

CHOLECYSTEKTOMIA Z DOSTĘPU PRZEZ POCHWĘ I PĘPEK – PRÓBA OCENY PROBLEMÓW PIELĘGNACYJNYCH

Cholecystectomy with combined transvaginal and transumbilical approach – an attempt to assess nursing problems



Magdalena Dykas¹, Beata Wieczorek-Wójcik², Agnieszka Bugalska¹

¹Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie

²Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2011; 3: 155-158

Adres do korespondencji:

mgr **Magdalena Dykas**, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy, ul. Jagalskiego 10, 84-200 Wejherowo, tel. +48 58 572 74 25, faks +48 58 572 74 24, e-mail: mdykas@interia.pl

Streszczenie

Jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej jest usunięcie pęcherzyka żółciowego. Obecnie dąży się do zmniejszenia inwazyjności procedur chirurgicznych. Najnowszym wyzwaniem dla tradycyjnej chirurgii laparoskopowej są zabiegi wykonywane przez naturalne otwory ciała (*natural orifice transluminal endoscopic surgery* – NOTES). Dynamiczny rozwój technik chirurgii małoinwazyjnej skłania do analizy ich wpływu na opiekę pielęgniarską w okresie okołoperacyjnym.

Cel pracy: Przedstawienie doświadczenia z zakresu pielęgniarstwa chirurgicznego w dobie chirurgii małoinwazyjnej na przykładzie pacjentki po zabiegu cholecystektomii wykonanej z dostępu przez pochwę i pępek.

Metoda: Analizowano dokumentację medyczną okresu okołoperacyjnego i opis przypadku.

Zabiegi przez naturalne otwory ciała mogą w przyszłości zminimalizować problemy pielęgnacyjne u pacjentów leczonych chirurgicznie, a tym samym zmniejszyć liczbę koniecznych interwencji pielęgniarskich i czynników ryzyka zakażeń szpitalnych w okresie okołoperacyjnym. Pielęgniarstwo chirurgiczne nie odstaje więc od minimalnie inwazyjnej idei w chirurgii.

Słowa kluczowe: cholecystektomia, opieka pielęgniarska, operacje przez naturalne otwory ciała.

Obecnie jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej jest usunięcie pęcherzyka żółciowego. Historia leczenia operacyjnego kamicy pęcherzyka żółciowego sięga końca XIX w., kiedy to w 1882 r. Carl August Langenbuch przeprowadził pierwszą udaną cholecystektomię. Pacjent po zabiegu w sta-

Summary

One of the most frequently performed surgical operations in the abdomen nowadays is the removal of the gallbladder. The tendency is to reduce the invasive aspect of surgical procedures. The latest challenge to traditional laparoscopic surgical procedures is to perform them through natural body orifices (NOTES). The dynamic development of minimally invasive surgical techniques leads to an analysis of their impact on nursing care in the preoperative period.

The aim of this study is to examine nursing care in the era of minimally invasive surgery, using as an example patients undergoing cholecystectomy performed with access through the vagina and umbilicus.

Method: An the analyses of the medical records from preoperative and postoperative care – case study.

Surgery using natural orifice techniques would minimise nursing intervention and therefore also reduce the risk of infection in the preoperative and postoperative care. Surgical Nursing goes hand in hand with the idea of minimally invasive surgery.

Key words: cholecystectomy, nursing care, natural orifice transluminal endoscopic surgery.

nie ogólnie dobrym został wypisany ze szpitala po upływie 6 tygodni.

Rozwój medycyny, a w szczególności dyscyplin zabiegowych, stworzył nową filozofię postępowania w chirurgii, której głównym założeniem jest minimalizacja urazu operacyjnego. Doprowadziło to do rozwoju ery la-

paroskopii. Obecnie uważa się, że cholecystektomia laparoskopowa jest złotym standardem w leczeniu objawowej kamicy pęcherzyka żółciowego, zyskując tym samym miano operacji klasycznej, która wcześniej zarezerwowana była dla laparotomii [1].

Najnowszym wyzwaniem w chirurgii małoinwazyjnej są jednak operacje tzw. chirurgii bez blizn (*scarless surgery, no scar surgery*), chirurgii przez otwory naturalne (*natural orifice transluminal endoscopic surgery – NOTES*), a także operacji z jednego cięcia (*single-incision laparoscopic surgery – SILS*) [2]. Endoskopia giętka ewoluowała od metody diagnostycznej po terapeutyczną [3].

Technika NOTES to nowoczesna metoda, która umożliwia wykonanie operacji przez naturalne otwory ciała, tj. przez ścianę żołądka, ścianę odbytnicy i sklepienie pochwy [4]. Bezpieczny dostęp przez naturalne otwory ciała do pola operacyjnego i przeprowadzenie procedury chirurgicznej w jamie otrzewnej bez konieczności cięcia powłok brzusznych, przy użyciu endoskopu giętkiego stał się możliwy dzięki rozwojowi technologii oraz opracowaniu nowych narzędzi endoskopowych i laparoskopowych [5].

Obecnie, poza nielicznymi publikacjami, doniesienia naukowe dotyczące zabiegów NOTES to opisy eksperymentów na zwierzętach. Koncepcją z pogranicza NOTES wydaje się metoda hybrydowa polegająca na jednoczesnym wykorzystaniu endoskopu giętkiego oraz narzędzi laparoskopowych wprowadzanych przez powłoki jamy brzusznej.

W przypadku cholecystektomii najczęściej jako główne miejsce dostępu wykorzystuje się sklepienie pochwy. Dodatkowo jako wspomaganie wprowadzony jest jeden port średnicy 2–5 mm umiejscowiony najczęściej w okolicy pępka [6]. W praktyce klinicznej oznacza to zmniejszenie nasilenia bólu okołoperacyjnego, znaczne skrócenie czasu hospitalizacji i niezdolności do pracy oraz doskonałe efekty kosmetyczne. Eliminuje się również potencjalne powikłania pooperacyjne, takie jak: możliwość zakażenia rany, powstanie zrostów w jamie otrzewnej czy ryzyko wystąpienia przepukliny w ranie pooperacyjnej [3, 4].

Rozwój technik operacyjnych wpłynął nie tylko na pracę chirurga, lecz także na pracę pielęgniarek operacyjnych, endoskopowych oraz chirurgicznych. Zmiany w przebiegu okresu okołoperacyjnego wymagają od pielęgniarek chirurgicznych elastycznego i indywidualnego podejścia do pacjenta oraz zastosowanej metody leczenia.

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie doświadczenia z zakresu pielęgniarstwa chirurgicznego w dobie chirurgii małoinwazyjnej na przykładzie pacjentki po zabiegu cholecystektomii wykonanej z dostępu przez pochwę i pępek.

Metoda

Analiza dokumentacji medycznej okresu okołoperacyjnego pacjentki poddanej zabiegowi cholecystektomii metodą NOTES (przez sklepienie pochwy i pępek).

Opis przypadku

Pacjentka, lat 29, została przyjęta na oddział w przeddzień zabiegu chirurgicznego. Chorą zakwalifikowano do leczenia operacyjnego kamicy pęcherzyka żółciowego po jednorazowym incydencie kolki żółciowej, który wystąpił 3 miesiące wcześniej. Pacjentka nie była wcześniej operowana, nie cierpiała na żadne choroby przewlekłe, dwukrotnie rodziła. W badaniu przedmiotowym stan ogólny chorej oceniono jako dobry: logiczny i łatwy kontakt słowny, skóra sucha i różowa bez zmian patologicznych, brzuch miękki i niebolesny (skala ASA I).

Pacjentka była aktywną zawodowo mężatką, mieszkała z rodziną. W wywiadzie pielęgniarzkim chora negowała natogi i alergie.

W przygotowaniu pacjentki do zabiegu brał udział zespół terapeutyczny w składzie: chirurg, anestezjolog, pielęgniarka chirurgiczna i ginekolog.

Przygotowanie psychiczne do zabiegu obejmowało przede wszystkim wsparcie i udzielenie informacji na temat przebiegu okresu okołoperacyjnego i asystowanie pacjentce podczas badań diagnostycznych.

Przygotowanie fizyczne:

- ocena parametrów życiowych i ogólnego stanu chorej (tj. założenie dokumentacji pielęgniarzkiej, dokonanie pomiaru ciśnienia tętniczego, tętna, masy ciała),
- badania laboratoryjne (układ krzepnięcia, morfologia, jonogram oraz grupa krwi),
- konsultacja ginekologiczna (przekazanie pacjentki z kompletną dokumentacją na oddział ginekologiczny w celu przeprowadzenia badania ginekologicznego; przygotowanie pacjentki polegało m.in. na wykluczeniu: infekcji bakteryjnych i grzybiczych pochwy, endometriozy i anomalii komórkowych w obrębie szyjki macicy, nieprawidłowości anatomicznych oraz obecności zrostów),
- przygotowanie przewodu pokarmowego obejmujące enemę oraz ścisłą dietę na ok. 12 godz. przed zabiegiem.

Brak doświadczenia w wykonywaniu tego typu zabiegów wydłużył nieco czas operacji, nie miało to jednak negatywnego skutku w okresie pooperacyjnym (czas 8.30–11.30). Zabieg wykonano w znieczuleniu ogólnym złożonym. Przebieg zabiegu i znieczulenia był prawidłowy. Pacjentka wybudzona, wydolna krążeniowo i oddechowo, po zabiegu została przekazana bezpośrednio na oddział chirurgiczny. Nadzór pooperacyjny prowadzono wg zleceń anestezjologicznych, obejmował on m.in. kontrolę stanu ogólnego i parametrów przez 3 godz. od zabiegu (co 15 min). Stan ogólny po zabiegu oceniono jako dobry, powłoki skórne były zaróżowione, parametry życiowe w normie, opatrunek w okolicy pępka suchy. Rana po-

operacyjna w sklepieniu pochwy została zabezpieczona na bloku operacyjnym jałowym opatrunkiem niemożliwym do oceny dla pielęgniarki chirurgicznej. W okresie pooperacyjnym nie wystąpiły żadne niepokojące objawy wskazujące na uszkodzenie dróg rodnych lub rozwijający się stan zapalny. Prowadzono ścisły monitoring nasilenia bólu pooperacyjnego wg skali wizualno-analogowej (*visual analogue scale* – VAS). Pacjentka w ciągu pierwszych 3 godz. po zabiegu nie odczuwała dolegliwości bólowych, po 4 i 5 godz. po zabiegu ból w prawym nadbrzuszu nasilał się do poziomu 2. Podano wówczas pierwszą dawkę leku przeciwbólowego drogą dożylną (Perfalgan). Kolejne dawki leków przeciwbólowych w dniu zabiegu podawano co 8 godz. W kolejnej dobie po zabiegu pacjentka nie wymagała leczenia przeciwbólowego. Zgodnie ze zleceniami anestezjologicznymi pacjentce przetoczono 1500 ml płynów infuzyjnych dożylnie. Trzy godziny po zabiegu pacjentka piła wodę mineralną niegazowaną oraz siadała samodzielnie w łóżku. Po konsultacji z lekarzem operującym pacjentka po 4 godz. wstała z łóżka z asystą. Rano w pierwszej dobie po zabiegu chora zjadła śniadanie. U pacjentki z objawów niepożądanych wystąpiły wymioty treści żołądkowej wymagające jednorazowej dawki Zofranu oraz obrzęk policzka wskazujący na odmę podskórną. Wystąpienie odmy związane było z trudnością utrzymania stałego ciśnienia w jamie otrzewnej na początku zabiegu chirurgicznego. Dolegliwości ustąpiły, a pacjentka w stanie ogólnie dobrym została wypisana ze szpitala w pierwszej dobie po zabiegu. Wśród zaleceń pooperacyjnych należy wymienić konieczność stosowania diety wątrobowej przez 4 tygodnie po zabiegu, wstrzemięźliwość seksualną oraz kontrolną wizytę ginekologiczną. Pacjentkę poinformowano o konieczności prowadzenia dalszej obserwacji wydzieliny z dróg rodnych oraz codziennej zmianie opatrunku na ranie pooperacyjnej w okolicy pępka. Czas hospitalizacji pacjentki nie przekroczył 72 godz.

Dyskusja

Pierwszą operację usunięcia pęcherzyka żółciowego z dostępu przez pochwę i pępek przeprowadzono na Oddziale Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Szpitala Specjalistycznego im. F. Ceynowy w Wejherowie 2 lata po wykonaniu pierwszej takiej operacji na świecie [7].

Pomimo dużego doświadczenia w pielęgnacji pacjentów po zabiegach chirurgii małoinwazyjnej przebieg okresu okołoperacyjnego wymagał od pielęgniarek wnikliwej i szczegółowej obserwacji stanu ogólnego chorej. Przygotowanie pacjentki do zabiegu chirurgicznego obejmowało badania i konsultacje w trybie ambulatoryjnym. Obserwacja pacjentki po operacji wymagała od pielęgniarki chirurgicznej niecodziennego, szerszego spojrzenia na stan pacjentki. Do standardowych procedur monitorowania stanu ogólnego po zabiegu i stanu opatrunku na ranie po-

operacyjnej doszła konieczność oceny ewentualnych powikłań ze strony dróg rodnych. W tym zakresie pielęgniarka chirurgiczna musiała ściśle współpracować z pacjentką, lekarzem chirurgiem i lekarzem ginekologiem.

Analiza piśmiennictwa wykazała, że dostęp przez pochwę charakteryzuje się małym ryzykiem wystąpienia powikłań, szybkim gojeniem oraz najmniejszym ryzykiem rozejścia się szwów rany pooperacyjnej [8]. W większości opisywanych w literaturze przypadków stosowano profilaktykę antybiotykową oraz cewnikowanie pęcherza moczowego. Po cholecystektomii metodą NOTES z dostępu przez pochwę i pępek nie opisywano wskazań do przedłużania diety ścisłej, pierwsze płyny doustnie pacjentki przyjmowały już w 2 godz. po zabiegu [9].

Mimo małego ryzyka wystąpienia powikłań w obrębie dróg rodnych pielęgniarka chirurgiczna musiała regularnie oceniać wkładki higieniczne stosowane przez pacjentkę. Odpowiednie przygotowanie pacjentki przed zabiegiem pozwoliło na ocenę ryzyka potencjalnych powikłań na podstawie odczuć pacjentki. Chora była poinformowana o konieczności zgłaszania dolegliwości bólowych oraz zaburzeń czucia w okolicach intymnych. Według powszechnie stosowanej klasyfikacji ran chirurgicznych wg *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) w zależności od stopnia czystości pola operacyjnego przerwanie ciągłości dróg rodnych bez istniejącej infekcji w ich obrębie zalicza się do rany czystej skażonej [10]. Rana pooperacyjna po zastosowanej metodzie hybrydowej przez pochwę i pępek wydaje się raną czystą skażoną, a więc nie bardziej obciążoną ryzykiem zakażenia niż rana po laparoskopii tradycyjnej. U pacjentki po zabiegu nie stosowano żadnych drenów, nie było także konieczności cewnikowania pęcherza moczowego. Pacjentka po operacji po upływie 4 godz. wstała z asystą z łóżka.

Bezsporną zaletą zabiegów przeprowadzanych metodą NOTES – zarówno ze względów epidemiologicznych, jak i finansowych – jest krótka hospitalizacja. Szybka aktywizacja pacjenta po zabiegu poprawia jego komfort i zmniejsza tym samym obciążenie dla personelu pielęgniarstwa. Brak konieczności przedłużania czasu głodzenia po zabiegu przekłada się na zmniejszenie ilości przetaczanych płynów infuzyjnych po zabiegu. Mniejsze dolegliwości bólowe nie wymagają przedłużonej dożylniej analgezji pooperacyjnej, a czas utrzymania wkłucia dożylnego skraca się do kilku godzin po zabiegu, zmniejszając tym samym ryzyko wystąpienia zakażenia.

Zabiegi przez naturalne otwory ciała w przyszłości mogą zminimalizować problemy pielęgnacyjne u pacjentów leczonych chirurgicznie, a tym samym zmniejszyć konieczne interwencje pielęgniarstwa oraz liczbę czynników ryzyka zakażeń szpitalnych w okresie okołoperacyjnym. Pielęgniarstwo chirurgiczne nie odstaje więc od minimalnie inwazyjnej idei w chirurgii. Minimalnie inwazyjna chirurgia to również minimalnie inwazyjne pielęgniarstwo, a integracja wiedzy i umiejętności z różnych dyscyplin naukowych wydaje się ważnym elementem profesjonalizacji

zawodu pielęgniarki. Wyzwaniem dla nowoczesnego pielęgniarstwa jest nie tylko elastyczność procesu pielęgnowania, lecz także sprawna współpraca pielęgniarki z innymi członkami zespołu interdyscyplinarnego.

Piśmiennictwo

1. Auyang E, Hungness ES, Vaziri K, et al. Human NOTES cholecystectomy: transgastric hybrid technique. *J Gastrointest Surg* 2009; 13: 1149-1150.
2. Gembal P, Milik K, Żdziebło J i wsp. Rys historyczny cholecystektomii otwartej i laparoskopowej. *Chirurgia Polska* 2007; 9: 2.
3. Ponsky JL. Endoluminal surgery: past, present and future. *Surg Endosc* 2006; 20 (Suppl 2): 500-502.
4. Michalik M, Frask A. Technika podstawowych operacji N.O.T.E.S. (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery). *Pol Przegl Chir* 2008; 80: 53-59.
5. Michalik M, Frask A, Orłowski M. NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) – operacje przez naturalne otwory ciała. *Wideochirurgia Tec M* 2007; 2: 98-102.
6. Shih SP, Kantsevoy SV, Kalloo AN, et al. Hybrid minimally invasive surgery – a bridge between laparoscopic and transluminal surgery. *Surg Endosc* 2007; 21: 8: 1450-1453.
7. Michalik M, Orłowski M, Frask A i wsp. NOTES cholecystectomy-the first experience in Poland. *Wideochirurgia Tec M* 2009; 4: 42-45.
8. Nasstif J. Transvaginalaccess. Epublication:eats.fr 2008; 8(7): URL:<http://www.eats.fr/doi-10.1ennassif004.htm>.
9. Zorron R, Maggioni LC, Pombo L i wsp. NOTES transvaginal cholecystectomy: preliminary clinical application. *Surg Endosc* 2008; 22: 542-547.
10. Fleischer M, Bober-Gheek B. Podstawy pielęgniarstwa epidemiologicznego. Centrum Kształcenia Podyplomowego Pielęgniarek i Późnych, Warszawa 2002; 205.