СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТКА С ОМИ (ОСТЪР ИНФАРКТ НА МИОКАРДА) - КАЗУС

Стефани Кирилова[1], Анета Рашева[2]

[1]Студент, Специалност медицинска сестра, Медицински факултет, Софийски университет „Св. Климент Охридски"
[2]Катедра по неврология, психиатрия, физиотерапия и рехабилитация, превантивна медицина и обществено здраве, Медицински факултет , Софийски университет „Св. Климент Охридски"

NURSING CARE FOR AN AMI (ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION) PATIENT: A CASE STUDY

Stefani Kirilova[1], Aneta Rasheva[2]

[1]Student, Bachelor's Program Nurse, Faculty of Medicine, Sofia University St. Kliment Ohridski
[2]Department of Neurology, Psychiatry, Physiotherapy and Rehabilitation, Preventive Medicine, and Public Health, Faculty of Medicine, Sofia University St. Kliment Ohridski

РЕЗЮМЕ

В настоящето изследване сме представили казус на пациентка с ОМИ, на която предстои коронарна ангиография. Диагнозата е поставена на базата на клинични, инструментални и лабораторни данни. В комплексното лечение на това заболяване от голямо значение са сестринските грижи както в предоперативния, така и в постоперативния период. За целта медицинската сестра изготвя план за сестрински грижи, включващ сестринските намеси, които да доведат до постигането на поставената цел. Планът е мисловен конструкт, развиващ умения за клинично мислене, оценка на рисковите ситуации и вземане на адекватни решения.

Ключови думи: *сестрински грижи, остър инфаркт на миокарда, план*

ABSTRACT

In the present study, we have presented a case study of a patient with AMI (acute myocardial infarction) undergoing coronary angiography. The diagnosis was made on the basis of clinical, instrumental, and laboratory data. Nursing care is of great importance in the complex treatment of this disease, both preoperatively and postoperatively. To this end, the nurse prepares a plan for nursing care, including the nursing interventions that will help achieve the goal. That plan is a thought construct that involves developing clinical thinking skills, assessing risk situations, and making adequate decisions.

Keywords: *nursing care, acute myocardial infarction, plan*

ВЪВЕДЕНИЕ

Миокардният инфаркт представлява регионална миокардна некроза. Развива се най-често в резултат на усложнена атеросклеротична плака с последваща прясна коронарна тромбоза, която запушва коронарна артерия и остро прекъсва или силно намалява кръвотока в региона, който се кръвоснабдява от засегнатата коронарна артерия. По-редки механизми са коронарна емболия, тежки и продължителни хипотензия, системни възпалителни заболявания, засягащи коронарните съдове, и вродени аномалии.

Миокардният инфаркт е локализиран най-често в предната стена на лявата камера - в 50% от случаите (оклузия на предния клон на лявата коронарна артерия), в 30% от случаите е в задната стена на лявата камера (оклузия на дясната коронарна артерия) и в 20% от случаите в предно-страничната зона на лявата камера.

Размерът на миокардното поражение зависи от размера на участъка, снабдяван от запушената артерия, степента на запушване, времетраенето на оклузията, набавката на кръв по коронарните артерии, кислородните потребности на миокарда в момента на запушването и други фактори.

Биохимичните и функционалните отклонения настъпват почти незабавно след първата оклузия. Значителна загуба и нарушения на функциите се наблюдават след 60 сек, а необратими промени (некроза) - след 20–40 мин.

Острият миокарден инфаркт протича в 3 фази:

1. Фаза на много ранна тежка миокардна исхемия без формирана миокардна некроза, от 30 минути до 1 час след началото на ангинозната симптоматиката;
2. Фаза на развитие на миокардния инфаркт с формиране на миокардна некроза - период между 1 до 6 часа след началото на ангинозната симптоматиката;
3. Фаза на завършена миокардна некроза - период от 6-ия час до 3–4 седмици след началото на миокардния инфаркт.

Симптомите на миокардния инфаркт са изключително разнообразни. Водещ симптом е болката в гръдната област зад стернума, в гърба, в епигастриума и в повечето случаи ирадиира към лявото рамо, ръка или долна челюст. При други пациенти в началото на започване на инфаркта водещ симптом са ритъмните нарушения, като може да има и внезапно спиране на сърцето. Въпреки различната симптоматика съществуват признаци и симптоми, които сочат, че вероятно се касае за инфаркт на миокарда. Голяма част от пациентите преди инфаркта имат някакви симптоми, като продължителността е различна от няколко часа до 2-3 седмици и повече. Най-често това е повтаряща се гръдна болка, която се засилва от физическо усилие и се облекчава от покой.

При жените симптомите често са нетипични:

- причерняване пред очите;
- студени изпотени крайници;
- силна умора;
- киселини и болка в корема.

Диагнозата на миокардния инфаркт се потвърждава от клинични, инструментални и лабораторни данни. От инструменталните изследвания най-голямо приложение намират: електрокардиографията и ехокардиографията. Лабораторните изследвания са важна част от доказването на миокардния инфаркт, особено изследването на серумния тропонин, CPK и MB фракция. Те също така дават полезна информация за цялостното състояние на пациента. Коронарографията е последната стъпка за поставяне на точна диагноза и чрез нея се установява причината за инфаркта. Коронарографията представлява медицинска инвазивна процедура. Извършва се от специалист инвазивен кардиолог, като целта е диагностична и/или лечебна, със или без контрастно вещество. Ако се апликира контрастно вещество чрез серия от рентгенографии, се наблюдават коронарните артерии и по този начин се изследва сърдечният кръвоток. Винаги се започва с диагностична процедура, която впоследствие евентуално преминава в лечебна, т. е. към лечение на инфаркта чрез дилатация с балон или директно стентиране.

Усложненията след инфаркт са многобройни и сериозни:

- животозастрашаващи аритмии;
- левостранна сърдечна недостатъчност;
- тромбози и емболии;
- сърдечна руптура;
- сърдечна аневризма;
- митрална регургитация;
- перикардит, плеврит, температура - синдром на Дреслер;
- камерни екстрасистоли и аритмии и др.

В комплексното лечение на това заболяване от голямо значение са сестринските грижи както в предоперативния, така и в постоперативния период. Според Д. Иванова (Иванова, Д., Асенова, Д., Рашева, А., 2022) добрата сестринска практика включва планиране и осъществяване на грижи в периода на заболяване и в периода на рехабилитация, въздействайки не само върху физи-

ческите, но и върху психологичните и социалните аспекти от живота на човек.

ЦЕЛ

Изготвянето на план за сестрински грижи при пациентка с ОМИ позволява в реални условия медицинските сестри да направят оценка на потребностите от грижи, съобразно нейното общо състояние и индивидуални особености, като очакваме това да помогне за подобряване на качеството на сестринските грижи.

МЕТОД

Изработване на индивидуален план за сестрински грижи според клиничен случай на пациентка с ОМИ.

ПЛАН ЗА СЕСТРИНСКИ ГРИЖИ ПРИ ПАЦИЕНТКА С ОМИ

КАЗУС

Жена на 56 години има оплаквания от продължителна и силна болка в епигастриума, която след известно време преминава в болка в гръдния кош, със съпътстваща я силна умора и задух .Тя живее с дъщеря си и зет си, които в този момент са на работа. Затова сама подава сигнал на 112. След 20 мин пристига линейка в дома й. Екипът от бърза помощ веднага прави ЕКГ и се установява промяна в ЕКГ, с налична ST-сегментна елевация. Симптомите и ЕКГ са сигнификантни за наличието на инфаркт на миокарда. Жената е откарана веднага в Националната кардиологична болница, където са й направени клинични и параклинични изследвания, които потвърждават поставената диагнозата. Приета е веднага за спешна операция. След консилиум лекарите преценяват, че ще направят коронарна ангиография с евентуално поставяне на стент.

Според представения казус жената има оплаквания, които продължават, засилват се и не спират. Затова тя се обажда на 112. Пристигналият екип прави ЕКГ и предприема съответните действия. Лечението в доболничния период изисква при най-малкото съмнение за инфаркт да се направи неотложно хоспитализиране, което в случая е сторено. Нямаме данни, но предполагаме, че на жената според изискванията и протокола за действие при съмнение за ОМИ е включен траен периферен венозен източник, инфузия на нитрати при контролиране на кръвното налягане (противопоказание: RR/сист. < 90-100 mm Hg) и мониторен контрол. Също така, ако линейката разполага с кислородна система, се подава кислород през назален катетър (3 L O_2/min) и се прави седиране и обезболяване при необходимост. Тъй като жената е откарана веднага в НКБ, не се налага започването на тромболитична терапия, а и симптомите са с по-малка продължителност от 6 часа.

Болнично лечение

В предоперативния период приемащата пациентката медицинска сестра изготвя план за сестрински грижи, който включва:

- Приемане на болната за интензивно лечение;
- Ако е възможно, разговор с пациентката или с нейните близки с цел събиране на информация за попълване на необходимата информация;
- Попълване на фишове за съответните изследвания:
  - ✓ Фиш за биохимично изследване - показатели по назначение на лекар, ПКК, СУЕ, кръвна група;
  - ✓ Фиш за рентгеново изследване;
  - ✓ Фиш за урината;
  - ✓ Ехокардиография;
  - ✓ ЕКГ;
  - ✓ Сърдечни ензими и тропонинов тест;
  - ✓ Скарификационни проби за чувствителност към локални анестетици и антибиотици;
- Медицинската сестра вписва в реанимационния лист отчитаните соматични показатели;
- Болната се включва на мониторинг;
- Положението на тялото е с леко повдигната горна част. Разрешава се само бавно обръщане на дясната страна, при тежко състояние - с помощта на медицинска сестра;
- Кислородолечение - по назначение на лекар се определя дозировката и начинът на подаване;
- Наблюдение на кожа и лигавица. Наблюдаване за цианоза, отоци по тялото;
- Медицинската сестра поставя уретрален катетър;
- Проследяване за болката;
- Следене на газовия анализ на кръвта;
- Подготовка на пациентката за предстоящата коронарна ангиография;
- Чрез близките или от самата пациентка разбираме дали тя приема някакви антикоагуланти (за да се предотврати прекомерно кървене от мястото на съдовия достъп);

- Ако пациентката приема инсулин или таблетирани хипогликемични лекарства за диабет, може да се наложи промяна във времето им на прием. Приемането на някои от тях ще трябва да бъде отменено преди операцията;
- Поставяне на назогастрична сонда на пациентката поради опасност от аспирация на повърнати материи по време на интервенцията;
- Санитарна обработка на пациентката - трябва да е с обръснати слабини от двете страни и да са обръснати ръцете в областта на китките и малко по-нагоре.

Следоперативен период

Медицинската сестра изготвя план за сестрински грижи, който включва:

- Приемане на пациентката от операционна зала и настаняването ѝ в реанимационно отделение, интензивен сектор или болнична стая;
- Мониторно наблюдение;
- Наблюдение на общото състояние на пациентката;
- Наблюдение и грижа за уретрален катетър, НГС и др.;
- Изпълнява назначената инфузионна терапия, документира количеството на вливаните инфузионни разтвори в реанимационния/температурния лист;
- Наблюдава и измерва функционалните показатели (на всеки 15 минути и по назначение на лекар) и регистрирането им в документацията - пулс, кръвно налягане, дихателна честота, телесна температура, оксигенация на кръвта, диуреза, дефекация;
- Наблюдение на дишането;
- Наблюдение на показателите от страна на сърдечносъдовата система в следоперативния период - тахикардия, задух, отоци на крайниците, наблюдение и измерване на пулс и артериално налягане, подготовка на пациента при извършване на специалните изследвания на сърдечносъдовата система - ехокардиография, ЕКГ;
- Наблюдение и грижи за страничните ефекти и следоперативни усложнения - гадене, повръщане, обструкция на дихателните пътища, хипо- или хипертония, ритъмни нарушения, водно-електролитни нарушения, нарушения на алкално-киселинното равновесие, нарушение на кръвосъсирването, следоперативна възбуда, хипотермия;
- Ако се извърши стентиране през феморалната артерия, пациентката след интервенцията трябва да лежи по гръб, с поставена пясъчна торба за около 2 часа на мястото на пунктиране на артерията, без да огъва съответния крак и без да става от леглото от 6 до 12 часа в зависимост от състоянието ѝ;
- Ако стентирането се извършва през радиалната артерия, пациентката може да седи в леглото веднага след процедурата. Позволено ѝ е да ходи след няколко часа;
- Обучение на пациентката относно настъпващите промени в следоперативния период;
- Комуникация и обучение на пациентката и близките за последваща рехабилитация, хранителен и двигателен режим;
- Пациентката се изписва информирана и обучена за грижите в дома, как да измерва артериалното си налягане и пулса, какво да прави при хипертонична криза и точно и своевременно взимане на предписаните от лекаря медикаменти.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Сестринските грижи са от особено важно значение както в предоперативния, така и в постоперативния период, за да може пациентката да се възстанови най-бързо след прекарания ОМИ. В зависимост от степента на прекарания инфаркт връщането към нормален начин на живот трае различно време - от един месец до половин година. От решаващо значение за рехабилитацията на пациентката са хигиенно-диетичният и двигателният режим. Затова се препоръчва на пациентката да съблюдава здравословен, диетичен хранителен режим с намаляване на количеството сол, избягването на мазни храни и захар и редовен контрол на липиден профил поне на 3–6 месеца. Препоръчва се на пациентката да избягва тежката физическа работа и прекомерното физическо натоварване, а по-скоро да прави разходка първоначално на равен терен с бавна крачка няколко пъти в седмицата.

Поднасянето на информацията и обучението на пациентката за грижите в дома трябва да бъде достатъчно ясна и непротиворечива, за да не увеличава страховете ѝ относно нейното състояние, за да може тя активно да участва и стриктно да спазва предписаната терапия и възстановителен режим.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гавраилова, Д. (2012). Ръководство по вътрешни болести със сестрински грижи 1-ва част. МУ, София.
2. Иванова, Д. (2014). Технически фишове за сестрински грижи при пациенти със сърдечносъдови заболявания. МУ, София.
3. Иванова, Д., Асенова, Д., Рашева, А. (2022). Определяне на потребностите от грижи за пациенти с инфаркт на миокарда. Изработване на индивидуални планове за грижи. УИ "Св. Климент Охридски", София.
4. Стойнев, А. (2011). Патофизиология. "СИМЕЛПРЕС", София.
5. Янев, Е., Михайлов, И. (2000). Основи на общата патология и патологичната физиология. „ЛОДОС".
6. https://www.acibademcityclinic.bg/bg/varna/diagnoses/infarkt-na-miokarda
7. https://pirogov.eu/bg/miokarden-infarkt_p697.html

Адрес за кореспонденция:
Анета Рашева
Медицински факултет
бул. „Цар Освободител" 15
София, 1504
e-mail: anirasheva@abv.bg