

ANALIZA PROCESU LECZENIA I PIELEGNOWANIA CHOREGO PO URAZIE KLATKI PIERSIOWEJ, POWSTAŁYM W WYNIKU UPADKU Z WYSOKOŚCI PODCZAS KITESURFINGU – OPIS PRZYPADKU

Analysis of the process of treatment and care of a patient with a chest injury as a result of fall from height during kitesurfing – a case study



Sylwia Terech, Janina Książek, Renata Piotrkowska, Agnieszka Kruk

Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Gdański Uniwersytet Medyczny

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2009; 4: 135–138

Adres do korespondencji:

Sylwia Terech, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Uniwersytet Medyczny w Gdańsku, ul. Do Studzienki 38, tel. +48 58 349 12 47, e-mail: s.terech@amg.gda.pl

Streszczenie

Cel pracy: Celem pracy była analiza przypadku chorego po urazie klatki piersiowej, powstałym w wyniku upadku z wysokości.

Materiał i metody: W pracy posłużono się metodą analizy dokumentacji oraz studium indywidualnego przypadku. Dokonano analizy historii choroby oraz procesu pielęgnowania pacjenta. Całość pogłębiono o wywiad z chorym i obserwację uczestniczącą.

Wnioski:

1. Najistotniejsze problemy dla pacjenta po mnogich obrażeniach ciała stanowią nagłe ograniczenie samodzielności w zakresie samoopieki i samopielęgnacji oraz obawa o powrót do pełnej sprawności po zakończonym leczeniu.
2. Pogłębianie wiedzy wśród społeczeństwa w zakresie prawidłowego korzystania ze sprzętów sportowych, zwiększenie nacisku na naukę bezpiecznej jazdy samochodem czy innymi pojazdami oraz zachęcanie do ostrożności mogą przyczynić się do ograniczenia ryzyka wystąpienia urazów.

Słowa kluczowe: uraz klatki piersiowej, opieka pielęgniarska, problemy pielęgnacyjne.

Wstęp

Uprawianie sportu, choć jest bardzo przyjemne i zdrowe dla organizmu, wiąże się, niestety, z niebezpieczeństwem wystąpienia różnorodnych obrażeń, których charakter i ciężkość zależą od rodzaju uprawianej dyscypliny sportowej.

Kitesurfing jest dość młodą dyscypliną sportu, zbliżoną pod względem technicznym do windsurfingu z tą różnicą, że żeglarz ma przymocowany do tułowia latawiec. Mimo dużej prędkości, jaką można osiągnąć podczas pły-

Summary

Aim of the study: The purpose of the paper was to study the case of a patient who had suffered a chest injury as a result of a fall from height.

Material and methods: The study used the methods of document analysis and case study. The medical history and patient care process were analyzed. In addition, history taking and participant observation were utilized to deepen the whole.

Conclusions:

1. The key problems for a patient with multiple body injuries are the sudden limitation of self-reliance with respect to self-care and self-management as well as concern about restoring full function after the treatment is completed.
2. Broadening society's knowledge related to the use of sports equipment, increasing emphasis on learning how to safely drive a car or other vehicles and promoting cautiousness can contribute to reducing the risk of injuries.

Key words: chest injury, nursing care, nursing problems.

wania (nawet do 70 km/godz.), jest to sport uznawany za stosunkowo bezpieczny. Jeżeli mamy do czynienia z urazami podczas jego uprawiania, to najczęściej są to urazy kończyn dolnych (ok. 44%), górnych (ok. 18%), 17,8% stanowią urazy głowy i szyi, a 16% dotyczy tułowia [1].

Niestety, zdarzają się również urazy znacznie cięższe, dotyczące głowy i tułowia. Są one związane głównie z upadkiem z wysokości, zderzeniem z innym żeglarzem czy skuterem wodnym, co można traktować jak uraz w wyniku wypadku komunikacyjnego. Wskutek takiego

zderzenia może nastąpić bardzo niebezpieczny dla życia uraz klatki piersiowej.

Tępe urazy klatki piersiowej charakteryzują się wyższą śmiertelnością niż urazy przenikające, gdyż zazwyczaj są bardziej rozległe, a dodatkowo przy takich uszkodzeniach dochodzi do dodatkowych obrażeń innych okolic ciała [2, 3].

Zasada tzw. złotej godziny przy udzielaniu pomocy ofiarom urazów ma ogromny wpływ na dalsze postępy w leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji chorego [4, 5].

Objęcie opieką chorych z mnogimi urazami ciała stanowi duże wyzwanie dla personelu medycznego. W wyniku doznania ciężkich obrażeń u pacjentów często występują poważne zaburzenia funkcjonalno-strukturalne, bezpośrednio zagrażające ich życiu. Szczególnie gdy chory jest w ciężkim stanie, istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia powikłań, wpływających negatywnie na przebieg choroby oraz proces leczenia, a często doznane urazy stają się przyczyną inwalidztwa.

Opisany przypadek prezentuje coraz częściej spotykaną na oddziale torakochirurgicznym sytuację kliniczną – młody mężczyzna po mnogim urazie ciała, a w szczególności z obrażeniami doznanymi w obrębie klatki piersiowej, wymagający wykonania wideotorakoskopii.

Rola wideotorakoskopii zarówno w diagnostyce, jak i w leczeniu obrażeń ściany i narządów klatki piersiowej jest coraz większa. Stanowi ona obecnie jedyną alternatywę w wielu chorobach, w których w przeszłości konieczne było wykonanie torakotomii w celu przeprowadzenia niewielkich zabiegów. W wielu ośrodkach wideotorakoskopia jest metodą z wyboru w diagnostyce i leczeniu wysięków opłucnowych, odmy samoistnej, łagodnych guzów śródpiersia czy w zabiegach w obrębie nerwowego układu wegetatywnego [6].

Cel pracy

Celem pracy była analiza przypadku chorego po urazie klatki piersiowej, powstałym w wyniku upadku z wysokości, hospitalizowanego w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej ze względu na konieczność leczenia z powodu pourazowego gromadzenia się płynu w jamie opłucnej.

Materiał i metody

W pracy posłużono się metodą analizy dokumentacji oraz studium indywidualnego przypadku. Badania przeprowadzono w Klinice Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku. Dokonano analizy historii choroby oraz procesu pielęgnowania. Całość pogłębił wywiad z pacjentem i obserwację uczestniczącą.

Opis przypadku

Pacjent, lat 28, podczas uprawiania kitesurfingu doznał mnogich obrażeń ciała na skutek upadku z wysoko-

ści. Bezpośrednio po wypadku został przewieziony do szpitala w Wejherowie, gdzie po wykonaniu tomografii komputerowej stwierdzono złamanie żeber I, XI po stronie lewej z następczym odmokrwiakiem, złamanie obojczyka lewego i łopatki lewej, wieloodłamowe złamanie obu talerzy biodrowych ze złamaniem panewki stawu biodrowego prawego. Po założeniu drenażu lewej jamy opłucnej chorego przetransportowano do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Gdańsku, gdzie był hospitalizowany przez ok. 2 tyg. na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej. W trakcie pobytu w szpitalu 3-krotnie konsultowano go ortopedycznie – nie stwierdzono wskazań do leczenia operacyjnego złamań w obrębie miednicy.

W 7. dobie usunięto drenaż opłucnowy – płuco było rozprężone. Chory został wypisany do domu w stanie dobrym.

Po 2 tyg. pacjent ponownie zgłosił się do Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Gdańsku, ze względu na utrzymującą się wysoką temperaturę ciała (powyżej 38°C) i nasilającą się duszność. Po wykonaniu badania rentgenowskiego klatki piersiowej stwierdzono obecność płynu w lewej jamie opłucnej. Ze względu na konieczność podjęcia specjalistycznego leczenia, chorego przekazano pod opiekę Kliniki Chirurgii Klatki Piersiowej Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego w Gdańsku.

Chory został przyjęty do Kliniki w trybie planowym z rozpoznaniem stanem po urazie klatki piersiowej oraz płynem w lewej jamie opłucnowej. Z analizy historii choroby oraz procesu pielęgnowania wynika, że chory przy przyjęciu był w stanie ogólnym dobrym, w pełni świadomy, z kontaktem słowno-logicznym prawidłowym, łagodnym do nawiązania.

Od tygodnia uskarżał się na nasilającą się duszność oraz utrzymującą się wysoką temperaturę ciała. Podstawowe parametry życiowe były stabilne, ciśnienie tętnicze krwi wynosiło 130/80 mm Hg, tętno 100 uderzeń/minutę, miarowe. Oddech splotycony przez usta. W badaniu przedmiotowym odnotowano stłumiony odgłos opukowy oraz ściszony szmer pęcherzykowy lewego płuca, a także bolesność lewych żeber. Sprawność fizyczna była ograniczona, stwierdzono znaczne ograniczenie ruchomości w stawach biodrowych spowodowane dolegliwościami bólowymi oraz ruchomości czynnej w kończynie górnej lewej. Nie rozpoznano u chorego innych przewlekłych chorób.

Chory przed wypadkiem pracował i prowadził aktywny tryb życia. Podczas pobytu na oddziale u chorego utrzymywał się obniżony nastrój spowodowany koniecznością kolejnej hospitalizacji oraz ograniczeniem w zakresie samoopieki i samopielęgnacji. Duże wsparcie chory otrzymywał od rodziny, która czynnie uczestniczyła w procesie jego leczenia i pielęgnowania.

W dniu przyjęcia chorego do Kliniki wykonano badanie rentgenowskie klatki piersiowej w trybie pilnym, na podstawie wyniku badania założono drenaż do lewej

jamy opłucnej. W ciągu doby zdrenowano 900 ml treści surowiczo-krwistej. Wykonano kontrolne badanie rentgenowskie klatki piersiowej, w którym stwierdzono nagromadzenie się płynu w lewej jamie opłucnej. W związku z tym chorego zakwalifikowano do zabiegu torakoskopii lewostronnej.

Po uzyskaniu zgody na zabieg wykonano wideotorakoskopię lewostronną. Okres pooperacyjny przebiegał bez powikłań. Chorego w 6. dobie po zabiegu wypisano do domu.

W trakcie pobytu pacjenta na oddziale, w historii pielęgnowania rozpoznano problemy pielęgnacyjne wynikające z oceny biopsychospołecznej chorego, podjęto celowe działania mające na celu zmianę dotychczasowego stanu oraz oceniono uzyskane efekty.

W zakresie sfery biologicznej rozpoznano następujące problemy pielęgnacyjne:

- dyskomfort spowodowany bólem kończyny górnej lewej oraz kończyny dolnej prawej w następstwie złamań w tych częściach ciała,
- ryzyko wystąpienia odleżyn w związku z unieruchomieniem,
- możliwość wystąpienia powikłań ze strony układu oddechowego,
- możliwość wystąpienia powikłań z powodu drenażu jamy opłucnej,
- ryzyko wystąpienia powikłań ze strony założonego wkłucia obwodowego,
- ryzyko wystąpienia krwawienia z rany pooperacyjnej,
- niebezpieczeństwo wystąpienia zakażenia rany pooperacyjnej,
- możliwość wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej,
- możliwość wystąpienia powikłań zatorowo-zakrzepowych.

Po ocenie stanu psychicznego chorego rozpoznano następujące problemy pielęgnacyjne:

- trudności w przystosowaniu się do warunków szpitalnych,
- dyskomfort spowodowany niemożnością samodzielnie wykonania czynności higienicznych,
- dyskomfort spowodowany niemożnością samodzielnego zaspokajania potrzeb fizjologicznych,
- niepokój chorego związany z planowanym zabiegiem operacyjnym,
- obniżenie nastroju z powodu hospitalizacji,
- lęk przed wykonywaniem ćwiczeń rehabilitacyjnych,
- niepokój chorego przed usunięciem drenażu jamy opłucnej.

Oceniając sferę społeczną, rozpoznano problemy pielęgnacyjne wynikające głównie z rozłąki z rodziną, obawy co do konieczności zrezygnowania z hobby po wyjściu ze szpitala oraz lęku przed powrotem do pracy zawodowej.

Omówienie

Człowiek jest istotą, która ciągle poszukuje nowych rozwiązań, a wszystko po to, by żyło się przyjemniej i łatwiej. Postęp, jaki obecnie obserwuje się w każdej dziedzinie życia, przynosi nie tylko dobro, ale dając ludziom do ręki różnorodne cuda techniki, powoduje stały wzrost zagrożeń spowodowanych urazami, a edukacja społeczeństwa w zakresie profilaktyki urazów, niestety, jest mało praktykowana [4].

Pacjent trafiający bezpośrednio po urazie do szpitala wymaga intensywnego nadzoru, gdyż tylko takie postępowanie umożliwia szybkie rozpoznanie rozpoczynających się zaburzeń i ich efektywne leczenie. Istotną zasadą działania w takich przypadkach, na każdym etapie leczenia, jest szeroko rozumiane zaangażowanie pielęgniarki i lekarza na rzecz chorego. Aktywność personelu musi opierać się na wyprzedzaniu objawów i prowadzeniu profilaktyki powikłań.

W opisanym przypadku mamy do czynienia z chorym, u którego minęło kilka tygodni od urazu. W związku z wystąpieniem powikłań chory musiał być ponownie hospitalizowany, co nie było dla niego łatwą sytuacją. Nadal z ograniczoną sprawnością fizyczną, unieruchomiony ze względu na złamania w obrębie miednicy, częściowo zależny w zaspokajaniu podstawowych potrzeb odczuwał ogromny dyskomfort i stres. Rozłąka z rodziną i konieczność leczenia operacyjnego spowodowały, że chory podczas pobytu na oddziale był zamknięty w sobie, niechętnie zgłaszał swoje problemy, utrzymywał powierzchowny kontakt z personelem. Rodzina chorego była dla niego największym wsparciem i darzył ją ogromnym zaufaniem. Personel medyczny, opiekując się chorym, starał się stworzyć mu jak najlepsze warunki pobytu na oddziale, zapewniając poczucie bezpieczeństwa, warunki intymności oraz nieograniczony kontakt z rodziną i przyjaciółmi.

Znaczącymi problemami, jakie występowały w opisanym przypadku, były problemy wynikające z ograniczenia samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji oraz niepokój związany z obawą utrzymania się ograniczenia sprawności fizycznej w przyszłości. Podkreślenie przez chorego tych problemów jako najistotniejszych dla niego nie dziwi. Warto pamiętać, że urazy występują nagle i w większości dotyczą zdrowych, aktywnych ludzi. Nagłe znalezienie się w sytuacji, niekiedy pełnego uzależnienia od innych, zupełnie obcego środowiska oraz niemożności decydowania o sobie, może być bardzo trudne do zaakceptowania dla pacjenta.

Podsumowanie

Najistotniejszym problemem dla pacjenta po mnogich obrażeniach ciała jest nagłe ograniczenie samodzielności

w zakresie samoopieki i samopielęgnacji oraz obawa o powrót do pełnej sprawności po zakończonym leczeniu.

Pogłębianie wiedzy wśród społeczeństwa w zakresie prawidłowego korzystania ze sprzętów sportowych, zwiększenie nacisku na naukę bezpiecznej jazdy samochodem czy innymi pojazdami oraz zachęcanie do ostrożności mogą przyczynić się do ograniczenia ryzyka wystąpienia urazu.

Piśmiennictwo

1. Lipiński J. Najczęstsze urazy u osób uprawiających windsurfing. Rozpoznanie, leczenie, zapobieganie. *Medycyna Po Dyplomie* 2002; 11: 204-7.
2. Rokicki W, Rokicki M. Tępy uraz klatki piersiowej. Śląskie Wydawnictwo Naukowe, Katowice 2005; 9-21.
3. Brongel L, Budzyński P. Chirurgia urazowa. *Medycyna Praktyczna – Chirurgia* 2009; 1: 63-73.
4. Ciećkiewicz J. Trauma team – urazowy zespół zadaniowy. *Ogólnopolski Przegląd Medyczny* 2009; 5: 20-4.
5. Czaja E, Walewska E. Postępowanie leczniczo-pielęgnacyjne u chorych po urazie wielonarządowym. *Neurol Neurochir Pol* 2004; 38:
6. Leksowski K. Rola wideotorakoskopii we współczesnej chirurgii klatki piersiowej. *Postępy Nauk Med* 2006; 19: 9-17.