

Malwina Nowogrodzka¹, Katarzyna Kwiecień-Jaguś²,
Anna Małecka-Dubiela¹, Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska²

¹Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Katedra Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Zakład Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, Katedra Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny

Problemy pielęgnacyjne dotyczące chorego przewlekle hemodializowanego, zakażonego wirusem zapalenia wątroby typu C i poddanego terapii bezinterferonowej — przegląd piśmiennictwa

Nursing care problems of a patient with hepatitis C under non-interferon therapy required long term hemodialysis — a review of the literature

ABSTRACT

Caring and treating a patient with hepatitis C and renal failure is associated with many difficult symptoms in the biological and mental dimensions. That is why, it requires holistic aspects take into consideration in all approach of life including somatic, mental, social and spiritual sphere. Modern therapeutic methods increase patient safety by minimalizing the risk of side effects being a result of therapy itself. Unfortunately, in Poland, we may still see a huge diversification of care provided by many medical specialists. In foreign literature nurses

role is wider and very often they are responsible for the coordination of patient's care to keep the continuity of service, proper quality, and patient safety. The manuscript presents the examples of nursing diagnoses, formulate in a traditional way, using the PES (Problem, Etiology, Symptom) model. Those diagnoses were formulated on the basis of patient's symptoms in a specific disease situation like hemodialysis, hepatitis C infection and non-interferon therapy.

Forum Nefrol 2019, vol 12, no 2, 125–132

Key words: hepatitis C, haemodialysis, nursing care, nursing diagnosis, nurse

WSTĘP

Według danych Państwowego Zakładu Higieny około 0,9–1,9% mieszkańców Polski jest zakażonych wirusem HCV (*hepatitis C virus*) [1]. Dane statystyczne wyraźnie potwierdzają, że do zakażeń dochodzi najczęściej

w wyniku procedur medycznych. U około 2% wszystkich pacjentów zakażonych wirusowym zapaleniem wątroby (WZW) typu C doszło do infekcji w przebiegu prowadzonej terapii z wykorzystaniem hemodializy. Problem zakażeń w grupie chorych poddawanych terapii nerkowej jest tym bardziej istotny, że dotyczy

Adres do korespondencji:
mgr Malwina Nowogrodzka
Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego,
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Dębinki 7, 80–211 Gdańsk
tel.: 58 349 19 88
e-mail:
malwina.nowogrodzka@gumed.edu.pl

▶▶ Leczenie wirusowego zapalenia wątroby zwiększyło swoją skuteczność do ponad 95% dzięki wprowadzeniu leków o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym. Długość trwania skutecznej terapii skróciła się do 12–24 tygodni. Choroba ta zaczęła być postrzegana jako łatwo uleczalna ◀◀

▶▶ Zakażenia wirusami zapalenia wątroby zaliczają się do najczęściej występujących spośród wszystkich zakażeń wirusowych u chorych poddawanych przewlekłej dializoterapii. Leczenie nerkozastępcze wymaga stałego naruszania ciągłości tkanek, co powoduje wzrost ryzyka zachorowania na WZW typu C. Nie należy pomijać faktu obniżenia mechanizmów odpornościowych występującego u pacjentów dializowanych ◀◀

najczęściej biorców narządów, którzy bardzo często mają ograniczone możliwości leczenia [2]. Wirusowe zapalenie wątroby jest najczęściej występującym zakażeniem wśród pacjentów dializowanych. Oszacowano, że dotyczy ono 11,5% chorych poddawanych przewlekłej dializoterapii. Leczenie pacjentów z WZW typu C można podzielić na dwie metody: terapię częściej wybieraną, polegającą na stosowaniu leków bezpośrednio blokujących białka enzymatyczne wirusa, tzw. terapię DAA (*direct acting antivirals*), oraz terapię starszą, obejmującą podawanie skojarzenia pegylowanego interferonu α z rybawiryną [3]. Leczenie wirusowego zapalenia wątroby zwiększyło swoją skuteczność do ponad 95% dzięki wprowadzeniu leków o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym. Długość trwania skutecznej terapii skróciła się do 12–24 tygodni. Choroba ta zaczęła być postrzegana jako łatwo uleczalna. Tę spektakularną zmianę w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C przyniosło ostatnie dziesięciolecie [4].

ZAKAŻENIE WIRUSEM WZW TYPU C A PRZEWLEKŁA HEMODIALIZA

Zakażenia wirusami zapalenia wątroby zaliczają się do najczęściej występujących spośród wszystkich zakażeń wirusowych u chorych poddawanych przewlekłej dializoterapii. Leczenie nerkozastępcze wymaga stałego naruszania ciągłości tkanek, co powoduje wzrost ryzyka zachorowania na WZW typu C. Nie należy pomijać faktu obniżenia mechanizmów odpornościowych występującego u pacjentów dializowanych [5].

Ostre i przewlekłe zakażenie WZW typu C u chorych ze schyłkową niewydolnością nerek ma w wielu przypadkach przebieg niecharakterystyczny, z tego względu wczesna diagnostyka jest problematyczna. Wynika to z faktu, że zapalenie wątroby typu C wśród pacjentów dializowanych cechuje się długim okresem wylegania oraz opóźnionym występowaniem przeciwciał. Charakterystyczne są również niski poziom wirerii oraz skąpoobjawowy przebieg choroby [6]. Początek choroby ma zwykle postać ostrego zakażenia, które u 75–85% osób przechodzi w postać przewlekłą. Podstawą rozpoznawania przewlekłego zapalenia wątroby typu C jest co najmniej 6-miesięczna obecność HCV-RNA u pacjenta z obecnością markerów choroby wątroby lub pozawątrobową manifestacją infekcji [1]. Konsekwencją procesu zapalnego o charakterze przewlekłym

jest postępujące włóknienie wątroby, ostatecznie prowadzące do jej marskości [7]. Bardzo często objawy marskości wątroby są pierwszymi objawami trwającego wiele lat stanu zapalnego [3]. Wśród najczęściej występujących objawów przewlekłego zapalenia WZW typu C wyróżnia się: uczucie zmęczenia narastające w godzinach popołudniowych i wieczornych, wzdęcia, objawy dyspeptyczne, uczucie rozpierania lub bólu w okolicy prawego łuku żebrowego. Niekiedy występują również pogorszenie ogólnej sprawności psychofizycznej i zaburzenia koncentracji [7]. Analizując bliżej następstwa WZW typu C, należy wspomnieć o tych, które wiążą się ze sferą psychospołeczną chorego. Badania nad jakością życia pacjentów zakażonych WZW typu C wykazują, że chorobie bardzo często towarzyszą objawy psychiczne związane z depresją, zgorzknieniem, wyalienowaniem, problemami w relacjach. Obserwuje się również wyraźną poprawę samopoczucia u osób po pomyślnie zakończonej terapii przeciwwirusowej [8]. Piętno związane z zakażeniem WZW typu C niejednokrotnie wpływa negatywnie na życie zawodowe i osobiste chorych. Stosowane leczenie, zwłaszcza oparte na podawaniu interferonu, bardzo często może pogorszyć stan psychiczny pacjenta. Wprowadzenie na rynek terapii bezinterferonowych znacznie ogranicza występowanie tego typu działań niepożądanych [2].

Uwzględniając różnice w sekwencji nukleotydowej wirusa HCV, wyodrębniono jego 7 genotypów oraz liczne podtypy [7]. W praktyce klinicznej podział ten ma duże znaczenie ze względu na fakt, że skuteczność leczenia oraz ryzyko nawrotu choroby są zależne właśnie od genotypu wirusa [3]. W Polsce u ponad 85% chorych stwierdza się genotyp 1, który obejmuje subgenotypy a i b. Pozostałe genotypy wymieniane w literaturze przedmiotu w naszym kraju występują dość sporadycznie [1].

Prowadzenie profilaktyki zakażeń WZW typu C jest kwestią kluczową między innymi ze względu na brak możliwości czynnego uodpornienia na ten wirus. Zakażenia wirusami hepatotropowymi szerzą się w stacjach dializ głównie poprzez skażone powierzchnie, skontaminowany sprzęt oraz ręce personelu. Rekomendacje dotyczące wydzielania stanowisk dializacyjnych oraz sprzętu wielorazowego użytku z uwzględnieniem statusu wirusologicznego pacjenta różnią się w zależności od kraju. Standardy amerykańskie i europejskie nie egzekwują wydzielania odrębnych pomieszczeń dla chorych z WZW typu C. Wystarczy udo-

stępnąć takim chorym oddzielną strefę w stacji dializ [5]. Obowiązujące w Polsce Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2012 r. nakłada na stacje dializ obowiązek wyodrębnienia co najmniej jednego pomieszczenia przeznaczonego dla pacjentów zakażonych wirusami przenoszonymi drogą krwiopochodną [9]. U każdego chorego kwalifikowanego do leczenia nerkozastępczego wykonuje się oznaczenia przeciwciał anti-HCV, a w trakcie leczenia badanie to jest powtarzane co 6 miesięcy. Raz w roku należy zaś oznaczyć u chorych dializowanych HCV-RNA, aby zidentyfikować też tych pacjentów, którzy nie wykazują obecności anti-HCV, a są HCV-RNA-dodatni [6].

METODY FARMAKOLOGICZNE WYKORZYSTYWANE W LECZENIU WZW TYPU C

Leczenie WZW typu C ma na celu głównie trwałe zahamowanie replikacji wirusa, stwierdzone poprzez uzyskanie ujemnego wyniku badania na obecność HCV-RNA w surowicy krwi, a w konsekwencji zapobieganie rozwojowi marskości wątroby oraz raka wątrobowokomórkowego. Wyeliminowanie HCV jest również elementem zapobiegania przeniesienia zakażenia na inne osoby. Badanie HCV-RNA przy użyciu metody łańcuchowej reakcji polimerazy (PCR, *polymerase chain reaction*) wykonuje się 12 lub 24 tygodni po zakończeniu terapii i określa mianem trwałej odpowiedzi wirusologicznej [SVR (*sustained virologic response*) 12 lub SVR 24] [10]. Uzyskanie ujemnych wyników HCV-RNA lub antygenu rdzeniowego (HCVcAG) w czasie 12 tygodni od zakończenia terapii jest oznaką skutecznej terapii i trwałej odpowiedzi [11].

Zgodnie z zaleceniami Polskiej Grupy Ekspertów HCV z roku 2018 wszystkich pacjentów z przewlekłym zakażeniem HCV należy poddać leczeniu. Wyjątek stanowią jedynie ci chorzy, u których ryzyko krótkiego przeżycia jest wysokie. Jeśli dostęp do terapii jest ograniczony, Polska Grupa Ekspertów HCV wyodrębniła dodatkowe rekomendacje, jakimi należy się kierować przy wyborze pacjentów, których należy poddać leczeniu jako pierwszych. Chorzy hemodializowani, a zwłaszcza oczekujący na przeszczepienie nerki powinni być poddawani leczeniu w przyspieszonym trybie [11]. Leki dostępne w terapii przeciwwirusowej pacjentów z WZW typu C oraz ogólne i szczegółowe rekomendacje związane z tą terapią są co roku aktualizowane przez Polską Grupę Ekspertów HCV oraz zamieszczane na

Tabela 1. Leki rekomendowane przez Polską Grupę Ekspertów HCV [11]

Grupa leków	Klasa leków	Leki
Leki o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym (DAA)	Inhibitory NS3 (proteazy)	GLE — glekaprewir
		GZR — grazoprewir
		PTV — parytaprewir
		VOX — woksyprewir
	Inhibitory NS5B (polimerazy)	DSV — dazabuwir
		SOF — sofosbuwir
	Inhibitory NS5A	DCV — daklataswir
		EBR — elbaswir
		LDV — ledipaswir
OBV — ombitaswir		
PIB — pibrentaswir		
	VEL — welpataswir	
Inne	Rybawiryne	RBV — rybawiryne

stronie internetowej Polskiego Towarzystwa Hepatologicznego [4]. Ze względu na fakt, że leczeniem zajmują się specjalistyczne ośrodki, a liczba zakażeń określana jest jako masowa, dostęp do terapii przeciwwirusowych, szczególnie tych najnowszych, wiąże się ze zróżnicowanym okresem oczekiwania na leczenie [7].

Schemat terapeutyczny dostosowywany jest na podstawie dostępności, skuteczności oraz bezpieczeństwa. Chorzy są informowani o czasie trwania terapii, ewentualnych reakcjach niepożądanych związanych z leczeniem, możliwych interakcjach z innymi lekami, znaczeniu przestrzegania schematu leczenia oraz zasadach kontynuowania lub przerywania terapii. Listę leków zalecanych przez Polską Grupę Ekspertów, zatwierdzonych przez Europejską Agencję Leków (EMA, *European Medicines Agency*), przedstawia tabela 1 — wykaz ten jest zgodny z rekomendacjami dotyczącymi leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C z 2018 roku.

Terapia bezinterferonowa opiera się na stosowaniu inhibitorów proteazy, polimerazy oraz kompleksu replikacyjnego NS5A. Schemat leczenia zależy od genotypu HCV, zaawansowania upośledzenia funkcji wątroby, współwystępowania innych chorób (w tym niewydolności nerek) oraz stosowania innych leków (interakcje międzylekowe). Na wybór schematu leczenia wpływ ma też informacja o narządzie, w którym dany lek jest metabolizowany [4]. Niedopuszczalne jest stosowanie monoterapii w leczeniu bezinterferonowym ze

Tabela 2. Leki stosowane w WZW typu C a najczęstsze działania niepożądane [3]

Grupa leków	Klasy/Leki	Najczęstsze działania niepożądane
Leki o bezpośrednim działaniu przeciwwirusowym (DAA)	Inhibitory NS3 (proteazy)	Zmęczenie, ból głowy, niedokrwistość, bezsenność, wysypka, świąd, nudności, biegunka
	Inhibitory NS5B (polimerazy)	Zmęczenie, ból głowy, bezsenność, nudności
	Inhibitory NS5A	Zmęczenie, ból głowy, bezsenność, nudności
Interferony	Interferony pegylowane alfa	Depresja, bezsenność, jadłowstręt, tyśnienie, niedokrwistość, neutropenia, małopłytkowość, biegunka, duszność, tachykardia, bóle mięśni i stawów, zakażenia wirusowe, zapalenie skóry, niedoczynność tarczycy, zmniejszenie libido
Inne	RBV — rybawiryna	Niedokrwistość, neutropenia, jadłowstręt, bezsenność, depresja, myśli samobójcze, zakażenia wirusowe, niedoczynność tarczycy, bóle głowy, duszność, tachykardia, biegunka, wymioty

względu na zbyt duże ryzyko selekcji substytucji warunkujących oporność. W przypadku inhibitorów NS5A jest to oporność trwała [11].

Za terapią bezinterferonową przemawiają również zredukowane działania niepożądane podawanych leków, których liczba jest znacząco mniejsza i które są mniej uciążliwe dla chorego niż w przypadku leczenia przy użyciu interferonu. Zestawienie najczęstszych działań niepożądanych w poszczególnych terapiach zawiera tabela 2.

Zgodnie z rekomendacjami Polskiej Grupy Ekspertów HCV z roku 2018 pacjenci z filtracją kłębuszkową na poziomie eGFR (*estimated glomerular filtration rate*) ≥ 30 ml/min/1,73 m² powinni otrzymać leczenie zgodnie z ogólnymi zasadami. Optymalne leczenie chorych z eGFR < 30 ml/min/1,73 m², zwłaszcza tych, którzy są już leczeni hemodializami, oznacza włączenie następujących leków: GLE/PIB. Pacjentom, u których wykryto genotyp GT1 lub GT4, można również zaproponować leczenie GZR/EBR lub OBV/PTV/r + DSV [11].

Bezinterferonowy schemat lekowy OBV/PTV/r + DSV, zaproponowany chorym z obniżoną eGFR wydaje się również dopasowany do polskiej populacji pacjentów, w której dominuje genotyp 1b HCV. Badania kliniczne przeprowadzone w grupie około 2300 chorych dowodzą, że stosowanie tej grupy leków przynosi skuteczność SVR $> 95\%$ u większości badanych. Leki te można także zastosować

u pacjentów wcześniej leczonych interferonem i rybawiryną [2].

METODY NIEFARMAKOLOGICZNE WYKORZYSTYWANE W LECZENIU CHORYCH Z WZW TYPU C

Leczenie niefarmakologiczne skupia się głównie na zaleceniach dietetycznych, w które należy włączyć ograniczenie spożycia alkoholu, jak również normalizację masy ciała. W przewlekłych chorobach zapalnych wątroby stosuje się dietę lekkostrawną i ubogotłuszczową. Na zapotrzebowanie energetyczne oraz ilość dostarczanych poszczególnych składników odżywczych u osób z przewlekłym zapaleniem wątroby wpływ mają takie stany, jak niedobiałczenie, insulinooporność oraz stan kataboliczny. Z tego względu zapotrzebowanie energetyczne u osób z tym schorzeniem wzrasta zwykle o 20–50% w stosunku do potrzeb energetycznych osoby zdrowej. U chorych z WZW typu C większe jest też zapotrzebowanie na białko. Produkty bogatobiałkowe powinny być głównie pochodzenia roślinnego. W przypadku wystąpienia objawów encefalopatii wątrobowej, wynikającej z nietolerancji białka, należy ograniczyć jego podaż w diecie. Restrykcje w tym zakresie powinny jednak trwać jak najkrócej, aby nie doprowadzić do wyniszczenia organizmu. Większa podaż białka w diecie nie tylko uzupełni niedobory, ale pozwoli również na ograniczenie insulinooporności, zapobiegając tym samym wystąpieniu powikłań w postaci stłuszczenia komórek wątroby. Efekt ten można również uzyskać dzięki ograniczeniu spożycia węglowodanów prostych, zwłaszcza zawierających fruktozę (soki, dżemy, galaretki, jogurty). Węglowodany powinny stanowić 40–50% energii w diecie pacjentów z chorobami zapalnymi wątroby. Kolejne 30% powinny dostarczać tłuszcze. Wśród tych składników dominować powinny jedno- i wielonienasycone kwasy tłuszczowe (oliwa z oliwek, olej słonecznikowy, rzepakowy, soja, orzechy, tłuste ryby morskie). Nasycone kwasy tłuszczowe należy eliminować z diety, należy więc wykluczyć tłuste mięsa i sery, śmietanę, smalec, słoninę, utwardzone margaryny oraz ciasta zawierające tłuszcz piekarniczy. Niezwykle ważne jest dostosowanie podaży elektrolitów do stanu chorego. Ze względu na obecność obrzęków i wodobrzusza należy ograniczyć ilość sodu w diecie do 2 g na dobę. Zalecenie to wiąże się ze zmniejszeniem spożycia takich produktów, jak: wędzona szynka, wędliny, sery, kon-

serwy, produkty gotowe. Restrykcja płynów w przypadku pacjentów z chorobami zapalnymi wątroby jest niewskazana. Liczba posiłków u pacjentów z WZW typu C powinna być zwiększona do 4–7 porcji w ciągu dnia. Chorzy ci mierzą się z przedwczesnym uczuciem sytości oraz osłabieniem łaknienia. Przyjmowanie posiłków częściej i w mniejszych ilościach pozwoli ograniczyć te dolegliwości. Przyrządzanie posiłków powinno się opierać głównie na gotowaniu i pieczeniu w folii. Celem stosowania diety będzie zapobieganie niedożywieniu także u osób z otyłością. Jedną z nadrzędnych wskazówek dla pacjentów z uszkodzeniem wątroby jest informacja, że bez względu na przyczynę choroby napoje alkoholowe są zakazane [12, 13].

Nieco innego podejścia wymaga chory zakażony wirusem HCV wymagający leczenia nerkozastępczego. Zalecenia dotyczące zapotrzebowania kalorycznego oraz spożycia węglowodanów, białek i tłuszczów są spójne dla obu tych schorzeń. Ze względu na retencję płynów w organizmach zarówno chorego na WZW typu C, jak i pacjenta dializowanego ważny element diety stanowi ograniczenie spożycia produktów słonych. Istotne różnice widoczne są w zaleceniach dotyczących przyjmowania płynów. U pacjentów z chorobami zapalnymi wątroby ograniczenie ilości płynów jest niewskazane, natomiast pacjenci dializowani otrzymują we wskazówkach dietetycznych informację, że restrykcja płynów jest dla nich bardzo ważna. W diecie pacjentów dializowanych bardzo znaczącą rolę odgrywa ograniczenie produktów bogatych w potas i fosfor. Oznacza to dla tych chorych zmniejszenie spożycia większości surowych warzyw i owoców, gdyż znajduje się w nich duża ilość potasu. Z diety należy też wyeliminować produkty bogate w fosfor, czyli m.in.: nabiał, ryby, wędliny, warzywa strączkowe [14]. Problem leczenia dietą w przypadku pacjenta leczonego nerkozastępczo stanowi duże wyzwanie dla zespołu terapeutycznego. Sytuacja komplikuje się dodatkowo w przypadku chorób współistniejących, takich jak WZW typu C. Wymaga to od członków zespołu, w tym pielęgniarki, szerokiej, zróżnicowanej wiedzy. Pacjenci pozbawieni profesjonalnej edukacji są narażeni na silny stres, ograniczający ich udział w procesie leczenia. Wśród korzyści z regularnie prowadzonej edukacji wyróżnia się poprawę komfortu pacjenta, zdolność do samoopieki i samokontroli, mniejszą konieczność hospitalizacji [15].

Amerykański Instytut Gastroenterologii (*American Gastroenterology Association Institute*) opracował program leczenia zakażeń WZW typu C, w którym podkreśla się, że sukces terapii zależy w dużej mierze od współpracy w zespole interdyscyplinarnym, którego członkiem jest tzw. koordynator opieki. Program ten akcentuje znaczenie edukacji nie tylko chorego, ale i osób z jego otoczenia. Szkolenie powinno dotyczyć czynników ryzyka i dróg szerzenia zakażenia, konieczności szczepienia przeciwko WZW typu A i B. Pacjentowi należy udzielić wsparcia w zakresie zaprzestania picia alkoholu. Chory powinien mieć też wiedzę na temat leków hepatotoksycznych (jak np. paracetamol). Badania prowadzone przez Numba i wsp. wykazują, że wsparcie pielęgniarskie znacząco poprawia skuteczność leczenia HCV. Analiza dotyczyła pacjentów leczonych interferonem i rybawiryną. Chorzy pozbawieni wsparcia pielęgniarskiego cechowali się znacząco gorszą skutecznością leczenia niż ci, którzy regularnie konsultowali się z pielęgniarkami [16]. W projekcie opracowanym w Stanach Zjednoczonych przez Redullę i wsp. skupiono się na poprawie jakości opieki nad pacjentami z przewlekłym WZW typu C. Zaproponowane standardy, oparte między innymi na szybkiej odpowiedzi pielęgniarek na objawy występujące u chorych, przyczyniły się do poprawy wyników leczenia [17]. Standardy zaproponowane przez amerykańskich badaczy podkreślają znaczenie wsparcia i edukacji w opiece nad pacjentem z WZW typu C, wyróżniając tym samym rolę pielęgniarki w zespole interdyscyplinarnym.

POTENCJALNE I AKTUALNE DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE CHOREGO

Obecne zmiany w opiece zdrowotnej wymagają od personelu medycznego ciągłego zwiększania wydajności w zakresie jej realizacji. Takie warunki wymagają od pracowników podejścia bardziej zadaniowego, a mniej zindywidualizowanego. Jeżeli jednak skupimy się na poprawie jakości opieki zdrowotnej, za cel należy sobie postawić koncepcję opieki skoncentrowanej na chorym, zindywidualizowanej. Przemawia za tym również Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej, w której mowa jest o rozpoznawaniu warunków i potrzeb zdrowotnych, a te różnią się przecież u poszczególnych pacjentów. Założenia pielęgniarstwa w ujęciu holistycznym również zwracają szczególną uwagę na indywi-

▶▶Standardy zaproponowane przez amerykańskich badaczy podkreślają znaczenie wsparcia i edukacji w opiece nad pacjentem z WZW typu C, wyróżniając tym samym rolę pielęgniarki w zespole interdyscyplinarnym◀◀

▶▶Pacjenci pozbawieni profesjonalnej edukacji są narażeni na silny stres, ograniczający ich udział w procesie leczenia. Wśród korzyści z regularnie prowadzonej edukacji wyróżnia się poprawę komfortu pacjenta, zdolność do samoopieki i samokontroli, mniejszą konieczność hospitalizacji◀◀

►►Sprawowanie całościowej opieki nad chorym hemodializowanym zakażonym WZW typu C i poddanym terapii bezinterferonowej jest o tyle trudne, że w praktyce jest prowadzone przez różne zespoły pielęgniarskie◄◄

dualność pacjenta jako człowieka, który łączy w sobie różne sfery, wspólnie tworzące integralną i nierozzerwalną całość [18].

Sprawowanie całościowej opieki nad chorym hemodializowanym zakażonym WZW typu C i poddanym terapii bezinterferonowej jest o tyle trudne, że w praktyce jest prowadzone przez różne zespoły pielęgniarskie. Chorym hemodializowanym opiekują się pielęgniarki stacji dializ, ale także oddziałów nefrologicznych. Pacjenci zakażeni wirusem WZW typu C wymagają wsparcia i opieki ze strony pielęgniarek oddziałów/poradni chorób zakaźnych, gastroenterologicznych, hepatologicznych bądź po prostu internistycznych. Pacjent poddany terapii bezinterferonowej pozostaje pod opieką pielęgniarek poradni chorób zakaźnych. Praca w wyżej wymienionych placówkach wymaga od pielęgniarki wysokospecjalistycznej wiedzy, a także doświadczenia i umiejętności dopasowania planu opieki do indywidualnych potrzeb chorego.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem ma charakter zindywidualizowany, wobec czego problemy pielęgnacyjne zaprezentowane w niniejszej pracy należy potraktować jako przykładowe. Diagnozy pielęgniarskie sformułowano na podstawie objawów występujących u pacjenta znajdującego się w konkretnej sytuacji chorobowej — hemodializoterapii i WZW typu C wraz z terapeutycznymi i klinicznymi skutkami zarażenia tym wirusem. Diagnozy sformułowano w sposób tradycyjny zgodnie z modelem PES (*Problem, Etiology, Symptom*).

DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE DOTYCZĄCE PACJENTA HEMODIALIZOWANEGO

DP 1. Ryzyko wystąpienia duszności z powodu przewodnienia na skutek zaburzeń wodno-elektrolitowych.

DP 2. Obrzęki kończyn dolnych z powodu przewodnienia wynikające z zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej.

DP 3. Spadek ciśnienia tętniczego będący skutkiem nadmiernego odwodnienia chorego w trakcie hemodializy/zmiany optymalnej masy ciała.

DP 4. Wzrost ciśnienia tętniczego wynikający z przewodnienia/usunięcia substancji leczniczych z organizmu chorego w trakcie hemodializy.

DP 5. Kurcze mięśni w czasie przeprowadzania zabiegu hemodializy, spowodowane nadmierną ultrafiltracją/zmianą optymalnej masy ciała.

DP 6. Bóle głowy spowodowane wahaniami ciśnienia tętniczego/nadmierną ultrafiltracją/przewodnieniem w czasie prowadzonej terapii.

DP 7. Osłabienie wynikające z zastosowanej terapii.

DP 8. Zaburzenia snu związane z koniecznością pozostania w środowisku szpitalnym.

DP 9. Ryzyko spadku glikemii na skutek prowadzonej terapii nerkozastępczej.

DP 10. Ryzyko powikłań w postaci zakażenia/zakrzepnięcia/zwężenia/wynaczynienia/krwiaka, związane z koniecznością utrzymania przetoki tętniczo-żyłnej niezbędnej do prowadzenia terapii nerkozastępczej.

DP 11. Ból/zasinienie/zblednięcie/ochłodzenie ręki z przetoką tętniczo-żyłą, spowodowane zespołem podkradania w związku z koniecznością prowadzonej terapii.

DP 12. Ryzyko powikłań (infekcyjnych/uszkodzeń mechanicznych/dysfunkcji) związanych z koniecznością utrzymywania cewnika dializacyjnego.

DP 13. Gorączka w przebiegu infekcji w związku z zakażeniem cewnika dializacyjnego.

DP 14. Zaparcia wynikające z restrykcji w zakresie przyjmowania płynów oraz ograniczonej zdolności poruszania się.

DP 15. Uporczywy świąd wynikający z utrzymującej się hiperfosfatemii na skutek zaburzenia gospodarki elektrolitowej.

DP 16. Drętwienie kończyn dolnych/obniżone napięcie mięśniowe/tachykardia spowodowane hiperkaliemią w konsekwencji zaburzeń elektrolitowych wynikających z konieczności długotrwałej terapii nerkozastępczej.

DP 17. Zaburzenia świadomości spowodowane hipokaliemią/zespołem niewyrównania wynikającymi z prowadzonej terapii nerkozastępczej.

DP 18. Ryzyko wystąpienia duszności/sinicy/kaszlu spowodowanych zatorem powietrznym/ hemolizą w czasie prowadzonego zabiegu hemodializy.

DP 20. Deficyt wiedzy na temat choroby/konieczności stosowania diety/reżimu płynów, związany z rozpoczęciem dializoterapii/wynikający z ograniczeń poznawczych/trudności w akceptacji choroby.

DP 21. Ryzyko niedożywienia w związku z restrykcyjną dietą/utrata białka w trakcie dializy.

DP 22. Obniżenie nastroju/niepokój/lęk spowodowane zmianą sytuacji zdrowotnej/koniecznością rozpoczęcia hemodializoterapii/zależnością od zabiegu dializy/zmianą sytuacji socjoekonomicznej.

DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE DOTYCZĄCE PACJENTA Z WIRUSOWYM ZAPALENIEM WĄTROBY TYPU C

DP 1. Uczucie zmęczenia narastające w godzinach popołudniowych i wieczornych, wynikające z jednostki chorobowej.

DP 2. Dyskomfort/ból/uczucie rozpięcia w okolicy prawego podżebrza wskutek hepatomegalii.

DP 3. Objawy dyspeptyczne/utrata apetytu wynikające z niszczenia hepatocytów przez namnażanie się w nich wirusa.

DP 4. Ból mięśni i stawów spowodowany odkładaniem się kompleksów immunologicznych.

DP 5. Uczucie suchości błon śluzowych na skutek awitaminozy.

DP 6. Zaburzenia koncentracji jako konsekwencja encefalopatii wątrobowej.

DP 7. Obniżony nastrój wynikający z braku akceptacji choroby.

DP 8. Świąd skóry związany z zastojem kwasów żółciowych w organizmie chorego.

DP 9. Deficyt wiedzy na temat choroby/konieczności zaprzestania picia alkoholu jako efekt braku akceptacji jednostki chorobowej.

DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE DOTYCZĄCE PACJENTA Z MARSKOŚCIĄ WĄTROBY W PRZEBIEGU WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C

DP 1. Niedożywienie wynikające z niewłaściwej diety/objawów dyspeptycznych.

DP 2. Uporczywy świąd skóry związany ze wzrostem stężenia bilirubiny do poziomu powyżej 3 mg/dl w przebiegu żółtaczki.

DP 3. Ryzyko rozwoju zakażeń ze względu na obniżoną odporność.

DP 4. Uczucie duszności związane z zaburzonym procesem wentylacji na skutek wodobrzusza.

DP 5. Ryzyko krwawienia z przewodu pokarmowego z powodu żyłaków przełyku.

DP 6. Zaburzenia neuropsychiatryczne z powodu encefalopatii wątrobowej.

DP 7. Zaburzenia miesiączkowania oraz niepłodność wynikające z hiperestrogenizmu.

DP 8. Zanik lub obniżenie libido/ginekomastia (u mężczyzn) na skutek hiperestrogenizmu.

DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE DOTYCZĄCE PACJENTA Poddanego TERAPII BEZINTERFERONOWEJ

DP 1. Zwiększona męczliwość/ból głowy/bezsenność/nudności w związku z zastosowaną farmakoterapią.

DP 2. Lęk przed koniecznością przerwania terapii.

DP 3. Lęk związany z przyszłym rokowaniem, a także zwiększonym ryzykiem rozwoju raka wątrobowokomórkowego.

PODSUMOWANIE

Opieka nad chorym z niewydolnością nerek i zakażeniem WZW typu C oraz leczenie takiego pacjenta wiążą się z występowaniem uciążliwych objawów w wymiarze zarówno biologicznym, jak i psychicznym. Z tego względu niezbędne jest podejście holistyczne, obejmujące wszystkie sfery życia, w tym: somatyczną, psychiczną, społeczną, kulturową i duchową. Dzięki takiej postawie pacjent może liczyć na pomoc, która nie ogranicza jego autonomii. W Polsce występuje wyraźny podział opieki nad chorym między specjalistami różnych dziedzin. Z tego względu nie jest rzeczą prostą utrzymanie ciągłości i integralności opieki, w tym również opieki pielęgniarskiej. Pielęgniarka, będąc członkiem zespołu terapeutycznego, w myśl Ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej powinna realizować działania w ramach funkcji: opiekuńczej, promowania zdrowia, profilaktycznej, wychowawczej, terapeutycznej, a także diagnostycznej. Problemy pielęgnacyjne dotyczące chorego zakażonego WZW typu C mogą być różne w zależności od sytuacji klinicznej, w jakiej chory będzie się znajdował. W literaturze zagranicznej, w tym poradnikach pielęgniarskich z zakresu opieki nad pacjentami zakażonymi WZW typu C, pielęgniarka poza funkcjami diagnostycznymi, promowania zdrowia czy profilaktyki jest bardzo często odpowiedzialna za koordynowanie opieki nad chorym. Rola ta bardzo często ma charakter nieformalny, pozwala jednak na utrzymanie ciągłości opieki nad pacjentem, który wymaga konsultacji ze strony specjalistów różnych dziedzin. Bez wątpienia ma to olbrzymie znaczenie dla funkcjonowania i jakości życia chorych z HCV, grupa ta bowiem niejednokrotnie zmagają się z problemem izolacji społecznej czy nawet utraty pracy na skutek zaostrzenia choroby. Pielęgniarka/koordynator/edukator wychodzi naprzeciw oczekiwaniom rodziny i chorego. Działania te pozwalają pacjentowi lepiej zrozumieć swoją chorobę, ograniczenia i możliwości, jakie stwarza ona w codziennym życiu. Ponadto takie podejście pozwala lepiej monitorować, zgłaszać i nadzorować objawy niepożądane związane z zastosowaną terapią. Wartością dodaną tego typu rozwiązań jest kształtowanie w pacjencie poczucia, że stanowi on część i podmiot prowadzonej terapii, a zintegrowane działania specjalistów mają mu pomóc w codziennym, zwykłym zmaganiu się z chorobą i wyzwaniami, jakie niesie ona ze sobą każdego dnia.

►►W Polsce występuje wyraźny podział opieki nad chorym między specjalistami różnych dziedzin. Z tego względu nie jest rzeczą prostą utrzymanie ciągłości i integralności opieki, w tym również opieki pielęgniarskiej◀◀

STRESZCZENIE

Opieka nad chorym z niewydolnością nerek i zakażeniem wirusem zapalenia wątroby (WZW) typu C oraz leczenie takiego pacjenta wiąże się z występowaniem uciążliwych objawów w wymiarze zarówno biologicznym, jak i psychicznym. Z tego względu niezbędne jest podejście holistyczne, obejmujące wszystkie sfery życia, w tym: somatyczną, psychiczną, społeczną, kulturową i duchową. Nowoczesne metody lecznicze zwiększają bezpieczeństwo chorego, minimalizując tym samym występowanie objawów ubocznych wynikających z samej podjętej terapii. W Polsce można dostrzec wyraźny podział i dywersyfikację opieki nad pacjentem sprawowanej

przez różnych specjalistów. W literaturze zagranicznej osobą odpowiedzialną za koordynowanie ciągłości opieki nad chorym jest bardzo często pielęgniarka. W pracy przedstawiono przykładowe diagnozy pielęgniarskie, ujęte w sposób tradycyjny z wykorzystaniem modelu PES. Przykładowe diagnozy pielęgniarskie zostały sformułowane na podstawie objawów występujących u pacjenta znajdującego się w konkretnej sytuacji chorobowej — hemodializoterapii i zakażenia WZW typu C wraz z terapeutycznymi i klinicznymi skutkami zarażenia tym wirusem.

Forum Nefrol 2019, tom 12, nr 2, 125–132

Słowa kluczowe: wirusowe zapalenie wątroby typu C, hemodializa, opieka pielęgniarska, problem pielęgnacyjny, pielęgniarka

Piśmiennictwo

1. Flisiak R., Pogorzelska J., Berak H. i wsp. Prevalence of HCV genotypes in Poland — the EpiTer study. *Clin. Exp. Hepatol.* 2016; 2: 144–148.
2. Raciborski F., Gujski M., Klak A., Gierczyński J. HCV w Polsce. Strategia rozwiązania problemu zdrowotnego oraz działania w perspektywie 2015–2016. Raport Instytutu Ochrony Zdrowia. Warszawa 2015: 16–17.
3. Wosek P., Gozdowska J., Durlik M. Analiza zmian w schematach leczenia przewlekłego zapalenia wątroby na tle zakażenia HCV na przestrzeni lat. *Forum Nefrol.* 2016; 9: 178–188.
4. Jaroszewicz J. Współczesne możliwości terapii przeciwwirusowej. W: Boroń-Kaczmarek A., Wiercińska-Drapała A. (red.). *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 60–61.
5. Cekała A., Biedunkiewicz B. Profilaktyka zakażeń na oddziale hemodializy. W: Białobrzeska B., Dębska-Ślizień A. (red.). *Pielęgniarstwo nefrologiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013: 157–160.
6. Dębska-Ślizień A., Chamienia A. Zakażenia bakteryjne, wirusowe i grzybicze u pacjentów poddawanych terapii nerkozastępczej. W: Rutkowski B. (red.). *Leczenie nerkozastępcze w praktyce pielęgniarskiej*. Via Medica, Gdańsk 2008: 436–442.
7. Mazur W. Wirusowe zapalenia wątroby. W: Boroń-Kaczmarek A., Wiercińska-Drapała A. (red.). *Choroby zakaźne i pasożytnicze*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 239–243.
8. Wawrzynowicz-Syczewska M. Przewlekłe zakażenie HCV — choroba ciała czy choroba duszy? *Przegl. Epidemiol.* 2005; 59: 611–619.
9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2012 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą. *Dz.U.* 2012, poz. 739.
10. Halota W., Flisiak R., Juszczyk J., Małkowski P., Pawłowska M., Simon K., Tomaszewicz K. Recommendations for the treatment of hepatitis C in 2017. *Clin. Exp. Hepatol.* 2017; 3: 47–55.
11. Halota W., Fliziak R., Juszczyk J., Małkowski P., Pawłowska M., Simon K., Tomaszewicz K. Rekomendacje Polskiej Grupy Ekspertów HCV dotyczące leczenia wirusowych zapaleń wątroby typu C w roku 2018. *Hepatologia* 2018; 18: 1–9.
12. Pol K., Jarosz M. Żywność w stanach zapalnych wątroby. W: Jarosz M. (red.). *Dietetyka. Żywność, żywienie w prewencji i leczeniu*. Instytut Żywności i Żywienia, Warszawa 2017: 281–287.
13. Chevallier L. 60 zaleceń dietetycznych w wybranych stanach chorobowych. Edra Urban & Partner, Wrocław 2011: 165–166.
14. Małgorzewicz S., Paczkowska B. Praktyczne aspekty żywienia w okresie leczenia hemodializą. W: Białobrzeska B., Dębska-Ślizień A. (red.). *Pielęgniarstwo nefrologiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013: 340–348.
15. Magrian G. Edukacja pacjenta hemodializowanego. W: Białobrzeska B., Dębska-Ślizień A. (red.). *Pielęgniarstwo nefrologiczne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013: 161–162.
16. Chaney A. Caring for patients with chronic hepatitis C infection. *Nursing* 2019; 49: 36–42.
17. Redulla R.R., Reddy K.R., Faust T.W., Dudley-Brown S. Project P.E.A.C.H. (Pathway and Education Toward Adherence and Completion in Hepatitis C Therapy): a nurse-driven evidence-based protocol. *Gastroenterol. Nurs.* 2015; 38: 369–378.
18. Uchmanowicz I., Rosińczuk J., Kilańska D. Pielęgniwanie zindywidualizowane — umiejętności złożone i krytyczne myślenie. W: Zarzycka D., Ślusarska B. (red.). *Podstawy pielęgniarstwa*. T. 1. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2017: 264–268.