
ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN - POLONIA

VOL.LX, SUPPL. XVI, 7

SECTIO D

2005

Katedra i Klinika Psychiatrii AM w Lublinie
The Chair and Department of Psychiatry, Medical University of Lublin
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Marek Masiak
*Katedra Wirusologii Akademii Medycznej w Lublinie
The Chair of Virology of Medical University in Lublin

ANIELA PŁOTKA, MARTA RYCAK, KINGA SZYMONA,
HANNA KARAKUŁA, LILIA PŁACHECKA, ANNA KOWAL*

*Nursing care of patients with a diagnosis of Malignant Neuroleptic
Syndrome in the psychiatric ward*

**Pielęgnowanie pacjenta z rozpoznaniem złośliwego zespołu neuroleptycznego w
warunkach oddziału psychiatrycznego**

Dynamiczny rozwój farmakologii na przestrzeni ostatnich kilkudziesięcioleci zrewolucjonizował świat medycyny. Sprawił, że lekarze przestali być bezradni wobec wielu nieuleczalnych dotąd chorób a odkrycie leków neuroleptycznych stało się przełomem w leczeniu chorób psychicznych, przełomem porównywalnym z wynalezieniem antybiotyków, czy wprowadzeniem do anestezji leków zwiotczających mięśnie [1]. Od tej chwili zmieniło się radykalnie leczenie chorych psychicznie. W zamkniętych oddziałach przebywali ci pacjenci, którzy bezwzględnie tego wymagali a pozostali pod kontrolą lekarzy leczenia byli ambulatoryjnie. Zmiany te były ważnym krokiem do wprowadzenia psychoterapii i rehabilitacji, nieodzownych w kompleksowej terapii przewlekłych zaburzeń psychicznych a zwłaszcza schizofrenii [5, 8].

Należy podkreślić, że niepokój w środowisku lekarzy psychiatrów wywołały nagłe zgony, w większości młodych ludzi, których łączyło przyjmowanie neuroleptyków [1, 8].

Pierwsze doniesienia o **Złośliwym Zespole Neuroleptycznym ZZN** (z ang. *Malignant Neuroleptic Syndrome – NMS*) zwanym zamiennie **Złośliwym Zespołem Poneuroleptycznym (ZZPN)** miały miejsce po wprowadzeniu haloperidolu i fenotiazyn do leczenia zaburzeń psychicznych.

Zespół ten jest to ciężkie powikłanie leczenia neuroleptykami, występuje dwa razy częściej u młodych mężczyzn niż u kobiet i stanowi zagrożenie życia chorego [1, 5, 8].

Jako pierwszy zaobserwował i dokładnie go opisał Delay wskazując na znaczenie leków neuroleptycznych w jego patogenezie [8] a w 1985 roku Levinson określił ściśle kryteria diagnostyczne ZZN i opisał dokładnie ten zespół jako jednostkę o określonej patogenezie, objawach i przebiegu. Od tamtej chwili ukazało się wiele opisów przypadków wystąpienia ZZN. Pomimo tego rozpoznawanie i diagnostyka tego zespołu wciąż sprawiają trudności nawet bardzo doświadczonym klinicytom. Zespół ZZN niewątpliwie stanowi zagrożenie życia pacjenta, dlatego konieczna jest znajomość jego objawów i metod postępowania przy jego wystąpieniu [2].

Niejednokrotnie, to przede wszystkim czujne oko pielęgniarki ratuje życie choremu. Dlatego tak ważne jest, aby personel pielęgniarski był wyszkolony w rozpoznawaniu ZZN i w wychwytywaniu pierwszych objawów tego zespołu. Holistyczne podejście do pacjenta sprawia, że pielęgniarka nie zawęży opieki do realizacji działań pielęgnacyjno-opiekuńczych, lecz zajmuje się również psychoterapią. Po wnikliwej obserwacji, analizie dokumentacji, rozmowach z rodziną chorego i personelem stawia diagnozę pielęgniarską i planuje działania najbardziej korzystne dla zdrowia pacjenta w sferze biologicznej, psychicznej i społecznej [7, 10, 11, 15].

Jest najczęstszym i najpoważniejszym, bo zagrażającym życiu pacjenta powikłaniem w przebiegu leczenia neuroleptykami. Zespół ten może wystąpić podczas terapii każdym z leków należącym do tej grupy, również wówczas, gdy są stosowane poza psychiatrią np. w anestezjologii (Droperidol) bądź u chorych somatycznie, którzy przyjmują je jako środki przeciwwymiotne (Metoclopramid) lub uspokajające [2].

Objawy złośliwego zespołu poneuroleptycznego występują z jednakową częstością u osób leczonych po raz pierwszy jak i u tych leczonych wielokrotnie. Mogą pojawić się u pacjentów, którzy dobrze znosili poprzednie kuracje neuroleptykami, jak i u tych chorych, u których w poprzednich kuracjach występowały niepożądane epizody. ZZN może wystąpić na każdym etapie leczenia, zarówno po 45 minutach od podania leku, jak i po kilkuletnim jego stosowaniu. Jednak z długotrwałych obserwacji pacjentów ze ZZN wynika, że najczęściej występuje w pierwszym miesiącu kuracji. Opisywane są również przypadki wystąpienia zespołu po jednorazowej dawce leku neuroleptycznego [8].

Mechanizm patofizjologiczny nie jest do końca poznany, jednak liczne hipotezy mówią, że polega na „blokady receptorów dopaminowych w mózgu, głównie w podwzgórzu i zwojach podstawy mózgu” [5, s.189]. Przypuszcza się, że wpływ na tę blokadę mają leki o mechanizmie antydopaminowym, do których należą neuroleptyki jak również niektóre leki przeciwłękowe i przeciwwymiotne.

Częstość występowania złośliwego zespołu neuroleptycznego (ZZN) jest dość trudna do oceny z prostego powodu, ponieważ nie wszystkie przypadki wystąpienia zespołu są opisywane. Niekiedy nagły zgon pacjenta podczas kuracji neuroleptykami traktowany jest jako zgon bez widocznej przyczyny, tak dzieje się w przypadkach, kiedy zespół nie został rozpoznany. Często bywa i tak, że ZZN mylony jest ze śmiertelną katatonią [8].

Na podstawie odnotowanych przypadków określa się, że zespół ten występuje u około 1% pacjentów leczonych neuroleptykami [5].

Za czynniki sprzyjające wystąpieniu złośliwego zespołu neuroleptycznego (ZZN) uważa się [5, 8]:

- stosowanie silnie działających neuroleptyków (m.in. chlorpromazyna, flufenazyna „depot”, pipotiazyna, trifloperazyna) [5];
- szybkie zwiększanie dawek leku (ryzyko wzrasta proporcjonalnie do szybkości zwiększania dawki), jak również obniżanie dawek po długotrwałej terapii neuroleptykami;
- dożylnie podawanie leku w celu uzyskania intensywnej neuroleptyzacji [8];
- terapia skojarzona kilkoma lekami neuroleptycznymi nawet o słabej sile działania;
- terapia lekami neuroleptycznymi i litem (sole litu powodują wzrost stężenia neuroleptyku we krwi);
- u pacjentów z przebyłym epizodem złośliwego zespołu neuroleptycznego, u których ponownie do leczenia wprowadzono neuroleptyki ryzyko wystąpienia zespołu wynosi około 30%;
- współistnienie chorób neurologicznych, somatycznych, a także organiczne uszkodzenie mózgu (guzy, udary, urazy);
- dwa razy częściej występuje u mężczyzn (zwłaszcza młodych – szczyt zachorowalności 20 - 40 lat), niż u kobiet;
- zły stan somatyczny pacjentów objawiający się wyczerpaniem fizycznym z powodu:
 - o niedożywienia,
 - o odwodnienia,
 - o przegrzania,
 - o pobudzenia,
 - o nadużywanie, albo uzależnienie od alkoholu bądź innych psychoaktywnych substancji.

Badania laboratoryjne przeprowadza się w celu wykluczenia bądź potwierdzenia złośliwego zespołu neuroleptycznego (ZZN). Najbardziej charakterystycznymi parametrami w ZZN są [3, 5]:

- wzrost fosfokinazy kreatyninowej (CPK) w surowicy krwi – występuje u 95% pacjentów. Stopień podwyższenia CPK daje nam obraz stopnia uszkodzenia tkanki mięśniowej poprzecznie prążkowanej i sygnalizuje ryzyko wystąpienia niewydolności nerek. Istnieje ścisła zależność pomiędzy stanem ogólnym, a wzrostem CPK. Im stan kliniczny jest cięższy tym proporcjonalnie wyższe są wartości CPK. Przy normie: kobiety – 35-110 j.m./l.; mężczyźni – 35-200 j.m./l., poziom CPK wzrasta do 15 tys. j.m./l., a w najcięższych stanach klinicznych nawet do 60 tys. j.m./l. Wskazane są badania kontrolne CPK w surowicy krwi 1-2 razy na dobę [3, 5].

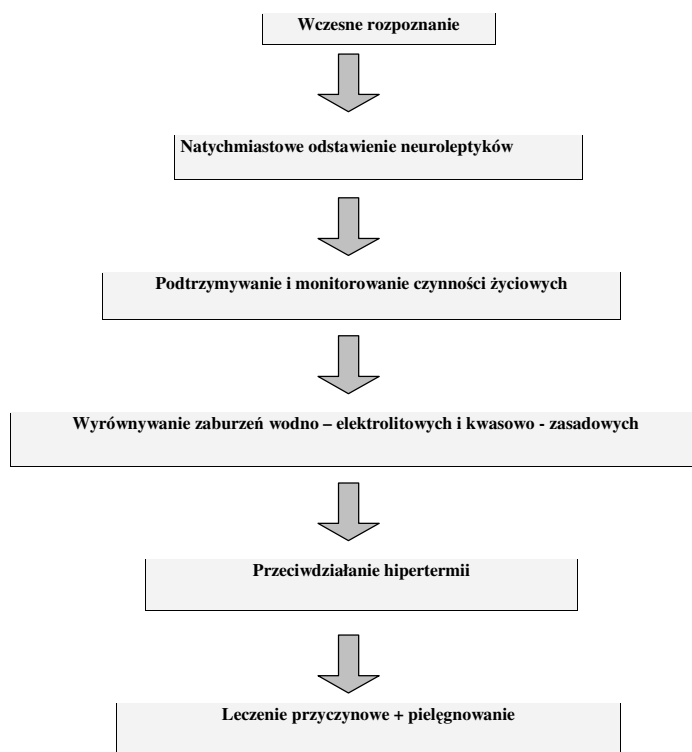
Ponadto obserwuje się [8]:

- obniżenie poziomu osoczowego żelaza;

- leukocytozę – zwiększenie poziomu białych krwinek do 15-30 tys./ mm. Występuje w 98% przypadków;
- odbiegające od normy wyniki prób wątrobowych – wzrost aminotransferazy alaninowej (ALAT) w 59% przypadków i asparginowej (AspAT) w 83% przypadków.

Występowanie złośliwego zespołu poneuroleptycznego stanowi zagrożenie życia pacjenta i jest bezwzględnym wskazaniem do podjęcia intensywnej opieki medycznej [2, 3, 5, 8].

POSTĘPOWANIE W ZZN



- 1. Wczesne rozpoznanie** – jest podstawą leczenia ZZN. Umożliwia natychmiastowe podjęcie działań i niedopuszczenie do pełno objawowego rozwoju zespołu, a tym samym zmniejsza ryzyko wystąpienia nieodwracalnych zmian w organizmie typu: zwłóknienie drobnych naczyń czy uszkodzenie mięśni prążkowych [8].
- 2. Natychmiastowe odstawienie neuroleptyków** – nawet, gdy dawka przyjmowanego leku jest niewielka, ponieważ kontynuowanie dalszej kuracji prowadzi do zaostrzenia stanu i zgonu pacjenta [5, 8].
- 3. Podtrzymywanie i monitorowanie czynności życiowych** – stałe monitorowanie podstawowych parametrów życiowych daje bieżący obraz stanu pacjenta [3, 5].
Bardzo ważna jest kontrola oddechu – gdyż w wyniku sztywności mięśni oddechowych i niemożności zahamowania wydzielania zewnętrznego gruczołów błon śluzowych jamy ustnej mogą pojawić się zaburzenia oddychania. Stosowana jest tlenoterapia (4-6 l /min), a w ciężkich przypadkach niezbędna jest intubacja i prowadzenie oddechu wspomaganego lub kontrolowanego [8].
- 4.** Istotną sprawą jest podtrzymywanie krążenia – kontrola ciśnienia tętniczego krwi i tętna [5].
- 5. Wyrównywanie zaburzeń wodno – elektrolitowych i kwasowo – zasadowych** [5, 8]:
 - nawadnianie pacjenta – chory nie jest w stanie przyjmować płynów doustnie bądź przyjmuje je w bardzo niewielkich ilościach, a dodatkowo nadmiernie się poci. To może doprowadzić do skrajnego odwodnienia, dlatego stosuje się dożylne nawadnianie. To działanie zapobiega hipowolemii

- (zmniejszeniu objętości krwi krążącej) i jednocześnie zmniejsza ryzyko wystąpienia niewydolności krążenia i nerek;
- diureza godzinowa i zabezpieczenie utrzymania funkcji nerek – stosowanie diuretyków osmotycznych (Mannitol). W przypadku, gdy zostały uszkodzone nerki konieczna jest dializoterapia;
 - 6. Kontrola poziomu elektrolitów – zwłaszcza jonów potasu, gdyż przy poziomie K powyżej 6,5 mmol/l (norma 3.5-5.0 mmol/l) rozważa się dializoterapię.
 - 7. **Przeciwdziałanie hipertermii** – obniżanie temperatury środkami przeciwgorączkowymi oraz chłodnymi okładami [8].
 - 8. **Leczenie przyczynowe [8] + pielęgnowanie [6, 12, 15].**

Farmakoterapia [2, 8, 14]:

- stosowanie agonistów receptorów dopaminowych w celu zahamowania działania neuroleptyków na ten receptor np. bromokryptyna (Parlodel, Bromergon, Bromocorn), amantadyna (Viregyt, Amantix);
 - podawanie leków zmniejszających napięcie mięśniowe np. dantrolen (działając na jony wapnia powoduje rozluźnienie mięśni);
 - w ramach profilaktyki przeciwzakrzepowej stosuje się sterydy np. Dexaven, Fraxiparine.
- Ponadto rozważa się leczenie zabiegami elektrycznymi, gdy zawiodły inne metody leczenia, jak również w przypadku, gdy w rozpoznaniu nie można wykluczyć śmiertelnej katatonii, bądź, gdy po przebyciu złośliwego zespołu poneuroleptycznego utrzymują się objawy psychotyczne. Terapia 6 -10 zabiegami elektrycznymi daje na ogół zadowalające efekty.

Pielęgnowanie [6, 12, 13, 15]:

Pacjent, u którego wystąpił złośliwy zespół neuroleptyczny (ZZN) znajduje się w stanie zagrożenia życia i dlatego wymaga indywidualnej, całodobowej i intensywnej opieki. W tym okresie chory jest całkowicie zależny od pielęgniarki, natomiast jej zadaniem jest planowanie optymalnie korzystnych działań w stosunku do pacjenta, w oparciu o postawioną diagnozę pielęgniarstwa.

W procesie pielęgnowania pielęgniarka obejmuje wczesną opieką psychopielęgnacyjną zarówno chorego z ZZN w jego aktualnym stanie somatopsychicznym, jak i jego rodzinę – udzielając jej wsparcia psychicznego.

Pierwszoplanową rolę pielęgniarki w opiece nad pacjentem, który znajduje się w stanie zagrożenia życia jest obserwacja chorego w kierunku zaburzeń świadomości i nasilenia objawów ZZN.

Empatyczne reakcje pielęgniarki komunikują choremu bliskość i akceptację – wzmacniają poprzez to zaufanie i przyczyniają się do pogłębienia kontaktu interpersonalnego.

Postępowanie psychopielęgnacyjne, postawa psychoterapeutyczna i podejście holistyczne pielęgniarki pozytywnie oddziałują na psychikę jej podopiecznego, na zapewnienie mu poczucia bezpieczeństwa i kontaktu emocjonalnego.

Pielęgniarka pracująca na psychiatrii jest rzecznikiem pacjenta, ochrania jego prawo do autonomii, prywatności, godności i szacunku oraz dostępu do informacji.

Do zadań pielęgniarki należy [4, 6, 9, 12, 15]:

- monitorowanie podstawowych parametrów życiowych – rolą pielęgniarki jest odnotowywanie ich w stosownej dokumentacji, a w przypadku niepokojących wyników niezwłoczne zawiadomienie lekarza;
- zapewnienie bezpieczeństwa – pielęgniarka pełni indywidualną, całodobową opiekę nad pacjentem. Chroni go przed upadkiem i urazami poprzez stałą obserwację. Stara się nawiązać kontakt interpersonalny z chorym;
- obniżanie nadmiernie podwyższonej temperatury ciała – rolą pielęgniarki jest podawanie leków obniżających temperaturę ciała, stosowanie zabiegów ochładzających ciało pacjenta oraz dbanie o mikroklimat pomieszczenia, w którym znajduje się chory. Zadaniem pielęgniarki jest również kontrolowanie i odnotowywanie temperatury podopiecznego w stosownej dokumentacji;
- obserwacja w kierunku zaburzeń świadomości – pielęgniarka dokonuje oceny stanu świadomości u pacjenta posługując się skalą Glasgow;
- zapewnienie higieny całego ciała – pacjent nadmiernie się poci, a także zanieczyszcza. Rolą pielęgniarki jest dbanie o higienę chorego i jego środowiska;

- stosowanie profilaktyki przeciwoodleżynowej – zadaniem pielęgniarki jest dbanie o właściwe ukrwienie skóry chorego w miejscach narażonych na odleżyny, stosowanie zmiany pozycji ciała pacjenta oraz udogodnienia pomagające przeciwdziałać odleżynom. Pielęgniarka oceniając stopień narażenia chorego na odleżyny posługuje się skalą Hortona;
- dbanie o jamę ustną – u pacjenta może występować ślinotok. Zadaniem pielęgniarki jest ewakuacja nadmiaru śliny i niedopuszczenie do zachłyśnięcia i do wystąpienia trudności z oddychaniem. Pielęgniarka zapobiega również powstawaniu nadżerek i pleśniawek w jamie ustnej chorego;
- pobieranie materiału do badań diagnostycznych;
- podawanie zleconych leków różnymi drogami.

Odnosnie rokowania w złośliwym zespole neuroleptycznym stwierdza się, że spośród 1% pacjentów, u których podczas terapii neuroleptykami wystąpił złośliwy zespół neuroleptyczny (ZZN) około 20–30% z nich umiera z powodu trwałych powikłań oddechowych, sercowych, krążeniowych i nerwowych. Pozostała część pacjentów, która przeżyła okres krytyczny, rokowanie, co do życia ma pomyślne, natomiast niepomyślne, co do zdrowia [5, 8].

Przebieg zespołu prowadzi często do trwałych powikłań typu [8]:

- uszkodzenie mięśni prądkowanych;
- parkinsonizm;
- w badaniach mózgu obserwuje się: drobne wybroczyny, zwłóknienie drobnych naczyń, zwyrodnienie komórek nerwowych.

Ponadto u pacjentów po przebytych epizodach ZZN powstaje problem leczenia utrzymujących się objawów psychiatrycznych.

Ponowne wprowadzenie neuroleptyku zwiększa ryzyko wystąpienia kolejnego ZZN o 30%. W tej sytuacji celowe jest stosowanie alternatywnych metod leczenia typu: zabiegi elektryczne, podawanie leków z grupy benzodiazepiny. Jeśli jest to konieczne ponowne wprowadzenie neuroleptyku możliwe jest dopiero po 2 tygodniach i to w bardzo małych dawkach [1, 5].

Celem pracy było określenie postępowania psychopielęgnacyjnego pielęgniarek w opiece nad pacjentem, u którego wystąpił złośliwy zespół neuroleptyczny w warunkach oddziału psychiatrycznego.

W oparciu o studium przypadku (case study) przedstawiono postępowanie pielęgniarki z pacjentem Andrzejem M., u którego rozpoznano złośliwy zespół neuroleptyczny. Od 1995 roku chory był sześciokrotnie hospitalizowany w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie z rozpoznaniem początkowo zespołu paranoidalnego, a następnie schizofrenii paranoidalnej.

Chory (lat 27) został przyjęty do oddziału, psychiatrycznego w połowie listopada 2004 roku z rozpoznaniem schizofrenii paranoidalnej.

W pierwszych dniach hospitalizacji wyraźnie dało się zauważyć przygnębienie pacjenta. Jego zachowanie wskazywało również na brak zaufania w stosunku do personelu medycznego, a także w stosunku do innych kolegów z sali.

Andrzej M. miał trudności z zasypianiem. Sen jego był płytki, budził się w nocy kilkakrotnie, a także niespokojnie przewracał się z boku na bok. Często przebudzał się i siadał na łóżku, bądź wstawał i podchodził do okna. Powracał do łóżka niechętnie, za namową personelu, w stosunku do którego zdradzał coraz większy brak zaufania. W ciągu dnia niechętnie opuszczał salę.

U pacjenta można było dostrzec zaburzenia łaknienia, bardzo niechętnie zaczynał spożywać posiłki, a z podanego pokarmu zjadał jego niewielką część. Andrzej M. nie wykazywał potrzeby dbania o higienę osobistą, ani o porządek swego najbliższego otoczenia.

W próbach nawiązania kontaktu z pacjentem obserwowano zaburzenia orientacji autopsychicznej i allopsychicznej. Można było usłyszeć niewyraźne wypowiedzi o treści urojeniowej o charakterze wielkościowym. Andrzej M. widział w swojej osobie uzdrowiciela całego świata.

Na początku drugiego tygodnia hospitalizacji stan pacjenta wyraźnie uległ pogorszeniu. Urojenia nasilały się, ponadto był pobudzony psychoruchowo. Wykonywał mnóstwo zbędnych ruchów, ciągle wstawał, siadał, podchodził do okna, ponownie siadał. W kontaktach z personelem zachowywał się wrogo i stał się agresywny. Podobnie postępował w stosunku do współpacjentów z sali.

U podopiecznego wyraźnie obserwowano brak apetytu i zmniejszone pragnienie. W obawie przed odwodnieniem rozpoczęto dożylne nawadnianie pacjenta.

Pomimo wnikliwej obserwacji pielęgniarskiej i zastosowanych działań leczniczych stan pacjenta wciąż ulegał pogorszeniu. Do wyżej opisanego zachowania dołączyły się objawy w postaci: napięcia

mięśni w mimice i postawie, niewyraźnej i bełkotliwej mowy i ślinotoku. Personel pielęgniarski nie był w stanie nawiązać z chorym logicznego kontaktu interpersonalnego.

W kolejnej dobie sztywność mięśniowa wzrosła i dołączyła się wysoka temperatura ciała, wahająca się pomiędzy 39,8 – 40,5°C. Ze względu na przymglony stan świadomości i całkowicie zaburzoną orientację autopsychiczną i allopsychiczną możliwość nawiązania kontaktu z chorym była niemożliwa. Andrzej M. mamrotał i majaczył. Nasilało się u niego pobudzenie psychoruchowe, zdradzał również halucynacje wzrokowe i słuchowe. Podopieczny nie rozpoznawał personelu medycznego, ani własnej matki.

Parametry życiowe u Andrzeja M. wahały się i przekraczały granice norm fizjologicznych:

- ciśnienie tętnicze krwi (RR) wynosiło: 150/85mmHg – 165/95mmHg;
- obserwowano tachykardię: 122 – 132 uderzeń / minutę;
- oddech: przyspieszony i płycony.

Skóra pacjenta była blada i nadmiernie spocona. W wyniku przeprowadzonych badań laboratoryjnych stwierdzono:

- wzrost fosfokinazy kreatyninowej w surowicy krwi do 9,5 tys. j.m./l.;
- leukocytozę do 20 tys./mm.

Na podstawie występujących objawów i wyników badań laboratoryjnych rozpoznano u chorego poważne powikłanie po terapii neuroleptykami w postaci złośliwego zespołu neuroleptycznego (ZZN). Równocześnie podjęto decyzję o zaprzestaniu podawania leków neuroleptycznych (pacjent leczony był Haloperidolem) i wdrożeniu intensywnego leczenia zmierzającego do niedopuszczenia do rozwinięcia pełnoobjawowego zespołu i związanych z nim następstw.

Złośliwy zespół neuroleptyczny stanowi zagrożenie życia pacjenta i wymaga monitorowania czynności życiowych, dlatego też chory był pod stałą obserwacją pielęgniarską.

U Andrzeja M. wystąpiły zaburzenia pragnienia, w związku z czym przyjmował jedynie znikome ilości płynów. Pielęgniarki zwilżały mu usta szpatułką z gazikiem nasączonym czystą wodą, a wszystkie płyny otrzymywał dożylnie w ilości 2000 mililitrów na dobę. Ponad to chory nie był w stanie przyjmować posiłków, co zdecydowało o założeniu sondy do żołądka i rozpoczęciu karmienia przez nią.

Sprawą pierwszorzędą stało się obniżenie gorączki i wyciszenie pobudzenia psychoruchowego. Stosowano farmakoterapię i zabiegi pielęgniarskie (ochładzanie ciała oraz wyciszanie pacjenta poprzez zapewnienie mu spokoju, bezpieczeństwa i eliminację czynników stresogennych).

W ciągu następnych dni stan Andrzeja M. nie uległ poprawie. Nadal utrzymywały się urojenia, pacjent zdradzał lęk i widać było wzmożone pobudzenie psychoruchowe. Z tego powodu nie chciał pozostawać w łóżku, a wobec personelu przejawiał agresywne zachowanie. Ze względu na bezpieczeństwo chorego i osób z jego otoczenia podjęto decyzję o zastosowaniu przymusu bezpośredniego (unieruchomienie pacjenta pasami w łóżku).

W tym ciężkim stanie Andrzej M. w działaniach pielęgnacyjno – higienicznych był całkowicie zależny od personelu pielęgniarskiego. Chory nie sygnalizował potrzeb fizjologicznych, dlatego założono mu na stałe cewnik Foleya.

Przez następnych kilka dni stan chorego nie zmienił się. Parametry życiowe nie mieściły się w granicach norm fizjologicznych, także poziom fosfokinazy kreatyninowej i białych krwinek w surowicy krwi wciąż miały znacznie podwyższone wartości.

Zadaniem pielęgniarki jest podejmowanie takich możliwych działań na rzecz podopiecznego, aby chory odczuwał w jak najmniejszym stopniu dysfunkcje układów dających objawy typowe dla zespołu (ZZN).

W niniejszej pracy w oparciu o studium przypadku przedstawiono postępowanie pielęgniarki z pacjentem Andrzejem M., u którego rozpoznano złośliwy zespół neuroleptyczny (ZZN).

W oparciu o szczegółową analizę stanu w jakim znalazł się podopieczny ukazana została ogromna rola pielęgniarki w tym trudnym dla chorego okresie.

Opieka nad pacjentem ze ZZN wymagała od pielęgniarek wielkiego zaangażowania i wytrwałości. Nie była przy tym łatwa ponieważ podopieczny odczuwał deficyt w trzech sferach: biologicznej – jako cały szereg objawów towarzyszących zespołowi (ZZN), psychicznej – gdyż symptomy choroby podstawowej (schizofrenii) nasiliły się oraz społecznej – ponieważ Andrzej M. czuł się opuszczony przez najbliższych.

Działania pielęgniarek sprowadzały się do kompleksowej opieki nad chorym. To właśnie ich sumienne postępowanie pomogło pacjentowi przezwyciężyć ten trudny czas.

Doskonałym poparciem powyższych słów jest właśnie przypadek badanego Andrzeja M. Tu bez wątplenia widać jak postawa pielęgniarek we wszystkich zadaniach jakie wykonywały korzystnie wpłynęła na stan zdrowia podopiecznego.

Jedna z pielęgniarek jako pierwsza zauważyła, że coś złego dzieje się z pacjentem „że dziś jest inny” i przekazała swoje wątpliwości lekarzowi. Po rozpoznaniu u Andrzeja M. złośliwego zespołu poneuroleptycznego cały personel pielęgniarski dokładał wszelkich starań w trosce o zdrowie podopiecznego.

W tym okresie Andrzej M. w wykonywaniu czynności higieniczno – pielęgnacyjnych był całkowicie zależny od personelu pielęgniarskiego.

Chory obficie pocił się i zanieczyszczał, nie sygnalizując potrzeb fizjologicznych.

Najważniejszym działaniem pielęgnacyjnym stało się utrzymanie higieny pacjenta i niedopuszczenie do powstania odleżyn (przy czym ryzyko było zwiększone z powodu unieruchomienia w łóżku pasami). Poza tym Andrzej M. w wyniku objawów złośliwego zespołu neuroleptycznego znajdował się w stanie zagrożenia życia i konieczna była całodobowa obserwacja chorego i pomiar jego parametrów życiowych. Zadania pielęgniarek były pracochłonne i wymagały całkowitego oddania.

Ponad trzytygodniowa indywidualna opieka nad Andrzejem M. zaczęła dawać widoczne efekty. Wysoka gorączka ustąpiła, parametry życiowe zaczęły powoli normalizować się. Wprawdzie podopieczny nadal miał napady lęku wywołane urojeniami, to jednak zdarzały się one o wiele rzadziej niż to było wcześniej.

W kolejnych dniach stan zdrowia Andrzeja M. poprawiał się, chory zaczął rozpoznawać odwiedzającą go matkę. Można było również zaobserwować jego większe zaufanie w stosunku do personelu pielęgniarskiego.

W końcu zrezygnowano z unieruchomienia oraz usunięto zgłębnik żołądkowy, a chory zaczął przyjmować płyny i pokarmy drogą doustną.

Na tym jednak rola pielęgniarek nie skończyła się. Zachęcały one pacjenta do samoopieki, a okazując ciepło i zrozumienie wzmacniały w nim poczucie własnej wartości. Pielęgniarki pełniły nie tylko rolę opiekuńczą, lecz zajmowały się również diagnozowaniem i miały swój udział w procesie leczenia. Ponadto ich ogromna rola w psychoterapii była bardzo ważnym elementem całego procesu zdrowienia. To właśnie one jako osoby najczęściej przebywające z Andrzejem M. miały ogromny wpływ na jego samopoczucie. Pielęgniarki nie tylko dzielnie znosiły zachowanie chorego (często agresywne i wybuchowe), ale jeszcze starały się wspierać podopiecznego w chorobie. Wykorzystując swoje profesjonalne doświadczenie oraz znajomość komunikacji interpersonalnej starały się udzielić podopiecznemu wsparcia emocjonalnego. Pielęgniarki wszystkie czynności wykonywały sprawnie i z poszanowaniem godności pacjenta. Niezwykle troskliwa opieka pielęgniarska nad Andrzejem M. dała nad podziw dobre efekty. Po około pięciu tygodniach ich starań mogły zauważyć uśmiech podopiecznego skierowany najpierw do matki, potem również do nich.

Poza podejmowaniem działań rozwiązujących bieżące problemy zdrowotne i pielęgnacyjne, przekazały także podopiecznemu wiedzę na temat możliwości radzenia sobie ze stresem. Andrzej M. zorientowany już autopsychicznie i allopsychicznie (co do własnej osoby oraz miejsca i czasu w jakim się znajduje) zdawał sobie sprawę z tego, że stan jego zdrowia w ostatnim czasie znacznie się pogorszył i zaczął przejawiać zaniepokojenie o brak akceptacji ze strony najbliższej rodziny. Chory obawiał się, że nie będzie traktowany na równi z innymi członkami rodziny. Pielęgniarki uspokajały pana Andrzeja i wspierały jego kontakty z najbliższymi, poprzez zachęcanie rodziny do jak najczęstszych odwiedzin chorego, a także inicjowanie wspólnych rozmów na ważne i nurtujące ich tematy.

Niniejsza praca stanowi poniekąd odzwierciedlenie całego trudu jaki personel pielęgniarski oddziału psychiatrycznego włożył w opiekę nad pacjentem, u którego wystąpił złośliwy zespół neuroleptyczny. Ukazuje ona także zadania jakie ma do spełnienia pielęgniarka pracująca na psychiatrii i podkreśla jej ważną rolę w całym holistycznym procesie leczenia i pielęgnowania.

Należy podkreślić, że postępowanie i bardzo intensywny udział pielęgniarek w holistycznej opiece nad chorym, u którego wystąpił złośliwy zespół poneuroleptyczny miał ogromne znaczenie etyczne, medyczne, psychopielęgnacyjne, psychoterapeutyczne, edukacyjne i profilaktyczne.

W ramach holistycznej psychopielęgnacji i opieki nad pacjentem, pielęgniarki stosowały psychoterapię podtrzymującą, co poprawiło kondycję psychiczną Andrzeja M. i podwyższyło jego samoocenę.

Bardzo ważnym zadaniem było również stworzenie dobrej atmosfery terapeutycznej wokół chorego przez zapewnienie mu ochrony fizycznej, poczucia bezpieczeństwa, bo pielęgnowanie – to przede wszystkim ochrona i rozwój osoby ludzkiej.

PIŚMIENNICTWO

1. Błażucki J.: Złośliwy zespół neuroleptyczny – stan nagły w psychiatrii. „Anestezjologia, Intensywna Terapia”, 1998, 3, 255-257.
2. Caroff S.N., Mann S.C., Campbell E.C., Krzywiński S.: Złośliwy zespół neuroleptyczny. „Postępy Psychiatrii i Neurologii”, 2002, 11, 23-30.
3. Chodorowski Z., Sein A.J., Rutkowski P.: Złośliwy zespół neuroleptyczny. „Przegląd Lekarski” 2003, 4, 299-300.
4. Ciechaniewicz W.(red.): Pielęgniarstwo ćwiczenia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2001.
5. Golec S., Kokoszka A.: Postępowanie w nagłych zaburzeniach psychicznych. Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2002, 186-198.
6. Górąjek – Józwick J.: Proces pielęgnowania. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli Średniego Szkolnictwa Medycznego, Warszawa 1993.
7. Motyka M.: Pielęgnowanie a pomoc psychiczna w chorobie. Centrum Edukacji Medycznej, Warszawa 1999.
8. Murak E. Złośliwy zespół neuroleptyczny. „Psychiatria Polska”, 1995, tom XXIX, 3, 349-356.
9. Płotka A.: Doskonalenie zawodowe pielęgniarek specjalistek w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego. (W:) Biuletyn Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych. Lublin 1995.
10. Płotka A.: Intensyfikacja doskonalenia zawodowego pielęgniarek specjalistek w zakresie pielęgniarstwa psychiatrycznego, zdrowia psychicznego oraz psychoterapii. (W:) Materiały z Konferencji Naukowej XX-lecie Wydziału Pielęgniarskiego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego. Kraków 1995.
11. Płotka A.: Standardy opieki pielęgniarskiej w zakresie psychiatrii oraz zdrowia psychicznego. (W:) I Ogólnopolski Zjazd Naukowy – Szkoleniowy Pielęgniarek Psychiatrycznych. Łódź 1996, 11-25.
12. Płotka A.: Standardy w psychiatrycznej praktyce pielęgniarskiej. „Pielęgniarka i Położna”, 1994, 1, 47-51.
13. Płotka A.: Zdrowy styl życia psychicznego. Wyd. NeuroCentrum, Lublin 2003.
14. Szczawińska K.: Leki neuroleptyczne. (W:) Rajtar-Cynke G.(red.): Farmakologia. Wyd.Czelej, Lublin 2002, 75-82.
15. Ugniewska C.: Pielęgniarstwo psychiatryczne i neurologiczne. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 1998.

STRESZCZENIE

Niepokoje w środowisku lekarzy psychiatrów wywołały nagłe zgony, w większości młodych ludzi, których łączyło przyjmowanie neuroleptyków. Niniejsza praca ukazuje, jak niezwykle ważną rolę odgrywa pielęgniarka zarówno w rozpoznawaniu złośliwego zespołu neuroleptycznego (ZZN) z ang. Malignant Neuroleptic Syndrome – NMS, jak i opiece nad pacjentem z rozwiniętą jednostką chorobową. Zespół ZZN występuje zwykle u chorych leczonych neuroleptykami z powodu zaburzeń psychicznych, dlatego pacjenci ci są szczególnie wymagającymi podopiecznymi, potrzebującymi zwykle jeszcze większej troski, niż np. pacjenci internistyczni czy chirurgiczni. W oparciu o studium przypadku (case study) przedstawiono postępowanie pielęgniarki z chorym Andrzejem M., u którego rozpoznano złośliwy zespół neuroleptyczny. Od 1995 roku pacjent był sześciokrotnie hospitalizowany w Szpitalu Neuropsychiatrycznym w Lublinie z rozpoznaniem początkowo zespołu paranoidalnego, a następnie schizofrenii paranoidalnej. Ponad trzytygodniowa indywidualna opieka pielęgniarki nad chorym, u którego wystąpił zespół neuroleptyczny (25 listopada 2004 roku) miała ogromne znaczenie etyczne, medyczne, psychopielęgnacyjne, psychoterapeutyczne, edukacyjne i profilaktyczne.

SUMMARY

It should be emphasized that the anxiety in the workplace of psychiatrists due to sudden deaths, mostly of young people, was caused by the common feature - namely taking neuroleptics. The present study shows how extremely important role is played by a nurse both in diagnosing of Malignant Neuroleptic Syndrome (MNS) and in care of patients with a developed disease. MNS occurs usually in patients treated with neuroleptics due to mental disorders, therefore the patients are particularly demanding subjects who need usually more care than for instance patients from internal diseases wards or surgical wards. Basing on the case study there is presented a procedure of nurse with the patient Andrew M. who was diagnosed with a MNS. Since 1995 the patient has been hospitalized 6 times in the Neuropsychiatric Hospital in Lublin with the initial diagnosis of paranoid syndrome, and next paranoid schizophrenia. Three-weeks' individualized nursing care of the patient who was diagnosed with MNS on November 25, 2004 was extremely significant from the ethical, medical, psycho-caring, psychotherapeutic, educational and prophylactic point of view.