

2. Cegła B., Faleńczyk K., Kuczma-Napierała J.: *Wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa internistycznego*. Akademia Medyczna im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2003.
3. Ciechaniewicz W. (red.): *Pielęgniarstwo. Ćwiczenia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
4. Wołowicka L., Dyk D. (red.): *Anestezjologia i intensywne opiece. Klinika i pielęgniarstwo*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
5. Kruszyński Z.K.: *Zespół ostrych zaburzeń oddechowych (ARDS). Postępowanie w trudnej intubacji*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.

2.7. Opieka pielęgniarska nad pacjentem z nowotworem układu oddechowego

Katarzyna Łagoda

Rak płuca jest najczęstszą postacią nowotworu złośliwego. Każdego roku w Polsce notuje się ok. 23 tys. nowych zachorowań i ponad 20 tys. zgonów. Rocznie z powodu raka płuc umiera na świecie ok. 1,3 mln ludzi. Ponad 95% pierwotnych złośliwych nowotworów płuca stanowią raki. Do tej grupy nowotworów zaliczane są: drobnokomórkowy rak płuca oraz określane jako raki niedrobnokomórkowe – rak płaskonabłonkowy, rak gruczołowy i rak wielkokomórkowy. Największy wpływ na wysokie ryzyko zachorowania na raka płuca mają długotrwałe narażenie na wdychanie substancji karcynogennych z zanieczyszczonego powietrza (dym tytoniowy, azbest, arsen, chrom, radon), czynniki genetyczne oraz promieniowanie jonizujące. Do głównych objawów należą: kaszel (80%), duszność (15%), ból w klatce piersiowej i krwioplucie (20–50%), zaburzenia rytmu serca, powtarzające się zapalenie płuc.

2.7.1. Zadania pielęgniarki

Zadania diagnostyczne

W diagnostyce i monitorowaniu przebiegu choroby stosuje się następujące badania obrazowe: RTG klatki piersiowej, TK klatki piersiowej, PET, PET-TK, MR. Ważnym badaniem potwierdzającym obecność komórek nowotworowych jest bronchofiberoskopia z pobraniem wydzieliny z oskrzeli i wycinków z guza do badania histopatologicznego oraz biopsja aspiracyjna cienkoigłowa wykonywana przez ścianę klatki piersiowej pod kontrolą TK lub przez ścianę oskrzeli. Do badań dodatkowych należą: USG węzłów chłonnych nadobojczykowych, przezoskrzelowa ultrasonografia (PU), badanie cytologiczne płwociny, pobranie węzłów chłonnych śródpiersia (mediastinoskopia) i nadobojczykowych (skaleniobiopsja), USG jamy brzusznej, scyntygrafia kości, TK lub MR OUN. Ich celem jest potwierdzenie lub wykluczenie przerzutów odległych. W przypadku planowanego leczenia chirurgicznego lub radioterapii należy dokonać oceny wydolności oddechowej (spirografia) i układu krążenia (EKG, ECHO serca).

W badaniu przedmiotowym u chorego stwierdza się powiększenie węzłów chłonnych, powiększenie wątroby, osłuchowe i opukowe cechy obecności niedodmy, nacieku i płynu w jamie opłucnej, palce pałeczkowate oraz cechy wyniszczenia.

Do zadań diagnostycznych pielęgniarki wobec pacjenta z rakiem płuc należy m.in.:

- Pobieranie krwi do badań laboratoryjnych.
- Codzienne oznaczanie ilości przyjmowanych pokarmów i płynów.
- Ocena częstości wypróżnień oraz dobowego wydalania moczu.
- Ocena ilościowa i jakościowa stanu odżywienia pacjenta (np. wygląd ogólny, stan skóry i błon śluzowych, napięcie gałek ocznych, stan jamy ustnej, napięcie mięśni, ocena BMI, ocena tempa utraty masy ciała, analiza wyników badań laboratoryjnych).
- Rozpoznanie czynników nasilających przebieg zespołu wyniszczenia nowotworowego (np. czynniki psychologiczne, mechaniczne, sposób odżywiania, obecność zmian w jamie ustnej, ocena stanu psychicznego – depresja, bezsenność, zmęczenie).
- Ocena aktywności fizycznej chorego.
- Ocena bólu (np. skala VAS, NAS, słowna skala McGilla). Na początku terapii przeciwbólowej należy monitorować skuteczność leczenia po upływie doby, a następnie co najmniej raz w tygodniu. Jednocześnie należy oceniać obecność objawów, których wystąpienie lub nasilenie może mieć związek z zastosowanym leczeniem przeciwbólowym (np. wymioty, zaparcia). U pacjentów z bólem niestabilnym ocena powinna być dokonywana codziennie.
- Przygotowanie fizyczne i psychiczne chorego do badań diagnostycznych (np. RTG klatki piersiowej, TK, badanie płwociny, bronchofiberoskopia, mediastinoskopia).
- Pobieranie krwi do badań laboratoryjnych (morfologia, oznaczenie OB, elektrolitów, kreatyniny, gazometria).
- Ocena nasilenia duszności za pomocą analogowej skali numerycznej (NAS – numerical analog scale).
- Ocena zapotrzebowania na wsparcie psychologiczne i informacyjne.
- Ocena akceptacji choroby przez pacjenta oraz jego rodzinę.
- Określenie źródeł wsparcia w środowisku domowym pacjenta.
- Ocena zaangażowania rodziny w opiece nad pacjentem.
- Rozpoznanie potrzeb emocjonalnych, społecznych pacjenta i jego bliskich.
- Poznanie systemu wartości pacjenta i jego bliskich, ich reakcji emocjonalnych, stanu psychicznego, nastawienia do nowej sytuacji, jaką jest choroba nieuleczalna.
- Ocena stanu psychicznego pacjenta (np. test depresji Becka).
- Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjenta.
- Określenie wspólnie z pacjentem i jego bliskimi celu opieki oraz metod rozwiązywania problemów pielęgnacyjnych.

Zadania terapeutyczne

Leczenie pacjentów zależy od stopnia zaawansowania choroby, klasyfikacji histologicznej nowotworu (niedrobnokomórkowy, drobnokomórkowy, rako-

wiak, mięsak), obecności przerzutów w węzłach chłonnych i innych narządach oraz stanu ogólnego pacjenta. Do głównych metod leczenia należą: leczenie operacyjne (lobektomia, pneumonektomia, segmentektomia), radioterapia (radikalna, paliatywna) i chemioterapia. Często stosowaną metodą jest tzw. leczenie skojarzone, tj. radioterapia i chemioterapia, co wydłuża czas przeżycia pacjenta, ale również zwiększa toksyczność leczenia. Połączenie chemioterapii, radioterapii i leczenia operacyjnego nazywane jest systemowym leczeniem przeciwnowotworowym.

Na każdym etapie leczenia stosuje się leki uzupełniające – adjuwantowe. Należą do nich: trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne (TLPD), benzodiazepiny, leki neuroleptyczne, kortykosteroidy, leki przeciwbólowe, antybiotyki. Leki z grupy TLPD (np. imipramina, doksepina, amitryptylina) mają działanie przeciwdepresyjne oraz analgetyczne. Benzodiazepiny (np. diazepam, klonazepam) stosuje się w przypadku współistniejącej nadmiernej spastyczności mięśni, bezsenności oraz reakcji lękowych. Glikokortykosteroidy stosowane są szczególnie w przypadku współistniejącego zespołu żyły głównej górnej, wyniszczenia nowotworowego, anoreksji, ciężkich zakażeń, czy też podwyższonego ciśnienia śródczaszkowego. Jednak w fazie terminalnej choroby, gdy chorzy nie są w stanie połykać, należy przerwać stosowanie glikokortykosteroidów ze względu na możliwość wystąpienia objawów splątania i pobudzenia psychomotorycznego.

Do zadań terapeutycznych pielęgnarki należą m.in.:

- Informowanie pacjenta o planach i metodach leczenia dolegliwości.
- Obserwacja skutków ubocznych leków i stosowanych metod terapii (np. wymioty, nudności, skurcz zwieraczy, zaparcia, nadmierna sedacja, depresja oddechowa, suchość w jamie ustnej).
- Zapobieganie negatywnym skutkom chemioterapii i radioterapii.
- Uprzedzenie pacjenta i jego bliskich o negatywnych skutkach chemioterapii i radioterapii oraz sposobach zapobiegania im.
- Udział w terapii bólu przewlekłego zgodnie z drabiną analgetyczną WHO (World Health Organization).
- Nadzór nad prawidłowym stosowaniem transdermalnego systemu terapeutycznego w leczeniu bólu przez pacjentów i ich opiekunów.
- Monitorowanie skuteczności terapii przeciwbólowej (skale VAS, NSA, McGilla).
- Eliminacja czynników ryzyka nasilających duszność, wymioty, nudności i ból (np. hałas, nadmierny wysiłek, intensywne zapachy, stres, brak dostępu świeżego powietrza).
- Kontrola pozycji ciała w czasie duszności, krwawienia z dróg oddechowych i krwiopłucia.
- Systematyczna pielęgnacja jamy ustnej i błon śluzowych nosa.
- Umiejętne udzielanie wsparcia psychicznego, duchowego i informacyjnego pacjentowi i jego opiekunom.
- Planowanie opieki pielęgnarskiej z pacjentem i jego rodziną.

Zadania rehabilitacyjne

Do najczęściej realizowanych procedur rehabilitacyjnych wobec pacjentów z nowotworem płuc należą zabiegi z zakresu kinezyterapii, masażu leczniczego, ćwiczenia oddechowe, drenaż ułożeniowy i inhalacje.

Celem gimnastyki leczniczej jest zapobieganie spadkowi masy mięśniowej, zakrzepicy żyłnej, odleżynom, niewydolności krążeniowo-oddechowej i zaburzeniom metabolicznym. Unieruchomienie pacjentów wpływa niekorzystnie na funkcje układu nerwowego, powoduje zaburzenia koordynacji ruchów i równowagi oraz upośledzenie wyższych czynności psychicznych. Do najbardziej skutecznych zabiegów fizjoterapeutycznych należą: ćwiczenia czynne o umiarkowanej intensywności, ćwiczenia oddechowe, trening na cykloergometrze lub na bieżni ruchomej. Celem ćwiczeń ruchowych jest także nauka wykonywania czynności dnia codziennego, np. zmiana pozycji ciała (łóżko–fotel–łóżko), ubieranie i rozbieranie, korzystanie z toalety i spożywanie posiłków.

Ćwiczenia oddechowe mają szczególne znaczenie terapeutyczne u pacjentów z przewlekłą niewydolnością oddechową, współistniejącą dusznością, rakiem płuc, a także POChP. Najczęściej stosowane są ćwiczenia relaksacyjne oraz wzmacniające mięśnie oddechowe. Bardzo ważne jest także stosowanie drenażu ułożeniowego, oklepywania klatki piersiowej, masażu vibracyjnego klatki piersiowej oraz efektywnego kaszlu. Należy pamiętać o sytuacjach, w których zabiegi te są przeciwwskazane (obrzęk płuc, krwawienie z dróg oddechowych, krwioplucie, zatorowość płucna, bardzo zły stan ogólny pacjenta). Gimnastyka oddechowa łagodzi bólowe dolegliwości mięśniowo-powięzienne, często występujące u pacjentów z chorobami onkologicznymi. W przypadku zalegania wydzieliny w drogach oddechowych należy wykonywać inhalacje z pary wodnej lub z zastosowaniem leków rozrzedzających wydzielinę.

Kinezyterapia ma korzystny wpływ na obniżenie wzmożonego napięcia mięśniowego, poprawę ruchomości poszczególnych segmentów ciała oraz zmniejszenie natężenia bólu. W tym celu stosuje się ćwiczenia izometryczne mięśni oraz elementy relaksacji izometrycznej.

Masaż leczniczy ma zastosowanie w łagodzeniu takich dolegliwości, jak zaparcia, bóle mięśni, zmęczenie, nudności, lęk i depresja.

W rehabilitacji psychologicznej chorych należy wykorzystywać muzykoterapię, terapię zajęciową, trening autogenny Shultza, ćwiczenia oddechowe, koloroterapię. Głównym celem tych działań jest wzmacnianie poczucia bezpieczeństwa pacjenta, zmniejszanie bólu i innych dolegliwości, ułatwienie zasypiania, minimalizowanie lęku i depresji oraz nauczenie pacjenta relaksacji i odpoczynku.

Do zadań rehabilitacyjnych pielęgniarki należą m.in.:

- Wdrożenie profilaktyki przeciwoleżynowej u pacjentów ciężko chorych, leżących, z niewydolnością oddechową.

- Nauczenie pacjenta wykonywania ćwiczeń oddechowych, efektywnego kaszlu i odkrztuszania zalegającej wydzieliny w drogach oddechowych.
- Zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa fizycznego, szczególnie u pacjentów splątanych, z zaburzeniami świadomości, encefalopatią, zespołem żyły głównej górnej, obrzękiem mózgu.
- Profilaktyka powikłań związanych z unieruchomieniem (np. zaparcia, odparzenia, odleżyny, zapalenie płuc, zastój żółci, zastój moczu i infekcje dróg moczowych, zaniki mięśniowe, upośledzenie ruchomości stawów).
- Nadzór nad wykonywaniem ćwiczeń usprawniających, ćwiczeń oddechowych i relaksacyjnych.
- Stosowanie zabiegów fizykalnych (np. zimnych okładów w przypadku wysokiej gorączki).
- Włączenie pacjenta i jego rodziny do realizacji programu rehabilitacji.
- Ocena skuteczności stosowanych procedur rehabilitacyjnych.

Zadania edukacyjne i profilaktyczne

Głównym celem opieki nad pacjentem z rakiem płuc jest zapewnienie wysokiej jakości życia oraz bieżące rozwiązywanie problemów biologicznych, psychicznych, społecznych i duchowych. Szczególną uwagę trzeba zwrócić na udział rodziny w wykonywaniu podstawowych czynności pielęgnacyjnych oraz w udzielaniu wsparcia i budowaniu poczucia bezpieczeństwa.

Edukację należy skierować przede wszystkim na osobę będącą głową rodziny. W opiece nad ciężko chorym trzeba nauczyć rodzinę podstawowych czynności mogących przynieść ulgę w cierpieniu, tj. karmienia, technik zmiany pozycji ciała, toalety, pielęgnacji jamy ustnej, nieprofesjonalnego masażu, profilaktyki przeciwoleżynowej, zapobiegania zaparciom, przygotowywania i podawania leków doustnie i drogą podskórną, zmiany dawek leków, np. przeciwbólowych, postępowania w przypadku krwioplucia lub masywnego krwawienia z dróg oddechowych.

Rodzinę pacjenta należy też zaangażować w profilaktykę powikłań związanych ze stosowanym leczeniem (po radioterapii czy usunięciu węzłów chłonnych), działaniem ubocznym leków, czy też z leczeniem spoczynkowym. U chorych z zespołem wyniszczenia nowotworowego istotnym problemem jest wysokie ryzyko powstawania odleżyn i odparzeń. Do zadań pielęgniarki należy także wdrożenie czynnej profilaktyki przeciwoleżynowej w warunkach domowych i szpitalnych.

Rodzinę pacjenta trzeba nauczyć wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych zmniejszających działanie sił tarcia i ucisku, właściwej higieny skóry, wykonywania codziennej toalety całego ciała, zmiany pozycji ciała, stosowania udogodnień, zmiany bielizny osobistej i pościelowej. Opiekunów należy zapoznać także z zasadami stosowania materaców przeciwoleżynowych

statycznych i zmiennościśnieniowych. Ważna jest ponadto umiejętność wykonywania delikatnego masażu z zastosowaniem środków pielęgnacyjnych, które nawilżają skórę (oliwka, płyn PCV 30). Do pielęgnacji skóry pacjenta narazonego na odleżyny nie zaleca się spirytusu.

Rodzinę pacjenta trzeba uprzedzić o możliwości wystąpienia tzw. stanów nagłych i konieczności powiadomienia o nich lekarza z ośrodka opieki paliatywnej. Należą do nich:

- podwyższona temperatura ciała powyżej 38°C i utrzymująca się ponad 8 h;
- przedłużające się krwawienia z jam ciała;
- suchy i męczący kaszel lub gwałtowna duszność;
- krwawienie z dróg oddechowych;
- ból nieustępujący po podaniu leków;
- zaburzenia świadomości, przytomności lub pamięci;
- ostra biegunka;
- kilkudniowy brak apetytu;
- zatrzymanie oddawania moczu przez ponad 24 h;
- splątanie, nadmierna senność.

2.7.2. Problemy pielęgnacyjne chorych i interwencje pielęgnarskie

W zaawansowanym stadium choroby u pacjentów mogą wystąpić objawy przerzutów do kości (ból kości, złamania patologiczne), do mózgu (ból głowy, drgawki, zaburzenia czucia i równowagi, niedowłady, zaburzenia osobowości) oraz do wątroby (bole brzucha, nudności, żółtaczka, spadek masy ciała).

W przebiegu choroby mogą wystąpić tzw. zespoły paranowotworowe, które są zazwyczaj związane z rakiem drobnokomórkowym i wydzielanymi przez guz substancjami hormonalnie czynnymi. Do zespołów paranowotworowych należą: zespół Cushinga (nadmiar ACTH), zespół Schwartz-Barttera (SIADH – syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion) związany z nadmiarem ADH, hiperkalcemia, ginekomastia, hipoglikemia, nadczynność tarczycy, encefalopatia, twardzina układowa, toczeń rumieniowaty układowy, DIC, niedokrwistość, kłębuszkowe zapalenie nerek, zespół nerczycowy, wzrost stężenia kalcytoniny w surowicy krwi, zwiększone stężenie FSH i LH.

Ponadto u pacjentów mogą wystąpić zespoły neurologiczne (encefalopatia, neuropatie obwodowe, zapalenie wielomięśniowe, zapalenie skórno-mięśniowe, zespół miasteniczny Lamberta-Eatona), zespół żyły głównej górnej, zespół Pancoasta. Zespół żyły głównej górnej jest spowodowany naciekaniami lub uciskiem przez guz lub powiększone węzły chłonne żyły głównej górnej. Ucisk ten powoduje zablokowanie przepływu krwi. Może prowadzić do obrzęku mózgu z objawami wzrostu ciśnienia śródczaszkowego.



Problem pielęgnacyjny: Duszność związana ze zmniejszoną pojemnością płuc i niedostateczną wymianą gazową na skutek zmian rozrostowych w tkance płucnej, nasilająca się w czasie wysiłku.

Cel opieki: Zapewnienie prawidłowej wymiany gazowej.

Zadania pielęgnarskie:

- Ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej z ugięciem kończyn dolnych w stawach kolanowych (wzrost powierzchni oddechowej, ułatwienie pracy przepony).
- Tlenoterapia okresowa z zastosowaniem cewnika donosowego lub maski tlenowej (przepływ tlenu 2–6 l/min).
- Polecenie choremu ograniczenia aktywności ruchowej w celu zapobiegania nasileniu duszności.
- Pomoc pacjentowi w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych.
- Rozpoznanie ewentualnej przyczyny duszności (np. paniczny lęk, lęk przed śmiercią, zapalenie płuc, płyn w jamie opłucnej, płyn w jamie osierdziejowej, silny ból w klatce piersiowej, chemioterapia, zatorowość płucna, niedokrwistość, zwężenie oskrzeli, zaleganie dużej ilości wydzieliny w drogach oddechowych, zespół żyły głównej górnej, zwłóknienie popromienne płuc, stan po resekcji płuca, wodobrzusze, choroby współistniejące – astma, POChP).
- Rozpoznanie i eliminacja czynników nasilających duszność (np. bierne palenie, nadmierna aktywność fizyczna, ból, lęk, niedostateczna podaż płynów, nieefektywne oddychanie, zaparcia).
- Obserwacja podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddech, temperatura ciała).
- Kontrola wypróżnień (zaparcia nasilają duszność).
- Ocena nasilenia duszności za pomocą numerycznej skali analogowej (NSA) – chory określa nasilenie duszności liczbą od 0 do 10, w której 0 oznacza brak duszności, a 10 – duszność nie do wytrzymania.
- Przygotowanie chorego do badań obrazowych (np. RTG klatki piersiowej).
- Wykonanie zapisu EKG.
- Pobranie krwi do badań laboratoryjnych (morfologia, oznaczenie elektrolitów, gazometria).
- Zapewnienie prawidłowych warunków środowiskowych do oddychania (wietrzone pomieszczenia, temperatura 18–21°C, wilgotność 50–70%).
- Nauczenie chorego efektywnego oddychania oraz odkrztuszania zalegającej wydzieliny w drogach oddechowych.
- Poinformowanie pacjenta o konieczności wypijania 1,5–2 l płynów/dz. w celu rozrzedzenia wydzieliny zalegającej w drogach oddechowych.
- Podawanie leków uspokajających i przeciwłękowych na zlecenie lekarza (midazolam, lorazepam).

- Podawanie glikokortykosteroidów na zlecenie lekarza (w zależności od przyczyny – zespół żyły głównej górnej, nadreaktywność oskrzeli, promienne zapalenie płuc, miejscowy obrzęk oskrzeli po napromienieniu).
- Podawanie β -mimetyków i/lub leków rozszerzających oskrzela, szczególnie drogą wziewną, na zlecenie lekarza.
- Podawanie opioidów na zlecenie lekarza (kodeina, morfina).



Problem pielęgnacyjny: Wystąpienie krwawienia z dróg oddechowych.

Cel opieki: Zatrzymanie krwawienia.

Zadania pielęgniarstwa:

- Założenie kaniuli do żyły obwodowej (co najmniej dwie o możliwie dużej średnicy – 18G, 17G, 16G).
- Zapewnienie drożności dróg oddechowych (rurka ustno-gardłowa).
- Przygotowanie chorego do założenia rurki intubacyjnej (rurka intubacyjna o dużej średnicy 8,0 mm).
- Ułożenie chorego w pozycji Trendelenburga na boku, tak aby strona, z której nastąpiło krwawienie, była uciśnięta (jeśli możliwa jest lokalizacja miejsca krwawienia).
- Odsysanie zalegającej krwi i skrzepów z dróg oddechowych.
- Zastosowanie tlenoterapii ciągłej przez cewnik donosowy lub maskę tlenową.
- Przygotowanie chorego do założenia dostępu do żył centralnych.
- Systematyczne monitorowanie podstawowych parametrów życiowych co 15 min (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddech, stan świadomości).
- Kontrolowanie bilansu płynów.
- Dostarczenie pacjentowi płynu do płukania jamy ustnej (napar z rumianku, szalwii, septosanu, azulan).
- Przetaczanie krwi i płynów krwiozastępczych zgodnie ze zleceniem lekarza (koncentrat krwinek czerwonych, świeżo mrożone osocze, koncentrat płytek krwi, krioprecypitat).
- Podawanie leków przeciwkrwotocznych zgodnie ze zleceniem lekarza (Exacyl, Cyclonamine, witamina K).
- Podanie leków hamujących nasilone krwiopłucie (10% NaCl 10–40 ml w bardzo wolnym wlewie dożylnym, efekt krótkotrwały).
- Wykonanie inhalacji z trombiny lub adrenaliny na zlecenie lekarza.
- Odstawienie leków mogących nasilać krwawienie z dróg oddechowych (kwas acetylosalicylowy, NLPZ).
- Podawanie leków przeciwkaszlowych zgodnie ze zleceniem lekarza (kodeina co 4–6 h).
- Podawanie leków przeciwbólowych i uspokajających zgodnie ze zleceniem lekarza (midazolam, morfina).
- Podanie leków przeciwbakteryjnych zgodnie ze zleceniem lekarza (zalegająca krew w oskrzelach może być źródłem zakażenia).

- Przygotowanie chorego do bronchofiberoskopii (w celu ustalenia przyczyny i miejsca krwawienia).
- Przygotowanie chorego do radioterapii wiązką zewnętrzną i/lub brachyterapii wewnątrzoskrzelowej (zaawansowany, nieoperacyjny, niedrobnokomórkowy rak płuca).
- Pomoc rodzinie w akceptacji ciężkiej sytuacji zdrowotnej chorego i nauczenie udzielania wsparcia psychicznego.



Problem pielęgnacyjny: Możliwość wystąpienia zespołu żyły głównej górnej będącego zagrożeniem życia.

Cel opieki: Wczesne rozpoznanie objawów zespołu żyły głównej górnej.

Zadania pielęgniarstwa:

1. Ocena stanu świadomości za pomocą skali Glasgow.
2. Obserwacja zabarwienia skóry twarzy i szyi.
3. Ocena wypełnienia żył szyjnych i żył powierzchownych klatki piersiowej.
4. Monitorowanie oddechu (częstość, oddech patologiczny, świsty, rżenie, stridor, duszność).
5. Obserwacja pacjenta w kierunku wystąpienia objawów zespołu żyły głównej górnej (obrzęk oraz zaczerwienienie twarzy i szyi, obrzęk śluzówek nosa, sinica, kaszel, duszność, stridor, rżenia, rozszerzenie żył szyjnych i żył powierzchownych klatki piersiowej, ból w klatce piersiowej, zaburzenia widzenia, zaburzenia połykania).
6. W przypadku stwierdzenia objawów zespołu żyły głównej górnej polecenie pacjentowi przyjmowania pozycji półwysokiej, a unikania pozycji płaskiej oraz nachylania się do przodu z powodu możliwości nasilania się dolegliwości.
7. W przypadku stwierdzenia zaburzeń oddychania:
 - ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej lub wysokiej;
 - zastosowanie tlenoterapii ciągłej przez cewnik donosowy lub maskę (przepływ 2–6 l/min);
 - monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddech, zabarwienie powłok skórnych, stan świadomości);
 - monitorowanie saturacji krwi (pulsoksymetr) oraz stężenia CO₂ w powietrzu wydechowym (kapnograf);
 - systematyczna kontrola gazometrii (co 6–12 h);
 - pobieranie krwi do badań laboratoryjnych (oznaczenie elektrolitów, glukozy, morfologia, oznaczenie kreatyniny, Hb, HCT);
 - przygotowanie chorego do sztucznej wentylacji płuc.
8. W przypadku stwierdzenia wczesnych objawów obrzęku mózgu (nastający ból głowy, nierówne źrenice, zaburzenia gałkoruchowe, nudności, wymioty, drżenie, zaburzenia świadomości):