

Małgorzata Słupska-Kartaczowska

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy
e-mail: kartacz1@wp.pl

Wybrane problemy pielęgnacyjne chorego z guzem mózgu

STRESZCZENIE

Ukazane wybrane problemy pielęgnacyjne chorego z guzem mózgu obejmują okres przed i po operacji oraz możliwość powstania powikłań pooperacyjnych.

Personel pielęgniarstwa sprawujący opiekę nad chorymi z guzami mózgu powinien cechować się umiejętnością prawidłowego rozpoznawania i rozwiązywania problemów pielęgnacyjnych, dając przez to choremu większe poczucie bezpieczeństwa oraz zmniejszenie zagrożenia niepełnosprawnością. Wnikliwe obserwowanie chorego pod kątem możliwości wystąpienia powikłań i szybka reakcja personelu są niezbędne w opiece nad chorym. Prawidłowe wyznaczenie diagnozy pielęgniarstwa powinno opierać się na przedstawionej typologii guzów mózgu, ich objawów oraz sposobów leczenia.

Słowa kluczowe: problemy pielęgnacyjne, guz mózgu, powikłania pooperacyjne.

1. Wstęp

Guzy wewnątrzczaszkowe są często powodem bardzo poważnych zaburzeń układu nerwowego oraz stanowią zagrożenie niepełnosprawnością chorego.

Dążenie do przedłużania życia chorych z guzami mózgu nie powinno być realizowane w oderwaniu od jakości ich życia. Zadowolenie z życia pozostaje w ścisłym związku ze zdolnością i możliwością człowieka do zaspokajania własnych potrzeb.

Niestety człowiek chory często nie jest w stanie samodzielnie rozwiązywać problemów związanych z jego stanem zdrowia. Brak możliwości zaspokajania własnych potrzeb stwarza deficyt samoopieki i wpływa na brak chęci pacjenta do walki z chorobą, a nawet do dalszego życia.

Głównym tematem artykułu jest opieka pielęgniarstwa nad chorym z guzem mózgu. Ukazane zostały wybrane problemy pielęgnacyjne i ich rozwiązywanie w oparciu o diagnozę pielęgniarstwa. Głębsze zrozumienie przedstawionych problemów powinno opierać się na zapoznaniu z typologią guzów mózgu, ich leczeniem oraz objawami, które występują w tej jednostce chorobowej. Przedstawione zagadnienia w pewien sposób ułatwią zrozumieć i ewentualnie pomogą w rozwiązywaniu problemów wynikających z opieki nad chorym z guzem mózgu.

2. Epidemiologia guzów mózgu

Badania epidemiologiczne nad nowotworami układu nerwowego nie należą do łatwych, biorąc pod uwagę trudności w zróżnicowaniu tych guzów. Wynika to ze zmienności w ich nazewnictwie i dużego zróżnicowania klinicznego oraz biologicznego.

W Rejestrze Nowotworów Centrum Onkologii w Warszawie w 2000 roku stwierdzono w Polsce 2627 zachorowań na pierwotne złośliwe nowotwory mózgu. Standaryzowany współczynnik zachorowalności wyniósł w 1999 roku 6,3/100 000 u mężczyzn i 4,8/100 000 u kobiet¹. Dane z lat 1978–1981 podają zachorowalność w granicach 3–4,8/100 000². Standaryzowany współczynnik umieralności na pierwotne nowotwory mózgu wyniósł w Polsce w roku 2000 5,4/100 000 u mężczyzn i 4,2/100 000 u kobiet³. Znaczącą rolę w zwiększającej się ilości zapadalności i umieralności odgrywa niewątpliwie rozwój diagnostyki oraz uzupełnianie dokumentacji medycznej według przyjętych standardów.

3. Typologia guzów mózgu

Guzem mózgu nazywa się nie tylko nowotwór, ale również każdą inną nieprawidłową masę tworzącą umiejscowione ognisko, którego obecność powoduje ciasnotę śródczaszkową i ucisk mózgu. Guzy dzielimy na:

- guzy pierwotne, np. glejaki, oponiaki,
- guzy wtórne, np. przerzuty z raka płuc, piersi itp., lub chłoniaki⁴.

Pierwsze próby klasyfikacji guzów ośrodkowego układu nerwowego (OUN) zostały przeprowadzone i opublikowane już w pierwszej połowie XIX wieku. Jednakże przełom wiedzy na temat guzów OUN przyniosły badania Rudolfa Virchowa (1821–1902), autora pierwszej nowoczesnej klasyfikacji.

Rozwój histologii i embriologii układu nerwowego oraz wprowadzenie histologicznych technik impregnacyjnych solami złota i srebra, pozwalających na identyfikację i wyodrębnienie poszczególnych elementów komórkowych tkanki nerwowej i glejowej, przyczyniło się do dalszej dokładniejszej klasyfikacji, która została wprowadzona w roku 1926 przez Baileya i Cushinga. Uznana została ona za pierwszą udokumentowaną klasyfikację guzów pochodzenia neuroepitelialnego, opartą na kryteriach morfologicznych i ogólnej koncepcji histogenezy OUN, oraz pierwszą próbę histoklinicznej oceny jego nowotworów. Podział ten jest do dziś podstawą większości stosowanych systemów klasyfikacji guzów wywodzących się z autochtonicznych elementów tkanki nerwowej.

W roku 1956 została przedstawiona przez Zulcha koncepcja podziału guzów OUN rozumianych jako rozrosty nowotworowe i nienowotworowe oraz procesy prowadzące do wzrostu zawartości wewnątrzczaszkowej i wewnątrzkanałowej. Zulch wyróżnił trzy grupy nowotworów:

¹ <http://www.termedia.pl/>, dostęp: 06.01.2015 r.

² W. Cendrowski, *Neuroepidemiologia kliniczna*, Wrocław 1997.

³ <http://www.termedia.pl/>, dostęp: 06.01.2015 r.

⁴ M. Ropper, A.H. Victor, *Neurologia Adamsa i Victora*, Wydawnictwo Czelej, Lubin 2003, s. 197–204.

- pochodzenia neuroektodermalnego,
- pochodzenia mezodermalnego,
- pochodzenia entodermalnego.

Ważnym elementem klasyfikacji Zulcha było wyróżnienie grupy paraglejaków, obejmującej wszystkie nowotwory pochodzenia glejowego, z wyłączeniem gwiaździaków i skąpodrzewiaków, dla których zarezerwował nazwę glejaków. Zulch do grupy paraglejaków włączył również nerwiaki osłonowe.

Dzięki nowym metodom diagnostycznym i badawczym, takim jak immunocytochemia, mikroskopia elektronowa, a ostatnio biologia i patologia molekularna, została opracowana i zmodyfikowana histologiczna klasyfikacja guzów mózgu. Jej końcowa wersja została opracowana przez P. Kleihuesa, P.C. Burgere oraz B.W. Scheithauera i zaakceptowana przez międzynarodowy zespół ekspertów na konferencji w Zurychu w roku 1989. Polską wersję tej klasyfikacji opracowała i opublikowała w „Folia Neuropathologica” w 1994 roku J. Kałużna i współautorzy⁵. W 2007 roku WHO sklasyfikowało nowotwory układu nerwowego w 10 różnorodnych grupach. Do najczęściej występujących guzów mózgu zaliczamy glejaki (40–50%), guzy przerzutowe (ok. 30%) i oponiaki (18–19%)⁶.

4. Symptomologia guzów mózgu

Objawy guzów śródczaszkowych uzależnione są głównie od ich umiejscowienia w strukturze mózgu. Należy jednak nadmienić, że większość guzów na początku choroby przebiega bezobjawowo. Rozwój choroby i stan chorego mają różną dynamikę, najczęściej zależą od szybkości wzrostu nowotworów i jego rodzaju.

Obraz kliniczny guza mózgu najczęściej nosi nazwę „triady objawów”, do której zaliczamy: ból głowy, tarczę zastoinową, nudności lub wymioty. Należy wymienić również często występujące takie objawy jak: napady padaczkowe (objaw nadciśnienia wewnątrzczaszkowego), zaburzenia chodu, mowy i osobowości oraz zaburzenia w gospodarce hormonalnej⁷.

Ból głowy należy do najczęściej wymienianych oznak guza przez pacjentów, jednak jego charakter ma związek z umiejscowieniem i szybkością wzrostu nowotworu. Nagłe narastanie bólu może świadczyć o krwawieniu do guza, tak jak to się zdarza w przypadku angioblastomi⁸.

W momencie wzrostu ciśnienia śródczaszkowego dochodzi do zastoju w żyłach wychodzących z oka do wypuklenia brodawki nerwu wzrokowego, na skutek czego pojawia się objaw zwany tarczą zastoinową. Powoduje on przede wszystkim pogorszenie wzroku, ograniczenie pola widzenia i gorszą ostrość widzenia. W większości przypadków jest to charakterystyczny objaw guzów umiejscowionych w sąsiedztwie skrzyżowania nerwów wzrokowych. Są to przeważnie gruczolaki przysadki lub czaszkogruczolaki. Do „triady objawów”

⁵ M.J. Mossakowski, P. Liberski, *Guzy układu nerwowego*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 1997, s. 10–98.

⁶ *Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentów w schorzeniach układu nerwowego*, red. R. Jabłońska, R. Ślusarz, Wyd. Continuo, Wrocław 2012.

⁷ *Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstw specjalistycznych*, red. M.T. Szewczyk, R. Ślusarz, WM Borgis Warszawa 2006.

⁸ M. Schirmer, *Neurochirurgia*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998, s. 177–197, 198–229.

zaliczamy również nudności i wymioty, które najczęściej są konsekwencją wzrostu guza w tylnym dole czaszki i w systemie komorowym⁹.

Zawroty głowy są typowym objawem guza tylnej jamy, a szczególnie charakterystyczne zdają się być dla guza okolicy kąta mostowo-mózdkowego.

Jak już wcześniej wspomniano, napad padaczkowy jest objawem wskazującym na podwyższone ciśnienie wewnątrzczaszkowe i zawsze budzi podejrzenia guza mózgu.

Generalnie symptomy guza mózgu mogą objawiać się na trzy sposoby:

- jako objawy ogólnomózgowe (upośledzenie aktywności psychicznej, napady padaczkowe oraz wolno postępujące narastanie objawów ogniskowych pojawiające się pojedynczo lub w różnych kombinacjach),
- jako objawy wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego (ból głowy, wymioty, sennaś, tarcza zastoinowa) w wyniku guza albo rozszerzenia się procesu nowotworowego na opony (rakowate zapalenie opon),
- poprzez kilka specyficznych zespołów guza wewnątrzczaszkowego¹⁰.

W celu prawidłowego rozpoznania opisanych objawów pacjent powinien być zbadany neurologicznie, ważna jest również ocena dna oka i analiza płynu mózgowo-rdzeniowego. Obecnie do podstawowych metod diagnostyki guzów należy badanie neuroobrazowe TK (tomograf komputerowy) i MRI (rezonans magnetyczny), badania te wykazują wszystkie guzy wewnątrzczaszkowe, dają również możliwość określenia zmian w mózgu, wykazują rozmiar i lokalizację zmiany.

Należy pamiętać, że przedstawione objawy wskazujące na guza mózgu powinno się zawsze odróżnicować z udarem mózgu, z przewlekłym krwakiem nadwardówkowym i ropniem mózgu. Diagnostyka różnicowa jest w niektórych przypadkach neurologicznych bardzo skomplikowana, zwłaszcza gdy opiera się tylko na wywiadzie z pacjentem, dlatego ważne jest, aby był on połączony z wynikami badań diagnostycznych i obrazem klinicznym.

5. Leczenie

Leczenie guzów mózgu, tak jak ich już opisane objawy, zależy głównie od rodzaju i umiejscowienia zmiany. Oczywiście nie możemy zapomnieć, że bardzo ważna jest świadomość pacjentów, którzy nie powinni lekceważyć żadnych niepokojących dolegliwości. Niestety bardzo często zdarza się, że chory bagatelizuje wczesne objawy lub podświadomie, obawiając się „najgorszego” rozpoznania, odwleka wizytę u lekarza. Na początku leczenia ważne jest prawidłowe zdiagnozowanie objawów przez – jak to się dzieje najczęściej – lekarza pierwszego kontaktu. To właśnie jego prawidłowa interpretacja symptomów, podejście do chorego oraz możliwość korzystania z nowoczesnych metod diagnostyki może w dużej mierze pomóc w rozpoznaniu guza mózgu i jego leczeniu. Uporczywe, często występujące bóle głowy, nudności, zaburzenia widzenia powinny być sygnałem alarmowym dla każdego lekarza. W momencie kiedy pacjent ma już postawioną wstępną diagnozę, powinien niezwłocznie trafić do specjalisty z dziedziny neurologii, a następnie neurochirurgii. To właśnie neurochirurg decyduje o zakwalifikowaniu chorego do operacyjnego leczenia guza mózgu lub w niektórych przypadkach zastosowania leczenia zachowawczego.

⁹ M. Schirmer, *Neurochirurgia...*, dz. cyt.

¹⁰ M. Ropper, A.H. Victor, *Neurologia...*, dz. cyt.

Leczenie zachowawcze jest stosowane wówczas, gdy lekarz specjalista stwierdza guza o dużym stopniu złośliwości, a jego położenie nie pozwala na chirurgiczną ewakuację; jest również podejmowane wówczas, gdy ogólny stan zdrowia chorego jest niezadowolający (np. rozsiały proces nowotworowy). Metody zachowawcze polegają często na podawaniu leków przeciwbólowych, a więc w dużej mierze wskazane jest tu leczenie paliatywne.

Efekt masy spowodowany guzem jest przyczyną niedowładów i narastającego obrzęku mózgu. Stan taki wymaga wdrożenia sterydów, w praktyce – deksametazanu (Decadronu, Fortecoratinu)¹¹.

Prawdziwa walka z nowotworem w leczeniu zachowawczym to przede wszystkim chemioterapia. To właśnie cytostatyki mają za zadanie zaatakowanie szybko dzielących się komórek nowotworowych. Niestety nie jest to takie proste, paradoksalnie problem toksycznego działania cytostatyków na zdrowe tkanki nie jest tu mniejszy, lecz większy niż w przypadku innych nowotworów, a wynika to z istnienia bariery krew–mózg. Chroni ona ten niezwykle ważny narząd przed szkodliwymi czynnikami zewnętrznymi, aczkolwiek niezbędne składniki odżywcze przenikają przez nią bez trudu. Bariere tworzy sieć naczyń włosowatych w mózgu, a ściślej – ściany naczyń mikrokrażenia mózgowego, przez które zachodzi wymiana substancji między krwią a komórkami mózgu. W innych narządach ściany naczyń są porowate, natomiast w mózgu komórki śródnabłonka ściśle do siebie przylegają, a transport niezbędnych składników glukozy czy aminokwasów odbywa się dzięki wyspecjalizowanym nośnikom. Nowotwory, szczególnie złośliwe, wprawdzie uszkadzają barierę krew–mózg, ale nawet jej resztki stanowią istotną przeszkodę dla cytostatyków. Lek podany doustnie lub dożylnie, zanim dotrze do nowotworu w mózgu, może uszkodzić zdrowe intensywnie dzielące się komórki, przede wszystkim szpik kostny¹². To właśnie uboczne skutki chemioterapii zmusiły naukowców do poszukiwania innych sposobów podawania cytostatyków. Pod uwagę bierze się przede wszystkim takie rozwiązania, które pozwoliłyby na ominięcie szpiku kostnego, aczkolwiek badacze pracują również nad opracowaniem metody podawania leku bezpośrednio do mózgu przy wykorzystywaniu pomp, które wpuszczałyby cytostatyki bezpośrednio do płynu mózgowo-rdzeniowego.

Obok chemioterapii do walki z nowotworem w celu zniszczenia jego komórek wykorzystuje się również radioterapię. Stosuje się tę metodę jako leczenie uzupełniające, które poprzedza wcześniejsze ustalenie promieniotęczości guza.

W większości guzów mózgu operacja jest najlepszym wyjściem, mimo ryzyka, jakie za sobą niesie. Wycięcie zmiany powoduje między innymi zmniejszenie narastającego ciśnienia śródczaszkowego. To dzięki operacjom możemy często liczyć na całkowite wyleczenie lub na opóźnienie wzrostu guza i przedłużenie życia. Dzięki nowoczesnym metodom dokładnego diagnozowania guzów mózgu, takich jak tomograf komputerowy i rezonans magnetyczny, leczenie operacyjne stało się bardziej bezpieczne i przed wszystkim daje możliwości ustalenia mikroskopowego rozpoznania. Ze względu na możliwość wystąpienia powikłań (głównie deficytu neurologicznego), resekcja guza bywa ograniczona. Obecnie zmniejsza się ryzyko powikłań poprzez monitorowanie elektrofizjologiczne w czasie zabiegu i możliwość zastosowania neuronawigacji.

To właśnie dzięki nowoczesnym technikom istnieje możliwość usunięcia zmian w najbardziej niedostępnych miejscach przy względnie niewielkim ryzyku powikłań. Celem zabiegów neurochirurgicznych jest przede wszystkim przedłużenie życia pacjenta oraz możliwość histopatologicznego rozpoznania.

¹¹ M. Schirmer, *Neurochirurgia...*, dz. cyt.

¹² R. Bouchard, N. Owens, *Pielęgniarstwo onkologiczne*, PZWL, Warszawa 1982.

6. Problemy pielęgnacyjne chorych z guzem mózgu leczonych chirurgicznie

Specyfika problemów pielęgnacyjnych zależy od sposobu postępowania terapeutycznego. W przypadku leczenia chirurgicznego w okresie przedoperacyjnym chory jest leczony zachowawczo i przygotowywany do zabiegu tak, aby zmniejszyć ryzyko powikłań pooperacyjnych.

6.1. Problemy pielęgnacyjne w okresie przedoperacyjnym

Celem opieki pielęgnarskiej nad chorym z guzem mózgu w okresie przedoperacyjnym jest głównie obserwacja objawów pod kątem narastającego ciśnienia śródczaszkowego i związanych z nim powikłań.

Wzrost ciśnienia śródczaszkowego jest najczęstszą przyczyną hospitalizacji chorego. Jest on zazwyczaj następstwem zaburzenia o charakterze ucisku, które można leczyć operacyjnie. W obrębie jamy czaszki wyróżniamy trzy tkanki¹³:

- krew,
- płyn mózgowo-rdzeniowy,
- tkanka mózgowa.

Wzrost objętości którejkolwiek z nich w obrębie jamy czaszki prowadzi do podwyższenia ciśnienia śródczaszkowego. Przejściowe obniżenie powyższego ciśnienia można uzyskać, podając choremu leki odwadniające. Do najczęściej występujących objawów ogólnych zaliczyć możemy:

- ból głowy,
- zmiany w obrębie dna oka (tarcza zastoinowa),
- uogólnione napady padaczkowe,
- nudności i wymioty.

Ból głowy

Przyczyną bólu głowy jest najczęściej ucisk na oponę twardą lub na duże pnie naczyniowe. Zwykle ma on charakter okresowy, rozpoczyna się rano i narasta w ciągu dnia, aczkolwiek w zaawansowanym stadium choroby jest to bardzo często ból ciągły¹⁴.

Diagnoza pielęgnarska: ból głowy.

Cel opieki: złagodzenie bólu.

Czynności pielęgnarskie:

- obserwowanie lokalizacji bólu i jego charakteru,
- wykonywanie wszystkich czynności pielęgnacyjno-leczniczych w sposób skoordynowany, tak aby nie narazić chorego na dodatkowe dolegliwości bólowe,
- zapewnienie warunków do spokojnego snu i odpoczynku,
- zastosowanie farmakoterapii według zleceń lekarskich i ocena jej skuteczności,
- uświadomienie pacjentowi konieczności natychmiastowego zgłaszania bólu i ocena jego nasilenia przez samego chorego.

¹³ Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa..., dz. cyt.

¹⁴ M. Schirmer, *Neurochirurgia...*, dz. cyt.; *Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową*, red. A. Koper, I. Wrońska, Wydawnictwo Czelej, Lubin 2003, s. 8–19, 27–32.

Nudności i wymioty

Występowanie powyższych objawów nie jest wynikiem zaburzeń jelitowych i nie mają one również związku z przyjmowanymi posiłkami, ale związane są przede wszystkim ze wzrostem guza.

Diagnoza pielęgnarska: złe samopoczucie chorego spowodowane odczuwaniem nudności.

Cel opieki: zapobieganie wymiotom i zmniejszenie nudności.

Czynności pielęgnarskie:

- ułożenie pacjenta w pozycji grzbietowej, pół wysokiej z odchyleniem głowy na bok lub w pozycji pół wysokiej na boku w celu zapobiegania możliwości dostania się treści pokarmowej do tchawicy i oskrzeli,
- zalecenie choremu wykonania głębokich oddechów przez usta, co przyczynia się do zmniejszenia odczuwania nudności,
- wietrzenie sali i usuwanie zapachów drażniących chorego,
- podawanie pacjentowi z nudnościami do picia np. naparu z mięty,
- przy występujących wymiotach częste przeprowadzanie toalety jamy ustnej w celu usunięcia nieprzyjemnego smaku i goryczy,
- obserwacja ilości i częstości występujących wymiotów i ich dokumentowanie,
- prowadzenie bilansu wodnego w razie występowania częstych wymiotów,
- podawanie na zlecenie lekarza środków farmakologicznych działających przeciw wymiotnie i nawadniająco.

Napad padaczkowy

W nowotworach mózgu napad padaczkowy jest objawem nadciśnienia wewnątrzczaszkowego i może mieć charakter ogniskowy lub uogólniony. Jest to powtarzający się stan nieprawidłowej aktywności, inaczej przewlekły zespół chorobowy, który cechuje się zbyt dużą patologiczną czynnością pewnych grup komórek nerwowych mózgu w postaci napadów¹⁵.

Diagnoza pielęgnarska: możliwość wystąpienia napadu padaczkowego.

Cel opieki: zabezpieczenie chorego przed urazami podczas wystąpienia napadu padaczkowego.

Czynności pielęgnarskie:

- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia napadu padaczkowego,
- zabezpieczenie chorego przed upadkiem z łóżka poprzez założenie drabinek przyłóżkowych,
- unikanie przenoszenia chorego podczas napadu,
- w trakcie napadu ułożenie pacjenta na plecach lub w pozycji półbocznej,
- usunięcie z jamy ustnej chorego ciał obcych,
- ochrona głowy pacjenta przed urazami poprzez podłożenie elementów zabezpieczających,
- przytrzymanie chorego podczas napadu w okolicach dużych stawów, wykluczając przytrzymywanie za kości długie,
- ułożenie chorego po napadzie w pozycji bocznej i obserwacja pod kątem wystąpienia kolejnych napadów.

¹⁵ Zarys neurochirurgii, red. M. Ząbka, PZWL, Warszawa 1999, s. 140–144.

Wysiłek fizyczny

Należy pamiętać, że każdy wysiłek pacjenta zwiększa ryzyko podwyższenia się ciśnienia śródczaszkowego¹⁶.

Diagnoza pielęgniarstwa: możliwość zwiększenia się ciśnienia wewnątrzczaszkowego na skutek nadmiernego wysiłku chorego.

Cel opieki: ochrona chorego przed wysiłkiem, którym mógłby wzmacniać ciśnienie śródczaszkowe na przykład podczas parcia na stolec.

Czynności pielęgniarstwa:

- przestrzeganie chorego przed nadmiernym parciem na stolec, a w razie zaporę ustalenie przyczyny trudności w oddawaniu stolca,
- kontrolowanie częstotliwości oddawania stolca i dokumentowanie,
- edukowanie pacjenta w kierunku zalecanej diety – lekkostrawna bogatobłonnikowa,
- podanie choremu herbatki przeczyszczającej,
- w przypadku nieskuteczności poinformowanie lekarza i podanie na zlecenie środków przeczyszczających i preparatów rozluźniających stolec,
- pomaganie choremu przy wszystkich czynnościach życia codziennego, które wymagają wysiłku.

Obniżony nastrój chorego przed zabiegiem operacyjnym

Pacjent z guzem mózgu bardzo często w momencie pogorszenia się stanu zdrowia lub przed zabiegiem operacyjnym odczuwa lęk przed śmiercią. Personel medyczny, a zwłaszcza pielęgniarstwo w takim przypadku powinien zachować się w sposób szczególny, tak aby pacjent odczuwał pełną naturalność zachowania, w ramach której powinno znaleźć miejsce zrozumienie i współczucie. Choremu należy przekazywać w zrozumiały sposób wszelkie rzeczowe informacje dotyczące istoty choroby oraz sytuacji zdrowotnej. Rozmowa z pacjentem powinna być pełna ciepła i utwierdzić go, że jest on najważniejszą osobą nawet wówczas, gdy występuje u niego upośledzenie świadomości.

Diagnoza pielęgniarstwa: obniżony nastrój chorego spowodowany lękiem przed zabiegiem operacyjnym.

Cel opieki: uspokojenie chorego.

Czynności pielęgniarstwa:

- wnikliwe obserwowanie i ocenianie stanu psychicznego chorego poprzez odczytanie werbalnych i niewerbalnych komunikatów płynących od chorego,
- postawa empatyczna personelu pielęgniarstwa,
- zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa, wyjaśnienie wątpliwości i informowanie o zdarzeniach dziejących się wokół chorego,
- zachęcenie chorego do wypełnienia wolnego czasu poprzez czytanie książek lub czasopism.

¹⁶ *Zarys neurochirurgii...*, dz. cyt., s. 611–618.

6.2. Opieka pielęgnarska po zabiegu usunięcia guza mózgu.

Chory po zabiegu usunięcia guza mózgu powinien z sali pooperacyjnej trafić na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej lub na macierzysty oddział do sali o podwyższonym nadzorze z możliwością kontynuowania podstawowego monitorowania¹⁷.

Intensywna opieka pooperacyjna chorych po zabiegach śródczaszkowych polega na wnikliwej obserwacji stanu pacjenta i zaspokajaniu potrzeb fizycznych oraz psychicznych, które oczywiście uzależnione są od ciężkości stanu klinicznego. Chory wymaga stałej aktualizowanej, dynamicznej oceny jego stanu zdrowia. Należy dokumentować spostrzeżenia i odnosić je do poprzedniego stanu odniesienia, mając na uwadze to, czy zachodzi poprawa stanu chorego, czy też jego pogorszenie. Wynika to z potencjalnej zmienności obrazu klinicznego. Jako narzędzie do prawidłowego oznaczania zaobserwowanych objawów powinna służyć odpowiednia dokumentacja.

6.2.1. Powikłania pooperacyjne

Obserwacja pielęgnarska należy do najstarszych sposobów zbierania danych o pacjencie. Jest to zamierzone spostrzeganie tego wszystkiego, co chory czy obserwowany robi, jakie jest jego zachowanie, jak reaguje w danej sytuacji zdrowotnej i pielęgnacyjnej. Spostrzeganie symptomów i reakcji pacjenta jest ważne w każdym okresie jego hospitalizacji. Okres pooperacyjny jest szczególnie ważny zważywszy na możliwość wystąpienia powikłań pooperacyjnych, dlatego głównym celem opieki pielęgnarskiej jest zapobieganie im.

Wyróżniamy trzy grupy powikłań pooperacyjnych¹⁸.

1. Powikłania pojawiające się po zabiegach operacyjnych w obrębie mózgu.
2. Powikłania związane z wcześniejszym umiejscowieniem guza mózgu.
3. Powikłania typowe dla każdego rodzaju zabiegu operacyjnego.

6.2.1.1. Powikłania pojawiające się po zabiegu operacyjnym w obrębie mózgu

Krwawienie śródczaszkowe wtórne (pooperacyjne)

Powikłaniem usunięcia guza mózgu jest możliwość wystąpienia krwawienia śródczaszkowego. Biorąc pod uwagę umiejscowienie krwotoku, wyróżniamy: krwotoki nadwardówkowe, podwardówkowe i śródmózgowe.

Szybka reakcja personelu pielęgnarskiego często ratuje chorego przed następstwami wytworzenia się krwiaka. W trakcie tworzenia się ostrego krwiaka pooperacyjnego mechanizmy kompensacyjne nie nadążają za ciągłym wzrostem objętości, przez co dochodzi do stopniowego wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego. Ciśnienie to odpowiada za uruchomienie innych procesów patologicznych, doprowadzając do śmierci pacjenta. Objawem wzmożonego

¹⁷ *Monitorowanie stanu klinicznego chorych neurochirurgicznych*, red. G. L. Seidler, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lubin 2003, s. 17–21, 30–43.

¹⁸ *Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstwa...*, dz. cyt.

ciśnienia śródczaszkowego są: bóle głowy, tarcza zastoinowa, zwolnienie czynności serca, zaburzenie przytomności, napady padaczki.

Diagnoza pielęgnarska: możliwość wystąpienia wzmożonego ciśnienia wewnątrzczaszkowego na skutek krwaka pooperacyjnego.

Cel opieki: szybkie zaobserwowanie objawów wskazujących na wzmożone ciśnienie śródczaszkowe.

Czynności pielęgnarskie:

- całościowa ocena stanu neurologicznego w oparciu o skalę Glasgow, obserwacja wielkości, symetrii i reaktywności źrenic, obserwacja istniejących lub narastających niedowładów kończyn,
- nadzór nad układem krążenia poprzez monitorowanie czynności elektrycznej serca,
- częste pomiary parametrów życiowych: ciepłota ciała, pomiar tętna i ciśnienia tętniczego krwi, szybkość oddechów – prowadzenie karty intensywnego nadzoru,
- kontrola ilości wydalonego płynu mózgowo-rdzeniowego w założonym drenażu.

6.2.1.2. Powikłania pooperacyjne związane z wcześniejszym umiejscowieniem guza mózgu

Powikłania ogniskowe związane są z uszkodzeniem struktur otaczających komory mózgu oraz naczyń żylnych zbierających krew z obszaru centralnego. Objawy uzależnione są od umiejscowienia guza.

Do najczęstszych powikłań pooperacyjnych należą:

- afazja,
- niedowład połowiczny,
- zaburzenia wzrokowe,
- zaburzenia hormonalne,
- zaburzenia mózdkowe.

Afazja

Diagnoza pielęgnarska: utrudnione komunikowanie się z otoczeniem z powodu zaburzeń mowy.

Cel opieki: wypracowanie optymalnego sposobu komunikowania się z chorym.

Czynności pielęgnarskie:

- ocena zaburzeń mowy – należy ocenić płynność, spontaniczność, poprawność wypowiedzi, formułowanie zdań, czy zdania są wypowiedziane z wysiłkiem, jak chory dobiera wyrazy (z łatwością czy sprawia mu to trudności),
- w afazji ruchowej dochodzi do defektów artykulacji mowy, należy zachęcać chorego do mówienia, ale nie zmuszać i nie krytykować chorego,
- w afazji sensorycznej należy: stosować komunikację polegającą na porozumiewaniu się za pomocą mimiki, gestów, zachowań; każdą prawidłową reakcję pacjenta należy pochwalić uśmiechem, gestem, słowem; zachęcać chorego do rozmowy, również poprzez jego aktywne słuchanie,
- należy zapewnić poczucie bezpieczeństwa, ułożyć w zasięgu ręki sygnalizację wzywającą personel, towarzyszyć pacjentowi przy poruszaniu się na oddziale,
- zapewnić kontakt z personelem, rodziną i innymi pacjentami,

- dyskretnie obserwować funkcjonowanie i zaspokajanie potrzeb fizjologicznych przez chorego, ewentualnie brać udział w ich zaspokajaniu.

Niedowład połowiczny

Diagnoza pielęgnarska: osłabienie aktywności fizycznej i sprawności samoobsługowej spowodowanej niedowładem.

Cel opieki: poprawa samodzielności pacjenta.

Czynności pielęgnarskie:

- nauka ćwiczeń biernych i czynnych w zakresie niedowładnych kończyn, w porozumieniu z zespołem rehabilitacyjnym,
- nadzór przy pionizacji pacjenta,
- wyjaśnienie zasad i pomoc w stosowaniu przyrządów ułatwiających poruszanie się, np. balkoniki, trójnogi, laski,
- pomoc choremu w trakcie chodzenia,
- psychiczne wspieranie i motywowanie pacjenta do ćwiczeń,
- wdrożenie chorego do samoobsługi, przemieszczanie się poza łóżkiem, samodzielne wykonywanie zabiegów higienicznych, ubieranie się, przyjmowanie posiłków.

Zaburzenia wzrokowe

Diagnoza pielęgnarska: ograniczona samodzielność chorego spowodowana zaburzeniami widzenia.

Cel opieki: ułatwienie choremu orientacji w nowym środowisku i pomoc w czynnościach życia codziennego.

Czynności pielęgnarskie:

- ocena stopnia samodzielności chorego,
- umieszczenie chorego w sali kilkusobowej ze względu na możliwość uzyskania pomocy,
- zapoznanie chorego z innymi pacjentami,
- nie należy przestawiać przedmiotów ułożonych przez chorego,
- zapoznanie chorego z topografią oddziału,
- zapobieganie urazom fizycznym poprzez: asystowanie choremu w nieznanym dla niego miejscu, zapobieganie w zderzaniu się z innymi osobami lub przedmiotami, zaproponowanie noszenia bezpiecznego obuwia,
- pomaganie w czynnościach higienicznych,
- stworzenie przyjaznej, bezpiecznej atmosfery wokół chorego,
- pomoc w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych.

Zaburzenia hormonalne

Najczęściej objawy zaburzeń hormonalnych związane są z produkcją neurohormonów, do których zalicza się: oksytocynę, wazopresynę. Hormony te produkowane są w jądrach podwzgórza: nadwzrokowych, przykomorowych i narządach podsklepieniowych.

Uszkodzenie tych jąder powoduje objawy niewydolności hormonalnych. Do najczęściej obserwowanych powikłań związanych z zaburzeniami hormonalnymi zaliczyć możemy moczówkę prostą.

Diagnoza pielęgnarska: zwiększona ilość wydalanego moczu w trakcie moczówki prostej.

Cel opieki: Zapewnienie równowagi wodno-elektrolitowej, zapobieganie odwodnieniu chorego.

Działanie pielęgniarские:

- założenie choremu na zlecenie lekarza cewnika Foleya,
- godzinowy pomiar wydalonego moczu,
- dokumentowanie ilości wydalonego moczu,
- prowadzenie bilansu płynów,
- podanie choremu takiej ilości płynów, jaką dyktuje jego pragnienie,
- kontrolowanie ciężaru właściwego moczu,
- kontrolowanie stężenia potasu we krwi,
- kontrolowanie i dokumentowanie parametrów życiowych pacjenta,
- obserwowanie chorego pod kątem zaburzeń świadomości.

6.2.1.3. Powikłania typowe dla każdego rodzaju zabiegu operacyjnego

Powikłania typowe dla każdego rodzaju zabiegu operacyjnego to:

- krwotok rany pooperacyjnej,
- zakażenie rany pooperacyjnej,
- powikłania związane z unieruchomieniem:
 - zapalenie płuc,
 - zakrzepowe zapalenie żył kończyn dolnych.

Krwotok z rany pooperacyjnej

Krwotok ten związany jest bezpośrednio z przerwaniem ciągłości tkanek.

Diagnoza pielęgniariska: możliwość wystąpienia krwotoku z rany pooperacyjnej.

Cel opieki: szybka interwencja w momencie wystąpienia ewentualnego krwotoku.

Czynności pielęgniarские:

- ciągła obserwacja opatrunku pod kątem wzmożonego krwawienia,
- częsta kontrola wysokości i drożności drenaży operacyjnych,
- systematyczne dokumentowanie ilości wydalonej wydzieliny z drenażu,
- zabezpieczenie pobudzonego chorego przed ewentualnym usunięciem drenu,
- pomiar tętna i ciśnienia tętniczego krwi.

Zakażenie rany pooperacyjnej

O zakażeniu mówimy wówczas, gdy powstaje ono w okresie 30 dni od momentu otwarcia powłok skóry i tkanki podskórnej. Najczęściej zakażenie rany podejrzewa się wtedy, gdy w 3. lub 4. dobie po operacji pojawi się:

- gorączka,
- tachykardia,
- wzrost liczby leukocytów we krwi obwodowej,
- obrzęk i nadmierna bolesność rany,
- rumień, ucieplenie i uwypuklenie nad raną,
- czasem występuje wysięk i nasila się przykry zapach,
- może nastąpić rozejście się rany.

Diagnoza pielęgniariska: możliwość wystąpienia zakażenia rany pooperacyjnej.

Cel opieki: zapobieganie zakażeniu rany pooperacyjnej.

Czynności pielęgniarские:

- raz dziennie należy wykonać zmianę opatrunku z zachowaniem zasad aseptyki i według

przyjętych standardów oraz za każdym razem, gdy dochodzi do przemoczenia opatrunku krwią lub treścią wysiękową,

- każde patologiczne przemoczenie rany krwią należy zgłaszać lekarzowi,
- obserwować rany pod kątem wystąpienia: obrzęku, ucieplenia, bolesności.

6.2.1.4. Powikłania związane z unieruchomieniem chorego po zabiegu w łóżku

Zapalenie płuc

Zapalenie płuc powstaje na skutek niedostatecznej wentylacji dolnej części płuc.

Diagnoza pielęgnarska: możliwość wystąpienia u chorego zapalenia płuc.

Cel opieki: zapobieganie zapaleniu płuc.

Czynności pielęgnarskie:

- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu na salach chorych poprzez:
 - częste wietrzenie sal,
 - utrzymanie wilgotności powietrza oraz temperatury w granicach (20–22°C),
- nauczanie pacjenta gimnastyki oddechowej i efektywnego odkrztuszania,
- częsta zmiana pozycji ułożenia chorego,
- oklepywanie chorego mające na celu mechaniczne rozluźnienie wydzieliny w drogach oddechowych i ułatwienie jej wydalania,
- zastosowanie na zlecenie lekarza tlenoterapii i inhalacji,
- ćwiczenia oddechowe poprzez kolumnę płynu.

Zakrzepowe zapalenie żył

Spowodowane jest zastojem krwi w żyłach, zwłaszcza w żyłach kończyn dolnych i miednicy, przede wszystkim w układzie żył głębokich.

Diagnoza pielęgnarska: ryzyko wystąpienia zakrzepowego zapalenia żył.

Cel opieki: zapobieganie powikłaniom żylnym.

Czynności pielęgnarskie:

- uświadomienie choremu ważności wczesnej rehabilitacji ruchowej,
- nauczanie czynności ruchowych w łóżku,
- wyeliminowanie bólu pooperacyjnego, co przyczyni się do większej mobilności chorego w zakresie wykonywania wszelkich ruchów dowolnych, zmian pozycji ułożenia.

7. Dokumentacja opieki pielęgnarskiej

Wszystkie wymienione problemy pielęgnacyjne, zarówno w okresie przedoperacyjnym, jak i po operacji, powinny być dokumentowane. Udokumentowanie ciągłości opieki wskazuje na poziom jej jakości. To właśnie prawidłowe dokumentowanie czynności pielęgnarskich i wszystkich zaobserwowanych objawów pozwala dobrze zaplanować opiekę nad pacjentem. Praca personelu pielęgnarskiego charakteryzuje się wieloma czynnościami i dokumentowanie pozwala racjonalnie analizować dotychczasowe działania, a następnie wybierać najbardziej efektywne kierunki opieki nad chorym. Dokumentacja pozwala na analizowanie zmian zaobserwowanych u pacjenta i przyczynia się do polepszania jakości opieki oraz zwiększa bezpieczeństwo chorego.

Chory z guzem mózgu po zabiegu operacyjnym powinien mieć prowadzoną kartę

intensywnego nadzoru medycznego, dzięki której monitorujemy: bilans płynów, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, temperaturę ciała, opatrunki, dreny, stan źrenic oraz oddech. Stan świadomości chorego ocenia się w oparciu o skalę reaktywności Glasgow – obserwacja otwierania oczu, kontaktu słownego i reakcji ruchowej. Pacjentowi narażonemu na powstanie odleżyn należy założyć kartę przeciwoleżynową. Do oceny działań pielęgniarstwa wskazane jest prowadzenie indywidualnej karty opieki pielęgniarstwa. Wymieniona dokumentacja to tylko przykłady i należy pamiętać, że każdy oddział szpitalny może posiadać własną, indywidualną według przyjętych standardów.

8. Zakończenie

Ukazane w artykule problemy pielęgnacyjne chorego z guzem mózgu obejmują okres przed i po operacji, ze zwróceniem szczególnej uwagi na możliwość powstania powikłań pooperacyjnych.

Bardzo często zdarza się, że lęk chorego przed zabiegiem usunięcia guza mózgu oparty jest na błędnych stereotypach i świadomości, że powikłania pooperacyjne często doprowadzają do niepełnosprawności. Dlatego właśnie personel pielęgniarstwa sprawujący opiekę nad chorymi z guzami mózgu powinien cechować się umiejętnością prawidłowego rozpoznawania i rozwiązywania problemów pielęgnacyjnych, dając przez to choremu większe poczucie bezpieczeństwa oraz zmniejszenie zagrożenia niepełnosprawnością. Wnikliwe obserwowanie chorego pod kątem możliwości wystąpienia powikłań i szybka reakcja personelu często ratuje życie chorego. Należy mieć jednak świadomość, że guz mózgu może stworzyć ryzyko powikłań związanych z jego umiejscowieniem, co związane jest z dłuższym okresem rekonwalescencji i powrotu chorego do zdrowia.

Znajomość problemów pielęgnacyjnych i prawidłowa opieka pielęgniarstwa to niezbędne elementy wpływające na osiągnięcie zadowolenia chorego, a co za tym idzie satysfakcji personelu pielęgniarstwa.

Bibliografia

- Blenke-Krysiak I., Garczyk D., Jankowski R., *Pielęgniarstwo neurologiczne*, Wydawnictwo Medyczne PZWL, Warszawa 2012.
- Bouchard R., Owens N., *Pielęgniarstwo onkologiczne*, PZWL, Warszawa 1982.
- Cendrowski W., *Neuroepidemiologia kliniczna*, Wrocław 1997.
- <http://www.termedia.pl/>, dostęp: 6.01.2015 r.
- http://www.puo.pl/pdf/nawotwory_ukladu_nerwowego.pdf/, dostęp: 5.07.2011 r.
- Monitorowanie stanu klinicznego chorych neurochirurgicznych*, red. G.L. Seidler, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lubin 2003.
- Mossakowski M.J., Liberski P., *Guzy układu nerwowego*, Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wyd. Polskiej Akademii Nauk, Wrocław 1997.
- Pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych*, red. K. Zahradniczek, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2011.

- Powylęga J., *Zarys onkologii*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2002.
- Poznańska S., Płaszewska-Żywko L., *Wybrane modele pielęgniarstwa*, Wyd. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001.
- Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową*, red. A. Koper, I. Wrońska, Wydawnictwo Czelej, Lubin 2003.
- Retinger-Grzesiułowa M., *Neurologia i pielęgniarstwo neurologiczne. Podręcznik dla pielęgniarek*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1986.
- Ropper M., Victor A.H., *Neurologia Adamsa i Victora*, Wydawnictwo Czelej, Lubin 2003.
- Schirmer M., *Neurochirurgia*, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1998.
- Ugniewska C., *Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne*, PZWL, Warszawa 1996.
- Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentów w schorzeniach układu nerwowego*, red. R. Jabłońska, R. Ślusarz, Wydawnictwo Continuo, Wrocław 2012.
- Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstw specjalistycznych*, red. M.T. Szewczyk, R. Ślusarz, Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2006.
- Zarys neurochirurgii*, PZWL, red. M. Ząbka, Warszawa 1999.

SUMMARY

Małgorzata Słupska-Kartaczowska

Selected aspects of nursing of patients with brain tumours

The selected aspects of nursing of patients with brain tumours discussed in this paper include their treatment during the preoperative and postoperative period and issues such as the occurrence of postoperative complications.

Nursing staff taking care of patients affected by brain tumours should demonstrate skills such as an ability to diagnose properly and solve nursing-related problems, thus increasing their patients' sense of security and decreasing their likelihood of developing disabilities. Careful observation

of patients with the occurrence of potential complications in mind and prompt reaction by the staff in question are crucial issues involved here. An appropriate nursing diagnosis should be made based on the existing typology of brain tumours, an identification of their symptoms and application of effective treatment methods.

Key words: nursing-related problems, brain tumours, postoperative complications.