

OSTRE ZESPOŁY WIEŃCOWE

Acute coronary syndromes

Olga Ochyńska, Magdalena Pieniacka

Studentki pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna we Wrocławiu

adres do korespondencji: oochynska@gmail.com

STRESZCZENIE

Ostry zespół wieńcowy jest coraz częściej występującą chorobą, dotykającą coraz młodsze osoby. Najczęściej choroba ta wywoływana jest przez samych chorych, którzy prowadzą nieodpowiedni tryb życia, ze zbyt dużą ilością stresu, nieprawidłową dietą oraz unikają kontaktu z lekarzem. Wraz z postępem medycyny można szybciej wdrożyć odpowiednie leczenie, a nawet zapobiegać chorobie. Celem naszej pracy było przedstawienie problemu, jakim są ostre zespoły wieńcowe, ich następstwa oraz wykazanie, że nasze zdrowie jest zależne od naszego trybu życia.

Słowa kluczowe: ostry zespół wieńcowy, choroba.

SUMMARY

Acute coronary syndromes is more occurring disease, which is affecting younger people. Mostly this disease is caused by patients, who have wrong lifestyle with a lot of stress, wrong diet and they don't go to the physician. With medicine progress we can earlier implement right treatment even we can prevent disease. The target of our work was showing the problem which is acute coronary syndromes, their aftermaths and show that our health is dependent from our lifestyle.

Key words: acute coronary syndrome, disease, health.

WSTĘP

W okresie ostatnich 30 lat znacznej zmianie uległa diagnostyka i postępowanie w ostrych zespołach wieńcowych. Przyczyniły się do tego podwyższenie standardów leczenia, zastosowanych w ściśle określonych ramach czasowych, oraz szybki powrót do wcześniejszej aktywności fizycznej. Niekiedy pacjent przyjęty do szpitala z zawałem serca z uniesieniem odcinka ST może zostać wypisany do domu nawet następnego dnia, a w ciągu tygodnia wrócić do pracy, jeżeli incydent został przerwany. Dzięki szybkiemu postępowi medycyny w ciągu ostatnich 20 lat znacznie zmniejszyła się umieralność podczas hospitalizacji, z 25% do zaledwie 10%. Od 25 do 35% chorych z zawałem serca umiera z powodu migotania komór przed otrzymaniem pomocy medycznej. Do zwiększenia przeżywalności przyczyniła się poprawa początkowego leczenia obejmującego trombolizę, pierwotną angioplastykę wieńcową (przywraca przepływ krwi do mięśnia sercowego przez uprzednio zablokowaną tętnicę wieńcową w więcej niż 90% przypadków, w porównaniu z 50% w przypadku trombolizy). Prewencja pierwotna zmniejszyła zapadalność na zawał serca, a wtórna zredukowała występowanie kolejnego zawału serca oraz jego niewydolności i innych powikłań [1, s. 176–177].

DEFINICJA OSTREGO ZESPOŁU WIEŃCOWEGO

Ostre zespoły wieńcowe dzielą się na niestabilną chorobę wieńcową, ostry zawał serca, nagły zgon sercowy:

- Niestabilna choroba wieńcowa (brak markerów martwicy miokardium w krwi):
 - dławica niestabilna „de novo” (czas trwania < 2 mies.),
 - dławica niestabilna narastająca „crescendo” (dłuższy czas trwania, większe nasilenie i liczba epizodów dławicowych),
 - dławica niestabilna spoczynkowa (> 20 min.),
 - dławica niestabilna pozawałowa (do 2 tygodni po ostrym zawał serca).
- Ostry zawał serca (wzrost stężenia markerów martwicy miokardium w krwi):
 - zawał serca bez uniesienia odcinka ST (w EKG brak patologicznego załamka Q) – duże ryzyko ponownego zawału i nagłego zgonu sercowego,
 - zawał serca z uniesieniem odcinka ST (w zapisie EKG występuje patologiczny załamek Q) – wyższa śmiertelność i większe prawdopodobieństwo wewnątrzszpitalnych powikłań.
- Nagły (niedokrwienno zgon sercowy):
 - wtórny do złośliwych arytmii komorowych indukowanych niedokrwieniem (VT/VF) [2, s. 201].

OBJAWY OSTRYCH ZESPOŁÓW WIEŃCOWYCH

- **Dławica niestabilna:**
 - zwiększone częstość i intensywność bólów dławicowych,
 - przedłużenie czasu trwania bólów dławicowych,
 - obniżenie progu bólowego,
 - bóle spoczynkowe [3, s. 38].

• Ostry zawał serca:

Typowe:

- silny i przedłużający się > 30 min. ściskający, rozpierający, gniotący ból w klatce piersiowej,
- umiejscowienie bólu za mostkiem,
- promieniowanie bólu do okolicy przedsercowej, żuchwy, nadbrzusza, szyi, okolicy międzyłopatkowej, ramion, a także kończyn górnych zazwyczaj lewej,
- nudności, wymioty,
- duszność,
- osłabienie,
- obfite pocenie,
- niepokój i uczucie zbliżającego się końca,
- ból nie ustępuje po nitroglicerynie, aby go zmniejszyć należy podać opioidy.

Nietypowe:

- lokalizacja bólu poza klatką piersiową,
- objawy tylko z zakresu układu pokarmowego – nudności, zgaga, wzdęcia, wymioty,
- osłabienie,
- niepokój,
- nerwowość,
- silne zmęczenie,
- omdlenia i zawroty głowy,
- kołatanie serca,
- objawy niewydolności serca, obrzęku płuc i wstrząsu,
- zatorowość mózgowa lub obwodowa,
- ostry zespół splątaniowy, psychoza,
- duszność,
- u starszych osób, cukrzyków, kobiet i w przebiegu operacyjnym – przebieg bezobjawowy lub skąpoobjawowy [2, s. 213].

CZYNNIKI RYZYKA

Do czynników ryzyka mogących spowodować ostry zespół wieńcowy należą:

- rodzaj wykonywanej pracy,
- poziom stresu,
- stan cywilny,
- poziom zamożności,
- nieprawidłowa dieta,

- brak aktywności fizycznej,
- palenie tytoniu,
- spożywanie alkoholu,
- bezsenność i inne zaburzenia snu,
- wiek,
- nadciśnienie tętnicze,
- cukrzyca,
- otyłość,
- zespół metaboliczny,
- hiperlipidemia [2, s. 205].

Cechy wskazujące na wysokie ryzyko ostrych zespołów wieńcowych:

- szybkie narastanie objawów niedokrwienia (48 godzin),
- długotrwały ciągły ból w stanie spoczynku,
- nawroty obniżenia odcinka ST,
- podwyższony poziom troponiny (wskazuje na martwicę w mięśniu sercowym),
- nawroty dusznic lub niedokrwienia w spoczynku lub minimalnym wysiłku pomimo intensywnego leczenia,
- nawroty dusznic lub niedokrwienia razem z objawami zastoinowej niewydolności serca, cwał komorowy – III ton, obrzęk płuc, nasilające się rzężenia, nawrót lub pogorszenie objawów niedomykalności zastawki mitralnej,
- frakcja wyrzutowa > 40%,
- niestabilność hemodynamiczna (niedociśnienie, częstoskurcz),
- podtrzymująca się tachykardia komorowa,
- zabieg angioplastyki wieńcowej w ciągu ostatnich 6 miesięcy,
- wcześniejszy zabieg pomostowania aortalno-wieńcowego,
- dusznica pozawałowa [2, s. 205].

RÓŻNICOWANIE

Diagnostyka różnicowa ostrych zespołów wieńcowych obejmuje:

- zapalenie osierdzia (nasilenie bólów w pozycji leżącej),
- rozwarstwienie aorty (nagły rozrywający ból pleców),
- zatorowość płucna (opłucnowy ból w klatce piersiowej i duszność),
- wrzód żołądka i ból żołądkowo-przełykowy,
- choroby dróg żółciowych,
- zapalenie trzustki (silny ból brzucha, podwyższone stężenie amylazy) [1, s. 178].

DIAGNOSTYKA

Wczesna diagnostyka mająca za zadanie rozpoznanie bądź wykluczenie ostrego zespołu wieńcowego powinna obejmować:

- badanie przedmiotowe i podmiotowe,
- EKG (ze szczególną uwagą na odcinek ST oraz możliwość powstania patologicznego załamka Q),
- kontrola podstawowych parametrów życiowych, takich jak: tętno, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja oraz temperatura ciała,
- wykonanie badań laboratoryjnych (stężenie biochemicznych markerów):
- troponina,
- frakcja izoenzymu kinazy kreatynowej CK-MB,
- badania obrazowe.

Podwyższone stężenie enzymów nekrotycznych pozwala na rozpoznanie zawału mięśnia sercowego, z jednoczesnym wykluczeniem dławicy niestabilnej [3, s. 37].

LECZENIE

• Leczenie niestabilnej dławicy piersiowej

Wymagane jest leczenie szpitalne, które należy rozpocząć jak najszybciej. W zależności od stanu chorego w fazie przedszpitalnej należy zastosować:

- kwas acetylosalicylowy 300 mg, nitroglicerynę podjęzykowo, w razie potrzeby opioidy,
- kłopidogrel 300 mg, następnie 75 mg dziennie,
- heparyna drobnocząsteczkowa 1 mg/kg m.c.s.c co 12 godzin,
- beta-bloker, w przypadku braku przeciwwskazań dożylne, a następnie doustnie.

• Leczenie świeżego zawału serca

- natychmiastowe włączenie kwasu acetylosalicylowego samego lub w połączeniu z kłopidogrelem,
- leczenie trombolityczne wdrożyć w ciągu 30–60 minut po przyjęciu na oddział,
- heparyna drobnocząsteczkowa,
- leki blokujące receptory beta w ciągu 12 godzin od wystąpienia zawału, zwłaszcza przy nawracających bólach z tachyartymią, jeśli nie ma przeciwwskazań,
- nitrogliceryna we wlewie 24–48 godzin u chorych z rozległym zawałem ściany przedniej i nadciśnieniem tętniczym, natomiast powyżej 48 godzin u chorych z nawracającym bólem.

• **Wskazania do leczenia fibrynolitycznego** – czas < 12 godzin, od początku bólu zamostkowego z uniesieniem odcinka ST, ból utrzymujący się i uniesienie ST w co najmniej dwóch odprowadzeniach 12–24 godziny od początku bólu.

• **Pierwotna przekątna interwencja wieńcowa** – najsukursniejsze postępowanie pod warunkiem wykonywania jej przez doświadczony zespół, przed upływem 90 minut od przyjęcia do szpitala, optymalnie < 60 minut [3, s. 53–55].

• **Angioplastyka i implantacja stentu** – jest preferowana jeśli może być przeprowadzona w ciągu 90 min. od wystąpienia objawów. W przypadku braku możliwości przeprowadzenia pierwotnej angioplastyki, preferowana jest tromboliza.

Przeciwwskazania do trombolizy:

- niedawno przebyta operacja lub udar mózgu,
- pacjenci z wysokim ryzykiem krwawienia podczas trombolizy (wiek < 75 lat),
- skomplikowane zawały serca lub wstrząs kardiogeny [1, s. 181].

PROFILAKTYKA

Podstawowe zalecenia profilaktyczne:

- zaprzestanie palenia papierosów,
- ograniczenie ilości alkoholu,
- kontrola masy ciała (utrzymywanie BMI < 25),
- stosowanie prawidłowej diety (np. śródziemnomorskiej),
- regularny i kontrolowany wysiłek fizyczny,
- kontrola ciśnienia tętniczego krwi, poziomu: cukru, cholesterolu, trójglicerydów,
- unikanie sytuacji stresogennych,
- zażywanie leków zgodnie z zaleceniami,
- pozostawanie pod stałą opieką poradni kardiologicznej.

ROLA PIELĘGNIARKI

Obecnie pielęgniarka odgrywa znaczącą rolę w procesie leczenia oraz zajmuje czołowe miejsce w zespole terapeutycznym. Do zadań pielęgniarki należy zauważenie i rozpoznanie problemu pacjenta, a także wdrożenie odpowiednich zasad. Dzieje się tak dlatego, że pielęgniarka spędza z pacjentem najwięcej czasu, jest w stanie dostrzec rzeczy, których nie są w stanie dostrzec inni ludzie. To właśnie pielęgniarka swoim holistycznym podejściem pomaga pacjentowi odnaleźć się w pewnych sytuacjach, dostarcza mu wiedzy na temat danego schorzenia, a także dalszego postępowania w życiu. Do zadań pielęgniarki należy również stworzenie procesu pielęgnowania, który ułatwi oraz zorganizuje jej pracę.

Ostry zespół wieńcowy jest schorzeniem, które dla pacjenta jest bardzo ciężkie. Dzieje się tak dlatego, że wielokrotnie chory nie jest w stanie zrozumieć, dlaczego go to spotkało oraz często obawia się swojego dalszego postępowania, aby sobie nie zaszkodzić. Zadaniem pielęgniarki jest między innymi dostarczenie pacjentowi odpowiedzi na jego pytania, a także przekazanie wiedzy, na podstawie której chory będzie mógł zmienić swoje dotychczasowe życie.

PROCES PIELĘGNOWANIA PACJENTA Z OSTRYM ZESPOŁEM WIEŃCOWYM

1. Problem pielęgnacyjny: **Dyskomfort spowodowany zwiększoną częstością i intensywnością bólów dławicowych.**

Cel opieki:

- zmniejszenie dyskomfortu pacjenta,
- minimalizacja bólu dławicowego.

Działania pielęgniarskie:

- uspokojenie pacjenta i wyjaśnienie, że znajduje się pod właściwą opieką,
- podanie pacjentowi nitrogliceryny (zgodnie z zaleceniem lekarskim),
- obserwacja pacjenta i działania podanego leku,
- ułożenie pacjenta w łóżku w pozycji półwysokiej, mającej za zadanie zmniejszenie napływu krwi do serca,
- zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa,
- kontrola podstawowych parametrów życiowych, takich jak: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura, saturacja i liczba oddechów,
- wykonanie badania EKG.

2. Problem pielęgnacyjny: Niepokój spowodowany przedłużonym trwaniem bólów dławicowych.**Cel opieki:**

- likwidacja niepokoju pacjenta.

Działania pielęgniarskie:

- uspokojenie pacjenta,
- wyjaśnienie pacjentowi konieczności wykonania dalszych badań zgodnych z zleceniami lekarskimi,
- wytłumaczenie zasady działania nitrogliceryny,
- zalecenie pacjentowi spokoju i odpoczynku.

3. Problem pielęgnacyjny: Lęk spowodowany występowaniem bólów spoczynkowych.**Cel opieki:**

- zmniejszenie lęku.

Działania pielęgniarskie:

- rozmowa z pacjentem i wyjaśnienie możliwych przyczyn powstania bólu dławicowego,
- wyjaśnienie występowania bólu spoczynkowego,
- umożliwienie pacjentowi kontaktu z lekarzem,
- zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa na zasadzie przebywania przy nim,
- kontrola podstawowych parametrów życiowych,
- zachęcenie pacjenta do informowania o możliwym nasileniu się bólu oraz o powstawaniu objawów niepokojących.

4. Problem pielęgnacyjny: Wystąpienie silnego, trwającego powyżej 30 minut bólu w klatce piersiowej.**Cel opieki:**

- przerwanie napadu bólowego,
- znalezienie przyczyny wystąpienia epizodu bólowego.

Działania pielęgniarskie:

- wykonanie badania elektrokardiograficznego,
- kontrola podstawowych parametrów życiowych,
- wykonanie podstawowych badań morfologicznych oraz poziomu troponiny zgodnie z zleceniem lekarskim,
- ułożenie chorego w pozycji półwysokiej,
- zapewnienie choremu poczucia bezpieczeństwa,
- uspokojenie chorego i wytłumaczenie możliwych przyczyn powstania bólu.

5. Problem pielęgnacyjny: Lęk spowodowany promieniowaniem bólu do żuchwy i kończyny górnej lewej.**Cel opieki:**

- zmniejszenie lęku.

Działania pielęgniarskie:

- poinformowanie lekarza o powstaniu dodatkowych objawów, mogących pomóc w prawidłowym postawieniu diagnozy,
- uspokojenie pacjenta i rozmowa na temat nowopowstałych objawów,
- wyjaśnienie pacjentowi korzyści płynących z szybkiego przybycia do szpitala,
- przekazanie pacjentowi informacji dotyczących zawału mięśnia sercowego oraz możliwej prewencji wtórnej.

6. Wystąpienie objawów z zakresu układu pokarmowego,**takich jak: nudności, wymioty, zgaga.****Cel opieki:**

- złagodzenie dolegliwości.

Działania pielęgniarskie:

- zapewnienie pacjentowi spokoju i intymności,
- zalecenie pacjentowi zastosowania diety lekkostrawnej,
- podanie pacjentowi środków zmniejszających nadkwasotę w żołądku,
- podanie pacjentowi środków przeciwwymiotnych zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- kontrola podstawowych parametrów życiowych,
- wykonanie badania elektrokardiograficznego,
- wykonanie podstawowych badań morfologicznych i poziomu troponiny,
- pomoc pacjentowi przy zachowaniu prawidłowej higieny,
- wykonanie zmiany pościeli, w razie potrzeby,
- niedopuszczenie do odwodnienia pacjenta,
- niedopuszczenie do infekcji w miejscu wkłucia obwodowego.

7. Problem pielęgnacyjny: Niepokój spowodowany lekiem o przyszłość i obawą przed śmiercią.**Cel opieki:**

- minimalizacja niepokoju.

Działania pielęgniarskie:

- uspokojenie pacjenta,
- zapewnienie ciszy i spokoju,
- zapewnienie o pełnej dyspozycyjności personelu medycznego,
- zapewnienie kontaktu pacjentowi z psychologiem i jego rodzinie w razie potrzeby,
- zapewnienie pacjentowi kontaktu z rodziną.

8. Problem pielęgnacyjny: Dyskomfort spowodowany obfitym poceniem się.**Cel opieki:**

- likwidacja dyskomfortu,
- zmniejszenie potliwości pacjenta.

Działania pielęgniarskie:

- zmiana bielizny pościelowej i ubrania chorego zgodnie z potrzebą,
- stosowanie okładów z chłodnej wody na ciało chorego,
- utrzymywanie prawidłowej temperatury otoczenia,
- zapewnienie pacjentowi prawidłowej higieny,
- w razie gorączki podanie środków przeciwgorączkowych zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- podanie płynów do przetoczenia zgodnie ze zleceniem lekarskim.

9. Problem pielęgnacyjny: Złe samopoczucie wynikające z osłabienia organizmu.**Cel opieki:**

- poprawienie samopoczucia chorego.

Działania pielęgniarskie:

- zapewnienie pacjentowi spokoju i intymności,
- zapewnienie pacjentowi odpowiedniego bilansu płynów,
- zapewnienie odpowiedniej kaloryczności i jakości posiłków,
- przetoczenie płynów wieloelektrolitowych zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- zachęcenie pacjenta do odpoczynku i snu oraz zapewnienie mu do tego warunków.

10. Problem pielęgnacyjny: Omdlenia i zawroty głowy wynikające z wahań się wartości ciśnienia tętniczego krwi.**Cel opieki:**

- zmniejszenie omdleń i zawrotów głowy,
- unormowanie wartości ciśnienia tętniczego krwi.

Działania pielęgniarskie:

- kontrola podstawowych parametrów życiowych, ze szczególnym uwzględnieniem ciśnienia tętniczego krwi,
- zalecenie pozostanie w łóżku, a w razie potrzeby powolne wstawanie z niego lub w asyście pielęgniarki,

- zmniejszenie spożycia soli,
- spożywanie odpowiedniej diety,
- podanie leków obniżających ciśnienie zgodnie ze zleceniem lekarza,
- w razie omdleń zastosowanie uniesienia kończyn dolnych w łóżku.

11. Problem pielęgnacyjny: **Napięcie emocjonalne wynikające z nieumiejętności radzenia sobie ze stresem.**

Cel opieki:

- zmniejszenie napięcia emocjonalnego,
- nauczenie pacjenta radzenia sobie ze stresem.

Działania pielęgniarские:

- zapewnienie pacjentowi ciszy i spokoju,
- zapewnienie pacjenta o pełnej dyspozycyjności personelu medycznego i pomocy w razie potrzeby,
- zapewnienie pacjentowi kontaktu z rodziną,
- zapewnienie choremu kontaktu z psychologiem w razie potrzeby,
- rozmowa z pacjentem o przyczynie napięcia i jego likwidacja,
- podanie choremu środków uspokajających zgodnie ze zleceniem lekarza.

12. Problem pielęgnacyjny: **Możliwość wystąpienia wczesnych powikłań zawału serca, takich jak objawy niewydolności serca, obrzęk płuc i wstrząs.**

Cel opieki:

- niedopuszczenie do powstania powikłań.

Działania pielęgniarские:

- kontrola podstawowych parametrów życiowych pacjenta,
- kontrola elektrokardiograficzna,
- prowadzenie bilansu płynów (niedopuszczenie do przewodnienia pacjenta),
- podawanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza,
- wykonanie badań laboratoryjnych,
- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia objawów.

13. Problem pielęgnacyjny: **Możliwość wystąpienia zespołu splątaniowego i psychozy.**

Cel opieki:

- niedopuszczenie do wystąpienia zespołu splątaniowego i psychozy.

Działania pielęgnacyjne:

- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia objawów,
- rozmowa z pacjentem mająca za zadanie wczesne wykrycie objawów,
- kontrola podstawowych parametrów życiowych.

14. Problem pielęgnacyjny: **Wystąpienie niedociśnienia i częstoskurczu spowodowane niestabilnością hemodynamiczną.**

Cel opieki:

- uregulowanie ciśnienia tętniczego krwi,
- unormowanie pracy serca.

Działania pielęgniarские:

- kontrola parametrów życiowych, ze szczególnym uwzględnieniem ciśnienia tętniczego oraz tętna,
- wykonanie badania elektrokardiograficznego,
- podawanie leków obniżających ciśnienie zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- utrzymanie odpowiedniego nawodnienia pacjenta,
- poinformowanie lekarza dyżurnego o powstałych objawach,
- obserwacja pacjenta pod kątem występujących objawów,
- zapewnienie choremu ciszy i spokoju.

15. Problem pielęgnacyjny: **Możliwość wystąpienia powikłań krwotocznych po zastosowaniu leczenia fibrynolitycznego.**

Cel opieki:

- niedopuszczenie do wystąpienia powikłań,
- wczesne wykrycie powikłań w razie ich powstania.

Działania pielęgniarские:

- kontrola parametrów życiowych,

- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia powikłań (krwawienie z miejsc wkłuć, smoliste stolce, krwiste zabarwienie moczu),
- unikanie iniekcji domięśniowych,
- wdrożenie odpowiedniego leczenia w razie wystąpienia krwawień,
- przy usuwaniu wkłuć, długie uciskanie rany.

16. Problem pielęgnacyjny: **Ryzyko wystąpienia hipotonii polekowej.**

Cel opieki:

- zapobieganie spadkowi ciśnienia po podaniu leków rozszerzających naczynia.

Działania pielęgniarские:

- obserwacja pacjenta w kierunku hipotonii polekowej,
- kontrola parametrów życiowych, ze szczególnym uwzględnieniem ciśnienia tętniczego krwi,
- powiadomienie lekarza o odnotowanych zmianach,
- zalecenie informowania pacjenta o każdej zmianie samopoczucia,
- zalecenie choremu odpoczynku i spokoju.

17. Problem pielęgnacyjny: **Możliwość wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia podczas pierwotnej przeszłkowej interwencji wieńcowej.**

Cel opieki:

- niedopuszczenie do nagłego zatrzymania krążenia,
- wdrożenie odpowiednich środków w razie wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia.

Działania pielęgniarские:

- kontrola parametrów życiowych pacjenta,
- informowanie lekarza o każdej zmianie parametru,
- podawanie pacjentowi leków zgodnie ze zleceniem lekarskim.

18. Problem pielęgnacyjny: **Ryzyko wystąpienia nagłego zatrzymania krążenia spowodowanego migotaniem komór.**

Cel opieki:

- niedopuszczenie do zatrzymania krążenia,
- wczesne wykrycie zaburzeń rytmu serca.

Działania pielęgniarские:

- upewnienie się o drożności wkłucia obwodowego,
- kontrolowanie podstawowych parametrów życiowych pacjenta,
- kontrola zapisu elektrokardiograficznego,
- podjęcia działań resuscytacyjnych w razie migotanie komór,
- po unormowaniu pracy serca wskazanie wszczęcia kardiowertera.

19. Problem pielęgnacyjny: **Możliwość wystąpienia martwicy serca spowodowanej angioplastyką wieńcową.**

Cel opieki:

- niedopuszczenie do martwicy serca.

Działania pielęgniarские:

- kontrola podstawowych parametrów życiowych,
- kontrola poziomu troponiny w krwi,
- podawanie leków zgodnie ze zleceniem lekarza,
- poinformowanie lekarza o wystąpieniu objawów niepokojących (wahania parametrów, podwyższenie poziomu troponiny).

20. Problem pielęgnacyjny: **Ryzyko wystąpienia powikłań zakrzepowo-zatorowych po zabiegu angioplastyką wieńcową.**

Cel opieki:

- niedopuszczenie do powstania powikłań zakrzepowo-zatorowych.

Działania pielęgniarские:

- kontrola podstawowych parametrów życiowych,
- podawanie leków przeciwzakrzepowych zgodnie ze zleceniem lekarza,
- zabandażowanie kończyn dolnych na czas trwania zabiegu,

- wykonanie badań według zleceń lekarza,
- obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia objawów mogących wskazywać na zatorowość,
- wczesne uruchomienie pacjenta po zabiegu mające za zadanie usprawnienie krążenia.

21. Problem pielęgnacyjny: **Możliwość wystąpienia reakcji uczuleniowych lub nadwrażliwości na środek cieniujący.**

Cel opieki:

- zminimalizowanie możliwości wystąpienia reakcji uczuleniowej na środek cieniujący.

Działania pielęgniarские:

- zebranie dokładnego wywiadu dotyczącego uczuleń pacjenta (w tym środków cieniujących),

- wykonanie prób uczuleniowych na dany środek cieniujący,
- poinformowanie pacjenta o zgłaszaniu wszystkich występujących dolegliwości,
- wyjaśnienie pacjentowi działania środków cieniujących,
- kontrola parametrów życiowych pacjenta,
- poinformowanie lekarza o wystąpieniu możliwej reakcji uczuleniowej,
- dokładna obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia reakcji uczuleniowej.

BIBLIOGRAFIA

1. Handler C, Coghlan G. *Problemy kardiologiczne w praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2011.
2. Chizner AM. *Kardiologia kliniczna*. Wydawnictwo D.W. Publishing Co, USA; 2010
3. Mazurek W. *Postępy kardiologii. Skrypt dla studentów V roku Wydziału Lekarskiego*. Wrocław: Akademia Medyczna; 2006.
4. http://pl.wikipedia.org/wiki/Ostre_zespo%C5%82y_wie%C5%84cowe#Czynniki_ryzyka.

Adres do korespondencji:

Olga Ochyńska

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego

Wydział Nauk o Zdrowiu

Akademia Medyczna we Wrocławiu

ul. Bartla 5

51-618 Wrocław

Tel.: 603 765-770

e-mail: oochynska@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 18.03.2012 r.

Po recenzji: 20.05.2012 r.

Zaakceptowano do druku: 14.06.2012 r.