

Skripta zdravstvene njege 2

Pitanja i odgovori za internu upotrebu za vanredne candidate

1. OBJASNI POSMATRANJE I PREGLED BOLESNIKA.

Posmatranje bolesnika tj. uocavanje simptoma i znakova bolesti jedan je od osnovnih zadataka medicinske sestre u zdravstvenoj njezi.

Znak bolesti oznacava promjene koje mogu da se utvrde kod bolesne osobe.

Simptomi-znaci bolesti su rezultat patoloskih desavanja u organizmu.

Simptomi mogu biti: subjektivni, funkcionalni i opsti.

Subjektivni simptom je, npr. bol, pri cemu bolesnik opisuje lokalizaciju i radijaciju, kao i karakter i intenzitet bola.

Funkcionalni simptomi posljedica su poremećene funkcije oboljelog organa. Takvi simptomi su npr. dispneja (otezano disanje), disfagija (otezano gutanje) i drugo.

U opste simptome spadaju, na primjer, gubitak apetita, osjecaj slabosti, malaksalost i dr.

Dijagnozom bolesti obuhvaceni su simptomi (ono na sto se bolesnik zali) i znakovi (ono sto i drugi mogu zapaziti) koje pokazuje bolestan covjek.

U dijagnosticanju se sluzimo metodama:

- intervju (simptomi bolesti)
- posmatranje (dinamika bolesti)
- pregled (inspekcija, palpacija, perkusija, auskultacija- znakovi bola)
- pretrage (laboratorijske i instrumentalne)
- mjerenje (visina, tezina i obim pojedinih dijelova tijelova)

Posmatranje moze biti :

- subjektivno i
- objektivno

2. OBJASNI SUBJEKTIVNO POSMATRANJE.

Subjektivnim posmatranjem zakljucujemo izvjesne promjene na osnovu bolesnikovog iskaza, jer ih preko nasih cula ne mozemo utvrditi.

Subjektivni simptomi su:

- * bol
- * glad, zeđ, strah
- * slabost i malaksalost
- * muka i vrtoglavica

3. ŠTA JE BOL ?

U razgovoru sa bolesnikom ili pratiocem medicinska sestra se upoznaje sa simptomima bolesti.

Bol je jedan od najjacih subjektivnih simptoma, zbog kojeg se bolesnik javlja ljekaru. Prag osjetljivosti je razlicit tj. individualan, pa se mora znati da se i bolesnici razlicito ponasaju za vrijeme bola.

Moze se osjecati kao:

- * tistenje
- * tupi bol
- * snazan (opsti bol) sa prekidima.

Sestra je dužna da uoči karakteristike bola, da prikupi potrebne informacije o bolu, i to: početak i trajanje, lokalizaciju, učestalost, okolnosti pod kojima se javlja, prateće simptome, ponasanje. Ona to evidentira i obavještava ljekara.

4. LOKALIZACIJA BOLA.

Glava- glavobolja je jedna od najčešćih bolova u medicinskoj praksi koja može biti izazvana raznim oboljenjima.

Uzroci mogu biti poremećaji vida, anemija, oboljenja sinusa, akutne infektivne bolesti, povišen krvni pritisak itd.

Grudni koš- bol u grudnom košu nastaje usljed oboljenja organa grudne šupljine i manifestuje se kao :

-sternokardija, bol iznad grudne kosti, može se širiti prema donjoj vilici, lijevom ramenu, malom prstu lijeve ruke (angina pectoris)

-bol pri disanju (kod zapaljenja plućne maramice)

-bol pri gutanju (disfagija)

Trbuh- bol u trbuhu je čest simptom koji može biti izazvan organskim ili funkcionalnim oboljenjima abdominalnih organa.

Bol sa desne strane trbuha znak je akutnog apendicitisa (upala slijepog crijeva).

Bol u kičmenom stubu sa otežanim pokretima i hodom ukazuje na oboljenja kičme.

Ruke i noge - bol i otok ramenog zgloba, kuka, koljena može da bude znak reumatske bolesti.

5. OBJASNI OBJEKTIVNO POSMATRANJE

Objektivnim posmatranjem obuhvataju se svi izraženi znaci na bolesniku koje mi možemo utvrditi putem nasis cula (vida, sluha, pipanja, mirisa)

Spoljašnji izgled bolesnika

Posmatranje se sprovodi jednim sistematskim redom i počinje od glave, a završava se na ekstremitetima.

Spoljašnji izgled bolesnika obuhvata:

- konstituciju
- rast
- uhranjenost
- hod
- govor
- boju kože
- izgled.

Konstitucija je skup nasljednih i stecenih karakteristika organizma. Najcesce je prisutna sljedeća podjela prema konstituciji:

- Astenička konstitucija - to su osobe uskih ramena, dugih ekstremiteta, uskog grudnog kosa i obično visokog rasta. Mišićno i vezivno tkivo je slabije razvijeno. Ove osobe osjetljive su prema tuberkulozi i nekim imunoalergijskim oboljenjima, a postoji i spustenost pojedinih organa.
- Atletička konstitucija - karakterise je razvijenost kostura, mišica i potkožnog tkiva. To su osobe

lijepo građene, kod kojih su ramena sira od kukova, najcesce se bave sportom ili tezim fizickim radom. Fizicki su jaki i otporni prema bolesti.

- Piknicka konstitucija - ona je karakteristicna za gojazne osobe kratkog vrata, cesto izbocenog trbuha,okrugle glave i sirokog grudnog kosa, srednjeg rasta. Ove osobe sklone su kardiovaskularnim bolestima.

Rast

Pripadnici razlicitih rasa nemaju istu visinu, te je pojam normalne visine uslovljen pripadnoscu nekom narodu, odnosno rasi. Svaki poremećaj rasta odraz je disfunkcije endokrinih zlijezda (hipofiza). Dzinovski rast uslovljen je hiperaktivnoscu prednjeg reznja hipofize. Ukoliko do hiperaktivnosti dođe poslije završne adolescencije, dijelovi tijela pocinju nesrazmjerno da se razvijaju, narocito tjelesni okrajci i nastaje akromegalija.

Infantilni dzinovi- su osobe veoma visokog rasta (250-275 cm) sa nedovoljno razvijenim polnim organima.

Hipofunkcija prednjeg reznja hipofize uslovljava smanjen rast, sve do patuljastog.

Uhranjenost

Uhranjenost se određuje prema tjelesnoj tezini. Odstupanje od normalne tjelesne tezine moze biti prema gojaznosti ili mrsavosti. Osoba je gojazna kada je tjelesna masa 20% od dozvoljene. Masne naslage su raspoređene na: ekstremitetima, grudima, gornjem dijelu trbuha, na licu, ispod brade.

Gojaznost se javlja kao posljedica:

- * pretjeranog unosenja hrane
- * endokrinih poremećaja.

Smanjena tjelesna tezina za vise od 20% od normalne dovodi do pothranjenosti. Nagao gubitak tjelesne mase moze biti posljedica razlicitih oboljenja, kao sto su tuberkuloza,maligna oboljenja...

Pokretljivost

Pri promatranju vazno je procijeniti pokretljivost bolesnika koja moze biti: normalna, smanjena i onemogućena. S obzirom na pokretljivost bolesnik ce biti:

- Normalno pokretan: bolesnik hoda primjerenom brzinom, izmjenicnim pokretima obiju nogu, sam mijenja položaj u krevetu, licnu higijenu, takođe, provodi sam.
- Smanjeno pokretan: bolesnik se tesko kreće. Za promjenu položaja u krevetu potrebna su mu pomagala i pomoc druge osobe. Pri provođenju licne higijene i hranjenja djelimicno je potrebna pomoc druge osobe.
- Nepokretan: ne hoda ni uz pomoc druge osobe, pri zadovoljavanju osnovnih potreba pomaze mu u cjelini druga osoba.

Govor

Govor bolesnika i nacin izlaganja, odnosno jasnoca izrazavanja takođe mogu da ukazu na neka oboljenja. Tako promjene larinksa dovode do promuklosti. Izmijenjen govor javlja se i kod multiple skleroze (skandirajuci). Kod tireotoksicne krize bolesnik ne moze da izgovori glas " r ".

Boja kože

Boja kože zavisi od rase i podneblja. Normalna boja kože na našim prostorima je od svijetlo ružičaste do tamnije. Najbolje se zapaza pri dnevnoj svjetlosti i može da ukaze na razna oboljenja sistema i organa.

Izgled

Posmatranjem bolesnika utvrđuju se promjene u izgledu, koje su znak odstupanja od normalnog. Pri posmatranju izgleda i funkcija dijelova tijela pregled počinje od glave, nastavlja se prema donjim ekstremitetima (izgled, boja, izrasline...).

6.OBJASNI STANJE SVIJEŠTI

Stanje svijesti dio je opšteg stanja bolesnika. Uzroci poremećaja stanja svijesti mogu biti psihičke i organske prirode.

*Psihički (stanje zaostalosti ili retardacije u intelektualnom razvoju: duševne bolesti)

*Organski : -OPŠTI (trovanje, poremećaji metabolizma, termoregulacije i cirkulacije) -LOKALNI (tumori i ozljede mozga, cerebrovaskularni inzulti).

Posmatrajući stanje svijesti ispitanika razlikujemo: potpuna svjesnost, somnolenciju, sopor i komu.

POTPUNA SVJESNOST podrazumijeva orijentisanost osobe u vremenu, prostoru i u odnosu na druge osobe.

SOMNOLENCIJA: osoba je pospana, reaguje na nadražaje, moguća komunikacija.

SOPOR (duboka uspavanost) je teži poremećaj svijesti. Bolesnik je u patološkom snu i može se jakim podražajima za kratko vrijeme probuditi. Budno stanje traje onoliko koliko traje i dejstvo podražaja.

KOMA je najteži poremećaj svijesti - besvijesno stanje. Bolesnik ne reaguje ni na kakav podražaj, leži mirno, nepokretan je. Koma može nastati naglo ili postepeno.

Prema uzroku kome su :

*metaboličke (uremična, hepaticna, dijabetična)

*cerebralne (krvarenje, tromboze, ozljede ili upale mozga i moždanih ovojnica)

*toksične (trovanje alkoholom, plinom ili lijekovima)

Kod bolesnika se mogu uočiti i neki posebni poremećaji svijesti poput SMETENOSTI ili DELIRIJA.

*Smetenost se može javiti kao psihički poremećaj, kao reakcija na stresnu situaciju ili je posljedica organske bolesti. Bolesnik je smeten, nemiran i uplašen. S bolesnikom se može razgovarati, ali su mu misli nepovezane. Najčešće nije prostorno ni vremenski orijentiran i nije svjestan svog stanja. Slabo pamti nove događaje.

*Delirij je duševni poremećaj obilježen smetnjama svijesti, mišljenja, nemirom, agresivnošću, halucinacijama i gubitkom u vremenu i prostoru. Delirij je najčešće popratna pojava organskog oštećenja mozga alkoholom, upalom ili visokom temperaturom. Najpoznatiji je ALKOHOLNI DELIRIJ - delirium tremens. Češće se javlja kada hronički alkoholočari istodobno oboli od druge bolesti. Zbog straha mogu se dogoditi nesreće, bilo da bolesnik ozlijedi sebe ili osobu iz svoje okoline.

7. POLOŽAJ BOLESNIKA U KREVTU

Bolesnici u krevetu mogu da zauzmu različite položaje, što zavisi od prirode oboljenja i opšteg stanja bolesnika. Sestra mora znati kakav položaj treba pojednini bolesnik zauzeti u krevetu, da li mu je pri tome potrebna pomoć, pomagalo ili potpuno zavisi o osobi koja ga njeguje, a posebno mora poznavati prisilne položaje, kako bi ih na vrijeme uočila i pomagala bolesniku. Bolesnik u krevetu može zauzeti položaj aktivno, pasivno ili prisilno.

* Aktivni položaj zauzima bolesnik koji može sam da se pokreće. Mijenja ga prema svojoj želji, jer mu priroda oboljenja to dozvoljava.

* Pasivni položaj zauzima bolesnik koji ne može vlastitom snagom da promijeni prethodno zauzet položaj. Pri promjeni položaja koristi se pomagala, ili mu pomaže druga osoba ili potpuno ovisi o drugoj osobi.

* Pasivni (prinudni) položaj je onaj koji je bolesnik prinuđen da zauzme. Može biti medicinski indiciran ili je posljedica bolesti.

Najčešći prisilni položaji su:

- Fowlerov položaj
- Ortopnoičan položaj
- Trendelenburgov položaj
- Kvinkeov (Quinckeov)
- Kolemanov položaj
- Nobleov položaj
- Robsonov položaj
- Ginekološki položaj

8. ŠTA SU VITALNI ZNACI?

Vitalni ili životni znaci su znaci kojima se karakteriše život. Oni održavaju funkcije vitalnih organa i usko su povezani sa procesom razmjene materija-metabolizmom.

Vitalni znaci su :

- temperatura tijela
- puls
- disanje
- krvni pritisak : arterijski krvni pritisak i venski krvni pritisak

Organizam funkcioniše tako što se uvijek nalazi u stanju određene ravnoteže. Vitalni znaci su međusobno veoma povezani ,i poremećaj jednog vitalnog znaka utiče i na ostale.

9. ŠTA JE TEMPERATURA?

Temperatura tijela predstavlja stepen zagrijanosti čovječijeg organizma. Normalna temperatura zdravog čovjeka, izmjerena na površini tijela kreće se između 36-37°C (na sluznicama je za 0,1-1,0°C viša), uz fiziološka kolebanja, ovisno o dobi dana (niža je u jutarnjim satima), životnoj dobi (viša je kod djece nego kod starijih osoba), kod žena ovisi o menstrualnom ciklusu (viša je u toku ovulacije) I trudnoći (viša je prva 3-4 mjeseca).

Povišenje tjelesne temperature je hipertemija.

Prema stepenu povišanja temperature izmjerene na površini tijela razlikuju se:

- *subnormalna 35-36 C
- *normalna 36-37 C
- *subfebrilna 37, 1-37,7 C
- *febrilna 37, 8-39 C
- *visokofebrilna iznad 39 C

10.MJERENJE TEMPERATURE

Toplotu tijela mjerimo toplomjerom sa živom ili obojenim alkoholom ili elektronskim toplomjerom. Kod nas se upotrebljava Celzijusoc toplomjer sa živinim rezervoarom.

Temperatura tijela može da se mjeri u kožnim naborima ili na sluznici:

- *aksilarno (potpazuh ili prepone)
- *ustima-ispod jezika (oralno, sublingvalno)
- *rektalno (debelo crijevo)
- *vaginalno

11.BILJEŽENJE TEMPERATURE

Izmjerene vrijednosti temperature u bolnici se unose u specijalne liste-temperature ili bolesničke.

Temperatura se bilježi plavom krupnijom tačkom; poslije svakog mjerenja nova tačka se povezuje crtom sa prethodnom I tako dobijamo izlomljenu liniju, koja se naziva temperaturna krivulja. Temperature krivulje mogu biti različite. Imaju određen značaj u dijagnostici, jer pojedina oboljenja prati određeni tip temperature krivulje.

12.KOJI SU ZADACI MEDICINSKE SESTRE KOD BOLESNIKA SA VISOKOM TEMPERATUROM?

Kod bolesnika s visokom temperaturom sestra ima niz zadataka:

- *da bolesnika smjesti u krevet,u povišen položaj, da bi mu se olakšalo disanje i osigurala udobnost
- *da u sobi bolesnika osigura optimalne mikroklimatske uslove
- *bolesnika treba osloboditi suvišne odjeće
- *sprovoditi njegu usne šupljine
- *vršiti nadoknadu tečnosti davanjem raznih napitaka
- *vršiti pravilnu prehranu bolesnika
- *vršiti nadzor nad vitalnim funkcijama
- *sprovoditi određene dijagnostičke I terapijske postupke prema uputstvu ljekara

13.ŠTA JE PULS?

Puls je odraz srčanog rada na perifernim arterijama.Moze se osjetiti palpacijom i cuti austkultacijom.Uloga srca je da kao pumpa potiskuje krv kroz sistem krvnih sudova. U praksi najcesce palpiramo puls radijalne arterije. Palpira se jagodicom drugog,trecceg i cetvrtog prsta u trajanju od 1minute.

Frekvencija pulsa je broj otkucaja u jednoj minuti. Kod zdravog čovjeka koji miruje normalan broj otkucaja je 60-80 u minuti a kod novorođenceta i male djece je viši: 100-150 u minuti (eukardija).

Tahikardija je ubrzan puls (više od 80 otkucaja u minuti) može biti fiziološka i prolazna pojava pri naporu i uzbuđenju.

Bradikardija ili usporeni puls (manje od 60 otkucaja u minuti) može biti fiziološka pojava kod sportasa i fizičkih radnika.

14. ŠTA JE RITAM PULSA?

Kod zdravih osoba sistola i diastola se naizmjenično smjenjuju. Takav puls se naziva ritmični ili regularni.

Ekstrasistolija: pravilan ritam pulsa povremeno se prekida prijevremenim pulsom okučajem

Apsolutna aritmija: otkucaji srca su potpuno nepravilni i nejednako punjeni, znak su oštećenja srčanog mišića.

Poremecaji u punoci pulsa:

-nema pulsa :kada se puls ne osjeća ni pažljivom palpacijom

-filiforman (nitast) puls - slabo punjen , teško se palpira

-jako punjen puls: ne može se potisnuti ni jakim pritiskom na arteriju

-arterija koju palpiramo može biti tvrda i neelastična, tada je puls napet

15. ŠTA JE DISANJE?

Disanje je vitalna funkcija kojom se omogućava razmjena gasova (kisika i ugljen-dioksida) između organizma i spoljašnje sredine, koja se odvija u plućima. Za normalno disanje potrebno je da disajni putevi budu prohodni, pluća zdrava, grudni koš očuvan.

Inspirium (udah) je aktivna faza ventilacije. Podrazumijeva povećanje grudnog koša, pri čemu se pritisak u grudnoj duplji smanjuje, alveole se šire i vazduh iz spoljne sredine ulazi u njih.

Ekspirium (izdisaj) predstavlja pasivnu fazu ventilacije (stezanje grudnog koša) , pri čemu se vazduh iz alveola izdiše u vanjsku sredinu. Zdrav i odrastao čovjek bez napora diše jedva čujno 16-20 puta u minuti, a novorođenče i mala djeca 30-50 puta u minuti. Disanje se na temperaturnoj listi bilježi brojačno ("R=20") ili grafički.

Frekvencija disanja

Pod frekvencijom podrazumijevamo broj udisaja i izdisaja u minuti. S obzirom na brzinu disanja razlikujemo:

-eupnea normalna brzina disanja u mirovanju

-tahipnea ubrzano disanje

-bradipnea usporeno disanje

-apnea prestanak disanja

Dubina disanja

- normalno ujednačeno bez napora
- produbljeno s naporom bolesnik udiše i izdiše veću količinu zraka
- površno disanje jedva primijetno udisanje i izdisanje male količine zraka

16.KOJI SU OBLICI PATOLOŠKOG DISANJA?

- hiperpnea duboko i učestalo disanje
- ortopnea oblik dubokog i učestalog disanja koji prisiljava bolesnika da zagne uspravan položaj gornjeg dijela tijela
- asmatsko disanje oblik u kojem je ekspirij naročito otežan i produžen
- Kussmaulovo disanje, duboko je i šumno javlja se kod acidoze, dijabetične kome, uremije
- Čejn Stoksovo (Cheyne Stockes) disanje smjena relativnog dugotrajnog prestanka disanja (manje od 10 sekundi)
- Biotovo disanje potpuno nepravilno disanje, apnea koja se smjenjuje sa nekoliko plitkih i nepravilnih udisaja (oštećenja centra za regulaciju disanja u međumozgu).

17.ŠTA JE KRVNI PRITISAK?

Krvni pritisak predstavlja pritisak krvi na zidove krvnih sudova. Postoje dvije vrste krvnog pritiska: arterijski i venski. Arterijski krvni pritisak - tensio arterialis (TA) je pritisak krvi na arterijske krvne sudove za vrijeme sistole i diastole. Krvni pritisak u arterijama za vrijeme sistole poraste do određenog maksimuma i ta vrijednost se naziva sistolni ili maksimalni krvni pritisak. Krvni pritisak se smanjuje u toku diastole, a njegova najniža vrijednost naziva se dijasolni ili minimalni pritisak.

Velicina arterijskog krvnog pritiska zavisi od:

- *stanja srca,
- *kolicine krvi koja se nalazi u cirkulaciji,
- *elastičnosti krvnih sudova.

Ostali faktori koji mogu uticati na visinu krvnog pritiska:

- dob ispitanika (raste s dobi)
- spol (u praksi, žene imaju nizi krvni pritisak od muškaraca)
- aktivnosti ispitanika (viša je u fizičkoj i psihickoj aktivnosti)
- doba dana (viši je ujutro, a niži naveče).

Jedna od pouzdanijih formula za određivanje normalnih vrijednosti krvnog pritiska kod osobe izgleda ovako: na sistolni 111 dodamo 1/3 godina života ispitanika, a za dijasolni 68 dodamo 1/5 godina života ispitanika.

18.KAKAV KRVNI PRITISAK MOŽE BITI?

Krvni pritisak može biti:

- *kongruentan - ako su odnosi vrijednosti sistolnog i dijasolnog pritiska primjerene dobi i normalni,

*konvergentan - ako se razlike medju sistolnim i dijastolnim pritiscima SMANJUJU zbog znatnijeg povišenja dijastolnog pritiska (recimo kod hronicne bolesti bubrega),

*divergentan - ako se razlike izmedju sistolnog i dijastolnog pritiska POVEĆAVAJU.

Hipertenzija je stanje trajno povišenog sistolnog i dijastolnog pritiska, kod odraslih sistolni iznad 160, a dijastolni iznad 90.

Ona je znak oboljenja pracenog pojacanom srcanom kontrakcijom, povecanom zapreminom krvi, kao i oboljenja bubrega, te poremećaja endokrinih žlijezda.

Kriticne vrijednosti krvnog pritiska, koje zahtijevaju hitnu intervenciju ljekara su:

*porast sistolnog iznad 200,

*porast dijastolnog iznad 130

*pad sistolnog ispod 80.

Hipotenzija je stanje snizenog arterijskog pritiska, kada je sistolni pritisak ispod 100, a ona se javlja kod nedovoljne kolicine cirkulirajuće krvi te je uvijek pracena ubrzanim jedva opipljivim pulsom.

19.POSMATRANJE IZLUČEVINA

Izlučevine ili sekreti su produkti koji se izlučuju iz organizma a u njihovom formiranju učestvuju organi čitavog sistema.

U posmatranju bolesnika posebnu pažnju treba usmjeriti na izlučivanje i izlučevine : mokraću, stolicu, ispljuvak(sputum), znoj ..

20.ZNOJENJE

Znojenje je lučenje znoja iz žlijezda znojnica.

Žlijezde znojnice nalaze se svuda po koži, a najviše po tabanima, u pazuhu i na dlanovima. Znojenje nastaje i kod jaćih emocija, što nije u vezi sa termoregulacijom.

21.POVRAĆANJE

Povraćanje je refleksna radnja koja nastaje zbog nadražaja centra za povraćanje smještenog u produženoj moždini. Povraćanje se javlja zbog oboljenja organa za varenje, trovanja alkoholom, lijekovima, trovanja hranom.

-Mizerere je povraćanje crijevnog sadržaja sa fekalnim masama.

-Hematemeza je povraćanje svježe krvi tamno crvene boje ili je sadržaj nalik talogu crne kafe.

22.KAŠALJ, VRSTE KAŠLJA I ISPLJUVAK(SPUTUM)

Ispljuvak je izlučevina koja se iz disajnih puteva izbacuje kašljem.

Sputum zdrave osobe sastoji se od sluzi, čestica prašine unijete disanjem, ćelije epitela, kao i malog broja leukocita dok u toku oboljelog organa za disanje on postaje obilniji i sadrži veće kolićine sluzi, bakterija mnogo leukocita ponekad i eritrocita, plućni parenhim i tumorske ćelije.

Sputum često šaljemo na mikrobiološku, citološku, hemijsku i fizikalnu pretragu. Postoji više metoda za uzimanje sputuma: ekspektoracija- ispljućavanje, trahelani aspirat- sadržaj iz traheje i gastrovalaža- želućani iscjedak pacijenata koji sputum gutaju.

-Iskašljavanje i slanje u laboratorij - za ovako uzimanje treba pripremiti :

- * Sterilnu posudu(Petrijevu šolju)
- * času sa prokuhanom vodom
- * papirnatu vatu(celštof)
- * bubrežnjak
- * naljepnica za obilježavanje materijala
- * uputnica

- Hemoptizija je iskašljavanje malih količina krvi, a Hemoptoa iskašljavanje većih količina krvi.

23.MOKRAĆA – URIN

- je izlučevina koja se stvara u bubrezima i izvodnim kanalima i izlučuje se iz organizma.Centar za mokrenje nalazi se u kičmenoj moždini (3-4 lumbalnom segmentu).

Količina mokraće izlučena u toku 24h sata naziva se diureza.

Patološki nalazi u mokraći :

-disurija:zajedniči naziv za sve vrste poremećaja u izlučivanju mokraće-

-anurija:potpuni prestanak stvaranja mokraće.

-retencija:zastoj mokraće u mokraćnom mjehuru.

-oligurija:smanjeno stvaranje mokraće.

-poliurija:povećano stvaranje mokraće.

-polaksiurija:učestali podražaj i mokrenje malih količina urina.

-nikturija:noćno mokrenje.

-inkontinencija:nekontrolisano mokrenje.

-proteinurija:povećana količina bjelančevina u mokraći.

- glikozurija:nalaz glukoze u mokraći.

-hematurija_nalaz krvi u mokraći.

-makrohaturija:krv u mokraći vidljiva golim okom.

-leukociturija_nalaz povećanog broja leukocita u sedimentu mokraće.

-piurija:makroskopski vidljiv gnoj u mokraći.

-cilindurija:nalaz patoloških cilindara u mokraći.

-bakteriurija:nalaz mikroorganizama u urinu.

Specifična(gustoća)težina mokraće je pokazatelj koncentracijske funkcije bubrega.Specifična gustoća mokraće mjeri se urinometrom.

Mjerenje specifične gustoće vrši se u graduiranoj menzuri od 100ml.

Uzimanje mokraće za pretrage: za laboratorijski pregled može se uzeti na nekoliko načina,najčešće se uzimajutarnja mokraća izlučena u toku jednog mokrenje jer je količina najobilnija.

Mokraća koja se sakuplja u toku 24h koristi se za određivanje hemijske analize.

Mokraća uzeta u tri čase u toku jednog akta mokranja koristi se za orijetaciono određivanje lokalizacije patološkog procesa.

Mokraća iz srednjeg mlaza uzima se u slučaju bakteriološkog pregleda i za utvrđivanje broja leukocita i eritrocita.

Kateterizacija je plasiranje katetera u mokraćnu bešiku.

Kateteri mogu biti od gume svile ili silikona.Kateteri imaju naziv po autorima.

24.ŠTA JE STOLICA-FECES ?

-je crijevni sadržaj koji je ostao nesvaren pa se iz digestivnog trakta periodično evakuše defekacijom.

Proliv(dijareja)-je često pražnjenje nedovoljno formiranje stolice,zbog ubrzane motorike debelog crijeva.

Zatvor (opstipacija)-je rijetko i neredovno pražnjenje stolice.

Boja stolice potiče od žučne boje sterkobilina,zbog čega je smeđe boje(braon).

Melena je poremećaj u stolici a nastaje usljed krvarenja u gornjim dijelovima digestivnog trakta;obilna je,tjesasta i jako zaudara.

Klizma je ulijevanje tečnosti analnim putem u debelo crijevo.

Klizma za čišćenje i pražnjenje je medicinsko tehnicka radnja kojom se u oraganizam unosi tečnost reaktalnim putem a primjenjuje se prije lijekovite i hranjive klizme,prije operacija i prije porođaja.

Dijagnostička klizma je postupak u radiologiji pomoću kojeg se u debelo crijevo ulijeva kontrastno sredstvo u dijagostičke svrhe.Priprema se dodavanjem 5 kašika barijeva sulfata s jednom litrom vode.

Ljekovita klizma je postupak pomoću kojeg se u debelo crijevo unosi lijek gdje se vrši resorpcija,ali je neophodno primijeniti klizu za čišćenje najmanje 2h prije ubacivanja lijeka.

Hranjiva klizma se primjenjuje rijetko,kada bolesnik ne može uzimat ishranu oralno ili kada ne raspolaže sredstvima za intravensku parenteralnu prehranu.Prema količini veličine klizme može biti:obična,visoka i mala klizma.

25.ŠTA SU LIJEKOVI?

Lijekovi su materije ili smjese materija koje u odredjenim kolicinama, obliku i uslovima primjene služe za liječenje bolesnika, sprecavanje razvoja bolesti, ublazavanje ili uklanjanje simptoma, a u odredjenim uslovima mogu biti nedjelotvorni, cak, i otrovni.

Dijele se na prirodne i vjestacke, a mogu djelovati lokalno i sistemski.

26.KOJE VRSTE LIJEKOVA IMAMO?

Prema agregatnom stanju lijekovi mogu biti: cvrsti, polucvrsti, tekuci i plinoviti.

Cvrsti oblici su: prasci tablete, lingvaleste, orbilete, vaginalete i čepići.

Polucvrsti oblici lijekova služe uglavnom za vanjsku upotrebu. To su masti, paste, kreme i želei a primjenjuju se na kozu i sluznice.

Tecni oblici lijekova služe za untrasnju, vanjsku i parenteralnu primjenu, a u njih spadaju: rastvori, mjesavine, kapi i injekcije.

Injekcije su sterilni lijekovi za parenteralnu (im, sc, iv, ia) primjenu pomocu sprice i igle.

Gasoviti oblici lijekova su aerosoli (sitno raspršene tečnosti) koje se unose u pluca ili nos inhalacijom.

27. NAČIN UNOŠENJA LIJEKOVA

Lijekovi se unose: peroralno, lokalno, parenteralno, intravenskom infuzijom i implantacijom.

1.-Peroralni put je najčešći način primjene lijeka. To je prirodan i bezbolan način unošenja lijeka koji se resorbira u želucu ili digestivnom traktu. Bolesnik mora popiti lijek u prisustvu sestre, osim ako je to drugačije propisano od ljekara.

2.-Lijekovi se mogu primjeniti lokalno na kožu i sluznicu. Perkutano, na kožu nanese lijekovi se većinom ne apsorbiraju u znatnoj količini i njihovo je djelovanje pretežno lokalno.

3.-Parenteralna primjena lijeka znači unošenje lijeka supkutano, tj. pod kožu, intramuskularno-u mišić, intravenski-u venu, a rjeđe intrakutano-u kožu, intraarterijski-u arteriju, intrakardijalno-u srce, intralumbalno-u kičmeni kanal ili intraartikularno-u zglob. Komplikacije pri parenteralnoj primjeni lijekova: mogu biti lokalne i opšte ali su rijetke. Moguće lokalne komplikacije su lom igle, odvajanje igle od nastavka za iglu, igla se ne smije gurati do kraja i treba voditi brigu o sigurnosnom razmaku 1-2 mm, oštećenje krvnog suda i stvaranje hematoma pri pojavi krvi u šprici treba prekinuti davanje injekcije, oštećenje živca, apsces na mjestu uboda iglom, aseptična nekroza, atrofija masnog tkiva tj. udubljenje nastaje na mjestu učestale aplikacije lijeka. Alergija je imunološka preosjetljivost na primjenjeni lijek i može se ispoljiti kao anafilaktički šok ili kao lokalizirana reakcija. Supkutanom injekcijom unosimo lijek neposredno pod kožu bolesnika. Mjesta za supkutane injekcije su gornji dio nadlaktice, gornji zid abdomena i leđa. Ako se lijek daje supkutano igru treba ubosti koso pod uglom od 45 stepeni. Intrakutanom putem se daju obično male količine lijeka radi provjere preosjetljivosti i intrakutane injekcije se najčešće daju na unutrašnjoj strani podlaktice.

Intramuskularna injekcija je unos lijeka u mišić, pomoću šprice i igle. Uobičajena mjesta za intramuskularne injekcije su deltoidni mišić i vanjski gornji kvadrant glutealnog mišića kod odraslih te vanjski dio kvadricepsa kod djece. Kada se lijek daje intramuskularno igla se uvodi okomito pod uglom od 90 stepeni.

Intravenskim putem injiciran lijek se unosi neposredno u krv i brzo djeluje. Intravenski se uglavnom daju bistri, vodeni rastvori, a ne daju se lijekovi rastvoreni u ulju, tzv. zamućeni rastvori. Za vrijeme davanja lijeka najsigurnije je da pacijent leži. Najčešće se koriste venski sudovi, lakatne jame i podlaktice: cefalična vena, vena bazilika, srednja kubitalna vena i prednja ulnarna vena. Komplikacije: probadanje vene, sadržaj može ići paravenski, dobro nepričvršćena igla, igla ubodena u zid vene što izaziva bol, neželjene prateće pojave primljenog lijeka, embolija.

4.-Intravenska infuzija je unošenje većih količina tečnosti u organizam venskim putem. Infuzija se daje pomoću posebnih sistema za jednokratnu upotrebu, infundiranjem tekućine u venu, kap po kap. Indikacije za infuziju su: stanja dehidracije, nadoknada velikog gubitka bjelančevina, parenteralna prehrana, razne intoksikacije lijekovima i drugim sredstvima, potreba unosa lijekova u većim razrijeđenjima i dugotrajnog održavanja njihove koncentracije u organizmu.

Zadaci sestre pri davanju intravenske infuzije su: pripremiti bolesnika, pripremiti pribor-infuzijski rastvor prema uputama ljekara, sistem za infuziju, sterilne šprice, igle, kanile, stalak za uklanjanje igala, dezinfekciono sredstvo za kožu, Esmarhova gumena traka, staviti sistem za

ispuštanje zraka iz boce staviti sistem za ispuštanje tečnosti iz boce. Postupak: staviti bocu sa infuzijskim rastvorom u košaricu a držač objesiti na stalak za infuziju, oviti Esmarhovu gumenu traku iznad mjesta venepunkcije i zategnuti je (venostaza), odabrati venu u koju će biti uvedena igla za infuziju, dezinficirati kožu iznad mjesta predviđenog za ubod igle, zategnuti kožu i ubosti kanilu ili iglu u venu pod uglom od 45 stepeni, pri čemu je otvor igle okrenut prema gore, pričekati da se pojavi krv u šprici ili u sistemu za infuziju, otpustiti gumenu traku iznad mjesta uboda i uvesti iglu dublje u venu spuštajući je uz bolesnikovu kožu, razdvojiti iglu od šprice i sastaviti je s dovodnom cijevi sistema iz koje je ispušten zrak, otvoriti regulator za istjecanje tečnosti iz sistema za infuziju i podesiti brzinu istjecanja (60 kapi u minuti ako liječnik nije drugačije odredio). Komplikacije su 1. paravenski infiltrat nastaje kada se rastvor daje izvan vene. 2. Hematom na mjestu uboda posljedica je oštećenja vene. 3. Preopterećenje cirkulacije je posljedica prebrzog davanja prevelikih količina tekućine 4. Zračna embolija nastaje ulaskom zraka u krvni sud i krvotokom do plućne arterije, gdje uzrokuje njeno začepljenje. 5. Alergija na primjenjeni rastvor ili lijek koja se može manifestovati kao anafilaktički šok ili kao lokalna reakcija. U tom slučaju, treba primijeniti propisanu antišok terapiju koju sestra uvijek ima pripremljenu.

5.-Implantacija je hirurška metoda unošenja hormonskih preparata u obliku tableta. Lijek se resorbuje postepno, po potrebi organizma.

28. INTRAVENSKA INFUZIJA

je unošenje većih količina tečnosti u organizam venskim putem.

Davanje lijeka infuzijom jedan je od najčešćih načina njihove primjene u intenzivnom liječenju.

Indikacije za infuziju su:

- stanja dehidracije, gubitka tečnosti koja se ne mogu oralno kompenzirati
- nadoknada velikog gubitka bjelancevina
- parenteralna prehrana
- razne intoksikacije lijekovima i drugim sredstvima
- potreba unosa lijekovima u većim razrjeđivačima

Vrste infuzionih rastvora

- Kristaloidi (rastvori elektrolita i šećera.)
- Izotonični, sadrže jednaku količinu rastvorenih kristala kao i krvna plazma.
- Hipotonični, sadrže manju količinu rastvorenih kristala nego krvna plazma.
- Hipertonični, sadrže veću količinu kristala nego krvna plazma.
- Koloidni (rastvor bjelancevina).

29. ŠTA JE TRANSFUZIJA ?

Trasfuzija je medicinski postupak koji se bolesniku daje krv ili njeni sastojci. Odnosno to je transplatacija krvi kao tecnog tkiva u cirkulirajuci sistem primaoca u kome ce uobiceni krvi elementi nastaviti svoj zivot i funkciju u organizmu primaoca.

ZADACI MEDICINSKE SESTRE:

Prvi zadatak medicinske sestree je pripremiti bolesnika za trasfuziju krvi, uzeti uzorak za određivanje krvne grupe, Rh faktora, te podudarnost s krvlju davaoca. Za utvrđivanje krvne grupe sestree vadi 5-10 ml krvi u epruvetu s naljepnicom imena i prezimena. Te se salje s uputnicom za transfuziološki laboratorij. Krv s odjela za transfuziju prenosi se u posebnoj kutiji koja se za vrijeme prenosjenja ne smije pretresati. Krv se u boci taloži u 3 sloja : -donji sloj tamnocrvene boje, sastoji se od eritrocita -srednji svijetlocrvene , cine ga leukociti i trombociti - gornji sloj svijetlozute boje, plazma . Između pojedinih slojeva granice moraju biti jasno vidljive, bijeli ugrusc u plazmi, i ružicasti prsten posljedica su hemolize i infekcije takva krv se ne smije upotrijebiti. Da bi se sadržaj ugrijao treba ga izmijesati tako da postane homogen i to laganim kruznim pokretima. prvih 10 minuta transfuzije uz bolesnika je stalno prisutan ljekar il iskusna medicinska sestree,

30. POSTRANFUZIJSKE KOMPLIKACIJE

s obzirom na vrijeme pojave te komplikacije mogu biti rane i kasne

RANE KOMPLIKACIJE: javljaju se tokom transfuzije ili neposredno poslije

-hemoliticka reakcija -alergijske reakcije -febrilne -pirogene -zračna embolija -pseudohemolitcke

KASNE KOMPLIKACIJE: manifestuju se poslije nekoliko dana, mjeseci , godina -hepatitis B
hepatitis C -sifilis - AIDS

31. TERMOTERAPIJE

Termoterapija je primjena toplote u terapijske svrhe. Toplota lokalno povišava temperature kože, dovodi do hiperemije, vazodilatacije, povišenja metabolizma, a refleksno i do relaksacije mišića, popuštanja spazma i ublažavanja bolova. Indikacije za primjenu termoterapije su bolesti i oštećenja lokomotornog sistema, perifernog i centralnog nervnog sistema, ženske bolesti i sl. Termoterapija se provodi: -zračenjem primjenom IC-zraka (infracrvenih), sunčanjem-helioterapija, -prenošenjem (kondukcijom) vodom, parom, zrakom, parafinom, peloidom, balneoterapijom, dijatermijom (toplotno dejstvo visokofrekventnom strujom, kratkovalna dijatermija). Za direktnu primjenu termoterapije stoji nam na raspolaganju širok izbor sredstava, koja se mogu primjeniti i u kući bolesnika kao što su termofor, topli crijep, boca s toplom vodom i sl.

Najčešće se upotrebljava gumeni termofor. Također se upotrebljava i električni jastuk. To je naprava za grijanje tijela i kada treba održavati toplinu bolesničke postelje. Ima oblik jastuka, pokrivača ili čarapa. Ostale oblike termoterapije provode fizioterapeuti, to su tople kupke (opšte i lokalne), peloidna oblaganja i apliciranja ljekovitog blata ili ulja, parafinsko oblaganje i zagrijani paraffin primjenjen lokalno, zagrijana glina, topli pijesak, topli zrak, sauna.

-Krioterapija je lokalno liječenje hladnoćom. Lokalna primjena hladnoće snižava temperaturu kože, potkožnog tkiva i mišića. Indikacije za krioterapiju su lokalizovane akutne upale, svježe trauma i bolesti lokomotornog sistema. Djeluje analgetički i vazokonstriktivno na krvne i limfne sudove, čime smanjuje edem i eventualne hemoragije, smiruje upalne procese. Metode krioterapije su: primjena vrećica sa ledom, hladnih obloga, uranjanje u hladnu vodu i masaža ledom.

32.ŠTA JE KLINIČKA SMRT?

-Iznenadni prestanak disanja ili rada srca, ili jednog i drugog, kada nije došlo do oštećenja mozga naziva se klinička smrt. Takve osobe u nekim slučajevima možemo vratiti u život postupkom oživljavanja (vraćanje u život).

33.KOJI SU ZNACI KARDIOPULMONALNOG ZASTOJA?

-gubitak svijesti, odsutno ili agonalno disanje, odsustvo pulsa na velikim arterijama, bijela boja kože, lividna(modra) ili siva.

34.KOJI SE POSTUPCI PRIMJENJUJU KOD OSOBA SA KARDIO-PULMONALNIM ZASTOJEM?

A-airway: provjera i oslobađanje disajnog puta

-provjeriti stanje svijesti, utvrditi prestanak disanja, postaviti osobu na leđa, zabaciti glavu i podići donju vilicu (ako postoji strano tijelo odstraniti ga iz disajnih puteva).

B-breathing: omogućavanje samostalnog ili vještačkog disanja

-kod ovog postupka ubacuje se vazduh u organe za disanje; usta na nos, usta na usta direktno ili pomoću orofaringealnog tubusa, usta na nos i usta, usta na trahealnu stому.

C-circualtion: provjera i supostavljanje cirkulacije koju očitavamo uspostavom pulsa na velikim a.

-Spoljašnja masaža srca, spoljašna masaža srca kod djece.

D-definitive therapy: davanje odgovarajuće terapije u zdravstvenim ustanovama, kao što je upotreba defibrilatora, maske i Ambu-balona, intubacija, medikamenata.

-Vještačko upuhivanje vazduha i spoljašnja masaža srca može se raditi sa jednom-dvije osobe.

Ako kardiopulmonalnu reanimaciju odraslih radi jedna osoba onda se 2x upuhuje zrak u pluća, a zatim se 15x izvodi spoljašnja masaža srca.

-Ako kardiopulmonalnu reanimaciju rade

sa dvije osobe onda se 2x upuhuje zrak u pluća, a 5x izvodi spoljašnja masaža srca. Nakon 4 ciklusa reanimacije potrebna je kontrola pulsa i disanja.

35.KOJE SU GREŠKE U POSTUPKU KARDIOPULMONALNE REANIMACIJE?

- ako povrijeđeni nije na sigurnoj i tvrdoj podlozi
- ako glava i brada ne zauzima odgovarajući položaj
- ako osoba koja vrši KPR, radi prebrzo, snažno ili presporo
- ako nos ili usta(zavisno od metode) nisu začepljeni
- masiranje srca bez prethodne provjere disanja i krvotoka
- ako se izabere pogrešno mjesto pritiska rukama
- vršenje pritiska se radi presnažno ili prejako
- osoba koja vrši KPR savija ruke u laktovima, prilikom masaže srca prste oslanja na grudni koš, a pri fazi popuštanja pritiska ruke odvaja od grudnog koša.

36.KADA SE PREKIDA POSTUPAK OŽIVLJAVANJA?

- kad stigne ekipa koja može pružiti odgovarajuću stručnu pomoć
- kad se pojavi disanje

37.OKSIGENOTERAPIJA

U normalnim uslovima se unosi u organizam udisanjem zraka. Ukoliko dođe do nekih poremećaja, dolazi do smanjene koncentracije kisika u krvi i to se naziva hipoksemija, i do smanjene koncentracije kisika u tkivima, to se naziva hipoksija. Indikacije za terapiju kisikom je prijeteća hipoksija i pad parcijalnog pritiska kisika u arterijskoj krvi bolesnika ispod 60 mm Hg. Najčešće se primjenjuje kod reanimacije unesrećenih, ozlijeđenih ili otrovanih osoba, oštećenja neuromuskularnog sistema disanja, bolesti pluća i disajnih puteva, bolesti srca, stanja šoka. Na bolničkim odjelima dovod kisika je centralni (iz udaljenog skladišta) ili lokalni (iz pokretnih spremnika). Kod centralnog snadbijevanja kisikom nalazi se uz uzglavlje kreveta dovodna cijev kisika s uređajem za ovlaživanje, mjerenje i regulaciju brzine protoka kisika. Ako odjel nema centralno snadbijevanje, kisik do bolesnika dopremamo u pokretnim sistemima za davanje kisika.

Kisik se unosi u disajni sistem bolesnika pomoću aplikatora: kanile (kratak nosni nastavak), katetera (nazofaringealni), tubusa, maski (oronazalne, Venturijeva).

38.ANAFILAKTIČKI ŠOK

Šok je teško stanje organizma, gdje su životne funkcije svedene na minimum jer dolazi do popuštanja periferne cirkulacije. Alergijski ili anafilaktički šok nastaje prilikom davanja injekcija-primjena parenteralne terapije a izaziva ga nastanak alergijskih reakcija u organizmu zbog primjene lijekova. Zbog toga je život bolesnika ugrožen. Nema pravila kada se može pojaviti anafilaktički šok. Simptomi i znaci šoka su: strah, uznemirenost, nagla klonulost, osjećaj pritiska u ždrijelu i u grudima, osjećaj gušenja, astmatično disanje praćeno upadljivim blijedilom i cijanozom oko usana i na ekstremitetima, znojenje čela i lica, kašalj, inkontinencija, sistemske promjene (pad TA, tahikardija, promjene kvaliteta i ritma pulsa, što dovodi do cirkulatornog

kolapsa i gubitka svijesti, laringalni edem, Kvinkeov edem, bronhospazam, hipersekrecija i profuzno znojenje, diarea i povraćanje, smetnje u vidu, zujanje u ušima, malaksalost). U toku napada može da se javi kardiopulmonalni arrest što izaziva i smrt. Smrt može da nastupi za 5-10 minuta.

Postupci kod anafilaktičkog šoka: odmah prekinuti davanje lijeka, bolesnika postaviti u odgovarajući položaj sa glavom koja je niža u odnosu na tijelo (trendeleburgov položaj), adrenalin 1:1000 u dozi od 0,2 do 0,4 ml odmah intramuskularno, postaviti Esmarhovu povesku iznad mjesta davanja lijeka, naći venski put i uvesti kanilu, davati adrenalin i na mjestu uboda injekcije i intravenski. Za adrenalin nema zamjene! Nastaviti davanje antihistaminika i kortikosteroide, davati kiseonik preko maske, vještačko disanje ako su slabi disajni putevi, spoljašnja masaža u slučaju zastoja srca, kontinuirano se prati rad srca EKG. Anafilaktički šok izaziva vazodilataciju-širenje krvnih sudova, a adrenalin vezokonstrikciju-sužavanje krvnih sudova. Uvijek treba imati na umu da je optimalno vrijeme za reanimaciju od 1 do 5 minuta.

39.PRAVILNA ISHRANA BOLESNIKA

Kod bolesnika pravilna ishrana je sastavni dio liječenja. Dijeta je način ishrane koju propisuje ljekar, a sastoji se u potpunom ili djelimičnom suzdržavanju od hrane ili u bogacenju ishrane pojedinim sastojcima.

40.ISHRANA BOLESNIKA U BOLNICI

Hranu u bolnici pripremaju radnici na odjelu za ishranu, za sve bolnicke odjele.

Hranu za svakog bolesnika naručuje med. sestra sa dijetetnim listicom i karticom za svakog bolesnika posebno, na osnovu dijete koju ljekar odredi.

Med. sestra mora voditi brigu o svakoj promjeni dijete te o njoj pravovremeno obavjestiti sluzbu u odjelu za ishranu ili na vrijeme otkazati obrok za bolesnika koji napusta odjel.

U bolnicama hrana se raspodjeljuje na dva načina :

-Tablet-sistem je organizovana raspodjela hrane na odjelu za ishranu pomocu pokretne trake na kojoj se nalazi poslužavnik s posebnim posuđem koje zadržava toplotu.

Na svakom poslužavniku nalazi se kartica s imenom i prezimenom bolesnika nazivom dijete oznakom odjela i brojem sobe.

Servirana hrana stavlja se u posebna kolica zatvorena i zagrijana odvozi na odjele.

Dopremljenu hranu bolesnicima dijele med. sestre u bolesničkoj sobi ili trpezariji.

Prije stavljanja poslužavnika pred bolesnika sestra utvrđuje identitet i njegovu dijetu s podacima na kartici koja se nalazi na poslužavniku.

Na odjelima gdje nije moguća podjela hrane tablet-sistemom hrana se s odjela za ishranu odnosi na bolnički odjel u posebnom posuđu koje zadržava toplinu.

41.HRANJENJE NEPOKRETNIH BOLESNIKA

- osigurati bolesniku odmor prije jela
- omogućiti pranje ruku i usta prije jela
- smjestiti bolesnika u njemu najpogodniji položaj
- zastiti bolesnika od prljanja hranom
- biti uz bolesnika cijelo vrijeme dok obrok traje
- podsticati bolesnika da pojede predviđeni obrok
- pripremiti tekucinu za uzimanje poslije obroka
- dati bolesniku vremena za gutanje i zvakanje hrane
- poslije uzetog obroka ukloniti poslužavnik s posuđem
- omogućiti pranje zuba i usne supljine poslije jela..

42.HRANJENJE BOLESNIKA NAZOGASTRIČNOM SONDOM

Bolesnika hranimo nazogastricnom sondom ako ne može gutati ili je refleks gutanja ne razvijen. Prije hranjenja bolesniku se kroz nos, preko zdrijela uvodi u želudac plastična ili gumena nazogastricna sonda duga 70cm. Hrana mora biti tekuća u grijana na temperaturi tijela. Postupak hranjenja:

- pripremiti pribor za uvođenje sonde: nazogastricnu sondu, spricu, zatvarac za zatvaranje sonde, rukavice, leukoplast..
- pripremiti pribor za hranjenje
- izmjeriti dužinu uvođenja sonde (od korijena nosa do resice uha + od korijena nosa do vrha ksifoidne kosti)
- provjeriti prohodnost nosnica
- zastiti bolesnika ne propusnom pregačom
- oprati ruke
- ovlaziti sondu
- zabaciti bolesnikovu glavu prema natrag, vrh sonde staviti u nosnicu i usmjeriti prema donjem nosnom hodniku, i oprezno gurati do ulazka u zdrijelo, zatim gurati dalje do izmjerene druge dužine..
- sondu ne uvoditi silom
- u slučaju gusenja u kašlja prekinuti uvođenje sonde i ponoviti postupak
- utvrditi da li je sonda u želucu (slušanjem stetoskopom u redjelu zeluca, dok se u sondu ubrizgava 10ccm zraka)
- ucvrstiti sondu u visini nosnice leukoplastom
- otvoriti sondu
- ispitati prohodnost sonde
- ubrizgavati hranu spricom ili priključiti sistem za hranjenje ili enteralnu pumpu
- isprati sondu vodom nakon jela
- raspremiti pribor..

Sondu treba mijenjati svakih 48 sati, a specijalne silikonske svakih osam dana.

43. HRANJENJE BOLESNIKA KROZ GASTROSTOMU

Gastrostoma je otvor načinjen hirurškim putem na zidu želuca kroz prednji trbušni zid. Kroz otvor je uvedena gumena cijev promjera 1-1,5cm radi hranjenja. Hranjenju kroz gastrostomu pristupa se kad je onemogućeno ili nije dopušteno hranjenje prirodnim putem, hrana mora biti tekuća, potisnuta kroz sito temperature 35-37°C raspoređena u pet obroka. Između obroka mogu se dati napitci u količini 2500-3000ml.

Gastrostoma može biti privremena i trajna.

Hranjenje se izvodi:

- bolesničku sobu treba prozračiti, staviti paravan oko kreveta
- pripremiti pribor
- posudu sa hranom
- čašu vode
- lijevak, spricu ili kasiku
- kompresu za zaštitu bolesnika
- postaviti bolesnika u ležeci položaj
- zaštititi okolinu gastrostome kompresom
- izvaditi cep iz gumene cijevi i staviti lijevak
- uliti malo vode i ispitati prohodnost
- ulijevati hranu lagano
- nakon hranjenja ispitati cijev
- pokriti bolesnika i smjestiti u željeni položaj..

44. ISHRANA INTRAVENSKOM INFUZIJOM

Kada bolesnik ne može ili ne smije uzeti tekućinu i hranu na usta primjenjuje se intravenska infuzija. (npr. teža stanja dehidracije, nesvijesti, nakon operacija na digestivnom traktu, nakon povraćanja..)

Dajemo fiziološke rastvore 5 ili 10%-tne glukoze, rastvore elektrolita, aminokiselina..

45. HRANJIVA KLIZMA

Rijetko se primjenjuje, jer u debelom crijevu je minimalna resorpcija hranjivih sastojaka.

Daje se bolesnicima koji hranjive sastojke ne mogu primiti na drugi način.

Ispiranje želuca je uklanjanje želučanog sadržaja vještačkim putem pomoću sonde. Želudac ispiramo u :

- slučaju trovanja
- predoperativne pripreme
- u terapijske svrhe

Zadatak sestre kod ispiranja želuca je da pripremi potrebni materijal kao i da pripremi pacijenta za taj zahvat.

46. ISPIRANJE UHA

Cerumen je proizvod ceruminoznih žljezda koje se nalaze u hrskavičastom dijelu vanjskog zvukovoda. Usljed nakupljanja veće količine cerumena dolazi do zatvaranja vanjskog zvukovoda cerumenom zbog čega dolazi do naglog slabljenja sluha. Odstranjivanje cerumena se izvodi pomoću ispiranja najčešće mlakom vodom a kod nekih oboljenja se radi i sa 3% rastvorom acidi borici ili rivanolom

47. PUNKCIJA

Punkcija označava uvođenje igle u tkivo ili tjelesnu šupljinu radi aspiracije sadržaja da bi se utvrdila providnost, miris, sastav i boja punktata.

Punkcija se može izvoditi u:

-dijagnostičke

-evakuacione

-terapijske svrhe

Imamo sternalnu punkciju

-lumbalnu punkciju

-pleuralnu punkciju

-abdominalnu punkciju

-subkscipitalnu punkciju

-punkciju perikarda

-punkciju mokraćne bešike

-punkciju supfreničkog apscesa

-punkciju Douglasovog prostora

-punkciju zglobova

-punkciju flegmone i apscesa

-Kod svih punkcija zadatak sestre je:

- priprema materijala za punkciju

- psihička i fizička priprema pacijenta

- asistiranje prilikom izvođenja zahvata

- te zbrinjavanje pacijenta nakon zahvata

- slanje punktata na analizu

zadaci sestre kod izvođenja zahvata punkcija:

Svaku punkciju izvodi ljekar a medicinska sestra priprema bolesnika i materijal, asistira za vrijeme izvođenja, zbrinjava bolesnika poslije intervencije, njeguje ga i kontroliše vitalne znake i opšte stanje bolesnika.

Od materijala je potrebno: sterilisane igle, sterilne šprice, sterilne tupfere, dezinfekciona sredstva, sterilne rukavice, bocu sa kiseonikom, sterilne briseve od gaze, 1%tni rastvor novokaina za anesteziju, sterilne pincete, leukoplast, plamenik i šibice, ampule lijekova za ukazivanje hitne pomoći u slučaju kolapsa, bocu kiseonika sa maskom, sterilne komprese,

48.KOJES U VRSTE RENDGENSKE DIJAGNOSTIKE I ŠTA SU ZADACI SESTRE KOD TIH PREGLEDA?

1.Rendgenoskopija (radioskopija) je prosvjetljavanje pojedinih dijelova tijela pomoću rendgenskih snimaka. Prosvjetljavanje se primjenjuje u cilju postavljanja dijagnoze kao i utvrđivanja patoloških promjena na organima. Za rendgenoskopiju nije potrebna priprema bolesnika.

Rendgenografija (radiografija) je snimanje pojedinih dijelova čovjekovog tijela ili organa na rendgenskom filmu. Na filmu se registruju detalji značajni za utvrđivanje dijagnoze, koji se pri skopiji ne mogu uočiti. Omogućen je i pregled organa koji nisu pristupačni skopiji.

Endoradiografija je snimanje koje se obavlja pomoću kontrastnih sredstava. Kontrastna sredstva mogu biti pozitivna i daju jasne sjenke na filmu. To su preparati joda, broma, torijuma i sl. Preparati joda mogu izazvati razne poremećaje i da bi se to izbjeglo, uvijek treba uraditi test osjetljivosti bolesnika na jod. Negativna kontrastna sredstva ne apsorbuju rendgenske zrake, tako da se šupljina organa ispunjava tim kontrastom i na snimku jasno izdvaja od okolnih organa. Najčešće se koristi kiseonik, ugljen-dioksid i zrak za stvaranje veće prozračnosti ili teški metali, paste, emulzije i koloidne supstance kada je potrebno da prostor bude neprozračan.

2.Dijagnostika oboljenja glave: Kraniogram je rendgenska slika lobanje. Snima se u dva pravca. Na kraniogramu se mogu vidjeti prelomi, tumori, defekti lobanjskih kostiju i sl. Za ovo snimanje ne postoji posebna priprema bolesnika.

Ventrikulografija služi da se rendgenski prikaže izgled, položaj i oblik moždanih komora. Bolesnik se priprema za opštu anesteziju jer se intervencija vrši u operacionoj sali, po svim principima asepsa i antisepsa. Priprema se sastoji u sanitarnoj obradi bolesnika, finom brijanju glave, daje mu se anestezija. Zatim, hirurg pravi trepanacijski otvor na lobanji, a posebnom iglom za punkciju punktira likvor i ubacuje kontrastno sredstvo (zrak ili vodeni rastvor joda), poslije čega se vrši snimanje i dobija ventrikulogram.

Encefalografija je rendgenska metoda pregleda moždanih komora kontrastnim sredstvom, gdje se prikazuje morfologija subarahnoidalnog i vertikalarnog prostora intrakranijuma. Najčešće se kao kontrastno sredstvo upotrebljava vazduh i to lumbalno ili subokcipitalno.

Cerebralna angiografija je snimanje krvnih sudova mozga pomoću kontrastnog sredstva. Uglavnom je to vodeni rastvor joda koji se ubrizgava u femoralnu arteriju a zatim se izvodi snimanje.

3. Dijagnostika oboljenja kičmenog stuba: uvijek se najprije izvrši nativno snimanje kičmenog stuba kako bi se ustanovilo da li postoje patološke promjene, pa se tek onda snima pomoću kontrastnog sredstva.

Mijelografija je snimanje kičmenog kanala pomoću kontrastnih sredstava radi ispitivanja njegove prolaznosti, kao i da bi se odredila visina na kojoj postoji patološki proces u kičmenom kanalu. Kao kontrastno sredstvo se koristi uljani ili vodeni rastvorima joda i vazduhom.

4. Dijagnostika oboljenja grudnog koša: Bronhografija je snimanje bronhijalnog stabla pomoću kontrastnog sredstva radi ispitivanja njegove prohodnosti i otkrivanja patoloških promjena. Za ovo snimanje upotrebljava se vodeni rastvor joda. Intervencija se izvodi u opštoj anesteziji.

Radioskopija pluća je radiološki pregled prosvjetljivanjem.

Radiografija pluća je radiološko snimanje poslije skopije, gdje se kao nalaz dobija film kao trajan dokument.

Tomografija je slojevito snimanje slojeva plućnog parenhima. Nije potrebna posebna priprema bolesnika.

Radiološki pregled srca se obavlja sa pregledom pluća, gdje se na dijaskopu utvrđuje položaj, oblik i veličina srca ili pojedinih dijelova.

Teleradiografija je metoda snimanja srca i krvnih sudova (aorte) za vrijeme gutanja barijumove kaše, gdje se prate konfiguracija i prirodna veličina srca u odnosu na ezofagus.

Kateterizacija srca pripada invazivnim metodama ispitivanja bolesnika radi mjerenja pritiska u velikim krvnim sudovima i srčanim šupljinama, ubrizgavanja kontrasta i prikazivanja srčanih šupljina i krvnih sudova, ispitivanja prohodnosti krvnih sudova.

5. Dijagnostika oboljenja digestivnog trakta: Za snimanje jednjaka, želuca, dvanaestopalačnog, tankog i debelog crijeva kao kontrastno sredstvo koristi se barijumska kaša-mlijeko (barijum-sulfat). Kontrastno sredstvo se u organizam može unijeti na dva načina-peroralno i rektalno. Za sva ta snimanja bolesnik se priprema evakuacionom klizmom u večernjim satima, a poslije nje ne smije ništa jesti do snimanja. Mogu se koristiti i laksativna sredstva. U prostoriji za intervencije popije barijumsku kašu, a za to vrijeme vrši se snimanje jednjaka-ezofagografija. Kada popije određenu količinu, snima se želudac (gastrografija) a kasnije i duodenum (duodenografija).

Irigoskopija-irigografija: ovo su pregledi debelog crijeva pomoću barijumske kaše koja se unosi klizmom. Pomoću irigatora se ubacuje barijumska kaša u debelo crijevo, a zatim se snima. Pregled se obavlja radi ispitivanja prohodnosti debelog crijeva, postojanja tumora, ulceracija, anatomskih promjena i sl.

Holecistografija, holangiografija: to je snimanje žučne kese i žučnih puteva pomoću kontrastnih sredstava koja se mogu dati peroralno, intravenski i ubacivanjem preko T-drena (postoperativno). Kao kontrastna sredstva se upotrebljavaju preparati joda koji se preko jetre izlučuju u žučnu kesu i omogućavaju dobru vidljivost na rendgenskom snimku.

Peroralna holecistografija: bolesnik dobija jodni kontrast, drži termofor u predjelu jetre, nakon prvog dobijenog snimka bolesniku se daje da popije 3 dobro umučena žumanceta ili 2 barena jaja koja izazivaju kontrakciju holeciste. Snimanje se ponavlja i ocjenjuje sposobnost holeciste za pražnjenje i prohodnost žučnih puteva.

Pneumoperitoneum je ubrizgavanje zraka u trbušnu duplju intraperitonealno da bi na snimku bili jasniji pojedini organi. Ljekar izvrši dezinfekciju kože i daje lokalnu anesteziju, poslije čega pravi ubod iglom 3-4 cm od lijeve ilijačne kosti i ubrizgava 1000-1500 cm³ sterilnog vazduha.

6. Dijagnostika oboljenja bubrega i mokraćnih puteva: rendgensko snimanje može se obaviti na 2 načina: ubrizgavanjem kontrasta intravenski ili infuzijom i ubacivanjem kontrasta specijalnim postupkom pomoću cistoskopa i ureteralnih sondi. Prvo se pravi nativan snimak, a zatim ubrizgava u venu kontrastno sredstvo i izvrši kompresija specijalnim valjcima. Ovo je neophodno da bi se spriječilo oticanje kontrasta u mokraćnu bešiku i omogućilo bolje punjenje bubrega. Kompresija traje 5-7 minuta, pravi se drugi snimak, uklanjaju se valjci, i napravi treći snimak, gdje se vidi prolaz kontrasta u mokraćnu

bešiku (ureterografija). Cistografija je snimanje mokraćne bešike pomoću kontrastnog sredstva, koja se može ubaciti preko katetera, ascendentno ili discendentno.

Renovazografija je metoda ispitivanja vaskularnog sistema bubrega. Kontrastno sredstvo se ubacuje kroz femoralnu arteriju a zatim se snima.

7. Dijagnostika oboljenja ekstremiteta: arteriografija je snimanje arterija na ekstremitetima radi postavljanja dijagnoze. Kontrastno sredstvo tj. vodeni rastvor joda se ubacuje u femoralnu arteriju, a poslije toga se vrši snimanje.

Flebografija je snimanje vena na ekstremitetima radi ispitivanja njihove prohodnosti. Kontrastno sredstvo se ubrizgava u venu i nakon toga se vrši snimanje.

Artrografija je prikaz šupljine zgloba poslije ubrizgavanja kontrastnog sredstva. Postupak se izvodi pod strogo aseptičnim uslovima i pod lokalnom infiltracionom anestezijom.

49. NABROJATI NUKLEARNOMEDICINSKE METODE PRETRAGA, ZADACI SESTRE U PRIPREMI

-Nuklearna magnetna rezonanca (NMP) je najnovija radiološka dijagnostička metoda koja omogućava kompjutersku vizuelizaciju presjeka dijelova tijela slično kompjuterizovanoj tomografiji. Ovim pregledom je omogućeno rano otkrivanje bolesti i pružanje uvida u strukturu i funkcionalno stanje organa. Pri pregledu se otkrivaju oboljenja svih organa, tkiva i sistema.

-Scintigrafija je dijagnostički postupak u kome se koriste radioaktivni izotopi i prvolinijski skeneri na osnovu kojih se dobija slika sastavljena od crtica slabije ili jače gustine, ravnomjerno ili neravnomjerno raspoređenih ili bez njih. Danas je u upotrebi i gama kamera.

-Kompjuterizovana tomografija (CT ili CT SCAN) ovo je slojevito snimanje parenhimatoznih organa jonizujućim zracima. Zraci se umjesto na rendgen ploču emituju na kristale detektora, pretvarajući se u električni signal. Odatle se odvođe u računar, gdje se pretvaraju u sliku na ekranu. Ovim je omogućeno snimanje dijelova tijela i organa pod svim uglovima, pri čemu se dobija veliki broj informacija. Za bolje prikazivanje tkiva se upotrebljava i kontrastno sredstvo (telebriks, gastrografin, urografin). Svaki sloj mozga se vidi na TV ekranu, a može se dobiti i fotografija poznata kao SCAN.

Infracrveni zraci služe za direktno utvrđivanje temperature tijela u određenim dijelovima (termometrija). Koža zrači energiju u svoju okolinu, koju aparat prihvata preko foto-kamere i sa senzorom i u obliku slike prikazuje na ekranu termovizije (termogram). Indikacije za pregled su tumori dojke. Koža iznad tumora je toplija za nekoliko stepeni u odnosu na zdravu kožu. Temperatura je viša za 2-3 stepena i kod malignih tumora štitnjače.

50. NABROJATI ULTRAZVUČNE METODE PRETRAGA, ZADACI SESTRE U PRIPREMI

Ultrazvuk je neinvazivna dijagnostička metoda, bezbolna, jednostavna i praktična. Upotrebljava se u dijagnostici povreda i oboljenja svih organa odraslih, djece i trudnica. Omogućava da se pomoću većeg broja presjeka (jednodimenzionalnih, dvodimenzionalnih, trodimenzionalnih) dobiju podaci o veličini i građi organa u sve 3 dimenzije, obliku i položaju u odnosu na susjedne organe. Ultrazvukom se uglavnom istražuju parenhimatozni organi (srce, jetra, slezena, pankreas, bubrezi, limfne žlijezde i sl.) koji su teško dostupni drugim neinvazivnim metoda pregleda.

Pletizmografija je neinvazivna dijagnostička metoda za ispitivanje venske i arterijske cirkulacije krvi. Primjenjuju se kvalitativne metode kao što su oscilometrija i oscilografija (mehanička i elektronska). Služi za ispitivanje krvnih sudova ekstremiteta i protoka krvi u mirovanju, za ispitivanje venskog krvotoka i dokazivanja dubokih venskih tromboza.

Doppler vena-ovom tehnikom može se brzo i bezbolno procijeniti prisustvo ili odsustvo opstrukcije-tromboze, dubokih ili površnih vena primjenom ultrazvuka. Ispitivanje arterija vrši se digitalnom pletizmografijom.

Doppler arterija-primjenom ultrazvuka se ispituje prohodnost i dinamičnost zidova u dostupnim arterijama, uvođenjem pulsog i kontinuiranog doplera registruju se način, pravac i brzina kretanja krvi u šupljinama srca i velikim krvnim sudovima.

51. DEFINISATI POJAM ENDOSKOPIJE, ENDOSKOPSKI PREGLED, ZADACI SESTRE U PRIPREMI

Endoskopija je dijagnostička metoda kojom se pomoću specijalnih instrumenata (endoskopa) sa optičkim aparatom može pregledati unutrašnjost šupljih organa ili šupljih prostora u čovjekovom organizmu. Cilj pregleda je utvrđivanje anatomske stanja tih organa i njihovog sadržaja. Endoskopskim putem je moguće i uzimanje isječaka.

Laringoskopija je pregled larinksa pomoću laringoskopa. Može biti indirektan, pomoću ogledala i direktan.

Bronhoskopija je pregled traheobronhijalnog stabla pomoću bronhoskopa radi postavljanja dijagnoze ili uzimanja sekreta i isječka za histopatološka laboratorijska ispitivanja.

Ezofagogastroduodenoskopija ili gornja endoskopija je pregled koji omogućava direktnu vizualizaciju sluznice gornjeg dijela probavnog trakta od jednjaka do drugog dijela dvanaestopalačnog crijeva. Različiti instrumenti se mogu ubaciti kroz radni kanal endoskopa i koristiti za uzimanje biopsije, medikamentozni ili elektroagulacijski tretman u cilju zaustavljanja krvarenja.

Laparoskopija je dijagnostički postupak koji omogućava da se pomoću laparoscopa uvučenog kroz trbušni zid posmatra sadržaj trbušne duplje i organa u njoj i da se preoperativno vizuelno postavi dijagnoza bolesti.

Holedoskopija je pregled žučnih puteva, pomoću holedohoscopa u toku hirurške intervencije na žučnoj kesi i žučnim putevima. Obavlja se u operacionoj sali.

Cistoskopija je metoda pregleda sluzokože i sadržaja mokraćne bešike pomoću citoskopa. Primjenjuje se pri uvlačenju ureteralnih sondi. Cistoskopom se vrši i pregled uretre (uretroskopija).

Rektoskopija i rektosigmoidoskopija je pregled završnog dijela debelog crijeva, dakle rektuma i sigmoidnog dijela kolona. Pored toga što se vrši pregled radi postavljanja dijagnoze, sa patoloških promjena se može uzeti isječak.

Kolonoskopija i koloileoskopija je metoda ispitivanja sluznice cijelog kolona-debelog crijeva i završni dio tankog crijeva pomoću kolonoskopa. Prije zahvata potreban je klinički pregled bolesnika, inspekcija analnog i perianalnog područja, digitorektalni pregled i rektoskopija.

Priprema endoskopskog materijala, pribora i bolesnika:

Kod svih endoskopskih zahvata, bolesnik se priprema tako što ujutro ne doručkuje. Od materijala je potrebno imati sterilne gaze, antiseptička sredstva, kratka hvataljka za uklanjanje stranog tijela, pribor za lokalnu anesteziju, hvataljku za biopsiju ili vađenje stranog tijela, aparat za kiseonik, aparat za anesteziju i aspirator, komprese, bubrežnjak, kateter, sterilne briseve od gaze, dezinfekciona sredstva, sterilan glicerol-sterilan fiziološki rastvor ili 3% bornu kiselinu, sterilne rukavice, bubrežnjak, sterilne šprice sa iglom, gumenu povesku, mušemu, kompresu, svjetlosni izvor i u zavisnosti od vrste zahvata: laringoskop, bronhoskop, ezofagoskop, gastroskop, laparoskop, cistoskop, rektoskop, anoskop itd.

52. NABROJATI I OBJASNITI LABORATORIJE : BIOHEMIJSKI, HEMATOLOŠKI, MIKROBIOLOŠKI, IMUNOLOŠKI, CITOLOŠKI, HISTOLOŠKI

U laboratorijama zdravstvenih ustanova pretražuju se materije i izlučevine čovjeka poput krvi, urina, likvora, želudčanog i duodealnog soka, žuči, stolice, sputuma, znoja, sperme, ascita, punktata, aspirata, isječaka, bioptičkih uzoraka organa, tkiva i novotvorina. Najčešće se rade biohemijske, hematološke, mikrobiološke, imunološke, citološke i histološke pretrage u laboratoriji. U laboratorijama rade radnici više i visoke stručne sprema, ljekari i biohemičari.

-Biohemijske i fizikalno-hemijske pretrage: bioloških uzoraka obavljaju se u biohemijskim laboratorijama. Kvantitativne su i kvalitativne prirode, a rezultati se iskazuju nominalno u mjernim jedinicama i upoređuju sa standardima normalnim vrijednostima.

-Hematološke i koagulacijske pretrage: se obavljaju u hematološkom laboratoriju, a obuhvataju mjerenje brzine sedimentacije eritrocita u uzorku citrirane krvi u toku 1h. Mjeri se broj eritrocita, hemoglobin, broj leukocita broj i osobine trombocita u krvi i ostalih faktora koagulacije krvi.

-Mikrobiološke, serološke i parazitološke pretrage: ovim pretragama nastoje se identifikovati uzročnici nekih bolesti (bakterije, virusi, gljivice, paraziti) i prema mogućnostima ispitati njihovu osjetljivost. Promatra se inhibicija, razmnožavanje mikroorganizama i na taj način se procjenjuje dejstvo lijeka tj. antibiogram.

-Imunološke pretrage: njima se utvrđuje sposobnost organizma da prepozna strane materije i odupre se njihovom djelovanju. Najčešće se pomoću njih uz već spomenuta dokazivanja antitijela protiv mikroorganizama određuje pripadnost pojedinim krvnim grupama.

-Citološke pretrage su metode utvrđivanja dijagnoze na osnovu mikroskopskog pregleda i prepoznavanja ćelija iz tjelesnih tečnosti, tkiva ili organa, te njihovih sekreta ili ekskreta. Posebnim načinom bojenja

pregledaju se površinski odljuštene ćelije organa i njihovih izvodnih kanala npr. iz materice, respiratornog, digestivnog i urinarnog sistema, ćelije iz patoloških izljeva npr. pleuralnog izljeva i ascitesa, ćelije organa i tkiva dobijene punkcijom npr. dojke, štitnjače, pluća, jetre, tumora i sl.

-Histološke pretrage se obavljaju u patohistološkom laboratoriju. Uzorci tkiva dobijeni su operacijom, bioptičkom ekscizijom ili punkcijom te autopsijom umrlih bolesnika. Elektronskim mikroskopom posmatraju se nefiksirani i nebojeni uzorci. Na rezultatima patoloških pretraga se temelji većina dijagnoza bolesti. Zadaci sestre kod laboratorijskih pretraga su pravilno uzimanje uzoraka, čuvanje i transport biološkog materijala u laboratoriju.

53. PRIPREMA BOLESNIKA, MATERIJALA I IZVOĐENJE UZIMANJA KRVI IZ VENE

Krv za laboratorijske analize dobija se uzimanjem kapilarne krvi ili krvi iz vene.

Zadaci sestre pri uzimanju krvi su priprema bolesnika (fizička i psihička), priprema materijala, tehnika izvođenja, zbrinjavanje bolesnika i raspremanje materijala i slanje krvi u laboratorij. Krv za laboratorijske pretrage najčešće se uzima ujutro, između 7 i 9h. Pribor za vađenje krvi: sterilne šprice, sterilne igle za jednokratnu upotrebu, epruvete sa gumenim čepom, dezinfekciono sredstvo, tupferi od vate, elastična gumena poveska (Esmarhova poveska), itd.

Tehnika izvođenja: Inspekcijom ili palpacijom odredi se vena za venepunkciju. Oko bolesnikove ruke postavi povesku 10 cm iznad ubodnog mjesta i stegne, a bolesnika zamoli da stegne pesnicu. Nakvašenim dezinfekcionim sredstvom se prebriše ubodno mjesto i sterilnom iglom se ulazi u venu pod uglom od 30 do 45 stepeni. Krv preko igle istječe u epruvetu (za većinu biohemijskih pretraga potrebna je jedna do dvije epruvete bez antikoagulansa). Poveska se odvezuje, tupferom se pritisne ubodno mjesto i igla se izvuče iz vene. Sestra epruvete s krvi odmah začepi i ispunjene uputnice nosi u laboratorij.

-Krv kod novorođenčeta i dojenčeta se uzima iz krvnih sudova na glavi. Najpogodnije su vene koje se nalaze na sredini čela i vene u predjelu sljepoočnica.

54. PRIPREMA BOLESNIKA, MATERIJALA I IZVOĐENJE UZIMANJA KAPILARNE KRVI

Kapilarna krv se dobija ubodom u jagodicu srednjeg prsta na šaci ili iz resice ušne školjke a kod dojenčeta iz palca na nozi ili iz pete. Za ovaj postupak je potrebno imati tupfere, alkohol, lansetu, hepariziranu staklenu pipetu ili cjevčicu. Ubodno mjesto treba očistiti alkoholom i osušiti. Vrh srednjeg prsta pacijenta se stegne i odlučno i brzo ubode, tako da krv istječe pod lakim pritiskom. Ako nema lansete, ubod može da se izvede i sterilnom iglom. Prva kap krvi se obriše i zatim se pritisne da bi se pojavila slijedeća kap krvi. Postupak je identičan i kad se uzima kapilarna krv iz resice ušne školjke ili palca na nozi ili iz pete.

55. NABROJATI I OBJASNITI RUTINSKE KRVNE ANALIZE

U rutinske krvne analize spadaju: kompletna krvna slika, sedimentacija eritrocita, hematokrit, feremija, fibrinogen, serum proteina, bilirubin, urea, glikemija, gasne analize, elektroliti, određivanje koagulacionog statusa.

-Sedimentacija eritrocita (SE) je pojava taloženja eritrocita na dnu graduirane cjevčice i to kada je spriječeno zgrušavanje krvi. Očitavanje se vrši poslije 1h i 2h. Vrijednosti do 10 mm se smatraju normalne u prvom satu, a do 20 mm u drugom satu. Sedimentacija je ubrzana kod akutne i hronične infekcije, anemije, leukoze, malignih neoplazmi, intoksikacija, insuficijencije jetre, bubrega, reumatske groznice i sl. Najčešća metoda određivanja sedimentacije eritrocita je po Vestergrinu.

Određivanje brzine sedimentacije eritrocita spada u radni zadatak medicinskih sestara. Najčešće se koristi Vestergrinova metoda. Intervencija se sastoji od pripreme bolesnika, pripreme materijala i tehnike rada. -----

-Kompletna krvna slika (KKS) određuje se iz kapilarne krvi ili krvi uzete iz vene. Uzima se 5 kapi krvi u plastičnu epruvetu u kojoj se nalazi antikoagulantno sredstvo.

-Hematokriti (Htc) je zapreminski odnos između krvnih ćelija i plazme.

-Fibrinogen je krvna bjelančevina koja se stvara u jetri, a pripada grupi globulina.

-Gvožđe-feremija (Fe)-koncentracija gvožđa u serumu se često određuje, a krv se uzima u epruvetu opranu posebnom tehnikom. Potrebno je uzeti 5 ml krvi iz vene.

-Glikemija, šećer u krvi (ŠUK)-uzima se kapilarna krv ili 1 ml krvi iz vene obavezno prije doručka.

-Bilirubin i urea uzima se 2 ml krvi u hemijski čistu epruvetu.

-Elektroliti (jonogram)-K,Ca,Na,Cl,Mg i drugi određuju se zajedno a može i pojedinačno. Za ovu analizu treba uzeti 3 ml krvi u hemijski čistu epruvetu.

-Gasne analize-ovom analizom se određuju parcijalni pritisak kiseonika u arterijskoj krvi, parcijalni pritisak ugljen dioksida, kao i acidobazna ravnoteža.

-Vrijeme krvarenja je ono vrijeme za koje spontano izlazi krv iz ranice načinjenim ubodom.

Najjednostavnije se određuje po Djuku. Sterilnom iglom se napravi ubod u jagodicu prsta ili uha. Svakih 5-10 sekundi filter papirom se upija krv. Onog momenta kada na filter papiru ne ostane trag krvi, krvarenje je prestalo. To vrijeme normalno iznosi 2-3 minuta. Vrijeme koagulacije krvi je ono vrijeme koje je potrebno da se krv zgruša van krvnih sudova. Najjednostavnije metode su Burkeova metoda (normalne vrijednosti 10-18 minuta), Li-Vajtova metoda (normalne vrijednosti 6-11 minuta).

-Virusološke pretrage krvi (influenza A i B, adeno-virusi) za ovu analizu treba uzeti 5 ml krvi iz vene u sterilnu epruvetu.

-Hemokultura (bakteriološki pregled krvi) je zasijavanje i kultivisanje krvi na hranjivim podlogama radi izolacije i identifikacije mikroorganizama. Krv zdravih ljudi je sterilna. Krv se uzima iz vena u aseptičnim uslovima i to 5-10 ml u sterilnu flašicu sa hranjivom podlogom.

56. OBJASNITI TERMIN : TERMINALNA, PALIJATIVNA NJEGA

Terminalna njega je dio palijativne njege i pruža se zadnjih dana života, kada je cilj da se postigne najbolji kvalitet života za pacijente sa neizlječivim bolestima koje ugrožavaju život i da se omogući pacijentu da dostojanstveno umre.

Palijativna njega pruža olakšanje bola i drugih uznemirujućih simptoma, nudi sistem podrške kako bi se pomoglo porodici tokom pacijentove bolesti i u toku žalovanja.

57. DEFINIRATI SMRT (BIOLOŠKA, PRIRODNA, NEPRIRODNA, KLINIČKA, PRIVIDNA)

Biološka ili prava smrt podrazumjeva potpuni ili trajni prestanak srčane radnje i disanja duže od 5 minuta i EEG tišine duže od 30 minuta. Smrt je posljedica starosti pa je onda prirodna, bolesti ili nesreće pa je onda neprirodna.

Prirodna-fiziološka smrt zbog starosti javlja se u do tada zdravih osoba treće životne dobi (od 65 godina). Neprirodna smrt je posljedica ozljede organizma bez obzira da li je ta ozljeda došla djelovanjem druge osobe, iste osobe ili sticajem okolnosti.

Klinička smrt predstavlja prestanak srčane radnje i disanja u trajanju od 5 minuta poslije čega se ove funkcije mogu ponovo uspostaviti.

58. DEFINIRATI AGONIJU I AGONALNO STANJE

Za bolesnika koji umire kažemo da je u agoniji (borba sa smrću, stanje koje prethodi smrti). To stanje može potrajati od nekoliko minuta do više dana. Obilježeno je simptomima i znakovima pogoršanja osnovne bolesti ili ozljede, te odumiranja životnih funkcija. Zadatak medicinske sestre je da prepozna to stanje i postupke zdravstvene njege prilagodi tom stanju. Kod bolesnika očuvane svijesti često je praćena pojavom straha od smrti, osjećaja nemoći i napuštenosti. Vitalne funkcije su svedene na minimum.

Medicinska sestra mora bez obzira na stanje bolesnika: održavati ličnu higijenu bolesnika, provoditi mjere spriječavanja dekubitusa, hraniti ga, davati mu tečnost koliko on želi ili koliko je nužno za održavanje života prirodnim ili vještačkim putem, pomagati mu pri eliminaciji stolice i urina, mjeriti mu vitalne funkcije, primjenjivati ordiniranu terapiju i zahvate i pažljivo ga posmatrati. Važno je ispuniti svaku realnu želju umirućeg.

Može se desiti da bolesnik prije smrti zatraži duhovnu pomoć vjerskog lica i to im treba omogućiti. Ako žele pisati oporuku ili žele da to učini sestra, dužni smo o tome obavijestiti upravu, jer je zabranjeno da to učini zdravstveni radnik. Ako bolesnik umre u prisustvu porodice, porodici treba izraziti saučešće, dopustiti im da kraće vrijeme ostanu uz umrlog, nakon odlaska porodice pristupiti zbrinjavanju umrlog a nikad u njihovom prisustvu.

59. ZADACI SESTRE, TE PROVOĐENJE POSTUPAKA S UMIRUĆIM BOLESNIKOM I ZADACI SESTRE U ZBRINJAVANJU UMRLOG

Smrt konstatuje ljekar koji potom određuje kliničku ili sudskomedicinsku obdukciju. Tek poslije toga medicinska sestra zbrinjava umrlog. Ako bolesnik umre u sobi gdje ima drugih bolesnika, oko kreveta stavljamo paravan, izvučemo jastuk, skinemo pokrivač, skinemo umrlog, nakit skidamo pred svjedocima i potpisujemo. Ako je imao rane po tijelu uredno ih previjemo i sve prirodne otvore zatvorimo tamponima vate. Ukoliko je osoba bila sa zubnom protezom onda se proteza stavi u usta a donja vilica fiksira

poveskom preko tjemena. Očni kapci se zatvore i na njih stave vlažni brisevi od vate. Na nožni palac umrlog se pričvrsti pokaznica-posmrtni karton sa imenom i prezimenom i podacima. Nakon toga, umrli se zavije u čist čaršaf i ostavi najmanje 2h da leži u krevetu a zatim se odnosi u mrtvačnicu. Sve stvari koje je bolesnik imao, kao i nakit skinut sa umrlog predaje se rodbini.

Transport se vrši zatvorenim ili pokrivenim kolicima,, brzo, neprimjetno, nikada u vrijeme posjete. Porodicu bolesnika, ako nije bila prisutna kada je umro, treba obavezno obavijestiti o smrti.

60. OBJASNITI ZNAKE SMRTI (SIGURNI I NESIGURNI)

Nesigurni znaci smrti su:

- prestanak disanja (grudni koš se ne pokreće, ne čuje se disanje pomoću slušalica),
- prestanak krvotoka (puls se ne osjeća, krvni pritisak se ne registruje, ne osjećaju se otkucaji, stetoskopom se ne čuje rad srca),
- odsustvo refleksa (zjenice ne reaguju na svjetlost, dodir ne izaziva zatvaranje očnih kapaka)

Sigurni znaci smrti su:

- znak mačijeg oka (kada se pritisne očna jabučica zjenica dobije ovalan oblik, dok kod žive osobe uvijek ostaje nepromjenjen)
- zamućenje rožnjače
- mrtvačka ukočenost koja nastaje 1-2h poslije smrti
- mrtvačke pjege po svim dijelovima tijela, najviše na nižim dijelovima
- mrtvačka hladnoća-svaki sat tijelo se hladi za 1 C

U izvjesnim slučajevima smrt se utvrđuje elektrokardiografski ili elektroencefalografski-nema električnih potencijala aktivnosti srca i mozga.

