

# Wpływ nikotynizmu na choroby sercowo-naczyniowe

## The impact of nicotine addiction on cardiovascular diseases

Klaudia Mistygacz

Wyższa Szkoła Zarządzania w Częstochowie

### Streszczenie

**Wstęp:** Palenie tytoniu jest głównym, a równocześnie modyfikowalnym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. W 1958 roku Hammond po raz pierwszy powiązał palenie papierosów ze zgonami z powodu chorób serca. Oczywiście jest, że palenie tytoniu powoduje częste występowanie chorób układu krążenia. Światowa Organizacja Zdrowia uznała palenie papierosów za największą, pojedynczą, możliwą do wyeliminowania przyczyną zgonów w Europie.

**Cel:** Celem głównym mojej pracy było ukazanie szkodliwości palenia tytoniu, a przede wszystkim jego destrukcyjnego wpływu na układ krążenia człowieka.

**Materiał i metody:** Metodą badawczą w była metoda indywidualnego przypadku. W case study wykorzystano: obserwację pacjenta, analizę dokumentacji medycznej oraz pomiary (badanie fizykalne, Skala SCORE, skala Barthel, Skala Katza).

**Wyniki:** Po obliczeniu przez kalkulator SCORE ryzyko w skali Pol -SCORE to 6% w przypadku tego pacjenta. Wynik oznacza duże ryzyko chorób sercowo - naczyniowych. Ocena sprawności funkcjonalnej pacjenta według skali Barthel. Przyjęto trzy przedziały wyniku skali: 0–20 punktów – osoba niezdolna do samoopieki, stan ciężki, 25–85 punktów – osoba wymagająca częściowej pomocy, stan średnio ciężki, 90–100 punktów – osoba samodzielna, stan lekki. Pacjent R.M po angioplastyce wieńcowej otrzymał 40 punktów w skali Barthel co po interpretacji wyników oznacza, że wymaga częściowej pomocy – stan średnio ciężki. W ocenie podstawowych czynności życiowych wg. skali KATZA, pacjent otrzymał 3 pkt co świadczy o umiarkowanej niepełnosprawności. **Wnioski:** Ewaluacja działań pielęgniarskich pozwoliła ocenić proces pielęgnowania pacjenta z którego wynika, że opieka nad pacjentem po zawale mięśnia serca, palącego tytoniu powinna być długofalowa. Przy odpowiedniej opiece medycznej, dbanie o własne zdrowie (odstawienie nikotyny) i pozytywne nastawienie pacjenta, rokowania na przyszłość są optymistyczne.

**Słowa kluczowe:** palenie tytoniu, nałóg, choroby układu sercowo-naczyniowego

### Abstract

**Introduction:** Tobacco smoking is the main and at the same time modifiable risk factor for cardiovascular diseases. In 1958, Hammond first linked cigarette smoking to deaths due to heart disease. It is obvious that smoking causes frequent occurrence of circulatory system diseases. The World Health Organization has recognized cigarette smoking as the single largest, preventable cause of death in Europe.

**Aim:** The main aim of my work was to show the harmfulness of tobacco smoking, and above all its destructive impact on the human circulatory system.

**Material and methods:** The research method was the individual case method. The case study used: patient observation, analysis of medical records and measurements (physical examination, SCORE scale, Barthel scale, Katz scale).

**Results:** After calculation by the SCORE calculator, the risk on the Pol -SCORE scale is 6% for this patient. The result means a high risk of cardiovascular diseases. Assessment of the patient's functional capacity according to the Barthel scale. Three ranges of the scale score were adopted: 0–20 points – a person unable to take care of themselves, severe condition, 25–85 points – a person requiring partial assistance, moderately severe condition, 90–100 points – an independent person, mild condition. Patient R.M. received 40 points on the Barthel scale after coronary angioplasty, which after interpretation of the results means that he requires partial assistance – moderately severe condition. In the assessment of basic life functions according to the KATZ scale, the patient received 3 points, which indicates moderate disability.

**Conclusions:** The evaluation of nursing activities allowed us to assess the process of nursing the patient, which shows that care for a patient after a heart attack, a smoker, should be long-term. With appropriate medical care, taking care of one's own health (withdrawal from nicotine) and a positive attitude of the patient, the prognosis for the future is optimistic.

**Keywords:** smoking, addiction, cardiovascular diseases

## Wstęp

Palenie tytoniu zwiększa w istotny sposób zachorowalność na liczne choroby [1]. Jest przyczyną śmierci 10% osób dorosłych. Do 2023 proporcje te miały wzrosnąć do 10 milionów zgonów na rok. Jest to więcej niż w przypadku jakiegokolwiek innego czynnika. Przy utrzymaniu się tej tendencji około 5 milionów osób żyjących obecnie na świecie zginą przez tytoń. Połowa zgonów przypadnie na wiek średni w okresie produkcyjnym, zabierając im 20-25 lat życia. Śmierć z powodu chorób tytoniozależnych, zjawisko dotyczące niegdyś jedynie mężczyzn, zaczyna obecnie dotyczyć również kobiet [2]. W skład dymu tytoniowego wchodzi wiele substancji o kancerogennym działaniu np. substancje smoliste, które gromadząc się przez lata mogą powodować nowotwory płuc, przełyku, krtani, gardła. W skład dymu wchodzi również tlenek węgla, fenole, cyjanowodór, które działają na układ oddechowy upośledzając jego funkcję. Palenie tytoniu także negatywnie wpływa na układ krążenia, powodując powstawanie chorób serca, zawałów serca, nadciśnienia tętniczego, udarów, tętniaków. Również układ pokarmowy odczuwa negatywny wpływ dymu tytoniowego. U palaczy częściej występują wrzody żołądka, dwunastnicy z powodu nadprodukcji soku żołądkowego [3]. Wśród palaczy częściej występują przypadki choroby Leśniowskiego-Crona, nowotwory złośliwe trzustki, zatok przynosowych, szyjki macicy, gruczolaki nerki, przypadki białaczki [4]. Palenie papierosów jest bardzo niebezpieczne dla kobiet w ciąży, gdyż negatywne skutki palenia tytoniu ponosi dziecko. Dzieci palących matek rodzą się przedwcześnie z niską wagą urodzeniową, często z zapaleniem ucha środkowego i zakażeniem dróg oddechowych oraz astmą. Skutki palenia tytoniu widać również na zewnątrz, występuje brunatny nalot na zębach, skóra palaczy jest sucha, ziemista [3].

## Choroby układu krążenia związane z nikotynizmem

Od dawna wiadomo, że palenie tytoniu zwiększa zachorowalność oraz śmiertelność na choroby sercowo-naczyniowe. Na te choroby ma wpływ ilość wypalanych papierosów dziennie jak i okres palenia. Również bierne palenie zwiększa ryzyko chorób sercowo-naczyniowych [1]. Dym tytoniowy jest aerozolem, który składa się z cząstek fazy stałej i ciekłej, w skład którego wchodzi cztery tysiące związków w większości toksycznych, kancerogennych, mutagennych, teratogennych. Istotnym czynnikiem dymu tytoniowego jest wielkość zawartych w nim cząsteczek. Najbardziej patogenetyczne cząsteczki są mniejsze niż dziesięć mikronów, które określa się jako PM-10. Cząsteczki te docierają do najgłębszych struktur układu oddechowego skąd poprzez krążenie rozprowadzane są po całym organizmie działając toksycznie na wszystkie procesy życiowe tkanek i narządów. Na układ krążenia zasadniczy wpływ mają składniki dymu tytoniowego, które dostają się tu bezpośrednio z płuc takie jak: nikotyna, tlenek węgla, cyjanki, wolne rodniki tlenowe, jak również mediatory zapalenia powstające pod wpływem drażniącego dymu tytoniowego [5].

Palenie tytoniu jest głównym, a równocześnie modyfikowalnym czynnikiem ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. W 1958 roku Hammond po raz pierwszy powiązał palenie papierosów ze zgonami z powodu chorób serca. Oczywiście jest, że palenie tytoniu powoduje częste występowanie chorób układu krążenia. Światowa Organizacja Zdrowia uznała palenie papierosów za największą, pojedynczą, możliwą do wyeliminowania przyczyną zgonów w Europie [5].

Choroby układu krążenia powstają w wyniku tzw. oddziaływania czynników ryzyka. Przy występowaniu kilku czynników ryzyka wzrasta znacznie możliwość zachorowania. Do chorób układu krążenia należą:

- nadciśnienie tętnicze,
  - choroba wieńcowa,
  - zawał mięśnia serca,
  - niewydolność serca,
  - arytmie,
  - udar mózgu,
  - choroby naczyń obwodowych.
- Przyczyny chorób układu krążenia:
- palenie tytoniu,
  - mała aktywność fizyczna,
  - otyłość brzuszna,
  - cukrzyca typu II,
  - podwyższony poziom cholesterolu,
  - nadużywanie alkoholu,
  - nadwaga,
  - zaawansowany wiek,
  - stres, depresja,
  - genetyczne obciążenie chorobami serca [6].

## Nadciśnienie tętnicze

Według Światowej Organizacji zdrowia nadciśnienie tętnicze jest jedną z najczęstszych przyczyn zgonów na świecie. Według przeprowadzonych badań przez NATPOL na tą jednostkę chorobową w Polsce choruje ok. 29 % mężczyzn i tyle samo procent kobiet co daje nam ok 9 milionów ludzi chorych w naszym kraju [7]. Nadciśnienie tętnicze to choroba objawiająca się podwyższonym ciśnieniem krwi o wartości 140/90 mmHg. Nadciśnienie tętnicze dzielimy na:

- Pierwotne – to takie które występuje samoistnie wskazuje na udział stylu życia, środowiska, diety oraz genów.
- Wtórne – zwane inaczej objawowym polega na podwyższonym ciśnieniu tętniczym z przyczyn innej choroby np. choroby tarczycy.

## Choroba wieńcowa

Choroba wieńcowa charakteryzuje się niedokrwieniem serca spowodowana znacznym zwężeniem a nawet zamknięciem naczyń wieńcowych. Dławica piersiowa i zawał serca to najbardziej powszechne obrazy kliniczne choroby. Podłożem choroby wieńcowej jest miażdżycza naczyń krwionośnych [8]. Z ponad 250 poznanych dziś czynników, trzy uznano za najważniejsze przyczynowe choroby. Należą do nich zaburzenia lipidowe i podwyż-

szony poziom cholesterolu, niekontrolowane nadciśnienie tętnicze i palenie tytoniu. Te czynniki są uwzględniane we wszystkich programach prewencyjnych na świecie [9].

#### Zawał mięśnia serca

Mechanizmem który bezpośrednio prowadzi do zawału jest pęknięcie lub krwotok do blaszki miażdżycowej lub narastanie zakrzepu na jej powierzchni. Jeśli średnica naczynia zostanie zwężona powyżej 2/3 do 3/4 następuje dokonanie zawału mięśnia serca. Jeśli nie nastąpi udrożnienie naczynia dochodzi do martwicy tego fragmentu mięśnia serca [10]. Niektóre z czynników ryzyka wystąpienia zawału mięśnia serca można poddać częściowej lub całkowitej modyfikacji. Zaprzestanie palenia tytoniu jest najbardziej skutecznym postępowaniem leczniczym w zmniejszeniu ryzyka zawału serca [11]. Badania kliniczne przeprowadzone w 25 krajach w tym i w Polsce dowiodły, że u palących zawał serca występował o 11,5 lat wcześniej niż w grupie niepalących [26].

#### Arytmie

Arytmia to nieregularne bicie serca, które dzieli się na tachykardię czyli przyspieszone bicie serca (więcej jak 100 uderzeń na minutę), oraz bradykardię czyli niski rytm bicia serca.

Tachykardię dzielimy na zatokową – spowodowaną przez węzeł zatokowy, gdzie akcja serca zwiększa się w wyniku związków organicznych np. w trakcie wysiłku fizycznego, nadkomorową – rytm serca powstaje z przedsionków lub węzłów przedsionkowo – komorowego, komorową – gdzie impuls powstaje z komory serca [13].

Bradykardię dzielimy na: fizjologiczną i patologiczną. Fizjologiczna najczęściej występuje w grupie sportowców natomiast patologiczna są to zaburzenia powstałe w wytwarzaniu bodźców w układzie bodźcotwórczym może również pochodzić od złego działaniem leków.

Zazwyczaj choroby układu sercowo – naczyniowego odpowiadają za zaburzenia rytmu serca i należą do nich miażdżyca, cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, choroby tarczycy. Czynniki ryzyka arytmii są:

- długotrwały stres,
- nadużywanie kofeiny,
- palenie papierosów,
- przyjmowanie niektórych leków.

Porównując osoby palące i niepalące zauważono, że ilość wypalanych papierosów ma znaczący wpływ na ryzyko wystąpienia migotania przedsionków. Badania wykazały, że każde 10 papierosów wypalanych więcej dziennie zwiększa o 14 % ryzyko wystąpienia migotania przedsionków [14].

#### Udar mózgu

Choroby naczyniowe mózgu, a zwłaszcza udar mózgu stanowi jedną z najpoważniejszych problemów współczesnej medycyny. Najczęstszym przejawem choroby mózgowo – naczyniowej jest udar mózgu. Udar mózgu

jest zespołem klinicznym, który charakteryzuje się nagłą utratą ogniskowej lub rzadziej ogólnej funkcji mózgu z powodu zaburzeń w ukrwieniu mózgu. Zaburzeniu w ukrwieniu mózgu polegają na niedokrwieniu – zawał mózgu lub krwotoku – wylew śródczaszkowy. Taka definicja udaru mózgu obejmuje:

- udar niedokrwienno mózgu,
- krwotok śródmózgowy,
- krwotok podpajęczynówkowy,
- krwotok śródkomorowy,

Udar niedokrwienno stanowi 80% wszystkich udarów mózgu, 10% to krwotoki śródmózgowe, 5% stanowią krwotoki podpajęczynówkowe pozostałe 5% to zespoły udarowe trudno do sklasyfikowania [15]. Objawy udaru mózgu:

- niedowład,
- porażenia połowicze,
- deficyt połowiczny czucia,
- afazja (przy niedowładach prawostronnych),
- apraksja (przy niedowładach lewostronnych).

Do czynników ryzyka zalicza się styl życia oraz obciążenia chorobowe, są to między innymi:

- przewlekły nikotynizm,
- alkoholizm,
- uzależnienia lekowe,
- wiek (zwiększa się dwukrotnie co 20 lat),
- płeć,
- czynniki rodzinne i genetyczne,
- nadciśnienie tętnicze,
- choroby serca,
- cukrzyca [16].

Badanie Chorób Serca w Framingham było jednym z pierwszych, które oceniło związek palenia tytoniu z postacią udaru mózgu, liczbą wypalanych papierosów i wpływem zaprzestania palenia. Ryzyko udaru u nałogowych palaczy palących 40 papierosów dziennie było większe od palaczy palących 10 sztuk papierosów [15].

#### Choroby naczyń obwodowych

Przewlekłe niedokrwienie kończyn dolnych powstaje najczęściej na tle miażdżycy zarostowej tętnic, najczęściej wynikają z nieprawidłowego stylu życia m. in. palenia tytoniu, nadmiernego spożywania alkoholu, nieprawidłowego odżywiania, ograniczonej aktywności fizycznej, otyłości [17].

Zwężenia naczyń ogranicza napływ krwi do mięśni, co podczas marszu wywołuje chromanie przystankowe. Objaw ten świadczy o wyczerpaniu się kompensacyjnych możliwości krążenia obocznego. Stopień ryzyka utraty kończyny w tej fazie schorzenia nie jest wielki, ale u tych chorych stwierdza się także współistnienie zmian w tętnicach wieńcowych i mózgowych, które prowadzą do zawału serca lub udaru mózgu. Rozwój zmian o charakterze miażdżycy zarostowej w tętnicach kończyn dolnych powoduje pojawienie się bólów spoczynkowych, a następnie zmian martwiczych stwierdzanych najczęściej w obrębie stopy, które są objawem krytycznego niedokrwienia. Są to niekorzystne wskaźniki prognostyczne [18].

Zakrzepowo – zarostowe zapalenia naczyń – choroba Buergera.

Przyczyna zakrzepowo-zarostowego zapalenia naczyń jest znana, ale zwraca uwagę związek choroby z nałogiem palenia tytoniu. Choroba ta występuje częściej w populacjach o dużym rozpowszechnieniu tego nałogu. Uważa się, że nie rozwija się ona u osób niepalących, dlatego stwierdzenie palenia tytoniu w wywiadzie jest niezbędnym warunkiem do powstania rozpoznania. Sporadycznie opisywano zakrzepowo-zatorowe zapalenie naczyń u osób żujących tytoń lub zażywających tabletki.

Choroba Buergera powoduje znaczną umieralność wśród osób po 30 i 40 roku życia. Szczególnie wysokie ryzyko amputacji kończyn dotyczy tych chorych, którzy nadal palą, a jedynym skutecznym leczeniem jest zaprzestanie palenia[26].

#### Cel

Celem głównym mojej pracy było ukazanie szkodliwości palenia tytoniu, a przede wszystkim jego destrukcyjnego wpływu na układ krążenia człowieka.

#### Metoda badawcza

Metodą badawczą w była metoda indywidualnego przypadku. W case study wykorzystano: obserwację pacjenta, analizę dokumentacji medycznej oraz pomiary (badanie fizykalne, Skala SCORE, skala Barthel, Skala Katza).

#### Analiza przypadku

Mężczyzna lat 52 przyjęty z ostrym zespołem wieńcowym – zawał mięśnia serca, prawej i dolnej komory STEMI. Pacjent porusza się samodzielnie, przyjechał na SOR z rodziną. Pacjent w pełnym kontakcie słowno-logicznym, komunikatywny, opanowany. Pacjent zgłasza ból w klatce piersiowej od 2 dni. Chory podejrzewał u siebie przeziębienie, od 3 dni okresowo gorączka. Ból w klatce ustępował po zażyciu Polopiryny. Jednak gdy lek przestawał działać bóle w klatce piersiowej powracały, dlatego pacjent zgłosił się na SOR. Dolegliwości bólowe wystąpiły po wysiłku fizycznym i utrzymywały się z krótkimi przerwami do przyjazdu na SOR. Pacjent dodatkowo zgłasza niewielką wysiłkową duszność. Powłoki skórne lekko zsiniały. Pacjent zadbany higienicznie.

Mężczyzna mieszka wraz z żoną w małej miejscowości w domu jednorodzinnym, nie zgłasza przewlekłych chorób, nie przyjmował leków na stałe. Pacjent czynny zawodowo. W wywiadzie stwierdzono obecność następujących czynników ryzyka choroby: nikotynizm (palenie 20 sztuk papierosów na dobę), nadwaga – BMI 29,74. Wywiad rodzinny dodatni – ojciec, choroba wieńcowa. Mała aktywność fizyczna, praca w pozycji siedzącej.

Wykonano w trybie pilnym selektywną koronarografię która wykazała amputację w proksymalnym odcinku prawej tętnicy wieńcowej, którą jednocześnie udroźniono przez ewakuację skrzepliny cewnikiem Export, implantację stentu oraz dowieńcowy dożylny wlew blokera lib

i IIIa. Ponadto stwierdzone istotne zwężenia w tętnicach diagonalnej i okalającej, które zakwalifikowano do II etapu elektywnej angioplastyki. Przebieg pozabiegowy niepowikłany. Kontrolne badanie UKG wykazało poprawę kurczliwości prawej komory. W stanie ogólnym dobrym chorego wypisano do domu z zaleceniem kontynuowania farmakoterapii i okresowej kontroli w Poradni Kardiologicznej.

Koronarografia dn. 15.06.2020r. (Gy 1.644) LM bez zmian LAD przy D1 zwężenie ok 30 – 40b % obwód bez zmian. D1 w części początkowej zwężenie ok. 80% obwód dobrze rozwinięty. CX – w połowie zwężenie ok 80% i następnie ok 70 – 80 %. Obwód bez zmian. RCA amputowana w części początkowej. PCI-RCA udroźniono miejsce okluzji peowadnikiem. Predylatacja balonem 1,5x20/14 atm./2x30sek. Następnie balonem 3,0x20/ 14 atm./30 sek. Częściowa ewakuacja skrzepliny cewnikiem Export. Implantowano stent Pro Kinetic 4,5x40mm/14 atm. 30 sek. Część środkową I początkowo doprężono balonem 4,5x40/20 atj/2x20 sek. Ponadto dowieńcowo Integrellin z wlewem iv. TIMI 2/3.

Do oceny ogólnego ryzyka zgonu sercowo-naczyniowego oraz prawidłowo prowadzonej profilaktyki i leczenia chorób układu krążenia może pomóc nam skala SCORE (Systematic Coronary Risk Evaluation). Po obliczeniu przez kalkulator SCORE ryzyko w skali Pol -SCORE to 6% w przypadku tego pacjenta. Wynik oznacza duże ryzyko chorób sercowo – naczyniowych.

Ocena sprawności funkcjonalnej pacjenta według skali Barthel. Przyjęto trzy przedziały wyniku skali: 0–20 punktów – osoba niezdolna do samoopieki, stan ciężki, 25–85 punktów – osoba wymagająca częściowej pomocy, stan średnio ciężki, 90–100 punktów – osoba samodzielna, stan lekki.

Pacjent R.M po angioplastyce wieńcowej otrzymał 40 punktów w skali Barthel co po interpretacji wyników oznacza, że wymaga częściowej pomocy – stan średnio ciężki.

W ocenie podstawowych czynności życiowych wg. skali KATZA, pacjent otrzymał 3 pkt co świadczy o umiarkowanej niepełnosprawności.

#### Proces pielęgnowania

Diagnoza pielęgniarska 1: Silny ból w okolicy mostka.

Cel opieki pielęgniarskiej: Zminimalizowanie dolegliwości bólowych.

Zastosowane czynności pielęgniarskie:

- podłączenie pacjenta do kardiomonitora,
- zamonitorowanie akcji serca,
- wykonanie zapisu EKG,
- monitorowanie parametrów życiowych (poziom ciśnienia tętniczego krwi, tętna, saturacji)
- ułożenie chorego w wygodnej pozycji,
- ocena bólu według skali NRS,

- podaż leków p/bólowych według zlecenia lekarskiego,
- założenie wkłucia obwodowego,
- obserwacja układu nerwowego, krążenia, układu oddechowego,
- ocena deficytu tlenowego,
- redukcja napięcia emocjonalnego oraz obserwacja stanu psychicznego pacjenta .

Ocena działań pielęgniarskich: Po zastosowaniu działań uzyskano minimalizację dolegliwości bólowych.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Dzięki zastosowanym interwencjom pielęgniarskim dolegliwości bólowe zmniejszyły się.

Diagnoza pielęgniarska 2: Trudności w oddychaniu z powodu bólu w klatce piersiowej, duszność wysiłkowa. Cel opieki pielęgniarskiej: Ułatwienie oddychania, poprawa wentylacji.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- ułożenie chorego w pozycji wysokiej, Fowlera lub Semi-Fowlera,
- częsta zmiana pozycji nie rzadziej niż co 2 godziny – jeżeli jest to możliwe (zapobieganie wystąpienia odleżyny),
- kontrola parametrów życiowych (tętna, ciśnienia tętniczego krwi, saturacji, kontrola i ocena liczby oddechów),
- ograniczenie wysiłku chorego,
- tlenoterapia według zlecenia,
- zapewnienie ciszy i spokoju,
- ocena wydolności fizycznej i reakcja na wysiłek,
- zapewnienie odpowiednich warunków snu (cisza, zaciemnienie pomieszczenia),
- stosowanie farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarza.

Ocena działań pielęgniarskich: Zastosowane działania ułatwiły oddychanie, duszność zmniejszyła się.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Przez zastosowane interwencje pielęgniarskie duszność zmniejszyła się.

Diagnoza pielęgniarska 3: Wystąpienie sinicy obwodowej, będącej następstwem procesu chorobowego.

Cel opieki pielęgniarskiej: Ustąpienie lub zmniejszenie sinicy obwodowej, polepszenie krążenia obwodowego.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- ułożenie pacjenta w pozycji wysokiej lub półwysokiej,
- obserwacja, pomiar i dokumentowanie tętna, ciśnienia tętniczego krwi, saturacji, ilości oddechów,
- tlenoterapia według zlecenia lekarskiego,
- obserwacja zabarwienia skóry,
- okrycie pacjenta kocem, założenie skarpetek nieuciskających kończyny,
- wykonanie badania gazometrii na zlecenie lekarskie.

Ocena działań pielęgniarskich: Kończyny lepiej ukrwione, sinica zmniejszyła się.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Przez zastosowanie interwencji pielęgniarskich sinica obwodowa zmniejszyła się, wymaga dalszej obserwacji.

Diagnoza pielęgniarska 4: Ryzyko infekcji dostępu żylnego.

Cel opieki pielęgniarskiej: W miejscu założenia wkłucia obwodowego nie wystąpiła infekcja.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- umocowanie wkłucia obwodowego za pomocą opatrunku do mocowania kaniul obwodowych,
- kontrolowanie miejsca wkłucia raz dziennie i zawsze przed i w trakcie podawania leków pod kątem infekcji miejscowej, obrzęku, zmiany zabarwienia skóry, dolegliwości bólowych w miejscu wkłucia,
- zachowanie jałowości przy użytkowaniu kaniuli (jałowe korki przyrządy do przetoczeń),
- codzienna oraz według potrzeb zmiana opatrunku wokół kaniuli,
- utrzymanie drożności dostępu dożylnego poprzez podawanie w bolusie NaCl 0,9%,
- udokumentowanie założenia wkłucia oraz codzienny wpis obserwacji wkłucia.

Ocena działań pielęgniarskich: Wkłucie drożne bez cech infekcji.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Przez zastosowanie interwencji pielęgniarskich wkłucie obwodowe drożne bez cech infekcji.

Diagnoza pielęgniarska 5: Brak dostatecznej wiedzy na temat ryzyka nawrotu choroby.

Cel opieki pielęgniarskiej: Edukacja pacjenta na temat choroby serca.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- poinformowanie pacjenta o celowości zaplanowanego zabiegu,
- poinformowanie pacjenta o możliwości wystąpienia skutków ubocznych związanych z zastosowaniem środka kontrastowego (konieczne jest zebranie wywiadu na temat występowania w przeszłości reakcji alergicznych na środki kontrastowe),
- poinformowanie pacjenta o możliwości wystąpienia wczesnych i późnych powikłań angioplastyki,
- poinformowanie pacjenta o konieczności okresowego unieruchomienia,
- przygotowania miejsca wkłucia do zabiegu,
- poinformowanie pacjenta na temat rekonwalescencji po zabiegu angioplastyki wieńcowej.

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent posiada wiedzę na temat angioplastyki wieńcowej.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Przez zastosowanie interwencji pielęgniarskich pacjent posiada dostateczną wiedzę na temat angioplastyki wieńcowej.

Diagnoza pielęgniarska 6: Lęk o własne życie.

Cel opieki pielęgniarskiej: Poprawa stanu psychicznego, zapewnienie bezpieczeństwa oraz potrzeb psychicznych.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- nawiązanie kontaktu z pacjentem, wyjaśnienie celu, rodzaju oraz sposobu wykonywanych zabiegów,
- poinformowanie pacjenta o możliwości, wystąpienia objawów niepożądanych,

- umożliwienie nawiązania kontaktu z lekarzem i rodziną,
- okazanie empatii pacjentowi,
- przeprowadzenie wspierającej rozmowy z pacjentem,

Ocena działań pielęgniarskich: Lęk i obawa o swoje życie nie występuje.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Przez zastosowanie interwencji pielęgniarskich pacjent nie boi się o swoje życie.

Diagnoza pielęgniarska 7: Wahania ciśnienia tętniczego krwi.

Cel opieki pielęgniarskiej: Normalizacja ciśnienia tętniczego krwi.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- monitorowanie wartości ciśnienia tętniczego krwi, tętna,
- dokumentowanie pomiarów parametrów życiowych w dokumentacji pacjenta,
- kontrola masy ciała,
- kontakt z lekarzem,
- farmakoterapia zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- obserwacja pacjenta pod kątem wahań ciśnienia tętniczego krwi,

Ocena działań pielęgniarskich: Prawidłowe wartości ciśnienia krwi utrzymane.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Przez zastosowanie interwencji pielęgniarskich wartości ciśnienia pacjenta unormowały się.

Diagnoza pielęgniarska 8: Ograniczenie samodzielności pacjenta w wykonywaniu podstawowych czynności higienicznych z powodu unieruchomienia.

Cel opieki pielęgniarskiej: Ocena samoopieki i samopielęgnacji pacjenta według skali Barthel i ADL. Pomoc w utrzymaniu higieny i zaspakajaniu bieżących potrzeb. Zwiększenie możliwości samoopieki.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- pomoc w wykonywaniu toalety ciała,
- pomoc w zmianie pozycji ciała,
- zmiana bielizny osobistej, pościelowej wg potrzeb,
- współpraca z rodziną,
- wykorzystywanie technik przemieszczania,
- zaspakajanie potrzeb bio-psycho społecznych i duchowych pacjenta,
- zwiększanie tolerancji wysiłku fizycznego,
- akceptacja aktualnego stanu przez pacjenta,
- zachęcanie pacjenta do samodzielności,
- wykonywanie ćwiczeń oddechowych biernych i czynnych (gimnastyki oddechowej),

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent wymaga pomocy w obowiązkach dnia codziennego.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Dzięki zastosowanym interwencjom pielęgniarskim nastąpiło zwiększenie możliwości samoopieki pacjenta.

Diagnoza pielęgniarska 9: Uzależnienie od palenia papierosów.

Cel opieki pielęgniarskiej: Modyfikacja stylu życia poprzez rzucenie załogu.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- ocena uzależnienia według skali Fagerstroma,
- profilaktyka chorób odtytoniowych,
- poinformowanie pacjenta o szkodliwości palenia tytoniu (podano pacjentowi broszury informacyjne na ten temat),
- przekazane pacjentowi informacji na temat możliwości wspierania leczenia uzależnienia od nikotyny lekami farmakologicznymi oraz poprzez psychoterapię (metody behawioralne),
- należy ustalić stopień uzależnienia pacjenta od nikotyny,
- należy ustalić gotowość pacjenta do zaprzestania palenia papierosów,
- ustalić z pacjentem plan działania,
- należy zachęcić pacjenta do zmiany postępowaniu wzbudzić motywację.

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent nadal pali dwa-ście papierosów dziennie, problem wymaga dalszej obserwacji.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Dzięki zastosowanym interwencjom pielęgniarskim zrozumiał konieczność zaprzestania palenia.

Diagnoza pielęgniarska 10: Nadwaga, BMI 29,74

Cel opieki pielęgniarskiej: Uzyskanie prawidłowej masy ciała.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- przekazanie informacji na temat szkodliwości nadwagi i otyłości,
- edukacja i promocja zdrowia na temat zdrowego odżywiania,
- zachęcanie do zwiększenia aktywności fizycznej,
- zwiększenie wydolności organizmu,
- współpraca z fizjoterapeutą,
- monitorowanie masy ciała,
- współdziałanie z dietetykiem.

Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent wykazuje chęć zmniejszenia nadwagi.

Ewaluacja działań pielęgniarskich: Dzięki zastosowanym interwencjom pielęgniarskim pacjent wykazuje chęć do zdrowego odżywiania i zrzucenia wagi.

Diagnoza pielęgniarska 11: Lęk pacjenta spowodowanego wpływem choroby na pracę zawodową.

Cel opieki: Poprawa stanu psychicznego pacjenta, pacjent ma możliwość powrotu do wykonywania obowiązków zawodowych.

Zastosowane interwencje pielęgniarskie:

- przeprowadzenie rozmowy wspierającej z pacjentem (wy tłumaczenie choremu, że przebyty zawał mięśnia serca nie oznacza trwałego inwalidztwa),
- zachęcanie do odbycia programu KOS-zawał,
- zachęcanie do współpracy z fizjoterapeutami,
- kontakt z psychologiem (walka ze stresem, stanami lękowymi, depresyjnymi),
- współpraca z rodziną,

- poprawa komfortu dnia codziennego pacjenta,
  - powrót do obowiązków służbowych za 3 miesiące.
- Ocena działań pielęgniarskich: Pacjent socjalnie zaspokojony, nie obawia się o powrót do pracy.
- Ewaluacja działań pielęgniarskich: Dzięki zastosowanym interwencjom pielęgniarskim pacjent nie boi się o stan swojego zdrowia fizyczny i psychiczny oraz o swoje warunki socjalne.

#### Podsumowanie i wnioski

Celem głównym pracy było ukazanie szkodliwości palenia tytoniu, jego wpływu na układ sercowo-naczyniowy i problemów pielęgnacyjnych, zdrowotnych pacjenta. Osoby chore i ich rodziny borykają się z wieloma problemami bio-psychospołecznymi i duchowymi. Zaprzeszanie palenia tytoniu jest najbardziej skutecznym postępowaniem leczniczym w zmniejszeniu ryzyka chorób układu krążenia. Dzięki stosowaniu leczenia uzależnienia od nikotyny, można skutecznie zapobiegać wielu wywołanym przez palenie tytoniu chorobom, a w przypadku ich wystąpienia zmniejszyć ich następstwa, znacznie ograniczając obciążenia finansowe leczenia. Z tego powodu, przy obecnym stanie wiedzy na temat następstw palenia tytoniu, nie udzielenie przez personel medyczny porady pacjentowi, powinno być błędem w sztuce.

Ewaluacja działań pielęgniarskich pozwoliła ocenić proces pielęgnowania pacjenta z którego wynika, że opieka nad pacjentem po zawale mięśnia serca, palącego tytoniu powinna być długofalowa. Przy odpowiedniej opiece medycznej, dbanie o własne zdrowie (odstawienie nikotyny) i pozytywne nastawienie pacjenta, rokowania na przyszłość są optymistyczne.

#### Bibliografia

1. Modrzejewski W., Musiał W.: Stare i nowe czynniki ryzyka sercowo-naczyniowego-jak zahamować epidemię miażdżycy? Część I. Klasyczne czynniki ryzyka. Forum Zaburzeń Metabolicznych 2010, 1, 2; 106-114.
2. Zatoński W., Przewoźnik K.: Przeciwno Epidemi. Kraków: Wydawnictwo; Medycyna Praktyczna; 2002; 3-33.
3. <https://www.poradnikzdrowie.pl/psychologia/zdrowie-psychochiczne/dzialanie-nikotyny-jak-nikotyna-wplywa-na-zdrowie> 2024-03-08.
4. Kulik B., Latarski M.: Zdrowie publiczne. Lublin; Wydawnictwo Czelej; 2002; 83-86.
5. Binkowska-Bury M., Sałacińska I., Więch P., Januszewicz P.: Palenie tytoniu wśród studentów I roku Rzeszowskich Uczelni. Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu; 2015, 2, 1, 101-106.
6. <https://diag.pl/pacjent/artukul/choroby-ukladu-krazenia-co-warto-wiedziec/>
7. Martynow A. Wpływ wybranych zmiennych na poziom przestrzegania zaleceń terapeutycznych wśród chorych z nadciśnieniem tętniczym leczonych w POZ-ie. Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu; 2021-09-29.
8. <https://www.ikard.pl/strefa-pacjenta/warto-wiedziec/choroba-wiencowa.html>. 2024-04-07
9. Budaj A., Beręsewicz A., Undas A., Pasierski T., Bednarz B., Poloński L., Sadowski J., Wierzbicki K.: Choroba niedokrwienna serca. (w:) red.. Szczeklik A.: Choroby wewnętrzne Medycyna Praktyczna, Kraków 2005, 137-179.
10. Hryniewiecki T., Pruszczyk P., Stany Nagłe. Kardiologia, wyd. Medical Tribune; 2020.
11. Gaciong Z., Pasierski T., Torbicki A.: Angiologia. Wydawnictwo Lekarskie Warszawa; 2004; 155-160.
12. Moszczyński P.: Szkody zdrowotne wywołane paleniem papierosów. Przegląd Lekarski; 2005; 62(4) 253-256.
13. <https://dimedica.eu/pl/wiedza/arytmia-serca-> 2024-04-15.
14. Tobacco smoking and The risk of atrial fibrillation: a systematic review and meta - analogies of perspective studies. European Association of Preventive Cardiology; 2018. Palenie zwiększa ryzyko migotania przedsionków.
15. Kwieciński H.: Choroby mózgowo-naczyniowe. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004; 227-234.
16. Adamczyk K.: Pielęgnowanie chorych po udarach mózgu. Lublin: Wydawnictwo Czaja; 2003; 5-8; 72.
17. Wójcik A., Sodolski W., Jaworska E., Borzęcki A., Brzeski Z.: Uzależnienie u osób hospitalizowanych ze schorzeniami naczyń obwodowych. Przegląd Lekarski; 2005: 62 (10) 989-991.
18. Opolski G., Lukas W., Steciwko A.: Choroby serca i naczyń. Poradnik lekarza rodzinnego. Gdańsk: Via Medica; 2006.

Data przyjęcia: 19.06.2024

Data recenzji: 03.09.2024

Data wydania: 27.09.2024