

ZDRAVSTVENA NEGA IN UKREPI PRI GASTROINTESTINALNIH URGENTNIH STANJJIH

Nataša Knafelc

Pri bolnikih z rakom so pogosta gastrointestinalna urgentna stanja. Nekatera izmed njih nastanejo hitro in burno ter zahtevajo takojšnje ukrepanje, ker ogrozijo bolnikovo življenje. Motenih je vseh 15 vrst aktivnosti zdravstvene nege po V. Henderson, zato je zdravstvena nega usmerjena v pravočasno zaznavanje prvih znakov in oceno trenutnega stanja. Pri prepoznavanju prvih znakov gastrointestinalnih urgentnih stanj je sodelovanje bolnika in svojcev zelo pomembno.

Najpogostejša gastrointestinalna urgentna stanja so:

- zapora požiralnika in črevesja,
- perforacija črevesja,
- krvavitve iz gastrointestinalnega trakta,
- ascites.

Zapora požiralnika in črevesja - ileus

Rak lahko povzroči obstrukcijo katerega koli votlega organa. Do zapore prebavnega trakta kot posledice maligne bolezni, ki je že napredovala ali kot posledice njenega zdravljenja lahko pride na katerem koli delu od ust do anusa. Vzrok je lahko rast tumorja v svetlino prebavne cevi (želodec, debelo črevo), kompresija drugih primarnih tumorjev (tanko črevo) ali karcinoma. Samo zdravljenje pa je odvisno od mesta in stopnje zapore, kliničnih znakov ter razširjenosti bolezni.

Zapora požiralnika je znak, da je bolezen že zelo napredovala, lahko jo povzročijo metastaze iz pljuč, kardije želodca, mediastinuma, dojke, medtem ko je rast primarnega tumorja požiralnika redka. Težave, ki nastanejo zaradi zapore požiralnika, se kažejo z disfagijo, kar pomeni, da je moten prehod hrane iz ust skozi požiralnik do želodca. Hrana zastaja v požiralniku. Značilno za organsko disfagijo je stopnjevanje težav, ko se zapora širi in pogloblja. Najprej je moten prehod trde hrane, pozneje pa tudi tekoče. Ko bolnik ne more zaužiti niti tekoče hrane, uvedemo hranilno stomo v želodec ali tanko črevo.

Poleg disfagije se pojavi tudi odinofagija, ki pomeni boleče požiranje; lahko se pojavi tudi regurgitacija in aspiracija ter gastrointestinalni refluks, kar povzroči izgubo telesne teže ter propad bolnika.

Najpogostejše negovalne diagnoze:

- moteno hranjenje, ki nastane zaradi zapore požiralnika in se kaže z disfagijo in odinofagijo;
- potencialna nevarnost aspiracije kot posledica refluksa ob zapori požiralnika;
- potencialna nevarnost infekcije, če ima bolnik hranilno stomo.

Nataša Knafelc, viš.med.ses., Onkološki inštitut Ljubljana

Specifične aktivnosti medicinske sestre:

- bolniku razložimo, naj hrano dobro prežveči (damo mu čim manj suhe hrane);
- ob obroku naj uživa dovolj tekočine;
- naročimo kašasto, pasirano ali tekočo dieto, odvisno od bolnikove sposobnosti požiranja;
- pri hranjenju naj sedi z zravnanim zgornjim delom telesa;
- svetujemo mu, naj uživa številne majhne obroke čez dan;
- poučimo ga o pomembnosti ustne higijene;
- 15 - 20 min pred obrokom apliciramo lokalni analgetik peroralno, če ima bolečine pri požiranju;
- pozorni smo na vnos hrane in tekočin - uravnovešena takočinska bilanca:
- pomembna je pravilna tehnika apliciranja tekoče hrane prek hranilne stome;
- ko enteralno hranjenje ni več mogoče, medicinska sestra aplicira totalno parenteralno prehrano po naročilu zdravnika.

Pri črevesni zopori je motena normalna peristaltika črevesja in tako neprebavljena črevesna vsebina lahko privede do življenjske ogroženosti. Zapore tankega črevesja so v 90 % nemalignega izvora in so rezultat adhezij po abdominalnih operacijah ali po obsevanju. Le 10 - 20 % zapor je malignega izvora, in to v veliki večini metastatski tumorji debelega črevesa, jajčnikov ali materničnega vratu.

Zapore debelega črevesa pa v 90 % primerov povzročata maligni primarni tumor.

Zelo pozorni moramo biti, če bolnik bruha smrdečo, rjavkasto vsebino, podobno blatu - mizerere. Bolnik ima ob tem močne količne napade, trebuh je na otip boleč in napet, pred tem že nekaj dni ni odvajal ali pa se obstipacija zamenjuje z diarejo. Je prestrašen, utrujen, razdražen, kaže znake propada. Pri obstrukcijskem ileusu je zdravljenje operativno, od konzervativnih ukrepov pride v poštev karencja, nazogastrična sonda z razbremenilno sukucijo, klistir, zdravila, ki blokirajo želodčno izločanje, aplikacija parenteralne hidracije in hrane.

Paralitični ileus nastane, kadar je delovanje črevesa upočasnjeno ali onemogočeno, npr. po operaciji. Zdravljenje je konzervativno z zdravili, ki pospešujejo peristaltiko ter zdravljenje osnovne bolezni.

Najpogostejše negovalne diagnoze:

- primankljaj tekočine zaradi bruhanja ob zopori črevesja;
- motnje psihofizičnega udobja zaradi vzdraženosti sluznic, ki nastane zaradi želodčne sonde, črevesne cevke ali pa slabosti in bruhanja;
- motnje hranjenja kot posledica predpisanega terapevtskega režima - karencja;
- strah pred neznanim izidom zapleta.

Specifične aktivnosti medicinske sestre:

- bolniku razložimo, da ne sme ničesar zaužiti skozi usta, ustnice naj si vlaži s kamiličnim čajem;
- poostrimo ustno higieno in osebno higieno;
- po naročilu zdravnika vstavimo želodčno sondo, urinski kateter, ob hudih vetrovih črevesno cevko;
- odvzamemo kri za krvne preiskave;
- vodimo bilanco tekočin;

- parenteralno nadomeščamo tekočine po zdravnikovem naročilu;
- opazujemo bolnika in njegovo stanje, opazujemo napetost trebuha, morebitne bolečine, krče;
- aplikacija analgetikov, spazmolitikov, antiemetikov po zdravnikovem naročilu;
- vodimo evidenco odvajanja blata in vetrov;
- psihična in fizična priprava na morebitno operacijo;
- bolniku namenimo veliko pozornosti, ker je zelo prestrašen, ter ga spodbujamo, naj zaupa v postopke zdravljenja.

Perforacija črevesja

Vsi gastrointestinalni tumorji lahko perforirajo in povzročijo urgentno stanje, kot je akutni abdomen, pri katerem moramo takoj ukrepati, ker je bolnik življenjsko ogrožen. Perforirajo lahko peptične razjede, do spontane rupture lahko pride napogosteje pri karcinomu črevesja, redko pa pri raku želodca, limfomu želodca po kemoterapiji, vnetjih in kronični zapori črevesja.

Bolnik začuti nenadoma močno bolečino, kot bi ga kdo dregnil z nožem, in začuti, da se je nekaj razlilo, peristaltika poneha, pride do rupture, perforacije z znaki peritonitisa. Potrebna je takojšna operacija. Zaradi razlitja črevesne vsebine v prosto trebušno votlino se bolečina hitro širi po celem trebuhu in je stalna. Bolnik postaja nemiren, leži na boku s pokrčenimi nogami, bruha. Bruhanje nastane zaradi draženja potrebušnice. Pri napredujočem peritonitisu pride do atonije črevesja in refleksno bruhanje želodčne vsebine in žolča preide v nemočno zlivanje umazane, smrdljive tekočine tankega črevesja.

Pri perforaciji je trebušna stena močno napeta kot deska zaradi draženja parietalne potrebušnice. Stanje se slabša in se kaže kot splošna prizadetost (tahikardija, nemir, halonirane oči, hladna koža, pojav septičnih temperatur, izsušenost, prizadetost kardiovaskularnega sistema).

Zdravljenje je operativno z odstranitvijo žarišča in toaleta trebušne votline, drenažo žarišča navzven in antibiotično zaščito.

Najpogostejše negovalne diagnoze:

- močna bolečina, ki nastane zaradi perforacije;
- bruhanje, ki nastane zaradi draženja potrebušnice;
- moteno vzdrževanje normalne telesne temperature, ki nastane zaradi peritonitisa in se kaže s septičnimi temperaturami;
- potencialna nevarnost septičnega šoka;
- motena je bolnikova samooskrba zaradi splošne prizadetosti;
- obstaja potencialna nevarnost za nastanka dehidracije zaradi bruhanja in premajhnega vnosa tekočin, ki se kaže z izsušenostjo kože in sluznic, zmanjšan je turgor kože, zmanjšano je izločanje urina.

Specifične aktivnosti medicinske sestre:

- merjenje osnovnih življenjskih funkcij (pulz, krvni tlak, telesna temperatura);
- ocenjevanje stopnje bolečine in njenih značilnosti;
- pomoč pri namestitvi bolnika v udoben položaj, da zmanjšamo napetost trebušnih mišic in bolečino;

- odvzem krvi za krvne preiskave;
- vstavev želočne sonde z razbremenilno sukcijsko in urinski kateter za merjenje diureze;
- vodenje bilance tekočin;
- opazovanje in zapisovanje konzistence in količine izbruhanih mas;
- parenteralno nadomeščanje tekočin in elektrolitov po zdravnikovem naročilu;
- aplikacija analgetikov, antipiretikov in antiemetikov po zdravnikovem naročilu;
- okrepljena ustna in osebna higiena;
- psihična in fizična priprava na operacijo;
- pomiritev bolnika.

Krvavitve iz gastrointestinalnega trakta

Krvavitve iz prebavil so pogosto znak bolezni prebavil. Najpogostejši vzroki krvavitve iz gastrointestinalnega trakta so peptične razjede želodca in dvanajstnika, varice požiralnika, gastritis, maligni in benigni tumorji, Mallory - Weissov sindrom, kronična vnetja črevesja, hemoroidi, razne žilne nepravilnosti itd.

Pogosto nastanejo krvavitve pri bolnikih z gastrointestinalno maligno boleznijo kot posledica kirurškega, kemoterapevtskega in obsevalnega zdravljenja, krvavitve iz samega tumorja pa je redka. Tveganje, da pri takem bolniku pride do krvavitve je večje, če ima bolnik v anamnezi peptično razjedo oziroma jemlje antikoagulantna zdravila, nesteroidne antirevmatike, aspirin itd.

Po načinu nastanka delimo krvavitve na akutne in kronične; po količini izgubljene krvi na obilne, manjše in skrite (okultne); po izvoru pa na krvavitve iz zgornjega in krvavitve iz spodnjega dela prebavil. Kar 85% vseh krvavitve izvira iz zgornjega dela prebavil.

Klinično se krvavitve izražajo s hematemezo, meleno, hemohezijo in bolj ali manj izraženo splošno prizadetostjo (hemoragični šok), ki lahko zelo hitro ogrozi življenje bolnika.

Hematemeza pomeni bruhanje sveže rdeče ali stare črne krvi. Praviloma nastopi pri obilnejših krvavitvah iz zgornjih prebavil. Do bruhanja črnkasto rjave, kavni usedlini podobne tekočine iz želodca ali dvanajstnika, pride zaradi zadrževanja krvi v želodcu, kjer se je pod vplivom solne kisline hematinizirala. Pri bruhanju sveže rdeče krvi je izvor krvavitve požiralnik oziroma pri zelo obilni krvavitvi iz želodca ali dvanajstnika ni prišlo do tvorbe hematina s solno kislino zaradi hitrega refluksa.

Melena je odvajanje črnkastega, smolastega, katranu podobnega blata. Nastopi pri krvavitvi iz zgornjega in spodnjega dela prebavil, če je prehajanje črevesne vsebine počasno. Kri se mora zadržati v črevesju vsaj 8 ur, da jo encimski procesi spremenijo v črno smolasto blato. Je znak že potekajoče ali že končane krvavitve. Je pogostejši znak krvavitve kot hematemeza. Nastane že ob izgubi 60 - 100 ml krvi na dan. Značilno smrdeče, črno, mazavo blato že na pogled ločimo od psevdomelene, prav tako črnega blata, ki ga povzročijo zdravila, hrana, železovi preparati, oglje, nekateri antacidi in vina, ki vsebujejo tanin.

Hemohezija je odvajanje bolj ali manj svetle krvi, pomešane z blatom, ali samo krvi. Največkrat nastane pri krvavitvi iz spodnjih prebavil ali pri obilni krvavitvi iz zgornjih prebavil, ki zelo hitro pride skozi črevo, meleni je običajno primešana sveža rdeča kri.

Okultna - skrita krvavitev je mikroskopsko izgubljanje krvi iz prebavil, ki se čez čas pokaže s sideropenično anemijo.

Akutne krvavitve so običajno obilnejše. Obilna krvavitev zaradi prevelike prostornine kmalu sproži bruhanje in iztrebljanje blata. Lahko se pojavi že pred znaki hipovolemičnega šoka, do katerega lahko pride že pri izgubi 10% krvi, če je krvavitev hitra.

Kronične krvavitve so počasne, organizem se počasi prilagaja izgubi, zato se klinična slika šoka pojavi le izjemoma, čeprav lahko bolniki tako izgubijo več kot 50% krvi. Klinično se kaže z dalj časa trajajočo meleno in sideropenično anemijo.

Bolnik, ki krvavi, toži o slabosti, žeji, megli se mu pred očmi, šumi mu v ušesih, je prestrašen, bled, koža je hladna, pokrita z lepljivim znojem, diha pospešeno, pulz je hiter in slabo tipljiv, krvni tlak pada, bolnik je bled, sluznica ust in konice ušes so cianotične, utrujen je, opazne so palpitanje, dispneja, vrtoglavica, pojavi se hematemeza in / ali melena.

Zdravljenje bolnika, ki krvavi iz prebavil, je lahko konzervativno z zdravili, z endoskopsko hemostazo ali operativno.

Najpogostejše negovalne diagnoze:

- potencialna nevarnost za nastanek hemoragičnega šoka zaradi obilne krvavitve iz gastrointestinalnega trakta, ki se kaže s padcem krvnega tlaka, motnjo zavesti, tahipnejo, vrtoglavico, dispnejo itd;
- potencialna nevarnost aspiracije zaradi izbruhanih mas ob krvavitvi;
- moteno odvajanje, ki je nehotno in je posledica krvavitve, izraža pa se z meleno ali hemohezijo;
- strah, ki nastane zaradi akutnega stanja in se izraža kot občutek ogroženosti, prestrašenosti, nemira;
- tekočinski primanjkljaj zaradi obilne gastrointestinalne krvavitve; pojavi se šibkost, vrtoglavica, bledica, hipotenzija itd;
- motena samooskrba zaradi splošne prizadetosti;
- moteno je psihofizično udobje zaradi urgentnega stanja, raznih katetrov, infuzij, diagnostično-terapevtskega režima.

Specifične aktivnosti medicinske sestre:

- merjenje osnovnih življenjskih funkcij (krvnega tlaka, pulza), ocenjevanje stanja zavesti;
- opazovanje in zapisovanje značilnosti in količine izbruhanih mas in blata;
- vodenje bilance tekočin;
- pri veliki izgubi krvi in šokiranem bolniku po zdravnikovem naročilu takoj nastavimo parenteralno hidracijo ter kri oz. krvne pripravke;
- venski odvzem krvi za krvne preiskave;
- prepoznavanje znakov poslabšanja hipovolemije, kot so: zmanjšana diureza, koncentrirani urin, bolnikovo izločanje je večje kot vnos, v blatu in izbruhanih masah je opaziti kri;
- bolniku razložimo, da mora ležati z dvignjenim vznožjem, da se izognemo hujši krvavitvi, ter v bočnem položaju, da ne pride do aspiracije, počasi lahko spreminja položaj;

- povemo mu, da ne sme zaužiti nobene hrane ali tekočine skozi usta, če je zelo žejen, mu damo koščke ledu, da jih raztaplja v ustih;
- pomagamo mu pri osebni higieni, okrepimo ustno higieno oziroma mu prinesemo ledvičko in staničevino pri bruhanju, okrepimo anogenitalno higieno pri meleni;
- bolniku pomagamo pri uriniranju in odvajanju;
- s hematestom nadzorujemo blato zaradi možnosti skritih krvavitev;
- psihična in fizična priprava na endoskopsko hemostazo s sklerozacijo oziroma priprava na operacijo;
- bolnika spodbujamo in mu vlivamo zaupanje.

Ascites

Ascites je nabiranje tekočine v prosti trebušni votlini in je spremljajoči znak številnih bolezni. V 90 % primerov so najpogostejši vzroki ascitesa ciroza jeter, srčno popuščanje, maligne bolezni in TBC.

Pri rakavih bolnikih je ascites znak že zelo napredovale bolezni, kot so rak jajčnikov, dojke, trebušne slinavke, pljuč, želodca in debelega črevesa.

Ascites nastane zaradi povečanega pritiska v portalni veni in je znak hude jetrne okvare. V trebušni votlini se lahko nabere do deset litrov rumenkaste tekočine, ki zelo ovira bolnika pri vsakodnevnih aktivnostih. Nabiranje ascitesa pospeši tudi zmanjšana koncentracija albuminov v serumu, ki je pogost simptom pri razširjeni bolezni. Pojav ascitesa je precej urgentno stanje, posebno takrat, kadar se nabere več litrov tekočine v trebuhu. Bolnik občuti napetost, poveča se obseg trebuha, zaradi povečanega pritiska se trebušna prepona pomakne navzgor, tako se zmanjša pljučna kapaciteta in bolnik težko diha. Potrebna je razbremenilna punkcija z abdominalno drenažo ascitesa, primerna je manj slana hrana in zdravnik predpiše diuretik.

Najpogostejše negovalne diagnoze:

- motnje pri dihanju, ki so posledica ascitesa in se izražajo z dispnejo;
- bolnik ima težave pri samooskrbi zaradi napredujoče bolezni;
- potencialna nevarnost infekcije zaradi razbremenilne drenaže:

Specifične aktivnosti medicinske sestre:

- pomoč pri vsakodnevnih opravilih;
- bolniku omogočimo udoben, polsedec položaj, da mu omilimo težave pri dihanju in bolečine v trebuhu;
- pozorni smo na znake infekcije (povišana telesna temperatura, vneto vbodno mesto drenažne cevke);
- aseptična oskrba drenažne cevke in menjava vrečk ter opazovanje in zapisovanje količine in barve ascitesa;
- z bolnikom se pogosto pogovarjamo in ga spodbujamo.

Povzetek

Z individualno in celostno obravnavo bolnika ter dobro pripravljenim načrtom zdravstvene nege lahko medicinska sestra veliko prispeva k čim boljšemu poteku zdravljenja in dobremu počutju bolnikov.

Literatura:

1. Eržen J. Rak požiralnika. In: Štabuc B, Budihna M, Lindtner J et al, eds. Rak prebavil. Lajšanje kronične bolečine. 11. Onkološki vikend, Bled. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 1997: 29-35.
2. Jelenc F, Repše S, Štor Z, Omejc M, Juvan R. Rak širokega črevesa in danke. In: Štabuc B, Budihna M, Lindtner J et al, eds. Rak prebavil. Lajšanje kronične bolečine. 11. Onkološki vikend, Bled. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 1997: 47-56.
3. Markovič S. Paliativna zdravljenja pri raku prebavil. In: Štabuc B, Budihna M, Lindtner J et al, eds. Rak prebavil. Lajšanje kronične bolečine. 11. Onkološki vikend, Bled. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 1997: 117-36.
4. Fras AP, ed. Onkologija. Ljubljana: Katedra za onkologijo in radioterapijo, Onkološki inštitut, 1994: 238-63.
5. Smrkoļj V, ed. Kirurgija. Ljubljana: Sledi, 1995: 427-41.
6. Norton JA, Bollinger RR, Chang A et al. Surgery, basic science and clinical evidence. New York: Springer, 2001: 1823-36.
7. Štabuc B. Lajšanje gastrointestinalnih težav zaradi raka in zdravljenja. In: Lindtner J, Štabuc B, Bešić N et al, eds. Družinski zdravnik in rak. 15. Onkološki vikend. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, 2000: 81-8.
8. Kalinšek I. Nujna medicinska pomoč. Ljubljana: DZS, 1987: 75-94, 268-71.
9. Keber D, ed. Razpoznavanje notranjih bolezni: diagnostični algoritmi. Ljubljana: Medicinski razgledi, 1994. (36.Tavčarjevi dnevi).
10. Otto SE. Oncology nursing, 2nd ed. St. Louis: Mosby, 1994: 1183-97, 119 -208.
11. Pirečnik A, Droļc H, Skela Savič B. Zdravstvena nega bolnika z gastrointestinalnimi simptomi napredovanega raka. In: Skela Savič B, Velepčič M, eds. Napredovali rak - dodajmo življenje dnevom. 27. Strokovni seminar iz onkologije in onkološke zdravstvene nege, Radenci. Ljubljana: Zbornica zdravstvene nege Slovenije, 2000: 31-7.
12. Mortesen RA. Mednarodna klasifikacija prakse zdravstvene nege - Alfa verzija. Kranj: Moderna organizacija, 1998.
13. Baird SB. A cancer source book for nurses. 6th ed. Philadelphia: American Cancer Society, 1991.
14. Kocijančič A, Mrevļje F, eds. Interna medicina. 2.dop.izd. Ljubljana: DZS, 1998: 357-516.