

NEGA BOLNIKA Z RAKOM V OTORINOLARINGOLOŠKEM PODROČJU

Z. Kurent

Uvod

Nega je sestavni del celostnega zdravljenja bolnika z rakom, ozdravljenem in še posebej pri neozdravljenem. S skrbjo za telo in rehabilitacijske pripomočke vzdržujemo dobro telesno počutje in preprečujemo zapletljaje, z umetnostjo poslušanja in s pravilno izbrano besedo pa pri bolniku zmanjšujemo tesnobnost in mu vračamo vero v smisel življenja. Ustrezna nega je torej eden od pogojev za doseg telesne, duševne, socialne in delovne sposobnosti.

Odpust iz bolnišnice

Bolnikov z rakom živi več doma kot pa v bolnišnicah ali ustanovah za onemogle. Izredno pomembna je tesna povezava med kliničnim zdravnikom in zdravnikom, ki prevzame skrb za bolnika v domačem okolju. Bolnik in njegovi najbližji sprejmejo to sodelovanje kot zagotovitev za reševanje vseh novo nastalih zdravstvenih težav in predvsem kot nadaljevanje strokovne nege, ki je bil prizadeti deležen na kliniki.

Odpust bolnika z rakom iz bolnišnice je zato potrebno skrbno načrtovati. Vključeni so bolnik, njegova družina, klinični zdravnik, socialni pedagog in oddelčna sestra ter zdravstvena služba okolja, kjer je bolnik doma. Načrt zdravstvene nege naredimo na osnovi bolnikovih osebnih potreb in možnosti, ki jih nudi njegovo okolje. Bolnik in svojci dobijo natančna navodila za nego, prehrano, osebno higieno in pripravo bivalnega prostora. Prejmejo tudi določeno količino potrošnega materiala, dve kanili in naročilnico za nabavo inhalatorja ali drugih rehabilitacijskih pripomočkov.

Pomembna so sporočila kliničnega zdravnika bolnikovemu osebnemu zdravniku kot tudi kasnejše povratne informacije o napredovanju bolnika, o njegovih sposobnostih in odvisnostih, o odnosu do bolezni in vključevanju v okolje. Za mnoge bolnike je pomembno sodelovanje v skupinah in organizacijah, ki združujejo ozdravele in bolne z enako usodo.

Nega bolnika v domačem okolju

Domači zdravnik skrbi za bolnikovo psihofizično stanje: v svoji ordinaciji in na bolnikovem domu ugotavlja in zdravi spremljajoče bolezni, nadzira nego in jo v posebnih primerih tudi sam izvaja. Traheotomirani in laringektomirani bolniki nosijo doma plastično ali kovinsko kanilo. Ta je sestavljena iz zunanega in notranjega dela. Z večkratnim čiščenjem notranjega vložka čez dan preprečimo zasušitev izločkov in zamašitev kanile.

Laringektomirani bolniki si praviloma sami menjavajo kanilo in skrbijo zanjo, medtem ko traheotomirani bolniki hodijo na menjavo kanile v zdravstveni dom. Bolnik ima najmanj dve kanili: eno nosi, drugo čistimo in steriliziramo. Razstavljeno kanilo najprej namakamo v razkužilu (npr. 2% Desol), nato jo očistimo s krtačko pod tekočo vodo. Kovinsko kanilo prekuharno ali steriliziramo v avtoklavu, medtem ko plastično kanilo obdelamo v plinskem sterilizatorju ali jo razkužimo s polurnim namakanjem v 3% Gigaseptu ali 15 minutnim v 2% vodikovem peroksidu.

Sledi spiranje s fiziološko raztopino. Kanilo do naslednje uporabe hranimo v suhi sterilni posodi ali prelikanem robcu.

Redna uporaba kanile prerečuje nevarno zožitev traheostome. Samo zdravnik specialist lahko določi, kdaj nošenje kanile ni več potrebno.

Zamenjavo kanile naj bi po možnosti izvedli vsak dan, le v nekaterih primerih je še dopustno menjavanje na dva do tri dni.

Kanili sta različne dolžine, tako da prosti rob ne pritiska stalno na isto mesto sapnikove stene. S tem zmanjšujemo možnost nastanka razjed ali granulacij. Do vnetja v predelu traheostome ne pride, če kanilo menjavamo redno, upoštevamo pravila asepse, skrbno obrišemo izločke in uporabljamo nevtralno ali, po potrebi, zdravilno mazilo.

Kanilo zamenjamo sede, prej pa si že pripravimo čisto kanilo, potrošni material in mazilo.

Večina bolnikov ima že pred operacijo restriktivne in obstruktivne dihalne motnje, ki jih neposredna izpostavljenost dihal onesnaženemu, suhemu in neogretemu zraku lahko še poslabša. Zastoj gostega izločka pogojuje vnetje sapnika in bronhijev, razvijejo se lahko pljučnica, atelektaza ali pljučni absces. Suhe obloge lahko kaj hitro ogrozijo bolnikovo življenje, zato priporočamo redne vlažne inhalacije, v bivalnem prostoru pa primerno temperaturo in vlago, ki jo po možnosti vzdržujemo s čistilcem in vlažilcem zraka.

Operiranec naj se na samem čim pogosteje odkašlja. Tlak v dihalih si zveča na ta način, da s prstom zatesni traheostomo in ga odmakne, ko je tlak v prsnem košu največji. Bolnik je sprejemljivejši za okolico, če uporablja visok ovrtnik, šal ali ruto.

Bolnik po obsevanju in kemoterapiji

Akutne reakcije kože se pozdravijo v dveh do treh tednih po zaključenem obsevanju, fibroza, atrofija in hiperpigmentacija pa predstavljajo kasno in stalno posledico te oblike zdravljenja. Tako spremenjena koža je občutljivejša, zaščititi jo je potrebno pred trenjem, visokimi in nizkimi temperaturami, sončnimi žarki in drugimi poškodbami.

Kombinirano obsevalno in kemično zdravljenje ustne votline in žrela povzroči trajno okvaro žlez slinavk; to poslabša obrambno sposobnost sluznice, ki je že tako ranljiva, zabrazgotinjena in atrofična. Morebitne pooperativne anatomske spremembe ali lokalno neozdravljena bolezen hromijo čistilno funkcijo jezika in ustvarjajo predele, ki se po naravni poti ne izčistijo. Ustrezna ustna higiena

vključuje obzirno krtačenje zob, vsakodnevno čiščenje zobne proteze ali obturatorja, pogosto spiranje z razredčenim razkužilom (Hexoral, vodikov peroksid) in mehanično čiščenje "žepov" z vatirano paličico ali aspiratorjem. Po potrebi uporabljamo topikalni antimikotik ali sistemsko antibiotik. Posebno pozornost moramo posvetiti vsestransko bogati in primerno pripravljene hrani ter umirjenemu zauživanju požirkov in grizljajev. Odsvetujemo prekomerno začinjene jedi, alkohol in kajenje.

Razvrstitev bolnikov

Glede na odvisnost od področne zdravstvene službe ločimo tri skupine bolnikov. V prvi skupini so stari, onemogli in neozdravljeni bolniki, ki so popolnoma odvisni od patronažne sestre oziroma zdravnika. Bolnike druge skupine ambulantno negujejo medicinska sestra, osebni zdravnik ali specialist. V tretji skupini so bolniki, ki se negujejo sami ali jim pri tem pomagajo njihovi najbližji. To so večinoma laringektomirani bolniki. Patronažna sestra skrbi le za preskrbo s prevezovalnim materialom in ob rednih občasnih obiskih ocenjuje stanje, svetuje bolniku in skrbi, da bolnik hodi na redne kontrolne preglede v kancerološko ambulantno.

Osebni zdravnik spremlja razmere, v katerih bolnik živi. S skrbnim poznavanjem zdravstvenega stanja in kakovosti nege lahko bolnika uvrsti v lažjo ali težjo skupino in po potrebi odredi predčasen kontrolni pregled, zdravljenje v bolnišnici ali nastanitev v domu za onemogle.

Zaključek

Rak v otorinolaringološkem področju in njegovo zdravljenje pomenita za mnoge bolnike hudo prizadetost zaradi izgube ali okrnitve osnovnih življenjskih funkcij in pogojev (hranjenje, komunikacija), pogosto pa tudi zaradi vidne spremembe zunanosti.

Bolnikovo stanje zahteva stalno nego, ki je nedvomno učinkovitejša, če jo izvajajo motivirani bolnik in njegovi najbližji, kot pa če je prizadeti posameznik povsem odvisen od obremenjene zdravstvene službe. Ustrezna nega v domačem okolju dviguje kakovost življenja, preprečuje zapletljajev in zmanjšuje potrebo po izvajanju zdravstvene nege v bolnišnici.

Literatura:

- Tschudin V. Nursing the patient with cancer. London: Prentice Hall, 1988.
Raven R. Rehabilitation and continuing care in cancer. Parthenon Publishing Group, 1986.
Jupp M, Sims S. Discharge planning. Nursing Times 1986; 82: 40-42.
Kambič V. Tudi brez grla je vredno živeti. Ljubljana: Rdeči križ, 1986.