

Inne zadania pielęgniarki to:

1. Pomiar i ocena podstawowych parametrów życiowych (częstość i charakter oddechów, akcja serca, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja).
2. Ocena stopnia nawodnienia organizmu (analiza wyników badań laboratoryjnych stężenia elektrolitów we krwi, bilans płynów, pomiar masy ciała, pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego, obserwacja istniejących obrzęków).
3. Ocena stopnia odżywienia organizmu (pomiar masy ciała, wskaźnik BMI (Body Mass Index), tkanka podskórna, analiza wyników badań laboratoryjnych – morfologii krwi z rozmazem, stężenia białka i albumin).
4. Ocena stanu świadomości – obserwacja w kierunku występowania objawów świadczących o upośledzeniu przepływu mózgowego (np. trudności w koncentracji uwagi, dezorientacja, zmiany nastroju).
5. Ocena stanu skóry (ucieplenie kończyn, sinica, zmiany pozakrzepowe, obrzęki).
6. Ocena możliwości chorego w zakresie samopielęgnacji i samoopieki – określenie deficytów.

Udział w badaniach diagnostycznych (działanie na zlecenie lekarza):

1. Wykonanie dwunastoodprowadzeniowego EKG.
2. Pobranie krwi do badań laboratoryjnych w celu określenia:
 - stężenia elektrolitów (potas, sód), kreatyniny, mocznika i kwasu moczowego;
 - wskaźnika przesączania kłębuszkowego (GRF – glomerular filtration rate) i klirensu kreatyniny;
 - aktywności enzymów wskaźnikowych;
 - stężenia leków w surowicy krwi (np. digoksyny);
 - aktywności aminotransferaz oraz dehydrogenazy mleczanowej i bilirubiny w surowicy krwi, peptydu natriuretycznego typu B (BNP) oraz N-końcowego pro-PNB (NT-pro-BNP);
 - morfologii z rozmazem.
3. Pobranie moczu do badań laboratoryjnych (ciężar właściwy, mikroalbuminuria, białkomocz).
4. Przygotowanie chorego do badań diagnostycznych, opieka nad pacjentem przed badaniami, w ich trakcie i po badaniach (RTG klatki piersiowej, echokardiografia, próba wysiłkowa, koronarografia, cewnikowanie serca, MR serca, wielorzędowa TK serca, scyntygrafia, biopsja endomiokardialna); patrz też rozdz. 1.1).

Analiza otrzymanych wyników badań i ich uwzględnienie w planowaniu opieki pielęgniarskiej:

- w zaawansowanej, nieleczonej przewlekłej niewydolności serca hiponatremia z rozcieńczenia, u chorych leczonych diuretykami – hipokaliemia;

- zwiększona aktywność aminotransferaz oraz dehydrogenazy mleczanowej i bilirubiny w surowicy (zastój żylny w krążeniu dużym, powiększenie wątroby);
- zwiększone stężenie BNP oraz NT-pro-BNP w surowicy;
- zwiększone stężenie kreatyniny i mocznika w surowicy, zmniejszony klirens kreatyniny i GRF świadczy o upośledzenia funkcji nerek;
- zwiększone stężenie kwasu moczowego w surowicy jest przeciwwskazaniem do stosowania diuretyków tiazydowych (ryzyko napadu dny) i stanowi niekorzystny czynnik rokowniczy w przewlekłej niewydolności serca;
- w zaawansowanej przewlekłej niewydolności serca występuje duży ciężar właściwy moczu przy małym stężeniu sodu;
- mikroalbuminuria lub białkomocz (zwykle do 1 g/dz.);
- polycytemia, niedokrwistość;
- prawidłowe stężenie digoksyny w surowicy – 1,5–3 ng/ml lub µg/l (1,2–3,5 nmol/l);
- EKG – cechy niedokrwienia mięśnia sercowego, zaburzenia rytmu i przewodzenia, cechy przerostu lewej komory serca (LV – left ventricle) i przeciążenia lewego przedsionka (AV);
- RTG klatki piersiowej – ocena sylwetki serca i zastojów żylnych w krążeniu płucnym;
- echokardiografia – ocena czynności skurczowej LV (frakcja wyrzutowa lewej komory < 45–50% – istotna dysfunkcja skurczowa LV), czynności rozkurczowej LV, rozpoznanie przyczyny przewlekłej niewydolności serca (wady zastawkowe, zaburzenia kurczliwości, wielkość jam serca, ocena skutków rewaskularyzacji);
- próba wysiłkowa – ocena szczytowego, minutowego zużycia tlenu (< 12 ml/kg/min – niekorzystny czynnik rokowniczy w przewlekłej niewydolności serca);
- koronarografia, cewnikowanie serca – ocena tętnic wieńcowych, rozpoznanie przyczyny przewlekłej niewydolności serca;
- TK;
- scyntygrafia – ocena czynności skurczowej LV i kurczliwości mięśnia sercowego;
- biopsja endomiokardialna – ocena reakcji odrzucenia przeszczepu serca, wykluczenie zapalenia mięśnia sercowego u chorych leczonych antracyklinami;
- MR – różnicowanie kardiomiopatii niedokrwiennej.

Zadania terapeutyczne

Cele terapeutyczne w przewlekłej niewydolności serca:

- leczenie przyczynowe przewlekłej niewydolności serca;
- profilaktyka i leczenie stanów zaostrzających przebieg przewlekłej niewydolności serca;

- hamowanie progresji przebudowy LV i upośledzenia funkcji nerek w przebiegu przewlekłej niewydolności serca;
- zapobieganie retencji wody i sodu w organizmie;
- poprawa tolerancji wysiłku;
- zmniejszenie ryzyka zgonu wskutek postępu przewlekłej niewydolności serca i nagłej śmierci sercowej.

Zadania pielęgniarki:

1. Udział w farmakoterapii.
2. Monitorowanie tolerancji leczenia farmakologicznego – obserwacja pod kątem wystąpienia objawów ubocznych wynikających z działań niepożądanych stosowanych leków (tab. 1.24).
3. Udział w tlenoterapii, a w sytuacji nasilenia duszności tlenoterapia doraźna przez wąsy tlenowe (1–3 l/min).

Tabela 1.24. Wybrane (możliwe) działania niepożądane leków stosowanych w przewlekłej niewydolności serca

Grupa leków	Możliwe działania niepożądane
Inhibitory ACE , np. ramipryl, lizynopryl	Kaszel, hipotonia, świąd i wysypka, utrata smaku, owrzodzenia jamy ustnej, zaburzenia funkcji neurologicznych, skurcze mięśniowe (mialgia), rzadko obrzęk naczynioruchowy, hiperkaliemia u chorych z niewydolnością nerek i/lub cukrzycą, rzadko proteinuria, neutropenia i agranulocytoza
Antagoniści receptora dla angiotensyny II , np. losartan	Zawroty głowy, hipotonia ortostatyczna, objawy stymulacji nerwu błędnego (przedawkowanie), rzadko hiperkaliemia, zwiększona aktywność aminotransferaz oraz dehydrogenazy mleczanowej i bilirubiny w surowicy krwi
β-blokery (β-adrenolityki) , np. metoprolol, karwedilol	Oslabienie siły skurczu mięśnia sercowego, bradykardia, hipotonia, osłabienie, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, objawy ze strony OUN, męczliwość i kurcze mięśniowe
Antagoniści aldosteronu , np. spironolakton	Hiperkaliemia, hiponatremia, kwasica, wzrost stężenia azotu i moczniaka we krwi, nudności, wymioty, biegunka, apatia, zmęczenie, zaburzenia miesiączkowania, ginekomastia, nadmierne owłosienie, pogrubienie głosu, zaburzenia potencji u mężczyzn
Diuretyki pętlowe , np. furosemid	Hipokaliemia, hipourykemia, hipomagnezemia, rzadko zasadowica metaboliczna, wzrost ryzyka tworzenia się zakrzepów, hipotonia, uczucie zmęczenia, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, skórne reakcje alergiczne
Diuretyki tiazydowe , np. hydrochlorotiazyd	Hipotonia, uczulenie na światło, zawroty i bóle głowy, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, objawy neurologiczne, zaburzenia elektrolitowe, gospodarki lipidowej, węglowodanowej i mineralnej, arytmia, spadek wydalania kwasu moczowego przez nerki
Glikozydy nasercowe , np. digoksyna	Arytmia, czasem pogorszenie niewydolności serca, nudności, wymioty, biegunka, ból brzucha, utrata masy ciała, anoreksja, widzenie na niebiesko, zielono lub żółto, widzenie zamazane i ubytki pola widzenia, zawroty i bóle głowy, niepokój, bezsenność, rzadko splątanie i psychoza

4. Udział w postępowaniu dietetycznym (wybór zdrowej żywności, dieta dostosowana do stanu klinicznego chorego, ograniczenie podaży sodu do 2 g/dz. i płynów do 1,5–2 l/dz., ograniczenie spożycia alkoholu).
5. Udział w leczeniu inwazyjnym:
 - terapia resynchronizacyjna (CRT – cardiac resynchronization therapy);
 - rewaskularyzacja wieńcowa;
 - układy wspomagające pracę serca – kontrapulsacja wewnątrzortalna (iABP – intra-aortic balloon pump);
 - urządzenia wspomagające pracę komór (VAD – ventricular assist devices);
 - leczenie operacyjne – sztuczne serce (TAH – total artificial heart);
 - przeszczepienie serca (HTX – heart transplantation).
6. Udział w rehabilitacji (patrz rozdz. 1.13).

Zadania opiekuńcze

Zadania opiekuńcze są następujące:

- Monitorowanie parametrów życiowych (akcja serca, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddech, saturacja).
- Obserwacja objawów podmiotowych i przedmiotowych choroby podstawowej i chorób współistniejących (pod kątem zaostrzenia przewlekłej niewydolności serca).
- Systematyczna ocena stanu nawodnienia organizmu (bilans płynów, ośrodkowe ciśnienie żyłne, dobowy zbiórka moczu).
- Systematyczna ocena stanu odżywienia chorego (pomiar masy ciała i pobranie krwi do badań laboratoryjnych).
- Udział w postępowaniu dietetycznym (pomoc w spożywaniu posiłków, zapewnienie właściwego odżywienia).
- Pomoc lub zaspokajanie potrzeb chorego stosownie do możliwości wynikających ze stanu klinicznego (higiena osobista i otoczenia, odżywiania, wydalania, aktywności fizycznej, snu i wypoczynku).
- Motywowanie chorego do podejmowania czynności samoobsługowych.
- W okresie dekompensacji działania zmierzające do zminimalizowania skutków unieruchomienia (patrz rozdz. 1.13).
- Działania mające na celu ograniczenie lęku, niepokoju i negatywnych skutków stresu.
- Opieka nad pacjentem poddanym inwazyjnym zabiegom diagnostycznym i leczniczym (patrz rozdz. 1.1, 1.3, 1.6).

Zadania rehabilitacyjne

Zadania rehabilitacyjne są następujące:

1. Dostosowanie stopnia aktywności fizycznej do możliwości chorego wynikających ze stopnia zaawansowania przewlekłej niewydolności serca i schorzeń współistniejących.

2. Zalecenia w zakresie preferowanych i niewskazanych form aktywności fizycznej chorego (we współpracy z rehabilitantem):
 - jeżeli stan chorego jest stabilny, zachęcanie do uczestnictwa w programach treningu interwałowego lub ze stałym obciążeniem dla chorych w II i III klasie NYHA, kolejne fazy wysiłku powinny trwać w okresie początkowym 10–30 s i być rozdzielone co najmniej minutową fazą „bez obciążenia”;
 - chorzy nie powinni wykonywać ćwiczeń izometrycznych, ciągłych.
3. Motywowanie do utrzymania aktywności fizycznej adekwatnej do możliwości chorego, uświadomienie zagrożeń wynikających z zaniechania aktywności fizycznej.
4. Ocena parametrów życiowych przed ćwiczeniami, w ich trakcie i po ich zakończeniu (akcja serca, tętno, oddechy, ciśnienie krwi, w pierwszym okresie rehabilitacji monitorowanie zapisu EKG podczas wykonywania ćwiczeń).
5. Unikanie źródeł zakażenia, zwalczanie istniejących zakażeń wirusowych, bakteryjnych i grzybiczych.
6. Gimnastyka oddechowa (pogłębienie wdechu i wydechu).
7. Wypracowanie sposobów ekonomizacji wysiłków związanych z wykonywaniem czynności codziennych (we współpracy z rehabilitantem):
 - właściwa pozycja podczas pracy i wypoczynku;
 - sposób wstawania z łóżka i wykonywania podstawowych czynności codziennych (mycie, ubieranie się, chodzenie po terenie płaskim i po schodach).
8. W okresie destabilizacji zapobieganie powikłaniom unieruchomienia (pomoc w zmianie pozycji, zapewnienie właściwego ułożenia w łóżku, rehabilitacja przyłóżkowa).
9. Psychoterapia elementarna i/lub zapewnianie opieki psychologa.

Rehabilitacja została także omówiona w rozdz. 1.11.

Zadania profilaktyczne

Zadania profilaktyczne są następujące:

1. Eliminacja modyfikowalnych czynników ryzyka chorób układu krążenia:
 - zaprzestanie palenia tytoniu;
 - zwiększenie aktywności fizycznej stosownie do stanu klinicznego i możliwości chorego;
 - normalizacja masy ciała;
 - normalizacja ciśnienia tętniczego krwi;
 - wybór zdrowej żywności;

- ograniczenie negatywnych skutków stresu;
 - zapobieganie hiperlipidemii, cukrzycy, zespołowi metabolicznemu (wg *Europejskich Wytycznych dotyczących prewencji chorób sercowo-naczyniowych w praktyce klinicznej, 2008*).
2. Obserwacja objawów podmiotowych i przedmiotowych pod kątem zaostżenia choroby.
 3. Zapobieganie zakażeniom i unikanie potencjalnych źródeł zakażenia (poprawa stanu odżywienia, ograniczenie kontaktów z osobami mogącymi być źródłem infekcji, wykonywanie szczepień ochronnych przeciwko WZW i grypie, zwalczanie istniejących zakażeń wirusowych, bakteryjnych i grzybiczych).
 4. Leczenie chorób współistniejących (choroba niedokrwienności serca [MIC – morbus ischaemicus cordis], zaburzenia rytmu serca, wady zastawkowe, zapalenie mięśnia sercowego, kardiomiopatie, nadciśnienie tętnicze, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), astma, cukrzyca, zespół metaboliczny, choroby tarczycy, choroba alkoholowa, niedokrwistość, choroby infekcyjne, gorączka reumatyczna).
 5. Profilaktyka przeciwzakrzepowa.
 6. Unikanie czynników mogących nasilać przewlekłą niewydolność serca (np. leków z grupy NLPZ).

Zadania edukacyjne

Zadania edukacyjne są następujące:

1. Edukacja chorego i/lub jego rodziny na podstawie indywidualnej oceny świadomości i wiedzy na temat postępowania, pielęgnacji i samokontroli w przewlekłej niewydolności serca.
2. Przekazanie informacji na temat leczenia nefarmakologicznego (zaprzestanie palenia tytoniu, aktywność fizyczna dostosowana do stanu klinicznego i indywidualnych możliwości chorego, normalizacja masy ciała, normalizacja i systematyczna kontrola ciśnienia krwi, postępowanie dietetyczne, ograniczenie negatywnych skutków stresu – rekreacja, wypoczynek psychiczny, ćwiczenia relaksacyjne).
3. Przekazanie informacji na temat leczenia farmakologicznego:
 - efekt działania, sposób dawkowania i czas przyjmowania leków;
 - możliwe działania niepożądane stosowanych leków i sposoby reagowania na nie;
 - postępowanie w przypadku opuszczenia dawki leku;
 - kontrola efektów leczenia diuretycznego w powiązaniu z systematyczną kontrolą masy ciała (przyrost masy ciała > 2 kg w ciągu 3 dni może świadczyć o zatrzymaniu wody w ustroju);
 - informacja na temat leków mogących nasilać przewlekłą niewydolność serca (zwłaszcza NLPZ, glikokortykosteroidów).

1.8.3. Przykład procesu pielęgnowania na podstawie wybranego problemu zdrowotnego

Tabela 1.25. Problem zdrowotny chorego i postępowanie pielęgnacyjno-lecznicze

Problem zdrowotny	Cel opieki	Plan opieki
Duszność wysiłkowa	Zmniejszenie duszności Ułatwienie oddychania	<p>Określenie stopnia i przyczyn nasilenia duszności: czas trwania, pora występowania, okoliczności (nasilające/łagodzące), wysiłki powodujące zmęczenie</p> <p>Zapewnienie prawidłowego mikroklimatu w sali (wilgotność powietrza 50–70%, temperatura otoczenia ok. 20°C)</p> <p>Obserwacja, pomiar i dokumentacja parametrów życiowych (akcja serca, tętno, oddechy, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja) co najmniej 3 razy/dobę, w sytuacji nasilenia duszności – stała</p> <p>Ułożenie pacjenta w łóżku w pozycji ułatwiającej oddychanie (wysokiej, półwysokiej)</p> <p>Umożliwienie swobody oddychania poprzez zapewnienie luźnej, bawełnianej bielizny osobistej</p> <p>Udział w tlenoterapii/tlenoterapia doraźna</p> <p>Podaż leków zgodnie ze zleceniem lekarza</p> <p>Ocena stopnia nawodnienia organizmu (bilans płynów, pomiar masy ciała, pomiar ośrodkowego ciśnienia żylnego)</p> <p>Ograniczenie wysiłku poprzez pomoc w zaspokajaniu potrzeb (higiena ciała i otoczenia, odżywianie, wydalanie) odpowiednio do możliwości pacjenta, komasacja zabiegów pielęgniarstkich</p> <p>Obserwacja zachowania (lęk, niepokój) i świadomości pacjenta (trudność w koncentracji uwagi, dezorientacja)</p> <p>Obserwacja skóry (ucieplenie kończyn, zabarwienie)</p> <p>Zmniejszenie negatywnych emocji (lęku, niepokoju) poprzez zapewnienie bezpieczeństwa psychicznego</p> <p>Udział w postępowaniu dietetycznym (dieta lekkostrawna, bogatobiałkowa, ograniczenie podaży sodu i płynów)</p> <p>Gimnastyka oddechowa (pogłębienie wdechu i wydechu, nauka oddychania torem brzuszny)</p> <p>Obserwacja regularności wypróżnień, zapobieganie zaparciom</p> <p>Udział w badaniach diagnostycznych</p>

1.8.4. Wskazówki pielęgnacyjno-edukacyjne dla chorych i ich rodzin

Do zadań pielęgniarki należy:

- Poinformowanie o celu leczenia i konieczności przestrzegania zaleceń lekarskich.

- Przekazanie podstawowych informacji dotyczących leczenia niefarmakologicznego i farmakologicznego.
- Poinformowanie o konieczności obserwacji objawów pod kątem zaostrzenia przewlekłej niewydolności serca i sposobach postępowania w przypadku jego wystąpienia.
- Poinformowanie o konieczności leczenia chorób współistniejących.

1.8.5. Podsumowanie

Złożoność problemów klinicznych i psychospołecznych chorego z niewydolnością serca wymaga podjęcia dobrze skoordynowanych, zdecydowanych działań diagnostycznych, terapeutycznych, pielęgnacyjnych i rehabilitacyjnych. Niezbędnym warunkiem powodzenia jest szeroko rozumiana współpraca całego zespołu terapeutycznego, chorego i jego najbliższych zmierzająca do:

- zwiększenia wiedzy, umiejętności i motywacji pacjenta w zakresie przestrzegania zaleceń dotyczących modyfikacji stylu życia, farmakoterapii i rehabilitacji;
- zahamowania progresji choroby oraz zmniejszenia ryzyka zgonu wskutek jej postępu;
- poprawy jakości życia chorego.

Piśmiennictwo

1. Braunwald E.: *Postępy w kardiologii Harrisona*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005.
2. Daniluk J., Jurkowska G. (red.): *Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005.
3. Dubiel J.S., Korewicki J., Grodzicki T. (red.): *Niewydolność serca*. Via Medica, Gdańsk 2004.
4. Gąsior M., Hawranek M., Poloński L. (red.): *Podręcznik kardiologii. Lekarze i studenci dla lekarzy i studentów*. Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, Kraków 2003.
5. Ghan M.G., Topol E.J., Saksena S. i wsp.: *Choroby serca. Diagnostyka i terapia*. Urban & Partner, Wrocław 2000.
6. Pączek L., Mucha K., Fronciewicz B. (red.): *Choroby wewnętrzne. Podręcznik dla studentów pielęgniarstwa i położnictwa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
7. Szczeklik A. (red.): *Choroby wewnętrzne*. Medycyna Praktyczna, 2005, 311–344.

1.9. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z chorobą tętnic obwodowych

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

Termin „choroba tętnic obwodowych” (PAD – peripheral artery disease) obejmuje szeroki zakres nieprawidłowości naczyniowych spowodowanych przede wszystkim przez miażdżycę oraz o podłożu zakrzepowo-zatorowym, które zaburzają prawidłową strukturę i czynność aorty, jej gałęzi trzewnych oraz tętnic obwodowych. W niniejszym rozdziale zostanie omówiona opieka nad chorym z miażdżycą zarostową tętnic kończyn dolnych.

1.9.1. Problemy zdrowotne chorych fizyczne i psychiczne

Do problemów należą:

- Deficyt wiedzy chorego na temat choroby (czynników ryzyka miażdżycy i powikłań).
- Zmniejszenie tolerancji wysiłku (ból kończyn wywołany chromaniem przestankowym, ograniczający codzienną aktywność życiową).
- Pogorszenie możliwości lokomocji (zaniki mięśniowe wskutek długotrwałego niedokrwienia).
- Wyczerpanie z powodu przewlekłej bezsenności (ból spoczynkowy).
- Ostre niedokrwienie kończyny zwiększające ryzyko jej utraty.
- Trudno gojące się owrzodzenia/martwica (nawet w wyniku niewielkiego skaleczenia) na skutek postępującego niedokrwienia i zmian troficznych skóry.
- Ryzyko infekcji bakteryjnej w obszarze owrzodzeń.
- Wyniszczenie organizmu (niedobory białka czy witamin utrudniające leczenie zachowawcze owrzodzeń) spowodowane niechęcią do spożywania posiłków w wyniku silnych dolegliwości bólowych, bezsenności, owrzodzeń błony śluzowej żołądka (przewlekłe stosowanie leków przeciwbólowych z grupy NLPZ).
- Zagrożenie życia z powodu nagłych zdarzeń sercowo-naczyniowych.
- Przygnębienie z powodu uporczywych dolegliwości i braku nadziei na możliwość leczenia zachowawczego.
- Działania uboczne stosowanej farmakoterapii (przeciwbólowej, hipotensyjnej, hipolipemicznej, hipoglikemicznej, antyplatekcyjnej, przeciwwkrzepliwej, antybiotykowej).
- Ryzyko powikłań inwazyjnych zabiegów diagnostycznych i rewaskularyzacyjnych (patrz rozdz. 1.6).
- Lęk przed podjęciem decyzji o amputacji kończyny.

- Zagrożenie życia w wyniku powiększenia się obszaru martwicy (brak zgody na amputację).
- Przygnębienie i lęk z powodu amputacji kończyny.
- Brak akceptacji siebie z powodu zmienionego wyglądu (amputacja kończyny).
- Deficyt samoopieki w zakresie samoobsługi, lokomocji i możliwości redukcji czynników ryzyka z powodu amputacji kończyny.

1.9.2. Zadania pielęgniarki

Zadania diagnostyczne

Zadania pielęgniarki są następujące:

1. Udział w anamnezie (**czynniki ryzyka miażdżycy** – palenie tytoniu, wiek mężczyzn > 55 lat, a u kobiet > 65 lat, zaburzenia lipidowe, otyłość brzuszna), **choroby współistniejące** (cukrzyca, nadciśnienie, nefropatia, otyłość, przebyty zawał, udar), **obciążenia rodzinne** (zdarzenia sercowo-naczyniowe u mężczyzn > 55 lat, a u kobiet > 65 lat).
2. Zebranie danych na temat aktualnych dolegliwości (czas pojawienia się; okoliczności; dokładna lokalizacja – stopa, podudzie, udo, pośladek, biodro; charakter dolegliwości, czynniki nasilające i przynoszące ulgę; objawy towarzyszące; wpływ na codzienną aktywność; diagnostyka w przeszłości; stosowane dotychczas leczenie i uzyskane efekty).
3. Obserwacja mająca na celu różnicowanie chromania przestankowego z innymi zaburzeniami (chromaniem żylnym, chorobą Buergera, rwą kuluszową, torbielą podkolanową Bakera, chorobą zwyrodnieniową stawów).
4. Ocena ukrwienia kończyny (ucieplenie, zabarwienie, zmiany troficzne skóry i przydatków, obwód kończyny, napięcie żył powierzchownych, tętno – tętnica grzbietowa stopy, piszczelowa tylna, podkolanowa, udowa).
5. Ocena stanu psychicznego (pozyskanie współpracy chorego i rodziny w procesie leczniczo-pielęgnacyjnym).
6. Ocena sytuacji socjoekonomicznej (charakter wykonywanej pracy, sposób spędzania wolnego czasu, warunki finansowe i bytowe).
7. Zapoznanie się z wynikami oceny stopnia zaawansowania schorzenia:
 - skala Fontaine’a (I – upośledzenie ukrwienia kończyn dolnych bez stwierdzanych objawów subiektywnych, IIA – chromanie przestankowe występujące przy przejściu więcej niż 200 m, IIB – chromanie przestankowe występujące przy przejściu mniej niż 200 m, III – ból spoczynkowy i zmiany troficzne, IV – martwica);
 - wskaźnik ABI (spoczynkowy, po wysiłku na bieżni);
 - wskaźnik paluchowo-ramienny (pomiar ciśnienia na paluchu w sytuacji niemożności uciśnięcia naczyń – długotrwała cukrzyca, zaawansowany wiek);
 - EKG, segmentarny pomiar ciśnienia na kończynach;