



**SZPITAL
W PUSZCZYKOWIE**

*Szpital w Puszczykowie
Opieka, zaufanie, profesjonalizm*

PROGRAM EDUKACJI ZDROWOTNEJ

„Edukacja pacjenta objętego profilaktyką przeciwzakrzepową
i jego rodziny”

Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

TEMAT: Edukacja pacjenta objętego profilaktyką przeciwzakrzepową i jego rodziny

CEL DYDAKTYCZNY:

1. Wyjaśnienie pojęcia Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej (ŻChZZ)
2. Przedstawienie metod zapobiegania ŻChZZ
3. Omówienie techniki podawania leku przeciwzakrzepowego

METODA DYDAKTYCZNA: pogadanka, pokaz

ŚRODKI DYDAKTYCZNE: broszura informacyjna

PROWADZĄCY: pielęgniarki / pielęgniarze Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

UCZESTNICZY: pacjenci po operacjach ortopedycznych na kończynach dolnych

MIEJSCE: Oddział Ortopedii i Traumatologii Narządu Ruchu

Czym jest Żyłna Choroba Zakrzepowo-Zatorowa?

Żyłna choroba zatorowo-zakrzepowa (ŻChZZ) w postaci zakrzepicy żył głębokich (ZŻG) i zatorowości płucnej (ZP) jest jednym z najpoważniejszych powikłań związanych z chirurgią ortopedyczną. Diagnostyka choroby bywa utrudniona ze względu na częsty przebieg bezobjawowy lub skąpoobjawowy. Profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe jest bardzo powszechne w ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Zarówno traumatologia, jak i ortopedia na czele z rozległymi operacjami kończyn dolnych predysponuje do rozwoju zmian zakrzepowych, ponieważ zaburzone zostają wszystkie trzy składowe klasycznej triady Virchowa. Większość pacjentów kwalifikowanych do dużych operacji kończyn dolnych wymaga co najmniej profilaktyki przeciwzakrzepowej

Objawy

Do najczęściej występujących objawów klinicznych ŻChZZ zalicza się ból i obrzęk okolicy podudzia, tkliwość i bolesność uciskową najbardziej nasiloną wzdłuż przebiegu dużych naczyń żylnych, dodatni objaw Homansa, zwiększone ucieplenie kończyny i/lub poszerzenie układu żył powierzchownych. Objawy charakterystyczne dla ZP to duszność i ból w klatce piersiowej. Ponadto mogą wystąpić: zmniejszona tolerancja wysiłku, suchy kaszel, krwioplucie, zasłabnięcia, utrata przytomności, a w późniejszym okresie objawy wstrząsu. Choroba może mieć przebieg bezobjawowy lub skąpoobjawowy.

Czynniki ryzyka (wg skali Padewskiej)

- czynna choroba nowotworowa (chorzy z przerzutami do regionalnych węzłów chłonnych lub z przerzutami odległymi, którzy otrzymali chemioterapię lub radioterapię w ciągu ostatnich 6 mies.)
- przebyta ŻChZZ (poza zakrzepicą żył powierzchownych)
- *unieruchomienie (przewidywana konieczność przebywania w łóżku z powodu niesprawności chorego lub polecenia lekarza przez ≥ 3 dni)*
- rozpoznana trombofilia (niedobór antytrombiny, białka C lub S, czynnik V Leiden, mutacja G20210A genu protrombiny lub zespół antyfosfolipidowy)
- niedawny (≤ 1 mies.) uraz lub zabieg operacyjny
- wiek ≥ 70 lat
- niewydolność serca lub niewydolność oddechowa
- świeży zawał serca lub udar niedokrwieny mózgu
- ostre zakażenie lub choroba reumatologiczna

- otyłość (BMI ≥ 30 kg/m²)
- leczenie hormonalne

Metody zapobiegania ŻchZZ

Profilaktyka mechaniczna

Profilaktyka przeciwzakrzepowa w chirurgii ortopedycznej zaczyna się od wdrożenia działań ogólnych redukujących ryzyko ucisku i zaburzenia przepływu krwi żyłnej oraz metod mechanicznych. Do takich zasad należy: przeciwozrętkowe ułożenie kończyn, stosowanie wygodnych podkładek i szyn, unikanie miejscowego ucisku, masaż kończyn, wczesne uruchamianie i usprawnianie ruchowe, rehabilitacja czynna i bierna kończyn oraz ćwiczenia z wykorzystaniem pompy mięśniowej w obrębie podudzi. Do istotnych metod mechanicznych należą: pończochy elastyczne o stopniowanym ucisku (PSU) oraz urządzenie do przerywanego ucisku pneumatycznego (PUP). Są to metody o udowodnionej skuteczności w redukowaniu ryzyka wystąpienia ŻChZZ, choć o mniejszej skuteczności w porównaniu do metod farmakologicznych. Optymalne wydaje się stosowanie metod profilaktyki łączonej, tj. metod mechanicznych z farmakologicznymi

Profilaktyka farmakologiczna

- ⑩ Zaleca się stosowanie profilaktyki przeciwzakrzepowej do 35 dni po operacji.
- ⑩ szczególnie zalecane substancje farmakologiczne to: heparyny drobnocząsteczkowe, alternatywnie fondaparynuks lub heparyna niefrakcjonowana.
- ⑩ nie zaleca się zmiany stosowanej profilaktyki w trakcie jej trwania.
- ⑩ nie zaleca się przerywania profilaktyki antyagregacyjnej kwasem acetylosalicylowym (ASA) poniżej 325 mg/dobę u osób z wysokim ryzykiem zakrzepicy tętnic.

Technika podania leku

Ampułko-strzykawka jest gotowa do bezpośredniego użycia. W przypadku ampułko-strzykawek 20mg i 40mg nie należy usuwać banieczki powietrza ze strzykawki przed wstrzyknięciem, gdyż może to spowodować zmniejszenie podanej dawki.

Przygotowanie iniekcji

Wstrzyknięcie najlepiej wykonać wtedy, gdy pacjent znajduje się w pozycji leżącej. Enoksaparynę podaje się w głębokich wstrzyknięciach podskórnych. Lek należy podawać na przemian w lewą lub prawą przemiesznaną lub tylną-boczną część powłok brzusznych. Przed iniekcją dokładnie umyj ręce wodą z mydłem. Następnie zdejmij nasadkę igły. Przed wstrzyknięciem przemyj skórę w miejscu wstrzyknięcia za pomocą gazika nasączonego spirytusem.

Wykonanie iniekcji

W celu wykonania iniekcji w jedną rękę weź ampułko-strzykawkę a kciukiem i palcem wskazującym drugiej ręki uchwycić skórę brzucha tak, aby utworzyć fałd. Całą długość igły wprowadź pionowo pod kątem 90 stopni w fałd skóry powstały po uchwyceniu skóry brzucha. Powoli wprowadź lek, naciskając tłok do momentu wstrzyknięcia całej zawartości ampułko-strzykawki. Nie uwalniaj fałdu skóry przed zakończeniem wstrzykiwania.

Wyjęcie igły

Następnie delikatnie wyjmij igłę z fałdu skórno brzucha. W celu uniknięcia krwawienia przyłóż sterylny gazik w miejscu iniekcji i przytrzymaj go przez około jedną minutę. Po podaniu leku nie pocieraj miejsca wstrzyknięcia.

Utylizacji ampułko-strzykawki

Ampułko-strzykawka przeznaczona jest wyłącznie do jednorazowego użytku. Po wykonaniu zastrzyku nałóż z powrotem nakładkę zabezpieczającą igłę. Zużyte ampułko-strzykawki należy wyrzucać do specjalnych pojemników w aptekach lub szpitalach a nie do "ogólnych" śmieci.