

Sestrinska skrb za bolesnika nakon transplantacije srca

Margita Poturić, Adriano Friganović
Klinički bolnički centar Zagreb

Sažetak

Transplantacija srca postala je opće prihvaćena i jedina uspješna metoda liječenja terminalnog stadija srčane bolesti. Cilj transplantacije srca je produžiti život bolesniku koji boluje od terminalne bolesti, ali i vratiti bolesnika u normalni, aktivni, svakodnevni život, odnosno vratiti mu mogućnost normalna življenja. Naravno, što je kandidat boljeg odnosno "stabilnijeg" stanja, preživljavanje će biti duže, a posttransplantacijska rehabilitacija potpunija. Priprema za prijem bolesnika kojem je transplantirano srce podrazumijeva pripremu prostora, pripremu aparature te pripremu osoblja. Bolesnik se nakon operacijskog zahvata zaprima u posebnu prostoriju (BOX) koja se temeljito dezinficira. Neposredno prije dolaska bolesnika iz operacijske dvorane medicinska sestra zaprima izvješće od anesteziološkog tehničara o intraoperacijskom tijeku, vrsti i lokaciji intravaskularnih katetera, lokaciji drenova te o mogućim komplikacijama.

Transplantacija srca postala je široko prihvaćena metoda liječenja ishemične i idiopatske kardiomiopatije u svim kardiokirurškim centrima diljem svijeta. Dobrom edukacijom zdravstvenog osoblja i pridržavanjem svih naputaka Referentnog centra za bolničke infekcije smanjuje se broj incidencija infekcija u ranom poslijeoperacijskom tijeku.

Ključne riječi: transplantacija srca, sestrinska skrb

UVOD

Transplantacija srca postala je opće prihvaćena i jedina uspješna metoda liječenja terminalnog stadija srčane bolesti. Cilj transplantacije srca je produžiti život bolesniku koji boluje od terminalne bolesti, ali i vratiti bolesnika u normalni, aktivni, svakodnevni život, odnosno vratiti mu mogućnost normalna življenja. Naravno, što je kandidat boljeg odnosno "stabilnijeg" stanja, preživljavanje će biti duže, a posttransplantacijska rehabilitacija potpunija.

Indikacije za transplantaciju srca imaju bolesnici s terminalnim stadijem srčane bolesti bez obzira na etiologiju: oko 50 % njih jesu bolesnici s idiopatskom dilatacijskom kardiomiopatijom, oko 45 % s ishemičkom kardiomiopatijom, a u preostalih 5 % terminalni stadij srčane bolesti uzrokovan je valvularnom bolešću srca, primarnim tumorima srca, akutnim miokarditisom, postpartalnom kardiomiopatijom, kongenitalnim greškama srca, hipertrofičnom kardiomiopatijom te odbacivanjem ili insuficijencijom grafta.

Jedan od osnovnih problema tijekom razvoja transplantacije bila je mogućnost odbacivanja transplantiranog srca. Danas se u svrhu otkrivanja reakcija odbacivanja srca transplantiranim bolesnicima rade biopsije srca s procjenom stanja odbacivanja. Revolucija u transplantacijskoj kirurgiji dogodila se pronalaženjem ciklosporina.

Daljnji napredak omogućio je razvoj kirurških tehnika i tehnika čuvanja organa.

Razvijanje farmaceutske industrije i upotreba novih imunosupresivnih lijekova spada u najvažnije metode protiv odbacivanja organa.

Obzirom na navedeni napredak postotak preživljavanja u nekim centrima iznosi i do 80 %. Bolesnik koji se smatra kandidatom za transplantaciju srca mora proći pet faza transplantacije:

1. Procjena stanja i prikupljanje podataka
2. Period čekanja
3. Kirurški zahvat
4. Rana poslijeoperacijska skrb
5. Rehabilitacija

Svaki bolesnik koji je kandidat za transplantaciju mora proći procjenu po navedenim kriterijima:

- Kardiomiopatije (ishemička ili idiopatska)
- Preostali životni vijek 6 - 12 mj.
- Mlađi od 60 godina života
- Nema sistemnih infekcija

- Odsutnost malignih bolesti
- Isključena plućna embolija
- Nije ovisan o alkoholu ili drogama
- Spreman na suradnju i jaka motivacija za postupak.

Bolesniku kojem je transplantirano srce primjenjuje se imunosupresivna terapija koja istovremeno suprimira imuni sustav, a kao rezultat toga, primaoci organa su u visokorizičnoj skupini za sve vrste infekcija. Nekontrolirana i nekritična primjena antibiotika može primaoca pretvoriti u pogodan medij za kolonizaciju ili infekciju s antibiotik - rezistentnim uzročnikom. Posljedice toga mogu biti fatalne za bolesnika. Dobra kontrola infekcije od neobične je važnosti u liječenju transplantiranih bolesnika, posebno stoga što prisutnost nozokomijalne infekcije rezultira povišenjem mortaliteta tih bolesnika. Primijećeno je istovremeno da se sličan oblik infekcije javlja u svih transplantiranih bolesnika i što je još važnije, tipovi infekcije pojavljuju se u istim vremenskim intervalima te su ih stoga brojni autori podijelili u tri vremena:

1. Infekcija u prvom mjesecu od transplantacije - više od 90 % infekcija koje se pojavljuju u prvom mjesecu nakon transplantacije su bakterijske ili gljivične (candida) vezane uz kiruršku ranu, dišni ili urinarni trakt ili kanila postavljenih u vaskularni prostor radi neophodnog invazivnog nadzora.

2. Infekcije u vremenu od 2-6 mjeseci nakon transplantacije - u tom vremenu javljaju se novi tipovi infekcija kao npr. Cytomegalovirus (CMV - često smrtonosan), Epstein - Barr virus (EBV- uzročnik mononukleoze), a klinički značajne u tom vremenu postaju infekcije sa svim ostalim humanim herpes virusima.

3. Infekcije 6 mjeseci nakon transplantacije - od tog vremena primaoci organa s prisutnim infektom dijele se u tri skupine:

- Više od 80 % bolesnika povremeno ima respiratorne infekcije, ali koje se ne razlikuju od sredine u kojoj žive i relativno se lako liječe.
- Oko 10 % bolesnika ima kroničnu ili uznapredovalu infekciju virusima koji uključuju CMV, EBV ili papiloma virus. Ove infekcije su ozbiljne u tom smislu što mogu izazvati oštećenja transplantiranog organa ili se mogu pretvoriti u malignitet.
- Kod 5 - 10 % primaoca organa javlja se trenutno ili kronično odbacivanje organa. U tom slučaju terapija izbora su visoke doze imunosupresivnih lijekova što vodi u kroničnu infekciju virusima.

PRIPREMA ZA PRIJEM BOLESNIKA U JEDINICU INTENZIVNOG LIJEČENJA

Priprema za prijem bolesnika kojem je transplantirano srce podrazumijeva pripremu prostora, pripremu aparature te pripremu osoblja. Bolesnik se nakon operacijskog zahvata zaprima u posebnu prostoriju (BOX) koja se temeljito dezinficira. Cjelokupna oprema potrebna za prijem i poslijeoperacijsku skrb bolesnika dezinficira se i smješta u prostoriju u kojoj će bolesnik boraviti. Oprema koja nam je potrebna za prijem podrazumijeva:

- Monitor
- Respirator
- Drenažne sustave
- Sustave za sukciju
- Perfuzor pumpe i puls oksimetar.

U jedinici intenzivnog liječenja priprema se postav za prijem, a medicinska sestra koja će zaprimiti i skrbiti za ovakvog bolesnika mora biti dobro educirana. Sestrinska zapažanja daju vrijedne informacije i kompletiraju medicinski zaključak. Iz toga proizlazi da je suradnja između liječnika i medicinske sestre veoma važna kroz cijeli proces zbrinjavanja takvog bolesnika.

POSLIJEOPERACIJSKA SKRB

Neposredno prije dolaska bolesnika iz operacijske dvorane medicinska sestra zaprima izvješće od anesteziološkog tehničara o intraoperacijskom tijeku, vrsti i lokaciji intravaskularnih katetera, lokaciji drenova te o mogućim komplikacijama. Po dolasku u JIL bolesnik se spaja na respirator i monitorira, monitoring koji nam je dostupan naveden je u tablici 1.:

Tablica 1.

INVAZIVNI MONITORING	NEINVAZIVNI MONITORING
arterijski tlak	EKG
CVP	saturacija kisikom periferne krvi
PAP	tjelesna temperatura
PCWP	
hemodinamski parametri (CO, CI, SV, SVR, PVR...)	
laboratorijski pokazatelji	
satna diureza	

OSOBNNA HIGIJENA

Prvi poslijeoperacijski dan u jedinici intenzivnog liječenja provodi se osobna higijena bolesnika. Osobna higijena podrazumijeva kupanje i umivanje u toploj vodi (Aqua sterilna), brijanje, toaletu usne šupljine s "mučalicom" (Belosept, Nistatin, sterilna Aqua i 8,4 % Natrijev bikarbonat), toaletu urinarnog katetera, te masažu kože hidratantnim losionom. Osoblje koje provodi osobnu higijenu mora biti propisno pripremljeno (čista uniforma, kapa, maska i rukavice).

KONTROLA INFEKCIJE

Mjere suzbijanja infekcije usmjerene su na obrnutu izolaciju bolesnika, aseptičan pristup radu s takvim bolesnikom i stalnu mikrobiološku kontrolu. Po dolasku iz operacijske dvorane bolesniku se uzima urin i aspirat traheje na mikrobiološku analizu. Brisevi nosa, ždrijela, prepona, pazuha i rektuma uzeti su u prijeoperacijskoj pripremi. Nakon svake osobne higijene bolesnika uzimaju se brisevi svih ulaznih mjesta intravaskularnih katetera, drenova i urinarnog katetera što nam daje uvid u mikrobiološki status bolesnika i mogućnost da u slučaju kolonizacije što prije započnemo s antimikrobnom terapijom te učinimo izmjenu katetera. Previjanje CVK-a, arterijskih kanila i kirurške rane provodi se po svim naputcima Referentnog centra za bolničke infekcije Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi RH.

SESTRINSKE DIJAGNOZE:

1. visok rizik za nastanak infekcije u svezi sa suprimiranim imunim sustavom

Cilj: Tijekom hospitalizacije bolesnik neće dobiti infekciju.

INTERVENCIJE:

- primijeniti pravila asepsa i antisepsa u radu s bolesnikom (upotreba sterilnog mantila, kape, maske i rukavica kod svakog kontakta s bolesnikom, pravilno pranje ruku, provođenje svih medicinsko - tehničkih zahvata po protokolu)
- redovito kontrolirati mikrobiološke nalaze
- promatrati promjene na koži, sluznicama i izlučevinama
- poticati bolesnika na redovito uzimanje propisane imunosupresivne terapije
- educirati bolesnika o važnosti provođenja vježbi dubokog disanja, poticati i motivirati ga na redovito izvođenje
- omogućiti odgovarajući dijetetski režim prehrane uz dodatak vitamina

2. Visok rizik za poremećaje respiracijske funkcije u svezi s bolovima u prsištu i nemoći iskašljavanja

Cilj: Bolesnik će očuvati normalnu funkciju respiratornog sustava.

INTERVENCIJE:

- podučiti i pomoći pri promjeni položaja
- podučiti i pomoći pri vježbama disanja otprilike svakih 1 - 2 sata, koristiti razna pomagala (puhalica)
- podučiti i pomoći pri iskašljavanju, primijeniti drenažni položaj i aspirirati sekret
- promatrati stanje: ritam, učestalost i dubinu disanja, zvukove pri disanju
- ublažiti ili otkloniti bol

3. bol u svezi s operacijskom ranom

Cilj: Otkloniti bol ili smanjiti njezin intenzitet.

INTERVENCIJE:

- uspostaviti odnos povjerenja i pokazati bolesniku kako mu vjerujete
- objasniti mu bol i uzroke (ako su poznati te predviđeno trajanje boli ako je poznato)
- procijeniti karakter i jačinu boli na skali od 1 - 10
- primijeniti propisane analgetike, preventivno davati parenteralno analgeziju
- podučiti bolesnika učincima relaksacije na bol (rabiti jastuke ili mijenjati položaj radi smanjenja napetosti u predjelu gdje je lokalizirana bol)
- prilagoditi postupke fazama boli (potrebno je najaviti bol)

4. visok rizik za oštećenje kože (dekubitus) u svezi sa smanjenom pokretljivošću

Cilj: Kod bolesnika bit će očuvan integritet kože i neće dobiti dekubitus.

INTERVENCIJE:

- napraviti raspored promjene položaja: češće mijenjati položaje praćene većim stupnjem rizika za nastanak dekubitusa
- smjestiti bolesnika u prikladan položaj izbjegavajući pritisak na rizična mjesta
- podučiti bolesnika kako će sam mijenjati položaj
- nježno masirati predilekciona mjesta pri svakoj promjeni položaja
- održavati kožu suhom i čistom
- upotrebljavati pomagala pri sprječavanju dekubitusa

5. anksioznost u svezi s neizvjesnošću ishoda bolesti

CILJ: Bolesnik će osjećati manji stupanj anksioznosti.

INTERVENCIJE:

- ohrabriti i poticati bolesnika da verbalizira osjećaje i strahove
- objasniti mu sadašnje stanje i uzroke takvog stanja
- objasniti mu očekivane promjene njegova stanja zbog operacije, medicinskih postupaka
- provjeriti što želi znati, poticati ga da postavlja pitanja, odgovarati mu točno i iskreno
- ohrabrivati, pomoći i poticati obitelj da mu bude podrška.

ZAKLJUČAK

Transplantacija srca postala je široko prihvaćena metoda liječenja ishemične i idiopatske kardiomiopatije u svim kardiokirurškim centrima diljem svijeta. Dobrom edukacijom zdravstvenog osoblja i pridržavanjem svih naputaka Referentnog centra za bolničke infekcije smanjuje se broj incidencija infekcija u ranom poslijeoperacijskom tijeku.

Navedena djelovanja usmjerena su prema humanom, cjelovitom oporavku životno ugroženog bolesnika s ciljem da se liječenje odvija bez komplikacija, te da se potpuno rehabilitira.

Timskim radom svih zdravstvenih djelatnika uspješno se tretira ovakva problematika.

LITERATURA

1. V. Ivančan, Infekcije u transplantacijskoj kirurgiji
2. Kontrola bolničkih infekcija na kirurškim odjelima, 10. poslijediplomski tečaj trajnog usavršavanja iz kliničke mikrobiologije, 2001.
3. G. Fučkar, Uvod u sestrinske dijagnoze, Zagreb, 1996.
4. L. S. Kern, Cardiac Critical Care Nursing, An Aspen Publication, 1990;363-395
5. L. S. Brunner, D. Suddarth, The textbook of Medical Surgery, Nursing, 1998;536-607
6. M. Fruk, Heart transplantation, postoperative care during the acute period, Critical Care Nursing, 1986:30