

Tämä on rinnakkaistallenne. Sen viitetiedot saattavat erota alkuperäisestä /

This is a self-archived version of the original article. This version may differ from the original in pagination and typographic details.

Version: publisher's version

Käytä viittauksessa alkuperäistä lähdettä: /

To cite this article please use the original version:

Jäntti, Aija 2023. Sädehoitoa saaneen kuntoutuminen röntgenhoitajan näkökulmasta. Syöpäsairaanhoitaja 19 (3), 12-14.



SÄDEHOITOA SAANEEN KUNTOUTUMINEN RÖNTGENHOITAJAN NÄKÖKULMASTA

Noin puolet syöpään sairastuneista saa sädehoitoa jossain vaiheessa osana hoitopolkuaan. Röntgenhoitajan työtehtäviin sädehoitojakson aikana kuuluu sädehoidon tarkka ja turvallinen toteutus sekä potilaiden ohjaaminen, tukeminen ja mahdollisten haittojen seuraaminen hoitojakson aikana. Tiivis yhteistyö potilaan kanssa hoitojakson ajan antaa röntgenhoitajille vaikutusmahdollisuuden myös kuntoutumisen näkökulmasta.

Sädehoidossa käytetään suurienergistä säteilyä, jota useimmiten annetaan ulkoisesti lineaarikiihtytinillä. Ulkoinen sädehoito on

kivuton, nopea ja non-invasiivinen hoitomuoto, joka yleensä toteutetaan sarjahoitona. Sädehoitoa voidaan antaa myös kudoksen- tai ontelon sisäisesti, jolloin säteilylähde vietään hoidettavan alueen välittömän läheisyyteen. Sisäinen sädehoito vaatii ulkoista hoitoa pidemmän yksittäisen hoitoajan siihen liittyvien toimenpiteiden vuoksi, mutta hoitokertoja on pääsääntöisesti ulkoista hoitoa vähemmän.

Sädehoitojakson pituus riippuu monesta seikasta, kuten hoidon tarkoituksista ja syöpätyypistä. Hoito toteutetaan yleensä peräkkäisinä arkipäivinä. Hoitojakson kesto voi

olla viikosta muutama viikkoon. Sädehoitoa voidaan antaa myös kertahoitona esimerkiksi kivun hoitoon tai hyvänlaatuisiin kohteisiin. Hoitojaksot ovat viime vuosina lyhentyneet uusien jaksotusmallien (hypofraktiointi) ja kehittyneen laitekniikan myötä. Hypofraktioidussa hoidoissa potilas saa perinteistä suuremman päivittäisen annoksen ja hoitokertoja on vähemmän. Esimerkiksi rintasyöpää hoidettiin vuosikymmen sitten 25 kertaa, kun nyt hoidon pituus on viisi tai 15 hoitokertaa. Eturauhassyövän hoito on lyhentynyt seitsemästä viikosta 5-20 kerran hoitojaksoihin.

Sädehoidon keskeinen haaste on saada syövän hoidon kannalta riittävän suuri säteilyannos hoidettavalle alueelle, minimoiden samalla hoitokohdetta ympäröivien terveiden kudosten säteilyaltistus. Käytännössä ympäröivät kudokset kuitenkin saavat säteilyä ja hoidosta tulee haittoja. Säteily vaikuttaa etenkin jakautumisvaiheessa oleviin soluihin ja sädehoidon haitat ilmenevätkin viiveellä. Nopeasti jakautuvat kudokset, kuten limakalvot reagoivat hoitoon nopeasti, muutamissa päivissä, kun taas hitaasti jakautuvat kudokset voivat oireilla vasta kuukausien kuluessa. Esimerkiksi hermokudokset ovat näitä säteilyyn hitaasti reagoivia kudoksia. Myös kudosten fibrotoiminen on myöhäishaitta, jota nähdään esimerkiksi keuhkokudoksessa.

Jokainen sädehoito suunnitellaan yksilöllisesti perustuen tietoon kasvaimen ominaisuuksista, muista hoidoista ja potilaan kokonaistilanteesta. Säteilyannosten lopullisiin jakaumiin puolestaan vaikuttaa muun muassa potilaan anatomia, asento hoidossa ja käytettävä hoitotekniikka. Säteilyn jakaumat kehossa taas vaikuttavat potilaan mahdollisiin haittoihin ja siten potilaan kuntoutumiseen ja elämänlaatuun. Röntgenhoitajat suunnittelevatkin potilaan hoitoasennon huolella niin, että haittoja voidaan välttää mahdollisimman hyvin. Sädeannosten jakaumien suunnitteluun osallistuu hoitajien lisäksi fyysikot ja lääkärit.

Sädehoidon haitat. Sädehoito on paikallista hoitoa ja sen haitat kohdistuvat vain hoidettavalle alueelle. Sädehoidon suunnittelulla voidaan vaikuttaa potilaan toipumiseen ja kuntoutumiseen. Mitä tarkemmin hoito voidaan kohdentaa halutulle alueelle, terveitä kudoksia suojaan, sitä vähemmän haittoja todennäköisesti tulee. Eri kudoksilla on toki erilaiset sädeherkkyydet, jotka täytyy huomioida suunnittelussa.

Haitat voivat olla akuutteja ja/tai myöhäishaittoja. Sädehoidon aiheuttamille oireille on tyypillistä, että ne voimistuvat hoitojakson edetessä ja akuutit oireet ovat usein voimakkaimmillaan hoitojakson päätyttyä. Hoitoalueen kudosten ärsytys, iho-, limakalvo- ja kudosturvotuksesta johtuvat oireet ovat tavallisia, mutta usein lieviä. Esimerkiksi rintasyövän hoidossa hoidettava rinta saattaa turvota ja alueen iho ärsyntyä. Eturauhasen hoidossa tavallisia haittoja ovat virtsateiden ja suoliston oireet. Kuntoutumisen näkökulmasta haastavimmat haitat yleisellä tasolla tulevat pään ja kaulan alueen hoidoista. Näiden alueiden syövä vaativat isot hoitoannokset ja pitkät hoitojaksot, jolloin alueen iho ja limakalvot oirehtivat voimakkaasti. Limakalvojen oireilun vuoksi syöminen ja juominen voi vaikeutua merkittävästi. Alueen iho voi näissä hoidoissa myös oireilla paljon. Ravitsemushaasteet taas vaikuttavat ymmärrettävästi potilaan vointiin ja jaksamiseen hyvin kokonaisvaltaisesti.

Akuutit haitat ilmenevät tyypillisesti limakalvoilla muutamissa päivissä ja iholla muutamissa viikoissa hoidon aloittamisen jälkeen. Akuutitkaan sädehoidon aiheuttamat haitat eivät kudosten erilaisten ominaisuuksien ja sädehoitojakson lyhentymisen vuoksi ehdi välttämättä näkyä nykyisten lyhyiden sädehoitojaksojen aikana. Joskus oireet saattavat kestää viikkoja, kuukausia, jopa vuosia. Myöhäishaittojen suhteen sädehoitoa toteuttava röntgenhoitaja ei vielä voi kovin tarkasti potilasta ohjata, koska nykytiedolla ei kyetä ennakoimaan potilaan yksilöllistä sädeherkkyyttä eli kaikkia haittoja tai haitta-asteita yksilötasolla. Kaikkiaan haitat ovat kuitenkin vähentyneet ja lieventyneet lisääntyneen tiedon ja hoitotekniikoiden kehittymisen myötä.

Yksi sädehoidon tavallisimpia haittavaikutuksia on kohteesta riippumatta hoitoväsymys (fatigue), jota kokee suurin osa potilaista. Hoitoväsymys laskee elämänlaatua, sillä se tarkoittaa fyysistä, psyykkistä, kognitiivista ja psykososiaalista väsymystä, joka pahenee hoitojakson aikana. Väsymys ei yleensä vaikuta potilaan päivittäiseen toimintakykyyn ja se helpottaa vähitellen hoitojakson päätyttyä. Lääkkeillä väsymystä ei voi hoitaa, mutta säännöllisen liikunnan on todettu auttavan potilaita.

Potilaan ohjaaminen. Röntgenhoitaja tapaa potilaan ensi kertaa hoitojakson suunnitteluvaiheessa. Tällöin potilaan diagnoosista on jo usein kulunut aikaa kuukausia. Röntgenhoitajalla on hyvä mahdollisuus edistää potilaan kuntoutumista oikealla ohjauksella, sillä kriisivaihe on helpottanut ja potilaalla on voimavaroja ottaa ohjausta vastaan. Sädehoitojakson alkaessa käydään läpi hoitojakson käytännön seikkojen lisäksi myös mahdolliset haitat ja niiden ehkäisy. Hyvä potilaan ohjaus jo tässä vaiheessa voi auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa paremmin ja myös osallistumaan omaan kuntoutumiseensa aktiivisesti. Potilas kohdataan ja häntä ohjataan läpi hoitojakson ja myös hoitojakson päättyessä.

Potilaan koko syövän hoitojakso päättyy usein sädehoitoon. Takana voi olla erilaisia hoitoja ja edessä useiden kuukausien odottelu kontrollikäynnille, joten röntgenhoitajan antama ohjaus on hoidon päättyessä erittäin tärkeä. Tässä loppuohjauksessa käydään läpi akuuttien haittojen mahdollinen ilmeneminen ja voimistuminen sekä oireenmukainen hoito ja mahdolliset myöhemmin ilmenevät haitat. Ohjausta antavan on tärkeä osata tulkita sädehoidon annossuunnitelmaa, jotta voi ohjata potilasta yksilöllisesti.

Röntgenhoitajat ohjaavat potilasta terveellisiin elämäntapoihin hoitajakson aikana ja kannustavat niihin hoitojen päättyessä. Esimerkiksi tupakointi voi heikentää sädehoidon vaikutusta, sillä sädehoidon vaikutus on suurempi hyvin hapettuneissa kudoksissa. Elämäntavoilla on todettu olevan vaikutusta paitsi hoidosta toipumisessa, myös ehkäisevän uutta syöpää. Esimerkiksi säännöllisellä liikunnalla on todettu olevan positiivinen vaikutus hoitojen loppuun saattamiseen, hoidosta toipumiseen ja myös uuden syövän ennalta ehkäisyn kannalta.

Kuntoutus sädehoidon röntgenhoitajan näkökulmasta tarkoittaa siis huolellista sädehoidon suunnittelua ja toteuttamista osana sädehoidon moniammatillista tiimiä

sekä potilaan kohtaamista ja ohjaamista läpi hoitajakson. Kun haittoihin reagoidaan ennaltaehkäisevästi, ajantasaisesti sekä potilasta itseään sitouttaen, haitat pysyvät yleensä hallittavina. Nämä keinot myös mahdollistavat potilaalle hyvät lähtökohdat hoitojen jälkeiseen kuntoutumiseen yhdessä muiden ammattilaisten kanssa. ■

Aija Jäntti

Lehtori rh, yAMK, AmO
Röntgenhoitajan tutkinto-ohjelma
Savonia-ammattikorkeakoulu

LÄHTEET

- Buffart, L. ym. 2017 Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 34 RCTs. DOI: 10.1016/j.ctrv.2016.11.010
- Mäenpää, Hanna & Skyttä, Tanja 2019. Sädehoidon haittavaikutukset. Lääkärilehti, numero 47. Lehtiarikkeli. <https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/katsausartikkeli/sadehoidon-haittavaikutukset/?public=e684ccda020c03ef405f582a69836f17>
- Piroux, E., Caty, G., Nana, F, Reyhler, G. 2020. Effects of exercise therapy in cancer patients undergoing radiotherapy treatment: a narrative review. SAGE Open medicine. <https://doi.org/10.1177/2050312120922657>
- Syöpäjärjestöt. Hoito ja kuntoutus, Sädehoito. Verkkosivu. Saatavissa: <https://www.kaikkisyovasta.fi/hoito-ja-kuntoutus/sadehoito/>
- Suomen Syöpäpotilaat ry 2023. Syöpä ja työelämä -kyselyn 2023 tulokset. Syopajaty.fi



Lineaarikiidytin KYS:n sädehoidossa. Aija Jäntin oma kuva-arkisto.