



Państwowa Akademia  
Nauk Stosowanych  
w Krośnie

# WYBRANE ZAGADNIENIA Z PIELEŃNIARSTWA CHIRURGICZNEGO

Małgorzata Moskał-Szybka



Materiał dydaktyczny  
dla studentów kierunku pielęgniarstwo



# WYBRANE ZAGADNIENIA Z PIEŁĘGNIARSTWA CHIRURGICZNEGO

Małgorzata Moskal-Szybka

Materiał dydaktyczny  
dla studentów kierunku pielęgniarstwo

Krosno 2025

**Projekt graficzny okładki:**

Piotr Kuliga

**Skład i łamanie:**

Piotr Kuliga

**Korekta:**

PANS Krosno

Wydawnictwo Naukowe PIGONIANUM

Rynek 1, 38-400 Krosno

<https://pans.krosno.pl/>

**Wydawca:**

Państwowa Akademia Nauk Stosowanych w Krośnie

Krosno 2025

ISBN 978-83-68799-00-2

Książka do bezpłatnego pobrania, nie powielać w formie wydruku.

## SPIS TREŚCI

|                                                                                                                                        |     |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| Przyjęcie pacjenta na oddział chirurgiczny i przygotowanie do zabiegu operacyjnego.....                                                | 9   |
| Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z zapaleniem wyrostka robaczkowego w okresie okołoperacyjnym.....                                  | 19  |
| Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z kamicą pęcherzyka żółciowego i z zapaleniem pęcherzyka żółciowego w okresie okołoperacyjnym..... | 25  |
| Opieka pielęgniarstwa nad chorym z przepukliną brzuszną w okresie okołoperacyjnym .....                                                | 35  |
| Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z niedrożnością jelit.....                                                                         | 43  |
| Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem przygotowywanym do wyłonienia i po wyłonieniu stomii jelitowej .....                               | 49  |
| Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z nowotworem żołądka w okresie okołoperacyjnym .....                                               | 59  |
| Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem po usunięciu gruczołu tarczycowego.....                                                            | 69  |
| Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem po zabiegu operacyjnym usunięcia gruczołu piersiowego.....                                         | 79  |
| Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem z żylakami kończyn dolnych w okresie okołoperacyjnym.....                                          | 89  |
| Opieka pielęgniarstwa nad pacjentem po amputacji kończyny dolnej .....                                                                 | 97  |
| Diagnozy i interwencje pielęgniarstwa po usunięciu wyrostka robaczkowego .....                                                         | 107 |
| Problemy pielęgnacyjne pacjenta po usunięciu pęcherzyka żółciowego.....                                                                | 111 |
| Problemy pielęgnacyjne pacjenta po usunięciu przepukliny brzusznej.....                                                                | 113 |
| Problemy pielęgnacyjne pacjenta z niedrożnością jelit .....                                                                            | 117 |
| Problemy pielęgnacyjne pacjenta po usunięciu tarczycy .....                                                                            | 121 |
| Problemy pielęgnacyjne pacjenta po usunięciu tarczycy .....                                                                            | 121 |
| Problemy pielęgnacyjne pacjenta po usunięciu żołądka.....                                                                              | 123 |
| Problemy pielęgnacyjne pacjenta po usunięciu żołądka.....                                                                              | 123 |

|                                                                  |     |
|------------------------------------------------------------------|-----|
| Problemy pielęgnacyjne po amputacji kończyny dolnej .....        | 125 |
| Problemy pielęgnacyjne po amputacji kończyny dolnej .....        | 125 |
| Proces pielęgnowania pacjenta po amputacji kończyny dolnej ..... | 129 |
| Piśmiennictwo .....                                              | 149 |

## ***„Pielęgowanie to sztuka serca, umysłu i dłoni”***

– Florence Nightingale

### ***Drodzy Studenci,***

przed Wami skrypt obejmujący wybrane zagadnienia z pielęgniarstwa chirurgicznego, opracowany z myślą o studentach II roku kierunku Pielęgniarstwo. Niniejszy materiał ma na celu ułatwić Wam zarówno przyswajanie wiedzy teoretycznej, jak i rozwijanie umiejętności praktycznych, które są niezbędne w codziennej pracy pielęgniarki i pielęgniarza w oddziałach zabiegowych.

Pielęgniarstwo chirurgiczne stanowi jeden z kluczowych obszarów praktyki pielęgniarstwa. To dziedzina wymagająca nie tylko znajomości procedur medycznych i zasad aseptyki, ale także wysokiego poziomu empatii, odpowiedzialności, samodyscypliny oraz umiejętności współpracy z zespołem terapeutycznym. Opieka nad pacjentem chirurgicznym to zadanie złożone, które wymaga holistycznego podejścia — obejmującego zarówno aspekty fizyczne, jak i psychiczne, emocjonalne oraz społeczne.

Mam nadzieję, że niniejszy skrypt pomoże Wam uporządkować i pogłębić wiedzę, a także przygotować się do zajęć praktycznych i klinicznych. Zawarte tu treści mają ułatwić zrozumienie specyfiki opieki nad pacjentem chirurgicznym — od etapu przygotowania do zabiegu operacyjnego, poprzez okres pooperacyjny, aż po edukację zdrowotną i wsparcie w procesie rekonwalescencji.

Zachęcam Was, abyście traktowali tę publikację nie tylko jako źródło informacji, lecz również jako inspirację do rozwijania własnych kompetencji zawodowych i pogłębiania refleksji nad istotą zawodu pielęgniarki i pielęgniarza. Pamiętajcie, że pielęgniarstwo to nie tylko profesja – to powołanie i misja, której celem jest niesienie pomocy drugiemu człowiekowi w chwilach trudnych, często granicznych. To codzienna obecność przy pacjencie, uważność na jego potrzeby, dawanie poczucia bezpieczeństwa, nadziei i wsparcia.

Każdy gest, słowo i działanie mają ogromne znaczenie – zarówno dla zdrowia pacjenta, jak i dla jego psychicznego komfortu. Dlatego niech nauka, doświadczenia zdobyte podczas zajęć oraz kontakt z pacjentami staną się dla Was źródłem satysfakcji, motywacji i zawodowej dumy.

Życzę Wam powodzenia, wytrwałości i radości z odkrywania swojej drogi w pielęgniarstwie. Niech zdobywana wiedza i doświadczenie staną się fundamentem Waszego przyszłego sukcesu i poczucia spełnienia w tym pięknym, wymagającym i niezwykle potrzebnym zawodzie.

Małgorzata Moskal-Szybka



## **PRZYJĘCIE PACJENTA NA ODDZIAŁ CHIRURGICZNY I PRZYGOTOWANIE DO ZABIEGU OPERACYJNEGO**

### **Przyjęcie pacjenta na oddział chirurgiczny**

- Tryb pilny/nagły – w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia, zagrożenia życia, konieczność natychmiastowej interwencji chirurgicznej, gwałtownego rozwoju objawów chorobowych,
- Tryb planowy/planowany – w przypadku schorzeń, które nie stanowią bezpośredniego zagrożenia życia, ale wymagają leczenia operacyjnego w ustalonym terminie.

### **Przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego**

- Przygotowanie psychiczne i fizyczne.
- Przygotowanie bliższe i dalsze.

Przygotowanie bliższe – rozpoczyna się dzień przed planowanym zabiegiem i trwa do chwili przekazania pacjenta na zabieg.

Przygotowanie dalsze – od czasu otrzymania informacji o zabiegu – do dnia poprzedzającego zabieg.

### **Przygotowanie pacjenta psychiczne dalsze do zabiegu**

- Rozpoczyna się od momentu poinformowania pacjenta o konieczności przeprowadzenia operacji. Lekarz kierujący udziela informacji wyjaśniających na czym będzie polegał dany zabieg, pomaga pacjentowi zniwelować lęk i strach – wspiera chorego, przeprowadza rozmowę z bliskimi.

Przygotowanie pacjenta psychiczne bliższe do zabiegu operacyjnego planowanego

- Rozpoczyna się w dniu poprzedzającym zabieg – trwa do czasu przekazania pacjenta na blok operacyjny. Polega na: wyjaśnieniu pacjentowi nurtujących go kwestii związanych z procesem leczenia i zabiegiem operacyjnym, wyjaśnieniu zasad oraz celowości przygotowania do zabiegu operacyjnego, przekazania choremu informacji na temat czekających go zabiegów i procedur.

WAŻNE Przygotowanie psychiczne kończy podpisanie formularza wyrażenia świadomej zgody na zabieg operacyjny.

Przygotowanie pacjenta fizyczne dalsze – rozpoczyna się od momentu otrzymania informacji o zabiegu do dnia poprzedzającego zabieg chirurgiczny – dotyczy zabiegów planowych.

- Szczepienia – przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW).
- Badania specjalistyczne, np. neurologiczne, kardiologiczne, konsultacje np. diabetologiczna, laryngologiczna, ginekologiczna, endokrynologiczna.
- Badania diagnostyczne, np. endoskopowe, USG, RTG, TK, MRI, punkcje cienko- lub grubo igłowe, pobieranie wycinków do badań.
- Przygotowanie farmakologiczne – uzupełnienie niedoborów, np. elektrolitowych, białkowych, krwi przy niskich wartościach morfologii.
- Przygotowanie dietetyczne – ocena stopnia niedożywienia, uzupełnienie niedoborów pokarmowych, np. białkowych, ograniczenie podaży cukru, zadbanie o stabilną masę ciała.
- Ćwiczenia oddechowe – nauka prawidłowego toru oddechowego przed zabiegiem, w celu prawidłowego rozprężania pęcherzyków płucnych po zabiegu operacyjnym.
- Nauka stabilizacji powłok brzusznych podczas kaszlu.
- Powstrzymanie się od palenia tytoniu – pooperacyjne powikłania płucne występują u palaczy sześciokrotnie częściej, a ryzyko pooperacyjne wzrasta do 70% w porównaniu z osobami, które nie palą. U palaczy częściej występuje skurcz krtani i kaszel podczas wprowadzania do znieczulenia – intubacji.

Przygotowanie pacjenta fizyczne bliższe do operacji: rozpoczyna się w dniu poprzedzającym zabieg operacyjny i trwa do czasu przekazania pacjenta na blok operacyjny.

**1. Wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych:** oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh; morfologia krwi, oznaczenie czasu krwawienia i krzepnięcia; podstawowe badania biochemiczne; oznaczenie antygenu HBs; inne badania w zależności od aktualnego stanu pacjenta, jego choroby podstawowej/chorób współistniejących, a także od rodzaju planowego zabiegu operacyjnego (np. mocznik, kreatynina, parametry wątrobowe, poziom określonych hormonów); badanie ogólne moczu; RTG klatki piersiowej; EKG.

**2. Pomiar wzrostu i masy ciała.**

**3. Optymalizacja stanu zdrowia** chorego, ze szczególnym zwróceniem uwagi na układ krążenia, oddechowy, pokarmowy, nerki, choroby endokrynologiczne, hematologiczne, neurologiczne oraz zaburzenia elektrolitowe.

**4. Konsultacja z lekarzem anestezjologiem – cel wizyty anestezjologicznej:**

- zapoznanie chorego z planem przygotowania do znieczulenia; ocena aktualnego stanu zdrowia pacjenta i współistniejących chorób; określenie stanu fizycznego wg skali ASA (American Society of Anaesthesiology); analiza wyników badań laboratoryjnych i dodatkowych; zlecenie dodatkowych konsultacji specjalistycznych/badań dodatkowych; określenia warunków abstynencji płynowej i pokarmowej; zlecenie premedykacji; uzupełnienie Przedoperacyjnej Ankiety Anestezjologicznej; podpisanie świadomej zgody na znieczulenie.

**5. Przygotowanie przewodu pokarmowego do zabiegu** – uzależnione od tego: czy zabieg jest planowany czy nagły oraz czy zabieg dotyczy przewodu pokarmowego, czy nie:

- gdy zabieg planowany i dotyczy przewodu pokarmowego – przełyk, żołądek, jelita, odbyt, odbytnica – konieczne jest specjalne przygotowanie, tj.: odstąpienie od przyjmowania pokarmów na co najmniej 24 godziny przed zabiegiem,

- w tym czasie dozwolone jest picie jedynie wody niegazowanej oraz przyjmowanie środków przeczyszczających,
- wykonanie lewatywy oczyszczającej wieczorem w przeddzień zabiegu, wrazie potrzeby,
- gdy zabieg planowy i nie dotyczy żołądka, jelit – wstrzymanie się od spożywania posiłków stałych i płynnych na minimum 6–8 godz. przed znieczuleniem; chory w przeddzień zabiegu nie spożywa kolacji (np. przy operacji wycięcia pęcherzyka żółciowego), czopek przeczyszczający według zlecenia lekarza – dzień przed operacją wieczorem,
- gdy zabieg planowany – poza przewodem pokarmowym – np. operacje tarczycy, żyłaków kończyn dolnych, piersi – dozwolone jest w przeddzień operacji spożycie kolacji i spożywanie płynów do godz. 22.00.
- operacja w trybie nagłym – jeśli operacja ma być przeprowadzona natychmiast a żołądek jest wypełniony → założenie sondy do żołądka i odciągnięcie treści żołądkowej celem opróżnienia żołądka, by zapobiec zachłystowemu zapaleniu płuc.

## 6. Przygotowanie pola operacyjnego

- w dniu zabiegu należy usunąć owłosienie skóry wokół planowanego cięcia chirurgicznego – wskazane jest strzyżenie pola operacyjnego; jeżeli nie ma maszynki do strzyżenia (tzw. "strzygarki") należy usunąć nadmiar owłosienia nożyczkami i ogolić miejsce do operacji, nie wcześniej jak 2 godziny przed zabiegiem,
- najmniejsze ryzyko zakażenia okolicy planowego cięcia chirurgicznego występuje wówczas, gdy czas między strzyżeniem/goleniem a rozpoczęciem zabiegu operacyjnego jest krótszy niż 1–2 godziny.

## 7. Higiena ciała

- wykonanie kąpieli całego ciała, specjalnym płynem odkażającym – ze szczególnym uwzględnieniem miejsca planowego cięcia, wieczorem dzień przed zabiegiem i rano w dniu operacji,
- gdy zabieg na jamie brzusznej metodą laparoskopową – wykonanie toalety pępka – tj. dokładne mycie i dezynfekcja pępka oraz założenie jałowego opatrunku na pępek,

- czyszczenie zębów i płukanie płynem odkażającym jamy ustnej w celu zmniejszenia ilości flory bakteryjnej i zmniejszenia ryzyka infekcji górnych dróg oddechowych,
- ubranie się w bieliznę operacyjną.

#### **8. Poinformowanie pacjenta o tym, że:**

- paznokcie u rąk i nóg pacjenta powinny być pozbawione lakieru,
- należy zdjąć metalowe ozdoby – obrączki, pierścionki, kolczyki, spinki do włosów, itd.,
- kobiety w okresie okołoperacyjnym nie powinny malować ust i skóry wokół oczu,
- wyjąć/usunąć sztuczne protezy zębowe, szkła kontaktowe,
- protezy kończyn – zdjąć/odczepić.

#### **9. Opróżnienie pęcherza moczowego**

- pacjent bezpośrednio przed zabiegiem operacyjnym powinien oddać mocz – wypełniony pęcherz zwiększa ryzyko uszkodzenia pęcherza a zwiotczenie mięśni może spowodować mimowolne oddanie moczu.

#### **10. Profilaktyka przeciwzakrzepowa**

- u chorych z żyłakami kończyn dolnych, bezpośrednio przed zabiegiem operacyjnym należy zabandażować kończyny dolne lub założyć opaskę uciskową/pończochy przeciwżyłakowe – utrzymywać do czasu opuszczenia łóżka po zabiegu,
- 12 godzin przed operacją, wg zlecenia należy podać pacjentowi, drogą podskórną, preparat heparyny drobnocząsteczkowej (np. CLEXANE, FRAXIPARYNA, FRAGMIN),
- wczesne uruchamianie chorych po operacji.

#### **11. Leki, płyny infuzyjne**

- profilaktyka antybiotykowa – antybiotyki dożylnie należy podać 60 minut przed rozpoczęciem operacji.
- podać leki i płyny infuzyjne – rodzaj, dawka i godzina podania określone przez lekarza zgodnie z planowaną operacją.

Leki, których podawanie w okresie okołooperacyjnym powinno być kontynuowane:

- przeciwpadaczkowe,
- przeciwnadciśnieniowe, antyarytmiczne,
- przeciwparkinsonoidalne,
- antypsychotyczne i anksjolityczne,
- kortykosteroidy,
- przeciwastmatyczne,
- immunosupresyjne,
- obniżające nadkwaśność oraz gastrokinetyczne.

Leki, których podawanie w okresie okołooperacyjnym powinno być wstrzymane:

- przeciwkrzepliwe i przeciw płytkowe,
- przeciw cukrzycowe,
- aspiryna i inne leki przeciwzapalne,
- moczopędne,
- doustne środki antykoncepcyjne i hormonalna terapia zastępcza.

**12. Premedykacja** – to farmakologiczne przygotowanie pacjenta do znieczulenia – według zlecenia lekarza anestezjologa.

Cel: zmniejszenie lęku, wywołanie niepamięci następczej, uśmierzenie bólu, zmniejszenie nudności, zmniejszenie wydzielania w drogach oddechowych, podwyższenie pH treści żołądkowej.

Podanie leku powinno mieć miejsce na 30–40 minut przed przewiezieniem pacjenta do sali operacyjnej. W premedykacji podaje się:

- leki przeciwbólowe, uspokajające, przeciwłukowe i nasenne,
- płyny infuzyjne: NaCl 0,9%, PWE >100 ml.

Przygotowanie pacjenta fizyczne w sytuacji nagłej:

- wykonanie pomiarów parametrów życiowych,
- wykonanie niezbędnych badań specjalistycznych (radiologiczne, endoskopowe, USG),
- oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh, antygenu HBs,

- założenie wenflonu – podłączenie zleconych płynów i leków,
- uzyskanie pisemnej zgody na zabieg operacyjny – jeśli stan chorego na to pozwala,
- premedykacja stosowana już na bloku operacyjnym.

### OPIEKA POOPERACYJNA

- Dzień operacji to zerowa „0” doba po zabiegu operacyjnym.
- Kolejny dzień po operacji – pierwsza „1” doba po zabiegu operacyjnym.
- Pacjent może być 5 dzień w szpitalu a w „0” dobie po zabiegu.

### POSTĘPOWANIE POOPERACYJNE

1. Ocena stanu świadomości – nawiązanie kontaktu werbalnego z chorym.
2. Kontrola parametrów życiowych.
3. Kontrola opatrunku, rany pooperacyjnej, drenów, sond, cewników.
4. Kontrola drożności wkłuc dożylnych.
5. Podaż leków, płynów infuzyjnych – według zlecenia.
6. Pobieranie materiału do badań kontrolnych – krwi, moczu, innych płynów ustrojowych.

W bezpośrednim okresie pooperacyjnym – tj. do 24 godzin od momentu zakończenia operacji – stan chorego może ulegać zagrażającym życiu zmianom – dlatego:

Monitorowanie parametrów życiowych:

- Przez pierwsze dwie godziny po zabiegu – pomiary co 15 minut,
- Przez kolejne 2 godziny od zabiegu – pomiary co 30 minut,
- Przez kolejne 2 godziny – pomiary co 1 godzinę,
- Przez kolejne 2 godziny – pomiary co 2 godziny,
- Później w zależności od potrzeb.

Kontrola **ciśnienia tętniczego** krwi – metodą ciągłą lub przerywaną.

Przyczyny wzrostu ciśnienia bezpośrednio po operacji: nadmierna podaż płynów; ból i rozciąganie pęcherza moczowego; nadciśnienie tętnicze u pacjenta; zbyt wąski mankiet do pomiaru ciśnienia.

Przyczyny obniżenia ciśnienia bezpośrednio po operacji: utrata krwi, niedotlenienie, zmiana pozycji ciała, leczone zaburzenia rytmu serca.

Kontrola **tętna** (rytm, napięcie, częstotliwość) – tętno po zabiegu mierzone przez pełną minutę,

- tętno dystalne – na tętnicy promieniowej – gdy niewyczuwalne → pomiar w okolicy uderzenia koniuszkowego serca – wówczas zapis w dokumentacji: tętno 85'cor.

**Oddech** – niepokój budzi oddech spłycony i zwolniony ( $\downarrow 5/\text{min}$ ) lub przyspieszony ( $\uparrow 35/\text{min}$ ) = ryzyko zaburzeń krążeniowo-oddechowych.

Przyczyny zaburzeń oddechowych po operacji: oziębienie = hipotermia, dreszcze, działanie środków zwiotczających i znieczulających, zalegająca wydzielina w drogach oddechowych, niedostateczne leczeniu bólu pooperacyjnego.

**Monitorowanie diurezy** – ilości wydalonego moczu:

- pacjent powinien oddać mocz do 6–8 godzin od czasu zakończenia operacji;
- ilość prawidłowej diurezy powinna wynosić około 30–50 ml na godzinę.
- Anuria – bezmocz – poniżej 50/ml moczu na dobę,
- Oliguria – skąpomocz – poniżej 500/ml moczu na dobę.

Przyczyny zaburzeń diurezy po operacji: krwawienie, gorączka  $\rightarrow + 1^{\circ}\text{C}$  = utrata 500 ml płynów, utrata płynów przez założone dreny, sondy, niedostateczna podaż płynów infuzyjnych, utrata płynów przez parowanie i wydychanie.

**Saturacja** –  $\text{SpO}_2$  – stopień wysycenia hemoglobiny tlenem, którą oznacza pulsoksymetr – nie powinna być niższa niż 94%. Najlepiej jak przekracza 96–97%.

Obserwacja **koloru skóry i błon śluzowych** – informuje o wydolności układu krążenia i oddechowego.



Kontrola **powrotu kapilarnego** – szybkość powrotu fizjologicznej barwy płytki paznokciowej po jej uprzednim naciśnięciu – u osób zdrowych powrót różowej barwy po 1–2 sekundach.

Kontrola **temperatury ciała** – nieznacznie podwyższona temperatura – bezpośrednio po zabiegu –  $37,5^{\circ}\text{C}$  – jest zjawiskiem wywołanym reakcją na uraz i znieczulenie.

Wzrost temperatury o  $1^{\circ}\text{C}$  w dwu kolejnych pomiarach wymaga postępowania diagnostycznego: ocena układu oddechowego – badanie fizykalne, badanie ogólne moczu i posiew moczu, inspekcja rany, posiew krwi.

Monitorowane **bólu pooperacyjnego** – obserwacja werbalnych i pozawerbalnych oznak bólu, np. wzrost ciśnienia tętniczego krwi, wzrost tętna, przyśpieszony i płycony oddech, minimalizacja/ograniczanie ruchów całego ciała; obserwacja rodzaju, umiejscowienia i czasu trwania bólu; stała kontrola bólu – według skal do oceny stopnia natężenia bólu, np. skala wzrokowo-analogowa – VAS, skala numeryczna – NRS, skala obrazkowa.

Podawanie pacjentowi zleconych **leków i płynów infuzyjnych** pod stałą kontrolą stanu ogólnego, głównie ciśnienia tętniczego krwi.

**Kontrola drożności dostępu dożylnego.**

**Obserwacja rany pooperacyjnej, kontrola opatrunku** – czy suchy, czy przesiąknięty, czym przesiąknięty – krew, żółć, płyn surowiczy, ropa.

Kontrola **drenów** wyprowadzonych z łoży pooperacyjnej, ich przebieg, ilość i jakość treści wypływającej przez dreny do butelek zbiorczych, dynamika przybywania wydzieliny – ilości mililitrów w jednostce czasu (godzina, doba). Usuwanie drenów – z chwilą ustania wycieku, np. poniżej 30 ml/dobę.

**Tlenoterapia uzupełniająca** – przepływ tlenu w litrach na minutę (np. 3 l / min) – zlecona przez anestezjologa w zaleceniach pozabiegowych.

**Profilaktyka zakrzepowo-zatorowa** – 1 x dobę po zabiegu – do pełnego uruchomienia pacjenta należy podawać pacjentowi drogą podskórną preparat heparyny drobnocząsteczkowej.

**Wczesne uruchamianie** – zmniejsza ryzyko powikłań głównie płucnych, zakrzepowo-zatorowych i krążeniowych.

Przeciwwskazanie do usprawniania: bradykardia → 35 ud./min; tachykardia → 150–180 ud./min; ostre zakrzepowe zapalenie żył.

Po znieczuleniu podpajeczynówkowym lub zewnątrzoponowym – chory powinni po zabiegu leżeć płasko przez 12 godzin z głową uniesioną około 30° (profilaktyka popunkcyjnego bólu głowy).

- występuje brak czucia w kończynach dolnych do kilku godzin po zabiegu,
- po zabiegach laparoskopowych pacjent może wstać w dniu zabiegu wieczorem w asyście pielęgniarki,
- po operacjach tradycyjnych, rozległych – początkowo usprawnianie to zmiany pozycji w łóżku, ćwiczenia głębokiego oddychania, ćwiczenia efektywnego kaszlu.

#### **Monitorowanie układu pokarmowego:**

- Działanie anestetyków może wywołać nudności i wymioty.
- Dieta ścisła po zabiegu operacyjnym na przewodzie pokarmowym → dożylna podaż płynów.
- Rozszerzanie diety – uzależnione od przebytego zabiegu i samopoczucia chorego.

**Pobieranie materiału do analiz laboratoryjnych** – krwi, moczu, innych płynów ustrojowych.

#### **Dbanie o ogólny komfort chorego.**

## **OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ZAPALENIEM WYROSTKA ROBACZKOWEGO W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM**

**Zapalenie wyrostka robaczkowego – łac. *appendicitis*. E**

**Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego (OZWR)** jest najczęstszą chorobą przebiegającą z dolegliwościami bólowymi w jamie brzusznej.

- Występuje w każdym wieku, najczęściej jednak między 10 a 30 rokiem życia.
- Mężczyźni chorują 2 razy częściej.

### **Przyczyny:**

- Miejscowe zakażenie bakteryjne (obrzęk grudek chłonnych ściany wyrostka).
- U większości chorych przyczyną zapalenia jest zatkanie światła wyrostka robaczkowego masami kałowymi (małym kamieniem kałowym – osoby starsze).
- Rzadziej przyczyną są pasożyty, ciała obce czy rozrost tkanki chłonnej (osoby młodsze).

Zatkanie światła wyrostka robaczkowego staje się przyczyną rozwoju infekcji bakteryjnej, której następstwem może być:

- ostre zapalenie,
- zapalenie ropowicze,
- zapalenie zgorzelinowe,
- zapalenie z przedziurawieniem prowadzi do rozlanego zapalenia otrzewnej, powstania ropnia lub nacieku okołowyrostkowego.

## Objawy

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego rozwija się gwałtownie!

- ból kolkowy w nadbrzuszu lub w okolicy pępka,
- bolesność w punkcie McBurneya – tj. w połowie odległości linii łączącej kolec biodrowy przedni górny kości biodrowej z pępkiem, ból stopniowo umiejscawia się w prawym dole biodrowym,
- napięcie mięśniowe (obrona mięśniowa) i bolesność uciskowa w obrębie prawego dołu biodrowego i dodatni objaw Blumberga – tj. uciśnięcie miejsca nad prawym talerzem biodrowym jest mało bolesne, ale nagłe zwolnienie ucisku powoduje ostry ból.
- dodatni objaw Rovsinga – tj. uciśnięcie lewej połowy brzucha szeroko dłońią, wywołuje ból po prawej stronie podbrzusza – w miejscu wyrostka robaczkowego – objaw ten wywołany jest przemieszczeniem się treści jelitowej w okrężnicy, która napinając kątnice wywołuje ból,
- bolesność po stronie prawej w badaniu per-rectum,
- podwyższona temperatura ciała do 38–39° C,
- tachykardia – około 120 ud./min
- niekiedy niechęć do jedzenia, nudności, wymioty i/lub biegunka,
- leukocytoza > 10–11 tys./mm<sup>3</sup>,
- w zaawansowanym OZWR – tzw. 'cisza jelitowa' = brak perystaltyki jelit.

## Diagnostyka

- wywiad, badanie fizykalne, badania laboratoryjne (leukocyty, białko C – reaktywne = CRP, Ht – hematokryt), USG jamy brzusznej, tomografia komputerowa, u kobiet – konsultacja ginekologiczna (różnicowanie, m.in. z zapaleniem przydatków, ciążą pozamaciczną).

## Sposoby leczenia – leczenie chirurgiczne

- Pacjent powinien być operowany w ciągu kilku godzin od przyjęcia do szpitala.
- Zabieg operacyjny polega na usunięciu wyrostka robaczkowego – appendectomy.

- Zabieg można wykonać metodą klasyczną = tradycyjną przez otwarcie jamy brzusznej (LAPAROTOMIA) cięciem skośnym McBurneya lub cięciem przyprostym, albo metodą laparoskopową.

Opóźnienie leczenia operacyjnego (>2 doby) może być przyczyną zaawansowanego stanu zapalnego i zgorzeli ściany wyrostka, jej przedziurawienia.

W konsekwencji – naciek okołowyrostkowy i rozlane zapalenie jamy otrzewnej.

**Naciek okołowyrostkowy** – to guz zapalny obejmujący tkanki otaczające wyrostek robaczkowy, tj. jelita, ścianę powłok brzusznych.

### **Objawy nacieku okołowyrostkowego**

- nieprzesuwalny guz w prawym podbrzuszu,
- guz żywo-bolesny – po około 4 dniach staje się niebolesny,
- z wywiadu wynika że występują wymioty, nudności, gorączka, utrata apetytu i ból utrzymujący się kilka dni,
- naciek może ulec resorpcji lub powstaje ropień.

### **Leczenie zachowawcze:**

- chory pozostaje w łóżku – leczenie spoczynkowe,
- antybiotyk o szerokim spektrum działania,
- lek przeciwbólowy,
- pomiar parametrów życiowych,
- na powłoki brzuszne – okład wysychający lub zimny okład żelowy – zmniejsza ból, stan zapalny,
- dieta bezbłonnikowa.

Usunięcie wyrostka po 6 – 12 tygodniach !

### **Zapalenie jamy otrzewnej – łac. *peritonitis*.**

### **Objawy**

- rozlany ból brzucha nasilający się przy ruchu, kaszlu,
- dodatni objaw Blumberga,

- wzmożone napięcie mięśni brzucha – tzw. brzuch deskowaty,
- „cisza” w jamie brzusznej = zatrzymanie gazów i stolca, brak szmerów perystaltycznych,
- wymioty, nudności,
- suchy język – utrata płynów (wymioty), wstrzymanie podaży płynów,
- chorego spocony,
- unika ruchów ciała,
- wchłanianie do krwioobiegu toksyn bakteryjnych występujących w płynie w jamie otrzewnej – zagrożenie życia – sepsa!
- objawy ogólnoustrojowe: tachykardia, przyspieszenie oddechu, obniżenie ciśnienia tętniczego krwi, skąpomocz/bezmocz; zaostrzone rysy twarzy – tzw. twarz Hipokratesa (twarz cierpiąca).

### Rozpoznanie

- wywiad, badanie przedmiotowe,
- zdjęcie rentgenowskie jamy brzusznej w pozycji stojącej,
- wyniki badań laboratoryjnych: poziom potasu, sodu, mocznika, leukocytoza przekraczająca 20 tysięcy leukocytów/l mm<sup>3</sup>,
- USG jamy brzusznej.

### Leczenie operacyjne w trybie nagłym!

- otwarcie jamy brzusznej = laparotomia,
- usunięcie zapalnego wyrostka,
- oczyszczenie i wypłukanie jamy otrzewnej z treści ropnej,
- dren w loży po usunięciu wyrostka,
- antybiotykoterapia!

**Przygotowanie pacjenta do zabiegu usunięcia wyrostka robaczkowego – łac. *appendectomy*.**

### Psychiczne

Udzielenie niezbędnych informacji na temat zabiegu, znieczulenia, postępowania po zabiegu operacyjnym. Wysłuchanie obaw pacjenta, zapewnienie o bezpieczeństwie. Uzyskanie pisemnej zgody na zabieg operacyjny.

### Fizyczne

- Założenie wkłucia obwodowego.
- Pobranie materiału do podstawowych badań laboratoryjnych, wykonanie niezbędnych pomiarów.
- Wykonanie badań obrazowych i zleconych konsultacji.
- Uzupełnienie płynów – wyrównanie niedoborów.
- Założenie sondy do żołądka w celu opróżnienia go, jeżeli nie upłynęło minimum 6 godzin od ostatniego posiłku i chory nie wymiotuje.
- Podanie antybiotyku przed zabiegiem operacyjnym – zgodnie z kartą zleceń.
- Wykonanie pozostałych czynności przygotowawczych, zgodnie z procedurą przygotowania pacjenta w trybie nagłym do zabiegu operacyjnego, z wyjątkiem oczyszczenia jelita grubego.
- Nie powinno wykonywać się lewatywy przed zabiegiem operacyjnym; pobudza to perystaltykę jelit i może doprowadzić do perforacji = pęknięcia wyrostka.

### Pielęgnowanie po zabiegu operacyjnym usunięcia wyrostka robaczkowego:

- Kontrola świadomości.
- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych.
- Kontrola rany pooperacyjnej, opatrunków, drenów.
- Obserwacja sondy żołądkowej (jeżeli jest założona).
- Podawanie zleconych leków, płynów – antybiotykoterapia, leki przeciwbólowe.
- Dokumentowanie wszystkich pomiarów, podanych leków, płynów.
- Obserwacja w kierunku powikłań.
- Uruchamianie – po laparoskopii – wieczorem w dniu operacji; po zabiegu klasycznym – pionizacja następnego dnia (zależnie od wieku, stanu ogólnego), zwrócenie uwagi na wyprostowaną sylwetkę!
- Usunięcie szwów – uzależnione jest od gojenia się rany, najczęściej 7. dnia po operacji klasycznej a 4. dnia po operacji laparoskopowej.
- Usunięcie drenów uzależnione jest od ilości i rodzaju drenowanego płynu. Najczęściej przy pustym zbiorniku lub ze śladową ilością płynu dren jest usuwany następnego dnia po zabiegu operacyjnym.

**Wskazówki dla pacjenta podczas wypisu ze szpitala:**

- Zgłosić się do kontroli w celu usunięcia szwów w dniu wyznaczonym przez lekarza i podanym w karcie informacyjnej.
- Obserwować ranę pooperacyjną: czy brzegi rany nie są zaczerwienione.
- Obserwować temperaturę ciała: wystąpienie gorączki zobowiązuje chorego do zgłoszenia się do lekarza przed wyznaczonym terminem.
- Ograniczyć podnoszenie ciężkich przedmiotów przez około 3 miesiące, aby zapobiec powstaniu przepukliny w miejscu rany pooperacyjnej.
- Ranę pooperacyjną w pierwszym okresie po zabiegu, tj. do około 2 tygodni, można myć pod bieżącą wodą z mydłem – zalecany prysznic (unikąć kąpieli w wodzie stojącej – wanna).
- Po kąpieli założyć jałowe opatrunki na ranę – ma to szczególne znaczenie u chorych, u których gojenie rany pooperacyjnej może być utrudnione – np. z powodu współistniejącej cukrzycy lub opóźnione – w wyniku zakażenia rany.
- Po wypisaniu chorego z oddziału chirurgii, pacjent do 1 tygodnia od dnia zabiegu powinien spożywać posiłki lekkostrawne, nie wzdymające. Po tym okresie może stopniowo powrócić do diety stosowanej przed operacją.
- Pacjenci po operacji mogą wrócić do dotychczasowej aktywności fizycznej po upływie 3–4 tygodni od momentu przeprowadzenia zabiegu.

Zalecenia te mają na celu zapobiec ewentualnemu rozejściu się rany pooperacyjnej i/lub wystąpieniu przepukliny pooperacyjnej.



# **OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z KAMICĄ PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO I Z ZAPALENIEM PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM**

## **Kamica pęcherzyka żółciowego – łac. *cholelithiasis*.**

- występuje 3–4 razy częściej u kobiet niż u mężczyzn,
- kamienie (złogi) żółciowe powstają w pęcherzyku żółciowym i mogą przemieszczać się do przewodów żółciowych,
- kamienie żółciowe mają różną wielkość, różny skład – tworzą się ze składników żółci – m.in. z cholesterolu, bilirubiny i soli wapnia,
- prawie wszystkie kamienie powstają w pęcherzyku, mogą też powstawać w przewodach żółciowych.

## **Główne przyczyny powstawania kamieni żółciowych:**

- spożywanie pokarmów obfitujących w cholesterol,
- niedobór wody w organizmie,
- zaburzenia opróżniania dróg żółciowych z jednoczesnymi zaburzeniami równowagi ilościowej składników żółci,
- nieprawidłowości w budowie pęcherzyka żółciowego.

## **Czynniki sprzyjające powstawaniu kamieni żółciowych:**

- wiek – z wiekiem wzrasta wydzielanie cholesterolu do żółci, a jednocześnie zmniejsza się wytwarzanie kwasów żółciowych, które chronią przed tworzeniem się złogów cholesterolowych,
- płeć – wśród kobiet zachorowalność jest większa – ma to związek z większą ilością wydzielanego do żółci cholesterolu,

- masa ciała – u osób otyłych zwiększone jest wydzielanie cholesterolu do żółci,
- współistniejące schorzenia metaboliczne (np. hipercholesterolemia),
- szybka utrata masy ciała,
- czynniki genetyczne.

**Najbardziej typowym objawem kamicy pęcherzyka żółciowego jest kolka żółciowa.**

#### **Kolka żółciowa:**

- bardzo silny, napadowy ból wywołany przez skurcze pęcherzyka i dróg żółciowych spowodowane podrażnieniami przez przesuwający się kamień żółciowy lub przez zamknięty odpływ żółci przez kamień,
- ból umiejscowiony jest w prawym podżebrzu promieniuje do pleców, pod prawą łopatkę,
- atak kolki żółciowej trwa wiele godzin,
- zwykle pojawia się po błędach dietetycznych, po silnych przeżyciach psychicznych, niekiedy po dużym wysiłku fizycznym,
- ból często pojawia się w nocy lub nad ranem,
- występuje obrona mięśniowa w nadbrzuszu i wzdęcie brzucha,
- występują nudności i wymioty podbarwione żółcią, które nie przynoszą ulgi.

**Kamica przewodowa** – łac. *choledocholithiasis* – to następstwo przedostania się drobnych złogów (podczas ataku kolki) do przewodu pęcherzykowego i dalej do przewodu żółciowego wspólnego.

#### **Objawy**

- żółtaczka mechaniczna (zaporowa) spowodowana częściowym lub całkowitym zablokowaniem przewodu żółciowego wspólnego przez kamień żółciowy,
- możliwość ostrego zapalenia trzustki w wyniku zatkania przewodu trzustkowego,
- ból w prawym podżebrzu po spożyciu niektórych potraw – zwłaszcza tłustych.

**Przyczyny zapalenia pęcherzyka żółciowego:**

- kamica żółciowa (95%),
- bezkamicze zapalenie pęcherzyka żółciowego (5%) jako następstwo ogólnej infekcji bakteryjnej,
- nieleczone lub niewłaściwie leczone może prowadzić do: zgorzeli ściany pęcherzyka z rozwojem ograniczonego zapalenia otrzewnej, rozlanego zapalenia otrzewnej w przebiegu perforacji ściany pęcherzyka.

**Ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego – łac. *cholecystitis*.**

To następstwo odczynu zapalnego ściany pęcherzyka żółciowego powstałego wskutek:

- drażnienia ściany kamieniami żółciowymi,
- wzrostu ciśnienia i rozciągania ściany pęcherzyka,
- podrażnianie prowadzi do wydzielania czynników procesu zapalnego i bakteryjnego zakażenia żółci, która nie odpływa do jelit wskutek przyblokowania przewodu żółciowego przez kamień w przewodzie żółciowym wspólnym.

**Objawy:**

- bolesność uciskowa w prawym podżebrzu,
- nasilenie bólu przy nabieraniu powietrza,
- obrona mięśniowa po prawej stronie nadbrzusza,
- wzdęcie brzucha,
- nudności i wymioty,
- leukocytoza,
- gorączka  $> 38^{\circ}\text{C}$ ,
- z powodu zatkania kamieniem przewodu żółciowego – powstaje wodniak pęcherzyka żółciowego – tzn. w pęcherzyku gromadzi się płyn przesiąkowy; płyn doprowadza do rozciągnięcia ściany pęcherzyka i jego znacznego powiększenia,
- wówczas stwierdza się wyczuwalny pod prawym łukiem żebrowym, powiększony, gładki i mało bolesny pęcherzyk,
- z wodniaka może powstać ropniak pęcherzyka żółciowego – powstaje, gdy dochodzi do zakażenia żółci,

- wówczas pęcherzyk jest wyraźnie powiększony i napięty, występuje gorączka do 40°C z dreszczami i wyraźną obroną mięśniową → operacja w trybie pilnym!

### Diagnostyka:

- USG jamy brzusznej,
- ERCP= ECPW – endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna,
- tomografia komputerowa,
- badania laboratoryjne – morfologia, poziom elektrolitów, bilirubiny, cholesterolu, glukozy, mocznika, AspAT= aminotransferaza asparaginowa, ALAT = aminotransferaza alaninowa, enzymy: amylaza, fosfataza; czynniki krzepnięcia,
- badanie fizykalne – badanie palpacyjne:
- objaw Chełmońskiego – lekarz przykładą dłoń pod prawym łukiem żebrowym – drugą wolną ręką – pięścią – uderza w dłoń ułożoną na ciele pacjenta (wstrząsanie) = objaw jest dodatni gdy pojawi się ból;
- objaw Murphy'ego – polega na położeniu dłoni w okolicy podżebrowej prawej w linii środkowo-obojęzkowej i nakazanie choremu wykonania głębokiego wdechu – objaw uważa się za dodatni, jeśli badany przerywa wdech, co spowodowane jest bólem.

**Badanie ERCP = ECPW** – endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna:

- badanie uwidacznia przewody żółciowe i trzustkowe w obrazie radiologicznym,
- polega na wprowadzeniu endoskopu do dwunastnicy (tzw. duodenoskop), a przez niego wprowadzenie cewnika przez naciętą brodawkę Vatera do dróg żółciowych i podanie przez cewnik środka cieniującego – po czym następuje wykonanie serii zdjęć RTG,
- umożliwia uwidocznienie przeszkody w drogach żółciowych, gdy istnieje trudność w odpływie żółci do jelita,
- umożliwia leczenie zmian chorobowych, np. poszerzenie lub protezowanie zwężeń dróg żółciowych w celu odpływu żółci, usunięcie kamieni z dróg żółciowych za pomocą tzw. koszyczka Dormia,

- ERCP – to skuteczny zabieg endoskopowego wydobycia kamieni w kamicy przewodowej przed zabiegiem laparoskopowym.

### **Postępowanie operacyjne**

- CHOLECYSTECTOMIA – zabieg operacyjny polegający na usunięciu pęcherzyka żółciowego wypełnionego kamieniami żółciowymi.
- CHOLEDOCHOTOMIA – nacięcie przewodu żółciowego wspólnego i usunięcie kamieni z przewodu żółciowego wspólnego.

### **Przygotowanie do zabiegu wycięcia pęcherzyka żółciowego – cholecystectomii**

- Psychiczne: rozmowa pacjenta z chirurgiem, anestezjologiem – wyjaśnienie procedur, rozwianie wątpliwości pacjenta, nieograniczanie pacjentowi kontaktu z rodziną przed zabiegiem, kontakt z duchownym, pisemna zgoda na zabieg.
- Fizyczne:
  - wykonanie zleconych badań laboratoryjnych, diagnostycznych,
  - monitorowanie parametrów życiowych,
  - przygotowanie pola operacyjnego, m.in. przed zabiegiem laparoskopowym – założenie do pępka 'tupfera' (małego wacika, gazika) nasączonego alkoholowym środkiem antyseptycznym,
  - przygotowanie przewodu pokarmowego,
  - profilaktyka przeciwzakrzepowa,
  - nauczanie chorego gimnastyki oddechowej,
  - antybiotykoterapia profilaktyczna,
  - podanie premedykacji,
  - założenie koszuli operacyjnej,
  - usunięcie protez, biżuterii, makijażu – itp.

## **CHOLECYSTECTOMIA**

### **Zabieg można wykonać:**

- metodą tradycyjną klasyczną, przez otwarcie jamy brzusznej (tzw. laparotomię – jedno długie cięcie pod prawym łukiem żebrowym),

- metodą laparoskopową (3–4 małe cięcia, tj. dostępy do jamy brzusznej, tzw. chirurgia małoinwazyjna).

#### **Zabieg metodą laparoskopową polega na:**

- wytworzeniu odmy otrzewnowej – tzw. przestrzeni umożliwiającej obserwację – za pomocą insuflatora włącza się gaz (dwutlenek węgla) do jamy brzusznej, aby unieść powłoki jamy brzusznej,
- wykonaniu 3–4 nakłuć powłok brzusznych, przez które wprowadza się układ optyczny oraz narzędzia techniczne (tzw. trokary),
- najważniejszy jest tor wizyjny, który przez układ soczewek z dołączoną kamerą transmituje obraz z wnętrza jamy brzusznej na ekran monitora, umożliwiając ciągłą obserwację pola operacyjnego.

Zabieg operacyjny nie eliminuje skłonności genetycznej do powstawania złogów. Gdy nie ma już pęcherzyka żółciowego, złogi mogą powstawać w drogach żółciowych – mówi się wówczas o kamicy przewodowej.

#### **Pielęgnowanie pacjenta po zabiegu usunięcia pęcherzyka żółciowego**

1. Kontrola stanu świadomości chorego.
2. Monitorowanie podstawowych funkcji życiowych.
3. Ocena barwy skóry i błon śluzowych oraz powrotu kapilarnego.
4. Tlenoterapia – przez około 3 godziny (po operacji metodą laparoskopową!).
5. Obserwacja rany operacyjnej – kontrola czystości opatrunków, drenów Redona (ocena ilości i jakości drenowanej treści, drożności drenów).

Po operacji tradycyjnej oraz po choledochotomii pacjent ma założony do przewodu żółciowego dren Kehra – tzw. T – dren.

#### **Pielęgnowanie pacjenta z założonym drenem Kehra:**

- sprawdzanie drożności drenu i połączenia z butelką zbiorczą,
- obserwacja ilości oraz wyglądu drenowanej treści,
- wyjaśnienie pacjentowi zasad działania drenażu oraz poinformowanie o konieczności zachowania ostrożności i ograniczeniu manipulacji przy drenie,
- dokumentowanie bilansu dobowego żółci,

- zabezpieczenie skóry wokół drenu jałowym opatrunkiem,
- przed usunięciem drenu zaciska się go na kilka godzin, np. początkowo na 2 godziny, w kolejnych dobach na 4, 8, 16 i 24 godziny → i obserwuje się chorego po zamknięciu drenu – jeżeli występuje ból, rozpieranie w prawym podżebrzu, nudności – to świadczy o utrudnionym odpływie żółci do dwunastnicy → jeśli wystąpią powyższe objawy, należy natychmiast powiadomić lekarza oraz ponownie otworzyć dren.
- po zamknięciu drenu na 24 godziny wykonuje się cholangiografię w celu sprawdzenia drożności przewodu żółciowego wspólnego.

6. Wczesne uruchamianie pacjenta po zabiegu – po operacji laparoskopowej pacjenta należy uruchomić jak najwcześniej, najlepiej wieczorem w asyście pielęgniarki.

7. Kontrola bólu pooperacyjnego – systematyczne podawanie leków przeciwbólowych pod kontrolą natężenia bólu, ocenianego przy użyciu odpowiednich skal,

- ból w ranie pooperacyjnej – po operacji laparoskopowej ból zazwyczaj ma niewielkie natężenie, jest reakcją na uszkodzenie nerwów biegnących w okolicy cięcia chirurgicznego, obecność krwiaka w ranie, zakażenie rany.
- ból w okolicy ramion, obojczyków i potylicy – wynika ze specyfiki operacji laparoskopowej. Podczas zabiegu do jamy brzusznej wprowadza się gaz ( $\text{CO}_2$  – dwutlenek węgla), który unosi powłoki brzuszne oraz przeponę, powodując podrażnienie nerwów przeponowych, odchodzących od splotu szyjnego C4 i C5.
- ból tylko prawego barku – może świadczyć o podrażnieniu prawego nerwu przeponowego przez np. krwiak podprzeponowy, ropień podprzeponowy lub zbiornik żółci.

8. Dbanie o ogólny komfort pacjenta.

9. Dokumentowanie wszystkich pomiarów, podawanych pacjentowi leków oraz ilości podanych płynów infuzyjnych.

10. Stała obserwacja chorego pod kątem wystąpienia ewentualnych powikłań pooperacyjnych.

### **Zalecenia dla chorego po zakończeniu leczenia szpitalnego**

Usunięcie pęcherzyka żółciowego oznacza brak magazynowania żółci, a co za tym idzie – brak jej dziesięciokrotnego zagęszczenia. Skutkuje to ograniczeniem szybkiego dostarczania odpowiedniej ilości żółci do dwunastnicy, po spożyciu większej ilości tłuszczu.

Operacja nie cofa całkowicie uszkodzeń wątroby, zaburzeń w obrębie dróg żółciowych ani zmian w trzustce, które powstały w czasie trwania kamicy żółciowej.

Wskazane jest przestrzeganie zasad dietetycznych – przez co najmniej kilkanaście tygodni, a w niektórych przypadkach nawet na całe życie.

### **Zalecenia dietetyczne**

- ograniczenie spożycia tłuszczów w zakresie ilościowym, jak i jakościowym – głównie tłuszczów pochodzenia zwierzęcego,
- we wczesnym okresie pooperacyjnym należy unikać tłustego mięsa, jaj, ostro przyprawionych potraw, alkoholu, napojów gazowanych, mocnej kawy,
- warzywa i owoce należy spożywać w postaci gotowanej,
- spożywanie posiłków często (5–6 razy), w małych porcjach, tak aby zapobiec zastojowi żółci w drogach żółciowych oraz nagłemu wyrzutowi dużej ilości żółci do przewodu pokarmowego,
- wyłączenie z diety potraw ciężkostrawnych i wzdymających,
- ograniczenie spożywania produktów bogatych w cholesterol, takich jak: wieprzowina, pasztety, podroby, mielonki oraz żółte sery,
- spożywanie świeżych produktów – należy unikać długiego przechowywania żywności w lodówce oraz wielokrotnego zamrażania i rozmrażania mięsa, co zmniejszy ryzyko infekcji przewodu pokarmowego,
- odpowiednia podaż białka w diecie – jego źródłem powinny być przede wszystkim: chude mięsa, ryby oraz chudy nabiał.

**Umiarkowany wysiłek fizyczny**, który jest zalecany, aby pobudzić procesy przemiany materii oraz zapobiec otyłości.



Przez 2–3 miesiące należy unikać wysiłku fizycznego oraz dźwigania ciężkich przedmiotów (powyżej 5 kg), aby zmniejszyć ryzyko powstania przepukliny w miejscu cięcia chirurgicznego.

**Usunięcie szwów** po zabiegu metodą klasyczną – około 7. dnia po operacji, po laparoskopii – zazwyczaj 3–4 dnia po zabiegu.

**Pielęgnacja blizny pooperacyjnej** – delikatne mycie blizny pod bieżącą wodą z użyciem szarego mydła lub mydła o pH 5,5, naprzemienne polewanie ciepłą i chłodną wodą w celu poprawy jej ukrwienia – wspomaga to proces gojenia.

**Przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami lekarza** – w przypadku uszkodzenia miększu wątroby zaleca się przyjmowanie leków hepatoprotekcyjnych wspomagających regenerację komórek wątrobowych. W przypadku uszkodzenia trzustki zaleca się przyjmowanie suplementów enzymów trzustkowych, wspomagających procesy trawienia.

Niekiedy zaleca się pacjentom spożywanie wód zdrojowych, które wspomagają odpływ żółci oraz korzystnie wpływają na przemianę materii.



## OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD CHORYM Z PRZEPUKLINĄ BRZUSZNĄ W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM

**Przepuklina łac. *hernia***, to nieprawidłowe przemieszczenie się zawartości jamy brzusznej (narządów jamy brzusznej) poza jej anatomiczne granice, przez nabyte lub naturalne (wrodzone) otwory w powłokach brzusznych.

Zawartość jamy brzusznej jest utrzymywana przez powłoki brzuszne, w których istotną warstwę stanowią mięśnie oraz ich rozciągna.

Warstwy mięśni krzyżują się i jeśli w miejscu skrzyżowania znajduje się słabo chroniony punkt lub szczelina, wówczas w tym miejscu uwypukla się otrzewna tworząc z czasem przepuklinę.

Nieleczona przepuklina brzuszna ulega powiększeniu, nasilają się objawy towarzyszące oraz wzrasta ryzyko powikłań, które mogą zagrażać życiu pacjenta.

Charakterystycznym objawem przepukliny brzusznej jest patologiczne uwypuklenie, pojawiające się w okolicach: pępka, nadbrzusza, pachwiny bądź blizny pooperacyjnej.

Uwypuklenie ma charakter guzka, który powiększa się podczas wysiłku fizycznego, ataku kaszlu, parcia na mocz lub stolec.

Przepuklinie brzusznej towarzyszy ból nasilający się w momencie wzrostu ciśnienia w jamie brzusznej.

**W przepuklinie wyróżnia się:** wrota przepukliny, kanał przepukliny, worek przepuklinowy, zawartość przepukliny.

- Wrota przepukliny – otwór (pierścień) w ścianie brzusznej, przez który przedostaje się wypuklona otrzewna.
- Kanał przepukliny – droga otrzewnej między tkankami tworząca kanał kończący się rozszerzeniem w wiotkiej tkance podskórnej.
- Worek przepuklinowy – wypuklona i przemieszczona na zewnątrz otrzewna, która często bywa zgrubiała. W worku przepuklinowym wyróżnia się: szyjkę, trzon, dno.
- Zawartość przepukliny – mogą ją stanowić prawie wszystkie narządy jamy brzusznej – najczęściej w worku przepuklinowym znajduje się: pętla jelita cienkiego, pętla jelita grubego, pęcherz moczowy.

### Podział przepuklin

Przepuklina wrodzona i nabyta

- Przepuklina wrodzona – ujawnia się zaraz po urodzeniu lub w 1–2 roku życia. Powstaje w wyniku zaburzeń rozwojowych w życiu płodowym, np. przepuklina pępowinowa, albo na skutek osłabienia powięzi okołopępkowej – przepuklina pępkowa.
- Przepuklina nabyta – powstaje w wyniku znacznego zwiększonego ciśnienia śródbrzusznego przy wzmożonym działaniu tłoczni brzusznej, np. przepuklina pachwinowa prosta, przepuklina udowa.

Przepuklina zewnętrzna i wewnętrzna

- Przepuklina zewnętrzna – powstaje, gdy część zawartości jamy brzusznej przemieszcza się wraz z uchyłkiem otrzewnej na zewnątrz jamy brzusznej, tj. pod skórę, na przykład: przepuklina pachwinowa, udowa, pępkowa i okołopępkowa, przepuklina kresy białej, przepuklina w bliźnie po laparotomii, lędźwiowa.
- Przepuklina wewnętrzna – powstaje, gdy zawartość przepukliny przemieszcza się do sąsiednich jam ciała, do wnętrza lub do naturalnych zachyłków w obrębie jamy otrzewnej.

Przepuklina odprowadzana i nieodprowadzalna

- Przepuklina odprowadzana (wolna) – występuje, gdy worek przepuklinowy wraz z zawartością cofa się do jamy brzusznej w pozycji leżącej lub pod wpływem łagodnego ucisku.

Objawy: uczucie pociągania w jamie brzusznej, pobolewanie w miejscu przepukliny, czasami nudności, dyskomfort ze strony układu pokarmowego, wyczuwalny palpacyjnie „guz”, który najczęściej pojawia się po uruchomieniu tłoczni brzusznej.

- Przepuklina nieodprowadzana – występuje, gdy worek przepuklinowy wraz z zawartością nie daje się odprowadzić do jamy brzusznej. Przyczyny to: zrosty pomiędzy workiem przepuklinowym a jego zawartością, znaczne rozmiary zawartości przepukliny, zbyt wąskie wrota przepukliny, niewspółmierne do średnicy wrót przepuklinowych.

Powikłania przepukliny

- uwięźnięcie przepukliny,
- zadzierzgnięcie przepukliny.

### **Przepuklina uwięźnięta**

Pod wpływem zwiększonego ciśnienia śródbrzusznego do worka przepuklinowego zostaje wciśnięta większa niż zwykle zawartość przepukliny, nie dając możliwości cofnięcia jej do jamy brzusznej.

Zbyt wąskie wrota przepukliny zaciskają światło jelita. Początkowo nie występują zaburzenia krążenia krwi, dlatego na tym etapie nie dochodzi do martwicy pętli jelita. Z czasem jelito ulega zakleszczeniu, a pasaż treści jelitowej zostaje przerwany.

Niedokrwione jelito ulega martwicy. Nieleczona przepuklina uwięźnięta może prowadzić do rozwoju rozlanego zapalenia otrzewnej, a w konsekwencji do śmierci pacjenta. Konieczne jest pilne wykonanie zabiegu operacyjnego ze wskazań nagłych.

**Przepuklina zadzierzgnięta** – jest to nieodprowadzalna przepuklina, w której dochodzi do zaburzeń ukrwienia zawartości worka przepuklinowego w wyniku zaciskania się pierścienia przepuklinowego.

Prowadzi to do rozwoju stanu zapalnego i martwicy. Zabieg operacyjny musi być przeprowadzony w trybie pilnym.

W jelicie uwięźniętym/zadzierzgniętym dochodzi do zatrzymania krążenia, procesy fermentacyjne powodują obrzęk jelita i zwiększenie ilości gazów, dochodzi do osłabienia ściany jelita. Stan ten to poważne zagrożenie życia pacjenta.

### **Objawy miejscowe i ogólne przepukliny uwięźniętej**

- objawy miejscowe: bolesne uwypuklenie, w przypadku długotrwałego uwięźnięcia skóra nad przepukliną staje się zaczerwieniona, przepuklina jest twarda i nieodprowadzana,
- objawy ogólne typowe dla niedrożności jelit – wymioty, silne, falowe bóle brzucha, wzdęcie brzucha, przyspieszone tętno oraz leukocytoza.

W przebiegu przepukliny uwięźniętej rozwija się obraz kliniczny mechanicznej niedrożności jelit, który wymaga pilnej interwencji chirurgicznej.

**W zależności od lokalizacji rozróżniamy następujące przepukliny:** pachwinowa, udowa, mosznowa, pępkowa, nadbrzusza (przepuklina w linii białej), w bliżnie pooperacyjnej.

**Przepuklina pachwinowa** jest jedną z najczęściej występujących przepuklin, stanowi około 70% wszystkich przypadków. Występuje przeważnie u mężczyzn. Wrotami przepukliny pachwinowej jest pierścień pachwinowy.

Zawartość przepukliny pachwinowej może przemieścić się do worka mosznowego, tworząc przepuklinę mosznową.

Czynniki ryzyka przepukliny pachwinowej:

- płeć męska,
- podeszły wiek,
- otyłość,
- przewlekłe podwyższone ciśnienie jamy brzusznej: zaparcia, wysiłek fizyczny,

- powiększenie gruczołu krokowego,
- wodobrzusze, obecność guzów nowotworowych w jamie brzusznej,
- palenie papierosów.

### **Objawy charakteryzujące przepuklinę pachwinową:**

- wyczuwalny w okolicy pachwinowej miękki guz, który uwypukla się podczas kaszlu, śmiechu, parcia na stolec lub podczas gwałtownego wysiłku,
- uczucie pociągania i ciężkości w pachwinie,
- ból początkowo nie występuje, jednak wraz ze wzrostem uwypuklenia mogą pojawić się dolegliwości bólowe,
- znaczne ograniczenie wysiłku fizycznego w przypadku dużej przepukliny.

### **Rozpoznanie przepukliny pachwinowej**

- w wywiadzie lekarskim,
- w badaniu palpacyjnym, fizykalnym wykonywanym przez lekarza,
- w badaniu USG w celu wykluczenia powiększonych węzłów chłonnych, tłuszczaka, żyłaka lub ropnia,
- w badaniu obrazowym – RTG.

### **Leczenie przepuklin**

1. W przypadku przepukliny bezobjawowej, niewielkich rozmiarów lub dającej minimalne objawy, można zastosować obserwację i okresowe kontrole lekarskie. Zabieg chirurgiczny w trybie planowym.

2. Leczenie w trybie pilnym (nagłym) – w **przypadku przepukliny uwięźniętej** konieczne jest natychmiastowe leczenie operacyjne!

### **Zabieg operacyjny klasyczny lub laparoskopowy.**

Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu podpajęczynówkowym lub ogólnym.

W celu wzmocnienia mięśni wszczepia się syntetyczne tworzywo – tzw. siatkę – w miejsce ubytku. Siatka syntetyczna z tworzywa sztucznego (z polipropylenu), wszczepiona w ubytek mięśniowy, wywołuje intensywną odpowiedź zapalną or-

ganizmu na siatkę (czyli protezę), co prowadzi do wbudowania siatki w tkanki otaczające oraz powstania płytki bliznowatej wokół protezy. Efektem tego jest zwiększenie sztywności powłok brzusznych oraz stwardnienie i kurczenie się siatki.

Przed zamknięciem rany operacyjnej w okolicy siatki pozostawia się dren, który umożliwia odpływ wydzieliny pooperacyjnej. Dzięki temu nie dochodzi do jej gromadzenia się w ranie, co zapobiega tworzeniu się krwiałków i stanu zapalnego.

### **Opieka pielęgniarska po zabiegu usunięcia przepukliny**

- Monitorowanie świadomości i parametrów życiowych.
- Obserwacja rany pooperacyjnej, drenów, opatrunku.
- Kontrola diurezy.
- Kontrola bólu pooperacyjnego.
- Podawanie leków i płynów zgodnie ze zleceniami lekarskimi.
- Ułożenie pacjenta odpowiednie do zastosowanego znieczulenia.
- Wczesne uruchamianie pacjenta, zastosowanie pasa przepuklinowego.
- Zalecenie diety lekkostrawnej.

### **Zalecenia dla pacjenta po operacji usunięcia przepukliny brzusznej**

#### **Rana pooperacyjna**

- Po zdjęciu opatrunku należy przemywać ranę płynem dezynfekcyjnym dwa razy dziennie.
- Zaleca się mycie skóry w okolicy rany mydłem bezzapachowym, hipoalergicznym.
- Ranę należy osuszać bardzo delikatnie i zabezpieczyć jałowym opatrunkiem lub opatrunkiem syntetycznym półprzepuszczalnym – przezroczystym, przepuszczającym powietrze, chroniącym ranę przed zabrudzeniem i zamoczeniem.
- Rana sucha nie wymaga opatrunku.
- Po dwóch tygodniach rana jest zagojona, jednak proces regeneracji przeciętych tkanek trwa dłużej.



- Odbudowa i odzyskanie pełnej wytrzymałości blizny może zająć od trzech do sześciu miesięcy.
- Wizyta kontrolna powinna odbyć się maksymalnie do 14 dni od zabiegu.
- Szwy po tradycyjnym zabiegu operacyjnym nie należy pozostawiać dłużej niż 10 dni.
- Aktywność fizyczna – ograniczanie wysiłku fizycznego chroni przed nawrotem przepukliny.
- Należy unikać wykonywania działań mających wpływ na pracę tłoczni brzusznej (kichanie, śmiech, kaszel, nadmierne parcie na mocz i stolec).
- Przez pierwsze dni obowiązuje bezwzględny zakaz podnoszenia ciężkich przedmiotów – początkowo nie więcej niż 1 kg, przez 1–2 miesiące nie wolno dźwigać przedmiotów cięższych niż 5 kg.
- Bezwzględny zakaz wykonywania prac fizycznych wymagających dużego wysiłku obowiązuje przez około 6 miesięcy po zabiegu.
- Dłuższy spacer możliwy jest już w 2–3 dniu po zabiegu. Lekki trucht może być rozpoczęty po około 3 tygodniach.
- Jazda na rowerze i pływanie po około 1–1,5 miesiąca po zabiegu.
- Przez 1–3 dni po operacji może być konieczne przyjmowanie łagodnych środków przeciwbólowych, ponieważ rana może być bolesna.

## Dieta

- Dieta lekkostrawna zalecana przez około 2–4 tygodnie po zabiegu. Należy unikać potraw ciężkostrawnych, surowych owoców i warzyw oraz napojów gazowanych.
- W pierwszych dniach po operacji mogą wystąpić zaparcia, często związane z lękiem przed bólem podczas parcia na stolec.
- Należy regularnie monitorować masę ciała.
- W przypadku wystąpienia objawów w postaci: wysokiej temperatury, krwawienia z rany pooperacyjnej, pojawienia się wysięków treści ropnej z rany pooperacyjnej, obrzęków, silnego bólu należy bezzwłocznie skontaktować się z lekarzem.



## OPIEKA PIELĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z NIEDROŻNOŚCIĄ JELIT

**Niedrożność jelit łac. *ileus***, to stan, w którym dochodzi do zatrzymania fizjologicznego pasażu treści pokarmowej, czyli zatrzymania jej przemieszczania się przez przewód pokarmowy w kierunku odbytu.

### Podział niedrożności jelit

#### 1. Niedrożność mechaniczna

- w zależności od umiejscowienia: wysoka (jelito cienkie) lub niska (jelito grube),
- w zależności od przyczyny: zadzierzgnięcie jelita (*strangulatio*) lub zatkanie jelita (*obturatio*).

#### 2. Niedrożność porażenna – spowodowana porażeniem ruchów perystaltycznych jelit. Przyczyny:

- pooperacyjna,
- neurogenna.

### Niedrożność jelit – patofizjologia

- W krótkim czasie po zatkaniu lub zadzierzgnięciu jelita dochodzi do wzmożonej perystaltyki, której celem jest usunięcie przeszkody.
- W świetle jelita powyżej przeszkody zaczyna gromadzić się coraz większa ilość treści pokarmowej i gazów. Wzrasta ciśnienie śródjelitowe. Jelito ulega rozdęciu, a jego ściana staje się cieńsza.
- Z czasem ruchy jelita ustają i dochodzi do wtórnej niedrożności porażennej. Zahamowane zostaje wchłanianie.

- Znaczne ilości płynu przesiękowego gromadzą się w obrzękniętej ścianie jelita oraz w jamie otrzewnej. Prowadzi to do narastającego niedoboru wody i elektrolitów. Dochodzi do rozwoju wstrząsu oligowolemicznego.
- Wzmagający się na skutek obrzęku ucisk zamyka światło tętnic – dochodzi do niedokrwienia i martwicy pętli jelita.
- Nagromadzony gaz powoduje dalsze rozdęcie jelit ścięczenie ich ścian. W rozdętym jelicie namnażają się drobnoustroje – łatwo dochodzi do translokacji.
- Dochodzi do rozwoju zapalenia otrzewnej i sepsy. Obumarłe jelito ulega perforacji, co nasila proces chorobowy.

### **Niedrożność mechaniczna – objawy**

Przebieg kliniczny niedrożności jelit jest tym bardziej ostry, im wyżej umiejscowiona jest przeszkoda.

- ból brzucha – kolkowy, ostry (im niżej położona przeszkoda, tym przerwy między bólami są dłuższe),
- wymioty – spowodowane zaleganiem treści pokarmowej w przewodzie pokarmowym. Przy niedrożności wysokiej wymioty występują wcześniej i obficiej. Przy niedrożności niskiej, w późniejszym etapie występują wymioty treścią jelitową, tzw. „falą zwrotną”, co wynika z nadmiernego rozwoju drobnoustrojów, głównie pałeczki okrężnicy,
- wzdęcie brzucha – jest tym większe, im niżej umiejscowiona jest przeszkoda,
- zatrzymanie gazów i stolca – typowy objaw dla wszystkich postaci niedrożności mechanicznej,
- w przypadku wysokiej niedrożności, w pierwszym okresie może jeszcze dochodzić do oddawania gazów i stolca, które zalegały w jelitach poniżej wysoko umiejscowionej przeszkody,
- objawy otrzewnowe.

### **Przyczyny niedrożności mechanicznej z zatkania**

- nowotwory jelita grubego i cienkiego,
- guzy sąsiednich narządów – mogą powodować bezpośredni naciek lub ucisk na jelito,

- zapalenie uchyłków jelita (najczęściej w esicy), odczyn zapalny może być przyczyną zwężeń światła jelita oraz do powstawania zrostów,
- kamień kałowy – szczególnie u osób cierpiących na przewlekłe zaparcia, częściej występuje u osób starszych,
- kamień żółciowy – przedostający się do jelita przez wytworzoną przetokę pęcherzykowo-dwunastniczą,
- zrosty wewnątrzożłazkowe, stanowią najczęstszą przyczynę niedrożności mechanicznej (80% przypadków),
- przepukliny,
- wgłobienie jelita,
- skręt pętli.

### **Niedrożność porażenna**

Najczęstszą przyczyną niedrożności porażennej jest zapalenie otrzewnej.

- odruchowa atonia jelit – porażenie perystaltyki jelit w wyniku zmian patologicznych w jamie brzusznej lub poza nią: napady kolki żółciowej i nerkowej, ostre zapalenie trzustki, skręt jajnika, pourazowy krwiak zaotrzewnowy, złamanie kręgosłupa, guzy i obrażenia mózgu,
- pooperacyjna atonia jelit – objawia się zniesieniem perystaltyki jelit przez 1–3 dni po zabiegu chirurgicznym w jamie brzusznej,
- wtórna niedrożność porażenna, może być powikłaniem niedrożności mechanicznej, powstaje w wyniku postępującego uszkodzenia jelita i rozwoju zapalenia otrzewnej.

### **Objawy niedrożności porażennej**

- niesłyszalna perystaltyka jelitowa (charakterystyczna „cisza” w jamie brzusznej),
- objawy zapalenia otrzewnej: obrona mięśniowa (wzmożone napięcie mięśni brzucha, nasilające się przy nawet lekkim ucisku), ból o stałym charakterze, dodatni objaw Blumberga, często występuje podwyższona temperatura ciała.

### **Diagnostyka niedrożności jelit**

- Badanie fizykalne

- Badania morfologii krwi obwodowej: narastający proporcjonalnie do stopnia odwodnienia hematokryt i zwiększenie liczby erytrocytów; w przypadku martwicy jelita – gwałtowny wzrost liczby leukocytów,
- Badania biochemiczne krwi (zaburzenia wodno-elektrolitowe, niewydolność nerek i kwasica): oznaczenie glikemii, stężenia sodu i potasu, czynności nerek, enzymów trzustkowych, gazometrii krwi tętniczej.
- Badania obrazowe:

RTG przeglądowe jamy brzusznej – w pozycji stojącej lub leżącej na boku (ciężko chorzy).

TK jamy brzusznej – dokładne określenie lokalizacji niedrożności, a także ustalenie jej przyczyny.

USG jamy brzusznej.

### **Opieka pielęgniarska nad chorym z niedrożnością mechaniczną jelit**

- Monitorowanie stanu pacjenta (regularne pomiary ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu, temperatury ciała) oraz udokumentowanie wartości w karcie obserwacyjnej.
- Zapewnienie dostępu do żyły oraz pobranie krwi do badań laboratoryjnych – m.in. morfologia, hematokryt, elektrolity, mocznik, kreatynina.
- Podanie pacjentowi zgodnie ze zleceniem lekarza płynów infuzyjnych koloidowych (np. Dextran) w celu utrzymania prawidłowego ciśnienia onkotycznego w naczyniach oraz stała obserwacja reakcji pacjenta na podawaną terapię.
- Ocena stopnia odwodnienia pacjenta: na podstawie objawów klinicznych (suchość skóry, błon śluzowych, zapadanie gałek ocznych) oraz analizy wyników badań laboratoryjnych.
- Uzupełnienie niedoborów wodno-elektrolitowych (głównie chloru i sodu w niedrożności wysokiej oraz sodu i potasu w niedrożności niskiej) oraz korekta zaburzeń równowagi kwasowo-zasadowej.
- Założenie pacjentowi sondy odbarczającej do żołądka na zlecenie lekarza, zgodnie z przyjętą procedurą.

- Założenie cewnika Foleya do pęcherza moczowego i obserwacja diurezy.
- Prowadzenie karty bilansu płynów.
- Podawanie antybiotyków o szerokim zakresie działania, zgodnie ze zleceniem lekarza.
- Obserwacja pacjenta w kierunku objawów zapalenia otrzewnej i powiadomienie lekarza w przypadku pojawienia się objawów niepokojących.





## **OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PRZYGOTOWYWANYM DO WYŁONIENIA I PO WYŁONIENIU STOMII JELITOWEJ**

**Stomia jelitowa** – to celowo wykonane połączenie światła jelita grubego lub cienkiego z powierzchnią ciała, skórą.

Główne wskazania do wykonania stomii jelita grubego to:

- nowotwory jelita grubego – okrężnicy, odbytnicy,
- przewlekłe schorzenia zapalne jelit, np. wrzodziejące zapalenie jelita grubego; choroba Leśniowskiego-Crohna (choroba zapalna całej ściany jelita, najczęściej jelita krętego),
- polipowatość rodzinna jelita grubego,
- następstwa urazów okrężnicy i/lub odbytnicy,
- poprawa stanu ogólnego w leczeniu niedrożności jelit,
- uzyskanie optymalnego przygotowania jelita do zespolenia.

### **Diagnozowanie schorzeń jelita grubego**

#### **KOLONOSKOPIA**

Badanie polega na bezpośrednim uwidocznieniu śluzówki całego jelita grubego i końcowego odcinka jelita cienkiego przy użyciu giętkiego fiberoskopu wprowadzanego przez odbyt. Podczas badania możliwe jest również wykonanie dokumentacji zdjęciowej oraz pobranie wycinków błony śluzowej jelita grubego do badania histopatologicznego.

**Wskazania do badania:**

- objawy i oznaki chorób dolnego odcinka przewodu pokarmowego,
- ustalenie przyczyn krwawienia z odbytnicy,
- niewyjaśniony spadek masy ciała w krótkim czasie,
- przewlekłe biegunki, zmiana rytmu wypróżnień i konsystencji stolca, bolesne oddawanie stolca,
- bóle podbrzusza,
- badania kontrolne jako nadzór po leczeniu nowotworów jelita grubego i chorób zapalnych jelit (np. choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodzące zapalenie jelita grubego),
- badanie profilaktyczne w ramach badań przesiewowych.

**Przygotowanie pacjenta przez pielęgniarkę do badania.****Informacje dla pacjenta przekazywane przez pielęgniarkę:**

- badanie trwa od 30 do 60 minut,
- przez 24–48 godzin przed badaniem pacjent powinien stosować dietę płynną, bezresztkową,
- w przeddzień badania należy przyjąć środki przeczyszczające oraz wykonać lewatywę oczyszczającą – zarówno wieczorem w dniu poprzedzającym badanie, jak i rano w dniu badania, aż do momentu wydalenia czystej/żółtej wody,
- zaleca się przyjmowanie dużych ilości płynów – około 3–4 litrów na dobę (wody, herbaty ziołowe, owocowe, niegazowana woda mineralna),
- na około 30 minut przed badaniem należy podać leki uspokajające, zmniejszające dyskomfort i wydzielanie jelitowe, podłączyć wlew dożylny,
- należy przeprowadzić dokładny wywiad w celu wykluczenia przeciwwskazań do badania, w szczególności pod kątem chorób zakaźnych, nosicielstwa HIV, WZW B, WZW C oraz alergii na środki znieczulające,
- należy zapewnić dostęp do żyły celem przetaczania zleconych leków i płynów,
- pacjent powinien oddać mocz bezpośrednio przed badaniem,
- należy wykonać pomiar temperatury ciała, ciśnienia tętniczego krwi.

### Opieka pielęgniarska po badaniu

- kontrola parametrów życiowych,
- przez 2 godziny po badaniu pacjent nie powinien przyjmować pokarmów ani płynów – do czasu całkowitego ustąpienia środków znieczulających,
- należy pouczyć pacjenta o niewstrzymywaniu gazów po badaniu, ponieważ przyspiesza to ustępowanie wzdęcia brzucha i eliminuje dyskomfort,
- poinformować pacjenta, że przez kolejne 2 dni może utrzymywać się niewielkie krwawienie z odbytnicy lub obecność śladów krwi w stolcu – zwłaszcza gdy podczas badania usunięto polip lub pobierano materiał do badania,
- w przypadku nadmiernego krwawienia, bólu brzucha, gorączki pacjent powinien niezwłocznie zgłosić się do lekarza.

### Stomia jelitowa

- **Stomia wykonana na jelicie grubym to KOLOSTOMIA.**
- **Stomia wykonana na jelicie cienkim to ILEOSTOMIA.**

KOLOSTOMIA – to połączenie światła jelita grubego ze skórą powłok brzusznych, zlokalizowane w lewym podbrzuszu.

### Rodzaje kolostomii:

- czasowa (odwracalna) wykonywana na określony czas (np. w celu zabezpieczenia wykonanego zespolenia jelitowego), przy zachowaniu odbytu i odbytnicy,
- definitywna (stała) wykonywana w sytuacji, kiedy zachodzi konieczność usunięcia odbytu i odbytnicy łącznie ze zwieraczami,
- jednolufowa – ujście przewodu pokarmowego kończy się na powłokach jamy brzusznej, a pozostała część jest wycięta lub zaszyta,
- dwulufowa – składa się z dwóch otworów: jeden stanowi ujście końcowego odcinka jelita, drugi jest naturalną drogą dla odbytu.

**Przygotowanie pacjenta do wykonania stomii jelitowej**

- Wyznaczenie miejsca stomii – jej lokalizacja powinna znajdować się w linii pępkowo-kolcowej, nie w talii !!!
- Stomia nie powinna być umiejscowiona w pobliżu: kolców biodrowych, pachwin, blizn pooperacyjnych, fałdów skórnych, przeszczepów skóry, pod obwisłym biustem u kobiet.
- Stomia musi być widoczna dla pacjenta.
- Stomia powinna być oddalona od cięcia operacyjnego o około 4–5 cm.

**Wyznaczanie miejsca stomii**

- osoba wyznaczająca miejsce stomii, która bierze pod uwagę m.in. rodzaj planowanej stomii, grubość powłok brzusznych, rodzaj noszonej bielizny i odzieży. Źle zaplanowana stomia może w przyszłości sprawić pacjentowi poważne trudności w codziennej pielęgnacji.

**Przygotowania przewodu pokarmowego do operacji**

Oczyszczenie jelita grubego, według zlecenia lekarskiego, z wykorzystaniem środków:

Fosforany (Fortrans, X-prep),

Lewatywy oczyszczające (z np. fosforanów), Enema, Rectanal,

Dieta – uzależniona jest od wybranego środka przeczyszczającego.

**Przygotowania pacjenta do operacji**

- wykonanie podstawowych badań laboratoryjnych krwi i moczu,
- wlew kontrastowy jelita grubego,
- kolonoskopia,
- USG i/lub tomografia komputerowa jamy brzusznej,
- antybiotykoterapia okołoperacyjna.

**Leczenie operacyjne**

Leczenie polega na wycięciu chorego fragmentu – a niekiedy całego – jelita grubego i wyprowadzeniu zdrowego końca na powierzchnię brzucha i zeszcyciu go ze skórą.

### Opieka pielęgniarska we wczesnym okresie pooperacyjnym

- Zapewnienie bezpieczeństwa pacjenta (ułożenie w łóżku zależne od ogólnego stanu):
  - ułożenie w pozycji półwysokiej po pełnym wybudzeniu pacjenta,
  - ułożenie w pozycji płaskiej z rotacją głowy i ciała na bok w przypadku wystąpienia wymiotów pooperacyjnych.
- Ocena podstawowych parametrów życiowych:
  - ciśnienie tętnicze krwi (RR, CTK),
  - tętno – pomiar przez pełną minutę,
  - oddechy (liczba oraz jakość),
  - temperatura ciała,
  - diureza (GZM, DZM).
- Ocena opatrunków i drenażu rany:
  - kontrola czystości opatrunków, wydzielin; zmiana w zależności od stanu opatrunku
  - kontrola drenów: ocena umocowania drenów, zabezpieczenia przed wypadnięciem, oznakowanie drenów, ocena ilości i jakości wydzieliny z drenów.
- Obserwacja wkłucia obwodowego (wenflon) lub centralnego, kontrola drożności wkłuć, codzienna zmiana opatrunku.
- Obserwacja sondy odbarczającej, kontrola umocowania sondy, zabezpieczenie przed wypadnięciem, odciąganie treści żołądkowej, dokumentowanie jej ilości i jakości.
- Płynoterapia:
  - kontynuacja płynoterapii dożylniej: pacjent po operacjach brzusznych powinien otrzymać około 3500 ml płynów na dobę (krystaloidy – 0,9% NaCl, PWE, 5% Glukoza, pod warunkiem, że pacjent nie choruje na cukrzycę),
  - kontrola biochemiczna elektrolitów w surowicy krwi.
  - Ocena natężenia bólu rany pooperacyjnej:
    - I stopień – ból lekki (świadomość bólu),
    - II stopień – ból umiarkowany (przeszkadza w funkcjonowaniu),
    - III stopień – ból ostry (wypełnia całą świadomość i przesłania inne bodźce),
    - IV stopień – ból dręczący (występuje niepokój psychiczny i ruchowy, wstrząs).

## Ocena stomii jelitowej

### Okres wczesny pooperacyjny

- lokalizacja wyłonienia stomii,
- ocena śluzówki stomii pod kątem koloru, rozmiaru, obrzęku,
- stan połączenia śluzówkowo-skórnego.

### Okres późniejszy pooperacyjny

- ocena koloru stomii,
- pomiar rozmiaru,
- ocena obrzęku,
- ocena stanu skóry wokół stomii
- obecność stolca i gazów.

### Charakterystyka idealnej stomii jelitowej

- okrągła, jędrna, o czerwonym kolorze,
- odpowiednio wysoka,
- ujście jelita znajduje się w centrum stomii,
- wygląda podobnie do „różowego pąka” lub „pąka róży”.

### Charakterystyka skóry wokół stomii

- skóra czysta, sucha, dobrze napięta, bez zmian chorobowych, nie powinna różnić się od pozostałej skóry brzucha.

### Zasady prawidłowej pielęgnacji stomii

- Część worka stomijnego, która bezpośrednio przylega do skóry, to płytka – stanowi barierę ochronną dla skóry.
- Ponieważ wiele stomii ma nieregularny kształt, należy upewnić się, że płytka dokładnie przylega do skóry wokół stomii.
- Zawsze należy używać miarki, aby dokładnie zmierzyć średnicę stomii.
- Jeżeli skóra wokół stomii jest wilgotna, przed przyklejeniem płytki lub worka należy ją osuszyć, np. gazikiem lub ręcznikiem papierowym.

- Aby zwiększyć przyleganie płytki do skóry, można ją delikatnie ogrzać, np. trzymając w dłoni, pod pachą lub na krótki czas, usiąść na niej.
- Stomia może krwawić podczas mycia – jest to normalne, ponieważ ściana jelita jest delikatna jak śluzówka jamy ustnej.
- Obfite owłosienie na brzuchu można usunąć maszynką do golenia lub nożyczkami, nie golić na sucho!!!

### **Zasady prawidłowej zmiany sprzętu stomijnego**

- Wyciąć w płytce otwór nożyczkami, posługując się miarką z papieru.
- Ostrożnie odkleić stary worek, zaczynając od góry i przesuwając w dół.
- Oczyszczyć stomię i skórę wokół niej miękkim ręcznikiem papierowym dobrej jakości.
- Umyć stomię i skórę wokół niej ciepłą wodą; można użyć wilgotnych chusteczek do higieny.
- Delikatnie osuszyć skórę.
- Założyć nowy worek – zaczynając od dołu do góry.
- Sprawdzić, czy worek dobrze trzyma się skóry.
- Zużyty worek zawinąć w papier, włożyć do woreczka foliowego, zawiązać i wyrzucić do kosza na śmieci.

### **Rodzaje sprzętu stomijnego**

- Worki zamknięte (kolostomijne) i odpuszczalne (otwarte – ileostomijne).
- Worki jednoczęściowe – zaopatrzone w część przylepną, tzw. pole klejowe połączone z workiem.
- Worki dwuczęściowe – składają się z płytki przyklejanej do skóry oraz mocowanego do niej woreczka.
- Worki przeźroczyste – umożliwiają obserwację stomii, szczególnie przydatne w okresie pooperacyjnym.
- Worki w kolorze cielistym/beżowym – stosowane w okresie późniejszym.

### **Jak otrzymać sprzęt stomijny?**

Sprzęt stomijny jest refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Aby otrzymać go w ramach refundacji, należy uzyskać zlecenie na zaopatrzenie ortopedyczne i środki pomocnicze, podpisane przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub chirurga/onkologa/urologa i zgłosić się do sklepu medycznego lub apteki.

Pierwsze zlecenie powinno być potwierdzone przez NFZ, co pozwala otrzymać Kartę Zaopatrzenia konieczną do dalszego pobierania sprzętu.

### **Zasady żywienia pacjentów ze stomią jelitową**

- próbuj każdego nowego pokarmu osobno i w niewielkich ilościach,
- jedz powoli, dokładnie przeżuając pokarm,
- unikaj produktów zbyt słodkich i tłustych,
- ogranicz spożycie pokarmów gazotwórczych, powodujących nieprzyjemny zapach stolca lub zaparcia,
- zwracaj uwagę czy jedzenie jest świeże,
- pokarmy spożywaj w regularnych odstępach czasu – pomagają utrzymać regularne wypróżnienia.

### **Produkty zagęszczające**

- biały ryż i woda z gotowanego ryżu, masło orzechowe, utarte jabłka, ziemniaki, niedojrzałe banany, ciemny chleb, krakersy.

### **Produkty powodujące nieprzyjemny zapach stolca**

- szparagi, jaja, ryby, rośliny strączkowe.

### **Produkty powodujące wzdęcia:**

- orzechy, owoce cytrusowe, piwo, napoje gazowane, grzyby, czosnek, cebula, ogórki, pieprz.

### **Jak radzić sobie z nieprzyjemnymi zapachami i głośnym odchodzeniem gazów?**

- Dieta: unikać cebuli, czosnku, kapusty, kalafiora, fasoli, piwa; polecane są herbaty miętowe, napary z mięty, kopru, szalwii.



- Stosować worki z filtrem, tzw. pochłaniaczem zapachu/aktywatorem węglowym.
- Dyskretne odpuszczanie gazów (w zależności od rodzaju używanego sprzętu).

**ILEOSTOMIA** – to połączenie światła jelita cienkiego (krętego) ze skórą powłok brzusznych, zlokalizowane zwykle w prawym podbrzuszu.

**Ileostomia** to przetoka na jelicie cienkim.

- Polega na operacyjnym wyłonieniu jelita cienkiego na powierzchnię brzucha. Wykonuje się ją, gdy zachodzi konieczność usunięcia całego jelita grubego lub części jelita cienkiego.
- Zazwyczaj znajduje się po prawej stronie brzucha.
- Treść jelitowa wypływająca z ileostomii ma konsystencję płynną lub papkowatą.
- Stolec z jelita cienkiego nigdy nie jest uformowany, ponieważ nie dociera do jelita grubego, w którym zachodzi proces zagęszczania treści jelitowej.

### **Wymiana sprzętu**

- wymiana sprzętu przy ileostomii odbywa się podobnie jak przy kolostomii,
- ważną wskazówką może być to, aby wymieniać sprzęt zawsze rano, na czczo, kiedy z ileostomii nie wydziela się treść jelitowa. Woreczek opróżniać kilka razy dziennie, niekiedy i w nocy.

### **Zmiana sprzętu, rodzaje worków stomijnych**

- większość osób z ileostomią, używa worków odpuszczalnych, tj. otwartych, ponieważ objętość treści jelitowej wydostającej się z ileostomii jest znacznie większa niż przy kolostomii,
- worki należy opróżniać 4 – 5 razy na dobę,
- można używać sprzętu jednoczęściowego lub dwuczęściowego, w zależności od indywidualnego dopasowania.

**Dieta dla pacjentów z ileostomią**

- ponieważ przewód pokarmowy jest skrócony (brak jelita grubego) mogą wystąpić problemy z trawieniem niektórych pokarmów,
- ważne jest regularne spożywanie płynów, aby uzupełniać elektrolity, ponieważ pacjent z ileostomią traci ich więcej,
- nie należy ograniczać ilości wypijanych płynów ani spożywanych pokarmów, w celu zatrzymania wydzielania treści jelitowej, ponieważ stwarza to ryzyko odwodnienia organizmu,
- przy stolcach bardzo płynnych można zagęścić treść jelitową, jedząc na przykład codziennie porcję ugotowanego na wodzie ryżu oraz niedojrzałe, zielonkawe banany.

**Wsparcie dla pacjentów ze stomią**

- Pielęgniarka stomijna.
- Polskie Towarzystwo Stomijne POL-ILKO ([www.polilko.pl](http://www.polilko.pl)).
- Telefoniczne Centrum Pacjenta – pod numerem 800 269 579.

## OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z NOWOTWOREM ŻOŁĄDKA W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM

**Rak żołądka łac. *carcinoma ventriculi*** – należy do jednych z najczęściej występujących nowotworów złośliwych i stanowi częstą przyczynę zgonów. Najczęściej umiejscawia się w okolicy odźwiernika.

### Czynniki ryzyka

- Dieta bogata w sól, uboga w warzywa i owoce.
- Spożywanie produktów wędzonych zawierających czynniki rakotwórcze takie jak azotyny (azotany i benzopireny dostarczane organizmowi poprzez m.in. duże ilości soli i produkty wędzone, przekształcają się w azotyny).
- Zakażenie bakterią *Helicobacter pylori*, które zwiększa ryzyko rozwoju nowotworu żołądka 3–6 – krotnie.
- Zanikowe zapalenie błony śluzowej żołądka oraz brak kwasu solnego w soku żołądkowym, co zwiększa ryzyko raka 4–5 – krotnie.
- Przewlekłe owrzodzenie żołądka, polipy gruczolakowate żołądka oraz wcześniejsza częściowa resekcja żołądka z przyczyn nienowotworowych (najczęściej z powodu wrzodu żołądka lub dwunastnicy).
- Palenie tytoniu i spożywanie alkoholu.

Do najczęściej występujących nowotworów żołądka (ok. 95%) należy rak gruczolowy → *Adenocarcinoma*.

**W zależności od naciekania ściany żołądka wyróżnia się:**

- rak wczesny – naciek ograniczony jest wyłącznie do błony podśluzowej.
- rak zaawansowany – naciek przekracza błonę śluzową.

W późniejszych stadiach choroby naciek obejmuje pozostałe warstwy ściany żołądka i sąsiednie narządy. Przerzuty rozprzestrzeniają się drogą naczyń chłonnych do węzłów chłonnych.

**W zależności od wzrostu wyróżnia się trzy typy raka żołądka**

- rak w formie polipa, dobrze odgraniczony od otoczenia,
- rak w formie naciekającej, słabo odgraniczony od otoczenia,
- typ mieszany.

**Objawy raka żołądka**

W początkowym okresie choroby objawy są łagodne, często takie same jak przy zapaleniu błony śluzowej żołądka, chorobie wrzodowej lub chorobie refluksowej:

- uczucie rozpierania, odbijanie,
- niechęć do niektórych potraw,
- uczucie niesmaku w ustach,
- nudności, wymioty,
- ból w nadbrzuszu – słabo nasilony, pojawiający się po posiłku (występuje u ok. 1/3 chorych, a w odróżnieniu od choroby wrzodowej ból jest tępy i określany przez chorego jako uczucie pełności i ciężkości po jedzeniu),
- niedokrwistość i obecność krwi utajonej w kale na skutek krwawienia do przewodu pokarmowego,
- utrata apetytu i spadek masy ciała (w 1/3 przypadków jest to pierwszy zauważalny objaw).

W zaawansowanym stadium raku żołądka pojawiają się:

- bolesność uciskowa w nadbrzuszu – guz może być wyczuwalny przez powłoki brzuszne,

- przerzuty do węzłów chłonnych – świadczą o rozległości i intensywności toczącego się procesu nowotworowego,
- trudności w połykaniu (dysfagia) – w przypadku raka wpustu,
- krwawienie do górnego odcinka przewodu pokarmowego – w przypadku przedziurawienia guza.
- uporczywe, obfite wymioty prowadzące do odwodnienia w przypadku nacieku raka w dystalnej części żołądka i zwężeniu odźwiernika,
- niedożywienie oraz wyniszczenie organizmu.

### Diagnostyka raka żołądka

- Wywiad z pacjentem – określenie ubytku masy ciała oraz objawów ze strony przewodu pokarmowego.
- Badanie endoskopowe górnego odcinka przewodu pokarmowego – gastroscopia – jako badanie pierwszoplanowe.
- Endoskopowa ultrasonografia (EUS) – ocena głębokości naciekania ściany żołądka oraz stopnia zajęcia węzłów chłonnych, pozwala na rozpoznanie raka wczesnego.
- USG jamy brzusznej – ocena narządów pod kątem obecności przerzutów.
- Tomografia komputerowa – wykorzystywana głównie do wykrywania przerzutów; umożliwia uwidocznienie powiększonych węzłów chłonnych u 43–97% chorych z rakiem żołądka.
- Rezonans magnetyczny – użyteczny w wykrywaniu przerzutów raka żołądka do wątroby.
- Badanie fizykalne – wykrycie wyczuwalnego guza lub powiększonych węzłów chłonnych.
- Badania laboratoryjne krwi – umożliwiające ocenę stanu odżywiania, niedokrwistości (np. albuminy, białko, morfologia) oraz stężenia elektrolitów.

### Gastroskopia

- umożliwia obejrzenie i ewentualne wykrycie zmian chorobowych górnego odcinka przewodu pokarmowego, tj. wnętrza przełyku, żołądka i dwunastnicy,

- pozwala na pobranie wycinków żołądka do badań histopatologicznych, biochemicznych, bakteriologicznych, umożliwia usuwanie z żołądka ciał obcych, polipów,
- daje możliwość rozszerzenia zwężeń przełyku, leczenia krwawień żołądka.

### **Wskazania do leczenia chirurgicznego**

- brak efektów zastosowanego u pacjenta leczenia zachowawczego przez okres 3 miesięcy,
- rak/nowotwór oraz powikłania choroby wrzodowej, do których należą:
  - przedziurawienie wrzodu,
  - zwężenie odźwiernika,
  - krwawienie z wrzodu.

### **Metody resekcyjne**

#### **Polegają na częściowym wycięciu żołądka i:**

- wykonaniu zespolenia pozostałej części żołądka z dwunastnicą (metody Rydygiera, Billrotha I),
- zespoleniu pozostawionej części żołądka z pierwszą pętlą jelita cienkiego i zamknięciu na „głucho” kikuta dwunastnicy (metoda Billrotha II).
- Wagotomia – polega na przecięciu nerwów błędnych w celu zmniejszenia wydzielania kwasu solnego.
- Wagotomia z resekcją – polega na wagotomii z wycięciem części odźwiernikowej żołądka (antrektomia) lub wagotomii z przecięciem odźwiernika (pyloroplastyka).

Zabieg operacyjny jest radykalnym sposobem leczenia i może być wykonany metodą laparoskopową lub metodą klasyczną.

Operacja polega na wycięciu zmiany nowotworowej z zachowaniem bezpiecznego marginesu tkanek zdrowych albo na częściowym lub całkowitym usunięciu żołądka.

W przypadku zaawansowanego stadium lub w sytuacji początkowo nieresek-

cyjnej u pacjenta można zastosować przedoperacyjną chemioterapię.

Zabieg usunięcia całego żołądka nazywany jest resekcją żołądka, a w ujęciu chirurgicznym – **GASTREKTOMIĄ**.

Zabieg częściowego usunięcia żołądka nazywany jest w ujęciu chirurgicznym – **HEMIGASTREKTOMIĄ**.

**Gastrektomia** może być:

- totalna – całkowite usunięcie żołądka wraz z węzłami chłonnymi oraz wykonanie zespolenia przełykowo – jelitowego,
- subtotalna – częściowe usunięcie żołądka i zespolenie pozostałej części żołądka z przełykiem (zespolenie przełykowo – żołądkowe), rzadziej z dwunastnicą.

W celu odtworzenia funkcji żołądka wykonuje się żołądek zastępczy tzw. zbiornik (jejunal pouch) poprzez odpowiednio zszyte i uformowane jelito cienkie (czcze). Żołądek umieszczony jest bezpośrednio za zespoleniem przełykowo-jelitowym.

W przypadku zaawansowania nowotworu u chorych niekwalifikujących się do operacji radykalnej ze względu na przerzuty odległe, naciekające otoczenie lub rozsiew guzków nowotworowych w jamie otrzewnej, wykonuje się zabiegi paliatywne:

- zespolenie omijające guz (górnej części żołądka z jelitem) – w przypadku zwężenia lub niedrożności obwodowej części żołądka,
- endoskopowe wytworzenie kanału w obrębie guza za pomocą promieni lasera lub koagulacji argonowej i założenie samorozprężalnego stentu
- wykonanie gastrostomii lub jejunostomii odżywczej – w przypadku zwężenia lub niedrożności okolicy wpustu.

### **Przygotowanie pacjenta do zabiegu**

- Pacjent jest kwalifikowany do zabiegu na podstawie wyniku gastroskopii oraz badania histopatologicznego wycinka pobranego podczas gastroskopii.

- Zgodnie procedurą wykonuje się podstawowe badania laboratoryjne krwi i moczu, badanie układu krzepnięcia, przygotowanie przewodu pokarmowego, konieczna jest konsultacja anestezjologiczna oraz zastosowanie premedykacji i uzyskanie dostępu donaczyniowego.
- Określenie stanu odżywienia pacjenta, a w przypadku rozpoznania niedożywienia podejmuje się odpowiednią interwencję żywieniową przed zabiegiem (niedożywienie jest jednym z czynników rozwoju powikłań pooperacyjnych).
- W ramach farmakoterapii uzupełnia się niedobory wodne i elektrolitowe na podstawie wyników badań krwi – elektrolitów, zgodnie z zaleceniami lekarza (ze względu na objawy choroby charakterystyczne w przypadku raka żołądka – np. wymioty, ograniczenie przyjmowania pokarmów drogą doustną).

### **Opieka pielęgniarska we wczesnym okresie pooperacyjnym**

- ocena stanu świadomości pacjenta,
- monitorowanie podstawowych parametrów życiowych,
- zapewnienie bezpieczeństwa (ułożenie na łóżku zależne od stanu chorego),
- kontrola i ocena opatrunku, drenażu,
- monitorowanie wkluc obwodowych, centralnych oraz cewnika Foleya,
- kontrola sondy odbarczającej założonej podczas operacji do kikuta żołądka lub żołądka zastępczego,
- udział w płynoterapii, farmakoterapii,
- kontrola natężenia bólu rany pooperacyjnej, u wszystkich pacjentów po zabiegu operacyjnym istotnym postępowaniem jest wprowadzenie jak najszybciej żywienia dojelitowego,
- pacjenci po całkowitej resekcji żołądka mogą mieć problemy z przyzwajaniem pokarmów oraz zmniejszony apetyt, co skutkuje niedoborem kalorycznym, dlatego zaleca się suplementację diety doustnymi preparatami przemysłowymi (suplementami),
- u niektórych pacjentów po całkowitej resekcji żołądka mogą pojawić się zespoły metaboliczne wynikające z niedoboru żelaza, witaminy B12 lub miedzi, co objawia się niedokrwistością i niedożywieniem.



**Obserwacja pacjenta pod kątem powikłań po usunięciu żołądka**

- krwawienie z rany pooperacyjnej – zewnętrzne: widoczne przekrwienie opatrunku – lub wewnętrzne: objawy kliniczne takie jak: przyspieszone tętno, spadek ciśnienia tętniczego krwi,
- wczesny lub późny zespół poresekcyjny (poposiłkowy) – tzw. *dumping syndrom* to zespół objawów będących wynikiem chirurgicznego częściowego lub całkowitego usunięcia żołądka.

**Zespół poresekcyjny (poposiłkowy) (*dumping syndrom*)**

- usunięcie całego żołądka lub jego części powoduje zaburzenia w prawidłowym funkcjonowaniu przewodu pokarmowego, objawiające się zaburzeniami trawienia pokarmów oraz wchłaniania składników odżywczych,
- w wyniku upośledzenia czynności nerwu błędnego treść pokarmowa szybciej przesuwa się do dalszych odcinków układu pokarmowego, zwłaszcza do jelita cienkiego,
- prowadzi to do nagłego i nadmiernego obciążenia jelita, co powoduje silny wyrzut do krwi hormonów jelitowych,
- z czasem przewód pokarmowy może przystosować się do nowych warunków funkcjonowania, jednak u około 10% pacjentów objawy zespołu poposiłkowego utrzymują się dłużej.

**Wczesny zespół poresekcyjny (poposiłkowy)**

- uwarunkowany jest zbyt gwałtownym przemieszczaniem się treści pokarmowej do jelita w wyniku braku żołądka oraz uczuciem przepełnienia jelita.

**Objawy pojawiają się około 15–60 minut po posiłku:**

- uczucie zmęczenia i osłabienia po posiłku,
- wzdęcia, skurcze i ból brzucha,
- nudności, wymioty,
- biegunka, odbijanie się pustym powietrzem,
- zawroty głowy oraz zaburzenia naczynioruchowe (uderzenie gorąca, rumieńce na twarzy, pocenie się, kołatanie serca),
- obniżenie ciśnienia tętniczego krwi.

### Późny zespół poresekcyjny (poposiłkowy)

Objawy mogą wystąpić od 1 do 3 godzin po posiłku. Charakteryzuje się wystąpieniem hiperglikemii – najczęściej po spożyciu wysoko-węglowodanowego posiłku, a następnie nadmiernym wyrzutem insuliny, co prowadzi do hipoglikemii (tj. osłabienia pacjenta, nadmiernego pocenia się, dezorientacji, nieregularnego tętna, omdleń, drgawek).

*Dumping syndrom* może prowadzić do utraty masy ciała w wyniku zaburzeń wchłaniania składników odżywczych oraz niechęć do jedzenia. Pacjenci ograniczają przyjmowanie posiłków w obawie przed wystąpieniem nieprzyjemnych dolegliwości, co w konsekwencji powoduje niedożywienie.

Leczenie *dumping syndrom*:

- bezpośrednio po jedzeniu chory powinien przyjąć pozycję półsiedzącą,
- zmniejszyć ilość węglowodanów w pożywieniu,
- spożywać posiłki często, lecz w małych ilościach,
- unikać mleka,
- ograniczyć spożywanie płynów podczas posiłków,
- niekiedy należy stosować leki hamujące czynność motoryczną (ruchową) przewodu pokarmowego oraz suplementację witaminami i składnikami mineralnymi.

**Edukacja pacjenta po całkowitej resekcji żołądka w zakresie samoopieki w środowisku domowym**

### Zalecenia dietetyczne

- częste spożywanie lekkostrawnych, ciepłych posiłków w niewielkich ilościach: 6–8 razy dziennie, co 2–3 godziny,
- stosowanie diety bogatobiałkowej (110–130 g białka na dobę), spożywanie mleka jest niewskazane ze względu na ryzyko wystąpienia biegunki,
- ograniczenie podaży tłuszczów zwierzęcych (50–70 g na dobę),
- zwiększenie ilości tłuszczu roślinnego w diecie, np. oliwy z oliwek, olejów roślinnych,

- monitorowanie reakcji organizmu i samokontrola objawów nietolerancji przewodu pokarmowego przy wprowadzaniu nowych produktów do diety,
- regularna kontrola masy ciała oraz wykonywanie kontrolnych badań krwi (morfologia, poziom białka, albumin, elektrolitów, stężenia żelaza, witaminy B12),
- w przypadku obniżonych wartości uzupełnienie ich zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- leczenie niedokrwistości wynikającej z niedoboru żelaza, witaminy B12 oraz kwasu foliowego poprzez podawanie leków drogą dożylną lub domięśniową (ze względu na brak możliwości wchłaniania z przewodu pokarmowego po całkowitej resekcji żołądka), zgodnie ze zleceniem lekarza,
- zalecenie ograniczenia wysiłku fizycznego oraz unikania stresu (okresowe zwolnienie z pracy).



## OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO ZABIEGU OPERACYJNYM USUNIĘCIA GRUCZOŁU TARCZYCOWEGO

**Tarczycza** łac. *Glandula thyroidea* jest gruczołem wydzielania wewnętrznego, położonym na przedniej powierzchni szyi, charakteryzuje się bardzo obfitym unaczynieniem – przepływ krwi przez tarczycę należy do największych przepływów przez narządy ustroju. Na tylnej powierzchni tarczycy znajdują się dwie pary gruczołów przytarczycznych – odpowiedzialnych za gospodarkę wapniowo-fosforanową organizmu.

Tarczycza wytwarza i wydziela do krwi hormony:

- T3 trójiodotyroninę
- T4 tyroksynę
- Kalcytoninę.

Czynność tarczycy jest kontrolowana przez podwzgórze i przysadkę mózgową tworząc układ ujemnego sprzężenia zwrotnego. Podwzgórze produkuje neurohormon tyreoliberynę (TRH), która działając na przedni płat przysadki – pobudza go do produkcji hormonu tyreotropowego TSH. TSH stymuluje tarczycę do wydzielania T4 i T3.

Przytarczycze wydzielają parathormon (PTH), odpowiedzialny za regulację gospodarki wapniowo-fosforanowej organizmu.

Gdy poziom wapnia we krwi wzrasta, wydzielanie parathormonu jest zmniejszane. Gdy poziom wapnia we krwi spada, to następuje pobudzenie przytarczyc do wydzielania PTH.

Eutyreoza – to stan, w którym stężenie hormonów tarczycy we krwi jest prawidłowe.

### **Hormony tarczycy**

- regulują przemianę materii, wzrost i metabolizm organizmu,
- w okresie rozwoju stymulują dojrzewanie układu nerwowego i kostnego,
- uczestniczą w funkcjonowaniu układu pokarmowego, serca, mięśni oraz układu nerwowego,
- odpowiadają za tempo spalania energii, transport wody i pierwiastków, przemiany cholesterolu, wapnia, fosforu, białka i innych składników metabolicznych.

### **Choroby tarczycy**

#### **1. Wole obojętne**

- to powiększenie tarczycy z zachowaniem jej prawidłowej czynności, bez objawów zapalenia lub zezłośliwienia, stanowi ponad 50% wszystkich schorzeń tarczycy.

#### **Objawy:**

- powiększenie gruczołu tarczowego,
- w badaniu palpacyjnym tarczycy jest gładka, miękka, bez dolegliwości bólowych,
- objawy wynikają głównie z ucisku na sąsiednie narządy, przede wszystkim na tchawicę, która może ulec zwężeniu lub przesunięciu na bok, co może powodować: duszność, łatwe męczenie się, świst oddechowy, chrypkę, niekiedy trudności w połykaniu.

#### **Podział wola obojętnego ze względu na położenie:**

- wole zamostkowe, gdy tarczycy jest widoczna i wyczuwalna na szyi, ale dolnymi biegunami schodzi poniżej mostka,
- wole śródpiersiowe, gdy gruczoł znajduje się najczęściej w śródpiersiu przednim; objawy uciskowe są wówczas bardzo nasilone. Mogą występować: wypełnienie żył szyjnych, duszność, świst wdechowy, kaszel, sinica, ból w klatce piersiowej.

## 2. Wole nadczynne

- tarczyca jest zwykle asymetryczna, a podczas badania wyczuwalne są guzki,
- wole nadczynne wynikają z nadmiaru hormonów tarczycy, wyróżnia się:
- chorobę Gravesa-Basedowa – z charakterystycznym wytrzeszczem oczu
- wole guzowate nadczynne (choroba Plummera).

Choroba Gravesa-Basedowa (wole rozlane toksyczne) stanowi około 60% wszystkich przypadków nadczynności tarczycy, występuje sześciokrotnie częściej u dorosłych kobiet, rzadko u osób w podeszłym wieku.

### Objawy

- tzw. triada Basedowa występuje u około 50% chorych, należą do niej: wole, wytrzeszcz gałek ocznych i częstoskurcz nadkomorowy.

### Inne symptomy to:

- pobudzenie ruchowe,
- drżenie rąk,
- niepokój,
- nadpobudliwość,
- skłonność do płaczu,
- bezsenność.

## 3. Wole niedoczynne

- spowodowane wrodzonym lub nabytym niedoborem hormonów tarczycy,
- dotyczy około 1% populacji w wieku 30–60 lat, częściej kobiet.

### Objawy

Zmniejszona przemiana materii, w wyniku której mogą występować:

- zwiększenie masy ciała,
- zaparcia,
- obniżona ciepłota ciała,

- sucha, łuszcząca skóra,
- ochrypły głos,
- spowolnienie psychoruchowe,
- zwolnienie czynności serca.

W około 50% przypadków objawy choroby ustępują po wdrożeniu leczenia – leki hamujące wydzielanie tyroksyny i trójiodotyroniny.

INWOLUCJA WOLA to równomierne zmniejszanie się wola. Leczenie farmakologiczne stanowi także etap przygotowawczy do leczenia radykalnego, polegającego m.in. na wycięciu części lub całości gruczołu tarczycowego.

#### **4. Rak tarczycy**

Typy raka tarczycy:

- rak brodawkowaty – stanowi około 70% wszystkich przypadków raka tarczycy,
- rak pęcherzykowy – około 20%,
- rak anaplastyczny – około 5%,
- rak rdzeniasty – około 5%.

**Przyczyny:**

- jedynym udowodnionym czynnikiem ryzyka raka tarczycy jest promieniowanie jonizujące,
- niedobór jodu sprzyja powstawaniu raka pęcherzykowego,
- nadmiar jodu sprzyja występowaniu raka brodawkowego,
- czynniki genetyczne wpływają na występowanie raka rdzeniastego tarczycy.

**Objawy**

- początkowy okres choroby – bezobjawowy,
- w późniejszym okresie w badaniu palpacyjnym stwierdza się twarde, guzowate wole, nieprzesuwalne względem skóry lub pojedynczy guzek,



- w wyniku ucisku powiększającego się wola, następuje ból szyi i ucha, chrypka, duszność, zaburzenia połykania, nadmierne wypełnienie żył w obrębie szyi i głowy.

### **Badania diagnostyczne**

- Podstawowe badanie to oznaczanie stężenia hormonów tarczycy w surowicy krwi: stężenie wolnych frakcji hormonów FT4, FT3, TSH.
- Ultrasonografia i tomografia komputerowa – pozwalają ocenić: wielkość tarczycy, naciekanie na sąsiednie narządy, powiększenie węzłów chłonnych szyi. Badania te mają szczególne znaczenie w różnicowaniu torbieli od guzów litych.
- Scyntygrafia tarczycy – badanie z zastosowaniem promieniotwórczego izotopu jodu (J-131), pozwala ustalić rozmieszczenie tkanki tarczycowej gromadzącej jod i umożliwia odróżnienie guzków „ciepłych”/„gorących” (wychwytyują więcej jodu niż tkanka tarczycy i to przeważnie są guzki złośliwe) od guzków „zimnych” (wychwytyują mniej jodu – 12% guzków zimnych to nowotwory łagodne).
- Badanie laryngologiczne – określa czynność i prawidłowe ułożenie strun głosowych oraz krtani.

### **Przygotowanie pacjenta do operacji tarczycy**

#### **Przygotowanie psychiczne**

- pacjentów z nadczynnością tarczycy cechuje pobudliwość nerwowa, dlatego należy zachować spokój w postępowaniu z chorymi; łatwo ulegają emocjom, są drażliwi, lękliwi. Należy dokładnie i wyczerpująco wyjaśnić pacjentowi przebieg okresu przygotowawczego, jak i postępowanie pooperacyjne. Zgodnie z zaleceniem lekarza, należy podać leki uspokajające, np. Relanium.

#### **Przygotowanie fizyczne**

- należy poinformować pacjenta, że po operacji mogą wystąpić: trudności w połykaniu (zwykle przejściowe), przejściowa chrypka, trudność w poruszaniu głową – należy nauczyć chorego jak układać głowę po operacji (unikać nadmiernego odchylenia głowy do tyłu, wskazane

są dwie poduszki do stabilnego ułożenia głowy. Zapobiega to uczuciu „odrywania głowy” i zmniejsza uczucie bólu w obrębie rany pooperacyjnej),

- pobranie materiału do badań laboratoryjnych,
- konsultacja anestezjologiczna i laryngologiczna,
- pomiary ciśnienia tętniczego krwi przed zabiegiem,
- zamówienie Koncentratu Krwinek Czerwonych (KKCz) zgodnie ze zleceniem lekarskim,
- założenie karty obserwacyjnej pacjenta.

### **Rodzaje operacji tarczycy**

- częściowe wycięcie tarczycy,
- wycięcie płata tarczycy,
- subtotalne wycięcie tarczycy,
- całkowite wycięcie tarczycy – STRUMEKTOMIA.

W przypadku całkowitego usunięcia gruczołu zachodzi konieczność codziennego doustnego przyjmowania preparatów uzupełniających hormony tarczycy.

### **Opieka pielęgniarstwa po zabiegu usunięcia tarczycy**

- Kontrola stanu świadomości chorego.
- Monitorowanie parametrów życiowych: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperatura ciała, oddech – wystąpienie świstu może świadczyć o zapadaniu się chrząstek tchawicy.
- Obserwacja barwy skóry, temperatury ciała i ilości wydalanego moczu.
- Pomoc w ustaleniu pozycji ciała – zalecana pozycja półsiedząca lub płaska z uniesioną głową, szyją i barkami (szyja nie może być nadmierne zgięta czy wyprostowana). Ułożenie takie zmniejsza napięcie na linię szwów i zapobiega uczuciu „odpadania szyi od tułowia”.
- Obserwacja rany operacyjnej, czystości opatrunku, ilości i jakości treści jaka może wpływać z założonych drenów, obserwacja pojemników Redona.

- Podawanie zleconych leków i płynów infuzyjnych.
- Regularna ocena i kontrola natężenia bólu.
- W zależności od stanu klinicznego, już po kilku godzinach od zabiegu chory może zostać uruchamiany.
- W pierwszych dniach po operacji dla ułatwienia odkrztuszania zalecane są inhalacje według zlecenia lekarza.
- Motywowanie pacjenta do wykonywania głębokich oddechów – co ułatwia odkrztuszanie znajdujące się w oskrzelach wydzieliny.
- Jeżeli chirurg uważa, że gojenie rany jest prawidłowe, chory rozpoczyna ćwiczenia ruchowe szyi w pełnym zakresie, aby zapobiec ograniczeniom ruchomości głowy.

## **Powikłania po leczeniu operacyjnym tarczycy**

### **1. Krwawienie do łoży pooperacyjnej (jama szyi).**

**Objawy:** narastająca duszność, obrzęk szyi.

Opieka pielęgniarska:

- dokładna obserwacja okolicy szyi, ocena napięcia skóry,
- regularna kontrola ilości drenowanej wydzieliny krwistej w drenie Redona (w przypadku podejrzenia zatkania drenu (skrzepy), sprawdzić jego drożność, jeśli wystąpi duszność należy natychmiast zawiadomić lekarza, przygotować zestaw do intubacji i rewizji rany (zazwyczaj rewizję wykonuje się w warunkach sali operacyjnej),
- w przypadku zalegania wydzieliny w drzewie oskrzelowym należy chorego odessać.

### **2. Niedoczynność przytarczyc**

TEŻY CZKA – spadek poziomu wapnia we krwi (HIPOKALCEMIA)

**Objawy:**

- zwiększona pobudliwość nerwowo-mięśniowa – uczucie mrowienia i drętwienia skóry i mięśni w okolicy ust, nosa, palców rąk i nóg,

Objaw Trousseau – po założeniu opaski uciskowej na ramię, po 1–2 minutach następuje skurcz mięśni palców i dłoni oraz przymusowe ułożenie palców dłoni w sposób, jaki przypomina rękę położnika badającego kobietę ciężarną.

Objaw Chvostka – skurcz mięśni twarzy, po uderzeniu młoteczkiem neurologicznym w okolicę policzka (w nerw twarzowy) – około 2 cm do przodu od małżowiny usznej.

**3. Uszkodzenie nerwu krtaniowego wstecznego** – powoduje u chorego chrypkę. Aby zapobiec uszkodzeniu nerwów krtaniowych należy wykorzystać podczas zabiegu NEUROMONITORING, który pozwala chirurgowi użyć sondy ręcznej, aby zlokalizować nerw krtaniowy wsteczny, mapować go i sprawdzić jego funkcję. Funkcja nerwu jest rejestrowana zarówno na początku, jak i na końcu operacji. Neuromonitoring pozwala na dźwiękowe, jak i wizualne przekazywanie informacji o funkcji nerwu i umożliwia chirurgowi szybkie reagowanie, aby uniknąć paraliżu fałdu głosowego.

**4. Przełom tyreotoksyczny**, to nagły wzrost tyreotoksyny we krwi z bezpośrednim zagrożeniem życia, powstaje w wyniku resekcji nadczynnej tkanki tarczycy (nieleczonej lub źle leczonej nadczynności przed operacją). Początek jest nagły i charakteryzuje się gwałtownie narastającymi objawami: gorączką, tachykardią, wzrostem ciśnienia tętniczego krwi, pobudzeniem psychoruchowym, w badaniach laboratoryjnych – wzrost poziomu leukocytozy, mocznika, hiperkalcemia, hipoglikemia.

**5. Zapadanie się chrząstek tchawicy** – po „uwolnieniu” od ucisku wola, chrząstki mogą się zapadać i spowodować niedrożność dróg oddechowych, może pojawić się duszność.

#### **Zalecenia pooperacyjne dla pacjenta po operacji tarczycy**

- Rana pooperacyjna – po zdjęciu szwów, jeżeli rana jest sucha, opatrunek nie jest konieczny.
- Kontrola lekarska – około 10 dni po operacji.
- Zgłoszenie się do poradni po wynik badania histopatologicznego.

- Po całkowitym usunięciu tarczycy przestrzeganie przyjmowania zleconych leków uzupełniających stężenie hormonów – rano, na czczo, 30 minut przed posiłkiem.
- Suplementacja wapnia, stosować razem z preparatem ułatwiającym jego wchłanianie z przewodu pokarmowego oraz okresowo kontrolować stężenie wapnia w surowicy krwi.
- Oznaczenie stężenia TSH po upływie 4–6 tygodni od zabiegu celem ewentualnej modyfikacji dawki leku.
- Badania USG szyi po 3 miesiącach od zabiegu, w celu wykluczenia ewentualnych nieprawidłowości (np. wznowy procesu nowotworowego).
- W początkowym okresie należy ochraniać bliznę nosząc luźną odzież z naturalnych włókien. Nie należy nosić odzieży z obciskającymi golfami lub kołnierzykami, ani biżuterii (korale, naszyjniki) aby nie drażnić blizny, co może pobudzić tkankę do rozrostu.
- Unikanie wysiłku fizycznego.
- Chronić szyję przed zimnem i nadmiernym przegrzaniem, nie wystawiać blizny na promieniowanie słoneczne przez co najmniej 3 miesiące.
- Zaleca się natłuszczanie blizny pooperacyjnej tłustym niedrażniącym kremem.
- Maść Contratubex i Cepan stosuje się na przerośniętą bliznę w okresie późniejszym.
- Poinformować pacjenta, że proces gojenia blizny może trwać od 6 miesięcy do nawet 1 roku.
- Zaczerwienienie, zgrubienie, ból rany pooperacyjnej jest wskazaniem do pilnej konsultacji lekarskiej!

### **Zalecenia żywieniowe po operacji tarczycy**

- W ciągu 24 godzin po operacji, ze względu na niebezpieczeństwo krwawienia z rany i trudności w połykaniu, wskazane są zimne płyny. Następnie, gdy nie występują nudności podaje się chłodne, wysokokaloryczne płyny.
- Od pierwszej doby po zabiegu, gdy zmniejszy się bolesność przy połykaniu, wprowadza się dietę papkową, lekkostrawną, a następnie stopniowo przechodzi się do pełnego odżywiania.

- Pacjenci po operacji wola guzowatego tarczycy powinni unikać spożywania pokarmów wolotwórczych. Substancje w nich zawarte mogą hamować syntezę hormonów tarczycy.
- Produkty wolotwórcze, których należy unikać: owoce morza i ryby morskie, warzywa kapustne (kapusta, kalafior, brukiew, brukselka, szpinak), nasiona roślin strączkowych (groch), rzodkiew, chrzan, orzeszki ziemne.
- W okresie pooperacyjnym należy unikać nadmiernego odżywiania, gdyż w konsekwencji resekcji gruczołu tarczowego może wystąpić zwiększone łaknienie (po nadczynności tarczycy) oraz spada podstawowa przemiana materii, co sprzyja rozwojowi otyłości.
- Zaleca się spożywanie produktów lekkostrawnych i niskokalorycznych (chude mleko, chude sery, chude wędliny, masło świeże, oleje roślinne rafinowane, masło roślinne, owoce).

## OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO ZABIEGU OPERACYJNYM USUNIĘCIA GRUCZOŁU PIERSIOWEGO

**Nowotwór piersi** łac. *Carcinoma mammae* to najczęściej rozpoznawany nowotwór złośliwy u kobiet. Zajmuje drugie miejsce pod względem umieralności z powodu nowotworów złośliwych wśród kobiet. U mężczyzn rak piersi stanowi 1% wszystkich zlokalizowanych nowotworów.

Najczęstsze umiejscowienie guza to górny zewnętrzny kwadrant piersi, najrzadziej występuje w dolnym wewnętrznym kwadrancie.

### Czynniki ryzyka

- płeć – kobiety chorują 200 razy częściej niż mężczyźni.
- przebyty nowotwór piersi,
- uwarunkowanie genetyczne (linia pokoleniowa: babcia – mama – siostra – córka),
- wiek okołomenopauzalny – ryzyko zachorowania wzrasta po 50. roku życia,
- wczesne pokwitanie, późna menopauza, brak ciąży lub pierwsza ciąża po 30. roku życia,
- hormonalna terapia zastępcza trwająca powyżej 10 lat; długotrwałe stosowanie antykoncepcji hormonalnej (powyżej 8 lat),
- otyłość – ilość estrogenów produkowanych w okresie przekwitania zależy od masy tkanki tłuszczowej,
- dieta bogata w tłuszcze zwierzęce, uboga w witaminy,
- niektóre łagodne choroby piersi,
- styl życia – niska aktywność fizyczna; nadużywanie alkoholu.

**W początkowym okresie rozwoju nowotwór piersi nie daje objawów klinicznych.**

### **Objawy**

- guzek lub guz, najczęściej bezbolesny,
- asymetria sutków, deformacja kształtu piersi, wciągnięcie brodawki sutkowej,
- złuszczenie się naskórka w okolicy brodawki,
- wyciek krwisty z brodawki,
- owrzodzenie brodawki,
- wciągnięcie skóry piersi,
- objaw „skórki pomarańczy” (zaczerwienienie, zgrubienie skóry),
- powiększenie węzłów chłonnych.

Ból nie jest typowym objawem w raku piersi!

**Drogi szerzenia – rak piersi szerzy się zarówno drogą naczyń chłonnych, jak i naczyń krwionośnych.**

Przerzuty drogą chłonną w pierwszym etapie zajmują regionalne węzły chłonne – pachowe i przymostkowe. Przerzuty w węzłach chłonnych nadobojczykowych są późnym etapem rozwoju choroby.

Przerzuty drogą naczyń krwionośnych to najczęściej przerzuty odległe – najczęstsze lokalizacje to: układ kostny, wątroba, płuca i ośrodkowy układ nerwowy.

### **Diagnostyka raka piersi**

- **Samobadanie piersi.**
- **Badanie fizykalne piersi** – palpacyjne badanie piersi przez lekarza ginekologa (między 3. a 10. dniem cyklu miesięczkowego).
- **Mammografia** – obecnie rekomendowana i najskuteczniejsza metoda wykrywania raka piersi we wczesnych stopniach zaawansowania. Rekomendowana w ramach badań przesiewowych programu zdrowotnego dla kobiet po 50. roku życia. To prześwietlenie piersi małą dawką promieniowania RTG.



- **USG piersi** – badanie bezbolesne, nieinwazyjne, bez użycia promieniowania.
- **Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa (BAC)** – nakłucie guzka cienką igłą (0,6 mm.) z użyciem strzykawki. W przypadku, gdy nie można zlokalizować guzka palcami, nakłucie wykonuje się pod kontrolą USG lub mammografii. Pobrany materiał po odpowiednim przygotowaniu jest diagnozowany przez patomorfologa. Pacjentka nie wymaga specjalnego przygotowania – powinna mieć wyniki badań oceniających krzepliwość krwi i oznaczenie antygenu HBs.
- **Biopsja aspiracyjna gruboigłowa (BAG)** – pobranie materiału w znieczuleniu miejscowym, po nakłuciu i pobraniu materiału do badania – założenie opatrunku uciskowego.
- **Biopsja mammotoniczna** – BAC lub BAG wykonywana pod kontrolą mammografii.
- **Biopsja otwarta** – to wycięcie małego wyczuwalnego guzka podczas zabiegu chirurgicznego w przypadku bardzo małych zmian, wcześniej wykonuje się jej lokalizację pod kontrolą USG lub mammografii wprowadza się znacznik (tzw. kotwiczkę) celem precyzyjnej lokalizacji zmiany.
- **Biopsja węzła wartowniczego** – węzeł wartownik to pierwszy węzeł chłonny na drodze naczyń chłonnych biegnących od guza w kierunku pachy. W przypadku istnienia przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych w 99% są one obecne w węźle wartowniku. Celem biopsji jest uniknięcie konieczności usuwania węzłów chłonnych pachy – jeśli węzeł wartownik nie zawiera komórek nowotworowych. Określenie położenia węzła wartownika wykonuje się wstrzykując w okolicę guza znacznik izotopowy i barwnik.
- **Rezonans magnetyczny** – wykonuje się, gdy zawiodą inne metody lub gdy osiągnięte wyniki są niejasne oraz u kobiet mających wszczepione wkładki silikonowe. Przed badaniem wstrzykuje się kontrast.
- **Badania genetyczne** – wskazane u pacjentek z obciążeniem rodzinnym (BRCA – 1 i BRCA – 2), kobiety mające obciążenie rodzinne – pierwszy stopień pokrewieństwa powinny rozpocząć badania przesiewowe 5 lat wcześniej, niż wiek bliskiego krewnego.

### **Chirurgiczne metody leczenia raka piersi**

- leczenie oszczędzające, amputacja piersi.

**Leczenie oszczędzające** składa się z dwóch etapów:

- chirurgicznym usunięciu guza z marginesem zdrowej tkanki, podczas zabiegu dokonywana jest ocena histopatologiczna,
- wycięciu układu chłonnego pachy lub biopsji węzła wartowniczego.

Leczenie oszczędzające może być stosowane u kobiet z pojedynczym guzem nie większym niż 3–4 cm i przy braku przerzutów odległych.

Celem leczenia oszczędzającego sutek jest: opanowanie rozwoju nowotworu na poziomie miejscowym, zachowanie naturalnego wyglądu sutka. Najlepszym sposobem jest dokonanie w pierwszym etapie tumorektomii (wycięcie guzka) i poddanie śródoperacyjnej ocenie histopatologicznej. W zależności od wyniku badania przejście do etapu drugiego, tj. mastektomii lub rezygnacji z etapu drugiego.

### **Amputacja piersi**

Polega na całkowitym lub ograniczonym usunięciu piersi wraz z węzłami chłonnymi pachowymi (limfadenektomia) lub bez usunięcia węzłów chłonnych.

### **Rodzaje mastektomii:**

1. Amputacja doszczętna (mastektomia radykalna) – usunięcie całego gruczołu piersiowego wraz z mięśniami piersiowymi, zawartością dołu pachowego, pokrywającą pierś skórą, brodawką i otoczką. Obecnie wykonywana bardzo rzadko.
2. Amputacja piersi ograniczona (radykalna zmodyfikowana) – usunięcie całego sutka wraz z zawartością dołu pachowego, bez usunięcia mięśnia piersiowego mniejszego. Obecnie najczęstsza metoda leczenia chirurgicznego raka piersi.
3. Amputacja prosta piersi – usunięcie sutka bez węzłów chłonnych pachy. Węzły chłonne są pobierane do oceny histopatologicznej.
4. Amputacja segmentalna piersi (kwadrantektomia) – usunięcie fragmentu sutka z pobraniem węzłów chłonnych do oceny histopatologicznej.

5. Amputacja podskórna piersi (profilaktyczna) i zastąpienie tkanki gruczołowej implantami. Usuwa się 98% tkanki gruczołowej – ryzyko nowotworu zredukowane prawie całkowicie.

**Operacje odtwórcze** – rekonstrukcja piersi, po mastektomii, pierś można odtworzyć natychmiast (większe ryzyko zakażeń pooperacyjnych) lub po pewnym czasie, np. od 3 do 12 miesięcy od pierwotnej mastektomii.

#### **Operacje odtwórcze są przeprowadzane z wykorzystaniem**

- własnych tkanek pacjentki – tzw. materiału biologicznego, np. płata skórno-mięśniowego pobranego z mięśnia najszerzego grzbietu lub płata z mięśnia prostego brzucha,
- endoprotezy piersi – np. wypełniona silikonowym żelem poduszeczka wszczepiana pod skórę i mięsień piersiowy większy,
- rozprężania tkanek – pod skórę i mięsień piersiowy większy wszczepia się początkowo pusty ekspander a po wygojeniu ran operacyjnych, przez przewód z zastawką stopniowo dopełnia się go roztworem soli fizjologicznej, co powoduje rozciąganie skóry i mięśnia.

#### **Amputacja piersi = mastektomia**

**Przygotowanie do zabiegu mastektomii** obejmuje zarówno aspekty fizyczne, jak i psychiczne pacjentki. Przed planowanym zabiegiem należy przeprowadzić z pacjentką rozmowę – dać pacjentce możliwość zadania pytań. Osoba, poddawana mastektomii powinna wiedzieć, jak zmieni się jej wygląd oraz jak będzie przebiegać opieka przed, w trakcie i po zabiegu.

#### **Przygotowanie fizyczne:**

- wykonanie podstawowych badań krwi i moczu,
- przygotowanie higieniczne skóry,
- przygotowanie przewodu pokarmowego,
- konsultacja anestezjologiczna,
- konsultacja psychologiczna,
- podanie premedykacji według zlecenia lekarza,

- zastosowanie antybiotykoterapii zgodnie ze zleceniem,
- analiza wyników badań diagnostycznych: USG sutka, mammografii, biopsji,
- w przypadku współistniejących chorób, np. układu krwionośnego należy założyć opaski uciskowe w celu uniknięcia wystąpienia zakrzepów i zatorów.

### Opieka pielęgniarska po zabiegu

- wygodne ułożenie pacjentki w łóżku, zgodnie z zaleceniami,
- kontrola podstawowych parametrów życiowych,
- wysokie ułożenie kończyny górnej po stronie operowanej – na specjalnym klinie – aby zapewnić warunki odpływu limfy oraz ograniczyć ruchy w stawie obręczy barkowej,
- obserwacja rany operacyjnej oraz założonego drenażu Redona pod kątem: drożności, ilości i jakości wydzieliny. Drenaż utrzymywany jest zazwyczaj przez 2–3 dni,
- przesiąkanie opatrunku treścią krwistą oraz duży napływ wydzieliny do drenażu mogą świadczyć o krwawieniu,
- niekiedy ze względu na ryzyko infekcji rany oraz drażniące działanie drenu, może być on usunięty, pomimo że pod skórą gromadzi się jeszcze płyn – zwykle niewielka ilość, płyn odciągany jest strzykawką co 1 lub kilka dni, aż do ustąpienia wydzieliny,
- udział w leczeniu farmakologicznym,
- monitorowanie dolegliwości bólowych oraz ich łagodzenie,
- pomoc w utrzymaniu higieny osobistej: zmiana bielizny, podanie posiłków, pomoc w codziennych czynnościach,
- pomiary obwodów kończyny górnej po stronie zabiegu (kontrola obrzęku),
- profilaktyka przeciwzakrzepowa,
- obserwacja stanu psychicznego pacjentki,
- rozwiązywanie indywidualnych problemów pielęgnacyjnych chorej oraz zapewnienie jej wsparcia emocjonalnego,
- wczesne uruchamianie chorej – jeżeli jest to możliwe, chorą pionizuje się już w 0. dobie po zabiegu operacyjnym, zawsze w obecności pielęgniarki, aby zapobiec ewentualnym zaburzeniom ortostatycznym,

- motywowanie pacjentki do regularnego wykonywania zleconych przez rehabilitanta ćwiczeń usprawniających.

Ćwiczenia wczesnej rehabilitacji wykonuje się w pozycji leżącej, kilka razy dziennie, przez 20–30 minut, są to:

- ruchy palców ręki po stronie operowanej – zginanie i prostowanie,
- ruchy rozstawne i przeciwstawne palców,
- ruchy palców imitujące pisanie na maszynie,
- ruchy nadgarstka – zginanie grzbietowe, zginanie dłoniowe, przywodzenie dłoni w kierunku łokciowym, ruchy okrężne dłoni,
- zaciskanie palców w pięść, rozluźnianie,
- unoszenie kończyny i kilkakrotne wstrząsanie jej w górze.

Ćwiczenia rehabilitacyjne zgodnie z zaleceniami fizykoterapeuty: masaż limfatyczny kończyny (nie klasyczny!), przy wysokim ułożeniu kończyny z wykorzystaniem substancji ułatwiających masaż i zapobiegających podrażnieniu skóry (talk, wazelina, olej do masażu). Masaż limfatyczny wykonuje się w kierunku serca przez około 10 minut, nie wolno masować blizny pooperacyjnej i obszarów poddanych napromieniowaniu. Stosowanie ucisku zewnętrznego za pomocą rękawa przeciwobrzękowego.

### **Pielęgnacja miejsca operowanego**

- bliznę myć wodą z dodatkiem delikatnego mydła,
- osuszać skórę miękkim ręcznikiem, przykładając go delikatnie, nie pocierać,
- chronić bliznę przed działaniem niskich i wysokich temperatur, nadmiernym promieniowaniem słonecznym,
- obserwować skórę wokół blizny, skontaktować się z lekarzem, jeśli wystąpi: zaczerwienienie, zgrubienie, wyciek lub inna zmiana.

## Profilaktyka obrzęku limfatycznego

### Należy unikać:

- podnoszenia i noszenia ciężkich przedmiotów,
- trzymania ręki w pozycji opuszczonej przez dłuższy czas,
- przegrzewania ręki, np. przez: opalanie, gorące kąpiele, ciepłe okłady,
- urazów, skaleczeń,
- pobierania krwi, podawania dożylnie leków, akupunktury,
- stosowania drażniących środków chemicznych i kosmetycznych (np. peelingów, wosków),
- noszenia bielizny i odzieży z tkanin szorstkich lub sztucznych,
- spania na operowanej kończynie górnej,
- noszenia uciskających bransoletek, pasków od zegarka, obcisłych rękawów,
- mierzenia ciśnienia tętniczego na rękę po stronie operowanej,
- szarpnięć i gwałtownych ruchów ręki – np. przy prowadzeniu psa na smyczy.

### Zalecane jest:

- wysokie ułożenie kończyny górnej w czasie snu, odpoczynku, pracy,
- regularne wykonywanie ćwiczeń i zabiegów rehabilitacyjnych, zgodnie z zaleceniami fizjoterapeuty, np. kompresja poprzez bandażowanie, automasaż (głaskanie, wyciskanie, ugniatanie, rozcieranie, oklepywanie), masaż wirowy, drenaż limfatyczny,
- umiarkowana aktywność fizyczna,
- utrzymanie prawidłowej masy ciała,
- noszenie rękawa uciskowego – profilaktycznie – w trakcie wykonywania cięższych prac lub w trakcie długich podróży, zwłaszcza samolotem.

### Regularne kontrole lekarskie

- po leczeniu operacyjnym wizyty kontrolne planowane co 3–6 miesięcy,
- regularne samobadanie piersi,
- po leczeniu operacyjnym – badanie mammograficzne jest zalecane raz w roku,

- po leczeniu oszczędzającym – mammografia po 6 miesiącach,
- badania ginekologiczne – co najmniej raz w roku.

### **Odżywianie**

- zalecana dieta zróżnicowana, niskotłuszczowa, bogata w błonnik, białko, oleje roślinne,
- wskazana duża ilość warzyw i owoców,
- należy ograniczyć: słodkie, tłuste potrawy, mocne używki (alkohol, papierosy, kawa, herbata),
- przestrzeganie higieny przygotowywania i spożywania posiłków.

**Styl życia** – po zakończonym leczeniu i okresie rekonwalescencji zalecany jest powrót do codziennej aktywności, warto rozważyć udział w organizacjach wspierających kobiety po mastektomii (wymiana doświadczeń, działalność edukacyjna, wolontariat).





## **OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM Z ŻYŁAKAMI KOŃCZYN DOLNYCH W OKRESIE OKOŁOOPERACYJNYM**

Prawidłowy odpływ krwi żylnej z kończyn dolnych zapewniają: żyły powierzchowne i żyły głębokie połączone systemem żył przesywających (tzw. perforatorów).

Żyły głębokie odpowiadają za około 90% odpływu krwi z kończyny.

Sprawne funkcjonowanie układu żylnego, zarówno w pozycji stojącej, jak i siedzącej, umożliwiają:

- zastawki żyłne – zapewniają jednokierunkowy odpływ krwi, w kierunku serca,
- perforatory – odprowadzają krew z układu powierzchownego do głębokiego,
- praca mięśni łydek – ma największe znaczenie dla antygrawitacyjnego ruchu krwi żylnej.

### **Mechanizm powstawania żylaków kończyn dolnych**

Prawidłowo krew w żyłach płynie w kierunku serca. Za jednokierunkowy przepływ krwi odpowiadają m.in. zastawki żyłne, tj. fałdy zlokalizowane wewnątrz żył, które otwierają się, gdy krew wypychana jest do góry podczas skurczu serca. Uszkodzenie zastawek żylnych – np. ich niedomykalność, sprzyja spływaniu krwi, zaleganiu i gromadzeniu się w żyłach, szczególnie w okolicy goleni, powoduje to wzrost ciśnienia w naczyniach żylnych. Wysokie ciśnienie spowalnia przepływ krwi, sprzyja jej zaleganiu w żyłach kończyn dolnych, prowadzi do obrzęków, głównie poniżej kolan i w okolicy kostek. Wysokie ciśnienie może

również powodować wyciek płynu z żył do okalających je tkanek, powodując obrzęk i często stan zapalny.

Żylaki kończyn dolnych – to trwałe, rozszerzenia żył powierzchownych, występujące w postaci węzowatych sznurów, splotów lub kłębow, często z balonowatymi uwypukleniami. Są najczęstszą postacią niewydolności żyłnej. Przyczyną żylaków jest osłabienie błony mięśniowej naczyń żylnych co prowadzi do ich rozszerzenia.

### **Czynniki ryzyka powstawania żylaków kończyn dolnych**

- czynniki dziedziczne – ryzyko żylaków u osoby, której jedno z rodziców chorowało na niewydolność żylną, wynosi 40%, natomiast gdy chorowało oboje rodziców – 90%,
- wiek – powyżej 40 roku życia,
- płeć żeńska (4:1),
- ciąża – wskutek ucisku płodu na naczynia miednicy mniejszej,
- wysoki wzrost – im dłuższe żyły, tym większa trudność z prawidłowym przepływem krwi w górę, do serca,
- nadmierna ekspozycja na ciepło – gorące kąpiele, opalanie na słońcu i w solarium,
- stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych lub hormonalnej terapii zastępczej,
- zakrzepice żyłne – skrzeplina w żyłę może nieodwracalnie uszkodzić zastawki żyłne.

### **Objawy żylaków kończyn dolnych**

- widoczne przez skórę niebiesko-sine żyły, o poszerzonym, krętym, zdeformowanym przebiegu,
- obrzęki – na grzbiecie stopy lub w okolicy kostek,
- rdzawo-brązowe przebarwienia skóry,
- wyprysk żylakowy – swędzące, suche lub sączące zmiany skórne w obrębie zmienionych tkanek.

## **Diagnostyka żylaków kończyn dolnych**

### **Badanie podmiotowe**

- wywiad – ze szczególnym uwzględnieniem okoliczności prowadzących do powstania żylaków.

### **Badanie przedmiotowe**

- oglądanie – określenie lokalizacji i rozległości zmian żylakowych,
- badanie palpacyjne skóry oraz głównych żył powierzchownych, wzdłuż ich przebiegu,
- badanie należy rozpocząć od oceny ocieplenia skóry,
- zakończeniem badania palpacyjnego musi być ocena ukrwienia tętniczego, czyli badanie tętna,
- USG kończyn dolnych – USG Doppler – umożliwia ocenę kierunku i prędkości przepływu krwi, a tym samym stanu i funkcjonalności naczyń żylnych kończyn dolnych. Obrazuje nawet bardzo małe tętnice i żyły. Badanie wykonuje się od pachwin do kostek, w pozycji leżącej na plecach i brzuchu, a niekiedy w pozycji siedzącej lub stojącej. Badanie trwa od 15 do 30 minut. Zaleca się wykonanie badania obu kończyn dolnych, by dokładniej ocenić zmiany.

### **Wskazania do operacji**

- żylaki objawowe,
- krwotoki z żylaków,
- owrzodzenia podudzi z powodu niewydolności żył powierzchownych,
- powiększanie się żylaków pomimo leczenia zachowawczego,
- żylaki powodujące duży defekt kosmetyczny.

### **Przygotowanie do zabiegu**

- wykonanie podstawowych badań krwi i moczu,
- badanie laboratoryjne krwi z uwzględnieniem układu krzepnięcia,
- USG Doppler kończyn dolnych,
- profilaktyka przeciwzakrzepowa – podaż heparyny drobnocząsteczkowej,

- profilaktyka antybiotykowa; odpowiednie nawodnienie pacjenta przed zabiegiem,
- mapowanie przebiegu chorej żyły,
- konsultacja anestezjologiczna – wyjaśnienie znieczulenia zewnątrzoponowego – i postępowania po znieczuleniu – np. pozycja leżąca przez 12 godzin.

**OBLITERACJA (SKLEROTERAPIA)** – polega na wprowadzeniu do światła chorego naczynia substancji chemicznej, która uszkadza śródbłonek naczynia, powodując jego obkurczenie (reakcję zapalną), a następnie całkowite zamknięcie przepływu, czyli zarośnięcie światła naczynia.

**Miniflebektomia** – małoinwazyjna metoda leczenia operacyjnego – polega na usuwaniu nawet rozległych zmian żyłakowych przez niewielkie nacięcia skóry. Uzupełnieniem takiego postępowania może być podskórne usunięcie (stripping) całej żyły odpiszczelowej lub jej niewydolnego odcinka, a w razie konieczności również żyły odstrzałkowej.

### **Opieka po zabiegu operacyjnym**

- kontrola stanu świadomości pacjenta,
- monitorowanie podstawowych funkcji życiowych,
- obserwacja w kierunku wystąpienia powikłań: krwawienia, krwotoku, wstrząsu hipowolemicznego,
- kontrola czystości opatrunku, obecności i ilości krwi w założonym drenie Redona,
- kontrola bieżących wartości ciśnienia tętniczego krwi i tętna.
- uniesienie operowanej kończyny (elewacja) o 15–20 stopni powyżej poziomu serca – ułatwia to powrót żylny, zaleca się poruszanie palcami,
- obserwacja czystości bandaża elastycznego lub pończochy elastycznej, założonych bezpośrednio po zabiegu na kończynę,
- podaż zleconych leków, w tym heparyny drobnocząsteczkowej,
- podaż zleconych płynów infuzyjnych, leków przeciwbólowych, a także stała kontrola natężenia bólu,

- dbanie o ogólny komfort pacjenta – zarówno fizyczny, jak i psychiczny,
- dokumentowanie wszystkich pomiarów oraz podanych leków i płynów infuzyjnych.

**Objawy pooperacyjnego krwawienia:** przesączony opatrunek, duża ilość krwi w drenie Redona, niskie ciśnienie tętnicze krwi, przyspieszone tętno, zaburzenia świadomości pacjenta.

**Operacja małoinwazyjna metodą wewnątrżyłną – Flebogrif.** Metoda ta polega na mechanicznym uszkodzeniu śródbłonna operowanej żyły i zamknięciu jej światła od środka. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu miejscowym. Polega na wprowadzeniu pod kontrolą USG specjalnego cewnika Flebogrif poprzez umieszczony w niewydolnej żyłę wenflon. Wprowadzony cewnik jest wyposażony w wysuwane elementy tnące, które mechanicznie uszkodzają wewnętrzną warstwę żyły. Jednocześnie podawany jest przez ten cewnik środek w postaci pianki, powodujący zamknięcie niewydolnej żyły. Po zabiegu istnieje konieczność zakładania specjalnej pończochy uciskowej przez okres około 1 miesiąca.

### **Leczenie zachowawcze żylaków**

Leczenie zachowawcze żylaków jest polecane u pacjentów, którzy:

- nie decydują się na zabieg operacyjny,
- mają przeciwwskazania do operacji,
- mają niewielkie, pojedyncze żylaki.

### **KOMPRESJOTERAPIA (terapia uciskowa, leczenie kompresyjne, presoterapia)**

Terapia ta poprawia efektywność pompy mięśniowej, powstrzymuje rozwój istniejących żylaków kończyn dolnych, zmniejsza zastój żylny i objętość krwi zalegającej w układzie żylnym powierzchownym, przyspieszając przepływ krwi w układzie żył głębokich zmniejszając ryzyko zakrzepicy żył głębokich, działa korzystnie po obliteracji i zabiegach operacyjnych żył, po zapaleniu żył, jest skuteczna w terapii obrzęków i owrzodzeń żylnych.

Zasady skutecznej kompresjoterapii:

- odpowiednio dobrany stopień ucisku i rozmiar pończoch powinny obejmować cały zmieniony chorobowo obszar kończyny,
- opatrunek uciskowy zawsze zakładać w pozycji leżącej,
- opatrunek zakładać od palców stóp (koniec dystalny) w kierunku proksymalnym,
- pozostawić odsłonięte palce stóp by nie ograniczać ich ruchomości oraz by obserwować palce w kierunku zasinienia przy zbyt ciasnym opatrunku uciskowym,
- stopień rozciągania opaski uciskowej powinien zmniejszać się w kierunku proksymalnym, by nie doprowadzić do zastoju krwi żyłnej.

#### **Przeciwwskazania do KOMPRESJOTERAPII:**

- niewydolność serca (podczas kompresjoterapii zwiększa się pojemność minutowa serca o około 5%),
- zaburzenia krążenia tętniczego kończyn dolnych,
- świeża zakrzepica żylna,
- choroby skóry z dużym wysiękiem,
- zakażenia skóry.

#### **Zalecenia dla pacjenta po zabiegu operacyjnym:**

- stosować leki przeciwzakrzepowe tj. iniekcje z heparyny drobnocząsteczkowej, zgodnie z zleceniami lekarza,
- w razie konieczności przyjmować leki przeciwbólowe,
- codzienna kąpiel pod prysznicem i zmiany opatrunków,
- stosować kompresjoterapię w ciągu dnia, zdejmować na noc,
- zgłosić się do kontroli w poradni chirurgicznej po 7–10 dniach w celu usunięcia szwów i oceny stanu kończyny,
- podczas odpoczynku i snu układać operowaną kończynę około 15–20 cm powyżej poziomu serca.

#### **Zasady profilaktyki żyłaków**

- podczas siedzenia należy często poruszać stopami (ruchy góra-dół), napinać mięśnie łydek, wspinać się na palce oraz stosować specjalne pończochy uciskowe,

- należy unikać długotrwałego stania i siedzenia – co 2 godziny należy wstać i przejść się po pomieszczeniu,
- w czasie podróży samolotem (zwłaszcza podczas lotów długodystansowych) zaleca się częstą zmianę pozycji nóg, napinanie mięśni łydek oraz wykonywanie ruchów stopą: palce-pięta,
- unikać ekspozycji na wysoką temperaturę: sauna, solarium, gorące kąpiele, długotrwałe przebywanie na słońcu,
- osoby lubiące się opalać powinny to robić w ruchu,
- po ekspozycji na ciepło należy ochłodzić nogi zimnym prysznicem – polewać je naprzemiennie wodą ciepłą i chłodną (nie zimną).





## **OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO AMPUTACJI KOŃCZYNY DOLNEJ**

Amputacja to zabieg operacyjny polegający na usunięciu narządu lub jego części. Najczęściej zdarzają się amputacje kończyn dolnych spowodowane zaawansowanym niedokrwieniem.

### **Przyczyny:**

- około 90% amputacji ma wskazania naczyniowe,
- około 10% stanowią urazy, nowotwory, wady wrodzone, zniekształcenia kończyn.

Amputacje „naczyniowe” wykonywane są z powodu:

- krytycznego niedokrwienia kończyn – dotyczą przeważnie osób w wieku podeszłym, u których przez wiele lat leczono zachowawczo i/ lub operacyjnie miażdżycę tętnic kończyn dolnych,
- ostrego niedokrwienia kończyn – operacje przeważnie przeprowadzane są w trybie pilnym po bezskutecznych próbach odtworzenia krążenia,
- angiopatii cukrzycowej, często współistniejącej z miażdżycą tętnic kończyn dolnych i innymi chorobami – przeważnie wykonuje się amputację palców stopy lub przodostopia, rzadziej goleni.

### **Wskazania względne i bezwzględne do amputacji**

- bezwzględne (życiowe): urazy – zmiążdżenie tkanek na całej kończynie i brak jej ukrwienia; zgorzel gazowa o gwałtownym przebiegu, głębokie oparzenie lub odmrożenie kończyny dolnej z zakażeniami bakte-

ryjnymi i postępującym niedokrwieniem, samoistne odcięcie nogi na skutek obrażenia,

- względne: celem jest np. uwolnienie chorego od bólu związanego z patologią w obrębie kończyny dolnej, np. zniszczenie rozległej przestrzeni skóry i tkanek mięśniowych, głębokie, ropne zapalenie skóry.

### **Amputacja zamknięta i amputacja otwarta**

- Amputacja zamknięta – rana operacyjna zostaje zaszyta w czasie zabiegu operacyjnego. Warunkiem jest czyste pole operacyjne, dlatego ten typ amputacji najczęściej wykonuje się w zaplanowanych zabiegach.
- Amputacja otwarta – pozostawia się otwartą ranę operacyjną po odcięciu narządu, zamknięcie jej następuje w czasie kilku dni lub tygodni. Ten typ operacji wykonuje się, gdy pole operacyjne jest zabrudzone lub zakażone, najczęściej po wypadkach komunikacyjnych.

### **Postępowanie przed zabiegiem operacyjnym**

- specjalistyczne badania laboratoryjne i obrazowe (RTG planowanej do amputacji kończyny),
- ocena czynności układu sercowo-naczyniowego, oddechowego – dodatkowe konsultacje,
- profilaktyka antybiotykowa i przeciwzakrzepowa, płynoterapia, leki uspakajające,
- dieta ścisła przed zabiegiem/przed znieczuleniem,
- wkłucie dożylnie,
- przygotowanie higieniczne skóry.

### **Pielęgnacja pacjenta po amputacji kończyny dolnej**

- kontrola stanu świadomości,
- monitorowanie parametrów życiowych – ciśnienie i tętno to podstawowe parametry wskazujące na pooperacyjne funkcjonowanie układu krążenia – pośrednio informują o rozwijającym się krwawieniu i wstrząsie hipowolemicznym,
- ułożenie pacjenta na plecach z lekko uniesionym kikutem amputowanej kończyny,

- obserwacja w kierunku powikłań – po amputacji może wystąpić krwawienie lub krwotok z kikuta, dlatego konieczna jest systematyczna kontrola rany operacyjnej, czystości opatrunku, ilości i jakości wydzieliny w drenie Redona,
- we wczesnym okresie pooperacyjnym w obrębie kikuta może dojść do zakażenia rany lub martwicy,
- w okresie późniejszym w obrębie kikuta może wystąpić obrzęk,
- podawanie leków: przeciwbólowych, antybiotyków, leków naczyniorozszerzających, płynów infuzyjnych,
- część amputacji wykonywana jest u pacjentów z cukrzycą – u tych chorych konieczne jest okołooperacyjne wyrównanie glikemii (ciągły, dożylny wlew GIK) oraz systematyczny pomiar glukozy. Właściwemu gojeniu rany sprzyja utrzymanie glikemii poniżej 200 mg/dl.

### **Pielęgnacja kikuta kończyny**

- Codziennie należy zmieniać opatrunek wraz z bandażem elastycznym przytrzymującym opatrunek i stabilizującym objętość kikuta. Dezynfekować ranę pooperacyjną.
- Prawdłowo bandażować kikut, co zapobiega lub zmniejsza obrzęk, łagodzi dolegliwości bólowe, przyspiesza gojenie się rany, przygotowuje kikut do przyszłego zaprotezowania.
- Obserwować ranę pooperacyjną i skórę kikuta pod względem obecności wycieku treści krwistej, surowiczej, ropnej oraz ewentualnych otarć, zaczerwienień, zasinień, owrzodzeń.
- Mycie kikuta należy rozpocząć dopiero po ściągnięciu szwów i wygojeniu rany.
- Co najmniej raz dziennie wykonać toaletę kikuta, tj. obmywać ciepłą wodą z mydłem, starannie osuszać bawełnianym ręcznikiem. Kikut musi być czysty i suchy.
- Kikut nie powinien znajdować się w wodzie zbyt długo – może to doprowadzić do wystąpienia uszkodzeń spowodowanych nadmiernym zmiękczeniem skóry. Zbliżnowacenie tkanek i wymodelowanie kikuta trwa zazwyczaj do około 3 miesięcy.

### **Hartowanie kikuta**

Ma na celu stopniowe przyzwyczajanie kikuta do różnych form ucisku. W rezultacie umożliwia bezbolesną pielęgnację, wykonywanie ćwiczeń oraz przygotowanie kikuta do zaprotezowania.

Hartowanie kikuta rozpoczyna się już 2–3 dni po operacji, od delikatnego opukiwania opuszkami palców.

Po zagojeniu się rany zaleca się delikatne dotykanie, a następnie uciskanie kikuta dłońmi.

Po zdjęciu szwów, podczas kąpieli, zaleca się delikatny masaż kikuta przy użyciu gąbki, rękawicy frotte, a następnie miękkiej szczoteczki.

Od drugiego tygodnia po zabiegu wprowadza się stopniowo następujące czynności, trwające 10–15 minut dziennie: oklepywanie, uciskanie, opieranie kikuta o przedmioty miękkie, np. materac i twarde – np. deska, kąpiele w naprzemiennie ciepłej i zimnej wodzie, masaże wirowe.

### **Ból fantomowy, czucie fantomowe**

Ból fantomowy – to odczuwanie bólu w kończynie, która została amputowana.

Czucie fantomowe obejmuje wrażenia takie jak mrowienie, drętwienie, rwanie czy swędzenie kończyny amputowanej.

- Największe natężenie bólu fantomowego obserwuje się wieczorem lub w nocy.
- Ból może być odczuwany w całej amputowanej kończynie lub skoncentrowany tylko w jej części, najczęściej dystalnej, tj. w dłoni lub stopie których już nie ma.
- U większości pacjentów bóle fantomowe pojawiają się jedynie w pierwszych miesiącach po zabiegu. U części chorych mogą przybrać charakter przewlekły i trwać nawet kilka lat lub powracać po dłuższym czasie od ich ustąpienia.
- Ból fantomowy może nasilać się w sytuacjach stresowych, przy dużym napięciu emocjonalnym lub w wyniku wahań temperatury.

- Do czynników zwiększających ryzyko wystąpienia bólu fantomowego należą: podeszły wiek oraz silny ból kończyny występujący przed amputacją.
- Pacjenci często mają wrażenie obecności utraconej kończyny, próbują ją dotykać i wykonywać nią ruchy, takie jak przed amputacją, tzw. ruchy fantomowe.
- Skojarzone terapie poprawiają przepływ krwi w obrębie kikuta i zmniejszają napięcie mięśniowe, co pomaga ograniczyć zarówno ból fantomowy, jak i odczucia skurczowe.

### **Rehabilitacja po amputacji kończyny dolnej**

- Ważne jest, aby od pierwszej doby po amputacji rozpocząć ćwiczenia.
- Początkowo należy wdrożyć ćwiczenia oddechowe, których celem jest wspomaganie wentylacji płuc oraz zapobieganie powikłaniom wynikającym z ograniczonej aktywności chorego.
- Następnie wprowadza się ćwiczenia izometryczne – polegające na napięciu wybranej grupy mięśniowej, bez wykonywania ruchu w stawie, do którego przyłączone są ćwiczone mięśnie.
- Kolejnym etapem jest stopniowa pionizacja, obejmująca siadanie, wstawanie z pomocą osób drugich, stanie na jednej nodze, samodzielne przechodzenie z łóżka na wózek i odwrotnie, naukę chodzenia o kulach, a w okresie późniejszym chodzenie z użyciem protezy tymczasowej, a następnie docelowej.
- Kiedy stan chorego zostanie ustabilizowany, należy jak najszybciej wprowadzić ćwiczenia ogólnokondycyjne, rozciągające mięśnie i stawy oraz ćwiczenia wzmacniające wszystkie kończyny.
- Następnym etapem jest stopniowe wydłużanie pokonywanych dystansów przy odpowiednim zabezpieczeniu (balkonik, kule łokciowe). Gdy pacjent czuje się na siłach, możliwe jest stopniowe rezygnowanie z asykuracji osób drugich. Dalszym etapem jest nauka wychodzenia i schodzenia po schodach.

### Protezowanie

- Podstawą przygotowania do protezowania jest wygojenie, prawidłowe uformowanie kikuta, usunięcie ewentualnych przykurczów oraz wzmocnienie ogólnej kondycji fizycznej.
- Gdy pacjent jest już odpowiednio przygotowany, można pobrać miarę na protezę z kikuta amputowanej kończyny oraz wykonać odlew gipsowy.
- Po około 2 tygodniach od pobrania miary odbywają się pierwsze pomiarki protezy i dopasowania jej do indywidualnych potrzeb pacjenta.
- Odpowiednie dopasowanie leja protezowego wpływa na wygodę oraz funkcjonowanie całej protezy.

### Zalecenia dla pacjenta dotyczące samoopieki

- Dbać o higienę kikuta – codziennie myć go ciepłą wodą z mydłem, dokładnie osuszyć ręcznikiem frotte, stosować maści witaminowe i nawilżające – gdyby skóra nadmiernie wysychała.
- Prawidłowo bandażować kikut – dostarczyć pacjentowi ulotkę informacyjną.
- Stosować specjalne skarpety nakładane na kikut w celu zmniejszenia ryzyka podrażnienia skóry.
- Osoby z cukrzycą, w celu profilaktyki ropni kikuta oraz zmian chorobowych na drugiej kończynie (związanych z cukrzycą) powinny systematycznie kontrolować poziom glikemii, regularnie przyjmować leki hipoglikemizujące (leki doustne, insulina), stosować dietę cukrzycową, dbać o regularny wysiłek fizyczny.
- Systematycznie przyjmować również inne leki regularnie, np. poprawiające ukrwienie kikuta, leki przeciwbólowe (również w przypadku bólu fantomowego). Należy poinformować o szkodliwości, przewlekłego stosowania niesterydowych leków przeciwbólowych (NLPZ).
- Niezależnie od poziomu amputacji zawsze należy dbać o higienę protezy.

- Parowanie potu z powierzchni skóry kikuta zamkniętego w leju protezy jest utrudnione. Gromadzący się pot może sprzyjać maceracji skóry, a także powstawaniu otarć i odparzeń.
- Należy regularnie myć wewnątrz leja protezy, dokładnie go osuszyć i pozostawić na kilka minut do całkowitego wyschnięcia.

### **Na wykonanie i zakup protezy przysługuje dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia**

- W tym celu należy najpierw uzyskać dokumenty od lekarza pierwszego kontaktu, tj. skierowanie do lekarza specjalisty – ortopedy, chirurga, rehabilitanta.
- Po uzyskaniu wniosku z odpowiednim kodem na wykonanie protezy, dokument należy potwierdzić i zarejestrować w swoim oddziale Narodowego Funduszu Zdrowia.
- Po zebraniu wymaganych dokumentów, pacjent z pisemnym zamówieniem, udaje się do wykonawcy protezy Zakładu Sprzętu Ortopedycznego.





**PRZYKŁADOWE DIAGNOZY I INTERWENCJE  
PIELĘGNIARSKIE W WYBRANYCH  
JEDNOSTKACH CHOROBYCH**



# **DIAGNOZY I INTERWENCJE PIELĘGNIARSKIE PO USUNIĘCIU WYROSTKA ROBACZKOWEGO**

## **1. Ból w jamie brzusznej spowodowany stanem zapalnym**

Działania pielęgniarskie:

- Przeprowadzenie wywiadu ukierunkowanego na czas, lokalizację i charakter bólu.
- Nawiązanie kontaktu z chorym, pozyskanie go do współpracy.
- Informowanie o wykonywanych czynnościach i wyjaśnienie celu poszczególnych zabiegów.
- Współudział w badaniu fizykalnym chorego przeprowadzanym przez lekarza – pomoc pacjentowi w przyjęciu odpowiedniej pozycji:
  - leżącej na plecach,
  - z kończynami górnymi ułożonymi wzdłuż ciała,
  - z odsłoniętymi powłokami brzuszными od wyrostka mieczykowatego do połowy wzgórka łonowego,
  - z nogami lekko ugiętymi w stawach kolanowych, w celu zmniejszenia napięcia mięśniowego jamy brzusznej.
- Obserwacja intensywności bólu, jego rodzaju i lokalizacji.
- Wyjaśnienie choremu mechanizmu powstawania bólu.
- Stosowanie zimnego okładu żelowego na powłoki brzuszne zmniejszającego ból i stan zapalny.
- Stosowanie leków przeciwbólowych zgodnie ze zleceniem lekarza po ustaleniu diagnozy.

## **2. Możliwość wystąpienia odwodnienia z powodu wymiotów i stosowania diety ścisłej**

Działania pielęgniarские:

- Przeprowadzenie wywiadu dotyczącego: częstotliwości, rodzaju wymiotów, niechęci do spożywania posiłków oraz rodzaju ostatniego posiłku.
- Obserwacja ilości, charakteru wymiotów oraz ich dokumentowanie.
- Zabezpieczenie chorego podczas wymiotów przed zabrudzeniem i zachłynięciem poprzez ułożenie w pozycji wysokiej, podanie miski nerkowej, ligniny, kubka z przegotowaną wodą do płukania ust.
- Wyjaśnienie konieczności utrzymania diety ścisłej.
- Obserwacja objawów odwodnienia pacjenta takich jak: stan skóry, błon śluzowych jamy ustnej, diurezy i dokumentowanie obserwacji.
- Prowadzenie bilansu wodnego.
- Podjęcie działań terapeutycznych zgodnie z indywidualną kartą zleceń: pobranie krwi zgodnie z procedurą w celu oznaczenia grupy krwi, czynnika Rh, poziomu elektrolitów ze względu na zaburzenie poziomu potasu i sodu oraz hematokrytu mogącego wzrosnąć z powodu wymiotów i nieprzyjmowania płynów doustnie.
- Założenie dostępu żylnego i zabezpieczenie go zgodnie z procedurą.
- Podanie płynów w kroplowym wlewie dożylnym w celu uzupełnienia płynów, elektrolitów oraz osiągnięcia prawidłowej diurezy na zlecenie lekarza.

## **3. Gorączka w wyniku reakcji obronnej organizmu na skutek ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego**

Działania pielęgniarские:

- Uzyskanie informacji, od kiedy utrzymuje się gorączka.
- Pomiar temperatury ciała i jej udokumentowanie.
- Zastosowanie okładów chłodzących, zimnych kompresów żelowych lub worków z lodem na czoło, po obu stronach szyi, w pachwinach do momentu podania środka przeciwgorączkowego.

- Dostarczenie pacjentowi suchej, czystej bielizny osobistej i pościelowej, okrycie chorego.
- Współudział w farmakoterapii.

#### **4. Tachykardia z powodu zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej i gorączki**

Działania pielęgniarские:

- Ocena czynności życiowych chorego: pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna, temperatury ciała i ich dokumentowanie.
- Pozostawienie chorego w pozycji leżącej.
- Oznaczenie poziomu elektrolitów we krwi zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Podanie środków farmakologicznych zgodnie z kartą zleceń: uzupełnienie płynów, elektrolitów, podanie leków przeciwgorączkowych.

#### **5. Niepokój spowodowany nagłą hospitalizacją i proponowanym leczeniem chirurgicznym**

Działania pielęgniarские:

- Okazanie pacjentowi życzliwości i wsparcia emocjonalnego.
- Wykonywanie czynności pielęgnacyjnych w sposób zdecydowany i zgodny z obowiązującymi procedurami, co zwiększa poczucie bezpieczeństwa chorego.
- Przeprowadzenie rozmowy wyjaśniającej przyczyny hospitalizacji.
- Przygotowanie chorego do badań diagnostycznych, wyjaśnienie celu badania, sposobu wykonania i postępowania po badaniu.
- Wyjaśnienie celu i przebiegu zabiegów przygotowujących do operacji.
- Umożliwienie pacjentowi kontaktu z lekarzem, rodziną i innymi osobami znaczącymi.

#### **6. Możliwość wystąpienia zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej w wyniku zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym w obrębie jamy brzusznej**

Działania pielęgniarские:

- Prowadzenie bilansu wodnego.
- Utrzymanie diety ścisłej w dniu zabiegu, uzupełnianie płynów infuzyjnych i elektrolitów zgodnie z kartą zaleceń pooperacyjnych.
- Wprowadzenie diety płynnej w pierwszej dobie po zabiegu, chory może przyjmować doustnie płyny obojętne, część płynów uzupełniana jest drogą dożylną zgodnie z kartą zleceń.
- Rozszerzenie diety po przywróceniu perystaltyki jelit i wprowadzenie posiłków lekkostrawnych.
- Obserwacja perystaltyki jelit: odchodzenie gazów, wydalenie stolca oraz dokumentowanie tych informacji w karcie gorączkowej.

## **7. Ograniczenie poruszania się z powodu osłabienia po zabiegu operacyjnym**

Działania pielęgniarские:

- Współpraca w rehabilitacji pacjenta: w dniu zabiegu wykonywanie ćwiczeń oddechowych, czynnych ćwiczeń kończyn górnych i dolnych pod kierunkiem fizykoterapeuty, a następnie pielęgniarki.

Współdziałanie w pionizacji chorego:

- po zabiegu laparoskopowym chory pionizowany jest wieczorem w dniu operacji (zależnie od stanu ogólnego),
- po zabiegu tradycyjnym chory może nie czuć się na siłach przyjąć pozycję stojącą. W pierwszym dniu po zabiegu pacjent powinien po raz pierwszy udać się do toalety z pomocą pielęgniarki, a następnie samodzielnie (zależnie od wieku, stanu chorego przed zabiegiem i chorób współistniejących),
- zwrócenie uwagi na prawidłową, wyprostowaną sylwetkę pacjenta.
- informowanie chorego o konieczności oszczędnego trybu życia i postępowania.

# **PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTA PO USUNIĘCIU PECHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO**

## **1. Problemy z oddychaniem z powodu bólu rany pooperacyjnej po zabiegu wykonanym metodą tradycyjną**

Działania pielęgniarские:

- ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej,
- kontrola tętna, oddechu, ciśnienia tętniczego krwi, temperatury ciała oraz zabarwienia powłok skórnych,
- podanie tlenu według zlecenia lekarza,
- podanie leków przeciwbólowych na zlecenie lekarza i ocena skuteczności ich działania,
- zapewnienie mikroklimatu w sali – temperatura 19–22°C, wilgotność 65–75%,
- motywowanie pacjenta do wykonywania ćwiczeń oddechowych,
- wykonywanie inhalacji z pary wodnej lub z dodatkiem leków na zlecenie lekarza,
- nauczanie pacjenta skutecznego odkrztuszania zalegającej wydzieliny, nacieranie i oklepywanie klatki piersiowej.

## **2. Możliwość krwotoku z rany pooperacyjnej lub krwawienia do jamy brzusznej**

Działania pielęgniarские:

- obserwacja przesiąkania opatrunku oraz ilości i charakteru drenowanej treści,
- kontrola podstawowych parametrów życiowych (liczba oddechów, tętno, ciśnienie tętnicze krwi, zabarwienie powłok skórnych),

- kontrola wyników badań laboratoryjnych (morfologia, hematokryt),
- oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh, współudział w przetaczaniu preparatów krwiopochodnych.

### **3. Żółtaczka pooperacyjna z powodu utrudnionego odpływu żółci**

Działania pielęgniarские:

- obserwacja zabarwienia powłok skórnych, gałek ocznych, moczu, stolca,
- kontrola poziomu bilirubiny w surowicy krwi,
- kontrola ilości żółci i prawidłowości funkcjonowania drenażu,
- przygotowanie pacjenta do kontroli diagnostycznej (wykonanie cholangiografii przez dren Kehra).

### **4. Możliwość wystąpienia zakażenia w miejscu założonego drenu Kehra**

Działania pielęgniarские:

- przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zmiany opatrunku i wykonywania czynności pielęgnacyjnych,
- obserwacja rany pod kątem zakażenia: obrzęk, zaczerwienienie brzegów rany, ból, podwyższona temperatura ciała,
- kontrola drożności drenów oraz zabezpieczenie ich przed zagięciem, uciskiem i wypadnięciem,
- obserwacja i dokumentacja ilości wydzieliny z rany pooperacyjnej.

### **5. Brak apetytu z powodu ograniczeń dietetycznych i zaburzeń trawienia**

Działania pielęgniarские:

- dieta płynna w 1. dobie po operacji, stopniowe wprowadzanie nowych produktów,
- obserwacja tolerancji na nowe produkty,
- przestrzeganie higieny i estetyki podczas posiłków,
- podawanie leków żółciotwórczych i pobudzających apetyt na zlecenie lekarza.



# **PROBLEMY PIELĘGNACYJNE PACJENTA PO USUNIĘCIU PRZEPUKLINY BRZUSZNEJ**

## **1. Dyskomfort spowodowany uwypukleniem przepukliny**

Działania pielęgniarские:

- zalecenie ograniczenia choremu wysiłku fizycznego – zmniejsza to narastanie objawów przepukliny,
- unikanie noszenia ciężkich przedmiotów przez chorego, np. zakupów – naraża to na uwypuklenie przepukliny,
- regulacja wypróżnień (w celu zapobiegania zaparciom zaleca się picie na czczo soku owocowego, jeżeli nie ma przeciwwskazań, wody przygotowanej lub spożywanie owoców; zaparcia powodują dolegliwości bólowe lub powiększają przepuklinę),
- unikanie kontaktu ze źródłem infekcji dla chorego – kaszel powoduje nasilenie uwypuklenia przepukliny,
- zaproponowanie choremu, którzy nie zostali zakwalifikowani do zabiegu, noszenia pasów przepuklinowych (truss).

## **2. Ograniczenie aktywności ruchowej z powodu przetaczanych płynów infuzyjnych oraz osłabienie wynikające z zabiegu operacyjnego**

Działania pielęgniarские:

- pomoc przy zmianie pozycji w łóżku i zachęcanie do współpracy,
- uczestniczenie w toalecie chorego, co zwiększa jego komfort psychiczny, daje poczucie bezpieczeństwa,
- oklepywanie i nacieranie, prowadzenie gimnastyki oddechowej oraz ćwiczeń czynnych,

- uruchamianie chorego w dobie zabiegu (np. siadanie przy toalecie wieczornej),
- pierwsze kroki przy łóżku, spacer po sali w następnym dniu przy udziale fizjoterapeuty,
- przywrócenie pełnej aktywności ruchowej i samodzielności do dnia wypisu chorego.

### **3. Ryzyko rozejścia się brzegów rany u chorych bardzo otyłych, wyniszczonych, w wyniku zakażenia rany operacyjnej lub reakcji na wszczepiony implant, tj. siatkę**

Działania pielęgniarские:

- obserwowanie rany operacyjnej i przebiegu gojenia,
- mobilizowanie chorego do dbania o higienę osobistą przez wykonywanie codziennej toalety porannej i wieczornej oraz utrzymanie czystości w łóżku,
- współdziałanie przy zmianie opatrunku z zachowaniem zasad aseptyki i antyseptyki,
- zakładanie opaski elastycznej lub pasów brzusznych u osób bardzo otyłych,
- przygotowanie chorego do zabiegu operacyjnego metodą tradycyjną w przypadku negatywnej reakcji chorego na wszczepiony implant (w celu usunięcia go).

### **4. Możliwość wystąpienia wzdęć po 24–48 godzinach od zabiegu operacyjnego, na skutek zwolnionej perystaltyki jelit**

Działania pielęgniarские:

- uruchamianie chorego już w dobie zabiegu przy udziale fizykoterapeuty z ograniczeniem wysiłku fizycznego,
- pomoc w częstej zmianie pozycji w łóżku w dobie zabiegu i w kolejnych dniach po zabiegu, jeśli chory jest mało samodzielny,
- założenie suchej rurki do odbytu,
- masowanie brzucha delikatnymi ruchami zgodnie ze wskazówkami zęgara,
- kontrola wypróżnień, aby nie dopuścić do uciążliwych wzdęć.

## **5. Możliwość nawrotu przepukliny z powodu niezastosowania się do zaleceń pooperacyjnych**

Działania pielęgniarские:

- wyjaśnienie konieczności dostosowania się do wszystkich zaleceń po leczeniu operacyjnym,
- wyjaśnienie choremu, że przez najbliższe pół roku (a niekiedy rok) maksymalnie powinien ograniczyć wysiłek fizyczny, tj. nie wykonywać pracy związanej z dużym wysiłkiem fizycznym oraz nie nosić ciężkich przedmiotów,
- dbanie o higienę wypoczynku,
- stosowanie diety lekkostrawnej, spożywanie produktów niewzdymających i niezapierających, kontrolowanie wypróżnień,
- zakładanie pasa brzuszego podczas chodzenia i wykonywania pracy.



## **PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTA Z NIEDROŻNOŚCIĄ JELIT**

### **1. Możliwość wystąpienia zaburzeń wodno-elektrolitowych**

Działania pielęgniarskie:

- kontrola objawów stanu nawodnienia organizmu pacjenta (ciśnienie tętnicze krwi, napięcie skóry, obecność obrzęków, ewentualnie kontrola OCŻ),
- pobranie krwi na badanie poziomu elektrolitów, hematokrytu, mocznika i kreatyniny oraz badanie ogólne moczu i w zależności od wyników – uzupełnienie utraty płynów oraz zaburzeń elektrolitowych zgodnie z kartą zleceń,
- monitorowanie temperatury ciała, tętna, oddechu i ciśnienia tętniczego krwi w celu określenia wpływu zastosowanego leczenia na objętość krwi krążącej i układ krążenia,
- obserwacja wydalania moczu (ilości, cech makroskopowych oraz ewentualnie diurezy godzinowej),
- zastosowanie środków diuretycznych zgodnie ze zleceniem lekarza oraz obserwacja reakcji pacjenta na podane leki,
- przekazanie lekarzowi informacji o zaobserwowanych objawach zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej (hipo- i hiperkaliemii, hipo- i hipernatremii, hipo- i hiperkalcemii).

## **2. Ból rany pooperacyjnej na jamie brzusznej**

Działania pielęgniarские:

- obserwacja charakteru i natężenia dolegliwości bólowych występujących u pacjenta – ułożenie chorego w wygodnej pozycji, ograniczającej ból,
- podanie zleconych środków przeciwbólowych uwzględniając planowe zabiegi rehabilitacyjne, okresy snu i czuwania,
- prowadzenie obserwacji skuteczności zastosowanego leczenia przeciwbólowego,
- zastosowanie nefarmakologicznych metod podnoszenia progu bólowego oraz łagodzenia bólu (m.in. psychoterapia elementarna).

## **3. Ryzyko zakażenia rany pooperacyjnej spowodowane brakiem możliwości przygotowania jelit do operacji**

Działania pielęgniarские:

- obserwacja stanu opatrunku na ranie pooperacyjnej pod kątem prześlankania wydzieliny z rany,
- obserwacja pacjenta w kierunku objawów ogólnych (wzrost tętna i temperatury ciała) oraz objawów miejscowych (obrzęk, ból, zaczerwienienie brzegów rany),
- obserwacja wydzieliny z rany w drenach oraz zapisywanie jej ilości (w pierwszej dobie wydzielina krwista lub opalizująca, w kolejnych brunatna lub opalizująca),
- zmiana opatrunku zgodnie z zasadami aseptyki i antyseptyki.

## **4. Niepokój pacjenta spowodowany wytworzeniem odbytu brzuszno-ego oraz brakiem wiedzy na temat samoopieki**

Działania pielęgniarские:

Przygotowanie pacjenta i jego rodziny do samoopieki w okresie poszpitalnym, zgodnie z modelem opieki pielęgniarskiej dotyczącym:

- stosowania sprzętu stomijnego zapewniającego pacjentowi bezpieczeństwo,
- zalecanej diety oraz samokontroli przewodu pokarmowego przy wprowadzanych nowych produktach do diety,
- pielęgnacji skóry wokół wytworzonej stomii,
- powikłań w funkcjonowaniu stomii (krwawienie, biegunka, zaparcia, zmiany zabarwienia błony śluzowej stomii),
- zachowania aktywności ruchowej,
- przestrzegania zasad w codziennym funkcjonowaniu (m.in. powrót do pracy, życie towarzyskie, podróże, regulacja wypróżnień),
- kontaktu z grupami wsparcia, poradnią stomijną, dostarczenia literatury na temat funkcjonowania ze stomią (poradniki, instrukcje, broszury itd.),
- edukacji rodziny w celu zapewnienia pacjentowi właściwej opieki.





## **PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTA PO USUNIĘCIU TARCZYCY**

### **1. Trudność w podnoszeniu głowy z powodu bólu na skutek przymusowej pozycji podczas zabiegu operacyjnego**

Działania pielęgniarskie:

- ułożenie w pozycji wysokiej, zastosowanie poduszki – typu „jasiek”,
- poinformowanie chorego o sposobie podnoszenia i podtrzymywania głowy przy siadaniu z pozycji leżącej,
- podanie środków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń,
- konsultacja z fizykoterapeutą, ćwiczenie szyi w pełnym zakresie ruchów.

### **2. Możliwość wystąpienia chrypki z powodu obrzęku krtani lub uszkodzenia nerwu krtaniowego wstecznego**

Działania pielęgniarskie:

- po wybudzeniu prośba do pacjenta, aby wypowiedział zdanie w celu oceny barwy jego głosu, powtarzanie co godzinę,
- obserwacja w kierunku chrapliwego oddechu, wrażenia wciągania tkanek szyi w czasie wdechu,
- przygotowanie chorego do konsultacji laryngologa z powodu uszkodzenia nerwu (nerw goi się kilka tygodni i głos przybiera pierwotną barwę).

### **3. Możliwość wystąpienia duszności z powodu krwiaka w ranie pooperacyjnej, obrzęku krtani, zapadnięcia się chrząstek tchawiczych**

Działania pielęgniarские:

- ułożenie pacjenta w pozycji półwysokiej lub wysokiej,
- obserwacja i pomiar oddechu oraz tętna,
- obserwacja stanu psychicznego pacjenta, w tym narastającego niepokoju,
- stosowanie doraźne tlenu,
- stworzenie odpowiedniego mikroklimatu w sali,
- obserwacja opatrunku, drenów, sprawności drenażu oraz zawartości butelek,
- udział w farmakoterapii,
- zapewnienie kompletności zestawu do tracheostomii.

#### **4. Możliwość wystąpienia tężyczki z powodu uszkodzenia lub usunięcia gruczołów przytarczycznych podczas zabiegu operacyjnego**

Działania pielęgniarские:

- obserwacja objawów tężyczki: mrowienia, drętwienia wokół ust w pierwszych siedmiu dniach po zabiegu,
- wyjaśnienie choremu dolegliwości oraz sprawdzenie objawu Chvostka, objawu Trousseau,
- pobranie krwi na oznaczenie poziomu wapnia i fosforu,
- obserwacja narastających objawów: skurcz krtani, palców dłoni i nóg,
- stosowanie farmakoterapii zgodnie ze zleceniem lekarza – np. podanie preparatów wapnia.

## **PROBLEMY PIELEGNACYJNE PACJENTA PO USUNIĘCIU ŻOŁĄDKA**

### **1. Możliwość wystąpienia krwotoku i wstrząsu krwotocznego po zabiegu operacyjnym**

Działania pielęgniarskie:

- obserwacja wyglądu i zabarwienia powłok skórnych (błada, złana potem),
- obserwacja drenów oraz ilości drenowanej wydzieliny (przy krwawieniu wyraźny wzrost treści w zbiorniku), zapisywanie w karcie obserwacji
- sprawdzanie opatrunku w kierunku przekrwienia (przy niedokładnym podwiązaniu naczynia krwionośnego),
- kontrola parametrów życiowych: ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu,
- przetaczanie zleconych płynów, podawanie leków.

### **2. Możliwość rozejścia się zespolenia przewodu pokarmowego z powodu działania enzymów trawiennych**

Działania pielęgniarskie:

- udział w żywieniu pozajelitowym zgodnie ze zleceniem,
- obserwacja ilości i jakości wydzieliny z rany pooperacyjnej,
- obserwacja chorego pod kątem objawów wskazujących na nieszczelność zespolenia – wyciek z rany pooperacyjnej, objawy zapalenia otrzewnej,

- wykonanie próby szczelności zespolenia, tj. podanie choremu do wypicia tzw. błękitu metylenowego (20 ml). Prawidłowo błękit wydalany jest z moczem, a obecność płynu w drenach świadczy o powikłaniu.

## **PROBLEMY PIELEGNACYJNE PO AMPUTACJI KOŃCZYNY DOLNEJ**

### **1. Ból rany pooperacyjnej i ból fantomowy kończyny dolnej**

Działania pielęgniarskie:

- określenie jakości, czasu trwania i lokalizacji bólu oraz czynników nasilających i łagodzących ból; ocena bólu wg skali do oceny natężenia bólu,
- poinformowanie pacjenta o przyczynach i istocie bólu fantomowego, podjęcie działań podwyższających próg bólowy (umożliwienie snu, wypoczynku – zapewnienie życzliwej atmosfery oraz obecności innych osób, leczenie lęku), zapewnienie mikroklimatu w sali chorych: temperatura powietrza 18–20°C, częste wietrzenie pomieszczeń, unikanie przeciągów,
- wyeliminowanie z otoczenia pacjenta czynników nasilających ból, takich jak hałas, nadmierne oświetlenie, a także bezsenność, przeżywanie niepokoju, lęku, smutku,
- zachęcenie pacjenta do rozmowy z innymi chorymi, którzy mają podobne doświadczenia,
- rozmowa z pacjentem i odwrócenie jego uwagi od odczuwanych dolegliwości, podaż leków przeciwbólowych zgodnie z zaleceniem lekarza,
- kontrolowanie działania leków,
- wykonywanie zabiegów pielęgnacyjnych po podaniu środków przeciwbólowych.

## **2. Zaparcia spowodowane zaburzeniem perystaltyki jelit w wyniku przedłużającego się unieruchomienia**

Działania pielęgniarские:

- ustalenie na podstawie rozmowy częstości wypróżnień,
- mobilizowanie pacjenta do podejmowania aktywności fizycznej w celu pobudzenia perystaltyki jelit,
- edukacja pacjenta na temat diety bogatoresztkowej (zalecane produkty: kasza gryczana lub jęczmienna, pieczywo razowe lub pełnoziarniste, ryż brązowy, makaron razowy, owoce świeże, mrożone oraz suszone, szczególnie morele i śliwki, rodzynki, jogurty naturalne, maślanek),
- pouczenie pacjenta o wyeliminowaniu z diety produktów spowalniających perystaltykę jelit, takich jak: kakao, czekolada, jagody, tłuszcze, cukry proste,
- polecenie choremu wypijania ok. 1,5–2 litrów płynów dziennie,
- masowanie powłok brzusznych rano i wieczorem,
- stosowanie ciepłych okładów na powłoki brzuszne – około 1 godziny po spożyciu posiłku,
- zapewnienie pacjentowi warunków intymności sprzyjających procesowi defekacji.

## **3. Deficyt samoopieki w zakresie lokomocji oraz wykonywania czynności dnia codziennego**

Działania pielęgniarские:

- ocena zakresu samodzielności pacjenta i wymaganej przez niego pomocy,
- pomoc w: toalecie całego ciała i jamy ustnej pacjenta, zaścieleniu łóżka, pomoc w zmianie bielizny osobistej, zmianie bielizny pościelowej, w przyjęciu wygodnej pozycji w łóżku, uporządkowaniu rzeczy pacjenta i szafki przyłóżkowej,
- zachęcanie pacjenta do samodzielnej aktywności,
- kontrolowanie pacjenta podczas spożywania posiłków,

- zapewnienie pacjentowi dostępu do przyborów toaletowych, wymiana zużytych zestawów na nowe,
- zapewnienie pacjentowi poczucia bezpieczeństwa i intymności,
- ustawienie łóżka pacjenta w taki sposób, aby operowana kończyna znajdowała się od strony ściany (zapobieganie upadkom).

#### **4. Możliwość wystąpienia powikłań w obrębie kikuta – krwiak, martwica mięśni, zakażenie**

Działania pielęgniarские:

- monitorowanie parametrów życiowych,
- kontrola rany operacyjnej, czystości opatrunku zabandażowanego kikuta, obserwacja drenowanej wydzieliny,
- ocena natężenia i charakteru dolegliwości bólowych, podanie leku zgodnie ze zleceniem,
- ochrona kikuta przed dodatkowymi urazami,
- poinstruowanie pacjenta z zakresu starannej pielęgnacji i higieny kikuta, codzienna kąpiel i dokładne osuszanie skóry kikuta,
- zalecenie choremu, aby przed nakładaniem protezy skórę kikuta posypał talkiem i stosował bawełniane skarpety „kikutowe”,
- poinstruowanie pacjenta o konieczności utrzymywania leja protezy w czystości ze względu na obecność bakterii, potu oraz złuszczonego naskórka.

#### **5. Możliwość wystąpienia przykurczy spowodowanych nieodpowiednim układaniem kikuta kończyny**

Działania pielęgniarские:

- ułożenie pacjenta na plecach – kikut podparty na podwyższeniu pod kątem 45°,
- przy amputacji powyżej kolana – częsta zmiana pozycji, w tym leżenie na brzuchu kilkakrotnie w ciągu doby,
- pielęgnacja skóry kikuta – przygotowanie do zaprotezowania – hartowanie kikuta, bandażowanie,

- zabezpieczenie chorego przed bólem – podanie leku przeciwbólowego przed podjęciem usprawniania w pierwszych dniach po zabiegu,
- wzmacnianie siły mięśniowej obręczy barkowej i nieoperowanej kończyny – w pełnym zakresie ruchu w stawach.

## **6. Negatywne postrzeganie obrazu własnego ciała i wyglądu**

Działania pielęgniarские:

- wsparcie w akceptacji straty części ciała oraz nowego wyglądu,
- umożliwienie powrotu do aktywności sprzed zabiegu operacyjnego,
- pomoc w dostrzeganiu pozytywnych aspektów np. eliminacja bólu sprzed operacji,
- zapewnienie wsparcia psychologa,
- zaangażowanie rodziny w procesie opieki.



# **PROCES PIELEGNOWANIA PACJENTA PO AMPUTACJI KOŃCZYNY DOLNEJ**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                                                                                          |                                             |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|
| <div><div><div>PANS<br/>w Kłodzku</div></div><div>KARTA OPIEKI PIEŁĘGNIARSKIEJ — Zajęcia praktyczne z chirurgii i pielęgniarstwa chirurgicznego</div></div>                                                          |                       | <div>NOWAK A.<br/>STUDENTKA / STUDENT</div> <div>16-17.IV. 2024r<br/>DATA WYPEŁNIENIA DOKUMENTACJI</div> |                                             |                          |
| <div>X. X.<br/>INICJAŁY PACJENTA</div>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <div>M<br/>PŁEĆ</div> | <div>74<br/>WIEK</div>                                                                                   | <div>ODDZIAŁ CHIRURGICZNY<br/>ODDZIAŁ</div> | <div>4<br/>NR SALI</div> |
| WYKSZTAŁCENIE: podstawowe <input type="checkbox"/> zawodowe <input checked="" type="checkbox"/> wyższe <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                         |                       |                                                                                                          |                                             |                          |
| TRYB PRZYJĘCIA: planowy <input type="checkbox"/> nagły <input type="checkbox"/> przeniesiony z .....                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                          |                                             |                          |
| POBYT W SZPITALU:<br>pierwszy <input type="checkbox"/> kolejny .....3..... Doba hospitalizacji ....5..... Doba po zabiegu operacyjnym .....                                                                                                                                                             |                       |                                                                                                          |                                             |                          |
| PRZYZYNA HOSPITALIZACJI: .....PRZYGOTOWANIE DO PROTEZOWANIA KOŃCZYNY DOLNEJ LEWEJ.....                                                                                                                                                                                                                  |                       |                                                                                                          |                                             |                          |
| ROZPOZNANIE LEKARSKIE / RODZAJ ZABIEGU OPERACYJNEGO .....OBUSTRONNA AMPUTACJA KOŃCZYN DOLNYCH (PRAWOSTRONNA—POZIOM PODUDZIA, LEWOSTRONNA—POZIOM UDA).....                                                                                                                                               |                       |                                                                                                          |                                             |                          |
| CHOROBY WSPÓŁISTNIEJĄCE: ...MIAŻDŻYCA TĘTNIC KOŃCZYN DOLNYCH, STOPA CUKRZYCOWA, NADCIŚNIENIE TĘTNICZE, CUKRZYCA, DNA MOCZANOWA                                                                                                                                                                          |                       |                                                                                                          |                                             |                          |
| CZYNNIKI RYZYKA:<br>PRZEBYTE / ISTNIEJĄCE CHOROBY/ZAKAŻENIA: WZW Typu B <input type="checkbox"/> Typu C <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> .....NIE PODAJE.....<br>UCZULENIA: NIE <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/><br>objawy: ..... przyczyny: ..... |                       |                                                                                                          |                                             |                          |
| WZROST: ...180CM (przed amputacją)... MASA CIAŁA: .....110 KG..... BMI: .....34..... Należna masa ciała: .....62-78 KG.....                                                                                                                                                                             |                       |                                                                                                          |                                             |                          |
| INNE UWAGI: .....OTYŁOŚĆ I °.....                                                                                                                                                                                                                                                                       |                       |                                                                                                          |                                             |                          |
| Szczepienia ochronne: Grypa <input type="checkbox"/> WZW Typ B <input checked="" type="checkbox"/> Tęzec <input type="checkbox"/> Inne .....Covid-19.....                                                                                                                                               |                       |                                                                                                          |                                             |                          |





| UKŁAD POKARMOWY            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |  |  |  |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|--|--|
| Jama ustna                 | <p>Stan uzębienia: prawidłowy <input type="checkbox"/> brak <input checked="" type="checkbox"/> aparat ortodontyczny <input type="checkbox"/> próchnica <input type="checkbox"/></p> <p>Stan śluzówek: brak stanów zapalnych.</p> <p>Stan języka: prawidłowy....</p> <p>Barwa: prawidłowa <input checked="" type="checkbox"/> nieprawidłowa.....</p> <p>Objętość przyjętych doustnie płynów płynu / dobę: ...3 l.....</p> <p>Prawidłowe <input checked="" type="checkbox"/> Zaburzone <input type="checkbox"/> : Brak <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                  | O |  |  |  |
| Pragnienie                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | L |  |  |  |
| Łaknienie                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | D |  |  |  |
| Odżywianie                 | <p>Rodzaj diety: .....CUKRZYCOWA.....</p> <p>Ulubione potrawy ...KARKÓWKI, PIEROGI,BIGOS,</p> <p>Nielubiane potrawy .....RYBA.....</p> <p>Żywnienie enteralne: łyżka <input checked="" type="checkbox"/> przez sondę <input type="checkbox"/> dożołądkowo <input type="checkbox"/> dojelitowo <input type="checkbox"/></p> <p>Żywnienie parenteralne: obwodowe <input type="checkbox"/> centralne <input type="checkbox"/></p> <p>inne <input type="checkbox"/> jakie? .....</p> <p>NIE <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> ilość: ..... treść: .....</p> <p>NIE <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> nasilenie: .....przyczyna: .....</p> | C |  |  |  |
| Wymioty                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | A |  |  |  |
| Nudności                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | R |  |  |  |
| Zgaga                      | <p>NIE <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | T |  |  |  |
| Wydalenie                  | <p>Prawidłowe <input checked="" type="checkbox"/> Częstość wyróżnień: 1/dzień Biegunka <input type="checkbox"/></p> <p>Zaparcia <input type="checkbox"/> Wzdęcia <input type="checkbox"/> Nietrzymanie stolca <input type="checkbox"/></p> <p>Środki i sprzą: Basen <input type="checkbox"/> Pieluchomajtki <input checked="" type="checkbox"/> Sprząt stomijny <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |  |  |  |
| Ruchy perystaltyczne jelit | <p>Obecne <input checked="" type="checkbox"/> Nieobecne <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |   |  |  |  |
| INNE                       | PACIENT NIE PRZESTRZEGA ZALECEŃ DIETETYCZNYCH                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |  |  |  |



|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |  |
|-------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| SKÓRA                   | Stuch                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Prawidłowy <input checked="" type="checkbox"/> Niedosluch <input type="checkbox"/> Gluchota <input type="checkbox"/> Aparat słuchowy <input type="checkbox"/><br>Inne .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | L |  |
|                         | INNE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | BRAK INNYCH OBJAWÓW ZE STRONY UKŁADU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | D |  |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | C |  |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | A |  |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | R |  |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | T |  |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Skala                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |  |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Wynik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |  |
|                         | Cechy                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Bladoróżowa <input checked="" type="checkbox"/> Błada <input type="checkbox"/> Zażółcona <input type="checkbox"/> Marmurkowa <input type="checkbox"/> Zasiniona<br><input type="checkbox"/> Wybroczyny <input type="checkbox"/> Wilgotna <input type="checkbox"/> Sucha <input type="checkbox"/><br>Ciepłota ciała: ...36,6°C miejsce pomiaru .....SKRONÓ.....<br>Cechy odwodnienia: NIE <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> .....<br>NIE <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/><br>Charakter: plamka <input type="checkbox"/> grudka <input type="checkbox"/> krosta <input type="checkbox"/> potówka <input type="checkbox"/> guzek <input type="checkbox"/><br>strup <input type="checkbox"/> pęcherzyk <input type="checkbox"/> owrzodzenie <input type="checkbox"/> łuska <input type="checkbox"/> nadżerka <input type="checkbox"/> liszaj<br><input type="checkbox"/> blizna <input type="checkbox"/><br>Lokalizacja: ..... Brak uszkodzeń <input type="checkbox"/> | O |  |
|                         | Zmiany skórne                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | L |  |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |  |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |  |
| Stan higieniczny skóry: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | A                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |  |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | R                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |  |
| Rana                    | Odleżyny: NIE <input checked="" type="checkbox"/> ocena ryzyka wg skali WATERLOW. liczba pkt.17<br>TAK <input type="checkbox"/> lokalizacja ..... stopień .....<br>Rana pooperacyjna: czysta <input type="checkbox"/> czysta skażona <input checked="" type="checkbox"/> skażona<br>brudna/zakażona <input type="checkbox"/> powierzchowna <input checked="" type="checkbox"/> głęboka <input type="checkbox"/> inne<br>.....<br>STAN: Prawidłowy <input type="checkbox"/> Zacerwienie <input type="checkbox"/> Obrzęk <input checked="" type="checkbox"/> Wysięk <input type="checkbox"/><br>Rodzaj wydzieliny: .....<br>Obecność drenów: NIE <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/><br>Wydzielina: Ilość ..... kolor ..... konsystencja ..... | T                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |   |  |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Skala                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |  |
|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Wynik                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |  |
| INNE                    | BRAK INNYCH OBJAWÓW ZE STRONY UKŁADU                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |   |  |

|                                    |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |
|------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| Rodzina                            |                                                                                  | Pełna <input checked="" type="checkbox"/> Niepełna <input type="checkbox"/> Wielopokoleniowa <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                              |             |
| Wydolność opiekunów rodziny        |                                                                                  | Brak dyspozycyjności czasowej <input type="checkbox"/> Brak zaangażowania <input type="checkbox"/><br>Brak możliwości fizycznych <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                                               | O           |
| Sytuacja materialno-bytowa rodziny |                                                                                  | Warunki mieszkaniowe: dobre <input checked="" type="checkbox"/><br>występują niedogodności ..... SCHODY .....<br>Sytuacja materialna: dobra <input type="checkbox"/> zła <input type="checkbox"/><br>Osoba zajmująca się pacjentem ..... ŻONA .....<br>Zwierzęta w domu (jakie?): ..... PIES ..... | L           |
| Problemy w rodzinie                |                                                                                  | NIE <input checked="" type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> jakie? .....<br>Natęgi: nikotyna <input checked="" type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> narkotyki <input type="checkbox"/> dopalacze <input type="checkbox"/> leki <input type="checkbox"/>                     | D           |
| Choroby przewlekłe w rodzinie      |                                                                                  | NIE <input type="checkbox"/> TAK <input checked="" type="checkbox"/><br>Jakie? ...CUKRZYCA, OTYŁOŚĆ..... Kogo dotyczy? .....MATKA.....                                                                                                                                                             | C           |
|                                    |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | A           |
|                                    |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | R           |
|                                    |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | T           |
|                                    |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Skala Wyrok |
| Radzenie sobie pacjenta / opiekuna |                                                                                  | w aspekcie:<br>wiedzy: DEFICYT WIEDZY NA TEMAT OPIEKI NAD PACJENTEM PO AMPUTACJI K. DOLNYCH ORAZ NA TEMAT CHOROÓB WSPÓŁISTNIEJĄCYCH<br>umiejętności: ..... OGRANICZONE .....<br>motywacji: ...BRAK MOTYWACJI ZE STRONY RODZINY.....<br>możliwości: OGRANICZONE Z/W NA DEFICYT RUCHOWY ORAZ OTYŁOŚĆ |             |
| INNE                               |                                                                                  | BRAK INNYCH OBJAWÓW ZE STRONY UKŁADU                                                                                                                                                                                                                                                               |             |
| BIEŻĄCA OCENA STANU PACJENTA       |                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |
| Data / godzina                     | Opis stanu (podstawowe parametry, zmiana stanu zdrowia, reakcja na zabieg, leki) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |             |



|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16.04.2024 r.<br>12:30 | <p>Pacjent X.Y., lat 74 przyjęty, do oddziału chirurgicznego dnia 12.04.2024r. W styczniu ubiegłego roku pacjent przeszedł zabieg amputacji udowej lewostronnej. Obecnie kończyna jest przygotowywana do protezowania. W marcu bieżącego roku dokonano amputacji na poziomie podudzia prawego. Oba zabiegi wykonano z powodu zmian niedokrwienno-zapalnych kończyn dolnych, miażdżycy kończyn dolnych oraz zaawansowanego stadium obustronnej stopy cukrzycowej. Dodatkowo u chorego występuje nadciśnienie tętnicze, cukrzyca, dna moczanowa oraz otyłość I stopnia. Pacjent nie zna podstawowych zasad samokontroli oraz zasad podawcy insuliny. Zaniedbania te, wraz z nieprzestrzeganiem zaleceń dietetycznych, wpłynęły negatywnie na gojenie się kikutu kończyny prawej, które znacznie się wydłużyło. Z powodu otyłości, szybkiej męczliwości oraz braku wsparcia ze strony rodziny pacjent niechętnie wykonuje ćwiczenia wzmacniające mięśnie grzbietu oraz kończyn górnych. Wymaga pomocy przy czynnościach higienicznych oraz przy siadaniu na łóżku.</p> <p>W dniu dzisiejszym parametry życiowe, zmierzone ok. 7:40 wynosily: RR 150/90 mmHg, temp. ciała 36,6°C, tętno 76 ud/min. Rano u pacjenta wykonano toaletę całego ciała wraz z oklepaniem pleców oraz zabezpieczeniem miejsc narażonych na odleżyny maścią przeciwdoleźynową. Szczególną uwagę zwrócono na okolicę cewki moczowej i pielęgnację okolicycewnikową. U pana X. X. od kilku dni utrzymuje się obrzęk zlokalizowany w okolicy stawu kolanowego prawego. Dodatkowo pacjent skarżył się na zlokalizowany w tym stawie ból, który został oceniony w skali NRS na 4 pkt. Dolegliwości te utrudniały pielęgnację oraz hartowanie kikutu kończyny. Wykonano oraz udokumentowano pomiar obrzęku za pomocą metra krawieckiego. Na zlecenie lekarza podano doraźnie Ketonal 50 mg p.o. Dodatkowo kończynę ułożono pod kątem 45°, aby zminimalizować obrzęk, a także wykonano delikatny masaż w celu pobudzenia układu limfatycznego. Zmniejszono natężenie ucisku opaski elastycznej. Pacjent przyjął leki zgodnie z indywidualną kartą zleceń, w tym Furosemid 40mg p.o. Postępowanie w ramach hartowania kikutu kończyny dolnej lewej, która jest przygotowywana do protezowania, obejmowało naprzemienne polewanie ciepłą i zimną wodą, masaż, oklepywanie i odczypywanie powierzchni całego kikutu oraz szczotkowanie szczotką z miękkiego włosia. Podczas dzisiejszego dyżuru pacjentowi przedstawione zostały zasady samokontroli poziomu glukozy we krwi za pomocą glukometru. Został on również zapoznany z zasadami oraz techniką podawcy insuliny, aby po wypisie do domu mógł wykonywać te czynności samodzielnie. Przeprowadzona została także rozmowa z chorym oraz jego rodziną, która w dniu dzisiejszym odwiedziła pacjenta. Rozmowa dotyczyła cukrzycy— istoty choroby, następstw nieprzestrzegania diety oraz możliwości wystąpienia powikłań. Poproszono rodzinę, aby produkty przynoszone pacjentowi nie miały wysokiego indeksu glikemicznego. W dniu dzisiejszym nastroj pacjenta był obniżony. Podczas rozmowy ujawnił brak akceptacji swojego kalectwa oraz obawę o poziom jakości życia po powrocie do domu. Zaproponowano możliwość spotkania z psychologiem oraz okazano wsparcie i zrozumienie. Z powodu dolegliwości bólowych pacjent odmówił propozycji przeniesienia się na wózek inwalidzki i opuszczenia swojej sali. Cały dyżur spędził w łóżku. Zapewniono pozycję zapobiegającą powstaniu przykurczy, która była regularnie zmieniana. Ćwiczenia wzmacniające mięśnie kończyn górnych oraz grzbietu nie zostały w pełni zrealizowane. Ćwiczenia oddechowe przebiegły pomyślnie. Pacjent samodzielnie przyjął posiłki oraz wykonał toaletę jamy ustnej.</p> |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 17.04.2024 r.<br>12:30 | <p>oddechowe przebiegły pomyślnie. Pacjent samodzielnie przyjął posiłki oraz wykonał toaletę jamy ustnej.</p> <p>Podpis studenta – czytelny: <i>notm-4K</i></p> <p>Pacjent X.X. w 6. dniu pobytu na oddziale chirurgii ogólnej. Rano wykonano u pacjenta toaletę oraz zmierzono parametry życiowe, które wynosiły: RR 150/100 mmHg, temp. ciała 36°C, tętno 72 ud/min. Wykonany został pomiar obręku w okolicy stawu kolanowego prawego, stwierdzając niewielkie jego zmniejszenie. Pomiar udokumentowano w karcie obserwacji. Występujący w dniu wczorajszym ból stawu kolanowego zmniejszył się z 4 do 2 pkt. w skali NRS, co pozwoliło na wykonanie bardziej efektywnego masażu i oklepywania oraz zwiększenia siły nacisku opaski elastycznej. Wpłynęło to także na poprawę samopoczucia pacjenta, który podczas dzisiejszego dyżuru chętniej podejmował rozmowę ze współpacjentami oraz personelem medycznym. Nadal nie akceptuje kalektwa, od czasu do czasu wyrażając obawy związane z jakością funkcjonowania po powrocie do domu. Zasugerowano spotkanie z psychologiem. Chory samodzielnie spożył śniadanie oraz przyjął zleczone leki. Podczas podażu insuliny pacjent zaproponował samodzielne wykonanie procedury, na co uzyskał pozwolenie. W czasie wykonywania zabiegu był dodatkowo instruowany oraz obserwowany w celu niedopuszczenia do nieprawidłowego przeprowadzenia zabiegu. Wykonane zostały czynności hartujące kikut lewej kończyny (naprzemienne polewanie zimną i ciepłą wodą, oklepywanie, oszcypywanie oraz masaż ręcznikiem frotte). Przeprowadzono ćwiczenia oddechowe oraz ogólnousprawniające i oporowe kończyn górnych. Podczas dyżuru z pacjentem prowadzone były częste rozmowy mające na celu podtrzymanie poprawy nastroju, a także kontynuowana była edukacja dotycząca diety cukrzycowej oraz motywowanie do wdrożenia nawyku regularnych posiłków. Pacjent otrzymał ulotki i broszury informacyjne o tej jednostce chorobowej. Około południa pacjent został umieszczony na wózku inwalidzkim, na którym samodzielnie przemieszczał się po oddziale. W tym czasie sala chorego została przewietrzona.</p> <p>Podpis studenta – czytelny: <i>notm-4K</i></p> |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

\*) Legenda: O – początek, L – lokalizacja, D – czas trwania, C – charakter, A – czynniki pogarszające, R – czynniki łagodzące, T – leczenie





KARTA DIAGNOZ I INTERWENCJI PIELEGNIARSKICH

Inicjały pacjenta: ...X. X. Nazwisko i imię studenta: .....  
Diagnoza: .....Deficyt wiedzy na temat cukrzycy.....  
Przyczyny: .....Małe zainteresowanie dbaniem o stan zdrowia, brak świadomości następstw oraz powikłań choroby.....  
Objawy: .....Leczeważenie zaleceń dietetycznych.....  
Cel opieki: .....Zapoznanie pacjenta z jednostką chorobową oraz zaleceniami dietetycznymi w ciągu 2 dni.....

| Data          | Działania pielęgniarские                                                                                                                                             | Realizacja    |               |   |   |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---|---|
|               |                                                                                                                                                                      | 1             | 2             | 3 | 4 |
| 16.04.2024    | Omówienie istoty choroby oraz zaproponowanie konsultacji z diabetologiem<br>1 x dziennie                                                                             | ✓<br>notowane | ✓<br>notowane |   |   |
| 16.04.2024    | Rozmowa z rodziną pacjenta na temat przynoszonych produktów oraz przestrzegania nawyków dietetycznych u pacjenta -1 x dziennie                                       | ✓<br>notowane |               |   |   |
| 16,17.04.2024 | Polecenie wykluczenia z diety produktów o wysokim indeksie glikemicznym -<br>1 x dziennie                                                                            | ✓<br>notowane | ✓<br>notowane |   |   |
| 16,17.04.2024 | Uświadomienie skutków złych nawyków żywieniowych – 1 x dziennie                                                                                                      | ✓<br>notowane | ✓<br>notowane |   |   |
| 16,17.04.2024 | Wdrożenie regularnych posiłków w małych porcjach oraz zniwelowanie<br>nawyku podjadania.                                                                             | ✓<br>notowane | ✓<br>notowane |   |   |
| 16. 17. 2024  | Edukacja pacjenta oraz rodziny odnośnie możliwości wystąpienia powikłań w<br>razie niestosowania się do zaleceń (pogorszenie wzroku, białkomocz). –<br>1 x dziennie. | ✓<br>notowane | ✓<br>notowane |   |   |

Wynik opieki: ...17.04.2024r....Pacjent zapoznany z istotą choroby oraz zaleceniami dietetycznymi. Cel wymaga kontynuacji.

Diagnoza: .....**Brak wiedzy na temat pomiaru glukozy we krwi oraz podaży insuliny**.....

Przyczyny: .....Brak motywacji oraz umiejętności samokontroli.....

Objawy: .....Podwyższony poziom glukozy we krwi, złe samopoczucie, trudne oraz długie gojenie się ran .....

Cel opieki: .....Zapoznanie i przygotowanie do samokontroli oraz samodzielnego aplikowania insuliny w ciągu 1 dnia.

| Data          | Działania pielęgniarские                                                                             | Realizacja    |               |   |   |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---|---|
|               |                                                                                                      | 1             | 2             | 3 | 4 |
| 16-17.04.2024 | Zapoznanie z zasadami i techniką pomiaru poziomu glukozy we krwi za pomocą glukometru - 1 x dziennie | ✓<br>notowa-R | ✓<br>notowa-R |   |   |
| 16-17.04.2024 | Zaznajomienie z zasadami i techniką podaży insuliny – 2 x dziennie                                   | notowa-R      | notowa-R      |   |   |
| 16.04.2024    | Edukacja rodziny pacjenta dotycząca pomiaru glikemii oraz podaży insuliny - 1 x dziennie             | ✓<br>notowa-R |               |   |   |
|               |                                                                                                      |               |               |   |   |

Wynik opieki: ...17.04.2024r....Pacjent zna zasady samokontroli oraz technikę podaży insuliny.



KARTA DIAGNOZ I INTERWENCJI PIELĘGNIARSKICH

Inicjały pacjenta: ...X. X. .... Nazwisko i imię studenta: .....  
Diagnoza: .....**Obrzęk kończyny dolnej prawej w okolicy stawu kolanowego**.....  
Przyczyny: .....Niedawna amputacja na poziomie podudzia, zaniechania dietetyczne, brak ruchu, występowanie dny moczanowej.  
Objawy: .....Zwiększony obwód nad stawem kolanowym, zaczerwienienie, uczucie ciężkości.....  
Cel opieki: .....Zlikwidowanie obrzęku w ciągu jednego dnia.....

| Data              | Działania pielęgniarские                                                                  | Realizacja |         |   |   |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------|---|---|
|                   |                                                                                           | 1          | 2       | 3 | 4 |
| 16.04.<br>2024    | Pomiar obrzęku za pomocą centymetra - 2 x dziennie                                        | 11000uK    |         |   |   |
| 16.04.<br>2024    | Wykonanie masażu obrzękniętej kończyny – 2 x dziennie                                     | 11000uK    | 11000uK |   |   |
| 16.04.<br>2024    | Ułożenie pacjenta na plecach z uniesieniem obrzękniętej kończyny (kąt 45°) - 2 x dziennie | 11000uK    | 11000uK |   |   |
| 16.04.<br>2024    | Podaż leków moczopędnych zgodnie z kartą zleceń (Furosemid 40mg p.o) - 3 x dziennie       | 11000uK    | 11000uK |   |   |
| 16,17.04.<br>2024 | Dostosowanie stopnia ucisku opaski elastycznej 1 x dziennie                               | 11000uK    | 11000uK |   |   |
| 17.04.<br>2024    | Ponowny pomiar obrzęku -1 x dziennie                                                      | 11000uK    |         |   |   |

Wynik opieki: ...17.04.2024r...Obrzęk nieznacznie zmniejszony. Cel wymaga kontynuacji.

Diagnoza: .....**Ból stawu kolanowego prawego**.....

Przyczyny: .....Występowanie dny moczanowej.....

Objawy: .....Uczucie dyskomfortu, obniżony nastrój, tkliwość bolesnej okolicy.....

Cel opieki: .....Zminimalizowanie dolegliwości bólowych w ciągu 8 godzin.....

| Data          | Działania pielęgniarские                                             | Realizacja |     |   |   |
|---------------|----------------------------------------------------------------------|------------|-----|---|---|
|               |                                                                      | 1          | 2   | 3 | 4 |
| 16.04.2024    | Określenie nasilenia bólu w skali NRS – 4pkt - 1 x rano              | NRS        |     |   |   |
| 16.04.2024    | Doraźne podanie na zlecenie lekarza Ketonalu (50 mg p.o.) - doraźnie | NRS        |     |   |   |
| 16–17.04.2024 | Zapewnienie wygodnej, odciążającej staw pozycji – 3 x dziennie       | NRS        | NRS |   |   |
|               | Ponowna ocena bólu w skali NRS – 2pkt. - 1 x po południu             | NRS        |     |   |   |

Wynik opieki: ...17.04.2024r.....Zmniejszenie dolegliwości bólowych z 4 pkt. do 2 pkt. w skali NRS.

Diagnoza: .....**Ryzyko wystąpienia powikłań oddechowych** .....

Przyczyny: .....Deficyt aktywności ruchowej, pozycja leżąca.....

Objawy: .....Przewlekły kaszel, duszność, podwyższona temperatura ciała, pogorszenie samopoczucia...

Cel opieki: .....Zapobieganie wystąpieniu powikłań oddechowychw czasie hospitalizacji.....

| Data              | Działania pielęgniarские                                                                        | Realizacja |        |   |   |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--------|---|---|
|                   |                                                                                                 | 1          | 2      | 3 | 4 |
| 16–17.04.<br>2024 | Zapewnienie mikroklimatu w sali (temp. powietrza 17- 19˚C, częste wietrzenie)<br>– 3 x dziennie | 100%OK     | 100%OK |   |   |
| 16–17.04.<br>2024 | Wykonywanie ćwiczeń oddechowych 2 x dziennie                                                    | 100%OK     | 100%OK |   |   |
| 16–17.04.<br>2024 | Obserwacja pacjenta pod kątem objawów powikłań oddechowych – podczas dyżuru                     | 100%OK     | 100%OK |   |   |
| 16–17.04.<br>2024 | Pomiary parametrów życiowych – 2 x dziennie                                                     | 100%OK     |        |   |   |

Wynik opieki: ...17.04.2024r...Brak oznak powikłań oddechowych.





**KARTA DIAGNOZ I INTERWENCJI PIELĘGNIARSKICH**

inicjały pacjenta: ...X. X. ...

Nazwisko i imię studenta: .....*Wojciech*.....

Diagnoza: ...**Ryzyko złego uformowania kikuta oraz wystąpienia obrzęku**.....

Przyczyny: ...Nieprawidłowa technika bandażowania, niewłaściwa pozycja kończyny.....

Objawy: .....Nieprawidłowy kształt kikuta, występowanie obrzęku .....

Cel opieki: ... Zapobiegnięcie powikłaniom podczas hospitalizacji .....

| Data              | Działania pielęgniarские                                                                                                                                              | Realizacja      |                 |   |   |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------------|---|---|
|                   |                                                                                                                                                                       | 1               | 2               | 3 | 4 |
| 16.17.04.<br>2024 | Regularne bandażowanie kikuta odpowiednią techniką z użyciem elastycznej opaski uciskowej (zwiększanie stopnia ucisku ku górze oraz formowanie stożka) – 1 x dziennie | <i>Wojciech</i> | <i>Wojciech</i> |   |   |
| 16.17.04.<br>202  | Dbanie o wyprostowanie stawów powyżej kikuta – 3 x dziennie                                                                                                           | <i>Wojciech</i> | <i>Wojciech</i> |   |   |
| 16.17.04.<br>2024 | Stosowanie zaleconych pozycji ułożeniowych (kończyna uniesiona pod kątem 45°) – 3 x dziennie                                                                          | <i>Wojciech</i> | <i>Wojciech</i> |   |   |
| 16.17.04.<br>2024 | Obserwacja w kierunku powikłań - podczas dyżuru                                                                                                                       | <i>Wojciech</i> | <i>Wojciech</i> |   |   |
|                   |                                                                                                                                                                       |                 |                 |   |   |

Wynik opieki: ...17.04.2024r.....Brak oznak powikłań. Cel wymaga kontynuacji.

Diagnoza: .....**Nadmierna wrażliwość skóry i tkanek kikuta na dotyk** .....

Przyczyny: .....Naruszenie skóry, struktur kostnych i mięśniowych .....

Objawy: .....Bolesność, tkliwość, uczucie dyskomfortu .....

Cel opieki: .....Zmniejszenie wrażliwości kikuta na dotyk w ciągu 2 dni.....

| Data           | Działania pielęgniarские                                                                                      | Realizacja |          |   |   |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|---|---|
|                |                                                                                                               | 1          | 2        | 3 | 4 |
| 16–17.04. 2024 | Wykonywanie masażu oraz oklepywania kikuta kończyny prawej 1 x dziennie                                       | zrealiz.   | zrealiz. |   |   |
| 16–17.04. 2024 | Naprzemiennie polewanie kikuta nogi lewej zimną i ciepłą wodą                                                 |            |          |   |   |
| 16–17.04. 2024 | Masaż dłońmi, ręcznikiem frotte oraz szcztokowanie kikuta nogi lewej w ramach hartowania przed protezowaniem. | zrealiz.   | zrealiz. |   |   |
|                |                                                                                                               |            |          |   |   |

Wynik opieki: ...17.04.2024r. ... Wrażliwość kikuta kończyny prawej utrzymuje się. Cel wymaga kontynuacji.

KARTA DIAGNOZ I INTERWENCJI PIELĘGNIARSKICH

Inicjały pacjenta: ...X. X.... Nazwisko i imię studenta: .....*NOTUJE*.....  
Diagnoza: .....*Obniżony nastrój*.....  
Przyczyny: .....Brak akceptacji niepełnosprawności.....  
Objawy: ..... Smutek, przygnębienie, niechęć do rozmowy, apatia.....  
Cel opieki: .....Uzyskanie akceptacji poniesionej straty w ciągu 2 dni.

| Data              | Działania pielęgniarские                                                            | Realizacja    |               |   |   |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---|---|
|                   |                                                                                     | 1             | 2             | 3 | 4 |
| 16-17.04.<br>2024 | Rozmowa oraz udzielenie wsparcia i okazanie zrozumienia.                            | <i>NOTUJE</i> | <i>NOTUJE</i> |   |   |
| 16-17.04.<br>2024 | Wskazanie możliwości kompensacji utraconych funkcji, np. poprzez założenie protezy. | <i>NOTUJE</i> | <i>NOTUJE</i> |   |   |
| 16-17.04.<br>2024 | Mobilizowanie rodziny do okazywania wsparcia i akceptacji stanu pacjenta.           | <i>NOTUJE</i> | <i>NOTUJE</i> |   |   |
| 17.04.2024        | Zasugerowanie rozmowy z psychologiem.                                               |               |               |   |   |

Wynik opieki: ...17.04.2024r...Pacjent nadal nie akceptuje nowej sytuacji. Cel wymaga kontynuacji.



## PIŚMIENNICTWO

**Materiał dydaktyczny powstał w oparciu o następujące źródła:**

Ścisło, L. (2020). *Pielęgniarstwo chirurgiczne*. Warszawa: PZWL.

Walewska, E., Ścisło, L. (2015). *Procedury pielęgniarские w chirurgii: podręcznik dla studentów medycznych*. Warszawa: PZWL.

Walewska, E. (Red.). (2012). *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Warszawa: PZWL.

Płaszewska-Żywko, L., Kózka, M. (2021). *Diagnozy i interwencje w praktyce pielęgniarskiej*. Warszawa: PZWL.

Machała, W. (2017). *Wykłady z anestezjologii*. Warszawa: PZWL.

Banasiewicz, T., Wallner, G. (2022). *Chirurgia*. (T.3). Warszawa: PZWL.

Noszczyk, W. (Red.). (2019). *Chirurgia – repetytorium*. Warszawa: PZWL.

