

POOPERAČNÍ PÉČE O NEMOCNÉ PO LAPAROSKOPICKÉ ADRENALEKTOMII

Marie Schindlerová

Jednotka intenzivní péče, Urologická klinika FN Olomouc

S rozvojem vědy a s ní souvisejícím pokrokem moderní techniky, zejména její miniaturizací, získávají stále větší uplatnění miniinvasivní operační metody. Ty se již řadu let úspěšně uplatňují nejen v gynekologii, chirurgii, ale také v urologii. Jejich cílem je snaha o minimalizaci zátěže operačním výkonem a tím i délky nemocnosti pacienta. Nezanedbatelný je samozřejmě i kosmetický efekt.

Rozvoj laparoskopické techniky umožňuje provádět adrenalectomii laparoskopicky. Nejčastěji k ní indikujeme neaktivní adenomy, ale i hormonálně aktivní tumory. To vyžaduje nejen speciální předoperační přípravu, ale i přísné pooperační sledování stavu pacienta. Tento typ operací není v ČR zatím zcela běžný a vyžaduje specifické postupy. Považujeme za vhodné podělit se o zkušenosti získané z praxe na naší klinice.

Předoperační péče

Pacienti s postižením nadledvin jsou vyšetřeni, většinou za hospitalizace, na endokrinologickém pracovišti specializované interní kliniky. Vyšetření dokáže nebo vyloučí hormonální aktivitu onemocnění. Většina nemocných přichází k výkonu po zhruba třítydenní přípravě alfa-blokátory (dexazosin) a s doporučením event. předoperační a pooperační hormonální substituce.

Další předoperační příprava je zvyklá. Pokud nemá nemocný zajištěny autotransfuze, objednáme při přijetí stejnoskupinovou erytromasu. V prevenci tromboembolické nemoci podáme profylakticky heparin, nejčastěji v nízkomolekulární formě (heparin forte, nadroparin, enoxaparin), dolní končetiny bandážujeme obinadlem, nebo přiložením antiembolických punčoch.

Premedikaci aplikujeme podle doporučení anesteziologa.

Pooperační péče

Operační den – pacient je přivezen ze sálu s kompletní dokumentací za doprovodu anesteziologa. Zde ho převezme sestra specializovaná v úseku intenzivní a resuscitační péče. Pacient je uložen do vyhrátého lůžka a sestra zajistí měření základních vitálních funkcí. Napojí nemocného na monitor, změří krevní tlak (TK), P, TT, dýchání, posoudí stav vědomí. Podá kyslík za stálé kontroly saturace.

Ke sledování základních vitálních funkcí patří i měření arteriálního tlaku. Provádí se vždy u feochromocytomu, pro možnost kolísání TK za použití speciálního modulu s infuzí FR + 500 m.j. heparinu v přetlakovém vaku 300 mmHg. Set napojíme k pacientovi, propláchneme arterii, tím ověříme její průchodnost (pozor na vzduchové bubliny!).

Základní životní funkce měříme během první hodiny a 15 minut, během druhé pak po 30 minutách. Po stabilizaci TK a 1 hodinu dle zdravotního stavu pacienta. Dále u nemocného sledujeme stav vědomí, stav zornic a křivku EKG na monitoru. Vše nadále dokumentujeme. Pacientovi při vědomí zajistíme dostupnost signalizace.

Zaměříme se na příznaky:

- cirkulačních komplikací – jako asystolie, embolizace – což vyžaduje neodkladnou resuscitaci

- krvácení – příznaky: bledá, cyanotická, chladná, vlhká kůže, tachykardie, hypotenze, neklid, poruchy vědomí
- nedostatečné oxygenace organismu – sledujeme typ dýchání, frekvenci, námahu při dechové aktivitě, tachykardii, event. nestabilní TK, barvu kůže a sliznic, vlhkost kůže
- útlum centrálního systému – mělké dýchání, ztráta vědomí, kožní příznaky
- riziko hyperkapnie!

Sledujeme stav operační rány, kontrolujeme krytí, zda krvavě neprosakuje, při převazech dodržujeme zásady sterility. Vyvedený Redonův drén napojíme na sání a fixujeme ke kůži leukoplasty. Sledujeme množství, vzhled sekretu za 24 hodin. Pacient má na operačním sále zavedený permanentní močový katétr. Sledujeme množství, barvu hustotu moči a provádíme záznam do dokumentace.

Dále podáváme infuze, odebíráme krevní vzorky (krevní obraz, ASTRUP), eventuálně plníme speciální požadavky anesteziologa.

Bolesti, které se mohou vyskytovat v hypochondriu při dýchání jsou z distenze dutiny břišní a tlumíme je analgetiky či opiáty dle ordinace lékaře. Aplikujeme je za použití injektomatu nebo do infuzního roztoku. Při aplikaci opiátů postupujeme podle pravidel manipulace s omamnými látkami a dodržujeme časové intervaly mezi nimi, které řádně dokumentujeme. Antibiotika podáváme většinou profylakticky, dodržujeme přesný časový harmonogram a sledujeme eventuální nežádoucí účinky léků. U hormonálně aktivních tumorů provádíme endokrinologickou kontrolu.

Za 2–3 hodiny po odeznění anestezie umožníme nemocnému přijímat tekutiny po lžičkách, nejlépe čaj.

Hygienickou péči provádíme na lůžku s oplachy genitálu a masáží zad. Pečujeme i o dutinu ústní.

Součástí operačního dne je také včasná rehabilitace – provádíme dechová cvičení, procvičujeme malé klouby a ve večerních hodinách umožníme nemocnému vstát z lůžka. Důležitá je i psychická podpora nemocného. Nezapomínáme na komunikační dovednosti a humánní přístup v rámci ošetrovatelského procesu a zaměřujeme se na zajišťování potřeb pacienta v bio-psycho-sociální oblasti.

1. pooperační den – sledujeme základní životní funkce (á 3 hodiny, TT, TK, P, dechovou frekvenci), vedeme přesný záznam v dokumentaci nemocného.

Převazujeme operační rány, místa po vpíších kryjeme sterilními čtverečky. Dodržujeme samozřejmě zásady sterility. Odstraňujeme permanentní močový katétr a sledujeme močení u nemocného. Množství, hustotu moči a barvu rovněž zapisujeme. První pooperační den se za přítomnosti anesteziologa také odstraňuje arteriální kanyla. Místo po vpichu sterilně kryjeme, řádně fixujeme leukoplasty a zatížíme je sáčkem s pískem.

Hygienickou péči provádíme u umyvadla za pomoci sestry – nemocný je schopen již první pooperační den dobře dojit k umyvadlu. Zajistíme mu bezpečnost a intimitu při mytí.

Pečujeme o správný pitný režim nemocného, sledujeme příjem tekutin per os. Doporučujeme vypít 2–3 litry čaje, neperlivé minerální vody nebo ovocné šťávy.

Dietní režim není omezen, obvykle podáváme racionální dietu č. 3 nebo dietu před operačním výkonem obvyklou.

Rehabilitaci provádíme dle jeho zdravotního stavu několikrát denně chozením s pacientem po pokoji chodbě.

Použití analgetik je minimální, opiáty většinou nemocní nevyžadují.

2. pooperační den – sledujeme celkový stav a základní životní funkce á 3 hodiny, vedeme dokumentaci, odstraňujeme Redonův drén, místo po vytažení sterilně kryjeme a sledujeme zda nekrváčí. Sledujeme bilanci tekutin (příjem per os a výdej moči z močového měchýře), vše zapisujeme. Zajistíme dohled sestry při hygienické péči a masáž zad. Nemocní jsou většinou mobilní a pohybují se po pokoji samostatně.

3. pooperační den – kontrolujeme TT, TK, P a zapisujeme do dokumentace. Sledujeme event. projevy krvácení a bilanci tekutin (příjem per os + výdej). Sledujeme krytí po vpíších a po odstranění Redonova sání. Nezapomínáme uspokojovat potřeby nemocného – např. umožnit sledování

televize, čtení časopisů, knih, návštěvy rodinných příslušníků apod. V dobrém stavu překládáme pacienta na standardní oddělení.

Propuštění do domácího léčení

Probíhá obvykle 3.–4. den po operačním výkonu. Nemocnému zajistíme endokrinologickou kontrolu před propuštěním.

Diskuze

S laparoskopickými operacemi máme zkušenosti na naší klinice již od roku 1994. Většinou se jedná o laparoskopické operace varikokély (5, 6). Výkony jsou pro mladé muže a chlapce tak málo zatěžující, že většinou chtějí jít do domácího ošetřování již první pooperační den. Od roku 1999 přibýly laparoskopické radikální nefrektomie (1) a adrenalektomie (2, 4).

Zvláště u adrenalektomií, kdy tumory jsou většinou do velikosti 5 cm a jdou odstranit otvorem pro troakar, je traumatizace nemocného operační ranou minimální. Tyto výkony jsou nemocnými velmi dobře tolerovány a pooperační péče od prvního dne je vzhledem k dobré hybnosti nemocného méně náročná. V tom všem vidíme přínos laparoskopické adrenalektomie.

Závěr

Výhody laparoskopické adrenalektomie

- minimální použití analgetizace
- operační výkon je bez jizvy – pouze kryjeme tři vpichy sterilními čtverečky
- katétr odstraňujeme první pooperační den
- nezanedbatelný kosmetický efekt
- doba hospitalizace se významně zkracuje (na 3–4 dny), potom nemocný odchází do domácího ošetřování.

V současné době laparoskopická adrenalektomie není v České republice běžnou metodou a patří do rukou zkušeného laparoskopického urologa. Dle našeho mínění je pro nemocné jednoznačným přínosem.

Literatura

1. Študent V, Belej K, Fiala R, Záfura F, et al. Laparoskopická radikální nefrektomie. Čes Urol 2002; 2: 78.
2. Študent V, Belej K, Fiala R, Záfura F, et al. Laterální transperitoneální laparoskopická adrenalektomie. Čes Urol 2002; 2: 77.
3. Študent V, Fiala R, Belej K, Záfura F, et al. Laparoskopická Ureterolitomie. Čes Urol 2002; 2: 77.
4. Študent V, Belej K, Vidlář A, Hartmann I, et al. Laparoskopická parciální adrenalektomie u feochromocytomu. Čes Urol 2002; 2: 78.
5. Študent V, Záfura F, Vrtal R, Vrána J. Laparoskopická operace varikokély a fertilita muže. Miniinvazivní terapie, 1998; 1, ročník III: 26–28.
6. Študent V, Záfura F, Vrtal R, Vrána J. Laparoskopická operace varikokély a její vliv na hemodynamiku varlete a spermiogenezi. Rozhl chir 1997, 9: 429.

7. Študent V, Záfura F, Scheinar J, Vrtal R, Vrána J. Testicle Hemodynamics in Patients after Laparoscopic Varicocelelectomy Evaluated Using Color Doppler Sonography. Eur Urol, 1998; 33: 91–93.

8. Študent V, Wantulok P. Laparoskopická diagnostika a léčba kryptorchismu. Miniinvazivní chirurgie, 1996: 186–187.

9. Študent V, Wantulok P. Laparoskopická adrenalektomie. Miniinvazivní chirurgie, 1996: 187–188.

10. Študent V, Wantulok P. Laparoskopická retroperitoneální lymfadenektomie. Miniinvazivní chirurgie, 1996: 188–190.