

- pomen anestezijske priprave bolnika,
- anesteziološka priprava bolnika na programirano operacijo,
- anesteziološka priprava bolnika na urgentno operacijo,
- postopek z bolniki pri ambulantni anesteziji,
- anesteziološka priprava bolnice na Sectio caesareo,
- respiratorna priprava bolnika na operacijo.

Po končanem predavanju nam je dr. Irislav Margan prikazal diapozitive o novi bolnišnici, na koncu pa so si sestre ogledale še pediatrični in kirurški oddelek naše bolnišnice.

Seminarja se je udeležilo 30 sester iz vse Slovenije, ki delajo v enotah intenzivne terapije in anestezije, v velikem številu pa so se odzvale našemu vabilu tudi sestre z operativnih oddelkov tukajšnje bolnišnice. Kot častni gosti seminarja so bili prisotni: dr. Peter Tomanović, dr. Vasja Klavora in sestra Jana Krek, ki je v nekaj stvkih orisala bolnišnico kot celoto. Na seminarju je bila navzoča predsednica naše sekcije, sr. Marina Velepčič, ki se je zahvalila za izredno pristrčen sprejem in poudarila to, da tokrat sestre nismo samo organizatorji srečanja, ampak na njem sodelujemo tudi kot predavateljci.

Takšna srečanja pomembno prispevajo k širjenju in utrjevanju strokovnega znanja, ne nazadnje pa pomenijo tudi prijetna tovariška srečanja, ki nas med seboj povežejo in na katerih se seznanimo s problemi in izkušnjami, ki se pojavljajo pri našem delu. Seminar smo dopolnili z ogledom muzeja v gradu Kromberk. Naša prizadevanja bodo sedaj usmerjena v pripravo internega strokovnega programa, ki bo zajel kardiopulmonalno reanimacijo.

Višja medicinska sestra
Polona Mozetič

Strokovno srečanje anestezijskih tehnikov v naši bolnišnici

Dne 9. aprila 1980 smo sestre z oddelka za anestezijo in intenzivno terapijo organizirale enodnevni strokovni seminar v okviru sekcije za intenzivno terapijo in anestezijo pri ZDMS Slovenije. Naša sekcija deluje že vrsto let, za letošnje prvo srečanje pa se je upravni odbor te sekcije, ki ima sedež v Ljubljani, odločil za našo bolnišnico. Osnovna tema je bila anestezijska priprava bolnika na operacijo. Ker pa je ta tema zelo obširna, smo jo za naš program razdelili na nekaj poglavij, in sicer:





Uvodne besede k strokovnem seminarju POMEN ANESTEZIJSKE PRIPRAVE BOLNIKA

V preteklosti je bila najtežja faza kirurškega obolenja operacija in z njo povezana anestezija. Postavljalo se je eno glavnih vprašanj kakšna bo bolnikova reakcija na anestezijo oz., če bo bolnik anestezijo prenesel.

Danes anestezija za težke bolnike vseh starosti ni več velik oz. glavni problem. Seveda je še vedno izredno važno, da se izvede anestezija z največjo skrbnostjo in pravilno tehniko.

Težišče preprečitve komplikacij oz. izboljšava rezultatov kirurških posegov se je premaknilo na kvalitetno predanestetijsko pripravo ter pravilno postoperativno terapijo.

Od nekdaj je bila osnovna potreba po anesteziji humanitarna želja po izključitvi neizdržljive bolečine, ter po možnosti nuditi bolniku razkošje nemotene spanja med operacijo in celo postoperativno euforijo.

Moderna znanost o razvoju šoka, šokovnih stanj in antišok-terapije pa je dokazala, da anestezija ni samo humanitarno lajšanje neizdržljive bolečine, temveč v bistvu sploh omogoča, da organizem stres operacije prenese.

Manipulacije kirurga izzivajo stres, na katerega organizem reagira z aktivacijo avtonomnega vegetativnega živčevja in endokrinega sistema, včasih s prekomernim odgovorom. Takšen odgovor organizma je lahko sam povzročitelj šokovnega stanja s katastrofalnimi posledicami v smislu disregulacije cirkulatornega in hormonalnega sistema.

Čim manjši je stres na organizem med operacijo, tem lažje se organizem po anesteziji in operaciji opomore. To dejstvo je še posebno važno pri bolnikih, ki so v slabi splošni kondiciji.

Kot vemo, se za povzročitelje operacijskega stresa štejejo predvsem nezadostno blokirana bolečina, direktno in indirektno draženje avtonomnega živčevja zaradi nezadostne blokade le-tega, stranski učinki anestezioloških sredstev, večje nekrute izgube krvi oz. telesnih tekočin, manipulacije kirurga na operiranih organih oz. močni visceralni refleksi, in še vsa druga dogajanja, ki nasilno spreminjajo bolnikove fiziološke norme.

Anestezija se lahko glede na zgoraj povedano v širšem smislu definira kot skupek postopkov, ki preprečujejo oz. zmanjšujejo stresno reakcijo organizma, ter preprečijo razvoj šokovnega stanja med operacijo in v ne posredni postoperativni fazi.

Tak pogled na anestezijo medicinsko utemeljuje velik pomen kvalitetne predanestetijske priprave bolnika.

Nezamenljiva je vloga anestezijske sestre oz. tehnika pri pripravi bolnika, ki lahko veliko pripomore, da bolnik ne bo samo medicinsko obdelan, temveč da bo v operacijski dvorani pomirjen, relaksiran in kooperativen, kar daje našemu delu končno tudi tisto človečnost, ki so jo vsi v takem trenutku želimo.

Želim uspešen in prijeten potek posvetovanja.

Predstojnik oddelka
dr. Vladimir Jurkovič

PRIPRAVA URGENTNEGA BOLNIKA NA ANESTEZIJO

Urgenten bolnik je tisti, ki mora biti takoj anesteziran in operiran, ker bi siceršnje odlaganje operacije lahko imelo negativne posledice za njegovo bolezen in s tem na njegovo zdravje. Nujni posegi pa so lahko vitalni ali pa urgentni. Vitalni poseg je neodložljiv poseg, s katerim rešujemo vitalne funkcije organizma. Vsi ti bolniki so v stanju šoka, ki ga začenamo zdraviti takoj ob prihodu v bolnišnico in potek nadaljujemo od prehoda v anestezijo. Tako so vitalne indikacije za operacijo: arterielne krvavitve navzven, krvavitve v organske votline, asfiktična stanja, ekstremno zvišanje intrakranialnega pritiska ter ginekološki in porodniški vitalni posegi.

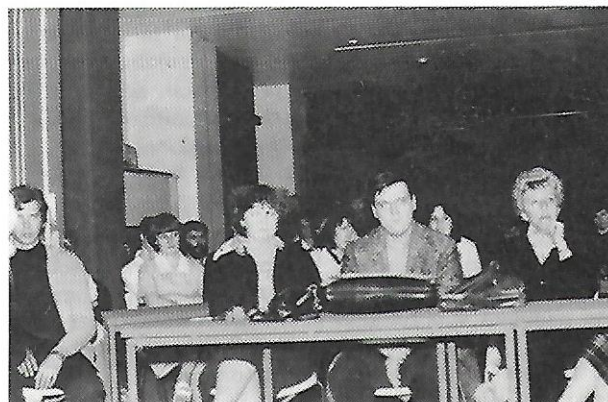
Pri urgentnih posegih, kjer bi 24-urno odlašanje posega imelo negativne posledice za osnovno bolezen, pa moramo bolnika predhodno pripraviti na anestezijo in operacijo. Priprava naj bi trajala največ 2 uri in s tem bistveno zmanjšamo rizik anestezije in zvišamo procent dobrih operativnih izidov.

Vsi ti urgentni bolniki so zelo prestrašeni in prizadeti, saj so se nenadoma znašli v bolnišnici, zato jih moramo pomiriti in sami s svojim delom pokazati, da nas njihovo stanje ni presenetilo. Zavedati se moramo, da vsako kričanje, tekanje in neorganizirano delo zelo negativno vpliva na bolnikovo psihično počutje in zmanjšuje zaupanje bolnika v zdravstveno osebje.

Urgentne bolnike bi lahko razdelili v štiri skupine, vendar v praksi večkrat vidimo primere, katerih stanja so kombinacija iz te ali one skupine hkrati. N. pr. politravma s pneumotoraksom.

Naj naštejemo te štiri glavne skupine:

1. politravmatizirani bolniki,
2. bolniki s pneumotoraksom,



3. nevrokirurški bolniki,
4. bolniki z ileusom in peritonitisom.

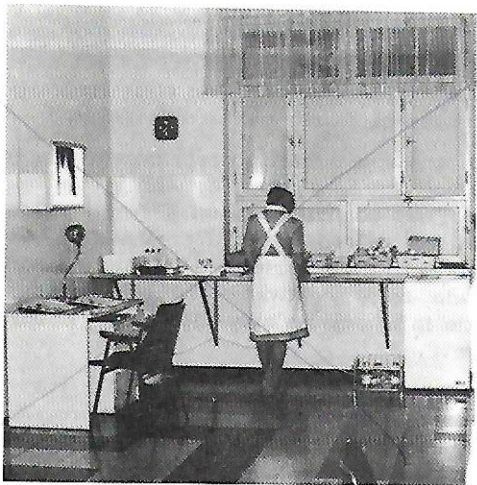
Zaradi težkega stanja in vsesplošne prizadetosti, ki takšna obolenja spremlja, je izrednega pomena, da je delo dobro organizirano in, da zdravnik - anesteziolog in sestra med seboj tesno sodelujeta.

Anestezijski tehnik
Anita Šumandl

ANESTEZIJSKA PRIPRAVA BOLNIKA NA PROGRAMIRANO OPERACIJO

Kakor vemo v moderni medicini praktično ni kontraindikacij za anestezijo. Danes imamo na razpolago široke izbire različnih tehnik in medikamentov, ki omogočajo varno anestezijo za najtežje bolnike različnih starostih. Za dobre rezultate pri zdravljenju kirurške bolezni je danes predvsem poudarek v pravilni in skrbni postoperativni negi. Postoperativna morbiditeta in mortaliteta se je zmanjšala prav zahvaljujoč se temu dejstvu. Dobra preoperativna priprava pa pride najbolj do izraza pri programiranih operacijah. Tu imamo na razpolago dovolj časa, da pacienta optimalno pripravimo in zato ni opravičila, da bi npr. srednje težek bolnik ne bil dobro pripravljen na operativni poseg.

V preoperativno pripravo bolnika sodi z anesteziološke strani preanesteziološka vizita, ki je najboljše - nejši del priprave s premedikacijo in sedacijo bolnika...



V toku preanestezijske vizite mora anesteziolog oceniti tudi psihično stanje pacienta. Naloga anesteziologa je, da sezna bolnika z vrsto in tehniko anestezije, s postoperativnim potekom. Taktično mora anesteziolog ohrabriti bolnika, da pridobi njegovo zaupanje in, če je le mogoče, osvobodi strahu in napetosti. Psihična priprava je še važnejša pri otrokih. Preoperativna priprava in anestezija pri otrocih se mora ozirati na fiziološke in anatomske zakonitosti otroškega organizma in uporabo tistih metod anestezije, ki odgovarjajo otrokom in ne tiste, ki so se pokazale dobre za odrasle...

Pod drugo točko priprave bolnika za anestezijo sodi sedacija in premedikacija, kar pomeni uporabo ene ali več zdravil pred dajanjem anestezije, da spravimo pacienta v optimalno stanje za anestezijo in operacijo. Vsak bolnik predstavlja problem za sebe, zato moramo biti pozorni na izbiro premedikacije, odvisno od njegovega psihičnega in fizičnega stanja



sredstev za anestezijo pa tudi nameravane kirurške intervencije. Pravilen izbor premedikacije odpira pot za dobro in nekomplikirano anestezijo in postoperativno nego...

Poleg tega je namen premedikacije tudi ta, da zmanjša postoperativne slabosti in bruhanje, izzove amnezijo in zmanjša toksično delovanje anestetikov in drugih zdravil. Premedikacijo naj dobi pacient pravočasno, da pride čimbolj umirjen in brez strahu v operacijsko sobo. Trenutno imamo na razpolago več variant premedikacijskih sredstev, s katerimi lahko optimalno dosežemo zgoraj omejeno delovanje.

Namen sedacije bolnika na večer pred operativnim posegom je, da bolnik mirno prespi noč (apaurim, librium, meprobamat). Za vrsto sedacije in premedikacije se anesteziolog odloči po detaljnem pregledu bolnika, po preanesteziološki viziti...

V preanestezijsko pripravo bolnika na operacijo je v ključena tudi anestezijska sestra, predvsem v smislu psihične priprave, ko ga v času od premedikacije do začetka anestezije spremlja, kontaktira z njim, ga seznanja z operacijskim postopkom in prostorom. Pogostokrat pride v situacijo, ko mora vse naloge izvajati samostojno in je zato potrebno dobro poznavanje zgoraj omenjene problematike. Tako smatram temo današnjega predavanja za izredno važno.

Višja medicinska sestra
Polona Mozetič

Foto: P.KOS

ZARADI POMANJKANJA PROSTORA BODO POVZETKI REFERATOV VIŠJIH MEDICINSKIH SESTER KLARE KRKOČ IN JOŽICE BOŠKIN OBJAVLJENI V PRIHODNJI ŠTEVILKI.



ma intravenozna indukcija s kratkotrajno delujočim medikamentom, pri nas največkrat barbituratom, ki ji sledi relaksacija s polno dozo Leptosuccina. Hitra indukcija in popolna relaksacija omogoča hitro in obzirno intubacijo, odstranjuje rizik laringealnega spazma in zmanjšuje čas od indukcije do rojstva otroka...

Če so zagotovljeni v okviru preanestezijske priprave tudi pogoji za reanimacijo eventualno deprimiranega otroka (omogočena aspiracija dihalnih poti, ventilacija, zagotovljena prevencija izgube telesne toplote in za najhujše primere uporaba antiacidotikov za intraumbilikalno venozno aplikacijo) je zahtevi po zagotovitvi varnosti zadoščena.

Višja medicinska sestra
Klara Krkoč

POSTOPEK Z BOLNIKI PRI AMBULANTNI ANESTEZIJI

Dobro organizirana ekipa, ki izvaja ambulantne posege, pri katerih je potrebna uporaba analgezije splošnega ali lokalnega delovanja, je lahko za neko bolnišnico velikega pomena. Prav tu se izvajajo posegi, ki so manj zahtevni in obenem kratkotrajni in je tudi pacient po določenem času sposoben iti domov. Taka ekipa lahko prihrani pacientu veliko njegovega dragocenega časa, prav tako pa tudi bolnišnici in regionalni zdravstveni skupnosti veliko denarja, ker ne zase da razpoložljivega posteljnega fonda, ki je potreben za nujnejše primere...

Odgovornost anesteziologa je tu prav tako velika, kot pri programskih operacijah na katere se pacienti pripravlajo v bolnišnici.

Pacient pride namreč v ambulanto sicer tešč, vendar brez predhodnih preiskav, na hitro ga moramo pripraviti za narkozo potem pa ga nadzorujemo le kratek čas. Zaradi tega je zelo važna psihična priprava pacienta, natančna anamneza ter točna navodila za postopanje po narkozi. V ta namen dobi pacient pred operativnem posegu pismeno potrdilo o ambulantni narkozi, ki ga prebere in podpiše. To potrdilo vsebuje izjavo pacienta, da:

- ni 6 ur pred narkozo užival nobene hrane in pijače
- da je bil obvešččen, da lahko zapusti bolnišnico po narkozi samo v spremstvu odrasle osebe,
- da ne bo 24 ur po narkozi vozil motornih vozil, upravljaj delovne stroje in pil alkoholnih pijač.

Otroci pridejo v ambulanto v spremstvu staršev. Le-ti podpišejo izjavo namesto njih in jih pripravijo na operativni poseg...

Pacient se po operativnem posegu zbudi, vendar ne sme takoj zapustiti bolnišnice, ampak odleži 1-2 uri v posebnem prostoru za prebujanje in je pod nadzorom sestre oz. anesteziologa. Odide lahko v spremstvu odrasle osebe šele potem, ko je popolnoma pri seben, če mu ni slabo in če so vse vitalne funkcije v redu. 24 ur po opravljenem posegu mora spoštovati navodila, ki mu jih je dal zdravnik pred narkozo...

Ambulantne anestezije so relativno zahtevne in odgovorne. V prepolni ambulanti je anesteziologu v veliko oporo anesteziološka sestra, tako pri pripravi pacienta za anestezijo, pri uvajanju intravenske kanile, pri merjenju pritiska in pulza, v postoperativnem nadzoru, zbujanju in odpuščanju pacienta domov.

Višja medicinska sestra
Jožica Boškin

Srečanje anestezijskih tehnikov

PRIPRAVA BÖLNICE ZA SECTIO CAESAREA

Carski rez predstavlja v anesteziji specifičen problem, ker mora zagotoviti varnost materi in otroku. Pri nas se praviloma uporablja splošna anestezija z intubacijo. Ta pa mora biti taka, da omogoča varen in tehnično dodelan operativni poseg, ki zagotavlja materi, ne glede na to ali spada carski rez po klasični porodniški razdelitvi v skupino programiranih ali nujnih operacij, zdravje v takem obsegu, da ji omogoča hitro postoperativno okrevanje in ohranja možnost dojenja in samostojne nege otroka. Ker je preanestezijska priprava popolnejša pri elektivnih carskih rezih dovolite, da jo v zaporedju poteka podamo kot vzorčno. Iz statističnih podatkov, analiz vzrokov smrtnosti, ki je imela vzrok v anestezijskem postopku, je nedvomno, da med vzroki izstopajo krvavitve in aspiracija želodčne vsebine...

Še pogostejši vzrok smrti vezan na komplikacijo med anestezijo pa je aspiracija želodčne vsebine zlasti, če je ta kislá. 50 % nosečnic ima namreč pH enak ali celo manjši kot 2,5. Poleg tega pa je znano, da je peristaltika želodca v nosečnosti slabša in praznjenje želodca upočasnjeno.

Mendelson je pred 30 leti opisal bolezensko sliko pulmonalne aspiracije želodčnega soka pri nosečnicah, ki so prejele anestezijo.

Aspiracija želodčne vsebine ostaja trajen problem za anestezijo. Čeprav je debela gastrična sonda neprijetna stvar, je priporočljivo izpirati želodec, če se nam zdi, da je žena le jedla prepozno in nima praznega želodca. V okviru prevencije aspiracije spada vsporedno z zagotovitvijo zadostne oskrbe ploda s kisikom tudi obzirna in hitra indukcija v narkozo in enako hitra in obzirna intubacija. Zato se po nekaj minutnem udihavanju čistega kisika uporablja pravilo