

niowych wymagają intensywnej obserwacji przez 1–3 h oraz intensyfikacji leczenia preparatami doustnymi. Natomiast u pacjentów z wysokim ciśnieniem tętniczym oraz klinicznymi objawami przewlekłych uszkodzeń narządowych lub stabilną chorobą układu sercowo-naczyniowego należy obniżyć wartości ciśnienia tętniczego w ciągu kilku godzin za pomocą doustnych leków hipotensyjnych. Chorych tych należy obserwować przez 3–6 h oraz ambulatoryjnie skontrolować w ciągu 24 h.

W stanach zagrożenia życia ciśnienie należy obniżać stopniowo (w ciągu 2–4 h 25% w porównaniu z wartościami wyjściowymi). Zaleca się obniżenie ciśnienia skurczowego nie bardziej niż do 160 mmHg i ciśnienia rozkurczowego do 100 mmHg w ciągu pierwszych 30–60 min. Dalsze obniżanie ciśnienia tętniczego prowadzi się po 12–24 h, gdy stan chorego jest stabilny. Natomiast wartości prawidłowe powinno się uzyskać w ciągu kilku kolejnych dni. Agresywne leczenie nadciśnienia i uzyskanie normotensji zalecane jest w: tętniaku rozwarstwiającym aorty, ostrej niewydolności lewokomorowej z obrzękiem płuc czy zawale serca.

Zadania terapeutyczne pielęgniarki:

- Nadzór nad prawidłowym przyjmowaniem leków hipotensyjnych i innych (przeciwcukrzycowych, hipolipemizujących, antyplateletowych).
- Poinformowanie pacjenta o konieczności uzyskania docelowych wartości ciśnienia tętniczego.
- Przekazanie pisemnych i ustnych informacji na temat metod niefarmakologicznego leczenia nadciśnienia.
- Uprzedzenie pacjenta o możliwym działaniu ubocznym leków (np. odwodnienie, zaburzenia rytmu serca, omdlenia, ziębnięcie kończyn, stany spastyczne oskrzeli, kaszel, impotencja, zaburzenia elektrolitowe, zaczerwienienie skóry, niedociśnienie).
- Zapoznanie pacjenta z przyczynami oporności nadciśnienia tętniczego na leczenie (nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich, przyrost masy ciała, nadużywanie alkoholu, niewystarczające leczenie moczopędne, zbyt duże spożycie sodu, narastająca niewydolność nerek).
- Udział w terapii farmakologicznej nadciśnienia tętniczego oraz chorób współistniejących (otyłości, cukrzycy, hiperlipidemii, chorób nerek).
- Nadzór nad przestrzeganiem przez pacjenta zaleceń lekarskich dotyczących leczenia farmakologicznego.
- Nadzór nad przestrzeganiem przez pacjenta diety DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension), realizacją zaleceń dotyczących ograniczenia alkoholu, sodu i kofeiny oraz systematycznej i umiarkowanej aktywności fizycznej, racjonalnego snu i wypoczynku.
- Nadzór nad przestrzeganiem przez pacjenta terapii antynikotynowej.
- Zachęcenie pacjentów do stosowania dispenserów i elektronicznych urządzeń przypominających o konieczności przyjęcia dawki leku.

Tabela 1.18. Niefarmakologiczne metody leczenia nadciśnienia tętniczego

Metoda leczenia	Wpływ na wartości ciśnienia tętniczego krwi
Dieta DASH	Zmniejszenie wartości ciśnienia tętniczego o 8–14 mmHg
Ograniczenie sodu w diecie	Zmniejszenie wartości ciśnienia tętniczego o 2–8 mmHg
Redukcja masy ciała	Zmniejszenie wartości ciśnienia tętniczego o 5–20 mmHg/10 kg masy ciała
Aktywność fizyczna	Zmniejszenie wartości ciśnienia tętniczego o 4–10 mmHg
Ograniczenie spożycia alkoholu	Zmniejszenie wartości ciśnienia tętniczego o 2–4 mmHg
Zaprzestanie palenia tytoniu, redukcja stresu, leczenie klimatyczne, wypoczynek i sen	

- Motywowanie pacjenta do dokumentowania pomiarów ciśnienia tętniczego, dawki przyjętych leków, wysiłku fizycznego, masy ciała w dzienniczku samokontroli.
- Współpraca z zespołem terapeutycznym (kardiolog, dietetyk, psycholog, fizjoterapeuta, rodzina pacjenta).

## Zadania rehabilitacyjne

Regularny wysiłek fizyczny powoduje zwolnienie czynności serca, obniżenie ciśnienia w spoczynku oraz w czasie wysiłku, obniżenie stężenia lipidów oraz większe zużycie kalorii. Systematyczny trening fizyczny zmniejsza zapotrzebowanie mięśnia sercowego na tlen, zwiększa wysycenie krwi tlenem, sprzyja zmniejszeniu oporu obwodowego, a także odnowie śródbłonna naczyniowego. Stopniowo zwiększany i dostosowany do możliwości chorego wysiłek fizyczny wpływa korzystnie na masę ciała, tolerancję glukozy i zmniejszenie insulinooporności.

Pacjentom z nadciśnieniem tętniczym zaleca się codzienną i umiarkowaną aktywność fizyczną trwającą 50–60 min (10 min rozgrzewki, 30–40 min ćwiczeń włączających do pracy duże grupy mięśniowe, 10 min ćwiczeń wyciszających). Zaleca się umiarkowane wysiłki aerobowe, takie jak: szybki marsz, jazda na rowerze po równym terenie, taniec, spacer, pływanie, gra w tenisa, siatkówka, koszykówka, jogging, aerobik, ćwiczenia z wykorzystaniem narzędzi, np. step, rower stacjonarny czy też bieżnia. Nie zaleca się wysiłku statycznego, a więc podnoszenia ciężarów czy kulturystyki. Przeciwwskazany jest również wysiłek, w którego trakcie dochodzi do nagłego oziębienia organizmu bądź znacznego wysiłku fizycznego, np. skoki do wody, sporty zimowe, nurkowanie, wspinaczka wysokogórska.

W planowaniu wysiłku fizycznego należy uwzględnić stan zdrowia chorego, wiek, płeć, choroby współistniejące oraz ewentualne przeciwwskazania do aktywności ruchowej. Wysiłek fizyczny może nasilać lub inicjować

**Tabela 1.19.** Przeciwwskazania do wysiłku fizycznego

Niestabilna dławica piersiowa	Ciężka stenoz aortalna
Spoczynkowe ciśnienie skurczowe > 180 mmHg lub Spoczynkowe ciśnienie rozkurczowe > 100 mmHg	Aktywne zapalenie osierdzia lub mięśnia sercowego
Ortostatyczny objawowy spadek ciśnienia tętniczego > 20 mmHg	Blok przedsionkowo-komorowy 3. stopnia
Zakrzepowe zapalenie żył	Świeży zator płucny
Niekontrolowana arytmia przedsionkowa lub komorowa	Zdekompensowana niewydolność serca
Niekontrolowana tachykardia zatokowa (> 120 uderzeń/min)	Aktywne zapalenie osierdzia lub mięśnia serca
Brak wyrównania metabolicznego cukrzycy	Ciężka infekcja, gorączka
Poważne choroby ortopedyczne uniemożliwiające wykonywanie ćwiczeń	Inne choroby metaboliczne: ostre zapalenie trzustki, hipokaliemia lub hiperkaliemia, hipowolemia
Zaawansowana miażdżycza naczyń	Retinopatia cukrzycowa, zmiany w dnie oka
Zaburzenia czucia, np. nefropatia cukrzycowa	

pęknięcie blaszek miażdżycowych, a także tworzenie zakrzepu poprzez pogłębianie szczelin w blaszce miażdżycowej oraz nasilenie agregacji płytek krwi.

Do zadań rehabilitacyjnych pielęgniarki należą m.in.:

- Ocena aktywności fizycznej pacjenta w czasie każdej konsultacji.
- Motywacja pacjenta do codziennej aktywności fizycznej – co najmniej 60 min dziennie.
- Nauczenie pacjenta wykonywania ćwiczeń oddechowych i relaksacyjnych.
- Poinformowanie pacjenta o zaletach i przeciwwskazaniach do wykonywania ćwiczeń.
- Zapoznanie pacjenta z zalecanymi i przeciwwskazanymi formami aktywności fizycznej.
- Zachęcanie pacjenta do systematycznego dokumentowania aktywności ruchowej oraz wartości ciśnienia tętniczego przed rozpoczęciem ćwiczeń i po ich zakończeniu.

Chorzy ze źle kontrolowanym lub ciężkim nadciśnieniem tętniczym powinni unikać intensywnego wysiłku fizycznego.

## Zadania profilaktyczne i edukacyjne

Stałym elementem w procesie terapii chorego z nadciśnieniem tętniczym, niezależnie od zaawansowania i czasu trwania choroby, powinna być edukacja pacjenta i jego najbliższych.

Edukacyjna rola pielęgniarki wobec pacjenta z nadciśnieniem tętniczym polega m.in. na:

- Zapoznaniu chorego z czynnikami ryzyka i przyczynami choroby, badaniami diagnostycznymi, objawami choroby, powikłaniami choroby.
- Nauczeniu pacjenta samodzielnego wykonywania pomiaru ciśnienia tętniczego i interpretacji uzyskanych wyników.
- Zapoznaniu z zasadami leczenia farmakologicznego i zasadami zmiany dawek leków.
- Nauczeniu postępowania w przypadku wystąpienia przełomu nadciśnieniowego.
- Uświadomieniu konieczności normalizacji masy ciała.
- Motywowaniu do prowadzenia dzienniczka samokontroli.
- Zapoznaniu z zasadami diety DASH.
- Przekazaniu pacjentowi pisemnych instrukcji dotyczących produktów bogatych w **magnez** (nasiona roślin strączkowych, kasza gryczana, chleb gruboziarnisty, kakao, kielki, otręby, warzywa o zielonych liściach), **potas** (pomidory, ziemniaki, kalafior, fasolka szparagowa, brukselka, soki wielowarzywne, sok pomidorowy, sok pomarańczowy, sok grejpfrutowy, banany, morele, kiwi) i **wielonienasycone kwasy tłuszczowe** (np. ryby 3–4 razy w tygodniu, oliwa z oliwek, oleje słonecznikowy czy sojowy, masło roślinne – Vita, Nova, Flora, Palma).
- Zapoznaniu z metodami ograniczania sodu w diecie (np. zastąpienie soli przyprawami ziołowymi – tymiankiem, bazylią, oregano, ziołami prowan-

**Tabela 1.20.** Czynniki ryzyka nadciśnienia tętniczego

<b>Styl życia</b>	Palenie tytoniu Nadmiar soli, węglowodanów i tłuszczu w diecie Zbyt duże spożycie produktów bogatych w kofeinę Stres i brak umiejętności radzenia sobie ze stresem Otyłość/nadwaga Brak lub niska aktywność fizyczna Nadużywanie alkoholu
<b>Leki</b>	Doustne środki antykoncepcyjne Glikokortykosteroidy, erytropoetyna, sympatykomimetyki Cyklosporyny, NLPZ
<b>Choroby inne</b>	Cukrzyca Zaburzenia hormonalne, np. klimakterium Zespoły bezdechu sennego
<b>Czynniki genetyczne</b>	Nadciśnienie tętnicze występujące u rodziców

- salskimi, chrzanem, cynamonem; woda mineralna niskosodowa, ograniczenie produktów przetworzonych, np. konserw, sosów, przypraw typu Vegeta).
- Zapoznaniu z metodami przyrządzania potraw (gotowanie na wodzie i na parze, duszenie bez tłuszczu, pieczenie w folii, pergaminie i woreczkach żaroodpornych).
- Zapoznaniu z farmakologicznymi i niefarmakologicznymi metodami leczenia uzależnienia od nikotyny.
- Zapoznaniu z metodami radzenia sobie ze stresem (np. ćwiczenia oddechowe, muzykoterapia, trening autogenny Shultza, aktywność fizyczna, rozwijanie zainteresowań, joga, akupresura, aromaterapia, zioła – owoce dzikiej róży, jemiolo, kwiaty i owoce głogu, korzenie kozłka).
- Motywowaniu do przestrzegania zaleceń lekarskich dotyczących przyjmowania leków i systematycznych kontroli w poradni rodzinnej lub specjalistycznej.
- Zapoznaniu z negatywnym wpływem alkoholu i nikotyny na stan układu krążenia.
- Zachęceniu do racjonalnego wypoczynku oraz aktywnego spędzania wolnego czasu.
- Zapoznaniu z zalecanymi i przeciwwskazanymi formami aktywności fizycznej w nadciśnieniu tętniczym.
- Poinformowaniu o konieczności unikania leków, które mogą zwiększać wartości ciśnienia tętniczego.

W diecie zalecane jest stosowanie wody mineralnej niskosodowej zawierającej mniej niż 100 mg sodu i mniej niż 300 mg chlorków, np. Bonaqua, Staropolanka Zdrój, Galicjanka, Muszyna II, Białowieska, Vita, Evita, Jurajska woda mineralna. Woda wodociągowa zawiera ok. 200 mg sodu w 1 l.

Pacjentów należy zachęcić do stosowania ziół i przypraw o właściwościach hipotensyjnych. Należą do nich: jemiolo, olej z nasion wiesiołka w kapsułkach, głóg, kozłek lekarski, czosnek, jagody jałowca, mniszek lekarski. Pomocne mogą być także zioła, warzywa i owoce o właściwościach diuretycznych: natka pietruszki, seler, ogórki, szparagi, truskawki.

W diecie pacjenta z nadciśnieniem należy wyeliminować kofeinę, a więc mocną kawę, mocną herbatę, coca-cole, napoje energetyzujące. Pacjentom należy zalecać herbaty ziołowe, owocowe, herbatę zieloną i białą.

Dieta DASH zalecana w nadciśnieniu tętniczym wymaga stosowania określonej liczby porcji z różnych grup produktów. Została opracowana w 1997 r. przez amerykańskich naukowców. Jej głównym założeniem jest ograniczenie produktów bogatych w sód, tłuszcz, węglowodany proste oraz zwiększenie spożycia warzyw i owoców.

Edukacją zdrowotną należy objąć nie tylko chorych z nadciśnieniem tętniczym, ale także ich bliskich. Aktywne zaangażowanie całej rodziny w działania na rzecz zdrowia ułatwia zmianę dotychczasowych nawyków, jak również wpływa na większe zaangażowanie osoby chorej w leczenie.

Tabela 1.21. Dieta DASH 2000 kcal

Grupa produktów	Liczba dziennych porcji	Wielkość porcji	Przykłady, uwagi
Zboża, produkty zbożowe	7–8	1 kromka chleba, 30 g płatków zbożowych, 1/2 szklanki gotowanego ryżu, makaronu lub płatków zbożowych	Chleb razowy, chleb pita, obwarzanek, płatki zbożowe, kasza kukurydziana, płatki owsiane, krakersy
Warzywa	4–5	1 szklanka surowych warzyw liściastych, 1/2 szklanki gotowanych warzyw, 170 g soku warzywnego	
Owoce	4–5	170 g soku owocowego, 1 średni owoc, 1/4 szklanki suszonych owoców, 1/2 szklanki owoców świeżych, mrożonych lub puszkowanych	
Nabiał – odtłuszczone, niskotłuszczowy	2–3	230 g mleka, 1 szklanka jogurtu, 40 g żółtego sera	
Mięso, drób, ryby	2 lub mniej	90 g gotowanego mięsa, drobiu lub ryby	
Orzechy, ziarna, nasiona	4–5/tydz.	1/3 szklanki lub 40 g orzechów, 2 łyżki lub 15 g ziaren słonecznika	Migdały, orzechy laskowe, orzeszki ziemne, orzechy włoskie, mieszanka orzechowa, ziarna słonecznika, soczewica, fasola
Tłuszcze, oleje	2–3	1 łyżeczka margaryny, 1 łyżka niskotłuszczowego majonezu, 2 łyżki sosu sałatkowego light, 1 łyżeczka oleju roślinnego	Miękka margaryna, majonez niskotłuszczowy, sos do sałatek niskotłuszczowy, oliwa z oliwek, olej kukurydziany, olej rzepakowy
Słodycze	5/tydz.	1 łyżka cukru, 1 łyżka dżemu lub konfitur, 15 g cukierków żelowych, 230 g lemoniady	Żelki, galaretki owocowe, dżemy, cukier, napoje owocowe, lody, sorbety, napoje owocowe

### 1.7.3. Problemy pielęgnacyjne chorych i interwencje pielęgniarskie



**Problem pielęgnacyjny:** Możliwość wystąpienia przełomu nadciśnieniowego z powodu nagłego odstawienia leków hipotensyjnych.

U pacjenta występują zawroty głowy, bóle w klatce piersiowej, mroczki przed oczami oraz wysokie wartości ciśnienia tętniczego: 280/110 mmHg.

**Cel opieki:** Obniżenie ciśnienia tętniczego. Niedopuszczenie do przełomu nadciśnieniowego.

#### Zadania pielęgniarki:

- Poinformowanie pacjenta o konieczności ograniczenia wysiłku fizycznego i zastosowania leczenia spoczynkowego.
- Zapewnienie pacjentowi wygodnej pozycji bezpiecznej (na boku).
- Pomiar ciśnienia tętniczego i tętna co 10 min.
- Założenie kaniuli do żyły obwodowej.
- Obserwacja parametrów życiowych (oddechu, stanu świadomości wg skali Glasgow, czynności serca, zabarwienia powłok skórnych).
- Kontrola diurezy godzinowej.
- Podłączenie kardiomonitora.
- Wykonanie EKG.
- Podanie leków zgodnie ze zleceniami lekarskimi (np. nitroprusydku sodu, furosemidu, labetalolu, nitrogliceryny, diazoksydu, dihydralazyny, urapidylu).
- Obserwacja pacjenta pod kątem wystąpienia powikłań (duszność, splątanie, senność, ból w klatce piersiowej, wymioty, krwawienie z nosa, niewydolność nerek itd.).
- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych zgodnie ze zleceniami lekarskimi (oznaczenie elektrolitów, kreatyniny).
- Pobranie moczu na badanie ogólne.
- Zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa: uprzedzenie o konieczności wykonywania badań, wyjaśnianie celu leczenia.
- Dokumentowanie wszystkich czynności diagnostycznych i terapeutycznych.



**Problem pielęgnacyjny:** Brak umiejętności samodzielnego mierzenia ciśnienia tętniczego krwi i interpretacji uzyskanych wyników.

**Cel opieki:** Nauczenie pacjenta samodzielnego mierzenia ciśnienia i interpretacji wyników.

#### Zadania pielęgniarki:

- Zapoznanie pacjenta z celem i zasadami pomiaru ciśnienia tętniczego.
- Pomoc w wyborze aparatu do pomiaru ciśnienia (półautomatyczne lub automatyczne zakładane na ramię).
- Ustalenie z pacjentem indywidualnych wartości docelowych ciśnienia tętniczego.
- Zapoznanie pacjenta z zasadami doboru szerokości mankietu do ramienia.
- Motywacja pacjenta do systematycznego zapisywania wartości pomiarów w dzienniczku samokontroli oraz informacji dodatkowych mających wpływ na interpretację wyników (złe samopoczucie, zmiany w dawkowaniu leków, brak leku, infekcje, stres, bezsenność, masa ciała).
- Nauczenie pacjenta rozpoznawania objawów przełomu nadciśnieniowego.

- Przekazanie pisemnych informacji dotyczących sposobu wykonywania pomiaru.
- Sprawdzenie umiejętności pacjenta po 2–3 dniach.

#### 1.7.4. Podsumowanie

Nowoczesne leczenie nadciśnienia tętniczego powinno opierać się na systematycznej i szeroko zakrojonej edukacji chorego na temat choroby, farmakologicznych i niefarmakologicznych metod leczenia oraz profilaktyki powikłań. Każdy pacjent powinien mieć wiedzę i umiejętności dotyczące samodzielnego pomiaru ciśnienia tętniczego i interpretacji uzyskanych wyników, rozpoznawania powikłań narządowych, oceny skuteczności stosowanego leczenia. Pacjenci mimo znacznych ograniczeń wynikających z terapii oraz modyfikacji stylu życia powinni mieć zapewnioną wysoką jakość życia oraz stałą możliwość edukacji i reedukacji.

#### Piśmiennictwo

1. Kaplan N.M.: *Nadciśnienie kliniczne*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
2. Koper D., Senatorski G.: *Nadciśnienie tętnicze w chorobach nerek. Podręcznik dla pielęgniarek*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
3. Kosicka T., Kara-Perz H.: *Wpływ alkoholu na ciśnienie tętnicze u chorych na cukrzycę*. Przewodnik Lekarza, 2006, 1, 62–68.
4. Kozłowska-Wojciechowska M.: *Czynniki żywieniowe w profilaktyce i leczeniu nadciśnienia tętniczego*. Terapia, 2005, 7–8.
5. Nawrot T., Den Hond E., Thijs L. i wsp.: *Izolowane skurczowe nadciśnienie tętnicze i ryzyko chorób układu krążenia*. Medycyna po Dyplomie, 2004, 13 (104), 13, 47–62.
6. *Rozpoznawanie i leczenie nadciśnienia tętniczego. Aktualne (2006) wytyczne American Association of Clinical Endocrinologists*. Medycyna Praktyczna, 2006, 7–8 (185–186), 51–96.
7. Senatorski G., Stawicki S., Wyzgała J. (red.): *Wybrane choroby układu sercowo-naczyniowego w przewlekłych chorobach nerek*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
8. Szyndler A., Gąsowski J., Wizner B. i wsp.: *Edukacja pacjentów – integralna część postępowania w nadciśnieniu tętniczym*. Przewodnik Lekarza, 2004, 7, 90–97.
9. Wilcox Ch.S., Tisher C.C. (red.): *Podręcznik nefrologii i nadciśnienia tętniczego*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
10. Wrzeczono B.: *Plan żywieniowy DASH. Rola diety w profilaktyce nadciśnienia tętniczego*. Lekarz Rodzinny, 2005, 4 (92), 432–438.
11. *Wytyczne postępowania w nadciśnieniu tętniczym opracowane przez Europejskie Towarzystwo Nadciśnienia Tętniczego i Europejskie Towarzystwo Kardiologiczne*. Medycyna po Dyplomie, 2007, 9 (138), 16, 49–55.

## 1.8. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z przewlekłą niewydolnością serca

Ewa Kawalec, Tomasz Brzostek, Teresa Gabrys, Anna Gawor, Iwona Malinowska-Lipień, Agata Reczek

### 1.8.1. Problemy zdrowotne chorych fizyczne i psychiczne

Tradycyjny podział przewlekłej niewydolności serca (*insufficiencia cordis chronica*) wyróżnia kilka jej postaci, np. skurczową (upośledzenie skurczu komór) i rozkurczową (wzrost ciśnienia napełniania komór z ich rozstrzeniem) lub lewo- i prawokomorową (bądź obukomorową). W praktyce klinicznej mogą one jednak współistnieć, a określona postać oznacza przewagę cech jednej z nich w obrazie klinicznym choroby (tab. 1.22).

Tabela 1.22. Problemy zdrowotne chorego

Lewokomorowa niewydolność serca – zastój krwi w krążeniu płucnym, objawy niskiego rzutu serca	Prawokomorowa niewydolność serca – zastój krwi w krążeniu systemowym, przekrwienie narządów wewnętrznych
<p>Duszność wysiłkowa, spoczynkowa, orthopnoë (napadowa duszność nocna) Oddech Cheyne'a–Stokesa Kaszel – przeważnie suchy, niekiedy z odpluwaniem różowo podbarwionej płwociny (w obrzęku płuc) Zmniejszona tolerancja wysiłku fizycznego Wahania ciśnienia tętniczego krwi: hipotensja wysiłkowa i/lub hipotonia ortostatyczna Osłabienie siły mięśniowej Objawy zaburzeń przepływu mózgowego: dezorientacja, agresja, wydłużenie czasu reakcji Zespół sercowo-nerkowy, zaburzenia w zakresie oddawania moczu: ilości (nykturia, w zaawansowanej przewlekłej niewydolności serca skąpomocz) i jakości (mikroalbuminuria, białkomocz, zmniejszony klirens kreatyniny) Hipoperfuzja obwodowa: bledność i ochłodzenie skóry kończyn, sinica dystalnych części ciała</p>	<p>Retencja płynów w ustroju: symetryczne obrzęki (stopy i okolice kostek oraz podudzi, u chorych leżących okolica krzyżowo-lędźwiowa), przesięki do jam ciała (jama opłucnej, otrzewnej, osierdzia), nykturia Objawy wynikające z zastojów żylnych w obrębie narządów jamy brzusznej: upośledzenie funkcji, tkliwość wątroby podczas badania palpacyjnego, uczucie dyskomfortu w jamie brzusznej, brak apetytu, rzadko żółtaczką, nudności, zaparcia, zespół upośledzonego wchłaniania z następowym niedożywieniem, a nawet wyniszczeniem organizmu (w zaawansowanej przewlekłej niewydolności serca) – kacheksją sercową Hipoperfuzja nerek, nefropatia (białkomocz)</p>
<p><b>Problemy występujące w lewo- i prawokomorowej przewlekłej niewydolności serca</b></p> <p>Tachykardia, tachyarytmie Ryzyko groźnych powikłań (obrzęk płuc, zaburzenia rytmu serca, powikłania zakrzepowozatorowe, zaostrzenie choroby niedokrwiennej serca, nasilenie objawów „małego rzutu” do wstrząsu kardiogenego włącznie) Zwiększona podatność na zakażenia (w zaawansowanej przewlekłej niewydolności serca) Deficyt samoopieki w zakresie zaspokajania codziennych potrzeb Lęk, obniżenie nastroju, w przypadku osób starszych i samotnych depresja Ryzyko wystąpienia skutków ubocznych i działań niepożądanych stosowanych leków Ryzyko wystąpienia powikłań inwazyjnych zabiegów diagnostycznych i leczniczych Deficyt wiedzy na temat choroby i stosowanych metod terapeutycznych</p>	

Tabela 1.23. Klasyfikacja niewydolności serca wg NYHA (New York Heart Association; za: prof. A. Szczeklikiem)

Klasa	Objawy
I	Zwykłe codzienne czynności nie wywołują objawów niewydolności serca, dolegliwości pojawiają się tylko przy dużych i długotrwałych wysiłkach
II	Mały wysiłek fizyczny bez dolegliwości, przeciętny powoduje zmęczenie, duszność i/lub ból wieńcowy. Dolegliwości występują w spoczynku
III	Dolegliwości pojawiają się nawet przy niewielkim wysiłku, w spoczynku brak dolegliwości
IV	Dolegliwości występują przy każdym wysiłku oraz często w spoczynku, bardzo znaczne ograniczenie aktywności fizycznej

### 1.8.2. Zadania pielęgniarki

#### Zadania diagnostyczne

Pielęgniarka ma za zadanie przeprowadzenie wywiadu pielęgniarskiego, w którym uwzględni:

- duszność – czas trwania (okresowo/stale), pora występowania (w ciągu dnia/nocą), okoliczności (nasilające/łagodzące);
- stopień tolerancji wysiłku fizycznego – wysiłki powodujące zmęczenie, niepokojące dolegliwości pojawiające się/nasilające się podczas wysiłku fizycznego (wg klasyfikacji NYHA);
- ból – lokalizacja, charakter, czas trwania, pora i okoliczności występowania, czynniki nasilające i niwelujące;
- oddawanie moczu – ilość i jakość oddawanego moczu, występowanie nykturii;
- inne niepokojące objawy i dolegliwości (obserwacja w kierunku występowania objawów świadczących o zaostrzeniu przewlekłej niewydolności serca, ze strony innych układów/narządów, skutki uboczne i działania niepożądane stosowanych leków);
- nastroj – objawy wzmożonego napięcia emocjonalnego, lęk, obniżenie nastroju, sposoby radzenia sobie ze stresem, sytuacje nasilające i zmniejszające niekorzystne reakcje emocjonalne;
- sytuację socjoekonomiczną chorego i jego rodziny – ocena możliwości wypełniania ról społecznych (praca zawodowa, sytuacja rodzinna, relacje interpersonalne, aktywność seksualna), charakter wykonywanej pracy, sposób spędzania wolnego czasu, źródło dochodów, warunki życia/materialne;
- indywidualną ocenę poziomu wiedzy pacjenta i/lub jego rodziny na temat choroby i stosowanych metod terapeutycznych.