

CIECHACKA, Maria, ŚWIST, Sonia and PAWEŁKO, Agnieszka. Nursing care of a 45 year-old patient after vaginal hysterectomy in a hospital environment. Journal of Education, Health and Sport. 2025;83:63162. eISSN 2391-8306.
<https://doi.org/10.12775/JEHS.2025.83.63132>
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/63132>

The journal has received 40 points in the Minister of Science and Higher Education of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of 05.01.2024 No. 32318. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical culture sciences (Field of medical and health sciences); Health Sciences (Field of medical and health sciences).

Punkty Ministerialne 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 05.01.2024 Lp. 32318. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przypisane dyscypliny naukowe: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu). © The Authors 2025;

This article is published with open access by Licensee Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland.

Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License, which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike.

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.

The authors declare that there is no conflict of interest regarding the publication of this paper.

Received: 02.05.2025. Revised: 25.05.2025. Accepted: 25.06.2025. Published: 03.07.2025.

Nursing care of a 45 year-old patient after vaginal hysterectomy in a hospital environment

Opieka pielęgniarska nad 45-letnią pacjentką po histerektomii przezpochwowej w środowisku szpitalnym

Maria Ciechacka

mail address: mciechacka@ubb.edu.pl

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1087-3449>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Sonia Świst

mail address: soniaświst@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-9335-4059>

Affiliation: Student of the University of Bielsko-Biała, Bielsko-Biała. Poland; Faculty of Health Sciences

Agnieszka Pawełko e-mail address: apawełko@ubb.edu.pl

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0003-6162-7202>

Affiliation: University of Bielsko-Biala, Bielsko-Biala, Poland; Faculty of Health Sciences

Streszczenie

Mięśniaki macicy to powszechne schorzenie ginekologiczne, które może znacząco obniżać jakość życia kobiet oraz prowadzić do powikłań zdrowotnych. Stanowią istotny problem zdrowotny związany zarówno z fizycznym stanem zdrowia, jak i samopoczuciem psychicznym pacjentek. Objawy mięśniaków mogą znacznie pogorszyć jakość życia kobiet, przyczyniać się do obniżenia

nastroju, pogorszenia relacji międzyludzkich oraz spadku efektywności zawodowej, co może ograniczać zdolność do pełnienia ról społecznych i zawodowych. Skuteczna diagnostyka i leczenie stanowią kluczowe elementy opieki nad pacjentkami. Po histerektomii przezpochwowej pacjentki wymagają holistycznej opieki pielęgniarstwa, która wspiera nie tylko proces leczenia, lecz również pomaga w odzyskaniu równowagi emocjonalnej po zabiegu. Opieka na wysokim poziomie ma istotny wpływ na szybszy powrót do zdrowia oraz poprawę samopoczucia psychicznego pacjentki.

Słowa kluczowe: Histerektomia przezpochwowa, mięśniaki macicy, proces pielęgnowania, opieka pielęgniarstwa

Abstract

Uterine fibroids are a common gynecological condition that can significantly reduce the quality of life of women and lead to health complications. They are a significant health problem related to both the physical health and mental well-being of patients. Symptoms of fibroids can significantly worsen the quality of life for women, contribute to low mood, deterioration of interpersonal relationships, and a decrease in professional efficiency, which can limit the ability to perform social and professional roles. Effective diagnosis and treatment are key elements of patient care. After vaginal hysterectomy, patients require holistic nursing care that supports not only the healing process but also helps to regain emotional balance after the procedure. High-quality care has a significant impact on faster recovery and improved mental well-being for the patient.

Keywords: Vaginal hysterectomy, uterine fibroids, nursing process, nursing care

Wstęp

Mięśniaki macicy (UF, uterine fibroids) to jedno z najczęstszych łagodnych schorzeń ginekologicznych, które dotyczą kobiet w wieku rozrodczym. Chociaż same w sobie nie stanowią bezpośredniego zagrożenia, ich objawy mogą znacząco obniżać jakość życia pacjentek. Ma to wpływ na codzienne funkcjonowanie oraz stan zdrowia psychicznego.

Do najczęstszych dolegliwości związanych z UF należą obfite krwawienia miesięczne (HMB, heavy menstrual bleeding), które mogą prowadzić do niedokrwistości oraz osłabienia organizmu. Badania wskazują, że niemal jedna trzecia kobiet z UF doświadcza HMB. Mięśniaki są przyczyną hospitalizacji prawie połowy pacjentek z poważnymi krwotokami z dróg rodnych [1,2].

Dolegliwościami związanymi z UF jest ból podbrzusza, dyskomfort podczas stosunków płciowych oraz objawy brzuszne, wynikające z ucisku mięśniaków na sąsiednie narządy. Duże guzy, osiągające nawet 10 cm średnicy, mogą powodować ucisk na pęcherz moczowy i jelita. Prowadzi to do częstomoczności, zaparć oraz uczucia ciężaru w miednicy mniejszej. Mięśniaki macicy mogą utrudniać zajście w ciążę, a także zwiększać prawdopodobieństwo poronień i przedwczesnego porodu. W niektórych przypadkach skutkuje to koniecznością wykonania cesarskiego cięcia [2].

Cel pracy

Celem pracy jest przedstawienie procesu pielęgnacji pacjentki po histerektomii przezpochwowej, ze szczególnym uwzględnieniem problemów pielęgnacyjnych pojawiających się w okresie hospitalizacji. Praca ma na celu analizę roli pielęgniarki w planowaniu i realizacji zindywidualizowanej opieki nad pacjentką w okresie pooperacyjnym, a także opracowanie zaleceń

pielęgniarskich wspierających proces rekonwalescencji. Praca obejmuje także edukację pacjentki i jej rodziny w zakresie profilaktyki powikłań po zabiegu.

Mięśniaki macicy

Mięśniaki macicy to najczęstsze, łagodne guzy nienowotworowe rozwijające się w żeńskich narządach płciowych. Składają się z komórek mięśni gładkich oraz włóknistej tkanki łącznej. Występują częściej u kobiet w wieku rozrodczym, osób z nadwagą oraz kobiet pochodzenia afrykańskiego. W tej grupie obserwuje się wyższy poziom estrogenów oraz większy odsetek otyłości [3,4].

Rodzaje mięśniaków macicy

W zależności od położenia mięśniaka w macicy, identyfikuje się [5,6]:

- ☐ Mięśniaki podśluzówkowe - położone pod błoną śluzową macicy,
- ☐ Mięśniaki śródściennne - umiejscowione w warstwie mięśniowej ściany macicy,
- ☐ Mięśniaki podsurowicówkowe – usytuowane na zewnętrznej powierzchni macicy. Mogą rozwijać się zarówno do wnętrza jamy otrzewnej lub na zewnątrz, często pozostając połączone z macicą za pomocą cienkiego trzonu [5,6].

W zależności od lokalizacji mięśniaka w poszczególnej części macicy można wyróżnić:

- ☐ Mięśniak trzonu macicy - rozwija się w głównej, centralnej części macicy [6],
- ☐ Mięśniaki cieśni i szyjki macicy – mięśniaki rozwijające się w cieśni i szyjce macicy.

Wśród mięśniaków klasyfikuje się również mięśniaki uszypułowane oraz mięśniaki międzywiązadłowe:

- ☐ Mięśniak uszypułowany macicy – rozwija się na cienkiej szypułce, stworzonej z pasma tkanki łącznej, która łączy go ze ścianą macicy,
- ☐ Mięśniak uszypułowany macicy – rozwija się na cienkiej szypułce, stworzonej z pasma tkanki łącznej, która łączy go ze ścianą macicy,
- ☐ Mięśniak uszypułowany macicy – rozwija się na cienkiej szypułce, stworzonej z pasma tkanki łącznej, która łączy go ze ścianą macicy [6],
- ☐ Mięśniak międzywiązadłowy macicy – rozwija się w przestrzeni między więzadłami szerokimi macicy, często rozciągając się w kierunku sąsiadujących narządów i tkanek [6].

Etiologia mięśniaków macicy

Mięśniaki macicy najczęściej występują w wieku rozrodczym. Ryzyko ich rozwoju wzrasta wraz z wiekiem, najczęściej zauważalne jest to w okresie okołomenopauzalnym. Badania epidemiologiczne wykazują, że mięśniaki macicy są diagnozowane u 20-25% kobiet w wieku rozrodczym. Zaobserwować można, że częściej występują u kobiet po 40 roku życia wśród 30-40%. Istnieje również związek między wczesnym wystąpieniem pierwszej miesiączki, a zwiększonym ryzykiem rozwoju mięśniaków macicy. Częstość występowania UF różni się w zależności od grupy etnicznej. Największe ryzyko stwierdzono u kobiet pochodzenia afroamerykańskiego, u których mięśniaki występują częściej, w młodszym wieku i są zwykle większe oraz liczniejsze niż u kobiet pochodzenia europejskiego. Z badań wynika, że mięśniaki są diagnozowane u 18% kobiet pochodzenia afrykańskiego, 8% europejskiego, 10% latynoskiego i 13% kobiet innych grup etnicznych. Może to wynikać z odmiennych procesów biosyntezy i metabolizmu estrogenów, różnic w ekspresji receptorów hormonalnych, a także z czynników genetycznych i stylu życia [7].

Badania genetyczne wykazują rodzinną predyspozycję do występowania mięśniaków macicy. Kobiety, u których w rodzinie występowały UF, są bardziej narażone na ich rozwój. Przeprowadzone badania genetyczne na bliźniętach jednojajowych wykazały większe ryzyko wystąpienia mięśniaków macicy w porównaniu do bliźniąt dwuzygotycznych. Ponadto analizy cytogenetyczne wykazały obecność specyficznych aberracji chromosomowych w komórkach

mięśniaków macicy u około 40% badanych. Mutacje w genie MED12 są stwierdzane w 70% przypadków [7].

Czynniki reprodukcyjne również mają istotny wpływ na ryzyko rozwoju mięśniaków. Kobiety, które nigdy nie rodziły są bardziej narażone na ich powstanie. Wykazano, że ryzyko mięśniaków zmniejsza się wraz z liczbą ciąż donoszonych, a także w przypadku starszego wieku kobiety w momencie pierwszego i ostatniego porodu. Może to wynikać z procesów inwolucyjnych macicy po porodzie, które eliminują lub redukują wielkość mięśniaków [8].

Patogeneza mięśniaków macicy

Dokładne mechanizmy powstawania mięśniaków macicy nie są jeszcze w pełni poznane, jednak uważa się, że główną rolę na rozwój UF odgrywają hormony wydzielane przez jajniki, zwłaszcza estrogeny i progesteron. Estrogen promuje proliferację komórek mięśniaków macicy, a progesteron działa synergistycznie, zwiększając ich wzrost. Nieprawidłowa regulacja tych hormonów może prowadzić do ich rozwoju [9].

Niektóre badania wskazują na rolę mikrobiomu jelitowego i pochwowego na patogenезę mięśniaków macicy poprzez regulację metabolizmu estrogenów i procesów związanych z rozwojem tych zmian. Egzogenny progesteron zmienia mikroflorę endometrium, co prowadzi do modyfikacji przebiegu choroby. Ponadto naturalne wahania hormonalne podczas cyklu menstruacyjnego oddziałują na skład mikrobiomu pochwy, odgrywając istotną rolę w mechanizmach powstawania mięśniaków macicy [10].

Objawy mięśniaków macicy

Mięśniaki macicy w wielu przypadkach występują bezobjawowo, jednak w około 30– 40% przypadków pojawiają się objawy kliniczne, które są bardzo zróżnicowane i zależą od ich wielkości, liczby oraz lokalizacji [11].

Jednym z najczęstszych objawów są zaburzenia miesiączkowania, w tym obfite krwawienia miesiączkowe, które mogą prowadzić do niedokrwistości i ogólnego osłabienia organizmu. W niektórych przypadkach krwawienia te mogą stanowić zagrożenie dla zdrowia. Dodatkowo, u kobiet z mięśniakami macicy mogą występować dolegliwości bólowe. W szczególności bolesne miesiączkowanie oraz przewlekły ból miednicy i pleców, który może znacząco obniżać jakość życia. Objawy te charakterystyczne są dla mięśniaków macicy mających kontakt z jamą macicy - mięśniaki podśluzówkowe i śródściennne [12,13].

Większe mięśniaki mogą wywoływać tępy ból lub uczucie ucisku w podbrzuszu lub miednicy, prowadzące do zaburzeń funkcjonowania układu moczowego i pokarmowego. Pacjentki mogą skarżyć się na częste oddawanie moczu, uczucie parcia na pęcherz, nietrzymanie moczu (mięśniaki podsurowicówkowe) oraz trudności z wypróżnianiem i wzdęcia brzucha (mięśniak trzonu macicy, mięśniak międzywiązadłowy macicy) [13]. W przypadku mięśniaka uszypułowanego macicy mogą pojawić się objawy takie jak: nietrzymanie moczu, zaparcia, krwawienie podczas stosunku. Istnieje również ryzyko skrętu lub zgniecenia szypułki, co prowadzi do bólu i może wymagać natychmiastowego leczenia [14].

Mięśniaki mogą również wpływać na płodność i przebieg ciąży (mięśniaki cieśni i szyjki macicy). W zależności od swojej lokalizacji mogą utrudniać implantację zarodka, prowadzić do poronień nawracających, zwiększać ryzyko przedwczesnego porodu oraz powodować powikłania w trakcie ciąży i porodu [14].

Diagnostyka mięśniaków macicy

W przypadku diagnozy mięśniaków macicy duży wpływ mają wizyty kontrolne, gdyż w wielu przypadkach mięśniaki macicy są bezobjawowe i są wykrywane przypadkowo przy badaniu ginekologicznym. U części pacjentek mogą jednak wywoływać objawy, które są niekomfortowe dla pacjentki i powinny skłonić ją do wizyty u ginekologa.

Kluczowe w postawieniu diagnozy jest wykonanie przezpochwowo badania ultrasonograficznego (USG). Wykonywanym przezpochwowo stwierdza się obecność oraz dokonuje się oceny mięśniaków macicy. W diagnostyce mięśniaków macicy zaleca się także rezonans magnetyczny (MR), który ma największą dokładność w wykrywaniu mięśniaków. Jednak ze względu na jego ograniczoną dostępność i wysokie koszty najczęściej korzysta się z ultrasonografii i badania ginekologicznego, które jest wystarczające do postawienia diagnozy [15].

Poza podstawowymi badaniami, takimi jak badanie ginekologiczne i ultrasonografia, stosuje się również, histeroskopię. Procedura ta polega na wprowadzeniu przez pochwę cienkiego narzędzia wyposażonego w kamerę, co umożliwia bezpośrednią wizualizację jamy macicy. Dzięki temu możliwe jest nie tylko dokładne ocenienie stanu macicy, ale również pobranie materiału do badań diagnostycznych oraz leczenie mniejszych mięśniaków macicy w trakcie zabiegu [16].

Profilaktyka mięśniaków macicy

W profilaktyce mięśniaków macicy szczególne znaczenie mają systematyczne wizyty kontrolne, które zaleca się przeprowadzać co najmniej raz w roku. Kobiety z predyspozycją genetyczną powinny wykonywać je częściej. Regularne badania umożliwiają wczesne wykrycie zmian oraz wdrożenie odpowiednich metod terapeutycznych. Ważnym elementem profilaktyki jest regularne wykonywanie badania ultrasonograficznego (USG przezpochwowego), które pozwala na wczesne wykrycie ewentualnych zmian w obrębie macicy [15].

Aby zmniejszyć ryzyko rozwoju mięśniaków macicy, istotne znaczenie może mieć wczesne macierzyństwo oraz liczba przebytych ciąż. Ciąża powoduje zmiany w strukturze macicy, które mogą ograniczać powstawanie i wzrost tych zmian. Ponadto dłuższy okres karmienia piersią pełni funkcję ochronną, ponieważ w tym czasie poziom hormonów przypomina ich stężenie obserwowane u kobiet po menopauzie. Z uwagi na hormonalną zależność mięśniaków, obniżone stężenie estrogenów w okresie laktacji może przyczyniać się do zmniejszenia ich wielkości, a w niektórych przypadkach nawet do ich całkowitego zaniku [17].

Należy także utrzymywać prawidłową masę ciała, ponieważ nadwaga i otyłość prowadzą do wzrostu poziomu estrogenów, co może sprzyjać rozwojowi mięśniaków. Dodatkowo, istotne jest ograniczenie ekspozycji na ksenoestrogeny, które mogą zaburzać gospodarkę hormonalną organizmu. Źródłem tych substancji są m.in. plastikowe opakowania oraz niektóre kosmetyki [18].

Leczenie mięśniaków macicy

Leczenie mięśniaków macicy można podzielić na farmakologiczne, małoinwazyjne oraz chirurgiczne.

Leczenie farmakologiczne

Leczenie farmakologiczne polega na stosowaniu hormonów steroidowych, takich jak estrogeny i progesteron. Szczególne zastosowanie mają antagoniści GnRH, które zmniejszają stężenie hormonów i wspomagają leczenie mięśniaków. W celu zwiększenia skuteczności terapii proponuje się łączenie antagonistów GnRH z hormonalną terapią zastępczą (HTZ) lub tibolonem, syntetycznym steroidem o właściwościach estrogenowych, progestagennych i androgennych [19]. W terapii stosuje się również octan uliprystalu (UPA), selektywny modulator receptora progesteronu. UPA skutecznie kontroluje krwawienia, zmniejsza objętość mięśniaków i hamuje ich wzrost poprzez ograniczenie proliferacji komórek, indukcję apoptozy, zahamowanie syntezy kolagenu i czynników wzrostu. Działa także na śluzówkę macicy, szybko zatrzymując krwawienie oraz na przysadkę, co prowadzi do braku owulacji i miesiączki [20].

Metody małoinwazyjne

Alternatywną metodą dla histerektomii są metody małoinwazyjne, takie jak miomektomia, czyli wyluszczenie mięśniaków macicy. Metodę charakteryzuje usunięcie jedynie mięśniaków przy zachowaniu macicy. Zabieg ten jest odpowiedni dla kobiet planujących ciążę lub niezgadzających

się na usunięcie macicy. Miomektomia może być wykonywana tradycyjnie metodą brzuszną lub laparoskopowo w ośrodkach dysponujących odpowiednim sprzętem [21].

Embolizacja mięśniaków jest również małoinwazyjną alternatywą. Szczególnie stosowana jest w przypadku nawrotów po miomektomii lub jako przygotowanie do histerektomii. Polega na wprowadzeniu środka embolizującego do naczyń krwionośnych mięśniaka, co powoduje jego niedokrwienie i martwicę. Ze względu na kontrowersje związane z bezpieczeństwem i skutecznością metody, jej stosowanie jest ograniczone [22].

Do innych małoinwazyjnych metod należą:

- Myoliza: termiczne niszczenie mięśniaków laparoskopowo, mniej inwazyjna niż miomektomia, ale mniej skuteczna i przeciwwskazana u kobiet planujących ciążę [23].

- Kriomyoliza: niszczenie mięśniaków niską temperaturą za pomocą kriosondy, skuteczna przy temperaturze -180°C . Metoda jest jeszcze w fazie badań [24].

- Termoterapia laserowa i fotoagulacja: wykorzystują energię świetlną do destrukcji mięśniaków, jednak te techniki wciąż są przedmiotem badań [25].

Wybór metody leczenia zależy od potrzeb pacjentki, takich jak planowanie ciąży, wielkość i lokalizacja mięśniaków oraz preferencje co do inwazyjności zabiegu [23,24,25].

Leczenie chirurgiczne

Najczęściej stosowaną metodą operacyjną, w celu leczenia mięśniaków macicy jest histerektomia. Usunięcie macicy może być wykonywane następującymi metodami: z dostępu brzusznego, laparoskopowego, pochwowego oraz z użyciem robota da Vinci [26].

Najbezpieczniejszą i najbardziej opłacalną metodą jest histerektomia przezpochwowa.

W porównaniu z metodą przezbrzuszną, ma wiele zalet: zabieg trwa krócej, wiąże się z mniejszą utratą krwi i rzadszą koniecznością transfuzji. Dodatkowo pacjentki spędzają mniej czasu w szpitalu, potrzebują mniej leków przeciwbólowych, a okres rekonwalescencji i powrotu do codziennych obowiązków oraz pracy zawodowej jest znacznie krótszy [26].

Wybór metody przezpochwowej jako głównego sposobu operacji powinien zależeć od rodzaju schorzenia, ogólnego stanu zdrowia pacjentki, historii wcześniejszych zabiegów, schorzeń współistniejących [27].

Jednym z najczęstszych wskazań do operacji są przewlekłe, trudne do opanowania krwawienia z macicy, które nie reagują na leczenie zachowawcze [27]. Porównywalnym pod względem wskaźnika występowania jest powód występowania mięśniaków macicy. Pacjentki cierpiące na tę dolegliwość najczęściej zgłaszają obfite, nieregularne krwawienia z macicy (30%) oraz bóle brzucha (39%) [27].

Szczególnym przypadkiem, który może wymagać usunięcia macicy, jest adenomioza. Często ostateczna diagnoza oraz różnicowanie z innymi przyczynami krwawień z macicy są możliwe dopiero po szczegółowym badaniu histopatologicznym wyciętej macicy. Innym wskazaniem do histerektomii są bolesne miesiączki, które mogą towarzyszyć adenomiozie lub endometrioze. Gdy leczenie przeciwbólowe i hormonalne nie przynosi efektu, usunięcie macicy staje się jedynym skutecznym rozwiązaniem. Zaleca się histerektomie kiedy występuje przerost błony śluzowej macicy (endometrium) [27]. Sposób leczenia zależy od wyników badania histopatologicznego uzyskanego po abrazji jamy i kanału macicy. Histerektomia nie jest konieczna w przypadku prostego rozrostu bez atypii, ponieważ nie wiąże się on z ryzykiem rozwoju nowotworu endometrium. W przypadku złożonego rozrostu endometrium bez atypii, proponuje się najpierw trzymiesięczną terapię hormonalną z progestagenami, a następnie ponowne badanie histopatologiczne. Jeśli wynik się powtórzy, konieczne jest usunięcie macicy [27].

Opis przypadku

Badaniem objęto pacjentkę w wieku 45 lat, która została przyjęta na Oddział Ginekologiczno-Położniczy, w trybie planowym, dnia celem wycięcia macicy drogą pochwową z powodu mięśniaków macicy.

Z analizy badania podmiotowego, u pacjentki zdiagnozowano UF około rok temu, podczas badania ginekologicznego. Początkowo mięśniaki macicy nie powodowały objawów, co zostało zignorowane przez pacjentkę. Doprowadziło to do wystąpienia incydentu w czasie pracy, polegającego na silnym krwawieniu z dróg rodnych, w wyniku którego pacjentka udała się na Szpitalny Oddział Ratunkowy. Po przeprowadzonych badaniach pacjentka wróciła do domu, a następnie ponownie udała się na konsultacje ginekologiczną. Ostatecznie zdecydowała się na histerektomię przezpochwową, zaproponowaną jako metodę terapeutyczną w leczeniu mięśniaków macicy.

W ostatnim badaniu ginekologicznym oceniono rozrost mięśniaków macicy. Pacjentce towarzyszyły z tego powodu obfite miesiączki oraz przewlekły ból w miednicy mniejszej i pleców, który nasilał się przy aktywności fizycznej w pracy.

Podczas przyjęcia do szpitala pacjentka została zapoznana z regulaminem dla pacjentów szpitala, prawami i obowiązkami pacjenta, topografią oddziału oraz ramowego rozkładu dnia w oddziale i koniecznością informowania personelu medycznego o wyjściu z oddziału. Pacjentkę zapoznano z obsługą przyłóżkowego systemu oświetleniowego i przyzywającego. Przedstawiono również zasady mycia rąk oraz zasady profilaktyki upadku.

Chora w stanie ogólnym dobrym przyjęto na oddział ginekologiczny. Pacjentka ma obniżony nastrój, spowodowany lękiem i niepokojem przed planową operacją oraz obawą o stan po zabiegu i okres rehabilitacji. Pacjentka odczuwa również dyskomfort spowodowany krwawieniem z dróg rodnych oraz przewlekłym bólem brzucha i pleców. Pacjentce podano leki przeciwbólowe oraz oceniono charakter i natężenie bólu z pomocą skali NRS. Chora ocenia swój ból na 3 pkt. Zmierzono również parametry życiowe: ciśnienie tętnicze 100/60 mmHg, tętno 70 ud/min, temperatura ciała 36,6 stopni Celsjusza, saturacja 99% O₂, Oddech 18 odd/min. W dniu przyjęcia pobrano krew do badań laboratoryjnych, których celem było określenie grupy krwi pacjentki, czasów krzepnięcia krwi (czasu protrombinowego, czasu protrombinowego INR czasu kaolinowo-kefalinowego), eGFR (wskaźnik oceny przeszczepiania kłębuszkowego oraz czynności nerek), kreatyniny oraz morfologii krwi (ICD-9: C55). Na podstawie badań laboratoryjnych pacjentki wynika, że wyniki badań są w granicach normy.

Analiza dokumentacji i prowadzonego wywiadu świadczy o tym, że pacjentka w dniu codziennym wykonuje czynności w dużym obciążeniu fizycznym, pracując jako pomoc kuchenna. Pomimo tego bardzo lubi swoją pracę. Martwi się długim okresem rekonwalescencji. Opowiedziała, że wiele wsparcia i siły w trudnych chwilach związanych z chorobą i leczeniem dają jej koleżanki w pracy i rodzina. Pacjentka spożywa codziennie dwie mocne kawy oraz pali około pół paczki papierosów dziennie. Nie zgłasza skłonności do spożywania alkoholu oprócz sytuacji okazjonalnych. Z analizy dokumentacji medycznej wynika, że pacjentka choruje przewlekłą astmę oskrzelową. W leczeniu astmy stosuje ona objawowo Fostex (areozol inhalacyjny). Leki, które pacjentka przyjmuje regularnie raz dziennie podaje: Amentil 10mg, Vit B3 2000 j.m. oraz Transhasco 500 mg.

Skale zastosowane podczas przyjęcia pacjentki na oddział:

☐ Karta oceny ryzyka zakażenia przy przyjęciu pacjenta do szpitala. Interpretując kartę, ryzyko jest małe. Należy monitorować astmę oskrzelową, którą pacjentka podała w wywiadzie.

☐ Skrócona skali oceny ryzyka upadku (Tinetti) – wynik otrzymała 10 pkt, co oznacza bardzo małe ryzyko upadku.

□ Skala oceny ryzyka związanego ze stanem odżywienia (Nutritiona Risk Score – NRS), w tej skali pacjentka otrzymała 0 pkt, co świadczy o niskim ryzyku.

□ Skalę punktową dotyczącą oceny stopnia zagrożenia żylną chorobą zakrzepowo-zatorową (ŻchZZ) u pacjentki (zmodyfikowany model oceny ryzyka Cariniego). Pacjentka otrzymała 3-4 pkt w tej skali, co wskazuje na średnie ryzyko.

Z analizy badania fizykalnego pacjentka jest zorientowana auto- i allopsychicznie. Wykonuje wszystkie czynności samodzielnie. Skóra pacjentki - bez zmian patologicznych. Zmysły: słuch, smak, węch, czucie: prawidłowe. Wzrok: krótkowzroczność, pacjentka korzysta z okularów korekcyjnych. Dalsze badanie fizykalne podzielono na poszczególne układy.

Układ oddechowy i krążenia:

□ Akcja serca miarowa (ASM): 70/min, □ Ciśnienie tętnicze krwi: 100/60 mmHg, □ Szmer pęcherzykowy nad polami płucnymi: prawidłowy i symetryczny, □ Oddech: 18 udd/min, □ Kaszel, plwocina: brak, □ Dusznosc: wysiłkowa, pacjentka choruje na astmę oskrzelową zdarzają się u niej napady duszności.

Układ trawienny:

□ Brzuch miękki, bezbolesny, bez oporów patologicznych,
□ Stan odżywienia: prawidłowy,
□ Stolec, wydalanie: prawidłowe,
□ Wymioty: brak,
□ Apetyt i pragnienie: prawidłowe,
□ Stan jamy ustnej: prawidłowy, pełne uzębienie, brak protez.

Układ nerwowy:

□ Prawidłowy - brak niedowładów, pacjentka jest w pełni świadoma, obniżony nastrój, obawa o powrót do aktywności zawodowej oraz życie intymne.

Układ moczowo-płciowy:

□ Diureza: prawidłowa,
□ Zabarwienie moczu: prawidłowe - słomkowo żółte,
□ Cykl miesięczkowy: nieregularny,
□ Krwawienie: bolesne, obfite krwawienie.

U pacjentki w dniu przyjęcia została przeprowadzona konsultacja ginekologiczna.

Badanie ginekologiczne:

□ Srom i krocze: nieródki (dwie ciąży rozwiązane przez drogą cięcia cesarskiego), w pochwie: krew ze śluzem,

□ Szyjka macicy: czysta, walcowata, macica: wielkości 6 tyg. ciąży, deformowana przez mięśniaki,

Przydatki: obustronnie niebolesne, bez oporów patologicznych,

□ Mięśniak: między szyjką a trzonem, niebolesny, mało ruchomy,

W badaniu USG: macica w t/z, o gładkich obrysach, 48x50,5mm, deformowana mięśniakiem wzdłuż szyjki macicy o wymiarach 20x13mm. Endometrium 3mm. Przydatki po lewej stronie bez zmian, po prawej uwidoczniono prostą torbiel jajnika prawego o średnicy 21mm. Zatoka Douglasa wolna.

U pacjentki została przeprowadzona konsultacja anestezjologiczna, w której przedstawiono pacjentce metody znieczuleń oraz możliwość wystąpienia powikłań podczas trwania lub po operacji.

Pacjentka dostała do podpisania formularz świadomej zgody na przeprowadzenie endoskopowego leczenia operacyjnego oraz oświadczenie pacjentki, w której wyraża zgodę na wykonanie znieczulenia łączonego: ogólnego oraz regionalnego.

Pacjentka w dobie 0 została przygotowywana do zabiegu, godzinę przed operacją (09:07). W celu premedykacji zostały podane pacjentce leki doustnie Acllexa 1 kaps 200 mg, Pregabalin zentiva 1 kaps. 75 mg. Chorej zlecono ogolić się przed zabiegiem oraz przebrać się w koszulę operacyjną, pozostawiając biżuterię, okulary i odzież wierzchnią na sali chorych. Pacjentka zostaje w samej koszuli operacyjnej. Przed zabiegiem została zastosowana profilaktyka antybiotykowa, antybiotyk Biofazolin 2 g i.v. Pacjentka o godz 10:10, na sali operacyjnej, została znieczulona podpajęczynówkowo w pozycji siedzącej. Przeprowadzono dezynfekcję skóry okolicy lędźwiowo krzyżowej. Igłą 27 G Pencil-Point, na wysokości L4-L5 trzykrotną próbą punkcji, ostatnia udana, uzyskując pewny wypływ klarownego płynu mózgowo-rdzeniowego. Podano 2,6 ml MSH 0,5%. Opatrunek jałowy. Zasięg znieczulenia: Th10, analgesodacja midazolam. Ze względu na niewystarczający efekt znieczulenia zastosowano znieczulenie ogólne. 3-min. Preoksygenacja – wentylacja maską twarzą (DMV-1). Indukcja propofol, fentanyl, rokuronium. Intubacja ustno tchawiczą rurką ETT 7.0, gładko, skala Cormack-Lehena 1 z manewrem BURP. Potwierdzono prawidłowe ułożenie rurki. Kondukcja desfluran wg MAC. Wentylacja mechaniczna VCV, TV=375 ml, f=14, PEEP=4, Ppeak=18 mmH₂O, O₂; air=1:2, FiO₂=45%.

Po odpowiednim przygotowaniu pola operacyjnego, zacementowano pęcherz moczowy oraz założono kaniulę dożylną (welflon), na nadgarstku dłoni lewej, który zabezpieczono opatrunkiem włóknikowym - elastopor IV. Założono kartę obserwacji wkłuc obwodowych, miejsce założenia kaniuli bez zmian, przepłukano 0,9% NaCl oraz kartę obserwacji cewnika Foley'a. Podczas operacji podawano pacjentce dożylnie płyny Optylite 500ml+500ml we wlewie ciągłym. Utracona ilość krwi podczas operacji <200 ml. Kończąc zabieg, pacjentce założono szew ciągły na kikut pochwy, wprowadzając dren Petzera z dna miednicy mniejszej przez pochwę. O godz. 11:30 podano pacjentce Gynalgin VAF globulkę dopochwową.

Podczas protokołu przekazania pacjenta zastosowano skalę Aldrete'a, w której otrzymała 10 pkt i o godz 14:00 została przekazana na oddział. Pacjentka przytomna, w kontakcie logicznym, wydolna krążeniowo i oddechowo. Skóra ciepła, różowa. Drenaż z pochwy – niewielka ilość wydzieliny surowczo-krwistej. Brzuch miękki, nieznacznie bolesny przy palpacji. Zgłasza umiarkowane dolegliwości bólowe 3 pkt w skali NRS. Diureza zachowana, cewnik Foley'a drożny, mocz jasny, słomkowy. Nie odczuwa nudności i wymiotów. Zmierzono parametry życiowe: ciśnienie tętnicze 130/70 mmHg, tętno 75 ud/min temperatura ciała 36,5 stopni Celsjusza, saturacja 98% O₂, 18 odd/min, przytomna. Pacjentka poinstruowana o konieczności ograniczenia wysiłku fizycznego i dalszym postępowaniu. Kontrola parametrów życiowych oraz ich dokumentacja.

Podano leki przeciwbólowe na zlecenie lekarskie, o godz. 15:10 dożylnie Ketanol 100 mg oraz o godz. 17:00 i 23:00 1000mg dożylnie Paracetamol Kabi, Pyralgin. Dodatkowo o godzinie 17:00 podano doustnie lek Acllexa 200 mg.

Doba I

O godz 8:00 podano clexane 40 mg podskórną w celu profilaktyki przeciwzakrzepowej oraz podjęto próbę spionizowania pacjentki, w której pacjentka powoli obniżyła nogi poniżej poziomu łóżka. Zalecono pacjentce pozostanie w pozycji siedzącej przez kilka minut, podano wodę i gdy pacjentka była pewna, że poradzi sobie z pionizacją oraz nie odczuwała zawrotów głowy, asekurowano pacjentkę przy pierwszym przejściu do toalety pacjentów. Wykonano toaletę i dezynfekcję krocza pod prysznicem. Pacjentce zlecono usunięcie drenu oraz cewnika Foley'a, oddała pierwszą mikcję do 8 godzin po zabiegu. Chora nie oddała stolca. Po podaniu leków przeciw bólowych pacjentka oceniła ból na 2 w skali NRS. Mierzono parametry życiowe, które nie odbiegały od przyjętych norm.

Podano leki według zleceń lekarskich, 2xdożylnie Paracetamol Kabi 1000mg i 4xPyralgine 1000 mg dożylnie oraz 2xClexane kaps doustnie 200 mg. Pacjentka miała zlecony, również zlecony silny lek przeciwbólowy Reltebon w tabletkach 2x1 natomiast odmówiła przyjęcia z powodu braku potrzeby przyjmowania kolejnych leków przeciwbólowych.

W dobie II

U pacjentki występuje umiarkowany ból podbrzusza i osłabienie. Martwi się brakiem możliwości powrotu do pracy i koniecznością jej zmiany, z powodu podnoszenia ciężkich przedmiotów na stanowisku pracy. U pacjentki po operacji utrzymuje się obniżone samopoczucie, czuje się mniej kobieca oraz boi się jak będzie wyglądać jej życie intymne. Pacjentce zapewniono wsparcie emocjonalne, przekazano pierwsze informacje o rekonwalescencji, rozwiano obawy pacjentki. Zapewniono pacjentkę, że uczucie ciągnięcia i ból w dolnej części brzucha, to naturalne odczucia w procesie gojenia organizmu po przebytej operacji chirurgicznej.

Usunięto kaniule dożylną oraz udokumentowano w karcie obserwacji wkłucia obwodowego zakończenie obserwacji o godz 12:39. Leki przeciwbólowe podawane doustnie. Pacjentka po otrzymaniu leków przeciwbólowych oceniła ból na 2 w skali NRS. Podano leki o 1xClexane podskórnice 40 mg oraz doustnie 4xPyralgine 1000 mg. Parametry życiowe w normie, pacjentka wydolna oddechowo i krążeniowo. Diureza prawidłowa, chora nie oddała stolca. Wykonano dezynfekcję krocza.

Pacjentka doba III

Pacjentka w stanie ogólnym dobrym, nie odczuwa lęku i niepokoju, została wyedukowana na temat okresu rekonwalescencji po zabiegu, jakie objawy niepożądane należy niezwłocznie zgłaszać personelowi medycznemu oraz jakie objawy mogą się pojawić po operacji i nie powinny wzbudzać niepokoju. Edukacja pacjentki na temat zaleceń, które powinna przestrzegać wypisaniu do domu. Pacjentka po podaniu leków przeciwbólowych oceniła ból w skali NRS na 1. Pacjentka odczuwa dyskomfort z powodu utrzymujących się zaparć. Został podany czopek doodbytniczy Dulcobis 10 mg na zlecenie lekarza, co przyczyniło się do pobudzenia perystaltyki jelit, diureza w normie. Wykonano dezynfekcję krocza. Pacjentka otrzymała podskórnice 1xClexane 40 mg oraz o 2xPyralgine doustnie.

Proces pielęgnowania

Problem I. Ból podbrzusza, okolicy pochwy i krocza z powodu przeprowadzonej histerektomii przezpochwowej

Cel opieki:

☐ Zlikwidowanie bólu lub uśmierzenie bólu do poziomu możliwego do zaakceptowania przez pacjentkę.

Interwencje pielęgniarские:

☐ Ocena charakteru i natężenia dolegliwości bólowych zgłaszanych przez pacjentkę (skala NRS),
☐ Monitorowanie bólu 4 razy dziennie oraz 30-60 min po podaniu leków przeciwbólowych, przed i po uruchamianiu pacjentki, w przypadku zgłaszania nasilonego bólu, w celu obserwacji zmian jego nasilenia,

☐ Podanie zleconych leków przeciwbólowych zgodnie z kartą zleceń lekarskich,

☐ Zastosowanie udogodnień dla pacjentki, które pomogą zmniejszyć nasilenie bólu oraz zapewnić maksymalny komfort,

☐ Rozmowa z pacjentką na temat istoty bólu jako naturalnej reakcji organizmu w odpowiedzi na zabieg usunięcia macicy,

☐ Wnikliwa obserwacja niewerbalnych oznak bólu (zaostrenie rysów twarzy, organicznie ruchów ciała, przyśpieszenie i spłycenie oddechu, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, nadmierna potliwość),

- ☐ Wywiad z pacjentką na temat wcześniejszych doświadczeń związanych z efektywnością stosowanych metod uśmierzania bólu oraz ich efektów ubocznych,
- ☐ Poinformowanie o konieczności powiadomienia o nieskuteczności stosowanej terapii przeciwbólowej lub o ewentualnych skutkach ubocznych.

Problem II. Możliwość wystąpienia wczesnych powikłań pooperacyjnych

Cel opieki:

- ☐ Zapobieganie występowaniu wczesnych powikłań pooperacyjnych.

Interwencje pielęgniarskie:

- ☐ Ocena świadomości,
- ☐ Monitorowanie podstawowych parametrów życiowych (co 15 minut przez pierwsze 2 godz., co 30 min przez 4 godziny, co 1 godz., do upływu 12 godz., później co 2 godz.
- ☐ Obserwacja ilości wydzieliny surowiczo-krwistej z dróg rodnych, zapachu i koloru,
- ☐ Obserwacja ilości wydzieliny w drenażu,
- ☐ Ocena zabarwienia powłok skórnych,
- ☐ Obserwacja stanu nawodnienia organizmu na podstawie obserwacji obrzęków, suchości skóry i błon śluzowych, wydalanego moczu, zagęszczania moczu,
- ☐ Obserwacja zachowania, nastroju pacjenta.

Problem III. Dyskomfort związany z założonym drenem Petzera na kikucie pochwy

Cel opieki:

- ☐ Zniwelowanie lub zmniejszenie dyskomfortu związanego z założonym drenem Petzera,

Interwencje pielęgniarskie:

- ☐ Ograniczenie do niezbędnego minimum manipulacji przy drenie,
- ☐ Zabezpieczenie drenu przed mechanicznym drażnieniem, zaginaniem,
- ☐ Utrzymanie go poniżej poziomu łóżka,
- ☐ Pomoc w pielęgnacji okolicy krocza,
- ☐ Wymiana butli Redona połączonej z drenem raz dziennie,
- ☐ Obserwacja sprawności systemu drenującego - obserwacja ilości, charakteru wydzieliny z drenu (alarmujące jest nagromadzenie 50-100 ml/h krwistej wydzieliny), dokumentacja zaobserwowanych wyników,
- ☐ Edukacja pacjentki na temat zasad postępowania z drenażem.

Problem IV. Dyskomfort spowodowany wydzieliną surowiczo-krwistą z dróg rodnych

Cel opieki:

- ☐ Zapewnienie czystości i uczucia komfortu

Interwencje pielęgniarskie:

- ☐ Częsta higiena krocza,
- ☐ Częsta wymiana wkładek higienicznych,
- ☐ Obserwacja ilości i koloru oraz zapachu wydzieliny,
- ☐ Wietrzenie krocza,
- ☐ Zmiana podkładów i bielizny pościelowej w razie potrzeby,
- ☐ Edukacja pacjentki na temat prawidłowego podmywania krocza od przodu do tyłu,
- ☐ Stosowanie środków do higieny intymnej np. Tantum Rosa, żele specjalistyczne, naturalne preparaty,

☐ Edukacja pacjentki na temat obecności plamienia z pochwy, po zabiegu histerektomii, która może utrzymywać się do 2-4 tygodni, powinna występować w ilości mniejszej niż krew miesiączkowa.

☐ Poinformowanie pacjentki o konieczności zgłaszania niepokojących objawów, takich jak: nieprzyjemny zapach wydzieliny, obecności skrzepów, występowanie zwiększonej ilości plamienia lub innych niepokojących objawów.

Problem V. Obniżony poziom samopielęgnacji pacjentki w związku z ograniczeniem aktywności ruchowej po zabiegu operacyjnym

Cel opieki:

☐ Zaspokojenie potrzeb pielęgnacyjnych pacjentki.

Interwencje pielęgniarские:

☐ Określenie potrzeb pacjentki, ocena zdolności chorej do samopielęgnacji,

☐ Pomoc pacjentowi w wykonywaniu czynności wchodzących w zakres samoopieki,

☐ Współudział w stopniowym uruchamianiu pacjentki,

☐ Zachęcanie chorej do jak największej samodzielności przy czynnościach pielęgnacyjnych,

☐ Asekurowanie pacjentki podczas pierwszej pionizacji,

☐ Edukacja pacjentki na temat pierwszej pionizacji, profilaktyki upadku,

☐ Edukacja pacjentki na temat zwiększonego ryzyka powikłań z powodu późnej pionizacji.

Problem VI. Lęk przed pierwszym uruchomieniem

Cel opieki:

☐ Pozbycie się lęku, pomoc pacjentce w pierwszej próbie uruchomienia po zabiegu.

Interwencje pielęgniarские:

☐ Poinstruowanie pacjentki o przebiegu pionizacji, polecenie pacjentce, aby w pierwszej kolejności usiąść na brzegu łóżka, z nogami opuszczonymi poniżej jego poziomu, następnie odczekanie paru minut w takiej pozycji i podjęcie próby pionizacji,

☐ Asekuracja podczas uruchamiania pacjentki,

☐ Asekurowanie i asystowanie podczas pierwszego spaceru,

☐ Wsparcie psychiczne, empatyczna i wyrozumiała postawa wobec chorej,

☐ Wyjaśnienie pacjentce negatywnych skutków opóźniania uruchomienia, oraz przedstawienie zalet wczesnej pionizacji,

☐ Poinformowanie o konieczności zgłaszania niepokojących objawów podczas próby pionizacji (np. zawroty głowy),

☐ Zachęcanie pacjentki do częstego umiarkowanego spaceru.

Problem VII. Obniżony nastrój, zmniejszenie poczucia kobiecości

Cel opieki:

☐ Wyrównanie nastroju,

☐ Zmniejszenie poczucia lęku i niepokoju.

Interwencje pielęgniarские:

☐ Okazywanie szacunku, życzliwości i zrozumienia podczas rozmowy z pacjentką,

☐ Zapewnienie pacjentce kontaktu z psychologiem,

☐ Rozmowa terapeutyczna, aby skupiła się na wartościach, które są dla niej ważne oraz które sprawiają jej przyjemność,

☐ Zapewnienie wsparcia, poczucie zaufania i bezpieczeństwa,

- ☐ Towarzyszenie pacjentce, aktywnie słuchając, nie narzucając swojego zdania, obniżając poziom lęku i niepokoju oraz obawy pacjentki, odpowiadając na jej pytania,
- ☐ Angażowanie do opieki nad pacjentką rodziny, która powinna udzielać pacjentce wsparcia psychicznego,
- ☐ Edukacja pacjentki na temat grup wsparcia.

Problem VIII. Obawa o możliwość powrotu do pracy, powrotu do poprzedniego funkcjonowania w życiu

Cel opieki:

- ☐ Zniwelowanie lub zmniejszenie obaw pacjentki.

Interwencje pielęgniarskie:

- ☐ Udzielenie wsparcia w akceptacji przebytej operacji, poinformowanie pacjentki o możliwości kontaktu z innymi osobami, które przeszły histerektomię, w celu wymiany spostrzeżeń dotyczących procesu rekonwalescencji,
- ☐ Zapewnienie pacjentce jak największej samodzielności w zakresie samoobsługi,
- ☐ Zapewnienie pacjentce kontaktu z lekarzem prowadzącym,
- ☐ Edukacja pacjentki na temat zaleceń, systematycznej rehabilitacji, która umożliwia powrót do zadań, które wykonywała wcześniej,
- ☐ Edukacja pacjentki na temat zasad, których należy przestrzegać po zabiegu - unikanie podnoszenia ciężkich przedmiotów i intensywnej aktywności fizycznej,
- ☐ Edukacja pacjentki na temat długości trwania rekonwalescencji po operacji oraz kiedy pacjentka może powrócić do pracy.

Problem VIX. Brak wiedzy na temat współżycia intymnego po zabiegu histerektomii przezpochwowej

Cel opieki:

- ☐ Uzupełnienie wiedzy pacjentki na temat współżycia intymnego po zabiegu.

Interwencje pielęgniarskie:

- ☐ Wyjaśnienie pacjentce o konieczności wielotygodniowej wstrzemięźliwości seksualnej po operacji wycięcia macicy techniką przezpochwową (nawet powyżej 4-6 tyg.) z powodu konieczności zagojenia się blizn oraz ustanie płamienia z pochwy.
- ☐ Objąśnienie pacjentce o możliwości spadku odczuwania bodźców seksualnych w łechtaczce oraz wargach sromowych, a pierwsze zbliżenie może wiązać się z bólem lub dyskomfortem,
- ☐ Wyjaśnienie pacjentce, że niekiedy może wystąpić suchość pochwy, która w wielu przypadkach stanowi źródło dolegliwości bólowych, jak również jest przyczyną otarć czy dyskomfortu, zaleca się stosowanie żelów intymnych, nawilżających, w celu nawilżenia pochwy, żele te pomagają również odbudowie błony śluzowej,
- ☐ Wyjaśnienie pacjentce, że usunięcie macicy może powodować brak charakterystycznych skurczów podczas orgazmu.

Problem X. Dyskomfort spowodowany zaparciami

Cel opieki:

- ☐ Pacjentka będzie bez wysiłku oddawała miękkie uformowany stolec co 1-2 dni,
- ☐ Pacjentka nie będzie odczuwała dyskomfortu związanego z zaparciem.

Interwencje pielęgniarskie:

- ☐ Ocena rodzaju zaparcia i stanu pacjentki,
- ☐ Przeprowadzenie badania palpacyjnego, sprawdzenie czy brzuch nie jest wzdęty,

- ☐ Zachęcanie do wypijania ok 1,5l –2 l płynów dziennie,
- ☐ Zwiększenie aktywności fizycznej adekwatnie do możliwości pacjentki,
- ☐ Ustalenie stałych godzin posiłku,
- ☐ Poinformowanie chorej, że nie należy odwlekać wypróżniania,
- ☐ Uświadomienie skutków długotrwałego braku stolca,
- ☐ Podanie środków przeczyszczających lub wykonanie lewatyw, gdy inne naturalne interwencje są skuteczne.

Problem XI. Ryzyko wystąpienia zakażenia pęcherza moczowego spowodowane założonym cewnikiem Foley’a

Cel opieki:

- ☐ Zapobieganie wystąpieniu zakażenia pęcherza moczowego,

Interwencje pielęgniarskie:

- ☐ Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki,
- ☐ Higiena okolicy ujścia cewki moczowej, poinstruowanie o konieczności przestrzegania zasad kierunku higieny krocza (w stronę odbytu),
- ☐ Pomoc pacjentce utrzymania higieny osobistej i pościelowej,
- ☐ Obserwacja miejsca założenia cewnika w kierunku infekcji,
- ☐ Ocena konieczności utrzymania cewnika w pęcherzu moczowym,
- ☐ Utrzymywanie prawidłowego bilansu płynów,
- ☐ Nawodnienie dożylnie pacjentki, w następnej dobie po operacji zlecenie picia minimum 2 l wody,
- ☐ Monitorowanie parametrów zapalnych,
- ☐ Ocena parametrów fizykochemicznych moczu,
- ☐ Przestrzeganie wytycznych postępowania z workiem na mocz,
- ☐ Usunięcie cewnika po 2 dobach przy odpowiedniej diurezie,
- ☐ Edukacja pacjentki na temat konieczności stosowania środków przeznaczonych do higieny intymnej.

Problem XII. Ryzyko wystąpienia powikłań związanych z dostępem naczyniowym obwodowym

Cel opieki:

- ☐ Brak powikłań infekcyjnych, mechanicznych, zakrzepowych.

Interwencje pielęgniarskie:

- ☐ Założenie karty obserwacji wkłucia obwodowego, codzienna obserwacja konieczności utrzymania wkłucia oraz cech mogących wskazywać na zakażenie,
- ☐ Przestrzeganie zasad aseptyki i antyseptyki,
- ☐ Umocowanie wkłucia jałowym opatrunkiem typu Comopor,
- ☐ Zabezpieczenie wkłucia jednorazowym, jałowym korkiem typu luer-lock lub zastawką bezigłową Q-Syte,
- ☐ Zmiana opatrunku włókninowego co 24 godziny, przezroczystego w razie potrzeby lub wraz z wymianą wkłucia obwodowego,
- ☐ W przypadku wystąpienia cech zapalnych wkłucia należy natychmiastowo usunąć, zabezpieczając miejsce wkłucia w sposób jałowy,
- ☐ Płukanie wkłucia 0,9% roztworem NaCl przed i po podaniu dożylnym leków celem utrzymania drożności.

Karta zaleceń pielęgniarskich do stosowania przez pacjentkę

Po dokonaniu analizy wszystkich powyższych problemów pielęgnacyjnych i zdrowotnych opracowano kartę zaleceń pielęgnacyjnych, do których chora powinna się stosować. Stworzenie takiej karty zaleceń na celu polepszenie jakości życia chorej.

W obszarze higieny i pielęgnacji ciała i krocza

☐Przemywanie krocza wodą z mydłem 5,5 pH i dokładne osuszanie czystym ręcznikiem jednorazowym,

☐Kąpiel pod prysznicem, unikanie kąpieli w wannie, basenach, jacuzzi przez okres 2 miesięcy po operacji,

☐Krocze przemywać w kierunku od przodu do tyłu,

☐Preparaty wspomagające gojenie: Kwas hialuronowy w globulkach dopochwowych w celu przyspieszenia gojenia błony śluzowej pochwy takie jak: Mucovagin, Cicatridina, ApiVaginal, Chlorivag,

☐Należy obserwować czy nie występują zmiany w postaci: krwawienia, odczuwania dolegliwości bólowych i tkliwości, gorączka ponad 38 stopni Celsjusza. Jeżeli pojawią się powyższe objawy niepokojące należy niezwłocznie udać się do Poradni ginekologicznej lub lekarza pierwszego kontaktu.

W zakresie prowadzonej farmakoterapii:

☐Leki przeciwrzepliwie należy stosować przez 10 dni w ramach profilaktyki przeciwzakrzepowej,

☐Przyjmuj leki przeciwbólowe i inne leki zalecone przez lekarza zgodnie z zaleceniami.

Ból pooperacyjny

☐Leki przeciwbólowe: Po wypisaniu, jeśli ból występuje, można stosować paracetamol 4x1g lub ibuprofen 3-4x400 mg, dostępne bez recepty. Leki można łączyć,

☐Jeżeli ból się utrzymuje lub ma charakter napadowy z towarzyszącymi objawami, takimi jak wymiotamy, zaparcia i brak oddawania gazów należy kontaktować się z lekarzem.

☐Wizyty kontrolne

☐Termin wizyty kontrolnej, 2-3 tygodnie po operacji, po uzyskaniu wyniku badania histopatologicznego lub w przypadku pojawienia się niepokojących objawów.

W zakresie rekonwalescencji i aktywności fizycznej

☐Pierwsze dni po operacji wymagają odpoczynku, jednak należy unikać długiego leżenia w łóżku,

☐Stopniowo zwiększać aktywność fizyczną, w tym spacerowanie, w celu zmniejszenia ryzyka powikłań (np. zakrzepicy),

☐Unikać podnoszenia ciężkich przedmiotów przez 6–8 tygodni (zwykle do 5 kg).

☐Należy regularnie wykonywać ćwiczenia (Kegla) mięśni dna macicy, które wspomagają utrzymanie narządów w prawidłowym położeniu, zapobiegając nietrzymaniu moczu i kału oraz mogą pomóc w powrocie do współżycia seksualnego. W ramach ćwiczeń należy wykonywać: długie skurcze, poprzez napięcie mięśni przez 10 sekund, następnie rozluźnienie, serie ćwiczeń powtarzać 10 razy oraz skurcze krótkie, poprzez napinanie mięśni przez około 1 sekundę, następnie rozluźnienie, które również należy 10 razy powtórzyć. Ćwiczenia zaleca się wykonywać co najmniej 3 razy dziennie i dodatkowo przed dźwiganiem, kasłaniem lub kichaniem,

☐Zaleca się wykonywanie ćwiczeń czynnych, takich jak: ćwiczenia oddechowe, mobilizacja kończyn górnych i dolnych, ćwiczenia mięśni dna macicy, przejścia pozycyjne (stopniowe przejścia z pozycji leżącej do siedzącej i następnie do stojącej) oraz ćwiczenia bierne takie jak: ruchy kończyn wykonywane przez terapeutę lub opiekuna, delikatne rozciąganie i mobilizacja stawów przez personel medyczny, masaż limfatyczny i techniki mobilizacyjne wykonywane przez terapeutę,

☐ Wizyty w poradniach uroginekologicznych, rehabilitacyjnych.

W obszarze życia intymnego

☐ Powstrzymać się od współżycia przez okres 4-6 tygodni,

☐ Przed rozpoczęciem współżycia należy odbyć wizytę kontrolną u ginekologa,

☐ Zakaz stosowania tamponów: Przez okres 4-6 tygodni.

W zakresie prawidłowego żywienia

☐ Zwiększenie spożycia błonnika – wprowadzenie do diety produktów bogatych w błonnik (warzywa, owoce, pełnoziarniste produkty zbożowe) w celu zapobiegania zaparciom,

☐ Lekkostrawna dieta początkowa – stosowanie lekkostrawnych posiłków, takich jak: gotowane warzywa, chude mięso, ryż i kasze,

☐ Duża ilość płynów – regularne picie wody, herbat ziołowych i świeżych soków, unikając napojów gazowanych i kofeinowych,

☐ Białko w diecie – wprowadzenie źródeł białka, takich jak chude mięso, ryby, jaja, tofu i nasiona, wspomagających regenerację organizmu,

☐ Unikanie tłustych i smażonych potraw – ograniczenie produktów tłustych, smażonych i ciężkostrawnych,

☐ Witaminy i minerały – dieta bogata w witaminy (C, E, B) i minerały (żelazo, magnez) wspomagające regenerację,

☐ Stopniowe rozszerzanie diety – wprowadzanie bardziej zróżnicowanych posiłków w miarę poprawy stanu zdrowia,

☐ Ograniczenie soli – minimalizacja spożycia soli w celu zapobiegania obrzękom.

☐ Kontrola masy ciała – dbałość o prawidłową masę ciała, zwłaszcza w kontekście menopauzy,

☐ Suplementacja (jeśli zalecona) – stosowanie suplementów, takich jak żelazo, czy witaminy, jeśli lekarz zaleci.

Piśmiennictwo

- 1.Korczyńska L, Zeber-Lubecka N, Zgliczyńska M, Zarychta E, Zareba K, Wojtyła C, Dąbrowska M, Ciebia M. The role of microbiota in the pathophysiology of uterine fibroids - a systematic review. *Front Cell Infect Microbiol*. 2023 May 26;13:1177366.
- 2.Stewart EA, Lukes AS, Venturella R, et al. Quality of life with relugolix combination therapy for uterine fibroids: LIBERTY randomized trials. *Am J Obstet Gynecol*. 2023;228:320.e1-11.
- 3.Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK, Catherino WH, Lalitkumar S, Gupta D, Vollenhoven B. Uterine fibroids. *Nat Rev Dis Primers*. 2016 Jun 23;2:16043.
- 4.Edzie EKM, Dzefi-Tettey K, Brakohiapa EK, Gorleku NP, Aidoo E, Amoah SK, et al. Evaluation of the anatomical locations and sizes of uterine fibroids from ultrasound examination in Ghana. *Afr Health Sci*. 2023;23(4):438-450.
- 5.Dvorská D, Braný D, Danková Z, Halašová E, Višňovský J. Molecular and clinical attributes of uterine leiomyomas. *Tumor Biol*. 2017;39(6).
- 6.Wiśniewska E. "Mięśniaki macicy – objawy i diagnostyka." *Nowoczesna Ginekologia* [online]. 2020. Dostępny w Internecie: <https://www.szpitalnaklinach.pl/blog/miesniaki-macicy-objawy-i-diagnostyka/> [dostęp: 12 lutego 2025].
- 7.Sparic R, Mirkovic L, Malvasi A, Tinelli A. Epidemiology of uterine myomas: a review. *Int J Fertil Steril*. 2016 Jan-Mar;9(4):424-35.
- 8.Yang Q, Ciebia M, Bariani MV, Ali M, Elkafas H, Boyer TG, Al-Hendy A. Comprehensive review of uterine fibroids: developmental origin, pathogenesis, and treatment. *Endocr Rev*. 2022 Jul 13;43(4):678-719.

9. Kuznetsova MV, Tonoyan NM, Trubnikova EV, Zelensky DV, Svirepova KA, Adamyan LV, Trofimov DY, Sukhikh GT. Novel approaches to possible targeted therapies and prophylaxis of uterine fibroids. *Diseases*. 2023;11:156.
10. Korczynska L, Zeber-Lubecka N, Zgliczynska M, Zarychta E, Zareba K, Wojtyla C, Dabrowska M, Ciebiera M. The role of microbiota in the pathophysiology of uterine fibroids - a systematic review. *Front Cell Infect Microbiol*. 2023;13:1177366.
11. Zieliński P. "Mięśniak macicy – objawy, rodzaje, leczenie, operacja." *Medycyna Praktyczna* [online]. 2017. Dostępny w Internecie: <https://www.mp.pl> [dostęp: 12 lutego 2025].
12. Pilewska-Kozak A, Stadnicka G, Bałanda-Bałdyga A. Opieka okołoperacyjna w ginekologii i onkologii ginekologicznej. Wyd. 1. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2022; s. 14.
13. Wiśniewska E. "Mięśniaki macicy – objawy i diagnostyka." *Nowoczesna Ginekologia* [online]. 2020. Dostępny w Internecie: <https://www.szpitalnaklinach.pl/blog/miesniaki-macicy-objawy-i-diagnostyka/> [dostęp: 12 lutego 2025].
14. Bonnie KY, Cheong Y. Hydrosalpinx – salpingostomy, salpingectomy or tubal occlusion. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2019;59.
15. Baranowski W. Mięśniaki macicy. W: *Ginekologia po Dyplomie*. Monografia. Wyd. 1. Medical Tribune Polska, Warszawa 2023; s. 4-9.
16. Bosteels J, van Wessel S, Weyers S, Broekmans FJ, D'Hooghe TM, Bongers MY, Mol BWJ. Hysteroscopy for treating subfertility associated with suspected major uterine cavity abnormalities. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;12:CD009461.
17. Alicja K. „Mięśniaki macicy pod kontrolą” *Termedica* [online]. 14.12.2018. Dostępny w Internecie: <https://www.termedia.pl/ginekologia/Miesniaki-macicy-pod-kontrola,32461.html>
18. Wang YQ, Li YW, Chen QL, Liu ZH. Long-term exposure of xenoestrogens with environmental relevant concentrations disrupted spermatogenesis of zebrafish through altering sex hormone balance, stimulating germ cell proliferation, meiosis and enhancing apoptosis. *Environ Pollut*. 2019 Jan;244:486-494.
19. Woźniak S, Pietrzak B, Paszkowski T, Radowski S, Pawelczyk L, Wielgoś M. Farmakoterapia mięśniaków macicy. *Ginekol Perinatol Prakt*. 2017;2(2):43-47.
20. Kolterud Å, Välimäki N, Kuisma H, Patomo J, Ilves ST, Mäkinen N, et al. Molecular subclass of uterine fibroids predicts tumor shrinkage in response to ulipristal acetate. *Hum Mol Genet*. 2023 Apr 1;32(7):1063-1071.
21. Stojko R, Samulak D. *Ginekologia operacyjna*. Wyd. 1. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2023; s. 19-23.
22. Pyra K, Jargiełło T, Drelich-Zbroja A, Górnik M, Karska K, Sojka M, et al. Embolizacja tętnic macicznych w leczeniu objawowych mięśniaków macicy. *Post Nauk Med*. 2015;2:88-94.
23. Krzyżanowski J, Woźniak S, Szkodziak P, et al. Minimally invasive treatment options for uterine fibroids. *Ginekol Pol*. 2022;93(3):242-247.
24. Wang Y, Zhang S, Li C, Li B, Ouyang L. Minimally invasive surgery for uterine fibroids. *Ginekol Pol*. 2020;91(3):149-157.
25. Zhang Q, Liang X, Chen Z. An updated review of thermal ablation technology for uterine fibroids and adenomyosis: focusing on protecting fertility. *Int J Womens Health*. 2024;16:1551-1563.
26. Akpınar F, Yerebasmaz N, Unlubilgin E, Karahanoglu E, Kayikcioglu F, Dede S. Total laparoscopic versus vaginal hysterectomy: the experience of a training hospital. *Ginekol Pol*. 2016;87(2):111-115.

27.Stojko R, Malinowski A, Baranowski W, Misiek M, Winkowska E, Pomorski M, et. al. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące usunięcia macicy drogą pochwową i laparoskopową i brzuszną, Ginekol. Perinatol. Prakt. 2022;7(3):166-176.