



IZZIVI MEDICINSKIH SESTER NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE RANE, INKONTINENCE IN STOME

Zbornik predavanj z recenzijo



Zreče, 29. in 30. marec 2019

IZZIVI MEDICINSKIH SESTER NA PODROČJU ZDRAVSTVENE NEGE IN OSKRBE RANE, INKONTINENCE IN STOME

Zbornik predavanj z recenzijo





**ZBORNICA ZDRAVSTVENE IN BABIŠKE NEGE SLOVENIJE –
ZVEZA STROKOVNIH DRUŠTEV MEDICINSKIH SESTER, BABIC
IN ZDRAVSTVENIH TEHNIKOV SLOVENIJE,
Ob železnici 30 A, 1000 Ljubljana**



SEKCIJA MEDICINSKIH SESTER V ENTEROSTOMALNI TERAPIJI

**IZZIVI MEDICINSKIH SESTER NA PODROČJU ZDRAVSTVENE
NEGE IN OSKRBE RANE, INKONTINENCE IN STOME
Zbornik predavanj z recenzijo**

Zreče, 29. in 30. marec 2019

Urednici: **Vanja Vilar, viš. med. ses., dipl. ekon., ET, Renata Batas, dipl. m.s., ET**

Recenzentka: **Anita Jelen, mag. zdrav. nege, ET**

Organizacijski odbor: **Renata Batas, Dragica Jošar, Ines Prodan, Vanja Vilar in
Robertina Benkovič.**

Strokovni odbor: **Renata Batas, Vanja Vilar, Ines Prodan, Dragica Jošar, Robertina
Benkovič, Tadeja Krišelj, Anita Jelen, Anita Jelar Slatnar.**

Lektor: **Kristjan Šinček**

Grafično oblikovanje: **Ombra motion**

Izdala in založila: **Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih
društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija
medicinskih sester v enterostomalni terapiji**

Leto izida: **marec, 2019**

Naklada: **Elektronski vir dostopen na spletni strani**

<https://www.zbornica-zveza.si/sl/e-knjiznica/zborniki-strokovnih-sekcij>

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID=299429120
ISBN 978-961-7051-03-2 (pdf)

KAZALO

KIRURŠKA VZPOSTAVITEV DIHALNE POTI.....	7
as. Jure Urbančič, dr. med.	
OSKRBA DIHALNE STOME	18
Tatjana Vidnjevič, dipl. m. s., ET	
Mojca Žurga, dipl. m. s.	
ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA S TORAKOSTOMO	27
Polona Gorjup, dipl. m. s.	
ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA PACIENTA S TORAKOSTOMO V DOMAČEM OKOLJU.....	33
Dragica Jošar, dipl.m.s., ET,	
Anja Ternar, dipl.m.s.	
ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA PACIENTA Z GOLENJO RAZJEDO – PRIKAZ PRIMERA	39
Renata Batas, dipl. m.s., ET	
RAZTRGANINE KOŽE	51
Anita Jelen, dipl. m. s., mag. zdr. nege, ET	
POŠKODBA KOŽE ZARADI VLAGE	58
Vanja Vilar, viš. med. ses., dipl. ekon., ET	
OSKRBA PODKOŽNE VENSKE VALVULE PRI PACIENTIH S STOMO – POSTOPKI IN ZAPLETI..	69
Vida Oražem, mag. zdr. neg.	
INOVACIJE I PRAKTIČNO ZNANJE SPECIJALIZIRANE MEDICINSKE SESTRE KAO OBRTNI POTENCIJAL ZDRAVSTVENOG I GOSPODARSKOG SUSTAVA.....	78
Ivanka Benčić, MSc, RN, ET	
ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA OPERIRANIH ZBOG CRIJEVNOG ZATAJENJA.....	80
Ivanka Gašparić, BSc, RN, ET	
RAK ZUNANJEGA SPOLOVILA: OPERACIJA IN POOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA RANE..	89
David Lukanović, dr. med.,	
Anita Jelar, mag. zdrav.-soc. ved, dipl. babica, ET,	
Sašo Kostoski, dr. med., spec. ginekologije in porodništva	

ZAPLETI CELJENJA KIRURŠKE RANE – PRIKAZ PRIMERA	97
Ines Prodan, dipl. med. sestra, ET	
ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA MALIGNIH KOŽNIH RAN	103
Dragica Tomc, viš. med. ses., ET	
PATOFIZIOLOGIJA IN KIRURŠKO ZDRAVLJENJE INKONTINENCE BLATA.....	110
Urška Kogovšek, dr. med., specialistka kirurgije	
KONZERVATIVNO ZDRAVLJENJE MOTENJ V DELOVANJU MEDENIČNEGA DNA.....	117
prim. Valentin Sojar, dr. med., svetnik, MBA, specialist splošne kirurgije	
KONZERVATIVNO ZDRAVLJENJE MOTENJ V DELOVANJU MEDENIČNEGA DNA Z VIDIKA ZDRAVSTVENE NEGE.....	124
Nataša Bajt Kastelic, diplomirana med. sestra Sonja Kastelic, zdravstveni tehnik	
SOOČANJE S STRESOM IN TEHNIKE SAMOOBVLADOVANJA	131
Prof. dr. Matej Tušak, dipl. psih	
SODOBNA OSKRBA IN ZAŠČITA OGROŽENE KOŽE.....	146
Matej Kosi, regijski specialist – znanost in izobraževanje	

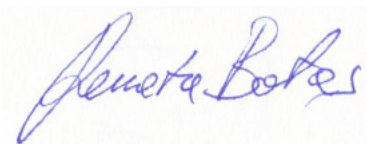
UVODNE BESEDE

Z demografskimi spremembami in staranjem populacije je težav z inkontinenco vse več. Pogosteje prihaja do nastanka različnih kroničnih ran, ki so posledica obolenja žilnega sistema, neurejene sladkorne bolezni ali kot posledica slabe pokretnosti, nepokretnosti ter delovanja pritiska na določene predele telesa. Zaradi rakavih obolenj je mnogo ljudi soočeno z novonastalo podobo ob kirurškem posegu, kjer naredijo bodisi izločalno stomo, dihalno stomo ali hranilno stomo. Poleg stresne situacije za pacienta, je tu še izbira in nabava ustreznih medicinskih pripomočkov za nego stom, inkontinenco, oskrbo kronične rane. Zlasti inkontinenca in kronične rane predstavljajo tudi veliko finančno breme za zdravstveno blagajno. Vse naštetu predstavlja velik izziv v smislu kakovostne, optimalne zdravstvene nege in oskrbe pacientov, ki je pogoj za njihovo dobro, čim bolj optimalno rehabilitacijo.

Zdravstvena nega s področja inkontinence, kroničnih ran in stom se v današnjem času sooča z mnogimi izzivi, zlasti kar se tiče področja preventive. Kljub različnim programom za zgodnje odkrivanje raka in preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni, je ljudi z navedenimi obolenji veliko. Potrebno bi bilo še več pozornosti in našega delovanja usmeriti v preventivo, na vseh nivojih. Tako bomo na srednji ali dolgi rok lahko pričakovali dobre rezultate. Za vse to pa so pomembna znanja s področja zdravstvene nege in oskrbe pacientov s kronično rano, inkontinenco ter stomo, katerim namenjamo pozornost v zborniku strokovnih prispevkov z recenzijo. Želimo, da bi ob prebiranju le tega našli veliko uporabnega znanja za svoje delo.

Predsednica Sekcije medicinskih sester v enterostomalni terapiji

Renata Batas, dipl. m.s., ET



KIRURŠKA VZPOSTAVITEV DIHALNE POTI SURGICAL AIRWAY MANAGEMENT

as. Jure Urbančič, dr. med.

Univerzitetni klinični center Ljubljana
Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo
Zaloška 2, Ljubljana



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

Traheostoma je odprtina na vratu, ki omogoča vzpostavitev dihalne poti. Največkrat je odločilnega pomena za preživetje bolnikov, a je lahko tudi del širše, načrtovane oskrbe bolnikov v intenzivnih enotah in bolnikov z rakom. Traheotomija je vedno invaziven poseg v bolnikovo telo, ne glede na izvedbo. Traheotomiran bolnik lahko zapusti bolnišnico brez traheostome in diha kot pred posegom. V kolikor to ni mogoče in ostane traheostoma edina dihalna pot, mora sprejeti določene omejitve in upoštevati dejstvo, da s traheostomo obidemo vse fiziološke funkcije zgornjih dihal. Bolniki in njihovi svojci bi morali biti zato opremljeni z ustreznim znanjem. Obenem je pred odpustom takega bolnika v domače okolje zaželen ali celo zahtevan tudi kontakt z osebnim zdravnikom ali patronažno službo. Obravnava bolnika s trajno ali dolgotrajno začasno traheostomo je za tem v domeni osebnega zdravnika, patronažne službe in specialista, ki je opravil traheotomijo. Zato je potrebna ustrezna medsebojna komunikacija in določen delež znanja o obravnavi bolnika s traheostomo.

Ključne besede: kirurška dihalna pot, traheotomija, perkutana traheotomija

ABSTRACT

Tracheotomy is a procedure of surgically achieving a hole in the neck by relaying the outside air to the trachea, which allows breathing. It is usually of extremely high importance for the survival of patients. However, it can be also a part of the wider surgical plan in patients with head and neck cancer. It can be done in various ways, but it is always an invasive procedure. Patients can have only short-term temporary tracheotomies and leave the hospital breathing normally through upper airways, or can have a chronic or prolonged tracheotomy requiring many adaptations to their normal lifestyle. Tracheotomy bypasses the upper airways and cancels all of their beneficial effects. Patients and their caregivers should be well educated about physiological differences in case that problems arise. Communication between family doctor, home-care nurse and surgeon who made the tracheotomy is of utmost importance.

Keywords: surgical airway, tracheotomy, percutaneous tracheotomy

UVOD

Traheotomijo so opisali že pred 5000 leti v hieroglifnih tekstih starega Egipta. Poznali so jo velikani arabske medicine, šele veliko kasneje, od začetka 20. stoletja pa je razvoj kirurške tehnike pomenil tudi razmah indikacij za njeno izvedbo. Zavedati se moramo, da je okolica traheostomske odprtine na vratu področje, kjer najdemo velike vene in arterije, povratna živca, ki oživčujeta glasilki, za sapnikom pa požiralnik. S tem predstavljamo skupek pomembnih struktur, ki so lahko poškodovane pri klasični ali perkutani traheotomiji. Razlog za večjo ali manjšo zgodovinsko priljubljenost traheotomije je ravno naveden preplet anatomskih struktur vratu (Pratt, Ferlito, & Rinaldo, 2008).

Termina traheostomija in traheotomija se v svojem bistvu razlikujeta, a se večinoma uporabljata kot sinonima. Traheotomija pomeni le rez v trahejo (sapnik), traheostomija pa





celotno formiranje stome – traheostome. Vendar ponekod traheotomija pomeni le izvedbo stome in traheostomija prišitje kože na rob traheje. Tako koža pokrije večino rane oz. odprtega prostora, kar je pravilo pri otroških traheotomijah (Urbančič, 2012).

Traheotomija je pogosto izvajan poseg, ki je v rokah izkušenega kirurga varen in prinaša zanesljiv rezultat izvedene dihalne poti (De Leyn, et al., 2007). Vendar je za običajno kritično bolnega enako pomembna tudi oskrba na oddelku s strani osebja, ki mora biti vajeno posebnosti traheostome in traheostomske kanile. Navedeno je izjemnega pomena pri obravnavi najbolj ogroženih bolnikov v intenzivnih enotah (Eibling & Roberson, 2012).

Pomembno je poudariti, da gre pri kirurški dihalni poti vedno za zadnjo možnost vzpostavitve dihalne poti. Torej v trenutkih, ko vse ostale, bolj enostavne, manj tvegane in bolj dostopne opcije niso več mogoče (Patel & Meyer, 2014). Postopek, ki je s stališča vzpostavitve t. i. kirurške dihalne poti najbolj priporočan in prvi na terenu, predvsem v rokah osebja, ki ni večje kirurške traheotomije, ni traheotomija sama, ampak konikotomija. Včasih nekoliko napačno tudi poimenovana krikotomija ali celo krikotiroidotomija. Kot taka zagotavlja dihalno pot, ki se v ustreznih hospitalnih razmerah prevede v klasično traheotomijo (Collopy, Kivlehan & Snyder, 2015; Kambič, 1984; Warner, Smith & Zielinski, 2016).

KONIKOTOMIJA

Konikotomija je postopek, s katerim vzpostavimo dihalno pot na nivoju med spodnjim robom ščitastega in zgornjim robom prstanastega hrustanca. Topografsko je prostor izjemno lahko najti, saj s prstom potujemo preko incizure tiroidnega hrustanca (t. i. Adamovega jabolka) navzdol do prve vdolbine, ki jo spodaj omejuje prstanasti hrustanec. Kožo se prereže vzdolžno, nato se otipa in preveri anatomsko lokacijo, prereže se vezivno tkivo in vstopi v prostor pod grlom. Vanj se vstavi konikotomijsko kanilo. Tako je mogoče predihavati bolnika. Dosegljivi so konikotomijski seti, kjer je v setu tudi brizga s troakarjem. Z njim lahko prebodemo vezivno tkivo in poaspiriramo vsebino, da preverimo, ali smo res v votlem prostoru, napolnjenem z zrakom. Prednosti konikotomije so varnost in hitrost vzpostavitve dihalne poti. Gre za postopek, ki bi ga morali obvladati vsi zdravniki, in je prvi postopek v izvedbi kirurške dihalne poti. Možnost klica otorinolaringologa ali drugega kirurga ne sme preprečiti izvedbe konikotomije pri neposredno ogroženem bolniku (Kambič, 1984).

TRAHEOTOMIJA

Kirurška klasična traheotomija

Klasično traheotomijo lahko imenujemo tudi kirurško. Izvajamo jo z rezom kože v spodnjem delu vratu, v srednji liniji, natančneje med robom prstanastega hrustanca in robom prsnice. Razmaknejo se mišice vratu v srednji liniji. Včasih je potrebno umakniti ali prerezati tudi del ščitnice. Običajno se v sapnik vstopi v višini njegovega drugega ali tretjega obročka, včasih tretjega ali četrtega. Kožo pri odraslih redkeje, pri otrocih pa praviloma prišijemo k robu traheje (Urbančič, 2008, 2012). Indikacij za traheotomijo je več (tabela 1).



Tabela 1: Indikacije za traheotomijo

Obstrukcija zaradi tumorjev	žrela, grla, sapnika, požiralnika
Sekundarne poškodbe (anatomske spremembe) ob terapiji	tumorjev žrela, sapnika, požiralnika
Obojestranska pareza povratnih živcev	
Dispneja po kavstičnih poškodbah	žrela in grla, redkeje izolirano ostalih lokacij
Prirojene zožitve	grla ali sapnika
Kraniofacialne poškodbe	in poškodbe spodnje čeljustnice z obstrukcijo dihalnih poti
Potreba po dolgotrajni mehanski ventilaciji	
Konverzija iz perkutane igelne traheotomije	ob zapletih
Aspiracija ali preventiva pred aspiracijo	ob disfagiji posebej pri nevroloških obolenjih
Zmanjšanje mrtvega prostora	pri respiratorni odpovedi
Stenoza zaradi nastanka brazgotin	v predelu grla in sapnika
Vnetno ali edematozno zoženje dihalnih poti	v ustnem žrelu, v spodnjem žrelu, v grlu
Načrtovana traheotomija	pri terapiji tumorjev ustnega, spodnjega žrela in grla

Povzeto po (Thiessing, Werner, & Rettinger, 2011; Urbančič, 2012)

Stalna traheostoma je stalna odprtina na koži vratu, kjer je preostanek traheje neposredno vшит v kožo. Dihalna pot in prebavna pot sta ločeni. Izjema so bolniki z govorno protezo in bolniki s patološko traheoezofagealno fistulo. Bolnik s stalno traheostomo je od njene prehodnosti ves čas neposredno odvisen. Vsa inhalatorna terapija (O₂, inhalatorna administracija zdravil) mora biti prilagojena temu dejstvu. V takšnem primeru usta in nos vodijo zgolj v prebavni trakt (De Leyn, et al., 2007; Pratt, et al., 2008; Urbančič, 2012)!

Traheotomija je potencialno tvegan poseg (Shah, et al., 2012). Zapleti po traheotomiji nastanejo kot posledica kirurškega posega kmalu po posegu, lahko zaradi dogajanja v povezavi s stomo ali pa nastanejo naknadni zapleti (tabela 2) (Halum, et al., 2012). Od navedenih je potrebno ločiti zaplete, ki nastanejo zaradi osnovne bolezni in jih ne smemo enačiti z zapleti traheotomije. Izjemno ogroženi so bolniki s kardialnimi težavami (miokardni infarkti, miokarditisi in kardiomiopatije), kar je pri nas redka indikacija. Pogosto so ogroženi tudi bolniki, kjer je bila traheotomija narejena zaradi boljše toalete spodnjih dihal (infekti spodnjih dihal s težjim potekom). Manjša smrtnost je med bolniki s traheotomijo po poškodbi, najmanjša pa pri bolnikih s traheotomijo zaradi infekta v predelu zgornjih dihal (De Leyn, et al., 2007; Eibling & Roberson, 2012; Urbančič, 2012; Zhu, Das, Brereton, Roberson, & Shah, 2012). S stališča izvajalca je popolnoma vseeno, ali postopek izvede mlad kirurg pod ustrezno izkušenim nadzorstvom ali izkušen kirurg (Fiorini, et al., 2015; Ulkumen, Eskiizmir, & Celik, 2018).



Tabela 2: Možni zapleti po traheotomiji pri otroku in odraslem

Zapleti kirurškega posega	Zapleti zaradi traheostome	Kasnejši zapleti
Krvavitev	<i>Vnetje stome</i>	<i>Laringomalacija</i>
Poškodba grla, traheje, požiralnika, povratnega grlnega živca, ščitnice	Aspiracija	Traheomalacija
Pnevmotoraks	Dekanalacija	Nastanek fistule s požiralnikom
Krvavitev	<i>Težave pri menjavi kanile</i>	<i>Stenoza grla</i>
Pnevmomediastin	Vnetje spodnjih dihal	Stenoza traheje
Podkožni emfizem	Kolaps traheje nad traheostomo	
Vnetje rane	Zaostanek v govornem in psihomotornem razvoju	
Naključna dekanilacija		

Povzeto po (Urbančič, 2012)

Perkutana traheotomija

T. i. perkutana traheotomija je nastala zaradi potrebe po elegantnem posegu za zagotovitev dihalne poti ob postelji bolnika brez potencialno tveganega prevoza bolnika med intenzivno enoto in operacijsko dvorano (van Heurn & Brink, 1996). Tehnično predstavlja perkutana traheotomija vrsto nekoliko različnih posegov različnih avtorjev, ki jim je skupna vzpostavitev traheostomskega kanala z vstavljen in prehodno kanilo. Sami postopki se lahko razlikujejo v različnih instrumentih, potrebi po dodatnem bronhoskopu v dihalni poti ali različnih kanilah, ki jih vstavijo v traheostomski kanal. Skupna pa jim je izrazita potreba po tesno vstavljeni kanili, ki s pritiskom omogoča formiranje tesne traheostome in preprečuje krvavitev v prvem obdobju po posegu. Različne modifikacije tehnik botrujejo želji po čim manj zapletih in možnost izvedbe tudi nekirurgom (Griggs, Worthley, Gilligan, Thomas, & Myburg, 1990; Pratt, et al., 2008). Z oblikovanjem jasnih kontraindikacij za perkutano traheotomijo (tabela 3) se je moč izogniti zapletom, kot so krvavitev zgodaj po posegu ter pozni zapleti s stenozo sapnika, ki so bolj pogosti pri bolnikih s prekomerno težo in bolnikih s patološko prekomerno težo (Klemm & Nowak, 2017; Zhu, et al., 2012). Pri neposredni primerjavi obeh metod, klasične kirurške in perkutane traheotomije, moramo biti previdni (Ülkümen, Eskiizmir, Tok, Çivi, & Çelik, 2018). Če smo soočeni z najbolj zahtevnim bolnikom, ki ne ustreza kriterijem za perkutano traheotomijo, se namreč izvaja kirurško. Podobno je z razlikami med posameznimi perkutanimi postopki pod pogojem ustrezno izbranega bolnika (Johnson-Obaseki, Veljkovic, & Javidnia, 2016; Shen, et al., 2018).

Tabela 3: Kontraindikacije za perkutano traheotomijo (Klemm & Nowak, 2017; Pratt, et al., 2008).

Otroci stari manj kot 12 let
Anatomske posebnosti sapnika
Pulzirajoče mase na vratu
Palpatorno opazne (vidne) večje žile na vratu (UZ?)
Aktivna infekcija kože ali podkožnih tkiv na mestu predvidenega traheostomskega kanala
Visok PEEP, trombocitopenija, koagulacijsko nestabilen bolnik



Kratek vrat pri bolniku s prekomerno telesno težo
--

Težka intubacija v preteklosti, nezmožnost ekstenzije cervikalnega segmenta hrbtenice
--

TRAHEALNA KANILA

Kanila ščiti prehodnost stome ali tunela med kožo in sapnikom. Obenem lahko kanal tudi širi, omogoča čiščenje, s svojo dolžino lahko premosti zožitev v sapniku, lahko onemogoča vdor izločkov iz zgornjih dihal v spodnja dihala, lahko omogoča govor s posebnim ventilnim mehanizmom ali zgolj zagotavlja priključek za filter, vlažilec, ročno ali mehansko asistirano ventilacijo. Kanile so plastične z različnimi fizikalnimi lastnostmi (upogljivostjo, trdoto). Kovinske so postale izjemno redke. Praktično vse kanile so oblikovane ustrezno anatomski ukrivljenosti traheostomskega kanala, stabilizirajo kanilo v kanalu in traheji ter omogočajo čim lažjo menjavo. Nekatere imajo posebne dodatke za menjavo notranjega dela, toaleta ali zamaške za navajanje na dihanje brez traheostome. Že omenjene trahealne kanile z notranjim delom omogočajo lažjo higieno in hitro ukrepanje ob zamažitvi kanile. Obenem je lahko interval menjave celotne kanile bistveno daljši. Na Kliniki za ORL in CFK v Ljubljani stremimo, da imajo zaradi vseh navedenih prednosti bolniki v domačem okolju kanile z notranjim delom (Urbančič, 2012).

Kanile so na voljo v različnih dimenzijah z osnovnim sistemom, ki označuje notranji premer najožjega dela. Dvomom o velikosti kanile se je moč izogniti, če bolnik s traheostomo zadrži enako dimenzijo kanile, kot jo je uporabljal ob odpustu iz bolnišnice, kjer je bila opravljena traheostoma. V izjemnih primerih je mogoče uporabiti tudi številko manjšo, v kolikor je dosegljiva.

Če želimo zapreti spodnja dihala pred vdorom izločkov ali omogočiti mehansko ventilacijo (splah z visokimi tlaki), moramo uporabiti trahealno kanilo, ki ima mešiček. Vendar pa dolgotrajen pritisk na sluznico v traheji zaradi napihnjenega mešička lahko povzroči ishemijo in posledično trahealno stenozo (Shah, et al., 2012).

Posebna vrsta traheostomske kanile je fenestrirana kanila ali kanila z ventilnim mehanizmom, drugače imenovana tudi govorna kanila. Z njo se poskuša povečati delež zraka, ki pri bolnikih z začasno traheostomo pride v zgornja dihala. Tako lahko bolnik komunicira s tvorbo glasu. Uporaba ni priporočljiva pri bolnikih z obilnim izločkom, možnostjo aspiracije ali v zgodnjem obdobju po perkutani traheostomi. Obenem lahko enak učinek dosežemo z manjšim premerom kanile in nenapihnjenim mešičkom (Urbančič, 2012). Postopoma so na voljo tudi kombinirane kanile, ki lahko zagotavljajo določeno varnost bolniku in možnost komunikacije. V danem strokovno-pravnem okolju pa je pridobivanje izkušenj z veliko novimi tipi kanil težavno in težko obvladljivo. Voditi nas mora predvsem varnost bolnika in njegovo dobro počutje ter seveda smiselna, tudi ekonomsko pogojena dostopnost pripomočka.

Pri pediatričnih bolnikih je sama oblika in prileganje traheostomske kanile izjemnega pomena. Zaradi prišite kože na samo trahejo je kanal nekoliko bolj lijakast. Ob bolj nežnih tkivih lahko zato pride do dehiscence ali razprtja rane (Urbančič, 2012). Zaradi tega so



v svetu predlagani tudi različni protokoli, ki s skrbnim nadzorom in nego tovrstnih ran poskušajo zagotoviti ustrezno oskrbo mladim bolnikom (McEvoy, et al., 2017).

Menjava trahealne kanile

Menjava trahealne kanile je potencialno nevaren postopek, a enako nevarno je zanemariti menjavo kanile. Število menjav določenih kanil v časovnem obdobju ni jasno opredeljeno, še manj je podprto z jasnimi dokazi. Osnovno vodilo je stanje bolnika, zmožnost dihanja prek trahealne kanile, količina izločka, sočasni respiratorni infekt, tip kanile in tip traheostome (De Leyn, et al., 2007; Kambič, 1984; Urbančič, 2012).

Prva menjava kanile je vedno potencialno najnevarnejša in jo izvajamo v bolnišnici v za to opremljenih prostorih in z opremo, ki nam lahko pomaga reševati zaplete. Praviloma jo izvaja zdravnik, ki je poseg tudi izvedel. Kasnejše menjave kanil po predlaganem vzorcu lahko opravlja ali zdravnik ali ustrezno usposobljena in izkušena sestra. Glavni zapleti menjave trahealne kanile so zaprtje traheostomskega kanala ali zaprtje same kanile (blokada zaradi zasušenega izločka), nepravilna vstavev trahealne kanile (lumen ni v lumnu sapnika) in krvavitev. Zapleti so bolj verjetni pri urgentnih ali zgodnjih menjavah trahealnih kanil in pri izvajalcih, ki z menjavo nimajo dovolj izkušenj. Praviloma bi moral vsak, ki menjava trahealno kanilo, poznati tudi protokol odprave zapletov. Aspiracijo krvi iz spodnjih dihal je izredno težko preprečiti. Aspiracijo krvi iz zgornjih dihal pri bolniku s traheostomo pa enostavno preprečimo, če ima vstavljeno kanilo z mešičkom. Manjše krvavitve iz traheostomskega kanala lahko ustavimo s pritiskom na krvaveče mesto (tudi trak, lahko prepojen z jodoformom), z aplikacijo adrenalina (topično, infiltriranje), aplikacijo hemostatskih oblog (Surgicel™, Tachosil™, WoundClot™ ipd.). Če ne uspe, je potrebno poiskati kirurško pomoč (Urbančič, 2012).

Postopki ob zapletu, ko kanile bolniku ne moremo zamenjati, so prikazani v tabeli 4.

Tabela 4: Protokol obravnave bolnika s traheostomo ob neuspehi vstavitvi kanile (Urbančič, 2012)

Ohrani trezno glavo!
Pokliči na pomoč (izkušenejšega ali osebo, ki prav tako zna ravnati s traheostomami).
Pomiri bolnika.
Preveri prehodnost dihalnih poti in bolnikovo dihanje. Prihaja zrak skozi odprtino na koži vratu? Diha bolnik skozi nos/usta? Preveri saturacijo, dodaj O2 po potrebi.
Če dihalna pot ni prehodna, jo moraš očistiti! Ponovi vstavitev trahealne kanile. Če vstavitev ni uspešna, ne ponavljaj v nedogled. Odstrani kanilo in omogoči dihanje skozi stomo samo. O2 na stomo in na usta/nos, če bolnik diha na stomo in usta /nos.
Uporabi luč in si ob dihanju oglej traheostomo. Uporabi spekulum za nos (daljši) in preko dilatirane stome vstavi kanilo.
Ob neuspehu uporabi tanjšo kanilo ali tanjši tubus.
Fiksacija na pravilno globino (glej kanilo, ki je bila odstranjena).

Odstranitev kanile ali dekanilacija

Dekanalacija je proces odstranitve kanile in zaprtja traheostome (Kambič, 1984). Kanila naj bo odstranjena takoj, ko ni več potrebna, seveda zgolj pri bolnikih z začasno traheostomo



(Urbančič, 2012). Odločitev o dekanilaciji naj bo skupna odločitev zdravnika, ki je traheotomijo indiciral, in zdravnika, ki jo je izvedel (De Leyn, et al., 2007).

Preverjanje potrebe po traheostomi je del redne dnevne obravnave bolnika na ORL oddelkih, intenzivnih oddelkih in del rednih ambulantnih pregledov bolnikov s traheostomo v ORL ambulantah (Urbančič, 2012). Pred dekanilacijo je potrebno preveriti, ali je patologija, ki je botrovala indikaciji za traheotomijo pri bolniku, še prisotna, ali bolnik lahko kašlja, požira in aktivno štiti svojo dihalno pot, ali ima dovolj veliko ventilacijsko rezervo, ali ni pri bolniku prekomernega izločka iz spodnjih dihal, ali lahko normalno diha brez napihnjenega mešička, ali lahko diha z zaprto traheostomsko kanilo manjše dimenzije, ali so dihala nad nivojem traheostome odprta in ali je mobilnost grla ohranjena, dovolj učinkovita in smiselna (Urbančič, 2012; Zhu, et al., 2012).

Težave bolnikov s traheostomo

V domačem okolju se bolniki s traheostomo spoprijemajo s svojevrstnimi težavami. Med njih štejejo potrebo po obvladovanju trahealne kanile in vsaj osnovno znanje o negi traheostome, premagovanje strahu pred traheostomo, predvsem v prvi vrsti strahu okolice pred stomo in kanilo (Urbančič, 2012; Zhu, et al., 2012). V študijah kvalitete življenja bolniki s traheostomo največkrat omenjajo disfonijo, stalen izloček iz traheostome in potrebo po stalni higieni, neprijeten zadah iz traheostome, bolečine zaradi pritiska zunanjega dela kanile ali spodnjega dela kanile in stalno draženje pri premikanju glave in vratu (Kambič, 1984; Zhu, et al., 2012).

Bolnikovo spoprijemanje s traheostomo in trahealno kanilo se mora začeti že na bolniškem oddelku, kjer je hospitaliziran. Včasih bolnik od izvedene traheostome zamenja več oddelkov. Obenem moramo poznati posebnosti tako bolnika z začasno traheostomo, ki bo s kanilo zapustil bolnišnico, kot tudi bolnika s trajno traheostomo, ki bo moral novo dihalno pot popolnoma spoznati in se z njo sprijazniti za vedno (Kambič, 1984; Urbančič, 2012). Bolnik mora spoznati svojo traheostomo, pri začasni bo lahko z zatisnjeno odprtino kanile tudi govoril, če je s tem mogoče usmeriti zrak mimo kanile v predel grla. Spoznati mora svoj tip kanile. Pri taki z notranjim delom si bo lahko sam čistil notranji del in tako skrbel za čim boljšo higieno.

Ob nenadnem pojavu težjega dihanja prek trahealne kanile bo lahko sam odstranil notranji del kanile. Enako velja za svojce in seveda za zdravstveno osebje, ki pozna tip kanile z notranjim delom. S takšnimi bolniki bi se morali ukvarjati strokovnjaki, ki obvladajo medicinske veščine zdravstvene nege in socialne veščine. V obravnavo pa mora biti vključeno tudi bolnikovo domače okolje. Praviloma je prizadeta ali okrnjena tvorba glasu in do različne mere tudi običajna komunikacija. Bolniki s trajno traheostomo po laringektomiji torej ne morejo govoriti na običajen način (Kambič, 1984; Urbančič, 2012).

Pri bolnikih s traheostomo se zmanjša zaznavanje vonjev in arom. Navaditi se mora na novo dihalno pot, nenazadnje predvsem na njene slabosti, saj z izgubo zgornjih dihal in povezave s prebavili izgubimo funkcijo nosu, žrela, grla (Kambič, 1984). Zaradi tega vdihani zrak ni dovolj topel, vlažen in čist. Ni zaščitne funkcije grla in v dihalno pot lahko vdre tekočina (plavanje, kopanje, tuširanje). Bolnik brez zapore v predelu glotisa težko fiksira prsni koš



in mišice, zato se lahko pojavljajo težave pri močnih, kratkotrajnih naporih. Sluz, ki prihaja iz spodnjih dihal, se izloča in izkašlja preko traheostome in kanile. V običajnih razmerah bi jo pogoltnili ali izpljunili. Nezmožnost navlažiti, očistiti in segreti vdihani zrak skušamo popraviti s pripomočki, kot sta filter in vlažilec, ter dodatnimi, pogostimi inhalacijami (De Leyn, et al., 2007; Urbančič, 2012; Zhu, et al., 2012).

Predpisovanje trahealnih kanil

Tako kot ostale medicinske pripomočke tudi pravico do trahealnih kanil urejajo Zakon o zdravstvenem varstvu in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Vrste pripomočkov so opredeljene v Seznamu s šifrantom, medicinskimi kriteriji, pooblastili, postopki in cenovnimi standardi (ZZZS, 2018). Pripomoček se predpiše na ustrezen elektronski obrazec v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja v določenem odstotku od cene funkcionalno ustreznega, najcenejšega pripomočka na slovenskem trgu ali od vrednosti pripomočka, ki jo določi ZZZS. Naročilnico izpolni zdravnik, ki je pooblaščen, torej osebni zdravnik ali napotni zdravnik. Trahealna kanila ima določeno dobo trajnosti; če se iztroši ali ni več uporabna pred tem rokom, lahko osebni ali napotni zdravnik na naročilnici ali predlogu poda predlog za nov pripomoček, ki ga mora odobriti od ZZZS imenovani zdravnik. Načeloma pravica bolnika do tehničnega pripomočka zagotavlja dovolj kanil za povprečno zahtevno stanje bolnika. V primeru potrebe po večkratnih menjavah (infekt, tip kanile) pa je potrebno dodatno intervenirati po opisanem postopku (Urbančič, 2012).

DISKUSIJA

Vzpostavitev kirurške dihalne poti je torej indicirana takrat, ko bolnika ni mogoče drugače predihavati ali vzpostaviti stabilne dihalne poti. Pomeni, da so bili uporabljeni vsi ostali posegi za sprostitev dihalnih poti ali pa jih zaradi anatomskih posebnosti, bolezni, poškodbe ni mogoče uporabiti. Prvi postopek pri vzpostavi kirurške dihalne poti je konikotomija. Namenjena je vsem zdravnikom, ki nudijo nujno medicinsko pomoč (NMP), v izrednih okoliščinah (vojska) in pri ustrezni organizaciji urgentne službe pa vsem, ki nudijo NMP. Traheotomija je postopek, ki se ga izvaja v bolnišnici v nadzorovanih razmerah pri bolnikih, kjer je dihalna pot postala ogrožena ali to pričakujemo glede na razvoj bolezni. Bolniki s traheostomo lahko prihajajo v domače okolje iz različnih kliničnih, ne le izključno iz otorinolaringoloških oddelkov. Ker je izjemno pomembno poznati neposredno ozadje in osnovno indikacijo za traheostomijo, tip traheostome, tip kanile in pogostost menjave ter ustrezno svetovati bolniku, je to običajno tudi največja težava. Pri bolnikih, ki so bili traheotomirani v intenzivni enoti, nato morda tudi večkrat premeščeni, se večina navedenih podatkov enostavno izgubi. To je vzrok za stigmatizacijo bolnika s traheostomo, ki je kot taka lahko ovira in velikokrat glavni razlog omejenih možnosti oskrbe v ustreznih institucijah ali celo doma. Ker so to večinoma perkutano traheotomirani bolniki, se sicer povsem smiselno in načeloma varen postopek sprevrže v svoje nasprotje. Kirurško traheotomirani bolniki imajo načeloma enega zdravnika, ki je izvedel traheostomo in je centralna kontaktna oseba za konzultacije glede traheotomije tudi kasneje, v domačem okolju ali v času po odstranitvi trahealne kanile in celo ob zaceljeni traheostomi. Primerjave različnih tipov posegov so težke in malo smiselne, ker skušamo v sodelovanju z zdravniki, ki bolnika zdravijo, izbrati najbolj optimalen postopek. Ne gre za tekmovanje, ampak za dejstvo, da



kirurške traheostome ni mogoče izvesti ob postelji, perkutane pa ne pri bolnikih, ki imajo zapleteno anatomijo ali druge posebnosti na vratu.

ZAKLJUČEK

Obravnava bolnika s traheostomo, prepoznavna težav in ravnanje ter postopek menjave kanile so potrebna in dosegljiva veščina, ki se je lahko zdravstveni delavec nauči pri bolniku pod nadzorom izkušenejših kolegov/kolegic, med izobraževanjem, na delavnicah ali neposredno na Kliniki za ORL in CFK. V prihodnje si otorinolaringologji želimo enako kvalitetne oskrbe bolnikov s traheostomo v vseh fazah zdravljenja in rehabilitacije, kar nam lahko uspe le z razumevanjem indikacij, postopka izvedbe in rehabilitacije bolnikov ter vsekakor s koordiniranim in vsestranskim skupnim delom.

LITERATURA

Collopy, K. T., Kivlehan, S. M., & Snyder, S. R. (2015). Surgical cricothyrotomies in prehospital care. Surgical airway placement is indicated when you cannot intubate or ventilate. *EMS World*, 44(1), 42–9.

De Leyn, P., Bedert, L., Delcroix, M., Depuydt, P., Lauwers, G., Sokolov, Y., ... Belgian Association of Pneumology and Belgian Association of Cardiothoracic Surgery. (2007). Tracheotomy: clinical review and guidelines. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery : Official Journal of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery*, 32(3), 412–21.

Eibling, D. E., & Roberson, D. W. (2012). Managing tracheotomy risk: Time to look beyond hospital discharge. *Laryngoscope*, 122(1), 23–24.

Fiorini, F. R., Santoro, R., Deganello, A., Mannelli, G., Meccariello, G., & Gallo, O. (2015). Is open tracheotomy performed by residents in otorhinolaryngology a safe procedure? A retrospective cohort study. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology : Official Journal of the European Federation of Oto-Rhino-Laryngological Societies (EUFOS) : Affiliated with the German Society for Oto-Rhino-Laryngology - Head and Neck Surgery*, 272(6), 1483–9.

Griggs, W. M., Worthley, L. I., Gilligan, J. E., Thomas, P. D., & Myburg, J. A. (1990). A simple percutaneous tracheostomy technique. *Surgery, Gynecology & Obstetrics*, 170(6), 543–5.

Halum, S. L., Ting, J. Y., Plowman, E. K., Belafsky, P. C., Harbarger, C. F., Postma, G. N., ... Merati, A. L. (2012). A multi-institutional analysis of tracheotomy complications. *The Laryngoscope*, 122(1), 38–45.

Johnson-Obaseki, S., Veljkovic, A., & Javidnia, H. (2016). Complication rates of open surgical versus percutaneous tracheostomy in critically ill patients. *The Laryngoscope*, 126(11), 2459–2467.

Kambič, V. (1984). *Otorinolaringologija*. Ljubljana: Mladinska kniga.

Klemm, E., & Nowak, A. K. (2017). Tracheotomy-Related Deaths. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(16), 273–279.



- McEvoy, T. P., Seim, N. B., Aljasser, A., Elmaraghy, C. A., Ruth, B., Justice, L., ... Jatana, K. R. (2017). Prevention of post-operative pediatric tracheotomy wounds: A multidisciplinary team approach. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 97, 235–239.
- Patel, S. A., & Meyer, T. K. (2014). Surgical airway. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 4(1), 71–6.
- Pratt, L. W., Ferlito, A., & Rinaldo, A. (2008). Tracheotomy: Historical review. *Laryngoscope*, 118(9), 1597–1606.
- Shah, R. K., Lander, L., Berry, J. G., Nussenbaum, B., Merati, A., & Roberson, D. W. (2012). Tracheotomy outcomes and complications: a national perspective. *The Laryngoscope*, 122(1), 25–9.
- Shen, G., Yin, H., Cao, Y., Zhang, M., Wu, J., Jiang, X., ... Lu, W. (2018). Percutaneous dilatational tracheostomy versus fibre optic bronchoscopy-guided percutaneous dilatational tracheostomy in critically ill patients: a randomised controlled trial. *Irish Journal of Medical Science*.
- Thiessing, J., Werner, A. J., & Rettinger, G. (2011). *ENT - Head and Neck Surgery: Essential Procedures*. Thieme.
- Ulkumen, B., Eskiizmir, G., & Celik, O. (2018). The Safety of Open Surgical Tracheotomy Performed by Otorhinolaryngology Residents. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 34(3), 600–605. <http://doi.org/10.12669/pjms.343.14907>
- Ülkümen, B., Eskiizmir, G., Tok, D., Çivi, M., & Çelik, O. (2018). Our Experience with Percutaneous and Surgical Tracheotomy in Intubated Critically Ill Patients. *Turkish Archives of Otorhinolaryngology*, 56(4), 199–205. <http://doi.org/10.5152/tao.2018.3603>
- Urbančič, J. (2008). Anatomija in fiziologija respiratornega trakta. In T. Miklavčič (Ed.), *Menjava trahealnih kanil : izobraževalni seminar : zbornik predavanj* (pp. 1–3). Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo Ljubljana.
- Urbančič, J. (2012). Bolnik s traheostomo. In M. Žargi, I. Hočevar-Boltežar, & S. Battelino (Eds.), *Otorinolaringološki problemi v vseh življenjskih obdobjih : izbrana poglavja 4* (pp. 59–66). Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo: Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD.
- van Heurn, L. W., & Brink, P. R. (1996). The history of percutaneous tracheotomy. *The Journal of Laryngology and Otology*, 110(8), 723–6.
- Warner, M. A., Smith, H. M., & Zielinski, M. D. (2016). Impaired Ventilation and Oxygenation After Emergency Cricothyrotomy: Recommendations for the Management of Suboptimal Invasive Airway Access. *A & A Case Reports*, 7(10), 212–214.
- Zhu, H., Das, P., Brereton, J., Roberson, D., & Shah, R. K. (2012). Surveillance and management practices in tracheotomy patients. *The Laryngoscope*, 122(1), 46–50.
- ZZZS. (2018). Seznam medicinskih pripomočkov s šifrantom, medicinskimi kriteriji, pooblastili, postopki in cenovnimi standardi. Retrieved January 10, 2019, from <http://www.zzzs.si/egradivap/DFDC914987E44E2AC1257353003EC73A>

OSKRBA DIHALNE STOME THE BREATHING STOMA CARE

Tatjana Vidnjevič, dipl. m. s., ET
Mojca Žurga, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana
Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo,
Zaloška cesta 2, Ljubljana
tatjana.vidnjevic@kclj.si



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

Izraz dihalna stoma (traheostoma) se nanaša na kirurško ustvarjanje odprtine v sprednji trahealni steni, da se zagotovi zračno pot. Z vzpostavitvijo umetne dihalne poti (dihalne stome) vdihani zrak zaobide zgornje dihalne poti. Pacienti so tako izpostavljeni resnemu tveganju zaradi spremenjene dihalne poti. Zato je še vedno mnogo medicinskih sester zaskrbljenih, ko se srečajo z dihalno stomo in težavami, ki jih le-ta povzroča. Pomembno je, da medicinske sestre znajo te težave pravilno oceniti in jih nato z aktivnostmi zdravstvene nege zmanjšati na najmanjšo možno mero. To pa je možno doseči le z ustrežno izobrazbo medicinskih sester, ki skrbijo za to skupino pacientov. Zdravstvena nega pacienta z dihalno stomo je še vedno in ostaja zahtevno ter specifično področje.

Ključne besede: dihalna stoma, traheostoma, pacient, oskrba/skrb za dihalno stomo, medicinska sestra

ABSTRACT

The expression breathing stoma (tracheostoma) relates to a surgical opening in the front tracheal wall to enable air flow to pass through. By establishing artificial breathing path (breathing stoma), inhaled air bypasses upper breathing paths. The change of breathing path exposes patients to serious risk. That is why, many nurses feel uncomfortable when they come across the breathing stoma and the difficulties caused by it. It is important that nurses are able to assess difficulties correctly and to minimize them to the lowest rate possible by using the appropriate medical care. This goal is obtainable only by proper education of nurses who take care of this particular group of patients. Medical care of a patient with breathing stoma is and stays a demanding and specific area.

Keywords: breathing stoma, tracheostoma, patient, breathing stoma care, nurse

UVOD

Z napredkom moderne medicine in dolgotrajnega zdravljenja najtežjih pacientov število dihalnih stom narašča, kar pomeni, da bo vse več medicinskih sester (MS) moralo znati voditi pacienta z dihalno stomo. Traheostomije so tudi v okviru splošnih oddelkov/enot vse pogostejše in od MS se pričakuje vse več znanja (Docherty & Bench, 2002). Predvsem je potrebno specifično znanje s tega področja, ki bo MS omogočalo ustrezno izvajanje zdravstvene nege (ZN) pri pacientih z dihalno stomo (Crimlisk, et al., 2006).

Traheostoma je kirurško narejena odprtina na začetku spodnjih dihalnih poti, po navadi v višini 2. in 3. ali 3. in 4. trahealnega obročka (North West Regional Tracheostomy Group, 2010). Zaradi te »odprtine« pride pri pacientu do fizioloških sprememb dihalne poti in dihanja, kar je lahko življenje ogrožajoče zanj. Zato je še vedno mnogo MS zaskrbljenih, ko se srečajo z dihalno stomo in težavami, ki jih le-ta povzroča. Predvsem je pomembno, da MS znajo te težave pravilno oceniti in jih nato z aktivnostmi ZN zmanjšati na najmanjšo možno raven (Buglass, 1999).

Kakovost ZN, ki so je deležni tovrstni pacienti, je tako odvisna ravno od ravni znanja MS in



njihovih veščin, ki jih pridobijo skozi leta ter s spremljanjem strokovne literature in novostmi s tega področja (Wilson, 2005).

DIHALNE STOME/TRAHEOSTOME

Traheostomija je eden od postopkov v kirurgiji, ki se ga v zgodnjih časih ni opravljalo prav pogosto ravno zaradi zapletov in nizkega odstotka uspešnosti (Ferlito, et al., 2003). Poznamo kirurško (odprto, konvencionalno) in perkutano (dilatacijsko) traheostomijo (Fischinger, 2008). Lahko se jo izvede v splošni ali lokalni (področni) anesteziji.

Indikacije za dihalno stomo so:

- zapora dihanja v predelu zgornjih dihal/dihalnih poti;
- v primeru, da bi endotrahealni tubus oviral operativni poseg in celjenje v predelu zgornjih dihalnih poti;
- kadar se oceni, da bi bila endotrahealna intubacija, ki bi bila potrebna pri operativnih posegih v drugih predelih telesa, skrajno težavna in/ali rizična ali celo neizvedljiva;
- sekretorna zapora spodnjih dihalnih poti (Fischinger, 2008).

Kdaj je primernejša kirurška ali perkutana traheostomija, si avtorji niso enotnega mnenja, a se jih večina strinja, da je za paciente v enotah intenzivne terapije primernejša dilatacijska traheostomija (Fischinger, 2008).

Vrste dihalnih stom/traheostom

Dihalne stome se deli na začasne in stalne. Začasno traheostomo se vzdržuje toliko časa, da je traheostomiran pacient ponovno sposoben varno in zadovoljivo dihati po naravni poti (Fischinger, 2008). Po odstranitvi trahealne kanile se običajno dihalna stoma zapre/zaraste v nekaj dneh, približno tednu dni ali dlje. V kolikor se ne zapre spontano, jo je potrebno kirurško zapreti.

Stalno traheostomo imajo običajno tisti pacienti, ki jim je bilo zaradi raka grla ali žrela odstranjeno grlo. Pri teh pacientih je dihalna stoma lažje prepoznavna, ker je zgornji, prosti del sapnika po odstranitvi grla našit na kožo vratu, kar daje videz širokega lijaka. Začasne traheostome včasih lahko zaradi različnih vzrokov postanejo tudi stalne. So nekoliko ožje kot pri laringektomiranih pacientih, so pa dobro epitelizirane (Fischinger, 2008). MS, ki nimajo znanja in izkušenj z dihalnimi stomami, bodo le-te mogoče lažje prepoznale s pomočjo pacientove anamneze in/ali medicinske dokumentacije.

Zdravstvena nega pacienta po vzpostavitvi dihalne stome/traheostome

MS, ki skrbi za traheostomiranega pacienta in izvaja ZN pri njem, mora:

- ustrezno oceniti njegovo dihanje;
- presoditi, katero metodo vlaženja/inhalacij potrebuje ter kdaj;
- vedeti, kdaj in kako traheostomiranega pacienta aspirirati, poznati indikacije in zaplete aspiracije;
- vedeti, kako oskrbeti dihalno stomo in njeno okolico;
- poznati trahealne kanile ter njihovo uporabo;



- vedeti, kako ravnati v primeru slabo prehodne ali neprehodne trahealne kanile;
- vedeti, kako ukrepati v primeru izpada trahealne kanile (Žurga, 2010).

ZN pacienta z dihalno stomo zahteva od MS tudi poznavanje osnov anatomije delovanja dihal in respiratorne funkcije. Znanje s tega področja ji bo v pomoč pri načrtovanju ZN. Z zgodnjim prepoznavanjem simptomov, ki kažejo na spremembe in/ali zaplete v respiratornem statusu bo tako lahko s pravočasno intervencijo ZN preprečila (Ministry of Health, Singapore, 2010).

Pri izvajanju aktivnosti ZN pacienta po traheostomiji je pomembno, da MS pri pacientu pozorno opazuje, posluša ter prepozna motnje dihanja. Pozorna mora biti na težko (dispnoično) dihanje, če je pacient brez »sape«, pri težavnem uvajanju aspiracijskega katetra v trahealno kanilo in/ali trahejo, pri naraščajoči frekvenci dihanja in/ali pulza ter padca SpO₂ pod 90 % (Dixon, 2003).

Po operativnem posegu je potrebna priprava posteljne enote, ki naj bo opremljena z možnostjo stalnega monitoringa, da MS spremlja vitalne znake in opazuje zdravstveno stanje pacienta z dihalno stomo. Bolniška postelja naj ima možnost uravnavanja višine ter dviga in spusta vzglavja. Vzglavje bolniške postelje naj bo dvignjeno za 30–45 stopinj, razen če navodila zdravnika niso drugačna. V primeru, da pacient ni nameščen v intenzivno enoto, mora imeti na dosegu roke klicno napravo.

Pri vsakem operativnem posegu, tudi pri traheostomiji, obstaja verjetnost pojava zapletov. Za MS je pomembno, da je z njimi seznanjena ter da ve, kako ukrepati, v kolikor pride do njih. Zapleti se lahko pojavijo že med samim posegom, tik po posegu ali celo kasneje. MS mora vedeti, kako ukrepati v primeru krvavitve, izpada in zapore/zamašitve trahealne kanile, pnevmotoraksa, podkožnega emfizema itd. (North West Regional Tracheostomy, 2010). Majhne krvavitve so dokaj pogost pojav prvih nekaj dni po traheostomiji. Po navadi se pojavljajo 24–48 ur po operativnem posegu. Podkožni emfizem je posledica uhajanja zraka v podkožje, MS naj zato večkrat pregleda in pretipa vrat in zgornji del prsnega koša (Dixon, 2003).

Prioritetne naloge MS po vzpostavitvi dihalne stome so: vzdrževanje prehodnih dihalnih poti, zagotovitev varnosti trahealne kanile (da le-ta ne izpade iz dihalne stome/traheje) in vlaženje vdihanega zraka. Pri tem pomaga MS znanje o trahealnih kanilah, aparaturah in materialih, ki se jih uporablja pri oskrbi traheostomiranega pacienta. MS mora znati z njimi ravnati, da se bo pacient z dihalno stomo počutil varno in udobno (Regan & Dallachiesa, 2009).

Traheostoma pacientu onemogoča, da bi zadovoljivo povečal svoj intraabdominalni pritisk, da bi lahko kašljal in tako očistil sluz iz dihalnih poti. Dihalna cevka povzroči draženje, kar privede do povečane tvorbe sluzi (Hooper, 1996). To sluz/sekrecijo bo MS skušala odstraniti z aspiracijo. Položaj pacienta pri aspiraciji naj bo sedeč, z nogami čez rob bolniške postelje. V kolikor je to neizvedljivo ali če obstajajo kontraindikacije, naj bo vzglavje bolniške postelje dvignjeno vsaj za 30 ali več stopinj (Carpen, 2005).



Navodila, ki naj jih MS upošteva pri aspiraciji traheostomiranega pacienta, so:

- ne aspirirati rutinsko, ampak le na podlagi indikacij;
- izbrati ustrezen aspiracijski kateter;
- aspiracijski kateter vstaviti in odstraniti nežno ter brez vrtenja;
- uporabljati nizek vakuumski/negativni pritisk (največ 150 mmHg);
- ne aspirirati pregloboko (do konice trahealne kanile/endotrahealnega tubusa) (AARC, 2010);
- ne aspirirati dlje kot 15 sekund (Buglass, 1999; Roman, 2005; Feber, 2006; Ireton, 2007) in ne več kot trikrat zaporedoma;
- med aspiracijo opazovati pacienta in vitalne funkcije na monitorju (AARC, 2010).

Trahealna kanila se lahko zapre/zamaši zaradi strdkov sluzi, zato je potreben stalen nadzor dihanja in prehodnosti trahealne kanile (Feber, 2006). Zapora le-te se lahko zmanjša in/ali prepreči z vlaženjem, aspiracijo dihalnih poti in skrbno oskrbo trahealne kanile in/ali notranjega dela (North West Regional Tracheostomy, 2010). Metode vlaženja so pomemben dejavnik v ZN pacienta z dihalno stomo. Z vstavitvijo dihalne cevke v trahejo vdihani zrak zaobide naravni sistem filtriranja, ogrevanja in vlaženja, ki se nahaja v zgornjih dihalnih poteh. Zato je pomembno, da se toplota in vlažnost nadomestita na drug način (Clarke, 1995; Freeman, 2011). V kolikor je potreba po vlaženju pravilno ocenjena in aplicirana, se lahko potreba po aspiraciji bistveno zmanjša.

Napotki, ki so lahko MS v pomoč pri spremljanju prehodnosti dihalnih poti pri pacientu z dihalno stomo:

- MS naj preveri, ali pacient diha brez napora in z lahkoto (svojo neorokavičeno dlan naj postavi pred trahealno kanilo, na dlani bo čutila dober pretok zraka, ko bo pacient izdihnil);
- če ni kontraindikacij, naj se pri traheostomiranih pacientih vedno uporablja trahealno kanilo z notranjim delom (notranji del trahealne kanile se lahko odstrani in očisti tako pogosto, kot je potrebno);
- pomembno je ustrezno vlaženje, ker se tako lahko prepreči tvorbo strdkov sluzi ter zaporo dihalnih poti. V primeru goste in čepaste sekrecije je potrebno vlaženje na 2–4 uri (Buglass, 1999);
- v primerih, ko je kontraindicirana trahealna kanila z notranjim delom, je bistvenega pomena stalno vlaženje in menjava trahealne kanile tako pogosto, kot je potrebno (Feber, 2006);
- priporoča se, da je ob bolniški postelji traheostomiranega pacienta set za prvo pomoč, ki ga MS lahko uporabi v primeru izpada/zapore trahealne kanile (set naj vsebuje: trahealno kanilo iste vrste in velikosti ter številko manjšo, dilatator – trahealni raztezalnik (Roman, 2005), ukrivljen hemostat (pean) ter 10 ml brizgo) (Regan & Dallachiesa, 2009; Frace, 2010). Prisotnost seta je še posebej pomembna na tistih oddelkih/enotah, kjer se s traheostomiranimi pacienti srečujejo redkeje.

V bolniški sobi pacienta z dihalno stomo morata biti obvezno prisotna material za aspiracijo (aspiracijski katetri različnih velikosti, sterilno mazilo na vodni osnovi ter sterilne rokavice) in aspiracijska enota. Povezovalno cev za aspiracijo je potrebno menjavati na 24 ur (pri menjavi je potrebno upoštevati protokol v posamezni zdravstveni ustanovi in navodila proizvajalca), razkužilo/tekočino za spiranje povezovalne cevi pa na 8–24 ur, odvisno od



protokola v posamezni zdravstveni ustanovi oziroma navodil proizvajalca. V bolniški sobi mora biti tudi kisik in pripomočki za aplikacijo kisika ter preiskovalne rokavice (Timon, et al., 2013).

Zahtevana oprema in material morata biti v bolniški sobi pacienta z dihalno stomo ves čas in MS je odgovorna za razpoložljivost le-teh. Preveri naj jo vedno ob začetku svoje izmene (Russell, 2005; Newmarch, 2006).

URGENTNA STANJA PRI PACIENTU Z DIHALNO STOMO

MS mora znati ravnati v primeru zapletov, da bo lahko traheostomiranemu pacientu zagotovila prehodno dihalno pot in ustrezno respiratorno funkcijo.

Prva pomoč pri izpadu trahealne kanile

V takšni situaciji je osnovno pravilo, da MS zagotovi pacientu prosto dihalno pot. MS naj poskuša trahealno kanilo čim prej vstaviti nazaj v dihalno stomo/trahejo. V primeru, da je to neizvedljivo ali pri vstavitvi začuti upor, naj s silo tega ne poskuša. Boljše je, da izbere eno številko manjšo trahealno kanilo ali celo aspiracijski kateter, če ni na voljo manjše trahealne kanile. Lahko pa MS vstavi v trahejo tudi endotrahealni tubus. Pomembno je, da se traheostoma ne zapre, kajti to je za pacienta lahko usodno. Če MS ne uspe vzpostaviti proste dihalne poti v nekaj minutah, naj nemudoma pokliče zdravniško pomoč (Dixon, 2003).

Krvavitev iz traheostome in prva pomoč

Ob pojavu krvavitve je pomembno takojšnje in pravilno ukrepanje MS, ki se po navadi prva sooči s krvavitvijo ter ukrepa ob njej. Krvavečega pacienta nikoli ne pustimo samega (MacKay & Cook, 2009). Ob krvavitvi je potrebno nemudoma napihni tesnilko na trahealni kanili (Feber, 2004). Namen napihnjene tesnilke je preprečitev zatekanja krvi v pljuča. V primeru, da traheostomiran pacient nima trahealne kanile s tesnilko, jo je potrebno zamenjati z ustrezno in tesnilko napihniti. Krvavečemu pacientu se lahko vstavi v traheostomo tudi daljšo oziroma podaljšano trahealno kanilo ali endotrahealni tubus (Makar, 2002). Ves čas oskrbe krvavečega pacienta je prioriteta naloga MS vzdrževanje proste dihalne poti, kar skuša doseči z aspiracijo (Veberič & Žurga, 2010).

Dihalna stiska pacienta s traheostomo

V tej situaciji je najpomembnejše, da MS aplicira kisik pacientu na traheostomo in ne na nos in/ali usta. Traheostomiran pacient ne diha skozi nos in/ali usta temveč skozi odprtino na vratu, tj. dihalno stomo. Ključnega pomena pri dihalni stiski je poznavanje razlik v anatomiji respiratornega sistema traheostome. Pacienta je potrebno predihavati na trahealno kanilo in ne na usta (Freeman, 2011). Vstavi naj se mu trahealno kanilo s tesnilko, ki se jo napihne in začne s predihavanjem.



DISKUSIJA

Pri oskrbi pacienta z dihalno stomo ni zaslediti bistvenih razlik pri nas in v tujini. Različni avtorji so mnenja da ima MS pomembno vlogo pri preprečevanju zapletov pri pacientu z dihalno stomo. S svojimi aktivnostmi, kot so aspiracija dihalnih poti, skrb za okolico traheostome, vlaženje vdihanega zraka itd., lahko prepreči nadaljnje zaplete.

Literatura navaja tri najpogostejše zaplete pri pacientu z dihalno stomo: krvavitev iz traheostome, izpad trahealne kanile in dihalno stisko. V omenjenih situacijah je MS prva ob pacientu in z ustreznim ukrepanjem mu lahko reši življenje.

Ker je področje dihalnih stom in z njimi povezane ZN zelo ozko specializirano področje, pridobijo MS v formalnem izobraževanju premalo znanja za delo s to skupino pacientov, kar kaže na potrebe po dodatnem izobraževanju MS oz. specializaciji MS, ki bi bile posebej usposobljene za delo s traheostomiranimi pacienti.

Da bi se v bolnišnicah vzdrževalo visoko kakovost ZN in preprečevalo zaplete pri traheostomiranih pacientih, ki so lahko posledica neustrezne oskrbe, morajo MS poznati najboljšo prakso. Dolgoročno bi lahko to dosegli z izdelavo standardov, ki bi bili MS v pomoč pri tem, saj je oskrba pacienta z dihalno stomo zahtevno in specifično področje, ki zahteva od MS vseživljenjsko izobraževanje in usposabljanje s tega področja.

ZAKLJUČEK

Zapora trahealne kanile/dihalne stome predstavlja za pacienta resen problem, ki je povezan z njegovo spremenjeno dihalno potjo. To tveganje bodo MS lahko bistveno zmanjšale, če bodo imele ustrezna znanja, ki jim bodo v pomoč v tovrstnih situacijah. Smernice dobre oskrbe traheostomiranega pacienta naj bodo zato z dokazi podprte. Namen tega je, da bodo MS lažje izvajale varno in kakovostno oskrbo pacienta z dihalno stomo.

Pri tem je vloga in naloga MS izjemno pomembna, saj morajo naučiti in pripraviti traheostomiranega pacienta na samostojno življenje v domačem okolju.

LITERATURA

American Association for Respiratory Care - AARC, 2010. Clinical Practice Guidelines, Endotracheal Suctioning of Mechanically Ventilated Patients with Artificial Airways. *Respir Care*, 55 (6), pp. 758–764.

Buglass, E., 1999. Tracheostomy Care: Tracheal Suctioning and Humidification. *Br J Nurs*, 8 (8), pp. 500–504.

Carpen, H., 2005. Tracheostomy Care Guidelines. Nepean Hospital: april 2005. Third draft, ICU Liaison CNC, pp. 3–31.

Clarke, L., 1995. A Critical Event in Tracheostomy Care. *Br J Nurs*, 4 (12), pp. 676–681.



- Crimlisk, J.T., O'Donnell, C., Grillone, G.A., 2006. Standardizing Adult Tracheostomy Tube Styles. *Dimens Crit Care Nurs*, 25 (1), pp. 35–43.
- Docherty, B., Bench, S., 2002. Tracheostomy Management for Patients in General Ward Settings. *Prof Nurse*, 18 (2), pp. 100–104.
- Dixon, L., 2003. Tracheostomy: Postoperative Recovery. *Perspectives: Recovery Strategies from the OR to Home*, 1 (1), pp. 1–8.
- Fischinger, J. 2008. Kirurška in perkutana traheostomija in konikotomija. In: Miklavčič, T., et al. eds. *Menjava trahealnih kanil: Izobraževalni seminar: Zbornik predavanj*, Ljubljana, maj 2008. Ljubljana: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo, pp. 7–12.
- Feber, T., 2006. Tracheostomy Care for Community Nurses: Basic Principles. *Br J Com Nurs*, 11 (5), pp. 186–193.
- Feber, T., ed. 2004. *Head and Neck Oncology Nursing*. London and Philadelphia: Whurr Publishers LTD, pp. 89–120.
- Ferlito, A., Rinaldo, A., Shaha, A.R., Bradley, P.J., 2003. Percutaneous Trachotomy. *Acta Otolaryngol*, 123, pp. 1008–1012.
- Frace, M.A., 2010. Tracheostomy Care on the Medical-Surgical Unit. *Medsurg Nurs*, 19 (1), pp. 58–61.
- Freeman, S., 2011. Care of adult patients with a temporary tracheostomy, *Nursing Standard* 26 (2), pp. 49–56.
- Hooper, M., 1996. Nursing Care of the Patient with a Tracheostomy. *Nurs Stand*, 10 (34), pp. 40–43.
- Ireton, J., 2007. Tracheostomy Suction: A Protocol for Practice. *Pediatric Nurs*, 19 (10), pp. 14–18.
- MacKay, F., Cook, C., 2009. Policy, Procedure & Guidelines for the Management of Carotid Artery Rupture Related to the Terminal Care of the Head & Neck Cancer Patient. Royal United Hospital Bath NHS Trust, pp. 1–29.
- Makar, E., 2002. Chronic Tracheostomy. *Annals of Long - Term Care*, 10 (9), pp. 28–32.
- Ministry of Health, Singapore , 2010. Nursing Management of Adult Patients with Tracheostomy. Available at: https://www.moh.gov.sg/content/dam/moh_web/HPP/Nurses/cpg_nursing/2010/adult%20patients%20with%20tracheostomy%20-%20book.pdf [14.2.2014].
- Newmarch, C., 2006. Caring for the Mechanically Ventilated Patient: part two. *Nurs Stand*, 20 (18), pp. 55–64.
- Regan, E.N., Dallachiesa, L., 2009. How to Care for a Patient with a Tracheostomy. *Nursing*, 39 (8), pp. 34–39.
- Roman, M., 2005. Tracheostomy Tubes. *Med Nurs*, 14 (2), pp. 143–145.
- Russell, C., 2005. Providing the Nurse with a Guide to Tracheostomy Care and Management. *Br J Nurs*, 14 (8), pp. 428–433.



Timon, C., Kinsella, J., Stassen, L., Fagan, C., Moriarty, J., Deegan, C., Brady, A., 2013. Tracheostomy Care Guidelines, Guidelines Number: SJH: N (G): 009; Version 4, pp. 2–44. Available at: <http://www.stjames.ie/GPsHealthcareProfessionals/ConferencesCourses/TracheostomyTalks/Tracheostomy%20Guidelines%20%282013%29.pdf> [10.12.2014].

North West Regional Tracheostomy Group, 2010. Tracheostomy Training Resources, 2010. A guide to Tracheostomy Management in Critical Care and beyond.. Available at: <http://tracheostomy.org.uk/Tracheostomy/Trachy%20Printed%20Materials/NW%20Regional%20Tracheostomy%20Background%20Resources.pdf> [10.12.2014].

Veberič, B., Žurga, M., 2010. Prva pomoč in zdravstvena nega bolnika s krvavitvijo iz traheostome. In: Smogavec, M., et al. eds. Krvavitev na ORL področju: Zbornik predavanj z recenzijo, 1. strokovno izobraževanje, Ljubljana, 8. oktober 2010. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v otorinolaringologiji, pp. 22–28.

Wilson, M., 2005. Tracheostomy management. *Pediatric Nurs*, 17 (3), pp. 38–43.

Žurga, M., 2010. Vodenje traheostomiranega pacienta z vidika strokovne pristojnosti medicinske sestre. Diplomsko delo. Univerza v Ljubljani, Zdravstvena fakulteta: Oddelek za zdravstveno nego, pp. 14–31.

ZDRAVSTVENA NEGA PACIENTA S TORAKOSTOMO NURSING MANAGAMENT OF PATIENT WITH THORACOSTOMY

Polona Gorjup, dipl. m. s.

Univerzitetni klinični center Ljubljana
KO za torakalno kirurgijo
polona.gorjup@kclj.si



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

Torakostoma je skrajni operativni poseg pri zdravljenju kroničnega plevralnega empiema, ki je izveden, ko ostali postopki zdravljenja niso uspešni ali pa je pacient v splošno slabi kondiciji. Cilj torakostome je, da se votlino z empiemom učinkovito očisti in zmanjša. Torakostoma je pogosto videti zelo globoka in iz nje se širi neprijeten vonj. Pacient po operaciji potrebuje popolno pomoč pri izvajanju življenjskih aktivnosti, pojavi se veliko potreb in težav, ki jih mora medicinska sestra prepoznati in pravilno ukrepati. Prve dni po operaciji izvaja prevezo torakostome zdravnik po aseptični tehniki. Medicinska sestra pri prevezi aktivno sodeluje. Potrebno je stalno opazovanje in nadzor nad pacientovim stanjem, počutjem. Ko se zdravstveno stanje pacienta izboljša in torakostoma ni več obravnavana kot akutna rana, je pacient odpuščen v domačo oskrbo. Medicinska sestra mora imeti veliko znanja in izkušenj za učenje pacienta in njegovih svojcev. Pacienta mora fizično in psihično pripraviti, kako skrbeti za torakostomo in kako živeti z njo. Povezati se mora s patronažno službo v kraju, kjer pacient biva. Patronažni medicinski sestri mora pisno in ustno posredovati vsa strokovna navodila glede oskrbe torakostome.

Ključne besede: torakostoma, medicinska sestra, patronažna medicinska sestra, zdravstvena nega

ABSTRACT

Thoracostomy is the ultimate (last resort) operative procedure in the treatment of chronic pleural empyema, which is executed, while the rest of the procedures of treatment are not successful or the patient is in bad general shape. The aim of thoracostomy is to clean and reduce empyema cavity effectively. The thoracostomy often looks very deep and the obnoxious smell spreads from it. The patient after surgery needs complete assistance in the implementation of social activities, and has a lot of needs and problems, which require the nurse to identify them and take the right actions to solve them. In the first days after surgery, wound dressing of thoracostomy is performed by the doctor according to the aseptic technique, and the nurse is actively involved. The continuous observation and control of patient's status as well as health is necessary. Nurse is involved in the process of preparing the patient for surgery, in his/her treatment after the surgery, in his/her discharge from hospital to the home environment, and in his/her monitoring during the home care service.

When the health condition of the patient improves and the thoracostomy is no longer considered an acute wound, the patient is released to home care. The nurse must possess knowledge and experience for educating the patient and his/her family, and prepare the patient physically and mentally for how to care for thoracostomy and how to live with it. The nurse must maintain regular contact with local home care service where the patient resides and pass to them all information about the care of the thoracostomy.

Keywords: thoracostomy, nurse, home care service, nursing management

TEORETIČNE OSNOVE

Torakostoma ali odprta torakalna drenaža (slika 1) je skrajni operativni postopek pri



zdravljenju kroničnega plevralnega empiema. Pomeni varen način zdravljenja, kadar ostali postopki zdravljenja niso uspešni ali kadar je pacient v preslabi splošni kondiciji. Pogoji, ki mora biti izpolnjen, je, da so pljuča z adhezijami prilepljena na plevro, kar omogoča, da ostanejo razpeta in ne pride do pnevmotoraksa kot komplikacije odprte torakalne drenaže (Šubic, 2006). Poseg je opravljen v splošni anesteziji, in sicer tako, da se naredi incizija med rebri, nato pa odstrani del dveh ali več reber in vstopi v plevralni prostor. Tako nastala odprtina ostane odprta nekaj mesecev, lahko tudi leto ali dve, da se očisti, nato pa se defekt operativno prekrije.



Slika1: Torakostoma (Vir: Gorjup, 2005)

Torakostomo se izvede pri pacientih s kroničnim empiemom, ki potrebujejo dalj časa trajajočo drenažo. Prednost torakostome je, da omogoča dnevno izpiranje in čiščenje votline. Zdravljenje je dolgotrajno, le v redkih primerih se stoma spontano zaraste, odvisno od velikosti in oblike odprtine. Večinoma je odprtina prevelika in mora ostati odprta, dokler se čisti. Kasneje se lahko tudi po šestih mesecih ali več, ko zdravnik oceni, da je votlina čista, opravi torakoplastiko (slika 2 in 3) ali torakomioplastiko (Gorjup, 2008).



Sliki 2 in 3: Stanje po torakoplastiki pri vdihu (Gorjup, 2004)



Torakostoma predstavlja kronično rano, ki zahteva specifično zdravstveno nego po navodilih kirurga (Kodila, 2008), hkrati pa zahteva strokovno timsko sodelovanje (zdravnik, medicinska sestra, farmacevt, respiratorni fizioterapevt, lokomotorni fizioterapevt, dietetik). Prve dni po operativnem posegu izvaja prevezo torakostome zdravnik po aseptični metodi. Sluznica stome je občutljiva, hitro zakrvari, v globini stome so vidni številni žepi sluznice in s pravilno usmerjeno svetlobo v stomi lahko vidimo »utripanje perikarda«. Ker je nevarnost poškodbe in krvavitve velika, prevezo izvaja zdravnik v akutni fazi celjenja rane. Ko je sluznica zadebeljena, je tudi nevarnost poškodbe in krvavitve manjša, rana preide v kronično obliko in prevezo izvaja medicinska sestra.

Zdravnik v torakostomo vloži sterilni material; največkrat so to sterilni zloženci, ki jih je potrebno prešteti in število vpisati na temperaturni list. Uporabi pa se lahko tudi sterilno gazo, zloženo v rolo (slika 4), ki je v enem kosu, kar je zelo uporabno in varno predvsem pri večjih stomah. Zložence ali rologazo prepojimo z Ringerjevo raztopino, ogreto na telesno temperaturo, in jo pred vstavitvijo v stomo ožmemo, pri čemer tekočina ne sme kapljati od materiala. Nekaj dni po posegu je izločka veliko, širi se tudi neprijeten vonj, zato medicinska sestra zamenja sekundarno oblogo, če je le-ta prepojena z izločkom. Pomembno je opazovati barvo in količino izločka, dokumentirati in obvestiti zdravnika. Kompletno prevezo se izvaja enkrat dnevno.



Slika 4: Rola gaza v torakostomi (Gorjup, 2017)



Slika 5: Preveza torakostome (Gorjup, 2017)



Preveza torakostome (slika 5) predstavlja za pacienta neprijeten poseg, pogosto tudi boleč, predvsem v akutni fazi, zato je ugotavljanje prisotnosti in stopnje bolečine zelo pomembno. Zdravnik naroči aplikacijo analgetika že pred izvedbo preveze. Če je bolečina med prevezo še prisotna, je potrebno ponovno aplicirati analgetik v intravenozni obliki. Kasneje, ko sluznica ni več tako občutljiva, sta tudi prisotnost ter stopnja bolečina manjši.

Pri pacientu s torakostomo so nekatere življenjske aktivnosti po operaciji še posebej v ospredju. Pojavi se veliko težav in potreb, pri katerih pacient potrebuje delno ali popolno pomoč (Smrke Kumer, 2003). Pomembna je individualno prilagojena pomoč pri dihanju, prehranjevanju, izločanju, gibanju, osebni higieni in oblačenju, spanju, komunikaciji, zagotavljanju varnosti ter lažšanju bolečine. Potreben je stalen nadzor in opazovanje.

Ko se zdravstveno stanje pacienta izboljša in je izločka precej manj, je pacient s torakostomo odpuščen v domačo oskrbo, kjer zanj skrbijo svojci in patronažna medicinska sestra. Medinska sestra mora imeti znanje in izkušnje za učenje pacienta in njegovih bližnjih. Pacienta mora pripraviti na odpust iz bolnišnice in ga naučiti, kako živeti s torakostomo. Povezati se mora s patronažno službo v kraju, kjer pacient prebiva. Pisno in po telefonu mora posredovati vsa navodila, ki so potrebna za življenje pacienta s torakostomo doma. Navodila morajo vsebovati informacije o načinu čiščenja in prevezovanja torakostome ter informacije o preventivi pred okužbo ali drugimi možnimi zapleti. Velik poudarek je tudi na okolici stome in pritrditvi obveze, da le-ta ne poškoduje predela kože okrog stome. Najbolj učinkovito in najenostavnejše je, da se torakostoma doma tušira s tekočo vodo, ki ima temperaturo, prilagojeno telesni temperaturi. Število zložencev mora biti natančno prešteto in zabeleženo, da se ne pozabi kakšnega kosa v stomi, kar lahko povzroči okužbo in nastanek zapletov. Zelo pomembno je poudariti, da sta potrebni skrb za kožo okrog stome in pravilna izbira pritrtilnega materiala. Najpogosteje uporabljamo mrežico, ki je koži najbolj prijazna in jo lahko pacientu kar oblečemo oz. jo počasi raztegnemo preko sekundarne obloge (vatiranca) na torakostomi. S tem se izognemo poškodbi kože, ki jo pogosto povzroči lepilni trak. Pomembno je tudi opazovanje barve in količine izločka, vonja ter barve, izgleda kože, ki se lahko spremeni zaradi izločka, lahko se pojavi vnetje. Veliko je informacij, ki jih mora medicinska sestra posredovati patronažni medicinski sestri. Torakostoma ni pogosta in predstavlja strah pred neznanim tudi za patronažno medicinsko sestro, zato je dobrodošlo in v zadnjem času tudi vse bolj pogosto, da se dogovorimo za obisk, ko je pacient še v bolnišnici. S praktičnim prikazom medicinska sestra lažje in bolj učinkovito posreduje vse informacije, ki jih bo potrebovala patronažna medicinska sestra, ko bo skrbela za pacienta v domačem okolju. S tem se tudi bistveno zmanjšata strah in nelagodje.

Pogostost ambulantnih pregledov, pogovorov se opravi glede na stanje stome, pacienta. Vsaka obravnava poteka individualno. Omogočena je tudi večkratna komunikacija s patronažno medicinsko sestro prek telefona ali osebno.

Po odpustu v domačo oskrbo medicinska sestra pacienta pokliče domov in se pozanima o njegovem počutju. Ob morebitnih težavah lahko pacient pokliče dežurnega zdravnika ali tudi na oddelek, zato mu posredujemo telefonsko številko, ki je zapisana tudi v odpustnem



pismu, namenjenem njegovemu izbranemu zdravniku, in pa v pisni predaji (sestrskem poročilu), ki je namenjena patronažni medicinski sestri.

DISKUSIJA

Z opazovanjem, zbiranjem in dokumentiranjem ugotovljenega stanja pacienta ter z izkušnjami in strokovnim znanjem medicinske sestre je pacient s torakostomo celostno obravnavan. Strokovno izobraževanje in izpopolnjevanje na tem področju zagotavlja kakovostno zdravstveno nego pacienta s torakostomo.

Rezultati

Izkušnje so pokazale, da je komunikacija med medicinsko sestro na oddelku in patronažno medicinsko sestro po odpustu pacienta s torakostomo izjemnega pomena. Ker torakostoma ni pogost operativni poseg (v zadnjem času 2015–2017 se je število torakostom povečalo za 22 %), tudi pacientov s torakostomo ni veliko v domači oskrbi, čeprav število narašča, zato so timsko sodelovanje, odnos in komunikacija zelo pomembni. Primer pacienta s široko, globoko torakostomo, ki je bil odpuščen domov, kjer sta zanj skrbeli njegova žena in patronažna medicinska sestra, s katerima smo pogosto komunicirali, se posvetovali, je izjemen primer, kako pomembno je sodelovanje zdravstvenega osebja na oddelku in patronažne službe.

ZAKLJUČEK

Povezovanje s patronažno službo je ključnega pomena pri skrbi za pacienta s torakostomo po odpustu iz bolnišnice v domačo oskrbo. Prav tako je komunikacija s svojci zelo pomembna, kajti potrebujejo veliko vzpodbude, pogovora, ki bi omilil njihov strah, morebitne dvome. Tudi priprava pacienta na odpust je zelo pomembna, zato mora le-ta potekati že od načrtovanja posega dalje vsakodnevno. Uspešnost komunikacije med vsemi udeleženi kaže tudi na uspešnost pri zdravljenju, okrevanju, dobri volji ter pozitivnem okolju.

LITERATURA

Gorjup, P., 2008. Nursing care of patient with thoracostomy. 17 th Biennial Congress of the World council of Enterostomal Therapists. Ljubljana, pp. 34–36.

Kodila, V., 2008. Osnovni vodnik po kirurški enoti intenzivnega zdravljenja. Priročnik za medicinske sestre in zdravstvene tehnike. Ljubljana, pp. 46–54.

Smrke Kumer, B., 2003. Zdravstvena nega po operaciji pljuč. Diplomsko delo. Visoka šola za zdravstvo Ljubljana.

Šubic, J., 2006. Torakostoma- odprta torakalna drenaža. Dobra priprava na operacijomanj zapletov po njej, In: Zbornik predavanj s strokovnim srečanjem v Radencih. Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenija, sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji. Ljubljana, p. 41.

**ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA
PACIENTA S TORAKOSTOMO V
DOMAČEM OKOLJU**
HEALTH CARE AND SUPPLY OF PATIENT
WITH TORACOSTOM IN THE DOMESTIC
ENVIRONMENT

**Dragica Jošar, dipl.m.s., ET,
Anja Ternar, dipl.m.s.**

Zdravstveni dom Murska Sobota – Patronažno varstvo



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

Namen prispevka je prikazati zdravstveno nego in oskrbo pacienta s torakostomo po odpustu iz bolnišnice v domače okolje. Takih pacientov v patronažni zdravstveni negi ni veliko, zato je pomembno poznavanje zdravstvene nege, ki jo izvaja patronažna medicinska sestra po delovnem nalogu izbranega zdravnika, nadomestnega zdravnika ali specialista. Svoje znanje nenehno dopolnjuje, nadgrajuje in tako suvereno ostaja na mestu osrednjih strokovnjakov v zdravstvu, katerih delovno mesto je na pacientovem domu. Patronažna medicinska sestra je vezni člen med pacientom, izbranim zdravnikom ali specialistom, je tista oseba, ki ima kompetence, da opazuje spremembe pri zdravljenju in ob poslabšanju stanja pacienta konzultira zdravnika ali specialista ter pošlje pacienta na predčasno kontrolo. Za zagotavljanje kakovostne in varne obravnave pacienta v domačem okolju je potrebno interaktivno povezovanje in upoštevanje človeških virov (pacienta in zdravstvenega osebja) s fizičnim okoljem, v katerem se zdravstvene storitve izvaja (dom in skupnost), medicinsko in drugo novo tehnologijo, ki je na razpolago, ter socialnim/skupnostnim okoljem, v katerem pacient živi.

Ključne besede: torakostoma, patronažna zdravstvena nega, patronažna medicinska sestra, oskrba torakostome, domače okolje

ABSTRACT

The purpose of this paper is to present nursing of patients with a thoracostomy after their discharge from hospital to home environment. Since there are not many patients in home care, it is important for community nurses to know how to engage with them. Nurses must follow orders of a general practitioner or a specialist, and continually improve as well as upgrade their knowledge in order to hold her/his central position among health care professionals whose workplace is at patient's home. Furthermore, home-care nurses represent a link between patients and doctors. They also have the competence to observe changes in the patient's treatment and in case of worsening of the patient's condition, they consult doctor and send patients to an early appointment. As a result, to ensure high-quality and safe treatment of patients in their home environment, nurses must interactively integrate and consider human resources (patients and healthcare personnel), physical environment, in which health services are provided (home and community), available medical and other new technologies, and the social/community environment, in which the patient lives.

Keywords: thoracostomy, district nursing, district nurse, thoracostomy care, home environment

UVOD

Torakostoma pomeni odprto torakalno drenažo, ki se jo naredi z operativnim posegom, pomeni pa hiter in varen način zdravljenja kroničnega empiema. Empiem pomeni akutno ali kronično gnojno vnetje. Najbolj pogosto se nahaja v pljučni votlini v pleuralnem prostoru (Šubic, 2006). Cilj torakostome je učinkovito očiščenje in zmanjšanje empiemske votline. Torakostoma je načeloma začasna in čez čas ji sledi torakoplastika ali torakomioplastika.



Zdravstvena nega v patronažnem varstvu je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se jo na pacientovem domu, v zdravstvenem domu, v lokalni skupnosti in na terenu (Železnik, et al., 2011). Obiske patronažne medicinske sestre na domu se deli na preventivne in kurativne. V patronažnem varstvu so še posebej pomembne vrednote, kot so spoštovanje, zaupanje, zdravje, dobri medsebojni odnosi in pristna komunikacija. Patronažna zdravstvena nega se prilagaja potrebam pacientov, družine, družbe in aktualne politike (Krajnc, 2016).

OBRAVNAVA PACIENTA NA NJEGOVM DOMU

Patronažne medicinske sestre, ki izvajamo zdravstveno nego na pacientovem domu, delujemo v drugačnih okoliščinah in pogojih za delo kot medicinske sestre, ki opravljajo svoj poklic v zdravstvenih in bolnišničnih ustanovah. Delo na terenu nam dopušča samostojnost in kreativnost, po drugi strani pa predstavlja veliko odgovornost, saj moramo mnogokrat odločitve sprejeti same brez timske podpore. Zaradi slabših pogojev dela, posebej na oddaljenem terenu, moramo pri reševanju problemov ravnati preudarno, strokovno in učinkovito (Jošar, 2014).

Pacienta s torakostomo v domačem okolju moramo obravnavati kot celoto, kar vključuje tako oceno njegovega zdravstvenega, psihičnega in socialnega stanja kakor tudi samo oceno rane. Ocena rane mora biti narejena skupaj s pacientovim zdravstvenim stanjem, kjer upoštevamo tako trenutne simptome in težave, njegovo psihično stanje, bolečino, stanje prehranjenosti, rezultate različnih preiskav kot tudi dejavnike, ki so negativno ali pozitivno vplivali na dosedanjo oskrbo (Mertelj, 2014).

Vemo, da se ležalne dobe v bolnišnici po različnih posegih krajšajo, tako da moramo veliko strokovno zahtevnih posegov opraviti na pacientovem domu. To od nas zahteva veliko dodatnih znanj, predvsem pa je pomembno, da se pred odpustom seznanimo z navodili za izvedbo posega, če tega nismo že prej izvajali. Izobražujemo se z obiski seminarjev in strokovnih srečanj z učnimi delavnicami. Pridobljeno znanje si potem izmenjamo med sabo, za kar je potrebno medsebojno sodelovanje v timu. Za delo na terenu so zelo dobrodošle predhodne izkušnje izvajalca zdravstvene nege, saj se srečujemo z različnimi situacijami, v katerih moramo pravilno ter hitro odreagirati. Zaupanje pacienta si pridobimo s svojim strokovnim delom in dobro komunikacijo. Opravljene negovalne intervencije moramo ustrezno dokumentirati tako v dokumentaciji pacienta kot tudi v računalniku za plačnika. Če opazimo pri delu s pacientom kakršne koli spremembe ali poslabšanje stanja, o tem obvestimo osebnega zdravnika pacienta in se dogovorimo, kakšne spremembe bomo izvedli pri zdravstveni negi pacienta ali pa če se je stanje poslabšalo, da ga obišče zdravnik na domu, ki ga potem napoti na zdravljenje v bolnišnico.

PRIKAZ PRIMERA

68-letnemu pacientu so leta 1996 odkrili tumor na pljučih. Takrat je bila narejena levostranska pulmektomija. Po zaključenem kirurškem zdravljenju je sledilo še zdravljenje z obsevanjem; prejel jih je 24. Težave so se ponovno začele junija 2017, ko si je otipal



rezistenco v predelu leve dojke. Dojka je bila zatečena in boleča.

4. 9. 2017 je bil napoten v Splošno bolnišnico Murska Sobota (SB MS) v kirurško ambulanto z napotno diagnozo Tu. mammae sin. inflam. Narejena je bila incizija in odvzet je bil vzorec za histološke preiskave. V tkivu ni bilo tumorskega tkiva.

15. 9. 2017 smo patronažne medicinske sestre po naročilu osebne zdravnice začele z vsakodnevnimi prevezami rane na dojki. Izločka iz rane je bilo zelo veliko, njegova žena je menjavala sekundarno oblogo 2–3-krat dnevno.

22. 9. 2017 je bil sprejet na zdravljenje na Klinični oddelek za torakalno kirurgijo Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (UKCL).

29. 9. 2017 so mu zaradi kroničnega empiema leve plevre naredili torakostomo.

9. 10. 2017 je bil pacient odpuščen v domačo oskrbo. Iz UKCL smo dobili pisna in ustna navodila za prevezo torakostome.

10. 10. 2017 smo patronažne medicinske sestre opravile prvi obisk pri pacientu.

Potrebna je bila hitra organizacija nabave obvezilnega materiala in instrumentov za izvedbo preveze (gaza v roli, veliki pean, torakostoma je velika votlina, saj smo jo zapolnile z 2 m sterilne gaze).

Pri torakostomi je potrebno izvajati prevezo vsak dan. Na začetku sta izvajali prevezo dve patronažni medicinski sestri. Torakostomo smo po navodilu torakalnega oddelka izpirale z ogreto tekočino (Ringer laktat). Potem smo posušile in votlino zapolnile z veliko gazo navlaženo z Ringer laktatom, potem pa še dodatno pokrile s sekundarno oblogo in zalepile s trakom za fiksacijo.

Ob vsakem obisku smo pacientu in svojcem nudili psihično podporo, saj je bil zaskrbljen in prestrašen. Po dveh tednih smo opazili na dnu rane črno nekrozo, zato smo konzultirale operaterja, ki je naročil predčasno kontrolo pri njem **25. 10. 2017**. Pacient je jemal protibolečinsko terapijo. Ves čas je bil mobilien.

Nadaljevali smo vsakodnevne preveze. Opazili smo veliko izločka, ki je zaudarjal.

Naslednjo kontrolo je pacient imel **12. 12. 2017**. Odvzet je bil bris na patogene bakterije, s katerim je bila dokazana okužba z bakterijo *Pseudomonas aeruginosa*. Pri naslednji kontroli 23. 1. 2018 je bilo še vedno prisotno vnetje. Zdravnik je ugotovil, da se je stoma malenkost zmanjšala. Vnetni parametri so bili povišani (CRP – 28.9). Pacient je bil tudi anemičen.

Kontrola **20. 02. 2018**: vnetje se je umirilo, pacient je dobil navodila, da mora torakostomo tuširati in zapolniti votlino z gazo navlaženo z 0,9-odstotno fiziološko raztopino.

Kontrola **20. 03. 2018**: še vedno se je izvajalo vsakodnevne preveze, prisotno je bilo še nekaj rumenkaste gnojne sekrecije.

Kontrola **22. 05. 2018**: pacientu so zaradi anemije predpisali infuzije železovih preparatov. Torakostomo smo še vedno tuširali in izvajali preveze z gazo prepojeno s fiziološko raztopino.



Kontrola **26. 07. 2018**: ni bilo sprememb, izvajanje enake terapije.

Kontrola **23. 10. 2018**: zdravnik je povedal, da bodo v roku 6. mesecev stomo zaprli, ker je lepo formirana in je prisotnih samo še nekaj gnojnih oblog. Terapija ista naprej.

Kontrola **januar 2019**: zdravnik je povedal, da bodo pacienta poklicali na zapiranje torakostome, ker je čista, brez gnojnih oblog.

Pacient je bil **6. 3. 2019** hospitaliziran zaradi zaprtja torakostome.

DISKUSIJA

Oskrba torakostome v domačem okolju pomeni izziv za patronažne medicinske sestre, saj delujemo v drugačnih okoliščinah in pogojih za delo kot tiste medicinske sestre, ki opravljajo svoj poklic v zdravstvenih in bolnišničnih ustanovah.

Potrebno je veliko znanja in spretnosti. Naloga patronažne medicinske sestre ni le primerno obvladovanje izvajanja medicinsko-tehničnega posega, temveč zdravstvena vzgoja in podpora svojcem, predvsem pa človeški in sočuten odnos do pacienta. Za zagotavljanje kontinuirane zdravstvene nege je pomembno sodelovanje služb na primarnem in sekundarnem nivoju.

ZAKLJUČEK

Oskrba kronične rane – torakostome – predstavlja na področju kakovostne in varne zdravstvene obravnave pacienta za izvajalce zdravstvene nege velik izziv. Pacienta moramo razumeti kot edinstveno osebnost, obravnavati kot celoto, upoštevati njegova prepričanja, želje, potrebe, način življenja, graditi na zaupanju, biti naklonjeni pacientu, vključevati svojce in prilagoditi razpoložljiva sredstva za oskrbo rane, kar pomeni, da je potrebno veliko strokovnega znanja in povezovanja strokovnjakov na različnih področjih medicine in zdravstvene nege.

LITERATURA

Jošar, D., 2014. Oskrba pacienta s kronično rano v domačem okolju. In: Vilar, V., et al. eds. Timski pristop k preprečevanju in zdravljenju kroničnih ran: Strokovno izobraževanje z učnimi delavnicami, Portorož, februar 2014. Ljubljana : Društvo za oskrbo ran Slovenije – DORS, pp. 50–54.

Krajnc, A., 2016. Preventivna in kurativna dejavnost v patronažnem varstvu. In: J. Ramšak-Pajk, ed. Priporočila obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 22–27.

Mertelj, O., 2014. Pomen ocenjevanja rane. In: Vilar, V., et al. eds. Timski pristop k preprečevanju in zdravljenju kroničnih ran: Strokovno izobraževanje z učnimi delavnicami, Portorož, februar 2014. Ljubljana : Društvo za oskrbo ran Slovenije – DORS, pp. 36–44.

Ramšak-Pajk, J., 2016. Patronažno varstvo pred izzivi , In: J. Ramšak-Pajk, ed. Priporočila

ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA PACIENTA S TORAKOSTOMO V DOMAČEM OKOLJU



obravnave pacientov v patronažnem varstvu za diplomirane medicinske sestre. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v patronažni dejavnosti, pp. 15–21.

Šubic, J., 2006. Torakostoma-Odprta torakalna drenaža. In: Batas R., ed. Dobra priprava na operacijo-manj zapletov po njej. Radenci: Ljubljana :Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, pp. 41–42.

Železnik, D., Horvat, M., Panikvar Žlahtič, K., et al., 2011. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije.

ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA PACIENTA Z GOLENJO RAZJEDO – PRIKAZ PRIMERA NURSING CARE OF PATIENT WITH LEG ULCER - CASE REPORT

Renata Batas, dipl. m.s., ET

Patronažno varstvo; Zdravstveni dom Ljubljana – Šiška
renata.batas@zd-lj.si



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

Demografske spremembe v smeri staranja prebivalstva prinašajo večji pojav različnih kroničnih obolenj, vključno z žilnimi obolenji. Zaradi težav z ožiljem se pri pacientih pogosto srečamo z nastankom kroničnih ran, golenjih razjed. V 80, 85 % so to venske golenje razjede. Kronične rane predstavljajo zdravstveno, socialno in ekonomsko breme posameznika, družbe ter zdravstvenega sistema. S konceptom, ki vsebuje štiri bistvene komponente zdravljenja ran in uporabo sodobnih metod in oblog, je celjenje rane hitrejše, z manj ali brez bolečin, z izboljšanjem kakovosti življenja pacienta ter stroškovno učinkovitejše. Za optimalno zdravljenje je pomembno, da se pacienta obravnava celostno, individualno in multidisciplinarno. Pri tem ima patronažna medicinska sestra najpomembnejšo vlogo, saj pacienta obravnava v domačem okolju in lahko najbolje oceni pacientovo stanje. Zaradi kompleksnosti problema in številnih dejavnikov, ki se prepletajo in vplivajo na razvoj, celjenje in nastanek posledic kronične rane, je potreben v procesu zdravljenja timski pristop. Zdravnik je tisti, ki prvi naredi oceno rane, postavi diagnozo, medtem ko pooblasti patronažno medicinsko sestro za nadaljnjo zdravstveno nego in oskrbo na pacientovem domu. V prispevku je opisan primer pacienta z vensko golenjo razjedo, način zdravljenja in oskrbe, ki omogoča optimalno celjenje.

Ključne besede: venska golenja razjeda, patronažno varstvo, ocena rane, kompresija

ABSTRACT

Demographic changes due to the aging population bring about a greater incidence of various chronic diseases, including vascular diseases. Because of the problems with the blood vessels, patients often face the onset of chronic wounds, in particular, leg ulcers. In 80–85% of cases, these are venous leg ulcers. Chronic wounds place the health, social and economic burden on the individual, society and the healthcare system. With the concept encompassing four essential components of wound healing, along with the use of modern methods and modern linings, wound healing is faster, with less or no pain, improving the quality of life of the patient, and cost-effective. For optimal treatment, it is important that the patient is treated in a holistic, individual and multidisciplinary fashion. In doing so, the community nurse has the most important role, since it treats the patient in the home environment and can best assess the patient's condition. Because of the complexity of the problem and the many factors that intertwine and influence the development, healing, and the emergence of a chronic wound, a team-based approach is needed in the treatment process. The doctor is the one who makes the first assessment of the wound, sets the diagnosis while authorizes a community nurse for further wound care at the patient's home. The article describes a case of a patient with venous leg ulcer, the method of treatment and wound care that provides optimal healing.

Keywords: venous leg ulcer, community nursing care, wound assessment, compression

UVOD

Demografske spremembe v smeri staranja prebivalstva vplivajo na večji pojav obolevnosti in med drugim tudi pojav različnih kroničnih ran. Delež prebivalcev v starosti 65 let in več



se je v zadnjem desetletnem obdobju povečal za 18 % (NIJZ, 2019). Kljub znatnemu upadu v zadnjih desetletjih bolezni srca in ožilja ostajajo najpogostejši vzrok smrti v Sloveniji. V letu 2017 so predstavljale 39 % vseh smrti (pri ženskah 45 %, pri moških 33 %). Od leta 2009 pri moških bolezni srca in ožilja niso več najpogostejši vzrok smrti, temveč so na 2. mestu za neoplazmami (NIJZ, 2019). V sklop bolezni srca in ožilja uvrščamo tudi bolezni perifernega ožilja, ki imajo lahko za posledico nastanek kroničnih ran spodnjih ekstremitet.

S kronično rano se najpogosteje srečujemo pri starejših bolnikih, ki imajo številne spremljajoče bolezni in z njimi povezane dejavnike tveganja, ki pripomorejo k nastanku kronične rane. Zdravljenje, zdravstvena nega in oskrba kroničnih ran pa zaradi kompleksnosti predstavlja zdravstveni, socialni in finančni problem. Zaradi staranja prebivalstva se v zadnjem času povečuje število pacientov s kroničnimi ranami, ki so posledica osnovne bolezni. Ključni dejavniki tveganja za nastanek kroničnih ran so najpogosteje kronične bolezni razvitega sveta, kot so periferna arterijska okluzivna bolezen, ki je posledica napredujoče ateroskleroze, sladkorna bolezen in onkološka obolenja. Zdravljenje teh ran zahteva poleg ustrezne kirurške obravnave tudi zdravljenje osnovne bolezni. Kronične rane lahko nastanejo na spodnjih okončinah tudi zaradi kronične venske insuficience (Ciringer & Smrke, 2012).

Vilar (2017) navaja, da je v slovenskem prostoru Društvo za oskrbo ran Slovenije v letu 2007–2010 izvedlo mednarodno raziskavo, s katero so ugotovili pogostnost razjed na nogi, ki je 1,81/1000 prebivalcev, kar predstavlja 4400 pacientov s kronično rano. ZZZS je leta 2009 objavil raziskavo, s katero so izračunali stroške oskrbe kroničnih ran, ki tudi v slovenskem prostoru obsegajo 3 mio evrov (Franko & Fakin, 2009).

KRONIČNA RANA – GOLENJA RAZJEDA

Kronična rana je rana, ki se spontano ne zaceli v času štirih do šestih tednov. Kronična golenja razjeda, znana tudi kot kronična razjeda spodnjih okončin, je kronična rana, ki ne kaže tendence celjenja po 3 mesecih pravičnega zdravljenja ali še vedno ni popolnoma zaceljena po 12 mesecih (Kahle, et al., 2011). Kronične rane lahko razvrstimo med vaskularne-žilne razjede (npr. venski in arterijski ulkusi), diabetične razjede, razjede zaradi pritiska. Izraz golenja razjeda oz. razjeda na nogah ni diagnoza, ampak simptom veliko različnih bolezni. Večina se pojavi v predelu noge ali stopala. Nevenske razjede so pogosteje lokalizirane v območju stopala (Frykberg & Banks, 2015).

Venska golenja razjeda (VGR) je odprta kožna lezija, ki se običajno pojavi na medialni strani spodnjega dela noge med gležnjem in kolonom, ki je posledica kronične venske insuficience in venske hipertenzije, kar kaže na majhen napredek v smeri zdravljenja v 4–6 tednih po začetnem pojavu. VGR je posledica povečanega pritiska v venah spodnje okončine zaradi kronične venske insuficience, ki je posledica okvare venskih zaklopk, kot npr. pri krčnih žilah ali zaradi venske tromboze (Hardyng, et al., 2015). Golenje razjede v 80–85 % nastanejo zaradi povečanja venskega pritiska v nogah, ki je posledica kroničnega venskega popuščanja. Venska golenja razjeda je običajno plitva in nepravilno oblikovana, pokrita je z močno secernirajočimi fibrinskimi oblogami na spodnji tretjini goleni. Venska



razjeda je lahko prisotna pri mešani arterijsko-venski patologiji v 10–15 %. Arterijske razjede na goleni so prisotne v 2–5 %. Izključimo jih s tipanjem stopalnih pulzov pri kliničnem pregledu in določanjem gleženjskega indeksa (GI), ki mora biti večji od 0,8 (Kecelj, 2010). Kecelj (2010) opisuje, da pri starejših bolnikih, diabetikih in bolnikih z GI > 1,2, palčnim indeksom (PI) > 0,6 ali transkutanim parcialnim pritiskom kisika na goleni > 30 mm Hg potrdi primerno arterijsko prekrvavitev na nogah (1–6). Druge golenje razjede se pojavijo v manj kot 5 %. Vzroki so lahko različni: vaskulitisi, vaskulopatije, hematološke bolezni, mieloproliferativne bolezni, nevropatski vzroki, okužbe, metabolne bolezni, eksulcerirani kožni tumorji, kemični ali fizikalni vzroki in artefakti.

Pomen kompresijskega zdravljenja

Kompresija je izvajanje pritiskov na spodnji ud s kompresijskimi pripomočki (dolgoelastični, kratkoelastični povoji, kompresijske nogavice) z namenom povečati venski in/ali limfni pretok in zmanjšati edem uda (Hardley, et al., 2015). Kompresija je nujni del zdravljenja venske golenje razjede ob upoštevanju kontraindikacij.

Sodobni principi za oskrbo kronične rane

V zadnjih desetletjih se je iz tradicionalnega načina oskrbe rane razvil sodobni koncept zdravljenja rane v vlažnem okolju in koncept priprave dna rane (Alikadič, 2015/2016). S pomočjo uporabe sodobnih oblog vzdržujemo optimalno okolje za celjenje rane. Alikadič (2015/2016) navaja, da je danes priprava dna rane celovita sodobna oskrba rane z namenom, da se pospeši proces celjenja rane in izboljša učinkovitost sodobnih terapevtskih metod zdravljenja rane. Smernice Evropskega združenja za oskrbo ran (2004) priporočajo pripravo dna rane s pomočjo TIME koncepta, ki je angleški akronim 4 ključnih komponent: **T** (tissue management) – oskrba tkiva, odstranjevanje mrtvin, **I** (inflammation and infection control) – obvladovanje in nadzor nad vnetjem ter okužbo, **M** (moisture balance) – ravnovesje vlage, **E** (epithelial advancement) – epiteljski napredek.

Pomen gibanja in pravilne prehrane pri celjenju rane

Gibanje ima velik pomen za vzdrževanje kondicije kardiovaskularnega sistema in tako tudi za ožilje. Z gibanjem izboljšujemo pretok krvi po žilah in s tem tudi prehranjenost in oksigenacijo tkiv. Za krepitev venskega ožilja goleni se priporoča hojo. Poleg gibanja je ob pojavu venske golenje razjede oz. rane pomembna za njeno celjenje beljakovinsko in vitaminsko bogata hrana. Priporoča se uživanje visokobeljakovinskih živil zaradi tvorbe kolagena in C-vitamina, ker sodeluje pri tvorbi kolagena in pomaga vzdrževati celovitost kapilarne stene. Ravno tako je pomemben vitamin A, ki sodeluje pri epitelizaciji rane (Simčič, 2011).

PATRONAŽNO VARSTVO – DOMAČE OKOLJE – TIMSKI PRISTOP

Obravnava pacienta z VGR največkrat poteka v domačem okolju pod budnim očesom patronažnega zdravstvenega varstva, saj zdravljenje oz. celjenje teh ran poteka dlje časa, pacienti pa največkrat zaradi slabe mobilnosti težko hodijo v ambulanto na preveze. Glede samooskrbe VGR se je v praksi pokazalo, da je nujno potrebna kontinuirana patronažna

ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA PACIENTA Z GOLENJO RAZJEDO – PRIKAZ PRIMERA



zdravstvena nega in oskrba, saj bi sicer pacienti negovali kronično rano nepravilno, zlasti, kar se tiče uporabe sodobnih oblog in izvajanja kompresijskega povijanja.

Patronažno zdravstveno varstvo je organizirano kot samostojna služba ali organizacijska enota osnovnega zdravstvenega varstva v zdravstvenih domovih. Zdravstvena nega v patronažnem varstvu je integralni del primarne zdravstvene nege in s tem primarnega zdravstvenega varstva. Izvaja se jo na pacientovem domu, v zdravstvenem domu, v lokalni skupnosti in na terenu. Patronažna medicinska sestra izvaja zdravstveno-socialno obravnavo posameznika, družine in skupnosti in je koordinatorka vseh oblik pomoči na domu (Železnik, et al., 2011).

Obiske pacienta z VGR na domu se izvaja na podlagi delovnega naloga za patronažno medicinsko sestro (v nadaljevanju PMS), ki ga izda osebni izbrani zdravnik. Pacient se v domačem okolju počuti bolj varnega in se tudi obnaša drugače kot pri zdravniku v ambulanti ali bolnišnici. S tega vidika je obravnava pacienta z VGR na domu toliko bolj učinkovita, saj PMS spozna pacienta v domačem okolju z njegovimi navadami in razvadami ter lahko dobro zdravstveno-vzgojno deluje. To ji omogoča dobro oceno stanja pacienta in njegove družine, lahko dobro načrtuje ukrepe zdravstvene nege, jih izvaja, evalvira zastavljene cilje in to nenazadnje tudi ustrezno dokumentira. PMS najbolje oceni, kakšna je stopnja samooskrbe posameznika.

Zaradi kompleksnosti problema in številnih dejavnikov, ki se prepletajo in vplivajo na razvoj, celjenje in nastanek posledic kronične rane, je potreben v procesu zdravljenja timski pristop, tako v procesu preprečevanja nastanka, zdravljenja in ponovitve kronične rane. Zdravnik je tisti, ki prvi naredi oceno rane, postavi diagnozo, medtem ko pooblasti patronažno medicinsko sestro za nadaljnjo zdravstveno nego in oskrbo na pacientovem domu. Sodobna oskrba kroničnih ran temelji na zagotavljanju celjenja ran v vlažnem okolju in pripravi dna rane za uspešno celjenje ter obravnavi pacienta celostno po temeljnih življenjskih aktivnostih. Timska obravnava je dokazano uspešnejša v procesu zdravljenja oz. celjenja kronične rane, hkrati pa pripomore k bolj kakovostnemu življenju bolnika (Štigl & Batas, 2018).

ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA PACIENTA Z VENSKO GOLENJO RAZJEDO – PRIKAZ PRIMERA

Negovalna anamneza

Pacient, star 85 let, z venko golenjo razjedo živi z ženo v stanovanjskem bloku. Žena ima težave z demenco, zato je odvisna od pomoči moža. Sin z družino ga redno obiskuje. Pri opravljanju osnovnih življenjskih aktivnosti (hoja, gibanje, oblačenje, osebna higiena, priprava hrane itn.) je samostojen s pomočjo uporabe ortopedskih pripomočkov (hodulja, palica). Že več let se zdravi zaradi astme, povišanega krvnega pritiska, težav s prostato in motenj v strjevanju krvi. Od zdravil jemlje: prostide 1 tbl dnevno, renewel 2/0,625 mg 1 tbl dnevno, prenessa 4 mg 1 tbl dnevno, foster 100/6 mikrogramov, singulair 10 mg in marevan po shemi. Pri gospodu se je VGR pojavila v začetku julija 2016, ko se je po njegovi pripovedi udaril v nogo in opraskal. Razjedo je previjal sam, tako da jo je pokrival z gazo. Zaradi večanja rane je odšel k zdravnici, ki je izdala delovni nalog za obisk patronažne



medicinske sestre. Na levi goleni je nastala razjeda v velikosti 5 x 2,5 cm (slika 1). Dno razjede je bilo pokrito s fibrinskimi oblogami, izloček je bil zmeren, na robovih razjede je bilo veliko oblog odmrlih epidermalnih celic, koža v okolici suha, luskasta, blago pordela. Pacient je navajal blage bolečine v predelu goleni, kjer je rana. Postavili smo naslednje negovalne diagnoze:

- pojav venske golenje razjede pri 85-letnem pacientu,
- suha koža goleni pacienta,
- prisotna blaga bolečina v predelu venske golenje razjede pacienta,
- težja pokretnost pacienta,
- motena samooskrba venske golenje razjede pacienta zaradi slabe gibljivosti, slabovidnosti in nepoučenosti,
- zatekanje goleni pri pacientu,
- oteženo dihanje pacienta ob večjem naporu,
- pomanjkljiva prehrana pacienta.

1. Anamneza po življenjskih aktivnostih

Dihanje: pacient ima opazne težave z dihanjem. Tahipneja ob večjih naporih. Zaradi astme in težav z dihanjem ob naporih je pacient oviran pri telesni aktivnosti, gibanju.

Prehrambeni status pacienta: prehrambeni status pacienta je slabši. Uživa od dva do tri obroke dnevno. V prehrani zaužije premalo beljakovin, svežega sadja in zelenjave in premalo tekočine (0,5–1 l tekočine dnevno).

Vzdrževanje osebne higiene: pri vzdrževanju osebne higiene je pacient samostojen. Uporablja različne pripomočke (sedež za kopalno kad, nederseča podlaga, držala, prijemalke), ki mu omogočajo samostojnost pri tej aktivnosti.

Vzdrževanje ustrezne telesne temperature: pacient je ves čas afebrilen. Telesno temperaturo regulira s primernim oblačenjem, oblačili.

Oblačenje, slačenje: pacient je pri oblačenju in slačenju samostojen.

Izločanje in odvajanje: pacient ima občasne težave z odvajanjem blata zaradi obstipacije. V teh primerih si pomaga z odvajalnim čajem, donatom. Mikcije so brez večjih težav, redno hodi na pregled k urologu in jemlje predpisano terapijo za prostatu.

Fizična aktivnost: pri hoji uporablja palico ali hoduljo. Zaradi težav z občasno vrtoglavico in ravnotežjem hodi le na kratke sprehode blizu stanovanjskega bloka.

Spanje in počitek: pacient ima dokaj urejeno spanje. Preko noči običajno mora enkrat urinirati. Preko dneva si vzame približno eno uro za popoldanski počitek.

Kognitivni procesi in stanje čutil: pacient je krajevno in časovno dobro orientiran. Vid je slabši, uporablja očala za branje. V zadnjem času je opazil, da malce slabše sliši. Pomoči pri zdravniku ni iskal.

ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA PACIENTA Z GOLENJO RAZJEDO – PRIKAZ PRIMERA



Zaznavanje samega sebe: pacient je zadovoljen sam s seboj. Čustveno je stabilen, optimistične narave, komunikativen. Zaskrbljen je glede zdravstvenega stanja svoje žene, ki se spopada z demenco.

Družbena vloga in medsebojni odnosi: pacient je poročen, živi z ženo, ki ima težave zaradi demence, stanovanjske in socialne razmere so zelo dobre. Redno ga obiskuje sin z družino. S sosedi je v dobrih odnosih.

Obvladovanje stresnih situacij: kljub težavam z zdravjem, pojavu venske golenje razjede je pacient pozitivno naravnani, pripravljen na sodelovanje, motiviran za svoje zdravje.

Vrednostni sistem: pacient si želi uspešen zaključek zdravljenja, predvsem pa, da ne bi imel bolečin v rani.

V prispevku se bomo osredotočili samo na diagnoze, ki so povezane z vensko golenjo razjedo.

Predstavitev opažanja po tednih

Tabela 1: Venska golenja razjeda 1. teden (sliki 1 in 2)

1. teden	OPIS RANE	GIBANJE	PREHRANJEVANJE IN PITJE	OPOMBE
	<ul style="list-style-type: none"> - 5 x 2,5 cm razjeda (slika 1), - dno rane prekrito s fibrinskimi oblogami, - zmeren izloček, - otekla golen. 	Pacient hodi s palico.	Uživa 2–3 obroke dnevno, premalo beljakovin, sadja in zelenjave ter tekočine dnevno (0,5–1 l dnevno).	Redno povijanje z dolgoelastičnim povojem (slika 2). Pacient se zdravi zaradi astme, arterijske hipertenzije, prostate, motenj v strjevanju krvi.



Slika 1: Venska golenja razjeda (Batas, 2016)



Slika 2: Povita noga z dolgoelastičnim povojem (Batas, 2016)

ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA PACIENTA Z GOLENJO RAZJEDO – PRIKAZ PRIMERA



Tabela 2: Venska golenja razjeda 3. teden (sliki 3 in 4)

3. teden	OPIS RANE	GIBANJE	PREHRANJEVANJE IN PITJE	OPOMBE
	<ul style="list-style-type: none"> - Rana manjša (3,3 x 1 cm oz. 1 x 2,5 cm v sp. delu) (slika 3), - nameščen hidrokolid (slika 4), - dno rane z manj fibrinskih oblog, - izloček zmeren. 	Hoja z berglami na krajše razdalje.	Izboljšana prehrana, z več beljakovin.	Redno povijanje z dolgo-elastičnim povojem (slika 2).



Slika 3: Venska golenja razjeda 3. teden
(Batas, 2016)



Slika 4: Namestitev hidrokoloida
(Batas, 2016)

Tabela 3: Venska golenja razjeda 4. teden (sliki 5 in 6)

4. teden	OPIS RANE	GIBANJE	PREHRANJEVANJE IN PITJE	OPOMBE
	<ul style="list-style-type: none"> - Rana manjša (4 cm x 0,5 cm) (slika 5), - nameščen tanek hidrokolid (slika 6), - dno rane z manj fibrinskih oblog, - izloček zmeren. 	Hoja z berglami na krajše razdalje.	Izboljšana prehrana, z več beljakovin.	Redno povijanje z dolgo-elastičnim povojem (slika 2).

ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA PACIENTA Z GOLENJO RAZJEDO – PRIKAZ PRIMERA



Slika 5: Venska golenja razjeda 4. teden
(Batas, 2016)



Slika 6: Namestitev tankega hidrokoloida
(Batas, 2016)

Tabela 4: Venska golenja razjeda 6. teden (slika 7)

6. teden	OPIS RANE	GIBANJE	PREHRANJEVANJE IN PITJE	OPOMBE
	Rana v fazi zacelitve (slika 7).	Hoja z berglami na krajše razdalje.	Redna prehrana, kakovostna, bogata z beljakovinami.	Redno povijanje z dolgo-elastičnim povojem (slika 1).



Slika 7: Venska golenja razjeda je zaceljena
(Batas, 2016)

Pacient z VGR je bil obravnavan s strani patronažne medicinske sestre **od 27. julija 2016 do 5. septembra 2016**. Zdravstvena nega in oskrba VGR je obsegala: tuširanje goleni s tekočo vodo in blagim milom, namestitev hidrokoloidne obloge (sprva debelejša – slika 4, nato tanjša – slika 6), okolica razjede oskrbljena z mazilom (olivnim oljem v belobazi),



namestitvev dolgoelastičnih povojev (slika 2). Ob vsakem izvajanju prevez za oskrbo VGR pri pacientu se je izvajalo zdravstveno-vzgojno delo: poučevanje o zdravi prehrani, rednem gibanju, povijanju nog z dolgoelastičnim povojem, rednem jemanju zdravil, zdravem življenjskem slogu. Preveze se je izvajalo prva dva tedna na 2–3 dni, ker je bil prisoten zmeren izloček, kasneje na 3–5 dni, saj je bil izloček minimalen. Pacient je upošteval nasvete glede bolj kakovostne in redne prehrane. Začel je uživati tri obroke dnevno, včasih tudi štiri (malica: sadje, skuta). Preko doma za starejše občane je naročil dostavo kosila na dom. Na ta način si je omogočil raznovrstnost prehrane, kjer je prisotno tako meso kot tudi sadje in več zelenjave. S tem si je olajšal vsakodnevne obveznosti v zvezi s kuhanjem in pa glede skrbi za ženo.

Pacient je upošteval naša navodila, redno je hodil na kratke sprehode, hoja po stopnicah, izboljšal svojo prehrano, redno jemal predpisana zdravila. Kljub starosti in težji pokretnosti s pomočjo palice, ob upoštevanju navodil zdravstvenega osebja smo dosegli optimalno celjenje VGR. Pacient se je dobro počutil, zlasti zato, ker se je razjeda zacelila in je bil poučen glede preprečevanja ponovitve, kar je vplivalo na njegovo boljšo kakovost življenja.

RAZPRAVA IN ZAKLJUČEK

Pri 85-letnem pacientu v našem primeru se je VGR zacelila razmeroma hitro, in sicer, v šestih tednih. V bodoče mu je bilo svetovano, da namesto dolgoelastičnih povojev nabavi kompresijske nogavice, da jih bo lažje nameščal. Do danes je minilo dve leti in pol in pri opisanem pacientu v zgornjem primeru se VGR ni ponovila. Ob preventivnem obisku na pacientovem domu smo ocenili, da upošteva vse napotke, ki smo mu jih dali, da bi uspešno preprečeval ponovitev nastanka razjede na goleni.

Starejši organizem ima zmanjšano odpornost in je dovzetnejši za bolezenske spremembe. S staranjem nastajajo v organizmu številne anatomske in funkcionalne spremembe, ki se pojavijo v vseh organih in tkivih, najbolj pa so izražene v kardiovaskularnem, lokomotornem, živčnem, digestivnem in endokrinološkem sistemu.

VGR predstavljajo pomemben izziv za paciente in sistem zdravstvenega varstva, ker so pogosto povezane z večjimi stroški zdravljenja, so ponavljajoče in lahko trajajo mesece ali leta (Hardyng, et al., 2015). Pacienti poročajo, da ima VGR negativen vpliv na vse vidike vsakdanjega življenja in lahko povzroči depresijo, anksioznost in socialno izolacijo. Bolečina, izloček iz rane, vonj, omejena mobilnost in motnje spanja so lahko za paciente še posebej zahtevna in boleča. Thomas Hess (2010) navaja, da incidenca VGR narašča s starostjo. VGR se pojavlja trikrat pogosteje pri ženskah kot moških. VGR se težko zacelijo. Po nekaterih raziskavah je 50 % pacientov imelo VGR več kot 9 mesecev in 20 % je imelo VGR, ki se ni zacelila v več kot 2 letih. Po zacelitvi se je pri več kot 60 % razjeda ponovno pojavila (Thomas Hess, 2010). Hardyng in sodelavci (2015) navajajo, da bo približno 1 % zahodnega prebivalstva v življenju trpelo zaradi VGR. Prevalenca VGR narašča s starostjo in prizadene do 2 % populacije, starejše od 80 let. VGR se zaceli v 6 mesecih pri 45 % pacientih na domu in v 45–70 % v obravnavi specialističnih klinik. Povprečni čas zdravljenja VGR je 5,9 mesecev in 7,4 mesecev za mešane arterijsko-venske razjede (Hardyng, et al., 2015).



V 26–69 % se VGR ponovi v roku 12 mesecev in tja do 60 mesecev (Hardyng, et al., 2015), zato je po zacelitvi še toliko bolj pomembna preventiva, tj. nadaljevanje kompresijskega povijanja nog. Kompresijska terapija je splošno priznana kot ključna za zdravljenje VGR: povečuje stopnjo zdravljenja v primerjavi s terapijo brez kompresije in po zdravljenju zmanjša stopnjo ponovitve (Hardyng, et al., 2015). Chapman (2017) navaja, da kompresijska terapija s povoji ali nogavicami spodbuja zdravljenje s pomočjo venskega vračanja in je prva izbira zdravljenja venskih ulkusov nog.

VGR je pogost pojav pri pacientih, starejših od 65 let. Nastanek VGR lahko uspešno preprečujemo z zdravstveno-vzgojnim delom in kompresijskim povijanjem nog. Enako lahko pomembno vplivamo s tem tudi na preprečevanje sekundarnih zapletov. Z uporabo sodobnih metod, pristopov, uporabo sodobnih oblog je celjenje VGR boljše, hitrejše in z manj ali brez bolečin in nenazadnje stroškovno bolj učinkovito, z manjšo obremenitvijo zdravstvene blagajne. Takšen pristop izboljša kakovost življenja pacienta s kronično rano. Za optimalno zdravljenje in oskrbo pacienta z VGR je pomembno, da ga obravnavamo celostno, individualno in multidisciplinarno. Pomembno vlogo ima pri tem timski pristop, saj prvo oceno rane naredi zdravnik in odredi zdravljenje in način oskrbe ter v nadalje pooblasti za oskrbo VGR patronažno medicinsko sestro ali pa medicinsko sestro v ambulanti. Zato je pomembno, da imajo izvajalci zdravstvene nege in oskrbe kroničnih ran za to potrebna dodatna, specialna znanja. Na podlagi znanja in pridobljenih veščin bodo lahko odgovorno in kakovostno oskrbeli kronično rano in pravočasno ukrepali ob zapletih.

LITERATURA

Alikadič, N., 2015/2016. Priprava dna rane (TIME koncept). In: Vilar V. ed. Zbornik predavanj šole enterostomalne terapije. Ljubljana. Univerzitetni Klinični center Ljubljana- Področje za zdravstveno nego, pp. 494–500.

Chapman, S., 2017. Venous leg ulcers: An evidence review. Community Wound Care Sept. 2017, pp. S6-S9.

Ciringer, M. & Smrke, D. M., 2012. Kronična rana – sodobni pristopi zdravljenja. Medicinski razgledi, letnik 51, številka 2, pp.177–188. Available at: <https://www.dlib.si/stream/URN:NBN:SI:DOC-42FCM0N4/e6b288fc-724a-4a7a-99e0-31d75723af20/PDF> [01.03.2019].

EWMA, 2004. Position document: Wound bed preparation. Available at: http://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/Position_documents_2002-2008/pos_doc_English_final_04.pdf [01.03.2019].

Franko, A. & Fakin, S., 2009. Analiza potrebnih količin za nego kroničnih ran s sodobnimi oblogami. In: Smrke, DM ., et al., eds. Metode sodobnega zdravljenja, IV. Konferenca o ranah z mednarodno udeležbo -zbornik predavanj Klinični oddelek za kirurške okužbe, SPS Kirurška klinika. Klinični center Ljubljana; Portorož, 23.–24. april 2009, pp. 59–63.

Frykberg, R. G. & Banks, J., 2015. Challenges in the Treatment of Chronic Wounds. Adv. Wound Care (New Rochelle). Sept.2015, 4 (9), pp. 82–560.



Harding K, et al., 2015. Simplifying venous leg ulcer management. Consensus recommendations. Wounds International 2015. Available at: www.woundsinternational.com [01.03.2019].

Kahle, B., Hermanns, H. J. & Gallenkemper, G., 2011. Evidencebased treatment of chronic leg ulcers. Deutsches "Arzteblatt International, 2011; vol. 108, no. 14, pp. 231–237.

Kecelj Leskovec, N., 2010. Golenje razjede, ki slabo celijo. In: Štemberger Kolnik, T., et al., eds. Komplikacije kroničnih in akutnih ran: zbornik predavanj z recenzijo. Ptuj: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Terme Ptuj, 12. in 13. marec 2010, pp. 15–21.

NIJZ, 2017. Zdravstveni statistični letopis za leto 2017. Available at: http://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/publikacije/letopisi/2017/1_demografija_ [01.03.2019].

Thomas Hess, C., 2010. Ulcer Checklist. Advances in Skin & Wound Care. Aug. 2010, 23 (8), p. 384.

Vilar V., 2017. Novosti pri zdravljenju ran – prikaz primera. In: Batas, R. ed. Rane, stome, inkontinenca: zbornik prispevkov z recenzijo. Zreče: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, Zreče, 6. in 7. oktobra, 2017, p. 55. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/publication___attachments/rane_stome_inkontinenca_2017.pdf [01.03.2019].

Železnik, D., Horvat, M., Panikvar Žlahtič, K., Filej, B. & Vidmar, I., 2011. Aktivnosti zdravstvene nege v patronažnem varstvu. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije – Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije; 2011, pp. 4–26. Available at: https://www.zbornica-zveza.si/sites/default/files/doc_attachments/aktivnosti_zdravstvene_nege_v_patronaznem_varstvu_27092011_0.pdf [01.03.2019].

RAZTRGANINE KOŽE

SKIN TEARS

Anita Jelen, dipl. m. s., mag. zdr. nege, ET

Univerzitetni klinični center Ljubljana
Dermatovenrološka klinika
anita.jelen@gmail.com



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

Raziskave kažejo, da je prevalenca raztrganin kože enaka ali celo večja od prevalence razjed zaradi pritiska. Celostna ocena tveganja nastanka raztrganin kože vključuje oceno splošnega zdravstvenega stanja pacienta (kronična/kritična obolenja, zdravila, stanje zavesti, sensorika, prehranjenost), oceno mobilnosti (zgodovina padcev, slabša mobilnost, odvisnost pri življenjskih aktivnostih, mehanske poškodbe) in oceno stanja kože (starost, krhkost kože, v anamnezi že prisotne raztrganine kože).

Ključne besede: raztrganine kože, ocena, oskrba

ABSTRACT

Skin tears have been reported to have prevalence rates equal to, or greater than, those for pressure ulcers. A comprehensive risk assessment should include assessment of the individual's general health (chronic/critical disease, polypharmacy and cognitive, sensory and nutritional status); mobility (history of falls, impaired mobility, dependent activities of daily living, and mechanical trauma); and skin (extremes of age, fragile skin and previous skin tears).

Keywords: skin tears, assessment, management

UVOD

Angleški termin *skin tears* lahko prevedemo v »raztrganino kože«. Beseda *tear* pride od angleškega glagola *tear*, ki je nastal iz staroangleškega *terar* »raztrgati«, medtem ko je enakozvočnica *tear* »solza« nastala iz staroangleške besede *tear*. Besedi etimološko nista povezani, čeprav v moderni angleščini zvenita enako. Slovar slovenskega knjižnega jezika raztrganino kože definira takole: rana, poškodba, povzročena s topim predmetom (Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2000).

Mednarodni svetovalni forum za raztrganine (angl. The International Skin Tear Advisory Panel – ISTAP) definira skin tear kot rano, ki je povzročena zaradi strižnih sil in/ali trenja in/ali tope sile, ki povzročajo ločitev plasti kože.

Raztrganine kože so travmatske rane, ki nastanejo z mehansko silo in so značilne za skrajni starostni obdobji (novorojenčki in starostniki), pri kritično in kronično bolnih in so domnevno zelo razširjene in še posebej problematične za starejšo odraslo populacijo (LeBlanc, et al., 2016).

Raziskave o prevalenci in incidenci raztrganin kože so omejene, vendar podatki kažejo, da so rezultati precej različni in odvisni predvsem glede na tip zdravstvene oskrbe. Tako je v dolgotrajni zdravstveni oskrbi prevalenca raztrganin kože 2,23–92 %, v domači oskrbi 4,5–19,5 %, v akutni bolnišnični obravnavi 6,2–11,1 %, v paliativni oskrbi 3,3–14,3 %, za intenzivne terapije in operacijske dvorane pa podatki niso znani (LeBlanc, et al., 2018).



ETIOLOGIJA RAZTRGANIN KOŽE

Vzroki za nastanek so (Benbow, 2017):

- poškodbe, predvsem tope, pogosto posledica padcev;
- strižne sile in trenje;
- nenamerne poškodbe zaradi uporabe invalidskih vozičkov, posteljnih ograjic ipd.;
- nepravilna tehnika premeščanja in obračanja pacientov;
- nepravilna izbira in namestitev in/ali odstranitvev lepilnih trakov za fiksacijo oblog kakor tudi samih oblog za rane.

Pri starejših pacientih je še posebej pomembno, da pred premeščanjem ali obračanjem pazimo na premikanje rok in nog, saj so raztrganine na udih najbolj pogoste, še posebej na hrbtišču rok. Zapleti, kot so bolečina, okužba in slabo celjenje rane, so pogosti zaradi nepravilnega diagnosticiranja rane oz. poškodbe kože in nepravilne oskrbe raztrganine kože (Benbow, 2017).

Dejavniki tveganja so (Benbow, 2017):

- starost in spol (ženske so bolj ogrožene), starost > 75,
- v anamnezi že prisotne raztrganine kože,
- suha, krhka koža,
- zdravila, ki tanjšajo kožo (kortikosteroidi),
- ekhimoze (modrice, podplutbe, pogosto zaradi trombocitopenije),
- slabša mobilnost, slabši vid,
- slaba prehranjenost, dehidracija,
- kognitivne in senzorne motnje,
- odvisnost pri življenjskih aktivnostih, kot so osebna higiena, oblačenje ter gibanje.

PREPREČEVANJE IN ZDRAVSTVENA OSKRBA RAZTRGANIN KOŽE

Vsaka zdravstvena ustanova mora imeti izdelane protokole oz. klinično pot preprečevanja in oskrbe raztrganin kože, ki vključujejo oceno tveganja nastanka raztrganin kože, preventivni program (zmanjševanje, preprečevanje) in algoritem odločanja pri raztrganini kože. Izvajalci zdravstvene nege morajo imeti znanja s tega področja in morajo biti usposobljeni za izvajanje vseh postopkov, ki so potrebni. Pacienti in njihovi svojci morajo biti aktivno vključeni v proces zdravstvene vzgoje, da bodo znali pravilno izvajati oskrbo oz. samooskrbo in se izogniti samopoškodbam oz. poškodbam kože. Poškodbe kože lahko zmanjšamo z naslednjimi ukrepi (Benbow, 2017):

- rutinsko uporabo hipoalergičnih izdelkov za vlaženje kože vsaj dvakrat dnevno,
- uporabo pH nevtralnih čistil za kožo,
- za kopanje ali prhanje uporabo mlačne vode,
- primerno in stalno temperaturo okolja,
- kratke nohte na prstih rok pri izvajalcih kakor tudi pri pacientih (pri pacientih kratki nohti tudi na prstih nog),
- ustrezno prehranjenost in hidracijo,
- pacienti, ki imajo občutljivo kožo, naj nosijo dolge rokave, dolge hlače, obute nogavice.



Potrebno je kontinuirano ocenjevanje pacientove kože; vsako spremembo barve, modrico ali mehur je treba zabeležiti in dokumentirati. Izredno pomembna je učinkovita komunikacija med zdravstvenimi delavci. Fizioterapevti in delovni terapevti lahko prispevajo pomemben delež pri tem, da naučijo tako paciente kot tudi medicinske sestre, da ostanejo brez poškodb in hkrati povečajo varnost.

Načela za obvladovanje raztrganin kože so (Benbow, 2017):

- ocenjevanje in dokumentiranje rane (meritve, fotografiranje ipd.),
- vrednotenje in dokumentiranje učinkovitosti intervencij,
- ocena posameznika s statusom tetanusa,
- klasifikacija raztrganine kože glede na algoritem,
- uporaba primernih oblog (nelepljive),
- zaščita pred poškodbami.

KLASIFIKACIJA RAZTRGANIN KOŽE

Prva klasifikacija raztrganin kože je bila narejena leta 1990, razvila pa sta jo Payne in Martin. Posodobljena je bila še leta 1993 (NHS, 2017).

Standardizirano orodje za oceno raztrganin je klasifikacija ISTAP, ki razvršča raztrganine kože v tri stopnje, in sicer, glede na količino izgube tkiva.

Stopnja 1 pomeni, da ni izgube tkiva, zatrgan kos kože pa lahko namestimo nazaj in pokrijemo vso površino rane (slika 1).



Slika 1: Stopnja 1 (LeBlanc, et al., 2018)

Stopnja 2 pomeni, da košček kože manjka in zatrgani del ob namestitvi na prvotno mesto ne more pokriti vse površine rane (slika 2).



Slika 2: Stopnja 2 (LeBlanc, et al., 2018)



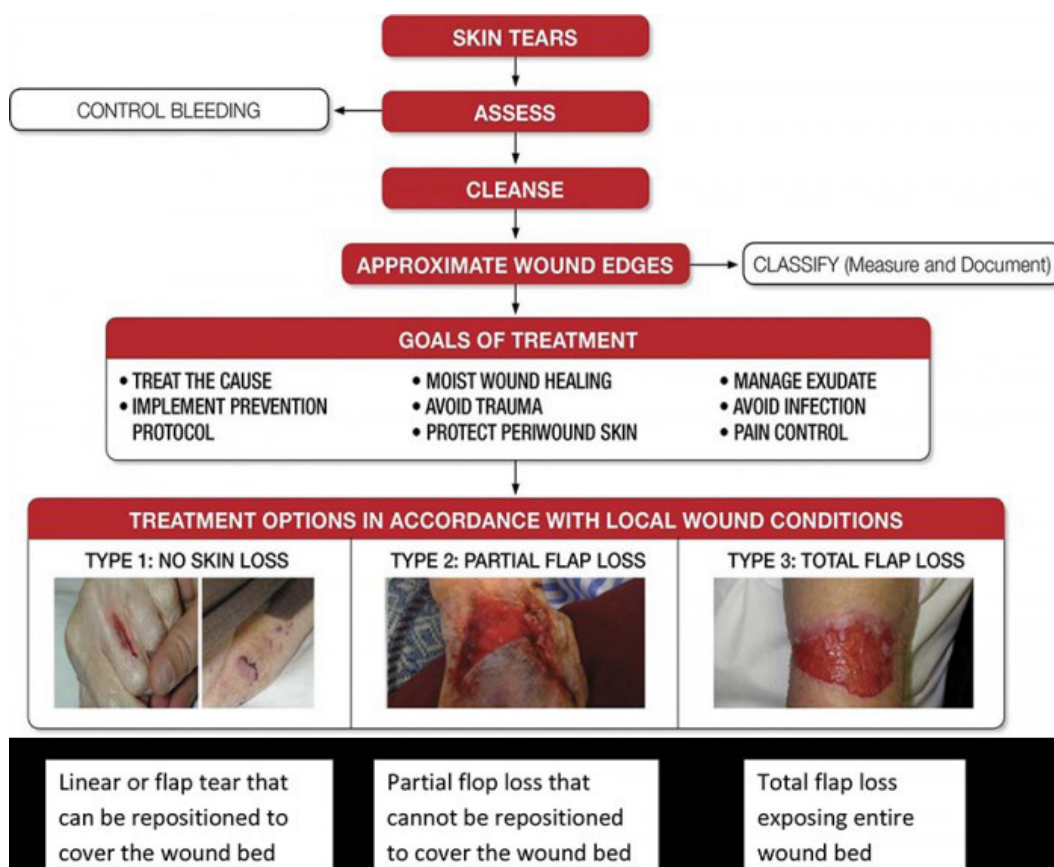
Stopnja 3 pomeni, da je kožni pokrov popolnoma odtrgan in je vsa površina rane izpostavljena; gre za popolno izgubo povrhnjega tkiva (slika 3).



Slika 3: Stopnja 3 (LeBlanc, et al., 2018)

ZDRAVLJENJE RAZTRGANIN KOŽE

Po algoritmu ISTAP (slika 4) (LeBlanc, et al., 2013) začnemo z oceno raztrganine kože; krvavitev je potrebno nadzirati. Rano speremo s toplo fiziološko raztopino ali vodo in nežno odstranimo ostanke. Če je možno, približamo pokrov kože in ga skušamo ohraniti (približamo robove); s tem zmanjšamo možnost okužbe in nadaljnje poškodbe. Potrebno je nadzirati in lajšati bolečino. Rano prekrijemo s primerno oblogo, ohranjamo vlažno okolje za celjenje rane. Na oblogo oz. obliž vedno označimo smer poteka pokrova kože (slika 5).



Slika 4: Algoritem zdravljenja raztrganine kože (LeBlanc, et al., 2013)



Slika 5: Prikaz oznake na obližu (v smeri kožnega pokrova) (LeBlanc, et al., 2016)

DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

Raztrganine kože predstavljajo pogost problem predvsem pri zdravstveni oskrbi starejših pacientov. Najbolj pogosto se raztrganine kože pojavljajo na zgornjih ekstremitetah (v 80 %), spodnjih ekstremitetah (15 %) in trupu (5 %) (LeBlanc, 2017).

Pri posameznikih, ki imajo v anamnezi limfedem na spodnjih ekstremitetah ali ishemijo, ki je posledica periferne arterijske okluzivne bolezni, lahko raztrganine kože povzročijo kompleksne golenje razjede (LeBlanc, et al., 2018).

Ker raztrganine kože pogosto vodijo v okužbe in hude bolečine, je najboljšo, da jih učinkovito preprečujemo. Pri preprečevanju je predvsem pomembno, da pri izvajanju intervencij zdravstvene nege pazimo, da pacienta ne poškodujemo, da ga zavarujemo pred samopoškodbami, da pravilno izvajamo premeščanje, obračanje in ne ustvarjamo trenja ter strižnih sil in redno izvajamo zaščito kože. Poskrbeti moramo tudi za primerno prehrano in hidracijo pacienta ter paziti, da uporabljamo nelepljive, atravmatske obloge ter da nikoli ne uporabljamo fiksacijskih lepilnih trakov. Posebej previdni moramo biti tudi pri odstranjevanju oblog oz. pri prevezi rane, da ne poškodujemo ali odtrgamo pokrova rane, če gre za 1. stopnjo ali 2. stopnjo raztrganine kože. Ne priporoča se uporabe oblog z jodom in hidrokolidov.

Za preprečevanje raztrganin kože je znanje medicinskih sester izredno pomembno, saj pravočasno prepoznavanje in ugotavljanje dejavnikov tveganja vodi k boljši in učinkoviti zdravstveni negi, večji kakovosti življenja pacientov in boljšim izidom zdravljenja. Vsak zavod mora imeti zato izdelano politiko preprečevanja raztrganin kože.

LITERATURA

Benbow, M., 2017. Assessment, prevention and management of skin tears. *Nursing Older People*, 29, 4, pp. 31–38.

LeBlanc, K, 2017. Evidence-based Prediction, Prevention, Assessment, and Management of Skin Tears. Available at: https://www.americannursetoday.com/wp-content/uploads/2017/04/Skin_Tears_webinar_convatec2.pdf [7.3.2019].



LeBlanc, K., Baranoski, S., Christensen, D., Langemo, D., Edwards, K., Holloway, S., et al., 2016. The Art of Dressing Selection: A Consensus Statement on Skin Tears and Best Practice. *Advances in skin & Wound care*, 29(1), pp. 32–45.

LeBlanc, K., et al., 2018. Best practice recommendations for the prevention and management of skin tears in aged skin. *Wounds International* 2018. Available at: <https://www.woundsinternational.com/uploads/resources/57c1a5cc8a4771a696b4c17b9e2ae6f1.pdf> [7.3.2019].

NHS, 2017. The Prevention and Management of Skin Tears and Lacerations. Clinical Guidelines. Available at: <https://www.hacw.nhs.uk/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=84164> [7.3.2019].

Slovar slovenskega knjižnega jezika, 2000. Slovenska akademija znanosti in umetnosti, Znanstveno raziskovalni center Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Inštitut za slovenski jezik Frana Ramovša, ZRC SAZU. Spletna izdaja. Available at: <http://bos.zrc-sazu.si/sskj.html> [10.3.2019].

POŠKODBA KOŽE ZARADI VLAGE MOISTURE-ASSOCIATED SKIN DAMAGE

Vanja Vilar, viš. med. ses., dipl. ekon., ET

Univerzitetni klinični center Ljubljana
Svetovalna služba zdravstvene nege
vanja.vilar@gmail.com



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

V klinični praksi je že dolgo znano, da je dolgotrajna izpostavljenost kože vlagi škodljiva in lahko vodi do obsežnih poškodb kože. V prispevku so predstavljene poškodbe kože, povezane z vlago, med katere sodijo inkontinenčni dermatitis, intertriginozni dermatitis, poškodba kože ob rani in peristomalna poškodba kože. Temelj preventivne dejavnosti pri poškodbi kože zaradi vlage je dosleden in strukturiran pristop k negi kože. Nega kože obsega ustrezno čiščenje, vlaženje in zaščito kože.

Ključne besede: poškodba kože zaradi vlage, čiščenje kože, zaščita kože

ABSTRACT

In clinical practice it has been long known that long-term exposure to moisture of the skin is harmful and can lead to extensive skin damage. This paper brings out moisture-associated skin damages such as incontinent dermatitis, intertriginal dermatitis, periwound moisture skin damage, and peristomal moisture damage. The basis of preventive activity for damage to the skin due to moisture is a consistent and structured approach to skin care. Skin care requires adequate cleaning, moistening and skin protection.

Keywords: moisture skin damage, skin cleansing, skin protection

UVOD

Zdrava koža je trda, prožna, elastična, rahlo vlažna in dobro hidrirana. Koža je največji organ v telesu, ki obsega približno 18 kvadratnih metrov in tehta približno 12 kilogramov ali do 15 % celotne odrasle telesne teže. Med številnimi vitalnimi funkcijami koža deluje kot zaščita telesa pred mehanskimi poškodbami, škodljivimi vplivi iz okolja, mikroorganizmi in prekomerno vlago. Koža je sestavljena iz povrhnjice – epidermisa, usnjice – dermisa in podkožja – subcutisa. Povrhnjica je sestavljena iz petih plasti. V zunanji roženi plasti – stratum corneum – obstaja 15–20 plasti korneocitov, ki so se razvili iz keratinocitov v bazalni plasti povrhnjice. Celice se tesno stikajo s proteini, imenovanimi desmosomi, in lipidnim matriksom (Voegeli, 2016). Lipidi rožene plasti so sestavljeni iz ceramidov, holesterola in prostih maščobnih kislin in se skupaj imenujejo lipidne lamele (Moncrieff, et al., 2013). Kompaktna sestava celic v roženi plasti je podobna opečni steni, ki preprečuje snovem prehajanje v globlje plasti povrhnjice (Penzer, et al., 2012). Povrhnjica pomaga regulirati pasivno izgubo vode, ki je znana kot transepidermalna izguba vode. V idealnem okolju mora koža preprečiti prekomerno izgubo in vsrkanje tekočine (Voegeli, 2016). Normalna vsebnost vode je potrebna za pravilno delovanje in zorenje povrhnjice (Ousey, et al., 2016). Celice v roženi plasti vsebujejo tudi naravni vlažilni faktor, ki pomaga ohranjati vlaženje povrhnjice z vsrkavanjem in zadrževanjem vode v celicah (Voegeli, 2016).

PREKOMERNA VLAGA

Prekomerna izpostavljenost kože vlagi lahko ogrozi celovitost pregrade v roženi plasti, kar ima za posledico poškodbo povrhnjice. Prekomerna vlaga okvari zapleteno molekularno razporeditev medceličnih lipidov v roženi plasti in medcelične povezave med epidermalnimi



celicami (korneociti). Ko je koža poškodovana, je prepustna in dovzetna za draženje, kar vodi do vnetja ali dermatitisa. Vlažna koža ima visok koeficient trenja, zaradi česar je občutljiva na trenje in strižne sile (Voegeli, 2016; Beeckman, et al., 2015). pH zdrave kože je med 4 in 6, kar zagotavlja kislo okolje. Pri izpostavljenosti kože prekomerni vlagi se pH kože povečuje. Alkalno okolje omogoča mikroorganizmom vstop v globlje plasti povrhnjice. Ob prisotnosti urina na koži se sečnina, ki jo vsebuje, pretvori v alkalno snov amonijak (Beeckman, et al., 2015). Zrela koža je bolj dovzetna za poškodbe zaradi procesa staranja, slabša je prekrvitev povrhnjice, zmanjša se delovanje znojnic in proizvodnja loja (Penzer, et al., 2012, Moncrief, et al., 2013; Beeckman, et al., 2017).

POŠKODBE KOŽE, POVEZANE Z VLAGO

Izraz poškodba kože, povezana z vlago (angl. Moisture-Associated Skin Damage – MASD), opredeljuje spekter poškodb, za katerega je značilno vnetje in erozija povrhnjice, ki je posledica dolgotrajne izpostavljenosti različnim virom vlage in možnim dražilcem (npr. urin, blato, potenje, izloček iz rane in izločki iz stom). Tehnično gledano, je MASD vrsta dražilnega kontaktnega dermatitisa, vendar je krovni izraz, ki vključuje štiri različna klinična stanja (Gray, et al., 2011; Young, 2017):

- 1) inkontinenčni dermatitis (IAD);
- 2) intertriginozni dermatitis (ITD), imenovan tudi intertrigo;
- 3) peristomalna poškodba kože;
- 4) poškodba kože ob rani.

Poškodba kože, povezana z vlago, je kompleksno, heterogeno stanje. Z demografskimi spremembami in vse večjo starejšo populacijo po vsem svetu je MASD vse pogostejše stanje, ki pacientom in zdravstvenemu sistemu povzroča precejšnje breme. Pacienti z MASD doživljajo močne, trdovratne simptome, kot so bolečina, pekoč občutek in srbenje, še posebej, če poškodba kože vključuje erozije delne debeline in razjede kože. Novi dokazi poudarjajo povezavo med MASD in drugimi kožnimi boleznimi, kot so dermatitis, kožna glivična/bakterijska okužba in razjede zaradi pritiska (Woo, et al., 2017).

Razvoj in resnost MASD sta odvisna od številnih notranjih in zunanjih dejavnikov. Pogosto se razvije pri posameznikih s prekomernim potenjem, povečano presnovo v koži (povišano lokalno temperaturo), nenormalnim pH kože, z anamnezo atopije, globokimi telesnimi gubami, dermalno atrofijo in neustrezno proizvodnjo loja (Gray, et al., 2011). Zunanji dejavniki, ki lahko povzročijo in poslabšajo MASD, so kemični/biološki dejavniki, delovanje mehanskih sil na kožo (trenje, pritisk, strižne sile), proliferacija glivic/kandidoze, sezonski ali okoljski dejavniki (vlažnost), inkontinenca urina in blata in higienske razmere posameznika (Bianchi, 2012).

Inkontinenčni dermatitis -IAD

Amonijak v urinu in/ali blatu ustvarja alkalno okolje, ki okrepi proteolitično aktivnost fekalnih encimov (proteaze in lipaze) na koži. Encimi povzročijo spremembo v kožnem kislinsem pH ju, zaradi česar lahko dražeče snovi in mikroorganizmi prodrejo v kožo in sprožijo vnetni odziv. Pogosto se pojavijo erozije kože, kar vodi v maceracijo kože, zaradi česar je



območje dovzetno za trenje in strižne sile. Dermatitis, povezan z inkontinenco, se pojavi kot razpršeno območje rdečine. Lahko se pojavi erozija kože, oteklina, luščenje kože, papule, ki vsebujejo serozni izloček s spremljajočim srbenjem in pekočimi bolečinami (Beeckman, et al., 2017). Poškodbe kože se raztezajo v presredek, kožne gube in med ritnice. Trenutne ocene razširjenosti se gibljejo med 5,6 in 50 % v različnih zdravstvenih ustanovah, populacijah pacientov in starostnih skupinah; najvišja je med kritično bolnimi pacienti (Bianchi, 2012; Woo, et al., 2009). Dermatitis, povezan z inkontinenco, se običajno pojavi kot difuzni eritem.

Nedavno je mednarodna strokovna skupina razvila globalno orodje za kategorizacijo IAD, ki ga je psihometrično preizkusilo 823 zdravstvenih delavcev iz 30 držav (Beeckman, et al., 2017). Orodje je preprosto za uporabo. Najprej se oceni poškodbo kože, da se ugotovi, ali je prisotna trdovratna rdečina ali izguba kože. Nato klinično okužbo ovrednotimo na podlagi kliničnih znakov. Kot takšna je razvrščena v štiri kategorije:

- 1A: trajna rdečina brez kliničnih znakov okužbe,
- 1B: trajna rdečina s kliničnimi znaki okužbe,
- 2A: poškodba kože brez kliničnih znakov okužb,
- 2B: poškodba kože s kliničnimi znaki okužbe (Young, 2017).

Intertriginozni dermatitis – intertrigo

Je vrsta poškodbe kože med kožnimi gubami, povezana s prekomerno vlago. Pojavi se med kožnimi gubami v pod pazduhi, dimljah, pod dojkami, perianalnih in interdigitalnih predelih. Kombinacija odvečne vlage zaradi potenja in okluzija z omejenim pretokom zraka s prisotnostjo trenja med nasprotnima površinama povrh njice lahko vodi do poškodbe kože. Intertriginozni dermatitis je sprva zaznamovan z eritemom zrcalne slike, vnetjem in perifernim luščenjem, vendar sčasoma postane povrh njica macerirana, edematozna, okvarjena in erodirana ter zagotavlja optimalno okolje za prehod mikroorganizmov, kot je *Candida albicans*, lahko povzroči sekundarne okužbe (Black, et al., 2011; Kalra, et al., 2014). Na podlagi trenutnega razumevanja patofiziologije, ki je podlaga za ITD, so bili upoštevani številni dejavniki tveganja vključno s hiperhidrozo, imunsko pomanjkljivostjo, sladkorno boleznijo, nepomičnostjo, velikimi kožnimi gubami in debelostjo. Razširjenost ITD se razlikuje glede na okolje: 6 % v akutni oskrbi, 17 % pri dolgotrajni oskrbi in 20 % v domačem okolju (Mistiaen, et al., 2010).

Poškodba kože ob stomi zaradi vlage – Peristomalni dermatitis

Pri poškodbah kože ob stomi je značilno vnetje in erozija kože v njeni okolici. Kljub različnim pripomočkom za oskrbo stom se lahko fekalije prelivajo na peristomalno kožo, zlasti pri pacientih s hiperaktivnim črevesjem, drisko in fistulami, ki povezujejo površino črevesja in kože. Neravna površina trebuha zaradi prekomerne podkožne maščobe, slabega mišičnega tonusa ali kile predstavljajo izzive, ki pogosto vodijo v slabo lepljivost kožnih podlog in njihovo pogosto popuščanje. Večja poškodba povrh njice pomeni tudi večjo vlažnost in maceracijo kože in slabšo lepljivost kožne podloge (Colwell, et al., 2011; Stephen & Haynes, 2013). Pri več kot 50 % posameznikov s stomo lahko pride do zatekanja blata na kožo in možnost nastanka peristomalnega dermatitisa. Pogostnost nastanka peristomalnega dermatitisa pri osebah s kolostomo je približno 17,4 % in pri osebah z ileostomo 34 % (Raitliff, 2005;



McMullen, et al., 2011). Tudi koža v okolici perkutane endoskopske gastrostome je prav tako izpostavljena tveganju za nastanek peristomalnega dermatitisa. Zaradi potencialnega puščanja prebavnih encimov (žolčnih soli, pankreatičnih lipaz) in prehranskih dodatkov. Pri pacientih s traheostomo prihaja do poškodbe kože zaradi prekomernega znojenja, sline ali izpljunka, ki se nabirajo okoli stome pod prirobnico zunanje kanile (Woo, et al., 2017).

Poškodba kože ob rani zaradi vlage

Vlažno okolje prispeva k pospeševanju celjenja ran. Izločki iz rane vsebujejo endogene encime za razgradnjo beljakovin, ki so jedki in škodljivi za nepoškodovano kožo (Nagase, et al., 2006). Koža v okolici rane je še posebej izpostavljena poškodbam pri neustrezno izbrani oblogi za izločanje obilnega izločka iz rane. Poleg tega lahko s ponavljajočo uporabo in neustreznim odstranjevanjem lepilnih trakov in oblog odstranimo roženo plast povrhnjice, kar povzroči nadaljnje poškodbe kože. Poškodbe kože ob rani so zelo slabo dokumentirane, zato podatki o pogostnosti teh poškodb niso dosegljivi. Kljub temu je učinek poškodbe kože v okolici rane precejšen. Obsežna mednarodna raziskava, ki je vključevala 2018 pacientov s kroničnimi ranami, je pokazala, da je 25 % anketirancev doživelo bolečino v okolici rane, verjetno zaradi poškodbe kože in lokalnih vnetnih odzivov (Price, et al., 2008). V literaturi je zaslediti dokaze, da lahko poškodba kože ob rani vpliva na migracijo keratinocitov z robov ran na dno rane, kar upočasni celotno celjenje ran (Colwell, et al., 2011).

STRATEGIJA PREPREČEVANJA POŠKODBE KOŽE ZARADI VLAGE

Temelj preventivne dejavnosti pri poškodbi kože zaradi vlage je dosleden in strukturiran pristop k negi kože, ki ga pričnemo z izvajanjem temeljitega in rednega pregleda kože. Nadaljujemo z identifikacijo in odpravo dejavnikov tveganja, kadar je to mogoče, uporabo ustreznih pripomočkov za oskrbo inkontinentnih pacientov, izbiro ustrezne obloge za rano in ustrezne kožne podloge za oskrbo stome. Nega kože obsega ustrezno čiščenje, vlaženje in zaščito kože (Beeckman, et al., 2015). Pri preventivni dejavnosti naj sodeluje multidisciplinarni tim.

• Čiščenje kože

Tradicionalno čiščenje kože z milom in vodo lahko poslabša poškodbe kože, zlasti pri pacientih z ranljivo ali občutljivo kožo (Beeckman, et al., 2015). Mila so običajno alkalne snovi, ki zmanjšujejo kisel pH kože, odstranjujejo lipide iz kože in s tem zmanjšujejo zaščitno funkcijo kože in povečujejo suhost kože (Beeckman, et al., 2009). Čiščenje kože izvajamo redno in nežno brez drgnjenja, da preprečimo nadaljnjo poškodbo kože s trenjem (Beeckman, et al., 2015). Smernice za čiščenje kože priporočajo uporabo mehkih čistilnih krpic ali pen s pH uravnoteženim čistilom. Z vsebnostjo površinsko aktivnih snovi, ki omogočajo lažje odstranjevanje nečistoče iz kože, zmanjšujemo dodatne poškodbe kože. Kožo po čiščenju ne izpiramo in brišemo, kar dodatno zmanjšuje trenje na koži. Določene čistilne krpice vsebujejo tudi zaščitna sredstva za kožo. Zelo pomembno je, da vedno izberemo sredstva, s katerimi čistimo kožo in ki ne vplivajo na normalni kožni pH (Beeckman, et al., 2015).



• **Izbira ustrezno visokovpojne obloge za oskrbo ran z obilnim izločkom**

Pomembnost izbire ustrezne obloge za zaščito kože v okolici rane je dvakratna. Prvič omogoča rani podporo pri celjenju in preprečevanje nadaljnje poškodbe kože v okolici rane. Idealna obloga ustvarja optimalno ravnovesje vlage v rani z ustrezno vpojnostjo izločkov iz rane. Visoko vpojne obloge delujejo tako, da izloček vpijejo v jedro obloge in s tem preprečijo direkten stik izločka z rano in obenem preprečuje maceracijo kože v okolici rane. Za izbiro ustrezne obloge je potrebno znanje in dobro poznavanje pacienta. Obloge s silikonom so dokazano boljše pri preprečevanju poškodb kože (Woo, et al., 2017).

• **Uporaba atravmatskih lepilnih trakov ali lepil**

Ponavljajoča uporaba in odstranjevanje lepilnih trakov in poliuretanskih filmov lahko povzročita poškodbe kože z odstranitvijo rožene plasti. Pojavi se rdečina, oteklina in mehurji. Poškodovana koža ob rani povzroči razgradnjo površinskega keratina, kar posledično vodi v lokalno maceracijo in hiperhidracijo spodaj ležečih celic povrhnjice in kožnih komponent (Woo, et al., 2017).

• **Zaščita kože**

Na tržišču so dosegljivi številni pripravki za zaščito kože pred vlago. Priporočena je uporaba oljnih mazil na osnovi vazelina, cinkovega oksida, silikona, polimernimi filmi, ki nastanejo pri uporabi z izhlapevanjem topila in cianoakrilati. Na voljo so v tubah, razpršilih, krpicah in/ali vialah. Kljub učinkovitosti zaščite kože njihova kemična sestava lahko vpliva na sekundarne dejavnike, kot sta bolečina pacienta in preobčutljivost. Trenutno še ni dokazov o najboljšem pripravku za zaščito kože pred vlago. Učinkovitost vsakega proizvoda je odvisna od njegove sestave in pogostosti uporabe, ne pa od glavne sestavine. Gray in Weir (2007) sta s pomočjo dokazov razvrstila pripravke za preprečevanje poškodbe kože zaradi vlage. Zaščitna sredstva za kožo, kot so polimerni filmi na osnovi topil in vazelin z dodatkom cinkovega oksida, so edini izdelki, ki dobijo najboljšo oceno, kar kaže na najvišjo raven dokazov (Woo, et al., 2017).

Zaščitna **mazila na osnovi vazelina** so priljubljena za preprečevanje in obvladovanje poškodbe kože zaradi vlage. Vazelin je poltrdna zmes ogljikovodikov, ki so hidrofobni. Pri temperaturi 37 °C se topi, iz njega izdelujejo mazila. Na koži pušča masten ostanek, ki preprečuje, da bi se lepila na oblogi lepila na kožo (Woo, et al., 2017).

Druga možnost je **zaščita na osnovi cinkovega oksida**. Cinkov oksid je anorganska spojina, ki jo najdemo v različnih topikalnih sredstvih, kot so prah, kremasta krema, krema za sončenje in šampon. Cinkov oksid kožo prekrije in jo ščiti pred vlago in dražilnimi snovmi. Pregrade ni potrebno odstranjevati razen, če je zamazana. Drgnjenje pri čiščenju lahko poškoduje občutljivo in poškodovano kožo. Izkazalo se je tudi, da so izdelki za zaščito **na osnovi silikona** učinkoviti pri zaščiti in negi kože. Silikon sestavljajo verige hidrofobnih polimerov z izmeničnimi molekulami silikona in kisika. Najnovejše sestave s silikonom lahko vključujejo mikrohranila in antioksidante, kar lahko prepreči raztrganine kože in zmanjša razjede zaradi pritiska (Woo, et al., 2017).

Pripravki iz polimernih filmov so sestavljeni iz organskih topil ali vode, ki vsebujejo



polimere, ko topilo izhlapi, pa tvorijo tanke filme. S študijami je dokazano, da polimerni filmi brez organskih topil zagotavljajo večjo zaščito pred poškodbami kože kot enakovredni filmi, ki vsebujejo topila (Woo, et al., 2017).

Cianoakrilati so poseben razred derivatov akrilatnih polimerov in so na voljo v zadnjih letih. Te spojine so generično znane kot cianoakrilati ali »sekundno lepilo«. Cianoakrilati, ali natančneje alkilni estri cianoakrilatov, so spojine, ki imajo dodatno ciano skupino, vezano na akrilatni del molekule. Spojine so zelo občutljive na vlago na koži, zaradi česar se na koži zelo hitro v nekaj sekundah ustvari fleksibilen, vendar trden film. Pripravki s cianoakrilati so na voljo v ampulah za enkratno uporabo. Film se z umivanjem odstrani po 24–72 urah in ga ni potrebno odstranjevati (Woo, et al., 2017).

• Vzdrževanje zdrave kože

Rožena plast povrhnjice običajno vsebuje 10–15 % vlage. Medtem ko je prekomerna vlaga škodljiva za kožo, je suha koža nagnjena k površinskim poškodbam, ki vodijo v luščenje in razpoke, kar omogoča mikroorganizmom in drugim dejavnikom tveganja vstop, da prodrejo v globlje strukture kože. Naravne vlažilce najdemo v roženi plasti kože. Ti vlažilci kožo rehidrirajo zaradi svoje hidroskopske lastnosti s tem, da privabijo in vežejo molekule vode iz atmosfere in jo dodajajo v korneocite. Obnavljanje naravnih vlažilnih faktorjev in vlažilcev je mogoče doseči z uporabo vlažilcev, ki vsebujejo aminokislino, kot so pirolidon karboksilna kislina, urokanična kislina, propilen glikol (glicerin), mlečna kislina in sečnina. Druge sestavine, ki jih je treba upoštevati pri vzdrževanju zdrave kože, so še ceramidi (glavna lipidna sestavina v medceličnem prostoru rožene plasti), esencialne maščobne kisline, kot je linolna kislina, ki lahko modulira vnetne in imunske odzive na koži, vitamine in antioksidante (Woo, et al., 2017).

• Zdravstveno-vzgojno delo

Pri pacientih in njihovih svojcih izvajamo zdravstveno-vzgojno delo po vnaprej pripravljenem programu. Program vključuje čiščenje kože, vlaženje in zaščito kože ter predstavitev ustreznih pripomočkov in materialov za obvladovanje vlage na koži. Prav tako je izrednega pomena tudi izobraževanje članov negovalnega tima.

• Dokumentiranje

Z dokumentiranjem lahko pravočasno preprečimo in pojasnimo marsikatero dilemo v zvezi z nastankom poškodbe kože zaradi vlage. Redno beležimo pogostnost odvajanja blata in njegovo konsistenco.

PRIKAZ PRIMEROV OSKRBE POŠKODOVANE KOŽE ZARADI VLAGE

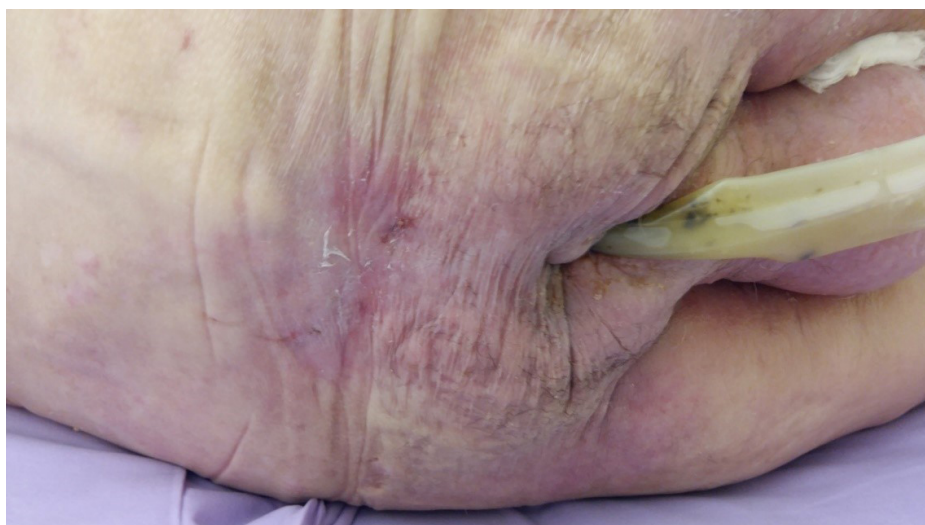
V Sloveniji imamo za oskrbo pacientov s poškodbo kože zaradi vlage na razpolago vse zgoraj opisane materiale za zaščito kože, razen cianoakrilata. Zato smo bili zelo veseli, ko nam je v začetku letošnjega leta firma 3M dostavila Cavioln Advantec Skin Protectant za preizkušanje v klinični praksi. Cavioln Advanced Skin Protectant je indiciran za preprečevanje in zdravljenje pacientov z okvaro kože zaradi vlage.

**Prvi primer:**

Politravmatiziran pacient s poškodbo vratne hrbtenice in cirozo jeter. Ventiliran in na visoki vazoaktivni podpori. 25. dan po sprejemu se je pri pacientu pojavila driska s ponavljajočimi epizodami do 5-krat na dan. Koža je bila čiščena z vodo in milom in zaščiten s cinkovim oljem. Po dveh dneh driske je bila koža v perianalnem področju močno pordela, otekla in napeta. Rdečina se je difuzno širila v okolico. Koža je bila na posameznih mestih poškodovana in je krvavela (slika 1). Uveden je bil sistem za uravnavanje fekalij. Na vlažno poškodovano kožo smo namestili Cavilon Advanced Skin Protectant. Po treh dneh se je film samodejno odluščil zaradi zacelitve kože (slika 2).



Slika 1: Poškodovana koža v perianalnem predelu



Slika 2: Odlučen film po treh dneh



Drugi primer:

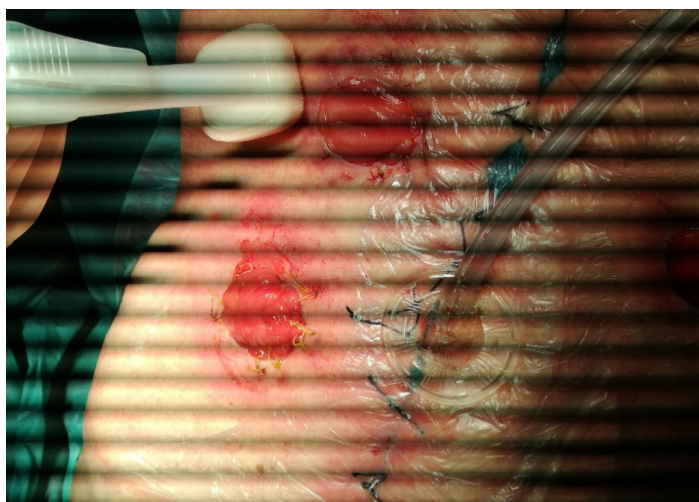
Stanje po RRA pred 15 leti, absces v mali medenici, ileus. Pri pacientu je bil narejen Brickerjev mehur in kolostoma. Po petih dneh ponovna revizija abdomna, kjer najdejo nekrotiziran del sigmoidnega kolona. Po dvanajstih dneh ponovna revizija abdomna s ponovno entero anastomozo tankega črevesja in bipolarno jejunostomo z negativnim površinskim pritiskom (slika 3). Zaradi namestitve negativnega površinskega pritiska je prišlo do popuščanja kožne podloge pri bipolarni jejunostomi. Koža ob stomi je bila močno pordela, otekla, napeta, poškodovana in macerirana (slika 4). Zaradi prekomerne vlage na koži in zelo omejenega prostora za namestitev kožne podloge je prihajalo do popuščanja kožne podloge pri bipolarni jejunostomi. Blato s prebavnimi encimi je zatekalo na kožo, kar je vodilo v še večje poškodbe kože. Na poškodovano kožo v okolici jejunostome smo nanесли Cavioln Advantec Skin Protectant. Kožna podloga je na kožo dobro prijela. Po treh dneh je bila izvedena menjava materialov za negativni površinski pritisk in istočasno smo izvedli tudi menjavo kožne podloge. Koža v okolici jejunostome se je v treh dneh povsem zacelila (slika 5), ostala pa je razjeda ob stomi.



Slika 3: Izločalne stome



Slika 4: Poškodba kože



Slika 5: Zdrava koža

DISKUSIJA

Da bi preprečili poškodbo kože zaradi vlage, moramo sistematično pristopiti k ocenjevanju celotnega pacienta, njegove kože in razvoju preventivnih dejavnosti pri negi kože. Koža predstavlja zelo pomemben organ v človeškemu telesu, ki ji vse premalokrat posvečamo ustrezno pozornost. Za čiščenje kože se še vedno uporablja vodo in milo kljub temu, da se dnevno srečujemo z vse starejšo populacijo. Koža starostnikov je suha, tanka zaradi izgube kolagena in elastičnosti. Najboljša preventiva za poškodbo takšne kože je redno dnevno vlaženje kože in uživanje zadostne količine tekočin. Z vlaženjem kože se poveča zaščitna funkcija kože, ohrani ali poveča se vsebnost vlage ter zmanjša transepidermalno izgubo vode in izboljša lipidni kožni plašč. Čiščenje kože z nežnimi pH uravnoteženimi čistilnimi sredstvi naj se izvaja čim prej po odvajanju, da preprečimo morebitne poškodbe kože in ohranimo kisel pH kože. Pri izvedbi posteljne kopeli se je potrebno vprašati, kakšno milo bomo uporabljali, koliko ga bomo nanесли na kožo pacienta in kako ga bomo lahko temeljito izprali s kože. S pravočasnim prepoznavanjem poškodb kože zaradi vlage lahko zmanjšamo njihove škodljive vplive na kožo. Zato takrat uporabimo zaščitna sredstva za kožo. Za ustrezno ukrepanje so potrebna znanja in izkušnje s področja preventive. Obstajati danes in se razvijati v času, katerega osnovne značilnosti so spremembe, pomeni izpopolnjevati se in pridobivati nova znanja.

ZAKLJUČEK

Nega kože sodi med osnovne življenjske aktivnosti, ki jih izvajamo v zdravstveni negi. Zaradi številnih dejavnosti in vse večjega pomanjkanja zaposlenih v zdravstveni negi prihaja vse pogosteje do pomanjkljivo izvedenih ali sploh neizvedenih osnovnih življenjskih aktivnosti. Pri tem je potrebno upoštevati napredek v stroki in nova znanja za najboljši možni učinek. Z ustrezno nego kože lahko preprečimo marsikatero poškodbo kože zaradi vlage, hkrati pa je to pokazatelj našega kakovostnega delovanja. Za kakovostno izvajanje zdravstvene nege je potrebno veliko znanja in praktičnih izkušenj. Trenutno še vedno primanjkuje kakovostnih raziskav, smernic in standardov z najboljšo klinično prakso tudi v svetovnem merilu.



LITERATURA

Beeckman, D., Campbell, J., Campbell, K., et al., 2015. Global IAD Expert Panel. Proceedings of the Global IAD Expert Panel. Incontinence-associated dermatitis: moving prevention forward. Wounds International, London. Available at: www.woundsinternational.com [10.2.2019].

Beeckman, D., Schoonhoven, L., Verhaeghe, S., et al., 2009. Prevention and treatment of incontinence-associated dermatitis: literature review. *J Adv Nurs*, 65(6), pp. 1141–54.

Beeckman, D., van den Bussche, K., Alves, P., et al., 2017. The Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD). Available at: <http://users.ugent.be/~dibeeckm/globiadnl/nlv1.0.pdf>. [10.2.2019].

Beeckman, D., 2017. A decade of research on Incontinence-Associated Dermatitis (IAD): Evidence, knowledge gaps and next steps. *J Tissue Viability*, 26(1), pp. 47–56.

Bianchi, J., 2012. Causes and strategies for moisture lesions. *Nurs Times*, 108(5), pp. 20–2.

Black, JM., Gray, M., Bliss, DZ., et al., 2011. MASD part 2: incontinence-associated dermatitis and intertriginous dermatitis. A consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 38(4) pp. 359–70.

Colwell, JC., Ratliff, CR., Goldberg, M., et al., 2011. MASD part 3: peristomal moisture-associated dermatitis and periwound moisture-associated dermatitis. A consensus. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 38(5), pp. 541–53.

Gray, M., Black, JM., Baharestani, MM., et al., 2011. Moisture-associated skin damage: overview and pathophysiology. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 38 (3), pp. 233–41.

Gray, M., Weir, D., 2007. Prevention and treatment of moisture-associated skin damage (maceration) in the periwound skin. *J Wound Ostomy Continence Nurs*, 34(2), pp.153–7.

OSKRBA PODKOŽNE VENSKE VALVULE PRI PACIENTIH S STOMO – POSTOPKI IN ZAPLETI

HANDLING OF TOTALLY IMPLANTED VENOUS ACCESS DEVICE IN PATIENTS WITH ENTEROSTOMY – PROCEDURES AND COMPLICATIONS

Vida Oražem, mag. zdr. neg.

Univerzitetni klinični center Ljubljana
Klinični oddelek za hematologijo



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

Izbira osrednjega venskega katetra je odvisna od zdravstvenega stanja pacienta, njegovega zdravljenja in vrste terapije, ki jo pacient prejema. Zelo pomembno je poznavanje osrednjih venskih katetrov, potrebno je poznati njihovo namembnost ter vedeti, koliko časa jih bodo pacienti potrebovali. Med osrednje venske katetre se uvršča tudi v celoti implantirane osrednjevenske katetre s podkožnim prekatom – vensko valvulo. To je popolnoma implantiran in zaprt venski sistem. Največkrat se jih vstavlja v notranjo jugularno veno ter v veno subklavijo. Prvenstveno so namenjeni onkološkim pacientom, redkeje hematološkim in dializnim. Njihova prednost je tudi možnost aplikacije parenteralne prehrane na domu pri pacientih z odpovedjo prebavil. Število pacientov, ki prejemajo parenteralno prehrano na domu, se iz leta v leto povečuje. Informiranost in potrebno strokovno znanje pri oskrbi venske valvule, tudi pri enterostomalnih terapevtih, bistveno vpliva na bolj varno in kakovostno oskrbo pacientov. Vodilo dobre prakse v zdravstveni negi je poznavanje standardnih postopkov za rokovanje in vzdrževanje implantiranega osrednjevenskega katetra.

Ključne besede: podkožni venski prekat, rokovanje, zdravstvena nega

ABSTRACT

The choice of the central venous catheter is very important for a patient and depends on the course of treatment and patient's condition. Hence, it is very important that we know the types of central venous catheters, the purpose of their use, and in particular, the time frame of their use. Among these, there are totally implanted central access devices with a subcutaneous wall – a venous valve, which is a fully implanted venous system. Most often they are inserted into the internal jugular and/or the subclavian vein. They are primarily intended for oncologic patients, rarely hematologic and dialysis patients. We use them for the same purpose as other central venous catheters, but for long-term use. Their advantage is also the application of parenteral nutrition in patients with gastrointestinal disorders. The number of patients receiving home parental nutrition is increasing. Information and the required expertise in the care of implanted venous devices (also among enterostomal therapists) significantly contribute to a safer quality treatment of patients. Therefore, the guideline of good practice in nursing is the knowledge of standard procedures for handling and maintenance of the implanted central catheter.

Keywords: totally implanted venous access device, handling, nursing care

UVOD

V celoti implantiran podkožni venski kateter s podkožnim prekatom je prvenstveno namenjen onkološkim pacientom, ki potrebujejo dolgotrajno intravensko zdravljenje. Izdelani so iz titana, poliuretana ali plastike ter silikonske sredice (Pompe, 1999; Young, et al., 2016). Za paciente, ki imajo vstavljen vensko valvulo, je izredno pomembno, da so zdravstveni delavci, s katerimi prihaja v stik dobro strokovno usposobljeni za rokovanje z vensko valvulo. Medicinske sestre morajo poznati standardne postopke pri vstavljanju varne atravmatske igle, prebrizgovanje, heparanizacijo venske valvule, odvzem krvi iz venske



valvule in odstranjevanje atravmatske igle. Prav tako je pomembno, da so seznanjene z zapleti v zvezi z vensko valvulo (Petrica & Umičević, 2017). Njihova uporaba je bistveno spremenila in pozitivno vplivala na kvaliteto življenja pacientov pri samooskrbi in številu ponovnih hospitalizacij (Zaghal, et al., 2012; Petrica & Umičević, 2017).

NAMEMBNOST IMPLANTIRANEGA CENTRALNOVENSKEGA KATETRA S PODKOŽNIM PREKATOM – VENSKA VALVULA

V literaturi zasledimo, da je bila v začetku leta 1982 izvedena prva uvedba implantiranega osrednjevenskega katetra v Centru za Onkologijo Anderson v Houstonu. Pacientom z rakavimi obolenji je takšen pristop omogočal varno aplikacijo citostatske terapije in boljšo kvaliteto življenja (Petrica & Umičević, 2017). Odtlej se vensko valvulo rutinsko uporablja v večini onkoloških centrov. Omogoča dolgoročno aplikacijo citostatske in tudi druge vrste terapij, npr. antibiotikov (Pompe, 1999; Narducci, et al., 2011).

Venska valvula je sestavljena iz komore ali septuma, katetra in stika. Septum je dostop za atravmatsko iglo. Najpogostejša mesta, kjer jih nameščamo, so prsni koš, pod ključnico, zunanji predel nadlahti ali stegna (Zaghal, et al., 2012; Uštar & Ivelja, 2017). Njihova uporaba je za paciente dolgotrajnejša in tudi bolj varna. Največkrat se jih uporablja za citostatsko terapijo z vezikantnimi kemoterapevtiki ali zdravili, ki morajo biti infundirani v dolgotrajni infuziji (kontinuirano) več ur, več dni ali več tednov. Med najpogostejše aplikacije uvrščamo citostatsko terapijo, antibiotike, parenteralno prehrano, hipertonične raztopine in protibolečinsko terapijo (Pompe, 2007; Uštar & Ivelja 2017). Zelo pogosto se jih uporablja tako za aplikacijo parenteralne prehrane na domu, pri pacientih z rakom debelega črevesja in danke, maligni obstrukciji prebavil, raku želodca, požiralnika in tumorjih rodil kot tudi za zdravljenje z elastomerno črpalko (Rotovnik Kozjek & Koroušič Seljak, 2014; Uštar & Ivelja, 2017). Njihova največja prednost je, da so implantirani, in tako je manj možnosti za ekstrasvazacijo. Tako za uvedbo kot odstranitev venske valvule je potrebna lokalna anestezija. Po posegu je potrebno opraviti rentgensko slikanje prsnega koša in preveriti lokacijo venske valvule in konice katetra. Do potrjene ustreznosti lege se venske valvule ne sme uporabljati. Za vstop v vensko valvulo se uporablja atravmatsko iglo, ki lahko ostane vstavljena sedem dni, nato jo je potrebno odstraniti. Če pacient potrebuje ponoven vstop v vensko valvulo, je potrebno uporabiti novo iglo (Oražem, 2007; Uštar & Ivelja, 2017).

Zavedanje, da osrednje venske katetre uvajamo pri pacientih, kjer obstaja več kriterijev za ogroženost, npr. okužbe ali celo življenjska ogroženost, je izrednega pomena. Poleg pravilne vstavitve takšnega katetra je potrebno slediti standardom oz. strokovnim smernicam v zdravstveni negi. Pred vstavitvijo venske valvule je naloga usposobljene medicinske sestre informiranje in educiranje pacienta. Pacientu se na razumljiv način poda ustne in pisne informacije, ki zajemajo: potek vstavitve venske valvule, odsvetovane dnevne aktivnosti, možne zaplete in predvidene ukrepe (Petrica & Umičević, 2017). Osveščenost in izkušnost zdravstvenega osebja je eden od pogojev, s katerim preprečimo možne zaplete. Pomembno je tudi poznavanje postopkov vzdrževanja katetra: aseptična tehnika dela, rokovanje z atravmatsko iglo, prebrzgovanje, aplikacije terapije, odvzemi krvi (Uštar & Ivelja, 2017).



Nevarnosti in zapleti

Kljub temu, da so tovrstni osrednjevenski katetri implantirani, imajo na splošno nižje dolgoročno tveganje za okužbe v primerjavi z osrednjevenskim katetrom vrste Hickman. Zapleti, ki lahko nastanejo med vstavitvijo in pri dolgotrajni uporabi, so še vedno zaskrbljujoči. Najpogostejši zapleti, ki so opisani v literaturi so: okužbe, zlomi katetra, tromboze in ekstravazacije; to zahteva zamenjavo katetra in povzroči dodatne zaplete ter podaljšano zdravljenje. Pacienti z rakom imajo visoko tveganje za nastanek venske tromboze, povezano tako s samim procesom bolezni kot z določenimi zdravili za zdravljenje rakavih obolenj. Tveganje se vedno poveča že samo z namestitvijo katetra (Narducci, et al., 2011).

Zapleti, ki jih lahko pričakujemo pri vstavljenem osrednjem venskem katetru, so največkrat okužbe. Te se lahko kažejo kot lokalno vnetje (rdečina, bolečina, zatrdlina, gnojni izcedek, hematomi), kjer ni znakov okužbe krvi. Prisotnost mrzlice, povišane telesne temperature, hipotenzije in tahikardije pri pacientih lahko nakazujejo sistemske okužbe. Pozornost je potrebno usmeriti v preprečevanje poškodb septuma in katetra, preprečevanje zračne embolije, pnevmotoraksa, ekstravazacije ter vnosa mikroorganizmov (Špoljarič, et al., 2017).

Med zgodnje zaplete se uvršča pnevmotoraks, ki je zabeležen 1–4 %, pogostejši je pri punkcijah subklavije in se pojavlja več ur ali dan po posegu. Zmanjševanje takšnih zapletov omogoča uporaba ultrazvoka ob posegu. Prav tako se med zgodnje zaplete uvršča hematotoraks ter kot redek zaplet zračno embolijo. Aritmije, ki nastanejo zaradi mehanskega draženja konice katetra, pa so prehodnega značaja (Zaghal, et al., 2012; Petrica & Umičević, 2017).

Med pozne zaplete se uvršča katetske okužbe, tromboze, mehanske poškodbe katetra in ekstravazacije. Okužbe so lahko lokalne, npr. rana na mestu izstopa atravmatske igle, in se kažejo s pordelostjo, oteklino, zatrdlino in bolečino. Večino okužb povzročajo *Staphylococcus aureus*, koagulaza, negativni stafilokoki, enterokoki, *Staphylococcus epidermidis* in *Candida albicans*. Prav tako je lahko okužen tudi žep, v katerega je vstavljena venska valvula, kar se kaže z rdečino in celulitisom na večjem področju. Sistemske katetske okužbe dokažemo s pozitivnimi hemokulturami. Pozorni moramo biti na pojavnost venske tromboze, kjer kateter vstopa v veno ali pritiska na žilno steno. Pojavnost je 0–9,7 %, vendar 30–70 % pacientov ne kaže simptomov (Petrica & Umičević, 2017).

V literaturi opisana raziskava, ki je povezana z vstavitvijo implantiranih osrednjevenskih katetrov pri pacientih z rakom, je obravnavala 815 pacientov. Iskali so možne dejavnike tveganja za zaplete glede na mesto uvajanja, starost in spol. Raziskava ni pokazala pomembnih razlik v stopnjah zgodnjih in poznih zapletov (Narducci, et al., 2011).

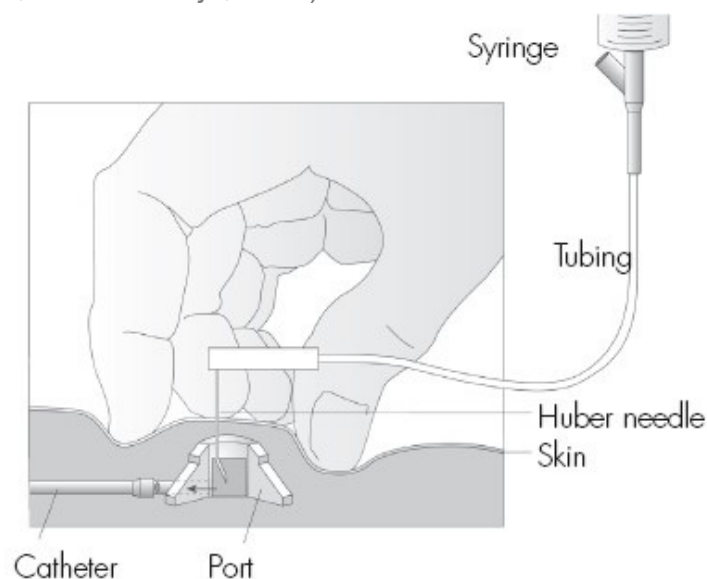
Ukrepi za preprečevanje okužb

Z ustrezno izbiro katetra, ustreznim mestom uvajanja, aseptičnim postopkom uvajanja, aseptično tehniko dela pri rokovanju s katetrom, ustrezno atravmatsko iglo, infuzijskim sistemom, menjavo, odstranjevanjem in doslednim dokumentiranjem zmanjšamo možnosti nastanka okužb (Lužnik Bufon, 2009; Uštar & Ivelja, 2017).



UPORABA KATETRA Z ATRAVMATSKO IGLO

Za uporabo venske valvule se uporablja atravmatske igle. Izbiro igle se prilagaja pacientovi terapiji ter količini podkožnega maščevja nad valvulo (Young, et al., 2016). Iglo je potrebno pred vbodom ustrezno prebrizgati s fiziološko raztopino. Vedno pazimo, da ne poškodujemo kože, ker lahko nastanejo nekroze. Prav tako moramo biti pozorni, da nam pri rokovanju ne izpade atravmatska igla in da se ne premakne septum. Zaradi večkratnega prebadanja je zelo pomembno, da je vsak naslednji vbod pomaknjen za 2–3 milimetre od predhodnega vboda. Obvezno je potrebno pred vsako aplikacijo preveriti povratek krvi z 20-mililitrsko brizgalko, ki mora biti napolnjena s fiziološko raztopino. Potrebno je uporabljati pulzno tehniko pritisk in pavza (angl. push–pause), s katero zmanjšamo možnost tvorjenja koagulov in oblog v katetru. Preko podkožnega venskega prekata lahko terapijo apliciramo v obliki bolusa, večdnevne in večkrat dnevne infuzije. Pred vsako aplikacijo terapije je potrebno preverjati povratek krvi. Po postopku aplikacije terapije pa je potrebno obvezno izpiranje infuzijskega sistema s fiziološko raztopino vsaj 100 mL ter 20 mL za vzpostavitev pozitivnega pritiska v katetru. Prav tako ne smemo pozabiti zatesniti stiščka na atravmatski igli pred koncem prebrizgavanja. Med prebrizgavanjem je potrebno redno opazovanje vbodnega mesta. Standardne postopke zapiranja se je do nedavnega izvajalo s postopkom heparinske ključavnice (Goossens, et al., 2013), tj. heparanizacije prebrizgavanja (od 100–500 IE heparina ter dopolnjena brizgalka fiziološke raztopine do 5 mililitrov v 10 mililitrski brizgalki) (Onkološki inštitut, 2014). Takšno zapiranje se izvaja, če pacient nima terapije za daljše obdobje, vendar obvezno na 8 tednov. Novejše raziskave in nove smernice narekujejo prebrizgavanje katetrov le s fiziološko raztopino (Goossens, et al., 2013; Dal Molin, et al., 2014). Po končanem postopku je potrebno varno odstraniti atravmatsko iglo in oskrbeti vbodno mesto (prozorna folija). Poskrbeti je potrebno tudi za dokumentiranje izvedenih postopkov v pacientovo knjižico o venski valvuli (dnevnik aktivnosti). V njej so zbrani in navedeni vsi podatki o vrsti vstavljene venske valvule, dolžini uporabljene atravmatske igle in mestu vstavitve (serijska številka valvule in materiala s serijsko številko valvule (Pompe, 2007; Oražem, 2007; Uštar & Ivelja, 2017).



Slika 1: Prikaz implantiranega centralnega venskega katetra (angl. port)
(Oražem, 2007)



POSTOPEK PREBRIZGAVANJA VENSKE VALVULE

Priprava materiala

- Sterilni set 6 tamponov, sterilna kompresna – preklana, pinceta/pean, 2 preklana zloženca (»set venska valvula«),
- raztopina za čiščenje vbodnega mesta (2-odstotni klorheksidinijev diglukonat v 70-odstotnem alkoholu),
- atravmatska igla primerne debeline in dolžine,
- sterilna brizgalka (20 mL, 10 mL) oz. prednapolnjena sterilna brizgalka,
- fiziološka raztopina (100 mL),
- heparin (za i. v. aplikacijo),
- sterilne kirurške rokavice,
- zaščitna maska,
- ledvička,
- sterilen, vodoodporen obliž za prekrivanje vbodnega mesta,
- razkužilo za roke,
- zabojnik za ostre infektivne odpadke,
- koš za odpadke iz zdravstva, ki niso infektivni.

OPOMBA – Varna atravmatska igla: izberemo iglo primerne dolžine in debeline, ki ima katetrski podaljšek s stičkom, na katerega namestimo brezigelni konekt. Okvir igelnega nastavka se prilega koži, debelina igle pa naj bo primerna za terapijo, ki jo prejema pacient.

Priprava prostora, opreme in izvedba posega

- Zagotovitev primernih pogojev za poseg (osvetljenost, omejitev sočasnih aktivnosti, višina postelje),
 - priprava vseh pripomočkov (materiali, pripomočki, tekočine, datum sterilnosti).
- Izvajalci posega
- Zdravnik,
 - diplomirana medicinska sestra,
 - srednja medicinska sestra (asistenca izvajalcu za vstavitve atravmatske igle).

Priprava pacienta

- Seznanitev s posegom in potekom dela,
- namestitev pacienta v ustrezen položaj (glede na lego valvule),
- pregled pacientove knjižice o venski valvuli,
- razkuževanje rok,
- pregled in otipanje mesta vstavljenе venske valvule,
- izbira atravmatske igle.

Priprava izvajalca in asistenta

Izvajalec in asistent si razkužita roke in si nadeneta kirurške maske. Izvajalec si ponovno razkuži roke in nadene sterilne kirurške rokavice. Odpre set venska valvula (asistent). Izvajalec vzame iz seta sterilni instrument in tampone. Asistent jih polije z raztopino za čiščenje vbodnega mesta. Izvajalec s sterilnim instrumentom in navlaženimi tamponi očisti vbodno mesto (od sredine navzven s krožnimi posegi, 3 tampone zapored; vsakokratni



kontaktni čas je 30 sekund, da se razkužilo posuši); na področju intraklavikularne regije in področje stegna očistimo polje vsaj 10 x 10 cm. Izvajalec vzame iz seta preklano sterilno kompreso, ki jo namesti na predel, kjer je vstavljena valvula. Asistent odpre sterilno 20-mililitrsko brizgalko in jo poda izvajalcu, ki jo vzame iz ovojnine, in nato aspirira ponujeno sterilno fiziološko raztopino, ki mu jo ponudi asistent. Asistent sterilno odpre atravmatsko varno iglo in jo poda izvajalcu. Izvajalec si na napolnjeno brizgalko nadene (infuzijski) podaljšek varne atravmatske igle, iz nje iztisne zrak ter zapre stišček. Izvajalec nežno otipa silikonski septum pod kožo in ga hkrati fiksira s tremi prsti. Izvajalec pravokotno na podlago nežno zbode v sredini silikonskega septuma. Izvajalec z 20-mililitrsko napolnjeno brizgalko (fiziološke raztopine) minimalno aspirira kri v infuzijski podaljšek varne atravmatske igle (v primeru aspiriranja krvi v brizgalko je potrebno ponovno prebrizgavanje valvule z 20 mL fiziološke raztopine). Izvajalec uporablja »pritisak in pavza« tehniko. Ko izvajalec vbrižga zadnji mililiter fiziološke raztopine, sočasno zapre stišček na katetrskem podaljšku varne igle. Prebrizgavanju s fiziološko raztopino lahko sledi heparinizacija – izvaja jo lahko ena oseba v primeru, da je varna atravmatska igla že vstavljena (izvajalec vzame 10-mililitrsko brizgalko in pripravi heparinsko mešanico – 100–500 IE heparina in do 5 mL fiziološke raztopine oz. 100 IE na 1 mL fiziološke raztopine); ko vbrižga zadnji mL heparinske mešanice, sočasno zapre stišček na infuzijskem podaljšku varne atravmatske igle.

Odstranjevanje atravmatske igle: vensko valvulo in okvir igelnega nastavka fiksiramo s prstoma. S palcem druge roke izvlečemo iglo iz okvirja igelnega nastavka do klika; tedaj je igla shranjena v zavarovan predel, kar onemogoča poškodbo kože. Na vbodno mesto namestimo sterilen, vodoodporen obliž, ki naj ostane 24 ur na mestu vboda. Uredimo pacienta in ga namestimo v predpisan položaj. Izvedbo posega in vsa opažanja dokumentiramo v pacientovo knjižico (pogovori venska valvula). Uredimo pacientovo okolico, pripomočke in si razkužimo roke (Onkološki inštitut Ljubljana, 2014; Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2015).

DISKUSIJA

Pri uporabi in oskrbi venske valvule ima pomembno vlogo zdravstvena nega. Izrednega pomena je medsebojno sodelovanje strokovnjakov v bolnišnici in na domu ter redno izobraževanje in dopolnjevanje znanja, kar pripomore k boljši obravnavi pacienta ter nadaljnjemu raziskovanju (Tomc Šalamun, 2009). Za večino kroničnih pacientov, kamor uvrščamo tudi paciente s stomo, ki so vezani na venozno aplikacijo prek venske valvule, jim le-to omogoča daljše preživetje in izboljša kakovost življenja (Bavčar & Škrabl, 2009). Dobro poznavanje delovanja venske valvule in preventivni ukrepi pri rokovanju in vzdrževanju venske valvule zmanjšajo možnost zapletov (Uštar & Ivelja, 2017). Prav tako je potrebno slediti novim raziskavam, kajti Goossens in sodelavci (2013) ter Del Molin in sodelavci (2014) so na podlagi raziskav ugotovili, da ni dokazov o različni učinkovitosti med heparinskim prebrizgavanjem in fiziološko raztopino pri zmanjševanju okluzij katetrov. V raziskavah, ki jih navajata Melani (2016) in Del Molin s sodelavci (2014) je bilo ugotovljeno, da ni prišlo do okluzije katetra, če so pri prebrizgavanju katetrov uporabljali 20-mililitrsko brizgalko in ne 10-mililitrsko (čeprav je bilo prebrizgavanje dvakrat) in se je s tem vzdrževal pozitiven tlak.



Glede na opisane raziskave bo potrebno tudi v Sloveniji pripraviti smernice brez uporabe heparina.

ZAKLJUČEK

Aplikacija intravenozne ali dolgotrajne terapije prek venske valvule je omogočena tudi pacientom izven bolnišničnega okolja. Za zagotavljanje standardne oskrbe pacientov z vensko valvulo pa je potrebno, da medicinske sestre svoje znanje širijo in omogočajo pacientom varno in kakovostno obravnavo v domačem okolju.

Za vse strokovne nasvete in dobro medsebojno sodelovanje se iskreno zahvaljujem Lauri Petrica, diplomirani medicinski sestri z Onkološkega inštituta Ljubljana.

LITERATURA

Bavčar, K., Škrabl, N., 2009. Kakovost življenja pacientov s stomo. Obzornik zdravstvene nege, 43(4), pp. 243–251.

Dal Molin, A., Allara, E., Montani, D., Milani, S., Frassati, C., Cossu, S., et al. 2014. Flushing the central venous catheter: is heparin necessary? The Journal of Vascular Access, 15(4), pp. 241–248.

Lužnik Bufon, T., ed., 2009. Strokovne podlage in smernice za obvladovanje in preprečevanje okužb, ki so povezane z zdravstvom oziroma zdravstveno oskrbo. 2. dop. Izd. Ljubljana: Delovna skupina pri Ministrstvu za zdravje, pp. 80–87. Available at : http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_varstvo/zdravstveno_varstvo_v_osebni/NAKOBO_junij_2010/MZ_Smernice_2009_ORIG_SKUPNO_010610.pdf [19. 2. 2019].

Goossens, G.A., Jerome, M., Janssens, C., Peetermans, W.E., Fieuws, S., Moons, P., et al., 2013. Comparing normal saline versus diluted heparin to lock non-valved totally implantable venous access devices in cancer patients: a randomised, non-inferiority, open trial. Annals of Oncology, 24(7), pp. 1892–1899.

Milani, A., 2016. The maintenance of totally implanted venous access devices: When the difference is made by the nursing practice. European journal of Oncology Nursing, 21, pp. 272–273.

Narducci, F., Jean-Laurent, M., Boulanger, L., El Bédoui, S., Mallet, Y., Houpeau, J.L., et al., 2011. Totally implantable venous access port systems and risk factors for complications: a one-year prospective study in a cancer centre. European Society of Surgical Oncology, 37(10), pp. 913–918.

Onkološki inštitut Ljubljana, 2014. Standardni posegi v zvezi z v celoti implantiranim centralnovenskim katetrom s podkožnim prekatom (CVK PP) - venska valvula. Interno gradivo. Ljubljana: Onkološki inštitut Ljubljana, pp. 1–12.

Oražem, V., 2007, Zdravstvena nega hematološkega bolnika: diplomsko delo. Ljubljana: Univerza v Ljubljani, Visoka šola za zdravstvo, oddelek za zdravstveno nego, p. 50.



Petrica, L., Umičević, S., 2017. Venska valvula. In: Kobal Straus, K., ed. Vizija in realnost zdravstvene nege in oskrbe v socialnovarstvenih zavodih : zbornik predavanj, Otočec, 29. in 30. maj 2017. Ljubljana : Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Strokovna sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v socialnih zavodih, pp. 1–3.

Pompe, F., 1999. Centralni venski katetri s podkožnim prekatom: tehnične značilnosti, indikacije, kirurška tehnika in zapleti. In: Pompe, F., ed. Seminar in učna delavnica o centralnih venskih katetrih s podkožnim prekatom, Ljubljana, 28. maj 1999. Ljubljana: Onkološki inštitut, pp. 7–20.

Pompe, F., 2007. Osnove implantacij in uporabe centralnovenskih katetrov s podkožnim prekatom. In: Skela Savič, B., Lokajner, G., eds. Standardni postopki medicinskih sester v zvezi z venskim podkožnim prekatom-venska valvula. Ljubljana: Onkološki inštitut, pp. 3–6.

Rotovnik Kozjek, N., Koroušič Seljak, B., 2014. Adult cancer patients on home parenteral nutrition in Slovenia, data analysis by the Clinical Nutrition Unit of the Institute of Oncology in Ljubljana, in the period 2008–2012. Zdravstveni vestnik, 83(3), pp. 232–239.

Špoljarič, N., Kolarič, A., Visočnik, D., 2017. Preventiva okužb, povezanih z žilnimi katetri. In: Doberšek, D., et al. eds. Žilni pristopi: zbornik predavanj z recenzijo, 50. strokovni seminar, Rogaška Slatina, 19. in 20. maj 2016. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji; 2017: pp. 1–5.

Tomc Šalamun, D., 2009. Ali smo ljudi s stomo usposobili za kakovostno življenje? Obzornik zdravstvene nege, 43(4), pp. 261–267.

Univerzitetni klinični center Ljubljana, 2015. Osrednji venski kateter – OKV: interni standard, pp. 59–63.

Uštar, T., Ivelja, C., 2017. Uporaba in rokovanje s podkožnimi venskim prekatom. In: Doberšek, D., et al. eds. Žilni pristopi: zbornik predavanj z recenzijo, 50. strokovni seminar, Rogaška Slatina, 19. in 20. maj 2016. Ljubljana: Zbornica zdravstvene in babiške nege Slovenije - Zveza strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije, Sekcija medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov v anesteziologiji, intenzivni terapiji in transfuziologiji; 2017: pp. 96–100.

Young, S.J., Young, L.J., Vogel, J., Sutkowski, R., Venkataperumal, S., 2016. Accessing totally implantable venous access system on the day of placement does not significantly increase the risk of infection. The Journal of Vascular Access, 17(3), pp. 261–264.

Zaghal, A., Khalife, M., Mukherji, D., El Majzoub, N., Shamseddine, A., Hoballah, J., et al., 2012. Update on totally implantable venous access devices. Surgical Oncology, 21(3), pp. 207–215.

INOVACIJE I PRAKTIČNO ZNANJE SPECIJALIZIRANE MEDICINSKE SESTRE KAO OBRTNI POTENCIJAL ZDRAVSTVENOG I GOSPODARSKOG SUSTAVA

Ivanka Benčić, MSc, RN, ET

KBC Sestre Milosrdnice
Klinika za tumore
Centar za maligne bolesti, Zagreb
ivanka.bencic@gmail.com



Izzivi medicinskih sester na području zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



UVOD

Praktična znanja medicinske sestre kao najbrojnijeg i najprisutnijeg dionika zdravstvenog sustava, predstavljaju obrtni potencijal, sa zadatkom postizanja maksimalne funkcionalnosti i kvalitete života pojedinca.

Cilj/svrha: opisati suvremene edukacijske, populacijske i ekonomske trendove u zdravstvenom sustavu koji prate profesiju medicinske sestre

Razrada: Primarni pružatelji zdravstvene skrbi diljem europske regije pod velikim su opterećenjem zbog raznih kroničnih stanja. Neke europske zemlje riješile su to proširenjem kompetencija medicinskih sestara a nakon provedenih specijalizacija u sestrinstvu. Inovativni pristup podrazumijeva vrlo aktivnu ulogu i perspektivu pacijenta. Pacijent definira što mu predstavlja problem. Uloge zdravstvenih profesionalaca u sustavu su ponuditi pacijentu dovoljno savjeta i praktičnih znanja kako bi mu se omogućilo aktivno odlučivanje o skrbi i podršci i kvaliteti života.

ZAKLJUČAK

Medicinske sestre specijalizirane u užim područjima zdravstvene skrbi pružaju kvalitetnu skrb usmjerenu na pacijente. Zadatak vodstva zdravstvenih jedinica pružatelja usluga je prepoznati i vizualizirati, koristiti praktična znanja medicinske sestre te upravljati njima stvarajući nove vrijednosti u zdravstvenom sustavu.

**ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA
OPERIRANIH ZBOG CRIJEVNOG
ZATAJENJA**
HEALTH CARE OF PATIENTS WITH
INTESTINAL FAILURE

Ivanka Gašparić, BSc, RN, ET

KBC Sestre Milosrdnice
Vinogradska ulica 29, 10000 Zagreb
iv.gasparic@gmail.com



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



SAŽETAK

Teški sindrom kratkog crijeva je glavni uzrok kroničnog crijevnog zatajenja (tip 3), gdje strukturne i funkcionalne promjene doprinose malapsorpciji i riziku nedostatka mikronutrijenata. Kronično crijevno zatajenje može biti reverzibilno, a ovisi o anatomiji i crijevnoj adaptaciji. Većina tih bolesnika zahtijeva dugotrajnu hranjivu podršku u obliku parenteralne prehrane. Liječenje sindroma kratkog crijeva počinje s prehranbenim promjenama i farmakološkim terapijama, uzimajući u obzir individualnu anatomiju i fiziologiju, ali su te promjene rijetko dovoljne da se izbjegne parenteralnu prehranu. Nove hormonske terapije koje ciljaju na crijevnu adaptaciju djeluju obećavajuće. Dostupne kirurške opcije za sindrom kratkog crijeva uključujući transplataciju crijeva imaju značajna ograničenja. Parenteralna prehrana kod kuće je radi toga glavni i najvažniji razlog liječenja teškog sindroma kratkog crijeva. Iako značajno utječe na kvalitetu života ishodi su uglavnom dobri, a preživljavanje određuje temeljna bolest.

Ključne besede: podkožni venski prekat, rokovanje, zdravstvena nega

Keywords: parenteral nutrition, intestinal failure, home parenteral nutrition, short bowel syndrome

UVOD

Intestinalna insuficijencija (IF) je stanje nemogućnosti održavanja ravnoteže proteinske energije, tekućine, elektrolita i mikronutrijenata, a koji su rezultat resekcije ili opstrukcije crijeva, kongenitalnih gastrointestinalnih defekata ili gubitka apsorpcije kao posljedice bolesti (O'Keefe et al., 2006).

Kada se pojavi IF u kontekstu resekcije crijeva, kongenitalnih defekata ili bolesti uzrokujući difuzni gubitak apsorpcijske površine, stanje se naziva sindrom kratkog crijeva (SBS).

SBS predstavlja spektar od blage disfunkcije koji se može prevladati farmakološkim i/ili prehranbenim mjerama s ili bez mikronutrijentnih dodataka do teškog stanja koje zahtijevaju intravenozne tekućine i elektrolite ili PN.

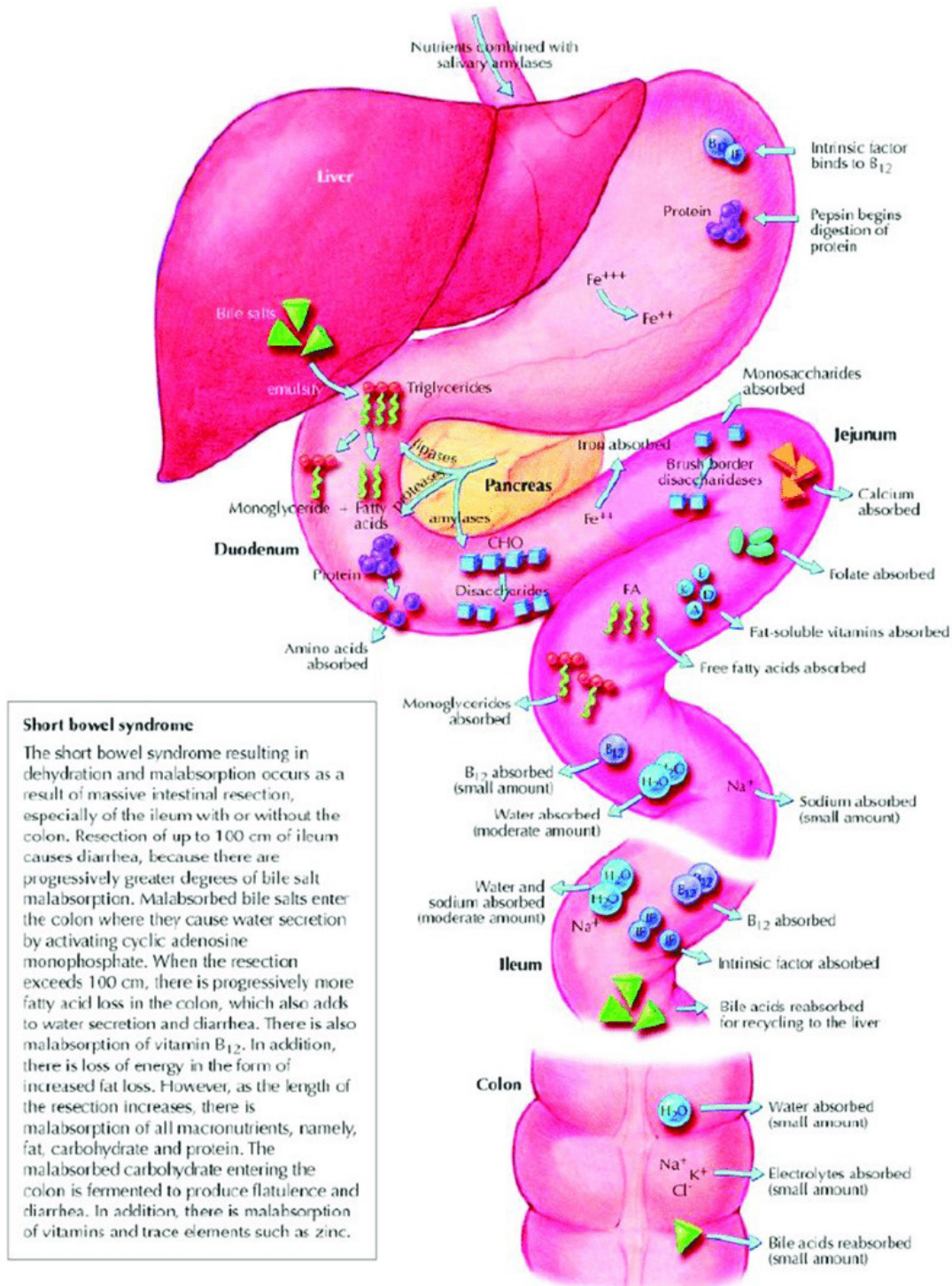
SINDROM KRATKOG CRIJEVA

Intestinalna insuficijencija (IF) može se podijeliti u tri tipa. Tip 1 IF je prolazno stanje kao što je ileus nakon abdominalne operacije što može zahtijevati kratko razdoblje prehranbene potpore, jednostavno je upravljati i potpuno preokrenuti bez posljedica (Lal et al., 2006). Tip 2 IF se javlja u kontekstu teške bolesti kao što je velika operacija, gdje komplikacije zbog sepse, metaboličkog poremećaja i pothranjenosti zahtijevaju složenu multidisciplinarnu skrb i specijaliziranu podršku u prehrani uključujući parenteralnu prehranu PN (Lal et al., 2006). Ovi se bolesnici mogu postupno oporaviti ili napredovati u crijevnu insuficijenciju tipa 3, što je kronično stanje IF-a koje zahtijeva dugotrajnu prehranbenu potporu u obliku HPN home parenteralne prehrane (Dibb et al., 2013). Tip 3 IF može biti reverzibilan ili ireverzibilan nepovratan (Pironi et al., 2016). Teški SBS je daleko dominantnija cjelina koja se susreće u crijevnom zatajenju tipa 3 i zahtijeva HPN podršku.



MEHANIZMI MALAPSORPCIJE

Ozbiljnost i vrsta malapsorpcije u SBS određuje nekoliko čimbenika. Što je veća duljina tankog crijeva, koja se reseca ili je nefunkcionalna, više se apsorptivne površine gubi. Mehanizmi i mjesta normalne probave i apsorpcije makro i mikronutrijenata prikazani su na slici 1.



Slika 1: <https://www.researchgate.net/publication/316801655/figure/fig1/AS:495836719218688@1495228094516/Normal-absorption-and-digestion-Adapted-with-permission-from-Jeejeebhoy-K-N-2002.png>



Gubitak ileuma rezultira malapsorpcijom vitamina B12, vitaminima topivim u mastima i žučnim kiselinama (Booth et.al., 1961). Gubitak distalnog ileuma i ileocekalne valvule dovodi do brzog probavnog transporta, hipersekrecije želuca i dumpinga zbog gubitka hormonskih negativnih povratnih signala kao što je peptit YY (Nightingale et.al., 1996). Dumping i brzi transport rezultiraju neadekvatnim miješanjem hranjivih tvari pankreacijskobilijskim sekretima i nedovoljnim kontaktom sluznice za apsorpciju.

Nedostatak normalne pokretljivosti i gubitak ileocekalne valvule dovodi do slabog crijevnog bakterijskog bujanja (SIBO), što pogoršava malapsorpciju putem izravne potrošnje hranjivih tvari (kao što je B12) i dekonjugacije žučne kiseline koja dovodi do malapsorpcije masti (Dibaise, et.al., 2006). SIBO općenito proizvodi simptome kao što je nadutost i proljev, koji može dovesti do smanjenog oralnog unosa za ublažavanje simptoma. Ako se debelog crijeva ukloni ili se izbacila iz kontinuiteta s tankim crijevom izgubljen je značajan kapacitet za apsorpciju natrija i vode (DeBongenie, et.al., 1978), što dovodi do dehidracije, metaboličkih poremećaja i zatajenja bubrega. Nadalje uklanjanje debelog crijeva sprječava spašavanje kalorija iz neapsorbiranih ugljikohidrata, koji prolaze fermentacijom bakterija debelog crijeva na kratkolančane masne kiseline koje se apsorbiraju u debelom crijevu (Jeppesen, et.al., 1998).

U slučaju masivne resekcije, crijeva imaju izvanrednu sposobnost prilagodbe, a to je glavni faktor određivanja nutritivne autonomije (neovisnost od parenteralne podrške). Proces crijevne adaptacije može se razvrstati u tri kliničke faze (Jeppesen, et.al., 1998), prva faza nakon resekcije karakterizira obilna hipersekrecija želuca s visokim gubitkom tekućine i elektrolita. Iako je najistaknutiji u prvih mjesec do dva, hipersekrecija može trajati i do šest mjeseci. U drugoj fazi se vidi prilagodljivi odgovor koji se manifestira kao postupno poboljšanje apsorpcije mikro i makronutrijenata i time smanjeni gubitak tekućine. Ova faza je posredovana različitim crijevnim hormonima uključujući hormom rasta (GH), glukagon, sličan peptit 2 (GLP-2) i faktor epidermalnog rasta (EGF), koji potiču strukturne i funkcionalne promjene u ostatku crijeva kao debelo crijevo, za povećanje intestinalne apsorptivne površine i apsorpcijskog kapaciteta (Jeppesen, et.al., 1998). Maksimalna prilagodba obično se postiže za dvije godine, pri čemu se pojavljuje treća faza stabilizacije i održava se prilagođeno stanje (Messing et.al., 1999).

DIJETA I NADOPUNA MIKRONITRIJENATA

Prehrana bolesnika sa SBS zahijeva razumijevanje fiziologije, individualne anatomije i faze prilagodbe. Tijekom hipersekrecijske faze gubitci tekućine su obično najviši (Williams, et.al., 1985). Međutim dehidracija i iscrpljivanje soli mogu biti problem u bilo kojoj fazi, osobito kod bolesnika bez debelog crijeva, a posebno u slučaju izvedene jejunostomije. Pacijentima se preporuča ograničavanje unosa jednostavnih šećera, jesti male i česte obroke i piti otopinu za oralnu rehidraciju. Specifične prehrane preporuke ovise o tome da li bolesnik ima bilo koji dio debelog crijeva u kontinuitetu sa tankim crijevom. Sve se bolesnike potiče da slijede hiperfagičnu (visokalorijsku) prehranu s niskim ili srednjim vlaknima složenim ugljikohidratima kao primarnim izvorom kalorija, nakon čega slijede masnoće. Bolesnici trebaju imati adekvatan unos proteina, obično 20-30% ukupnih kalorija



(Wall, 2013). Budući da je debelo crijevo mjesto asporpcije oksalata, što je pojačano u prisutnosti steatorae bolesnici s kontinuitetom debelog crijeva moraju provoditi dijetu sa malo oksalata, da smanje rizik od nefrolitijaze. Restrikcija laktoze nije univerzalna jer neki bolesnici ne podnose ni male ograničene količine (Pironi. Et.al., 2016). U praksi smanjujemo upotrebu vlakana kako bi se stolica zgusnula i smanjilo izbacivanje stolice kod bolesnika sa umjerenom ili teškom malapsorpcijom jer to može povećati izlaz stolice i spriječiti dodir hranjivih tvari s crijevnom mukozom (Highman, et.al., 1992). Svi bolesnici sa kroničnim IF zbog SBS zahtijevaju pažljivo praćenje i zamjenu mikronutrijanata. Bolesnici su posebno izloženi riziku od nedostatka vitamina topivih u mastima (ADEK).

Bolesnici koji ne primaju dnevne parenteralne vitamine (jer primaju PN samo nekoliko dana u tjednu) upućuju se da uzimaju multivitamin koji obično održava dovoljnu vitaminsku topivost u masti, osim vitamina D za koji je potrebna veća dopunska doza. Bolesnici s znatnom ileetskom resekcijom zahtijevaju cjeloživotno prenteralno dopunjavanje vitamina B12 koji se obično primjenjuje kao jedna mjesečna intramuskularna injekcija. U bolesnika s ospsežnim proljevom i kroničnom ranom može se zatražiti dodatno nadopunjavanje cinka (Uzzan, et.al., 2016), kalcij i željezo apsorbiraju se u duodenumu koji se rijetko resekira i stoga obično ne zahtijevaju dodatnu nadopunu.

FARMAKOLOŠKA TERAPIJA

Farmakološka terapija neophodan je dodatak prehrambenim mjerama, a njezina načela temelje se na suzbijanju fizioloških funkcionalnih i anatomskih promjena SBS-a. Antidijeroici koristi se za smanjenje pokretljivosti i povećanje vremena prolaska stolice kako bi se olakšala apsorcija. Ta sredstva se mogu koristiti sama ili u kombinaciji (King, et.al., 1982). Antisekretorna terapija H₂ blokatorima ili inhibitorima protonske pumpe najvažnija je u prvih šest mjeseci nakon resekcije za smanjenje želučane hipersekrecije i posljedično proljeva (Jeppesen, et.al., 1998). Antibiotici se koriste kod bolesnika sa sumnjom na SIBO po cikličkom modelu. Najnoviji dodatak farmakološkoj terapiji SBS-a je GLP-2, analogni teduglutid. GLP-2 je mali peptid oslobođen od eneteroendokrinih stanica u distalnom tankom crijevu i proksimalnom debelom crijevu (Pape, et.al., 2016) potiče rast sluznice debelog crijeva, povećava mesenterični protok krvi, poboljšava funkciju barijere i može usporiti pokretljivost želuca i smanjuje izlučivanja. U bolesnika s SBS-om teduglutid (Scolapio, et.al., 1999) dovodi do poboljšanja apsorcije hranjivih tvari i tekućina (Jeppesen, et.al., 2011).

Teduglutid je trenutno odobren za upotrebu kod bolesnika koji su dosegli treću fazu crijevne adaptacije i imaju stabilne trajne zahtijeve za prenteralnu podršku. Kod takvih bolesnika je dokazano da smanjuje potrebu za prenteralnom podrškom i može dovesti do potpunog odvajanja parenteralne podrške kod malog broja bolesnika (O'Keefe, et.al., 2013).

HPN

Kratkotrajna PN može se davati putem periferne ili središnje vene, za HPN mora biti postavljen središnji kateter. Opcije za pristup uključuje periferno postavljene središnje



katetere (PICC), tunelirane potkožne katetere kao što je Hickman ili subkutano implantiranu vensku luku (Port-a-Cath) ovisno o lokalnoj praksi i dostupnosti usluga kućne njege bolesnici mogu biti u potpunosti odgovorni za upravljanje vlastitim PN kod kuće. Bez obzira na to edukacija bolesnika i skrbnika tijekom procesa inicijacije ključna je komponenta uspješnog i sigurnog HPN-a (Staun, et.al., 2009). Nastava se obično izvodi u više sesija i bolesnici se otpuštaju kući samo kada oni i njihovi skrbnici mogu pokazati neovisnu stručnost u svim aspektima HPN-a.

HPN INICIJACIJA

HPN obično upravlja interdisciplinarni tim koji se obično sastoji od liječnika, specijalizirane medicinske sestre, dijetetičara, farmakologa koji su obučeni u IF i PN. Bolesnicima se daje PN u bolnici kod prijema u akutnoj fazi bolesti (tip 2 IF) ili zbog prehrambenih i metaboličkih komplikacija u tipu 3 IF. Otopini se dodaju elektroliti, elementi u tragovima i vitamini. Elektroliti su dodani na temelju preporučenog dnevnog unosa i prilagođeni potrebama uključujući praćenje gubitaka. Elementi u tragovima i multivitamini dostupni su kao komercijalno pripravljene smjese, temelje se na preporučenim dnevnim zahtjevima. HPN zahtijeva redovito kliničko i laboratorijsko praćenje. Bolesnici se kontroliraju svakih 1-3 mjeseca u početku, a kasnije jedanput godišnje kada su stabilni. Tim procjenjuje kliničke simptome, unos i output, vitalne znakove i nutritivni status, uključujući težinu BMI i znakove pothranjenosti. Tim prati bolesnika zbog potencijalnih komplikacija povezanih s parenteralnom prehranom, kao što je infekcija središnje vene ili disfunkcija jetre. Ostale uobičajene infektivne komplikacije povezane s vaskularnim pristupom su infekcija na izlazu mjestu i infekcija tunela katetera. Infekcija na izlaznom mjestu katetera može se liječiti sustavnim antibioticima dok je infekcija tunela znak za uklanjanje linije (Dibb, et.al., 2013).

Začepljenje katetera, pomicanje ili lom mnogo su rjeđe komplikacije od infekcije krvotoka povezane s kateterom. Okluzija se može pojaviti uslijed depozita fibrina ili taloženja lipida iz PN. Dobra skrb o kateteru uključuje ispiranje kateterske linije kojom se smanjuju naslage lipida dok se fibrinski ugrušci mogu tretirati ubrizgavanjem fibrinolitičkog sredstva kao što je aktivator tkivnog plazminogena (Dibb, et.al., 2013). Tromboza povezana s kateterom je komplikacija koja može dovesti do gubitka vaskularnog pristupa te je stoga supkutana injekcija heparina niske molekularne težine poželjna za profilaktičku i terapijsku antikoagulanciju (Pironi, et.al., 2016). Kolelitijaza je uobičajena u PN, a povezana je s nedostatkom oralne stimulacije želučane kiseline. To može dovesti do opstrukcije žuči u malom broju bolesnika.

OSTALE METABOLIČKE KOMPLIKACIJE

U slučaju SBS nakon velikih intestinalnih resekcija od PN se može postepeno odvikavati kako crijevna adaptacija napreduje. Kada je duljina preostalog tankog crijeva ispod 150cm rizik trajnog crijevnog zatajenja raste. Trajni IF je tipičan za 100cm ili manje tankog crijeva sa enterostomijom, 65cm jejunuma s jejunokoličnom anastomozom. Više od 90% bolesnika koji se ne mogu odvojiti od PN unutar dvije godine od operacija ostaju ovisne o PN (Messing, et.al., 1999).



HPN je povezan sa smanjenom kvalitetom života (QOL) u usporedbi s općom populacijom, a usporedivo s onim pacijentima koji su na kroničnoj hemodijalizi (Jeppesen, et.al., 1999). Kod bolesnika sa stomom kvaliteta života se smanjuje jedino ako postoji mogućnost zatvaranja stome (Lawinski, et.al., 2015).

Preživljavanje bolesnika s HPN-om obično određuje temeljna bolest. Bolesnici sas upalnim bolestima crijeva imali su pet godina preživljenja iznad 90% na HPN dok oni s poremećajima motiliteta i malignom bolesti imaju najlošiju prognozu (Scolapio, et.al., 1999). Smrt povezana s HPN terapijom je rijetkost (Pironi, et.al., 2012).

ZAKLJUČAK

Kod bolesnika s kroničnim zatajenjem crijeva koji se ne može liječiti farmakološkim i prehrambenim terapijama HPN je učinkovita i dugotrajna terapija, iako kompleksna zahtijeva pažljivu multidisciplinarnu njegu. Nove terapije usmjerene na poticanje intestinalne prilagodbe djeluju obećavajuće.

LITERATURA

Booth C.C., Alldis D., Read A.E. Studies on the site of fat absorption: 2 fat balances after resection of varying amounts of the small intestine in man. *Gut*. 1961;2:168-174.

Booth C.C. The metabolic effects of intestinal resection in man. *Postgrad. Med J*. 1961;37:725-739.

Btaiche I.F., Carver P.L., Welch K.B. Doising and monitoring of trace elements in long-term home parenteral nutrition patients. *JPEN J.Parenter. Enteral. Nutr*. 2011;35:736-747.

Debongenie J.C., Phillis S.F. Capacity of the human colon to absorb fluid. *Gastroenterology*. 1978;74:698-703.

Dibb M., Teubner A., Theis V., Shaffer J., Lal S. Review article: The management of long-term parenteral nutrition. *Aliment. Pharmacol. Ther*. 2013;37:587-603.

Dibaise J.K., Young R.J., Vanderhoof J.A. Enteric microbial flora, bacterial overgrowth and short-bowel syndrome. *Clin. Gastroenterol. Hepatol*. 2006;4:11-20.

Griffin G.E., Fagan E.F., Hodgson H.J., Chadwick V.S. Enteral therapy in the management of massive gut resection complicated by chronic fluid and electrolyte depletion. *Dig. Dis. Sci*. 1982;27:902-908.

Highman S.E., Read N.W. The effect of ingestion of guar gum on ileostomy effluent. *Br. J. Nutr*. 1992;67:115-122.

Jeppesen P.B., Staun M., Thellesen L., Mortensen P.B. Effect of intravenous ranitidine and omeprazole on intestinal absorption of water, sodium, and macronutrients in patients with intestinal resection. *Gut*. 1998;43:763-769.

Jeppesen P.B., Gilroy R., Pertkiewicz M., Allard J.P., Messing B., O'Keefe S.J. Randomised placebo-controlled trial of teduglutide in reducing parenteral nutrition and/or intravenous fluid requirements in patients with short bowel syndrome. *Gut*. 2011;60:902-914.



Jeppesen P.B., Mortensen P.B. Significance of a preserved colon for parenteral energy requirements in patients receiving home parenteral nutrition. *Scand. J. Gastroenterol.* 1998;33:1175-1179.

Jeppesen P.B., Langholz E., Mortensen P.B. Quality of life in patients receiving home parenteral nutrition. *Gut.* 1999;44:844-852.

King R.F., Norton T., Hill G.L. A double-blind crossover study of the effect of loperamide hydrochloride and codeine phosphate on ileostomy output. *ANZ J. Surg.* 1982;52:121-124.

Lal S., Teubner A., Shaffer J.L. Review article; Intestinal failure. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2006;24:19-31.

Lawinski M., Kot-Mielczarska E., Gradowska A. Quality of life of patients on chronic parenteral nutrition before and after gastrointestinal tract continuity restoration. *Pol. Przegl. Chir.* 2015;87:153-159.

Messing B., Crenn P., Beau P., Boutron-Ruault M.C., Rambaud J.C., Matuchansky C. Long-term survival and parenteral nutrition dependence in adult patients with the short bowel syndrome. *Gastroenterology.* 1999;117:1043-1050.

Nightingale J.M., Kamm M.A., van der Sijp J.R., Ghatei M.A. Bloom S.R., Lennard-Jones J.E. Gastrointestinal hormones in short bowel syndrome. Peptide YY may be the 'to gastric emptying. *Gut.* 1996;39:267-272.

O'Keefe S.J., Jeppesen P.B., Gilroy R., Perkiewicz M., Allard J.P., Messing B. Safety and efficacy of teduglutide after 52 weeks of treatment in patients with short bowel intestinal failure. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2013;11:815-823.

O'Keefe S.J., Buchman A.L., Fishbein T.M., Jeejeebhoy K.N., Jeppesen P.B., Shafer J. Short bowel syndrome and intestinal failure: Consensus definitions and overview. *Clin. Gastroenterol. Hepatol.* 2006;4:6-10.

Pape U.F., Maasberg S., Pascher A. Pharmacological strategies to enhance adaptation in intestinal failure. *Curr. Opin. Organ. Transplant.* 2016;21:147-152.

Pironi L., Goulet O., Buchman A., Messing B., Gabe S., Candusso M., Bond G., Gupte G., Perkiewicz M., Steiger E., et al. Outcome on home parenteral nutrition for benign intestinal failure: A review of the literature and benchmarking with the European prospective survey of ESPEN. *Clin. Nutr.* 2012;31:831-845.

Pironi L., Arends J., Bozzetti F., Cuerda C., Gillanders L., Jeppesen P.B., Joly F., Kelly D., Lal S., Staun M., et al. ESPEN guidelines on chronic intestinal failure in adults. *Clin. Nutr.* 2016;35:247-307.

Scolapio J.S., Fleming C.R., Kelly D.G., Wick D.M., Zinmeister A.R. Survival of home parenteral nutrition-treated patients: 20 years of experience at the Mayo Clinic. *Mayo Clin. Proc.* 1999;74:2017-222.

Staun M., Pironi L., Bozzetti F., Baxter J., Forbes A., Joly F., Jeppesen P., Moreno J., Hebuterne X., Perkiewicz M., et al. ESPEN guidelines on parenteral nutrition: Home parenteral nutrition (HPN) in adult patients. *Clin. Nutr.* 2009;28:467-479.



Tappenden K.A: Intestinal adaptation following resection. JPEN J. Parenter. Enteral. Nutr. 2014;38:23S-31S.

Uzzan M., Kirchgesner J., Poupon J., Corcos O., Pingetot I., Joly F. Antioxidant trace elements serum levels in long-term parenteral nutrition (PN): Prevalance and infectious risk associated with deficiencies,a retrospective study from a tertiary home-pn center. Clin. Nutr. 2016.

Wall E.A., An overview of short bowel syndrome management. Adherence, adaption, and practical recommendations. J. Acad. Nutr. Diet. 2013;113:1200-1208.

Williams N.S., Evans P., King R.F. Gastric acid secretion and gastrid production in the short bowel syndrome. Gut. 1985;26:914-919.

RAK ZUNANJEGA SPOLOVILA: OPERACIJA IN POOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA RANE CANCER OF THE EXTERNAL GENITALIA: OPERATIVE TREATMENT AND POSTOPERATIVE CARE

**David Lukanović, dr. med.,
Anita Jelar, mag. zdrav.-soc. ved, dipl. babica, ET,
Sašo Kostoski, dr. med., spec. ginekologije in porodništva**

Univerzitetni klinični center Ljubljana
Klinika za ginekologijo, Ginekološka klinika
david.lukanovic@mf.uni-lj.si



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

Rak zunanjega spolovila je redka ginekološka malignost, ki prizadene predvsem ženske po menopavzi. Ni specifičnega presejanja, najbolj učinkovita strategija za zmanjšanje pojavnosti raka vulve je pravočasno zdravljenje predispozicijskih in preneoplastičnih lezij, povezanih z njegovim razvojem. Medtem ko je rak vulve lahko asimptomatski, je pri večini žensk prisoten srbež vulve z/ali bolečino, bolnice pa opazijo tudi tumorsko raščo ali razjedo. Pri vsaki sumljivi leziji na zunanjem spolovilu je potrebno odvzeti biopsijski vzorec, da se izključi maligno rast. Najpogostejši tip raka je ploščatocelični karcinom. Zdravljenje raka vulve je kirurško. Poseben poudarek pa je tudi na pooperativni zdravstveni negi rane. Zdravstvena nega rane po radikalni vulvektomiji je kompromis tradicionalne oskrbe in sodobnega načina zdravljenja. Zdravljenje raka zunanjega spolovila potrebuje multidisciplinaren pristop v ustrezni terciarni ustanovi.

Ključne besede: zunanje spolovilo, rak vulve, vulvektomija, limfadenektomija, pooperativna oskrba rane

ABSTRACT

Vulvar cancer is an uncommon gynecological malignancy primarily affecting postmenopausal women. There is no specific screening and the most effective strategy to reduce vulvar cancer incidence is the opportune treatment of predisposing and preneoplastic lesions associated with its development. While vulvar cancer may be asymptomatic, most women report vulvar pruritus or pain, or have noticed a lump or ulcer. Therefore, any suspicious vulvar lesion should be biopsied to exclude invasion. Once established, the most common subtype is squamous cell carcinoma. Treatment of vulvar cancer is predominantly surgical. Management should be individualized and carried out by a multidisciplinary team in a cancer center, experienced in the treatment of these tumors.

Keywords: external genitalia, vulvar cancer, vulvectomy, lymphadenectomy, postoperative wound care

UVOD

Bolezenske spremembe zunanjega spolovila obsegajo vnetja, neneoplastične spremembe ter tumorje. Ti so lahko benigni, predrakasti ali maligni (Vakselj, 2016).

Rak zunanjega spolovila je redko maligno obolenje, saj predstavlja le 2–5 % vseh ginekoloških rakov. Incidenca se je povečala z 2,1 na 5,5/100 000 (Register raka za Slovenijo, 2017). V zadnjem obdobju se je povprečna starost bolnic zmanjšala zaradi povečanega števila okužb s HPV. Zvišana incidenca je posledica zgodnjega odkrivanja še neinvazivnih oblik (VIN1, VIN2, VIN3) pri mlajših ženskah (45–50 let).

Najpogosteje obolevajo ženske po 50. letu starosti z vrhom po 70. letu, ki so prekomerno hranjene, z zgodnjo menopavzo, s kroničnimi vnetji zunanjega spolovila, ter ženske, ki niso rodile, kadike in ženske, ki imajo več spolnih partnerjev. Ploščatocelični karcinom vulve je najpogostejši podtip, ki se je v preteklosti povezoval predvsem kot rak pri ženski v pomenopavzi (Rogers & Cuello, 2018).



ANATOMIJA ZUNANJEGA SPOLOVILA

Zunanje spolovilo (lat. pudendum femininum, vulva) sestavljajo nadsramje (lat. mons pubis), veliki sramni ustnici (lat. labia maiora), mali sramni ustnici (lat. labia minora), nožnični preddvor (lat. vestibulum vaginae), vestibularni bulbus (lat. bulbus vestibuli), ščegetavček (lat. clitoris) ter dve veliki in več malih vestibularnih žlez (lat. glandulae vestibulares maiores et minores) (Dahmane, Gartner, Hribernik, 2016).

Iz večjega dela zunanjega spolovila odteka limfa primarno v ingvino-femoralno regijo, predvsem v povrhnje ingvinalne bezgavke, in sekundarno v regijo ob zunanji in notranji iliakalni arteriji (Rogers & Cuello, 2018). Izjema je ščegetavček, od koder odteka limfa neposredno v globoke ingvinalne bezgavke oz. v bezgavke ob notranji iliakalni arteriji (Vakselj, 2016).

Večina malignomov je povezana s kožo sramnih ustnic. Maligne bolezni, ki izvirajo iz ščegetavčka in vestibularnih žlez, so izjemno redke.

KLINIČNA SLIKA IN POSTAVITEV DIAGNOZE

Začetna klinična slika bolnice z rakom zunanjega spolovila je lahko asimptomatska, vendar pa večina bolnic v anamnezi pogosto navaja dolgotrajno srbenje, zbadanje, občutek žarenja v predelu zunanjega spolovila in bolečino, pri napredovalih tumorjih pa sta kot klinična znaka prisotna še krvavitev in smrdeč izcedek. Ob tem je lahko vidna tudi tumorska sprememba (cvetačasta rašča) ali ulkus. Nekatere bolnice imajo v anamnezi lahko zgodovino predhodnih simptomov ali diagnosticiran lichen sclerosus ali pa HSIL (angl. high-grade squamous intraepithelial lesion) (Vakselj, 2016; Rogers & Cuello, 2018). Ob omenjenih simptomih je najpogostejši klinični znak raka zunanjega spolovila tipen tumor na tem delu.

Rak zunanjega spolovila odkrivamo s kliničnim pregledom. Diagnozo moramo vedno potrditi z biopsijo in s histološkim pregledom. V okviru zamejitvenih preiskav naredimo še rentgen prsnega koša, ultrazvok dimelj in citološko punkcijo. Za oceno prizadetosti pelvičnih bezgavk napravimo pri povečanih ingvinalnih bezgavkah tudi CT abdomna (Vakselj, 2016.) PET-CT se lahko uporablja pri večjih tumorjih, kadar obstaja sum na metastatsko bolezen (Rogers & Cuello, 2018).

Histološki tipi in naravni potek bolezni

Najbolj pogost histološki tip raka zunanjega spolovila je ploščatocelični (okoli 90 % vseh rakov), sledijo maligni melanom in adenokarcinomi (4–5 %, vključno z adenoidnocističnim karcinomom Bartholinove žleze), še redkejši pa so bazalnocelični karcinom in verukozni karcinom ter sarkomi in limfomi ter metastaze od drugod (Vakselj, 2016; Rogers & Cuello, 2018; Kobal, 2016).

Ploščatocelični karcinomi brez poroženitve se širijo v začetku po površini z minimalno invazijo, nastanejo pri mlajših ženskah iz lezij VIN (vulvarna intraepitelijska neoplazija),



ki so povezane s HPV okužbo. Pri starejših ženskah pa je potek nastanka drugačen; rak nastane iz predhodno obstoječih vulvarnih distrofij, kot je lichen sclerosus (Vakselj, 2016). Rak zunanjega spolovila se lahko razvije kjerkoli na zunanjem spolovilu, na velikih (približno 50 % vseh primerov) in malih sramnih ustnicah, na klitorisu in presredku. Z infiltrativnim tipom rasti se lahko direktno razširi na uretro ali vagino, z metastaziranjem pa predvsem v dimeljske bezgavke in kasneje tudi v medenične. Hematogeni zasevki se najpogosteje pojavijo v pljučih in jetrih (Rogers & Cuello, 2018).

Klasifikacija

Stadij bolezni je najvažnejši prognostični dejavnik, ki vpliva na preživetje bolnic, prav tako pa je pomemben za načrtovanje dodatnega zdravljenja (Vakselj, 2016). Stadij bolezni zajema histološki pregled preparata in prizadetost področnih bezgavk. Zadnja osvežitev klasifikacije FIGO združenja ginekološke onkologije je bila narejena leta 2009. Ta sistem se uporablja za večino malignomov, ki izhajajo iz vulve, razen melanoma.

FIGO klasifikacija (Rogers & Cuello, 2018):

- stadij 0: VIN;
- stadij I: tumor, manjši od 2 cm, omejen na vulvo ali perinej, brez tipnih ingvinalnih bezgavk;
- stadij I A: tumor, manjši od 2 cm, brez tipnih bezgavk, globina invazije je do 1 mm;
- stadij II: tumor, večji od 2 cm, omejen na vulvo ali perinej, brez tipnih ingvinalnih bezgavk;
- stadij III: tumor katerekoli velikosti, ki se širi na uretro, vagino ali anus in/ali zaseva v pozitivne unilateralne ingvinalne bezgavke;
- stadij IV A: tumor katerekoli velikosti z bilateralnimi metastazami v ingvinalnih bezgavkah ali razširjen v sluznico mehurja ali rektuma;
- stadij IV B: tumor katerekoli velikosti z oddaljenimi metastazami ali pozitivnimi pelvičnimi bezgavkami.

ZDRAVLJENJE

Zdravljenje raka zunanjega spolovila je v prvi vrsti kirurško. Preživetje bolnic za vse stadije pri globini invazije več kot 1 mm je od uvedbe radikalne vulvektomije z ingvinofemoralno limfadenektomijo približno 70-odstotno.

Klasično operativno zdravljenje predstavlja radikalna vulvektomija z odstranitvijo povrhnjih in globokih bezgavk iz ingvinofemoralne regije obojestransko. Operacija pomeni enovit (t. i. en bloc) izrez celotne kože vulve do globoke perinealne fascije, z zagotovitvijo najmanj 1,5 cm zdravega robu. Operacije je bila poimenovana »butterfly«. Poseg je lokalno izjemno mutilirajoč, odstranitev bezgavk pa ima za posledico moteno drenažo limfe iz spodnjih ekstremitet s posledičnim kroničnim limfedemom (Vakselj, 2016; Kopal, 2016).

Skozi čas se je operativno zdravljenje modificiralo v smeri zmanjšanja posledic radikalne operacije. Uvedena je bila tehnika treh incizij: dve ločeni inciziji za odstranitev ingvinofemoralnih bezgavk in ločena vulvektomija za odstranitev tumorja. Izrez tumorja se prav tako lahko modificira v smeri radikalne odstranitve samega tumorja brez preostalega zdravega dela vulve pri manjših (do 2 cm) solitarnih tumorjih. Pomemben premik k zmanjšanju



zapletov po radikalnem operativnem zdravljenju pomeni tudi opustitev odstranjevanja globokih bezgavk ob femoralnih žilah. Opustitev je posledica spoznanja, da je prizadetost globokih bezgavk brez predhodne infiltracije v povrhnjih ingvinalnih bezgavkah izjemno redka. Le-te odstranimo, kadar medoperativno makroskopsko zatipamo, da so povečane (Kobal, 2016).

Varovalna bezgavka je opredeljena kot prva bezgavka v limfatičnem bazenu, v katero se drenira limfo iz primarnega tumorja. Odkar je bila objavljena velika prospektivna randomizirana študija GROINSS-V (Levenback, et al., 2012), se histološko preiskavo varovalne bezgavke vedno bolj uporablja pri zdravljenju žensk z zgodnjim rakom vulve. Namen postopka je odkrivanje vozliščnih metastaz v SNL (angl. sentinel lymph node), ki primarno drenira tumor, nato pa opustitev polne limfadenektomije pri negativnih bolnikih v kontrolnem vozlišču, s čimer se zmanjša zaplete, povezane s popolno disekcijo ingvinofemoralnih bezgavk (Vakselj, 2016; Rogers & Cuello, 2018; Kobal, 2016).

Ingvinofemoralna odstranitev bezgavk je ključna za odločitev o dodatnem zdravljenju in za določitev stadija bolezni. Incizija kože teče pravokotno na ingvinalni ligament in vzporedno z ingvinalnim kanalom. Sledi preparacija podkožja navzgor do ingvinalnega ligamenta ter navzdol do izolacije vene safene magne in femoralne fascije. Veno safeno magno lahko prekinemo ali ohranimo, odstranimo vse bezgavke ob njenem poteku do vstopa v veno femoralis skozi lamino cribroso (femoralni trikotnik). Praviloma prekinemo lamino cribroso in odstranimo še del bezgavk, ki se kot povrhnje spuščajo do femoralnih žil. Kranialno od femoralnega trikotnika odstranimo bezgavke do ingvinalnega ligamenta, ki predstavlja tudi kranialno mejo odstranitve bezgavk. Lateralno mejo tvori musculus sartorius, medialno pa musculus adductor s svojima fascijama (Kobal, 2016).

POOPERATIVNA ZDRAVSTVENA NEGA

Zdravstvena nega rane po radikalni vulvektomiji je kompromis tradicionalne oskrbe in sodobnega načina. Oskrba je lahko različna in se dnevno spreminja, saj se tudi rana spreminja. Te rane so predvsem značilne po velikih izločkih, hitrih dehiscencah in se na pravilno oskrbo dobro odzivajo. Opis postopka, poudarkov, na kaj moramo biti pozorni, je rezultat dela na oddelku. Tako se ta del prispevka naslanja izključno na izkušnje našega uspešnega dela.

Operativni poseg je samo del uspeha zdravljenja, zdravstvena nega pa je tista, ki prispeva k celovitosti uspešnega zdravljenja. Poglavitnega pomena je skrb za anogenitalno nego, učenje bolnice o pravilni negi po odvajanju blata ter poznavanje uporabe sodobnih oblog in značilnosti celjenja ran.

Mobilnost bolnice je v prvih dneh po operaciji zmanjšana bodisi zaradi starosti, slabše pokretnosti ali pa tudi zaradi dveh ingvinalnih drenov ter urinskega katetra. Hoja in sedenje sta otežena. Rana se skoraj vedno celi v določenih predelih per secundam zaradi same anatomije in pa izločkov, ki so že v osnovi prisotni, zato jo je potrebno dvakrat dnevno temeljito očistiti s fiziološko raztopino in zloženci, zdravo kožo pa osušiti in zaščititi s kremo



ali filmom. Šive namažemo z antibiotičnim mazilom. Predvsem ingvinalno ob drenih prihaja do prehajanja limfne tekočine na kožo ob drenu, zato se s tem načinom izognemo vneti koži.

Prav tako je potrebno skrbno pregledati iztok limfne tekočine po drenih, kajti s tem preprečimo nastanek morebitne limfociste. Ob drenih ustrezno zaščitimo z zloženci. Rana na zunanjem spolovilu lahko zahteva različne posege. Pomembno je, da očistimo izcedek, obloge ob introitusu vagine, ker v tem predelu največkrat prihaja do celjenja per secundam. Mnogokrat vstavimo 24-urno oblogo, ki dobro vpija izločke in ohranja potrebno vlago, ko pa je rana čista, uporabljamo med, če je potrebno. Predvsem je pomembno, da ločimo zgornji del rane od analnega, ga zaščitimo in dobro fiksiramo.

Glutealno so odjemna mesta velikokrat tudi boleča, tako da z ustreznimi mehкими oblogami omilimo neposreden pritisk na operativne šive. Bolnicam svetujemo, kako lahko omilijo bolečino pri sedenju. Nikoli ne odstranimo šive glede na dneve po operaciji, ampak opazujemo njihovo stanje, vpliv na kožo, celjenje. Medicinska sestra se vedno posvetuje z operaterjem o oskrbi rane glede na njeno izboljšanje ali poslabšanje. Da bi zagotavljali ustrezno higieno, bolnice naučimo uporabe higienskih pripomočkov, ki kožo očistijo, navlažijo in zaščitijo po odvajanju blata. Celjenje je dolgotrajno in kompleksno. Nadaljuje se tudi v domači oskrbi s pomočjo patronažnih medicinskih sester. Bolnico odpušimo z urinskim katetrom in delno ali pa z vsemi odstranjenimi šivi. Bolnica je vedno čez 7 dni naročena na kontrolni pregled za oceno pooperativnega zdravstvenega stanja.

PAGETOVA BOLEZEN VULVE

Pagetova bolezen vulve je redka oblika spremembe na vulvi, ki lahko prizadene apokrine žleze vulve. Znani sta dve obliki: primarna oblika se razvije iz intraepitelijske lezije, medtem ko je sekundarna oblika Pagetove bolezni posledica adenokarcinoma, ki izhaja iz anorektalne, urotelne ali genitalne regije (kot cervikalni ali endometrijski karcinom) (Rogers & Cuello, 2018). Razvije se predvsem pri pomenopavzalnih bolnicah, ki običajno tožijo zaradi srbeža in bolečine, pri kliničnem pregledu pa opazimo pordela in ekcemu podobna področja okoli vulve. Diagnozo potrdimo histološko z biopsijo, ki nam diferencialno diagnostično pomaga ločiti intraepitelijsko od invazivne lezije. Terapija izbora je široka lokalna ekcizija. Ker je makroskopsko težko doseči varnostni rob ekcizije in ker histološke spremembe segajo globlje od vidnega, je ponovitev bolezni zelo pogosta. Posledično se v zadnjem času napravi manj radikalno ekcizijo intraepitelijske lezije. Številne metaanalize (Rogers & Cuello, 2018), ki so dostopne, so zaključile, da ne obstaja nobeno priporočilo, ki bi dokazalo najboljše kirurško tehniko zdravljenja.

V kolikor je pri bolnici prisoten tudi adenokarcinom, je potrebno napraviti radikalno široko ekcizijo z varnostnim robom vsaj 1 cm, ob tem pa napraviti tudi ingvino-femoralno limfadenektomijo.



LICHEN SCLEROSUS

Lichen sclerosus je kronična vnetna in fibrosklerotična kožna bolezen, ki prizadene predvsem anogenitalne predele, lahko pa tudi druge dele telesa. Pogostnost pri ženskah je do 10-krat večja kot pri moških (Meffert, David, Grimwood, 1995). Prizadene lahko vse starostne skupine, pogosteje pa dekleta v predadolescentni dobi in ženske v menopavzi. Vzroki za nastanek bolezni niso znani. Predvideva se, da gre za avtoimunski odziv ali za odziv hormonskih dejavnikov (Kohlberger, Joura, Bancher, 1998). Bolezen se manifestira z belkastimi in rumenkastimi sklerotičnimi in atrofičnimi ploščatimi papulami in pri pacientkah povzroča srbež, pekoč občutek, boleče odvajanje blata ali urina, bolečine pri spolnih odnosih, pa tudi razpoke v koži in krvavitve. Napredovala bolezen lahko privede do zlepljenja oz. zraščanja sramnih ustnic in deformacijo zunanega spolovila, kar pogosto zahteva operativno zdravljenje. Oboleli za anogenitalnimi boleznimi imajo tudi večjo možnost pojava ploščatoceličnega karcinoma (Lorenz, Kaufman, Kutzner, 1998). Mesto pojava Lichen sclerosusa po študiji Lorenza in sod. (Lorenz, Kaufman, Kutzner, 1998) so sramne ustnice (100 %), klitoris (70,4 %), presredek (67,9 %), zadnjica (32,3 %), analno področje (32,1 %), dimlje (8,6 %) in sečnica (3,7 %).

DISKUSIJA

Na spolovilu se pogosto pojavljajo spremembe, ki po svoji klinični sliki na prvi pogled ne dajejo vtisa suspektnega obolenja, zato v klinični praksi prepogosto zdravimo te težave simptomatsko. Najpogosteje gre za kronične lichenoidne spremembe, kijih družinski zdravniki in tudi specialisti ginekologije in porodništva prepogosto zdravijo s kortikosteroidnimi zdravili. Kot je znano iz klinične prakse in literature, more biti ta terapija časovno omejena zaradi stranskih učinkov kortikosteroidov. Kadar v določenem času klinična slika ne izzveni, je indicirana histološka verifikacija. Kot za vsako drugo maligno raščo tudi tu velja za osnovno pravilo zgodnja diagnoza in čim zgodnejši je začetek zdravljenja, tem boljši je končni uspeh. Operativni posegi napredovalih stanj so v vseh pogledih zahtevni, predvsem pa za bolnico, ker so mutilantni, tj. spremenijo anatomske izgled organa. To pa pogosto predstavlja za bolnico hudo psihično breme, ker je načeta njena samopodoba in samospoštovanje, saj ocenjuje to kot iznakaženost svojega telesa. Predvsem je to občutljivo za bolnice v mlajših letih, ker je prizadeto spolno življenje in nenazadnje partnerski odnos. Zaradi navedene zahtevnosti kirurških posegov se morajo take bolnice obravnavati v zdravstvenih centrih z usposobljenimi zdravstvenimi delavci, natančneje kirurgi, ki imajo kirurške izkušnje tudi s področja plastične rekonstruktivne kirurgije, kajti pri napredovalih stanjih bolezni, kjer je potrebna radikalna operacija, je pogosto potrebno zapolniti defekte tkiva s kožnimi režnji.

ZAKLJUČEK

Pri vsaki sumljivi leziji na zunanjem spolovilu je potrebno odvzeti biopsijski vzorec in histološko potrditi morebitno maligno raščo. Najpogostejši tip raka je ploščatocelični karcinom. Zdravljenje raka vulve je kirurško. Zdravstvena nega rane po radikalni vulvektomiji pa je zahtevna, predvsem zaradi lokalizacije rane in anatomske lege sečnice. Zaradi tega še ni izoblikovan standard za nego rane po vulvektomiji. Upoštevamo standardna pravila



preveze, za izbiro materiala pa se odločimo na osnovi kliničnega stanja rane. Za uspešno oskrbo rane so predvsem pomembne izkušnje delavcev zdravstvene nege in ustrezno sodelovanje z zdravnikom, najboljši operaterjem. Priporočljivo je, da postopek celjenja rane nadzoruje in oskrbuje isti tim do odpusta bolnice.

LITERATURA

Dahmane, R., Gartner, U., Hribernik, M., 2016. Anatomija ženske medenice in ženskega spolovila. In: Takač, I. et al. Eds.) Ginekologija in perinatologija. 1. izd. Maribor: Medicinska fakulteta, pp. 1--13.

International Journal of Gynecologic Cancer, 28, pp. 1606--1615.

Kobal, B., 2016. Operativno zdravljenje v ginekološki onkologiji. IN: Takač I. et al. Eds. Ginekologija in perinatologija. 1. izd. Maribor: Medicinska fakulteta, pp. 320--331.

Kohlberger, P.D., Joura, E.A., Bancher, D., et al., 1998. Evidence of androgen receptor expression in lichen sclerosus: an immunohistochemical study. J Soc Gynecol Investig, 5, pp. 331--3.

Levenback, C.F., et al., 2012. Lymphatic Mapping and Sentinel Lymph Node Biopsy in Women With Squamous Cell Carcinoma of the Vulva: A Gynecologic Oncology Group Study. Journal of Clinical Oncology, 30(31), pp. 3786--3791.

Lorenz, B., Kaufman, R.H., Kutzner, S.K., 1998. Lichen sclerosus: therapy with clobetasol propionate. J Reprod Med., 9, pp. 790--4.

Martin, A.L., Stewart, J.R., Girithara-Gopalan, H. et al., 2018. Trends and Complications of Vulvar Reconstruction After Vulvectomy: A Study of a Nationwide Cohort.

Meffert, J.J., David, B. M., Grimwood, R.E., 1995. Lichen sclerosus. J Am Acad Dermatol, 32(3), pp. 393--16.

Rogers, L.J., Cuello, MA., 2018. Cancer of the vulva. International Journal of Gynecology & Obstetrics, 143(S2), pp. 4--13.

Vakselj, A., 2016. Bolezenske spremembe zunanjega spolovila. In: Takač I. et al. Eds. Ginekologija in perinatologija. 1. izd. Maribor: Medicinska fakulteta; pp. 231--235.

ZAPLETI CELJENJA KIRURŠKE RANE – PRIKAZ PRIMERA COMPLICATIONS IN HEALING SURGICAL WOUNDS – CASE REPORT

Ines Prodan, dipl. med. sestra, ET

Splošna in učna bolnišnica Izola
ines.prodan@sb-izola.si



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

V prispevku je opisana kirurška rana in potek celjenja. Predstavljen je primer celjenja rane pri abdominalnem pacientu po urgentni operaciji na črevesju. Opis primera prikazuje sekundarno celjenje kirurške rane, potek zdravljenja in oskrbo rane. Prikazana je nujnost spremljanja rane in dokumentiranja.

Ključne besede: kirurška rana, zapleti pri celjenju, preveza rane, dokumentiranje

ABSTRACT

We present a treatment of a surgical wound after emergency abdominal surgery. The healing by secondary intention is described along with different surgical treatment modalities. The need for a strict follow-up and documentation is shown as a high priority.

Keywords: surgical wound, complications in wound healing, wound bandage, documentation

UVOD

Celjenje kirurških ran velikokrat poteka skladno s pričakovanji. Najpogosteje so to čiste rane, ki se celijo primarno, brez zapletov. V praksi se velikokrat srečujemo tudi z ranami, ki so kontaminirane oz. umazane za razliko od nekontaminiranih oz. čistih. Kontaminirane rane niso zašite in ostanejo odprte, dokler okužba ne izgine. Možna izida sta dva; rana ni več kontaminirana in kirurg rano zašije. V kolikor rane ne zašije, defekt zapolni granulacijsko tkivo.

RANA

Rana je prekinjena kontinuiteta tkiva, nastala z delovanjem zunanjih dejavnikov (Vilar, 2007).

Kirurške rane so narejene z vrezom (incizijo) kože in spodaj ležečih tkiv z minimalno poškodbo okolnega tkiva. Incizija je izvedena sterilno, njen namen je dostop do prizadetega tkiva ali organa. Po končanem operativnem posegu in ob dobri hemostazi se rano zapre s sponkami ali šivi. S tem omogočimo primarno zdravljenje ran. Kirurške rane imajo ravne robove, ki so blizu skupaj. Pri takšnih ranah je bistvenega pomena, da preprečimo razvoj sekundarne okužbe z navzkrižno okužbo. Eden najpomembnejših ukrepov pri preprečevanju sekundarne okužbe ran je pravilno in redno razkuževanje rok (Vilar, 2007).

Celjenje rane

Celjenje rane je proces, s katerim telo nadomesti poškodovan del lastnega tkiva z novim živim tkivom. Ta proces lahko poteka kot resolucija (poškodovano tkivo se strukturno in funkcionalno povrne v prvotno stanje), regeneracija (nove parenhimske strukture se vraščajo v poškodovano področje, izgubi se normalna anatomsko sestava tkiva) in kot organizacija (izgubljeno tkivo se nadomesti z brazgotinastim tkivom) (Miksič & Flis, 2003).

Okužbe kirurških ran nastanejo pri invazivnih kirurških posegih in so med najpomembnejšimi vzroki vseh bolnišničnih okužb. Povzročajo veliko morbidnost in različne študije ugotavljajo,



da je več kot ena tretjina smrti povezanih z okužbami kirurških ran. Pomembno podaljšujejo ležalno dobo in znatno povečujejo stroške zdravljenja (Ferk, 2011).

Primarno celjenje

Primarno se celijo rane, ki imajo čiste in dobro približane ravne robove. Te se celijo z minimalno brazgotino. Takšne rane nastanejo pri načrtovanem operativnem posegu in se celijo brez pooperacijskih zapletov. Cirkulacija se vzpostavi v treh do štirih dneh in zagotavlja ustrezno oksigenacijo tkiva. Rana, ki se celi primarno, ja najbolj dovzetna za okužbe v prvih štirih dneh (Tratnjak, 2010).

Sekundarno celjenje

Pri sekundarnem celjenju so robovi rane razmaknjeni, pogosto vneti, zaradi česar nastane precej granulacijskega tkiva, kar spet vodi do celjenja z obsežnejšo brazgotino (Tratnjak, 2010).

Odloženo primarno celjenje pomeni, da zaradi nevarnosti okužbe pustimo rano odprto. Zdravnik delno približa robove rane in pusti rano odprto. V primeru, ko se okužba ne razvije, šive zatesni v 4–7 dneh in rana se celi primarno (Hartmann, cited in Tomc Šalamun, 2010).

Regenerativno epitelijsko celjenje ali reepitelizacija je nadomestilo za uničene celice z drugimi celicami enake kakovosti (celice s sposobnostjo mitoze) (Hartmann, cited in Tomc Šalamun, 2010).

Kronične rane so tiste rane, ki se bodo zacelile sekundarno (per secundam) z nastankom novega tkiva. Zato bo potrebnih več kot 8 tednov (progresivna okvara tkiv zaradi žilnih bolezni različnih vzrokov: sladkorna bolezen, lokalne okvare zaradi pritiska, okvare zaradi obsevanja ali tumorjev) (Hartmann, cited in Tomc Šalamun, 2010).

Dejavniki, ki vplivajo na celjenje rane, so: okužba rane, nezadostna oksigenacija tkiva, hipoproteinemija, hipovitaminoza, stres, glukokortikosteroidi, protivnetna zdravila, citotoksična sredstva in obsevanje, dehiscenca rane, temperatura okolij, zmanjšana koncentracija mikroelementov in starost (Tratnjak, 2010).

Posebno poglavje je namenjeno podpori pacienta s kirurško rano. Ob upoštevanju dejavnikov, ki vplivajo na celjenje ran, lahko bistveno vplivamo na potek in izid.

Prehrana

Pacientu z rano je potrebno priskrbeti hrano z visoko vsebnostjo beljakovin in vitaminov, predvsem vitamina C. Proteini so pomembni za tvorbo kolagena, vitamin C pa sodeluje pri tvorbi kolagena in pomaga vzdrževati celovitost kapilarne stene. Pri celjenju rane ima pomembno vlogo tudi vitamin A, ki sodeluje pri epitelizaciji rane (Smrkolj, cited in Ivanušič & Železnik, 2000).

Bolečina

Bolečina je prisotna skoraj pri vseh kirurških posegih, kjer so bila tkiva in organi rezani ali kako drugače manipulirani. Pri tem so bili stimulirani živčni končiči s kemičnimi snovmi, ki



so se sproščale pri operaciji, ali pa zaradi ishemije tkiva pri moteni cirkulaciji po pritisku, mišičnem spazmu ali edemu (Ivanuša & Železnik, 2000).

Po zahtevnejših operacijah zdravnik anesteziolog natančno in individualno predpiše protibolečinsko terapijo, ki je sestavljena iz predpisane dnevne količine in ob prisotnosti močnejše bolečine možnosti dodatnih protibolečinskih zdravil. Bolečino je pri pacientu smiselno obvladovati, saj stalne bolečine vodijo v motnje spanca, poslabšanje apetita, socialno izolacijo, depresijo, odvisnost od zdravil ali odloženo celjenje rane (Tomc Šalamun, 2010).

Medicinska sestra pacienta opazuje, spremlja vitalne znake in ga tudi vpraša za subjektivno oceno bolečine. Bolečino moramo obvladovati, sicer obvestimo zdravnika in se dogovorimo za nadaljnjo pomoč pacientu (Tomc Šalamun, 2010).

Gibanje

Izvajati je potrebno ukrepe za pospeševanje cirkulacije (zgodnja aktivacija pacienta po operaciji, obračanje, posedanje, vstajanje). Nemotena cirkulacija celotnega organizma na področju rane povečuje odpornost celic. Kri dovaja hrano in odnaša odpadle produkte. Spodbujati je treba aktivnosti za zadostno oksigenacijo: dihalne vaje, učinkovito izkašljevanje (Tratnjak, 2010).

PRIKAZ PRIMERA

70 let star pacient je bil sprejet 15. 9. 2018 na abdominalni oddelek Splošne bolnišnice Izola zaradi stanja po dilataciji anastomoze na rektumu. Gospod je bil leta 1990 operiran zaradi karcinoma rektuma. 14. 9. 2018 je opravil balonsko dilatacijo zožitve anastomoze. Ob tem je prišlo do perforacije kolona. Sprva smo se odločili za poskus konservativnega zdravljenja, vendar je prišlo do poslabšanja stanja, tako smo ga 18. 9. 2018 operirali. Narejena je bila obsežna adhezioliza, delna resekcija tankega črevesja in bitubularna kolostoma. Po posegu je bil pacient premeščen v enoto intenzivne terapije. Osmi pooperativni dan je bilo stanje pacienta primerno za premestitev na oddelek.

Deseti pooperativni dan se je stanje pacienta poslabšalo in smo ga 28. 9. 2018 ponovno operirali. Narejena je bila ponovno adhezioliza, trebuh izpran, ponovno delna resekcija tankega črevesja in odrejena terapija z negativnim tlakom: vstavljen je bil intraabdominalni VAC (angl. vacuum assisted closure). Pacienta smo ponovno premestili v enoto intenzivne terapije, kjer smo popravili anemijo in zdravili pridružen septičen šok. Nato so bile narejene štiri revizije z menjavo VAC-a, ki smo ga končno odstranili in pacienta 12. 10. 2018 premestili na abdominalni oddelek. Postopoma smo ukinili parenteralno prehrano in uvedli prehrano in terapijo per os. Odločili smo se za odprto celjenje rane na trebuhu, ki se je celila počasi. 25. 10. 2019 smo odvzeli bris rane. Ob antibiotični terapiji je sicer prišlo do izboljšanja. Ko pa se je le-ta sčistila, smo se odločili za kritje s Thierschevim presadkom, ki je bil narejen 7. 12. 2018. Rano smo redno previjali, presadek se je prijel v več kot v 50 %.

Narejen je bil še MR medenice in delna kolonoskopija, ki je pokazala zaprtje perforacije,



tako smo se 21. 12. 2018 odločili za zaporo kolostome. Pooperativni potek je bil brez posebnosti. Dobival je dvojno antibiotično terapijo. 24. 12. 2018 smo ga odpustili domov. Pacient je dobil pisna in ustna navodila.

Zdravstvena nega rane na oddelku

Pooperativna zdravstvena nega našega pacienta na oddelku je v prvi fazi potekala po pričakovanjih; dne 28. 9. 2018 smo ga zaradi poslabšanja ponovno operirali in premestili v enoto intenzivne terapije.

12. 10. 2018 smo pacienta ponovno premestili na oddelek in se takoj srečali z odprto kirurško rano. Med celotno bolnišnično obravnavo smo upoštevali navodila anesteziologa, odgovornega za prehransko podporo. Redno smo spremljali laboratorijske izvide, zaužito hrano in tekočino ter enkrat tedensko tehtali pacienta. Pacientu smo redno ocenjevali bolečino po VAS lestvici (angl. visual analogue scale) in primerno ukrepali.

Sledili so dnevi rednih prevez. Pri prevezi so sodelovali: kirurg, enterostomalna terapevtka ali diplomirana medicinska sestra in tehnik zdravstvene nege. Prve dni smo rano previjali klasično, uporabljali smo sterilno fiziološko raztopino. Prevezo smo izvajali dvakrat dnevno po aseptični metodi. Vse preveze smo izvajali v ambulanti. Koža se ni zapirala in rana je ostala odprta.

Rana je imela na spodnjem delu fibrinske obloge in veliko izločka. Vzeli smo bris rane ter pacientu namestili VAC. Menjava VAC-a je potekala na tri dni. Po devetih dneh smo VAC odstranili in nadaljevali preveze dvakrat dnevno. Na mestu VAC-a je nastalo granulacijsko tkivo.

Izloček se je zmanjšal, vendar je bil na spodnjem delu rane nekoliko izrazitejši. V dogovoru s kirurgom smo namestili primarno oblogo s hidrofibro in pokrili s sekundarno oblogo. Opazili smo izboljšanje. Kirurg se je 7. 12. 2018 odločil za prekrivanje s presadkom.

Ker je pacient imel kolostomo, smo morali spremljati tudi odvajanje blata po stomi in kožo ob stomi, saj je le-ta bila v neposredni bližini rane. Stoma je bila aktivna; z nameščanjem kožne podloge in vrečke nismo imeli težav. Koža ob stomi je bila intaktna, brez vnetja. Zelo previdni smo bili in skrbeli, da ostane koža neprizadeta, da je lahko potekala oskrba rane nemoteno. Pacient je bil vključen v edukacijo glede nege stome in si je vrečko praznil sam. Kožno podlogo smo zamenjale medicinske sestre. Kirurg je stomo zaprl 21. 12. 2018. Celjenje rane na mestu stome po zaprtju je potekalo brez posebnosti.

Sledile so preveze laparotomijske rane po navodilu kirurga. Presadek se je prijel v nekaj več kot 50 odstotkih. Na spodnjem delu rane je bil prisoten izcedek; nadaljevali smo z nameščanjem obloge s hidrofibro, s katero smo ga odpustili v domače okolje.

S prevezami je pacient nadaljeval v zdravstvenem domu. Upoštevali so naša navodila. Izjemno pomembno vlogo je pri oskrbi rane imelo dosledno dokumentiranje. Ob vsaki prevezi smo opisovali rano in način oskrbe. Posebnosti smo sporočali kirurgu in enterostomalni terapevtki.



Pacient je naročen v našo ambulanto na redne kontrole, kjer spremljamo potek celjenja rane in okrevanje pacienta.

DISKUSIJA

Iz prispevka je razvidno, da se v praksi srečamo z zapleti pri celjenju kirurških ran. Vse kirurške rane se ne celijo primarno. Ravno zato je pomembno, da smo medicinske sestre pripravljene na obravnavo različnih kirurških ran. Potrebno je neprekinjeno izpopolnjevanje našega znanja, dobre komunikacije in dokumentiranja. Na našem oddelku delamo timsko, fleksibilno in v sodelovanju s pacientom. Včasih ne gre po naših pričakovanjih, ravno zato moremo biti na to pripravljeni.

Kljub dolgotrajni hospitalizaciji je bil pacient zadovoljen z zdravstveno oskrbo.

ZAKLJUČEK

Vsako zgodba ima svoj začetek in konec, ravno tako ima vsaka rana svoj potek. Prioriteta našega telesa je, da rano zaceli. Pri sekundarnem celjenju kirurške rane je individualni pristop ključnega pomena.

Zdravstvena nega kirurškega pacienta z rano je kompleksna in zahteva od nas znanje, izkušnje in nenehno prilagajanje. Le tako lahko dosežemo zastavljene cilje.

LITERATURA

Ferk, J., 2011. Dejavniki tveganja pri nastanku kirurških okužb. In: Flis, V., et al. eds. III. Črničevi dnevi: Okužba kirurške rane, 2011. Maribor: UKC: Katedra za kirurgijo Medicinske fakultete, p. 9.

Ivanuša, A., Železnik, D., 2000. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor. Fakulteta za zdravstvene vede, 2000, pp. 132–133.

Mikšič, K., Flis V., 2003. Izbrana poglavja kirurgije. Maribor: Obzorja, 2003, p. 77.

Tomc Šalamun, D., 2010. Zapleti kirurške abdominalne rane- opis primera. In: Štemberger, Kolnik T., et al. eds. Komplikacije kroničnih in akutnih ran: zbornik predavanj z recenzijo, 12. in 13. marec 2010. Terme Ptuj: Zbornica zdravstvene in babiške nege, pp. 85–95.

Tratnjak, Z., 2010. Vloga medicinske sestre pri oskrbi kirurške rane: Diplomsko delo univerzitetnega študija. Maribor: Univerza v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede, p. 7.

Vilar, V., 2007. Zdravstvena nega in oskrba kirurške rane. In: Štemberger, Kolnik T., et. al. eds. Kirurška rana in oskrba zapletov črevesnih izločalnih stom: zbornik predavanj s strokovnega srečanja, 2007, Rogaška Slatina. Sekcija medicinskih sester v enterostomalni terapiji, p. 57.

ZDRAVSTVENA NEGA IN OSKRBA MALIGNIH KOŽNIH RAN MANAGEMENT OF MALIGNANT FUNGATING WOUNDS

Dragica Tomc, viš. med. ses., ET

Onkološki inštitut Ljubljana
Posvetovalnica za zdravstveno nego
dtomc@onko-i.si



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

Maligna kožna rana je s svojimi simptomi neprijeten pojav za pacienta. Anamneza in celovit pristop k obravnavi pacienta ter izobraževanje in sodelovanje družine omogoča načrtovanje zdravstvene nege in zastavitev realnih ciljev zdravljenja. Vključevanje strokovnjakov za oskrbo ran pomembno prispeva k boljši kakovosti življenja pacientov z malignimi kožnimi ranami.

Ključne besede: ocena stanja, simptomi maligne kožne rane, strokovnjak za rane

ABSTRACT

Malignant fungating wound with its symptoms is very unpleasant for patient. History of the patient, holistic approach and education as well as cooperation of the family is decisive in developing care plan and realistic goals of the treatment. Inclusion of wound experts in wound care improves the quality of life to patients with malignant wounds.

Keywords: patient assessment, malignant fungating wound symptoms, wound care expert

UVOD

Diagnoza rakave bolezni je neprijetna za pacienta še posebej, kadar se kot zaplet razvije maligna kožna rana. Lahko je prisotna več let, vendar se običajno pojavi v zadnjih mesecih življenja (Bergstrom, 2011). Razvije se pri manjšem številu pacientov (5–10 % pacientov z maligno boleznijo), a predstavlja največje izzive pri oskrbi (Maida, 2016).

MALIGNNA KOŽNA RANA

Maligna kožna rana je definirana kot prekinitev integritete povrhnjice z infiltracijo malignih celic (Benedik, et al., 2008). Nastane lahko na mestu primarnega tumorja kot lokoregionalna infiltracija ali kjerkoli na telesu kot infiltracija celic zasevka (Grocott, et al., 2015).

Maligna kožna rana (MKR) ima izgled razjede, z globokimi kraterji in dvignjenimi robovi ali pospešene rasti v obliki gobe ali cvetače nad nivojem kože. Maligne rane in fistule se lahko pojavijo kjerkoli na telesu. Najpogostejše lokacije so prsa in trebuh, glava in vrat ter ekstremitete.

Pristop k oskrbi malignih ran je tesno povezan z zdravljenjem primarnega tumorja, saj lahko na tumorske celice, ki se infiltrirajo skozi kožo, vplivamo samo s specifičnim antitumorskim zdravljenjem. Uporablja se sistemsko terapijo (kemoterapija, hormonska in tarčna terapija), radioterapijo, elektrokemoterapijo ali kirurgijo (Grocott, et al., 2015).

Ocena stanja

Potrebna je celostna anamneza, ki se nanaša na paciente in njihove bližnje, ter nam služi za načrtovanje oskrbe MKR. Opisuje simptome, ki so posledica MKR, ter osnovne maligne bolezni in spremljajočih bolezni (glej prilogo 1). S psihosocialnega vidika so lahko prisotni občutki nizke samopodobe, družbena izolacija, duševne stiske, brezup (Twycross, et al., 2009). Na podlagi ocen določimo načrt zdravstvene nege in pacientove cilje ter prioritete.



SPLOŠNA OCENA PACIENTA

Datum in ura: _____

Nalepka
pacienta

Vpliv maligne kožne rane na psihosocialno raven življenja

(npr. ali se pacient izogiba socialnim stikom; ali ga odvrta pogled na rano oz. ne more pogledati svoje rane; ali se o rani lahko pogovarja s svojimi bližnjimi; katere so največje težave oz. problemi oz. simptomi, povezani z rano, ki jim povzročajo največjo stisko):

Vpliv maligne kožne rane in oskrbe rane na bližnje in druge oskrbovalce

(npr. ali so bližnji glavni pri nujenju oskrbe rane; kakšno podporo in material imajo na razpolago in kaj potrebujejo; ali čas, ki je potreben za oskrbo rane, vpliva na njihovo socialno in poklicno življenje):

Osnovni vzrok (vrsta raka) za pojav rane, če je znano:

Dosedanje in trenutno zdravljenje raka in rane:

Pacientova ostala soobolenja (npr. sladkorna bolezen, imunosupresija, bolezen perifernih žil ali druge diagnoze):

Glavni simptomi, ki so posledica rane, ter osnovne maligne bolezni in soobolenj:

Znane alergije pacienta na material za oskrbo rane:

Zdravila, ki jih pacient jemlje za lajšanje simptomov, ki izhajajo iz rane:

Kateri material oz. obloge za oskrbo rane so bile do sedaj uporabljene, a se izkazale kot neustrezne:



Nalepka
pacienta

TORONTSKI VPRAŠALNIK SIMPTOMOV ZA RANE

Datum in ura: _____

Mesto rane:	<input type="checkbox"/> glava/vrat	<input type="checkbox"/> zgornji ud	<input type="checkbox"/> križnica/trtica									
	<input type="checkbox"/> oprsje/dojka	<input type="checkbox"/> spodnji ud	<input type="checkbox"/> noga (brez pete)									
	<input type="checkbox"/> trebuh/ledveno	<input type="checkbox"/> medenica/bok	<input type="checkbox"/> peta									
	<input type="checkbox"/> zgornji/spodnji hrbet	<input type="checkbox"/> perinej/genitalno	<input type="checkbox"/> _____									
Stran:	<input type="checkbox"/> levo	<input type="checkbox"/> desno	<input type="checkbox"/> sredina									
Dodaten opis mesta rane, če je potreben: _____												
* Prosim, obkrožite številko, ki najbolje opisuje vaše SIMPTOME, POVEZANE Z RANO v zadnjih 24 urah.												
Brez bolečine v predelu rane	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna bolečina v predelu rane
Brez bolečine med prevezovanjem in/ali čiščenjem rane	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna bolečina med prevezovanjem in/ali čiščenjem rane
Brez izločka/izcedka/ eksudata iz rane	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujši možen izloček/izcedek/ eksudat iz rane
Brez neprijetnih vonjav iz rane	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujše možne neprijetne vonjave iz rane
Brez srbenja v področju rane	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujše možno srbenje v področju rane
Brez krvavitve iz rane	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna krvavitev iz rane
Brez skrbi in/ali stiske zaradi kozmetičnega oz. estetskega videza rane	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna skrb in/ali stiska zaradi kozmetičnega oz. estetskega videza rane
Brez oteklina ali edema v okolici rane	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna oteklina ali edem v okolici rane
Brez obsežnosti ali izstopanja rane	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna obsežnost ali izstopanje rane
Brez obsežnosti ali izstopanja zaradi oblog na rani	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Najhujša možna obsežnost ali izstopanje zaradi oblog na rani
Izpolnil:	<input type="checkbox"/> Pacient											
	<input type="checkbox"/> Pacient ob pomoči negovalca											
	<input type="checkbox"/> Negovalec (bližnji)											
	<input type="checkbox"/> Negovalec (zdravstveni delavec)											

Priloga 2: Torontov vprašalnik simptomov za rane (Maida, 2016)



Za sistematičen pristop k ocenjevanju potreb se priporoča uporabo orodij za ocenjevanje, recimo, Torontski vprašalnik simptomov za rane (angl. Toronto Symptom Assessment System for Wounds – TSAS-W) (glej prilogo 2).

Opisuje mesto nastanka in izgled MKR, ki je lahko izrazito spremenljiv, zato se poslužujemo tudi fotografske evidence, seveda s pacientovim dovoljenjem.

Fotografska evidenca lahko ponazori napredovanje rane in je uporabna pri utemeljevanju izbire izdelkov za lokalno oskrbo rane, pogostosti prevezovanj in količine uporabljenih izdelkov (EONS, 2015).

ZDRAVSTVENA OSKRBA MALIGNE KOŽNE RANE

Načrt zdravstvene nege pri celostni oskrbi maligne rane zajema (Woo&Sibbald, 2010):

- zdravljenje vzroka za pojav rane;
- zdravljenje bolezni z obsevanjem, kemoterapijo, hormonsko terapijo, kirurgijo, krioterapijo ali zdravljenje z laserjem;
- skrb za pacienta: ohraniti dostojanstvo pacienta, se spopasti s psihosocialnimi problemi, ohranjati samostojnost in kakovost življenja z optimalno oskrbo;
- lokalna oskrba rane;

Lokalna oskrba rane zajema prevezo in obvladovanje spremljajočih simptomov. Osredotočamo se na dosegljive cilje, ki niso zacelitev ran, temveč udobje pacienta (Seaman, 2014). Za oskrbo rane uporabljamo obloge, ki omogočajo pacientu kar največ udobja, daljši čas namestitve, lepši izgled, neodvisnost. Velikokrat uporabimo poliuretanske pene, obloge z ogljem ali obloge s protimikrobnimi sestavinami. Vzdržujemo stabilno stanje rane, ki se ne bo pozdravila, in omogočimo čim boljše kakovost življenja.

Obvladovanje simptomov

Lokalna oskrba paliativnih in napredovalih malignih ran zajema obvladovanje simptomov. Opišemo jih lahko z akronimom HOPES (iz angl. hemorrhage 'krvavitev', odor 'neprijeten vonj', pain 'bolečina', exudate 'izloček', superficial infection 'površinska infekcija') (Woo & Sibald, 2010).

• Krvavitev

Maligne rane so krhke in ranljive. Erozijska kapilar lahko vodi v obsežno, spontano krvavitev. Če so prisotne motnje strjevanja krvi ali prizadetost kostnega mozga, je nevarnost krvavitve toliko večja.

• Neprijeten vonj

Pojavi se zaradi anaerobnih bakterij v odmrlem tkivu in maščobnih metabolnih produktov malignih celic. Vonj je odbijajoč in vpadljiv. Ima fizičen in psihološki vpliv na apetit, dobro počutje in je vzrok za socialno izolacijo in spremenjeno samopodobo. Nujni so dobro čiščenje ran, odstranjevanje mrtvin, zdravljenje okužbe ter uporaba sistemskih antibiotikov ali lokalnih antimikrobnih sredstev in metronidazola, oblog za rane z ogljem in srebrom ter deodorantov.



• Odstranjevanje mrtvin

Mrtvine imajo lahko izredno neprijeten vonj, zato jih je bolje odstraniti. Primeren način odstranjevanja mrtvin je avtolitičen z uporabo hidrogelov. Maligne rane proizvajajo veliko izločka, zato je bolje uporabiti absorptivne obloge s suhimi dodatki (polisaharidi, kopolimeri, alginati). Uporaba encimskih mazil ni priporočljiva zaradi nevarnosti krvavitev in bolečin. Redko se uporabi ostro ali kirurško odstranjevanje, ker povzroča krvavitve.

• Bolečina in srbenje

Za bolečino v maligni rani je možnih več vzrokov, ki vključujejo tudi čustvene faktorje: nevropatska bolečina (okvara živca zaradi tumorja), bolečine ob postopkih (preveze rane in menjava oblog), zaradi maligne bolezni. Previjamo racionalno, ne prepogosto, s čimer zmanjšamo možnost mehaničnih poškodb ter uporabljamo neadhezivne obloge. Raztezanje kože zaradi rasti tumorja povzroča srbenje, ki ni občutljivo na antihistaminike. Uporabimo obloge iz hidrogela ali TENS terapijo (tj. transkutano električno stimulacijo živcev), ki lajšata srbenje.

• Izloček

Velike količine izločka malignih ran so posledica nenormalne kapilarne prehodnosti v rani, izločanja faktorjev tumorja in avtoliza mrtvin zaradi bakterijskih proteaz. Okolno tkivo je običajno edematozno, tako da celo majhne razjede lahko izločijo velike količine izločka. Izberemo primerno oblogo in skrbimo za redno menjavo. Če je potrebna menjava obloge trikrat dnevno, raje namestimo zbiralno vrečko z izpustom, ki omogoča dodatno spojitev z drenažno zbiralno vrečko.

• Okužba in zaščita okolne kože

Maligne rane so pogosto okužene z anaerobnimi bakterijami. Rano spiramo in redno prevezujemo. Če je okužba omejena le na rano, uporabljamo obloge z dodanim srebrom ali alginatne obloge. Če so prisotni tudi sistemski znaki vnetja, je nujno antibiotično zdravljenje. Pri ranah z veliko izločka je okolna koža izpostavljena maceraciji. Pri malignih ranah je okolica še posebno občutljiva in hitro se pojavi poškodba povrhnjice, dermatitis, okužba in razsoj glivic. Uporabljamo nelepljive obloge za rane in zaščitimo kožo z mazili ali brezalkoholnimi poliuretanskimi filmi in hidrokoloidnimi oblogami (WRHA, 2014).

ZAKLJUČEK

Vključevanje tima za oskrbo ran je ključnega pomena za obvladovanje simptomov rane in ustrezne prilagoditve načrta zdravstvene nege. Stalna podpora in izobraževanje pacienta in njemu bližnjih oseb prispevata k boljši kakovosti življenja pacientov z maligno kožno rano.

LITERATURA

Benedik, J., Červek, J., Červ, B., Gugič Kevo, J., Mavrič, Z., Serša, G., et al., 2008. Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi. Ljubljana: Onkološki inštitut.



Bergstrom, K.J., 2011. Assessment and management of fungating wounds. *Journal of wound, ostomy & continence nursing*, 38 (1), pp. 31–37.

Grocot, P., Gethin, G., Probst, S., 2015. Skin problems in palliative care. In: Cherny N.I., Fallon M., Kaasa S., Portenoy R.K., Currow D.C., eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, Fifth Edition. Oxford: University Press, pp. 715–723.

EONS, 2015. EONS recommendations for the care of patients with malignant fungating wounds, first edition. London: European Oncology Nursing Society. Available at: <http://www.cancernurse.eu/documents/EONSMalignantFungatingWounds.pdf>. [12.2.2019].

Maida, V., Alexander, S., Allen Case, A., Fakgraei, P., 2016. Malignant wound management. *Public health and emergency*, 1 (12), pp. 1–14. Available at: <http://dx.doi.org/10.21037/phe.2016.06.15> [12.03.2019].

Seaman, S., 2014. Providing appropriate care to patients living with malignant wounds. *Today's wound clinic*. Available at: www.todayswoundclinic.com [12.3.2019].

Twycross, R., Wilcock, A., Toller, C.S., 2009. *Symptom Management in Advanced Cancer*, Fourth Edition. Nottingham: Palliativedrugs.com Ltd.

Winnipeg regional health authority (WRHA), 2014. Malignant fungating wounds, Clinical practice guideline. Available at: <http://www.wrha.mb.ca/extranet/eipt/files/eipt-013-007.pdf> [12.3.2019].

Woo, KY & Sibbald RG, 2010. Local wound care for malignant and palliative wounds. *Wound care journal*, 23, pp. 417–428.

PATOFIZIOLOGIJA IN KIRURŠKO ZDRAVLJENJE INKONTINENCE BLATA FECAL INCONTINENCE IN SURGICAL TREATMENT

Urška Kogovšek, dr. med., specialistka kirurgije

Onkološki inštitut Ljubljana
Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

Fekalna inkontinenca je nezmožnost hotenega zadrževanja blata in/ali plinov. Lahko gre za popolno nezmožnost zadrževanja blata, občasno uhajanje blata, občasno mazanje perila ali pa »le« za nezmožnost zadrževanja plinov. Bolj kot stopnja simptomatike je pomemben vpliv na kvaliteto življenja. Že blage oblike fekalne inkontinence pogosto pomembno vplivajo na vključevanje posameznikov v socialno in delovno okolje. Simptomatika je psihološko zelo obremenjujoča, prizadete osebe nerade poiščejo pomoč in pogosto ostanejo neprepoznane. Stopnjo simptomatike se opredeli s podrobno anamnezo, ki lahko vključuje izpolnjevanje standardiziranih vprašalnikov, pregledov in vrsto diagnostičnih preiskav. Prva izbira so konzervativni ukrepi, ki zahtevajo veliko mero sodelovanja bolnika, v določenih primerih pa primerno kirurško zdravljenje, ki je prilagojeno posameznemu bolniku. Vse bolj so uveljavljeni manj invazivni in ireverzibilni postopki, kot je sakralna nevromodulacija, ki jo uvajamo tudi v Sloveniji.

Ključne besede: fekalna inkontinenca, sakralna nevromodulacija, umetni analni sfinkter, kirurško zdravljenje

ABSTRACT

Fecal incontinence is the inability to control bowel movements, resulting in involuntary loss of solid or liquid stool. It can range from occasional leakage while passing gas to complete loss of bowel control or »just« being incapable to hold the gases. The impact on quality of life is more relevant than the degree of symptoms. Mild incontinence can severely influence the social life and work of an individual. Symptoms are debilitating both physically and psychosocially, patients mostly deny it and do not come forward with the problem, they do not seek for help, and consequently, fecal incontinence is largely undiagnosed. The severity is estimated according to anamnesis, questionnaires, inspection and diagnostic evaluation. First line of treatment is conservative with a lot of input of the patient. When surgical approach is advised it should be patient-tailored. Less invasive, irreversible treatments are preferred. Sacral neuromodulation is being introduced in Slovenia.

Keywords: fecal incontinence, sacral neuromodulation, artificial anal sphincter, surgical treatment

UVOD

Fekalno inkontinenco (v nadaljevanju FI) zaznamujejo nekontrolirane epizode nehotenega odvajanja trdnega ali tekočega blata in/ali vetrov v družbeno nesprejemljivih okoliščinah. FI je simptom, ki je posledica druge patologije, nevrološke okvare, strukturne ali funkcionalne nepravilnosti, psihološke motnje ali pa je vzrok neznan. FI predstavlja motnjo v delovanju črevesja in medeničnega dna. Dobro fekalno kontinenco dosežemo z usklajenim delovanjem anatomske in fiziološko nespremenjenih mišic medeničnega dna, katerega oživčenje in prekrvavitev nista prizadeta ob primernem delovanju rezervoarja (danka in del kolona) ter analnih sfinktrov. Gre za usklajeno delovanje somatomotornega, somatosenzornega in avtonomnega živčevja ob primernem delovanju debelega črevesa (motiliteta, resorpcija). Ob poškodbi, bolezni ali neoptimalnem delovanju katerekoli (ali več) zgoraj naštetih



entitet, lahko pride do FI. Pogosto opažamo, predvsem pri mlajših bolnikih, da prizadetost posameznih entitet dobro kompenzirajo (npr. popolna obporodna prekinitev analnega sfinktra, a ni znakov FI). To potrjuje multimodalnost kontinence in s tem kompleksnost oskrbe. Prva izbira zdravljenja je vedno konzervativna, ki je uspešna v več kot pol primerih. V manjšini se glede na bolnika, njegove težave, starost, pridružene bolezni in pričakovanja odločimo za kirurško zdravljenje.

ETIOLOGIJA IN PREVALENCA FEKALNE INKONTINENCE

Težave s FI ima kar 2–7 % odraslega prebivalstva. 42 % teh bolnikov se srečuje z zmerno do hudo inkontinenco blata, od tega pa jih 52 % poroča, da imajo te težave velik vpliv na kakovost njihovega življenja. Prevalenca za FI narašča s staranjem prebivalstva. Po 50. letu pri ženskah v 26 %, moških v 11 % in je še večja (40–60 %) med populacijo ljudi z multiplo sklerozo in poškodbami hrbtenjače ter domskimi oskrbovanci. Pogosto je pridružena tudi urinska inkontinenca. Z veliko verjetnostjo bi lahko ocenili, da se v Sloveniji okoli 100.000 ljudi sooča z blažjo ali težjo obliko FI. Po ocenah kar 85 % ljudi s FI ne poišče strokovne pomoči zaradi občutka stiske, sramu, strahu in ponižanja ter slabe samopodobe. Posameznik z izgubo dostojanstva doživlja pomembno zmanjšano kakovost življenja, saj ga FI ovira na prav vseh področjih življenja (Benezech, et al., 2016; Duelund-Jakobsen, et al., 2016; Saldana Ruiz & Kaiser, 2017).

V grobem FI razdelimo na tri stopnje: nesposobnost zadrževanja plinov (I. stopnja), nesposobnost zadrževanja tekočega blata (II. stopnja) in nesposobnost zadrževanja formiranega blata (III. stopnja). Druga razdelitev jo deli na urgentno FI (nezmožnost zadrževanja) in pasivno (nezavedno uhajanje) FI.

Posebej velja omeniti prelivno FI, ki se pojavlja pri kroničnem zaprtju v starejši populaciji. Zasušeno blato je običajno impaktirano v danki, tekoče blato pa se preliva mimo tega in uhaja. Drugo je nevrogena FI, ki jo lahko opažamo pri nekaterih nevroloških obolenjih (multipla skleroza, mišična distrofija, spina bifida), in je pogosto kombinirana z motnjami odvajanja ali zaprtjem. Kadar etiologija FI ni znana, pogosto uporabimo izraz idiopatska FI. Pri teh bolnikih pogosto ob diagnostiki opažamo nevropatijo pudendalnega živca, nizke tlake analnega sfinktra, okrnjeno senzibiliteto ali spuščeno medenično dno.

Najpogostejši razlog za FI je poškodba analnega sfinktra, ki lahko nastane ob porodu, ob operativnih posegih in poškodbah. Kar pri 10 % prvorođnic po vaginalnem porodu, opažamo klinične znake poškodbe sfinktra, z endoanalnim UZ pa poškodbo sfinktra ugotovimo v 35 %. Pri mnogorođnicah in pri asistiranih porodih je teh poškodb še več. Pri nekaterih operativnih posegih lahko pride do poškodbe sfinktra, živčevja in/ali senzorne cone. V do 20 % je FI opisovana po operacijah hemoroidov, fistul, dilatacijah in nizkih sprednjih resekcijah. Po nizkih sprednjih resekcijah danke s koloanalno anastomozo je dodaten problem še odsotnost oziroma zmanjšanje kapacitete rezervoarja, redkejša blata, bolečina, stanje po radioterapiji (angl. low anterior resection syndrom – LARS) (Saldana Ruiz & Kaiser, 2017).



Prisotnost in stopnjo FI ter kvaliteto življenja običajno ovrednotimo z vprašalniki, kot so Wexner, FiQL ter SF-36 (slika 1). Vprašalnike uporabimo tudi za sledenje ob morebitnem kirurškem zdravljenju.

Wexnerjeva lestvica za oceno fekalne inkontinence

Tip inkontinence	nikoli	redko	včasih	običajno / skoraj vedno	vsakič
Trdno blato	0	1	2	3	4
Tekočina	0	1	2	3	4
Plini /vetrovi	0	1	2	3	4
Uporaba vložka	0	1	2	3	4
Potrebna sprememba življenjskega sloga	0	1	2	3	4

nikoli – 0

redko – manj kot enkrat mesečno

včasih – manj kot enkrat tedensko oz. enkrat na mesec

običajno / skoraj vedno – enkrat na dan ali enkrat na teden

vsakič – vsak dan ali pogosteje

Rezultat

0 – brez težav

20 – popolna inkontinenca

Slika 1: Wexnerjev vprašalnik za vrednotenje fekalne inkontinence. Vprašalnik je preveden, je v postopku validacije. Je preprost in uporaben.

PREGLED IN DIAGNOSTIČNE PREISKAVE

Temeljna preiskava po temeljiti anamnezi je seveda pregled bolnika, ki vključuje tudi rektalni pregled in proktoskopijo, pogosto tudi rektoskopijo. Ob tem izključimo morebitno drugo patologijo, ocenimo kontrolo in delovanje sfinktra in mišic medeničnega dna. Pregled je nujen in običajno zelo poveden. Za ovrednotenje FI se nato specialist odloči za dodatne preiskave, kot so RTG ali MR defekografija, endoanalni UZ, perinealni UZ, analna manometrija, urodinamske preiskave, EMG (sfinktrov in ocena prizadetosti pudendalnega živca-PNTML). S preiskavami lahko odkrijemo morebitne druge bolezni, večinoma pa so nam v oporo, ker pridobimo dodatne informacije, katere entitete, pomembne za kontinenco, ne delujejo dobro.

ZDRAVLJENJE FEKALNE INKONTINENCE

Konzervativno zdravljenje

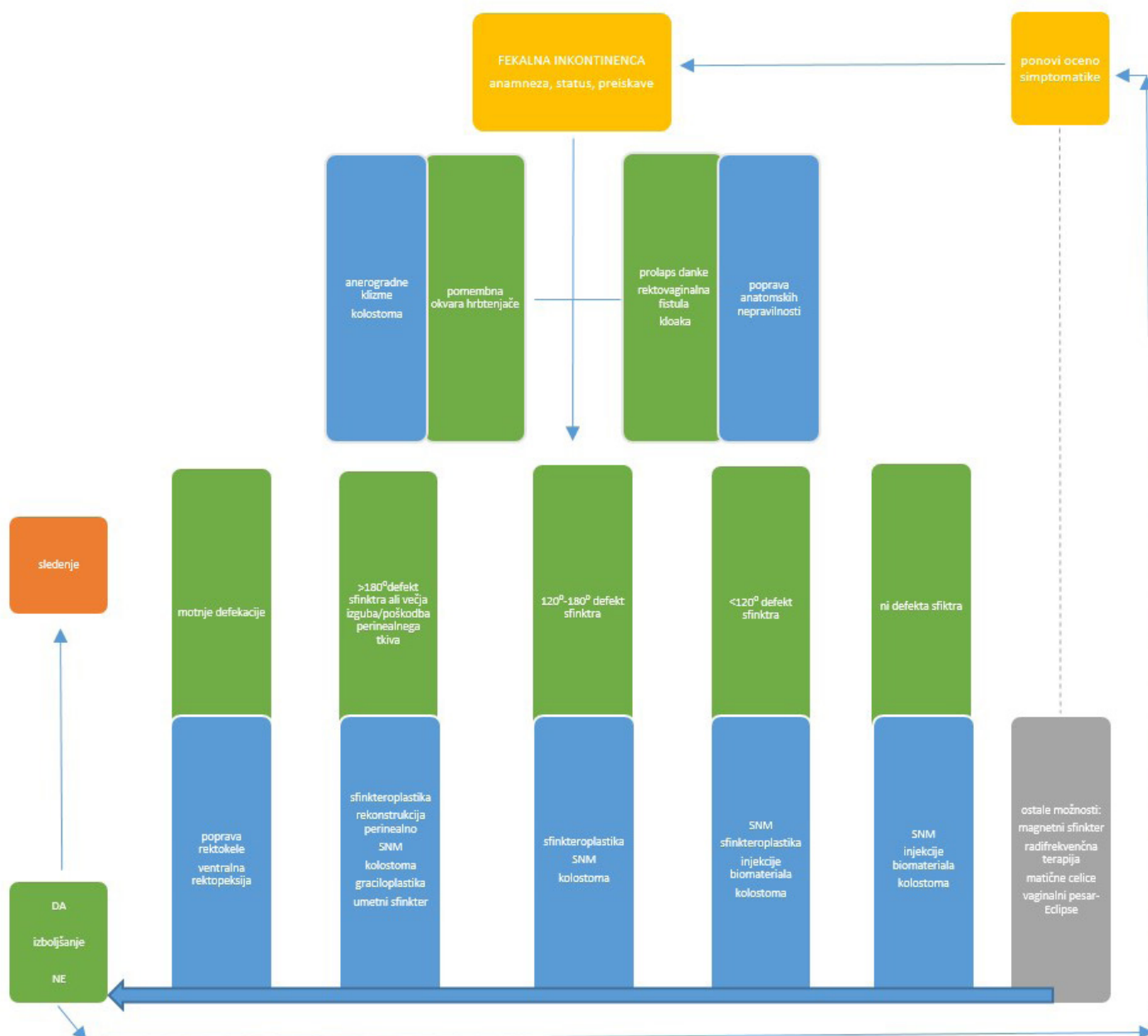
Multimodalno večnivojsko konzervativno zdravljenje je prva izbira in zahteva veliko vloženega truda in časa s strani bolnika in zdravnikov, ki ga vodijo. Potrebne so radikalne spremembe v načinu življenja (prehrana, gibanje, način odvajanja). V nadaljnjem želimo



s konzervativnim zdravljenjem doseči boljšo kontrolo mišic medeničnega dne, sfinktrov, občutek polnosti danke, zaznavo refleksov za izpraznjenje, primerno konzistenco blata (hrana, tekočine, farmakološka sredstva), način izpraznjenja in skrb za kožo ob zadnjiku. Običajno je potrebno več posvetov pri lečečem zdravniku, pomembna je tudi podpora svojcev. A brez motiviranosti samega bolnika ne bomo uspešni. Pogosto gre za kronično stanje s FI, dolgotrajni bolniški stalež, pridruženo depresijo, kar nekateri bolniki prevzamejo kot način življenja in motivacija za radikalne spremembe predstavlja resen problem. Tudi s tega stališča je pomembna zgodnja prepoznava FI in čimprejšnje ukrepanje.

Kirurško zdravljenje fekalne inkontinence

Pri deležu sodelujočih bolnikov, kjer s konzervativnimi ukrepi nismo ali nismo dovolj uspešni, se lahko odločimo za kirurško zdravljenje (slika 2) (Matzel & Bittorf, 2016).



Slika 2: Algoritem možnosti kirurškega zdravljenja fekalne inkontinence (SNM – sakralna nevromodulacija) (Kogovšek 2019)



Izbira kirurškega zdravljenja je odvisna od simptomatike in anatomskih razmer ter sodelovanja bolnika. Kadar se odločimo za sfinkteroplastiko, rekonstruiramo sfinkter z direktnimi šivi ali pa uporabimo tehniko prekrivanja. Popravo rektokele v Sloveniji izvedejo ginekologi ali koloproktologi. Gre za vaginalni pristop, pri katerem se s kirurško tehniko ojača zadnja stena nožnice ali rektovaginalni septum. Ventralna rektopeksija je običajno laparoskopski poseg, pri katerem s pomočjo mrežice dvignemo danko. Lahko je izvedena hkrati z ginekološkim posegom popravka zdrsa maternice. Po poškodbah perineja (travma, porod) je potrebno kirurško korigirati morebitno asimetrijo, perinealno telesce. Pri sakralni nevromodulaciji (SNM) skozi kožo pod kontrolo RTG uvedemo elektrodo skozi S3 križnice, z vsajenim spodbujevalnikom v podkožje zadnjice pa izvajamo nevrostimulacijo in prek možgan tudi nevromodulacijo, s katero vplivamo na izboljšanje funkcije medeničnega dna in s tem tudi na kontinenco (slika 3).



Slika 3: Sakralna nevromodulacija: stalni stimulator tik pred vstavitvijo v maščevje zadnjice. Nad križnico je viden šiv, kjer je bila vstavljena elektroda (Kogovšek, 2018).

S terapijo vplivamo na somatomotorno, somatosenzorno in avtonomno živčevje in ni enaka lokalni elektrostimulaciji. Dolgoročno se pri 36 % bolnikov doseže stodontno izboljšanje, 78 % bolnikov pa opisuje za več kot petdesetodstotno izboljšanje simptomatike (Altomare, et al., 2015). Kadar gre bolj za mazanje perila in rahlo uhajanje ob okvari notranjega sfinktra, se lahko odločimo za vstavev oz. injekcije biomateriala (npr. Gatekeeper) v sfinkter (pod UZ kontrolo). Ob pomembni odsotnosti ali okvari sfinktra je priporočena transpozicija mišice gracilis ali vstavev umetnega analnega sfinktra, ki ima običajno rezervoar, s sprožitvijo katerega odpiramo in zapiramo sfinkter (Fattorini, et al., 2016). Končna možnost, s katero lahko bolnikom pomembno izboljšamo kvaliteto življenja, pa je tudi kolostoma (Duelund-Jakobsen, et al., 2016).



DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

Fekalna inkontinenca pomembno vpliva na kvaliteto življenja, prizadeti so tudi mladi ljudje. V določenih primerih smo uspešni s konzervativnim zdravljenjem. Kirurške možnosti obsegajo različno agresivne pristope. Vedno uporabimo individualiziran načrt zdravljenja, bolnika pa seznanimo z realnimi pričakovanji. Ne tem področju si v Sloveniji veliko obetamo od sakralne nevromodulacije, ki jo uvajamo. Ne glede na etiologijo, vrsto zdravljenja in druge okoliščine, je za optimalen rezultat pomembno dobro sodelovanje celotnega zdravstvenega osebja in bolnika.

LITERATURA

- Altomare, D.F., Giuratrabocchetta, S., Knowles, C.H., Muñoz Duyos, A., Robert-Yap, J., Matzel, K.E. and European SNS Outcome Study Group, 2015. Long-term outcomes of sacral nerve stimulation for faecal incontinence. *British Journal of Surgery*, 102(4), pp. 407–415.
- Benezech, A., Bouvier, M., Vitton, V., 2016. Faecal incontinence: Current knowledges and perspectives. *World Journal of Gastrointestinal Pathophysiology*, 7(1), p. 59.
- Duelund-Jakobsen, J., Worsoe, J., Lundby, L., Christensen, P., Krogh, K., 2016. Management of patients with faecal incontinence. *Therapeutic advances in gastroenterology*, 9(1), pp. 86–97.
- Fattorini, E., et al., 2016. Artificial Muscle Devices: Innovations and Prospects for Fecal Incontinence Treatment. *Annals of biomedical engineering*, 44(5), pp. 1355–69.
- Herold, A., Lehur, P.-A., Matzel, K.E., O'Connell, P.R. eds., 2017. *Coloproctology*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.
- Matzel, K.E. & Bittorf, B., 2016. Management of fecal incontinence. *Seminars in Colon and Rectal Surgery*, 27(1), pp. 15–21.
- Saldana Ruiz, N., Kaiser, A.M., 2017. Fecal incontinence-Challenges and solutions. *World J Gastroenterol*, 23(1), pp. 11–24.

KONZERVATIVNO ZDRAVLJENJE MOTENJ V DELOVANJU MEDENIČNEGA DNA CONSERVATIVE TREATMENT OF PELVIC FLOOR DISORDERS

**prim. Valentin Sojar, dr. med., svetnik, MBA,
specialist splošne kirurgije**

Medicinski center Iatros, Ljubljana
www.iatros.si



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

Motnje v delovanju medeničnega dna so skupek motenj, pri katerih je značilna sprememba pri odvajanju blata in včasih je pridružena bolečina. Težave so take vrste, da jih spremlja huda zadrega, ker o tem prizadeti neradi govorijo. Pogosto je postavitve diagnoze težka. Simptomi imajo močan negativen vpliv na kakovost življenja. Simptomi se razlikujejo glede na vrsto motnje. Pogosto osebni zdravniki niso dovolj seznanjeni s problematiko in le obravnava pri ustreznem specialistu lahko vodi do prave diagnoze in ustreznega zdravljenja. Konzervativni ukrepi, fizioterapija, elektrostimulacija, biološka povratna zveza in spremembe v načinu življenja so prva izbira v zdravljenju.

Ključne besede: motnje delovanja medeničnega dna, inkontinenca za blato, rehabilitacija medeničnega dna

ABSTRACT

Pelvic floor disorder is a group of disorders that change the way people have bowel movements and sometimes cause pelvic pain. These disorders can be embarrassing to discuss, may be hard to diagnose, and often have a negative effect on the quality of life. Symptoms vary depending on the type of disorder. Many general practitioners may not be familiar with pelvic floor dysfunction, and it may take a specialist, such as a colorectal surgeon, to give the correct diagnosis. Conservative measures, physiotherapy, electrostimulation, biofeedback and life style changes are the preferred choice of treatment.

Keywords: pelvic floor disorders, fecal incontinence, pelvic floor rehabilitation

UVOD

Medenično dno (MD) je sestavljeno iz mišic, vezi, živcev in žil, ki so vpete v kosti medenice. Medenično dno skrbi, da medenični organi ne izpadejo ter da je njihovo delovanje pravilno. Posebej je treba poudariti vpliv medeničnega dna na uravnoteženo spolno življenje posameznika. Motnje v delovanju medeničnega dna (MDMD) vodijo v izpadanje medeničnih organov in motnje v njihovem delovanju. MDMD se pojavi pogosteje pri ženskah, ki so vaginalno rodile, lahko pa se pojavi tudi pri tistih ženah, ki niso rodile, in tudi pri moških. Vodilni razlog za motnje v delovanju MD je vaginalni porod. Število vaginalnih porodov poveča verjetnost motnje v delovanju MD v kasnejših letih, še posebej v menopavzi.

Možni vzroki za MDMD so:

- vaginalni porod,
- kronično zaprtje,
- menopavza,
- staranje,
- debelost,
- predhodne operacije v medenici, histerektomija,
- genetska predispozicija – habitus, vezivna trdnost,
- težko fizično delo,
- kronične pljučne bolezni – kašelj,
- nevrološke okvare – bolezni živčevja, poškodbe, inzult.



Različne populacijske študije opisujejo pojavnost do 30 % MDMD v splošni populaciji in do 60 % pri ženah od 45. leta dalje. Večinoma ženske žal dojemajo tovrstne težave kot del ženskega telesa in o tem ne govorijo niti pri zdravniku niti v domačem okolju.

SIMPTOMI

Simptomi so odvisni od vodilne težave, lahko se prekrivajo, lahko so prisotni posamezno ali tudi vsi opisani. MDMD se večinoma prepletajo in prav zato relativno težko postavimo pravo diagnozo. Opis različnih simptomov je močno subjektiven in pogosto bolniki svojih simptomov niti ne znajo prav opisati. Pri anamnezi jim moramo pomagati in jih voditi v pogovoru. Postavljamo vprašanja o stvareh, o katerih se večinoma ne pogovarjamo, namreč o načinu odvajanja blata in o spolnem življenju.

Vodilni simptomi:

- pritisk navzdol, teža, izboklina, izpadanje v področju nožnice ali presredka v mirovanju, v stoječem položaju ali pri povečanem pritisku v trebuhu,
- uhajanje urina po kapljicah pri kašlju, napenjanju, smejanju, telesni aktivnosti,
- urgenca pri uriniranju ali nekontrolirano uhajanje vode,
- zaprtje, nezmožnost odvajanja blata,
- občutek nepopolnega izpraznjenja,
- uhajanje vetrov, blata, mazanje perila,
- bolečine v presredku in medenici,
- motnje v spolnem življenju – bolečina ob odnosu, sram, neugoden občutek, uhajanje vode, blata ali vetrov.

VRSTE MOTENJ V DELOVANJU MEDENIČNEGA DNA

Uhajanje urina

Uhajanje urina se lahko pojavi kot stresna inkontinenca ali kot urgentna inkontinenca.

Uhajanje blata in vetrov

Uhajanje je lahko posledica oslabeledosti mišic ali poškodb živcev in vezi ob vaginalnem porodu. Izpadanje črevesa lahko povzroča mazanje perila in uhajanje vetrov.

Moteno odvajanje blata

Zaradi patološkega spuščanja medeničnih organov in stene črevesa pride do zapore izhoda za blato (angl. obstructed defecation syndrom) in posledično zaprtja, ki se poslabša ob pritiskanju.

Izpadanje medeničnih organov

Lahko pride do izpadanja maternice, mehurja in črevesa. Izpadanje je lahko posamezno ali v različnih kombinacijah. Izpadanje je mogoče skozi vagino ali skozi zadnjik.

Bolečina

Bolečina je lahko spremljajoč simptom pri vseh zgoraj opisanih motnjah. Lahko se pojavi



sama in je glede na izvor lahko nevrogena, v mišicah in v sklepih medeničnega dna. Najpogosteje se pojavi v predelu pudendalnega živca, pogosteje pri ženskah.

DIAGNOSTIČNI POSTOPKI

Osnovni diagnostični postopki

Anamneza

Natančna anamneza je osnova pri ugotavljanju vrste težav. Pogosto je potrebno opraviti vodeno anamnezo zaradi težav pri opisovanju simptomov, predvsem glede motenj pri odvajanju blata in spolnega življenja. Ob kliničnem pregledu lahko uporabimo tudi različne vprašalnike, ki pomagajo oceniti težo simptomov in vpliv na kakovost življenja.

Klinični digitalni rektalni pregled

Pri pregledu ocenjujemo izgled, morebitne nesimetričnosti in gibanje presredka, morebitno izpadanje skozi nožnico ali skozi zadnjik. Ocenimo moč in hoteno krčenje mišice zapiralke ter iščemo morebitno izbočenje v nožnico, tj. rektokelo. Ob bolečinah z otipom tipičnih bolečinskih točk določamo mesto občutljivosti.

Rektoskopija in proktoskopija

Preiskavi sta instrumentalni in ju opravi kirurg ob kliničnem pregledu. Izključujemo morebitno patološko dogajanje v lumnu črevesa in ocenjujemo morebitno izpadanje sluznice ali stene črevesa.

Dodatni diagnostični postopki

3D endoanalni UZ

Namenjen je oceni stene zadnjika in danke, tudi nožnice. Predvsem zaznamo morebitne obporodne ali postoperativne poškodbe mišic zapiralk, puborektalne mišice. Ocejujemo velikost odprtine medeničnega izhoda.

Funkcionalni UZ presredka

Ocenjujemo položaj in gibanje medeničnih organov v mirovanju, ob stiskanju in ob napanjanju. Prikažemo rektokelo, cistokelo, enterokelo in tudi rektalni in maternični zdrs.

Rtg pasaža z označevalci

Pri motnjah odvajanja z zaprtostjo ocenjujemo morebitno upočasnen prehod črevesne vsebine.

Defekografija (MR ali Rtg)

Dinamičen prikaz akta defekacije pokaže zdrs rektuma, notranji zdrs in tudi enterokelo in rektokelo.

Manometrija analnih sfinktrov

Opravimo jo pri sumu na poškodbo kompleksa mišice zapiralke.

EMG

Pride v poštev pri sumu na nevrološke okvare medeničnega dna.



V določenih primerih se odločamo tudi za pregled pri ginekologu in urologu. Koloskopija je le redko indicirana.

TERAPIJA

Zdravljenje je odvisno od vrste in teže simptomov. Izvajamo številne konzervativne ukrepe in le v 10–20 % je potrebno kirurško zdravljenje. Konzervativni ukrepi so prva izbira. Potrebno je dobro sodelovanje bolnika.

Način odvajanja

Svetujemo, da bolniki uredijo režim odvajanja tako, da odvajajo ob istem dnevnem času. Še posebej priporočamo odvajanje zjutraj pred odhodom od doma.

Dieta

Vrsta prehrane uravnava količino in konsistenco blata, prav tako tudi količino vetrov. Prekomerno uživanje tekočin povzroča poslabšanje uhajanja vode, lahko tudi redči blato. Z dieto pri uhajanju blata dosegamo, da je blato nekoliko bolj čvrto, izogibati se je potrebno hrani, ki povzroča več vetrov. Ob zapori zaradi zdrsa priporočamo blato normalne konsistence.

Redukcija telesne teže in telesna aktivnost

Debelost je eden od dejavnikov tveganja za nastanek MDMD. Povečana telesna aktivnost pomaga pri aktiviranju MMD. Pri izraženem zdrsu povečan pritisk v trebuhu poslabša simptome. Poskakovanje in večje fizične obremenitve odsvetujemo.

Sprememba načina življenja

S tem mislimo spremembo v načinu prehranjevanja, režimu odvajanja in primerne telesne aktivnosti.

Fizikalna terapija, elektrostimulacija in biološka povratna zveza

Metode izvajamo pod vodstvom fizioterapevtke in medicinskih sester s specialnimi znanji. Cilj je ozavestiti delovanje mišic medeničnega dna, okrepiti njihov delovanje in s tem olajšati nadzor nad njimi. Vaje izvajamo skupinsko ali individualno, odvisno od posameznika in težav.

Z doslednim vodenjem bolnikov z MDMD je pričakovati izboljšanje simptomov v do 80 % primerov.

DISKUSIJA IN ZAKLJUČEK

Motnje v delovanju medeničnega organa prizadenejo več kot 50 % žensk po 45. letu starosti, predvsem tistih, ki so vaginalno rodile. Težave se lahko pojavijo tudi pri ženskah, ki niso rodile, in tudi pri moških. Težave, ki jih MDMD povzroča, so velik socioekonomski problem za posameznika. Zaradi sramu večina prizadetih bolnikov o težavah zaradi uhajanja vode, blata, izpadanja medeničnih organov in o težavah pri spolnem življenju



niti ne spregovori. Ob skrbnem pregledu in z dodatnimi diagnostičnimi preiskavami lahko dokaj natančno potrdimo diagnozo. Pri zdravljenju ob izraženih simptomih vedno najprej predlagamo vrsto konzervativnih ukrepov za zmanjševanje težav. Na tak način lahko v veliki meri omilimo težave in pomembno izboljšamo kvaliteto življenja. V MC latros bolnike z MDMD obravnavamo celostno in lahko v lastni ustanovi ponudimo večino diagnostične obravnave, predvsem pa celostno zdravljenje, od svetovanja pri spremembi življenjskega ritma, načina prehranjevanja in odvajanja, fizikalne terapije, elektrostimulacije, biološke povratne zveze do možnosti kirurškega zdravljenja.

LITERATURA

Avery KN, Bosch JL, Gotoh M, et al. Questionnaires to assess urinary and anal incontinence: review and recommendations. *J Urol.* 2007;177:39–49.

Dumoulin C, Hay-Smith EJ, Mac Habée-Séguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;

Fialkow MF, Newton KM, Lentz GM, Weiss NS. Lifetime risk of surgical management for pelvic organ prolapse or urinary incontinence. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.* 2008;19:437–433.

Gyhagen M, Bullarbo M, Nielsen TF, Milsom I. Prevalence and risk factors for pelvic organ prolapse 20 years after childbirth: a national cohort study in singleton primiparae after vaginal or caesarean delivery. *BJOG.* 2013;120:152–160.

Hagen S, Stark D. Conservative prevention and management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011.

Hendrix SL, Clark A, Nygaard I, Aragaki A, Barnabei V, McTiernan A. Pelvic organ prolapse in the Women's Health Initiative: gravity and gravidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;186:1160–1166.

Hunskar S. A systematic review of overweight and obesity as risk factors and targets for clinical intervention for urinary incontinence in women. *Neurourol Urodyn.* 2008;27:749–757.

Jundt K, Scheer I, von Bodungen V, Krumbachner F, Friese K, Peschers UM. What harm does a second delivery to the pelvic floor? *Eur J Med Res.* 2010;15:362–366.

Maher CM, Feiner B, Baessler K, Glazener CM. Surgical management of pelvic organ prolapse in women: the updated summary version Cochrane review. *Int Urogynecol J.* 2011;22:1445–1457.

Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol.* 1997;89:501–506.

Samuelsson EC, Victor FT, Tibblin G, Svärdsudd KF. Signs of genital prolapse in a Swedish population of women 20 to 59 years of age and possible related factors. *Am J Obstet Gynecol.* 1999;180:299–305.

**KONZERVATIVNO ZDRAVLJENJE MOTENJ
V DELOVANJU MEDENIČNEGA DNA**



Smith FJ, Holman CD, Moorin RE, Tsokos N. Lifetime risk undergoing surgery for pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol.* 2010;116:1096–1100.

Zhang FW, Wei F, Wang HL, et al. Does pelvic floor muscle training augment the effect of surgery in women with pelvic organ prolapse? A systematic review of randomized controlled trials. *Neurourol Urodyn.* 2015 doi: 10.1002/nau.22784. [Epub ahead of print]

KONZERVATIVNO ZDRAVLJENJE MOTENJ V DELOVANJU MEDENIČNEGA DNA Z VIDIKA ZDRAVSTVENE NEGE CONSERVATIVE TREATMENT OF DISORDERS IN THE FUNCTIONING OF THE PELVIC FLOOR FROM THE PERSPECTIVE OF THE HEALTH CARE

Nataša Bajt Kastelic, diplomirana med. sestra
Sonja Kastelic, zdravstveni tehnik

Iatros – dr. Košorok d.o.o.
info@iatros.si



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

Inkontinenca za blato je nezmožnost zadrževanja vetrov ali blata. Inkontinenca za blato ne ogroža samega zdravja, pomeni pa hudo psihosocialno motnjo. Je težava, ki pogosto predstavlja osebno stisko, otežuje življenjske aktivnosti, zato ji mnogi niso kos. Oseba z inkontinenco na blato se počuti manjvredno. O svojih težavah bolniki neradi govorijo ali pa sploh ne govorijo.

Ključne besede: inkontinenca blata, konzervativno zdravljenje, medenično dno, kakovost življenja, dejavniki tveganja

ABSTRACT

Fecal incontinence is the inability to withhold winds or stool. Feces incontinence does not threaten the health, but it is a medical and psychosocial problem. It is a situation that often presents personal distress for a patient, complicates his/her daily activities; therefore, many find it too difficult to cope with the condition. A person with fecal incontinence often feels as deprived of dignity and does not talk about his/her problems.

Keywords: faecal incontinence, conservative treatment, pelvic floor, quality of life, risk factor

UVOD

Življenjska aktivnost odvajanja poteka od otroštva, ko se navadimo na čistočo in kontroliramo mikcijo in defekacijo. Z leti lahko pride do motenj zadrževanja zaradi različnih vzrokov. V starosti se pojavljajo motnje v zadrževanju zaradi ohlapnosti mišic, demence in nevroloških motenj.

Medenično dno sestavljajo mišice, ki zapirajo izhod iz male medenice. Njihova naloga je, da s svojo čvrstostjo držijo sečni mehur, maternico in široko črevo v prvotnih položajih. Glavni vzrok za slabo delovanje mišic medeničnega dna in s tem zadnjikovih zapiralk in zapiralk sečnega mehurja pa ni toliko oslabelelost mišic kot okvara perifernega živčevja. Do nje pride predvsem med porodom, kroničnim zaprtjem in pri boleznih ledvene in križnične hrbtenice.

Če poleg blata uhajajo tudi vetrovi in sluz, govorimo o analni inkontinenci, če uhaja samo blato, pa o fekalni inkontinenci. Pri urgentni fekalni inkontinenci se oseba uhajanja zaveda, a poziva na blato ne more zadržati in priti dovolj hitro na stranišče. Pri pasivni fekalni inkontinenci pa se sploh ne zaveda, da ji bo ušlo, in to opazi šele, ko ji že uide (Baessler, et al., 2008).

Bolniki z motnjami zadrževanja blata in vetrov so obravnavani v našem Medicinskem centru latros v ambulanti za rehabilitacijo medeničnega dna potem, ko v ambulanti kirurg opravi klinični pregled, in po opravljenih preiskavah. V ambulanti za rehabilitacijo medeničnega dna so zaposlene fizioterapevtka in medicinski sestri. Medicinska sestra ima pri zdravstveni vzgoji preprečevanja analne inkontinence predvsem preprečevalno vlogo.



Aktivnosti medicinske sestre so usmerjene v ohranitev in krepitev zdravja.

Zdravstvena vzgoja prizadetega bolnika je proces, v katerem ga skušamo pridobiti za aktivno sodelovanje. Želimo ga motivirati, da poskrbi za svoje zdravje, in ga ozavešteni, kako si lahko pomaga pri težavah z inkontinenco, saj je to problem tudi za celotno družbo, ne le za posameznika. Občutek sramu in zadrege sta tako zmanjšana. Bolnik se nam lažje zaupa in spregovori o svojih težavah. Poskušamo mu predstaviti zdravo in uravnoteženo prehrano, pravi vnos tekočine, pomen pravilne telesne teže in osebne higiene.

Bolniki so velikokrat nekritični, težave poskušajo zanikati, jih občutijo kot zadrego, sramoto, težko priznajo delno izgubo kontrole nad telesom. Najpogostejši negovalni problemi pri bolnikih s fekalno inkontinenco so:

- strah pred druženjem in posledično izogibanje stikom;
- povečana je potreba po urejenosti, higieni zaradi neprijetnega vonja in stalne prisotnosti izločkov;
- zavračanje večjih fizičnih naporov;
- težave na čustvenem področju, pogosto s partnerjem;
- ne uživajo zadostnih količin tekočine;
- imajo moteno spanje, pogoste vnetne spremembe na koži (Whitehead, 2009).

Poleg navedenih težav so pomembni tudi finančni izdatki, psihična obremenitev bolnika in svojcev, težave s sprejetjem tega, da je odvisen od tuje pomoči ali da se sleče pred komerkoli, ki mu je pripravljen nuditi pomoč. Zaradi vseh teh področij težav je potrebno pristopiti k bolniku z inkontinenco celostno z upoštevanjem individualnih potreb posameznika (Saldana, et al., 2017).

DEJAVNIKI TVEGANJA

Fekalna inkontinenca ni bolezen, je simptom neke bolezni ali motnje. Pomemben dejavnik tveganja je vaginalni porod, ki lahko poškoduje mišice in živčevje okoli zadnjika. Drugi najpogostejši dejavnik tveganja so operacije na območju zadnjika, poškodbe hrbtenjače, obolenja živčevja, kot so multipla skleroza, Parkinsonova bolezen, možganska kap itn. S fekalno inkontinenco se lahko srečujejo bolniki z vnetnimi obolenji črevesja, vzrok pa je lahko tudi zaprtje, še posebej, če je povezano s t. i. impaktiranim blatom. To se največkrat zgodi pri starejših ljudeh, ko se zaradi nezadostnega gibanja, pomanjkanja tekočine in nepravilne prehrane blato nabere v danki, tam postane še bolj gosto, drugo blato, ki prihaja iz višje ležečih delov črevesa, pa je normalne gostote in lahko uhaja ob tem čepu iz blata (Bliss, et al., 2017)

V ambulanto za rehabilitacijo medeničnega dna pridejo bolniki, ki imajo težave z:

- inkontinenco v nosečnosti in po porodu,
- fekalno in urinsko inkontinenco,
- zaprtjem,
- napenjanjem in vetrovi,
- zdrsom organov male medenice,



- bolečino pri spolnih odnosih ,
- bolečino v medenične obroču (Košorok, 2012).

DIAGNOSTICIRANJE INKONTINENCE ZA BLATO

Anamneza s klinično sliko in objektivno preiskavo zadostuje za ugotovitev analne inkontinence. Klinični pregled se začne z rektalno digitalno preiskavo, kjer zdravnik oceni moč analnega sfinktra in prisotnost drugih spremljajočih bolezenskih stanj. Zdravnik se na podlagi pregleda odloči in pošlje bolnika na nadaljnjo diagnostiko, lahko tudi že takoj v ambulanto za rehabilitacijo medeničnega dna (Košorok, 2012).

DIAGNOSTIČNE PREISKAVE

3D endoanalni UZ pregled je preiskava, s katero si lahko ogledamo notranjo in zunanjo mišico zapiralko, kjer lahko najdemo samo oslabele mišice, lahko pa se pokaže tudi stara raztrganina. Takšni pregledi so še posebej pomembni pri bolnikih, ki jim uhaja blato. Poškodbe teh mišic so možne predvsem pri porodih in včasih ostanejo neprepoznane. S starostjo moč mišic pojema. Oslabelost, ki jo je bilo prej še mogoče kompenzirati, se pokaže kot popuščanje mišic in bolnik prične opažati, da mu blato uhaja. Včasih so možne poškodbe mišice zapiralke tudi po različnih kirurških posegih na zadnjiku. Takšni posegi so predvsem operacije zaradi gnojenja ob zadnjiku.

Analna manometrija je preiskava, s katero ugotavljamo moč sfinktra in njegovo sposobnost odziva na odvajanje (občutljivost in funkcionalnost rektuma). S pomočjo posebnega katetra izmerimo pritiske v analnem sfinktru med napenjanjem, simulacijo iztrebljanja v mirovanju. S katetrom, ki ima na koncu balon, ugotovimo prisotnost ali odsotnost anorektalnega zaviralnega refleksa. Ugotovimo tudi, kolikšna prostornina v danki izzove občutek poziva na blato in koliko se lahko danko razširi. Ta metoda je pomembna, saj se lahko na podlagi analize podatkov odločamo o nadaljnji obravnavi bolnika z zaprtjem in motnjami pri zadrževanju balata. Preiskava traja približno 20 minut, ne boli, je pa neprijetna.

Elektromiografijo (EMG) analnega področja izvedemo tako, da v analno razpoko vstavimo tanke igle, da bi odkrili morebitno poškodbo živčnih celic. Za preiskavo se odločimo, kadar sumimo na morebitni supraspinalni vzrok za analno inkontinenco (stanje po CVI, multipla skleroza), analno inkontinenco kot posledico težav s hrbtenico (hernia disci) (Podnar, 2002).

Pri defekografija danko napolnimo s posebno pasto, ki vsebuje sredstvo, vidno na rentgenski ali magnetnoresonančni sliki. Bolnik nato pasto izloči, kot bi izločal blato, medtem pa s slikanjem spremljamo proces odvajanja.

Ultrazvočni pregled medeničnega dna naredimo takrat, kadar nas zanima dinamika medeničnega dna; lahko si pomagamo s transperinealnim ultrazvokom. Preiskava pokaže pretirano gibanje medeničnih organov, rektokelo, cistokelo ali enterokelo. Vidimo morebitni spust maternice ali notranji zdrs sluznice ali stene črevesa.



Konzervativno zdravljenje

Konzervativno zdravljenje predstavlja temelje zdravljenja fekalne inkontinence in je metoda prvega izbora. Nekirurška pomoč vključuje medikamentno zdravljenje, vplivanje na odvajalne navade in biološka povratna zveza (biofeedback).

Včasih zadostuje sprememba prehranjevalnih navad ali uvedba zdravil. Pomembna je tudi nega kože zadnjika in zaščita kože pred blatom z mastnimi mazili. Nekateri bolniki so zelo zadovoljni z učinki samoklistiranja, saj tako pridobijo določen čas v dnevu, ko so lahko mirni, da do uhajanja ne bo prišlo. V nekaterih primerih pride v poštev tudi kirurško zdravljenje (Ščepanović, 2010).

PREHRANA PRI FEKALNI INKONTINENCI

Pacienti s fekalno inkontinenco pogosto omejijo vnos hrane, da bi s tem zmanjšali uhajanje plinov in blata. Pri bolnikih z fekalno inkontinenco je cilj, da je blato bolj čvrsto in da je manj vetrov. Če želimo blato zgostiti, pogosto pripomore, če v prehrani zmanjšamo količino živil, ki so bogata z vlakninami (fižol, stročnice, polnozrnatih izdelki in suho sadje), in povečamo vnos živil z nizko vsebnostjo vlaknin (bel kruh, pire krompir in bel riž). Pri spremembah v prehrani je potrebno upoštevati tako ravnovesje živil, ki jih organizem potrebuje, kot tudi navade in želje posameznika. Spremembe je potrebno izvesti naenkrat in se dosledno izogibati vrstam živil, ki lahko povzročajo težave (Bliss, et al., 2000).

Bolniki, ki so zaprti, pa morajo paziti na to, da je lahko tudi kvalitetna hrana nezdrava, če vsebuje premalo vlaknin. Pri tem mislimo na rastlinska in celulozna vlakna. Njihova prednost je v tem, da jih organizem ni sposoben razkrojiti in jih zato ne vsrka. Obstanejo v črevesju, zadržujejo vodo, nabreknejo in se oblikujejo v vlažno maso iztrebka. Vsebuje jih sveže ali kuhano sadje, zlasti jabolka, presna ali kuhana zelenjava, otrobi žitaric, semena (Košorok, 2012).

MEDIKAMENTNO ZDRAVLJENJE

Razlog fekalne inkontinence je lahko tudi zloraba zdravil, predvsem odvajal. V tem primeru od bolnika zahtevamo, da prekine jemanje odvajal. Pri bolnikih z vnetnimi obolenji črevesa, ki jim uhaja blato, pogosto dobro učinkuje simptomatska terapija. Če gre za znan vzrok infekta, je primerna specifična terapija. V tem primeru priporočimo antibiotik. Steroidi v obliki svečk ali klizem lahko ugodno delujejo v primerih proktitisa, bodisi da je radiacijski ali v okviru vnetnega obolenja, ki je lahko tudi nespecifično. Razna zdravila proti diareji upočasnijo pasažo. Na ta način se resorbira več vode, blato se zgosti, ga je manj in tako analni sfinktri niso več tako obremenjeni (Allison, 2010).

NEGA KOŽE PRI PACIENTIH Z INKONTINENCO

Če blato pride v stik s kožo, je zelo pomembna ustrezna higienska oskrba, ki prepreči poškodbe kože in neprijetne vonjave. Pri težavah z zadnjikom pogosto zmotno mislimo, da je glavni vzrok zanje nezadostna higiena, zato se umivamo pogosteje, kot bi bilo



potrebno, uporabljamo najrazličnejša mila, kreme, vlažne robčke, učinek pa je pogosto nasproten pričakovanemu. Umivanje zadnjika je po vsakem iztrebljanju koristna navada in ga priporočamo, kolikokrat čutimo, da je potrebno. Navadno se umivamo s hladno ali mlačno vodo brez dodatka mil. Po umivanju kožo osušimo in tanko namažemo z olivnim oljem, šentjanževim oljem ali kozmetičnimi mazili, ki ohranjajo zaščitno moč kože (Košorok, 2012).

DELO V AMBULANTI ZA REHABILITACIJO MEDENIČNEGA DNA

Uvodno predavanje je namenjeno bolnikom, kjer izvejo osnovne stvari o prehrani, negi, odvajanju, telovadbi. Sledi pogovor s fizioterapevtko, ki ugotovi, katera vrsta fizikalne rehabilitacije je za bolnika najprimernejša.

Skupinska vadba poteka v telovadnici, kjer bolnike vodi fizioterapevka. Poudarek je na stabilizaciji in izboljšanju delovanja medeničnega dna.

Vaginalna oz. analna elektrostimulacija je vrsta terapije, ki ima glede na nastavitve posameznih parametrov stimulacije različne terapevtske učinke. V kombinaciji z aktivnimi vajami pomaga pri zavedanju mišic medeničnega dna, izboljša njihovo jakost in vzdržljivost, vpliva na prekomerno aktivnost sečnega mehurja in tako pomaga pri težavah zaradi šibkih mišic medeničnega dna, ki se kažejo kot fekalna in urinska inkontinenca, zdrs organov male medenice in drugo.

Biološka povratna zveza (angl. biofeedback), da vidno (in lahko tudi slušno) povratno informacijo o pravilnosti krčenja mišic medeničnega dna, njihovi jakosti in vzdržljivosti ter tako pomaga učinkovito izvajati vaje za mišice medeničnega dna. Biološka povratna zveza pa ugodno deluje pri bolnikih, ki imajo senzorni deficit in slabo koordinacijo mišic medeničnega dna. Izboljša se tonus puborektalisa in eksternih analnih sfinktrov.

Vaje za krepitev medeničnega dna so se pri moških in ženskah, ki ne morejo zadržati vode ali blata, izkazale za uspešne in varne pod pogojem, da jih izvajamo pravilno. Dokazano je, da tretjina žensk sploh ne krči pravih mišic, ampak napenjajo zadnjične in stegenske ali pa pritiskajo navzdol, kot da bi odvajale. Zato, ker se te mišice samodejno napnejo in ker jih je na ukaz težko napeti, se jih je potrebno posebej učiti krčiti. Tako lokalizirano krčenje točno določenih mišic zahteva pogosto pomoč fizioterapevta.

Individualizirana vadba je namenjena posamezniku. Individualno vadbo se izvaja z bolnikom:

- z bolečino v medeničnem obroču,
- bolečino v križu,
- bolečino pri odvajanju,
- za osebni pristop bolniku, ko to potrebuje.

Zadnji obisk je namenjen analizi napredka in ugotavljanju, kaj je za bolnika najboljše. Bolnika se naroči k proktologu na kontrolo, da se vidi napredek, in če je potrebno, se določi nadaljnjo terapijo.



SKLEP

Uhajanje blata je neprijeten in žal včasih tudi nerešljiv problem. Za zdravljenje so na razpolago številne možnosti. Predvsem je pomembno, da problem prepoznamo se z njim seznanimo in se mu posvetimo. V Medicinskem centru latros bolnike z inkontinenco za blato obravnavamo celovito z ustreznimi diagnostičnimi postopki in načini zdravljenja. Konzervativno zdravljenje izvajata fizioterapevtka in medicinska sestra s specialnimi znanji. Z vodeno spremembo načina življenja in fizikalno rehabilitacijo bolnike podučimo, kako naj si pomagajo sami, da si olajšajo življenje.

LITERATURA

- Allison, M., 2010. Conservative management of faecal incontinence in adults. *Nursing Standard*, 24, 26, pp. 49–56.
- Baessler, K., Schussler, B., Burgio, K., Moore, K., Norton, P., Stanton, S., 2008. Pelvic floor re-education. 2 dopolnjena izd. London: British Library, pp. 26–132.
- Bliss D.Z., McLaughlin J., Jung H.J., Lowry A., Savik K., Jensen L., 2000. Comparison of the nutritional composition of diets of persons with fecal incontinence and that of age- and gender-matched controls. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, pp. 90–97.
- Bliss, D.Z., Mellgren, A., Whitehead, W.E., Chiaroni, G., Emmanuel, A., Santoro G.A., et. al., 2017. Assesment and Conservative Management of Facal Incontinence and Quality of Life in Adults. In Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A., Wein, A., eds. *Incontinence*, 6th International Consultation on Incontinence. 6th ed. Tokyo: Health publications Ltd., pp. 1443–1444.
- Košorok, P., 2012. Živeti sporoščeno. Ljubljana: Društvo ILKO Slovenija, pp 59-62.
- Kuchel, GA., Moscufo, N., Guttman, CR., Zeevi, N., Wakefeld, D., Schmid, J., et al., 2009. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 64(8), pp. 902–9.
- Podnar S. Kvantitativna elektromiografija zunanje zapiralke zadnjika. Doktorsko delo. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani. 2002: 1–154.
- Saldana, Ruiz, S., Kaiser, A., 2017 Fecal incontinence-Challenges and solutions. *World Journal of Gastroenterology*. pp. 11–24.
- Ščepanović, D., Konzervativna obravnava motenega delovanja medeničnega dna pri odraslih osebah. *Rehabilitacija*, 2010.
- Whitehead, W.E., Borrud, L., Goode, P.S, Meikle, S., Mueller, E.R., Tuteja, A., Weidner, A., et. al., 2009. Fecal Incontinence in U.S. Adults: Epidemiology and Risk Factors. *Gastroenterology*. 137(2), pp. 512–515.

SOOČANJE S STRESOM IN TEHNIKE SAMOOBVLADOVANJA COPING WITH STRESS AND SELF- REGULATORY SKILLS

Prof. dr. Matej Tušak, dipl. psih

Univerza v Ljubljani
Fakulteta za šport
matej.tusak@fsp.uni-lj.si



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



IZVLEČEK

Stres predstavlja psihosindrom, ki vključuje tipične reakcije: fazo alarma, fazo adaptacije in potencialno fazo izčrpanosti. Stresorji predstavljajo vsakemu organizmu grožnjo. Na stresorje se organizem prilagaja z različnimi adaptacijskimi mehanizmi. Kadar stresorji trajajo predolgo, lahko dolgoročno prizadenejo človekovo zdravje. Posledice so lahko akutne ali dolgotrajne, ki v skrajnih situacijah lahko povzročajo izgorelost, kronične bolezni in celo smrt. Za učinkovito obvladovanje stresa je potrebno poznavanje nastanka stresa in priprava na stres. Med pripravo na stres se šteje različne tehnike soočanja s stresom. Najpogostejše so telesne tehnike obvladovanja stresa, kot so relaksacijski in dihalne tehnike, ki se ukvarjajo s simptomatskim zdravljenjem stresa in redukcijo učinkov stresa. Posebno pomembne so kognitivne tehnike soočanja s stresom, ki vplivajo na spremembo razmišljanja, in misli, ki jih izzovejo stresni dogodki. Učinkovita borba proti stresu se začne z dobrim poznavanjem fenomena stresa, pripravo na stresne dogodke in prevzemanjem samonadzora, kar se imenuje razvoj samoregulacijskih spretnosti.

Ključne besede: stres, stresorji, zdravje, bolezen, tehnike obvladovanja stresa, relaksacijske tehnike, samoregulacijske spretnosti

ABSTRACT

Stress is a type of psychosyndrom, which includes three general phases: alarm, adaptation and exhaustion. Stressors represent a threat to each individual. We adapt to stressors with different adaptation mechanisms. When stressors last too long, they can undermine human health. The consequences can be acute or short-lasting, in extreme cases, however, they can cause burn-out, chronicle illnesses and even death. For efficient coping with stress, we need to know as much as possible about stress and stress prevention. Among stress prevention we count different techniques of coping with stress and stress reduction. The most frequent are somatic techniques, such as relaxation techniques, breathing techniques, which reduce intensity of stress symptoms and reduce negative effects of stress symptoms. Also cognitive techniques which are based on cognitive changes during stress perception and stress coping are of particular importance. Efficient stress coping starts with good knowledge of stress phenomena, with stress prevention and developing self-regulatory skills.

Keywords: stress, stressors, health, illness, stress coping techniques, relaxation techniques, self-regulatory skills

UVOD

Človekov organizem ima široke sposobnosti prilagajanja, ki mu omogočajo preživeti številne neprijetne in nepričakovane situacije. Človekovo zdravje pa je lahko ogroženo tudi zaradi mnogih nespecifičnih vzrokov. Številne raziskave po vsem svetu potrjujejo, da se intenzivna in dolgotrajna izpostavljenost pritiskom iz okolja kaže v nizu fizičnih, doživljajskih in psihičnih ter socialnih motenj. V vsakdanjem življenju temu pojavu pravimo stres. Stres je neizogibna posledica človekovega odnosa z nenehno spreminjajočim se okoljem, ki se mu mora posameznik prilagoditi. Strokovnjaki so se že zelo zgodaj začeli ukvarjati



z vprašanjem možnosti prilagoditve človeškega organizma. Zaradi zelo hitrih sprememb na področju tehnologije so bili pred človeka postavljeni številni novi izzivi, ki so od njega zahtevali čim hitrejšo prilagoditev.

TEORETSKE OSNOVE PSIHLOGIJE STRESA

Pojem stres je prvi uvedel zdravnik Hans Selye (1956), ki ga je definiral kot stanje organizma, ki se kaže skozi sklop telesnih sprememb, ki jih poznamo kot splošni adaptacijski sindrom ali sindrom nespecifične obolelosti. Selye (1956) je sprva ugotavljal, da sindrom nespecifične obolelosti, kot ga je imenoval, povzroči prav vse, kar telo prizadene in mu škoduje. Skozi zgodovino raziskovanja stresa je poznanih mnogo različnih definicij. Kljub vsemu lahko povzamemo, da je stres nespecifičen odziv organizma na spremenjene zunanje ali notranje zahteve. Če sta Selye (1956) in Lindemann (1977) na osnovi fizioloških mehanizmov delovanja stresa govorila predvsem o t. i. biološkem konceptu stresa, so sodobnejši koncepti vključevali precej širši kontekst raziskovanja in razumevanja stresa, zato je splošno sprejet tudi termin psihološki stres (Lazarus, 1966). Lazarus je prvi poudaril razlikovanje med fiziološkim, psihološkim in socialnim kontekstom stresa. Fiziološki procesi uravnavanja porušene homeostaze temeljijo na endokrinih in nevroloških mehanizmih, medtem ko so mehanizmi v ozadju psiholoških procesov soočanja s stresom drugačni (npr. zanikanje nevarnosti ali selektivna pozornost, usmerjena k umirjajočim vidikom okolja, ali npr. samozavesten konstruktiven odziv). Pri psihološkem stresu je reakcija odvisna od posameznikove ocene nevarnosti ali grožnje, pri fiziološkem stresu pa je stanje posameznih organov odvisno od stopnje škodljivosti zunanjih dejavnikov. Posebno pod vplivom razvoja znanja o možganih in miselnih procesih ter s tem povezanega razvoja miselne oz. kognitivne psihologije se je fokus raziskovanja stresa prenesel na miselne procese, ki so v ozadju procesa. Naj omenimo samo nekatere pomembne psihološke dejavnike, ki definirajo človekov stresni odziv: pričakovanja, motivacija in vrednote, samozavest in samospoštovanje, ocena situacije oz. tveganja, osebnostna čvrstost, stili soočanja s stresom, pretekle izkušnje s podobnimi dražljaji, priprava na stres, stresna toleranca, anksioznost, čustvena stabilnost in zrelost, optimizem, socialna podpora in mnogi drugi. Znana je definicija Lazarusa (1966), ki je psihološki stres sprva pojmoval kot ogrožajoče zahteve, postavljene pred psihološki sistem, kasneje (Lazarus & Folkman, 1987) pa kot karakteristiko posameznika oz. kot negativno čustveno reakcijo, ki temelji na kognitivni oceni situacije, ki je ocenjena kot ogrožajoča.

Dejavnike, ki izzovejo stresno reakcijo, imenujemo stresorji. Le-ti v funkcioniranju stresa pri ljudeh niso nobena posebnost. Kot reakcijo na stresorje lahko stres opazimo tudi pri najnižjih živalskih vrstah in celo pri rastlinah (Musek, 1997). A velja omeniti, da so običajni homeostatični mehanizmi, ki naj bi uravnali stanje zaradi delovanja stresorja, tudi pri ljudeh bolj filogenetsko pogojeni in v skladu z nekdanjimi zahtevami, ki jih je imela žival v stanju ogroženosti (zmanjšan dotok krvi v možgane in prebavila, povečana prekrvavljenost mišic, pospešeno dihanje, povečan dotok energetskih spojin v kri, naježenost dlake, razširjene zenice, bolj groba in manj natančna motorika – usmerjenost v beg ali borbo). Tovrstne grožnje so danes pri ljudeh relativno redke. Bistveno več je psihološkega stresa, pri čemer je zahtevana reakcija umirjena mentalna aktivnost, pravilno in hitro odločanje ter predvsem



niz mentalnih funkcij in samokontrola, ki je prav zaradi omenjenega filogenetskega odziva človeka na stresorje vsakodnevno težko dosegljiva. Stresorje lahko v splošnem razdelimo v tri skupine. Tušak in Tušak (2003) govorita o fizioloških, kognitivnih in psihogenih stresorjih. Med fiziološke stresorje uvrščamo pomanjkanje spanja, močan, ponavljajoč hrup, vročino, mraz, bolečino, utrujenost, telesne poškodbe. Kognitivni stresorji so kognitivni dogodki ali operacije, ki presegajo nivo povprečne delovne kapacitete. Psihogeni stresorji pa so neprijetni, ogrožajoči notranji dražljaji. Lahko so tudi anticipirani ali realni dogodki, ki imajo neugodne posledice za posameznika. Filogenetsko pogojena reakcija človekovega organizma na stres torej ni prilagojena današnjim stresorjem, zato je tudi dolgotrajnih posledic delovanja stresorjev vse več. Lazarus in Folkman (1987) v svojem modelu poudarjata predvsem dva miselna procesa. To sta kognitivna ocena in spoprijemanje s stresom (angl. coping), ki nastopata kot glavna mediatorja v odnosu med posameznikom in objektivnim okoljem. Proces kognitivnega ocenjevanja je set psiholoških procesov, ki vodijo do emocionalnih in prilagoditvenih izidov. Situacijo lahko posameznik oceni kot škodo ali izgubo, ki je že storjena, kot grožnjo, ki se nanaša na potencialno škodo ali izgubo, ali kot izziv, ki se nanaša na možnost za osebno rast. Prvi dve oceni vodita v distress, tretja pa v evstres. Na primarno oceno poleg zunanje dražljajske situacije vplivajo tudi že prej omenjeni psihološki dejavniki, zaradi česar je seveda posameznikova zaznava situacije subjektivna. Kar je nekemu negativni stresor izjemnih razsežnosti, je drugemu močan pozitivni stresor motivator. Ob vsem tem je treba razumeti, da smo si ljudje po naravi različni. Eni se v situaciji močnega delovanja stresorjev počutimo dobro, drugi skrajno neugodno. Govorimo o tipu osebnosti A in B. Čeprav je tip osebnosti A tisti, ki v stresu bolje funkcionira in se iz njega celo napaja, dolgoročno vse skupaj njegovemu zdravju zagotovo škodi. Frustracije in konflikti so do neke mere normalen življenjski pojav. So izzivi, ki nas spodbujajo in delajo življenje privlačnejše in zanimivejše. Mini stresorji in drobni pozitivni stresorji so pomembna sestavina našega dobrega počutja in kakovosti našega življenja, saj je za učinkovito funkcioniranje posameznika potrebna neka optimalna količina stresa. Nasprotno se zgodi v primeru preobremenjenosti, pretiranih časovnih omejitev in hudih življenjskih preizkušenj ali situacij, ki so za posameznika povsem nove in neznane. Rezultati dolgotrajnega delovanja stresorjev so skrajno neugodni. Zajemajo negativen vpliv na razvoj različnih obolenj, pojavljanje motenj razpoloženja, pogosti so napadi anksioznosti in depresivnosti, precej pogost je tudi pojav izgorelosti ali burn-out (Tušak & Tušak, 2003), ki ima pomembne negativne posledice tudi na delovnem, poklicnem in socialnem področju, ne nazadnje pa tudi v poslabšanju človekovega splošnega psihološkega blagostanja in počutja, ki se lahko stopnjuje v psihosomatska obolenja in duševne krize (Musek, 1997).

Indikatorji stresa

Locker in Gregson (1993) navajata širok krog telesnih in duševnih indikatorjev stresa. Telesna znamenja škodljivega stresa se včasih kažejo tudi v nekaterih spremenjenih vedenjskih reakcijah, kot so: razbijanje srca, povečan srčni utrip, zasoplost, cmok v grlu, pospešeno, plitvo dihanje, suha usta, želodčni krči, prebavne motnje, bruhanje, diareja, zapeka, vetrovi, splošna mišična napetost, zlasti v čeljustih, šklepetanje z zobmi, stiskanje pesti, povešena ramena, bolečine in krči v mišicah, nemir, hiperaktivnost, grizenje nohtov, bobnanje s prsti, prestopanje, tresočje dlani, potenje dlani, nenadni vročinski valovi, pogosta potreba po uriniranju, pretirana ješčost ali izguba teka, pretirano kajenje, povečano uživanje



alkohola. Psihični znaki stresa pa so lahko obupanost, zaskrbljenost, vznemirjenost, jokavost, pobitost, občutek nemoči in obupa, nerazsodnost, odsotnost, zadržanost, občutek nesposobnosti, črnogledost, tesnoba, depresija, nepotrpežljivost, vzkipljivost, razdražljivost, jeza, agresivnost, zlovoljnost, nezadovoljstvo, zdolgočasenost, občutek krivde, odrinjenosti, pomanjkanje pozornosti, pretirana občutljivost, pomanjkanje zanimanja za urejeno zunanost, zdravje, prehrano, spolnost, pomanjkanje samospoštovanja, nezanimanje za ljudi, naglica, puščanje nedokončanih stvari, nerazsodno lotevanje novih nalog, pomanjkanje sposobnosti jasnega mišljenja, težave s koncentracijo in sprejemanjem odločitev, pozabljenost, pomanjkanje ustvarjalnosti, iracionalnost, omahljivost, nagnjenost k spodrslijajem in nezgodam, ki bi jih bilo možno preprečiti, občutek preobremenjenosti, pretirana kritičnost, neučinkovitost, neuspešnost.

Zdravje, bolezen in stres

Povezanost med stresom in zdravjem je potrjena v mnogih kliničnih in psiholoških raziskavah. Moderacijski model stresa (Hogan, et al., 1995) npr. predvideva, da stres povzroča obolelost, dispozicijski faktorji pa naredijo nekoga bolj ali manj ranljivega. V splošnem raziskovalci predvidevajo, da stres vpliva na zdravje prek fizioloških sprememb, ki nastanejo v organizmu in povzročijo povišanje vzburjenja. Pogosto in dolgotrajno vzburjenje povzroči preobremenitev organov in organskih sistemov, kar lahko vodi k nekaterim boleznim, predvsem pa bistveno poslabša psihološko blagostanje. Stres posredno sodeluje tudi pri obolenjih, ki zavirajo imunski sistem, saj zaradi nevroendokrinih sprememb le-ta oslabi. Znani so tudi mnogi modeli, ki predpostavljajo močno delovanje stresa na razvoj in zdravljenje rakavih in psihosomatskih obolenj (Tušak & Tušak, 2003). Prav tako poročajo, da ljudje s konstruktivnimi stili soočanja s stresom doživljajo manj depresivnih simptomov kot tisti z nekonstruktivnimi (Hoyt, et al., 2016). Negativne posledice stresa so torej vidne tako na duševnem področju kot tudi pri telesnem zdravju. Mobilizacija sil zaradi stresa torej izzove tudi duševne reakcije. Te se kažejo v specifičnem duševnem doživljanju in vedenju. Stres je kot vzrok prisoten pri vsaki bolezni ali ga kot element vsebuje vsaka bolezen. Vsako bolezen spremlja intenzivna stresna reakcija. Vsak posebno hud stresor pa je dejavnik tveganja, ki lahko postane pomemben za nastanek bolezni. Po navadi stres najprej prizadene tiste organe, ki so pri človeku slabotnejši. Včasih povišano delovanje organizma ostane tudi, ko so škodljivi dejavniki že odstranjeni. Tako se lahko pojavijo obolenja, ki jih ne povzročajo neki zunanji škodljivi dejavniki, temveč so posledica nekontroliranega ali neustreznega prilagoditvenega odziva organizma. V zvezi s tem se največkrat omenja psihosomatska obolenja, ki se kažejo v telesnih simptomih, ki so posledica psihičnega stresa. S stresom so povezane različne bolezni: kardiovaskularna obolenja, revma, artritis, alergije, bolezni prebavnega trakta, vnetja kože in oči ter tudi nekatere živčne in mentalne motnje (Kosović, 1989; Lindemann, 1977; Vizek Vidovič, 1990). Večina ljudi najbolj stresno doživlja prav odnose z ljudmi ali doma, ali v službi ali s prijatelji.

Učinkovito soočanje s stresom

Aktiviranje telesnega stresnega odziva, ki se ne more sproščeno izraziti v telesni reakciji, je potencialno škodljivo zdravju. Človek je danes še vedno v povsem enaki koži kot njegovi predniki, ki jim je stresna reakcija omogočala, da so obvladali predvsem fizično nevarnost. Zato za razvoj ustreznih odzivov na stres nujno potrebuje nekatera nova



znanja in pripomočke. Različne stroke so seveda razvile različne pripomočke. V zadnjih letih so se razmahnili številni farmakološki pripomočki, ki predvsem blažijo negativne posledice delovanja stresa. Veliko sredstev ima žal številne neugodne stranske učinke, ki dodatno obremenjujejo porušeno homeostatično stanje in zato predstavljajo novo grožnjo, predvsem pa delujejo samo kot simptomatska terapija. Ko so simptomi zmanjšani, se doziranje ustavi, ponovitev grožnje seveda zelo verjetno sproži podobno simptomatiko. Povsem racionalna je njihova uporaba v situacijah, ko je zdravstveno stanje posameznika tako ogroženo, da preventivna sredstva ne uspejo več nevtralizirati negativnih procesov. Vsi pa si prizadevamo za uporabo različnih postopkov ali sredstev, ki bi delovala podporno in brez dodatnih obremenilnih učinkov. Psihologi smo razvili najrazličnejše relaksacijske tehnike, ki se razprostirajo od povsem nesistemskih (sprehod, športna rekreacija, tek, savnanje, masaža, kopanje, poslušanje glasbe) do bolj sistemskih, ki imajo specifične relaksacijske in terapevtske učinke (avtogeni trening, hipnoza, Jacobsonova tehnika sistematične desenzitizacije, dihalne tehnike, tehnike vizualizacije, biološka povratna zveza metoda sproščanja ipd.). Uporaba teh tehnik ima malo ali skoraj nič kontraindikacij, skupaj s sistemskim učinkom pa razvija tudi različne vedenjske vzorce, ki so drugačni od tistih problematičnih (sprehod npr. povzroči znanje »odklapljanja« od dela, uporaba sprostitvene tehnike pomeni nujno iskanje časa »zase« ipd.). Ob uporabi relaksacijskih tehnik, ki delujejo tako na simptomatskem nivoju (v smislu zmanjševanja simptomov) kot tudi na etiološkem nivoju (odstranjevanje vzrokov v smislu spremembe vedenja in razmišljanja), seveda priporočamo tudi uporabo neinvazivnih sredstev, ki delujejo blažilno in so naravnega izvora. Samo skupno delovanje podpornih sredstev bo človeku omogočilo, da ne le blaži negativne učinke stresa, ampak tudi prevzema aktivno vlogo pri borbi s stresorji, tako da bo pri soočanju s stresom učinkovitejši. Na ta način prodremo v preprečevanje oz. zmanjševanje stresa in ne le v gašenje njegovih posledic.

Program in trening samoregulacijskih spretnosti

Psihološki stres je eden naših največjih sovražnikov. Marsikoga prizadene s tem, da mu odvzame veliko prepotrebne fizične in psihične energije za vsakodnevne aktivnosti. Stres daje občutek nesposobnosti, kar nas pripelje do pomanjkanja samozavesti. Psihologi smo zato razvili najrazličnejše tehnike obvladovanja stresa, s katerimi se borimo proti njemu. Z mentalno pripravo se naučimo pridobiti kontrolo nad seboj in na ta način omogočimo maksimizacijo sposobnosti realizacije lastnih potencialov, kadar je to potrebno. Pripravo na stres lahko vadimo samostojno ali pod nadzorom psihologa. Predstavljam telesne in mentalne tehnike borbe proti stresu.

Stres se pojavi, ko pride do porušenega ravnotežja med posameznikom in okolico. Človek pozna svoje sposobnosti, vendar od njega pričakuje(jo) več. Glavni vzrok je napačna interpretacija okolja, kar privede do neprave aktivacije in negativnih misli. Dogodek ni stresen, dokler ga mi ne zaznamo kot takega. Negativne misli, ki vodijo k stresu, se po navadi pokažejo v obliki zaskrbljenosti. Spretnosti samoobvladovanja spadajo med najosnovnejše vrline socializiranega človeka. Omenjene spretnosti niso podedovane, ampak jih prištevamo k naučenim spretnostim, ki vplivajo tako na našo samozavest, komunikacijo z drugimi, upravljanje stresa, procese (samo)motiviranja in doseganja osebne zrelosti. Za razvoj učinkovitih samoregulacijskih spretnosti je potrebno ogromno sistematične vadbe ter dela na sebi.



Ena od ključnih nalog šolskega in izobraževalnega sistema bi morala biti tudi usposobiti otroke in mladostnike za čim učinkovitejše samoobvladovanje. Gre torej za nadzor nad lastnimi mislimi, čustvi in posledično vedenjem. Izjemno velik pomen imajo t. i. samoregulacijske spretnosti pri razvoju pozitivnih stališč do sveta in življenja, pri razvoju motivacije in znanju postavljanja ciljev, pri obvladovanju napetosti in soočanju s stresom, pri nadzoru nad lastno impulzivnostjo in agresivnostjo ter v procesu učinkovite komunikacije. Na nekaterih področjih so t. i. samoregulacijske spretnosti še bistveno pomembnejše kot druge. Tako npr. morajo imeti zelo dobro razvite te spretnosti vrhunski športniki, politiki, pogajalci, vrhunski gospodarstveniki in podjetniki, piloti, kirurgi, torej vsi tisti, ki morajo umirjeno in preudarno ter odločno pravilno reagirati v nekih stresnih situacijah. Razvoj samoregulacijskih spretnosti vključuje osnovno teoretsko spoznavanje spretnosti ter vadbo na sebi, ki vključuje postopno pridobivanje nadzora nad lastnimi mislimi, čustvi, stališči in vedenjem. Do takega rezultata pridemo postopno z introspekcijo, mentalno vadbo, ustreznim fokusom in specialno usmerjenostjo na konkretne rešitve. Za razvoj učinkovitih samoregulacijskih spretnosti je potrebno ogromno sistematične vadbe ter dela na sebi. Izjemno pomembno bi bilo, da začetek razvoja samoregulacijskih spretnosti vpeljemo že med trenažnim procesom. Skozi osnovno vadbo sledimo naslednjim korakom:

- učenje spretnosti sproščanja in umirjanja ter odklapanja od stresa in nevarnosti iz okolja,
- učenje dihalnih tehnik za hitro trenutno umiritev,
- učenje koncentriranja in učinkovitega izmenjavanja obdobij koncentracije in relaksacije,
- učenje odstranjevanja negativnih slik, dvomov in strahov, učenje praznjenja glave,
- učenje fokusa na pozitivne slike in pozitivno razmišljanje,
- učenje vplivanja nase prek sugestij, avtosugestij in hipnoze,
- učenje in trening soočanja s stresnimi dogodki preko tehnik vizualizacije.

V nadaljevanju na kratko predstavljamo osnovne tehnike in metode za razvoj samoregulacijskih spretnosti.

Relaksacijske tehnike

Za obvladovanje napetosti pred in med tekmovanjem ter po njem najpogosteje uporabljamo različne relaksacijske oz. sprostilne tehnike. Danes vemo, da ni treba biti psiholog, da se naučiš sprostiti napetosti. Med najpogosteje uporabljenimi tehnikami sproščanja so različne oblike samosugestije, dihalne tehnike, hipnoza in avtohipnoza, nekatere behavioristične tehnike (npr. tehnika sistematične desenzitizacije), biološka povratna zveza metoda sproščanja, Jacobsonova metoda progresivne relaksacije, razne oblike meditacije ter najučinkovitejša in najbolj znana tehnika sproščanja, tj. avtogeni trening. Seveda ne smemo pozabiti vsakodnevnih aktivnosti, ki imajo že same po sebi sprostilni značaj. Takšno je npr. tuširanje v vroči vodi ali savnanje, lahen tek ali sprehodi, včasih pa tudi že samo običajna zabava v prijetni družbi. Človek mora v trenutkih največjih telesnih in psihičnih obremenitev znati poskrbeti za sprostitev, sicer se količina stresa povzpne čez mejo tolerance, rezultat tega pa so lahko težave v vsakodnevnem življenju.

Dihalne tehnike

Dihalne tehnike danes predstavljajo najpogostejši način sproščanja napetosti. Pravzaprav se vsak sam zaveda, da lahko z umirjanjem dihanja povzroči ugoden in sprostiteljen vpliv



na svoje telo in misli. Čeprav dihalne tehnike pravzaprav izhajajo iz joge in imajo poleg sprostilnega tudi še globlji pomen, jih najpogosteje uporabljamo skupaj z vsemi ostalimi relaksacijskimi tehnikami. Hkrati so tudi izredno praktične, saj jih človek zelo lahko vključi v svojo psihično pripravo kar na terenu, kjer pričakuje začetek nastopa. Človek za optimalno funkcioniranje potrebuje ogromno količino energije, ta pa lahko nastaja samo ob zadostni količini kisika. Pomanjkanje kisika povzroča utrujenost, padec koncentracije, občutek težkega telesa, pomanjkanje aktivacije in pogosto slaba, depresivna razpoloženja. Rezultat je znižana učinkovitost. Dobra preskrba s kisikom obratno pospeši kroženje krvi in omogoča večjo mobilizacijo energije, zato se človek tudi počuti močnejšega, čuti več svežine, pogosto postane zaradi vsega tega tudi bolj samozavesten. Zaradi vitalnosti dihanja je velik del psihične priprave vedno usmerjen tudi v obvladovanje in kontroliranje dihanja. Večina ljudi pogosto diha samo prsno, pozablja pa na poglobljeno trebušno dihanje. Še posebno v stresnih dogodkih postaja dihanje še plitvejše in še manj učinkovitejše. Bistvo uporabe dihalnih tehnik je, da človeka naučimo umiriti in sprostiti dihanje. Človek se mora naučiti, kot da dihanje prihaja samo od sebe, da gre skozi telo v vsak najmanjši del, ga napolni z energijo in umiri ter pripravi na stanje koncentracije. Med vajami dihanja morda lahko omenimo naslednje:

- umirjenost dihanja (trening počasnega, enakomernega in globokega dihanja, s katerim človeka usmerimo vase),
- dihanje s štetjem (vključuje umirjeno dihanje skupaj s štetjem npr. od 1 do 10 ali 100),
- kontrola ritma dihanja 4 : 2 : 4 ali 6 : 3 : 6, s katero poudarimo trening dihanja, posebej izdihov, ki jih pogosto zanemarjamo (človek se osredotoči na dihanje, globoko vdihne in šteje do štiri, za dve dobi zadrži izdih in nato dolgo izdihne, šteje do štiri, potem vse skupaj ponovi še nekajkrat; ritem 6 : 3 : 6 je precej težavnejši in zahteva več vadbe, še težji in nekoliko manj uporabni pa so daljši ritmi npr. 10 : 5 : 10),
- dihalni sprehod po telesu (pri čemer športnik globoko vdihne in si predstavlja, kako gre vsak izdih v posamezen del telesa, prvi izdih gre do prste na rokah in nogah, nato v dlani in stopala ter tako naprej do sredine telesa, do srca; moramo se usmeriti v posamezni del telesa in poskušati začutiti, kako je kisik prišel do njega).

Jacobsonova metoda progresivne relaksacije

V nemškem prostoru je bila daleč najbolj popularna tehnika sprostitve avtogeni trening, v angleško govorečih okoljih pa je precejšnji odmev doživela tehnika progresivne relaksacije E. Jacobsona. Cilj postopne relaksacije oz. sprostitve je, da se naučimo sistematično sprostiti celotno telo, s čimer dosežemo tudi uskladitev delovanja vegetativnega živčnega sistema. Sprostitev v klasični obliki poteka v naslednjih stopnjah: sprostitve v rokah, sprostitve v nogah, dihanje, sprostitve v čelu in sprostitve govornih organov. Proces poteka tako, da športnik sprosti posamezni del telesa tako, da ga najprej intenzivno napne, nato pa počasi popušča. Ob vsem tem se moramo osredotočiti na občutke ob aktiviranju napetosti in na občutke sproščanja. Če posamezni del telesa ni zadovoljivo sproščen, se cel postopek ponovi. Danes omenjeno tehniko uporabljamo še bolj razdrobljeno na posamezne dele telesa, tako da lahko dosežemo parcialni ali celostni relaksacijski učinek. Tehnika s sprostitvijo odstranjuje parcialne napetosti in tudi splošno togost kot posledico nekih čustvenih težav oz. motenj, hkrati pa mobilizira človekove obrambne sile, da se lažje uspešno sooči s stresno situacijo.



Hipnoza, avtohipnoza in posthipnotične sugestije

Hipnoza, avtohipnoza, sugestija in avtosugestija so v športu pogosto uporabljene tehnike psihične priprave. O hipnozi govorimo takrat, ko hipnotizer »pripelje« oz. poglobi posameznika v sproščeno in hipnotično stanje. To stanje lahko variira od lažjih hipnotičnih stanj, v katerih se športnik zaveda pravzaprav vsega, do globokih stanj, v katerih je zavest človeka popolnoma izključena. Človek je v takih stanjih izredno dojemljiv za hipnotizerjeva (psihologova) navodila in sugestije. Avtohipnoza se od hipnoze razlikuje v tem, da športnik sam sebe (brez pomoči hipnotizerja) pripelje v neka sproščena stanja. Takrat postane močnejše dojemljiv za katerekoli sugestije, ki si jih je vnaprej pripravil. S ponavljanjem takih sugestij (poslušanje posnetka ali jih bere kdo drug) doseže isti učinek, kot bi ga dosegel hipnotizer. Prednost avtohipnoze pred hipnozo je v absolutni neodvisnosti od hipnotizerja, človek se sam svobodno odloča, kakšne bodo sugestije, kako jih bo izvajal, koliko časa bo trajalo stanje avtohipnoze. Prednost klasične hipnoze pa je v tem, da jo običajno izvaja izurjen hipnotizer (psiholog), ki zna doseči zelo globoka stanja, v katerih je dojemljivost za sugestije ekstremno velika. Danes je uporaba hipnoze namreč izrazito kontrolirana. Ljudje zavračajo kakršnokoli tehniko, o kateri niso obveščeni o tem, kaj se bo dogajalo, čemu služi ipd. Zato je uporaba hipnoze in specifičnih sugestij vedno stvar dogovora med psihologom in konkretnim posameznikom. Tudi sugestije so največkrat skupno izbrane glede na problem, ki je pri človeku prisoten (npr. pomanjkanje samozaupanja), hkrati pa se hipnozo uporabi šele kasneje, ko je med klientom in psihologom že vzpostavljena terapevtska aliansa oz. odnos, ki temelji na zaupanju. V stanju hipnoze je zaradi izločenosti zunanjih dražljajev in velike koncentracije tudi močno povečana športnikova predstavljenost, zato jo pogosto uporabljamo za mentalni trening. Najpogosteje v teh sproščenih stanjih človek vizualizira nalogo, se miselno uči nove tehnike ipd. Hkrati s pomočjo sugestij poskušamo odstranjevati možne strahove in fobije ter anksioznost. Ko govorimo o sugestijah, je dobro, če na konkretnih primerih razložimo njihov namen. Uporaba sugestij je vsakodnevno prisotna v življenju, npr.: »Zdaj si sproščen, veš, da boš zmogel, to je tvoja naloga ipd.« Dolgotrajno ponavljanje teh sugestij, še posebno če imajo neko realno osnovo, lahko privede do spremembe posameznikovih čustvenih stanj, npr. povečanja samozaupanja. Če so te sugestije sugerirane v stanju hipnoze, ko je zavest izključena, bodo še močnejše delovale, tudi na zunanjavestnih nivojih, na katerih posameznik pogosto funkcionira v posebno stresnih trenutkih. Če tem sugestijam dodajamo še posthipnotične sugestije, bomo tak učinek samo še povečali. Take posthipnotične sugestije so npr.:

- ko bom na začetku naloge, se bom počutil sproščenega, zaupal bom vase;
- kadar se udarim po nogah, bom v trenutku sproščen in popolnoma skoncentriran;
- ko bom zamahnil z roko, bom začel uživati.

V tem smislu lahko uporabo hipnoze in avtohipnoze štejemo že h kar konkretnim metodam psihične priprave na stresne dogodke. V praksi najpogosteje kombiniramo hipnozo in avtohipnozo. Na seansah psiholog človeka večkrat hipnotizira in mu daje posthipnotične sugestije, na samem kraju dogodka oz. naloge pa se posameznik sam s pomočjo izdelane predtekmovalne procedure poskuša »pripeljati« v stanje »avtohipnoze«, ki mu bo omogočilo optimalen, sproščen in skoncentriran nastop.



Metoda sproščanja na osnovi biofeedback naprav

Biološka povratna zveza sproščanja je bila precej popularna v osemdesetih letih, ko so razvili instrumente, ki so se svetlobno ali zvočno odzivali na posameznikove fiziološke spremembe. Najpogosteje so merili galvansko kožno reakcijo (elektrodermalno reakcijo oz. spremembe v prevodnosti kože), ki se spreminja pod vplivom čustvenih sprememb. Instrument, ki je prek elektrod povezan s posameznikovo kožo (na prstih), oddaja zvočne ali svetlobne signale različnih frekvenc oz. barv, kar nas ves čas informira, ali se sproščamo oz. nasprotno vzbujamo. Posameznik se udobno namesti in se poskuša naučiti sprostiti, pri čemer konstantno dobiva povratno informacijo. Ko mu uspe znižati napetost na minimum, lahko s spremembo občutljivosti instrumenta nalogo oteži in v nadaljevanju poskuša relaksacijo še poglobiti. Bistvo tehnike je, da se človek sam nauči sproščanja, kot pomoč pa ima stalno povratno informacijo.

Tehnika sistematične desenzitizacije

Tehniko sistematične desenzitizacije štejejo med behavioristične tehnike. Psihologi z njo pogosto odstranjujejo predvsem fobije, druge strahove, občutke tesnobe ter še nekatera druga neprijetna čustvena stanja, v športu pa z njo odstranjujemo precej neprijetne športne strahove (pred poškodbo, pred bolečino, pred nasprotnikom, pred neuspehom), ki včasih že dobijo razsežnosti pravih fobij. Tehnika sistematične desenzitizacije je pravzaprav sestavljena iz uporabe tehnik relaksacije in običajno vizualizacije. Gre za proces postopnega odstranjevanja negativnih emocij. Situacijo, ki v športniku izzove npr. strah ali anksioznost, razgradimo v več (npr. deset) faz oz. problemskih situacij glede na intenzivnost negativne emocije, ki jo izzovejo. Tako npr. intenziven strah pred padcem pri opravljanju naloge razdelimo v strah in občutke anksioznosti:

- ob pogledu na kraj, kjer se bo dogajala stresna naloga,
- ob spremljanju drugih udeležencev naloge,
- ob čakanju na začetek naloge,
- ob pripravi opreme,
- ob opazovanju človeka, ki jo je skupil med nalogo,
- ob lastnem začetku sodelovanja v nalogi,
- ob zahtevani nalogi med delom, ki rahlo presega običajen nivo tveganja (rizik),
- ob stoodstotnem agresivnem nastopu tudi v skrajno tveganih pogojih.

Človeka najprej rahlo sprostimo, mu sugeriramo prijetne občutke sproščenosti, zaupanja vase in popolne varnosti. Sledi faza, v kateri »predelamo« situacijo za situacijo. Začnemo z najmanj problematično, nato nadaljujemo do zadnje faze, ki v posamezniku izzove največ strahu. Največkrat lahko taka »predelava« situacij traja več dni ali celo tednov, saj je treba večkrat ponavljati vsako problemsko situacijo, da bi negativni občutki izginili. Za uspešno predelavo problemskih situacij uporabljamo dve različici tehnike: preko vizualizacije in v živo. Najpogosteje začnemo s tehniko vizualizacije, pri čemer mora oseba v sproščenem stanju v mislih vizualizirati in tako »predelovati« najprej prvo problemsko situacijo, nato pa še ostale. Psiholog osebi, ki glasno vizualizira situacijo, ves čas sugerira prijetne občutke sproščenosti, ugodja in usmerja njegovo pozornost tako, da si le-ta zmore predstavljati uspešno rešitev problemske situacije. Ta faza traja različno dolgo, šele, ko prva problemska situacija ne izzove nobenih negativnih občutij več, gremo lahko na drugo itn. Največkrat za



sprostitev uporabljamo tehniko avtogenega treninga, včasih si pomagamo tudi s hipnozo, saj je predvsem predstavljenost tam večja. Te faze tehnike potekajo pri psihologu. Ko je posameznik vse problemske situacije uspešno »predelal«, ga poskušamo soočiti z njimi v živo. Proces ponovno poteka postopno, tokrat seveda v konkretni športni situaciji na terenu. Najučinkovitejši je takrat, če je ob posameznikovem soočanju prisoten tudi psiholog, ki konstantno skrbi za sproščanje tudi v živo.

Avtogeni trening

O avtogenem treningu imajo ljudje zelo nejasno predstavo. Nekateri v njem vidijo uspešno zdravilo, druge spominja na v začetku stoletja tako popularne spiritistične seanse, ki so predvsem na Zahodu predstavljale sestavni del vsake »dobre« zabave in burile človeško domišljijo, tretjim pa se zdi način zavajanja človeka in v njem ne vidijo nobene koristi. Zelo malo ljudi ve, da gre za znanstveno metodo, ki temelji na nekakšni samosugestiji, samohipnozi, s katero poskušamo prenesti moč nekaterih predstav na človekov organizem. Gre za sistematično in najučinkovitejšo celostno metodo globalnega telesnega in duševnega sproščanja. Raziskave potrjujejo, da s pomočjo AT, ki vključuje šest osnovnih vaj (za sproščeno roko, za toplo roko, za umirjeno dihanje, za umirjeno bitje srca, za sproščen sončni pletež in za hladno čelo), dosežemo najmočnejša stanja sprostitve, s čimer postavimo najboljšo možno osnovo za kakršen koli mentalni trening, za učenje vplivanja nase. Na ta način se naučimo usvojiti »samoodklop«, s čimer smo se sposobni tudi v stresni ali grozeči situaciji osredotočiti na zelene (pozitivne) vidike in na nevarnost, ki predstavlja grožnjo.

Meditacijske tehnike

Meditacijske tehnike danes zajemajo vedno pomembnejše mesto pri vseh terapijah, pri katerih je treba doseči relaksacijo. Meditacija označuje razmišljanje, poglobljanje v problem, hkrati pa predstavlja tehniko obvladovanja in kontroliranja našega uma ter misli. Meditacijo danes najpogosteje uporabljajo pri zdravljenju in preprečevanju s stresom povezanih bolezni, ki nimajo nobene organske podlage, pa tudi za zdravljenje odvisnosti od drog. Zaradi njenega pozitivnega učinka na sprostitve in koncentracijo ter miselno kontrolo jo pogosto izvajajo tudi ljudje, ki doživljajo veliko stresa. Tehnika je v marsičem podobna avtogenemu treningu, čeprav izhaja iz drugačnega sveta in temelji na nekih filozofskih ter religioznih načelih. Na Vzhodu se je meditacija razvila v jogo in postala poglobljena oblika jogijevskega življenja, na Zahodu pa smo prevzeli meditacijo kot sredstvo za doseganje terapevtskih učinkov, kot obliko praktične samopomoči. Specifični učinki meditacije na telo so bili raziskani že v 60. letih. Tehnika pomirja simpatični živčni sistem, upočasnjuje srčni utrip, zmanjšuje frekvenco dihanja, znižuje krvni pritisk in upočasni presnovo. Podobno kot avtogeni trening in Jacobsonova metoda progresivne relaksacije torej pomaga pri aktiviranju človekovih notranjih obrambnih mehanizmov za boj proti stresu in napetostim ter obremenitvam. Meditacija umiri naše telo in misli, naredi zasuk v koncentraciji od zunaj v sebe in na ta način omogoča dostop do notranjih virov moči, ki največkrat ostajajo neizkoriščeni. Meditacija nas uči nadzirati misli in čustva. Pridobimo si jasnejšo sliko o notranjih procesih, o lastnem reagiranju in notranjem dogajanju, ki izzove specifične reakcije v nekih konkretnih stresnih situacijah. Meditacija omogoča pomoč pri reševanju problemov, saj naše raztresene misli usmeri na problem. Danes poznamo različne vrste meditacije.



- *Koncentrirana dihalna metoda* vključuje predvsem osredotočanje na dihanje, na gibanje trebušnega in prsnega koša ter pretok zraka skozi nosnici.
- *Metoda s štetjem dihov* vključuje koncentracijo na dihanje in štetje od ena do deset (ali sto) in nazaj.
- *Mantra meditacija* zajema tiho ponavljanje kake besede (ali sugestije) z vsakim vdihom in izdihom. Najbolj znana beseda oz. mantra je »om«.
- *Meditacija s koncentracijo* vključuje strmenje v majhen predmet, ki leži v višini oči. Pogled je sproščen in traja eno minuto. Potem zapremo oči in si predmet predstavljamo. Ko slika izgine, postopek ponovimo. Največkrat uporabljen predmet je goreča sveča.
- *Transcedentalna meditacija* je najbolj razširjena oblika meditacije, ki jo je razvil Maharishi Mahesh Yogi. Omogoča prehod iz enega psihičnega stanja v drugo, drugačno psihično stanje z uporabo »čudežnega reka oz. sugestije oz. mantre«. Meditacija je pravzaprav sodobna in zahodnemu svetu prilagojena različica mantra meditacije.
- *Meditacija z vizualizacijo* temelji na predstavljanju slik, procesov in aktivnosti, ki naj bi pomagale rešiti naše težave. Pozitivne predstave naj bi aktivirale sile, ki nam dajejo dodatno energijo za reševanje problemov (npr. za nastop na tekmovanju).

KOGNITIVNE TEHNIKE PRIPRAVE NA STRESNI DOGODEK

Kar verjamemo, močno vpliva na naša čustva in na naše obnašanje. Glavna naloga je, da najdemo poti, ki bi spremenile uničujoč način razmišljanja. Naš namen ni izločiti razmišljanje. Ne smemo pozabiti, da pride do trenutka, ko je odločujoče delo leve možganske polovice (analizator), ko gre za učenje oz. spreminjanje tehnike. Skozi kognitivne tehnike samo želimo doseči, da bi ljudje v svojih mislih našli korist in ne da bi z mislimi uničevali to, kar so si s trudom pridelali. Negativno razmišljanje je vzrok za stres, kar pripelje do slabega nastopa. Ali to potem pomeni, da bi morali vsi ljudje delovati po načelu: če nekaj misliš, da lahko narediš – boš naredil, če misliš, da nisi sposoben – pa ne boš naredil? Ni vse tako črno in belo, kot se zdi na prvi pogled. Pozitivne misli so kot nejasno posplošeno zdravilo, ki mu primanjkuje ena od sestavin. Razmišljati realistično in konstruktivno ter glede na to potem pridno trenirati pripelje do fizične in psihične moči, ki pripelje do zaželenega rezultata. Kljub temu še vedno ni stoodstotnega zagotovila, da bo takšen način pripomogel k doseganju cilja. To morajo ljudje razumeti. Najprej predstavljamo tehnike, ki predstavljajo most med telesnimi in mentalnimi tehnikami.

Tehnika praznjenja glave

Neredko se dogaja, da nas neka nevarnost ali grožnja zelo obremenjuje. Zaposluje naše misli, ki povzročajo stres, strah ali samo doživljanje neugodja. Kaj kmalu take negativne misli, podobe ali slike postanejo izvor dvomov, slabega počutja, anksioznosti, napetosti in posledično tudi depresivnosti. Povzročijo upad samozavesti in dolgoročno motivacije. S tehniko praznjenja glave se naučimo odstraniti take negativne misli ali dvome ter strahove in s tem pripraviti svoje misli oz. glavo na to, da se napolni s pozitivnimi slikami in predstavami, s katerimi bi naše vedenje usmerili, motivirali ali stabilizirali.

Tehnika vizualizacije in senzorizacije

Danes je v pripravi na stres verjetno najpogosteje uporabljena tehnika vizualizacije.



Omenjeno tehniko uporabljamo pri vseh mogočih strategijah za učenje soočanja s stresom ali predrugačenja samopodobe. Vizualizacija je oblika mentalnega predstavljanja. Gre lahko samo za predstavljanje nekega objekta ali aktivnosti, nastopa, treninga ipd. Uporabljamo jo:

- kot pomoč pri učenju novih motoričnih spretnosti in gibanj (npr. učenje novega elementa, ki ga vključimo v program),
- kot pomoč pri učenju oz. postavljanju strategije opravljanja stresne naloge,
- za odstranjevanje negativnih občutij oz. kot sestavni del tehnike sistematične desenzitizacije,
- kot tehniko treninga koncentracije,
- kot tehniko treniranja, kadar je nalogo nemogoče trenirati pred izvedbo, ko ne moremo trenirati na običajen način; in kot dodatni trening v primerih, ko je zaradi kateregakoli omejitvenega dejavnika nemogoče trenirati dlje časa ipd.,
- kot tehniko priprave na stresne dogodke (predstavljanje začetka pogajanj, kritičnih trenutkov ipd.),
- kot tehniko priprave na stresen nastop (mentalno ponavljanje nastopa poveča možnost avtomatizacije, povečuje gotovost v optimalno izvedbo, povečuje samozaupanje ipd.),
- kot pomoč pri učenju oz. usklajevanju nastopa med več delavci, ki skupaj nastopajo kot ekipa (pri čemer skozi posamično in skupno mentalno vadbo hitreje dosežejo optimalno usklajenost in jo avtomatizirajo).

Razvijanje pozitivnega mišljenja

Najpogosteje vizualizacijsko tehniko uporabljamo za vplivanje na razvoj pozitivnih stališč, mnenja o sebi, za dvig samozavesti, za pridobitev aktivnejše vloge, bolj pozitivne slike o sebi. Pomagamo si z mentalnim predstavljanjem sebe v ugodni sliki ali položaju, jaz kot uspešen človek, jaz kot uspešen pogajalec, ki dosega svoje cilje, jaz kot fizično tak, kot si želim biti. Neštetokrat si pomagamo tako, da si predstavljamo pozitivna gesla, napisana na belo prazno steno.

Zavedanje negativnega samogovora: ljudje na enake dogodke gledamo različno. Vsak človek ima svoj pogled in svoje mnenje o okolju, ki ga obdaja. Z mnenjem si ustvarimo tudi določena čustva. Določena mnenja postanejo sčasoma avtomatizirana. Tako se zgodi, da svoje mnenje zelo težko spremenimo. Seveda vse to vpliva na t. i. samopogovor oz. naše misli. Lahko so racionalne in produktivne ali nerazumne, neracionalne in uničujoče. Negativne misli so zelo specifične kot nekakšna diskretna sporočila, ki se pojavijo v zelo kratkem času ter jim skoraj vedno verjamemo ne glede na to, kako nerazumna so. Pojavijo se spontano, kar naenkrat jih imamo v glavi ter se jih zelo težko znebimo. Negativne misli pridobimo z življenjskimi izkušnjami in jih na srečo lahko tudi spremenimo. Ljudje se razlikujemo tudi po tem, kako zaznamo negativne misli. Ko smo v stresni situaciji, postanejo negativne misli manj določene, bolj verjetne in središče naše pozornosti. Zavedanje negativnih misli je pri ljudeh zelo pomemben korak, ki pomaga pri zmanjšanju stresa.

Zaustavljanje misli: ko ljudje spoznajo, da so njihove misli neproduktivne, jim lahko pomagamo s tehniko zaustavljanja misli. Ko se znajdeš v položaju s polno glavo negativnih



misli, si moraš zavpiti: »Stop!« S tem ustaviš negativni val in ga zamenjaš s produktivnimi mislimi. Vendar tehnika ne deluje dobro, če nimaš produktivnih misli že vnaprej pripravljenih.

Razumno razmišljanje: tehnika je uporabna v primerih, ko se posameznik ne more znebiti negativnih misli in jih zamenjati s konstruktivnimi. V takšnih primerih so negativne misli že tako zakoreninjene, da ljudje slepo verjamejo, da so resnične. Prvi korak k soočenju z nerazumnimi mislimi je odkrivanje le-teh. Kot smo že ugotovili, to ni lahko. Največkrat se pokažejo v nepredvidljivih situacijah, ko imamo o nečem drugačno mnenje, ko se nekdo ne obnaša po naših pravilih, ne preneseš stvari, ki niso take, kot bi morale biti itn. Izvor teh problemov je poskušanje posameznika, da bi nadzoroval neko situacijo ali ljudi, ko to ni mogoče. Ključ do rešitve je v tem, da posameznik spozna, da so nekateri dogodki in stvari zunaj njegovega dosega.

Pametni govor (vcepitev stresa): obstaja še nekaj drugih kognitivnih tehnik za obvladovanje stresa. Ena od njih je tudi »vcepitev stresa« (angl. Stress Inoculation). Tehnika pomaga razviti hierarhijo stresa. Vključuje deset do petnajst specifičnih dogodkov, ki povzročajo različno stopnjo napetosti. Dogodki so rangirani od najmanj stresnega do najbolj stresnega. Ljudje dogodke povežejo z negativnimi mislimi, ki so jih doživeli ob njih. Nato morajo razviti pozitivne samougotovitve in jih zamenjati z negativnimi, ki so napisani na listu. Podrobno jih morajo proučiti. Človek začne z najmanj stresno situacijo. V mislih si jo poskuša predstavljati. Skuša občutiti stres, ki bi ga v realnosti doživeljal. Nato uporabi tehniko sproščanja in tehniko zamenjave negativnih misli s pozitivnimi. To nadaljuje toliko časa, dokler ne občuti več napetosti ob tem dogodku. Tako se loti vsakega naslednjega dogodka.

Predstavljene so osnovne tehnike in strategije za izboljšanje samoregulacijskih spretnosti in čustvene zrelosti ter stabilnosti. A se je treba zavedati, da gre za proces, ki potrebuje veliko vadbe, veliko podpore ljudi okrog vas in samega sebe ter jasno in močno motivacijo, željo, da resnično dosežemo neki napredek v stopnji samokontrole.

LITERATURA

Hogan, R., Johnson J., Briggs S. (1995). Handbook of personality psychology. San Diego, London, Boston, New York, Sydney, Tokio, Toronto: Academic Press.

Hoyt, M.A., Austenfeld, J. in Stanton, A.L. (2016). Processing coping methods in expressive essays about stressful experiences: Predictors of health benefit. Journal of Health Psychology. Vol. 21(6), 1183–1193.

Kosović, D. (1989). Stres. Nikšić: Univerzitetaska riječ.

Lazarus, R. L. (1966). Psychological Stress and the Coping Process. New York: Mcgraw-Hill.

Lazarus, R. S. in Folkman, S. (1984). Stress, Appraisal in Coping. New York: Springer Verlag.



Lindemann, H. (1977). Premagani stres. Človek in vsakdanji pritiski. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Looker, T. in Gregson, O. (1993). Obvladajmo stres. Kaj lahko z razumom storimo proti stresu. Ljubljana: Cankarjeva založba.

Musek, J. (1997). Znanstvena podoba osebnosti. Ljubljana: Educy.

Selye, H. (1956). The Stress of Life. New York: Mc Graw-Hill Book Co., Inc.

Tušak, M. in Tušak, M. (2003). Psihologija športa. Ljubljana: Znanstveni inštitut Filozofske fakultete.

Vizek Vidović, V. (1990). Stres u radu. Zagreb: Radna zajednica republičke konferencije saveza socialističke omladine Hrvatske.

SODOBNA OSKRBA IN ZAŠČITA OGROŽENE KOŽE

Matej Kosi, regijski specialist – znanost in izobraževanje

3M SEE regija



Izzivi medicinskih sester na področju zdravstvene
nege in oskrbe rane, inkontinence in stome

Zreče, 29. in 30. marec 2019



Poškodbe kože, ki se pojavijo v zdravstvenih organizacijah lahko predstavljajo negativen vpliv na zdravljenje in predstavljajo potencialno možnost za nastanek različnih zapletov, kot so: okužba, bolečine in trpljenje ter slabo bolnikovo izkušnjo. Poleg tega pa poškodbe kože povečujejo obseg dela zdravstvenih delavcev in obseg dodatnih stroškov zdravljenja.

Daljša izpostavljenost kože škodljivim vplivom dražečih snovi, vlage, trenja, strižnih sil in lepil, lahko počasi privede do poškodb kože kot so:

- Poškodbe kože zaradi vlage (MASD-Moisture-Associated Skin Damage):
 - o Inkontinenčni dermatitis
 - o Peristomalne poškodbe kože
 - o Poškodbe kože v okolici kroničnih ran
 - o Poškodbe kože zaradi vlage v kožnih gubah in pregibih
- Razjede zaradi pritiska
- Poškodbe kože zaradi lepljenja (MARSI-Medical adhesive-Related Skin Injury)

Tradicionalna zaščitna sredstva za kožo, kot so zaščitne kreme, mazila ali paste so dolga leta predstavljala edino možnost za preprečevanje poškodb kože, a imajo kar nekaj slabosti. Mnogokrat niso dovolj učinkovita za zaščito kože, saj niso obstojna in ne zagotavljajo zaščite dovolj dolgo. Ne omogočajo nemeščanja na vlažno, rosečo ali poškodovano kožo, saj se ne sprimejo s kožo in zato ne zagotavljajo učinkovite zaščite. So zahtevna za odstranjevanje in pri odstranjevanju zahtevajo dodatno mehansko draženje in celo možnost dodatnih poškodb. Preprečujejo oceno stanja kože, saj se nanašajo v debelejšem sloju in niso prozorna. Niso primerna za uporabo okoli stom in fistul, saj zaradi svoje sestave ne omogočajo lepljenja.

3M™ Cavilon™ Napredna zaščita za kožo je revolucionarni izdelek s posebno formulo polimerov in cianoakrilata, ki je namenjen oskrbi zmerno do močno poškodovane kože in zaščiti zdrave ogrožene kože. Izjemno tanek, a kljub temu visoko obstojen zaščitni barierni sloj je mogoče nanesti tudi na vlažno in rosečo kožo, kar zagotavlja zaščitno okolje in odbija dražeče tekočine ter podpira optimalno celjenje.

Kakšna je revolucionarna tehnologija, ki pomaga pri oskrbi poškodovane in ogrožene kože? Formula sestave je povsem drugačna kot pri podobnih izdelkih za zaščito in oskrbo kože.

- Edinstven elastomeren polimer – **Akrilni tetrapolimer** ustvari elastičen zaščitni sloj, kar omogoča raztezanje in prilagajanje gibanju ter preprečujejo razpokanje zaščitnega sloja, kot je lahko pogosto vidno pri podobnih izdelkih. To omogoča zanesljivejšo barierno funkcijo, obstojnost in odlično zaščito pred dražečimi snovmi, kot so prebavni sokovi, tekoče blato ali drugi agresivni telesni izločki. S svojo obstojnostjo pa zmanjšuje potrebo pogostega ponovnega nanašanja, saj je nanašnje 2x ali 3x tedensko povsem dovolj v primerjavi z nanašanjem po vsaki epizodi čiščenja kože.
- Revolucionarna **kombinacija polimerov in cianoakrilata** omogoča nanašanje zaščite tudi na kožo, ki je vlažna ali rosi. To pomeni, da zaščitni sloj ostane na mestu tudi kadar je koža že močno poškodovana. Ko je zaščitni sloj nanešen na kožo, ustvari okolje, ki odbija



dražeče snovi in ugodno vpliva na celjenje in ugodje bolnika. Pomembo je razumeti, da zaščitno sredstvo, ki se ne sprime s kožo, ne more ustvariti učinkovite zaščite.

- **Nepekoče topilo** (heksametildisiloksan) pa je nosilec in prenašalec polimerov in cianoakrilata na kožo in zaradi svoje sestave ne peče tudi če pride v stik z že poškodovano kožo. Po nanosu zaščitnega sloja na kožo izjemno hitro izhlapi in se posuši, na koži pa ostane učinkovit zaščitni sloj.

3M™ Cavilon™ Napredna zaščita za kožo je tudi zračna in dovoljuje prehod vodni pari, kar pripomore k običjani funkciji kože in povečuje udobje. Hkrati pa ne zahteva odstranjevanja in pri čiščenju ni potrebno dodatno mehansko draženje kože, kar povečuje udobnost bolnikom in hkrati enostavnejšo nego negovalnemu osebju.

3M™ Cavilon™ Napredna zaščita za kožo je namenjena zaščiti in zdravljenju pri poškodbah kože zaradi vlage. Za oskrbo inkontinenčnega dermatitisa, poškodovane kože v okolici stom in fistul ter okoli kroničnih ran in v kožnih pregibih in gubah. Za oskrbo poškodovane kože pri bolnikih, ki so ogroženi za nastanek razjede zaradi pritiska in v predelih, kjer je lepljenje oblog za rane otežkočeno. Namenjena pa je tudi zaščiti poškodovane kože pri pogosti uporabi lepljivih pripomočkov, ki s svojo uporabo na istem mestu ogrožajo kožo in jo lahko tudi poškodujejo (npr. Uporaba sistema za celjenje ran z negativnim pritiskom).

Hkrati pa je namenjena tudi zaščiti ogrožene kože, kadar je kože nepoškodovana pri prisotnosti fekalne, urinske ali mešane inkontinence, izločkov pri bolnikih s stomami (tudi traheostoma) in fistulami ter za zaščito kože v okolici kroničnih ran z večjo količino izcedka (diabetične razjede, golenje razjede in okužene rane). Ščiti pa tudi kožo pred vlago, trenjem in strižnimi silami.

3M™ Cavilon™ Napredna zaščita za kožo pomaga tako bolnikom, kot tudi zdravstvenim delavcem, ki se ukvarjajo z nego bolnikov.

Za bolnike:

- Preprečuje poškodbe kože in vzdržuje kožo v dobrem stanju
- Ščiti kožo pred dražečimi in agresivnimi telesnimi izločki vključno s tekočim blatom in prebavnimi tekočinami
- Ustvari okolje, ki spodbuja celjenje
- Zmanjšuje bolečino povezano z zdravljenjem inkontinenčnega dermatitisa
- Izboljšuje celotno izkušnjo zdravljenja

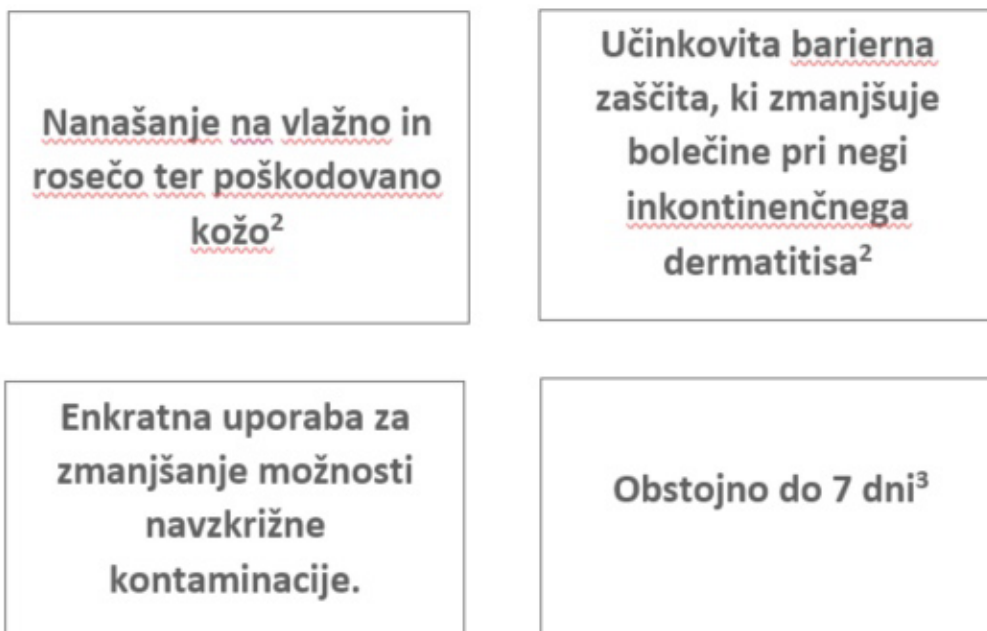
Za zdravstvene delavce in ustanove:

- Zmanjšuje potrebo po pogostem ponovnem nanašanju
- Zmanjšuje možnost navzkrižnih kontaminacij in okužb, ki so sicer možne pri uporabi tradicionalnih izdelkov za večkratno uporabo
- Zmanjšuje potrebne stroške za nego
- Izboljšuje uspešnost bolnikovega zdravljenja



3M™ Caviion™ Napredna zaščita za kožo je del linije izdelkov 3M™ Caviion™, ki obsega:

- Caviion™ Nepekoč zaščitni film za kožo
- Caviion™ Trajna zaščitna krema
- Caviion™ Krpice za čiščenje in nego pri inkontinenci



LITERATURA

Been RA et al. In vivo methods to evaluate a new skin protectant for loss of skin integrity. Wound Repair and Regen. 2016; 24: 851-859

Brennan, Mary R.; Milne, Catherine T.; Agrell-Kann, Marie; Ekholm, Bruce P. Clinical Evaluation of a Skin Protectant for the Management of Incontinence Associated Dermatitis: An Open-Label, Nonrandomized, Prospective Study. J of WOCN 2017. 44(2):172-180.

3M data on file. EM-05-01 3924.

Bliss DZ, Zehrer C, Savik K, Smith G, Hedblom E. An economic evaluation of four skin damage prevention regimens in nursing home residents with incontinence. J WOCN 2007;34(2):143-52.

Bureau of Labor Statistics. Occupational Employment Statistics for 31-1014 Nursing Assistant. (May 2015). Accessed on 5/18/2016 <http://www.bls.gov/oes/current/oes311014.htm>

Heidegger CP; Graf S; Perneger T; Genton L; Oshima T; Pichard C. The burden of diarrhea in the intensive care unit (ICU-BD). A survey and observational study of the caregivers' opinions and workload. Int J Nurs Stud. 2016 Jul;59:163-8.



PROLOCO MEDICO

Življenje v gibanju.

Zelena zdravila
Antiastmatični program
Otroški program
Športni program
Kozmetika in higiena
Program za diabetike
Medicinski pripomočki
Ortopedski pripomočki

Terapevtski pripomočki
Sanitetni pripomočki
Medicinski aparati
Pripomočki za stomo
Pripomočki za inkontinenco
Sanitarni pripomočki
Ortopedska obutev
Zaščitna sredstva



Trgovina z medicinskimi
in ortopedskimi pripomočki

Hrvatski trg 1, Ljubljana

Tel.: (01) 439 83 00

www.proloco-medico.si

