SLOŽENOST NEGE PACIJENATA SA KRANIJALNOM TRAKCIJOM

The complexity of care of patients with cranial traction

Milena Mikić^{1,2}, diplomirani organizator zdravstvene nege- master
Ivana Dondo^{1,2}, diplomirani organizator zdravstvene nege- master
Andrea Božić^{1,3}, diplomirani organizator zdravstvene nege- master
Univerzitet u Novom Sadu, Medicinski fakultet Novi Sad, Katedra za zdravstvenu negu¹
Klinički centar Vojvodine², Novi Sad
Medicinska škola "7. April", Novi Sad³

SAŽETAK

Povrede vratne kičme su jedne od najrizičnijih i najkomplikovanijih povreda u ortopedskoj hirurgiji. Iziskuju brzu odluku i intervenciju zarad dobrobiti pacijenta, a u cilju sprečavanja pareza ili paraliza. Smrtni ishod se neretko dešava kod ovih pacijenata. U slučaju konzervativnog tretmana nega ovih pacijenata je reper kvaliteta pružene zdravstvene nege.

Cljučne reči: kranijalna trakcija, vratna kičma, zdravstvena nega

ABSTRACT

Cervical spine injuries are one of the risk and most complex in orthopedic surgery. Its requires quick decision and intervention for the benefit of the patient, in order to prevent paresis or paralysis. Lethality was often happens in these patients. In the case of conservative treatment care of these patients is a landmark quality of the provided health care.

Keywords: cranial traction, cervical spine, health care

UVOD

Povrede vratnog dela kičme najčešće nastaju u automobilskom traumatizmu, skokovima na glavu u plitkoj vodi, aktom nasilja ili u toku sportskih aktivnosti.

Kranijalna trakcija (halo trakcija) je opcija konzervativnog lečenja povreda vratnih pršljenova, najčešće prvog i drugog cervikalnog pršljena (C1, C2), koja se zasniva na primeni uzdužne sile. Pomoću ekstenzije kičmenog stuba, a u cilju stabilizacije, kičmeni pršljenovi se razdvajaju u suprotnim pravcima radi postavljanja u fiziološki položaj (Slika br.1).

Sila se obično nanosi na lobanju sa četiri fiksne tačke što zahteva strogo mirovanje i dvadesetčetvoročasovnu negu bolesnika (1).

Vid lečenja kranijalnom trakcijom je primenjivan još u XVII veku, u lečenju deformiteta kičmenog stuba. Kasnije, u XIX veku ovaj metod se primenjuje i za lečenje neuroloških oboljenja. Neopotrebnost je napominjati da su ovi tretmani završavali neuspehom (1,2). Do polovine XX veka kranijalna trakcija je korišćena uglavnom kod traumatskih povreda cervikalne kičme sa nestabilnim prelomom. Prvobitno su se koristili trake i pojasevi koji su se fiksirali oko brade i lica, što je doводilo do pojave dekubitusa na delovima glave koji trpe najveći pritisak, a ishrana ovih pacijenata je svedena na minimum zbog otežanog žvakanja i gutanja. Kasnije, tokom druge polovine XX veka, napredak je postignut u pravcu korišćenja kuka i klešta za trakciju. Prilikom ove repozicije je postojao rizik od penetracije lobanje. Pojavom aparature za halo trakciju napravljen je veliki korak u konzervativnom lečenju

Slika br.1 Mehanizam spinalne trakcije

povreda vratnih kičmenih pršljenova.

PRIMENA KRANIJALNE TRAKCIJE

Na Klinici za ortopedsku hirurgiju i traumatologiju Kliničkog centra Vojvodine hospitalizuju se pacijenti sa povredom vratnog dela kičme. Konzervativno lečenje pomoću kranijalne trakcije i dalje ima značajnu i važnu ulogu, uprkos sve većim mogućnostima hirurškog lečenja. Povreda ovog tipa se razvrstavaju u dve grupe, uzimajući u obzir starosnu dob pacijenta. Prvu grupu čine osobe starosti između 15-24 godine (skokovi na glavu u plitkoj vodi, akt nasilja ili u toku sportskih aktivnosti), a drugu grupu pacijenti iznad 55 godina (automobilski traumatizam, pad sa visine) (5). U odnosu na mehanizam i vrstu povrede različit je i neurološki deficit. Povrede pršljenova na vratnom nivou mogu dovesti do tetraplegije i oštećenja respiratorne funkcije.

POSTAVLJANJE KRANIJALNE TRAKCIJE

Prilikom postavljanja kranijalne trakcije potrebno je pripremiti instrumente i dezinfekciona sredstva, kao i samu aparaturu za postavljanje trakcije. Halo trakciju čini prsten koji je pričvršćen za glavu pomoću četiri fiksne igle, na čijem kraju je postavljen teg (3, 4). Prednje igle se postavljaju anterolateralno oko 1cm iznad orbite u takozvanu "sigurnu zonu".

Postavljanje kranijalne trakcije izvodi lekar, uz asistiranje medicinske sestre i fizioterapeuta koji imaju ulogu u fiksaciji i pozicioniranju glavu dok se ubodna mesta dezinfikuju i dok se ne postave (Slika br.2).

Slika br.2 Pozicioniranje pacijenta

Psihička priprema podrazumeva da se pacijentu objasni tok sprovođenja procedure kao i okolnosti u kojima se postavlja trakcija. Takođe pacijentu se predoče moguće posledice kao i dužina trajanja lečenja (5,6,7). Zatim se pacijentu ukaže na značaj saradnje, jer je za sprovođenje intervencije neophodno strogo mirovanje. Nakon izloženih informacija, a pre započinjanja intervencije, od pacijenta se dobija potpisani pristanak za lečenje. Fizička priprema pacijenta obuhvata uklanjanje dlaka sa glave, dezinfikovanje mesta fiksacije kao i cele lobanje. Nakon postavljanja igala, postavlja se prsten halo traksije koji se pomoću kanapa opterećuje tegom odgovarajuće težine (8,9). Pacijent bi trebalo da bude maksimalno relaksiran, koliko je to u datim uslovima moguće.

NEGA PACIJENATA SA HALO TRAKCIJOM

Nega pacijenta sa halo traksijom zahteva visoku stručnost, obučenosť i iskustvo medicinskih sestara.

Razgovorom sa pacijentom, posmatranjem i pregledom proveravamo opšte stanje, kao i moguću pojavu komplikacija. Kao najteže komplikacije možemo očekivati produbljene neurološkog deficita (slabost u rukama, osećaj nelagodnosti i trnci u rukama) ili depresiju disanja (napor pri disanju, osećaj nedostatka vazduha, cijanotična koža). Dugo horizontalno ležanje i hipoventilacije dovodi do nakupljanja sekreta, atelektaza i pneumonije, te je kod pacijenta neophodno sprovođenje rane vežbe disanja i po potrebi aspiraciju sekreta. Razvoj dekubitusa na predilekcionim mestima, ali i u okolini igala halo traksije se takođe mogu pojaviti kao komplikacije. Spazam mišića je čest i javlja se u toku prvih par dana, ali nakon određenog vremenskog perioda nisu retke ni mišićne atrofije i kontrakture. Svakodnevna nega pacijenta, sprovođenje pasivnih i aktivno potpomognutih vežbi će u značajnoj meri sprečiti gubitak funkcije mišića i zglobova, a adekvatna nega pojavu dekubitusa.

U toku sprovođenja zdravstvene nege neophodno su sva-

kodnevne procene motorno senzornih testova u cilju prevencije spinalnog šoka. Redovna kontrola vitalnih parametara je najbolji način uočavanja autonomne disrefleksije.

Kontrola diureze, izgleda urina i specifične težine u cilju prevencije urinarnih infekcija su standardne procedure. Ukoliko je pacijentu plasiran urinarni kateter neophodno je sprovesti trening mokraćne bešike. Zadovoljavajuće hidriranje pacijenta će sprečiti urinarnu infekciju i kalkulozu bubrega. Takođe je veoma značajno uspostaviti zadovoljavajuću eliminaciju crevnog sadržaja. Kod pacijenata sa kranijalnom traksijom je neophodna dvadesetčetvorčasovna pomoć prilikom ishrane i uzimanja tečnosti. Neophodno je svakodnevno previjati mesta u okolini igala, proveravati lokalno stanje kože glave. Prilikom presvlačenja bolesnika i održavanja lične higijene neophodna je sinhrona koordinacija najmanje četiri zdravstvena radnika. (Slika br.3).

Slika br.3 Položaj pacijenta tokom traksije

Kod pacijenta se obično javlja bol iznad nivoa povrede, kao i glavobolje usled kranijalne traksije. Neophodno je pacijentu pomoći da identifikuje i kvantifikuje bol, a potom sprovesti terapiju odgovarajućom analgeticima.

Sprečiti komplikacije ili ih svesti na minimum, ublažiti bol, obezbediti udobnost i olakšati višenedeljno mirovanje su osnovni imperativi u nezi pacijenata sa kranijalnom traksijom.

Sa obzirom da konzervativni tretman traje oko šest nedelja, saniranje preloma bez dodatnih komplikacija govori u prilog dobre i kvalitetne zdravstvene nege koju sprovode medicinske sestre.

ZAKLJUČAK

Konzervativno zbrinjavanje pacijenata sa povredom vratne kičme predstavlja pravi izazov za medicinske sestre i svojevrstan ispit obučenosti i iskustva medicinskih sestara, zahteva veliko zalaganje, ali je i odličan pokazatelj nivoa zdravstvene nege koja se pruža na odeljenju.

LITERATURA

1. Stauffer E.S., Fractures and dislocations of the spine. Part I: The cervical spine. In Rockwood, C.A. and Green, D.P. (eds), Fractures, Philadelphia, J.B. Lippincott, pp 817-856, 1975.
2. Prva referenca Hoffmann, C.-H., Kandziora, F. Treatment of fractures of the atlas and dens axis 2015 Trauma und Berufskrankheit
3. Hu, Y., Kepler, C.K., Albert, T.J., Hann, S., Ma, W.-H., Yuan, Z.-S., Dong, W.-X., Xu, R.-M. Conservative and operative treatment in extension teardrop fractures of the axis 2013 Journal of Spinal Disorders and Techniques
4. Babak Kalantar, S. Fractures of the C1 and C2 Vertebrae Volume 25, Issue 1, March 2013, Pages 23-35 Department of Orthopaedics, Georgetown University Hospital, Washington, DC, United States
5. Hudek, R.a., Wanner, G.b, Simmen, H.-P.b, Werner, C.M.L.b C1 fracture in a patient with a congenital cleft in the posterior arch: Report on a failed conservative treatment 2013 BMJ Case Reports
6. Burke, S.M., Huhta, T.A., Mackel, C.E., Riesenburger, R.I. Occipital condyle fracture in a patient with occipitalisation of the atlas Volume 2015, 14 May 2015, Article number 209623 BMJ Case Reports
7. Buchholz, A.L., Morgan, S.L., Robinson, L.C., Frankel, B.M. Minimally invasive percutaneous screw fixation of traumatic spondylolisthesis of the axis Volume 22, Issue 5, 1 May 2015, Pages 459-465. Journal of neurosurgery. Spine