

SPECIFIKA OŠETŘOVÁNÍ PACIENTA S TRANSPLANTOVANOU LEDVINOU

Alena Mácová

Transplantační oddělení Urologické kliniky Fakultní nemocnice v Hradci Králové

Úvod

Transplantační oddělení Fakultní nemocnice v Hradci Králové je jako jediné v republice součástí urologické kliniky. Naš výkonný tým je složen z vedoucího lékaře, lékaře lůžkového oddělení, úsekové sestry a transplantkoordinátorky. Ostatní členové týmu z jiných oddělení spolupracují s našim pracovištěm při odběru orgánů a transplantaci ledvin. Transplantační oddělení disponuje šesti standardně vybavenými lůžky, dvěma jednolůžkovými pokoji s monitorovým vybavením a centrálním rozvodem medicínálních plynů k bezprostřední potransplantační péči. Oddělení je schopno provést akutní hemodialýzu (HD).

V Hradci Králové byla provedena vůbec první transplantace ledviny v Československu, v současné době je odtransplantováno již více než 715 pacientů. Každoročně se zvyšuje počet příbuzenských transplantací a byla zde provedena i první transplantace ledviny u člena Svědků Jehovových.

Úspěšnou transplantaci ledvin lze považovat za jediný způsob vyléčení terminálního stadia renální insuficience (CHRI). Naše pracoviště se specializuje na transplantace nemocných, u kterých je příčinou chronické renální insuficience urologické onemocnění (například nemoci vývodných močových cest, polycystózy apod.).

Užívané léky

a) *imunosupresiva*

Je třeba si uvědomit, že pacient po transplantaci bude po celou dobu funkce nové ledviny imunosuprimován. Vzhledem k tomu, že se tělo snaží ledvinu (jako cizí tkáň) odhojit, je trvalá imunosuprese nezbytná. Úkolem sestry je zajistit správné užívání těchto léků. Na našem pracovišti nejčastěji používáme trojkombinaci imunosupresiv – Cyclosporin A, Azathioprin nebo Mykofenolát mofetil a kortikoidy. Léky jsou podávány perorálně a užívají se každých 12 hodin, 1 hodinu před nebo 2 hodiny po jídle.

Takto léčený pacient je daleko vnímavější k okolní infekci, proto každý, i malý chirurgický výkon musí být prováděn pod clonou antibiotik. Toto opatření indikuje pochopitelně lékař, ale sestra by měla o této zásadě vědět a při opomenutí ji lékaři připomenout.

b) *antiagregancia*

Další skupinou užívaných léků jsou antiagregancia. Tyto léky jsou podávány proto, aby se předešlo cévním komplikacím. Během operace bývá podáván nízkomolekulární heparin, poté je pacient převeden na dlouhodobé užívání Anopyrinu v dávce 100 mg denně. Musíme mít na paměti, že při podávání těchto léků je vyšší riziko výskytu

krvácivých stavů. K nejzávažnějším komplikacím patří někdy až dramatické krvácení do gastrointestinálního traktu.

c) *antihypertenze*

U chronické renální insuficience se pravidelně objevuje sekundární hypertenze. Nejčastěji se užívají antihypertenziva ze skupiny betablokátorů.

Při měření krevního tlaku je třeba dbát na to, aby se manžeta tonometru nepřikládala na končetinu, kde má pacient vytvořený arteriovenózní zkrat (A-V shunt). Při zaškrcení končetiny hrozí ruptura zkratu a arteriální krvácení. Na této končetině neprovádíme ani odběry krve.

d) *ostatní léky*

Pacienti s CHRI často trpí vředovou chorobou žaludku a duodena, proto preventivně užívají antiulcerózní léky. Někdy jsou nutná antiemetika a analgetika.

Ošetrovatelská péče

Při volbě pokoje musíme mít na paměti, že jde o pacienta imunosuprimovaného a tudíž vnímavého k okolní infekci. Spoluležící infekční pacient může představovat pro transplantovaného i smrtelné nebezpečí. Věnujeme zvláštní pozornost všem cévním vstupům. Ať už při samotné kanylaci (pozor na A-V shunt), tak při péči o ni. Dodržujeme každodenní aseptický převaz.

Opět s ohledem na imunosupresi dohlédneme i na čistotu krytí případné operační rány. Užívané kortikoidy také zpomalují proces hojení, a proto vytahujeme stehy o něco později než je zvykem – první polovinu nejdříve 12. operační den.

Dbáme na dostatečnou hydrataci, neboť správná funkce štěpu je podmíněna i dostatečným zavodněním. Dokud pacient není schopen sám dostatečně pít, je nutná infuzní terapie.

Pokud to aktuální zdravotní stav dovolí, mobilizujeme nemocného co nejdříve, což je nejlepší prevencí tromboembolické nemoci. Asistujeme i při osobní hygieně, vhodná je individualizace pomůcek.

Závěr

1. Je nutné zajistit neinfekční prostředí.
2. Zajišťujeme pravidelné užívání všech léků.
3. Důsledně sledujeme všechny známky krvácení.
4. Zajistíme dostatečnou hydrataci.
5. Zvýšenou péči věnujeme cévním vstupům a operační ráně.
6. Asistujeme při osobní hygieně.
7. Včas pacienta mobilizujeme.