

## **Opieka pooperacyjna sprawowana nad pacjentką po zabiegu usunięcia mięśniaków macicy metodą laparoskopii w znieczuleniu ogólnym**

Seweryn Katarzyna<sup>1</sup>, Chorąży Monika<sup>2</sup>, Kulikowska Agata<sup>3</sup>, Snarska Katarzyna<sup>4</sup>

1. Absolwentka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, kierunek pielęgniarstwo
2. Klinika Neurologii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
3. Zakład Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
4. Zakład Medycyny Klinicznej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

### **Wstęp**

Mięśniaki macicy są niezłośliwymi, najczęściej występującymi nowotworami narządów rodnych żeńskich [1]. Występują u 25-40% kobiet będących w okresie rozrodczym [2]. Wykryto, że wzrost tych mas może być spowodowany zbyt wysoką koncentracją receptorów estrogenowych i progesteronowych w macicy [3].

Do czynników ryzyka zaliczamy: rasę czarną, niską liczbę ciąż, otyłość, nadciśnienie tętnicze, predyspozycje genetyczne [4].

Ryzyko zachorowania zmniejsza się przy wielorództwie, doustnym stosowaniu antykoncepcji, stosowaniu diety wegetariańskiej oraz u kobiet palących tytoń [5].

Mięśniaki macicy są to łagodne guzy gładkokomórkowe, powstające w wyniku rozrostu komórek mięśniowych macicy i tkanki łącznej. Nie powodują one naciekania sąsiednich tkanek. W sytuacji znacznej zawartości tkanki łącznej w guzie, mięśniaki określane są jako włókniakomięśniaki. Wewnątrz guza dużych rozmiarów stopniowo występują procesy degeneracyjne, do których możemy zaliczyć: zwłóknienia, zwapnienia oraz martwicę. Guzy te nie mają torebek charakterystycznych dla nowotworów łagodnych, lecz są dobrze odgraniczone od tkanek otaczających. Jako lokalizację podaje się błonę mięśniową macicy, tylko w 8% przypadków rozwijają się w szyjce macicy. Każdy mięśniak jest unaczyniony poprzez dwa naczynia tętnicze oraz jedną żyłę [6].

Mięśniaki możemy klasyfikować zgodnie ze swą lokalizacją. Wyróżniamy mięśniaki podśluzówkowe, śródścienne, podsurowicówkowe oraz międzywiązadłowe [7].

Metody leczenia oraz objawy poszczególnych rodzajów różnią się w zależności od ich klasyfikacji. Najczęściej występującymi mięśniakami są mięśniaki śródścienne. Czasami mogą się objawiać obfitymi krwawieniami z dróg rodnych. Może występować niepłodność wtórna, spowodowana zewnętrznym uciskiem jajowodu. Mięśniaki podsurowicówkowe mogą ulec skręceniu ze względu na występowanie szypuły. Powodują w ten sposób zawał niedokrwienny guza oraz ból. Zazwyczaj jednak te rodzaje mięśniaków występują bezobjawowo. Najrzadszymi mięśniakami są mięśniaki podśluzówkowe i stanowią ok.5%. Do ich objawów możemy zaliczyć bolesne miesiączkowanie, niepłodność oraz obfite krwawienia z dróg rodnych [2].

Objawy kliniczne towarzyszące mięśniakom macicy są różne i zależą od lokalizacji, liczby i rozmiaru guzów. Jako główne objawy, które są wskazaniem do interwencji chirurgicznej podaje się: ból, ucisk na sąsiednie organy, nieprawidłowe krwawienia oraz niepłodność. Dodatkowymi objawami mogą być: uczucie parcia na mocz, zaparcia, zaburzenia miesiączkowania [3]. Podczas badania może być wyczuwalny guz w jamie brzusznej lub w miednicy mniejszej. Wymienione objawy wstępują u 20-50% badanych kobiet ze stwierdzonymi mięśniakami macicy [1].

Nieprawidłowe krwawienia mogą występować jako *menorrhagia*, czyli krwawienia bardzo obfite, przedłużające się, regularne lub *menometrorrhagia*, krwawienia obfite, przedłużające się, częste i nieregularne. Zaliczamy je do najczęstszych objawów mięśniaków macicy. Na krwawienia wpływają również owrzodzenia oraz ograniczona prawidłowość kurczliwości tkanki mięśniowej macicy, które często towarzyszą mięśniakom macicy [2].

Podczas wzrostu mięśniaków macicy może dojść do ucisku sąsiadujących organów. Przy mięśniakach przedniej ściany macicy występuje ucisk na pęcherz moczowy. Taka lokalizacja powoduje naglące parcia na mocz, nykturię, nietrzymanie moczu. Mięśniaki tylnej ściany macicy uciskają esicę i odbytnicę, powodując zaparcia. Występowanie na dnie macicy powoduje jej uniesienie i trudności w oddychaniu. Mięśniaki międzywęzłowe ze względu na występującą szypułę mogą się przemieszczać uciskając moczowód. Predysponuje to do jego poszerzenia, a następnie wodonercza.

Tępe, silne bóle występują u 1/3 chorujących kobiet. Lokalizacja bólu dotyczy miednicy mniejszej. Bolesne może być również odczucie ucisku na sąsiadujące narządy.

Mięśniaki macicy mogą być także przyczyną niepłodności. Może być ona spowodowana ograniczoną drożnością jajowodów (mięśniaki śródścienne mogą uciskać

ujście maciczne jajowodu, a mięśniaki międzywęzłowe wpływają na drożność światła jajowodu) lub zniekształceniem jamy macicy [8].

### **Metody leczenia mięśniaków macicy**

Metody leczenia mięśniaków macicy dzielimy na: farmakologiczne, chirurgiczne oraz mało inwazyjne, do których zaliczamy laparoskopową koagulację tętnic macicznych oraz embolizację tętnic macicznych [9].

Leczenie farmakologiczne polega na podawaniu leków hormonalnych: analogi GmRH, leki antykoncepcyjne dwuskładnikowe, selektywne modulatory receptora estrogenowego (SERM), selektywne modulatory receptora progesteronowego (SMRP) [1]. Terapia ta prowadzi do zmniejszenia wymiarów guzów. Leczenie może być zastosowane jako leczenie przedoperacyjne. W ten sposób zmniejszy się ryzyko związane z zabiegiem i zwiększy skuteczność metod oszczędzających [10].

Najczęściej stosowaną metodą jest histerektomia. To najbardziej radykalna metoda, ponieważ polega na usunięciu mięśniaków macicy razem z macicą. Operacja ta może być wykonana poprzez laparotomię, czyli operacyjne otwarcie jamy brzusznej, metodą laparoskopową lub przezpochwową. Metoda ta posiada wiele wad, największą jest trwałe pozbawienie płodności kobiety, może prowadzić do spadku pożądania i zaburzeń życia seksualnego [11].

Embolizację tętnic macicznych zaliczamy do minimalnie inwazyjnych metody leczenia mięśniaków macicy. Do tętnic macicznych podaje się materiał embolizacyjny przez cewnik wprowadzony tętnicą udową do tętnic macicznych. W ten sposób zamykane jest nieprawidłowe naczynie, które dostarcza krew do mięśniaków. Metoda ta stosowana jest wyłącznie przy objawowych mięśniakach śródściennych, nie jest polecana kobietom planującym zajście w ciążę [10]. Embolizacji tętnic może towarzyszyć tzw. zespół poembolizacyjny. Spowodowany jest on niedokrwieniem mięśniaków. Objawia się bólem, nudnościami, wymiotami, gorączką oraz bradykardią. Kolejną metodą jest laparoskopowa koagulacja tętnic macicznych. Umożliwia ona redukcję objawów [12].

### **Laparoskopowe leczenie mięśniaków macicy**

Najskuteczniejszą metodą operacyjną leczenia mięśniaków macicy jest miomektomia konserwatywna, która pozwala na zachowanie zdolności rozrodczej kobiety

poprzez wyluszczenie mięśniaków macicy. Operacja laparoskopowa jest mniej inwazyjna, umożliwia szybszą rekonwalescencję, powoduje mniejszą utratę krwi podczas zabiegu, w odczuciu jest mniej bolesna dla pacjentki [11].

Miomektomia jest to zabieg polegający na wyluszczeniu mięśniaków macicy. Można ją wykonać metodą laparoskopową. Jako przygotowanie do operacji należy wykonać dokładne badanie pozwalające na określenie lokalizacji i wielkości występujących zmian. Wdrażana jest również profilaktyka antybiotykowa i przeciwzakrzepowa. Wprowadzenie terapii analogami GnRH umożliwia zmniejszenie guza do 50%. W ten sposób poprawia warunki operacyjne, zmniejsza ranę do zaszycia i utratę krwi. Wadą zastosowania tej farmakoterapii jest utrudnione wypreparowanie mięśniaka. Ważna jest kwalifikacja do tego rodzaju operacji [7]. Aby wykonać zabieg liczba mięśniaków nie powinna przekraczać 2-3, a ich wielkość 8-10 cm [13]. Podczas miomektomii laparoskopowej kobiety są narażone na mniejszą utratę krwi, niż podczas laparotomii. Również pacjentki mają mniejsze dolegliwości bólowe przy zastosowaniu tej pierwszej metody, niż podczas miomektomii klasycznej [7].

Dzięki rozwojowi technologii endoskopowej możliwy jest krótszy czas operacji, krótsza hospitalizacja oraz szybsza rekonwalescencja i powrót do domu. Każda operacja niesie za sobą ryzyko i możliwe powikłania.

Laparoskopowe leczenie mięśniaków macicy wykonywane jest w znieczuleniu ogólnym, przy użyciu trzech trokarów. Dwa wprowadzane są bocznie do tętnicy nadbrzuszej, przez które wprowadzane są instrumenty laparoskopowe. Pomędzy nimi wprowadza się ostatni trokar. W celu uwidocznienia narządów wewnętrznych i możliwości manipulacji narzędziami, chirurg wytwarza odmě otrzewnową, wypełniając jamę brzuszną dwutlenkiem węgla. Techniki operacyjne są ciągle udoskonalane [9].

### **Przygotowanie pacjenta do zabiegu laparoskopowego**

Dzień przed operacją w trybie planowanym odbywa się wizyta przedoperacyjna. W trakcie jej trwania następuje kwalifikacja i przygotowanie pacjenta do znieczulenia ogólnego. Jest ona obowiązkowym elementem przed każdą operacją w znieczuleniu ogólnym. Oceniana jest dotychczasowa historia choroby oraz aktualny stan zdrowia pacjenta. Lekarz chirurg przedstawia podstawowe informacje o chorobie i przebieg planowanego zabiegu. Wskazuje też wystąpienie możliwych powikłań. Lekarz anestezjolog opowiada o znieczuleniu i pozyskuje na nie zgodę pacjenta. Ważne są

również badania i konsultacje specjalistyczne. Do badań fizykalnych możemy zaliczyć pomiar RR, osłuchanie klatki piersiowej, pomiar częstości pracy serca, ocena żył obwodowych oraz ocena górnych dróg oddechowych. Zaliczamy do niej sprawdzenie ruchomości kręgosłupa szyjnego, odległości bródkowo-tarczowej, zmian wrodzonych, nabytych. Pacjent oceniany jest też pod kątem Skali Malampatiego. Pacjent powinien siedzieć na łóżku, otworzyć szeroko usta oraz wysunąć język. Lekarz anestezjolog ocenia według czterech punktów możliwe trudności w intubacji. Ostatnie dwa stopnie świadczą o wystąpieniu trudności w przebiegu intubacji. Dzięki tej ocenie pielęgniarka anestezjologiczna przed znieczuleniem przygotowuje zestaw ułatwiający wprowadzenie pacjenta w znieczulenie. Ułatwieniem są prowadnice i bronchofiberoskop. Wykonywana jest morfologia krwi, badania na grupę krwi, układ krzepnięcia i jonogram. Pielęgniarka waży i mierzy wzrost pacjenta. Dane te będą niezbędne do ustalenia dawek leków. Robione jest EKG i RTG klatki piersiowej. Do badań specjalistycznych zaliczamy próbę wysiłkową, spirometrię, TEE. Podczas wywiadu lekarz pozyskuje informacje dotyczące wcześniejszych operacji i stosowanych podczas nich znieczuleń, ważny jest również wywiad rodzinny, przewlekłe choroby i aktualne dolegliwości. W trakcie wizyty przedoperacyjnej następuje Klasyfikacja ASA, która opisuje ryzyko znieczulenia ogólnego [12].

Ważnym elementem przed operacją jest premedykacja farmakologiczna. W celu uspokojenia chorego i zmniejszenia lęku stosuje się benzodiazepiny, np. midazolam, diazepam, flunitrazepam, lorazepam. Powodowana jest również niepamięć znieczulenia i operacji. Zapobiega się również nudnościom i wymiotom poprzez zastosowanie neuroleptyków, np. promazyny, chlorpromazyny lub leków zobojętniających, popularny jest metoklopramid. Istotne są także leki przeciwbólowe, np. paracetamol, z grupy NLPZ (ketoprofen), opioidy (morfina) [13].

Pacjent zostaje pouczony o pozostaniu na czczo. Oznacza to spożycie ostatniego pokarmu na 6 godzin przed zabiegiem, możliwe jest popicie 2-3 łyżkami wody leków przyjmowanych p.o [10].

### **Znieczulenie pacjenta do zabiegu laparoskopowego i postępowanie okołoperacyjne**

Zabiegi laparoskopowe przeprowadzane są wyłącznie w znieczuleniu ogólnym całkowitym dożylnym, z intubacją i oddechem kontrolowanym. Przyczyną tego rodzaju znieczulenia jest podawanie CO do jamy otrzewnowej. Ciśnienie parcjalne dwutlenku

węgla rośnie i wymagane jest zwiększenie wentylacji kontrolowanej w celu usunięcia nadmiaru CO<sub>2</sub>. Podawanie gazu pod ciśnieniem 20-25 cm H<sub>2</sub>O powoduje podwyższenie ciśnienia śródbrzusznego. W jego następstwie zwiększa się obwodowy opór naczyniowy, obciążenie następcze serca, ciśnienie zaklinowania w tętnicy płucnej oraz ośrodkowe ciśnienie żyłne. Do końca zabiegu pacjent znajduje się w głębokim znieczuleniu, podawane są również krótko działające anestetyki oraz środki zwiotczające takie jak wekuronium czy cisatrakuronium [9]. Znieczulenie ogólne powoduje kontrolowaną depresję ośrodkowego układu nerwowego, nie dotyczy ona ośrodków ważnych dla życia znajdujących się w rdzeniu przedłużonym. Depresja ta jest odwracalna. Działanie anestetyków wywołuje utratę świadomości, zniesienie odczuwania bólu, powodują niepamięć wsteczną, zahamowywana jest większość odruchów nerwowych, zmniejszane jest napięcie mięśni szkieletowych [10]

Dodatkowo podaje się środki przeciwbólowe takie jak morfina, fentanyl, sufentanyl, alfentanyl, petetydyna. Ważne jest dobranie właściwej dawki anestetyku. Brany jest pod uwagę przewidywany czas trwania zabiegu bądź jego aktualny etap oraz sposób eliminacji konkretnych leków. Ma to ogromne znaczenie przy wyprowadzaniu pacjenta ze stanu analgezji. W celu zniesienia znieczulenia ogólnego podawane są leki antagonizujące: opioidy (nalokson), benzodiazepiny (flumazenil) oraz leki zwiotczające (tensilon, polstygmina). Rozpoczyna się podawania znieczulenia pooperacyjnego, które ma na celu zniesieni odczucia bólu [10].

### **Rola pielęgniarki w opiece pooperacyjnej**

Podczas sprawowania opieki nad chorym w sali pooperacyjnej, pielęgniarka zwraca uwagę na podstawowe elementy, takie jak monitorowanie podstawowych funkcji życiowych i stanu świadomości [5].

Kontrola świadomości pacjenta najczęściej sprawdzana jest przy użyciu Skali Glasgow. Ocenia się reakcje otwierania oczu, odpowiedź słowną i ruchową [5].

Do monitorowania podstawowych czynności życiowych chorego zaliczamy: ciśnienie tętnicze, tętno, oddech, diurezę, temperaturę ciała, barwę skóry i błon śluzowych, obserwację rany pooperacyjnej i założonych drenów oraz odczuwany ból [5].

Ciśnienie tętnicze krwi najczęściej mierzone jest za pomocą sfigmomanometru. Należy pamiętać, aby odpowiednio dobrać rozmiar mankietu aparatu, powinien stanowić

40% długości ramienia. Pomiar prowadzony jest w równych odstępach czasu, np. co 1-2 godziny. W sytuacji pogorszenia się stanu pacjenta należy zwiększyć częstotliwość pomiarów [5].

Kolejnym parametrem jest tętno. Jego wartość jest sprawdzana na tętnicach dystalnych, np. tętnicy promieniowej. W ciężkich stanach, słabym wypełnieniu łożyska naczyniowego, sytuacjach centralizacji krążenia tętno może być niewyczuwalne. Takie przypadki mogą prowadzić do wstrząsu. Istotne jest szybkie zauważenie takiego stanu i odpowiednia reakcja [5].

Od wczesnego okresu po przyjęciu na salę pooperacyjną prowadzona jest kontrola oddechu. Nieprawidłowości w oddychaniu mogą świadczyć o zaburzeniu krążeniowo-oddechowym. Prawidłowo pacjent powinien mieć 16-20 oddechów/minutę [5].

Kolejnym podstawowym pomiarem jest kontrola ilości wydalanego moczu, czyli diurezy. Ilości moczu są zapisywane w karcie kontrolnej [5].

Do prawidłowej oceny gospodarki wodno-elektrolitowej niezbędne jest prowadzenie bilansu płynów. Polega na porównaniu ilości wydalonego moczu z ilością przyjętych płynów dożylnie i doustnie. O wystąpieniu powikłań pooperacyjnych może stanowić wzrost temperatury ciała, dlatego jej pomiar jest niezmiernie ważny [5].

Podczas opieki nad pacjentem obserwowana jest barwa skóry i błon śluzowych, które powinny być różowe oraz powrót kapilarny. To badanie polega na uciśnięciu płytki paznokciowej, krew odpływa, a po 1-2 s powinno zostać przywrócone prawidłowe krążenie wraz z fizjologiczną barwą płytki paznokciowej [5].

Pielęgniarka pracująca na sali pooperacyjnej powinna prowadzić obserwację rany, opatrunków i treści z drenów, oceniając jej objętość i rodzaj. Dużo krwistej wydzieliny i przesiąknięty opatrunek mogą świadczyć o wystąpieniu powikłań, np. krwotokach prowadzących do wstrząsu. Kontrola opatrunków i drenów wykonywana jest w 1. godzinie co 15 minut, 2.-3. godzinie co 30 minut, w 4.-12. godzinie co 60 minut [10]. Do badania bólu pooperacyjnego wykorzystywane są, np. Skala wzrokowo-analogowa-WAS, Skala numeryczna NRS oraz Skala Wanga-Becke. Leki przeciwbólowe podawane są systematycznie, zgodnie ze zleceniem lekarskim [5].

## **Cel pracy**

1. Ocena fizycznego i psychicznego stanu zdrowia pacjentki.

2. Ocena poziomu wiedzy pacjentki na temat postępowania przedoperacyjnego, pooperacyjnego.
3. Określenie problemów pielęgnacyjnych pacjentki.
4. Opracowanie planu indywidualnej opieki pielęgniarskiej oraz wskazówek w warunkach domowych.

### **Material i metodyka badań**

Badaniem objęto pacjentkę w wieku 41 lat z rozpoznanym mięśniakiem trzonu macicy. Pacjentka jest pod stałą, niesystematyczną opieką ginekologiczną.

Dane o stanie bio-psycho-społecznym pacjentki zebrano na podstawie wywiadu pielęgniarskiego oraz dokładnej obserwacji chorej. Skontrolowano parametry życiowe pacjentki (ciśnienie tętnicze krwi, tętno, liczbę oddechów, temperaturę ciała, glikemię, wzrost i masę ciała). Dokonano oceny ryzyka operacyjnego skalą ASA oraz możliwych trudności w intubacji według Skali Malampatiego. Do oceny nasilenia odczuwanego bólu pooperacyjnego zastosowano skalę NRS.

W celu indywidualnego ustalenia problemów pielęgnacyjnych pacjentki z mięśniakiem macicy oraz podjęcia skutecznego leczenia i postępowania pielęgniarskiego wykorzystano system procesu pielęgnowania [14].

### **Opis indywidualnego przypadku**

41-letnia pacjenta J. S. została przyjęta do Prywatnej Kliniki Położniczo-Ginekologicznej w celu laparoskopowego wyłuszczenia mięśniaka trzonu macicy.

Pacjentka choruje na nadwagę (wzrost 164 cm, waga 75 kg, BMI 27,9 kg/m<sup>2</sup>) oraz endometriozę macicy. Przebyte choroby: cholecystektomia laparoskopowa, łyżeczkowanie macicy z powodu endometriozy macicy.

Chorej często dokucza ból kręgosłupa. Pacjentka nie podaje innych chorób przewlekłych ani alergii. Zgłosiła się do lekarza ginekologa z powodu trudności z zajściem w ciążę, obfitych uciążliwych krwawień miesięczkowych oraz uciążliwego bólu podczas menstruacji. Pacjentka przyjmowała Paracetamol w dawce 1,5-2,0 g dziennie.

Podczas przyjęcia do Kliniki pacjentka w stanie ogólnym dobrym. Nie zgłasza bólu, krwawień ani upławów. Parametry życiowe podczas przyjęcia wynosiły: ciśnienie tętnicze 136/75, tętno 80, temperatura ciała 36,6°C. W dniu przyjęcia pobrano krew do



badania laboratoryjnych. W badaniach wykazano obniżony poziom potasu 3,4 mmol/l (norma 3,5-5,1 mmol/l), podwyższony poziom jonów chlorkowych 117,1 mmol/l (norma 95-105 mmol/l). W pozostałych nie stwierdzono nieprawidłowości. Dnia 15.02.2011 r. wykonano badanie USG i wykazano mięśniaka trzonu macicy o średnicy 3,5 cm. W badaniu ginekologicznym: endometrioza zewnętrzna.

Tego samego dnia wykonano zabieg laparoskopowego wyluszczenia mięśniaka trzonu macicy znajdującego się na przedniej ścianie, po lewej stronie. Pacjentka pozostała na czczo, otrzymała premedykację (diazepam, metoklopramid, ketonal). Chora została zamonitorowana: podłączono monitor EKG, pulsoksymetr, mankiet do pomiaru ciśnienia tętniczego krwi. Została zacewnikowana cewnikiem Foleya. Określono ryzyko znieczulenia ogólnego jako I°. W Skali Malampatiego chora również uzyskała I°. Pacjentkę zaintubowano dotchawiczo rurką intubacyjną o wewnętrznej średnicy 7,0 mm. Wytworzono odnę otrzewnej i wprowadzono przez pępek trokar 10 mm, optykę laparoskopu oraz trokary dodatkowe w podbrzuszu. Pacjentka została ułożona w pozycji Trandelenburga. Podczas wizualizacji laparoskopowej przydatki lewe i prawe zostały określone jako prawidłowe. Jajniki z widocznymi aparatami pęcherzykowymi. Jajowody wolne na przebiegu, widoczne strzępki. W zatoce Douglasa stwierdzono drobne ogniska endometriozy o średnicy ok. 1-2 mm. Pozostałe narządy jamy brzusznej bez widocznych zmian. Na łożę mięśniaka założono szwy pojedyncze hemostatyczne. Podczas zabiegu podano: atropinę 1g, lignocainę 2% 20 mg, piperacyklinę 2g, morfinę, PWE 100 ml, glukozę 5% 500 ml oraz leki przeciwwymiotne. Po zabiegu pacjentka otrzymała ketonal 100 mg, piperacyklinę 6g oraz glukozę 5 % 500 ml. Na sali pooperacyjnej oceniono stan świadomości pacjentki za pomocą skali Glasgow. Parametry życiowe po zabiegu: ciśnienie tętnicze 110/70, tętno 80, temperatura ciała 36°C. Po dwóch godzinach od zabiegu pacjentka skarżyła się na ból i podano 100 mg ketonalu w 100 ml 0,9% NaCl dożylnie.

Pacjentka po zabiegu była przysypiająca, miała założone wkłucie obwodowe w prawym dole łokciowym, pozostawiono cewnik Foleya. Ze względu na niepowikłany przebieg zabiegu oraz okresu pooperacyjnego, pacjentkę wypisano w stanie ogólnym dobrym w pierwszej dobie po zabiegu operacyjnym. Zalecono zgłoszenie się za 14 dni po wynik badania histopatologicznego guza. W wycinkach stwierdzono utkanie mięśnia gładkiego. Stwierdzono brak aktywności mitotycznej i cech polimorfizmu, co wskazuje na mięśniaka gładkokomórkowego. Pacjentkę poinformowano o wynikach badań oraz konieczności zgłoszenia się na wizytę kontrolną, 4 tygodnie po zabiegu do poradni ginekologicznej.

Pacjentka jest mężatką, mieszka na wsi z mężem i córką. Warunki mieszkaniowe oceniła jako dobre. Kobieta ma wykształcenie wyższe, jest aktywną zawodowo nauczycielką.

### **Ocena ryzyka znieczulenia ogólnego**

Podczas wizyty przedoperacyjnej został przeprowadzony wywiad dotyczący ryzyka znieczulenia ogólnego i jego ocena według skali ASA. Wywiad ten dotyczył przewlekłych chorób współistniejących. Pacjentka uzyskała stopień I.

### **Ocena możliwych trudności w intubacji**

Przed zabiegiem operacyjnym lekarz anestezjolog ocenił możliwe trudności w intubacji. Polecono pacjentce szerokie otwarcie ust oraz wysunięcie języka. Według czterostopniowej skali Malampatiego pacjentka uzyskała pierwszy stopień, który świadczy o braku trudności podczas intubacji. Widoczne było podniebienie miękkie, łuki podniebienne-gardłowe oraz zarys migdałków.

### **Ocena nasilenia bólu pooperacyjnego**

Po zabiegu operacyjnym dokonano oceny bólu podbrzusza za pomocą skali NRS. Pacjentka określiła odczuwany ból w skali od 1 do 10 jako 5.

Po dwóch godzinach ponownie dokonano oceny, ból był silniejszy i wynosił 8, odpowiada to silnemu bólowi. Słownie pacjentka również w ten sposób opisała towarzyszący ból.

Na zlecenie lekarza podano 100 mg ketonalu, odczuwany ból zmniejszył się do 2.

### **Indywidualny proces pielęgowania pacjentki objętej opieką**

#### **Problem I. Silny ból zlokalizowany w podbrzuszu związany z przebytą operacją wyluszczenia mięśniaka macicy**

##### **Cele opieki:**

- złagodzenie odczuwanego bólu,
- monitorowanie skuteczności zastosowanej terapii przeciwbólowej.

**Działania pielęgnacyjne:**

**ocena natężenia odczuwanego bólu przez zastosowanie skali NRS,**

- monitorowanie parametrów życiowych pacjentki (pomiar ciśnienia tętniczego krwi, pomiar tętna, pomiar temperatury ciała),
- pomoc pacjentce w zmianie pozycji zmniejszającej odczuwanie bólu,
- uspokojenie pacjentki i wyjaśnienie przyczyny odczuwanego bólu,
- zapewnienie ciszy, spokoju i poczucia bezpieczeństwa podczas regeneracji pacjentki,
- podanie leków p/bólowych na zlecenie lekarza,
- dokumentacja wykonanych działań.

**Ocena:**

- odczuwany ból zmniejszył się.

**Problem II. Dyskomfort pacjentki spowodowany nudnościami**

**Cel opieki:**

- zapewnienie komfortu pacjentce.

**Działania pielęgnacyjne:**

- zapewnienie pacjentce miski nerkowatej i ligniny,
- pomoc w pozycji półwysokiej zmniejszającej ryzyko zachłyśnięcia w przypadku wystąpienia wymiotów,
- zachęcenie do połykania małych ilości śliny,
- zalecenie powolnego i głębokiego oddychania przez otwarte usta,
- wietrzenie sali,
- pomoc w higienie osobistej pacjentki, higienie jamy ustnej, wymiana bielizny pościelowej w przypadku zabrudzenia podczas wymiotów,
- podanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza,
- dokumentacja wykonanych działań.

**Ocena:**

- nudności ustąpiły.

**Problem III. Możliwość wystąpienia chrypki spowodowana przebytą intubacją dotchawiczą**

**Cel opieki:**

- wczesne wykrycie uszkodzenia nerwu.

**Działania pielęgnacyjne:**

- po wzbudzeniu pacjentki prośba o głośne wypowiedzenie zdania w celu oceny barwy głosu,
- obserwacja chorej w kierunku chrapliwego i nieprawidłowego oddechu.

**Ocena:**

- chrypka nie wystąpiła.

**Problem IV. Ryzyko krwawienia i wystąpienia wstrząsu hipowolemicznego spowodowane przebyta operacją**

**Cel opieki:**

- zapobieganie wczesnym powikłaniom pooperacyjnym.

**Działania pielęgnacyjne:**

- obserwacja, pomiar i dokumentacja parametrów życiowych pacjentki (ciśnienie tętnicze, tętno, temperatura ciała, saturacja),
- obserwacja opatrunków i ran pod kątem występowania krwawienia,
- obserwacja powłok skórnych i błon śluzowych pacjentki w kierunku wystąpienia wstrząsu hipowolemicznego,
- zgłoszenie wszelkich odchyłeń od normy lekarzowi.

**Ocena:**

- krwawienie nie wystąpiło.

**Problem V. Ryzyko wystąpienia choroby zakrzepowo-zatorowej związanych z zastojem krwi żyłnej kończyn dolnych**

**Cele opieki:**

- zapobieganie występowaniu wczesnych powikłań pooperacyjnych,
- edukacja pacjentki na temat profilaktyki zakrzepowo-zatorowej.

**Działania pielęgnacyjne:**

- układanie kończyn dolnych chorej 30-40° powyżej poziomu tułowia,
- wczesne uruchomienie chorej po zabiegu operacyjnym,
- edukacja pacjentki z zakresu profilaktyki choroby zakrzepowo-zatorowej kończyn dolnych,
- zachęcenie pacjentki do ćwiczeń nóg podczas leżenia w łóżku,
- stosowanie terapii kompresyjnej oraz zastosowanie pończoch elastycznych,

- podanie heparyny drobnocząsteczkowej na zlecenie lekarza,
- kontrola parametrów krwi zgodnie ze zleceniem lekarza.

**Ocena:**

- pacjentka zrozumiała zalecenia dotyczące profilaktyki i zastosowała się do nich.

**Problem VI. Ryzyko wystąpienia zakażenia pęcherza moczowego spowodowane założonym cewnikiem Foleya**

**Cele opieki:**

- zapobieganie wystąpieniu zakażenia pęcherza moczowego,
- edukacja pacjentki z zakresu profilaktyki zakażenia pęcherza moczowego.

**Działania pielęgnacyjne:**

- pomoc pacjentce w utrzymaniu higieny osobistej i pościelowej,
- nawodnienie dożylnie pacjentki, a w następnej dobie od operacji zalecenie picia minimum 2000 ml wody,
- zalecenie stosowania diety zakwaszającej, picia soków z żurawiny, czarnej porzeczki, spożywania produktów bogatych w witaminę C w kolejnych dobach po zabiegu,
- poinstruowanie o konieczności przestrzegania zasad kierunku higieny krocza (w stronę odbytu),
- edukacja pacjentki na temat konieczności stosowania preparatów przeznaczonych do higieny intymnej.

**Ocena:**

- pacjentka zrozumiała zalecenia dotyczące profilaktyki zakażeń pęcherza moczowego.

**Problem VII. Ryzyko infekcji ran na brzuchu po operacji laparoskopowej**

**Cel opieki:**

- zapobieganie wczesnym powikłaniom pooperacyjnym.

**Działania pielęgnacyjne:**

- kontrola suchości opatrunków na ranie,
- zmiana opatrunków założonych na rany przy zachowaniu zasad aseptyki i antyseptyki,
- obserwacja i kontrola ran pod kątem możliwego rozejścia się brzegów ran,
- nauka efektywnego kaszlu i odksztuszania,
- obserwacja ran w kierunku wystąpienia objawów: zaczerwienienia, bólu, obrzęku, podwyższonej temperatury ciała,

- pobranie krwi na badania na zlecenie lekarza.

**Ocena:**

- nie doszło do infekcji rany.

**Problem VIII. Deficyt samoopieki pacjentki spowodowany osłabieniem po przebytej operacji**

**Cel opieki:**

- pomoc pacjentce w wykonywaniu podstawowych czynności życiowych.

**Działania pielęgnacyjne:**

- pomoc i asekuracja pacjentki podczas toalety,
- pomoc w zmianie bielizny osobistej i zmiana bielizny pościelowej,
- oklepywanie i nacieranie klatki piersiowej spirytusem oraz prowadzenie gimnastyki oddechowej,
- motywowanie pacjentki do ćwiczeń i wczesnego uruchomienia.

**Ocena:**

- pacjentce została zapewniona odpowiednia pomoc.

**Problem IX. Deficyt wiedzy pacjentki na temat konieczności badań ginekologicznych i regularnych kontroli**

**Cel opieki:**

- edukacja pacjentki na temat profilaktyki chorób dróg rodnych i możliwych powikłań.

**Działania pielęgnacyjne:**

- przeprowadzenie pogadanki na temat konieczności badań ginekologicznych,
- zalecenie pacjentce wyboru stałego lekarza i regularnych kontroli,
- przedstawienie pacjentce pierwszych objawów, które mogą świadczyć o chorobie,
- zapewnienie dostępu do folderów instruktażowych profilaktyki chorób dróg rodnych i gruczołu piersiowego.

**Ocena:**

- pacjentka zrozumiała konieczność regularnych kontroli i leczenia.

**Problem X. Nadwaga pacjentki stanowiąca ryzyko występowania wielu chorób**

**Cel opieki:**

- edukacja pacjentki na temat powikłań towarzyszących nadwadze.

### **Działania pielęgnacyjne:**

- pomiar i ocena masy ciała na podstawie BMI,
- edukacja pacjentki i przedstawienie ryzyka zdrowotnego wynikającego z nadwagi,
- wyjaśnienie sposobów ograniczenia podaży kalorii w diecie,
- zachęcenie pacjentki do zmiany nawyków żywieniowych,
- zalecenie aktywności fizycznej.

### **Ocena:**

- pacjentka chce zredukować masę ciała.

### **Wskazówki do dalszego postępowania**

1. Przekazanie chorej informacji na temat postępowania z opatrunkiem.
2. Zgłoszenie się do Przychodni POZ w celu usunięcia szwów w wyznaczonym terminie.
3. Stosowanie się do zaleceń umieszczonych w karcie informacyjnej otrzymanej w dniu wypisu: zgłoszenie się po wynik badania histopatologicznego po upływie 14 dni, zgłoszenie się na badanie kontrolne po upływie 14 dni.
4. Należy ochraniać blizny stosowną, luźną odzieżą, nie uciskać ran.
5. Należy unikać kąpieli, brać prysznic.
6. Unikanie dźwigania ciężarów powyżej 2 kg przez 2-4 miesiące od operacji.
7. Unikanie stosunków seksualnych przez minimum 6 tygodni od operacji.
8. Unikanie korzystania z basenów, saun, jacuzzi.
9. Redukcja masy ciała (zastosowanie diety i zwiększenie aktywności fizycznej).

### **Podsumowanie - wnioski**

1. Mięśniaki macicy stanowią istotny problem w grupie kobiet w wieku średnim, dlatego właściwa obserwacja i interpretacja objawów oraz właściwe postępowanie terapeutyczne pozwala na utrzymanie prawidłowego dobrostanu bio-psycho-społecznego.
2. Po interpretacji danych o stanie bio-psycho-społecznym i kwestionariusza przedoperacyjnego określono problemy pielęgnacyjne pacjentki, które dotyczyły występujących dolegliwości bólowych podbrzusza, następstw intubacji,

cewnikowania i ryzyka infekcji ran operacyjnych oraz deficytu samoopieki wynikającego z okresu po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym.

3. Istotną rolę w pielęgnacji pacjenta po zabiegu usunięcia laparoskopowego mięśniaków macicy odgrywa edukacja w zakresie postępowania po zabiegu operacyjnym i stopniowego wdrażania się do samodzielności oraz redukcja czynników sprzyjających wystąpieniu mięśniaków, jak nadwaga. Dlatego też w celu utrzymania ciągłości opieki sformułowano dla osób opiekujących się chorą wskazówki do dalszej pielęgnacji.

### **Piśmiennictwo**

1. Krychowska-Ćwikła A.: Mięśniaki macicy- etiologia, objawy, diagnostyka i leczenie, Położna. Nauka i Praktyka, 2011, 2, 14, 8-13.
2. Sidło-Stawowy A., Nowak K., Nowak S., Droszol-Cop A., Skrzypiec-Plinta V., Janik A.: Mięśniaki macicy- metody leczenia, Ginekologia i Położnictwo medical project, 2015, 3, 37, 91-96.
3. Donnez J., Tomaszewski J., Vazquez F.: Ulipristal Acetate versus Laprolide Acetate for Uterine Fibroids, New England Journal of Medicine, 2012, 366, 5, 421-432.
4. Wong L., Brun J.: Myomectomy: technique and current indications, Minerva Gynecology, 2014, 66, 1, 35-47.
5. Reroń A., Huras H.: Leczenie mięśniaków macicy, Ginekologia i Położnictwo, 2008, 3, 9, 43-53.
6. Pietura R.: Uterine fibroid embolization in Poland- where are we after 10 years?, Przegląd Menopauzalny, 2011, 4, 309-315.
7. Studnicka G., Iwanowicz-Paulus G., Mazurek A.: The feeling of life satisfaction in patients after hysterectomy, Ginekologia Polska, 2012, 45-48.
8. Gupta J., Shehmar M., Khan A.: Uterine fibroids: current perspectives, International Journal of Women's Health, 2014, 6, 95-114.
9. Michalik M., Frask A., Orłowski M.: NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery)- operacje przez naturalne otwory ciała, Wideochirurgia i inne techniki małoinwazyjne, 2007, 2, 98-102.
10. Bernardi T., Radosa M., Weisheit A.: Laparoscopic myomectomy: a 6-year follow up single-center cohort analysis and obstetric outcome measures, Archives of Gynecology and Obstetrics, 2014, 4, 291, 37-43.



11. Lynn Fitzgerald M.: Anestezjologia dla pielęgniarek, Medisfera, Warszawa 2012, wyd. 1.
12. Walewska E.: Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego, Wyd. PZWL, Warszawa 2010, wyd. 1.
13. Kostrzewa-Michalik A.: Obserwacja pacjenta na sali pooperacyjnej, Magazyn Pielęgniarki i Położnej, 2010, 4, 34-35.
14. Szewczyk M. T., Cierzniańska K., Stodolska A., Cwajda J., Górna V.: Proces pielęgnowania jako metoda pracy, Przewodnik Lekarza, 2008, 4, 84-91.