

СПЕЦИФИКИ ПРИ ПРИЛОЖЕНИЕТО НА СКАЛА ГЛАЗГОУ-ЛИЕЖ

Пепа Димитрова-Чиликова

Медицински университет „Проф. Д-р Параскев Стоянов”

Варна, Филиал Сливен, 8800 гр. Сливен, РБългария, perachilikova@gmail.com

Абстракт

Introduction: A survey conducted amongst nurses working in neurology departments for knowledge of the Glasgow-Liège scale showed that they knew the scale but did not apply it independently. It was stated the need for additional training, which would increase the confidence in their knowledge, the accuracy in the application of it and the correct assessment of the patient's condition.

Aim: To research the respondents' awareness of the practical application of the Glasgow-Liège scale in the nursing practice - the basic theoretical rules for its application, registration and reporting of its results.

Material and method: We sought the opinion of students majoring in "Nursing" II year (n=40) who have undergone training in Nursing care for neurological patients from the Sliven Branch and the Shumen Branch of the Medical university in Varna, and for the expert opinion survey we attracted proven teachers and mentors (n=10) in the bases for practical training of the students from the pointed branches. For the purpose of the research, a questionnaire was developed, the same for both groups of respondents, with 28 questions divided into three sections.

Conclusion: Respondents from both groups do not know in detail the process of applying the scale and the four steps – check, monitor, stimulate and evaluate. For the students, the scale is a necessary tool in nursing practice, for 50% of the experts, however, it would not be useful, all experts and 2/3 of the students know the functions they have examined through it.

Key words: Glasgow-Liège scale, nurses, application

Въведение

Предишно проучване проведено сред медицински сестри работещи в неврологични отделения за познаване на скалата Глазгоу-Лиеш, нейното приложение в практиката и необходимостта от допълнително обучение показва, че всички респонденти познават скалата, но не я прилагат самостоятелно. Тогава анкетираните заявиха необходимост от допълнително обучение, което би повишило увереността в знанията, точността в прилагането и правилната преценка за състоянието на болния. което е доказателство на тезата в проучване на Алексиева, че обучението корелира с желанието да се повиши квалификацията [1].

Проведен бе експеримент за анализиране на практическата подготовка на медицински сестри в Неврологично отделение на МБАЛ „Д-р Иван Селимински“-Сливен за определяне на функционалното състояние на пациенти хоспитализирани по повод мозъчен инсулт чрез скалата Глазгоу-Лиеш. Независимо от сериозния професионален опит и увереност за правилното прилагане на скалата, участвалите в експеримента медицински сестри оцениха точно функционалното състояние на пациента с мозъчен инсулт след проведено обучение от изследователя.

Цел

Да се проучи информираността на респондентите за практическото приложение на скала Глазгоу-Лиеш в сестринската практика - основните теоретични правила за нейното прилагане, регистриране и отчитане на резултатите.

Резултати и обсъждане

Потърсихме мнението на студенти специалност „Медицинска сестра“ II курс (n=40) за мозъчносъдовите заболявания и приложението на скала Глазгоу-Лиеш в сестринската практика от Филиал Сливен и Филиал Шумен на МУ - Варна, а за проучването на експертно мнение привлякохме доказани преподаватели и наставници (n=10) в базите за практическа

подготовка на студентите от същите филиали. За целта на изследването, търсейки опита на експертите и ентузиазма и нагласите на студентите е разработена анкетна карта еднаква за двете групи респонденти с 28 въпроса, разпределени в три раздела:

Първи раздел – демографски и общи данни.

Втори раздел - проучване на нагласите за професионалния образ на сестринството.

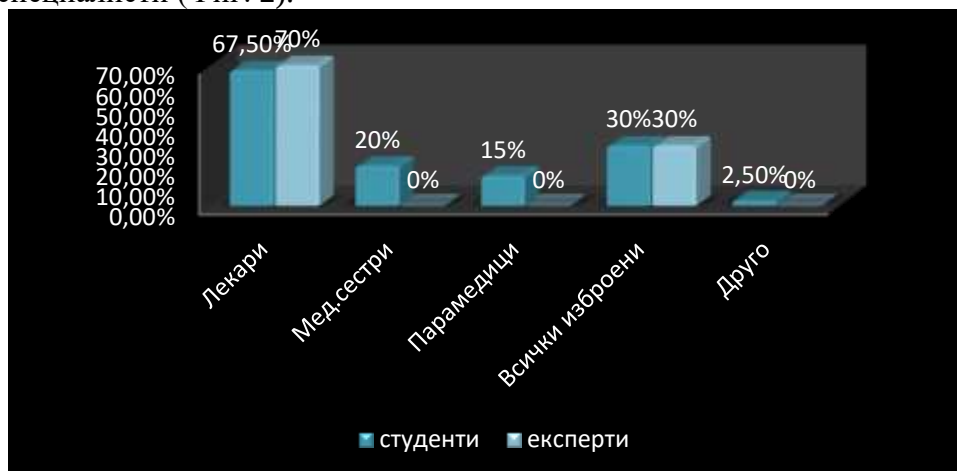
Трети раздел – проучване на информираността за практическото приложение на скалата Глазгоу-Лиеж в медицинската практика.

Скалата за оценка на коми по Glasgow, както и вариантът Glasgow-Liège, е основен инструмент, използван при изследването на пациенти с количествени нарушения на съзнанието. Според 80% от експертите, скалата се прилага за установяване на количествени и качествени нарушения на съзнанието и само 20% за количествени. Мнението на студентите се разпределя почти равностойно между посочените възможности, съответно 35% посочват количествени, 30% - качествени и 35% - и за двете групи нарушения на съзнанието (Фиг. 1).



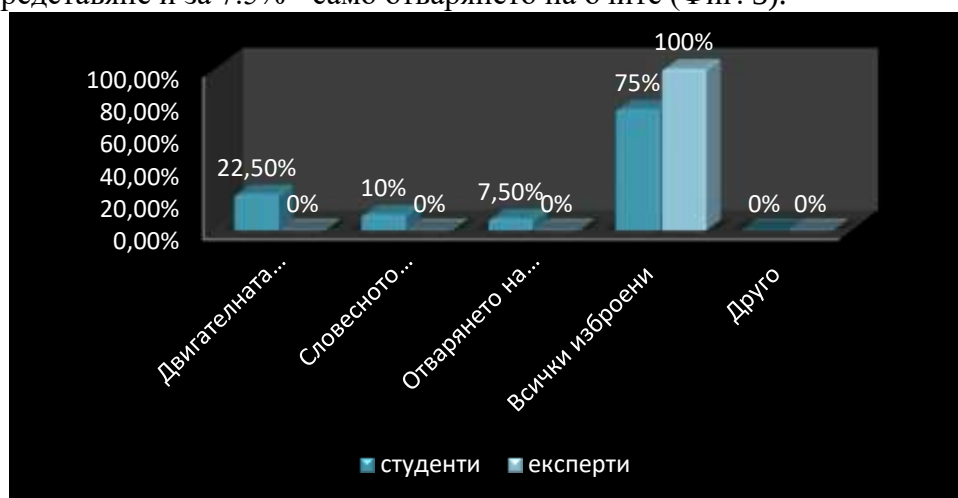
Фиг. 1. Приложение на скала Глазгоу-Лиеж в диагностичния процес

Въпреки че традиционно тя се прилага от лекари – невролози, неврохирурзи и др. специалисти, се наблюдава тенденция за по-широкото ѝ навлизане в сестринската практика. Равностойни дялове от двете групи респонденти – 70% считат скалата за инструмент приоритетен за лекарите в медицинската практика. Студентите в по-малък дял съответно 20% и 15% считат, че скалата се прилага и от медицинските сестри и парамедици. Отново по 1/3 от респондентите и от двете групи са на мнение, че Глазгоу-Лиеж се прилага от всички посочени медицински специалисти (Фиг. 2).



Фиг. 2. Приложение на скала Глазгоу-Лиеж в медицинската практика

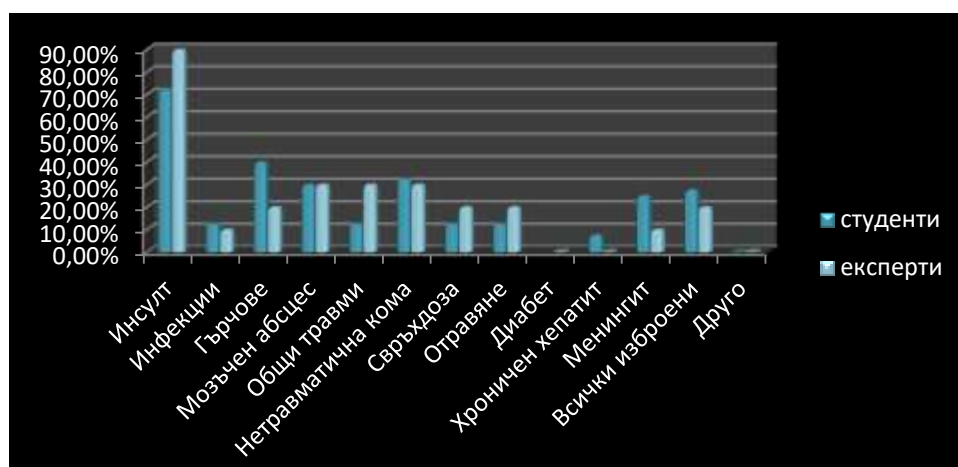
Специалистите в областта на здравеопазването наблюдават двигателната функция, словесното представяне и отварянето на очите на пациента под формата на проста диаграма. Всички експерти и 2/3 от студентите са запознати с функциите, които се наблюдават чрез скалата. За близо 23% от студентите се наблюдава само двигателната активност, за 10% - словесното представяне и за 7.5% - само отварянето на очите (Фиг. 3).



Фиг. 3. Наблюдавани функции чрез скала Глазгоу-Лиеж

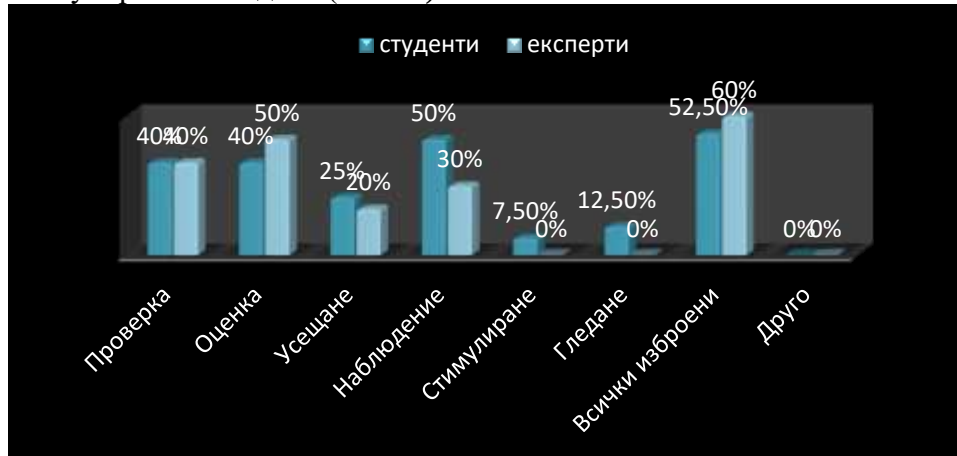
Глазгоу кома скалата (GCS) е създадена за пръв път от Греъм Теасдейл и Брайън Дженет през 1974 г. Тя е клинична скала за оценка на "дълбочината и продължителността на увреденото съзнание и кома" на пациента след остра мозъчна травма. Тя е най-често използваният инструмент в международен мащаб – прилага се в над 80 държави и е преведена на 60 езика. За съжаление, тази широко разпространена употреба е придружена от увеличаващи се вариации в начина, по който се използва и намаляване на надеждността на оценката и комуникацията. Първоначално е разработена, за да подпомогне определянето тежестта на кома или дисфункция след травматично мозъчно увреждане, но може да бъде използвана за всяко състояние, водещо до нарушено съзнание. Днес тя се използва постоянно за много заболявания, включително инсулт, инфекции, гърчове, мозъчен абсцес, общи травми, нетравматична кома, свръхдоза и отравяне [6].

Най-голям дял от респондентите и от двете групи посочват инсулта като заболяване, при които се прилага Глазгоу-Лиеж, съответно експерти – 90%, студенти – 70% (Фиг. 4).



Фиг. 4. Заболявания при, които се прилага скала Глазгоу-Лиеж

Тя може да се прилага и в различни условия както в доболнична помощ, в спешното отделение и в часовете след приемането на болния, което дава възможност да се следят промените и тенденциите в съзнанието на пациента с течение на времето. Съществуват и модифицирани скали, разработени за употреба при деца. Има четири стъпки в процеса на оценяване: проверка, наблюдение, стимулиране, оценка [3]. Според най-голям дял от респондентите и от двете групи, съответно експерти – 60% и студенти – 52.5% стъпките прилагани от медицинските специалисти прилагайки скалата са проверка, оценка, усещане, наблюдение, стимулиране и гледане (Фиг. 5).

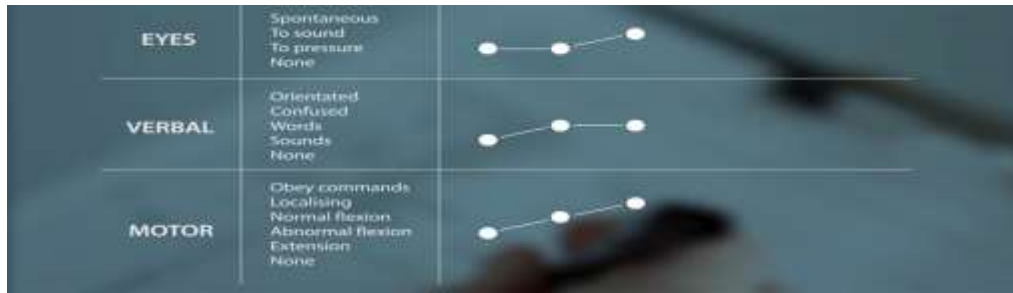


Фиг. 5. Стъпки прилагани от медицинските специалисти при оценяване по скала Глазгоу-Лиеж

Стимулирането е третата и много важна тъпка при използване на GCS, но само 7.5% от студентите са я посочили като част от процеса за преценка степента на засягане на съзнанието и нито един от експертите. Само 1/3 от експертите са посочили и друг важен етап от оценяването – наблюдение. От получените данни може да се направи извода, че и двете групи анкетирани лица не познават в детайли процеса на прилагане на скала Глазгоу-Лиеж.

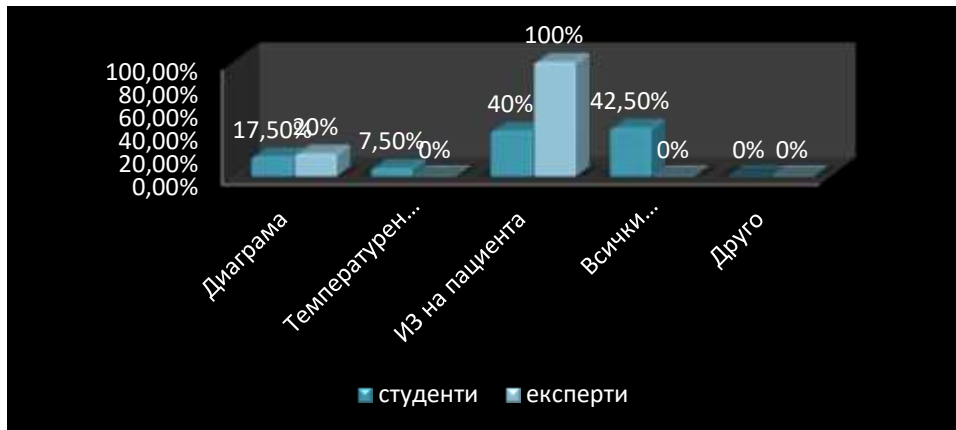
GCS използва зони за болково стимулиране: натиск на върха на пръстите, трапецовиден мускул и надорбитален ръб. Болков стимул е техника, използвана от медицински персонал за оценка на нивото на съзнание на човек, който не реагира на нормално взаимодействие, гласови команди или нежни физически стимули (като разтрисане на раменете). Болковият стимул може да се прилага централно и/или периферно. Централен стимул е този, който може да бъде открит успешно само ако мозъкът участва в реакцията на болката. При GCS се прилага трапецовидна щипка, което включва захващане и усукване на част от трапецовидния мускул на рамото на пациента и натиск на надорбитален ръб - това е ръчното стимулиране на суборбитален нерв чрез натискане с палец във вдлъбнатината над окото, близо до носа. Винаги трябва да се използват централни стимули, когато се преценя дали пациентът локализира болка (т.е. премества ръцете си до мястото, където се прилага болката). Централните стимули са по-малко подходящи за оценка на отварянето на очите в сравнение с периферните стимули, тъй като те могат да причинят гримаса. Периферните стимули обикновено се прилагат върху крайниците и техниката е притискане на лулулата (видимата част от корена на нокътя) на нокътната плочка на пръста, често с добавка като писалка. Когато се стимулират тези области трябва да се търси един от двата отговора: необичаен отговор на флексията или нормален отговор на флексията [5].

Резултатът от скала Глазгоу (GCS) на пациента трябва да бъде документиран на диаграма (Фиг. 6).



Фиг.6. Диаграма на резултатите по Глазгоу

Това позволява бързо и ясно да се съобщава за подобрене или влошаване на състоянието на пациента. Отделни елементи, както и сборът от оценката на скалата са важни и могат да бъдат документирани цифрово. В медицинската документация на пациента, стойностите на оценката по скалата освен в диаграма се отразяват в История на заболяването и температурен лист, което позволява на всички медицински колеги да проследяват промените настъпващи в състоянието на пациента [6]. В проведеното проучване всички експерти са посочили История на заболяването като място за документиране на резултатите, 20% и диаграмата на скала Глазгоу-Лиеш и нито един – температурния лист на пациента (Фиг. 7).



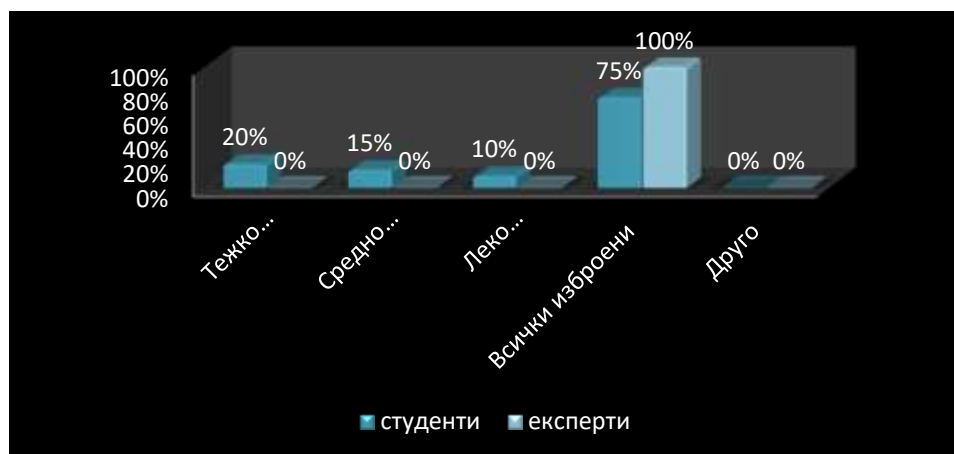
Фиг.7. Документиране на резултатите от оценяването по скала Глазгоу-Лиеш

Повече от 1/3 от студентите са посочили правилно всички места за документиране на резултатите, 40% - История на заболяването, 17,5% - диаграма и само 7,5% - температурен лист.

Всяко мозъчно увреждане е различно, но като цяло мозъчното увреждане се класифицира като:

- ✓ Тежка травма на главата: Резултат от скалата на Глазгоу 8 или по-малко
- ✓ Умерено нараняване на главата: Резултат от скалата на Глазгоу 9-12
- ✓ Леко нараняване на главата: Резултат от скалата на Глазгоу 13-15

Леките мозъчни наранявания могат да доведат до временни или постоянни неврологични симптоми. Умерените и тежки мозъчни наранявания често водят до дългосрочни нарушения на познанието (мисловни умения), физически умения и/или емоционално/поведенческо функциониране [2]. Мнението на експертите за степените на мозъчна травма, които се определят чрез скала Глазгоу-Лиеш е категорично, всички посочват трите степени – леко, средно и тежко мозъчно увреждане (Фиг. 8).



Фиг.8. Степени на увреждане, които се регистрират чрез скалата

В много голям дял студентите също посочват трите степени – 75%, но за 45% от тях, чрез скалата се определят, само една или две от степените на мозъчно увреждане.

Възможният сбор от точки по трите компонента на скала Глазгоу-Лиеж са от 3 до 15. Само 22.5% от студентите са посочили точно възможния резултат, най-голям дял от тях – 37.5% смятат, че резултатът се отчита от 0 до 30 точки, 15% - от 3 до 20 точки, 10% от 0 до 20 и за 15 % всички посочени възможности (Фиг. 9).



Фиг. 9. Възможен сбор от точки при оценяване по компонентите на скала Глазгоу-Лиеж

Всички експерти също са посочили резултат различен от възможния сбор по скалата, 100% смятат, че възможния такъв е от 0 до 20 точки.

Потърсихме мнението на респондентите в настоящото проучване за необходимостта от скала Глазгоу-Лиеж като инструмент в сестринската практика. Експертите не са единодушни по отношение на този въпрос. За 40% от тях скалата по-скоро е необходима в сестринската практика, 10% не считат, че сестринската практика се нуждае от такъв инструмент и съответно по 20% - не могат да преценят и счита, че по-скоро не е необходим. (Фиг. 10).



Фиг. 10. Необходимост от скала Глазгоу-Лиеж като инструмент в сестринската практика

На противоположно мнение са студентите, близо 83% от тях считат, че скала Глазгоу е необходима в сестринската практика, близо 8% не смята, че е приложима и 10% не могат да преценят.

Анализирайки резултатите от проведеното проучване направихме следните обобщения:

Близо 1/3 от участниците посочват количествените нарушения на съзнанието като обект на изследване чрез скала Глазгоу-Лиеж, за повечето тя се прилага и за качествени нарушения на съзнанието, за 2/3 от респондентите скала Глазгоу-Лиеж е приоритет само на лекарската практика. Всички експерти и 2/3 от студентите познават функциите, които са изследват чрез скалата – двигателна, словесно представяне и отваряне на очите. Като 90% от експертите и 70% от студентите считат, че тя се прилага в медицинската практика само при инсулти. Тя намира приложение и при: инфекции, гърчове, мозъчен абсцес, общи травми, нетравматична кома, свръхдоза и отравяне. Респондентите и от двете групи не познават в детайли процеса на прилагане скалата, само 1/3 от експертите и 7.5% от студентите посочиха правилно четирите стъпки – проверка, наблюдение, стимулиране и оценка. Резултатите от скалата се регистрират в диаграма, история на заболяването и температурен лист-2/3 от студентите не са посочили всички места за регистрация. Сборът от точки по трите компонента, които се оценяват чрез скала Глазгоу е от 3 – 15 едва 23% от студентите посочват правилно възможния резултат. За 3/4 от студентите участвали в проучването скалата е необходим инструмент в сестринската практика, за 50% от експертите обаче не би бил полезен.

Използвана литература

1. Алексиева, В. Сравнителен анализ относно информираността за сексуалното здраве сред акушерките и учителите“/ Сборник доклади от Национална научно-практическа конференция с международно участие „Медицинските сестри и акушерките- ключов ресурс в съвременното здравеопазване - Стара Загора, Издателски консорциум „Кота“, с.259-267, 2020г.
2. Baker M, Reviewing the application of the Glasgow Coma Scale: does it have interrater reliability, Journal of Neuroscience Nursing, 2008
3. McLernon S, The GCS 40 years on: a review of its practical use. British Journal of Neuroscience Nursing, 2014
4. Middleton PM, Practical use of the Glasgow Coma Scale; a comprehensive narrative review of GCS methodology. Australasian Emergency Nursing Journal, 2012
5. Reith F et al, Lack of standardization in applying painful stimuli for assessment the GCS. Journal of Neurotrauma, 2014

6. Teasdale G et al, The Glasgow Coma Scale at 40 years: standing the test of time. The Lancet Neurology, 2014