

kwestionariusz umożliwił ustalenie danych socjologicznych chorych, przyczyn urazu oraz stanu poszczególnych układów organizmu. Ze względu na szeroki zakres badań, przekraczający ramy tego opracowania, zostanie przedstawiona tylko ich część, dotycząca układu moczowego.

WYNIKI

Badaniami objęto dokumentację 30 chorych, w tym 28 mężczyzn i 2 kobiet. Wiek badanych pacjentów zawierał się w przedziale 18 - 80 lat, a średnia wieku wynosiła 44 lata. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 21 - 40 lat – 46,7% badanych.

Najczęstszą przyczyną uszkodzenia rdzenia kręgowego był upadek z wysokości, a następnie wypadek komunikacyjny, które występowały odpowiednio u 46,7% i 36,7% badanych. Niewielka grupa badanych doznała urazu wskutek przygniecenia. Zdecydowana większość chorych była poddana początkowo leczeniu zachowawczemu, a następnie zabiegowi operacyjnemu (93,3%), który najczęściej przeprowadzano w I dobie po urazie. U pozostałych pacjentów zastosowano wyłącznie leczenie zachowawcze.

W następstwie urazu najczęściej dochodziło do całkowitego uszkodzenia rdzenia kręgowego (53,3%), u pozostałych pacjentów pojawił się obraz częściowego uszkodzenia. Stan większości chorych w pierwszych godzinach hospitalizacji był ciężki; 86,7% pacjentów miało objawy niewydolności oddechowej, u 46,7% wystąpiła niestabilność hemodynamiczna, a u 16,7% badanych stwierdzono hipotermię.

Wszyscy badani wymagali założenia cewnika do pęcherza moczowego na stałe. Głównym problemem związanym z funkcjonowaniem układu moczowego było zakażenie dróg moczowych. Infekcje dróg moczowych, potwierdzone badaniem bakteriologicznym, występowały u 50% badanych. Zakażenia dróg moczowych pojawiały się najczęściej w III tygodniu hospitalizacji (26,7%), nieco rzadziej obserwowano objawy infekcji w II lub IV tygodniu pobytu w szpitalu – po 20% badanych. Systematycznie wykonywane badanie ogólne moczu wykazało nieprawidłowości w osadzie u 63,3% badanych. Najczęściej zawierał on zwiększone ilości krwinek czerwonych i białych oraz składników mineralnych. U trzech pacjentów zmiany w osadzie były znaczne – zaobserwowano pole usiane krwinkami czerwonymi i białymi. U dwóch pacjentów następstwem infekcji dróg moczowych była urosepsa i zgon.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Przeprowadzone badania wskazały, że chorzy hospitalizowani z powodu uszkodzenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym byli w stanie ciężkim, głównie z powodu niestabilności układu krążenia i oddychania. Wszyscy badani pacjenci wymagali założenia cewnika do pęcherza moczowego na stałe, co z kolei usposabiało do zakażeń dolnych dróg moczowych.

Z uwagi na ciężki stan ogólny pacjenta we wczesnym okresie po urazie pozostawienie cewnika na stałe jest koniecznością, natomiast program okresowego cewnikowania rozpoczyna się po ustąpieniu stanu zagrożenia życia. Zaleganie moczu, poza infekcją, może prowadzić do nadmiernego rozciągania pęcherza moczowego, uszkodzenia błony śluzowej i w konsekwencji do urosepsy. Z kolei niekontrolowane opróżnianie pęcherza moczowego powoduje jego marskość [2].

Na podstawie analizy literatury i przeprowadzonych badań można stwierdzić, że najczęstszym powikłaniem pęcherza neurogennego jest zakażenie dróg moczowych [1,2]. Każda infekcja powoduje pogorszenie stanu ogólnego pacjenta, zaburza proces rehabilitacji, w tym także wytworzenie się automatyzmu pęcherzowego. W opiece nad pacjentem istotne jest więc wczesne wykrywanie i skuteczne leczenie nawet pozornie błahych infekcji układu moczowego.

WNIOSKI

Ze względu na niewielką grupę badawczą można wyciągnąć wnioski, które mogą stać się wstępem do dalszej analizy problemu neurogennych zaburzeń wydalania moczu.

Z przeprowadzonych badań i analizy literatury wynika, że:

- ⇒ pacjenci po urazie rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym są narażeni na powikłania urologiczne, głównie infekcje dróg moczowych,

⇒ powikłania są związane z atonią pęcherza moczowego i koniecznością założenia cewnika na stałe we wczesnym okresie pourazowym.

W związku z tym istnieje potrzeba wdrożenia do praktyki pielęgniarstwa modelu opieki nad chorymi po urazie rdzenia kręgowego. Poniżej przedstawiono propozycję modelu opieki – fragment dotyczący układu moczowego.

Model opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z neurogennym zaburzeniem wydalania moczu po urazie rdzenia kręgowego

Problem I

Atonia pęcherza moczowego i zatrzymanie wydalania moczu

Cel opieki:

- zapewnienie swobodnego odpływu moczu,
- zapobieganie powikłaniom związanym z zatrzymaniem moczu (rozciągnięcie ścian pęcherza, refluks pecherzowo – moczowodowy, zagrożenie infekcją)

Plan opieki:

- założenie cewnika Foley'a na stałe, poprzedzone poinformowaniem chorego o celu zabiegu,
- obserwacja diurezy godzinowej i dobowej,
- prowadzenie bilansu płynów i wyrównywanie deficytów w tym zakresie,
- obserwacja cech makroskopowych moczu.

Problem II

Ryzyko wystąpienia powikłań związanych z założeniem do pęcherza moczowego cewnika na stałe:

- infekcja układu moczowego,
- zatkanie światła cewnika, z następowym rozciągnięciem ścian pęcherza moczowego i pękaniem naczyń krwionośnych grożącego urosepsą,
- marskość pęcherza moczowego,
- uszkodzenie cewki moczowej,
- inkrustacja cewnika.

Cel opieki:

Zmniejszenie ryzyka powikłań związanych z cewnikowaniem pęcherza moczowego

Plan opieki:

- wybór cewnika o średnicy mniejszej niż cewka moczowa, aby zapewnić swobodny odpływ wydzieliny cewkowej,
- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy zakładaniu cewnika do pęcherza moczowego,
- dbałość o higienę chorego i otoczenia,
- unikanie niepotrzebnego rozłączania systemu zbiorczego i cewnika,
- utrzymywanie systemu zbiorczego poniżej poziomu pęcherza moczowego, aby zapobiec wstecznemu odpływowi moczu,
- okresowe zaciskanie cewnika na kilka godzin w ciągu doby, zapobiegające obkurczeniu i marskości pęcherza moczowego i przyspieszające wytworzenie automatyzmu pęcherzowego,
- obserwacja płynności wydalania moczu, celem niedopuszczenia do rozciągania ścian pęcherza z następową urosepsą,
- kontrola drożności cewnika po każdej zmianie ułożenia pacjenta,
- podawanie witaminy C w celu zakwaszenia moczu – do 4g / dobę,
- nawadnianie pacjenta – do 3 l / dobę, przy braku przeciwwskazań (np. zastoinowa niewydolność krążenia, niewydolność nerek)
- wymiana cewnika co 7 – 14 dni wraz ze zbiornikiem na mocz,
- badanie ogólne moczu co 7 dni,
- w miarę poprawy stanu pacjenta – usunięcie cewnika i rozpoczęcie treningu pęcherza moczowego z cewnikowaniem okresowym,

- obserwacja ukierunkowana na objawy infekcji układu moczowego: samopoczucie pacjenta i dolegliwości bólowe, cechy makroskopowe moczu, temperatura ciała,
- w razie wystąpienia objawów infekcji pobranie moczu do badania bakteriologicznego, a następnie podawanie antybiotyku zgodnie z wynikiem antybiogramu (na zlecenie lekarskie).

PIŚMIENNICTWO

1. Bedbrook G.M.: Opieka nad chorym z paraplegią. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1991.
2. Kiwerski J., Kowalski M., Krasuski M.: Schorzenia i urazy kręgosłupa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1997.
3. Kucharska U., Filipowska J.: Uszkodzenie rdzenia kręgowego a układ moczowy. Postępy Rehabilitacji 1997, 9, 3, 47 – 51.
4. Marino P.: Intensywna terapia. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 1994.
5. Pałuch H.: Standardy opieki nad chorym po urazowym poprzecznym uszkodzeniu rdzenia kręgowego. [w:] Kózka M (red.): Stany zagrożenia życia. Wybrane standardy i procedury postępowania pielęgniarskiego. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
6. Yu D.: Podstawowe zasady postępowania po uszkodzeniu rdzenia kręgowego. Medycyna Po Dyplomie 1999, 8, 6, 43 –53.

STRESZCZENIE

Celem pracy jest zaprezentowanie modelu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z neurogennym zaburzeniem wydalania moczu po urazie rdzenia kręgowego. Opracowanie modelu zostało poprzedzone analizą dokumentacji 30 chorych leczonych w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii z powodu uszkodzenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym.

Z przeprowadzonych badań wynika, że problem infekcji dróg moczowych dotyczył połowy pacjentów. W związku z tym celowe wydaje się być opracowanie i wdrożenie do praktyki pielęgniarskiej modelu opieki nad pacjentami po urazie rdzenia kręgowego, z uwzględnieniem problemu neurogennych zaburzeń wydalania moczu

SUMMARY

The aim of this study is to present model of nursing care concentrating on neurogenic disorders of passing urine after spinal cord injury. In order to prove validity of created model, a documentation analysis of 30 patients with spinal cord injury in the neck part, hospitalised in the intensive care and anaesthesia units, was held.

Our investigation proved that 50% of patients suffered from urinary system infections. Therefore, creating and putting into practise nursing care model considering neurogenic disorders of passing urine seems to be crucial.