

RYŚ, Bogusława, BĄK, Ewelina and SAJDOK, Edyta. Nursing care of a 71-year-old patient after ischemic stroke with thrombolytic treatment in the neurology department. Quality in Sport. 2024;21:52912. eISSN 2450-3118.
<https://dx.doi.org/10.12775/QS.2024.21.52912>
<https://apcz.umk.pl/QS/article/view/52912>

The journal has had 20 points in Ministry of Higher Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Higher Education and Science of 05.01.2024. No. 32553.

Has a Journal's Unique Identifier: 201398. Scientific disciplines assigned: Economics and finance (Field of social sciences); Management and Quality Sciences (Field of social sciences).

Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 20 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Szkolnictwa Wyższego i Nauki z dnia 05.01.2024 r. Lp. 32553. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201398.

Przypisane dyscypliny naukowe: Ekonomia i finanse (Dziedzina nauk społecznych); Nauki o zarządzaniu i jakości (Dziedzina nauk społecznych).

© The Authors 2024;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.

Received: 17.05.2024. Revised: 25.05.2024. Accepted: 27.06.2024. Published: 27.06.2024.

Opieka pielęgniarska nad 71-letnim pacjentem po udarze niedokrwiennym mózgu z włączonym leczeniem trombolitycznym w oddziale neurologii

Nursing care of a 71-year-old patient after ischemic stroke with thrombolytic treatment in the neurology department

Bogusława Ryś

mail address: brys@ubb.edu.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1087-3449>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Edyta Sajdok

E- mail address: S55086@student.ubb.edu.pl

ORCID ID <https://orcid.org/0009-0008-5932-177X>

Affiliation: Student of the University of Bielsko-Biała, Bielsko-Biała. Poland; Faculty of Health Sciences

Ewelina Bąk

E- mail address: ebak@ubb.edu.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-2014-3717>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Streszczenie

Udar niedokrwienny mózgu jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów i główną przyczyną stałej niepełnosprawności w populacji świata. Wczesne wykrycie objawów i odpowiednie leczenie może znacznie zmniejszyć odsetek zgonów czy/ oraz zmniejszyć ryzyko ciężkiej niepełnosprawności. Poniższa praca opisuje przypadek 71-letniego mężczyzny, który dzięki szybkiej reakcji, dokładnej diagnostyce, a następnie włączeniu leczenia trombolitycznego uniknął częściowej lub ciężkiej niepełnosprawności.

Słowa kluczowe

Udar niedokrwienny mózgu, leczenie trombolityczne, proces pielęgnowania, oddział neurologii.

Abstract

Ischemic stroke is one of the most common causes of death and the main cause of permanent disability in the world's population. Early detection of symptoms and appropriate treatment can significantly reduce the rate of deaths and/or reduce the risk of severe disability. The following study describes the case of a 71-year-old man who avoided partial or severe disability thanks to a quick reaction, accurate diagnostics and subsequent initiation of thrombolytic treatment.

Keywords: Ischemic stroke, thrombolytic treatment, nursing process, neurology department.

Wstęp

Udar mózgu, znany również jako udar apoplektyczny lub udar mózgowy, to nagłe zaburzenie krążenia krwi w mózgu, co prowadzi do uszkodzenia komórek mózgowych. Udar mózgu może być spowodowany przez zablokowanie przepływu krwi do mózgu (udar niedokrwienny) lub przez krwotok wewnątrz mózgu (udar krwotoczny). Niedokrwienny udar mózgu jest znacznie bardziej powszechny niż udar krwotoczny [1].

Czynniki ryzyka

Znajomość czynników ryzyka jest bardzo ważna w pielęgniarstwie, ponieważ pozwala na identyfikację osoby lub większej grupy populacji o podwyższonym ryzyku wystąpienia apopleksji. Czynniki ryzyka udaru niedokrwiennego obejmują czynniki modyfikowalne i niemodyfikowalne:

Niemodyfikowalne czynniki ryzyka udaru mózgu:

- wiek – powyżej 55 lat;
- czynniki rasowe i genetyczne - częstsze występowanie u rasy czarnej;
- płeć - wyższe ryzyko u mężczyzn.

Modyfikacja czynników ryzyka apopleksji w zależności od stylu życia i wpływów środowiska:

- stosowanie używek i substancji biologicznie czynnych – chemikalia;
- zbyt mała aktywność fizyczna;
- złe odżywianie i otyłość, każde 1,5 raza zwiększa ryzyko udaru;
- uzależnienie od nikotyny;
- złe warunki społeczno-ekonomiczne i niski poziom wykształcenia.

Czynniki modyfikowalne w zależności od występowania chorób i zaburzeń metabolicznych:

- nadciśnienie tętnicze - powoduje 3-6 razy większe ryzyko;
- cukrzyca zwiększa ryzyko udaru 1,8-2,2 razy;
- dyslipidemie;
- zespół zaburzeń metabolicznych, któremu towarzyszy upośledzenie pracy nerek;
- niedoczynność tarczycy;
- choroby mięśnia sercowego i układu przewodzącego i zastawka serca;
- niemiażdżycowe choroby tętnic szyjnych i mózgowych.

Stwierdzone w badaniach czynniki biochemiczne i hematologiczne;

- podwyższone wartości hematokrytu,
- zwiększenie stężenia białka C-reaktywnego w surowicy i fibrynogen w osoczu,
- hiperhomocysteinemia i homocysteinuria [1,2,3].

Pacjenci po udarze są często niepełnosprawni i zależni od pielęgniarek lub rodziny. Ograniczenia mogą dotyczyć działań w zakresie samoopieki związanej z zaburzeniami ruchu i skurczów kończyn górnych oraz nietrzymania moczu czy kału. Trudności mogą pojawić się także przy zmianie pozycji, spożywaniu posiłków oraz poruszaniu się. Takie ograniczenia mogą doprowadzić do przerwania komunikacji z środowiskiem zewnętrznym, w następstwie pogłębiając istniejącą depresję [1, 2].

Obraz kliniczny

W zależności od lokalizacji oraz wielkości ogniska niedokrwiennego w mózgu, rodzaj i nasilenie objawów jest zróżnicowane. W praktyce udar nie manifestuje się tylko jednym objawem, występują one w różnych kombinacjach. Oto najważniejsze objawy udarów:

- Zaburzenia przytomności, zachowania oraz funkcji poznawczych. Zaburzenia przytomności mogą mieć postać od zwykłej senności do głębokiej śpiączki. W pierwszych dobach po udarze u chorych występują zaburzenia orientacji w miejscu i czasie, zaburzenia uwagi, urojenia, omamy, zaburzenia snu, pobudzenie psychoruchowe, określane mianem stanu majaczenia. Zaburzenia mowy wstępujące w przebiegu udaru określa się mianem afazji, która występuje w kilku podtypach. Afazja ruchowa określana również jako motoryczna czy Broki, charakteryzuje się trudnościami w wyrażaniu myśli, jednakże rozumienie mowy zostaje zachowane. Natomiast afazja ruchowa zwana też afazją Wernickiego objawia się trudnościami w rozumieniu mowy, a sama mowa pacjenta jest płynna nielogiczna. Kolejnym podtypem jest afazja mieszana (globalna) występująca przy dużych udarach w następstwie pacjent ma trudności w wyrażaniu myśli oraz rozumieniu mowy. W przebiegu udaru występują również alekcje – ograniczenie lub niezdolność czytania, akakulia – ograniczenie lub niezdolność do wykonywania działań matematycznych, agrafia – ograniczenie lub niezdolność pisania.
- Porażenia i niedowłady – najczęściej połowiczne (jeśli doszło do niedokrwienia zlokalizowanego w prawej półkuli, niedowład połowiczny obejmuje lewą stronę ciała. W następstwie uszkodzenia dróg piramidowych w przebiegu udaru, dochodzi do wzmożonego napięcia mięśni typu spastycznego oraz pojawienie się patologicznych objawów np. Babińskiego.
- Apraksja - zaburzenie polegające na ograniczeniu wykonywania ruchów na polecenie. przy jednoczesnym braku niedowładu, zaburzeń koordynacji ruchowej, zaburzeń czucia oraz zaburzeń rozumienia wykonania ruchu. Apraksją ideacyjną określa się niemożność wykonania czynności ruchowej, która składa się z wielu elementów. Natomiast o apraksji deomotorycznej mówimy, gdy chory nie może wykonać na polecenie prostych ruchów. Ostatnim podtypem apraksji jest apraksja konstrukcyjna, która charakteryzuje się niemożnością wykonania na polecenie razem wielu elementów.

- Zaburzenia widzenia – z zależności od lokalizacji obszaru niedokrwiennego, zaburzenia widzenia mogą przybierać postać niedowidzenia połowicznego, kwadratowego jednoimiennego oraz ślepoty jednoocnej.
- Zaburzenia zwieraczy – w większości przypadków dotyczy nietrzymania moczu.
- Zaburzenia wegetatywne – występują w ciężkich zaburzeniach świadomości i charakteryzują się zaburzeniami rytmu serca, zaburzeniami termoregulacji, zaburzeniami oddechu, wahaniami ciśnienia tętniczego oraz zaburzeniami czuwania i snu [1,3 4,5].

Diagnostyka

Diagnostyka udarów niedokrwienych mózgu obejmuje przede wszystkim badania neuroobrazowe. Wymaga zróżnicowania z innymi jednostkami chorobowymi min. udaru krwotocznego czy guza mózgu. Podstawowym zadaniem wykonywanym u pacjentów z podejrzeniem udaru mózgu jest tomografia komputerowa (TK), aby odróżnić udar niedokrwienny od krwotocznego. Zmiany niedokrwienne w badaniu TK widoczne są z opóźnieniem. Około 60% udarów można uwidocznic w okresie 3-6 godzin od wystąpienia objawów. Udar niedokrwienny w badaniu TK charakteryzuje się zmniejszoną densyjnością, czyli obraz tkanek mózgowych staje się ciemniejszy oraz zmniejszoną wyraźnością i zatarciem konturów struktur mózgu, zwane też rozmyciem. Udar krwotoczny jest prostszy w rozpoznaniu ponieważ, w obrazie badania TK występuje wyraźne ognisko krwotoczne o charakterze hiperintensywnym [2, 3, 4].

W szpitalach specjalistycznych, które posiadają oddział neurologi z pododdziałem udarowym stosuje się metodę angiografii TK oraz perfuzji TK, w owych badaniach konieczne jest podanie kontrastu oraz naświetlenie chorego co umożliwi w dokładniejszy sposób określić rozległości udaru oraz jego przyczyny. Jednakże najlepszym badaniem, które pozwala określić patologię udaru jest rezonans magnetyczny, który pozwala wykryć sekwencje zmian niedokrwienych już po kilku do kilkunastu minut po ich wystąpieniu. Do ustalenia przyczyny udaru stosuje się badania USG tętnic szyjnych, kręgowych oraz wewnątrzczaszkowych. Natomiast jeśli badanie wykonuje się po zastosowaniu leczenia, powinno ono posłużyć do rozpoznania czynników ryzyka, czyli w profilaktyce wtórej. W przebiegu udaru należy wykonać również badania laboratoryjne, które obejmują: elektrolity, glikemię, morfologię, koagulogram (INR), kreatyninę, troponinę, kinazę kreatynową, izoenzym MB oraz białko C- reaktywne, czyli CRP [1, 3, 5].

].

Leczenie

Wczesne rozpoznanie objawów udaru, zawiadomienie odpowiednich służb, natychmiastowy transport chorego do szpitala oraz przygotowanie chorego do leczenia są ważnym elementem tego procesu. Według wytycznych procedury te powinny trwać nie więcej niż jedną godzinę od wystąpienia objawów tzn. złota godzina udarowa. Leczenie udarów obejmuje leczenie przeciwplatek, leczenie trombolityczne i/lub trombektomie mechaniczną [6].

Cel pracy

Celem pracy było przedstawienie problemów pielęgnacyjnych oraz działań jakie podejmują pielęgniarki na oddziale neurologii w oparciu o przypadek kliniczny 71- letniego pacjenta z udarem niedokrwiennym mózgu z włączonym leczeniem trombolitycznym, a także przybliżenie definicji, czynników ryzyka, diagnostyki, obrazu klinicznego i rodzajów leczenia udaru mózgu.

Opis przypadku

Mężczyzna lat 71 około godziny 13.30 zgłosił się do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z powodu niedowładu prawostronnego i mową niewyraźną. Z wywiadu wynika, że objawy u mężczyzny w postaci niedowładu i niewyraźnej mowy wystąpiły nagle, około godziny 13.00 podczas prac w ogrodzie (zrywania jabłek z drzewa), przy odchyleniu głowy do tyłu. Żona pacjenta zaniepokojona objawami u męża udała się z nim do najbliższego szpitala.

Na Szpitalnym Oddziale Ratunkowym wykonano niezbędne badania w tym tomograf komputerowy, który potwierdził udar niedokrwienny w prawym jądrze soczewkowatym - ognisko hypodensyjne o średnicy 6mm. Również w obrazie TK zaobserwowano blaszki miażdżycowe w tętnicach szyjnych oraz prawej tętnicy kręgowej. O godzinie 14.45 chory w trybie pilnym został przyjęty na oddział neurologiczny. Lekarz dyżurny podjął decyzję o włączeniu u chorego leczenia trombolitycznego, gdyż chory „znajdował się w okienku terapeutycznym” tzn. do 4,5h od wystąpienia objawów udaru.

Pacjent podczas przyjęcia przytomny w kontakcie logicznym, kontakt słowny utrudniony ze względu na mowę dyzartryczną. Uważnie słucha zadawanych pytań, na które próbuje odpowiadać lub potakuje głową. Zorientowany co do miejsca i czasu. Źrenice równe, symetryczne, reaktywne, oczopląsu brak. Oddech prawidłowy, brak duszności czy kaszlu, osłuchowo szmer pęcherzykowy opukowo wypuk jawny. Klatka piersiowa unosi się symetrycznie, ruchoma oddechowo. Błony śluzowe czerwone wilgotne. W badaniu palpacyjnym brzuch miękki, niebolesny, wysklepiony prawidłowo, bez odruchów

patologicznych. Niedowład kończyn prawych wg skali Lovetta określa się następująco w kończynie górnej prawej stopnia III, a w kończynie prawej dolnej stopnia IV. Stan higieniczny skóry dobry, lekkie obrzęki kończyn dolnych oraz widoczna sucha, złuszczone skóra. W badaniu oceny ryzyka powstania odleżyn u chorego z pomocą skali Norton, pacjent otrzymał 16 punktów (stan fizyczny – dość dobry, stan świadomości – uważny, zdolność poruszania – brak, stopień przy zmianie pozycji ciała – lekko ograniczona, nietrzymanie moczu i stolca – nie występuje). U pacjenta nie przeprowadzono skali oceny równowagi i chodu (skala Tinetti) z powodu konieczności unieruchomienia w łóżku. Chory w wywiadzie podaje następujące schorzenia współistniejące: nadciśnienie tętnicze, chorobę niedokrwinną serca oraz arytmie. U chorego nie występują zaburzenia słuchu i wzroku. Alergię oraz nałogi neguje. Chory mieszka z rodziną, a jego warunki mieszkalne są dobre. W badaniu neurologicznym ujemne objawy oponowe. Na oddziale pacjenta przygotowano do leczenia trombolitycznego, założono dwa wkłucia obwodowe, w prawym dole łokciowym (G18) oraz na prawym przedramieniu (G20), również założono cewnik Foley'a (Ch18) do pęcherza moczowego. Rozpoczęto prowadzenie bilansu płynów, cewnik drożny diureza zachowana.

Podczas przygotowywania chorego wykonano również EKG oraz dokonano pomiaru podstawowych parametrów życiowych. Wyniki pomiarów: tętno 75/min, RR 143/72 mmHg, temp. 36,4°C. O godzinie 15.00 rozpoczęto leczenie trombolityczne. Waga pacjenta wynosiła 68 kg więc dawkę całkowitą obliczono na podstawie wzoru $0.9\text{mg} \times \text{waga (kg)}$. Dawka całkowita dla tego pacjenta wynosiła 60mg. W pierwszej kolejności podano 6mg leku w bolusie, a następnie 54 mg w pompie infuzyjnej w czasie jednej godziny. Pacjent w trakcie jak i po leczeniu actylise monitorowany, prowadzona Karta Wzmoczonego Nadzoru. Po zakończonym leczeniu u chorego zaobserwowano poprawę w mowie, która już nie jest dyzartryczna. Actylise jest lekiem stosowanym z wyboru w ostrym udarze niedokrwinnym, jego działanie polega na rozpuszczeniu zakrzepu w naczyniu żylnym, w następstwie poprawiając przepływ krwi przez nie. Występuje on w postaci gotowych opakowań w których znajduje się proszek oraz rozpuszczalnik do sporządzania roztworu. Dzięki temu umożliwia to łatwe i szybkie przygotowanie leku.

Po 24 godzinach od leczenia trombolitycznego, wykonano kontrolne TK w celu wykluczenia powstania ognisk krwotocznych. Obraz TK bez zmian krwotocznych w porównaniu do poprzedniego badania. W następstwie zespół rehabilitantów oraz fizjoterapeutów uruchomił pacjenta, oraz usunięto cewnik Foley'a. Od tego momentu pacjent słabo chodzący, samodzielnie wychodzi do toalety oraz porusza się w obrębie sali. Samodzielny w zakresie

czynności pielęgnacyjno- higienicznych. Samodzielnie zjada posiłki. Leczenie trombolityczne przyniosło poprawę w stanie pacjenta, zmniejszył się deficyt ruchowy, kończyna górna prawa IV, a kończyna dolna prawa V wg skali Lovetta.

W drugim dniu pobytu chory konsultowany logopedycznie, Na podstawie badania logopedycznego stwierdzono: brak zaburzeń odbioru, czy rozumienia słów, brak widocznych zaburzeń w zakresie mowy, mowa wyraźna, brak zaburzeń czytania, prawidłowe funkcje poznawcze, prawidłowa orientacja auto i allopsychiczna. Po przeprowadzeniu testów oraz obserwacji chorego podjęto decyzje, że nie wymaga on terapii logopedycznej.

W trakcie pobytu na oddziale u chorego wykonano badanie hotlerowskie, z którego wynika, że u pacjenta występował rytm zatokowy 47-88 uderzeń na minutę z średnią 61 uderzeń na minutę oraz pojedyncze pobudzenia komorowe oraz nadkomorowe. Natomiast w badaniu ECHO, EF (fakcja wyrzutowa) wynosił 60% i zaobserwowano małą niedomykalność zastawki mitralnej oraz zastawki trójdzielnej. Odbyły się również dwie konsultacje internistyczne, w których nie stwierdzono patologii. Podczas hospitalizacji wykonano również badania laboratoryjne, które obejmowały: morfologię krwi z płytkami, potas, sód, kreatyninę, triglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol LDL i HDL, czasy kaolinowo-kefalinowy, czas protrombinowy. Przez cały okres pobytu chory współpracujący z zespołem rehabilitantów, czynnie uczestniczy w ćwiczeniach.

W 9-tym dniu pobytu w oddziale, chorego wypisano do domu w stanie ogólnym dobrym. W dniu wypisu pacjent był samodzielny, chodzący, w kontakcie logiczno-słownym. Pacjent otrzymał skierowanie na oddział rehabilitacji neurologicznej, poradni kardiologicznej oraz neurologicznej. Został poinformowany o konieczności wykonywania badań kontrolnych oraz przyjmowaniu leków zgodnie z zleceniem lekarskim.

Zastosowane leczenie

- Actylise 60 mg i.v. - jednorazowo w dniu przyjęcia
- Mannitol 15% 2x100ml i.v. - od pierwszej doby hospitalizacji
- Memotropil 2x3g i.v - od pierwszej doby hospitalizacji
- Bisocard 1x5mg p.o. - od pierwszej doby hospitalizacji
- Atrox 1x20mg p.o. – wieczorem od pierwszej doby hospitalizacji
- Acard 1x150 mg p.o. - od pierwszej doby hospitalizacji
- Polprazol 1x20 mg p.o. od drugiej doby hospitalizacji
- Plavix 1x75 mg p.o. od drugiej doby hospitalizacji

Problemy pielęgnacyjne

Problem I: Stan bezpośredniego zagrożenia życia chorego w przebiegu udaru.

Cel: Zmniejszenie ryzyka pogorszenia stanu zdrowia.

Interwencje pielęgniarские:

- Założenie wkłucia obwodowego, (w przypadku leczenia trombolitycznego dwóch wkłuć),
- Założenie cewnika do pęcherza moczowego obserwacja diurezy, prowadzenie bilansu płynów (w przypadku leczenia trombolitycznego),
- Pobieranie badań do diagnostyki wg zleceń,
- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (oddech, tętno, ciśnienie tętnicze, temperatura) oraz odnotowanie ich w Karcie Wzmoczonego Nadzoru,
- Podawanie leków wg zleceń lekarskich oraz obserwacja chorego pod względem reakcji na lek,
- W przypadku spadku saturacji zastosowanie tlenoterapii,

Ocena działań: Choremu założono wkłucie obwodowe, cewnik Foley'a, pobrano badania do diagnostyki, monitorowano podstawowe parametry, leki otrzymał wg zleceń lekarskich. Nie wymagał tlenoterapii.

Problem II: Utrudniony kontakt słowny z pacjentem ze względu na mowę dyzartryczną.

Cel: Nawiązanie kontaktu z chorym.

Interwencje pielęgniarские

- Zadawanie prostych pytań, na które chory może krótko odpowiedzieć lub zastosować komunikację niewerbalną np. potakiwanie głową,
- Stosowanie spokojnego tonu głosu, a w razie konieczności spokojne powtarzanie pytań,
- Informowanie pacjenta o czynnościach wykonywanych przy nim,
- Utrzymanie kontaktu wzrokowego podczas czynności wykonywanych przy pacjencie,
- Okazanie zrozumienia dla pacjenta, życzliwość

Ocena działań: Zadawano proste pytania choremu na które odpowiadał prostymi słowami lub potakiwał głową, podczas rozmowy utrzymywano kontakt wzrokowy oraz stosowano spokojny ton głosu, informowano chorego o czynnościach wykonywanych przy nim, okazano zrozumienie.

Problem III : Trudności w wykonywaniu precyzyjnych ruchów spowodowane osłabieniem prawej kończyny górnej.

Cel: Poprawa zdolności manualnych.

Interwencje pielęgniarские:

- Zachęcanie do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez fizjoterapeutę,
- Zachęcanie chorego do wykonywania ćwiczeń poprawiających chwyt dłoni np. chwytanie długopisu i próba samodzielnego pisania, układanie puzzli, podnoszenie monet i układanie ich w wieże,
- Zachęcanie do wykonywania ćwiczeń rozciągających, wzmacniających np. przy użyciu piłeczki.

Ocena działań: Pacjent uczęszczał na zajęcia z fizjoterapeutą oraz samodzielnie wykonywał ćwiczenia w celu poprawy zdolności manualnych.

Problem IV: Trudności w poruszaniu się spowodowane osłabieniem prawej kończyny dolnej.

Cel: Ułatwienie poruszania się, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Interwencje pielęgniarские:

- Ocena sprawności fizycznej chorego oraz możliwość samodzielnego poruszania,
- Zastosowanie urządzeń ułatwiających poruszenie (balkonik, kule),
- Zachęcanie do uczestnictwa w zajęciach organizowanych przez fizjoterapeutę,
- Zapewnienie całkowitej lub częściowej pomocy przy poruszaniu się,

Ocena działań: Oceniono sprawność fizyczną chorego, zachęcono do uczestnictwa z zajęciami organizowanych przez fizjoterapeutów.

Problem V: Zwiększone ryzyko upadku wynikające z osłabienia kończyny dolnej.

Cel: Zapobieganie upadkom.

Interwencje pielęgniarские:

- Poinformowanie o konieczności noszenia odpowiedniego obuwia,
- Usunięcie przedmiotów z szlaku poruszania się,
- Umieszczenie szafki przyłóżkowej w pobliżu pacjenta,
- Edukacja pacjenta na temat bezpiecznego wstawania, oraz unikania sytuacji zwiększających ryzyko upadku,
- Edukacja rodziny pacjenta na temat metod zapobiegania upadkom,

Ocena działań: Poinformowano chorego o konieczności noszenia odpowiedniego obuwia, umieszczono szafkę przyłóżkową w pobliżu pacjenta, edukowano pacjenta oraz rodzinę na temat metod zapobiegania upadków.

Problem VI: Zwiększone ryzyko uszkodzeń skóry na kończynach dolnych spowodowane jej nadmierną suchością.

Cel: Zapewnienie odpowiedniej pielęgnacji.

Interwencje pielęgniarские:

- Dokładna i częsta pielęgnacja skóry (stosowanie mydeł o pH około 5,5, stosowanie kremów oraz oliwek nawilżających,
- Obserwacja miejsc narażanych na podrażnienia,
- Unikanie tarcia skóry, osuszanie przez dotykanie,
- Spożywanie około 1,5 l wody na dobę,
- Unikanie przegrzania organizmu - stosowanie luźnej bielizny z naturalnych materiałów,
- Suplementacja witaminami B, C, E oraz kwasami omega -3,

Ocena działań: Poinformowano chorego o konieczności odpowiedniej pielęgnacji skóry, spożywania 1,5l wody dziennie, stosowania luźnej bielizny z naturalnych materiałów.

Problem VII: Obrzęki kończyn dolnych w okolicach kostek.

Cel: Zminimalizowanie obrzęków kończyn dolnych.

Interwencje pielęgniarские:

- Układanie kończyn dolnych w pozycji wysokiej, przy pomocy klina, przedstawienie choremu istoty takich działań,
- Poinformowanie o konieczności spania w pozycji nie powodującej ucisku kończyny po stronie obrzęku,
- Stosowanie leków moczopędnych na zlecenie lekarza,
- Monitorowanie stanu pacjenta wraz z oceną zmian obrzęków na kończynach dolnych,
- Kontrola skóry chorego pod względem zaczerwienienia, bolesności oraz nadmiernego ocieplania kończyn dolnych,

Ocena działań: Poinformowano chorego o konieczności układania kończyn dolnych w pozycji wysokiej oraz unikaniu sytuacji powodujących ich ucisk.

Problem VIII: Możliwość wystąpienia zaburzeń rytmu serca podczas podawania actylise.

Cel: Zmniejszenie ryzyka wystąpienia zaburzeń rytmu serca.

Interwencje pielęgniarские:

- Ścisłe monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (oddech, tętno, ciśnienie tętnicze, temperatura) oraz odnotowanie ich w Karcie Wzmoczonego Nadzoru,
- Podaż leku, a w szczególności bolusa pod nadzorem lekarza,
- Podaż bolusa actylise w czasie 1 minuty oraz obserwacja parametrów życiowych,
- Obserwacja chorego pod względem objawów uczuleniowych lub innych oznak nietolerancji na lek,
- Poinformowanie lekarza w przypadku wystąpienia odchyleń w parametrach życiowych,
- Przygotowanie zestawu reanimacyjnego/ przeciwwstrząsowego.

Ocena działań: Ścisłe monitorowano parametry życiowe, lek podawano w obecności lekarza, obserwowano chorego, przygotowano zestaw reanimacyjny/przeciwwstrząsowy.

Problem IX: Możliwość pogorszenia się stanu psychofizycznego pacjenta w przebiegu udaru.

Cel: Zapobieganie pogorszeniu się stanu pacjenta.

Interwencje pielęgniarские:

- Obserwacja pod kątem zaburzeń świadomości i wystąpienia nowych objawów ogniskowych,
- Podawanie leków wg zleceń lekarskich,
- Pobieranie badań do diagnostyki laboratoryjnej,
- Wyższe ułożenie głowy (15-30°),
- Monitorowanie parametrów życiowych,

Ocena działań: Obserwowano chorego pod względem zaburzeń świadomości, podano leki wg zleceń lekarskich, pobrano badania do diagnostyki, ułożono głowę pod kątem 15°, monitorowano parametry życiowe.

Problem X: Ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej.

Cel: Zapobieganie lub zmniejszenie ryzyka wystąpienia zaburzeń zatorowo- zakrzepowych.

Interwencje pielęgniarские:

- Pobranie krwi w celu oceny układu krzepnięcia,
- Uniesienie kończyn dolnych o 30-40 powyżej poziomu tułowia,
- Obserwacja kończyny pod kątem objawów zapalenia,
- Wykonywanie ćwiczeń biernych w obrębie kończyn dolnych,

- Zastosowanie farmakoterapii na zalecenie lekarza, w tym leków przeciwplatek, Ocena działań: Pobrano krew w celu oceny układu krzepnięcia, zastosowano farmakoterapii wg zleceń w tym leków przeciwplatek. Poinformowano chorego o konieczności układania kończyn dolnych powyżej tułowia oraz wykonywania ćwiczeń biernych w obrębie kończyn dolnych.

Problem XI: Ryzyko wystąpienia w przyszłości kolejnego udaru mózgu.

Cel opieki: Eliminacja lub ograniczenie czynników ryzyka wystąpienia powtórnego udaru.

Interwencje pielęgniarskie:

- Zalecenie zmiany stylu życia, odżywiania, aktywności fizycznej po udarze,
 - Zaproponowanie wyeliminowania z życia czynników szkodliwych m.in. nadwagi, palenia tytoniu, diety bogatej w tłuszcze czy spożywania alkoholu,
 - Poinformowanie o konieczności przyjmowania leków wg zaleceń lekarskich oraz systematyczny pomiar glikemii, cholesterolu, ciśnienia tętniczego krwi oraz kontrolne wizyty w poradniach,
 - Poinformowanie chorego oraz rodziny o wczesnym rozpoznawaniu objawów mogące wskazywać na udar oraz w zaistniałej sytuacji wczesne wezwanie pogotowia ratunkowego,
- Ocena działań: Zalecono choremu zmianę stylu życia. Poinformowano również o konieczności przyjmowania leków wg zaleceń, systematycznego pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, glikemii oraz kontrolnych wizyt w poradniach.

Problem XII: Możliwość wystąpienia zakażenia układu moczowego w związku z założeniem cewnika do pęcherza moczowego.

Cel: Zapobieganie wystąpieniu zakażeń układu moczowego.

Interwencje pielęgniarskie:

- Wykonane toalety krocza (1-2 razy na dobę oraz każdorazowo po oddaniu stolca),
- Przestrzeganie zasad antyseptyki i aseptyki przy zakładaniu cewnika moczowego,
- Zwrócenie uwagi na to, żeby worek zbierający mocz znajdował się poniżej poziomu cewki moczowej, aby zapobiegać wstęcznemu odpływowi moczu,
- Ocena barwy i ilości moczu,
- Podawanie lub zalecenie spożywania odpowiedniej ilości płynów – około 2,5l dziennie,
- Obserwacja pacjenta pod kątem objawów mogących świadczyć o infekcji dróg moczowych (ból podbrzusza, ból podczas oddawania moczu),

- Usunięcie cewnika tak szybko jak to możliwe,

Ocena działań: Przestrzegano zasady podczas zakładania cewnika moczowego, dopilnowano aby worek na mocz znajdował poniżej poziomu cewki moczowej, wykonano toaletę krocza, usunięto cewnik moczowy drugiego dnia hospitalizacji.

Problem XIII: Ryzyko usunięcia wkłucia obwodowego przez pacjenta.

Cel: Minimalizacja ryzyka usunięcia wkłucia.

Interwencje pielęgniarские:

- Dodatkowe zabezpieczenie wkłucia np. bandażem,
- Poinformowanie chorego o konieczności zwracania uwagi na dostęp dożylny podczas zdejmowania odzieży wierzchniej,
- Poinformowanie pacjenta o konieczności zachowania spokoju i unikania nadmiernego ruchu wokół wkłucia,
- Monitorowanie stanu wkłucia sprawdzając jego stabilność oraz czy nie występują oznaki nadmiernego napięcia,
- Zwrócenie uwagi na bandaże oraz opatrunki, aby nie powodowały nadmiernego rozluźnienia oraz dyskomfortu w okolicy dostępu obwodowego,
- Poinformowanie pacjenta o możliwych powikłaniach będących skutkiem samodzielnego usunięcia wkłucia,

Ocena działań: Poinformowano chorego, aby zwrócił uwagę na wkłucie podczas zdejmowania odzieży wierzchniej, wkłucie obwodowe zabezpieczono dodatkowo bandażem.

Problem XIV: Ryzyko wystąpienia zakażenia spowodowanego założeniem wkłucia obwodowego.

Cel: Zapobieganie wystąpieniu zakażenia.

Interwencje pielęgniarские:

- Regularne przepłukiwanie 10 ml 0.9% roztworu NaCl w celu utrzymania drożności,
- Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki,
- Wymiana plastra wokół wkłucia w momencie zabrudzenia,
- Przestrzeganie czasu utrzymania wkłucia (do 72h),
- Obserwacja miejsca wkłucia pod kątem cech zakażenia (zaczerwienienie, ból, obrzęk),
- Prowadzenie karty obserwacji wkłucia obwodowego,

Ocena działań: Przepłukiwano regularnie wkłucie, przestrzega zasad aseptyki i antyseptyki, wymieniano plastry wokół wkłucia, usunięto wkłucie po 72h, obserwowano miejsce wkłucia pod względem cech zakażenia, prowadzono kartę obserwacji wkłucia obwodowego.

Zalecenia

Wskazówki dla chorego:

- Przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniem lekarskim, zaprzestanie zażywania jakiegokolwiek leku należy skonsultować z lekarzem,
- Regularna kontrola w poradni neurologicznej i kardiologicznej,
- Regularna kontrola badań laboratoryjnych min. morfologia, jonogram, trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol LDL i HDL, czasy kaolinowo-kefalinowy, czas protrombinowy,
- Regularne monitorowanie tętna, saturacji oraz ciśnienia tętniczego – wydano książeczkę kontroli ciśnienia tętniczego oraz glikemii,
- Odpowiednia ilość snu - zalecone to 8 godzin dziennie,
- Nawadnianie organizmu minimum 2 litry dziennie,
- Wprowadzenie diety ograniczającej zawartość tłuszczu (spożycie 5 niedużych, posiłków o stałej porze, posiłki gotować, dieta powinna być bogata w błonnik, wyeliminować potrawy ostre,
- Ograniczenie spożywania soli kuchennej oraz sodu do 2,4g na dobę,
- Prowadzenie aktywności fizycznej 3-4 razy w tygodniu trwającej co najmniej 40 min,
- Uczęszczanie na rehabilitację w celu poprawy sprawności ruchowej (wydano przez lekarza skierowanie do oddziału rehabilitacji neurologicznej,
- Wykonywanie gimnastyki oddechowej (3x dziennie po 10-15 min),
- Wykonywanie ćwiczeń czynnych i biernych kończyn górnych oraz dolnych,
- W przypadku wystąpienia niepokojących objawów zgłoszenie się na najbliższy SOR.

Podsumowanie

Udar niedokrwienny mózgu jest nieprzewidywalną jednostką chorobową, może dotyczyć zarówno osoby starszej, jak i młodej. Objawy występują nagle, niezależnie od pory dnia i nocy. Dlatego bardzo ważne jest szybkie rozpoznanie objawów przez chorego czy osoby znajdujące się w jego otoczeniu. Następnie należy wezwać zespół ratownictwa medycznego lub udać się z osobą chorą do najbliższego szpitala. U przebiegu udarów to czas stanowi najważniejszy

element całego łańcucha przeżycia. W zależności od momentu jaki minął od wystąpienia objawów jest możliwość włączenia specjalistycznego leczenia, czyli leczenia trombolitycznego. Czas ten nie może przekraczać 4,5h. Podjęcie tej metody leczenia w udarze mózgu może poprawić rokowania chorego tzn. zmniejszyć ryzyko zgonu czy stałej niepełnosprawności u chorego.

Piśmiennictwo

- [1] Jaracz K. Domitrz I. Pielęgniarstwo Neurologiczne Wyd. 2, PZWL, Warszawa 2021.
- [2] Szklarczyk K. Sztandarowicz W. Szykowska E. Sak P. Wybrane aspekty opieki pielęgniarskiej realizowanej wobec pacjenta po przebyłym udarze niedokrwinnym mózgu, *Innowacje w pielęgniarstwie i Naukach o Zdrowiu* 2020, 67-79.
- [3] Sienkiewicz – Jarosz H. Udar mózgu kompendium dla praktyka, Wyd. 1 PZWL, Warszawa 2021.
- [4] Drużdż A. Neurologia w medycynie ratunkowej, Uniwersytet Medyczny im, K. Marcinkowskiego Poznań 2015.
- [5] Sienkiewicz – Jarosz H. Stany nagłe Neurologia Wyd. 2 Medical Tribule Warszawa 2020.
- [6] Bembenek J. Członkowska A. Postępowanie w udarze – wybrane zagadnienia z wytycznych, 2019, 55-59.