

Emilia Wawszczak¹, Marzena Lewandowska¹, Ewa Kądalska²

¹Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Rehabilitacji, AWF Warszawa

²Zakład Podstaw Pielęgniarstwa, Wydział Rehabilitacji, AWF Warszawa

P

roblemy pielęgnacyjne pacjenta po operacji udrożnienia tętnicy szyjnej

Patient care issues after carotid artery reperfusion procedure

STRESZCZENIE

Wstęp. Udrożnienie tętnicy szyjnej jest zabiegiem stosowanym w przypadku jej miażdżycowego zwężenia i jedną z metod profilaktycznych, mających na celu zapobieganie udarowi niedokrwiennemu mózgu. Efektywnie przeprowadzony zabieg endarterektomii pozwala na uzyskanie widocznej poprawy jakości życia pacjentów. Z uwagi na ryzyko powikłań w czasie opieki pooperacyjnej od pielęgniarki wymaga się dużego zasobu wiedzy i umiejętności gwarantujących natychmiastową interwencję i uniknięcie stanów mogących zagrażać życiu i zdrowiu pacjenta.

Cel. Analiza problemów pielęgnacyjnych pacjenta poddanego endarterektomii i wskazanie sposobów ich rozwiązywania.

Materiał i metody. Badaniem objęto pacjenta hospitalizowanego na Oddziale Chirurgii Naczyniowej w Warszawie w celu leczenia operacyjnego, u którego zdiagnozowano 85-procentowe zwężenie prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej. Pacjent wyraził zgodę na przeprowadzone badania. Zastosowano metodę indywidualnego przypadku. Posłużono się następującymi technikami badawczymi: wywiadem kwestionariuszowym z pacjentem, jego rodziną i personelem medycznym, analizą dokumentacji medycznej oraz obserwacją bezpośrednią we wczesnym i późnym okresie pooperacyjnym.

Wnioski. Plan opieki okołoperacyjnej nad pacjentem uwzględnił najważniejsze i najczęściej spotykane problemy pielęgnacyjne u pacjentów po operacji udrożnienia tętnicy szyjnej. Opieka pielęgniarska nad pacjentem poddawanym endarterektomii powinna mieć wymiar holistyczny.

Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (1): 79–84

Słowa kluczowe: udrożnienie tętnicy szyjnej; opieka pooperacyjna; udar mózgu; powikłania; jakość życia

ABSTRACT

Introduction. Carotid artery reperfusion is a procedure applied in case of atherosclerotic stricture thereof, and one of the prophylaxis methods that aims at preventing cerebral infarction. An effectively performed endarterectomy procedure allows to improve the patient's life quality in a visible manner. Regarding the risk of complications during the post-operative care, a nurse is required to present broad knowledge and extensible skills, guaranteeing immediate intervention and avoidance of conditions, which may endanger the patient's life and health.

Purpose. Purpose of the work was to analyze care issues pertaining to a patient, who underwent an endarterectomy procedure, and to suggest available solutions.

Material and methods. The research was performed on a patient, who was hospitalized on the Vascular Surgery Department in Warsaw, in order to undergo surgical treatment as a result of the medical diagnosis - 85% stricture of the right internal carotid artery. The patient expressed a consent for the performed research. The individual case study method was applied. The following research techniques were adopted: survey questionnaire with the patient, their family, medical personnel, analysis of medical documentation and direct observation in the early and late post-operative period.

Conclusions. The plan of the perioperative care over the patient considered the most significant and the most frequently encountered care issues in patients after a surgery of carotid artery reperfusion. Nursery care over the patient, who undergoes an endarterectomy procedure, should be of a holistic nature.

Problemy Pielęgniarstwa 2016; 24 (1): 79–84

Key words: carotid artery reperfusion; post-operative care; cerebral stroke; complications; life quality

Adres do korespondencji: mgr Emilia Wawszczak, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Rehabilitacji, Akademia Wychowania Fizycznego, ul. Marymoncka 34, 00-968 Warszawa, tel. 666 176 884, e-mail: emilia.wawszczak@awf.edu.pl

DOI: 10.5603/PP.2016.0013

Wstęp

Udrożnienie tętnicy szyjnej — endarterektomia (CEA, *carotid endarterectomy*) — jest jedną z częściej wykonywanych operacji tętnic w krajach Europy Zachodniej i Stanach Zjednoczonych oraz coraz powszechniej dostępną metodą operacyjną w Polsce. Celem zabiegu jest usunięcie blaszki miażdżycowej zlokalizowanej najczęściej w miejscu, gdzie tętnica szyjna wspólna dzieli się na tętnicę szyjną wewnętrzną i tętnicę szyjną zewnętrzną. Blaszki miażdżycowe z czasem coraz bardziej zwięzają światło tętnic prowadzących krew dołowo, powodując niedokrwienie mózgu. CEA, jako metoda operacyjna z wyboru, jest jedną z metod profilaktycznych służących zapobieganiu udarowi niedokrwiennemu mózgu [1].

Udary mózgu prowadzą do zgonów lub, częściej, do trwałej niepełnosprawności i zależności od innych, zwłaszcza w grupie osób starszych [2]. Rehabilitacja takich chorych nie zawsze gwarantuje powrót do pełnej sprawności. U pacjentów tych często występują deficyty samoopieki — od niewielkich do pełnej zależności od innych.

Przeprowadzenie zabiegu CEA pozwala wyeliminować niekorzystne objawy neurologiczne u pacjentów z objawowym zwężeniem tętnic szyjnych oraz przyczynia się do uzyskania widocznej poprawy jakości życia pacjentów [3]. CEA jest operacją powszechnie wykonywaną na oddziałach chirurgii naczyniowej. Pacjent na oddziale przebywa krótko, około 4 dni; naruszenie ciągłości tkanek jest też stosunkowo niewielkie. Należy jednak podkreślić, że zabieg ten przeprowadza się zwykle u osób w starszym wieku i dotyczy dużych naczyń tętniczych, odpowiedzialnych za ukrwienie mózgu. Odbywa się często w znieczuleniu miejscowym i towarzyszą mu przejściowe incydenty niedokrwienne mózgu. Stąd niezwykle ważny jest aktywny udział pielęgniarki już w okresie przedoperacyjnym, związanym z przygotowaniem fizycznym i psychicznym chorego do zabiegu i wyjaśnianiem pacjentowi kolejnych etapów postępowania przygotowawczego. Bezpośrednio po zabiegu konieczna jest staranna obserwacja podstawowych parametrów życiowych, stanu świadomości i zachowania pacjenta w sali pooperacyjnej oraz miejsca operowanego. Następne czynności to pielęgnacja, obejmująca komunikowanie się, łagodzenie niepokoju pacjenta i objawów fizycznych, w tym szczególnie bólu pooperacyjnego, oraz pomaganie w samoobsłudze. W razie wystąpienia jakichkolwiek powikłań lub niepożądanych zdarzeń istotna jest wczesna interwencja kliniczna. Wszystkie te działania są zorientowane na przywrócenie równowagi w organizmie chorego, traktowanego zgodnie z podejściem holistycznym jako jedność psychosomatyczną.

W świetle powyższego opieka okołoperacyjna jest zadaniem wymagającym rozwiązywania przez pielęgniarkę wielu problemów biologicznych i psychospołecznych pacjenta, dlatego oczekuje się od niej wysokich kompetencji zawodowych. Niniejsza praca ma na celu pokazanie tych problemów, ich usystematyzowanie i przedstawienie sposobów ich rozwiązywania.

Opis przypadku

Podmiotem badania był 74-letni mężczyzna przebywający na Oddziale Chirurgii Naczyniowej w celu operacyjnego leczenia zwężenia prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej.

Pacjent zgłosił się do lekarza z powodu okresowych, trwających kilkanaście minut zawrotów głowy (zwłaszcza przy zmianie pozycji ciała), szumu w uszach, przemijającej niepamięci i dezorientacji. Otrzymał skierowanie na badanie ultrasonograficzne (USG) tętnic szyjnych wewnętrznych, które wykazało 85-procentowe zwężenie prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej. Lekarz neurolog zdiagnozował przemijający atak niedokrwienny (TIA, *transient ischemic attack*). Po konsultacji z chirurgiem naczyniowym chory został zakwalifikowany do zabiegu udrożnienia prawej tętnicy szyjnej wewnętrznej. Pacjent został przyjęty do szpitala dzień przed operacją. Zgłosił się z aktualnymi wynikami badań (RTG klatki piersiowej, EKG, grupa krwi, morfologia, elektrolity, glukoza, mocznik, kreatynina, układ krzepnięcia).

Chory od 30 lat leczy się na nadciśnienie tętnicze pierwotne, ma nadwagę i hipercholesterolemię. Przez 40 lat palił papierosy, od 10 lat nie pali. Nie zgłasza uczuleń. Obecnie przyjmuje leki: Betaloc ZOK (50 mg rano), Tritace (10 mg) i Zocor (40 mg wieczorem). W dniu przyjęcia do szpitala został zapoznany z personelem i topografią oddziału. Przeprowadzono wywiad pielęgniarstwa i lekarski oraz badanie fizykalne. Odbyły się konsultacje: kardiologiczna, neurologiczna i anestezjologiczna. Po konsultacjach chorego ostatecznie zakwalifikowano do operacji.

Ostatnio chory skarżył się na trudności w zapamiętywaniu i zaburzenia koncentracji połączone z chwilową dezorientacją, które były dla niego stresujące, wzbudzały w nim lęk i niepokój. Pacjent oczekiwał na zabieg 1 miesiąc. Przez ten czas bardzo się denerwował, obawiał się wizyt u lekarza, pobytu w szpitalu i samego zabiegu. Na oddziale czuł się niepewnie i był zagubiony.

Pacjent mieszka wraz z żoną w centrum Warszawy — w dwupokojowym mieszkaniu na pierwszym piętrze bez windy. Ma syna, z którym utrzymuje regularny kontakt. Od 20 lat przebywa na emeryturze, wcześniej pracował jako pracownik biurowy, ma średnie wykształcenie. Swój status materialny ocenia jako dobry. Jest osobą dość aktywną fizycznie, dużo

spaceruje. Żona pacjenta angażuje się w sprawy dotyczące jego zdrowia, kontroluje przyjmowanie przez niego leków i terminy wizyt lekarskich.

Chory jest dość dobrze zorientowany co do stanu swojego zdrowia. Regularnie zażywa leki i kontroluje ciśnienie tętnicze krwi, ale w dużym stopniu korzysta z pomocy żony. Pacjent zdaje sobie sprawę z tego, że ma nadwagę i hipercholesterolemię. Mimo tego nie stosuje żadnej diety redukującej masę ciała i nie wykazuje motywacji do wdrożenia leczenia dietetycznego.

Przebieg zabiegu operacyjnego i okresu pooperacyjnego

Operacja CEA przebiegła bez powikłań. W czasie zabiegu zastosowano znieczulenie regionalne (blokadę nerwu szyjnego). Pacjent wrócił na salę pooperacyjną w stanie dobrym, gdzie przebywał 1 dobę. Opatrunek na ranie był suchy, z rany wyprowadzony został dren Redona. U chorego monitorowano parametry życiowe, podlegał on stałej obserwacji pielęgniarstwiej w kierunku wczesnych powikłań pooperacyjnych. Parametry ciśnienia tętniczego, tętna i oddech oraz stan świadomości pozostawały prawidłowe. Pacjent zgłaszał dolegliwości bólowe rany pooperacyjnej na poziomie 2 i 3 punktów w skali numerycznej (*NRS*, *Numerical Rating Scale*). Wykazywał niepokój spowodowany obecnością kaniuli w naczyniu żylnym oraz drenu w ranie. W trakcie pobytu na sali pooperacyjnej jego stan był stabilny, nie zaobserwowano powikłań. W pierwszej dobie po zabiegu chorego przeniesiono na salę ogólną. Pacjent został pionizowany, usunięto dren Redona. W drugiej dobie po zabiegu w stanie dobrym wypisano go do domu.

Pacjent w trakcie pobytu miał włączone leczenie antyagregacyjne (Acard — 150 mg/d.). Został zapoznany z celem wdrożonego leczenia i powikłaniami mogącymi wystąpić w trakcie terapii. Przeszkolono go ponadto w zakresie pielęgnacji rany pooperacyjnej, trybu życia w okresie pooperacyjnym oraz konieczności stawiania się na kontrolne badania lekarskie.

U pacjenta sformułowano diagnozy pielęgniarstwiej w podziale na okresy: przedoperacyjny, wczesny pooperacyjny i dalszy pooperacyjny.

1. Problemy pielęgnacyjne w okresie przedoperacyjnym:
 - lęk i niepokój związane z przyjęciem do szpitala i zaplanowanym zabiegiem operacyjnym;
 - utrzymujące się zawroty głowy i dezorientacja.
2. Problemy pielęgnacyjne we wczesnym okresie pooperacyjnym:
 - możliwość wystąpienia powikłań ze strony układu krążenia i układu oddechowego;
 - możliwość wystąpienia powikłań neurologicznych;
 - ryzyko wystąpienia krwotoku z rany w związku

- ze stosowanym leczeniem antyagregacyjnym i wielkością operowanego naczynia tętniczego;
- ból rany pooperacyjnej;
- niepokój i dezorientacja spowodowane ograniczeniem aktywności z powodu zabiegu operacyjnego oraz wykonywanymi czynnościami pielęgniarstwiej;
- możliwość wystąpienia powikłań spowodowanych obecnością kaniuli dożylniej;
- trudności w oddawaniu moczu;
- suchość w jamie ustnej spowodowana wyłączeniem odżywiania doustnego;
- unieruchomienie chorego przyczyniające się do ograniczenia samodzielności i niezależności pacjenta.

3. Problemy pielęgnacyjne w dalszym okresie pooperacyjnym:
 - możliwość wystąpienia zakażenia rany pooperacyjnej;
 - możliwość wystąpienia powikłań związanych z przyjmowaniem leków antyagregacyjnych;
 - lęk pacjenta o swoje zdrowie i obawa przed powrotem do aktywności sprzed operacji.

Pielęgnacja pacjenta po CEA wymaga od pielęgniarki dużego zasobu wiedzy i umiejętności. Pacjent jest zagrożony wieloma rodzajami powikłań. Właściwa pielęgnacja może pozwolić na ich uniknięcie, a szybkie dostrzeżenie niepokojących zmian — na natychmiastową interwencję i uniknięcie stanów mogących zagrażać życiu i zdrowiu pacjenta.

W przedstawionym przypadku zaobserwowano wymienione problemy dotyczące okresu przedoperacyjnego (u chorego w dobrym stanie ogólnym). Okres okołoperacyjny przebiegł bez powikłań i pacjent w dobrym stanie opuścił oddział. Należy zaznaczyć, że bardzo często osoby poddawane CEA wymagają szczególnej troski i uwagi już przed operacją; duża część z nich przebyła bowiem wcześniej udar niedokrwienny mózgu, który powoduje znaczny deficyt samoopieki. Taka sytuacja wymaga od zespołu pielęgniarstwiej dużego nakładu pracy zarówno przed operacją, jak i po niej [4], dlatego ważne jest, żeby usystematyzować problemy, jakie mogą spotkać pacjenta po CEA. Niektóre z nich — w szczególności możliwość wystąpienia powikłań neurologicznych i kardiologicznych — są bardzo charakterystyczne dla pacjentów po CEA.

Przedstawiony proces pielęgnowania obejmuje cały okres pobytu pacjenta w szpitalu. Określone zostały problemy pielęgnacyjne, cel opieki i postępowanie pielęgniarstwiej. Plan opieki opracowano według kolejności występowania problemów, co pozwoliło w efektywny sposób usystematyzować możliwości ich rozwiązywania. Problemy pielęgnacyjne dotyczą okresu przedoperacyjnego (ww. grupa 1), doby zerowej,

kiedy pacjent przebywał na sali pooperacyjnej (grupa 2), oraz pierwszej i drugiej doby — do momentu opuszczenia przez niego oddziału (grupa 3).

Pobyt w szpitalu i operacja są dla każdego człowieka bardzo stresujące. Czynnikiem stresogennym są: pobyt w nowym, obcym środowisku, przymusowa bezczynność, brak poczucia intymności. Pacjent może mieć poczucie zagrożenia wywołane wykonywanymi badaniami i oczekiwaniem na operację oraz niepewnością rokowania. Zdarza się, że na tę sytuację reaguje depresją, gniewem, a nawet agresją [5]. Stres ma bardzo niekorzystny wpływ na organizm, wpływa na pogorszenie funkcjonowania układu odpornościowego i układu krążenia, a więc na cały proces zdrowienia. Pacjent zestresowany to pacjent cierpiący psychicznie, jakość jego życia ulega znacznemu pogorszeniu [6]. W procesie pielęgnowania wielokrotnie został podkreślony problem stresu, lęku i niepokoju chorego, począwszy od przyjęcia go na oddział, poprzez przygotowanie do operacji, okres pooperacyjny i przygotowanie do wypisu do domu. W każdym z tych punktów zaplanowanym działaniem pielęgniarskim było uspokojenie pacjenta przez rozmowę, wielokrotne wyjaśnianie wątpliwości, zbudowanie atmosfery życzliwości, poświęcenie mu uwagi i okazanie cierpliwości w świadczeniu opieki (zważywszy, że u badanego występowały zawroty głowy i dezorientacja, które dodatkowo utrudniały adaptację w warunkach szpitalnych).

Właściwe przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego jest ważnym czynnikiem wpływającym na rezultat operacji. Wiele elementów przygotowania fizycznego do operacji udrożnienia tętnicy szyjnej jest podobne do większości zabiegów chirurgicznych. Pacjent musi mieć aktualne wyniki badań i zmierzone parametry życiowe, być w dniu operacji na czczo, usunąć wszystkie elementy biżuterii oraz sztuczne uzębienie. W tych czynnościach bierze udział pielęgniarka — odpowiada ona za nie [7]. Jednym z najważniejszych elementów przygotowania pacjenta do operacji jest przygotowanie pola operacyjnego. Właściwie przeprowadzone znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia zakażeń szpitalnych, w tym zakażenia miejsca operowanego (ZMO). Zakażenia szpitalne są na całym świecie ogromnym problemem i według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) częstość ich występowania waha się od 3% do 10% w zależności od kraju [8]. Przygotowanie pola operacyjnego należy zacząć już w dniu poprzedzającym operację. Pacjent powinien się wykapać około 12 godzin przed zabiegiem i w dniu zabiegu, używając do mycia preparatu ze środkiem antyseptycznym. Golenie pola operacyjnego powinno się odbyć w czasie najkrótszym przed zabiegiem. Do usuwania owłosienia należy używać golarek, a nie ostrzy,

aby nie skaleczyć skóry. Po kąpieli pacjent powinien zostać przebrany w koszulę operacyjną i zawieszony na blok operacyjny [9].

Do zakażenia rany operacyjnej może dojść już na bloku operacyjnym, a ponadto na każdym etapie procesu gojenia się rany. Aby temu zapobiec, należy bezwzględnie przestrzegać wszystkich zasad aseptyki rozumianej jako działanie mające na celu zapobieganie niepożądanego kolonizacji przez drobnoustroje oraz działania lecznicze służące pozbyciu się kolonizacji, jeżeli do niej doszło [10].

Przebieg zerowej doby po zabiegu operacyjnym ma decydujące znaczenie, czy leczenie operacyjne zakończy się sukcesem. W tym czasie istnieje największe ryzyko wystąpienia powikłań, które mogą zagrażać życiu pacjenta. Wskazane jest, aby pacjenci przebywali na sali intensywnego nadzoru, ponieważ ich stan może ulec gwałtownej zmianie. Bezpośrednio po operacji niezwykle istotny jest pomiar parametrów życiowych, takich jak: tętno, ciśnienie tętnicze krwi, częstość i jakość oddechów, pomiar saturacji. Pomiarów tych dokonuje się obecnie najczęściej przy użyciu kardiomonitorów, jednak ich użycie nie zwalnia pielęgniarki z wnikliwej obserwacji pacjenta, ponieważ zmiana zabarwienia i wilgotności powłok skórnych bywa czasem pierwszym sygnałem powikłań pooperacyjnych [11]. Bardzo ważnym działaniem jest regularna ocena stanu świadomości pacjenta, szczególnie w przypadku osób starszych. Przejściowe niedokrwienie mózgu podczas zabiegu może skutkować zaburzeniami świadomości w postaci splatania lub majaczenia, groźniej przebiegającymi u osób, które przeżyły udar niedokrwienno i wykazują zaburzenia poznawcze. Pacjenci mogą być niespokojni, pobudzeni i podejmować niezamierzone działania.

U osób po operacji udrożnienia tętnicy szyjnej wewnętrznej zaleca się utrzymanie wartości ciśnienia tętniczego na poziomie nie mniejszym niż 140/90 mm Hg, jednocześnie nie należy dopuszczać do gwałtownego wzrostu bądź spadku ciśnienia tętniczego. Duża w tym rola pielęgniarki, ponieważ odpowiada ona za szybkość przetaczanych płynów dożylnych zleconych przez lekarza. Wahania ciśnienia tętniczego są często przyczyną powikłań kardiologicznych i neurologicznych [4]. Ryzyko wystąpienia powikłań neurologicznych po operacji CEA jest dość duże i świadczy o niepowodzeniu w przeprowadzeniu operacji, która w założeniu ma zapobiegać udarowi mózgu. Bardzo ważne jest, aby pielęgniarka opiekująca się pacjentem po operacji udrożnienia tętnicy szyjnej potrafiła rozpoznać objawy zaburzeń neurologicznych. Należą do nich: zmiana w mimice twarzy, opadanie kącika ust, asymetria, trudności w mówieniu, dezorientacja, połowicze osłabienie kończyn, zaburzenia czucia, zaburzenia widzenia, bardzo silne bóle głowy [4].

Od momentu powrotu pacjenta z bloku operacyjnego należy prowadzić intensywną obserwację miejsca operowanego i drenażu rany w kierunku krwawienia z rany pooperacyjnej. Po operacji udrożnienia tętnicy szyjnej wewnętrznej krwawienie z rany pooperacyjnej wiąże się w większości przypadków ze wzrostem ciśnienia tętniczego, dlatego tak ważne jest utrzymanie go na optymalnym poziomie [1]. Należy zwracać uwagę na to, czy opatrunek nie jest przesiąknięty krwią, oraz na ilość wydzieliny odprowadzanej przez dren. Trzeba też prowadzić obserwację w kierunku krwawienia wewnętrznego, sprawdzając, czy nie powiększa się obwód szyi. Cały czas należy kontrolować wartości tętna, saturacji oraz wygląd pacjenta, zabarwienie powłok skórnych, nawilżenie skóry [11]. Obserwacja pacjenta w kierunku krwawienia z rany pooperacyjnej prowadzona jest do czasu wyjścia pacjenta ze szpitala.

Jednym z ważniejszych problemów dla pacjenta po operacji i dla zespołu terapeutycznego jest zwalczanie bólu pooperacyjnego. Często lęk przed bólem pooperacyjnym to dla pacjenta największy czynnik stresogenny. Ból jest subiektywnym odczuciem, nieprzyjemnym, zmysłowym i emocjonalnym wrażeniem, powstającym w wyniku uszkodzenia tkanek bądź zagrożenia ich uszkodzeniem. Przeżywa się go indywidualnie i trudno określić jego granice. Ból może dotyczyć sfery somatycznej, psychicznej i duchowej, nie da się go obiektywnie zmierzyć [12]. Uśmierzenie bólu pooperacyjnego jest priorytetowym celem właściwie prowadzonej opieki pooperacyjnej.

Do uśmierzenia bólu niezbędna jest ocena jego natężenia. Do pomiaru natężenia bólu opracowano kilka skal, z których najpopularniejsze to: skala słowna (VRS, *Verbal Rating Scale*), skala oceny liczbowej — numeryczna (NRS, *Numerical Rating Scale*), skala wzrokowo-analogowa (VAS, *Visual Analogue Scale*) [13]. Największe natężenie bólu występuje w pierwszych 4 dobach po operacji. Na stopień jego odczuwania wpływa wiele czynników. Podstawowy to lokalizacja operacji; do innych należą osobiste doświadczenia pacjenta, jego indywidualny próg odczuwania bólu oraz stan psychiczny [14].

Źle leczony ból wpływa między innymi na wzrost hormonów stresowych, zaburzenia w oddychaniu, autonomiczną czynność układu nerwowego; powoduje również pogorszenie się stanu psychicznego pacjenta [15]. W leczeniu bólu kluczową rolę odgrywa pielęgniarka. Do jej zadań należą: dokładne dawkowanie leków przeciwbólowych według zleceń lekarza, ocena stopnia natężenia bólu przy użyciu skal oraz obserwacja pacjenta, ponieważ nie zawsze jest on w stanie słownie określić natężenie bólu. Często stopień natężenia bólu trzeba określić na podstawie niewerbalnych sygnałów, takich jak: wzrost ciśnienia

tętniczego krwi, grymas twarzy, zaciskanie powiek i pięści, ułożenie ciała [15]. W przypadku gdy pacjent uskarża się na ból mimo prowadzonego leczenia przeciwbólowego, należy poinformować o tym lekarza, aby skorygował on sposób leczenia.

U pacjenta z omawianego przypadku stopień natężenia bólu po operacji oceniany był według skali NRS. W zerowej dobie pacjent oceniał ból na 2–3 punkty, a w dobie pierwszej — na 1–2. Leki przeciwbólowe otrzymywał regularnie. W zerowej dobie podano mu Tramal w dawce 3×100 mg *i.v.*, w pierwszej i drugiej dobie po operacji — Ketonal 3×100 mg *p.o.* Leczenie to było wystarczające. Operacja udrożnienia tętnicy szyjnej nie powoduje rozległej rany, dzięki czemu dość łatwo jest kontrolować ból.

Problem kaniulacji żył dotyczy wszystkich pacjentów po operacji. Obecność kaniuli w naczyniu żylnym niesie za sobą ryzyko wystąpienia wielu powikłań, do których należą: przekłucie żyły w trakcie zakładania wkłucia, iniekcja pozanaczyniowa, omyłkowa iniekcja dotętnicza, zakażenie spowodowane obecnością kaniuli [11]. U pacjenta nie zaobserwowano niepożądanych objawów związanych z obecnością kaniuli w żyłę.

U każdego operowanego pacjenta, niezależnie od tego, w jakiej okolicy została przeprowadzona operacja, ważnym problemem jest oddanie moczu i obserwacja ilości i jakości diurezy. Chory w ciągu 6–8 godzin od zakończenia operacji powinien oddać mocz, w przeciwnym razie należy rozważyć założenie cewnika do pęcherza moczowego [11]. Trudności z oddaniem moczu mogą wynikać z wielu powodów. W przypadku omawianego pacjenta przyczynami tego były: obecność innych pacjentów na sali pooperacyjnej, brak poczucia intymności i trudność w oddaniu moczu w pozycji leżącej. Chory oddał mocz po odgroźeniu parawanem i ułożeniu w pozycji półleżącej.

Po operacji udrożnienia tętnicy szyjnej wewnętrznej pacjent jest szybko usprawniany, umożliwia to lokalizacja rany i rodzaj znieczulenia zastosowanego w trakcie operacji (blokada splotu szyjnego). Pionizacją i uruchamianiem pacjenta po operacji zajmują się fizjoterapeuci; rola pielęgniarki polega na przywróceniu pacjentowi stopnia samoobsługi sprzed zabiegu. Pielęgniarka asystuje pacjentowi, wspiera go i zachęca do wykonywania różnych czynności [4]. Asystując choremu przy usprawnianiu, musi zwrócić uwagę na takie objawy, jak: zawroty głowy, duszność, nudności, pogorszenie się stanu pacjenta — ich zaobserwowanie powinna zgłosić lekarzowi [11]. Usprawnianie należy przeprowadzać stopniowo.

Opisywany pacjent został uruchomiony rano w pierwszej dobie po operacji. Początkowo siedział na łóżku przez kilka minut, potem stał przez chwilę przy łóżku, następnie zrobił kilka kroków. Po powrocie na salę ogólną pacjent zaczął wykonywać

większość czynności samodzielnie — początkowo w obecności pielęgniarki, a później bez jej pomocy, co sprawiło mu dużą satysfakcję i znacznie podniosło jego nastrój.

Po operacji udrożnienia tętnicy szyjnej wewnętrznej ważne są zachowania prozdrowotne pacjenta. Zaleca się regularną aktywność fizyczną, na przykład około 2 godzin spaceru dziennie. Aktywność fizyczna przyczynia się do usprawnienia pracy układu krążenia, utrzymania sprawności układu mięśniowego i kostnego, poprawienia orientacji przestrzennej, przeciwdziałania depresji, pomagania w utrzymaniu prawidłowej masy ciała [4].

Przed wypisem ze szpitala należy zapoznać pacjenta i jego rodzinę z działaniem leków antyagregacyjnych i objawami ubocznymi, jakie mogą one powodować. Chory musi zostać poinformowany o konieczności regularnego przyjmowania wszystkich leków, kontroli ciśnienia tętniczego i zgłaszania się na wizyty lekarskie [4]. W omawianym przypadku u pacjenta sukcesywnie prowadzono edukację dotyczącą działania leków antyagregacyjnych oraz zachowań prozdrowotnych. Chory wielokrotnie zadawał wnikliwe pytania. Istnieje duża szansa, że będzie stosował się do zaleceń.

Wnioski

1. Realizacja zamierzeń związanych z pielęgnacją badanego pacjenta w związku z zabiegiem endarterektomii została oparta na ogólnie przyjętych standardach opieki pielęgniarskiej. Plan opieki okołoperacyjnej nad pacjentem uwzględnił najważniejsze i najczęściej spotykane problemy pielęgnacyjne u osób po operacji udrożnienia tętnicy szyjnej.
2. W przypadku badanego pacjenta nie wystąpiły żadne powikłania pooperacyjne.
3. Pacjent opuścił szpital w drugiej dobie po zabiegu operacyjnym, w stanie ogólnym dobrym, pozytywnie ustosunkowany do dalszego procesu leczenia oraz wyposażony w wiedzę i umiejętności niezbędne do samoopieki i samopielęgnacji.
4. Przeprowadzone badanie wskazuje, że opieka nad pacjentem poddawanym endarterektomii powinna mieć wymiar holistyczny.

Piśmiennictwo

1. Andziak P. Chirurgia pozaczaskowych tętnic mózgowych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
2. Wojtyński B., Goryński P. Sytuacja zdrowotna ludności Polski. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego — Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008: 48.
3. Kaźmierski P., Kasielska A., Bogusiak K., Łysakowski M., Stelański M. Wpływ endarterektomii tętnicy szyjnej na jakość życia pacjentów. *Polski Przegląd Chirurgiczny* 2012; 84: 28–37.
4. Migalski A., Szewczyk M.T., Jawień A., Stodolska A. Opieka pielęgniarska nad chorym z niewydolnością krążenia mózgowego leczonym operacyjnie. W: Szewczyk M.T., Jawień A. (red.). *Pielęgniarstwo angiologiczne*. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2010: 102–115.
5. Basińska M.A. Opieka nad pacjentem angiologicznym — aspekty psychologiczne. W: Szewczyk M.T., Jawień A. (red.). *Pielęgniarstwo angiologiczne*. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2010: 22–34.
6. Basińska M.A. Wpływ stresu na funkcjonowanie organizmu. W: Szewczyk M.T., Jawień A. (red.). *Pielęgniarstwo angiologiczne*. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2010: 13–21.
7. Walewska E. Okres okołoperacyjny. W: Walewska E. (red.). *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010: 106–121.
8. Kowalewska M. Zakażenia szpitalne w chirurgii. W: Walewska E. (red.). *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2010, 56–60.
9. Bielawska A., Bączek G., Pieścikowska J., Skokowska B., Gacek L. Przygotowanie pola operacyjnego jako niezbędny element przygotowania chorego do operacji. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2010; 4: 111–113.
10. Bartoszewicz M., Junka A., Mączyńska B. Mikrobiologiczne aspekty opieki nad raną. W: Szewczyk M.T., Jawień A. (red.). *Pielęgniarstwo angiologiczne*. Termedia Wydawnictwo Medyczne, Poznań 2010: 190–203.
11. Kapala W. *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
12. Bączek G., Ochmańska M., Stępień S. Subiektywna ocena jakości opieki pielęgniarskiej w zakresie bólu pooperacyjnego u chorych leczonych chirurgicznie. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17: 173–177.
13. Misiólek H., Mayzner-Zawadzka E., Dobrogowski J., Wordliczek J. Zalecenia 2011 postępowania w bólu ostrym i pooperacyjnym. *Ból* 2011; 2: 9–34.
14. Juszczyk K. Pielęgniarska ocena stanu chorego z bólem pooperacyjnym. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2012; 4: 138–141.
15. Paszkiewicz-Mes E. Rola pielęgniarki w leczeniu bólu po zabiegu operacyjnym. *Pielęgniarstwo XXI Wieku* 2011; 4: 37–41.