przypadku pacjenta z zespołem mielodysplastycznym z nadmiarem blastów, u którego przeszczepiono komórki krwiotwórcze.

Studium indywidualnego przypadku

Mężczyzna 40-letni dotychczas leczący się z powodu nadciśnienia tętniczego oraz w 2012 roku przebytej zakrzepicy żyły podkolanowej i udowej lewej został skierowany do poradni hematologicznej przez lekarza rodzinnego z powodu odchyień w badaniach morfologii krwi obwodowej – od lipca 2020 roku (HGB 5,5 mmol/l i małopłytkowość PLT ok. 100 G/l).

Podczas pierwszej wizyty w poradni pacjentowi pobrano krew obwodową do badań (HGB-7.06 mmol/l, PLT 74 G/l). Na kolejnej wizycie podjęto decyzję o konieczności wykonania badań uzupełniających w ramach diagnostyki pogłębionej (trepanobiopsja, biopsja aspiracyjna szpiku, cytometria, cytogenetyka) [3]. Na podstawie przeprowadzonej diagnostyki postawiono rozpoznanie – zespół mielodysplastyczny z nadmiarem blastów i skierowano pacjenta do szpitala klinicznego na oddział hematologii.

W trybie planowym zdecydowano o włączeniu chemioterapii wg schematu „3 + 7” polegającej na podawaniu leków indukujących remisję choroby. W skład leczenia najczęściej wchodzi dwa leki – antybiotyk oraz arabinozyd cytozyny podawany przez 7 dni [2].

Następnie pacjent został zakwalifikowany do allotransplantacji komórek krwiotwórczych. W dniach 26.10–01.11.2020 roku otrzymał zaplanowaną kurację. Tolerancja leczenia dobra. W okresie cytopenii – kilkakrotnie wystąpiły epizody gorączki, utrzymujące się na poziomie średnio 38°C–39°C, które ustąpiły po włączeniu antybiotykoterapii empirycznej. Ponadto w trakcie hospitalizacji wystąpiła dysfunkcja kaniuli centralnej w żyłę główną [4]. Cewniki stosowane podczas chemioterapii stanowią ryzyko wystąpienia zakrzepicy w naczyniu, do którego podłączono kaniulę. Podczas kuracji dawkowano heparynę drobnocząsteczkową do dawek terapeutycznych. Wykonano USG Doppler w celu oceny drożności żyły głównej. Na podstawie wyników podjęto decyzję o kwalifikacji do transplantacji komórek krwiotwórczych; dawca – córka. Podczas kolejnego pobytu w szpitalu na oddziale hematologicznym w dniach 21.12–09.02.2021 roku pacjent otrzymał zaplanowaną kurację chemioterapii. W następnej kolejności przeprowadzono ocenę hematologiczną szpiku, na podstawie której stwierdzono remisję całkowitą. W stanie stabilnym został wypisany do domu. W dniach 12.04–26.05.2021 roku przebywał na oddziale hematologii i chorób rozrostowych układu krwiotwórczego z pododdziałem transplantacji celem transplantacji alogenicznej od córki (HLA 5/10-niezgodność leukocytów ludzkich w stopniu 5/10) [5]. Transplantacja alogeniczna cechuje się tym, że komórki szpiku pochodzą od zdrowej osoby. W związku z powyższym przeszczep alogeniczny jest bardziej skuteczny niż autogeniczny [4]. Dawcą komórek została córka. Przy pomocy jednorazowych igieł wykonano pobór szpiku czerwonego z grzebieni kości biodrowej. Obręcz kości dolnych jest głównym narządem krwiotwórczym. U zdrowych ludzi szpik ten znajduje się również w kościach długich, obręczy barkowej, mostku, zakończeń żeber oraz w kościach czaszki.

Po oddaniu szpiku dawca – córka została w szpitalu na obserwacji przez około dwie doby. Po pobraniu szpik został przefiltrowany w celu usunięcia zanieczyszczeń oraz małych fragmentów kości. Po tej procedurze natychmiast przetransportowano materiał do worków transfuzyjnych [5]. Procedurą wykonywaną przed podaniem szpiku jest mieloablacja, czyli zniszczenie układów: krwiotwórczego i immunologicznego biorcy poprzez wykonanie naświetlań oraz podanie wysokich dawek cytostatyków (pierwsza, druga, trzecia, szósta, jedenasta doba). Chory otrzymał lek Methotrexat. Pro-

ces przeszczepu polegał na podaniu kroplówki przez centralny cewnik żylny i trwał kilka godzin [4, 5].

Hospitalizacja chorego była powikłana stanami gorączkowymi, które ustąpiły po włączeniu antybiotykoterapii empirycznej. W stanie stabilnym został wypisany do domu z zaleceniami lekarskimi: opieka poradni lekarza rodzinnego i opieka poradni hematologicznej. Zastosowana farmakoterapia: CellCept 2 x 750 mg, Equoral 2 x 150 mg, Oспен 2 x 1 ml codziennie do rocznicy transplantacji, Biseptol 2 x 960 ml w poniedziałki i wtorki do rocznicy transplantacji, Flukonazol 2 x 200 mg, Heviran 2 x 400 mg, Tensart 160 + 25 mg 1 x 1, Ursopol 2 x 150 mg.

Diagnoza pielęgniarska

Opiekę pielęgniarską zaplanowano na podstawie przypadku 40-letniego mężczyzny, u którego zdiagnozowano zespół mielodysplastyczny z nadmiarem blastów. Pacjent został zakwalifikowany do przeszczepienia komórek krwiotwórczych, których dawcą została córka chorego.

W dniu 01.06.2021 roku przeprowadzono rozmowę pielęgniarską, podczas której pacjent skarżył się na nudności i wymioty spowodowane podaniem leków cytostatycznych. Z powodu niskich parametrów morfologicznych u pacjenta występowały nudności oraz zawroty głowy.

Podczas pobytu w szpitalu u chorego wystąpiły gorączki spowodowane agresywnym leczeniem chemioterapeutycznym. Pacjentowi założono kaniulę centralną w żyłę główną w celu wykonania zaplanowanej farmakoterapii. Chory uskarżał się na osamotnienie, lęk i niepokój spowodowany długotrwałym pobytem w szpitalu, brakiem możliwości kontaktu z rodziną z powodu izolacji oraz konsekwencjami choroby. Martwił się o przyszłość związaną z chęcią powrotu do pracy. Podczas rozmowy zaobserwowano, że pacjent posiada wiedzę na temat swojej choroby, przebiegiem oraz wpływem choroby w przyszłości. Chory chętnie współpracował podczas przeprowadzania wywiadu, chętnie odpowiadał na pytania i szczegółowo udzielał odpowiedzi.

Po zakończonym leczeniu szpitalnym pacjent został wypisany w stanie ogólnym dobrym. Rodzinie pacjenta przekazano informacje dotyczące prowadzenia reżimu sanitarnego w miejscu zamieszkania, wskazówki w zakresie pielęgnacji chorego oraz stosowania odpowiedniej diety.

Plan opieki

Diagnoza pielęgniarska 1. Nudności i wymioty spowodowane podaniem leków cytostatycznych osłabiły pacjenta i doprowadziły do odwodnienia.

Cel opieki: ograniczenie niebezpieczeństwa odwodnienia, wyrównanie gospodarki wodno-elektrolitowej,

Plan opieki: podanie leków, zgodnie z Indywidualną Kartą Zleceń, zapewnienie wygodnej i wysokiej pozycji, podanie wody do przepłukania jamy ustnej, zaopatrzenie chorego w miskę nerkową i ligninę, obserwacja chorego, ilości i zabarwienia wymiocin.

Implementacja: na zlecenie lekarza choremu podano lek, zgodnie z Indywidualną Kartą Zleceń:

Zofran 5mg/ml w infuzji dożylną w rozcieńczeniu w 0,9% NaCl; zapewniono wygodną pozycję, podano wodę w celu przepłukania jamy ustnej, zaopatrzonego pacjenta w miskę nerkową i ligninę, obserwowano chorego, ilość i zabarwienie wymiocin.

Ewaluacja: stan pacjenta poprawił się, parametry w normie.

Diagnoza pielęgniarska 2. Niemożność samodzielnego wykonywania czynności higienicznych z powodu osłabienia.

Cel opieki: utrzymanie prawidłowej higieny ciała.

Plan opieki: pomoc w wykonywaniu czynności higienicznych, motywowanie chorego do uczestnictwa w czynnościach pielęgnacyjnych, pomoc przy zmianie bielizny, zachęcanie chorego do wykonywania ćwiczeń oddechowych.

Implementacja: udzielono pomocy w wykonaniu czynności higienicznych, motywowano chorego do uczestnictwa w czynnościach pielęgnacyjnych, pomagano choremu zmienić bieliznę.

Ewaluacja: pacjentowi zapewniono pomoc w zakresie utrzymania higieny.

Diagnoza pielęgniarska 3. Zaburzenia wodno-elektrolitowe jako następstwo nadmiernego pocenia się oraz utraty elektrolitów z moczem.

Cel opieki: nawadnianie pacjenta drogą per os (p.o.) bądź intravenosa (i.v.) według Indywidualnej Karty Zleceń lekarskich).

Plan opieki: kontrola elektrolitów w badaniach laboratoryjnych, kontrola elektrolitów przy ujemnych bilansach, oddawaniu dużej ilości moczu, chemioterapii, zwrócenie uwagi na objawy świadczące o zaburzeniach wodno-elektrolitowych, tj. zaburzenia rytmu serca, drżenia, skurcze mięśniowe, bóle mięśniowe, zaburzenia ze strony centralnego układu nerwowego.

Implementacja: kontrolowano poziom elektrolitów w badaniach laboratoryjnych, zwracano uwagę na objawy świadczące o zaburzeniach wodno-elektrolitowych, tj. zaburzenia rytmu serca, drżenia, skurcze mięśni.

Ewaluacja: poziom elektrolitów utrzymywał się na właściwym poziomie.

Diagnoza pielęgniarska 4. Wystąpienie zaparć związanych z brakiem ruchu, ograniczeniem aktywności fizycznej.

Cel opieki: zminimalizowanie zaparć.

Plan opieki: zastosowanie ćwiczeń przyłożkowych, mobilizacja pacjenta do większej aktywności ruchowej, ćwiczenia z rehabilitantem, zastosowanie diety lekkostrawnej, bogatej w błonnik, zachęcanie do wypicia na czczo szklanki przegotowanej wody.

Implementacja: zastosowano ćwiczenia przyłożkowe, mobilizowano pacjenta do większej aktywności ruchowej, przeprowadzono ćwiczenia z rehabilitantem, zastosowano dietę bogatą w błonnik, mobilizowano pacjenta do większej aktywności ruchowej.

Ewaluacja: obniżenie uciążliwości wynikających z zaparć.

Diagnoza pielęgniarska 5. Uszkodzenie i ból jamy ustnej spowodowany nadmiernym rozwojem drobnoustrojów chorobotwórczych, osłabieniem działania układu immunologicznego uniemożliwiającym wykonanie toalety jamy ustnej.

Cel opieki: poprawa stanu błony śluzowej jamy ustnej.

Plan opieki: ocena śluzówki jamy ustnej, ocena bólu według skali VAS, udokumentowanie oceny w dokumentacji medycznej, zgłoszenie dolegliwości bólowych lekarzowi, monitorowanie bólu i wydolności oddechowej.

Implementacja: dokonano oceny śluzówki jamy ustnej, dokonano oceny bólu według skali VAS, udokumentowano ocenę w dokumentacji medycznej, na zlecenie lekarza podano choremu mieszanki z 1,5% anestetyką do pędzlowania jamy ustnej co 4 h, monitorowano ból i wydolność oddechową.

Ewaluacja: śluzówka jamy ustnej zagoiła się, ból ustąpił.

Diagnoza pielęgniarska 6. Trudności w spożywaniu posiłków, przyjmowaniu płynów spowodowane zmianami grzybiczymi w jamie ustnej wywołując zdenerwowanie pacjenta.

Cel opieki: poprawa komfortu przy spożywaniu posiłków.

Plan opieki: podawanie leków przeciwbólowych według Indywidualnej Karty Zleceń, dostosowanie diety do stanu chorego, edukacja pacjenta dotycząca regularnego stosowania płukanek przeciwzapalnych i przeciwgrzybiczych do jamy ustnej, założenie karty obserwacji zmian obejmujących jamę ustną – wielkość zmian, lokalizacja, bolesność.

Implementacja: na zlecenie lekarza podano leki przeciwbólne zgodnie z Indywidualną Kartą Zleceń (Paracetamol 500 mg p.o. dwa razy dziennie rano i wieczorem), dostosowano dietę do stanu chorego – dieta

płynno-papkowata, ubogobakteryjna, uczono pacjenta odnośnie do konieczności stosowania płukanek przeciwzapalnych i przeciwbólowych do jamy ustnej, założono kartę obserwacji zmian jamy ustnej – wielkość zmian, lokalizacja, bolesność.

Ewaluacja: pacjent chętniej spożywa płynne posiłki. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 7. Nadmierna potliwość wywołana gorączką z towarzyszącymi dreszczami jako następstwo zakażenia bakteryjnego.

Cel opieki: obniżenie temperatury ciała, poprawa samopoczucia.

Plan opieki: kontrola temperatury, tętna, ciśnienia tętniczego, diurezy, obserwacja pacjenta w kierunku dreszczy, podanie na zlecenie lekarza środków przeciwgorączkowych zgodnie z Indywidualną Kartą Zleceń, pobranie na zlecenie lekarza krwi w kierunku wykonania posiewów mikrobiologicznych, stosowanie zewnętrznych środków chłodzących np. okłady chłodzące, zmiana pościeli i bielizny osobistej w razie potrzeby, ocena utraty płynów oraz podanie doustnie lub podanie płynów dożylnie na zlecenie lekarza.

Implementacja: kontrolowano temperaturę, ciśnienie tętnicze, diurezę, obserwowano pacjenta w kierunku dreszczy, podano na zlecenie lekarza środki przeciwgorączkowe zgodnie z Indywidualną Kartą Zleceń (Paracetamol 100 ml w infuzji dożylniej w rozcieńczeniu w 0,9% NaCl), na zlecenie lekarza pobrano krew do badania, stosowano okłady chłodzące, w razie potrzeby zmieniano pościel i bieliznę osobistą, oceniano utratę płynów i podano doustnie oraz na zlecenie lekarza dożylnie płyny nawadniające pacjenta.

Ewaluacja: u pacjenta osiągnięto optymalne parametry. Problem wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 8. Ryzyko upadków spowodowane zawrotami głowy i zaburzeniami równowagi jako następstwo obniżonego poziomu parametrów morfologicznych – stężenia hemoglobiny, liczby erycytów.

Cel opieki: zabezpieczenie i przeciwdziałanie upadkom.

Plan opieki: zabezpieczenie łóżka drabinkami, pomiar parametrów życiowych – tętno, ciśnienie tętnicze, częstość oddechów, saturacja, pomoc i opieka przy wykonywaniu czynności higienicznych, pomoc pacjentowi podczas pionizacji, wstawaniu z łóżka, przemieszczaniu się, wyposażenie chorego w sprzęt ułatwiający samoobsługę – balkonik do chodzenia, drabinki sznurowe umiejscowione w łóżku wspomagające poprawę pozycji, odpowiednie ułożenie się do jedzenia, pobranie krwi do badań morfologicznych.

Implementacja: założono drabinki przy łóżku, kontrolowano parametry życiowe pacjenta – tętno, ciśnienie tętnicze, częstość oddechów, saturacja, asekurowano chorego przy wykonywaniu czynności higienicznych, pomagano pacjentowi podczas pionizacji, wstawianiu z łóżka, przemieszczaniu się, wyposażono chorego w sprzęt ułatwiający samoobsługę – balkonik do chodzenia, drabinki sznurowe umiejscowione w łóżku pomagające poprawić pozycję i właściwe ułożenie się do jedzenia, na zlecenie lekarza pobrano krew do badań morfologicznych.

Ewaluacja: parametry morfologicznie nie uległy zmniejszeniu, pacjent nie zgłaszał pogorszenia stanu zdrowia.

Diagnoza pielęgniarska 9. Lęk i niepokój spowodowany długotrwałą hospitalizacją oraz brakiem poczucia bezpieczeństwa.

Cel opieki: poprawa samopoczucia pacjenta.

Plan opieki: rozmowa z pacjentem na temat choroby i przebiegu leczenia, umożliwienie rozmowy z psychologiem, cierpliwość, życzliwość i postawa empatii wobec chorego, wzmocnienie poziomu witalności i energii przez zaakceptowanie swoich ograniczeń, zrozumienie, że droga do zdrowienia jest indywidualna, nauczenie zdrowego myślenia i przekonań, które oparte są na faktach, chronią zdrowie i życie, pomagają osiągnąć cele, pomagają uniknąć najbardziej niepożądanych konfliktów.

Implementacja: przeprowadzono rozmowę z pacjentem na temat choroby i przebiegu leczenia, umożliwiono rozmowę z psychologiem, okazywano choremu cierpliwość, życzliwość, empatię, wytłumaczono choremu specyfikę i przebieg choroby, przekazano wskazówki dotyczące nauki zdrowego myślenia.

Ewaluacja: poprawa samopoczucia pacjenta po rozmowie z psychologiem i personelem pielęgniarskim.

Diagnoza pielęgniarska 10. Ryzyko pojawienia się działań niepożądanych w związku z podawaniem koncentratu krwinek czerwonych.

Cel opieki: zapobieganie wystąpieniu działań niepożądanych oraz wczesne wykrycia.

Plan opieki: rozmowa z pacjentem na temat konieczności przetoczenia koncentratu krwinek czerwonych, przed rozpoczęciem przetoczenia pomiar parametrów życiowych: temperatury ciała, ciśnienia tętniczego, tętna, obserwacja stanu pacjenta, aby zapobiec wczesnym powikłaniom poprzetoczeniowym (dreszcze, odczyn alergiczny, zaburzenia rytmu serca, wstrząs anafilaktyczny lub septyczny), przekazanie pacjentowi wiadomości odnośnie informowania personelu

podczas wystąpienia takich objawów jak: dreszcze, wysypka, zaczerwienienia skóry, duszność, monitorowanie parametrów życiowych pacjenta po odłączeniu zestawu do przetoczeń, w celu wykrycia działań niepożądanych poprzetoczeniowych obserwowanie chorego przez 12 godzin, wprowadzenie do Karty Obserwacyjnej i Pielęgniacyjnej chorego wykonanych działań.

Implementacja: poinformowano pacjenta o konieczności podania koncentratu krwinek czerwonych wg Indywidualnej Karty Zleceń Lekarskich, przed rozpoczęciem przetoczenia dokonano pomiarów życiowych: temperatura ciała, ciśnienie tętnicze, tętno, obserwowano pacjenta w celu wykrycia wczesnych powikłań poprzetoczeniowych (dreszcze, odczyn alergiczny, zaburzenia rytmu serca, wstrząs anafilaktyczny lub septyczny), pouczono pacjenta o konieczności informowania personelu w momencie wystąpienia takich objawów jak: dreszcze, wysypka, zaczerwienienie skóry, duszność, po odłączeniu zestawu do przetoczeń monitorowano parametry życiowe chorego, obserwowano pacjenta przez 12 godzin w celu wykrycia niepożądanych działań poprzetoczeniowych, wprowadzono wykonane działania do Karty Obserwacyjnej i Pielęgniacyjnej chorego.

Ewaluacja: wczesne powikłania poprzetoczeniowe nie wystąpiły.

Diagnoza pielęgniarska 11. Stan zagrożenia życia spowodowany zmniejszoną ilością płytek krwi.

Cel opieki: zminimalizowanie wystąpienia stanu zagrożenia życia.

Plan opieki: monitorowanie parametrów życiowych: temperatura ciała, ciśnienie tętnicze, tętno, informowanie chorego o unikaniu działań narażających do występowania urazów, przekazanie pacjentowi informacji o konieczności obserwowania moczu, kału, wymiotów w kierunku pojawienia się krwi, ocena stanu skóry chorego pod kątem pojawienia się wybroczyn, podbiegnięć krwawych, podanie koncentratu krwinek czerwonych, unikanie zażywania leków mających szkodliwy wpływ na proces krzepnięcia krwi, minimalizowanie inwazyjnych zabiegów, wprowadzenie do karty obserwacyjnej i pielęgniacyjnej chorego wykonanych działań.

Implementacja: monitorowano parametry życiowe: temperatura ciała, ciśnienie tętnicze, tętno, informowano chorego o konieczności unikania działań narażających go na występowanie urazów, przekazano pacjentowi informację o konieczności obserwowania moczu, kału, wymiotów w kierunku pojawienia się krwi, oceniano stan skóry chorego pod kątem pojawienia się wybroczyn, podbiegnięć krwawych, na zlecenie i w obecności lekarza podano koncentrat krwinek czerwonych, prze-

kazano choremu informację o zakazie zażywania leków mających szkodliwy wpływ na proces krzepnięcia krwi, poinformowano pacjenta o minimalizowaniu inwazyjnych zabiegów, wprowadzono do karty obserwacyjnej i pielęgnacyjnej chorego wykonane działania.

Ewaluacja: u pacjenta nie zaobserwowano objawów krwawienia.

Diagnoza pielęgnarska 12. Spadek masy ciała pacjenta jako następstwo braku łąknienia prowadzące do trudności w rekonwalescencji po przeszczepie szpiku i chemioterapii.

Cel opieki: poprawa łąknienia i utrzymanie prawidłowego stanu odżywiania pacjenta.

Plan opieki: wprowadzenie do jadłospisu diety lekkostrawnej oraz jej urozmaiceń uzgadnianych i wykonywanych wspólnie z pacjentem, zachęcanie pacjenta do spożywania posiłków szpitalnych lub tych przyniesionych przez osoby bliskie, estetyczne przygotowanie i podawanie dań, kontrola przyjmowania posiłków, zalecenie częstszego jedzenia małych posiłków, zapewnienie wygodnej pozycji w trakcie konsumpcji, przekonanie pacjenta o konieczności zmiany diety i jej znaczeniu dla zdrowia, edukacja chorego i jego rodziny na temat potraw korzystnych dla zdrowia pacjenta.

Implementacja: wprowadzono do jadłospisu dietę lekkostrawną, kontrolowano przyjmowanie posiłków przez pacjenta, zalecono i zachęcono pacjenta do częstszego jedzenia małych porcji, zapewniono wygodną pozycję w trakcie konsumpcji, przekonano pacjenta o konieczności zmiany diety i jej znaczeniu dla zdrowia, przeprowadzono rozmowę mającą na celu edukację żywieniową pacjenta i jego rodziny, zaproponowano konsultację dietetyczną.

Ewaluacja: pacjent nie traci na masie ciała, chętnie spożywa posiłki, zaobserwowano powrót apetytu.

Dyskusja

Zespół mielodysplastyczny to grupa chorób nowotworowych, która może mieć niebezpieczne skutki dla zdrowia pacjenta. W konsekwencji mogą prowadzić one do niedokrwistości, osłabienia i skłonności do infekcji. Dodatkowo choroba może prowadzić do rozwoju białaczki, co zagraża życiu pacjenta [6]. **Jeszcze do niedawna nazywane były stanem przedbiałaczkowym, ale od 2000 roku zostały wpisane na listę chorób onkologicznych.**

MDS jest jednym z najczęstszych rozpoznań hematologicznych, biorąc pod uwagę przewidywane starzenie się populacji europejskiej oraz szacowaną długość życia osób z niższym ryzykiem MDS. Z drugiej strony decyzje dotyczące diagnozy i leczenia nie zawsze są proste i żadne pojedyncze narzędzie dia-

gnostyczne nie jest wystarczające do postawienia diagnozy. Należy wykluczyć wiele rozpoznań różnicowych, zwłaszcza w przypadku MDS niskiego ryzyka, a po postawieniu diagnozy decyzje dotyczące leczenia są nie mniej trudne; począwszy od baczego czekania lub tylko najlepszej opieki podtrzymującej, po allogeniczne przeszczepy komórek macierzystych. Wspólnym mianownikiem MDS jest obecność jednej lub więcej cytopenii, która jest obowiązkowa, ale nie wystarcza do postawienia diagnozy, jeśli jest obecna. W celu potwierdzenia rozpoznania konieczne jest badanie szpiku kostnego, z naciskiem na objawy dysplazji, liczbę blastów i anomalie cytogenetyczne. Ponadto niektóre aberracje cytogenetyczne definiują diagnozę ostrej białaczki szpikowej, nawet jeśli liczba blastów jest niższa niż 20%, jak ma to miejsce w przypadku MDS [7]. Allogeniczny przeszczep hematopoetycznych komórek macierzystych może wyleczyć część pacjentów z zespołami mielodysplastycznymi (MDS). Niemniej jednak, wraz z wprowadzeniem warunkowania o zmniejszonej intensywności, a tym samym zmniejszeniem wczesnej śmiertelności, liczba przeszczepów u pacjentów z MDS znacznie wzrosła w ostatnim czasie. W przypadku braku prospektywnych badań z randomizacją należy położyć nacisk na dobór pacjentów i optymalizację leczenia przed i po przeszczepie w celu osiągnięcia długoterminowej kontroli choroby przy jednoczesnym utrzymaniu odpowiedniej jakości życia. Dzięki lepszemu zrozumieniu biologii choroby i rokowania oraz różnym rodzajom schematów kondycjonowania, a także różnym źródłom przeszczepu, strategia przeszczepu powinna być dostosowana do indywidualnego gospodarza, aby zmaksymalizować korzyści płynące z tej procedury [8]. Rozwiązaniem leczenia zespołu mielodysplastycznego jest farmakoterapia, przeszczep szpiku kostnego oraz opieka paliatywna w przypadku zaawansowanej choroby. Schemat leczenia zależy od stopnia zaawansowania choroby i wyników badań diagnostycznych [7].

Jak zaznacza prof. Wiesław Jędrzejczak „w wielu przypadkach zespoły mielodysplastyczne błędnie rozpoznawane są jako niedokrwistość. Tymczasem już rutynowe badanie krwi (powinno być wykonywane co najmniej raz w roku) może pomóc w rozpoznaniu choroby” [9].

Szczególą uwagę należy zwrócić na pacjenta, którego dotyczy przedstawiony powyżej proces pielęgnowania. Zachorował na zespół mielodysplastyczny w wieku 40 lat. Pochodzi z miasta, z centralnej Polski, dotychczas prowadził aktywny tryb życia, pracował. Podczas rutynowych badań krwi wystąpiły znaczące odchylenia od norm w obrazie morfologicznym. Szybka diagnoza i odpowiednie leczenie spowodowały, że pacjent po rekonwalescencji mógł powrócić do aktywności zawodowej oraz do pełnej sprawności.

Głównym problemem opisywanego pacjenta była diagnoza o agresywnym stopniu leczenia oraz konsekwencjach i działaniach niepożądanych. Pacjentowi towarzyszył lęk, niepokój spowodowany konsekwencjami choroby, trudnościami ekonomicznymi, zawodowymi. Uwagę zwraca wiek pacjenta. Pacjent dotychczas pracujący zawodowo i prowadzący aktywny tryb życia usłyszał diagnozę, która całkowicie odmieniła jego życie. Deficyt samodzielności spowodowany osłabieniem, zawrotami głowy, izolacją od społeczeństwa doprowadził do znacznego ograniczenia zdolności wykonywania czynności dnia codziennego.

Należy zwrócić uwagę na konieczność wspierania pacjentów z zespołem mielodysplastycznym w procesie leczenia, nie tylko poprzez medyczną opiekę ale także przez udzielanie informacji o chorobie, pomoc w radzeniu sobie z objawami choroby oraz zapewnienie wsparcia emocjonalnego dla pacjentów i ich rodzin.

Prof. Marzena Samardakiewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Psychoonkologicznego, twierdzi, że integralną częścią procesu terapeutycznego powinna być opieka psychologiczna. Ważnym aspektem są diagnoza i leczenie, należy jednak pamiętać, że generują kryzys emocjonalny. Wiele zależy od zasobów osobistych człowieka i czasu, w jakim diagnozowana jest choroba. Wsparcie powinno być skrojone na miarę i dostosowane do potrzeb indywidualnych pacjenta, gdyż nie wszyscy chorzy potrzebują takiego samego zaopatrzenia. Prof. Marzena Samardakiewicz twierdzi, że wsparcie w procesie przystosowania się do trudności ma największe znaczenie. Według niej nie sama obecność czy możliwość istnienia wsparcia jest najważniejsza, ale dostępność oferty pomocy w miejscach, gdzie są chorzy i ich bliscy, co sprzyja szybszemu wyzdrowieniu pacjenta [10].

Wnioski

1. W procesie organizowania opieki pielęgniarskiej nad chorym należy brać pod uwagę jego stan fizyczny, ale i stan emocjonalny.
2. Po dokładnej ocenie stanu zdrowia pacjenta pielęgniarka powinna sformułować diagnozę pielęgniarską, uwzględniając obawy i lęki pacjenta.
3. Pacjent cierpiący na zespół mielodysplastyczny wymaga wsparcia i pomocy, które pozwolą mu na

odzyskanie wiary w siebie, dostosowanie się do nowej sytuacji i osiągnięcie równowagi emocjonalnej.

4. Edukowanie pacjenta i jego bliskich jest kluczowym zadaniem pielęgniarki, zwłaszcza w zakresie problemów, jakie mogą pojawić się po przeszczepie szpiku kostnego, radzenia sobie z nimi oraz możliwości uzyskania wsparcia spersonalizowanego.

Piśmiennictwo

1. Korycka-Wołowicz A, Lewandowski K, Wołowicz D. Hematologia dla diagnostów laboratoryjnych (red.) Korycka-Wołowicz A, Lewandowski K, Wołowicz D. Wydanie I. Warszawa. PZWL. 2023; 271.
2. Wróbel T, Podolak-Dawidziak M, Sobas M. Wprowadzenie do hematologii. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich. Wrocław. 2021; 80.
3. Pluta A, Krawczyńska A, Wierzbowska A. Diagnosis recommendation of myelodysplastic syndromes in adults according to European LeukemiaNet. Acta Haematol Pol. 2015; 46(1): 1–9.
4. Rzepecki P. Przeszczepianie krwiotwórczych komórek macierzystych. Informator nie tylko dla pacjentów. Wydawnictwo CZELEJ sp. z o.o., Lublin. 2012; 36–39.
5. Sakowska M, Kauc L. Transplantacja szpiku. Warszawa: Wyd. Medigen. 2010; 44.
6. Dwilewicz-Trojaczek J. Postępy w leczeniu nowotworów. Warszawa. PZWL. 2022; 101.
7. https://journals.lww.com/hemasphere/Fulltext/2021/09000/EHA_Endorsement_of_the_European_Guidelines_for.8.aspx (data wejścia 09.05.2023 godz. 11.45).
8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26297277/> (data wejścia: 09.05.2023 godz. 18.40).
9. <https://naukawpolsce.pl/aktualnosci/news,409922,zespo-ly-mielodysplastyczne-mds---malo-znany-nowotwor-krwi.html> (data wejścia: 09.05.2023 godz. 18.00).
10. <https://hematoonkologia.pl/informacje-dla-chorych/news/id/5625-wsparcie-psychologiczne-skrojone-na-miare> (data wejścia: 11.05.2023 godz. 15.50).

Artykuł przyjęty do redakcji: 27.08.2023.

Artykuł przyjęty do publikacji: 28.01.2024.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Source of funding: The work is not financed from any source.

Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.
Conflict of interest: Authors declare that there is no conflict of interest.

Adres do korespondencji:

Katarzyna Plagens-Rotman
e-mail: plagens.rotman@gmail.com