



Zalecenia pielęgniarские dla pacjenta/opiekuna przy wypisie ze Szpitala - ZAŁĄCZNIK NR 33

Zalecenia dla pacjenta po udarze mózgu

Postępowanie pielęgnacyjne nad pacjentem po udarze mózgu

1. Zadbanie o prawidłową wentylację płuc, aby zapobiec powikłaniom oddechowym:

- oklepywanie klatki piersiowej
- gimnastyka oddechowa - np. dmuchanie przez rurkę do butelki z wodą
- nakłanianie do odkrztuszania zalegającej wydzieliny,
- pozycja głowy w jednej linii z tułowiem, nadzorowanie, aby nie ulegała przygięciu do klatki piersiowej,
- częsta zmiana pozycji pacjenta.

2. Zapobieganie zachłyśnięciu podczas jedzenia spowodowane niedowładem twarzowo - językowym, zaburzeniami świadomości, unieruchomieniem oraz osłabieniem odruchu kaszlowego:

- dostosowanie konsystencji pokarmu np. rozdrobnienie, zmiksowanie, zagęszczenie zagęstnikiem spożywczym do konsystencji kisielu,
- pozycja do karmienia: siedząca ewentualnie półsiedząca,
- skierowanie głowy pacjenta lekko w bok, na stronę zdrową i lekkie przygięcie do klatki piersiowej,
- podawanie posiłków częściej, ale w mniejszych porcjach,
- podawanie pokarmu na stronę jamy ustnej niedotkniętą niedowładem/porażeniem,
- wykonanie toalety jamy ustnej po posiłku, sprawdzenie czy resztki jedzenia nie zalegają po stronie niedowładnej.

3. Zapobieganie infekcji dróg moczowych, spowodowanej obniżeniem odporności oraz obecnością cewnika w drogach moczowych:

- utrzymanie okolicy ujścia cewki moczowej w czystości (wkładki urologiczne, pieluchomajtki, płyny myjące - dezynfekujące z dodatkiem kwasu mlekowego),
- dostateczne nawodnienie pacjenta (2 - 2,5 l/dobę),
- systematyczna wymiana cewnika - pielęgniarka/lekarz POZ,
- obserwacja wypływu moczu - brak moczu w worku zbiorczym, także zgłaszany ból brzucha lub uczucie parcia na mocz mogą świadczyć o niedrożności cewnika,
- obserwacja czy dren od worka zbiorczego nie uległ zagięciu i nie blokuje odpływu moczu,
- przestrzeganie zasad aseptyki przy odpuszczaniu moczu - przetarcie korka gazikiem nasączonym alkoholem przed rozpoczęciem odpuszczania moczu i po tej czynności,
- pojemnik do którego jest odpuszczany mocz musi być czysty,
- worek na mocz musi być umocowany poniżej brzegu łóżka (poniżej poziomu pęcherza moczowego),
- wymiana worka na mocz wg zaleceń producenta (1x na dobę lub 1x na tydzień),
- unikanie rozłączania cewnika od worka na mocz, jeżeli to konieczne to uprzednie przetarcie miejsca rozłączenia gazikiem nasączonym alkoholem,
- okresowe zaciskanie cewnika na kilka godzin (zapobieganie wystąpieniu marskości pęcherza),
- profilaktyczne podawanie preparatów z żurawiny (do nabycia w aptece).
- obserwacja: barwy, woni i ilości moczu.

4. Zapobieganie powikłaniom zakrzepowo - zatorowym:

- aktywizowanie pacjenta,
- gimnastyka kończyn dolnych,

- częsta zmiana pozycji (co 2 godz., z boku porażonego po pół godzinie),
- unikanie podkładania pod kolana wałków lub innych udogodnień, które spowodują utrudnienie odpływu krwi żyłnej,
- odpowiednie nawodnienie pacjenta (2 - 2,5 l/dobę).

5. Profilaktyka odleżyn i odparzeń:

- zmniejszenie nacisku na miejsca podatne na tworzenie się odleżyn przez częstą zmianę pozycji (szczególnie podatne na odleżyny są okolice wyniosłości kostnych- pięty, kostki, kość ogonowa),
- założenie materaca przeciwoleżynowego,
- utrzymanie skóry w czystości oraz natłuszczenie,
- odpowiednie nawodnienie (2 - 2,5 l/dobę),
- odpowiednie odżywienie - dieta pełnowartościowa
- unikanie stykania się dwóch warstw skóry w celu eliminacji odparzeń,
- używanie bielizny osobistej i pościelowej z materiałów naturalnych,
- unikanie pofałdowania bielizny pod pacjentem.

6. Zapobieganie przykurczom i zanikom mięśniowym powstającym z powodu wzmożonej spastyczności oraz na skutek niedostatecznej aktywności:

- ułożenie przeciwstawne do tendencji przykurczowej w kończynach - niedowładna/porażona kończyna górna wyprostowana, dolna lekko ugięta w stawach,
- unikanie ułożenia na plecach, ponieważ takie ułożenie wzmacnia wzorzec zgięciowo - wyprostny (nasila spastyczność),
- przy ewentualnym zastosowaniu ułożenia na plecach - kończyna górna(niesprawna) w odwiedzeniu, zgięta w stawie ramiennym i łokciowym pod kątem 90°, kończyna dolna(niesprawna) lekko odwiedzona i zrotowana na zewnątrz, wzdłuż ciała po stronie niesprawnej należy ułożyć poduszki dla zabezpieczenia właściwej pozycji,
- ułożenie na boku zdrowym - kończyna górna niesprawna powinna być przywiedziona w stawie barkowym i wysunięta do przodu, kończyna dolna niesprawna lekko zgięta w stawie biodrowym i kolanowym, obydwie powinny być ułożone na poduszkach,
- ułożenie na boku objętym niedowładem/porażeniem - kończyna górna niesprawna powinna być przywiedziona w barku i wysunięta do przodu, ciężar górnej połowy ciała musi spoczywać na płaszczyźnie łopatki, staw barkowy powinien być zwolniony z ucisku, a kończyna objęta niedowładem/porażeniem ma mieć możliwość ruchu, kończyna dolna niesprawna nieznacznie cofnięta do tyłu i lekko zgięta w stawie biodrowym i kolanowym, (ułożenie chorego na boku z niedowładem/porażeniem jest korzystne, ponieważ stymuluje korę mózgową),
- zastosowanie podpórki za stopę ułożoną pod kątem prostym (stopa nie może opadać),
- ułożenie ręki niesprawnej - z palcami rozłożonymi wachlarzowo i uniesionymi na niewielkim wałku (palce mają być rozprostowane, a nie zaciśnięte na wałku),
- regularna zmiana pozycji (z boku zdrowego co 2 godz., z boku niedowładnego/porażonego co pół godziny),
- nie należy stosować drabinek sznurowych do podciągania lub tym podobnych, gdyż wywołują odruchy chwytne, zwiększają napięcie mięśni prostowników, co prowadzi do nasilenia spastyczności,
- wykonywanie gimnastyki biernej oraz ćwiczeń czynnych zarówno w kończynach objętych niedowładem/porażeniem, jak i zdrowych, w pełnym zakresie ruchów dla poszczególnych stawów.

Bodźce nasilające spastyczność :

- dolegliwości bólowe (np. drażnienie skóry przy niezbyt delikatnym wykonywaniu toalety ciała, cewnikowanie pęcherza moczowego),
- pośpiech i stres,
- infekcje dróg moczowych,

- zaburzenia oddychania,
- zaparcia,
- zimno,
- pozycja na wznak z wyprostowanymi kończynami.

Czynniki zmniejszające spastyczność:

- utrzymywanie mięśni w stanie rozciągnięcia,
- codzienne ćwiczenia fizyczne,
- ruch, spacer, aktywny wypoczynek,
- normalizacja biologicznej aktywności dobowej (odpowiednia proporcja snu i wypoczynku - uwzględnić stałe godziny zasypiania, unikać bezczynności i zbyt długiego przebywania w łóżku)
- do snu korzystne jest układanie chorego na bokach, mając na uwadze profilaktykę zaburzeń oddychania, które nasilają spastyczność,
- odzież - niekrępująca, kołdra lekka i miękka,
- gdy marzną stopy - dokładnie je okryć (rozluźnienie mięśni),
- gdy występuje uczucie palenia stóp - ochłodzić je np. zakładając mokre skarpetki,
- jeżeli palce rąk mają tendencje do przykurczów można podczas snu włożyć rękę pacjenta pod poduszkę i wsunąć mu ją pod głowę,
- przy próbach odwracania lub siadania chory nie powinien „miotąć się” w łóżku i nie wykonywać gwałtownych ruchów, ponieważ to wyzwała dodatkowe skurcze mięśni,
- do kąpieli korzystna jest temperatura wody około 37°C.

7. Zapobieganie podwichnięciu w stawie barkowym na etapie wiotkości kończyny:

- u pacjentów uruchamianych zastosowanie odpowiednich temblaków tzn. składających się z dwóch pętli przechodzących ukośnie przez plecy, jedna podtrzymująca niedowładne/porażone przedramię, a druga - rękę, temblak powinien obciążać zdrowy bark i nie powodować ucisku na szyję,
- zachowanie ostrożności w zmianie ułożenia - nie pociągać kończyny niesprawnej za bark, ale obracając pacjenta obejmować okolicę łopatki i podłopatkową,
- uniemożliwić zsuniecie się kończyny i zwisanie z łóżka.

8. Pomoc w zmianie ułożenia i zapewnienie bezpieczeństwa:

- obrót na stronę sprawną - przechylić głowę chorego w kierunku strony zdrowej, zgiąć staw kolanowy kończyny niedowładnej/porażonej podtrzymując ją w ułożeniu do przodu, ująć plecy w okolicy łopatki i poniżej, dokonać obrotu na stronę zdrową,
- obrót na stronę niedowładną/porażoną - ustawić się po stronie niesprawnej, przechylić głowę chorego w swoim kierunku, polecić zgiąć sprawną kończynę w stawie kolanowym, skierować w stronę niedowładną/porażoną oraz przełożyć kończynę górną nad ciało w kierunku niedowładności/porażenia, obrócić w swoim kierunku podtrzymując plecy w okolicy łopatki i poniżej,
- dbanie aby nie doszło do mikro uszkodzeń skóry po stronie niesprawnej, gdzie jest zwiększona podatność na otarcia,
- zachęcanie chorego do współpracy przy zmianie pozycji.

9. Wdrażanie chorego do samoobsługi:

- motywowanie chorego do podejmowania aktywności mającej na celu radzenie sobie z codziennymi czynnościami,
- nie wyręczanie chorego w czynnościach, które może wykonać sam,
- instruowanie o technice podstawowych czynności,
- pomoc w wykonaniu toalety ciała, toalety jamy ustnej, myciu rąk przed posiłkami,
- przy zakładaniu odzieży zaczynać od strony niedowładności/porażenia,

- wkładając górną część garderoby w pierwszej kolejności nałożyć rękaw na kończynę niesprawną, potem włożyć ubranie przez głowę, a na końcu sprawną rękę,
- wkładając spodnie także zacząć od ubierania kończyny niesprawnej,
- ściąganie odzieży należy przeprowadzać w odwrotnej kolejności (od kończyny niesprawnej),
- praktyczniejsze są ubrania dwuczęściowe i zapinane na suwaki, rzepy i zatrzaski,
- wykorzystanie luźnych podkoszulków i spodni dresowych zamiast piżamy,
- zakładanie butów również zaczynamy od strony kończyny niesprawnej - najpierw „w powietrzu” zakładamy but na palce stopy, a potem na podłożu wsuwamy piętę pomagając sobie - naciskając ręką niedowładne/porażone kolano,
- zaopatrzenie chorego w sprzęt i przybory ułatwiające samoobsługę: stolik przyłóżkowy, sztucce o masywnych trzonkach, talerze z gumowymi podkładkami, a na dalszym etapie wyposażenie w: balkonik, trójnog do chodzenia oraz wózek inwalidzki.

10. Nawiązanie kontaktu z pacjentem:

- częste nawiązywanie kontaktu z chorym,
- nie ignorowanie wyrażanej w sposób niewerbalny chęci nawiązania kontaktu, ale okazywanie życzliwości i gotowości do pomocy ,
- okazywanie zainteresowania, cierpliwości, zrozumienia, serdeczności,
- prawidłowa postawa rodziny w stosunku do chorego z **afazją**,

- w afazji ruchowej (chory nie mówi, ale rozumie słowa):

- zachęcanie do mówienia poprzez częste nawiązywanie kontaktu z chorym,
- wspomaganie prób mówienia śpiewem,
- mówienie cicho ale pełnymi zdaniami,
- ułatwienie udzielania odpowiedzi np. przez stosowanie pytań rozstrzygnięcia (uczenie chorego wymawiania słów „tak”, „nie”),
- dążenie do zaakceptowania przez pacjenta istniejących trudności,
- powstrzymanie się od okazywania zniecierpliwienia, poprawiania, krytykowania, żartowania z nieprawidłowo dobieranych słów, dominowania nad chorym, zmuszania do odpowiedzi,
- cierpliwe czekanie na słowa, podpowiadanie jeżeli zauważymy, że przestał się już zastanawiać,
- wzbudzanie motywacji do ćwiczenia mowy, zauważanie i chwalenie nawet przy najmniejszych postępach w wypowiedaniu słów,
- umożliwienie kontaktu z osobami bliskimi/rodziną, którzy przez nawiązywanie kontaktu słownego korzystnie wpłyną na ćwiczenie mowy,

- w afazji czuciowej (chory nie rozumie mowy, ale może wypowiadać słowa):

- ustawienie się twarzą do chorego,
- uczenie potakiwania,
- akcentowanie głównych słów w zdaniu,
- używanie krótkich zdań, robienie przerw między słowami,
- mówienie powoli, wyraźnie, spokojnie,
- unikanie rozmowy gdy jest głośno - inne głosy w tle przeszkadzają - np. głośno nastawione radio),
- ilustrowanie potrzeb chorego, czynności lub przedmiotów (np. tabliczki z ulubionymi potrawami),
- przekazywanie komunikatów mimiką, gestem, tonem głosu,
- nie przedłużanie rozmowy,

- w dyzartrii (gdy niesprawny aparat mowy):

- pouczenie o konieczności wolnego mówienia,
- uczenie ćwiczeń aparatu artykulacyjnego mowy (ćwiczenia mimiczne, ruchy ssania, dmuchania, wysuwanie języka,
- uczenie prawidłowego oddychania,
- dostrzeganie wysiłku chorego wkładanego w ćwiczenia, chwalenie przy najmniejszych postępach.

11. Zapewnienie odpowiedniego stanu odżywienia:

- podczas posiłków stworzenie atmosfery życzliwości, spokoju, intymności,
- ułożenie pacjenta w pozycji siedzącej, z opartymi o blat stolika przedramionami i głową lekko przygiętą do klatki piersiowej,
- towarzyszenie choremu podczas posiłków,
- zapewnienie sztućców o szerokich uchwytach, talerzy z gumowymi podkładkami, „słomki” do picia,
- zachęcanie pacjenta do aktywizowania strony niesprawnej podczas gryzienia i żucia, aby zapobiec nasileniu spastyczności, sprawdzenie, czy w jamie ustnej nie pozostały resztki po posiłku,
- podawanie posiłków w mniejszych porcjach, ale częściej,
- zapewnienie estetyki, odpowiedniej temperatury i w miarę możliwości upodobań smakowych pacjenta oraz właściwego składu posiłków,
- wyręczanie chorego tylko wtedy, gdy ewidentnie nie radzi sobie.

12. Utrzymanie prawidłowego rytmu wypróżnień:

- podejmowanie działań ułatwiających wypróżnienie poprzez pobudzenie perystaltyki jelit - np. masaż brzucha kilka razy na dobę (ruchy głaskające w kierunku zgodnym z ruchem wskazówek zegara),
- zastosowanie diety bogato resztkowej - zwiększenie ilości błonnika pokarmowego do 20 - 30 g/dobę (owoce, warzywa, otręby, kasza gruboziarnista, pieczywo z ziarnami zbóż),
- podaż odpowiedniej ilości płynów (nie mniej niż 1,5 l/dobę),
- podawanie chłodnego mleka, maślanki, kefiru, jogurtu, moreli, kompotu z suszonych śliwek, soku z owoców lub warzyw, wody mineralnej, wody przegotowanej z miodem i sokiem z cytryny – pół godziny przed śniadaniem (na czczo),
- przy uporczywych zaparciach wspomaganie wypróżnienia środkami farmakologicznymi (np. czopki glicerynowe),
- w przypadku nietrzymania stolca zabezpieczenie chorego przed zanieczyszczeniem się (pieluchomajtki, wkładki chłonne itp.) oraz częsta ich wymiana.

13. Pomoc w samoobsłudze przy zaburzeniach wyższych czynności nerwowych (zespół zaniedbywania połowiczego):

- wykonywanie czynności pielęgnacyjnych od strony zaniedbywanej,
- aktywizowanie strony zaniedbywanej do udziału w czynnościach samoobsługowych,
- umieszczanie bodźców akustycznych, wzrokowych i słuchowych po stronie zaniedbywanej, aby pacjent tu kierował swoją uwagę,
- ustawienie szafki przyłóżkowej po stronie zaniedbywanej,
- zabezpieczenie kończyn strony zaniedbywanej przed zwisaniem z łóżka i urazami mechanicznymi.

Piśmiennictwo:

1. Adamczyk K. Pielęgniarstwo chorych po udarach mózgowych. Wyd. Czelej, Lublin 2013.
2. Jaracz K. Kozubski W.(Red) Pielęgniarstwo Neurologiczne. Wyd. Lekarskie PZWL. Warszawa 2008, 2012.
3. Sławek J.(Red) Spastyczność od patofizjologii do leczenia. Wyd. Via Medica. Gdańsk 2013.
4. Wilczewska L. Sławek J. Skrzypek-Czerko M. Problemy pielęgnacyjne w opiece nad chorym ze spastycznością. Problemy Pielęgniarstwa 2010, tom 18 zeszyt nr 3.
5. Wiszniewska M. Żdanowicz A. Udział Pielęgniarki w kompleksowym leczeniu chorych z udarem niedokrwiennym mózgu. Wyd. PWSZ Piła 2014.