
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN - POLONIA

VOL.LX, SUPPL. XVI, 7

SECTIO D

2005

- ¹Studenckie Koło Naukowe
²Zakładu Pielęgniarstwa Neurologicznego i Neurochirurgicznego CM UMK w Bydgoszczy
¹Opiekun: dr n. med. Robert Ślusarz
²Kierownik Zakładu: dr hab. n. med. Wojciech Beuth
¹Student Scientific Association of
²Neurological and Neurosurgical Nursing Department CM UMK in Bydgoszcz
¹Carer: dr n. med. Robert Ślusarz
²Head: dr hab. n. med. Wojciech Beuth
³Oddział Neurochirurgii i Neurotraumatologii,
SP ZOZ Szpital Wojewódzki im dr J. Bizuela w Bydgoszczy
³Ordynator: dr n. med. Andrzej Swincow
³Neurosurgery and Neurotraumatology Ward,
SP ZOZ the dr. J. Biziel Regional Hospital In Bydgoszcz
³The Head of a Hospital Department: dr n. med. Andrzej Swincow
⁴Katedra i Klinika Neurochirurgii i Neurotraumatologii CM UMK w Bydgoszczy
⁴Neurosurgical Department and Clinic CM UMK in Bydgoszcz
⁵Kujawsko-Pomorskie Towarzystwo Pielęgniarek Neurologicznych i Neurochirurgicznych
⁵Przewodnicząca: mgr Lidia Dopierała
⁵The Kuyavia and Pomerania Association of Neurological and Neurosurgical Nurses.
⁵The Head: mgr Lidia Dopierała

JABŁOŃSKA RENATA ^{1,3,5}, ŚLUSARZ ROBERT ^{1,2,5}, GRZELAK LECH ⁴,
DOPIERAŁA LIDIA ^{3,5}, SWINCOW ANDRZEJ ³, BEUTH WOJCIECH ²

The nurse treatment of the ill with cervical backbone pain syndrome

Postępowanie pielęgniarskie nad chorym z zespołem bólowym kręgosłupa szyjnego

W ostatnich kilkadziesiąt lat zespół bólowy kręgosłupa stał się zjawiskiem masowym. Jeszcze przed niewielu laty objawy schorzeń korzeni rdzeniowych odcinka szyjnego kręgosłupa stwierdzono głównie w przypadkach zmian kostnych (jako rezultat osteochondrozy, spondylozy i spondyloartrozy) wśród pacjentów w średnim i starszym wieku, o tyle obecnie zmiany te dotyczą coraz częściej osób młodych, a nawet młodzieży. Zasadniczą przyczyną tego stanu są postępujące zmiany trybu życia, zmniejszenie aktywności fizycznej, ułatwienie warunków życia w następstwie postępu technicznego. Wpływa to na przeciążenie stawów, więzadeł i innych struktur kręgosłupa, nieprzystosowanego do niemal wyłącznie siedzącego trybu życia współczesnego człowieka.

Kręgosłup jest istotną częścią układu szkieletowego, spełniającą 3 podstawowe zadania. Jest narządem osiowym (podporowym), stanowi osłonę delikatnych struktur rdzenia kręgowego, a dzięki połączeniom z licznymi mięśniami stanowi także narząd ruchu. Zachowując giętką strukturę kręgosłup jest zdolny do wykonania różnorodnych ruchów o dostatecznej amplitudzie i ma możliwość przeciwstawiania się naprężeniom wywołanym przez siły działające podczas nacisku i rozciągania [2].

Przyczyny zespołów bólowych kręgosłupa są różnorodne. Na uwagę zasługuje fakt, że około 36% tych dolegliwości dotyczy odcinka szyjnego kręgosłupa [6]. Większość zmian rozpoczyna się od zaburzenia fizjologicznych funkcji krążka międzykręgowego. Najczęściej do uszkodzenia i wypadnię-

cia krążków międzykręgowych w odcinku szyjnym dochodzi na poziomach C5-C6 i C6-C7. W razie całkowitego środkowego wypadnięcia krążka w części szyjnej kręgosłupa często dochodzi w krótkim czasie do porażenia. W tego typu przypadkach konieczna jest natychmiastowa operacja. Inną przyczyną dolegliwości bólowych kręgosłupa szyjnego są zmiany zwyrodnieniowe występujące najczęściej w trzech dolnych kręęgach szyjnych [8].

Zmiany zwyrodnieniowe oraz wypadnięcie krążków międzykręgowych w odcinku szyjnym kręgosłupa wywołują na ogół tzw. zespoły podrażnieniowe korzeni nerwowych tworzących splot ramienny. Pojawiają się wówczas zróżnicowane dolegliwości. Bólom karku, ramienia i okolicy potylicy mogą towarzyszyć bóle międzyłopatkowe oraz dolegliwości w postaci zawrotów głowy, szumu w uszach, a nawet objawy jaskry. W obrębie jednej lub obu kończyn górnych występują bóle korzeniowe, zaburzenia czucia i osłabienie siły mięśniowej charakterystyczne dla uciśniętego korzenia [6].

Jakikolwiek jest zakres dolegliwości pacjentów, u wielu z nich przez większość czasu trwania choroby mamy do czynienia ponadto z patologicznym nasileniem takich objawów, jak: wzrost napięcia mięśniowego, niepokój, lęk, przemęczenie, nadwrażliwość, pobudzenie emocjonalne, depresja, astenia, astenia psychiczna [3]. Stąd też istnieje pogląd, że skłonności depresyjne często idą w parze z dolegliwościami szyjnego odcinka kręgosłupa [4, 5].

OPIEKA NAD CHORYM

Najważniejszym zadaniem dla pielęgniarki, która opiekuje się chorym z zespołem bólowym kręgosłupa szyjnego, jest walka z bólem. W okresie ostrych dolegliwości stosuje się:

- intensywne postępowanie przeciwbólowe farmakologiczne i pozafarmakologiczne,
- leczenie fizjoterapeutyczne,
- prawidłową opiekę pielęgniarską.

Właściwe postępowanie pielęgnacyjne z chorym, bezpieczne i możliwie bezbolesne wykonywanie najniezbędniejszych czynności życiowych w czasie ostrego zespołu bólowego to podstawowe czynniki warunkujące powodzenie leczenia zachowawczego [1].

Najważniejszym, najbezpieczniejszym i najprostszym sposobem postępowania z bólem, o czym powinna pamiętać pielęgniarka, jest odpowiednie ułożenie chorego. Pozycje ułożeniowe należy dobierać indywidualnie tak, aby nie sprawiały dolegliwości bólowych lub, w których ból jest najmniej odczuwalny. U większości pacjentów z bólami kręgosłupa szyjnego dolegliwości te występują najczęściej w nocy i zakłócają sen. Zalecane jest zatem unikanie obciążenia barku po stronie bólu, leżenie na „twardym łóżku” w celu utrzymania fizjologicznych krzywizn kręgosłupa. Ponadto wskazane jest stosowanie poduszek szwedzkich, bądź wałka pod szyję (może to być zwinięty ręcznik, owinięty wokół szyi tak, aby kręgosłup szyjny był ustabilizowany w pozycji neutralnej, z zachowaniem fizjologicznej lordozy; należy pamiętać, by taki wałek miał odpowiednio dobraną wysokość), a także zapewnienie choremu spokoju. Tak należy postępować przez kilka tygodni. Uporczywych przypadku uporczywych bóli zalecane jest unieruchomienie kręgosłupa w odpowiednim kołnierzu ortopedycznym [7]. Powinien on być jednak stosowany okresowo, nie więcej niż kilka godzin dziennie, by nie doprowadzić do osłabienia i zaniku mięśni karku i szyi.

Kolejnym zadaniem dla pielęgniarki jest pomoc w usprawnianiu ruchowym. Realizując je należy dążyć do:

- odciążenia kręgosłupa,
- ustalenia optymalnych pozycji ułożeniowych,
- odtworzenia fizjologicznych krzywizn kręgosłupa,
- zmniejszenia liczby kolejnych nawrotów bólów,
- utrzymania lub poprawy wydolności krążeniowo – oddechowej [6].

W usprawnianiu ruchowym należy zwrócić uwagę na podstawowe czynności życiowe, które pacjent musi wykonać w życiu codziennym. Jednym z podstawowych problemów jest umiejętne wstawanie z pozycji leżącej, dlatego też pielęgniarka powinna udzielić pacjentowi kilku wskazówek:

- obrócić się na niebolesny bok,
- podgiąć nogi w kolanach i biodrach pod kątem prostym tak, aby kolana i stopy wystawały poza krawędź łóżka,
- podeprzeć się na łokciu ręki, na której się leży i unosić tułów,

- pomagać sobie obydwojema rękami unosić górną część ciała (trzymając głowę, by była w prostej linii z kręgosłupem)
- jednocześnie opuszczać stopy na podłogę, aż do pozycji siedzącej.

Układając się do łóżka, chory powinien wykonywać powyższe czynności w odwrotnej kolejności [1].

W miarę ustępowania dolegliwości bólowych zaleca się stosowanie odpowiednich zabiegów fizjoterapeutycznych, uwzględniających charakter danej jednostki chorobowej, a także działających przeciwbólowo, przeciwzapalnie i rozluźniająco, jak np.:

- prądów diadynamicznych, interferencyjnych,
- ultradźwięków,
- laseroterapii,
- terapii polem elektromagnetycznym,
- jonoforezy,
- wyciągów na pętli Glissona,
- masaży relaksacyjnych mięśni karku, grzbietu [3].

Do zadań pielęgniarki należy również utrzymanie higieny osobistej chorego. W przypadku znacznych dolegliwości, chorego należy myć w łóżku za pomocą gąbki. Przy bólach mniejszych dopuszczalne jest obmywanie chorego w pozycji stojącej lub pod prysznicem. Nie należy zapominać o toalecie jamy ustnej [1].

Istotna jest również pomoc okazywana przy spożywaniu posiłków, adekwatna do możliwości chorego. Jedzenie umieszcza się na tacy lub na specjalnym stoliku ustawionym ponad brzuchem. Do pojenia warto używać szklanki lub kubka z plastikową rurką lub wężykiem. Umożliwia to choremu picie bez wykonywania jakichkolwiek ruchów kręgosłupem. W trakcie jedzenia i picia pielęgniarka powinna zwrócić uwagę, czy chory nie zakrztusza się, gdyż pacjenci mogą skarżyć się na zaburzenia połykania. W takich przypadkach pamiętać należy o karmieniu pacjenta małymi porcjami, pokarmem papkowatym o odpowiedniej temperaturze [1]. W diecie należy zwrócić uwagę na normalizację masy ciała chorego.

Niebagatelne znaczenie dla prawidłowego funkcjonowania chorego ma również kontrola wypróżnień. Chory powinien otrzymywać duże ilości płynów oraz potrawy lekkostrawne. W przypadku zaparc wskazane jest podawanie czopków z wazeliną, środków rozluźniających lub łagodnie przeczyszczających, albo też zrobienie lewatywy.

Przy kaszlu i kichaniu zalecane jest wykonywanie ruchu refrakcji (maksymalne cofnięcie żuchwy i kręgosłupa szyjnego do tyłu) [4]. Ma to na celu zmniejszenie ciśnienia w kanale kręgowym, a przez to osłabienie dolegliwości bólowych.

Należy pamiętać, że wraz z postępem choroby dolegliwości nawracają ze wzrastającym natężeniem, a do bólu dołączają się objawy neurologiczne (parestezje, zaburzenia czucia, czasem osłabienie odpowiednich zespolów mięśniowych), a także związane z upośledzeniem przepływu w tętnicach kręgowych (ból, zawroty głowy, szumy w uszach) [3].

Nasilenie objawów chorobowych często doprowadza chorego do zaburzeń emocjonalnych pod postacią apatii, depresji, niekiedy nawet z myślami samobójczymi. Dlatego też istotne znaczenie ma wsparcie psychiczne udzielane choremu przez pielęgniarkę, realizowane poprzez:

- stworzenie miłej i życzliwej atmosfery na oddziale,
- wyrażanie uczuć sympatii, zainteresowania oraz akceptacji,
- umożliwienie kontaktu z rodziną oraz przyjaciółmi,
- wzbudzanie wiary w siebie,
- kształtowanie optymistycznego nastawienia do życia oraz choroby,
- wspólną analizę problemów oraz propozycje różnych możliwości rozwiązań,
- zachęcanie do rozwijania zainteresowań dostosowanych do aktualnej wydolności czynnościowej pacjenta,
- umożliwienie kontaktu z osobami z zespołem bólowym kręgosłupa szyjnego, którzy dzięki właściwemu leczeniu, rehabilitacji i pielęgnacji zachowują sprawność i niezależność.

Należy zaznaczyć, że w przypadku znacznego nasilenia dolegliwości, narastania ich lub trwania, pomimo leczenia zachowawczego oraz potęgowania się zaburzeń neurologicznych, rozważa się zastosowanie leczenia operacyjnego.

Najważniejsze zadania dla pielęgniarki w okresie pooperacyjnym to:

- obserwacja podstawowych parametrów życiowych - tętna, ciśnienia, oddechu, temperatury,
- obserwacja pod kątem wystąpienia zaburzeń neurologicznych - zaburzenia czucia, niedowłady,
- unieruchomienie i odciążenie kręgosłupa – po zabiegu wskazana jest czasowa stabilizacja zewnętrzna, którą uzyskuje się dzięki stosowaniu różnych kołnierzy ortopedycznych,
- obserwacja rany pooperacyjnej – należy zwrócić uwagę na opatrunek oraz niekiedy
- wyprowadzony sączek; rana „przykryta” jest kołnierzem, stąd konieczne jest częste zdejmowanie kołnierza, jego mycie i suszenie, a przy tym „wietrzenie” rany; całą szyję należy starannie pielęgnować pod kątem wystąpienia odparzeń a nawet odleżyn,
- walka z bólem,
- pomoc w utrzymaniu higieny osobistej,
- pomoc w zaspokojeniu potrzeby odżywiania – często pojawiają się zaburzenia połykania,
- pomoc w powrocie do aktywności ruchowej – bezwzględne leżenie w łóżku po zabiegu operacyjnym zazwyczaj nie jest konieczne, już w pierwszym dniu po operacji poleca się choremu wstać z łóżka, jeśli nie ma przeciwwskazań,
- zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym – niewydolności oddechowej i krążenia, zaburzeniom świadomości, nudnościom i wymiotom, zainfekowaniu rany pooperacyjnej,
- zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym związanym z kaniulizacją żył obwodowych,
- udzielanie wsparcia psychicznego,
- szerzenie profilaktyki dotyczącej udzielania informacji o trybie życia, jaki powinien prowadzić pacjent.

PODSUMOWANIE

Rosnąca stale liczba chorych bólami kręgosłupa szyjnego oraz obniżenie się wiekowej granicy zachorowalności zmusza do większego zwrócenia uwagi na tę grupę chorych, również przez zespoły pielęgniarskie. Przyczyny omawianych dolegliwości mogą być różne; część z nich poddaje się leczeniu farmakologicznemu lub operacyjnemu, dla części podstawą terapii są działania fizjoterapeutyczne. Zawsze jednak uznanie zyskuje właściwie prowadzona opieka pielęgniarska.

PIŚMIENNICTWO

1. Beuth W., Ślusarz R.: Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa neurochirurgicznego (z elementami kliniki i rehabilitacji). Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej im. Ludwika Rydygiera, Bydgoszcz 2002, s. 87-90
2. Kiwerski J.: Urazy kręgosłupa odcinka szyjnego i ich następstwa. PZWL, Warszawa 1993, s. 9
3. Kiwerski J. (red): Schorzenia i urazy kręgosłupa. PZWL, Warszawa 2001, s. 144-145
4. Kiwerski J., Fiutka R. (red): Bóle kręgosłupa. PZWL, Warszawa 1997, s. 121
5. Mars – Pujszo J.: Terapia bólów szyjnego odcinka kręgosłupa. PZWL, Warszawa 2002, s. 19
6. Rapała K., Rapała A.: Leczenie usprawniające w zespołach bólowych kręgosłupa. W: Rapała K. (red): Zespoły bólowe kręgosłupa. Zagadnienia wybrane. PZWL, Warszawa 2004, s. 108, 156-157, 173
7. Retinger – Grzesiołowa M.: Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne. PZWL, Warszawa 1988, s. 104
8. Schrimmer M.: Neurochirurgia. Urban & Partner, Wrocław 1998, s. 108-109

STRESZCZENIE

W artykule przedstawiono najważniejsze przyczyny bólów kręgosłupa w odcinku szyjnym oraz problemy pielęgnacyjne, z którymi spotka się pielęgniarka opiekując się chorymi w tej grupie. Wśród przyczyn wymieniono zaburzenia funkcji krążka międzykręgowego oraz zmiany zwyrodnieniowe występujące w szyjnej części kręgosłupa. W opiece nad chorym zwrócono uwagę na najistotniejsze

problemy występujące w trakcie leczenia zachowawczego (walka z bólem, pomoc w fizjoterapii, udzielanie wsparcia psychicznego) i pooperacyjnego (obserwacja stanu ogólnego i neurologicznego, obserwacja rany pooperacyjnej, zapobieganie powikłaniom).

THE SUMMARY

The main reasons for backbone pain in the cervical part of it and care problems of a nurse taking care of the patients in the given group have been presented in the article. The disorders of the intervertebral disc function and retrogressive change in the cervical part of the backbone have been specified among the causes in the article. The most important problems were paid attention to as far as the ill preservative (the pain overcoming, help in physiotherapy, psychological help) and postsurgical (the general and neurological condition observation, postsurgical injury observation, complication prevention) treatments are concerned