

Koronarna enota pri nas

Enote za intenzivno nego sprejemajo bolnike, katerim odpovedujejo življenjske funkcije ali pa so jim le-te ogrožene in so zato potrebni posebne nege, nadzora in zdravljenja. Na ta način jim zagotovimo delovanje prizadetih življenjsko važnih organov. Intenzivno nego potrebujejo bolniki, ki so zapadli v katero od naslednjih kliničnih stanj, in to so:

1. respiratorna insuficienca,
2. koma zaradi odpovedi metabolizma (diabetes),
3. krvavitve iz prebavnega, respiratornega trakta ali od drugod,
4. akutne renalne insuficience,
5. opekline,
6. tetanus,
7. šokovna stanja različne geneze,
8. hipo- in hipertermije,
9. intoksikacije,
10. akutne kardiovaskularne bolezni: miokardni infarkt, komplikacije pri miokardnem infarktu, pljučne embolije, kardiogeni šok itd.

Kot je razvidno, spadajo v enoto za intenzivno nego tudi bolniki z miokardnim infarktom. Ti pa zahtevajo poseben režim, in sicer zaradi tega, ker

1. bolniki s koronarnimi boleznimi potrebujejo mir,
2. večkrat se pri teh bolnikih pojavijo hude motnje srčnega ritma, ki jim ogrožajo življenje in imamo na razpolago le malo časa za pričetek reanimacije (največ 4 minute),
3. kontrola in zdravljenje bolnikov s koronarnimi boleznimi zahteva osebje, ki je za delo pri njih izurjeno. Zato se v okviru enot za intenzivno nego ustanavljajo posebne enote za bolnike s koronarnimi boleznimi — to so:

Enote za nego koronarnih bolnikov

Namen koronarne enote je, da pri življenjsko ogroženih bolnikih vzdržujemo ali stalno opazujemo življenjske funkcije, kot so dihanje, diureza, cirkulacija itd.

To pa nam omogočajo 3 stvari:

1. posebna arhitektonska zasnova enote,
2. posebna organizacija dela v teh enotah in
3. posebno izobražene in izurjene medicinske sestre, ki so nosilec dela in nege pri bolnikih v koronarni enoti.

Arhitektonska zasnova koronarne enote

Poznamo tri tipe arhitektonske zasnove, in sicer:

1. zaprt sistem koronarne enote. To so posamezne sobe z eno ali dvema posteljama;

2. odprt sistem s pregledom prek cele sobe, kjer so bolniške postelje med seboj ločene z montažnimi stenami ali zavesami. V sredini sobe pa je centralno delovno mesto medicinske sestre. Tu je pregled nad bolniki lepši;

3. krožni sistem, ki je najboljši, pa tudi najdražji. Tu so bolniške postelje razporejene v krogu okrog centralnega delovnega mesta medicinske sestre.

Posebna arhitektonska gradnja koronarne enote naj omogoči medicinskemu osebju čim boljši pregled nad bolniki, na drugi strani pa naj bolniki ne opazujejo monitorjev in naj ne vidijo, kaj se dogaja okoli njih.

Ker pri koronarnih bolnikih lahko hitro pride do smrtno nevarnih komplikacij, mora biti okrog bolniške postelje dovolj prostora (na vsako posteljo naj bi prišlo 15—25 m² prostora), ker je tako mogoča reanimacija bolnika. Okrog bolniške postelje lahko postavimo vse potrebne aparature in težke bolnike lahko izoliramo.

Koronarna enota zahteva tudi posebno organizacijo dela

Koronarna enota mora biti samostojna enota. Imeti mora dva oddelka — intenzivni oddelek in polintenzivni oddelek.

Intenzivni oddelek je tisti, v katerem ležijo bolniki z ugotovljenim svežim miokardnim infarktom, z motnjami srčnega ritma, s kardiogenim šokom, pulmonalno embolijo in drugimi komplikacijami pri miokardnem infarktu. V intenzivni oddelek sprejemamo tudi bolnike, ki imajo stenokardične bolečine brez jasnih elektrokardiografskih in laboratorijskih znakov za miokardni infarkt. Ti bolniki so pod stalno medicinsko in monitorsko kontrolo zaradi možnosti razvoja miokardnega infarkta.

V intenzivnem oddelku ležijo bolniki 4—5 dni oziroma toliko časa, dokler jih zaradi izboljšanja kliničnega stanja ne premestimo na polintenzivni ali drug oddelek.

Polintenzivni oddelek je oddelek, kjer ležijo bolniki, ki so preboleli akutno fazo miokardnega infarkta in potrebujejo še posebno nego in občasno kontrolo.

Delo v koronarni enoti teče v turnusih in se razvija v teamu, kamor spadajo zdravnik kardiolog, višja medicinska sestra — voditeljica koronarne enote, ki skrbi za nego bolnikov, za organizacijo koronarne enote, kontrolira bolnikovo klinično stanje in skrbi za strokovno izpopolnjevanje drugih medicinskih sester. Voditeljica izmene skrbi za delo v posameznem turnusu medicinskih sester, ki se intenzivno ukvarjajo z bolniki. V intenzivnem oddelku so v posameznih izmenah srednje medicinske sestre.

Dobro nego bolnikov v koronarni enoti omogoča pravilno sorazmerje medicinskih sester in bolnikov. Na enega bolnika mora priti ena medicinska sestra in pol na 24 ur (npr. 10 postelj — 15 medicinskih sester). Poleg tega bi morali imeti obvezno še 20% rezervo za morebitne izpade osebja zaradi boleznih, prostih dni in dopusta.

V koronarni enoti je potreben laboratorij za plinske analize krvi. Ti bolniki so včasih na respiratorjih s pozitivnim pritiskom — Bird, Benet, kar zahteva stalno laboratorijsko kontrolo. Nadalje je potreben prostor za ste-

rilizacijo in čiščenje instrumentov, prostor za administracijo, prostor za pogovor s svojci bolnikov. Koronarna enota bi morala imeti tudi svojo tehnično bazo, ki bi imela tri naloge:

1. stalni nadzor nad aparaturami v sodelovanju z vodilno sestro enote,
2. popravljanje aparaturne in
3. opozarjanje na nove tipe aparaturne.

Zaradi potrebe po hitri intervenciji pri akutni komplikaciji ob miokardnem infarktu je potrebno, da imamo posebno izobražene in izurjene medicinske sestre.

Delo medicinske sestre ob sprejemu bolnika s svežim miokardnim infarktom namreč je, da na monitorju trajno opazuje ritem srca. Zato

1. bolnika najprej navežemo na monitor. Vendar moramo razumeti, da je monitorizacija za bolnika nenavadna in zastrašujoča. Zato mu moramo kratko, a jasno razložiti, zakaj smo ga navezali. Sočasno mu moramo razložiti, da bo moral mirno ležati in da ga bodo sestre neprestano opazovale.

Ker prek monitorja opazujemo ritem srca, mora sestra stalno spremljati in kontrolirati njegove življenjske funkcije, kot so:

2. pulz,
3. krvni pritisk — ob nenadnem padcu (kardiogeni šok, krvavitve, pulmonalne embolije) ali povišanju (ob idiopatski krizi, endokrino obolenje — feokromocitom) krvnega pritiska takoj obvestimo zdravnika,
4. centralni venozni pritisk,
5. dihanje — zlasti moramo biti pozorni na apnoične pavze, npr. Cheyne-Stokesovo dihanje,
6. zaužito in izločeno tekočino.

Vse te parametre — pulz, RR, izločeno in zaužito tekočino, CVP, mora meriti in beležiti medicinska sestra vsaki 2 uri, pri šokovnih stanjih pa vsake pol ure ali vsako uro.

Izredno važno je znanje in pomoč medicinske sestre pri ugotavljanju motenj ritma. Vemo namreč, da bolnik z miokardnim infarktom umre najpogosteje zaradi motenj ritma, ki povzročijo zastoj srca, bodisi zaradi asistolije, ko sploh ni nobenih kontrakcij miokarda, bodisi zaradi fibrilacije ventriklov, ko je kontrakcij ogromno, vendar so nekoordinirane in neučinkovite.

Za reanimacijo imamo časa le 3—4 minute. Potem nastanejo nepopravljive okvare možganskih celic. Ob ventrikularni fibrilaciji ali ventrikularni tahikardiji defibriliramo. Ob asistoliji — srce električno stimuliramo s pacc-makerjem.

Medicinske sestre so lahko kos nalogam, ki se zahtevajo pri bolnikih z miokardnim infarktom, če so primerno usposobljene v posebnih tečajih. V letu 1971 in 1972 je višja šola za zdravstvene delavce že organizirala podiplomski tečaj za intenzivno nego, katerega so obiskovale tudi naše sestre. Na interni kliniki smo imeli interni tečaj, kjer so dobile sestre osnove iz elektrokardiografije ob miokardnem infarktu in motnjah ritma ter o urgentnih diagnostično terapevtskih metodah.

Ob koncu naj omenim še to, da je bila naša koronarna enota ustanovljena junija 1968 in je tako ena prvih v Jugoslaviji. V tem času smo sprejeli prek 800 bolnikov zaradi miokardnega infarkta. Umrljivost je v teh letih padla od 37% v prvem letu na 16% v zadnjem letu — 1971, kar gre gotovo na račun boljše organizacije in strokovnega znanja medicinskega osebja.

Viri:

Delo interne klinike. XI. Tavčarjevi dnevi, Ljubljana 1969.