

BADANIA ENDOSKOPOWE I OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD CHORYM W PRACOWNI ENDOSKOPII

Endoscopic examinations and nursing care for patients in endoscopy unit



Jolanta Bambrowicz¹, Katarzyna Cierznikowska^{1,2}, Maria T. Szewczyk^{1,2}, Aleksandra Popow², Zbigniew Banaszek²,
Arkadiusz Jawieñ²

¹Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego, Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2011; 1: 1-6

Adres do korespondencji:

mgr **Jolanta Bambrowicz**, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, ul. Ujejskiego 75, 85-168 Bydgoszcz

Streszczenie

Endoskopia stanowi obecnie bezpieczny i dostępny sposób diagnostyki, umożliwiając jednocześnie wykonywanie niektórych zabiegów terapeutycznych oraz monitorowanie wyników leczenia chorób przewodu pokarmowego.

Bardzo ważną rolę w zespole pracowni endoskopowej odgrywa pielęgniarka endoskopowa, która ma wysokospecjalistyczną wiedzę i umiejętności. Jest współodpowiedzialna za organizację pracy w pracowni, za przygotowanie i opiekę nad chorym po badaniu. Bierze także czynny udział w badaniu i zabiegach endoskopowych.

Celem pracy jest przedstawienie wskazań do badań endoskopowych oraz działań opiekuńczo-terapeutycznych wobec chorego w pracowni endoskopii.

Słowa kluczowe: gastroskopia, kolonoskopia, pielęgniarka endoskopowa.

Wstęp

Rozwój endoskopii w ostatnich dziesięcioleciach spowodował znaczny postęp zarówno w diagnostyce, jak i leczeniu chorób przewodu pokarmowego. Zabiegi endoskopowe są mniej inwazyjne i bezpieczniejsze od wielu innych metod leczniczych. W większości można je wykonywać w warunkach ambulatoryjnych, co dla systemu ochrony zdrowia oznacza oszczędności finansowe, a dla chorego często oszczędność czasu oraz redukcję stresu związanego z hospitalizacją.

Endoskopy medyczne używane są od wielu lat. Wraz z rozwojem nauki i techniki zmieniały swój wygląd – od sztywnej metalowej „rury” do giętkiego fiberoskopu, w którym zastosowano światłowody umożliwiające przesyłanie

Summary

Endoscopy today is commonly available and low risk procedure providing not only a visual diagnosis but also granting the opportunity for therapeutic maneuvers or visual check up following the treatment for GI tract disorders.

Position of qualified endoscopic assistant nurse among other health care professionals composing the endoscopic team is not to be overestimated for her/his unique knowledge and skills. Thus nurse assistant coordinates the endoscopy unit activities such as taking care for patients pre- and post – procedurally, from one hand and participates in endoscopic examination and/or treatment, from the other.

In this paper the indications that call for endoscopy are described as well as entirety of nursing and therapeutic activities in endoscopy unit.

Key words: oesophagogastroduodenoscopy, colonoscopy, endoscopic nurse assistant.

obrazu do wideoprocesora, wyświetlanie go na monitorze, wykonanie dokumentacji zdjęciowej i dokumentowanie całego badania. Po 20 latach światłowody zostały zamienione na światłoczuły chip komputerowy, a specjalny program komputerowy pozwala na archiwizację danych pacjenta [1].

Endoskopy stały się powszechnie wykorzystywanym narzędziem diagnostycznym i terapeutycznym w wielu dziedzinach medycyny. Pozwalają one nie tylko na oglądanie zmian chorobowych, lecz także na pobranie materiału do badania histopatologicznego i cytologicznego. Przy ich wykorzystaniu można również usuwać ciała obce, wykonywać zabiegi lecznicze (prowadzące do wyleczenia) i paliatywne (łagodzące skutki choroby i poprawiające jakość życia chorego).

Możliwości zastosowania endoskopów w diagnostyce i leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego

Badanie górnego odcinka przewodu pokarmowego (GOPP) (panendoskopia) oznacza dokładną ocenę błony śluzowej przełyku, wpustu, żołądka, odźwiernika i dwunastnicy. W połączeniu z tacińską nazwą badanego narządu powszechnie używa się określenia:

- ezofagoscopia – oglądanie i ocena przełyku,
- gastroskopia – oglądanie i ocena żołądka,
- duodenoscopia – wzornikowanie dwunastnicy,
- intestinoskopia – wzornikowanie jelita cienkiego (jelito czcze) [2, 3].

Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna (ECPW) to badanie dróg żółciowych i przewodów trzustkowych – metoda diagnostyczna łącząca w sobie dwie techniki: endoskopową i radiologiczną.

Badania dolnego odcinka przewodu pokarmowego (DOPP) – analogicznie jak w przypadku badań GOPP, w odniesieniu do dolnego odcinka przewodu pokarmowego, powszechnie używa się określeń związanych z tacińskimi nazwami poszczególnych odcinków jelita grubego:

- anoskopia – ocena endoskopowa odbytu i dolnej części odbytnicy,
- rektosigmoidoscopia – ocena endoskopowa odbytnicy i końcowego odcinka esicy na głębokość 25–30 cm,
- sigmoidoscopia – ocena endoskopowa odbytnicy i esicy,
- kolonoskopia – ocena endoskopowa całego jelita grubego [2–4].

Podstawowym celem wykonywania endoskopii przewodu pokarmowego jest ocena makroskopowa zmian chorobowych błony śluzowej (nadżerki, owrzodzenia, guzy, polipy). Daje ona możliwości wykonywania szerokiej gamy zabiegów: pobieranie materiału do badania histopatologicznego, usuwanie ciał obcych, diagnostyka krwawień i endoskopowe tamowanie krwawień z przewodu pokarmowego [5]. Wykształcony zespół endoskopowy dysponujący nowoczesnym sprzętem może ponadto wykonywać bardziej skomplikowane zabiegi terapeutyczne: polipektomię, mukozektomię, sfinkterotomię, ewakuację złożeń z dróg żółciowych lub trzustkowych, zabiegi udrażniania, rozszerzania i/lub protezowania zwężeń przewodu pokarmowego (przełyku, odźwiernika, jelit, dróg żółciowych, trzustkowych), wykonywania przezskórnej endoskopowej stomii (gastrostomii, jejunostomii) [6].

Do wykonywania badań i zabiegów niezbędne są odpowiednie narzędzia i akcesoria, w które powinna być wyposażona pracownia endoskopowa. Należą do nich m.in.: kleszczyki biopsyjne różnej wielkości, pętla diatermiczna różnego kształtu i wielkości, szczotki do wymazów, igły do skleroterapii, klipsownicy z klipsami do tamowania krwawienia, protezy, cewniki, koszyczki Dormia, litotryptory [7].

Do wykonania endoskopii jak do każdej procedury medycznej określono wskazania i przeciwwskazania (tab. 1.) [3, 5, 8–10].

Wykonywanie badań endoskopowych u ciężarnych obciążone jest dużym ryzykiem, dlatego wymaga dokładnej analizy wskazań oraz przestrzegania wymienionych poniżej zasad:

- w miarę możliwości odłożenie zabiegu do drugiego trymestru ciąży,
- stosowanie minimalnych dawek leków sedacyjnych,
- ułożenie ciężarnej podczas zabiegu na lewym boku, aby uniknąć ucisku na aortę lub żyłę główną dolną,
- ocena kardiologiczna płodu przed sedacją i po zabiegu endoskopowym oraz zapewnienie pomocy położnika (możliwość wystąpienia powikłań),
- badanie endoskopowe jest przeciwwskazane w razie odklejenia łożyska zagrażającego poronieniem, pęknięcia pęcherza płodowego oraz rzucawki ciężarnych,
- w przypadku ECPW: osłonięcie antyradiacyjne miednicy i dolnej części brzucha ciężarnej, używanie pojedynczych ekspozycji RTG lub fluoroskopii i unikanie wykonywania zdjęć RTG, wykonywanie badania u ciężarnych tylko przez doświadczonego endoskopistę [11].

Kolonoskopia klasyczna jest badaniem wykonywanym również u osób zdrowych, niemających objawów chorobowych ze strony dolnego odcinka przewodu pokarmowego. Celem wykonywania badania u tych osób jest wczesne wykrycie nowotworów jelita grubego (badania przesiewowe). Badania przesiewowe w Polsce dostępne są dla osób w wieku 50–64 lat w ramach realizowanego od 2000 r. Programu Badań Przesiewowych Jelita Grubego dla Wczesnego Wykrywania Raka [12, 13].

Opieka pielęgniarska nad chorym w pracowni endoskopowej

Pielęgniarka endoskopowa ma wysokospecjalistyczną wiedzę i umiejętności. Organizuje pracę w gabinecie endoskopowym i jest współodpowiedzialna za wykonanie badania. Ciągły rozwój własny, podnoszenie kwalifikacji oraz takie cechy osobowości, jak odpowiedzialność i komunikatywność, sprzyjają nawiązaniu dobrego kontaktu z pacjentem oraz współpracy w zespole terapeutycznym.

Nie ulega wątpliwości, że wszelkie badania endoskopowe wykonywane u chorych w trybie planowanym lub pilnym, niezależnie od wieku czy płci, napotykać na opór natury psychicznej i fizycznej. Stres towarzyszący choremu najczęściej jest wynikiem niewystarczającej wiedzy na temat badania, obawy przed wykorzystywaniem do badania aparaturą, nieprzyjemnymi doznaniem (wzdęcia brzucha, dyskomfort, ból towarzyszący badaniom), zachowaniem powszechnie uznawanym za wstydlive (odruchy wymiotne, głośnie odbijania, gazy) oraz przed postawieniem diagnozy mogącej potwierdzić chorobę nowotworową. Dlatego choremu należy stworzyć w gabinecie odpowiednią atmosferę, okazać mu zainteresowanie, życzliwość, serdeczność oraz poszanowanie jego godności osobistej [3, 14–16].

Tabela 1. Wskazania diagnostyczne i terapeutyczne oraz przeciwwskazania do endoskopii

Wskazania do endoskopii GOPP	Przeciwwskazania do endoskopii GOPP
<ul style="list-style-type: none"> - krwawienie z górnego odcinka przewodu pokarmowego (wymioty świeżą krwią, wymioty fusowate, smoliste stolce) - zaburzenia połykania (dysfagia, odynofagia) - uporczywe wymioty - zgaga lub pieczenie, mdłości, bóle za mostkiem - niedokrwistość - podejrzenie lub obecność ciał obcych - spożycie substancji żrącej - niewyjaśniony spadek masy ciała w krótkim czasie - usuwanie polipów z przetyku lub żołądka - rozkawałkowanie bezoarów - udrożnianie górnego odcinka przewodu pokarmowego - badanie kontrolne po leczeniu zachowawczym lub zabiegowym 	<ul style="list-style-type: none"> - brak zgody i współpracy ze strony pacjenta - podejrzenie perforacji - wczesne chemiczne oparzenie GOPP - zaburzenia krzepnięcia - tętniak aorty piersiowej - zawał mięśnia sercowego lub niestabilna choroba wieńcowa
Wskazania do ECPW	Przeciwwskazania do ECPW
<ul style="list-style-type: none"> - podejrzenie kamicy przewodowo-żółciowej i trzustkowej - przewlekłe zapalenie trzustki - aktualna lub przebyta żółtaczką mechaniczną - bóle o nieustalonej etiologii w okolicy nadbrzusza - dolegliwości bólowe po wcześniej wykonanym zabiegu chirurgicznym na drogach żółciowych - podejrzenie zmian rozrostowych w obrębie trzustki lub dróg żółciowych - zwężenie dróg żółciowych 	<ul style="list-style-type: none"> - torbiele trzustki - żółtaczką zaporową przy braku możliwości doraźnego drenażu - zaburzenia krzepnięcia - niewydolność oddechowa - zapalenie otrzewnej - tętniak aorty - ciąża
Wskazania do endoskopii DOPP	Przeciwwskazania do endoskopii DOPP
<ul style="list-style-type: none"> - krwawienie z dolnego odcinka przewodu pokarmowego - niewyjaśniony spadek masy ciała w krótkim czasie - zmiana rytmu wypróżnień i konsystencji stolca - przewlekłe biegunki - bóle podbrzusza, bolesne wypróżnianie – uczucie parcia na stolec - niedokrwistość - podejrzenie zaburzeń czynnościowych jelit - badania przesiewowe do wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego - nadzór po leczeniu nowotworów jelita grubego i chorób zapalnych jelit 	<ul style="list-style-type: none"> - brak zgody pisemnej i współpracy ze strony chorego - zaostrzenie chorób zapalnych jelit - wczesny okres po operacyjnych zespoleniach w zakresie tego odcinka jelita - zaburzenia krzepnięcia - podejrzenie perforacji jelita grubego - niewydolność krążeniowo-sercowa - ciąża

Umiejętne rozładowanie napięcia psychicznego powinno być skutecznie wspomagane przez podanie środków farmakologicznych. Z badań prowadzonych w Polsce przez Jakubowskiego i wsp. wynika, że tylko niepełna 7% gastrokopii i 64% kolonoskopii wykonywanych jest w analgesedacji. Stanowi to niezwykle niski odsetek w porównaniu z innymi krajami (jak przytaczają autorzy: w Szwajcarii 77% gastrokopii i 78% kolonoskopii; w Stanach Zjednoczonych odpowiednio 98,2% i 98,8%) [17]. Najczęściej stosowanymi lekami są midazolam i fentanyl. W połowie pracowni endoskopowych wykorzystuje się propofol, który wymaga nadzoru anestezyjologicznego [17–19].

Działania opiekuńczo-terapeutyczne i edukacyjne pielęgniarki wobec chorego

Przygotowanie chorego do badań powinno uwzględniać informację o celu badania, jego przebiegu, formie niezczulenia oraz możliwości wystąpienia powikłań. Naj-

lepszym sposobem jest przeprowadzenie spokojnej i życzliwej rozmowy z chorym, udzielenie wyczerpujących informacji zgodnych z oczekiwaniami chorego i w sposób dla niego zrozumiały. W tym celu można posłużyć się ilustracjami bądź planszami, broszurami czy też ulotkami informacyjnymi. Uświadomienie choremu, że współpraca z pielęgniarką i lekarzem oraz stosowanie się do ich zaleceń w trakcie badania, w znaczący sposób przyczyniają się do sprawnego wykonania badania [14].

Na badania pacjent powinien zgłosić się z inną osobą, która będzie mu towarzyszyć w drodze powrotnej do domu, z uwagą na zastosowanie sedacji i możliwość występowania amnezji. Nie powinien po badaniu prowadzić pojazdów, podpisywać ważnych dokumentów i podejmować istotnych decyzji [9, 19, 20].

Odpowiednie przygotowanie chorego do badań endoskopowych przewodu pokarmowego stanowi istotny element zmniejszający ryzyko powikłań procedury endoskopowej [21]. Na obniżenie ryzyka powikłań mogą mieć również wpływ: staranna kwalifikacja chorych do

badania/zabiegów, określenie korzyści, jakie dana procedura przyniesie choremu, ocena stanu ogólnego chorego, zdefiniowanie możliwych powikłań i rozpoznanie czynników ryzyka oraz przeprowadzenie procedury zgodnie z obowiązującymi standardami jakości [10].

Podstawowym zadaniem pielęgniarki endoskopowej jest opieka nad pacjentem przed badaniem, w jego trakcie i po badaniu. Przed badaniem pielęgniarka: rejestruje zgłaszającego się pacjenta, sprawdza dokumentację i wyniki badań, kontroluje ciśnienie krwi i tętno, zbiera krótki wywiad obejmujący przyjmowane leki, choroby współistniejące, uczulenia na leki. Sprawdza, czy chory wyjął i zabezpieczył protezy zębowe i cenne przedmioty metalowe (szczególnie w odniesieniu do kobiet – biżuteria, spinki). Ponadto pielęgniarka upewnia się, czy pacjent wyraził pisemną zgodę na wykonanie procedury. Po podaniu zleconej premedykacji pomaga choremu przyjąć odpowiednią pozycję do badania [15].

Gastroskopia

W dniu badania pacjent pozostaje na czczo (co najmniej 6 godzin przed endoskopią), co zapobiega ewentualnej aspiracji treści pokarmowej do drzewa oskrzelowego. Przed badaniem nie przyjmuje żadnych leków drogą doustną.

Badanie odbywa się w znieczuleniu miejscowym. Stanowi to rutynowe postępowanie w większości pracowni endoskopowych [22].

Pielęgniarka informuje pacjenta na temat dalszego postępowania. Chory po wykonaniu gastroskopii: nie powinien przyjmować posiłków i płynów do chwili ustąpienia znieczulenia, zachować dietę lekkostrawną, a w przypadku pobierania wycinków – dietę płynną do wieczora, nie powinien wykonywać wysiłku fizycznego, wie, że takie objawy, jak ból gardła, chrypka wiążą się z przeprowadzonym badaniem i są przemijające.

Endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna

Badanie wykonuje się tylko w warunkach szpitalnych w znieczuleniu miejscowym. Wymagana jest pisemna zgoda pacjenta na badanie. Jeśli planowany jest zabieg leczniczy na drogach żółciowych lub przewodzie trzustkowym, konieczne jest wykonanie badań laboratoryjnych, takich jak: morfologia krwi, poziom płytek krwi, stężenie bilirubiny i amylazy, czas krwawienia i krzepnięcia krwi oraz oznaczenie grupy krwi. W dniu badania pacjent pozostaje na czczo (co najmniej 6 godzin), nie przyjmuje żadnych leków doustnie. Przed badaniem pielęgniarka zakłada wkłucie dożylnie i podłącza dożylny wlew kroplowy, podaje premedykację [9]. Pomaga pacjentowi przyjąć odpowiednią pozycję na lewym boku, z lewym ramieniem za plecami, niewielkim wygięciem szyi [23]. Kontroluje stan świadomości, ciśnienie krwi, tętno,

oddech. Obserwuje, czy u pacjenta nie wystąpiły reakcje alergiczne na podane środki kontrastujące oraz leki znieczulające.

Po zakończonym zabiegu ECPW, z zaleceniem pozostania w łóżku przez kilka godzin w pozycji leżącej na boku, aby zapobiec zachłyśnięciu wydzielinami, pielęgniarka przewozi pacjenta na oddział, przekazując go pod opiekę pielęgniarki odcinkowej. Dalsza opieka powinna obejmować monitorowanie podstawowych funkcji życiowych, kontrolę ilości wydalonego moczu, przetaczanie płynów infuzyjnych (dieta ścista) oraz obserwację w kierunku objawów zwiastujących powikłania. W szczególności należy zwrócić uwagę na wystąpienie:

- reakcji alergicznej na środki lub leki znieczulające (częstoskurcz, kołatanie serca, uczucie niepokoju, zblednięcie),
- perforacji gardła lub przełyku (ból szyi lub w klatce piersiowej, ból przy przełykaniu, odkształcanie świeżo krwią),
- zaburzeń oddychania (trudności w oddychaniu, bezdech, sinica, niedotlenienie, bradykardia lub skurcz oskrzeli),
- zapalenia dróg żółciowych, posocznicy (ból w nadbrzuszu, wzrost ciepłoty ciała),
- ostrego zapalenia trzustki (OZT) (silny ból brzucha promieniujący do pleców, wzdęcia, zażółcenie skóry, podwyższenie poziomu amylazy, lipazy i bilirubiny w surowicy,
- zaburzeń krążenia (zaburzenia rytmu serca, ból w klatce piersiowej) [24].

Chory powinien natychmiast poinformować pielęgniarkę lub lekarza o wystąpieniu bólu lub uczucia dyskomfortu w klatce piersiowej, plecach lub nadbrzuszu [15].

Kolonoskopia

Przygotowanie chorego do tej procedury wymaga oczyszczenia dolnego odcinka przewodu pokarmowego za pomocą odpowiednich środków farmakologicznych (doustnych lub doodbytniczych) w celu umożliwienia dokładnej oceny błony śluzowej jelita [25]. Choremu należy wyjaśnić działanie preparatu (w jakim czasie wystąpi wypróżnienie) i sposób jego przyjęcia, określić ilość płynów do wypicia, poinformować o efektach ubocznych oraz dolegliwościach związanych z przyjęciem leku (nudności, wymioty) oraz sposobie postępowania w przypadku ich wystąpienia [9, 15].

W dniu badania pacjenci, którzy regularnie przyjmują leki, np. leki „nasercowe”, obniżające ciśnienie tętnicze itp., powinni zażyć poranną dawkę leku ok. 2 godziny przed badaniem. Chorzy, którzy nie przyjęli swoich „stałych” leków, zgłaszają się na badanie z wysokim ciśnieniem tętniczym dodatkowo potęgowanym strachem lub z innymi objawami spowodowanymi nieprzyjęciem leków [20].

Chorzy przyjmujący leki obniżające krzepliwość krwi na kilka dni przed planowanym zabiegiem powinni po konsul-

tacji z lekarzem prowadzącym przerwać ich przyjmowanie, ewentualnie zmienić formę i drogę ich podania [9, 26].

Chory na cukrzycę powinien mieć wykonywane badania jako pierwszy w danym dniu. Niekiedy potrzeba przesunięcia godzin śniadania, a tym samym porannej iniekcji insuliny, wymaga zastosowania dożylnego wlewu glukozy z insuliną i chlorkiem potasu z szybkością 100–150 ml/godz. zamiast śniadania [27].

Podczas kolonoskopii pielęgniarka podaje odpowiednie do potrzeb narzędzia, obsługuje diatermię, uciska powłoki brzuszne w celu odpowiedniego ułożenia jelita grubego. Po skończonym badaniu zakłada „suchą rurkę” do odbytu w celu ewakuacji nadmiaru gazów z jelita oraz zabezpiecza maścią podrażnioną okolicę odbytu. Przewozi pacjenta na salę, gdzie zapewnia mu spokój i odpoczynek. Chory pozostaje pod opieką pielęgniarki endoskopowej lub odcinkowej do momentu, kiedy przestaną działać podane leki. W tym czasie prowadzona jest obserwacja oraz kontrola parametrów: ciśnienie tętnicze, tętno, oddech i stan świadomości. Pacjent informowany jest, aby po badaniu nie wstrzymywał gazów. Do domu wraca pod opieką osoby towarzyszącej.

Chory po wykonaniu kolonoskopii 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 (ryc. 1–4.).

Podczas każdego z opisanych badań, czy to gastrokopii, kolonoskopii czy ECPW, pielęgniarka przypomina choremu o głębokim i spokojnym oddychaniu. W trakcie gastrokopii/ECPW dodatkowo informuje o niepołykaniu śliny w czasie trwania badania, aby uniknąć krztuszenia, kontroluje ułożenie ustnika w jamie ustnej. Podaje odpowiednie akcesoria endoskopowe, zabezpiecza pobrany w trakcie zabiegu materiał diagnostyczny. Ponadto pielęgniarka wyjaśnia, gdzie i kiedy pacjent może zapoznać się z wynikami badań histopatologicznych.

Przed założeniem przezskórnej gastrostomii/jejunostomii oraz wykonaniem innych zabiegów obciążonych ryzykiem zakażenia (rozszerzanie przetłoku, sklerotyzacja żyłaków przetłoku, ECPW) wskazana jest profilaktyka antybiotykowa [10, 18, 21].

Działania instrumentalne obejmują: profesjonalną obsługę aparatury medycznej, konserwację akcesoriów endoskopowych i narzędzi.

Działania profilaktyczne polegają na przestrzeganiu uznanych metod dekontaminacji sprzętu, zachowaniu zasad aseptyki i antyseptyki w celu zapobiegania zakażeniom (HCV, HIV itp.) podczas użytkowania sprzętu endoskopowego [15, 28–30].

Podsumowanie

Metody endoskopowe stanowią ważne narzędzie diagnostyczne i terapeutyczne w rozpoznawaniu i leczeniu



Ryc. 1. Fiberoskop



Ryc. 2. Wideoendoskop z oprzyrządowaniem



Ryc. 3. Myjka endoskopowa



Ryc. 4. Myjka endoskopowa

chorób układu pokarmowego. Przewiduje się, że wideo-endoskopia pozostanie główną formą wykonywania endoskopii przez następne 5–10 lat. Metody te w diagnostyce przewodu pokarmowego mogą być częściowo zastąpione poprzez dynamicznie rozwijające się metody kapsułkowe, które są lepiej akceptowane przez chorych [30].

Badania wskazują, że na obniżenie lęku występującego u chorych przed wykonywaniem procedur endoskopowych wpływa prawidłowe przygotowanie chorych do badań/zabiegów w wymiarze psychicznym poprzez rzetelne wyjaśnienia i informacje ustne oraz dostarczenie materiałów edukacyjnych w formie pisemnej [14, 16]. Odpowiednie przygotowanie fizyczne chorych do endoskopii i zastosowanie znieczulenia wpływa na sprawne przeprowadzenie badania/zabiegu, skraca jego czas oraz zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań.

Piśmiennictwo

1. Marlicz K. Endoskopia przewodu pokarmowego: od Mikulicza po dzień dzisiejszy. *Pediatría Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka* 2004; 6, 4: 381-384.
2. Silverstein FE, Tytgat GNJ. Endoskopia przewodu pokarmowego. *Atlas. Medycyna Praktyczna, Kraków* 1982.
3. Karcz D. Chirurgia endoskopowa w diagnostyce i leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego. *Krakowskie Wydawnictwo Medyczne, Kraków* 2000.
4. Tuszewski M. Chirurgia przewodu pokarmowego z elementami pielęgniarstwa. *Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa* 1995.
5. Yamada T. Podręcznik gastroenterologii (tłum. Matecka-Panas E) Czelej, Lublin 2006.
6. Tuszewski M. Kompendium gastroenterologii praktycznej dla lekarzy i studentów. *Volumed, Wrocław* 1995.
7. Góral R. Chirurgia okrężnicy i odbytnicy. *Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa* 1993.
8. Krzesiek E, Iwańczak B. Wskazania do diagnostycznej i terapeutycznej endoskopii przewodu pokarmowego u dzieci. *Przegl Gastroenterol* 2010; 5: 183-188.
9. Dyrła P, Wojtuń S, Gil J. Zasady przygotowania i warunki wykonania badań obrazowych przewodu pokarmowego. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2007; XXII, 131: 482-488.
10. Celińska-Cedro D. Powikłania endoskopii przewodu pokarmowego. *Pediatría Współczesna. Gastroenterologia, Hepatologia i Żywnienie Dziecka* 2008; 10, 4: 169-172.
11. Leśniowski B, Matecka-Panas E. Badania endoskopowe u kobiet ciężarnych. *Przegl Gastroenterol* 2008; 3: 30-33.

12. Faivre J, Bouvier AM, Bonithon-Kopp C. Epidemiology and screening of colorectal cancer. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2002; 16, 2: 187-199.
13. Banaszkiwicz Z, Szewczyk MT, Jarmocik P, Jawień A. Metody skriningu raka jelita grubego. W: *Interdyscyplinarny wymiar nauk o zdrowiu. Bartuzi Z (red.) UMK, Bydgoszcz* 2007; 22-26.
14. Kutlutürkan S, Görgülü Ü, Fesci H, Karavelioglu A. The effects of providing pre-gastrointestinal endoscopy written educational material on patients' anxiety: A randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud* 2010; 47, 9: 1066-1073.
15. Bambrowicz J, Cierznikowska K. Postępowanie pielęgniarki wobec chorego na sali endoskopowej. W: *Pielęgniarstwo w chirurgii. Wybrane zagadnienia z zakresu pielęgniarstw specjalistycznych. Szewczyk MT, Ślusarz R (red.) Borgis, Warszawa* 2006; 47-51.
16. Bazaliński D, Kaczmarska D, Bujalski D. Lęk i ból u osób poddanych profilaktycznej endoskopii jelita grubego. *Współcz Onkol* 2010; 14: 326-332.
17. Jakubowski A, Kamiński MF, Müllner K, Tulassay Z, Reguła J. Stosowanie analgesodacji do endoskopii w Polsce. *Post Nauk Med* 2009; 2: 88-98.
18. Bartnik W. Gastroenterologia – postępy 2009. *Med Prakt Chir* 2010; 3: 35-44.
19. Thomson A, Andrew G, Jones DB. Optimal sedation for gastrointestinal endoscopy: Review and recommendations. *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 25: 469-478.
20. Lisowska B. Sedacja i znieczulenie do badań diagnostycznych. *Geriatría* 2007; 1: 55-59.
21. Krzesiek E, Iwańczak B. Powikłania endoskopowego badania przewodu pokarmowego u dzieci. *Polski Merkuriusz Lekarski* 2008; XXIV, 144: 536-541.
22. Romańczyk T, Nowak A. Endoskopia przewodu pokarmowego. *Med Prakt Chir* 2007; 1: 9-21.
23. Kózka M, Płaszewska-Żywko L. *Procedury pielęgniarstwa. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa* 2009.
24. Cavanaugh BM. *Badania laboratoryjne i obrazowe dla pielęgniarek (tłum. Rowiński W). Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa* 2006.
25. Wretowska D, Pracki M, Kamiński MF. Przygotowanie jelita grubego do kolonoskopii. *Gastroenterol Klin* 2010; 2: 30-36.
26. Wiszniewski M. Leczenie przeciwrzepłiwe i przeciwpłytkowe a badania i zabiegi endoskopowe. *Gastroenterol Klin* 2010; 2: 64-70.
27. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę. *Diabetol Prakt* 2007; 8 supl. A: A1-A49.
28. Muczyn A, Zielińska A. Właściwe środowisko mikrobiologiczne pracowni endoskopowej a bezpieczeństwo pacjenta. *Problemy Pielęgniarstwa* 2007; 15, 1: 64-69.
29. Ramakrishna BS. Safety of technology: Infection control standards in endoscopy. *J Gastroenterol Hepatol* 2002; 17: 361-368.
30. Roberts-Thomson IC, Singh R, Teo E, Nguyen NQ, Lidums I. The future of endoscopy. *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 25: 1051-1057.