

Zdravstvena nega bolnika po kirurški operaciji na prostati

Svarunja Ferš, Irena Špela Cvetežar

Uvod

Vsi bolniki imajo po operaciji pravico do ustrezne zdravstvene nege, kar pomeni kvalitetno, varno in strokovno neoporečno zdravstveno nego.

Za zagotavljanje tovrstne zdravstvene nege je potrebno upoštevati različne elemente, med drugim tudi: timski pristop dela, razmejevanje del in nalog v zdravstvenem timu, proces zdravstvene nege, kjer gre za celostno obravnavo bolnika v vseh štirih fazah procesa: ugotavljanje potreb, načrtovanje, izvajanje in vrednotenje (Ivanuša, Železnik, 2000).

Dostikrat ne moremo učinkovito izvajati zdravstvene nege zaradi kadrovskih, materialnih, prostorskih, časovnih in drugih vzrokov. Kljub temu se moramo izvajalci zdravstvene nege (v nadaljevanju medicinske sestre)¹ zavzemati za najboljšo možno izvedbo zdravstvene nege v danih možnostih. Zavedati se moramo, da so medicinske sestre neprestano prisotne ob bolniku, kar daje velike možnosti in priložnosti naši stroki.

Vrste operacij pri zdravljenju raka na prostati

Na Kliničnem oddeleku za urologijo med drugi zdravimo tudi paciente z rakom na prostati, ki pridejo k nam zaradi operativnega posega ali pa tudi zaradi drugih težav v zvezi s to boleznijo. Že vrsto let izvajamo tudi operacije na prostati. Možni so različni načini, ki so odvisni od tega, ali je na prostati prisoten rak ali ne. Tako poznamo:

- TUR – transuretralno resekcijo prostate (pri benigno povečani prostati in raku prostate). Je vrsta operacije, ki jo izvajamo pri raku prostate in pri benignem povečanju prostate. Povprečna ležalna doba po takih vrstah operacij je do 5 dni.
- Te vrste operacije pri napredovalem raku prostate pomenijo le paliativno oskrbo,

¹Medicinska sestra pomeni vse izvajalce zdravstvene nege: zdravstvene tehnike, višje medicinske sestre, diplomirane medicinske sestre.

Svarunja Ferš, viš. med. ses., univ. dipl. org., Irena Špela Cvetežar, dipl.m.s.
Klinični center Ljubljana

kjer je namen zagotoviti prehodno sečno cev, da bolniki lahko normalno urinirajo.

- **KLASIČNO PROSTATEKTOMIJO** (pri benignem povečanju prostate). Je vrsta operacije, ki jo opravljajo pri volumsko velikih prostatah, kjer na klasičen način izluščijo povečano prostato in je ne odstranijo v celoti. Povprečna ležalna doba po takih operacijah je en teden.
- **RADIKALNO PROSTATEKTOMIJO** (pri raku prostate). Je v zadnjih letih zelo pogosta operacija pri raku prostate, kjer se prostato odstrani v celoti. Povprečna starostna doba je od 55 – 65, let večinoma so bolniki v dobri fizični in psihični kondiciji.

Priprava bolnika na operativni poseg

Vsaka operacija pomeni poseg v celovitost človekovega organizma in lahko ogrozi pacienta, ne glede na to, za kakšne vrste operacije gre. Veliko postopkov in posegov v pripravi na sam operativni poseg pacientov je enakih.

Priprava na operativni poseg se začne takrat, ko se zdravnik operater v soglasju z bolnikom odloči za operativni poseg. Priprava bolnika na operacijo zaradi raka na prostati je timsko delo, v katerega so vključeni: operater - urolog, anesteziolog, medicinske sestre, pogosto tudi respiratorna fizioterapevtka in drugi, glede na potrebe pacienta.

Psihična priprava bolnika na operativni poseg

Ob pripravi na operacijo upoštevamo stres pacienta, kar se kaže v fizičnih in psihičnih odzivih ter odzivih vsakega posameznika. Zdravstveni tim mora upoštevati dejstvo, da psihološki odzivi niso povezani z velikostjo operacije, saj ljudje na različne načine dojemajo pomen operacije in se nanjo tudi različno odzivajo. Najpogosteje so prestrašeni in zaskrbljeni in jih je strah: pred neznanim, zaradi izgube kontrole nad samim seboj, pred malignim obolenjem, anestezijo, umiranjem, bolečino (Ivanuša, Železnik, 2000).

Vloga medicinske sestre temelji na razumevanju bolnikovega doživljanja bolezni in hospitalizacije, kar vključuje: prijazen odnos do bolnika in spoštovanje bolnikovega dostojanstva, vzpostavljanje zaupnega odnosa, informiranje bolnika, spodbujanje izražanja občutij, empatičen odnos in psihična podpora, ugotavljanje različnih bolnikovih potreb in pomoč pri njihovem zadovoljevanju (Abdominalna kirurgija, 2001).

Naloge medicinskih sester ob psihični pripravi vključujejo tudi pogovor s pacientom

v smislu podrobnih informacij o: tem kdaj je uvrščen na operativni program, fizični pripravi na operacijo, pripravi na odhod v operacijske prostore, neposrednem pooperativnem obdobju, času in načinu informacij za svojce in priporočilih glede obiskov neposredno po operaciji. Seveda pa je potrebno pri podajanju informacij upoštevati: da mora vsaka medicinska sestra poznati vsebino in načrt informiranja, si vzeti za to dovolj časa, zagotoviti zasebnost, imeti do bolnika umirjen, pozoren in potrpežljiv pristop. Pri tem je potrebno pacienta aktivno poslušati, upoštevati njegovo predznanje, morebitne izkušnje in prilagoditi obseg in strokovnost razlage bolnikovi sposobnosti dojemanja (Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, 2001)

Psihična priprava pri TURP vključuje tudi poučevanje pacientov o spinalni anesteziji, ki jo ima približno 90 odstotkov pacientov. To pomeni, da nekaj ur po posegu (4 – 6) pacienti ne čutijo in ne morejo premikati nog. Te informacije preprečijo zbežanost in še večje psihične težave pacientov.

Fizična priprava na operacijo

Fizična priprava pacienta na operativni poseg je zgodnja oz. splošna, specifična in neposredna.

Med splošno fizično pripravo sodi ocena splošne pacientove sposobnosti in ocena posameznih organskih sistemov za operativni poseg. Sem sodijo odvzemi in preverjanje:

- laboratorijski izvidi kot so hemogram, elektroliti, sečnina, kreatinin, testi hemostaze, pregled urina,
- EKG,
- rentgensko slikanje pljuč,
- pregled pri anesteziologu (Abdominalna kirurgija, 2001).

V predoperativno specifično pripravo pa sodijo specifične preiskave: ultrazvočne preiskave, CT, cistoskopija, intravenozna urografija idr.

Specifična predoperativna priprava je pri uroloških pacientih pogosta, saj za tovrstne bolezni obolevajo stari in zelo stari ljudje, ki imajo tudi druge bolezni:

- pogosto je to sladkorna bolezen, kjer moramo kontrolirati nivo KS,
- pljučne bolezni, pri katerih pacienti potrebujejo preoperativno respiratorno fizioterapijo,
- bolezni srca, ki se zdravijo z Marivarinom[®] ali Aspirinom[®]; potrebna je prevedba

na subkutano antikoagulantno terapijo in kontrola zapiralnega časa oz. INR-ja. Namen neposredne fizične priprave pacienta na operativni poseg je: omejiti možnost okužbe, ublažiti nevšečnosti po operaciji in olajšati operativni poseg.

Priprava bolnikove kože:

- Zmanjševanje mikroorganizmov na operativnem polju dosegamo z umivanjem kože in odstranjevanjem dlak. Zadostuje tuširanje oz. umivanje z milom in dodatno čiščenje operativnega polja ni potrebno (Ivanuša, Železnik, 2000).
- Britje operativnega polja po internem dogovoru na Kliničnem oddelku za urologijo izvajajo zdravstveni tehniki moškega spola. Pri TURP operacijah brijemo genitalni predel, pri transabdominalnih pa tudi suprapubično. Britje se izvaja zjutraj pred posegom na bolniškem oddelku.

Dieta:

- Pogoj za varno anestezijo je prazen želodec 6 - 8 ur pred posegom zaradi nevarnosti aspiracije želodčne vsebine.
- Dan pred operacijo pri nas pacienti dobijo kosilo, zvečer pa le čisto juho (diabetiki na insulinu dobijo večerjo) in navodila, da lahko uživajo tekočino do 24.00 ure, nato pa morajo biti tešč.

Priprava prebavnega trakta:

Čiščenje prebavnega trakta ublaži pacientom po operaciji nevšečnosti, povezane z odvajanjem blata. Pri TURP pa nezadostno očiščen prebavni trakt povzroča nevšečnosti zdravstvenemu timu in povečuje možnost okužbe. Polno črevesje pri radikalni prostatektomiji ovira operacijo.

- Dan pred TURP pacienti po naročilu zdravnika dobijo odvajalno sredstvo. Najpogosteje so to dražeje ali svečke Dulcolax, lahko pa tudi mini klizme.
- Pri radikalni prostatektomiji prebavila čistimo z raztopino Golitely® (2 litra).

Varovanje bolnikove lastnine:

Zaradi pogostih kraj skrbimo za bolnikovo lastnino. Bolniku priporočamo, da vse vrednostne stvari odda svojcem domov, oziroma, da jih lahko pospravi v priročni sef na oddelku.

Antikoagulantna terapija

Dan pred operativnim posegom zdravnik anesteziolog ponovno pregleda pacienta in mu predpiše ustrezno antikoagulantno terapijo, uspavalo ali pomirjevalo za dan pred

operacijo ali operativni dan. Po internem dogovoru vsem pacientom, ki prejemajo antikoagulantno zdravilo, enkrat dnevno apliciramo zdravilo ob 18. uri zvečer.

Zdravstvena nega pacienta po operaciji na oddelku

Paciente po operativnem posegu iz prebujevalnice namestimo v enoto intenzivne nege. Pripravimo posteljno enoto, monitor ali aparat za merjenje krvnega tlaka, slušalke, infuzijsko stojalo ter ostale potrebne pripomočke (nosilce za drenažne vrečke, kisik, posteljne ograjice ipd.).

Pri ugotavljanju bolnikovega stanja po operaciji ocenjujemo:

- Bolnikovo namestitev v postelji

Posebno pozornost posvetimo pacientom po spinalni anesteziji, ko ne čutijo nog. Pri tem smo pozorni na vračanje senzibilitete in motorike (temperaturo kože na nogah, pulz na arteriji stopala (a. dorsalis pedis), barvo kože na nogah, zato ugotavljamo temperaturo kože, merimo pulz na 15 min., kontroliramo premikanje nog, spodbujamo bolnika, da giba s prsti in z nogami, bolniku pomagamo pri obračanju, namestimo zaščito na pete (Ivanuša, Železnik, 2000).

Zaradi spinalne anestezije bolniki ne čutijo nog in jih ne morejo premikati. To je dejavnik tveganja za pojav razjed zaradi pritiska na najbolj tipičnih mestih: to je na petah in trtici. Temu mora biti usmerjena tudi pozornost medicinskih sester, da preprečujejo ali pravočasno ugotovijo nastanek razjede zaradi pritiska. Bolj ogroženim pacientom namestimo antidekubitusno blazino in ga pogosteje obračamo.

- Dihanje, kjer nadzorujemo frekvenco in globino. Ob pričakovanju poslabšanja dihanja uporabljamo oksimeter in pri nizki saturaciji dovajamo kisik preko maske.
- Stanje cirkulacije preverjamo z merjenjem pulza, krvnega tlaka, dihanja, barve kože in temperature.
- Stanje bolnikov zavesti ugotovimo s postavljanjem enostavnih vprašanj in ocenjujmo njegov odziv. Bolniki po splošni anesteziji so lahko po prihodu na oddelek še zelo zaspani in potrebujejo večji nadzor.
- Operativno rano nadzorujemo z opazovanjem preveze, pa tudi okolice rane, drenaže oz. vstopnega mesta drena, kjer lahko izteka vsebina ob drenu, prehodnosti drena, drenažne vsebine in količine.

- Držo telesa, položaj pacienta, ki mora po operaciji biti tak, da zagotavlja dobro počutje in učinkovito dihanje. Po operaciji v spinalni anesteziji pa je pomembno, da bolnik leži v vodoravnem položaju.

- Aplikacijo infuzije, ki poteka običajno po venskem kanalu.

Po TURP pacienti običajno prejemajo infuzijo le do naslednjega dne zjutraj. Imajo periferni venski kanal in dobivajo manj infuzije, saj po spinalni anesteziji takoj po prihodu na oddelek lahko pijejo čaj.

Pri transabdominalnih operacijah pa se anesteziolog pogosto odloči za centralni venski kanal, kjer ga navadno uporabljamo 48 ur po operaciji za infuzijo. Po teh operacijah na ta način dovajamo pacientom tekočino, saj v prvih šestih urah ne smejo uživati tekočine per os. Ob tem beležimo vnos tekočine, pomemben je tudi nadzor vbodnih mest in opazovanje širše okolice vbodnega mesta.

- Izločanje urina je po navadi preko stalnega urinskega katetra, kjer nadzorujemo prehodnost katetrov, barvo in količino.

Pri TURP imajo vsi bolniki po operaciji vstavljen stalni urinski perfuzijski kateter, ker gre za permanentno izpiranje mehurja s pomočjo perfuzije zaradi spiranja krvi po operaciji. Pri tem uporabljamo trilitrske plastične vrečke fiziološke raztopine. Na nastavek perfuzijskega katetra namestimo infuzijski sistem in dovajamo spiralno tekočino s potrebno hitrostjo, da dosežemo sprotno spiranje krvi iz mehurja in preprečimo (tamponado) zamašitev urinskega katetra. Pri obsežnejših krvavitvah morajo medicinske sestre odstraniti koagule krvi iz mehurja tudi s pomočjo brizgalke.

Pri pacientih z urinskim katetrom je potrebna pogosta anogenitalna nega. Pri nas se izvaja najmanj tri krat dnevno po standardu s polivanjem in umivanjem z milom.

Po radikalni prostatektomiji imajo pacienti stalni urinski kateter, ki ga odstranimo po dveh tednih. Po navadi se poslužujemo BIO – katetra, to je lateks, prevlečen s hidrokoloidno oblogo. Pacient je z njim odpuščen v domačo oskrbo in ga odstranimo ob ponovni hospitalizaciji. Takrat pacient opravi cistogram in če je brez posebnosti, trajno odstranimo urinski kateter.

Pacientom, ki odhajajo v domačo oskrbo s stalnim urinskim katetrom, dajemo ustna navodila in jim demonstriramo, kako zamenjajo in izpraznjujejo urinsko vrečko. Vsak dobi tudi pisna navodila. Na željo pacienta o tem obvestimo tudi

patronažno službo.

- **Bolečino** po nekaterih standardih ocenjujejo kot peti vitalni znak. Ocena prisotnosti bolečine se dokumentira na specialne dokumente, ki jih pripravi anesteziolog ob operaciji. Pacient po radikalni prostatektomiji pogosto dobiva kontinuirano protibolečinsko terapijo s pomočjo epiduralnega katetra. S posebno PCEA črpalko si lahko po potrebi tudi sam dodaja terapevtsko določene in omejene boluse učinkovine. Neposredno oceno, povečevanje oz. zmanjševanje doziranja po določenem pisnem navodilu daje medicinska sestra ob pacientu, ki se lahko o tem posvetuje tudi z medicinsko sestro ali zdravnikom iz Službe za lajšanje akutne pooperativne bolečine.

Zaključek

Ustrezna oskrba pacientov po uroloških operacijah je odvisna od številnih dejavnikov in zdravstvena nega je gotovo pomemben element, ki lahko pripomore h kakovosti obravnave in k boljšim izidom zdravljenja.

Literatura:

- Vanuša A, Železnik D. Osnove zdravstvene nege kirurškega bolnika. Maribor:Univerza v Mariboru, Visoka zdravstvena šola, 2000.
- Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, KC Ljubljana.Priprava bolnikov na operativni poseg (interna oddelčna navodila). Ljubljana, 2001.