

Iwona Malinowska-Lipień, Teresa Gabryś, Katarzyna Kruczek, Tomasz Brzostek, Ewa Kawalec, Agata Reczek

Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego Instytutu Pielęgniarstwa i Położnictwa, Wydział Nauk o Zdrowiu
Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

P

roblemy zdrowotne pacjenta z chorobą Buergera

Health problems of a patient affected by Buerger's disease

Adres do korespondencji:

mgr Iwona Malinowska-Lipień
Zakład Pielęgniarstwa Internistycznego i Środowiskowego,
Instytut Pielęgniarstwa
i Położnictwa WNoZ CM UJ
ul. Kopernika 25, 31-501 Kraków
tel.: (0 12) 430 32 19,
faks: (0 12) 429 48 72
e-mail: instpiel@cm-uj.krakow.pl

STRESZCZENIE

Wstęp. Choroba Buergera, czyli zakrzepowo-zarostowe zapalenie tętnic (TAO) jest schorzeniem występującym zazwyczaj u młodych mężczyzn. Pojawia się zwykle między 30. a 40. rokiem życia, głównie u osób palących papierosy. Znaczącą rolę w procesie leczniczo-pielęgnacyjnym odgrywa zaplanowanie opieki opartej na obserwacji potrzeb i problemów zdrowotnych pacjenta. W pracy przedstawiono problemy zdrowotne chorego na podstawie studium przypadku.

Cel pracy. Analiza sytuacji biopsychosocjalnej pacjenta z chorobą Buergera, określenie problemów zdrowotnych chorego.

Materiał i metody. Historię choroby pacjenta cierpiącego na chorobę Buergera opisano wykorzystując metodę indywidualnego przypadku. Technikami badawczymi był wywiad z pacjentem i personelem medycznym, analiza dokumentacji medycznej oraz codzienna obserwacja pacjenta podczas jego pobytu na oddziale angiologii. Badania przeprowadzono w ciągu 18 dni pobytu chorego w szpitalu, po wcześniejszym uzyskaniu zgody pacjenta na przeprowadzenie badań.

Wyniki. U chorego rozpoznano 10 problemów pielęgnacyjnych, z których dominującym był deficyt samoopieki spowodowany chronicznym bólem, owrzodzeniem prawej stopy i depresją. W czasie pobytu chorego na oddziale angiologii doprowadzono do zlikwidowania dolegliwości bólowych, ograniczenia powierzchni owrzodzenia, zwiększenia aktywności psychofizycznej oraz poprawy nastroju.

Wnioski. W wyniku podjętych działań leczniczo-pielęgnacyjnych chory opuszczając szpital był zdolny do samoopieki w zakresie bezpiecznego poruszania się, samoobserwacji przebiegu schorzenia, zasad pielęgnacji stóp, aktywności fizycznej, stosowania diety, zażywania zaleconych leków, regularnych badań kontrolnych w poradni angiologicznej. Chory wymaga stałego wsparcia emocjonalnego, informacyjnego i socjalnego.

Problemy Pielęgniarstwa 2008; 16 (4): 379-383

Słowa kluczowe: choroba Buergera, problemy zdrowotne chorego, studium przypadku

ABSTRACT

Introduction. The thromboangiitis obliterans (TAO) is a disease usually occurring among young men. It ordinarily arises at the age between thirty and forty years, especially among cigarette smokers. A significant role in the therapeutical and nursing-care process is played by the planning of care based on the observation of the patient's health needs and problems. The work presents a patient's health problems on the basis of their case study.

Purpose of work. analysis of the biopsychosocial situation of the patient affected by Buerger's disease; specification of the patient's health problems.

Material and methods. A medical history was described with regard to a patient suffering from Buerger's disease, that accomplished by employing the method of their individual case. The research techniques included interviews with the patient and the medical staff, analysis of medical records, and day-

to-day observation of the patient during their stay at the angiology ward. The study was conducted for the duration of the patient's 18-day hospital-stay period, following the patient's prior consent obtained for the conduct of the study.

Results. Ten nursing-care problems were diagnosed in the patient, out of which the most prominent was the deficit of self-care caused by chronic pain, right-foot ulceration, and depression. In the course of the patient's stay at the angiology ward, the effects achieved included an alleviation of their pain complaints, a reduction of ulceration areas, an increase of psychophysical activity, mood enhancement.

Conclusions. As a result of the therapeutical and nursing-care procedures that had been adopted, the patient was able, when leaving the hospital, to exercise self-care with respect to safe movement, self-observation focussing on the course of the disease, the rules of feet care, physical activity, application of a diet, taking prescribed medication, regular follow-up evaluations at an angiology outpatient clinic. The patient requires emotional, information-related, and social support and encouragement provided on a regular basis.

Nursing Topics 2008; 16 (4): 379–383

Key words: Buerger's disease, patient's health problems, case study

Wstęp

Choroba Buergera (TAO, *thromboangiitis obliterans*) jest rzadką chorobą, występującą zazwyczaj u młodych mężczyzn. Pojawia się zwykle między 30. a 40. rokiem życia, głównie u osób palących papierosy. Dlatego ważnym elementem terapii, warunkującym efektywne leczenie i remisję choroby, jest zaprzestanie palenia tytoniu. Brak rezygnacji z nałogu przyspiesza rozwój choroby, a w konsekwencji zwiększa ryzyko amputacji. Choroba prowadzi zatem do trwałego inwalidztwa, postępu zmian zapalno-zgorzelinowych oraz w efekcie do śmierci. Dlatego niezwykle ważna jest zarówno profilaktyka pierwszorzędowa (badania i testy przesiewowe), jak i drugorzędowa, obejmująca między innymi właściwy sposób pielęgnowania chorych cierpiących na chorobę zakrzepowo-zarostową tętnic. Dużą rolę odgrywa właściwe zaplanowanie opieki oparte na obserwacji potrzeb i problemów pielęgnacyjnych pacjenta. Dokładne zrealizowanie planu opieki może przyczynić się do poprawy stanu ogólnego pacjenta.

Charakterystycznym objawem TAO jest wystąpienie procesu zapalnego, który początkowo przebiega jedynie w obrębie małych tętnic kończyn górnych i dolnych. Proces chorobowy prowadzi do całkowitego zamknięcia światła tych tętnic i stopniowo obejmuje coraz większe naczynia, ograniczając się jednak tylko do dłoni lub stóp. Choroba ta ma przebieg cykliczny, przebiega z okresami zaostrzeń i remisji [1, 2].

Etiologia TAO nie jest do końca wyjaśniona. Zwiększone ryzyko zachorowania obserwuje się u osób, u których choroba wystąpiła w rodzinie (predyspozycje genetyczne — częstsze występowanie antygenów HLA-A9, HLA-B5) [2]. Podejrzewa się, że jej wystąpienie może być wynikiem długiego przebywania w zimnym i wilgotnym środowisku, zakażenia bakteriami (np. krętki kiły, gronkowce itp.) lub wirusami (np. wirusy wywołujące

jące wirusowe zapalenie wątroby) lub też jest związane z zaburzeniami działania układu odpornościowego [2, 3]. Wątpliwości nie budzi jedynie silny związek TAO z paleniem tytoniu — występuje ona prawie wyłącznie u palaczy, zaś poprawa stanu pacjenta jest możliwa jedynie w przypadku rzucenia palenia. Działanie nikotyny uważa się za główny mechanizm wywołujący objawy choroby. Aż 95% chorych cierpiących na zakrzepowo-zarostowe zapalenie naczyń stanowią czynni palacze tytoniu, tylko 5% chorych nigdy nie paliło [2].

Proces chorobowy rozpoczyna się w małych tętnicach (bardzo rzadko w żyłach) kończyn górnych i dolnych. Najpierw dochodzi do namnożenia komórek śródbłonna i do wytworzenia się nacieków limfocytarnych. Naciek ten stopniowo wzbogacany jest w fibroblasty oraz o komórki wielojądrzaste olbrzymie, zajmując niekiedy również sąsiednie tkanki (w tym także nerwy). W ostrym okresie choroby wytwarzająca się skrzeplina zamyka światło naczynia, ściśle do niego przylegając. W okresie remisji skrzeplina ulega organizacji, a zmiany zapalne ustępują lub zmniejszają się. W fazie przewlekłej oprócz rekanalizacji skrzepliny następuje zwłóknienie ściany naczynia, w której toczył się proces zapalny. W świetle naczynia tworzą się liczne zwężenia, a nawet dochodzi do odcinkowego zamknięcia jego światła. Zwłóknieniu ulega przydanka, okoliczne nerwy i naczynia [1, 4].

Objawy choroby Buergera są bardzo charakterystyczne. Wyróżnia się dwa stadia choroby. Dla I stadium charakterystyczne jest drętwienie stóp i chromanie przestankowe. W II stadium choroby występuje drętwienie w obrębie stopy i palców oraz wychłodzenie dłoni i stóp. Czasem pojawia się też ból lub drętwienie spoczynkowe, również w godzinach nocnych [2, 5].

W pierwszym stadium choroby tętno na tętnicy piszczelowej tylnej i na tętnicy grzbietowej stopy jest często dobrze napięte, przez co choroba w dalszym ciągu

pozostaje niewykryta. Pojawia się jednak objaw Raynau-
da — na skutek zimna lub emocji skóra dłoni i palców
najpierw staje się biała, potem sina, a na koniec czer-
wienieje [3]. Przez cały czas kończyna pozostaje zimna.
Objaw Raynau-
da może się też pojawiać samoistnie. W I i/lub II stadium choroby może wystąpić wędrująca
zakrzepica żył powierzchownych. Jeżeli pojawia się ona
w I stadium choroby, może być jednym z pierwszych ob-
jawów TAO. Natomiast jeśli pojawia się w drugim sta-
dium choroby (u 50% chorych), jest wówczas następ-
stwem postępujących zmian zapalnych i martwiczych [2].

W II stadium choroby dochodzi do powstania owrzodzeń i zmian martwiczych. Najpierw martwica rozwija się na końcach palców. Zmianom tym towarzyszy ból i pieczenie oraz objawy uogólnionego stanu zapalnego naczyń (obrzęk, zaczerwienienie, ocieplenie miejsca objętego stanem zapalnym). W przypadku wystąpienia martwicy konieczne są tak zwane małe amputacje w obrębie dłoni i/lub stopy.

W III stadium choroby zmiany zapalne i/lub martwicze obejmują całą kończynę górną i/lub dolną. Często jedynym ratunkiem dla pacjenta jest wykonanie amputacji zmienionej martwicy części kończyny [2, 6, 7].

Główne problemy pielęgnacyjne chorych:

- brak wiedzy pacjentów na temat choroby;
- ból kończyn wywołany chromaniem przestankowym ograniczający codzienną aktywność życiową;
- drętwienie, ochłodzenie i kurcze w obrębie stóp i dłoni;
- trudne gojenie się małych ran w obrębie dłoni i stóp oraz ryzyko wystąpienia infekcji ropnej;
- pogorszenie lokomocji w wyniku zmniejszenia się dystansu chromania początkowego, zaników mięśniowych;
- wyczerpanie z powodu przewlekłej bezsenności (ból spoczynkowy);
- owrzodzenia w wyniku postępującego niedokrwienia i zmian troficznych skóry;
- nieumiejętność samodzielnej zmiany opatrunku na powstałych owrzodzeniach;
- wyniszczenie organizmu (utrudniające leczenie zachowawcze owrzodzeń niedobory białka, witamin) spowodowane niechęcią do spożywania posiłków w wyniku silnych dolegliwości bólowych, bezsenności;
- wystąpienie działań ubocznych przewlekle stosowanych leków przeciwbólowych z grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych;
- zagrożenie życia w wyniku powiększenia się obszaru martwicy i braku zgody na amputację kończyny;
- przygnębienie z powodu uporczywych dolegliwości, braku nadziei na możliwość leczenia zachowawczego, konieczności podjęcia decyzji o amputacji;
- brak akceptacji siebie z powodu zmienionego wyglądu (amputacja kończyny);
- deficyt samoopieki w zakresie poruszania się, spożywania posiłków, zachowania prawidłowej higieny

ciała i otoczenia pacjentów, u których wykonano amputację kończyny.

W TAO bardzo istotny jest dobór sposobu leczenia do jej stadium. W I stadium stosowane są przede wszystkim środki farmakologiczne — leki rozszerzające naczynia, leki antyagregacyjne i zwiększające elastyczność ściany erytrocytów [2, 7, 8]. W drugim stadium choroby rozpoczyna się dobór leków przeciwbólowych — od leków zawierających małe dawki substancji przeciwbólowych aż do leków zawierających dawki terapeutyczne substancji narkotycznych o działaniu przeciwbólowym. W leczeniu chorych na TAO, znajdujących się w II stadium choroby, ważne jest ustalenie skutecznej terapii przeciwbólowej [2]. Doustnie podawanie antybiotyków jest niezbędne jedynie w działaniu osłonowym, aby nie doszło do uogólnionego zakażenia całego organizmu bakteriami lub ich toksynami. Natomiast doustne podawanie antybiotyków w celu neutralizacji bakterii zlokalizowanych w miejscach, gdzie znajdują się owrzodzenia, jest nieskuteczne, ponieważ w tych miejscach krążenie funkcjonuje nieprawidłowo lub w ogóle [9].

Kolejnym etapem leczenia jest wykonanie sympatektomii lędźwiowej lub piersiowej. Skutkiem sympatektomii jest zniesienie kurczu naczyń obwodowych. Otwarcie połączeń tętniczo-żylnych powoduje zwiększenie obwodowego przepływu krwi. W konsekwencji może to doprowadzić do zagojenia się owrzodzeń. Zdarza się również, że sympatektomia nie przynosi oczekiwanych rezultatów [2].

Materiał i metody

W pracy opisano historię choroby pacjenta cierpiącego na TAO, wykorzystując metodę indywidualnego przypadku. Technikami badawczymi był wywiad, analiza dokumentacji medycznej oraz obserwacja. Przeprowadzono wywiad z pacjentem i personelem medycznym oraz codzienną obserwację pacjenta podczas jego pobytu na oddziale angiologii krakowskiego szpitala.

Podmiotem badania był 40-letni mężczyzna, żona-ty (w separacji), mieszkający na wsi, rolnik, od 10 lat przebywający na rencie. Pacjent palił tytoń przez 10 lat, około 25 papierosów dziennie; od 1996 roku nie pali. W wywiadzie ustalono, że ojciec pacjenta zmarł na zawał serca. Na podstawie poniższych danych zdiagnozowano TAO.

Choroba rozpoczęła się w 1996 roku, gdy pacjent miał 31 lat. Pierwszymi objawami były zimno i drętwienie stóp. Następnie, po około 2 miesiącach, pojawił się ból kończyn dolnych podczas chodzenia (chromanie przestankowe). Ból ten pojawiał się po przejściu przez pacjenta około 400 metrów. Dolegliwości spo-

wodowały, że pacjent zgłosił się do lekarza pierwszego kontaktu, który skierował go do lekarza angiologa. Ten zdiagnozował chorobę Buergera. Po upływie 6 miesięcy od zdiagnozowania TAO dystans, jaki mógł pokonać pacjent, zmniejszył się do 100 metrów, a dolegliwości związane z chorobą nasiliły się. Skierowano go do szpitala w Warszawie, gdzie podawano mu dożylnie prostawazynę. Leczenie przyniosło pozytywne rezultaty — chory stwierdził, że dystans chromania wydłużył się do około 300 metrów, więc hospitalizację zakończono. Po powrocie do domu pacjent skaleczył lewą stopę. Rana nie zagoiła się, a w jej obrębie wytworzył się ostry stan zapalny i owrzodzenie. Konieczna była amputacja palucha lewej kończyny dolnej, lecz mimo to ból niedokrwionej kończyny nie ustał. Farmakoterapia przeciwbólowa przestała być skuteczna. W 1998 roku podjęto decyzję o wykonaniu sympatektomii lewostronnej. Dzięki temu zabiegowi pacjent odczuwał ból o mniejszym natężeniu. Owrzodzenia stopniowo zmniejszały się, aż uległy całkowitemu zagojeniu.

W 2004 roku wystąpił nawrót choroby, na lewej stopie znów się pojawiły owrzodzenia. Wykonano wówczas eksperymentalnie zabieg autotransplantacji komórek macierzystych, który spowodował całkowite ustąpienie dolegliwości bólowych pacjenta oraz zagojenie się owrzodzeń na lewej stopie.

W roku 2005 chory zaczął odczuwać silny ból całej dolnej kończyny prawej. Pojawił się gwałtowny skurcz, obejmujący całą prawą kończynę. Noga stała się czerwona, potem sina. Następnie doszło do niedokrwienia i powstania kolejnych owrzodzeń, które objęły całą prawą stopę. U pacjenta dwukrotnie wykonano blokadę pnia współczulnego po prawej stronie. Po tym zabiegu owrzodzenia na prawej stopie zaczęły się goić. Kolejnym zabiegiem była autotransplantacja komórek macierzystych, dzięki której owrzodzenia na stopie zmniejszyły się. Nadal pozostały jednak niewygojone głębokie owrzodzenia ropne w okolicy palców prawej stopy.

Po zakończeniu hospitalizacji pacjent wrócił do domu z zaleceniem codziennego wykonywania opatrunków i przyjmowania leków przeciwbólowych. Dolegliwości bólowe narastały jednak do tego stopnia, że pacjent nie mógł prowadzić normalnego trybu życia, a owrzodzenia na palcach powiększały się. Pacjent zgłosił się do lekarza pierwszego kontaktu, który skierował chorego na oddział angiologii. Stwierdzono krytyczne niedokrwienie prawej stopy i martwicę I i II palca prawej stopy. Ponadto na palcach I–IV prawej stopy oraz między palcem a jego poduszką (od strony podeszwy stopy) stwierdzono rozległe owrzodzenia z wysiękiem o charakterze ropnym. Pacjent odczuwał silny ból.

Głównym celem hospitalizacji było ustalenie skutecznego leczenia przeciwbólowego, a także wyleczenie owrzodzeń powstałych na prawej stopie.

Wyniki

Chory wymagał stałej opieki i pielęgnacji. Podczas 18-dniowej hospitalizacji wyłoniono następujące problemy pielęgnacyjne (przedstawiono je w kolejności, w jakiej pojawiały się od pierwszego dnia pobytu chorego na oddziale):

- deficyt samoopieki spowodowany chronicznym bólem, kalectwem i depresją;
- ból prawej stopy;
- głębokie i rozległe owrzodzenia;
- martwica okołopaznokciowa palców I–III;
- martwica sucha występująca na grzbiecie stopy prawej znajdująca się około 3 cm od nasady II palca;
- pokrzywka alergiczna występująca na grzbiecie kości prawej stopy;
- ryzyko progresji owrzodzeń i zmian martwiczych na kostce i na powierzchni stopy w wyniku trwałego zaczerwienienia skóry.
- ryzyko powikłań związanych z farmakoterapią na skutek wykonania wkłucia zewnątrzoponowego (możliwość wystąpienia infekcji, wprowadzenia powietrza);
- ryzyko owrzodzeń błony śluzowej żołądka (NLPZ);
- bezradność, brak perspektyw na wyzdrowienie.

W trakcie hospitalizacji ustalono skuteczne leczenie przeciwbólowe:

- efektywna terapia przeciwbólowa:
 - 0,5% bupiwakaina 5 ml + 0,25 ug fentanyl docewnikowo co 4 godziny;
 - ketonal 100 mg *p.o.* 2 razy dziennie po 1 tabletkę;
 - paracetamol 1 g *p.o.* 3 razy dziennie po 1 tabletkę;
 - MF 10 mg *s.c.* doraźnie;

Dodatkowo zostało włączone leczenie przeciwdepresyjne: Efecctin ER 75 mg *p.o.* 1 raz dziennie po 1 tabletkę (należy podkreślić znaczenie tej grupy leków, gdyż znacząco wpłynęły na zmniejszenie odczuwania bólu przez pacjenta; chory przestał się na nim koncentrować i myśleć nieustannie o swojej chorobie);

Utrzymano leczenie przeciwbakteryjne:

- augmentin 1,2 g *i.v.* 2 razy dziennie;
- biseptol 480 mg *p.o.* 2 razy dziennie po 2 tabletki.

Wyodrębnione problemy pielęgnacyjne, cele i plan opieki zostały dokładnie zrealizowane. W przypadku omawianego przypadku niezwykle ważne było leczenie holistyczne. Pozytywne efekty pielęgnacyjno-opiekuńcze i lecznicze udało się uzyskać w dużej mierze dzięki skutecznemu leczeniu przeciwdepresyjnemu.

Wnioski

W wyniku podjętych działań leczniczo-pielęgnacyjnych chory, opuszczając szpital, był zdolny do samo-

opieki w zakresie bezpiecznego poruszania się, samoobserwacji przebiegu schorzenia, zasad pielęgnacji stóp, aktywności fizycznej, stosowania diety, zażywania zależnych leków, regularnych badań kontrolnych w poradni angiologicznej. Chory wymaga stałego wsparcia emocjonalnego, informacyjnego i socjalnego.

Piśmiennictwo

1. Olin J.W., Shih A. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease). *Curr. Opin. Rheumatol.* 2006; 18: 18–24.
2. Paraskevas K.I., Lapis C.D., Briana D.D., Mikhailidis D.P. Thromboangiitis obliterans (Buerger's disease): searching for a therapeutic strategy. *Angiology* 2007; 58: 75–84.
3. Szczeklik A. (red.). *Choroby wewnętrzne. Tom I.* Wydawnictwo Medycyny Praktycznej, Kraków 2007; 373–384.
4. Majewski W., Majewski P., Staniszewski R. i wsp. Badanie zmian w tętnicach i mikrokrążeniu w chorobie Buergera. *Acta Angiol.* 1997; 3: 121–126.
5. Olin W.J., Young R.J., Groar A.R., Ruschhaupt F.W., Bartholomew R.J. Zmieniający się obraz kliniczny zakrzepowo-zarostowego zapalenia naczyń (choroby Buergera). *Medycyna Praktyczna* 1991; 4: 32–36.
6. Puechal X., Fiessinger J.N. Thromboangiitis obliterans or Buerger's disease: challenges for the rheumatologist. *Rheumatology* 2007; 46: 192–199.
7. Staniszewski R. Zakrzepowo zarostowe zapalenie tętnic: choroba Buergera. Wydawnictwo Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny, Warszawa 2001; 89.
8. Zdrojowy K., Adamiec R., Czarnacki M. Nowe aspekty leczniczego wpływu prostaglandyny E1 w zarostowo-zakrzepowym zapaleniu naczyń. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej* 2002; 108: 1071–1077.
9. Szotkiewicz A., Grzela T., Jawień A. Choroba Buergera — zakrzepowo-zarostowe zapalenie tętnic. *Nowa Medycyna* 2001; 4: 16–18.