

11) w pierwszej dobie po zabiegu pacjentka otrzymuje do picia chłodne płyny. Pierwszy posiłek spożywa w 2. dobie po zabiegu pod kontrolą, ponieważ mogą wystąpić zaburzenia oddychania.

W obserwacji i pielęgnacji pooperacyjnej należy uwzględnić możliwość wystąpienia związanych z zabiegiem następujących **powikłań**:

- uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego,
- przełom tarczycowy,
- krwotok,
- tężyczka,
- zaburzenia oddechowe.

Właściwie ukierunkowana obserwacja pozwala pielęgniarce wcześniej wykryć zaburzenia i podjąć w odpowiednim czasie stosowne działania.

Uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego

Zaraz po operacji sprawdza się głos chorej, czy nie doszło do uszkodzenia nerwu. Objawami są chrypka, duszność i zachłystywanie się przy połykaniu płynów. Czynność nerwu wraca po kilku tygodniach lub miesiącach i głos chorej przybiera pierwotną barwę. Po przecięciu nerwu pozostaje trwałe porażenie.

Przełom tarczycowy

Jest groźnym powikłaniem. Szczególnie dużym zagrożeniem jest wystąpienie przełomu w dobie zabiegu operacyjnego. Występuje nagle. Objawy przełomu to: wysoka gorączka (do 40°C), tachykardia, przyspieszony oddech, niepokój psychoruchowy, zaburzenia świadomości. Może nastąpić zgon pacjentki w wyniku niewydolności krążenia.

Zapobieganie przełomowi polega na właściwym leczeniu nadczynności w okresie przedoperacyjnym i doprowadzeniu leczeniem zachowawczym do stanu eutyreozy.

Leczenie przełomu polega na podawaniu tyreostatyków, np. Metizol, Metylothiouracyl, Propranololu, leków obniżających temperaturę ciała, i innych w zależności od stanu chorej.

Krwotok

Najczęstszą przyczyną jest spełnienie podwiązki z przeciętego naczynia. Główne objawy to: duszność, obrzęk szyi, przyspieszenie tętna, spadek ciśnienia tętniczego, przekrwiony opatrunek lub przyrost ponad 100 ml krwi w butelce Redona.

Zapobieganie krwotokowi będzie polegało na wnikliwej obserwacji w kierunku wymienionych objawów. W razie wystąpienia duszności czy obrzęku szyi trzeba natychmiast wezwać lekarza. Konieczna w tej sytuacji może być intubacja i otwarcie rany operacyjnej w celu ewakuacji krwiaka.

Tężyczka

Przyczyną jej jest uszkodzenie lub usunięcie przytarczyc. Do pierwszych objawów tężyczki należy uczucie mrowienia i drętwienia w okolicy ust, nosa, palców rąk i nóg. Aby zapobiec wystąpieniu tego powikłania, pacjentowi podaje się preparaty wapnia doustnie lub dożylnie.

Zaburzenia oddechowe

Mogą wystąpić na skutek krwotoku, obrzęku krtani, zapadnięciu chrząstek tchawicy. Pielęgniarka powinna obserwować chorego bacznie w kierunku ewentualnego wystąpienia tego powikłania i natychmiast wezwać lekarza. Zabiegiem ratującym życie jest wykonanie przetoki tchawiczej, umożliwiającej utrzymanie drożności dróg oddechowych – tracheostomii. Do światła tchawicy przez wykonany otwór wprowadzona zostaje rurka tracheostomijna.

Czynności pielęgnacyjne u chorego z rurką tracheostomijną polegają na:

1. Właściwym umocowaniu rurki wokół szyi chorego za pomocą tasiemki. Tasiemka powinna być założona tak, aby można było włożyć pod nią dwa palce. Zbyt mocne naciągnięcie tasiemki upośledza przepływ krwi w żyłach i powoduje obrzęk twarzy, zbyt luźne założenie tasiemki może spowodować wypadnięcie rurki.

2. Wykonywaniu jałowych opatrunków wokół rany. Opatrunki wykonuje się codziennie, jeżeli przemakają – częściej, w zależności od potrzeby. Zmieniając opatrunek, należy zwracać uwagę, czy nie występują owrzodzenia i odleżyny na skórze wokół nacięcia z powodu ucisku rurki.

3. Toalecie drzewa oskrzelowego. Jest to działanie profilaktyczne, mające na celu usunięcie wydzieliny zalegającej w tchawicy i drzewie oskrzelowym oraz niedopuszczenie do przedostania się jej do dolnych dróg oddechowych, szczególnie podczas opróżniania z powietrza mankiету uszczelniającego rurkę. Toaletę dróg oddechowych powinno się wykonywać co 3–4 godziny lub tak często, jak zachodzi tego potrzeba.

Na toaletę **składają się** następujące **czynności**:

- oklepywanie klatki piersiowej,
- odsysanie wydzieliny,
- rozprężanie płuc.

Odsysanie wydzieliny z drzewa oskrzelowego jest zabiegiem **aseptycznym**. Wykonuje się je za pomocą cienkiego **jałowego cewnika**, ręce w czasie wykonywania zabiegu powinny być okryte rękawiczkami jednorazowego użytku. Cewnik wprowadza się do drzewa oskrzelowego przy wyłączonym ssaniu. Przy włączonym ssaniu wolno wykonywać tylko ruchy cofania (do tyłu), ruch do przodu jest błędem, grozi wywołaniem odcinkowej niedodmy. Czas odsysania wydzieliny nie powinien być dłuższy niż **15 sekund**. Zabieg ten wywołuje kaszel, którego efektem jest poprawa wentylacji. U chorego z założoną rurką tracheostomijną konieczne jest stosowanie takich czynności, jak:

- nawilżanie powietrza, np. za pomocą nebulizatora,
- rozcieńczanie i upłynnianie wydzieliny dróg oddechowych,
- ochrona błony śluzowej przez przemywanie jej płynem odkażającym, a po odessaniu – natłuszczanie błon śluzowych, np. parafiną.

Wszystkie czynności wykonywane przez pielęgniarkę powinny być zaplanowane i starannie wykonane. Stała opieka oraz opanowanie pielęgniarki w sytuacjach zagrożenia życia i przy wykonywaniu wszystkich czynności będą wpływały uspokajająco na chorych, usuwając ich lęk o życie i zdrowie.

Usprawnianie chorych po operacjach tarczycy

Wyniki leczenia i pielęgnowania pooperacyjnego są przeważnie pomyślne. Chorzy wracają do normalnego życia. W prowadzonych od pierwszego dnia po zabiegu operacyjnym czynnościach usprawniających pacjenta bierze udział pielęgniarka. Polegają one na:

1) zapobieganiu powikłaniom, z włączeniem wczesnego ruchowego usprawniania chorych dla przywrócenia prawidłowej czynności wszystkich układów organizmu;

2) oddziaływaniu na psychikę chorego – zmniejszeniu lub usunięciu lęku utrudniającego odzyskiwanie sprawności i równowagi psychicznej, szczególnie chorym z nadczynnością tarczycy.

W większości przypadków już we wczesnym okresie pooperacyjnym chory się uspokaja i zaczyna przybierać na wadze. W okresie rekonwalescencji chorzy powinni stosować się do wskazówek otrzymanych przy wypisie ze szpitala dotyczących trybu życia, badań kontrolnych, stosowania np. inhalacji czy diety.

Terminy łacińskie

Struma – wole

Struma diffusa – wole rozlane

Struma neutralis – wole obojętne

Struma retrosternalis – wole zamostkowe

Struma nodosa toxica – wole guzkowe nadczynne

Thyreotoxicosis, hyperthyreosis – nadczynność tarczycy

Euthyreosis – prawidłowa czynność tarczycy

Hypothyreosis – niedoczynność tarczycy

Morbus Graves-Basedow – choroba Gravesa-Basedowa

Exophthalmus – wytrzeszcz

Carcinoma glandulae thyroideae, struma maligna – rak tarczycy

Strumectomy – częściowe wycięcie tarczycy

Strumectomy subtotalis – wycięcie znacznej części tarczycy (ok. $\frac{3}{4}$ gruczołu)

Strumectomy totalis – całkowite usunięcie tarczycy

Thyroidectomy totalis – całkowite usunięcie tarczycy

Lobectomy – usunięcie płata tarczycy

Thyroid storm, crisis – przełom tarczycowy

Pytania sprawdzające

1. Omów zadania pielęgniarki w przygotowaniu chorej do operacji na tarczycy.
2. Zaplanuj opiekę pielęgniarską nad chorą po usunięciu gruczołu tarczowego w „O” dobie po zabiegu operacyjnym.
3. Określ rolę pielęgniarki w zapobieganiu najgroźniejszym powikłaniom po operacji gruczołu tarczowego.
4. Omów pielęgnowanie chorego z tracheostomią.

Literatura zalecana

1. Fibak J. *Chirurgia. Repetytorium*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 2004.
2. Rowiński W., Dziak A. (red.) *Chirurgia dla pielęgniarek*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1989.
3. Walewska E. (red.). *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL Warszawa 2006.
4. Kawczyńska M. (red.). *Pielęgniarstwo chirurgiczne. Materiały pomocnicze*. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli ŚSM, Warszawa 1987.
5. Kapała W. *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
6. Bielawska A. Przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego tarczycy. *Pielęgniarka i Położna* 2006, 1.
7. Kosiński B., Syrenicz A., Czekalski S. Chirurgiczne aspekty chorób tarczycy. *Nowa Klinika* 1998, 8.

Pielęgnowanie chorych po zabiegach operacyjnych na drogach żółciowych

8

Anatomia i fizjologia

Żółć produkowana jest w wątrobie w ilości około 1000–1500 ml/dobę. Składa się z wody, kwasów i barwników żółciowych, cholesterolu, fosfolipidów, elektrolitów. Zagęszczana i magazynowana jest w pęcherzyku żółciowym, który po spożyciu pokarmu kurczy się i opróżnia, a żółć przechodzi do dwunastnicy i bierze udział w trawieniu, emulgując tłuszcze zawarte w pokarmie.

Drogi żółciowe: z wątroby żółć wypływa przez dwa przewody wątrobowe, które łączą się tworząc przewód wątrobowy wspólny. Od niego odchodzi przewód pęcherzykowy prowadzący do pęcherzyka żółciowego. Z połączenia przewodów wątrobowego wspólnego i pęcherzykowego powstaje przewód żółciowy wspólny (PŻW, *ductus choledochus*), który uchodzi do dwunastnicy na brodawce Vatera razem z przewodem trzustkowym.

Kamica żółciowa jest najczęstszą chorobą chirurgiczną dróg żółciowych, a wycięcie pęcherzyka żółciowego jedną z najczęściej wykonywanych operacji chirurgicznych.

Kamienie żółciowe powstają w pęcherzyku żółciowym (kamica pęcherzykowa). W trakcie zagęszczania żółci w pęcherzyku żółciowym na skutek pewnych nieprawidłowości metabolicznych mogą powstawać złogi. Składają się one najczęściej z cholesterolu i barwników żółciowych, czasem z domieszką soli wapniowych oraz białka.

W miarę upływu czasu może dochodzić do przemieszczania się kamieni z pęcherzyka do przewodów żółciowych (powstaje kamica przewodowa). Kamienie mogą mieć różny kształt i wielkość, różna też może być ich liczba (czasem nawet kilkaset).

Na kamicę żółciową najczęściej chorują kobiety (4 x częściej niż mężczyźni), po 40. roku życia, wieloródki, otyłe. Nie bez znaczenia

są skłonności osobnicze. Podkreśla się także niekorzystny wpływ nieprawidłowego odżywiania – tzw. fast foody, chipsy itp. – oraz niekontrolowanego odchudzania (długie przerwy w przyjmowaniu posiłków, głodzenie się). Choroba może przebiegać bezobjawowo. Często jednak daje **napady kolki żółciowej**.

Objawy kolki żółciowej: ból pojawia się zwykle po błędzie dietetycznym, czasem w nocy. Umiejscowiony jest w prawym podżebrzu, promieniuje do łopatki. Towarzyszą mu nudności, czasem wymioty. Ból utrzymuje się kilka godzin. Chorzy zwykle szukają pomocy wzywając pogotowie lub udając się na ostry dyżur do szpitala. Jest to rozsądne postępowanie, gdyż przyczyn bólu brzucha może być wiele. Powinny być one zdiagnozowane. Stosowanie środków przeciwbólowych na własną rękę jest ryzykowne.

Postępowanie: lekarz zleca podanie środków rozkurczowych i przeciwbólowych. Ulgę przynoszą też ciepłe okłady na nadbrzusze. Przestrzeganie rygorystycznej diety nie chroni przed atakami kolki.

Powikłania kamicy:

- zapalenie pęcherzyka żółciowego (ostre i przewlekłe),
- zapalenie dróg żółciowych (ostre i przewlekłe),
- wodniak pęcherzyka żółciowego,
- ropniak pęcherzyka żółciowego,
- przetoki pęcherzykowo-jelitowe,
- żółciowe zapalenie otrzewnej,
- niedrożność żółciowa jelit,
- żółtaczk mechaniczna,
- ostre zapalenie trzustki,
- marskość żółciowa wątroby.

Badaniem diagnostycznym wykrywającym kamice jest obecnie głównie USG jamy brzusznej.

Metody leczenia: jedyną skuteczną metodą jest operacyjne usunięcie pęcherzyka żółciowego wraz ze złożami. Organizm dobrze znosi brak tego chorego narządu, który i tak nie pełni swojej funkcji. W wybranych przypadkach niepowikłanej kamicy można wykonać endoskopowy zabieg usunięcia kamieni z przewodów żółciowych.

Wskazania do zabiegu operacyjnego w trybie nagłym:

- żółciowe zapalenie otrzewnej,
- ostre zapalenie dróg żółciowych.

Wskazania do zabiegu operacyjnego w trybie pilnym:

- żółtaczk mechaniczna,
- ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego.

Wskazania do operacji planowej:

- powtarzające się napady kolkowe,
- przewlekłe zapalenie pęcherzyka żółciowego.

Zabieg polega na usunięciu pęcherzyka żółciowego (cholecystektomia), a w niektórych przypadkach, gdy chirurg podejrzewa obecność kamieni w przewodach żółciowych – na rewizji i ewentualnym usunięciu kamieni z przewodu żółciowego wspólnego (choledochotomia). W tym przypadku do PŻW wprowadza się dren Kehra, nazywany też ze względu na kształt T-drenem. W ostatnim czasie większość zabiegów wykonuje się metodą laparoskopową.

Przygotowanie do cholecystektomii jest rutynowe. W badaniach poprzedzających zabieg zwykle zlecona jest kontrola poziomu bilirubiny (norma 0,4–1 mg%) i diastazy (do 300 j.m.). Dokładnie należy przygotować przewód pokarmowy: w dniu poprzedzającym operację od południa chory nic nie je, może natomiast pić płyny obojętne do północy. Pielęgniarka powinna pouczyć pacjenta, że przyjmowanie płynów nie powinno być ograniczane, co chorzy czasem robią w obawie przed pooperacyjnymi wymiotami. Pacjent powinien powstrzymać się od przyjmowania płynów na minimum 6 godzin przed operacją. Wykonuje się dwie lewatywy oczyszczające (wieczorem i wcześniej rano w dniu zabiegu). Brzuch należy ogolić szeroko – nieco poniżej linii sutków do spojenia łonowego. Pielęgniarka pamięta o przygotowaniu psychicznym chorego, ponieważ dla niego i jego rodziny nie ma „małych” i prostych operacji!

Pielęgnowanie chorego po zabiegu

Pielęgnowanie chorego po zabiegu polega na:

- ułożeniu chorego w pozycji półwysokiej (po wybudzeniu),
- oznakowaniu drenów i butelek Redona (literą D – dren wprowadzony z łożyska rany operacyjnej, literą K lub T – dren Kehra założony do PŻW),
- obserwacji treści z drenów:
 - **dren D – wydzielina krwista**, w niewielkiej ilości; w ciągu 24 godzin zmienia charakter na krwisto-surowiczą; dren D usuwa się zwykle w 2.–3. dobie,
 - **dren K(T) – prowadzi żółć** w ilości około 200–800 ml/dobę. Dren Kehra pomaga w zachowaniu drożności obrzękniętego po operacji PŻW, zapobiega powstawaniu w nim zrostów. Kształt drenu – litera T – pozwala na sphywanie w miarę ustępowania obrzęku PŻW coraz większej ilości żółci do dwunastnicy, a mniejszej – na

zewnątrz. Usuwa się go w 10.–14. dobie po uprzednim wykonaniu cholangiografii.

Zadaniem pielęgniarki jest obserwacja ilości i jakości wydzieliny z drenów, 2-krotne w ciągu doby mierzenie jej ilości i notowanie w dokumentacji pacjenta. Pielęgniarka powinna zwracać uwagę na ilość wydzielin, których powinno być coraz mniej.

Treść z butelek wylewa się, po czym należy wytworzyć w nich próżnię i połączyć ponownie z drenami.

Zaniepokoić powinna obecność krwi w butelce połączonej z drenem Kehra – należy od razu powiadomić lekarza!

Przygotowanie pacjenta do usunięcia drenu Kehra

1. Wykonanie cholangiografii wstępującej (środek kontrastowy Uropolinę podaje się przez dren Kehra). Celem badania jest sprawdzenie drożności przewodów żółciowych. W przeddzień badania pielęgniarka przygotowuje chorego. Wykonuje lewatywę oczyszczającą. Opróżnione jelita umożliwiają zobaczenie na zdjęciu RTG dróg żółciowych. W dniu badania chory pozostaje na czczo. Do pracowni RTG udaje się pod opieką pielęgniarki, która obecna jest w trakcie badania. Pielęgniarka ma przygotowany zestaw przeciwwstrząsowy na wypadek wystąpienia reakcji alergicznej po podaniu Uropoliny, która zawiera jod.

2. Jeżeli zdjęcia kontrastowe potwierdzą drożność przewodów żółciowych, przygotowuje się chorego do usunięcia T-drenu. Zamyka się dren początkowo na godzinę i obserwuje, czy nie występują u chorego nudności, bóle, wzdęcia brzucha, złe samopoczucie. Jeżeli pacjent nie zgłasza dolegliwości, to czas zamknięcia drenu wydłuża się, a skraca czas, kiedy pozostaje on otwarty. Pielęgniarka cały czas prowadzi obserwację chorego. Po 3–4 dniach takiego przygotowania T-dren usuwa się. Po jego usunięciu pacjent powinien pozostać w łóżku, leżąc na prawym boku około 2–3 godzin. Powinno to zminimalizować wyciek żółci do jamy otrzewnej. U niektórych chorych mogą wystąpić dreszcze lub podniesiona temperatura jako reakcja na dostanie się żółci do okolicznych tkanek. W skrajnych przypadkach może wystąpić żółciowe zapalenie otrzewnej.

- Opatrunki na ranie operacyjnej zmienia się według zasady „opatrunek zawsze czysty i suchy”. Jest to zawsze konieczne przy zabrudzeniu opatrunku żółcią, która ma drażniące działanie na skó-

rę. Wilgotny opatrunek jest nieprzyjemny i niepokoi chorego. Ślady żółci ze skóry zmywa się wodą i mydłem.

- Szwy usuwa się w 7.–8. dobie, zwykle w czasie kontrolnej poszpitalnej wizyty w poradni chirurgicznej.

- Wskazówki udzielane przez pielęgniarkę przy wypisie chorego do domu dotyczą prowadzenia oszczędzającego trybu życia przez około 3 miesiące, stosowania diety wątrobowej, przestrzegania terminów kontroli poszpitalnych.

- Obserwacja pielęgniarska powinna dotyczyć także ewentualnych **objawów żółtaczk**, która jest powikłaniem świadczącym o niedrożności dróg żółciowych i upośledzeniu funkcji wątroby. Kolejność pojawiania się zażółcenia: błony śluzowe jamy ustnej, białkówki, skóra (cofanie w odwrotnej kolejności). Mocz ma kolor ciemnego piwa, stolec jest jasny, odbarwiony. Występuje świąd skóry.

- Prawidłowe oddychanie i gimnastyka oddechowa – bardzo ważne. Obserwuje się często u pacjentów po cholecystektomii płytkie oddychanie, gdyż głębokie oddechy i zwiększony ruch przepony nasilają ból, zwłaszcza po operacjach wykonywanych metodą tradycyjną. Może to prowadzić do groźnych powikłań oddechowych.

- Wczesne uruchomienie: po operacjach laparoskopowych już w 1. dobie następuje pełne uruchomienie chorego. Po zabiegach klasycznych w 1. dobie pacjent wykonuje ćwiczenia w łóżku, siada, a pełne uruchomienie odbywa się w 2. dobie. Zawsze traktujemy chorego indywidualnie biorąc pod uwagę jego możliwości.

- Dieta pooperacyjna:

- doba "0" – ścisła, zwilżanie ust,
- doba "1" – płyny obojętne do picia,
- doba "2" – dieta płynna,
- doba "3" – dieta wątrobowa, lekkostrawna.

Do zwilżania ust nie używamy kwaczy, szpatulek owiniętych gazą itp. – są źródłem infekcji!

Dietę rozszerza się indywidualnie, w zależności od tolerancji (zwykle dobrej) przez chorego. Zadaniem pielęgniarki jest zachęcanie chorych do jedzenia, bowiem czasem chorzy boją się jeść, bo „może to za szybko”, obawiają się powikłań. Tłumaczenie celowości żywienia doustnego, także wskazówki żywieniowe na okres poszpitalny, są ważne dla pacjenta, zwiększają bowiem jego poczucie bezpieczeństwa w tym zakresie.

Terminy łacińskie

Cholelithiasis – kamica żółciowa

Colica biliaris – kolka żółciowa

Cholecystitis – zapalenie pęcherzyka żółciowego

Cholecystitis calculosa – zapalenie pęcherzyka żółciowego z powodu kamicy

Cholangitis – zapalenie dróg żółciowych

Hydrops vesicae felleae – wodniak pęcherzyka żółciowego

Empyema vesicae felleae – ropniak pęcherzyka żółciowego

Peritonitis biliaris – żółciowe zapalenie otrzewnej

Icterus mechanicus – żółtaczka mechaniczna

Pancreatitis acuta – ostre zapalenie trzustki

Pancreatitis chronica – przewlekłe zapalenie trzustki

Cirrhosis hepatis biliaris – marskość wątroby żółciowa

Cholecystectomy – usunięcie pęcherzyka żółciowego

Choledochotomy – nacięcie przewodu żółciowego wspólnego

Choledochoduodenostomia – zespolenie przewodu żółciowego wspólnego z dwunastnicą

Choledochogastrostomia – zespolenie przewodu żółciowego wspólnego z żołądkiem

Choledochojejunostomia – zespolenie przewodu żółciowego wspólnego z jelitem czczym

Pytania sprawdzające

1. Wymień czynniki ryzyka wystąpienia kamicy żółciowej.
2. Jakie są objawy kolki żółciowej?
3. Wymień powikłania kamicy żółciowej.
4. Omów przygotowanie do cholecystektomii.
5. Jaki jest cel założenia drenu Kehra?
6. Na czym polega przygotowanie do usunięcia drenu Kehra?
7. Wymień główne elementy opieki pielęgniarskiej po cholecystektomii.

Literatura uzupełniająca

1. Sylwanowicz W., Michajlik A., Ramotowski W.: *Anatomia i fizjologia człowieka*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1985.
2. Fibak J. *Chirurgia. Repetytorium*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1998, 2004.
3. Tuszewski M. (red.). *Chirurgia przewodu pokarmowego. Podręcznik dla pielęgniarek i studentów medycyny*. Kantor Wydawniczy SAWW, Poznań 1997.

4. Zahradniczek K. (red.). *Wprowadzenie do pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1999.
5. Kirschnik O. *Pielęgniarstwo*. Pod redakcją J. Jakubaszki, Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1997.
6. Northover J. Treasure T. (red.). *Chirurgia – pytania i odpowiedzi*. Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1991.