

SROVNÁNÍ POOPERAČNÍ PÉČE U PACIENTŮ PO LAPAROSKOPICKÉ A OTEVŘENÉ ADRENALEKTOMII Z POHLEDU SESTRY

Bc. Petra Kaduchová

Urologická klinika FN Olomouc

Úvod

S rozvojem vědy a s ní souvisejícím pokrokem moderní techniky, zejména její miniaturizací, získávají stále větší uplatnění miniinvazivní operační metody. Ty se již po řadu let úspěšně uplatňují nejen v chirurgii a gynekologii, ale také v urologii.

Cílem těchto nových metod je snaha o minimalizaci operačního výkonu a tím i délky nemocnosti pacienta. Nezanedbatelný je samozřejmě i pooperační kosmetický efekt (viz obrázky 1 a 2). Kratší pobyt v nemocnici znamená snížení nákladů na vlastní hospitalizaci, avšak na druhou stranu ani ceny nových přístrojů nejsou zanedbatelné. Zavedení nových rovněž operačních metod vyžaduje dokonale erudici zdravotnického personálu.

Na Urologické klinice v Olomouci byly laparoskopické operace zařazeny do spektra operačních metod již v roce 1994 (6, 7, 8, 9). Postupně byly zavedeny další technicky náročnější miniinvazivní výkony: laparoskopické operace pro nádory ledvin (1), nadledvin (2, 10) a to i hormonálně aktivní (5).

Často jsou mezi odborníky, ale i laickou veřejností, diskutovány klady i zápory miniinvazivních výkonů. Sdělovacími prostředky jsou tyto metody často zjednodušeně popularizovány a laickou veřejností poté vyžadovány.

Vzhledem k tomu, že jsem se při své práci na Urologické klinice FN v Olomouci setkala s různými miniinvazivními metodami včetně laparoskopické operace nadledvin, byla problematika miniinvazivní chirurgie tématem méj bakalářské práce a s některými zajímavými fakty bych se ráda se čtenáři podělila.

Materiál a metodika

Cílem mé práce bylo porovnat ošetrovatelskou péči a kvalitu života pacienta v pooperačním období při klasických a laparoskopických operačních postupech v urologii, posoudit eventuální přínos laparoskopické operace nadledvin pro pacienty na pooperačním oddělení, zhodnotit celkovou délku hospitalizace a nemocnosti u obou typů operací a věnovat se alespoň z části problematice nákladnosti rozdílné pooperační péče.

Hodnocení vychází z dotazníku vyplňovaného nemocnými Urologické kliniky FN Olomouc, kteří se podrobili otevřené či laparoskopické adrenalectomii. Po vysvětlení cíle dotazníku a po souhlasu pacientů sami zhodnotili svůj názor na kvalitu poskytnuté péče v pooperačním období a průběh rekonvalescence.

Dotazník, obsahující 28 položek, posloužil k posouzení intenzity a charakteru bolesti po operačním výkonu, omezení v důsledku bolesti, délky zavedených drenáží,

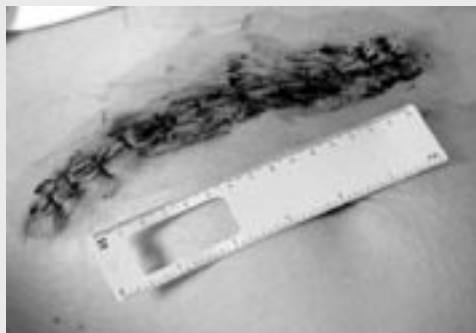
délky aplikace infúzních roztoků, nutnosti pobytu na JIP, doby rekonvalescence, omezení v hygienické péči a v příjmu návštěv. Pacienti zhodnotili i svoji informovanost jak ze strany lékaře, tak sestry. Rovněž vyjádřili svůj názor na kvalitu ošetrovatelské péče.

Dotazník byl anonymní z důvodu větší upřímnosti, přesnosti a pravdivosti odpovědí. Položky v dotazníku byly otevřené, uzavřené, ale i škálové a smíšené, které obsahují vždy několik možností, z nichž si odpovídající mohli vybrat nejhodnější variantu. Pokud si respondenti nevybrali ani jedinou možnost, byla jim nabídnuta varianta volná. Poslední položka dotazníku zněla: „Vaše názory, připomínky, rady“, kde měli operovaní možnost napsat rady pro ostatní nemocné po operaci, a připomínky k lékařské a ošetrovatelské péči.

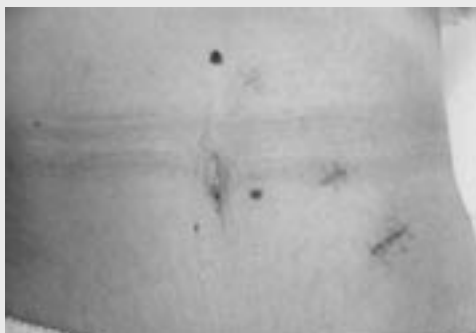
Výsledky

Z výsledků výzkumu vyplývají následující fakta, která jsou uvedena v tabulkách a znázorněna v grafech. Bylo hodnoceno více položek a pro nutnou stručnost je uvedeno pouze šest parametrů (grafy 1–6).

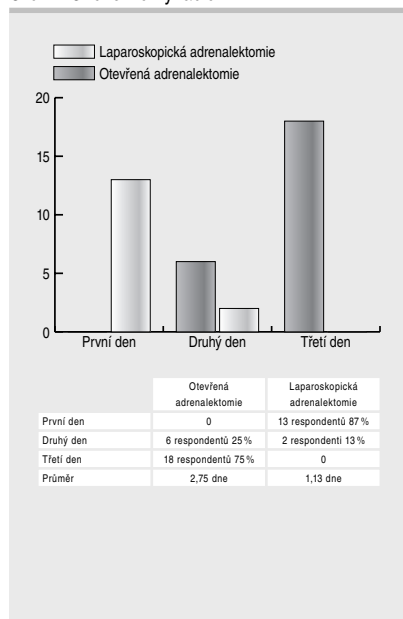
Obrázek 1. Jizva po otevřené adrenalectomii



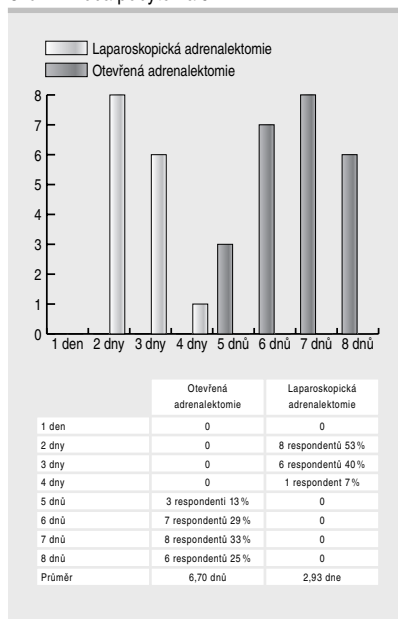
Obrázek 2. Jizva po laparoskopické adrenalectomii



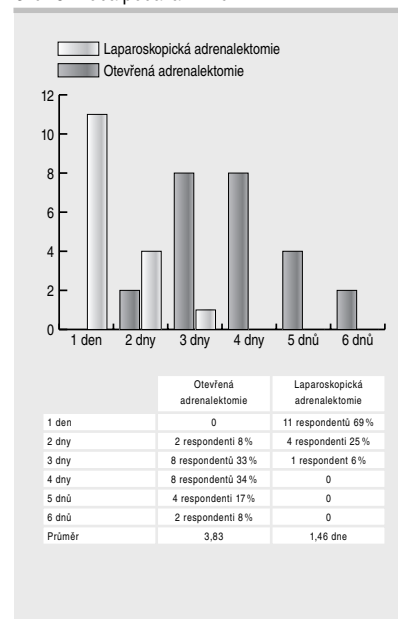
Graf 1. Chůze k umyvadlu



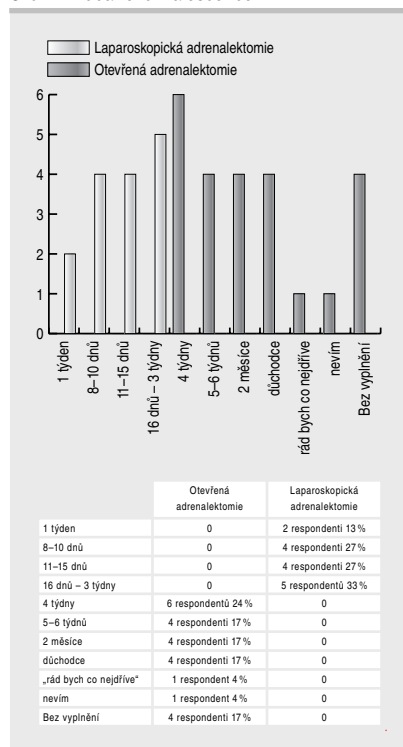
Graf 2. Doba pobytu na JIP



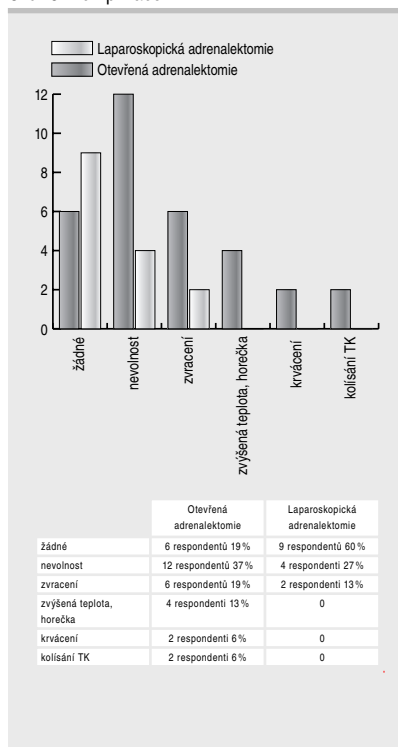
Graf 3. Doba podávání infúzí



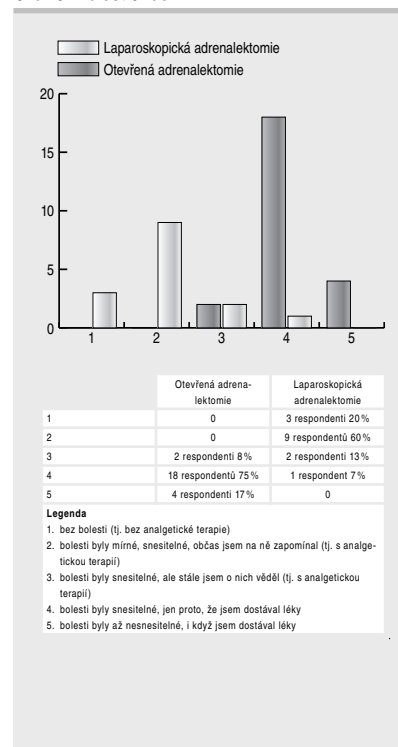
Graf 4. Doba rekonvalescence



Graf 5. Komplikace



Graf 6. Bolest 0. den



Diskuze

1. Přínos laparoskopické adrenalectomie pro nemocného

Laparoskopické operace v urologii doznaly značného rozšíření zejména v poslední dekádě 20. století. Laparoskopicky byly postupně prováděny téměř všechny urologické operace (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11), které byly již před tím provedeny otevřenou cestou. Nový způsob operativy se však v tomto případě prosadil z hlediska poptávky pacientů.

Z pohledu nemocného je laparoskopie žádoucí operační metodou především z důvodu malé operační rány,

kteřá se zpravidla rychle hojí a v pooperačním období nevyžaduje podání velkých dávek analgetik (viz graf 6). Laparoskopická adrenalectomie ve srovnání s otevřeným výkonem nabízí skutečně miniinvazivní přístup.

Průměrná doba zavedených drenáží u laparoskopické adrenalectomie je 1,73 dne, u otevřeného výkonu 4,62 dnů.

Nezanedbatelný je i kosmetický efekt. V odstupu několika měsíců zůstávají po laparoskopických vstupech jen neznatelné kožní jizvy v délce několika málo centimetrů, (viz obrázky 1 a 2).

V pooperační péči převažují pozitiva, zmírnila se podstatně traumatizace břišní stěny, a tak se nemocní dokáží zvedat první den z lůžka, samostatně se dokáží pohybovat a dojdou si na WC.

Největší zisk je ve zkrácení pooperační zástavy fyziologických funkcí břišních orgánů. Ubylo zvracení po operaci, je možné postupně zatížení čajem a přiměřenou stravou. Průměrná doba realimentace u laparoskopické adrenalektomie je 1,93 dne naproti otevřené adrenalektomie, kde činí 4,08 dnů.

2. Porovnání ošetrovatelské péče u jednotlivých typů operace

Z výzkumu je zřejmé, že nemocný po laparoskopické operaci potřebuje celkově méně pomoci. Sestra získává čas na zvládnání své práce, kterou pak spíše provádí s úsměvem a ochotou. Nemocní pak tento přístup velice cení.

3. Ekonomická výhoda laparoskopické adrenalektomie?

Z mého výzkumu vyplynulo, že průměrná doba pobytu na JIP po laparoskopické adrenalektomii je 2,93 dnů a po otevřené adrenalektomii 6,70 (viz graf 2). Průměrná doba podávání infuzí je po laparoskopické adrenalektomii 1,46 dne a po otevřené adrenalektomii 3,83 (viz graf 3).

Literatura

1. Študent V, Belej K, Fiala R, Záfura F, et al. Laparoskopická radikální nefrektomie: Česká Urologie 2002; 2: 78.
2. Študent V, Belej K, Fiala R, Záfura F, et al. Laterální transperitoneální laparoskopická adrenalektomie: Česká Urologie 2002; 2: 77.
3. Študent V, Fiala R, Belej K, Záfura F, et al. Laparoskopická ureterolitomie: Česká Urologie 2002; 2: 77.
4. Belej K, Študent V, Fiala R, Záfura F, et al. Použití ultrasonografie při technicky náročných laparoskopických operacích v retroperitoneu: Česká Urologie 2002; 2: 77.
5. Študent V, Belej K, Vidlák A, Hartmann I, et al. Laparoskopická parciální adrenalektomie u feochromocytomu: Česká Urologie 2002; 2: 78.
6. Študent V, Záfura F, Vrtal R, Vrána J. Laparoskopická operace varikokély a fertilita muže. Miniinvazivní terapie, č. 1, ročník III, 1998: 26-28.

S menším výskytem bolestivosti, v porovnání s otevřeným výkonem, souvisí i menší spotřeba analgetik. Rovněž doba rekonvalescence je u laparoskopické adrenalektomie (v průměru do tří týdnů) v porovnání s otevřenou adrenalektomií (většinou více jak čtyři týdny) výrazně kratší.

V našich ne zcela jasných a průhledných ekonomických podmínkách lze její ekonomickou rentabilitu jen obtížně hodnotit (vysoké náklady na ZUM, nízké mzdy). Ale ve vyspělých zemích EU, kam směřujeme i my, je tato otázka již dávno vyřešena. Přesto naše studie prokazuje jasný přínos a prospěšnost laparoskopické operace pro nemocného.

Závěr

Snahou miniinvazivních přístupů v chirurgii by měla být minimalizace operačních výkonů, tím vlastně i délky hospitalizace a nemocnosti pacienta, z toho je plynoucí ekonomická výhodnost pro společnost. Miniinvazivní přístupy by měly tedy představovat menší zátěž pro pacienty, čímž by měla být zajištěna i jejich maximální spokojenost. Ačkoli se operace nadledvin nedělají často (na naší klinice v průměru 10-12 pacientů ročně), přesto se domníváme, že zavedení laparoskopické adrenalektomie je pro nemocné přínosem.

7. Študent V, Záfura F, Vrtal R, Vrána J. Laparoskopická operace varikokély a její vliv na hemodynamiku varlete a spermiogenezi. Rozhledy v chirurgii, 1997; 9: 429.
8. Študent V, Záfura F, Scheinar J, Vrtal R, Vrána J. Testicle Hemodynamics in Patients after Laparoscopic Varicocelectomy Evaluated Using Color Doppler Sonography. Eur. Urol., 1998; 33: 91-93.
9. Študent V, Wantulok P. Laparoskopická diagnostika a léčba kryptorchismu. Miniinvazivní chirurgie, 1996: 186-187.
10. Študent V, Wantulok P. Laparoskopická adrenalektomie. Miniinvazivní chirurgie, 1996: 187-188.
11. Študent V, Wantulok P. Laparoskopická retroperitoneální lymfadenektomie. Miniinvazivní chirurgie, 1996: 188-190.