

ODZYSKIWANIE SAMODZIELNOŚCI PRZEZ PACJENTÓW Z CHOROBA DYSKOWĄ KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWEGO LECZONYCH OPERACYJNIE

RECOVERING INDEPENDENCE FOR PATIENTS WITH LUMBAR DISC TREATED SURGICALLY

Katarzyna Olczak^{A,B,C,D,E,F,G}, Marek Zawirski^D, Sebastian Warchoł^{D,E,F}, Małgorzata Lewandowska^{D,E}, Jolanta Glińska^{D,E}

Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności w Pielęgniarstwie, Katedra Nauczania Pielęgniarstwa, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Polska
Department of Theory of Nursing and Skills in Nursing, Chair of Teaching of Nursing, Medical University of Lodz, Poland

Authors' contribution | Wkład autorów:

A. Study design/planning | zaplanowanie badań • B. Data collection/entry | zebranie danych
• C. Data analysis/statistics | dane – analiza i statystyki • D. Data interpretation | interpretacja danych • E. Preparation of manuscript | przygotowanie artykułu • F. Literature analysis/search | wyszukiwanie i analiza literatury • G. Funds collection | zebranie funduszy

Adres do korespondencji:

Katarzyna Olczak
Zakład Teorii Pielęgniarstwa i Umiejętności
w Pielęgniarstwie
Katedra Nauczania Pielęgniarstwa
Uniwersytet Medyczny w Łodzi
ul. Jaracza 63, 90-251 Łódź, Polska,
tel. 691 293 979
e-mail: katarzyna.olczak@office365.umed.pl

PRZESŁANE: 10.05.2018

AKCEPTACJA: 29.07.2018

DOI: <https://doi.org/10.5114/ppiel.2018.78871>

STRESZCZENIE

Wstęp: Samodzielność to kontrola nad czynnikami determinującymi działanie. Wyznacznikiem samodzielności może być zdolność pacjenta do samopielęgnacji, która opisywana jest jako zbiór czynności wykonywanych codziennie w celu normalnego funkcjonowania i rozwoju.

Cel pracy: Analiza wybranych czynników wpływających na odzyskiwanie samodzielności u pacjentów z chorobą dyskową kręgosłupa lędźwiowego leczonych operacyjnie oraz ocena samodzielności dokonana na podstawie wybranych kryteriów.

Materiał i metody: Badanie przeprowadzono u 60 pacjentów operowanych z powodu dyskopatii w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, w Uniwersyteckim Szpitalu Klinicznym im. Norberta Barlickiego w Łodzi. Wśród badanych pacjentów były 32 kobiety i 28 mężczyzn, w wieku 18–84 lat. Metodą badawczą był sondaż diagnostyczny, a narzędziem opracowane przez autorów ankiety. Składały się one z trzech części, wypełnianych przez respondentów w określonym czasie. Pierwszą część ankiety pacjenci wypełniali w zerowej dobie przed operacją, drugą w piątej dobie po zabiegu, trzecią część w 30. dniu po operacji. Z ankiety wybrano kryteria odpowiadające za sformułowanie wniosków na temat odzyskiwania samodzielności po zabiegu, takie jak: ból poruszanie się, deficyty neurologiczne, samodzielność w odczuciu pacjentów.

Wyniki: Wśród wszystkich pacjentów, którzy zgłaszali dolegliwości bólowe kręgosłupa lędźwiowego, 40% przestało je odczuwać w 30 dni od operacji. Po miesiącu od zabiegu 50% badanych nie stosowało leków przeciwbólowych, 37% zażywało je doraźnie, a 13% wskazało, że nadal musi przyjmować leki przeciwbólowe. Deficyty neurologiczne w postaci potykania się zmniejszyły się o 15% w stosunku do stanu wyjściowego.

Wnioski: Uzyskano poprawę badanych kryteriów. Poprawa wyników w wybranych kryteriach ukazała, w jakim stopniu zwiększyła się samodzielność pacjentów.

Słowa kluczowe: choroba dyskowa, samodzielność, kręgosłup.

ABSTRACT

Introduction: The study is about the process of recovering independence after disease. The determinant of the independence is the ability of the patient to self-care which is described as daily performed actions to maintain function and development. The research is based on analysis of the criteria that help determine the condition of the patient before and after the procedure. These criteria describe the independence of the patient.

Aim of the study: The purpose of the study was the analysis of selected factors that affect recovery of independence in patients with lumbar disc disease treated surgically and the assessment of their self-reliance based on selected criteria.

Material and methods: The study was conducted in 60 patients which undergone the surgical procedure due to discopathy in the lumbar section of the spine in The Norbert Barlicki University Clinical Hospital in Lodz. There were 32 women and 28 men in the age range 18-84 years. The assessment of independence was based on questionnaires made by the authors of the study.

Results: Forty percent of the patients who reported lumbar pain had no pain within 30 days of the operation. After performed surgical procedure 50% of the experimental group did not take analgesics, 37% took them in pain, and 13% still had to take painkillers. The focal neurological deficit in the form of stumbling decreased by 15% in comparison to baseline (dysphagia occurred in 30% of the patients after the surgery).

Conclusions: Improvement of the studied criteria was achieved. The improvement of the results in selected criteria showed the level of advance in independence of the patients.

Key words: disc disease, independence, spine.

WSTĘP

Bóle kręgosłupa w odcinku lędźwiowym są jednymi z najczęściej występujących w ostatnich latach zespołów chorobowych. Problem ten jest częstą przyczyną nieobecności w pracy i ograniczenia aktywności. Według aktualnych danych szacuje się, że dolegliwość ta występuje co najmniej przez tydzień w ciągu życia u 70% ogółu ludności [1, 2].

W patogenezie bólów kręgosłupa ważną rolę odgrywają zmiany toczące się w obrębie krążka międzykręgowego, stawów międzykręgowych oraz więzadeł kręgosłupa. Niezależnie od miejsca występowania bólu, zmiany patologiczne dotyczą segmentu ruchowego kręgosłupa. W miarę nasilania się patologii zaburzenia mogą obejmować różne struktury wchodzące w skład segmentu ruchowego, a także sąsiednie i odległe narządy, co wiąże się ze wspólnym segmentalnym pochodzeniem tych struktur w rozwoju ontogenetycznym [3, 4].

Bóle odcinka lędźwiowego kręgosłupa stanowią problem interdyscyplinarny. Dlatego prawidłowe leczenie obejmuje wiele różnych terapii: fizjoterapię, farmakoterapię, psychoterapię oraz edukację pacjenta i rodziny w zakresie stylu życia, pracy i wypoczynku. Głównym celem leczenia jest umożliwienie pacjentowi powrotu do pożądanego poziomu aktywności społecznej i fizycznej. Jedną z form leczenia dolegliwości bólowych w okolicy lędźwiowej kręgosłupa jest operacja chirurgiczna [5, 6].

Samodzielność to kontrola nad czynnikami determinującymi działanie. Jednym z wyznaczników samodzielności może być zdolność pacjenta do samopielegnacji, która opisywana jest jako zbiór czynności wykonywanych codziennie w celu normalnego funkcjonowania i rozwoju. Pacjenci deklarowali, że wpływ na ich samodzielność ma występowanie dolegliwości bólowych, kłopoty z poruszaniem oraz występowanie deficytów neurologicznych. Wyżej wymienione dolegliwości posłużyły jako kryteria w określeniu samodzielności grupy badanej. Spełnienie oczekiwań związanych z zakładanym efektem operacji wiąże się z uniezależnieniem od pomocy osób trzecich.

CEL PRACY

Celem pracy była analiza wybranych czynników wpływających na odzyskiwanie samodzielności u pa-

cientów z chorobą dyskową kręgosłupa lędźwiowego leczonych operacyjnie oraz ocena samodzielności na podstawie wybranych kryteriów.

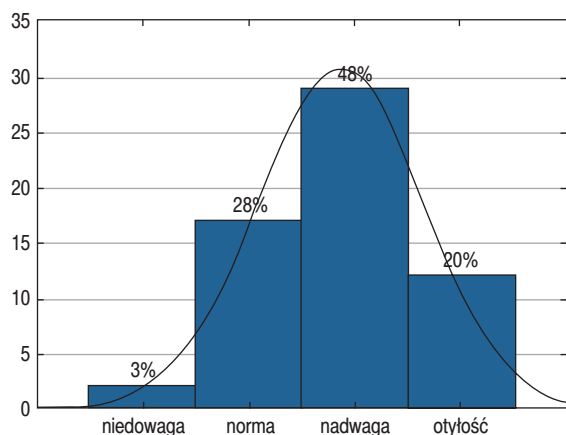
MATERIAŁ I METODY

Badanie przeprowadzono w Klinice Neurochirurgii i Onkologii Układu Nerwowego Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Norberta Barlickiego w Łodzi w latach 2010–2014 wśród 60 pacjentów operowanych z powodu choroby dyskowej lędźwiowego odcinka kręgosłupa. Metodą był sondaż diagnostyczny, a narzędziem badawczym kwestionariusz ankiety opracowany przez autorów. Ankieta była dobrowolna i anonimowa. Wypełniana była przez respondentów przed zabiegiem chirurgicznym w dobie zerowej, w piątej dobie po operacji oraz 30. dnia od zabiegu w trakcie badań kontrolnych, w neurochirurgicznej przychodni specjalistycznej lub na oddziale szpitalnym, na którym przeprowadzono badanie. Ankieta uwzględniała wpływ czynników, takich jak wskaźnik masy ciała (*body mass index* – BMI) chorych, aktywność fizyczna, forma pracy, dystans pokonywany bez bólu, deficyty czuciowe czy zażywanie leków przeciwbólowych, na założone kryteria oceniające stopień samodzielności. Projekt badania został zaakceptowany przez Komisję Bioetyki Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (nr zgody RNN/577/08).

WYNIKI

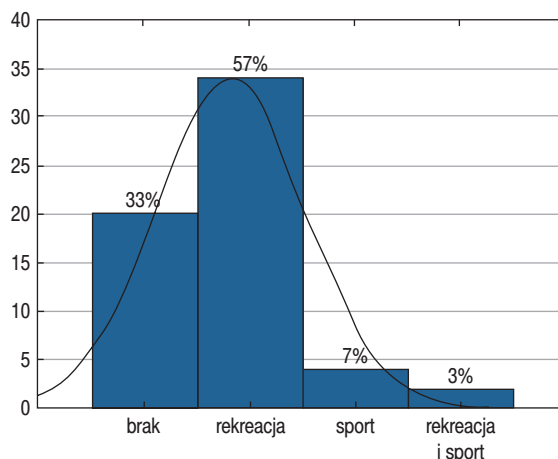
Badaniem objęto 60 pacjentów, w tym 32 kobiety i 28 mężczyzn. Średnia wieku badanych wynosiła (\bar{x}) 51,3 roku, a odchylenie standardowe (S_x) 13,6 roku, poziom zróżnicowania mierzony współczynnikiem zmienności opartym na odchyleniu standardowym kształtował się na poziomie 26,5%. W badaniu zwrócono uwagę na BMI chorych. Niedowagę miało 3% badanych, masa ciała 28% badanych kształtowała się w normie, u 48% pacjentów występowała nadwaga, a ok. 21% było otyłych (ryc. 1.).

Ze względu na cel badania słuszne wydało się także zwrócenie uwagi na rodzaj aktywności fizycznej: 33% badanych zadeklarowało, że nie wykonywało żadnej formy aktywności fizycznej przed zabiegiem, 57% osób podało, że uprawiało sport rekreacyjnie, 7% osób uprawiało sport regularnie, a tylko 3% respondentów zgłosiło zarówno aktywność fizyczną w formie rekreacji, jak i regularnego treningu (ryc. 2.).



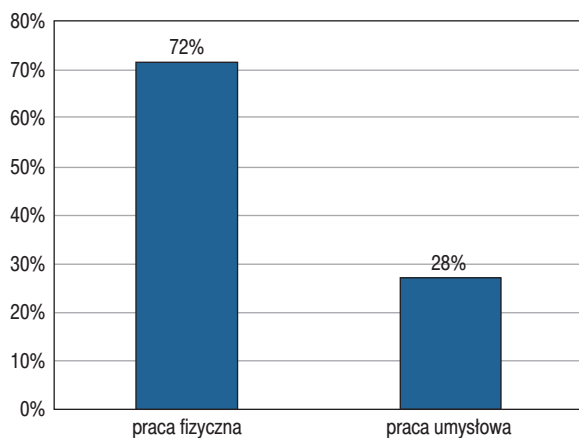
Rycina 1. Wskaźnik BMI wśród populacji badanej

Figure 1. BMI among the studied population



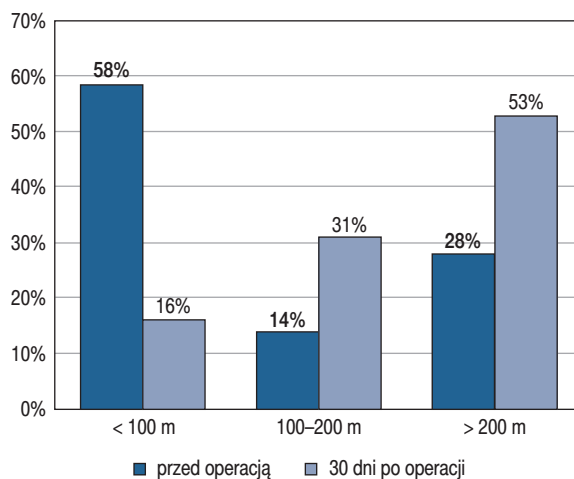
Rycina 2. Formy aktywności fizycznej badanej grupy

Figure 2. Forms of physical activity of the studied group



Rycina 3. Pacjenci i rodzaj wykonywanej przez nich pracy

Figure 3. Patients and the type of work they do



Rycina 4. Zdolność do przebycia określonego dystansu przez pacjenta przed zabiegiem chirurgicznym i 30 dni po operacji

Figure 4. Ability to travel a specific distance by the patient before surgery and 30 days after surgery

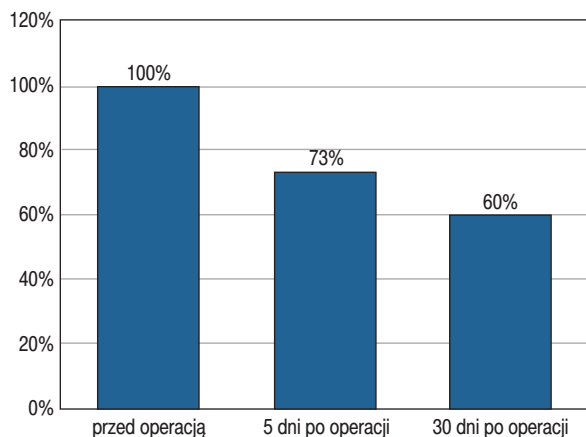
Zestawienie odpowiedzi udzielanych przez respondentów dotyczące wskaźnika BMI z deklarowanym rodzajem aktywności fizycznej nie wykazało istotnych zależności. Korelacja między badanymi czynnikami wynosi 0,036 przy poziomie istotności $r = 0,78$. Osoby czynnie uprawiające sport lub rekreację borykały się z problemem otyłości lub nadwagi. W badanej populacji 18 pacjentów miało nadwagę, a równocześnie deklarowało aktywność fizyczną w formie rekreacji. W badaniu zwrócono uwagę na formę wykonywanej pracy – 72% ankietowanych to osoby pracujące fizycznie, 28% badanych wykonywało pracę umysłową. Dolegliwości kręgosłupa w segmencie lędźwiowym częściej występowały u osób narażonych na obciążenia kręgosłupa występujące w trakcie wykonywania prac fizycznych (ryc. 3).

Zdecydowana większość badanych twierdziła, że ból nasila się po wysiłku. Przed zabiegiem 58% pacjentów nie było w stanie przejść odległości większej

niż 100 m, a 30 dni po operacji odsetek ten zmniejszył się do 16% osób, które nie były w stanie pokonać tego dystansu. Odległość powyżej 100 m przed leczeniem mogło pokonać 42% pacjentów, natomiast po miesiącu od zabiegu odsetek ten wzrósł do 84%. Ze względu na pobyt respondentów w szpitalu w 5. dobie od operacji parametr ten został pominięty w drugiej części kwestionariusza ankiety (ryc. 4.).

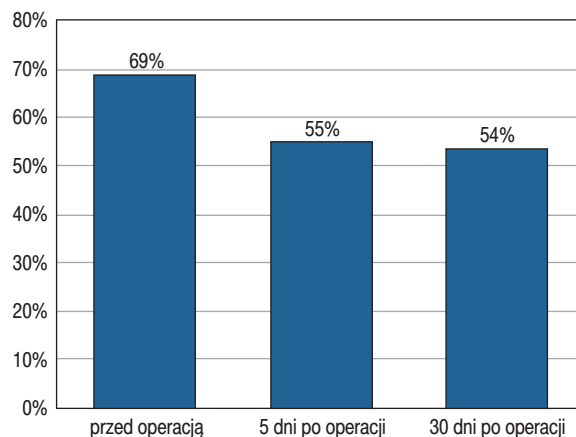
Przed zabiegiem chirurgicznym wszyscy badani zgłaszali dolegliwości bólowe kręgosłupa. W 5. dobie po operacji odsetek ten obniżył się do 73%, a w 30. dobie odnotowano spadek dolegliwości do 60% (ryc. 5.).

Jednym z parametrów cechujących pacjentów z chorobą dyskową kręgosłupa lędźwiowego jest występowanie deficytów czuciowych. Drętwienie kończyn przed operacją występowało w 69% przypad-



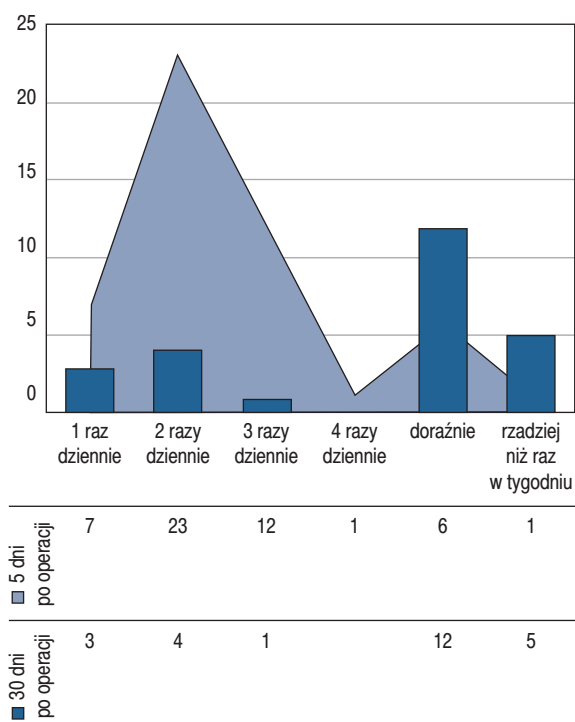
Rycina 5. Zależność występowania dolegliwości bólowych od czasu po zabiegu chirurgicznym

Figure 5. The dependence of the occurrence of pain, from the time after the surgery



Rycina 6. Występowanie deficytów czuciowych zależne od czasu po zabiegu chirurgicznym

Figure 6. The occurrence of sensory deficits depends on the time after surgery



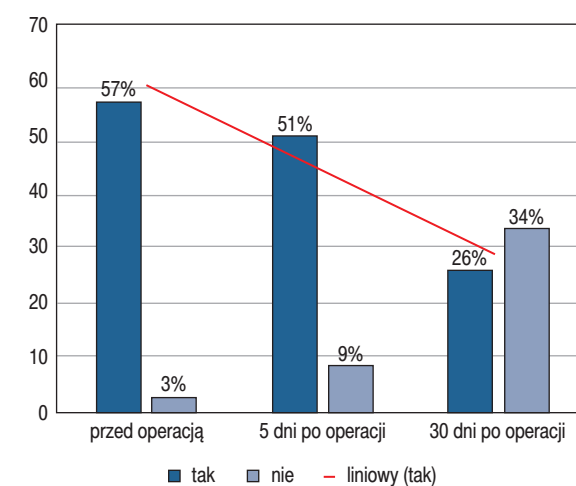
Rycina 7. Częstotliwość przyjmowania leków przeciwbólowych w badanych okresach

Figure 7. Frequency of taking analgesics during the periods studied

ków. Już 5 dni po zabiegu odsetek ten zmniejszył się do 55%, a w kolejnym badaniu po 30 dniach obniżył się do 54% (ryc. 6.).

Po miesiącu od zabiegu 50% badanych nie zażywało leków przeciwbólowych, 37% przyjmowało je doraźnie, a 13% wskazało, że nadal musi stosować leki przeciwbólowe (ryc. 7.).

Wyraźnie zaznaczył się spadek liczby przyjmowanych leków przeciwbólowych w 30. dobie po operacji.

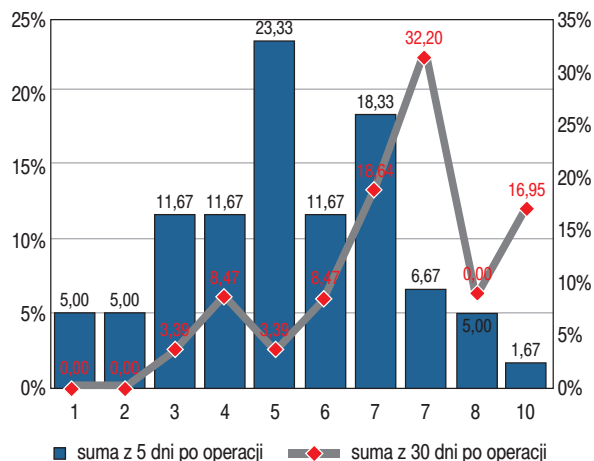


Rycina 8. Spadek liczby przyjmowania leków przeciwbólowych w badanych okresach

Figure 8. Decrease in the number of analgesics taking during the periods studied

Zaobserwowano obniżenie z 95% do 43% liczby chorych zażywających leki przeciwbólowe (ryc. 8.).

Zdecydowana większość pacjentów po zakończeniu leczenia oczekiwała powrotu do zdrowia, ważne było także zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz zmniejszenie dysfunkcji. Należy także dodać, że w zdecydowanej części nad osobami badanymi opiekę sprawowała rodzina w domu. Zaobserwowane problemy starano się porównać z wynikami po 30 dniach od operacji. O skuteczności przeprowadzonego zabiegu świadczy fakt, że 58% pacjentów, dokonując oceny stopnia samodzielności, wskazało na pełną samodzielność (przynajmniej 8–10 punktów), 39% na znaczną samodzielność (4–8 pkt), a 3% na minimalny poziom samodzielności (0–3 pkt) (ryc. 9.).



Rycina 9. Stopień samodzielności w subiektywnej ocenie respondentów

Figure 9. The degree of independence in the subjective assessment of respondents

DYSKUSJA

Olbrzymia skala problemu związana z występowaniem choroby dyskowej kręgosłupa lędźwiowego ma odzwierciedlenie w wielu publikacjach. Parametry mające znaczenie dla samooceny samodzielności, według innych autorów to np. nasilenie dolegliwości bólowych, konieczność stosowania leków przeciwbólowych, zdolność do samoobsługi w życiu codziennym i poruszania się bez istotnych ograniczeń [7]. Sobański w swojej pracy opisuje 60 pacjentów, którzy zostali poddani operacji kręgosłupa. Pacjenci byli oceniani pod kątem zadowolenia z efektów zabiegu. Uproszczona czterostopniowa skala zadowolenia (brak, dobre, względne i doskonałe) przygotowana i zastosowana przez Sobańskiego opiera się na badaniu możliwości pokonania dystansu bez potykania powyżej 100 m oraz subiektywnego odczucia pacjentów. Zgodność badanych kryteriów w obu pracach pozwala zestawić stopień samodzielności z poziomem zadowolenia. W skali 1–10 (gdzie 10 to pełna samodzielność) 55% badanych 30 dni po zabiegu oceniło stopień samodzielności w zakresie 8–10. U Sobańskiego pacjenci wykazywali w znacznej mierze względne zadowolenie z wyników leczenia, co może wskazywać, że stan zdrowia pacjentów się poprawił [8]. Jeszcze lepsze wyniki uzyskał Jolles w swoich badaniach. Po sześciu tygodniach od zabiegu chirurgicznego 73% pacjentów podaje, że czuje się dobrze lub znakomicie [9].

Zagadnieniem o decydującym znaczeniu w zakwalifikowaniu pacjenta do zabiegu chirurgicznego jest występowanie deficytów neurologicznych mających istotny wpływ na komfort życia pacjentów z chorobą dyskową kręgosłupa lędźwiowego. Badania wykazały, że przed zabiegiem 40% pacjentów

było zdolnych do przebycia dystansu większego niż 100 m, a 30 dni po zabiegu odsetek ten wynosił 85%. Eule i wsp. [10–13] odnotowali, że przed zabiegiem tylko 22,5% grupy badanej było w stanie przejść nieograniczony dystans, a po zabiegu umiejętność tę wykazywało 65% osób. Czynnikiem mającym wpływ na ocenę skuteczności zabiegu jest ból lędźwiowy. Wśród badanych nie było osoby, która nie skarżyłaby się na dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Pięć dni po zabiegu odsetek ten wynosił 73%, a po 30 dniach 60%. W metaanalizie Dorow i wsp. przeanalizowano 371 prac naukowych i po przeprowadzonej analizie statystycznej osiągnięto bezsporny wniosek, że zabiegi chirurgiczne w istotny sposób obniżają obecność dolegliwości bólowych wśród badanych pacjentów [14].

WNIOSKI

1. Pacjenci po operacji osiągnęli większą samodzielność i byli znacznie bardziej zadowoleni ze swojego stanu zdrowia. Wpłynęło na to spełnienie oczekiwań związanych z zakładanym efektem operacji dotyczących uniezależnienia od pomocy osób trzecich, zwiększenia samodzielnie pokonywanego dystansu, jak i zmniejszenia ilości przyjmowanych leków przeciwbólowych.
2. Pacjenci po operacji potrafili pokonać samodzielnie dłuższy odcinek drogi. Liczba respondentów deklarująca niemożność pokonania 100-metrowego odcinka drogi zmniejszyła się z 58% przed operacją do 16% w 30. dobie od zabiegu.
3. Zabieg chirurgiczny w znacznym stopniu przyczynił się do zmniejszenia dolegliwości bólowych kręgosłupa lędźwiowego. Odnotowano spadek ilości przyjmowanych leków przeciwbólowych o 40% w stosunku do ilości deklarowanych przed operacją.
4. Poprawa wyników w obserwowanych kryteriach dotyczących bólu, poruszania się i sprawności ukażała, w jakim stopniu zwiększyła się samodzielność pacjentów. Respondenci w 58% wskazali uzyskanie pełnej samodzielności, zaznaczając w ankietach punktację w zakresie 8–10 pkt.

Oświadczenie

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Depa A, Drużbicki M. Ocena częstości występowania zespołów bólowych lędźwiowego odcinka kręgosłupa w zależności od charakteru wykonywanej pracy. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2008; 1: 34-41.
2. Kołodziej K, Kwolek A, Rusek W i wsp. Korelacja wskaźnika symetryczności obciążenia kończyn dolnych i nasilenia bólu u pacjentów z zespołem bólowym kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego rehabilitowanych szpitalnie. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2005; 3: 234-236.

3. Kraemer J. Choroby krążka międzykręgowego: przypadki kliniczne, diagnostyka, leczenie, profilaktyka. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2013.
4. Boos N, Aebi M. Choroby kręgosłupa. T. 1. Jarmużek P (red. wyd. pol.). Medipage, 2016.
5. Koszewski W. Bóle kręgosłupa i ich leczenie. Termedia, Poznań 2010.
6. Plaskiewicz A, Kałużny K, Kochański B. Zastosowanie fizykoterapii w leczeniu dolegliwości bólowych odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *J Educ Health Sport* 2015; 5: 11-20.
7. Szczęśniak A. Kompleksowa ocena leczenia choroby dyskowej kręgosłupa lędźwiowego metodą spondylodezy międzytrzonowej z dostępu tylnego z użyciem czopa międzytrzonowego (PLIF). Praca doktorska. Zakopane 2014.
8. Sobański D, Strohm W, Kolasa P. Ocena leczenia operacyjnego pacjentów ze stenozą zwyrodnieniową w odcinku lędźwiowym metodą hemilaminektomii. *Aktualn Neurol* 2014; 14: 70-74.
9. Jolles BM, Porchet F, Theumann N. Surgical treatment of lumbar spinal stenosis. Five-year follow-up. *J Bone Joint Surg Br* 2001; 83: 949-953.
10. Postacchini F, Cinotti G. Bone regrowth after surgical decompression for lumbar spinal stenosis. *J Bone Joint Surg Br* 1992; 74: 862-869.
11. Eule JM, Breeze R, Kindt GW. Bilateral partial laminectomy: a treatment for lumbar spinal stenosis and midline disc herniation. *Surg Neurol* 1999; 52: 329-337.
12. Caspar W, Papavero L, Saylor MK i wsp. Precise and limited decompression for lumbar spinal stenosis. *Acta Neurochir* 1994; 131: 130-136.
13. Weiner BK, Patel NM, Walker MA. Outcomes of decompression for lumbar spinal canal stenosis based upon preoperative radiographic severity. *J Orthop Surg Res* 2007; 8: 2-3.
14. Dorow M, Löbner M, Stein J. Risk Factors for Postoperative Pain Intensity in Patients Undergoing Lumbar Disc Surgery: A Systematic Review. *PLoS One* 2017; 12: e0170303.