

ROZDZIAŁ 11

Ocena stanu pacjenta

ZARYS

Ocena stanu pacjenta jako podstawowa umiejętność

Przeprowadzanie wywiadu

Techniki przeprowadzania wywiadu

Elementy wywiadu

Ocena aktualnego stanu fizycznego pacjenta

Sprawdzanie karty

Ocena stanu fizycznego

Parametry życiowe

Powszechnie stosowane badania laboratoryjne

Morfologia krwi

Odczyn Biernackiego

Ocena krzepnięcia krwi

Badania biochemiczne krwi

Elektroniczne monitorowanie stanu pacjenta

Pulsoksymetr

Cewniki tętnicze

Monitory elektrokardiograficzne

Elektroencefalografia

CELE

Po przeczytaniu tego rozdziału studenci powinni umieć:

- Wymienić cztery powody, dla których warto nauczyć się, jak prawidłowo należy oceniać stan pacjenta.
- Zademonstrować, jak należy przeprowadzać wywiad odpowiednio do wykonywanego badania.
- Znaleźć rozpoznanie w karcie pacjenta.
- Zmierzyć i zapisać temperaturę, tętno i częstość oddechów.
- Właściwie używać terminów, takich jak: *duszność*, *potliwość* i *tachykardia*, aby opisać stan pacjenta.
- Wyjaśnić różnice między tętnem szyjnym a uderzeniem koniuszkowym.
- Podać prawidłowe wartości temperatury, tętna, częstości oddechów i ciśnienia krwi.
- Uzyskać i zapisać odczyty ciśnienia tętniczego.
- Wymienić powszechnie stosowane badania laboratoryjne i podać cel każdego z nich.
- Zidentyfikować powszechne rodzaje niemierności pracy serca w zapisie EKG.

SŁOWA KLUCZOWE

Asystolia

Bradykardia

Bradypnoe

Cewnik

Diastole

Elektrokardiogram (EKG)

Kardiowersja

Koniuszek

Koniuszkowy

Metabolizm

Migotanie

Nadciśnienie

Niedociśnienie

Ortopnoe

Potliwość

Poziom świadomości

Rytm zatokowy

Sfigmomanometr

Sinicz

Skrzeplina

Systole

Tachykardia

Tachypnoe

Wstrząs

Zator

Obserwacja, ocena i kwalifikacja są podstawowymi umiejętnościami umysłowymi tak wplecionymi w nasze życie, że przyjmujemy je za oczywiste. Codziennie zauważamy zmiany w naszym środowisku bez wkładania w to świadomego wysiłku. Dom obok nas został świeżo pomalowany, na parkingu przy szpitalu posadzono nowe krzewy i tak dalej. Obserwujemy nowy produkt w sklepie, który ma mieć zwiększoną efektywność przy niewiele większych kosztach. Kupujemy go i oceniamy, czy odpowiada naszym oczekiwaniom, a następnie, czy różnica w jego działaniu jest warta jego ceny. Te same umiejętności, jeżeli zostaną odpowiednio wyćwiczone w środowisku klinicznym, podnoszą kwalifikacje technika i pomagają mu stać się bardziej wrażliwym na potrzeby pacjentów.

OCENA STANU PACJENTA JAKO PODSTAWOWA UMIEJĘTNOŚĆ



Umiejętność dokonania podstawowej oceny stanu pacjenta jest istotna dla wszystkich osób, które odpowiadają za opiekę nad pacjentami chorymi lub pourazowymi.

Technik elektroradiologii (technik RTG) jest czasami jedyną osobą obecną w pomieszczeniach do badań obrazowych, która może rozpoznać potrzeby pacjenta. Wyczulenie na zmiany w ogólnym stanie pacjenta pozwoli na wczesną interwencję i może pomóc uniknąć sytuacji zagrożenia życia.

Ocena stanu pacjenta jest ważna przy ustalaniu priorytetów. Technicy są często odpowiedzialni za ruch chorych w pracowni i muszą decydować o najbardziej efektywnej kolejności badania pacjentów. Umiejętność prawidłowej oceny i klasyfikacji pozwoli w sposób wygodny i elastyczny ustalić kolejność, tak aby wyjść naprzeciw potrzebom pacjentów w stanach ostrych, z bólem czy w stanach nagłych.

Innym aspektem roli technika jest przekazywanie tych informacji lekarzowi radiologowi. Umiejętności zbierania odpowiedniego wywiadu i przedstawiania swoich obserwacji pomagają lekarzowi radiologowi w podjęciu decyzji dotyczącej rozpoznania i leczenia.

PRZEPROWADZANIE WYWIADU

Lekarze radiolodzy oczekują od techników elektroradiologii pomocy w uzyskaniu dokładnych informacji na temat historii pacjenta i jego stanu obecnego. Odpowiedzi otrzymane od pacjenta mogą mieć wpływ na przeprowadzenie badania. Wywiad pomaga również radiologowi skoncentrować się na interpretacji, która sprostaa potrzebom lekarza kierującego. Nie jest to szczegółowy wywiad medyczny, ale raczej wnikli-

we ustalanie, dlaczego to szczególne badanie radiologiczne ma być wykonane.

Pacjenci często skarżą się, że czują się jak towary na linii produkcyjnej. Proces zbierania wywiadu stanowi okazję, aby poświęcić pacjentowi uwagę i zbudować z nim relację. Zdolność do zdobycia zaufania pacjenta będzie również miała wpływ na zakres istotnych informacji, które można uzyskać. Należy pamiętać, aby przedstawić się, zwracać się do pacjenta po imieniu i zająć się jak najszybciej jego natychmiastowymi potrzebami.

Techniki przeprowadzania wywiadu

Aby usprawnić przeprowadzanie wywiadu z pacjentem, ważne jest stosowanie następujących technik po to, aby zachęcić pacjenta do mówienia i zapobiec odchodzeniu przez niego od tematu:

- pytania otwarte,
- ułatwianie,
- milczenie,
- refleksja lub powtarzanie,
- wyjaśnienie lub sondowanie,
- podsumowanie.

Zbieranie wywiadu powinno zaczynać się pytaniami otwartymi, aby zachęcić pacjentów do swobodnego dzielenia się informacjami na temat ich stanu i wyjaśnienia, dlaczego należy u nich wykonać konkretne badanie obrazowe. Pytania zamknięte lub bezpośrednie mogą być stosowane, gdy pacjent już opowiedział o sobie. Wykorzystuje się je do uzyskania brakujących informacji. Te pytania wymagają krótkich odpowiedzi „tak” lub „nie”. Gdy pacjent opowiada o swoim stanie, należy przytaknąć lub powiedzieć „tak” w celu zachęcenia go do kontynuowania opowieści. Milczenie daje pacjentom czas na przemyślenie odpowiedzi i zebranie myśli. Refleksja lub powtórzenie dają możliwość powtórzenia tego, co pacjent mówi, i pozwalają sprawdzić, czy słuchało się uważnie i dokładnie zapisało informację. Pytania wyjaśniające lub sondujące służą do wydobywania dalszych informacji od pacjenta. Na przykład, gdy pacjent mówi, że powodem, dla którego wykonywane jest zdjęcie rentgenowskie jamy brzusznej, jest ból brzucha, trzeba poprosić pacjenta, aby pokazał dokładną lokalizację bólu lub powiedział, gdzie ból jest zlokalizowany. Powinno się używać terminologii zrozumiałej dla pacjenta, kiedy zadaje się mu pytania. Kiedy pacjent zakończył podawanie informacji, należy podsumować jego historię, aby upewnić się, że nie przeoczyło się żadnego ważnego punktu i że wszystkie informacje są dokładnie zarejestrowane.

Elementy wywiadu

Stosując metody komunikacji opisane w rozdziale 6 i techniki wymienione powyżej, można rozpocząć zbieranie wywiadu, zadając ogólne pytania o naturę problemu, np.: „Czy pan wie, dlaczego dr Chen życzy sobie, by wykonać zdjęcie klatki piersiowej?” Pytania sondujące powinny być realistyczne i skupiać się na rozszerzeniu informacji zawartych w skierowaniu na badanie. Jest to szczególnie ważne, gdy w skierowaniu nie wskazano jasno uzasadnienia wykonania badania. W większości zakładów są wprowadzone zasady, że takie informacje muszą być dostarczone, ale w praktyce często skierowanie zawiera jedynie rozpoznanie z chwili przyjęcia do szpitala, które może nie uzasadniać potrzeby wykonania badania bez dalszego wyjaśnienia. Informacje, które się uzyskuje są najbardziej przydatne, gdy prawidłowo zapisze się je na for-

mularzach stosowanych w danej instytucji. Może to być papierowa forma zapisu lub inne formy charakterystyczne dla danej pracowni. Być może trzeba będzie nauczyć się, jak wprowadzić informacje bezpośrednio do systemu komputerowego szpitala.

Niektóre badania wymagają zebrania bardzo konkretnych informacji, a dokładna ich specyfika różni się w zależności od radiologa. Na przykład, jeśli ma być podany jodowy kontrast dożylny, w wywiadzie powinno się uzyskać informacje na temat alergii i wszelkie dostępne dane dotyczące wydolności nerek pacjenta (zob. rozdział 19). Pacjenci mogą zostać poproszeni o wypełnienie kwestionariusza przed rozpoczęciem badania. Tabela 11-1 zawiera odpowiednie pytania i spostrzeżenia związane z wieloma skargami pacjentów. Dzięki niej można zapoznać się z rodzajami informacji, które będą najbardziej przydatne w określonych sytuacjach.

TABELA 11-1 Wytyczne dotyczące zbierania wywiadu

Badanie	Pytania	Obserwacje	Przykład wywiadu
Ortopedyczne, ostry uraz	Jak doszło do urazu? Kiedy? Czy może pan pokazać gdzie dokładnie boli?	Opuchnięcie, zniekształcenie, zmiana koloru, rana, otarcie	Uraz skrętny lewej kostki podczas jazdy na nartach; opuchnięcie i ból powyżej kostki bocznej.
Szyja	Czy doszło do urazu szyi? Jak? Kiedy? Gdzie pana boli? Czy odczuwa pan ból, drętwienie czy mrowienie ramienia lub ręki? Po której stronie?	Zakres ruchu	Wypadek motocyklowy; ból dolnej części szyi i lewego ramienia; drętwienie i mrowienie lewej ręki.
Kręgosłup	Czy doszło do urazu pleców? Jak? Kiedy? Czy odczuwa pan ból, drętwienie, mrowienie lub osłabienie biodra lub nogi? Po której stronie? Czy ma pan jakieś problemy jelitowe lub z oddawaniem moczu?	Chód, zakres ruchu	Uraz podczas podnoszenia dwa tygodnie temu. Ból dolnej części pleców promieniujący do prawego biodra.
Głowa	Czy doszło do urazu głowy? Kiedy? Jak? Czy boli? Gdzie? Czy doszło do utraty przytomności? Na jak długo? Czy są problemy z mową, orientacją, chodem?	Mowa: czy jest wyraźna czy splątana	Ostre nadciśnienie, zamazane widzenie, zawroty głowy i uogólnione osłabienie od 24 godzin. Neguje uraz. Zamazana mowa.
Klatka piersiowa	Czy pan wie, dlaczego lekarz zalecił to badanie? Jak się panu oddycha? Czy ma pan kaszel? Czy pan odkrztusił podczas kaszlu? Czy pojawiła się krew podczas kaszlu? Czy ma pan gorączkę? Czy ma pan problemy z sercem?	Oddech, kaszel	Duszność, świszczący oddech i ból po prawej stronie klatki piersiowej od wystąpienia grypy 4 tygodnie temu. Umiarkowany, nieproduktywny kaszel.
Jama brzuszna, badania przewodu pokarmowego	Czy pan wie, dlaczego lekarz zalecił to badanie? Czy gdzieś pana boli? Gdzie? Czy ma pan nudności? Biegunkę? Czy z tego powodu przeprowadzano już jakieś badania? (Badania laboratoryjne? Badanie USG?) Czy zna pan wyniki tych badań? Czy kiedykolwiek miał pan operację brzucha? Kiedy? Dlaczego?	—	Ból w lewym podbrzuszu narastający w ciągu ostatnich miesięcy. Masa widoczna w USG wykonywanym w tej pracowni 21.10.2011 r.
Urologia	Czy pan wie, dlaczego lekarz zalecił to badanie? Czy gdzieś pana boli? Gdzie? Jak długo? Czy ma pan problemy z oddawaniem moczu? Ból? Parcie? Częstotliwość? Czy już kiedykolwiek ten problem występował? Czy cierpi pan na nadciśnienie?	—	Dwa wcześniejsze epizody zakażenia dróg moczowych; aktualnie złe samopoczucie, gorączka i ból pleców.

Podczas badania pacjentów z chorobami przewlekłymi lub wymagających obserwacji po leczeniu może być potrzebne porównanie z poprzednimi badaniami diagnostycznymi. Jeżeli nie są one częścią aktualnej historii choroby, to w wywiadzie powinno się uzyskać informacje na temat poprzednich badań włącznie z informacją, kiedy i gdzie zostały zrobione. Informacje dotyczące innych badań mogą również być istotne, na przykład: czy pacjentowi pobrano krew na badanie lub czy był badany przez lekarza specjalistę?

W przypadku, gdy potrzebny jest szczegółowy wywiad, często stosowany jest opisany poniżej standardowy schemat. Korzystanie z niego pozwoli wydobyć jak najwięcej danych w najkrótszym czasie i umożliwi zebranie wszelkich istotnych informacji.

- **Początek:** Jak to się zaczęło? Co się stało? Kiedy po raz pierwszy wystąpił problem? Czy to była sytuacja ostra czy zaostrzała się stopniowo?
- **Czas trwania:** Czy choroba już wystąpiła wcześniej? Czy jest ciągła? Czy dokucza przez cały czas? Jak długo trwa ten atak?
- **Umiejscowienie:** Gdzie boli (lub gdzie jest problem)? Czy można wskazać jednym palcem miejsce, gdzie boli najbardziej? Czy boli jeszcze gdzie indziej?
- **Rodzaj bólu:** Jakie to uczucie? Ostry, kłujący ból? Tępy ból? Pulsujący ból? Jak ostry jest ból? Ból łagodny, umiarkowany czy ostry? (Czasami stosuje się skalę bólu od 1 do 5 lub od 1 do 10, w której 0 oznacza brak bólu, a największa liczba reprezentuje najgorszy ból, jaki pacjent może sobie wyobrazić). Czy ból budzi w nocy?
- **Co zaostrza ból:** Co przypuszczalnie pogarsza dolegliwości? Kiedy są one najgorsze? Czy jest gorzej po posiłku? W nocy? Przy poruszaniu się?
- **Co łagodzi ból:** Co pomagało w przeszłości? Czy to nadal pomaga? Co przypuszczalnie pomaga teraz? Czy pora dnia (odpoczynek, zmiany pozycji itp.) coś zmieniają?

Niezbędne przy uzyskiwaniu tych informacji są takt i ostrożność, ponieważ niespokojni pacjenci mogą doszukiwać się zbyt wiele w zadawanych pytaniach. Informacje o tak poważnych schorzeniach, jak rak, operacje chirurgiczne czy zawał serca, najlepiej uzyskać w sposób ogólny, a nie przez bezpośrednie pytania. „Czy pan wie, dlaczego lekarz zlecił to badanie?” brzmi mniej groźnie dla pacjenta niż „Czy lekarz podejrzewa u pana raka?”

W tym momencie proces przeprowadzania wywiadu może wydawać się skomplikowany i kłopotliwy, ale jest to umiejętność, której nabywa się wraz z praktyką. Odgrywanie ról z innymi studentami, w tym również roli krytycznego obserwatora, poprawia zdol-

ność do uzyskiwania tych informacji z odpowiednią wrażliwością i pewnością siebie. W miarę zdobywania wiedzy i doświadczenia w praktyce klinicznej okaże się, że obserwacje i umiejętności zbierania wywiadu stają się coraz bardziej dokładne i trafne.

OCENA AKTUALNEGO STANU FIZYCZNEGO PACJENTA

Podejmowane decyzje i inicjowanie komunikacji z pacjentem w trakcie badania radiologicznego będą najbardziej dokładne, jeśli zacznie się od poznania aktualnego stanu pacjenta. Ponadto technik jest często pierwszym i podstawowym obserwatorem znaczącej zmiany zachodzącej w stanie pacjenta. Aby dokładnie ocenić zmiany, należy najpierw ustalić punkt odniesienia dla obserwacji.

Sprawdzanie karty

Przed rozpoczęciem badania ważne jest dokładne zapoznanie się ze skierowaniem. Często nie zawiera ono wystarczająco konkretnych informacji, więc jest to obszar, w którym umiejętności zbierania wywiadu mogą okazać się cenne. Po dodaniu danych z wywiadu do skierowania należy się podpisać i opatrzyć informacje datą, chyba że dane i data są dodawane automatycznie, gdy dokument jest skanowany do komputera. Gdy pacjent jest pacjentem szpitalnym, można mieć dostęp do jego historii choroby i zweryfikować zarówno rodzaj badania, jak i dokładność skierowania. Powinno się zapoznać z rozpoznaniem i najnowszymi obserwacjami. Pomoże to w dokładnej ocenie stanu fizycznego pacjenta i określeniu, czy został on odpowiednio przygotowany do badania. Choć presja oczekujących pacjentów może powodować, że takie postępowanie wydaje się trudne, to im bardziej zaznajomimy się z organizacją karty pacjenta i skierowaniami, tym łatwiej będzie odnaleźć szybko istotne informacje.

Równie pomocne mogą być notatki pielęgniarek. Jeśli ostatni zapis brzmi: „nie może stać samodzielnie”, to można założyć, że zajdzie potrzeba przeniesienia tego pacjenta na stół rentgenowski. O wpisie, takim jak „wymioty \times 3” w ciągu ostatnich 24 godzin, powinno się poinformować radiologa przed przystąpieniem do badania z podaniem doustnego środka kontrastowego. Należy wtedy podać leki, które uspokoją żołądek pacjenta na tyle, żeby badanie mogło się odbyć. Jeśli takie leczenie zostało zastosowane, może mieć ono wpływ na perystaltykę jelit i stąd na interpretację badania fluoroskopowego przez lekarza.

Niektóre zapisy mają specjalne znaczenie w radiologii. Alergie zwykle zaznaczane są kolorem czerwonym na okładce historii choroby, jak również wewnątrz