

ЗБРИЊАВАЊЕ ПАЦИЈЕНАТА СА ТРОВАЊЕМ

УВОД

Савремени технолошки развој и његове логичне последице, брзе социјално-економске и друштвене промене, условили су низ опасности по људско здравље и живот. Хемизација модерног доба донела је, поред несумњиве користи, и све већи број штетних материја комплексног начина деловања, чији утицај на људски организам изазива специфичне функционалне и органске промене. Лекови, средства злоупотребе, средства за чишћење и одмашћивање, многобројна средства за уништавање штеточина, бројни органски растварачи, погонска горива, конзерванси и друго, узрок су бројних случајних, професионалних и самоубилачких тровања, чија је етиологија повезана са социо-културним и економским статусом индивидуе, а у складу са степеном технолошког развоја и животног стандарда појединих земаља.

Ако се овоме придода и низ отрова који су део природне средине у којој живимо, онда је јасно зашто акутна тровања и болести услед излагања токсичним супстанцама заузимају значајно место међу узрочницима морбидитета и леталитета. Упркос све опсежнијим мерама профилаксе и заштите, инциденца тровања људи (посебно деце), расте свуда у свету, па и у нашој земљи. Ситуацију додатно компликује чињеница да често долази до комбинације више узрочника тровања и/или средстава злоупотребе. Као последица оваквог стања произилазе значајни медицински, социјални и опште друштвени проблеми. Стога идентификација и документовање епидемиолошких фактора и других варијабли као и новоуочених фактора од прогностичког значаја настајање, ток и исход тровања, заузима посебно истакнуто место у процени ризика, превенирању и лечењу овог поремећаја здравља.

С обзиром на све већу инциденцу тровања и пријема пацијената са тровањима, проистекла је потреба у раду мед.сестара препознавања тровања и реаговања на спречавању смртних исхода. Такође, биће описана улога медицинске сестре и техничара у овим условима. Да би медицинске сестре и техничари правилно реаговали у овим хитним случајевима, потребно им је клиничко знање и вештине на веома високом нивоу, па је примарно свако стање описати са клиничке тачке гледишта.

ЦИЉЕВИ

- Утврдити информисаност медицинских сестара.
- Утврдити важност медицинских сестара код тровања алкохолом, лековима, дрогама, гљивама, средствима у домаћинству и пестицидима.
- Утврдити колико је битна брза реакција и стручност медицинских сестара.

ОТРОВ, ТРОВАЊА, ИЗВОРИ ТРОВАЊА И ПОДЕЛА

Постоји више дефиниција отрова доступних у савременој литератури, што указује на сложеност схватања овог појма. Тако се под отровом може сматрати ”свака, по својој количини или по свом саставу телу страна материја, ксенобиотик, која ма којим путем ушла у тело ремети грађу и/или функцију организма”. Једна од најсвеобухватнијих дефиниција је да је

”Отров је сваки агенс који може да изазове штетне ефекте на биолошке системе узрокујући промене у нормалном функционисању тих система или њихову смрт”.

У овом смислу, са токсиколошког аспекта, и данас је актуелан и представља један од основа савремене токсикологије и фармакологије, став Парацелзуса /1493-1541/:

” Шта је то што није отров? Све је отров и ништа није лишено отровности. Једино доза одваја отровно од неотровног”.

Све отровне материје можемо поделити на отрове природног и отрове синтетског порекла. Према неким ауторима број оваквих потенцијално отровних материја је већи од 12 милиона. У узрочнике тровања природног порекла сврставају се отрови биљног, животињског и минералног порекла.

Тековинама савремене цивилизације, човек је велики број једињења нађен у природним изворима модификовао, или је синтетисао нове хемијске супстанце. Свакодневна проиизводња великог броја различитих хемијских материја и њихових мешавина од несумњиве је користи, јер би се без њих индустрија, пољопривреда, медицина и домаћинство савременог човека данас тешко могли замислити. Међутим, њихова доступност и широка употреба у себи крије опасност везану за стални пораст инциденце тровања међу одраслима, а посебно међу децом. Као последица деловања отрова одређеног састава и у одређеној количини настаје поремећај здравља или уништење живота – тровање. Према времену које је потребно да се испоље токсична дејства, тровања се могу поделити на акутна и хронична. Акутна тровања се манифестују клиничким показатељима насталим након једнократног деловања токсичне дозе неког хемијског једињења. Хронична тровања представљају поремећај здравља настао као резултат дуготрајног и/или виšekратног деловања токсичне супстанце.

У зависности од услова и намере која одликује тровања се могу поделити на:

- задесна (акцидентална), код којих не постоји присуство намере,
- намерна, углавном са суицидалним карактером,
- криминална, која карактерише активност трећег лица у циљу нарушавања здравља или уништење живота другог лица,
- токсикоманије.

На основу пута уноса токсичних супстанци у организам поремећаји здравља насталих услед контакта са отровом могу бити локалног и/или системског карактера.Изложеност отрову углавном се одвија оралним, перкутаном, инхалационим или парентералним путем.Врста тровања може се означити и према узрочнику.Разликујемо тровања различитим групама хемикалија, нпр.*лековима, корозивима, пестицидима, органским растварачима, гасовима, гљивама и биљкама, алкохолом, дрогама...*

Комплексност деловања појединих агенаса, разлог је више за неопходност упознавања са појединачним механизмима токсичности наведених узрочника.Уочавање узрочнопоследичних веза између токсичних агенаса и њихових ефеката на поремећај здравља, доприноси стицању сазнања о епидемиолошким и клиничким карактеристикама различитих акутних тровања.У зависности од врсте отрова, пута уноса и унете количине хемијске супстанце која ће штетно утицати на структуру или функцију органа или органских система, приступа се терапијским протоколима.Такође, ова сазнања полазна су основа за тестирање спроведених превентивних мера и њихово кориговање у оквиру целокупног система лечења акутних тровања.

ЕПИДЕМИОЛОШКЕ КАРАКТЕРИСТИКЕ АКУТНИХ ТРОВАЊА

Акутна тровања одликује брза динамика и смртност чија стопа варира од земље до земље, што зависи од сложеног деловања различитих медицинско-социјалних фактора.У структури акутних ургентних стања у медицини, тровања заузимају једну од водећих позиција.

Тако се, према подацима Светске Здравствене Организације, акутна тровања се из године у годину налазе у прва три међу свим узрочницима смртности.С обзиром на то да су отрови врло хетерогене супстанце које подразумевају различите хемијске и фармацеутске компоненте, као и низ њихових комбинација, као такви представљају изазов за мултидисциплинарни тим укључен у акутно и дугорочно збрињавање отрованих.

Акутна тровања су вишедимензионални феномен који изузев фактора ризика и биолошких карактеристика појединаца у многоме детерминише политичко- економски аспект у неком региону, јер се тешки периоди, као што је случај са земљама у транзицији, увек рефлектују на инциденцу акутних тровања представљајући поуздан индикатор социјалних незадовољстава.

У низу студија спроведених са циљем анализе епидемиолошких и клиничких варијабли од значаја за акутна тровања, посебан акценат је стављен на сиромаштво, незапосленост, низак образовни ниво и незадовољавајући положај породице као предикторе суицидалног понашања. Последица тога је да су намерна тровања у појединим срединама знатно чешћа од задесних. Резултати указују да акутно самоотроване у највећем броју одликују карактеристичне особине, као што су присуство психијатријских оболења и значајних психо-релационих поремећаја, органских болести, конзумирање алкохола и других средства злоупотребе.

И када исход акутног тровања није фаталан, у оваквим ситуацијама прогноза болест је лошија уколико се тровање понавља, чиме ризик за крајњи летални исход расте. Стога је неопходно да се успостави терапијски програм за ове пацијенте који покрива не само акутну ситуацију, већ укључује и дугорочну превенцију, чиме се формира оптимални терапијски комплекс. Из наведеног произилази да прикупљање, систематизовање и тумачење информација у вези са епидемиолошким и клиничким карактеристикама акутних тровања у појединим регионима има фундаментални значај за ефикасну експлоатацију ресурса у циљу управљања факторима ризика, развоја едукативних програма и формирања националних стратегија за превенцију ове патологије која широм света расте у мањем, или већем проценту.

У Републици Србији у 2011. години акутна тровања су била заступљена са 3,23 одсто у односу на друге поремећаје здравља. Према подацима Института за јавно здравље Србије "Др Милан Јовановић Батут", водећи узроци умирања у Србији су готово идентични са онима у развијеним деловима света. Укупни број акутних тровања у Републици Србији, на

основу података Националног центра за контролу тровања ВМА и 12 регионалних центара, у 2013. години износио је 0,97 на 1000 становника.

Намерна тровања су била заступљена са 35%. За око 16,8% отрованих било је неопходно болничко лечење од којих се 4,5 % летално завршило. Очигледно је да смртност од акутних тровања заузима место које није занемарљиво у односу на број смртних исхода везаних за друге поремећаје здравља. Међу узрочницима тровања, како у свету тако и код нас, најзаступљенији су лекови психотропног дејства, корозивне супстанце и пестициди.

ТРОВАЊА ГАСОВИМА

Око 50% тровања у свету отпада на тровање угљен-моноксидом. Сваке године у свету умре на стотине људи од последица тровања овим гасом. После тровања алкохолом, тровање (ЦО), је један од најчешћих облика тровања живих организама; због његове честе присутности у човековом окружењу, високе токсичности, слабо изражених органолептичких својстава (без мириса, укуса, боје) и неиритирајућих особина приликом удисања, што отежава благовремено откривање његовог присуства у животној средини. Угљен-моноксид, унет у организам (са удахнутим ваздухом у плућима) изазива у организму општу хипоксију (недостатак кисеоника) јер има јак афинитет за хемоглобин црвених крвних зрнаца. Истискујући кисеоник из рецептора црвених крвних зрнаца, он у њима, стварањем карбонил једињења, формира иреверзибилну везу, која ограничава транспорт и коришћење кисеоника у ткивима. Прекинути контакт са отровом, дати кисеоник, по потреби применити бронходилататоре, кортикостероиде, вештачко дисање. У тровањима угљен моноксидом размотрити примену хипербаричне оксигенације (само у тежим случајевима и спроводи се у специјализованим центрима.) Најчешће је довољна обична кисеонична терапија. У тровању цијанидима применити антидот ако је доступан.

ТРОВАЊА ЛЕКОВИМА

Лекови су доступни великом броју људи, па су честе злоупотребе, што неминовно узрокује многа тровања, најчешће самоубилачка, затим задесна, а могућа су и убилачка. Ефекти појединих лекова су веома слични, што омогућава њихово груписање у синдроме (токсидроме) карактеристичне за одређене групе агенаса. Седативно-хипнотички синдром: поремећај свести од сомноленције до коме, конфузија, евентуално делиријум и халуцинације, отежан говор, атаксија, диплопије, нистагмус. Могућа је депресије респираторног центра и престанка дисања.

Најчешћи узрочници овог синдрома су бензодиазепини који, за разлику од барбитурата, ретко доводе респираторне инсуфицијенције. Антихолинергички синдром: зажарена кожа лица, повишена температура, сува кожа, тахикардија, мидријаза, психотичне реакције, халуцинације, ретенције урина, пареза црева, невољни покрети (миоклонус, хореоатетоза), конвулзије, кома.

Узрочници: лекови из групе антихолинергика, бројни психоактивни лекови (антипаркинсонци, циклични антидепресиви, неуролептици), антихистаминци, антиеметици, спазмолитици. Холинергички синдром: хиперсаливација, лакримација, миоза, брадикардија или тахикардија, бронхијална хиперсекреција и спазам, повраћање, пролив, мишићна слабост и фасцикулације, конфузност, агитираност, конвулзије, кома. Проузрокују га поједини неуролептици (клозапин), лекови који се користе у терапији миастеније, глаукома, Алцхајмерове болести, Сјегреновог синдрома и др. Симпатомиметски синдром: мидријаза, тахикардија, хипертензија, психомоторни немир, хиперрефлексија, хиперпирексија, тремор, логоричност, несаница, халуцинације, конвулзије, убрзана перисталтика црева, влажна кожа.

Прозрокују га лекови као што су адреналин, салбутамол, теофилин, амфетамини, ефедрин.

ПРЕДОЗИРАЊЕ НАЈЧЕШЋИМ ДРОГАМА

Предозирање се дешава када особа узима више дроге него што тело може да поднесе. Може се предозирати хероином, метадоном, алкохолом, таблетама за смирење. Ако се ове супстанце користе помешане повећава се могућност предозирања. Марихуана и синтетски канабиноиди. Симтоми и знаци: поремећаји координације, хиперемија коњуктива, палпитације, тахикардија, агитираност, психички поремћаји различитог степена.

Терапија: симптоматска, бензодиазепини Опијати (хероин, метадон, бупренорфин, морфин, опијатни аналгетици)

Симптоми и знаци: поремећај свести, екстремно уске зенице, депресија дисања са респираторном инсуфицијенцијом, АРДС.

Терапија: мере за успостављање адекватне вентилације, специфични антидот налоксон (види табелу). Избегавати предозирање антидота и појаву апстиненцијалног синдрома (агитација, повраћање, хипертензија, тахикардија, тремор).

Психостимуланси (кокаин, амфетамини и деривати – МДМА, МДЕА, МДА) Симптоми и знаци: тахикардија, тахипнеја, умерена хипертензија, мидријаза, халуцинације, мучнина и повраћање, поремећаји срчаног ритма, генерализоване конвулзије.

Потенцијало фаталне компликације: инфаркти (срца, мозга, црева), малигна хипертермија.

Терапија: бензодиазепини, симптоматска (антагонисти Са, бикарбонати, лидокаин, хлађење)

Тровање хероином

Симптоми: поремећај свести, сужене зенице, депресија дисања, брадикардија, хипотензија, хипотермија.

Прва помоћ КПП и хитан транспорт

Хитна помоћ: Налоксон, кисеоник, 50% глукоза, наставак КПП

ТРОВАЊА АЛКОХОЛИМА И ГЛИКОЛИМА

Проблем алкохола и алкохолизма је толико познат колико и људско друштво, па се може рећи да је тај проблем настао са настанком људске заједнице. Данас је алкохолна интоксикација по распрострањености и значају на једном од првих места међу тровањима.

Етанол

Симптоми и знаци: губитак мишићне координације, замагљен или двоструки вид, повраћање, поремећај свести, конвулзије, губитак рефлекса, престанак дисања. Могући биохемјски поремећаји: хипогликемија (нарочито код деце), ацидоза.

Компликације: аспирација, панкреатитис. Летална доза (одрасли): 300-400 ml чистог алкохола. Опрез код коингестији лекова.

Терапија: надокнада течности, симптоматска терапија, опрез са бензодиазепинима код агитираности и конвулзија. Не примењивати лаважу желуца и активни угаљ. Метил алкохол и етилен гликол (илегална алкохолна пића, антифриз).

Симптоми и знаци: Иницијални поремећаји су слични као код тровања етанолом. Тровања метанолом се карактеришу и јаком главобољом, тешком ацидозом, поремећајем вида и мидријазом (након 2-6 дана). У тровањима гиколима, осим поремећаја ЦНС-а и ацидозе, долази до таложења кристала Са оксалата у бубрезима, што се клинички испољава хипокалцемичном тетанијом и акутном реналном инсуфицијенцијом.

Летална доза метанола је 60-250 ml, етилен-гликола око 100 ml, а диетилен-гликола 15-100 ml.

Терапија: Корекција ацидозе, остала симптоматска терапија. Што пре отпочети са применом антидота (етанол, и.в. или перорално), хемодијализа.

ТРОВАЊЕ СРЕДСТВИМА У ДОМАЋИНСТВУ

Корозивна средства

Извори: производи за чишћење санитарија и водоводних инсталација, бељење (на бази активног хлора или кисеоника), индустријски детерџенти, конзерванси (концентрирана сирћетна киселина - „Есенција“).

Симптоми и знаци: бол и печење у устима и средогруђу, дисфонија, хиперсаливација, повраћање, понекад крвавог садржаја, мелена, хипотензија, ацидоза, шок, у тровању „Есенцијом“ често хемолиза, ДИК, акутна бубрежна инсуфицијенција.

Дијагноза: промене у усној дупљи нису поуздан показатељ тежине оштећења дигестивног тракта. Ургентна ендоскопија (24-48 часова након експозиције) је индикована код свих намерних ингестија, као и код деце ако постоји макар и један од симптома и знакова.

Терапија: прва помоћ је разблажење корозивног садржаја чашом хладне воде, уколико пацијент може да гута. Не покушавати неутрализацију. Не примењивати лаважу желуца и активни угаљ. Применити терапију за надокнаду течности, купирање бола, корекцију ацидозе и друге симптоматске мере.

Органски растварачи (деривати нафте, растварачи за боје, лакови, лепкови)

Симптоми и знаци: депресија ЦНС-а, иритација респираторних путева, мучнина, повраћање, иритација дигестивног тракта (код гутања)

Терапија: Лаважа је контраиндикована. Лечење је симптоматско и супотивно.

ТРОВАЊА ПЕСТИЦИДИМА

Симптоми и знаци: у већини случајева неспецифични, у тровањима орфанофосфорним и карбаматним инсектицидима јављају се миоза, хиперсаливација, лакримација, влажна кожа, бронхијална хиперсекреција и спазам, фасцикулације и фибрилације мишића.

Терапија:гастроинтестинална деконтаминација, у тровањима орфанофосфатима атропин

ОТРОВНЕ ПЕЧУРКЕ

Проузрокују некоико различитих синдрома. Најопасније су оне које узрокују акутну некрозу јетре.

Симптоми и знаци: ако почињу након дужег латентног периода (6-24 часова) израженим гастроентеритисом, могу се очекивати знаци оштећења јетре.

Дијагноза се поставља на основу трајања латентног периода, клиничке слике и биохемијских поремећаја (пораста трансаминаза).

Терапија: Лаважа желуца, понављано давање активног угља, надокнада течности. Хитан превоз, форсирано повраћање

Хитна помоћ: атропин, испирање желуца, 5% глукоза, спазмолитици

ОДСТРАЊИВАЊЕ ОТРОВА

Код пероралних отрова

1. Форсирано повраћање (осим код киселина и бесвесних)
2. Испирање желуда (осим код корозива)

Код перкутаних отрова

1. Скидање одеће
2. Прање целог тела 15 минута

Код инхалационих отрова

1. Уклањање жртве из контаминиране средине
2. Кисеоник

Код парентералних отрова

1. Подвезивање екстремитета
2. Инфилтрација места убода раствором адреналина

НЕУТРАЛИЗАЦИЈА ОТРОВА

Неутрализација отрова заправо НЕ ПРЕДСТАВЉА лечење у ужем смислу већ само ублажавање отрова који већ испољавају своје дејство, у складу са дужином експозиције.

1. Carbo medicinalis per os (absorbens) - има висока својства адсорпције, тако да помаже у ублажавању гастроинтестиналних поремећаја, желучаних или тровања или других хемијских једињења. Свака капсула садржи 200 мг активног угља. Има висок капацитет адсорпције (апсорбент). Орално узимање формулације доприноси везивању различитих компоненти које се налазе у гастроинтестиналном тракту

(укључујући појачавање перисталтичких покрета једињења и продирања воде у лумен црева, бактеријских токсина, микроорганизама, лекова, варења производа, цревних гасова). Тиме се спречава њихова асимилација из дигестивног тракта.

Индикације:

Препоручује се употреба препарата у случају дијареје, сметње варења и бебе. Такође се у консултацији са лекаром препоручују средства за тровање и друге хемикалије.

За оралну употребу. Код одраслих и адолесцената старијих од 12 година генерално се препоручује употреба 4-6 капи. Неколико пута дневно, до уклањања симптома болести. Да би се убрзао ефекат лека који се користи у суспензији која настаје након мешања садржаја капсула са мало воде. Код дијареје код одраслих и адолесцената старијих од 12 година примењује се појединачна орална доза од око 4,0 g (20 капсула). Ако је потребно, поновите дозу сваких неколико сати.

У случају тровања лековима и хемикалијама: одрасли деца старија од 1 године: применити једнократну дозу од 12,5 g (око 62 капсуле). Ако је потребно, може се применити неколико пута дневно. Деца млађа од 1 године примењују 1 g/ kg. Ако је потребно, може се поновити сваких 4-6 сати.

2. Mg сулфат (лаксатив)
3. Тровање киселинама: Ако повређени може да гута, треба му одмах дати да пије воду или млеко, али у само првих неколико минута. Грешка је давање повређеном било шта да пије ако је прошло више од неколико минута од тровања. Не треба примењивати неутралишућа средства (базе). Не покушавати са повраћањем, јер каустик при пролазу кроз оштећени једњак изазива још дубља оштећења (перфорација) и оштећења почетних делова дисајних путева. Повређеног одмах транспортовати у болницу
4. Тровање базама: сок од лимуна, разређено сирће
5. Тровање менатолом: етанол (40%)
6. Тровање антифризом: етанол
7. Предозирање херином: налоксон
8. Тровање органофосфатима: атропине
9. Тровање угљен-моноксидом: кисеоник

10. Тровање цијанидима: хипертонична глукоза

ПРЕГЛЕД ОТРОВАНОГ

Медицинска сестра техничар мора знати основе тријаже која треба изгледати овако:

Ко? Жена/мушкарац? Млада/стара особа? Когнитивно очувана или дементна? Да ли је одраније познат/а као особа која у историји има покушаје самоубства или не? Да ли има историју психијатријског лечења (или болести) или не? Да ли живи сама или са неким?

Шта? Врста отрова

Где? Околина, остаци, трагови

Како? Перорално, инхалационо, перкутано, парентерално

Када? Протекло време

Колико? Количина, доза

Зашто? Задес, суицид, убиство

ЖРТВУ ПОТПУНО СКИНУТИ!!!

СЕСТРИНСКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ

ТРАХЕОБРОНХИЈАЛНА АСПИРАЦИЈА ЦИЉ :

Одржати проходност дисајних путева.

МЕРЕ ПРЕДОСТРОЖНОСТИ

- Интервенција се изводи уз поштовање асептичне технике рада.
- Проценити да ли интервенцију може извести једна особа или је потребна асистенција друге особе; у зависности од тога направити план радње. Најбоље је да интервенцију обављају две сестре- једна да врши аспирацију, друга да асистира- додаје потребан материјал, оксигенира пацијента, по потреби узима брис...
- Интервенција се изводи пажљиво због могућности повреде трахеје.
- Дужина трајања аспирације је ограничена због могућности појаве компликација хипоксија, респираторни или срчани застој.
- Хипоксија која се може јавити током интервенције превенира се оксигенацијом пацијента пре почетка радње, у току извођења иу по завршетку интервенције.

ПОТРЕБНА ОПРЕМА

- Апарат за аспирацију
- Стерилни аспирациони катетери
- Стерилне рукавице
- Стерилне компресе, тупфери, газе
- Амбу балон
- Боца са кисеоником
- Бубрежњак
- Флаша NaCl 0,9%
- Пластични шприцеви са физиолошким раствором 0, 9% или NaHCO₃ 8,4 %

ПОСТУПАК

- Идентификација пацијента (име и презиме, број собе и кревета, историја болести и температурна листа).
- Информисати пацијента о циљу интервенције, замолити га за сарадњу (уколико је свестан).
- Пацијент је у полуседећем положају.
- Отворити венску линију
- Медицинска сестра врши катетеризацију мокраћне бешике
- Отворити стерилну комперсу и ставити је на груди пацијента. На компресу ставити пар стерилних тупфера, шприц и стерилне рукавице.
- Отворити паковање са стерилним аспирационим катетером.
- Навући стерилне рукавице, водећи рачуна да рукавица којом се планира пласирање катетера остане стерилна.
- Деконектирати пацијента са механичке вентилације, ако је прикључен на респиратор.
- Руком која је остала стерилна, извући катетер из фолије, а руком која је дестерилисана укључује се аспиратор и спаја са аспирационим катетером.
- Аспирациони катетер лагано пласирати у тубус и то:
 - Код одраслих дужина 20 см
 - Већа деца 14-20 см
 - Мала деца 8-14 см.
- Стартовати негативан притисак и благим повлачењем и ротирањем катетера врши се аспирација из доњих партија дисајних путева.
- Време трајања акта аспирације је 3-5 секунди након чега треба направити паузу (2-3 минута) и аспирацију понављати све док се целокупни садржај не аспирира.

- Континуирана сукција не сме да траје дуже од 15секунди, због могућности срчаног застоја или респираторног.
- Најбоља процена се врши тако што особа која аспирира задржи дах док спроводи поступак аспирације код болесника.
- Аспирацију треба изводити у три позиције: о када је глава , тј.лице окренуто према горе, о када је глава окренута у леву страну и о када је глава окренута у десну страну. Ове три позиције омогућавају адекватну аспирацију трахеје, левог и десног бронха.
- Након аспирације трахеје, сестра аспирира горње дисајне путеве- уста, аирњау, нос.
- Ако је пацијент на респиратору поново се прикључује и подешавају се параметри.
- Распремити употребљени материјал.
- Поставити пацијента у одговарајући положај.
- Проверити виталне функције.
- Уписати интервенцију у листу.

СЕСТРИНСКЕ ДИЈАГНОЗЕ КОД ТРОВАЊА

Сестринске дијагнозе се могу дефинисати као клинички суд о томе шта су појединац, породица или заједница пружили као одговор на стварне или потенцијалне здравствене проблеме/животне процесе. Они дају основу за избор интервенција чија ће имплементација на крају довести до постизања постављеног циља.

Може се рећи да су сестринске дијагнозе кључ будућности; за успешну, на доказима засновану и професионално вођену здравствену заштиту чији је циљ да што ефикасније задовољи све потребе пацијената.

ОПШТИ ПРИНЦИПИ УРГЕНТНОГ ЗБРИЊАВАЊА АКУТНИХ ТРОВАЊА

Лечење акутних тровања подразумева примену општих принципа лечења ургентних стања, а затим детоксикацију (спречавање апсорпције отрова, убрзавање његове елиминације и примену антидота).

Антидоти који су доступни (на прехоспиталном и на хоспиталном нивоу), оно што свакако имамо је naloxon, anexate (flumazenil), неки здравствени центри имају glukagon, кисеоник (антидот за тровања угљен моноксидом)...

Ако је тровање доказано или суспектно, након стабилизације болесника настојати да се добију неопходни расположиви подаци о начину изложености, врсти и количини отрова.

По потреби звати Центар за контролу тровања ВМА– 24 часова доступан телефон 011/3608-440.

ЕЛИМИНАЦИЈА ОТРОВА У ПРЕХОСПИТАЛНИМ УСЛОВИМА

Перорално узети отрови

Провоцирано повраћање

Повраћање изазвати дражењем увуле након давања 300-400 ml воде (код деце мање) ако је болесник свестан и сарађује и ако није протекло више од 60-ак минута од ингестије.

Контраиндикације:

поремећај свести, несарадња болесника, ингестија корозивне материје или супстанце опасне уколико се аспирира у плућа (угљоводоници).

Лаважа желуца Примењује се са истим индикацијама и контраиндикацијама као провоцирано повраћање. Код поремећаја стања свести неходна је предходна интубација.

Поступак:

Поставити болесника на леви бок, пласирати орогастричну или назогастричну сонду, убацити 300-400 ml млаке воде, а затим је уклонити пуштајући да исцури под дејством земљине теже или применити лагану сукцију. Поступак понављати до добијања бистрог садржаја.

Активни угаљ

Доступан је у праху (таблетама) или као суспензија у сорбитолу. Уколико је у сувом облику предходно га размутити (50 g у 400 ml воде) и применити после повраћања или на крају лаваже у дози од 1 g/kg/tt. Није ефикасан у апсорпцији јона метала, минералних киселина и база, цијанида, супстани нерастворљивих у води, алкохола.

Контаминација коже и ока

Што пре испрати обилно хладном водом. Не примењивати могуће хемијске антидоте.

ЗАКЉУЧАК

Улога медицинске сестре-техничара у лечењу животно угрожених пацијената је изузетно значајна. Тровање је водећи узрок смрти у свету. Стопа преживљавања пацијената са тровањем зависи од благовременог препознавања и деловања на спречавању даљих компликација и смрти. Добра едукација медицинских сестара и техничара у тимовима хитне медицинске помоћи обезбеђује бољу здравствену заштиту и смањује морталитет.

Из свега наведеног можемо закључити да се процес здравствене заштите може применити, али у ограниченој мери и да се односи на поштовање одређених специфичности рада у служби хитне медицинске помоћи (услови на терену, комуникација са пацијентом, услови транспорта, степен стручне спреме). опасности по живот пацијента, ограничено време итд.). Управо ове специфичности рада у служби хитне медицинске помоћи разлог су ограничених могућности прикупљања података значајних за примену процеса здравствене заштите.

Прикупљају се само основни подаци који се односе на физичко и делимично емоционално стање пацијента када је то могуће, тј. ако је пацијент свестан и ако му тренутно стање омогућава сарадњу. Такође, подаци се могу прикупити од присутних чланова породице, пријатеља, сведока несреће итд.

Образац поступака које обавља медицинска сестра/медицински техничар који се користи у раду амбулантне хитне медицинске помоћи делимично замењује обимну сестринску документацију која се користи у пракси. Такође, због веома ограниченог времена контакта медицинског техничара са хитним пацијентом, можемо да постављамо само сестринске дијагнозе које су везане за тренутна стања, а често због наведених разлога и непостојања повратних информација, евалуација није могућа.

Литература

1. Blakeman TC, Scott JB, Yoder MA, Capellari E, Strickland SL. AARC Clinical Practice Guidelines: Artificial Airway Suctioning. *Respir Care*. 2022 Feb;67(2):258-271. doi: 10.4187/respcare.09548. PMID: 35078900.
2. J. Hamzić, B. Radulović, N. Mandić, I. Gornik. Zalihe antidota u hitnom prijmu i bolnicama: koji, koliko, zašto i kada? *Acta Med Croatica*, 74 (2020) (Supl. 1) 27-32
3. Dart RC, Goldfrank LR, Erstad BL, Huang DT, Todd KH, Weitz J, Bebartá VS, Caravati EM, Henretig FM, Delbridge TR, Banner W, Schneider SM, Anderson VE. Expert Consensus Guidelines for Stocking of Antidotes in Hospitals That Provide Emergency Care. *Ann Emerg Med*. 2018 Mar;71(3):314-325.e1. doi: 10.1016/j.annemergmed.2017.05.021. Epub 2017 Jun 29. PMID: 28669553.
4. Wyatt, Jonathan P. and others, *Oxford Handbook of Emergency Medicine*, 5 edn, Oxford Medical Handbooks (Oxford, 2020; online edn, Oxford Academic, 1 July 2020), 187-226 <https://doi.org/10.1093/med/9780198784197.001.0001>, accessed 22 Sept. 2022.
5. Emergency Management of Poisoning. Haddad and Winchester's *Clinical Management of Poisoning and Drug Overdose*. 2007:13–61. doi: 10.1016/B978-0-7216-0693-4.50007-4. Epub 2020 Jun 22. PMCID: PMC7315350.

1.