

POSEBNOSTI ZDRAVSTVENE NEGE V BRAHIRADIOTERAPIJI PRI GINEKOLOŠKIH BOLNICAH

Tatjana Pouh

Radioterapija je eden izmed načinov zdravljenja karcinoma. Delimo jo v teleradioterapijo, t.j. perkutano obsevanje in brahiradioterapijo, kjer je vir sevanja vstavljen direktno v tumor ali poleg njega. Brahiradioterapija je lahko samostojna vrsta zdravljenja, lahko pa jo kombiniramo s teleradioterapijo, kirurškim posegom in kemoterapijo. Največja prednost brahiterapije je v tem, da je doza žarkovja najvišja tam kjer so aplikatorji vstavljeni (v tumor), manjša v okolici in pada s kvadratom razdalje.

Najobsežnejše področje brahiterapije je prav ginekološka brahradioiterapija. Najuspešnejša metoda je kombinacija tele- in brahiterapije.

Viri sevanja v ginekološki brahiterapiji so zaprti viri sevanja: Cs137 (razpolovna doba je 30 let) in Ir192 žica (razpolovna doba je 74 dni).

Najpogostejše lokalizacije ginekoloških karcinomov, pri katerih uporabljamo brahiterapijo, so:

1. Carcinoma colli uteri, kjer uporabljamo intrakavitarno aplikacijo Henschkejevega nosilca s Cs137 izviri
2. Ca corporis uteri, kjer uporabljamo intrakavitarno aplikacijo Simonovih nosilcev s Cs137 izviri.
3. Ca vaginae in metastaze vzdolž nje; naredimo intravaginalno aplikacijo PVC ali PVCT vložkov s Cs137 izviri.
4. Recidiv v mali medenici, kjer naredimo intersticijsko implan-tacijo igel z Ir192 žico.

DELO SESTRE NA ODDELKU

Sestra na oddelku opravlja samostojna dela, ki so povezana s povečanim nadzorom in zdravstveno nego bolnice v območju ionizirajočega sevanja. Sestra prihaja direktno v stik z viri sevanja, ki jih vstavlja v aplikatorje, odstranjuje in v posebnih kontejnerjih odpelje do trezorja. Asistira pri vseh posegih kot inštrumentarka, skrbi za inštrumente in sanitetni material v aplikacijskih prostorih. Specifičnost dela na takem oddelku je povezana s posameznimi deli:

PRIPRAVA BOLNICE ZA APLIKACIJO JE PSIHIČNA IN FIZIČNA

1. Psihična priprava bolnice

Ko bolnica pride na oddlek, je običajno prestrašena (strah pred neznanim), zato jo pomirimo in razložimo vse, kar se bo z njo dogajalo. Prosimo jo, da čim bolj sodeluje, ker s tem olajša sebi zdravljenje in osebju delo.

Razložimo ji:

- da bo poseg v anesteziji (razen PVC in PVCT)
- da se bo smela v postelji previdno obračati: ne se posedati in vstajati (aplikator mora ostati v nespremenjenem položaju)
- da bo imela vstavljen stalni urinski kateter
- da ji bomo omogočili vso osebno higieno v postelji, razen AG področja
- da ne bo smela imeti obiskov
- da se lahko zaposli z ročnimi deli in branjem
- da bo dobivala hrano brez balastnih snovi, ker je bolje, da ne odvaja blata
- da se bomo zadrževali pri njej le za izvajanje zdravstvene nege.

2. Fizična priprava bolnice

Obsega ginekološki pregled in anestezijski pregled, ki vključuje EKG, Rtg p.c, krvne in urinske preiskave, po potrebi pa tudi internistični pregled.

Dan pred posegom dobi bolnica odvajalo, tekočo hrano, zvečer in zjutraj pred posegom premedikacijo. Zjutraj pred posegom so tešče. Bolnico odpeljemo v aplikacijske prostore (kjer imamo že pripravljen sterilni sanitetni material in instrumentarij za aplikacijo), jo preložimo na ginekološko mizo. Po krajši anesteziji zdravnik izpere bolnici nožnico in sterilno vstavi stalni urinski kateter. V/ob tumor vstavi aplikatorje, ki jih zatamponira oz. fiksira. Pri bolnicah nadzorujemo vitalne funkcije, diurezo, položaj aplikatorja (ista lega, ista razporeditev žarkovja oz. doze) in reakcije na analgetike, če jih je dobila..

Pri intravaginalnih aplikacijah PVC in PVCT vložka anestezija ni potrebna, zato tu ne preverjamo vitalne funkcije.

Ko bolnico pripeljemo na oddelek in ima vitalne funkcije normalne, ko je načrt oz. izračun zdravljenja narejen (čas je zelo različen) bolnici naknadno vstavimo izvire sevanja lahko ročno ali priklopimo aplikatorje (Henschkejeve) na aparat Curiatron (after-load tehnika).

V času tega zdravljenja delamo vse hitro in brez odvečnega zadrževanja pri bolnici. Bolnica naj tega ne opazi! Redno kontroliramo vitalne funkcije, položaj aplikatorjev, kakršno koli spremembo sporočimo zdravniku! V času ležanja ima bolnica antikoagulantno terapijo (dobiva Heparin 5000 E s.c./8 ur). Ne želimo, da bolnica defecira, če pa se to zgodi, jo uredimo in preverimo položaj aplikatorjev. Prehrana bolnice je brez celuloze, dobi pa naj dovolj tekočine!

Čas aplikacije in odstranjevanje aplikatorjev skrbno vpišemo v protokol.

Ob točno določenem in preračunanem času izvire odstranimo.

ZAŠČITA PRED SEVANJEM

Pri svojem delu moramo upoštevati temeljna načela zaščite pred sevanjem:

1. Nositi moramo osebni in ročni dozimeter, s katerim nadzorujemo izpostavljenost osebja sevanju in ugotavljamo uspešnost zaščite.
2. Bolnice so v bolniški sobi izolirane s pregradnimi baritnimi stenami.
3. Pri negovanju bolnic uporabljamo zaščitne zaslone in obpos-
teljne svinčene mizice.
4. Delo vnaprej načrtujemo, s tem skrajšamo negovalni čas.
5. Bolnice negujemo s čimvečje oddaljenosti (intenzivnost sevanja
pada s kvadratom razdalje).
6. Z detektorjem oz. praskačem pregledamo vse, kar zapušča sobo
oz. oddelek (izločki, perilo, smeti).

Za izboljšanje zaščite osebja pri opravljanju zdravstvene nege teh
bolnic bi morali imeti avdiovizualne povezave z bolniškimi sobami
in seveda čimveč "after-load" aparatur!

Literatura:

1. Fras PA. Brahiterapija. Med Razgl 27:437-454, 1988
2. Tomažin M. Posebnosti nege po brahiterapiji. Zbornik predavanj s področja
onkologije za višje medicinske sestre. Onkološki inštitut Ljubljana, 1990