

## STANY NAGŁĄCE

# Pielęgnowanie chorych z udarem mózgu

**Anna Smolińska, Barbara Książkiewicz**Katedra i Klinika Neurologii, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

**P**ielęgnacja chorych z udarem mózgu wymaga wspólnego działania pacjentów, ich rodzin oraz fachowego personelu medycznego tworzącego zespół udarowy. Jej efekty w znacznym stopniu zależą od szeroko rozumianej współpracy i ciągłej wymiany informacji między członkami zespołu leczącego. Niezwykle ważne jest także, aby zespół pielęgniarstwa posiadał odpowiedni zasób wiedzy na temat choroby i prezentował wysoki poziom przygotowania praktycznego, co pozwoli prawidłowo ocenić stan chorego oraz zaplanować i realizować opiekę pielęgniarstwa.

## ZADANIA PIELĘGNIAREK NALEŻĄCYCH DO ZESPOŁU UDAROWEGO:

- współdziałanie w postępowaniu ratującym życie — zarówno w intensywnym nadzorze, jak i w leczeniu;
- zapobieganie powikłaniom udaru;
- uczestnictwo w rehabilitacji i psychoterapii;
- edukacja pacjenta w zakresie samoobsługi, samokontroli i prozdrowotnego stylu życia;
- edukacja rodziny w zakresie opieki nad chorym.

**Plan działania pielęgnacyjnego** trzeba dostosować do stanu klinicznego pacjenta. Najważniejszymi kryteriami oceny ciężkości stanu chorych z punktu widzenia pielęgniarstwa są:

- stan przytomności;
- kontakt werbalny;
- aktywność motoryczna;
- stopień niezależności w zakresie codziennych czynności;
- funkcje zwieraczy;
- zdolność połykania;
- skłonność do powstawania odleżyn.

**Adres do korespondencji:**

dr hab. med. Barbara Książkiewicz, prof. UMK  
Katedra i Klinika Neurologii w Bydgoszczy, Szpital Uniwersytecki  
ul. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz  
tel./faks: 0 52 585 40 32

## OCENA STOPNIA TRUDNOŚCI PIELĘGNACYJNYCH U CHORYCH Z UDAREM MÓZGU

**I° (małe trudności pielęgnacyjne)** — pełna lub prawie pełna samoobsługa, chory chodzący, można nawiązać kontakt słowny.

- Chorzy z tej grupy wymagają niewielkiej pomocy, ale — podobnie jak inni pacjenci — dużego zainteresowania ze strony pielęgniarek.
- Rozmowa i częsty kontakt z pacjentem pozwalają określić, jakie ma wątpliwości i trudności. Nie należy go wyręczać w codziennych czynnościach, ale powinno się zachęcać do aktywności, instruować, jak pokonać niesprawność, oraz asekurować, aby pozbył się obaw i nabrał pewności siebie.

**II° (średnie trudności pielęgnacyjne)** — brak samoobsługi, chory nie chodzi, ma trudności w zmianie pozycji ciała, występują zaburzenia funkcjonowania zwieraczy, trudności w połykaniu, spowolnienie lub pobudzenie psychoruchowe, kontakt słowny z otoczeniem utrudniony lub zniesiony.

- Pacjenci wymagają pomocy pielęgniarek przy wszystkich codziennych czynnościach, intensywnej pielęgnacji i obserwacji. W tej grupie chorych występuje ryzyko odleżyn, infekcji i zakrzepicy żyłnej kończyn dolnych. W przypadku pacjentów pobudzonych konieczne jest założenie barierki zabezpieczającej przed wypadnięciem z łóżka i urazami.

**III° (duże trudności pielęgnacyjne)** — zaburzenia przytomności, brak aktywności ruchowej, brak możliwości połykania, zaburzenia funkcjonowania zwieraczy.

- Chorzy są całkowicie zależni od otoczenia. Wymagają intensywnej opieki i pielęgnacji, karmienia przez sondę, utrzymania drożności dróg oddechowych, założenia cewnika do pęcherza oraz intensywnego nadzoru podstawowych funkcji życiowych. W tej grupie istnieje wysokie ryzyko odleżyn, infekcji i zakrzepicy żyłnej kończyn dolnych.

W przebiegu udaru mózgu mogą wystąpić powikłania, które wydłużają okres hospitalizacji, powodują wzrost kosztów leczenia, utrudniają rehabilitację i stanowią zagrożenie życia. Im cięższy jest stan kliniczny chorego, tym większe jest ryzyko powikłań. Ich profilaktykę należy rozpocząć natychmiast po przyjęciu pacjenta do szpitala.

## PROFILAKTYKA POWIKŁAŃ

### Zapobieganie zakażeniom układu oddechowego

Zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych i aspiracja pokarmów to częste przyczyny infekcji układu oddechowego.

Utrzymanie drożności dróg oddechowych i poprawę wentylacji płuc uzyskuje się przez:

- ułożenie chorego w pozycji zapobiegającej zapadaniu się języka i umożliwiającej drenaż dróg oddechowych;
- częste odsysanie śluzu i śliny;
- oklepywanie klatki piersiowej w kierunku od podstawy do szczytu płuc, jeśli chory dobrze toleruje zabieg;
- ćwiczenia oddechowe, powtarzane wielokrotnie w ciągu doby;
- zapobieganie zachłyśnięciu.

### Zapobieganie infekcjom układu moczowego

Cewnikowanie jest konieczne z powodu upośledzenia funkcji zwieraczy lub współistniejących chorób układu moczowo-płciowego oraz zaburzeń w oddawaniu moczu spowodowanych pozycją leżącą, ale sprzyja wystąpieniu infekcji układu moczowego.

W profilaktyce zakażeń należy zwrócić uwagę na:

- zachowanie odpowiedniej higieny ciała;
- kontrolę oddawania moczu, w tym — stopnia wypełnienia pęcherza;
- stworzenie warunków umożliwiających oddanie moczu — natychmiastowe reagowanie na potrzebę oddania moczu i zapewnienie choremu optymalnej pozycji w czasie mikcji;
- zachowanie aseptycznych warunków podczas cewnikowania;
- umieszczanie worków z moczem poniżej poziomu pęcherza i ich częsta zmiana, aby nie dochodziło do cofania się moczu i jego zalegania w pęcherzu.

### Zapobieganie zakrzepowemu zapaleniu żył

W profilaktyce zakrzepicy żył głębokich kończyn dolnych do zadań pielęgniarki należą:

- układanie chorego w taki sposób, by zapobiec uciskowi kończyn i zastojowi krwi żyłnej;
- zwracanie uwagi na kończyny porażone, które z powodu zastojów chłonki i krwi mogą być obrzęknięte — ich ułożenie na poduszkach lub kształtkach z pianki zmniejsza obrzęk;
- mobilizowanie chorego do aktywności ruchowej.

Ryzyko zakrzepicy stwarza również kaniulacja żył. Podczas zakładania i przez cały czas utrzymywania wenflonów należy przestrzegać zasad aseptyki.

Nie wolno zakładać wenflonów do porażonych kończyn.

Wenflony należy zabezpieczyć specjalnymi plastrami, aby zapobiec ich pociąganiu i przemieszczaniu w czasie rehabilitacji, toalety lub zmiany bielizny.

Należy nadzorować wlewy dożylnie. Chorzy z udarem często nie sygnalizują bólu spowodowanego przedostaniem się leku poza żyłę. Ich reakcją na ból może być wyrwanie wenflonu i uszkodzenie żyły.

### Zapobieganie odleżynom

Do oceny ryzyka odleżyn można wykorzystać skalę Norton (tab. 1) lub inne skale: Douglas, Warterlow i *Dutch Consensus Prevention of Bedsores CBO*.

### Podstawowe zasady profilaktyki przeciwodleżynowej

- Częsta zmiana pozycji ciała chorego, dostosowana do stopnia ryzyka odleżyn — również w nocy.
- Równomierne rozłożenie ciężaru ciała, aby uniknąć znacznego ucisku jednego obszaru ciała.
- Ślanie łóżka w taki sposób, aby prześcieradło nie tworzyło fałd, a chory nie leżał na szwach lub guzikach.
- Oklepywanie i masaż miejsc narażonych na długotrwały ucisk.
- Pielęgnacja skóry chorego: regularne nawilżanie skóry suchej i talkowanie wilgotnej — przed talkowaniem skórę trzeba osuszyć, nie należy stosować jednocześnie środków natłuszczających i pudrów.
- Częsta zmiana bielizny osobistej chorego, która powinna być wykonana z tkaniny przepuszczającej powietrze i wchłaniającej wilgoć.
- W przypadku stosowania pieluchomajtek należy pamiętać o doborze odpowiedniego rozmiaru, co pozwoli zapobiegać otarciom i odparzeniom skóry.
- Właściwe odżywianie zapewniające odpowiednią podaż białka.

Tabela 1. Skala punktowa oceny ryzyka rozwoju odleżyn — Norton

Czynnik ryzyka	4	3	2	1
<b>A Stan fizyczny</b>	Dobry	Dość dobry	Średni	Bardzo ciężki
<b>B Stan świadomości</b>	Pełna przytomność i świadomość	Apatia	Zaburzenia świadomości	Półśpiączka lub śpiączka
<b>C Aktywność (zdolność przemieszczania się)</b>	Chory chodzi samodzielnie	Chory chodzi z asystą	Chory porusza się tylko na wózku inwalidzkim	Chory stale pozostaje w łóżku
<b>D Samodzielność przy zmianie pozycji</b>	Pełna	Ograniczona	Bardzo ograniczona	Całkowita niesprawność
<b>E Czynność zwieraczy odbytu i cewki moczowej</b>	Pełna sprawność zwieraczy	Sporadyczne moczenie się	Zazwyczaj nietrzymanie moczu	Całkowite nietrzymanie moczu

Ryzyko rozwoju odleżyn stwierdza się u pacjenta z wynikiem równym lub niższym niż 14 pkt.

Podczas pielęgnacji pacjentów narażonych na ryzyko powstawania odleżyn znacznym ułatwieniem jest stosowanie materacy przeciwoodleżynowych, statycznych i dynamicznych — zmiennociśnieniowych. Materace statyczne powodują rozłożenie ciężaru ciała na dużej powierzchni i rozpraszają ucisk pod wyniosłościami kostnymi, natomiast dynamiczne, zmiennociśnieniowe, poprzez zmienny ucisk, zapewniają wspomaganie dopływu krwi do tkanek. Zaletą nowoczesnych materacy przeciwoodleżynowych jest prostota użycia oraz łatwość dezynfekcji i utrzymania czystości.

**Umieszczenie pacjenta na materacu przeciwoodleżynowym nie zwalnia personelu medycznego z obowiązku pielęgnacji zapobiegającej powstawaniu odleżyn.**

### Postępowanie w przypadku zaburzeń połykania

Zanim rozpocznie się karmienie chorych z udarem mózgu, należy sprawdzić u nich czynność połykania. Choremu w pozycji siedzącej — podpartej, wyprostowanej, z nieco zgiętym karkiem — należy podawać wodę łyżeczką, łącznie około 50 ml. Po każdej porcji płynu trzeba chwilę odczekać, obserwując, czy pojawi się kaszel. Próbę powinno się wykonać w obecności lekarza, mając do dyspozycji ssak.

Pacjenci, u których zaburzenia połykania są niewielkie, mogą przyjmować miksowane pokarmy w postaci papki.

### Zasady karmienia

- Karmienie powinno się odbywać w obecności pielęgniarki.
- Najwłaściwsza jest pozycja siedząca — podparta, wyprostowana, z nieco zgiętym karkiem.
- Pokarm o odpowiedniej temperaturze i konsystencji należy podawać małymi porcjami i powoli.
- Płyny należy wlewać do jamy ustnej, przechylając naczynie, a nie odginając głowę chorego, co zwiększa ryzyko zachłyśnięcia.
- Jeżeli chory krztusi się płynami, można je nieco zagęścić kisiellem lub budyniem.
- Przy zachowanej funkcji ssania chory może pić przez słomkę.
- Po posiłku konieczna jest toaleta jamy ustnej.
- Znaczne zaburzenia połykania wymagają założenia sondy odżywczej do żołądka.
- Przed każdym karmieniem należy podać przez sondę około 5 ml powietrza, osłuchując stetoskopem nadbrzusze w rzucie żołądka — powietrze powoduje charakterystyczny szmer, co oznacza, że sonda znajduje się w żołądku.
- Przed podaniem pokarmu należy odessać treść żołądkową — karmienie w przypadku zalegającego w żołądku pokarmu może spowodować wymioty i przedostanie się treści do dróg oddechowych.
- Karmienie przez sondę powinno się odbywać często i w małych, około 50-mililitrowych porcjach.
- Potrawy muszą mieć odpowiedni skład, temperaturę i konsystencję.

Biorąc pod uwagę znaczącą rolę i szeroki zakres obowiązków pielęgniarek, powinno się zwiększyć ich liczbę na oddziałach udarowych. Większość chorych w niestabilnym okresie udaru pozostaje pod ciągłą opieką pielęgniarską w salach intensywnego nadzoru, wyposażonych w aparaturę monitorującą podstawowe funkcje życiowe. Brak takich sal lub miejsc na nich nie wyklucza możliwości intensywnego nadzoru i opieki. Ciągłość opieki można zastąpić częstością obserwacji i badań.

Bardzo ważne jest, aby wszystkie obserwacje i działania pielęgniarskie były dokumentowane w indywidualnych kartach obserwacji, dostępnych całemu zespołowi udarowemu. Pielęgniarki należące do zespołu udarowego powinny mieć wysokie kwalifikacje zawodowe oraz dobre przygotowanie w zakresie opieki nad chorymi z udarem mózgu, co umożliwi szeroką płaszczyznę porozumienia z pozostałymi członkami zespołu. Bardzo istotna jest umiejętność pozawerbalnej komunikacji z pacjentami, serdeczność i empatia, które ułatwiają porozumienie z chorym, poznanie jego problemów i udzielenie mu pomocy — nie tylko w zakresie codziennych czynności, ale

także w opanowaniu stresu spowodowanego chorobą, niepełnosprawnością i pobytem w szpitalu.

## PIŚMIENNICTWO

1. Adamczyk K. Pielęgniarnictwo neurologiczne. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000.
2. Adamczyk K. Pielęgowanie chorych po udarach mózgowych. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2003.
3. Blicharski J., Bukasiewicz B. Opieka pielęgniarska nad przewlekłe chorym w domu. PZWL, Warszawa 1976.
4. Dison N. Technika zabiegów pielęgniarskich. PZWL, Warszawa 1985.
5. Hunt P., Sendell B. Pielęgniarnictwo dorosłych z określonymi zaburzeniami fizjologicznymi. PZWL, Warszawa 1990.
6. Kapłun A. Promocja zdrowia w chorobach przewlekłych. Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997.
7. Kawczyńska-Butrym Z. (red.). Diagnostyka pielęgniarska. PZWL, Warszawa 1999.
8. Kruk-Kupiec G. (red.). Odleżyny. Poradnik dla Pielęgniarek i Położnych. Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych, Katowice 1997.
9. Ślusarz R., Beuth W., Książkiewicz B., Śniegocki M., Pawlas A. Wiedza pielęgniarek z oddziału neurologii na temat profilaktyki i pielęgowania odleżyn. Ocena przyjętego standardu. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska Lublin — Polonia* 2003; 58 (supl. 13), 259: 319–324.
10. Van Zwanenberg D., Adams C.B.T. Pielęgniarnictwo w neurochirurgii. PZWL, Warszawa 1986.

Źródło: Mazur R., Książkiewicz B., Nyka W.M. Udar mózgu w praktyce lekarskiej. Via Medica, Gdańsk 2004; 91–100.