

Pielęgnowanie i rehabilitacja pacjenta z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym na podstawie studium przypadku

Nursing and rehabilitation of the patient with the cervical spine injury. Case study

Małgorzata Kołpa, Aneta Grochowska

Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Małgorzata Kołpa

Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia,
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie
ul. Mickiewicza 8, 33-100 Tarnów

STRESZCZENIE

Pielęgnowanie i rehabilitacja pacjenta z uszkodzeniem rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym na podstawie studium przypadku

Wprowadzenie. Szybkie tempo życia, brawura oraz brak rozwagi prowadzą często do tragicznych w skutkach wypadków rzutujących w konsekwencji na dalszą jakość życia pacjenta i jego rodziny. Ranga problemu niewspółmiernie wzrasta i jest bardziej złożona w związku z wysokością urazu, im wyższy poziom uszkodzenia rdzenia kręgowego, tym większy jest wpływ urazu na dalszą sprawność fizyczną i psychiczną chorego. Uszkodzenie rdzenia w odcinku szyjnym prowadzi do trwałych i nieodwracalnych zmian w funkcjonowaniu całego organizmu. Ogromna rozległość zaburzeń wymusza wielokompleksowy charakter działań podejmowanych już w pierwszych momentach po dokonaniu urazu. Głównym celem powinno być dążenie do jak najwcześniejszego odbarczenia ucisku działającego na rdzeń kręgowy. Podejmowane działania operacyjne lub zachowawcze to jedynie początek długotrwałego procesu zmierzającego do przywrócenia utraconych funkcji. Osiągnąć to tylko można poprzez systematyczny i długotrwały proces leczniczo-pielęgnacyjno-rehabilitacyjny z pełnym zaangażowaniem całego zespołu interdyscyplinarnego oraz samego pacjenta, jego motywacji, nastawienia i chęci współpracy.

Cel pracy. Celem pracy było przedstawienie całego procesu leczenia i usprawniania pacjenta z urazem rdzenia w odcinku szyjnym. Praca ta ukazuje również ocenę skuteczności i efektywności podejmowanych działań medycznych.

Słowa kluczowe: uszkodzenie rdzenia kręgowego, studium przypadku

ABSTRACT

Nursing and rehabilitation of the patient with the cervical spine injury. Case study

Aim. The objective of the thesis was to present the complete process of treatment and rehabilitation of the patient with the cervical spine injury. This work also demonstrates the evaluation of efficiency and effectiveness of undertaken medical actions.

Introduction. Quick pace of life, recklessness and lack of prudence frequently lead to tragic accidents consequently affecting further quality of life of the patient and his/her family. The importance of the problem is incommensurately increasing and it is more complex regarding the height of the injury. The higher level of the spinal injury, the greater influence of the spinal cord injury on further physical and mental fitness of the patient. The cervical spine injury leads to long-lasting and irreversible changes in functioning of the whole body.

The vast extent of disorders imposes multi-complex character of the actions undertaken as early as during the first moments following the sustained injury. The main goal should be to reach the spinal cord decompression as soon as possible. Undertaken surgical or conservative procedures constitute only the beginning of the long-term process aiming at restoring the lost functions. This can only be achieved by regular and long-lasting medical nursing and rehabilitation process with complete involvement of the whole interdisciplinary team and the patient himself/herself, his/her motivation, attitude and willingness to cooperate.

Key words: spinal cord injury, case study

WPROWADZENIE

Bardzo szybkie tempo życia współczesnego człowieka, brak rozważań, brawura i alkohol prowadzą niejednokrotnie do tragicznych w swoich konsekwencjach skutków. Rzutują potem one na dalsze życie chorego, jakość i komfort tego życia, a także o czym nie możemy pominąć na życie jego najbliższych [1,2,3].

Uraz kręgosłupa w odcinku szyjnym występuje najczęściej z głębokim, lub całkowitym uszkodzeniem rdzenia. Następstwem tego jest skomplikowany proces diagnostyczno-terapeutyczny, oraz bardzo trudny proces psychologiczno – społeczno - emocjonalny. Uszkodzenie rdzenia kręgowego na tym poziomie prowadzi nie tylko do zaburzeń funkcji ruchowych i czuciowych, ale również do dysfunkcji wielu narządów i układów organizmu człowieka, tj. oddechowego, sercowo-naczyniowego, moczowego i pokarmowego. W konsekwencji prowadzi do zaburzeń metabolicznych, zaburzeń biochemicznych czy przemiany materii. Rozległość tych zaburzeń wymusza kompleksowy i interdyscyplinarny charakter działania już od pierwszych chwil po dokonaniu urazu. Bardzo ważne jest zapobieganie rozwojowi i narastaniu zmian wtórnych, będących wynikiem zaburzeń w funkcjonowaniu czynności całego ustroju, unieruchomienia i związanego z tym „roztrenowania” organizmu [4].

CEL PRACY

Celem pracy było przedstawienie przebiegu procesu pielęgowania i usprawniania chorego z urazem rdzenia w odcinku szyjnym kręgosłupa.

Opis przypadku

50-letni pacjent z niedowładem czterokończynowym i porażeniem kończyn dolnych w następstwie uszkodzenia rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym. W wyniku urazu głowy i kręgosłupa szyjnego do którego doszło w 2008 roku w następstwie upadku z ambony myśliwskiej chory doznał zwichnięcia na poziomie C6-C7. Operowany w trybie pilnym w oddziale neurochirurgii, gdzie wykonano repozycję zwichnięcia i stabilizację kręgosłupa szyjnego (artrodeza międzytrzonowa – koszyk tytanowy+ kość allogeniczna)-stabilizacja przednia płytką szyjną DERO-Lfc. Przebieg pooperacyjny niepowikłany, rana pooperacyjna zagoiła się prawidłowo. Z powodu narastającej niewydolności oddechowej i ogólnie pogarszającego się stanu zdrowia, pacjent został przeniesiony do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii. Chorego zaintubowano i wprowadzono wentylację mechaniczną na oddechu kontrolowanym. Z powodu przedłużającej się niewydolności oddechowej podjęto decyzję o wykonaniu tracheotomii przezskórnej i dalszej wentylacji mechanicznej. W miarę upływu czasu stan pacjenta stopniowo się poprawiał, wprowadzono wentylację wspomaganą, a następnie okresową, w zależności od potrzeb i możliwości chorego w danym dniu. Uzyskano taki stopień wydolności krążeniowo-oddechowej, która pozwoliła na całkowite samodzielne oddychanie pacjenta z utrzymaniem drożności dróg oddechowych przy pomocy rurki tracheotomijnej.

U pacjenta występowały bardzo duże trudności z ewakuacją zalegającej wydzieliny, dlatego też wymagał częstego odsysania wydzieliny i stosowania różnych pozycji drenażowych, oklepywania i stosowania fizjoterapii oddechowej. Zastosowano między innymi pozycję Trendelenburga, a także przeprowadzono naukę ćwiczeń oddechowych z użyciem przyrządów tj. butelki z wodą, dmuchane kuleczki z wytwarzaniem podciśnienia. Stosowano inhalacje z wykorzystaniem środków rozrzedzających wydzielinę oskrzelową i ułatwiających jej odkrztuszenie. Pacjenta układano w pozycjach drenażowych, drenaż powtarzano kilka razy w ciągu dnia, a jednorazowy trwał ok. 3-4 minuty, potem wykonywano ćwiczenia efektywnego kaszlu. W badaniu neurologicznym pacjent przytomny, w logicznym kontakcie, 5 stopni w skali Rankina, porażenie kończyn dolnych i funkcji zwieraczy, duży niedowład kończyn górnych, głównie dystalny.

Chory brał aktywny udział w procesie leczniczo-pielęgniarskim, wkładał dużo wysiłku i zaangażowania we wszystkie czynności dnia codziennego, dostosowane do jego możliwości fizycznych. Pacjent coraz lepiej tolerował pozycję siedzącą w łóżku i w wózku inwalidzkim do ok. 2 godzin w ciągu dnia i samodzielnie zaczął sterować wózkiem inwalidzkim. Rozpoczęto również pierwsze próby pionizacji na stole pionizacyjnym do 5 minut. Chory z powodu utrzymującego się nadal zaburzenia zwieraczy pęcherza moczowego i odbytu był zacewnikowany na stałe cewnikiem Foleya i zaopatrzony w pampersy. Podejmowane próby reedukacji pęcherza moczowego nie przynosiły pożądanego skutku.

W trakcie pobytu pacjenta w oddziale rehabilitacji wystąpił u chorego pierwszy raz w życiu napad padaczkowy z drgawkami, prężeniami i utratą przytomności. Pacjenta konsultowano neurologicznie oraz internistycznie celem zdiagnozowania przyczyny wystąpienia napadu. Po wykonaniu koniecznej diagnostyki chorego w stanie ogólnie zadowalającym stabilnym pod względem fizycznym i psychicznym z zaleceniami dalszej systematycznej opieki medycznej i rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych wypisano do domu. Chory został odpowiednio przygotowany na ten moment, pozytywnie zmotywowany do dalszej rehabilitacji i poinformowany o konieczności ciągłej opieki zespołu leczniczo-pielęgniarskiego.

MATERIAŁ I METODYKA

W pracy posłużono się metodą indywidualnego przypadku. Zastosowano następujące techniki wywiad pielęgniarski, obserwację, analizę dokumentacji, historię choroby indywidualną kartę zleceń kartę obserwacyjną historię pielęgowania i wyniki badań diagnostycznych.

Model opieki nad pacjentem po urazie rdzenia kręgowego

Diagnoza pielęgniarska I

Niewydolność oddechowa w wyniku porażenia lub osłabienia mięśni oddechowych, zaburzenia automatyzmu przeponowego oraz pobudzenia układu przywspółczulnego

Cel opieki- zapewnienie efektywnej wymiany gazowej za pomocą wentylacji mechanicznej, utrzymanie drożności oraz zapobieganie infekcjom dróg oddechowych, pielęgnacja rurki intubacyjnej lub tracheostomijnej.

Plan działania:

- stały pomiar i obserwacja podstawowych parametrów wentylacji mechanicznej tj. częstość i objętość oddechów, maksymalna siła wdechu, pulsoksymetria, gazometria krwi tętniczej, a także obserwacja podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura ciała, stan przytomności, uwagi zgłaszane przez pacjenta)
- stosowanie oddechu zastępczego całkowitego lub wspomaganego przez zastosowanie sztucznej wentylacji, o trybie pracy respiratora oraz jego ustawieniach lekarz decyduje lekarz
- kontrola położenia rurki intubacyjnej, czy tracheostomijnej i uszczelnienia mankietu poprzez np. osłuchiwanie pacjenta
- zapewnienie szczelności i drożności połączeń rur w respiratorze oraz ich wymiana w przypadku ich zanieczyszczenia lub uszkodzenia
- codzienna wymiana filtra antybakteryjnego, lub każdorazowo w sytuacji jego zabrudzenia czy zalania
- częste odsysanie zalegającej wydzieliny z drzewa oskrzelowego z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki oraz stosowanie leków mukolitycznych w celu ułatwienia ewakuacji zalegającej wydzieliny
- prowadzenie fizjoterapii układu oddechowego poprzez zastosowanie:
 - nauki efektywnego kaszlu i odkrztuszania zalegającej wydzieliny poprzez pogłębienie i wydłużenie oddechu oraz wspomaganie chorego w momencie kaszlu uciskiem na przeponę, aby sprowokować odruch kaszlowy
 - wykonywanie zabiegów ułatwiających ewakuację zalegającej wydzieliny z dróg oddechowych poprzez wykonywanie inhalacji, oklepywania i nacierania klatki piersiowej, częstą zmianę pozycji ciała, zastosowanie pozycji drenażowych
 - wzmocnienie siły pomocniczych mięśni oddechowych oraz utrzymanie ruchomości klatki piersiowej
- zapobieganie powikłaniom wynikających z prowadzenia sztucznej wentylacji, możliwości wprowadzenia czynnika infekcyjnego z zewnątrz np. w trakcie odsysania, lub namnażania się chorobotwórczych bakterii w wyniku zalegania wydzieliny w drzewie oskrzelowym
- obserwacja pacjenta w kierunku wystąpienia obrzęku płuc poprzez kontrolę podstawowych parametrów życiowych, prowadzenie bilansu płynów oraz kontrolę stężenia i ewentualne uzupełnianie elektrolitów
- stosowanie profilaktyki zatorowości płucnej poprzez wykonywanie zleceń lekarskich (heparyna drobnocząsteczkowa) oraz kontrolę podstawowych parametrów życiowych (u pacjenta po urazie rdzenia w odcinku szyjnym pojawia się bardzo duże ryzyko wystąpienia zatoru płucnego, a im wyższy poziom uszkodzenia tym większa podatność pacjentów – bardzo duża śmiertelność wśród chorych z wysoką tetraplegią)

- zapobieganie aspiracji śliny i treści pokarmowej do drzewa oskrzelowego poprzez kontrolę uszczelnienia mankietu rurki oraz prawidłową technikę karmienia
- niwelowanie strachu i lęku pacjenta przed niebezpieczeństwem „uduszenia się” poprzez udzielanie wsparcia psychicznego, informowanie i tłumaczenie o konieczności wykonywania określonych medycznych procedur, rozmowę oraz stworzenie życzliwej atmosfery wokół pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska II

Możliwość wystąpienia niewydolności hemodynamicznej, jako reakcji całego organizmu na uraz rdzenia kręgowego, szczególnie w odcinku szyjnym

Cel opieki – intensywna obserwacja stanu ogólnego pacjenta i niedopuszczenie do pojawienia się zaburzeń zagrożających życiu chorego

Plan działania:

- ciągle monitorowanie i kontrola podstawowych parametrów życiowych
- wykonywanie EKG
- wykonywanie pomiarów OCŻ 3x w ciągu doby
- monitorowanie inwazyjnego ciśnienia tętniczego przy pomocy założonej linii tętniczej
- unikanie gwałtownego obniżenia ciśnienia krwi, szczególnie należy uważać przy zmianie pozycji ciała pacjenta, gdyż chorzy z urazem rdzenia są szczególnie narażeni na występowanie hipotonii ortostatycznej
- w razie spadku ciśnienia należy zabandażować i unieść kończyny dolne do góry
- należy utrzymywać średnie ciśnienie tętnicze na poziomie co najmniej 60 mmHg
- założenie do pęcherza moczowego cewnika i kontrolowanie diurezy
- obserwowanie wyglądu skóry pacjenta, jej zabarwienia, temperatury, pojawiania się obrzęków.

Diagnoza pielęgniarska III

Ryzyko zagrożenia życia związane z dysrefleksją autonomiczną

Cel opieki – niedopuszczenie do wystąpienia powikłań, a w razie wystąpienia niepokojących objawów szybka interwencja

Plan działania:

- ciągle obserwowanie możliwości wystąpienia zaburzeń ze strony układu autonomicznego tj. napadowe, ciężkie niedociśnienie tętnicze, zaczerwienienie twarzy, uczucie „zatkania” nosa, silny ból głowy, pocenie się bradykardia poniżej 30- 40 ud/min
- usunięcie wszelkich bodźców mogących wywołać dysrefleksję np. przepełniony pęcherz moczowy w wyniku zatkania cewnika i braku możliwości odpływu moczu
- dbanie o drożność cewnika moczowego, wymiana cewnika według potrzeb, dbanie o higienę, w przypadku zamykania czasowego odpływu moczu dokładna kontrola czasu jaki upłynął od zatkania cewnika (maksymalnie 4-6 godzin)
- dbanie o regularne wypróżnienia pacjenta, w razie problemów podawanie środków przeczyszczających

- w razie potrzeby podawanie na zlecenie lekarza środków zwiotczających mięśnie
- eliminowanie bodźców bólowych oddziałujących na obszar poniżej poziomu uszkodzenia
- nauczanie pacjenta rozpoznawania potencjalnych symptomów dysrefleksji autonomicznej oraz sposobów zapobiegania ich wystąpieniu.

Diagnoza pielęgnarska IV

Ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej z powodu unieruchomienia oraz w wyniku zmniejszenia końcowo rozkurczowej objętości lewej komory związanej ze zwiększoną pojemnością układu żylnego

Cel opieki – zapobieganie wystąpieniu powikłania

Plan działania:

- prowadzenie profilaktyki zakrzepowo-zatorowej poprzez gimnastykę kończyn dolnych w celu poprawy krążenia
- masaże kończyn dolnych w kierunku serca
- układanie wyżej kończyn dolnych, aby ułatwić powrót krwi żyłnej w kierunku serca
- jeżeli istnieje taka potrzeba to bandażowanie kończyn dolnych, lub korzystanie z pończoch uciskowych
- stosowanie na zlecenie lekarza heparyny drobnocząsteczkowej.

Diagnoza pielęgnarska V

Możliwość wystąpienia neurogennych zaburzeń w wydalaniu moczu związanych z urazem

Cel opieki – zapobieganie wystąpieniu niepożądanych powikłań

Plan działania:

- założenie cewnika do pęcherza moczowego na stałe, szczególnie w pierwszych dniach po urazie - okres szoku rdzeniowego
- wprowadzenie wczesnej rehabilitacji pęcherza moczowego poprzez wytworzenie jego automatyzmu
- podejmowanie prób zamykania odpływu moczu z pęcherza na czas 4-6 godzin w ciągu dnia z zachowaniem przerwy nocnej
- przerywane cewnikowanie 4-6 razy dziennie jednorazowym cewnikiem Nelaton tylko na czas oddawania moczu z zachowaniem przerwy nocnej lub nauka korzystania z uridonów
- nauka rozpoznawania „pełnego pęcherza” (uczucie napięcia, „gęsia skórka”, bóle głowy, nasilenie spastyczności)
- zapobieganie pojawieniu się infekcji dróg moczowych poprzez dbanie o higienę osobistą, wymianę cewnika stosownie do potrzeb przy zachowaniu zasad aseptyki i antyseptyki, odpowiednią dietę (zakwaszającą)
- wytworzenie poprzez wcześnie wprowadzoną rehabilitację automatyzmu pęcherzowego (hiperreflekterycznego) poprzez:
 - drażnienie pęcherza moczowego, opukiwanie nadłonowe, drażnienie okolicy moczowo-płciowej i bierne zgięcie kończyn dolnych
 - ćwiczenia wstrzymywania oddawania moczu i zaciśnięcie odpływu moczu z pęcherza

- w przypadku pęcherza autonomicznego (areflekterycznego) wykonujemy ćwiczenia wzmacniające tłocznię brzuszną, mięśnie miednicy i brzucha (uczymy wykonywać pogłębione wdechy i naukę parcia)
- wyciskamy mocz ku dołowi i w głąb nad spojeniem łonowym.

Diagnoza pielęgnarska VI

Możliwość wystąpienia zaburzeń żołądkowo-jelitowych z powodu dysregulacji układu autonomicznego

Cel opieki – zapobieganie wystąpieniu powikłań żołądkowo-jelitowych

Plan działania:

- dbanie o odpowiedni stan odżywienia pacjenta
- w okresie wstrząsu rdzeniowego założenie sondy żołądkowej, aby ograniczyć możliwość wymiotów, aspiracji treści żołądkowej oraz rozdęcia żołądka, a także stosowanie w pierwszych dniach po urazie diety ścisłej i odżywianie pozajelitowe
- zapobieganie wtórnym powikłaniom niedrożności jelit poprzez zakładanie suchej rurki do odbytnicy oraz zapobieganie zaparciom
- po powrocie prawidłowej perystaltyki jelit wprowadzenie żywienia dojelitowego (redukuje w znaczny sposób liczbę powikłań i śmiertelność pacjentów)
- przy wysokim uszkodzeniu rdzenia kręgowego żywienie przez zgłębnik
- unikanie pokarmów wzdymających i zapierających
- stosowanie diety lekkostrawnej i wysokobiałkowej o odpowiednim zapotrzebowaniu energetycznym (tetraplegik 23 kcal/kg/dobę)
- obserwowanie w kierunku krwawienia z wrzodu żołądka (tzw. wrzodu stresowego żołądka).

Diagnoza pielęgnarska VII

Całkowite i długotrwałe unieruchomienie pacjenta w wyniku urazu.

Cel opieki – zapobieganie niepożądanym skutkom unieruchomienia.

Plan działania:

- zapobieganie odleżynom poprzez systematyczne zmienianie pozycji pacjenta, najlepiej co 2-3 godziny
- stosowanie odpowiednich udogodnień (wałki, kliny, podpórki), które umożliwiają prawidłowo i funkcjonalnie ułożyć chorego, zabezpieczają przed otarciami naskórka, urazami oraz poprawiają komfort ułożenia
- stosowanie materaca przeciwoleżynowego najlepiej zmienno-ciśnieniowego
- dbanie o higienę całego ciała pacjenta
- nawilżanie i natłuszczanie skóry pacjenta z szczególnym uwzględnieniem miejsc narażonych na ucisk, otarcia oraz odparzenia i wyprzenia
- staranne ścielenie łóżka, wyrównywanie wszelkich fałdek i nierówności
- dbanie o czystość i suchość bielizny osobistej i pościelowej
- stosowanie masażu pobudzającego ukrwienie i odżywienie skóry

- stosowanie diety bogatobiałkowej o odpowiednim poziomie energetycznym, aby zapobiegać powstawaniu odleżyn w wyniku niedożywienia i odbiałczania
- zapobieganie powikłaniom mięśniowo-szkieletowym poprzez układanie kończyn chorego w pozycjach neutralnych dla stawów
- prowadzenie systematycznej rehabilitacji, ideałem byłoby wykonywanie ćwiczeń 3-4 razy dziennie przez ok. 30 minut
- stosowanie ciepłych kąpiel i hydromasaży, aby zmniejszać spastykę i poprawiać ukrwienie skóry oraz wpływać pozytywnie na doznania czuciowe pacjenta (kąpiel w wodzie działa bardzo odprężająco i relaksacyjnie)
- zapobieganie pojawianiu się przykurczy lub skostnień okołostawowych poprzez prawidłowe i fizjologiczne ułożenie pacjenta
- wyrabianie u pacjenta poczucia własnej wartości, siły oraz podnoszenie wiary we własne możliwości.

Diagnoza pielęgniarska VIII

Utrata kontroli nad własnym ciałem i brak akceptacji kalectwa

Cel opieki – udzielanie wsparcia, pozytywne motywowanie pacjenta do działania oraz chwalenie i pokazywanie choremu efektów pracy całego zespołu, ze szczególnym uwzględnieniem pracy samego pacjenta

Plan działania:

- zabezpieczenie chorego w możliwość sygnalizacji swoich potrzeb
- motywowanie pacjenta do pokonywania trudności
- pomoc w odnalezieniu w swoim życiu nowych wartości, które mogą nadać sens i wartość w obecnej sytuacji
- skierowanie pacjenta na nowe zainteresowania, które mogą zrekompensować utracone czynności
- jeżeli pacjent ma taką potrzebę należy dostarczyć mu informacji o urazach rdzenia kręgowego i celu podejmowanych działań
- planowanie wraz z pacjentem działań pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych
- wyjaśnienie choremu wątpliwości związanych z chorobą, leczeniem i fizjoterapią
- rozmowa z pacjentem i rodziną o problemach występujących w tym schorzeniu, możliwościach zastosowania udogodnień i rozwiązań architektonicznych w warunkach domowych, dostosowanych do indywidualnych potrzeb chorego
- w razie potrzeby korzystanie z pomocy psychologa i psychiatry, stosowanie leków na zlecenie lekarza poprawiających nastrój i samopoczucie
- ułatwienie integracji społecznej i zawodowej
- wyrabianie wiary pacjenta we własne możliwości.

PODSUMOWANIE

Pacjent po przebytych urazach rdzenia kręgowego, a szczególnie z urazem w odcinku szyjnym to chory, u którego trudno mówić o ujednoliconym procesie leczniczym, pielęgnacyjnym i rehabilitacyjnym. Jest on wielkim wyzwaniem dla całego zespołu medycznego, a na oczekiwane rezultaty i efekty pracy trzeba nierzadko czekać bardzo

długo i nie zawsze osiągamy założony skutek. Żmudny, pracochłonny i obciążony dużym balastem emocjonalnym proces na swoim końcu daje całemu interdyscyplinarnemu zespołowi wiele satysfakcji z osiągniętego efektu. Pacjent, któremu początkowo może nawet nie dawano dużych szans na przeżycie, gdzie przez pierwsze tygodnie toczyła się walka o każdy kolejny dzień, potrafi osiągnąć niezależność w podstawowych czynnościach życiowych. Początkowo jest to walka o życie, każdy samodzielny oddech, umiejętność połykania, kaszlu, spożywania posiłków, czy zwykłej komunikacji. Codzienne pielęgnowanie pacjenta, mycie, karmienie i zapobieganie występowaniu prawie wszystkich możliwych powikłań to była ciągła i systematyczna praca zespołu pielęgniarskiego i rehabilitacyjnego. Każdy etap miał swoje kroki milowe, które zostały od razu wyłapane i wykorzystane. Początkowo zabiegi ograniczone były tylko do obszaru łóżka pacjenta i dostosowane do aktualnego stanu fizycznego. Częste zmiany pozycji ciała, oklepywanie, nawilżanie i natłuszczanie skóry, wykonywanie ćwiczeń biernych pomagało zapobiegać wystąpieniu odleżyn i przykurczy mięśniowych oraz skostnień neurogennych. Systematyczne zwiększanie ilości i różnorodności ćwiczeń i zabiegów fizykalnych pomagało powracać pacjentowi do zdrowia i w miarę możliwości odzyskiwać utracone funkcje [1,5]. Bywa również tak, że skala możliwości funkcjonalnych jest bardzo ograniczona i pomimo szeregu podejmowanych działań niestety nie możemy zrobić już nic więcej. Inaczej też pojmowane jest tradycyjne pojęcie samodzielności, które całkowicie różni się od tego, jakie znają ludzie zdrowi. Nawet niewielka poprawa, czasem niezauważalna dla osób z zewnątrz jest niebywałym sukcesem. Zawsze oceniając postępy leczniczo-usprawniające należy odnosić się do sytuacji wyjściowej i zauważać dokonane zmiany. Proces leczniczy i rehabilitacyjny u pacjenta z urazem rdzenia kręgowego trwa całe życie, zmienia się tylko jego intensywność i program w zależności od potrzeb i umiejętności danego chorego. Powszechnie obowiązuje zasada postępowania terapeutycznego, mówiąca o przeciwdziałaniu powstawania nowych ograniczeń i upośledzeń wynikających z aktualnego stanu pacjenta (zaniki mięśniowe, przykurcze, odleżyny), maksymalnym usprawnieniu psychoruchowym pacjenta, zapobieganiu powikłań wynikających z choroby podstawowej oraz unieruchomienia, uczenia samodzielności w zakresie czynności życiowych, psychoterapia pacjenta i jego rodziny, stała opieka i pomoc zespołu leczniczego, pielęgniarskiego i rehabilitacyjnego, pomoc społeczna (opiekunka środowiskowa, pracownik socjalny, fundacja, wolontariat).

Jeszcze kilkanaście lat temu taki uraz prawie zawsze kończył się śmiercią chorego. Życie pacjenta po urazie rdzenia kręgowego jest diametralnie różne od życia, które prowadzi osoba zdrowa, ale nie oznacza to, że życie to jest gorsze i pozbawione wartości. Dlatego też, wszystkie osoby zaangażowane w cały proces leczniczo-pielęgnacyjny muszą sprawić, aby pacjent w nowej i bardzo dramatycznej sytuacji odnalazł sens i radość życia [1,4,5,6,7,8].

WNIOSKI

1. Pacjent z urazem rdzenia kręgowego wymaga stałej pomocy osoby drugiej przy wykonywaniu skomplikowanych czynności dnia codziennego.
2. Pacjent wymaga stałej opieki lekarskiej i pełnego zaangażowania członków rodziny.
3. Ogólny stan fizyczny i psychiczny pacjenta jest ustabilizowany i można go ocenić jako dobry.
4. Pacjent wymaga aktywnego procesu usprawniania zarówno w warunkach domowych jak i ambulatoryjnych przy zaangażowaniu samego pacjenta i całego zespołu terapeutycznego.
5. Przynajmniej raz w roku zalecany jest pobyt pacjenta w oddziale rehabilitacji neurologicznej, lub wyjazd na turnus rehabilitacyjny.

PIŚMIENNICTWO

1. Dega W, Malinowska K. Rehabilitacja medyczna. Warszawa: PZWL; 1983.
2. Jabłońska R, Ślusarz R, Beuth W. Udział pielęgniarki w rehabilitacji chorych po urazie kręgosłupa i rdzenia kręgowego w odcinku szyjnym kręgosłupa. *Pielęgniarstwo XXI wieku*. 2006; 3(16): 241-244.
3. Dopierała L, Cierzniańska K, Szewczyk M.T. Edukacja jako element procesu adaptacji chorych po przebytych urazach kręgosłupa z uszkodzeniem rdzenia. *Pielęgniarstwo Polskie*. 2007; 2-3(24-25): 111-115.
4. Kiwerski J. Urazy kręgosłupa odcinka szyjnego i ich następstwa. Warszawa: PZWL; 1993.
5. Besowski S. Aktywna rehabilitacja. Problemy rehabilitacji społecznej i zawodowej. 1992; 4 (134):38-47.
6. Beedbrok GM. Opieka nad chorym z paraplegią. Warszawa: PZWL; 1991.
7. Garczyk D. Diagnostyka pielęgniarska i plan opieki nad chorym z urazem kręgosłupa i rdzenia kręgowego. [w:] Jaracz K., Kozubski W. (red.): *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Warszawa: PZWL; 2008: 423-427.
8. Dolińska-Zygmunt G. Podstawy psychologii zdrowia. Wrocław: Wyd. Uniwersytetu Wrocławskiego; 2011:315-329.

Praca przyjęta do druku: 20.11.2013

Praca zaakceptowana do druku: 11.12.2013