

Osnove za splošno nego in terapijo na srcu bolnih

Porast srčnih bolezni postavlja tudi pred medicinsko sestro vedno nove in nove zahteve, zato je skoraj prisiljena, da se stalno izpopolnjuje v strokovnem znanju.

V kardiologiji je prav zadnja leta veliko novega, spremenila so se tudi nekatera stališča splošne nege in terapije, zato bomo skušali v tem članku bazična načela uskladiti s sodobnimi gledanji.

Zares osnovna vprašanja, ki jih pogosto postavljajo srčni bolniki, ne smejo naleteti na gluha ušesa, bolniku moramo dati pravilen in jasen odgovor, ker le s takim načinom prispevamo k njegovemu zdravljenju in si ustvarjamo zaupanje. Naš odgovor pa naj ne bo samo pravilen in jasen, ampak tudi odločen in prepričljiv. Mnogi srčni bolniki so namreč z leti sprejeli že lastna načela, morda so jih slišali tudi od zdravstvenih delavcev, pa so ta napačna, zastarela in morda celo škodljiva, zato mora bolnik v našem odgovoru začutiti odločnost, ki ima svoje korenine v znanju.

Najbolj preprosta, najbolj vsakdanja, pa vendar zelo važna so vprašanja srčnih bolnikov o mobilnosti, legi v postelji in o prehrani. Z nepravilnimi nasveti lahko veliko škodujemo, zato je prav, da si posamezna vprašanja ogledamo podrobneje.

Mobilnost-pomičnost srčnega bolnika

Povsem napačno je še precej zakoreninjeno mnenje, da morajo srčni bolniki veliko počivati, da morajo svojo telesno aktivnost omejiti predvsem na poležavanje in le na prav kratke sprehode po ravnem. Težimo za tem, da tudi na srcu dokaj hudo bolni dosežejo znosno življenje, ki jih psihično še ne bo utrujalo. Stopnja fizične obremenitve, torej njihove mobilnosti, je odvisna seveda od stopnje bolezni. Velik del srčnih bolnikov sodi v II. in III. skupino klasifikacije o funkcionalni sposobnosti (ki jo je izdalo newyorško kardiološko društvo in sprejelo Združenje kardiologov Jugoslavije — gl. Zdr. obzornik 2, 4, 1968), pretežni del kardiopatov torej le ni vezan na hude omejitve v telesni aktivnosti. Danes rečemo raje tako, da morajo ležati samo nekateri srčni bolniki, namreč bolniki s svežim srčnim infarkt, s pljučno embolijo, z vnetnimi procesi na srcu in zaklopkah, s težko srčno dekompenzacijo in motnjami srčnega ritma ter bolniki, pri katerih je zaradi zdravljenja uvedena kura s spanjem. Seveda pa tudi ti bolniki lahko za krajši ali daljši čas zapustijo posteljo, kakor hitro je mimo akutna faza bolezni. Praktično

vzeto, na t.i. »vita minima«, na skrajno omejeno življenjsko aktivnost, življenje samo v sobi, v postelji in nekaj časa v naslanjaču je obsojenih le majhno število srčnih bolnikov in še ti imajo pred seboj le še kratek del življenja.

Po terapevtski klasifikaciji srčnih bolnikov, tudi to je izdalo newyorško kardiološko društvo, razvrščamo kardiopate v 5 skupin. Zaradi boljše razgledanosti, s kolikšno težavo se odločimo, da bolniku prepovemo vstajanje in hojo, navajamo omenjeno klasifikacijo v celoti in z obrazložitvijo:

Skupina A: Bolniki z obolenjem srca, ki jim **ni treba omejevati telesne aktivnosti**.

V to skupino sodijo bolniki, ki imajo funkcionalne težave, ni pa najti zanesljivega organskega obolenja na srčni mišici ali zaklopkah. Velik del teh bolnikov trpi zaradi »srčne nevroze«. Subjektivne težave so torej lahko znatne, pri objektivnem pregledu pa ne najdemo bistvenih odklonov od normale.

Skupina B: Bolniki z obolenjem srca, katerih poprečna, normalna aktivnost ni omejena, vendar pa je potrebno, da se izogibajo zelo težkih fizičnih naporov (npr. daljšega prenašanja težkih bremen in nemara celo v vročini, dalje kakih športnih tekmovanj ipd.).

Skupina »B« zajema bolnike z organsko dokazljivo okvaro na srcu, vendar pa ta okvara bistveno ne prizadene srčne zmogljivosti, zato se ob vsakdanji fizični obremenitvi ne zadihajo, ne dobijo stenokardičnih bolečin in se prehitro ne utrudijo. Brez kakršnihkoli težav stopajo v korak z zdravimi.

Skupina C: Na srcu bolni, ki se morajo **zmerno omejiti v telesni aktivnosti**, se morajo zato odpovedati težjim, sicer običajnim telesnim naporom.

Pripadniki te skupine so največkrat bolniki po srčnem infarktu, ki je dobro zazdravljen, bolniki z okvarami zaklopk, vendar popolnoma kompenzirani in brez potrebe po kardiotonični terapiji. Zmogljivost srca je ob zmerni obremenitvi neokrnjena, šele pri obremenitvi, kot je hoja po stopnicah v drugo nadstropje, se pojavi zadihanost, znatno hitrejše utripanje srca in morda celo tiščanje v prsih.

Skupina Č: Bolniki z obolenjem srca, ki **morajo znatno omejiti telesno aktivnost**.

Ta skupina zajema tiste srčne bolnike, ki stalno potrebujejo kardiotonično terapijo, da z medikamenti lahko vzdržujejo vsaj relativno kompenzacijo srca. Gre torej za tiste srčne bolnike, ki jih spoznamo skoraj na prvi pogled, ker se na sprehodu zaustavljajo, ker so čezmerno zadihani, ker dobivajo napade stenokardij in tahikardij. Zmožni so torej samo hoje po ravnem in na kratke razdalje, če bi jih spodbujali in silili k večji aktivnosti, bi jim samo poslabšali subjektivno in objektivno stanje.

Skupina D: Bolniki z obolenjem srca, ki **morajo stalno počivati** bodisi v postelji ali naslanjaču.

O bolnikih, ki sodijo v to skupino, smo že govorili. To so vsi srčni bolniki v akutnem stadiju bolezni in kronični, močno dekompenzirani kardiopati.

Pregled počasnega omejevanja fizične aktivnosti nas mimogrede pouči o tem, da se pri tovrstnih nasvetih oziramo predvsem na objektivno bolnikovo stanje. Brez dvoma torej bo dovoljeno fizično aktivnost lahko ocenil in svetoval le zdravnik, ki je bolnika natančno pregledal. Tudi ta se lahko zmoti, da dovoli ali prepove za eno skupino preveč ali premalo. Zato lahko natančneje

svetujemo bolniku šele takrat, ko v rehabilitacijskem kardiološkem centru opravi ustrezne obremenilne teste.

Na terenu pa se orientiramo po že ustaljenih pokazovalcih. Srčni bolnik naj se giblje in hodi toliko, da ne občuti utrujenosti, da se ne zadiha čez mero, da ne dobi stenokardije in da ponoči ne bo imel napadov oteženega dihanja (kardialne astme) ali pa proti večeru oteklih spodnjih okončin.

Do neke mere pa danes priporočamo hojo bolnikom, ki imajo obolele koronarne arterije in dokazano preslabo preskrbo srčne mišice s kisikom, ali pa bolnikom, ki so preboleli srčni infarkt. Tem bolnikom svetujemo zmerno dnevno fizično obremenitev, najbolje s sprehodi po 5—10 km dnevno. Morda se sliši čudno, ker smo dvakrat poudarili dnevno, vendar je to potrebno, ker samo stalna in primerna fizična obremenitev lahko zboljša krvni obtok koronarnih arterij in tako zboljša preskrbo miokarda s kisikom. Enkratna tedenska ali celo 14-dnevna obremenitev lahko prej škoduje kakor koristi. Spomnimo se samo številnih svežih miokardnih infarktov, ki so nastopili v zimskem času po kidanju snega. Človek s prizadetim krvnim obtokom koronarnega žilja in nevajen telesnega napora se je fizično naenkrat preveč obremenil. Taki obremenitvi, kateri je poprej navidezno zdrav človek pripisoval korist, ker je pač slišal, da je za ohranitev zdravja potrebno fizično delo, je sledila reakcija, ki jo je najmanj pričakoval. Da se v bodoče izognemo takim nevšečnostim, ki so lahko celo usodne, priporočajmo takole: za boljšo prekrvitev srčne mišice je potrebna vsakodnevna in primerna fizična obremenitev.

Končno se vprašamo, le zakaj tako želimo, da ostanejo srčni bolniki mobilni. Že nad 100 let poznajo 3 osnovne vzroke, ki so pogoj za nastanek tromboze. Ti dejavniki so:

- spremenjena žilna stena,
- spremenjena hitrost obtoka in
- spremenjena sestava krvi.

Pri srčnih bolnikih je hitrost obtoka že zaradi oslabelega srca bistveno manjša; če pustimo takega bolnika še v postelji, bo njegov venozni obtok še počasnejši, tromboze in celo usodne pljučne embolije pa ne bodo redke. In prav zato, da preprečujemo še večje zlo, da preprečujemo pljučne embolije, svetujemo tudi tistim srčnim bolnikom, ki morajo sicer ležati, da vsaj v postelji delajo potrebne vaje za zboljšanje venoznega obtoka.

Položaj srčnega bolnika v postelji

Pravkar smo dovolj jasno povedali, da težimo za tem, da srčni bolniki ostanejo mobilni, ker s fizično obremenitvijo zboljšujejo preskrbo srčne mišice s kisikom, »krepijo« miokard in preprečujejo nastanek tromboz in embolij. Ker smo srčne bolezni, ki od bolnika zahtevajo ležanje, že omenili, naj jih dopolnimo le toliko, da odgovorimo na vprašanje: kakšen položaj v postelji je za srčnega bolnika najprimernejši?

Spet se srečamo z ustaljeno navado, da mora imeti vsak srčni bolnik visoko zglavje. Bolnik, ki ima kronično dekompenzacijo desnega srca, bo sicer cianotičen in dispnoičen, vendar se bo ob normalnem zglavju počutil bolje, kakor če mu ga dvignemo. Višina zglavja se mora torej ravnati po prizadetosti srca.

Srčni bolnik, ki ima levostransko dekompenzacijo, potrebuje visoko zglavje, ker je njegovo dihanje oteženo zaradi zastoja krvi v pljučih. Čim višje bo zglavje, tem lažje bo dihal, zato naj v postelji skoraj sedi.

Pri desnostranski srčni dekompenzaciji kri v periferiji zastaja, zato bodo v ospredju klinične slike močni edemi na spodnjih okončinah in morda celo v koži (anasarka). Tak bolnik torej nima zastoja v pljučih, zato bo lahko dihal tudi pri spuščnem zglavju ali, bolje povedano, ob dvignjenem zglavju se bo počutil slabše in dihal še teže.

Velik del srčnih bolnikov dekompenzira levo in desnostransko. V takih primerih ravnamo tako, kakor smo opisali pri dekompenzaciji levega srca, po možnosti uredimo položaj tako, da so spodnje okončine nekoliko spuščene.

Večkrat se medicinska sestra sama ne bo mogla odločiti za tip dekompenzacije (*levostranska: pri hipertoničnem srcu, insufienci in stenozi aortne ali mitralne zaklopke; desnostranska: pri kroničnem pulmonalnem srcu, pri stenozi pulmonalne zaklopke itd.*), zato se bo najlaže orientirala po subjektivnem počutju bolnika. Dokler položaja v postelji ne odredi zdravnik, naj ustreže bolnikovi želji.

Zelo veliko srčnih bolnikov slabo prenaša lego na levem boku, pa tudi v desnem bočnem položaju. Za oboje lahko najdemo razlago v samem obolenju srca in v tipu kardialne dekompenzacije. Če ima srčni bolnik le zmern občutek neugodja v stranski legi, naj v takšni legi kljub temu nekaj časa vzdrži, ker se moramo držati načela, da je najboljša preventiva preležanin razbremenitev pritiska na kožo. Preležanine pri srčnih bolnikih pa niso nobena redkost, posebno pri tistih kroničnih dekompenzacijah, kjer ne pričakujemo več, da bi se jakost srčne mišice bistveno zboljšala.

Nega srčnega bolnika, ki je zaradi težkega srčnega stanja prisiljen k stabilni imobilnosti, naj bo osredotočena v skrb, da preprečujemo preležanine in nastajanje tromboz. Pri vseh ležečih kardiopatih je torej vsaj po nekaj dneh strogega ležanja potrebna najprej pasivna fizikalna terapija (pasivno razgibanje), kakor hitro je mogoče, pa tudi aktivna.

Prehrana srčnega bolnika

Navada je, da srčnim bolnikom omejimo uživanje tekočin in jim svetujemo le malo ali nič soljeno hrano.

Vsak srčni bolnik ne potrebuje omejitev v hrani, zlasti ne v tekočinah in soli. Vendar pa je potrebno, da mu znižamo kalorično vrednost hrane. Če je količkaj debeluš, potrebuje tudi hrano večkrat dnevno v majhnih obrokih. Velja naj torej načelo, **srčni bolnik naj se nikoli ne najè do sitega!**

Strogo omejevanje tekočin, torej hudo žejanje ni nobenemu srčnemu bolniku v korist. Celo izrazito dekompenziranim srčnim bolnikom z izrazitimi edemi dovoljujemo, da dobijo dnevno 800—1000 ml tekočine. Pri tem seveda pa se moramo zavedati, da so tekočine tudi kava, čaj, juha, sadni sokovi in da je tekočina skrita v sadju. Pretirano odtegovanje tekočin ne zmanjšuje edemov, ampak celo sproži hemokoncentracijo, torej se kri bolj zgosti in je zato večja tudi nevarnost tromboz.

V času srčne dekompenzacije, zlasti desnostranske, omejimo ali celo strogo prepovemo uživanje kuhinjske soli. Če se hočemo strogo držati te prepovedi, moramo bolniku in svojcem pojasniti, da je sol (natrij in kloridi) tudi

v nekaterih jedilih, ki jih kaj pogosto uživamo, npr. v mleku, ovsenih kosmičih, špinači, endiviji, zelju, repi, korenju in zéleni, nadalje v zajčjem mesu, v bra-vini in v možganih. Sol je seveda tudi v kruhu, nekaterih konzervah, v vseh umetnih juhah, v siru in mesnih izdelkih. Tako strogo omejitev soli priporo-čamo le krajši čas, 7—10 dni. Že v tem času pa ob dodatni medikamentozni terapiji opazimo izrazito zmanjšanje edemov, čeprav nismo bolniku pred-pisali zdravil za boljše izločanje urina.

Neslana hrana je neprijetnega okusa, zato moramo skrbeti, da okus popravimo z različnimi začimbami: z limono, s peteršiljem, kumino, muškata-nim oreškom, cimetom, česnom, rožmarinom itd.

Šele ko opazimo izrazito zginevanje edemov, lahko bolniku k hrani do-damo 2—3 g kuhinjske soli. To sol naj sam uporabi pri tistih jedeh, ki jih najteže uživa popolnoma nesoljene. Kadar preganjamo edeme tudi z diuretiki in z uporabo teh medikamentov dosežemo zelo visoke dnevne diureze (tudi čez 3 litre), se lahko zgodi, da bolnik izgubi preveč kloridov in kalija. Takšno hipokloremijo spremlja alkalozia. Taka sprememba acidobazičnega ravnotežja je za organizem seveda škodljiva in postanejo neučinkoviti največkrat tudi kardiotoniki. Da se ob velikih diurezah izognemo hipokaliemiji in hipokloremiji, bolnikom obvezno dodajamo kalijev klorid.

Končno naj še opozorimo, da je v prehrani srčnih bolnikov potrebno izločiti tista jedila, ki povzročajo napenjanje (stročnice), ker z zvišanjem pritiska v trebušni votlini sprožimo spremembo srčne lege in otežimo seveda tudi delo srca.

Končno naj vseeno še omenimo pri nas malo poznano dieto, t. i. »riževo-jabolčni dan«. To dieto je pri srčnih bolnikih že pred desetletji uvedel Kempner in jo ponekod še vedno zelo čislajo. Bolnik dobi približno 300 g riža, kuhanega na vodi z dodatkom sladkorja in cimeta, jabolčni kompot ali kako drugo sadje. V tej dieti torej ni soli, je strogo neslana in jo, ker ne vsebuje beljakovin, lahko predpisujemo samo nekaj dni, največkrat pa pri kroničnih kardiopatih po 1-krat na teden.

Ko sestavljamo jedilnik za srčnega bolnika, ne smemo pozabiti, da mora biti hrana lahko prebavljiva in da mora pri bolniku sprožiti nenaporno od-vajanje. Redno odvajanje blata je za bolnika velikega pomena, ker mu vsako napenjanje lahko bistveno škoduje, zato pri skrbni negi ne smemo spregle-dati te naravne potrebe.

Če ob sklepu pregledamo članek, ki obravnava osnovne smernice za splošno nego in terapijo srčnega bolnika, bomo opazili tri zelo različne dolge odstavke, katerih dolžina se ujema tudi z njih pomembnostjo. Najpomemb-nejše je torej, da se najprej orientiramo o bolnikovi fizični zmogljivosti in ga tej primerno tudi mobiliziramo. V izbiri položaja v postelji nam bo naj-večkrat pravilno svetoval bolnik sam, ne da bi nam bilo treba razmišljati, ali gre za levostransko, desnostransko ali transverzalno srčno dekompenzacijo. Pri pravilni prehrani pa potrebujemo veliko dobre volje, da bolnika pre-pričamo, da mu je neslana prehrana v trenutnem stanju bolezni nujno potrebna.

PO ZRAKU LETAMO KOT PTICE, PO VODI PLAVAMO KOT RIBE IN CELO POD ZEMLJO RIJEMO KOT KRTI. ALI NE BI BILO ČUDOVITO, ČE BI TUDI PO ZEMLJI HODILI KOT LJUDJE?

John Steinbeck, ameriški književnik