

Kliniczny Oddział Neurochirurgii, 4 Wojskowy Szpital Kliniczny, Wrocław
Department of Neurosurgery, 4th Military Hospital, Wrocław

AGNIESZKA SZWEDA, RAFAŁ PATRZYK, ANDRZEJ BOJDA,
JOANNA WASIELEWSKA, JOANNA URBANOWSKA,
KATARZYNA ŚWIĄTKOWSKA, JAROSŁAW SAKOWSKI

***Surgical treatment, nursing and rehabilitation in patients
with metastases to the spine***

**Leczenie chirurgiczne, opieka pielęgniarska i leczenie rehabilitacyjne
chorych z przerzutami do kręgosłupa**

Leczenie chorych z przerzutami nowotworowymi do kręgosłupa to duży problem kliniczny i źródło wielu dyskusji oraz kontrowersji, co do sposobów leczenia. W pracy przedstawiamy stosowaną w naszym Oddziale metodę leczenia chirurgicznego jako element leczenia skojarzonego chorych z przerzutami nowotworowym do kręgosłupa. Problem jest niezwykle istotny, szacuje się, że rocznie w Polsce będzie około 30 tys. stwierdzanych przypadków chorych z przerzutami do kręgosłupa.

Od maja 2004 r. w naszym Oddziale leczono chorych ze stwierdzonymi przerzutami do kręgosłupa i współistniejącymi objawami ucisku na elementy nerwowe kanału kręgowego. Chorych tych kwalifikowano do operacyjnego odbarczenia elementów nerwowych poprzez usunięcie w dostępnych granicach zmian nowotworowych, a następnie dotrzonowo podawano cement akrylowy. U wszystkich chorych, którzy byli przyjęci na Oddział występowały przeciwwskazania do wykonania przeszskórnej wertybroplastyki. Tymi przeciwwskazaniami są:

- a) obniżenie wysokości trzonu powyżej 75%
- b) zmniejszenie wymiaru poprzecznego kanału kręgowego powyżej 20%
- c) radikulopatie
- d) złamanie tylnej części trzonu

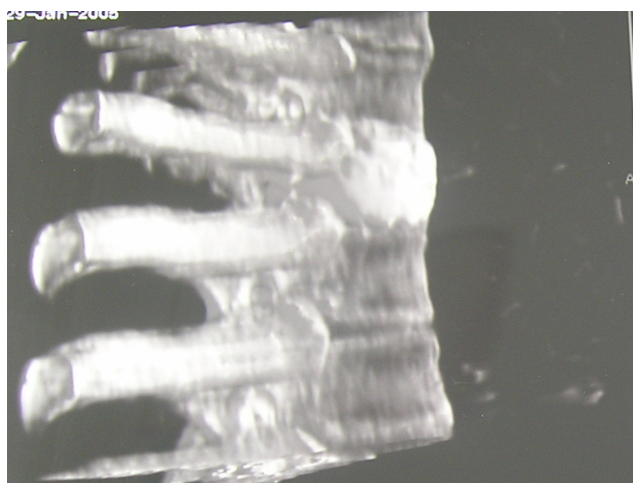
Badaniem objęto 21 chorych (11 kobiet i 10 mężczyzn) leczonych w Klinicznym Oddziale Neurochirurgii IV Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu od maja 2004 r. Średni wiek operowanych kobiet to 58.7 lat (48-74 lata), a dla mężczyzn wynosił 57.2 lat (37-70 lat).

Dominującym objawem były bóle korzeniowe jednostronne – 5/21, obustronne – 3/21 lub opasujące – 4/21. Ten samodzielny objaw (E – wg skali Frankela) stwierdzono u 57% chorych. I to właśnie w tej grupie chorych, wstępnie stosowano leczenie odpowiednie dla zmian zwyrodnieniowych lub dyskopatycznych.

Nieco rzadziej, bo w 43% bólom współtowarzyszyły objawy neurologiczne, począwszy od osłabienia siły mięśniowej (C,D – wg skali Frankela) - 6/21, do głębokich niedowładów z zaburzeniami czucia włącznie (B – wg skali Frankela) – 3/21.

U 75% chorych poddanych zabiegowi wertybroplastyki uzyskano złagodzenie bólu i co za tym idzie – poprawę sprawności ogólnej. Pozostali chorzy wymagali konieczności podawania leków analgetycznych z tej samej grupy, ale w zmniejszonych dawkach dziennych. Po zakończeniu leczenia na Oddziale chorzy są przekazywani na Oddziały Radioterapii DCO we Wrocławiu oraz do Zakładu Medycyny Nuklearnej IV WSK we Wrocławiu celem dalszego leczenia.

Na poniższym zdjęciu przedstawiono przykładową spiralną tomografię komputerową wykonaną po zabiegu u chorego z przerzutem nowotworowym do trzonu Th4 w przebiegu raka płuca.



Zastosowanie zabiegów werrebroplastyki u pacjentów neuroonkologicznych wyznacza konieczność dostosowania opieki pielęgniarstwa. Jakość świadczonej opieki w dużej mierze wpływa na ostateczną ocenę i wynik leczenia tych pacjentów.

Każdego chorego przyjmowanego na oddział rozpatrujemy w ujęciu holistycznym, jednakże pacjenci neuroonkologiczni stanowią specyficzną grupę. Wynika to z faktu, iż są to osoby będące w zaawansowanych stadiach choroby nowotworowej, mający za sobą wieloetapowe, wyczerpujące, długotrwałe hospitalizacje, znajdujący się na różnych etapach procesu choroby, często obciążeni dysfunkcją narządu ruchu (niedowłady, porażenia).

W niektórych przypadkach chorzy znajdują się na etapie akceptacji diagnozy neuroonkologicznej, jednakże większość z nich cechuje rezygnacja, przygnębienie. Dlatego też tak dużo uwagi (oprócz ogólnej oceny stanu psychofizycznego) poświęcamy stanowi emocjonalnemu chorego. Czas oczekiwania na zabieg tych pacjentów jest maksymalnie skrócony, i w związku z tym nasze działania są zintensyfikowane.

Przed zabiegiem operacyjnym najważniejszym, realizowanym przez personel pielęgniarstwa elementem opieki w tym aspekcie, jest życzliwość, rzetelne informowanie o wykonywanych czynnościach pielęgnacyjnych, dobre przygotowanie psychiczne. Deficyty kadrowe w zakresie opieki psychologa, warunkują konieczność naszego wyjątkowego zaangażowania w funkcję psychoterapeuty.

Specyfika działań pielęgniarstwa w odniesieniu do pacjentów neuroonkologicznych wynika również z faktu odpowiedniego postępowania przeciwbólowego. Realizowana jest poprzez skrupulatne stosowanie leków przeciwbólowych, leków wspomagających-koanalgetyków (takich jak środki antydepresyjne, przeciwłękowe, przeciwdrgawkowe, przeciwhistaminowe i in.) według zaleceń lekarskich, stosowania elementów terapii kognitywnej, zapewnienie odpowiedniej, wygodnej pozycji ułożeniowej, profilaktykę przeciwoleżynową, udział w rehabilitacji, umożliwienie kontaktu z osobami najbliższymi.

Bezpośrednio po zabiegu operacyjnym zapewniamy chorym opiekę na sali intensywnego nadzoru, obserwując w kierunku ewentualnego wystąpienia powikłań ze strony układu krążeniowo-oddechowego.

Aspekty opieki pielęgniarstwa są indywidualizowane, w zależności od stanu chorego. Ich zakres obejmuje:

- a) działania przeciwoleżynowe
- b) profilaktykę choroby zakrzepowo- zatorowej
- c) profilaktykę zaburzeń ze strony układu oddechowego u chorych leżących
- d) profilaktykę zaburzeń ze strony układu moczowego u chorych z utrzymanym cewnikiem Foleya
- e) wstępne usprawnianie chorego (wykonywanie 2 razy dziennie ćwiczeń w pełnym zakresie ruchów stawów objętych dysfunkcją)

- f) pielęgnację rany pooperacyjnej
- g) kontynuację rehabilitacji psychologicznej
- h) zapewnienie edukacji w zakresie samoopieki i samopielęgnacji (z uwagi na pozytywny wpływ na samoocenę, stan psychiczny chorego)

W zdecydowanej większości przypadków dolegliwości bólowe ulegają zdecydowanemu zmniejszeniu i w związku z tym obserwacja pielęgniarstwa w tym kierunku przyczynia się do modyfikacji leczenia.

W naszym Oddziale dzięki pracującej na etacie mgr rehabilitacji mamy możliwość rozpoczęcia leczenia rehabilitacyjnego już czasie pobytu na Oddziale. Postępowanie rehabilitacyjne w przypadku tej grupy chorych jest bardzo indywidualne.

W zależności od stanu ogólnego i zaawansowania procesu chorobowego dawka ćwiczeń, ich częstotliwość i tempo dozowane są z dużą ostrożnością oraz umiejętnym przekonaniem chorych, że są w stanie wykonać większość czynności.

Już w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym dużą rolę odgrywają czynności oddechowe zarówno statyczne jak i dynamiczne, ćwiczenia p/zakrzepowe oraz wygodne ułożenie, które zapobiega powstaniu odleżyn a równocześnie uśmierza ból towarzyszący długiemu leżeniu w jednej pozycji.

Mobilizacja chorego poprzez prowadzenie ćwiczeń czynnych wszystkich kończyn, izometrycznych mięśni brzucha i mięśni pośladków, bez obciążenia i wymuszania szybkiego tempa poprawia także samopoczucie chorego, zwiększa motywację do szybkiego powrotu do sprawności fizycznej, daje poczucie względnej samodzielności i oddala wizję uzależnienia od konieczności pomocy ze strony osób innych.

W miarę możliwości chorzy są pionizowani przy balkonikach lub podpórkach na drugą lub trzecią dobę po zabiegu. Krótkie spacerki po korytarzu, możliwość samoobsługi i wykonanie prostych czynności dnia codziennego to także elementy terapii fizycznej, jak i psychicznej. W przypadku zaawansowanej choroby nowotworowej, gdzie chory jest unieruchomiony w łóżku i problemem jest nawet samodzielna zmiana pozycji, pozostają ćwiczenia rozluźniające, ćwiczenia czynne wspomagane i delikatne masaże, często najlepiej przez chorych tolerowane.

Każdy chory, który zdecydował się na leczenie operacyjne pokłada w nim jakieś nadzieje i wierzy w możliwość poprawy swojego zdrowia. Rolą terapeuty jest utwierdzenie go w przekonaniu, że każdy ruch wykonany samodzielnie to sukces i perspektywa na lepsze jutro, pozbawione bólu i cierpienia.

PIŚMIENNICTWO

1. Bauer H., Indications for surgical treatment of spinal metastases *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja* Vol. 5, 2003, 164-166
2. Beuth W., Ślusarz R.: "Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa neurochirurgicznego (z elementami kliniki i rehabilitacji)" Bydgoszcz 2002
3. Jagas M. i wsp., Vertebroplastyka cementem akrylowym skojarzona z radioterapią
4. w leczeniu przerzutów do kręgosłupa z objawami ucisku elementów nerwowych kanału kręgowego – praca wygłoszona na Konferencji Naukowej Sekcji Ortopedii Onkologicznej PTOiT w Kazimierzu Dolnym 15-16.04.2005
5. Klimo P., Schmidt H., Surgical Management of Spinal Metastases *The Oncologist*, Vol. 9 N°2 188-196 April 2004
6. Mathis I.M., H. Deramond., Percutaneous Vertebroplasty, 2002, 408-410,
7. Mazurkiewicz T. i wsp. Radiologiczna ocena wskazań do operacyjnego leczenia przerzutów do kręgosłupa, *Ortopedia, Traumatologia, Rehabilitacja* Vol. 5, 2003 167-171
8. Pawlicki M., Przerzuty nowotworowe do kości-nowe kierunki leczenia, 2004
9. Resnick D. , Garfin S., Vertebroplasty and kyphoplasty, 2005

10. Wójcik R., Publikacja WHO w przełożeniu: "Leczenie bólu nowotworowego i opieka paliatywna nad dziećmi", Warszawa 2001.

STRESZCZENIE

Leczenie chorych z przerzutami do kręgosłupa stanowi trudny problem kliniczny. Przedstawiona metoda leczenia chirurgicznego stanowi element leczenia skojarzonego, naszym zdaniem w wielu przypadkach zabieg operacyjny może być zastosowany jako leczenie rozpoczynające terapię. Proces nowotworowy u chorych warunkuje także specyfikę postępowania pielęgniarstwa i rehabilitacyjnego. Wstępne wyniki leczenia zachęcają do kontynuacji tej metody leczenia.

ABSTRACT

Treatment of the patients with metastases to the spine makes a difficult clinical problem. The presented surgical method is a part of combined treatment. In our opinion in many cases operative treatment can be undertaken to the start the therapy. Neoplastic process in patients also affects the specific character of nursing and rehabilitation. The treatment results encourage to continue this described treatment method.