

عنوان : تومورهای داخلی ستون فقرات

مرکز آموزشی درمانی نیکوکاری

تهیه کننده : رفیعه برتری

سرپرستار اورژانس

اواخر تابستان سال ۹۲

عنوان : تومورهای داخلی ستون فقرات

تعریف بیماری:

این تومورها براساس رابطه تشریحی که با ستون فقرات دارند طبقه بندی می شوند و عبارتند از: ضایعات داخل نخاع شوکی (داخل مرولا)، ضایعات خارج نخاع شوکی داخل سخت شامه ای (در فضای زیر عنکبوتیه) و ضایعات خارج سخت شامه ای (خارج پرده سخت شامه).

تظاهرات بالینی:

تومورهای درون نخاع شوکی یا آنهایی که به نخاع فشار می آورند باعث پیدایش علائمی از ضعف و از بین رفتن بازتابها در بالای سطح تومور و درد لو کالیزه (در یک نقطه یا محل مشخص) یا درد تیر کشنده تا نقصان پیشرونده حرکتی و فلج می شوند. دردهای تیز و برنده معمولاً در قسمت‌هایی ایجاد می شوند که از ریشه های نخاعی در ناحیه تومور عصب گیری می کنند. علاوه بر این فلج فزاینده در پایین ضایعه ایجاد می شود.

راه های تشخیص بیماری :

تشخیص براساس معاینه فیزیکی و میلوگرافی همراه با اسکن توموگرافی کامپیوتری و تصویر ساز رزونانس مغناطیسی داده می شود.

درمان :

روش مطلوب این است که تومور با عمل جراحی برداشته شود ولی این کار همیشه امکان پذیر نیست. هدف از جراحی برداشتن هر چه بیشتر ضایعه و حفظ بافت های سالم است. با استفاده از تکنیکهای جراحی میکروسکوپی پیش آگهی تومورهای داخل نخاع شوکی بسیار بهتر شده است. پیش آگهی به میزان اختلال عصبی در زمان جراحی ، سرعت بروز علائم و منشاء تومور بستگی دارد. مبتلایان به نقایص عمده عصبی حتی بعد از جراحی موفق و برداشتن تومور نیز بهبودی قابل ملاحظه ای پیدا نمی کنند.

سایر روشهای درمان شامل برداشتن تقریباً تمام تومور، کاهش فشار روی نخاع ، شیمی درمانی و پرتو درمانی هستند.

در مبتلایان به فشردگی نخاع شوکی از بیرون سخت شامه به علت سرطان متاستاتیک (از سرطان پستان، پروستات، ریه) تزریق دگزامتازون با مقادیر زیاد و پرتودرمانی به نظمی رسد که در تسکین دردموثر باشد.

اقدامات پرستاری قبل از عمل :

بیمار از نظر ضعف، تحلیل عضلات و اختلالات حسی و حرکتی بررسی می شود. مشکلات بالقوه ریوی، بخصوص در تومورهای ستون فقرات گردنی مورد بررسی قرار می گیرند. بیمار از نظر کمبودهای انعقادی نیز ارزیابی می شود. درباره مصرف آسپیرین از بیمار سؤال کنید زیرا این عمل مشکلاتی در هموستاز وجود می آورد. قبل از عمل ورزشهای تنفسی را به بیمار آموزش و نشان می دهیم.

مراقبتهای پرستاری بعد از عمل :

مراقب تشدید اختلال عصبی باشید. شروع ناگهانی نقص عصبی نشانه ای از وضعیت وخیم است و ممکن است به علت کلاپس مهره همراه بانفارتکتوس نخاع شوکی ایجاد شود. برای بررسی عملکرد حسی پوست، بازو، اندام تحتانی و تنه رانیشگون می گیریم تا مشخص شود آیا اختلال حسی وجود دارد یا خیر و اگر وجود دارد در چه سطحی است. نشانه های حیاتی در فواصل منظم کنترل می شوند. حرکات قفسه سینه و تنفس شکمی مورد مشاهده قرار می گیرند و ریه ها از نظر وجود صداهای غیر طبیعی تنفس سمع می شوند. ناحیه روی مثانه از نظر احتباس ادراری بررسی و لمس می شود.

توان بخشی :

برای تسکین درد و پیشگیری از عود آن بایستی داروهای تجویز شده ضد درد را با مقدار کافی و در زمان معین به بیمار بدهیم. مبتلایان به گرفتاری ریشه های عصبی نخاعی یا کلاپس مهره ای دچار درد بسیار شدید و ناتوان کننده می شوند. بستر بیمار معمولاً باید صاف باشد. بیمار را بصورت یکپارچه در بستر می گردانیم به شکلی که شانه ها و مفاصل ران در امتداد نسبت به هم قرار داشته باشند. خوابیدن به پهلو معمولاً راحت ترین وضعیت برای بیمار است. در حالت خوابیده به پهلو باید بالش بین زانو ها قرار داده شود و بیمار از خم کردن بیش از اندازه زانو ها پرهیز کند.

آموزش بیمار :

درباره خطرات تماس با گرمای سرمای شدید بایستی به مبتلایان به اختلالات حسی هشدار بدهیم. این بیماران باید از خطرات وسایل گرم کننده مثل گرم کننده های هوا و اجاق آگاہ باشند. روش معاینه پوست رابه بیمار آموزش می دهیم و از او می خواهیم هر روز سلامتی پوست خود را بررسی کند. بیمار مبتلابه اختلال حرکتی ناشی از ضعف یا فلج حرکتی ممکن است به آموزش برای انجام فعالیت های عادی روزانه و وسایل کمکی حرکتی مثل عصا و یا واکر احتیاج داشته باشد.

منابع :

پرستاری داخلی جراحی (بیماری های اعصاب) برونر - سوارث ۲۰۱۲

طب و پرستار، نوشته محمد بهشتی

اینترنت (<http://www.ncii.ir/article.aspx>)

اینترنت (<http://www.beytoote.com/health/prevention/how-spine1-works.1>)

تهیه کننده :

رفیعه برتری سرپرستار بیمارستان نیکوکاری