

Intervencije medicinske sestre u rješavanju problema halucinacija kod oboljelih od HSV-1 encefalitisa

Nursing interventions in managing hallucinations in patients suffering from HSV-1 encephalitis

Zvezdana Delibašić¹, Danijela Miše², Kata Fijak³

SAŽETAK: Porodica Herpesviridae broji blizu 100 herpes virusa od kojih 8 uzrokuju infekcije čovjeka, a ostali infekcije mnogih domaćih i divljih životinja uključujući primata. Herpes simplex encefalitis (HSV) je najčešće akutan, sporadičan encefalitis na kojeg u skupini virusnih encefalitisa otpada 10-20% slučajeva. Oba spola oboljevaju podjednako, HSV-1 uzrokuje 90% slučajeva oboljelih od HSV encefalitisa. Encefalitis izaziva čitav spektar kvantitativnih i kvalitativnih poremećaja svijesti. Mogu se vidjeti svi stupnjevi poremećaja svijesti od pospanosti do kome, kinfuzije, delirija, dezorijentiranosti i halucinacija. Upravo zbog poremećaja ponašanja takvi bolesnici se katkada zaprimaju na psihijatrijske odjele kao akutne psihoze. Prognoza HSV-encefalitisa je ozbiljna. U neliječenim slučajevima smrtnost iznosi 60-80%, a kod 90% preživjelih ostaju trajne neurološke posljedice. Zavod za neuroinfektologiju i Centar za intenzivnu medicinu pri Klinici za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević" u Zagrebu ima dugu tradiciju u liječenju encefalitisa, a time i HSV encefalitisa. U razdoblju od 2000. do 2007. godine na Zavodu se liječilo 17 oboljelih od HSV encefalitisa iz svih krajeva Hrvatske. Zbrinjavanje oboljelih od HSV encefalitisa je kompleksno. U radu je prikazan bolesnik koji je obolio od HSV – 1 encefalitisa, a poseban je naglasak stavljen na probleme uzrokovane halucinacijama.

Cljučne riječi: herpes simplex virus, encefalitis, halucinacije

ABSTRACT: There are approximately 100 herpesviruses in the family Herpesviridae of which 8 types cause infections in humans, and others cause infections in many domestic and wild animals including primates. Herpes simplex virus (HSV) encephalitis is most commonly acute, sporadic encephalitis accounting for 10-20% of viral encephalitis cases. Both sexes are equally subject to infection. HSV-1 is responsible for 90% of cases among patients with HSV encephalitis.

Encephalitis presents with a whole spectrum of quantitative and qualitative alterations of consciousness. All levels of consciousness disturbances can be observed in such patients from drowsiness to coma, confusion, delirium, disorientation and hallucination. Because of disturbances in behaviour such patients are sometimes admitted to psychiatric wards as acute psychosis. The prognosis of HSV-encephalitis is poor. Among untreated cases the mortality rate is 60-80%, and in 90% of survivors permanent neurological sequelae remain. The Department of Neuroinfections and Intensive Care Medicine at the University Hospital for Infectious Diseases "Dr. Fran Mihaljević" in Zagreb, has a long tradition in treating encephalitis, including HSV encephalitis. In the period from 2000 until 2007, a total of 17 patients with HSV encephalitis, coming from all parts of Croatia, were treated in our hospital. Management of patients with HSV encephalitis is complex. The authors describe a patient with HSV-1 encephalitis, with a special emphasis on the problems caused by hallucinations.

Key words: herpes simplex virus, encephalitis, hallucinations

Zaprimljeno / Received: 24. 02. 2009.

Odobreno / Accepted: 15. 09. 2009.

Uvod

Ako se izuzmu rabijes i poliomijelitis naša saznanja o encefalitisu su novijeg datuma. Opise ove bolesti nalazimo u vrijeme Prvog svjetskog rata kada se javlja Economov letargički encefalitis u Rumunjskoj (1915. godine) i Francuskoj. Economo ga opisuje kao posebnu bolest. Brzo nakon otkrića letargičnog encefalitisa, učestalo se javlja encefalitis nakon cijepjenja protiv variole (postvakcinozni encefalitis) i encefalitis nakon nekih zaraznih bolesti. Godine 1924. u Japanu se pojavljuje encefalitis u obliku epidemije s oko 6000 oboljelih i letalitetom oko 60%. Nazvan je Japanski B-encefalitisom. Encefalitis se zatim javlja u različitim zemljama (SAD - zapadni i istočni konjski encefalitis, ruski dalekoistočni, proljet-

no ljetni encefalitis). Nakon Drugog svjetskog rata, u različitim krajevima svijeta, otkriva se velik broj drugih virusnih encefalitisa.¹

Encefalitis je upala moždanog parenhima, vrlo rijetko se javlja izolirano bez upale moždanih ovojnica pa iz tih razloga češće koristimo termin meningoencefalitis. Encefalitis se dijeli na infektivni odnosno parainfektivni, postinfektivni i postvakcinalni. Uzročnici encefalitisa su brojni, no najčešći uzročnici su ipak virusi, parainfektivnih encefalitisa su iz porodica Togaviridae, Flaviviridae, Bunyaviridae, Paramyxoviridae, Arenaviridae, Picornaviridae, Reoviridae, Rhabdoviridae, Flaviviridae, Retroviridae, Herpesviridae i Arenaviridae, a postinfektivnih iz porodica Togaviridae (rubeola), Orthomyxoviridae (influenca), Paramyxoviridae (mumps,

¹ Zvezdana Delibašić, medicinska sestra, teolog, Klinika za infektivne bolesti „Dr. F. Mihaljević“ Mirogojska 8, 10000 Zagreb, e-mail: zvezdana.delibasic@gmail.com

² Danijela Miše, bacc.med.techn., Kliniku za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb.

³ Kata Fijak, viša medicinska sestra, Kliniku za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", Zagreb.

morbili), Herpesviridae (Epstein-Barrov virus-EBV i varicella zoster virus-VZV). Neki virusi uzrokuju čestu, ali benignu infekciju središnjeg živčanog sustava (npr. virus mumpsa), u drugih je neurološka bolest glavno kliničko obilježje (npr. Japanski encefalitis), dok treći samo iznimno izazivaju encefalitis (npr. HSV).²

HSV-encefalitis je rijetka bolest iako je infekcija Herpes simplex virusom vrlo česta. Herpes simplex virus spada u porodicu *Herpesviridae* koja broji blizu 100 herpesvirusa od koji osam uzrokuje infekcije čovjeka, a ostali infekcije mnogih domaćih i divljih životinja uključujući primata.

Humani herpesvirusi su: Herpes simplex virusi tipovi 1 i 2 (HSV 1 i 2), Varicella-zoster virus (VZV), Epstein-Barrov virus (EBV), Cytomegalovirus (CMV) te humani herpes virusi 6, 7 i 8 (HHV-6, HHV-7, HHV-8). Jedna od značajnih zajedničkih karakteristika herpesvirusa je sposobnost latentnog doživotnog inficiranja stanica prirodnog domaćina. Razumijevanje tog procesa je za sada još uvijek nepotpuno. Latentna infekcija je ograničena na mali broj stanica određene vrste. HSV, VZV i herpes B virus latentno inficiraju stanice senzornih ganglija, CMV neutrofile i monocite, EBV B limfocite i stanice žlijezda slinovnica, a HHV tip 6 limfocite.

Herpesvirusi su osjetljivi i u okolini propadaju relativno brzo. Kroz intaktnu kožu ne mogu prodrijeti, pa do infekcije osjetljive osobe dolazi najčešće nakon inokulacije infekcijske svježe tjelesne izlučevine ili tekućine u sluznice usne šupljine, konjunktive, genitala, anusa, respiratornog trakta ili direktno u krvotok. Najlakše se prenosi intimnim ili dugotrajnim kontaktom.

Neki herpesvirusi se prenose infekcijskim aerosolom (VZV), drugi direktnim kontaktom s infekcijskom tjelesnom tekućinom i sadržajem infekcijskih lezija (HSV, VZV), treći se prenose seksualnim i orogenitalnim kontaktom (HSV, CMV), četvrti infekcijskom slinom (EBV i HHV 6 i 7), dok se HHV tip 8 prenosi infekcijskom slinom i spermom bolesnika s Kaposijevim sarkomom.

HSV pripada porodici alfa-herpes virusa. Promjer viriona iznosi 150-200nm.

Postoje dva tipa virus HSV 1 i 2 koji se razlikuju genski, po biokemijskim i biološkim karakteristikama i koji uzrokuju epidemiološki i klinički različite bolesti. Herpes simplex virusi su prošireni u cijelom svijetu. Čovjek je jedini prirodni rezervoar HSV-a, iako mnoge životinje mogu eksperimentalno biti inficirane. Infekcija uzrokovana HSV-1 aktivira se mnogo češće i ranije od HSV-2, tako da 90% odraslih do 50 godine života posjeduju specifična protutijela. Infekcije virusom HSV-2 aktiviraju se nakon adolescencije i prvih seksualnih kontakata, a specifična protutijela nalaze se kod najmanje 10% pa sve od 60 do 80% odrasle populacije. Prevalencija je to viša što je socijalno – ekonomski standard populacije niži.³ HSV-1 primarne infekcije događaju se u dječjoj dobi, a HSV-2 primarne infekcije u dobi seksualne zrelosti, najčešće od 14. do 29. godine. Novorođenčad se može inficirati i HSV-1 i HSV-2 virusom. U prvom slučaju izvor zaraze je majka, druge osobe u okolini, osoblje u rodilištu s Herpes labialisom ili herpetičnim panaricijem, a u drugom slučaju se dijete inficira prolaskom kroz porođajni kanal majke.

Inkubacija iznosi 2-12 dana. Oralno-facijalne infekcije najčešće su uzrokovane HSV-1, ali ih može uzrokovati i HSV-2 virus. U djece mlađe od 5 godina najčešće se očituje kao gingivostomatitis, a u adolescenata kao faringitis.

Primarne genitalne infekcije najčešće uzrokuje HSV-2, no uzročnik može biti i HSV-1. Primarna genitalna infekcija kod muškaraca manifestira se pojavom vezikula na glansu penisa, a kod žena na vulvi, u vagini, na cerviksu, u uretri, na perineumu i na bedrima. Za rekurirajuće infekcije karakteristično je da se uvijek ponavljaju na istom mjestu. Najčešće rekurirajuća HSV-1 infekcija je Herpes labialis.

HSV-encefalitis

HSV-encefalitis je najčešće akutan, sporadičan encefalitis, na kojeg u skupini virusnih encefalitisa otpada 10-20% slučajeva. Incidencija iznosi 2,3/1.000.000 na godinu. Pojavljuje se tijekom cijele godine, češće u dobnim skupinama od 5 do 30 i iznad 50 godina. Oba spola obolijevaju podjednako. HSV-1 uzrokuje 90% slučajeva.³ Incidenciju encefalitisa determinira nekoliko ključnih karakteristika HSV-1 i HSV-2. To su ubikvitarnost, visoka infekcijska, rana aktivacija, latencija u organizmu nakon primoinfekcije, sklonost rekuriranju i visoki neurotropizam. Encefalitis je oboljenje moždanog parenhima. Vrlo se rijetko javlja izolirano, bez upale moždanih ovojnica. Dakle, češće govorimo o meningoencefalitisu.

U pravilu se radi o akutnoj febrilnoj bolesti s kvantitativnim i kvalitativnim poremećajem svijesti. Encefalitis posjeduje čitav spektar kvalitativnih poremećaja svijesti. Mogu se vidjeti svi stupnjevi poremećaja svijesti, od pospanosti do kome. Bolesnici su konfuzni, delirantni, dezorijentirani, mogu imati halucinacije (vidne i slušne), što je i razlog povremene hospitalizacije takvih bolesnika na psihijatrijskim odjelima (kao akutne psihoze), poglavito ako je opći infekcijski simptom manje izražen. Tijekom encefalitisa može biti zahvaćena hipotalamo-hipofizna os, što može rezultirati hipotermijom ili poikilotermijom, centralnim dijabetesom insipidusom te sindromom neprimjerenog lučenja antidiuretskog hormona. Širenje infekcije na leđnu moždinu izaziva mlohove kljenuti, oslabljene ili ugasle tetivne reflekse, retenciju stolice i urina. Značajno povišenje intrakranijskog tlaka može se, između ostalog, manifestirati paralizom trećeg i šestog kranijalnog živca uz edem papile i očnog živca. U HSV encefalitisu češće su prisutne promjene u ponašanju, halucinacije i afazije, što sugerira temporalnu lokalizaciju upalnog procesa karakterističnu za ovu bolest. Patogeneza HSV-encefalitisa nije u cijelosti razjašnjena, no infekcija je moguća nakon primoinfekcije i nakon reaktivacije latentnog virusa iz ganglionu moždanih živaca. Glavna klinička obilježja HSV-encefalitisa su: nagli, katkad eksplozivni početak s povišenom temperaturom, glavoboljom, generaliziranim ili fokalnim epileptičkim napadima, smetnjama govora, poremećajem ponašanja s halucinatornim doživljajima, razvojem drugih žarišnih neuroloških simptoma osobito temporalnog režnja i poremećaja svijesti.

Osnovni patoanatomski supstrat je limfocitarna infiltracija i hemoragična nekroza neurona, osobito na predilekcionim mjestima (temporalni režanj, bazalni dijelovi frontalnog režnja).⁴

Prognoza HSV-encefalitisa je ozbiljna. U neliječenim slučajevima smrtnost je 60-80%, a kod 90% preživjelih ostaju trajne neurološke posljedice. Prognozu je značajno popravilo suvremeno suporativno i specifično antivirusno liječenje. Smrtnost ispravno liječenih iznosi oko 28%, a kod 20% preživjelih ostaju trajne posljedice, osobito u bolesnika starijih od 35 godina.³

HSV encefalitis jedna je od prvih virusnih bolesti za koje postoji efikasno liječenje. Aciklovir je lijek izbora za HSV encefalitis. Daje se intravenski u dnevnoj dozi od 30mg/kg, podijeljeno u 3 doze tijekom 14 dana. Kraće se liječenje ne preporučuje zbog uočenih relapsa bolesti čak do 5%. U neonatalnom HSV - encefalitisu preporučuje se viša dnevna doza (60mg/kg) isto podijeljeno u 3 doze tijekom 21 dana. Takvim pristupom smanjen je letalitet u djece na 5%.²

Podaci Klinike za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević"

U Kliniku je u razdoblju od 2000.-2007. godine zaprimljeno 413 virusnih meningoencefalitisa, od toga 237 muškaraca i 176 žena. Od 413 virusnih encefalitisa 43 je oboljelo od HSV 1 i 2 od kojih je njih 17 s najtežom kliničkom slikom liječeno na Zavodu za neuroinfektologiju i Centru za intenzivnu medicinu. Od tih 17 bolesnika, 9 je muškaraca i 8 žena. Najviše oboljelih je u dobi od 30-39 godina 29,41% (5) i 50-59 godina 29,41% (5). Prikazani podaci uključuju samo osobe starije od 14 godina.

Halucinacije

Encefalitis izaziva čitav niz kvalitativnih i kvantitativnih poremećaja svijesti, kao što je navedeno u prethodnom dijelu. Ključna klinička obilježja su nagli početak s povišenom temperaturom, glavoboljom, epileptičnim napadima, smetnjama govora, poremećajima ponašanja i halucinantnim događajima. Halucinacije su kod oboljelih često izražene, moguće je da se pojavi samo jedna vrsta halucinacije, ali najčešće se pojavljuju u kombinaciji (okusne, slušne i sl.).

Halucinacije su osjetni doživljaji koji nastaju iako nema objektivnog vanjskog podražaja osjetnih organa.⁵

Halucinacije su kvalitativne smetnje opažanja kod kojih osoba koja halucinira opaža kao stvarno ono čega uopće nema. Kod halucinacija ne postoji realan podražaj. U raščlanjivanju oblika i sadržaja halucinacija, kao i u tumačenju njihova nastajanja, ima nejasnoća i nejedinstvenosti.

Halucinacije mogu biti posljedica:

- projekcije nesvjesnih sadržaja u vanjski svijet pri čemu su projicirani sadržaji otuđeni od ličnosti i djeluju kao nešto strano,
- nadražaja pojedinih regija kore velikog mozga, zbog upale, trovanja, ozljeda, tumora i sl.

Halucinacije su moguće u području svih osjetila. Mogu se podijeliti prema osjetnom organu u području u kojem se pojavljuju: vidne ili optičke, slušne ili akustične, okusne, mirisne, površnog ili dubokog osjeta ravnoteže.

Vidne halucinacije. Česte su kod intoksikacije mozga, poremećaja svijesti, u epileptičkim aurama, a rjeđe kod shizofrenih bolesnika. Fotomi su elementarne optičke halucinacije koje se očituju kao svjetlucanje, iskre, plam i svjetlo pred očima. Mikrohalucinacije se viđaju u alkoholnom deliriju i pri trovanju kokainom, pri čemu bolesnik vidi sitne predmete ili životinje (nit konca, paučinu, žice, miševе, bube). Vizije su složene halucinacije pri čemu se pred očima bolesnika odvija scene kao na filmskom platnu, a javljaju se kod epileptičara i bolesnika s oštećenjem mozga. Autoskopska halucinacija fenomen je u kojem osoba vidi sebe ili svoje organe.

Slušne halucinacije. Najčešće su u shizofreniji. Mogu se očitovati kao akoazmi (šumovi, pucketanja, grebanja, lupanja, zvonjava) i fonemi (jasne riječi ili rečenice koje bolesnik

čuje). Halucinacije u obliku glasova mogu predbacivati, vrijeđati, optuživati, nalagati imperativne halucinacije, ali mogu savjetovati i hvaliti. Glasovi mogu biti povremeni i trajni. Mogu biti tihi ili glasni, nejasni ili razgovijetni. Glasovi mogu govoriti u glavi ili negdje drugdje u tijelu, dolaziti iz zida, posebnih struja iz daljine, a mogu biti i jeka vlastitih misli. Glasovi mogu razgovarati međusobno o bolesniku i bolesnik s glasovima. Tišina ih može poduprijeti. Glasovi su bolesniku većinom neugodni.

Njušne i okusne halucinacije. Rijetke su i javljaju se najčešće zajedno. Teško se razlikuju. Najčešće se pojavljuju u epileptičkim stanjima, ali su prisutne i kod shizofrenije. Anosmia je gubitak mirisa. Najčešći simptom bolesti nosne sluznice s oštećenjem završetaka njušnog živca. Može biti uvjetovan procesima na bazi lubanje ili mozga zbog tumora, priraslica moždanih ovojnica i traume.

Za osobe koje haluciniraju, halucinacije mogu biti indifereantne, ugodne ili izuzetno neugodne. Halucinacije mogu biti doživljene kao podražaj izvan područja osjetnih organa, bilo da bolesnik opaža na sasvim krivom mjestu (čuje u želucu ili nozi), bilo da se podražaj nalazi izvan dometa osjetnog organa (vidi iza sebe, vidi samog sebe).

Halucinacije se mogu klasificirati po nizu kvaliteta. Osim toga, te kvalitete mogu poslužiti i u prepoznavanju halucinacija kao i razlikovanju organskih poremećaja od pravih psihogeno izazvanih halucinacija. Među tim karakteristikama ističu se sljedeće:

- Intenzitet halucinacije i njena projekcija prema van
- Razlikovanje halucinacije prema osjetnim područjima
- Eventualni izazivajući činitelj
- Kritičnost bolesnika i utisak realiteta

Cilj rada

Cilj je rada bio prikazati probleme iz područja zdravstvene njege i intervencije medicinske sestre kod bolesnika oboljelog od HSV-1 encefalitisa.

Ispitanici i metode

U radu je prikazana studija slučaja bolesnika oboljelog od HSV – 1 encefalitisa. Podaci su prikupljeni promatranjem i analizom medicinske dokumentacije.

Prikaz procesa sestrinske skrbi u osobe oboljele od HSV – 1 encefalitisa

Sestrinska anamneza i status bolesnika

Bolesnica, rođena 1956., udana, majka dvoje djece. Visoka 168 cm, teška 65 kg. Primljena na neurologiju jednog našeg kliničkog centra zbog dva epileptička napada grand mal tipa, u kraćem vremenskom intervalu. Iz anamneze se doznaje da je unazad dva dana imala mučnine, glavobolje te se loše osjećala. Od prije je sklona migrenoznim glavoboljama, a zbog hipertenzije je liječena antihipertenzivima (karvedilol, klortalidon). Prvi dan po prijemu na neurološki odjel učinjen je CT mozga, nativni i s kontrastom, koji nalaz je bio uredan. Na jedinicu intenzivnog liječenja premještena je zbog otežanog kontakta i rizika od ponavljanja epileptičkog napada. Bolesnica je sedirana, intubirana te je priključena na strojnu ventilaciju. Lumbalna punkcija učinjena drugi dan po prijemu nije razjasnila etiologiju bolesti. Učinjena je i magnetska

rezonancija mozga, koji nalaz je bio uredan. Nakon toga je premještena na Internu kliniku u svrhu traženja uzroka bolesti. Učinjen je CT abdomena i cerebralna angiografija, te su konzultirani infektolog, neurolog i okulist.

Treći dan po prijemu stanje svijesti bolesnice se pogoršava, premješta se ponovo u jedinicu intenzivnog liječenja.

Kroz ovo vrijeme je bila liječena s cefuroxim axetilom 3x750 mg iv, klindamycinom 3x600 mg iv, aciclovirum 3x750 mg iv, karbamazepin 2x200 mg per os, dalteparin 1x5000 i.j. sc., sukralfat 3x1 tbl. Enteralna prehrana - Alitraq 1000 ml/24^h, 1000/24^h voda, čaj. Zbog sumnje na HSV encefalitis dogovoren je premještaj na Kliniku za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević".

Četvrti dan po prijemu (šesti dan bolesti), dovezena je kolima hitne pomoći u pratnji anesteziologa, intubirana, te je umjetno ventilirana tijekom transporta.

Bolesnica je pri prijemu soporozna, ne otvara oči, reagira na bolne podražaje ekstenzijom. Na bol grimasira simetrično. Zjenice srednje široke, sporo reagiraju na svjetlo, Glasgow koma skor (GKS) 4. Temperatura 38,4°C (mjereno u uhu), puls 84 u minuti, respiratorna frekvencija 18 u minuti, krvni tlak 115/85, respiratorno nedostatna, cirkulatorno stabilna. Koža blijeda, nema edema, nema lezija, hematoma s unutarnje strane desne nadlaktice. U usnoj šupljini zubalo vlastito i sanirano, jezik lagano obložen. Uveden je urinski kateter, nazogastrična sonda, centralni venski kateter (vena subklavijna desno), dvije venske kanile na lijevoj i desnoj podlaktici, venska kanila u desnoj kubitalnoj veni.

Prilikom prijema ustanovljene su sljedeće sestrinske dijagnoze:

- Vrućica u/s encefalitisom
- Smanjena prohodnost dišnih putova u/s hipersekrecijom i nemogućnošću iskašljavanja
- Visok rizik za nastanak dekubitusa u/s dugotrajnim ležanjem, sekundarno u/s poremećajem svijesti
- Rizik za nastanak tromboze u/s dugotrajnim ležanjem
- Smanjena mogućnost brige o sebi: hranjenje, odijevanje, obavljanje osobne higijene u/s poremećajem svijesti
- Visok rizik za opstipaciju u/s sedacijom
- Visok rizik za oštećenje sluznice usne šupljine u/s postavljenim endotrahealnim tubusom i nazogastričnom sondom
- Visok rizik za nastanak nozokomijalne infekcije u/s centralnim venskim kateterom, endotrahealnim tubusom, urinskim kateterom, NG sondom

Provedeno je liječenje:

Infuzija fiziološke otopine - 2000 ml/24 sata
KCl 1 M 2x40 ml
Aciclovirum ā 250 mg 3x750 mg iv.
Ranitidin 50 mg 3x1 amp iv.
Enoksaparin 4000 i.j. 1x4000 i.j. sc.
Metilfenobarbiton 200 mg, 2x200 mg
Fresubin 1500 ml/24 sata

Drugi dan po prijemu na Kliniku za infektivne bolesti "Dr. Fran Mihaljević", bolesnica je ekstubirana, treći dan po prijemu izvađena je nazogastrična sonda te bolesnica samostalno jede, a peti dan po prijemu izvađen je urinski kateter i centralni venski kateter. Stanje svijesti je kvalitativno i kvantitativno poboljšano.

Registrirani su novonastali problemi. Nakon ekstubacije koja prolazi bez incidenata, bolesnica spontano diše i pokušava verbalno komunicirati. No komunikacija je otežana i signalizira bol u grlu. U popodnevnim satima bolesnica pokušava govoriti, ali još uvijek šapuće i nemoguće je prepoznati što želi reći. I dalje ima nazogastričnu sondu te signalizira da joj

se izvadi sonda iz nosa. U 18 sati pokušaj gutanja vode koji je otežan prekidima kašlja. Treći dan po prijemu u 11 sati pokušaj hranjenja, bolesnica želi samostalno jesti. Kašasta hrana, pasirano povrće, bolesnica pojela 100 ml. Četvrti dan po prijemu bolesnica govori, nije orijentirana i ne sjeća se događaja od prije, žali se na glavobolju i na bol u ekstremitetima. Često je tijekom dana uznemirena, plače, povremeno neorijentirana i halucinira, odbija obroke.

Problemi iz područja zdravstvene njege

- Anksioznost u/s komplikacijama encefalitisa
- Bol u ekstremitetima u/s encefalitisom
- Strah pri uzimanju hrane u/s nepovjerenjem prema okolini (sekundarno zbog halucinacija)
- Nesanica u/s noćnim morama (zbog halucinacija)
- Rizik za pothranjenost u/s smanjenog unosa hrane (sekundarno zbog halucinacija)

Anksioznost u/s komplikacijama encefalitisa

Cilj: Bolesnicu umiriti i suočiti s novonastalom situacijom.

Intervencije:

Uspostavljen je odnos povjerenja na način da osoblje nije komentiralo novonastalu situaciju, izbjegavane su šale na račun halucinacija, pridržavali smo se obećanog i dogovorenog. Provođen je stalni (24-satni) nadzor bolesnice. Iskazivali smo bolesnici razumijevanje i podršku ne banalizirajući situaciju. Ohrabivali smo bolesnicu da izrazi osjećaje i poticali iskren i otvoren razgovor. Poticali smo je na verbalizaciju pitanjima o svakodnevnom temama. Održavali smo razgovor jednostavnim (osnovnim) temama iz života. Nismo poticali bolesnicu za vrijeme halucinacija kao da su halucinacije dio zbilje. Koristili smo dovoljno vremena za hranjenje bolesnice uz razgovor. Ponuđene su joj konkretne aktivnosti (čitanje, osobna higijena, uređivanje noktiju). Primjenjivana je taktilna metoda. Bolesnica je smještena u dvokrevetnu sobu zbog psihosocijalne rehabilitacije. Obitelj je upoznata s potrebom verbalizacije problema. Praćeni su simptomi halucinacijskog proživljavanja i njihova dinamika pojavljivanja te su evidentirani.

Bol u ekstremitetima u/s encefalitisom

Cilj. Bolesnica će osjećati bol maksimalne jačine 3 procijenjeno na skali za bol.

Intervencije:

Bol smo procjenjivali na skali za bol od 1-10. Bolesnica je poticana i ohrabrivana na samostalno vježbanje. Omogućeno joj je da sama napravi dnevne vježbe. Primjenjivani su hladni oblozi tri puta dnevno. Bolna mjesta su mazana i masirana tri puta na dan, a bolesnicu se poticalo na samostalno umasiravanje kreme. S bolesnicom se razgovaralo o doživljaju boli.

Strah pri uzimanju hrane u/s nepovjerenjem prema okolini sekundarno zbog halucinacija

Cilj. Bolesnica će bez straha pojesti obrok.

Intervencije:

Bolesnica je pri svakom hranjenju izabrala položaj koji joj najviše odgovara. Poticana je da sama sastavi svoj dnevni jelovnik. Procijenjeno je koja sestra ima razvijen najbolji odnos povjerenja i rezultat u hranjenju kod bolesnice. Prilikom hranjenja bio je nazočan suprug. Osiguralo se dovoljno vremena za hranjenje i poticao razgovor.

Nesanica u/s s noćnim morama (zbog halucinacija)

Cilj. Bolesnica će tijekom noći spavati 8 sati.

Intervencije:

Noćna toaleta obavljena je do 21 sat. Noćno je svjetlo ostavljeno upaljeno. S bolesnicom se razgovara o prethodnom danu i o halucinaciji koju vidi (bolesnica vidi obitelj uz svoj krevet). Dužim boravkom medicinske sestre u sobi bolesnica se umiruje (uvijek uzeti u obzir da ono što bolesnik halucinira doživljava kao stvarnost). U dogovoru s bolesnicom primijenjena medikamentozna terapija radi lakšeg usnivanja. Provođen stalni (24-satni) nadzor.

Rizik za pothranjenost u/s smanjenim unosom hrane

Cilj. U tijeku hospitalizacije bolesnica neće izgubiti na tjelesnoj težini.

Intervencije:

U dogovoru s bolesnicom sastavljen je jelovnik. Hrana je primjereno servirana. Obroci su razdijeljeni na više manjih obroka. Udovoljeno je želji bolesnice da opipom ustanovi je li hrana topla ili hladna i da li se u njoj nalazi ono što je naručila. Praćena je tjelesna težina. Bolesnica je tijekom boravka izgubila 3 kg.

Rasprava

S obzirom da je HSV encefalitis akutni, sporadični encefalitis (u skupini virusnih encefalitisa na HSV encefalitise otpada 10-20%) i spada u rijetku bolest, klinička obilježja ovog encefalitisa nisu tako skromna. Ovaj encefalitis počinje naglo, ekspanzivno s generaliziranim ili fokalnim epileptičkim napadima, a do pojave antivirusne terapije smrtnost je iznosila 60-80 % slučajeva. Iako vrlo rijetka, ali zato vrlo ozbiljna bolest, ovaj encefalitis zauzima posebno mjesto u kliničkoj praksi.

Premda su u HSV-encefalitisa vrlo često prisutne promjene ponašanja, halucinacije i afazije, problematika halucinacija kod HSV encefalitisa nije obrađivana u dostupnoj sestrinskoj literaturi, stoga je glavni motiv pisanja o ovoj temi bio dati doprinos u daljnjem kliničkom istraživanju halucinacija kod HSV encefalitisa. Za medicinske sestre koje rade u Zavodu za neuroinfektologiju centra za intenzivnu medicinu Klinike za infektivne bolesti "Dr. F. Mihaljević" u Zagrebu, poseban je izazov rad s bolesnicima oboljelim od HSV-encefalitisa. Komunikacija s bolesnikom koji ima halucinacije i rješavanje problema odbijanja hrane (koji za posljedicu može imati gubitak tjelesne težine) je problem kod kojeg svakako treba voditi računa o dužem i češćem boravku kod bolesnika od predviđenog standarda. Osim toga dužina boravka nije jedina garancija da će bolesnik pojesti obrok, vrlo je važno povjerenje koje medicinske sestre stječu kod bolesnika. Kako bi medicinske sestre ostvarile što bolju komunikaciju i stekle povjerenje bolesnika, potrebno je mnogo više od protokolarnih i predviđenih planova zdravstvene njege. Posjedovanje kreativnosti, intuitivnosti, empatije, strpljivosti, razumijevanja, snalažljivosti, improvizacije o kojima vrlo malo govorimo, a još manje pišemo, značajan su čimbenik u rješavanju ovog problema. Uspješnost hranjenja kod bolesnika s okusnim halucinacijama je veća što medicinska sestra ima više vremena na raspolaganju. U jedinici intenzivnog liječenja zbog dinamičnog i zahtjevnog radnog procesa vrijeme je značajan čimbenik, dok je procjena dužine hranjenja vrlo bitna u organizacijskom smislu kod bolesnika oboljelih od HSV encefalitisa s halucinacijama (okusnim). Medicinske sestre i tehničari koje rade u Zavodu za neuroinfektologiju Klinike za infektivne bo-

lesti „Dr. F. Mihaljević“ imaju prilike susretati se s vrlo rijetkim i teškim infektivnim bolestima. Ovaj Zavod baštini dugu tradiciju rada s infekcijama SZS, stoga je on mjesto iz kojeg bi trebala poteći daljnja sestrinska istraživanja na ovu temu.

Zaključak

Zdravstvena njega oboljelih od HSV encefalitisa je specifična i zahtjevna zbog problema halucinacija, stoga je potreban duži boravak medicinske sestre uz bolesnika. U prikazu slučaja od ukupno četiri moguće halucinacije bolesnica je razvila dvije (vidne i okusne). Uspješnost uspostavljanja povjerenja vezana je uz dužinu boravka medicinske sestre kod bolesnika, koji u ovakvim slučajevima izlaze iz okvira propisanih standarda.

U jedinicama intenzivnih liječenja oboljeli od HSV encefalitisa najčešće su na umjetnoj ventilaciji. Zbog nemogućnosti komuniciranja s bolesnikom medicinske sestre kontinuirano prate mimiku lica, reakcije na dodir, glas i zvuk. Njihovo iskustvo u prepoznavanju i tumačenju neverbalne komunikacije uvelike pridonosi bržem oporavku bolesnika. Ujedno, zbog česte pojavnosti halucinacija kod oboljelih od HSV-1 encefalitisa medicinske sestre moraju poznavati tehnike komuniciranja i postupanja s takvim bolesnicima. Uz dinamičan ritam rada u intenzivnim jedinicama ovakvi bolesnici zahtijevaju strpljivost i veliko razumijevanje problema s kojima su suočeni ne samo oni sami, nego i njihovi najbliži. Medicinska sestra osim rada s oboljelim veliku pažnju poklanja i radu s obitelji, jer pravovremeno uključivanje obitelji jamči i brži oporavak bolesnika. Bolesnici s halucinacijama (u ovom slučaju okusnim i vidnim) vrlo teško prihvaćaju hranu. Znanje i umijeće medicinske sestre da bolesnika pridobije da pojede obrok iziskuje veliki napor i vrijeme. To konkretno znači da, kada se radi o ovakvom bolesniku, jedna medicinska sestra mora biti izvan standardnog radnog procesa kako bi mogla zadovoljiti potrebe ovakvog bolesnika. Za hranjenje oboljelog potrebno je 30 do 45 minuta, što je gotovo dvostruko više od predviđenog postavljenog standarda. Postoji još jedan problem koji se pojavljuje: bolesnik ne stječe povjerenje podjednako prema svim medicinskim sestrama, stoga ako se odnos povjerenja razvio selektivno, treba voditi računa da medicinske sestre koje bolesnik bolje prihvaća, borave uz bolesnika. U ovakvim specifičnim situacijama voditelji timova moraju voditi računa o rasporedu medicinskih sestara koje su uspjele uspostaviti povjerenje kod bolesnika i upravo njih koristiti u radu s njima. Vrlo je teško ponekad zadovoljiti takav standard iz već poznatih razloga, pomanjkanje osoblja i zahtjevan radni proces u jedinicama intenzivnog liječenja.

Ovoj problematici potrebno je i pristupiti intradisciplinarno, na način da se medicinskim sestrama osigura suradnja s psihologima i defektolozima, kako bi u što kraćem vremenskom intervalu osposobile bolesnika za nastavak rehabilitacije.

Literatura

1. Mihaljević F, Fališevac J, Bezjak B, Mravunac B. Specijalna klinička infektologija. 6 izd. Zagreb; Medicinska naklada: 1986.str. 327.
2. Lepur D. Encefalitis. U: Begovac J, Božinović D, Lisić M, Baršić B, Schönwald S. Infektologija. 1. izd. Zagreb; Profil; 2006, str. 261.
3. Božinović D. Herpes simplex virus. U: Begovac J, Božinović D, Lisić M, Baršić B, Schönwald S. Infektologija. 1. izd. Zagreb; Profil; 2006, str. 396.
4. Himbele J. Herpes simplex virusni encefalitis. Knjiga sažetaka 7. simpozij o spolno prenosivim bolestima i urogenitalnim infekcijama, simpozij Slavka Schönwalda s međunarodnim sudjelovanjem; 2005 April 10-13; Opatija; 2005, p. 76-7, No 59.
5. Hudolin V. Rječnik psihijatrijskog nazivlja. Zagreb: Školska knjiga; 1991.