

Justyna Kasprzycka¹, Wioletta Mędrzycka-Dąbrowska², Hanna Grabowska³

¹Koło Naukowe Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, Gdański Uniwersytet Medyczny

²Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego, Katedra Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny

³Pracownia Umiejętności Pielęgniarskich, Katedra Pielęgniarstwa, Gdański Uniwersytet Medyczny

P

roblemy pielęgnacyjne chorego we wstrząsie hipowolemicznym w ujęciu Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej[®]

Nursing problems of the patient in hypovolemic shock in terms of the International Classification for Nursing Practice[®]

STRESZCZENIE

Wstęp. Wstrząs w medycynie zaliczany jest do stanów nagłych, zagrażających życiu i występuje podczas niewystarczającego zapotrzebowania komórki na tlen. W takiej sytuacji nie można dopuścić do kwasicy, koagulopatii i hipotermii, aby zwiększyć szansę przeżycia pacjenta. Do wstrząsu hipowolemicznego dochodzi najczęściej podczas urazu, gdy następuje znaczna utrata krwi krążącej z organizmu.

Cel pracy. Celem niniejszej pracy było przedstawienie opieki nad pacjentem we wstrząsie hipowolemicznym w ujęciu Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP[®] (wersja online dostępna na stronie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek).

Materiał i metody. W pracy zastosowano metodę studium indywidualnego przypadku z zastosowaniem techniki wywiadu, obserwacji, analizy dokumentacji zdrowotnej pacjenta oraz pomiarów.

Wyniki i wnioski. U pacjenta rozpoznano trzynaście kluczowych diagnoz pielęgnarskich, w tym problemy aktualnie występujące u chorego, do których zalicza się: ostry ból, hipowolemię, zaburzoną funkcję układu moczowego, hiperglikemię, zmienione ciśnienie krwi, zaburzone samodzielne karmienie, niepokój przed śmiercią. Ze względu na ciężki stan pacjenta wystąpiło duże prawdopodobieństwo problemów potencjalnych.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (2): 127–130

Słowa kluczowe: wstrząs; hipowolemia; opieka pielęgnarska; klasyfikacja; proces pielęgnowania

ABSTRACT

Introduction. Shock in medicine is one of the states of emergency life-threatening and occurs when insufficient oxygen demand cells. In such situation it should not prevent acidosis, hypothermia and coagulopathy, to increase the chances of patient survival. Hypovolemic shock occurs most often when the injury occurs when significant loss of circulating blood from the body.

Aim. The aim of this study is to provide patient care in hypovolemic shock in intensive care in terms of the International Classification for Nursing Practice ICNP[®]. (Online version available on the website of the International Council of Nurses).

Material and methods. The study method was applied case study using interview techniques, observation, analysis of patient health records and measurements.

Results and conclusions. The patient was diagnosed thirteen key nursing diagnoses of problems currently occurring in a patient, which include: sharp pain, hypovolemia, impaired function of the urinary tract, hyperglycemia, altered blood pressure, impaired self-feeding, anxiety before his death. Due to the serious condition of the patient was a high probability of potential problems.

Problemy Pielęgniarstwa 2017; 25 (2): 127–130

Key words: shock; hypovolemia; nursing care; classification; nursing process

Adres do korespondencji: Justyna Kasprzycka, Koło Naukowe Pielęgniarstwa Anestezjologicznego i Intensywnej Opieki, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. M. Skłodowskiej-Curie 3a, 80–210 Gdańsk, tel. kom.: 511 327 699, e-mail: kasprzyckajustyna@wp.pl

DOI: 10.5603/PP.2017.0021

Wstęp

Wstrząs to postać niewydolności układu krążenia, która łączy się z niedostatecznym zużyciem tlenu przez komórkę. Jest to zespół objawów wpływający na nieprawidłowe działanie całego organizmu. W medycynie zaliczany jest do stanów nagłych, które rozwijają się w szybkim tempie [1, 2]. U osób do 40. roku życia zgony najczęściej spowodowane są urazami oraz towarzyszącymi im krwotokami [2, 3].

Niezmiernie ważnym elementem jest szybki transport pacjenta do szpitala w trakcie tak zwanej „złotej godziny”. Zadaniem specjalistów jest udzielenie profesjonalnej pomocy, która będzie w stanie zatrzymać triadę śmierci w postaci hipotermii, kwasicy i koagulopatii, ponieważ łączy się z ona wysoką śmiertelnością [4].

Pielęgniarka powinna znać podstawowe objawy wstrząsu, do których zalicza się: przyspieszenie akcji serca, spadek ciśnienia skurczowego krwi, bladą, zimną i wilgotną skórę, zaburzenia rytmu serca oraz sinicę dystalnych części ciała. Dodatkowym symptomem są zmiany zachowania [5, 6]. Ze względu na krytyczny stan pacjenta, który znajduje się na oddziale intensywnej terapii, jednym z najważniejszych zadań pielęgniarki jest monitorowanie stanu chorego. Do parametrów, które należy kontrolować zalicza się: ciśnienie tętnicze krwi — pomiar krwawy, EKG, częstość oddechów, diurezę, pulsoksymetrię oraz temperaturę ciała. Dodatkowo obserwuje się stan przytomności przy użyciu skali Glasgow [7].

Celem niniejszej pracy było przedstawienie opieki nad pacjentem we wstrząsie hipowolemicznym na oddziale intensywnej terapii w ujęciu Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® (wersja online dostępna na stronie Międzynarodowej Rady Pielęgniarek) [8, 9].

Materiał i metody

W pracy zastosowano metodę badawczą studium indywidualnego przypadku. W procesie pielęgnowania wykorzystano takie techniki gromadzenia informacji o pacjencie, jak analiza dokumentacji. Zalicza się do niej zarówno dokumentację medyczną, jak i aktualne piśmiennictwo. Wykorzystano również przeprowadzony wywiad z pacjentem i jego rodziną, wyniki obserwacji pacjenta oraz badanie fizykalne z wszelkimi pomiarami [10, 11].

W opisie diagnoz/wyników i interwencji pielęgniarskich zastosowano terminy wywodzące się z Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej. Obecnie stosowana wersja klasyfikacji ICNP® posiada strukturę 7-osiową:

— przedmiot (F, *focus*) to kategoria głównego założenia pielęgnowania;

- osąd (J, *judgement*) to orzeczenie lub opinia kliniczna;
- środki (M, *means*) określają metodę lub sposób działań pielęgniarskich;
- działanie (A, *action*) to wykonywane czynności przez pacjenta/rodzinę lub pielęgniarkę;
- czas (T, *time*) określa długość, rozległość działań w czasie;
- lokalizacja (L, *location*) to terminy dotyczące anatomicznych części ciała lub rozmieszczenia przestrzennego;
- klient (C, *client*) to podmiot, odbiorca świadczonych usług lub jego rodzina [8, 9, 12, 13].

Schemat tworzenia procesu pielęgnowania na podstawie słownika ICNP® polega na wyszukiwaniu gotowych fraz, które przedstawiają diagnozę/wynik oraz interwencję. Dodając wyrażenia z innych osi, można sprecyzować konkretną frazę [8].

Studium przypadku

Pacjent M.W., w wieku 67 lat, został przyjęty w trybie nagłym do szpitala w lipcu na oddział ratunkowy z objawami wstrząsu hipowolemicznego. Parametry przy przyjęciu wynosiły: ciśnienie tętnicze krwi — 60/30 mm Hg, akcja serca — 110 uderzeń/min, saturacja — 80%. W momencie przyjęcia do szpitala pacjent przytomny (14 pkt. w skali Glasgow), zgłaszający silne dolegliwości bólowe brzucha. W gazometrii kwasica metaboliczna oraz stężenie mleczanów powyżej normy, w tomografii komputerowej uwidoczniło się pękniętego tętniaka aorty brzusznej.

Pacjentowi przetoczono 3 jednostki Koncentratu Krwinek Czerwonych, założono wkłucie do żyły szyjnej wewnętrznej po stronie lewej oraz zaintubowano. Pacjenta zakwalifikowano do natychmiastowego leczenia operacyjnego — wycięcia tętniaka i wstawienia protezy aortalno-aortalnej wraz z podwiązaniem lewej żyły nerkowej.

Kilka godzin po zabiegu wystąpiła ponownie hipotensja oraz ograniczenie diurezy. Z powodu nasilających się objawów niewydolności wielonarządowej pacjenta przetransportowano do Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii (KAiIT). W dniu przyjęcia do KAiIT stan ogólny był ciężki, oddech własny, wspomagany mechanicznie. Na oddziale ekstubowano tchawicę i zastosowano tlenoterapię bierną. Krążenie było wspierane przez ciągły wlew dożylny amin presyjnych (noradrenaliny). Stan pacjenta się poprawił, wyrównano wolem oraz pojawiła się diureza. W dalszym toku pacjenta przekazano do Kliniki Kardiologii i Chirurgii Naczyniowej.

Oprócz głównej przyczyny przyjęcia do szpitala pacjent posiadał jeszcze wiele innych chorób współistniejących, między innymi: nadciśnienie tętnicze, nieprawidłową tolerancję glukozy (stężenie glukozy

utrzymywało się na poziomie 200–300 mg%), otyłość, kamicę nerkową, ostre uszkodzenie nerek.

Farmakoterapia według Indywidualnej Karty Zleceń Lekarskich obejmowała: Controloc 40 mg *i.v.*, Pylargin 3 × 1 g *i.v.*, Levonor 2 std *i.v.*, Tramal 400 mg/d. *i.v.*, Furosemid *i.v.* według diurezy, Fragmin 5 tys. s.c., Chlorek potasu według kaliemii *i.v.*, kwas acetylosalicylowy 75 mg p.o., Atoris 20 mg p.o., insulina Gensulin *i.v.* 0,5–2 j.m./h według glikemii, Optylite według bilansu płynowego *i.v.*, do sondy Peptamen 500 ml, dopajanie 1500 ml.

Proces pielęgnowania pacjenta

Diagnoza pielęgniarstwa 1. Ryzyko zaburzonego procesu układu oddechowego [10037346].

Interwencje:

- monitorowanie saturacji krwi tlenem za pomocą pulsoksymetru [10032047];
- terapia tlenem [10039369], (L): droga oddechowa [10002100];
- monitorowanie oznak życiowych [10032113];
- monitorowanie terapii oddechowej [10037092];
- pozycjonowanie pacjenta [10014761];
- testowanie diagnostyczne [10031140];
- interpretowanie rezultatu gazometrii krwi tętniczej [10010503].

Wynik: efektywna funkcja układu oddechowego [10028160].

Diagnoza pielęgniarstwa 2. Ostry ból [10000454], (L): brzuch [10000023].

Interwencje:

- administrowanie lekiem przeciwbólowym [10023084];
- monitorowanie bólu [10038929];
- inicjowanie leczenia bólu kontrolowanego przez pielęgniarkę [10039808];
- współdziałanie ze specjalistą leczenia bólu [10039601];
- zarządzanie bólem [10011660].

Wynik: zredukowany ból [10027917].

Diagnoza pielęgniarstwa 3. Hypowolemia [10042020], (F): krwawienie [10003303], (L): tętnica [10002562].

Interwencje:

- monitorowanie perfuzji tkankowej [10035335];
- monitorowanie oznak życiowych [10032113];
- identyfikowanie ryzyka krwotoku [10009696].

Wynik: zaburzona funkcja układu regulacyjnego [10023358], (F): wstrząs hipowolemiczny [10009599].

Diagnoza pielęgniarstwa 4. Zaburzona funkcja układu moczowego [10001359].

Interwencje:

- zarządzanie oddawaniem moczu [10035238];
- zmierzenie wydalanych płynów [10039250];

- monitorowanie równowagi płynów [10040852];
- utrzymywanie dożylnego poddawania leków [10036583];
- terapia płynami [10039330].

Wynik: efektywna funkcja układu moczowego [10028615].

Diagnoza pielęgniarstwa 5. Hiperglikemia [10027550]

Interwencje:

- administrowanie insuliną [10030417],
- zarządzanie hiperglikemią [10035286];
- monitorowanie stężenia glukozy we krwi [10032034];
- zmierzenie stężenia glukozy we krwi [10041212].

Wynik: efektywny poziom glukozy we krwi [10033685].

Diagnoza pielęgniarstwa 6. Zmienione ciśnienie krwi [10022954].

Interwencje:

- monitorowanie ciśnienia krwi [10032052];
- administrowanie lekiem [10025444];
- zmierzenie ciśnienia krwi [10031996].

Wynik: ciśnienie krwi w granicach normy [10027647].

Diagnoza pielęgniarstwa 7. Zaburzone samodzielne karmienie [10000973].

Interwencje:

- karmienie pacjenta [10046150];
- asystowanie w jedzeniu i piciu [10037269];
- ocenianie zachowań związanych z jedzeniem lub picciem [10002747].

Wynik: efektywna funkcja układu pokarmowego [10028016].

Diagnoza pielęgniarstwa 8. Niepokój przed śmiercią [10041017].

Interwencje:

- ułatwianie korzystania ze zdolności do rozmowy o procesie umierania [10026265];
- demonstrowanie technik relaksacyjnych [10024365];
- ocenianie strachu przed śmiercią [10026093];
- promowanie wsparcia duchowego [10038300].

Wynik: zredukowany strach [10027889].

Diagnoza pielęgniarstwa 9. Ryzyko infekcji [10015133], (L): układ moczowy [10020421].

Interwencje:

- monitorowanie objawów przedmiotowych i objawów podmiotowych infekcji [10012203];
- asystowanie w higienie [10030821];
- asystowanie w czynnościach toaletowych [10023531];
- ocenianie podatności na infekcję [10002821];
- prewencja infekcji [10036916].

Wynik: bez infekcji [10028945].

Diagnoza pielęgniarska 10. Ryzyko infekcji [10015133], (F): dostęp dożylny [10010780].

Interwencje:

- utrzymywanie drożności dostępu dożylnego [10036577];
- monitorowanie objawów przedmiotowych i objawów podmiotowych infekcji [10012203];
- ocenianie podatności na infekcję [10002821];
- prewencja infekcji [10036916];
- technika aseptyczna [10002639].

Wynik: bez infekcji [10028945].

Diagnoza pielęgniarska 11. Ryzyko zaburzonego radzenia sobie rodziny [10032364].

Interwencje:

- ocenianie wiedzy rodziny o chorobie [10030591];
- promowanie wsparcia duchowego [10038300];
- zapewnienie wsparcia emocjonalnego [10027051];
- monitorowanie w kierunku zaburzonego radzenia sobie rodziny [10032068];
- ocenianie stopnia radzenia sobie rodziny [10026600];
- wspieranie procesu radzenia sobie rodziny [10032859].

Wynik: efektywne radzenie sobie rodziny [10034770].

Diagnoza pielęgniarska 12. Ryzyko odleżyny [10027337].

Interwencje:

- prewencja odleżyny [10040224]; (M) materac przeciwoleżynowy [10041560];
- ocenianie ryzyka odleżyny [10030710];
- pozycjonowanie pacjenta [10014761];
- ocenianie skóry [10041126];
- pielęgnacja skóry [10032757].

Wynik: Odleżyna [10025798], (L): pięta [10008908].

Diagnoza pielęgniarska 13. Ryzyko komplikacji związanych z opieką zdrowotną [10041296]; (F) umieranie [10006403].

Interwencje:

- utrzymywanie godności i prywatności [10011527];
- wspieranie w procesie godnego umierania [10041254];
- ocenianie tradycji związanych ze śmiercią [10038014];
- weryfikowanie śmierci [10033296].

Wynik: komplikacja związana z opieką zdrowotną [10041283], (F): śmierć [10005560].

Podsumowanie

U pacjenta rozpoznano trzynaście kluczowych diagnoz pielęgniarskich, w tym problemy aktualnie występujące u chorego, do których zaliczono: ostry ból, hipowolemię, zaburzoną funkcję układu moczowego, hiperglikemię, zmienione ciśnienie krwi,

zaburzone samodzielne karmienie, niepokój przed śmiercią.

Ze względu na ciężki stan pacjenta wystąpiło duże prawdopodobieństwo problemów potencjalnych, które objęły: ryzyko zaburzonego układu oddechowego, ryzyko infekcji układu moczowego, ryzyko infekcji dostępu dożylnego, ryzyko zaburzonego radzenia sobie rodziny, ryzyko odleżyny oraz ryzyko komplikacji związanych z opieką zdrowotną.

Pomimo wysiłku całego zespołu interdyscyplinarnego i zastosowanego leczenia nastąpił zgon pacjenta. Bezpośrednią przyczyną śmierci było pęknięcie tętniaka aorty brzusznej oraz utrata zbyt dużej ilości krwi.

Piśmiennictwo

1. Jankowski M, Cebula G. Nagłe zatrzymanie krążenia i wstrząs. W: Gajewski P., Szczeklik A. Interna Szczeklika 2016. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków; 2016: 141–149.
2. Rybicki Z. Intensywna Terapia Dorosłych. Tom II. Wyd. Makmed, Lublin 2015: 1–42.
3. Nowacka E. Płynoterapia w krwotokach i urazach wielonarządowych. In: Durek G. ed. Praktyczna płynoterapia okołoperacyjna. Wyd. Medipage, Warszawa 2011: 84–113.
4. Reynolds RB, Watson AG. Resuscytacja chorego we wstrząsie krwotocznym. In: Tisherman SAB, Forsythe RM. ed. Machała W. Intensywna terapia w ciężkich urazach. Wyd. Makmed, Lublin 2015: 90–105.
5. Reczek A. Standard opieki nad chorym we wstrząsie hipowolemicznym. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001: 73–75.
6. Kowalewska B, Gołębska A. Standardy pielęgnowania chorego ze wstrząsem urazowym. In: Krajewska-Kułak E, Rolka H, Jankowiak B. ed. Standardy i procedury pielęgnowania chorych w stanach zagrożenia życia. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2009: 302.
7. Durek G. Wstrząs. W: Wołowicka L, Dyk D. Anestezjologia i Intensywna Opieka Kliniczna i pielęgniarstwo. Podręcznik dla studiów medycznych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2008: 203–212.
8. International Classification for Nursing Practice (ICNP). <http://www.icn.ch/ICNP-Browser-NEW.html> (14.12.2016).
9. Ikwany K, Dobrowolska B. Wykorzystanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w diagnozowaniu pacjenta Oddziału Intensywnej Opieki Medycznej. Pielęgniarstwo XXI wieku. 2012; 1(38): 67–71.
10. Lenartowicz H. Metodologia badań w pielęgniarstwie. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2010: 97–98.
11. Lesińska-Sawicka M. Metoda Case Study w pielęgniarstwie. Wydawnictwo Medyczne Borgi, Warszawa 2009: 25–35.
12. Gaworska-Krzemińska A, Kilańska D. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) – istota, założenia, znaczenie, rozwój. In: Kilańska D. ed. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® w praktyce pielęgniarskiej. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2014: 19–40.
13. Górajek-Jóźwik J, Gaworska-Krzemińska A, Glińska J, Grzegorzczak M, Grabowska H. Międzynarodowa Klasyfikacja Praktyki Pielęgniarskiej ICNP® wersja 1.0. Wydawnictwo Makmed, Warszawa-Lublin 2009: 31–34.