

Proces zdravstvene njege bolesnice s histeroskopijom

Process of health care in patients with hysteroscopy

Anita Gabud

Opća bolnica Varaždin, Ivana Meštrovića bb, 42000 Varaždin, Hrvatska
General Hospital Varaždin, Ivana Meštrovića bb, 42000 Varaždin, Croatia

Sažetak:

Histeroskopija je minimalno invazivan endoskopski zahvat koji omogućava detaljan pregled unutrašnjosti maternice. Izvodi se histeroskopom na koji je priključena videokamera. Instrument se uvodi kroz vrat maternice u materničnu šupljinu. Važno mjesto u medicinskom timu u operacijskoj dvorani ima medicinska sestra/instrumentarka. Rad ondje teče prema prije utvrđenom protokolu. Medicinska sestra/instrumentarka mora poznavati sve etape operacijskog zahvata te raspored uporabe instrumentarija, o čemu mora voditi računa. Prije početka operacijskog zahvata ona mora provjeriti ispravnost cjelokupnog instrumentarija. Da bi to mogla, mora poznavati karakteristike svakog pojedinog instrumenta. Cilj je svih navedenih postupaka omogućiti nesmetan tijek operacijskog zahvata.

Ključne riječi: Histeroskopija • medicinska sestra • instrumentarka

Kratki naslov: Histeroskopija i zdravstvena njega

Abstract:

Hysteroscopy is a minimally invasive endoscopic surgical procedure that allows detailed examination of the inside part of the uterus. Hysteroscopy is performed with instrument which is connected to a video camera. Instrument is introduced through the cervix into the uterine cavity. Important role in the medical team in the operating room has an operating nurse. Procedure must be performed according to the previously established protocol. Operating nurse has to know all the stages of surgery procedure and schedule of the usage of instruments. Before the surgery she has to check all the instruments. Operating nurse must be familiar with the characteristics of each instrument. The aim of these procedures is to allow smooth procedure in the surgery.

Key words: Hysteroscopy • nurse • operating nurse

Short title: Hysteroscopy and health care

Received June 5th 2013;

Accepted September 17th 2013;

Uloga medicinske sestre/instrumentarke

Odgovorno i važno mjesto u medicinskom timu u operacijskoj sali ima medicinska sestra/ instrumentarka. Operacijski tim čine: ginekolog koji operira, asistenti, anesteziolog, anesteziološki tehničar i dvije medicinske sestre instrumentarke.

U dnevnoj bolnici tim čine: ginekolog i medicinska sestra/ instrumentarka, koji sudjeluju u realizaciji dijagnostičko-terapeutskog plana čiji je inicijator liječnik. Sestra je član zdravstvenog tima te sudjeluje u planiranju i izvršavanju svakodnevnih aktivnosti radi pružanja usluga bolesniku [1].

Medicinska sestra/ instrumentarka prije operacijskog zahvata priprema pacijenticu [psihički; fizički]. Postupak zdravstvene njege uključuje sustavno, plansko, samoinicijativno i namjerno otkrivanje i rješavanje problema pacijenata s područja zdravstvene njege. Ona planira zdravstvenu njegu i

pruža adekvatnu pomoć u provođenju zdravstvene njege, koristi se sestrinskim dijagnozama, koje služe i kao temelj za izradu plana edukacije [2,3].

Rad u operacijskoj dvorani teče prema utvrđenom planu. On uključuje pripremu instrumenata, operacijske sale, osoblja i pacijentice.

Medicinska sestra/ instrumentarka mora znati sve faze operacije te unaprijed rasporediti instrumentarij. Instrumente razmješta uvijek istim redoslijedom kako bi se stvorila radna navika i kako bi joj se ruka automatizmom pružala uvijek u smjeru potrebnog instrumenta.

Opis je poslova medicinske sestre/instrumentarke:

- poznavanje svih faza operacije;
- uzimanje potrošnog materijala za operaciju;
- pripremanje i raspoređivanje instrumenata;
- namještanje pacijentice u odgovarajući položaj;
- pripremanje tekućina za kirurško pranje i dezinfekciju operativnog polja
- pokrivanje operativnog polja sterilnim kompresama ili jednokratnim sterilnim setovima za pokrivanje
- premazivanje operativnog polja sredstvom za dezinfekciju

Autor za korespondenciju/Corresponding author:

Anita Gabud, bacc. med. techn.
General Hospital Varaždin, Ivana Meštrovića bb, 42000 Varaždin, Croatia
Tel: 385-42-393-000
Fax: 385-42-213-241
E-mail: anita.gabud@vz.t-com.hr

- spajanje svih priključaka pripadajuće aparature [električni kirurški nož, aspirator, endoskop, i sl.];
- snalaženje u slučaju nastanka komplikacija;
- ispunjavanje sestrinske dokumentacije za svaku pacijenticu;
- nakon operacije, vraćanje pacijentice u prvobitni položaj;
- stavljanje operacijskog stola u primarno stanje;
- premještanje pacijentice s operacijskog stola u krevet;
- zbrinjavanje preparata upućenih na daljnju analizu;
- zbrinjavanje instrumenata i ostalog pribora u skladu s operacijskim protokolom;
- pospremanje operacijske sale i pribora;
- dezinfekcija i priprema za sljedeću operaciju;

Zbrinjavanje instrumenata i ostalog pribora u koje su uključene radnje, i to:

- pranje i čišćenje instrumenata;
- sušenje;
- slaganje setova i priprema za sterilizaciju uz posebnu napomenu o vrsti sterilizacije

Setovi i ostali pribor steriliziraju se u centralnoj sterilizaciji, a medicinska sestra/instrumentarka određuje vrstu sterilizacije koja se preporučuje za pojedini materijal. Cilj je svih navedenih postupaka omogućiti nesmetani tijek operacije.

Histeroskopija

Histeroskopija je minimalno invazivan endoskopski zahvat koji omogućava detaljan pregled unutrašnjosti maternice. Uz mogućnost unutrašnje inspekcije/pregleda organa, ova metoda pruža mogućnost uzimanja materijala za biopsiju, uklanjanja endometrijalnih i cervikalnih polipa, resekcije septuma i priraslica, uklanjanja submukoznih i nascentnih mioma i sl. Izvodi se histeroskopom na koji je priključena videokamera [vrsta uskog teleskopa], a uvodi se kroz vrat maternice u materničnu šupljinu. Kroz histeroskop se u materničnu šupljinu tijekom cijelog zahvata uvodi otopina koja širi stijenke maternice kako bi se unutrašnjost mogla zadovoljavajuće prikazati. Histeroskopija može biti dijagnostička ili terapijska [3, 4].

Dijagnostička histeroskopija - U ovom postupku liječnik proširuje vrat maternice, a zatim uvodi histeroskop u maternicu. Moderni histeroskopi malih su dimenzija te omogućuju vizualizaciju s minimalnom ili bez dilatacije. Razlozi za izvođenje postupka jesu ispitivanje neplodnosti, kod ponavljanja spontanih pobačaja, nepravilna i obilna menstrualna krvarenja, krvarenja u postmenopauzi, kontrola sluznice maternice kod žena koje uzimaju hormonalnu terapiju zbog karcinoma dojke. Na kraju postupka katkad je potrebno uzeti uzorak tkiva sluznice maternice kako bi se provela histopatološka analiza. Postupak se obavlja u lokalnoj ili općoj anesteziji [4].

Operativna histeroskopija – obavlja se radi tretmana poremećaja ili bolesti u materničnoj šupljini. Postupak se radi u općoj ili u kratkotrajnoj intravenskoj anesteziji.

Indikacije za izvođenje navedenog zahvata jesu: spaljivanje sluznice maternice, uklanjanje polipa i mioma koji se nalaze u šupljini maternice, otklanjanje pregrade ili priraslica u maternici te uklanjanje spirale koja se ne može ukloniti prirodnim putem [4].

Povijesni osvrt

Najstariji pisani podatak datira otprije 4 000 godina, a opisuje se instrument "Syphopherot", koji se sastojao od kožne cijevi. Počeci histeroskopije datiraju od 1805. godine, kada je frankfurtski liječnik Bozzini izradio instrument koji je svjetlost svijetle s pomoću konkavnog zrcala usmjeravao u cijev sličnu spekulu. Instrument je bio u uporabi za traženje intrauterinih tumora, obradu steriliteta i promatranje fetusa u maternici. Na žalost, utjecajna Bečka akademija nije odobrila daljnja istraživanja i razvoj opisanog instrumenta [4, 5].

Prvu histeroskopiju obavio je Englez Panteleoni. On je 1869. godine instrumentom koji je konstruirao Francuz Desormaux, u 60-godišnje žene s uterinim krvarenjem histeroskopskim pregledom našao endometralni polip, te ga kauterizirao srebrnim nitratom. Time je već prva histeroskopija bila i terapijska.

Moderna histeroskopija počinje 1908. godine kada David iznalazi indikacije, tehniku, kontraindikacije i opisuje komplikacije histeroskopije. Koristi se modificiranim Nitzeovim instrumentom, koji se sastoji od košuljice unutar koje je fiksiran cistoskop. Pri distalnom kraju zatvoren je staklenim kristalom pri kojem se nalazi izvor svjetla, a kod okulara je povećalo. Takvom konstrukcijom instrumenta smanjena je učestalost krvarenja. Napretkom tehničkih disciplina, konstruiran je današnji histeroskop.

Metode histeroskopije

Prema načinu upotrebe dilatacijske tekućine, histeroskopija se dijeli na: kontaktnu - bez distenzije uterusa i panoramsku - s distenzijom uterusa.

Kontaktna histeroskopija ima ograničene mogućnosti. Panoramska histeroskopija omogućava zadovoljavajući prikaz cijelog materijala, endocervikalnog kanala te stijenke uterusa, a za distenziju uterusa u uporabi je plinski i tekući medij.

Plinski medij. Najčešće upotrebljavani medij za plinsku histeroskopiju je ugljični dioksid. Njegova prednost velika je topivost u krvi, tako da se cijeli volumen plina potreban za izvršenje histeroskopije izlučuje tijekom prvog prolaska kroz pluća, pa nema promjene u rutinskim plinskim analizama krvi.

Tekući medij. Prvi, u ginekologiji korišteni, tekući medij jest sterilna voda. Optička jasnoća svih distenzijskih tekućina mjeri se u odnosu s njom. Voda je hipotonična, uzrokuje hemolizu eritrocita i čišće vidno polje, nema elektrolita, što omogućava upotrebu električne energije. Znatno nedostatak tekućeg medija mogućnost je nastanka intravaskularne hemolize i nefrotskog sindroma, te dilucijske hiponatrijemije.

Ako pri histeroskopiji nije u uporabi električna energija, izbor distenzijskog medija fiziološka je otopina koja u slučaju intravazacije uzrokuje volumno povećanje tjelesnih te-

kućina. U histeroskopskim postupcima, kada je u uporabi električna energija, mediji koji su u uporabi moraju izolirati okolno tkivo od visokih temperatura i električne struje, tj. ne sadržavaju elektrolite. Druga je važna karakteristika navedenih medija izoosmolarnost, čime se izbjegava nastanak komplikacija [2, 3, 4].

Tehnika izvođenja histeroskopije

Histeroskopski pregled vrši se u prvoj fazi ciklusa. Tada je endometrij tanak i ne postoji mogućnost ugrožavanja eventualne trudnoće ovim pregledom kao ni to da dođe do krvarenja.

Dijagnostički zahvat obavlja se prema načelima jednodnevne kirurgije. U ginekologiji većina dijagnostičkih postupaka ne zahtijeva opću anesteziju, nego paracervikalnu analgeziju, i to kada je potrebna dilatacija cervikalnog kanala. Nakon dezinfekcije rodnice i vrata maternice dilatira se endocervikalni kanal, ako je potrebno, do neposredno iznad unutarnjeg ušća vrata maternice. U suprotnome se dilatorima oštećuje sluznica materišta, što smanjuje vidljivost. Histeroskop se uvodi postupno kroz endocervikalni kanal. Istodobno se otvara ventil kanala za unos tekućine. Nakon nekoliko minuta, tekućinom se distendira materišta te se histeroskop uvodi u distendirani prostor.

Histeroskop se mora uvesti bez dodirivanja stijenki maternice. Ako ipak dođe do krvarenja, odvodni se ventil otvori i njime se regulira ispuštanje zamućene distenzijske tekućine. Pri histeroskopiji valja imati na umu da se maternica gleda pod kutom od 30°. Kad se postigne zadovoljavajuća vidljivost, sustavno se pregleda materišta pomičući histeroskop lijevo-desno, rotirajući ga oko uzdužne osi, nastojeći prikazati oba ušća jajovoda, fundus maternice, prednju i stražnju stijenkicu, kao i lateralne stijenke maternice. Na kraju se u visini unutarnjeg ušća zaustavi histeroskop i prikaže se tzv. panoramska slika maternice [4, 5].

Instrumenti

Histeroskop promjera 5 do 6,5 mm daje jasnu sliku endocervikalnog kanala i cijeloga materišta. Danas su najčešće u uporabi histeroskopi s čvrstim teleskopom, promjera 3 do 4 mm. Pregled se vrši pod kutom od 30°, što omogućava dobru vizualizaciju i lateralnih dijelova maternice. Fleksibilni histeroskopi manje su u uporabi, i to zbog slabije kvalitete slike.

Za zadovoljavajući prikaz, endometrij maternice mora se rastegnuti i osvijetliti. Histeroskop, osim teleskopa, stoga ima i metalnu košuljicu promjera od 6 do 8 mm kroz čiji se vrh u maternicu upumpava viskozna bistra otopina. Za dijagnostičke u uporabi je i fiziološka otopina.

Kod operativne histeroskopije distenzijski tekući medij mora biti bez elektrolita, i to zbog mogućeg nastanka neželjenih komplikacija. Otopina se u maternicu unosi kroz košuljicu histeroskopa, koji je spojen sa silikonskim crijevom s posebno oblikovanom rotacijskom pumpom, u kojoj se nalazi elektronski regulator količine unesene tekućine u maternicu. Na taj se način vidno polje stalno ispire od krvi i omogućava dobra vidljivost u operacijskome polju. U košuljici je ili radni kanal, kroz koji se mogu uvesti škarice ili hvataljka ili

histeroresektoskop. On na vrhu može imati pomičnu elektrodu u obliku igle, omče ili valjka [4, 5].

Indikacije za histeroskopiju

Dijagnostička histeroskopija

Ako se neredovito krvarenje u perimenopauzi ne može kupirati uporabom hormonske terapije, a ginekološkim pregledom nije nađen organski uzrok krvarenja, uvriježeno je učiniti frakcioniranu kiretažu. Prije kiretaže nužan je ultrazvučni pregled, jer je moguće posumnjati na postojanje novotvorina, poput polipa ili submukoznog te intrauterinog mioma. Frakcionirana kiretaža nužna je u svake žene koja neredovito krvari u perimenopauzi, a posebice u žena u postmenopauzi. Međutim, ako žena i nakon negativne kiretaže neredovito krvari, obavezno je učiniti histeroskopiju [4, 4, 5].

Neplodnost. Histeroskopija je zahvat komplementaran histerosalpingografiji u pacijentica s habitualnim pobačajima. Kateterizacija jajovoda tj. tuboskopija tijekom histeroskopije verificira funkcionalno stanje sluznice jajovoda.

Strano tijelo u maternici. Histeroskopija je vrlo korisna metoda lociranja i uklanjanja stranih tijela iz materišta. Uklanjanje pod izravnom kontrolom oka s pomoću histeroskopske hvatanjke razmjerno je jednostavno.

Intrauterini polipi i miomi. Benigni intrauterini polipi glatki su, mekani i pomični, ružičaste boje, slični endometriju. Mogu biti različite veličine i rijetko su nekrotični. Submukozni miomi svjetliji su, bljeđi od polipa, glatke površine s naglašenim vaskularnim crtežom. Ovi tumori deformiraju maternicu i endometrij pa su čest uzrok neplodnosti i obilnih krvarenja.

Karcinom endometrija. Izgleda kao nepravilno zadebljanje sluznice, nekrotično, ulcerirano, žute boje i uvriježeno krvari. Histeroskopski je moguće verificirati karcinom endometrija i zadovoljavajuće odrediti lokalizaciju i proširenost. Biopsija endometrija je nužna.

Operativna histeroskopija

Ablacija endometrija. Postupak se obavlja neposredno nakon završetka menstruacije kada je endometrij najtanji. Kako je endometrij tkivo koje se dobro obnavlja, pri ablaciji je bitno ukloniti njegov bazalni sloj kako bi zahvat bio uspješan. Histeroskopska resekcija obavlja se električnom omčom ili valjkom [4, 5].

Histeroskopska miomektomija: Submukozni miom deformira kavum, izdiže endometrij i stanjuje ga te povećava površinu endometrija. Sve to dovodi do najčešće redovitog, ali i obilnog krvarenja.

Prema smjericama Europskog društva za histeroskopiju, submukozni miomi podijeljeni su na:

tip 0 - submukozni miom koji strši gotovo čitavim promjerom u kavum, često na uskoj peteljci

tip 1 – submukozni miom koji strši u kavum većom polovicom svog promjera, a manjim dijelom je intrauterino smješten

tip 2 – submukozni miom koji strši u kavum manjom polovicom svoga promjera, a većim dijelom je intrauterino smješten.

Submukozni miom tipa 0 i tipa 1 prava su indikacija za histeroskopsku resekciju ako su manji od 6 cm, a duljina materišta nije veća od 10 cm. Uspješnost histeroskopskog liječenja menoragija uzrokovanih submukoznim miomom iznosi cca 90%.

Histeroskopska adhezioloza: Adhezije u maternici nastaju sraštavanjem stijenki maternice i u 90 % slučajeva posljedica su kiretaže vezane uz trudnoću. Ostali slučajevi posljedica su resekcije septuma maternice, submukoznog mioma ili tuberkuloze (Netterov sindrom). Simptomi su vrlo oskudne menstruacije nakon kiretaže ili sekundarna amenoreja, što ovisi o opsežnosti priraslica. Postoji nekoliko tipova klasifikacije unutarmaternih priraslica, a sve su temeljene na opsežnosti i čvrstoći priraslica u maternici.

Za histeroskopsko uklanjanje priraslica u uporabi su škarice, a postupak se izvodi pod kontrolom laparoscopa ili ultrazvuka. Kod opsežnih priraslica postoji opasnost od perforacije maternice te mogućnost dovršenja operacije u drugome aktu. Kako bi se spriječilo ponovno stvaranje priraslica nakon operacije, postavlja se unutarmaternalni uložak, i to tijekom dvaju ciklusa, ili se odmah počinje s davanjem visokih doza estrogena.

Resekcija septuma: Histeroskopija je metoda izbora u liječenju ovog čestog uzroka spontanih pobačaja i prijevremenih porođaja. Tijek zahvata je razmjerno jednostavan i brz, oporavak kratak, a poslijeoperacijski je moguće učiniti vaginalni porođaj. Potrebno je istaknuti da se od svih anomalija maternice samo septum može riješiti histeroskopski. Dvorogu maternicu [uterus bicornis unicollis] potrebno je rekonstruirati klasičnim operacijskim tehnikama.

Stoga je vrlo važno točno dijagnosticirati tip anomalije i planirati odgovarajući zahvat.

Septum je moguće resekirati škaricama ili histeroresektoskopom s električnom iglom na vrhu. Laparoskopski ili ultrazvučni nadzor tijekom resekcije septuma dobra je prevencija perforacije maternice. Postoperacijsko davanje visokih doza estrogena te postavljanje unutarmaternalnoga uložka u uporabi je u svrhe prevencije nastanka unutarmaternalnih priraslica.

Histeroskopska sterilizacija: Postoje različite tehnike zatvaranja ušća jajovoda uporabom histeroscopa. Za potrebe provođenja ovog zahvata u uporabi je poseban sustav [silikonski čepovi]. Uspješnost je ovog zahvata oko 88%, rekanalizacija jajovoda je nemoguća.

Kontraindikacije histeroskopije

Akutna upala u zdjelici (adneksitis) i trudnoća apsolutne su kontraindikacije za histeroskopiju. Histeroskopiju kod krvarenja iz maternice moguće je izvršiti samo uz uporabu protočnog histeroscopa. Pozitivan nalaz mikrobiološke analize vrata maternice, sumnja na karcinom endocerviksa i endometrija relativne su kontraindikacije za histeroskopiju.

Komplikacije histeroskopije

Komplikacije histeroskopije dijele se na:

Intraoperativne

- perforacija maternice;
- mehanička ili termička lezija crijeva i velikih krvnih žila u trbuhu;

- krvarenje;
- intoksikacija vodom.

Rane postoperativne komplikacije

- upala;
- krvarenje.

Kasne postoperativne komplikacije

- recidiv simptoma;
- nepotpuno izlječenje.

Perforacija maternice najčešća je komplikacija. Nastaje u oko 1% slučajeva pri operativnoj histeroskopiji. Ako je perforacija nastala tijekom dilatacije endocervikalnog kanala ili uvođenja histeroscopa, a nema obilnijeg krvarenja, dovoljno je uporabiti osnovne metode opservacije pacijentice. Perforacija se verificira kada se odjednom izgubi odlična vidljivost u maternici ili se prepoznaju vijuge crijeva u vidnome polju. Postupak se mora odmah prekinuti. Ako je korištena električna omča ili igla, nužno je eksplorirati trbušnu šupljinu i isključiti mogućnost termičke ozljede crijeva.

Rizici od intravazacije hipoosmolarne otopine koja je u uporabi za distenziju maternice

Do znatnije intravazacije otopine za distenziju tijekom operativne histeroskopije dolazi u oko 0,6 % slučajeva. Hipoosmolarne otopine resorbira se u cirkulaciju kroz krvne žile u maternici i u peritoneumu. Stoga se unos tekućine i volumen tekućine dobivene kroz izlazni kanal histeroscopa mora stalno mjeriti. Postupak se mora prekinuti ako je razlika veća od 1500 ml. Simptomi vezani uz intoksikaciju vodom i posljedičnu hiponatrijemiju poznati su u urologiji kao post-TURP [transuretralna resekcija prostate] sindrom. Riječ je o mučnini, vrtoglavici, smušenosti, poremećaju vida, letargiji. Ako smetnje nisu na vrijeme prepoznate kao simptomi intoksikacije vodom, može nastupiti koma, pa čak može doći i do smrtnog ishoda. Akutnu hiponatrijemiju organizam teško podnosi i ako su razine natrija u serumu ispod 120 mmol/L, nastaje centralna mijelinoliza ponsa i smrtni ishod. Stoga je nužno provoditi kontinuirani nadzor razlike u volumenu distenzijske tekućine.

Krvarenje

Najčešći nastaje [cca. 1%] kod ablacije endometrija i resekcije submukoznog mioma. Krvarenje se zaustavlja uporabom Foleyeva katetera kojem je balon napunjen s 30 do 50 ml fiziološke otopine.

Upala

Incidencija nastanka upale poslije histeroskopskih operacija mala je, iako su opisani i slučajevi nastanka tubovarijalnog apscesa i septičkog šoka. U pacijentica s adneksitisom u anamnezi postoji veća vjerojatnost za nastanak opisane komplikacije.

Histeroskopija / Bettochi

Bettochi histeroskopija endoskopska je metoda kojom se u danima neposredno poslije mjesečnice uporabom male kamere na teleskopu [promjer 3,8 mm] ulazi u šupljinu maternice. U navedenom razdoblju kanal maternice dovoljno je otvoren te nema potrebe za njegovim mehaničkim širenjem te je za potrebe izvršenja postupka dostatan mlaz fiziološke otopine na vrhu teleskopa.

Histeroskopija Bettocchi dijagnostička je metoda, ali u slučaju postavljene indikacije može se pretvoriti i u terapijsku [operacijsku] metodu. Kroz teleskop se uvode instrumenti kao što su hvatalice-škarice i električna igla veličine 1,7 mm, s pomoću kojih se mogu ukloniti dobroćudni i zloćudne unutarmaternični tumori. Iako postoje i druge metode za pregled unutrašnjosti maternice, histeroskopija se smatra najučinkovitijom, jer omogućuje uočavanje svih nepravilnosti. U odnosu na ultrazvuk, koji se danas smatra zlatnim dijagnostičkim standardom, histeroskopija ima znatne prednosti.

Budući da je maternica šuplji organ, čije su stijenke priljubljene jedna uz drugu, ultrazvukom nije moguće otkriti sve nepravilnosti unutrašnjosti maternice, dok je histeroskopijom to moguće.

Priprema pacijentice

Ne smije se jesti 7-8 sati prije provođenja metode te se mora isprazniti mokraćni mjehur.

Ako pacijentica puši, nekoliko tjedana prije operacije treba pokušati prestati pušiti da bi se smanjio rizik od perioperativnih problema s disanjem. Ako ne može prestati, treba pokušati ne pušiti najmanje 24 sata prije i poslije operacije.

Histeroskopiju je moguće obaviti kao tzv. ambulantni zahvat. Pri uporabi navedene tehnike pacijentice moraju imati pratnju pri izlasku iz bolnice, kao i potporu u prvih 24 sata poslije provedenog zahvata. Zbog uporabe lijekova za potrebe anestezije pacijentice ne smiju sudjelovati u cestovnom prometu, baviti se opasnim aktivnostima, donositi važne odluke ili piti alkohol 24 sata nakon provedenog zahvata.

Upute za pacijentice: izbjegavati fizički napor na dan zahvata. U slučaju pojave boli u trbuhu, povišene tjelesne temperature, krvarenja, odmah se javiti liječniku. Nije preporučljiva uporaba tampona ili vaginalnih sapuna prvih nekoliko dana nakon zahvata. Kontrolni ginekološki pregled potrebno je obaviti tjedan dana poslije provedenog zahvata.

Histeroskopija se može izvršiti i prema smjernicama jednodnevne kirurgije [engl. fast-track-approach]. Uvriježeno se radi o opsežnijem zahvatu te je pacijenticu potrebno hospitalizirati.

Pripreme za jednodnevnu hospitalizaciju su:

U razgovoru s ginekologom važno je da pacijentica dobi sve potrebne informacije radi razumijevanja postupka, prednosti i rizika opisane metode.

Ako u anamnezi postoje podaci o postojanju alergije ili uzimanja lijekova za usporenje zgrušavanja krvi, obavezno se to mora zabilježiti u medicinskoj dokumentaciji.

Slijedi preoperativni pregled anesteziologa. Ovisno o općem stanju, pacijentica će dobiti mišljenje o optimalnoj anesteziji za svoju bolest, te će s anesteziologom raspraviti metodu anestezije.

Dio medicinske dokumentacije ispunjava anesteziolog. Ako pacijentica pristane na predloženu metodu liječenja, dobiva smjernice prema kojima se priprema za postupak.

Opća ili regionalna anestezija

- večer prije zahvata pojesti laganu večeru;
- ništa ne jesti nakon ponoći;

- do 4 sata prije operacije može se popiti jedna šalica tekućine (voda, crni čaj ili crna kava bez mlijeka), ne smiju se piti slatka i gazirana pića;
- nastaviti s uzimanjem uvriještenih lijekova, uključujući i na dan operacije.

Nakon provedenog operacijskog zahvata mogu nastati znatni poslijeoperacijski bolovi.

Medicinska sestra s pacijenticom procjenjuje stupanj bola, te bolnosti uporabom tablica za procjenu boli, te u dogovoru s pacijenticom iznalazi najpogodnije metode. Bolnosti se određuje uporabom tablica za određivanje stupnja bolnosti.

Istodobno kontrolira uzimanje doze lijekova koji su ordinirani. Pacijentica se otpušta na kućni režim liječenja jedan dan poslije operacijskog zahvata.

Medicinska sestra obavještava pacijenticu o terminu odlaska s bolničkog liječenja te potrebu točnog izvršavanja metoda/postupaka koji moraju biti u uporabi u kućnom režimu liječenja. Prije otpusta s bolničkog liječenja, u razgovoru s ginekologom pacijentica treba otkloniti sve nejasnoće vezane uz potrebe nastavka liječenja u kućnom režimu. Termini kontrolnih pregleda navedeni su u sadržaju otpusnog pisma. Potrebno se pridržavati navedenih termina. Poslije zadovoljavajuće provedenog bolničkog liječenja, kontrolni pregledi mogu se obaviti kod ginekologa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili nadležnog liječnika obiteljske medicine.

Zaključak / Conclusion

Uporaba specifičnih znanja medicinske sestre/instrumentarke znatna je za povećanje stupnja kvalitete usluga koje daju zdravstveni djelatnici, te posljedično povećanje stupnja kvalitete života pacijentica u poslijeoperacijskom režimu liječenja.

Svrha je studije da se na sustavan i instruktivan način opiše uloga medicinske sestre/instrumentarke kao ravnopravnog člana zdravstvenog tima te se posljedično iznalazi metodologija za povećanje kvalitete rada zdravstvenog tima koji provodi operacijsko i poslijeoperacijsko liječenje.

Literatura / References

- [1] Kurjak A, Alfrević Ž, Banović I, Bosner H, Degen S, Dukić V, Francetić I, Hafner T, Ivanišević M, Japelj I, Juretić E, Klobučar A, Kolenc M, Koprčina B, Kupešić S, Latin V, Lavrić M, Miljan M, Mirić D, Mišković B, Pajntar M, Pašalić L, Pavetić J, Relja Z, Rukavina D, Salihagić A, Šulhof-Karaman LJ, Zmijanac J, Zudenigo D. Ginekologija i porodiljstvo II. Drugo izd. Varaždinske Toplice: Golden Time; 1995.
- [2] Šimunić V, Audy-Jurković S, Bagović D, Banović I, Barišić D, Brkljačić B, Ciglar S, Cvrk L, Čepulić E, Čorušić A, Đelmiš J, Haller H, Jukić S, Kasum M, Kukura V, Kuprešić S, Kurjak A, Kuvačić I, Ljubojević N, Miličić D, Orešković S, Pavičić Baldani D, Radaković B, Randić LJ, Suchanek E, Škrablin Kučić S, Šprem M, Vrčić H. Ginekologija, Zagreb: Naklada Ljevak; 2001 (Medicinska Biblioteka).
- [3] Baggish MS, Valle RF, Gudej H. Hysteroscopy: Visual Perspectives of Uterine Anatomy, Physiology and Pathology. Third Edition: Philadelphia USA, Lippincott Williams & Wilkins, a Wolters Kluwer business, 2007.
- [4] Mencaglia L, Cavalcanti de Albuquerque Neto L, Arias Alvarez RA. Manual of Hysteroscopy – Diagnostic, Operative and Office Hysteroscopy. Tuttingen, Germany, Endo: Press, 2012.
- [5] Kopjar M, Grizelj V, Kadar N, Kasum M, Knezović N, Končar M, Kraljević Z, Kuna K, Maher P, Mettler I, Pitner Z, Reich H, Semm K, Šimić S, Takač I, Viskovčić T, Vogler A, Wood C, Zadro M. Ginekološka endoskopija: laparoskopija, histeroskopija. Zagreb: Miroslav Kopjar, 1999.