

### هدف کلی:

آگاهی و شناخت بیماری و چگونگی مراقبت از این افراد و آموزش مراقبت از خود

### اهداف رفتاری

**شناختی:** ۱- شناخت ماهیت بیماری، علایم و روش های تشخیصی و درمان

۲- آگاهی و شناخت در رابطه با مراقبت های قبل و بعد از عمل و ترخیص

**روانی-حرکتی:** ۱- اجرای صحیح مراقبت های قبل و بعد از عمل

۲- آموزش صحیح به بیماران جهت خودمراقبتی در منزل و پیگیری مجدد

**عاطفی:** ۱- درک اهمیت اصول صحیح مراقبت های قبل و بعد از عمل

۲- درک اهمیت آموزش صحیح به بیمار جهت کاهش مشکلات بعد عمل

### ماهیت بیماری:

دیسک بین مهره ای ، یک صفحه غضروفی است که بین تنه مهره ها فاصله ایجاد می کند . اختلال در دیسک بین مهره ای ممکن است به صورت پرولاپس، فتق یا پارگی دیسک در اثر تروما و تصادف باشد . در فتق یا پارگی هسته دیسک حلقوی می شود و سبب فشار بر روی عصب می گردد . این اختلالات ممکن است در هر مهره از ستون فقرات ایجاد شوند . اما در مهره های گردنی معمولا مهره های C5 – C6 و C6- C7 و در مهره های کمری ، معمولا مهره های L4 – L5 و L5 – S1 دچار فتق می شوند که این اختلال ، نتیجه دژنراسیون دیسک و ناشی از کهولت سن ، استرس های شغلی و اسپوندیلوز ( تغییرات دژنراتیو در دیسک و تنه مهره ای مجاور ) می باشد .

### علائم و نشانه ها:

دیسک های کمری سبب بروز درد در ناحیه پایین کمر همراه درجات متفاوتی از اختلالات حسی و حرکتی می گردند . در بیرون زدگی دیسک کمر بیمار از درد در ناحیه پایین کمر همراه با اسپاسم عضلانی شکایت دارد که با انتشار درد به یکی از مفاصل هیپ و نیز انتقال آن به سمت پایین و به طرف پا دنبال می شود .

با انجام فعالیت هایی که سبب افزایش فشار مایع درون نخاعی می گردند مانند خم شدن، بلند و فشارها و کشش های ناشی از سرفه و عطسه، درد تشدید شده و معمولاً با استراحت کردن در بستر برطرف می شود.

به دلیل آن که درد سبب بروز تغییراتی در مکانیک طبیعی ستون فقرات می گردد، گاهی اوقات شاهد بروز تغییر شکل هایی در وضعیت و حالت بدن نیز خواهیم بود. اگر بیمار به پشت خوابیده باشد و سعی کند تا پای خود را بدون خم کردن آن و در حالت کاملاً صاف بلند نماید، درد به سمت پا منتشر می شود. به این دلیل که این مانور سبب کشیده شدن عصب سیاتیک می گردد.

## روش های تشخیصی

بر اساس گرفتن تاریخچه ای از بیمار و اطلاعات مربوط به وضعیت بدنی او، همچنین با استفاده از روش های تصویربرداری نظیر MRI ، CT صورت می گیرد.

## درمان

هدف از درمان، برطرف نمودن درد، آهسته کردن روند پیشرفت بیماری و افزایش توانایی های عملی بیمار است. استراحت در بستر که قبلاً درمان استاندارد کمردرد بود، تنها برای مدت دو روز یا کمتر توصیه می شود.

از آن جایی که اسپاسم عضلانی در طی مرحله حاد بیماری، پدیده ای بارز و قابل ملاحظه به شمار می آید، لذا استفاده از شل کننده های عضلانی ضرورت می یابد.

برای مقابله با التهابی که معمولاً در بافت های نگه دارنده ایجاد می شود و ریشه های اعصاب را مبتلا می سازد می توان NSAIDs و کورتیکواستروئیدهای سیستمیک را تجویز کرد.

استفاده از گرمای مرطوب و نیز ماساژ به شل شدن عضلات دچار اسپاسم کمک کرده و اثرات آرام بخشی بر روی بیماری به جای می گذارد.

راهکارهای افزایش توان عملی بیمار عبارتند از:

- کاهش وزن

- فیزیوتراپی و بیوفیدبک

- ورزش های توصیه شده توسط فیزیوتراپ ها می توانند عضلات پشت را تقویت کرده و درد را کاهش دهند.

درمان های جراحی در ناحیه کمری عبارتند از: برداشتن دیسک از طریق لامینکتومی خلفی - جانبی

استفاده از متدهای جدید میکرو دیسکتومی و دیسکتومی زیر جلدی.

## میکرو دیسکتومی

شامل استفاده از میکروسکوپ جراحی برای مشاهده دیسک آسیب دیده و ریشه های عصبی فشرده شده است. در این روش، انسزیون داده شده کوچک بوده، میزان خون از دست رفته در کمترین حد قرار داشته و زمان جراحی حدود ۳۰ دقیقه به طول می انجامد. با انجام این نوع جراحی مدت اقامت بیمار در بیمارستان کوتاه و بهبودی او سریع خواهد بود.

## عوارض جراحی دیسک:

فردی که در یک سطح مشخص از ستون مهره ها جراحی دیسک داشته است، ممکن است در سطوح دیگر آن گرفتار فرایند دژنراسیون گردد. احتمال عود بیرون زدگی در همان سطح یا سطوح دیگر نیز وجود داشته که در آن صورت بیمار برای انجام جراحی دیگری بر روی دیسک مجددا کاندید می شود.

ارکنوئیدیت یا التهاب پرده عنكبوتیه پس از جراحی می تواند به وجود آید که با بروز تدریجی دردهای سوزاننده، منتشر و تکرار شونده در قسمت تحتانی پشت با انتشار به ناحیه باسن می باشد. در اطراف اعصاب نخاعی و سخت شامه، اسکار و چسبندگی به جا می گذارد، سپس تغییرات التهابی به وجود می آید.

زخم برش ناحیه دیسک می تواند موجب بروز نوریت های مزمن و همچنین نوروفیروز شود.

جراحی دیسک ممکن است بتواند فشار وارده بر اعصاب نخاعی را برطرف نماید اما قادر به بازگرداندن اثرات ناشی از آسیب دیدگی های عصبی، اسکار و درد نیست.

سندرم دیسک معیوب (عود سیاتیک بعد از انجام دیسکتومی کمری)، همچنان به عنوان شایع ترین علت ناتوانی و معلولیت در بیمار باقی مانده است.

## مراقبتهای قبل از عمل:

بیشتر بیماران از انجام جراحی روی هر ناحیه ای از نخاع واهمه دارند و به همین دلیل باید در رابطه با عمل جراحی توضیحات کاملی ارائه نموده و به آن ها اطمینان خاطر داد که انجام عمل سبب ضعیف شدن کمر نمی گردد. وقتی اطلاعات لازم در مورد سابقه سلامتی فرد جمع آوری شده هر نوع درد، پارستزی و اسپاسم عضلانی نیز باید ثبت شود تا مبنایی برای مقایسه پس از عمل جراحی به وجود آید. بررسی کردن مسائل مرتبط با سلامتی که می توانند بر دوران بعد از عمل و نیز کیفیت زندگی بیمار تاثیر گذارند مثل خستگی، خلق و خو، استرس و انتظارات بیمار نیز حائز اهمیت می باشد.

همچنین بررسی و نیز شناخت پیش از عمل شامل ارزیابی حرکات اندام های انتهایی و عملکرد روده و مثانه است.

بخشی از آمادگی بیمار قبل از جراحی، آموزشی است که برای چرخاندن و برگرداندن بدن به وی داده می شود، یعنی برای سهولت در امر تغییر وضعیت پس از عمل، به بیمار آموزش داده می شود تا کل بدن خود را (همانند کنده درخت) یکباره حرکت دهد.

قبل از عمل بیمار را تشویق می کنند تا نفس های عمیق بکشد، سرفه کند و به انجام ورزش های عضلانی در حالت ثابت و بدون حرکت بپردازد (جهت حفظ تونوس عضلات)

قبل از انجام عمل جراحی لامینکتومی، از روش چرخش کنده ای برای چرخاندن بیمار استفاده می شود. دست های بیمار را به بدن چسبانده و نخاع را تنظیم می کنند. سپس جهت اجتناب از پیچش غلط نخاع سر، شانه ها، زانوها و ران ها به طور همزمان چرخانده می شود. طوریکه بیمار مانند یک کنده بچرخد. وقتی که بیمار رود یک پتو قرار گرفت، پشت، باسن ها و پاهای او با بالش ها حمایت می شوند.

### **بررسی بیمار پس از عمل جراحی:**

بعد از خارج کردن دیسک کمر، علایم حیاتی بیمار باید به دفعات کنترل شود و ناحیه زخم نیز از نظر تشکیل هماتوم معاینه گردد، چون آسیب دیدگی عروق یکی از عوارض جراحی دیسک است.

از آنجا که نقایص عصبی به وجود آمده پس از جراحی می تواند ناشی از آسیب دیدگی ریشه های اعصاب باشد، به همین دلیل قدرت حسی و حرکتی اندام های انتهایی تحتانی در فواصل مشخصی مورد ارزیابی قرار گرفته و علاوه بر آن، رنگ و دمای پاها و حس انگشتان پا نیز مورد بررسی قرار می گیرد.

بررسی احتمال احتباس ادراری نیز که آن هم علامت دیگری دال بر وخامت وضعیت عصبی در بیمار است، از اهمیت خاصی برخوردار می باشد.

**تغییر وضعیت بدن بیمار:** برای تغییر دادن وضعیت بدن بیمار، بالشی زیر سر وی قرار داده و زانو اندکی بالا قرا می گیرد، چون خمیدگی جزئی زانو سبب شل شدن عضلات پشت می گردد. وقتی بیمار به پهلو خوابیده است، باید از خم کردن بیش از حد زانو پرهیز شود. باید بیمار را تشویق کرد تا جهت برطرف نمودن فشار از یک پهلو به پهلو دیگر بچرخد، البته قبل از آن به وی اطمینان خاطر داده می شود که جابه جا شدن به هیچ عنوان منجر به بروز آسیب دیدگی نمی شود. وقتی بیمار برای برگرداندن آماده شد، تخت در وضعیت کاملاً صاف قرار گرفته و بالشی بین پاها گذاشته می شود. کل بدن بیمار همزمان برگردانده می شود (همچون یک کنده درخت) بدون آن که کمر پیچ و تاب بخورد.

برای پایین آمدن از تخت بیمار ابتدا باید به یک پهلو برگردد، سپس با فشار دادن کف دست ها بر تخت، در وضعیت نشسته قرار گیرد. در همین زمان پرستار یا یکی از اعضای خانواده، پاهای بیمار را از روی تخت پایین می آورند. قرار گرفتن در وضعیت نشسته یا ایستاده باید همراه با حرکاتی آرام و طی مدت زمان طولانی صورت پذیرد.

بیشتر بیماران در همان روز جراحی، فاصله میان تخت تا حمام را راه می روند. بیمار فقط برای اجابت مزاج به نشستن تشویق می گردد.

به بیمار توصیه می شود تا فعالیت ها را به تدریج و در حد تحمل افزایش دهد، چون بهبودی و صحت عملکرد لیگامان ها، ۶ هفته به طول می انجامد. فعالیت بیش از حد، منجر به اسپاسم عضلات مجاور ستون فقرات می گردد.

تا زمان بهبودی کامل باید از انجام فعالیت هایی که موجب کشیدگی و خمیدگی ستون فقرات می شود مثل رانندگی با اتومبیل اجتناب کرد. برای شل کردن عضلات دچار اسپاسم، می توان پشت را گرم کرد. رعایت کردن دوره های استراحت طبق برنامه زمانی مشخص حائز اهمیت می باشد.

همچنین به بیمار توصیه می شود تا به مدت ۲ تا ۳ ماه پس از عمل جراحی، از انجام کارهای سنگین خودداری نماید.

ورزش هایی نیز برای تقویت عضلات شکمی و عضلات راست کننده ستون فقرات، تجویز می شود. اگر کمر درد همچنان پایدار باشد، استفاده از بریس کمری ضروری خواهد بود.

## **فتق دیسک بین مهره ای گردنی:**

نخاع گردنی در معرض استرس هایی قرار می گیرد که ناشی از دژنراسیون دیسک (استرس های ناشی از بالا رفتن سن و استرس های شغلی) و اسپوندیلوز(تغییرات دژنراتیو به وجود آمده در دیسک و اجسام مهره ای مجاور آن) است. دژنراسیون دیسک های گردنی می تواند منجر به بروز ضایعاتی شود که صدماتی را به نخاع و ریشه های آن وارد می آورند

فتق دیسک های گردنی معمولاً در فضای مابین مهره های C5-C6 و C6-C7 به وقوع می پیوندد.

## **علایم:**

در گردن، نواحی بالای شانه و کتف، درد و سفتی ایجاد می شود.

برخی اوقات بیماران این علایم را به صورت نشانه های حاکی از مشکلات قلبی و یا التهاب مفصل مطرح می نمایند. درد در اندام های انتهایی فوقانی و سر نیز می تواند ایجاد شود، درحالیکه با پارستزی (حس سوزن سوزن شدن) و کرختی و نیز بی حسی اندام های انتهایی فوقانی همراه است.

## روش تشخیصی

۱. علایم بالینی

MRI.2

## درمان

**اهداف درمان عبارتند از:** استراحت دادن و بی حرکت کردن مهره های گردنی جهت تامین زمان کافی برای بهبودی بافت های نرم و کاهش التهاب در بافتهای محافظ و ریشه های عصبی آسیب دیده نخاع گردنی

استراحت در بستر (معمولا ۶ تا ۲ روز) از اهمیت خاصی برخوردار است، چرا که در این وضعیت، فشار ناشی از جاذبه زمین از بین رفته و دیگر نخاع گردن مجبور به انجام وظیفه خود در جهت نگه داشتن و حمایت از سر نیست. علاوه بر این التهاب و ادم ایجاد شده در بافت های نرم اطراف دیسک کاهش یافته و فشار وارده بر ریشه های اعصاب برطرف می شود.

قرار گرفتن بدن در وضعیتی مناسب و روی تشکی سفت و محکم، می تواند به نحو چشمگیری درد را از بین ببرد.

با استفاده از گردنبند های طبی، کشش های گردنی یا بریس، می توان نخاع گردنی را ساکن و بی حرکت نمود. گردنبند های طبی، امکان باز شدن سوراخ بین مهره ای را تا بیشترین حد ممکن فراهم نموده و سر را در وضعیتی خنثی یا اندکی خمیده به جلو نگه می دارند. بیمار ممکن است در خلال مراحل حاد و شدید عارضه، ۲۴ ساعته از گردنبندها استفاده نماید. پوست بدن که در ناحیه زیر گردنبند واقع شده، باید از نظر تحریک شدگی مورد معاینه قرار گیرد. بعد از برطرف شدن درد در بیمار، ورزش های ایزومتریک گردنی به منظور تقویت عضلات گردن، آغاز می شود.

در صورت بروز نقایص عصبی قابل ملاحظه، پیشرفت نقایص به وجود آمده، شواهد حاکی از فشرده شدن نخاع، یا دردی که به طور مرتب تشدید شده و بهبود نمی یابد، برداشتن دیسک بیرون زده از طریق جراحی، ضرورت پیدا می کند.

جهت برطرف نمودن درد بیمار را می توان به مدت ۱۲ تا ۲۴ ساعت بر روی تخت نگه داشت، به طوریکه بدن وی کاملا صاف باشد.

به علت بروز ادم زودگذر، بیمار دچار گلودرد، گرفتگی صدا و اختلال در بلع خواهد شد. این نشان‌ها را می‌توان با استفاده از قرص‌های مکیدنی گلو، استفاده از دستگاه بخور و خودداری از صحبت کردن برطرف کرد. در صورت بروز اختلال در عمل بلع، غذا را به شکل پوره به مصرف بیمار می‌رسانند.

جهت بهبود وضعیت تحرک معمولاً بعد از عمل، از گردنبند طبی استفاده می‌شود. همین مسئله حرکات گردن را با محدودیت روبه‌رو کرده و وضعیت تحرک بیمار را تغییر می‌دهد.

به بیمار تعلیم داده می‌شود برای نگاه کردن از یک طرف به طرف دیگر، به جای گردن، بدن خود را بچرخاند.

گردن باید کاملاً در خط وسط باشد.

در خلال تغییر وضعیت بدنی باید به بیمار کمک کرد و اطمینان حاصل نمود که سر، شانه‌ها و قفسه سینه در وضعیت صحیح قراردارند.

برای کمک به بیمار جهت قرار گرفت در وضعیت نشسته، پرستار باید گردن و شانه‌های وی را با دست نگه داشته و از آن‌ها حمایت نماید.

برای افزایش ثبات و پایداری بدن، بیمار باید حین راه رفتن کفش به پا کند.

ببررسی وجود درد شدید در ناحیه انسزیون یا احساس فشار بیش از اندازه در ناحیه گردن، تشکیل هماتوم و خونریزی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد.

پانسمان از نظر وجود ترشحات سرمی-خونی که نشان دهنده ی نشت مایع از سخت شامه می‌باشد، مشاهده می‌شود. در چنین پیشامدهایی، بروز مننژیت خطری جدی به شمار می‌آید.

نقایص مربوط به بلع و نیز ضعف اندام‌های انتهایی فوقانی و تحتانی در کنترل وضعیت عصبی بیمار مورد توجه قرار می‌گیرد، چون فشردگی نخاع می‌تواند آغازگر فلج به صورت سریع یا با تاخیر باشد.

در سراسر دوران پس از عمل بیمار را جهت شناسایی علایم مربوط به مشکلات تنفسی، به طور مکرر تحت نظارت و مراقبت قرار می‌دهند، چون عصب راجعه حنجره ممکن است در خلال انجام جراحی توسط رتراکتورها آسیب ببیند که نتیجه آن گرفتگی صدا و عدم توانایی در انجام سرفه موثر و پاکسازی ترشحات ریوی خواهد بود.

فشار خون و نبض بیمار نیز جهت ارزیابی وضعیت قلبی-عروقی، مورد بررسی قرار می‌گیرد.

احتمال دارد ناحیه جراحی شده دچار خونریزی گشته و متعاقب آن هماتوم تشکیل گردد.

دردهای شدید موضعی که با مسکن‌ها برطرف نمی‌شود را باید به جراح اطلاع داد.

همچنین تغییر در وضعیت عصبی بیمار(عملکردهای حسی یا حرکتی) باید سریعا گزارش شوند، چون احتمال تشکیل شدن هماتوم را مطرح می نمایند ودر نتیجه به منظور پیشگیری کردن از بروز نقایص حسی و حرکتی غیرقابل برگشت، انجام دادن عمل جراحی ضرورت پیدا می کند.

### **آموزش مراقبت از خود به بیمار:**

احتمالا مدت اقامت بیمار در بیمارستان کوتاه خواهد بود، بنابراین بیمار ونیز خانواده باید نسبت به مراقبت هایی که برای ایجاد بهبودی با یک روند آرام، اهمیت دارد، شناخت لازم را پیدا کنند.

گردنبند طبی معمولا در حدود ۶ هفته مورد استفاده قرار می گیرد.

به بیمار باید روش استفاده و مراقبت از کمربند طبی آموزش داده شود وبه کارهایی بپردازد که برای انجام آنها نیازی به حرکات بدنی نیست مثل مطالعه.

### **تداوم مراقبت:**

به بیمار آموزش داده می شود تا در زمان های مشخص شده به پزشک خود مراجعه نماید تا برطرف شدن نشانه های قدیم ثبت گردیده و دامنه حرکتی گردن مورد بررسی و شناخت قرار گیرد.

ممکن است علی رغم بیرون آوردن دیسک یا قطعاتی از آن، درد هنوز وجود داشته یا مجددا عود نماید.

بیمارانی که تحت عمل دیسکتومی قرار گرفته اند، معمولا پس از تحمل دردهای طولانی به انجام دادن جراحی راضی شده و با آن موافقت می کنندو به منظور کاهش درد، اغلب در گذشته تحت درمان های نگهدارنده غیرموثر و جراحی قرار گرفته اند.

به همین دلیل تداوم نشانه ها یا عود مجدد آنها پس از عمل جراحی که می تواند شامل درد و نیز نقایص حسی باشد، برای بیمار و خانواده، مایوس کننده است.

بیماری که برگشت نشانه ها را تجربه می نماید، نیازمند همدلی و حمایت های روحی است.

به علاوه، باید در انتخاب کردن روش های دیگر درمان در آینده و تعدیل و اصلاح نمودن فعالیت ها، به وی کمک نمود.



## منابع:

1. جانیسال. هینکل. کریاچ. چویر. ۲۰۱۴. پرستاری داخلی جراحی بیماریهای اعصاب (برونروسودارث)، ترجمه: عالیخانی، م. ویرایش سیزدهم. تهران، انتشارات جامعه نگرو سالمی.
۲. Consult Nursing- (پایگاه اطلاعاتی)