

Pielęgnowanie chorych z zapaleniem trzustki

9

Anatomia i fizjologia

Trzustka ma budowę zrazikową. Jest narządem wewnątrz- oraz zewnątrzwydzielniczym. Jako gruczoł wydzielania wewnętrznego produkuje hormon insulinę, natomiast jej funkcja zewnątrzwydzielnicza, którą kierują mechanizmy humoralne oraz nerwowe, polega na produkcji enzymów trawiennych. Enzymy te, zawarte w soku trzustkowym, przez główny przewód trzustkowy (Wirsunga), dostają się do dwunastnicy.

Przewód Wirsunga uchodzi razem z przewodem żółciowym wspólnym do brodawki większej dwunastnicy (Vatera).

Sok trzustkowy ma odczyn alkaliczny. Zawiera następujące enzymy:

- 1) proteolityczne: trypsyna, chymotrypsyna, karboksypeptydaza, elastaza, aminopeptydaza. Trawią one białka. W celu ochrony trzustki przed samostrawieniem produkowane są w postaci proenzymów, które uaktywniają się dopiero w dwunastnicy;
- 2) lipolityczne trawiące tłuszcze: lipaza, fosfolipaza, cholesterolesteraza;
- 3) amylolityczne rozkładające węglowodany złożone na proste: amylaza (diastaza).

Ostre zapalenie trzustki

Najczęstszą przyczyną jest nadużywanie alkoholu i współistniejąca kamica żółciowa. Po tłustym, obfitym i „zakrapianym” alkoholem posiłku znacznie wzrasta wydzielanie soku trzustkowego (alkohol jest bodźcem wydzielniczym), który nie może swobodnie odpływać do dwunastnicy, z powodu zamknięcia brodawki Vatera przez kamień żółciowy. Nawet chwilowe zamknięcie brodawki Vatera powoduje zarzucanie żółci do przewodu Wirsunga i aktywację soku trzustkowego i zawartych w nim enzymów proteolitycznych. Jego

zastój jest przyczyną wzrostu ciśnienia w przewodach trzustkowych, pęknięcia drobnych przewodzików i trawienia trzustki przez uaktywniony sok trzustkowy (dochodzi do samotrąwienia trzustki). Innymi czynnikami powodującymi ostre zapalenie może być zażywanie niektórych leków (sulfonamidy, furosemid, teracykliny, estrogeny).

Pielęgniarka, jako osoba mająca najbliższy kontakt z pacjentem, może pomóc w ustaleniu przyczyny w przypadkach nie jasnych. Kожарzenie faktów i wnioskowanie może pomóc w wykryciu przyczyny (zażywanie leków, ukryty alkoholizm, nie rozpoznana choroba dróg żółciowych), zwłaszcza, gdy choroba nawraca.

Objawy:

- bardzo silny ból w nadbrzuszu (głównie środkowym i lewym), promieniujący do pleców,
- obfite wymioty,
- porażenie jelit (w brzuchu panuje cisza),
- zatrzymanie gazów i stolca,
- brzuch wzdęty,
- w cięższych postaciach obecne objawy otrzewnowe (obrona mięśniowa i objaw Blumberga),
- czerwone zabarwienie twarzy,
- następuje spadek RR krwi, rozwija się wstrząs.

Postacie ostrego zapalenia trzustki:

- 1) **postać obrzękowa** – łagodna, objawy po kilku dniach cofają się,
- 2) **postać ciężka – martwiczo-krwotoczna**, długotrwała, często powikłana zakażeniem strawionych i martwiczych tkanek trzustki (taka odmiana to **postać septyczna**).

Stan pacjenta jest poważny, istnieje duże zagrożenie dla zdrowia i życia chorego.

Badania diagnostyczne wykonywane w ostrym zapaleniu trzustki:

- wysoka leukocytoza – 15–25 tys./ml (norma 4–10 tys./ml),
- poziom diastazy (amylazy) w krwi kilkakrotnie przekracza normę (do 300 j.m.); podobnie jej zawartość w moczu (norma do 2000 j.m.),
- USG jamy brzusznej.

Postępowanie leczniczo-pielęgniacyjne:

- hospitalizacja;
- bezwzględne leżenie;

- zwalczanie wstrząsu według przyjętych standardów;
- leczenie zaburzeń wodno-elektrolitowych – płyny infuzyjne przetacza się na podstawie dokładnego bilansu wodnego, za prowadzenie którego odpowiedzialna jest pielęgniarka. Ze względu na znaczną utratę płynów i zagęszczenie krwi ilość przetaczanych płynów jest znaczna (w pierwszej dobie nawet do 5 l). Pielęgniarka nadzorująca infuzję planuje rozłożenie ilości i szybkość podaży płynów w ciągu doby. Szybkie podanie stężonej glukozy i roztworów elektrolitowych zwiększa znacznie diurezę przy istniejącym deficycie płynu pozakomórkowego. Przeciętą szybkość przetaczania wynosi do 500 ml/godz., przy nagłym znacznym deficycie płynów (wstrząs hipowolemiczny) – do 2000 ml/godz. Pacjenci czasem reagują niepokojem na przedłużające się wlewy dożylnie, proszą o „przyspieszenie kroplówki”. Odpowiednie informacje ze strony pielęgniarki zmniejszają obawy i poprawiają stan psychiczny podopiecznych;
- leczenie przeciwbólowe prowadzone jest bardzo intensywnie, gdyż jest elementem zwalczania wstrząsu. Zwykle stosuje się ciągły wlew *iv* Dolarganu w pompie infuzyjnej. Pielęgniarka, na podstawie obserwacji, może ustalić z lekarzem najkorzystniejszą dla pacjenta szybkość przepływu leku;
- założenie cewnika do pęcherza moczowego i monitorowanie diurezy;
- okłady z lodu na okolicę trzustki mają działanie przeciwzapalne, obkurczają naczynia krwionośne. Stosowane w tym celu worki z lodem nie powinny być zbyt ciężkie, nie wolno ich stosować bez zabezpieczenia płóciennym podkładem (niebezpieczeństwo odmrożenia!), powinny także być w miarę potrzeby wymieniane;
- całkowita głodówka oraz sonda żołądkowa i regularne odciąganie treści z żołądka – działania te mają na celu zmniejszenie wydzielania, na drodze odruchowej, soku trzustkowego i ograniczenie w ten sposób samotrąwienia trzustki. W związku z tym nie można pozwolić na spływanie treści żołądkowej jedynie siłą ciężkości. Regularne opróżnianie żołądka jest bardzo ważnym zadaniem pielęgniarki;
- konieczność założenia i utrzymania przez kilka dni zgłębnika w żołądku jest dla pacjenta uciążliwa – chory może skarżyć się na utrudnione oddychanie, ból gardła, ogólny dyskomfort. Działania pielęgnacyjne powinny więc dotyczyć utrzymania drożności przewodów nosowych, dokładnej toalety jamy ustnej, ostrożnego obchodzenia się z sondą. Powinna ona być dostatecznie przedłużona, aby nie ograniczać swobody pacjenta w łóżku. Pielęgniarka powinna pa-

miętać także o utrzymaniu jej w czystości oraz o prawidłowym przymocowaniu – nie można zakleić drugiego przewodu nosowego! Codzienna zmiana plastra mocującego, obserwacja skóry w miejscu mocowania są elementami prawidłowej pielęgnacji;

- żywienie pozajelitowe powinno być odpowiednio wcześniej rozpoczęte, gdyż choroba ta powoduje znaczne przyspieszenie metabolizmu i wyłączenie czynności trawiennych (zasady żywienia pozajelitowego znajdziesz w rozdziale „Żywienie w chorobach chirurgicznych – zadania pielęgniarki”, s. 61);

- wykonywanie czynności pielęgnacyjnych wynikających z faktu opieki nad chorym leżącym.

Leczenie farmakologiczne:

- podawanie *iv* krystaloidów (NaCl 0,9%, PWE, płyn Ringera),
- efedryna lub atropina *iv* (zmniejszają wydzielanie soku trzustkowego),
- silne leki przeciwbólowe, np. Dolargan,
- antybiotyki o szerokim zakresie działania w celu zapobiegania zakażeniu.

Rokowanie w postaciach lekkich jest zwykle dobre. Leczenie zachowawcze prowadzi się około tygodnia. Po uzyskaniu poprawy, przy współistniejącej kamicy żółciowej, wykonuje się cholecystektomię i/lub choledochotomię.

W późniejszym okresie pacjent bezwzględnie nie powinien spożywać alkoholu oraz powinien unikać obfitych i ciężkostrawnych posiłków. Wskazana jest także okresowa kontrola poziomu cukru w krwi. W postaciach ciężkich powikłanych zakażeniem śmiertelność wynosi około 30%.

Przewlekłe zapalenie trzustki

Może być zejściem zapalenia ostrego (powtarzającego się), ale wielu chorych takich epizodów nie podaje w wywiadzie. Istotą choroby jest zniszczenie struktury trzustki, zwłóknienie oraz upośledzenie jej funkcji wewnątrz- i zewnątrzwydzielniczej. Chorzy skarżą się na napadowe bóle w nadbrzuszu (później stałe), częste tłuszczowe stolce (z braku enzymów trzustkowych), utratę masy ciała (aż do wyniszczenia). Powikłania przewlekłego zapalenia trzustki to: cukrzyca, niedrożność jelit, wrzód trawienny, czasem nawet narkomania (wskutek powtarzających się bólów i przyjmowania narko-

tycznych leków przeciwbólowych). Leczenie jest zwykle operacyjne, zależne od zmian stwierdzonych w badaniach (USG, TK, badania czynnościowe). Ważnym elementem leczenia jest też stosowanie diety bogatobiałkowej i jednoczesne stosowanie preparatów zawierających fermenty trzustkowe (Panzytrat, Neopankreatyna). Pacjent powinien przestrzegać bezwzględnego zakazu picia alkoholu w każdej postaci i ilości!

Terminy łacińskie

Pancreatitis acuta – ostre zapalenie trzustki

Pancreatitis chronica – przewlekłe zapalenie trzustki

Cholelithiasis – kamica żółciowa

Cholecystectomy – usunięcie pęcherzyka żółciowego

Chledochotomia – nacięcie przewodu żółciowego wspólnego

Pytania sprawdzające

1. Jakie są przyczyny ostrego zapalenia trzustki?
2. Omów patomechanizm i objawy ostrego zapalenia trzustki.
3. Na czym polega postępowanie leczniczo-pielęgnacyjne w tym schorzeniu?
4. W jakim celu zakłada się chorym z zapaleniem trzustki zgłębnik do żołądka?
5. Wymień powikłania zapalenia trzustki.

Literatura uzupełniająca

1. Sylwanowicz W., Michajlik A., Ramotowski W.: *Anatomia i fizjologia człowieka*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1985.
2. Fibak J. *Chirurgia. Repetytorium*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 2004.
3. Tuszewski M. (red.). *Chirurgia przewodu pokarmowego. Podręcznik dla pielęgniarek i studentów medycyny*. Kantor Wydawniczy SAWW, Poznań 1997.
4. Zahradniczek K. (red.). *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
5. Kirschnik O. *Pielęgniarstwo*. Pod redakcją J. Jakubaszki, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1997.
6. Northover J. Treasure T. (red.). *Chirurgia – pytania i odpowiedzi*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1991.

Pielęgnowanie chorych z krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego

10

Najczęściej występują krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego (przełyku, żołądka, dwunastnicy), ale mogą także dotyczyć dalszej jego części (głównie okrężnicy zstępującej, odbytnicy i odbytu).

Przyczyny krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego:

- ostry krwotoczny nieżyt żołądka (najczęściej spowodowany długotrwałym zażywaniem sterydów oraz niesterydowych leków przeciwzapalnych),
- wrzód żołądka,
- wrzód stresowy (powstaje po ciężkich urazach, ciężkich chorobach, oparzeniach, posocznicy),
- wrzód dwunastnicy,
- żylaki przełyku,
- szczelina Mallory`ego-Weissa (pęknięcia śluzówki i podśluzówki okolicy wpustowej żołądka spowodowane gwałtownymi wymiotami).

Objawy krwawienia:

- pragnienie, osłabienie, zawroty głowy, nudności,
- wymioty treścią krwistą lub bardzo ciemną, fusowatą,
- smoliste stolce,
- przyspieszenie perystaltyki jelit,
- czasem omdlenie, często połączone z oddaniem luźnego czarnego stolca – niekiedy jest pierwszym objawem masywnego krwawienia,
- brak bólu – nawet u chorych z czynną chorobą wrzodową, bo krew zobojętnia sok żołądkowy,
- chory zwykle blady, niespokojny, ma przyspieszone tętno.

Bardzo ważne jest dokładne **zebranie wywiadu** od samego chorego i/lub jego rodziny. Pytania powinny dotyczyć m.in. przyjmo-

wanych ostatnio przez chorego leków, głównie wymienionych wcześniej jako potencjalnej przyczyny krwawienia. Czasem ani pacjent, ani jego rodzina nie pamiętają nazw leków. Zbierający wywiad, może pomóc pytając o zażywanie leków „na przeziębienie”, grypę lub bóle stawów, kręgosłupa itp.

W wywiadzie nie wolno pominąć spożytych ewentualnie przez pacjenta pokarmów zmieniających zabarwienie stolca – czarne jagody, buraki. Czarne stolce mają też osoby zażywające preparaty żelaza. Wywiad chorobowy zbierany przez lekarza powinien być oczywiście jak najpełniejszy (przebyte choroby, nałogi). Informacje uzyskane przez pielęgniarkę mogą stanowić jego ważne uzupełnienie.

Badania diagnostyczne mają na celu potwierdzenie krwawienia i ustalenie jego źródła. **Gastroskopia**, czyli wziernikowanie żołądka, jest najskuteczniejszą metodą ustalenia źródła krwawienia. Zadaniem pielęgniarki jest przygotowanie pacjenta do badania: wyjaśnienie jego celu i przebiegu, uspokojenie chorego (czasem konieczne podanie leków uspokajających), pozostawienie go przed badaniem na czczo.

Na skutek obecności krwi w żołądku istnieje czasem potrzeba powtórzenia badania w dniu następnym. Obecność w trakcie badania pielęgniarki z oddziału, na którym pacjent jest leczony, ma bardzo pozytywny wpływ na chorego i ułatwia przebieg badania. Rzadziej stosowaną i znacznie mniej dokładną metodą jest prześwietlenie rentgenowskie żołądka, które wymaga przygotowania podobnego do gastroskopii.

Badania laboratoryjne: morfologia, układ krzepnięcia. Zawsze należy także oznaczyć grupę krwi i czynnik Rh.

Postępowanie leczniczo-pielęgniacyjne w krwawieniu z żołądka i dwunastnicy

Większość krwawień ma tendencje do samoistnego ustania. Przeważa leczenie zachowawcze. U pacjentów będących w stanie wstrząsu prowadzi się intensywne leczenie przeciwwstrząsowe.

Ogólne zasady postępowania leczniczego i pielęgniacyjnego:

- chory bezwzględnie powinien leżeć w łóżku do czasu opamiętania krwawienia;
- uspokojenie i zapewnienie choremu spokoju – ważna jest kochająca, dająca poczucie bezpieczeństwa, obecność pielęgniarki, zwłaszcza

cza bezpośrednio po przyjęciu pacjenta do szpitala, gdy jest on najbardziej zagubiony;

- okłady z lodu na nadbrzusze, zimno obkurcza naczynia oraz zmniejsza krwawienie;
- wkłucie kaniuli do żyły – aby zaoszczędzić choremu nieprzyjemnych zabiegów, pielęgniarka powinna jednocześnie pobrać krew do badań (morfologia, grupa krwi i czynnik Rh, czas krwawienia i krzepnięcia) i podłączyć zlecony płyn infuzyjny;
- przetaczanie *iv* płynów – w lekkim przebiegu krwawienia płyny przetacza się powoli; intensywne przetaczanie stosuje się w leczeniu wstrząsu;
- leczenie farmakologiczne polega na stosowaniu przede wszystkim leków przeciwkrwotocznych: Exacyl, witamina K, Cyklonamina oraz leków zmniejszających wydzielanie soku żołądkowego: Ranigast, Omeprazol;
- po wykonaniu gastroskopii podawanie napojów o temperaturze pokojowej (**nie mogą być gorące!**), które chory powoli co chwilę popija zraszając błonę śluzową żołądka. Doustne przyjmowanie płynów zmniejsza konieczność ich dożylnego podawania. Pielęgniarka zachęca pacjenta do picia, pilnuje, aby pił powoli (szybkie wypicie dużej ilości może nasilić krwawienie), uzupełnia wypite płyny. Skuteczne jest podawanie napojów słodkich;
- pacjent powinien leżeć spokojnie – pielęgniarka pilnuje, aby nie wykonywał gwałtownych ruchów, gdyż może to nasilić krwawienie;
- z tego samego co wyżej powodu nie wolno chorych oklepywać – niebezpieczeństwo oderwania wytworzonego w miejscu krwawienia skrzepu;
- zapobieganie powikłaniom oddechowym z powodu długiego pozostawiania w łóżku można prowadzić stosując gimnastykę oddechową;
- pielęgniarka prowadzi ciągłą obserwację stanu pacjenta – zakłada kartę obserwacji RR krwi i tętna. Notuje w niej wyniki pomiarów, których częstotliwość zależy od stanu chorego. Zazwyczaj parametry mierzy się kilka razy dziennie (3–4 razy), a w szczególnych przypadkach nawet co godzinę;
- obserwacja dotyczy także stolca i wymiotów – stolec może jeszcze przez 2–3 dni być ciemny, choć krwawienie ustało;
- o wszelkich nieprawidłowościach należy natychmiast informować lekarza.

Krwawienia można także opanować stosując zabiegi endoskopowe, pod warunkiem, że:

- 1) krwawienie jest punktowe (nie wybiera się tych sposobów w ostrym krwotocznym niezycie żołądka, gdzie błona śluzowa pokryta jest mnogimi krwawiącymi nadżerkami),
- 2) znajduje się w miejscu dostępnym dla endoskopu,
- 3) nie jest zbyt intensywne.

Sposoby tamowania krwawień z zastosowaniem endoskopu:

- elektrokoagulacja – przy użyciu diatermii monopolarnej lub bipolarnej,
 - termokoagulacja – za pomocą elektrody cieplnej,
 - fotokoagulacja – z zastosowaniem lasera,
 - zakładanie podwiązek naczyniowych (głównie w żyłkach przełyku),
 - metoda iniekcyjna – wstrzyknięcie do krwawiącego naczynia lub w jego okolicę leku hemostatycznego. Stosuje się leki zwężające naczynia typu adrenaliny lub leki wywołujące stan zapalny i zakrzepicę, a później zwłóknienie naczynia. Metoda ta pozwala w dużej mierze uniknąć operacji w trybie nagłym. Po opanowaniu krwawienia można odpowiednio przygotować pacjenta do zabiegu i w ten sposób zmniejszyć ryzyko powikłań pooperacyjnych.

Leczenie operacyjne stosuje się wtedy, gdy brak jest efektów leczenia zachowawczego lub nie można zastosować zabiegów endoskopowych tamujących krwawienia. Zabieg polega zazwyczaj na częściowej resekcji żołądka i dwunastnicy.

Postępowanie w krwawieniu z żyłaków przełyku

Żyłaki przełyku powstają w przebiegu marskości wątroby i są konsekwencją nadciśnienia w krążeniu wrotnym. W marskości wątroby przepływ krwi przez żyły wątrobowe i żyłę wrotną jest utrudniony i krew płynie obocznie, m.in. przez żyły podśluzówkowe okolicy wpustu żołądka i przełyku. Na skutek zarzucania soku żołądkowego do przełyku następuje nadtrawienie istniejących żyłaków i dochodzi do groźnego krwotoku.

Objawy:

- wymioty świeżą krwią, ze skrzepami przypominającymi odlewy przełykowe,

- przyspieszone, słabo napięte tętno,
- przyspieszony oddech,
- chory niespokojny, osłabiony,
- skóra blada, zimna, pokryta potem,
- zawroty głowy,
- skąpomocz,
- spadek RR krwi.

Stan pacjenta jest poważny i zwykle szybko ulega dalszemu pogorszeniu.

Postępowanie ratownicze powinno być szybkie, bo istnieje zagrożenie życia. Jednocześnie personel medyczny powinien zachować spokój, nie biegać, nie mówić podniesionym głosem, bo pogłębia to lęk pacjenta. Wszelkie działania powinny być szybkie, ale celowe i skuteczne. Wymagają także dobrej współpracy personelu lekarskiego i pielęgniarskiego. Osobą, która czuwa nad zapewnieniem pacjentowi spokoju, powinna być pielęgniarka.

Działania ratownicze:

- natychmiast włożyć dwie kaniule do żyły, pobrać krew na morfologię, układ krzepnięcia, próbę zgodności krzyżowej;
- pacjenci z marskością wątroby zwykle mają oznaczoną grupę krwi i czynnik Rh; jeżeli nie, to należy je oznaczyć w trybie pilnym;
- także w trybie pilnym należy zamówić krew;
- podłączyć szybkim strumieniem 0,9% NaCl lub płyn Ringera, aby wypełnić łożysko naczyniowe i utrzymać drożność wkłucia do czasu przetoczenia krwi;
- pielęgniarka powinna dokładnie notować ilość płynów przetoczonych pacjentowi;
- założyć cewnik do pęcherza moczowego i monitorować diurezę;
- monitorować tętno, RR – pielęgniarka prowadzi kartę obserwacji;
- pielęgniarka powinna pamiętać o usuwaniu śladów krwi wymiotowanej przez chorego. Zabrudzona pościel, wypełnione krwią i zużyta lignina miski nerkowate potęgują strach i niepokój chorego. Należy natychmiast usuwać je z przed oczu pacjenta zastępując czystymi naczyniami. Pościel zmienić natychmiast, kiedy jest to możliwe, a do tego czasu zakrywać ślady krwi czystymi podkładami;
- lekarz zakłada sondę **Sengstakena-Blakemore`a** (zdjęcie 7), która jest doraźnym sposobem tamowania krwotoku. Zgłębnik skła-

da się z dwóch balonów, które wypełnia się po wprowadzeniu sondy do żołądka. Balon przełykowy uciska krwawiące naczynia w przełyku, zaś balon żołądkowy uszczelnia wpust i nie pozwala na dostawanie się krwi do żołądka. Końcówka zgłębnika umieszczona w żołądku pozwala na jego opróżnienie z krwi, która dostała się tam wcześniej;

- można tą drogą także podawać leki – przed założeniem zgłębnika należy sprawdzić pojemność obu balonów do całkowitego ich rozprężenia, ale bez uzyskania ciśnienia. Balon żołądkowy powinien być dość napięty, balon przełykowy raczej wiotki. Sprawdzenie pojemności balonów i **zapisanie!** wartości wykonuje pielęgniarka;

- pielęgniarka smaruje obficie zgłębnik żelem ułatwiającym jego wprowadzenie. Lekarz chirurg zakłada sondę (najlepiej przez nos). Jest to zabieg bardzo nieprzyjemny dla chorego, jednocześnie wymagający jego współpracy. Mimo poważnego często stanu pacjenta, należy wytłumaczyć mu krótko potrzebę zastosowania takiego zgłębnika. Zadaniem pielęgniarki asystującej lekarzowi jest uspokojenie pacjenta i zachęcenie do współpracy, a często czuwanie, aby nie utrudniał pracy lekarzowi;

- po wprowadzeniu zgłębnika sprawdza się jego obecność w żołądku (osłuchując nadbrzusze po podaniu powietrza). Następnie wypełnia się balon żołądkowy, który opiera się na wpuscie, co wykonujący zabieg wyczuwa jako pewien opór. Zapewnienie stałego nacisku na wpust uzyskuje się przez obciążenie zgłębnika ciężarkiem wyciągowym około 100 g (w praktyce jest to często butelka z płynem infuzyjnym o odpowiednim ciężarze);

- balon przełykowy wypełnia się w dalszej kolejności ustaloną wcześniej objętością;

- do wypełniania balonów można używać roztworu soli fizjologicznej.

Ważnym problemem jest niemożność połykania przez chorego śliny po wypełnieniu balonów. Aby chory nie zakrztusił się i nie zachłysnął własną śliną, do zgłębnika Sengstakena-Blakemore'a przywiązuje się dodatkową cienką rurkę, która w przełyku sięga tylko nad znajdujący się tam balon i służy do odprowadzania śliny. Koniec tej rurki łączy się z nisko (na poziomie podłogi) umieszczonym zbiornikiem. Ślina spływa do zbiornika na zasadzie naczyń połączonych.

Można też okresowo odsysać ślinę z przełyku, gdy nie wprowadzono rurki odpływowej. Zgłębnik Sengstakena-Blakemore'a utrzymuje się maksymalnie do 48 godzin. Dłuższe pozostawianie grozi

powstaniem martwicy miejsc uciśniętych. Przez ten czas pielęgniarka regularnie odsysa treść z żołądka, zwracając uwagę na obecność w niej krwi oraz kontroluje spływ śliny. Starannej i ostrożnej pielęgnacji wymaga w tym czasie jama ustna chorego. Jeżeli po 24 godzinach nie ma objawów krwawienia, to zdejmuje się ciężarek z wyciągu i opróżnia balony. Sondę pozostawia się na jeszcze jedną dobę, aby móc łatwo wypełnić balony na wypadek powrotu krwawienia. Do ważnych zadań pielęgniarki należy zapewnienie w tym czasie choremu spokoju.

Wszelkie zabiegi pielęgnacyjne i lecznicze powinny być wykonywane ostrożnie i delikatnie. Trzeba pamiętać, że założenie i utrzymanie sondy jest dla pacjenta wysoce stresujące i często pacjent w różny sposób wyraża swoje zniecierpliwienie. Opiekująca się chorym pielęgniarka musi o tym pamiętać. W skrajnych przypadkach powinna zapobiec próbom usunięcia sondy przez pacjenta.

Krwotokom z żyłaków przełyku zapobiegają następujące zabiegi:

- 1) zmniejszające żyłaki:
 - endoskopowe ostrzykiwanie żyłaków,
 - przecięcie i zeszywanie wpustu żołądka,
 - operacyjne podkucie żyłaków po otwarciu klatki piersiowej;
- 2) zmniejszające nadciśnienie wrotne w wyniku:
 - połączenia żyły śledzionowej z żyłą nerkową,
 - połączenia żyły wrotnej z żyłą główną dolną.

Terminy łacińskie

Haemorrhagiae tracti digestivo – krwawienie z przewodu pokarmowego

Varices oesophagi – żyłaki przełyku

Haematemesis – krwiste wymioty

Melaena – smolisty stolec

Cirrhosis hepatis – marskość wątroby

Pytania sprawdzające

1. Wymień przyczyny krwawień: z górnego odcinka przewodu pokarmowego.
2. Wymień objawy krwawień różnicując krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

3. Omów ogólne zasady postępowania leczniczo-pielęgnacyjnego w krwawieniach z przewodu pokarmowego.
4. Omów pielęgnację pacjenta z krwawieniem z żyłaków przełyku.
5. W jakim celu zakłada się sondę Sengstakena-Blackemore'a?
6. Na czym polega udział pielęgniarki w zakładaniu tej sondy?
7. Jakie problemy pielęgnacyjne wystąpią u pacjenta z założonym zgłębnikiem Sengstakena-Blackemore'a?
8. Jakie znasz sposoby tamowania krwawień z przewodu pokarmowego?

Literatura uzupełniająca

1. Fibak J. *Chirurgia. Repetytorium*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 2004.
2. Tuszewski M. (red.). *Chirurgia przewodu pokarmowego. Podręcznik dla pielęgniarek i studentów medycyny*. Kantor Wydawniczy SAWW, Poznań 1997.
3. Northover J. Treasure T. (red.). *Chirurgia – pytania i odpowiedzi*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1991.
4. Kirschnik O. *Pielęgniarstwo*. Pod redakcją J. Jakubaszki, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1997.

Opieka nad chorym ze złamaniem kości i kręgosłupa

11

Złamanie kości (*fractura ossis*) to całkowite przerwanie ciągłości kości pod wpływem urazu. Gdy dochodzi do przerwania niecałkowitego, mówimy o **nadłamaniu (*infractio*)**. Bez względu na rodzaj działającej siły uraz dotyczy nie tylko kości, ale i tkanek miękkich, powoduje rozerwanie okostnej, krwiak, uszkodzenie przyległych stawów i mięśni.

Złamania, w których przerwana jest ciągłość kości bez uszkodzenia powłok skórnych, nazywa się zamkniętymi, gdy dochodzi do przerwania ciągłości skóry przez odłam kostny – powstają złamania otwarte.

W zależności od rodzaju urazu, rodzaju kości, wieku chorego, działania mięśni i wielu innych czynników wyróżnia się następujące rodzaje złamań:

- 1) ze względu na przemieszczenie odłamów kostnych:
 - złamania z przemieszczeniem,
 - bez przemieszczenia,
 - złamania jedno- lub wieloodłamowe;
- 2) ze względu na przebieg szpary przełomu:
 - poprzeczne,
 - skośne,
 - spiralne;
- 3) ze względu na występowanie powikłań:
 - proste, niepowikłane,
 - powikłane – mogą być już w momencie wystąpienia urazu, np. uszkodzenie mięśni nerwów, naczyń.

Inne rodzaje złamań to:

- złamanie podokostnowe – występuje u dzieci i jest nazywane „złamaniem zielonej gałązki”, polega na przerwaniu ciągłości kości, a okostna pozostaje cała;
- kompresyjne – przez zgniecenie, np. pięty po upadku z wysokości lub kręgu;
- patologiczne – spowodowane toczącym się w kości procesem chorobowym.