

PROCES PIELEGNOWANIA PACJENTA PO PRZEBYTYM UDARZE KRWOTOCZNYM MÓZGU

Nursing care of patients after hemorrhagic stroke

Aleksandra Kołtuniuk, Malwina Staworowska, Joanna Rosińczuk

Zakład Chorób Układu Nerwowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

STRESZCZENIE

Obecnie na świecie udar mózgu uznawany jest za trzecią pod względem częstości przyczynę zgonów i za pierwszą przyczynę inwalidztwa. W Polsce szacuje się, iż około 60 tysięcy osób corocznie doświadcza incydentu naczyniowego mózgu. Udar krwotoczny charakteryzuje się cięższym przebiegiem, przyczyniając się do dużej niepełnosprawności lub nawet śmierci pacjenta.

Celem pracy było rozpoznanie problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych, przedstawienie działań umożliwiających skuteczne ich rozwiązanie oraz ukazanie sposobów zapobiegania najczęstszym powikłaniom po udarze. Aby opracować proces pielęgnowania pacjenta będącego w 10. dobie po epizodzie udaru krwotocznego, zastosowano metodę indywidualnego przypadku i wykorzystano następujące narzędzia badawcze: kwestionariusz własnego autorstwa, skalę samoobsługi Barthel, skalę punktową oceny ryzyka rozwoju odleżyn – Norton, skalę śpiączki Glasgow oraz skalę depresji Becka.

Rozpoznane u badanego problemy były konsekwencją nieprawidłowych wartości ciśnienia tętniczego krwi, deficytu samoopieki, niewłaściwej diety oraz stanu psychicznego. Oceniono również ryzyko pojawienia się powikłań związanych z długotrwałym unieruchomieniem, takich jak: odleżyny, obrzęk kończyn objętych niedowładem, przykurcze, zakrzepice żył głębokich, zapalenie płuc, wzmożone ciśnienie śródczaszkowe oraz zakażenia dróg moczowych, a także ryzyko wystąpienia powtórznego udaru krwotocznego w wyniku przewlekłego nadciśnienia tętniczego.

W analizowanym przypadku wylew krwi nastąpił do miejsc będących najczęstszą lokalizacją udarów krwotocznych. Nie przebiegał on jednak w sposób typowy, ponieważ świadomość pacjenta była w pełni zachowana. U pacjenta zastosowano leczenie zachowawcze na oddziale neurologicznym. W wyniku prawidłowo realizowanego procesu leczenia i opieki udało uniknąć się szeregu groźnych powikłań udaru (u badanego pacjenta zaobserwowano jedynie problemy z wypróżnianiem się). Działania podjęte przez pielęgniarkę zapewniły pacjentowi poczucie bezpieczeństwa oraz pozwoliły na holistyczne ujęcie oraz rozwiązanie jego problemów.

Słowa kluczowe: proces pielęgnowania, udar krwotoczny, problemy pielęgnacyjne.

SUMMARY

In the world today, cerebral stroke is considered to be the third most common cause of death and the first cause of disability. In Poland it accounts for approximately 60,000 cases of stroke. Hemorrhagic stroke is characterized by higher severity resulting in high disability or even death of a patient.

The aim of this paper was to identify the problems of nursing-caring work, present actions that should be taken to effectively address the problems, and to show the ways to prevent the most common complications after stroke incident. The method of individual case was applied to develop a nursing process in a patient 10 days after the episode of hemorrhagic stroke along with the following research tools: author's questionnaire, Barthel self-care rating scale, Norton scale for assessing risk for pressure ulcers, Glasgow coma scale and the Beck Depression Inventory.

The conditions diagnosed in the patient were a consequence of abnormal blood pressure, self-care deficit, improper diet and bad mental condition. The risk of developing complications associated with prolonged immobility such as bed sores, swelling of the extremities affected by paresis, contractures, deep vein thrombosis, pneumonia, increased intracranial pressure and urinary tract infections, as well as the risk of recurrent hemorrhagic stroke as a result of chronic hypertension was assessed.

In this case study, hemorrhage occurred in areas that are most common for hemorrhagic strokes. However, it did not proceed in a typical way as a patient remained fully conscious. The patient received conservative treatment at the neurology department. Properly implemented process of treatment and care helped to avoid a number of serious complications occurring after stroke (patient observed only problems with the bowel discharge). Measures taken by a nurse provided the patient with a feeling of security and allowed for a holistic approach and addressed his problems.

Key words: nursing care, hemorrhagic stroke, nursing problems.

WSTĘP

Udar mózgu to według definicji WHO: „zespół kliniczny charakteryzujący się nagłym pojawieniem się ogniskowych lub globalnych zaburzeń czynności mózgowia, które – jeżeli nie doprowadzą wcześniej do zgonu – utrzymują się dłużej niż 24 godziny i nie mają innej przyczyny niż naczyniowa” [2]. Obecnie jest on jednym z poważniejszych schorzeń neurologicznych mogących stanowić stan bezpośredniego zagrożenia życia. Jednak postęp, jaki dokonał się w ostatnich latach w diagnostyce i sposobach leczenia udaru, przyczynił się do znacznej poprawy rokowania i zmniejszenia inwalidztwa [1].

Udar mózgu, zaraz po chorobach serca i nowotworach, jest trzecią pod względem częstości przyczyną zgonów na świecie i zarazem najczęstszym powodem trwałego inwalidztwa osób dorosłych [2–5]. W Polsce z ich powodu umiera 9 osób na 10 tysięcy osób w populacji [3]. Według danych statystycznych, wśród 88 osób w okresie 6 miesięcy od przebytego udaru u 48% można zauważyć utrzymujący się niedowład połowiczny, 22%

osób nie jest w stanie samodzielnie chodzić, 24–53% wymaga częściowej lub całkowitej pomocy w codziennych czynnościach, u 12–18% obecne są nadal zaburzenia mowy typu afatycznego, zaś u 32% pojawiają się objawy depresji [6].

Udar jest chorobą przede wszystkim ludzi w wieku podeszłym. Zauważyć można względnie proporcjonalny wzrost zapadalności na udar mózgu w okresie od narodzin do 65. roku życia. Wzrost ten zaczyna mieć charakter wykładniczy powyżej 65. roku życia [2].

Udary mózgu ze względu na etiologię dzielimy na udary krwotoczne oraz niedokrwienne. Na te ostatnie składają się udary pochodzenia zakrzepowego lub zakrzepowo-miażdżycowego, zatorowego bądź zatokowego [7]. Udary krwotoczne zaś dzielą się na pierwotne, które stanowią około 80–85% i do których zaliczyć można te związane z angiopatią amyloidową i/lub nadciśnieniem tętniczym, oraz wtórne, stanowiące 15–20%, w których stwierdzić można inną wyjściową przyczynę krwawienia. Należą do nich m.in.: zapalenie naczyń, zakrzepica żylna mózgu,

malformacje naczyniowe (tętniaki, naczyniaki), endometrioza mózgowa, choroba moya moya, marskość wątroby, zaburzenia krzepnięcia i leczenie przeciwzakrzepowe lub fibrynolityczne [8].

Udar krwotoczny stanowi 10–12% wszystkich udarów i polega „na nagłym wylewie krwi z pękniętego naczynia, który niszczy utkanie mózgu” [7]. Zwykle ma on ciężki przebieg kliniczny, który związany jest głównie z faktem niemal natychmiastowego zniszczenia części ośrodków i dróg w ośrodkowym układzie nerwowym. Nie bez znaczenia jest również wysoko i gwałtownie rosnące ciśnienie wewnątrzczaszkowe, które jest przyczyną wysokiej wczesniej śmiertelności, sięgającej około 60% chorych [2].

Złotym standardem w diagnostyce i leczeniu udaru jest właściwe rozpoznanie objawów świadczących o dokonaniu się incydentu naczyniowego mózgu (np. spowolniała mowa), szybki transport do ośrodka referencyjnego oraz wykonanie tomografii komputerowej. Wykonuje się ją w celu różnicowania udaru krwotocznego i niedokrwienego, określenia rozległości ogniska i jego lokalizacji oraz w celu wykluczenia innych możliwych przyczyn nagłego zachorowania [9, 10]. Istotne jest także dokładne zebranie wywiadu na temat czynników ryzyka możliwego krwawienia, pojawienia się objawów prodromalnych, czasu trwania i charakteru objawów oraz ewentualnej ich progresji, a także okoliczności zachorowania. Badanie przedmiotowe, jakie należy wykonać, obejmuje badanie neurologiczne, ocenę podstawowych czynności życiowych (parametry oddechowe i krążeniowe) oraz pomiar temperatury ciała. Badaniem dodatkowymi są: laboratoryjne badania krwi (morfologia, glikemia, koagulogram, stężenie parametrów wątrobowych i nerkowych) oraz EKG i RTG klatki piersiowej [10].

CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie wieloaspektowej opieki nad pacjentem po udarze krwotocznym mózgu, na którą składa się:

- rozpoznanie problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych,
- przedstawienie działań umożliwiających skuteczne ich rozwiązanie oraz
- ukazanie sposobów zapobiegania najczęstszym powikłaniom po udarze.

METODA, TECHNIKI I NARZĘDZIA BADAWCZE

Metoda badawcza wykorzystana dla celów pracy to studium indywidualnego przypadku. Do zebrania danych posłużono się techniką wywiadu i analizy dokumentacji medycznej oraz wykorzystano następujące narzędzia badawcze:

- kwestionariusz własnego autorstwa zawierający pytania o stan zdrowia pacjenta, okoliczności, w jakich doszło do incydentu naczyniowego mózgu oraz występowania czynników ryzyka, które mogły przyczynić się do powstania udaru krwotocznego,
- skala samoobsługi Barthel [11],
- skala punktowa oceny ryzyka rozwoju odleżyn – Norton [12],
- skala śpiączki Glasgow [13],
- skala depresji Becka [14].

OPIS PRZYPADKU

J.J., lat 74, waga 90 kg, wzrost 170 cm, BMI = 31.

Pacjent przyjęty na Szpitalny Oddział Ratunkowy w trybie nagłym z powodu niedowładu prawej połowy ciała i problemów z mową, które wystąpiły zaraz po przebudzeniu. Ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 210/110 mm Hg. W wywiadzie przewlekłe nadciśnienie tętnicze, stan po operacji pęcherzyka żółciowego w grudniu 2013 r. W wywiadzie rodzinnym udar krwotoczny u obu braci.

W badaniu przedmiotowym chory w stanie ogólnym średnim, leżący, przytomny, zorientowany auto- i allopsychicznie z nieznaczoną afazją czuciowo-ruchową, GCS 15 pkt., źrenice równe, okrągłe, symetryczne, reakcja na światło zachowana, niżej ustawiony kącik ust po stronie prawej, niedowład połowiczny

prawostronny z towarzyszącą tożstronną niedoczulicą, bez cech uszkodzenia nerwu VII, osłabione odruchy głębokie po stronie prawej, objaw Babińskiego ujemny po stronie lewej, po prawej nie do oceny ze względu na brak palucha, oddech prawidłowy bez duszności i kaszlu, skóra sucha, zaczerwieniona, brak gorączki.

W tomografii komputerowej wykonanej w dniu przyjęcia w lokalizacji jąder podstawy i wzgórze po stronie lewej widoczne samoistne hiperdensyjne ognisko krwotoczne o wymiarach poprzecznych około 30 x 17 mm, koronalnym około 23 mm. Nie wykazano hiperdensyjnej krwi w układzie komorowym. Diagnoza: krwiak w okolicy jąder podstawy i wzgórze po stronie lewej.

Chory został przewieziony na oddział neurologiczny, gdyż nie wymagał interwencji chirurgicznej – wskazane jedynie leczenie zachowawcze. Po podaniu środków farmakologicznych ciśnienie tętnicze krwi zostało obniżone do 160/100 mm Hg.

W 10. dobie po wystąpieniu udaru, pacjent w kontakcie słownym logicznym, bez afazji, bez gorączki, chętny do rozmowy i ćwiczeń. Źrenice równe, okrągłe, symetryczne, reakcja na światło zachowana. Oddech prawidłowy, brak obecności kaszlu i duszności, RR 145/95 mm Hg, GCS 15 pkt. W dalszym ciągu obecny niedowład połowiczny prawostronny. Wymaga pomocy w czynnościach dnia codziennego w umiarkowanym stopniu – w skali Barthel otrzymał 45 pkt. W skali punktowej oceny ryzyka rozwoju odleżyn Norton pacjent otrzymał 14 pkt., co równoznaczne jest z ryzykiem pojawienia się odleżyn. W skali depresji Becka otrzymał 5 pkt. – co świadczy o braku cech depresji. Poza występowaniem zaparć nie zgłasza żadnych innych dolegliwości.

Po zebraniu wywiadu w 10. dobie hospitalizacji oceniono stan pacjenta i postawiono następujące diagnozy pielęgniarские:

Diagnoza pielęgniariska 1. Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego krwi spowodowane nieregularnym przyjmowaniem leków przeciwnadciśnieniowych.

Cel opieki:

- unormowanie ciśnienia tętniczego krwi,
- zapobieganie powikłaniom.

Działania pielęgniarские:

- podawanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza,
- uświadomienie choremu konieczności regularnego przyjmowania leków przeciwnadciśnieniowych,
- monitorowanie wartości ciśnienia tętniczego i odnotowywanie wyników w karcie gorączkowej pacjenta oraz dzienniczku samokontroli,
- obserwacja pacjenta w kierunku objawów świadczących o podwyższonym ciśnieniu krwi,
- poinformowanie o objawach mogących świadczyć o podwyższonym ciśnieniu tętniczym krwi (np. ból głowy, zaczerwienienie twarzy),
- uświadomienie korzyści wynikających z przestrzegania zaleceń fizjoterapeuty w zakresie aktywności fizycznej dostosowanej do stanu pacjenta (ćwiczenia oddechowe, przeciwzakrzepowe, bierne),
- zalecenie stosowania diety obniżającej ciśnienie tętnicze krwi (warzywa, owoce, ograniczone spożycie tłuszczów zwierzęcych),
- zaproponowanie ograniczenia spożycia soli (< 6 g/d),
- poinformowanie o sposobach zmniejszenia masy ciała i utrzymania jej na prawidłowym poziomie,
- ocena skuteczności podjętych działań.

Ocena końcowa: ciśnienie krwi zostało unormowane.

Diagnoza pielęgniariska 2. Trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych spowodowane prawostronnym niedowładem, będącym konsekwencją udaru krwotocznego.

Cel opieki:

- zwiększenie poziomu sprawności w trakcie wykonywania czynności samoobsługowych,
- pomoc w zaspokajaniu potrzeb życiowych,
- zapewnienie bezpieczeństwa.

Działania pielęgniarские:

- ocena stopnia sprawności pacjenta (np. skalą Barthel),
- pomoc przy codziennej higienie i pielęgnacji ciała,
- pomoc w przygotowywaniu i spożywaniu posiłków,
- pomoc w innych czynnościach dnia codziennego,
- motywowanie do wykonywania ćwiczeń,
- uruchamianie pacjenta,
- dostosowanie aktywności fizycznej do możliwości pacjenta,
- zachęcanie do samodzielnego wykonywania jak największej liczby czynności,
- stosowanie barierek przyłóżkowych,
- ustawienie szafki pacjenta po stronie niedowładnej,
- ocena skuteczności podjętych działań.

Ocena końcowa: trudności zostały ograniczone.

Diagnoza pielęgniariska 3. Ryzyko wystąpienia odleżyny z powodu długotrwałego unieruchomienia.

Cel opieki:

- niedopuszczenie do powstania odleżyn,
- zwiększenie aktywności fizycznej.

Działania pielęgniarские:

- ocena ryzyka wystąpienia odleżyny według skali Douglasa,
- pomoc przy zmianie pozycji pacjenta (co 2 godziny),
- stosowanie udogodnień, np. materac przeciwoleżynowy,
- odpowiednia pielęgnacja skóry (nawilżanie skóry, utrzymanie jej w czystości),
- utrzymywanie okolic intymnych w czystości i w stanie suchym,
- unikanie nadmiernego tarcia i naciągania skóry,
- unikanie zewnętrznego ucisku,
- ocenianie integralności skóry pacjenta,
- zalecenie stosowania diety z dużą zawartością białka,
- zachęcanie do aktywności fizycznej dostosowanej do możliwości i stanu zdrowia pacjenta,
- ocena skuteczności podjętych działań.

Ocena końcowa: brak odleżyny.

Diagnoza pielęgniariska 4. Zaparcia wynikające z ograniczonej sprawności fizycznej.

Cel opieki:

- poprawa perystaltyki jelit i regulacja wypróżnień.

Działania pielęgniarские:

- zalecenie stosowania diety bogatobłonnikowej (pełnoziarniste pieczywo, otręby, zielone warzywa i owoce, grube kasze),
- zaproponowanie picia na czczo ciepłej przegotowanej wody z miodem i poinformowanie o konieczności odczekania co najmniej 30 minut do posiłku,
- proponowanie spożycia jogurtu, kefiru, moreli, rodzynków, picia soku z kiszzonej kapusty,
- polecenie ograniczenia spożycia cukru, tłuszczu, kakao,
- dostosowanie aktywności fizycznej do stanu pacjenta,
- zachęcanie do ćwiczeń,
- zalecenie masowania brzucha zgodnie z ruchem wskazówek zegara,
- w razie konieczności zastosowanie łagodnego środka przeczyszczającego w postaci ziołowych herbat lub czopków,
- ocena skuteczności podjętych działań.

Ocena końcowa: mimo podjętych działań pacjent nadal uskarża się na problemy z wypróżnianiem.

Diagnoza pielęgniariska 5. Ryzyko wystąpienia powtórnego udaru krwotocznego w wyniku przewlekłego nadciśnienia tętniczego.

Cel opieki:

- zmniejszenie ryzyka wystąpienia udaru.

Działania pielęgniarские:

- wysokie ułożenie wezgłowia,
- monitorowanie wartości ciśnienia tętniczego,
- obserwacja pacjenta pod kątem niepokojących objawów

- świadczących o nadciśnieniu tętniczym,
- podawanie leków na zlecenie lekarza,
- ocena skuteczności podjętych działań.

Ocena końcowa: brak cech świadczących o wystąpieniu ponownego epizodu udaru.

Diagnoza pielęgniariska 6. Ryzyko obrzęku kończyn objętych niedowładem.

Cel opieki:

- zapobieganie obrzękowi kończyn.

Działania pielęgniarские:

- uniesienie kończyn powyżej poziomu serca,
- stosowanie masażu kończyn,
- codzienny pomiar obwodu kończyn,
- obserwacja kończyn dotycząca cech świadczących o obrzęku (kolor, ucieplenie, pomiar obwodu),
- ocenianie skuteczności podjętych działań.

Ocena końcowa: brak obrzęku niedowładnych kończyn – górnej i dolnej.

Diagnoza pielęgniariska 7. Ryzyko wystąpienia innych ogólnoustrojowych powikłań (przykurczy, zakrzepicy żył głębokich, zapalenia płuc, wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, zakażenia dróg moczowych) jako skutków długotrwałego unieruchomienia.

Cel opieki:

- zapobieganie powikłaniom.

Działania pielęgniarские:

- zapewnienie odpowiedniego ułożenia pacjenta (pozycja zapobiegająca przykurczom oraz wysokie ułożenie),
- zachęcanie do wykonywania ćwiczeń,
- wykonywanie z pacjentem ćwiczeń przeciwwakrebowych,
- przeprowadzanie ćwiczeń oddechowych,
- zapewnienie pacjentowi przyrządów do samodzielnego wykonywania ćwiczeń oddechowych (np. butelka z wodą i rurką),
- oklepywanie klatki piersiowej,
- kontrola wartości ciśnienia tętniczego krwi,
- obserwacja pacjenta dotycząca objawów wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego,
- prowadzenie bilansu płynów,
- obserwacja zabarwienia i charakteru moczu,
- stosowanie odpowiedniej higieny kroczu,
- ocena skuteczności podjętych działań.

Ocena końcowa: brak powikłań w postaci przykurczy, zakrzepicy żył głębokich, zapalenia płuc, wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, zakażenia dróg moczowych.

Diagnoza pielęgniariska 8. Otyłość wynikająca ze stosowania nieprawidłowej diety i braku aktywności fizycznej.

Cel opieki:

- zmniejszenie masy ciała.

Działania pielęgniarские:

- promowanie zdrowego stylu życia,
- poinformowanie o sposobach redukcji masy ciała,
- udzielenie wskazówek dietetycznych,
- zaproponowanie konsultacji z dietetykiem,
- uświadomienie, jak bardzo ważna jest aktywność fizyczna dostosowana do stanu zdrowia,
- motywowanie pacjenta do unormowania masy ciała.

Ocena końcowa: pacjent zmobilizowany do unormowania masy ciała.

Diagnoza pielęgniariska 9. Obniżony nastrój spowodowany obawą o możliwość bycia ciężarem dla członków rodziny z powodu ograniczonej sprawności.

Cel opieki:

- poprawa nastroju.

Działanie pielęgniarские:

- towarzyszenie pacjentowi w trakcie hospitalizacji,
- rozmowa z pacjentem na temat jego obaw,
- aktywne słuchanie pacjenta,
- wpieranie pacjenta,
- edukacja pacjenta w zakresie czynności zwiększających sprawność fizyczną (aktywny udział w rehabilitacji),
- uświadomienie, jak ważna jest współpraca z całym zespołem terapeutycznym,
- pokazanie, jak możliwie najlepiej żyć z niepełnosprawnością,
- rozmowa z rodziną pacjenta na temat jego obaw,
- ocena skuteczności podjętych działań.

Ocena końcowa: nastrój pacjenta uległ poprawie.

DYSKUSJA

Problemy, jakie występują u pacjentów po przebytych udarach mózgu, zależą od miejsca uszkodzenia mózgu, jego rozległości oraz czasu, jaki upłynął od wystąpienia objawów do momentu rozpoczęcia leczenia. Powrót do zdrowia zależy w dużym stopniu od samego pacjenta, jego motywacji do bycia aktywnym członkiem zespołu terapeutycznego i realizowania zaleceń. Istotny jest też sposób prowadzenia opieki pielęgniarской nad pacjentem. Ważnym aspektem tej opieki jest zapobieganie powikłaniom ogólnomedycznym, zmniejszanie objawów neurologicznych, jak i udzielanie wsparcia pacjentowi i towarzyszenie mu w procesie leczenia oraz powrotu do zdrowia [15].

U badanego pacjenta obraz kliniczny nie przebiegał w sposób typowy. Według literatury [7], krwotok mózgowy zazwyczaj zaczyna się nagle, bywa niekiedy poprzedzony objawami prodromalnymi w postaci przemijających objawów ogniskowych lub bólów głowy. Dokonuje się on najczęściej podczas wysiłku lub emocji oraz w trakcie dnia. Przeważnie pojawiają się objawy ogniskowe, które zależą od miejsca krwawienia oraz silny ból głowy. W ciągu kilku minut następuje utrata przytomności, a dodatkowo mogą pojawić się wymioty, a nawet drgawki. Znacznie rzadziej zachowana jest przytomność, a objawy rozwijają się powoli.

Przebieg udaru u analizowanego pacjenta jest przykładem rzadszej postaci udaru krwotocznego. Pacjent cały czas miał zachowaną świadomość, nie zgłaszał poważnych dolegliwości bólowych, pojawiły się natomiast objawy ogniskowe, tj. niedowład połowiczny prawostronny oraz tożstronne zaburzenia czucia. Nie wystąpiły natomiast wymioty ani drgawki.

U pacjenta w badaniu tomograficznym głowy stwierdzono krwiak w okolicy jąder podstawy i wzgórza po stronie lewej, co potwierdza opinię wielu autorów [5, 7], iż ta lokalizacja jest najczęstszym miejscem powstawania krwotoków śródmózgowych.

Wystąpienie udaru mózgu wiąże się z obecnością pewnych czynników ryzyka. Czynniki te możemy podzielić na niemodyfikowalne i modyfikowalne. Do pierwszej grupy zalicza się: wiek (od 55 r.ż.), płeć męską, rasę (czarna oraz populacja latynoamerykańska), niski status socjoekonomiczny oraz obciążający wywiad rodzinny (np. genetycznie dziedziczone niedobory czynników krzepnięcia – białka C, S, AT III, genetyczne zaburzenia lipidowe, udar mózgu przebyty przez rodziców) [4, 16–18]. W przypadku badanego pacjenta wykryto następujące czynniki ryzyka wchodzące w skład powyższej grupy: wiek (pacjent ma 74 lata), płeć oraz obciążający wywiad rodzinny (udar u obu braci).

Do drugiej grupy czynników ryzyka, tj. modyfikowalnych, należą: nadciśnienie tętnicze i inne choroby układu krążenia, palenie tytoniu, cukrzyca, zwężenie tętnicy szyjnej, migotanie przedsionków, zaburzenia lipidowe – hiperlipidemia, mała aktywność fizyczna, otyłość (BMI > 30), nadużywanie alkoholu (powyżej 60 g/dobę), zaburzenia w układzie krzepnięcia [4, 16–18]. W analizowanym przypadku stwierdzono występowanie modyfikowalnych czynników ryzyka, takich jak: długotrwałe leczone nadciśnienie tętnicze, które w największym stopniu

przyczyniło się do wystąpienia krwotoku, niska aktywność fizyczna oraz otyłość.

U pacjentów po udarze mózgu często dochodzi do powikłań, które można zakwalifikować do ośmiu głównych grup: powikłania neurologiczne, sercowo-naczyniowe, oddechowe, żołądkowo-jelitowe, układowe, skórne, dotyczące czynności zwieraczy oraz inne [19].

W skład pierwszej grupy wchodzi: dysfagia, napady padaczkowe, obrzęk mózgu i wgłobienie oraz zaburzenia psychiczne [19]. W opisywanym przypadku nie stwierdzono żadnego z powyższych powikłań. Najprawdopodobniej miało to związek z nie-wielkim ogniskiem krwotocznym u pacjenta.

Do drugiej grupy powikłań można zaliczyć: zaburzenia rytmu serca, zawał mięśnia sercowego, spadek lub wzrost ciśnienia tętniczego, niewydolność krążenia, a także zakrzepowe zapalenie żył głębokich [19]. Żadnych powikłań z tej grupy również nie rozpoznano, a zakrzepowemu zapaleniu żył zapobiegano przez regularnie prowadzone ćwiczenia przeciwbólowe z pacjentem.

Natomiast do powikłań oddechowych zaliczamy: infekcje płucne, zachłyśnięcie, niewydolność oddechową oraz zator płucny [19]. W analizowanym przypadku nie stwierdzono żadnego powikłania z tej grupy, co związane było z wdrożeniem działań profilaktycznych.

Grupę powikłań żołądkowo-jelitowych tworzą: zator krezki, krwawienie z przewodu pokarmowego, niedrożność porażenna jelit [19]. U badanego pacjenta nie stwierdzono żadnego z wyżej wymienionych powikłań.

W skład grupy powikłań układowych wchodzi natomiast: hiperglikemia bądź hipoglikemia, gorączka, a także zaburzenia wodno-elektrolitowe [19]. W opisywanym przypadku zaburzenia te nie wystąpiły, stan pacjenta był regularnie oceniany, a jego wyniki odnotowywane.

Według literatury [19] najczęstszymi powikłaniami skórnymi są odleżyny. Powikłań tych nie zaobserwowano w analizowanym przypadku, gdyż skutecznie im przeciwdziałano, m.in. przez częstą zmianę pozycji, stosowanie materaca przeciwo-dleżynowego i innych udogodnień, utrzymywanie ciała pacjenta w czystości i stanie suchym oraz dbanie o prawidłowe nawilżenie skóry i unikanie tarcia miejsc najbardziej narażonych na powstanie odleżyn.

Powikłania dotyczące czynności zwieraczy to głównie zaparcia, nietrzymanie moczu bądź jego zatrzymanie oraz infekcje dróg moczowych [19]. U chorego zdiagnozowano problem z regulacją wypróżnień, będący skutkiem unieruchomienia. Natomiast problemów związanych z infekcją układu moczowym nie zaobserwowano.

Ostatnią grupę powikłań mogących wystąpić po udarze stanowią złamania, upadki oraz zespół bolesnego barku [19]. W trakcie pobytu w szpitalu pacjent nie skarżył się na dolegliwości bólowe ze strony układu mięśniowo-szkieletowego. Nie doszło również do upadku, gdyż pod nieobecność personelu bądź innych osób, barierki przy łóżku były zawsze podniesione uniemożliwiając upadek pacjenta. Natomiast w trakcie czynności higienicznych, jak i innych, podczas których barierki były opuszczone, pacjent cały czas był asekurowany.

W opiece pielęgniarской nad pacjentem po udarze mózgu istotne jest zapobieganie jego powtórnemu wystąpieniu. Istotne jest, aby poinformować pacjenta o wszelkich możliwych czynnikach ryzyka oraz motywować go do zmiany stylu życia. Zalecane jest także regularne przyjmowanie leków, kontrola poziomu glukozy i ciśnienia tętniczego [20, 21]. Metody, jakie zaproponowano w niniejszej pracy, aby zapobiec ponownemu udarowi, oprócz monitorowania wartości ciśnienia tętniczego i zachęcania do systematycznego zażywania leków, obejmowały również wysokie ułożenie wezgłowia (co miało na celu zapobiec wzrostowi ciśnienia wewnątrzczaszkowego) oraz obserwację pacjenta dotyczącą objawów świadczących o podwyższonym ciśnieniu krwi tętniczej.

Podwyższone wartości ciśnienia tętniczego krwi są głównym czynnikiem ryzyka ponownego epizodu udarowego [4, 17, 18]. W analizowanym przypadku, mimo wdrożenia leczenia hipotensyjnego, nadal utrzymywały się podwyższone wartości ciśnienia krwi tętniczej. Niestety spowodowane to było nieregularnym przyjmowaniem leków przeciwnadciśnieniowych. Działania, jakie podjęto w celu unormowania wartości ciśnienia tętniczego krwi, polegały głównie na farmakoterapii, obserwacji pacjenta oraz promowaniu zdrowego stylu życia i były zgodne z danymi prezentowanymi w literaturze [20]. Dodatkowo skupiono się na edukacji pacjenta na temat objawów świadczących o podwyższonym ciśnieniu tętniczym krwi.

Jednym z głównych problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych pacjenta po udarze jest niedowład kończyn, będący przyczyną trudności w wykonywaniu czynności samoobsługowych [20]. W badanym przypadku zdiagnozowany został prawostronny niedowład połowiczy oraz toższone zaburzenia czucia. Celem opieki było zwiększenie sprawności w trakcie wykonywania czynności samoobsługowych, pomoc w zaspokajaniu potrzeb życiowych oraz zapewnienie bezpieczeństwa w trakcie trwania całej hospitalizacji. Interwencje pielęgniarские, jakie zostały podjęte, aby osiągnąć postawione cele zgodne są z działaniami proponowanymi w literaturze [20].

W trakcie hospitalizacji badany pacjent narażony był na powstanie odleżyn, z powodu długotrwałego unieruchomienia. Liczne publikacje na temat profilaktyki odleżyn [6, 12, 22, 23] zalecają, aby dokonywać zmiany pozycji pacjenta co 2 godziny, z zachowaniem zasad prawidłowego ułożenia kończyn objętych niedowładem, stosować udogodnienia w postaci materacy przeciwoleżynowych, dbać o prawidłowy stan skóry, unikać zewnętrznego ucisku oraz nadmiernego tarcia i naciągania skóry oraz właściwie odżywiać pacjenta. Wszystkie powyższe zalecenia zostały uwzględnione w procesie pielęgnowania analizowanego pacjenta. Dodatkowo skupiono się na aktywizacji pacjenta oraz motywowaniu go do ćwiczeń dostosowanych do aktualnego stanu zdrowia.

Badany był również narażony na wystąpienie innych powikłań ogólnoustrojowych, takich jak: przykurcze, zakrzepica żył głębokich, zapalenie płuc, wzmożone ciśnienie śródczaszkowe, zakażenie dróg moczowych oraz obrzęk kończyn objętych niedowładem. Działania pielęgniarские, jakie zostały podjęte w celu ich uniknięcia, obejmowały czynności profilaktyczne wszystkich wymienionych powyżej powikłań i zgodne były z działaniami podawanymi w piśmiennictwie [6, 12, 20].

Znacznym problemem w analizowanym przypadku była też otyłość. Według Słodownik i wsp. [20], aby zmniejszyć masę ciała należy przede wszystkim wyedukować pacjenta w zakresie zasad prawidłowego żywienia oraz wzmocnić jego motywację do prowadzenia przez niego aktywności fizycznej dostosowa-

nej do stanu zdrowia. W procesie pielęgnowania analizowanego pacjenta zastosowano wyżej wymienione zalecenia. Ponadto zaproponowano konsultację z dietetykiem.

Badany pacjent zgłaszał także problemy z wypróżnianiem się w postaci zaparć. Działania, jakie należy podjąć w celu ich likwidacji, opierają się m.in. na doborze odpowiedniej diety i aktywizacji pacjenta. Ponadto można stosować masaż powłok brzusznych, zgodnie z ruchem wskazówek zegara [24]. Wszystkie powyższe działania zostały wdrożone w trakcie opieki nad badanym, niestety bez wymiernego efektu końcowego.

U analizowanego pacjenta zaobserwowano również obniżony nastrój spowodowany obawą o bycie ciężarem dla pozostałych członków rodziny. Ryzyko depresji jest również większe u osób z uszkodzeniem okolic jąder podstawy, u osób ze zmianami w okolicy przedczołowej bądź zaburzeniami metabolizmu amin biogennych [25]. Z powodu ryzyka depresji badany pacjent został oceniony skalą depresji Becka [14] otrzymując 5 punktów (świadczy to o braku depresji). Podjęto więc działania mające na celu poprawę nastroju pacjenta przez rozmowę na temat jego obaw, wpieranie go, edukację w zakresie czynności zwiększających sprawność fizyczną oraz pokazanie, jak możliwie najlepiej żyć z niepełnosprawnością.

Prawidłowo świadczona opieka nad pacjentem po udarze mózgu rozpatruje jego problemy w ujęciu holistycznym, nie skupiając się wyłącznie na stanie fizycznym. Polega na współpracy całego personelu medycznego oraz aktywnym udziale samego chorego. Jakość świadczonej opieki pielęgniarской zależy od odpowiedniego rozpoznania problemów danego pacjenta, przepływu informacji między poszczególnymi członkami zespołu medycznego oraz wiedzy i umiejętności praktycznych, jakimi dysponują pielęgniarki. Celem niniejszej pracy było rozpoznanie problemów pielęgnacyjno-opiekuńczych pacjenta po przebytych udarach krwotocznym, przedstawienie działań umożliwiających ich skuteczne rozwiązanie oraz ukazanie sposobów zapobiegających najczęstszym powikłaniom po udarze. Cele te zostały osiągnięte w stopniu zadowalającym. Problemy pacjenta zostały rozpoznane i w miarę skutecznie rozwiązane.

WNIOSKI

1. Podjęte interwencje pielęgniarские przyniosły oczekiwany skutek w stopniu zadowalającym.
2. Dzięki zastosowanym działaniom u pacjenta nie doszło do rozwoju większości powikłań charakterystycznych dla udaru krwotocznego.
3. Dzięki aktywnemu udziałowi samego chorego w procesie leczenia i pielęgnacji, udało uniknąć się pogorszenia aktualnego stanu zdrowia.

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autorek.

Konflikt interesów: Autorki nie zgłaszają konfliktu interesów.

BIBLIOGRAFIA

1. Fiszer U, Palasik W. Udar mózgu i stan padaczkowy – neurologiczne stany zagrożenia życia. *Post Nauk Med* 2006; XIX(4): 127.
2. Kozubski W. *Choroby naczyniowe układu nerwowego*. W: Kozubski W, Liberski PP, red. *Neurologia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011: 424–425, 456–459.
3. *Rocznik demograficzny 2014*. Warszawa: GUS; 2014: 384.
4. Strepikowska A, Buciński A. Udar mózgu – czynniki ryzyka i profilaktyka. *Farm Pol* 2009; 65(1): 46–50.
5. Tarasiuk J, Kułakowska A, Drozdowski W. Krwotok śródmózgowy – czynniki ryzyka, diagnostyka i leczenie. *Probl Med Rodz* 2010; XII(2): 45–47.
6. Miller E. Rola pielęgniarki w rehabilitacji i opiece nad chorym po udarze mózgu. *Probl Pielęg* 2009; 17(2): 153.
7. Prusiński A. *Neurologia praktyczna*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2007: 208–224.
8. Kobayashi A, Członkowska A. Postępy w diagnostyce i leczeniu udaru krwotocznego. *Terapia* 2012; 1(267): 10–11.
9. Mendel T, Członkowska A. Udar mózgu – diagnostyka i leczenie. *Stand Med* 2005; 2(5): 1826–1827.
10. Paszkiewicz-Woźniak D. Krwotok śródmózgowy – przebieg kliniczny, diagnostyka i rokowanie (część 2). *Neurol Dypl* 2014; 9(3): 24–28.
11. Wiebers DO, Feigin VL, Brown RD. *Udar mózgu*. Warszawa: MediPage; 2008: 457–458.
12. Smolińska A, Książkiewicz B. Pielęgnowanie chorych z udarem mózgu. *Choroby Serca i Naczyń* 2007; 4(1): 6–9.
13. Berlit P. *Neurologia. Kompendium*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 297.
14. Wojnar M, Drózd W, Araszkiewicz A, i wsp. Badanie rozpowszechnienia zaburzeń depresyjnych wśród pacjentów zgłaszających się do lekarzy rodzinnych. *Psychiatr Prakt Ogólnolek* 2002; 2(3): 194–195.
15. Marciniak M, Królikowska A, Ślusarz R, i wsp. Opieka pielęgniarская w udarach mózgu. *Probl Pielęg* 2010; 18(1): 83–87.
16. Zdanowicz A, Wiszniewska M. Profilaktyka pierwotna i wtórna udaru mózgu. *Mag Pielęg Położ* 2014; 01–02: 31.
17. Rosińczuk J, Kołtuniuk A, Księżyc M, et al. Selected risk factors of ischemic stroke. *Piel Zdr Publ* 2013; 3(4): 331–335.
18. Rosińczuk J, Księżyc M, Kołtuniuk A, i wsp. Analiza wybranych czynników ryzyka udaru mózgu wśród pacjentów po udarze. *Wsp Piel Och Zdr* 2014; 3(1): 4–7.
19. Januś-Laszuk B, Czernuszenko A, Mirowska-Guzel D, i wsp. Wpływ powikłań na przebieg rehabilitacji u pacjentów po przebytych udarach mózgu. *Terapia* 2012; 1(267): 41–44.

20. Słodownik D, Skrzypek-Czerko M, Roszmann A, i wsp. Proces pielęgnowania pacjenta po udarze niedokrwiennym mózgu – studium indywidualnego przypadku. *PNN* 2012; 1(2): 76–82.
21. Rosińczuk J, Księżyc M, Kołtuniuk A, i wsp. Analiza stanu wiedzy o wybranych czynnikach ryzyka udaru mózgu wśród pacjentów po przeżytym udarze mózgu. *Wsp Piel Ochr Zdr* 2014; 3(2): 26–28.
22. Nyka W, Jankowska B. Zasady wczesnej rehabilitacji chorych z udarem niedokrwiennym mózgu. *Forum Med Rodz* 2009; 3(2): 86–87.
23. Potok H, Gaweł G. *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa rodzinnego*. Nowy Sącz: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa; 2012: 29–38.
24. Adamczyk K. *Diagnoza pielęgniarstwa i plan opieki nad chorym po udarze mózgu*. W: Jaracz K, Kozubski W, red. *Pielęgniarstwo neurologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008: 245–246.
25. Ryglewicz D. Depresja poudarowa. *Pol Prz Neurol* 2005; 1(1): 44–45.

Adres do korespondencji:

Dr hab. Joanna Rosińczuk, prof. nadzw. UM
Zakład Chorób Układu Nerwowego
Wydział Nauk o Zdrowiu
ul. Bartła 5
51-618 Wrocław
Tel.: 71 784-18-39
E-mail: joanna.rosinczuk@umed.wroc.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.09.2016 r.
Po recenzji: 22.09.2016 r.
Zaakceptowano do druku: 25.09.2016 r.