



Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży

Seria:

Zeszyty Naukowe

Nr 41

Łomża 2009

**WYŻSZA SZKOŁA AGROBIZNESU W ŁOMŻY
ACADEMY OF AGROBUSINESS IN LOMZA**

KOMITET REDAKCYJNY

Dr inż. Piotr Ponichtera
Dr inż. Andrzej Borusiewicz
Mgr Paulina Zabielska – sekretarz
Mgr inż. Marek Pawłowski – redaktor naczelny

RADA NAUKOWA

Prof. zw. dr hab. Zofia Benedycka (Łomża)
Prof. zw. dr hab. Povilas Duchovskis (Wilno – Litwa)
Prof. nadzw. dr hab. Roman Engler (Łomża)
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Gomuła (Łomża)
Prof. zw. dr hab. n. med. Ida Kinalska (Białystok)
Prof. zw. dr hab. Leonid Kompanets (Łódź)
Prof. zw. dr hab. Czesław Miedziałowski (Białystok)
Prof. dr John Mulhern (Cork – Irlandia)
Prof. nadzw. dr hab. n. med. Jacek Ogrodnik (Warszawa)
Dr n. med. Waldemar Pędziński (Łomża)
Gen. prof. zw. dr hab. n. med. Jan Krzysztof Podgórski (Warszawa)
Prof. zw. dr hab. Franciszek Przała (Olsztyn)
Prof. zw. dr hab. n. med. Zbigniew Puchalski (Łomża)
Prof. dr Knut Schuttemeyer (Glauchau - Niemcy)
Płk d. n. med. Sławomir Skrzyński (Warszawa)
Płk dr n. med. Stanisław Sosnowski (Bydgoszcz)
Dr n. med. Jarosław Szymczuk (Białystok)
Prof. nadzw. dr hab. Sławomir Teclaw (Bydgoszcz)
Prof. zw. dr hab. n. med. Eugeniusz Tiszchenko (Grodno – Białoruś)
Dr n. med. Maria Wilińska (Warszawa)

RECENZENCI

Prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Gomuła
Dr n. med. Waldemar Pędziński

Skład wykonano z gotowych materiałów dostarczonych przez Autorów.
Wydawca nie ponosi odpowiedzialności za dostarczony materiał graficzny.

ISBN 978-83-87492-76-2

**Copyright © by Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Łomża 2009**

Wszelkie prawa zastrzeżone. Publikowanie lub kopiowanie w części lub w całości
wyłącznie za zgodą Wydawcy.

Wydawnictwo Wyższej Szkoły Agrobiznesu w Łomży
18-402 Łomża, ul. Studencka 19
Tel. +48 (86) 216 94 97, fax +48 (86) 215 11 89
E-mail: rektorat@wsa.edu.pl

SPIS TREŚCI

1. Dorota Bagińska, Andrzej Gomuła	
Rola pielęgniarki w żywieniu pozajelitowym	5
2. Anna Chojnowska	
Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad chorym leczonym drenażem jamy opłucnej ...	17
3. Bożena Długozima, Zbigniew Puchalski	
Zadania pielęgniarki u pacjenta z wylonioną stomią	30
4. Beata Filipowska, Zbigniew Puchalski	
Kamica żółciowa udział pielęgniarki w procesie leczenia	45
5. Anna Florczyk, Zbigniew Puchalski	
Opieka pielęgniarska nad pacjentem z krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego	58
6. Magdalena Kozłowska, Anna Bronowicz	
Przygotowanie pacjenta do przeszczepu narządu – rola pielęgniarki	69
7. Hanna Barbara Kraska, Zbigniew Puchalski	
Rak jelita grubego– rola pielęgniarki w opiece okołoperacyjnej	75
8. Małgorzata Kwiatkowska, Zbigniew Puchalski	
Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem wyniszczonym z powodu choroby nowotworowej żołądka w warunkach hospicjum domowego	91
9. Aldona Molarska, Zbigniew Puchalski	
Opieka okołoperacyjna nad pacjentem po całkowitym usunięciu krtani	104
10. Ewelina Potaś, Anna Bronowicz	
Postępowanie i rola pielęgniarki w leczeniu bólu nowotworowego u pacjentów objętych opieką paliatywną	115
11. Agata Szulkowska, Zbigniew Puchalski	
Pielęgnacja chorego z ostrym zapaleniem trzustki (ozt)	124

Rola pielęgniarki w żywieniu pozajelitowym

Dorota Bagińska – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Andrzej Gomuła – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Streszczenie

W leczeniu szpitalnym bardzo często dochodzi do sytuacji, gdy pacjent z różnych powodów nie jest w stanie samodzielnie zaspokoić swojego zapotrzebowania na substancje odżywcze. Wymaga to działań personelu, który wdroży odpowiednie leczenie żywieniowe mające na celu utrzymanie wszystkich parametrów życiowych w normie. Celem wsparcia żywieniowego jest ocena zapotrzebowania na substancje odżywcze i energię, ocena stanu odżywienia chorego, monitorowanie jego stanu klinicznego i zapewnienie optymalnego wykorzystania wybranej drogi karmienia do zmniejszenia następstw niedożywienia.

Celem pracy jest omówienie i wykazanie roli pielęgniarki w interakcji z pacjentem chorym, niedożywionym lub z zaburzeniami stanu odżywienia. Istotnym celem jest także ukazanie problemów jakie powstają w sytuacji opieki pielęgniarskiej nad pacjentem leczonym żywieniowo. Praca wyjaśnia najczęstsze przyczyny niedożywienia, w jaki sposób i dlaczego dochodzi do niedożywienia, opisując jednocześnie reakcję organizmu człowieka w sytuacji braku składników odżywczych. Ze względu na wykorzystaną literaturę, praca dostarcza potrzebnych i aktualnych danych na temat leczenia żywieniowego i jego realizacji w praktyce.

Wprowadzenie

Prawidłowe odżywianie dostosowane do sytuacji metabolicznej i klinicznej stanowi bardzo ważny, chociaż ciągle niedoceniany element leczenia chorych. Szacuje się, że ok. 35% - 55% pacjentów przyjmowanych do szpitali wykazuje cechy niedożywienia. W trakcie hospitalizacji u 70% niedożywienie ulega dalszemu pogłębieniu. Jest ono jednak rzadko rozpoznawane i jeszcze rzadziej leczone. Zgodnie z zaleceniem Amerykańskiego Towarzystwa Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego (ASPEN) siedmiodniowe niewystarczające odżywianie doustne jest maksymalnym, dopuszczalnym okresem, który pacjent może tolerować bez wspomaganie żywieniowego. Raport Narodowej Komisji Zdrowia Wielkiej Brytanii dotyczący żywienia w szpitalach rekomenduje podaż energii w granicach 1800-2000 kcal dziennie dla każdego dorosłego pacjenta.

Podstawowe zapotrzebowanie energetyczne zdrowego, dorosłego człowieka wynosi w zależności od aktywności fizycznej 25-40 kcal/kg m.c./dobę. W normalnych warunkach jest pokrywane w wyniku katabolizmu węglowodanów (ok.60%) oraz tłuszczu i białka (ok.40%). Wartość energetyczna 1g węglowodanów wynosi 17kJ (4,1 kcal), 1g białka 17kJ (4,1 kcal) a tłuszczu 39kJ (9,3 kcal).

Ponieważ organizm człowieka potrzebuje składników odżywczych, które znajdują się w białku, tłuszczach, węglowodanach, a także składnikach mineralnych, witaminach i wodzie, niezbędne jest dostarczanie tych substancji organizmowi z produktów żywnościowych. Wpływa to na odnowę i regenerację tkanek, proces ogrzewania organizmu, wzrost i zachowanie równowagi metabolicznej. W czasie choroby, po urazie, operacji czy też zakażenia zwiększa się zapotrzebowanie na białko. W prawidłowej przemianie białka dochodzi do ciągłego wydalania azotu, odpowiadającego około 50g białka na dobę, co oznacza, że taka sama ilość musi być dostarczona w pożywieniu. W sytuacji, gdy nie dostarczona jest wystarczająca ilość tego związku z zewnątrz następuje proces zużycia białka endogennego co doprowadza do ujemnego bilansu białkowego. W trakcie głodzenia, w sytuacji krytycznej następuje przyspieszona synteza nowych tkanek, komórek zapalnych, kolagenu, czynników krzepnięcia i przeciwciał [29]. Następnie dochodzi do pozyskiwania białka uczestniczącego w tych procesach z aminokwasów

uzyskiwanych z tkanki mięśniowej i innych białek pochodzenia somatycznego i trzewnego. Istotą problemu w leczeniu żywieniowym jest to, aby dostarczyć organizmowi źródeł energii na takim poziomie aby najmniejsza jej ilość pochodziła z białka endogenne. Do głównych źródeł energii dla organizmu zalicza się także glukozę i tłuszcz. Glukoza jest podstawowym źródłem energii dla mózgu i krwinek czerwonych, a tłuszcz, oprócz dostarczania energii, stanowi główne źródło kwasów tłuszczowych.

Istota żywienia i leczenia żywieniowego w szpitalu

Leczenie żywieniowe oznacza podawanie, drogą pozajelitową albo dojelitową (lub obu tymi drogami jednocześnie), substratów energetycznych i azotu w ilościach pokrywających aktualne potrzeby chorych, którzy nie mogą odżywiać się normalnie lub odżywiają się w sposób niedostateczny. Wiele jest problemów dotyczących zarówno wskazań do leczenia żywieniowego, jak i dróg podawania oraz składu mieszaniny odżywczej. Jest to przedmiotemżywionej dyskusji i licznych badań, które przyczyniają się do postępu w tej dziedzinie medycyny.

Żywienie pozajelitowe prowadzone jest zwykle (choć nie zawsze) drogą żyły centralnej a żywienie dojelitowe z kolei realizowane jest za pomocą odżywek produkowanych przemysłowo podawanych doustnie lub przez zgłębnik bezpośrednio do żołądka, dwunastnicy albo jelita cienkiego.

Żywienie pozajelitowe polega na podawaniu choremu do układu krwionośnego niezbędnych substancji odżywczych, tj. białek, tłuszczów, węglowodanów, witamin, soli mineralnych w odpowiednich proporcjach. Wprowadzane jest przy niewydolności przewodu pokarmowego. Ma na celu zapobieganie powstawaniu niedoborów pokarmowych oraz przywrócenie prawidłowego stanu odżywienia. Stosowane jest u chorych niedożywionych, zwłaszcza w okresie przedoperacyjnym, po operacjach na przewodzie pokarmowym, w ostrym zapaleniu trzustki, w niewydolności nerek, wątroby, w zespole złego wchłaniania, w nowotworach, w zapaleniu otrzewnej, w posocznicy.

Leczenie żywieniowe należy zawsze traktować jako wsparcie, nie może być podstawą leczenia, choć w okresie okołoperacyjnym stanowi jedyną możliwość zarówno poprawy stanu odżywienia jak i tolerancji leczenia onkologicznego. Nie skompensuje ono w pełni niedostatków ogólnego postępowania z ciężko chorym, ale jest jego ważnym składnikiem.

Cele leczenia żywieniowego:

- zminimalizowanie ujemnego bilansu energetycznego i białkowego oraz utraty masy mięśniowej przez unikanie głodzenia;
- utrzymanie czynności tkanek, zwłaszcza wątroby, układu odpornościowego, mięśni oddechowych i szkieletowych;
- korzystny wpływ na fazę leczenia po opuszczeniu oddziały intensywnej terapii;
- modyfikacja zmian metabolicznych i funkcji przez zastosowanie substratów specjalnych, gdy pojawiają się nowe dane wskazujące na ich korzystne działanie.

Wskazania do żywienia pozajelitowego

Żywienie pozajelitowe wskazane jest u osób chorych, którzy nie mogą być odżywiani przez przewód pokarmowy (najczęściej po zabiegach operacyjnych brzusznych i w chorobach nowotworowych przewodu pokarmowego) lub w przypadku, gdy podaż substancji odżywczych tą drogą jest niewystarczająca do utrzymania prawidłowej wydolności metabolicznej organizmu (stan niedożywienia) oraz w ostrym zapaleniu trzustki, niewydolności wątroby, zespołach złego wchłaniania i zaburzeniach pourazowych.

Inne wskazania do leczenia żywieniowego (pozajelitowego):

1. Utrata masy ciała, wyrażona w procentach zwykłej masy ciała chorego w okresie zdrowia. Utrata 10% zwykłej masy ciała w ciągu 6 miesięcy jest obiektywnym wskaźnikiem niedożywienia. Utrata 5kg lub 20% masy ciała w ciągu 3 miesięcy oznacza ciężkie niedożywienie i zwiększa śmiertelność pooperacyjną.

2. Spadek stężenia albumin jest głównym biochemicznym wskaźnikiem niedożywienia. Stężenie albumin poniżej 30g/l powoduje istotny wzrost chorobowości i śmiertelności. Również białka o krótkim okresie półtrwania: transferyna, prealbumina i białko wiążące retinol, są wykorzystywane w ocenie stanu odżywienia i kontroli skuteczności leczenia żywieniowego.
3. Spadek całkowitej liczby limfocytów poniżej 1500 w 1cm³ krwi obwodowej jest wskaźnikiem zarówno niedożywienia, jak i towarzyszącego mu spadku odporności.

W praktyce największe znaczenie w selekcji chorych niedożywionych mają: utrata masy ciała o 10-20% i spadek stężenia albumin w surowicy poniżej 30g/l.

Zgodnie z obecnym stanem wiedzy, leczenie pozajelitowe jest wskazane tylko:

- U chorych z ciężkim niedożywieniem, u których zamierza się wykonać poważną operację.
- U chorych żywionych przed operacją z powodu ciężkiego niedożywienia.
- U chorych z ciężkim niedożywieniem, ale z różnych przyczyn nie żywionych przed operacją (np. operowanych doraźnie).
- U chorych, u których w ciągu tygodnia po operacji nie udaje się przywrócić odżywiania doustnego, pokrywającego 60% zapotrzebowania.
- W każdym przypadku wystąpienia powikłań pooperacyjnych, takich jak: posocznica, ostra niewydolność oddechowa, ostra niewydolność nerek, przetoka, ostre pooperacyjne zapalenie trzustki i inne, zwiększające zapotrzebowanie i przedłużające okres głodzenia.

Poza tymi sytuacjami klinicznymi, nie znajduje się uzasadnionych wskazań do stosowania leczenia żywieniowego pozajelitowego u dorosłych chorych, kwalifikowanych do planowych zabiegów chirurgicznych.

Ocena stanu odżywienia

Ocena stanu odżywienia to inaczej określenie rodzaju i stopnia niedożywienia oraz identyfikacja chorych zagrożonych powikłaniami wynikającymi z niedożywienia i monitorowanie skuteczności leczenia żywieniowego. Do oceny stanu odżywienia stosuje się badania:

- przesiewowe,
- kliniczne,
- antropometryczne,
- laboratoryjne.

Zmiana masy ciała pacjentów chorych jest zwykle wiarygodnym parametrem dla określenia jakości odżywiania, w szczególności kiedy porównywana jest z masą ciała sprzed choroby.

Za podstawowe narzędzia wykorzystywane w badaniach antropometrycznych uważa się:

1. Kontrolę ubytku masy ciała obliczanego wg wzoru:

$$\frac{akt.m.c.(kg)}{norm.m.c.(kg)} \times 100 = \%norm.m.c.$$

2. Wskaźnik BMI wg wzoru:

$$BMI(kg/m^2) = m.c. (kg) : wzrost (w m^2)$$

3. Pomiar grubości fałdu skórno-mięśniowego trójgłowego ramienia:

- norma: mężczyzna - 1,25, kobieta - 1,65
- 90% wartości: mężczyzna-1,13, kobieta -1,49
- 80% wartości: mężczyzna -1,0, kobieta - 1,32
- 70% wartości: mężczyzna - 0,8, kobieta- 1,16
- 60% wartości: mężczyzna - 0,75, kobieta - 0,9

Zazwyczaj nie rozpoczyna się żywienia pozajelitowego nie znając podstawowych parametrów równowagi kwasowo-zasadowej, gospodarki wodno-elektrolitowej, węglowodanowej i białkowej, a podanie emulsji tłuszczowej uzależnia się od wyniku badania stężenia triglicerydów we krwi.

Bezpośrednio przed rozpoczęciem żywienia pozajelitowego należy:

- Określić zapotrzebowanie chorego na energię i białko,
- Określić jeszcze raz przewidywany czas leczenia i wybrać drogę podawania uwzględniając stan żył obwodowych i jeżeli zdecydowaliśmy się na tę drogę żywienia pozajelitowego, przewidywaną tolerancję większego obciążenia płynami,
- Sprawdzić, jakimi preparatami dysponujemy,
- Dobrać optymalną dla chorego podaż aminokwasów, energii i jej rodzaju oraz jeżeli potrzeba, dawkę i sposób podawania insuliny,
- Ustalić zapotrzebowanie na wodę,
- Ustalić zapotrzebowanie na elektrolity,
- Ustalić zapotrzebowanie na pierwiastki śladowe i witaminy,
- Określić sposób i czas podawania przez napisanie jasno sformułowanej listy zleceń i jej przedyskutowanie z zespołem realizującym,
- Określić zasady nadzoru i kontroli.

Zapotrzebowanie energetyczne najczęściej określa się na podstawie obliczenia dobowego spoczynkowego zapotrzebowania energetycznego wykorzystując wzór Harrisa-Benedicta (H-B), (tabela 2) a następnie oblicza się całkowite zapotrzebowanie energetyczne, uwzględniając aktywność chorego. Ponieważ wzór Harrisa-Benedicta, podobnie jak wiele podobnych wzorów określających zapotrzebowanie na różne substancje odżywcze, odnosi się do ludzi zdrowych uzyskany wynik modyfikuje się w zależności od: stanu odżywienia, choroby podstawowej, jej powikłań, stanu metabolicznego chorego, stopnia uszkodzenia tkanek przez proces chorobowy i temperatury ciała.

Tabela 2.
Wzór Harrisa-Benedicta.

<p>s. z. e. dla mężczyzn = $66,4 + (13,7 \times W) + (5 \times H) - (6,7 \times A)$ s. z. e. dla kobiet = $665 + (9,6 \times W) + (1,8 \times H) - (4,7 \times A)$ gdzie: W - masa ciała w kg, H - wzrost w cm, A - wiek w latach.</p>

Źródło: Szczygiel B., Pertkiewicz M.: *Zapotrzebowanie na substancje odżywcze*, [w:] Szczygiel B., Socha J. (red.): *Żywnienie pozajelitowe i dojelitowe w Chirurgii*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.

Plan żywienia pozajelitowego

Planowanie decyduje o skutecznym i bezpiecznym żywieniu pozajelitowym, a błędy popełnione w czasie planowania są jedną z częstszych przyczyn jego niepowodzeń.

Sposób i czas żywienia pozajelitowego oraz zasady nadzoru, kontroli, pobierania materiału do badań, podawania innych leków itp. powinny być jasno określone w jednolitej karcie zleceń, którą powinien napisać lekarz prowadzący żywienie pozajelitowe, uwzględniając wszystkie inne leki zlecane choremu w celu uniknięcia przedawkowania płynów i jonów, zwłaszcza sodowych. W karcie powinien być określony czas i tempo przetaczania poszczególnych płynów, np. emulsja tłuszczowa musi być podawana w czasie całodobowego programu żywienia pozajelitowego. Karta musi zawierać informacje dotyczące sposobu podawania leków oraz dodatków do żywienia pozajelitowego z jasnym wyszczególnieniem, gdzie i kiedy je podać, czasu zmiany aparatów do przetoczeń, opatrunków na cewniku, czasu i rodzaju materiału pobieranego do badań oraz badania podstawowych czynności życiowych, a także sposobów prowadzenia bilansu płynów i możliwości porozumienia się z lekarzem prowadzącym żywienie pozajelitowe. Karta zleceń powinna być codziennie przepisana, chyba że chory jest ustabilizowany metabolicznie.

Plan leczenia żywieniowego określa:

- Cel, przewidywany czas leczenia, a w przypadku wskazań do leczenia żywieniowego w warunkach domowych także przewidywany termin wypisu do domu i ewentualne dalsze leczenie w warunkach domowych. Określenie celu umożliwia ocenę wyniku leczenia;
- Drogę podania składników odżywczych i metodę żywienia:
 - jeśli tylko jest to możliwe, preferowaną drogą odżywiania jest przewód pokarmowy,
 - chorzy potrzebujący większej podaży substancji odżywczych niż jest to możliwe drogą przewodu pokarmowego wymagają suplementarnego żywienia pozajelitowego,
 - żywienie pozajelitowe powinno być zastosowane, gdy przewód pokarmowy jest niewydolny lub gdy nie można uzyskać dostępu do niego.
- Czas i metody oceny adekwatności i skuteczności leczenia żywieniowego.
- Dobranie składu mieszaniny odżywczej, uwzględniające:
 - wydolność narządów i układów,
 - drogę podawania,
 - koszt,
 - w przypadku podawania dodatkowych płynów w innych celach (np. podawania leków) - ich objętość i skład.

Nierozdzielnie z planem żywienia związane są określone dla danej sytuacji chorobowej programy żywienia zakładające dawkowanie substancji odżywczych w taki sposób, aby metody lecznicze przynosiły wymierne korzyści (tabela 3).

Dożylnie podawanie roztworów może odbywać się dwojako: metodą „wszystko osobno w wielu butelkach” lub „wszystko w jednym worku”. Przy metodzie „wszystko osobno” emulsje tłuszczowe podaje się osobno przez 24 godziny naprzemiennie co 4 godz. aminokwasy i glukozę. Pierwiastki śladowe podaje się z aminokwasami, witaminy z emulsjami tłuszczowymi, a sole wapnia, fosforanów, magnez, elektrolity NaCl, KCl z glukozą.

W ostatnich latach coraz bardziej popularne jest mieszanie substancji odżywczych i podawanie ich w tzw. workach żywieniowych.

Żywienie metodą „jednego worka” ma wiele zalet, do których należą:

- równomierna podaż dobowa składników pokarmowych,
- mniejsze ryzyko zakażenia,
- mniejsza możliwość powikłań metabolicznych,
- mniejsze koszty,
- łatwość podawania,
- większy komfort pacjenta,
- możliwość dodania niektórych leków,
- odciążenie personelu.

Worki żywieniowe o objętości od 500 do 4000 ml powinny być przygotowywane przez przeszkolonych farmaceutów przy odpowiednim poziomie wentylacji lub w izolatorze z zachowaniem aseptyki.

Tabela 3.

Dawki dobowe substratów i charakterystyka niektórych programów żywienia pozajelitowego.

	Azot [g]	Glukoza [g]	Tłuszcz [g]	Energia [g]	Na [mmol]	K [mmol]	Ca [mmol]	Mg [mmol]	P [mmol]	Pierwiastki osobowe	Witaminy	Objętość [ml]
Program standardowy	8-10	200-250	50-70	1300-1700	80	50	5	8	10-12	Podstawowe	Podstawowe +B ₁	2500-3000
Program standardowy	10-14	250-400	50-100	1500-2200	100	60-80	5	8	12-16	Podstawowe	Podstawowe +B ₁	2250-3000
Umiarkowany stres	12-16	250-400	50-100	1500-2200	100-120	75-100	5	10	10-20	Podstawowe	Podstawowe +B ₁	2500-3000
Ostry stres ¹	12-18	250-350	50-100	1500-2200	100-120	80-100	6	10	10-20	Podstawowe +Zn, Se	Podstawowe +B ₁	2500-3500
Niewydolność nerek ²	6-8	250-400	50-70	1500-2200	Ind.	Ind.	6	Ind.	Ind.	Ind.	Podstawowe + B ₁	Ind.
Niewydolność wątroby ³	4-8	200-350	25-60	1200-2200	80	40-60	6	Ind.	10-16	Zn + Se	Podstawowe +B ₁	2000-3000
Posocznica ¹	10-16	200-400	50-70	1300-2200	100	60-100	5	6-8	10-20	Podstawowe Zn + Se	Podstawowe +B ₁	2500-3000
Ciężkie niedożywienie ⁴	8-12	150-400	50-80	1200-2400	50-70	80-100	6	10-16	20-40	Podstawowe Zn + Se, Cu	Podstawowe +B ₁	2000-2500
Niewydolność serca	10-12	150-200	50-70	1200-2200	50-70	80-100	6	10-12	15-25	Podstawowe Zn + Se	Podstawowe +B ₁	2000-2250
MSOF ¹	10-14	150-350	50-80	1200-2200	100-120	60-100	6	6-8	10-20	Zn, Se + ind.	Podstawowe +B ₁	2000-3500
Cukrzyca	10-14	200-350	50-70	1300-2200	100	80	6	8-10	15-40	Podstawowe	Podstawowe +B ₁	2500-3000
Nietolerancja tłuszczu	10-14	300-450	0-20	1500-1600	100	80	6	8-10	10-20	Podstawowe	Podstawowe +B ₁	2500-3000
Krótkie jelito	7-14	200-400	20-100	1000-2400	50-250	50	9	10	10	Podstawowe +Zn, Cu	Podstawowe +B ₁	1500-2500

Źródło: Marek Pertkiewicz, Stanley J. Dudrick, Jacek Sobocki: *Podstawy żywienia klinicznego. Żywienie pozajelitowe.*, PZWL, Warszawa 2004.

Zagrożenia związane z odżywianiem pozajelitowym

Żywienie pozajelitowe jest potencjalnie niebezpiecznym sposobem leczenia, gdyż:

- z uwagi na ciągły i często długotrwały kontakt z układem krwionośnym naraża chorego na zakażenie i inne powikłania,
- dotyczy najczęściej chorych o zachwianej homeostazie, z licznymi zaburzeniami metabolicznymi.

U chorych żywionych pozajelitowo obserwowano często: wzrost bilirubiny, fosfatazy zasadowej, amylazy i lipazy oraz podwyższenie stężenia enzymów wątrobowych, świadczące o zaburzeniu czynności wątroby i cholestazie, która może być odpowiedzialna za obserwowany u tych chorych wzrost wydzielania enzymów trzustkowych. Podkreśla się także, że żywienie pozajelitowe prowadzi do zaniku kosmków jelitowych oraz uszkodzenia budowy i czynności jelita. Ma to sprzyjać przemieszczaniu bakterii i endotoksyn z przewodu pokarmowego do układu krążenia, co ma być główną przyczyną posocznicy i niewydolności wielonarządowej. Pomimo, że prawie wszystkie spostrzeżenia dotyczące niekorzystnego wpływu żywienia pozajelitowego na układ pokarmowy są oparte na badaniach przeprowadzonych na szczurach (nie ma dowodów

na występowanie podobnych zmian, w krótkim czasie stosowania ż.p. u ludzi), a dotyczy to zarówno opisywanego w piśmiennictwie zaniku błony śluzowej, jak i przemieszczania bakterii podczas żywienia pozajelitowego to jednak należy przyjąć, iż takie niebezpieczeństwo przy stosowaniu żywienia pozajelitowego może wystąpić. W badaniach na szczurach wykazano, że do zmian zanikowych w jelicie cienkim dochodzi już po 3 dniach żywienia pozajelitowego lub po 4 dniach głodzenia. U małej grupy dzieci badanych pod tym kątem po długotrwałym żywieniu pozajelitowym stwierdzono tylko pojedyncze ogniska zaniku w obrębie kosmków jelitowych.

Autorzy wielu prac z zakresu leczenia żywieniowego zwracają uwagę na wzmoczony katabolizm u chorych po urazach czaszkowo-mózgowych. Z kolei w sytuacjach, gdy chory jest unieruchomiony np. z powodu uszkodzenia rdzenia kręgowego, istotne jest równoważenie dostarczania i zużycia energii, aby przeciwdziałać tyrciu (nadwaga utrudnia działania rehabilitacyjne).

Niezaprzeczalnie leczenie dojelitowe powinno być preferowane. Opinie, dotyczące wysokiej skuteczności, bezpieczeństwa i korzystnego wpływu żywienia dojelitowego na leczenie chorób, przedstawiło wielu autorów. W piśmiennictwie podkreśla się, że u chorych, którzy jeszcze niedawno byłiby kandydatami do żywienia pozajelitowego, coraz częściej stosuje się żywienie dojelitowe, za czym przemawiają względy fizjologiczne (odżywianie błony śluzowej od strony światła jelita), patofizjologiczne (zapobieganie translokacji bakterii) i ekonomiczne (żywienie dojelitowe jest 3-4 razy tańsze niż pozajelitowe).

Powikłania w żywieniu pozajelitowym

Wyróżnia się powikłania:

- mechaniczne (techniczne),
- metaboliczne,
- septyczne.

Powikłania mechaniczne wczesne (czas wprowadzania i pierwsze 48 godzin utrzymywania cewnika w żyłę centralnej) i ***późne*** (po upływie 48 godzin od wprowadzenia cewnika do dużej żyły).

Do najczęstszych powikłań mechanicznych wczesnych należą:

- uszkodzenie w wyniku przebiccia tętnicy podobojczykowej,
- odma płucna, krwiak opłucnej, wylanie się chłonki do opłucnej, doopłucnowe przetoczenie płynów, krwiak śródpiersia,
- zator powietrzny,
- zator częścią cewnika lub całym cewnikiem,
- niewłaściwe położenie końca cewnika .

Do powikłań późnych należą:

- zakrzepica i zakrzepowe zapalenie dużych żył,
- niedrożność cewnika oraz pęknięcie cewnika .

Powikłania metaboliczne

- Niekwasica śpiączka hiperglikemiczna, hiperosmotyczna
- Hipoglikemia
- Hiperglikemia
- Kwasica mleczanowa
- Mocznica
- Niewydolność oddechowa
- Hiperamonemia

- Hipocholesterolemia
- Niedobór niezbędnych kwasów tłuszczowych
- Hipofosfatemia
- Hipomagnezemia i hipermagnezemia

Błędy w prowadzeniu żywienia pozajelitowego oraz zbyt późno rozpoznawane lub korygowane powikłania choroby zasadniczej będącej wskazaniem do leczenia żywieniowego są najczęstszymi przyczynami powikłań metabolicznych. W okresie wprowadzania tej metody leczenia do praktyki klinicznej błędy te były najczęściej wynikiem niedostatecznej lub nadmiernej podaży składników wchodzących w skład mieszaniny odżywczej, a więc węglowodanów, aminokwasów, tłuszczów, elektrolitów, witamin i pierwiastków śladowych.

Powikłania septyczne

Mimo znacznego postępu w zapobieganiu zakażeniom odcewnikowym, nadal jest to najczęstsze i najgroźniejsze powikłanie żywienia pozajelitowego.

Zakażenie cewnika i związane z tym powikłania septyczne mogą wystąpić w następstwie [20]:

- zakażenia cewnika podczas wprowadzania cewnika do żyły,
- zakażenia skóry i tkanki podskórnej w miejscu wprowadzenia cewnika,
- zakażenia podczas wymiany i obsługi aparatów do przetoczeń tworzących wraz z pojemnikami na płyny odżywcze (butelki, worki żywieniowe) zewnętrzną część tzw. linii żywieniowej,
- zakażenia przetaczanych dożylnie płynów odżywczych,
- zakażenia krwiopochodnego prowadzącego do tzw. kolonizacji wewnątrznaczyniowej części cewnika, wtórnego zakażenia uogólnionego i ciężkiej posocznicy.

Wystąpienie powikłań septycznych po operacji zwiększa metabolizm, pogarsza stan odżywienia, opóźnia żywienie doustne i prowadzi do niewydolności wielonarządowej. Żywienie pozajelitowe jest przeciwwskazane we wstrząsie septycznym.

Rola pielęgniarki w żywieniu pozajelitowym

Bezpieczne podawanie substancji odżywczych drogą, dożylną pozostaje w rękach pielęgniarek, co sprawia, że są one najważniejszymi, o największej odpowiedzialności członkami zespołu zajmującego się żywieniem pozajelitowym. Od ich pracy zależy skuteczność leczenia i bezpieczeństwa chorego.

Pielęgniarki zajmują się praktycznym wykonaniem zleceń, podaniem choremu leków i posiłków, nadzorem, pobieraniem próbek do badań, przygotowaniem do zabiegów. Pielęgniarki spędzają najwięcej czasu z chorym, najlepiej go znają; najczęściej pierwsze zauważają zmiany w stanie chorego i dają o tym znać lekarzowi. Pielęgniarka odgrywa zasadniczą rolę identyfikując chorych, którzy z różnych powodów nie zjadają posiłków w całości. Informując o tym lekarza umożliwia wcześnie, bardziej specjalistyczne leczenie żywieniowe chorych o dużym ryzyku szybkiego rozwoju niedożywienia. Od współczesnej pielęgniarki zależy w dużej mierze powodzenie leczenia żywieniowego i dlatego powinna ona:

- znać i przestrzegać zasady żywienia poza- i dojelitowego
- zapobiegać możliwym powikłaniom, znać objawy powikłań i zasady postępowania w przypadku ich stwierdzenia.

Zasady leczenia żywieniowego, obowiązujące w danym szpitalu, opracowuje zespół żywienia. Zwykle jednak pielęgniarka pracująca na oddziale powinna:

1. Wy tłumaczyć choremu i jego rodzinie cel i zasady leczenia żywieniowego,

2. Wykąpać chorego; jeśli nie jest to możliwe to starannie umyć szyję i klatkę piersiową a na rany założyć świeże opatrunki,
3. Przygotować pole operacyjne: ogolić szyję i klatkę piersiową u chorych owłosionych,
4. 15-20 minut przed zabiegiem podać choremu lek przeciwbólowy, zwłaszcza jeśli chory ma dolegliwości bólowe (np. z powodu ran pooperacyjnych) z powodu konieczności unieruchomienia w niedogodnej pozycji,
5. Przygotować chorego do zabiegu wprowadzenia cewnika do żyły lub zgłębnika do przewodu pokarmowego, wyjaśnić, jak się to będzie odbywało; asystować lekarzowi przy wprowadzeniu cewnika do żyły głównej
6. Znać, rozumieć i realizować zlecenia dotyczące żywienia pozajelitowego
7. Prawidłowo obsługiwać linię infuzyjną, utrzymując drożność cewnika,
8. Przestrzegać terminów i zasad pobierania próbek do badań i prowadzenia bilansu płynów,
9. Znać zasady obsługi pomp infuzyjnych,
10. Prawidłowo zabezpieczyć przewody infuzyjne stosowane do żywienia w przypadku planowego ich rozłączania,
11. Umieć rozpoznać i odpowiednio postępować w przypadku stwierdzenia powikłań,
12. W przypadku braku centralnego przygotowania płynów i odżywek do żywienia pozajelitowego umieć i odpowiednio przygotować płyny odżywcze i diety,
13. Umieć zmienić opatrunek w miejscu wprowadzenia cewnika do żyły.

Pielęgniarka opiekująca się pacjentem, który ma założone wkłucie do „dużej” żyły, powinna dołożyć wszelkich starań, aby dane wkłucie utrzymać w czystości i zapobiec tym samym zakażeniu od cewnika centralnego, które może mieć swoje źródło w tzw. „dużym wkłuciu” - pomocne w tym celu są określone standardy postępowania - szczegółowe zasady postępowania z pacjentem karmionym pozajelitowo określa standard opieki pielęgniarskiej.

Standard postępowania z pacjentem odżywianym pozajelitowo

OŚWIADCZENIE STANDARDOWE:

Pacjent żywiony pozajelitowo będzie miał zapewnioną profesjonalną opiekę pielęgniarską.

KRYTERIUM STRUKTURY:

1. Pielęgniarka zespołu żywienia pozajelitowego posiada wiedzę i umiejętności w zakresie:
 - zasad właściwego postępowania z linią naczyniową,
 - powikłań związanych z cewnikowaniem żył centralnych i kaniulacją żył obwodowych,
 - znajomości problemów pielęgnacyjnych chorych poddawanych żywieniu pozajelitowemu i sposobów ich rozwiązywania.
2. Oddział jest wyposażony w niezbędny sprzęt do prowadzenia żywienia pozajelitowego:
 - kaniule i cewniki dożylnie,
 - układy zewnętrzne (przedłużacze, kraniki odcinające, kraniki trój-drożne lub rozdzielacze typu „Y”, korki typu Luer Lock, aparaty do przetaczania, igły i strzykawki),
 - pompy infuzyjne,
 - opatrunki podtrzymujące kaniulę.
3. Metodą pracy z pacjentem jest proces pielęgnowania uwzględniający wydolność chorego w zakresie samoopieki.

4. Oddział posiada dokumentację przebiegu procesu żywienia, która umożliwia dokładną i systematyczną obserwację stanu chorego.
5. Pielęgniarka jako członek zespołu terapeutycznego współpracuje z lekarzem, pracownikami apteki, laboratorium.
6. Pielęgniarka ma możliwość doskonalenia poprzez:
 - udział w sympozjach i konferencjach
 - doskonalenie wewnątrzdziałowe
 - specjalizacje
 - samokształcenie.

KRYTERIUM PROCESU:

1. Pielęgniarka zespołu żywienia pozajelitowego:
 - przygotowuje jałowe zestawy do wprowadzania cewnika do żyły głównej górnej i asystuje przy jego zakładaniu,
 - w przypadku stosowania dostępu żylnego obwodowego wykonuje kaniulację żyły,
 - zmienia opatrunkę gazową podtrzymującą kaniulę/cewnik raz na 24 godziny, a w przypadku stosowania hipoalergicznym, wodoodpornym opatrunków przeznaczonych do wkłuc centralnych i obwodowych, zgodnie z zaleceniami producenta,
 - prowadzi systematyczną ocenę miejsca wkłucia cewnika,
 - zapewnia zachowanie jałowości układu zewnętrznego linii do żywienia pozajelitowego,
 - prowadzi systematyczną kontrolę szybkości wlewu preparatów, a w przypadku stosowania systemu jednego worka - szybkość wlewu mieszaniny odżywczej i kontrolę szczelności wszystkich połączeń układu zewnętrznego,
 - prowadzi wnikliwą obserwację chorego,
 - prowadzi bilans wodno-elektrolitowy,
 - współpracuje w ocenie stanu odżywienia - pobiera materiał do badań biochemicznych.
2. Pielęgniarka systematycznie gromadzi dane o pacjencie, ustala działania priorytetowe, formułuje diagnozę pielęgniarską.
3. Pielęgniarka ustala i realizuje plan pielęgnowania, który został zaakceptowany przez chorego.
4. Pielęgniarka prowadzi dokumentację terapii i pielęgnowania pacjenta.
5. Pielęgniarka systematycznie ocenia efektywność podjętych działań, a w przypadku braku oczekiwanych efektów modernizuje całościowy plan pielęgnowania.

KRYTERIUM WYNIKU:

1. Pielęgniarka posiada wiedzę i umiejętności do zapewnienia wysokiej jakości opieki chorym żywionym pozajelitowo.
2. Plan pielęgnowania uwzględnia hierarchię ważności problemów pielęgnacyjnych i jest w całości zrealizowany.
3. Prowadzony systematycznie nadzór pozwala na natychmiastowe rozpoznanie powikłań związanych ze stosowanym leczeniem i natychmiastowe ich leczenie.

Literatura

1. Adamczyk K.: Pielęgniarstwo neurologiczne., Wydawnictwo Czelej, Lublin 2000.
2. Błaszczuk M., Pertkiewicz M., Życińska K., Rusinowicz T., Wardyn K. A.: Leczenie żywieniowe w oddziale chorób wewnętrznych, [w:] Postępy żywienia klinicznego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Numer zjazdowy, Tom 1, 2006.
3. Brzezińska M.: Leczenie żywieniowe ciężko chorych i pacjentów z posocznicą, [w:] Sobotka L. (red.): Podstawy żywienia klinicznego - leczenie żywieniowe w różnych sytuacjach klinicznych., Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2007.
4. Buzby G. P. i in.: Prognostic nutritional index In gastrointestinal surgery. Am. J. Surg., 1980, [w:] Szczygieł B, Socha J. (red.): Żywienie pozajelitowe i dojelitowe w Chirurgii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
5. Ciechankiewicz W. (red.): Pielęgniarstwo – Ćwiczenia., Wydawnictwo Lekarskie PZWL., Warszawa 2001, 2002, 2004.
6. Cieślak J.: System jednego pojemnika - AIO (All in one), Magazyn Pielęgniarki i Położnej nr 2 (8) 1997.
7. Dudrick S. J. i in.: Parenteral hyperalimentation, metabolic problems and solutions. Amm. Surg., 1972, [w:] Szczygieł B., Pertkiewicz M.: Zapotrzebowanie na substancje odżywcze, [w:] Szczygieł B, Socha J. (red.): Żywienie pozajelitowe i dojelitowe w Chirurgii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
8. Gutcher, G.R.: Tocopherol Isomers in Intravenous Lipid Emulsions and Resultant Plasma Concentrations. JPEN 8: 1984. [w:] Prospekt reklamowy *Lipofundin® MCT/LCT – emulsja tłuszczowa zawierająca MCT i LCT w równych proporcjach*, B | Braun.
9. http://pl.wikipedia.org/wiki/Pozycja_Trendelenburga, maj 2008.
10. Kapała W.: Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane problemy z praktyki pielęgniarskiej oddziałów chirurgii ogólnej. Wydanie II uzupełnione., Wydawnictwo Czelej Sp. z o.o., Lublin 2006.
11. Kirschnick O.: *Pielęgniarstwo*, wydanie I polskie pod redakcją Jakubaszki J., Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1997, dodruk 2005.
12. Kokot F., (red.): Choroby wewnętrzne - Podręcznik akademicki, tom 1, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
13. Korta T., Pertkiewicz M.: Żywienie pozajelitowe. Vademecum „Polfa”, PZWL, Warszawa 1987.
14. Olender P., Durlik M.: Zasady stosowania leczenia żywieniowego u pacjentów na oddziale chirurgicznym, Przegląd Gastroenterologiczny, 1 (3), 2006.
15. Pertkiewicz M., Korta T. (red.): Standardy żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005.
16. Pertkiewicz M., Majewska K., Korta T.: Dostęp żylny do żywienia pozajelitowego. Zasady, zapobieganie, rozpoznawanie i leczenie powikłań., Katedra i Klinika Chirurgii Gastroenterologicznej, Katedra i Zakład Anestezjologii, Akademia Medyczna w Warszawie, Warszawa, 1997.
17. Pertkiewicz M.: Leczenie żywieniowe, [w:] Szczeklik A. (red.): Choroby Wewnętrzne., Medycyna Praktyczna, Kraków 2005.
18. Prospekt reklamowy *Lipofundin® MCT/LCT – emulsja tłuszczowa zawierająca MCT i LCT w równych proporcjach*, B | Braun.
19. Rolka H.: Standard postępowania. Żywienie pozajelitowe., *Magazyn pielęgniarki i położnej*, Wojewódzki Szpital Zespolony im. J. Śniadeckiego, Białystok, kwiecień 1999.
20. Szczygieł B, Socha J. (red.): Żywienie pozajelitowe i dojelitowe w Chirurgii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
21. Szczygieł B. (red.): Leczenie Żywieniowe – Przegląd piśmiennictwa z dziedziny żywienia klinicznego, Wydawnictwo Medyczne Borgis Sp. z o.o., tom 7, 2005.

22. Szczygieł B., Pertkiewicz M., Korta T.: Powikłania żywienia pozajelitowego., [w:] Szczygieł B, Socha J. (red.): Żywienie pozajelitowe i dojelitowe w Chirurgii., Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
23. Szczygieł B., Pertkiewicz M.: Zapotrzebowanie na substancje odżywcze, [w:] Szczygieł B., Socha J. (red.): Żywienie pozajelitowe i dojelitowe w Chirurgii, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1994.
24. Szczygieł B.: Leczenie żywieniowe, Przegląd piśmiennictwa chirurgicznego, nr 24, 1993.
25. Szczygieł B.: Leczenie żywieniowe, Przegląd piśmiennictwa chirurgicznego, nr 32, 1997.
26. Szczygieł B.: Leczenie żywieniowe, Przegląd piśmiennictwa chirurgicznego, nr 31, 1996.
27. Tuszewski M. (red.): Chirurgia przewodu pokarmowego z elementami pielęgniarstwa., Wydawnictwo Lekarskie PZWL., Warszawa 1995.
28. Walewska E.: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego., Wydawnictwo Lekarskie PZWL., Warszawa 2006.
29. Wołowicka L., Dyk D. (red.): Anestezjologia i intensywna opieka. Klinika i pielęgniarstwo, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.

Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad chorym leczonym drenażem jamy opłucnej

Anna Chojnowska – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

„Nie tylko życie człowieka jest uwarunkowane oddychaniem; oddychanie jest również warunkiem prawidłowości jego przyzwyczajzeń, jego długowieczności i braku chorób. Rozumna kontrola siły oddychania może przedłużyć nasze dni na ziemi, może powiększyć siłę życiową i odporność”.

Rama-Czaraki

Wprowadzenie

W historii pierwszą wzmiankę o obrażeniach klatki piersiowej i ich leczeniu drenażem znaleziono w Luksorze w 1862 roku. Spisana została ok. 3000 lat p.n.e. dotyczyła leczenia złamania żeber i uszkodzenia serca [57].

W VI w. p.n.e. Hipokrates zalecał bandażowanie klatki piersiowej w przypadku urazu żeber i opisywał otwarty drenaż opłucnej oraz użycie rurki metalowej w leczeniu ropniaków opłucnej. Z XV w. n.e. zachowały się opisy wykonania resekcji żebra, użycia trokaru i metalowej kaniuli do drenażu [26].

Przełom drenażu opłucnej przypada na wiek XIX. W 1860 r. Hunter zastosował igłę hipodermalną do drenażu jamy opłucnej [64].

W Stanach Zjednoczonych w 1875 r. Playfair wprowadził drenaż z zastawką podwodną w leczeniu ropniaków opłucnej, rozwiązując tym samym problem leczenia odmy opłucnej przez drenaż bierny. Jednak dokładny opis drenażu biernego podał w 1875 r. Bulau, niemiecki internista [64].

Rok później Hewett opisał zamknięty system ciągłego drenażu w leczeniu ropniaków opłucnej [26].

Kolejnym pomysłodawcą okazał się w 1910 r. Robinson dodając ssanie do drenażu klatki piersiowej. W tym celu użył powietrznej pompy ssącej [26].

„Epidemia grypy” w 1917 r. upowszechnia stosowanie drenażu w leczeniu ropniaków opłucnej [64].

W 1922 r. Lilienthal wprowadził zamknięty, ssący drenaż jamy opłucnej, u chorych po operacjach narządów klatki piersiowej [64].

Czas II wojny światowej i „wojny koreańskiej” udoskonalili ideę drenażu jamy opłucnej. Regularnie zaczęto stosować drenaż po zabiegu torakotomii i urazach klatki piersiowej.

W 1968 r. wprowadzone zostają zestawy jednorazowe do drenażu klatki piersiowej [26].

Płyn w jamie opłucnej

Płyn opłucnowy tworzy się jako przesącz z naczyń włosowatych opłucnej ściennej, naczyń włosowatych opłucnej płucnej, z tkanki śródmiąższowej oraz z jamy otrzewnej.

Z tą samą szybkością odpływ płynu z opłucnej odbywa się wyłącznie drogą naczyń chłonnych opłucnej ściennej, łączących się z jamą opłucnową za pomocą porów. Niewielka tylko ilość płynu odpływa z opłucnej drogą włosowatych naczyń krwionośnych [24, 28].

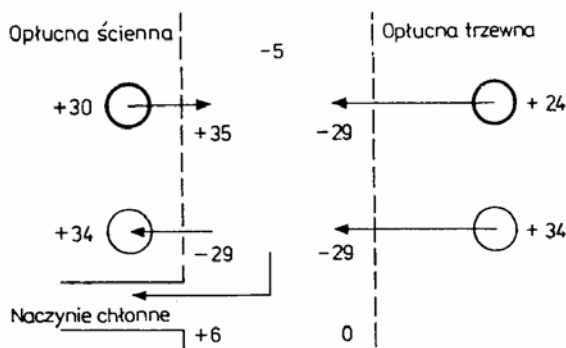
Ruch płynu wywołany jest różnicą ciśnień między wnętrzem naczyń (ciśnienie hydrostatyczne - dodatnie) a jamą opłucnej (ciśnienie onkotyczne - ujemne). Odbywa się to zgodnie z prawem Starlinga, drenażem chłonnym, nie pozostaje bez wpływu powierzchnia zewnętrzna opłucnej.

W myśl prawa Starlinga ciśnienie hydrostatyczne w naczyniach włosowatych opłucnej ściennej wynosi 30 cm H₂O, a średnie ujemne ciśnienie w jamie opłucnej -5 cm H₂O. Daje to różnicę ciśnień 35 cm H₂O. Otrzymany gradient powoduje przesiąkanie płynu z opłucnej ściennej do jamy [10, 29].

Ciśnienie onkotyczne krwi w układowych naczyniach włosowatych wynosi 34 cm H₂O, a ciśnienie onkotyczne płynu w jamie opłucnej zaledwie 5 cm H₂O. Różnica ciśnień wynosi 29 cm H₂O, a jej wektor skierowany jest z przestrzeni opłucnowej ku przestrzeni wewnątrznacyniowej. Wypadkowa różnica ciśnień hydrostatycznego i onkotycznego wynosi

6 cm H₂O i jest skierowana ku jamie opłucnej, dając możliwość wytwarzania dodatniej ilości płynu opłucnowego [11].

Fizjologiczna ilość wytwarzanego płynu wynosi ok. 0,01 ml/kg m.c./h, podczas gdy zdolność jego absorpcji osiąga 0,20 ml/kg m.c./h. [24].



Rys. 1. Schemat wytwarzania i reabsorpcji płynu w jamie opłucnej w warunkach prawidłowych.

Patologia płynu w jamie opłucnej

W stanach chorobowych, gdzie dochodzi do nadmiernego gromadzenia się płynu w jamie opłucnej mówi się o zachwianiu równowagi między produkcją a reabsorpcją. Objętość powstającego płynu przewyższa objętość płynu, która jest w tym samym czasie usuwana z opłucnej [24, 29].

Przyczyną tego zjawiska może być jeden lub kilka niżej wymienionych mechanizmów, których współdziałanie potęguje efekt akumulacji płynu opłucnowego są to:

- wzrost ciśnienia hydrostatycznego w naczyniach włosowatych i żylnych, zarówno z krążenia systemowego, jak i płucnego np. w zastoinowej niewydolności krążenia (powoduje zwiększoną produkcję, upośledza reabsorpcję)
- spadek ciśnienia onkotycznego w mikrokrążeniu opłucnej, występuje u chorych z zespołem nerczycowym (wzrost produkcji)
- spadek ciśnienia w jamie opłucnej spotykamy w niedodmie obturacyjnej płuca, spowodowany zwężeniem lub zamknięciem światła dużego oskrzela, w niedodmie kompensacyjnej wywołanej masywnym zwłóknieniem opłucnej płucnej (wzrost produkcji)
- wzrost przepuszczalności naczyń włosowatych opłucnej może dotyczyć samej opłucnej jak również naczyń płucnych. Płyn gromadzi się w przestrzeniach śródmiąższowych

pluc, stąd przenika do pęcherzyków i jamy opłucnej. Zmiany te spotykamy w zapaleniu płuc, chorobach nowotworowych, w zespole ostrej niewydolności oddechowej (wzrost produkcji)

- przemieszczenie płynu z jamy otrzewnej, dodatnie ciśnienie panujące w jamie otrzewnej powoduje przemieszczenie się płynu do jamy opłucnej, w wyniku zaistniałego połączenia (wzrost produkcji)
- niewydolność układu limfatycznego stanowiącego drogę odpływu (upośledzenie reabsorpcji) [11, 29].
- dysfunkcja układu chłonnego opłucnej ściennej, spowodowana jego niedrożnością w chorobach nowotworowych, jako następstwo podwyższenia ośrodkowego ciśnienia żylnego np. w zespole żyły głównej górnej [11].

Płyn (hydrothorax) w jamie opłucnej jest pochodzenia endogennego i może być przesiękiem lub wysiękiem. Może być to płyn surowiczy, ropny, krew lub wylew chłonki do jamy opłucnej. Obecność płynu w jamie opłucnej, niezależnie od charakteru jest ważnym objawem procesu chorobowego obejmującego narządy klatki piersiowej, dotyczącego samej opłucnej lub jako powikłanie choroby ogólnoustrojowej [10, 28].

Płyn powoduje hipoksemię, upośledza czynność oddechową i krążenia [28].

Cel ewakuacji płynu z jamy opłucnej

Naruszenie ciągłości ściany klatki piersiowej w wyniku urazu, interwencji chirurgicznej, każdy zbiornik płynu lub powietrza jest przyczyną zmniejszenia objętości płuc i zwiększenia objętości jamy opłucnej.

W każdym przypadku należy wdrożyć postępowanie lecznicze mające na celu usunięcie nadmiaru powietrza lub płynu z jamy opłucnej i przywrócenie ujemnego ciśnienia w jamie opłucnej wraz z rozprężeniem płuca. Dzięki rozprężeniu płuca i powrocie śródpiersia do fizjologicznego położenia, zostaje przywrócona prawidłowa czynność układu krążenia i oddychania [64].

Metody ewakuacji płynu lub powietrza z jamy opłucnej

Punkcja jamy opłucnej

Jest to usunięcie powietrza lub płynu za pomocą igły lub cewnika i pobranie materiału do badań biochemicznych mikrobiologicznych i cytologicznych, co pozwala rozpoznać czynnik etiologiczny, wskazuje na przyczynę powstawania płynu, określa charakter płynu.

Zasadą jest, iż w każdym przypadku płynu powinna być wykonana punkcja opłucnej. Wyjątkiem są chorzy z małą ilości płynu w przebiegu wirusowego zapalenia opłucnej oraz pacjenci, u których najbardziej prawdopodobną przyczyną płynu jest niewydolność krążenia.

Diagnostując chorego z płynem w jamie opłucnej należy rozważyć, czy nakłucie opłucnej jest niezbędne.

Względny przeciwwskazaniem są:

- skaza krwotoczna,
- leki przeciwzakrzepowe,
- prowadzenie u chorego wentylacji mechanicznej,
- zmiany chorobowe skóry w proponowanym miejscu nakłucia [41, 58].

Drenaż jamy opłucnej

Drenaż jamy opłucnej (thoracostomia) jest to wprowadzenie drenu do jamy opłucnej przez zamkniętą ścianę klatki piersiowej.

Zaletą drenażu jest szybkie uzyskanie rozprężenia płuca, co zapobiega powikłaniom płucnym zwłaszcza zapalnym, skraca czas hospitalizacji chorego [6].

Wskazania dotyczące drenażu jamy opłucnej

- każda patologiczna ilość płynu w jamie opłucnej (wysięk, przesięk, ropa, krew, chłonka, żółć)
- odma opłucnowa, której wielkość przekracza 20% objętości jamy opłucnej
- każda odma opłucnowa powodująca objawy kliniczne
- odma z nadciśnieniem
- odma pourazowa
- rany klatki piersiowej
- jatrogenne krwawienie do jamy opłucnej
- doopłucnowe podanie płynu
- bezpośredni okres pooperacyjny po torakotomii
- przetoki oskrzelowo-płucne
- operacje torako- i kardiochirurgiczne [7, 26, 64].

Płyn w jamie opłucnej (Hydrothorax)

Płyn w jamie opłucnej stwierdza się zarówno w przebiegu chorób płuc i opłucnej, jak i chorób ogólnoustrojowych.

Przesięk, powstaje w następstwie zastoinowej niewydolności krążenia, marskości wątroby, zespołu nerczycowego, zapalenia trzustki lub niedodmy płuca. Może się też pojawić w przebiegu chorób dotyczących tkanki łącznej (toczeń rumieniowaty układowy, reumatoidalne zapalenie stawów)[58].

Wysięk, pojawia się jako wynik infekcji bakteryjnej lub wirusowej płuc, jako obecności zmian nowotworowych czy wycieku chłonki. Gruźlicę, zatory płucne wymieniane są również jako przyczyny wysięku jamy opłucnej. Najczęstszą postacią wysięku jest wysięk towarzyszący zapaleniu płuc (parapneumoniczny) [26].

Rozróżnienie między dwoma rodzajami płynu w opłucnej ma znaczenie praktyczne. W przypadku płynu przesiękowego usunięcie przyczyny prowadzi do samoistnej reabsorpcji płynu opłucnej. Płyn wysiękowy zaś wymaga leczenia drenażem [32].

Ropniak jamy opłucnowej (Empyema)

Ropniak opłucnej jest to zapalenie opłucnej, w którym jama opłucnej wypełniona jest płynem ropnym [14]. Do powstania ropniaka dochodzi najczęściej w przebiegu chorób płuc, tj.: zapalenie płuc, ropień płuca, rozstrzenie oskrzeli, nowotwór, gruźlica, w wyniku przejścia zakażenia z płuc na opłucną.

Opłucna może również ulec zakażeniu z zewnątrz np. w wyniku urazu penetrującego ścianę klatki piersiowej, przyczyną mogą być zabiegi chirurgiczne na klatce piersiowej, zwłaszcza powikłane pooperacyjną przetoką oskrzelową [44].

Jama opłucnej ulega zakażeniu w sposób następujący:

- bezpośrednie szerzenie się ogniska zapalenia płuc
- pęknięcie ropnia płuca
- zakażenie w następstwie operacji lub urazu
- szerzenie się zakażeń brzusznych
- infekcja krwiopochodna [14].

Ropniak opłucnej jest ostrym lub przewlekłym ropnym wysiękiem wywołanym przez pneumokoki, paciorkowce, drożdżki zapalenia płuc, gronkowce, pałeczki beztlenowe, rzadziej przez pierwotniaki, grzyby, wirusy. Zakażenie opłucnej ma charakter wtórny.

Chory skarży się na duszność, ból w klatce piersiowej, uporczywy kaszel, krwioplucie, ogólne złe samopoczucie. W badaniu przedmiotowym stwierdza się spadek ciśnienia tętniczego krwi, przyśpieszony oddech, podwyższoną temperaturę ciała do 41°C, podwyższoną leukocytozę, odwodnienie organizmu. Mogą wystąpić objawy wstrząsu septycznego. W badaniach biochemicznych stwierdza się obniżenie hematokrytu, liczba krwinek białych w granicach 14 000- 18 000/mm³, z przesunięciem w lewo [10].

Stwierdzenie ropnej treści w jamie opłucnej jest wskazaniem do wykonania drenażu klatki piersiowej. Powinien być on poprzedzony nakłuciem jamy opłucnej celem pobrania materiału do wykonania posiewu, rozmazu, oraz badania lekooporności [14].

Krwiak jamy opłucnowej (Hemothorax)

Krew w opłucnej może znaleźć się na skutek urazu tępego klatki piersiowej, bądź narządów w niej leżących, rzadziej jako powikłanie pooperacyjne lub diagnostyczne (kaniulacji dużych żył, biopsja płuca, opłucnej) [26]. Do krwawienia może dojść w wyniku pęknięcia aorty lub naczyń płuca. Nagromadzenie krwi w jamie opłucnej może rozwijać się w następstwie zawału płuca, nowotworów złośliwych płuca i gruźlicy [10].

Objawem obecności krwiaka jest anemizacja, w konsekwencji spadek ciśnienia tętniczego krwi. W badaniu klinicznym stwierdza się jednostronne osłabienie szmerów oddechowych i stłumienie odgłosu opukowego po stronie urazu [7].

Za krwiak uważa się płyn, którego hematokryt jest co najmniej równy połowie hematokrytu we krwi obwodowej. Wartość hemoglobiny w płynie stanowi 25% stwierdzonej we krwi krążącej. Objawy zależą od rozległości krwawienia i współistniejących uszkodzeń. W celu zapobieżenia powstaniu powikłań (ropniak opłucnej, opancerzenie płuca), należy usunąć krew z jamy opłucnej.

Doraźny drenaż jamy opłucnej daje możliwość śledzenia dynamiki krwawienia. Jeśli z opłucnej wydobywa się krew, która krzepnie świadczy to o czynnym krwawieniu wewnętrznym, jeżeli jest to krew zhemolizowana, świadczy o ustaniu krwawienia [26].

Utrata krwi w ciągu 2-3 h w objętości ponad 400 ml/h lub utrata w ciągu 6 h po 200-300 ml/h bez wyraźnej tendencji do zmniejszania się są wskazaniem do torakotomii i zaopatrzenia miejsca krwawienia [53]. Nagłe zmniejszenie szybkości drenażu, bądź jego całkowite ustanie sygnalizuje możliwość zablokowanie drenu przez skrzep [51].

Odma opłucnowa (Pneumothorax)

Odma jest to stan, w którym dochodzi do nagromadzenia się powietrza w jamie opłucnej. W konsekwencji dochodzi do zmniejszenia, bądź zniesienia ujemnego ciśnienia panującego w jamie opłucnej a tym samym do zmniejszenia pojemności życiowej płuc. Zmiana ciśnień w jamie opłucnej powoduje częściowe lub całkowite zapadnięcie się płuca. To z kolei upośledza wymianę gazową w sposób dwojaki:

- zapadnięte płuco nie jest wentylowane częściowo lub całkowicie
- powietrze jakie zalega w nie wentylowanym płucu w czasie wdechu jest aspirowane do zdrowego płuca, zmniejszając wymianę gazową również w tym płucu [5].

Ze względu na drogę dostania się powietrza do jamy opłucnej, podział odmy jest następujący:

- odma zewnętrzna, powstała w wyniku zewnętrznego urazu klatki piersiowej, lub nakłucia jamy opłucnej
- odma wewnętrzna, powietrze w jamie opłucnej pochodzi z płuc (jako wynik przerwania ciągłości tkanki płucnej i opłucnej płucnej), lub z uszkodzonych narządów wewnętrznych np. żołądek, przełyk
- odma pochodzenia bakteryjnego, źródło zakażenia znajduje się w samej jamie opłucnej [30].

Rozpatrując podział pod kątem łączności jamy opłucnej z otoczeniem podział odmy jest następujący:

- odma otwarta, w której istnieje połączenie między jamą opłucnej a powietrzem atmosferycznym, umożliwiając swobodny przepływ powietrza pomiędzy dwoma obszarami. Jeśli połączeniem jest otwór w ścianie klatki piersiowej mówi się o odmie otwartej zewnętrznej
- odma zamknięta, po przedostaniu się powietrza miejsce przecieku do jamy opłucnej zostało zamknięte. Jeśli miejscem przecieku była ściana klatki piersiowej mówimy o odmie zamkniętej zewnętrznej, zaś o odmie zamkniętej wewnętrznej, jeśli miejscem

- przecieku był narząd powietrzny wewnętrzny
- odma zastawkowa (wentylowa), droga przecieku powietrza okresowo ulega otwarciu co powoduje zwiększanie się objętości powietrza w jamie opłucnowej bez możliwości jego usunięcia. Ciśnienie w jamie opłucnej wzrasta powyżej 15-20 cm słupa H₂O, powrót krwi żyłnej do serca opóźnia się, w następstwie dochodzi do zaburzeń krążenia [31]. Klasycznymi objawami odmy wentylowej są: ból i duszność, wdechowe ustawienie klatki piersiowej, ruchy opaczne, spadek ciśnienia krwi, rozszerzenie żył szyjnych, pusty odgłos opukowy po stronie uszkodzenia, brak szmerów oddechowych, przemieszczenie się tchawicy na stronę przeciwną w stronę przeciwną do miejsca zajętego przez odmę, sinica, wstrząs [7, 10].

Odme wentylową należy podejrzewać u każdego pacjenta, jeśli po urazie pojawiła się duszność lub zaburzenia w hemodynamice krążenia [7].

U pacjentów wentylowanych dodatnie ciśnienie oddechowe może wpływać na pogorszenie potencjalnie istniejącego przecieku. Powstały przeciek może prowadzić do powstania odmy wentylowej, jeśli powietrze będzie przedostawało się do jamy opłucnej przy każdym oddechu kontrolowanym [54].

Ten rodzaj odmy stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia pacjenta.

Uwzględniając mechanizm powstawania uszkodzeń tkankowych, który doprowadził do powstania odmy podział wygląda następująco:

- samoistna, wywołana przerwaniem ciągłości tkanki płucnej i opłucnej trzewnej, które nie zostało wywołane urazem
 - pierwotna, występuje u chorych z prawidłową budową i czynnością układu oddechowego, analizując wyniki badań układu oddechowego nie stwierdza się patologii
 - wtórna, zmiany chorobowe dotyczą płuc, przyczyną może być nadmierne rozdęcie obwodowych oskrzelików i mięszu płucnego, bądź zniszczenie struktury anatomicznej płuc i opłucnej płucnej, jako wynik reakcji zapalnych, lub procesu nowotworowego
- urazowa, powstała w wyniku urazu klatki piersiowej tępego (odma urazowa wewnętrzna), bądź penetrującego (odma urazowa zewnętrzna)
- jatrogenna, jako powikłanie biopsji cienko igłowej, kaniulacji żyły podobojczykowej, blokad nerwów, jako powikłanie stosowania forsowanej wentylacji mechanicznej, zwłaszcza z wysokim ciśnieniem wdechowym i wydechowym, oraz powikłanie stosowania dodatniego ciśnienia w drogach oddechowych, jako następstwo złe umiejscowionej rurki intubacyjnej

Biorąc pod uwagę wielkość odmy, wyróżniamy:

- odmę całkowitą, w której dochodzi do całkowitego zapadnięcia płuca
- odmę częściową, w której niewielka ilość powietrza, powoduje częściowe zapadnięcie się płuca [7, 10, 30, 31].

Odma opłucnowa samoistna (SOO), występuje najczęściej u ludzi młodych, zdrowych o astenicznej budowie ciała, którzy są w stanie tolerować duży przeciek powietrza z płuca. Drugą grupą pacjentów, są starsi chorzy z rozedmą płuc, u których odma niewielkich rozmiarów powoduje ciężką niewydolność oddechową [36]. Ten rodzaj odmy występuje bez udziału czynników zewnętrznych, podczas spoczynku a nawet podczas snu. Charakterystyczna jest dla płci męskiej, zawiera się w przedziałach wiekowych od 20-35 i od 55-70 lat. Wzrost zachorowalności to okres jesienno-zimowy. U kobiet SOO jest wiązana z okresem menstruacji (catamenial pneumothorax), określana jako jej fizjologiczne następstwo.

Przyczyną SOO są choroby dotyczące płuc: zapalenie płuc i opłucnej, pęcherze rozedmowe i torbiele płuc, astma, rak i gruźlica płuca. Prowadzą one powstania i pęknięcia podopłucnowego pęcherzyka rozedmowego, znajdującego się w szczycie płuca, lub torbieli powietrznej. Pęknięcie tkanki płucnej jest stosunkowo niewielkie, powoduje częściowy brak upowietrznienia płuca.

Chory zgłasza się z objawami bólu, klucia w klatce piersiowej, duszności oraz kaszlu. Niekiedy podaje ogólne złe samopoczucie, uczucie zmęczenia. Objawy mogą narastać w sposób intensywny do 24 godz., lub powoli od 3 do 7 dni, a nawet powyżej 7 dni.

W badaniu przedmiotowym po stronie odmy stwierdza się zniesienie drżenia głosowego, jawny bębnowy odgłos opukowy, zmniejszenie ruchomości klatki piersiowej, osłabienie do zniesienia włącznie szmeru oddechowego. Badanie gazometryczne wskazuje na hipoksemię z hipokapnią, aż do hiperwentylacji włącznie.

Cecha charakterystyczna odmy samoistnej jest jej skłonność do nawrotów. Celem zapobieżenia wystąpienia nawrotów stosuje się zabieg zwany „pleurodezą”.

Powikłaniami odmy samoistnej są: przetoka oskrzelowa, wysięk opłucnowy, krwiak opłucnej i ropniak. [5, 31].

Wylew chłonki do jamy opłucnej (Chylothorax)

Wylew chłonki do jamy opłucnej jest następstwem przerwania ciągłości ściany przewodu piersiowego i przedostania się chłonki do jamy opłucnej.

Wylew chłonki do jamy opłucnej może nastąpić z przyczyn:

- wrodzonych, występuje rzadko, na skutek wrodzonych zaburzeń rozwojowych np. brak przewodu piersiowego lub wykształcenie nieprawidłowej przetoki łączącej przewód piersiowy z jamą opłucną
- urazowych:
 - uraz zewnętrzny, nagromadzenie się chłonki wskutek działania drażniących urazów zadanych tępymi narzędziami lub w następstwie wybuchu
 - zabieg operacyjny wewnątrz klatki piersiowej (jako wynik uszkodzenia przewodu piersiowego na jego przebiegu w śródpiersiu- operacje serca, dużych naczyń oraz przelyku)
- nieurazowych, nowotwory układu chłonnego, zakrzepy żyły podobojczykowej
- brak uchwytnych zmian klinicznych- chylothorax idiopatyczny

Do gromadzenia się chłonki może dojść w przebiegu marskości wątroby, tętniaka aorty piersiowej [10].

Przetoka oskrzelowo-opłucnowa

Przetoka opłucnowo-oskrzelowa, w której powietrze do opłucnej dostaje się z dużego oskrzela (pourazowa, pooperacyjna), przy znacznych rozmiarach może dawać objawy kliniczne (odma prężna, duszność, duży przeciek w drenażu) [26].

Przeciwwskazania do wykonania drenażu jamy opłucnej

Absolutnych przeciwwskazań do drenażu jamy opłucnej nie ma. Wyjątkiem są chorzy z małą ilością płynu w przebiegu wirusowego zapalenia opłucnej, jak również pacjenci, u których przyczyną obecności płynu jest niewydolność krążenia. Względny przeciwwskazaniem są zaburzenia krzepnięcia lub ogólne leczenie przeciwzakrzepowe [26, 58].

Elementy drenażu jamy opłucnej

- system drenów do którego zaliczamy: dren opłucnowy, łączniki, drenaże łączące
- system butli w skład którego wchodzi: butla drenażowa, zastawka podwodna, butla redukcyjna
- źródło czynnego ssania

Rodzaje drenażu jamy opłucnej

Drenaż otwarty, jama opłucnej ma bezpośrednią łączność z powietrzem atmosferycznym. Stosowany bardzo rzadko, znalazł zastosowanie w leczeniu przewlekłych ropniaków opłucnej.

Drenaż zamknięty, jamę opłucnej od atmosfery dzieli zestaw drenażowy. Drenaż ten dzielimy na:

- drenaż czynny, obecność ssania wytwarzana jest dzięki podciśnieniu, jakie wytwarzane jest w układzie drenażowym
- drenaż bierny, grawitacyjny, występuje brak ssania

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym, nasiękowym 1% lidokainą. Ostrzykuje się skórę i tkankę podskórną oraz okostną górnego brzołu żebra, nad którym umiejscowiony zostanie dren. Za pomocą szwu (niewchłaniający monofilowy nr 1 lub 2) dren mocuje się do skóry i tkanki podskórnej, łącząc go zestawem drenującym.

Pojedynczy dren stosuje się w przypadku odmy, ropniaka, krwiaka, chylothorax, po pneumonectomii lub torakotomii bez uszkodzenia płuca. Dwa dreny stosuje się po resekcjach płucnych z zachowaniem części mięszu płuca, urazowych uszkodzeniach płuca, oskrzeli tchawicy oraz przełyku, w niektórych przypadkach odmy (gdy płuco, mimo prawidłowego drenażu się nie rozpręża).

Około 20 minut przed zabiegiem wskazane jest podanie choremu domięśniowo lub podskórnym Morfiny celem zmniejszenia bólu podczas wprowadzania drenu. Jak również w celu minimalizacji bólu podczas wykonywania gimnastyki oddechowej bezpośrednio po zabiegu. W celu zniesienia reakcji naczynioruchowej wskutek pobudzenia nerwu błędnego wskazane jest podanie Atropiny [36]. W przypadku dużego niepokoju pacjenta można podać dawkę Midanium. Pacjenta układamy w pozycji na wznak, z ramieniem odwiezionym za głowę, węzłowie łózka powinno być uniesione o 30° [36, 65]. Zabieg wykonywany jest z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.

Po zabiegu standardem jest wykonanie kontrolnego zdjęcia RTG klatki piersiowej, celem potwierdzenia właściwej pozycji drenu oraz rozprężenie płuca.

Powikłania podczas drenażu jamy opłucnej

Częstość występowania powikłań zarówno podczas zakładania drenażu jak i podczas jego pracy jest stosunkowo niewielka.

Do powikłań drenażu jamy opłucnej należą:

- omdlenia w czasie zabiegu [45].
- upośledzenie kaszlu w czasie trwania drenażu [1].
- ból podczas zakładania drenu, oraz podczas czynnej pracy drenażu, jest powikłaniem łatwym do wyeliminowania, poprzez zastosowanie znieczulenia, właściwy dobór drenu oraz prawidłowe postępowanie z drenami
- uszkodzenie naczyń międzyżebrowych (tętnicy piersiowej wewnętrznej, tętnicy podobojczykowej, aorty, żył śródpiersia), może prowadzić do obfitego krwawienia [26].
- powierzchowne uszkodzenie mięszu płucnego objawiające się krótkotrwałym krwiopłuciem [4].
- uszkodzenie płuca, zdarza się u pacjentów ze sztywnymi płucami i zrostami opłucnowymi
- rzadkim powikłaniem jest zassanie obwodowej części płuca do drenu
- uszkodzenie śledziony, wątroby, żołądka, przełyku (jako skutek niedostatecznych umiejętności osoby zakładającej drenaż)
- uszkodzenie przepony, nerwu przeponowego
- zakażenie opłucnej jest rzadkim powikłaniem, na jego wystąpienie wpływa czas trwania drenażu [64].
- odma podskórna, ma miejsce gdy otwór drenu znajduje się poza jamą opłucnej.

Powietrze ucieka z płuc lecz jest zatrzymywane przez skórę, lub gdy szybkość i stosunkowa łatwość ucieczki powietrza z płuc przekracza szybkość jego ewakuacji przez dren [51].

- dren wprowadzony do jamy otrzewnowej lub tkanki podskórnej
- jednostronny obrzęk gwałtownie rozprężającego się płuca (ROP), występuje po zbyt szybkim rozprężeniu długo spadniętego płuca, po usunięciu dużej ilości płynu lub powietrza z jamy opłucnej po zastosowaniu wysokiego ujemnego ciśnienia. W celu

zapobieżenia temu powikłaniu należy płyn usuwać stopniowo około 1 litr w ciągu 30 min., celowe jest stosowanie niskich ciśnień.

Dokładna przyczyna ROP nie jest znana. Czynniki predysponującymi do rozprężeniowego obrzęku płuca jest: przewlekłe spadnięcie płuca, technika rozprężania, zwiększona przepuszczalność naczyń płucnych, zmiany ciśnienia w tętnicy płucnej, utrata surfaktantu, oraz obturacja dróg oddechowych.

Objawy kliniczne w postaci różnego stopnia duszności i kaszlu pojawiają się bezpośrednio po wprowadzeniu drenu do opłucnej i rozprężeniu płuca, mogą również pojawić się do 24 h. od rozpoczęcia drenażu. W czasie pierwszych 24-48 h. objawy mogą ulegać nasileniu. Może pojawić się obrzęk drugiego płuca [26, 31].

- przemieszczenie drenu
- przeciek wokół drenu
- wypadnięcie lub zakażenie drenu [36].

Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem z drenażem jamy opłucnej

Priorytetem przygotowania jest zapewnienie bezpieczeństwa psychicznego i fizycznego.

Przygotowanie psychiczne

W przypadku pacjenta przytomnego nawiązanie kontaktu z pacjentem, jest jednym z warunków powodzenia zabiegu. Należy wyjaśnić, na czym polega zabieg, jaki jest jego cel, omówić zachowanie się podczas zabiegu, ustalić formy komunikowania się podczas trwania zabiegu. W czasie zabiegu należy utrzymać stały słowny i wzrokowy kontakt z pacjentem (dotyczy pacjentów przytomnych).

W przypadku chorego nieprzytomnego, celem ochrony psychiki również obowiązuje informacja o wykonywanych czynnościach. Badania naukowe nie ustaliły granicy zniesienia percepcji słuchowej, bólowej, dotykowej w stanach zaburzenia przytomności.

Ważnym elementem przygotowania psychicznego jest informacja na temat bólu podczas zabiegu, jak i przez cały okres utrzymania drenażu. Ból jest postrzegany przez wielu pacjentów jako najbardziej uciążliwe doznanie w czasie pobytu w szpitalu. Międzynarodowe Towarzystwo Badań Bólu określa ból jako „nieprzyjemne, zmysłowe i emocjonalne odczucie towarzyszące już istniejącemu uszkodzeniu tkanek bądź też jedynie opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia”.

Ból to nie tylko złe samopoczucie, dyskomfort, zaburzenia snu, pobudzenie lub depresja, ale działanie niekorzystne na wiele układów.

Odczuwanie bólu wyraża się mimiką twarzy, gestem, słownie, lub formie pisemnej [19].

Przygotowanie fizyczne

Polega na przygotowaniu miejsca wkłucia, które powinno być czyste, niekiedy zachodzi potrzeba ogolenia miejsca wkłucia.

Przygotowanie techniczne do wykonania drenażu jamy opłucnej

Na sali zabiegowej lub operacyjnej, gdzie będzie wykonywany drenaż jamy opłucnej powinna znajdować się pełna dokumentacja pacjenta wraz ze zdjęciami rentgenowskimi klatki piersiowej pacjenta, negatoskop w zasięgu wzroku operatora, jak również zestaw reanimacyjny.

Należy upewnić się czy wszystkie połączenia w zestawie drenującym szczelnie do siebie pasują i sprawnie działają [35].

Postępowanie i opieka pielęgniarska z pacjentem z drenażem jamy opłucnej: kierunki obserwacji pielęgniarskiej, obserwacja i zapobieganie powikłaniom

Postępowania z drenami i zestawem drenującym

Skuteczność drenażu zależy od drożności całego układu drenażowego. Stałe monitorowanie pracy systemu drenującego oraz obserwacja chorego pozwala w razie konieczności na szybką interwencję [4].

Zestaw drenujący powinien znajdować się około jednego metra poniżej klatki piersiowej, co sprzyja skutecznemu drenażowi grawitacyjnemu. Dren, lub drenaże wychodzące z klatki piersiowej powinny znajdować swoje ujście w zestawie drenującym. Powinny być swobodnie przymocowane do łóżka pacjenta, nieskręcone i znajdować się ponad zestawem drenującym. Drenaże wiszące poniżej poziomu wlotu do butli i zalegający w nich płyn osłabia siłę ssania. Zmniejsza to różnicę ciśnień grawitacyjnych między jamą opłucnej a butlą zbiorczą [64].

Obowiązuje stała kontrola i obserwacja w kierunku drożności całego układu drenującego. Wahania płynu w drenie zgodnie z rytmem oddechowym pacjenta świadczą o jego drożności, ustanie ruchów w drenie świadczy o rozprężeniu płuca lub zablokowaniu systemu drenażowego. Nagła zmiana szybkości drenażu sygnalizuje możliwość zablokowania drenu, zamknięcie drenu np. przez skrzep, powoduje ustanie drenażu.

Przeciek powietrza przez zastawkę podwodną wskazuje na przetokę oskrzelikowo-opłucnową lub nieszczelność układu drenującego. Miejsce nieszczelności w drenie można wykryć zakładając zaciski na poszczególne odcinki drenu wzdłuż jego przebiegu i kontrolując przeciek powietrza w butli. Ustanie przecieku powietrza świadczy o zamknięciu przetoki oskrzelikowo-opłucnowej.

Obowiązuje stała kontrola pojemności butli zbiorczej, przepelnienie powoduje opóźnienie drenażu a nawet jego zahamowanie [26, 51].

Należy unikać tzw. „dojenia drenów” w celu przywrócenia ich drożności, zachwianej przez skrzep krwi lub złogi włókniaka. Podczas „dojenia” mechanicznie przesuwają się skrzepy wzdłuż drenu. Podczas rozprężania się drenu uciśniętego przez specjalne rolki i przesunięcie ich na długości 10 cm. może spowodować powstanie ciśnienia ujemnego nawet do -100 cm H₂O, a „dojenie” 45 cm drenu, ciśnienie do -400 cm H₂O. W konsekwencji może doprowadzić do uszkodzenia płuca. Zaleca się ręczne „ugniatanie” drenu celem przesunięcia skrzepu [64].

Czynna aspiracja zawartości drenu zwiększa ryzyko zassania tkanki płucnej, co grozi jej zawałem [1].

Obowiązuje codzienna udokumentowana kontrola ilości i jakości drenowanego płynu. W przypadku krwiaków obowiązuje godzinny pomiar zdrenowanej krwi. Utrata krwi w ciągu 2-3 godz. objętości ponad 400 ml/h., bądź utrata w ciągu 6 godz. po 200-300 ml/h, bez tendencji do zmniejszania się świadczą o konieczności dalszej interwencji [53].

Miejsce ujścia drenu z klatki piersiowej należy traktować z zachowaniem zasad aseptyki. Opatrunek wokół drenu winien być szczelny, suchy. W pobliżu łóżka pacjenta powinny znajdować się dwa klemy, służące do zaciśnięcia drenów w przypadku rozłączenia się zestawu drenującego [45].

Podczas transportu można na krótko zamknąć dren opłucnowy zaciskiem, by zapobiec wstecznemu przelewaniu się płynu do jamy opłucnej. Należy zwrócić uwagę, aby butla drenażowa znajdowała się zawsze poniżej poziomu klatki piersiowej [26].

Pacjentów przytomnych na oddechu własnym należy nauczyć zasad postępowania z drenami, zachowania się w przypadku przerwania ciągłości zestawu drenującego.

Działanie przeciwbólowe, jest indywidualnie dla każdego pacjenta. Pacjent nie czując bólu chętnie wykonuje ćwiczenia oddechowe, co zapobiega powstawaniu powikłań płucnych.

Ból powoduje wzmożone napięcie mięśniowe, pocenie, błądność powłok ciała, wzrost tętna i ciśnienia tętniczego krwi. Często występującą reakcją emocjonalną jest łzawienie lub płacz pacjenta [45]. W celu eliminacji bólu podaje się leki przeciwbólowe z grupy narkotycznych leków przeciwbólowych np. Fentanyl, Dolargan lub z grupy nienarkotycznych leków przeciwbólowych.

Literatura

1. Armstrong R F., Bullen C., Cohen S.L.: Algorytmy w intensywnej opiece medycznej. Wydawnictwo A-Medica press, Bielsko-Biała 1993: 46-48.
2. Batura-Gabryel H., Młynarczyk W.: Zarys pulmonologii z elementami alergologii. Wydawnictwo Uczelniane AM, Poznań 2004.
3. Bielec E., Bielec J.: Podręcznik pisania prac albo technika pisania po polsku. Wydawnictwo Arkadiusz Wingert, Kraków 2004.
4. Buchwald J.: Zasady prawidłowego prowadzenia drenażu jamy opłucnowej. *Klinika Pediat.* 1998: 6 (3); 333-336.
5. Chudański M.: Odma opłucnowa, Etiologia i leczenie- współczesne poglądy. *Pneum. Alergol. Pol.* 2000: 68 (1/2); 76-82.
6. Chudański M., Wójcik P.: Odma opłucnowa- etiopatogeneza i leczenie. *Blok Oper.* 2000: 3 (2); 16-19.
7. Condon R E., Nyhus L M.: Kompendium postępowania chirurgicznego. PZWL, Warszawa 1995: 45-57.
8. Curie D G.: Postępowanie w urazach głowy. Wydawnictwo A-medica Press Bielsko-Biała, 1994: 71-73.
9. Czyżewski K., Gawrychowski J., Powtarzane nakłucia i całkowita pleurektomia ścienna w leczeniu chorych z pierwotną samoistną odmą opłucnej – wyniki bezpośrednie. *Pneum. Alergol. Pol.* 1998: 66 (5/6); 257-264.
10. Dunphy E J., Way L W.: Współczesne rozpoznanie i leczenie w chirurgii. PZWL, Warszawa 1980: 322-324; 328-337.
11. Droszcz W.: Choroby opłucnej. PZWL, Warszawa 1997: 19-31; 182-200.
12. Droszcz W., Kowalski J., Pawlicka L., Szymański A.: Diagnostyka chorób układu oddechowego. PZWL, Warszawa 1987: 91-93.
13. Endres P.: Pneumonologia Praktyczna. Via Medika, Gdańsk 1995: 210-223.
14. Fibak J.: Chirurgia. PZWL, Warszawa 1996: 174-190.
15. Gawrychowski J., Filipowski M.: Wybór sposobu leczenia chorych z tzw. samoistną odmą opłucnej w świetle aktualnych poglądów. *Pneumon. I Alergol. Pol.* 1994: 62 (5/6); 317-320.
16. Góral R.: Zarys chirurgii. PZWL, Warszawa 1992.
17. Grodzki T.: Ocena wpływu całkowitego wycięcia opłucnej ściennej na czynność wentylacyjną płuc u chorych leczonych z powodu nawracającej odmy samoistnej. *Rocz. PAM* 1994: 40: 237-246.
18. Górski J.: Fizjologiczne podstawy wysiłku fizycznego. PZWL, Warszawa 2001.
19. Gwinnutt C L.: Anestezjologia kliniczna. Urban & Partner, Wrocław 1999.
20. Hirt R., Bubser H.: Podręcznik anestezjologii dla pielęgniarek. PZWL, Warszawa 1995.
21. Jarrell B E., Carabasi R A.: Chirurgia. (wyd. polskie pod red. Rowińskiego W.), Urban & Partner, Wrocław 1997.
22. Kamiński B., Dziak A.: Postępowanie w stanach zagrożenia życia. PZWL, Warszawa 1999.
23. Kamiński B., Kubler A.: Anestezjologia i intensywna terapia. PZWL, Warszawa 1999.
24. Khan G M., Lynch J P., III Wydanie I polskie pod red. Droszcza W. Urban & Partner Choroby płuc Diagnostyka I terapia. Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2000: 441-445.
25. Kowalski S., Gdowski W., Własne doświadczenia w leczeniu samoistnej odmy jamy opłucnej. *Lek. Wojs.* 1999: 75 (5/6); 292-295.
26. Kozak J.: Drenaż jamy opłucnowej. Wydawnictwo ADI, Łódź 1999.
27. Kózka M.: Stany zagrożenia życia. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2001: 62-65; 190-193; 223-248.
28. Krakówka P., Rowińska-Zakrzewska E.: Choroby układu oddechowego. PZWL, Warszawa 1993: 445-451.
29. Krenke R., Rybus L.: Postępy w diagnostyce płynów opłucnowych. *Post. Nauk Med.* 1992:

- 5 (4); 178-185.
30. Krenke R.: Samoistna odma opłucnowa: rozpoznanie, leczenie. *Klinika* 1993; 2 (3); 51-53.
 31. Krenke R.: Odma opłucnej. *Nowa Klin.* 1998; 5 (10); 1003-1010.
 32. Krenke R.: Wysiłek opłucnowy-diagnostyka i leczenie. *Klinika* 1998 5 (13); 76-81.
 33. Kruk-Kupiec G.: Odleżyny. *Pielęgniarka i Położna* 2001 (1); 34-35.
 34. Mackiewicz Z.: Wybrane zagadnienia z chirurgii. *Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny* 1999.
 35. Miller A C., Harley J T., Olechnowicz H.: Zasady postępowania w samoistnej odmie opłucnowej. *Wytyczne British Thoracic Society. Med. Prakt.* 1994; 5 (39); 3-8.
 36. Miller A C.: Zasady postępowania w samoistnej odmie opłucnowej. *Br. Med. J. (Warsz.)* 1994; 28-30.
 37. Miller L G., Homayoun K.: *Choroby płuc. PZWL, Warszawa* 1988; 251-256.
 38. Orgelbrand S.: *Encyklopedia Powszechna. T. IV, Warszawa* 1873; 308-318.
 39. Orłowski W.: *Zarys ogólnej diagnostyki lekarskiej. PZWL, Warszawa* 1994.
 40. Pędich W.: *Choroby wewnętrzne. PZWL, Warszawa* 1992; 256-265; 312-322.
 41. Płusa T.: Komentarz do artykułu pt. Diagnostyka różnicowa płynu w jamie opłucnej. *Med. Dypl.* 2000; 9 (4); 22-31.
 42. Rokicki M., Rokicki W.: O tak zwanej samoistnej odmie opłucnowej. *Pol. Prz. Chir.* 1995; 67 (3); 317-324.
 43. Rowińska-Zakrzewska E.: *Choroby układu oddechowego. PZWL, Warszawa* 1997.
 44. Rowińska-Zakrzewska E., Niemirowska H.: *Gruźlica i choroby płuc. PZWL, Warszawa* 1985; 100-110.
 45. Rowiński W., Dziak A.: *Chirurgia dla pielęgniarek. PZWL Warszawa* 1991; 169-172; 249-252.
 46. Rybus L.: Możliwości terapii internistycznej w chorobach opłucnej. *Mag. Med.* 1991; 2 (7/8); 24-26.
 47. Schuster H P., Pop T.,: *Kompendium intensywnej opieki łącznie z zatruciami. PZWL, Warszawa* 1994
 48. Skinner D V.: *Resuscytacja krążeniowo-oddechowa. Wydawnictwo A-medica Press, Bielsko-Biała* 1993.
 49. Smereczyński A.: Sonografia opłucnej wciąż za mało wykorzystywana. *Pol. Prz. Radiol.* 1998; 63 (1); 18-20.
 50. Sokołowska-Pietuchowa J.: *Anatomia człowieka. PZWL, Warszawa* 1989; 262-263.
 51. Soni N., Riley B.: Drenaż jamy opłucnowej. *Prz. Now. Anest.* 1994; 3 (3); 145-151.
 52. Sprigings D., Chambers J.: *Ostry dyżur Praktyczny przewodnik po stanach nagłych. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa* 1994.
 53. Śliwiński M., Rudowski W.: *Chirurgia kliniczna i operacyjna. PZWL, Warszawa* 1983; 275- 284.
 54. Śliwiński P.: Leczenie przewlekłej niewydolności oddechowej. *Nowa Klin.* 2003; 10, 3-4); 336-342.
 55. Świerkocki K.: Powróćmy do źródeł - badania lekarskie w diagnostyce chorób układu oddechowego. *Nowa Klin.* 2005; 12 (1-2); 41-42.
 56. Traczyk W.: *Fizjologia człowieka w zarysie. PZWL, Warszawa* 1992.
 57. Wasiak J.-praca zbiorowa: *Chirurgia ogólna. TOM CCXLIX, Łódź* 2001; 145-148.
 58. Wesołowski Stefan: Przesiek czy wysięk- zasady diagnostyki płynu w jamie opłucnowej. *Nowa Klin.* 1999; 6 (3); 317-318.
 59. Widomska-Czekajska T.: *Internistyczna intensywna terapia i opieka pielęgniarska. PZWL, Warszawa* 1991.
 60. Wołynka S.: *Pielęgniarstwo Ogólne. PZWL, Warszawa* 1993; 219-250.
 61. Wójcik P.: Zastosowanie zastawki opłucno-otrzewnowej w leczeniu nawracającej masywnej retencji płynu w jamie opłucnej. *Blok Oper.* 1998; [1] (2); 29-31.
 62. Zahradniczek K.: *Wprowadzenie do Pielęgniarstwa. PZWL, Warszawa* 1995; 194-207;

214-219.

63. Zawistowski S.: Zarys histologii. PZWL, Warszawa 1990: 238.
64. Zieliński M.: System drenażu opłucnowego. Med. Prakt. 1995: 95-104.
65. Zieliński M.: Technika drenażu opłucnowego. Med. Prakt. 1998 (4); 137-141.

Zadania pielęgniarki u pacjenta z wylonioną stomią

Bożena Długozima – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Zbigniew Puchalski – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Streszczenie

Stomia to kalectwo i psychiczny uraz każdego chorego, dlatego tak ważne jest dla pielęgniarki w opiece nad chorym wypracowanie wzajemnego zaufania i dobrego kontaktu z nim, ma to kluczowe znaczenie i owocuje szybszą rehabilitację oraz powrót do zdrowia. Obowiązkiem pielęgniarki i lekarza jest rzetelna informacja o chorobie pacjenta, stosowanym leczeniu i planowanych zabiegach. Tak umiejętne i rzeczowe przekazanie wiadomości zmniejsza lęk i pozwala łatwiej oswoić się z nową sytuacją.

Największą rolę w opiece nad pacjentem ze stomią odgrywa pielęgniarka, która spędza z pacjentem najwięcej czasu, gdyż przygotowuje go do zabiegu, wyznacza miejsce wylonienia stomii, pielęgnuje i zaopatruje stomię ucząc pacjenta czynności samodzielnie.

Dobrze wykonana stomia jest z punktu widzenia pacjenta po operacji jednym z najważniejszych czynników, które decydują o jakości życia. O tym czy stomia będzie „dobra” decyduje wiele czynników, najważniejszym jest chirurg i jego doświadczenie w sztuce chirurgicznej oraz staranność i świadomość, że wykonanie stomii jest równie ważnym jak inne etapy operacji.

Dobór odpowiedniego sprzętu stomijnego należy wyłącznie od pacjenta, pielęgniarka może zasugerować jedynie używanie sprzętu, ale to osoba ze stomią wybiera ten, który spełnia jej oczekiwania. Informacje na temat choroby i samej stomii należy rozłożyć w czasie, w miarę nabywania przez osobę własnych doświadczeń, gdyż zmagania się z chorobą, radzenie sobie ze stresem, dochodzenie do siebie i adaptacja do stomii wymagają czasu. Dobra pielęgniarka potrafi wskazać choremu dobre strony życia, namówić pacjenta do rozwijania swoich zainteresowań i pasji. Jej rola jest nie do przecenienia.

Wprowadzenie

Stomia w języku greckim oznacza otwór, jest to połączenie światła jelita grubego lub cienkiego ze skórą może być również z układem moczowym np. moczowód. Wykonuje się ją najczęściej w przypadku nowotworu jelita grubego (okrężnicy, odbytnicy), przewlekłych schorzeń jelita grubego np. wrzodziejące zapalenie jelita grubego, w przypadku polipowatości rodzinnej jelita grubego lub w następstwie urazów okrężnicy i / lub odbytnicy.

Współczesna chirurgia jelita grubego dąży do zachowania zwieraczy odbytu i fizjologicznej drogi wypróżnień, a więc unikanie wytworzenia sztucznego odbytu. Nie zawsze jest ten cel osiągalny, stomia staje się koniecznością, a jej wytworzenie zabiegiem ratującym życie.

W okresie ostatnich trzech dziesięcioleci obserwuje się w Polsce stałą tendencję wzrostową zarówno zachorowalności jak i umieralności na raka jelita grubego. Wzrost zachorowalności na nowotwory jelita grubego oraz czynniki związane z rozwojem tzw. cywilizacji technicznej tj. choroby zapalne, urazy komunikacyjne czy rany postrzałowe spowodowały, że liczba wykonywanych stomii nie uległa zmniejszeniu. Dane szacunkowe wskazują, że w Polsce wykonuje się każdego roku kilka tysięcy stomii.

Chirurgia jelita grubego winna wyrażać się w tym, aby końcowy etap operacji tzn. wykonywanie stomii było traktowane przez chirurga jako bardzo istotne, co warunkuje prawidłową rehabilitację pooperacyjną, zmniejsza ryzyko wystąpienia miejscowych powikłań stomii i jest jednym z najważniejszych czynników, które decyduje o jakości życia pacjenta.

Wytworzenie sztucznego odbytu doprowadza do znacznego upośledzenia jakości i aktywności życia człowieka. Jest to przede wszystkim związane ze zmianą powierzchni ciała i utratą kontroli nad wydalaniem, jedną z najważniejszych funkcji organizmu.

Adaptacja chorego po operacji do nowych warunków jest trudna i zależy : w jakiej kondycji psychofizycznej jest chory, jaki ma zasób wiedzy na temat stomii, umiejętność pielęgnacji stomii, od prawidłowego wykonania i umiejscowienia stomii, optymalnego wsparcia rodziny, personelu medycznego i grup wsparcia.

Opieka nad chorym ze sztucznym odbytem powinna zaczynać się w chwili podjęcia decyzji o operacji wytworzenia stomii, przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego, pielęgnacji stomii przez chorego, edukacji rodziny oraz umożliwić powrót do aktywnego życia.

Cel pracy

Celem pracy jest wskazanie problemów opieki pielęgniarskiej u chorego z wylonionym odbytem sztucznym.

Wskazanie modelu opieki nad chorym stomijnym w okresie przedoperacyjnym i pooperacyjnym oraz przygotowanie do samoopieki i powrotu do życia codziennego.

Opieka pielęgniarska w okresie pooperacyjnym

Konsekwencją zabiegu wylonienia stomii dla chorego jest utrata naturalnego odbytu i związane z tym brakiem kontroli wydalania kału i gazów. Chory ma poczucie wstydu i zażenowania, pragnie ukryć stomię, czuje się gorszy od innych, bezradny i zagubiony, wycofuje się lub ogranicza kontakty z najbliższymi.

Ważne jest by pielęgniarka po wykonaniu zabiegu okazała przyjazny stosunek, wyrozumiałość i cierpliwość wobec chorego z wylonioną przetoką jelitową. Takie wsparcie emocjonalne ze strony pielęgniarki wpływa na zmniejszenie negatywnych skutków silnych emocji i stresu, sprzyja akceptacji stomii i redukuje lęk związany z powrotem do normalności.

Po zabiegu operacyjnym pielęgniarka pomaga choremu w utrzymaniu higieny ciała i otoczenia, rozpoczyna pielęgnację i zaopatrzenie stomii w chwili, kiedy pacjent jeszcze leży bezpośrednio po zabiegu na stole operacyjnym, jest to bardzo ważne, aby pacjent nie doznał urazu psychicznego widząc wylonioną stomię i wypływającą z niej treść jelitową oraz zabezpieczyć raną pooperacyjną przed zakażeniem.

Po operacji przez kilka dni najlepiej stosować sprzęt stomijny składający się z płytki i przezroczystego worka, pozwala to na bezbolesną zmianę sprzętu, ocenę wyglądu stomii, kolor i rodzaj wydzieliny, kontrolę występowania krwawień z jelita.

Wszystkie czynności pielęgniarskie powinny być wykonywane przy łóżku chorego. Bezpośrednio po zabiegu chory odczuwa ból i złe samopoczucie. W chwili, kiedy stan pacjenta ulega poprawie, należy go nakłonić do nauki samopielęgnacji w pozycji siedzącej lub stojącej, pacjent musi wreszcie pokonać trudności i uwierzyć w siebie, a postawa pielęgniarki powinna mu w tym pomóc.

Edukacja pacjenta po zabiegu wylonienia stomii trwa przy codziennych wizytach pielęgniarki, kiedy dokonuje wymiany sprzętu stomijnego, udziela wskazówek w zakresie jego stosowania i zwraca uwagę na właściwą pielęgnację skóry wokół przetoki kałowej.

Bardzo ważna jest własna aktywność chorego, dlatego też pielęgniarka powinna z nim przebywać częściej, naturalnie zachowywać się w czasie krępujących go czynności, okazywać mu cierpliwość, dużo rozmawiać z nim i wyjaśniać wszystkie wątpliwości. Dążyć do tego, by przynajmniej kilka razy pod nadzorem pielęgniarki samodzielnie zmienił worek stomijny, cały czas nakłaniać do samoobsługi, chwalić chorego za wszelkie próby i zachęcać do dalszego wysiłku.

Rodzina chorego powinna również być edukowana, jeśli tylko chory sobie tego życzy, należy w tym celu zorganizować wizytę rodziny w szpitalu, pielęgniarka powinna udostępnić

materiały informacyjne na temat pielęgnacji stomii i wraz we współpracy z pacjentem reprezentuje jak wymieniać worki stomijne.

Im więcej wiadomości przekazemy choremu i jego rodzinie na temat stomii tym będzie szybszy powrót chorego do aktywnego życia

Model opieki nad pacjentem po wyłonieniu stomii (3)

PROBLEM ZDROWOTNY	CEL OPIEKI	PLAN DZIAŁANIA
<p>Lęk z powodu braku wiedzy na temat wytworzenia stomii.</p>	<p>Zmniejszenie lęku.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Rozmowa z chorym – poznanie wątpliwości i obaw. • Wyjaśnienie celu zabiegu i pomoc choremu w podjęciu świadomej zgody na zabieg operacyjny. • Omówienie z chorym zmian anatomicznych i fizjologicznych będących następstwem planowanej operacji. • Przedstawienie możliwości funkcjonowania po zabiegu wytworzenia stomii. • Umożliwienie kontaktu z osobą ze stomią. • Dostarczenie choremu materiałów informacyjnych na temat pielęgnacji i zaopatrzenia stomii, np. „Jak żyć ze stomią”, „Poradnik dla chorych ze stomią” itp.
<p>Możliwość wystąpienia powikłań pooperacyjnych z powodu zalegania mas kałowych i flory bakteryjnej w jelicie oraz niewyznaczenia miejsca wyłonienia stomii.</p>	<p>Oczyszczenie jelit z mas kałowych i flory bakteryjnej oraz wyznaczenie miejsca wyłonienia stomii.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Wyjaśnienie choremu celu i kolejności przygotowania do zabiegu operacyjnego. • Oczyszczenie przewodu pokarmowego z mas kałowych i zmniejszenie flory bakteryjnej, według schematu przyjętego w danym szpitalu. Oczyszczenie powinno obejmować: dietę, podawanie środków przeczyszczających, antybiotyków i wykonywanie lewatyw. Przez 24 godziny (najlepiej 48 godz.) nie podaje się choremu pokarmów stałych, tylko płyny w celu utrzymania prawidłowego nawodnienia. Wybór środków przeczyszczających zależy od lekarza. Aktualnie stosowane są: <ul style="list-style-type: none"> • - mannitol, niewchłaniany osmotycznie czynny sacharyd, który ściąga wodę do światła jelita i dzięki czemu je oczyszcza • - bisakodyl – powinien być podawany 36 godzin przed zabiegiem. • Lewatywy oczyszczające wykonuje się z soli fizjologicznej, wody lub fosforanu sodu dopóty, dopóki z odbytu nie wypływa czysty płyn. Antybiotyki podawane są w celu zmniejszenia stężenia bakterii jelitowych, a tym samym zmniejszenia ryzyka zakażeń pooperacyjnych. Najczęściej doustnie podawana jest neomycyna i erytromycyna, natomiast dożylnie podawane są antybiotyki o szerokim spektrum działania. • Ocena powłok skórnych brzucha chorego i wyznaczenie miejsca wytworzenia stomii (miejsca wyznacza się w pozycji siedzącej, leżącej i stojącej). W wyznaczeniu miejsca do wyłonienia stomii należy uwzględnić: dostęp wzrokowy chorego (szczególnie istotne u osób otyłych), oddalenie co najmniej o 4 cm od cięcia operacyjnego, koleców biodrowych, fałdów skórnych, zmian popromiennych i przeszczepów skórnych. • Dzień przed zabiegiem operacyjnym zaznaczenie miejsca niezmywalnym pisakiem i przyklejenie sprzętu stomijnego.

PROBLEM ZDROWOTNY	CEL OPIEKI	PLAN DZIAŁANIA
Możliwość wystąpienia niedokrwienia i martwicy stomii z powodu niewłaściwego wytworzenia stomii.	Wczesne rozpoznanie powikłań.	<ul style="list-style-type: none"> • Zaopatrzenie stomii na stole operacyjnym w worek przezroczysty umożliwiający stałą obserwację stomii. • Ocena żywotności stomii – powinna być różowa, wilgotna z obrzękniętą błoną śluzową. • Powiadomienie lekarza w przypadku ciemnego zabarwienia stomii, ponieważ konieczna jest natychmiastowa interwencja chirurgiczna.
Możliwość wystąpienia krwawienia i zakażenia rany po usunięciu brzuszno - krocowym odbytnicy.	Zapobieganie i/lub wczesne rozpoznanie powikłań .	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrola umocowania drenu założonego do rany okolicy krocza. • Stałe płukanie rany roztworem 0,9 NaCl przez dren (2-3 dni). • Obserwacja opatrunku – umocowanie przemakanie. • Kontrola drożności i szczelności cewnika założonego do pęcherza moczowego. • Podanie leku przeciwbólowego przed zmianą opatrunku (2-3 doba) i usunięciu drenu (4-5 doba). • Po usunięciu drenu, usunięcie cewnika założonego do pęcherza moczowego.
Trudności w zaspokojeniu potrzeb z powodu ograniczenia w poruszaniu się.	Zaspokojenie potrzeb.	<ul style="list-style-type: none"> • Ocena zakresu potrzebnej choremu pomocy w wykonywaniu codziennych czynności. • Pomoc choremu w pierwszych dniach po zabiegu operacyjnym- w toalecie ciała, zmianie bielizny osobistej i pościelowej, przyjmowaniu płynów i przy wydalaniu. • Pomoc choremu w uruchamianiu – zmianie pozycji, siadaniu i wychodzeniu z łóżka przy współudziale fizjoterapeuty. • Wietrzeniu sali. • Pielęgnacja stomii. W pierwszych dniach po zabiegu operacyjnym najlepiej stosować specjalne zestawy składające się z płytki akordeonowej (harmonijkowej) i przezroczystego worka ileostomijnego. Pozwalają one na bezbolesną zmianę sprzętu oraz ocenę wyglądu stomii. Należy uprzedzić chorego, że rozmiary płytek i worków zakładanych bezpośrednio po zabiegu są większe, a w miarę upływu czasu, kiedy błona śluzowa jelita będzie mniej obrzęknięta, będzie można używać mniejszych rozmiarów. Przed rozpoczęciem zmiany sprzętu pielęgniarka przedstawia choremu kolejność wykonywania czynności, układa w wygodnej pozycji i uzgadnia dobór sprzętu. Następnie zdejmuje założony sprzęt, myje skórę wokół stomii ciepłą wodą z mydłem (najlepiej o pH 5,5) używając gazików, osusza skórę delikatną ściereczką. Pobiera szablonem miarę kształtu stomii, wycina otwór w sprzędzie, który idealnie powinien pasować do kształtu stomii. W systemie dwuczęściowym należy pamiętać, aby pierścień płytki był przynajmniej o 10 mm większy od rozmiarów stomii. Zakłada sprzęt na stomię (u chorych z kolostomią zakłada woreczki zamknięte, a u chorych z ileostomią otwarte, zabezpieczając końcówkę zapinką) i sprawdza jego umocowanie.

PROBLEM ZDROWOTNY	CEL OPIEKI	PLAN DZIAŁANIA
Nieakceptowanie stomii z powodu zmienionego wyglądu ciała i braku kontroli nad wydalaniem.	Akceptacja stomii.	<ul style="list-style-type: none"> • Ocena reakcji chorego na stomię, np. zainteresowanie, chęć pielęgnacji, poznanie obaw i wątpliwości chorego. • Zachęcanie chorego do patrzenia, dotykania i obserwacji stomii podczas pielęgnacji. • Zapewnienie choremu warunków intymnych przy zmianie sprzętu stomijnego, np. dokonanie zmiany w sali opatrunkowej. • Włączanie chorego do pielęgnacji stomii. • Umożliwienie choremu kontaktu z wolontariuszem Pol-Ilko (osoby ze stomią mające zgodę Polskiego Towarzystwa Chorych ze Stomią na działalność wolontariatu). • Dostarczenie choremu informatora o stomii, np. „Stomik”, „Nasza Troska” i uzgodnienie czasu omówienia wątpliwości i wskazówek postępowania. • Pomoc choremu w odreagowaniu stresu. • Wzmocnienie u chorego poczucia sensowności, niezależności i zrozumienia – elementów istotnych w akceptacji nowej sytuacji. • Umożliwienie choremu kontaktu z psychologiem. • Włączenie do opieki nad chorym rodziny lub osób dla niego znaczących.
Brak umiejętności samoopieki.	Opanowanie umiejętności samopielęgnacji.	<ul style="list-style-type: none"> • Ocena możliwości chorego do samoopieki (wiek, zainteresowanie swoim stanem zdrowia, stan somatyczny, nastawienie do stomii, chęć współpracy, zasób wiedzy i umiejętności, sprawność zmysłów- wzroku, słuchu, zaufanie do pielęgniarki). W sytuacji zaburzeń psychicznych, starości i zaawansowanych zmian miażdżycowych, unieruchomienia, negatywnego stosunku chorego do leczenia, niezdolności do nauczenia się samodzielnego pielęgnowania stomii pielęgniarka uczy wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych jednego z członków rodziny. • Ustalenie indywidualnego planu przygotowania chorego do samoopieki, w którym należy uwzględnić możliwości psychofizyczne chorego, zasady nauczania oraz kryteria oceny i kontroli. • Asystowanie w zmianie sprzętu stomijnego i korygowanie niewłaściwego postępowania. • Przedstawienie choremu zasad refundacji za sprzęt i możliwości zakupu sprzętu. • Przedstawienie choremu (ustnie i pisemnie) po konsultacji z dietetykiem zaleceń dietetycznych i omówienie konieczności ich przestrzegania. • Nauczenie chorego kontroli funkcjonowania stomii (ocena koloru, kształtu i wielkości) oraz rozpoznania możliwych problemów, takich jak biegunka, zaparcia zmiana koloru, kształtu lub wielkości stomii. • Nauczenie chorego z kolostomią wykonywania irygacji (zabiegu oczyszczania jelita z mas kałowych). Irygacja wykonywana jest codziennie o stałej porze, może po pewnym czasie doprowadzić do samoistnego opróżniania się jelita na zasadzi wyuczonego odruchu. Pierwszy zabieg powinien być wykonywany pod nadzorem pielęgniarki. Do zabiegu niezbędny jest sprzęt (zbiornik na wodę, rękaw foliowy, który odprowadza wydzielinę jelitową do muszli

PROBLEM ZDROWOTNY	CEL OPIEKI	PLAN DZIAŁANIA
		<p>klozetowej, końcówka irygatora, zacisk regulujący przepływ wody). Zabieg wykonujemy letnią wodą (temp. około 30°C) w ilości ok. 500- 1000 ml, uzyskując samoczynne opróżnienie jelita z zalegającej treści i gazów. Po zabiegu stomię możemy zabezpieczyć miniworeczkami stomijnymi.</p> <ul style="list-style-type: none"> Przekazanie choremu adresu najbliższej poradni dla chorych ze stomią oraz grupy wsparcia społecznego(Pol-Ilko).
Możliwość wystąpienia biegunki z powodu błędów dietetycznych lub zakażenia pokarmu.	Likwidacja biegunki.	<ul style="list-style-type: none"> Zalecenie zastosowania w pierwszym dniu diety kleikowej (na wodzie). Zwiększenie ilości przyjmowanych płynów, tj. gorzka herbata, napar mięty, wywar z jagód. Sytuacji bardziej nasilonych objawów można stosować tabletki węgla lekarskiego 3-4/dzień i włączyć dietę pektynową, czyli spożywać marchwiankę (marchew ugotowana na wodzie i przetarta przez sito)w ilości 1 kg dziennie w porcjach po 20dkg. W kolejnych dniach należy rozszerzyć dietę o suchary, ryż z tartym jabłkiem. W 4-5 dniu możemy wprowadzić do diety chude, dobrze rozdrobnione mięso, białe czerstwe pieczywo kaszę manną na mleku, gotowaną rybę . Po tygodniu można stosować dietę lekko strawną z 5-6 posiłkami dziennie. W sytuacji obfitych stolców i braku poprawy po wprowadzeniu diety chory powinien skontaktować się z lekarzem. Okresowa kontrola stężenia elektrolitów.
Możliwość wystąpienia zaparc z powodu zbyt małej ilości przyjmowanych płynów i błędów żywieniowych.	Likwidacja zaparc	<ul style="list-style-type: none"> Wyjaśnienie choremu zasad żywienia: spożywanie pokarmów świeżo fermentowanych, np. maślanek. Przyjmowanie na czczo łyżki oliwy lub szklanki wody z miodem. Wyeliminowanie z diety pokarmów wzdymających, takich jak kapusta, groch, fasola, kalafior, ryż świeże pieczywo, tłuste mięsa, czekolada, kakao, kawa, banany, czereśnie. Wprowadzenie do diety produktów, takich jak świeże suszone owoce, orzechy, soki owocowe, chleb z grubo mielonej mąki, otręby pszenne, siemianki lniane. W utrzymujących się zaparciach stosowanie trudno wchłaniających się cukrów (syrup z laktulozą), środków torujących (płynna parafina), środków rozmięczających (powidła śliwkowe) lub zastosowanie wlewów do kolostomi z roztworami gotowymi np. enema. Profilaktyczne stosowanie diety bogatoresztkowej: ciemne pieczywo, płatki owsiane, potrawy z mąki pszennej i żytniej, kasze: gryczaną, jaglaną, jęczmienną, owoce i warzywa (krojone lub tarte na tarce), bogate w błonnik, który utrudnia zagęszczanie kału, drażni mechanicznie jelito, a produkty bakteryjnego rozpadu wzmagają motorykę jelita grubego. Można spożywać buraki, marchew, pomidory, por, pietruszkę, seler, owoce, takie jak śliwki (szczególnie suszone) jabłka, gruszki, owoce cytrusowe. kontakt z lekarzem w sytuacji zaparc trwających dłużej niż 5dni z towarzyszącymi bólami skurczowymi.

PROBLEM ZDROWOTNY	CEL OPIEKI	PLAN DZIAŁANIA
Możliwość wystąpienia nieprzyjemnego zapachu i głośnego odchodzenia gazów, wynikająca ze sposobu odżywiania.	Zmniejszenie nieprzyjemnego zapachu i głośnego odchodzenia gazów.	<ul style="list-style-type: none"> • Uwzględnienie w diecie pokarmów, takich jak: gruboziarniste pieczywo, chude ryby i mięso, chudy nabiał, ryż, kasze, płatki kukurydziane i ryżowe, owoce i warzywa oraz płyny w ilości do 2 litrów. • Unikanie produktów, które sprzyjają powstawaniu nieprzyjemnych zapachów i wzmożonej produkcji gazów. Należą do nich: jaja, groch, cebula, czosnek, kalafior, brukselka, kapusta, sery pleśniowe, ostre przyprawy, napoje gazowane, potrawy bardzo słodkie i tłuste. • Stopniowe wprowadzanie nowych produktów – jeden produkt w ciągu dnia i obserwacja funkcjonowania przewodu pokarmowego. • Spożywanie posiłków powoli, z zamkniętymi ustami, gdyż połykanie powietrza podczas jedzenia i picia może być przyczyną wzdęć. • Unikanie spożywania pokarmu w dużych ilościach, z dodatkiem sztucznych barwników i konserwantów. • Spożywanie produktów świeżych, estetycznie przygotowanych. • Zachęcanie chorego do aktywności ruchowej, dostosowanej do indywidualnych możliwości, jako ważnego elementu ułatwiającego proces trawienia pozwalającego na utrzymanie stałej masy ciała. • Stosowanie sprzętu do zaopatrzenia stomii z filtrem pochłaniającym zapachy, w przypadku braku filtra wkładanie do woreczka środków pochłaniających zapach, np. tabletki węgla lekarskiego lub polopiryny S.
Możliwość wystąpienia zaburzeń metabolicznych z powodu rozległego wycięcia jelita cienkiego.	Zapobieganie zaburzeniom i/lub wczesne ich rozpoznanie.	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrola gospodarki wodno – elektrolitowej. • Stosowanie diety błonnikowej(przynajmniej 30g/dzień – pieczywo z grubego ziarna, kasze, owoce, warzywa) oraz bogatej w nienasycone kwasy tłuszczowe pochodzenia roślinnego. • Ograniczenie w diecie podaży tłuszczu, gdyż może on prowadzić do wystąpienia biegunek, oraz nienasyconych kwasów tłuszczowych pochodzenia zwierzęcego, które przyczyniają się do rozwoju miażdżycy, nadciśnienia, cukrzycy. • Codziennie wypijanie około 2 litrów płynów, które zwiększają skuteczność diety błonnikowej. Ilość płynów należy zwiększać w czasie wysiłku fizycznego lub wysokich temperatur.
Możliwość wystąpienia późnych powikłań w funkcjonowaniu stomii z powodów chirurgicznych.	Zapobieganie lub wczesne rozpoznanie powikłań (przepuklina okołostomijna, niedrożność, zwężenie stomii, wpadanie lub wypadanie stomii, stomia płaska, nawrót choroby).	<ul style="list-style-type: none"> • Stałe obserwowanie funkcjonowania stomii i ocena jej stanu (kolor, wielkość, wyciek treści, rodzaj stolca). • Stosowanie działań zmniejszających ryzyko wystąpienia przepukliny okołostomijnej, tj.nauczenie chorego wykonywania ćwiczeń fizycznych wzmacniających mięśnie brzucha, poinformowanie chorego z ryzykiem wystąpienia przepukliny lub z przepukliną o konieczności noszenia pasa przepuklinowego, unikania przez chorego podnoszenia ciężkich przedmiotów i przytrzymywania stomii podczas kaszlu i kichania. • U chorych z przepukliną okołostomijną używanie sprzętu jednoczęściowego. Przypadku pojawienia się dolegliwości np. bólu, ciężenia, pieczenia, zwłaszcza w czasie kaszlu bądź po wysiłku fizycznym, chory powinien zgłosić się do

PROBLEM ZDROWOTNY	CEL OPIEKI	PLAN DZIAŁANIA
		<p>chirurga.</p> <ul style="list-style-type: none"> • W przypadku wypadania stomii należy zwiększyć średnicę dotychczas stosowanego sprzętu na większą, aby nie powodować urazów. W przypadku trudności w zaopatrzeniu stomii należy skierować chorego do chirurga. • Utrzymanie stałej masy ciała chorego po zabiegu operacyjnym dla zmniejszenia ryzyka wpadnięcia stomii, czyli tzw. stomii wklęsłej. Przy znacznym zwiększeniu masy ciała chorego stomia ulega wciągnięciu pomimo pomimo wystającej błony śluzowej. Pojawiają się wycieki treści jelitowej spod sprzętu stomijnego. W sytuacji pojawienia się tego powikłania polecane jest przede wszystkim zmniejszenie masy ciała i zastosowanie odpowiedniej płytki. Materiał z którego wykonana jest płytka, w kontakcie z wydzieliną pęcznieje, co zapobiega wydostaniu się treści jelitowej pod sprzęt stomijny.
Możliwość wystąpienia powikłań dermatologicznych z powodu podrażnienia skóry przez treść jelitową.	Zminimalizowanie ryzyka powikłań dermatologicznych (kontaktowe zapalenie skóry, owrzodzenia skóry)	<ul style="list-style-type: none"> • Stosowanie sprzętu obojętnego biologicznie i zapewniającego szczelność . • Przestrzeganie zasad przy pielęgnacji stomii – mycie wodą z mydłem o pH 5,5, dokładne osuszenie skóry wokół stomii, właściwie wycięty otwór w sprężce oraz dobre dopasowanie sprzętu. • Obserwowanie skóry wokół stomii, przy każdej zmianie sprzętu. • Stosowanie pasty uszczelniającej w przypadku nierówności powierzchni skóry wokół stomii. • W przypadku wystąpienia zmian zapalnych należy częściej myć skórę wokół stomii stosując mydło o alkalicznym pH i częściej zmieniać sprzęt oraz stosując pasty ochronne, np. cynkową grubości warstwy około 3 mm i dopasować sprzęt stomijny.
Możliwe wystąpienie zaburzeń w funkcjonowaniu seksualnym z powodu rodzaju zabiegu operacyjnego (resekcja brzuszno-kroczowa-uszkodzenie splotu miednicznego) i zmiany obrazu własnego ciała.	Wczesne rozpoznanie zaburzeń.	<ul style="list-style-type: none"> • Rozmowa z chorym - poznanie trudności. • Skierowanie chorego do najbliższej poradni seksuologicznej w celu rozpoznania zaburzeń i rozpoczęcia leczenia farmakologicznego połączonego z psychoterapią. • Uzyskanie lepszych efektów leczenia przez udział w terapii partnerów.

Powikłania stomii

Powikłania wczesne:

Obrzęk stomii jest powikłaniem dość często występującym w bezpośrednim okresie pooperacyjnym, ale zjawiskiem zwykłym. Ustępuje na ogół bez leczenia po kilkunastu dniach.

Dotyczy to szczególnie dwulufowej, pętlowej kolostomii, gdy otwór stomijny jest zbyt mały. Leczenie polega na stosowaniu przymoczek z kwasu bornego.

Niedokrwienie stomii – następstwo niezachowania arkady biegnącej wzdłuż lewej połowy okrężnicy czy też zbyt duże napięcie naczyń krezki. Nakłucie śluzówki igłą jest obiektywnym testem na ukrwienie stomii, punktowe krwawienia są dowodem prawidłowego ukrwienia. Najlepiej monitorować tego typu powikłania z zastosowaniem przezroczystego worka stomijnego.

Martwica stomii jest zwykle następstwem błędu technicznego polegającym na zbyt dużym napięciu jelita, z którego wytworzono stomię, uszkodzeniu naczyń krezki zaopatrujących kikut jelita, skręceniu jelita wraz z krezką, ucisku krezki przez zbyt ciasny otwór stomijny.(1)

Martwica pełnej grubości ściany sięgająca powięzi po wygojeniu często powoduje zwężenie, gdy zaś martwica dotyczy odcinka poniżej powięzi, dochodzi do wpadnięcia stomii do jamy otrzewnej, przy czym towarzyszy kałowe zapalenie otrzewnej. W tym przypadku konieczna jest interwencja chirurgiczna, polegająca na wyłonieniu głębszego, dobrze ukrwionego odcinka jelita.

Krwawienie ze stomii może być spowodowane urazem stomii i powikłaniem przy oddzielaniu się martwiczych tkanek spowodowane niedokrwieniem stomii.

Krwawienie może być zatrzymane poprzez uciśnięcie palcem, balonem cewnika Foleya czy założeniem szwu hemostatycznego. Przy drobnych uszkodzeniach mechanicznych śluzówki, krwawienie zatrzymać należy poprzez uciśnięcie palcem i założeniem opatrunku z adrenalina, należy również zalecić pacjentowi natuszczanie śluzówki stomii wazeliną lub parafiną.

Zakażenie rany stomijnej. Jeśli dochodzi do ropnego zapalenia tkanki podskórnej wokół stomii, to zwykle świadczy o powstaniu przetoki jelitowej, która jest następstwem martwicy kikut jelita lub nieprawidłowym założeniem szwów formujących stomię. W tym przypadku ognisko ropne nacina się i sączy, zaś przy zapaleniu tkanki podskórnej należy wdrożyć antybiotykoterapię.

Przetoka okołostomijna jest następstwem urazu tej okolicy lub po przewlekłym nawracającym procesem zapalnym. Postępowanie operacyjne polega na usunięciu przetoki i właściwe wykonanie stomii.

Wciągnięcie stomii spowodowane jest wtedy, kiedy odcinek jelita przebiegający w powłokach ulegnie martwicy lub użyto zbyt krótkiej pętli wprowadzając ją pod napięciem, w wyniku tego dochodzi do oderwania odbytu brzuszego i pojawiają się wzdęcia brzucha, kaszel, wymioty, co w efekcie doprowadza do niedrożności. Konieczna w tej sytuacji jest operacja korekcyjna w trybie nagłym.

Brak zrostu śluzówkowo – skórno, czego przyczyną jest nieodpowiednie zbliżenie skóry i śluzówki, nadmierne napięcie jelita, wyniszczenie chorego lub choroby metaboliczne. Jeśli oddzielenie skóry i śluzówki jest niewielkie dochodzi do procesu gojenia i zamknięcie ubytku, jeśli dochodzi do całkowitego oddzielenia jelita od skóry potrzebna jest korekcja chirurgiczna.

Powikłania późne:

Przepuklina wokół stomii, przyczyną jej powstania może być zbyt duży otwór stomijny powłok, niewydolność szwów powięziowych lub ropne zakażenie rany stomijnej(1). Przepukliny zdarzają się najczęściej u ludzi w podeszłym wieku i otyłych. Przy niewielkich przepuklinach stosuje się opaski elastyczne lub specjalne pasy przepuklinowe na stomię, zaś przepukliny większych rozmiarów leczy się operacyjnie.

Wypadanie stomii to powikłanie, które występuje częściej w przypadku ileostomii niż kolostomii i przyczyną jest nadmiar jelita tworzącego stomię oraz niedostateczne przytwierdzenie jego krezki do ściany jamy brzusznej czy też zbyt duży otwór stomijny w ścianie brzucha.

Wypadanie okrężnicy niewielkiego stopnia można leczyć prostym zabiegiem paliatywnym, który polega na przezjelitowo-przezskórnym umocowaniu pętli wypadającej. Wypadanie znacznych rozmiarów, przy dużym obrzęku i martwicy wymaga postępowania operacyjnego.

Zwężenie stomii to powikłanie, które powstaje w konsekwencji zmian niedokrwiennych, częściowej martwicy stomii, zmian zapalnych tworzących się w okolicy odbytu brzuszego lub nawrotu choroby Crohna. Związane jest często z błędem w technice wytwarzania stomii.

Umiarkowane zwężenie stomii jest korzystne, gdyż sprzyja kontrolowanemu oddawaniu stolca. Jeżeli stomia ulega stopniowemu zwężeniu poszerza się ją mechanicznie poprzez wprowadzenie do niej piątego palca, a następnie drugi, jeżeli po tych zabiegach stomia ulega zwężeniu należy przeprowadzić korekcję chirurgiczną, zwężenie około 0,5 cm jest wskazaniem do operacji.

Wciągnięcie stomii jest przyczyną wykonania stomii płaskiej. Obserwujemy często sytuację, w której pacjent kilka lub kilkanaście tygodni od zabiegu zaczyna przybierać na wadze, wówczas grubość jego tkanki podskórnej wzrasta o kilka centymetrów i stomia wykonana jako płaska staje się wkłęsła. Zaopatrzenie takiej stomii jest bardzo trudne.

Wznova choroby podstawowej stomii dotyczy najczęściej choroby nowotworowej, Leśniowskiego-Crohna i wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. W tym przypadku należy usunąć zmieniony odcinek jelita i ponownie wykonać stomię.

Powikłania dermatologiczne:

Powikłania skórne to najczęściej spotykany typ powikłań u pacjentów ze stomią, są powodem przykrych dolegliwości i cierpienia. Skóra wokół stomii powinna być czysta, sucha, nie podrażniona, bez zaczerwienień, owrzodzeń, wysypki, pęcherzyków, nadżerek i otarć. Prawidłowy stan skóry ma tylko część pacjentów z przetoką jelitową, którzy mają właściwie ją wylonioną, dobrze dobrany sprzęt stomijny i potrafią się nim odpowiednio posługiwać. Większość pacjentów cierpi na zapalenia skóry wokół stomii.

Do powikłań skórnych stomii należą zapalenie skóry wokół stomii i alergiczne zapalenie skóry. Występują one najczęściej u pacjentów, którzy mają wylonioną stomię w złym miejscu, mają blizny blisko stomii, mają stomię wkłęsłą lub płaską, nieprawidłowo pielęgnują swoją stomię, mają niewłaściwie dobrany i/lub dopasowany sprzęt stomijny, stosują sprzęt niskiej jakości. Najwłaściwszym postępowaniem jest profilaktyka, dopasowanie i założenie właściwego sprzętu stomijnego i przestrzeganie przez chorego pielęgnacji stomii i higieny ciała, stosowanie miejscowo na skórę maści, antybiotyków i środków przeciwwrzędniczych.

Powikłania psycho-socjalne i seksualne:

Operacja wylonienia stomii dla chorego pod względem psychicznym jest trudna, gdyż stawia szczególne wymagania ludzkiej psychice. Reakcja pacjenta na tę trudną sytuację zależy od jego osobowości, sposobu radzenia sobie, doświadczenia, wiedzy, umiejętności i wsparcia społecznego. Mogą one doprowadzić do wystąpienia depresji. Mimo to w większości chorzy są w stanie rozwinąć nowy styl życia i przystosować się do zmienionych chorobą i posiadaniem stomii warunków. Wśród pacjentów ze stomią stwierdza się wysoki poziom lęku, braku poczucia bezpieczeństwa, poczucie winy i osamotnienia. Lęk można zmniejszyć przez pomoc społeczną co ułatwi adoptowanie się chorego do nowej sytuacji.

Rehabilitację warunkują psychologiczne przygotowanie do operacji, udzielenie odpowiednich informacji choremu i jego rodzinie, właściwe wytworzenie stomii, posiadanie odpowiedniego sprzętu oraz opieka psychoterapeutyczna po operacji(1).

Problemy seksualne chorych są raczej zgłaszane sporadycznie z czego wynika, że pacjenci nie przyznają się do problemów i wstydzą się o nich mówić. Stomia nie musi jednak oznaczać zaprzestania aktywności seksualnej i bardzo istotna jest w tym silna motywacja i właściwe podejście partnera/partnerki do problemu.

Ważną rolę w readaptacji psycho-społecznej spełniają kontakty z pacjentami, którzy przeżyli zabieg wytworzenia stomii i prowadzą normalne i aktywne życie. Dużą rolę może spełniać dobry terapeuta, najbliższa rodzina oraz przyjaciele.

Nauka samopielęgnacji stomii

Dużą rolę w przygotowaniu pacjenta do życia z odbytem brzuszny odgrywa pielęgniarka opatrunkowa lub pielęgniarka stomijna. Spędza przy chorym dużo czasu i od jej wiedzy oraz cech osobowościowych w dużej mierze zależy jak będzie przebiegał proces adaptacji chorego do nowej sytuacji życiowej. Tak fachowo przygotowana osoba pomoże choremu zarówno od strony pielęgnacji stomii, jak i strony psychoterapeutycznej.

Nauka obsługi stomii rozpoczyna się dość szybko, zwykle na drugi dzień po zabiegu, kiedy pacjent zaczyna wstawać z łóżka.

Nauka samoobsługi powinna przebiegać w sali opatrunkowej, w warunkach intymności, by pacjent nie czuł się skrępowany obecnością innych osób. Ważne jest by dobrać sprzęt stomijny najwłaściwszy dla danego pacjenta, zapoznać go w miarę możliwości ze wszystkimi rodzajami sprzętu stomijnego. Pacjent biernie obserwuje czynności pielęgniarki po to, by później aktywnie samemu wykonywać czynności pielęgnacyjne wokół stomii.

Chory powinien zostać poinstruowany na temat diety, jeśli wprowadza się nowy produkt, należy obserwować reakcję organizmu, w razie niekorzystnych objawów na przykład biegunka, wycofać go, kontrolować parametry wodno – elektrolitowe w przypadku ileostomii, kiedy straty wody są większe niż u osób z kolostomią.

Wymiana sprzętu stomijnego powinna być w odpowiednich warunkach, dlatego warto uświadomić chorego by znalazł sobie w mieszkaniu odpowiednie miejsce w którym będzie mógł spokojnie wykonywać wszystkie zabiegi pielęgnacyjne, najlepiej aby była to łazienka należy nauczyć chorego odpowiednia przygotować się do wymiany sprzętu. Potrzebne choremu będzie dostęp do ciepłej wody, łagodne mydło, gąbka do zmywania skóry wokół stomii, ręcznik i gaziki do osuszenia skóry wokół stomii, małe lusterko, worek na odpadki, sprzęt i akcesoria stomijne.

Pielęgniarka powinna reagować na problemy chorego, jednak nie powinna być nadopiekuńcza, gdyż ważne jest by zmobilizować pacjenta do samoopieki.

Jeśli pacjent jest niepełnosprawny ruchowo bądź psychicznie wszelkie czynności higieniczne przy stomii wykonuje rodzina.

Im lepsza opieka i pomoc po operacji, im więcej wsparcia od osób bliskich i im łatwiejszy dostęp do specjalistycznego personelu medycznego, tym szybsza adaptacja i wyższa ocena jakości życia.

Sprzęt stomijny

Obecnie dla pacjenta ze stomią najważniejszy jest odpowiedni sprzęt stomijny, każdy pacjent ma inne oczekiwania i dla każdego inny element sprzętu może być ważny.

Przed opuszczeniem szpitala chory powinien otrzymać wyprawkę zawierającą sprzęt stomijny firmy, wcześniej przez siebie wybranej, a także informacje o sposobie zaopatrywania się w ten sprzęt i refundacji recept.

Wydalenie kału w przypadku stomii jest niekontrolowane, dlatego też osoby z przetoką muszą stale nosić specjalne worki, które są przyklejane do skóry brzucha do stomii.

Na naszym rynku dostępne są 3 rodzaje sprzętu do zaopatrzenia stomii: sprzęt dwuczęściowy, jednoczęściowy i synergiczny.

Sprzęt dwuczęściowy (**Rys.6**) składa się z płaskiej płytki z otworem na stomię oraz z worka, który przymocowuje się do płytki.

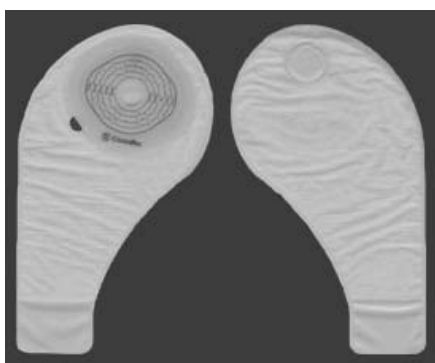


Rys. 6. Sprzęt dwuczęściowy.

Płytkę przykleja się do skóry brzucha wokół stomii i do płytki przymocowuje się worek. Płytką może pozostać na skórze do tygodnia, worek zaś zmienia się co około trzech dni. Najczęściej płytki są wykonane z materiału Stomahesive, który skutecznie zabezpiecza w przypadku uszkodzeń, goi skórę wokół stomii. Bardzo dobrze przylega do suchej, jak i wilgotnej powierzchni, nie powoduje uczuleń i może być stosowany przez bardzo długi czas. Płytki w systemie dwuczęściowym są grubsze i zabierają więcej materiału gojącego, dlatego też należy ją utrzymać na brzuchu tak długo jak to możliwe i po kilku dniach drobne uszkodzenia skóry powinny wygoić się.

Należy dopasować wielkość i kształt otworu w płytce do wielkości i kształtu stomii, otwór w płytce należy dociąć tak, by odległość pomiędzy płytką a stomią nie była większa niż 1 – 2 mm większy otwór odsłania skórę i naraża ją na drażniące działanie treści wydostającej się ze stomii, zaś mały otwór w płytce powoduje otarcie śluzówki jelita. Nie wolno jest wycinać otworu aż po sam pierścień płytki, gdyż zmniejsza to znacznie jej przyczepność i długość utrzymania się na skórze.

Sprzęt jednoczęściowy (**Rys.7**) składa się z worka i warstwy przylepca połączonych ze sobą i przykleja się bezpośrednio do skóry wokół stomii.



Rys. 6. Sprzęt jednoczęściowy

Przylepiec (**Rys.7**) Sprzęt jednoczęściowy wykonany jest z materiału Stomahesive, co gwarantuje pewne utrzymanie się worka na skórze i zapobiega jej podrażnieniom. Przylepce worków jednoczęściowych docina się lub mają fabrycznie wycięte otwory w różnych rozmiarach. Ten rodzaj sprzętu może być jedynie stosowany u pacjentów, których stomia ma regularny kształt koła i jej rozmiar jest o 1 – 2 mm mniejszy niż gotowy otwór w przylepcu.

Sprzęt synergiczny (**Rys.8**) to sprzęt pośredni między jednoczęściowym w wersji zamkniętej i otwartej. Składa się z płytki i worka, przy czym płytka jest cienka i giętka, a worek nie ma sztywnego pierścienia, całość jest elastyczna.

Do sprzętu stomijnego zaliczamy akcesoria do pielęgnacji stomii i skóry stomii. Są to gaziki do zmywania skóry, gaziki z płynem ochraniającym, pasta uszczelniająco-

gojąca i pasta gojąca. Czas utrzymania worka na skórze to sprawa indywidualna, pacjent podejmuje decyzję jak długo nosić worek i uzależnia ją od własnych potrzeb oraz od reakcji skóry na przylepiec.



Rys. 8 Sprzęt synergiczny

Sprzęt stomijny zapewniający dyskrecję umożliwia prowadzenie normalnego, aktywnego życia rodzinnego, towarzyskiego i zawodowego, toteż worki stomijne posiadają skuteczne filtry, wykonywane są z bezszelestnej folii, mają bezpieczny zatrzask.

Worki mogą być zamknięte lub otwarte, a nowością są wkłady dezodorujące w workach zamkniętych, które zapobiegają rozwojowi bakterii odpowiedzialnych za powstawanie przykrych zapachów.

Wszystko to sprawia, że pacjent czuje się komfortowo i bezpiecznie.

Żywnienie chorych ze stomią

Dieta chorego ze stomią zawiera wszystkie niezbędne składniki odżywcze i zasadniczo nie różni się od diety osoby zdrowej, z uwzględnieniem wystarczającej podaży błonnika pokarmowego, który ma wpływ na zwiększenie suchej masy stolca, wzrostu wydzielania tłuszczów i azotu, zwiększenie energii i wydzielania związków kwasów żółciowych. Wymagana jest odpowiednia podaż węglowodanów złożonych, które nie zmieniają absorpcji jelitowe składników mineralnych i białka.

Z najczęstszych błędów żywieniowych u chorych z przetoką jelitową jest ograniczenie podaży wody, gdyż wystarczająca podaż wody jest niezbędna, a nadmierna nie powoduje zwiększenia objętości stolca.

Utrata wody i sodu nie jest jednakowa u wszystkich pacjentów, na przykład u osób z ileostomią straty wody są większe, a u chorych z kolostomią mniejsze, w takim przypadku należy okresowo kontrolować parametry gospodarki wodno – elektrolitowej.

Poprzez odpowiednie zestawienie produktów spożywczych należy uzupełnić niedobory i odpowiednio komponować posiłki. Ilość spożywanego pokarmu należy właściwie dobrać do potrzeb każdego chorego, gdyż nadmiar odkłada się w postaci tkanki tłuszczowej. Posiłki muszą być skomponowane z potraw lekko strawnych i zróżnicowanych, należy unikać słodczy, pokarmów tłustych, ciężko strawnych i wiatropędnych, które obciążają układ pokarmowy i powodują zaparcia i biegunki. Należy ich unikać szczególnie w pierwszych tygodniach po zabiegu operacyjnym, gdyż jelita są wciąż nadwyrężone i bardzo wrażliwe.

Należy ustalić jakie produkty mogą być źle tolerowane poprzez rozszerzenie diety o nowe składniki pokarmowe, wprowadzając je stopniowo, w odstępach 2-3 dniowych, wtedy jesteśmy w stanie dokładnie zaobserwować jak są trawione i czy nie powodują żadnych dolegliwości.

Podstawowym zaleceniem dla wszystkich osób ze stomią jest to, aby dokładnie obserwowały swój organizm oraz cykle wypróżnień, czy zaszły jakieś zmiany w tolerancji spożywanych pokarmów oraz które z nich są przyczyną nieprawidłowego funkcjonowania przewodu pokarmowego.

Osoby ze stomią najczęściej skarżą się na wzdęcia, kolki, bóle brzucha, biegunki i zaparcia, w takich przypadkach jadłospis powinien ulec zmianie.

Pacjenci z przetoką jelitową powinni odżywiać się przede wszystkim zdrowo. Pić około 2 litrów płynów dziennie, jeść dużo owoców, ryb i warzyw, przestrzegać higieny przygotowania i spożywania posiłków, aby spożywane pokarmy były świeże a jedzenie powinno sprawiać przyjemność.

Organizm niedożywiony lub źle odżywiony jest słaby i podatny na wiele chorób, ale dzięki właściwemu odżywianiu i zdrowemu trybowi życia człowiek jest w stanie pokonać bardzo wiele chorób.

Grupy wsparcia

Zabiegi operacyjne zakończone wytworzeniem stomii stanowią dla większości chorych krytyczne wydarzenie życiowe. Istotnym czynnikiem w przezwycięzeniu kryzysu i twórczym rozwiązaniu złożonej sytuacji życiowej jest wsparcie społeczne, jako dostępna pomoc, którą pacjent może uzyskać będąc w krytycznym położeniu. Tę pomoc może uzyskać z kilku źródeł: od rodziny, ze strony towarzystw stomijnych, wolontariuszy, grup wsparcia oraz służby zdrowia.

Rodzina i najbliżsi jednak przyjmują postawy nadopiekuńczości i wzmagają poczucie zależności, taki rodzaj wsparcia oraz wspieranie przedłużające się są nieskuteczne i sprzyjają pogłębianiu bezradności i zależności.

Szczególne znaczenie ma wsparcie wolontariuszy dla osób ze stomią i ich rodziny. Grupy takie rozwijają się w świecie od lat 50-tych, a w ostatnich 10 latach w Polsce. W Polsce działa obecnie 27 oddziałów regionalnych Polskiego Towarzystwa Opieki nad Chorymi ze Stomią POL-ILKO oraz dwa niezależne Towarzystwa: Gdańskie i Dolnośląskie.

Oferują różne formy pomocy, głównie edukację oraz wsparcia emocjonalne. Członkowie grup spotykają się na sesjach o charakterze terapeutycznym lub edukacyjnym. Niektóre grupy prowadzą telefony zaufania, posiadają serwis wolontariuszy, dysponują literaturą fachową oraz bezpłatnymi konsultacjami specjalistów.

Jednym z kierunków działania są szkolenia wolontariuszy, ludzi, którzy sami przeszli operację i żyjąc ze stomią udzielają wsparcia i porad pacjentom operowanym.

Wolontariuszem POL-ILKO może być osoba ze stomią lub członek jej najbliższej rodziny. Jego zadaniem jest odwiedzanie chorych na oddziałach chirurgicznych oraz w domu udzielając wsparcia emocjonalnego i dzieląc się własnym doświadczeniem.

Wolontariusz POL-ILKO udziela wsparcia osobie ze stomią i jej rodzinie w odbudowie zaufania do siebie oraz w emocjonalnej adaptacji do stomii, promuje te cechy oraz zachowanie poznawcze i psychospołeczne, które czynią osobę korzystającą z jego wsparcia mniej podatną na szereg występujących potem problemów.

Przewaga wolontariuszy nad profesjonalistami polega na tym, że sami posiadają stomię, służą przykładem osobistym, kontakty mają charakter nieformalny i wzmagają efektywność pomocy. Pacjent ze stomią, który obserwuje innych ludzi mających przetokę jelitową, którzy są w pełni aktywni zawodowo i społecznie, zaczyna lepiej spostrzegać swoją życiową sytuację.

W Polsce istnieją telefony zaufania i bezpłatne linie informacyjne dla pacjentów ze stomią, dostępne są strony internetowe oraz doradztwa pielęgnacyjne i poradnictwa w doborze sprzętu stomijnego w postaci poradni stomijnych.

Wnioski

1. Pomimo większych możliwości diagnostycznych i zwiększonej wykrywalności zachorowania na raka jelita grubego liczba pacjentów ze stomią nadal wzrasta.
2. Stomia to nie choroba, ale zmiana w anatomii ciała.
3. Pielęgnowanie chorego ze stomią to problem obszerny i trudny.
4. Człowiek ze stomią może przystosować się do życia, jednak potrzeba do tego czasu, informacji oraz wsparcia.
5. Obszerna wiedza i właściwa opieka pielęgniarki pomoże pacjentowi ze stomią powrócić do aktywnego życia.

Literatura

1. Góral R. :Chirurgia okrężnicy i odbytnicy. PZWL Warszawa 1993
2. Kapała W. :Pielęgniarstwo w chirurgii. Czelej Lublin 2006 str. 150-153
3. Walewska E. : Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego: PZWL Warszawa 2006 str. 330-346
4. Koper A., Wrońska I. : Problemy pielęgnacyjne pacjentów z chorobą nowotworową: Czelej Lublin 2003
5. Sobczak U.: Jak prawidłowo wyznaczyć miejsce wyłonienia stomii: Troska 2 2001str. 6-7
6. Sobczak U. : Opieka pielęgniarska w okresie pooperacyjnym: Troska 2 2002 str. 3-5
7. Kruk D. : Przygotowanie pacjenta do planowej operacji wyłonienia stomii jelitowej: Troska 2 2001 str. 4-6
8. Szewczyk M., Ślusarz R. : Postępowanie pielęgniarskie wobec chorego przed zabiegiem operacyjnym wyłonienia stomii jelitowej [W]: Pielęgniarstwo w chirurgii. Red. M. Szewczyk., R. Ślusarz., 2006 str. 53-58
9. Kołodziejczyk M. : Opieka nad pacjentem ze stomią: Borgis Warszawa 2006
10. Osóbka D. : Porady dietetyczne dla osób ze stomią: Coloplast Warszawa 2006
11. Zdolińska I. : Sprzęt jednoczęściowy: Troska 4 str.22-25, : Sprzęt dwuczęściowy: Troska 2 2006 str.22-25
12. Bielecki K., Dziki A., Szczepkowski M.,Fryc-Martyńska J., Cześniakiewicz W., Sobczak U., Martysiak A., Mostowski E. O. : Poradnik dla pacjentów, pielęgniarek i lekarzy: POLILKO Poznań 1993
13. Matykiewicz J., Głuszek S. Nowotwory jelita grubego [W]: Chirurgia. Red. S. Głuszek, Wydawnictwo Czelej, Lublin, 2008 str. 345-370
14. Rudnicki J., Medyński J. Choroby jelita grubego [W]: Zarys chirurgii. Red. Z. Grzebieniak, AM, Wrocław 2004 str. 255-263
15. Medyński J., Winowski J., Rudnicki J., Stal A. [W]: Zewnętrzna przetoka jelitowa (stomia). Zarys chirurgii. Red. Z. Grzebieniak, AM, Wrocław 2004 str. 273-280

Kamica żółciowa udział pielęgniarki w procesie leczenia

Beata Filipowska – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Zbigniew Puchalski – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Streszczenie

Kamica żółciowa jest jednym z najczęstszych schorzeń występujących w obrębie jamy brzusznej. Corocznie zachorowalność na nią wzrasta zarówno w Polsce jak i na świecie. Obserwuje się znaczne różnice częstości występowania kamicy żółciowej pomiędzy różnymi narodowościami i grupami etnicznymi, co wskazuje na znaczenie czynników genetycznych i środowiskowych w etiopatogenezie choroby. Kamica częściej występuje u kobiet niż u mężczyzn. Częstość występowania wzrasta z wiekiem. Do innych uwarunkowań ryzyka można zaliczyć czynniki hormonalne, zaburzenia metaboliczne, choroby jelita grubego, gwałtowna utrata masy ciała, choroba Crohna, marskość wątroby.

Leczenie kamicy pęcherzyka żółciowego jest w zasadzie jedno – operacyjne, polegające na usunięciu pęcherzyka żółciowego. Obecnie uważa się, że w przypadku kamicy pęcherzykowej wskazanie do leczenia stanowi jedynie kamica objawowa. Metodą z wyboru leczenia większości chorych jest cholecystektomia laparoskopowa. Jej główną przewagą nad zabiegiem konwencjonalnym stanowi powodowanie mniejszych pooperacyjnych dolegliwości bólowych, krótszy pobyt w szpitalu, szybszy powrót do pełnej aktywności oraz lepszy efekt kosmetyczny.

Rolą pielęgniarki w okresie okołoperacyjnym jest przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego pod względem psychicznym i fizycznym. Celem przygotowania pacjenta jest bezpieczne przeprowadzenie zabiegu operacyjnego oraz zmniejszenie ryzyka powikłań pooperacyjnych. Zadaniem pielęgniarki jest przygotowanie chorego do trudności związanych z wykonywaniem badań i zabiegów diagnostycznych oraz usunąć wątpliwości, które dotyczą operacji.

W okresie pooperacyjnym pacjent jest pod ścisłą kontrolą pielęgniarki. Pielęgniarka opiekująca się chorym musi zwrócić uwagę na wiele ważnych elementów opieki: kontrola świadomości, monitorowanie podstawowych parametrów życiowych ze strony układu krążenia, układu oddechowego, gospodarki wodno – elektrolitowej, stan opatrunku, jakość i ilość treści z założonych drenów. Dba o komfort i dobre samopoczucie pacjenta. W opiece pooperacyjnej pielęgniarka najwięcej uwagi poświęca zapobieganiu powikłaniom pooperacyjnym. W kolejnych dobach po zabiegu przygotowuje chorego do samoopieki a przed wypisem do domu przekazuje wskazówki i zalecenia do dalszego postępowania.

Wprowadzenie

Kamica żółciowa jest jedną z najczęstszych chorób układu pokarmowego [1]. Corocznie zachorowalność na kamice żółciową wzrasta zarówno w Polsce jak i na świecie. Uważa się, że w naszym kraju ponad 15% całej populacji cierpi z powodu kamicy żółciowej, zaś w północnej i zachodniej Europie około 20% [2].

W USA u około 1 miliona osób rocznie pojawiają się dolegliwości związane z kamieniami żółciowymi [1].

Częstość występowania kamieni żółciowych u osób przed 50 rokiem życia wynosi 11 - 15% u kobiet a 3 - 11% u mężczyzn, wraz z wiekiem wzrasta dochodząc do 50% u kobiet i 15% u mężczyzn. W każdym przedziale wiekowym występuje u kobiet 3 - 4 razy częściej niż u mężczyzn.

Rozróżniamy dwa główne typy kamicy żółciowej: kamice cholesterolową i kamice barwnikową. W krajach zachodnich dominuje kamica cholesterolowa, podczas gdy w krajach Dalekiego Wschodu częstsza jest kamica barwnikowa [6].

Kamica stanowi poważne zagadnienie ekonomiczne ze względu na częstość występowania i długoletni przebieg, połączony z różnego stopnia dolegliwościami. Większość chorych wymaga wykonania zabiegu operacyjnego. Obserwowana w tej chorobie nawrotowość powoduje u części chorych konieczność reoperacji. Konsekwencją tego są wysokie koszty leczenia. Kamicy żółciową określa się mianem choroby cywilizacyjnej – niektórzy zaliczają ją do chorób społecznych [2].

Cel pracy

1. Określenie roli pielęgniarki i jej współdział w procesie leczenia pacjentów z kamicią żółciową.
2. Wpływ postępu technologicznego na wdrożenie nowych sposobów leczenia i diagnozowania kamicy żółciowej.
3. Zastosowanie nowoczesnych metod endoskopowych w schorzeniach dróg żółciowych.

Rola pielęgniarki w okresie okołoperacyjnym

Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego

Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego obejmuje sferę psychiczną i fizyczną. Obydwa obszary przygotowania są bardzo ważne, a czynności, jakie podejmuje pielęgniarka mają wpływ na bezpieczeństwo pacjenta, pomyślny przebieg zabiegu operacyjnego i zmniejszenie ryzyka powikłań pooperacyjnych.

Przygotowanie psychiczne chorego do operacji

Pacjent przybywający na oddział chirurgiczny wie, że czeka go operacja, której zazwyczaj się boi, kojarzy mu się ona z bólem i utratą poczucia swobody. Pierwszą osobą, którą pacjent spotyka na oddziale jest pielęgniarka, dlatego też powinna ona umieć szybko nawiązać kontakt z chorym, zapewnić mu poczucie bezpieczeństwa, ułatwić adaptację do warunków oddziału. Obowiązkiem pielęgniarki jest pokazanie pacjentowi pomieszczeń oddziału, udzielenie odpowiedzi na zadane pytania oraz wyjaśnienie wszystkich wątpliwości.

Podstawowym problemem związanym z chirurgią jest lęk pacjenta. Najczęściej jest to lęk przed bólem, okaleczeniem, lęk przed rakiem i śmiercią. Często lęk ten przybiera postać ogólnego niepokoju i zmienia całe zachowanie człowieka. Jego myślenie, postrzeganie, zdolność podejmowania zadań życiowych. Konsekwencją lęku jest niemożność skupienia uwagi, trudności w czytaniu, nagłe czerwienienie się lub blednięcie, uczucie gorąca lub zimna, kołatanie serca, utrata apetytu oraz biegunki.

U chorych owładniętych lękiem rekonwalescencja przebiega trudniej. Po operacji pacjenci tacy mają więcej dolegliwości bólowych, częściej występują u nich wymioty czy zaburzenia snu.

Chorzy, którzy przed operacją emocje przeżywają w umiarkowanym stopniu i nie tłumią ich, po operacji nie stwarzają szczególnych problemów. Szczególnym przykładem zaburzeń zachowania się człowieka, które pojawiają się w odpowiedzi na trudną sytuację życiową, jest agresja, obserwowana najczęściej w formie nieustannych narzekań, niezadowolonia, krytykowania i pretensji. Może także przybierać postać:

- apatii (chory ogranicza kontakty z otoczeniem, nie ma życzeń, najchętniej godzinami pozostaje w łóżku),
- fiksacji (chory trwa przy swoim zdaniu, uparcie powtarza pewne czynności),
- regresji (chory dziecinnieje, zachowuje się jak bezradne dziecko, często płacze) [31].

Pielęgniarka ma możliwość działania ułatwiającego pacjentowi adaptację w oddziale i ograniczenia cierpienia związanego ze zmaganiem z chorobą. Ważna jest organizacja oddziału dająca pacjentowi poczucie bezpieczeństwa. Atmosferę oddziału tworzą relacje między wszystkimi członkami zespołu terapeutycznego i chorymi oraz organizacja pracy w oddziale.

Zabieg chirurgiczny zawsze stanowi przeżycie dla chorego, dlatego też pielęgniarka musi poświęcić dużo czasu na rozmowę z chorym, udzielić wszelkich wyjaśnień i informacji, o które pyta pacjent. W rozmowie powinna ją cechować wyrozumiałość i uprzejmość, a wyjaśnienia należy udzielić w sposób najprostszy i w pełni zrozumiały dla chorego. Dostarczenie informacji interesujących pacjenta prowadzi do redukcji napięć i niepewności, co powoduje poprawę stanu emocjonalnego chorego oraz zadowolenie z kontaktu z zespołem leczącym. Pacjent tak samo jak operacji obawia się znieczulenia, należy wyjaśnić mu, że przed planowanym zabiegiem operacyjnym przyjdzie do niego lekarz anestezjolog i pielęgniarka anestezjologiczna, którzy wyjaśnią wszystkie wątpliwości dotyczące znieczulenia. Celem takiej rozmowy jest uspokojenie pacjenta, dodanie mu otuchy, zachęcenie do podporządkowania się zaleceniom [32].

Przygotowanie psychiczne ma na celu:

- rozpoznanie przez pielęgniarkę potrzeb chorego dotyczących informacji na temat okresu okołoperacyjnego,
- pozyskanie chorego do współpracy z zespołem terapeutycznym i uświadomienie mu współodpowiedzialności za przebieg okresu okołoperacyjnego,
- uzyskanie od chorego akceptacji zaproponowanych działań,
- zdobycie zaufania przez otwartą, zdecydowaną postawę pielęgniarki, jej życzliwość, cierpliwość i profesjonalizm,
- umożliwienie kontaktu z innymi członkami zespołu terapeutycznego, rodziną, osobami znaczącymi, jeżeli taka zajdzie potrzeba,
- zapoznanie z realizowanym modelem opieki pielęgniarskiej,
- prowadzenie edukacji pacjenta związanej z prawidłowym przebiegiem okresu okołoperacyjnego, np. ćwiczenia oddechowe, odkrztuszanie, ćwiczenia kończyn dolnych itp.,
- uspokojenie chorego [33].

Przygotowanie fizyczne chorego do operacji

Przygotowanie fizyczne chorego rozpoczyna się w warunkach ambulatoryjnych lub już na oddziale. Należy do niego:

- określenie miana antygenu HBS,
- wykonanie zapisu pracy serca – EKG,
- prześwietlenie klatki piersiowej,
- badania specjalistyczne, np. internistyczne, stwierdzające brak przeciwwskazań do zabiegu operacyjnego,
- oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh w razie potrzeby podania preparatów krwiopochodnych w czasie zabiegu operacyjnego lub w okresie okołoperacyjnym,
- oznaczenie czasu krwawienia, krzepnięcia, protrombinowego,
- oznaczenie poziomu elektrolitów, glukozy we krwi, morfologii oraz wykonanie innych badań biochemicznych [33].

Główny obowiązek prawidłowego fizycznego przygotowania do operacji spoczywa na pielęgniarce, która odpowiednio przygotowuje pacjenta do badań laboratoryjnych, rentgenowskich i innych. Na podstawie wyników tych badań można przystąpić do uzupełnienia niedoborów np. białka, elektrolitów, chorym ze współistniejącą cukrzycą należy ustabilizować gospodarkę węglowodanową, pacjentom z niewydolnością krążenia podać leków nasercowych, moczopędnych, na zlecenie lekarza. W ocenie stanu ogólnego należy zwrócić uwagę na wiek chorego, odżywienie, nawodnienie, występowanie nieprawidłowości w budowie ciała lub innych oznak niepełnosprawności np. upośledzenie wzroku czy słuchu.

Należy pamiętać, iż wszelkie informacje uzyskane podczas pierwszego kontaktu i odpowiednio zinterpretowane będą pomocne w późniejszym okresie. Planowo prowadzona indywidualna opieka nad chorym wzmacnia pozycję i autorytet pielęgniarki, pozwalając nierzadko na uniknięcie niektórych powikłań w okresie pooperacyjnym. Od każdego chorego wymagana jest świadoma pisemna zgoda na zabieg operacyjny. W dniu poprzedzającym zabieg

pielęgniarka prowadzi edukację pacjenta. Celem edukacji jest nauczenie pacjenta czynności, które ułatwią mu pobyt w okresie pooperacyjnym.

Do podstawowych czynności należą:

1. Ćwiczenia oddechowe.

Celem ćwiczeń jest prawidłowe rozprężenie pęcherzyków płucnych po zabiegu operacyjnym, aby uniknąć niedodmy i w efekcie zapalenia płuc. Ucząc chorego prawidłowego oddychania, należy zwracać uwagę na to, by wdech odbywał się zawsze przez nos, wydech przez usta, a przerwa wypadła na szczycie wydechu.

2. Nacieranie skóry klatki piersiowej i oklepywanie.

Zabieg stanowi część zabiegów fizykoterapii oddechowej. Wykonuje się go przynajmniej 3 razy dziennie. Metodą tarcia środki lecznicze powodują lepsze krążenie i zmniejszenie napięcia mięśniowego. Natomiast oklepywanie powoduje ruchy wibracyjne ściany klatki piersiowej, a wydzielina zalegająca w drzewie oskrzelowym i pęcherzykach płucnych ulega uruchomieniu i łatwiej ją odkrztusić. Pielęgniarka informuje chorego, że w okresie pooperacyjnym odkrztuszenie wydzieliny ułatwi ułożenie dłoni na ranie. Ucisk rany poprzez opatrunek, zmniejszy ból, który nasila się podczas kaszlu i odkszuszania.

3. Ćwiczenia gimnastyczne w łóżku.

Ćwiczenia mają na celu zwiększenie wydolności i sprawności układu oddechowego, krążenia, trawiennego, narządu ruchu i zapobieganie powikłaniom pooperacyjnym, np. chorobie zakrzepowo - zatorowej.

4. Siadanie w łóżku przy użyciu drabinki sznurowej.

Celem jest ułatwienie pacjentowi samodzielnego siadania w łóżku po zabiegu operacyjnym [33].

Ćwiczenia ogólnousprawniające dobiera się indywidualnie – odpowiednio do stopnia aktywności ruchowej pacjenta. Aby sprawnie i efektywnie prowadzić ćwiczenia należy choremu zapewnić:

- sala dobrze przewietrzona,
- ubranie niekrępujące ruchy,
- swobodę w wykonywaniu ćwiczeń,
- tempo ćwiczeń dostosowane do możliwości chorego,
- poszczególne ćwiczenia powinny być jasno i rzeczowo określone oraz zademonstrowane przez prowadzącego.

Podczas edukacji należy przestrzegać podstawowych zasad komunikowania, w sposób zrozumiały dla chorego i aby rozumiał celowość wykonywanych ćwiczeń. Czas edukacji powinien być wybrany wspólnie z chorym, tak żeby wykonał on ćwiczenia bez pośpiechu i przerw.

Zabiegi rehabilitacyjne przed jak i po operacjach powinien przeprowadzać zespół złożony z pielęgniarki, kinezyterapeuty i terapeuty zajęciowego. W praktyce jednak nie jest to możliwe, stąd obowiązek ten przypada pielęgniarce.

W dniu poprzedzającym zabieg operacyjny do czynności pielęgnacyjnych należy:

- pomiar masy ciała chorego i dokumentacja w karcie gorączkowej,
- kontrola czy płytki paznokciowe są pokryte lakierem i zalecenie usunięcie lakieru,
- przygotowanie przewodu pokarmowego (dieta płynna, bez posiłku wieczornego),
- lewatywa,
- przygotowanie pola operacyjnego, jeśli konieczne golenie,
- przypomnienie choremu o kąpieli całego ciała,
- wykonanie toalety pępka środkiem odkażającym i zabezpieczenie jałowym gazikiem,
- zaproponowanie choremu, aby cenne przedmioty, pieniądze oddał rodzinie lub do depozytu,
- zapewnienie pacjentowi prawidłowego wypoczynku i snu.

W dniu zabiegu pielęgniarka:

- przypomina pacjentowi o pozostaniu na czczo,

- wyklucza przeciwwskazania do zabiegu operacyjnego takie jak: gorączka, nieżyt górnych dróg oddechowych, miesiączka u kobiet,
- pomaga w spakowaniu wszystkich rzeczy,
- pozostawia czas na wykonanie toalety porannej, jeżeli zachodzi potrzeba pomaga choremu, kobietom z długimi włosami proponuje związanie ich,
- przypomina o usunięciu wszelkich metalowych spinek, biżuterii,
- przypomina o usunięciu sztucznego uzębienia, szkieł kontaktowych (jeżeli takie posiada),
- dopilnowuje, aby chory opróżnił pęcherz moczowy,
- uczestniczy w profilaktyce przeciwzakrzepowej,
- zapewnia choremu koszulę chirurgiczną, którą chory zakłada nie pozostawiając żadnej części bielizny osobistej,
- podaje premedykację i dokumentuje.

Po podaniu premedykacji pacjent nie może opuszczać łóżka. Pielęgniarka zapewnia mu spokój i przypomina o opiece śródoperacyjnej pielęgniarki anestezjologicznej. Sprawdza dokumentację pacjenta. Przewozi chorego na blok operacyjny w pozycji leżącej i przekazuje go wraz z pełną dokumentacją pielęgniarsce anestezjologicznej.

Rola pielęgniarki anestezjologicznej

W sali operacyjnej powinna panować atmosfera życzliwości i spokoju. Nerwowość, utarczki słowne denerwują, niepokoją, wywołują lęk i podrywają zaufanie chorego do całego zespołu. Chcąc wyeliminować poczucie obcości pielęgniarka anestezjologiczna powinna wcześniej poznać pacjenta, porozmawiać z nim, uspokoić, a w momencie przybycia na blok operacyjny otoczyć opieką by czuł się najważniejszy. Pielęgniarka sprawdza tożsamość pacjenta, informuje o każdej zamierzonej czynności. Każdy chory powinien być traktowany jako indywidualna jednostka. Wszystkie czynności powinny być wykonywane sprawnie i z opanowaniem.

Pacjenta na stół operacyjny należy przełożyć w sposób delikatny i niekrępujący. Chory powinien być ułożony wygodnie, aby nie powodować ucisku na duże naczynia krwionośne i nerwy. Znieczulony pacjent nie przekaże nam uwag o swoich dolegliwościach, a podczas zabiegu może dojść do zakrzepów w naczyniach krwionośnych i porażenia nerwów [31]. W trakcie znieczulenia monitorujemy podstawowe funkcje życiowe: EKG, tętno, pomiar ciśnienia tętniczego, saturacja krwi, zawartość dwutlenku węgla w powietrzu wydechowym, oceniamy stopień analgezji i zwiótczenia. Obserwujemy zabarwienie powłok skórnych i błon śluzowych, kontrolujemy temperaturę ciała. Przetaczamy płyny infuzyjne zgodnie ze zleceniem lekarza. Przebieg znieczulenia dokumentujemy w karcie znieczulenia [34].

Po zakończonym zabiegu operacyjnym i wybudzeniu chorego ze znieczulenia ogólnego oceniamy stan świadomości, wydolność układu krążenia i oddychania, stopień nasilenia bólu oraz ewentualne krwawienie z rany pooperacyjnej. Pacjenta wraz z pełną dokumentacją przekazujemy do oddziału pooperacyjnego.

Opieka pielęgniarska bezpośrednio po zabiegu operacyjnym

Opieka nad chorym bezpośrednio po zakończonym zabiegu operacyjnym prowadzona jest początkowo przez pielęgniarkę anestezjologiczną w sali wybudzeń bloku operacyjnego. Obserwacja ta trwa około 2 godziny, do momentu ustąpienia działania środków znieczulających, powrócenia odruchów i ustabilizowania się podstawowych funkcji życiowych [33]. Pielęgniarkę pracującą na sali pooperacyjnej powinna cechować umiejętność wnikliwej obserwacji, podzielność uwagi, szybkość podejmowania decyzji. Stanowisko z centralą monitorującą umożliwia pielęgniarsce jednoczesną obserwację i rejestrację czynności elektrycznej serca, ciśnienia tętniczego, oddechów oraz temperatury ciała. Pielęgniarka musi zwrócić uwagę na:

1. Stan ogólny pacjenta

- stan przytomności (orientacja, odruchy, stan psychiczny) i czynności nerwowo – mięśniowe (ruchy kończyn, napięcie mięśni, drżenie mięśniowe, drgawki),

- wygląd pacjenta (zabarwienie powłok skórnych i błon śluzowych),
- zgłaszane dolegliwości.
- 2. Zmiany wskaźników podstawowych czynności życiowych (ciśnienie tętnicze – RR, tętno – HR, temperatura ciała, liczba i rodzaj oddechów.
- 3. Prowadzenie bilansu płynów.
- 4. Opatrunek na ranie pooperacyjnej, drenaży wyprowadzone z rany pooperacyjnej lub jamy ciała, drożność drenów oraz ilość i charakter wydzieliny.

Kontrola świadomości – ważna jest systematyczna kontrola czy pacjent jest w pełni wybudzony, czy zachowany jest logiczny kontakt z chorym, czy reaguje na bodźce słowne lub dotykowe.

Ocena układu oddechowego – pielęgniarka ocenia czynność układu, sprawdzając drożność dróg oddechowych, liczbę oddechów na minutę i ich rytmiczność.

Upośledzenie drożności dróg oddechowych po operacji spowodowane jest najczęściej zapadaniem się języka lub wydzieliną zbierającą się w gardle, tchawicy, oskrzelach. Chorego należy ułożyć w łóżku tak, aby zabezpieczyć go przed zachłyśnięciem się. Obserwując oddech zwracamy uwagę na ruch klatki piersiowej i przepony. Chorzy bezpośrednio po zabiegu operacyjnym mogą otrzymywać do oddychania tlen. Zdarza się, że pacjent powraca po operacji, z powodu zaburzeń wentylacji, z założoną rurką ustno – gardłową lub intubacyjną. Pielęgniarka musi kontrolować ułożenie rurki oraz często odsysać wydzielinę z jamy ustnej, przestrzeni wokół rurki i drzewa oskrzelowego.

Ocena układu krążenia – kontrolujemy ciśnienie tętnicze, tętno jego rytm napięcie i częstotliwość, obserwujemy zabarwienie powłok skórnych. We wczesnym okresie pooperacyjnym pomiaru ciśnienia tętniczego i tętna dokonujemy co 15 minut przez pierwszą godzinę, następnie co 30 minut przez dwie godziny, a potem co godzinę. Wszystkie parametry dokumentujemy w indywidualnej karcie obserwacji.

Ocena opatrunku na ranie pooperacyjnej – pielęgniarka sprawdza czy opatrunek jest suchy, czy przesiąknięty wydzielinami (np. krew, żółć, płyn surowiczy, ropa). Jałowy suchy opatrunek powinien zostać wymieniony przez co najmniej kilkanaście godzin od momentu operacji. Wyjątek stanowią opatrunki przesiąknięte różnego rodzaju treścią, wówczas opatrunek należy zmienić wcześniej. Rana pooperacyjna stanowi ewentualne wrota zakażenia i dlatego też jej pielęgnacja wymaga przestrzegania zasad aseptyki [36].

Kontroluje jakość i ilość treści jaka wypływa z założonych drenów. Należy zadbać, aby drenaży były prawidłowo podłączone. Drożność drenów powinno sprawdzać się regularnie. W przypadkach licznych drenów założonych do jamy brzusznej, ważne jest odpowiednie oznakowanie ich. Ilość i rodzaj wydzieliny wydostającej się musi być ściśle określana i odnotowana [35].

Ocena zaburzeń wodno elektrolitowych – stan niedoboru płynów charakteryzuje się suchością skóry i błon śluzowych, uczuciem pragnienia, przyspieszeniem tętna spadkiem ciśnienia tętniczego, zmniejszeniem ilości wydalanego moczu oraz zwiększeniem gęstości względnej moczu. Nadmiar płynów ustrojowych objawia się dusznością, rozszerzeniem żył szyjnych, wzrostem ciśnienia tętniczego, przyspieszeniem tętna, bólami głowy. Obserwujemy ilość wydalanego moczu.

Po zabiegu operacyjnym chory powinien oddać mocz w ciągu pierwszych 6 – 8 godzin od momentu zakończenia operacji.

W przypadku braku moczu stosujemy zabiegi prowokacyjne a w razie konieczności na zlecenie lekarza zakładamy cewnik Foleya do pęcherza moczowego.

Obserwacji powinna także podlegać temperatura ciała chorego. Przy wychłodzeniu organizmu, wystąpieniu dreszczy i uczuciu zimna pacjenta okrywamy dodatkowym kocem, przetaczamy płyny infuzyjne o temperaturze ciała. W razie podwyższonej temperatury ciała niezwłocznie informujemy lekarza [33].

Ważnym problemem jest ból pooperacyjny. Do zadań pielęgniarki należy systematyczna podaż leków przeciwbólowych oraz szybkie reagowanie na objawy zgłaszane przez chorego. Pielęgniarka powinna rozpoznawać niewerbalne objawy bólu, które chory może demonstrować

i dolegliwości właściwie minimalizować. Należy pamiętać, że ból pooperacyjny trzeba umiejętnie i starannie kontrolować i leczyć tak, aby ograniczyć cierpienie lub nieprzyjemne doznania chorego oraz zapobiec niepożądanym ogólnoustrojowym skutkom bólu [36].

We wczesnym okresie pooperacyjnym pielęgniarka jest odpowiedzialna za przetaczanie i podawanie zleconych przez lekarza płynów infuzyjnych i leków.

Chorego po zabiegu operacyjnym jak najwcześniej uruchamiamy, aby zapobiec powikłaniom pooperacyjnym takim jak choroba zakrzepowo – zatorowa, zapalenie płuc. Wykonujemy ćwiczenia izometryczne, ćwiczenia czynne kończyn dolnych, zmieniamy pozycję w łóżku, wykonujemy ćwiczenia oddechowe. Następnego dnia po zabiegu podejmujemy próbę pionizacji [33].

Do zadań pielęgniarki należy dbanie o komfort pacjenta. Wczesny okres pooperacyjny powinien przebiegać w atmosferze ciszy i spokoju.

Pielęgniarska obserwacja chorego we wczesnym okresie pooperacyjnym powinna być ukierunkowana na niebezpieczeństwo wystąpienia głównych powikłań pooperacyjnych, takich jak: krwotok wewnętrzny i zewnętrzny, wstrząs, ostra niewydolność krążenia, zaburzenia rytmu serca, niewydolność oddechowa, ostra niewydolność nerek, wystąpienie zatoru płucnego i obrzęku płuc.

Ocena stanu chorego po zabiegu operacyjnym wymaga od pielęgniarki posiadania wiedzy z zakresu reakcji poszczególnych układów i narządów na zabieg operacyjny i zastosowane znieczulenie. Wymaga także umiejętności kontroli ważnych narządów i układów, rozpoznawania i zwalczania bólu oraz umiejętności kontroli cewników, drenów. Pielęgniarka powinna także umieć zaobserwować specyficzne problemy, jakie mogą pojawić się po zabiegu operacyjnym.

Model opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z kamicią pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych

Pacjent po zabiegu operacyjnym metodą tradycyjną.

1. Problem pielęgnacyjny: możliwość wystąpienia zaburzeń w układzie oddechowym z powodu bólu rany pooperacyjnej po zabiegu metodą tradycyjną, umiejscowionej w górnej części jamy brzusznej i utrudniającej prawidłowe oddychanie.

Cel opieki: zapobieganie wystąpieniu zaburzeń w oddychaniu, niwelowanie bólu.

Plan działania:

- ułożenie pacjenta w wygodnej, półwysokiej pozycji, ułatwiającej efektywne oddychanie,
- zapewnienie prawidłowego klimatu na sali,
- obserwacja i dokumentacja tętna, oddechu, temperatury oraz zabarwienia skóry (bładość, sinica),
- w razie wystąpienia duszności podanie tlenu na zlecenie lekarza,
- udział w postępowaniu farmakologicznym, podanie leków przeciwbólowych oraz obserwacja skuteczności ich działania,
- podjęcie działań podwyższających próg bólowy (np. ułożenie pacjenta w pozycji zmniejszającej napięcie mięśni, zapewnienie ciszy i spokoju),
- obserwacja charakteru i natężenia bólu oraz reakcji na wykonane zadania. Zachęcenie pacjenta do wykonywania ćwiczeń oddechowych po zastosowaniu środków przeciwbólowych. Nauczenie pacjenta skutecznego odkrztuszania zalegającej w drzewie oskrzelowym wydzieliny (np. ucisk rany przez opatrunek podczas kaszlu).
- współdziałanie w wykonywaniu inhalacji ze środkiem mukolitycznym oraz nacieranie i oklepywanie klatki piersiowej.

2. Problem pielęgnacyjny: ryzyko wystąpienia krwotoku z rany pooperacyjnej lub krwawienia do jamy brzusznej.

Cel opieki: wczesne wykrycie objawów i zmniejszenie ryzyka wystąpienia krwotoku z rany pooperacyjnej.

Plan działania:

- monitorowanie podstawowych parametrów życiowych: ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu, OCŻ, obserwacja diurezy oraz dokumentacja w karcie pooperacyjnej,
- obserwacja stanu opatrunku na ranie pooperacyjnej (suchy lub przesączony krwią treścią),
- obserwacja ilości i charakteru drenowanej treści oraz dokumentowanie w karcie bilansowej,
- kontrola wyników badań laboratoryjnych: morfologii, hematokrytu, czynników krzepnięcia krwi, czasu protrombinowego, wskaźnika protrombiny zgodnie ze zleceniem lekarza,
- współdziałanie w przetoczeniu preparatów krwiopochodnych na zlecenie lekarza oraz opieka nad pacjentem,

3. Problem pielęgnacyjny: możliwość wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno -elektrolitowej z powodu nadmiernej ilości drenowanej żółci oraz ograniczeń dietetycznych.

Cel opieki: zapobieganie zaburzeniom wodnym i elektrolitowym.

Plan działania:

- kontrola ilości żółci wydalanej na zewnątrz przez dren Kehra,
- sprawdzenie przeciekania żółci do opatrunku,
- prowadzenie bilansu wodno - elektrolitowego z uwzględnieniem strat wodno - elektrolitowych wraz z żółcią przez drenaż i opatrunek,
- uzupełnienie płynów infuzyjnych,
- kontrola poziomu elektrolitów w surowicy krwi i ich uzupełnienie w zależności od stwierdzonych wartości,
- zapewnienie prawidłowej diurezy przez kontrole ilości wydalonego moczu.

4. Problem pielęgnacyjny: możliwość wystąpienia żółtaczki pooperacyjnej z powodu utrudnionego odpływu żółci do dwunastnicy lub przez dren Kehra.

Cel opieki: zapobieganie powikłaniom przez wczesne wykrycie objawów utrudnionego odpływu żółci.

Plan działania:

- obserwacja zabarwienia skóry, twardówek gałek ocznych, moczu i stolca,
- kontrola poziomu bilirubiny w surowicy krwi na zlecenie lekarza,
- kontrola ilości wypływającej żółci oraz zapewnienie drożności drenu.

5. Problem pielęgnacyjny: ryzyko wystąpienia powikłań związanych z obecnością pozostawionych w jamie brzusznej drenów: infekcji rany, infekcji w miejscach założonych drenów, a także zapalenia otrzewnej z powodu nieskutecznego drenażu zewnętrznego i zalegania żółci.

Cel opieki: wczesne wykrycie objawów, zmniejszenie ryzyka powikłań.

Plan działania:

- obserwacja ilości drenowanej treści i jej wyglądu: zabarwienia (z drenu pozostawionego w okolicy łożyska pęcherzyka żółciowego odpływa wydzielina krwista, może być niewielka ilość żółci, natomiast T-dren założony do przewodu żółciowego wspólnego odprowadza średnią około 200 - 1000 ml treści na dobę),
- sprawdzanie drożności drenażu połączonego ze zbiornikami,
- wyjaśnienie pacjentowi działania drenażu oraz poinformowanie o zachowaniu ostrożności w celu niedopuszczenia do zagięcia, zaciśnięcia lub wypadnięcia drenów,
- ograniczenie do minimum manipulacji przy drenach np. przy wykonywaniu opatrunku,
- dokumentacja ilości wypływającej treści z drenów w karcie bilansowej,
- zapewnienie pielęgnacji skóry wokół drenów oraz zabezpieczenie jałowym opatrunkiem,
- współdziałanie w usunięciu drenu z łożyska pęcherzyka żółciowego w 1 - 2 dobie po operacji (w zależności od ilości wydzieliny), zabezpieczenie miejsca po usunięciu drenu jałowym opatrunkiem,

- podjęcie czynności przygotowawczych do usunięcia T-drenu zgodnie ze zleceniem lekarza:
- rozpoczęcie zamykania drenu (w zależności od wypływającej przez dren T żółci i samopoczucia pacjenta), np. w około 5 dobie po operacji na 2 godziny i kolejnych dobach na 4, 8, 16 i 24 godziny,
- obserwacja chorego w czasie zamknięcia drenu w kierunku dolegliwości w postaci rozpierania i bólu w prawym podżebrzu oraz nudności i wymiotów świadczących o utrudnionym odpływie żółci do dwunastnicy,
- w przypadku wystąpienia objawów niepokojących powiadomienie lekarza i otwarcie drenu w celu odpływu drenu na zewnątrz,
- po zamknięciu T-drenu na 24 godziny poinformowanie chorego o wykonaniu cholangiografii w celu sprawdzenia drożności przewodu żółciowego wspólnego,
- obserwacja pacjenta w kierunku występowania reakcji alergicznej oraz wydalaniu kontrastu przez T-dren przez około jedną godzinę po badaniu,
- asystowanie przy usunięciu drenu Kehra, zabezpieczenie miejsca po usuniętym drenie jałowym opatrunkiem,
- poinformowanie pacjenta o możliwości wypływu żółci z otworu po usuniętym drenie przez około 1 - 3 dni,
- zmiana w razie potrzeby opatrunku z zachowaniem zasad aseptyki,
- współdziałal w prowadzeniu profilaktyki antybiotykowej w okresie pooperacyjnym.

6. Problem pielęgnacyjny: brak apetytu z powodu ograniczeń dietetycznych oraz zaburzeń trawienia w wyniku niedostatecznej ilości żółci.

Cel opieki: poprawa łaknienia, zapewnienie prawidłowego odżywiania organizmu.

Plan działania:

- współdziałal w zastosowaniu diety płynnej w pierwszej dobie po operacji oraz stopniowe rozszerzanie w kolejnych dniach,
- obserwacja tolerancji stopniowego rozszerzania diety,
- przestrzeganie zasad higieny i estetyki w czasie spożywania posiłków.

7. Problem pielęgnacyjny: brak możliwości samodzielnej pielęgnacji z powodu ograniczonej aktywności ruchowej chorego.

Cel opieki: zapewnienie pacjentowi potrzeb biologicznych.

Plan działania:

- pomoc choremu w wykonywaniu czynności z zakresu samoobsługi,
- zachęcanie pacjenta do podejmowania aktywności ruchowej,
- podjęcia działań profilaktycznych zapobiegających powikłaniom skórny (odparzenia, odleżyny),
- współdziałal w usprawnianiu pacjenta w celu zapobiegania zaburzeniom układu oddechowego,
- współdziałal w profilaktyce zakrzepowej.

8. Problem pielęgnacyjny: niepokój pacjenta wynikający z niedostatecznej wiedzy na temat samopielęgnacji w warunkach domowych.

Cel opieki: zmniejszenie niepokoju pacjenta, przygotowanie do samodzielnej opieki.

Plan działania:

- zmotywowanie pacjenta do przestrzegania zaleceń dietetycznych,
- zalecenie pacjentowi oszczędnego trybu życia w bezpośrednim okresie po leczeniu szpitalnym,
- poinformowanie pacjenta o konieczności zgłoszenia się na wyznaczoną kontrolę [27].

Postępowanie leczniczo – pielęgnacyjne z pacjentem po zabiegu operacyjnym metodą laparoskopową

Opieka i nadzór nad pacjentem w bezpośrednim okresie po operacji rozpoczyna się z chwilą jego przyjęcia z sali wzbudzeń. Za najważniejsze kryteria przyjęcia chorego na oddział pooperacyjny przyjmuje się pełne wybudzenie pacjenta (pełna wydolność krążenia i oddychania oraz obecność odruchów obronnych) oraz nawiązanie kontaktu werbalnego.

W celu przeciwdziałania powikłaniom ze strony układu krążenia i oddychania prowadzimy pomiar podstawowych parametrów życiowych:

- tętna,
- ciśnienia tętniczego,
- oddechu.

Pomiary dokonujemy co 15 minut przez 1 godzinę, następnie co 30 minut przez 2 godziny, potem co godzinę i dokumentujemy w indywidualnej karcie obserwacyjnej.

Aby zapobiec nadmiernemu wychłodzeniu organizmu, okrywamy chorego dodatkowym kocem. Przetaczamy płyny infuzyjne o temperaturze pokojowej.

Bardzo ważna jest również obserwacja w kierunku wystąpienia ewentualnych powikłań związanych z zabiegiem.

Obserwacja rany pooperacyjnej, czystości opatrunku, obserwacja ilości i jakości treści, jaka wypływa z założonego drenu. Najczęściej po cholecysektomii laparoskopowej pacjent ma założony dren Redona. Nadmierny wyciek treści krwistej z drenu Redona może oznaczać brak prawidłowej hemostazy, a obecna w nim treść żółciowa – brak prawidłowego zaopatrzenia przewodu pęcherzykowego, uszkodzenie dróg żółciowych [36].

Zwracamy uwagę na oddanie moczu przez pacjenta. Chory powinien oddać mocz do 8 godzin po zabiegu, aby zapobiec zaburzeniom ze strony układu moczowego. Przypadku trudności stosujemy metody prowokacyjne a w razie konieczności na zlecenie lekarza zakładamy cewnik Foley'a do pęcherza moczowego.

Opieka pooperacyjna polega również na zapewnieniu pacjentowi bezpieczeństwa i uniknięciu przykrych doznań z powodu występujących na skutek ubocznego działania leków anestetycznych wymiotów oraz wytworzenia odmy śródbrzuszej przy technice laparoskopowej [27]. W celu złagodzenia tych dolegliwości podejmujemy takie działania jak:

- przekazujemy informacje na temat przyczyn tych dolegliwości,
- układamy chorego w pozycji półwysokiej z głową odchyloną na bok,
- zapewniamy miskę nerkową, ligninę, zachęcamy do przepłukania ust,
- obserwujemy ilość i treść wymiocin,
- podajemy środki farmakologiczne na zlecenie lekarza.

Ogromne znaczenie ma również profilaktyka powikłań ze strony układu oddechowego oraz zapobieganie powikłaniom zakrzepowo zatorowym przez wczesne uruchamianie chorych po zabiegu operacyjnym. Wczesna pionizacja odbywa się w 8 – 12 godzinie po operacji.

Odżywianie chorego rozpoczyna się w krótkim czasie po zabiegu operacyjnym. Po 6 godzinach pacjent otrzymuje płyny w dowolnej ilości, a po 8 – 10 godzinach sucharki, kleik, a następnie dietę lekkostrawną. Wczesne odżywianie chorego drogą doustną możliwe jest ze względu na krótkotrwałe porażenie perystaltyki jelit [38].

W pierwszej dobie po operacji pacjentowi usuwa się dren z łoża pooperacyjnej, a miejsce po usunięciu drenie zabezpieczamy jałowym opatrunkiem. W czasie zabiegu laparoskopowego wykonuje się 3 – 4 niewielkie nacięcia na skórze, które również zabezpieczamy opatrunkiem.

Stosowanie wymienionych działań leczniczo – pielęgnacyjnych pozwala na zmniejszenie powikłań pooperacyjnych i wypisanie chorego do domu w pierwszej dobie po operacji u około 95% pacjentów oraz w drugiej dobie u około 5% [27].

Pacjent przed wypisem do domu powinien otrzymać wskazówki dotyczące samoopieki.

Zalecenia dla chorego po zakończeniu leczenia szpitalnego

1. Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki przy zmianie opatrunków.
2. Obserwacja ewentualnego zakażenia rany pooperacyjnej (wzrost temperatury ciała, zaczerwienienie, obrzęk, ból rany, obecność wydzieliny) i natychmiastowe zgłoszenie się do lekarza.
3. Zachowanie równowagi pomiędzy aktywnością ruchową a odpoczynkiem.
4. Przestrzeganie zaleceń dietetycznych:
 - ograniczenie spożywania tłuszczu w zakresie ilościowym i jakościowym, głównie tłuszczów zwierzęcych,
 - we wczesnym okresie pooperacyjnym przeciwwskazane jest spożywanie tłustego mięsa, jaj, ostro przyprawionych potraw, alkoholu, napojów gazowanych i mocnej kawy. W miarę upływu czasu dietę można rozszerzać, jednak u kilku procent chorych nawet w dalszym okresie po zabiegu operacyjnym nie należy podawać niektórych składników pożywienia, gdyż ich podaż może powodować uczucie wzdęcia i bóle w jamie brzusznej.
 - spożywanie posiłków często, w małych ilościach, tak aby zapobiec zastojowi żółci w drogach żółciowych,
 - po uzgodnieniu z lekarzem zaleca się spożywanie wód zdrojowych, które ułatwiają odpływ żółci i wyrównują zaburzenia przemiany materii.
5. Pożądany jest niewielki wysiłek, który będzie pobudzał procesy przemiany materii i zapobiegał otyłości [36].
6. Zgłoszenie się na wyznaczoną wizytę kontrolną.

Wnioski

1. Kamica żółciowa stanowi najczęstszą, spośród chorób układu pokarmowego, przyczynę hospitalizacji.
2. Metodą z wyboru leczenia kamicy żółciowej jest operacyjne usunięcie pęcherzyka żółciowego.
3. Cholecystektomia laparoskopowa jest złotym standardem w leczeniu objawowej kamicy żółciowej, iż to zabieg bezpieczny, z mniejszą ilością powikłań i krótszym okresem hospitalizacji.
4. Rolą pielęgniarki w okresie okołoperacyjnym jest przygotowanie pacjenta pod względem psychicznym i fizycznym, aby bezpiecznie przeprowadzić zabieg operacyjny i zmniejszyć ryzyko powikłań pooperacyjnych.
5. Każdy chory wymaga indywidualnego procesu pielęgnowania podczas pobytu w oddziale chirurgicznym.

Literatura

1. Cameron J., L. - „Bezobjawowa kamica żółciowa”, Medycyna Praktyczna 1999;6: 109 - 114.
2. Góral R. - „Zewnątrzwartrobowe drogi żółciowe” w „Zarys chirurgii” red. Góral R. PZWL Warszawa 1992: 318.
3. Ćwik G., Walner G. i współpracownicy - „Cholecystektomia po 65 roku życia”, Pol. Przeg. Chir. 2001;8: 73 - 78.
4. Cameron J., L. - „Kamica przewodowa”, Medycyna praktyczna 1999;6: 123 - 136.
5. Głuszak S., Stanowski E., Herman L. - „Cholecystektomia laparoskopowa w Polsce wyniki i powikłania”, Pol. Przeg. Chir. 1995;4: 386 - 387.
6. Nowak A., Nowakowska - Duława E. - „Kamica żółciowa- rozpoznanie i leczenie”, Przewodnik Lekarza 2000;5: 52 - 58.

7. Gibiński K., Nowakowska - Duława E.- „Choroby układu dróg żółciowych” w „Choroby wątroby i dróg żółciowych” red. Brzozowski R., PZWL Warszawa 1998: 448 - 504.
8. Kozicki I., Bielecki K. „Chirurgia dróg żółciowych”, Medycyna Praktyczna 2006; 1: 43 - 56.
9. Leszczyszyn J., Massopust R. i współpracownicy - „Litotrypsja laserem barwnikowym w kamicy żółciowej przewodowej”, Pol. Przeg. Chir. 1994;4: 342 – 346.
10. Tuszewski M.- „Zewnątrzwątrobowe drogi żółciowe” w „Chirurgia” red. Fibak J., PZWL Warszawa 1996: 545 - 565.
11. Pawlak A., Pawłowska J., Tuszewski M.- „Przygotowanie do zabiegu operacyjnego. Postępowanie ogólne.” w „Chirurgia przewodu pokarmowego z elementami pielęgniarstwa” red. Tuszewski M., PZWL Warszawa 1999: 90 - 98.
12. Polakowski M., Lampe P. „Chirurgia dróg żółciowych”, Medycyna Praktyczna 2005;1:65-74.
13. Cameron J., L. - „Ostre i przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego”, Medycyna Praktyczna 1999;6: 114 - 123.
14. Dayton M., Tuszewski M.- „Powikłania pooperacyjne” w „Chirurgia przewodu pokarmowego z elementami pielęgniarstwa” red. Tuszewski M., PZWL Warszawa 1998: 181 - 188.
15. Sawicki M., Gil G. i współpracownicy - „Powikłania cholecystektomii laparoskopowej”, Fundacja Polski Przegląd Chirurgiczny 199;4: 102 - 106.
16. Szczeklik A. - „Choroby wewnętrzne tom I” Medycyna Praktyczna, Kraków 2005;1: 114 - 118.
17. Cameron J., L. - „Ostre zapalenie dróg żółciowych”, Medycyna Praktyczna 1999/7, str. 117 - 123.
18. Cameron J., L. - „Rak pęcherzyka żółciowego”, Medycyna Praktyczna 2000;2: 99 - 109.
19. Sośnik K., Sośnik H. - „Częstość występowania raka i pęcherzyka porcelanowego wśród 5410 chorych poddanych cholecystektomii”, Pol. Przeg. Chir. 2005;2: 451 - 459.
20. Cameron J., L., - „Żółtaczka mechaniczna - leczenie nieoperacyjne przy użyciu technik przezskórnych”, Medycyna Praktyczna 2000;2: 119-133.
21. Koszarawski T., Nowacki M. - „Nowotwory wątroby i dróg żółciowych” w „Choroby wątroby i dróg żółciowych” red. Brzozowski R., PZWL Warszawa 1998: 360 - 370.
22. Fibak J. - „Chirurgia trzustki” w „Chirurgia” red. Fibak J., PZWL Warszawa 1996: 572 - 582.
23. Olakowski M., Lampe P., - „Chirurgia trzustki”, Medycyna Praktyczna 2006;1: 21 - 35.
24. Puchalski Z. - „Chirurgia trzustki”, Medycyna Praktyczna 1999;8: 135 - 138.
25. Burchardt W. - „Cholecystektomia laparoskopowa” w „Chirurgia” red. Fibak J., PZWL Warszawa 1996: 568 - 569.
26. Seitz U., Bapaye A., - „Postępy w leczeniu endoskopowym kamicy przewodu żółciowego wspólnego”, Medycyna Praktyczna 1999;3: 41 - 55.
27. Ścisło L. - „Opieka nad pacjentem z wybranymi chorobami pęcherzyka żółciowego dróg żółciowych i wątroby” w „Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego” red. Walewska E., PZWL Warszawa 2006: 303 - 324.
28. Stanowski E., Paczyński A., Koziański T., Krupa J. - „Powikłania cholecystektomii laparoskopowej- wyniki ankiety z 17 krajowych ośrodków chirurgicznych - 10 lat obserwacji”, Pol. Przeg. Chir. 2002;8: 691 - 699.
29. Szczerbań J. - „Chirurgia dróg żółciowych i wątroby” w „Choroby wątroby i dróg żółciowych” red. Brzozowski R., PZWL Warszawa 1998: 374 - 394.
30. Cameron J., L., - „Endoskopowe leczenie żółtaczki mechanicznej”, Medycyna Praktyczna 2000;2: 134 - 143.
31. Fryc - Martyńska J. - „Przygotowanie do zabiegu operacyjnego. Aspekty psychologiczne” w „Chirurgia przewodu pokarmowego z elementami pielęgniarstwa” red. Tuszewski M., PZWL Warszawa 1998: 95 - 96.

32. Hydzik G. - „Praca pielęgniarki na oddziale chirurgicznym i w sali pooperacyjnej” w „Chirurgia dla pielęgniarów” red. Rowiński W. i Dziak A., PZWL Warszawa 1999: 24 - 44.
33. Walewska E. - „Okres okołoperacyjny” w „Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego” red. Walewska E., PZWL Warszawa 2006: 106 - 130.
34. Wołowicka L. - „Znieczulenie i leczenie bólu pooperacyjnego” w „Chirurgia” red. Fibak J., PZWL Warszawa 1996:58 - 69.
35. Muraczyńska B., Wachowicz M. - „Standard opieki pielęgniarskiej nad pacjentem przygotowywanym do zabiegu operacyjnego” w „Wybrane, szczegółowe standardy pielęgniarskiej opieki klinicznej” red. Adamczyk K., Turowski K., Katedra i Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Lublin 1996: 37 - 39.
36. Kapała W. - „Pielęgniarstwo w chirurgii” wyd. CZELEJ Lublin 2006: 157 -159.
37. Ścisło L. - „Opieka nad chorym na oddziałach „chirurgii jednego dnia” w „Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego” red. Walewska E., PZWL Warszawa 2006: 131 - 138.

SKRÓTY:

RR	CIŚNIENIE TĘTNICZE KRWI
HR	TĘTNO
EKG	ELEKTROKARDIOGRAM
OCŻ	OŚRODKOWE CIŚNIENIE ŻYLNIE
PŻW	PRZEWÓD ŻÓŁCIOWY WSPÓLNY
LCH	CHOLECYSTEKTOMIA LAPAROSKOPOWA
OZPŻ	OSTRE ZAPALENIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
PZPŻ	PRZEWLEKŁE ZAPALENIE PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO
OZT	OSTRE ZAPALENIE TRZUSTKI
ECPW	ENDOSKOPOWA CHOLECYSTOPANKREATOGRAFIA WSTECZNA
ESWL	LITOTRYPSJA FALAMI UDERZENIOWYMI GENEROWANYMI POZAUSTROJOWO

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego

Anna Florczyk – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Zbigniew Puchalski – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Streszczenie

Biorąc pod uwagę styl życia współczesnego człowieka, jego sposób odżywiania oraz częstotliwość zachorowań przedstawione przeze mnie oraz skala zagrożenia jaka wiąże się z krwawieniami z górnego odcinka przewodu pokarmowego pokazuje znaczenie pracy polegającej na opiece pielęgniarskiej.

Krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego to 80% wszystkich przypadków krwawień z przewodu pokarmowego, w większości przypadków zatrzymuje się spontanicznie. Śmiertelność ogólna w krwawieniu z górnego odcinka przewodu pokarmowego sięga 10%.

Zadaniem pielęgniarki jest współdziałanie w wykonywaniu badań oraz opieka nad pacjentem bez względu na stadium choroby. Obowiązki i zakres działania szczegółowo omówione w rozdziale trzecim podkreślają funkcję i znaczenie pracy pielęgniarskiej przy krwawieniach z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Wprowadzenie

Znaczenie ogromu zagrożenia oraz niebezpieczeństwa, jakie stanowią krwawienia sprawiają, iż zagadnienie to stanowi istotny element pracy pielęgniarskiej. W celu szczegółowego przedstawienia procesu opieki pielęgniarskiej nad pacjentem z krwawieniem z górnego odcinka przewodu pokarmowego wyjaśnione zostaną pojęcia zasadnicze dla całego toku rozumowania takie jak: krwawienie, przewód pokarmowy oraz opieka pielęgniarska.

Po określeniu definicji przedstawiony zostanie podział krwawień, który jest ważnym procesem. Moment zdiagnozowania krwawienia jest bardzo ważny, ponieważ w zależności od obfitości krwawienia oraz organu w jakim występuje szybkość reakcji może doprowadzić do zgonu lub ocalenia ludzkiego życia. Krwotok, czyli znaczne krwawienie może być bezpośrednią przyczyną śmierci pacjenta.

Omówione zostaną badania pomocne lub niezbędne w celu zdiagnozowania źródła krwawienia oraz sprawnego procesu leczenia pacjenta. Różnorodność badań dowodzi, iż jest to znaczący proces wymagający precyzyjnej diagnostyki i odpowiedniego postępowania.

Trzeci rozdział pracy poświęcony zostanie przybliżeniu specyfiki opieki pielęgniarskiej zależności od stopnia krwawienia.

SPECYFIKA OPIEKI PIELĘGNIARSKIEJ NAD PACJENTEM Z KRWAWIENIEM Z GOPP

POSTĘPOWANIE PODSTAWOWE W KRWAWIENIU Z GOPP

Każdy chory u którego stwierdzono krwotok z GOPP powinien pozostawać pod stałą opieką, zapewniającą ciągłą obserwację i monitorowanie czynności życiowych organizmu. Należy się liczyć z tym, że w czasie pobytu w szpitalu chory może nadal krwawić. Do podstawowych zadań należy uzupełnienie niedoborów krwi krążącej, aby jak najszybciej zmniejszyć objawy hipowolemii i upośledzonego przepływu tkankowego.

a) Etap I - czynności wstępne

1. Złożyć cewnik dożylny dużego kalibru. Pobrać krew w celu wykonania natychmiastowych badań: stężenie hemoglobiny, hematokryt, stężenie elektrolitów (sód, potas, chlorki), poziom mocznika w surowicy krwi, grupa krwi i próba krzyżowa. Jeżeli podejrzewa się możliwość zaburzeń hemostazy, to należy w tym samym czasie oznaczyć wskaźnik protrombinowy oraz liczbę krwinek płytkowych. Należy pamiętać, że w wielu przypadkach w następstwie hemokoncentracji pokrwotocznej stężenie hemoglobiny i wartość hematokrytu mogą być fałszywie duże (np. prawidłowe) i właściwą wielkość utraty krwi można ocenić dopiero po przetoczeniu płynów i wystąpieniu hemodylucji. Wyrównanie objętości krwi krążącej występuje dopiero po 4-8 godzinach. Morfologia powinna być monitorowana co 4-6 godz. (początkowo).

2. Ocenić utratę krwi

Klasyfikacja krwotoków (wg Towarzystwa Chirurgów Amerykańskich)

Klasa	Objawy kliniczne	% utraty objętości
I	Tachykardia	15
II	Hipotonia ortostatyczna	20-25
III	Hipotonia nieortostatyczna	30-40
IV	Zapaść sercowo-naczyniowa	<40

Klasa I może być klinicznie bezobjawowa lub powodować spoczynkową tachykardię, pojawiającą się w pozycji pionowej. Ortostatyczna tachykardia to wzrost częstości akcji serca o co najmniej 20 skurczów/min przy zmianie pozycji ciała z poziomej na pionową. Utrata takiej objętości krwi jest szybko wyrównywana przez odruchowe pobudzenie układu adrenergicznego powodujące skurcz naczyń skóry, krezki, mięśni oraz przyspieszenie czynności serca. Jeśli to pobudzenie jest niewystarczające występuje zwiększone wydzielanie hormonu antydiuretycznego, aldosteronu oraz zwiększona aktywacja układu renina-angiotensyna-aldosteron.

Klasa II. Głównym objawem jest ortostatyczny spadek skurczowego ciśnienia krwi o co najmniej 15 mmHg. Ciśnienie w pozycji leżącej jest zwykle nie zmienione, czasem może być nieco obniżone. Diureza jest zachowana. Występuje natomiast wyraźne zmniejszenie objętości wyrzutowej serca. Na skutek skurczu naczyń trzewnych i skórnych utrzymuje się na normalnym poziomie przepływ krwi w wątrobie, naczyniach wieńcowych i mózgu, natomiast zmniejsza się on w tej fazie w nerkach. Występuje przechodzenie płynu z tkanek do krwi charakteryzujące się zmniejszeniem hematokrytu. W tym stadium wstrząsu występuje maksymalne pobudzenie układu adrenergicznego z tachykardią, przyspieszeniem oddechu, silnym skurczem naczyń skórnych. Kończyny są blade i zimne. Występuje oliguria, lęk, niepokój, a u chorych z chorobą niedokrwinną serca objawy duszniczy bolesnej. W osoczu zwiększa się zawartość mleczanów, pojawia się więc kwasica metaboliczna. Przyspieszenie oddechu wywołuje zasadowicę oddechową.

Klasa III. Stwierdza się niedociśnienie w pozycji leżącej oraz oligurię poniżej 400 ml/24 godz. Pobudzenie układu adrenergicznego przestaje spełniać swą funkcję wyrównawczą. Występuje gwałtowne zmniejszenie objętości wyrzutowej serca, ciśnienia krwi i przepływu krwi przez tkanki, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej i kwasowo-zasadowej.

Klasa IV jest sytuacją zagrożenia życia. W tym stanie intensywne leczenie mające na celu odwrócenie wstrząsu okazuje się już nieskuteczne, może wystąpić zespół rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego (DIC).

3. Skrzyżować 2000 ml krwi pełnej lub 1200 ml masy czerwonekrwinkowej (przyjmuje się, że należy skrzyżować tyle krwi, ile chory utracił plus 6 jednostek). Przetaczać należy w pierwszy rzędzie masę erytrocytarną i płyny wieloelektrolitowe, pełną krew rezerwując do uzupełnienia czynników osoczowych lub bardzo masywnych ubytków krwi.

4. Rozpocząć przetaczanie płynów wg. schematu:

Deficyt objętości = % utraty krwi x normalna objętość krwi
 Normalna objętość krwi u mężczyzn wynosi 70 ml/kg m.c. (3,2 l/m²), u kobiet 60 ml/ kg m.c. (2,9 l/m²) U osób otyłych należy odjąć 10% aktualnej masy ciała.

klasa	uzupełnienie
I	20%
II	20%
III	30%
IV	50%

5. Należy pamiętać, że u niektórych pacjentów np. z cukrzycą dochodzi do nadmiernej reakcji na hypowolemię, co może prowadzić do przesadnej oceny o zbyt dużej utracie krwi. Przy utracie mniej niż 20% objętości krwi uzupełnianie krwią nie jest konieczne za wyjątkiem określonych przypadków np. duszniczy bolesnej.

Zasady przetaczania płynów:

krew pełna = 1x deficyt objętości
 koloidy = 1x deficyt objętości
 krystaloidy = 3x deficyt objętości *

* ponieważ tylko 20-30% przetoczonych krystaloidów utrzymuje się w przestrzeni naczyniowej.

6. Założyć cewnik do pęcherza i rozpocząć mierzenie objętości wydalanego moczu - początkowo co 10-30 min, potem co godzina (diureza godzinowa).

Postępowanie w zależności od wielkości utraty krwi

1. Chorem we wstrząsie hypowolemicznym (ciśnienie skurczowe poniżej 90 mmHg, centralizacja krążenia) należy podać tlen i podłączyć monitor ekg. W razie potrzeby zaintubować chorego i rozpocząć oddech wspomagany lub kontrolowany. Ponadto trzeba przygotować co najmniej dwa zestawy do wlewu, szybko przetoczyć płyny koloidowe, do uzyskania ciśnienia skurczowego 100 mmHg a natychmiast po otrzymaniu krwi rozpocząć jej przetaczanie przez drugi venflon. Na każde 2000ml krwi przetaczać 400-600 ml świeżo mrożonego osocza. Utrzymać Ht w granicach 30%. Jeżeli pomimo przetoczenia 1000 ml koloidów ciśnienie skurczowe utrzymuje się poniżej 90mmHg podać krew zgodną grupowo bez próby krzyżowej zachowując próbkę przetoczonych krwi do badania retrospektywnego. Można to uczynić tylko w wyjątkowo dramatycznych sytuacjach, kiedy ocenia się, że chory zginie, jeżeli nie otrzyma krwi. Po ustabilizowaniu ciśnienia krwi należy założyć cewnik do pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego i uregulować szybkość wlewu tak, aby utrzymać wartość OCŻ w granicach 5 cm H₂O.
2. Chorem bez wstrząsu przy znacznej utracie krwi (krótkotrwała utrata przytomności towarzysząca krwotokowi, utrzymujący się częstoskurcz > 100/min, chłodne kończyny, ortostatyczny spadek ciśnienia tętniczego większy niż 20 mmHg) rozpocząć podawanie płynów koloidowych i przetoczyć krew, gdy tylko będzie dostępna. Początkowo przetaczać

Dextran 70 (nie więcej niż 1,5 ml/ kg/24godz), później roztwór 0,9% NaCl, następnie ograniczoną krew w stosunku 1:2 w porównaniu do przetoczonych płynów. Chorym powyżej 60 r.ż. lub z podejrzeniem krwawienia z żyłaków przełyku założyć cewnik do OCŻ. Jeżeli nie ma objawów hypowolemii przepłukiwać cewnik dożylny heparyną lub rozpocząć powolny wlew kroplowy 0,9% NaCl w celu utrzymania drożności.

Rodzaje płynów do przetoczeń

Mimo, że krew jest w krwotoku najlepszym płynem, trzeba rozpocząć przetaczanie od innych płynów ze względu na konieczność oczekiwania na wynik próby krzyżowej oraz udowodniony fakt, że najlepsze warunki przenoszenia tlenu ma krew rozcieńczona do wartości hematokrytu 32%-33%. W początkowym okresie leczenia należy przetaczać krystaloidy; najczęściej stosuje się płyn Ringera oraz izotoniczny roztwór chlorku sodowego lub koloidy: osocze lub Dekstrany 40 lub 70 tys. Nadal pozostaje niewyjaśnione pytanie, czy bardziej wskazane jest podawanie we wstrząsie hypowolemicznym roztworów soli, czy też roztworów koloidowych. Obecnie przeważa pogląd, że w początkowym okresie wstrząsu należy stosować najpierw płyny koloidowe (po pobraniu krwi na próby krzyżowe). W okresie rozwiniętego wstrząsu, gdy występują duże zmiany destrukcyjne w śródbłonku naczyń i zwiększenie ich przepuszczalności, nie powinno się stosować roztworów koloidowych z obawy przed ich ucieczką do tkanek i następowym nasileniem obrzęków śródmiąższowych. Jest to szczególnie groźne w odniesieniu do płuc z uwagi na niebezpieczeństwo rozwoju zespołu ARDS. Nie wolno w ciągu pierwszej doby przetoczyć więcej niż 15 ml Dekstranu/kg m.c., gdyż jego zbyt duże objętości mogą doprowadzić do zaburzeń w układzie hemostazy. Przetoczenie 7,5-10% NaCl w objętości 150-300 ml lub wstrzyknięcie Naloksanu w dawce 0,6-0,8 mg może na pewien okres do chwili skrzyżowania krwi polepszyć wartości hemodynamiczne. Poza dekstranem do koloidów osoczozastępczych należą: roztwory żelatyny, skrobia hydroksyetylowana (HAES, Hespan), hemoglobina pozbawiona zrzebu komórkowego i fluorokarbony. Te dwa ostatnie mogą przenosić tlen i są płynami krwiozastępczymi (ważne dla wyznawców Jehowy). Poza HAES wszystkie płyny są w fazie badań klinicznych i nie są dostępne. Osocze pochodne roztwory koloidów tj. 5% i 20% albumina oraz osocze mrożone są również zalecane w przypadku uzupełniania objętości krwi. Krystaloidy można przetaczać dość bezpiecznie nawet w objętościach 3-4 razy większych od tych, które według naszej oceny chory stracił (pod kontrolą diurezy godzinowej i OCŻ). Ponieważ płyny używane w Polsce nie są buforowane octanami lub mleczanami celowe jest przetoczenie chorym (niezależnie od leczenia kwasicy metabolicznej) 20 mmol NaHCO₃ na każde 1000 ml płynów elektrolitowych.

W czasie szybkiego przetaczania dużych objętości krwi i płynów należy brać pod uwagę możliwość przeciążenia nimi krążenia płucnego i wystąpienia obrzęku płuc. Podstawowe objawy kliniczne (poza pomiarami OCŻ i objętości wydalanego moczu) to znaczne wypełnienie żył szyjnych oraz stwierdzenie rzeżeń i trzeszczeń podczas osłuchiwania płuc. Należy wówczas natychmiast wstrzyknąć choremu Furosemid i.v. 40 mg oraz Digoxynę w zależności od potrzeb.

b) Etap II - leki

Leczenie przeciwkrwotoczne.

1. Witaminy K. Są niezbędne do biosyntezy przez enzymy mikrosomalne wątroby czynników krzepnięcia II, VII, IX i X.
 - Fitomenadion (vit.K1, Kanavit) działa najszybciej, najsilniej i najdłużej. Początek działania w ciągu 4-6 h, szczyt w ciągu doby. Dawki: powoli dożylnie lub domięśniowo 10-40 mg.
 - Menadion (vit. K3, Vitaminum K) jest rozpuszczalny w wodzie, ale bardziej toksyczny od poprzedniego. Dawki: domięśniowo 1-2 mg. Nie stosuje się u chorych z uszkodzoną wątrobą i przetokami żółciowymi.

- Menadiol (vit.K4, Synkavit) działa jak Menadion. Dawkowanie: 5-10 mg co 8 h domięśniowo lub dożylnie.
- 2. Leki przeciwfibrinolityczne. Hamują działanie aktywatorów plazminogenu i w mniejszym stopniu plazminy, zmniejszając zużycie fibrynogenu, fibryny oraz rozpad innych czynników krzepnięcia. Są przeciwwskazane u chorych z zespołem DIC, ponieważ powodują u nich powstawanie zakrzepów.
- Kwas epsilonaminokapronowy (Epsikapron, Exacyl) w powolnym wlewie dożylnym 4,0 do 5,0 g w 250 ml 0,9 % NaCl lub w roztworze Ringera, następnie 1,0 g co 1 h lub 4,0-5,0 g co 4 h nie przekraczając dawki 30,0 g / 24 h. U chorych z oligurią lub chorobą nerek stosuje się 1/4 wymienionych dawek.
- Kwas traneksamowy (Cyklokapron) działa podobnie jak Epsikapron, ale jest od niego mniej toksyczny. Dawki przeciętne to dożylnie lub domięśniowo 0,5-1,5 g / 24 h.
- Świeżo mrożone osocze (tzw. antyhemofilowe) w dawce 10-15 ml / kg m.c. co 12-24 h w celu wyrównania niedoboru czynników krzepnięcia.
- Krioprecypitaty (liofilizowane, mrożone lub krioglobuliny) zawierające globulinę antyhemofilową A i fibrynogen.
- Koncentraty płytkowe, gdy konieczny jest zabieg chirurgiczny lub diagnostyczny a liczba płytek krwi jest mniejsza od 50 tys. / mm³.
- Pomocniczo stosuje się sterydy nadnerczowe, najlepiej Encorton w dawce 0,5-1 mg / kg redukując po 2-3 dniach dawkę początkową pod kontrolą liczby płytek w przypadku małopłytkowości.
- Zwyczajowo podaje się preparaty wapnia dożylnie, przeciętnie jednorazową dawkę 10 ml 10 % r-ru Calcium chloratum lub Calcium gluconicum.
- Etamsylat (Cyklonamina) zmniejsza przepuszczalność i łamliwość drobnych naczyń krwionośnych. Dawkowanie przeciętnie początkowo 0,75-1,0 g, a następnie 0,5 g co 4-6 h.
- Vit.C dożylnie do 1,0 g / 24 h w 2-4 dawkach podzielonych również ma zwiększać wytrzymałość drobnych naczyń i zmniejszać ich przepuszczalność.
- 3. Miejscowo przeciwkrwotocznie stosowana jest Gastrotrombina podawana doustnie lub we wlewkach doodbytniczych w dawce 10 000 j.m. rozpuszczonych w 100-150 ml ciepłej wody porcjami co kilka godzin.

Inne leki

1. Niedobór zasad większy niż 8 mmol/l lub pH krwi < 7,3
 - a. Wodorowęglan sodowy 8,4% w objętości 25 - 50 ml/godz pod kontrolą parametrów równowagi kwasowo-zasadowej. Należy pamiętać, że czynności serca we wstrząsie bardziej uszkadza zasadowica, niż kwasica dlatego też absolutnie nie można dopuścić do przedawkowania NaHCO₃, może on bowiem wywołać paradoksalnie kwasicę oddechową, prowadzącą do arytmii sercowych i uszkodzeń mózgu.
 - b. Trometamol (THAM, Trisaminol) jest buforem organicznym bezpieczniejszym w zwalczaniu kwasicy w przebiegu wstrząsu niż wodorowęglan sodowy. Stosuje się go we wlewie kroplowym, rozpuszczając 20 mg leku w 1l wody podwójnie destylowanej do wstrzykiwań dożylnych i podając przeciętnie z prędkością 6ml/min.
2. Chlorek wapnia dożylnie 10 ml 10% roztworu na każde 2500 ml przetoczanej krwi
3. Przy OCŻ powyżej 6 cm H₂O a wydalanie moczu ponad 35 ml/h stosujemy Mannitol w powolnym wlewie kroplowym (podanie Furosemidu może spowodować zbyt gwałtowne odwodnienie i nasilić hypowolemię)
4. Chory w podeszłym wieku lub choroby serca w wywiadzie wymagają naparstnicowania (nie wolno stosować leków obkurczających naczynia tj. amin katecholowych). Szybkie wysycanie osiąga się przez podanie 1mg digoksyny/m² powierzchni ciała na 24 godz. Leki

- z tej grupy zmniejszają prawdopodobieństwo wystąpienia obrzęku płuc we wstrząsie wymagającym intensywnych przetoczeń.
5. Prężność tlenu poniżej 70 mmHg mimo tlenoterapii jest wskazaniem do zastosowania oddechu wspomaganego lub kontrolowanego
 6. Stężenie glukozy we krwi > 200 mg% korygujemy insuliną
 7. Stężenie potasu we krwi poniżej 3 mmol/l jest wskazaniem do podania dożylnie KCl (przy masywnych przetoczeniach krwi lub zmniejszonym wydalaniu godzinowym moczu stosować bardzo ostrożnie)
 8. W razie utrzymującego się dużego spadku ciśnienia krwi, mimo leczenia płynami, podaje się leki kurczące naczynia krwionośne, przy wskazaniach wynikających z pomiarów hemodynamicznych razem z lekami rozszerzającymi naczynia krwionośne:
 - a. Lekiem kurczącym naczynia krwionośne mającym pierwszorzędne znaczenie we wstrząsie krwotocznym jest Dopamina podawana w powolnych wlewach dożylnych. W dawkach 1-5 mg/kg m. c./min zwiększa przepływ w naczyniach nerkowych i krezkowych pobudzając swoiście ich receptory dopaminergiczne znosząc oligurię i anurię. W dawkach 5-10 mg/kg m. c./min silnie pobudza ponadto receptory β_1 -adrenergiczne serca zwiększając jego kurczliwość, objętość wyrzutową i częstość skurczów. Większe dawki działają głównie pobudzająco na receptory α -adrenergiczne, a więc silnie kurczą naczynia, podnoszą ciśnienie krwi, ale jednocześnie zmniejszają perfuzję tkanek. Dopamina jest wskazana we wstrząsie powikłanym niewydolnością nerek oraz w stanach wstrząsu nie wymagającego energicznego zwiększania ciśnienia krwi.
 - b. Leki rozszerzające naczynia krwionośne stosuje się zawsze jednocześnie z Dopaminą w celu uzyskania jak największego wzrostu objętości wyrzutowej serca nie dopuszczając do znacznego zmniejszenia ciśnienia krwi. Ma to miejsce gdy wstrząsowi towarzyszy ciężka niewydolność serca, a rozszerzenie naczyń zmniejszając opory obwodowe zwiększa wyrzut sercowy i zmniejsza obciążenie wstępne serca. Powoduje to znaczny spadek zużycia tlenu przez mięsień sercowy. Stosuje się Nitroglicerynę w pompie infuzyjnej z szybkością 5mg/min, zwiększając ją o dalsze 5mg/min zależnie od wielkości ciśnienia żylnego.

c) Etap III - dalsze postępowanie

Brak poprawy w stanie chorego mimo zastosowanego leczenia zachowawczego uzasadnia wkroczenie operacyjne (po wykluczeniu skazy krwotocznej).

PIELĘGNOWANIE PACJENTA Z KRWAWIENIEM Z PRZEWODU POKARMOWEGO PO ZABIEGU OPERACYJNYM

Proces pielęgowania pacjenta z krwawieniem z przewodu pokarmowego po zabiegu operacyjnym na przelyk

Problemy pielęgnacyjne	Przyczyna problemu	Cel opieki pielęgnarskiej	Zadania
1	2	3	4
1. ułożenie chorego	1. drożność dróg oddechowych 2. możliwość zachłyśnięcia się 3. świeża rana pooperacyjna 4. ból 5. zniesiony odruch połykania- środki znieczulające 6. rozległe cięcie klatki piersiowej	1. zapewnienie wygody i bezpieczeństwa 2. zmniejszenie bólu 3. udrożnienie dróg oddechowych, rozprężenie płuc 4. umożliwienie odksztuszenia zalegającej wydzieliny 5. samoistne spływanie treści żołądkowej do części najniższych podbrzusza 6. zapobieganie aspiracji treści żołądkowej do płuc	1. do momentu wybudzenia pozycja bezpieczna- 2. po wybudzeniu pozycja półwysoka bez zbyteznego ucisku na przeponę 3. założono sondę - zmiana pozycji - zastosowanie udogodnienia
2. ból pooperacyjny	1. świeża rozległa rana 2. założona sonda 3. utrudnione połykanie i oddychanie 4. porażona perystaltyka jelit 5. wzdęty bolesny brzuch, brak gazów 6. nudności, wymioty	1. likwidacja lub zmniejszenie bólu 2. umożliwienie poruszania się 3. pełne rozprężenie płuc 4. uniknięcie wstrząsu pourazowego 5. umożliwienie wczesnego uruchomienia 6. przywrócenie perystaltyki jelit 7. nieprzedawkowanie leków	1. środki p/bólowe 2. środki uspakajające 3. obserwacja reakcji pacjenta na podawane leki 4. gimnastyka usprawniająca 5. założenie suchej rurki 6. założenie sondy 7. obserwacja organizmu na podany lek
3. suchość w jamie ustnej	1. odwodnienie organizmu- krwotok przed zabiegiem 2. utrata płynów tkankowych przy zabiegu 3. niemożność podania płynów drogą doustną- świeża rana przełyku	1. nawodnienie chorego 2. niedopuszczenie do zakażenia 3. niedopuszczenie do porażenia perystaltyki jelit- nadmiar płynu w układzie pokarmowym	1. ostrożne zwilżanie ust 2. toaleta jamy ustnej 3. dożylnie przetaczanie płynów 4. dbanie o drożność założonego venfolnu 5. prowadzenie karty bilansu wodnego
4. rana pooperacyjna	1. może dotyczyć tylko światła przełyku - brak cięcia zewnętrznego (endoskopia) -	1. wczesne wykrycie krwawienia wewnętrznego i zewnętrznego 2. sprawdzenie i pomiar	1. obserwacja opatrunku 2. obserwacja powłok skórnych i stanu świadomości

	<p>cięcie chirurgiczne kilku warstw tkanek 2.możliwość krwotoku 3.proces gojenia się rany (rychłozrost, zropienie rany) 4.możliwość powstania przetoki 5.niedostateczne zamknięcie światła naczynia 6.możliwość założenia zgłębnika 7.założone drenaże ssące 8.rozległość rany</p>	<p>ilości i jakości wydalanej treści 3.niedopuszczenie do procesu zapalnego 4.niedopuszczenie do wytworzenia się przetoki 5.niedopuszczenie do cofania się treści żołądkowej do przełyku 6.niedopuszczenie do zakażenia otrzewnej 7.zapobieganie wzrostom 8.nie pomylić drenów</p>	<p>3.kontrola tętna, RR, oddechu, i temp. 4.bilans treści odciągniętej z żołądka 5.zmiana opatrunku 6.utrzymanie drożności sądy - zwrócić uwagę na ucisk na bł. śluzową przełyku i żołądka 7.kontrola stolca, badanie na krew utajoną 8.wczesne uruchomienie</p>
5. powikłania zabiegu endoskopowego	<p>1.przebiecie przełyku 2.krwawienia-niedostatecznie zabezpieczone żyły 3.zaburzenia rytmu serca 4.zawał serca lub zatrzymanie czynności serca 5.brak powrotu odruchu połykania-podrażnienie nerwów środkami znieczulającymi 6.utrudniony oddech-założony endoskop 7.oparzenie przełyku-koagulacja</p>	<p>1.dokładne przygotowanie pacjenta do zabiegu 2.zapewnienie bezpieczeństwa podczas zabiegu i po zabiegu 3.psychiczne przygotowanie pacjenta do zabiegu 4.zapewnienie wypoczynku po zabiegu 5.znajomość zasad, przeciwwskazań, niebezpieczeństw przy zabiegach endoskopowych</p>	<p>1.kontrola parametrów RR, tętna, oddechu, temp. 2.obserwacja powłok skórnych 3.zgłaszane skargi pacjenta-wnikliwa analiza 4.sprawdzenie powrotu odruchu połykania 5.obserwacja kierunku zawału, zaburzeń rytmu serca 6.przebiecie przełyku-narastająca duszność, ugniatający ból w nadbrzuszu, oznaki zapalenia otrzewnej 7.kontrola odkształconej treści, nudności, wzdęcia brzucha 8.ponowne założenie zgłębnika</p>
6. możliwość wystąpienia skazy fibrynolitycznej	<p>1.długotrwałe krwawienie 2.zaburzenie czynników krzepnięcia- czas krzepnięcia, czas protrombinowy, poziom czynników V, VI, poziom fibrynogenu, czas fibrynolizy 3.marskość wątroby 4.utrudnione tamowanie krwawienia 5.pogłębiający się wstrząs pokrwotoczny</p>	<p>1.dbanie o bezpieczeństwo chorego 2.zapobieganie następstwom wstrząsu pokrwotocznego 3.dokładne pobieranie badań 4.dobra współpraca z lekarzem 5.zapewnienie swobodnej wymiany tlenowej 6.zapewnienie prawidłowej diurezy 7.ochrona chorego przed dodatkowymi urazami-</p>	<p>1.kontrola parametrów RR, tętno, oddech, świadomość, zabarwienie powłok skórnych 2.obserwacja rany, ilości i jakości wydzielanej treści-prowadzenie kontrolek parametrów 3.utrzymanie drożności naczyń-utrzymanie wkucia dożylnego, zachowanie</p>

		wynacznienie krwi (siniaki) 8.badanie krwi	kolejności i szybkości przetaczanych płynów 4.krwi do badań nie można pobierać z rany wkucia dożylnego 5.założenie cewnika Foleya- higiena krocza, utrzymanie drożności cewnika 6.prowadzenie bilansu wodnego
7. założenie drenażu	1.operacja w obrębie klatki piersiowej lub/ i jamy brzusznej 2.drenaż typu Redona 3.drenaż ssący- próżniowy 4. możliwość powstania przetok przy marskości wątroby	1.zapewnienie bezpieczeństwa 2.zapobieganie zakażeniu 3.utrzymanie drożności i szczelności drenażu 4.uniknięcie zapalenia otrzewnej 5.umożliwienie drożności dróg oddechowych 6.umożliwienie jak najwcześniej rehabilitacji pacjenta 7.unikanie zap. płuc 8.nie pomylić drenów- dokładne oznakowanie 9.zapewnienie stabilności drenów	1.kontrola parametrów RR, tętno, oddech, temp. 2.zachowanie się pacjenta, stan świadomości 3.kontrola ilości i jakości wydzieliny wydalającej się z drenów 4.prowadzenie dokładnych zapisów w kartach kontroli 5.obserwacja miejsca założonego drenu 6.sprawdzanie szczelności próżni w butlach 7.prowadzenie intensywnej pielęgnacji pacjenta z zastosowanym drenażem
8. założony zgłębnik do przewodu pokarmowego	1.usytuowanie zgłębnika w ustalonym miejscu 2.możliwość wypadnięcia zgłębnika 3.możliwość porażenia perystaltyki jelit 4.pozytywny wynik zabiegów 5.możliwość rozejścia się szwów wewnętrznych i zewnętrznych 6.stabilność zespolenia 7.zachwiana równowaga kwasowo-zasadowa- zbyt duża utrata elektrolitów poprzez odsysaną treść, wymioty (podaż elektrolitów we wlewie dożylnym)	1.odbarczenie przewodu pokarmowego z zalegającej treści 2.niedopuszczenie do zachwiania równowagi kwasowo-zasadowej 3.prześpieszenie gojenia się rany 4.niedopuszczenie do powstania przetok 5.niedopuszczenie do wysunięcia się lub przesunięcia zgłębnika 6.prawidłowe odżywienie pacjenta 7.niedopuszczenie do mechanicznej niedrożności jelit 8.przed rozpoczęciem karmienia przez sondę: RTG przewodu	1.usytuowanie zgłębnika poniżej linii miejsca zabiegu 2.dokładne umocowanie zgłębnika, zaznaczenie granicy- głębokości założenia 3.dbanie aby zgłębnik nie został usunięty mechanicznie przez chorego lub personel 4.systematyczne odsysanie zalegającej treści 5.kontrola ilości, jakości, PH odsysanej treści 6.dokładne prowadzenie kontroli- bilans =,0", podaż płynów

		<p>pokarmowego po podaniu roztworu uropoliny lub bardzo rzadkiej papki barytowej- zrost rany. Karmimy przy zachowanej perystaltyce jelit 9.sondę usuwa się gdy wróci całkowita perystaltyka jelit</p>	<p>doustnie = ilości odessania 7.dbanie, aby zgłębnik był drożny 8.odessanie papki barytowej 9.karmienie rozpocząć na zlecenie lekarza 10.płukanie sądy po karmieniu, zamykanie aby nie cofnął się pokarm 11.zwrócić uwagę na perystaltykę jelit- odchodzenie gazów, wzdęty twardy brzuch, nudności, wymioty, czkawka</p>
9. brak tlenu w organizmie	<p>1.zmiany morfologiczne krwi- krwotok przed zabiegiem 2.zwolniony, spłycony oddech na skutek narkozy, zwiotczenie mięśni 3.płytkie oddechy, unieruchomienie- świeża rana, założona sonda lub drenaż 4.trudności w odksztuszaniu 5.zmiany zapalne w układzie oddechowym</p>	<p>1.zwiększenie wentylacji płuc, lepsze rozprężenie, dotlenienie 2.pogłębienie oddechu 3.szybkie uruchomienie 4.niedopuszczenie do zapalenia płuc 5.nauka oddychania z założonymi drenażami i zgłębnikiem</p>	<p>1.podanie tlenu 2.gimnastyka oddechowa 3.ucisk rany 4.gimnastyka usprawniająca 5.pomoc przy kaszlu 6.drenaż ułożeniowy 7.częsta zmiana pozycji 8.leczenie farmakologiczne 9.zachęcać do odksztuszania 10.wczesne uruchomienie</p>

Wnioski

Praca pielęgniarska to bardzo trudny i ważny element w pracy w szpitalu przy krwawieniach z górnego odcinka przewodu pokarmowego zasadniczym zadaniem pielęgniarki jest zapewnienie bezpieczeństwa oraz wygody poszczególnym pacjentom. Po przez skrupulatność oraz systematyczność w doглядaniu pacjentów pielęgniarki winne nieść ukojenie w bólu. Dzięki dobrej współpracy z lekarzem pielęgniarka jest w stanie przygotować pacjenta do niezbędnych zabiegów również na płaszczyźnie psychicznej. To właśnie ona w sposób pośredni ma być gwarantem bezpieczeństwa podczas zabiegu.

Po skończonym zabiegu podstawowym zadaniem pracy pielęgniarskiej jest zapewnienie wypoczynku pacjentowi dzięki znajomości zasad, przeciwwskazań, oraz niebezpieczeństw jakie mogą grozić pacjentowi. Pielęgniarka powinna asystować oraz umożliwiać poruszanie się pacjenta po zabiegu

Literatura

1. Brykczyński M., Listewicz M., Kowalik B., Butkiewicz J., Żyłuk A., Prowans P.: Krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego u chorych po operacjach serca w krążeniu pozaustrojowym. Pol. Przeg Chir 1996; 68:331-336.
2. Dobosz M., Babicki A., Marczewski R., Wajda Z.: Endoskopowe tamowanie krwawień z wrzodu trawiennego żołądka lub dwunastnicy metodą iniekcyjną. Pol. Przeg. Chir., 1997, 69, 235.
3. Drews M.: Postępowanie w krwotoku z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Pol. Przeg. Chir., Komentarz, 1996, 68, 874.
4. Gibiński K., Nowak A.: Endoskopia układu pokarmowego. PZWL Warszawa, 1991, 74.
5. Horyński M., „Krwawienia z przewodu pokarmowego” <http://www.resmedica.pl/zdart4992.html> data 15.07.2006
6. Karwowski A.: Postępowanie w krwotoku z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Pol. Przeg. Chir., 1996, 68, 865.
7. Kita L., Jędrzejczyk W.: Wewnętrzne samoistne przetoki żółciowe. Pol. Przeg. Chir., 1977, 49, 579.
8. Laine I., Peterson W.L.: Bleeding peptic ulcer. N. Engl. J. Med., 1994, 33, 717.
9. Popiela T.: Postępowanie w krwotoku z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Pol. Przeg. Chir., Komentarz, 1996, 68, 881.
10. Silverstein F.E., Tytgat G.N.J.: Endoskopia przewodu pokarmowego. Med. Prakt., Kraków 1998, 122.
11. Sito, E., Udział zespołu terapeutycznego (lekarz, pielęgniarka, pacjent) w przygotowaniu i opiece w trakcie i po badaniu endoskopowym <http://www.su.krakow.pl/hm/gazetka/25/4.htm> data 18.07.2006
12. Nowa Encyklopedia PWE, 1997 str. 573, 861, 248
13. Sobol 1997, str. 743
14. Mała Encyklopedia Zdrowia 1998, str. 42
15. Mały Słownik Języka Polskiego 1993, str. 743, 589, 617
16. Jan Nielubowicz „Ostre schorzenia jamy brzusznej” rozdział 7 wyd. PZWL 1988 str.191, 194, 201

SKRÓTY :

1. **GOPP** – Górny odcinek przewodu pokarmowego
2. **DOPP** – Dolny odcinek przewodu pokarmowego
3. **OCŻ** – Ośrodkowe ciśnienie żyłne
4. **RR** – Ciśnienie tętnicze krwi
5. **ŻC** - Krew żywoczerwona,
6. **F** – „fusy kawy”

Przygotowanie pacjenta do przeszczepu narządu – rola pielęgniarki

Magdalena Kozłowska – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Anna Bronowicz – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Streszczenie

Czynnikami warunkującymi zachowanie funkcji przeszczepionego narządu są: znalezienie najbardziej zgodnego genetycznie dawcy, co umożliwia dokładny dobór w zakresie antygenów zgodności tkankowej, zastosowanie leków immunosupresyjnych, jak również rola edukacyjna pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do życia po przeszczepie.

Przygotowanie pacjenta do przeszczepu narządu rozpoczyna się od zakwalifikowania pacjenta do obowiązkowego procesu kwalifikacji transplantacyjnej, który pociąga za sobą nie tylko medyczną ocenę potencjalnego biocy przez zespół transplantacyjny, ale również ocenę przez pacjenta tej opcji leczenia i odniesienie jej do osobistych oczekiwań związanych z poczuciem zdrowia. Podczas wstępnej kwalifikacji wyjaśnia się wątpliwość, czy pacjent z którym mamy do czynienia nadal kwalifikuje się do transplantacji. Po przejściu całej serii badań pacjenci zarejestrowani są w Centralnej Liście Biorców oczekując na narząd do przeszczepu.

Przygotowanie pacjenta i transplantacja odbywa się w trybie nagłym, zaraz po znalezieniu dawcy narządu i traktowane jest jako przygotowanie do zabiegu operacyjnego, dlatego określoną funkcję pełni zespół pielęgniarski. Przygotowanie pacjenta obejmuje zarówno sferę psychiczną, jak i fizyczną. Obydwa te obszary są niezmiernie ważne, a prawidłowe i dokładne przygotowanie pacjenta przez zespół pielęgniarski warunkuje w dużym stopniu powodzenie transplantacji.

Celem pracy było przedstawienie aktualnych informacji na temat przeszczepiania narządów, ukazanie ważnej roli pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do przeszczepu i do życia po przeszczepie, przedstawienie czynników warunkujących utrzymanie funkcji przeszczepu, przeprowadzenie badań ankietowych w Poradni Transplantacji Nerek w Białymstoku.

Wprowadzenie

Transplantologia jest jedną z najszybciej rozwijających się gałęzi medycyny, a jej niezwykle dynamiczny postęp w ciągu ostatnich kilkudziesięciu lat dał szansę całkowitego wyleczenia wielu chorych, dla których wcześniej stosowane metody leczenia nie dawały wyleczenia. W przypadku schyłkowej niewydolności wątroby, serca czy płuc transplantacja jest jedyną terapią leczącą, w cukrzycy czy w niewydolności nerek można wprowadzić leczenie zastępcze (odpowiednio insulinoterapię i dializoterapię), lecz przeszczep daje większe szanse na długoletnie przeżycie oraz poprawia jakość życia chorych. Wraz z zaskakująco szybkim rozwojem transplantologii uwidoczniły się bardzo poważne problemy z jakimi boryka się współczesna transplantologia, przede wszystkim: brak wystarczającej liczby organów w stosunku do potencjalnych biorców. Mimo wzrostu liczby pobieranych narządów w Polsce w ostatnich latach (w 2007 roku wyniosła 20/mln mieszkańców) jest nadal zbyt mała w stosunku do potrzeb (40/mln mieszkańców), i wielokrotnie mniejsza od obserwowanej w innych krajach europejskich (15-50/mln ludności). Przyczyną takiego stanu rzeczy są problemy etyczno-obyczajowe oraz nierozumienie i brak akceptacji kryteriów, pojęcia śmierci mózgowej.

Problemem współczesnej transplantologii są komplikacje związane z długoletnim przyjmowaniem leków immunosupresyjnych, które zwiększają ryzyko rozwoju chorób sercowo-naczyniowych, niektórych nowotworów i zakażeń oportunistycznych. Przeszczepianie macierzystych komórek krwiotwórczych obejmujących przeszczepianie szpiku daje możliwość wyleczenia wielu chorych z niewydolnością szpiku, nowotworami układu krwiotwórczego, a także niektórymi chorobami wrodzonymi (niedobory odporności), jednak w dalszym ciągu problemem jest wysoka śmiertelność około zabiegowa, związana najczęściej z ciężkimi zakażeniami oraz powikłaniami, takimi jak choroba przeszczep przeciw gospodarzowi czy wznowa choroby nowotworowej.

Do sukcesów transplantologii można zaliczyć ciągle poszerzający się zakres przeszczepianych tkanek i narządów. Oprócz nerki, serca, wątroby przeszczepia się już płuca, trzustkę lub izolowane wyspy trzustkowe, fragmenty jelita, tchawicę czy krtań. Udaje się przeszczepianie złożonych organów, jak dłoń czy cała kończyna, a także transplantacji twarzy.

Do końca 2007 roku w 24 ośrodkach transplantacyjnych w Polsce wykonano prawie 6000 przeszczepów nerki, ponad 1000 przeszczepów serca, prawie 100 przeszczepień nerki i trzustki oraz ponad 450 przeszczepień wątroby. Wyniki tych zabiegów są zbliżone do średnich wyników europejskich. Świadczy to o rozwoju medycyny transplantacyjnej w Polsce, niemniej liczba wykonanych zabiegów jest znacznie mniejsza od potrzeby. Przyczyną zbyt małej w stosunku do liczby potrzeb wykonanych zabiegów przeszczepiania narządów są problemy psychologiczno-wyznaniowe, brak powszechnej akceptacji pobierania narządów od osób zmarłych i wreszcie ograniczenia natury finansowej.

Podział przeszczepów ze względu na różnice genetyczne między dawcą a biorcą narządu

- Autologiczny (**autograft**) przemieszczanie w inne miejsce narządu u tego samego osobnika np. przeszczep skóry w celu pokrycia miejsca głębokiego oparzenia.
- Izogeniczny (**izograft**) transplantacja między członkami tej samej rodziny, genetycznie identycznymi np. między bliźniętami jednojajowymi.
- Allogeniczny (**allograft**) transplantacja między członkami tego samego gatunku, z człowieka na człowieka bez pełnej zgodności tkankowej.
- Ksenogeniczny (**ksenograft**) transplantacja między osobnikami różnych gatunków np. serce pawiana przeszczepione człowiekowi.

Podział przeszczepów ze względu na miejsce umieszczenia narządu

- Przeszczepem ortotopowym określa się narząd umieszczony w jego prawidłowej lokalizacji anatomicznej. Zazwyczaj wymaga to usunięcia własnego narządu chorego, jak w przypadku przeszczepu serca.
- Przeszczepem heterotopowym określa się narząd umieszczony w miejscu innym niż anatomicznie prawidłowe, na przykład w przypadku przeszczepu nerki.

Podział przeszczepów ze względu na dawcę narządu zmarłego i żywego

- Przeszczep od osobnika żywego dla osobnika żywego nazywa się transplantacją **ex vivo**, a przeszczep od osobnika zmarłego dla żywego transplantacją **ex mortuo**.
- Największe powodzenie przeszczepów dają narządy pobrane od dawców rodzinnych, są także łatwiej dostępne, podejmują czynności bezpośrednio po przeszczepie, lecz nadal w większości ośrodków transplantacyjnych wykonuje się głównie przeszczepianie narządów pobranych od osób zmarłych.
- Od dawców żywych możliwe jest pobranie tylko niektórych narządów, takich jak: nerki, segment trzustki lub wątroby oraz szpik. Wszystkie pozostałe narządy oraz tkanki pobierane są jedynie od dawców zmarłych.

Odczyn immunologiczny po przeszczepieniu

Immunologia przeszczepu obejmuje zespół zjawisk, w którym mechanizmy rozpoznania i obrony mają na celu ochronę jednostki przed wrogim środowiskiem. Zjawiska te polegają na odpowiedzi immunologicznej ustroju. Różnice genetyczne między biorcą a dawcą powodują, że układ odpornościowy biorcy rozpoznaje antygeny przeszczepu jako obce i uruchamia reakcję odrzucenia, która prowadzi do zniszczenia obcej tkanki.

W przebiegu odpowiedzi transplantacyjnej na antygeny przeszczepu można wyróżnić dwie fazy:

- **fazę indukcji odpowiedzi (aferezną)**, w czasie której dochodzi do prezentacji i rozpoznania obcych antygenów, pośrednio lub bezpośrednio.
- **fazę efektorową (eferentną)**, w której zostają uruchomione swoiste i nieswoiste mechanizmy odpowiedzi na przeszczep.

Odrzucenie jest to proces immunologiczny, który ma na celu zniszczenie obcej tkanki po przeszczepieniu w ustroju biorcy.

W zależności od czasu wystąpienia odrzucenia przeszczepu wyróżnia się:

- **odrzucenie nadostre:** występuje w ciągu kilku minut lub godzin po wykonaniu przeszczepu i nieuchronnie prowadzi do jego niewydolności.

- **odrzucenie ostre** przyspieszone pojawia w okresie pierwszych kilku dni po przeszczepie i zazwyczaj prowadzi do niewydolności przeszczepu w ciągu 1-6 miesięcy.
- **odrzucenie przewlekłe** pojawia się w różnym czasie po wykonaniu transplantacji. Jest to zazwyczaj powolny proces niszczenia narządu w ciągu miesięcy, a nawet lat.

Kryteria rozpoznawania śmierci w celu pobrania tkanek lub narządów do przeszczepów

Potencjalnym dawcą narządu jest osoba, u której rozpoznana została śmierć mózgu na podstawie rozpoznania śmierci pnia mózgu przy zachowanej czynności układu krążenia.

Najczęstszymi przyczynami śmierci mózgu według statystyk publikowanych przez ośrodki transplantacyjne są krwawienia śródczaszkowe (40-58%) oraz urazy czaszkowo-mózgowe (30-49%). Inne czynniki, takie jak guzy ośrodkowego układu nerwowego, próby samobójcze, zatrucia, niedotlenienia i choroby układu krążenia to od 4 do 12% przyczyn śmierci mózgu. Mechanizm śmierci mózgu następuje, gdy tkanka mózgową reaguje obrzękiem na wszelkie urazy, niezależnie od ich mechanizmu. Obrzęki tkanki mózgowej i towarzyszące mu często krwawienia śródczaszkowe powodują wzrost ciśnienia w przestrzeniach nad- i podnamiotowych. W przypadku nieopanowania obrzęku mózgowego, wzrost ciśnienia śródczaszkowego powoduje zmniejszenie ciśnienia przepływu mózgowego, a w skrajnych przypadkach powoduje ostateczne jego ustanie. Zatrzymanie krążenia mózgowego krwi w przebiegu nadciśnienia śródczaszkowego jest procesem nieodwracalnym i w krótkim czasie prowadzi do śmierci mózgu. Rozpoznanie śmierci mózgu ustala komisja lekarska, w skład której wchodzi lekarze specjalści z różnych dziedzin medycznych, takich jak: anestezjolog, neurochirurg lub neurolog oraz lekarz o dowolnej specjalności. Procedura rozpoznania śmierci mózgu wymaga udowodnienia nieodwracalnego i trwałego zaniku czynności mózgu w czasie badań.

Przygotowanie zmarłego dawcy do pobrania narządu

W momencie orzeczenia przez komisję nieodwracalności śmierci mózgu i zakwalifikowaniu zmarłego do pobrania od niego narządów podstawowym zadaniem jest utrzymanie prawidłowej perfuzji, co można osiągnąć właściwą terapią płynami. Średnie ciśnienie tętnicze skurczowe powinno wynosić 100 mm Hg, a rozkurczowe powinno się mieścić w granicach 70-80 mm Hg. W przypadku pobierania serca i płuc są wymagane wyższe wartości ciśnienia tętniczego.

Utrzymanie prawidłowego ośrodkowego ciśnienia żylnego (OCŻ) w zalecanych granicach umożliwia podanie dawcy roztworów koloidalnych, które ułatwiają utrzymanie płynów w łożysku naczyniowym.

W przypadku utrzymującej się, pomimo intensywnego nawadniania hipotensji, niezbędne jest rozpoczęcie dożylnego wlewu dopaminy.

Bardzo ważne jest monitorowanie dawcy tak jak innych pacjentów intensywnej terapii. Niezbędne jest stałe kontrolowanie zapisu EKG, RR, OCŻ, saturacji, diurezy przez prowadzenie bilansów podawanych i utraconych płynów. W tym celu niezbędne jest zapewnienie dobrego dostępu żylnego (wkłucie centralne). Należy również zadbać o zabezpieczenie dawcy przed rozwojem zakażenia uogólnionego przez zastosowanie antybiotykoterapii. Ważne jest utrzymanie temperatury ciała na poziomie 35°C. Spadek temperatury ciała poniżej 34°C wywiera niekorzystny wpływ na układ krążenia, powoduje zmniejszenie kurczliwości mięśnia sercowego i zaburzenia przewodnictwa, co sprzyja postępującej bradykardii. W celu utrzymania temperatury na poziomie 35°C pomocne jest ogrzanie płynów infuzyjnych, stosowanie maty grzewczych, koców. Na 30 minut przed pobraniem narządów, jeszcze na Oddziale Intensywnej Terapii, pacjentowi podaje się manitol oraz nerkowe dawki dopaminy w celu wypłukania z pobranych narządów zalegających krwinek czerwonych. Po przewiezieniu pacjenta na Blok Operacyjny bezpośrednio przed pobraniem narządów podaje się heparynę oraz leki rozszerzające łożysko naczyniowe, wskazane jest podanie dawcy zleconego przez lekarza antybiotyku. Następnie pacjent zostaje podłączony do aparatu do znieczulenia i wszystkie zabiegi wykonywane są tak jak w przypadku standardowego zabiegu operacyjnego. W celu zniesienia odruchów na poziomie rdzenia kręgowego podawane są środki zwiotczające, jak również przeciwbólowe. Niezwykle ważne jest zachowanie należytego szacunku podczas pobierania narządu.

Po zakończeniu pobrania ciała zostaje zaszyte tak jak w przypadku każdego zabiegu operacyjnego. Wszelkiego rodzaju czynności końcowe powinny być wykonywane z poszanowaniem ciała ludzkiego.

Przygotowanie pacjenta do przeszczepu

Przygotowanie pacjenta i transplantacja są wykonywane w ciągu kilkunastu godzin od pobrania narządu (36-40 godzin od momentu pobrania organu). Wybrany biorca wzywany jest wtedy do jak najszybszego przebycia do ośrodka transplantacyjnego. Po przyjęciu biorca nerki poddawany jest kolejnym badaniom klinicznym, odbywa się szczegółowa konsultacja chirurgiczna i anestezjologiczna, ostatecznie kwalifikująca biorcę do przeszczepu. Przygotowanie bliższe chorego do przeszczepu jest traktowane jak przygotowanie do zabiegu operacyjnego, dlatego też określoną funkcję pełni zespół pielęgniarski. Przygotowanie pacjenta obejmuje zarówno sferę psychiczną, jak i fizyczną. Obydwa te obszary są niezmiernie ważne, a prawidłowe i dokładne przygotowanie pacjenta przez zespół pielęgniarski warunkuje w dużym stopniu powodzenie transplantacji.

Przygotowanie psychiczne chorego do zabiegu podejmuje zarówno lekarz, jak i pielęgniarka. Do zadań pielęgniarki należy minimalizowanie lęku, niepokoju i zdenerwowania. Ponieważ pacjent w trybie nagłym trafia na blok operacyjny, objawy sfery psychicznej są jeszcze bardziej nasilone. Pielęgniarka powinna także udzielić odpowiedzi na nurtujące pacjenta pytania, oczywiście w ramach posiadanej wiedzy i kompetencji zawodowych. Odpowiadając na zadane pytania, pielęgniarka obniża u chorego poziom lęku, pozyskuje on jednocześnie informacje, które będą mu potrzebne po zabiegu operacyjnym.

Rola edukacyjna pielęgniarki w przygotowaniu pacjenta do życia po przeszczepie

Rola edukacyjna pielęgniarki powinna opierać się głównie na działaniach dążących do nauczenia pacjenta właściwego postępowania po przeszczepie narządu, umiejętności rozpoznawania objawów niepokojących i radzenia sobie z ich ewentualnym wystąpieniem. Pielęgniarka powinna również udzielić informacji i pomocy pacjentowi w przystosowaniu się do życia z przeszczepionym narządem i nauczenia się życia w nowych warunkach.

Pielęgniarka ocenia możliwości pacjenta do sprawowania samoopieki (wiek, zainteresowanie swoim stanem zdrowia, sprawność zmysłów, chęć współpracy, zasób wiedzy i umiejętności, zaufanie do pielęgniarki). Ustala plan przygotowania chorego do samoobserwacji i samopielęgnacji wraz z lekarzem chirurgiem i transplantologiem internistą.

Pielęgniarka informuje pacjenta o konieczności częstych wizyt w ośrodku transplantacyjnym, ze względu na niebezpieczeństwo częstego i nagle występującego pogorszenia się czynności przeszczepu. Pacjent powinien być w ciągłym kontakcie z lekarzem prowadzącym, pielęgniarka zachęca pacjenta do dobrej współpracy.

Omówienie pacjentowi skutków ubocznych immunosupresji, takich jak: zmiany skórne o typie trądziku na twarzy, klatce piersiowej, ramionach i plecach zapobiegnie rozczarowaniu i niepotrzebnego zdenerwowania swoim wyglądem. Pozwala także w porę nauczyć pacjenta właściwej higieny, tj. używania delikatnego mydła antyseptycznego oraz delikatnych środków nawilżających, zaś zaawansowane zmiany skórne muszą być leczone przez dermatologa. Dbałość o ogólną higienę bowiem zmniejsza ryzyko zakażeń. Innym objawem ubocznym stosowania immunosupresji jest nadmierny porost włosów na całym ciele. W żadnym wypadku nie wolno jednak zaprzestać przyjmowania leków immunosupresyjnych. Wyjaśnienie pacjentowi, że samodzielne odstawienie leków immunosupresyjnych może prowadzić do ostrego odrzucenia przeszczepu powinno zapobiec samodzielnemu odstawieniu leków immunosupresyjnych, co dotyczy zwłaszcza ludzi młodych.

Pacjent uzyskuje informacje dotyczące higieny rany pooperacyjnej, konieczności używania mydła antyseptycznego. W przypadku pojawienia się zaczerwienienia, uwypuklenia bądź obrzęku w okolicy rany lub obecności wydzieliny, pacjent zostaje poinformowany o konieczności natychmiastowego zawiadomienia lekarza prowadzącego.

Objętość produkowanego codziennie moczu jest bardzo dobrym wskaźnikiem wydolności przeszczepionej nerki, dlatego pielęgniarka informuje pacjenta jak ważna jest obserwacja ilości i zabarwienia wydalonego moczu, nieprzetrzymywania moczu w pęcherzu. Ponadto pacjent zostaje poinformowany o konieczności ważenia się, nagły przyrost wagi jest sygnałem do natychmiastowego skontaktowania się z lekarzem.

Pacjent zostaje poinformowany przez pielęgniarkę o tym jak ważna jest kontrola temperatury ciała oraz o konsekwencjach do jakich może prowadzić temperatura ciała powyżej 38°C utrzymująca się dłużej niż 24 godziny.

Pielęgniarka uczy pacjenta i jego rodzinę prawidłowego oraz regularnego pomiaru ciśnienia krwi oraz tętna i zapisywania wartości w karcie pomiarów.

Pielęgniarka wyjaśnia pacjentowi istotę i cel regularnych wizyt u stomatologa. Informacja, że chore zęby mogą być źródłem ciężkiego zakażenia powinna być mobilizująca dla pacjenta do dbania o jamę ustną.

Nadmierna ekspozycja na słońce jest szczególnie niekorzystna dla pacjentów po przeszczepie narządu ze względu na osłabienie układu odpornościowego, dlatego też pielęgniarka powinna poinformować pacjenta o konieczności unikania słońca w godzinach szczytu nasłonecznienia, stosowania kremów ochronnych na obnażone powierzchnie skóry w miesiącach wiosennych i letnich, nie stosowania solarium.

Pielęgniarka zachęca pacjenta do aktywności fizycznej, gimnastyki, co zmniejsza niekorzystne objawy osteopenii, niedostatecznej masy kostnej, zapobiega nadmiernej masie ciała które są skutkami ubocznymi immunosupresji. Aktywność fizyczna sprzyja przywróceniu masy mięśniowej, poprawie samopoczucia i chęci do pracy.

Dieta osoby po przeszczepie powinna być zbilansowana, pielęgniarka informuje osoby z tendencją do tycia, że powinny ograniczyć ilość tłuszczu i cukru. Należy ograniczyć stosowanie soli poprzez niedosalanie gotowych produktów, unikanie słonych produktów takich jak: frytki, paluszki, produkty konserwowe ze względu na ryzyko wystąpienia nadciśnienia tętniczego. Dieta powinna zawierać: owoce, warzywa, pełnoziarniste pieczywo, mleko i nabiał z niską zawartością tłuszczu, chude mięso, ryby i inne zawartości białka. Pacjenci powinni pić co najmniej 2 litry płynów dziennie w postaci wody mineralnej, herbaty ziołowej. Niewskazany jest sok grejpfrutowy, ponieważ może spowodować wzrost stężenia niektórych leków immunosupresyjnych we krwi, przez co następuje nasilenie działań niepożądanych. Spożywanie alkoholu przez pacjentów po przeszczepie, zwłaszcza wątroby jest niewskazane. Pielęgniarka zachęca pacjentów palących tytoń do zaprzestania.

Przestrzeganie powyższych zaleceń i rad udzielanych przez pielęgniarkę zapobiegnie wystąpieniu sytuacji w których pacjent sam może doprowadzić do wystąpienia odrzucenia nowo przeszczepionego narządu. Właściwa edukacja pacjenta jest zatem jednym z czynników warunkujących zachowanie funkcji przeszczepu.

Wnioski

Transplantacja jest potrzebną metodą leczenia ratującą lub przedłużającą życie wielu chorym. Największym problemem współczesnej transplantologii jest brak wystarczającej liczby dawców w stosunku do potencjalnych biorecipientów. Zespół pielęgniarski odgrywa znaczącą rolę w przygotowaniu pacjenta do przeszczepu narządu, pielęgnowania po nim i przygotowaniu pacjenta do samoopieki i samopielęgnacji.

Przeprowadzone badania ankietowe w Poradni Transplantacji Nerek w Białymstoku świadczą o pozytywnej ocenie zespołu pielęgniarskiego przez pacjentów po przeszczepie narządu. Zdecydowana większość pacjentów przestrzega zaleceń dotyczących diety, są aktywni fizycznie, stosują leki immunosupresyjne, co świadczy o dobrze spełnionej roli edukacyjnej pielęgniarki. Ankietowani pacjenci w większości uważają, że personel medyczny przekazał wystarczający poziom informacji na temat zasad obowiązujących po przeszczepie.

Z badań ankietowych wynika, że większa połowa pacjentów regularnie odwiedza poradnię transplantacyjną. Dziś wiemy, że regularne wizyty pacjentów po przeszczepach w poradni transplantacyjnej zapobiegają pogorszeniu się czynności przeszczepu poprzez szybkie i właściwe wprowadzenie leczenia lub jego ewentualną zmianę.

Z przeprowadzonych badań wynika, że zespół pielęgniarski przygotowujący do transplantacji i do życia po niej posiada dobrą opinię wśród badanej grupy pacjentów. Zdecydowana większość pacjentów przestrzega zaleceń dietetycznych, stosują leki immunosupresyjne, co świadczy o dobrze spełnionej roli edukacyjnej pielęgniarki. Większość respondentów uważa, że personel medyczny przekazał wystarczającą ilość informacji na temat zasad obowiązujących po przeszczepie.

Literatura

1. Bruce E., Jarrell R., Carabasi A.: *Chirurgia*. Urban & Partner, Wrocław 1997.
2. Ciechaniewicz W.: *Pielęgniarstwo-ćwiczenia*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2001.
3. Czyżyk A., Droszczyk W., Kiejna A. i współpracownicy: *Podręcznik diagnostyki i terapii*. Urban & Partner, Wrocław 2001.
4. Daniluk J., Jurkowska G. (red.): *Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005.

5. Danovitch G.M: *Podręcznik transplantacji nerek* Wydawnictwo Czelej, Lublin 2007.
6. Dębska – Ślizień A., Rutkowski B.: *Jak żyć z przeszczepioną nerką*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
7. Fibak J.: *Chirurgia*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004.
8. Gołąb J., Stokłosa T. (red.): *Immunologia*. Wydawnictwo PWN, Warszawa 2007.
9. Hołowiecki J.: *Współczesna onkologia*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2001.
10. Kaliciński P.(red.): *Życie toczy się dalej, Informator dla pacjentów po przeszczepie nerki*. Fujisawa, Warszawa 2004.
11. Kapała W.: *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
12. Kokot F. (red.): *Choroby wewnętrzne*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1992.
13. Krocza A.: *Transplantacja nerki. Przygotowanie pacjenta do przeszczepu*. „Magazyn pielęgniarstwa i położnictwa”, nr 9, 2006, 24-25.
14. Krzakowski M (red.): *Onkologia kliniczna*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1997.
15. Lawrence P. F. (red.): *Chirurgia ogólna*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1998.
16. Łaba M., Czerwiński J., Małkowski P.: *Standardy pielęgnowania chorego poddanego zbiegowi przeszczepiania nerki*. „Pielęgniarstwo XXI wieku”, nr 3-4, 2007, 11-13.
17. Moritz M.: *Chirurgia*. Wydawnictwo Urban & Partner, Wrocław 2003.
18. Pączek L., Mucha K., Foroniewicz B.: *Choroby wewnętrzne*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004.
19. Pawłęga J.: *Podręcznik onkologii klinicznej*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1999.
20. Pędlich W. (red.): *Choroby wewnętrzne*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1989.
21. Rowiński W. Wałaszewski J., Pączek L.(red.): *Transplantologia kliniczna*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2004.
22. Rowiński W., Dziak A.: *Chirurgia dla pielęgniarek*. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 1994.
23. Ślusarska B., Zarzycka D., Zahradniczek K.: *Podstawy pielęgniarstwa*. Tom II Wydawnictwo Czelej, Lublin 2004.
24. Świerczek- Bazańska I.: *Jak zostałem dawcą*. „Magazyn pielęgniarstwa i położnictwa”, nr 4, 2003, 40-41.
25. Szczeklik A.(red.): *Choroby wewnętrzne*. Medycyna Praktyczna, Kraków 2005.
26. Szmidt J. (red.): *Podstawy chirurgii*. Medycyna praktyczna, Kraków 2003.
27. Ustawa z dnia 1 lipca 2005roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów.
28. Waga A., Krzywdą J.: *Pobieranie narządów od dawcy*. „Magazyn pielęgniarstwa i położnictwa”, nr 9, 2003, 15-16.
29. Wolf P., Boudjema K., Ellero B.: *Transplantacja narządów*. Wydawnictwo Volumed 1993.
30. www.poltransplant.pl
31. Zelman M., Łągiewska B., Małkowski P. i współpracownicy: *Opieka personelu w okresie okotransplantacyjnym w opinii pacjentów*. „Pielęgniarstwo XXI wieku”, nr 3-4, 2007, 25-29.

Rak jelita grubego – rola pielęgniarki w opiece okołoperacyjnej

Hanna Barbara Kraska – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Zbigniew Puchalski – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Wprowadzenie

Nowotwory stanowią jedną z najgroźniejszych grup chorób trapiących ludzkość, a liczba zachorowań i zgonów stale rośnie – przede wszystkim na skutek zmian cywilizacyjnych zwiększających prawdopodobieństwo zachorowania, a także z powodu ogólnego wydłużania się średniego wieku życia.

Z punktu widzenia pacjenta samo słowo „nowotwór” budzi przerażenie i jest równoznaczne w jego opinii z wyrokiem śmierci. Wiele nowotworów można wyleczyć, zwłaszcza rozpoznanych wcześnie, a w wielu innych przypadkach przedłużyć czas przeżycia i zmniejszyć cierpienie pacjenta. Najważniejszą cechą nowotworu odróżniającą go od tkanki, z której wyrasta – to niepoohamowane rozrastanie się, które jest spowodowane bezustannymi, niekontrolowanymi podziałami komórkowymi.

Rak jelita grubego zajmuje pod względem częstości występowania drugie miejsce, po raku płuc u mężczyzn i raku sutka u kobiet. Mówi się, że jest to choroba cywilizacyjna, co potwierdza fakt, że najwięcej zachorowań obserwuje się w krajach wysokorozwiniętych. Wiąże się to z siedzącym trybem życia, niewielkim wysiłkiem fizycznym, małą ilością ruchu i dietą ubogą w błonnik, bogatą w tłuszcze i czerwone mięso.

Rak jelita grubego we wczesnym okresie rozwoju jest chorobą bez- lub skąpo-objawową. Stąd, rozpoznanie wczesnego raka jest zazwyczaj przypadkiem albo wynikiem badań przesiewowych. Choroba rozwija się z polipów-gruczolaków, które rosną w jelicie grubym stosunkowo długo i mogą przez kilka lat nie powodować żadnych objawów. Pojawienie się oznak choroby takich jak gwałtowne zaparcia, chudnięcie i krwawienie może oznaczać, że choroba jest w zaawansowanym stadium, kiedy maleją szanse na wyleczenie.

W rozpoznawaniu chorób jelita grubego ogromną rolę odgrywają badania endoskopowe (rektoskopia, sigmoidoskopia, kolonoskopia). Za pomocą endoskopii można ocenić kształt, wielkość guza, stopień nacieczenia ściany, zagrożenie krwawieniem i pobrać wycinek do badania biopsyjnego. Endoskopia może służyć do wykonania zabiegu – usunięcia napotkanego nowotworu, szczególnie polipa na wąskiej szypule. Badanie endoskopowe uzupełniane jest ultrasonografią jamy brzusznej i tomografią komputerową, żeby stwierdzić rozległość zmiany czy są przerzuty.

Współczesne techniki laboratoryjne umożliwiają wykrycie we krwi, w moczu i tkankach tzw. markerów nowotworowych. Oznaczenie stężenia we krwi antygenu rakowopłodowego (CEA) pozwala istotnie przybliżyć ostateczne rozpoznanie raka jelita grubego. Dokładne określenie stopnia zaawansowania choroby jest niezbędne do wyboru odpowiedniej metody leczenia.

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie obecnych poglądów na sposób rozpoznawania i leczenia raka jelita grubego w tym głównym udziale pielęgniarki w opiece nad pacjentem podczas procesu leczenia chirurgicznego.

Profilaktyka

Badania przesiewowe

Można zapobiec wielu zgonom, spowodowanym rakiem jelita grubego, dzięki prowadzeniu badań przesiewowych. Celem tych badań jest wykrywanie bezobjawowych postaci nowotworów jelita grubego wśród populacji o normalnym ryzyku zachorowania. Badanie przesiewowe polega na przeprowadzeniu testów w dużej części populacji w celu identyfikacji osób zagrożonych rozwojem określonej choroby, zanim osiągnie ona stadium, w którym leczenie będzie już nieskuteczne.

Wartość badania przesiewowego zależy od wielu czynników: korzyści, kosztów, skuteczności i preferencji pacjenta. Rak jelita grubego charakteryzuje się trzema cechami, które pozwalają na możliwość prewencji. Po pierwsze większość przypadków RJG jest poprzedzona przez zmianę przedrakową, czyli polip gruczolakowy, po drugie istnieje możliwość wykrycia i usunięcia polipa przy użyciu kolonoskopii, po trzecie polipy ulegają zezłośliwieniu bardzo powoli (średnio 10 lat), co powoduje, że wykonywanie badań kolonoskopowych w krótkim odstępie czasu nie jest konieczne.

Do obecnie stosowanych metod przesiewowych należą: testy na obecność krwi utajonej w kale (FOBT), sigmoidoskopia, kolonoskopia oraz kolonografia z wykorzystaniem tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego („wirtualna kolonoskopia”) [6].

Zalecane standardy postępowania różnią się w zależności od badanej populacji. Szczególnie różnice występują pomiędzy populacjami o przeciętnym, a wysokim ryzyku rozwoju raka.

1. Populacja o przeciętnym ryzyku obejmuje ludzi od 50 roku życia, bez czynników ryzyka innych niż wiek.

Najbardziej preferowaną metodą badań przesiewowych jest wykonywanie **kolonoskopii** – co 10 lat, za pomocą tego badania można ocenić całą okrężnicę. Uznawana jest za badanie przesiewowe z wyboru. Jest jednak wiele przeszkód, które uniemożliwiają szerokie jej stosowanie w populacji ogólnej: wymaga zwykle podania leków uspokajających, stwarza większe niż inne metody zagrożenia (perforacja ściany jelita, działania niepożądane leków uspokajających), musi być przeprowadzona w odpowiednio wyposażonym gabinecie i jest droższa niż inne badania.

Obecnie nie ma idealnej metody screeningu RJG cechującej się z jednej strony dużą czułością i swoistością, a z drugiej strony bezpieczną, tanią i akceptowaną przez chorych.

Z badań i analiz wynika, że najbardziej skuteczne na dzień dzisiejszy są programy badań przesiewowych oparte na kolonoskopii.

Alternatywną metodą screeningu są:

Testy na krew utajoną – w stolcu (FOBT)

Najczęściej stosowanym testem FOBT jest test Haemocult, w którym hematyna wywołuje barwną reakcję utleniania żywicy gwajakolowej. Jednak czułość tego testu w wykrywaniu RJG jest niska i wynosi zaledwie 26%. W przypadku polipów mniejszych niż 1 cm jest jeszcze niższa i wynosi od 11 do 20%.

Do metod bardziej niezawodnych należy test immunochemiczny, swoisty dla ludzkiej hemoglobiny (HemeSelect) – czułość 69%, test ilościowy (HemoQuant) – czułość 37% i test o zwiększonej czułości (Haemocult SENSE) – czułość 79%.

Wykrycie krwi oznacza, że prawdopodobieństwo występowania raka jelita grubego jest większe niż przeciętne, a chory wymaga dalszych badań.

Badania te charakteryzuje jednak niska czułość w zakresie wykrywania małych polipów ze zmianami przednowotworowymi. Za fałszywie dodatnie wyniki może odpowiadać spożycie pokarmów zawierających hemoglobinę lub obecność innych ognisk krwawienia w przewodzie pokarmowym. Wyniki fałszywie ujemne mogą być skutkiem pobrania kału w okresie, gdy polip lub nowotwór nie krwawi, albo przyjmowania antyoksydantów, np. kwasu askorbinowego, który reaguje z odczynnikami używanymi w teście.

Alternatywnie, wraz z corocznie powtarzaniem testem na krew utajoną lub niezależnie od niego, zaleca się wykonywanie, co 5 lat sigmoidoskopii – badanie to pozwala na bezpośrednie obejrzenie za pomocą giętkiego wziernika o długości 60cm końcowego odcinka okrężnicy i pobranie z podejrzanych zmian materiału biopsyjnego do badania.

Sigmoidoskopia jest znacznie lepiej tolerowana i akceptowana przez chorych niż rektoskopia, a przygotowanie do badania jest proste – ogranicza się do wykonania pojedynczej wlewki fosforanowej na godzinę przed badaniem. Stanowi również podstawę do selekcji chorych wymagających wykonania kolonoskopii. Dzięki temu badaniu można rozpoznać do 60% nowotworów zlokalizowanych w dystalnym odcinku okrężnicy [6,7].

Obecnie w postępowaniu przesiewowym w populacji o przeciętnym ryzyku nie zaleca się wykonywania **badania radiologicznego z podwójnym kontrastem** ze względu na niską czułość wykrywania polipów.

2. Postępowanie, screeningowe w grupach o wysokim ryzyku wystąpienia RJG dotyczy rodzin podejrzanych o występowanie lub, w których występują rzadkie zespoły rodzinnej polipowatości gruczolakowej (FAP) i HNPCC oraz osób z dodatnim wywiadem rodzinnym, które nie spełniają wszystkich kryteriów dobrze znanych zespołów, a u których ryzyko raka zwiększa się znacznie w porównaniu z ogólną populacją.

Do grup wysokiego ryzyka wystąpienia RJG należą także osoby, u których w przeszłości rozpoznano gruczolaka oraz chorzy z wieloletnim wywiadem chorób zapalnych jelit. W ich przypadku postępowanie ma raczej charakter nadzoru niż screeningu [227,228].

Komputerowa kolografia tomograficzna (kolonoskopia wirtualna) – jest również jedną z metod badania przesiewowego, łatwiej akceptowaną przez pacjentów niż kolonoskopia.

Badanie kału na obecność markerów genetycznych będzie prawdopodobnie osiągalne dopiero za kilka lat.

Obojętnie, jaki sposób wykrywania choroby wybierzemy, badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego pozwolą z pewnością uratować życie i zdrowie wielu chorym [40-46].

W profilaktyce raka jelita grubego dużą rolę odgrywają następujące czynniki:

- Dbanie o ogólną odporność biologiczną i immunologiczną poprzez unikanie chorób oraz nadmiaru leków wykazujących m.in. działanie obniżające zdolności obronne organizmu (np. stosowania antybiotyków bez uzgodnienia z lekarzem).
- Regularne wypróżnienia.
- Unikanie jednostronnego odżywiania się, zwłaszcza spożywania w nadmiarze węglowodanów bezbłonnikowych, tłuszczów, białek, produktów wędzonych, przygotowanych poprzez kwaszenie lub peklowanie (tj. z użyciem saletry) oraz nieświeżych (spieśniałych, sfermentowanych).
- Dieta bogatobłonnikowa złożona z produktów gruboziarnistych, skracająca poprzez pobudzenie perystaltyki jelit tzw. pasaż jelitowy i tym samym w sposób naturalny, skracająca kontakt szkodliwych substancji z błoną śluzową jelita.
- Unikanie częstego i długotrwałego powstrzymywania się od oddania kału, sprzyjającego długotrwałemu jego zaleganiu w końcowym odcinku jelita grubego i drażnieniu jego błony śluzowej przez szkodliwe, przeznaczone już do wydalania na zewnątrz związki chemiczne i gazy.
- Unikanie częstego zażywania środków przeczyszczających, ponieważ jelita przyzwyczajają się do nich i na skutek tego powstaje konieczność stosowania coraz to większych dawek, czyli konieczność przewlekłego drażnienia błony śluzowej jelit, zwłaszcza jelita grubego.
- Skrupulatne – niezbędne w związku z intensywną chemizacją produkcji roślinnej – przestrzeganie okresów karencji oraz unikanie skażenia jarzyn, owoców i innych produktów spożywczych chemicznymi środkami ochrony roślin (tzw. pestycydami) [325].

Rozpoznawanie raka jelita grubego

Badanie per rectum

Badanie palpacyjne przez odbytnicę (DRE–digital rectal examination) - jest najprostszym, najbezpieczniejszym i najmniej kosztownym sposobem wykrywania raka odbytnicy, pod warunkiem, że guz znajduje się w zasięgu palca.

Żaden nawet najnowocześniejszy aparat nie zastąpi badania palpacyjnego odbytu, czyli badania per rectum. Powinno ono być zawsze pierwszo-planowe, i podobnie jak oglądanie jamy ustnej i gardła, powinno być wykonywane podczas rutynowego badania internistycznego, a szczególnie u każdego chorego powyżej 45-go roku życia skarżącego się na uczucie parcia, pojawianie się krwi w stolcu lub bolesną defekację. Badanie można wykonać w pozycji stojącej z pochyleniem do przodu, kolankowo-łokciowej, na boku lub w pozycji leżącej na plecach. Umożliwia ocenę odbytu, kanału odbytu i odbytnicy jak również narządów sąsiadujących z odbytnicą tj. u mężczyzn gruczołu krokowego, a u kobiet tylnej powierzchni macicy.

Badanie odbytu palcem poprzedzone jest oglądaniem i badaniem okolicy odbytu przez dotyk. Następnie palcem chronionym rękawiczką i pokrytym środkiem zmniejszającym tarcie (np. lignokainą w żelu) wprowadza się palec do odbytnicy, pokonując opór zwieracza odbytu, co w prawidłowych warunkach jest bezbolesne. Opuszką wprowadzonego palca na każdej głębokości zakreślany jest pełny obwód, aby uzyskać informację ze wszystkich ścian odbytu i odbytnicy. Po wyjęciu palca sprawdza się, czy nie ma śladu krwi.

Oglądanie i badanie palpacyjne jamy brzusznej, a także osłuchiwanie ruchów jelit i szmerów naczyniowych w uzupełnieniu wywiadu są bardzo użyteczne dla właściwego doboru badań dodatkowych [328].

Badanie na obecność krwi utajonej

Oglądanie stolca i badanie na obecność krwi utajonej jest często niedocenianym, a jednak ważnym badaniem jelit. Wykazanie obecności krwi w kale - tzw. badanie na krew utajoną, jest wykonywane w celu stwierdzenia krwawienia z przewodu pokarmowego. Makroskopowo stolec zawierający dużo krwi ma kolor czarny i konsystencję smoły, gdy krwawienie pochodzi z górnego odcinka przewodu pokarmowego, a gdy z dolnego odcinka – zawiera widoczną świeżą krew.

Próby na obecność krwi utajonej wymagają 3-dniowej diety bezmięsnej oraz wykluczenia z diety zielonych jarzyn. W tym czasie chory nie powinien przyjmować leków doustnych, takich jak: aspiryna, witamina C, żelazo i inne preparaty zawierające te składniki. Nie należy pobierać kału do badania, jeżeli występują krwawienia z żyłaków odbytu lub podczas miesiączki.

Krew utajoną można wykryć tylko za pomocą prób chemicznych. Badanie kału powinno dotyczyć wypróżnień z przynajmniej trzech kolejnych dni. Do specjalnych pojemniczków zbiera się niewielkie ilości kału i oddaje do badania laboratoryjnego.

Pewnym uproszczeniem mogą być nowsze testy na krew utajoną, które można samodzielnie wykonać w domu.

Dodatni wynik badania wskazuje na konieczność wykonania dalszej diagnostyki, a wykonany wystarczająco wcześniej przyczynia się do ograniczenia śmiertelności z powodu raka jelita grubego.

Badania laboratoryjne

Morfologia z rozmazem - wyniki badań laboratoryjnych mogą być prawidłowe lub wskazywać na niedokrwistość z niedoboru żelaza.

Badanie biochemiczne - nieprawidłowości w zakresie prób wątrobowych zwiększają prawdopodobieństwo występowania przerzutów do wątroby.

Poziom antygeny rakowo- płodowego (CEA) – w surowicy jest podwyższony w większości, ale nie we wszystkich przypadkach gruczolakoraka jelita grubego.

U chorego po rozpoznaniu raka powinno się oznaczyć stężenie tego markera w surowicy i monitorować jego wartość po leczeniu w celu ustalenia doszczętności resekcji lub wykrycia wznowy choroby [485].

Badania endoskopowe – to diagnostyczne wziernikowanie jam ciała za pomocą endoskopu, pozwalają one nie tylko na oglądanie zmian chorobowych, ale także na pobranie materiału do badania histopatologicznego i cytologicznego, usunięcie ciała obcego. Można przeprowadzić drobne zabiegi chirurgiczne, jak usunięcie polipów w jelicie grubym.

Kolonoskopia – to oglądanie całego jelita grubego, wykonywane w celu:

- diagnostycznym – wykrycia zmian patologicznych z jednoczesnym pobraniem wycinka go badania histopatologicznego,

- leczniczym – usunięcie polipa,

- opanowanie krwawienia.

Jest badaniem z wyboru ze względu na najwyższą skuteczność w wykrywaniu nowotworów jelita, a także ze względu na możliwość wykonania biopsji lub polipektomii endoskopowej. Polipektomia w czasie badania endoskopowego umożliwia niekiedy usunięcie występującego w polipie raka inwazyjnego.

Badania endoskopowe wykonywane w trybie planowym lub pilnym niezależnie od wieku i płci napotykać ze strony pacjenta na opór natury psychicznej i fizycznej. Przyczyną tego stanu jest: zazwyczaj lęk przed tym, co nieznane, przerażenie psychiczne przed postawieniem diagnozy mogącej potwierdzić chorobę nowotworową oraz przed bólem towarzyszącym badaniom. Ponadto dla chorych szczególną wartość stanowi zachowanie intymności.

Bardzo ważna jest rola pielęgniarki endoskopowej, która powinna okazać choremu życzliwość i serdeczność, nawiązać z nim bliski kontakt w celu ułatwienia mu adaptacji w nieznanym dla niego otoczeniu oraz zmniejszyć jego stres wynikający z niewiedzy o badaniu. Pielęgniarka powinna umiejętnie rozładować napięcie psychiczne, które może być równie skuteczne jak podanie środka uspokajającego.

Przygotowanie psychiczne pacjenta – polega na uspokojeniu i wytlumaczeniu istoty przeprowadzenia badania. W tym celu można posłużyć się ilustracjami bądź planszami. Informujemy pacjenta, że jego współpraca z pielęgniarką i lekarzem umożliwi w miarę sprawne wykonanie badania. W dniu badania pacjent powinien zgłosić się z osobą towarzyszącą.

Przygotowanie chorego wymaga oczyszczenia dolnego odcinka przewodu pokarmowego za pomocą odpowiednich środków farmakologicznych (X-Prep lub Fortrans) w celu umożliwienia dokładnej oceny błony śluzowej jelita.

Choremu należy wyjaśnić:

- działanie preparatu, (w jakim czasie nastąpi wypróżnienie)

- sposób jego przyjęcia wraz z ilością wypitych płynów,

- dolegliwości związane z przyjmowaniem leku (nudności, wymioty) oraz sposób postępowania w przypadku ich wystąpienia.

W dniu badania pacjenci, którzy regularnie przyjmują leki na stałe np. leki nasercowe, na nadeśnienie tętnicze itp. powinni zażyć poranną dawkę leku.

Chorzy przyjmujący leki obniżające krzepliwość krwi na kilka dni przed planowanym zabiegiem powinni przerwać ich przyjmowanie lub po konsultacji z lekarzem prowadzącym zmienić formę i drogę podawania.

Chorzy chorujący na cukrzycę przyjmujący insulinę powinni skonsultować się z diabetologiem i uzgodnić sposób utrzymania poziomu glukozy we krwi na czas badania.

Podstawowym zadaniem pielęgniarki endoskopowej jest opieka nad chorym przed, w czasie i po badaniu.

Przed badaniem pielęgniarka:

- rejestruje pacjenta zgłaszającego się,

- sprawdza dokumentację i wyniki badań,

- kontroluje ciśnienie krwi i tętna,
- zbiera krótki wywiad obejmujący:
- przyjmowane leki, choroby współistniejące, uczulenia na leki,
- ponadto:
- upewnia się, czy pacjent wyraził pisemną zgodę na wykonanie badania,
- podaje premedykację zgodnie z zaleceniem lekarskim,
- pomaga w ułożeniu odpowiedniej pozycji ciała do badania
- w badaniu kolonoskopowym obejmuje powłoki brzuszne w celu odpowiedniego ułożenia jelita grubego
- po wykonaniu badania ważna jest obserwacja i kontrolowanie ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu i stanu świadomości.

Pielęgniarka informuje chorego na temat dalszego postępowania po badaniu.

Chory po wykonaniu kolonoskopii:

- nie może prowadzić pojazdów mechanicznych, obsługiwać maszyn ani podejmować ważnych decyzji ze względu na przyjęte leki (sedacja),
- może odczuwać wzdęcia i bóle brzucha,
- może zaobserwować przez 1-2 dni ślady krwi na bieliźnie – w sytuacji, kiedy były pobierane wycinki lub wykonana polipektomia,
- zachowuje dietę lekkostrawną,
- ponadto pielęgniarka wyjaśnia, gdzie i kiedy chory może zapoznać się z wynikami badań histopatologicznych.

Działania profilaktyczne pielęgniarki przede wszystkim polegają na zachowaniu zasad aseptyki i antyseptyki w celu zapobiegania zakażeniom (np. HCV, HIV itp.) [47-51].



Ryc.1 Kolonoskopia – rak jelita grubego.

Źródło: http://pl.wikipedia.org/wiki/Rak_jelita_grubego2005.

Badania radiologiczne

Wlew doodbytniczy z podwójnym kontrastem – badanie to z zastosowaniem podwójnego kontrastu, wykonuje się, kiedy nie można przeprowadzić pełnej kolonoskopii. Polega na wprowadzeniu środka kontrastowego za pomocą wlewu do jelita grubego; wypełnianie jelita obserwuje się na prześwietleniu, a następnie wykonuje się zdjęcie rentgenowskie. Po opróżnieniu napełnia się jelito powietrzem i wykonuje ponowne zdjęcie. Za pomocą tej metody można wykryć guzy jelita grubego o wielkości przekraczającej 1cm. Wadą badania jest to, że nie umożliwia ono pobrania wycinków do dalszego badania histopatologicznego oraz, że nie uwidacznia ono guzów mniejszych niż 1cm.

Kolonografia – do najnowszych metod diagnostycznych należy wirtualna kolonoskopia, w której trójwymiarowy obraz jelita uzyskuje się dzięki komputerowej rekonstrukcji danych uzyskanych w tomografii komputerowej (TK) lub rezonansie magnetycznym. Jej zaletą jest nieinwazyjność, lecz skuteczność diagnostyczna w wykrywaniu małych zmian jest niezadowalająca.

USG jamy brzusznej – wykonuje się w celu określenia wielkości guza, miejscowych możliwości operacyjnych oraz obecności przerzutów raka.

USG transrektalne – wykonuje się dodatkowo w raku odbytnicy celem oceny miejscowego zaawansowania zmiany i wyboru techniki operacyjnej.

Tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy – badanie to należy wykonać w celu określenia stopnia zaawansowania choroby. Umożliwia wczesne wykrycie przerzutów w wątrobie, a także powiększonych węzłów chłonnych przestrzeni zaotrzewnowej i okolicy guza. Badanie pozwala również ocenić wielkość guza i narządy sąsiednie.

RTG klatki piersiowej – przydatne jest w celu wykrycia ewentualnego rozsiewu procesu nowotworowego w płucach.

MRI miednicy – tomografia rezonansu magnetycznego pozwala ocenić głębokość nacieku nowotworowego w ścianie odbytnicy i określić wskazania do radioterapii przedoperacyjnej [485].

Rozpoznanie różnicowe

W rozpoznaniu różnicowym należy uwzględnić:

1. Gruźlicę jelita grubego – choroba ma postać wrzodziejącą lub przerostową, dotyczy na ogół osób młodych. W postaci wrzodziejącej występują bóle brzucha i wyniszczające biegunki, czasem z domieszką krwi i śluzu. W postaci przerostowej zmiany zajmują najczęściej prawą połowę okrężnicy i występują tu narastające objawy upośledzenia drożności kątnicy.

Różnią się od raka umiejscowieniem w końcowym odcinku jelita krętego i zajęciem większej przestrzeni jelita grubego.

2. Przewlekłe wrzodziejące zapalenie jelita grubego (colitis ulcerosa)

W odróżnieniu od raka choroba przebiega zawsze z zajęciem odbytnicy, a zmiany w jelicie szerzą się w sposób ciągły w kierunku proksymalnym.

Niezmiernie charakterystyczny jest obraz endoskopowy błony śluzowej z zatartą siatką naczyń, zaczerwienieniem, wybroczynami, błoną śluzową krwawiącą przy każdym dotknięciu, nadzerkami i owrzodzeniami, nalotami włókniaka, obecnością ropy i pseudopolipowatymi zmianami.

3. Uchyłki jelita grubego – ulegające przewlekłym stanom zapalnym, mogą klinicznie przypominać raka. Badanie radiologiczne pozwala rozpoznać istotę choroby, choć czasem wyjaśnia sprawę dopiero badanie mikroskopowe usuniętej części jelita.

4. Nacieki okołowyrostkowe – mogą budzić podejrzenie nowotworu jelita grubego, ponieważ tworzą guz w okolicy kątnicy, lecz nagły początek choroby z ostrymi bólami, podniesioną temperaturą ciała i wysoką leukocytozą pozwala ustalić prawidłowe rozpoznanie.

5. Promiennica jelita – najczęściej dotyczy kątnicy. Choroba może przebiegać z deskowatym naciekaniami skóry i przetokami. Badanie mikroskopowe rozmazu ropy z przetoki potwierdza rozpoznanie, choć we wczesnym okresie jedynie badanie histologiczne usuniętej części jelita pozwala odróżnić ten stan od raka.

6. Nowotwory niezłośliwe – tłuszczaki, śluzaki i włókniaki występują bardzo rzadko w jelicie grubym. Można odróżnić je od raka na podstawie badania radiologicznego, przede wszystkim jednak mikroskopowo [424].

Leczenie raka jelita grubego

Leczenie chirurgiczne

Z wyjątkiem endoskopowego usunięcia złośliwych polipów o korzystnych prognostycznych cechach klinicznych, jedyną pewną metodą leczenia raka jelita grubego jest postępowanie chirurgiczne.

Polega na wycięciu chorego odcinka jelita wraz z krezką i okolicznymi węzłami chłonnyymi. Operacja jest wskazana zawsze wtedy, gdy proces nowotworowy ogranicza się do jelita i jego krezki wraz z leżącymi w niej węzłami lub, gdy występuje upośledzenie drożności.

Sposób leczenia raka jelita grubego zależy od stopnia zaawansowania i umiejscowienia guza. Różnice dotyczą leczenia przedoperacyjnego, techniki i zakresu operacji oraz postępowania po zabiegu.

Hemikolektomia prawostronna jest wskazana w przypadku guzów kątnicy, okrężnicy wstępującej i poprzecznej. Zmiany zlokalizowane w zagięciu śledzionowym i zstępnicy wymagają hemikolektomii lewostronnej. Guzy esicy i bliższego odcinka odbytnicy mogą być usunięte na drodze niskiej resekcji przedniej.

Lokalizacja i stopień zaawansowania są decydujące w przypadku guzów odbytnicy, ponieważ zmiany naciekające błonę mięśniową wymagają rozszerzonej resekcji brzuszno-kroczonej z wytworzeniem sztucznego odbytu, podczas gdy w przypadku zmian ograniczonych do błony podśluzowej możliwe jest wykonanie resekcji przezdbytnicznej z oszczędzeniem zwieraczy. Do określenia głębokości nacieku może być wykorzystywane badanie endosonograficzne [486].

Przygotowanie do leczenia operacyjnego

Zabieg operacyjny może okazać się jedyną skuteczną lub nawet ratującą życie metodą postępowania. Wiąże się jednak z poważnym trudnym do zaakceptowania okaleczeniem i licznymi konsekwencjami, które rzutują na funkcjonowanie chorego w sferach fizycznej, psychicznej i społecznej.

Głównym celem działań pielęgniarских jest jak najlepsze przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego. Należy, więc nawiązać dobry kontakt z chorym i jego rodziną, poznać historię choroby, sytuację rodzinną i zawodową, zainteresowania i plany chorego na przyszłość.

Poznanie problemów psychologicznych pozwala pielęgniarce zaplanować opiekę opartą o aktywność chorego i jego współuczestnictwie, a także współdecydowaniu o całokształcie procesu leczenia.

Opieka pielęgniariska stanowi niezwykle ważny element opieki interdyscyplinarnej i ma na celu przygotowanie psychiczne chorego, które powinno wyprzedzać jego przygotowanie instrumentalne. W dużym stopniu wpływa ono na pomyślny przebieg zabiegu i bezpośredni okres pooperacyjny.

Zaspokojenie biologicznych, psychicznych i społecznych potrzeb chorych wymaga przede wszystkim odpowiedniej postawy – otwartości i autentycznej akceptacji chorego przez pielęgniarkę. Ze względu na posiadane kompetencje jest ona osobą, która może i powinna poświęcać choremu najwięcej czasu, towarzyszyć mu na wszystkich etapach leczenia i adaptacji do życia po zabiegu operacyjnym.

Opieka okresu przedoperacyjnego obejmuje czas od momentu poinformowania chorego przez lekarza o konieczności leczenia operacyjnego. Czynności opiekuńczo-terapeutyczne, zaplanowane i oparte na właściwie postawionym rozpoznaniu, realizowane są najczęściej w wymiarze psychicznym i fizycznym.

Ważne znaczenie ma udzielenie emocjonalnego wsparcia i wzmacnianie pozytywnych zachowań chorego. Zmniejsza to jego wrażliwość i lęk przed zabiegiem, zachęca do wypowiedzania swoich uczuć i obaw oraz ułatwia akceptację siebie po zabiegu. O ile jest to możliwe, należy zapewnić choremu kontakt z psychologiem klinicznym i zorganizować spotkanie z osobą, która miała taki zabieg. Osoba mająca podobne doświadczenia

jest bardziej wiarygodna i autentyczna w tym, co mówi, potęguje wiarę chorego w możliwość wyleczenia i powrót do normalności.

Do zadań pielęgniarki w przygotowaniu psychicznym chorego do zabiegu operacyjnego należy rozpoznanie problemów chorego związanych z postawioną diagnozą lekarską, stanem zdrowia i reakcjami chorego na proponowaną formę terapii, wyjaśnienie istoty zabiegu i sposobu znieczulenia oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa.

Diagnostyczne działania pielęgniarskie polegają na ocenie ogólnego stanu zdrowia chorego w tym m.in.:

- pomiarów parametrów życiowych, masy ciała, wzrostu,
- rozpoznaniu ograniczenia sprawności ruchowej,
- zebraniu informacji o występujących chorobach współistniejących, ich przebiegu i leczeniu, odchyleniach od normy np.: obecności chorób metabolicznych (cukrzyca),
- określenie stopnia deficytu informacji dotyczących zabiegu (czy chory wie, na czym polega zabieg)
- ocena stanu odżywienia, nawodnienia, zaburzeń elektrolitowych,
- udział w dodatkowych badaniach diagnostycznych obrazowych i laboratoryjnych.

Fizyczne przygotowanie do zabiegu operacyjnego obejmuje:

- przygotowanie przewodu pokarmowego – mechaniczne oczyszczenie jelita,
- wykonanie wkłucia dożylnego, przetoczenie niezbędnych płynów, uzupełnienie niedoborów elektrolitowych (konsekwencja płukania jelit),
- przygotowanie pola operacyjnego,
- cewnikowanie pęcherza moczowego,
- zabezpieczenie preparatów krwi
- profilaktykę przeciwzakrzepową,
- profilaktykę antybiotykową,
- założenie bielizny operacyjnej,
- kontrolę dokumentacji,
- podanie premedykacji,
- przewiezienie chorego na salę operacyjną [53-57].

Dokładne, psychofizyczne przygotowanie chorego do zabiegu zmniejsza ryzyko powikłań pooperacyjnych i ułatwia powrót do zdrowia.

Okres przedoperacyjny jest właściwym momentem na naukę wykonywania ćwiczeń oddechowych i ogólnie usprawniających. Pielęgniarka podejmuje wraz z chorym działania profilaktyczne, które obejmują:

- profilaktykę powikłań oddechowych: ćwiczenia oddechowe, nauka kaszlu i odkrztuszania, które są pomocne w zapobieganiu powikłaniom krótkotrwałego, lecz koniecznego unieruchomienia, a które przyspieszają powrót do zdrowia i poprawiają samopoczucie,
- profilaktykę powikłań przeciwzakrzepowych: gimnastyka kończyn dolnych (ćwiczenia czynne i izometryczne), stosowanie terapii kompresyjnej u chorych z ryzykiem zakrzepicy żyłnej – pończochy uciskowe, bandaże kompresyjny [58].

Postępowanie pielęgniacyjne po operacji

W okresie pooperacyjnym wyróżniamy dwie zasadnicze fazy:

- bezpośredni okres pooperacyjny,
- odległy okres pooperacyjny – rozpoczynający się w momencie zakończenia hospitalizacji

W bezpośrednim okresie pooperacyjnym pielęgniarka przygotowuje chorego do samodzielnego funkcjonowania po opuszczeniu szpitala. Czuwa nad bezpiecznym przebiegiem okresu pooperacyjnego i zapobiega wystąpieniu powikłań.

Ocenia sytuację i samopoczucie chorego po zabiegu, kontroluje podstawowe czynności życiowe, czuwa nad niepowikłanym przebiegiem procesów adaptacyjnych i prowadzi rehabilitację chorego.

Ocenia następujące parametry i stan chorego:

- monitoruje podstawowe czynności życiowe chorego, interpretuje wyniki pomiarów (ocenia stan świadomości chorego, dokonuje pomiaru ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała, obserwuje częstość i głębokość oddechów, ocenia zabarwienie i ocieplenie powłok skórnych, kontroluje diurezę),
- obserwuje i ocenia żywotność stomii,
- obserwuje i ocenia obszar rany pooperacyjnej, dreny i obecność wydzieliny,
- kontroluje nasilenie bólu rany pooperacyjnej,
- ocenia stopień przygotowania i możliwości psychofizyczne chorego do podjęcia profilaktyki związanej z unieruchomieniem (wykonywanie ćwiczeń oddechowych i usprawniających),
- ocenia reakcje emocjonalne chorego, jeżeli jest stomia,
- ocenia funkcjonowanie przewodu pokarmowego po zabiegu operacyjnym i po włączeniu diety doustnej,
- dokonuje pełnej oceny diety chorego i jego reakcji na poszczególne rodzaje pokarmów,
- ocenia wyjściowy poziom wiedzy chorego i jego gotowość do podejmowania działań edukacyjnych [64,65].

Po zabiegu operacyjnym pielęgniarka zapewnia choremu poczucie bezpieczeństwa, zapewnia odpowiednie warunki (ciszę i spokój) do odpoczynku i umożliwia najszybszy powrót do zdrowia. Wspiera go emocjonalnie, okazuje wyrozumiałość i cierpliwość, włącza chorego w całość działań podejmowanych, zapewnia mu autonomię i pozwala swobodnie decydować o sobie.

W związku z czasowym unieruchomieniem i ograniczeniem sprawności fizycznej pomaga choremu w utrzymaniu higieny ciała i otoczenia. W okresie pooperacyjnym czynności pielęgnacyjno-lecznicze obejmują:

- pielęgnację rany pooperacyjnej,
- pielęgnację drenów, cewników,
- podawanie zleconych leków, w tym antybiotyków i leków przeciwbólowych,
- nawodnienie i odżywienie organizmu drogą dożylną do czasu podjęcia czynności przewodu pokarmowego, kontrola bilansu wodnego,
- pielęgnację wkluc dożylnych,
- pomoc w utrzymaniu higieny ciała i otoczenia (toaleta, zmiana bielizny),
- profilaktyka przeciwodleżynowa, przeciwzkrzepowa, zapobieganie powikłaniom układu oddechowego i moczowego,
- pomoc przy zmianie pozycji i uruchamianiu,
- rehabilitacja oddechowa (regularne wykonywanie ćwiczeń oddechowych, efektywny kaszel i odkrztuszanie – ochrona rany pooperacyjnej, oklepywanie klatki piersiowej,
- wdrażanie diety doustnej,
- zapewnienie choremu intymności podczas wykonywania zabiegów,
- wsparcie psychiczne i emocjonalne chorego,
- ocenę ryzyka wystąpienia powikłań pooperacyjnych, zapobieganie poprzez wczesne wykrycie i podejmowanie właściwych działań w przypadku ich wystąpienia,
- rozwiązywanie indywidualnych problemów pielęgnacyjnych,
- przygotowanie chorego do wypisu.

Po zabiegu operacyjnym pielęgniarka udziela choremu pomocy w takim zakresie, aby odzyskał on w jak najkrótszym czasie pełną sprawność i zdolności samoopiekuńcze.

Obok usprawniania fizycznego u chorych operowanych należy poprawiać stan psychiczny. Pielęgniarka powinna wykazać się opiekuńczością i jednocześnie aktywizować chorego. Może pojawić się lęk przed aktywnością i wykonywaniem jakichkolwiek ruchów. Należy, więc wyjaśnić choremu cel usprawniania leczniczego, pomóc opanować ból, być przy chorym oraz dobrać proste ćwiczenia bierne i czynne, które wpłyną na niego mobilizująco i aktywizująco.

Jeżeli u chorego wystąpi:

- obniżenie nastroju,

- lęk przed konsekwencjami leczenia operacyjnego – okaleczenie,
- niepokój związany z obawą przed powrotem do środowiska zamieszkania (może on wynikać z ograniczenia sprawności w samopielegnacji),
- obawa przed rozpoznaniem lub potwierdzeniem występowania choroby nowotworowej.

W przypadku wystąpienia takiej sytuacji chorego należy objąć rehabilitacją psychiczną. Pielęgniarka podejmuje działania określające zapotrzebowanie chorego na wsparcie, które będzie polegało na aktywizowaniu zasobów psychicznych, budowaniu nadziei i osiągnięciu pozytywnego stosunku do leczenia.

Natomiast celem rehabilitacji społecznej jest przystosowanie chorego do akceptacji w rodzinie i środowisku. Obok działania pielęgniarki także rodzina, wolontariat, psycholog lub organizacje społeczne mogą okazać się cenne w wywieraniu pozytywnego wpływu na zdrowie i życie chorego.

Edukacja chorego jest podstawą w przygotowaniu do samodzielnego i aktywnego życia. Ma na celu przekazanie choremu takiego poziomu wiedzy i umiejętności, które po zakończeniu hospitalizacji pomogą mu w uzyskaniu samodzielności i zapewnieniu sobie prawidłowej opieki. Obejmuje ona:

- toaletę rany pooperacyjnej,
- postępowanie dietetyczne (zapobieganie biegunkom i zaparciom, sposoby przyrządzania posiłków),
- ćwiczenia wzmacniające mięśnie brzucha,
- wiedza dotycząca dozowania wysiłku fizycznego,
- edukacja w zakresie metod zaprzestania palenia tytoniu,
- informacja na temat kontroli pooperacyjnej w poradni chirurgicznej,
- edukacja w zakresie zasad przyjmowania leków i kontynuacji leczenia farmakologicznego,
- rehabilitacja ruchowa,
- nauka samopielegnacji chorych np. ze stomią [22-26].

Odległy okres pooperacyjny rozpoczyna się w momencie uzyskania przez chorego wypisu ze szpitala. Jest to czas, w którym chory rozpoczyna nowy okres w życiu – weryfikuje zdobyte w czasie hospitalizacji umiejętności i uczy się samodzielnego życia. Najważniejszym celem opieki nad chorym jest pomoc w akceptacji siebie i przygotowanie do dalszego funkcjonowania. Dotyczy to wszystkich etapów leczenia i pielęgnowania, zmierzających ostatecznie do poprawy jakości życia chorych, ich rehabilitacji i pełnej adaptacji biopsychospołecznej [67,68].

Radioterapia

Rak jelita grubego jest nowotworem promienioopornym, dlatego napromienianie jako leczenie samodzielne jest stosowane u chorych na raka odbytnicy, u których towarzyszące schorzenia i zły stan ogólny uniemożliwiają operację.

Napromienianie jest bardziej skuteczne w skojarzeniu z chirurgią, gdyż efektywność napromieniania zależy od masy guza. Jest ona niedostateczna w przypadku zmian makroskopowych, natomiast możliwe jest wyjałowienie ognisk mikroskopowych leżących poza granicami resekcji guza.

Napromienianie uzupełniające radykalną operację nie ma zastosowania u chorych na raka okrężnicy, ponieważ nie poprawia wyników odległych, zwiększa natomiast toksyczność leczenia.

U chorych na raka odbytnicy toksyczność napromieniania jest mniejsza, gdyż tylko niewielka objętość jelita cienkiego otrzymuje wysoką dawkę. Napromienianie uzupełniające operację u chorych na raka odbytnicy zmniejsza odsetek nawrotów miejscowych o ok. 30 proc., gdy zastosowano je po operacji i o ok. 50-60 proc., gdy zastosowano je przed operacją.

Radioterapia przedoperacyjna jest obecnie uważana za standard i zastępuje napromienianie pooperacyjne. W przypadku niemożności przeprowadzenia przedoperacyjnej

radioterapii, rutynowym postępowaniem w przypadku miejscowo zaawansowanego raka odbytnicy powinna być radiochemioterapia pooperacyjna.

W przypadku guzów uznanych za nieresekcyjne, czyli nieruchomych w badaniu palcem per rectum i naciekających narządy sąsiednie, napromienianie przedoperacyjne stwarza szansę na zmniejszenie masy guza – zmniejsza odczyn zapalny. Umożliwia radykalną operację u większości leczonych w ten sposób chorych [141].

Radioterapia paliatywna spełnia ważną rolę w łagodzeniu bólów, zmniejszeniu krwawień i objawów niedrożności związanych z nawrotami miejscowymi raka odbytnicy oraz łagodzeniu objawów związanych z przerzutami (np. do kości lub mózgu) [211].

Chemioterapia

Mimo że leczenie chirurgiczne pozostaje nadal leczeniem z wyboru i tylko ono daje możliwość wyleczenia, to jednak szansę na poprawę wyników odległych stwarza leczenie uzupełniające, zwłaszcza chemio- i chemioradioterapia, stosowane w różnych sytuacjach klinicznych i w różnych sekwencjach czasu.

Chemioterapia adiuwantowa (uzupełniająca) obejmuje swoim zasięgiem cały ustrój, ma na celu niszczenie krążących komórek nowotworowych i mikroprzerzutów obecnych w czasie podjęcia leczenia operacyjnego.

Obecnie „złotym standardem” chemioterapii adiuwantowej jest sześciomiesięczna chemioterapia 5-FU modulowana leukoworyną. Terapia ta zapewnia wysoką skuteczność, możliwe niskie koszty leczenia i umiarkowaną toksyczność [411-414].

Chemioterapia uzupełniająca stosowana jest jako próba zapobiegania możliwości wznowy RJG po zabiegu operacyjnym. U pacjentów chorych na raka o stopniu A wg Dukeasa rzadko dochodzi do wznowy choroby i u tych osób dodatkowo leczenie nie jest zalecane.

Chorzy, u których w badaniu materiału operacyjnego stwierdzono stopień C wg podziału Dukeasa, powinni być przez rok leczenia programem z zastosowaniem lewamizolu i 5-fluorouracylu, co wydłuża okres wolny od wznowy i całkowity czas przeżycia. Leczenie uzupełniające nie poprawia wyników leczenia operacyjnego u chorych w stopniu B wg Dukeasa.

Ze względu na swoje pozaotrzewnowe położenie, rak odbytnicy jest odrębnie traktowany w zakresie terapii uzupełniającej. Wykazano zmniejszoną częstość występowania wznowy choroby w miednicy i poprawę przeżycia po zastosowaniu takiego leczenia. W przeciwieństwie do guzów wyższych odcinków okrężnicy, zarówno chorzy na raka odbytnicy stopnia B2, jak i stopnia C wg Dukeasa odnoszą korzyść z zastosowania terapii uzupełniającej. Podobnie w przeciwieństwie do pozostałych guzów okrężnicy, najbardziej skuteczne postępowanie w przypadku raka odbytnicy łączy pooperacyjną radioterapię z chemioterapią (folinian wapnia FA i fluorouracyl FU).

Zarówno w przypadku raków okrężnicy, jak i raków odbytnicy, leczenie uzupełniające rozpoczyna się 4-6 tygodni po operacji, to znaczy w czasie, kiedy został zakończony proces gojenia, ponieważ leki cytostatyczne mogą go zaburzyć.

Możliwości leczenia chorych z zaawansowanymi zmianami przerzutowymi w wątrobie lub o innej lokalizacji są ograniczone. Żadne schematy chemioterapii nie przyniosą poprawy w zakresie czasu przeżycia.

Paliatywna chemioterapia stosowana u prawidłowo kwalifikowanych chorych może prowadzić do okresowej poprawy jakości życia i jego znamiennego wydłużenia w porównaniu do chorych leczonych wyłącznie objawowo.

Rokowanie

Rokowanie w raku jelita grubego jest ustalane na podstawie stopnia jego zaawansowania. Najpowszechniej stosowana jest klasyfikacja Dukeasa, chociaż wykorzystywany jest także system TNM.

Do istotnych czynników prognostycznych należą:

- głębokość penetracji guza przez ścianę jelita,
- liczba zajętych węzłów chłonnych,
- niski stopień zróżnicowania w porównaniu z dobrze zróżnicowanymi guzami.

Budowa histologiczna również wywiera wpływ na rokowanie, gdyż przeżycie chorych z rakami śluzotwórczymi lub włóknistymi jest krótsza w porównaniu z gruczolakorakami. Guzy powodujące objawy niedrożności rokują gorzej niż pozostałe. Wielkość guza pierwotnego w raku jelita grubego nie wpływa decydująco źle na rokowanie, jeśli pozostałe czynniki są pomyślne. Natomiast naciekanie naczyń żylnych i limfatycznych wiąże się z krótszym czasem przeżycia.

Czas przeżycia chorych zależy od stadium, w którym pacjenci są operowani.

Tabela 2.
Rokowanie w raku jelita grubego wg Dukesa.

Stopień	5-letnie przeżycie
A	95 - 100%
B	80 – 85%
C	50-70%
D	5 – 15%

Źródło: podręcznik gastroenterologii Lublin 2006 E.Malecka-Panas.

Rokowanie w raku jelita grubego jest dość niekorzystne, ze względu na częstość przeżycia po pięciu latach wynosi około 45% chorych (w Polsce tylko 25%), ponieważ prawie połowa wszystkich chorych zgłasza się w zaawansowanym okresie choroby. W ostatnich dziesięcioleciach nastąpiła tylko nieznaczna poprawa częstości przeżycia, mimo wprowadzenia nowych technik operacyjnych i pomocniczej chemioterapii.

Podsumowanie

Rak jelita grubego jest jednym z najczęściej występujących nowotworów. Zajmuje drugie miejsce pod względem częstości występowania, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Proces rozwoju nowotworu przebiega wielostopniowo, a wpływ mają zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe.

Duże różnice w częstości występowania tej choroby w różnych krajach i znaczące tendencje w czasie od początku obecnego wieku sugerują, że czynniki związane ze stylem życia, z których najważniejsza jest dieta, odgrywają ważną rolę w etiologii choroby. Dobrze zróżnicowana dieta bogata w owoce i jarzyny, skrobię i błonnik oraz małe spożycie tłuszczów i alkoholu może chronić przed pojawieniem się nowotworów jelita grubego.

Do osób szczególnie zagrożonych powstaniem raka okrężnicy i odbytnicy należą pacjenci: 1) z dodatnim wywiadem rodzinnym w kierunku raka okrężnicy lub odbytnicy u dwóch krewnych pierwszego stopnia lub jednego krewnego pierwszego stopnia w wieku poniżej 55 lat, 2) z przewlekłą chorobą zapalną jelita grubego, 3) rodzinnym zespołem polipowatości, 4) albo znacznym gruczolakiem jelita i polipami.

Wśród pacjentów z wymienionych grup ryzyka konieczne jest prowadzenie indywidualnej diagnostyki i intensywnych badań przesiewowych zazwyczaj z koniecznością okresowego wykonywania kolonoskopii.

Aktualnie stosowane są następujące metody badań przesiewowych: testy na obecność krwi utajonej w kale, sigmoidoskopia, kolonoskopia, „kolonoskopia wirtualna”

Kolonoskopia jest cenną metodą przesiewową, ponieważ coraz częstsze jest występowanie raka jelita grubego w prawej połowie okrężnicy, a w tych przypadkach inne metody screeningu są zawodne, ponadto w czasie tego badania można usunąć wszystkie polipy i w 90% zapobiec rozwojowi raka.

Rak jelita grubego rozwija się powoli na podłożu polipów-gruczolaków i długo pozostaje we wczesnych stadiach zaawansowania, co stwarza szansę na skuteczną interwencję leczniczą.

Większość przypadków raka jelita grubego jest rozpoznawana u pacjentów powyżej 50 roku życia. Objawy choroby zależą w dużej mierze od lokalizacji guza. Większość przypadków nowotworów umiejscawia się w odbytnicy i w esicy co charakteryzuje się uczuciem parcia na stolec i częstymi wypróżnieniami, w których stwierdza się śluz i krew. W późnych okresach może dojść do krwotoku lub objawów niedrożności.

Raki prawej połowy okrężnicy często nie dają żadnych objawów i mogą pojawić się późno bóle brzucha lub anemia z niedoboru żelaza. Na etapie znacznego zaawansowania choroby z przerzutami do wątroby mogą pojawić się bóle brzucha, żółtaczka lub nadeśnienie wrotne.

Do badań stosowanych w rozpoznawaniu raka jelita grubego zalicza się: badanie per rectum (badanie palcem przez odbyt), sigmoidoskopię, wlew cieniujący doodbytniczy metodą podwójnego kontrastu, kolonoskopię, usg jamy brzusznej oraz tomografię komputerową. Kolonoskopia jest badaniem z wyboru ze względu na najwyższą skuteczność w wykrywaniu raka jelita grubego, a także ze względu na możliwość pobrania wycinka do badania histopatologicznego lub wykonania polipektomii endoskopowej.

Jest jednak badaniem, które ze strony pacjenta napotyka na opór natury fizycznej i psychicznej, dlatego tak ważna jest tu rola pielęgniarki endoskopowej, która poprzez nawiązanie kontaktu z chorym i okazanie życzliwości umiejętnie rozładuje napięcie psychiczne i dobrze przygotowuje pacjenta do badania.

Poznanie zaawansowania raka jelita grubego ma zasadnicze znaczenie dla wyboru metody leczenia. Najpowszechniej stosowana jest klasyfikacja Dukesa, chociaż wykorzystywany jest także system TNM (T-guz, N-węzły chłonne, M-przerzuty odległe).

Najlepszą metodą leczniczą w przypadku raka jelita grubego jest resekcja chirurgiczna. Sposób leczenia zależy od stopnia zaawansowania i umiejscowienia guza. Różnice dotyczą leczenia przedoperacyjnego, techniki i zakresu operacji oraz postępowania pooperacyjnego.

Zabieg operacyjny wiąże się z licznymi konsekwencjami, które mają wpływ na funkcjonowanie chorego w sferze biopsychospołecznej. Opieka pielęgniarska stanowi niezwykle ważny element opieki interdyscyplinarnej i ma duże znaczenie w przygotowaniu chorego do operacji oraz w dużym stopniu warunkuje bezpieczny przebieg i proces leczenia pooperacyjnego.

Pielęgniarka jest osobą, która powinna towarzyszyć choremu na wszystkich etapach leczenia i adaptacji do życia po zabiegu operacyjnym. Duże znaczenie ma udzielanie emocjonalnego wsparcia i wzmacnianie pozytywnych doświadczeń chorego, co zmniejsza jego wątpliwości i lęk przed zabiegiem, a także ułatwia akceptację siebie po zabiegu.

U części chorych dochodzi do nawrotu choroby, dlatego chemioterapia uzupełniająca stosowana jest jako próba zapobiegania możliwości wznowy raka jelita grubego po zabiegu operacyjnym. Najbardziej skutecznym postępowaniem w przypadku raka odbytnicy jest pooperacyjna radioterapia z chemioterapią. Przedoperacyjna radioterapia w przypadku nieresekcyjnych nowotworów odbytnicy może zmniejszyć rozmiary guza, aby umożliwić jego resekcję.

Rokowanie w raku jelita grubego zależy od stopnia zróżnicowania tkanki nowotworowej i od stopnia zaawansowania choroby. Cały sukces leży, więc w „wyścigu z czasem”, czyli jak najwcześniejszym rozpoznaniu. Stosowanie badań przesiewowych zmniejsza umieralność na tę chorobę.

Literatura

1. Bieliński D.: *Epidemiologia i prewencja raka jelita grubego*. Gastroenterologia 2003; 5: 4-7. Klinika Gastroenterologii w Szczecinie.
2. Bujko K.: *Radioterapia w leczeniu zaawansowanego raka jelita grubego*. Współczesna onkologia 2006; 3:141-142.
3. Droszcz W.: *Choroby wewnętrzne*. Wyd. medyczne Urban & Partner, Wrocław 1999
4. Daniluk J.: *Zarys chorób wewnętrznych dla studentów pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2005
5. Góral R.: *Chirurgia okrężnicy i odbytnicy*. PZWL, Warszawa 1993
6. Janicki K.: *Choroby narządów wewnętrznych*. [W:] *Domowy poradnik medyczny*. PZWL; Warszawa 1991
7. Jezierski A.: *Najczęstsze nowotwory – objawy, rozpoznanie i leczenie*. [W:] *Onkologia*. Podręcznik dla pielęgniarek. Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa 2005
8. Karcz D.: *Chirurgia endoskopowa w diagnostyce i leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego*. KWM, Kraków 2000
9. Koszarowski T., Kułakowski A., Lewiński T.: *Chirurgia onkologiczna*. PZWL, Warszawa 1978; 412-413
10. Kokot F.: *Choroby wewnętrzne*. PZWL, Warszawa 1991
11. Kotynia J., Małecka-Panas E.: *Chemoprewencja raka jelita grubego*, Gastroenterologia polska 2006; 13: 53-55.
12. Korniluk J.: *Chemioterapia raka jelita grubego*. Współczesna onkologia 2004; 8: 411-414.
13. Levine Joel S.: *Decision making in gastroenterology*. Mosby-Year Book, USA 1992
14. Małecka-Panas E.: *Podręcznik gastroenterologii*. Wyd. Czelej, Lublin 2006
15. Madaliński M.: *Badania proktologiczne*. Wyd. medyczne MAKmed; Gdańsk 1998
16. Nowak A.: *Endoskopia przewodu pokarmowego Atlas*. Medycyna praktyczna, Kraków 1998
17. Nowacki M., Rak jelita grubego [on line] [dostęp 15 października 2008]. Dostępny w Internecie: http://www.puo.pl/pdf/rak_jelita_grubego.pdf
18. Rupiński M.: *Nadzór nad pacjentami po polipektomii endoskopowej gruczolaków jelita grubego i po leczeniu raka jelita grubego*. [W:] X Warszawskie spotkania gastroenterologiczne. Warszawa: Goldprint 2005
19. Szewczyk M.T.: *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wyd. medyczne Borgis, Warszawa 2006
20. Tuszewski M.: *Chirurgia przewodu pokarmowego z elementami pielęgniarstwa*. PZWL; Warszawa 1995
21. Wineman A. P.: *Badania przesiewowe w kierunku raka jelita grubego*. Medycyna po dyplomie 2003; 8: 40-43.
22. Zahradniczek K.: *Pielęgniarstwo*. PZWL; Warszawa 2004
23. Zatoński W.: *Europejski kodeks walki z rakiem*. Medycyna praktyczna, Warszawa 2007

WYKAZ UŻYWANYCH SKRÓTÓW:

RJG – rak jelita grubego

FOBT – testy na krew utajoną w kale

FAP (ang. familial adenomatous polyposis) – zespół gruczolakowatej polipowatości rodzinnej

HNPCC (ang. hereditary non-polyposis colorectal cancer) – dziedziczny rak jelita grubego bez polipowatości, czyli zespół Lynch

TNM – Tumor – Nodus – Metastases – klasyfikacja stopnia zaawansowania klinicznego nowotworów

CEA (carcinoembryonic antygen) – antygen rakowo- płodowy w surowicy krwi

TK – tomografia komputerowa

MRI (magnetic resonance imaging) – magnetyczny rezonans jądrowy

USG – ultrasonografia

RTG - rentgenogram

Rola pielęgniarki w opiece nad pacjentem wyniszczonym z powodu choroby nowotworowej żołądka w warunkach hospicjum domowego

Małgorzata Kwiatkowska – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Zbigniew Puchalski – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Streszczenie

Celem pracy było przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem wyniszczonym z powodu choroby nowotworowej żołądka objętego opieką paliatywną przez hospicjum domowe.

Rak żołądka jest jednym z najczęstszych nowotworów złośliwych człowieka. Występuje dwa razy częściej u mężczyzn niż u kobiet, najczęściej zachorowań odnotowuje się po 50 roku życia, ale może pojawić się w każdej grupie wiekowej. Istnieje wiele czynników, które zwiększają ryzyko zachorowania na raka żołądka. Zalicza się do nich m.in.: dietę złożoną z produktów konserwowanych, wędzonych, ubogą w warzywa i owoce, zapalenie błony śluzowej żołądka wywołane zakażeniem *Helicobacter pylori*, zanik błony śluzowej na drodze immunologicznej (niedokrwiłość złośliwa), polipy żołądka, palenie papierosów oraz czynniki dziedziczne. Niemal wszystkie przypadki raka żołądka są rozpoznawane w zaawansowanym stadium, co przesądza o niepomyślnym rokowaniu. Na późne wykrywanie raka żołądka wpływa brak charakterystycznych objawów. Główne dolegliwości to: bóle brzucha, odbijania, brak apetytu (wstręt do pokarmów mięsnych), nudności, wymioty, smoliste stolce, ból podczas polykania, spadek masy ciała. Najistotniejszym badaniem pozwalającym zdiagnozować raka żołądka jest gastroskopia, w czasie której pobiera się wycinek do badania histopatologicznego oraz badanie radiologiczne (z kontrastem) przewodu pokarmowego. Najbardziej skuteczną metodą leczenia jest zabieg operacyjny polegający na całkowitej resekcji żołądka. Często z powodu rozległości procesu nowotworowego, gdy leczenie przyczynowe jest niemożliwe stosuje się jedynie leczenie paliatywne mające na celu poprawę jakości życia chorego.

W przebiegu choroby nowotworowej dochodzi do wyniszczenia organizmu. Wyniszczenie (kacheksja) jest złożonym procesem metabolicznym, który występuje u chorych około 70-80% chorych terminalnie. Kacheksji towarzyszy utrata apetytu lub wręcz jadłowstręt, zmniejszenie tłuszczowej i beztłuszczowej masy ciała, ogólne osłabienie i spadek odporności organizmu. Wyniszczenie jest efektem zaburzeń metabolicznych polegających na „podkradaniu” przez nowotwór energii i wytwarzanych w odpowiedzi na obecność guza cytokin. Leczenie wyniszczenia jest złożone, polega na jednoczesnym stosowaniu leczenia przyczynowego (jeśli jest to możliwe), farmakologicznego, żywieniowego oraz prowadzeniu edukacji chorego i jego rodziny.

Często, pomimo stosowania wszelkich możliwych metod leczenia, choroba nowotworowa postępuje, pojawiają się przerzuty oraz nasilają niepożądane objawy. W końcu pacjent zostaje zdyskwalifikowany z leczenia przyczynowego i jest kierowany do opieki paliatywnej. Ma ona na celu leczenie objawów, łagodzenie cierpień i zapewnienie możliwie największego komfortu życia chorego w ostatnim okresie życia. Pacjent zostaje objęty opieką przez zespół wielodyscyplinarny złożony z lekarza, pielęgniarki, rehabilitanta, duchownego, psychologa, pracownika socjalnego oraz wolontariuszy. Opieka paliatywna może być sprawowana w różnej formie -hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowym, placówce pobytu dziennego, opiece ambulatoryjnej oraz przez zespoły wspierające i zespoły poradnictwa rodzinnego.

Pacjenci z zaawansowaną chorobą nowotworową są wyczerpani fizycznie i psychicznie. Dlatego większość z nich czas, który pozostał im do przeżycia chce spędzić we własnym domu. Najlepiej sprawdza się wówczas domowa opieka hospicyjna. Umożliwia ona choremu przebywanie wśród bliskich i daje chociaż namiastkę życia sprzed choroby. W tej formie opieki

ważną rolę odgrywa pielęgniarka, która ma za zadanie właściwie rozpoznać potrzeby chorego i jego rodziny oraz odpowiednio na nie reagować. Istotna jest umiejętność dostrzegania problemów, o których pacjent nie zawsze mówi wprost. Pielęgniarka powinna wspierać zarówno chorego, jak i jego rodzinę w czasie choroby, umierania i w okresie osierocenia. Jest to trudne i odpowiedzialne zadanie, gdyż przebywanie z ciężko chorym, wyniszczonym, umierającym pacjentem stanowi duże obciążenie psychiczne.

Profesjonalna opieka pielęgniarska powinna być sprawowana w oparciu o proces pielęgnowania. Jest to świadome rozpoznanie potrzeb bio – psycho – społecznych chorego i jego środowiska, które ma na celu podjęcie działań zmierzających do utrzymania lub poprawy dotychczasowego stanu. Proces pielęgnowania cechuje: wieloetapowość, ciągłość i dynamika, logiczność i następstwa czasowe, holistyczne podejście do pacjenta, szerokie możliwości działania. Do etapów procesu pielęgnowania należą: rozpoznawanie, planowanie, realizowanie i ocena działań pielęgnacyjnych.

Na podstawie procesu pielęgnowania zostały w niniejszej pracy omówione wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentki wyniszczonej z powodu zaawansowanej choroby nowotworowej żołądka, która była objęta opieką przez hospicjum domowe.

Wprowadzenie

Choroby nowotworowe stanowią poważny problem medyczny, ponieważ liczba zachorowań i zgonów z ich powodu ciągle rośnie. Jest to spowodowane czynnikami środowiskowymi zwiększającymi prawdopodobieństwo zachorowania oraz wydłużającą się średnią długością życia. Jednocześnie postęp medycyny daje nowe możliwości leczenia. W wielu przypadkach realne jest całkowite wyleczenie (pod warunkiem wczesnego wykrycia zmian nowotworowych) lub wydłużenie czasu przeżycia. Niestety chorzy nadal zgłaszają się do lekarza zbyt późno, gdy choroba jest w zaawansowanym stadium.

Jednym z najważniejszych czynników, który odpowiada za około 30 % zgonów chorych onkologicznych jest kacheksja, czyli wyniszczenie nowotworowe. Występuje ono najczęściej w przebiegu raka trzustki, żołądka i przełyku.[17] Charakterystycznymi objawami kacheksji jest postępujący ubytek masy ciała, osłabienie, brak apetytu (czasem jadłowstręt), a co za tym idzie zmniejszenie odporności organizmu i zaburzenia metaboliczne. W konsekwencji wyniszczenie nowotworowe prowadzi do niekorzystnych zmian w stanie bio – psycho - społecznym chorego i w znaczący sposób obniża jakość jego życia. Postępujące wyniszczenie pogarsza pozytywną odpowiedź organizmu na leczenie przeciwnowotworowe oraz nasila niepożądane objawy (ból, duszność). W momencie, kiedy leczenie przyczynowe zostaje zakończone (bez uzyskania wyleczenia), pacjent jest kierowany do opieki paliatywnej. Ma ona za zadanie nieść ulgę w cierpieniu oraz wspierać chorego i rodzinę do ostatnich chwil jego życia. „Opieka paliatywna jest (...) przejawem cywilizacji miłości - propozycją dla współczesnego człowieka, która pozwala do końca żyć z godnością i umierać z godnością”.[16]

Temat niniejszej pracy został wybrany z powodu występowania wielu problemów pielęgnacyjnych u pacjenta wyniszczonego z powodu choroby nowotworowej żołądka oraz chęci przedstawienia roli pielęgniarki jako członka hospicyjnego zespołu wielodyscyplinarnego w sprawowaniu opieki nad takim chorym.

Praca składa się z 5 rozdziałów. W 1 z nich zostały omówione przyczyny, objawy, metody rozpoznawania i leczenia choroby nowotworowej żołądka. W rozdziale 2 omówiono zespół wyniszczenia nowotworowego – jego objawy, rozpoznawanie, patomechanizm powstawania oraz sposoby leczenia. Kolejny rozdział jest poświęcony opiece paliatywnej i hospicyjnej, w tym głównym celom, zasadom i formom tej opieki. Rozdział 4 przedstawia rolę i zadania stojące przed pielęgniarką sprawującą opiekę nad chorym wyniszczonym z powodu choroby nowotworowej żołądka. Rozdział 5 zawiera studium przypadku oraz proces pielęgnowania pacjentki wyniszczonej z powodu choroby nowotworowej żołądka. Pracę kończy podsumowanie oraz wnioski na temat roli i zadań pielęgniarki w opiece nad chorym z kacheksją nowotworową.

Cel pracy

1. Przedstawienie roli pielęgniarki w opiece nad pacjentem wyniszczonym z powodu choroby nowotworowej żołądka.
2. Przedstawienie w formie procesu pielęgnowania niektórych problemów pacjentki wyniszczonej z zaawansowaną chorobą nowotworową żołądka.

Podstawowe zasady i cele opieki paliatywnej i hospicyjnej

Czym jest opieka paliatywna i hospicyjna?

Określenie „opieka paliatywna” pochodzi od łacińskiego słowa *pallium* oznaczającego płaszcz grecki, obszerny, dobrze otulający, inaczej łagodzenie cierpień.[2] W kontekście medycznym „paliatywny” oznacza: „skrywający, łagodzący przykre oznaki choroby”. Można go również łączyć z czasownikiem angielskim, *palliate*” - złagodzić, uśmierzyć, ulżyć.[3]

Z pojęciem „paliatywny” nierozdzielnie połączony jest termin „hospicyjny”. Wywodzi się on od łacińskiego słowa „*hospes*”, co początkowo oznaczało osobę udzielającą komuś gościny serca, gospody, która w średniowieczu przybrała formę schroniska dla podróżujących, często chorych i wymagających pielęgnacji.[3]

Hospicja, czyli szpitale sprawujące opiekę nad umierającymi znane były już w pierwszych wiekach po narodzeniu Chrystusa, jednak czas ich intensywnego rozwoju to okres po drugiej wojnie światowej. Pierwsze nowoczesne hospicjum powstało z inicjatywy angielskiej pielęgniarki Cicely Saunders, w Londynie, w roku 1967. Jest to istniejące do dziś Hospicjum św. Krzysztofa. Cicely Saunders kilkakrotnie gościła w naszym kraju, a jej wizyta w 1978 roku zaowocowała 3 lata później powstaniem pierwszego w Polsce Hospicjum Świętego Łazarza w Krakowie, prowadzonego przez Stowarzyszenie Przyjaciół Chorych - Hospicjum.[2] Do jego powstania przyczyniła się również polska pielęgniarka Hanna Chrzanowska, która już w latach pięćdziesiątych XX wieku zainicjowała domową opiekę pielęgniarską nad przewlekle chorymi i umierającymi, z uwzględnieniem ich fizycznych, psychicznych, społecznych oraz duchowych potrzeb.

Medycyna paliatywna jako dziedzina medycyny zajmująca się opieką nad nieuleczalnie chorymi w stanie terminalnym (u schyłku życia) od 1999r. jest odrębną specjalizacją lekarską, która „zajmuje się opracowywaniem standardów strukturalno - organizacyjnych opieki paliatywnej oraz wytycznych postępowania zapewniających jej skuteczność”.[3]

Najszerzej opiekę paliatywną opisuje definicja podana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 2002 roku:

„Opieka paliatywna jest działaniem, które poprawia jakość życia chorych stojących wobec problemów związanych z zagrażającą życiu chorobą oraz ich rodzin. Obejmuje zapobieganie i zwalczanie cierpień, wczesne stawianie rozpoznań, staranne badanie i leczenie bólu oraz rozwiązywanie innych problemów - fizycznych, duchowych i psychosocjalnych:

- zapewnia uwolnienie od bólu i innych uciążliwych objawów,
- afirmuje życie, a śmierć szanuje jako proces naturalny,
- nie dąży do przyspieszenia ani do odwleczenia śmierci,
- integruje psychologiczne i duchowe aspekty opieki,
- oferuje system pomocy pozwalający choremu żyć do końca tak aktywnie, jak to jest tylko możliwe,
- oferuje system pomocy pozwalający rodzinie chorego radzić sobie w czasie choroby i w okresie żałoby po jego śmierci,
- charakteryzuje się działaniem zespołowym w rozwiązywaniu problemów chorych oraz ich rodzin, także w okresie żałoby,
- poprawiając jakość życia, może pozytywnie wpływać na przebieg choroby,

- w połączeniu z innymi metodami, których celem jest przedłużenie życia (chemio/radioterapia), może być wprowadzona we wczesnych stadiach choroby i wówczas obejmuje również diagnostykę umożliwiającą lepszą interpretację i zwalczanie niepokojących powikłań.”[15]

A zatem jest to aktywna i wszechstronna opieka nad chorymi, których wyleczenie jest już niemożliwe. Ten rodzaj opieki, „bierze się pod uwagę u osób, które w niedalekiej przyszłości prawdopodobnie umrą z powodu niekontrolowanego procesu nowotworowego.”[11]

Głównym celem opieki paliatywnej jest poprawa jakości życia chorych z zaawansowanym nowotworem, zapewnienie im możliwie największego komfortu życia oraz wsparcie psychologiczne zarówno chorych, jak i ich rodzin. Opieka paliatywna dąży do zaspokojenia indywidualnych potrzeb pacjenta oraz koncentruje się na właściwej kontroli objawów somatycznych i ich zwalczaniu zgodnie z aktualnymi wytycznymi (np. dotyczącymi leczenia bólu). Jej zadaniem jest również ochrona chorych przed uporczywą terapią, która nie znajduje często potwierdzenia stanem klinicznym.

Zapewnienie holistycznej opieki stanowi duże wyzwanie dla wszystkich członków wielodyscyplinarnego zespołu. W jego skład wchodzi lekarz, pielęgniarka, rehabilitant, psycholog, pracownik socjalny, duchowny oraz wolontariusze bez wykształcenia medycznego. Taki dobór członków zespołu umożliwia im harmonijną współpracę w trosce o chorego, wspieranie zarówno rodziny pacjenta jak siebie nawzajem. Jedna osoba nie jest bowiem w stanie zaspokoić wszystkich fizycznych, psychicznych i duchowych potrzeb osoby zbliżającej się do kresu życia. Działanie w zespole pozwala odpowiednio rozłożyć ciężar opieki i odpowiedzialności oraz łagodzi stres związany z ciągłym kontaktem ze śmiercią. Domowa opieka paliatywna opiera się na ścisłej współpracy z rodziną chorego, ale członkowie zespołu nie mają wyręczać rodziny chorego, lecz pomagać jej poprzez:

- „odpowiedni instruktaż dotyczący sposobu pielęgnacji, leczenia i zachowania się wobec chorego,
- okresowe odciążenie od obowiązków, zwłaszcza gdy rodzina jest przemęczona, mało zaradna, gdy są małe dzieci itp.,
- wsparcie psychiczne i duchowe; nie należy zapominać, że rodzina znajduje się często przez długi czas w stanie dużego stresu,
- pomoc w załatwianiu spraw bytowych, np. w uzyskaniu zasiłku, renty itp.”[3]

Zasady postępowania w opiece paliatywnej

W dobrze sprawowanej opiece paliatywnej bardzo istotna jest akceptacja nieuchronności śmierci, czyli powstrzymanie się od wszelkich działań przedłużających agonię, a nie życie. Ważną zasadą w opiece paliatywnej jest także akceptacja nieuchronności cierpienia, żalu i lęku jako głęboko ludzkich, naturalnych uczuć, która pozwala na bardziej efektywną pomoc i opiekę. Opieka paliatywna zdecydowanie sprzeciwia się eutanazji (zabicie człowieka pod wpływem współczucia na jego żądanie) lecz daje przyzwolenie na ortotanazję, czyli „zaniechanie działań w kierunku sztucznego podtrzymywania życia, podejmowania i prowadzenia reanimacji lub uporczywej terapii i stosowania środków nadzwyczajnych w okresie umierania”[3] Kolejną zasadą opieki paliatywnej jest obejmowanie nią nie tylko pacjenta, ale również jego rodziny, zarówno w czasie choroby, w żałobie, jak i w okresie osierocenia.

Opieka paliatywna kieruje się zasadami etycznymi, do których należą:

- zasada poszanowania niezależności poglądów chorego, respektowanie jego prawa do prawdy, prywatności, podejmowania decyzji i działania,
- zasada respektowania sprawiedliwości, tj. możliwości udzielenia opieki paliatywnej wszystkim chorym, którzy jej potrzebują,
- zasada *primum non nocere*, co oznacza w praktyce „nie szkodzić i nie sprawiać niepotrzebnego cierpienia” (fizycznego, psychicznego, duchowego),
- zasada czynienia dobra, tj. udzielanie pomocy, leczenie, zmniejszanie cierpienia, zaspokajanie pragnień, towarzyszenie choremu.[3]

Formy opieki hospicyjnej

Opieka paliatywno - hospicyjna funkcjonuje w Polsce w ramach usług zakontraktowanych z Narodowym Funduszem Zdrowia w następujących formach:

- **hospicjum domowe** - opieka prowadzona jest w domu chorego, u którego zostało zakończone leczenie przyczynowe. W pielęgnowaniu pacjenta czynny udział bierze rodzina i inne bliskie mu osoby, a zespół hospicyjny wspiera rodzinę w czasie umierania chorego i w okresie osierocenia;
- **hospicjum stacjonarne** - znajdujące się w osobnym, przeznaczonym tylko do tego celu budynku. Przebywają w nim osoby, u których przebieg choroby nowotworowej jest szczególnie ciężki, potrzebujące specjalistycznej opieki medycznej. Tą formą opieki obejmowane są również osoby samotne;
- **placówki pobytu dziennego** - przeznaczone dla osób, które pomimo choroby mogą jeszcze opuszczać dom i np. w godzinach pracy domowników mogą korzystać z takiej formy opieki;
- **opieka ambulatoryjna** - sprawowana w poradniach opieki paliatywnej przeznaczona jest dla chorych, którzy są zdolni zgłaszać się do tych jednostek samodzielnie. Poradnia sprawuje opiekę nad chorymi, u których rozpoznano chorobę nowotworową i kontynuowane jest leczenie przyczynowe;
- **zespoły wspierające** - działają na terenie szpitali i zakładów opiekuńczo - leczniczych. Opiekują się umierającymi pacjentami danej placówki. Chory prowadzony jest przez lekarza danej placówki, natomiast zespół wspierający pełni rolę doradcą i pomagającą w leczeniu trudnych do opanowania objawów;
- **zespoły poradnictwa rodzinnego** - udzielają wsparcia rodzinom, opiekunom i osobom osieroconym. Powstają przy ośrodkach opieki paliatywnej/hospicyjnej i służą pomocą osobom w okresie osierocenia i żałoby.

Rola i zadania pielęgniarki w opiece nad pacjentem wyniszczonym z powodu choroby nowotworowej

Rola pielęgniarki w rozpoznawaniu potrzeb i udzielaniu wsparcia choremu i jego rodzinie

Preferowanym miejscem pielęgnowania chorego z nie poddającą się leczeniu zaawansowaną chorobą nowotworową, w której przebiegu doszło do wyniszczenia organizmu, jest jego dom. To w nim (pod warunkiem całodobowego dostępu do opieki lekarskiej i pielęgniarskiej) pacjent czuje się najbezpieczniej oraz może uczestniczyć w życiu rodzinnym. Zdecydowana większość chorych na zaawansowane nowotwory chce otrzymywać leczenie i umierać w domu. Z tego powodu najbardziej pożądane jest niesienie opieki paliatywnej do chorego, a nie odwrotnie.[11] Odpowiedzią na taką formę opieki są hospicja domowe.

Pielęgniarka i pozostali członkowie zespołu wielodyscyplinarnego stoją przed bardzo trudnym zadaniem zapewnienia jak najlepszej jakości życia swojemu podopiecznemu. Opieka pielęgniarska nad pacjentem wyniszczonym z powodu choroby nowotworowej powinna uwzględniać uważną ocenę zmiany stanu zdrowia, realizację zaleceń lekarskich, edukację pacjenta i jego emocjonalne wsparcie.[10] Pielęgniarskie działania opiekuńcze powinny być nakierowane na zachowanie godności chorego, minimalizację cierpienia oraz szybkie reagowanie na pojawiające się problemy poprzez ocenę sytuacji i rozpoznanie potrzeb chorego. Należy przy tym pamiętać, że większość chorych boryka się z różnymi problemami, nie zawsze je zgłaszając. Wiele uciążliwych objawów wyrażanych jest przez chorego w sposób niewerbalny (np. grymas twarzy spowodowany dotknięciem bolącego miejsca). Do najczęściej występujących uciążliwych dla chorego objawów należą: ból, duszność, nudności, wymioty, splątanie, pobudzenie, niepokój ruchowy, nietrzymanie lub zatrzymanie moczu, wysuszone i bolesne jama ustna oraz wyczerpanie.

Bardzo ważna jest pielęgniarska ocena potrzeb rodziny chorego. Najbliżsi są często wyczerpani fizycznie i psychicznie ciągłą obecnością przy chorym, mają wiele pytań

dotyczących pielęgnacji i tego, co mogą jeszcze dla niego zrobić. Potrzebują także podzielenia się swoimi emocjami. Odczuwają lęk i przygnębienie z powodu uświadomienia sobie zbliżającej się śmierci bliskiej osoby. Dlatego oczekują wsparcia i poświęcenia im czasu przez pielęgniarkę tak samo jak chory. Pielęgniarka i rodzina pacjenta mają wspólny cel: dobro chorego. Dążąc do osiągnięcia tego celu są dla siebie partnerami w opiece nad chorym. Pielęgniarka jest odpowiedzialna za edukację rodziny chorego i przygotowanie jej na radzenie sobie z postępem choroby oraz właściwe reagowanie na trudne sytuacje. Pielęgniarka aktywnie współpracując z zespołem domowej opieki hospicyjnej powinna umieć przygotować chorego i jego najbliższych na godne odejście.

„W obliczu majestatu śmierci niełatwo jest zrozumieć potrzeby i lęk człowieka umierającego, jeżeli nie towarzyszy temu procesowi refleksja o głębi i wyłączności osobowej, społecznej i historycznej, o umieraniu człowieka jako jednostki. Przyzwyczajeni do codziennych trosk nie lubimy myśleć o śmierci, nie pamiętamy, że życie w doczesnym wymiarze kończy się u wielu współtowarzyszy, podczas gdy my cieszymy się nim nadal.”[4]

Pielęgniarka musi zdawać sobie sprawę, że chory przeszedł bardzo trudną drogę leczenia i związanych z nim skutków ubocznych, ma za sobą wielokrotne, długie i męczące pobyty w szpitalu, rozłąkę z bliskimi, utracił swoją dotychczasową rolę w społeczeństwie i możliwość samodzielnej egzystencji, a każdy dzień nieuchronnie zbliża go do śmierci. Niekiedy skrajnie wyniszczony chory, który ma za sobą wszystkie etapy zmagania się z tragiczną wiadomością o ciężkiej chorobie – od zaprzeczenia, przez gniew, targowanie się, depresję, aż do pogodzenia się z diagnozą, do kresu swoich dni ma nadzieję. Pozwala mu ona zachować spokój, znieść dolegliwości i przetrwać najgorsze cierpienia. Dlatego potrzebuje od pielęgniarki gotowości do wysłuchania go, a jeśli na rozmowę nie ma już sił - do bycia z nim aż do końca jego dni.[1]

Pielęgniarka pełni często rolę powiernika i łącznika pacjenta z pozostałymi członkami zespołu hospicyjnego. Wchodząc do środowiska domowego chorego otrzymuje od niego ogromny kredyt zaufania, staje się osobą, której chory oczekuje i przy której czuje się bezpiecznie. Przebywanie z umierającym, skrajnie wyniszczonym człowiekiem wymaga od pielęgniarki szczególnego rodzaju wrażliwości i autentyczności. Wymaga też czasu, którego pozostaje coraz mniej.

Proces pielęgnowania - studium przypadku

Studium przypadku

Dane pacjentki:

Imię i nazwisko: M. N.

Wiek: 28lat

Adres zamieszkania: Ostrołęka

Stan cywilny: wolny

Zawód wyuczony: ekonomista

Źródło utrzymania: renta

Osoba wskazana przez chorego do kontaktu: mama B. N.

Rozpoznanie: nowotwór żołądka

Historia choroby:

Choroba nowotworowa żołądka została rozpoznana na podstawie badania histopatologicznego wycinka pobranego z żołądka we wrześniu 2005 r. Pacjentka wielokrotnie hospitalizowana w Wojskowym Instytucie Medycznym na Oddziale Kobięcym w Klinice Onkologii w Warszawie. W trakcie leczenia przyjęła 26 kursów chemioterapii, była leczona objawowo oraz otrzymywała żywienie pozajelitowe. Główne dolegliwości pacjentki to bóle brzucha, zaparcia, zatrzymanie gazów na skutek pogłębiającej się niedrożności przewodu pokarmowego. Ze względu na progresję choroby w kwietniu 2007 r. pacjentkę zdyskwalifikowano z dalszej chemioterapii. Zalecono leczenie przeciwbólowe oraz

przyjmowanie płynów dożylnie w miejscu zamieszkania (2litry na dobę), doustnie jedynie niewielkie ilości wody.

Pacjentka z dniem 5.04.2007 r. została objęta opieką przez hospicjum domowe Caritas w Ostrołęce. W chwili przyjęcia stan chorej określono jako średnio ciężki. Kontakt z pacjentką był zachowany, chodziła z pomocą osób trzecich, miała założoną sondę do żołądka, przez którą sphywała treść kałowa, na kończynach dolnych występowały obrzęki, była bardzo wychudzona. Dolegliwości bólowych nie zgłaszała, RR wynosiło 120/90 mm Hg, tętno 100 u/min. Pacjentka nie zdawała sobie sprawy ze stopnia zaawansowania choroby i niepomyślnego rokowania. Chora przebywała pod opieką hospicjum do dnia śmierci, tj. 1. 07. 2007 r.

Wybrane problemy pielęgnacyjne pacjentki wyniszczonej z powodu choroby nowotworowej żołądka.

Tabela przedstawia proces pielęgnowania oraz wiodące problemy pielęgnacyjne, które wystąpiły u chorej M.N. w dniu 26. 06. 2007 r.

Tabela 1.
Proces pielęgnowania M. N. z dnia 26. 06. 2007, Źródło własne.

L p.	Potrzeby / problemy pielęgnacyjne	Cel opieki	Plan opieki i realizacja	Ocena wyników opieki pielęgnacyjnej
1	Dyskomfort fizyczny i psychiczny spowodowany bólem nowotworowym w obrębie jamy brzusznej.	Zmniejszenie bólu. Poprawa samopoczucia pacjentki.	- określenie stopnia i charakteru bólu, - zapewnienie ciszy i spokoju, - wyeliminowanie bodźców nasilających ból (ograniczenie wysiłku fizycznego), - delikatne i sprawne wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych, - zapewnienie chorej planowych wizyt lekarskich i pielęgniarskich zespołu hospicyjnego oraz wizyt po wezwaniu telefonicznym, - stała obecność członków rodziny przy pacjentce, - ułożenie chorej w najwygodniejszej dla niej pozycji, - podanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarskim.	- bóle nieco się zmniejszyły, ale nie udało się wyeliminować ich całkowicie, - w obecności rodziny i personelu hospicjum pacjentka czuje się bezpiecznie.
2	Występowanie nudności i wymiotów treścią kałową z powodu narastającej niedrożności przewodu pokarmowego.	Zminimalizowanie nudności i wymiotów. Poprawa samopoczucia pacjentki.	- prowadzenie kontroli ilości i jakości treści wymiotnej, - nakłonienie chorej do wyrażenia zgody na założenie sondy żołądkowej, - ułożenie chorej w pozycji bocznej półwysokiej	- wymioty ustąpiły, nudności utrzymują się, - pacjentka nie zgodziła się na założenie sondy żołądkowej,

			<p>z odchyleniem głowy na bok zapobiegającej aspiracji wymiocin do dróg oddechowych,</p> <ul style="list-style-type: none"> - zapewnienie pacjentce ciszy i spokoju oraz pomocy w czasie wymiotów przez podtrzymywanie głowy, przygotowanie ligniny i miski w zasięgu jej rąk, - szybkie usuwanie wymiocin, zmiana bielizny osobistej i pościelowej w razie zabrudzenia wymiocinami, - unikanie intensywnych zapachów, np. przygotowywanych posiłków oraz innych drażniących zapachów, - wietrzenie pokoju, - higiena jamy ustnej po zwymiotowaniu (płukanie j. ustnej np. naparem z mięty, rumianku lub przegotowaną wodą), - nakłonienie pacjentki do przestrzegania zaleceń lekarskich co do nieprzyjmowania doustnie żadnych pokarmów, jedynie niewielkich ilości wody, - obecność przy chorej rodzinie, - w razie nieustępowania wymiotów podanie leków na zlecenie lekarza, - nawadnianie dożylnie pacjentki z powodu wyłączenia drogi przewodu pokarmowego 	<p>- pacjentka ma zapewnioną pomoc ze strony rodziny oraz zespołu hospicyjnego, co zwiększa jej poczucie bezpieczeństwa</p>
3	Zaczerwienienie okolicy kości krzyżowej - ryzyko powstania odleżyny.	Niedopuszczenie do powstania odleżyny.	<ul style="list-style-type: none"> - dbanie o higienę ciała pacjentki, - dokładne osuszanie skóry po wykonaniu toalety, - zastosowanie do pielęgnacji chorej preparatów natłuszczających skórę, - delikatne naklepanie zaczerwienionego miejsca w celu poprawienia ukrwienia skóry, - zapewnienie czystej bielizny osobistej i pościelowej (dokładne naciąganie prześcieradła, 	<ul style="list-style-type: none"> - po wykonaniu czynności higieniczno - pielęgnacyjnych zaczerwienienie zniknęło, - pacjentka chętniej zmienia pozycję ciała, - rodzina zna sposoby zapobiegania powstawaniu odleżyn.

			<p>usuwanie fałd i zagnieceń),</p> <ul style="list-style-type: none"> - unikanie tarcia ciała pacjentki w czasie przemieszczania i przy zmianie pozycji przez unoszenie chorej przez dwie osoby, - zmniejszenie ucisku na kość krzyżową i inne wyniosłości kostne przez zmianę pozycji ułożeniowej - najlepiej co 2godziny, - unikanie dłuższego przebywania chorej w pozycji wysokiej i półwysokiej, - utrzymanie odpowiedniego ciśnienia w materacu przeciwodleżynowym - obserwacja stanu skóry w czasie wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, - edukacja rodziny w zakresie profilaktyki odleżyn. 	
4	<p>Wysuszenie i bolesność błon śluzowych jamy ustnej z powodu braku możliwości żucia.</p>	<p>Zmniejszenie dolegliwości.</p> <p>Poprawa komfortu pacjentki.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - obserwacja błon śluzowych jamy ustnej, - umycie zębów miękką szczoteczką, - płukanie jamy ustnej przegotowaną wodą lub roztworem sody oczyszczonej, - smarowanie warg wazeliną, - podanie chorej do ssania skruszonej kostki lodu, - zaproponowanie zastosowania nawilżacza powietrza w pokoju chorej, - dożylnie uzupełnienie płynów zgodnie z zaleceniem lekarskim, - prowadzenie bilansu płynów 	<ul style="list-style-type: none"> - po wykonaniu toalety jamy ustnej pacjentka poczuła ulgę, - płukanie jamy ustnej roztworem sody nasila nudności u pacjentki

5	Ryzyko zakażenia w miejscu wkłucia dożylnego w wyniku osłabienia odporności pacjentki.	Zmniejszenie ryzyka zakażenia.	<ul style="list-style-type: none"> - wykonanie toalety chorej (najlepiej 2 razy dziennie oraz w razie dodatkowej potrzeby), - obserwacja miejsca wkłucia pod kątem wystąpienia objawów stanu zapalnego (bolesność, obrzęk, zaczerwienienie, nadmierne ucieplenie miejsca wkłucia, wzrost temperatury ciała), - prowadzenie Karty Wkłucia Dożylnego, - zachowanie zasad aseptyki przy podawaniu leków i podłączaniu płynów drogą dożylną, - edukacja rodziny w zakresie profilaktyki zakażenia wkłucia dożylnego. 	<ul style="list-style-type: none"> - w miejscu wkłucia dożylnego nie występują objawy wskazujące na stan zapalny, - rodzina umie rozpoznać objawy stanu zapalnego
6	Dyskomfort pacjentki spowodowany brakiem samodzielnosci w samoobsłudze.	Zapewnienie pomocy w utrzymaniu higieny ciała. Poprawa samopoczucia.	<ul style="list-style-type: none"> - rozmowa z pacjentką, umożliwienie jej wyrażenia swoich odczuć, - uzgadnianie z pacjentką wszystkich zaplanowanych działań pielęgnacyjnych, - poszanowanie prawa pacjentki do stanowienia o sobie, - współdziałanie z pacjentką we wszystkich podejmowanych działaniach pielęgnacyjnych, - nie podejmowanie działań bez jej akceptacji, - umożliwienie pacjentce samodzielnego wykonania czynności, na które ma siłę (np. umycie rąk w miseczce), - delikatne i sprawne wykonywanie czynności pielęgnacyjnych przy chorej, - współpraca z rodziną w czasie wykonywania czynności pielęgnacyjnych. 	<ul style="list-style-type: none"> - chora rozumie, że potrzebuje pomocy w zaspokajaniu potrzeb fizycznych, - chętnie współpracuje z pielęgniarką, - w obecności rodziny w czasie czynności pielęgnacyjnych czuje się pewniej.
7	Lęk przed śmiercią.	Zapewnienie atmosfery bezpieczeństwa.	<ul style="list-style-type: none"> - wnikliwa obserwacja chorej, - obecność przy pacjentce rodziny oraz pielęgniarki, - umożliwienie pacjentce wyrażenia przyczyn swojego lęku, 	<ul style="list-style-type: none"> - z pacjentką stale przebywa rodzina oraz w miarę możliwości pielęgniarka, - pacjentka wyraziła chęć odwiedzin

			<ul style="list-style-type: none"> - jeśli chora nie chce znać całej prawdy o rokowaniu nie należy jej o tym mówić, - gotowość do rozmowy z chorą o możliwym rozwoju wypadków, - zapewnienie chorej, że otrzyma wsparcie w ciężkich chwilach, - zaproponowanie kontaktu z psychologiem oraz kapłanem hospicjum, - kontrola bólu, który może nasilać lęk, - szczerłość i autentyczność w kontakcie z chorą - nie unikanie trudnych pytań, otwartość i empatia w stosunku do chorej, - zastosowanie leków zgodnie z kartą zleceń. 	przez kapłana - wyspowiadała się i przyjęła Komunię Świątą (Wiatyk)
8	Niepokój rodziny spowodowany ogromnym wyniszczaniem chorej i zbliżającą się śmiercią.	Udzielenie wsparcia rodzinie.	<ul style="list-style-type: none"> - wysłuchanie obaw rodziny, - zapewnienie kontaktu całodobowego z zespołem hospicjum (możliwość wezwania telefonicznego w razie wystąpienia niepokojących objawów), - członkowie rodziny dzielą się opieką nad chorą tak, aby nie została sama, - wspieranie rodziny i umacnianie w przekonaniu, że robi dla chorej wszystko co możliwe, żeby ulżyć jej w cierpieniu, - wykorzystanie przez personel hospicjum wszelkich sposobów łagodzenia bólu oraz innych uciążliwych objawów, - szczerza rozmowa z rodziną i przedstawienie jej oznak zbliżającej się śmierci, - udzielenie wskazówek, co rodzina może zrobić w czasie umierania (nie opuszczać chorej, modlić się). 	<ul style="list-style-type: none"> - rodzina zdaje sobie sprawę z nadchodzącej śmierci, - po rozmowie z pielęgniarką członkowie rodziny wiedzą, że w krytycznym momencie powinni zachować spokój, - członkowie rodziny pragną być z pacjentką cały czas.

Pomimo podjętych działań pielęgniarskich nie wyeliminowano dolegliwości bólowych oraz nudności i wymiotów spowodowanych zaawansowanym procesem nowotworowym. Udało się jedynie złagodzić cierpienia w sferze fizycznej i psychicznej. Ze względu na ciężki przebieg choroby i młody wiek pacjentki opieka nad nią stanowiła trudne zadanie dla pielęgniarki oraz pozostałych członków zespołu wielodyscyplinarnego. Pielęgniarka musiała wykazać się

wysokimi kwalifikacjami w zakresie pielęgnacji zarówno w sferze ciała jak i ducha pacjentki. Była wsparciem dla chorej oraz jej rodziny, prowadziła edukację oraz zapewniała poczucie bezpieczeństwa i poprawiała komfort życia pacjentki w schyłkowej fazie choroby.

Wnioski

1. Pielęgniarka opiekująca się chorym wyniszczonym powinna starać się złagodzić jego cierpienie spowodowane bólem, nudnościami, wymiotami oraz innymi przykrymi objawami.
2. Ważnym zadaniem pielęgniarki jest edukacja oraz wspieranie chorego i jego rodziny.
3. Chory wyniszczony potrzebuje bardzo troskliwej opieki pielęgniarki oraz innych członków zespołu paliatywno - hospicyjnego w zaspokajaniu potrzeb bio – psycho-społecznych. Spis tabel

Literatura

1. Ciechaniewicz W., Pieniżek M.: Wybrane stany wymagające opieki pielęgnacyjnej. [W:] Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Red. K. Zahradniczek. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1996, s. 365-392
2. Definicja. [W:] Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej. Tarnów, Wydawnictwo Biblos, 2003, s. 7
3. de Walden- Gałuszko K.: Filozofia postępowania w opiece paliatywnej. [W:] Podstawy opieki paliatywnej. Red. K. de Walden- Gałuszko. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2004, s. 11-19
4. Głuszek S.: *Zapis umierania*. Kielce, Kieleckie Centrum Kultury, 1999, s. 36
5. Gorzelińska L. Łuczak J.: Zespół wyniszczenia nowotworowego(kacheksja) brak łaknienia (anoreksja)[W:]Holistyczna opieka paliatywna w zaawansowanej fazie choroby nowotworowej. Tarnów, Wydawnictwo Biblos, 2003,s. 123-128
6. Górajek- Józwiak J.:Sytuacja zdrowotna człowieka i środowiska.[W:]Wprowadzenie do pielęgniarstwa. Red. K. Zahradniczek. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL,1996, s.85-122
7. Jarosz J., Haggmajer E.: Wyniszczenie nowotworowe- zespół kacheksja- anoreksja - astenia. [W:] Podstawy opieki paliatywnej. Red. K. de Walden- Gałuszko. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2004,s.113-131
8. Kielan W. Bąk T., Żukrowski P., Salih A.: Chirurgiczne leczenie choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, rak żołądka. [W:] Zarys chirurgii. Podręcznik dla studentów. Red. Z. Grzebieniak, Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wrocław,2004, s.243-253
9. Kociszewska- Tyburscy M.: Nowotwory.[W:] Chirurgia dla pielęgniarek. Red. W. Rowiński, A. Dziak. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 1994, s.130-147
10. Nevidjon B.: Niebezpieczeństwo powikłań w chorobach nowotworowych. [W:]Wybrane aspekty opieki nad pacjentem onkologicznym. Red. M. E. Krasuska, K. Turowski. Lublin, Wydawnictwo Neurocentrum, 1996, s. 171-180
11. Tanneberger S.: Opieka paliatywna w zaawansowanej chorobie nowotworowej. [W:] Podręcznik postępowania w zaawansowanej chorobie nowotworowej. Red. R. Catane, N. I. Cherny, M. Kloke, S. Tanneberger, D. Schrijvers. London and New York, Medipage, 2007, s. 5-10
12. Tenderenda M.: Nowotwory żołądka. [W:]Onkologia. Podręcznik dla studentów i lekarzy. Red. R. Kordek, J. Jassem, M. Krzakowski, A. Jeziorski. Gdańsk, Via Medica, 2004,s.113-118

Czasopisma

13. Gorzelińska L. Praktyka Urologiczna. Przegląd Urologiczny, 2003nr 1 (17), *Przyczyny i leczenie zespołu wyniszczenia nowotworowego*
14. Hągmajer E., Sowiński P.: *Zespół wyniszczenia/ osłabienia nowotworowego - kacheksja/ astenia „Zwalczanie nowotworów”* 2002, vol I 6(6), s.268-276
15. Jarosz J., Przegląd Urologiczny, 2006/7/3(37), *Opieka paliatywna w onkologii*
16. Trendak W., Rasmus A., Gaszyński W.: *Zdrowie Publiczne* 2005 115(2);212-215 *Praca Poglądowa, Opieka paliatywna jako sprzeciw wobec eutanazji”*

Źródła internetowe

17. Sułkowska - Smolańska A.: *Zespół wyniszczenia nowotworowego. Dolnośląskie Centrum Onkologii. Poradnia Medycyny Paliatywnej* [dostęp 12 stycznia 2009]. Dostępny w Internecie: <http://www.klrl.phg.pl/szkola>

Opieka okołoperacyjna nad pacjentem po całkowitym usunięciu krtani

Aldona Mocarska – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Zbigniew Puchalski – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Wprowadzenie

W ostatnich dziesięcioleciach obserwuje się znaczny wzrost zachorowań na nowotwory złośliwe. Szczególnie dużą tendencją wzrostową wskazują nowotwory tzw. „tytoniozależne”, do których należy rak krtani. Polska należy do krajów o wysokiej zapadalności na raka krtani wśród mężczyzn i średniej wśród kobiet. Pod względem częstotliwości występowania, rak krtani zajmuje obecnie trzecie miejsce wśród wszystkich umiejscowień nowotworowych, podczas gdy w latach sześćdziesiątych zajmował piąte miejsce.

W klinikach otolaryngologicznych na przestrzeni ostatnich lat obserwowano pięciokrotny wzrost liczby hospitalizowanych z powodu raka krtani.

Szczególny niepokój wzbudza zgłaszanie się pacjentów do leczenia z daleko zaawansowanym procesem chorobowym, zmniejszającym skuteczność leczenia. Wyjątkowej roli nabiera więc wczesne rozpoznawanie raka krtani i stanów przedrakowych. Stwarza ono, obok większej pewności wyleczenia, możliwość oszczędzającego zabiegu chirurgicznego zachowującego funkcję głosową krtani.

Cel pracy

Przedstawienie roli pielęgniarki w przygotowaniu i opiece pooperacyjnej u chorego po usunięciu krtani, u których usunięcie krtani stwarza wiele niedogodności i zagrożeń.

Opieka okołoperacyjna

Przygotowanie pacjenta do zabiegu

Przygotowanie pacjenta do operacji dzielimy na:

1. Przygotowanie dalsze - obejmujące okres od przyjęcia chorego na oddział do dnia poprzedzającego operację.

Czynności przygotowawcze obejmują przy tym zarówno strefę fizyczną i psychiczną.

Na przygotowanie dalsze składają się:

- a) założenie dokumentacji
- b) sprawdzenie czy pacjent przyjął dwie szczepionki przeciwko żółtacze
- c) przy przyjęciu pacjenta do oddziału, udzielenie informacji o warunkach socjalno - organizacyjnych
- d) wykonanie badań podstawowych:
 - grupa krwi - czynnik Rh
 - morfologia krwi i hematokryt
 - czas krwawienia i krzepnięcia krwi
 - miano antygenu HBs
 - EKG
 - Badanie ogólne moczu
- e) wykonanie badań specjalistycznych
 - laryngoscopia
- f) wyrównanie istniejących niedoborów w organizmie spowodowanych chorobą zasadniczą lub schorzeniami współistniejącymi innymi narządów
- g) przygotowanie przewodu pokarmowego - dieta lekkostrawna, wysokobiałkowa, bogata kalorycznie

- h) zalecane jest przerwanie palenia papierosów przez palaczy (jeśli nie nastąpiło to po diagnozie)
- i) z chwilą ustalenia rozpoznania do zadań lekarza i pielęgniarki należy rozmowa z chorym wyjaśniająca konieczność oczekującej operacji, zasygnalizowanie możliwości wystąpienia powikłań. Powinna być przeprowadzona w sposób delikatny, szczerzy i jasny. Usunięcie krtani jest zabiegiem podejmowanym w ostateczności, stanowi ogromne okaleczenie dla człowieka. Utrata głosu przez chorego, rozumiana często jako wyłączenie z życia, dlatego podjęcie decyzji jest tak trudne. Lekarz prowadzący i pielęgniarka powinni wykazać się cierpliwością, wyrozumiałością i wiedzą o problemach życia chorego po usunięciu krtani. Najskuteczniejszą pomocą psychologiczną może okazać się kontakt chorego, który będzie operowany z osobą po usunięciu krtani z ustabilizowaną sytuacją życiową
- j) uwięzieniem rozmowy z chorym jest uzyskanie zgody na piśmie
- k) umożliwienie kontaktu z rodziną
- l) umożliwienie kontaktu z duchownym
- ł) rozmowa z psychologiem

2. Przygotowanie bliższe - dotyczy 24-ech godzin przed operacją aż do momentu przewiezienia chorego na salę operacyjną.

Na przygotowanie bliższe składa się szereg czynności organizacyjnych i pielęgnacyjnych:

a) w przeddzień operacji

- sprawdzenie i skompletowanie całej dokumentacji dotyczącej chorego
- zamówienie odpowiedniej krwi i osocza niezbędnych do przeprowadzenia operacji (ilość ustala się z lekarzem prowadzącym)
- ustalenie przedoperacyjnej rozmowy anestezjologa z chorym
- zabezpieczenie kosztowności i pieniędzy posiadanych przez pacjenta
- kąpiel chorego
- dalsze przygotowanie przewodu pokarmowego (wcześniejsze podanie choremu posiłku wieczornego tak, aby nie przyjmował pożywienia już na 10 - 12 godzin przed zabiegiem i płynów 6-8 godzin przed zabiegiem).

b) w dniu operacji

- sprawdzenie czy nie zaistniały przeciwwskazania do wykonania zabiegu operacyjnego
- pobranie krwi na próbę krzyżową i przekazanie jej do laboratorium
- ogolenie pola operacyjnego (skórę gólimy na całej szyi do połowy klatki piersiowej)
- dokładne oczyszczenie jamy ustnej
- usunięcie protez zębowych, okularów lub soczewek kontaktowych i zabezpieczenie ich przed zgubieniem lub zniszczeniem
- przypomnienie choremu o konieczności opróżnienia pęcherza moczowego (bezpośrednio przed podaniem premedykacji) ewentualne założenie cewnika
- przebranie chorego w koszulę operacyjną
- uczesanie włosów
- podanie premedykacji na 10÷60 minut przed operacją w zależności od wskázówek anestezjologa
- przetransportowanie pacjenta na blok operacyjny i przekazanie go wraz z dokumentacją pielęgniarce anestezjologicznej. [11]

Opieka pooperacyjna nad pacjentem po usunięciu krtani

W bezpośrednim okresie pooperacyjnym pacjent jest pod ścisłą kontrolą pielęgniarki anestezjologicznej i lekarza anestezjologa w tzw. sali wybudzeń. Obserwacja ta trwa około 2 godziny, do momentu ustąpienia działania środków znieczulających, powrócenia odruchów i ustabilizowania się podstawowych funkcji życiowych organizmu. Obserwacja ta potwierdzona jest pełnym zapisem w dokumentacji. O gotowości pacjenta do przewiezienia z sali wybudzeń bloku operacyjnego na oddział pooperacyjny informuje telefonicznie jeden z członków zespołu

anestezjologicznego. Pielęgniarka zatrudniona na oddziale pooperacyjnym odbiera pacjenta z oddziału, przedstawiając się pyta go o nazwisko i samopoczucie, nawiązuje z nim kontakt. W ten sposób potwierdza, że pacjent jest przytomny i wybudzony. Sprawdza opatrunek, uzyskuje informacje na temat: rodzaju zabiegu, znieczulenia, stanu pacjenta podczas zabiegu i w wczesnym okresie pooperacyjnym, otrzymywanych leków i sprawdza dokumentację.

Pacjent umieszczany jest na wcześniej przygotowanej sali oddziału pooperacyjnego. Zespół pielęgniarstwa pomaga choremu ułożyć się w łóżku. Pielęgniarka po ułożeniu chorego w łóżku ocenia:

- stan przytomności chorego (nawiązuje kontakt werbalny z chorym)
- sprawdza drożność układu oddechowego, liczbę, rodzaj oddechów, zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych.
- kontroluje trzy cechy tętna (rytm, napięcie, częstotliwość), mierzy ciśnienie tętnicze krwi, obserwuje kolor skóry, sprawdza drożność dostępu żylnego.
- sprawdza opatrunek na ranie operacyjnej, czy jest suchy, czy przesiąknięty wydzielinami (np. krew, płyn surowiczy).
- obserwuje ilości i jakości treści jaka może wypływać z założonych w trakcie zabiegu drenów.
- sprawdza dokumentację i potwierdza informacje uzyskane wcześniej ustnie od pielęgniarki anestezjologicznej.
- zapoznaje się z kartą pooperacyjną i wykonuje zawarte w niej zlecenia lekarskie

Rodzaj wykonanego zabiegu operacyjnego ma wpływ na różnorodność zabiegów pielęgniarstwa wykonywanych w tym okresie.

Na pewno jednak wszyscy chorzy wymagają zabiegów, dzięki którym:

- utrzymywana jest prawidłowa wentylacja płuc,
- otrzymywane jest prawidłowe krążenie krwi,
- zapewniony jest komfort pacjenta w łóżku. [10]

Szereg czynników ma wpływ na przebieg okresu pooperacyjnego.

Kontrola bilansu płynów, ze szczególną kontrolą Ca, Mg, P, K oraz białka - w pierwszych trzech dobach stosuje się uzupełnianie płynów drogą wlewów dożylnych.

Karmienie przez sondę - przy całkowitym usunięciu krtani sondę utrzymuje się do 10-14 dni.

Pielęgnacja tracheostomii

- okresowa wymiana rurki tracheostomijnej,
- nawilżanie powietrza.

Kontrola układu naczyniowo-sercowego i oddechowego - w zależności od wydolności:

- wspomaganie oddychania,
- tlenoterapia,
- leki rozszerzające oskrzela i fizykoterapia.

Kontrola miejscowa

- zmiana opatrunku,
- sprawdzanie drenażu - dren usuwa się, jeżeli przez kolejne dwa dni jest mniej niż 25 ml płynu.

Antybiotykoterapia pooperacyjna - przez 10-14 dni.

Kontrola stanu psychicznego pacjenta. Zaburzenia stanu psychicznego uwarunkowane bywają nie tylko interwencją chirurgiczną, ale i zakresem zabiegu operacyjnego. Całkowite usunięcie krtani stwarza sytuację, w której chory, jest pozbawiony głosu, co u wielu osób wywołuje poczucie okaleczenia w sposób widoczny dla otoczenia i utrudniający w znacznym stopniu z nim kontakt, ma zwykle poczucie utraty pozycji w rodzinie, zawodzie, w życiu codziennym.[12]

Profilaktyka powikłań pooperacyjnych

Przygotowanie psychiczne i fizyczne chorego ma na celu zmniejszenie ryzyk powikłań pooperacyjnych, ale nie wyklucza ich całkowicie. Obserwacja pacjenta pozwala na wcześniejsze ich wykrycie oraz zapobieganie. [10]

Najczęstsze powikłania miejscowe (wczesne i późne) to:

- zasychanie wydzieliny w dolnych drogach oddechowych z tworzeniem się czopów, - krwiaki,
- obrzęk twarzy,
- zakażenie rany pooperacyjnej,
- krwawienia,
- martwica skóry,
- przetoki gardłowo-skórne,
- zwężenie tracheostomii,
- zwężenie gardłowo-przetykowe,
- tworzenie się pseudouchyłków.

Zasychanie wydzieliny i tworzenie się czopów najczęściej występuje u chorych z niewydolnością układu oddechowego oraz u osób po radioterapii. Zapobiec temu można poprzez inhalacje oraz dobre nawilżanie pomieszczenia, w którym przebywa chory. Podstawowe znaczenie ma prawidłowe prowadzenie bilansu płynów.

Krwiaki wymagają jak najszybszej rewizji rany pooperacyjnej, ponieważ może dojść do rozwarstwienia zeszytych tkanek oraz ucisku na górną część tchawicy. Pozostawiony krwiak może także stanowić dobre podłoże do rozwoju bakterii. Interwencja powinna odbywać się w warunkach sali operacyjnej.

Zakażenie rany - u części chorych, pomimo pooperacyjnej antybiotykoterapii, dochodzi do zakażenia, które zazwyczaj występuje w pierwszym tygodniu po zabiegu i objawia się obrzękiem i zaczerwienieniem skóry, pojawia się gorączka, narasta leukocytoza we krwi. Niekiedy dochodzi do martwicy skóry, szczególnie u pacjentów po wcześniejszych napromieniowaniach oraz przy niedokrwienu płata skóry. Obecność treści ropnej wymaga jej usunięcia najlepiej poprzez istniejące już cięcie pooperacyjne. Antybiotykoterapię należy prowadzić zgodnie z posiewem.

Przetoki gardłowo-skórne - do powstania przetoki mogą przyczynić się: radioterapia przed zabiegiem operacyjnym, wcześniejsze wykonanie tracheostomii, niedożywienie, dodatni wynik badania histopatologicznego z brzegów rany, przedwczesne odżywianie doustne. Powstanie przetoki najczęściej następuje w pierwszym tygodniu po operacji co objawia się zaczerwienieniem i obrzękiem pod płatem skórnym, wyciekaniem śliny i treści ropnej po jej otwarciu. Przy zakażeniu przetoki objawy są podobne, jak przy zakażeniu rany. W początkowym okresie leczenie polega na zmianie opatrunków (opatrunek uciskowy), podaniu antybiotyków i karmieniu przez sondę.

Zwężenie tracheostomy - użycie rurki tracheostomijnej po zabiegu operacyjnym (6-12 miesięcy) ma zapobiec zwężeniu tracheostomy, szczególnie u pacjentów po wcześniejszej radioterapii. Powstaniu zwężenia sprzyja również nieprawidłowe wszycie tchawicy do skóry oraz uformowanie się dużych blizn wokół stomy. W przypadku zwężenia utrudniającego przepływ powietrza, wskazane jest wykonanie plastyki zwężonego otworu. Jedną z metod przedstawioną jest poniżej.



Rys.1. Z-plastyka stomy (wg Lore).[5]

Powikłania ogólne - wśród powikłań ogólnych należy wymienić: wstrząs pooperacyjny, powikłania sercowo-naczyniowe, zapalenie śródpiersia, zapalenie oskrzeli, odmę opłucnej, zapalenie płuc, zaburzenia w oddawaniu moczu, powikłania ze strony przewodu pokarmowego, udar mózgu, zatrzymanie krążenia, niedoczynność tarczycy.[5]

Zalecenia dla pacjenta po usunięciu krtani

Zakaz palenia tytoniu i spożywania napojów alkoholowych.

Dbanie o drożność dróg oddechowych:

-osłanianie tracheostomu przed zmianami temperatur, pyłami, kurzami, owadami (apaszki, hustki itp.),

- dbanie o wilgotność w drogach oskrzelowych, a także wilgotność powietrza w pomieszczeniach mieszkalnych (nawilzacze),

- odsysanie wydzieliny przy słabym odruchu kaszlowym, w czasie kaszlu, kichania zasłanianie otworu tracheostomijnego.

Pielęgnacja tracheostomu:

- tracheostoma powinna być oczyszczana, co najmniej dwa razy dziennie, jeżeli zachodzi potrzeba to częściej,

- nie można dopuścić do wytworzenia się stanu zapalnego lub odkładania się zaschniętej wydzieliny na jej brzegach: (skórę dookoła tracheostomy przemywać wilgotną, bawełnianą szmatką; nie używać waty i mydła; dobrze jest stosować obojętne maści i kremy np. wazelina, krem Nivea - aby zapobiec podrażnieniu i stwardnieniu skóry; bezwzględnie przeciwwskazane stosowanie jakichkolwiek maści podczas leczenia promieniami; gdy wystąpi zaczerwienienie, obrzęk i bolesność skóry należy poradzić się lekarza.

Codzienna dbałość o rurkę tracheostomijną:

- noszenie rurki konieczne jest przez okres około 6 -12 miesięcy (o tym, czy chory może zrezygnować z rurki zawsze decyduje lekarz!),

- rurka powinna być zmieniana, co najmniej raz dziennie, natomiast środkowa część rurki, kilka razy dziennie (w zależności od potrzeby),

- rurkę myć specjalną szczoteczką, najlepiej pod bieżącą wodą,

- rurkę zdezynfekować można w roztworze spirytusu, następnie trzeba dobrze osuszyć,

- aby łatwiej było wprowadzić rurkę należy jej końcówkę zwilżyć żelem lignocainowym lub parafiną,

- jeżeli lekarz zdecyduje, że można zrezygnować z rurki, to odzwyczajanie powinno odbywać się powoli i stopniowo (początkowo na 1 godzinę, później na kilka, następnie pozostawia się ją tylko na noc. Gdy otwór oddechowy nie ulega zwięzieniu, wówczas można chodzić bez rurki. Nie wolno o tym jednak decydować samemu.

Pielęgnacja rany pooperacyjnej:

szyję myć najlepiej szarym mydłem, uważać, aby woda z mydłem nie wniknęła do tracheostomy.

Stosowanie diety wysokobiałkowej, wysokowitaminowej:

- zawsze należy sprawdzić temperaturę potraw, aby nie doszło do oparzenia (nie ma możliwości dmuchania oraz wciągania powietrza równocześnie z piciem i jedzeniem),
- produkty stałe należy rozdrabniać i połykać małymi porcjami,
- należy unikać zaparć, stosując odpowiednią dietę, ewentualnie leki oraz zachowując stałą porę wypróżnień (usunięcie krtani powoduje zniesienie takiej czynności jak parcie),
- może wystąpić przejściowe osłabienie zapachu z powodu nie wciągania powietrza nosem (uczucie zapachu można wywołać stosując odpowiednie ćwiczenie, które skieruje strumień powietrza z jamy ustnej do nosa tj. wciągnąć powietrze do ust, spowodować odbicie, zamknąć usta (zapach powinien być odczuwalny),
- przejściowe osłabienie smaku po operacji, a także po naświetlaniu promieniami, powinno powrócić po kilku tygodniach,

Konieczność oszczędnego trybu życia, unikania ciężkich wysiłków fizycznych i wysiłku głosowego.

W Polsce każdemu choremu po operacji usunięcia krtani przysługuje grupa inwalidzka. Po okresie rekonwalescencji i rehabilitacji głosu nie ma przeciwwskazań do podjęcia pracy zawodowej, oczywiście na stanowisku chronionym, tj. wolnym od pyłów, dymów, zanieczyszczeń środkami chemicznymi, a także niewymagającym wysiłku głosowego. Aktywnie włączyć się do życia rodzinnego i społecznego, nie unikać kontaktów, lecz starać się je utrzymać: towarzyskie, rodzinne (pomimo utrudnień związanych z komunikacją). Wpływa to korzystnie na rehabilitację mowy.

Dbanie o sprawność fizyczną.

Po operacji usunięcia krtani zaleca się gimnastykę ze szczególnym uwzględnieniem ćwiczeń oddechowych. Wskazane są częste spacerowanie, można uprawiać sport, ale z ograniczeniem wysiłków fizycznych, przeciwwskazane uprawianie sportów wodnych oraz pływania.

Ubiór.

Po operacji wzrasta podatność na przeziębienia. Szczególnie wrażliwą na niekorzystne warunki atmosferyczne tracheostomę oraz tkanki miękkie szyi należy chronić przed zimnem. W zimie nosić szaliki lub golfy chroniące tracheostomę przed chłodnym i suchym powietrzem, zaś latem dobrze jest zasłonić rurkę przewiewną koszulką, apaszką. Dbałość o schludny i estetyczny wygląd podnosi samopoczucie i nie kępuje innych osób.

Życie małżeńskie i seksualne.

Operacja dotyczyła tylko krtani i nie zmieniła cech osobowości. Sprawność seksualna i zdolność współżycia jest taka sama jak przed zabiegiem. Zmniejszone wymagania seksualne są początkowo reakcją normalną, związaną z przebyciem chorobą, ale po przełamaniu oporów natury psychicznej sprawność ta powinna wrócić. Należy dbać o swój atrakcyjny wygląd, a szczególnie dbać o estetykę tracheostomy.

Nauka mowy zastępczej - najważniejszy problem po operacji krtani.

Do czasu opanowania nowego głosu posługiwać się można tzw. pseudoszeptem. Najlepszy sposób komunikowania się po operacji krtani to wyuczona mowa przełykowa.

Celem rehabilitacji jest osiągnięcie zrozumiałej mowy. Rehabilitacja mowy rozpoczęta zostaje jeszcze przed zabiegiem operacyjnym, a następnie powinna być prowadzona przez rehabilitanta po zabiegu. Chory znając ćwiczenia powinien sam ćwiczyć w domu, najlepiej przed lustrem, a także powinien być pod kontrolą logopedy.

Systematyczne kontrole u lekarza laryngologa, logopedy, onkologa, internisty.

Utrzymanie kontaktu z innymi chorymi po tych samych zabiegach. Istnieje stowarzyszenie ludzi bez krtani: Polskie Towarzystwo Laryngectomowanych.

Konieczność noszenia wraz z dokumentami karty informacyjnej.[14]

Rehabilitacja głosu u chorych po całkowitym usunięciu krtani

Mowa przetokowa za pomocą protezy głosowej

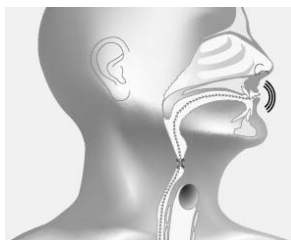
Na całym świecie preferowana metoda mówienia po całkowitej laryngektomii jest określana jako mowa przetokowa. W tej metodzie chirurg wytwarza otwór (przetokę) przez ścianę tchawicy i przełyku – łącząc je. Aby zapobiec przedostawaniu się pokarmów i płynów do płuc, w otwór ten wstawia się protezę głosową. Proteza głosowa jest jednokierunkową zastawką, która umożliwia swobodne przechodzenie wydychanego powietrza do przełyku, lecz zapobiega przedostawaniu się pokarmów i płynów do płuc. Aby mówić, po prostu wykonuje się wydech przy zamkniętej tracheostomie, a powietrze z płuc jest wypychane przez protezę głosową do przełyku, gdzie powstaje „pseudogłos”, czyli głos zastępczy. Dwie główne zalety tej techniki to możliwość uzyskania nowego głosu stosunkowo szybko po zabiegu chirurgicznym oraz fakt, że cechy nowego głosu są najbardziej zbliżone do naturalnego głosu.



Proteza krtaniowa PROVOX. [15]

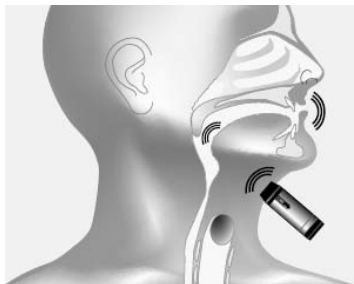
Mowa przelykowa

Technika ta jest wciąż praktykowana i u wielu osób dobrze funkcjonuje. Głos powstaje wyniku polykania powietrza do przełyku, a następnie wypuszczania go z powrotem. Powstaje w ten sposób ton przypominający „odbijanie” lub „beknięcie”, który można artykułować w zrozumiałą mowę. Nie wszystkie osoby po laryngektomii są w stanie opanować tę technikę. Jeżeli jednak pacjent to potrafi, pozwala mu to korzystać z mowy w dowolnym czasie, bez żadnej pomocy.



Schemat mowy przelykowej [15]

„Sztuczna krtąń” – zewnętrzny generator drgań akustycznych
Inną alternatywą dla mówienia jest używanie zewnętrznego generatora drgań akustycznych, nazywanego „sztuczna krtąń”. Urządzenie to zazwyczaj umieszcza się w okolicy szyi lub policzka i przesyła ono na jamę ustną słyszalne wibracje, które można formułować w mowę.



Zewnętrzny generator drgań akustycznych [15]

Opis przypadku

Mężczyzna S.W. 59 letni, przyjęty do oddziału laryngologicznego z powodu chrypki utrzymującej się od 2-óch miesięcy, bólu gardła po stronie lewej promieniującego do ucha lewego. W wywiadzie palenie tytoniu od 17-tego roku życia, około 40 papierosów dziennie, niepijący. W badaniu laryngologicznym stwierdzono guz krtani o gładkiej powierzchni wypuklający lewą kieszonkę krtaniową i unieruchamiający lewy fałd głosowy. W badaniu USG szyi stwierdzono pojedyncze powiększone węzły chłonne po stronie lewej. W oddziale podczas laryngoskopii bezpośredniej pobrano materiał tkankowy z krtani do badania histopatologicznego. Badanie histopatologiczne nr. 167895 Ca planoepitheliale gr. II. Chorego zakwalifikowano do całkowitego usunięcia krtani z rozpoznaniem Ca laringis.

Plan opieki nad pacjentem

Problem zdrowotny I

Niepokój i lęk z powodu rozpoznania choroby nowotworowej,

Cel opieki - zmniejszenie lęku i niepokoju.

Plan działania:

- Rozmowa na temat aktualnych możliwości i współczesnych metod leczenia.
- Umożliwienie kontaktu z psychologiem.
- Zachęcenie do wyjaśnienia własnej sytuacji w rozmowie z lekarzem,

Problem zdrowotny II

Zaburzenie emocjonalne z powodu zabiegu okaleczającego.

Cel opieki - zmniejszenie zaburzeń,

Plan działania:

- Poinformowanie o możliwości protezowania krtani i rehabilitacji głosu.
- Udzielanie wsparcia psychicznego.
- Ułatwienie zrozumienia własnych emocji w związku z chorobą.
- Umożliwienie kontaktu z pacjentami po zabiegu usunięcia krtani.

Problem zdrowotny III

Niepokój chorego związany z wynikiem operacji oraz wynikający z aktualnego stanu zdrowia.

Cel opieki - zmniejszenie niepokoju oraz zapewnienie pacjentowi bezpieczeństwa.

Plan działania:

- Umożliwienie kontaktu z lekarzem w celu uzyskania informacji o przebiegu operacji i obecnym stanie zdrowia.
 - Często obecność przy chorym, zapewnienie spokojnej atmosfery.
 - Wyjaśnianie celowości wszystkich wykonywanych zabiegów pielęgniarstwa.
 - Okazanie życzliwości i zainteresowania pacjentem.
 - Umożliwienie kontaktu z rodziną.
 - Wyjaśnienie choremu celu i czynności wykonywanych przy tracheostomii.
 - Wyjaśnienie celu założenia zgłębnika nosowo-żołądkowego.
 - Ustalenie sposobu porozumiewania się z chorym.
- Mozna zastosować dzwonek — pacjent powinien móc w każdej chwili przywołać pielęgniarkę. Podwyższy to jego poczucie bezpieczeństwa. Przy łóżku powinien zawsze znajdować się papier i długopis.
- Powiadomienie o dostępnych źródłach pomocy w okresie pooperacyjnym, np. związku osób pozbawionych krtani, ośrodki rehabilitacji krtani.

Problem zdrowotny IV

Dolegliwości bólowe rany pooperacyjnej.

Cel opieki - zmniejszenie bólu.

Plan działania:

- Obserwacja charakteru i natężenia dolegliwości bólowych.
- Zapewnienie warunków do wypoczynku.
- Zniesienie stanu napięcia przez ułożenie pacjenta w wygodnej pozycji.
- Współdziałanie w leczeniu, podawanie leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Obserwacja i udokumentowanie efektów zastosowanych działań leczniczo-pielęgnacyjnych.

Problem zdrowotny V

Możliwość wystąpienia powikłań związanych z założoną sondą do żywienia. (ból jamy nosowej i gardła, wysuszenie błony śluzowej jamy ustnej, trudności w oddychaniu, niewygodna).

Cel opieki - zapobieganie powikłaniom, zmniejszenie dolegliwości związanych obecnością sondy, zmniejszenie dyskomfortu pacjenta.

Plan działania:

- Wyjaśnienie choremu konieczności utrzymania sondy.
- Wykonywanie toalety jamy nosowej.
- Zastosowanie środków znieczulających (lidokaina - roztwór 2% w żelu) oraz środków zabezpieczających błonę śluzową nosa przed zmianami patologicznymi (np. maść witaminowa lub Alantan).
- Wykonywanie toalety jamy ustnej oraz przepłukiwanie ust płynami obojętnymi, naparem rumianku.
- Dbanie o właściwy mikroklimat (temperatura, wilgotność itp.).

Problem zdrowotny VI

Możliwość wystąpienia infekcji rany operacyjnej, lub miejsc założenia drenów, dyskomfort pacjenta wynikający z obecności drenów.

Cel opieki - zapobieganie wystąpieniu powikłań w gojeniu się rany operacyjnej oraz zmniejszeniu dyskomfortu pacjenta.

Plan działania:

- Asystowanie przy wykonywaniu opatrunku na ranie z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki.
- Obserwacja opatrunku na ranie w kierunku przesiąknięcia wydzieliną z rany.
- Kontrola drożności drenów przez zabezpieczenie ich przed zagięciem, wypadnięciem.
- Sprawdzenie szczelności połączenia drenów ze zbiornikiem.
- Obserwacja i dokumentacja ilości i zabarwienia wydzieliny z rany operacyjnej.

- Przestrzeganie podstawowych zasad higieny osobistej chorego i otoczenia.
- Zabezpieczenie skóry wokół drenów jałowym materiałem opatrunkowym (gaziki).
- Zmniejszenie dyskomfortu pacjenta przez:
 - pomoc w zapewnieniu wygodnej pozycji,
 - pomoc w wykonywaniu czynności dnia codziennego,
 - poinformowanie chorego o zachowaniu ostrożności przed zgięciem, przemieszczeniem się lub wypadnięciem drenów.

Problem zdrowotny VII

Dyskomfort spowodowany założeniem rurki tracheostomijnej.

Cel opieki – zmniejszenie dyskomfortu

Plan działania:

- Zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu (nawilżanie powietrza).
 - Odsysanie wydzieliny w zależności od potrzeby, po delikatnym wprowadzeniu cewnika (nigdy nie należy wprowadzać cewnika na siłę).
 - Skórę wokół przetoki utrzymać w czystości.
 - Opatrunki zmieniać tak często jak jest to potrzebne.
 - Zachęcić pacjenta aby brał czynny udział w opiece po rozpoczęciu chodzenia. (Nauczyć odsysania tracheostomi).
 - Należy omówić z pacjentem zasady, których musi przestrzegać przy istniejącej tracheostomii: zasłaniać otwór podczas kąpieli lub brania prysznicy.
 - Infekcje górnych dróg oddechowych u takiego pacjenta wymagają troskliwej opieki lekarskiej.
- [9],[10]

Zakończenie

Laryngektomia całkowita jest chirurgicznym usunięciem narządu z fizjologicznymi i czynnościowymi konsekwencjami. Zmiana sposobu oddychania, mówienia i połykania w połączeniu z niepewnością, co do przyszłości głęboko dotykają ludzi po całkowitym usunięciu krtani oraz ich rodziny. Szybkie rozpoznanie, właściwa diagnostyka a następnie skuteczne leczenie daje szansę wyleczenia.

W swojej pracy przedstawiłam jak ważne jest przygotowanie pacjenta do zabiegu i opieka pooperacyjna nad nim, aby w jak najkrótszym czasie i największym stopniu pomóc mu w powrocie do życia codziennego.

Lekarz prowadzący i pielęgniarka powinni wykazać się cierpliwością, wyrozumiałością i wiedzą o problemach życia chorego po usunięciu krtani. Jak wykazało doświadczenie najskuteczniejszą pomocą psychologiczną jest kontakt chorego który będzie operowany z osobą po usunięciu krtani z ustabilizowaną sytuacją życiową.

Rehabilitacja mowy po usunięciu krtani jest głównym, ale nie jedynym elementem pokonania powstałego kalectwa. Obok zdolności do efektywnego komunikowania się z otoczeniem, jest to psychologiczne dostosowanie się do zaistniałej sytuacji i powrót pacjenta do stylu życia sprzed choroby.

Literatura

1. Brulinska H., Encyklopedia badań medycznych, Gdańsk 1996,
2. Bochenek A., Reicher M., Anatomia człowieka, Warszawa 1990,
3. Sylwanowicz W., Michajlik A., Ramatowski W., Anatomia i Fizjologia człowieka, Warszawa 1985
4. Sokołowska–Pituchowa J.(red.), Anatomia człowieka, Warszawa 2005, str. 466-476,
5. Janczewski G., Osuch-Wójcikiewicz E.(red.), Rak krtani i gardła dolnego, Bielsko-Biała 2002, str. 56-61, 86-103, 159-164,

6. Zakrzewski A. (red.), *Otolaryngologia kliniczna*, Warszawa 1981, str. 487-488,
7. Szmaja Z., *Ultrasonografia szyi w wykrywaniu przerzutów raka krtani*, Poznań 1994,
8. Latkowski B., *Technika podstawowych zabiegów w otolaryngologii*, Łódź 1992, str. 93-96,
9. DeLoach J., *Pielęgniarstwo w chirurgii ogólnej*, Warszawa 1984, str. 92-95,
10. Walewska E. (red.), *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*, Warszawa 2006, str. 118-121,
11. Kapała W., *Pielęgniarstwo w chirurgii*, Lublin 2006,
12. Urbańska G., *Próba oceny jakości życia laryngektomowanych w oparciu o dane uczestników turnusu rehabilitacyjnego*. *Psychoonkologia*, Gdańsku 1999, str. 5-21,
13. Jurkiewicz D., Szaman K., Rapiejko P., *Polski Merkurusz Lekarski*, XXI, Warszawa 2006,
14. *Biuletyn informacyjny OIPIP w Rzeszowie, Edukacja pacjenta po laryngektomi*, 2005,
15. *Broszura informacyjna dla pacjentów, Życie po laryngektomi*, Warszawa 2007,

Postępowanie i rola pielęgniarki w leczeniu bólu nowotworowego u pacjentów objętych opieką paliatywną

Ewelina Potaś – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Anna Bronowicz – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Streszczenie

Problem bólów nowotworowych dotyczy około 75% chorych w terminalnym stadium choroby. Rozpoznanie rodzaju bólu składa się z następujących elementów:

- określenie etiologii bólu,
- wyjaśnienie patomechanizmu,
- lokalizacje wszystkich dolegliwości,
- określenie natężenia najsilniejszego bólu i bólów współistniejących,
- ocena innych objawów zgłaszanych przez pacjenta.

Wnikliwa ocena wyżej wymienionych elementów stanowi warunek do podjęcia odpowiedniego leczenia. W trakcie prowadzonej terapii obowiązuje dokonywanie ponownych ocen:

- określenie stopnia ustępowania bólu (natężenie),
- rozpoznawanie bólów przebijających,
- weryfikacja wstępnego rozpoznania co do etiologii, patomechanizmu,
- występowanie działań ubocznych stosowanych leków.

Światowym standardem leczenia bólów nowotworowych jest postępowanie według drabiny analgetycznej.

Strategia leczenia polega na:

- podawaniu leków „silniejszych” w momencie gdy „słabsze” są nieskuteczne,
- regularnym podawaniu leków,
- podawaniu dodatkowych dawek opioidów w przypadku bólów przebijających,
- kojarzeniu leków przeciwbólowych z lekami uzupełniającymi.

Otoczenie opieką pacjentów w terminalnej fazie choroby nowotworowej ma na celu: zapobieganie i zwalczanie cierpień, wczesne stawianie rozpoznań, staranne badanie, monitorowanie i leczenie bólu, pomoc w rozwiązywaniu problemów pacjenta i rodziny.

Chorzy wymagają nie tylko podawania środków uśmierzających ból ale przede wszystkim wyrozumiałości, cierpliwości, okazywania serca i indywidualnego traktowania.

Wprowadzenie

Ból nowotworowy zatracił swoją fizjologiczną funkcję. Długotrwały jego charakter doprowadza do upośledzenia wydolności fizycznej, zaburzeń w sferze psychicznej; co w konsekwencji prowadzi do zamknięcia się chorego we własnym świecie bólu i cierpienia.

Problem bólów nowotworowych dotyczy około 75% chorych w terminalnym stadium choroby. W Polsce leczenia przeciwbólowego wymaga około 200 000, z tego też względu problem leczenia bólów nowotworowych urasta do wagi problemu społecznego.

Każdy chory ma zagwarantowane prawo do leczenia przeciwbólowego. Starania o złagodzenie bólu u pacjentów z chorobą nowotworową w opiece paliatywnej są podejmowane przez liczny zespół osób reprezentujących różne zawody medyczne.

Wszystkie pełnione przez nich zadania i role społeczne są bardzo ważne, ale dla pacjenta najbliższą osobą jest pielęgniarka. Wynika to nie tylko z faktu, że realizuje ona zlecenia lekarzy, pomaga ulżyć w cierpieniu, zapewnia dobrą pielęgnację, ale również towarzyszy choremu w cierniowej drodze leczenia objawowego i daje potrzebne wsparcie.

Postępowanie przeciwbólowe wymaga zrozumienia całego szeregu procesów związanych z powstawaniem ostrego i przewlekłego bólu nowotworowego oraz mechanizmów działania poszczególnych leków i metod terapeutycznych.

Definicja bólu

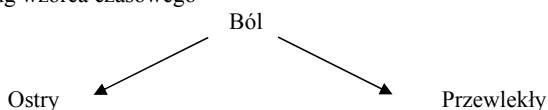
*„Ból jest to nieprzyjemne doznanie zmysłowe i emocjonalne związane z aktualnie występującym lub potencjalnym uszkodzeniem tkanek, albo opisywane w kategoriach takiego uszkodzenia”
(International Association for the Study of Pain)*

Z punktu widzenia biologii ból jest doznaniem czuciowym, zwanym czuciem nocycyptywnym, powstającym w układzie zakończeń nerwowych, dróg przewodzących i ośrodków percepcji w mózgu. Chociaż takie rozumowanie zakłada, że istnieje jakiś inny układ przewodzący ból, co nie jest prawdą gdyż mechanizmy powstawania i przewodzenia bólu są bardzo złożone, w tym ujęciu ból jest czynnikiem spełniającym ważną rolę odruchowo-obronną.

Ból jest doznaniem subiektywnym i bardzo złożonym. Nie ulega wątpliwości, że ból jest najczęściej spotykanym objawem podczas badania podmiotowego i przedmiotowego. W ten sposób lekarz uzyskuje informację o procesie chorobowym toczącym się w organizmie badanego chorego. Oprócz tej informacyjno-ostrzegawczej roli bólu, może on wystąpić w następstwie urazów mechanicznych, termicznych i chemicznych. Niekiedy jednak ból stanowi jedyny objaw i nie można powiązać go z jakimkolwiek toczącym się procesem chorobowym.

Podział bólu

1. Podział według wzorca czasowego

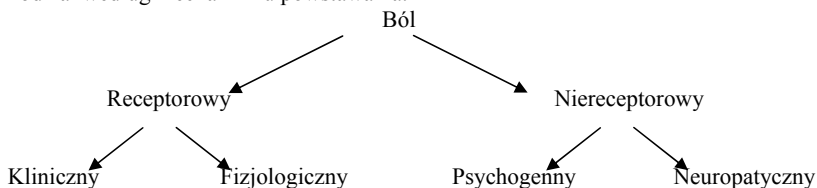


Ból przewlekły jest to taki ból, który utrzymuje się dłużej niż trzy miesiące, jest uporczywy, nawracający, o różnej etiologii, a którego opanowanie wymaga stałego leczenia przeciwbólowego. Zespoły bólu przewlekłego to zaburzenia, w których jest on wyróżniającym objawem, a głównym celem leczenia jest zniesienie dolegliwości. [Wytyczne postępowania w bólu przewlekłym, 2005]

Ból nowotworowy jest przykładem bólu przewlekłego.

Ból ostry jest nieprzyjemnym zmysłowym i emocjonalnym odczuciem wywołanym przez istniejące lub też potencjalnie zagrażające uszkodzenie tkanek, narządów, jest odczuciem któremu towarzyszy autonomiczna, emocjonalna i behawioralna odpowiedź ustroju.

2. Podział według mechanizmu powstawania.



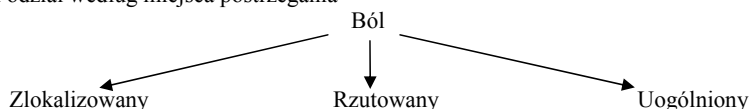
Ból receptorowy powstaje w wyniku podrażnienia zakończeń nerwowych włókien A-delta i C. Doznania bólowe są zjawiskiem towarzyszącym podrażnieniu układu

nocyceptywnego bodźcami ponadprogowymi. Każdy ból receptorowy na komponentę zapalną, która powoduje obniżenie progu pobudliwości nocycceptorów.

Ból niereceptorowy:

- neuropatyczny – jako wynik uszkodzenia obwodowego lub ośrodkowego układu nerwowego
- ból psychogeny – powstaje bez uszkodzenia tkanek, jednak zgłaszane objawy są właściwe dla takiego uszkodzenia.

3. Podział według miejsca postrzegania



Ból zlokalizowany to ból ograniczony dający się dobrze umiejscowić w jednej lub kilku okolicach ciała

Ból rzutowany promieniujący lub odczuwany w innym miejscu niż źródło powstawania, powstający w wyniku podrażnienia nocycceptorów.

Ból uogólniony wszechogarniający ból, występujący w wielu miejscach, któremu poza czynnikami somatycznymi towarzyszą głębokie zmiany psychiczne.

Ból nowotworowy jako problem medyczny

Ból nowotworowy jest bólem przewlekłym skupiającym wszystkie mechanizmy i skutki bólu przewlekłego. Ze wszystkich zespołów bólowych (ostrzych i przewlekłych) w chorobie nowotworowej jest najważniejszym problemem. Jest skutkiem nie tylko specyficzności choroby ale również towarzyszących chorobie emocji takich jak: lęk, gniew, depresja.

Określenie „ból nowotworowy nie jest więc rozpoznaniem. Jest tylko opisem stanu, w którym chory na nowotwór złośliwy lub w okresie remisji odczuwa bóle mające związek z chorobą nowotworową lub leczeniem.

W terminalnej fazie choroby nowotworowej ból występuje średnio u:

- 87% chorych na raka przełyku
- 83% chorych z przerzutami do kości
- 81% chorych z rakiem trzustki
- 78% chorych z rakiem piersi
- 73% chorych z rakiem płuca.

Ocena kliniczna chorych cierpiących z powodu bólu nowotworowego powinna spełniać przynajmniej 4 zadania:

1. Diagnostyczne – ustalenie rozpoznania choroby i przyczyny bólu a następnie indywidualne dobranie właściwego leczenia.
2. Określenie zmian charakteru bólu, stopnia natężenia bólu i umiejscowienia w czasie trwania leczenia.
3. Ocenę skuteczności zastosowanych metod leczenia.
4. Monitorowanie stopnia natężenia bólu w czasie, w zależności od innych czynników niż zastosowane leczenie.

Ocena kliniczna chorego obejmuje:

- wywiad
- lokalizację bólu
- ocenę natężenia bólu
- ocenę zachowania chorego

Dolegliwości bólowe mają złożoną etiologię, która nakłada się na indywidualną osobowość co w konsekwencji daje bogactwo objawów klinicznych oraz różny stopień nasilenia bólu.

Skale oceny natężenia bólu

Do samooceny bólu należy używać jasnych i prostych metod.

1. Skala słowna (VRS) – skala oceniająca ból w sposób opisowy. Wadą tej skali jest to, że zawarte w niej określenia są różnie interpretowane. Chorzy rzadko wybierają skrajne wartości skali.
 - skala słowna czterostopniowa – brak bólu; ból słaby; umiarkowany; silny
 - skala słowna pięciostopniowa (Likkerta) – brak bólu; ból słaby; umiarkowany; silny; nie do zniesienia.
2. Skala numeryczna (NRS) – ocena bólu w skali liczbowej od 0-10. W tej skali 0 to brak bólu, 10 to ból o największym nasileniu jaki sam chory może sobie wyobrazić.

Leczenie bólów nowotworowych

Leczenie przeciwbólowe powinno być integralną częścią naszego postępowania. Podstawową zasadą jest ustalenie przyczyny bólu:

- wywiad bólowy;
- skale oceny bólu;
- kwestionariusze osobowe;
- badanie chorego.

Zasady leczenia objawowego w bólu nowotworowym

1. Indywidualny dobór leku dla każdego chorego i jego bólu. Prawidłowa dawka, która zapewni czas bezbolesności właściwy dla danego leku; zazwyczaj 4-8 godzin dla preparatów o natychmiastowym uwalnianiu, 8-12 godzin dla preparatów o zmodyfikowanym uwalnianiu lub 72 godziny w przypadku preparatów przezskórnych (TTS Fentanyl).
2. Wybór leku dokonywany jest wg „trójstopniowej drabiny analgetycznej”, którą przedstawiono na stronie następnej.
3. Stałe utrzymanie stężenia terapeutycznego w regularnych odstępach czasu „według zegara”, a nie na żądanie – „w razie bólu”.
4. Dodatkowe stosowanie ratujących dawek leków w przypadkach tzw. „bólów przebijających
5. Konieczność zapobiegania i leczenia działań ubocznych leków przeciwbólowych (zaparcia, bezsenność).
6. Wybieranie drogi podania leków nie przysparzającej choremu dodatkowych trudności (gdy tylko jest to możliwe drogą doustną). Zaleca się również podawanie leków drogą: podskórną, dożylną (rzadziej) oraz przezskórnie (plastry)
7. Konieczność zwalczania dolegliwości związanych z chorobą
8. Każdorazowe wyjaśnienie choremu planu leczenia i uzyskanie przez chorego akceptacji
9. Zapewnienie choremu i rodzinie troskliwej opieki.

Trójstopniowa drabina analgetyczna

Światowa Organizacja Zdrowia opracowała program terapii przeciwbólowej, który stał się standardem podawania leków przeciwbólowych i wspomagających w leczeniu bólów nowotworowych. Opublikowana w 1986r. zasada trójstopniowej drabiny analgetycznej przedstawia stopnie postępowania przeciwbólowego, informuje o rodzajach i dawkach analgetyków oraz o warunkach ich stosowania.

Leczenie rozpoczyna się od podawania leków I stopnia.

Do pierwszego stopnia szczebla drabiny analgetycznej należą leki nieopioidowe (NLPZ i paracetamol).

Stosowane są w leczeniu słabych i umiarkowanych bólów.

Gdy leczenie bólów tymi środkami jest nieskuteczne należy podać leki II stopnia łącząc je jednocześnie z lekami nieopiodowymi i lekami wspomagającymi. Drugi stopień DA stanowią słabe opioidy (kodeina lub tramadol).

Leki podawane są tak długo jak długo możliwa jest kontrola dolegliwości bólowych. Gdy bóle stają się silne, gdy tracimy nad nimi kontrolę należy zastosować leki III stopnia DA-silne opioidy (morfina, fentanyl TTS, buprenorfina TTS).

W tym przypadku można stosować leki nieopiodowe oraz leczenie wspomagające. W przeciwieństwie do leków nieopiodowych i słabych opiodów leki z tej grupy nie powodują tzw. „efektu pułapowego”.

Leczenie wspomagające powinno być stosowane na każdym szczeblu drabiny analgetycznej. Podsumowując zasady leczenia farmakologicznego można sprowadzić się do następującego algorytmu:

- odpowiedni lek
- odpowiednia dawka
- odpowiednio często stosowana
- odpowiednią drogą.

Leki wspomagające w leczeniu bólu.

Grupa leków	Lek, dawkowanie	Wskazania	Uwagi
Przeciwdepresyjne	<u>Amitryptylina</u> : 0,2-0,5mg/kg doustnie, zwiększając dawkę o 25% co 2-3 dni do poziomu dawek antydepresyjnych (300 mg/dobę) leki alternatywne <u>Doksepiryna</u> <u>Imipramina</u> <u>Nortryptylina</u> .	Ból neuropatyczny (np. wywołany winkrystyną, napromieniowaniem, zajęciem splotu. naciekaniem guza)	Zwykle poprawa snu i zmniejszenie bólu występują po 2-3 dniach Antycholinergiczne działania niepożądane ograniczają dawkę Stosować ostrożnie u dzieci z ryzykiem zaburzeń czynności serca
Przeciwdrgawkowe	<u>Karbamazepina</u> : 2 mg/kg doustnie co 12 h. <u>Fenytoina</u> 2,5-5 mg/kg doustnie co 12 h. <u>Klonazepam</u> : 0,01 mg/kg doustnie co 12h.	Ból neuropatyczny, przeszywający lub kłujący	Obserwacja zaburzeń hematologicznych i funkcji wątroby oraz reakcji alergicznych. Działania niepożądane: ataksja dezorientacja, senność, zaburzenia żąłdkowo-jelitowe
Neuroleptyki	<u>Chlorpromazyna</u> : 0,5 mg/kg doustnie lub dożylnie co 6-8h <u>Haloperydol</u> : 0,01-0,1 mg/kg doustnie lub dożylnie co 8 h.	Nudności, splątanie. psychoza, silne pobudzenie. nasilenie analgezji opiodowej	Należy rozważyć jednoczesne zastosowanie leków antyhistaminowych (np. Difenhydramina w celu uniknięcia reakcji pozamiramidowych na wyższe dawki lub przedłużone leczenie
Leki nasenne, uspokajające i przedwiewkowe	<u>Diazepam</u> : 0,05-0,1 mg/kg doustnie co 4-6 h. <u>Lorazepam</u> : 0,02-0,04 mg/kg co 4-6 h.	Napad lęku, skurcz mięśni, premedykacja przed bolesnymi zabiegami	Efekt sedatywny może ograniczyć stosowanie opiodów Inne efekty uboczne obejmują depresję i lekko zależność przy dłuższym stosowaniu

	<u>Midazolam</u> : 0,05 mg/kg dożylnie, 5 minut przed zabiegiem lub 0,3- 0,5 mg/kg doustnie na 30-45 minut przed zabiegiem.		
Leki przeciwhistaminowe	<u>Hydroksyzyna</u> : 0,5-0,1 mg/kg doustnie co 4-6 h.	Świąd wywołany podawaniem opioidu. niepokój, nudności	Działanie sedatywne może być korzystne
Kortykosteroidy	<u>Deksametazon</u> , <u>Prednizolon</u> , <u>Prednizon</u> – dawkowanie zależne od sytuacji klinicznej	Bóle głowy wywołane wzrostem ciśnienia śródczaszkowego, ucisk rdzenia lub nerwu, rozsiane przerzuty	Działania niepożądane obrzęki, objawy dyspeptyczne, rzadko owrzodzenia żołądka i dwunastnicy
Kalcytomina i bifosfoniany	<u>Kalcytomina łososiowa</u> . Początkowo 80-100 j/24h s.c. lub i m zmniejszając dawkę do 40-50 j. co 1-2 dni	Wskazania ból towarzyszący przerzutom nowotworowym do układu kostnego w szpiczaku mnogim	Objawy niepożądane: nudności, wymioty, odczyny alergiczne
Kwas kłodronowy w dawce 600mg/24h w powolnym wlewie dożylnym przez 7 dni			Objawy niepożądane: niewydolność nerek, hipokalcemia
Klonidyna		Wybiórczo hamuje przewodzenie informacji bólowej w rdzeniu kręgowym, potencjalizuje działanie przeciwbólowe opioidów. Wskazania: ból nowotworowy, neuropatyczny	Objawy niepożądane: senność, zawroty głowy, nudności

Zasady opieki pielęgniarskiej w opiece paliatywnej:

- pielęgniarka ponosi indywidualną odpowiedzialność za powierzonych jej opiece pacjentów. W opiece domowej pielęgniarka zajmuje się 6-8 pacjentami. W opiece stacjonarnej pielęgniarka na każdym 8-godzinnym dyżurze opiekuje się 3-4 pacjentami.
- pielęgniarka w swoich codziennych działaniach zawodowych dąży do podnoszenia jakości sprawowanej opieki na rzecz pacjenta i jego rodziny.
- pielęgniarka odnosi się empatycznie do wszystkich członków zespołu interdyscyplinarnego, przyjmuje postawę solidarności zawodowej i instytucjonalnej, wspiera innych członków zespołu w sytuacjach trudnych i problemowych.
- pielęgniarka ma obowiązek samokształcenia, zachowuje dyscyplinę intelektualną zobowiązującą do stałego doskonalenia zawodowego wyrażającego się m.in. podejmowaniem inicjatyw organizacyjnych i charytatywnych.
- pielęgniarka czynna zawodowo bierze udział w doskonaleniu zawodowym poprzez kształcenie specjalistyczne, kwalifikacyjne i specjalizacje.
- praktyka zawodowa pielęgniarki mieści się w ramach przyjętych standardów zawodowych.
- pielęgniarka powinna uczestniczyć w badaniach lub prowadzić je na rzecz rozwoju naukowego własnej dyscypliny zawodowej.
- pielęgniarkę obowiązują zasady kodeksu etycznego dla pielęgniarek.

Procedury rehabilitacyjne wykonywane przez pielęgniarkę:

- uruchamianie chorego w łóżku, gimnastyka usprawniająca, gimnastyka oddechowa, nauczanie korzystania z wózka inwalidzkiego, balkonika i innego sprzętu rehabilitacyjnego,
- masaż obrzęku limfatycznego: ręczny i za pomocą rękawa kompresyjnego, bandażowanie chorej kończyny, stosowanie rękawów i pończoch uciskowych.

Procedury pielęgnacyjno-higieniczne:

- wymiana worków stomijnych, kąpiel, zabiegi higieniczne i pielęgnacyjne,
- wymiana środków higienicznych jednorazowego użytku, toaleta przeciw-odleżynowa, zapobieganie odleżynom z zastosowaniem specjalnego programu monitorowania, gołenie, strzyżenie, manikiur, pedikiur.

Procedury edukacyjne:

- przygotowanie chorego i jego rodziny do wypisania do domu,
- instruowanie chorego i rodziny w zakresie sposobu użytkowania sprzętu rehabilitacyjnego, higienicznego, obsługi koncentratorów tlenowych, pompy infuzyjnej, materacy przeciwoleżynowych itp.,
- instruowanie chorego i rodziny w zakresie dietytyki,
- edukacja innych pracowników służby zdrowia.

Wnioski

Jednym z priorytetów WHO jest dążenie do opanowania i skutecznego zwalczania bólów nowotworowych. W tym celu opracowano trójstopniowy schemat postępowania przeciwbólowego. Drabina analgetyczna uwzględnia ważną zasadę leczenia bólu – indywidualny dobór leczenia dla każdego chorego. Należy przy tym zwrócić uwagę na zachowanie proporcji między działaniem przeciwbólowym i działaniami niepożądanymi.

W przypadku bólów nowotworowych konieczne jest zidentyfikowanie wszystkich rodzajów bólu, ustalenie etiologii i patomechanizmu oraz innych czynników mających wpływ na odczuwanie bólu.

Ważnym elementem w procesie leczenia jest wnikliwa ocena wyników leczenia oraz weryfikacja rozpoznania na podstawie uzyskiwanej skuteczności stosowanych metod analgetycznych. Wybór i zastosowanie odpowiednich leków analgetycznych pozwala uniknąć nawrotów bólu poprzez utrzymanie stałego stężenia analgetycznego w surowicy krwi chorego. Po osiągnięciu dawki terapeutycznej, w przypadku pojawienia się bólu pomiędzy dawkami podstawowymi, należy doraźnie podawać dodatkowe dawki analgetyku, gdy nawroty bólu stają się częstsze należy dokonać weryfikacji dotychczasowego leczenia, poprzez zwiększanie dawki podstawowej analgetyku.

Skutecznie prowadzona farmakoterapia bólu nowotworowego prowadzi do osiągnięcia analgezji przy minimalnych objawach niepożądanych. Niektórych objawów nie da się uniknąć, należy wówczas włączyć leczenie przeciwobjawowe, nie należy odstawiać opioidów.

Podstawową przesłanką w wyborze sposobu leczenia powinno być uzyskanie akceptacji przez chorego proponowanych metod leczniczych oraz wybranie alternatywnej drogi podawania leków opioidowych.

Literatura

1. Bartoszek A. (2000), *Człowiek w obliczu cierpienia i umierania*. Księgarnia św. Jadwigi, Katowice.
2. de Walden-Gałuszko K. (1992), *Wybrane zagadnienia psychoonkologii i psychotanatologii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
3. de Walden-Gałuszko K. (2004), *Podstawy opieki paliatywnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
4. de Walden-Gałuszko K., Kaptacz A. (2004), *Pielęgniarstwo w opiece paliatywnej i hospicyjnej*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
5. Dobrogowski J., Kuś M., Sedlak K., Wordliczek J. (1996), *Ból i jego leczenie*, Sprinter PWN, Warszawa.
6. Dobrogowski J., Wordliczek J. (2002), *Ból przewlekły*, MCKPUJ, Kraków.
7. Dobrogowski J., Wordliczek J. (2004), *Medycyna bólu*, Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa.
8. Drażkiewicz J. (1989), *W stronę człowieka umierającego*, Uniwersytet Warszawski.
9. Gumułka W. S., Rewerski W. (1989), *Terapia bólu*, PZWL, Warszawa.
10. Hilgier M., Jarosz J. (2004) *Leczenie bólów nowotworowych standardy i wytyczne*, „Terapia” reprint z nr 10 (197), s. 3-10.
11. Jarosz J. (2003), *Leczenie bólów nowotworowych*, „Medipress Onkologia”, nr 3, s. 3-16.
12. Jarosz J. (2005), *Opieka paliatywna w onkologii*, „Onkologia w praktyce klinicznej”, nr 2, s. 109-115.
13. Jarosz J., Hilgier M. (1997), *Leczenie bólów nowotworowych*. Czelej.
14. Jarosz J., Hilgier M. (2003), *Rozpoczęcie terapii fentanylem TTS*, „Ból”, tom4, s. 13-17.
15. Jarosz J., Koralewski P., Pawlicki P. (1991), *Ocena przydatności leku Temgesic w leczeniu bólów nowotworowych*. Nowotwory 44, s. 94-99.
16. Kotliska-Lemieszek A. (1999), *Podstawy patofizjologii i diagnostyki bólów nowotworowych. Zespoły bólowe najczęściej występujące u pacjentów w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej*, „Nowa medycyna”, nr 8, s. 15-26.
17. Kotliska-Lemieszek A. (2001), *Trudności w leczeniu bólu nowotworowego na podstawie literatury oraz 12-letnich doświadczeń Kliniki Opieki Paliatywnej w Poznaniu*, „Nowa medycyna”, nr 5-6.
18. Kotliska-Lemieszek A., Łuczak J. (1999), *Analgetyki nieopiodowe i opiodowe stosowane w leczeniu bólu nowotworowego*, „Nowa medycyna”, nr 8, s. 28-30.
19. Kotliska-Lemieszek A., Łuczak J. (1999), *Terapia adiuwantowa w leczeniu bólów u pacjentów w zaawansowanym okresie choroby nowotworowej*, „Nowa medycyna”, nr 8, s. 31-38.
20. Krajnik M., Togiewicz M. (1998), *Opieka paliatywna*, wydawnictwo AM w Bydgoszczy, Bydgoszcz.
21. Krzakowski M. (red.) (2001), *Onkologia kliniczna tom 1*, Wydawnictwo medyczne Borgis, Warszawa.
22. Kujawska-Tenner J. i wsp. (1994) *Zwalczanie bólów nowotworowych*, MZIOS, Warszawa.
23. Kuś M., Dobrogowski J. (1985), *Neuroliza chemiczna w zaawansowanej chorobie nowotworowej*, „Polski Tygodnik Lekarski”, nr 3, s. 175-177.
24. Łuczak J. i WSP. (1990), *Organizacja i zasady pracy zespołu opieki paliatywnej*, „Nowiny Lekarskie”, nr 59, s. 7-25.
25. Mika T. (1999), *Fizykoterapia*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
26. Świrydowicz T. (2000), *Psychologiczne aspekty przekazywania niepomyślnych informacji o rozpoznaniu choroby i prognozie*, „Nowa medycyna, nr 1, s. 74-78.
27. Twycross R.G., Lack S.A. (1991), *Leczenie terminalnej fazy choroby nowotworowej*, PZWL, Warszawa.

28. Walsh T.D, West T.S. (1995), *Leczenie objawowe w zaawansowanej chorobie nowotworowej*. [w:] Nowe Leki, (red.)J. Feely, PWN, Warszawa.
29. Wordliczek J., Dobrogowski J. (2002), *Ból ostry*, Uniwersytet Jagielloński, Kraków.
30. Wórz R. (1992), *Farmakoterapia bólu*, PZWL, Warszawa.
31. *Wytyczne postępowania w bólu przewlekłym* (2005), Wydawnictwo lekarskie PZWL, Warszawa.

Pielęgnacja chorego z ostrym zapaleniem trzustki (ozt)

Agata Szulkowska – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży
Zbigniew Puchalski – Wyższa Szkoła Agrobiznesu w Łomży

Streszczenie

Ostre zapalenie trzustki jest chorobą ostrych chorób jamy brzusznej, wymagających obserwacji i leczenia na oddziale chirurgicznym. Jest stanem bardzo poważnego zagrożenia życia człowieka. Może wystąpić w każdym wieku, ale częściej dotyka ludzi między 50 a 70 rokiem życia.

W pracy omówiono budowę i funkcje trzustki, przyczyny, objawy i powikłania ostrego zapalenia trzustki. Przedstawiono etapy pielęgnacji chorego z ostrym zapaleniem trzustki (leczenie, postępowanie pielęgnacyjne wobec pacjenta przed i po zabiegu operacyjnym).

Wprowadzenie

Ostre zapalenie trzustki wciąż pozostaje poważnym problemem medycznym i pomimo znacznego rozwoju medycyny jest niebezpiecznym schorzeniem obciążonym bardzo wysokim odsetkiem powikłań i zgonów.

Chirurgicznie leczy się obecnie głównie powikłań ostrego zapalenia trzustki, do których dochodzi stosunkowo około 20%.

Większość przypadków ostrego zapalenia trzustki tj. postaci łagodnej leczy się w oddziałach gastroenterologii lub chorób wewnętrznych.

Dlatego wczesne rozpoznanie i intensywne leczenie przez wykwalifikowany zespół mający dostęp do odpowiedniej aparatury diagnostycznej ma zasadnicze znaczenie w poprawie rokowania chorych na ostre zapalenie trzustki.

Pielęgnacja chorego z ostrym zapaleniem trzustki

Leczenie ostrego zapalenia trzustki.

Ostre zapalenie trzustki w zależności od postaci choroby wymaga intensywnego leczenia w warunkach szpitalnych. Początkowo konieczne jest zwykle zastosowanie diety ścisłej, następnie włączenie żywienia dojelitowego czy rzadziej pozajelitowego, podanie leków przeciwbólowych i rozkurczowych, dokładna kontrola wszystkich funkcji życiowych, w tym czynności nerek i wydolności układu oddechowego. W przypadku zapalenia trzustki wywołanego zablokowaniem przewodów żółciowych dobre rezultaty, przynoszące natychmiastową poprawę, daje wczesne (w ciągu 72 godzin od wystąpienia symptomów) nacięcie zwieracza Oddiego w ujściu brodawki Vatera i udrożnienie tych przewodów.

W celu wyboru właściwego postępowania leczniczego w ostrym zapaleniu trzustki konieczne jest przyjęcie niezbędnych kryteriów diagnostycznych i rokowniczych, które pozwalają ustalić rozpoznanie oraz odróżnić postaci średnio ciężkie od ciężkich.

Chorzy z ciężką postacią ostrego zapalenia trzustki powinni być leczeni w oddziałach intensywnej opieki medycznej, w razie pogorszenia stanu klinicznego. Każdego chorego z ostrym zapaleniem trzustki traktuje się w pierwszych dniach pobytu, jakby potencjalnie miał ciężką postać choroby i intensywnie leczy, zanim na podstawie obserwacji licznych parametrów życiowych chorego, powtarzalnych badań laboratoryjnych i obrazowych, lekarze nie określą stopnia ciężkości ozt. Leczenie uzależnione jest od postaci choroby, ale zawsze ma na celu zatrzymanie zainicjowanego procesu „samotrawienia” trzustki oraz wyrównywanie zaburzeń ustrojowych towarzyszących chorobie.

Tabela 1.
Kryteria rokownicze ciężkości ostrego zapalenia trzustki [8].

Ranson	Imirie
<p>Przy przyjęciu chorego Wiek > 55 lat Cukier we krwi > 11 mmol Liczba leukocytów > $16 \times 10^9/l$ AspAT > 120 j.m./l LDH > 350 j.m./l</p> <p>Podczas pierwszych 48h Zmniejszenie hematokrytu > 10% Ca w surowicy < 2 mmol/l Zwiększenie stężenia mocznika krwi > 1,0 mmol/l Niedobór zasad > 4,0 mmol/l Sekwestracja płynu > 6 l PO₂ tętnicze < 7,5 kPa</p>	<p>Podczas pierwszych 48 h PO₂ tętnicze < 7,5 kPa Albuminy w surowicy < 32 g/l Ca w surowicy < 2 mmol/l Liczba leukocytów > $15 \times 10^9/l$ AspAT > 100 j.m./l</p> <p>LDH > 600 j.m./l Cukier we krwi > 10 mmol/l Mocznik osocza > 16 mmol/l Wiek > 55 lat</p>

Terapia ostrego zapalenia trzustki jest wielokierunkowa i obejmuje:

1. dożylnie leczenie przeciwwstrząsowe, mające na celu uzupełnianie traconych płynów, które przenikają w przebiegu ozt z naczyń krwionośnych do jamy otrzewnowej i powodują zmniejszenie objętości krwi krążącej.
2. monitorowanie czynności serca i nerek, a także takich parametrów biochemicznych krwi, jak glukoza, sód, potas, chlorki, wapń i wyrównywanie pojawiających się zaburzeń (wzrostu poziomu cukru, zaburzeń elektrolitowych, spadku poziomu wapnia).
3. kontrolę morfologii krwi. Pojawiająca się anemia w przebiegu ostrego zapalenia krwi może, bowiem wymagać przetoczenia krwi.

W każdej postaci ostrego zapalenia trzustki leczenie należy rozpocząć od postępowania zachowawczego. Prowadzi to w większości przypadków do ustąpienia objawów i poprawy stanu klinicznego chorego.

Postępowanie zachowawcze obejmuje:

- zwalczanie bólu.

Ważny czynnik wstrząsoporodny w ostrym zapaleniu trzustki stanowi ból, dlatego szybkie jego opanowanie jest zadaniem pierwszoplanowym. Proponowane są lidokaina, buprenorfina, petydyna, czy pentazocyna ze względu na najmniejszy wpływ na zwieracza Oddiego. Natomiast przeciwwskazana jest morfina.

Najlepsza metoda zwalczania bólu w ciężkim ozt to ciągła blokada zewnątrzoponowa odcinka HIV-LI z użyciem bupiwakainy, która nie tylko działa przeciwbólowo, ale poprawia też przepływ trzewny.¹

- bezwzględnie ścisłą dietę dotyczącą także spożywanych płynów, całkowite żywienie pozajelitowe lub dojelitowe przez zgłębnik dojelitowy.
- oddessanie treści żołądkowej przez sondę żołądkową
- zwalczanie wstrząsu, wyrównywanie zaburzeń wodno-elektrolitowych pod kontrolą ośrodkowego ciśnienia żylnego,
- zapobieganie wtórnemu zakażeniu przez stosowanie profilaktycznej antybiotykoterapii,
- zapobieganie owrzodzeniem stresowym żołądka i dwunastnicy.²

¹ Ibidem, s. 124

² Zarys chirurgii. Podręcznik dla studentów, Praca zbiorowa pod redakcją Zygmunta Grzebieniaka, Akademia Medyczna, Wrocław 2004r., s.296

W przypadkach ostrego zapalenia trzustki o etiologii żółciowej konieczne jest odbarczenie dróg żółciowych przez wykonanie sfinkterotomii (nacięcie brodawki Vatera) podczas badania endoskopowej cholangiopankreatografii wstecznej (ECPW).

Pozwala to na usunięciu złożeń z przewodu żółciowego wspólnego i poszerzenie ujścia dróg żółciowych.

W pierwszych dniach choroby stosuje się bezwzględną głodówkę, podając dopiero w 3-4 dobie płyny do picia. Podstawowym celem głodówki jest maksymalne wyłączenie bodźców pobudzających czynność wydzielniczą trzustki. Czas wprowadzenia pierwszych posiłków (kleiki) jest indywidualnie różny i zależy od przebiegu choroby; nie należy jednak zbyt długo utrzymywać głodzenia ze względu na brak osłaniającego wpływu pokarmu na błonę śluzową żołądka.

Z chwilą rozszerzenia diety należy łącznie z posiłkami podawać preparaty trzustkowe (Panc reatinum); celem ich stosowania jest nie tylko ułatwienie procesów trawienia, lecz głównie zmniejszenie wydzielania trzustkowego wskutek dowozu enzymów proteolitycznych do jelita i ich oddziaływanie na czynność trzustki zgodnie z zasadą ujemnego sprzężenia zwrotnego. U chorych z dłużej utrzymującymi się objawami ostrego zapalenia trzustki (powyżej 7-14 dni) zachodzi konieczność pełnego odżywiania pozajelitowego.

Bardzo ważną rolę odgrywa uzupełnienie niedoborów gospodarki wodno-elektrolitowej, które występują u chorych z ozt w różnym stopniu. Intensywnego nawadniania wymaga 1/5 chorych z objawami wstrząsu. Klinicznymi cechami odwodnienia ozt jest przyspieszenie tętna powyżej 100/min, obniżenie ciśnienia krwi, zwiększenie hematokrytu powyżej 45 % oraz stężenia jonów sodowych powyżej 140 mmol/l, obniżenie śródkowego ciśnienia żylnego poniżej 0,490 kPa (5cm H₂O) oraz zmniejszenie diurezy poniżej 25 ml/h. U chorych należy przetoczyć w ciągu 24h 3-5 litrów płynu wieloelektrolitowego.

U chorych z obfitymi wymiotami może dojść do hipopotasemii, niedobory tego jonu uzupełnia się płynem Elkintona I lub II pod warunkiem zachowanej diurezy. Można też podawać mieszanek polaryzującą (potas, glikoza, insulina), zwłaszcza, że w ozt następuje zmniejszenie wydzielania insuliny endogennej. Zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej regulujemy zależnie od stwierdzanych nieprawidłowości. Ze względu na często hipalbuminemię może okazać się niezbędne przetaczanie roztworu albuminy lub osocza. Przy znacznym zmniejszeniu stężenia wapnia uzupełniamy niedobory tego jonu podając dożylnie chlorek wapniowy. U znacznej większości chorych uzupełnienie niedoborów wodno-elektrolitowych powoduje powrót diurezy do wartości prawidłowych. W przypadku utrzymywania się oligurii (poniżej 25 ml/h) podajemy leki moczopędne głównie furosemid, kwas etakrynowy lub mannitol.

Zabieg operacyjny w przebiegu ozt należy wykonać w przypadku:

- niepowodzenia prawidłowo podjętej i prowadzonej intensywnej terapii, gdy stan miejscowy i ogólny chorego nie poprawia się,
- zagrożającej lub rozwiniętej niewydolności wielonarządowej
- ropnego zapalenia trzustki z posocznica.

Istotą zabiegu operacyjnego jest przede wszystkim odessanie toksycznej treści z jamy otrzewnowej, wypłukanie jamy brzusznej ciepłym roztworem soli fizjologicznej i drenaż jamy brzusznej. Jednym ze sposobów leczenia jest założenie drenażu ssąco-płuczącego, polegającego na wprowadzeniu dwóch drenów do jamy otrzewnowej, z których jednym płucze się jamę brzuszną, a drugim odprowadza się treść po wypłukaniu. W przypadku stwierdzenia ropnia trzustki lub zakażonego płynu w torbie sieciowej zmianę należy naciąć, opróżnić i zdrenować.

W przypadku kamicy przewodu żółciowego wspólnego złoży należy usunąć, przewód żółciowy zdrenować drenem T (Kehra). Martwiczo zmienione części trzustki usuwa się. Ze względu na brak możliwości usunięcia wszystkich tkanek martwiczych przy pierwszej interwencji chirurgicznej stosuje się czasami powtarzaną laparotomię z etapowym płukaniem jamy brzusznej w odstępach 1-3 dniowych.

W leczeniu ostrego zapalenia trzustki bardzo ważną rolę odgrywa odpowiednia forma żywienia. Należy w niej uwzględnić stan odżywienia, ciężkość zapalenia i rozwój powikłań.

Pacjenci z lekką, samoograniczającą się postacią ozt, która ustępuje samoistnie po kilku dniach zachowawczego leczenia, nie wymagają sztucznego odżywiania. W łagodnym ozt żywienie pozajelitowe jest wręcz niekorzystne, jeśli nie ma cech niedożywienia, pacjenci powinni mieć dietę „O” oraz pokryte dobowe zapotrzebowanie płynowe z kontynuacją leczenia zachowawczego. Po ustąpieniu bólu (zwykle w 4-5 dniu) mogą być żywieni doustnie dietą niskotłuszczową. Brak klinicznych korzyści z żywienia pozajelitowego z ostrym zapaleniem trzustki nie zwalnia od stosowania tej formy odżywiania w wybranych przypadkach łagodnego, lecz przedłużającego się ozt (ból, nudności, wymioty, hiperamylazemia, utrzymujące się 7-10 dni).

Z uwagi na ogromny, niszczący katabolizm towarzyszący ciężkim postaciom ozt, żywienie zastępcze powinno być wprowadzone jak najwcześniej. Zapobiega ono niedoborom żywieniowym powodującym utratę białka, zmianę funkcji immunologicznych, korzystnie modyfikuje odpowiedź ustroju na chorobę.

W tej postaci choroby należy zastosować całkowite żywienie pozajelitowe i żywienie dojelitowe.

Nieodłącznym elementem żywienia zastępczego jest żywienie immunologiczne, którego składnikami są: glutamina, arginina, omega-3-kwasy tłuszczowe i nukleotydy RNA. Żywienie pozajelitowe w ciężkiej postaci ostrego zapalenia trzustki należy włączyć jak najwcześniej, w 2, 3 dniu choroby, ponieważ poprawa parametrów odżywiania zmniejsza częstość wystąpienia powikłań (z 95% do 23%), w tym śmiertelność (35% do 13%).

W ostrym zapaleniu trzustki należy monitorować całkowite żywienie pozajelitowe, wyrównywanie wszystkich zaburzeń metabolicznych, ze zwróceniem szczególnej uwagi na hipoihiperglikemię, hipokalcemię, hipofosfatemię, hipomagnezemię i zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej, oraz uwzględnienie w tej formie odżywiania możliwość wystąpienia zakażenia z założonego cewnika. Powikłania te ograniczane są przez ścisłą kontrolę prędkości infuzji oraz podawania wszystkich ustalonych składników łącznie.

Polecaną formą żywienia zastępczego w ostrym zapaleniu trzustki, po ustąpieniu niedrożności górnego odcinka przewodu pokarmowego, a w szczególności u chorych operowanych w przebiegu ozt, jest całkowite odżywianie dojelitowe, np. przez zgłębnik, przetokę igłową do jelita czczego lub jejunostomię. Zaniechanie odżywiania dojelitowego grozi złamaniem bariery ochronnej jelit przez atrofię błony śluzowej jelit i zwiększoną jej przepuszczalność oraz osłabienie układu immunologicznego w obszarze jelit. Całkowite żywienie dojelitowe można prowadzić przez 30 dni, a nawet dłużej. Podawane pokarmy muszą być przyswajalne bez trawienia żołądkowego i nie mogą drażnić jelita na drodze osmotycznej.

Większość pacjentów z łagodnym ozt w ciągu 5-7 dni wraca do normalnego doustnego żywienia dietą o zmniejszonej zawartości tłuszczu, dlatego postaciach łagodnych nie ma wskazań do wczesnego włączenia leczenia żywieniowego. Grupą wymagającą interwencji żywieniowej są pacjenci:

1. z ciężką postacią ozt, charakteryzującą się katastrofalnym katabolizmem, w której leczenie żywieniowe należy rozpocząć jak najwcześniej, najwcześniej 48-72 godzinie choroby, wraz z profilaktyczną antybiotykoterapią i dekontaminacją jelit,
2. grupa z początkowo łagodną postacią choroby, lecz z cechami przewlekania się procesu zapalnego, występowania bólów brzucha, nudności i hiperamylazemii powyżej 7-10 dni, w której włączamy żywienie stosunkowo późno, a więc pod koniec pierwszego lub na początku drugiego tygodni choroby.
3. grupa pacjentów z łagodnym ozt lecz z wcześniej stwierdzanym niedożywieniem-żywienie dojelitowe włączamy również po 48 godzinach choroby.

Poza oceną stanu klinicznego ważne jest u tych chorych wczesne prognozowanie przebiegu ozt, najlepiej łącznie na podstawie skali klinicznej i białka ostrej fazy CRP.

Trzy podstawowe drogi żywienia dojelitowego:

1. sonda nosowo-jelitowa
2. przezskórna gastro lub jejunostomia

3. chirurgiczna jejunostomia.

Wybór sposobu żywienia zależy od indywidualnej sytuacji pacjenta, w przypadku planowanej lub pilnej interwencji chirurgicznej rozsądne wydaje się założenie jejunostomii odżywczej. Najczęstszą drogą jest założenie zgłębnika nosowo-jelitowego drogą grawitacyjną, pod kontrolą rtg lub z pomocą techniki endoskopowej, co jest możliwe u ponad 90% pacjentów. Zakładać należy specjalne atraumatyczne, samowprowadzające się sondy silikonowe lub poliuretanowe, które odpowiednio pielęgnowane, mogą służyć do żywienia przez wiele tygodni.

W przebiegu leczenia żywieniowego mogą zdarzyć się powikłania, są one jednak nie tak częste i zazwyczaj mniej groźne od powikłań żywienia parenteralnego. Do powikłań mechanicznych należą: przemieszczenie, wypadnięcie lub zatkanie sondy, co powoduje konieczność jej wymiany, biegunka, nudności i wymioty, bóle i wzdęcie brzucha (zazwyczaj wskutek szybkiego wylewu preparatu do żywienia lub proksymalnego przemieszczenia sondy). W przypadku tego typu reakcji ubocznych wystarczy zwolnić wlew, zweryfikować radiologiczne położenie zgłębnika lub wymienić na nowy. Rzadko zdarza się, że pacjent nie toleruje założonego do żywienia zgłębnika. Do powikłań metabolicznych zaliczamy: odwodnienie, przewodnienie, zaburzenia elektrolitowe, hypo- lub hyperglikemię w wyniku stosowania nieodpowiedniej jakościowo lub ilościowo diety. Do najgroźniejszych powikłań należy zachyłkowe zapalenie płuc, które może się zdarzyć u chorych z zaburzeniami świadomości, leżących płasko w czasie żywienia, jedynie przy przemieszczaniu proksymalnym zgłębnika. Powikłania te są bardzo rzadkie przy właściwym prowadzeniu żywienia i odpowiednim doborze preparatu.

Wczesne żywienie dojelitowe jest obecnie metodą z wyboru w leczeniu żywieniowym pacjentów z ciężką postacią ozt, jak też przy przedłużaniu się choroby w przypadkach prognozowanych wstępnie jako łagodne.

Opieka pielęgniarska nad chorym nieoperowanym.

Opieka pielęgniarska nad pacjentem z zapaleniem trzustki powinna się skupić na kilku ważnych elementach a mianowicie na kontroli świadomości chorego, monitorowaniu podstawowych funkcji życiowych tj.: ciśnienie tętnicze, tętno, ilość wydalanego moczu, temperatura ciała pacjenta.

Jeżeli chory ma założoną sondę do żołądka, wówczas należy obserwować ilość treści żołądkowej, jaka jest drenowana na zewnątrz.

Pielęgniarka powinna podać pacjentowi zlecone leki i płyny infuzyjne. U chorego z ciężkim zapaleniem trzustki należy prowadzić kartę bilansu wodnego, do której wpisują się płyny podane w ciągu każdej doby, a także każdą ilość moczu, stolca, treści żołądkowej, pocenie oraz ubytek wody związany z ewentualną gorączką.

Pomoc w uwolnieniu chorego od bólu związanego z zapaleniem trzustki polega na systematycznym podawaniu leków przeciwbólowych oraz stałej kontroli bólu odczuwanego przez pacjenta. Należy pamiętać, że w terapii bólu towarzyszącego ostremu zapaleniu trzustki przeciwwskazane są opiaty, gdyż powodują one skurcz zwieracza Oddiego (zwieracz bańki wątrobowo-trzustkowej) i utrzymywanie się dolegliwości bólowych. Przy silnych bólach można podawać np. tramal. W zwalczaniu bólu w ozt można także stosować także leki rozkurczowe np. Buscolysin.

Leczenie chorego z ciężką zapalną postacią trzustki jest niekiedy długotrwałe (kilkutygodniowe, kilkumiesięczne), stąd też istnieje potrzeba zwracania na niego szczególnej uwagi poprzez dokumentowanie wszystkich pomiarów, podanych leków i płynów infuzyjnych, kontrol glikemii chorego. W ostrym zapaleniu trzustki może dojść do hyperglikemii (cukrzyca)-wówczas pożądane jest właściwe postępowanie mające na celu ustabilizowanie glikemii chorego (np. „GIK”).

W przypadku obecności zewnętrznej przetoki trzustkowej, szczególnej uwagi wymaga pielęgnacja skóry chorego. Wypływający z przetoki sok trzustkowy o wysokiej aktywności enzymów trawiennych może powodować podrażnienie skóry, wywiązania odczynu zapalnego

skóry włącznie-mogą powstać w okolicy ujścia owrzodzenia, wypryski, nadżerki, które są bardzo bolesne i uciążliwe dla chorego.³

W momencie stwierdzenia przetoki trzustkowej zewnętrznej pielęgniarka powinna nakleić w miejscu ujścia przetoki worek stomijny i wytłumaczyć choremu zasadność takiego działania. Chory niejednokrotnie zmuszony jest nosić sprzęt stomijny całą dobę niekiedy przez 1-2 tygodnie – do momentu zamknięcia się przetoki, co utrudnia mu powrót do normalnej egzystencji. W działaniach pielęgniarstkich ważna jest sama pielęgnacja skóry ujścia przewodu, poprzez który wpływa sok trzustkowy. Do tego celu stosuje się różnego rodzaju maści, aby odnowić zniszczony naskórek i osłonić skórę.

Przy ostrym zapaleniu trzustki może dojść do hiperglikemii (cukrzyca) – wówczas pożądane jest właściwe postępowanie mające na celu ustabilizowanie glikemii chorego.

Przygotowanie psychiczne i fizyczne chorego do zabiegu operacyjnego.

Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego obejmuje zarówno sferę psychiczną jak i fizyczną. Obydwa obszary przygotowania są ważne, a czynności, jakie podejmuje w ich ramach pielęgniarka, należą do istotnych elementów stanowiących o bezpieczeństwie pacjenta i pomyślnym przebiegu zabiegu operacyjnego.

Przed zabiegiem operacyjnym, pacjent może odczuwać niepokój. Lek podawany choremu ma ścisły związek z rozległością planowanego zabiegu operacyjnego oraz z osobowością chorego.

Na poziom lęku odczuwanego przez chorego może wpłynąć wiek pacjenta, jego płeć, wykształcenie, rokowanie medyczne oraz znieczulenie.

Poziom lęku u chorego może wzrastać w przypadku dokonanej przez niego uprzednio negatywnej oceny opieki pielęgniarstkiej.

Pacjent z wysokim poziomem lęku, do wszelkich procedur medycznych podejmowanych na jego ciele podchodzi z rezerwą. Dlatego też ważna jest rozmowa przedoperacyjna z chorym, która ma na celu wyjaśnienie wszelkich niezrozumiałych dla niego kwestii.

Jednak pomimo pozyskania pełnej informacji przez chorego na temat samej operacji i znieczulenia, a także ich ewentualnych powikłań, lęk nie zawsze ulega zmniejszeniu, chyba, że uzyskane informacje zwiększą ich przekonanie o pełnej kontroli sytuacji, w jakiej się znajdują.

Przygotowanie psychiczne pacjenta do zabiegu operacyjnego polega przede wszystkim na wyjaśnieniu mu nurtujących go kwestii i rozwianiu wszelkich wątpliwości związanych z procesem leczenia i zabiegiem operacyjnym. Przygotowanie psychiczne może podejmować lekarz, pielęgniarka, psycholog w zależności od wiedzy i kompetencji. Pacjenci posiadający dokładną, rzetelną wiedzę zyskują dokładniejszą orientację w zakresie własnego zdrowia, choroby i postępowania w tych procesach. Dostarczenie informacji interesujących pacjenta prowadzi do redukcji napięć i niepewności, co powoduje poprawę stanu emocjonalnego chorego raz zadowolenie z kontaktu z zespołem leczącym.

Pacjenci, którzy doświadczyli skutecznej komunikacji interpersonalnej z zespołem leczącym, są bardziej zadowoleni ze sposobu leczenia, mniej skłonni do skarg, zaś rekonwalescencja przebiega u nich szybciej. Szczególnie jest to istotne na oddziałach zabiegowych, gdzie lęk chorego związany z procesem leczenia jest niekiedy bardzo wyraźnie zaznaczony. Chorzy domagają się tu z reguły wszelkich informacji dotyczących leczenia operacyjnego. Należy jednak pamiętać, że zbyt obszerna informacja może niekiedy powodować wzrost poziomu lęku, dlatego też należy dostarczać treści najważniejszych i przydatnych w danym momencie.

Pielęgniarka powinna mieć swój udział w szeroko rozumianej edukacji chorego i udzielać informacji medycznej zgodnie z aktualną wiedzą ze swoimi kompetencjami.

³ Wojciech Kapala, Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane problemy z praktyki pielęgniarstkiej oddziałów chirurgii ogólnej, Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006r. s.164

Pielęgniarka poprzez rozmowę z chorym może przyczynić się do zmniejszenia lęku towarzyszącego mu podczas hospitalizacji. W przeddzień zabiegu operacyjnego pielęgniarka powinna przeprowadzić z chorym rozmowę i wyjaśnić mu zasady oraz celowość przygotowania przedoperacyjnego. Pacjent po takiej rozmowie ma czuć się bardziej bezpiecznie, gdyż uzyska dodatkowe informacje na temat czekających go zabiegów i procedur.

Jednym z elementów postępowania z chorym do zabiegu chirurgicznego jest pole operacyjne. Zwyczajowo, tj. od wielu lat polega na pozbawieniu skóry wokół planowanego cięcia chirurgicznego owłosienia oraz polecenie choremu lub samodzielne wykonanie przez pielęgniarkę toalety, najlepiej całego ciała, ze szczególnym uwzględnieniem miejsca planowanego cięcia. Najczęstszym jego źródłem jest fizjologiczna flora bakteryjna bytująca w skórze każdego człowieka. Dlatego też jest ważne odpowiednie oczyszczenie skóry pacjenta do zabiegu, które rozpoczyna się od ogolenia owłosionej skóry. Pielęgniarka, która przygotowuje pacjenta do zabiegu operacyjnego, powinna dołożyć wszelkich starań, aby nie dopuścić do zakażenia okolicy planowanego cięcia chirurgicznego.

Przygotowanie fizyczne chorego do zabiegu operacyjnego obejmuje także przewód pokarmowy. Jeśli chory jest operowany w trybie nagłym, to zabieg operacyjny powinien być podejmowany nie wcześniej niż 4-6 godzin od momentu spożycia ostatniego posiłku.

Jeśli jednak nie jest to możliwe-chory musi być operowany natychmiast-to celem uniknięcia zachyłkowego zapalenia płuc, (które może mieć miejsce, gdy treść żołądkowa przedostanie się do oskrzeli, powodując ich stan zapalny, np. intubacji chorego) choremu zakłada się sondę żołądkową w celu opróżnienia zawartej w niej treści. Jeśli zabieg będzie wykonywany w trybie planowym, to zalecane jest wstrzymanie się chorego od spożycia pokarmów stałych i płynnych na minimum 6 do 8 godz. przed czasem spodziewanego zabiegu.

Pielęgniarka u pacjenta przed operacją powinna także dokonać pomiaru wzrostu i masy ciała.

Przed zabiegiem operacyjnym chory musi mieć wykonane podstawowe badania, do których należą: oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh, morfologia krwi, podstawowe badania biochemiczne, EKG oraz inne w zależności od obecnego stanu pacjenta, jego choroby podstawowej i chorób współistniejących oraz od rodzaju planowanej operacji.

W przygotowaniu fizycznym chorego planowanego do zabiegu operacyjnego dąży się także do optymalizacji jego stanu zdrowia tak, aby podejmowany zabieg operacyjny był przeprowadzony w czasie w warunkach najbardziej dla niego korzystnych. W okresie przedoperacyjnym dąży się do poprawy ogólnego stanu zdrowia chorego, ze szczególnym zwróceniem uwagi na układy: krążenia, oddechowy, pokarmowy i moczowy. Szczególnej uwagi wymagają także choroby endokrynologiczne, hematologiczne, neurologiczne oraz zaburzenia elektrolitowe

Opieka pielęgniarska nad chorym bezpośrednio po zabiegu operacyjnym.

Opieka pielęgniarska nad chorym bezpośrednio po zakończonym zabiegu operacyjnym prowadzona jest początkowo przez pielęgniarki anestezjologiczne w sali wybudzeń bloku operacyjnego, a po wyrównaniu stanu krążeniowo-oddechowego pacjenta i powrocie jego świadomości, także przez pielęgniarki z rodzimego oddziału chirurgicznego, po uprzednim przekazaniu chorego na ten oddział. We wczesnym okresie pooperacyjnym tj. do 24 godzin od momentu zakończenia operacji) na oddziale chirurgii stan chorego może ulegać różnym zagrażającym życiu zmianom-zadaniem pielęgniarki opiekującej się chorym we wczesnym okresie pooperacyjnym jest stała, systematyczna kontrola stanu zdrowia podopiecznego (bieżące monitorowanie życiowych parametrów) a także niezwłoczne, w razie potrzeby, zgłaszanie wszelkich uwag zespołowi lekarskiemu w celu szybkiej specjalistycznej interwencji.

Pielęgniarka opiekująca się chorym po zabiegu operacyjnym musi zwrócić uwagę na kilka ważnych elementów opieki tj. monitorowanie stanu świadomości oraz podstawowych funkcji życiowych chorego(cisnienie, tętno, oddech i diureza).

Ważna jest systematyczna obserwacja takich objawów jak: czy chory jest w pełni wybudzony czy też śpi, jak reaguje na wszelkie bodźce - wówczas niezbędne jest natychmiastowe zawiadomienie lekarza o niepokojącym stanie chorego.

Pomiar ciśnienia tętniczego należy prowadzić we wczesnym okresie pooperacyjnym w ustalonych odstępach czasu. Częstość pomiarów ciśnienia tętniczego i innych parametrów życiowych chorego zależy od stanu pacjenta, rodzaju wykonanej operacji i zleceń lekarza.

Tętno powinno być zawsze mierzone np. na tętnicy promieniowej. W przypadku „braku tętna na obwodzie” pomiar tętna można dokonać w okolicy uderzenia koniuszkowego serca lub na tętnicy szyjnej.

Obserwacja oddechu pacjenta we wczesnym okresie po zabiegu operacyjnym powinna być prowadzona każdorazowo, gdy dokonuje się jakichkolwiek innych pomiarów np. ciśnienia tętniczego.

Niepokój pielęgniarki powinien budzić występujący u chorego spłycony i zwolniony oddech a także oddech przyśpieszony, które mogą świadczyć o rozwijających się zaburzeniach krążeniowo-oddechowych.

Do zadań pielęgniarki należy systematyczna podaż leków przeciwbólowych, kontrola diurezy godzinowej i dobowej oraz prowadzenie karty bilansu wodnego.

Pielęgniarka powinna obserwować miejsce wokół rany operacyjnej, czystość opatrunku w okolicy założonych drenów i asystować przy zmianie opatrunku.

Pielęgniarska obserwacja chorego we wczesnym okresie pooperacyjnym powinna być ukierunkowana na niebezpieczeństwo wystąpienia głównych powikłań pooperacyjnych, takich jak krwotok wewnętrzny i zewnętrzny, wstrząs, ostra niewydolność nerek, wystąpienie zatoru płucnego i obrzęku płuc.

We wczesnym okresie pooperacyjnym pielęgniarka jest odpowiedzialna za przetaczanie i podawanie pacjentowi zleconych przez lekarza płynów infuzyjnych i leków, pod bieżącą kontrolą ogólnego stanu chorego.

Ocena stanu chorego po zabiegu operacyjnym wymaga od pielęgniarki posiadania wiedzy z zakresu reakcji poszczególnych układów i narządów na zabieg operacyjny i zastosowanie znieczulenia. Wymaga także umiejętności oceny zaburzeń ważnych narządów i układów, rozpoznawania i zwalczania bólu oraz umiejętności kontroli cewników, drenów. Pielęgniarka powinna także umieć zaobserwować specyficzne problemy, jakie mogą się pojawić po operacjach oraz winna rozpoznać objawy odwodnienia czy przewodnienia chorego.

Po zakończeniu leczenia w szpitalu, choremu zaleca się:

- zakaz spożywania alkoholu i płynów gazowanych
- spożywania posiłków w małych objętościach 6-8 dziennie
- unikania spożywania pokarmów tłustych: mięs, ryb, słoniny, majonezu, śmietany, serów a także smażonych oraz ostrych i wzdymających potraw

Natomiast chory powinien

- spożywać mięsa i wędliny oraz ryby chude; oleje roślinne, margarynę, chude mleczne potrawy, gotowane ziemniaki i warzywa, do picia napoje niegazowane;
- pokarmy przyrządzone na parze i w wodzie.

Podsumowanie

Analiza zebranej literatury pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

1. Trzustka jest narządem jamy brzusznej wydzielającym ważne enzymy trawienne, a także hormony regulujące poziom cukru we krwi i komórkowe spalanie energii-insulinę oraz glukagon.
2. Ostre zapalenie trzustki jest chorobą o łagodnym lub ciężkim przebiegu, objawiającą się bólem w jamie brzusznej i znacznym wzrostem aktywności enzymów trzustkowych we krwi i w moczu.
3. Przyczyną ostrego zapalenia trzustki może być kamica żółciowa, nadmierne spożywanie alkoholu, choroby metaboliczne, zabiegi chirurgiczne i endoskopowe.

4. Chorzy z ostrym zapaleniem trzustki leczeni są w oddziałach chirurgicznych z dostępem do oddziału intensywnej opieki medycznej w razie pogorszenia stanu klinicznego.
5. W profilaktyce ostrego zapalenia trzustki istotną rolą pielęgniarki jest edukacja pacjenta i jego rodziny.
6. Do zadań pielęgniarki należy:
 - monitorowanie podstawowych funkcji życiowych
 - ocena stanu chorego
 - dbanie o ogólny komfort pacjenta
 - pomoc w uwolnieniu chorego od bólu.

Literatura

1. Bogusz J.: *Chirurgia dla pielęgniarek*. PZWL, Kraków 1985, 121
2. Dzieniszewski J. Gabryelewicz W.: *Choroby trzustki*, PZWL, Warszawa 1991, 205-211
3. Fibak J.: *Chirurgia. Repetytorium.*, PZWL, Warszawa 1998, 364-373
4. Gomułka W.S., Rewersji N.: *Encyklopedia zdrowia*, PWN, Warszawa 2001, 236
5. Góral R.: *Zarys chirurgii*, PZWL, Warszawa 1992, 101
6. Grzebieniak Z. (red.): *Zarys chirurgii. Podręcznik dla studentów*, Akademia Medyczna we Wrocławiu, Wrocław 2004, 296
7. Heinrich L.: *Wątroba, drogi żółciowe, trzustka. Skuteczna pomoc w dolegliwościach.*, PZWL, Warszawa 2001, 286
8. Jarosz M. Dzieniszewski J.(red.): *Choroby trzustki*, Warszawa 2006, 142
9. Kapała W.: *Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane problemy z praktyki pielęgniarstwa oddziałów chirurgii ogólnej*, Czelej, Lublin 2006, 164
10. Konturek S.: *Fizjologia człowieka. Układ trawienny i wydzielania wewnętrzne*, UJ, Kraków 2000, 248
11. Kozuszek W.(red.): *Chirurgia trzustki.*, PZWZ, Warszawa 1999, 73-90
12. Puchalski Z.: *Chirurgia trzustki [W:] Chirurgia. Podręcznik dla studentów wydziałów nauk o zdrowiu*, (red.) Głuszek S., Czelej, Lublin 2008, 407-414
13. Stasiewicz J.: *Podstawy patogenetyczne leczenia chorób przewodu pokarmowego*, PZWL, Warszawa 1993, 215-220
14. Sylwanowicz W.: *Mały atlas anatomiczny*, PZWL, Warszawa 1979, 140
15. Szczygieł B.: *Materiały III Zjazdu I XV Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Polskiego Towarzystwa Żywności i Dojelitowego i Dojelitowego*, Komitet Badań Naukowych i Polskiego Towarzystwa Żywności i Dojelitowego, Jachranka 2001, 119-123
16. Szewczyk M.: *Pielęgniarstwo w chirurgii*. WM, Warszawa 2006, 86
17. Walewska W.: *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. PZWL, Warszawa 2006, 152.
18. Zahradniczek K.: *Pielęgniarstwo. Podręcznik dla Szkół Medycznych*. PZWL, Warszawa 2004, 192