

Nega bolnika s cerebrovaskularnim insultom

Namen dobre sestrške nege ni samo v tem, da pomaga pri zdravljenju bolezni, ampak tudi v tem, da bolnika nauči, kako s to boleznijo živi. S temi besedami je Florence Nightingale, ustanoviteljica sestrške službe, označila delo in vlogo medicinske sestre tudi za današnjo dobo medicine. Važno je, da v liku medicinske sestre združi spoštovanja vredno vedenje in znanje nege, ki je važno za sodobno nego nevrološkega bolnika.

Brez dvoma se nevrološki bolnik pogosto vede drugače kakor njegova okolica. Zaradi tega mora bolnik najti ob prihodu v bolnišnico to, kar je izgubil ob odhodu iz domačega okolja. Sestra, ki ga sprejme, pa mora od prvega trenutka spoštovati njegovo osebnost in navade. Bolnik često ne zmore napraviti tistega, kar od njega pričakuje okolica, in tako večkrat pride do različnih konfliktnih situacij. Zato mora sestra, ki dela na nevrološkem oddelku, poznati bolnikove obrambne reakcije. Tudi morajo s takimi bolniki delati samo ljudje, ki so emocionalno dozoreli. Zato mora imeti sestra poleg splošnih odlik, takta, umirjenosti, resnicoljubnosti, ljubezni in volje do dela, še razvit občutek, da posluša in razume bolnika.

Zdravljenje in s tem v zvezi tudi nega bolnika s cerebrovaskularnim insultom obstoji v zdravljenju splošnega stanja, pogosto seveda tudi kome in pa insulta samega. Zdravljenje splošnega stanja ima namen rešiti bolniku življenje in elementarne telesne funkcije čimbolj približati normalnim, pri čemer je nega bolnika zelo pomembna.

Ravnanje **pri sprejemu bolnika** je izrednega pomena, ker so prvi vtisi v bolnišnici važni in v večini primerov odločajo o tem, kako se bo bolnik počutil v novem okolju. Prihod bolnika v bolnišnico je za sestro nekaj vsakdanjega, za bolnika samega pa je to drugače. Pomisliti moramo, s kakšnimi dvomi pride bolnik v bolnišnico. Težko mu je, ker se je moral ločiti od družine, svojcev in prijateljev, poleg tega pa je v negotovosti zaradi svojega zdravja. Pogosto prizadene bolnika tudi to, da mora zapustiti svoje delovno mesto. Bolnik išče predvsem našo pomoč in si želi pozornosti, zato naj bo vsaka naša beseda in kretnja prepričljiva in jasna, da napravi na bolnika vtis gotovosti in zaupanja. Bolnik mora čutiti, da je vse pripravljeno za njegov sprejem in da bodo vsi naši naporii usmerjeni v to, da bi ozdravel.

Brž ko je bolnik sprejet v bolniški oddelek, imamo takoj priložnost, da ga opazujemo. Svojce, ki ga spremljajo, pa zaprosimo, da nam poročajo o vsem, dokler se ne prepričamo, da je pristojni zdravnik dobil vse potrebne anamnestične podatke o bolniku. Gre namreč za to, da ima bolnik lahko tudi motnje v zavesti, od lažjih pa do kome, kakor tudi druge nevrološke motnje, kot je afazija, in sam ni sposoben dati potrebne anamnestične podatke. Hkrati

si bomo ustvarili iz pogovora s svojci in bolnikom sliko o bolnikovem socialnem stanju, o skrbi sorodnikov zanj. To so nam včasih dragoceni podatki za kasnejšo izdelavo rehabilitacijskega programa.

Če gre pa za nujen primer, za nezavestnega bolnika, ni le potrebno, da je poleg bolnika še kdo, ki zna razložiti, kaj se je z bolnikom zgodilo, ampak tudi kdo, da podpiše dovoljenje za morebitne težje diagnostične posege.

Po sprejemu v bolnišnico okopamo bolnika v banji, če to le dovoljuje njegovo zdravstveno stanje, ali pa mu, če je potrebno, naredimo posteljno kopel. Pri tem si dobro ogledamo bolnikovo telo in kožo, če bi kje opazili podplutbe, odrgnine, dekubituse. Prav tako se prepričamo tudi, če bolnik nima kakšnih zajedavcev. Izredno važen je natančen pregled kože glede na morebitno začetno stopnjo dekubitusa. S tem pregledom in nato še z natančno ugotovitvijo preležanin si bomo prihranili ne le razne nevšečnosti s sorodniki, ampak bo bolnik pravočasno deležen tudi ustrezne terapije. Ta pregled je važen tudi ob morebitnih opeklinah, zaradi katerih imajo bolniki okvarjeno senzibilnost. Za opekline pa sorodniki nemara sploh vedeli niso, ker so bile prekrite z obleko. Dalje lahko ob pregledu odkrijemo posledice padcev v nezavesti ali iz kakšnih drugih vzrokov. Hkrati bomo odkrili morebitne okvare motoričnih funkcij.

Ko je bolnik preoblečen, ga položimo v posteljo, mu izmerimo temperaturo, pulz, krvni pritisk in frekvenco dihanja, vse to pa dokumentiramo z drugimi osebnimi podatki vred na temperaturnem listu.

Važno je tudi, da bolnika ob prihodu v bolniško sobo predstavimo njegovim bolniškim sosedom in jim razložimo morebitne defekte v njegovi govorici, da mu s tem olajšamo vzpostavitev kontakta s sobolniki.

Za nevrološko preiskavo, ki jo opravi zdravnik, ko dobi potrebne anamnestične podatke, je zelo važno, da jo opravi z bolnikom, **na samem**. Pri preiskavi naj sodeluje tudi medicinska sestra, ki pomaga bolniku in zdravniku, da bo preiskava čimbolj natančna, posebno če bolnik pri preiskavi slabo sodeluje.

Medicinska sestra se pozanima pri pristojnem zdravniku, kakšno terapijo bo bolnik dobival, kakšna naj bo njegova dieta in pa položaj v postelji. Od trenutka, ko bolnika sprejmemo, ga ves čas prikrito in neprisiljeno opazujemo in si že ob tem ustvarimo sliko njegovega resničnega stanja. Veliko je bolezni, pri katerih se od časa do časa pojavljajo znamenja, kot npr. napadi nezavesti, krči, prehodne ohromitve okončin, prehodne motnje v govoru, ki jih ob zdravnikovem pregledu večkrat tudi ni ali pa so neopazna. Ravno v takih primerih pa je sestra poklicana, da te posebnosti opazuje in o njih poroča zdravniku, zlasti če se te motnje pojavijo iznenada.

Nega bolnika po cerebrovaskularnem insultu je od primera do primera zelo individualna in različna. Bolnik je lahko popolnoma pri zavesti z ohranjenimi motoričnimi in senzoričnimi funkcijami, z izpadom ene ali druge od teh funkcij, vendar ob tem še vedno pri zavesti, lahko je tudi somnolenten, soporozen ali pa komatozen.

Če je bolnik ob sprejemu nezavest ali pa se pri ležečem bolniku razvije komatozno stanje kot komplikacija, moramo vedno imeti v mislih komplikacije, zlasti še respiratorne, ki lahko trenutno privedejo do fatalnega izida. Zato moramo res pozorno opazovati bolnikovo stanje in registrirati osnovne vitalne funkcije, torej dihanje in krvni obtok. Pri obračanju in negi moramo bolnika pazljivo gledati, ker lahko zasledimo znake kakšne poškodbe,

morebitne krvavitve iz ušes, nosu, ust, zlasti pa ugriz v jezik. Čeprav je bolnik nezavesten, bomo opazovali, ali ni morda kakšna stran telesa paralizirana ali paretična. Opazujemo kožo, ki je pri šokiranem bolniku mrzla in bleda.

Za pravilno presojo bolnikovega stanja je treba pogosto meriti krvni pritisk, temperaturo, pulz, količino izločenega urina, količino dovajane tekočine, opazovati dihanje, prekrvljenost kože trupa, zlasti pa okončin, ter nadzorovati funkcijo sfinktrov. Nezavest namreč izpostavlja bolnika nevarnosti, da pride do motenj v dovajanju potrebnih količin zraka, tekočin in hrane, izločanja presnovkov kakor tudi do različnih nezazelenih infekcij.

Nego bolnika s cerebrovaskularnim insultom delimo v več obdobjih — po pokazovalcu pomičnosti in nepomičnosti bolnikov, in sicer:

1. fazo absolutnega mirovanja,
2. fazo relativnega mirovanja,
3. prehod iz mirovanja na omejeno gibanje in
4. fazo normalnega ležanja, oziroma vstajanja.

V fazi **absolutnega mirovanja** damo bolnika po sprejemu, če je le možno, v manjšo bolniško sobo na oddelku za intenzivno nego. Temperatura bolniške sobe naj bi bila 18—20 °C. V sobah s centralno kurjavo moramo paziti tudi na vlažnost, za kar so najprimernejše klimatske naprave (AIR-condition), lahko pa si pomagamo tudi z navadnim inhalatorjem. V sobi naj bi bila tudi tekoča voda, možnost zatemnitve, ker bolnike v zelo težkem stanju moti dnevna svetloba in so željni počitka. Pri vsaki bolniški postelji naj bi bila individualna električna svetilka, da ob terapevtskih posegih ponoči ne budimo vseh bolnikov v sobi. Prav tako je nujna napeljava kisika v sobo in na voljo mora biti tudi električni aspirator.

Postelja mora biti dostopna z vseh strani, da nas ne ovira pri splošni in specialni negi. Imeti mora gibljiv posteljnjak, da bolniku lahko uredimo položaj, kot ga zahteva bolezen. Biti mora visoka 70—80 cm od tal, da bolnika laže negujemo, saj v prvih fazah bolezni opravljamo vso nego v postelji. Posteljni vložki so najboljši iz penaste gume, prav tako tudi blazine, ki so po izkušnjah dobra preventiva dekubitusa. Često se uporabljajo tudi posteljni loki in manjše podložljive blazine.

Perilo mora biti čisto, toplo in mehko, ker je koža zaradi slabšega obtoka krvi občutljivejša. Primerne so srajce z razporkom, da bolnika pri slačenju in oblačenju ne obremenjujemo. Vsakemu bolniku damo tudi z imenom označeno posteljno posodo oziroma urinsko steklenico. Vsak bolnik na oddelku za intenzivno nego naj bi dobil tudi »list nege«, kamor vpisujemo vse posege od hranjenja pa do umivanja, odvajanja, obračanja itd. Bolnik v težkem stanju potrebuje po mednarodnih normah 600 minut nege v 24 urah. Po teh normah izračunamo tudi število negovalskega kadra. Zasedba negovalskega kadra naj bi bila enaka v vseh treh turnusih, ker je nega težkega bolnika permanentna. Bolnika v postelji obračamo na eno ali dve uri. Za to nastavimo »list obračanja«. Tu zabeležimo uro obračanja, na katero stran bolnika obrnemo, nato pa je podpis sestre, ki je bolnika obrnila. Obračati morata običajno dve negovalki, če je pacient zelo prizadet, bodisi s plegično eno stranjo telesa ali celo komatozen. Pri tem moramo zlasti paziti, da razbremenimo tiste dele telesa, ki so izpostavljeni dekubitusom. Tudi na bolno stran bolnika običajno ne obrnemo, ker je krvni obtok na tej strani slabši in bi lahko prišlo do večjih zastojev krvi. Po potrebi pri vsakem obračanju menjamo umazano posteljnino. Pri preoblačenju pazimo ali srajce pazimo, da oblečemo najprej bolni okon-

čini, nato pa zdravi, pri slačenju ravnamo obratno, slečemo najprej zdravi in nato bolni. Paralizirane okončine morajo ležati v ugodni legi, da preprečimo rigidnost in kontrakturo. Pri tem sta najbolj ogrožena ramenski in skočni sklep. Rama naj bo v abdukciji, kar dosežemo z blazinastim podložkom. Kontrakturo stopala pa preprečimo s trdno oporo za stopalo, s pručko ali vznožno desko, mobilizirano v fiziološkem položaju, po potrebi pa damo še longeto. Če opazimo tendenco k fleksijski kontrakturi prstov na roki, dajemo v dlan svitke. Položaj bolnika je zelo važen predvsem za optimalno vzdrževanje dihal brez kakršnihkoli izločkov, zlasti pri nezavestnem bolniku. Nezavestnega bolnika vedno položimo na ta ali oni bok in zelo redko na hrbet, vendar mora imeti pri hrbtnem položaju glavo obrnjeno vstran. Če namreč nezavestni bolnik leži na hrbtu, je možno, da koren jezika lahko mehanično ovira dihanje, če zdrkne nazaj. Bolnika položimo v stranski položaj tako, da mu s prsne strani podložimo blazino, na katero naslonimo nekoliko fleksirane okončine zunanje strani, medtem ko okončine notranje strani nekoliko ekstendiramo. Pri tem pazimo na to, da blazina po naključju ne sega do nosnic in jih z nezaželenim pritiskom ne zapira. Nega nezavestnega bolnika je tudi izredno važna pri transportu z nosili ali kakem drugem transportu in moramo tudi tedaj obdržati semipronirano pozicijo.

Posebna skrb, predvsem v prvi fazi obolenja, naj velja respiratornemu traktu, kajti kakršnakoli ovira v dihanju zmanjšuje količino kisika v krvi in vodi do hipoksije oziroma do hipoksidoze. Pogosto gre za hipersekrecijo v dihalnih poteh. Zato pogosto pride kljub polstranski legi nezavestnega bolnika do delne ali popolne zamašitve dihalnih poti, in to zaradi ohlapnosti mišičastega požiralnika ali zaradi nabiranja sline in drugih sluzastih izločkov. Koren jezika lahko mehanično ovira dihanje tudi s tem, da zdrkne nazaj, prav tako lahko zaide v sapnik kri, izbruhana hrana ali hrana pri hranjenju zaradi oslabilnega refleksa za požiranje in kašljanje. Bronhopnevmonija, ki sledi običajno takemu stanju, je zelo neugodna komplikacija. Da jezik ne zdrkne nazaj, za silo preprečimo tako, da porinemo spodnjo čeljust naprej, nato pa bolnika obrnemo na bok in po potrebi uvedemo tubus. Prav tako je tubus potreben tudi pri ohromitvi požiralnika. Dobro je celo, da pri zamašitvi dihalnih poti s sekreti bolniku dvignemo vznožje za 15—30° in mu na ta način omogočimo pasivno odtekanje izločkov.

Kljub ustreznemu položaju se bolniku začno v večji množini nabirati sluzasti izločki, tako da jih je nujno treba aspirirati z električnim aspiratorjem. Aspiriramo s plastičnim katetrom za enkratno uporabo, pri čemer moramo upoštevati, da bomo boljšo aspiracijo dosegli s katetrom širše in trše konsistence, z ne preveč fleksibilnim, ker nas bo takšen kateter oviral, da pridemo do zelenih mest, in se bo hkrati zaradi zvijanja zapiral sam. Aspiracijo vedno spremljamo z očmi, in to tako, da z loparčkom pritisnemo jezik na čeljustno dno in ga potegnemo čimbolj naprej, tako da imamo pred očmi žrelo. Nato uvajamo kateter aspiratorja in aspiriramo sluz tako, da se s katetrom čimbolj približamo njenemu središču. Če pa je sluz in morda tudi tekočine bolnik že aspiriral v dihalna pota, je nujna bronhoskopija in aspiracija z bronhoskopom, ki jo opravi zdravnik. Pogostokrat so naši naporji za vzdrževanje dobro odprtih dihalnih poti nezadostni, zlasti pri bolnikih, kjer traja nezavest dalj časa. V takih primerih se zatečemo k traheotomiji, ki nam omogoča varno dihanje, ker loči sapnik od požiralnika in je toaleta dihalnih poti na ta način lažja in uspešnejša. Praviloma bi morali traheomirati vsa-

kega komatoznega bolnika, ker je edino tako možna ustrezna dihalna toaleta. Po izvedeni traheotomiji je potrebna seveda tudi nega in čiščenje kanile, pri čemer je treba zlasti paziti, da se ta ne zamaši ali da bolnik ne aspirira.

Če rasteta krvni pritisk in pulz, bolnik pa pobledi, postane cianotičen, dispnoičen, grozav in nemiren, gre za pomanjkanje kisika. Zato moramo dovajati kisik, in sicer s plastičnim katetrom za enkratno uporabo, ki ima dve cevki, po eno za vsako nosnico, ali pa z enojnim tankim katetrom, ki ga uvedemo skozi nos do mehkega neba. Poprej premerimo na katetru dolžino od vrha nosu do uhlja in označimo dolžino katetra. Dihanje lahko pospešimo, če občasno trepljamo bolnika po vsem telesu s kompreso, namočeno v mrzlo vodo, pomagajo pa tudi, če je bolnik pri zavesti in sodeluje, dihalne vaje in pa vibracijska masaža. Zavedati pa se moramo, da je primarnega pomena vzdrževanje optimalno odprtih dihalnih poti, nato šele pride v poštev dovajanje kisika, ne pa obratno.

Kontraindicirana so tudi vsa pomirjevala, ki delujejo na dihalni center, ker se respiracija s tem še poslabša.

Pri teh bolnikih je zelo važna **neg a kože in ustne votline**. Na nego kože moramo paziti zaradi slabega krvnega obtoka, zaradi pogostnih edemov, inkontinence blata in urina ter dolge ležalne dobe. Bolnik se običajno zelo znoji in mu po možnosti vsak dan napravimo posteljno kopel, večkrat ga pa še osvežimo z vlažnimi krpami in zbrišemo. Da izboljšamo krvni obtok, bolnika vsaj trikrat na dan zmasiramo, vendar ne z mentolovim špiritom, ki hladi, ampak uporabljamo zaščitne kreme in milnico. Mentolovega špirta samega ne uporabljamo, ker preveč suši kožo, ampak njegovo mešanico z glicerinom.

Posebno važna je ustna nega bolnika. Zaradi slabega okusa, neprijetnega zadaha, zaradi kisika, ki ga dobiva, ker običajno diha skozi odprta usta, so usta izsušena, zato jih moramo vsakemu takemu bolniku skrbno čistiti. Ustno nego napravimo po vsakem hranjenju ali vsaj trikrat na dan. Ustnice po negi namažemo še s kakavnim maslom ali boraks glicerinom, ker so često izsušene. Tu bi omenila še nego zobne proteze, ki jo moramo bolniku vsaj trikrat na dan očistiti pod tekočo vodo s ščetko in zobno kremo. Bolniku, ki ima moteno zavest, protezo odstranimo.

Bolnik s cerebrovaskularnim insultom je zelo pogosto inkontinenten za blato in urin. Zelo važno je, da bolniku pri vsakem obračanju in menjavi sveže posteljnine naredimo **anogenitalno nego**. To predvsem zato, da odstranimo neprijeten zadah po urinu in blatu, pa tudi zato, da se koža zaradi trajnega draženja ne vname in macerira.

Ponekod uporabljajo pri **inkontinentnih bolnikih** stalne katetre, ki jih odpirajo na 3—4 ure, vendar je pri nas praksa pokazala, da je bolje bolnika pogosteje preoblačiti, čeprav tudi vsake pol ure, kakor pa mu vstavljati stalne katetre. Pri insultu se namreč pogosto zmanjša tonus mehurja, kar še toliko bolj velja za bolnike s stalnim katetrom, ki imajo večje težave pri kasnejšem spontanem uriniranju. Poleg tega pa so zaradi katetra tudi pogostnejši uroinfekti.

Obratno pa skušamo, če pri bolniku nastopi **retenca urina**, v prvih 24 urah iztisniti mehur s Credéjevimi prijemom. Lahko si pomagamo tudi s toplimi obkladki, kasneje katetriziramo po dva- do trikrat na dan, čez teden dni pa vstavimo trajni kateter, ki ga odpiramo na 3 do 4 ure. Menjamo ga na 7 do 10 dni. Pri vsaki menjavi katetra pustimo bolnika brez katetra 3 do 5 ur, da

vidimo, če se mehur morda še ne izprazni spontano. Prav tako uvedemo stalni kateter, če je mehur poln kljub inkontinenci — ischuria paradoxa.

Bolniki s cerebrovaskularnim insultom so običajno zelo obstipirani in ne gredo spontano na blato. Zaradi tega dajemo na 2 do 3 dni odvajala, in to običajno Dulcolax svečke ali pa klizmo. **Odvajanje blata** brez napenjanja je važno predvsem za bolnike z možganskimi krvavitvami, ker bi napenjanje lahko izzvalo ponovne krvavitve.

Bruhanje je pri bolnikih s cerebrovaskularnim insultom zelo pogostno. Začne se predvsem zaradi zvišanja intrakranialnega pritiska in je često brez navzeje, nenadno. Zato mora biti sestra na bruhanje bolnika pripravljena ob vsakem času. Gre pa predvsem za to, da preprečujemo aspiracijo izbruhanih mas. Nadalje je pri bruhanju važno, da leži bolnik bodisi na boku ali na hrbtu z glavo, obrnjeno vstran in z vznožjem, rahlo dvignjenim za 10 do 15°. Če bolnik aspirira izbruhane mase, jih takoj aspiriramo z električnim aspiratorjem. Važna je tudi ustna nega po bruhanju.

Opazovati moramo način, pogostnost in trajanje bruhanja, prav tako pa tudi izbruhano maso. Če se bruhanje ne poleže samo, dajemo medikamente — antiemetika, bodisi v svečkah ali injekcijah.

Bolnik se pogosto tudi močno **znoji**, predvsem pri zvišanih temperaturah. Takrat ga često preoblačimo, pokrijemo ga le nalahno, pri čemer seveda pazimo, da se ne prehladi. Eden izmed ukrepov pri hiperpirezi je tudi hlajenje z mokrimi rjuhami in ventilatorjem.

Pri vsem tem je važna **kontrola odvajane tekočine**, zlasti tam, kjer poleg cerebrovaskularnega insultra sumimo še na okvaro funkcije ledvic. Vsak znak oligurije moramo takoj javiti zdravniku. Zato je priporočljivo meriti zaužito in izločeno tekočino in to beležiti. Upoštevati pa moramo tudi znojenje in bruhanje, ker se tedaj izločajo velike količine tekočin.

(Se nadaljuje.)

O TEMELJIH ZDRAVSTVENEGA DELA

Danes se zavedamo, da temelji zdravstveno delo na skupnem prizadevanju več vrst zdravstvenih delavcev — zdravnikov, sester, socialnih delavcev, sanitarnih tehnikov in mnogih drugih, da tako rešujemo zdravstvene probleme posameznikov in družbe po načelu skupinskega dela. Oblika in stopnja takšnega sodelovanja bo seveda različna in jo mora določiti vsaka družbena skupnost po lastnih potrebah in zmožnostih. Naši izobraževalni programi so se mnogokrat razvijali brez povezave s potrebami zdravstvenega varstva, ki se neprenehoma menjavajo.

Med potrebami po zdravstvenih delavcih in med tem, koliko jih izšolamo, zija globok prepad. Ta problem je splošen, mnogo bolj opazen pa je v razvijajočih se gospodarstvih, kjer so razpoložljiva sredstva omejena in jih je nujno potrebno uporabljati smotrneje. Zato sta kakovost šolanja zdravstvenih delavcev in pravilno razmerje do krajevnih potreb zelo pomembni. Zdravstvene oblasti morajo skrbno presojati potrebo po pravilni razdelitvi nalog med zdravniškim in drugim zdravstvenim osebjem na eni strani ter potrebnim pomožnim osebjem na drugi strani.

Prof. P. N. Wahi — na 23. skupščini SZO v maju 1970