

Irena Milaniak^{1, 2, 3}, Alina Manys¹, Ferdynanda Krupa-Hubner¹¹Krakowski Szpital Specjalistyczny im. Jana Pawła II, Oddział Kliniczny Chirurgii Serca, Naczyń i Transplantologii²Państwowa Wyższa Szkoła w Nowym Sączu, Instytut Zdrowia³Krakowska Akademia im. A. Frycza Modrzewskiego, Wydział Zdrowia i Nauk Medycznych

Problemy pielęgnacyjne w opiece nad pacjentem z ostrym odrzucaniem naczyniowym i humoralnym przeszczepionej nerki — opis przypadku

Nursing problems the care of patient with acute cellular and humoral rejection of the transplanted kidney — a case report

ABSTRACT

Kidney transplantation (NTx) is considered as the optimal method of renal replacement therapy in patients with advanced renal failure. Rejection NTx, both acute and chronic, it is increasingly recognized complication following transplantation and is one of the main reasons for the loss of

NTx. One of the goals is, therefore early detection of rejection episodes, appropriate treatment and care. The aim of the study was to present a model of patient care with acute humoral and vascular rejection.

Forum Nefrologiczne 2015, vol 8, no 4, 257–262

Key words: transplantation, rejection of humoral, nursing transplant

►► Ostre odrzucanie komórkowe to najczęstsza forma odrzucania we wczesnym okresie po transplantacji i stanowi około 70% wszystkich incydentów ostrego odrzucania ◀◀

WSTĘP

Przeszczepienie nerki (KTx, *kidney transplantation*) uznaje się za optymalną metodę leczenia nerkozastępczego u pacjentów z zaawansowaną niewydolnością nerek. Dla większości pacjentów to jedyna szansa na powrót do zdrowia i aktywnego życia.

Wyróżnia się kilka etapów odpowiedzi immunologicznej przeciw przeszczepionemu narządowi. Należą do nich: rozpoznanie obcych antygenów, aktywacji antygenoswoistych obcych antygenów oraz fazę efektorową odrzucania przeszczepu [1]. W większo-

ści przeszczepień narządów unaczynionych transplantacje wykonuje się u osobników tego samego gatunku, ale różniącymi się genetycznie. Każdy kandydat zakwalifikowany do KTx ma oznaczoną ekspresję antygenów zgodności tkankowej. Ocena zgodności pomiędzy dawcą a biorcą obejmuje ocenę stopnia zgodności tkankowej oraz wykonanie próby krzyżowej przed zabiegiem. Ostre odrzucanie komórkowe to najczęstsza forma odrzucania we wczesnym okresie po transplantacji i stanowi około 70% wszystkich incydentów ostrego odrzucania. Za wystąpienie tego procesu odpowiada mechanizm odporności komórkowej.

Adres do korespondencji:

dr n. med., mgr piel. Irena Milaniak
Krakowski Szpital Specjalistyczny
im. Jana Pawła II
Oddział Kliniczny Chirurgii Serca,
Naczyń i Transplantologii
ul. Prądnicka 80, 31–202 Kraków
e-mail: imilan@szpitaljp2.krakow.pl

▶▶ Epizod ostrego odrzucania typu humoralnego występujący we wczesnym okresie po transplantacji może prowadzić do gwałtownego pogorszenia czynności przeszczepionej nerki, a także ma wpływ na odległe jej losy. Działania terapeutyczne polegają na rozpoznaniu procesu ostrego odrzucania oraz trafnym wyborze terapii ostrego odrzucania ◀◀

▶▶ Do zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem należy przede wszystkim udział w leczeniu, wczesne rozpoznawanie niepokojących objawów wynikających z leczenia i procesu odrzucania, niedopuszczenie do groźnych w skutkach powikłań potransplantacyjnych lub ograniczanie ich rozwoju oraz trafne podejmowanie interwencji, a także wnikliwa ocena działań pielęgniacyjnych ◀◀

Kliniczne i histopatologiczne rozpoznanie odrzucania humoralnego zależy od przeciwciał. Postać humoralna stanowi około 5% przypadków ostrego odrzucania. Częściej jednak występuje postać mieszana komórkowa i humoralna (ok. 25% zdarzeń) [2]. Epizod ostrego odrzucania typu humoralnego występujący we wczesnym okresie po transplantacji może prowadzić do gwałtownego pogorszenia czynności przeszczepionej nerki, a także ma wpływ na odległe jej losy. Działania terapeutyczne polegają na rozpoznaniu procesu ostrego odrzucania oraz trafnym wyborze terapii ostrego odrzucania. Standardowe leczenie odrzucania komórkowego obejmuje podanie pulsów metylprednizolonu. W przypadku ostrego odrzucania komórkowego konieczne jest usunięcie krążących w organizmie pacjenta przeciwciał poprzez wykonanie zabiegów plazmaferezy, dożylny wlew immunoglobulin oraz podanie surowicy antytymocytarnej [2].

Jednym z celów opieki nad pacjentem jest wczesne wykrywanie epizodów ostrego odrzucania, właściwe leczenie i pielęgnacja. Do zadań pielęgniarki w opiece nad pacjentem należy przede wszystkim udział w leczeniu, wczesne rozpoznawanie niepokojących objawów wynikających z leczenia i procesu odrzucania, niedopuszczenie do groźnych w skutkach powikłań potransplantacyjnych lub ograniczanie ich rozwoju oraz trafne podejmowanie interwencji, a także wnikliwa ocena działań pielęgniacyjnych.

Celem pracy było przedstawienie modelu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z ostrym odrzucaniem naczyniowym i humoralnym po KTx.

OPIS PRZYPADKU

Opisano przypadek 43-letniej pacjentki z rozpoznaniem przewlekłej choroby nerek (PChN) w stadium schyłkowej niewydolności na tle martwiczego zapalenia drobnych naczyń rozpoznanego w 2008 roku. Pacjentka była leczona hemodializami przez 44 miesiące. Dodatkowo w wywiadzie obserwowano nadciśnienie tętnicze oraz problemy z dostępem naczyniowym (hemodializowana okresowo przez cewnik czasowy zakładany do żył centralnych szyjnych i udowych po obu stronach, następnie cewnik permanentny w prawej żyłce podobojczykowej, a ostatecznie w okresie przed- i potransplantacyjnym przy użyciu przetoki tętniczo-żyłnej na lewym ramieniu). W badaniu przedmiotowym widoczne były ce-

chy ciężkiego niedożywienia oraz przewlekłe przewodnienie z licznymi obrzękami obwodowymi. W badaniach immunologicznych stwierdzono, że jest to biorczyni umiarkowanego ryzyka immunologicznego [przeciwciała limfocytotoksyczne (PRA, *panel reactive antibodies*) 30%]. W dniu 18.12.2014 roku wykonano KTx pobranej od dawcy zmarłego o standardowych kryteriach, przy bardzo dobrej zgodności w zakresie układu antygenów zgodności tkankowej (HLA, *human leucocyte antigen*) (1 niezgodny antygen B). Czas zimnego niedokrwienia wyniósł 16 godzin. Zespoleń moczwodowo-pęcherzowe wykonano na cewniku double J. Zastosowano immunosupresję czterolekową w schemacie Tac/MMF/steroid z indukcją Simulectem ze względu na ryzyko immunologiczne. Nerka podjęła czynność bezpośrednio po wszczęciu do naczyń biodrowych.

W przebiegu pooperacyjnym obserwowano niestabilne poziomy takrolimusu oraz nietolerancję mykofenolanu mofetylu i mykofenolanu sodu. Począwszy od drugiego tygodnia po przeszczepieniu obserwowano pogorszenie czynności przeszczepionego narządu. W związku z tym wykonano biopsję nerki. Na podstawie wyniku badania histopatologicznego i oznaczenia przeciwciał swoistych dla dawcy rozpoznano ciężkie ostre odrzucanie naczyniowe IIB (w klasyfikacji banfijskiej) oraz ostre odrzucanie humoralne. Pacjentka otrzymała puls steroidowe, a następnie surowicę antylimfocytarną (50 mg/25 mg/25 mg/25 mg) pod kontrolą liczby limfocytów CD3+. Wykonano 7 zabiegów plazmaferezy oraz dożylny wlew ludzkiej immunoglobuliny. Leczenie było powikłane małopłytkowością i anemizacją nie wymagającą przetoczenia preparatów krwi. Pacjentkę wypisano w dobrym stanie ogólnym do domu w 40. dobie po zabiegu, ze stabilną czynnością KTx (kreatynina 110 $\mu\text{mol/l}$).

ZADANIA PIELĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTKĄ

Proces pielęgnowania stanowi integralną część procesu leczenia. Obejmuje planowanie, realizację i ocenę działań pielęgniarskich służących danemu pacjentowi i jego bliskim. Głównym celem prowadzenia procesu pielęgnowania jest właściwe zaplanowanie opieki nad pacjentem oraz skrupulatne jej udokumentowanie. Właściwy dobór metod pielęgnowania wymaga od pielęgniarek dobrej znajomości procesów klinicznych i wnikliwej obserwacji pacjenta. Należy dbać również o znalezienie

odpowiednich skutecznych narzędzi poprawiających jakość i bezpieczeństwo wykonywanych działań pielęgniarskich podpartych dowodami naukowymi wraz z wykorzystaniem zasad dobrej praktyki pielęgniarskiej (EBN, *evidence based nursing*) [3, 4].

W opiece nad opisywaną pacjentką wyodrębniono indywidualne problemy pielęgnacyjne, którym przypisano określone cele, i podjęto interwencje pielęgniarskie (tab. 1). Zidentyfikowane problemy opracowano według sugerowanych rozpoznań pielęgniarskich zatwierdzonych przez *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA). W zaplanowanych działaniach terapeutycznych uwzględniono wyniki badań naukowych [4].

OMÓWIENIE

Omówiono problemy, które pojawiły się u pacjentki z rozpoznaniem odrzucaniem humoralnym i naczyniowym przeszczepionej nerki. Standardowym postępowaniem w rozpoznawaniu odrzucania, a jednocześnie najlepszym narzędziem diagnostycznym, jest biopsja przeszczepionej nerki [5]. Umożliwia ona stosunkowo wczesne wykrycie rodzaju odrzucania i podjęcie właściwego leczenia. Znajomość możliwych powikłań z nią związanych i wdrożone przez personel transplantacyjny interwencje pielęgniarskie ograniczyły wystąpienie powikłań w postaci krwawienia śródtkankowego i zapobiegły powstaniu krwiaka w okolicy przeszczepionego narządu [6].

Ustalenie rozpoznania klinicznego u pacjentki koreluje z podjęciem kompleksowego leczenia mającego na celu leczenie epizodu naczyniowego i humoralnego odrzucania przeszczepionej nerki. Około 25% epizodów ostrego odrzucania przeszczepionej nerki to postać mieszana i komórkowa, dlatego obok terapii standardowej konieczne jest wdrożenie leczenia zależnego od przeciwciał [2]. Stosowane metody obejmują między innymi wykonywanie plazmaferezy oraz dożylnie wlewy immunoglobulin [2]. W omawianym przypadku wdrożono zalecane postępowanie. Przyjmowanie leków immunosupresyjnych i przeciwciał antylimfocytarnych wiąże się z wieloma działaniami niepożądanymi, do których należą: wzrost ryzyka zakażeń, gorączka, leukopenia, cukrzyca, dysfunkcja przewodu pokarmowego [7].

Monitorowano również niepokojące objawy i stosowano interwencje pielęgniarskie adekwatne do postawionych diagnoz. Po KTx należy stosować leki wspomagające leczenie

nie immunosupresyjne. Główne cele leczenia obejmują profilaktykę zakażeń, ochronę śluzówki przewodu pokarmowego, ochronę przed powikłaniami zakrzepowo-zatorowymi [6]. W opiece nad pacjentem po KTx konieczne jest także zwrócenie uwagi na indywidualną edukację zdrowotną pacjenta skupioną na nauczaniu pacjenta zasad samoopieki i przestrzeganiu zaleceń terapeutycznych [8]. Z badań wynika, że z powodu nieprzestrzegania zaleceń wzrasta 7-krotnie ryzyko niewydolności, a tym samym utraty nerki. Uważa się również, iż jest to jedna z głównych przyczyn epizodów odrzucania przeszczepionego narządu [9, 10]. Dlatego już w okresie hospitalizacji należy prowadzić edukację pacjenta oraz zidentyfikować możliwe problemy związane z nieprzestrzeganiem zaleceń [11–13]. Opisywana pacjentka przeszła cykl rozmów edukacyjnych realizowanych w ramach opracowanego w jednostce organizacyjnej programu edukacji. Dzięki realizacji tego rodzaju aspektów pracy pielęgniarskiej zarówno w okresie hospitalizacji, jak i w trakcie opieki ambulatoryjnej nie obserwowano u pacjentki problemów z przestrzeganiem zaleceń, chociaż w początkowej fazie leczenia występował problem nieprzyjmowania leków.

W opiece nad pacjentem po KTx ogromną rolę odgrywają również aspekty psychologiczne. Po przeszczepieniu obserwuje wysokie wskaźniki depresji i lęku, co wpływa negatywnie na odległe wyniki w tej grupie pacjentów [14]. U pacjentki występowały objawy obniżonego nastroju i lęku związanego z możliwością utraty funkcji przeszczepionej nerki, co przejawiało się odmowami kontaktu z personelem, niechętnym wykonywaniem codziennych czynności, płaczliwością, utratą apetytu i zaburzeniami snu. Pacjentka okresowo nie przyjmowała leków, ukrywając ten fakt przed personelem. W celu identyfikacji problemu i jego konstruktywnego rozwiązania do opieki nad pacjentką włączono psychologa klinicznego, który stanowi nieodłącznego partnera zespołu terapeutycznego w ośrodkach transplantacyjnych. Celem terapii było przekazanie pacjentce, iż nawet w bardzo trudnej psychologicznie sytuacji ma ona możliwość regulowania i kierowania własnymi emocjami w sposób poprawiający komfort psychofizyczny. Zespół terapeutyczny pracował równocześnie z pacjentką nad modyfikacją przekonań zdrowotnych. Zastosowane interwencje poznawczo-behawioralne okazały się skutecznym narzędziem pomocy [15].

▶▶Proces pielęgnowania stanowi integralną część procesu leczenia. Obejmuje planowanie, realizację i ocenę działań pielęgniarskich służących danemu pacjentowi i jego bliskim. Głównym celem prowadzenia procesu pielęgnowania jest właściwe zaplanowanie opieki nad pacjentem oraz skrupulatne jej udokumentowanie. Właściwy dobór metod pielęgnowania wymaga od pielęgniarek dobrej znajomości i wnikliwej obserwacji pacjenta oraz procesów klinicznych. Należy dbać również o znalezienie odpowiednich skutecznych narzędzi poprawiających jakość i bezpieczeństwo wykonywanych działań pielęgniarskich podpartych dowodami naukowymi wraz z wykorzystaniem zasad dobrej praktyki pielęgniarskiej◀◀

Tabela 1. Proces pielęgnowania pacjentki po przeszczepieniu nerki

Diagnoza	Cel	Interwencje	Ocena
Niepokój/lęk związany z możliwą utratą odrzucenia przeszczepionej nerki	Samokontrola, zmniejszenie poziomu nasilenia niepokoju/lęku	Ocena poziomu nasilenia niepokoju/lęku u pacjentki Zastosowanie empatycznego podejścia do pacjentki Dostarczenie informacji nt. życia z przeszczepioną nerką, wyjaśnianie wątpliwości Wyjaśnianie wszystkich działań i procedur Stosowanie technik terapeutycznego dotyku Stosowanie interwencji poznawczo-behawioralnych we współpracy z psychologiem	Zmniejszenie nasilenia niepokoju
Nieskuteczna ochrona przed leczeniem immunosupresyjnym	Zapewnienie skutecznej ochrony	Izolacja ochronna Dbalność o higienę osobistą Monitorowanie stężenia leków immunosupresyjnych Profilaktyka zakażeń układu moczowego Podaż leków przeciwwirusowych, przeciwgrzybiczych i przeciwbakteryjnych	Skuteczna ochrona, brak powikłań
Niedostateczna wiedza na temat potrzeb żywieniowych	Duża wiedza na temat potrzeb żywieniowych	Przedyskutowanie z pacjentką jej potrzeb żywieniowych i konieczności stosowania diety Zaangażowanie pacjentki w proces edukacyjny Dostarczenie informacji na temat zaleceń żywieniowych i diety	Uznanie przez pacjentkę potrzeby zdrowych praktyk żywieniowych i konieczności stosowania diety
Niedożywienie (BMI 18 kg/m ²)	Stan odżywienia w normie	Ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia (NRS) Monitorowanie stężenia białka, albumin na zlecenie lekarza Codzienne ważenie pacjenta Obserwowanie nastawienia pacjentki do odżywiania Nadzór nad spożywanymi posiłkami Stosowanie diety wysokobiałkowej z dodatkami wysokokalorycznymi i 5 posiłkami dziennie Obserwacja pacjentki w kierunku cech infekcji	Zwiększenie masy ciała
Krwawienie z przetoki tętniczo-żylnej po zabiegu plazmaferezy	Zatrzymanie krwawienia z przetoki	Zabezpieczenie miejsca po wkłuciu jałowym opatrunkiem W przypadku nasilonego krwawienia założenie opatrunku ze spongostanu Sprawdzanie wskaźników życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddechy) Obserwacja założonego opatrunku, informowanie lekarza	Ustąpienie objawów
Uszkodzenie błony śluzowej jamy ustnej związane z osłabieniem układu immunologicznego	Spójność tkanek, skóry i błony śluzowej, skóra nieuszkodzona	Kontrola śluzówek jamy ustnej 1 × dziennie Higiena jamy ustnej Stosowanie środków antybakteryjnych i przeciwgrzybiczych (nystatyna) Kontrolowanie odżywienia pacjentki	Zmniejszenie się uszkodzenia
Oliguria związana z ujemnym bilansem płynowym i z hipalbuminemią w przebiegu niedożywienia dializacyjnego	Prawidłowa diureza, normowolemia	Uzupełnianie wolemii na zlecenie lekarza Monitorowanie diurezy i bilansu płynów Uzupełnianie niedoborów białkowych	Prawidłowa diureza, normowolemia
Ryzyko upośledzenia oddawania moczu związanego z możliwym upośledzeniem funkcjonowania przeszczepionej nerki	Zachowanie funkcji przeszczepionej nerki	Kontrola wskaźników życiowych (dokumentowanie w karcie obserwacyjnej) Kontrola diurezy 8- i 24-godzinny bilans płynów Podaż leków drogą doustną /dożylną	Funkcja przeszczepionej nerki zachowana
Ryzyko zmniejszenia objętości płynów/zmniejszenie objętości płynów	Uzyskanie równowagi płynowej, elektrolitowej i kwasowo-zasadowej, nawodnienie	Monitorowanie bilansu płynów (bilans 8-godzinny) Monitorowania masy ciała pacjentki 2 × dziennie Nawadnianie doustne pacjentki Uzupełnianie płynów drogą dożylną Monitorowanie parametrów życiowych	Utrzymanie równowagi płynowej, elektrolitowej i kwasowo-zasadowej, odpowiednie nawodnienie
Biegunka związana z leczeniem immunosupresyjnym	Kontrolowane opróżnianie jelit Brak biegunki	Ocena rytmu wypróżnień Rozpoznanie przyczyny biegunki: zakażenie, skutki uboczne przyjmowanych leków Pobranie kału do badań w kierunku <i>Clostridium difficile</i> Stosowanie standardowych środków ostrożności — izolacja Ocena stopnia odwodnienia Obserwacja w kierunku spadku poziomu sodu i potasu Prowadzenie bilansu płynów Codzienne ważenie pacjentki	Brak biegunki

Tabela 1 (cd.). Proces pielęgnowania pacjentki po przeszczepieniu nerki

Diagnoza	Cel	Interwencje	Ocena
Niedostateczna wiedza na temat terapii, leczenia	Wzbogacenie wiedzy nt. kontroli przyjmowania leków, reżimu leczenia, zachowań zdrowotnych po przeszczepieniu nerki	Przedyskutowanie z pacjentką opcji leczenia oraz ich uzasadnienie Dostarczenie materiałów edukacyjnych nt. życia po przeszczepieniu nerki Przeprowadzenie zajęć edukacyjnych zgodnie z planem edukacyjnym Monitorowanie przetwarzanych przez pacjentkę informacji	Pacjentka zaakceptowała konieczność podawania leków zgodnie ze schematem leczenia
Niestosowanie się do zaleceń farmakologicznych	Współpraca pacjentki	Motywowanie pacjentki do regularnego przyjmowania leków immunosupresyjnych zgodnie ze zaleceniami Dokonywanie regularnej kontroli stężenia leków immunosupresyjnych Zapoznanie pacjentki z mechanizmem działania leków immunosupresyjnych, z objawami niepożądanymi, jakie mogą się pojawić w trakcie ich stosowania	Współpraca w zakresie terapii Gotowość do poprawy schematu terapeutycznego
Ryzyko krwawienia śródtkankowego związanego z wykonaniem biopsji grubościennej przeszczepionej nerki	Zapobieganie powikłaniom	Pozostawienie pacjentki w pozycji leżącej przez 12 godzin Utrzymanie opatrunku uciskowego przez ok. 6 godzin Kontrola wskaźników życiowych (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, oddech) Nawadnianie pacjentki drogą dożylną Obserwacja ilości i jakości oddawanego moczu (pierwszego moczu po wykonanej biopsji nerki) Pobranie materiału do badania hematologicznego	Brak powikłań
Ryzyko wystąpienia powikłań infekcyjnych i zakrzepowo-zatorowych z powodu założenia cewnika naczyniowego (CVC) do żyły udowej	Zapobieganie zakażeniom i powikłaniom zakrzepowo-zatorowym	Asystowanie lekarzowi w procedurze założenia CVC zgodnie z procedurą szpitalną Pielęgnacja wkłucia CVC zgodnie z procedurą szpitalną Utrzymanie drożności CVC — przepłukiwanie Monitorowanie wskaźników życiowych pacjentki pod kątem wystąpienia potencjalnych powikłań infekcyjnych Pobieranie krwi do badań bakteriologicznych Prowadzenie dokumentacji zgodnie z obowiązującymi procedurami	Brak powikłań
Ryzyko nieskutecznej ochrony związane z małopłytkowością, leukopenią polekową, niedożywieniem	Zapobieganie skutkom ubocznym podawanych leków	Pobieranie krwi do badań laboratoryjnych Podaż leków Obserwacja i monitorowanie parametrów życiowych Kontrola stanu odżywienia Zastosowanie częściowej izolacji pacjentki Higiena jamy ustnej	Minimalizacja powikłań
Ryzyko powikłań związanych z wykonaniem plazmaferezy	Brak powikłań	Pomiar wskaźników życiowych Profilaktyka wstrząsu anafilaktycznego Profilaktyka wykrzepiania w plazmafiltrze Podaż leków przeciwzakrzepowych Wyrównywanie niedoborów wapniowych	Brak powikłań
Ryzyko wystąpienia zaburzeń nietolerancji glukozy	Utrzymanie poziomu glukozy w zakresie wartości prawidłowych	Kontrola poziomu glukozy 4 × dziennie Obserwacja w kierunku objawów podmiotowych i przedmiotowych hipoglikemii Zastosowanie diety cukrzycowej Podaż insuliny	Poziom glukozy w zakresie wartości prawidłowych
Ryzyko infekcji związane z obecnością cewników naczyniowych, zabiegów inwazyjnych (plazmafereza), stosowaniem leków immunosupresyjnych	Profilaktyka infekcji, kontrola ryzyka	Obserwacja w kierunku wystąpienia zakażenia Pomiar temperatury ciała Pobieranie materiału do badań laboratoryjnych Izolacja pacjentki Podaż leków przeciwbakteryjnych	Brak infekcji, kontrola ryzyka
Upośledzenie podtrzymywania zdrowia związane z leczeniem po przeszczepieniu, dietą, objawami odrzucania przeszczepionej nerki	Wzbogacenie wiedzy nt. konieczności aktywnego i świadomego uczestnictwa w leczeniu i samoopiece	Przekonanie pacjentki o korzyściach wynikających z aktywnego podejścia do choroby i leczenia Stosowanie różnych form edukacji zdrowotnej w celu zapewnienia informacji dotyczących reżimu terapeutycznego Edukacja nt. sposobów przystosowania czynności dnia codziennego i włączenia ich do reżimów terapeutycznych Edukacja dotycząca bezpieczeństwa przyjmowania leków	Gotowość pacjentki do uczenia się na temat choroby i zarządzania nią
Ryzyko dezintegracji duchowej z uzyskaniem nerki od zmarłego dawcy	Akceptacja przeszczepionego narządu Odnalezienie nadziei, sensu i celu życia	Ocena aspektu duchowego, przynależności religijnej Wyjaśnienie warunków oddania narządów do przeszczepienia od zmarłego dawcy Umożliwienie kontaktu z psychologiem	Wzbudzenie w pacjentce nadziei, odzyskanie przez nią wiary w sens życia Zaakceptowanie przez pacjentkę nowej sytuacji zdrowotnej

BMI (*body mass index*) — indeks masy ciała; NRS (*nutritional risk score*) — ocena ryzyka związanego ze stanem odżywienia; CVC (*central venous catheter*) — centralny cewnik żylny

PODSUMOWANIE

W ramach realizacji standardów opieki nad pacjentem po KTx pacjentka została otoczona wnikliwą i profesjonalną opieką pielęgniarską, której celem było utrzymanie w optymalnej funkcji przeszczepionej nerki, a także zapobieganie groźnym powikłaniom związanym z leczeniem.

Opracowanie protokołów opieki pielęgniarskiej nad pacjentami po KTx jest bardzo przydatne do określenia algorytmów postępowania pielęgniarskiego potwierdzonych wynikami badań [16]. Powyższy opis stanowi przykład opieki pielęgniarskiej nad pacjentem w trudnej sytuacji zdrowotnej uwzględniającej nowoczesne aspekty pielęgniarstwa transplantacyjnego.

STRESZCZENIE

Przeszczepienie nerki (NTx) uznaje się za optymalną metodę leczenia nerkozastępczego u pacjentów z zaawansowaną niewydolnością nerek. Odrzucanie NTx, zarówno ostre jak i przewlekłe, jest coraz częściej rozpoznawanym powikłaniem potransplantacyjnym i jest jednym z głównych powodów utraty

NTx. Jednym z celów opieki jest wczesne wykrywanie epizodów odrzucania, właściwe leczenie i pielęgnacja. Celem pracy było przedstawienie modelu opieki nad pacjentem z ostrym odrzucaniem naczyniowym i humoralnym NTx.

Forum Nefrologiczne 2015, tom 8, nr 4, 257–262

Słowa kluczowe: transplantacja, odrzucanie humoralne, pielęgniarstwo transplantacyjne

Piśmiennictwo

1. Danovitch G.M. Podręcznik transplantacji nerek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
2. Durlik M., Rutkowski B. Zalecenia dotyczące leczenia immunosupresyjnego po przeszczepieniu narządów unaczynionych. Fundacja Zjednoczeni dla Transplantacji, Warszawa 2014.
3. Kózka M., Płaszewska-Żywko L. Diagnostyka i interwencje pielęgniarskie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2008.
4. Ackley J.B., Ladwig G.B. Podręcznik diagnoz pielęgniarskich. GC Media House Sp. z o.o., Warszawa 2011.
5. Golconda M.S., de Mattos A.M., Prather J. i wsp. Renal Transplantation at Oregon Health and Science University: Recent Results and Protocols. Clin. Transpl. 2003; 149: 54.
6. Bojanowska M., Białobrzeska B. Biopsja nerki własnej i przeszczepionej — holistyczna opieka nad pacjentem. Forum Nefrologiczne 2010; 3: 317–325.
7. Białobrzeska B., Dębska-Ślizień A. Leczenie po przeszczepieniu nerki. W: Białobrzeska B., Dębska-Ślizień A. (red.). Pielęgniarstwo nefrologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013: 242–254.
8. Dew M.A., DiMartini A.F., De Vito Dabbs A. i wsp. Rates and risk factors for nonadherence to the medical regimen after adult solid organ transplantation. Transplantation 2007; 83: 858–873.
9. Didlake R.H., Dreyfus K., Kerman R.H. i wsp. Patient noncompliance: a major cause of late graft failure in cyclosporine-treated renal transplants. Transplant Proc. 1988; 20: 63–69.
10. Butler J.A., Roderick P., Mullee M., Mason J.C., Peveler R.C. Frequency and impact of nonadherence to immunosuppressants after renal transplantation: a systematic review. Transplantation 2004; 77: 769–776.
11. Białobrzeska B. Edukacja zdrowotna pacjenta po przeszczepieniu nerki. W: Białobrzeska B., Dębska-Ślizień A. (red.). Pielęgniarstwo nefrologiczne. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2013: 272–276.
12. Milaniak I., Makiela W., Przybyłowski P., Wierzbicki K., Sadowski S. Jak poprawić przestrzeganie zaleceń u pacjentów po przeszczepieniu serca? Przegląd piśmiennictwa i doświadczenia własne. Pielęg. Chir. Angiol. 2011; 5: 99–106.
13. Milaniak I. Problem nieprzestrzegania zaleceń przez chorych po przeszczepieniu narządów unaczynionych. Forum Transplantologiczne 2013; 3: 23–28.
14. Rocha G., Poli de Figueiredo C.E., d'Avila D. Depressive symptoms and kidney transplant outcome. Transplant Proc. 2001; 33: 3424.
15. Trzcńska M., Włodarczyk Z. Zastosowanie technik poznawczo-behawioralnych w pracy terapeutycznej z pacjentami po przeszczepieniu nerki w świetle doświadczeń własnych. Psychoterapia 2007; 2: 57–70.
16. Henderson A., Prendergast E. Algorithmic Nursing Protocol to Provide Optimum Care Post Combined Kidney/Pancreas Transplantation. EDTNA ERCA J. 1999; 25: 21–23.