

OPIEKA NAD CIĘŻARNĄ Z GUZEM MÓZGU

Caring for the pregnant woman with brain tumor

Agnieszka Sebzda¹, Monika Przestrzelska², Małgorzata Pałczyńska²

¹ Studentka kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

² Katedra Ginekologii i Położnictwa, Zakład Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Cięża nie predysponuje do pojawienia się guza pierwotnego mózgu, jednakże podczas ciąży może dojść do przyspieszenia procesu nowotworowego.

Cel pracy. Zwrócenie uwagi na problemy fizyczne, psychiczne i społeczne pacjentki, u której zdiagnozowano guza mózgu w 5. miesiącu ciąży.

Materiał i metody. Przedmiotem badań jest proces pielęgnowania, który został opisany przy użyciu następujących metod: obserwacja pacjentki, wnikliwa analiza dokumentacji medycznej oraz rozmowa z lekarzem specjalistą.

Wnioski. Pacjentka zgłosiła się do lekarza neurologa w 5. miesiącu ciąży z objawami niedowładu kończyny górnej i dolnej po prawej stronie ciała oraz towarzyszącym niedowładem prawej połowy twarzy. Wyniki badań diagnostycznych wykazały guza mózgu. Na podstawie danych dotyczących choroby oraz wywiadu z pacjentką i obserwacji wyłoniono problemy pielęgnacyjne, które obejmują zarówno sferę fizyczną, psychiczną, społeczną, jak i emocjonalną ciężarnej. W wyniku zaistniałej choroby podjęto decyzję o rozwiązaniu ciąży przez cięcie cesarskie, w momencie, kiedy płód osiągnie dojrzałość do samodzielnego życia. Wsparcie społeczne ze strony rodziny, osób bliskich, a także pielęgniarki/położnej, edukacja, pozwalają na lepszą współpracę i zaangażowanie pacjentki w proces leczenia.

Słowa kluczowe: ciężarna, guz mózgu, opieka, wsparcie, cięcie cesarskie.

SUMMARY

Background. Pregnancy does not affect directly the origin of glioblastoma, nevertheless it may influence the process of its spread and speed it up.

Objectives. The goal of thesis is to point out the physical, mental and social problems of the patient who was diagnosed with brain tumor in fifth month of pregnancy. Subject of the study is nursing process described using following methods: patient observation, scrupulous medical documentation analysis and conversation with the doctor.

Material and methods. Fifth months pregnant patient reported to neurologist with symptoms of right side limbs and right side of the face paresis.

Conclusions. Test results revealed tumor in midbrain and thalamus on the left side with moderate edema zone of contiguous structures. Basing on the data concerning the disease and the interview with the patient nursing problems were emerged. The problems concerned physical, mental, social and emotional aspects. As a result of the disease there was made a decision to end the pregnancy with cesarean section as soon as the fetus will be able to function independently. Social support of family, friends, nurse/midwife and education make it easier to cooperate and the patient can get involved in treatment more easily.

Key words: pregnant, brain tumor, care, support, cesarean section.

WSTĘP

Opieka nad pacjentką w ciąży wiąże się między innymi z zapewnieniem ciężarnej wsparcia psychicznego, niezbędnego podczas badań kontrolnych, w okresie okołoporodowym, podczas porodu oraz w okresie połogu. Większość kobiet w ciąży przeżywa lęk i stres, zwłaszcza jeżeli jest to pierwsza ciąża. Dodatkowo znalezienie się w traumatycznej sytuacji, jaką jest choroba, sprzyja występowaniu stresu przewlekłego, który niewątpliwie źle wpływa na organizm ciężarnej, a także płodu. Wsparcie emocjonalne i społeczne udzielane ciężarnej przez osoby bliskie, a także pielęgniarkę/położną zależy od indywidualnych potrzeb pacjentki oraz sprawia, że pacjentka mimo długotrwałego pobytu w szpitalu jest zadowolona z opieki.

CEL PRACY

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na problemy fizyczne, psychiczne i społeczne pacjentki, u której zdiagnozowano guza mózgu w 5. miesiącu ciąży oraz przedstawienie istotnej roli pielęgniarki i położnej w codziennym kontakcie z pacjentką.

MATERIAŁ I METODY

Przedmiotem badań jest proces pielęgnowania, który został opisany przy użyciu następujących metod: obserwacja pacjentki, wnikliwa analiza dokumentacji medycznej oraz rozmowa z lekarzem specjalistą. Praca została napisana w oparciu o model teoretyczny pielęgniarstwa Dorothei Orem, dotyczy samoopieki, deficytu samoopieki i systemów pielęgnowania.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka w 5. miesiącu pierwszej ciąży zgłosiła się do lekarza – neurologa z powodu niepokojących objawów drętwienia i osłabienia

prawej kończyny górnej i dolnej oraz drętwienia prawej połowy twarzy. Była wówczas przytomna i w pełnym kontakcie słownym. Zostało wykonane badanie neurologiczne. W ocenie klinicznej przebieg ciąży był fizjologiczny, nie zidentyfikowano zaburzeń dobrostanu płodu ani wykładników zagrożenia porodem przedwczesnym. Skrupulatnie przeprowadzone badanie neurologiczne wykazało porażenie nerwu czaszkowego VII, objawiające się upośledzonymi ruchami dowolnymi, mimicznymi twarzy, brakiem marszczenia czoła po stronie porażonej, asymetrią ust widoczną po stronie prawej. Badanie wykazało również niezdolność, nasilenie ruchów i dodatni odruch Babińskiego w kończynie dolnej prawej. Lekarz zlecił wykonanie rezonansu magnetycznego (MRI). Wpływ tego badania na rozwijający się organizm dziecka wciąż nie został ustalony, nie wykazano również oddziaływania teratogennego tego badania na płód [1]. Niemniej jednak badanie to jest niezbędne w diagnostyce stanu ciężarnej. Rezonans magnetyczny zobrazował guza w śródmózgowiu oraz wzgórzu po lewej stronie. Pacjentka została skierowana do ośrodka posiadającego zabezpieczenie położnicze i neurochirurgiczne z zaleceniem przyjmowania leków przeciwozkrępowych, w dawce bezpiecznej dla zachowania dobrostanu płodu. W kolejnych dobach pobytu w szpitalu, z uwagi na lokalizację guza oraz nasilanie się objawów ogniskowego uszkodzenia mózgu i nadciśnienia śródczaszkowego, została zakwalifikowana do pilnego rozwiązania ciąży drogą cięcia cesarskiego w 33. hbd. W chwili przyjęcia na oddział stan ciężarnej był stabilny, ciśnienie tętnicze krwi i tętno prawidłowe, przeprowadzone badania KTG i USG wykazały prawidłowy stan płodu.

PROBLEMY PIELĘGNACYJNE

Problemy pielęgnacyjne u pacjentki w ciąży z guzem mózgu obejmują zarówno sferę biologiczno-fizyczną, jak i psychiczną.

W związku z tym pacjentka powinna być objęta kompleksową opieką lekarską, pielęgniarzką, położniczą, rehabilitacyjną oraz psychologiczną.

Istotnym problemem w analizowanym stanie klinicznym był **dyskomfort** oraz **utrudnione spożywanie pokarmów i napojów spowodowane niedowładem prawej strony twarzy**, wynikającym z porażenia nerwu czaszkowego (VII) po prawej stronie. Mięśnie po stronie zdrowej kurczą się, powodując przesunięcie na tę stronę mięśni porażonych. W tym wypadku konieczne jest natychmiastowe podjęcie działań przez specjalistę w dziedzinie fizjoterapii. Regularne masaże twarzy zmniejszają napięcie, trening mięśni twarzy, rozgrzewanie ich przez okłady, przyczyniają się do ich usprawniania i znoszenia niedowładu. Pozbawiony unerwienia mięsień zanika, ze względu na to konieczne jest utrzymanie jak największej, zdolnej do skurczu masy mięśniowej, aż do momentu, kiedy nastąpi pełne unerwienie. Na zapobieganie rozciąganiu mięśni strony chorej przez mięśnie strony zdrowej wpływa zastosowanie przylepca, taśmy bądź oklejanie nerwu taśmami *kinesiology taping* w celu podtrzymania opadającego kącika ust [2]. Edukacyjna rola pielęgniarki/położnej ma na celu przedstawienie zasad prawidłowego odżywiania w ciąży oraz zapobieganie niedożywieniu pacjentki, które może być spowodowane obniżoną chęcią jedzenia, w wyniku utrudnień w jego przyjmowaniu.

Ograniczone poruszanie oraz **utrudniona samopielęgnacja** spowodowane są niedowładem prawej (dominującej) ręki i nogi. To ucisk na neuron ruchowy ośrodkowy znajdujący się po lewej stronie mózgu. Obecność guza, w tej lokalizacji, to istotny problem pielęgnacyjny dla pacjentki. W usprawnianiu chorej główną rolę, ale we współpracy z pielęgniarką/położną, pełni specjalista fizjoterapii, który właściwie dobiera stosowne ćwiczenia. Istotny jest fakt, że każdy wysiłek pacjentki zwiększa ryzyko podwyższenia się ciśnienia śródczaszkowego, co nasila niepożądane objawy, dlatego wszystkie ćwiczenia muszą być właściwie dobrane, a stan pacjentki podczas ich wykonywania wnikliwie oceniany [1]. Położna pracująca w oddziale patologii ciąży ściśle kontroluje samopielęgnację pacjentki, uczestniczy w codziennych czynnościach wymagających wysiłku chorej, zapobiegając tym samym jej upadkom i niepożądanemu nadmiernemu wysiłkowi. Z uwagi na stan pacjentki współpracuje z pielęgniarką neurologiczną. Zadaniem pielęgniarki/położnej jest przestrzeganie chorej przed nadmiernym parciem na stolec, a w razie zaporć ustalenie przyczyny trudności, edukacja pacjentki w kierunku zalecanej diety. Niezwykle ważna jest obserwacja pod kątem wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego [3]. W przypadku nieskutecznej diety zadaniem pielęgniarki/położnej jest poinformowanie lekarza i podanie zgodnie ze zleceniem łagodnych środków przeczyszczających lub preparatów rozluźniających stolec.

Kolejnym zidentyfikowanym problemem pielęgnacyjnym u ciężarnej było **złe samopoczucie spowodowane napadowymi bólami głowy**, które wynikają ze wzrostu ciśnienia wewnątrzczaszkowego oraz długotrwałego lęku i stresu. Znajomość przyczyny bólu, jego wpływu na organizm pozwala na efektywną współpracę z chorą [4]. Ważne jest poinformowanie pacjentki o konieczności zgłaszania zaobserwowanych dolegliwości, gdyż występuje wysokie ryzyko utraty świadomości, wzrostu ciśnienia tętniczego krwi w wyniku zaistnienia potencjalnego napadu padaczkowego. Napad padaczkowy jest istotną przyczyną zagrożenia życia i zdrowia ciężarnej oraz płodu, przez możliwość niekontrolowanego upadku i doznania urazu. Może być to przyczyną wystąpienia porodu przedwczesnego, a także niedotlenienia płodu [1]. Zadaniem pielęgniarki/położnej jest zapewnienie warunków ciszy, spokoju oraz wygodnego ułożenia w łóżku, a także podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim. Istotne znaczenie ma również rozmowa z pacjentką na temat przyczyny bólu i zastosowanych metod jego łagodzenia. Takie postępowanie jest wyrazem poszanowania autonomii i godności pacjentki. To istotny element współpracy w czasie terapii z uwagi na to, że na każde podejmowane działanie terapeutyczne pacjent musi wyrazić zgodę, a zrozumienie powagi problemu zdecydowanie to ułatwia [5].

Istotny wpływ na ciężarną wywarł **lęk i stres wynikający z obecnej choroby, hospitalizacji, obawy o stan ciąży oraz decyzji o wykonaniu cięcia cesarskiego**. Najbliższej chorej przebywającej w szpitalu jest pielęgniarka/położna. Niewątpliwie ważne jest aktywne słuchanie i zapewnienie, że ciężarnej zostanie udzielona właściwa i profesjonalna pomoc. Wzmocni to poczucie bezpieczeństwa, a tym samym obniży lęk. Wsparcie jest konieczne ze względu na jego pozytywny wpływ na zdrowie. W przypadku ciężarnej źródłem wsparcia będzie nie tylko najbliższa rodzina, ale niewątpliwie też pielęgniarka/położna. Dobry kontakt z otoczeniem pozwala lepiej funkcjonować nie tylko biologicznie, ale przede wszystkim w aspekcie psychospołecznym [6]. Ważne jest, aby pacjentka poznała istotę i cele podejmowanych przez personel medyczny działań, zrozumiała chorobę, jej przyczyny i następstwa. Ma ona prawo do pełnej i rzetelnej informacji o jej stanie zdrowia oraz planowanych działaniach leczniczych. Zadaniem pielęgniarki/położnej jest współpraca z pacjentką w realizacji zadań poprawiających jej stan zdrowia i samopoczucie. Nie powinna zapominać, że pacjentka ma prawo sama decydować o tym, jakiego leczenia się podejmie i czy podejmie się leczenia w ogóle [7]. Niezbędna jest współpraca członków rodziny pacjentki z profesjonalistami wchodzącymi w skład zespołu terapeutycznego [7]. Pielęgniarka we współpracy z położną kontrolują również stan płodu wykonując badania KTG, oceniając pracę jego serca i ruchy. Konieczne są również konsultacje lekarskie pozwalające ściśle kontrolować stan zdrowia zarówno ciężarnej, jak i płodu.

DYSKUSJA

Ciąża nie predysponuje do pojawienia się guza pierwotnego mózgu, niemniej jednak podczas ciąży może dojść do przyspieszenia istniejącego już procesu nowotworowego. Wpływ na to mogą mieć hormony wydzielane w ciąży oraz zależność samego guza od hormonów [1]. Według Markwita i Bręborowicza [8] zwiększona tolerancja immunologiczna w wyniku zahamowania naturalnej odpowiedzi limfocytów przez hormony, takie jak: estrogeny, glikokortykosteroidy, gonadotropina kosmówkowa, alfa-fetoproteiny, może ułatwić rozprzestrzenianie się nowotworu. Ma to związek z wydzielaniem w I trymestrze ciąży płodowego czynnika immunosupresyjnego przez trofoblast. Jednym z hormonów mogących sygnalizować rozwój nowotworu jest według badań ludzka gonadotropina kosmówkowa – hCG, wydzielana nie tylko podczas ciąży. Przypuszcza się, że gonadotropina kosmówkowa wydzielana przez nowotwory jest odpowiedzialna za zatrzymanie procesów dążących do śmierci komórek nowotworowych [9]. Przyczynami wzrostu częstości występowania nowotworów w ciąży może być według wielu teorii zwiększający się wiek kobiet zachodzących w pierwszą ciążę oraz wzrost ryzyka wystąpienia nowotworu złośliwego wraz z wiekiem [10]. Okres ciąży jest ważnym czasem w życiu kobiety, w którym dochodzi do wielu zmian fizjologicznych organizmu. Biorąc pod uwagę fakt, że jest to pierwsza ciąża, pacjentka odczuwała lęk związany z przyszłym macierzyństwem i niepokój o to, czy sprostaa oczekiwaniom własnym oraz męża. Dodatkowe pojawienie się choroby u przyszłej matki w 5. miesiącu ciąży wzmaga u niej negatywne emocje, które odczuwane długotrwale mogą doprowadzić do wystąpienia przewlekłego stresu działającego negatywnie nie tylko na ciężarną, ale także na jej nienarodzone dziecko – dochodzi do atrofi powstałych już neuronów oraz zmian w komórkach gleju mózgu dziecka [11]. Według Joško-Ochojskiej [12] dzieje się tak ze względu na kontakt i bezpośredni wpływ hormonów i neuroprzekazników wydzielanych przez matkę na mózg dziecka. Skutkiem tego może być wystąpienie zaburzeń lękowych, chorób psychicznych u dziecka, w późniejszym życiu. Nasilenie lęku u kobiety spodziewającej się dziecka powoduje zmianę stężenia kortyzolu w płynie owodniowym, co może wywołać zaburzenia poznawcze i językowe u jej dziecka w późniejszym okresie życia. Lęk może przyczynić się także do wystąpienia porodu przedwczesnego. Ze względu na szereg negatywnych następstw stresu i lęku w okresie ciąży należy podjąć wszelkie działania mające na celu zmniejszenie tych emocji, aby nie dopuścić u ciężarnej do rozwoju depresji, mającej negatywny wpływ na nienarodzo-

ne jeszcze dziecko [12]. Nawiązanie dobrego kontaktu z chorą, pozytywny stosunek do jej osoby i rozmowa mogą przyczynić się do zwiększenia jej poczucia bezpieczeństwa, zmniejszenia lęku, stresu i napięcia psychicznego [13]. Wsparcie społeczne jest niezbędne w walce ze stresem i lękiem w okresie ciąży, jak i bezpośrednio po urodzeniu się dziecka.

WNIOSKI

Profilaktyczne działania pielęgniarские/położnicze pozwalają zapobiegać potencjalnym niebezpiecznym zdarzeniom zagra-

żającym życiu zarówno matki, jak i płodu. Współpraca zespołu terapeutycznego w leczeniu niedowładu oraz objawów wynikających z choroby efektywnie działają na proces przywracania sprawności i poprawę samopoczucia pacjentki. Wsparcie ze strony rodziny, osób bliskich, a także pielęgniarki/położnej, edukacja, pozwalają na lepszą współpracę i zaangażowanie pacjentki w proces leczenia.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Bręborowicz G, Kozubski W, red. *Choroby układu nerwowego u kobiet w ciąży*. Gdańsk: Via Medica; 2011.
2. Wałowska J. Propozycja rehabilitacji porażonego nerwu twarzowego. *Rehabil Prakt* 2014; 6: 27–28.
3. Słupska-Kartaczowska M. Wybrane problemy pielęgnacyjne chorego z guzem mózgu. *Zeszyty Naukowe Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Witelona w Legnicy* 2015; 15(2): 63–77.
4. Kowalewska M.: *Ból u dorosłych*. W: Kózka M, Płaszewska-Żywko L, red. *Diagnozy i interwencje pielęgniarские. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 213–217.
5. Wons A. *Stres i radzenie sobie ze stresem*. W: Trzcieniecka-Green A, red. *Psychologia – podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Kraków: Universitas; 2012: 359–400.
6. Tałaj A, Suchorzewska J. Postawy pielęgniarek i położnych wobec osób chorych i cierpiących w aspekcie obowiązujących norm prawnych i moralnych. *Probl Pielęg* 2007; 15: 32–38.
7. Kawalec E, Malinowska-Lipień I. *Zaburzenia funkcjonowania rodziny w sytuacji choroby*. W: Kózka M, Płaszewska-Żywko L, red. *Diagnozy i interwencje pielęgniarские. Podręcznik dla studiów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2009: 295–303.
8. Markwitz W, Bręborowicz GH. *Nowotwory*. W: Bręborowicz GH, red. *Położnictwo i ginekologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2010: 265–272.
9. Głodek A, Kubiczak M, Urbaniak P, i wsp. Ludzka gonadotropina kosmówkowa – znany hormon o nieznanym działaniu. *Ginek Pol* 2012; 83: 766–771.
10. Pentheroudakis G. Cancer and pregnancy. *Ann Oncol* 2008; 19(Suppl. 5): 38–39.
11. Rutkowska A, Rolińska A, Kwaśniewski W, i wsp. Lęk – jako stan i jako cecha u kobiet w ciąży prawidłowej i wysokiego ryzyka. *Curr Probl Psychiatry* 2011; 12: 56–59.
12. Joško-Ochojska J. *Wpływ dramatycznych przeżyć i lęków matki ciężarnej na losy jej dziecka*. W: Joško-Ochojska J, red. *Lęk – nieodłączny towarzysz człowieka od poczęcia aż do śmierci*. Katowice: Śląski Uniwersytet Medyczny; 2013: 11–35.
13. Ociepka A. *Komunikacja z pacjentem*. W: Trzcieniecka-Green A, red. *Psychologia – podręcznik dla studentów kierunków medycznych*. Kraków: Universitas; 2012: 329–355.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Monika Przestrzelska
Zakład Położnictwa
Katedra Ginekologii i Położnictwa
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Medyczny
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 608 509 727
E-mail: monika.przestrzelska@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 09.04.2017 r.

Po recenzji: 16.04.2017 r.

Zaakceptowano do druku: 17.04.2017 r.