

ROLA PIEŁĘGNIARKI W OPIECE NAD PACJENTEM Z OSTRYM ZAPALENIEM WYROSTKA ROBACZKOWEGO

The role of the nurse in the surgical treatment of acute appendicitis

Justyna Kaczmarek, Ewelina Okoń, Paulina Olszewska, Paulina Pawlak

Studentki pielęgniarstwa, Wydział Nauk o Zdrowiu, Akademia Medyczna we Wrocławiu

adres do korespondencji: ewelina_o.1990@o2.pl

STRESZCZENIE

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego jest jednym z najczęściej pojawiających się schorzeń układu pokarmowego. Leczenie chirurgiczne wyrostka robaczkowego może odbywać się w sposób klasyczny bądź też laparoskopowo. Aby przygotować pacjenta do operacji, konieczna jest fachowa wiedza, a także umiejętności pielęgniarskie. Celem tej pracy jest przybliżenie leczenia oraz roli pielęgniarki podczas opieki nad osobami z ostrym zapaleniem wyrostka robaczkowego.

Słowa kluczowe: rola pielęgniarki, leczenie chirurgiczne, wyrostek robaczkowy.

SUMMARY

Acute appendicitis is one of the most frequent diseases of the digestive system. Surgical treatment of appendicitis can be done in a classic or a laparoscopy. To prepare the patient for surgery is needed expertise and skills of nursing. The purpose of this paper is to present treatment and the role of nurses in the care of persons with acute appendicitis.

Key words: the role of nurses, surgical treatment, the appendix

WSTĘP

Obecnie ostre zapalenie wyrostka robaczkowego jest jednym z najczęstszych przyczyn ostrych dolegliwości jamy brzusznej i występuje u około 6% populacji [1]. Może wystąpić w każdym wieku, ale szczyt zachorowań przypada na drugą i trzecią dekadę życia, stanowiąc 80% chorych. Diagnoza zbyt późna może doprowadzić do zapalenia otrzewnej, wstrząsu septycznego, stanów zagrażających życiu. W ciągu 24 godzin od wystąpienia pierwszych objawów wyrostek ulega perforacji u 20% osób [2]. Aby uniknąć rosnącego zagrożenia życia, konieczne jest wcześnie zbadanie pacjenta, postawienie odpowiedniej diagnozy, prawidłowe przygotowanie do zabiegu i wykonanie operacji usunięcia zmienionego patologicznie wyrostka, czyli appendektomi. Celem niniejszej pracy jest przybliżenie problemu ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego i roli pielęgniarki w procesie jego leczenia.

OSTRE ZAPALENIE WYROSTKA ROBACZKOWEGO

Ostre zapalenie wyrostka robaczkowego występuje najczęściej u osób młodych w przedziale wiekowym od 5 do 30 r.ż i jest przyczyną tzw. ostrego brzucha i ujawnia się u około 6% populacji. Osoba, u której stwierdzono objawy zapalenia wyrostka, jest przygotowywana w trybie pilnym do zabiegu chirurgicznego, metodą tradycyjną bądź laparoskopową.

CHIRURGICZNE LECZENIE OSTREGO ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO

Leczenie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego jest zawsze operacyjne. Powinno być wykonywane jak najszybciej od wystąpienia pierwszych objawów [3]. Wyjątek od tej zasady stanowi ropień okołowyrostkowy, którego leczenie w pierwszym etapie stanowi drenowanie jamy ropnia, a następnie wykonanie operacji. Wycięcie wyrostka można wykonać metodą klasyczną lub laparoskopową.

ROLA PIEŁĘGNIARKI W CHIRURGICZNYM LECZENIU OSTREGO ZAPALENIA WYROSTKA ROBACZKOWEGO

Działania pielęgniarskie podejmowane wobec pacjenta z podejrzeniem ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego rozpoczynają się z chwilą pojawienia się chorego na oddziale chirurgicznym. Ta jednostka chorobowa jest leczona w trybie nagłym, toteż pielęgniarka musi współpracować z lekarzem, gdyż

wspólnie mają za zadanie wykonać wiele czynności w krótkim czasie. Personel medyczny powinien być doskonale zorientowany w działaniach, które powinny być wykonywane w sposób profesjonalny. Wdrażanie procedur przedoperacyjnych nie ogranicza się jedynie do sfery fizycznej, ale również psychicznej. Cały proces przygotowywania i leczenia winien być przeprowadzany w miłej, kulturalnej atmosferze, dając choremu poczucie bezpieczeństwa, pewności, że hospitalizacji przebiegnie pomyślnie. Rozmowa, w której odpowiemy na pytania pacjenta, wpłynie uspokajająco i zmniejszy lęk. Otrzymane zaufanie zwiększy współpracę, usprawni leczenie i zmniejszy ryzyko powikłań.

Do pierwszych zadań pielęgniarki należy ustalenie tożsamości pacjenta oraz zebranie dokładnego wywiadu wraz z podstawowymi parametrami życiowymi, asysta przy badaniu fizykalnym (pomoc w zmianie odzieży, zmianie pozycji, wsparcie psychiczne). Kolejno choremu przydzielana jest sala, na której będzie przebywać przed i po zabiegu. W następnej kolejności wdraża się serie procedur mających na celu jak najlepsze przygotowanie pacjenta do operacji takich jak:

- rola pielęgniarki w przygotowaniu do zabiegu operacyjnego,
- wyjaśnienie istoty, konieczności przeprowadzenia zabiegu, odpowiedzenie na pytania pacjenta,
- uzyskanie pisemnej zgody na przeprowadzenie zabiegu,
- pomiar podstawowych parametrów życiowych (RR, tętno, temperatura ciała),
- pobranie krwi do badań diagnostycznych (morfologia, biochemia),
- wykonanie EKG i u pacjentów po 35 r.ż i RTG klatki piersiowej,
- założenie kaniuli obwodowej,
- toaleta i przygotowanie pola operacyjnego,
- założenie sondy do żołądka i odessanie treści (pacjent powinien być na czczo minimum 6 godzin, w trybie nagłym sonda odbarczy żołądek zmniejszając ryzyko zachłyśnięcia podczas intubacji),
- na zlecenie lekarskie podłączenie wlewu kroplowego np. (0,9 NaCl, PWN) [5],
- u chorych na cukrzycę pomiar poziomu cukru i podłączenie preparatu glukozy (na zlecenie lekarskie) [4],
- zastosowanie premedykacji (ok. 1 godziny przed zabiegiem),
- założenie na prawą rękę tasiemki identyfikującej pacjenta (imię, nazwisko, oddział),

- usunięcie protezy, biżuterii, makijażu,
- ubranie pacjenta w specjalną jednorazową koszulkę z fizeliną,
- wraz z całą dokumentacją przetransportowanie pacjenta na blok operacyjny.

Po zakończonym zabiegu nieprzytomnego pacjenta transportuje się na salę budzeń (wyjątek stanowią pacjenci z powikłaniami, którzy trafiają na oddział intensywnej terapii), gdzie opiekę sprawuje pielęgniarka anestezjologiczna. Pacjent umieszczany jest na odpowiednim stanowisku ze sprzętem umożliwiającym ciągły pomiar parametrów życiowych. Zakładana jest specjalna karta, w której umieszczane są dane osobowe, parametry, godzina rozintubowania, zlecenia lekarskie, wykonane zabiegi. Celem sali budzeń jest wybudzenie chorego z narkozy oraz ustabilizowanie krążenia i oddechów.

- Do zadań pielęgniarskiej opieki pooperacyjnej należą:
 - kontrola parametrów,
 - pomoc przy rozintubowaniu (kiedy pacjent odzyskuje świadomość),
 - rozpoznawanie wczesnych powikłań, takich jak: przedłużone działanie środków zwiotczających, opioidów, krwawienia, niedoboru płynów i elektrolitów, hipotermii [5, s. 266],
 - podawanie leków przeciwbólowych (na zlecenie lekarza) zmniejszających nudności i wymioty (np. Zofran),
 - rozmowa oraz zapewnienie spokoju pacjentowi,
 - prowadzenie dokumentacji,
 - zalecenia dla oddziału zewnętrznego.

Sala budzeń jest miejscem wystąpienia najczęstszych powikłań, komplikacji. Według standardu pacjent na sali powinien przebywać około 2 godziny, jednak jest to sprawa bardzo indywidualna, dlatego określono kryteria, jakie musi spełnić pacjent, aby mógł zostać wypisany. Pielęgniarka musi udokumentować i potwierdzić, że chory jest przytomny, oddycha, brak powikłań ze strony krążenia, nudności i wymioty pod kontrolą (PONV), ocena bólu < 3 (VAS). Pacjent zostanie przeniesiony na oddział zabiegowy, jeśli zostanie oceniony według skali Aldrety dwukrotnie na > 9 punktów w ciągu 30 minut [5, s. 267].

Kiedy pacjent jest w pełni stabilny, zostaje przeniesiony na oddział chirurgiczny, gdzie pod okiem zespołu terapeutycznego będzie wracał do zdrowia.

- Do zadań pielęgniarki w oddziale będzie należało:
 - dalsza kontrola parametrów co 15–30 minut, później co 2–3 godziny [6],

- systematyczna podaż leków przeciwbólowych i kontrola poziomu bólu (skala VAS),
- kontrola opatrunku: krwawienia, wycieku surowiczego,
- zmiana opatrunku (stosowanie zasad aseptyki), usunięcie opatrunku (Kapała podaje, że jeśli nie ma żadnego wycieku z rany, opatrunek należy usunąć w ciągu 24–48 godzin) [9],
- podaż zleconych płynów,
- obserwacja zawartości drenów,
- w dniu zabiegu (jeśli brak przeciwwskazań pionizacja pacjenta) w łóżku ćwiczenia krążeniowe i oddechowe,
- kontrola diurezy,
- edukacja odnosząca się do: sposobu pielęgnacji rany, unikania wysiłku przez 3 miesiące, poinformowanie o dacie zgłoszenia się na zdjęcie szwów [7, 8].

PODSUMOWANIE

Liczba zadań, jakie ma do wykonania pielęgniarka jest bardzo duża. Najwięcej czasu poświęca pacjentowi, a jej działania mają na celu zapewnienie profesjonalnej opieki i możliwie szybki powrót do domu. W przebiegu procesu niezwykle istotną rolę przypisuje się współpracy zespołu terapeutycznego, od którego zależy przebieg leczenia, jednakże osobą, która w największym stopniu ma kontakt z pacjentem, jest pielęgniarka/pielęgniarska. Wysoki poziom opieki pielęgniarskiej oraz profesjonalne podejście do chorego wzbudza zaufanie i poczucie bezpieczeństwa, a co jest z tym związane – zwiększa współpracę pacjenta z całym personelem medycznym. Do zadań pielęgniarki należy sprawne zebranie odpowiednich dokumentów, wywiadów, kolejno prawidłowe przygotowanie do zabiegu operacyjnego, przetransportowanie na blok operacyjny, późniejszy odbiór pacjenta z sali budzeń, umieszczenie go w swoim pokoju na oddziale chirurgicznym oraz opieka w okresie rekonwalescencji zaspokajająca bio-psycho-społeczne potrzeby [10]. Celem naszej pracy było przedstawienie roli, jaką wykonuje pielęgniarka w opiece nad chorym uwzględniając jego holistyczną naturę. Opisanie zagadnienia służyło zobrazowaniu tego, że pacjent potrzebuje zarówno pomocy ze strony fizycznej, jak i psychicznej. Odpowiednia wiedza oraz umiejętności pielęgniarki budują zatem korzystne relacje pacjenta z całym zespołem opieki medycznej zapewniając lepsze leczenie. A także należy stwierdzić, że dobre przygotowanie pielęgniarki do opieki nad pacjentem chirurgicznym po usunięciu wyrostka robaczkowego nie wpływa tylko pozytywnie na stan i rekonwalescencję pacjenta, ale także na poczucie spełnienia i satysfakcji z pracy pielęgniarskiej.

BIBLIOGRAFIA

1. Lawrence PF. *Chirurgia ogólna*. Wrocław: Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner; 1998: 214.
2. Nowakowska-Duła E, Gibiński K, Nowak A. *Choroby układu trawiennego*. W: Kokot F, red. *Choroby wewnętrzne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2004.
3. Noszczyk W. *Chirurgia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2005.
4. Bristow N. Treatment and management of acute appendicitis. *Nurs Times* 2004 Oct 26–Nov; 1, 100(43): 34–36.
5. Walewska E. *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2006.
6. http://www.Echirurgia.pl/trzustka/ostre_zapalenie_trzustki.htm [dok.Elekt.] Dostępny dnia 25.05.2012.
7. http://pl.Wikipedia.Org/wiki/wyrostek_robaczkowy.
8. Pelzer O. *Chirurgia. Repetytorium dla studentów Kolegium Karkonoskiego*. Jelenia Góra: Kolegium Karkonoskie; 2008.
9. Kapała W. *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Lubin: Wydawnictwo Czelej; 2006.

Adres do korespondencji:
Justyna Kaczmarek
ul. Nowakowskiego 24/1
51-636 Wrocław
tel.: 785 509-485
e-mail: jucholek@wp.pl

Praca wpłynęła do redakcji: 12.04.2012 r.
Po recenzji: 28.05.2012 r.
Zaakceptowano do druku: 14.06.2012 r.