

Tabela 15.4. Symptomatologia stwardnienia rozsianego oraz typowe metody leczenia objawowego

OBJAWY	LECZENIE
Zaburzenia poznawcze	Trening poznawczy
Zespół zmęczenia	Doustna amantadyna
Depresja	Leki przeciwdepresyjne (najczęściej inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny [SSRI, <i>selective serotonin reuptake inhibitor</i>]), psychoterapia
Zespoły bólowe	Ból neuropatyczny: duloksetyna, amitryptylina Neuralgia trójdzielna: leki przeciwpadaczkowe (najczęściej karbamazepina, ale także gabapentyna, pregabalina i inne), toksyna botulinowa Ból ośrodkowy oporny na farmakoterapię doustną: stymulacja rdzenia, rzadziej zabiegi neurochirurgiczne (np. mielotomia)
Spastyczność	Miorelaksanty (np. baklofen, tyzanidyna), kanabinoidy, toksyna botulinowa, pompa baklofenowa, fizjoterapia, terapia zajęciowa, ortotyka
Zaburzenia seksualne	Sildenafil (mężczyźni), żele nawilżające (kobiety), psychoterapia
Zaburzenia chodu	Dalfampirydyna
Zaburzenia gałkoruchowe i oczopląs	Memantyna, gabapentyna
Pęcherz neurogeny	W nadczynności mięśnia wypieracza: leki antycholinergiczne (oksybutynina, tolterodyna, solifenacyna) i mirabegron W dysynergii zwieraczowo-pęcherzowej: antagoniści receptorów α -1-adrenergicznych (terazosyna, prazosyna, doksazosyna, tamsulosyna), podawanie toksyny botulinowej do mięśnia zwieracza oraz samocewnikowanie W niedoczynności mięśnia wypieracza: cewnikowanie (samocewnikowanie)

15.2. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA I PLAN OPIEKI NAD CHORYM ZE STWARDNIENIEM ROZSIANYM

Maria Wilkiewicz, Krystyna Jaracz

15.2.1. DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA

Postępowanie pielęgnacyjne u chorych na stwardnienie rozsiane (SM) jest uzależnione od fazy choroby, nasilenia objawów, stopnia niepełnosprawności pacjenta oraz stosowanego leczenia farmakologicznego. Głównym celem opieki pielęgniar-

skiej u chorych hospitalizowanych (najczęściej z powodu rzutu choroby, wskazań diagnostycznych i leczenia objawowego) jest zapewnienie zaspokojenia potrzeb w zakresie samoopieki, zapobieganie powikłaniom oraz współdziałanie w leczeniu i rehabilitacji.

Ponadto celem opieki jest przygotowanie chorego do funkcjonowania w środowisku pozaszpitalnym, głównie poprzez edukację dotyczącą czynników zwiększających ryzyko wystąpienia rzutu choroby, radzenia sobie z objawami oraz zapobiegania nasilaniu się symptomów SM. U pacjentów poddanych leczeniu immunomodulacyjnemu celem opieki jest kompleksowe wsparcie chorego w procesie leczenia, kształtowanie postawy współpracy (*compliance*) oraz udział w monitorowaniu przebiegu leczenia.

PROBLEM I (P.P.)

Ograniczenie samoopieki spowodowane nasileniem objawów neurologicznych (niedowłady, zaburzenia równowagi, zaburzenia czucia głębokiego, zaburzenia widzenia i inne – por. rozdz. 15.1 „Podstawy kliniczne”).

Cel opieki: zapewnienie pacjentowi zaspokojenia potrzeb z zakresu samoopieki.

Interwencje pielęgniarskie:

- Ocena poziomu deficytu samoopieki za pomocą standaryzowanych skal klinicznych, np. Indeksu Bartel, skali ADL Katza, oraz oszacowanie stopnia i rodzaju wymaganej pomocy z uwzględnieniem przyczyny ograniczeń.
- Udzielanie pomocy dostosowanej do poziomu niesprawności pacjenta (mobilizowanie, asystowanie, częściowe lub całkowite, najczęściej czasowe przejęcie wykonywania danej czynności).
- U pacjentów leżących – prowadzenie profilaktyki przeciwoleżynowej i przeciwzkrzepowej (w tym ćwiczeń ruchowych, we współpracy z rehabilitantem).
- Modyfikowanie zakresu pomocy pielęgniarskiej w zależności od zmieniającego się, np. w wyniku leczenia, stanu klinicznego pacjenta.

PROBLEM II (P.P.)

Trudności w poruszaniu się i zwiększone ryzyko upadku spowodowane objawami neurologicznymi (zaburzenia równowagi, niedowłady, ataksja, zaburzenia widzenia).

Cel opieki: zapewnienie bezpieczeństwa choremu i pomoc w trakcie przemieszczania się.

Interwencje pielęgniarские:

- Określenie stopnia ryzyka upadków (np. za pomocą skali Tinetti).
- Ustalenie dominujących przyczyn trudności w poruszaniu się.
- Zapewnienie całkowitej lub częściowej pomocy przy poruszaniu się (asekuracja, prowadzenie lub przewożenie chorego), zależnie od stopnia i przyczyny trudności.
- Pomoc pacjentowi w przystosowaniu się do zaleconego przez rehabilitanta sprzętu ortopedycznego ułatwiającego poruszanie się, np. kuli łokciowej, balkonika, chodzika ortopedycznego, wózka inwalidzkiego.

PROBLEM III (P.I.)

Trudności w przyjmowaniu pokarmu i ryzyko zachłyśnięcia oraz powstania niedoborów żywieniowych w następstwie zaburzeń połykania, gryzienia i żucia.

Uwaga! Dysfagia dotyczy ok. 30% pacjentów.

Cel opieki: zmniejszenie trudności w przyjmowaniu posiłków, zapobieganie zachłyśnięciu i niedożywieniu.

Interwencje pielęgniarские:

- Zapewnienie, aby chory przyjmował posiłki w pozycji siedzącej i pozostał w niej przez 30 minut po posiłku.
- Dostosowanie konsystencji pokarmu do stopnia nasilenia dysfagii (zalecane pokarmy papkowate, rozdrobnione, zagęszczanie płynów).
- Przestrzeganie zasad bezpiecznego jedzenia/karmienia chorego (jedzenie małymi kęsami, unikanie pośpiechu i mówienia w trakcie jedzenia, w przypadku trudności w przełknięciu należy polecić choremu odkasłać i przełknąć ponownie).
- W przypadku znacznych zaburzeń połykania – karmienie chorego przez sondę żołądkową (odnotowanie każdego posiłku, w tym objętości podanego pokarmu, w dokumentacji pielęgniarской).
- Ocena i monitorowanie stanu odżywienia chorego (kontrola masy ciała, obliczenie wskaźnika BMI [*body mass index*] pacjenta).

- Stosowanie diety dostosowanej do zapotrzebowania energetycznego, bogatej w sole mineralne i nienasycone kwasy tłuszczowe (ich brak nasila procesy zapalne).

PROBLEM IV (P.I.)

Możliwość wystąpienia skurczów mięśni i ryzyko powstania przykurczów w wyniku wzmożonego napięcia mięśni.

Cel opieki: zapobieganie powstawaniu przykurczów.

Interwencje pielęgniarские:

- Częstość zmiany pozycji i ułożenie przeciwspastyczne: długotrwałe leżenie na plecach nasila spastyczność mięśni grzbietowych, sprzyja wystąpieniu przykurczów i odleżyn. Wskazane jest wykorzystywanie poduszek, wałków w celu ustabilizowania pozycji oraz ustawienia stawów w jak najlepszej, fizjologicznej pozycji.
- Wykonywanie delikatnego ucisku lub głaskania okolicy mięśnia, przeprowadzanie zaleconych zabiegów zmniejszających napięcie mięśni (np. okłady chłodzące [żelowe], masaże).
- Unikanie gwałtownych ruchów, np. przy wstawaniu – nasilają one spastyczność i ryzyko wystąpienia bolesnych skurczów. Pomocne są zamontowane przy łóżku poręcze, drabinki umożliwiające płynne wstawanie bez konieczności szarpnięć i gwałtownych ruchów.
- Określenie i eliminowanie dodatkowych czynników wzmagających spastyczność: zaleganie moczu, infekcje układu moczowego, odleżyny i inne podrażnienia skóry, zaparcia, stres, zbyt ciasna odzież, wysoka lub zbyt niska temperatura otoczenia.
- Współdziałanie w indywidualnie dobranym programie rehabilitacji ruchowej pacjenta oraz podawanie zleconych leków przeciwspastycznych (por. rozdz. 15.1 „Podstawy kliniczne”).

PROBLEM V (P.I.)

Trudności w wydalaniu moczu o charakterze zaburzeń magazynowania moczu lub oddawania moczu.

Zaburzenia magazynowania moczu są spowodowane nadreaktywnością wypieracza, co objawia się częstomoczem, nagłym parciem na mocz i nagłym nietrzymaniem moczu.