

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM W OSTRYM ZESPOLE WIEŃCOWYM PO ZABIEGU ANGIOPLASTYKI NACZYŃ WIEŃCOWYCH

Nursing care of the patient in acute coronary syndrome after coronary angioplasty

Agnieszka Tracz

Klinika Chorób Wewnętrznych Geriatrii i Alergologii, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: tracz1@op.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Postęp, jaki dokonał się w ostatnich latach w medycynie, znacząco rozszerzył metody diagnozowania i leczenia chorych z zawałem serca. Wprowadzenie do praktyki przezskórnej angioplastyki naczyń wieńcowych przyczyniło się do poprawy wyników leczenia i redukcji śmiertelności chorych z powodu zawału mięśnia sercowego.

Cel pracy. Przedstawienie definicji ostrych zespołów wieńcowych i metody zabiegu przezskórnej angioplastyki naczyń wieńcowych oraz roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem.

Materiał i metody. Publikacja została przygotowana na podstawie fachowej literatury medycznej z dziedziny kardiologii oraz kilkuletniej praktyki pielęgniarskiej.

Wyniki. Publikacja stanowi kompendium wiedzy pielęgniarskiej w opiece nad pacjentem w ostrym zespole wieńcowym po zabiegu PTCA.

Wnioski. Nowoczesne pielęgniarstwo opiera się na holistycznej opiece nad pacjentem, co stanowi duże wyzwanie dla osób pracujących w tym zawodzie. Obecnie pielęgniarka to nie tylko osoba wykonująca polecenia lekarza, to także osoba, która bierze czynny udział w całym procesie hospitalizacji. Jej wiedza, doświadczenie, zaangażowanie oraz udział w diagnostyce, leczeniu, rehabilitacji, pielęgnacji oraz edukacji zdrowotnej znacząco poprawia jakość życia pacjenta po przebytych zawałach serca.

Słowa kluczowe: opieka pielęgniarska, ostry zespół wieńcowy, angioplastyka naczyń wieńcowych.

SUMMARY

Background. Progress made in medicine in recent years has expanded significantly methods of diagnosis and treatment of patients with myocardial infarction.

Objectives. Coronary angioplasty has helped to the improvement of treatment results and reduction in deaths of patients with muscle infarction. The main purpose of this publication is presentation of definition of PTCA, percutaneous method and the role of the nurse in the care of the patient.

Material and methods. The publication is based on the professional medical literature in the field of cardiology and nursing practice.

Results. The thesis is the abstract of nursing knowledge in the care of the patient after PTCA.

Conclusions. Modern nursing is based on holistic care of the patient which is a challenge for those working in the nursing profession. Nowadays the nurse takes an active part in the process of hospitalization. Knowledge, engagement, experience and participation in the diagnosis improves quality of life of patient after myocardial infarction.

Key words: nursing care, acute coronary syndrome, coronary angioplasty.

WSTĘP

Choroba wieńcowa i jej skutki w postaci zawału serca, których podłożem jest miażdżyca, są przyczyną zgonów oraz czasowej lub trwałej niezdolności do pracy pacjentów.

Ze względu na różnorodny przebieg i wiele postaci klinicznych ostrych zespołów wieńcowych każdy pacjent powinien być objęty indywidualnym schematem postępowania leczniczego. Wprowadzenie przezskórnej angioplastyki naczyń wieńcowych umożliwiło osiągnięcie lepszych rezultatów w zapobieganiu i leczeniu zawałów serca. Postęp w kardiologii inwazyjnej wymaga wprowadzenia fachowej, holistycznej pielęgniarskiej opieki kardiologicznej nad pacjentem.

CEL PRACY

Celem pracy było usystematyzowanie wiedzy na temat ostrych zespołów wieńcowych i zabiegu przezskórnej angioplastyki naczyń wieńcowych oraz wskazanie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem w ostrym zespole wieńcowym po angioplastyce naczyń wieńcowych.

MATERIAŁ I METODY

Publikacja została przygotowana na podstawie fachowej literatury medycznej z dziedziny kardiologii oraz kilkuletniej praktyki pielęgniarskiej.

OMÓWIENIE

Ostre zespoły wieńcowe

Ostre zespoły wieńcowe OZW (ang. ACS – *acute coronary syndromes*) to grupa schorzeń charakteryzujących się zmianami w krążeniu wieńcowym, których cechą wspólną jest nagłe, znaczne ograniczenie lub ustanie przepływu krwi w tętnicach wieńcowych. Główną przyczyną jest powstanie zakrzepu przez aktywację płytek na pękającej lub pękniętej blaszce miażdżycowej. Ból w klatce piersiowej o charakterze dławicowym jest dominującym objawem. Jest to stan zagrażający życiu, wymagający szybkiej diagnostyki i interwencji.

W ostrych zespołach wieńcowych wyróżniamy:

- niestabilną chorobę wieńcową;
- zawał mięśnia sercowego;
- nagły zgon sercowy.

Podział ostrych zespołów wieńcowych

Podział zalecany przez ACC (Amerykańskie Towarzystwa Kardiologiczne):

- niestabilna choroba wieńcowa;
- zawał serca z uniesieniem ST (STEMI);
- zawał serca bez uniesienia ST (NSTEMI),
- nagły zgon sercowy.

Na podstawie analizy i oceny zmian w EKG wyróżniamy:

- ostre zespoły wieńcowe z przetrwałym uniesieniem odcinka ST;
- ostre zespoły wieńcowe bez przetrwałego uniesienia odcinka ST.

Podział OZW w oparciu o pełną ocenę kliniczną, zapisu EKG oraz wyników markerów biochemicznych martwicy mięśnia sercowego:

- zawał z uniesieniem odcinka ST;
- zawał bez uniesienia odcinka ST;
- zawał serca nieokreślony;
- niestabilna choroba wieńcowa.

ANGIOPLASTYKA NACZYŃ WIEŃCOWYCH (ANG. PTCA, PERCUTANEOUS CORONARY ANGIOBLASTY)

PTCA to metoda inwazyjna stosowana w leczeniu choroby wieńcowej. U pacjentów ze STEMI jest postępowaniem z wyboru. U chorych z UA/NSTEMI zastosowanie PTCA zależy od oceny ryzyka zgonu lub zawału serca. Istotą zabiegu jest szybkie i trwałe udrożnienie tętnicy dozawałowej przez poszerzenie zwężenia, torując drogę przepływu krwi do obszarów za zwężeniem, dzięki czemu ogranicza się niedokrwienie w obszarze zawału. Szersze zastosowanie ma PCI – przeszłona interwencja wieńcowa (ang. PCI – *percutaneous coronary intervention*), która obejmuje plastykę, czyli poszerzenie zwężonego naczynia oraz usunięcie skrzepliny ze światła naczynia, a nawet brachyterapię. Wszystkie zabiegi poprzedzone są koronarografią.

Opieka nad pacjentem w ostrych zespołach wieńcowych

W OZW najważniejszym elementem jest czas, w jakim rozpocznie się wdrożenie odpowiedniego postępowania leczniczego. Preferowane jest, aby transport chorego odbywał się bezpośrednio do szpitala, który pełni dyżur hemodynamiczny. Pacjent z karetki przekazywany jest do pracowni hemodynamicznej lub na salę intensywnego nadzoru kardiologicznego. Podczas przyjęcia chorego do szpitala to pielęgniarka jest jedną z pierwszych osób personelu medycznego, z którą pacjent ma możliwość ciągłego i stałego kontaktu.

Do zadań pielęgniarki należy:

- wstępna ocena pacjenta – przeprowadzenie wywiadu na podstawie krótkiej, szczegółowej rozmowy ukierunkowanej na istniejące objawy i problemy chorego, ocena stanu fizycznego i psychicznego, analiza dokumentacji medycznej;
- odpowiednie ułożenie pacjenta – należy go ułożyć w pozycji półwysokiej, ale też pozwolić na przyjęcie pozycji wygodnej dla niego;
- założenie elektrod i podłączenie do kardiomonitora – monitorowanie parametrów;
- zapewnienie dostępu do żyły – jeżeli wkłucie nie zostało założone w karetce;
- podawanie leków i pobieranie krwi do badań laboratoryjnych, na zlecenie lekarza;
- obserwacja bólu – ocena charakteru, nasilenia i umiejscowienia; charakterystycznym elementem bólu wieńcowego jest uczucie rozpierania w okolicy klatki piersiowej;
- obserwacja powłok skórnych;
- ocena duszności i kaszlu – może wystąpić duszność spoczynkowa lub wysiłkowa nasilająca się podczas wykonywania prostych ruchów i czynności przez chorego. Na zlecenie lekarza stosowana jest tlenoterapia przez wąsy lub maskę tlenową;
- prowadzenie bilansu płynów – należy założyć cewnik Foleya u chorych w stanie ciężkim;
- obserwacja obrzęków – zwracamy uwagę na umiejscowienie; obrzęki pochodzenia sercowego mają charakter opadowy, co powoduje przemieszczanie ich w zależności od ułożenia ciała, w okolicę łędźwiowo-krzyżową lub w okolicę podudzi przy opuszczonych kończynach dolnych. Należy chronić miejsca obrzęknięte przed urazami i otarciem. Zastosować wyższe ułożenie kończyn;

- kontrola gospodarki wodno-elektrolitowej – wahania elektrolitów (sód, potas, magnez) mogą być przyczyną zaburzeń rytmu serca;
- zapewnienie poczucia bezpieczeństwa – zawał serca i towarzyszące mu okoliczności są bardzo stresujące dla chorego oraz jego najbliższej rodziny. Silny lęk jest niekorzystny we wczesnej oraz dalszej fazie leczenia, wpływa negatywnie na pracę serca i układ krążenia. Zadaniem pielęgniarki jest zwiększenie poczucia bezpieczeństwa przez wyjaśnienie istoty choroby, stosowanych działań. Należy przez cały czas informować pacjenta o poprawie wyników jego badań i stanu zdrowia. Wsparcie okazywane choremu, troskliwość oraz aktywne towarzyszenie, uspokajają, obniżają poziom lęku i podnosi poczucie bezpieczeństwa. Umożliwienie kontaktu z rodziną zmniejsza poczucie osamotnienia, jeżeli planowane jest leczenie inwazyjne, na które należy wyrazić zgodę, wsparcie bliskiej osoby jest bardzo ważne dla pacjenta podczas podejmowania decyzji;
- pomoc w zaspokajaniu podstawowych potrzeb – chory może wymagać pomocy w czasie toalety ciała, przy zmianie bielizny osobistej, pościelowej oraz w spożywaniu posiłków i picia. Należy podać basen lub kaczkę i zapewnić intymne warunki w czasie zaspokajania potrzeb fizjologicznych;
- prowadzenie dokumentacji – w karcie obserwacji wpisujemy dane są godzinowe pomiary: RR, HR, temperatura ciała, saturacja, bilans płynów i diureza godzinowa. Prowadzona jest historia pielęgnowania lub raport pielęgniarski;
- obserwacja w kierunku wystąpienia powikłań:
 - nagłe zatrzymanie krążenia,
 - wstrząs kardiogeny,
 - obrzęk płuc,
 - tamponada serca.

Przygotowanie pacjenta do angioplastyki naczyń wieńcowych

Przygotowanie psychiczne:

Chory jest często przerażony wystąpieniem objawów choroby, koniecznością hospitalizacji i leczenia oraz decyzją, jaką musi podjąć w sprawie swojego życia i zdrowia wyrażając zgodę na zabieg. Dlatego należy:

- poinformować o celowości wykonania zabiegu, wytłumaczyć w sposób prosty i zrozumiały na czym polega zabieg, sposób dostępu do naczyń i jego wykonanie;
- poinformować o powikłaniach, jakie mogą wystąpić;
- ocenić poziom zrozumienia przez chorego udzielonych mu informacji i odpowiedzieć na nurtujące go pytania;
- dopilnować podpisania przez pacjenta zgody na zabieg;
- zapewnić wsparcie emocjonalne przez rozmowę i umożliwienie kontaktu z rodziną;
- uświadomić chorego, że niepokój nasila dolegliwości.

Przygotowanie fizyczne:

- przygotować miejsce wkłucia – ogolić pachwinę;
- do planowego zabiegu pacjent pozostaje na czczo około 6 godzin, w trybie pilnym nie jest to możliwe;
- założyć koszulę ochronną;
- usunąć protezy zębowe;
- przekazać pacjenta do pracowni hemodynamicznej;
- ułożyć w pozycji leżącej na plecach na stole.

W pracowniach hemodynamicznych w zależności od organizacji szpitala zwykle pracuje osobny personel pielęgniarski przeszkolony w obsłudze sprzętu. Obowiązkiem pielęgniarki jest:

- podłączenie do kardiomonitora;
- zdezynfekowanie i obłożenie sterylnym materiałem miejsca nakłucia;
- przygotowanie sprzętu używanego w czasie zabiegu;
- zebranie wywiadu od chorego dotyczącego wystąpienia w przeszłości reakcji uczuleniowej;
- przygotowanie znieczulenia miejscowego;
- zabezpieczenie chorego przed urazami i promieniowaniem rentgenowskim;
- poinformowanie pacjenta o skutkach ubocznych stosowanych środków kontrastowych;

- asystowanie w czasie zabiegu;
- przygotowanie i podawanie leków na zlecenie lekarza;
- obserwacja i ocena stanu pacjenta oraz pomiar parametrów życiowych.

PIELĘGNOWANIE PACJENTA PO PTCA

Po przewiezieniu z pracowni hemodynamicznej na salę intensywnego nadzoru pacjenta układamy na łóżku, w pozycji leżącej, ponieważ w tętnicy udowej najczęściej pozostawiona jest koszulka dotętnicza na około od 4 do 6 godzin, która pozwala na ponowne podjęcie interwencji w przypadku pogorszenia się stanu chorego lub nawrotu bólu wieńcowego. Informujemy chorego o konieczności leżenia płasko na plecach z głową uniesioną maksymalnie do 30 stopni, z wyprostowaną nogą, w której założona jest koszulka dotętnicza, aby zapobiec jej uszkodzeniu lub wysunięciu. Podłączamy kardiomonitor i obserwujemy pacjenta pod kątem wystąpienia bólu, który może być wynikiem ponownego zamknięcia się światła udrożnionej tętnicy. Jeśli wystąpi ból w klatce piersiowej należy:

- ocenić jego charakter i intensywność;
- ocenić stan hemodynamiczny pacjenta, porównując z wcześniejszymi pomiarami (RR, HR, analiza EKG);
- pobrać krew w celu oznaczenia markerów martwicy mięśnia sercowego;
- na zlecenie lekarza podać leki (nitrogliceryna, leki przeciwzakrzepowe, przeciwbólowe);
- w razie konieczności przygotować pacjenta do ponownej rewaskularyzacji, kontrapulsacji wewnątrzaoortalnej lub zabiegu kardiochirurgicznego.

Po upływie 6 godzin koszulkę dotętniczną usuwa lekarz, kontrolując układ krzepnięcia. Po uprzednim ręcznym uciśnięciu miejsca nakłucia przez 5–10 minut zakładany jest opatrunek uciskowy. Pielęgniarka przygotowuje zestaw i asystuje przy usuwaniu koszulki dotętnicznej i założeniu opatrunku uciskowego. Informujemy chorego, aby w trakcie zakładania opatrunku współpracował z personelem przez unoszenie pośladków z wyprostowaną kończyną po stronie nakłucia, a ze zgiętą kończyną przeciwną, podpierając się rękoma. Należy uświadomić chorego, aby o wszelkich dolegliwościach związanych z opatrunkiem uciskowym, a zwłaszcza bólu i drętwieniu, niezwłocznie informował pielęgniarkę. Kontrolujemy opatrunek w kierunku obecności świeżej krwi lub przesiąkania. Aby uniknąć krwawienia, należy dopilnować, by pacjent nie zginał kończyny dolnej w pachwinie, nie zmieniał pozycji ciała i nie wykonywał gwałtownych ruchów.

Obserwujemy kończynę i miejsce wkłucia pod kątem wystąpienia krwawienia, krwiaka, tętniaka rzekomego lub przetoki tętniczo-żylną, bólu, tkliwości oraz obrzęku w obrębie pachwiny i uda. W przypadku pojawienia się krwawienia lub krwiaka należy dokonać oceny stopnia jego narastania, poinformować lekarza, miejsce krwawienia ucisnąć. Jeśli stosowano leki przeciwzakrzepowe, należy je odstawić, w celu wypełnienia łożyska naczyniowego, na zlecenie lekarza podłączyć płyny we wlewie kroplowym. W przypadku utraty dużej ilości krwi po skontrolowaniu morfologii przetoczyć krew lub jej preparaty na zlecenie lekarza. Do momentu ustania krwawienia należy kontrolować parametry życiowe, układ krzepnięcia i morfologię.

Miejsce wkłucia obserwujemy w kierunku niedokrwienia lub zakrzepu żył głębokich; sprawdzamy obecność tętna obwodowego na kończynie dolnej, ciepłotę i zabarwienie skóry, ból lub zaburzenia czucia, kontrolujemy układ krzepnięcia. W razie konieczności przygotowujemy pacjenta do pilnej embolektomii, czyli usunięcia materiału zakrzepowego z tętnicy.

Obserwujemy pacjenta w kierunku wystąpienia zaburzenia rytmu serca, reakcji uczuleniowej na kontrast, udaru mózgu, zwiększonego ryzyka infekcji.

W celu usunięcia środka cieniującego z organizmu zaleca się choremu spożywanie dużej ilości płynów (ok. 2,5 l). Zwracamy uwagę, aby pacjent po zabiegu oddał mocz, ułatwiając mu

czynność przez podanie basenu lub kaczki. Ze względu na unieruchomienie pielęgniarka pomaga choremu w zaspokajaniu podstawowych potrzeb. Po około 12 godzinach od usunięcia opatrunku uciskowego, o ile lekarz nie zalecił inaczej, dokonujemy oględzin miejsca nakłucia, czy nie ma krwawienia, zasinienia, krwiaka, obrzęku.

Rehabilitacja fizyczna

Działania pielęgniarskie w rehabilitacji kardiologicznej ukierunkowane są na prowadzenie gimnastyki oddechowej, wczesne uruchamianie pacjenta w łóżku, psychoedukację i mobilizację chorego do współpracy. Rehabilitacja wdrażana jest zwykle w drugiej dobie, tuż po usunięciu opatrunku uciskowego. Chorego sadzamy na łóżku z opuszczonymi nogami, następnie sadzamy na krześle obok łóżka, po czym pionizujemy. Podczas pionizacji obserwujemy zapis EKG na monitorze, częstość akcji serca oraz ogólny stan pacjenta. W 3. dobie zwiększa się intensywność i czas ćwiczeń. W 4. dobie pacjent samodzielnie porusza się po oddziale i wykonuje wszystkie czynności samoobsługowe. Kolejny etap usprawniania poprzedzony jest oceną tolerancji wysiłku, stanu ogólnego chorego i wyników pomiarów.

Rehabilitacja psychiczna

W procesie rehabilitacyjnym prowadzona jest rehabilitacja psychiczna i profilaktyka wtórna przez psychoedukację. Psychoedukacja powinna być ukierunkowana indywidualnie na potrzeby i możliwości chorego i jego rodziny. Dlatego należy uwzględnić postawę pacjenta wobec choroby, sposób radzenia sobie ze stresem, sytuację rodzinną, styl życia, wiek, wykształcenie, wykonywany zawód. W rehabilitacji psychicznej ważne jest zdobycie zaufania chorego i duże zaangażowanie personelu lekarskiego. Przyczynia się to do lepszych efektów leczenia farmakologicznego i uzyskania celu psychoedukacji przez:

- uświadomienie pacjenta o własnych możliwościach wpływa na przebieg choroby;
- rozpoczęcie profilaktyki;
- przywrócenie samoakceptacji i zaufania chorego do samego siebie.

Przygotowanie pacjenta do samoopieki

Pielęgniarka przez edukację zdrowotną dostarcza pacjentowi i jego rodzinie odpowiedni zasób wiedzy, który umożliwi mu powrót do normalnego życia. Powinna rozpoznać i uzupełnić braki w wiedzy na temat jego choroby, wzmacniać motywację chorego w zapobieganiu rozwojowi i nawrotowi choroby. Zalecenia przekazywane przez pielęgniarkę powinny zawierać:

- informację na temat choroby, jej przyczyn, objawów i farmakoterapii;
- informację o konieczności samokontroli;
- wskazówki dotyczące prawidłowego odżywiania;
- zalecenia dotyczące aktywności fizycznej;
- wskazówki na temat ograniczenia nałogów;
- informacje dotyczące radzenia sobie z lękiem i stresem.

Po opuszczeniu szpitala chory szybko zapomina o zaleceniach i wskazówkach dotyczących samoopieki. Pielęgniarka powinna udostępnić mu te informacje w formie pisemnej w postaci informatorów, ulotek, broszurek. Pozwoli to pacjentowi i jego rodzinie na lepsze zapoznanie się z tymi wskazówkami i wykorzystanie ich w życiu codziennym.

WNIOSKI

Nowoczesna, inwazyjna kardiologia pozwala na wczesne poznanie, diagnostykę i szybkie wdrożenie odpowiedniego leczenia u pacjentów z ostrym zespołem wieńcowym. Przezskórna angioplastyka naczyń wieńcowych obecnie w Polsce jest standardem w leczeniu ostrego zawału mięśnia sercowego. Pielęgniarka bierze udział w całym procesie hospitalizacji, od momentu przyjęcia do wypisu pacjenta ze szpitala.

BIBLIOGRAFIA

1. Opolski G, Filipiak KJ, Polański L, red. *Ostre zespoły wieńcowe*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 2002.
2. Arendarczyk M. *Ostre zespoły wieńcowe – podstawy kliniczne*. W: Kaszuba D, Nowicka A, red. *Pielęgniarstwo kardiologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001: 110–115.
3. Arendarczyk M. *Opieka pielęgniarska nad chorym z ostrym zespołem wieńcowym w okresie przedszpitalnym i szpitalnym*. W: Kaszuba D, Nowicka A, red. *Pielęgniarstwo kardiologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001: 111–120.
4. Szymanowska K. *Przygotowanie chorego po ostrym zespole wieńcowym do samoopieki*. W: Kaszuba D, Nowicka A, red. *Pielęgniarstwo kardiologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2001: 124–127.
5. Krakowska A, Kubica A, Grąbczewska Z, i wsp. *Wczesna wewnątrzszpitalna rehabilitacja osób po zawale serca*. W: Kubica J, Sinkiewicz W, red. *Chory po zawale serca*. Gdańsk: Via Medica; 2008: 113–118.

Adres do korespondencji:

Agnieszka Tracz
Lic. piel.
ul. Wądoły 21
56-400 Oleśnica
Tel.: 602 362-980

Praca wpłynęła do Redakcji: 04.04.2013 r.

Po recenzji: 20.04.2013 r.

Zaakceptowano do druku: 25.05.2013 r.