

Zdravstvena njega bolesnika nakon kolecistektomije

Budeš, Ljiljana

Undergraduate thesis / Završni rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Technical College in Bjelovar / Visoka tehnička škola u Bjelovaru**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:144:717679>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-01-10**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Bjelovar University of Applied Sciences - Institutional Repository](#)



VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU
STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

ZAVRŠNI RAD BR. 79/SES/2016

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA NAKON KOLECISTEKTOMIJE

Ljiljana Budeš

Bjelovar, prosinac 2016.

VISOKA TEHNIČKA ŠKOLA U BJELOVARU
STRUČNI STUDIJ SESTRINSTVA

ZAVRŠNI RAD BR. 79/SES/2016

ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA NAKON KOLECISTEKTOMIJE

Ljiljana Budeš

Bjelovar, prosinac 2016.



Visoka tehnička škola u Bjelovaru

Trg E. Kvaternika 4, Bjelovar

1. DEFINIRANJE TEME ZAVRŠNOG RADA I POVJERENSTVA

Kandidat: **Budeš Ljiljana**

Datum: 05.10.2016.

Matični broj:000890

JMBAG: 0314008308

Kolegij: **PROCES ZDRAVSTVENE NJEGE 2**

Naslov rada (tema): **Zdravstvena njega bolesnika nakon kolecistektomije**

Mentor: **Andreja Starčević, dipl.med.techn.**

zvanje: **viši predavač**

Članovi Povjerenstva za završni rad:

1. **Melita Mesar, dipl.med.techn., predsjednik**
2. **Andreja Starčević, dipl.med.techn., mentor**
3. **Ružica Mrkonjić, dipl.med.techn., član**

2. ZADATAK ZAVRŠNOG RADA BROJ: 79/SES/2016

U radu je potrebno objasniti kolecistektomiju kao kiruršku metodu te prikazati razlike klasične i laparoskopske operacije. Objasniti kompleksnost zbrinjavanja bolesnika, prijeoperacijsku i poslijeoperacijsku zdravstvenu njegu i najčešće sestrinske dijagnoze. Detaljno prikazati specifičnosti rada medicinske sestre u postupku procesa zdravstvene njega kroz prikaz slučaja iz prakse.

Zadatak uručen: 05.10.2016.

Mentor: **Andreja Starčević, dipl.med.techn.**



ZAHVALA

Andreji Starčević, dipl. med. techn. na ukazanoj pomoći pri izradi ovog završnog rada.

Također, zahvaljujem svim predavačima i profesorima Stručnog studija sestrinstva na prenesenom znanju. Hvala mojim kolegicama i kolegama koji su mi pomagali i podržavali me tijekom školovanja.

I na kraju, hvala mojoj obitelji na beskrajnoj podršci, strpljenju i razumijevanju.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Anatomija i fiziologija hepatobilijarnog sustava	2
1.2. Etiologija i epidemiologija	4
1.3. Klinička slika	4
1.4. Dijagnostički postupci	6
1.5. Liječenje	8
1.6. Poslijeoperacijske poteškoće	10
1.7. Komplikacije nakon operativnog zahvata	11
2. CILJ RADA	13
3. ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA NAKON LAPAROSKOPSKE I KLASIČNE KOLECISTEKTOMIJE	14
3.1. Prikaz slučaja 1 – laparoskopska kolecistektomija	15
3.2. Prikaz slučaja 2 – klasična kolecistektomija	22
4. RASPRAVA	34
5. ZAKLJUČAK	35
6. LITERATURA	36
7. SAŽETAK	37
8. SUMMARY	37

1. UVOD

Najčešća bolest današnjice hepatobilijarnog trakta jesu žučni kamenci. Najnoviji statistički podaci pokazuju kako svaka peta žena i svaki petnaesti muškarac boluje od bilijarne kalkuloze. Žučni kamenci su dvostruko češći u žena nego u muškaraca i učestalost im raste s dobi. (1) Na sve veću pojavu žučnih kamenaca može utjecati način života, odnosno prekomjerna tjelesna težina i visokokalorična hrana bogata mastima. Veliku ulogu ima i dob, tj. češće se pojavljuje nakon 40. godine života i to češće kod žena, a rijetko u djetinjstvu. Određenu ulogu u nastajanju bolesti ima i nasljeđe, nerijetko se javlja unutar obitelji, u trudnoći, kod pretilosti i naglog gubitka tjelesne težine. (2) U liječenju koje provodi liječnik, na putu ka ozdravljenju veliku ulogu ima medicinska sestra koja je kompetentna procijeniti i utvrditi potrebe za zdravstvenom njegom te u skladu s tim planirati, provoditi i evaluirati provođenje zdravstvene njege.

1.1. Anatomija i fiziologija hepatobilijarnog sustava

Jako je važno da medicinska sestra u svom poslu ima određena teorijska znanja o anatomiji i fiziologiji kako bi mogla sa ostalim članovima tima ravnopravno sudjelovati u zbrinjavanju bolesnika. Prema autorima Keros, Andreis, Gamulin (1997) jetra je najveća žlijezda u čovjekovu tijelu. Crvenkastosmeđe je boje i nalazi se uglavnom na desnoj strani trbušne šupljine, odnosno ispred ošita. Tvore je jetrene stanice, hepatociti, koji su zvjezdoliko raspoređeni oko središnjih vena te tako izgrađuju jetrene režnjice ili lobule. Takve nakupine sačinjavaju tri velika režnja: desni režanj - lobus dexter, lijevi režanj – lobus sinister i straga najmanji četverokutni režanj – lobus quadratus. Površina jetre je omotana čvrstom vezivnom čahuricom, capsula hepatis, koja u unutrašnjosti jetre daje vezivne pregrade što odjeljuju režnjice i tvore vezivnu osnovu, stroma. Gornja površina jetre je konveksna, svedena prema obliku ošita i u potpunosti ispunjava desnu stranu, te prelazi na lijevu gdje postupno biva sve tanja. Donja površina jetre je nešto ravnija i tu se nalazi žučni mjehur, vesica biliaris fellea, čiji vrh malo strši preko prednjeg ruba jetre.

U vratnicu jetre, porta hepatis, ulaze arterija jetre, a. hepaticae, i vena vratnice, v. portae, a iz nje izlaze jetrene vene i žučovodi. Osnovne funkcije jetre jesu:

- 1) Pohranjivati glukozu u obliku glikogena,
- 2) Stvarati bjelančevine plazme (albumini, globulini, faktori zgrušavanja krvi),
- 3) Sudjelovati u metabolizmu masti,
- 4) Stvarati i izlučivati žuč,
- 5) Detoksicirati škodljive tvari,
- 6) Pohranjivati vitamine i željezo,
- 7) Uskladištavanje krvi,
- 8) Uništavati bakterije koje u jetru pristižu iz crijeva (4)

Žučni vodovi i žučni mjehur služe kao jetreni izvodni sustav kojim žuč dolazi u dvanaesnik. Žučni vodovi se dijele na intrahepatalne i ekstrahepatalne koji započinju žučnim kapilarama između hepatocita. U području porte hepatis nastaju dva glavna lobarna žučna voda, ductus hepaticus dexter, i ductus hepaticus sinister. Spajanjem ta dva žučna voda nastaje zajednički žučni vod ductus choledochus, koji se ulijeva u duodenum. Žučni mjehur (vesica fellea) je kruškoliki organ, veličine oko 7 x 3 cm, priljubljen je uz donju plohu jetre, a svrha mu je služiti kao spremište koncentrirane žuči između probave. Putem ductusa cysticus, povezan je s ekstrahepatalnim žučnim

vodom. Žuč, bilis ili fel, vodena je otopina od čega je 97% voda, a ostalo čine žučne kiseline, bilirubin, kolesterol, fosfolipid i elektrolit koji se stvara u jetrenim stanicama i izlučuje u žučne kanaliće. (2) Žuč ima vrlo važnu zadaću u probavi. Može izravno otjecati u crijevo ili se pohranjuje u žučnom mjehuru. (4) Ako je omjer pojedinih sastojaka žuči poremećen, pogoduje nastanku žučnih kamenaca. Izravno žučnim vodovima u dvanaesnik prolazi oko 50% izlučene žuči, gdje sudjeluje u probavi i razgradnji masti, a drugi dio se pohranjuje putem ductusa cysticusu u žučni mjehur i koncentrira. (2) Maksimalni volumen žučnog mjehura je oko 20 – 60 ml, u njemu se također pohranjuje žuč koja se izlučila tijekom 12 sati jer sluznica žučnog mjehura naizmjenično apsorbira vodu, natrij, klor i druge elektrolite. Tako se preostali sastojci žuči koncentriraju. Žuč se najviše može koncentrirati 12 – 20 puta. (5) Žuč ima i druge važne funkcije, osim u probavi i apsorpciji masti i vitamina topljivih u mastima (D, E, K, A).

Žučne kiseline potpomažu izlučivanje vode u debelome crijevu i tako potiču čišćenje crijeva. Izlučuje se i bilirubin koji nastaje kao produkt razgradnje hema istrošenih eritrocita, a također i brojni lijekovi te drugi spojevi koji se na taj način odstranjuju iz organizma. (2) Žučne soli stvaraju se u jetrenim stanicama iz kolesterola. One također sudjeluju u probavi masti. Velike kapljice masti razbijaju na manje, te se tako povećava površina na koju djeluju crijevne lipaze. Još jedna zadaća žučnih soli odnosi se na apsorpciju masti. Spajaju se s masnim kiselinama, kolesterolom i drugim lipidima tvoreći tako micide koje su topljive u vodi. Tako se olakšava prijenos tih sastojaka do stijenke crijeva i apsorpcija. Jedan dio žučnih soli koji se izlučio u crijeva apsorbira se u krv, zatim se vraća nazad u jetra i ponovno se izlučuje. Ukoliko dođe do prestanka izlučivanja žuči to će uzrokovati poteškoće u apsorpciji masti. Poremetit će i apsorpciju ostalih tvari topljivih u mastima (vitamini A, D, E i K). U slučaju da je povećana potreba za žuči u crijevima, dolazi do stezanja žučnog mjehura i žuč izlazi iz njega u tanko crijevo. U nadzoru nad stezanjem žučnog mjehura sudjeluje nekoliko čimbenika. Prvi i najvažniji od njih je hormon kolecistokinin, koji se izlučuje iz crijeva ako u crijevnom sadržaju ima previše masti. Kolecistokinin putem krvi dolazi do žučnog mjehura i potiče ga na stezanje, a istovremeno oslabljuje mišić sfinkter koji se nalazi na ulazu žučovoda u dvanaesnik. Nervus vagus također potiče stezanje žučnog mjehura. (4)

1.2. Etiologija i epidemiologija

Žučni kamenci se mogu podijeliti u dvije osnovne skupine: kolesterolski i pigmentni kamenci. Češći su kolesterolski i to miješani kojih je oko 70%. Pigmentni kamenci kojih je oko 20% dijelimo na crne i smeđe. Prema procjeni, žučne kamence ima oko 10% opće populacije, dva puta češće kod žena. Najčešći rizični čimbenici u nastanku žučnih kamenaca su: spol, dob, debljina, nagli gubitak tjelesne težine, hipomotilitet i staza žučnog mjehura, trudnoća, uporaba određenih lijekova, bolest (resekcija ileuma). (7) Postoje tri osnovna faktora koja pomažu formiranju kamenaca:

- 1) Poremećaj sastava žuči – Kod bolesnika sa kolesterolskim kamencima žuč je zasićena kolesterolom radi apsolutnog ili relativnog povećanja količine kolesterola u žuč uz smanjenu količinu žučnih kiselina i lecitina. Kolesterol se pojačano stvara u jetri i za nastanak kolesterolskih kamenaca u većini slučajeva odgovorna je jetra, a ne žučni mjehur.
- 2) Zastoj ili staza žuči je još jedan čimbenik koji uvjetuje stvaranje kamenaca. Zastoj ili staza je prisutna tamo gdje je protok krvi ometen (opstrukcija cistikusa ili koledokusa).

Oštećenje sluznice posljedica je štetnog djelovanja iritirajućih tvari, najčešće upale i infekcije. Upala žučnog mjehura ne mora uvijek biti uzrokovana bakterijama, može nastati i sterilna upala. Žučni kamenci su vrlo česta bolest u svijetu. Neke strane zemlje (SAD) bilježe oko 10 – 20% stanovništva koje boluje od te bolesti. Najčešće se počne javljati nakon 20. godine i vrhunac doseže između 50. i 60. godine. Najčešće stradavaju pretila žena poslije 40. godine, naročito one koje su rodile mnogo djece. Bolest se često pojavljuje i kod osoba s alkoholnom cirozom jetre, dijabetesom, hiperlipidemijom i s upalima ileuma. (6)

1.3. Klinička slika

Kamenci u žučnom mjehuru uzrokuju simptome samo kada migriraju ili zatvore duktus cisticus odnosno duktus choledochus. Stoga, polovica bolesnika s kamencima žučnog mjehura nema simptome. (8) Većinom se radi o bolesnicima kod kojih je sasvim slučajno otkrivena kalkuloza (uglavnom žučnjaka, a da nisu imali nikakve poteškoće ni simptome). (1)

Najčešći i najvažniji simptomi kod bolesti žučnih kamenaca je bilijarna kolika. Bilijarna kolika je viscelarna bol do koje dolazi pri nagloj opstrukciji duktusa cistikusa ili duktusa choledochusa. Kao posljedica dolazi do povišenja intraluminalnog tlaka koji se s kontrakcijama ne smanjuje. Napadi boli mogu se pojaviti u bilo koje doba dana ili noći, a najčešće nakon obroka. Počinje naglo i može trajati tijekom nekoliko sati. Očituje se kao podmukla bol u epigastriju i desnom gornjem kvadrantu te se širi u desnu lopaticu i u desno rame. Nerijetko ostavlja osjećaj podmukle boli tijekom 24 sata. Bolesnici su vrlo nemirni i ne mogu naći položaj koji će im olakšati bol. Bolovi mogu biti praćeni mučninom, a rjeđe je prisutno povraćanje. Bilijarna kolika može biti praćena blagom hiperbilirubinemijom. Ako se uz bilijarne kolike pojavi vrućica i treskavica, upućuje na komplikacije kolecistitis, kolangitis ili pankreatitis. (8) U nastavku su navedene moguće komplikacije bilijarne bolesti.

Akutni kolecistitis

Kod 90% bolesnika uzrok akutnog kolecistitisa je opstrukcija ductusa cistikusa kamencem. Do upale žučnog mjehura može doći mehaničkim i kemijskim putem. Mehanički dolazi zbog povećanog intraluminalnog tlaka s ishemijom, a kemijski zbog aktivacije fosfolipaze što za posljedicu oslobađa lizolecitin. Počinje iznenadnom boli pod desnim rebrenim lukom, bol se pojačava kod dubokog udaha ili pokreta. Često je prisutna mučnina i povraćanje te lagano povišena temperatura. Najčešći uzročnici akutnog kolecistitisa su E. coli, Klebsiella species i dr. Simptomi se mogu smiriti unutar 72 sata, ali mogu i napredovati sve do empijema, nekroze i/ili perforacije žučnog mjehura. Ovo je bolest česta u starijoj životnoj dobi i ako se ne liječi kirurški, može recidivirati unutar 1 – 5 godina. Dijagnoza se postavlja na temelju kliničke slike, anamneze, fizikalnim pregledom, laboratorijskim nalazom i UZV pregledom žučnjaka i žučnih putova. (7)

Kronični kolecistitis

Može godinama biti bez simptoma, a mogu se pojaviti iznenadni jaki bolovi uzrokovani prisutnim kamencima žučnog mjehura. Porculanski žučni mjehur je stanje koje može dovesti do razvoja karcinoma te je indikacija za kolecistektomiju. (7)

Kolangitis

Česta komplikacija kod koje kamenac opstruira koledokus i dolazi do staze žuči, bakterijske infekcije i bakterijemije. Najčešći uzročnici su: E. coli, Klebsiella, Pseudomonas, Enterokoki... Očituje se tzv. Charcotovim trijasom simptoma: abdominalna bol, žutica, visoka tjelesna temperatura, nerijetko je prisutan poremećaj svijesti uz stanje šoka koje je praćeno leukocitozom. Preporuka je hitan ERCP s papilotomijom i drenažom uz ekstrakciju kamenca, što povećava preživljavanje takvih bolesnika. (7)

Pankreatitis

Jedan od najčešćih uzroka pankreatitisa jesu upravo žučni kamenci. Oni opstruiraju zajednički dio voda u koledokusu kojim se odvodi žuč i pankreatični sok. To je češća pojava u žena, zbog veće učestalosti kamenaca. Dijagnoza se postavlja na temelju anamneze, kliničke slike i laboratorijskih nalaza. (7)

1.4. Dijagnostički postupci

Najbolji izbor dijagnostičke metode u dokazivanju kamenaca bilijarnog trakta ovisi prvenstveno o njihovom sastavu i lokalizaciji te o kliničkoj slici kojom se bolesnici predstavljaju. Dijagnozu o prisutnosti kamenaca bilijarnog trakta postavlja liječnik na osnovi anamnestičkih podataka i kliničkih simptoma bolesti te laboratorijskih i instrumentalnih pretraga.

Nativna snimka abdomena

Da bi se kamenci mogli vidjeti na nativnoj snimci abdomena, moraju sadržavati dovoljno kalcija. Oko 20% žučnih kamenaca sadržava dovoljno kalcija. Ova metoda je poželjna kod pojave komplikacija (porculanski žučni mjehur, emfizematozni kolecistitis i ileus uzrokovan konkrementom). (8)

Ultrazvuk

Glavna metoda izbora u dokazivanju žučnih kamenaca. Moguće je otkriti kamence u oko 50% bolesnika jer pregled onemogućava zrak u dvanaesniku. (7)
Ultrazvučni pregled omogućuje procjenu volumena i kontraktilnosti žučnog mjehura. (8)

Endoskopska retrogradna kolangiopankreatografija (ERCP)

Najčešće se koristi kod opstruktivskog ikterusa, evaluacije postkolecistektomične boli, kod dijagnoze periampularnog karcinoma, karcinoma pankreasa i kroničnog pankreatitisa. Radi se pomoću duodenoskopa s lateralnom optikom uz kontrastno prikazivanje bilijarnog trakta i pankreatičnog voda. (8)

Peroralna kolecistografija

Ova metoda je korisna za otkrivanje kamenaca, ali danas je uglavnom zamjenjuje ultrazvuk. Vrlo je važna kod evaluacije bolesnika za terapiju kamenaca otapanjem. (8)

Intravenska biligrafija

Metoda koja je indicirana ako se žučni mjehur ne prikazuje peroralnom kolecistografijom. Ova metoda se dosta rijetko upotrebljava zbog čestih lažno negativnih nalaza. (8)

Scintigrafija žučnih vodova

Prikazuje žučne vodove kod hiperbilirubinemije. Koristi se za potvrdu akutnog kolecistitisa i opstrukcije duktusa cistikusa. (8)

Perkutana transhepatična kolangiografija (PTC)

Pretraga se obavlja tankom iglom koja se uvodi u jetru i kojom se aplicira kontrast direktno u žučne vodove. Uspijeva kod svih bolesnika s dilatiranim žučnim

vodovima i kod 70% bolesnika s normalnim vodovima. Kontradikcije ove pretrage su koagulopatija i akutni kolangitis, a komplikacije: krvarenje, sepsa i bilijarni peritonitis.

1.5. Liječenje

Kirurško liječenje

Metoda izbora koja se godinama koristila za liječenje žučnih kamenaca. Najčešći razlog kolecistektomije je kolelitijaza. Ostale indikacije su: kronični kalkulozni kolecistitis, akutni kolecistitis, kronični kolecistitis, hidrops, empijem, perforacija žučnjaka, traumatska oštećenja žučnjaka. (1)

Klasično kirurško liječenje

Vrši se nakon otvaranja trbuha laparotomijom. Kirurško uklanjanje žučnjaka osigurava bolesniku da neće imati recidiv žučnih kamenaca. Potencijalni kandidati za kirurško liječenje jesu osobe koje su imale jedan vrlo jak ili nekoliko manje jakih napada žučnih kamenaca, ako imaju upalu žučnog mjehura ili gušterače. (3) Nakon klasične operacije oporavak traje duže, bolesnik je prisiljen zbog boli ostati duže u postelji, onemogućeno mu je mijenjanje položaja, hodanje, disanje i iskašljavanje. Operacija zahtijeva široki rez i ostavlja veći operacijski ožiljak. Bolesnik ostaje u bolnici 5 – 7 dana, oporavak traje i do mjesec dana. (3)

Laparoskopska kolecistektomija

U današnje vrijeme najčešće metoda izbora kod elektivne kolecistektomije jer značajno skraćuje hospitalizaciju i sveukupne troškove. Uz to je i nižeg morbiditeta i mortaliteta. (8) Kod laparoskopske kolecistektomije koriste se 4 mala reza na truhu kroz koja kirurg umeće instrumente i laparoskop koji šalje sliku na video monitor te kirurg uklanja žučnjak od jetre i vadi ga kroz jedan od otvora. Ovakav zahvat zahtijeva opću anesteziju, a pacijenti mogu napustiti bolnicu čak drugi dan nakon operacije, manje je postoperativne boli i pacijenti se mogu ranije vratiti na posao i svakodnevnim

aktivnostima. Vrlo ozbiljna komplikacija laparoskopije je ozljeda žučovoda koja može uzrokovati oštećenje jetre. (3)

Endoskopska terapija

Endoskopska sfinkterotomija metoda je koja se koristi kod starih i visokorizičnih bolesnika. (8)

Disolucija kamenaca

Otapanje kamenaca provodi se rijetko zbog čestog neuspjeha i recidiva te zbog skupoće i čestog razvoja komplikacija. Moguće je otapati samo kolesterolske kamence jer su ostali netopivi. (8)

Ekstrakorporalna litotripsija šoknim valovima (ESWL)

Terapija koja je djelotvorna kod bolesnika s radiolucentnim kamencima, tj. prisutnost simptomatskih kamenaca, promjera manjeg od 3cm, do 4 kamenca u žučnom mjehuru. Komplikacije kod ove metode su minimalne (petehije na koži). (8)

1.6. Poslijeoperacijske poteškoće

Poslijeoperacijske poteškoće mogu se javiti i nakon laparoskopske i klasične kolecistektomije, a posljedica su djelovanja i prestanka djelovanja anestetika i lijekova, samog kirurškog zahvata, promjena u uzimanju tekućine i hrane i drugih prilagodbi na novo stanje. Poslijeoperacijske poteškoće vrlo se često javljaju u bolesnika, otežavaju oporavak, ali ne ugrožavaju život.

Bol

Bol je najčešća poslijeoperativna poteškoća, javlja se kod gotovo svih operiranih bolesnika. Javlja se nakon djelovanja anestetika u predjelu operacijske rane, vrata ili cijelog tijela. Bolesniku je potrebno dati ordinirani analgetik, pratiti vitalne funkcije i bolesniku ponuditi skalu za procjenu boli. Bol procjenjuje samo bolesnik koji je i osjeća. Tolerancija na bol je različita i medicinska sestra nikada ne smije osuđivati osobu s niskom tolerancijom na bol. Potrebno je provjeriti okolinske čimbenike: prečvrsto stisnut zavoj, edemi, hematomi, neprirodan položaj tijela. Prednost laparoskopske kolecistektomije je minimalna bol. Kod klasične kolecistektomije prisutna je jača bol zbog većeg operativnog reza. Ukoliko bol ne slabi, a njezin tijek i intenzitet produbljuje, potrebno je obavijestiti liječnika.

Mučnina i povraćanje

Mučnina i povraćanje je česta poslijeoperacijska poteškoća, a javlja se zbog djelovanja anestetika, uzimanja tekućine i hrane prije uspostave crijevne peristaltike. Povraćanje uzrokuje gubitak tekućine i elektrolita. Ako traje duže od 24 – 48 sati može postojati sumnja na komplikacije sa želucem i crijevima. Potrebno je uvesti nazogastričnu sondu i aspirirati sadržaj. Kod povraćanja medicinska sestra će biti uz bolesnika, okrenuti mu glavu u stranu, postaviti bubrežastu zdjelicu pod bradu, pokušati ga umiriti.

Žeđ

Žeđ je svjesna želja za pijenjem vode, a nastaje zbog povišenja osmotskog tlaka tjelesnih tekućina. Žeđ je posljedica zabrane unošenja tekućine prije operacije, djelovanje lijekova, gubitka tekućine za vrijeme operacije, zabrane uzimanja tekućine nakon operacije. Dužnost sestre je objasniti bolesniku uzrok suhoće usta i koliko je važno neuzimanje tekućine na usta. Bolesniku možemo dati namočenu gazu da navlaži jezik i usnice.

1.7. Komplikacije nakon operativnog zahvata

Poslijeoperacijske komplikacije produžuju bolesnikov oporavak nakon operacije i predstavljaju opasnost za operirane bolesnike. Medicinska sestra dužna je na vrijeme prepoznati i spriječiti sve moguće komplikacije te o istima obavijestiti liječnika.

Komplikacije su česta pojava i intraoperativno i u postoperativnom tijeku. Najčešće intraoperativne komplikacije su: lezije hepatokoledokusa, vaskularnih struktura hepatoduodenalnog ligamenta i porte hepatis. (1) Kod akutnog kolecistitisa poželjno je tijekom operacije učiniti i intraoperativnu kolangiografiju zbog utvrđivanja eventualne koledokolitijaze.

Kao rane postoperativne komplikacije javljaju se plućni problemi poput atelektaze, supfrenični apscesi, krvarenje, bilijarni „leak“, bilijarnodigestivna fistula, opstruktivni ikterus, postoperativni pankreatitis i peritonitis.

Postkolecistektomični sindrom javlja se kao posljedica tegoba koje je bolesnik imao i neposredno prije operacije. Ove poteškoće nisu posljedica uklanjanja žučnog mjehura. Postkolecistektomični sindrom uključuje: bilijarnu strikturu, retinirane kamence, stenozu papile, proljev, gastritis...

Mortalitet elektivne kolecistektomije iznosi oko 0,5%, a kod hitne kolecistektomije oko 3%. (8)

Hipovolemijski šok je jedna od najozbiljnijih poslijeoperacijskih komplikacija koja može dovesti do teškog poremećaja funkcije stanica i organa. Može nastati velikim gubitkom krvi tijekom i nakon operacije, drenažom i jakim krvarenjem na ranu. Znakovi i simptomi šoka su osjećaj opće slabosti i hladnoće, vrtoglavica, žeđ, mučnina, osjećaj bliske smrti, blijeda koža i sluznice, nemir, strah, nizak ili nemjerljiv krvni tlak, oligurija sve do anurije. Bolesnika pod sumnjom šoka smještamo u jedinicu intenzivnog liječenja gdje je pod trajnim nadzorom i monitoringom. U liječenju šoka glavni je cilj ukloniti primarni uzrok uz nadoknadu cirkulirajućeg volumena.

Infekcije operativne rane su i dalje vrlo česta pojava u postoperativnom tijeku. Potrebno je strogo kontrolirati glavne izvore infekcije: osoblje, opremu, okolinu i samog bolesnika. U postoperativnom tijeku važna uloga medicinske sestre je skrb za ranu i drenažu. Prvo previjanje rane provodi se 2. ili 3. dan nakon operacije, po strogim pravilima asepse. Vrlo je važna redovita primjena antibiotika koja počinje intraoperativno.

Najveći broj respiratornih komplikacija lako se može spriječiti pravilnom prije operacijskom pripremom i dobrom poslije operacijskom njegom. Edukacijom bolesnika o kašljanju, iskašljavanju, vježbama ekstremiteta, pravilnoj hidraciji, čestoj promjeni položaja i pravovremenoj mobilizaciji.

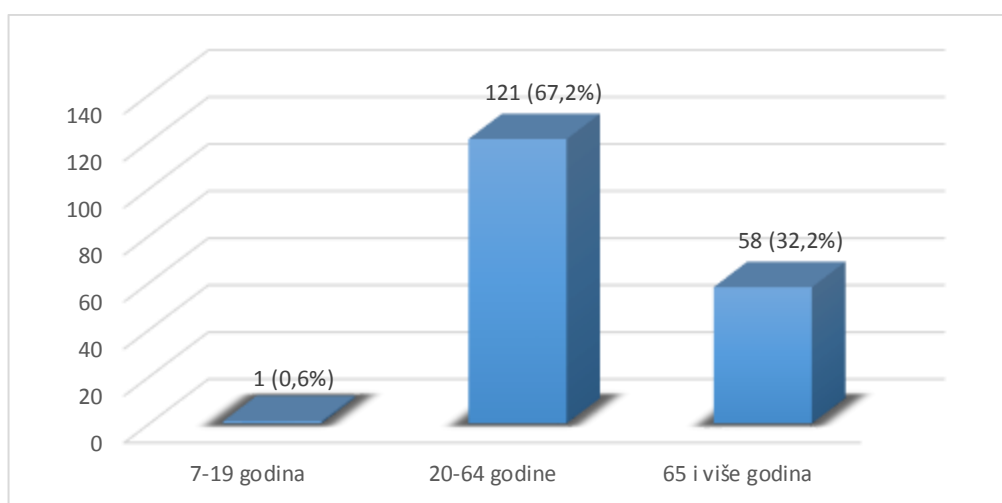
2. CILJ RADA

Cilj rada bio je prikazati kliničku sliku, dijagnostiku i liječenje kolelitijaze. Prikazati razlike u zdravstvenoj njezi bolesnika nakon kolecistektomije klasičnim i laparoskopskim pristupom. Istaknuti važnost dobro educirane medicinske sestre koja skrbi za bolesnika prije i nakon i operativnog zahvata. Kroz prikaze slučajeva dviju bolesnica, operiranih različitim operativnim metodama, objasniti specifičnosti u zdravstvenoj njezi bolesnika i najčešće sestrinske dijagnoze kroz plan zdravstvene njege.

3. ZDRAVSTVENA NJEGA BOLESNIKA NAKON LAPAROSKOPSKE I KLASIČNE KOLECISTEKTOMIJE

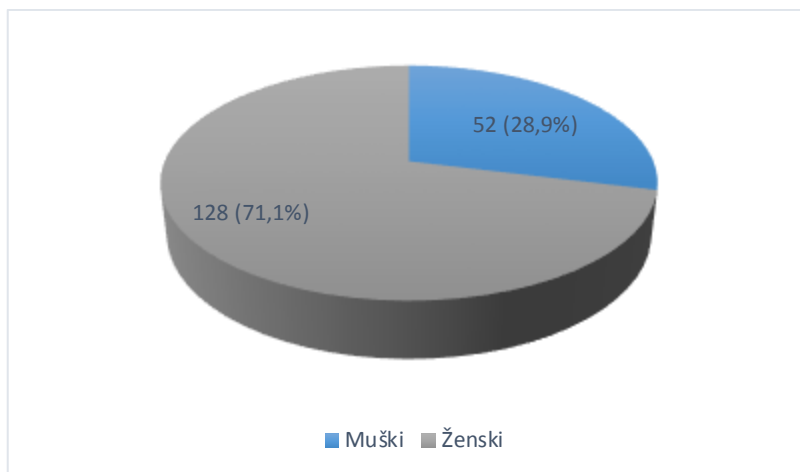
Laparoskopska kolecistektomija

U Općoj bolnici Virovitica u razdoblju od 1.1.2014. do 31.12.2014. godine obavljeno je 180 laparoskopskih operativnih zahvata kolecistektomije.



Grafikon 1. Zastupljenost broja laparoskopskih operacija (ukupno 180) prema godinama života u Općoj bolnici Virovitica u razdoblju od 1.1.2014. do 31.12.2014. godine

Zastupljenost broja laparoskopskih operacija (ukupno 180) prema godinama života operiranih bolesnika u razdoblju od 1.1.2014. do 31.12.2014. prikazana je grafikonom 1. Iz ovog prikaza vidljivo je da je 1 bolesnik (0,6%) u grupi od 7 do 19 godina, 121 bolesnik (67,2%) u grupi od 20 do 64 godine i 58 bolesnika (32,2%) u grupi od 65 godina na više.



Grafikon 2. Ukupan broj laparoskopskih operacija u Općoj bolnici Virovitica prema spolu u razdoblju od 1.1.2014. do 31.12.2014. godine

Od ukupnog broja bolesnika (ukupno 180) operiranih laparoskopski u razdoblju od 1.1.2014. do 31.12.2014. njih 52 (28,9%) su muškog spola, a 128 (71,1%) su ženskog spola.

Podatci navedeni u Grafikonu 1 i Grafikonu 2 dobiveni su retrogradnim uvidom u statistiku kirurške administracije Opće bolnice Virovitica.

3.1. Prikaz slučaja 1 – laparoskopska kolecistektomija

Osobna anamneza:

Bolesnica S.R., stara 55 godina. Udana je, majka troje djece. Živi u obiteljskoj kući sa suprugom i djecom. Za sebe kaže da je vesela osoba, ima puno prijatelja i društveno je aktivna. Zaposlena je i nema vremena za sportske aktivnosti.

Ne konzumira alkohol i ne puši, ali navodi da pije dosta kave. Sa mokrenjem i stolicom nema poteškoće. Dobro čuje, ne nosi slušni aparat, ali nosi naočale. Prije 4 godine bolesnici je dijagnosticiran karcinom dojke, nakon čega je operirana i daljnji nalazi su uredni, redovito ide na kontrole.

Prije 2 godine bolesnici su dijagnosticirani žučni kamenci, od kada je imala povremene bolove u gornjem dijelu abdomena. Bila joj je predložena operacija odstranjenja žučnjaka na koju se nije odmah odlučila. Kod kuće se nije pridržavala liječničkih preporuka o prehrani zbog žučnih kamenaca. Bolesnica je kod kuće pila

razne analgetike koji joj u zadnje vrijeme nisu pomagali ublažiti bol te se odlučila za operaciju.

Opis sadašnjih problema:

Bolesnica dolazi u bolnicu dogovorenim prijemom, sa kompletnim laboratorijskim nalazima, nalazom krvne grupe, EKG-om i RTG snimkom pluća te završnim anesteziološkim pregledom.

Bolesnica osjeća strah zbog hospitalizacije i predstojeće operacije, ali ima neizmjernu podršku obitelji.

Kod prijema je afebrilna, puls 68/min, RR 135/85, TV - 166, TT - 65 kg. Žali se na bolove u predjelu gornjeg abdomena i izjavljuje da je najmanje boli kada miruje. Na skali boli 0 – 10, bol procjenjuje sa 6. U bolnici se pridržava uputa o prehrani, ima dobar apetit.

Dijagnoza:

Bolesnica dolazi u bolnicu sa svježim nalazom UZV gdje su potvrđeni žučni kamenci, te liječnik odlučuje da se učini laparoskopsko odstranjenje žučnjaka.

Tijek i ishod bolesti:

Po preoperativnoj pripremi, u općoj anesteziji po odluci liječnika učinjeno je laparoskopsko odstranjenje žučnjaka, a sami zahvat je protekao uredno.

Psihička priprema bolesnice za operativni zahvat:

Kod bolesnice su prisutni različiti osjećaji, od straha od neizvjesnosti ishoda liječenja, zabrinutosti, potištenosti, straha od anestezije, boli, neuspješnosti kirurškog zahvata ... Stoga je naš cilj i cilj svih članova zdravstvenog tima bio osigurati bolesnici najbolju moguću psihičku i fizičku spremu za operativni zahvat.

Liječnik postavlja medicinsku dijagnozu i odabire kirurški zahvat za koji smatra da je najbolji za bolesnicu te ju informira o predstojećoj operaciji, o postupcima koji će se primjenjivati, te o očekivanim ishodima operacije.

Medicinska sestra najbliža je bolesnici i provodi uz nju najviše vremena, stoga je njezina uloga u psihološkoj pripremi nezamjenjiva. Educira, savjetuje i tješi kako samu bolesnicu, tako i obitelj. Pacijentica će biti aktivno uključena u vlastito liječenje što će joj dati osjećaj kontrole nad situacijom.

Fizička priprema bolesnice za operativni zahvat

Dan prije operativnog zahvata potrebno je provjeriti jesu li obavljene svi potrebni pregledi i ordinirane laboratorijske pretrage. Potrebno je kontrolirati vitalne funkcije, primijeniti ordiniranu terapiju, osigurati krv za eventualnu transfuziju (krv za interreakciju), te sve evidentirati u dokumentaciju.

Važno je da bolesnica razumije postupke liječenja i zdravstvene njege te potpiše obrasce suglasnosti.

Potrebno je osigurati lako probavljivu hranu za večeru te obavijestiti bolesnicu, da više ne uzima hranu, a poslije pola noći niti tekućinu na usta.

Anesteziolog može ordinirati lagani sedativ kao večernju premedikaciju i niskomolekularni heparin.

Na dan operacije bolesnica se tušira dezinfekcijskim sredstvom, medicinska sestra brije operativno polje (površina 15 – 20 cm oko predviđenog reza). Potrebno je skinuti sav nakit, proteze, naočale, leće, slušni aparat. Ne smije biti našminkana i imati lakirane nokte.

Medicinska sestra provjerava da li je bolesnica na tašte, upućuje ju da prije odlaska u operacijski trakt isprazni mokraćni mjehur, kontrolira vitalne funkcije, priprema potrebnu dokumentaciju, primjenjuje terapiju i osigurava prijevoz u operacijski trakt.

U sobi za premedikaciju bolesnicu preuzima anesteziološka sestra/tehničar. Nakon toga premješta se u operacijsku dvoranu gdje je već spremno osoblje i instrumenti za operaciju.

Po završetku operacijskog zahvata, bolesnicu se smještava u sobu za buđenje do stabilizacije vitalnih parametara.

Postoperativna skrb

Postoperativna njega bolesnika usmjerena je na uklanjanje tjelesnih simptoma (bol, mučnina, povraćanje), sprječavanje komplikacija i infekcija.

Bol: Neposredno nakon operacije u sobi za buđenje bolesnica procjenjuje bol na skali boli 1 – 10 sa 5, te navodi da je bole samo rezovi. Dobiva ordiniranu analgeziju (Tramal 300 + Analgin 2,5 g/FO 100 kroz pola sata 3 puta dnevno ili po potrebi). Po dolasku u sobu ponovno procjenjuje bol na skali boli 1 – 10 sa 4.

Mobilizacija: Rani postoperativni tijek je uredan, bolesnica je isti dan mobilizirana, prvi put ustaje iz kreveta uz pomoć sestre, a nakon toga sve aktivnosti obavlja sama.

Prehrana: Drugi postoperativni dan uzima hranu na usta, u početku je to samo bistra juha i čaj uz parenteralnu nadoknadu tekućine, kasnije prelazi na običnu žučnu dijetu uz preporuku pridržavanja dijetete kod kuće.

Rana: Bolesnica nema dren, ima 4 mala reza na trbuhu. Ranu previja liječnik uz asistiranje medicinske sestre ispiranjem otopinom Octenisepta, te suhim, sterilnim prevojem.

Otpušta se kući treći postoperativni dan nakon previjanja rane, dobrog općeg stanja, uz preporuku izbjegavanja većih fizičkih napora, laganije šetnje tijekom dana, žučne dijetete i uzimanja analgetika po potrebi. Preporuča se kontrola kirurga za šest dana.

Sestrinske dijagnoze u prije operacijskom razdoblju

Bol u/s osnovnom bolešću što se očituje izjavom bolesnice: „Ova bol je neizdrživa“ i ocjenom boli na skali za bol 1 – 10, sa 6.

Cilj: U pre operativnom periodu bolesnica će ocjenjivati bol sa 4, na skali za bol 1 – 10.

Intervencije:

- a) Objasniti bolesnici da ne mora trpjeti bol.
- b) Stvoriti odnos povjerenja s bolesnicom.

- c) Poticati bolesnicu da opiše izgled boli (probadajuća, oštra, tupa, dugotrajna, kratkotrajna...)
- d) Pomoći bolesnici da zauzme položaj u krevetu koji joj najviše odgovara.
- e) Pratiti i evidentirati bol na skali za bol 1 – 10.
- f) Primijeniti ordinirani analgetik po preporuci liječnika.
- g) Nakon 1 – 2 sata bolesnici ponovno ponuditi skalu za procjenu boli.

Evaluacija: Cilj je postignut, bol se smanjila, bolesnica procjenjuje bol sa 4 na skali za bol 1 – 10.

*Strah u/s anestezijom 2*operacijom, ishodom operativnog zahvata što se očituje izjavom bolesnice: „Strah me je operacije i anestezije“.*

Cilj: Bolesnica će:

- Opisati smanjenu razinu straha nakon provedene psihičke pripreme i edukacije.

Intervencije:

- a) Identificirati razinu straha.
- b) Stvoriti osjećaj povjerenja i sigurnosti
- c) Poticati bolesnicu da izražava svoje osjećaje.
- d) Dati bolesnici upute i informacije o operacijskom zahvatu i planiranim postupcima.
- e) Ohrabrivati bolesnicu i pružati joj podršku.
- f) Osigurati bolesnici ugodnu okolinu.

Evaluacija: Bolesnica je nakon razgovora sa medicinskom sestrom i provedene edukacije, smanjila osjećaj tjeskobe i straha.

Sestrinske dijagnoze u poslije operacijskom razdoblju

Visok rizik za nastanak infekcije u/s operacijskom ranom

Cilj: Operativna rana će primarno zacijeliti bez znakova infekcije.

Intervencije:

- a) Redovito kontrolirati vitalne funkcije (najmanje dva puta dnevno) i evidentirati učinjeno
- b) Pratiti zavoje na rani zbog krvarenja
- c) Pratiti stanje kože oko rane
- d) Prilikom previjanja rane pridržavati se pravila asepsa i antiseptike
- e) Kontrolirati ranu i na vrijeme uočiti moguće znakove infekcije
- f) Primjena ordiniranih antibiotika po preporuci liječnika

Evaluacija: Cilj je postignut, rana uredno zacjeljuje, nema znakova infekcije.

Neupućenost u daljnji način života u/s dijetalnom prehranom

Cilj: Pacijentica će biti upućena u pravilnu prehranu nakon operacije.

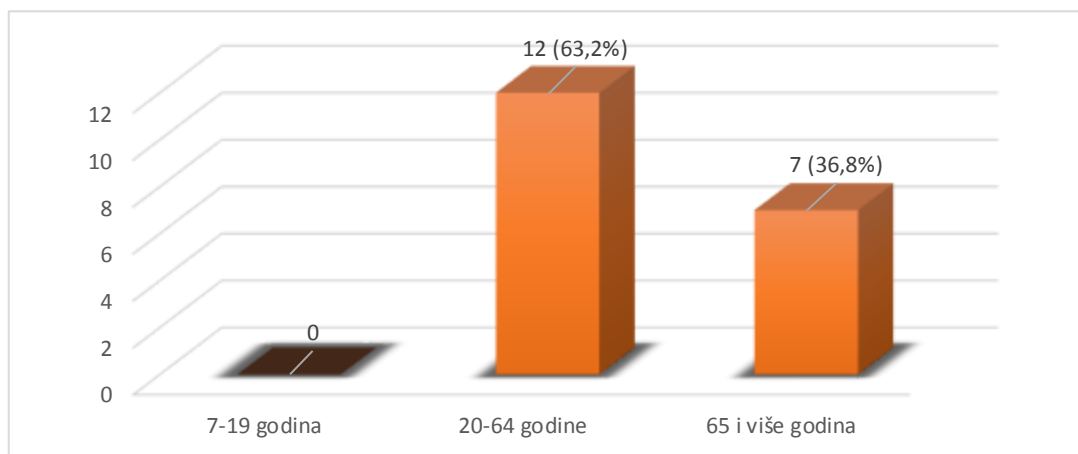
Intervencije:

- a) Bolesnicu i njenu obitelj educirati o načinu prehrane
- b) Pretilim bolesnicima preporučiti provođenje dijete
- c) Bolesnici dati pisane upute žučne dijete

Evaluacija: Cilj je postignut, bolesnica se pridržava svih uputa dijetne prehrane.

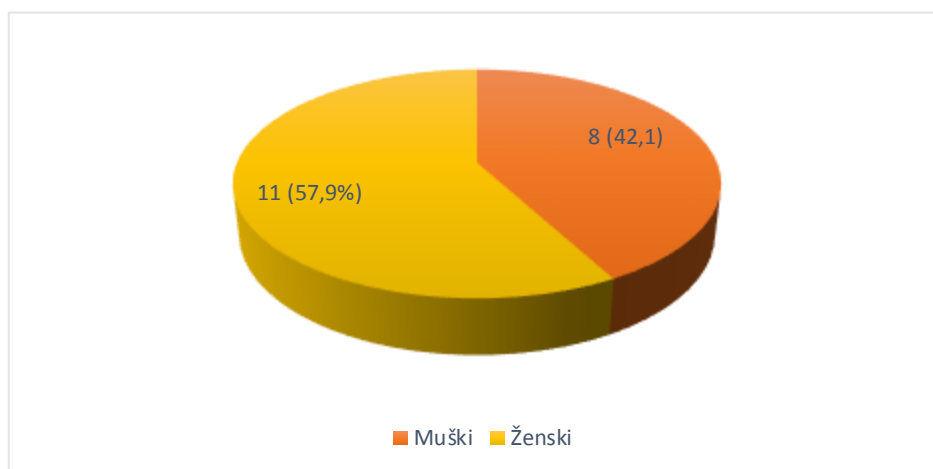
Klasična kolecistektomija

U Općoj bolnici Virovitica u razdoblju od 1.1.2014. do 31.12.2014. godine obavljeno je 19 klasičnih operativnih zahvata kolecistektomije.



Grafikon 3. Ukupan broj klasičnih operacija u Općoj bolnici Virovitica prema dobi u razdoblju od 1.1.2014. do 31.12.2014. godine

Zastupljenost broja klasičnih operacija (ukupno 19) po godinama starosti operiranih bolesnika u razdoblju od 1.1.2014. do 31.12.2014. prikazana je grafikonom 3. Iz ovog prikaza vidljivo je da u grupi od 7 do 19 godina nema niti jedan bolesnik, 12 (63,2%) bolesnika je u grupi od 20 do 64 godine i 7 (36,8%) bolesnika je u grupi od 65 godina i više.



Grafikon 4. Ukupan broj klasičnih operacija u Općoj bolnici Virovitica prema spolu u razdoblju od 1.1.2014. do 31.12.2014. godine

Od ukupnog broja bolesnika (ukupno 19) operiranih klasičnim putem u razdoblju od 1.1.2014. do 31.12.2014. 8 (42,1%) je muškog spola, a 11 (57,9%) ženskog spola.

Podatci navedeni u Grafikonu 3 i Grafikonu 4 dobiveni su retrogradnim uvidom u statistiku kirurške administracije Opće bolnice Virovitica.

3.2. Prikaz slučaja 2 – klasična kolecistektomija

Osobna anamneza:

Bolesnica M.N., 43. godine starosti, udana, majka dvoje djece. Za sebe kaže da je vesela i optimistična osoba koja uvijek razmišlja pozitivno. Bolesnica do sada nije nikada ozbiljnije bolovala. Imala je operaciju apendixa i jedan carski rez. Alergije negira, ne konzumira alkohol ali puši kutiju cigareta na dan. Jede sve, posebno voli meso i suhomesnate proizvode. Poteškoće sa mokrenjem i stolicom negira. Već neko duže vrijeme osjeća povremene bolove u gornjem dijelu abdomena koji se javljaju nakon obroka.

Opis sadašnjih problema:

Primljena je na Odjel abdominalne kirurgije Virovitica u listopadu 2016. godine kao hitan prijem, pod medicinskom dijagnozom Cholelithiasis.

Bolesnica je primljena hitnim prijemom zbog jakih bolova pod desnim rebrenim lukom uz zimicu i tresavicu, temperature 37.5 C°. Fizikalnim pregledom utvrđeno je: TV – 169 cm, TT – 68 kg, RR – 135/80 H/g, puls – 75/min, normalne boje kože, ima ožiljak od carskog reza i apendektomije.

Dijagnoza:

Po obradi i učinjenim hitnim UZV i na temelju kliničke slike liječnik indicira kolekcistektomiju.

Tijek i ishod bolesti:

Na odjel dolazi u pratnji supruga te se oslanja na njega te izjavljuje: „Ne mogu hodati koliko me boli“ i procjenjuje bol sa 9 na skali boli od 1 – 10. Kaže da se boji kako će to sve završiti. Na odjelu potpisuje pristanak za operacijski zahvat i anesteziološki postupak.

Psihička priprema bolesnice za operativni zahvat:

Kako je ovdje riječ o hitnom operativnom zahvatu, psihička priprema bolesnika počinje još u prijemnoj ambulanti. Metodama fizikalnog pregleda i uzimanjem anamneze uz potrebne pretrage liječnik kirurg postavlja dijagnozu. Priopćava bolesnici vrstu oboljenja i objašnjava joj operativni zahvat koji je jedini način izlječenja. Predstavlja i moguće komplikacije u slučaju da ne pristane na operativni zahvat.

Ovdje veliku ulogu ima medicinska sestra koja će bolesnici objasniti važnost operativnog zahvata, te ju umiriti, savjetovati i odgovoriti na njena pitanja vezana uz operaciju, hospitalizaciju, dužinu boravka ...

Fizička priprema bolesnice za operativni zahvat:

Po dolasku na odjel sestra pomaže bolesnici skinuti sav nakit, šminku te isprazniti mokraćni mjehur. Bolesnici je ponuđen na potpis pristanak za operaciju. Po nalogu liječnika medicinska sestra uvodi urinarni kateter i nazogastričnu sondu. Preskače se kupanje bolesnice dezinfekcijskim sredstvom, rade se samo najnužnije pripreme operativnog polja (ukoliko liječnik odredi).

Od laboratorijskih pretraga određuje se KKS, Krvna grupa i Rh faktor, te uzima uzorak krvi za interreakciju. Hitno se pozove anesteziolog da pregleda bolesnicu zbog određivanja premedikacije.

Po preoperativnoj pripremi pokuša se laparoskopsko odstranjenje žučnjaka ali se nailazi na brojne priraslice crijeva za trbušnu stijenk i jetru, te liječnik odmah odlučuju završiti zahvat klasičnim putem.

Uvod u anesteziju, tijekom operacije i buđenje protječu uredno.

Po završetku operacijskog zahvata bolesnica se smještava u sobu za buđenje. Dobre respiratorne funkcije, zadovoljavajuće diureze, stabilnih vitalnih znakova,

orijentirana u vremenu i prostoru, bez mučnine i povraćanja, bolesnica se po nalogu liječnika premješta na odjel.

Postoperativna skrb:

Nakon što se bolesnica oporavila od anestezije, smješta se u Fowlerov položaj. Medicinska sestra joj kontrolira vitalne znakove, zavoje na rani, drenažu, količinu izlučevina ... Postoperacijski tijek na odjelu protječe uredno, vitalni parametri su u granicama normale, bolesnica je afebrilna.

Bol: Bolesnica se pri povratku iz sobe za buđenje na odjel žali na jaku bol u predjelu operacijske rane i izjavljuje: „Jako me boli čim se pomaknem“, te procjenjuje bol sa 7 na skali boli 1 – 10.

Zbog boli prima ordiniranu kontinuiranu analgeziju tijekom 24 sata (Tramal 300 + Dolantin 100/FO 500).

Mobilizacija: Rani postoperativni tijek je uredan. Zbog složenosti operacijskog zahvata i bolova mora prve dane mirovati i sve aktivnosti obavljati u krevetu (osobna higijena, eliminacija otpadnih tvari ...), stoga su potrebni specifični postupci i značajna pomoć medicinske sestre. U tijeku oporavka potrebno je bolesnicu poticati na vježbe dubokog disanja i na što ranije ustajanje iz kreveta kako bi spriječili komplikacije dugotrajnog ležanja.

Bolesnica je treći postoperativni dan mobilizirana. Prvo ustajanje s poveskom oko rane je uz pomoć dvije medicinske sestre jer je pacijentica vrlo uplašena i nervozna. Traje vrlo kratko, tek ustajanje uz krevet i tapkanje u mjestu. Bolesnica svaki dan stoji uz pomoć sestre i hoda sve duže. Medicinske sestre je potiču i ohrabruju te pritom strogo paze da drenovi budu niže od rane kako bi spriječili razvoj infekcije.

Prehrana: Postoperativno bolesnica je uredne probave, čujne peristaltike crijeva, nema mučnine. Ima nazogastričnu sondu.

Četvrti postoperativni dan počinje uzimati hranu na usta, počevši od bistre juhe i čaja, te tada liječnik određuje da se izvadi nazogastrična sonda. Kasnije se prelazi na kašastu hranu, a nakon šestog dana na žučnu dijetu.

Eliminacija: Za vrijeme boravka u bolnici bolesnica nije imala stolicu tri dana, kaže boji se naprezati zbog bolova i strah ju je ustati da ne bi iščupala abdominalni dren. Za stolicu liječnik ordinira Dulcolax čepić, bolesnica uz pomoć sestre odlazi do toaleta i ima eliminaciju stolice isti dan. Za praćenje diureze, bolesnica ima postavljen urinarni kateter.

Rana: Bolesnica ima ispod desnog rebrenog luka operativnu ranu veličine 12 -15 cm, te na desnoj strani abdomena postavljen abdominalni dren. Liječnik previja ranu treći postoperativni dan uz asistiranje medicinske sestre. Rana cijeli per primam. Previjanje se izvodi ispiranjem otopinom Octenisepta i sterilnim prevojem. Peti postoperativni dan liječnik odstranjuje abdominalni dren, čiji je sadržaj bio minimalan, a sada ga u potpunosti nema. Šavi se vade jedanaesti postoperativni dan.

Bolesnici je uvedena antibiotska terapija i trombopofilaksa kroz sve dane boravka.

Otpušta se na kućnu njegu jedanaesti postoperativni dan dobrog općeg stanja uz preporuku poštude fizičkih aktivnosti. Preporučena je stroga žučna dijeta kroz nekoliko tjedana, višekratne kraće šetnje tijekom dana, uzimanje analgetika po potrebi.

Kontrola u ambulanti za abdominalnu kirurgiju za tjedan dana, po potrebi ranije. Pri liječenju bolesnika neophodno je provoditi zdravstveni odgoj tijekom cijelog boravka bolesnice na odjelu, od prijema do otpusta. Medicinska sestra će ju svojim savjetima i preporukama pripremiti za samokontrolu i naučiti prepoznati komplikacije i načine njihovog sprječavanja. Potrebno je bolesnicu pripremiti na promjenu načina života, odnosno promjenu prehrane po izlasku iz bolnice. Nakon operacije žučnjaka, preporučuje se dati samo čaj, nakon što završi faza gladovanja. Proširenje dijetnih namirnica treba započeti postupno i oprezno.

U početku je dozvoljeno uzeti tek nešto ugljikohidrata (kuhani krumpir, riža, griz, tjestenina, keksi, dvopek ...), dok se po oporavku prelazi na nešto obilniju prehranu.

Nikako nisu dozvoljeni: začinjeno i prženo meso, suho meso, punomasni mliječni proizvodi, kruh i tijesta s kvascem, paprika, feferoni, alkoholna pića, jaja, svinjska mast, margarin ...

Dozvoljeno je: pileća juha, nemasno kuhano meso, kuhano povrće te nemasno mlijeko.

Dijetalni režim trebao bi trajati najmanje 6 mjeseci do godine dana poslije operacije.

Sestrinske dijagnoze u prije operacijskom razdoblju

Anksioznost u/s operacijskog zahvata što se očituje izjavom bolesnice: „Bojim se operacije i kako će to završiti“.

Cilj: Bolesnica će do operacije smanjiti osjećaj anksioznosti.

Intervencije:

- a) Ohrabriti bolesnicu da izražava svoje osjećaje
- b) Stvoriti osjećaj povjerenja
- c) Informirati bolesnicu o operacijskom zahvatu
- d) Omogućiti bolesnici razgovor s pacijentima s istom dijagnozom
- e) Ohrabrivati bolesnicu i pružati joj podršku
- f) Osigurati bolesnici ugodne okolinske uvjete

Evaluacija: Bolesnica je do operacije smanjila osjećaj straha i uznemirenosti.

Bol u/s osnovnom bolešću što se očituje izjavom bolesnice: „Ne mogu hodati koliko me boli“ i ocjenom boli sa 9, na skali boli 1 – 10.

Cilj: Bolesnica će do operacije ocjenjivati bol sa 5, na skali za bol 1 – 10.

Intervencije:

- a) Poučiti bolesnicu da ne mora trpjeti bol
- b) Stvoriti odnos povjerenja
- c) Pomoći bolesnici da zauzme položaj u krevetu koji joj najviše odgovara
- d) Primijeniti ordinirani analgetik po preporuci liječnika
- e) Procijeniti bol na skali za bol 1 – 10
- f) Stvoriti ugodnu okolinu
- g) Nakon 1 – 2 sata bolesnici ponovno ponuditi skalu za procjenu boli

Evaluacija: Cilj je djelomično postignut, bolesnica bol procjenjuje sa 6, na skali boli 1 – 10.

Sestrinske dijagnoze u poslije operacijskom razdoblju

Bol u/s operativnom ranom

Ciljevi:

- a) Bolesnica će na skali boli iskazati manju jačinu boli od početne./ Bolesnica neće osjećati bol.
- b) Bolesnica će prepoznati uzroke koji povećavaju ili smanjuju bol.

Intervencije:

- a) Stvoriti odnos povjerenja
- b) Pitati bolesnicu o prethodnim bolnim iskustvima i načinima ublažavanja boli
- c) Smanjiti uzroke koji mogu povećati bol, kao što je zabrinutost, strah od nepodnošljive boli, umora
- d) Prihvatiti bolesničin opis boli
- e) Objasniti da zauzme sebi ugodan položaj te da ga mijenja po potrebi
- f) Primijeniti i dokumentirati primjenu analgetika kako su propisani, te promatrati bolesnicu i uočiti nuspojave
- g) Dokumentirati bolesničine procjene boli na skali boli

Evaluacija: Cilj je postignut, bolesnica iskazuje na skali boli manju jačinu boli, te prepoznaje uzroke koji povećavaju ili smanjuju bol.

Strah u/s neupućenošću o drenu

Ciljevi:

- a) Bolesnica će biti educirana o potrebi drenaže, njenom trajanju i mogućim komplikacijama
- b) Bolesnica će biti educirana o potrebnim manipulacijama oko / sa drenom
- c) Prihvatiti će svoje stanje
- d) Bolesnica će iskazivati smanjenu razinu straha / neće je biti strah

Intervencije:

- a) Edukacija bolesnice / obitelji o razlogu postavljanja drena
- b) Edukacija o načinima prihvatljive / dopuštene manipulacije od strane bolesnice / obitelji
- c) Detekcija i procjena boli / otklanjanja boli
- d) Sprječavanje komplikacija vezanih uz drenažu
- e) Pomoć kod samozbrinjavanja bolesnice

Evaluacija: Cilj je postignut, bolesnica pokazuje određeno znanje u vezi drena i iskazuje smanjenu razinu straha manipulacijama oko / sa drenom.

Neupućenost u/s postupcima rehabilitacije nakon operativnog zahvata

Cilj: Bolesnica će biti educirana o pravilnim postupcima okretanja u krevetu, načinima sjedanja, ustajanja iz kreveta i hodanja.

Intervencije:

- a) Educirati bolesnicu o pravilnim postupcima okretanja u krevetu, načinima posjedanja, ustajanja iz kreveta i hodanja
- b) Objasniti potrebu za određenim procedurama te pojasniti način izvođenja pojedine intervencije
- c) Dogovoriti što bolesnica može / smije učiniti sama, a u čemu joj je potrebna pomoć druge osobe
- d) Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost
- e) Trideset minuta prije postupaka rehabilitacije primijeniti propisani analgetik ili neku drugu metodu za ublažavanje boli

Evaluacija: Cilj je postignut, pacijentica se pridržava preporuka o pravilnim postupcima okretanja u krevetu, načinima posjedanja, ustajanja iz kreveta i hodanja.

Visok rizik za infekciju u/s drenom

Cilj: Tijekom hospitalizacije neće biti simptoma niti znakova infekcije:

- bolesnica će biti afebrilna
- laboratorijski nalazi će biti uredni (leukociti, CRP, SE)
- rana i koža oko drena će ostati čista, bez crvenila, edema i sekrecije
- uzorci: sadržaj / vrh drena – poslani na bakteriološku analizu će ostati sterilni

Intervencija:

- a) Mjeriti vitalne znakove
- b) Pratiti promjene vrijednosti laboratorijskih nalaza i izvijestiti o njima
- c) Uzeti obriske operativne rane, mjesta insercije drena, evidentirati i izvijestiti o nalazu (aseptično previjanje rane / aseptični postupci prilikom manipulacijom drenom)
- d) Pratiti pojavu simptoma i znakova infekcije
- e) Održavati drenažne katetere prema standardu
- f) Održavati setove i instrumente prema standardnoj operativnoj proceduri (SOP)
- g) Primijeniti antibiotsku profilaksu prema pisanoj odredbi liječnika

Evaluacija: Cilj je postignut, tijekom hospitalizacije bolesnica nema simptoma niti znakova infekcije, rana i koža oko drena je čista, bez crvenila edema i sekrecije.

*SMBS – održavanje osobne higijene u/s posljedicama operativnog zahvata, 2*bol što se očituje izjavom bolesnice: „Jako me boli čim se pomaknem pa se ne mogu sama oprati“.*

Cilj: Bolesnica će sudjelovati u provođenju osobne higijene, primjereno vlastitom stanju i mogućnostima.

- Bez nelagode tražiti će pomoć medicinske sestre / tehničara kada joj je potrebna
- Biti će čista, bez neugodnih mirisa, očuvanog integriteta kože, osjećati će se ugodno

Intervencije:

- a) Procijeniti stupanj samostalnosti bolesnice

- b) Definirati situacije kada treba pomoć
- c) Potreban pribor i pomagala staviti na dohvata ruke, te poticati bolesnicu da ih koristi
- d) Poticati samostalnost
- e) Pomoći bolesnici otići do kupaonice
- f) Pomoći joj skinuti odjeću
- g) Pomoći joj da opere dijelove tijela koje ne može samostalno oprati
- h) Osigurati privatnost
- i) Objasniti bolesnici da vrećice drenova mora držati u ruci niže od razine rane
- j) Upozoriti bolesnicu da prilikom svakog ustajanja iz kreveta zove sestru
- k) Okolinu učiniti sigurnom za obavljanje aktivnosti: sprječavanje pada

Evaluacija: Cilj je postignut, bolesnica je nakon operacije svakodnevno uz pomoć sestre vršila osobnu higijenu, bila je čista, očuvanog integriteta kože.

Visok rizik za opstipaciju u/s suzdržavanjem podražaja na defekaciju

Cilj: Bolesnica će, tijekom boravka u bolnici imati stolicu svakodnevno.

Intervencije:

- a) Poučiti bolesnicu da se ne suzdržava od podražaja na defekaciju
- b) Osigurati privatnost
- c) Osigurati primjerenu hranu koja djeluje laksativno
- d) Osigurati dovoljnu količinu tekućine
- e) Osigurati hranu koju bolesnica voli
- f) Poticati bolesnicu na što ranije ustajanje iz kreveta
- g) Osigurati higijenu sanitarnih prostorija

Evaluacija: Cilj je postignut, bolesnica je imala stolicu svaki dan tijekom hospitalizacije.

Visok rizik za nastanak infekcije u/s operacijskom ranom

Cilj: Operativna rana će primarno zacijeliti bez znakova infekcije.

Intervencije:

- a) Redovito kontrolirati vitalne funkcije (najmanje dva puta dnevno, po potrebi i češće)
- b) Pratiti zavoje na rani zbog krvarenja
- c) Pratiti stanje kože oko rane
- d) Prilikom previjanja rane pridržavati se pravila antiseptike i asepsise
- e) Kontrolirati ranu i na vrijeme uočiti moguće znakove infekcije
- f) Primjena ordiniranih antibiotika po preporuci liječnika
- g) Brinuti o održavanju higijene previjališta

Evaluacija: Cilj je postignut, nema pojave znakova infekcije, rana uredno zacjeljuje.

*Smanjena mogućnost brige o sebi – oblačenje / dotjerivanje u/s operativnim zahvatom 2*drenaža*

Ciljevi:

- a) Bolesnica će biti primjereno obučena / dotjerana, biti će zadovoljna postignutim
- b) Razumjeti će uzroke koji su doveli do problema i načine pomoći
- c) Prihvatiti će pomoć druge osobe

Intervencije:

- a) Definirati situacije kada bolesnica treba pomoć
- b) Osigurati dovoljno vremena za oblačenje i presvlačenje
- c) Odabrati prikladnu odjeću: izabrati široku i udobnu odjeću, jednostavnog kopčanja
- d) Pomoći odjenuti potrebnu odjeću
- e) Trideset minuta prije oblačenja / dotjerivanja primijeniti propisani analgetik ili neku drugu metodu za ublažavanje boli
- f) Osigurati privatnost

Evaluacija: Cilj je postignut, bolesnica je primjereno obučena tijekom hospitalizacije, zadovoljna je postignutim i prihvaća pomoć druge osobe.

*Anksioznost u/s smanjenom sposobnošću obavljanja aktivnosti samozbrinjavanja 2*ovisnost o drugoj osobi*

Ciljevi:

- a) Bolesnica će moći prepoznati i nabrojiti znakove i čimbenike rizika anksioznosti
- b) Bolesnica će se pozitivno suočiti s anksioznosti
- c) Bolesnica će znati opisati smanjenu razinu anksioznosti

Intervencija:

- a) Upoznati bolesnicu sa sadašnjim stanjem, te svim planiranim dijagnostičkim i terapijskim postupcima, kao i postupcima zdravstvene njege
- b) Objasniti potrebu za određenim procedurama, te pojasniti način izvođenje pojedine intervencije
- c) Podučiti bolesnicu postupcima / procedurama koje će se provoditi
- d) Dogovoriti što može / smije učiniti sama, a u čemu joj je potrebna pomoć druge osobe
- e) Pružiti podršku, iskazati empatiju u trenucima kada se žali na simptome
- f) Opažati neverbalne izraze anksioznosti, izvijestiti liječnika o njima
- g) Stvoriti osjećaj povjerenja i pokazati stručnost
- h) Održavati red i predvidljivost u planiranim i svakodnevnim aktivnostima
- i) Omogućiti bolesnici da sudjeluje u donošenju odluka
- j) Potaknuti ju da potraži pomoć medicinske sestre ili bližnjih kada osjeti anksioznost

Evaluacija: Cilj je postignut, bolesnica nakon razgovora s medicinskom sestrom izražava smanjenu razinu anksioznosti.

Visok rizik za komplikacije dugotrajnog ležanja: DVT u/s propisanim mirovanjem

Cilj: Tijekom hospitalizacije neće biti simptoma niti znakova DVT-a

Intervencije:

- a) Podučiti i pomoći pri vježbama donjih ekstremiteta
- b) Spriječiti pritisak na vene
- c) Pravovremeno provoditi antikoagulantnu terapiju, prema uputi liječnika
- d) Pravovremeno mobilizirati bolesnicu

Evaluacija: Cilj je postignut, tijekom hospitalizacije nije bilo simptoma niti znakova DVT-a, bolesnica redovito provodi vježbe donjih ekstremiteta.

Neupućenost u/s vlastitom bolešću, neadekvatne prehrambene navike

Ciljevi:

- a) Bolesnica će biti upućena u tijek svojega liječenja
- b) Postavljati će pitanja i tražiti pomoć kada joj je potrebna
- c) Bolesnica će održati pravilnu prehranu, prilagođenu dijetetskim preporukama

Intervencije:

- a) Edukacija o bolesti i tijeku liječenja
- b) Edukacija o pravilnoj prehrani i dozvoljenim namirnicama

Evaluacija: Cilj je postignut, bolesnica je upućena u tijek liječenja i pridržava se dijetetskih preporuka.

4. RASPRAVA

Prateći tijek razvoja bolesti i liječenja dviju bolesnica sa žučnim kamencima, nakon operacije različitim metodama operativnog zahvata, vidimo da se usprkos istoj medicinskoj dijagnozi i sličnim simptomima postoperativni tijek jako razlikuje.

U prikazu slučaja bolesnice operirane laparoskopskom metodom, vidimo prednosti manje operacije i manje komplikacija, te znatno brži i lakši oporavak. Pacijentica je prije mobilizirana, postoperativna bol je manja, nema dren, operativni rezovi su manji, ranije uzima hranu na usta, potrebna pomoć medicinske sestre je minimalna.

Kod prikaza slučaja 2 pacijentica nakon klasične operacije osjeća jaku bol i prima kontinuiranu analgeziju. Ima dren koji predstavlja visok rizik za infekciju kao i operativna rana koja je mnogo veća nego kod laparoskopске kolecistektomije. Potreba za specifičnom zdravstvenom njegom je velika. Ima nazogastričnu sondu, urinarni kateter, te joj je potrebna pomoć pri higijeni, eliminaciji, oblačenju i mobilizaciji. Potreba je edukacija o dijetalnom režimu same bolesnice i obitelji. Ukupni oporavak i potpuno vraćanje obavljanju svakodnevnih aktivnosti traje puno duže.

Kod bolesnika koji se pripremaju za operacijski zahvat kolecistektomije i operiranih bolesnika postoji čitav niz potreba i problema iz područja zdravstvene njege koje zahtijevaju od medicinske sestre stručnost, vještinu, iskustvo, znanje osnova medicine i zdravstvene njege.

Važno je da medicinska sestra i pacijent stvore odnos povjerenja. Svaki pristup bolesniku potrebno je individualizirati, ne smijemo ga promatrati kroz njegovu dijagnozu, nego holistički kao čovjeka kojemu su narušene mogućnosti samostalnog zadovoljavanja ljudskih potreba.

Sestra mora biti svjesna da je svaka osoba jedinka za sebe i da osobe sa istom medicinskom dijagnozom nemaju iste probleme i poteškoće te je potrebno svakoj osobi pristupiti individualizirano.

5. ZAKLJUČAK

Kolecistektomija je kirurška metoda kojom se odstranjuje žučnjak. Postoje dvije metode: otvorena ili klasična kolecistektomija i laparoskopska kolecistektomija. Zdravstvena njega bolesnika nakon kolecistektomije složen je, izazovan i odgovoran zadatak za medicinsku sestru koja za njega skrbi. Specifičnosti se odnose na vrstu operacijskog zahvata o čemu ovisi preoperativna priprema, kao i postoperativna njega bolesnika.

U radu s bolesnicima nakon kolecistektomije sestra se susreće sa svim poteškoćama koje donosi operacijski zahvat. Od nje se očekuje visoka razina teorijskog i praktičnog znanja, kako bi pravodobno dijagnosticirala pacijentove probleme iz područja zdravstvene njega kao i prevenirala ili pravodobno reagirala na moguće komplikacije operativnog zahvata. Dobra komunikacija je posebno važna jer osim što medicinska sestra pruža bolesnicima psihološku i fizičku pomoć dodatno educira i njihovu obitelj. Od bolesnika očekujemo da budu ustrajni u dijetnoj ishrani, da se ne vrate starom načinu života jer nakon nekog vremena opet mogu postići kvalitetu života kakva je bila i prije operacije.

6. LITERATURA

1. Štulhofer, M. (1999): Kirurgija probavnog sustava, Medicinska naklada, Zagreb
2. Petrač, D. i suradnici (2009): Interna medicina, Medicinska naklada, Zagreb
3. Žučni kamenci i bolesti žučnjaka. Dostupno na:
<http://www.plivazdravlje.hr/bolest-clanak/bolest/62/Zucni-kamenci-i-bolesti-zucnjaka.html> (19.10.2016.)
4. Keros, Andreis, Gamulin, (1997): Anatomija i fiziologija, Školska knjiga, Zagreb
5. Guyton, C.A. (1963): Medicinska fiziologija, Medicinska knjiga, Zagreb
6. Živković, R. (1999): Interna medicina, Medicinska naklada, Zagreb
7. Morović – Vergles J. i suradnici (2008): Odabrana poglavlja iz interne medicine, Zdravstveno veleučilište, Naknada Slap
8. Bakran, I., Granić, M., Jakšić, B., Labar, B., Vucelić, B. (1997): Interna medicina, Drugo promijenjeno i dopunjeno izdanje, Naprijed, Zagreb
9. Fučkar, G. (1996): Uvod u sestrinske dijagnoze, Hrvatska udruga za sestrinsku edukaciju, Zagreb
10. Kalauz, S. (2000): Zdravstvena njega kirurških bolesnika, Mlinarska 38, Zagreb

7. SAŽETAK

Najčešća bolest današnjice hepatobilijarnog trakta jesu žučni kamenci. U završnom radu uspoređenu su dvije vrste operacija, od kojih je u 2014. godini u Općoj bolnici Virovitica, češća laparoscopska metoda, te je većina pacijenata bila ženskog spola. Prikazane su razlike klasične i laparoscopske operacije te složenost zbrinjavanja bolesnika kroz prijeoperacijsku i poslijeoperacijsku zdravstvenu njegu. Obrađene su najčešće sestrinske dijagnoze kroz proces zdravstvene njege.

Sestrinske dijagnoze proizlaze iz prikaza slučaja dviju bolesnica. Zdravstvena njega bolesnika nakon kolecistektomije složen je, izazovan i odgovoran zadatak za medicinsku sestru koja za njega skrbi. Specifičnosti se odnose na vrstu operacijskog zahvata o čemu ovisi preoperativna priprema, kao i postoperativna njega bolesnika.

KLJUČNE RIJEČI: kolelitijaza, kolecistektomija, preoperativna zdravstvena njega, postoperativna zdravstvena njega

8. SUMMARY

Today's most common hepatobiliary tract disease are gallstones. In this final paper two types of surgeries have been compared. During 2014 in Virovitica General hospital laparoscopic was used more often and most of the patients were female. Differences between classical and laparoscopic surgery have been shown in this work as well as complexity of taking care for the patients through pre-operational and post-operational health care. The most common nurse's diagnosis was processed through the health care process.

Nursing diagnosis come from cases of two female patients. Health care for the patients after cholecystectomy is complex, challenging and responsible task for the nurse that takes care for them. Specificities are relating to the type of surgery on which depends pre-operational preparation so as post-operational patient's care.

KEY WORDS: cholelithiasis, cholecystectomy, pre-operational health care, post-operational health care

Prema Odluci Visoke tehničke škole u Bjelovaru, a u skladu sa Zakonom o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, elektroničke inačice završnih radova studenata Visoke tehničke škole u Bjelovaru bit će pohranjene i javno dostupne u internetskoj bazi Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu. Ukoliko ste suglasni da tekst Vašeg završnog rada u cijelosti bude javno objavljen, molimo Vas da to potvrdite potpisom.

Suglasnost za objavljivanje elektroničke inačice završnog rada u javno dostupnom nacionalnom repozitoriju

LJILJANA BUDEŠ

ime i prezime studenta/ice

Dajem suglasnost da se radi promicanja otvorenog i slobodnog pristupa znanju i informacijama cjeloviti tekst mojeg završnog rada pohrani u repozitorij Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu i time učini javno dostupnim.

Svojim potpisom potvrđujem istovjetnost tiskane i elektroničke inačice završnog rada.

U Bjelovaru, 08. 03. 2017.

Ljiljana Budeš
potpis studenta/ice

IZJAVA O AUTORSTVU ZAVRŠNOG RADA

Pod punom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradio/la samostalno, poštujući načela akademske čestitosti, pravila struke te pravila i norme standardnog hrvatskog jezika. Rad je moje autorsko djelo i svi su preuzeti citati i parafraze u njemu primjereno označeni.

Mjesto i datum	Ime i prezime studenta/ice	Potpis studenta/ice
U Bjelovaru, <u>08.03.2017.</u>	LIJANA BUDEŠ	Lijane Budet