

# OPIEKA PIEŁĘGNIARSKA NAD PACJENTEM PO CHOLECYSTEKTOMII KLASYCZNEJ I LAPAROSKOPOWEJ

## Nursing staff over a patient after cholecystectomy



Roksana Długotęcka<sup>1</sup>, Elżbieta Kania<sup>1,2</sup>, Izabela Biegus<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instytut Kultury Fizycznej i Zdrowia, Akademia Nauk Stosowanych, Racibórz, Polska

<sup>2</sup>Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Polska

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2022; 16(3): 85–90

Praca wpłynęła: 11.07.2022, przyjęto: 10.09.2022

Adres do korespondencji:

**Elżbieta Kania**, Wydział Nauk o Zdrowiu, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Polska, e-mail: ejedrkwicz1@gmail.com

### Streszczenie

Celem niniejszego artykułu jest określenie zakresu opieki pielęgniarskiej nad pacjentami po cholecystektomii klasycznej i laparoskopowej. Cholecystektomia jest jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów chirurgii gastroenterologicznej zarówno w Polsce, jak i na świecie. To metoda leczenia w przypadku objawowej i przewlekłej, nie poddającej się leczeniu objawowemu kamicy pęcherzyka żółciowego. W procesie opieki okołoperacyjnej ważną rolę pełni pielęgniarka, której działania w znaczący sposób wpływają na efekt hospitalizacji pacjenta. Bardzo istotne jest wprowadzenie odpowiedniej, holistycznej opieki pielęgniarskiej, która jest gwarantem prawidłowej rekonwalescencji i zapewnienia możliwie jak najwyższego poziomu jakości życia pacjenta.

**Słowa kluczowe:** opieka pielęgniarska, cholecystektomia, kamica pęcherzyka żółciowego, chirurgia małoinwazyjna.

### Summary

The aim of this article is to define the scope of nursing care for patients after classic and laparoscopic cholecystectomy. Cholecystectomy is one of the most frequently performed gastroenterological surgery procedures both in Poland and throughout the world. It is a method of treatment for symptomatic and chronic, non-symptomatic cholelithiasis. Nurses play an important role in the process of perioperative care, and their actions significantly influence the effect of patients' hospitalization. It is very important to introduce appropriate, holistic nursing care, which is a kind of guarantee of proper convalescence, ensuring the best possible level of the patient's quality of life.

**Key words:** nursing care, cholecystectomy, cholelithiasis, minimally invasive surgery.

### Budowa anatomiczna pęcherzyka żółciowego

Pęcherzyk żółciowy (łac. *vesica fellea*) jest niewielkim narządem o gruszkowatym kształcie położonym wewnątrztrzewnowo w prawym górnym kwadrancie jamy brzusznej, pod prawym płatem wątroby [1–3]. Jego powierzchnia dzieli się na trzy główne części: głowę, szyję oraz trzon. Mieści 40–70 ml żółci. Narząd nie jest niezbędny do prawidłowego funkcjonowania ludzkiego organizmu [1, 4, 5].

Pełni on funkcję magazynującą, zagęszczającą oraz wydzielniczą. W procesie tym bierze udział także jeden z hormonów – cholecystokinina. Kolejną ważną funkcją pęcherzyka żółciowego jest utrzymanie na odpowiednim poziomie ciśnienia w drogach żółciowych [6, 7].

### Kamica pęcherzyka żółciowego

Kamica żółciowa to stan, w którym w pęcherzyku żółciowym lub drogach żółciowych tworzą się i gromadzą złoży. Przyczyną powstawania złoży jest zaburzenie powstałe na etapie rozpuszczania składników żółci. Nieprawidłowości związane ze składem ilościowym żółci powodują powstawanie kamieni żółciowych, których nie można usunąć fizjologicznie z narządu [5, 8–10].

Obecność złoży w pęcherzyku żółciowym może nie dawać żadnych objawów nawet przez kilka lat. Bezobjawowa choroba stanowi około 75% wszystkich przypadków kamicy żółciowej. Schorzenie zazwyczaj jest wykrywane przypadkowo – podczas badania USG czy RTG wykonywanych w przypadku diagnozowania innych dolegliwości [2, 8].

Pacjenci często uskarżają się na dolegliwości bólowe związane z wystąpieniem kolki wątrobowej, inaczej zwanej kolką żółciową. Jest to bardzo silny, szybko narastający ból zlokalizowany w okolicy prawego podżebrza [11, 12]. Może promieniować do prawej łopatki, a także do prawego barku. Ból często odczuwany jest także w dołku podsercowym, imitując dolegliwości kardiologiczne. Pojawia się nagle, zazwyczaj po spożyciu tłustego posiłku [13, 14]. Utrzymuje się od 30 minut do nawet kilku godzin. Objaw możemy zaobserwować u około 75% pacjentów z kamicą żółciową. Ból spowodowany jest brakiem odpływu żółci z pęcherzyka żółciowego [11]. Boleściom towarzyszą nudności, wymioty, niepokój oraz występowanie nadmiernej potliwości [12].

U pacjentów występuje także szereg niestandardowych ogólnoustrojowych objawów takich, jak niechęć spożywania ciężkich i tłustych potraw, podwyższona ciepłota ciała, przyspieszona akcja serca, zwiększenie częstości oddechów, wzdęcia brzucha, zaparcia, dyskomfort w nadbrzuszu czy zgaga. Zmiany pojawiają się również w wynikach laboratoryjnych. Obserwuje się podwyższone OB, CRP oraz leukocytozę [2, 5, 11].

Nieleczona kamica pęcherzyka żółciowego prowadzi do wystąpienia powikłań w postaci ostrego zapalenia pęcherzyka żółciowego. Wówczas konieczne jest przeprowadzenie operacji w trybie pilnym [15].

## Cholecystektomia

Cholecystektomia jest jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów chirurgicznych w obrębie jamy brzusznej [13]. Leczenie operacyjne polega na usunięciu pęcherzyka żółciowego. W tym celu wykonuje się klasyczne cięcie jamy brzusznej i usuwa pęcherzyk metodą otwartą. Można też wykorzystując chirurgię małoinwazyjną, laparoskopowo zrobić kilka niewielkich nacięć w obrębie jamy brzusznej. Za złoty standard usuwania pęcherzyka żółciowego uznaje się obecnie metodę laparoskopową, będącą bezpieczniejszą alternatywą metody klasycznej [8].

## Rys historyczny

Rozwój metod chirurgicznego usuwania narządów przyczynia się do podnoszenia bezpieczeństwa oraz zachowania walorów kosmetycznych podczas wykonywanych zabiegów. Niegdyś priorytetem było usuwanie narządu metodami klasycznymi (cięcie i wydobywanie narządu). Obecnie pacjentów zgłaszających się ze stanem zapalnym pęcherzyka usiłuje leczyć się objawowo, dopiero gdy to rozwiązanie nie daje rezultatów, kieruje się pacjenta na zabieg chirurgiczny i metodą laparoskopową poprzez wykonanie kilku nacięć od 0,5–1 cm usuwa się pęcherzyk żółciowy [8].

Pierwszy udany zabieg usunięcia pęcherzyka żółciowego przeprowadził ponad 300 lat temu, 15 lipca 1882 r., Carl August Langenbuch, wykorzystując metodę klasyczną. Zabieg małoinwazyjny, wykonany metodą laparoskopową, przeprowadzono dopiero w 1987 r, czyli dokładnie 35 lat temu.

Obecnie preferuje się metodę laparoskopową, rezerwując metodę klasyczną dla ciężkich i powikłanych przypadków [14, 16].

## Cholecystektomia klasyczna

Cholecystektomia klasyczna to zabieg chirurgiczny wykonywany w znieczuleniu ogólnym, który polega na otwarciu powłok jamy brzusznej w celu usunięcia pęcherzyka żółciowego. Pomimo rozwoju mniej inwazyjnych technik operacyjnych, metoda do dzisiaj jest stosowana w przypadku trudnych i niebezpiecznych dla pacjenta przebiegów choroby pęcherzyka żółciowego takich jak: ostre zapalenie pęcherzyka żółciowego, wodniak, ropniak, zapalenie otrzewnej w wyniku przedziurawienia pęcherzyka, zapalenie żółciowe otrzewnej bez perforacji czy rak pęcherzyka żółciowego [3, 8, 10].

Jamę brzuszną najczęściej otwiera się poprzez wykonanie ukośnego cięcia pod prawym łukiem żebrowym. Po otwarciu jamy brzusznej należy przeprowadzić ocenę śródoperacyjną dostępnych narządów jamy brzusznej. Jeżeli wskazania do usunięcia pęcherzyka żółciowego okażą się zasadne, przystępuje się do usunięcia narządu. Jeżeli kamica dotknęła wyłącznie pęcherzyk żółciowy, a podczas operacji nie doszło do powikłań, to po wykonanej cholecystektomii chirurg przystępuje do zamknięcia powłok brzusznych [3, 8, 11].

## Cholecystektomii laparoskopowa

Cholecystektomia przeprowadzana metodą laparoskopową jest obecnie najbezpieczniejszym sposobem leczenia kamicy pęcherzyka żółciowego [14].

Zabieg wykonuje się w znieczuleniu ogólnym. Operację rozpoczyna się od wytworzenia odmy otrzewnowej przy użyciu dwutlenku węgla. Dzięki wytworzeniu odmy zyskuje się lepszą widoczność organów wewnątrz jamy brzusznej. Wykonuje się niewielkie nacięcie w okolicy pępka i wprowadza się pierwszy trokar, a następnie aparat optyczny. Kolejnym krokiem jest założenie dwóch/trzech trokarów, wykorzystując wprowadzoną wcześniej kamerę. Poprzez pozostałe trokary wprowadza się narzędzia, które służą do manipulacji w jamie brzusznej oraz wycięcia pęcherzyka żółciowego [3, 15, 16]. Przebieg operacji obserwuje się na ekranie monitora [3].

Pęcherzyk żółciowy należy ująć grasperem o delikatnych końcach. Naciągnięcie jego ścian ułatwia identyfikację struktur anatomicznych ważnych z perspek-

tywy operacyjnej, tj. przewodu pęcherzykowego oraz tętnicy zaopatrującej pęcherzyk żółciowy w krew. Następnie preparuje się przewód pęcherzykowy i tętnicę pęcherzykową – obie struktury klipsuje się, a następnie przecina [4, 8, 13]. Pęcherzyk żółciowy wraz ze znajdującymi się w nim złogami usuwa się przez poszerzone cięcie w okolicy pępka po uprzednio wprowadzonym trokarze. Po kontroli hemostatycznej jamy brzusznej lokuje się w łoży operacyjnej dren Redona, którego celem jest ewakuowanie pozostałej w jamie brzusznej wydzieliny. Po wykluczeniu krwawienia i usunięciu trokarów cięcia zaszywa się [15, 17].

### Przewaga cholecystektomii laparoskopowej nad klasyczną

Cholecystektomia laparoskopowa to obecnie złoty standard leczenia kamicy pęcherzyka żółciowego [15, 17]. Zdecydowanie mniejsza inwazyjność chirurgiczna przyczynia się do zmniejszenia dolegliwości bólowych pojawiających się w okresie pooperacyjnym. Podwyższona jest jakość rekonwalescencji po zabiegu, przebiegającej z naczeniem szybciej i efektywniej niż w przypadku pacjentów po operacji metodą klasyczną. Zaletami tej metody jest również skrócenie czasu pobytu w szpitalu, szybszy powrót do aktywności fizycznej i zawodowej oraz względy kosmetyczne [4, 9].

Pomimo wielu korzyści, operacja tą metodą może okazać się złym rozwiązaniem, zwłaszcza dla pacjentów z licznymi zbliznowaczeniami i zrostami po wielu operacjach w obrębie jamy brzusznej. W takich sytuacjach może się okazać, że zarówno dostęp laparoskopowy do jamy otrzewnej, jak i możliwość wypreparowania pęcherzyka i dróg żółciowych będą znacznie trudniejsze i bardziej ryzykowne, a w rezultacie konieczna będzie konwersja, czyli zmiana metody operacyjnej z laparoskopowej na otwartą [3, 4, 9].

Ryzyko wystąpienia powikłań i trudności podczas operacji metodą laparoskopową jest jednak niewielkie. Całkowita liczba powikłań po cholecystektomii laparoskopowej wynosi niespełna 2,1–5,1%, natomiast w przypadku cholecystektomii klasycznej liczba powikłań zasadniczo wzrasta do blisko 21% [14].

### Przygotowanie do zabiegu

Odpowiednie przygotowanie pacjenta do zabiegu chirurgicznego znacznie zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań w trakcie okresu okołoperacyjnego. Przygotowanie do cholecystektomii metodą klasyczną, jak i laparoskopową jest bardzo podobne [15].

Hospitalizowany pacjent znajduje się w zupełnie nowej dla siebie sytuacji, przez co towarzyszą mu silne emocje, takie jak lęk, stres czy obawa o własne

życie. Personel sprawujący opiekę nad pacjentem musi cechować empatia oraz umiejętność holistycznego podejścia do pacjenta. Jednym z głównych zadań zespołu interdyscyplinarnego na oddziale chirurgicznym jest przygotowanie pacjenta do zabiegu, które można podzielić na przygotowanie psychiczne i fizyczne. Oba rodzaje przygotowania są bardzo ważne, ponieważ wpływają na końcowy efekt leczenia [13, 14].

Przygotowanie psychiczne polega na rozmowie, podczas której wyjaśnia się pacjentowi wszelkie nurtujące go kwestie związane z przygotowaniem do zabiegu, przebiegiem operacji, a także zakresem opieki pooperacyjnej i metod rehabilitacji. Wdraża się działania edukacyjne dotyczące panowania nad stresem, redukcji lęku czy metod radzenia sobie w sytuacji kryzysowej, jaką niewątpliwie dla organizmu jest operacja. Nad odpowiednim przygotowaniem czuwa cały zespół interdyscyplinarny. Dbłość o właściwe przygotowanie psychiczne pacjenta sprawia, że jest on bardziej świadomy tego, co go czeka, a zespół interdyscyplinarny może być spokojniejszy, ponieważ pacjent posiada odpowiedni poziom wiedzy na temat swojego stanu zdrowia, a także czynności, które będą wykonywane [8, 14]. Badania przeprowadzone przez Cybuską i wsp. dotyczące oceny poziomu wiedzy pacjentów w zakresie postępowania okołoperacyjnego wykazały wystarczający poziom wiedzy pacjentów przekazanej przez zespół interdyscyplinarny. Respondenci podkreślali szczególnie rolę pielęgniarki. Analizując wyniki, można wnioskować, że zaspokojenie potrzeb edukacyjnych pacjentów w okresie okołoperacyjnym warunkuje odpowiednie przygotowanie do samoopieki i samopielęgnacji [16].

Równie ważnym zadaniem jest przygotowanie fizyczne pacjenta. W tym zakresie pielęgniarka musi dopilnować dokładnego wykonania badań fizykalnych. W przypadku zapalenia pęcherzyka żółciowego organizm może manifestować dodatnie objawy Marphy'ego, Chełmońskiego czy Blumberga. Wykluczenie zmian patologicznych, podejrzanych zmian skórnych i występowania nietypowych objawów zasadniczo zmniejsza ryzyko wystąpienia powikłań okołoperacyjnych. Następnym krokiem jest wyeliminowanie możliwych odstępstw w badaniach laboratoryjnych. Pacjentowi pobiera się krew w kierunku określenia podstawowych parametrów krwi oraz oznaczenia grupy krwi, na wypadek gdyby planowana interwencja chirurgiczna spowodowała konieczność uzupełnienia łożyska naczyniowego preparatami krwiopochodnymi. Białko C-reaktywne, bilirubina, ALP, GGTP, AST czy ALT w przypadku kamicy pęcherzyka żółciowego lub stanu zapalnego toczącego narząd są podwyższone [8, 14].

Pielęgniarka zabezpiecza wklucie do żyły obwodowej, dbając o drożność i zmniejszając ryzyko wprowadzenia infekcji. Dokonuje pomiaru podstawowych para-

metrów życiowych, nadzorując możliwe odstępstwa od normy, które zwiększyłyby ryzyko wystąpienia powikłań śród- i pooperacyjnych. Schorzeniami, na które w sposób szczególnie należy zwrócić uwagę są: nadciśnienie tętnicze krwi, cukrzyca, choroby tarczycy, choroby dróg oddechowych, choroby układu krzepnięcia czy choroby nowotworowe [11, 13, 16].

W przypadku problemów diagnostycznych przed zaplanowanym zabiegiem często wykonuje się USG jamy brzusznej, pozwalające stwierdzić obecność, rozmiar i ilość złogów występujących w pęcherzyku żółciowym. Ponadto badanie to pokazuje grubość i zmianę obrysu narządu, jak i szerokość dróg żółciowych. Z powodu dużej skuteczności wahającej się na poziomie 90% oraz małej inwazyjności jest to najczęściej stosowana metoda diagnostyczna [15, 17].

Kolejną metodą diagnostyczną jest badanie RTG jamy brzusznej uwidaczniające zwapnione złogi w narządzie. Skuteczność badania jest jednak niewielka i wynosi około 10%. Badanie nie jest standardowo wykonywane w przypadku diagnozowania kamicy. Wskazaniem do jego wykonania jest podejrzenie perforacji przewodu pokarmowego [12, 18].

Dodatkowymi alternatywnymi metodami diagnostycznymi są rezonans magnetyczny czy tomografia komputerowa. Z powodu wysokich kosztów badania wykonywane są w przypadku trudności diagnostycznych czy uniemożliwienia precyzyjnego określenia lokalizacji złogów przy zastosowaniu USG czy RTG jamy brzusznej [2, 5].

W przeddzień zabiegu odbywają się niezbędne konsultacje specjalistyczne. W przypadku pacjenta bez obciążeń chorobami współistniejącymi lekarz anestezjolog kwalifikuje chorego do zabiegu chirurgicznego, zlecając podaż płynów, premedykację oraz zaopatrując pacjenta w antybiotykoterapię okołoperacyjną spełniającą zadanie profilaktyki wystąpienia zakażeń śródoperacyjnych [15, 17].

Pacjent zostaje poinformowany o konieczności pozostania na czczo do dnia zabiegu. Najnowsze doniesienia dietetyczne nie zalecają długoczasowego głodzenia pacjenta, sugerując absencję pokarmową na 6–12 godzin przed zabiegiem. Długotrwałe głodzenie pacjenta mogłoby spowodować zaburzenia na poziomie gospodarki mikro- i makroelementów, co mogłoby mieć negatywne skutki i zakłócić proces rekonwalescencji. Długotrwały reżim dietetyczny mógłby też spowodować rozchwianie żywieniowe u pacjentów z chorobami współistniejącymi [13, 15, 18].

W przeddzień operacji wdrożone zostają także działania edukacyjne z zakresu ćwiczeń oddechowych, które pacjent wykonuje jeszcze przed zabiegiem, by zwiększyć powierzchnię oddechową [2, 12]. Istotna z punktu widzenia występowania powikłań okołoperacyjnych jest również profilaktyka przeciwzakrzepowa. Po skontrolowaniu parametrów układu krzepnięcia dostosowu-

je się podaż leków przeciwzakrzepowych oraz nakłania pacjenta do niezbędnej aktywności fizycznej i wdraża działania związane z kompresjoterapią, włączając dopasowanie pończochy o odpowiednim ucisku [11, 12].

Bardzo istotne jest przygotowanie pola operacyjnego. Pacjent otrzymuje od personelu instruktaz dotyczący wykonania przed zabiegiem dokładnej toalety ze szczególnym uwzględnieniem pępka specjalną jednorazową gąbką nasączoną substancją myjącą i dezynfekującą. Po zakończeniu mycia ciała pacjent przebiega się w jednorazową bieliznę operacyjną. Na godzinę przed zabiegiem pielęgniarka za pomocą strzygarki usuwa owłosienie z potencjalnego pola operacyjnego [10, 12].

Bezpośrednio przed zabiegiem należy poinformować pacjenta o konieczności zdjęcia ozdób (kolczyków, bransoletek, naszyjników, pierścionków), protez (zębowych, kończynowych, ocznych) oraz szkieł kontaktowych. Prosi się także o zdjęcie aparatu słuchowego. W tym momencie niezbędne z perspektywy ochrony przed powikłaniami staje się zebranie kompletnego wywiadu z pacjentem i informacji związanych m.in. z obecnością na przykład rozrusznika serca. Na godzinę przed zabiegiem podaje się pacjentowi zgodnie ze zleceniem lekarza premedykację, mającą na celu obniżenie poziomu lęku, spowodowanie amnezji wstecznej oraz zmniejszenie ilości produkowanego soku żółtkowego. Następnie transportuje się pacjenta na blok operacyjny [10, 14].

## Powikłania

Zabieg chirurgiczny to znaczne obciążenie dla organizmu. Nawet przy wykonywaniu małoinwazyjnej procedury ryzyko wystąpienia powikłań jest duże. Powikłania pooperacyjne związane z resekcją pęcherzyka żółciowego możemy podzielić na ogólne – niecharakterystyczne, związane z reakcją zapalną toczącą się w organizmie oraz reakcją pacjenta na zastosowane znieczulenie, jak również miejscowe, związane bezpośrednio z lokalizacją pęcherzyka [5, 8, 11].

Do wczesnych powikłań ogólnoustrojowych występujących do 24 godzin po zabiegu chirurgicznym należą objawy dyspeptyczne, takie jak nudności, wymioty, wzdęcia czy dotkliwy ból brzucha. Często pojawia się również zatrzymanie moczu. Pacjenci w pierwszych godzinach po wybudzeniu ze znieczulenia skarżą się także na dotkliwą bolesność rany operacyjnej. W przypadku wczesnych powikłań zespół interdyscyplinarny monitoruje i obserwuje pacjenta pod kątem ryzyka pojawienia się wzmożonego krwawienia pooperacyjnego, które może zagrażać zdrowiu i życiu pacjenta [8, 9]. Po 24 godzinach od operacji mogą wystąpić objawy ogólnoustrojowe późne: choroba zakrzepowo-zatorowa, problemy z oddychaniem, a także zakażenie rany pooperacyjnej, włącznie z ryzykiem

rozejścia się brzegów rany pooperacyjnej. Do najpoważniejszych powikłań ogólnoustrojowych zaliczyć można narastającą niewydolność krążeniowo-oddechową, rozwijającą się niewydolność nerek czy nawet zgon pacjenta [13, 14].

W przypadku miejscowych powikłań często obserwuje się krwawienia z łoża pooperacyjnej, spowodowane nieodpowiednim zaopatrzeniem ważnych struktur anatomicznych, takich jak tętnica pęcherzykowa czy drogi żółciowe. Nierzadko obserwowane są także powikłania o szerszym zakresie – perforacja żołądka, dwunastnicy czy jelita cienkiego [15, 18].

## Opieka nad pacjentem po zabiegu cholecystektomii

Po zabiegu chirurgicznym głównym zadaniem personelu medycznego jest zapewnienie kompleksowej opieki. Metoda zabiegu nie wpływa na jakość i zakres sprawowanej opieki. Planowanie niezbędnych czynności medycznych dostosowane jest do indywidualnych potrzeb każdego pacjenta zależnie od jego stanu ogólnego [10, 17].

Najbardziej znaczące w obserwacji pacjenta w kierunku wystąpienia powikłań są:

- stan ogólny pacjenta:
  - kontrola stanu świadomości,
  - obserwacja pod kątem wystąpienia powikłań związanych z zastosowanym znieczuleniem ogólnym,
  - monitorowanie podstawowych parametrów życiowych takich jak: ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturacja, liczba oddechów, ciepłota ciała,
  - ocena zabarwienia skóry i błony śluzowej jamy ustnej,
  - ocena stanu psychicznego,
  - ocena pod kątem wystąpienia nudności i wymiotów [7, 10, 15];
- poziom odczuwanego bólu:
  - korzystanie ze specjalistycznej skali VAS lub NRS w celu oceny poziomu bólu,
  - rozmowa z pacjentem na temat lokalizacji odczuwanego bólu, jego charakteru i stopnia nasilenia,
  - pomoc w przybraniu dogodnej pozycji ciała, która zniweluje dolegliwości bólowe,
  - podawanie leków przeciwbólowych i płynów infuzyjnych zgodnie z zaleceniem lekarskim,
  - dalsza obserwacja i ponowna ocena stopnia natężenia odczuwanego bólu [10, 15, 17];
- rana pooperacyjna:
  - ocena wyglądu rany pooperacyjnej,
  - obserwacja jakości i ilości drenowanej wydzieliny,
  - toaleta rany pooperacyjnej,
  - poinformowanie lekarza w przypadku wystąpienia niepokojących objawów (krew, wydzielina ropna, zaczerwienienie wokół rany) [14],
  - antybiotykoterapia i podanie płynów infuzyjnych zgodnie ze zleceniem lekarskim,
  - zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej,

- zapobieganie zakrzepicy oraz zapaleniu płuc poprzez zastosowanie odpowiednich działań pielęgniarzkich: uruchamianie, stosowanie ćwiczeń oddechowych i przeciwzakrzepowych,
- dokumentowanie wykonanych zleceń lekarskich oraz parametrów życiowych chorego,
- poinformowanie lekarza o zmianie stanu zdrowia pacjenta [10, 15, 17].

Po zabezpieczeniu pacjenta w pierwszej dobie po zabiegu ryzyko wystąpienia powikłań znacznie się zmniejsza. Kontrola i opieka nad pacjentem nadal powinna być jednak intensywna [11]. Do zadań personelu pielęgniarzkiego należy:

- ocena ryzyka zakażenia rany pooperacyjnej:
  - systematycznie oceniać wygląd rany pooperacyjnej,
  - utrzymać w czystości i odpowiedniej wilgotności opatrunków,
  - obserwacja jakości i ilości drenowanej wydzieliny,
  - monitorowanie wystąpienia niepokojących objawów,
  - oceniać stopień natężenia bólu i dokonywać interwencji związane z jego występowaniem,
  - podawać środki przeciwbólowe przed zmianą opatrunku rany pooperacyjnej [10, 15, 16, 17];
- kontrola zdolności do samoopieki i poruszania się:
  - rozpoznanie deficytów z zakresu samoopieki poprzez przeprowadzenie rozmowy z pacjentem i wnikliwej obserwacji jego stanu,
  - pomoc w wykonywaniu czynności, sprawiających trudność,
  - motywowanie do wykonywania czynności samodzielnie,
  - pomoc w zapewnieniu czystości otoczenia bliższego i dalszego pacjenta,
  - przeprowadzenie rozmowy w celu poznania poziomu wiedzy pacjenta na temat konieczności zmiany stylu życia oraz zachowania odpowiednich zaleceń dietetycznych,
  - edukacja na temat ograniczenia wykonywania wzmożonej aktywności fizycznej do momentu zagojenia się ran pooperacyjnych,
  - poinformowanie o konieczności zgłaszania się na wizyty kontrolne [7, 10, 15, 17].

## Porównanie wyników leczenia

Z analizy piśmiennictwa wynika, że zalecane jest korzystanie z metody laparoskopowej w chirurgicznym leczeniu kamicy pęcherzyka żółciowego. Średnia długość hospitalizacji pacjenta po operacji przeprowadzonej metodą klasyczną wynosi 7 dni, natomiast pacjent operowany laparoskopowo jest hospitalizowany 2 dni. Uzyskany wynik pociąga za sobą inne korzyści na rzecz chirurgii małoinwazyjnej. Krótsza hospitalizacja przyczynia się do krótszej rekonwalescencji, szybszego powrotu do aktywności fizycznej czy pracy

zawodowej, co znacznie podwyższa poziom jakości życia pacjenta [9, 10]. Związane jest to między innymi z mniejszą powierzchnią rany jamy brzusznej poddanej zabiegowi chirurgicznemu. Średnie cięcie chirurgiczne w przypadku zabiegu wykonanego metodą klasyczną wynosi około 15–20 cm, natomiast w przypadku metody laparoskopowej powierzchnia zmniejsza się do 3–4 jednocentymetrowych otworów. To przyczynia się do mniejszego bólu pooperacyjnego. Ból po operacji metodą laparoskopową plasuje się na poziomie 3 pkt w skali NRS, natomiast w przypadku klasycznego zabiegu poziom odczuwanego bólu pacjenta podnosi się do 6 pkt w skali NRS [10, 11, 13].

Na podstawie dostępnej literatury autorzy podają, że po operacji klasycznej czas gojenia się rany jest dłuższy. Rany wytworzone w trakcie zabiegu metodą małoinwazyjną goiły się szybciej, a odsetek ran zakażonych drobnoustrojami był niższy. Zabiegi małoinwazyjne dają także dużo lepsze rezultaty kosmetyczne, ponieważ nie naruszają dotkliwie tkanek ciała pacjenta [11, 12, 18].

## Wnioski

Pielęgnacja po zabiegu wykonanym metodą klasyczną i laparoskopową jest podobna. Opieka musi być holistyczna i zindywidualizowana, dostosowana do poziomu dysfunkcji pacjenta. Pacjenci operowani metodą klasyczną, jak i laparoskopową wymagają wnikliwej obserwacji w pierwszych godzinach po operacji. Monitorowanie i obserwowanie pacjenta pod kątem pojawienia się możliwych powikłań pooperacyjnych to jeden z podstawowych elementów sprawowanej opieki pielęgniarskiej. Pielęgniarka (ważny członek zespołu interdyscyplinarnego) dba, by pomóc pacjentowi wrócić do sprawności. Podkreśla się zalety chirurgii małoinwazyjnej. Pacjent po zabiegu metodą laparoskopową znacznie krócej zależny jest od osób trzecich. Już w pierwszej dobie po zabiegu jest zdolny do samoopieki i samopielęgnacji. Pozytywne aspekty zabiegu dotyczą każdego etapu sprawowanej opieki. Uznanie chirurgii małoinwazyjnej za złoty standard leczenia kamicy pęcherzyka żółciowego znacznie podwyższył standard opieki nad pacjentami [12, 14, 17].

*Autorki deklarują brak konfliktu interesów.*

## Piśmiennictwo

- Bauschke A, Altendorf-Hofmann A, Malessa C, Rohland O, Settmaier U. Influence of bile duct anatomy on biliary complications in hepatic right lobe living donors. *Chirurg* 2018; 89: 222-228.
- Bochenek A, Reicher M. Anatomia człowieka. Tom II. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2014, 297-306.
- Wang L, Hou H. The supraduodenal pedicle can be a useful landmark of the common bile duct in laparoscopic cholecystectomy. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne* 2021;16: 620-621.
- Pontarelli E, Grinberg G, Isaacs R, Morris J, Ajayi O, Yenumula P. Regional cost analysis for laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2019; 33: 2339-2344.
- Kozicki I, Durowicz S, Tarnowski W. Czynniki sprzyjające jatrogennym urazom dróg żółciowych podczas cholecystektomii laparoskopowej i sposoby w ich zapobieganiu. *Post Nauk Med.* 2011; 24: 42-48.
- Gajewski P, Szczeklik A. Interna Szczeklika 2017. Medycyna Praktyczna, Kraków 2017, 1103-1108.
- Noszczyk W. Chirurgia. Repetytorium. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2009, 347.
- Dykas M, Wieczorek-Wójcik B, Bugalska A. Cholecystektomia z dostępu przez pochwę i pępek – próba oceny problemów pielęgnacyjnych. *Pielęg Chir Angiol* 2011; 5: 155-158.
- Fibak J. Chirurgia. Repetytorium. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2019, s. 350-360.
- Walewska E. Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2022, 188-430.
- Śmigiełski J, Wojtyśiak J, Ziemiński P. Leczenie kamicy dróg żółciowych – doświadczenia własne. *Pol Merkuriusz Lek* 2007, 406-409.
- Strasberg S. A three-step conceptual roadmap for avoiding bile duct injury in laparoscopic cholecystectomy: an invited perspective review. *J Hepatobiliary Pancreat Sci* 2019; 26: 123-127.
- Pietruszewska A, Moczyłowska A, Gomuła A. Wiedza pielęgniarek na temat powikłań pooperacyjnych po cholecystektomii. *Zesz Nauk WSA Łomża* 2017, 65, 135-142.
- Niechwiadomicz-Czapka T. Rola i zadania pielęgniarki w zakresie przygotowania psychicznego pacjenta do operacji. *Puls Uczelni* 2014; 8: 36-44.
- Sanford D. An update on technical aspects of cholecystectomy. *Surg Clin North Am* 2019; 99: 245.
- Cebulska V, Koźlak V, Kaźmierska M. Ocena poziomu wiedzy pacjentów z kamicy pęcherzyka żółciowego w zakresie postępowania okołoperacyjnego. *Pielęg Chir Angiol* 2021; 15: 31-38.
- Gupta A, Gupta A, Gupta S, Chauhan U, Singh A. Guzek w ścianie jamy brzusznej w bliźnie po cholecystektomii. *Pol J Surg* 2019; 91: 16-19.
- Xu Y, Wang H, Yang M. Preoperative nursing visit reduces preoperative anxiety and postoperative complications in patients with laparoscopic cholecystectomy: a randomized clinical trial protocol. *Medicine (Baltimore)* 2020; 99: e22314.