

OSKRBA POOPERATIVNE RANE NA DOMU

Ksenija Peterlin, dipl. m. s.

Onkološki inštitut Ljubljana

Vesna Ostrožnik, dipl. m. s.

Onkološki inštitut Ljubljana

Slavica Živić, viš. med. ses.

Onkološki inštitut Ljubljana

Povzetek

Medicinska sestra (MS) se pri svojem vsakdanjem delu na Onkološkem inštitutu srečuje z najrazličnejšimi operativnimi ranami. Delo na kirurškem oddelku zaradi raznovrstnosti dela in okolja predstavlja za MS velik izziv. Zaradi vse večjega števila bolnikov, ki potrebujejo zdravljenje in hitrejših odpustov bolnikov iz bolnišnice v domače okolje, pa predstavlja za MS vse večjo odgovornost. Pri tem je njena glavna naloga dobro informiranje in ozaveščanje bolnika, pri katerem je bistvena ustrezna komunikacija med zdravnikom, medicinsko sestro in bolnikom.

Ključne besede: kirurška rana, zdravstvena vzgoja, odpust

Uvod

Kirurško zdravljenje je ena od osnovnih dejavnosti Onkološkega inštituta Ljubljana. Glede na medicinsko diagnozo, stopnjo bolezni, klinično stanje bolnika in sprejete klinične prakse je lahko operativno zdravljenje primarno ali pa sledi predhodnemu obsevanju in/ali sistemskemu zdravljenju (Uršič, Ostrožnik, 2006). Izvajamo kurativne in paliativne operativne posege, diagnostične operativne posege in posege za oceno razširjenosti bolezni, s katerimi rešujemo posebne zaplete po specifičnem onkološkem zdravljenju. Pri onkoloških bolnikih se srečujemo s postoperativnimi ranami, ranami, ki so specifične za onkološke bolnike (maligne kožne rane, radio-dermatitis, ekstravazacija) in tudi drugimi akutnimi ali kroničnimi ranami, ki so posledica drugih spremljajočih bolezni.

Rane lahko glede na vzrok nastanka delimo na:

- akutne (kirurška, poškodba, opeklinska rana),
- kronične (razjeda zaradi pritiska, rana zaradi malignega obolenja, razjeda, diabetično stopalo, infekcija kirurške rane).

Rane se celijo:

- primarno (zaprte),
- sekundarno (odprte).

Naloga medicinske sestre:

- Ugotavljamo stanje rane:
 - čista/suha,
 - krvavi,
 - gnojna,
 - vneta,
 - drenirana.
- Opazujemo/ beležimo izločeno vsebino:
 - barvo,
 - količino,
 - vonj.
- Spremljamo bolečino rane:
 - ni prisotna,
 - občasna,
 - stalna,
 - pri menjavi obloge (Lipovšek, Jokič 2008).

Prevez je negovalno-terapevtska aktivnost MS, s katero želimo preprečiti sekundarne okužbe rane, vzdrževati idealne mikroklimatske pogoje (temperaturo, vlago) in preprečiti ponovne mehanične in kemične poškodbe mladega vezivnega tkiva. Pri prevezi rane je pomembna individualna in celostna obravnava bolnika (Uran, Fabjan Rojko, 2008). Prvo prevezo rane praviloma naredi kirurg, ki je bolnika operiral, in sicer drugi do tretji dan po operativnem posegu. Nadaljnje preveze izvaja MS, razen ko je potrebna preveza glede na stanje rane s strani kirurga (Uršič, Ostrožnik, 2006). Pri delu z bolnikom je prvo vodilo preprečevanje okužbe rane. MS lahko uspešno pripomore k celjenju rane, če pozna patofiziološke mehanizme, zna prepoznati in oceniti stanje rane in njeno okolico, stopnjo bolečine in pravilno uporabiti nove, sodobne materiale za njeno oskrbo.

Zaradi krajšanja bolnišničnega zdravljenja in hitrejših odpustov bolnikov iz bolnišnice pa je vedno večja odgovornost na MS, kajti vsa skrb za dobro pooperativno okrevanje se je prenesla iz bolnišnic na dom. MS mora dati velik poudarek na zdravstvenovzgojnem delu bolnika in svojcev ter ustno in pisno obveščati patronažno sestro o bolnikovem prihodu domov in o njegovih zdravstvenih potrebah. Bolnika odpustimo domov z ustreznimi ustnimi in pisnimi navodili zdravniku (odpustno pismo) in patronažni sestri (odpustni dokument zdravstvene nege), saj je le na ta način mogoče bolnika varno odpustiti iz bolnišnice v zgodnjem pooperativnem obdobju. Tako je glede na potrebe vsak bolnik obravnavan individualno v multidisciplinarnem timu.

Med okrevanjem po operaciji le redko pride do zapletov (pri približno 10 % bolnikov). Pomembno je, da zaplete čim prej prepoznamo in primerno oskrbimo, da so bolniki in svojci dobro informirani in pozorni na možne zaplete, saj zgodnje zdravljenje precej omili težave.

MS bolnika in svojce pouči, na kaj morajo biti pozorni:

Krvavitev

Bolnik mora biti pozoren na operirani predel. Če opazi, da kri zamaka skozi obliž ali povoj, je treba ugotoviti obseg krvavitve in preprečiti nadaljnjo krvavitev. Izvajamo kompresijo. Kot posledica krvavitve v podkožje lahko nastane hematoma, kar bolnik čuti kot pritisk v predelu operativne rane. Prepoznamo ga po modrikasto-rdeči oteklini v okolici rane, posebej nevarno pa je večanje oteklina. Bolnik naj bo pozoren tudi na vsebino drenažne steklenice, če se nabira sveža in/ali strjena kri - sokrvica. Pri teh znakih je potrebna predčasna kontrola pri lečečem ali dežurnem kirurgu onkologu (Uršič, Ostrožnik, 2006).

Infekcija rane

Pri infekciji postane izloček rane obilnejši in včasih smrdeč. V okolici rane se razvije rdečina in oteklina. Celotno področje je bolj boleče in občutljivo. Lahko se pojavi povišana telesna temperatura, kri, gnoj v rani, dehiscenca rane (Kerin Povšič, 2008). Tako rano, ki se celi sekundarno, lahko previjamo tudi večkrat dnevno z ustreznimi oblogami; običajno zahteva uvedbo antibiotika, zato je potrebna predčasna kontrola pri lečečem ali dežurnem kirurgu.

Dreniranje seroma

Serom je pooperativno nabiranje limfne tekočine v rani, ki mora iztekati skozi kirurške drene v drenažno steklenico. Kirurški dreni so cevke ali trakovi, namenjeni

za odvajanje izcedka iz rane ali telesne votline (Lipovšek, Jokič, 2008). Običajno jih vstavimo že med samim operativnim posegom ali pa kasneje pri morebitni infekciji rane. Zaradi hitrih odpustov bolnikov iz bolnišnice večina bolnikov odhaja domov z drenažno steklenico s podtlakom. Bolnika in svojce poučimo o dnevni menjavi drenažne steklenice, pokažemo mu postopek menjave ter ga opozorimo, naj bo pozoren na količino in barvo izcedka. Bolnik naj dnevno ob menjavi drenažne steklenice zabeleži količino izločka, da ob kontroli kirurg vidi dinamiko. Posebej pozoren pa naj bo na delovanje in prisotnost podtlaka v drenažni steklenici; ob izpusta podtlaka naj ponovno zamenja drenažno steklenico. Če se bolnik tega ni sposoben naučiti in nima v bližini svojcev, ki bi mu pri tem pomagali, moramo poskrbeti, da o tem obvestimo patronažno službo, ki ji predamo ustrezna navodila (Uršič, Ostrožnik, 2006).

Prevez rane

Način preveza rane vedno odredi kirurg, MS pa ob odpustu bolnika domov preda pisna in ustna navodila bolniku in patronažni MS. Bolnik dobi tudi kartonček z določenim datumom kontrole pri lečečem kirurgu, ki ga določi kirurg, in telefonsko številko, na katero se lahko obrne ob zapletih. Zdravnik mu tudi pove, kdaj je predvidena odstranitev šivov. Onkološki bolniki odhajajo domov tudi s kroničnimi ranami, ki zahtevajo izbiro sodobnih oblog. Pogosto na domu nastajajo težave pri prevezih zaradi manjše izbire sodobnih oblog, kot so na razpolago v bolnišnicah, v patronažni službi pa pogosto ne oz. ne v zadostni količini ali kakovosti (Uršič, Ostrožnik, 2006). Bolnik s kronično rano se doma poleg strahu in tesnobe srečuje tudi z različnimi težavami, ki ga lahko dodatno obremenjujejo. Prisotne so lahko bolečina, velika količina izločka, neprijeten vonj, okužba rane, nekroza tkiva, srbež (Vrhovnik et al., 2008). Z izbiro sodobnih oblog lahko bolniku zmanjšamo trpljenje, saj pospešujejo hitrejše celjenje rane in nastajanje novih granulacij, manj pogosti so prevezi, boljša je zaščita pred okužbo, boljši je estetski videz in stroški zdravljenja so manjši, kljub dragim sodobnim materialom. Strokovna in učinkovita oskrba kroničnih ran je pokazatelj kakovosti dela zdravstvene nege in vpliva na bolnikovo počutje in zadovoljstvo. Zato je znanje MS o pravilni izbiri sodobnih oblog ključnega pomena in tudi njena dolžnost predaje navodil o oskrbi rane patronažni službi.

Bolečina

Osnovni simptom kirurške rane je akutna pooperativna bolečina. Zavedanje o potrebi učinkovitega lajšanja bolečine po operaciji narašča. Z učinkovitim lajšanjem pooperativne bolečine veliko doprinesemo h kakovosti oskrbe bolnika, izboljšamo izid operativnega zdravljenja, skrajšamo hospitalizacijo in rehabilitacijo. Edini zanesljivi pokazatelj pooperativne bolečine je bolnikova izpoved (Krčevski-Škvarč, 2010). Bolečina vpliva

na razpoloženje in zadovoljstvo bolnika, otežuje gibanje ter ovira počitek in spanje, zato je obvladovanje bolečine eden bistvenih ciljev pooperativnega obdobja. Zdravnik izbere zdravilo za lajšanje bolečine glede na jakost in vrsto bolečine (Lahajnar, 2010). Bolnik ob odpustu v domače okolje dobi recept za ustrezne analgetike ter natančna navodila glede jemanja zdravil proti bolečinam. Pri tem poudarimo, kako pomembno je redno jemanje predpisane analgetične terapije, zato da se bolnik zaveda, da jemanje zdravil pozitivno vpliva na celjenje rane in razgibavanje. Pri odpustu bolnikov z napredovalo boleznijo ali po večjih operativnih posegih, ko je prisotna kronična bolečina, pa take bolnike odpuščamo z že urejeno in obvladano bolečino. Bolnika in svojce v protibolečinski ambulanti poučimo glede ravnanja ob morebitnih ukrepih in o možnih zapletih, dobijo ustrezna pisna in ustna navodila. O tem pisno in ustno obvestimo tudi patronažno službo (Uršič, Ostrožnik, 2006). Zdravljenje bolečine je odgovornost celotnega tima. Dobra komunikacija in povezovanje med člani skupine, ki skrbijo za bolnika, pripomoreta k bolj uspešnemu zdravljenju bolečine.

Stome

Nekatera rakava obolenja in tudi druge bolezni zahtevajo operativni poseg, katerega posledica je dihalna stoma (traheostoma), hranilna stoma (gastrostoma, jejunostoma) ali izločalna stoma (kolostoma, jejunostoma, urostoma), ki bolniku docela spremeni telesno podobo (Uršič, Ostrožnik, 2006). Tako za MS kot za bolnika je izrednega pomena pravilna izbira pripomočkov za oskrbo stome, saj mu morajo zagotavljati udobje in varnost. Bolniku svetujemo pri izbiri najprimernejših pripomočkov za oskrbo stome in ga čim prej aktivno vključimo v oskrbo. Da vključimo družino v proces učenja negovanja stome, moramo imeti privolitev bolnika, vendar ne smemo pustiti, da bi vso skrb prevzeli svojci, če vemo, da se bo bolnik z našo pomočjo in pomočjo svojcev postopno naučil sam oskrbeti stomo (Jurgec, 2010). Večina vsaj na začetku potrebuje pomoč patronažne sestre in enterostomalnega terapevta, saj živijo sami, so slabo pokretni, zaradi starosti in bolezni se niso sposobni naučiti negovanja stome oz. menjave vrečke. Poučimo jih o možnih komplikacijah stome in okolice kože (paste, posipi, filtri) ter pravilni uporabi pripomočkov za večje udobje (pripomočki za čiščenje, robčki za zaščito kože, kožne podloge in vrečke za stomo...). Bolnika seznanimo s prostovoljnimi društvom, ki mu daje potrebno samozavest, omogoča nove stike in izmenjavo izkušenj, ter se na bolnikovo željo tudi dogovorimo za srečanje z dobro rehabilitiranim stomistom (Uršič, Ostrožnik, 2006). MS si prizadeva, da bolnika v času hospitalizacije usposobi, da bo ob odhodu domov sam sposoben skrbeti za svojo stomo, jo sprejel za svojo in se ponovno vključil v normalno življenje. Pred odpustom domov dobi bolnik naročilnico za brezplačne ortopedske pripomočke, ki jih lahko dobi v ortopedskih trgovinah. Ustno in pisno obvestimo patronažno sestro o nadaljnjih zdravstvenih potrebah bolnika. Če bomo ob svojem delu dosegli popolno neodvisnost bolnika s stomo, sprejetje

stome, ponovno vključitev v normalno aktivno življenje, čim hitrejšo zacelitev rane in preprečili okužbe rane, smo na pravi poti (Jurgec, 2010).

Zaključek

Zdravstvena nega bolnika na domu je svojevrstna, saj so doma drugačne razmere kot v bolnišnici ali ambulanti. Bolnik je zato odvisen od samooskrbe, obiskov patronažne službe in pomoči družinskih članov ter njihove pripravljenosti za sodelovanje. Zaradi vse hitrejših odpustih bolnikov iz bolnišnice je še toliko bolj pomembna dobra informiranost bolnikov in svojcev ter dobra povezava s patronažno službo, ki bolniku pomaga, da se ponovno vključi v aktivno življenje, zmanjšuje strah, krepi samozavest in ustvarja dobro rehabilitacijo v domačem okolju.

Literatura

1. Hajdinjak A. Sodobna zdravstvena nega. Ljubljana, 2006.
2. Henderson V. Osnovna načela zdravstvene nege. Geneva, 1997.
3. Ivanuša A, Železnik D. Standardi aktivnosti zdravstvene nege. Maribor: 2002.
4. Jurgec D., Revija Vita, Živeti s stomo. http://www.revija-vita.com/Patronaza/_iveti_s_stomo/_iveti_s_stomo.html (22.01.2010).
5. Kearney N, Richardson A (eds.). Nursing patients with cancer: principles and practice. Edinburgh, New York: Elsevier, Churchill Livingstone, 2006.
6. Kerin Povšič M. Okužbe malignih kožnih ran. In: Vilar (ur.) V. Mednarodni simpozij okužba ran, Postojna, 3. – 4. oktober 2008, Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2008.
7. Kisner N., Rozman M., Klasinc M., Pernat S. Zdravstvena nega. Maribor: Obzorja, 2001.
8. Krčevski-Škvarč N, Lajšanje bolečine po operaciji. http://www.medicinski-mesecnik.com/strokovni_abstract/lajsanje_bolecine_poOP.htm (22.01.2010).
9. Lahajnar S., Revija Vita, Bolečina – pogost znak neozdravljive bolezni, http://www.revija-vita.com/Paliativna_oskrba/Bolecina_-_pogost_znak_neozdra/bolecina_-_pogost_znak_neozdra.html (22.01.2010).
10. Lipovšek B., Jokič R. Zdravstvena nega bolnika v kirurški intenzivni terapiji. In Vilar V. Mednarodni simpozij zdravstvene oskrbe in nege ran, Čatež, 7.-8. marec 2008, Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2008.
11. Manley K, Bellman L (eds.). Surgical nursing: advancing practice. Edinburgh: Churchill Livingstone 2000.

12. Royal College of Nursing. Day surgery information. London: Royal College of Nursing, 2004.
13. Salter M. Spremenjena telesna podoba. London: John Wiley & Sons Ltd, 1988.
14. Uran M, Fabjan Rojko P. Zdravstvena nega okuženih ran. In: Vilar V. (ur.) Mednarodni simpozij okužba ran, Postojna, 3. – 4. oktober 2008, Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2008.
15. Uršič H. Priporočila za oskrbo malignih kožnih ran Ljubljana, Društvo za oskrbo ran, 2005.
16. Uršič H, Ostrožnik V. Zdravstvena nega bolnika na onkološkem kirurškem zdravljenju ob odpustu iz bolnišnice in pri ambulantni obravnavi 2006.
17. Velepčič M., Skela Savič B. Priročnik iz onkologije in onkološke zdravstvene nege. Onkološki inštitut Ljubljana, 1995 in 2000.
18. Vrhovnik M, Uršič H., Breclj E., Oskrba vnete rane pri onkološkem pacientu. In Vilar V. Mednarodni simpozij okužba ran, Postojna, 3. – 4. oktober 2008, Ljubljana: Društvo za oskrbo ran Slovenije; 2008.
19. Zbornik: seminar v Laškem, 4. in 5. oktober 1996. Ljubljana: Sekcija operacijskih medicinskih sester pri Zbornici zdravstvene nege Slovenije, 1996.
20. Zbornik predavanj XXXIX. podiplomskega tečaja kirurgije, od 17. – 18. oktobra 2003. Ljubljana: Kirurška klinika, Klinični center, 2003.
21. 15. Onkološki vikend: Družinski zdravnik in rak: zbornik. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2000.
22. 17. Onkološki vikend: Novosti v onkologiji in smernice za obravnavo bolnic z rakom dojk in bolnikov z malignim melanomom: zbornik. Ljubljana: Kancerološko združenje Slovenskega zdravniškega društva: Onkološki inštitut Ljubljana: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, 2004.