

## Nega bolnika z motnjami požiranja

Vsem živim bitjem je narava dala nagon za ohranitev lastnega življenja. Eden osnovnih dejavnikov te samoohranitve pa je hranjenje. Že zgolj poznavanje zgodovine nam pove, da so se naši predniki najbolj bali vojne, kuge in lakote. Iz zgodovinskih virov nam je tudi znano, da so za najhujšo kazen hudodelcev in sovražnikov imeli smrt zaradi lakote in žeje. Tudi naš največji pesnik Prešeren nam v Uvodu h Krstu pri Savici opeva, kako se je Črtomir predal z besedami »Ko niso meč, sekira in lopata jih mogle, lakota nepremagljiva preti odpreti grada trdna vrata«.

Kako trpi šele bolnik, ki strada zaradi nezmožnosti požiranja ob izobilju hrane, še veliko bolj kakor tisti, ki strada zavoljo pomanjkanja. Torej ni čudno, da je človek hudo zaskrbljen že ob najmanjši oviri, ki jo začuti pri hranjenju, in neznosno trpi, če je docela nesposoben požirati hrano in pijačo. Tako ti ljudje kaj hitro poiščejo zdravniško pomoč.

Vsi vemo, da je motnja v požiranju navadno le simptom neke bolezni, ki ovira lahek prehod zaužite hrane od ust do želodca.

Pri bolnikih z motnjami požiranja, bodisi zaradi te ali one bolezni, je vedno nevarnost aspiracije zaradi oslabiljenega ali celo ugaslnega požiralnega refleksa in utegne zaradi tega priti celo do zadušitve. Velik problem je tudi ustrezno hranjenje.

Na naši kliniki imamo že ustaljeno navado, da vsakemu bolniku, posebno pa še tistim, pri katerih domnevamo, da požiranje ni v redu, takoj ob sprejemu poskusimo, kako je z njihovim požiranjem. Poizkušamo z navadno vodo, ki jo bolnikom dajemo le po malih žlicah. Veliko manjša je namreč nevarnost, če bolnik slučajno aspirira vodo, kakor če bi to poizkušali s hrano. Če bolnik vodo v redu popije, pomeni, da je požiralni refleks prisoten in v redu. Če pa se mu voda zaleti, začne močno kašljati, se daviti in voda mu gre nazaj skozi nos, kar pomeni, da je požiralni refleks oslabiljen ali ugasel. Ob takih poizkusih je dobro, da imamo pripravljen aspirator.

Glede na te ugotovitve pripravimo oziroma naročimo bolniku določeno obliko hrane.

Bolniku, ki ima oslabiljen požiralni refleks, dajemo kašasto hrano. Zakaj? Ker domnevamo, da je tekočina sicer dovolj redka, da jo oslabiljena mišična moč požiralnika spravi navzdol, vendar je dražljaj tekočine prešibak, da bi sprožil oslabiljen požiralni refleks. Gosta hrana pa je dovolj močan dražljaj, da morda sproži oslabiljen požiralni refleks, vendar je mišična moč tako slaba, da hrane ne

more spraviti navzdol. Kašasta hrana pa je obenem dovolj gosta, da sproži oslabljeni požiralni refleks, in dovolj redka, da jo oslABLJENE mišice požiralnika spravijo navzdol.

Za bolnika, ki ima pri požiranju motnje, se moramo za hranjenje ustrezno pripraviti. Truditi se moramo, da bo hrano užival na čim naravnejši način. Vzeti si moramo dovolj časa in se bolniku posvetiti. Nekatere v bližini si pripravimo aspirator in vse potrebno za aspiracijo. Vendar pa bolniku ne smemo pokazati, da se sami bojimo hranjenja in smo v strahu, da bi se nam med hranjenjem zadušil. Bolnika je treba za hranjenje psihično pripraviti, ga dvigniti in po možnosti posaditi, če to dopušča njegovo zdravstveno stanje, dalje mu umiti roke in ga zavarovati s servieto. Hrano prinesemo bolniku na pladnju, ustrezno servirano, da mu že sam pogled nanjo, čeprav je kašasta, zbudi tek. K bolnikovi postelji se vsekakor usedemo, tako da bolnik vidi, kako se nam nikamor ne mudi in da smo si res vzeli čas samo zanj in za njegov obrok hrane. Bolniku dajemo hrano počasi, v majhnih zalogajih in se vedno znova prepričamo, da je hrano res zaužil, preden mu damo nov zalogaj. Taki bolniki se hrane ponavadi branijo, čeprav so lačni, ker jih je strah pred neprijetnim kašljanjem in zaletavanjem hrane. Zaradi tega prigovarjamo bolniku, naj je lepo in počasi. Če hrano odklanja in vemo, da vsega, kar ima pripravljeno na pladnju, ne bo pojedel, se z njim že prej dogovorimo, kaj bo pojedel, da ga ne silimo s hrano, ki je ne mara, ampak mu damo to, kar vemo, da bo z veseljem pojedel.

Bolniku po potrebi naročimo hrano tudi po želji, seveda pa mora biti kašasta ali takšna, da jo bo lahko pojedel. Vendar naj velja pravilo, da bolnika z motnjami požiranja hranimo vsaj 5 do 6-krat na dan z malimi količinami hrane, ker ga večji obrok hrane preveč utruje.

Hrana, ki jo mora dobiti vsak človek, mora biti dovolj kalorična ter vsebovati tudi zadostne količine ogljikovih hidratov, beljakovin in maščob, mineralnih snovi in vitaminov. Ker nam bolnik pri kosilu ali večerji običajno ne poje celega obroka, mu skušamo primanjkljaj nadomestiti z vmesnimi obroki, če nam to dopušča kuhinjski režim. Za vmesne obroke ponudimo bolniku sadne kaše, mogoče z dodatkom jajca, mehko kuhano jajce, mlečni zdrob, ovsene kosmiče, skuto, sadne pudinge in podobno.

Prepričati se moramo, da bo bolnik hrano, ki mu jo predpišemo, zares tudi zaužil, saj pride pri teh bolnikih mnogokrat do nedohranjenosti in izsušenosti organizma. Prav zaradi tega je treba redno kontrolirati telesno težo, turgor kože in seveda tudi laboratorijsko preiskavo krvi.

Kadar pa hranjenje po žlici ni možno, se odločimo za hranjenje po želodčni sondi. Sondo lahko uvajamo nazalno ali oralno. Biti mora primerno trda, da se pri uvajanju ne zvija. Hrana mora biti dovolj tekoča, kalorična in vitaminska ter imeti temperaturo 37<sup>0</sup> C. Ko uvedemo sondo, se prepričamo, da je sonda res v želodcu, in to bodisi z avskultacijo zraka, ki ga vbrizgamo v želodec, ali pa z aspiracijo želodčnega soka, kakor tudi lahko s pomočjo lijaka in prižgane vžigalice. Bolje je, da hrano vlivamo skozi lijak po sondi kakor z brizgalko, da bi se nam želodec pod pritiskom prehitro ne polnil, ker je počasno uživanje hrane bolj fiziološko. Če pa se želodec prehitro napolni, bolnik lahko bruha. Nekateri priporočajo, da se sonda uvede zjutraj, odstrani pa zvečer. Drugi menjavajo sondo na tri dni, in sicer tako, da jo tretji dan zvečer odstranijo in naslednje jutro znova

uvedejo. S tem dosežejo, da ostane sluznica dovolj prekrvljena in da se v nosnici, žrelu, požiralniku ali v želodcu prepreči dekubitus. Za sondo je važno, da je prehodna, mehanično očiščena in sterilizirana.

Pred vsakim hranjenjem damo po sondi najprej manjšo količino tekočine, najbolje vode, da preprečimo komplikacije, če sonda le ne bi bila v želodcu, pa tudi zato, ker po vlažni sondi hrana lažje drsi. Tudi po hranjenju damo tekočino, da sondo speremo. V začetku dajemo bolniku le 150—200 ml hrane, in sicer na vsaki 2 uri, kasneje obroke količinsko povečamo na 400—600 ml in jih damo na večja časovna obdobja 3- do 4-krat na dan. Med enim in drugim obrokom pa damo bolniku po sondi čaj, sadni sok, mineralno vodo, mleko ali kakšno drugo tekočino, še posebno, če je v sobi suh zrak in je bolnik žejen. Med enim in drugim hranjenjem zapremo sondo s plastičnim zamaškom ali peanom, da zrak ne uhaja v želodec.

Poudarila pa bi še, da mora sondo zaradi morebitnih komplikacij uvajati vedno zdravnik. V hrano, ki jo damo po sondi, moramo dati tudi vsa predpisana zdravila, pri čemer je važno, da jih dobro zdrobimo in pomešamo med hrano, da ne ostanejo na dnu menzure s hrano.

Na bolnikovo psihično počutje vpliva zelo ugodno, če se med hranjenjem po sondi z njim pogovarjamo ali mu kaj govorimo. Povemo mu, iz česa sestoji njegov jedilnik oziroma kaj mu dajemo, da vsaj ve, kaj uživa, če hrane sam že ne more okusiti. Bolnikom, ki dobro sodelujejo, lahko damo hrano celo okušati, saj vsi vemo, da dober vonj in okus hrane v največji meri spodbujata tek.

Vendar so bolniki, ki imajo pri požiranju motnje, pogosto žejni. Tekočina, ki jo dajemo po sondi, jim ne premaga občutka žeje v ustih. Zato jim skušamo pomagati tako, da si bolniki sperejo usta sami ali pa jim to naredimo mi, in sicer z nesladkim čajem, z vodo, ki smo ji dodali limonin sok ali C vitamin, mineralno vodo ali pa navadno vodo. Sladkih tekočin se izogibamo, ker bolniku povzročajo še večjo žejo. Seveda pa moramo pri tem paziti, da bolnik tekočine ne bo aspiriral in se nam ne bo zadušil.

Omenila bi še, da se marsikateri bolniki, posebno mlajši, ki vedo, da bodo daljšo dobo ali morda celo vse življenje vezani na hranjenje po sondi, naučijo uvajati sondo sami in se po njej hraniti. Hrano pripravljajo bodisi sami ali njihovi svojci, kar jim omogoča nadaljnje življenje v domačem okolju.

Velika nevarnost, ki se je bojimo pri bolnikih z motnjami požiranja, je aspiracija. Bolniki sami nimajo občutka, če se jim karkoli ustavi v žrelu. Lahko je to hrana, lahko pa tudi slina. Prav zaradi tega prosimo svojce in tudi sobolnike, da takemu bolniku brez naše vednosti ne dajejo nobene hrane ali pijače.

Aspirator naj bo vedno pripravljen v neposredni bližini bolnika. Ni tu nevarnosti samo zaradi zaužite hrane ali pijače, pač pa je pri teh bolnikih običajno povečana tudi sekrecija. Bolnika aspiriramo po potrebi večkrat na dan, obvezno pa pred vsakim hranjenjem. Pri aspiraciji moramo paziti, da aspiriramo dovolj globoko, da očistimo vso sluz in sekrete, ki se nabirajo v ustih in v žrelu. Pazimo, da bolnika pri aspiraciji ne ranimo in da posega ne opravljamo predolgo, ker je to za bolnika neprijetno. Raje aspiracijo ponovimo čez nekaj časa.

Važna je tudi bolnikova osebna higiena. Ustno nego je treba opraviti po vsakem hranjenju, po potrebi pa še pogosteje. Bolniki imajo namreč zelo pogosto neprijeten zadah iz ust, z redno ustno nego pa preprečujemo tudi, da bi se po ustih

napravile obloge. Ustno nego delamo s kamiličnim čajem, z navadno vodo, ki ji lahko dodamo sol, sodo bikarbono ali pa nekaj kapljic limoninega soka. Za dezodoracijo lahko uporabimo ustno vodo ali pa mentosept. Bolnikom priporočamo, da uporabljajo za ustno nego zobno ščetko in zobno kremo, če je to le možno. Seveda moramo tudi pri ustni negi paziti, da bolnik ne aspirira.

Važna pa ni samo ustna nega, temveč tudi nega celega telesa. Bolnik naj se koplje vsak dan. Če mu zdravstveno stanje ne dovoljuje kopanja v kadi, opravimo posteljno kopel. Bolniku operemo lase vsak teden, ženi pa po možnosti uredimo tudi lase. Posebno pozorni moramo biti na nego obraza. Bolniki se pogosto močno slinijo, slino težko požirajo ali pa je niti ne morejo in jo zato skušajo izpljuniti. Pogosto se zaradi tega v ustnih kotih ali okolici ust, posebno na bradi, naredijo ranice. Z rednim umivanjem in mazanjem s hranljivimi kremami to preprečujemo.

Bolniki, ki imajo motnje požiranja, pogosto tudi težko govorijo ali pa nosljajo. Zgodi pa se celo, da sploh ne morejo govoriti, čeprav vse slišijo in razumejo. Kako radi bi nam odgovorili na ta ali ona vprašanja, kako radi bi nam kaj povedali. To lahko pogosto opazimo sami, ko bolnika ogovarjamo, kakšen lesk dobi v očeh, kako hiti prikimavati z glavo, kako nam z odpiranjem ust pritrjuje, če smo uganili njegovo željo. Zakaj takemu bolniku ne bi pomagali, da bi nam sam izrazil svojo željo, svoje mnenje ali pritožbo. Zadostuje le blok papirja in svinčnik, bolnik pa nam bo zapisal svoje besede, ki nam jih ne more povedati. Če ne more pisati, mu na list trdega papirja ali karton lahko napišemo velike tiskane črke abecede. Z malo dobre volje bolnika in negovalskega osebja in z vajo se bo lahko bolnik naučil »govoriti« tako, da nam kaže črke na papirju in sestavlja besede. Seveda je to odvisno od bolnikovega stanja. Če ima bolnik poleg motenj požiranja še motnje zavesti, nam to seveda ne bo uspelo, pač pa pri bolnikih, ki so pri zavesti in dobro sodelujejo tudi sami.

Važno je tudi razvedrilo bolnika. Ponudimo mu časopise, knjige za branje, odpremo mu radio, če je možnost, ga popeljemo k televiziji ali ga spremimo na sprehod po parku. Medtem se z njim pogovarjamo, obenem pa sobolnikom razložimo, da jih sam sicer vse razume, da pa jim ne more povedati ničesar. Vendar mu lahko tudi sobolniki krajšajo čas ter mu pripovedujejo razne dogodke ali zgodbe, bodisi da naglas kaj berejo in podobno.

Spominjam se bolnice, ki je bila pri zadnji hospitalizaciji na naši kliniki več kot eno leto. Zdravila se je pod diagnozo Sclerosoc lateralis amyotrophica. Bila je žena petdesetih let, inteligentna in razgledana. Ko je prišla prvič k nam, motenj požiranja ni imela, pojavile so se šele kasneje, prav tako je še hodila in sama poskrbela za vso osebno nego. Z napredovanjem bolezni je bila popolnoma vezana na posteljo, premikala ni ne rok ne nog in tudi govoriti ni mogla. Motnje požiranja so bile vedno izrazitejše, nazadnje smo jo hranili po sondi. Bolnica je bila do zadnjega pri zavesti ter se zanimala za okolico in svoje domače. Z velikimi vprašujočimi očmi je gledala sestre, zdravnika, ki jih nekaj dni na primer ni videla in bila očitno pomirjena, ko so ji ti razložili razlog svoje odsotnosti. Zanimivo je, da žena ni klonila pred svojo težko boleznijo. Ves čas je želela, da je kot ženska bila negovana in privlačna. Naše sestre so jo vedno frizirale, ji spreminjale tudi frizuro, jo strigle, navijale lase, vsak dan so ji s kremami negovale obraz, oprsje, roke, pulile so ji obrvi ter poskrbele tudi za make-up (kozmetična ureditev zunanjosti). Spominjam se dneva, ko se je poročil sin in ji pripeljal svojo nevesto.

Tega dne so se priprave za ureditev njene zunanosti začele že davno pred napovedanim prihodom svatov. Žena je od sreče vsa sijala in vsi delavci na oddelku smo sodelovali ob njeni sreči. Zanimala pa se je tudi za dogodke zunaj bolnišnice. Spremljala je radijski program, nad posteljo smo ji postavili stojalo, nanj pa časopise ali knjige in vedno se je našel kdo, ki ji je obrnil list. Tudi pri tej bolnici smo dolgo časa za sporazumevanje uporabljali karton s tiskano abecedo, v zadnjem času bolniki pa so nas spremljale le njene oči, ki so nam razkrivale vse njeno veselje ali žalost.

Pri bolnikih z boleznimi, pri katerih se pojavljajo motnje požiranja, je zelo pomemben naš pristop. K sreči ne vedno, vendar pogosto trajajo te motnje več mesecev ali tudi let, dostikrat prav do konca življenja. Vsi bolniki niso taki, kot je prej opisana bolnica, pač pa so psihično močno prizadeti, saj se pogosto zavedajo brezupnosti svojega stanja. Bolniki vedo, da zdravi ne bodo nikoli več, da bodo vedno potrebovali nekoga, ki jim bo pomagal pri negi in hranjenju. Pogosto se bolniki tudi bojijo in se zavedajo, da bodo izgubili stike s svojci in prijatelji, z delom in življenjem, ki so ga imeli prej. Ta zavest bolnike pogosto zelo potare. Prav zaradi tega jih moramo stalno opogumljati, jih pregovarjati, jim poskusiti z razvedrilom odgnati mračne misli.

Pogosto postanejo bolniki z motnjami požiranja tudi socialno-medicinski problem. Če bolnik nima svojcev, ki bi bili sposobni skrbeti zanj, ves čas boleznii ali tudi vse življenje ne morejo ostati v bolnišnici. V tem primeru moramo poiskati najboljšo rešitev, najbolje v kakem domu, ki ima zdravniško oskrbo, da bo bolnik, ko bo zapustil bolnišnico, lahko živel človeka vredno življenje.

---

## **PRISPEVKI ZA ZDRAVSTVENI OBZORNIK**

Denarne prispevke so nam nakazali:

Splošna bolnišnica Jesenice din 500, Klinika za ginekologijo in porodništvo, Ljubljana din 2.000, Ortopedska bolnišnica Valdoltra din 1.000, Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Postojna din 300, Cita Bole, Ljubljana (avtorski honorar) din 300, Milica Salberger, Ljubljana (avtorski honorar) din 352, Julka Kuzma, Ljubljana din 45, dr. Eman Pertl, Maribor (avtorski honorar) din 304, Leon Erjavec, Tuzla din 30.

Dotacijo za leto 1975 so nam nakazali še izobraževalna skupnost SRS din 30.000, Skupnost zdravstvenega zavarovanja SRS din 100.000 in Klinični center Ljubljana din 25.000.

Vsem se za razumevanje zahvaljujeta

uredništvo in uprava ZO