

## Nega bolnika s poškodbami prsnega koša

UDK 617.54-001-083

**POVZETEK.** *Poškodbe prsnega koša so v travmatologiji ena najpomembnejših skupin politravme. Pogosto sta prisotna pnevmo — in hematoraks. Bolniki z nestabilnim prsnim košem ne zmorejo spontanega dihanja, zato jih moramo umetno ventilirati. Opisana je posteljna enota na oddelku za intenzivno nego, nekatere posebnosti nege bolnikov s poškodbami prsnega koša, nega intubiranega bolnika in bolnika na respiratorju. Posebej je poudarjena osebna higiena, ustna nega in fizioterapija teh bolnikov. Potrebno je stalno in natančno opazovanje; med. sestra mora dobro poznati anatomijo, fiziologijo in patologijo respiratornega sistema ter možnosti za nastanek komplikacij. Potrebne so določene izkušnje in tehnična spretnost za negovalne posege in delo z aparaturami, s katerimi je opremljena intenzivna enota.*

**NURSING OF PATIENTS WITH CHEST INJURIES.** *Injuries to the chest rank among the most relevant groups of multiple trauma and are frequently associated with pneumo- and hemothorax. Due to their being not able to breathe spontaneously, the patients with instable thorax are in need of artificial ventilation. The paper presents the care of patients with chest injuries, the intubated patients and patients on respirators treated at the intensive care unit. A special emphasis is put on the personal and oral hygiene and physical therapy of these patients. Continuous and meticulous monitoring of the above patients is essential. The nursing staff should have a sound knowledge of anatomy, physiology and pathology of the respiratory system as well as of possible complications that may arise during treatment. Experience in patient care and skill in handling the intensive care devices are required as well.*

Poškodbe prsnega koša so v travmatologiji in na oddelkih za intenzivno nego ena najpomembnejših skupin politravme. Poškodba prsnega koša privede zaradi motene ventilacije in cirkulacije do latentne in manifestne insuficience. Vse to običajno tudi indicira zdravljenje poškodbe prsnega koša na oddelku intenzivne nege. Poškodbe so lahko odprte in zaprte. Pri zaprtih poškodbah lahko najdemo prelome reber, kot posledico tega pa pnevmo- in hematoraks. Najmanjša posledica preloma reber, zlasti če je to serijski prelom, je paradokсно dihanje. To pomeni,

\* CARS — Centralna anestezijsko reanimacijska služba.

da se poškodovana stran pri inspiriju uvleče in takrat govorimo o nestabilnem prsnem košu.

Bolnik z nestabilnim prsnim košem ne zmore spontanega dihanja, zato je ena od vrste terapij umetna ventilacija. Prelomi reber povzročajo pri dihanju zelo močne bolečine, zato je takemu bolniku treba bolečino olajšati. Analgetiki pa poleg že oškodovane mehanike dihanja še dodatno deprimirajo. To je še en razlog za umetno ventilacijo.

Prostor, kjer leži tak bolnik, mora biti primerno opremljen, da lahko bolnika uspešno negujemo in zdravimo. Posteljna enota mora ustrezati normativom, ki so predpisani za intenzivno enoto. Omogočen mora biti pristop k postelji z vseh štirih strani, ob postelji mora biti dovolj prostora za aspirator, respirator, monitor, O<sub>2</sub> vlažilec kisika in druge aparate.

Ob postelji morajo biti najmanj štiri vtičnice, priključek za kisik, komprimiran zrak, vakuum. Postelja mora biti funkcionalna — možnost uporabe terapevtskih položajev, možnost temeljitega vzdrževanja in čiščenja, možnost udobnega počitka. V prostoru, kjer leži bolnik, mora biti primerna razsvetljava, vlaga in temperatura zraka.

Med. sestra, ki skrbi za bolnika s poškodovanim prsnim košem, mora poznati sodobne principe nege. Osnovno znanje mora obsegati anatomijo, fiziologijo in patologijo respiratornega sistema. Bolnike s poškodovanim prsnim košem, ki še dihanje spontano, sprejemamo na zdravljenje v intenzivno enoto predvsem zaradi poostrenega opazovanja, možnosti intenzivne fizioterapije in toalete dihalnih poti. Potreben je stalen in natančen nadzor med. sestre nad takim bolnikom, da takoj opazi morebitne spremembe bolnikovega splošnega videza, barve, razpoloženja, spremembe izkašljane vsebine (kvaliteta, kvantiteta). Kontrolirati in natančno opazovati mora bolnikovo dihanje — frekvenco, globino, tip dihanja, da lahko o spremembah natančno in pravočasno obvešča zdravnika. Bolnikom s poškodbami prsnega koša moramo omogočiti izdatno izkašljevanje. Pri tem ima veliko vlogo fizioterapija, izvajanje dihalnih vaj, inhalacije — masaža. Stanje bolnika kontroliramo s stalnimi rentgenskimi kontrolami, bakteriološkimi preiskavami, katerih izvidi nam potrjujejo pravilnost naše terapije ali pokažejo pot k izbiri nove.

Poleg tega tudi sami opazimo, če se je bolnikovo splošno stanje izboljšalo, saj bolnik ob pravilni terapiji diha mirneje in globlje, ne hrope, pa tudi bolečina se zmanjša.

Če bolnik pri zdravljenju ne sodeluje ali če je močno prizadet, je potrebna intubacija. Ker je s tem okrnjena funkcija zgornjih dihalnih poti, je potrebna posebna nega teh bolnikov. Pazimo, da bolnik vdihava dovolj vlažen zrak, ker se sekret zasuši in je s tem oteženo njegovo odstranjevanje. Sekret, ki nastaja v pljučih, odstranjujemo z aspiracijo. To je poseg, ki ga moramo opraviti sterilno, vendar ne sme biti daljši kot 30 sek. in mora biti uspešen. V najhujših primerih je potrebno bolnika priključiti prek tubusa na respirator. Namen te vrste zdravljenja je izboljševanje alveolarne ventilacije (z asistirano ali kontrolirano ventilacijo). Delo respiratorja ocenjujemo s kontroliranjem ekspiratornega dihalnega volumna, minutnega volumna in frekvence dihanja. Za oceno uspešnosti ventilacije je potrebna tudi stalna kontrola plinske analize arterialne krvi. Da ne bi pri mehnični ventilaciji prišlo do dodatne travme, mora sestra dobro poznati aparature, s katerimi dela.

Kjer predvidevamo, da bo bolnik dalj časa intubiran, se odločimo za traheotomijo, kajti predolga intubacija lahko povzroči dekubitus, tubus pa bolnika tudi moti.

Vsak dan trikrat ali po potrebi oskrbimo traheostomo.

Pri nega bolnika, ki je na respiratorju, pa ne smemo misliti samo na poškodovani prsni koš in pravilno delovanje aparata, ki je bolnik nanj priključen, moramo misliti na bolnika v celoti. Izrednega pomena pri negi bolnika na respiratorju je nega ustne votline. Tej je treba posvetiti posebno pozornost, kajti veliko sekreta se nabira v ustih, se tam suši ali pa cedi iz koticikov ust. Pri bolniku, ki je intubiran oralno, moramo večkrat menjati ustni tampon, ustno votlino pa ne glede na vrsto intubacije čistiti.

Pri negi bolnika na respiratorju med. sestra ne sme nikoli pozabiti na opravljanje bolnikovih fizioloških potreb.

Ker takih bolnikov ne moremo hraniti oralno, imajo ti uvedeno hranilno sondo in centralni venski kanal, po katerem bolnika parenteralno hranimo, dajemo vso terapijo in merimo CVP (centralni venski pritisk).

Pri bolnikih, ki imajo torakalno sukcijo, mora biti med. sestra pozorna na to, da so dreni fiksirani in ne izpadejo, vzpostavljen mora biti konstanten negativen pritisk, opazuje vsebino, ki priteka po drenu, da se dren ne zamaši. Pri delu s torakalno sukcijo naj se ravna po aseptičnih pravilih.

Med. sestra, ki neguje takega bolnika, mora zadostiti s svojim delom vsem principom nege bolnika, osnovne nege, specialne nege, psihoterapije, fizioterapije, zdravstvene vzgoje. Medtem ko opravlja osnovno nego, bo med. sestra opazila marsikaj, kar jo bo opomnilo, kam predvsem mora usmeriti svojo pozornost.

Ko se bolnikovo stanje toliko izboljša, da ga pričnemo odklapljati od respiratorja, vse dokler samostojno ne zadiha, posvetimo vso pozornost dihalnim vajam, fizioterapiji, toaleti dihalnih poti, negi traheosotme — skratka bolniku pomagamo, da se čimprej psihično in fizično osamosvoji.

Ker je med. sestra nenehno ob bolniku in ga opazuje, zato je temeljni dejavnik intenzivne nege bolnika. Vse aparature in monitorske naprave ji pri tem veliko pomagajo, ne morejo pa je nadomestiti. Bolnikom pomeni med. sestra najtrajnejši človeški kontakt, ko se z njimi pogovarja, jim pojasnjuje in jih spodbuja k aktivnemu sodelovanju. Njeno delo in znanje sta pomembna prispevka v procesu zdravljenja bolnika.