

OPIEKA PIELEŃNIARSKA NAD PACJENTEM NIEDOŻYWIIONYM Z PRZEWLEKŁĄ OBTURACYJNĄ CHOROBA PŁUC – STUDIUM PRZYPADKU

Nursing care for a malnourished patient with chronic obstructive pulmonary disease – a case study

Katarzyna Łagoda¹, Alina Nasuta², Grażyna Jurkowska³

¹ Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

² Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, SP ZOZ w Bielsku Podlaskim

³ Klinika Gastroenterologii i Chorób Wewnętrznych, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku

adres do korespondencji: katarzyna.lagoda@umb.edu.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Zły stan odżywienia lub utrata masy ciała jest czynnikiem niekorzystnie wpływającym na jakość życia i rokowania osób z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP) i stanowi niezależny czynnik ryzyka zgonów z przyczyn oddechowych.

Cel pracy. Ocena stanu odżywienia i problemów pielęgnacyjnych pacjenta z POChP.

Materiał i metody. Badaniem objęto pacjenta w wieku 60 lat, który został przyjęty na Oddział Wewnętrzny SPZOZ w Bielsku Podlaskim z powodu zaostrzenia objawów POChP. Dane zebrano za pomocą obserwacji i wywiadu pielęgniarstwa. Analizie poddano dokumentację medyczną chorego: historię choroby, indywidualną kartę zleceń lekarskich, kartę gorączkową oraz wyniki laboratoryjne i badań dodatkowych. Oceny stanu odżywienia dokonano za pomocą standaryzowanych skal pomiarowych SGA i NRS.

Wyniki. Przy przyjęciu na oddział obserwowano duszność spoczynkową spowodowaną zaostrzeniem POChP. U pacjenta stwierdzono zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań związanych z długotrwałym unieruchomieniem, kaszel z odkaszczaniem wydzieliny nagromadzonej w drzewie oskrzelowym z powodu stanu zapalnego oskrzeli, okresowo utrzymujące się obrzęk stóp oraz niedożywienie o średnim nasileniu.

Wnioski. 1. Istotnym elementem opieki pielęgniarstwa nad pacjentem z POChP jest wczesna diagnostyka zaburzeń odżywiania za pomocą standaryzowanych skal/narzędzi pomiarowych oraz profilaktyka niedożywienia. 2. Pacjenta z POChP należy motywować do aktywnego uczestniczenia w procesie leczenia i przeciwdziałania negatywnym skutkom choroby.

Słowa kluczowe: niedożywienie, przewlekła obturacyjna choroba płuc, problemy pielęgnacyjne.

SUMMARY

Background. Poor nourishment and low body weight adversely affect quality of life and prognosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and constitute an independent risk factor for respiratory-related death.

Objectives. Assess the nutritional status of a COPD patient and the related nursing care issues.

Material and methods. the studied case is a 60-year old male admitted to the Internal Medicine Unit of the independent public hospital in Bielsk Podlaski, Poland, due to a COPD exacerbation. Data was collected by means of observation and nursing health history. The analysis of the patient's medical records included his medical history, individual medical order sheet, temperature chart, laboratory results and other test results. The patient's nutritional status was evaluated using standardized measurement scales: SGA and NRS.

Results. At admission, the patient experienced dyspnea at rest, related to the COPD exacerbation. The patient was at increased risk of complications from long-term immobility. Other findings included productive coughing due to bronchial inflammation, intermittently persistent swelling of the feet, and a moderate degree of malnutrition.

Conclusions. 1. Early diagnosis of eating disorders using standardized scales or instruments and malnutrition prevention are important aspects of nursing care for COPD patients. 2. COPD patients should be encouraged to actively participate in their treatment and prevention of negative outcomes.

Key words: malnutrition, chronic obstructive pulmonary disease, problems in nursing.

WSTĘP

Niedożywienie jest to stan, który rozwija się z powodu niedostatecznej podaży, przyswajania lub nadmiernych strat substancji odżywczych, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Obecnie obserwuje się wzrost wskaźnika osób z niedożywieniem jakościowym i ilościowym w krajach wysoko uprzemysłowionych. Problem niedożywienia dotyczy przede wszystkim osób przewlekle chorych, z zespołem niedoboru odporności, schorzeniami przewodu pokarmowego, przewlekłymi infekcjami, cukrzycą, niewydolnością nerek, a także chorobami układu krążenia i oddechowego [1, 2].

Podczas przyjęcia do szpitala około 30–40% pacjentów wykazuje objawy niedożywienia, a wśród osób w podeszłym wieku jest ich o wiele więcej – około 80%. U około 30% pacjentów prawidłowo odżywionych niedożywienie rozwija się w trakcie hospitalizacji. Najgorszy jest stan odżywienia chorych przyjmowanych na oddziały intensywnej terapii [3].

Głównym powodem pogarszania się stanu odżywienia podczas leczenia szpitalnego jest brak wiedzy o znaczeniu stanu odżywienia i wpływie niedożywienia na wyniki leczenia [4].

Zaburzenia stanu odżywienia są jedną z najczęstszych objawów POChP. Zaburzenia stanu odżywienia są jedną z najczęstszych pozapłucnych manifestacji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Kacheksją nazywamy specyficzną utratę masy ciała u części chorych z POChP, charakteryzującą się utratą masy beztłuszczowej (*fat free mass* – FFM), przy braku zmian bądź względnym zwiększeniu masy tłuszczowej (*fat mass* – FM). Kacheksję w POChP stwierdza się u 20–45% populacji chorych. Częstość występowania stanu niedożywienia wzrasta wraz ze stopniem zaawansowania choroby obturacyjnej płuc [5, 6].

Problemy z oddychaniem charakterystyczne dla POChP utrudniają pacjentom spożywanie posiłków. Prowadzi to do utraty masy ciała, pogorszenia stanu odżywienia, a nawet do rozwinięcia się niedożywienia, które jest częstym powikłaniem

POCHP. Przedłużające się niedożywienie jest ściśle powiązane z obniżeniem skuteczności leczenia i zwiększonym ryzykiem zgonu. Przestrzeganie zaleceń żywieniowych w POChP odgrywa ważną rolę w całym procesie leczenia.

Wzmocniony wysiłek pacjenta przy oddychaniu przekłada się na większe niż u ludzi zdrowych zapotrzebowanie na energię. Odpowiednie żywienie pacjentów z POChP pomaga poprawić ogólne samopoczucie oraz umożliwia wykonywanie podstawowych codziennych czynności. Dobry stan odżywienia pomaga również w zwalczaniu infekcji dróg oddechowych, które są bardzo częste u chorych POChP [7, 8].

Istotnym elementem opieki nad pacjentem z POChP jest systematyczne monitorowanie stanu odżywienia pacjentów, wcześnie rozpoznawanie czynników ryzyka niedożywienia, a także samego niedożywienia. Leczenie żywieniowe u pacjentów z POChP może w istotny sposób poprawić jakość życia pacjentów, poprawić sprawność fizyczną oraz zmniejszyć ryzyko powikłań infekcyjnych.

Następstwa niedożywienia są wielokierunkowe i dotyczą praktycznie wszystkich narządów i układów, w tym także sfery psychomotorycznej człowieka. Wykazano, że utrata około 25% wyjściowej masy ciała powoduje depresję, apatię, rozdrażnienie, utratę siły i masy mięśniowej oraz zmniejszenie wydolności fizycznej. Apatia i depresja powodują utratę motywacji do leczenia, a niemożność koncentracji sprawia, że pacjenci nie są w stanie zrozumieć, zapamiętać i wykonać zaleceń dotyczących leczenia. Osłabienie mięśni oddechowych zwiększa podatność na zakażenia układu oddechowego i może prowadzić do dalszej progresji choroby [4, 9].

CEL PRACY

Celem pracy była ocena stanu odżywienia i problemów pielęgnacyjnych pacjenta z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

MATERIAŁ I METODY

Badaniem objęto 60-letniego pacjenta, z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc oraz z podejrzeniem niedożywienia, hospitalizowanego w Oddziale Wewnętrznym SPZOZ w Bielsku Podlaskim z powodu infekcji górnych dróg oddechowych i znacznego nasilenia duszności spoczynkowej.

Materiał został zebrany na podstawie obserwacji własnej i wywiadu pielęgniarstwa. Analizie poddano dokumentację medyczną chorego: historię choroby, indywidualną kartę zleceń lekarskich, kartę gorączkową oraz wyniki laboratoryjne i badań dodatkowych. U chorego wykonano pomiary bezpośrednie oraz pośrednie. Dane o stanie biopsychosocjalnym pacjenta zostały zebrane na podstawie arkusza do gromadzenia danych o pacjencie niedożywionym, własnego autorstwa, przygotowanego na potrzeby niniejszego badania. Arkusz składał się z 8 części i uwzględniał m.in.: dane demograficzne, odczuwane dolegliwości, dysfunkcje poszczególnych narządów i układów, stan psychiczny, przyjmowane leki, wywiad rodzinny oraz wyniki badań laboratoryjnych.

Stan odżywienia chorego oceniono za pomocą standaryzowanych testów: testu SGA oraz skalą NRS.

Skala NRS (Nutritional Risk Screening) – obejmuje wywiad dotyczący zmiany masy ciała w czasie, poziomu pokrycia zapotrzebowania na substancje odżywcze w tygodniu poprzedzającym badanie i nasilenie ciężkości choroby. Pacjent za każdy z elementów badania otrzymuje od 0 do 3 punktów (w sumie 0–9 punktów). Uzyskanie 3 lub więcej punktów kwalifikuje pacjenta do rozpoczęcia leczenia żywieniowego. Jeżeli wiek chorego przekracza 70 lat, dodajemy do wyniku końcowego 1 punkt. Ryzyko niedożywienia ocenia się na podstawie aktualnego stanu odżywienia i możliwości pogorszenia stanu odżywienia z powodu zwiększonego zapotrzebowania w przebiegu choroby lub operacji. Opracowanie planu opieki żywieniowej jest wskazane u chorych, którzy są: ciężko niedożywieni (3 pkt.), w ciężkim stanie (3 pkt.), średnio niedożywieni i lekko chorzy (2 pkt. + 1 pkt.), lekko niedożywieni i średnio chorzy (2 pkt. + 1 pkt.) [10].

Test SGA (Subjective Global Assessment, Subiektywna Globalna Ocena Stanu Odżywienia, 1984) – obejmuje wywiad dotyczący zmiany masy ciała, zmiany przyjmowania pokarmów, pojawienia się patologicznych objawów ze strony przewodu pokarmowego, funkcjonowania pacjenta i stresu metabolicznego, a także badanie fizykalne. Na podstawie badania pacjenta kwalifikuje się do grupy dobrze odżywionych (A), umiarkowanie niedożywionych (B) i ciężko niedożywionych (C) [11].

W celu postawienia diagnozy pielęgniarstwa oraz ustalenia postępowania pielęgniarstwa posłużono się metodą procesu pielęgnowania.

WYNIKI

Przy przyjęciu na oddział 60-letni pacjent odczuwał silną duszność spoczynkową, powikłaną zakażeniem drzewa oskrzelowego, ze znacznie upośledzoną czynnością układu oddechowego (FEV_1 – 36,2% wartości należnej, FEV_1/FVC – 42,1%). POChP rozpoznano 15 lat temu. Pacjent w przeszłości palił około 60 papierosów dziennie. Obecnie nie pracuje, przebywa na rencie chorobowej, ma orzeczoną niepełnosprawność z powodu powikłań POChP. Opiekę nad chorym w warunkach domowych sprawują żona oraz córka. W domu od roku była stosowana domowa terapia tlenem za pomocą koncentratora tlenu. Pacjent stosował tlen przez około 10–12 godzin/dobę. Prawdopodobną przyczyną zaostrzenia choroby był kontakt z osobą przeziębioną. Większość czasu pacjent przebywa w pozycji leżącej. Według relacji żony, stan psychiczny pacjenta jest zły, jest zaniepokojony swoim stanem zdrowia, zdaje sobie sprawę z poważnego zagrożenia zdrowia, odmawia kontaktu z dalszą rodziną. Pacjent nie stosuje gimnastyki oddechowej oraz drenażu ułożeniowego. W celu ewakuacji wydzieliny z dróg oddechowych stosowane były w domu inhalacje. Parametry życiowe przy przyjęciu na oddział: temperatura ciała 38°C, przyspieszone i niemiernie tętno (80 uderzeń/min.), ciśnienie tętnicze krwi 90/60 mm Hg, oddech płytki, przyspieszony z częstością 22/min.

W wywiadzie pacjent podaje występującą od kilkunastu lat duszność wysiłkową, a od około 5 lat duszność spoczynkową, z nasilonym kaszlem oraz towarzyszącym odkrztuszaniem wydzieliny, w okresie zaostrzeń nieprzejrystej o żółtawym zabarwieniu.

Na podstawie analizy zebranych danych za pomocą skali SGA oraz wyników badań laboratoryjnych u pacjenta stwierdzono niedożywienie o średnim nasileniu. Pacjent ważył 41 kg przy wzroście 168 cm (BMI: 14,5 kg/m²). Z wywiadu wynika, że u chorego nastąpił spadek masy ciała w ciągu ostatnich 6 miesięcy około 15 kg, natomiast w szpitalu nadal obserwowano postępujący ubytek masy ciała. Od około 10 tygodni nie miał apetytu i spożywał mniejsze ilości pokarmu niż zazwyczaj. Nie odczuwał nudności, wymiotów, ale skarżył się na jadłowstręt. W badaniu fizykalnym stwierdzono obrzęki w obrębie kończyn dolnych, ubytek tkanki podskórnej nad mięśniem trójkłowym i na klatce piersiowej oraz zanik mięśni.

Oceniając stan odżywienia pacjenta skalą NRS – pacjent uzyskał 4 punkty, co wskazywało na konieczność zastosowania żywienia enteralnego.

Z powodu znacznego niedożywienia i utraty apetytu choremu założono sondę do żołądka i wdrożono żywienie enteralne. Pacjent sam 2-krotnie usunął sondę z żołądka. Po konsultacji chirurgicznej pacjenta zakwalifikowano i wykonano zabieg przezskórnej endoskopowej gastrostomii (PEG).

Zaburzenia stanu odżywienia w POChP prowadzą do negatywnych następstw klinicznych. Zaburzenia fizjologii oddychania powodują ubytek masy ciała. U pacjentów z niską masą ciała zmniejsza się pojemność dyfuzyjna płuc, co powoduje zwiększenie duszności. Mniejsza masa mięśni oddechowych, głównie przepony, skutkuje zmniejszeniem ich siły i czasu skurczu, co w konsekwencji prowadzi do spadku efektywności. Podobnie dzieje się z mięśniami szkieletowymi. Zły stan odżywienia lub utrata masy ciała jest czynnikiem niekorzystnie wpływającym

na jakość życia oraz rokowanie. Stanowi niezależny czynnik ryzyka zgonów z przyczyn oddechowych [7, 12, 13].



Fotografia 1. Przeskórna endokopowa gastrostomia (źródło własne)

Stan odżywienia pacjentów oraz wpływ diety na ryzyko choroby i jej powikłań z POChP jest przedmiotem wielu badań klinicznych. Z genezą POChP może mieć związek skład ilościowy i jakościowy posiłków, a w szczególności: niedobór witamin antyoksydacyjnych, niedobór wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega-3 oraz wyższe spożycie kwasów omega-6, które mają potencjalny wpływ na reakcję zapalną, aktywność mięśni gładkich dróg oddechowych oraz reakcje enzymatyczne związane z transmisją nerwowo-mięśniową. Witamina C i E, beta-karoten, flawonoidy i selen zwalczają wolne rodniki, które mogą przyczyniać się do zapalenia [14].

Wyniki wielu badań wskazują, że wysokie spożycie warzyw i owoców zmniejszają ryzyko POChP [15–18]. Przeciwnie, zawarte w żywności mogą chronić płuca przed wolnymi rodnikami występującymi w dymie papierosowym [16].

Zalecenia żywieniowe dla pacjentów z POChP w zaawansowanym stadium choroby należy ustalić indywidualnie, uwzględniając stan zdrowia, odczuwane dolegliwości, a także stopień niedożywienia.

Zgodnie z zaleceniem Amerykańskiego Towarzystwa Żywności Poza- i Dojelitowego (ASPEN), 7-dniowe niewystarczające żywienie doustne jest maksymalnym, dopuszczalnym okresem, który pacjent może tolerować bez leczenia żywieniowego. Również Narodowy Komitet Żywności Danii zaleca podjęcie leczenia żywieniowego, jeżeli podaż pożywienia wynosi poniżej 33% zapotrzebowania przez okres dłuższy niż 2 tygodnie. We wszystkich tych rekomendacjach podkreśla się, że pokrzepienie na składniki odżywcze powinno być traktowane jako ważna część leczenia. Mimo to codzienna praktyka wskazuje, że jatrogenne niedożywienie pozostaje nadal najczęstszym, niepożądanym efektem leczenia szpitalnego [19].

U pacjenta objętego badaniem dokonywano systematycznej oceny stanu odżywienia za pomocą standaryzowanych skal pomiarowych, tj. SGA i NRS, analizy wyników badań laboratoryjnych i badania przedmiotowego, tj. 1 raz w tygodniu. Zachęcono pacjenta i jego rodzinę (żona, córka) do współpracy z dietetykiem i opracowania indywidualnej diety. Przekazano pacjentowi i jego rodzinie informacje dotyczące nefarmakologicznych metod poprawy apetytu (np. na 15–30 minut przed posiłkiem żucia gumy, skórki od chleba, ssanie cukierka o mocnych zapachach, płukanie jamy ustnej lub toaleta jamy ustnej przed każdym planowanym posiłkiem). Zastosowanie tych metod powoduje drażnienie zmysłu powonienia aromatem posiłków i pobudzenie wydzielania enzymów trawiennych. W celu poprawy łaknienia na zlecenie lekarza podawano glikokortykosteroidy (Encorton) oraz syntetyczne progestageny (Megace).

Szczególną uwagę należy zwrócić na stan i higienę jamy ustnej z powodu braku naturalnego mechanizmu samooczyszczania i wysokiego ryzyka powstania zmian troficznych w jamie ustnej.

W związku z zastosowaną metodą odżywiania u pacjenta wystąpiło ryzyko powikłań infekcyjnych i metabolicznych. Działania pielęgniarskie podjęte wobec pacjenta polegały na prowadzeniu stałej kontroli drożności PEG, kontroli zalegania treści pokarmowej, utrzymywania czystości skóry wokół PEG, obserwacji skóry wokół PEG w kierunku powikłań. Zaleganie pokarmu w żołądku sprawdzano przez połączenie strzykawki z sondą i wykonanie aspiracji treści żołądkowej: brak treści wskazuje na prawidłowe trawienie i przesuwanie się pokarmu, zaleganie treści żołądkowej informuje o nieprawidłowości i konieczności ponownego przeanalizowania sposobu odżywiania. Poinformowano chorego o konieczności pozostania w pozycji wysokiej lub półwysokiej do około 2 godzin po posiłku, aby pokarm nie cofnął się do drenu. Zachęcono chorego do spożywania płynów drogą doustną około 8–10 szklanek/dobę.

Przygotowując pacjenta do samoopieki, należy poinformować go, aby:

- chronił gastrostomię przed urazami mechanicznymi, zwłaszcza w czasie snu w nocy,
- unikał zbędnego manipulowania wokół drenu,
- przed wszystkimi czynnościami związanymi z pielęgnacją skóry wokół PEG oraz odżywianiem przez PEG starannie mył ręce, najlepiej mydłem antyseptycznym,
- obserwował skórę pod kątem zaczerwienienia, obrzęku, przeciekania treści pokarmowej,
- wykonywał toaletę skóry ciepłą wodą z mydłem o pH 5,5, następnie osuszał okolicę stomii,
- skórę wokół PEG można przemywać preparatem antyseptycznym (Skinsept Pur, Octenisept),
- wokół drenu należy zabezpieczyć skórę warstwą maści ochronnej (Linomag, Alantan, Argosulfan),
- w celu kontroli przeciekania treści pokarmowej pod płytkę należy założyć gazik. W przypadku podciekania treści, gazik zabezpieczony maścią należy zmieniać częściej, bądź nie stosować opatrunków z gazy ze względu na wchłanianie i utrzymywanie wilgoci (treść żołądkowa), co sprzyja maceracji naskórka, zaleca się wówczas nakładanie grubej warstwy maści ochronnej pod płytkę. Dren należy zabezpieczyć przed przesuwaniem się, w tym celu można przykleić dren do skóry przylepcem. Opatrunek wokół PEG należy zmieniać raz dziennie lub częściej, jeśli zajdzie potrzeba [20].

Powikłania związane z zastosowaniem PEG są bardzo rzadkie i dość często wynikają z nieprawidłowej pielęgnacji. Najczęściej występują: wyciekanie treści żołądkowej wokół cewnika powodujące infekcję i owrzodzenia skóry, odleżyny wokół cewnika w miejscu jego wkłucia. Znacznie rzadziej mogą wystąpić: przetoki żołądkowo-okrężnicze, zapalenie otrzewnej, perforacja przewodu pokarmowego, zapalenie powięzi [20].

Z powodu infekcji górnych dróg oddechowych u chorego nasiliła się duszność spoczynkowa. Pacjent był zmęczony, znużony, miał obniżony nastrój. Celem opieki pielęgniarskiej było: zmniejszenie nasilenia duszności spoczynkowej oraz poprawa wydolności psychofizycznej pacjenta. W tym celu zastosowano tlenoterapię (przepływ tlenu 4–5 l/min.) zgodnie ze zleceniem lekarskim przez wąsy tlenowe. U chorego monitorowano podstawowe parametry życiowe co 4 godziny: oddech, RR, tętno, stan świadomości oraz nasilenie duszności. Wszystkie czynności dnia codziennego pacjent wykonywał przy pomocy personelu lub członków rodziny. W celu zmniejszenia objawów obturacyjnych ze strony dróg oddechowych oraz rozszerzenia oskrzeli choremu wykonano inhalację z dodatkiem berodualu (12 kropli + 10 ml NaCl 0,9%, czas inhalacji 15 minut). Pacjentowi zalecono całkowite ograniczenie wysiłku fizycznego. Wdrożone czynności pielęgnacyjno-lecznicze spowodowały zmniejszenie nasilenia duszności oraz poprawę samopoczucia chorego.

Pacjent zgłaszał silny kaszel z odkaszuszaniem wydzieliny nagromadzonej w drzewie oskrzelowym z powodu stanu zapal-

nego oskrzeli. Pacjent odkrztuszał dużą ilość gęstej, lepkiej, białawej wydzieliny. Celem opieki pielęgniarskiej było ułatwienie ewakuacji wydzieliny zalegającej w drogach oddechowych, poprawa drożności drzewa oskrzelowego oraz zmniejszenie nasilenia kaszlu. W zaawansowanym okresie choroby zalegający w oskrzelach śluz utrudnia oddychanie i może powodować uczucie duszności. Należy pamiętać, że u chorych z POChP nie należy podawać leków przeciwkaszlowych, ponieważ mogą one nasilić stan zapalny w drogach oddechowych. W celu zmniejszenia dolegliwości zastosowano: zabiegi ułatwiające odkrztuszanie; inhalacje, naukę efektywnego kaszlu. Efektywny kaszel polega na wykonywaniu pojedynczych energicznych kaszlnięć poprzedzonych kilkoma głębokimi oddechami. Wprowadzone głęboko do płuc powietrze, podczas energicznego kaszlnięcia, przesuwa śluz w kierunku gardła. W celu rozrzedzenia zalegającej wydzieliny choremu zalecono picie ciepłych płynów obojętnych (niegazowanych, herbata owocowa, zielona, kompot, woda mineralna) w ilości około 8–10 szklanek/dobę. Zachęcono pacjenta do płukania jamy ustnej po odkrztuszaniu wydzieliny z dróg oddechowych oraz zachowania szczególnej higieny jamy ustnej. Z powodu nasilonej duszności spoczynkowej nie było możliwe zastosowanie pozycji drenażowych. Pacjentowi zaproponowano inhalacje z pary wodnej w celu zmniejszenia gęstości wydzieliny zalegającej w drogach oddechowych. W zależności od samopoczucia chorego po inhalacji wykonywano masaż vibracyjny klatki piersiowej oraz oklepywanie pleców i klatki piersiowej.

Kolejnym problemem pielęgnacyjnym, które stwierdzono u pacjenta objętego obserwacją, było zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań związanych z długotrwałym unieruchomieniem (odleżyny, odparzenia, zapalenie płuc). Celem opieki pielęgniarskiej było zmniejszenie ryzyka powikłań związanych z unieruchomieniem chorego i niską aktywnością fizyczną. Pacjent został poinformowany o możliwości powstania powikłań związanych z długotrwałym unieruchomieniem, a także sposobach zapobiegania im. Motywowano pacjenta do codziennego i systematycznego wykonywania ćwiczeń oddechowych. Choremu założono kartę profilaktyki odleżyn, w której dokumentowano wszystkie działania pielęgnacyjne i lecznicze. Chorego ułożono na materacu przeciwoodleżynowym zmiennociśnieniowym. W czasie codziennych czynności higieniczno-pielęgnacyjnych prowadzono obserwację skóry w kierunku wystąpienia odparzeń/odleżyn. Zaproponowano pacjentowi pomoc fizykoterapeuty i codzienne wykonywanie gimnastyki biernej w łóżku.

U pacjenta występowały obrzęki kończyn dolnych. Celem opieki pielęgniarskiej było zmniejszenie obrzęków. Pacjenta poinformowano o konieczności układania kończyn dolnych powyżej poziomu serca kilkakrotnie w ciągu dnia oraz zapoznano z zasadami pielęgnacji skóry w okolicy obrzęków. Codziennie

kontrolowano stan skóry i obrzęków za pomocą następujących metod: kontrola bilansu płynów, ocena przedmiotowa, badanie fizykalne, pomiar obwodów obrzęków centymetrem. Po zastosowaniu zaleceń obrzęki u pacjenta zmniejszyły się.

Stan psychiczny pacjenta w momencie przyjęcia na oddział był bardzo zły. Pacjent był bardzo przygnębiony, zaniepokojony koniecznością hospitalizacji i pogorszeniem stanu zdrowia. Celem opieki pielęgniarskiej było zmniejszenie niepokoju chorego i zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. Chorego motywowano do aktywnej współpracy w czasie wykonywania procedur leczniczych, diagnostycznych, rehabilitacyjnych i pielęgnarskich. W celu zmniejszenia lęku i niepokoju chorego uprzedzono i wyjaśniano cel wykonywanych procedur. Rodzinę chorego zaangażowano do organizowania wolnego czasu i pomocy choremu przy wykonywaniu wszystkich czynności dnia codziennego. Po kilku dniach hospitalizacji nastrój pacjenta wyraźnie poprawił się, pacjent zaczął chętniej współpracować z personelem pielęgniarskim oraz fizykoterapeutą.

PODSUMOWANIE

Niedożywienie dotyczy dużej części pacjentów chorujących na POChP. Wczesne rozpoznanie niedożywienia u pacjentów wydaje się być kluczowym działaniem w leczeniu żywieniowym POChP. Zastosowanie właściwej diety wpływa korzystnie na jakość życia chorych, a także ogranicza częstość hospitalizacji.

Początkowe stadium niedożywienia to również moment, kiedy interwencja dietetyczna daje najlepsze rezultaty. Przywrócenie należynej masy ciała u pacjenta ze znacznym niedożywieniem jest bardzo trudne i nie zawsze możliwe. W związku z tym istotnym elementem opieki nad pacjentem z POChP jest stałe monitorowanie stanu odżywienia oraz jak najwcześniejsze wdrożenie właściwego postępowania żywieniowego. Właściwe odżywianie ma istotny wpływ na przebieg choroby, profilaktykę zaostrzeń choroby, wydolność fizyczną, psychiczną i społeczną chorego oraz jakość życia chorego i jego rodziny.

WNIOSKI

1. Istotnym elementem opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z POChP jest wczesna diagnostyka zaburzeń odżywiania za pomocą standaryzowanych skal/narzędzi pomiarowych oraz profilaktyka niedożywienia.
2. Pacjenta z POChP należy motywować do aktywnego uczestniczenia w procesie leczenia i przeciwdziałania negatywnym skutkom choroby.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.
Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Ambrosino N, Simonds A. Kliniczne postępowanie w bardzo ciężkiej postaci POChP. *Med Paliat Prakt* 2009; 3(3): 119–133.
2. Babiarczyk B. Monitorowanie stanu odżywienia osób starszych hospitalizowanych na oddziałach oraz w zakładach opieki krótko- i długoterminowej. *Gerontol Pol* 2008; 1: 18–24.
3. Karwat K, Wrotek K. Przedoperacyjna ocena układu oddechowego oraz podstawowe zasady zwalczania niewydolności oddechowej. *Pol Arch Med Wew* 2004; 111(5): 609–615.
4. Pretkiewicz M. Niedożywienie i jego następstwa. *Post Żyw Klin* 2008; 2: 1–4.
5. Chwist-Nowak A, Rozentryt P, Chwist J, i wsp. Przewlekła obturacyjna choroba płuc a kacheksja. *Wiad Lek* 2006; 59: 84–88.
6. Jarzab J, Chwist-Nowak A, Rozentryt P, i wsp. Patomechanizm kacheksji w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Wiad Lek* 2005; 58: 647–665.
7. Kozak-Szkopek E. Ocena kliniczna chorego w podeszłym wieku z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Gerontol Pol* 2007; 15(3): 61–68.
8. Rowińska-Zakrzewska E, Kuś J, red. *Choroby układu oddechowego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004: 157–180.
9. Tojek K, Frasz J, Szewczyk MT, i wsp. Ocena stanu odżywienia pacjentów hospitalizowanych w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej na podstawie formularza NRS 2002. *Piel Chir Angiol* 2009; 4: 144–150.
10. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamberg O, et al. Nutritional risk screening (NRS 2002): a new method based on an analysis of controlled clinical trials. *Clin Nutr* 2003; 22: 321–326.
11. Szczygieł B. Leczenie żywieniowe. *Med Prakt* 2007; 1(71): 27–29.
12. Bistran BL, Mc Cowen KC. Nutritional and metabolic support in the adult intensive care unit. Key controversies. *Crit Care Med* 2006; 34: 15–25.
13. Polskie Towarzystwo Żywności i Dojelitowego. *Standardy żywienia pozajelitowego i dojelitowego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 12–28.
14. Romieu J, Trenga C. Diet and obstructive lung diseases. *Epidemiol Rev* 2009; 23: 268–287.
15. Hirayama F, Lee A, Binns C, et al. Do vegetables and fruits reduce the risk of chronic obstructive pulmonary disease? A case-control study in Japan. *Prev Med* 2009; 49: 184–189.
16. Celik F, Topcu F. Nutritional risk factors for the development of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) in male smokers. *Clin Nutr* 2006; 25: 955–961.
17. Watson L, Margetts B, Howarth M, et al. The association between diet and chronic obstructive pulmonary disease in subjects selected from general practice. *Eur Respir J* 2002; 20: 313–318.
18. Hirayama F, Lee A, Binns C. Dietary factors for chronic obstructive pulmonary disease: epidemiological evidence. *Expert Rev Respir Med* 2008; 2: 645–653.