

Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie<sup>1</sup>  
The Institute of Health Protection,  
The State Higher School of Vocational Education in Tarnów  
Specjalistyczny Szpital im Edwarda Szczeklika w Tarnowie<sup>2</sup>  
Edward Szczeklik Specialistic Hospital in Tarnów  
Wojewódzki Szpital im Św. Łukasza w Tarnowie<sup>3</sup>  
St. Lukas Provincial Hospital in Tarnów

PIOTR KOGUT<sup>1,2</sup>, MARIA SIWEK<sup>2</sup>, MARZENA CZYŻ<sup>3</sup>

---

*Acute coronary syndromes as as nursing issue - part two*

---

**Ostre zespoły wieńcowe w aspekcie pielęgniarstwie - cz. II**

W ostrym okresie zawału istnieje duża możliwość pojawienia się groźnych dla życia powikłań, które dzielą się na:

- powikłania pod postacią zaburzeń rytmu obejmujące: bradykardię zatokową, bloki przedsionkowo – komorowe I - III stopnia asystolię, przedwczesne skurcze komorowe, częstoskurcze komorowe, migotanie komór,
- powikłania hemodynamiczne takie jak: wstrząs kardiogeny, niewydolność serca, dusznica poza-wałowa, poszerzenie strefy zawału, powikłania zakrzepowo – zatorowe,
- powikłania mechaniczne takie jak: dysfunkcja mięśnia brodawkowego, pęknięcie przegrody międzykomorowej lub wolnej ściany serca, zapalenie osierdzia, powstanie tętniaka [4].

Pielęgniarka sprawując intensywny nadzór nad pacjentem w realizacji opieki zgodnie z metodą procesu pielęgnowania może zapobiegać pojawieniu się w/w powikłań, a w razie ich wystąpienia, podjąć odpowiednie działanie do momentu przybycia lekarza. W sytuacji pojawienia się groźnych dla życia powikłań powinna podjąć samodzielną interwencję (wykonanie defibrylacji elektrycznej w przypadku wystąpienia migotania komór, rozpoczęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej, gdy wystąpi nagle zatrzymanie krążenia i oddychania, w przypadku rozpoczynającego się obrzęku płuc wysokie ułożenie z opuszczonymi nogami, podanie tlenu przez cewnik nosowy, w momencie zauważenia spadku ciśnienia tętniczego krwi zatrzymanie wlewu z NTG, uniesienie kończyn dolnych powyżej poziomu serca, podanie tlenu). Pielęgniarka powinna zadbać o sprawne i dokładne podawanie zleconych środków farmakologicznych, stałe monitorowanie i obserwację czynności elektrycznej serca, bieżącą obserwację stanu pacjenta, pomiar i dokumentowanie podstawowych parametrów życiowych oraz natychmiastowe informowanie lekarza o przypadku rozpoznania sytuacji bezpośrednio zagrażającej życiu chorego.

Zawał serca stanowi najczęstszą przyczynę niewydolności tego narządu. Walka o to, aby konsekwencje zawału były jak najmniejsze wymusza intensywne i szybkie postępowanie w pierwszych godzinach zawału. W ośrodkach specjalistycznych zajmujących się leczeniem chorób serca pielęgniarka przyjmując pacjenta z zawałem stosuje procedurę przyjęcia chorego w trybie pilnym. Skupia się ona na sprawnym, szybkim zorganizowanym działaniu, które ocenia i pielęgnuje głównie sferę fizyczną pacjenta, bo ta w danym momencie jest najbardziej zagrożona. Nawiązuje kontakt z chorym i wstępnie ocenia stan ogólny, wzywa lekarza izby przyjęć, zakłada dokumentację chorego uzyskując w niej pisemną zgodę chorego na hospitalizację i inwazyjne badanie diagnostyczne u pacjentów przytomnych, pomaga przy badaniu wstępnym, wykonuje pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechów, zapis EKG, zakłada wkłucie obwodowe lub asystuje przy zakładaniu wkłucia centralnego,

pobiera krew do badań analitycznych, przygotowuje pacjenta do inwazyjnego badania diagnostycznego, transportuje do pracowni hemodynamiki i przekazuje pod opiekę personelu pracowni hemodynamiki.

Profesjonalna opieka pielęgniarska zorientowana na człowieka jako całość, jedność bio – psychospołeczną jest ukierunkowana również na rozwiązywanie problemów będących wynikiem z jednej strony nagłej hospitalizacji a także sytuacji społecznej w której znalazł się chory. Niezbędna jest ocena stosunku chorego do sytuacji w jakiej się znalazł i jak na nią reaguje (nierozwiązane sprawy rodzinne i zawodowe, wcześniejsze doświadczenia związane z hospitalizacją, wiedza na temat choroby). W sytuacji nagłego zagrożenia życia chory odczuwa lęk przed śmiercią i ma poczucie całkowitej bezradności oraz uzależnienia od opieki zespołu leczącego. Lęk ten może być potęgowany przez zastosowaną aparaturę medyczną. Pierwzoplanowym problemem staje się przywrócenie choremu poczucia bezpieczeństwa. W tej sytuacji pielęgniarka powinna okazywać pacjentowi zainteresowanie, troskliwość, życzliwość, dokładnie słuchać, wyjaśniać wszystko co niepokoi pacjenta, informować o celu wykonywanych zabiegów i zastosowania aparatury monitorującej oraz wyjaśniać rzeczowo zakres aktywności pacjenta w łóżku. Źródłem lęku może być również sytuacja społeczna (rodzinna, zawodowa) jaką pozostawił pacjent wyrwany z ciągu codziennych zdarzeń poprzez chorobę i nagłą hospitalizację. Pomoc w rozwiązaniu trudnej sytuacji społecznej może polegać np. na umożliwieniu pacjentowi kontaktu telefonicznego z miejscem pracy, rodziną.

W oddziale szpitalnym pacjent, obok wykonywanych specjalistycznych zbiegów, terapii farmakologicznej poddawany jest również działaniom edukacyjnym. Po wcześniejszym określeniu diagnozy pielęgniarskiej i rozpoznaniu u chorego występowania czynników ryzyka chorób serca, pielęgniarka planuje edukację pacjenta i jego rodziny ukierunkowaną na zmniejszenie ryzyka dalszego uszkodzenia serca (poprzez zaprzestanie palenia papierosów, spożywania alkoholu, zmniejszenie masy ciała, kontrolę ciśnienia tętniczego, cukrzycy, hiperlipidemii), kontrolę czynników zaostrzających niewydolność krążenia (restrykcja przyjmowania płynów, ograniczenie spożycia soli kuchennej), zastosowanie modelowego systemu opieki kardiologicznej nad chorym, rehabilitację[4].

Wiele problemów, natury psychicznej i fizycznej, wynikać może z konieczności unieruchomienia chorego w łóżku. Dyskomfort psychiczny oraz poczucie uzależnienia od innych osób, pojawia się często u młodych, bardzo aktywnych przed hospitalizacją. W związku z czym pielęgniarka jest tą osobą, która bezpośrednio pomaga pacjentowi w realizacji niektórych potrzeb biologicznych (wykonywanie toalety ciała, toalety jamy ustnej lub pomoc w toalecie, ślanie łóżka, pomoc przy spożywaniu posiłków, dostarczanie basenów, wożenie do wc w kolejnych dobach zawału). Długotrwałe unieruchomienie pacjenta powoduje możliwość wystąpienia zaparć, zapalenia płuc, odleżyn oraz powikłań zatorowo – zakrzepowych. Zakrzepicę żył głębokich stwierdza się u chorych z zawałem serca, szczególnie starszych, otyłych, z rozległym zawałem, oraz z żylakami. Jeśli występują wymienione czynniki zagrożenia, a pacjent z innych przyczyn nie przyjmuje leków przeciwzakrzepowych, to w celu zapobiegania zakrzepicy i zatorowości płucnej podaje się heparynę podskórną. Powikłania zatorowe występują obecnie u 1 – 3% osób ze świeżym zawałem serca. Skrzepliny pojawiają się zazwyczaj w pierwszym tygodniu od zawału, największą ich częstość stwierdza się pod koniec drugiego tygodnia, ale zwiększone ryzyko pojawienia się skrzepliny utrzymuje się przez cały rok po zawale [4]. Tego typu powikłanie znacznie obniża jakość życia pacjentów, wydłuża się okres hospitalizacji a także opóźnia powrót do pełnej sprawności i aktywności w życiu społecznym. Dlatego ważną rolę w zapobieganiu tym powikłaniom spełniają właściwe działania pielęgniarki, które polegają na: zezwoleniu choremu na aktywność fizyczną dozwoloną na danym etapie, włączeniu do diety pokarmy bogate w błonnik, zachęceniu chorego do częstej zmiany pozycji lub pomoc przy zmianie pozycji w zależności od stanu zdrowia, motywowaniu do wykonywania prostych ćwiczeń, dokładnym osuszaniu skóry, natłuszczaniu miejsc narażonych na powstanie odleżyn, a także dokładnym naciąganiu i ścieleniu pościeli, zachęcaniu pacjenta do wykonania gimnastyki oddechowej .

Diametralnie inne problemy pojawiają się, gdy minie ostry okres zawału i chory przenoszony jest z OIOK-u na salę ogólną. Wówczas rozpoczyna się proces przygotowania chorego do życia i wyjścia ze szpitala. W momencie przejścia na salę ogólną pacjenci sygnalizują lęk o własne zdrowie wynikające z przeniesienia na salę bez ścisłego nadzoru pielęgniarskiego. Aby pacjenta uspokoić i zwiększyć poczucie bezpieczeństwa pielęgniarka powinna uświadomić chorego, iż bezpośrednie zagrożenie życia minęło i nie ma potrzeby stałego monitorowania jego stanu. Uświadomić choremu konieczność sygnalizowania niepokojących objawów i o sposobie zachowania się w tej sytuacji. Zapewnić pacjenta o

tym, iż nadal znajduje się pod profesjonalną opieką i w razie potrzeby może liczyć na szybką reakcję i pomoc. Przebyte zawału serca będzie u większości pacjentów wiązało się z koniecznością modyfikacji dotychczasowego trybu życia. Pielęgniarka sprawująca opiekę wspólnie z chorym określa cele, do których razem będą zmierzać, planuje i wykonuje to, co było zaplanowane. Określa problemy, z którymi pacjent sobie nie radzi (np. palenie papierosów, otyłość), a które mają wpływ na jego zdrowie. Przygotowuje chorego do samoopieki i samopielęgnacji. Pielęgniarka rozpoznając potrzeby edukacyjne chorego często stwierdza brak motywacji oraz przygotowania do nowego trybu życia, a zatem w procesie edukacji musi: przekazać choremu i jego rodzinie rzetelne informacje dotyczące istoty choroby i jej objawów, uświadomić pacjentowi istnienie czynników ryzyka, które mają wpływ na rozwój miażdżycy i wpływu tych czynników na powstanie zawału, przekazać choremu informacje dotyczące diety niskotłuszczowej, poinformować chorego o organizacji trybu życia po opuszczeniu szpitala, uświadomić pacjentowi konieczność systematycznego zażywania leków i kontroli lekarskiej, instruować chorego i jego najbliższych jak należy postępować w przypadku zaostrzenia objawów, zapoznać rodzinę z zasadami udzielania pierwszej pomocy w razie wystąpienia zagrożenia życia.

Przebyte zawału często wywołuje u chorego przygnębienie spowodowane niemożnością powrotu do dawnego aktywnego trybu życia. Aby zminimalizować poczucie niepełnosprawności pielęgniarka powinna wzbudzić u pacjenta wiarę w siebie i własne możliwości, wskazać elementy pozytywne „nowego” życia, zasugerować skorzystania z leczenia sanatoryjnego, które poprawia ogólną wydolność organizmu oraz przygotowuje do życia w warunkach zmienionych przez chorobę. Jeszcze w szpitalu należy rozpocząć rehabilitację kardiologiczną i zaplanować ambulatoryjną opiekę poszpitalną. Konieczne jest poradnictwo i edukacja w zakresie diety, aktywności ruchowej, powrotu do pracy, prowadzenia pojazdów mechanicznych, stosowania leków, zaprzestania palenia, modyfikacji innych czynników ryzyka oraz psychospołecznych następstw przebytego zawału. Często po zawale pojawiają się zaburzenia depresyjne, złość i niepokój, na które lekarze niejednokrotnie nie zwracają uwagi. Depresja jest niezależnym czynnikiem ryzyka zwiększonej chorobowości i śmiertelności po zawale serca, i to niezależnym od nasilenia choroby wieńcowej, rozległości zawału i stopnia uszkodzenia lewej komory. Problem jest o tyle poważny, że prawie połowa chorych w okresie zdrowienia cierpi na bardziej lub mniej nasiloną depresję, a ciężkie zaburzenia dotyczą prawie co piątego pacjenta. Związek między zaburzeniami nastroju, a niekorzystnym rokowaniem można tłumaczyć, jak podaje Ziegelstein, faktem, że z depresją wiąże się słabsze korzystanie ze wsparcia społecznego, nieprzestrzeganie zaleceń dotyczących farmakoterapii i zmian stylu życia mających zmniejszyć ryzyko kolejnych incydentów sercowych, zaburzenia ze strony autonomicznego układu nerwowego, nasilenia aktywacji i agregacji płytek oraz układową aktywację immunologiczną. W przypadku braku możliwości powrotu do pracy zawodowej – ukazanie sposobów – samorealizacji w innych dziedzinach niż zawodowe. Pielęgniarki sprawujące opiekę nad chorym po zawale serca powinny znać wszystkie problemy mogące wystąpić w tej grupie pacjentów.

Profilaktyka medyczna jest dziedziną wiedzy o niezwykłych możliwościach rozwojowych. W odniesieniu do chorób krążenia profilaktyka pierwszej fazy obejmuje działania skierowane na obniżenie poziomu czynników ryzyka takich jak: palenie papierosów, niewłaściwy sposób odżywiania, mała aktywność fizyczna, stres. Profilaktyka drugiej fazy ma na celu zmniejszenie ryzyka powtórnego zachorowania na zawał serca, wystąpienia nagłej śmierci sercowej, zaburzeń rytmu lub niewydolności krążenia, które są następstwem dalszego rozwoju miażdżycy i nadciśnienia. Zakres działań różni się od profilaktyki pierwszej fazy elementami terapii i rehabilitacji. Profilaktyka trzeciej fazy zmierza do usunięcia lub ograniczenia następstw chorób. Duże znaczenie ma tutaj kompleksowa rehabilitacja, stawiająca za cel przywrócenie choremu maksymalnej sprawności psychicznej, fizycznej i społecznej, możliwej do uzyskania przy aktualnym stanie układu krążenia [1, 2, 5]. Szczególną uwagę należy zwrócić na: modyfikację stylu życia, zaprzestanie palenia tytoniu, zdrowe odżywianie, eliminację nadwagi i otyłości, kontrolę ciśnienia tętniczego, zwiększenie aktywności fizycznej, badania kontrolne bliskich krewnych. Systematycznie i właściwie prowadzona edukacja zdrowotna powinna motywować do dokonywania słusznych wyborów, pomagać w podejmowaniu decyzji sprzyjających utrzymaniu zdrowia, a tym samym wpływać na zmniejszenie czynników podwyższających ryzyko zachorowania na chorobę wieńcową [3].

## PIŚMIENNICTWO

1. Dzikowski W.: Jak dbać o swoje serce. Polska Fundacja Kulturalna, Londyn 1991
2. Giec L. (red): Leczenie choroby niedokrwiennej serca. Via Medica, Gdańsk 2000.
3. Jankowiak B.: Edukacja pacjentów z chorobą wieńcową. Pielęgniarka i Położna 2003, 6, s. 20-21
4. Opolski G., Filipiak K. J., Poloński L.(red): Ostre zespoły wieńcowe. Urban & Partner, Wrocław 2002
5. Widomska – Czekajska T. (red): Ambulatoryjna opieka kardiologiczna. PZWL, Warszawa 1994.

## STRESZCZENIE

Ostry zespół wieńcowy jakim jest zawał mięśnia sercowego może być przyczyną groźnych dla życia powikłań. W zespole terapeutycznym sprawującym bezpośrednią opiekę nad chorym, pielęgniarka zapewnia profesjonalną opiekę pielęgniarską. Intensywny i stały nadzór nad stanem zdrowia chorego, podmiotowość, indywidualizacja rozwiązywanych problemów zdrowotnych chorego oraz dobór właściwego modelu pielęgnowania, gwarantują bezpieczną i o wysokim standardzie opiekę pielęgniarską a pacjentowi dają poczucie bezpieczeństwa i uzyskanie możliwie najlepszej jakości życia.

## SUMMARY

Acute coronary syndrome such as myocardial infarction may be a cause of life-threatening complications. In the therapeutic team giving direct medical care to the patient, a nurse provides a professional nursing care. An intensive and continuous supervision of the patient's health state, subjectivity, an individual approach in the solving of the patient's health problems and a choice of appropriate model of nursing guarantee a safe, high standard nursing care and give the patient a feeling of safety and a chance of attaining the best possible quality of life.