

OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ŻYLAKAMI KOŃCZYN DOLNYCH

Nursing care on patient with varicose veins

Jacek Cebulski

Student kierunku Pielęgniarstwo, Wydział Nauk o Zdrowiu, Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie

adres do korespondencji: j.cebulski@wp.pl

STRESZCZENIE

Żylaki kończyn dolnych przez większość osób postrzegane są jako nieestetyczne wypukłości na skórze, które nie mają większego wpływu na zdrowie. Myślenie to jest błędne, ponieważ zmiany te mogą powodować szereg następstw mogących prowadzić nawet do śmierci. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z żylakami kończyn dolnych polega na prowadzeniu działań profilaktyczno-edukacyjnych. Przekazuje mu się wiedzę dotyczącą samej jednostki chorobowej i wdrożonego leczenia, ale również uczy się go na możliwe do wystąpienia powikłania pooperacyjne, przy jednoczesnym uwzględnieniu jego indywidualnych potrzeb fizycznych i duchowych. Przekazuje mu się wiedzę dotyczącą pielęgnacji operowanej kończyny i dalszej profilaktyki.

Słowa kluczowe: żylaki, opieka pielęgniarska, edukacja pacjenta.

SUMMARY

Varicose veins are commonly perceived as merely unpleasant-looking swellings on lower extremities which do not pose any significant threat to our state of health. However, in actual fact they can lead to major complications, some of which might be even lethal. The health care provided by a nurse to a patient with varicose veins is focused on the education of patient on the characteristics of the disease and teach him, how to observe any varicose changes in the operated leg. Also his individual physical and spiritual needs have to be taken into account. Moreover, the patient is educated not only on the disease itself as well as the treatment procedures but also on possible post-operative complications which may occur in the future and the ways of preventing them.

Key words: varicose veins, nursing care, patients education as topic.

WSTĘP

Żylaki kończyn dolnych są bardzo rozpowszechnionym schorzeniem. Choroba ta dotyka 50% kobiet i 38% mężczyzn w Polsce i jak pokazują statystyki leczenie żylaków kończyn dolnych wymaga wysokich nakładów finansowych, wynoszących 2% całości budżetu ochrony zdrowia krajów zachodnich [1, 2]. Ze względu na fakt, że żylaki nie bolą ani nie utrudniają sprawnego poruszania się, są często bagatelizowane. Mimo to, coraz więcej osób zgłasza się do lekarzy po pomoc – najczęściej z pobudek estetycznych [3]. Opieka nad tymi chorymi wymaga nie tylko troskliwości, ale również wiedzy, zgodnej z obowiązującymi standardami.

DEFINICJA I MECHANIZM POWSTAWANIA ŻYLAKÓW KOŃCZYN DOLNYCH

Żylaki kończyn dolnych (łac. *varices extremitatum inferiorum*) są to trwałe poszerzenia żył powierzchniowych w postaci węzłowatych sznurów, często z balonowymi uwypukleniami [4]. Ze względu na podłoże przyczynowe wymienić można żylaki pierwotne (zmniejszona ilość tkanki sprężystej), wtórne (powikłanie innych schorzeń) i o rzadkiej etiologii (przetoki żyłno-tętnicze). Powstawanie żylaków jest następstwem zaburzeń zamykania się zastawek naczyń żylnych. Niedomykalność powoduje cofanie się krwi i gromadzenie jej w przestrzeni międzyczastkowej. Tak nagromadzona krew wywiera silny nacisk na ściany naczynia. Stąd obserwowane zgrubienia i uwypuklenia. Cofająca się krew powoduje również destrukcję niżej położonych zastawek, przez co zaburzenie ulega nasileniu. Powszechnie uważa się, że żylaki są efektem niewłaściwego stylu życia, np. długotrwałej pracy siedzącej czy stojącej, braku aktywności fizycznej czy niewłaściwej diety. O ile nie można zaprzeczyć ich wpływowi na powstawanie żylaków, o tyle obraz ten jest niepełny. Zauważono bowiem dodatnią korelację między otyłością i ciążą a występowaniem żylaków kończyn dolnych [5]. Wskazano również 6-krotnie większą zapadalność na żylaki kończyn dolnych pośród osób starszych w porównaniu do badanej grupy 30-latków. Starzenie się powoduje sztywność naczyń i zmniejszenie wydajności pracy zastawek żylnych, co usposabia do powstawania żylaków. Nieobojętne pozostają również choroby towarzyszące – niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze czy miażdżyca [4].

OBJAWY

Żylaki kończyn dolnych, podobnie jak nadciśnienie czy cukrzyca, przez wiele lat nie dają żadnych objawów. Nawet pojawiające się zgrubienia na powierzchni skóry są bagatelizowane. Dopiero ze względów estetycznych pacjenci szukają pomocy w gabinecie lekarskim. Chorzy zaczynają odczuwać pewien dyskomfort, który nasila się wraz z długotrwałym przyjmowaniem pozycji stojącej. Pacjenci skarżą się na:

- „zmęczenie i ciężkość” nóg, które nasilają się szczególnie w porze wieczornej, po przepracowanym dniu;
- obrzęki wokół kostek i na grzbiecie stopy, które samoistnie ustępują po jakimś czasie lub po dłuższym przytrzymaniu nóg pod kątem 30° względem płaszczyzny podłogi (np. na stole czy na poduszce);
- parestezje (uczucie mrowienia) i uczucie pieczenia, które również ustępują po jakimś czasie od podniesienia nóg i po rozmasowaniu;
- kurcze mięśni nóg – szczególnie uciążliwe w porze nocnej, którym mogą towarzyszyć bóle, ustępujące po rozmasowaniu.

W badaniu fizykalnym stwierdza się również balonowe uwypuklenia, nasilające się w pozycji stojącej i podczas kaszlu. W miarę upływu czasu objawy się nasilają. W zaawansowanej fazie choroby żyłnej pojawić się mogą zmiany skórne – zmiana zabarwienia na sino-bordową, wybroczyny, stany zapalne czy owrzodzenia [6].

LECZENIE

Farmakologiczne

Leki podawane przy leczeniu żylaków kończyn dolnych wspomagają inne stosowane terapie, lecz nie mogą ich zastąpić. Działają głównie objawowo. Pośród tych leków wyróżniamy:

- diuretyki – powodują zmniejszenie obrzęków przez ewakuację zgromadzonego płynu; z czasem mogą powodować wzrost hematokrytu, co przyspiesza tworzenie się skrzepin;
- antykoagulanty – zapobiegają agregacji płytek krwi w naczyniach;
- leki flebotropowe – zmniejszają dolegliwości, wzmacniają naczynia żyłne, zmniejszają zastój żylny i poprawiają tonus żylny [6].

Niefarmakologiczne

Przyjmowane leki mają za zadanie wspomagać leczenie niefarmakologiczne. Wyróżniamy 3 rodzaje terapii:

- **kompresjoterapia** – najprostsza i najtańsza forma leczenia niefarmakologicznego; polega na nierównomiernym ucisku kończyny (rosnącym do strony dystalnej kończyny) za pomocą bandażu lub specjalnych pończoch;
- **skleroterapia** – polega na podaniu środka obliteracyjnego do naczynia, którego światło w wyniku powstałego stanu zapalnego zamyka się; badania wskazują, że efekt leczenia skleroterapią nie jest długotrwały;
- **leczenie chirurgiczne** – stripping – polega na wprowadzeniu do światła naczynia sondy, do której przyczepiane są odcięte końce uszkodzonego naczynia, a następnie sonda wyciągana jest wraz z naczyniem; alternatywnymi metodami są również kriochirurgia, gdzie sonda niską temperaturą (-80°C) niszczy naczynie, oraz terapia laserem, gdzie do naczynia wprowadzana jest wiązka światła lasera, który powoduje natychmiastowe obkurczenie się naczynia i zamknięcia światła żyły [7–9].

OPIEKA NAD PACJENTEM Z ŻYLAKAMI KOŃCZYN DOLNYCH

Ze względu na charakter schorzenia i dużą samodzielność pacjenta z żylakami kończyn dolnych opieka pielęgnarska nad chorym, oprócz działań doraźnych, polega głównie na edukacji i profilaktyce.

Proces pielęgnowania pacjenta z żylakami kończyn dolnych

1. Problem pielęgnacyjny: dyskomfort spowodowany obrzękiem i uczuciem „zmęczenia” nóg

Cel opieki:

- zmniejszenie obrzęku kończyn dolnych,
- zmniejszenie dyskomfortu.

Działania:

- zalecenie stosowania pończoch uciskowych lub bandaża i nauka prawidłowego zakładania bandaża (bandaż powinien zmniejszać ucisk wstępując),
- zalecenie odpoczynku nocnego z nogami uniesionymi o 30° względem powierzchni podłogi (np. na poduszce),
- zalecenie umiarkowanego wysiłku fizycznego (np. spacer, jazda rowerem),
- zastosowanie bilansu płynów, celem obserwacji ilości przyjmowanych płynów,
- zastosowanie leków moczopędnych zgodnie ze zleceniem lekarskim.

2. Problem pielęgnacyjny: dyskomfort i zmęczenie spowodowane nocnymi kurczami mięśni kończyn dolnych

Cel opieki:

- zmniejszenie częstości lub całkowita eliminacja występowania nocnych kurczów kończyn dolnych,
- zmniejszenie dyskomfortu.

Działania:

- zalecenie wypoczynku z nogami uniesionymi o 30° względem powierzchni podłogi (np. na poduszce),
- zalecenie suplementacji magnezu i potasu w diecie (banany, orzechy lub suplementy) oraz spożywania około 2 litrów wody dziennie,
- zalecenie masowania kończyn przed wypoczynkiem nocnym,
- zapewnienie ciszy i spokoju podczas wypoczynku nocnego.

3. Problem pielęgnacyjny: niepokój spowodowany dolegliwościami bólowymi chorej kończyny

Cel opieki:

- zmniejszenie nasilenia występowania bólu lub całkowita jego eliminacja,
- zmniejszenie niepokoju.

Działania:

- rozmowa z pacjentem o możliwości wystąpienia bólu i jego przyczyn,

- ułożenie pacjenta na plecach lub na stronie nie zajętej chorobowo,
- uwaga i wycucie podczas wykonywania czynności pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych na chorej kończynie,
- zastosowanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim.

4. Problem pielęgnacyjny: możliwość wystąpienia bólu i infekcji w miejscu rany operacyjnej

Cel opieki:

- zapobieżenie powstaniu infekcji,
- zapobieżenie wystąpieniu bólu rany operacyjnej lub jego minimalizacja.

Działania:

- pielęgnacja rany zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki,
- obserwacja rany pooperacyjnej pod kątem występowania odczynu zapalnego,
- zalecenie pacjentowi zgłaszania wszystkich niedogodności związanych z miejscem rany operacyjnej,
- zalecenie stosowania prysznica zamiast kąpieli,
- podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim.

5. Problem pielęgnacyjny: dyskomfort spowodowany z unieruchomieniem i związane z nim powikłania

Cel opieki:

- zmniejszenie dyskomfortu,
- zmniejszenie lub całkowita eliminacja ryzyka wystąpienia powikłań,
- jak najszybsza mobilizacja chorego.

Działania:

- aktywizacja pacjenta do wykonywania czynności samoobsługowych w ramach jego możliwości,
- zastosowanie profilaktyki przeciwoleżynowej: zmiana pozycji co 2 godziny, masowanie i nawilżanie miejsc poddanych uciskowi,
- zalecenie ułożenia z uniesionymi nogami,
- zalecenie przyjmowania płynów w ilości około 2 litrów na dobę,
- zalecenie wykonywania ćwiczeń biernych i oddechowych,
- podanie leków zgodnie ze zleceniem lekarskim.

6. Problem pielęgnacyjny: utrudniona mikcja spowodowana niemożnością oddania moczu w pozycji leżącej i związany z tym dyskomfort

Cel opieki:

- ułatwienie diurezy,
- zmniejszenie lub całkowita eliminacja dyskomfortu.

Działania:

- zapewnienie poczucia wsparcia i poinformowanie chorego o normalności sytuacji,
- zapewnienie kaczki lub basenu oraz intymności: parawan, pojedynczy pokój, jeśli istnieje taka możliwość,
- zastosowanie ciepłego okładu, masażu pęcherza, odkręcenia wody w kranie lub innych technik wywołujących uczucie parcia na pęcherz.

7. Problem pielęgnacyjny: niski poziom wiedzy pacjenta dotyczącej jednostki chorobowej

Cel opieki:

- zwiększenie wiedzy pacjenta dotyczącej żylaków kończyn dolnych.

Działania:

- rozmowa z pacjentem badająca zakres wiedzy pacjenta o żylakach,
- przedstawienie przyczyn powstawania żylaków w sposób dostosowany do poziomu intelektualnego pacjenta: skutek zaburzeń pracy zastawek naczyń żylnych i gromadzenia się krwi między nimi,
- przedstawienie sposobów przeciwdziałania powstawaniu żylaków kończyn dolnych: właściwa dieta (bogatoresztkowa), unikanie korzystania z sauny i gorą-

cych kąpiele, aktywny wypoczynek, unikanie noszenia ciężkich przedmiotów, unikanie długotrwałej pracy w pozycji siedzącej lub stojącej, stosowanie wygodnego obuwia,

- wskazanie, na co pacjent musi zwracać uwagę w przebiegu choroby: zmiana zabarwienia skóry na sino-borową, występowanie obrzęków, owrzodzeń, zwiększona ciepłota i rumień jednej z kończyn.

8. Problem pielęgnacyjny: niechęć pacjenta do wykonywania ćwiczeń rehabilitacyjnych

Cel opieki:

- edukacja pacjenta w zakresie ćwiczeń rehabilitacyjnych,

- zachęcenie chorego do zastosowania ćwiczeń w warunkach domowych.

Działania:

- zapewnienie pacjenta o konieczności kontynuowania ćwiczeń w domu,
- wskazanie pozytywnych aspektów wykonywania ćwiczeń: przyspieszenie powrotu do sprawności, poprawa samopoczucia i motoryki, zmniejszenie dolegliwości bólowych,
- przedstawienie przykładowych ćwiczeń: bujanie się przemiennie na palcach i piętach, ruchy okrężne stóp, chodzenie w miejscu czy naprzemienne zgięcia podszwowe i grzbietowe stóp.

BIBLIOGRAFIA

1. Jawień A, Grzela T. Epidemiologia przewlekłej niewydolności żylniej. *Przew Lek* 2004; 8: 29–32.
2. Zabielska D, Czarnecka J, Kobos E, i wsp. Profilaktyka żylaków kończyn dolnych u pielęgniarek pracujących na bloku operacyjnym. *Pielęg Pol* 2013; 48(2): 95–99.
3. Andharia HS, Leuva HL, Patel M, et al. Management and clinical outcome in varicose veins. *NJIRM* 2014; 5(1): 46–49.
4. Noszczyk W. *Chirurgia*. T. 2. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005: 590–639.
5. Marona H, Kornobis A. Patofizjologia rozwoju żylaków oraz wybrane metody ich leczenia – aktualny stan wiedzy. *Farm Pol* 2009; 65(2): 88–92.
6. Noszczyk W. *Zakrzepica żył głębokich. Żylna choroba zakrzepowozatorowa*. W: Szmidt J, red. *Podstawy chirurgii. Podręcznik dla lekarzy specjalizujących się w chirurgii ogólnej*. T. 1. Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna; 2003: 1060–1069.
7. Głowiczki P, et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg* 2011; 53(5): 2–48.
8. Noszczyk W. *Żylaki i inne choroby żył*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006.
9. Szewczyk MT, Jawień A. Kompresjoterapia jako podstawowy element leczenia owrzodzeń żylnych. *Leczenie Ran* 2004; 1: 1–4.

Adres do korespondencji:

Jacek Cebulski
ul. Śląska 44/2
66-620 Gubin
Tel.: 794 272 513
E-mail: j.cebulski@wp.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 15.05.2014 r.

Po recenzji: 20.08.2014 r.

Zaakceptowano do druku: 10.09.2014 r.