

Komplexná ošetrovateľská starostlivosť o pacienta po vestibulárnej neurektómii

Autor: Mgr. Gabriela Liščinská

Spoluautor: Mgr. Marta Rožeková, Margita Hrabinská

Pracovisko: Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku, UNLP, Košice

Úvod

Vďaka bohatým operačným skúsenostiam prof. MUDr. Juraja Kovaľa, CSc. v oblasti mostomozočkového uhla sa na klinike ORL a chirurgie hlavy a krku od roku 2009 vykonáva vestibulárna neurektómia cez miniinvazívny retrosigmoidný prístup. Doteraz tento operačný zákrok podstúpilo 10 pacientov.

Vestibulárna neurektómia

Vestibulárna neurektómia je prerušenie vestibulárneho nervu, ktoré je indikované u pacientov s periférnou vestibulárnou poruchou, rezistentnou na konzervatívnu liečbu. Tento chirurgický zákrok umožňuje zlepšiť kvalitu života pacientom s ťažkými atakmi vertiga, ktoré výrazne vplyva na správanie a psychiku človeka. Zabraňuje vzniku chronických následkov závratových stavov. (Šuchaň a kol., 2009)

Indikácie vestibulárnej neurektómie:

Pacienti s dg.: - Morbus Menier,

- Neuronitis vestibularis,
- neskorý endolymfatický hydroks,
- vestibulokochleárna porucha rôznej etiológie. (Šuchaň, 2007)

Miniinvazívny retrosigmoidný prístup

Miniinvazívny retrosigmoidný prístup je operačný postup s využitím endoskopu, ktorým sa vykonáva vestibulárna neurektómia.

- je šetrný, nedevastujúci okolité tkanivá, nervy a cievy,
- skrátený operačný čas,
- skrátený čas hospitalizácie aj rekonvalescencie a návrat do plnohodnotného života,
- indikuje sa pri sekcii vestibulárnych nervov, pri neurovaskulárnych konfliktoch,
- pri extirpácii malých vestibulárnych schwanómov so zachovaním sluchu. (Šuchaň a kol., 2009)

Kazuistika

Na ORL kliniku bola prijatá 40 ročná pacientka s anamnézou niekoľkoročných recidivujúcich atakov závratov. Zneschopňujúce opakované ataky hodiny trvajúceho

rotačného vertiga sa u nej vyskytovali 1 krát mesačne, v poslednej dobe 2 krát mesačne. Tieto stavy boli spojené s pocitom tlaku v pravom uchu, tinitom a zhoršením sluchu vpravo. Počas závratov udáva ťah do pravej strany, cíti sa ako omámená, je jej na odpadnutie. Závraty sa u nej vyskytujú nárazovo, má nauzeu a zvracia. Pri konzervatívnej liečbe (užívala Betaserc, ANP, Torecan, myorelaxancia) nedošlo k zlepšeniu. Stav po vyšetrení bol uzavretý ako Menierova choroba vpravo. Pre zneschopňujúce závratové stavy, ktoré sa zvyrazňovali, bola pacientke navrhnutá chirurgická liečba. Problémy, ktoré ju vyradzovali z normálneho života: dlhodobá práceneschopnosť, neschopnosť pohybovať sa samostatne v domácom prostredí aj mimo domova, čoraz častejšie ataky vertiga, urýchlili jej rozhodnutie pre navrhovaný operačný výkon.

V januári 2009 podstúpila chirurgický zákrok - retrosigmoidnú sekciu vestibulárneho nervu vpravo. Ošetrovateľské intervencie v pooperačnom období boli zamerané na predchádzanie pooperačných komplikácií. Bezprostredne po operačnom zákroku bolo u pacientky monitorované vedomie, fyziologické funkcie á 2 hodiny, kompresia, vlhkosť a sfarbenie obväzu na operačnej rane na uchu. Podávala sa naordinovaná liečba (ATB, antiemetiká, kortikoidy, analgetiká). V operačnej rane na bruchu, odkiaľ bol odobratý podkožný tuk na vyplnenie operačnej dutiny, bol zavedený Redonov drén. Monitorovali sme jeho funkčnosť a obsah. V prvých dňoch po operácii zvracala. Sledoval sa príjem a výdaj tekutín, nauzea, zvracanie a výskyt závratov. Vylučovanie moču bolo zabezpečené permanentným katétrom. V prvé pooperačné dni pretrvávali zneschopňujúce závraty. Pacientka odmietala mobilizáciu aj vestibulárny tréning. Cieľom ošetrovateľských intervencií bolo zabezpečiť hygienickú starostlivosť, podávanie stravy a pomoc pri vyprázdňovaní stolice. Na piaty pooperačný deň sme začali pacientku mobilizovať a cvičiť vestibulárny tréning, ktorý pacientka doteraz odmietala, lebo u nej vyvolával vertigo, nauzeu a zvracanie. Pri mobilizácii pacientky bolo nevyhnutné zabrániť vzniku úrazu. Na desiaty pooperačný deň sa u pacientky objavila likvorea z operačnej rany. Bola jej zavedená lumbálna drenáž na zníženie intrakraniálneho tlaku a zamedzenie výtoku likvoru z operačnej rany. Pacientke bola naordinovaná antiedematózna liečba (20% Manitol i.v.), prísny klúd na lôžku a kompresívny obväz na operačnú ranu. Po zavedení lumbálnej drenáže bolo potrebné sledovať a regulovať odtok likvoru - farbu, množstvo - do 100 ml za 24 hodín priebežne, kontrolovať miesto vpichu. Na 4. deň po zavedení sa lumbálna drenáž odstránila. Operačná rana na uchu bola bez výtoku likvoru. Pacientku sme prepustili do domáceho prostredia na 23. deň po operácii. Pred ukončením hospitalizácie bola edukovaná o vestibulárnom tréningu, kontrolných ENG vyšetreniach a dispenzarizácii v otoneurologickej poradni.

Diagnostika

Predoperačné obdobie:

Aktuálne sesterské diagnózy

E 103 Nedostatok vedomostí o priebehu predoperačnej prípravy a pooperačnej starostlivosti v súvislosti s nedostatkom skúsenosti s danou problematikou, prejavujúci sa kladením otázok.

P 111 Strach v súvislosti s operačným zákrokom prajavujúci sa nervozitou.

Pooperačné obdobie:

Aktuálne sesterské diagnózy

B 110 Akútna bolesť v mieste operačnej rany na pravom uchu v súvislosti s operačným zákrokom prejavujúca sa verbalizáciou.

S 100 Nedostatočná sesbaopatera v osobnej hygiene, vo vyprázdňovaní, v prijímaní potravy vzhľadom na dočasnú imobilizáciu pacientky .

A 115 Obmedzená pohyblivosť v súvislosti s operačným zákrokom.

T 100 Znížený objem telesných tekutín v súvislosti s vracaním, prejavujúci sa suchosťou slizníc.

V 109 Zmenené vyprázdňovanie moču vzhľadom na zavedený permanentný katéter.

V 104 Zmenené vyprázdňovanie stolice vzhľadom na dočasnú imobilizáciu.

V 131 Vracanie v súvislosti so závratovým stavom.

V 130 Nauzea v súvislosti so závratovým stavom prejavujúca sa bledosťou, potením.

I 110 Sociálna izolácia vzhľadom na dočasnú imobilizáciu.

S 140 Narušený spánok v súvislosti so zmenou prostredia prejavujúci sa únavou.

A 110 Intolerancia aktivity v súvislosti so závratovým stavom.

Potenciálne sesterské diagnózy

A 116 Riziko vzniku úrazu v súvislosti so závratovým stavom.

I 121 Riziko vzniku infekcie v súvislosti so zavedeným permanentným katétrom, periférnym i.v. katétrom, Redonovým drénom, lumbálnou drenážou.

I 121 Riziko vzniku infekcie operačnej rany

V 101 Riziko vzniku zápchy v súvislosti so zmeneným vyprázdňovaním stolice do podložnej misy.

V 138 Riziko zníženého príjmu tekutín v súvislosti s nauzeou a vracaním.

A 113 Riziko vzniku tromboflebitídy vzhľadom na dočasnú imobilizáciu.

Záver

Pacientov po vestibulárnej neurektómii je potrebné dlhodobo dispenzarizovať v otoneurologickej poradni, kde sa sleduje a hodnotí kompenzácia vestibulárneho aparátu, úspešnosť chirurgickej liečby a subjektívny stav pacientov.

Aj naša spomínaná pacientka absolvovala opakované kontrolné ENG vyšetrenia. Vestibulárna kompenzácia je veľmi dobrá, toho času je bez atakov závratov, sluch na operovanom uchu je v norme. Pacientka sa psychicky stabilizovala, je spokojná a znovu začlenená do pracovného procesu .

Zoznam použitej literatúry

ŠUCHAŇ, M., 2007. *Manažment pacientov s periférnou vestibulárnou poruchou rezistentnou na konzervatívnu liečbu*. Prednáška prezentovaná na Regiónálnom otorinolaryngologickom seminári. 29.11.2007 v Košiciach.

ŠUCHAŇ, M., KOVAĽ, J. 2009. *Vestibulárna neurektómia v liečbe vertiga*. Prednáška prezentovaná na Regiónálnom otorinolaryngologickom seminári. 25.11.2009 v Košiciach.

Vyhláška MZ SR č. 306/2005 Z. z. z 30.júna 2005, ktorou sa ustanovuje zoznam sesterských diagnóz.

Kontaktné adresy:

Mgr. Gabriela Liščinská

Mgr. Marta Rožeková

Margita Hrabinská

Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku

UNLP, Trieda SNP č.1

040 01 Košice

Tel.: 055/6403744

e-mail: gliscinska@centrum.sk

marta.rozekova@unlp.sk

gitahrabinska@azet.sk