

*Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
Wydział Ochrony Zdrowia Instytut Pielęgniarstwa, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego
Kierownik: dr n. hum. Ewa Wilczek-Rużyczka
Jagiellonian University Collegium Medicum in Cracov
Faculty of Health Protection Institute of Nursing, The Department of Clinical Nursing
Head: dr n. hum. Ewa Wilczek-Rużyczka
**Ośrodek Diagnostyczno-Leczniczy „Chirurgia Jednego Dnia”
Szpital Zakonu Bonifratrów św. Jana Grandego w Krakowie
Kierownik: dr n. med. Ryszard Mądry

LUCYNA ŚCISŁO*, JOLANTA SKARŻYŃSKA**, RYSZARD MĄDRY**

***Surgical care for patients being operated by laparoscopic method
within the one day surgery – the own experiences***

**Opieka okołoperacyjna chorych operowanych metodą laparoskopową
w ramach chirurgii jednego dnia – doświadczenia własne**

WSTĘP

Obecne możliwości leczenia chirurgicznego są wynikiem ogromnego postępu techniki i wiedzy medycznej oraz doświadczeń wielu pokoleń chirurgów.

Metody leczenia operacyjnego, między innymi pęcherzyka żółciowego i przepuklin, ulegały na przestrzeni lat stałym zmianom. Do niedawna operacje te wykonywano tylko metodą klasyczną poprzez rozległe nacięcie powłok brzucha, co łączyło się z długim okresem pobytu pacjenta w szpitalu, a także silnymi dolegliwościami bólowymi odczuwanymi przez chorych. W 1987 roku we Francji Mouret po raz pierwszy zastosował technikę laparoskopową celem usunięcia pęcherzyka żółciowego. W Polsce pierwszy raz została zastosowana w 1991 roku i stała się metodą leczenia o urazowości znacznie mniejszej od typowego leczenia chirurgicznego. Zastosowanie laparoskopii oraz wdrożenie właściwej opieki okołoperacyjnej u pacjentów, zmniejszyło ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych i pozwoliło w krótkim czasie na powrót do aktywnego życia. Dlatego leczenie chorych zakwalifikowanych do operacji metodą laparoskopową może odbywać się w oddziałach „chirurgii jednego dnia”[1, 2, 3, 4].

Celem doniesienia jest przedstawienie znaczenia wdrożonych procedur leczniczo-pielęgnacyjnych w okresie okołoperacyjnym u chorych operowanych metodą laparoskopową.

MATERIAŁ I METODA

Badaną grupę stanowili pacjenci operowani metodą laparoskopową w Ośrodku Diagnostyczno-leczniczym „Chirurgia Jednego Dnia” w Krakowie. W latach 1995 – 2002 było operowanych 627 pacjentów. Liczba ta obejmuje następujące zabiegi operacyjne wykonywane przez jeden zespół:

- endocholecystektomia – 467 przypadków,
- endoherniorrhapia – 160 przypadków,

Wśród chorych operowanych w wieku 18 do 87 lat, grupa kobiet stanowiła 52%, natomiast mężczyzn 48%.

Jako metodę wykorzystano analizę retrospektywną dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej, w której uwzględniono postępowanie leczniczo-pielęgnacyjne w okresie przed i po zabiegu operacyjnym.

WYNIKI BADAŃ I OMÓWIENIE

Zastosowanie techniki laparoskopowej wymagającej krótkiego pobytu chorych w szpitalu, stało się metodą operacyjną mniej inwazyjną, a tym samym bardziej „przyjazną” dla pacjenta.

Pierwszy kontakt pacjenta w Ośrodku Diagnostyczno-leczniczym – „Chirurgia Jednego Dnia” odbywa się w trybie ambulatoryjnym. Ważną rolę odgrywa wyrozumiałość, spokojne i życzliwe przyjęcie chorego do oddziału. Nawiązanie pozytywnego kontaktu z pacjentem i jego rodziną w tym czasie ma dodatni wpływ na samopoczucie chorego w trakcie krótkiego, ale pełnego wrażeń i przeżyć pobytu w oddziale. Rzeczowa i spokojna rozmowa przeprowadzana z każdym pacjentem na temat wykonywanych zabiegów, obniża niepokój oraz zapewnia współpracę ze strony chorego.

Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego w naszym ośrodku, w aspekcie psychologicznym, polega na obniżeniu poziomu lęku poprzez właściwe działania, umożliwiające adaptację do warunków oddziału, stworzenie atmosfery dającej chorym poczucie bezpieczeństwa i zaufania wobec personelu. Każdy pacjent otrzymuje pełne informacje na temat zabiegu operacyjnego od lekarza operującego, a także na temat znieczulenia – od anestezjologa. Wszyscy pacjenci są przekonani, że mogą liczyć na życzliwą i chętną pomoc ze strony personelu, że przy zapewnieniu najlepszych warunków będą mogli szybko odzyskać siły i zdrowie.

W ramach przygotowania fizycznego do operacji w Ośrodku Diagnostyczno-leczniczym „Chirurgia Jednego Dnia” do zadań pielęgniarskich należy:

- sprawdzenie i ewentualne uzupełnienie dokumentacji pacjenta (badania diagnostyczne i laboratoryjne, zgoda na zabieg operacyjny, wywiad epidemiologiczny),
- przygotowanie przewodu pokarmowego do operacji poprzez zalecenie zastosowania środka o działaniu przeczyszczającym (Bisacodyl – czopek), wieczorem w dniu poprzedzającym operację,
- sprawdzenie objawów – przeciwwskazań do operacji (gorączka, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, miesiączka u kobiet),
- dokładne przygotowanie pola operacyjnego poprzez „strzyżenie” w bezpośrednim okresie przed operacją, celem wyeliminowania możliwości zakażenia rany operacyjnej,
- poinformowanie pacjentek o konieczności usunięcia makijażu oraz zmycia lakieru z paznokci, celem umożliwienia obserwacji sinicy na ustach i paznokciach w razie pojawienia się objawów niedostatecznego utlenienia organizmu,

- wykonanie dezynfekcji pępka (jedno z cięć do zabiegu wykonywane jest w pępku),
- nauczenie chorego gimnastyki oddechowej,
- przebranie chorego w koszulę operacyjną oraz jednorazowy czepek osłaniający włosy,
- usunięcie protez zębowych (ewentualnie innych protez), biżuterii oraz zabezpieczenie również innych kosztownych rzeczy,
- podanie choremu premedykacji doustnej – Dormicum w dawce obliczonej według wagi ciała na około jedną godzinę przed przewiezieniem na blok operacyjny,
- przypomnienie choremu o dokładnym opróżnieniu pęcherza moczowego przed zastosowaniem premedykacji.

Istotne znaczenie mają również wdrożone w naszym ośrodku standardy postępowania profilaktycznego w okresie okołoperacyjnym stosowane u wszystkich pacjentów.

W standardzie postępowania przeciwzakrzepowego stosuje się heparynę drobnocząsteczkową, głównie jest to Clivarin w dawce 0,25 mg lub Clexane 20 mg drogą podskórną. Leki te podaje się na kilka godzin przed planowanym zabiegiem operacyjnym przeprowadzanym w znieczuleniu ogólnym. Ponadto u chorych, z grupy zwiększonego ryzyka, zakłada się opaski elastyczne, bądź gotowe wyroby uciskowe na kończyny dolne, celem prawidłowego przemieszczania krwi z naczyń powierzchownych do głębokich. Stosuje się również wczesne uruchamianie pacjentów po zabiegach operacyjnych.

W celu przeciwdziałania ryzyka wystąpienia zakażeń stosuje się standard postępowania przeciwbakteryjnego, który polega na podawaniu drogą dożylną antybiotyku – Amoxiclav w dawce obliczonej według wagi pacjenta wraz „z wprowadzeniem” do zabiegu operacyjnego. W przypadku uczulenia na antybiotyki beta-laktamowe stosowano antybiotyki z grupy chinolonów, głównie Abaktal w dawce zależnej od masy ciała.

Opieka i nadzór nad pacjentem w bezpośrednim okresie po operacji rozpoczynają się jednocześnie z chwilą jego przyjęcia z oddziału operacyjnego lub z sali wybudzeń. Za najistotniejsze kryteria bezpiecznego przyjęcia pacjenta do oddziału pooperacyjnego należy przyjąć pełne wybudzenie chorego (pełna wydolność krążenia i oddychania oraz obecność odruchów obronnych). [1,2]

W bezpośrednim okresie pooperacyjnym, celem przeciwdziałania powikłaniom wynikającym ze strony układu oddechowego i krążenia, prowadzony jest pomiar parametrów życiowych: tętna, ciśnienia tętniczego krwi, oddechu co 15 minut przez jedną godzinę, następnie co 30 minut przez dwie godziny, potem co godzinę i udokumentowanie ich w indywidualnej karcie obserwacji.

Aby zapobiec nadmiernemu wychłodzeniu organizmu, stosuje się ogrzewanie pacjenta kocem elektrycznym, a także przetacza się płyny infuzyjne o temperaturze ciała. Na sali operacyjnej podczas wykonywania zabiegu operacyjnego, w tym samym celu, stosuje się pled polarowy.

Bardzo ważna jest również obserwacja stanu opatrunku i kontrola wydzieliny z drenu. W każdym przypadku stosowany jest drenaż zamknięty: grawitacyjny lub pod ciśnieniem. Dolegliwości bólowe ogranicza się poprzez podawanie leków „z wyprzedzeniem”. W obserwowanej grupie pacjentów nienarkotyczne leki przeciwzapalne - NLPZ otrzymało 93% operowanych, Opioidy, głównie Tramadol – tylko 7% operowanych.

Kontrola czynności nerek po zabiegu operacyjnym polega na oddaniu moczu przez pacjenta do 8 godzin po operacji.[1,2,3] W przypadku trudności stosowano metody prowokacyjne. Tylko u 8% mężczyzn zaistniała konieczność założenia cewnika do pęcherza moczowego.

Opieka pooperacyjna polega również na zapewnieniu pacjentom bezpieczeństwa i uniknięciu przykrych doznań z powodu występujących wymiotów (na skutek ubocznego działania leków anestetycznych oraz wytworzenia odmy śródbrzuszej przy technice laparosko-

powej).[2,3,4] Nudności i wymioty występowały u 14% chorych operowanych. W zależności od płci występowało duże zróżnicowanie ilości tych przypadków: 86% dotyczyło kobiet a 14% mężczyzn. Celem zniwelowania tych dolegliwości, oprócz działań pielęgnacyjnych, zastosowano farmakoterapię: Metoclopramid w 59%, Torecan w 26%, Zofran w 6% przypadków. Samoistne ustąpienie dolegliwości stwierdzono u 9% badanych.

Ogromne znaczenie ma również profilaktyka powikłań ze strony układu oddechowego oraz zapobieganie powikłaniom zakrzepowo-zatorowym poprzez wczesne uruchamianie chorych po zabiegu operacyjnym. Szczególnie jest to ważne u chorych w starszym wieku lub obciążonych schorzeniami współistniejącymi. W analizowanej grupie chorych wczesna pionizacja po operacji, odbyła się 8-12 godzin. Do 8 godzin uruchomienie nastąpiło u 36% pacjentów, do 12 godzin u 54%, powyżej 12 godzin u 10% chorych.

Odżywianie chorych po zabiegu operacyjnym rozpoczyna się w krótkim czasie. Po 6 godzinach chorzy otrzymują płyny w dowolnej ilości, a po 8 do 10 godzinach sucharki, kleik, a następnie otrzymują dietę lekkostrawną według wskazówek dietetycznych. Ma to szczególne znaczenie dla chorych, którzy przyjmują leki doustnie z powodu schorzeń współistniejących, ponieważ zachowują ciągłość w ich stosowaniu.

W pierwszej dobie pooperacyjnej usuwa się dren z łoży pooperacyjnej.

Zastosowanie techniki laparoskopowej eliminuje ryzyko powstania przepuklin pooperacyjnych (zwłaszcza u chorych otyłych), zmniejsza ryzyko powstania zrostów. Możliwe jest wczesne odżywianie chorych drogą doustną ze względu na krótkotrwałe porażenie perystaltyki jelit. Ponieważ laparoskopię przeprowadza się poprzez wykonanie 3-4 niewielkich nacięć na skórze, chorzy odczuwają krótkotrwały ból o małym natężeniu, oraz uzyskuje się dobry efekt kosmetyczny. Dokładna opieka chorych przed i po operacji pozwala na zmniejszenie powikłań pooperacyjnych i wypisanie chorego do domu w pierwszej dobie po operacji (95% badanych) oraz w drugiej dobie (5% badanych). Pacjenci zostają wypisani do domu z zaleceniami zastosowania się do otrzymanych wskazówek dietetycznych, właściwego postępowania z opatrunkiem i kontroli po 7 dniach od wypisu.

WNIOSKI

Powodzenie zabiegu operacyjnego i pomyślny przebieg okresu pooperacyjnego u chorych, operowanych metodą laparoskopową w Ośrodku Diagnostyczno-Lecznym „Chirurgia Jednego Dnia”, zależy w dużej mierze od właściwego przygotowania pacjenta do operacji, a także wnikliwej obserwacji w okresie pooperacyjnym poprzez wdrożenie procedur leczniczo-pielęgnacyjnych.

Wykonywanie zabiegów techniką laparoskopową zmniejsza do minimum uraz operacyjny oraz wystąpienie bólu niewielkich i szybko gojących się ran.

Troskliwa opieka okołoperacyjna, szacunek, takt, życzliwość okazane wszystkim chorym korzystnie oddziałują na ich psychikę, a tym samym wpływają na szybszy powrót do zdrowia.

Radykalne zmniejszenie dolegliwości okresu pooperacyjnego wpływa na znaczne skrócenie czasu pobytu pacjentów w szpitalu i czasu niezdolności do pracy, a tym samym zmniejsza koszt leczenia.

PIŚMIENNICTWO

1. Fibak J.: Chirurgia Repetytorium, Wyd. Lek PZWL, 1998.

2. Karcz D.: Chirurgia endoskopowa w diagnostyce i leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego, KWM, Kraków 2000.
3. Krawczyk M.: Cholecystectomy laparoskopowa, Polski Przegląd Chirurgiczny, 1992, 2.
4. Rudowski W.: Chirurgia laparoskopowa – nowa era w specjalistycznych zabiegach, Polski Przegląd Chirurgiczny, 1992, 2 .

STRESZCZENIE

Wykonywanie operacji z wykorzystaniem technik laparoskopowych stało się metodą leczenia pacjentów o znacznie mniejszej urazowości od typowego leczenia chirurgicznego.

W pracy przedstawiono doświadczenia własne dotyczące 627 osób operowanych metodą laparoskopową w Ośrodku Diagnostyczno-leczniczym „Chirurgia Jednego Dnia” w Krakowie.

Celem doniesienia było przedstawienie znaczenia wdrożonych procedur leczniczo-pielęgnacyjnych u chorych w okresie okołoperacyjnym.

W badaniach wykorzystano metodę retrospektywną na podstawie analizy dokumentacji lekarskiej i pielęgniarskiej.

Zastosowanie technik laparoskopowych – mało inwazyjnych oraz właściwego postępowania leczniczo-pielęgnacyjnego w okresie okołoperacyjnym, stwarza możliwość szybkiego gojenia się niewielkich ran pooperacyjnych, zmniejszenie dolegliwości bólowych i powikłań pooperacyjnych, a także skrócenia czasu hospitalizacji oraz szybkiego powrotu do pełnej aktywności życiowej.

SUMMARY

Nowadays the abilities in surgery are the result of a huge technical and medical development and experiences of many generations of surgeons.

In the study experience with laparoscopic surgery is presented on example 627 patients operated within the one day surgery in one of the Cracow's hospital.

The purpose of this study is to show the meaning of efficiency of medical – nursing procedures made before and post operations to people being operated by laparoscopic method.

In the study a method of retrospective the medical and nursing specification's analysis was used.

Laparoscopic and right medical – nursing procedures used make faster heal the small after operations sores and complication's results reduce the pain and help patients come to the normal life activity.