

# MODEL OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM PO AMPUTACJI KOŃCZYNY DOLNEJ – STUDIUM PRZYPADKU

## Model of nursing care for a patient after a lower limb amputation – a case study



Katarzyna Juszcak, Ewelina Peruga, Anita Balcerzak, Maciej Lekci

Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2020; 2: 53–59

Praca wpłynęła: 21.01.2020, przyjęto do druku: 18.03.2020

Adres do korespondencji:

Katarzyna Juszcak, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Medyczny, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Prezydenta Stanisława Wojciechowskiego w Kaliszu, ul. Kaszubska 13, 62-800 Kalisz, Polska, e-mail: kjuszcak@poczta.onet.eu

### Streszczenie

Amputacja kończyny dolnej, czyli operacyjne usunięcie części lub całej kończyny, dotyczy coraz większej liczby pacjentów, zwłaszcza w starszym wieku. Obecnie ok. 90% amputacji kończyny dolnej wykonuje się z powodu powikłań chorób naczyniowych. W Polsce ok. milion osób cierpi na miażdżycę i ok. 3 miliony na cukrzycę, która jest drugą co do częstości występowania przestanką usunięcia kończyny. Innymi przyczynami amputacji są urazy, nowotwory oraz wady rozwojowe.

Pacjent po operacji zmaga się z wieloma problemami natury fizycznej i psychicznej, szczególnie w zakresie samodzielnego funkcjonowania oraz istotnej zmiany wyglądu własnego ciała. Duże znaczenie ma więc trafne rozpoznanie problemów pielęgnacyjnych. Dzięki właściwie zaplanowanej interwencji pielęgniarstwa rekonwalescent będzie w stanie szybciej osiągnąć samodzielność i uniknie częstych hospitalizacji.

Celem pracy jest przedstawienie opieki pielęgniarstwa nad pacjentem po amputacji kończyny dolnej na podstawie studium przypadku.

**Słowa kluczowe:** amputacja kończyny dolnej, opieka pielęgniarstwa, problemy pielęgnacyjne.

### Wstęp

Amputacja kończyny dolnej, czyli operacyjne usunięcie części lub całej kończyny, dotyczy coraz większej liczby pacjentów, zwłaszcza w starszym wieku. Obecnie przyczyną ok. 90% amputacji kończyny dolnej są powikłania chorób naczyniowych [1–3].

Według danych Polskiego Towarzystwa Chirurgii Naczyniowej w latach 2008–2011 zarejestrowano od 6 do 10 tys. amputacji rocznie. W 2012 r. liczba ta

### Summary

Lower limb amputation, i.e. surgical removal of a part or the entire organ, affects an increasing number of patients, especially in old age. Currently, approximately 90% of amputations of the lower limb are performed due to existing complications of vascular diseases. In Poland, there are about a million people suffering from atherosclerosis and about 3 million people with diabetes, the second most common cause of limb removal. The most common causes of other subtractions are injuries, tumours, and malformations.

After surgery, the patient is faced with many physical and psychological problems, especially in terms of independent functioning and a significant change in the appearance of his/her body, which is why it is so important to accurately recognise patient care problems and properly planned and implemented nursing interventions that will allow the patient to quickly return to independence, and thus will reduce the frequency of re-hospitalisations.

The aim of the study is to present nursing care for a patient after amputation of a lower limb based on a case study.

**Key words:** lower limb amputation, nursing care, nursing problems.

zwiększyła się do 12 tys. – Polska jest jedynym krajem w Unii Europejskiej, w którym można zaobserwować tendencję wzrostową. Każdego roku w Polsce wykonuje się średnio osiem amputacji na 100 tys., w Danii dwie, a w Hiszpanii i Holandii jedną. Liczba tzw. dużych amputacji spowodowanych miażdżycą zarostową osiąga co roku 10 tys., co razem z tzw. małymi amputacjami daje ok. 15 tys. przypadków. Każdego roku ok. 40 tys. osób zgłasza się do lekarzy z powodu przewlekłego niedokrwienia kończyn dolnych będącego jedną z głównych

przyczyn amputacji. Połowę chorych poddawanych amputacji stanowią mężczyźni z nadciśnieniem tętniowym. W Polsce ok. milion osób cierpi na miażdżycę i ok. 3 miliony na cukrzycę, która jest drugą co do częstości występowania przyczyną usunięcia kończyny [1, 4, 5].

## Epikryza

Pacjentem był 80-letni mężczyzna z rozpoznaniem miażdżycy zarostowej tętnic kończyn dolnych o typie aortalno-biodrowym z wszczepioną protezą rozwidloną aortalno-dwuudową. W 2004 r. operacyjnie usunięto mu tętniaki rzekome powstałe w miejscach zespolenia tętnicy udowej z protezą rozwidloną aortalno-dwuudową w obu pachwinach. W 2018 r. mężczyzna został poddany amputacji zamkniętej lewej kończyny dolnej na wysokości 1/3 bliższej голени.

Choroby współistniejące: rak płuca – w 2007 r. wykonano lobektomię prawego płuca, nowotwór nasady języka i gardła – w 2013 r. przeprowadzono częściową resekcję języka.

Pacjent został przyjęty na oddział szpitalny w trybie nagłym. W dniu przyjęcia skarżył się na silne dolegliwości bólowe dystalnej części prawej kończyny dolnej. Na grzbiecie prawej stopy miał nieogojące się, bolesne owrzodzenie z obszarami martwicy i wyciekami ropnym z rany. Rana była żywoczerwona, o zaognionych brzegach, obrzęknięta. W wyniku przeprowadzonego badania mikrobiologicznego wyizolowano pałeczki *Proteus mirabilis* oraz *Escherichia coli*. Chory zgłaszał uczucie oziębienia i bladeści stopy oraz skurcze i drętwienia. Dolegliwości bólowe miały charakter chromania przestankowego. Na podstawie wyników badań laboratoryjnych oraz USG Dopplera i wskaźnika kostka–ramię zdiagnozowano krytyczne niedokrwienie prawej kończyny dolnej (IV stopień wg skali Fontaine'a) i zakażenie bakteryjne w obrębie rany.

Obecnie chory jest w drugiej dobie po zabiegu amputacji otwartej na poziomie 1/3 dalszej części prawego podudzia.

## Diagnoza pielęgnarska

Chory przytomny, świadomy, utrzymuje prawidłowy kontakt słowno-logiczny. Chętnie odpowiada na pytania. Jego mowa jest ścisza i niewyraźna z powodu częściowej resekcji języka. Ma problemy z zasypianiem, budzi się w nocy. Jego aktywność ruchowa jest ograniczona ze względu na zabieg chirurgiczny i dolegliwości bólowe mające charakter pieczenia, rwania, klucia i pulsowania, nasilające się w godzinach nocnych oraz przy podrażnieniu kikuta. Pacjent ocenia intensywność bólu na 3 punkty wg skali NRS. Samodzielnie przyjmuje pozycję siedzącą w łóżku, siedzącą ze spuszczonej no-

gami i leżącą. Jego zakres ruchu w stawach kolanowych i biodrowych obu kończyn dolnych jest prawidłowy. Chory wymaga pomocy w czynnościach higienicznych.

Pacjent przyjmuje lekkostrawne posiłki o konsystencji papki drogą enteralną. Na skutek częściowej resekcji języka występuje u niego dysfagia ustno-gardłowa. Język oraz błona śluzowa jamy ustnej są różnobarwne, gładkie i wilgotne. Występują znaczne ubytki uzębienia. BMI wynosi 22,34, co wskazuje na prawidłową masę ciała. Chory kontroluje czynność zwieraczy pęcherza moczowego oraz odbytu.

Widoczny obniżony nastrój z powodu złego stanu zdrowia. Pacjent nie wie, jak prawidłowo postępować z kikutem poamputacyjnym. Bardzo często siada na łóżku, spuszcza kikut w dół poza krawędź łóżka, układa poduszki pod dółkami kolanowymi i opiera zgięty kikut na podłożu. Nie zna metod prawidłowego bandażowania i hartowania kikuta. Wykazuje brak dostatecznej wiedzy na temat prawidłowego odżywiania się osób chorych na miażdżycę i zasad prowadzenia zdrowego stylu życia. Pomimo podjętego zaprotezowania kikuta lewego podudzia chory niechętnie korzysta z protezy i przeważnie przemieszcza się na wózku inwalidzkim. Twierdzi, że korzystanie z protezy sprawia mu trudności i jest niewygodne. Choroba jest dla niego bardzo dużą przeszkodą, przy czym zdaje sobie sprawę z tego, jak poważny jest stan jego zdrowia. Chętnie współpracuje z personelem medycznym. Począwszy od pierwszej doby po zabiegu, pacjent jest poddawany usprawnianiu i chętnie uczestniczy w rehabilitacji.

Pacjent jest emerytowanym mechanikiem samochodowym. Mieszka z żoną w dwupokojowym mieszkaniu na drugim piętrze.

Pomiary stanu fizycznego pacjenta:

- tętno: 76 uderzeń/min, miarowe, prawidłowo napięte,
- ciśnienie tętnicze krwi: 102/57 mm Hg,
- oddech: 16 oddechów/min, miarowy, średnio głęboki, wykonywany bez wysiłku, bezwonny, niestłyszalny, wydech nieco dłuższy niż wdech,
- temperatura ciała: 36,7°C,
- waga: 74 kg,
- wzrost: 182 cm.

Zastosowane leczenie farmakologiczne:

- Ketonal p.o. 50 mg 2 ×/dobę,
- Pyralgin 1 g i.v. w razie bólu,
- Tramal s.c. w razie bólu,
- Morfina WZF 10 mg s.c. w razie bólu o natężeniu umiarkowanym do silnego,
- Fraxiparine s.c. 1 ×/dobę 3800 j.m.,
- Acard p.o. 1 ×/dobę 75 mg.

## Model opieki pielęgnarskiej

Podczas sprawowania opieki nad pacjentem wyodrębniono następujące problemy pielęgnacyjne:

### Problem pielęgnacyjny 1

Ból rany pooperacyjnej i ból fantomowy prawej kończyny dolnej.

Cel opieki: zmniejszenie odczuwania dolegliwości bólowych.

Interwencje pielęgniarские:

- określenie na podstawie rozmowy z pacjentem jakości, czasu trwania i lokalizacji bólu oraz czynników nasilających i łagodzących ból,
- ocena natężenia bólu w skali numerycznej NRS,
- poinformowanie pacjenta o przyczynach i istocie bólu fantomowego,
- podjęcie działań podwyższających próg bólowy (umożliwienie snu, wypoczynku, zapewnienie życzliwej atmosfery i obecności innych osób, leczenie lęku),
- zapewnienie pacjentowi ciszy i spokoju,
- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali chorych (temperatura powietrza 18–20°C, częste wietrzenie pomieszczeń, unikanie przeciągów),
- wyeliminowanie z otoczenia pacjenta czynników nasilających ból, takich jak hałas, nadmierne oświetlenie, a także bezsenność, przeżywanie niepokoju, lęku, smutku,
- zachęcenie pacjenta do rozmowy z chorymi, którzy mają podobne doświadczenia,
- rozmowa z pacjentem i odwrócenie jego uwagi od odczuwanych dolegliwości [6],
- podaż leków przeciwbólowych zgodnie z zaleceniem lekarza (Ketonal, Pyralgin, Tramal, Morfina WZF), kontrolowanie ich działania i udokumentowanie wykonanej czynności w indywidualnej karcie zleceń lekarskich,
- wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych po podaniu środków przeciwbólowych.

Ocena podjętych działań: dolegliwości bólowe zmniejszyły się, pacjent ocenił natężenie bólu na 1 pkt w skali NRS.

### Problem pielęgnacyjny 2

Deficyt samoopieki w zakresie lokomocji oraz wykonywania czynności dnia codziennego.

Cel opieki:

- zaspokojenie potrzeb biologicznych pacjenta,
- zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa.
- Interwencje pielęgniarские:
- ocena zakresu samodzielności pacjenta i wymaganej przez niego pomocy,
- pomoc w toalecie całego ciała i jamy ustnej pacjenta,
- zaścielenie łóżka pacjenta,
- pomoc w zmianie bielizny osobistej,
- zmiana bielizny pościelowej,
- pomoc w przyjęciu wygodnej pozycji w łóżku,
- uporządkowanie rzeczy pacjenta i szafki przyłóżkowej,
- zachęcanie pacjenta do samodzielnej aktywności,

- kontrolowanie pacjenta podczas spożywania posiłków,
- zapewnienie pacjentowi dostępu do kaczki i basenu, wymiana zużytych zestawów na nowe,
- zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i intymności,
- w celu zapobiegania upadkom ustawienie łóżka pacjenta w taki sposób, aby operowana kończyna znajdowała się od strony ściany.

Ocena podjętych działań:

- pacjent próbuje samodzielnie wykonywać czynności dnia codziennego w coraz większym zakresie,
- pacjent czuje się bezpiecznie.

### Problem pielęgnacyjny 3

Utrudniające codzienne funkcjonowanie zaburzenia snu wynikające z przeżywania negatywnych emocji związanych z wyglądem po zabiegu amputacji.

Cel opieki: uregulowanie rytmu snu i czuwania.

Interwencje pielęgniarские:

- rozmowa z pacjentem na temat charakteru występujących u niego zaburzeń snu i ustalenie liczby godzin snu w nocy,
- zalecenie choremu regularnego udawania się na spacer,
- odradzanie pacjentowi spania w ciągu dnia,
- zapewnienie warunków ułatwiających zasypianie (cisza, spokój, świeże powietrze w pokoju),
- wyeliminowanie lub złagodzenie czynników utrudniających zasypianie (hałas, światło, ból, przeżywanie negatywnych emocji),
- zalecenie pacjentowi, aby unikał spożywania przed snem ciężkostrawnych posiłków i dużej ilości płynów, a także ograniczył picie napojów z dużą ilością kofeiny (kawa, herbata, kakao),
- polecenie choremu stosowania przed snem metod wpływających wyciszająco i relaksująco, takich jak słuchanie muzyki, czytanie, ćwiczenia rozluźniające, picie ciepłych płynów (mleko, herbata ziołowa).

Ocena podjętych działań: w wyniku podjętych działań udało się częściowo zmniejszyć natężenie czynników utrudniających choremu zasypianie (dolegliwości bólowe zmniejszyły się, samopoczucie pacjenta uległo poprawie).

### Problem pielęgnacyjny 4

Trudności w przyjmowaniu pokarmów, ryzyko zachłyśnięcia i powstania niedoborów żywieniowych w następstwie dysfagii ustno-gardłowej.

Cel opieki:

- zapobieganie niedożywieniu,
- zapobieganie zakrzepotleniu.
- Interwencje pielęgniarские:
- regularna ocena stanu odżywiania chorego – pomiar masy ciała oraz BMI,

- przekazanie pacjentowi zaleceń, aby do jamy ustnej brał małe kęsy posiłku, bez przepętniania ust, żuł dokładnie i powoli, aż do chwili, gdy pokarm w jamie ustnej przybierze formę papki,
- zalecenie pacjentowi, aby w czasie spożywania posiłku nie rozmawiał (ryzyko aspiracji treści pokarmowej do dróg oddechowych),
- podczas spożywania posiłku chory powinien znajdować się w pozycji siedzącej,
- podawanie pokarmów o konsystencji papkowatej – pokarmy miksowane, przetarte, mielone, rozgniatane, w postaci galaretki lub musu,
- zadbanie o odpowiednią kaloryczność posiłków w celu pokrycia dziennego zapotrzebowania energetycznego chorego,
- unikanie pokarmów suchych i twardych, posiłki powinny być pozbawione kawałków mięsa, twardych jarzyn, kruszących się herbatników czy klusek na mleku,
- podawanie posiłków częściej (5–6 razy na dzień), ale w mniejszych ilościach,
- zapewnienie spożywania posiłku w miłej atmosferze, w obecności rodziny lub znajomych,
- zadbanie o estetykę i właściwą temperaturę posiłków (30°C),
- po zakończeniu posiłku skontrolowanie, czy w jamie ustnej nie pozostały resztki pokarmowe, zalecenie choremu wykonania toalety jamy ustnej,
- zalecenie pacjentowi pozostania w pozycji siedzącej po posiłku przez ok. 30 min.

Ocena podjętych działań: pacjent przyjmuje samodzielnie posiłki o konsystencji papki.

### Problem pielęgnacyjny 5

Zaparcia spowodowane zaburzeniem perystaltyki jelit w wyniku przedłużającego się unieruchomienia.

Cel opieki: przywrócenie prawidłowego rytmu wypróżnień.

Interwencje pielęgniarские:

- ustalenie na podstawie rozmowy z pacjentem częstości wypróżnień,
- mobilizowanie pacjenta do podejmowania aktywności fizycznej w celu pobudzenia perystaltyki jelit,
- edukacja pacjenta na temat stosowania diety bogatobłonniwej (zalecane produkty: kasza gryczana lub jęczmienna, pieczywo razowe lub pełnoziarniste, ryż brązowy, makaron razowy, owoce świeże, mrożone oraz suszone, szczególnie morele i śliwki, rodzynki, jogurty naturalne, maślanki),
- pouczenie pacjenta o wyeliminowaniu z diety produktów spowalniających perystaltykę jelit, takich jak: kakao, czekolada, jagody, tłuszcze, cukry proste,
- polecenie choremu wypijania ok. 1,5–2 litrów płynów dziennie,
- masowanie powłok brzusznych rano i wieczorem,

- stosowanie ciepłych okładów na powłoki brzuszne – 1 godzinę po spożyciu posiłku,
- zachęcenie pacjenta do oddawania stolca codziennie o tej samej porze, na przykład po śniadaniu,
- zapewnienie pacjentowi warunków intymności sprzyjających procesowi defekacji,
- kontrolowanie skuteczności podjętych działań oraz dokumentowanie wyników w karcie gorączkowej pacjenta.

Ocena podjętych działań: mimo podjętych działań pacjent nie oddał stolca.

### Problem pielęgnacyjny 6

Brak dostatecznej wiedzy pacjenta na temat metod przygotowujących kikut kończyny dolnej do protezowania, hartowania i bandażowania.

Cel opieki:

- nauczenie pacjenta samodzielnego hartowania oraz bandażowania kikut,
  - edukacja pacjenta w dziedzinie procesu protezowania.
- Interwencje pielęgniarские:
- rozpoczęcie we współpracy z fizjoterapeutą procesu usprawniania pacjenta poprzez wykonywanie ćwiczeń oddechowych, przeciwzakrzepowych, ćwiczeń kończyn górnych oraz zmianę pozycji w łóżku,
  - we współpracy z fizjoterapeutą: zapoznanie pacjenta z metodami przygotowującymi kikut do protezowania – wykształcenie u pacjenta prawidłowego sposobu hartowania kikut przez pocieranie skóry kikut miękкими materiałami, głaskanie, uciskanie, szczypanie, oklepywanie, toczenie po powierzchni kikut gumowej piłeczki z kolcami, opieranie kikut o podłoże, masaż, wodne kąpiele wirowe lub kąpiele naprzemiennie w ciepłej i zimnej wodzie,
  - przekazanie pacjentowi informacji o konieczności formowania kikut przez bandażowanie opaską elastyczną oraz stosowaniu pończoch kikutowych,
  - mobilizowanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń, okazywanie cierpliwości i życzliwości, nagradzanie nawet niewielkich postępów w procesie usprawniania,
  - zapewnianie wypoczynku i przerw między ćwiczeniami,
  - poinformowanie pacjenta, że po całkowitym wygojeniu i uformowaniu kikut rozpocznie się proces protezowania obejmujący naukę zakładania protezy w różnych pozycjach, naukę chodzenia przy balkoniku i o kulach, a także ćwiczenia prawidłowej postawy ciała, bierne oraz czynne.

Ocena podjętych działań:

- pacjent chętnie uczestniczy w postępowaniu rehabilitacyjnym,
- chory zapoznał się z przebiegiem procesu usprawniania.

### Problem pielęgnacyjny 7

Obniżony nastrój chorego będący wynikiem zmiany wyglądu zewnętrznego oraz poczucie lęku przed powrotem do środowiska domowego.

Cel opieki:

- wyrównanie nastroju,
  - zmniejszenie poczucia lęku i niepokoju,
  - ułatwienie adaptacji do nowej sytuacji życiowej.
- Interwencje pielęgniarские:
- okazywanie szacunku, życzliwości i zrozumienia podczas rozmowy z chorym,
  - udzielanie wsparcia w akceptacji nowego wyglądu,
  - poinformowanie pacjenta o możliwości kontaktu z innymi osobami po amputacjach, którzy korzystają z protez, w celu wymiany spostrzeżeń dotyczących procesu leczenia i rehabilitacji,
  - zapewnienie pacjentowi jak największej samodzielności w zakresie samoobsługi i poruszania się, zachęcanie pacjenta do korzystania z wózka inwalidzkiego,
  - werbalne nagradzanie nawet nieznacznych postępów w procesie usprawniania,
  - wytłumaczenie pacjentowi, że dzięki systematycznej i długiej rehabilitacji istnieje możliwość powrotu do czynności i zadań, które chory wykonywał wcześniej,
  - eliminacja uczucia bezradności i bezczynności poprzez wypełnianie wolnego czasu,
  - angażowanie do opieki nad chorym rodziny, która powinna mobilizować pacjenta do samodzielności oraz udzielać mu wsparcia psychicznego,
  - poinformowanie pacjenta oraz jego rodziny o konieczności dostosowania środowiska domowego do nowej sytuacji, m.in.: poszerzenie futryn, zainstalowanie specjalnych uchwytów przy wannie lub pod prysznicem, likwidacja progów oraz dywanów,
  - zachęcenie pacjenta do korzystania z ofert różnych organizacji i fundacji działających na rzecz ludzi po amputacjach kończyn,
  - wskazanie pacjentowi kontaktu z pracownikiem socjalnym w celu uzyskania świadczeń ze strony pomocy społecznej,
  - edukacja chorego oraz jego rodziny na temat kontynuacji rehabilitacji, przestrzegania diety, a także ogólnych zasad życia z chorobą,
  - w razie potrzeby umożliwienie wsparcia psychicznego i pomocy ze strony psychologa.

Ocena podjętych działań:

- samopoczucie pacjenta uległo poprawie,
- pacjent chętnie uczestniczy w procesie usprawniania, chce być jak najszybciej samodzielny w wykonywaniu czynności dnia codziennego i przemieszczaniu się,
- ze względu na brak przystosowania środowiska domowego dla osoby niepełnosprawnej obawy pacjenta przed powrotem do domu nadal się utrzymują.

### Problem pielęgnacyjny 8

Możliwość wystąpienia powikłań w obrębie kikuta amputowanej kończyny w postaci krwaka, martwicy mięśni czy rozległego zakażenia.

Cel opieki: zapobieganie powikłaniom.

Interwencje pielęgniarские:

- monitorowanie podstawowych parametrów życiowych pacjenta (tętno, ciśnienie tętnicze krwi, oddech, temperatura ciała) i ich dokumentacja w karcie go-rączkowej,
- systematyczna kontrola rany operacyjnej, czystości opatrunku zabandażowanego kikuta,
- obserwacja rany pooperacyjnej w kierunku wystąpienia objawów zakażenia, niedokrwienia lub martwicy,
- kontrolowanie wyglądu skóry kikuta podczas zabiegów higieniczno-pielęgnacyjnych oraz po ćwiczeniach rehabilitacyjnych,
- ocena dolegliwości bólowych pod kątem ich natężenia i jakości, podanie środka przeciwbólowego na zlecenie lekarza,
- poinstruowanie pacjenta z zakresu starannej pielęgnacji i higieny kikuta, codzienna kąpiel i dokładne osuszanie skóry kikuta,
- zalecenie choremu, aby przed nakładaniem protezy skórę kikuta posypał talkiem i stosował bawełniane skarpety kikutowe,
- poinstruowanie pacjenta o konieczności utrzymywania leja protezy w czystości z powodu znajdujących się w nim bakterii, potu oraz złuszczonego naskórka [3, 7, 8].

Ocena podjętych działań: zmniejszono ryzyko wystąpienia powikłań związanych z zakażeniem operowanego miejsca.

### Problem pielęgnacyjny 9

Ryzyko wystąpienia przykurczu spowodowane nieodpowiednim układaniem kikuta.

Cel opieki: zapobieganie powikłaniom.

Interwencje pielęgniarские:

- współdziałanie w profilaktyce przeciwzakrzepowej poprzez mobilizowanie chorego do aktywności ruchowej, zachęcanie do wykonywania ćwiczeń przeciwzakrzepowych, podawanie leków przeciwzakrzepowych na zlecenie lekarza (Fraxiparine, Acard) i udokumentowanie czynności w indywidualnej karcie zleceń lekarskich,
- w porozumieniu z fizjoterapeutą wczesne uruchamianie pacjenta po zabiegu operacyjnym, m.in. zachęcenie chorego do wykonywania ćwiczeń kończyn górnych, ćwiczeń czynnych amputowaną kończyną, zmiany pozycji w łóżku, przyjmowania pozycji siedzącej, nauka transferu z łóżka na wózek i samoobsługi wózka,
- eliminowanie niewłaściwych nawyków pacjenta

dotyczących układania kikutu, poinformowanie go o zakazie siedzenia z kikutem spuszczonego poza krawędź łóżka, leżenia z kikutem zgiętym opartym o podłogę, podkładania poduszek pod udami i dółmi podkolanowymi oraz siadania z nogą założoną na nogę,

- zapewnienie choremu płaskiego i wystarczająco twardego materaca, który nie będzie zanadto ugiął się pod ciężarem ciała,
- poinformowanie pacjenta, aby w ramach profilaktyki odleżyn podczas siedzenia na wózku wykonywał trening odciążania pośladków, polegający na opieraniu się rękoma o poręcz wózka i naprzemiennym unoszeniu prawej i lewej strony ciała co 15–20 min na ok. 10 sekund, a także zmieniał pozycje siedzenia co 2 godz., polecenie pacjentowi stosowania pneumatycznej poduszki przeciwodleżynowej.

Ocena podjętych działań: pacjent został wyedukowany w zakresie prawidłowej techniki układania kikutu.

## Omówienie

Utrata kończyny dolnej wiąże się z ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu oraz zmianą wyglądu ciała. Najczęstszym problemem, z jakim spotykają się pacjenci po amputacji kończyny dolnej, jest ból rany pooperacyjnej oraz bóle fantomowe. Bóle fantomowe to bóle w brakującej kończynie. Zdaniem niektórych badaczy doświadcza go ok. 60–80% pacjentów po amputacji [9]. Warto zaznaczyć, że ten rodzaj bólu może się nasilać pod wpływem wielu czynników, m.in. zmęczenia, bezsenności, lęku, zdenerwowania czy podrażnienia kikutu bodźcami mechanicznymi lub termicznymi [9]. Częstość, charakter i nasilenie bólu bywają bardzo różne. W badaniach przeprowadzonych przez Ephraim i wsp., którymi objęto 914 chorych po amputacjach, 38,9% z nich odczuwało bardzo silny ból, u 26,4% chorych ból był umiarkowany, natomiast u 34,7% natężenie bólu było niewielkie [10]. Częstość występowania bólu fantomowego analizowali również Richardson i wsp. Wśród 52 badanych ból fantomowy występował u 92,3% chorych w pierwszym tygodniu po amputacji [11]. Omawianym zagadnieniem zajmowali się także inni badacze. Van der Schands i wsp. porównali jakość życia pacjentów odczuwających bóle fantomowe i chorych, którzy ich nie odczuwali. Lepszą jakość życia wykazywali pacjenci bez wspomnianych dolegliwości [12]. Muraczyńska i wsp. podkreślają istnienie zależności pomiędzy odczuwanymi bólami fantomowymi a stresem i problemami emocjonalnymi chorych [13], z kolei Fiodorenko-Dumas i wsp. zaznaczają wpływ dolegliwości bólowych na występowanie u pacjentów po amputacjach kończyn bezsenności, co potwierdza opis prezentowanego przypadku [14]. O niekorzystnym wpływie na organizm bólu fantomowego piszą również Sinha i wsp. [15].

Zwalczanie bólu fantomowego stanowi istotne wyzwanie terapeutyczne, które powinno obejmować postępowanie farmakologiczne i nefarmakologiczne. Badacze zwracają uwagę na konieczność rozpoczęcia leczenia jeszcze przed zabiegiem i kontynuowania go w zależności od rodzaju i charakteru bólu [16, 17]. Wśród metod nefarmakologicznych zwalczania bólu fantomowego najbardziej popularne to przeszkońska elektrostymulacja nerwów (TENS) oraz akupunktura [17]. Autorzy zwracają uwagę na możliwość wykorzystania również termoterapii, ultradźwięków czy metod ułatwiających odwarunkowanie, np. ćwiczenia dotykowe z piaskiem [18]. W literaturze opisywane są ponadto metody zwalczania bólu fantomowego za pomocą hipnozy czy techniki *biofeedback* (biologicznego sprzężenia zwrotnego) [19, 20].

Innym istotnym elementem opieki nad chorym po amputacji kończyny dolnej jest zapewnienie mu wsparcia psychicznego i bezpieczeństwa. Hawkins i wsp. wskazują, jak duży wpływ na jakość życia ma więź społeczna. Im jest ona silniejsza, tym jakość życia wyższa [21]. W powrocie do zdrowia bardzo duże znaczenie ma wsparcie osób najbliższych mobilizujące pacjenta do większego zaangażowania we współpracę z zespołem terapeutycznym. Muraczyńska i wsp. rozważali poziom relacji rodzinnych po amputacji i stwierdzili, że nie ulegają one znacznemu pogorszeniu i że są na poziomie średnim [22].

Górski i wsp. zbadali losy 69 pacjentów poddanych amputacji kończyny dolnej i okazało się, że stali się oni w większości zależni od osób trzecich, co jest to związane z całkowitym brakiem przystosowania otoczenia do potrzeb osób niepełnosprawnych. W kwestii poruszania się największą przeszkodę stanowiło wysoko położone mieszkanie, często brak wind, konieczność opieki ze strony innych osób oraz kłopoty z utrzymaniem higieny osobistej. W badanej przez Górskiego i wsp. grupie 27 respondentów (39%) poruszało się jedynie po własnym mieszkaniu, a tylko 7 robiło samodzielnie zakupy [23]. Podobne wyniki w zakresie zależności uzyskali Ponczek i wsp. [24]. Pacjenci po amputacjach kończyny dolnej bardzo często nie potrafią pogodzić się z nową sytuacją, co jest spowodowane ograniczeniem samodzielności oraz brakiem akceptacji własnego wyglądu. Niejednokrotnie prowadzi to do depresji czy myśli samobójczych, o czym piszą Korzyk i wsp. [25].

Zagadnienie edukacyjnej roli pielęgniarki w sprawowaniu opieki nad pacjentem po amputacji kończyny dolnej poruszali Juszcak i wsp., podkreślając, jak istotny jest jej wpływ na powrót pacjenta do codziennego funkcjonowania [26]. Prezentowany opis przypadku przedstawia mnogość problemów pielęgnacyjnych, jakie mogą wystąpić u każdego pacjenta po amputacji kończyny dolnej. Dolegliwości bólowe rany pooperacyjnej, bóle fantomowe, trudności w zaspokajaniu potrzeb biologicznych czy poruszaniu się, bezsenność, lęk

i depresja to problemy, do rozwiązania których pacjent potrzebuje pomocy ze strony personelu medycznego.

Właściwie zaplanowane i zrealizowane interwencje pielęgniarские umożliwią pacjentowi szybszy powrót do samodzielności oraz zapewnią poczucie bezpieczeństwa.

## Wnioski

Amputacja kończyny dolnej znacząco obniża poziom funkcjonowania człowieka we wszystkich obszarach.

Złożona sytuacja powoduje wystąpienie wielu problemów zdrowotnych, a tym samym konieczność holistycznego i interdyscyplinarnego podejścia do pacjenta.

Praca metodą procesu pielęgnowania pozwala przygotować pacjenta do samoopieki i zaangażować rodzinę do współpracy.

---

*Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.*

### Piśmiennictwo

- Radzińska A, Janowczyk K, Strojek K i wsp. Odrębność postępowania kinezyterapeutycznego u pacjentów po amputacjach naczyniowych w obrębie kończyn dolnych. *J Educ Health Sport* 2016; 6: 11-23.
- Ruszkowska E, Szewczyk MT. Rola pielęgniarki w opiece przedoperacyjnej i pooperacyjnej nad chorym poddawanym amputacji kończyn dolnych. *Pielęg Chir Angiol* 2008; 2: 56-60.
- Kapała W, Skokowska B, Bączyk G. Pooperacyjna opieka pielęgniarska i problemy pielęgnacyjne u chorego po amputacji kończyny dolnej. W: Postępowanie kliniczne oraz pielęgnowanie chorych w okresie przed- i pooperacyjnym w chirurgii ogólnej, ortopedii i traumatologii. Bączyk G, Kapała W (red.). Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2012: 79-88.
- Morawiecki M, Wileminska-Kucharzewska K, Zielonka W i wsp. Amputacje kończyn na przestrzeni wieków. *Leczenie Ran* 2015; 12: 1.
- Moczulski D. Diabetologia. Wydawnictwo Medical Tribune Polska, Warszawa 2010: 97-200.
- Popow A, Cierznikowska K, Kozłowska E i wsp. Postępowanie z bólem pooperacyjnym w samoocenie działań pielęgniarских. *Pielęg Chir Angiol* 2019; 4: 130-135.
- Spannbauer A, Berwecki A, Niżnik E i wsp. Specyfika postępowania rehabilitacyjnego u chorych po amputacjach naczyniowych. *Pielęg Chir Angiol* 2009; 1: 5-13.
- Strugała M, Warzecha D. Pielęgnowanie i usprawnianie chorego po amputacji kończyn. W: Rehabilitacja i pielęgnowanie osób niepełnosprawnych. Strugała M, Talarska D (red.). PZWL, Warszawa 2013: 152-164.
- Nikolajsen L. Phantom limb pain. W: Evidence-based chronic pain management. Stannard C, Kalso E, Ballantyne J (red.). Blackwell Publishing Ltd., Oxford 2010: 237-247.
- Ephraim PL, Wegener ST, MacKenzie EJ. Phantom pain, residual limb pain, and back pain in amputees: results of a national survey. *Arch Phys Med Rehabil* 2005; 86: 1910-1919.
- Richardson C, Glenn S, Nurmikko T i wsp. Incidence of phantom phenomena including phantom limb pain 6 months after major lower limb amputation in patients with peripheral vascular disease. *Clin J Pain* 2006; 22: 353-358.
- Van der Schands CP, Geertzen JHB, Schoppen T i wsp. Phantom pain and health-related quality of life in lower limb amputees. *J Pain Symptom Manag* 2002; 24: 429-436.
- Muraczyńska B, Cieślak T. Aktywność funkcjonalna i społeczna pacjentów po amputacji kończyn dolnych jako mierniki jakości życia. W: Model zdrowego stylu życia jako zadanie interdyscyplinarne. *Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska. Lublin-Polonia, Lublin* 2003; II: 338-343.
- Fiodorenko-Dumas Ź, Paprocka-Borowicz M, Kołcz-Trzęsicka A. Wpływ amputacji na zaburzenia snu. W: Problemy opieki nad chorym przewlekle. Uchmanowicz I, Rosińczuk-Tondersy J (red.). Med-Pharm Polska, Wrocław 2012: 29-37.
- Sinha R, WJA van den Heuvel, Arokiasamy P. Factors affecting quality of life in lower limb amputees. *Prosthet Orthot Int* 2011; 35910: 90-96.
- Dobrogowski J, Wordliczek J. Neuropatyczne zespoły bólowe. W: Leczenie bólu. Wordliczek J, Dobrogowski J (red.). PZWL, Warszawa 2007: 233-254.
- Wright A. Ból neuropatyczny. W: Ból: podręcznik dla terapeutów. Strong J, Unruh AM, Wright A i wsp. (red.). DB Publishing, Warszawa 2008: 361-388.
- Maier C, Baron R, Frettlöh J i wsp. Bóle neuropatyczne. W: Leczenie bólu. Diener HC, Maier C (red.). Urban & Partner, Wrocław 2005: 124-196.
- Herman RA. Postamputation pain. W: Chronic pain. Jensen TS, Wilson PR, Rice ASC (red.). Arnold, Londyn 2003: 427-435.
- Wright A. Ból neuropatyczny. W: Ból: podręcznik dla terapeutów. Strong J, Unruh AM, Wright A i wsp. (red.). DB Publishing, Warszawa 2008: 361-388.
- Hawkins AT, Pallangyo AJ, Herman AM i wsp. The effect of social integration on outcomes after major lower extremity amputation. *J Vasc Surg* 2016; 63: 154-162.
- Muraczyńska B, Cieślak T. Accounts family-persons after lower limb amputation as determinant of quality of life. *Ann Univ Mariae Curie-Skłodowska. Lublin-Polonia* 2003; Suppl. XIII: 165.
- Górski A, Korzyk P. Review of patients after lower – limb amputations for critical atherosclerotic ischaemia. *Acta Angiol* 1997; 3: 129-134.
- Ponczek D, Wieliczko A, Humańska M i wsp. Poczucie jakości życia pacjentów po amputacji kończyny dolnej z powodu miażdżycy tętnic. *Pol Prz Nauk Zdr* 2013; 2: 91-95.
- Korzyk B, Korzyk P. Poczucie sensu życia osób po amputacji kończyn dolnych. *Pol Prz Chir* 2003; 75: 43-134.
- Juszczak K, Peruga E, Balcerzak A i wsp. Edukacyjna rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem po amputacji kończyny dolnej. *Pielęg Chir Angiol* 2019; 4: 121-129.