

zaburzenia potencji, zaburzenia psychiczne, zwiększone ryzyko wypadków komunikacyjnych).

- Zachęcenie pacjenta do samoobserwacji i samokontroli objawów.
- Włączenie członków rodziny pacjenta do obserwacji występowania objawów (częstotliwość oddechu, przerwy w oddychaniu podczas snu powyżej 10 sekund, głośne chrapanie).
- Zachęcanie do kontaktu z pulmonologiem w sytuacji zaistnienia objawów bezdechu.
- Zachęcanie do podjęcia regularnej aktywności fizycznej dostosowanej do możliwości pacjenta.
- Dbłość o higienę snu, zalecenie spania w pozycji bocznej.
- Zaprzestanie palenia tytoniu i spożywania alkoholu, szczególnie w godzinach wieczornych.
- Pomoc w zaakceptowaniu aparatu CPAP (*continuous positive airway pressure* – stałe dodatnie ciśnienie w drogach oddechowych) jako metody leczenia obturacyjnego bezdechu sennego, poprzez udzielenie wsparcia informacyjnego (edukacja w zakresie obsługi i zasad stosowania aparatu).
- Kontrola przestrzegania zasad użytkowania aparatu CPAP.

Oczekiwane wyniki: niepożądane następstwa bezdechu sennego nie wystąpiły, pacjent ma wiedzę na temat zagrożeń oraz profilaktyki i łagodzenia występujących objawów, prawidłowo używa aparatu CPAP.

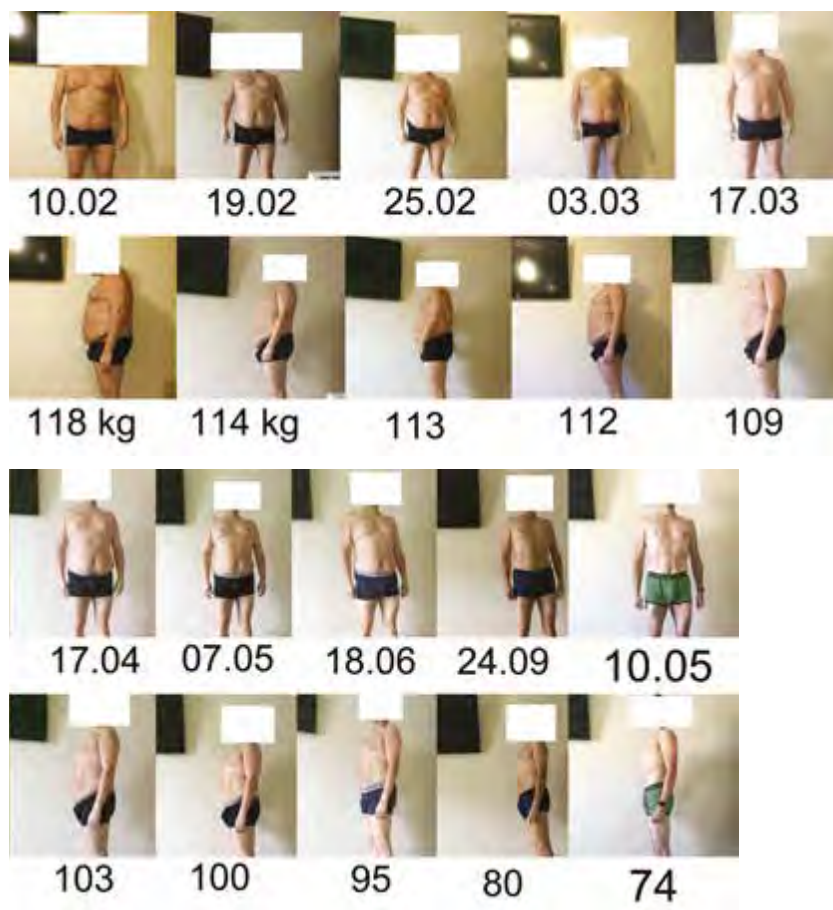
28.7. SYTUACJA ZDROWOTNA PACJENTA PO ZABIEGU LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA Z POWODU OTYŁOŚCI OLBRZYMEJ

W przypadku laparoskopowej rękawowej resekcji efekt zabiegu wynika z wycięcia dna żołądka oraz większej części trzonu i pozostawieniu małego zbiornika pokarmowego ograniczającego ilość przyjmowanego pokarmu. Zabieg wykonywany jest w znieczuleniu ogólnym. Rany operacyjne zlokalizowane są w nadbrzuszu, zabezpieczone jałowymi opatrunkami. Pacjent ma założony dostęp naczyniowy do żyły obwodowej. Zgodnie z protokołem ERAS chory zostaje uruchomiony do 2 godzin po przywiezieniu z sali wybudzeniowej na oddział. W tym czasie rozpoczyna się próba doustnego przyjmowania

wody. Ze względu na zmniejszenie pojemności żołądka chory może odczuwać ból po spożyciu zbyt dużej ilości płynu w krótkim czasie.

W związku z rodzajem zabiegu operacyjnego, u pacjenta mogą wystąpić nudności i wymioty. Specyficznymi problemami i zagrożeniami po przebyciu zabiegu bariatrycznym są niewydolność nerek spowodowana rabdomiolizą mięśniową oraz ryzyko wystąpienia nieszczelności lub rozejście się zespolenia.

Rozważne i dokładne przygotowanie pacjenta do zabiegu oraz wnikliwa obserwacja po nim powodują, że powikłania te rozwijają się rzadko lub pierwsze objawy zostają zauważone bardzo szybko, a okres pooperacyjny przebiega bez komplikacji oraz przynosi oczekiwane efekty (ryc. 28.1).



Rycina 28.1. Utrata masy ciała u pacjenta po zabiegu bariatrycznym.

28.8. DIAGNOZY PIELĘGNIARSKIE PO ZABIEGU LAPAROSKOPOWEJ RĘKAWOWEJ RESEKCJI ŻOŁĄDKA Z POWODU OTYŁOŚCI OLBRZYMIEJ

Postępowanie z pacjentem w dobie zabiegu operacyjnego oraz diagnozy pielęgniarskie i interwencje, zamieszczone zostały w rozdziałach 11 i 12.

Diagnozy pielęgniarskie charakterystyczne dla pacjenta po operacji laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka przedstawiono poniżej.

DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA I

Nudności i wymioty wynikające ze zmian anatomii przewodu pokarmowego w zależności od rodzaju wykonanego zabiegu bariatrycznego.

Cel opieki: zapobieganie oraz złagodzenie wystąpienia nudności i wymiotów.

Interwencje pielęgniarskie:

- W dobie zabiegu zalecenie spożywania wody niegazowanej powoli, często, małymi łykami.
- Mobilizowanie pacjenta do wczesnego uruchomienia się i spacerowania.
- Po wykonaniu próby szczelności – w 1. dobie po zabiegu operacyjnym – rozszerzenie diety (jogurt naturalny, wysokobiałkowe doustne suplementy pokarmowe typu ONS – *oral nutritional supplements*, wodniste zupy niezawierające elementów stałych).
- Motywowanie pacjenta do ciągłego przyjmowania płynów drogą doustną (dobowe spożycie wody oraz produktów płynnych uzależnione jest od tolerancji pacjenta, powinno wynosić minimum 1000 ml w 1. dobie po zabiegu bariatrycznym).

Oczekiwane wyniki: nudności i wymioty nie występują, pacjent stosuje się do zaleceń dotyczących prawidłowej techniki spożywania wody oraz pokarmów o płynnej konsystencji.

DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA II

Ryzyko wystąpienia powikłań pooperacyjnych (zakażenie miejsca operowanego, zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej, niewydolność krążeniowo-oddechowa, zatorowość płucna).

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka poprzez wczesne wykrycie niepokojących objawów.

Interwencje pielęgniarские:

- Kontrola parametrów życiowych: ciśnienia tętniczego krwi, tętna, saturacji, oddechu, temperatury ciała.
- Obserwacja rany pod kątem objawów stanu zapalnego (zaczerwienienie, ból, obrzęk, ucieplenie, ewentualnie wysięk).
- Kontrola opatrunków na ranach pooperacyjnych, w razie konieczności zmiana opatrunków.
- Zastosowanie zasad aseptyki i antyseptyki podczas zmiany opatrunków.
- Kontrola stanu nawodnienia i prowadzenie bilansu płynów.
- Udział w procesie diagnostycznym poprzez pobranie krwi do badań laboratoryjnych (stężenie elektrolitów).
- Interpretacja wyników badań laboratoryjnych, w razie konieczności podanie płynów i elektrolitów drogą dożylną zgodnie z kartą zleceń lekarskich.
- Udział w profilaktyce choroby zakrzepowo-zatorowej poprzez kompresjoterapię, wczesne uruchomienie pacjenta, podanie leków przeciwzakrzepowych zgodnie z indywidualną kartą zleceń lekarskich.

Oczekiwane wyniki: wczesne powikłania pooperacyjne nie wystąpiły. Ciśnienie tętnicze krwi, tętno, saturacja, oddech, temperatura ciała w granicach normy, pacjent ma wiedzę na temat niepokojących objawów.

DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA III

Ryzyko wystąpienia ostrej niewydolności nerek spowodowanej rabdomiolizą wynikającą z mechanicznego uszkodzenia mięśni szkieletowych powstałego w wyniku długotrwałego pozostawania w pozycji leżącej w czasie zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym.

Cel opieki: zmniejszenie ryzyka, wczesne wykrycie niepokojących objawów.

Interwencje pielęgniarские:

- Pomoc w ułożeniu pacjenta na stole operacyjnym w pozycji odwróconej Trendelenburga (tzw. *beach chair position*), zastosowaniu materacy próżniowych i podkładek odciążających na stole operacyjnym.
- Obserwacja po zabiegu w kierunku niepokojących objawów (ból mięśni, obrzęk, podbiegnięcia krwawe, ogólne osłabienie).
- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych: ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu, saturacji, temperatury ciała.

- Udział w procesie diagnostycznym poprzez pobranie krwi do badań laboratoryjnych (kinaza kreatynowa, mioglobina, elektrolity, kwas moczowy, mocznik, kreatynina).
- Dbłość o właściwe nawodnienie poprzez zachęcanie do spożywania płynów doustnie (w dniu zabiegu pacjent przyjmuje wodę w ilości uzależnionej od tolerancji oraz występujących dolegliwości, w 1. dniu po zabiegu objętość płynów przyjętych doustnie nie powinna być mniejsza niż 1000 ml) oraz podaż płynów dożylnych zgodnie ze zleceniem lekarskim.
- Prowadzenie bilansu płynów oraz obserwacja ilości i właściwości makroskopowych moczu (objawy niepokojące: zmniejszenie ilości wydalanego moczu, anuria, różowawe i brązowe zabarwienie moczu).
- Udział w farmakoterapii (podanie diuretyków zgodnie z kartą zleceń lekarskich).

Oczekiwane wyniki: objawy ostrej niewydolności nerek nie wystąpiły, parametry życiowe oraz wyniki badań laboratoryjnych w normie. Pacjent ma wiedzę na temat niepokojących objawów.

DIAGNOZA PIEŁĘGNIARSKA IV

Ryzyko wystąpienia nieszczelności lub rozejście się zespolenia.

Cel opieki: wczesne wykrycie niepokojących objawów.

Interwencje pielęgniarskie:

- Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych: ciśnienia tętniczego krwi, tętna, oddechu, saturacji, temperatury ciała.
- Obserwacja w kierunku objawów wskazujących na nieszczelność, takich jak: ból brzucha, niepokój pacjenta, objawy zapalenia otrzewnej.
- Udział w wykonaniu próby szczelności zespolenia polegającej na podaniu kontrastu, na przykład około 30 ml gastrografiny oraz wykonaniu RTG jamy brzusznej w 1. dobie po zabiegu operacyjnym.
- Przygotowanie pacjenta do reoperacji w przypadku pojawienia się objawów nieszczelności.
- Udział w badaniach diagnostycznych (USG, TK).

Oczekiwane wyniki: parametry życiowe w granicach normy, brak objawów świadczących o nieszczelności i rozejściu się zespolenia.

DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA V

Ryzyko wystąpienia zaburzeń rytmu wypróżnień (zaparcia, wzdęcia) związanych ze zmianą funkcjonowania przewodu pokarmowego do 6. tygodnia po przebytych zabiegu laparoskopowej rękawowej resekcji żołądka.

Cel opieki: zapobieganie występowaniu dolegliwości, łagodzenie objawów.

Interwencje pielęgniarskie:

- Edukacja w zakresie prawidłowego rozszerzania diety zawierającej dania i produkty bogate w błonnik pokarmowy dostosowane do kolejnych etapów pooperacyjnych (np. rzadkie zupy-krem z jarzyn oraz fermentowane naturalne napoje mleczne w 1. tygodniu po operacji; przeciery z warzyw oraz owsianka w 2. tygodniu po operacji; produkty z pełnego ziarna oraz surowe warzywa i owoce na etapie rozszerzania diety stałej).
- Poinformowanie o możliwości występowania zaparć i wzdęć w przypadku zbyt długiego stosowania diety płynnej i łatwostrawnej.
- Edukacja w zakresie konieczności spożywania odpowiedniej ilości czystej wody, ewentualnie lekkich herbat ziołowych.
- Edukacja w zakresie konieczności spożywania regularnych posiłków, pozwalających na zachowanie stałego rytmu wypróżnień.
- Poinformowanie o możliwości ułatwienia wypróżnień poprzez zastosowanie właściwej pozycji podczas defekacji (nogi zgięte, lekko podkuczone w stronę brzucha, dodatkowo umieszczone na niskiej podpórce).
- Edukacja w zakresie konieczności podejmowania regularnej aktywności fizycznej będącej czynnikiem pozwalającym na zachowanie prawidłowej perystaltyki jelit.

Oczekiwane wyniki: rytm wypróżnień prawidłowy, pacjent ma wiedzę na temat sposobów radzenia sobie z dolegliwościami.

DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA VI

Ryzyko pojawienia się niedoborów pokarmowych wynikających ze zmiany fizjologii przewodu pokarmowego związanej z wykonaną procedurą chirurgiczną.

Cel opieki: zapobieganie wystąpieniu niedoborów.

Interwencje pielęgniarskie:

- Edukacja w zakresie możliwości powstawania niedoborów pokarmowych w zależności od zastosowanej procedury chirurgicznej (np. *gastric bypass*,