

Pedijatrijski pacijent i cistična fibroza

Pediatric patient with cystic fibrosis

Marija Šilje

Sveučilište u Dubrovniku, Branitelja Dubrovnika 29, 20000 Dubrovnik, Croatia
University of Dubrovnik, Branitelja Dubrovnika 29, 20000 Dubrovnik, Hrvatska

Sažetak

Opisuju se sestrinske intervencije, ciljevi, evaluacija očekivanih ishoda liječenja kod 5-godišnjeg djeteta s verificiranom dijagnozom cistične fibroze.

Ključne riječi: dijete • cistična fibroza • postupci • zdravstvena njega

Kratki naslov: Cistična fibroza i dijete

Abstract

We described nursing interventions, goals, evaluation of expected final outcomes of treatment 5-year old child with a verified diagnosis of cystic fibrosis.

Key words: child • cystic fibrosis • procedures • health care

Running head: Cystic fibrosis and child

Received June 17th 2015;

Accepted August 26th 2015;

Autor za korespondenciju/Corresponding author: Marija Šilje, *bacc.med.techn.*, University of Dubrovnik, Branitelja Dubrovnika 29, 20000 Dubrovnik, Croatia • Tel: +385-20-445700 • E-mail:

Dijete ima rijetku stolicu neugodna mirisa, neprekidni kašalj s djelomično izraženom nazalnom upalom gornjeg respiratornog trakta, i uvučenim prsnim košem [1-10].

Sestrinska dijagnoza:

Visok rizik za začepljenje dišnih putova uslijed nakupljene sluzi, što se očituje gustom sluzi, neproduktivnim/minimalnim kašljem, prisutnom cijanozom te zvukovima tijekom disanja, kao što su hroptanje, pucketanje, dispneja i tahipneja.

Cilj:

Dijete će imati čiste dišne putove te će efektivno kašljati, imat će malu respiratornu sekreciju, respiratorni omjer bit će prilagođen godinama i naporu te zasićenost kisikom jednako ili više od 92% na sobnoj temperaturi.

Sestrinska intervencija:

- nadgledati respiratorni status [omjer, dubinu, napor, zvuk disanja, stupanj zasićenosti kisikom, boju kože] najmanje svaka 4 sata;
- dati ovlaženi kisik prema indikaciji liječnika; učestalo nadgledati stupanj zasićenosti kisikom;
- dati bronhodilatatore i ekspektoranse prema indikaciji i određenim dozama liječnika;
- poticati oralni unos tekućina primjeren starosnoj dobi;
- obavljati fizikalnu terapiju za prsište, te drenažnim položajem svaka 4 sata ili, ako je potrebno, češće. Ponavljati postupak, i to 1 sat prije i 2 sata poslije obroka;

- naučiti dijete vježbama dubokog disanja te kako kašljati; koristiti terapiju kroz igru kad god je to moguće.
- podučiti roditelje/njegovatelje da samostalno ne daju prekomjerne doze lijekova, posebice one za smanjenje kašlja.

Objašnjenja:

Posebno je važno rano zapažanje promjena u respiratornom statusu te uporaba odgovarajuće intervencije.

Ovlaživanje služi razrjeđivanju i oslobađanju nakupljenog sekreta. Kod kroničnih respiratornih bolesti mozak se adaptira na manju zasićenost kisikom u krvi. Davanje ekscesivnih vrijednosti kisika djetetu s kroničnom bolešću pluća može uzrokovati nekrozu plućnog tkiva.

Ordinirani lijekovi pomažu pri razrjeđivanju, odstranjenju nakupljene sluzi u respiratornom sustavu.

Smanjenje viskoznosti (gustoće) sekreta;

Fizikalne terapije pomažu pri mobiliziranju sekreta, te povećanju vrijednosti koncentracije kisika. Terapija prije i poslije obroka smanjuje rizik od povraćanja i/ili aspiracije.

Djeca do 7 godina starosti ne mogu postići učinkovito iskašljavanje. Kašljanje i vježbe dubokog disanja pomažu kod širenja pluća i u mobilizaciji sekreta.

Lijekovi za smanjenje kašljanja uzrokuju smanjenje refleksa kašlja što može dovesti do zadržavanja sekreta i mogućih upalnih komplikacija.

Sestrinska dijagnoza:

Neuravnotežena ishrana: manje od potrebne količine u/s smanjenjem raspoloživosti enzima gušterače; smanjena crijevna apsorpcija hranjivih tvari; anoreksija povezana sa cističnom fibrozom te smanjeni oralni unos, gubitak težine/ne napredovanje; proljev; masna stolica ili zatvor.

Cilj:

Dijete će moći unijeti odgovarajuću količinu hranjivih tvari, shodno starosnoj dobi te će održavati ili povećavati tjelesnu težinu i visinu shodno stupnju starosnih godina [sheme starosne dobi]. Stolica će biti normalne boje, čvrstoće i količine.

Sestrinske intervencije:

- Odrediti normalni obrazac hranjenja prilagođen za djeću, što voli/ne voli, te stupanj tjelesne aktivnosti;
- nadomjestiti enzime gušterače, te vitamine u kojima je razrijeđena masnoća, prema indikaciji liječnika, prije i poslije obroka;
- naučiti dijete [i roditelje] da se kapsule ne žvaču; da treba progutati originalno pakiranje lijekova; ako je u obliku praha, posuti preko nemasnog, neproteinske hrane, [primjerice, sok od jabuke].
- Ne miješati enzime s vrućom [podgrijanom] hranom te hranom s velikim sadržajem kiselina. Očistiti prah sa sluznica i usnica;
- Zabilježiti boju, cjelovitost, količinu te učestalost stolice. Obavijestiti liječnika o bilo kojoj promjeni [npr. proljev, zatvor, masna stolica].

Objašnjenja:

Poznavanje dječjih želja te razine tjelesne aktivnosti pomažu pri planiranju njege i prehrane djeteta.

Probava te ishrana sastoji se od zamjenske terapije za enzime gušterače te prilagodbe sastojaka ishrane. Ordinirati, po potrebi, zamjensku terapiju za vitamine razrijeđene u mastima, radi nesposobnosti oboljelog djeteta za apsorpcijom masnih kiselina;

enzimi gušterače neaktivni su na toplini, a kiseline degradiraju enzime. Potrebno je očistiti prah sa sluznice respiratornog trakta kako bi se spriječio nastanak ekzorijacija, tj. puknuće membrane sluznice.

Enzimi gušterače izazivaju zatvor ako se uzimaju u većim količinama. Stolica ispunjena masnim kiselinama nastaje zbog nemogućnosti probavnog trakta da apsorbira masti i proteine.

Sestrinska dijagnoza:

Prekinuti obiteljski život zbog kroniciteta bolesti, potrebe za tuđom pomoći [pomoć druge osobe], te rizik od nastanka komplikacija koje mogu ugroziti život, što zahtijeva česte posjete liječniku i/ili hospitalizaciju, smanjenje mogućnosti za brigu o ostaloj/drujoj djeci, potreba za fizioterapeutima u kućnom režimu liječenja.

Cilj:

Članovi obitelji verbalizirat će svoje osjećaje o posljedicama bolesti koje utječu na njih; moći će pratiti plan terapeuta; koristit će sve važne metode/postupke liječenja u svome okruženju;

Sestrinska intervencija:

- Odlučiti o stupnju educiranosti i znanja svakog člana obitelji *prije* planiranja obiteljskih intervencija;
- razmotriti posljedice bolesti na članove obitelji;
- Naučiti članove obitelji sve što je potrebno o provođenju svakodnevnih metoda zdravstvene njege kod djeteta sa cističnom fibrozom [npr. proučiti omjer disanja i statusa respiratornog trakta, obim uporabe metoda fizioterapije, nadzor stolice, briga o koži, doziranje lijekova i sl.].

Objašnjenja:

Stupanj obrazovanja važno je pomoćno sredstvo pri odabiru u odlučivanju o obliku metoda učenja [npr., vizualna, pisana i sl.]. Prikupljanjem ove vrste informacije, medicinskoj sestri/tehničaru znatno je olakšana izrada plana brige i poduke. Sprječava i ponavljanje evaluacije potrebnih informacija te podučava medicinsku sestru/tehničara o daljnjim potrebnim informacijama/učenju.

Medicinskoj sestri/tehničaru olakšan je odabir odgovarajućih metoda/postupaka za članove obitelji. Ponovljene demonstracije omogućuju medicinskoj sestri/tehničaru da procijeni sposobnost članova obitelji i utvrdi mogu li u zadovoljavajućem obimu primjenjivati postupke zdravstvene njege u liječenju djeteta.

Author declare non-conflict of interest.

The authors want to thank Narcis Hudorović for the initial preparation of the manuscript and additional suggestions for the searching of the databases.

Literatura/References

- [1] Schechter R, Torfs CP, Bateson TF. The epidemiology of infantile hypertrophic pyloric stenosis. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 1997;11:407–427
- [2] Applegate MS, Druschel CM. The epidemiology of infantile hypertrophic pyloric stenosis in New York State, 1983 to 1990. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1995; 149:1123–1129
- [3] Lammer EJ, Edmonds LD. Trends in pyloric stenosis incidence, Atlanta, 1968 to 1982. *J Med Genet.* 1987;24:482–487
- [4] Rasmussen L, Green A, Hansen LP. The epidemiology of infantile hypertrophic pyloric stenosis in a Danish population, 1950–84. *Int J Epidemiol.* 1989;18:413–417
- [5] Carter CO, Evans KA. Inheritance of congenital pyloric stenosis. *J Med Genet.* 1969;1969:233–254
- [6] Mitchell EA. Cot death supplement—results from the first year of the New Zealand cot death study. *N Z Med J* 1991;104:71–76 27.
- [7] de Jonge GA, Burgmeijer RJ, Engelberts AC, Hoogenboezem J, Kostense PJ, Spruij AJ. Sleeping position for infants and cot death in The Netherlands 1985–91. *Arch Dis Child.* 1993;69:660–663
- [8] Irgens LM, Markestad T, Baste V, Schreuder P, Skjaerven R, Oyen N. Sleeping position and sudden infant death syndrome in Norway 1967–1991. *Arch Dis Child.* 1995;72:478–482
- [9] Wennergren G, Alm B, Oyen N, et al. The decline in the incidence of SIDS in Scandinavia and its relation to risk-intervention campaigns. *Nordic Epidemiological SIDS Study. Acta Paediatr.* 1997;86:963–968
- [10] Introduction to *Maternity and Pediatric Nursing*, 2003, Elsevier Science, Gloria Leifer, fourth edition, available at <http://www.elsevier.com>, retrieved at 31st August 2015.