

Preležanine

(Nadaljevanje in konec)

PREPREČEVANJE PRELEŽANIN

Če poznamo vzroke za nastanek preležanin in bolezenska stanja, zaradi katerih se bolnik ne more sam boriti proti učinku pritiska in pojavu strižne sile, pridemo do znanega, a še vedno ne dovolj upoštevanega zaključka, namreč: Preležanine moremo uspešno preprečiti le z razbremenitvijo stisnjenih telesnih delov in s preprečevanjem pojava strižne sile.

Kakor se zdi ta zaključek enostaven, pa naloga ni lahka.

Po drugi plati pa kažejo izkušnje, da je naše prizadevanje tudi v najzahtevnejših primerih lahko nagrajeno z uspehom. Zavest, da bomo bolnika obvarovali dodatnega trpljenja ter podaljšane hospitalizacije in tudi mnogih osebnih mentalno-higienskih, družinskih in socialno-ekonomskih zapletov, ki jih prinaša hospitalizacija, nam more biti v nenehno spodbudo.

Razbremenitev dosežemo:

1. Z neposrednim ročnim obračanjem bolnika v določenih časovnih presledkih. V manjši meri oziroma v manj primerih z nego na posebnih ležiščih, ki nam z mehaničnimi vzvodi ali na električni pogon olajšajo obračanje.

2. Z nego bolnika na pravilnem ležišču — pri tem mislimo na posteljno ogrodje, posteljni vložek in na posteljnino.

3. S kontinuirano skrbjo in ukrepi za pravilno lego, da preprečimo pojav strižne sile.

4. Vzporedno z ukrepi, navedenimi pod točko 1, 2 in 3, pa za preprečevanje preležanin v posameznih primerih uporabljamo tudi pomožne pripomočke, katerih funkcija oziroma lastnosti naj bi bile naslednje:

a) porazdelitev telesne teže ali teže ekstremitet na večjo površino, torej na večje število kontaktnih točk, s čimer se zmanjša intenziteta pritiska na tkiva, ki so v dani bolnikovi legi pod najnižje ležečo kostjo ali njeno štrlino;

b) bolniku ne smejo ovirati gibanja;

c) omogočati morajo cirkulacijo zraka pod bolnikovim telesom; če cirkulacije zraka ne pospešujejo, naj je vsaj ne ovirajo;

č) ne smejo zadrževati vlage;

d) vzdrževanje teh pripomočkov naj ne bo tehnično prezahtevno, prav tako naj bosta možna čiščenje in dekontaminacija;

e) naj ne motijo bolnikovega udobja.

Pri obravnavi znanih pripomočkov in materialov bomo videli, da docela žal še nobeden ne ustreza vsem navedenim zahtevam.

PRI KATERIH BOLNIKI IN KDAJ ZAČNEMO S PREPREČEVANJEM

Pravočasna ugotovitev, kateri bolnik je v nevarnosti, je bistvenega pomena za preprečevanje preležanin. Žal še vedno začenjamo s preventivno nego prepozno, tj. tedaj, ko so znaki ali izrazita preležanina že tu. Po tem, kar vemo o učinku strižne sile na globlje ležeča tkiva, še preden se na koži pojavi viden eritem, in če upoštevamo, da tudi pri preležaninah, ki se začnejo na površini, ni moč vselej oceniti, ali gre pri eritemu na koži za fazo obrambne reakcije ali pa je že nastala okvara tkiva, ne smemo čakati, da se pojavijo vidni znaki, ampak moramo s preventivno nego začeti prej.

Prvi korak k preprečevanju bo zato presoja, kateri bolnik je ogrožen. To naj velja za vsakega na novo sprejetega bolnika in za vse tiste bolnike, ki se jim med zdravljenjem poslabša splošno stanje in še posebej, če nazaduje njihova sposobnost gibanja.

Izkušeni sestri, ki pozna bolnikovo diagnozo in njegovo splošno stanje, predvsem pa tisti sestri, ki bedi nad bolnikovo sposobnostjo gibanja, ta presoja ne bo delala težav. Mimo tega nam je v ta namen na voljo odličen pripomoček:

V raziskovalni študiji o preležaninah, ki so jo opravili dr. Exton Smith ter medicinski sestri Rhoda Mc Laren in Doreen Norton v whittingtonski bolnišnici v Londonu, so z namenom, da ugotovijo odnos med splošno kondicijo in pojavom preležanin, pripravili obrazec za oceno bolnikove ogroženosti, in sicer s »točkovanjem«:

a) bolnikove splošne kondicije, b) stanja zavesti, c) aktivnosti, č) mobilnosti in d) inkontinence.

Obrazec za oceno bolnikove ogroženosti po preležaninah s točkovanjem

Telesna kondicija	Duševna kondicija	Premičnost	Mobilnost	Inkontinenca	
dobra	4 alerten	4 hodi	4 dobra	4 ne pušča podse	4
zadovoljiva	3 zmeden	3 hodi ob pomoči	3 omejena	3 občasno inkontinenten	3
slaba	2 apatičen	2 v bolniškem stolu	2 zelo omejena	2 inkontinenca urina	2
zelo slaba	1 stuporozen	1 ležeč	1 imobilen	1 inkontinenca urina in blata	1

V dveh letih so opazovali in točkovali 250 bolnikov. Opazovanje je pokazalo naslednje:

Pri 5 % bolnikov v razmeroma dobri kondiciji (18—20 točk) so se pojavile preležanine. V primerjavi z 48 % bolnikov, ki so bili v slabi splošni kondiciji (12 in manj točk po gornjem obrazcu). Za ogroženega pa so imeli bolnika, ki je dosegel še 14 točk. Stanje bolnikov so točkovali ob sprejemu, nato vsak teden in kadarkoli so med hospitalizacijo opazili poslabšanje bolnikovega stanja. V sploš-

nem je bila zveza med pojavom preležanin in padajočim številom točk očitna.

V poročilu o tej študiji navajajo, da »so sestre postale čuječe — kot bi bile na preži za svarilnimi znaki, tudi kadar niso seštevale točk«. Metoda, ki je bila sprejeta v raziskovalne namene, se je izkazala praktična in relativno zanesljiva, zato si je po zaključku omenjene študije dobila domovinsko pravico v mnogih bolnišnicah Anglije. Še po 15 letih se številni avtorji člankov o preležaninah sklicujejo nanjo in jo priporočajo. Preizkusili smo jo tudi na Inštitutu za gerontologijo in jo v tečajih za usposabljanje negovalskega osebja iz domov za socialno varstvo starejših občanov posredovali tudi negovalkam, ki nimajo strokovne izobrazbe. Mislimo, da je njena vrednost zlasti v tem, ker nam pomaga prekiniti z zastarelo miselnostjo in prakso, da začenjamo s preventivo šele ob vidnih znakih preležanin. Na osnovi skupnega števila točk lahko določimo tudi, v kakšnih časovnih presledkih bomo obračali posamezne bolnike. Pripomniti pa moramo, da kaj lahko prezremo nevarnost pri tistih bolnikih, katerim se splošno stanje slabša počasi in komaj opazno, tako da lahko zamudimo čas, v katerem bi bili preventivni ukrepi še uspešni.

Čuječi moramo biti tudi pri tistih bolnikih, ki so ogroženi le določen čas; to so lahko premični ali delno premični bolniki, ki so razmeroma aktivni podnevi, a skoraj imobilni ponoči — največkrat zaradi učinka uspaval in pomiril. Ti bolniki, zlasti starejši med njimi, največkrat dobijo preležanine na petah. O preležaninah na petah pa bomo govorili v posebnem prispevku.

VPLIV LEŽIŠČA

V obravnavi preležanin ne moremo mimo vprašanja, kakšen je vpliv ležišča na njih nastanek. Mnogo je vzrokov za trditev, da so nekatere lastnosti klasičnih bolniških postelj — pri tem mislimo na posteljno ogrodje, na posteljni vložek in na posteljnino — takšne, da naravnost pospešujejo nastanek preležanin pri ogroženem bolniku.

Zična mreža ali mreža iz prožnih jeklenih peres, pa najsi bo opremljena s klasično žimnico ali z vložkom iz latex gume (posteljni vložki Risan in Tigar) ali s katerikoli vložkom iz vrste plastičnih penastih mas* je kombinacija starega z novim in daje zelo slabo ležišče. Mreža se pod težo telesa ugrezne, tako da se zlasti težak bolnik znajde v nekakšnih nečkah, v nekakšni kotanji. V taki kotanji je ovirano bolnikovo spontano gibanje. Pritisk telesne teže se ne porazdeli, nasprotno — najbolj občutljivi predeli so v tem položaju najbolj obremenjeni, bodisi da leži bolnik na hrbtu** ali na boku. Ugriznjeni mreži sledi posteljni vložek in posteljina, ki se v tej kotanji nujno zgubajo.

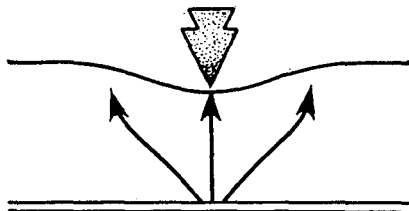
Čeprav vemo, da so potrebne nadaljnje raziskave glede odnosa (interakcije) med togostjo baze posteljnega ogrodja in telesne teže, pa lahko po dosedanjih ugotovitvah zagovarjamo kot primerno ležišče: posteljno ogrodje s togo-čvrsto bazo in na njej vložek, ki se vdaja in prilagaja po telesnem reliefu in »oblazini« telo. Pri tem naj se pa tudi po trajnejši obremenitvi ne stisne več kot za 7—15 % prvotne debeline.

* Polyurethanske plastične penaste mase polyether, polyester, vinil pena, polyvinilchlorid in druge v žargonu napačno imenovane s skupnim izrazom »penasta guma« — z izrazom, ki ustreza le penastim izdelkom iz latex gume.

** Iz izkušenj vemo, da bolniki na takem ležišču tožijo tudi o bolečinah v križu.

Posteljni vložki iz plastične pene imajo to lastnost, da se vdajajo in prilagajajo telesnim oblikam, spričo česar se pritisk porazdeli na večjo površino, na več kontaktnih točk, s tem pa se zmanjša intenziteta pritiska na tkiva pod najnižje ležečimi kostmi. (Slika 1)

Zveza med nešteti celicami nekaterih vrst plastičnih penastih izdelkov omogoča cirkulacijo zraka, kar je zelo pomembno tako za posteljne vložke kakor tudi za druge pripomočke, ki pridejo v tesen stik s telesom.



Slika 1. Pritisk se porazdeli na večjo površino

Industrija nam z naglim razvojem daje vsak dan nekaj novega; danes je med številnimi vrstami plastičnih penastih izdelkov polietrova pena tista vrsta, ki jo člani že omenjene raziskovalne skupine priporočajo kot primeren material za posteljne vložke, kakor tudi za oblazinjenje stolov, za podlaganje posameznih delov telesa oziroma za podlaganje ekstremitet. Polietrova pena vzdrži dolgotrajnejši pritisk, ne da bi pri tem izgubila prožnost, tj. sposobnost, da ob razbremenitvi zadobi prejšnjo debelino. Prožnost je odvisna od kakovosti in gostote izdelka.

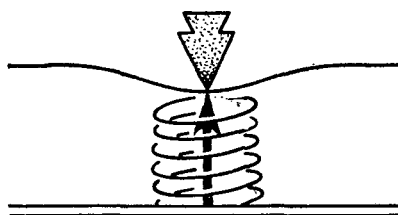
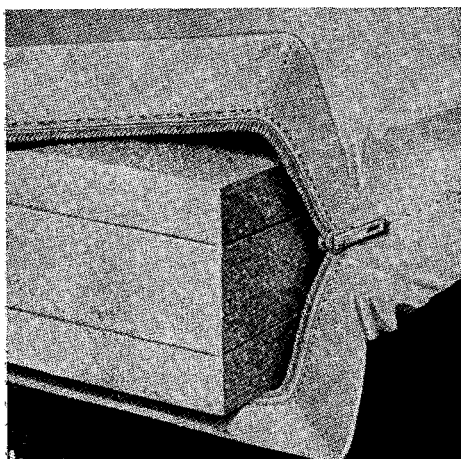
Ker se te vrste materiali uporabljajo v čedalje večji meri, menimo, da je vredno opozoriti sestre, ki sodelujejo pri nabavah, da je pri atestih plastičnih pen pomemben »odstotek trajne deformacije«. Gre namreč za to: če za trenutek obremenimo plastično peno znane debeline, se le-ta stisne, vendar zadobi prejšnjo debelino, ko pritisk popusti. Ob trajnejši obremenitvi, kot npr. pri posteljnem vložku, pa postane sčasoma tanjša, dokler se izguba debeline več ali manj ne ustali. To točko imenujemo »trajno deformacijo« (compression set). Polietr se sčasoma stanjša za 7—10 %. Slabe izkušnje z nekvalitetnimi plastičnimi penami, ki se po nekaj tednih obremenitve stanjšajo tudi za 50 % in s tem izgubijo tudi funkcijo »telesnega oblazinjenja«, nas opozarjajo, da se pred nabavo pozanimamo, kolikšen je odstotek »trajne deformacije«.

Primer dobre izvedbe in kvalitete posteljnega vložka je trislojni (»sendvič«) Relyon posteljni vložek. Srednji sloj je iz dokaj toge pene poliestrskega tipa (3 % trajna deformacija). Ta sloj naj bi dajal enakomerno oporo vsemu telesu. Zunanja sloja (zgornji in spodnji) sta iz mehkeše pene polietrovega tipa (trajna deformacija 5 %). Vrhnji zunanji sloj naj bi se ugreznil pod reliefom telesnih oblik; spodnji zunanji sloj pa naj nadomesti funkcijo vzmetnice. Pod težo telesa naj bi se stisnil spodnji sloj zato, da ostane srednji kot opora telesu nedeformiran. Posteljni vložek je oblečen v nepremočljivo prevleko, ki ima to lastnost, da na njej ne drži posteljno perilo in pa bolnik.

Avtorica tega prispevka je delovni organizaciji Plama — industriji za proizvodnjo in predelavo plastičnih mas v Podgradu posredovala vzorec trislojnega Relyon posteljnega vložka s prošnjo, da opravijo atest fizikalnih karakteristik, in

z željo, da bi izdelovali posteljne vložke enake kakovosti, in sicer za opremo posteljnega ogrodja, ki ga je takrat pričelo izdelovati Splošno kovinsko podjetje Ajdovščina po licenci Nesbit-Evans. Atest vzorca je Plama opravila že leta 1973. Trislojni posteljni vložek industrije Plama pa smo imeli priložnost videti v bolnišnicah komaj lansko leto. Ne vemo, koliko po fizikalnih lastnostih ustreza vzorcu preizkušenega Relyon vložka. Navedbe so različne: do 80 %, do 90 %. Na prvi pogled je precej tanjši. Vsekakor bo potrebno dobiti zanesljive podatke. Glede tega priznava avtorica svoj dolg do bralk tega prispevka. Prve izkušnje s posteljnimi vložkom »Plame« v Zavodu za rehabilitacijo invalidov in v Splošni bolnici v Šempetru pri Gorici so ugodne.

Za opremo bolniških postelj ne moremo priporočati posteljnih vložkov z vgrajenimi vzmetmi — vzmetnic, pa četudi imajo pridevek »Hospital«. So ne-higienske. Ob bolnikovem gibanju — če niso oblečene v neprepustno prevleko — se ob stiskanju vzmeti iz njih »iztepava« prah in ko vzmeti popuste, se vanje tudi vsesava. Težko jih je čistiti. So težke za obračanje in vzdigovanje pri postiljanju. Učinek vzmeti na tkiva, izpostavljena preležaninam, pa je razviden iz slike (3).



Slika 2. Relyon trislojni posteljni vložek Slika 3. Pritisk vzmeti na občutljivi predel

Čeprav proizvajalci trdijo, da plastične pene ne pospešujejo razmnoževanja bakterij in da je peno polietrovega in poliestrskega tipa možno prati v pralnem stroju in sterilizirati v avtoklavu, pa nam higijenski in estetski razlogi narekujejo, da vsak bolniški posteljni vložek zavarujemo pred onesnaževanjem z nepremočljivo prevleko. To je neizbežno, hkrati pa moramo opozoriti, da vsaka prevleka zmanjša razbremenilni učinek plastičnih pen, pa najsi bo to vložek ali bloki, ki z njimi podlagamo posamezne dele telesa. Zato se moramo v preventivi preležanin po možnosti izogibati nepremočljivih prevlek, zlasti debelih, trdih gumiranih platen in namesto teh uporabljati tanjše PVC prevleke in podloge. Tudi spričo tega je preprečevanje preležanin pri inkontinentnih bolnikih težavnejše.

Kolikšnega pomena je teža odeje pri nastanku preležanin na prstih nog, na petah, pa tudi na kolenih pri bolnikih s kontrakturami, je splošno znano, vkljub temu pa ne bo odveč, če opozorimo na izbiro odej za ogroženega bolnika, na

pravilno postiljanje (ne pozabiti na razbremenilno gubo, ne zatlačiti odeje ob straneh) in na pravočasno namestitev razbremenilnega loka pod odejo.

REDNO ROČNO OBRAČANJE

Dosedanje izkušnje in objavljeni rezultati znanstvenih opazovanj potrjujejo, da je redno ročno obračanje ogroženih bolnikov, v časovnih dveurnih presledkih najučinkovitejša metoda za preprečevanje preležanin.

Obseg in kakovost sestrške pomoči, ki naj bi je bil bolnik deležen v času 24 ur, ni odvisna samo od splošno znanega dejstva, da je premalo sester glede na število bolnikov — še posebej premalo pa v nočni službi —, temveč je odvisna tudi od organizacije dela. Pomemben dejavnik, ki mu posvečamo morda premalo pozornosti, so pismena naročila in navodila za individualno nego bolnikov. Morda velja to še posebej, kar se tiče naročil za preprečevanje preležanin v nočni službi. Ves trud sester v dnevni službi je lahko zaman, če ni zagotovljena kontinuiteta obračanja vseh 24 ur, torej tudi ponoči. Vsekakor je bolj smotrno določati število sester v posameznih službah po trenutnih negovalskih potrebah bolnikov, kot pa po kapaciteti bolniškega oddelka.

Koristen pripomoček za zagotovitev kontinuitete pri obračanju bolnika je poleg naročila v knjigi za predajo službe tudi obrazec za evidenco bolnikove lege v določenem času. Na inštitutu za gerontologijo smo pred leti vpeljali za evidenco obračanja pri konkretnem bolniku poseben obrazec, ki smo ga preprosto imenovali »list obračanja«. Ta obrazec smo pritrdili k temperaturnemu listu, v knjigo naročil za posamezne delovne izmene pa napisali: Bolnik N. N. soba x: list obračanja. Lego bolnika lahko načrtujemo tako, da leži na hrbtu za jutranjo toaleta in v času dveh obrokov.

Obrazec za »list obračanja«

Bolnik:	Priimek in ime:	soba:	
Datum	Čas	Leg	Podpis osebe, ki je bolnika obrnila
15. IX.	npr. ob 1h	desni bok	
15. IX.	ob 3h	hrbet	
15. IX.	ob 5h	levi bok	
15. IX.	ob 7h	desni bok	
itd.	itd.	itd.	

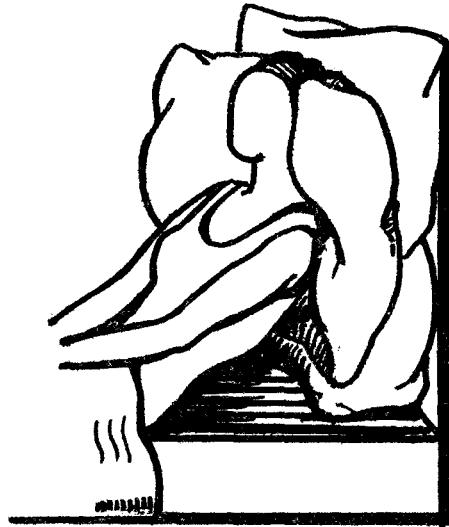
K pozornosti do imobilnih in manj mobilnih bolnikov nam je pomagal tudi »indeks nege po barvah« — barvne oznake na temperaturnem listu, po katerih se orientiramo, kateri bolnik je v fazi mirovanja, v fazi relativnega mirovanja in kateri v fazi omejenega gibanja. Za vsako teh faz je po tem pripomočku določen tudi način opravljanja nege — torej tudi preventive preležanin. Avtorici tega prispevka je znano, da so tudi druge klinike osvojile ta pripomoček. Žal se je ponekod izrodil

njegov prvotni namen, tj. prilagoditev načina nege bolnikovim individualnim potrebam, bodisi da izvirajo te iz kliničnega stanja ali pa jih narekuje zdravljenje; žal, da barvne oznake na temperaturnem listu služijo danes pretežno za obračunavanje vrste oskrbe.

Izkušnje drugod in tudi na inštitutu za gerontologijo kažejo, da je (razen na zavodih, kjer se zdravijo bolniki s plegijami) število bolnikov, ki potrebujejo obračanje na 2 uri, razmeroma majhno. Pri tem je res, da terja redno obračanje teh bolnikov manj časa kot neučinkovita rutinska — a ne vselej strokovna — masaža pritisku izpostavljenih predelov pri vseh ležečih bolnikih. Po drugi plati so znane analize sestrskega dela, s katerimi so dokazali, da terja bolnik, ki ima preležaninske rane, tudi do 50 % več sestrskega časa kot bolnik, ki nima preležanin. Za nekatere bolnike nad mejo ogroženosti bo morda dovolj obračanje na 3—4 ure, medtem, ko bo zelo shujšane ali zelo debele bolnike treba obračati celo vsako uro.



Slika 4. pravilno



Slika 5. nepravilno

PREPREČEVANJE POJAVA STRIŽNE SILE

Glede na dejstvo, da nastajajo najobširnejše in najbolj globoke preležaninske rane zaradi učinka strižne sile, si moramo prizadevati, da preprečimo njen pojav. Bistvo tega ukrepa je v preprečevanju bolnikovega drsenja proti vznožju postelje. Ker je število bolnikov, ki zaradi oteženega dihanja ležijo z zvišanim zglavjem ali celo v sedečem položaju, razmeroma veliko, je to še posebej pomembno.

Drsenje proti vznožju preprečimo s pravilno ureditvijo lege. Zato je vredno opozoriti na sledeče nadrobnosti: Posteljo s togo bazo opremimo s postelnim vložkom iz kakovostne plastične pene. Odsvetujemo tridelne žimnice, zlasti če so izrabljene, sploščene in če se na ogrodju razmikajo. Bolniku dobro podpremo ves hrbet — vse do križa in ne samo pod lopatičjem. Zlasti dobro ga moramo podpreti v predelu ledvene lordoze (slika 4 in 5). Podloga (če je potrebna) naj sega znatno pod blazine, da se njen zgornji rob ne bi vihal navzdol.

Stopala podpremo z opornikom, ki ga oblazinimo. Trdo blazino ali več blazin namestimo po robu ob opornik. Podlaganje kolen z blazinami ali zvitimi odevami sicer preprečuje drsenje navzdol, ima pa tudi neugodne učinke, kot so: pretirana fleksija v kolčnem sklepu, pritisk na podkolenske vene in s tem v zvezi nevarnost tromboze ter večja koncentracija pritiska na sednični predel. Glede na to se izogibamo tega položaja. Pregibna baza posteljnega ogrodja, kateri sledi posteljni vložek v manj ostrih kotih, je boljša varianta.

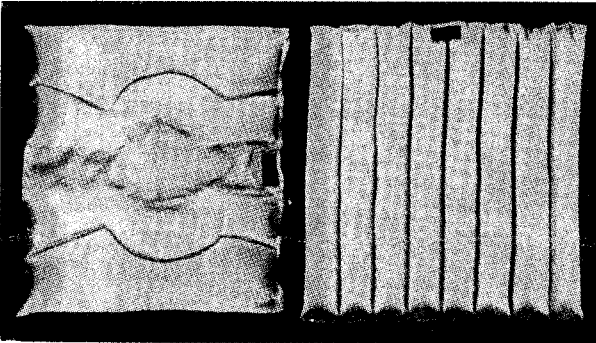
Drsenje trupa navzdol preprečimo tudi z blagim nagibom celotnega ležišča v previsno Trendelenburgovo lego. Opazujemo zlasti slabotne bolnike, jim večkrat uredimo posteljo in jim po potrebi »popravimo« lego. Na možnost drsenja navzpred na bolniškem stolu in invalidskem vozičku in s tem na nevarnost nastanka preležanin izven postelje smo opozorili že v prejšnjem prispevku o preležaninah.

PRIPOMOČKI ZA ZMANJŠANJE PRITISKA

Uporabo raznih pripomočkov in preprečevanje preležanin moramo obravnavati le kot dopolnilo k uspešni metodi, tj. obračanju bolnika in ne kot nadomestilo za obračanje. Z uvedbo materialov PVC se vse bolj opuščajo pripomočki, izdelani iz gumiranega platna in gume, kot so zračna blazina, vodna blazina, gumena blazina — »obroč«.

Vodna blazina ima precejšen razbremenilni učinek, vendar se opušča. Polnjenje je zamudno. Medtem ko bolnik zapusti posteljo, se naglo ohlaja.

Blazina na izmenični pritisk — t.i.m. antidekubitor. Novejše so iz vinilne plastike s prečnimi med seboj ločenimi prekati. Ti prekati se na električni pogon izmenično polnijo z zrakom in izmenično praznijo, tako da so posamezni segmenti telesa izmenično na napihnjenem oziroma na izpraznjenem prekatu. Učinkovitost je odvisna od širine prekatov. Starejši tip antidekubitor blazine ima 5 cm, novejši tip pa 12 1/2 cm široke prekate (slika 6).



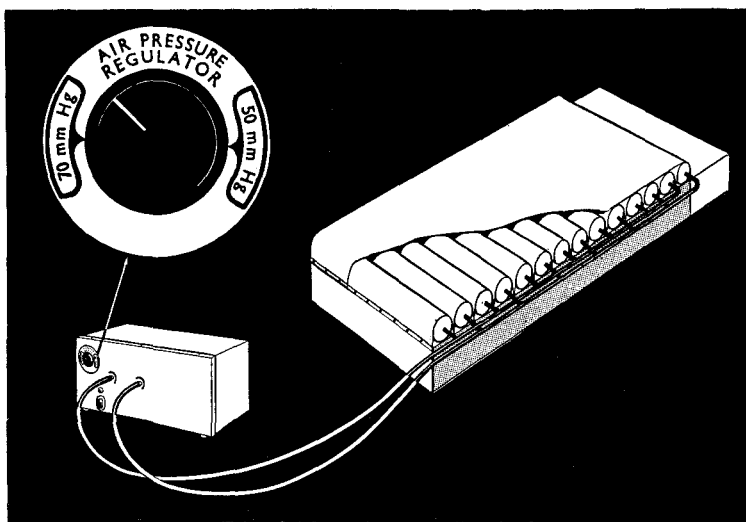
Slika 6. Blazina decubitex

Nadzirani preizkus na 42 ogroženih bolnikih je pokazal naslednje: Blazina z ozkimi prekati je razmeroma učinkovita v preprečevanju preležanin na lopatičju in vzdolž hrbteničnih trnov, neučinkovita v preprečevanju preležanin na križu, na bokih in na petah, zlasti neučinkovita pa pri bolnikih z izrazitimi kostnimi štrlinami. Blazina s širokimi prekati (večji segment občasno razbremenjenega tkiva nad izpraznjenim prekatom) je učinkovita v preprečevanju in zdravljenju preležanin ne glede na to, v kakšni legi je bolnik. Antidekubitor naše domače proizvodnje ima ozke prekate. Novejši tipi blazin so prilagojeni na

telesno težo lahkih, srednje težkih in težkih bolnikov. Za oba tipa velja pravilo, da na teh blazinah ne smemo uporabljati drugih dodatnih pripomočkov niti ne togo napetih nepremočljivih platen, ker anulirajo razbremenilni učinek antidekubitorja. Nego bolnika na antidekubitorju dopolnimo z obračanjem na 4—6 ur.

Kakor se zdi, da smo s široko prekatnim antidekubitorjem dobili obé taven pripomoček, pa moramo povedati, da ima nekatere negativne strani, kot so: visoka cena, težko vzdrževanje, pogostne okvare (preluknjani prekati) in okvare motorja za pogon. Je pa tudi manj primeren za nego inkontinentnih bolnikov.

Blazina decubitex (slika 7) belgijske proizvodnje je dvodelna blazina, izdelana po zamisli glavne sestre Inštituta za geriatrijo de Gambles By v Köbenhavnu. Dobavitelj: Jugotek Beograd. (slika 6) blazina je dvodelna. Gornji del, s katerim podlagamo sednico, ima prešit relief, tako da križ in trtica »obvista« nad nekakšno kotanjo. Drugi del, s katerim od prvega navzdol podlagamo stegna, je prešit tako, da reliefi tvorijo prečno potekajoče vzporedne grebene. Vsi reliefi so polnjeni s plastičnimi kroglicami različnega premera. Funkcija te blazine naj bi bila naslednja: razbremenitev sakralnega predela, premikanje gladkih kroglic naj



Slika 7. Antidekubitor blazina s širokimi prekati

bi omogočilo nekakšno konstantno masažo. Velika prepustnost prevleke iz redke bombažne tkanine in prostori med kroglicami naj omogočijo ventilacijo in drenažo. Pranje in dezinfekcija sta možna. Objavljeni rezultati preizkusa na 47 bolnikih so ugodni. Preizkusili smo jo tudi na gerontološkem inštitutu, a na premalo bolnikih, da bi jo lahko ocenili. Bolnici, ki je imela edeme, smo jo morali med preizkusom odstraniti, ker so se na edemih pojavili odtisi kroglic.

Kržno. Mnenja smo, da je reklama o vrednosti krzna v preventivi preležanin dokaj pretirana.. Uporaba krzna je koristna pri mlajših kontinentnih bolnikih, ker tvori mehko podlago pod telesom in omogoča cirkulacijo zraka. Švedske podloge iz sintetičnega krzna, znane pod imenom North pad, so cenejše od pravega krzna, ki ga v večji meri uporabljajo v Avstraliji, le da sintetično krzno zaradi pranja sčasoma izgubi svojo prožnost in mehko.

Klasična zračna blazina v obliki obroča za podlaganje sedničnega predeja se opušča. Na inštitutu za gerontologijo jih nismo nikoli uporabljali. Menimo, da ne na škodo bolnikov. Na trgu se pojavljajo te oblike blazine iz plastičnih pen, pa tudi iz penaste gume.

Plastična pena dobre kakovosti je primeren material za pripravo blazin za podlaganje posameznih delov telesa. O vrstah in lastnostih tega materiala smo govorili v poglavju o vplivu ležišča na nastanek preležanin. Naj dodamo še to: Če krojimo blazine po telesnih konturah, dosežemo boljše porazdelitev pritiska in preprečujemo pojav strižne sile.

PODLAGE IZ VISKOZNIH SNOVI

V zadnjih letih so pričeli izdelovati blazine iz gobastih mas, katerih mikro-celice so polnjene s tekočinami, in blazine, polnjene z viskozniimi (židkimi) snovmi. Primera te vrste blazin sta Reston Brand Flotation Pad in pa blazina iz silikonskega gela. Njih funkcija naj bi bila razbremenilna. Meritve pritiska na tkivih pod sedničnimi kostmi in pod trtico ter v bočni legi pod velikim trohantom so pokazale, da pritisk ni manjši kot pri uporabi 10 cm debele blazine iz penaste gume. Z blazinami iz »gela« moramo ravnati previdno, ker so zelo ranljive. Izkušnje z blazino Reston Brand ima pri nas glavna sestra travmatološkega oddelka KC sestra Vida Rožanc, ki je avtorici izrazila kratko in jedrnato naslednje mnenje: »Samo kot pripomoček ob rednem obračanju bolnika in vestni higieni kože — kopanju, umivanju«.

Za mehanično spreminjanje bolnikove lege so bili skonstruirani razni tipi postelj od klasične postelje Stryker, na kateri lahko z vzvodi obračamo bolnika iz hrbtne v trebušno lego, do izpopolnjene postelje Stryker, pri kateri dosežemo na električni pogon tudi previsno Trendelenburgovo in anti-Trendelenburgovo lego. Zvišano zglobove, sedeč položaj, pa dalje do postelj, ki nihajo na levi in desni bok.

V prizadevanjih za zmanjšanje ali odstranitev pritiska na tkiva se je porodila misel za konstrukcijo »postelje«, na kateri bi počival bolnik na stisnjem zraku. Ob prvih realizacijah te zamisli v Angliji in v ZDA še niso rešeni vsi tehnični problemi, kot npr. šumi, ki nastajajo pri potiskanju zraka pod bolnika.

VODNE POSTELJE

Aplikacija Arhimedovega fizikalnega zakona, po katerem je v vodi plavajoče telo za toliko lažje, kolikor tehta odrinjena voda, je ob problemu, kako pomagati bolnikom z multiplimi preležaninami, vodila v nekaterih centrih za rehabilitacijo invalidov do konstrukcije vodnih postelj. Z opisovanjem take postelje in načina nege v njej bi prekoračili okvir tega prispevka. Naj omenimo le-to: Bolnik leži na bombažni rjuhi, položeni na prosto plavajočo folijo iz vinilne plastike. Meritve pritiska na tkiva so pokazale, da je na vseh točkah manjši kot pritisk v kapilarah. Razbremenitev je bila dosežena. Po drugi plati pa so se kmalu pokazale škodljive posledice omejene aktivnosti in sorazmerne imobilnosti bolnikov v taki vodni postelji. Z intenzivnim programom fizioterapije in delovne terapije (2 do 3 x na dan) se morajo boriti proti znižanemu pritisku, trombozam, izgubi apetita, obstipaciji, mišičnim kontrakturam, infekcijam mokril, nemirnemu spanju, zmedenosti.

Vse te in druge specialne postelje so seveda bolj primerne za intenzivno zdravljenje multiplih preležaninskih ran kot pa za splošno uporabo v preventivi.

VPLIV LOKALNIH APLIKACIJ NA POJAV PRELEŽANIN

Raznoličnost obravnave preležaninam izpostavljenih predelov, od rutinske masaže teh predejev pri vseh ležečih bolnikih z mentolovim alkoholom, z boraksglicerinom do škodljivega vtiranja mila v kožo, obrizgavanja z aerosolnimi pršili ter mazanja kože z naravnost mistično favoriziranimi kremami je dokaz, kako slabo je preverjena vrednost teh lokalnih aplikacij. V že omenjeni študiji so glede tega opravili dvoje poizkusov. Prvi poizkus: pri 250 bolnikih so opazovali vpliv lokalnih aplikacij. Izbiro sredstva so prepustili oddelčnim sestram (nič manj kot 14 različnih preparatov!). Ugotovitev: Lokalne aplikacije nimajo pomembnega vpliva na incidenco preležanin. Pogostna uporaba mila in sušenje kože z alkoholom so brez učinka v preventivi preležanin. Uporaba enega od sredstev so morali izločiti iz poskusa, ker se je izkazalo škodljivo.

V drugem poizkusu na 218 bolnikih so opazovali vpliv štirih določenih sredstev (cinkovo mazilo, silikonska krema, Vasogen in Conotran). Incidenca preležanin je bila v povprečju enaka kot pri prvem poizkusu. Med preizkušenimi sredstvi se je izkazala koristna za zaščito kože cinkova krema. Za čiščenje kože pa so dali čistilnemu preparatu (PhisoheX) prednost pred milom.

Zdi se, da ustvarja lokalna aplikacija raznih sredstev sestram lažni občutek, da so za preventivo preležanin nekaj storile. Zanimivo bi bilo ugotoviti, koliko se pri nas potroši v ta namen pršila Nebacetin in koliko stane. (Pri tem ne mislimo na zdravljenje preležanin, ker je to zdravnikova naloga in odgovornost.) Na Inštitutu za gerontologijo smo že takoj ob ustanovitvi inštituta opustili vsako lokalno masažo in aplikacijo preparatov v preventivi preležanin ter se zanašali le na pravilno pripravljeno ležišče in na redno obračanje bolnikov. Avtorica tega prispevka se spominja iz obdobja 5 let enega samega bolnika, ki je dobil preležanino na desni rami. Zanimivo pri tem je bilo, da se je to primerilo bolniku, ki je bil podnevi premičen.

Potem, ko smo pregledali metode preprečevanja in razbremenilno vrednost nekaterih tehničnih pripomočkov, lahko zaključimo z besedami sestre Doreen Norton, ki jih je zapisala v poročilo o študiji, na katero se sklicujemo: »Ni zadovoljive alternative za vestno sestrsko delo — obračanje bolnika. Če to izostane, je na škodo bolniku, ki je v slabi splošni kondiciji«.

Viri:

1. Norton D. in sod. (1962): An investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital National Corporation for the Care of Old People. London.
2. Pinel C.: Pressure Sores Nursing Times (1976), Vol. 72. No 5, 1972.
3. Lowthian P. T.: Practical prophylaxis Nursing Times (1976) Vol. 72. No 8, 295.
4. Sherwin R. W. in sod.: An Apparatus for Recording Movement of Patient in Bed (1961) Lancet, ii, 1126.
5. Exton-Smith, A. N. in sod.: The Prevention of Pressure Sores: The Significance of Spontaneous Bodily Movements. Lancet, ii, 1124.
6. Reichel, S. M.: Shearing Force as a Factor in Decubitus Ulcers in Paraplegics. (1958) J. Amer. med. Assoc. 166, 762.
7. Norton D.: Breakdown of Pressure Areas (1964) Nursing Times. Vol. 60. No. 13, 399.
8. Bliss R. M. in sod.: Preventing pressure Sores in Hospital: Controlled Trial of a Large-celled Ripple Mattress. (1967) Brit. med. Z., Vol. 1, 394—397.
9. Urbančič D.: Indeks nege po barvah. Zdr. vestn. III/38, 21—23, 1969.
10. Urbančič D.: Preležanine, Zdravstveni obzornik (1976), X., 3., 190.