

# פרוטוקול טיפול בכאב המותאם לילדים חולי סרטן הסובלים מסטומטיטיס

עירית שוורץ-אטיאס, יפעת אלצ'ק, יעל בן-גל, עידית רונן, ד"ר רחל אפרת

רבה בנקיטת כל אמצעי להפחתת עוצמות כאב. כאב על פי (International Association for the Study of Pain) IASP מוגדר כ"התנסות סנסורית ורגשית, סובייקטיבית, בלתי נעימה, הקשורה בהרס רקמות אמיתי או פוטנציאלי, או מתוארת במושגים של הרס כזה" (תרגום חופשי). במדגם שנערך במהלך השנים 2007-2008 במערך ההמטו-אונקולוגי במרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, נמצא כי 24 ילדים ומתבגרים אושפזו עקב הופעת סטומטיטיס בדרגות חומרה שונות, כמו כן הטיפול היה שונה ומתן המענה האופטימאלי לצרכיהם היה לעיתים ארוך מהרצוי. נתונים אלו הובילו את הצוות לפתח פרוטוקול אחיד המותאם לשלביה השונים של התופעה, במטרה לקדם ולייעל את הטיפול בסטומטיטיס.

פגיעה ודלקת בריריות הפה קרויה סטומטיטיס. לרוב הפגיעה מתרחשת לאחר טיפולים כימותרפיים ו/או לאחר קרינה לאזור הראש והצוואר. הפגיעה זמנית ויכולה להימשך מספר ימים עד מספר שבועות. סימני הדלקת נעים מאודם קל ויובש ברירית חלל הפה, ועד כיבים ונגעים מרובים. לתופעה השפעה רחבה הן על מצבו הבריאותי ועל איכות חייו של המטופל, והן על ההוצאות הכלכליות הנגזרות מהטיפול בתופעה ובסיבוכיה. לכן קיימת חשיבות רבה לטיפול המונע ולטיפול בסמפטומים הנלווים לה (Sonis, 2004).

כאב כתוצאה מסטומטיטיס הינו אחד הסימפטומים המרכזיים הפוגע באיכות חיי הילד המטופל, ומוביל פעמים רבות לאשפוזים ארוכים, ועל כן ישנה חשיבות

## הגדרות וייחודיות בילדים

**סטומטיטיס** מוגדרת כפגיעה בריריות חלל הפה, הנגרמת כתוצאה מטיפול כימותרפי ו/או קרינתי. הנזק הנגרם הינו תוצאה ישירה מפגיעה בשכבה המוקוזלית של מערכת העיכול. על פי ארגון הבריאות העולמי, ניתן לדרג את התופעה בסולם מ-0 עד 4, כאשר 0 זהו המצב הקל ביותר בו אין פצעים והפה נקי מדלקת, ודרגה 4 הנחשבת לגבוהה ביותר, מתייחסת למצב בו הפה מלא כיבים כואבים ומדממים, המטופל אינו מסוגל לשתות ולאכול ויש לחברו להזנת על.

בסיעוד המבוגר, כלים רבים המותאמים לאומדן, למניעה ולטיפול בתופעת הסטומטיטיס. כמו כן לא צפויות בעיות בהיענות לטיפול בקרב מבוגרים. לעומת זאת, בילדים קיים מספר מועט של כלי אומדן, מניעה וטיפול בתופעה, בשל גילם הצעיר והיענותם הנמוכה. פעולות כמו צחצוח שיניים, טיפול בלייזר, מתן ויטמינים ולעיסת גומי לעיסה הידועים בעילותם למניעת סטומטיטיס, לא תמיד ניתנים לביצוע בקרב ילדים, בפרט אצל ילדים בגילאים צעירים מאד (Tomilson et al., 2008). גם מבחינה קלינית, קיים קושי לבצע אומדן פה אצל ילדים קטנים, בשל חוסר שיתוף פעולה מצידם. בשל הקושי הקשור במסוגלות הילד לבצע פעולות מניעה, על

## שכיחות התופעה

ממחקרים שנערכו במבוגרים, נמצא כי התופעה שכיחה בקרב כ-40% מהחולים המקבלים טיפולים כימותרפיים, 80%-100% מהחולים המקבלים טיפולים קרינתיים כתוצאה ממחלות ממאירות של הראש והצוואר, ובקרב 80% מהחולים שעברו השתלת מח-עצם (Gerpen, 2003).

בילדים התופעה שכיחה אף יותר, בשל התחלקות התאים המהירה האופיינית להם (Cheng, Molassiotis, & Chang, 2002; El-Houssein, 2007; Saleh, El-Masry, & Allam, 2007).

עירית שוורץ-אטיאס, RN, MA, אחות מתאמת טיפול בחולי לויקמיה ולימפומה במערך ההמטו-אונקולוגי, מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל Gal23@barak.net.il

יפעת אלצ'ק, RN, BA, אחות במחלקה האונקולוגית, המערך ההמטו-אונקולוגי, מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל

יעל בן-גל, RN, MA, מנהלת הסיעוד במחלקה האונקולוגית, המערך ההמטו-אונקולוגי, מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל

עידית רונן, RN, MA, מנהלת הסיעוד במערך האמבולטורי, מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל, יו"ר עמותת "פורום סיעוד לטיפול בכאב"

ד"ר רחל אפרת, MD, רופאה אחראית על היחידה לטיפול בכאב ע"ש רוגאן, מרכז שניידר לרפואת ילדים בישראל.

מתוך קבוצות אלו נמצא, כי התרופות Fluorouracil, Methotrexate, Cytrabine – ו- (Perry, 2008). הינן בעלות סיכון גבוה לפתח סטומטיטיס.

**אזור קרינה** – חולים המקבלים קרינה לאזור הראש, הצוואר וקרינה כל גופית.

**סוג המחלה הממאירה** – סטומטיטיס שכיחה יותר בממאירויות המטולוגיות (לויקמיה ולימפומה).

**גיל** – קבוצות הגיל בסיכון לפתח את התופעה, הם ילדים מתחת לגיל 20 וקשישים.

**מצב תזונתי** – מצב תזונתי ירוד המתבטא ברזון קיצוני, חסר ויטמינים והתייבשות.

**בריאות הפה והחניכיים** – דלקות פה, מחלות חניכיים והגינינת פה ירודה.

**נטילת תרופות** – ישנן תרופות שונות הגורמות לירידה בהפרשת הרוק וליובש בפה, כגון: Anticholinergics, Antidepressants, Diuretics.

**זיהומים או מחלות הגורמים לירידה במערכת החיסון**, כגון: Fungi, Gram-negative bacilli, Gram-positive cocci (לדוגמא – קנדידה), Viruses (לדוגמא – הרפס).

**גורמים נוספים** – אלכוהול ועישון, טיפול בחמצן, נשימה דרך הפה, טכיפניאה (Gerpen, 2003).

בילדים, כפי שהוזכר, עולה שכיחות התופעה ממגוון סיבות. כמו כן עולה הקושי בטיפול והצורך במציאת כלי ייחודי שיקלול אומדן, מניעה וטיפול בסטומטיטיס, בקרב אוכלוסיית הילדים חולי הסרטן.

### הגדרת הבעיה

א. היעדר כלי מתאים למדידת חומרת התופעה בקרב ילדים העוברים טיפולים כימותרפיים

ב. היעדר פרוטוקול למניעה ולטיפול בתופעת הסטומטיטיס. מבדיקת הנתונים בילדים שאושפזו לצורך טיפול בסטומטיטיס, נמצא כי איזון הכאב בילדים אלו לא תאם למצב הכאב בו היו שרויים וניתן לעיתים באיחור. לדוגמא, ילדים שנזקקו לטיפול במורפין באופן קבוע לאורך היממה, חוברו למשאבת Patient Control Analog (PCA) רק לאחר 48 שעות מרגע אשפוזם. נתונים אלו הובילו את הצוות לפתח כלי טיפולי אחיד שייתן מענה לחולים, לאחיות ולרופאים.

### מטרת העבודה

כתיבת פרוטוקול למניעת התפתחות סטומטיטיס, ולהפחתת כאב בקרב ילדים חולי סרטן שפיתחו את התופעה.

### עקרונות טיפול

עקרונות הטיפול עליהם התבססו כוללים:  
1. מניעת הופעת סטומטיטיס באמצעות העברת ידע להורים, בעת קבלת ילד חדש למחלקה ובהמשך הטיפולים.

הצוות הרפואי להיות ער ולמצוא דרכים יצירתיות כדי למלא באופן אופטימאלי אחר תכנית המניעה המומלצת תוך הדרכה והעלאת המודעות בקרב ההורים וילדיהם (Tomilson et al., 2008).

**כאב** לפי הארגון הבינלאומי לחקר הכאב, הינו "חווייה סנסורית ורגשית לא נעימה הקשורה לנזק רקמתי ממשי או פוטנציאלי".  
McCaffry & Beebe בשנת 1989, הגדירו כאב כתחושה, שהאדם שמתנסה בו אומר שהיא קיימת, ואשר מופיעה בזמן מסוים (תרגום חופשי). ה-JCAHO (Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organization) קבע את הכאב כסימן חיוני חמישי בבדיקה הגופנית, ומתוך מגוון כלים להערכה שגרית של עוצמות כאב, רוב המוסדות הרפואיים – כולל בתי החולים בישראל, אימצו את הסרגל האנלוגי החזותי – Visual Analog Scale (VAS) (טל, גורביץ, וגולר, 2009).

המחקרים בנושא "יעילות הטיפול בכאב בילדים" מוגבלים, עקב הקושי לבצע מחקר על ילדים בריאים וחולים. אחת הבעיות המרכזיות בטיפול בכאב בילדים היא ביצוע אומדן הכאב. ילדים בגיל צעיר מתקשים להתבטא ולכן קשה לאבחן את הכאב, עוצמתו ותדירותו. בגיל טרום ורבלי משתמשים במספר נתונים פסיולוגיים והתנהגותיים להערכת הכאב. מרבית נתונים אלו מיועדים להערכת כאב חריף, ואינם מתאימים להערכת כאב כרוני. לכן בשלב זה הטיפול בכאב כרוני בילדים נעשה רק בגיל שבו ניתן לתקשר עם ילדים, כלומר מגיל 3 שנים לערך. למרות שחלק ניכר מאוכלוסיית הילדים אינו מסוגל לדרג את עוצמת הכאב לפי VAS, חובה עלינו להיערך לביצוע אומדן כאב בכל גיל. כאשר הילד מסוגל לדרג את עוצמת הכאב לפי סרגל פרצופים או באמצעים אחרים – יש להסתמך על אומדן זה. כאשר הילד אינו מסוגל לדווח בעצמו, אם מפאת גילו או מצבו, יש להשתמש בכלי המתאים לילד. קיימים כלים שונים לאומדן כאב מפגות ועד לגיל הוורבלי, שהותאמו למצבים רפואיים שונים ויש להתאימם למצב וגיל הילד (אפרת ורון, 2008).

כאב ומוקוזיטיס הינם חלק מתסמינים רבים ומגוונים הקשורים בהתמודדות עם מחלת הסרטן, ולהם השפעה ניכרת על איכות החיים (Collins et al., 2000; Hedstrom, Haglund, Skolin, & Von) (Essen., 2003; Hockenberry, 2004). ממחקר שנערך בשבדיה בקרב 39 ילדים חולי סרטן, נמצא כי 64% מתוכם מודאגים מאד בכל הנוגע לכאב, ולכן למניעת כאב חשיבות עליונה והשפעה רבה על איכות החיים (Enskar & Von Essen, 2008).

### גורמי סיכון - במבוגרים וילדים

קיימים מספר גורמים המגבירים את הסיכון לפתח סטומטיטיס: **כימותרפיה** – תרופות כימותרפיות פוגעות בתאי הסרטן ובתאי הגוף, המאופיינים בחלוקה מהירה. מבין תאים אלו נמצאים תאי מערכת העיכול, ולכן הסיכון לסטומטיטיס עולה. ישנן מספר קבוצות של תרופות כימותרפיות, שהן בעלות נטייה לפגיעה ברירית הפה, כגון: Alkylating Agents, Anthracyclines, Antimetabolites, Antitumor antibiotics, Vinca alkaloids וכדומה.

2. ביצוע אומדן סיעודי ודיווח על מצב הפה בזמן הטיפול.
3. מתן מענה מיידית לכאב בעת הופעתו, ושימוש בפרוטוקול הטיפול החדש.

### מדגם

במהלך השנים 2007-2008, אושפזו במחלקה ההמטו-אונקולוגית בבית החולים שניידר 24 ילדים ומתבגרים בעקבות הופעת סטומטיסיס בדרגת חומרה גבוהה, שנזקקו לטיפול נוגד כאבים במורפין ולעיתים גם להזנת על. חשוב לציין כי ילדים חולי סרטן מתאשפדים לעיתים גם במחלקות אשפוז אחרות, ואלה לא נכללו במדגם זה. טווח הגילאים היה מ-3 עד 18 שנים, והגיל הממוצע היה 8.5 שנים. סוגי האבחנות היו בעיקר לויקמיה ולימפומה, והתרופות העיקריות שהובילו להתפתחות התופעה הן Cytarabine ו-Methotrexate במינון גבוה. עוצמות הכאב שנמדדו בקרב הילדים שסבלו מסטומטיסיס היו מעל 7 בסולם VAS, הנהוג בבית החולים. הטיפול כלל מתן אנלגטיקה קלה ועד חיבור לאופיאטיים באמצעות משאבת PCA. עוצמות הכאב שנמדדו מלמדות כי התופעה משמעותית, משפיעה מאד על איכות חיי הילד, ופעמים רבות מצריכה אשפוז לשם איזון כאב. מכאן עולה החשיבות של מתן טיפול מונע מהיר ואיכותי.

### הליך

הנושא הוצג למנהל המחלקה, למנהלת הסיעוד המחלקתית, לרופאה האחראית על הטיפול בכאב בבית החולים, לאחיות המקדמות את הטיפול בכאב ולאחות המתאמת טיפול בחולי לויקמיה ולימפומה, והוחלט על צעדים לבניית פרוטוקול טיפול.

### היעדים שהוגדרו

- התאמת כלי ההגדרת חומרת תופעת הסטומטיסיס בקרב ילדים
- בניית פרוטוקול טיפול המותאם לשלבים השונים של התופעה
- הדרכת צוותים וקיום הליכי הטמעה
- הדרכת מטופלים ובני משפחותיהם

### כלים

**כלי לדרוג חומרת הסטומטיסיס:** נמצא כלי המדרג את עוצמת התופעה, המתבסס על הנחיות ארגון הבריאות העולמי. הכלי הוכנס לשימוש כחלק מהגיליון היומי של המטופל, וכן בתיעוד

הסיעודי היומי. **פרוטוקול טיפול בהתאם לשלבי התופעה:** במהלך שנת 2007-2008 נערכו פגישות עבודה לצורך בניית פרוטוקול טיפולי על ידי הצוות המוביל. הפגישות נערכו אחת לחודשיים. העיקרון המרכזי בבניית הפרוטוקול היה התייחסות תואמת של עוצמות הכאב והטיפול להתפתחות שלבי התופעה, החל משלב המניעה וכלה בשלב החמור ביותר. להלן הפרוטוקול.

### טיפול בסטומטיסיס - פרוטוקול טיפולי

**בקבלה למחלקה האונקולוגית** כל ילד יקבל הדרכה להיגינת הפה שכוללת:

- צחצוח שיניים עם מברשת רכה ומשחה לא חריפה, לפחות פעמיים ביום
- שטיפות פה עם מים לאחר כל ארוחה
- **3-2 ימים לקראת טיפול שעלול לגרום לסטומטיסיס יש לתת:**
- תזכורת על ההמלצות לשיטת צחצוח שיניים נכונה (מברשת רכה, משחת שיניים לא חריפה, לפחות פעמיים ביום).
- הדרכה לשימוש ב-Nystatin בחלל הפה (גרגור ובליעה), או Oraltan (כדור מציצה), שלוש פעמים ביום.
- שטיפת פה עם 5 סמ"ק Corsodyl בתוספת 5 סמ"ק מים (גרגור ויריקה), פעמיים ביום (בתינוקות ופעוטות יש להרטיב גזה ב- Corsodyl ולנקות את חלל הפה בעדינות). השימוש ייעשה עד שבוע ברצף בלבד, ובילדים שאינם נענים לטיפול בתמיסה זו, ניתנת האפשרות להשתמש בתמיסות מי פה אחרות המצויות בשוק.
- שימון השפתיים עם שמן נבט החיטה.

### עם הופעת הפצעים הראשונים, אי נוחות בפה, קשיי בליעה,

#### יובש ברירות (דרגה 1):

- לתת אקמול 10-15 מ"ג לק"ג, ניתן לתת כל 4-6 שעות, עד 5 פעמים ביום (מינון מרבי למנה 1 גרם) לתת אופטלגין 10-15 מ"ג לק"ג, ניתן לתת כל 6 שעות (מינון מרבי למנה 1.25 גרם)
- לבצע שטיפת פה עם מי מלח (אם אפשרי) לפחות 3 פעמים ביום
- ניתן להוסיף טיפול טבעי ב-Traumil (גרגור ובליעה), או בסירופ חרובים
- להמשיך טיפול ב-Nystatin או Oraltan בחלל הפה (גרגור ובליעה), 3 פעמים ביום

דרגה	0	1	2	3	4
דרוג לפי WHO	ללא פצעים	תיתכן צריבה ואודם	מספר פצעים, אודם, המטופל יכול לבלוע מזון מוצק	פצעים רבים. אודם נרחב, המטופל אינו יכול לבלוע מזון מוצק	מוקוזיטיס נרחבת. הזנה פומית אינה אפשרית - יקבל בדרך כלל הזנת-על

\* הכיתוב בכחול-מילות מפתח לכל דרגה

- לבצע שטיפת פה עם 5 סמ"ק Corsodil בתוספת 5 סמ"ק מים (גרגור ויריקה), פעמיים ביום (בתינוקות ופעוטות – יש להרטיב גזה ב- corsodyl ולנקות את חלל הפה בעדינות)
  - שימון השפתיים עם שמן נבט חיטה
  - עם החמרת הסטומטיטיס, קשיים בשתיה ואכילה ו/או כאב שאינם מגיבים לאופטלגין: (סירוב לבלוע אופטלגין, או שאינו מסוגל לשתות ולאכול למרות שקיבל אופטלגין)
  - לתת תוספת מורפין במתן תוך ורידי במנות חוזרות (ראה בהמשך), בנוסף לטיפול הקודם
  - לשקול הכנסת זונדה לצרכי האכלה ולמתן תרופות
  - לשקול מתן הזנת – על (TPN)
- במידה והילד אינו מאושפז:**
- ניתן לנסות לאזן את הכאב עם סירופ Oxycod, במינון המקביל למורפין, כל 4 שעות.

מנת מורפין התחלתית ואיזון הטיפול בקבוצות ילדים שונות		
מנה ראשונה	ילד שלא קיבל אופיואידים ושאינו סובל מבעיות נשימה	0.15 מ"ג לק"ג למנה ביום: כל 4 שעות בלילה: כל 4-6 שעות
	ילד שקיבל אופיואידים באופן קבוע עד לפני 3 שבועות	יש להוסיף 10% למינון המנה האחרונה שקיבל
	ילד עם בעיות נשימה	להתחיל ב- 0.1 מ"ג לק"ג או המנה שקיבל לאחרונה
	ילד שמקבל אופיואידים לכאבים אחרים	לעלות מנה ב- 10%-20% בכל פעם, עד קבלת רגיעה בכאב, או עד שהילד בהכרה ירודה (מטושטש)
התאמת המנה	ילד שמקבל אופיואידים דרך הפה לפני הופעת הסטומטיטיס	להשגיש שמצליח לבלוע את התרופה. במידה ואינו בולע לעבור למתן מורפין תוך ורידי, במנה מקבילה (20%+)
התאמת המנה	ילד המטופל בדורג'סיק	ניתן להשאיר את הדורג'סיק ולהוסיף מורפין דרך הוריד כ-20% עד 30% ממנת הדורג'סיק לשעה. ניתן גם להוריד את מדבקת הדורג'סיק ולהחזיר לו את כל מנת הנרקוטיקה, כמורפין דרך הוריד (20%+)

התאמת מנת מורפין לאחר המנה הראשונה או בהמשך הטיפול	
כאשר עוצמת כאב לא נשלטת 20 דקות ממתן מנת מורפין	להוסיף 20% - 30% מהמנה עד לקבלת השפעה מספקת. מנת המורפין הבאה תהיה המנה הראשונית + מנות התוספת בשעה הראשונה
כאשר משך השפעת המורפין פחות מ- 4 שעות	המנה הבאה תוקדם לזמן הכאבים, ותהיה גדולה ב-20% מהמנה הקודמת
כאשר למרות מנות רבות של מורפין - לא ניתן לווסת את המנה ועדיין הילד סובל	לחבר ל- PCA, גם לפני שעוברות 24 שעות. <b>חישוב מנת ה-PCA:</b> המנה היומית שקיבל לאחרונה תחולק ב-24 שעות, ואותה יקבל בקצב קבוע. כל מנת PCA תהיה כ- 2/3 מהקצב שמקבל בשעה (אם מקבל 1 מ"ג לשעה, מנת PCA תהיה 0.5-0.7 מ"ג). זמן נעילה 6 דקות, מקסימום ל- 4 שעות - פי 10 מהקצב שמקבל לשעה.
	הורדת/העלאת קצב בסיסי PCA - בהתאם למספר הלחיצות ב-24 שעות: <ul style="list-style-type: none"> <li>• לוחץ הרבה בכל שעות היממה - יש להעלות את הקצב הבסיסי</li> <li>• שעות שבהן לוחץ הרבה ושעות שבהן כלל לא: להעלות את מנת הלחיצה</li> <li>• לא לוחץ ואינו כאוב - להוריד את הקצב הבסיסי</li> </ul>

ומצבו הכללי הידרדר, הוחלט על אשפוז לצורך איזון כאב. בקבלתו למחלקת האשפוז, מצב הפה תאם לדרגה 2-3 ולוה בצריבה וביובש, וכן נצפו פצעים מועטים באזור החיך העליון והתחתון. ניתנה הוראה למתן נוזלים, לטיפול הפה המקובלים במחלקה וכן לטיפול נוגד כאבים על פי תלונותיו, אך ללא רצף קבוע. המטופל דיווח על כאבים בדרגה 6, לפחות 4 פעמים ביממה.

ביום השני לאשפוזו, נצפתה הידרדרות נוספת במצב הפה הכוללת כיבים מפושטים (דרגת חומרה 3-4), והוחלט על התחלת הזנת על וטיפול נגד כאבים קבוע, שכלל טבליות אוקסיקוונטין בשחרור מושהה וסירופ אוקסיקוד בעת כאב מתפרץ. לאחר 24 שעות נראה כי עדיין מצב הפה מידרדר, החלו להופיע פצעים מדממים וטרם הגענו לאיזון כאב מקסימאלי. על כן הוחלט לחברו למורפין באמצעות מכשיר PCA, תוך מתן הדרכה למטופל ולהוריו לדיווח עצמי על קשיים במתן שתן או יציאות וישנוניות יתר. מייד באותו היום, המטופל דיווח על הקלה משמעותית בכאביו, ועל יכולת מועטה ביותר לשתית מים קרים. אשפוזו נמשך 8 ימים, דרגות הכאב מזמן חיבורו למכשיר ה-PCA נעו בטווח שבין 1-3, וכן על פי דיווחיו, שביעות רצונו הייתה גבוהה יותר ברגע שהצלחנו לאזן את כאביו ואפשרנו לו שליטה במצב.

### מסקנות והמלצות

עד כה הפרוטוקול מיושם בחלקו. מהצגת המקרים ניתן ללמוד, שטיפול על פי פרוטוקול מסודר ומובנה מוביל לעוצמות כאב נמוכות, ובכך נחסך למטופל סבל מיותר ולעיתים צורך באשפוזים ממושכים. הצוות שפעל על פי הפרוטוקול יכול היה לתת מענה מייד לכאב, בלי חשש ובלי צורך ביעוץ של צוות לטיפול בכאב, אשר לעיתים אינו נמצא בשעות הערב והלילה בבית החולים. דרוג מצב הפה הוביל את הצוות למציאת טיפול יעיל ומהיר בהתאם לפרוטוקול, המשלב דרוג מצב הפה לעוצמות כאב.

### לסיכום

הפרוטוקול מסייע להעברת מידע ולמתן מענה מהיר להפחתת כאב, בהתאם לשלבים השונים של התופעה. בנוסף, דרוג העוצמה מסייע לבחון את השפעת הטיפול. אנו ממליצים להרחיב את יישום הפרוטוקול בקרב ילדים הסובלים מסטומטיטיס במחלקות וביחידות השונות של בית החולים וכן במסגרות טיפול נוספות, בעיקר בשל הקושי הרב באומדן, במניעה ובטיפול בקרב אוכלוסיה זו.

**הטמעת השימוש בכלי ויישום הפרוטוקול:** הכלי והפרוטוקול הוצגו בפגישות צוות מחלקותיות, לאחיות ולרופאים. בנוסף, נכתבו הנחיות שהוצגו באופן פומבי לכלל הצוותים. הוגדרו הליכי בקרה על התהליך: נעשתה בקרה על תיעוד ברשומות הרפואיות ובדיווח הסייעודי על דרוג הסטומטיטיס. נמצא כי קיימת התייחסות יומיומית בדיווח הסייעודי לגבי מצב הפה, עוצמות הכאב ודרך הטיפול, אך נמצא תיעוד חסר על גבי גיליונות המיטה, בהתייחסות להערכת מצב הפה בכל משמרת.

### תוצאות

מאחר שאנו נמצאים בראשיתו של תהליך, עדיין אין תוצאות משמעותיות לגבי קבוצת מטופלים רחבה (בשל שינויים פיזיים וארגוניים במערך ההמטו-אונקולוגי בשנת 2009, הוקפא הנושא והועבר לתכנית העבודה לשנת 2010). הנתונים שאנו מציגים מתבססים על ניתוח שני מקרים:

#### מקרה ראשון

מטופל בן 6 שנים, שאובחן עם מחלת לויקמיה מסוג ALL, ומטופל בפרוטוקול 2002 BFM. נמצא בחלקו האמצעי של הפרוטוקול (פרוטוקול M). התרופה העיקרית בשלב זה היא Methotrexate, הידועה כבעלת סיכון גבוה לפתח סטומטיטיס. שבעה ימים לאחר קבלת התרופה, הגיע המטופל למרפאה עם פצעים רבים בפה בדרגה 3 (על פי סולם WHO) ועוצמת כאב גבוהה - 8 (על פי VAS). חובר לנוזלים והחל בקבלת אנלגטיקה קלה. לאחר שעוצמות הכאב נשארו גבוהות, החל בקבלת סירופ Oxycod על פי ההנחיות שמופיעות בפרוטוקול. לאחר השגחה קצרה, נראה כי עוצמות הכאב ירדו ל-2 והמטופל היה מסוגל לשתות ולאכול מזון קר ונוזלי, ועל כן השתחרר לביתו לאחר שרכשו את התרופה. במקרה זה, נחסך אשפוז לצורך איזון כאב או אשפוז ממושך, ואת השלב של הופעת הפצעים העביר המטופל בסביבתו הטבעית עם מענה מייד יעיל לכאביו.

#### מקרה שני

מטופל בן 10 חולה בלימפומה מסוג ברקיט, אושפז לאחר טיפול כימי של כ-8 ימים. הטיפול כלל שימוש ב-Methotrexate. ביומיים שקדמו לאשפוזו הגיע לביקורות במסגרת אשפוז יום, עם תלונות של קושי באכילה ובשתייה של משקאות חמים. כמו כן בבדיקה של הפה נמצא יובש בפה ובשפתיים, אך לא נמצאו פצעים נראים לעין.

הטיפול שניתן לו במסגרת אשפוז יום כלל נוזלים, כלכלה המתאימה למצבו וכן טיפול אנלגטי בסירופ אוקסיקוד. כאשר מצב הפה

**מקורות**

Hedstrom, M., Haglund, K., Skolin, I., Von Essen, L. (2003). Distressing events for children and adolescents with cancer: child, parent, and nurse perceptions. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(3), 120-132.

Hockenberry, M. (2004). Symptom management research in children with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(3), 132-136.

IASP definition, full entry. Retrieved 6 October 2009.

[http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=General\\_Resource\\_Links&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=3058#Pain](http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=General_Resource_Links&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=3058#Pain)

McCaffery, M., & Beebe, A. (1989). *Pain: Clinical manual for nursing practice*. St. Louis: CV Mosby Co.

Perry, M. C. (2008). *The chemotherapy source book (4th ed.)*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.

Sonis, S. T. (2004). The pathobiology of mucositis. *Cancer*, 4, 277-284.

Tomlinson, D., Gibson, F., Treister, N., Baggott, C., Judd, P., Hendershot, E., ... Sung, L. (2008). Challenges of mucositis assessment in children: Expert opinion. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 469-475.

WHO- World Health Organization: Oral Mucositis Visual Assessment Guide (2006). Based on the WHO toxicity scale, pp 10-15.

אפרת, ר., ורון, ע. (2008). טיפול בכאב בילדים. *MEDICINE* כתב עת רפואי בנושא רפואת ילדים, 8, 15-12.

טל, ש., גורביץ, א., וגולר, ו. (2009). הגישה לכאב כרוני בקשישים. הרפואה, 148 (6), 391-386.

Cheng, K. K., Molassiotis, A., & Chang, A. M. (2002). An oral care protocol intervention to prevent chemotherapy-induced oral mucositis in pediatric cancer patients: a pilot study. *European Journal of Oncology Nursing*, 6, 66-73.

Collins, J. J., Byrnes, M. E., Dunkel, I. J., Lopin, J., Nedel, T., Thaler, H.T., ... Porteney, R. K. (2000). The measurement of symptom in children with cancer. *Journal of Pain Symptom Management*, 19(5), 363-377.

Enskar, K., & Von Essen, L. (2008). Physical problems and psychosocial function in children with cancer. *Pediatric Nursing*, 20(3), 37-42.

El-Housseiny, A. A., Saleh, S. M., El-Masry, A. A., & Allam, A. A. (2007). The effectiveness of vitamin "E" in the treatment of oral mucositis in children receiving chemotherapy. *Journal of Clinical Pediatric Dentistry*, 31, 167-170.

Gerpen, R. (2003). Stomatitis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7(4), 471-474.