

Zdravstvena nega srčnega bolnika

UDK 616.12-083

IZVLEČEK. Srčni bolniki so glede na fizično zmogljivost razdeljeni v štiri skupine. Obravnavana je skupina težkih bolnikov, ki brez težav ne zmorejo nobenih obremenitev. Opisane so pomembnejše psihične značilnosti teh bolnikov, njihova pomičnost in položaj, nevarnost preležanin, opazovanje vitalnih znakov, prehrana in rehabilitacija ter nekateri medicinsko-tehnični posegi iz zdravstvene nege.

NURSING CARE OF CARDIAC PATIENTS. Cardiac patients are divided into four groups according to their physical abilities. The author deals with the group of severely affected patients, who had great difficulty in coping with any kind of physical strain. Their prominent mental features are presented, as well as their proneness to developing bed sores. The author describes the transfer and position of cardiac patients, monitoring of their vital signs, diet and rehabilitation, as well as some medical and technical procedures involved in the nursing care of these patients.

Zdravstvena nega bolnika v bolnišnici ali na bolnikovem domu je temeljno in značilno področje, na katerem dela največ medicinskih sester. Na tem področju imajo tudi pravico pobude in nadzora. Naraščanje številnih srčnih bolezni postavlja pred nas vedno nove zahteve, kajti razvoj kardiologije zahteva, da spremenimo nekatera splošna načela in stališča o zdravstveni negi bolnikov s srčnimi obolenji.

Glede na **fizično zmogljivost** razvrščamo srčne bolnike v štiri skupine:

I. Skupina – nepravi kardiopati: to je skupina bolnikov, pri katerih ni ugotovljena okvara srčne mišice in srčnih zaklopk; sicer pa imajo ti bolniki v predelu srca neugodne občutke, ki so največkrat posledica neuravnovešenega nevrovegetativnega sistema.

II. Skupina – mali kardiopati: gre za bolnike, pri katerih je bolezen dokazana, pri bolniku pa ne povzroča večjih težav ter ne kaže znakov popuščanja srca.

III. Skupina – pravi srčni bolniki v kompenziranem stanju, ki ob redni uporabi zdravil ne kažejo znakov popuščanja srca, telesna aktivnost pa je bistveno prizadeta. Opravljajo le sedeča dela brez fizičnih in psihičnih naporov.

IV. Skupina – vsi težki srčni bolniki, ki ne zmorejo nobenih obremenitev, ne da bi pri tem imeli težave.

Tokrat bomo obravnavali zadnjo skupino srčnih bolnikov. Navadno jih spoznamo, da so bolni na srcu že od daleč, kajti kljub discipliniranemu zdravljenju še vedno kažejo znamenja popuščanja srca in krvnega obtoka. V zvezi z zdravstveno nego omenjenih bolnikov se pred nas postavljajo številna vprašanja, ne glede na to ali so bolniki v bolnišnični ali domači oskrbi.

Poskušali bomo odgovoriti natančneje le na nekatera najpomembnejša in temeljna vprašanja, s katerimi se medicinska sestra srečuje pri delu s srčnimi bolniki. Obravnavali bomo:

- psihično razpoloženje srčnih bolnikov,
- pomičnost in položaj srčnih bolnikov,
- opazovanje vitalnih znakov, nadzorovanje jemanja zdravil, prehrano srčnih bolnikov ter
- rehabilitacijo srčnih bolnikov.

Psihične značilnosti srčnih bolnikov

Bolniki iz obravnavane skupine so pogosto nagnjeni k depresijam, pred seboj ne vidijo več pravega smisla življenja. Poleg tega grozi starejšim srčnim bolnikom ob spremembi okolja še **psihična dekompenzacija**. K temu pripomore tudi predoziranje kardiotonikov. Vsaka sprememba ustaljenega življenjskega ritma vpliva na duševno počutje. Bolnik postane nemiren, nezanesljiv, zaskrbljen, počuti se osamljenega. Dostikrat reagira agresivno ali pa se zapre vase. Neznani so mu novi prostori in ljudje, ki ga obdajajo. Diagnoza in terapevtski postopki so zanj vsaj na začetku vse preveč zahtevni, neprijetni in nerazumljivi.

Naša naloga je, da bolniku posredujemo vse potrebne informacije večkrat in sprotno ter s potrpljenjem. Spoznati moramo bolnikovo osebnost in njegove svojce, ki nam posredujejo osnovne informacije o dosedanem življenju bolnika in njegovih navadah. Bolnik bo hitreje pomirjen, če bo ob njem nekdo, ki ga pozna. Zato želimo, da bolnika pogosto obiščejo svojci oziroma ljudje, ki so mu najbližji. Z bolnikom se pogosto pogovarjamo o stvareh, ki so mu znane, saj tako premostimo prepad med prejšnjo in na novonastalo situacijo, bolniku pa olajšamo prilagoditev. Tako bomo preprečili psihično dekompenzacijo bolnika ali vsaj omilili njen vpliv na poslabšanje njegovega primarnega obolenja.

Pomičnost in položaj bolnika

Povsem napačno je mišljenje, da morajo vsi srčni bolniki veliko počivati. Stalno morajo počivati v postelji ali v naslanjaču le srčni bolniki v akutnem stadiju bolezni in kronično močno dekompenzirani kardiopati. Želimo namreč, da srčni bolniki ostanejo pomični, ker fizična obremenitev izboljša preskrbo srčne mišice s kisikom, krepí miokard in preprečuje nastanek zastojskih pljučnic, tromboz in preležanin.

Srečujemo se z ustaljeno navado, da mora imeti vsak srčni bolnik dvignjeno vzglavje. Bolnik s **kronično dekompenzacijo desnega srca** bo sicer cianotičen, dispnoičen, vendar se bo ob normalno dvignjenem vzglavju boljše počutil. Višina vzglavja se mora prilagajati prizadetosti srca. Pri desnostranski srčni dekompenzaciji zastaja kri na periferiji, zato so v ospredju klinične slike močno izraženi edemi na spodnjih okončinah, do nabiranja tekočin pride tudi v koži in telesnih votlinah. Bolnik nima zastoja v pljučih, zato bo lažje dihal pri normalno visokem vzglavju.

Srčni bolnik z **levostransko srčno dekompenzacijo** pa potrebuje visoko

vzglavje, ker je njegovo dihanje oteženo zaradi zastoja krvi v pljučih. Čim višje bo vzglavje, tem lažje bo dihal, zato naj v postelji skoraj sedi – najbolje je, če sloni in se opira na oblazinjeno kardialno mizico.

Veliko število bolnikov dekompenzira desno in levo – **transverzalna srčna dekompenzacija**. V tem primeru se ravnamo, kot smo opisali pri dekompenzaciji levega srca. Spodnje okončine so lahko večkrat za krajši čas spuščene, vendar podložene s pručko. Dostikrat medicinska sestra ne more sama opredeliti tip dekompenzacije, zato se najbolje orientiramo po subjektivnem počutju bolnika. Dokler položaja ne odredi zdravnik, se ravnamo po bolnikovi želji.

V zvezi s pomicnostjo in položajem srčnega bolnika je skoraj vedno aktualno **preprečevanje preležanin**.

Preležanina – dekubitus nastane zaradi dalj časa trajajočega stalnega pritiska na določen predel telesa. K nastanku pripomorejo tudi drugi dejavniki, predvsem inkontinenca urina, blata, slabo ležišče ter slaba prehranjenost bolnika. Glavni vzrok pa je stalen pritisk. Odpove obrambni mehanizem zavestnih in podzavestnih gibov kot odziv na neugodje in posledično razbremenitev stisnjene tkiva. V sedečem in polsedečem položaju nosijo teža telesa najnižje točke, to je najnižje ležeči kostni deli. Le-ti stiskajo razmeroma tanki sloj tkiva, ki je v dani legi med kostjo in podlago, na kateri bolnik leži ali sedi. Kapilare se stisnejo, krvni obtok je moten ter končno prekinjen. Zaradi pomanjkanja kisika in hranilnih snovi v tkivih je prekinjen celični metabolizem, tkivo odmre – nekrotizira, se loči od zdravega tkiva ter odpade. Navadno ločimo dva tipa preležanin:

1. prva oblika, kjer se preležanina pričinja na površini kože;
2. druga oblika, kjer nastopi okvara globlje ležečega tkiva kot posledica delovanja strižne sile. Pri tej napreduje okvara iz globine navzven, okvara kože je vidna, ko so v globini že zelo velike okvare.

Strižna sila se pojavi in deluje na tkiva določenih telesnih predelov (na križu, sedničnem predelu, petah, lopatičju), če bolnik dalj časa leži na visokem ali zvišenem vzglavju oziroma ima posledeci ali sedeči položaj na nepravilno pripravljenem in opremljenem ležišču in če pri tem telo drsi proti vznožju postelje. Pri tem se sila trenja prenaša na križno kost in njene čvrsto pripete fascije, koža pa ostaja na istem mestu. Pri tem pride do natega in vkleščenja žil ter nekroze globokih tkiv.

Delno smo že opozorili na najbolj ogrožena mesta pri srčnem bolniku, ne smemo pa pozabiti na predele na komolcih, petah in nosni sluznici zaradi pritiska nosne sonde za aplikacijo kisika.

Potrebna je vsaj enkrat dnevna menjava sonde, vedno v drugo nosnico ter toaleta nosnic.

Preležanine moramo preprečiti z razbremenitvijo stisnjenih delov in preprečitve delovanja strižne sile. Razbremenitev dosežemo z ročnim obračanjem in spreminjanjem lege bolnika, z uporabo pravilnega ležišča s trdim ogrodjem, posteljnimi vložki iz kvalitetne penaste gume, ki se prilagodi konturam telesa. Delovanje strižne sile preprečimo z ureditvijo pravilne lege. Posteljo s togim

NEKATERI LJUDJE IMAJO VELIKO OGNJIŠČE V SVOJI DUŠI, A NIKOLI NIHČE NE PRIDE, DA BI SE OB NJEM OGREL...

Van Gogh

ogrodjem opremimo z že omenjenimi posteljnimi vložki, bolniku dobro podpremo ves hrbet vse do ledvene lordoze in ne samo pod lopaticami. Stopala podpremo z oblazinjenim opornikom, da preprečimo drsenje telesa navzdol. To dosežemo tudi z rahlim nagibom celotnega ležišča v previsno Trendellenburgovo lego. Podloga kolen z blazinami in svitki iz odej je neprimerna zaradi prevelike fleksije v kolčnem sklepu in pritiska na podkolenske vene. Moten je odtok krvi (nevarnost nastanka tromboze). Za preventivo preležanin uporabljamo tudi razne blazinice iz penaste gume, s katerimi razbremenimo ogroženo mesto, vendar je najpomembnejša sprememba lege. Bolnike večkrat namestimo v udoben naslanjač. Bolnik naj bo v hrbtu in z rokami dobro oprt. Če je stol visok, naj ima noge naslonjene na pručko. Ugodno vplivata tudi aktivna in pasivna fizioterapija – obseg določi zdravnik, fizioterapevt pa vodi vsakodnevno evidenco o fizični zmogljivosti bolnika. Medicinska sestra nastavi na temperaturno tablico **list obračanja**, na katerega beleži datum, uro, lego bolnika, morebitne spremembe na ogroženih mestih ter se podpiše. O spremembah sproti obvešča tudi zdravnika. Pogosto je potrebna zaradi inkontinence oziroma pogostejšega odvajanja urina zaradi diuretikov anogenitalna nega ter nega okolišne kože z mastnimi kremami. Nekateri bolniki imajo stalni urinski kateter, kar ne pomeni, da so zaradi tega privezani na posteljo. Urinski kateter zamašimo s sterilnim zamaškom, s sterilnim pokrovčkom pa cevko katetra. Tako bolnik lahko tudi s katetrom večkrat dnevno vstane iz postelje za krajši čas.

Opazovanje vitalnih znakov in prehrana

Opazujemo: dihanje, barvo kože in sluznic, stanje edemov in učinke zdravil, predvsem diuretikov in kardiotonikov, odvajanje urina in blata;

Merimo: pulz, temperaturo, krvni tlak, telesno težo, vodno bilanco ter stanje prehranjenosti.

– Pri srčnem bolniku opazujemo **otežkočeno dihanje**, oziroma bolnik nam ta simptom pove, kako ga sam občuti. Stanje mu ublažimo z ureditvijo polsedečega ali sedečega položaja ter s prezračevanjem prostorov, če imamo bolnika v domači oskrbi. Skrbno opazujemo ritem dihanja. Pri starejših bolnikih s hujšo insuficienco srca in cerebralno aterosklerozo pogosto opazimo Cheyne-Stokesovo dihanje. Dihanje je okrepljeno in se izmenjuje z apnoično pavzo. Takšno dihanje je posledica okvare dihalnega centra zaradi slabe prekrvavitve možgan. Bolniki so duševno zmedeni, imajo slab spomin in koncentracijo.

– **Periferna cianoza** je posledica počasne cirkulacije krvi. Pri takšnih bolnikih so jetra zaradi zastoja krvi povečana in boleča, pogosto pa so tudi ikterični.

– Vsakodnevno merimo **telesno temperaturo, krvni tlak in pulz**. Bolniki se morajo izogibati okužbam ter naj se dobro izkašljajo. Povišano temperaturo sproži pospešen osnovni metabolizem, bolnik postane tahikarden, kar je večja obremenitev za srce. Naraščajoči krvni tlak lahko sproži pri bolniku kronično hipoksijo, znižan krvni tlak pa nas opozarja na popuščanje cirkulacije. Zelo pomembno je, da bolnika in svoje naučimo meriti pulz, kajti srčni bolniki pogosto uživajo kardiotonike, predoziranje le-teh pa se poleg slabosti, inapetence, bruhanja odraža tudi v pulzu. Bolnik lahko postane tahikarden, značilen pa je dvojčast pulz – pulsus bigeminus. S temi simptomi mora biti seznanjen zdravnik, da pravočasno prekine

kardiotonika vsaj za nekaj časa. Pulz merimo celo minuto, pred vsako aplikacijo digitalisovih zdravil, ne glede na to, ali bolnik zdravilo zaužije ali pa ga prejme parenteralno v obliki intervenozne injekcije.

– Za **odkrivanje latentnih edemov** je pomemben podatek o bolnikovi telesni teži. Kontroliramo jo vsakodnevno zjutraj po defekaciji v stalno enakih okoliščinah. Če narašča za več kot 100 g/dan, govorimo o čezmernem zadrževanju vode v organizmu. Opazujemo turgor kože, vendar to pri starejših bolnikih ni zanesljivo, boljši kazalec izsušenosti je izsušen in obložen jezik. Kontroliramo zaužito in izločeno tekočino – to je vodna bilanca, ki jo beležimo na list bilance tekočin in hrane. Upoštevati moramo tudi morebitno parenteralno prehrano (če bolnik dobiva infuzijo), skrito tekočino v živilih, izdatno znojenje, diareje in bruhanje.

– **Urin** zbiramo v vreče za urin; v pomoč so nam urinske posode (goske) in sodobno stranišče. Težjim bolnikom v bolnišnici uvedemo stalni urinski kateter, ker je pogosto potrebno merjenje urne diureze. Opazujemo tudi barvo urina in merimo specifično težo. Ker bolniki pogosto dobivajo diuretika, ob slabem teku zelo hitro postanejo izsušeni – opazimo suh, rdeč, navadno obložen jezik ter slab turgor kože. Zaradi posledične hemokonzentracije obstaja nevarnost nastanka flebotromboze, h kateri so srčni bolniki nagnjeni v večji meri zaradi počasne cirkulacije. V bolnišnici zato bolnikom uvedemo flebokateter in merimo centralni venski tlak v cm vodnega stebra, ki mora biti optimalen glede na bolnikovo klinično sliko. Preventivno jim dajemo tudi ustrezne doze heparina 5.000 E/12 ur pod kožo (s.c.). V domači oskrbi pa ocenimo bolnikovo potrebo po tekočini na podlagi polnjenosti vratnih ven. S tem lahko približno ocenimo centralni venski tlak.

Navadno srčnim bolnikom **omejimo uživanje tekočin** in jim svetujemo manj ali nič soljeno prehrano. Vendar prav vsak srčni bolnik ne potrebuje takšnega nasveta. Velja naj načelo: srčni bolnik naj se nikoli ne najé do sitega. Strogo omejevanje tekočin srčnemu bolniku ne koristi. Dovoljena dnevna količina je 800 do 1.000 ml, seveda pa upoštevamo tudi skrito tekočino v živilih. Pretirano odtegotvanje tekočin sproži hemokonzentracijo, kri se bolj zgosti, s tem pa se poveča nevarnost nastanka tromboz.

V času srčne dekompenzacije, zlasti desnostranske, **omejimo ali celo strogo prepovemo uživanje kuhinjske soli**. Če se hočemo strogo držati te prepovedi, moramo bolnikom in svojcem pojasniti, da je sol tudi v nekaterih jedilih, npr. v mleku, ovsenih kosmičih, špinači, endivji, zelju, repi, korenju, zeleni, bravini, zajčjem mesu, možganih, kruhu, konzervah, vseh koncentratih za juhe in svinjskih mesnih izdelkih. Strogo omejitev priporočamo samo kratek čas, 7–10 dni. Že v tem času pa ob dodatni medikamentozni terapiji opazimo izrazito zmanjšanje edemov, čeprav bolnik ni užival diuretikov. Neslana hrana je neprijetnega okusa, zato jo moramo izboljšati z začimbami (limono, peteršiljem, muškatinim oreščkom, cimetom, česnom, rožmarinom) in s primerno pripravo hrane (pečeno, praženo). Šele ko opazimo izrazito zginevanje edemov, lahko bolniku k hrani dodamo 2–3 g Na Cl. Uporablja in razdeli naj jo bolnik sam pri jedeh, ki jih najtežje uživa neslane.

Kadar zmanjšujemo edeme tudi z diuretiki, dosežemo zelo velike diureze (2–3 l dnevno). Bolnik izgubi preveč kloridov in kalija, hipokaliemijo spremlja alkalozna, sprememba acidnega in elektrolitskega ravnotežja sproži motnje v delo-

vanju srca, največkrat postanejo neučinkoviti tudi kardiotoniki, zato bolnikom ob diuretikih obvezno dodajamo kalijev klorid (KCl).

Sicer naj bo hrana za srčne bolnike lahko prebavljiva, njihovo odvajanje blata naj bo redno. Te potrebe pri skrbni negi ne smemo prezreti.

Rehabilitacija

Že na začetku smo zapisali, da omejenim bolnikom ob sprejemu v bolnišnico orišemo možnosti rehabilitacije, ki je telesna, duševna in socialna, izvajati pa jo začnemo že ob samem sprejemu. Povežemo se s svojci, po potrebi tudi s patronažno in socialno službo. Medicinska sestra mora vedeti, iz kakšnega okolja bolnik prihaja in kakšne so njegove možnosti za vrnitev v normalen tok življenja. Če je bolnik v delovnem razmerju, se povežemo tudi z delovno organizacijo, kjer je bolnik zaposlen. Nemalokrat je potrebna prekvalifikacija bolnika, premestitev na lažje delovno mesto ali skrajšan delovni čas. Pomembno je, da bolnika pridobimo za sodelovanje, da mu vračamo življenjski optimizem in ga seznanjamo z dejanskimi možnostmi za uspešno premagovanje težav.

Že v samem poteku zdravljenja in ob odpustu bolnika seznanimo o nujnosti pravilne prehrane, o vodenju vodne bilance tekočin in o pravilnem načinu življenja (opuščanje škodljivih navad), o pomembnosti rednega jemanja zdravil, rednih zdravniških kontrol in o odmerjeni telesni aktivnosti – glede na njegovo obolenje.

Prav v primarni in terciarni preventivi pa ima osnovno zdravstvo pomembno vlogo. Patronažna medicinska sestra z rednimi obiski in poznavanjem bolnikove bolezni oziroma njenih simptomov lahko prepreči včasih povsem nepotrebno hospitalizacijo, v drugih primerih pa z organizacijo hospitalizacije prepreči usodno poslabšanje zdravstvenega stanja srčnih bolnikov.

Literatura:

1. Jerše M.: Funkcionalna klasifikacija srčnih bolnikov. Zdravstveni obzornik 2 (1968), 4–6.
2. Jerše M.: Osnove za splošno nego in terapijo na srcu bolnih. Zdravstveni obzornik 5 (1971) 142–147.
3. Urbančič D.: Preležanine. Zdravstveni obzornik 10 (1976) 190–197.
4. Rampling C.: Gerontological nursing. Department of health and neutral hygiene Baltimore. Harpar Row publishers, New York, Hageston, Philadelphia, San Francisco, London 1979.

SMRT JE ZMERAJ ENAKA, TODA VSAK ČLOVEK UMRE PO SVOJE.

Mc. Cullers