

Nega bolnika po laringektomiji, traheotomiji in tonzilektomiji

Nega po laringektomiji

Trajna traheostoma po odstranitvi grla je za bolnika ena najbolj neprijetnih posledic operativnega zdravljenja malignih procesov v larinksu. Zaradi drugih obolenj bolnik le redkokdaj nosi trajno kanilo. Ker je prognoza bolnikov s karcinomom larinksa, ki se zdravijo operativno, relativno ugodna, tudi njih število ni majhno in je upravičeno pričakovati, da jih bo čedalje več. Že sama priprava na operacijo takega bolnika se v marsičem razlikuje od drugih, zlasti če pomislimo, da bo po operaciji poleg telesne invalidnosti zaradi izpada govora in funkcije nosu prizadet tudi psihično.

Poleg običajnih rutinsko laboratorijskih in drugih kliničnih preiskav je posebnega pomena psihična priprava. Zdravnik operator se z bolnikom poprej pogovori o tem, kar bolnika pogosto najbolj skrbi in muči, namreč tehnični potek operacije in pa uspeh. Neredko se zgodi, da ti bolniki odločno odklanjajo operativni poseg, kar je tudi razumljivo, če pomislimo, da v največ primerih razen hripavosti nimajo nobenih posebnih težav. V takih primerih pritegnemo na pomoč tudi bolnikove svojce. Vsekakor jih moramo seznaniti z diagnozo, načinom zdravljenja in pa tudi z delno invalidnostjo po operativnem posegu. Neredko pride v poštev tudi prekvalifikacija bolnika, ki je pa odvisna od njegove starosti in sedanjega poklica.

Zaradi spremenjenega dihanja po operaciji in zaradi bolečin je dihanje plitvo, od tod tudi nevarnost pljučnice. Iz omenjenih razlogov pripravljamo bolnika že pred operacijo s fizioterapijo, zlasti z dihalnimi vajami. Zaradi izpada funkcije zgornjih dihalnih potov mora tudi bolniška soba za takega bolnika biti ustrezno pripravljena, zrak čist, primerno temperiran do 36 °C in z 98% nasičenostjo vlage. Za vlaženje so najprimernejše klimatske naprave — AIR condition. Pomagamo si pa tudi z inhalatorji, tj. s posebnimi aparati, ki razpršujejo vodo. Postelja mora biti dostopna z vseh strani, da nas ne ovira pri splošni in specialni negi. Imeti mora tudi gibljiv posteljnjak, da bolniku lahko uredimo ustrezen polsedeci položaj.

Posteljna omarica, kjer je staničevina, ledvička, beležnica s svinčnikom kakor tudi zvonec naj bodo v dosegu roke. Za specialno nego potrebujemo še aspirator in pladenj s tehničnimi pripomočki za toaleta zgornjih dihalnih poti: aspiracijske cevke, sterilne rokavice, posodo s fiziološko raztopino, ledvičko in omelce za čiščenje notranjega dela kanile. Pripravljeno moramo imeti tudi rezervno kanilo z dilatatorjem v sterilnem oмотu. Toaleta traheostome je strogo sterilna, prevezujemo jo vsak dan, prvič pa menjamo kanilo šele tretji dan po operaciji, nato pa vsak dan. Sprva jo menjava zdravnik, kasneje, ko se traheostoma epitelizira, pa sestra instrumentarka.

Najpogostnejše komplikacije neposredno po operaciji so običajno krvavitve, subkutani emfizem in dušitev. Do poslednje pride bodisi zavoljo izpada kanile iz traheje zaradi kašlja ali če se kanila zamaši s strnjenim sekretom ali koagulom. V vseh primerih navedenih komplikacij obvestimo zdravnika. Ob morebitni dušitvi mora ustrezno ukrepati tudi sestra, da znova vzpostavi prosto dihalno pot, bodisi z aspiracijo ali pa tako, da odstrani izpadlo kanilo in v traheostomo vloži dilatator. Zdravnik mu nato ponovno vloži kanilo.

Posebno važna je ustna nega bolnika. Zaradi slabega okusa, neprijetnega zadaha in pa hranjenja po nazalni sondi moramo takemu bolniku skrbno čistiti usta. Na pladenj si pripravimo kozarec s čistimi loparčki, peani, tamponi, ledvičko, kozarec s prekuhano vodo ali kamilicami.

Ravno tako važna je dieta bolnika. Ves čas po operaciji, dokler se operativna rana ne zaceli, dobiva bolnik tekočo dieto po nazalni sondi. Zaradi izpada ustne votline bolnik pri hranjenju nima okusa, občuti tudi pomanjkanje prebavnih sokov. Zato je zelo pomembna sestava in pestrost diete, kakor tudi priprava, kakovost in sorazmerna porazdelitev hrane na več dnevni obrokov. Prve dni po operaciji, ko bolnik v glavnem leži, je hrana lahko manj kalorična. S tem zmanjšamo metabolizem in razbremenimo srce. V dieti se izogibamo vseh težko prebavljivih jedi, zlasti maščob in pa hrane, ki napenja. Uporabljamo predvsem rastlinske maščobe. Vsekakor upoštevamo tudi bolnikove prehranjevalne navade in želje.

Hospitalizacija našega bolnika je različno dolga. Od 14 dni do nekaj mesecev. Ko se operativna rana zaceli, odstranimo nazalno sondo, bolnik se hrani s kašasto hrano per os. Hkrati začne z vajami ezofagalnega govora pri foniatru.

Preden ga odpustimo v domačo oskrbo, je naša dolžnost, da ga naučimo ravnati s kanilo, predvsem pa čistiti notranji vložek. Če bolnik tega ne zmore sam, poučimo v tem oziroma seznanimo s tem njegove svojce. Res je, da zlasti prvi čas po operaciji bolnika najbolj moti izguba govora, tako da se težave s traheostomo zdijo na videz manj pomembne. Zaradi tega nas to ne sme zavesti, da ne bi skrbno kontrolirali stanja v okrnjenem respiratornem traktu in da bolnika ne bi poučili o morebitnih nevarnostih ob neprimerni negi traheostome. Če se zavedamo, da so ti pacienti tudi psihično močno prizadeti, posebno še v prvem obdobju po operaciji, je toliko bolj razumljiva naša dolžnost, da jim lajšamo težave, ki jih imajo s traheostomo, da tako lažje prebrodijo začetne težave ponovnega vključevanja v normalno življenje. Kakor sem že omenila, je zaradi izključitve zgornjega respiratornega trakta iz funkcije fiziologija dihanja pri trajni traheostomi močno spremenjena. Najobčutnejši je izpad nazalne funkcije, ki ima praviloma na skrbi, da je vdihani zrak za spodnji del respiratornega trakta čim manj škodljiv. Saj ima specifično grajena sluznica v tem smislu povsem določene naloge; zagotavlja namreč, da je zrak, ki prihaja v trahejo, primerno ogret in vlažen. Prav tako pomembna pa je aktivnost migetalk v večslojnem ploščatem epitelu sluznice, ki filtrira nesnago v vdihanem zraku. Tudi površina te sluznice je občutno zmanjšana ter vse bolj in bolj izgublja pomen dihalne sluznice.

Iz navedenih razlogov bolnik skozi traheostomo stalno vdihava nezadostno ogret zrak, ki v normalnih mikroklimatskih okoliščinah vsebuje največ 60% vlage, poleg tega pa je še onečiščen. Takšne lastnosti vdihanega zraka povzročajo stalno dehidracijo, nastanek krust, infekcije in travmatizacijo sluznice. Tako prizadeta sluznica se ne more več normalno celiti, ampak se sanira z granulacijskim tkivom. Rezultat je brazgotina, ki lahko zoži trahealni lumen.

Tudi granulom v močno prekrvljeni traheji pomeni za bolnika dvojno nevarnost. Ni redko, da začne na tem mestu nenadoma krvaveti, da aspirira kri in se zaduši. Druga nevarnost pri rastočem granulomu pa je zožitev trahealnega lumna. Brazgotinska stenoza napreduje počasneje in zato tudi znamenja postopno nastopajoče dispnoe. V tem primeru je za bolnika več upanja, da pravočasno pride do ustrezne zdravniške pomoči. Lahko pa takšna stenoza povzroči tudi akutno zadušitev, npr. pri umetnih spremembah v že tako komaj dovolj prehodni traheostomi.

Če na kratko ponovimo, kaj moramo torej vedeti pri negi laringektomiranega bolnika, pridemo predvsem do naslednjih ugotovitev:

1. Mrzel, suh, nefiltriran zrak travmatizira respiratorno sluznico. Temu se ne moremo povsem izogniti, vendar bomo z dokaj grobim reguliranjem mikroklimatskih razmer v bolnikovem okolju vendarle lahko dosegli zadovoljive rezultate. Bolnik naj vdihava vlažen, topel in čist zrak, naša dolžnost pa je, da ga o tem poučimo.

2. Infekt, akutni ali kronični, na respiratornem sistemu pa tudi drugje lahko prizadene sluznico v tolikšni meri, da privede bodisi do ene ali celo več komplikacij. Oporo imamo v sodobnih kemoterapevtikah in antibiotikah.

Slednjič moramo omeniti ponovno travmo sluznice s kanilo, bodisi da je ta kovinska ali plastična, vsekakor je to v traheji vedno tujek, zlasti če po velikosti in obliki ne ustreza novo nastalim anatomskim spremembam. Najboljša bi bila kanila, ki bi bila odlitek traheostome in traheje, izdelana torej individualno, in sicer iz materiala, ki bi trahealne stene sploh ne dražil. Iz čisto objektivnih razlogov pa to skorajda ni mogoče. Zato se moramo zadovoljiti s kanilami, ki jih daje na trg industrija. Te se razlikujejo med seboj po debelini, dolžini in materialu. Ta povsem konfekcijska izbira seveda ne more idealno zadovoljiti vseh bolnikov s traheostomo in se zato ni čuditi razmeroma številnim ulceracijam, granulomom, krvavitvam in končno stenozam, ki jih lahko pripišemo travmatizaciji trahealne stene zaradi neprimerne kanile. Ne le pri menjavanju kanile, tudi pri njenem nošenju zaradi gibanja traheje in pri dihanju spodnji rob kanile stalno pritiska na isto mesto in ga poškoduje. Temu se izognemo tako, da bolnika oskrbimo z dvema različno dolgima kanilama, ki ju nosi izmenoma. Predvsem pa je pomembno, da premer kanile ustreza premeru traheje. Preširoka kanila sluznico v traheji pritiska, preozka pa jo zaradi prevelike mobilnosti razjeda. Če bolnika naučimo, da si zna sam čistiti notranji vložek kanile, dosežemo higienski minimum, ki ga lahko od bolnika zahtevamo. Drugo pa je naloga zdravstvenih delavcev. Zelo neprevidno bi bilo pustiti, da si pacient sam menjava tudi zunanji del kanile. Pogosto namreč se traheostoma po odstranitvi kanile tako hitro zoži, da si je bolnik ne more ponovno vstaviti sam. Laringolog zato srečuje primere, ko mora posredovati v zadnjem hipu, da takemu neprevidnežu še reši življenje.

Zato menim, da ne bo odveč, če opišem postopek pri menjavi kanile v zdravstveni ustanovi. Kot sem že omenila, mora imeti bolnik vselej dve kanili. Tako po menjavi namočimo kanilo v 1% raztopini desola 2 uri, nakar jo s ščetko očistimo pod tekočo vodo in prekuhamo. Pri menjavi sami ravnamo zelo nežno, da čim manj prizadenemo trahejo in traheostomo. Okolico dobro očistimo z blagim dezinficiensom, pri čemer moramo paziti, da tekočina ne zateka v trahejo. Okolico kože zavarujemo z neškodljivim mazilom »Sanovit«. Pod ščitek kanile denemo nekaj plasti gaze, ki dobro vpija vlago. Na zgornjo plast gaze položimo polivinil, ki varuje gazo, da se prehitro ne umaže. Nato

jo z ozkim trakom pritrdimo okrog vratu. Iz estetskih razlogov ne bo odveč, če opozorimo bolnika, kako lahko svojo traheostomo prekrije. Dan za dnevno smo namreč priča težavam prilagajanja na pacienta s traheostomo. Trahealna kanila, posebno če ni čista, naleti na odpor pri zdravih ljudeh, pogosto celo pri bolnikovih najožjih družinskih članih. Da to preprečimo, je prav, če bolnika poučimo, kako lahko zamaskira kanilo bodisi z visokim ovratnikom, s primerno kravato, šalom itd. Takšno maskiranje pa ni zgolj estetskega pomena, temveč rešuje pacienta tudi v mučnih situacijah, ko bi zaradi nenadnega kašlja s sluzjo skozi kanilo onesnažil sebe in okolico. Razumljivo je, da je za pacienta kašeljši še posebno neprijeten in da ga zato želi z medikamenti ublažiti. To je pa lahko nevarno, saj je refleks kašlja edini varnostni mehanizem, ki preprečuje vdor tujkov v spodnja dihalna pota. V normalnih okoliščinah opravlja to funkcijo tudi grlo s svojimi refleksi, medtem ko pri našem bolniku to odpade.

Pogosto opažamo tudi, da bolnik s trajno traheostomo toži o postopno napredujoči dispnoji, kar utegnemo nepravilno oceniti kot zmanjšan srčne ali pulmonalne insuficience in tudi zdraviti s kardiotoniki, antiastmatiki itd. To je seveda povsem razumljivo, saj je večina bolnikov s trajno traheostomo v starosti, ko je tudi kardiopulmonalna insuficienca dokaj pogostna. Vendar ni odveč naglasiti, da pri pulmonalni insuficienci prevladujejo motnje izdihavanja, medtem ko se pri stenozni traheji dogaja to — predvsem pri vdihu. Zato v dvomljivih primerih ravnamo pravilno, če bolnika tako napotimo k zdravniku otologu, ki lahko izloči oviro za dihanje v traheji. Končno ne smemo pozabiti, da gre pri teh bolnikih za maligno obolenje, kjer so možne metastaze oziroma recidive na vratu. Nasploh so potrebne občasne kontrole pri specialistu, ki je bolnika zdravil.

(Se nadaljuje)

OPOZORILO

Če spremenite svoj naslov, ko se selite ali odidete na drugo delovno mesto ali pa odpotujete v inozemstvo, vas prosimo, da:

- spremenjeni naslov sporočite tudi nam,
- navedite naslov, na katerega ste doslej prejeli Zdravstveni obzornik,
- sporočite popoln novi naslov s predpisano poštno številko,
- napišite svoje ime in naslov razločno s tiskanimi črkami in da
- pri nakazilih naročnine napišete na hrbtni strani položnice namen nakazila.

Tudi sestram, ki so v zamejstvu, lahko pošljemo Zdravstveni obzornik, če to žele. Na ta način lahko tudi v strokovnem pogledu ostanejo v stiku z domovino. Letna naročnina za zamejstvo je 40,00 din.

Za vso uvidevnost najlepša hvala!

Uprava Zdravstvenega obzornika
Veselova 2, 61001 Ljubljana