

NEGA OTROK PO OPERACIJAH NA SEČILIH

Tatjana Kranjec

UDK/UDC 616.63-089-168.1-053.2

NURSING CARE OF CHILDREN FOLLOWING URINARY TRACT SURGERY

DESKRIPTORJI: sečila-kirurgija, pooperativna oskrba, otrok nega

DESCRIPTORS: urinary tract-surgery, post-operative care, pediatric nursing

IZVLEČEK – V sestavku avtorica opisuje značilnosti nege otrok po operacijah na sečilih. Nega je specifična, prilagojena otroku, ki še ne more niti sodelovati niti izražati svojih potreb. Medicinska sestra skrbi za normalen pooperativni potek zdravljenja in pozorno spremlja nastanek morebitnih zapletov.

ABSTRACT – In the article, the specific characteristics of the nursing care of children, following urinary tract surgery, are described. Nursing care is specific, geared to the needs of a child who can neither cooperate nor express his needs. The nurse provides for a normal postoperative treatment process and carefully monitors eventual complications.

Uvod

Nega je po definiciji Virginije Henderson dejavnost, katere namen je pomagati ohraniti zdravje, povrniti zdravje ali pa vsaj olajšati umiranje. Potrebna je tako pri bolnih kakor tudi pri zdravih, kadar za tako aktivnost nimajo dovolj moči, volje ali znanja. Zadnji del definicije je posebej pomemben za naše male varovance. Razumljivo je, da potrebuje otrok v začetku svojega življenja kljub popolnemu zdravju zelo intenzivno nego. Med boleznijo pa so potrebe po zdravstveni negi še toliko večje.

Na Pediatričnem oddelku kirurških strok za bolnika skrbijo pediater, kirurg in medicinska sestra. Slednja opravlja vlogo negovalke in tudi vzgojiteljice otrok in staršev. Njeno delo je toliko težje, ker otrok pogosto ne more niti primerno sodelovati niti povedati svojih potreb. Zato je zdravljenje pediatričnega varovanca zahtevnejše kakor zdravljenje odraslega.

Bolniška struktura

V letu 1989 je bilo na Pediatričnem oddelku kirurških strok sprejetih 2911 kirurških bolnikov. Njihova struktura je razvidna iz tabele 1. Največ je bilo abdominalnih bolnikov (1029). Veliko je bilo tudi uroloških (799) in travmatoloških bolnikov (683). Ostalih kirurških sprejemov je bilo precej manj.

Izmed 799 uroloških bolnikov je bilo operiranih 654, 145 otrok pa je bilo le opazovanih. Bolezenska struktura uroloških bolnikov je bila pestra (Tabela 2). Največ otrok je bilo sprejetih zaradi retence testisov (233). Zaradi vezikoureteralnetga refluksa jih je bilo sprejetih 80, zaradi hidrokele 70, zaradi hipospadije 67 in zaradi ingvinalne hernije 63. Druge bolezni so bile redkejšje.

Tabela 1. Sprejemi v pediatrični oddelek kirurških strok. Vsi sprejemi v letu 1989.

Stroka	Število	Delež
Gastrokirurgija	1029	35%
Urologija	799	27%
Nezgoda	683	24%
Nevrokirurgija	170	6%
Kardiovaskularna	109	4%
Torakalna	54	2%
Septika	39	1%
Plastika	26	1%
Skupaj	2911	

Tabela 2. Sprejemi v pediatrični oddelek kirurških strok. Urološki sprejemi v letu 1989.

Diagnoze	Bolniki	Delež
Retenca testisa	233	36%
Vezikouretralni refluks	80	12%
Hidrokela	70	11%
Hipospadija	67	10%
Ingvinalna hernija	63	10%
Hidronefroza	27	4%
Varikokela	18	3%
Fimoza	15	2%
Funikokela	14	2%
Torzija apendiksa testisa	14	2%
Uretralna fistula	12	2%
Uretralna stenoza	8	1%
Torzija testisa	7	1%
Renalni tumor	6	1%
Ostalo	20	3%
Skupaj operirani	654	
Skupaj vsi	799	

Najdlje so bili na oddelku otroci s hipospadijo, epispadijo, ureteralno fistulo, vezikouretralnim refluksom, hidronefrozo, ekstrofijo mehurja, ureteralno stenozo in tisti, ki so bili sprejeti zaradi spreminjanja spola. Njihova povprečna ležalna doba je bila 7–14 dni. Krajši čas, 2–4 dni, so bili hospitalizirani otroci zaradi torzije testisov, varikokele, funikulokele, hidrokele, retence testisov, fimoze in ingvinalne hernije.

Značilnosti nege uroloških bolnikov

Urologija je medicinska veda, ki se ukvarja z boleznimi sečil, ledvic in sečnih izvodil, ter pri moških še spolovil.

Naloga ledvic je zelo pomembna, saj z izločanjem urina uravnavajo volumen, sestavo in tlak telesnih tekočin. Operacija v področju urogenitalnega trakta in postoperativni ukrepi seveda motijo normalno nastajanje in izločanje urina.

Tabela 3. Povprečna ležalna doba.

Diagnoza	Dnevi
Hipospadija	14
Epispadija	14
Fistula	10
Vezikouretralni refluks	10
Hidronefroza	10
Nefrektomija	10
Ekstrofija	10
Uretralna stenoza	10
Spreminjanje spola	10
Nefrolitiaz	7
Torzija testisa	4
Varikokela	4
Funikokela	3
Hidrokela	3
Retenca testisa	3
Ingvinalna kila	2
Fimoza	1

Bistveni del sestrške nege po urološki operaciji je nadzor izločanja urina, kar služi za oceno ledvične funkcije, prehodnosti sečil, in pozorno opazovanje morebitnih zapletov. Pozornost velja zato volumnu, barvi in sestavi urina. Ker bolnik po urološki operaciji ne zmore ali ne sme izločati urina po normalni poti, mu ponavadi uvedemo v sečevod kateter.

Vstavljen kateter pa tudi olajša meritve volumna urina. Katetri se razlikujejo po velikosti, materialu in obliki. Pri otrocih se uporabljajo katetri Ch 6–14, pri čemer meri 1 Charriere (Ch) 0,33 mm. Običajno so iz lateksa, teflona ali silikona. Lateksovi katetri so primerni za kratkotrajnejše kateterizacije, silikonski pa za dolgotrajnejše, na primer več kot mesec dni.

Postopek uvajanja katetra mora upoštevati aseptične principe in biti atravmat-ski, sicer lahko nastanejo hujši zapleti. Kateter in prijemalka morata biti sterilna, ustje sečne cevi in okolico je treba očistiti in razkužiti, lokalno je treba aplicirati anestetik. Dogovorjeno je, da uvaja medicinska sestra katetre le pri deklicah. Na vsakem katetru je označeno, s kolikšno količino demineralizirane vode se napolni fiksacijski balonček. Ko je urinski kateter vstavljen, se spoji z urinsko vrečko. Pri nas uporabljamo odprti sistem, povežemo namreč kateter z običajno vrečko. Običajne vrečke so cenejše in jih je treba zamenjati vsak dan. Zamenjavo opravljamo sterilno s sterilnimi rokavicami in po predhodnem čiščenju s 70% alkoholom. Kateter je za telo tujek in povzroči vnetje uretre. Pri pogostem dekonektiranju odprtega sistema pretežno nevarnost inficiranja, ki je po podatkih iz literature v 4 dneh 100%. Do infekta pa lahko pride tudi zaradi spremembe lege vrečke, ki povzroči zatekanje urina v mehur. Pri zaprtem sistemu pa se poveže večkraki urinski kateter z vrečko, ki ima nepovratno zaklopko. Trokraki kateter služi za stalno antibiotično izpiranje in odvzem urinskih vzorcev. Možnost bakteriurije je pri zaprtem sistemu v 10–14 dneh le 5%. Za oceno našega postopka negovanja odprtega kateterskega sistema smo pregleдали izvide urokultur pri 54 zaporednih primerih z vezikourete-

ralnim refluksom, kjer je kateter vstavljen povprečno 4 dni. Rezultati so prikazani na tabeli 4. Bakteriurijo smo pred operacijo dokazali pri 19 otrocih (35%), po operaciji pa ob koncu hospitalizacije pri 23 otrocih (42%). Razlika med pogostostjo bakteriurije ni bila statistično pomembna. Sklepamo, da s štiridnevnim odprtim kateterskim sistemom otrok ne izpostavimo večjemu tveganju infektov sečil. Zanimivi so bili tudi podatki o izoliranih bakterijskih sojih pri tej skupini otrok.

Tabela 4. Izvidi urokultur pri 54 bolnikih z vezikouretralnim refluksom.

	pred OP	po OP
Pozitivni izvidi	19 (35%)	23 (42%)
Izolirani soji	22	27
<i>E. coli</i>	13 (59%)	11 (41%)
Stafilokok	3 (14%)	8 (30%)
Streptokok	1 (4,5%)	4 (15%)
Klebsiela	1 (4,5%)	2 (7%)
<i>Pseudomonas</i>	1 (4,5%)	0
<i>Proteus</i>	1 (4,5%)	0
Akinetobakter	2 (9%)	0
Citrobakter	0	2 (7%)

Tako pred operacijo kakor tudi po njej je prevladovala *Escherichia coli*. Ob koncu hospitalizacije smo izolirali precej več stafilokoknih in streptokoknih klic, skoraj zanemarljivo malo pa je bilo gram pozitivnih bakterij. Stafilokokni infekti so opisani zlasti pri intravaskularnih katetrih, radi pa se prenašajo prek osebja. Omenjamo, da preventivna uporaba antibiotikov zaradi urinskih katetrov pri nas ni v navadi. Pomembno je tudi ohranjanje prehodnosti katetra. Kadar urina iz katetra ne dobimo, ga moramo preprihati in tako odstraniti morebitne ovire, na primer krvne strdke. Tudi pri tem posegu uporabljamo sterilne rokavice, 80 ccm brizgo in sterilno demineralizirano vodo.

Pri nekaterih obolenjih se zdravnik odloči za perkutano vstavitve nefrostomskega katetra. Poseg opravimo s pomočjo ultrazvoka. Tako se prepreči napredovanje ledvične odpovedi. Perkutani nefrostomski katetri lahko služijo za začasno rešitev tudi več kot leto dni. Ker so zelo tenki, moramo biti posebej pozorni na njihovo prehodnost. Paziti je treba tudi na nego vstopnega mesta, skrbno previjanje in dobro fiksacijo katetra. Ker ima otrok nefrostomski kateter tudi doma, se morajo njegovi starši z našo pomočjo naučiti aseptičnega ravnanja. Tudi pri nefrostomskem katetru uporabljamo odprt sistem urinske drenaže z običajnimi vrečkami, vendar v tem primeru obvezno dajemo antibiotično zaščito.

Včasih moramo vstaviti uretorni kateter, ki ima tenek lumen. Pomembno je, da je kateter prehodan in ne izpade.

Pri negi urološkega bolnika se srečamo tudi s cistostomskimi katetri oziroma suprapubičnimi katetri. Ti katetri so pritrjeni na kožo s šivi, zato je možnost, da bi izpadli, majhna. Prav tako pa je treba skrbeti za njihovo prehodnost.

Omeniti moramo tudi intermitentno kateterizacijo. Ta pride v poštev pri otrocih z nevrogenim mehurjem. Bolniki s to boleznijo ne morejo spontano urinirati, zato si pomagajo s stiskanjem mehurja vsakih nekaj ur. Vendar pa

popolno izpraznjenje mehurja tako ni mogoče, zato je treba otroka vsak dan 3–4-krat kateterizirati. Seveda mora biti poseg opravljen sterilno. Naučiti se ga morajo tudi otrokovi starši, ki pa ga opravljajo čisto in brez rokavic. V ta namen uporabljajo sterilne katetre za enkratno uporabo.

Omenili smo, da je pri oceni urina treba upoštevati tudi barvo.

Vedeti moramo, da je nekaj dni po uroloških operacijah urin lahko krvav in se šele kasneje bistri.

Nega po posameznih operacijah

Preprostejše urološke operacije opravljamo v kratkotrajni inhalacijski anesteziji. Med te operacije štejemo retenco testisa, varikokelo, hidrokelo, ingvinalno kilo. Medicinska sestra prevzame operiranca pred operacijsko sobo. Med transportom ima s seboj ambu z masko. Proti bolečinam otrok dobi svečko. Vitalne znake opazuje vsako uro prve štiri ure po posegu. Opazovati moramo operacijsko rano zaradi možnosti krvavitve. Otroci lahko pijejo čaj že dve uri po operaciji, zvečer pa zaužijejo že tekočo hrano. Tretji dan jih odпустimo v domačo oskrbo.

Zahtevnejša je nega po operaciji vezikoureteralnega refluksa. Skrbno je treba opazovati vitalne znake prve štiri ure. Otroku že v operacijski dvorani vstavijo v rano dren. Manjša sekrecija iz rane je običajna, pri večji krvavitvi pa moramo opozoriti zdravnika. Meriti moramo tekočinsko ravnovesje. Potrebno tekočino dovajamo infuzijsko. Že popoldne pa lahko tudi nekoliko pijejo. Zdravnik operater skrbi za rano in jo previja, 2.–3. dan po operaciji odstrani dren, stalni kateter 3.–4. dan, šive pa pobere 9.–10. dan. Otrok mora prve dni mirovati. Medicinska sestra opravi zato vso nego v postelji. Pomembna je dobra anogenitalna nega, da ne pride do vnetja sečil.

Hipospadija je pogosta anomalija dečkov. Operacija je uspešna, če ostane mesto plastike čim dlje suho. Od operacijske metode je odvisno, ali je vstavljen urinski ali cistostomski kateter. Po odstranitvi katetra je otroka ponavadi strah urinirati, ker se boji bolečine. Podobna je tudi nega po operaciji epispadije.

Nega po operaciji tumorjev mehurja je ponavadi nespecifična. Že med operacijo ponavadi naredijo Brickerjev mehur. Oba sečevoda sta prek črevesja speljana na trebušno steno. Okolica te urostome je prekrita s posebno želatino. Urin se zbira na trebušni steni v posebno vrečko, ki se na spodnjem delu prazni, čez noč je spojena z urinsko vrečko.

Pri nefrolitiazii operativni poseg ni vselej potreben. Pri nekrvavem razbijanju kamnov s tako imenovanim litostarjem je pomembno dobro opazovanje urina po posegu in registracija izločenega konkrementa, s kontrolno pregledno sliko urotrakta pa vidimo uspeh posega.

Operacijo fimoze ponavadi opravimo ambulantno. Otroci gredo po posegu kmalu domov. Starši dobijo pismena navodila za nego otroka:

- proti bolečinam dobi otrok svečko, ponavadi vsakih 6 ur;
- spodnjo gazo (krožni ovoj) odstranimo, ko gre operiranec prvič na vodo;

- vrhno gazo (vatiranec) odstranimo zvečer, če je umazan, sicer naslednji dan;
- tretji dan otroka večkrat umijemo v kamilični kopeli, najbolje po vsakem uriniranju;
- operiranec naj nosi čisto, prelikano spodnje perilo. Spolovilo zaščitimo s čisto prelikano gazo;
- rane ne mažemo z mazili;
- šivi sami odpadejo.

OTROŠKA PARALIZA: IZTREBLJENJE DO LETA 2000

Otroška paraliza še vedno vsako leto zahteva približno 250.000 žrtev, od katerih jih kakih 25.000 umre. 70% vseh prebivalcev na svetu živi v endemskih območjih otroške paralize. Kljub boljši precepljenosti dojenčkov v prvem letu življenja (67%), je dandanes na svetu 10 milijonov ljudi, ki trpijo zaradi posledic otroške paralize.

Zato si je Svetovna zdravstvena organizacija maja 1988 postavila cilj, da bo do leta 2000 iztrebila otroško paralizo.

Naredili so načrt za akcijo in jo nemudoma začeli izvajati. Načrt sloni na petih osnovnih zahtevah:

- Precepljenost je treba nemudoma povečati, še zlasti v predelih, kjer je slaba.
- Ko pride cepivo do otroka, mora biti učinkovito. Uporabljati je treba le cepiva, ki jih je odobrila Svetovna zdravstvena organizacija. Skrbeti je treba za »hladno verigo« (primeren transport cepiva, še zlasti v vročem podnebj).
- Cepiti je treba zgodaj. Dajanje oralnega odmerka cepiva proti otroški paralizi čimprej po rojstvu je priporočljivo predvsem tam, kjer predstavlja otroška paraliza velik problem.
- Izboljšati je treba pregled nad pojavljanjem bolezni. Posamezna območja morajo pošiljati mesečna poročila. Vztrajati je treba, da pošiljajo poročila tudi takrat, ko ni bilo nobenega primera.
- Izboljšati je treba laboratorijsko diagnostiko, okrepiti socialno komunikacijo, podpirati rehabilitacijska prizadevanja in nadaljevati z bazičnimi raziskavami.