

Nega bolnika s cerebrovaskularnim insultom

(Nadaljevanje in konec)

Pri bolniku s cerebrovaskularnim insultom je predvsem v prvi fazi obolenja važno **preprečevanje preležanin**. Bolnik je nepomičen, znojen, često inkontinenten in na izpostavljenih delih se ob nepravilni negi pogosto pojavijo znaki dekubitusa. Ta je v prvi vrsti vezan na slabši krvni obtok, kar vodi do nezadostne prehranjenosti tkiva, ki izgublja odpornost, polagoma slabi in na koncu odmre, pa tudi zaradi inkontinence in znoja je koža vlažna in macerirana. Prav tako je vzrok dekubitusa tudi nepravilna lega v postelji, trda postelja, trdo perilo, robovi rjuhe in spalne srajce, nedohranjenost in splošno slabo zdravstveno stanje.

Dekubituse preprečujemo na več načinov, ki se v glavnem nanašajo na izboljšanje lokalnega krvnega obtoka:

1. Bolnik ne sme ležati dalj časa v istem položaju, ampak ga je treba često obračati.
2. Paziti moramo na absolutno čistost telesa in perila — to pomeni pogostno umivanje, kopanje, preoblačenje bolnika, ki mora biti vedno suh.
3. Gledati moramo, da je ležišče ravno, da so rjuhe mehke, čiste in dobro nategnjene.
4. Občutljive in predisponirane dele telesa je treba redno umivati z mlačno vodo in milom, jih dobro osušiti in namazati s kako zaščitno kremo. Priporočljivo je tudi, da te dele nalahno masiramo in tako zboljšamo krajevni krvni obtok.

5. Zaradi tega je važno tudi, da vsak dan kontroliramo občutljive predele in takoj ukrenemo vse potrebno, brž ko opazimo prva znamenja preležanine.

Če se pa že razvije dekubitus ali pride bolnik z njim v bolnišnico, je potrebno takojšnje zdravljenje in preprečevati moramo nadaljnje širjenje preležanine. Bolniku razbremenimo izpostavljene oziroma preležane dele telesa, pri čemer si pomagamo s podlaganjem blazinic iz penaste gume, s Strickerjevo posteljo, s tako imenovanim antidekubitorjem. Dajemo mu izdatno beljakovinsko hrano z živili, ki vsebujejo dovolj anevrina. Važna je osebna higiena, pravilno postiljanje, obračanje, podstavljanje nočne posode.

Rano samo pa sterilno oskrbujemo. Če je zelo velika, je včasih potreben tudi kirurški poseg, sicer pa je zdravljenje konservativno. Če je rana zelo umazana, gnojna, okolico zavarujemo s cinkovo pasto, na rano samo pa dajemo obkladke Acidi borici ali fiziološke raztopine. Kasneje, ko je rana čista, dajemo nanjo medikamente, ki pospešujejo granulacije, včasih tudi antibiotike v mazilu ali prahu. Rano lahko tudi prelivamo s solucijo hiper-

tonične glukoze ali solne raztopine (10%), ki rano sčistita, nakar se zelo hitro zaceli. Lahko pa rano tudi sušimo s fenom ali jo obsevamo z UKW žarki. Po oskrbi rano sterilno prekrijemo, pri močni sekreciji pa material po potrebi menjamo tudi večkrat na dan.

Zelo važno pri bolniku s cerebrovaskularnim insultom je tudi **hranjenje**. Če je bolnik pri zavesti, moramo najprej opazovati, kako požira, ker samo na ta način lahko določimo način in obliko hrane oziroma hranjenja. Poskusimo z majhno količino vode, ki jo bolnik skuša popiti. Če jo v redu popije, mu damo lahko navadno slano ali navadno neslano hrano, kakršno pač predpiše zdravnik. Če se mu tekočina zaleti, pomeni, da je požiralni refleks delno okrnjen in je treba pri hranjenju zelo paziti. Dajemo mu majhne količine kašaste hrane večkrat na dan. Če pa bolnik zakašlja ali mu gre tekočina celo nazaj skozi nos, je znak, da je požiralni refleks ugasel. V tem primeru imamo na izbiro le hranjenje po sondi ali pa parenteralno dovajanje tekočin in drugih potrebnih raztopin (aminokislina, vitamini).

Drugače je pri nezavestnem bolniku. Nezavest pri bolniku lahko traja manj ali dalj časa. Tedaj nastane problem aдекватne prehrane za te ljudi, ker nezadostno dovajanje tekočin kakor tudi beljakovin in ogljikovih hidratov hitro privede do nepopravljivih vitalnih poškodb in je potem zaman ves drug terapevtski program. Pa ni važna aдекватna prehrana samo pri bolnikih, kjer traja nezavest dalj časa, temveč tudi pri tistih, ki so nezavestni krajši čas, ker je s tem obdobje rekonvalescence vsekakor skrajšano. Že po 3 do 4 urah začne namreč telesu primanjkovati vode in če tekočine ne dovajamo, je v nevarnosti ravnotežje elektrolitov, obenem pa se utegne spremeniti normalna viskoznost krvi. Zato bolniku dovajamo tekočine v infuziji ali pa ga hranimo po sondi.

Infuzije imajo, kljub temu da nam omogočajo stalno in natančno dovajanje tekočin in v njih raztopljenih elektrolitov in zdravil, to nevspečnost, da vedno obstajajo možnosti za tromboflebitise in infekcije. Zahtevajo pa tudi dobro kontrolo potreb, da ne porušijo obstoječega ravnotežja v telesni presnovi.

Aplikacija tekočin z intravenoznimi in subkutanimi infuzijami je indicirana predvsem pri nezavestnih bolnikih, pri katerih je prišlo že do večje dehidracije oziroma do anionsko-kationske disbalanse, ko govorimo o motnji acidobazičnega ravnovesja. Pri takih bolnikih je najboljša intravenozna aplikacija tekočin, čeprav tudi subkutana infuzija ni več tako omejena kakor do nedavna. S sočasno aplikacijo namreč se lahko pospeši podkožna resorpcija solne raztopine. Zaradi nevarnosti nastajanja podkožnih depojev, zlasti pri hudo dehidriranih bolnikih, se subkutanim infuzijam izogibamo in izkoristimo vse prednosti, ki nam jih daje intravenozna infuzija.

Pri intravenozni aplikaciji tekočin se navadno držimo načela, da apliciramo tekočine v 6- do 8-urnih intervalih dvakrat na dan, s 6-urnim presledkom. Na ta način se izognemo nenadni preveliki obremenitvi kardiovaskularnega sistema.

Če so vrednosti elektrolitov v serumu normalne, če je izločanje ledvic zadostno in je krvni obtok stabilen, potrebuje bolnik na dan 1500 do 2500 ml tekočine, od elektrolitov pa 100 mEq/l natrija in 50 mEq/l kalija. Pri zvišani telesni temperaturi je treba za vsako stopinjo telesne temperature še dodatno dati 500 ml elektrolitne raztopine.

Najprimernejši čas za aplikacijo infuzije je v jutranjih urah, da lahko opazujemo učinek infuzij. Kadar pa so potrebne daljše nekajdnevne infuzije, uporabljamo poletilenske intravenozne katetre, ki lahko ostanejo v žili 3 do 4 dni. To so tudi stalni kanal za dovajanje različnih medikamentov in infuzij v kateremkoli času. Važno pa je, da tekočina teče permanentno, ker se sicer kateter zamaši.

Sestra mora vedeti, koliko kapljic določene tekočine za infuzijo vsebuje 1 ml. Večina infuzijskih tekočin vsebuje 10 kapljic v 1 ml. Če to vemo, lahko vedno izračunamo, koliko predpisane tekočine dobi bolnik v 1 uri.

Če računamo npr., da je v 1 ml 10 kapljic, tedaj dobimo:

$$\frac{\text{število kapljic v minuti}}{10} \times 60 = \text{ml infuzije na uro} \quad \frac{60}{10} \times 60 = 360 \text{ ml/uro.}$$

Izračunavanje nam poenostavlja t.im. »pravilo šest« za vse infuzijske tekočine, ki imajo po 10 kapljic v 1 ml:

$$6 \times \text{število kapljic v minuti} = \text{ml/1 uro} \\ (6 \times 10 = 360 \text{ ml/1 uro})$$

To enostavno pravilo lahko uporabimo tudi obratno pri predpisovanju števila kapljic na minuto oziroma pri izračunavanju, koliko infuzijske tekočine naj bolnik dobi v 1 uri:

$$\frac{\text{ml/1 uro}}{6} = \text{kapljice/1 min} \quad \left(\frac{360}{6} = 60 \text{ kapljic/1 min} \right)$$

Pri infuzijski terapiji moramo uravnesiti dovajanje tekočine, elektrolitov in kalorij. Pri izračunavanju količine je treba upoštevati, koliko te tekočine smo bolniku dovajali in koliko je oddajal oziroma izgubljal z urinom, želodčnim sokom, sekreti, črevesno vsebino ali z morebitno drenažo. Potrebno je redno kontrolirati elektrolite v serumu, hematokrit, krvno sliko, celokupne beljakovine v serumu, acidobazično ravnovesje in urinski status. Na podlagi teh preiskav naredimo načrt za infuzije 24 ur, ki naj nadomesti normalne potrebe in morebitni deficit. Količina tekočine je odvisna torej od izgube in potrebe po tekočini in pa od morebiti povečanega intrakranialnega pritiska. Pri slednjem je količina infundirane tekočine manjša.

Kalorije, dobljene s hrano, lahko v prvih dneh zanemarimo, po nekaj dneh pa jih je potrebno bolniku postopoma dovajati. Zato bolnika hranimo po **želodčni sondi**, ki ima te prednosti, da uporabljamo manj nevarne poti, nekoliko bolj fiziološko, hkrati pa sama priprava hrane ni vezana na posebne procedure, kot je pri infuziji. Jasno je, da je večkrat potrebno kombiniranje obeh načinov.

Sonda je lahko gumijasta ali pa plastična. Sonda iz plastične mase ima to prednost pred gumijasto, da je za enkratno uporabo, da je nekoliko trša in jo zato lažje uvajamo, čeprav je ob neprevidnosti nekoliko več nevarnosti, da ranimo sluznico.

Sondo uvajamo skozi usta ali skozi nos. Čeprav bolnika sondiramo dvakrat na dan skozi daljšo dobo, mu trajne sonde ne pustimo, ker je nevarnost dekubitusov. Uvajanje zahteva določeno previdnost, urnost in

navadno ne dela težav, zlasti pri nezavestnih bolnikih. Najbolj je pri uvajanju sonde treba paziti, da je pomotoma ne uvedemo v sapnik ali v pljuča. Zaradi tega se moramo pri uvajanju prepričati, če leži sonda v želodcu. Za to se v praksi uporabljajo različni testi, na naši kliniki običajno preizkušamo tako, da z brizgalko vehementno vbrizgamo v želodec 10 do 20 ml zraka in pri tem s fonendoskopom poslušamo nad želodcem značilen oster zvok. Mnenja smo, da mora uvesti sondo zdravnik ob asistenci medicinske sestre. Dobro je preizkusiti več testov in šele nato začeti z vlivanjem hrane v lijak, ki ga prej pritrdimo na že vpeljano sondo. Lijak, ki vanj nalivamo hrano, držimo okoli 30 do 40 cm nad bolnikovo glavo, tako da lahko tekočina po sondi primerno hitro odteka v želodec. Paziti moramo, da pri vlivanju hrane ne prihajajo mehurčki zraka, ker nam to lahko povzroči ne samo motnje v odtekanju hrane, temveč po nepotrebnem vnašamo tudi zrak v bolnikov želodec.

Dieta za bolnike, ki so dalj časa v komatoznem stanju, mora biti sestavljena po naslednjih principih:

1. Hrana mora biti tako tekoča, da jo lahko dovajamo po sondi.
2. Upoštevati moramo, da bolnik prejema zadostno količino tekočin, s katero nadomeščamo tekočino, ki jo izgublja z respiracijo in urinom. Če bolnik bruha, se znoji, ima diarejo, moramo to upoštevati pri dajanju potrebne količine tekočin kot dodatne faktorje.
3. Hrana mora vsebovati zadostno količino kalorij. Minimum za povprečno odraslo osebo je 1500 kal.
4. V hrani mora biti pravilno razmerje med ogljikovimi hidrati, maščobami in beljakovinami.
5. Hrana mora vsebovati esencialne faktorje, kot so natrij, kalij, železo in vitamini.

Po daljši karenci damo prvi dan nesladkan ruski čaj 50—100 ml na 3 do 4 ure, naslednje dni dajemo do sluzavosti kuhane ovsene kosmiče, čaj, bujon, potem pa širši spektrum hranilnih snovi, obogatenih s sadnimi oziroma zelenjavnimi sokovi.

Naslednje dni je dovolj 1800 do 2000 kal in 50 g aminokislin na dan, in to v 800 do 1000 ml hrane. To vsak dan stopnjujemo, da dosežemo 2200 do 2700 kal, in to približno v 2500 ml mešanice. Vsebovati mora 250 g ogljikovih hidratov, 130 g beljakovin, 130 g maščob. Hrano pripravimo vso naenkrat in jo razdelimo na 4 do 6 enakih obrokov. Vsak obrok, preden ga damo bolniku, segrejemo v vodni kopeli na 37 °C. Pred vsakim obrokom in po njem dobi bolnik po sondi še 100 ml navadne ali mineralne vode, enkrat na dan pa 150 ml sadnega soka.

Kasneje, ko se bolnik spontano hrani, pričnemo s hranjenjem po žlički, in to s kašasto hrano. Če je intrakranialni pritisk povečan, mora biti hrana neslana. **Hranimo** 5- do 6-krat na dan z majhnimi količinami hrane, in to zelo previdno, da ne pride do aspiracije, vmes pa dajemo osvežilne pijače, kot so jogurti, sadni sokovi, mineralne vode in po želji tudi sadje.

Že v prvi fazi bolezni je važna **fizioterapija**, in to predvsem zaradi preprečevanja kontraktur. Razgibavanje okončin pa preprečuje tudi trombozo in posledično fatalno pljučno embolijo. Zato je najbolje, da prizadete okončine že od prvega dne pasivno razgibavamo in lahno masiramo. Zlasti spodnji okončini pa je treba dnevno nadzirati, če se pojavi morebitna tromboza, kar opazimo na edemu, barvi in temperaturi kože prizadete okončine,

da ne bi z razgibavanjem mobilizirali embolusa. Prav tako so važne tudi čimprejšnje dihalne vaje zaradi boljše ekspektoracije in preprečitve zastojne pnevmonije.

Za zdravljenje insulta samega dajemo **zdravila** per os ali parenteralno. Per os dobijo bolniki kapljice ali tablete običajno trikrat na dan, antibiotike po potrebi večkrat v rednih časovnih intervalih. Bolniki jemljejo zdravila pod kontrolo sestre. Če je potrebno, jim jih zdrobimo in, ker se jih bolniki pogosto branijo, zmešamo med hrano in sadne sokove.

Parenteralno terapijo dobijo običajno v jutranjih urah, antibiotike, kardialne preparate, analgetike, sedative pa v določenih časovnih intervalih, oziroma po potrebi.

Obiske v prvi fazi obolenja omejimo le na minimum, en obisk dvakrat na teden za 10 do 15 minut. V prvih dneh obolenja pa obiske odsvetujemo.

Potem preidemo na drugo fazo obolenja, to je **faza relativnega mirovanja**. Sedaj se bolnik v postelji obrača že sam, pri tem si pomaga z zdravimi okončinami, pri čemer mu seveda pomagamo, vendar še vedno ne več kot enkrat na dve uri. Temperaturo in pulz mu merimo dvakrat, krvni pritisk enkrat na dan. Bolnika umivamo še vedno v postelji ali na vozičku v kopalnici. Sam prosi že za posteljno posodo. Često se v postelji tudi sam hrani, če tega ne zmore, mu pomaga sestra. Bolnik se že bolj zanima za okolico in vzpostavlja kontakt s sobolniki, z osebjem in svojci. Hrano ima po potrebi še vedno kašasto, po želji pa že navadno.

V fizioterapiji pričnemo že z lažjimi aktivnimi razgibalnimi vajami. Ta faza relativnega mirovanja traja različno dolgo, odvisno od bolezni. Pri subarahnoidalni in intrakranialni krvavitvi traja 6 tednov, pri trombozi oziroma emboliji možganskega ožilja manj, pač glede na splošno stanje bolnika in kako se popravljajo pareze oziroma plegije.

Nato preidemo v tretjo fazo — **prehod iz mirovanja na omejeno gibanje**. Bolnik prične posedati najprej v postelji, to predvsem za kosilo in večerjo, vendar najprej le za nekaj minut. Za hrbet mu damo blazine, predenj pa obposteljno mizico, da se nanjo lahko nasloni. Čez 3 do 4 dni ga posadimo v postelji z nogami navzdol. Nogi povijemo od skočnega sklepa do kolkov z elastičnim povojem, da ne pride do kolapsa (sinkope). Čez 3 do 4 dni ga posadimo na stol ob postelji za uro ali dve. Pri tem mu prestiljamo prazno posteljo. Bolnik se običajno hrani že sam v postelji ali pri mizi, prav tako ob naši pomoči se že delno sam umiva. Mikcijo in defekacijo opravlja na sobnem stranišču. Lahko mu damo za razvedrilo različne časopise in revije, lahko pa s sobolniki igra tudi lažje družabne igre.

Bolnik se obrača sam pod našo kontrolo, v fizioterapiji pa pričnemo že s težjimi aktivnimi vajami.

Sčasoma pridemo v **fazo omejenega gibanja**. Bolnik hodi ob pomoči najprej okoli postelje, po sobi in nato že po hodniku. Noge mora imeti še vedno povite z elastičnim povojem. Ob postiljanju, hranjenju se usede k mizi, umiva se že v kopalnici, hodi tudi že na stranišče, vendar ga povsod spremljamo.

Temperaturo in pulz merimo dvakrat na dan, krvni pritisk enkrat. Zdravila dobiva trikrat na dan, antibiotike v določenih časovnih intervalih. Še vedno skrbno pazimo na nastanek morebitnih preležanin. V fizioterapiji izvaja bolnik aktivne vaje. Uči se samostojno opravljati osnovne življenjske funkcije kljub zmanjšani motiliteti okončin na eni strani.

Polagoma preidemo v **fazo normalnega ležanja**. Bolnik je vedno bolj samostojen. Sam se umiva in kopa, seveda pod nadzorom. Tudi hrani in oblači se sam, na stranišču prav tako sam opravlja svojo potrebo. Lahko se sprehaja po sobi, hodniku ali na vrtu.

Tako bolnika polagoma privajamo na odpust in odhod v domače okolje. Seveda se obolenje ne popravlja pri vseh bolnikih enako, pri nekaterih pusti manjše, pri drugih večje posledice. Često so to kronična stanja, lahko se pojavljajo tudi recidive, pogosto so prizadete mentalne funkcije v smislu demence, bolniki so lahko afazični, ostanejo jim lahko večje ali manjše pareze.

Namen rehabilitacije je, da bolnika vrnemo k poklicnemu delu, če pa to ne gre, pa vsaj k samostojnemu življenju oziroma k opravljanju osnovnih življenjskih funkcij brez tuje pomoči. Večkrat pa tudi to ni možno in bolnik je oduščen v neozdravljenem stanju in ti ljudje so tedaj na skrbi svoje okolice, svojcev ali pa, kadar to ni mogoče, doma počitka, kamor smo velikokrat primorani premestiti takega bolnika, ki v glavnem potrebuje samo še nego.

Pri vsem tem pa je važno tudi dobro psihično počutje bolnika, ki se ne sme čutiti zaradi svojega slabega stanja zapostavljen in manjvreden. Prav tako je potreben ob odpustu pogovor s svojci, biti morajo pripravljeni na sprejem ozdravljenega ali neozdravljenega bolnika, seznaniti jih moramo z nadaljnjim zdravljenjem, z rehabilitacijo bolnika v domači oskrbi. Vedeti morajo, kaj lahko privede do ponovnega insultra, da se znajo tega izogibati. Svojci in bolnik pa se morajo zavedati, da se bo bolnik samo z lastno samozavestjo in voljo toliko rehabilitiral, da bo lahko znova dobil stik z življenjem in delovnim mestom.

Viri: Dr. I. Glavan: Živčane bolezni; Dr. P. Kartin: Bolezni živčevja; Dr. B. Varl: Notranje bolezni; Dr. B. Radojičič: Klinična nevrologija; Dela nevrološke klinike v Ljubljani; Psihijatrijska njega; Nega živčno obolelih (skripta)

PREPREČEVANJE SPLAVA

Akcijski program za obdobje 1970—1975

Preprečevanje splava beleži od leta 1966 dalje prve uspehe. Število registriranih splavov je vsako leto manjše, zmanjšuje pa se tudi število prošenj za dovolitev splava. Komisije odobrijo 94% vseh vloženih prošenj za prekinitve nosečnosti. Posledice nedovoljenega splava so se znatno ublažile, poraba sredstev za sodobno kontracepcijo pa izredno hitro narašča.

V obdobju naslednjih 5 let bo potrebno:

v redni izobraževalni proces medicincev in drugih zdravstvenih delavcev še nadalje obvezno vključevati vsa potrebna poglavja v zvezi s sodobno kontracepcijo,

v podiplomskem izobraževanju predvsem za zdravstvene delavce, ki delajo na področju zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine, omogočiti dopolnjevanje znanja z vseh vidikov načrtovanja družine.

Zdravstvena služba se mora usposobiti, da bo v celoti lahko zadostila določilom zakona o obveznih oblikah zdravstvenega varstva in o zdravstvenem