

## Nega bolnika po laringektomiji, traheotomiji in tonzilektomiji

(Nadaljevanje in konec)

### Nega po traheotomiji

Glede na indikacijo delimo traheotomijo na urgentno in elektivno. Urgentna je tista, ki se napravi zaradi izredno težkega bolnikovega stanja, brez poprejšnjih priprav in brez laboratorijskih izvidov, včasih pa tudi brez potrebnih instrumentov in asistence, v neprimernih okoliščinah — torej tekmovanje s smrtjo.

Elektivna traheotomija pa je vnaprej dobro pripravljena operacija v operacijski dvorani, s potrebnimi instrumenti in izurjeno ekipo, sposobno obvladati tudi najhujše komplikacije, ki bi se primerile med operacijo.

Traheotomij, ki jih štejemo med urgentne operacije, je danes manj kakor včasih. Imenujemo jih lahko tudi otorinolaringološke. To so vse akutne mehanične ovire v zgornjem delu respiratornega trakta, in sicer bodisi zaradi travme, tujkov, vnetij, alergije, tumorjev, obojestranske nenadne pareze glasilk in prirojene anomalije pri novorojenčkih. Indikacije za elektivno traheotomijo pa so izredno široke in temeljijo na raznovrstnih patofizioloških stanjih organizma. Naštevanje posameznih obolenj, pri katerih je traheotomija indicirana, bi bilo preobširno in verjetno tudi nepopolno.

Kakor pri laringektomiji se tudi v tem primeru bolniku umetno vzpostavi dihalna pot zaradi izpada funkcije zgornjega dihalnega trakta. Potrebuje pa enako okolje v bolniški sobi kakor v zgoraj opisanem primeru. Vendar s to razliko, da je izključitev govora iz zgornjih dihalnih potov pri dihanju le prehodne narave, kar moramo bolniku tudi pojasniti. Nega traheostome naj bo strogo sterilna z vsakdanjo prevezavo, vendar se kanila tudi v tem primeru zamenja prvič šele tretji dan po operaciji. Zamenja jo zdravnik, odtlej pa vsak dan sestra. Vsekakor mora biti v bolniški sobi poleg drugih pripomočkov za specialno nego po traheotomiji tudi kasete z rezervno kanilo. Aspiracija naj bo nežna, da pacienta ne draži na kašelj, hrana pa kašasta in okusno pripravljena.

Najpogostnejše komplikacije neposredno po operaciji so zopet krvavitve, subkutani in mediastinalni emfizem ali pnevmotoraks in disfagija. Močan kašelj pa kanilo, če je prekratka ali slabo fiksirana, lahko vrže iz traheostome. Krvavitve, izpad kanile in disfagijo srečujemo tudi med poznimi komplikacijami. Vendar je takrat najpogostnejša komplikacija zamašitev kanile s

strjenim sekretom ali koagulom, infekcija rane in traheobronhopulmonalna infekcija. Zaradi neprimerne kanile, če ta ne ustreza anatomskim posebnostim prizadetega posameznika, lahko pride tudi do ulceracij, granulomov, stenoz in malacije traheje, kar vse ovira ali podaljšuje odstranitev kanile.

Uspeh traheotomije je v veliki meri odvisen od dobre in skrbne pooperacijske nege. Semkaj sodi pravočasno in pravilno menjavanje kanile, njeno čiščenje, aspiracija sekreta, vlaženje in gretje zraka, od česar vsega je odvisno, ali bo odstranitev kanile brez posledic in poznejših težav.

### **Nega po tonzilektomiji**

Tonzilektomija je znana že 2500 let in je dandanes verjetno najpogostejši kirurški poseg. Z leti so se izkristalizirale indikacije za operacijo, tj. ponovni akutni tonzilitis, peritonzilarni absces, kronično in akutno ponavljajoče se vnetje srednjega ušesa, mehanične obstrukcije, motnje v dihanju, požiranju, govoru in ventilaciji srednjega ušesa. Zaradi spremenjenega načina življenja naših otrok se pogosto določa indikacija za operacijo že v starosti od 2 do 3 let. Po sodobni doktrini se ob pravilnih indikacijah operira ne glede na starost otroka.

Ko indikacijo za operacijo določi pediater, ki otroka zdravi, se mati javi z njim še pri specialistu otologu. Če tudi ta potrdi mnenje pediatra, napove datum operacije in da naslednja navodila:

Ko pride otrok na operacijo, ne sme imeti temperature in tudi ne gnojnih izpuščajev po obrazu. V dobi rekonvalescence po prebolenih infekcijskih boleznih in po cepljenju zlasti proti poliomielitisu pride operacija v poštev šele po 6 tednih. Pri revmatizmu in nefritisu pa pride v poštev šele, ko se akutna faza vnetja umiri, po kakih 6 mesecih. Le v izjemnih primerih, če je to edini način zdravljenja bolezenskega žarišča, pa prej. V navedenih primerih se opravi operacija vselej le pod varstvom antibiotikov. Pred operacijo se izvršijo laboratorijske rutinske preiskave: določi se čas krvavitve in koagulacije, število trombocitov, SR in urinske preiskave. Glede na prebolene bolezni pa pridejo v poštev še dodatne preiskave, npr. EKG pri srčnih obolenjih, RN pri nefritisu, slikanje pljuč, koagulogram pri sumljivih krvavitvah in podobno.

Pred operacijo dobi otrok supozitorije, ki vsebujejo atropin (zaradi zmanjšanja salivacije), in luminal za pomirjenje. Operacija poteka v splošni narkozi.

Položaj v postelji je vodovraven, postelja pa zavarovana z gumiranim platnom, prekритim z rjuho. Neposredno po operaciji leži otrok v bočni legi zaradi bruhanja in sline. Ves čas, dokler ni zbujen in ni v nevarnosti, da bi se zadušil (zaradi aspiracije izbljuvkov), sestra skrbno opazuje barvo obraza, zlasti barvo ustnic in sline. Ko se zbudi, dobi otrok kombinirane supozitorije proti bolečinam. Operacija sama ni brez nevarnosti. Avtorji navajajo 1 smrtni primer na 10.000 posegov. Najpogostnejši vzrok smrti je anestezija, nato krvavitev in aspiracija krvi. Kasnejše komplikacije po operaciji so krvavitve, aspiracijska pnevmonija, pljučni absces in bronhiektazije.

Pri nas so resnejše komplikacije redkejše. Skrbna in izkušena sestra bo kmalu opazila nevarnost krvavitve, obvestila bo zdravnika operaterja, dala otroku okrog vratu hladen ovitek in mu dvignila zglavje. Zdravnik pri pre-

gledu v žrelo ugotovi vzrok krvavitve in jo lokalno zaustavi. Če gre pa za večjo krvavitvev, pride v poštev tudi infuzija 5% sol. glukoze in transfuzija krvi, od medikamentov pa Presomen, Dicinon, Koagulen ipd.

**P r e h r a n a :** Na dan operacije, ko se otrok popolnoma zbudi, dobi sladoled, ki sočasno deluje na zaustavitev krvavitve, nato pa kamilični čaj. Naslednji dan dobi že kašasto hrano brez ostrih začimb in pa vmesne tekočine, kakor čaj, mleko, kakao. To hrano dobiva ves čas po operaciji, dokler je v bolnišnici. Obenem pa dobi tudi  $3 \times$  dnevno 1% sol. aminopirina, ki deluje obenem analgetično in antipiretično.

Dobro poznamo tudi občasne in permanentne vplive operacije na čustveni razvoj in osebnost otroka. V 10% se javljajo po operaciji čustvene motnje, ki trajajo dlje kot 14 dni: nočni strah, večja odvisnost od staršev, občutek sovraštva do zdravnikov, čezmeren tek, asocialno ali celo agresivno obnašanje. Psihatri ugotavljajo, da so to ireverzibilne posledice tonzilektomij, izvršenih v otroški dobi.

Po odpustu otroka dobi mati poleg odpustnice tudi navodilo, kako naj ga neguje v domači oskrbi. Že na poti iz bolnišnice in pa doma naj pazi, da otrok ne pride v dotiko z bolnimi otroki. Doma naj ostane v postelji še en teden, na srcu bolni vsaj 10 dni. Otroku ni dovoljeno vpitje in skakanje. Hrano naj dobiva ves teden le prekuhano, nič kislega ali surovega, sadje v obliki kompota. Jesti ne sme trdih skorij in podobnega. Otroku ima še bolečine pri požiranju, zato ga ne smemo siliti k jedi. Uživa naj več tekočin. Dokler obloge na ranah ne odpadejo, naj otrok ne grgra, ker bi po nasilnem odstranjevanju oblog lahko začel krvaveti. Če pa slučajno začne krvaveti iz nosu ali ust, mu damo visoko zglavje in mrzel ovitek okoli vratu. Če krvavitvev ne preneha, pokličemo najbližjega zdravnika. Tudi zvišana temperatura in bolečine v ušesih še niso razlog za razburjenje, temperatura bo v kratkem spet padla, bolečine pa ponehale. Otroka je treba navajati, da diha skozi nos — pri zaprtih ustih. Usekuje naj vsako nosnico posebej, medtem ko na drugo pritiska. Ko otrok, ki nima temperature, po enem tednu vstane, naj ostane v sobi vsaj še tri dni. V šolo naj gre šele 2 tedna po operaciji, če ni nobenih komplikacij. Isto velja tudi za obiskovanje drugih otroških ustanov, kot so dečje jasli in vrtec.

---

## **KOLIKO BOLNIŠKIH POSTELJ JE TREBA ZA INTENZIVNO ZDRAVLJENJE**

Angleški avtorji so mnenja, da zadoščata v ta namen 2% od vseh bolniških postelj. Čehoslovaki pa predvidevajo za takšen oddelek 6—14% postelj.

Največ izkušenj imajo doslej na Švedskem, kjer imajo na takem oddelku 6% vseh postelj. V Chicagu dela taka bolnišnica 7 let in ima na intenzivnem oddelku 5% postelj. Ugotovili so, da omogoča taka ureditev uspešnejše zdravljenje in da zmanjšuje stroške zdravljenja in oskrbe.