

Majda Jerman, med. sestra  
Dispanzer za pljučne bolezni in tbc  
Ljubljana

## Patronažna služba pri pljučnem bolniku

(Nadaljevanje in konec)

### Družine umrlih in bolnikov z nepljučno tuberkulozo

Patronažna med. sestra bo vsaj enkrat obiskala in na pregled v dispanzer povabila tudi vse družine, kjer je po prijavi umrl dispanzerju neznan tuberkulozni bolnik. Isto bo storila tudi ob prijavi novega primera nepljučne tuberkuloze.

S tem bi končala s problematiko v zvezi s tuberkuloznim bolnikom. Od drugih netuberkuloznih pljučnih obolenj pa mora prevzeti patronažna služba vse bolnike z malignimi obolenji pljuč, bolnike s kroničnim bronhitisom težje stopnje ter individualne primere drugih pljučnih obolenj, ki jih dispanzerski zdravnik ne more reševati brez povezave z domom.

### Patronažna služba pri raku na pljučih

Statistike skoraj vseh držav navajajo v zadnjih desetletjih močan porast Ca pulmonum oz. bronhijev. Zlasti je v porastu ploščato epitelni karcinom, ki je značilen za kronični bronhitis in je z leti metaplaziral v Ca, predvsem pri kadilcih.

V domiciliarnem zdravljenju se srečamo z naslednjimi bolniki:

1. z neoperiranim bolnikom, ki je po ugotovitvi diagnoze operativni poseg odklonil ali pa je že tedaj bil spoznan za neoperabilnega. Pacient je odklonil tudi rentgensko obsevanje;

2. z inoperabilnim bolnikom, ki je pa že obsevan z rtg ali z gamatronom;

3. z radikalnim resecurancem, bodisi da je bila izvršena pulmektomija ali lobektomija.

— Pri bolnikih iz prve skupine so težave v začetku podobne težavam kroničnega bronhitisa in jih v tem smislu tudi lajšamo. V terminalnem stadiju pa so potrebni analgetiki, pri katerih je treba paziti, da preveč ne deprimirajo dihalnega centra. Komplikacije, ki privedejo do konca, so najčešče atelektaze in atelektatične pnevmonije, redkeje razsev po vseh pljučih z metastazami v druge organe.

— Pacienti, pri katerih je bilo vzpostavljeno rentgensko obsevanje, imajo več težav, velik odstotek jih težko prenaša obsevanje. Pri obsevanju pride do fibrozacije pljučnega perenhima, kar zmanjša dihalno površino in privede do rigidnosti torakalne stene, zaradi česar je dihanje oteženo. S fibroznimi spremembami pride do vleka mediastinuma, pri čemer je največkrat prizadet tudi plexus brachialis, kar povzroča močne bolečine. Pacient toži najprej o bolečinah v ramah in plečih, pozneje pa se razširijo še na nadlaht, podlaht in prste. Zaradi bolečin potrebuje

vedno večje doze analgetikov in v končni fazi je treba dajati velike doze hipnotikov, kar privede do kaheksije.

— Nekoliko boljša je prognoza pri operirancih po radikalnih operacijah, če le je njih kardiorespiratorni aparat sposoben večje obremenitve. Pri takih pacientih je treba redno kontrolirati krvni obtok in pobijati najmanjše infekcije dihal z razpoložljivimi sredstvi. Pacientu moramo poskrbeti za primerno okolje s čisto mikroklimo.

Pri teh bolnikih, ki v svojem terminalnem stadiju potrebujejo najintenzivnejšo nego na domu, se ne mislim spuščati v problematiko nege na domu, temveč samo nakazati, kako nujno je sodelovanje patronažne službe z dispanzerjem za pljučne bolezni in tuberkulozo. Dispanzer obvešča patronažno službo o vseh teh primerih in želi tudi obratno, da ga patronažna služba obvesti o svojih ukrepih pri bolnikih, ki jih je morda zaradi močne progredience bolezenskega procesa izgubil iz svoje ordinacije in jih je v oskrbo prevzel zdravnik splošne medicine.

Patronaža pri rakavem bolniku mora biti teamska, in sicer zdravnik, patronažna med. sestra in bolničarka za domačo nego. Patronažna sestra prejme podatke o stanju bolnika pri zdravniku, ki je prejel odpustnico iz bolnišnice oziroma iz specialne ordinacije. Mislim, da so naši dispanzerski zdravniki vedno na razpolago pacientom, ki so se zdravili na Golniku. Glede bolnikov, poslanih na onkološki inštitut brez vednosti dispanzerja in odpuščenih z inštituta, pa je zaželeno, da patronažna služba obvesti dispanzer. Dispanzerski zdravnik bo klical bolnika ali svojece in nato presodil, kakšne oblike zdravstvenega varstva je bolnik potreben.

Pri prvem obisku naj si patronažna sestra vzame dovolj časa, da se s pacientom o vsem pogovori. Pri tem naj skuša dognati, koliko je pacient poučen o svoji bolezni (ali ve za diagnozo) in o poteku zdravljenja. Ali je morebiti odklonil kak zdravniški poseg in zakaj ga je, ali zaradi družinskih ali finančnih težav. Predvsem je njena najvažnejša naloga, da s svojimi bogatimi izkušnjami oceni položaj, v katerem je bolnik: Ali mu lahko posvetijo vso potrebno skrb in nego družinski člani sami in želi le zdravnikove pomoči. Ali je potrebna dodatna pomoč bolničarke za domačo nego ali laične negovalke. Ali pa so razmere tako neprimerne, da je nujno potrebna hospitalizacija. O vsem poroča nato zdravniku (v našem primeru dispanzerskemu zdravniku). Obenem da navodila bolničarki za domačo nego, če je bolnik take pomoči potreben. Nega bolnika s pljučnim karcinomom je podobna negi imobilnih, zlasti v zadnji fazi, ko lahko nastopi tudi inkontinenca in veljajo zaradi tega ista pravila kot pri drugih ležečih bolnikih.

Pri ponovnih obiskih naj bo patronažna sestra oz. bolničarka, ki neguje pacienta, pozorna na to, ali so se bolezenski znaki pri njem spremenili. Vsak sum za dodatne infekcije respiratornega trakta je treba jemati resno in takoj obvestiti zdravnika, ker utegnejo biti sicer vzrok smrti. Prav tako je treba paziti na patološke pojave pri drugih organih zaradi suma za metastaze.

### **Kronični bronhitis**

Kronični bronhitis je dolgotrajno obolenje traheo-bronhialnega debla. Danes menimo, da kdo boleha za kroničnim bronhitisom, če simptomi trajajo v dveh zaporednih letih vsaj po tri mesece. Povzročitelji so najpogosteje *diplococcus pneumoniae*, *haemophylus influenzae*, *staphylococcus aureus*. Obolevajo osebe vseh starosti, vendar je velika večina bolnikov starih nad 50 let.

Za prevcncijo tega obolenja je predvsem važno, da vemo naslednje: Etiološko pomembna je dolgotrajna izpostavljenost škodljivim fizičnim in kemičnim iritan-

tom, kot je npr. kajenje ali vsako delovno mesto, ki je vezano s plinom, prahom, vremenskimi nepravilnostmi. Zato je v nekaterih primerih bronhitis poklicno obolenje. Obenem pa igra veliko vlogo tudi socialni faktor, tj. okolje, v katerem bolnik živi, in način življenja.

Tako so npr. statistično obdelali obolevanja pri skupini delavcev v nekem rudniku in ugotovili velik odstotek bronhitisa. Nato so na isti način zasledovali bolezninje njihovih žena in otrok in ugotovili, da tudi ti obolevajo za bronhitisom trikrat pogosteje kakor ljudje iz drugih socialnih skupin.

Če hočemo torej začeti s prevencijo bronhitisa, se moramo spoprijeti z vsemi temi faktorji.

Vsi bolniki s kroničnim bronhitisom v naših razmerah gotovo niso potrebni varstva patronažne med. sestre. Potrebni pa so posebne pozornosti:

1. pacienti s hujšim bronhitisom, ki je pogosto vzrok nezmožnosti za delo v izpostavljenih poklicih;

2. starejše osebe, pri katerih je že nastopila respiratorna insuficienca ali začetni cor pulmonale.

Izbiro takih primerov prepuščamo dispanzerskemu zdravniku. Naloga sestre v dispanzerju pa je, da o njih poroča patronažni službi in v prvem primeru, ko gre za poklicno obolenje, tudi dispanzerju za medicino dela. Z dispanzerjem za medicino dela je treba ugotoviti vzroke na delovnem mestu in ukreniti vse potrebno za odstranitev vseh škodljivosti, ki izzovejo kronični bronhitis.

Na domu bolnika naj patronažna sestra upošteva vse, kar smo povedali o etiologiji bronhitisa. Poleg ugotavljanja splošnih socialnih ekonomskih razmer naj bo pozorna tudi na stanovanje, na mikroklimo v prostoru. Prostor, kjer biva bolnik, mora biti primerno ogrevan (hladni, vlažni prostori v barakah niso primerni). Zrak pa tudi ne sme biti presuh (centralno ogrevanje — vlaženje zraka). Če je bronhitis astmoidne narave, je treba iz sobe odstraniti vse, kar bi povzročalo alergijo.

V razgovoru z bolnikom najodločneje odsvetujemo kajenje. Bolnika je treba opozoriti, naj se varuje prehlada, če pa se že prehladi, tedaj naj se takoj javi v dispanzerju za pljučne bolezni in tuberkulozo, ker je treba vsak infekt zdraviti z antibiotiki. Čim manj je namreč recidiv, tem boljša je prognoza za obvarovanje srca.

Če je bolnik s kroničnim bronhitisom starejša oseba, ki ji očitno odpoveduje srce in doma nima primerne nege, je brez dvoma kandidat za dom počitka. Če pa ostane doma, mu je treba poskrbeti za nego in fizioterapijo. Treba ga je naučiti, da se odkašlja predvsem zjutraj. Zelo pomaga posturalna (položajna) drenaža bronhijev, katere bistvo je, da pride segmentalni bronhij v vertikalni položaj in sputum zaradi gravitacije lažje zdrsi v trahejo. Bolniku dvignemo vznožje, tako da je toraks nižje, in ga obračamo na levi oziroma desni bok in na hrbet. Lahko je to v kombinaciji z vibracijsko masažo. Če je bolnik mobilnejši, se lahko zjutraj, preden vstane, sam uleže prek postelje z glavo navzdol, kdo od domačih pa naj mu s hrbtišči rok narahlo udarja po hrbtu. Pacient naj čez dan ne leži preveč in naj se giblje, da se obvaruje bronhopnevmonije. Tudi naj ne jemlje pomiril, da bi zmanjšal refleks kašlja. Prejemati pa mora ekspektoranse in antibiotike ob eksacerbaciji procesa in poskrbeti je treba tudi za stalno kardialno terapijo. Sestra naj kontrolira, če ima zdravila. To zasleduje po službi splošne medicine. Prav tu se pokaže, ali patronaža veže kot most vse druge službe med seboj.

Tudi pri svojih rednih obiskih otročnic, dojenčkov in drugih varovancev naj sestra vedno opozori dispanzer za pljučne bolezni, če naleti na bolnika s simpto-

matiko, ki da misliti na obolenje dihal. Za vsakim kroničnim bronhitisom namreč se lahko skriva karcinom ali tuberkuloza.

Pri drugih pljučnih obolenjih, kot so razna sistemska obolenja (Morbus Boeck), benigni tumorji, malformacije, stanje po operacijah v prsnem košu, naj patronažna med. sestra ravna po navodilih dispanzerja za pljučne bolezni in tuberkulozo, kamor naj tudi napoti pacienta, če ga dispanzer še ne pozna.

### **Naloge patronažne službe pri kampanjskih akcijah (besežiranje — fluorografija)**

V času fluorografije, ki je v Sloveniji vsako četrto leto v posamezni občini, mora odgovorna sestra patronažne enote, kjer bo fluorografiranje, predvideti določeno število obiskov za pomoč dispanzerju za pljučne bolezni in tuberkulozo. Fluorografska akcija bo dobro uspela le tedaj, če bo hitro opravljena tudi post-fluorografska kontrola oseb s spremembami na pljučih. Za Slovenijo pomeni to približno 3,4 odst. vseh fluorografiranih. Ker pa se vedno dogaja, da se nekaj oseb ne javi na poziv v dispanzer za pljučne bolezni in tuberkulozo, je potreben še hišni obisk. Ta patronažni obisk včasih res ni bolezensko utemeljen, ker diagnoza še ni znana, vendar pa je kakršnokoli zavlačevanje z dopisi lahko za pacienta usodno, posebno če je dan sum za raka na pljučih ali za tuberkulozo. Drugi del dodatnih obiskov pa je namenjen na novo odkritim bolnikom, katerih število se močno dvigne nad povprečje (npr. v občini Ljubljana-Moste ob fluorografiranju leta 1968 na novo odkritih 81 tuberkuloznih bolnikov namesto povprečno 40 primerov).

Prav tako si želimo podpore pri besežiranju v šolah, ker med starši še vedno vlada nezaupanje in so ti tudi v tej smeri potrebni zdravstvene vzgoje. Pri močno pozitivnih reakcijah, ki so pri otrocih lahko posledica nedavne infekcije s tuberkulozo, bo skušala patronažna sestra najti vir okužbe s tem, da bo vse družinske člane napotila v dispanzer.

Na koncu bi se dotaknila še **programiranih obiskov**. Do sedaj je bilo število obiskov iz posameznih patronažnih enot zelo različno in zelo odvisno od subjektivnih dejavnikov. Podatke o varovancih mora enoti patronažne službe dati področni dispanzer za pljučne bolezni in tuberkulozo.

Kolikokrat na leto bo patronažna enota obiskala posameznega varovanca, pa je odvisno od njene zmogljivosti, važno je le, da ohrani vrstni red pomembnosti.

Literatura: Dr. Zlata Pirnat: Predavanje na seminarju društva med. sester Ljubljana; Dr. Marjan Komar: Predavanje na seminarju društva med. sester Koper; Smernice Instituta za pljučne bolezni in tuberkulozo — Golnik; Bilten ZD — Maribor.

---

### **ZDRAVJE POMAGA K NAPREDKU**

Vedno bolj se širi spoznanje, da moramo na zdravstvene naloge gledati v širšem okviru splošnih prizadevanj vsaktere države. Bolj zdravi ljudje bodo pridelovali več hrane, gradili več jezov, šol in cest — naraščale bodo pa tudi njihove zahteve in več bo hkrati ljudi, ki jih bodo lahko izpolnjevali.

Dr. Leona Baumgartner, pomočnik državnega sekretarja  
— oddelek za mednarodni razvoj