Copyright © Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ROLA POŁOŻNEJ W OPIECE NAD KOBIETĄ W CIĄŻY Z ZESPOŁEM HELLP – PROCES PIELĘGNOWANIA

THE ROLE OF A MIDWIFE IN THE CARE FOR A PREGNANT WOMAN WITH THE HELLP SYNDROME – THE NURSING PROCESS

Agnieszka Dombrowska-Pali[a], Grażyna Gebuza[b], Marzena Kaźmierczak[c], Małgorzata Gierszewska[d], Estera Mieczkowska[e]

Pracownia Podstaw Opieki Położniczej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

[a] https://orcid.org/0000-0003-0785-8977
[b] https://orcid.org/0000-0001-9743-4267
[c] https://orcid.org/0000-0002-3795-7581
[d] https://orcid.org/0000-0002-4443–8982
[e] https://orcid.org/0000-0002-4837–4891

DOI: https://doi.org/10.20883/pielpol.2019.58

STRESZCZENIE

Wstęp. Zespół HELLP w przebiegu ciąży jest jednym z najpoważniejszych powikłań. Szczyt zachorowalności na zespół HELLP przypada na ostatni trymestr ciąży. Częściej chorują wieloródki, rasy białej powyżej 25 roku życia. Dokładna etiologia i patogeneza choroby nie została do końca poznana. Akronim Zespołu HELLP pochodzi od trzech głównych objawów: H – hemoliza, EL – podwyższony poziom enzymów wątrobowych, LP – małopłytkowość. Objawami klinicznymi są: złe samopoczucie, ból w prawym nadbrzuszu, białkomocz, nadciśnienie tętniczce krwi, nudności, wymioty, ból głowy i zaburzenia widzenia. Najczęstszymi powikłaniami w przebiegu zespołu HELLP są: zespół rozsianego wewnątrznaczyniowego wykrzepiania, przedwczesne oddzielenie łożyska, niewydolność nerek, obrzęk płuc i krwiak podtorebkowy wątroby.
Cel. Celem niniejszej pracy było przedstawienie planu opieki nad kobietą w drugiej ciąży, w 32 tygodniu ciąży z rozpoznanym pełnoobjawowym zespołem HELLP.
Wnioski. Opieka nad pacjentką w ciąży w ramach procesu pielęgnowania pozwala na zapewnienie indywidualnej opieki pielęgniarskiej w sposób ciągły. Ustalony plan opieki umożliwia profesjonalne i skuteczne rozwiązywanie problemów rozpoznanych w trakcie sprawowania opieki z uwzględnieniem zmieniającego się stanu pacjentki i dobrostanu płodu. Bieżąca ocena podjętych działań pielęgniarskich pozwala na ich weryfikację i wyciągnięcie wniosków. Proces pielęgnowania powinien być podstawowym narzędziem podczas sprawowania opieki pielęgniarskiej, ponieważ gwarantuje wysoką jakość opieki, jej ciągłość oraz bezpieczeństwo.

SŁOWA KLUCZOWE: zespół HELLP, hemoliza, małopłytkowość, stan przedrzucawkowy.

ABSTRACT

Introduction. The HELLP syndrome is one of the most popular complications in the course of pregnancy. The HELLP syndrome reaches the highest rate of morbidity during the last trimester of pregnancy. It is more common amongst white, multiparous women who are over 25 years old. The exact aetiology and pathogenesis of the disease are yet unknown. The acronym of HELLP syndrome originates from its three main symptoms: H – haemolysis, EL – elevated liver enzyme levels, LP –thrombocytopenia. Clinical symptoms are: bad mood, right upper-abdominal pain, proteinuria, hypertension, nausea, vomiting, headache and visual impairment. The most frequent complications within the course of HELLP syndrome are: disseminated intravascular coagulation, placental abruption, renal failure, pulmonary oedema and subcapsular liver haematoma.
Aim. The objective of this work was to present a plan of care for a second-time pregnant woman, in the 32nd week of pregnancy, diagnosed with the HELLP syndrome with its all symptoms.
Conclusions. The right course of care for a pregnant patient enables for providing an individual and continuous nursing care. A defined care plan makes it possible to solve problems found in the course of providing care successfully and efficiently, taking into account the condition of the patient and the well-being of the foetus. Continued evaluation of the nursing actions that were undertaken allows for their verification and drawing conclusions. The nursing process should be the basic tool in providing nursing care since it guarantees high-quality care, its continuity and security.

KEYWORDS: the HELLP syndrome, haemolysis, thrombocytopenia, pre-eclampsia.

Wprowadzenie

Zespół HELLP to najpoważniejsze powikłanie ciąży [1–3]. Akronim zespołu HELLP został utworzony od pierwszych liter symptomów choroby: H-hemolysis (hemoliza), EL-eleveted liver enzymes (podwyższone enzymy wątrobowe), LP-low platelets mount (małopłytkowość). Początkowo zespół HELLP rozpoznawano jako ciężką postać i/lub powikłanie stanu przedrzucawkowego. W świetle dzisiejszych doniesień zespół ten traktuje się jako odmienną jednostkę chorobową [1]. Najczęściej występuje między 27. a 37. tygodniem ciąży [2], ujawnia się również przed 27. tygodniem ciąży oraz w połogu – zazwyczaj w ciągu pierwszych 48 godzin [4]. Ze względu na potrzebę rozpoznania zespołu HELLP oraz ocenę zaawansowania choroby i skuteczności jej leczenia wykorzystuje się dwa laboratoryjne systemy klasyfikacji: Tennessee i Mississipi. System Tennessee klasyfikuje: zespół HELLP całkowity (liczba płytek krwi (PLT) <100 000/mm^3, aminotransferaza asparaginianowa (AspAT) >70 IU/L, dehydrogenaza mleczanowa (LDH) >600 IU/L lub bilirubina >1,2 mg/%, we krwi obwodowej nieprawidłowy obraz erytrocytów) i częściowy (rozpoznawany na podstawie wystąpienia ciężkiego stanu przedrzucawkowego i obecności jednego z wymienionych objawów laboratoryjnych: hemoliza i podwyższone enzymy wątrobowe, enzymy wątrobowe łagodnie podwyższone, brak dowodów na hemolizę, trombocytopenia). Klasyfikacja Mississippi uwzględnia trzy wartości parametrów laboratoryjnych: PLT, poziom enzymów wątrobowych (AspAT, ALAT, LDH) oraz intensywność hemolizy. W swoim podziale uwzględnia trzy stopnie/klasy, przy czym stopień trzeci związany jest z najlżejszą postacią choroby, a stopień pierwszy z najcięższą [5]. Wymienione klasyfikacje nie są dość wystarczające, ponieważ nie uwzględniają objawów podmiotowych. Najczęstszymi objawami klinicznymi są: ból w prawym górnym kwadrancie brzucha, ból prawego barku, napięcie powłok brzusznych, nudności, wymioty, wstrząs hipowolemiczny [6–7]. W grupie ryzyka zachorowalności na zespół HELLP są wieloródki rasy białej, powyżej 25. roku życia [1]. Patogeneza zespołu HELLP do tej pory nie została wystarczająco poznana. Jednak uznaje się, że rozwój choroby uwarunkowany jest obniżoną perfuzją łożyska, co wpływa na uwolnienie substancji sprzyjających obkurczaniu naczyń krwionośnych, agregacji i aktywacji płytek krwi. Powoduje to spadek liczby płytek, a przechodzące przez łożysko naczyniowe erytrocyty zostają uszkodzone [3]. Podwyższony poziom enzymów wątrobowych spowodowany jest niedrożnością naczyń wątroby, co skutkuje niedotlenieniem i martwicą komórek. W ciężkich przypadkach powstaje krwiak podtorebkowy wątroby i dochodzi do pęknięcia narządu [1]. Śmiertelność matek waha się od 1,1% do 25% przypadków [2]. Wskaźnik śmiertelności okołoporodowej płodów według doniesień Gul i wsp. wynosi przed 32. tygodniem ciąży 34%, a po skończonym 32. tygodniu ciąży 8% [8]. Dane te wskazują na potrzebę holistycznej i zindywidualizowanej opieki nad kobietą w ciąży z podejrzeniem lub rozpoznanym zespołem HELLP. W tym celu położna powinna opracować proces pielęgnowania, który jest współczesną metodą sprawowania opieki nad pacjentami. Należy podkreślić, że ideą procesu pielęgnowania jest ustalenie indywidualnych potrzeb pielęgnacyjnych pacjenta, a także pomoc w ich zaspokajaniu według wcześniej zaplanowanych działań. Proces pielęgnowania charakteryzuje się wieloetapowością, ciągłością, dynamiką oraz przestrzeganiem zasad logiczności i następstwa czasowego, co wpływa na mniejsze ryzyko pojawienia się chaosu w procesie pielęgnowania [9]. W pracy opisano problemy pielęgniarskie pacjentki z zespołem HELLP w dniu przyjęcia do Oddziału Patologii Ciąży, szpitala III stopnia referencyjności do momentu operacyjnego zakończenia ciąży.

Opis przypadku

Kobieta 29 lat, w 32. tygodniu drugiej ciąży została przyjęta w Oddział Patologii Ciąży w godzinach popołudniowych. Rozpoznanie lekarskie – zespół HELLP. W chwili przyjęcia pacjentka zgłaszała silny ból w okolicy nadbrzusza – po prawej stronie. Wykonano ocenę parametrów stanu ogólnego oraz dokonano obserwacji funkcjonowania poszczególnych układów. Układ krążenia – RR – 160/110 mm Hg, HR – 78 uderzeń/min, miarowe, obrzęków nie stwierdzono, sinicy skóry nie zaobserwowano. Układ oddechowy – oddech o bezwonnym zapachu z częstością 16/minutę, duszność i kaszel nie występują, brak zalegania wydzieliny w drzewie oskrzelowym, tor oddechu piersiowy, prawidłowy. Układ pokarmowy – pacjentka nie stosuje specjalnej diety, zgłasza brak apetytu, występowanie nudności i wymiotów. Pojawienie się biegunki lub zaparć – neguje. Układ moczowy – objętość wydalonego moczu prawidłowa, brak dolegliwości przy oddawaniu moczu. W wykonanym badaniu ogólnym moczu nie stwierdzono białka. Układ nerwowy – świadomość pełna, niedowłady nie występują, kontakt słowny zachowany, pacjentka reaguje adekwatnie do sytuacji, w której się znajduje. Narząd ruchu: zakres ruchów pełny, porusza się samodzielnie. Narząd zmysłów: wzrok, słuch prawidłowy, czucie temperatury i dotyku zachowane. Stan odżywiania – masa ciała 78 kg, wzrost 164 cm, wskaźnik BMI 29,00. Skóra blada, dobrze napięta, czysta. Temperatura ciała 36,7°C. Stan psychiczny – prawidłowa reakcja na otoczenie. Pamięć dobra. Nastrój obniżony. Sen zaburzony.

W badaniu ginekologicznym nie zaobserwowano odchyleń od stanu prawidłowego. W badaniu ultrasonograficznym (USG) stwierdzono obecność pojedynczego płodu – położenie główkowe, czynność serca płodu 136 ud/min, szacowana masa płodu 1800 g. Stwierdzono prawidłowy przepływ w tętnicy pępowinowej, poziom płynu owodniowego w granicach normy. W badaniu laboratoryjnym PLT – 50 000/mm^3, LDH – 880 IU/l, AspAT i ALAT >70 U/l. Do momentu hospitalizacji ciąża przebiegała prawidłowo. W wywiadzie pielęgniarskim pacjentka neguje występowanie chorób przed ciążą i przyjmowanie leków na stałe. Pacjentka rodziła raz siłami natury w 39. tygodniu ciąży – córka żywa donoszona 3750 g, 10 punktów w skali Apgar.

Problemy pielęgnacyjne podczas opieki nad kobietą w ciąży z zespołem HELLP w dniu przyjęcia.

Problem pielęgnacyjny (1): Ryzyko wystąpienia powikłań narządowych w przebiegu nadciśnienia tętniczego.

Cel opieki: Obniżenie ciśnienia tętniczego krwi ciężarnej. Monitorowanie parametrów stanu ogólnego. Niepoduszczenie do wystąpienia rzucawki.

Plan opieki: Pomiar i obserwacja stanu ogólnego (RR, HR, temperatura ciała, oddech, ocena stanu świadomości) – co najmniej cztery razy dziennie, leczenie spoczynkowe, podaż leków i płynów infuzyjnych według indywidualnej karty zleceń lekarskich, obserwacja pacjentki pod kątem wystąpienia objawów przemawiających za atakiem rzucawki, kontrola białkomoczu, badań biochemicznych i układu krzepnięcia, pomoc w czynnościach pielęgnacyjnych, które mogą wpłynąć na wzrost ciśnienia tętniczego krwi pacjentki, kontrola stanu płodu, zmniejszenie niepokoju pacjentki, zapewnienie bezpieczeństwa, ciszy i spokoju.

Osiągnięcie problemu pielęgnacyjnego: Po przyjętych lekach ciśnienie tętnicze krwi pacjentki w granicach normy. Pacjentka w trakcie leczenia spoczynkowego.

Problem pielęgnacyjny (2): Złe samopoczucie spowodowane bólem w prawej stronie nadbrzusza.

Cel opieki: Określenie rodzaju bólu nadbrzusza i jego minimalizacja.

Plan opieki: Obserwacja lokalizacji, czasu trwania, natężenia, częstości występowania i charakteru bólu, ocena wrażliwości pacjentki na ból, pomoc w przyjęciu wygodnej pozycji wpływającej na mniejsze odczuwanie bólu.

Osiągnięcie problemu pielęgnacyjnego: Ostry ból w okolicy prawego nadbrzusza promieniujący do pleców z mniejszym nasileniem występuje nadal, pacjentka ma wiedzę dotyczącą przyjęcia pozycji, która wpłynie na zmniejszenie bólu, problem wymaga dalszej obserwacji.

Problem pielęgnacyjny (3): Dyskomfort psychiczny i fizyczny związany z wystąpieniem nudności i wymiotów u pacjentki.

Cel opieki: Zminimalizowanie częstości nudności i wymiotów. Podanie leków zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich. Zapobieganie możliwości zachłyśnięcia. Wyrównanie zaburzeń wodno-elektrolitowych.

Plan opieki: Określenie rodzaju wymiotów oraz ich przyczynę, kontrola treści, ilości i częstości wymiocin, zastosowanie odpowiedniej pozycji ciężarnej – półwysoka z głową odchyloną na bok, udzielenie pomocy ciężarnej w trakcie wymiotów (podanie worka do wymiocin/miski nerkowatej, ligniny), podanie wody do przepłukania ust, usuwanie treści wymiocin, by nie prowokowała do kolejnych wymiotów, wietrzenie sali, zmiana bielizny pościelowej pacjentki, prowadzenie bilansu płynów uwzględniając wymioty, podaż leków zgodnie ze zleceniem lekarza, zapewnienie poczucia bezpieczeństwa ciężarnej.

Osiągnięcie problemu pielęgnacyjnego: Pacjentka przyjęła pozycję półwysoką z głową odchyloną na bok. Zmieniono bieliznę pościelową, wywietrzono salę. Po wdrożeniu farmakoterapii nudności i wymioty ustąpiły. Pacjentka czuje się lepiej.

Problem pielęgnacyjny (4): Niepokój i lęk związany z nieprawidłowymi wynikami laboratoryjnymi.

Cel opieki: Pobranie krwi i moczu do dalszej diagnostyki.

Plan opieki: Pobranie krwi do badań laboratoryjnych na zlecenie lekarza, poinstruowanie ciężarnej o prawidłowym pobraniu moczu do badania, wyjaśnienie konieczności dalszej diagnostyki.

Osiągnięcie problemu pielęgnacyjnego: Prawidłowe pobranie krwi i moczu do badań laboratoryjnych. Pacjentka ma wiedzę dotyczącą konieczności wykonania dodatkowych badań laboratoryjnych.

Problem pielęgnacyjny (5): Ryzyko wystąpienia zakażenia spowodowanego obecnością kaniuli w żyle obwodowej w okolicy prawego nadgarstka.

Cel opieki: Profilaktyka zakażeń miejsca wkłucia obwodowego. Wczesne wykrycie objawów zakażenia.

Plan opieki: Obserwacja miejsca wkłucia pod kątem prawidłowego umiejscowienia kaniuli i wystąpienia zakażenia, przestrzeganie zasad aseptyki podczas korzystania z dostępu do kaniuli obwodowej, zmiana opatrunku wokół kaniuli obwodowej w razie potrzeby, utrzymanie drożności kaniuli obwodowej, zabezpieczenie wenflonu jałowym korkiem lub mandrynem, poinformowanie ciężarnej o delikatnym obchodzeniu się z wkłuciem obwodowym, w celu uniknięcia wysunięcia lub zagięcia wenflonu, w momencie wystąpienia wczesnych objawów zakażenia usunięcie kaniuli obwodowej i zastosowanie w miejscu wkłucia okładów z Altacetu, prowadzenie dokumentacji – Karta Obserwacji Kaniuli Obwodowej.

Osiągnięcie problemu pielęgnacyjnego: Kaniula obwodowa drożna. Przy zmianie opatrunku nie stwierdzono zakażenia w miejscu wkłucia wenflonu.

Problem pielęgnacyjny (6): Niepokój pacjentki spowodowany hospitalizacją.

Cel opieki: Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, uspokojenie i poprawa samopoczucia ciężarnej.

Plan opieki: Przywitanie pacjentki, przedstawienie się położnej przyjmującej ciężarną w Oddział Patologii Ciąży, wysłuchanie czynności serca płodu detektorem tętna, zapoznanie ciężarnej z topografią i planem dnia obowiązującego w Oddziale Patologii Ciąży, zapoznanie z Kartą Praw Pacjenta, instruktarz korzystania z dzwonka przy łóżku, przeprowadzenie wywiadu pielęgniarskiego, założenie dokumentacji medycznej i obwodowego dostępu żylnego, zapewnienie spokoju, komfortu i intymności pacjentce podczas wykonywania czynności pielęgniarskich i zbierania wywiadu, przekazanie informacji w sposób jasny i zrozumiały, wysłuchanie pacjentki, dokładne wyjaśnienie przez położną wszystkich przewidzianych czynności i zabiegów pielęgniarskich, uświadomienie pacjentce podjęcia prawidłowej decyzji związanej z hospitalizacją, poinformowanie o możliwości rozmowy z lekarzem prowadzącym, wykonanie zapisu NST (ang. non-stress test – test niestresowy), poinformowanie o konieczności monitorowania liczby ruchów płodu przez ciężarną, podaż leków zgodnie z indywidualną karta zleceń lekarskich, zapewnienie ciągłej opieki.

Osiągnięcie problemu pielęgnacyjnego: Podjęte działania przez położną spowodowały zmniejszenie poziomu napięcia emocjonalnego pacjentki, która została zapoznana z metodami radzenia sobie w sytuacjach zwiększonego napięcia. Pacjentka jest spokojniejsza, ma pełne zaufanie do położnej wie, że w chwilach trudnych zapewni jej pomoc i wsparcie.

Problem pielęgnacyjny (7): Niepokój ciężarnej spowodowany koniecznością zakończenia ciąży cięciem cesarskim.

Cel opieki: Zminimalizowanie napięcia emocjonalnego pacjentki, związanego z wczesnym ukończeniem ciąży. Przygotowanie pacjentki do cięcia cesarskiego.

Plan opieki: Udzielenie wyczerpujących informacji zgodnie z kompetencjami położnej, pobranie krwi na grupę krwi i próbę zgodności, złożenie zapotrzebowania na produkty krwiopochodne i składniki krwi, otrzymanie pisemnej zgody pacjentki na zabieg operacyjny, znieczulenie do zabiegu, ewentualne przetoczenie produktów krwiopochodnych i składników krwi, sprawdzenie kompletu dokumentacji medycznej, konsultacja anestezjologiczna, sprawdzenie drożności kaniuli obwodowej, usunięcie owłosienia w okolicy pola operacyjnego, poinformowanie pacjentki o możliwości wzięcia prysznicu wykorzystując antyseptyk, monitorowanie stanu ogólnego pacjentki i podstawowej czynności serca płodu, założenie koszuli jednorazowej i cewnika Foley'a do pęcherza moczowego na bloku operacyjnym po wykonaniu znieczulenia, zapewnienie bezpieczeństwa, zabezpieczenie rzeczy osobistych, przekazanie pacjentki na salę operacyjną.

Osiągnięcie problemu pielęgnacyjnego: Pacjentka uzyskała informację o konieczności wykonania cięcia cesarskiego, na które wyraziła pisemną zgodę. Po przygotowaniu do operacji pacjentka przekazana na salę operacyjną.

Przez cięcie cesarskie odbył się poród żywego płodu płci żeńskiej o masie ciała 1750 gramów, 5 punktów w skali Apgar. Przebieg operacji był niepowikłany. Po wydobyciu noworodek trafił do Oddziału Intensywnej Terapii Noworodka. Nie stwierdzono u niego małopłytkowości i cech wylewów do ośrodkowego układu nerwowego.

Po porodzie obserwowano u położnicy spadek wartości wskaźników zapalnych, normalizację poziomu enzymów wątrobowych i w kolejnych dobach wzrost liczby płytek krwi. Po wdrożeniu leczenia hipotensyjnego ciśnienie tętnicze krwi utrzymywało się w granicach normy. Położnica w stanie ogólnym i położniczym dobrym została wypisana do domu w czwartej dobie po porodzie.

Dyskusja

Do pomiaru ciśnienia tętniczego zaleca się korzystanie z sfigmomanometru rtęciowego. Ciężarna powinna przyjąć pozycję siedzącą lub leżącą na lewym boku [3]. W ciężkim nadciśnieniu tętniczym lekami pierwszego wyboru są: dihydralazyna, labetalol i nifedypina. Dihydralazyna redukuje wewnątrzkomórkowe stężenie wapnia oraz wpływa na zmniejszenie wydzielania noradrenaliny, co bezpośrednio wpływa na mięśnie gładkie naczyń tętniczych. Początkowo stosuje się 5 mg dihydralazyny dożylnie lub domięśniowo, a następnie 5–10 mg, co 20–40 minut. W razie konieczności leczenie kontynuuje się z przepływem 0,5–10 mg na godzinę w pompie infuzyjnej [10]. W przypadku ciśnienia niższego niż 170/110 mm Hg zaleca się podawanie doustnych leków hipotensyjnych, w celu obniżenia RR do wartości 140–150/90–100 mm Hg [3, 11]. Lekiem z wyboru jest metyldopa podawana na początku w trzech dawkach 250 mg maksymalnie do 2 g na dobę [5]. Metyldopa poprawia przepływ nerkowy, wpływa na stabilny przepływ maciczno-łożyskowy oraz niezaburzoną hemodynamikę płodu [12]. Skutkami ubocznymi są: senność, suchość śluzówek, nudności, wymioty oraz obniżenie nastroju [3, 13]. W okresie połogu zwiększa ryzyko wystąpienia depresji poporodowej [3]. W za-

leżności od wartości ciśnienia tętniczego, wieku ciążowego oraz współistnienia matczynych i płodowych czynników ryzyka, postępowanie obejmuje ścisły nadzór, ograniczenie aktywności oraz odpoczynek w pozycji leżącej na lewym boku. Intensywne obniżenie RR może być przyczyną wewnątrzmacicznego ograniczenia wzrostu płodu [3, 11].

Wzrost RR może świadczyć o wystąpieniu stanu przedrzucawkowego lub rzucawki, co jest stanem zagrożenia życia dla płodu i matki. Rzucawka to stan, w którym występują drgawki w bardzo krótkich odstępach czasu lub w sposób ciągły [14]. Objawami prodromalnymi, poprzedzającymi napad drgawek są: pobudzenie, niepokój, zaburzenia widzenia, ból w nadbrzuszu z towarzyszącymi nudnościami i wymiotami, ból głowy o charakterze ucisku najczęściej w okolicy czołowej lub potylicy, nadwrażliwość na światło [15]. Wyróżnia się cztery okresy rzucawki: pierwszy to wstąpienie objawów oczopląsu, trzepotania powiek, drgania mięśni twarzy, utrata przytomności. Następnie w wyniku tężcowego skurczu wszystkich mięśni szkieletowych dochodzi do zatrzymania czynności oddechowych – okres skurczu tonicznego. Z powodu niedotlenia pojawiają się skurcze kloniczne – nieskoordynowane skurcze mięśni obejmujące tułów, twarz i kończyny, trwają do 2 minut. W ostatniej fazie występuje śpiączka – trwa od kilku sekund do trwałego stanu śpiączki. W sytuacji wystąpienia ataku rzucawki położna powinna udrożnić drogi oddechowe, założyć wkłucie obwodowe, podać leki w celu przerwania ataku drgawek (siarczan magnezu, barbiturany) i zabezpieczyć pacjentkę przed urazami mechanicznymi. Leczenie następne obejmuje: kontrolę stanu ogólnego, ułożenie pacjentki na plecach z lekko skierowaną głową na bok w sali, w której można ograniczyć intensywność bodźców zewnętrznych. Należy rozważyć założenie rurki ustno-gardłowej w celu ewakuacji wydzieliny z jamy ustnej i dróg oddechowych. Założyć co najmniej dwie kaniule obwodowe, prowadzić tlenoterapię, podawać leki hipotensyjne, przeciwdrgawkowe. Założyć cewnik do pęcherza moczowego, prowadzić bilans płynów i kontroli diurezy – nie powinna być niższa niż 30 ml/h. Statystycznie zespół HELLP występuje u co trzeciej pacjentki ze stanem rzucawkowym. Magnesium sulfuricum jest lekiem pierwszego wyboru w profilaktyce i leczeniu rzucawki. Hamuje czynność ośrodkowego i obwodowego układu nerwowego dzięki czemu zapobiega wystąpieniu drgawek. Ponadto rozszerza naczynia obwodowe [10, 15]. W sytuacji przedawkowania Magnesium sulfuricum odruch rzepkowy zanika,a liczba oddechów zmniejsza się poniżej 16 na minutę [14], należy wtedy podać glukonian wapnia 2 g, zastosować płynoterapię [10].

Wysokie ciśnienie tętnicze może powodować silne bóle głowy. Objawy te powiązane są z nudnościami, wymiotami oraz bólem prawego nadbrzusza [16]. Bezpiecznym lekiem, często stosowanym w leczeniu nudności i wymiotów u ciężarnych jest metoklopramid [17].

W sytuacji podjęcia decyzji o ukończeniu ciąży przez cięcie cesarskie należy rozpocząć cykl kortykosteroidoterapii domięśniowo (betametazon lub deksametazon). Podanie kortykosteroidów zmniejsza: wskaźnik zachorowalność i umieralność noworodków, częstości występowania zespołu niewydolności oddechowej, krwotoków dokomorowych, martwiczego zapalenia jelit oraz zakażeń ogólnoustrojowych występujących w pierwszych 48 godzin życia noworodka [11]. Natomiast oceniając stan płodu należy pamiętać, że pożądanymi wskaźnikami reaktywnego zapisu NST są: podstawowa czynność pracy serca płodu 110–160 uderzeń na minutę, zmienność krótkoterminowa od 5 do 25 ud/min, wystąpienie akceleracji o amplitudzie 15 ud/min lub więcej trwających przynajmniej 15 sekund lub dłużej, których obecność związana jest z ruchami płodu, brak deceleracji [18].

W opiece nad pacjentką ciężarną istotną rolę odgrywa prowadzenie poradnictwa i edukacji zdrowotnej. Działania edukacyjne wpływają na poprawę jakości życia pacjentek poprzez przygotowanie je do samoopieki. Kobietom w ciąży z nadciśnieniem tętniczym zaleca się umiarkowaną aktywność fizyczną oraz stosowanie zbilansowanej diety w celu zmniejszenia ryzyka otyłości, która predysponuje do rozwoju stanu przedrzucawkowego. Pacjentka powinna posiadać wiedzę, że długotrwały odpoczynek zaleca się w pozycji leżącej na lewym boku. Kolejną istotną sprawą są badania diagnostyczne. Pacjentka powinna mieć świadomość konieczności ich wykonania. Z badań wynika, że u kobiet w ciąży z nadciśnieniem tętniczym przydatna jest ocena przepływu tętnicy macicznej przy użyciu ultrasonografii dopplerowskiej. Stwierdzona w II trymestrze ciąży nieprawidłowa fala podatności tętnicy macicznej może pomóc zidentyfikować kobiety zagrożone rozwojem preeclampsii. Kolejnym ważnym badaniem diagnostycznym jest oznaczenie stężenia kwasu moczowego w surowicy – jego wysoki poziom występuje w przebiegu stanu przedrzucawkowego. Pacjentka powinna stosować dietę ograniczoną w sód, zrównoważoną pod względem magnezu, wapnia, witamin zgodnie z jej zapotrzebowaniem. Kobiety w ciąży z grupy podwyższonego ryzyka rozwoju stanu przedrzucawkowego powinny również posiadać wiedzę o konieczności ścisłej samokontroli ciśnienia tętniczego oraz stosowania małych dawek kwasu acetylosalicylowego [3]. Prowadzenie działań edukacyjnych sprzyja poprawie stopnia świadomości pacjentek w omawianym aspekcie, zwięk-

sza również ich umiejętność w zakresie prowadzenia prozdrowotnego stylu życia.

Podsumowanie

1. Ciągła, kompleksowa opieka nad kobietą ciężarną z zespołem HELLP ma przede wszystkim zapewnić pacjentce dobrą jakość procesu pielęgnowania, co wpływa pozytywnie na jej stan zdrowia.
2. Postawienie prawidłowej diagnozy pielęgniarskiej, prowadzenie procesu pielęgnowania i realizacja wszystkich jego etapów powinna być priorytetem dla położnej podczas opieki nad kobietą ciężarną z zespołem HELLP.
3. Opieka nad ciężarną z zespołem HELLP w ramach procesu pielęgnowania wymaga od położnej dobrego przygotowania merytorycznego, doskonałej umiejętności komunikowania się z pacjentką i prowadzenia dokumentacji.
4. Ważne jest, by proces pielęgnowania miał praktyczne zastosowanie, co wpłynie na wzrost satysfakcji pacjenta z proponowanej opieki oraz ułatwi pracę położnych i pielęgniarek.

Piśmiennictwo

1. Baszczuk A, Szlachtowska E, Kopczyński Z. Laboratoryjna diagnostyka różnicowa zespołu HELLP. Now Lek. 2011; 80: 461–468.
2. Śliwa J, Gejdel-Kołtuniewicz S, Zimmer M. Zespół HELLP w 24. tygodniu ciąży – opis przypadku. Gin Pol Med Project. 2014; 2: 54–58.
3. Rutz-Danielczak A. Nadciśnienie tętnicze w czasie ciąży. Farmacja Współ. 2008; 1: 31–41.
4. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: Clinical issues and management. A Review. BMC Pregnancy Childbirth. 2009; 9: 8.
5. Mielczarek B, Durek G, Orchowska-Jędrzejewska A, Szymańska-Franckiewicz J. Wykorzystanie metod radiologii inwazyjnej w leczeniu pęknięcia wątroby u położnicy z zespołem HELLP. PrzypadkiMedyczne.pl, 2016; 92: 421–431.
6. Carlson KL, Bader CL. Ruptured subcapsular hematoma in pregnancy: a case report of nonsurgical management. Am J Obstet Gynecol. 2004; 190: 558–60.
7. Wicke C, Pereira PL, Neeser E, Flesch I, Rodegerdts EA, Becker HD. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome: Evaluation of diagnostic and therapeutic options – a unicenter study. Am J Obstet Gynecol. 2004; 1: 106–112.
8. Gul A, Cebeci A, Aslan H, Polat I, Ozdemir A, Ceylan Y. Perinatal outcomes in severe preeclampsia-eclampsia with and without HELLP syndrome. Gynecol Obstet Invest. 2005; 59:113–118.
9. Walewska E, Kleszowska K, Ścisło L, Szczepanik AM, Czupryna A. Rozwój koncepcji procesu pielęgnowania — przegląd artykułów Stefanii Poznańskiej publikowanych na łamach „Pielęgniarki i Położnej". Probl Pielęg. 2012; 20: 546–552.
10. Wielgoś M (red). Biblioteka Ginekologa Praktyka. Zespół HELLP. Gdańsk: Wydawnictwo Medyczne Via Medica; 2010. 34–50.
11. Guidelines Committee. 2003 European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. J Hypertens. 2003; 21: 1011–1053.
12. Khalil A, Harrington K, Muttukrishna S, Jauniaux E. Effect of antihypertensive therapy with alpha-methyldopa on uterine artery Doppler in pregnancies with hypertensive disorders. Ultrasound Obstet Gynecol 2010; 35: 688–94.
13. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M. Pre-eclampsia. Lancet. 2005; 4: 785–799.
14. Sipiński A. Opieka w położnictwie."Śląsk". Katowice: Wydawnictwo Naukowe; 2012. 312–315.
15. Maruniak-Chudek I, Chudek J. Rzucawka. Forum Nefrol. 2009; 2: 254–259.
16. Geary M. The HELLP syndrome. Br J Obstet Gynaecol. 1997; 104: 887–891.
17. Tan PC, Khine PP, Vallikkannu N, Omar SZ. Promethazine compared with metoclopramide for hyperemesis gravidarum: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2010; 5: 975–981.
18. Stanowisko Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie zastosowania kardiotokografii w położnictwie. Ginekol Pol. 2014; 85: 713–716.

Artykuł przyjęty do redakcji: 18.12.2018.
Artykuł przyjęty do publikacji: 29.04.2019.

Źródło finansowania: Praca nie jest finansowana z żadnego źródła.
Konflikt interesów: Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Adres do korespondencji:
Agnieszka Dombrowska-Pali
ul. Łukasiewicza 1
85-821 Bydgoszcz
tel. +48 52 585-33-00
e-mail: agnieszka.pali@cm.umk.pl
Pracownia Podstaw Opieki Położniczej
Collegium Medicum w Bydgoszczy
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu