
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN - POLONIA

VOL.LX, SUPPL. XVI, 7

SECTIO D

2005

¹ Klinika Neurochirurgii, Wojskowy Szpital Kliniczny w Bydgoszczy
¹ Department of neurosurgery, Military Clinical Hospital in Bydgoszcz
² Studenckie Koło Naukowe,
Zakład Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego CM UMK
² Student Scientific Association of,
Neurological and Neurosurgical Nursing Department CM UMK

RENATA GRYSZKO¹, AGNIESZKA KRÓLIKOWSKA^{1,2}, ROBERT ŚLUSARZ²,
MAREK HARAT¹, WOJCIECH BEUTH²

Nursing Parkinson's disease patients undergoing stereotactic surgeries

**Działania pielęgniarские wobec pacjenta z chorobą Parkinsona
poddanego zabiegowi stereotaktycznemu**

Za twórcę nowoczesnej neurochirurgii stereotaktycznej uważa się Roberta Clarke'a, który w latach 1906-1908 we współpracy z Wiktorem Horsley'em opracował pierwsze urządzenie stereotaktyczne przeznaczone dla doświadczeń na zwierzętach. Dwa lata później zbudowano urządzenie, które można było zastosować u człowieka [1]. Pierwszy udany zabieg stereotaktyczny został przeprowadzony w roku 1947 przez Wycisa i Spiegela, co spowodowało burzliwy rozwój stereotaksji [1,5]. Powodem zainteresowania tego typu zabiegami w owym czasie był brak skutecznego leczenia zachowawczego choroby Parkinsona, bólu oraz ciężkich psychoz. Największy rozkwit metody przypadła na lata pięćdziesiąte i sześćdziesiąte [1]. Po wprowadzeniu w 1968 roku do leczenia choroby Parkinsona preparatów lewodopy zainteresowanie leczeniem operacyjnym zanikło. Preparaty te pozwoliły kontrolować drżenie i zmniejszyć bradykinezę, co ograniczyło kalectwo w chorobie Parkinsona [4]. Jednak po kilku latach doświadczeń z lewodopą pojawiło się szereg problemów, wśród których można wymienić zmniejszoną tolerancję na lek, a także poważne działania uboczne leku: dyskinezy, fluktuacje ruchowe, zespoły „włączania-wyłączania” [3,4]. W latach dziewięćdziesiątych nastąpił ponowny wzrost zainteresowania leczeniem choroby Parkinsona metodami operacyjnymi [1,3,4]. Spowodowane to zostało z jednej strony wyraźnymi ograniczeniami farmakoterapii [1], z drugiej strony lepszym poznaniem anatomii, fizjologii i patofizjologii układu pozapiramidowego, a także rozwojem metod neuroobrazowania, neurofizjologii oraz technik operacyjnych [3].

Leczenie operacyjne w chorobie Parkinsona sprowadza się do wyłączenia nadaktywnych struktur w obrębie układu pozapiramidowego [3]. Do tych zabiegów zalicza się: stereotaktyczną talamotomię oraz stereotaktyczną palidotomię. U chorych, u których przyczyną kalectwa jest drżenie wykonuje się talamotomię [2,4,8], a jako cel zniszczenia wybierana jest brzuszno-pośrodkowa część wzgórza [4]. Natomiast palidotomia wykonywana jest u pacjentów, u których przeważa sztywność i spowolnienie ruchowe, a także u chorych z dyskinezami [3,4,5,6,8]. Celem zabiegu jest tutaj tylnobrzuszną część gałki błędnej [4,8].

Trudniejszym problemem niż zdecydowanie się na rodzaj operacji jest określenie momentu wkroczenia z interwencją chirurgiczną. Wyznacznikiem może być takie nasilenie objawów, kiedy chorzy nie potrafią sprostać stawianym sobie oczekiwaniom [5]. Pomocne mogą być również skale służące do oceny stopnia zaawansowania choroby: skala aktywności życia codziennego wg Schab'a i England'a i stadia choroby Parkinsona wg Hoehn i Yakra [6].

Jednak ze względu na rosnącą liczbę chorych kierowanych do leczenia , a także różnorodność oferowanych zabiegów, wg wspólnego stanowiska neurologiczno-neurochirurgicznego stworzono zasady kwalifikacji do leczenia operacyjnego chorych z chorobą Parkinsona [3].

CHARAKTERYSTYKA SYLWETKI PSYCHOFIZYCZNEJ PACJENTA Z CHOROBA PAKINSONA

Choroba Parkinsona pojawia się około sześćdziesiątego roku życia [8]. U pacjenta, który trafia w oddział od razu można zaobserwować podstawowe objawy choroby: drżenie spoczynkowe, sztywność, spowolnienie ruchowe oraz zaburzenia posturalne [2,7].

Drżenie spoczynkowe dotyczy zwłaszcza kciuka i pozostałych palców, a określane jest jako „kręcenie pigulek” lub „liczenie pieniędzy”. Występuje w spoczynku i zanika przy ruchach celowych. Na początku choroby objaw występuje jednostronnie, ale wraz postępem choroby dotyka również drugą połowę ciała [7].

Sztywność parkinsonowska jest szczególną postacią wzmożonego napięcia mięśniowego. Ma charakter uogólniony, dotyczy mięśni osiowych, dystalnych oraz proksymalnych. Przewaga sztywności mięśni zginaczy sprzyja pochyleniu sylwetki do przodu. Pochylenie to może mieć różne nasilenie. Barki są zazwyczaj wychylone do przodu, łokcie odsunięte nieco od tułowia, przedramiona w zgięciu, podobnie jak kończyny dolne. Sztywność ta przejawia się oporem przy ruchach biernych, np. zginania i prostowania kończyny [7].

Spowolnienie ruchowe u chorego z chorobą Parkinsona jest zjawiskiem złożonym, można zaobserwować bradykinezę, hipokinezę oraz akinezę. Bradykineza oznacza wolniejsze wykonywanie ruchu, natomiast hipokineza oznacza mniejszą amplitudę wykonywanych ruchów oraz wyczerpywanie się w czasie prób powtarzania ruchu. „Prawdziwa” akineza oznacza niemożność lub co najmniej duże trudności zainicjowania dowolnego ruchu oraz nagłe zahamowanie ruchu podczas jego wykonania. Akineza widoczna jest szczególnie przy ruchach automatycznych, np. ruchach mimicznych twarzy, mruganiu, współruchach kończyn górnych przy chodzeniu. Chory jest wolniejszy we wszystkich przejawach ruchu [9].

Charakterystyczny jest także chód parkinsonowski. Wraz z postępem choroby chód staje się wolniejszy, kroki są krótsze, nogi nie są unoszone wystarczająco wysoko, pojawia się pociąganie nogami po podłożu. Zwroty są wykonywane powoli, a całe ciało zmienia kierunek jak jeden sztywny element. W późniejszych stadiach choroby chory ma bardzo duże trudności w poruszaniu się, coraz częściej wymaga pomocy osoby drugiej. Można zaobserwować zjawisko „przymrożenia”, wtedy kiedy to chory idąc dość sprawnie nagle zatrzymuje się, drecze w miejscu i nie może kontynuować marszu do przodu. Trwa to kilkanaście sekund lub kilka minut, stan ten mija i chory nadal może kontynuować marsz[9].

Poza objawami ruchowymi u ponad 80 % chorych występują zaburzenia funkcji wegetatywnych. Powodują one także utrudnienia w życiu codziennym chorych. Występują pod postacią: łojotoku skóry głowy i szyi, zaburzeń sercowo-naczyniowych (niedociśnienie ortostatyczne), zaburzeń żołądkowo-jelitowych (zaburzenia połykania, nudności, zaparcia, nadmierne wydzielanie śliny), zaburzeń pęcherzowych (nykturia), zaburzeń termoregulacji (szczególnie nadmierna potliwość) [2,7].

Choroba Parkinsona przynosi szereg ograniczeń w życiu chorego, powodując stopniową utratę samodzielności i pogorszenie jakości życia. Parkinsonizm powoduje ograniczenie samodzielności w wykonywaniu prostych czynności życiowych, takich jak ubieranie się, jedzenie, czynności z zakresu higieny osobistej, a także w wykonywaniu szeregu czynności złożonych [2].

DZIAŁANIA PIEŁĘGNIARSKIE WOBEC CHOREGO PLANOWANEGO DO ZABIEGU STEREOTAKTYCZNEGO

Działania terapeutyczne

Do zadań terapeutycznych wykonywanych u chorego przed planowanym zabiegiem czynnościowym należą: pobieranie materiału do badań diagnostycznych (krew, moczu), wykonanie EKG, RTG klatki piersiowej, MRI głowy. Do tego rodzaju zadań należy także podawanie leków na zlecenie lekarza : doustnie oraz dotkankowo.

Zadania terapeutyczne wykonywane w dniu zabiegu stereotaktycznego:

1. W dniu zabiegu chory pozostaje na czczo.
2. Założenie wkłucia do żyły obwodowej.
3. Podanie premedytacji na zlecenie lekarza.
4. Przygotowanie pacjenta do założenia ramy stereotaktycznej – usunięcie protezy zębowej z jamy ustnej, zdjęcie biżuterii, zmiana odzieży osobistej chorego na bieliznę operacyjną (koszulę operacyjną), przewiezienie chorego do gabinetu zabiegowego, w którym będzie zakładana rama stereotaktyczna.
5. Przygotowanie sprzętu do założenia ramy stereotaktycznej: rama stereotaktyczna, rękawice jałowe, strzykawki, igły, jałowe gaziki, środek do odkażania skóry.
6. Asystowanie lekarzowi przy założeniu choremu ramy stereotaktycznej.
7. Przewiezienie chorego (z założoną ramą stereotaktyczną) wraz z dokumentacją do pracowni tomografii komputerowej celem wykonania badania KT głowy.
8. Przewiezienie chorego na blok operacyjny.

Zadania terapeutyczne wykonywane po zabiegu stereotaktycznym choroby Parkinsona:

1. Odebranie chorego z bloku operacyjnego.
2. Umieszczenie chorego na sali intensywnego nadzoru pooperacyjnego.
3. Zapewnienie wygodnej pozycji w łóżku, kąt ułożenia górnej połowy ciała 30°, zapewnienie dodatkowego okrycia.
4. Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (stan świadomości, ciśnienie tętnicze, tętno, szerokość źrenic) oraz udokumentowanie na karcie obserwacji. W przypadku nieprawidłowości poinformowanie lekarza.
5. Podanie leków wg karty zleceń lekarskich.
6. Obserwacja opatrunku na ranie pooperacyjnej.
7. Wykonanie kontrolnej tomografii głowy.

W kolejnych dobach po zabiegu stereotaktycznym aż do końca pobytu chorego w oddziale pielęgniarka podaje choremu leki ściśle wg karty zleceń lekarskich i o określonych godzinach. Codziennie zmienia opatrunek na ranie pooperacyjnej z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.

Działania opiekuńcze

Do działań opiekuńczych należą działania pielęgniarские mające na celu zaspokojenie podstawowych potrzeb życiowych chorego. Należą do nich:

1. Zabiegi i czynności umożliwiające utrzymanie higieny ciała i otoczenia.
2. Zabiegi i czynności umożliwiające prawidłowe odżywianie i utrzymanie stałego poziomu płynów.
3. Zabiegi i czynności umożliwiające prawidłowe wydalanie.
4. Zapewnienie bezpieczeństwa - u chorego z chorobą Parkinsona szczególnie spotykamy się z bogactwem trudności związanych poruszaniem się, z tego względu należy choremu zapewnić odpowiednie warunki na sali, zabezpieczyć przed urazami i upadkami.

Zadaniem pielęgniarki jest także umożliwienie choremu prawidłowego funkcjonowania w sferze psychicznej poprzez:

1. Pomoc w adaptacji do warunków szpitalnych (zapoznanie z topografią oddziału, rytmem pracy, zwyczajami obowiązującymi w oddziale, itp.)
2. Zapewnienie życzliwej atmosfery na oddziale.
3. Okazywanie zainteresowania sprawami chorego.
4. Wykazanie cierpliwości i wyrozumiałości w stosunku do chorego.
5. Zapewnienie o swej gotowości do udzielania wszelkiej pomocy choremu.

Działania edukacyjne

Zakres działań edukacyjnych pielęgniarki wobec pacjenta dotyczy zasad przyjmowania leków, stosowania diety, a przede wszystkim postępowania z raną pooperacyjną. Wcześniej pielęgniarka musi ocenić możliwości percepcyjne pacjenta oraz uwzględnić ograniczenia w komunikacji werbalnej. W przypadku trudności edukacyjnych z pacjentem, do edukacji należy włączyć opiekuna chorego.

PODSUMOWANIE

Pacjenci z chorobą Parkinsona w klinice neurochirurgii stanowią szczególną grupę chorych. Pielęgniarka przez cały okres hospitalizacji pacjentów wykonuje wobec nich działania terapeutyczne, opiekuńcze oraz edukacyjne. Choroba Parkinsona powoduje szereg ograniczeń w sprawności fizycznej oraz trudności z komunikowaniem się, stąd też wykonując swoje zadania pielęgniarka musi wykazać się szczególną wyrozumiałością oraz cierpliwością przez cały pobyt chorego w oddziale. Realizując swoje zadania personel pielęgniarski musi współpracować z lekarzem opiekującym się chorym, a także innymi członkami zespołu, co zapewnia zadawalające funkcjonowanie pacjenta w oddziale.

PIŚMIENNICTWO

1. Daszkiewicz P.: Metoda stereotaktyczna. W ks. Rokoszewski M.: Minimalne techniki w neurochirurgii dziecięcej. Wydawnictwo EMU, Warszawa 2002.: 137-178.
2. Friedman A.: Choroba Parkinsona. Wydawnictwo α -medica press, Bielsko-Biała 1999.
3. Friedman A. i wsp.: Konsensus w zakresie wskazań do leczenia operacyjnego choroby Parkinsona. Neurologia. Neurochirurgia Polska. Suplement 5 2003: 11-17.
4. Harat M.: Leczenie chirurgiczne objawów choroby Parkinsona. Biuletyn Wojskowego Szpitala Klinicznego 1998 (3) 2-3: 35-39.
5. Harat M. i wsp.: Ocena wczesnych wyników talamotomii i palidotomii u pacjentów chorobą Parkinsona. Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej 2000 (5) 3-4: 78-83.
6. Harat M. i wsp.: Skale stosowane w neurochirurgii. Valetudinaria – Postępy Medycyny Klinicznej i Wojskowej 2000 (5) 1-2: 61-69.
7. Kuran W.: Żyję z chorobą Parkinsona. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
8. Olanow C. i wsp.: Algorytm postępowania w chorobie Parkinsona [2001]. Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2002.
9. Petit H. i wsp.: Choroba Parkinsona. Klinika i leczenie. Wydawnictwo Medyczne Sanmedia Sp. z o.o., Warszawa 1997.

STRESZCZENIE

Pacjenci z chorobą Parkinsona w klinice neurochirurgii stanowią specyficzną grupę chorych pod względem samodzielności, w porównaniu do pacjentów z urazami głowy lub kręgosłupa, procesem rozrostowym mózgu czy kanału kręgowego. Stan ludzi z chorobą Parkinsona waha się. Pacjenci, którzy są samodzielni w ciągu kilku minut mogą zmienić się w wymagających pomocy we wszystkich czynnościach życiowych. Pielęgniarkę przypada tutaj ogromna rola, sprawuje wobec tych chorych działania terapeutyczne, opiekuńcze oraz edukacyjne. Poza tym wspiera chorych, zapewnia atmosferę życzliwości, cierpliwości i wyrozumiałości przez cały pobyt chorego w klinice, a szczególnie w okresie przed zabiegiem operacyjnym, kiedy chorzy nie mogą przyjmować leków przeciwparkinsonowskich, czego następstwem jest pogorszenie się funkcjonowania chorego.

SUMMARY

Parkinson's disease (PD) patients treated in neurosurgery wards represent a specific group of patients as regards self-reliance, compared to the patients with head / spine injuries or brain / spinal canal tumours. The state of PD patients oscillates. The patients who seem to be quite self-reliant may unexpectedly turn into individuals who need constant assistance in any activities. Under these circumstances, a neurosurgery ward nurse fulfills important functions: therapeutic, caring and educational. Moreover, she/he supports the patients, ensures the atmosphere of friendliness, patience and understanding during the whole stay in a clinic, especially in the preoperative period, in which PD patients have to discontinue antiparkinsonian drugs, which results in their worse functioning.