

LAPAROSKOPICKÁ NEBO OTEVŘENÁ NEFREKTOMIE – POHLED SESTRY

Bc. Veronika Kočárková

ÚVN Praha

Urolog. pro Praxi, 2006; 2: 85–87

Úvod

S rychlým rozvojem medicíny se zdokonaluje i operační technika, což má velký přínos pro pacienty. Zda mají nové metody přínos i pro ošetrovatelskou péči jsem zjišťovala mezi sestrami, protože k úspěšnému léčení a vyléčení nemocného je zapotřebí nejen dobře provedený výkon, ale také kvalitní a komplexní pooperační péče. Zaměřila jsem se na nefrektomie, které lze provést dvěma různými způsoby – klasicky, otevřenou cestou, nebo nově, laparoskopicky.

Historie

Onemocnění močového ústrojí trápí lidstvo odedávna. Léčba urologicky nemocných spočívala v mnoha operačních postupech, které pro ně byly spíše utrpením než léčením. Velký obrat v léčbě a ošetrování urologických pacientů nastal až koncem 19. století. Došlo k objevu celkové anestezie, zavedení antiseptiky a objevu a používání cystoskopu. V průběhu 20. století se začala významným způsobem rozvíjet endoskopická operativita. Princip endoresektoru, který byl sestaven roku 1931 v New Yorku, se využívá dodnes.

Poměrně mladou metodu v léčbě urologických onemocnění představuje laparoskopie. První laparoskopickou operaci v urologii provedl Cortesi k diagnostice intraabdominálně uloženého varlete v roce 1976. První laparoskopickou nefrektomii provedl prof. Clayman v roce 1990.

Onemocnění ledvin

Onemocnění ledvin lze rozdělit do pěti velkých skupin – vrozené vady, zánětlivá onemocnění, litiáza, poranění a nádory. U řady onemocnění v jednotlivých skupinách lze indikovat nefrektomii.

Předoperační příprava

Stejně jako před každým operačním výkonem je nutné pacienta důkladně připravit po fyzické a psychologické stránce. Předoperační příprava začíná v ambulanci zajištěním všech potřebných předoperačních vyšetření a termínu operace.

Psychická příprava zahrnuje podání informací o výkonu a možných komplikacích a podpis informovaného souhlasu. I zdánlivé maličkosti mohou pa-

cienta rozrušit, a proto je vhodné ho předem informovat o tom, co bude po operaci smět a co ne a jaká péče bude následovat. Přispívají i sálové sestry, které informují pacienta o tom, co ho na operačním sále čeká před i po výkonu a o poloze při operaci.

Fyzická příprava začíná den před plánovanou nefrektomií. Pacient provádí dechová cvičení a vhodný způsob vstávání po operaci, má jen kašovitou stravu a dostatečný příjem tekutin. V podvečer dostane očistné klyzma a následuje příprava operačního pole. Pro uklidnění a lepší spánek pacient dostává hypnotikum. V den operace, po důkladné ranní hygieně, jsou nemocnému změřeny fyziologické funkce, provedena bandáž dolních končetin a aplikována premedikace. Na operační sál je pacient předán s kompletní dokumentací.

V akutních případech se předoperační příprava přizpůsobí stavu pacienta a času.

Možné operační postupy při nefrektomii

Otevřené techniky

Radikální transperitoneální nefrektomie je postup při operaci pro maligní nádor ledviny, protože umožňuje operatérovi snadnější přístup k hilu ledviny, jeho zajištění a podvaz při minimální manipulaci s ledvinou. Operace se provádí v celkové anestezii, v poloze na zádech, nejčastěji z šikmé laparotomie (subkostálního řezu) v podžebří. Operační rána je 20–40 cm dlouhá. Celý operační výkon trvá 60 až 120 minut.

Torakolumbální nefrektomie je vhodná pro objemné nádory na horním pólu ledviny.

Lumbální přístup je indikován u všech nemaligních onemocnění, např. u afunkční ledviny s odlitkovou litiázou. Operace se provádí v celkové anestezii v lumbotomické poloze. Operovaný musí být správně uložen a upevněn na operačním stole, operační rána je asi 25 cm dlouhá. Uložení nemocného do lumbotomické polohy a výkon dohromady trvá přibližně 120 minut.

Laparoskopická technika

Laparoskopická nefrektomie je nová operační technika. První laparoskopickou radikální nefrektomii v České republice provedl 22. 4. 1998 prof. Clayman

na urologickém oddělení v Jablonci nad Nisou. Od té doby se tento postup začal využívat i na dalších urologických pracovištích. V současné době se využívá nejen při operacích pro afunkci ledviny, benigní nádory či cysty, ale i pro maligní nádory. Principem laparoskopie je vizualizace dutiny břišní nebo retroperitonea přenosem na obrazovku. Pro laparoskopickou operaci je nutná celková anestezie. Provádí se v poloze na zádech (transperitoneálně) nebo v poloze na boku (retroperitoneálně) ze čtyř nebo pěti jedno až dvoucentimetrových incizí. Laparoskopický výkon, včetně uložení nemocného do vhodné polohy, v současnosti trvá 120 až 240 minut.

Rukou asistovaná laparoskopická nefrektomie je metoda, která je alternativou mezi otevřenou a laparoskopickou nefrektomií. Je prováděna ze dvou centimetrových incizí a zhruba deseticentimetrové mini-laparotomie nad pupkem. Tuto metodu nejčastěji používají operatři, kteří s laparoskopickou nefrektomií teprve začínají.

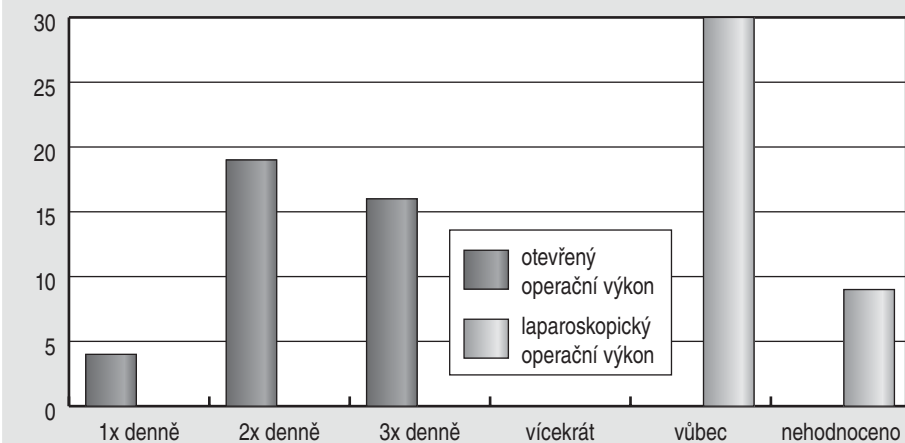
Pooperační péče

Pooperační péče je poskytovaná s ohledem na stav pacienta a typ operačního výkonu. Jejím hlavním cílem je předjet možným komplikacím a co nejdříve zapojit pacienta zpět do běžného života.

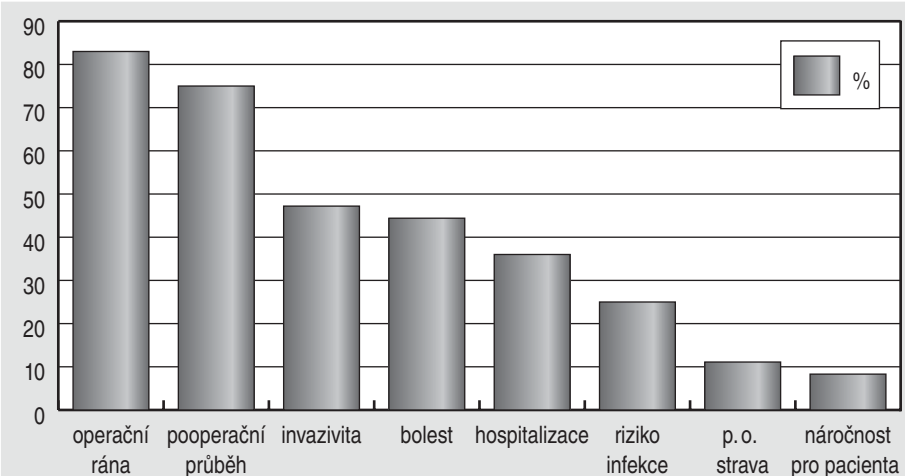
Bezprostřední pooperační péči po nefrektomii obvykle zajišťuje pooperační oddělení nebo jednotka intenzivní péče. Jedná se o sledování fyziologických funkcí, zajištění infuzní terapie, případně podání krevní transfuze a tlumení bolesti. Nepřetržitě se kontroluje stav pacienta, měří se bilance tekutin apod.

Po stabilizaci stavu, obvykle 1. až 2. pooperační den, je pacient přeložen na standardní oddělení, kde se v pooperační péči pokračuje, ale mnohem více je do péče o sebe zapojován pacient. Nadále se sleduje příjem a výdej tekutin, výdej z drénů, provádí se převazy operační rány, tlumí se bolest a dle ordinace lékaře se kontrolují fyziologické funkce. Po obnovení střevní peristaltiky pacient postupně dle zvyklosti oddělení, přechází z parenterální výživy na perorální. Intenzivně rehabilituje, vykonává běžné denní činnosti, zpočátku s pomocí sestry a později samostatně. Přípravuje se na propuštění do domácího léčení.

Obrázek 1. Podávání analgetik 3. pooperační den



Obrázek 2. Důvod doporučení laparoskopického výkonu



Výzkum – cíl práce a metodika

Cílem mého výzkumu bylo porovnat ošetrovatelskou péči po otevřených a laparoskopických operačních výkonech, posoudit eventuální přínos laparoskopické metody pro práci sester, zhodnotit celkovou délku a průběh hospitalizace. Výzkum jsem prováděla v Ústřední vojenské nemocnici v Praze a v Okresní nemocnici v Jablonci nad Nisou. Obě uvedená pracoviště používají při nefrektomiích standardně otevřenou i laparoskopickou operační metodu a tudíž sestry mají s pooperační péčí o tyto nemocné dostatek zkušeností. Na můj dotazník, který obsahoval 24 otázky, odpovědělo 39 zdravotníků sester.

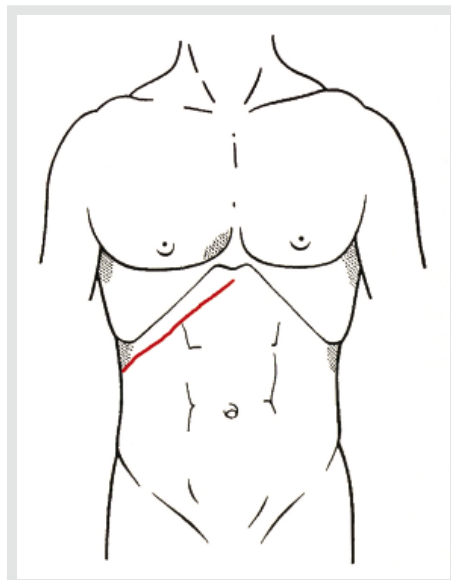
Výsledky

Výzkum jsem začala zjištěním věku a délky zdravotnické praxe sester. Více než polovina sester je ve věku 25–29 let, čili pracuje v průměru 9 let, a to zejména na standardním oddělení. S ošetrovatelskou péčí o pacienty po otevřené nefrektomii má zkušenosti polovina sester 4–6 let a s laparoskopickou nefrektomií mají zkušenosti menší, převážně 3 roky. Domnívám se, že sestry mají dostatečnou délku ošetrovatelské praxe s pacienty po nefrektomii a tu-

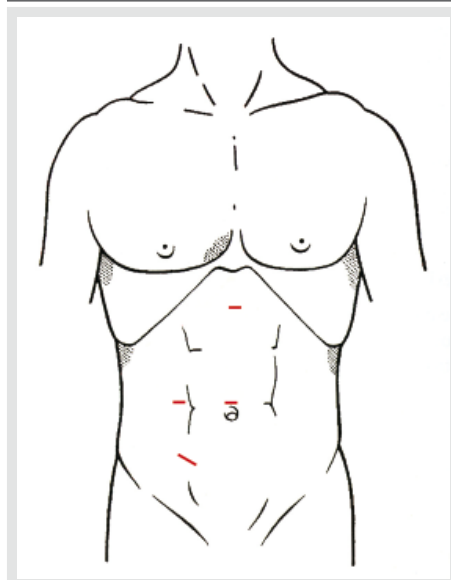
díž mohou podat validní odpovědi. Náročnost předoperační přípravy u pacienta před nefrektomií je podle sester stejná. Tento fakt uvádí i literatura. Příprava by měla být shodná, neboť při laparoskopické nefrektomii může dojít ke konverzi výkonu. Pacienti po obou typech operačních výkonů mohou vstát z lůžka 1. pooperační den. Včasná mobilizace pacienta po nefrektomii je velmi důležitá pro prevenci respiračních infekcí a tromboflebitidy, zejména pak u starších nemocných.

Dále jsem zjišťovala počet dnů a náročnost při podávání infuzí. Podávání infuzí po laparoskopickém výkonu trvá kratší dobu a je sestrami hodnoceno jako nenáročná. Stejně je to i s kompletním zajištěním stravy v pooperačním období. Pomoc sestry při vyprazdňování, (např. péče o močový katétr, doprovod na toaletu nebo podání močové lahve), potřebuje nemocný po otevřeném výkonu 3 pooperační dny, u laparoskopického výkonu je to 1 pooperační den. Také měření bilance tekutin zabere u otevřeného výkonu více času, a to 4 pooperační dny, zatímco u laparoskopického výkonu jen 2 pooperační dny. V oblasti hygieny potřebuje pacient po otevřené nefrektomii pomoc sestry 3 dny, po laparoskopické nefrektomii je to pouze 1 pooperační den. Odpovědi jednoznač-

Obrázek 3a. Operační rána při radikální nefrektomii



Obrázek 3b. Laparoskopické incize pro pravostrannou nefrektomii



ně ukazují, že v oblasti hygieny a vyprazdňování je pacient po laparoskopickém výkonu dříve soběstačný. Převaz operační rány 1. pooperační den zabere u otevřeného výkonu 8 a více minut. U laparoskopického výkonu převaz trvá 2 až 3 minuty, žádná z odpovědí nepřesáhla 5 minut. Z odpovědí je patrné, že péče o ránu po laparoskopické nefrektomii zabere sestře méně času. Dále jsem zjišťovala způsob a frekvenci hodnocení bolesti v pooperačním období. Všechny sestry shodně uvedly, že bolest sledují kontinuálně, pomocí vizuální analogové škály, tzv. měřítko. U otevřeného výkonu hodnotí bolest 4–5 pooperačních dnů a u laparoskopického výkonu 1–2 dny. Analgetika si pacient po otevřeném výkonu žádá 2x–3x denně, oproti tomu po laparoskopickém výkonu si podle většiny sester nežadá analgetika vůbec. Je patrné, že po laparoskopickém

výkonu má pacient minimální nebo žádnou bolest, může se tedy dříve zapojit do běžných denních aktivit. Sledování fyziologických funkcí po otevřené nefrektomii je časově náročnější, uvedlo to 72 % sester. Pooperační péči po otevřené nefrektomii považuje 95 % dotázaných za fyzicky, časově a psychicky náročnější. Rehabilitaci s pacientem po otevřeném výkonu přenechávají sestry fyzioterapeutům a po laparoskopickém výkonu většinou není rehabilitace nutná. Zabývala jsem se i komplikacemi pozorovanými sestrami u pacientů po nefrektomii. Po otevřeném operačním výkonu pozorují sestry nejčastěji infekci v ráně, katérové infekce, méně často respirační infekce a tromboflebitidu. Po laparoskopickém výkonu nepozoruje 90 % dotázaných sester žádné komplikace, ostatní otázku nehodnotily. Celková délka hospitalizace po otevřeném operačním výkonu bývá 9 až 10 dnů a po laparoskopické nefrektomii jen 4 až 5 dnů. Doba hospitalizace zkrácená na polovinu je velmi výhodná nejen pro pacienta, který se dříve navrácí do domácího prostředí, ale také pro zdravotnické zařízení, kterému se tím snižují náklady. Edukace před propuštěním nemocného do domácího ošetřování se podle odpovědí výrazně zlepšila. Většina dotázaných sester uvádí, že spolu s lékařem edukuje nemocného v průběhu léčby i před propuštěním.

Na závěr jsem dala sestram příležitost se vyjádřit, kterou operační metodu by, bez ohledu na při-

družené nemoci, doporučily a proč. V 98 % byla doporučena laparoskopická operační metoda. Velkou výhodou je podle sester estetický efekt, lepší pooperační průběh, nižší invazivita, menší bolestivost a kratší doba hospitalizace. Další z uvedených důvodů bylo nižší riziko infekce, dřívější návrat k perorální stravě a nižší celková náročnost pro pacienta.

Závěr

Vyhodnocení získaných informací ukázalo, že v oblasti hygieny, výživy a vylučování je pacient po laparoskopické nefrektomii dříve soběstačný, což výrazně snižuje náročnost práce sester. I ostatní ošetřovatelské úkony, např. převaz operační rány, měření fyziologických funkcí nebo hodnocení bolesti u pacienta po laparoskopickém výkonu, zabere personálu mnohem méně času, který může využít ke komunikaci s pacientem a jeho rodinou. Tyto informace jasně potvrzují, že ošetřovatelská péče po laparoskopickém operačním výkonu je pro sestry méně náročná.

Literatura

1. Duda M. a kol. Práce sestry na operačním sále, Grada, 2000, ISBN 80-7169-642-0.
2. Ferko A, Vobořil Z, Šmejkal K, Bedrna J. Chirurgie v kostce, Praha: Grada, 2002, ISBN 80-247-0230-4.
3. Kawaciuk I. Urologie, Jinočany: nakladatelství H+H, 2000, ISBN 80-86022-60-9.
4. Kočvara R, Všetická J. Laparoskopie a retroperitoneoskopie v urologii, In: Urologie III, Dvořáček J a kol., Praha: Nakladatelství ISV, 1998, ISBN 80-85866-30-7.
5. Mikšovská Z, Janošíková M, Zajíčková M. Kapitoly z ošetřovatelské péče II, Vsetín, 2000.
6. Trachtová E. a kol. Potřeby nemocného v ošetřovatelském procesu, IDVPZ Brno, 2001, ISBN 80-7013-324-8.

Většina sester uvedla, že u pacientů po laparoskopickém výkonu nepozorují žádné komplikace. Pozitivním zjištěním je i fakt, že pacient po laparoskopické nefrektomii odchází do domácího ošetřování až o polovinu dnů dříve než po otevřeném výkonu, což působí velmi kladně na jeho psychiku.

Laparoskopické operační výkony jsou na mnoha pracovištích teprve v začátcích, ale praxe ukazuje, že jsou stále žádanější. Tento fakt potvrzuje i můj výzkum, který ukázal výhody nejen pro pacienty, ale i mnoho pozitiv pro práci sester.

Bc. Veronika Kočárková

ÚVN Praha

U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6

e-mail: veronika.kocarkova@uvn.cz