

ZDRAVSTVENA NEGA IN UKREPI MEDICINSKE SESTRE PRI NEVROLOŠKIH IN OFTALMOLOŠKIH URGENTNIH STANJIH

Tjaša Pečan Salokar, Katarina Lokar

Uvod

Zaradi kompleksne narave bolezni in dejstva, da bolniki z rakom danes živijo dlje zaradi napredka v diagnosticiranju in zdravljenju raka, narašča število onkoloških zapletov (tudi nevroloških in oftalmoloških). Večina bolnikov z rakom umre zaradi metastaz in z njimi povezanih zapletov, ki se lahko pojavijo kadar koli v času bolezni. Zato je preprečevanje, zgodnje prepoznavanje, pravilno ukrepanje in takojšnje zdravljenje onkoloških urgentnih stanj bistven del zdravstvene oskrbe bolnika z rakom. Zdravstvena nega bolnika, ki je ogrožen zaradi onkoloških zapletov, je zelo zahtevna. Pri bolnikih pa so kljub številnim individualnim razlikam, opazne tudi mnoge podobnosti.

Zdravstvena nega in ukrepi medicinske sestre pri zvišanem intrakranialnem pritisku

Povišan intrakranialni pritisk je urgentno stanje v onkologiji in zahteva takojšnjo diagnozo, oceno in zdravljenje. Pri onkoloških bolnikih pride do povišanega intrakranialnega pritiska zaradi primarnih ali metastatskih tumorjev možganov, lahko pa nastane zaradi edema, ki je stranski učinek obsevanja možganov.

Znaki in simptomi pri zvišanem intrakranialnem pritisku so odvisni od mesta in velikosti lezije. Zgodnji znaki so: glavobol, motnje vida, diplopija, zmanjšanje vidnega polja, spremembe v motoriki, letargija, apatija, zmedenost, nemir, izguba apetita, navzeja in občasno bruhanje. Pozni znaki so: bradikardija, počasno, plitvo dihanje, tahipneja, Cheyne-Stokesovo dihanje, zmanjšana zmožnost koncentracije, motnje zavesti, sprememba osebnosti, hemiplegija, hemipareza, krči, spremembe zenic, edem papil, sprememba drže in zvišanje telesne temperature.

Zvišan intrakranialni pritisk se zdravi s kortikosteroidi, z osmoterapijo (manitol), s kirurgijo (resekcija tumorja), z radioterapijo (obsevanje, brahioterapija), s kemoterapijo in s kombinacijo kirurgije, kemoterapije in radioterapije.

Zdravstvena nega je usmerjena v zgodnje odkrivanje znakov povišanega intrakranialnega pritiska, še zlasti pri bolnikih, ki so bolj ogroženi.

*Tjaša Pečan Salokar, dipl. m.s., Katarina Lokar, prof.zdr.vz.g., viš.med.ses,
Onkološki inštitut Ljubljana*

Pri bolniku s povišanim intrakranialnim pritiskom se najpogosteje srečamo z naslednjimi negovalnimi diagnozami:

- zvišana možnost poškodb v zvezi z motornimi in senzornimi motnjami;
- deficit v samooskrbi v zvezi z motorno-senzornimi motnjami;
- slaba fizična mobilnost v zvezi z motorno-senzornimi motnjami;
- nelagodje v zvezi s simptomi povišanega intrakranialnega pritiska (glavobol, slabost, bruhanje itd.);
- deficit telesnih tekočin v zvezi z bruhanjem, ki je posledica zvišanega intrakranialnega pritiska;
- nezadostna prehrana v zvezi s slabostjo in bruhanjem;
- neučinkovito dihanje v zvezi s povišanim intrakranialnim pritiskom;
- vizualne spremembe v zvezi s povišanim intrakranialnim pritiskom;
- strah v zvezi z bolezenskimi procesi.

Zvišan intrakranialni pritisk spada med kolaborativne probleme, zato je zelo pomembno, da smo pri bolniku pozorni na pojav ali poslabšanje simptomov zvišanega intrakranialnega pritiska. Aktivnosti zdravstvene nege so usmerjene k prepoznavanju in lajšanju simptomov ter k ugotavljanju negovalnih problemov in bolnikovih potreb. Izogibamo se položajem in aktivnostim, ki bi lahko zvišali intrakranialni pritisk (obračanju glave, trebušni legi, fleksiji vratu) ter po zdravnikovem naročilu apliciramo terapijo (kortikosteroide, osmotske diuretike, antipiretike itd.).

Zdravstvena nega in ukrepi medicinske sestre pri kompresiji hrbtenjače

Kompresija hrbtenjače je nevrološko urgentno stanje, ki se razvije pri 10 % onkoloških bolnikov. Brez takojšnje postavitve diagnoze in zdravljenja lahko bolnik ostane delno ali popolnoma paraliziran.

Do kompresije hrbtenjače lahko pride zaradi vraščanja tumorja ali metastaz v hrbtenjačo in zaradi metastaz v vretencih. Znaki in simptomi kompresije hrbtenjače so različni in odvisni od lokacije in stopnje infiltracije. Mednje sodijo bolečina, motorična oslabeledost, pareze, retenca ali inkontinenca blata in urina ter impotenca.

Kompresijo hrbtenjače zdravimo s kortikosteroidi, s kirurgijo, z radioterapijo ter s kemoterapijo pri kemosenzitivnih tumorjih.

Osnovna naloga zdravstvene nege je zgodnje odkrivanje znakov kompresije hrbtenjače, saj je bolnikov odziv na zdravljenje povezan z njegovim stanjem ob diagnozi. Natančna ocena trenutnega stanja, negovalna anamneza in poznavanje medicinske dokumentacije so ključnega pomena pri bolnikih, ki jim grozi kompresija hrbtenjače. Zdravstvena nega teh bolnikov je zelo raznolika in je odvisna od navzočih znakov in simptomov bolezni ter od načina zdravljenja.

Pri bolniku s kompresijo hrbtenjače lahko ugotovimo naslednje negovalne diagnoze:

- deficit v samooskrbi v zvezi z motornimi-senzornimi motnjami;
- strah v zvezi s spremenjeno življenjsko vlogo in življenjskimi navadami;

- spremenjeni družinski procesi v zvezi s prilagajanjem na novo nastalemu položaju in negotovo prihodnostjo;
- žalovanje v zvezi z izgubo telesnih funkcij in njihovega vpliva na življenjski slog;
- zvišana možnost socialne izolacije (bolnika/družine) v zvezi z invalidnostjo;
- motnje v samospoštovanju v zvezi z invalidnostjo;
- uživanje prevelikih količin hrane v zvezi z nastankom neravnotežja med vnosom hrane in porabo energije ob telesni aktivnosti;
- nezadostna prehrana v zvezi z anoreksijo in povečanimi metabolnimi potrebami;
- inkontinenca ali retenca urina in/ali blata v zvezi z motornimi in senzornimi motnjami;
- sindrom lokomotorne neaktivnosti (disuse syndrome) v zvezi s kompresijo hrbtenjače;
- zvišana možnost poškodb v zvezi z motornimi in senzornimi motnjami;
- zvišana možnost infekcije v zvezi z invazivnimi diagnostičnimi in terapevtskimi posegi;
- spolnost: spremenjena funkcija v zvezi s fiziološkimi, senzornimi in psihološkimi vplivi kompresije hrbtenjače na spolnost;
- neizvajanje terapevtskega režima v zvezi s pomanjkanjem znanja.

Aktivnosti zdravstvene nege so odvisne od ugotovljenih negovalnih diagnoz in individualnih potreb bolnika ter od diagnostično terapevtskega režima. Podrobneje pa bova predstavili sindrom lokomotorne neaktivnosti.

Sindrom lokomotorne neaktivnosti je stanje, pri katerem je posameznik v nevarnosti, da pride do okvare ali spremenjene funkcije telesnih sistemov ali pa sta ti že navzoči, in sicer kot posledica predpisane ali neizogibne lokomotorne neaktivnosti. Pri sindromu lokomotorne neaktivnosti obstajajo številne aktualne in potencialne negovalne diagnoze:

- zvišana možnost okvare kože,
- zvišana možnost obstipacije,
- zvišana možnost spremenjene respiratorne funkcije,
- zvišana možnost spremenjenega perifernega pretoka tekočin v tkivih,
- zvišana možnost infekcije,
- možna neaktivnost,
- slaba fizična mobilnost,
- zvišana možnost poškodb,
- možne senzorične/perceptualne spremembe,
- nemoč,
- spremenjen odnos do lastne telesne podobe.

Aktivnosti zdravstvene nege:

- bolniku pomagamo pri obračanju v postelji, če je prešibek, ga sami obrnemo;
- bolnika naučimo dihalnih vaj in izkašljevanja in ga spodbujamo pri izvajanju vsega omenjenega;
- pri bolniku skrbimo za redno odvajanje blata;
- izvajamo ukrepe za preprečevanje razjed zaradi pritiska;
- pri vsakem obračanju opazujemo bolnikovo kožo in smo pozorni, če se pojavijo razjede zaradi pritiska in znaki tromboze;

- če ni kontraindicirano, namestimo bolnikove noge nad višino srca;
- če ni kontraindicirano, bolnika pasivno ali aktivno razgibavamo v postelji;
- bolnika spodbujamo k pitju (vsaj 2 litra tekočine na dan, če ni kontraindicirano);
- bolnika spodbujamo k izražanju čustev in strahov v zvezi z omejitvami pri gibanju;
- bolnika vključimo v načrtovanje vsakodnevnih opravil;
- zagotovimo okolje, v katerem se bo bolnik lahko sam odločal.

Zdravstvena nega in ukrepi medicinske sestre pri oftalmoloških simtomih

Oftalmološki simptomi se pojavijo pri tumorjih v orbiti, pri tumorjih očesa ter pri metastazah v očesu (bolečina, izbuljenost očesa, občutek pritiska v očesu, motnje v gibanju zrkla, dvojni vid). Če bolnik z znano maligno boleznijo toži zaradi motenj vida, je nujen pregled pri okulistu ter ob ugotovljenih metastazah takojšnje obsevanje. Pri zgodaj odkritih vzrokih oftalmoloških simptomov je uspešnost obsevanja večja. To je zelo pomembno, ker je vid najpomembnejši čut pri človeku in njegova izguba bolnika močno prizadene.

Negovalne diagnoze:

- zvišana možnost poškodb v zvezi z vizualnimi omejitvami;
- zvišana možnost socialne izolacije v zvezi s strahom pred poškodbo in zadrego zunaj domačega okolja;
- nesposobnost za vzdrževanje gospodinjstva v zvezi z okrnjeno zmožnostjo opravljanja vsakdanjih opravil;
- deficit v samooskrbi v zvezi z okvaro vida;
- anksioznost v zvezi z obstoječo ali možno izgubo vida;
- motnje v samospoštovanju v zvezi z vizualnimi omejitvami.

Aktivnosti zdravstvene nege so odvisne od težavnosti oftalmoloških simptomov. Pri hudih motnjah vida je bolnik bolj ogrožen za nastanek poškodb in tudi samooskrba je lahko motena. Iz tega razloga moramo poskrbeti za bolnikovo varnost in mu omogočiti vso potrebno pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti. Zaradi strahu pred poškodbami in zadrege, ki jo doživlja v neznanem okolju ter, zaradi motenj v samospoštovanju se bolnik lahko začne zatekati v osamo, ki sčasoma privede do socialne izolacije. Pomembno je, da bolniku in svojem pomagamo pri prilagajanju novi življenjski situaciji in da jim omogočimo izražanje čustev v zvezi s temi problemi. Če bolnik oslepi, mu nudimo vso potrebno pomoč pri življenjskih aktivnostih ter mu vedno opišemo, kaj in kako bomo izvedli določeno aktivnost.

Zaključek

Pri nevroloških urgentnih stanjih je uspešno obravnave bolnikov odvisna od strokovnosti vseh članov zdravstvenega tima. Medicinska sestra ima pri tem ključno vlogo, saj je koordinator zdravstvene nege in zagovornik bolnika. Bolniku in svojem tudi pomaga pri soočanju s posledicami, ki jih bolezen prinese v njihovo življenje.

Literatura:

1. Carpenito LJ. *Handbook of nursing diagnosis*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott, 1997.
2. Jančar B. Rak orbite in očesa. V: Fras AP, ur. *Onkologija*. Ljubljana: Katedra za onkologijo in radioterapijo: Onkološki inštitut, 1994: 199-201.
3. Kolaborativni center SZO za primarno zdravstveno nego. *Uvod v študij negovalnih diagnoz*. 3. izd. Maribor: Kolaborativni center SZO, 1993.
4. Macaulay VM, Smith IE. *Paraneoplastic syndromes*. In: Peckham M, Pinedo H, Veronesi U, eds. *Oxford textbook of oncology*. Vol. 2. Oxford: Oxford University Press, 1995: 2228-53.
5. Miaskowski C. *Oncologic emergencies*. V: Miaskowski C, Buchsel P, eds. *Oncology nursing: assessment and clinical care*. St Louis: Mosby, 1999: 221-44..
6. Nettina SM. *The Lippincott manual of nursing practice*. 6th ed. Philadelphia: Lippincott, 1996: 369-71.
7. Petersen-Rivera L, Watters MR. *Spinal cord compression*. In: Gates RA, Fink RM, eds. *Oncology nursing secrets*. Philadelphia: Hanley Belfus, 1997: 352-5.
8. Price CGA, Price P. *Acute emergencies in oncology: general overview*. In: Peckham M, Pinedo H, Veronesi U, eds. *Oxford textbook of oncology*. Vol. 2. Oxford: Oxford University Press, 1995: 2193-201.
9. Quan WDY, Skeel RT. *Critical care issues in oncology and bone metastasis*. In: Skeel RT, Lachant NA, eds. 4th ed. Boston: Little Brown, 1995: 519-31.
10. Schafer SL. *Oncologic complications*. In: Otto SE, ed. *Oncology nursing*. 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1994: 376-440.