

S T a D I a

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Potilasohjeistus virtsakivipotilaan operatiivisen hoidon tueksi

Hoitotyön koulutusohjelma,
sairaanhoitaja
Opinnäytetyö
4.3.2008

Sanni Autio
Niko Huikku



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Sairaanhoidtaja	
Tekijä/Tekijät			
Autio, Sanni - Huikku, Niko			
Työn nimi			
Potilasohjeistus virtsakivipotilaan operatiivisen hoidon tueksi			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2008	? + ? liitettä	
TIIVISTELMÄ			
<p>Opinnäytetyömme on osa StaLT-projektia, joka on Helsingin ammattikorkeakoulun ja Länsi-Tallinnan keskussairaalan yhteinen projekti. Projektin tarkoituksena on kehittää sairaalan hoitotyötä EU - maiden vaatimustason mukaiseksi. Projekti on alkanut vuonna 2004 ja päättyy vuonna 2008.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoitus oli tuottaa Länsi-Tallinnan keskussairaalan urologian osastolle kaksi kirjallista potilasopasta virtsakivipotilaan kahdesta erilaisesta kirurgisesta hoitomuodosta. Toinen on virtsaputken kautta tehtävä tähytys, URSL ja toinen on munuaisen seudulta ihon läpi tehtävä tähytys PCNL.</p> <p>Selvitämme kirjallisuuskatsauksessa keskeiset asiat virtsakivitaudista: kuvauksia taudista, erilaisista hoitovaihtoehtoista ja kirurgisista toimenpiteistä. Lisäksi käsittelemme omana kokonaisuutena kirurgisen potilaan ohjauksen tarvetta sekä hyvän potilasopaan vaatimuksia. Näiden tietojen pohjalta kokoamme potilasoppaat potilaan hoidon tueksi.</p> <p>Oppaidemme tavoitteena on ensisijaisesti olla potilaan apuväline virtsakivitaudin kirurgisessa hoidossa antaen potilaalle tiedollista tukea omasta sairaudestaan. Oppaissa kuvataan koko kirurginen hoitoprosessi: potilaan valmistautumisesta leikkaukseen aina kotihoito-ohjeisiin asti. Potilasnäkökulma on asettanut oppaiden teolle haasteen: kuinka tehdä riittävän kansantajuinen, mutta kuitenkin kattavasti potilaalle tietoa antava tuotos jotta toteutuu potilaan oikeus saada asiallista, totuudenmukaista ja ajantasaista tietoa.</p> <p>Lisäksi hoitaja voi käyttää potilasoppaita ohjausrunkona tukemaan suullisesti annettavaa potilasohjausta. Näin osaltaan varmistetaan, että potilaan kanssa käydään läpi koko hoitoprosessin kulku.</p>			
Avainsanat			
virtsakivitauti, potilasopas, kirurginen potilas, URSL, PCNL			

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 VIRTSAKIVIPOTILAAN HOITO	3
2.1 Tiedonhaku	3
2.2 Virtsateiden anatomia ja fysiologia	
2.3 Virtsakivitaudin synty ja oireet	4
2.4 Potilaalle tehtävät tutkimukset ja akuuttivaiheen hoito	6
2.5 Kirurginen hoito	7
2.5.1 Lyhythoitaisen kirurgian erityispiirteitä	8
2.5.2 Ureterorenoskopia	10
2.5.3 Perkutaaninen nefrolitotomia	11
2.6 Kehonulkoinen murskaushoito	14
2.7 Konservatiivinen hoito	15
3 POTILAIEN OHJAUS JA OPPAIDEN SISÄLTÖ	16
3.1 Kirurgisten potilaiden ohjauksen tarve	16
3.2 Hyvän potilasoppaan tunnusmerkit	18
3.3 Oppaat virtsakivipotilaalle	19
4 POHDINTA	21
LÄHTEET	23
LIITTEET 1 - 4	

1 JOHDANTO

Potilaan ohjaaminen terveyteen ja sairauteen liittyvissä kysymyksissä on aina kuulunut sairaanhoitajan työhön. Kokonaisvastuu potilasohjauksesta ja sen vaikuttavuudesta jää sairaanhoitajan vastuulle. Sairastuminen ja sairaalaan joutuminen voivat synnyttää ihmiselle avuttomuuden tunteita. Tutkimusten mukaan tiedon saaminen omasta sairaudesta lisää potilaan rohkeutta osallistua itseään koskevaan hoidolliseen päätöksentekoon. Tieto auttaa potilasta jäsentämään sairaalassa olemisen kulkua ja orientoitumaan tuleviin tutkimuksiin sekä valmistaa potilasta psyykkisesti itsehoitoon. (Torkkola - Heikkinen - Tiainen 2002: 23 - 26.)

Opinnäytetyössämme perehdymme urologisen potilaan hoitotyöhön, tarkennettuna virtsakivipotilaan hoitoon. Suomessa virtsakivitauti on miehillä kolme kertaa yleisempää kuin naisilla ja tautia esiintyy eniten työikäisillä. Eri maiden välillä on kuitenkin suuria eroja taudin esiintyvyydessä. Yhdysvalloissa taudin vallitsevuus on 5 - 10 %, kun taas Suomessa 3 % (Ala-Opas 2002: 203). Virossa virtsakivitautiin sairastui vuonna 2005 4016 ihmistä, joista miehiä oli 2066, naisia 1950 ja lapsia 13 sairastuneista. Vastaavat luvut vuodelta 1998 olivat miehiä 1434, naisia 1705 ja lapsia 36 tapausta. (Viron tilastotietokeskus 2007.)

Opinnäytetyömme tarkoitus on tuottaa Länsi-Tallinnan keskussairaalan urologian osastolle kaksi kirjallista potilasopasta virtsakivipotilaan kahdesta erilaisesta kirurgisesta hoitomuodosta. Toinen on virtsaputken kautta tehtävä tähytys, URSL ja toinen on muunaisen seudulta ihon läpi tehtävä tähytys PCNL, joiden avulla voidaan poistaa virtsakiviä, jotka eivät suuren kokonsa vuoksi voi tulla ulos itsestään. Opinnäytetyömme on osa StaLT-projektia, joka on Helsingin ammattikorkeakoulun ja Länsi-Tallinnan keskussairaalan yhteinen projekti. Projektin tarkoituksena on kehittää Viron hoitotyötä EU-maiden vaatimustason mukaiseksi. Projekti on alkanut vuonna 2004 ja päättyy vuonna 2008.

Oppaamme tavoitteena on ensisijaisesti olla potilaan apuväline virtsakivitaudin hoidossa. Opas antaa potilaalle tiedollista tukea omasta sairaudestaan. Potilasnäkökulma asettaa oppaan teolle haasteen: kuinka tehdä riittävän kansantajuinen, mutta kuitenkin kattavasti potilaalle tietoa antava tuotos? Tästä syystä onkin tärkeä tehdä ensin kirjallisuus-

katsaus sekä virtsakivitaudista että hyvän potilasoppaan tuottamisesta. Potilaalla on oikeus saada asiallista, totuudenmukaista ja ajantasaista tietoa.

2 KIRJALLISUUSKATSAUS VIRTSAKIVIPOTILAAN HOIDOSTA

2.1 Tiedonhaku

Haimme opinnäytetyöhömmä tietoa useista eri tietokannoista. Näitä tietokantoja ovat Cinalh, Medic, PubMed, Kurre ja Nelli. Hakusanoina käytimme: potilasohjaus, virtsakivitauti + hoito, PCNL, URSL, urologia + endoskopia. Haimme lisämateriaalia työhömmä hakusanoilla leikkauspotilaan valmistaminen, leikkauspotilaan hoitotyö + kotihoito + ohje.

Potilasohjaus hakusanana tuottaa valtavasti lähteitä, joten rajasimme aihealuetta kirurgisen potilaan potilasohjaukseen. Tämä hakutulos tuottaa meidän työhömmä kannalta oleellista tietoa.

Virtsakivitaudista löysimme useita hyviä lähteitä sekä lääketieteen että hoitotieteen näkökulmasta. Virtsakivitautia voidaan kutsua usealla eri nimellä lähteestä riippuen: urolitiaasi, urolithiasis (lat), virtsakivisairaus, virtsatiekivisairaus, virtsakivi ja määrittämätön virtsakivitauti. Selkeyttääksemme käsitteistöä, puhumme työssämme virtsakivitaudista. (Virtsatiekivitauti 2007.)

Hakukriteerinä rajasimme yli viisitoista vuotta vanhat lähteet pois, koska ajantasaisempaa tietoa on saatavilla ja virtsakivitaudin hoito on kehittynyt eteenpäin. Hyödynnämme työssämme uusinta saatavilla olevaa tietoa. Lähteiden luotettavuus perustuu muun muassa toistettavuuteen, saman asian esiintymiseen monessa toisistaan riippumattomassa lähteessä sekä kirjoittajan asiantuntijuuteen aiheesta.

Perehdymme urologian kirjallisuuteen, aiempiin STaLT-opinnäytetöihin ja hyvän potilasoppaan tekovaatimuksiin. Selvitämme työssämme virtsakivitaudista keskeiset asiat: kuvauksia taudista, hoidosta, toimenpiteistä ja potilaan ohjauksen tarpeesta. Tämän tiedon pohjalta teemme potilasoppaat potilaan hoidon tueksi.

2.2 Virtsateiden anatomia ja fysiologia

Virtsateihin kuuluu kaksi munuaisallasta, kaksi virtsanjohdinta, virtsarakko sekä virtsaputki. Munuaisten virtsaneritykseen liittyviä tehtäviä on muun muassa erottaa verestä kuona-aineet sekä elimistölle vieraat aineet. Munuaisten hiussuonikeräset suodattavat veriplasmasta muut plasman ainesosat paitsi valkuaisaineet. Suodosta kutsutaan alkueli primaarivirtsaksi. Suodos virtaa munuaisten tiehytjärjestelmän läpi, jolloin elimistö ottaa hyödyllisiä aineita ja suuren määrän vettä takaisin elimistöön. Jäljelle jääneestä alkuvirtsamäärästä muodostuu valmis virtsa. (Bjälje - Haug - Sand - Sjaastad - Toverud 1999: 376 - 379.)

Virtsa kerääntyy munuaisaltaisiin, joista se kulkee virtsanjohtimia pitkin virtsarakkoon. Virtsarakko toimii virtsan välivarastona. Virtsa poistuu virtsaputkea pitkin elimistöstä ulos. Ihmisen on tuotettava päivittäin vähintään 500 ml virtsaa riittävän kuona-aineiden poistamisen turvaamiseksi. (Bjälje ym. 1999: 376 - 379, 403.)

2.3 Virtsakivitaudin synty ja oireet

Virtsakivitaudilla tarkoitetaan sairautta, jossa munuaisiin, virtsanjohtimeen tai virtsarakkoon muodostuu kalkkipitoisia saostumia, joista virtsakivet muodostuvat. Erilaisia kivilajeja on useita ja niitä voidaan luokitella erilaisilla tavoilla. Yli 90 % kivistä sisältää kalsiumia. Yleisin virtsakivilaji onkin kalsiumoksaalaatti tai kalsiumfosfaattikivi. Muita kivilajeja ovat infektiokivet, uraattikivet sekä kystiinikivet. (Lehtoranta – Tukiainen – Lindell 2002: 2186; Virtsakivitauti 2007.)

Virtsakivitaudin hoitomahdollisuudet voidaan luokitella kolmeen ryhmään. Ensimmäinen on syyhyn kohdistuva, toinen on oireenmukainen ja kolmas pyrkii ehkäisemään uusien kivien synnyn. (Lindell 1996: 1589.)

Virtsakivitaudilla on melko suuri uusiutumistaipumus: viiden vuoden kuluessa noin neljäsosalla kohtaus uusiutuu ja kymmenen vuoden kuluessa jopa puolella. Erityisen aktiivisena kivitautia pidetään kivikohtausten tullessa noin vuoden välein. Tämä koskettaa huomattavaa määrää tautiin sairastuneista eli noin 10 % virtsakivipotilaista. (Ala-Opas 2002: 203.)

Virtsakivitaudin syytä ei ole varsinaisesti pystytty osoittamaan. Yhdeksi syyksi esitetään eurooppalaista ruokavaliota eli runsasta proteiinien nauttimista, vähäistä nesteiden nauttimista, D-vitamiinin yliannostusta sekä liikkumattomuutta (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2004). Virtsakivien syntyyn vaikuttavia tekijöitä voivat lisäksi olla sukupuoli, ikä, perinnöllisyys, ilmasto, lääkitys sekä metaboliset ja geneettiset sairaudet (Ala-Opas 2002: 203 - 204).

Käytännössä sairauksia, jotka voivat ennakoida virtsakivien kehittymistä, ovat esimerkiksi crohnin tauti, imeytymishäiriötilat, sarkoidoosi tai hypertyroidismi. Lääkkeitä, jotka voivat vaikuttaa virtsakivien muodostumiseen, ovat esimerkiksi sulfonamidit, indinaviri ja askorbiinihappo suurin annoksin. Rakenteellisia poikkeuksia, jotka lisäävät virtsakivien muodostusta, ovat esimerkiksi ureterin ahtauma, hevosenkenkämunuainen ja uretran divertikkeli. Erilaiset ahtauttavat ja virtaustekijöitä huonontavat poikkeavuudet suosivat eniten virtsakivenmuodostamista. Tutkittaessa on selvinnyt, että pohjoismaisista virtsakivipotilaista 10 - 15 %:lla kivien muodostumisen syy on anatominen, metabolinen, infektioperäinen tai toiminnallinen poikkeus. Tällöin perussyyn hoitaminen, esimerkiksi kilpirauhasen liikatoiminnan korjaaminen, on tärkein hoitokeino. (Ala-Opas 2002: 205 - 206; Lehtoranta ym. 2002: 2185.)

Virtsan kohonnut happamuus sekä kohonnut oksalaatti-, uraatti-, kystiini- tai kalsiumpitoisuus ovat kivenmuodostuksen riskitekijöitä, ja yhdessä mahdollisen anatomisen rakenteellisen poikkeavuuden kanssa ne vaikuttavat virtsan ylikyllästymiseen, kiteiden yhteenkasautumiseen ja virtsakivien muodostumiseen. Myös terveiden ihmisten virtsasta voi löytyä kiteitä, mutta niiden on liityttävä toisiinsa, jotta kivi syntyisi. Kiteytymiseen vaikuttavat eri ionien pitoisuudet virtsassa. (Ala-Opas 2002: 203 - 204; Lehtoranta ym. 2002: 2183.) Sitä vastoin suojaavia tekijöitä virtsakivitaudille uskotaan olevan virtsan koostumuksessa olevien estäjäaineiden eli magnesiumin, sitraatin, sinkin ja happamien mukopolysakkaridien korkea pitoisuus (Ala-Opas 2002: 203 - 204).

Kivikohtauksen aikana potilaalla ilmenee usein pahoinvointia ja oksentelua, painoarkuutta vatsanpuolella sekä tärinäkipua selässä munuaisen kohdalla. Virtsakivikohtauksen kipu on aaltomaista säteillen alavatsalle, nivusiin ja ulkogenitaalisen alueelle. Kipu tuntuu voimakkaampana selässä ja kyljen alueella. Kovin kipu syntyy kiven liikkua alas päin ja samalla tukkiessa virtsateitä. Liikkuessaan kivi vaurioittaa virtsanjohdinta, mikä voi ilmetä hematuriana eli verivirtsaisuutena. (Lindell 1996: 1587.)

Jos kivi pysähtyy virtsanjohtimessa, syntyy tulehdusreaktio ja kudokset turpoaa, jolloin suurin kipu paikallistuu kiven juuttumiskohtaan. Tällöin potilaalla voi esiintyä virtsapakan tunnetta, jos kivi tukkii virtsatien täysin. Luonnollisesti kivet juuttuvat helpoiten ahtaisiin kapeikkoihin muun muassa munuaisaltaan ja virtsanjohtimen rajalle, jossa alue kapenee noin kolmen millimetrin kokoiseksi virtsanjohtimeksi. Jos virtsakivi tukkii virtsanjohtimen, seurauksena munuaisten laajenee ja syntyy vesimunuainen eli hydronefroosi. (Lindell 1996: 1587 - 1588; Pakkanen 2007: 210.)

Usein kova kipu ajaa ihmisen välittömästi hakeutumaan hoitoon. Tutkimusten mukaan puolet kivikohtauksen saaneista hakeutuu lääkäriin ja heistä noin kymmenesosalle tehdään jonkinlainen toimenpide kiven poistamiseksi. (Ala-Opas 2002: 203; Saarelma 2007.)

2.4 Potilaalle tehtävät tutkimukset ja akuuttivaiheen hoito

Lääkäri tutkii, onko potilaalla arkuutta munuaisten seudulla, koputtelemalla potilasta munuaisten tasolta selästä. Lisäksi tarvitaan virtsateiden kuvaus, jonka avulla selvitetään kiven koko, kivien määrä, liikkuminen ja mahdollinen poistuminen. Kuvausmenetelmänä voidaan käyttää urografiaa eli virtsateiden varjoainekuvausta, pelkkää ultraäänikuvausta, josta selviää mahdollinen hydronefroosi ja kivi munuaisaltaassa, tai tietokonetomografiaa ilman varjoainetta, jota kutsutaan kylkikipu-TT:ksi. (Pakkanen 2007: 210.)

Potilaalta otetaan sairaalassa virtsanäytteitä: kemiallinen seula, soluerittely ja bakteeriviljely, joista selviää virtsan pH-pitoisuus ja mahdollinen virtsatie-infektio. Virtsasta voidaan todeta myös mahdollinen makroskooppisesti nähtävä veri. Potilaasta otetaan myös verinäyte, josta tutkitaan plasman kreatiniini-, kalsium-, fosfaatti- ja uraattipitoisuudet. Näitä verikokeita otetaan munuaisten tilan selvittämiseksi ja virtsakivianalyysin tekemisen avuksi. (Pakkanen 2007: 210.)

Potilaan virtsa tulee ottaa talteen jokaisen wc-käynnin yhteydessä, jos uskotaan, että kivi on tarpeeksi pieni tullakseen spontaanisti ulos. Näin virtsa voidaan siilata siivilän läpi, jolloin siilauksessa saadaan kivi talteen mahdollista kivianalyysia varten. Tämä

tarkoittaa sitä, että kivistä tutkitaan eri aineiden pitoisuuksia (ks. 2.9). (Pakkanen 2007: 210.)

Jos kivi aiheuttaa täydellisen tai osittaisen virtsatietukoksen, voidaan potilaalle joutua laittamaan pyelostomiakatetri suoraan munuaiseen selän ihon läpi virtsan kulkemisen turvaamiseksi. Tämä laukaisee myös potilaan kivun tehokkaasti. (Lindell 1996: 1589.)

Potilas esilääkitään hyvin ja toimenpide suoritetaan paikallispuudutuksessa. Munuainen punktoidaan ohuella neulalla, munuaiseen ruiskutetaan varjoainetta ja katetri viedään paikoilleen ultraääniohjauksessa. Virtsa on alkuun veristä, joten katetria huuhdellaan pienellä määrällä nacl-huuhdetta aukipysymisen varmistamiseksi. Potilas on toimenpiteen jälkeen vuodelevossa, ja potilaan hemodynaamiikkaa tarkkaillaan. (Virtsan katetointi ja katetrin hoito 2007.)

Hyvä kivunhoito on tärkein akuuttihoiton tavoite. Kivikohtauksen saaneelle potilaalle annetaan kipulääkettä, usein käytetään Litalginia, Petidiniä tai Paracetamoliamia. Munuais-ten toimintaa seurataan plasman kreatiniini-laboratoriakokeella turvallisen kipulääkkeen valitsemiseksi. (Anttila - Hirvelä - Jaatinen - Polviander - Puska 2002: 236; Pakkanen 2007: 210.)

Jos kivi on todettu pieneksi, eikä hydronefroosia todeta ja potilas saadaan kivuttomaksi lääkkeiden avulla, voidaan tilannetta rauhassa seurata. Koska pienet kivet poistuvat usein itsestään, ei urografiassa useinkaan ole enää kiveä todettavissa. (Anttila ym. 2002: 236; Pakkanen 2007: 210.)

Potilas osaa hakeutua uudestaan alkavan kivun perusteella takaisin sairaalaan. Jos potilas hakeutuu nopeasti kotiuttamisen jälkeen hoitoon, potilasta ei saada kivuttomaksi tai hän on korkeakuumeinen, on tilanne selvitettävä viipymättä. (Anttila ym. 2002: 236; Pakkanen 2007: 210; Lindell 1996: 1588 - 1589.)

2.5 Virtsakivitaudin kirurginen hoito

1980-luvun puolivälin jälkeen optisiin tähytysinstrumentteihin kyettiin yhdistämään moderni videotekniikka. Näin kuva ruumiinontelosta saatiin suurelle televisioruudulle. Tämä leikkaustekniikka on sittemmin levinnyt kaikkiin maanosiin. Virtsakivitaudin

hoito on kehittynyt tähystysmenetelmien kehittyessä ja endoskooppinen kirurgia on tullut rutiinimenetelmäksi. Ennen 1980-lukua virtsakivet hoidettiin vielä avokirurgialla. 1980-luvun alussa käyttöön saatiin kolme uutta menetelmää: kaksi endoskooppista menetelmää URSL (ks. 2.5.2) ja PCNL (ks. 2.5.3) sekä kehonulkoinen murskaushoito ESWL (ks. 2.6). (Lindell 1996: 1590 - 1591; Ovaska 1999: 1325 - 1326.)

Tähystysleikkauspotilaan hoidon erikoispiirteitä ovat vähäinen leikkauksenjälkeinen kipu, pienempi leikkaushaava, nopeampi toipuminen ja näistä kaikista johtuen lyhyempi sairastamisaika (Ovaska 1999: 1325 - 1326).

2.5.1 Lyhythoitoinen kirurgian erityispiirteitä

Lyhythoitoinen kirurgia on lähtöisin Yhdysvalloista. Pyrkimyksenä on vähentää kirurgisen toiminnan kustannuksia sekä lyhentää potilaan sairaalassaoloaika. Lyhythoitoinen kirurgia jakaantuu päiväkirurgiaan ja lyhytjälkihoitoiseen kirurgiaan, jossa potilas viettää sairaalassa enintään kolme vuorokautta. (Juusela - Permi - Talja 1992: 2284.)

Kirurginen hoitotyö tarkoittaa leikkausta edeltävää, leikkauksen aikaista ja leikkauksen jälkeistä hoitotyötä. Leikkausta edeltävä eli preoperatiivinen ohjaustyö koostuu yleensä erilaisten osa-alueiden ohjauksesta. Näitä ovat leikkauksen luonne ja vaikutus, syväänhengitys ja yskiminen, ravitsemus, erittäminen, hygienia, liikeharjoitukset sekä - rajoitukset, apuvälineiden opastus, kotiutuminen sekä toipilasajan erikoispiirteet potilaan vaivasta riippuen. (Anttila ym. 2002: 62 - 64.)

Tähystyspotilaan leikkausvalmistelut ovat samat kuin tavallisessa leikkauksessa: hengityksen ja verenpaineen vertailuarvojen mittaaminen, allergioiden selvittäminen, ravinnotta oleminen, suolen tyhjennys, tarvittaessa ihokarvojen poisto leikkausalueelta sekä esilääkityksen antaminen. (Anttila ym. 2002: 85.)

Potilasta kehoitetaan peseytymään suihkussa ennen toimenpidettä. Genitaalialueen pesuun tulee kiinnittää erityistä huomiota. Hoitaja tarkistaa leikkausalueen ihon kunnon ja tarvittaessa poistaa ihokarvat. Sairaalavuode pedataan puhtaaksi. Potilaille vaihdetaan leikkausasu, yleisimmin avopaita. Korut ja kellot poistetaan. Usein potilas saa rauhoittavan esilääkkeen ja tarvittaessa antibioottiprofylaksian ja pienimolekyylisen hepariinipistoksen lääkärin ohjeen mukaan. (Koivula - Tanninen 2007: 304.)

Leikkauksen aikainen eli intraoperatiivinen hoitotyö tapahtuu leikkaussalissa sekä he-
räämössä. Keskeistä on potilaan peruselintoimintojen, hengityksen ja sydämen toimin-
nan, valvonta ja tarkkailu anestesian aikana. Anestesiolla tarkoitetaan potilaan nukutta-
mista tai puuduttamista toimenpiteen ajaksi. Yleisanestesiassa potilas nukutetaan laski-
moon annosteltavien lääkkeiden sekä inhaloitavien kaasujen avulla. Tavoitteena on saa-
da potilas kivuttomaksi ja relaksoiduksi sekä vaipumaan uneen. Lihaselaksaation vuok-
si potilaan oma hengitys lakkaa, minkä vuoksi potilas kytketään hengityskoneeseen.
(Anttila ym. 2002: 70 - 71.)

Puudutusmuotoja on erilaisia. Spinaalipuudutuksessa pieni määrä puudutusainetta ruis-
kutetaan selkäydinnestetilään. Tästä seuraa täydellinen alavartalon puutuminen ja lihas-
lama. Tärkeää on seurata puudutuksen onnistumista sekä potilaan peruselintoimintoja.
Spinaalipuudutus voi muun muassa laskea verenpainetta nopeasti. (Anttila ym. 2002:
73.)

Leikkauksen jälkeisen eli postoperatiivisen hoitotyön tavoitteena on potilaan toipumi-
nen. Potilasta tarkkaillaan tiiviisti eri elintoimintojen osalta. Tarkkailtavia asioita ovat
hengitys, verenpaine, kipu, pahoinvointi, erityis, tajunta, haava ja nesteytys. (Anttila ym.
2002: 74.)

Jos potilaalla ei esiinny pahoinvointia, voi puudutusleikkauksen jälkeen ruokailla.
Yleisanestesian jälkeen ruokailu aloitetaan varovaisemmin. Potilaan kipua hoidetaan
oireenmukaisesti ja mieluiten suun kautta annosteltavin lääkkein. Hengitysteiden toi-
mintaa tehostetaan pullopuhallusten avulla. Virtsaamisen käynnistymistä leikkauksen
jälkeen seurataan tarkasti. Hoitajan tulee varmistaa, että potilas uskaltaa liikkua. (Koi-
vula ym. 2007: 305 - 306.)

Haavahoidon tavoitteena on pitää haava puhtaana ja kuivana. Haavaa puhdistetaan erit-
teestä suihkuttamalla ja kuivataan painelemalla. Jos haava jatkaa erittämistä, suojataan
se uudella haavasidoksella. Erittämätön haava voidaan jättää ilman sidosta.
(Hietanen - Iivanainen - Juutilainen - Seppänen 2002: 109.)

Haavainfektion oire on punoitus, kuumotus, turvotus ja kipu. Lisäksi haavan erityis voi
lisääntyä ja muuttua koostumukseltaan sameaksi ja pahanhajuiseksi. Myös yleisoireita,

kuten kuumetta ja huonovointisuutta, voi ilmetä. Tällaisissa tapauksissa tulee ottaa yhteyttä hoitopaikkaan lisäohjeita varten. (Hietanen ym. 2002: 203.)

Kotiuttamisen yhteydessä potilaalle tulee antaa hyvät kotihoito-ohjeet kirjallisesti ja suullisesti. Ohjeiden tulee kertoa, miten potilas jatkaa kuntoutumista, miten mahdollinen haava ja kipu hoidetaan. Lisäksi voidaan antaa ruokailu- ja liikkumisohjeita ja kerrotaan, missä tilanteissa tulee ottaa yhteyttä hoitopaikkaan ja milloin on jälkitarkastusaika. Usein potilas saa mukaan lääkereseptejä sekä mahdollisen sairauslomatoistuksen. Tärkeää on selvittää se, että potilas todella pärjää jatkossa kotona ohjeistuksen varassa. (Anttila ym. 2002: 81; Koivula ym. 2007: 306.)

2.5.2 Ureterorenoskopia

Ensimmäinen mahdollinen kirurginen tähyystoimenpide virtsakivipotilaalle on URSL. URSL eli ureterorenoskopia tarkoittaa virtsatiehyen eli virtsanjohtimen ja munuaisaltaan tähyystystä virtsaputken kautta (Ala-Opas 2002: 211- 212). Ureterorenoskopiaa käytetään virtsanjohtimen alakolmanneksen alueella sijaitsevien kivien poistamiseen. Toimenpidettä varten tarvitaan yleisanestesia tai vähintään korkea spinaalipuudutus. (Lindell 1996: 1354.)

Sairaanhoitaja ohjaa ja valmistele potilaan toimenpiteeseen. Potilas saa leikkausta edeltävänä päivänä syödä normaalia perusruokaa. Hoitajan tulee varmistaa, milloin potilaan suoli on toiminut ja tarvittaessa harkintansa mukaan antaa pieni peräruiske edeltävänä iltana. Muita erityisiä leikkausvalmisteluja ei tarvita. Leikkausaamuna potilas ei saa enää syödä eikä juoda yöllä kello kolmesta eteenpäin. Leikkausaamuna potilas ohjataan käymään suihkussa, peseytymään huolellisesti ja pukeutumaan puhtaaseen sairaala-asuun. (Ihanus 2008: 1.)

Tähyustus tehdään jäykällä ureterorenoskoopilla virtsaputken ja virtsarakon kautta virtsanjohtimeen. Uusimmissa laitteissa kuva kohteesta välittyy televisiomonitoriin suoraan. Suuret kivet täytyy murskata ennen poistoa. Pienemmät voidaan poistaa sellaisenaan tähystimen läpi viedyn pihdin tai ns. dormiankorin avulla. Instrumenttiin saadut kivet vedetään ulos näköohjauksessa. (Lindell 1996: 1354.)

Tähystyksen jälkeinen hoitotyö noudattaa perinteisen tarkkailun linjoja. Virtsakivipotilaan tähystysleikkauksen postoperatiivisessa hoitotyössä korostuu virtsanerityksen ja verenvuodon seuranta sekä suoliston lamaantumisen ehkäisy. (Anttila ym. 2002: 85; Holmia ym. 2004: 668.)

Potilas tulee heräämön kautta takaisin vuodeosastolle. Potilaalle annetaan kipulääkettä yksilöllisen tarpeen mukaan. Jos pahoinvointia ei ilmene, potilas saa syödä välittömästi. Leikkauksessa potilaalle asetetaan virtsakatetri virtsarakkoon. Hoitaja seuraa virtsan erityistä ja verisyyttä. (Ihanus 2008: 1.)

Kestokatetri poistetaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Katetrin poiston jälkeen hoitaja seuraa, sujuuko potilaan virtsaus normaalisti ja tyhjeneekö rakko hyvin. Tämä on ehdoton edellytys kotiutumisen suhteen. Lisäksi potilaan kipujen tulee olla hoidettavissa tablettilääkityksen avulla, eikä pahoinvointia saa esiintyä. (Ihanus 2008: 1.)

Kotihoito-ohjauksessa potilaalle tulee painottaa seuraavia asioita: Virtsa voi olla veristä vielä muutamia viikkoja toimenpiteen jälkeen. Jos virtsa muuttuu selvästi verisemmäksi eikä virtsaus suju, tulee potilaan ottaa yhteys hoitopaikkaan. Kipuun potilaalle annetaan särkylääkeresepti, ja jos kivut lisääntyvät yllättäen ja kuume nousee, on otettava yhteys hoitopaikkaan. Potilasta kehoitetaan juomaan runsaasti, ellei potilaalla ole muiden sairauksien aiheuttamia nesterajoituksia. Sopiva nestemäärä tarkoittaa noin 2 - 2½ litraa vuorokaudessa. Potilasta ohjataan peseytymään normaalisti. Saunomista ja ammekylpyjä tulisi kuitenkin välttää viikon verran. Myös raskas liikunta on kiellettyä. Potilaalle annetaan myös tieto jatkohoitoajasta. Jatkohoitona noin kuukauden kuluttua tehdään urografia tai natiiviröntgen, jotta varmistetaan kiven poistuminen. Samalla potilaalta otetaan virtsanäyte ja tutkitaan kreatiniiniarvo munuaisten toimintakyvyn arvioimiseksi. (Ihanus 2008: 1.)

2.5.3 Perkutaaninen nefrolitotomia

Toinen mahdollinen tähystystoimenpide on PCNL. PCNL eli perkutaaninen nefrolitotomia lyhennetään suomenkielisessä lääketieteessä PNL. Toimenpiteellä tarkoitetaan suoraan ihon läpi selän puolelta tehtävää munuaisaltaan tähystystä, jolla poistetaan munuaiskiviä. (Ala-Opas 2002: 210 - 211.)

Perkutaaninen nefrolitotomia on tarpeen silloin, kun munuaiskivet ovat suuria, yli 2.5 cm:n läpimittaisia ja kivet ovat kovia, ESWL-hoidolla (ks. 2.6) rikkoutumattomia. Tällaisia kiviä ovat kystiini- ja kalsiumoksalaattimonohydraattikivet. Myös virtsanjohtimen yläosassa sijaitsevat kivet voidaan poistaa perkutaanisen nefroskopian avulla. (Lindell 1996: 1590.)

Leikkausta edeltävänä päivänä potilas saa syödä liemiruokaa ja suolisto tyhjenetään suun kautta annettavilla tyhjennyslääkkeillä. Potilas on leikkausta edeltävästä yöstä kello kolmesta eteenpäin syömättä ja juomatta. Leikkausamuna potilas ohjataan suihkuun peseytymään huolellisesti. Samalla hoitaja tarkastaa ihon kunnon leikkausalueelta ja ajaa tarvittaessa alueen ihokarvat. (Ihanus 2008: 2.)

Toimenpidettä varten potilas nukutetaan. Aluksi potilaalle laitetaan munuaisaltaaseen kystoskoopin eli rakkotähystimen kautta virtsajohdin- eli ureterkatetri, jossa on okklusioballonki. Ballongin tehtävänä on estää toimenpiteessä syntyvien kivimurujen kulkeutumisen virtsajohdinten puolelle. Tämän jälkeen munuaisallas punktoidaan ohuella neulalla ihon läpi ultraääni- tai röntgenohjauksessa. Aukkoa laajennetaan suuremmaksi, jotta varsinainen munuaistähystin saadaan mahtumaan. Useimmiten kiven murskaukseen käytetään ultraäänienergiaa, koska murskaimeen liitetyn imun avulla voidaan syntyvät kiven murut poistaa samanaikaisesti. Muita energiamuotoja kuten paineilmaa tai laseria käytettäessä, kiven palat joudutaan poistamaan pihtien avulla nefroskoopin rungon läpi. Toimenpiteen lopuksi munuaisesta otetaan läpivalaisu kuva ja ureterstentti poistetaan. Potilaalle laitetaan munuaiskatetri tehdystä tähystimen aukosta virtsan erityksen turvaamiseksi. (Lindell 1999: 1355; Sairanen – Taari 2003: 20 - 21.)

Toimenpiteen jälkeen potilas tulee heräämön kautta vuodeosastolle. Jos potilas ei ole pahoinvoiva, hänelle annetaan juotavaa. Ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä potilas saa alkaa syödä. Alkuun annetaan varovasti nestemäistä ruokaa, ja usein voidaan siirtyä kiinteään ruokaan jo samana päivänä. Toisinaan toimenpiteen yhteydessä kirurgi laittaa potilaalle myös alatiekatetrin munuaiskatetrin lisäksi. Alatiekatetri poistetaan ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä. Munuaiskatetria pidetään noin 2 - 5 päivää. Ennen katetrin pois ottamista tehdään katetrin kautta varjoainekuvaus, jolla varmistetaan virtsan kulku munuaisesta eteenpäin. Jos virtsa pääsee virtsajohdimesta rakkoon, voi hoitaja poistaa katetrin. Virtsan tulon seuraaminen on tärkeää katetrin poiston jäl-

keen. Kylkeen jäävä aukko peitetään sidoksilla tai liimareunapussilla. Riittävä kipulääkitys on tärkeää, sillä potilaat voivat olla melko kipeitä toimenpiteen jälkeen. (Ihanus 2008: 2.)

Kotihoito-ohjauksessa kerrotaan samat asiat virtsauksesta, kivusta, juomisesta, peseytymisestä ja liikkumisesta kuin alakautta tehtävän tähystyksen yhteydessä. Lisäksi tulee painottaa seuraavia asioita: kyljessä oleva aukko, josta munuaiskatetri on poistettu, voi erittää jopa parin viikon ajan. Aluetta suojataan haavataitoksilla tai liimareunapussilla, jos vuoto on runsasta. Sidos vaihdetaan aina sen kastuessa tai likaantuessa. (Ihanus 2008: 2.)

Tähystystoimenpiteistä seuraavia komplikaatioita voivat olla virtsanjohtimen puhkeama, verenvuoto, seinämävaurio, repeytyminen ja virtsatieinfektio. Myöhäiskomplikaationa voi ilmetä virtsanjohtimen ahtauma. Lisäksi ihon läpi tehtävästä tähystyksestä voi olla seurauksena haavainfektio. Vuonna 1993 tehdyssä kolme kuukautta kestäneessä tutkimuksessa suomalaisten virtsakivipotilaiden hoidosta selvitettiin eri hoitotoimenpiteiden komplikaatiot. Komplikaatiot jaettiin seuraavalla tavalla: virtsatieinfektio, verenvuoto, haavainfektio sekä virtsanjohtimen vaurio. ESWL-hoito aiheutti kuusi virtsatieinfektiota. PCNL aiheutti yhden virtsatieinfektion ja kaksi verenvuotoa. URSL sitä vastoin aiheutti kaksi virtsatieinfektiota ja yhden virtsanjohtimen vaurion. (Lindell 1999: 1355; Hendolin - Lindell 1993: 3601.)

Samassa tutkimuksessa selvisivät eri toimenpiteiden keskimääräiset sairaalassaolopäivät. Eri toimenpiteille saadut keskiarvot olivat: ESWL 2.6 päivää, PCNL 9.0 päivää, URSL 4.9 päivää. Yleisin toimenpiteistä oli ESWL 47.7 %, seuraavaksi yleisin URSL 28.7 % ja kolmanneksi yleisin PCNL 7.8 %. (Hendolin ym. 1993: 3600 - 3601.)

Nykyään sairaalassaolopäivät ovat selvästi lyhentyneet Suomessa. ESWL-hoito toteutetaan yleensä päiväkirurgisena toimenpiteenä. URSL:llä hoidetut potilaat voivat usein kotiutua jo leikkauksen jälkeisenä päivänä. PCNL:llä hoidettujen potilaiden hoitoaika on nykyään noin kolmesta viiteen vuorokautta. (Ihanus 2008: 1 - 2.)

2.6 Kehonulkoinen murskaushoito

ESWL tarkoittaa munuaiskivien kehonulkoista murskaushoitoa. Murskattava kivi paikannetaan ultraäänen tai röntgenin avulla. Kiveen ohjataan iskuaalto ihon läpi. Osuessaan kiveen aallot luovuttavat energiansa, jolloin kivi hajoaa paloiksi. Kiven rikkoon- tumista seurataan toimenpiteen aikana röntgenlaitteella. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2003.)

Ennen ESWL-hoitoa potilaalta tarvitaan veri- ja virtsanäyte, alle kuukauden vanha virtsateiden röntgenkuva ja alle vuoden vanha urografia. Potilaan suolisto tyhjenetään ulostusaineella ja peräruiskeella, jotta virtsakivi saadaan paikannettua mahdollisimman tarkasti. Toimenpidettä edeltävänä päivänä potilas saa syödä vain nestemäistä ruokaa, ja toimenpidepäivänä syöminen on kielletty kokonaan ennen hoitoa. Myös purukumin pureskelua tulee välttää sen aiheuttamien suolikaasujen vuoksi. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2003.)

Potilas on hoitopöydällä vatsallaan tai selällään ja mahdollisimman liikkumatta. Potilaalle annetaan rauhoittavaa lääkettä sekä kipuläkettä toimenpiteen suorittamista varten. Itse toimenpide kestää noin tunnin. Jälkioireena voi esiintyä verivirtsaisuutta sekä kipuja kivien murujen lähtiessä liikkeelle. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.)

Hoidon jälkeen potilaan tulee juoda runsaasti. Tämä nopeuttaa virtsan kirkastumista ja kivimurujen poistumista. Virtsa olisi hyvä siilata, jotta saadaan kivimuru kivianalyysiin. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2003.)

Joskus hoito joudutaan uusimaan halutun lopputuloksen saavuttamiseksi. Varsinkin erittäin suurten munuaiskivien hoidon onnistuminen pelkkää ESWL-hoitoa käyttämällä on epävarmaa. Potilaat, joille tätä hoitomenetelmää ei voida ollenkaan käyttää, ovat runsaasti ylipainoiset, raskaana olevat tai tietynlaisen virtsateiden rakenteellisen poikkeaman omaavat potilaat. Jos potilaalla on käytössä verenohennuslääke, hoitavan lääkärin täytyy tehdä päätös lääkkeen tauottamisesta ennen toimenpidettä lääkkeiden aiheuttaman lisääntyneen verenvuotoriskin vuoksi. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006.)

2.7 Konservatiivinen hoito

Virtsatiekivien ennaltaehkäisystä on ristiriitaista tutkimusnäyttöä. Aiemmin on suosittu vähäkalsiumista ruokavaliota tai eläinvalkuaisen ja suolan vähentämistä. Nämä molemmat ruokavaliomuutokset vaikuttavat virtsan oksalaattipitoisuuteen niin, että uusia kiviä syntyy vähemmän vähäsuolaisen ja vähäproteiinisen kuin vähäkalsiumisen dieetin avulla. Normaaliruokavaliota noudatettaessa vuorokausivirtsan uraattipitoisuus ei saisi ylittää 700 milligrammaa. (Lehtoranta ym. 2002: 2186; Lindell 2002: 3143.)

Potilaalle suositellaan jatkohoidoksi runsasta nesteen nauttimista päivittäin, jotta virtsamäärä on vähintään kaksi litraa vuorokaudessa. Vesi on juomista suositeltavin. Joissain tutkimuksissa kiven muodostuminen on lisääntynyt runsaan omena- tai greippimehun juomisen yhteydessä. Tutkimusten valossa näyttää siltä, että jos kivi on syntyäkseen, se tapahtuu yöllä. Tämän vuoksi konsentroitunutta yövirtsa voisi olla syytä laimentaa heräämällä yöllä juomaan pari lasia vettä. Lisäksi potilasta kehoitetaan liikkumaan, jotta kivi lähtisi liikkeelle ja poistuisi. (Lehtoranta ym. 2002: 2187; Lindell 1996: 1591; Pakkanen 2007: 210.)

Tietyille kivityypeille voidaan suositella omaa hoitolinjausta virtsakivien toistumisen ennaltaehkäisyyn. Laajennettu selvitys tehdään pienelle potilasryhmälle, joilla kivitauti on poikkeuksellisen vaikea. Lisätutkimuksia harkitaan, jos kivet ovat suurikokoisia, yli kaksi senttimetrisiä, kiviä on paljon yhtäaikaisesti tai kiviä muodostuu tiuhaan tahtiin, alle viiden vuoden sisään edellisestä. Laajennettuun selvitykseen otettavien potilaiden tulee olla valmiita sitoutumaan tutkimustulosten perusteella suositeltaviin lääkehoitoihin ja ruokavaliiohjeisiin. Selvitykseen kuuluu vuorokausivirtsan keräys potilaan omalla ruokavaliolla. Näytteistä määritetään eri ionipitoisuuksia, joihin on saatavissa täsmähoitoa. (Lehtoranta ym. 2002: 2185.)

Uraatti- eli virtsahappokivien muodostumista voidaan yrittää ehkäistä virtsan pH:n alkalisoinnilla. Tällä pyritään vähentämään kiteytyneen virtsahapon määrää. Tämä toteutetaan suun kautta otettavalla kaliumsitraattihoidolla. Hoidon onnistumista seurataan virtsan pH-seurannalla. Virtsan tehokas alkalisointi lisättynä runsaan nesteen juomiseen saattaa liuottaa suurenkin uraattikiven muutamassa päivässä. Jos potilaalla on lisäksi kihti, voidaan virtsakiven ehkäisyyn tueksi käyttää Allopurinolia, joka alentaa veren virtsahappopitoisuutta. Tällöin suositaan myös kihtidieettiä. Kihtidieetissä vähennetään puriinia sisältäviä ruoka-aineita, kuten sisäelimiä. Virtsan emäksisyyttä voidaan lisätä

kasvisten, hedelmien, marjojen ja viljatuotteiden avulla. (Lehtoranta ym. 2002: 2188; Pakkanen 2007: 211.)

Infektiokivien syntyyn vaikuttavia bakteereita ovat muun muassa pseudomonas ja osa stafylokokkeista. Potilaan virtsatulehdus täytyy hoitaa, jotta infektoitunut kivimateriaali poistuu virtsateistä. Kivimateriaalin poiston jälkeen potilasta hoidetaan antibiooteilla kolmen kuukauden ajan ja virtsanäytteen bakteeriviljely tutkitaan aluksi kolmen kuukauden välein. Profylaktista antibioottihoitoa ei useinkaan suositeta antibioottiresistentti-vaaran vuoksi. (Lehtoranta ym. 2002: 2188.)

Kalsiumoksalaattikivien ehkäisyyn suositellaan oksalaatti- ja kalsiumrajoitteista ruokavaliota. Käytännössä kalsiumrajoitus sisältää nestemäisiä maitovalmisteita 2 - 4 desilitraa ja juustoa 30 - 60 grammaa päivässä. Oksalaattirajoitusta toteutetaan välttämällä runsaasti oksalaattia sisältäviä ruokia, kuten raparperia, pinaattia, parsaa, kaakaota ja suklaata. Myös kahvia ja teetä tulee nauttia kohtuudella. Ravinnon oksalaatin vähentyessä kalsiumoksalaatin kiteytyminen virtsassa vähenee. Usein potilailla, joille muodostuu kalsiumkiviä, esiintyy hyperkalsiuriaa. Heille voi olla hyötyä tiatsididiureettien käytöstä. (Lehtoranta ym. 2002: 2187; Pakkanen 2007: 211.)

Virtsakivitaudin hoito on tehostunut ja yksinkertaistunut vuosien saatossa. Tutkimusten valossa virtsakiven ehkäisy on edelleen vaikeaa ja tuloksiltaan epävarmaa. Suurin osa potilaista luopuu hoidosta vuoden kuluessa. Ennaltaehkäisevän hoidon aloitusta onkin syytä pohtia tarkkaan ja potilaskohtaisesti. (Lindell 1996: 1592.)

3 POTILAIKEN OHJAUS JA OPPAIDEN SISÄLTÖ

3.1 Kirurgisten potilaiden ohjauksen tarve

Salosen haastattelututkimuksessa urologisen potilaan ja hänen omaisensa ohjauksesta, haastateltavat toivoivat kirjallisten potilasohjeiden yksinkertaistamista. Erilaiset mahdolliset hoitovaihtoehdot samassa ohjeessa hämmensivät potilaita ja omaisia. Haastateltavat eivät aina olleet varmoja, mikä oppaan eri toimenpiteestä omaisille oli tehty. Oh-

jeiden selkeyttä ja ymmärrettävyyttä sen sijaan lisäsivät suullisesti annettu, ohjetta tukeva ohjaus. (Salonen 1998: 56.)

Haastatteluissa selvisi, että omaiset toivoivat kirjallista tietoa enemmän päivittäisiin toimintoihin liittyvistä asioista. Saadut oppaat painottivat liikaa lääketieteellistä näkökulmaa. Sairaalavaiheen ohjauksessa päivittäisistä toiminnoista painoutuivat hygienia, ravitseminen ja eritykseen liittyvät asiat. Myös liikkumisesta ja jälkitarkastuksesta informoitiin kotiutuksen yhteydessä. (Salonen 1998: 29, 56.)

Tutkimuksessa tuotiin esiin potilaiden kehittämisehdotuksia kirjalliseen ohjaukseen. Potilaat toivoivat leikkauskutsun lähettämisen yhteyteen kirjallista ohjetta, jossa olisi tietoa muun muassa sairaalahoidon pituudesta ja paranemisprosessista. Lisäksi kaivattiin yksilöllistä, potilaiden erilaiset päivittäiset toiminnot huomioonottavaa kirjallista kotihoidon ohjetta. Näitä oppaita tukemaan toivottiin jatkuvaa suullista ohjausta. (Salonen 1998: 43 - 44.)

Toisen tutkimuksen mukaan potilaat odottavat mahdollisuutta ilmaista sairauteen liittyviä tunteita sekä toivovat kannustusta ja positiivista palautetta hoitajalta. Ohjauksen tulee olla kaksisuuntaista vuorovaikutusta, joka huomioi potilaan tilan kontekstin. Tällainen ohjaus lisää tyytyväisyyttä, tiedonsaantia, itsehoitoa ja hoitoon sitoutumista sekä vähentää lääkityksen tarvetta. (Kääriäinen - Kyngäs - Ukkola - Torppa 2005: 10 - 11.)

Potilaslähtöinen ohjaus nähdään mahdollisuutena esittää kysymyksiä. Puutteellista ohjausta kuvaa se, että potilaan elämäntilannetta ja omaisia ei huomioida, ongelmista ei keskustella ja annettuja ohjeita ei perustella. Potilaat kokivat erittäin tärkeäksi suullisen ohjauksen tueksi saada kirjallista materiaalia, joka mahdollistaa asioiden tarkastamisen myöhemmin. Potilaiden mielestä hoitajat hallitsevat hyvin vain suullisen yksilöohjauksen. Kuitenkin monipuoliset ohjausmenetelmät tukevat yksilöllisemmin kykyä omaksua uusia asioita. (Kääriäinen ym. 2005: 12 - 14.)

Lisää ohjausta toivottiin hoidon jälkeisestä voinnista ja mahdollisesti ilmenevistä ongelmista kotiutuksen yhteydessä. Erilaisista hoitovaihtoehtoista, sairauden syistä ja ennusteesta toivottiin lisää informaatiota, kun taas sairauden hoidosta ja oireista koettiin saatavan tarpeeksi ohjausta. (Kääriäinen ym. 2005: 13 - 14.)

Tutkimuksissa on selvitetty potilaiden kokemuksia sairaalahoidon aikaisesta ohjauksesta ja sen tarpeesta. Mattilan tutkimuksessa nousi esiin tärkeänä potilaiden kokema hoitajien kiireettömyys, jolloin kahdenkeskiseen ohjaukseen jäi aikaa. Kahdenkeskinen keskustelu auttoi potilaita ymmärtämään heidän saamansa tiedon merkitystä juuri omalla kohdalla. (Mattila 1998: 150.)

Lyhythoitaisen kirurgian piirissä leikatuille potilaille tehtyyn tutkimukseen osallistui yhtenä potilasryhmänä virtsakivipotilaat, jotka olivat saaneet hoidoksi kivenmurskauksen. Tutkimusryhmien potilaille toipumisen kannalta tärkeitä opetettavia kotihoidon taitoja olivat haava-alueen hoito, kivunhoito ja liikkumiseen liittyvä ohjaus. Psykososiaalisen tuen tarve korostui hoitohenkilökunnan toimintana: potilaiden pelkojen lieventäjänä ja kuuntelijana. (Hovi 2003: 16.)

3.2 Hyvän potilasoppaan tunnusmerkit

Kirjallisen potilasohjeen tarve nousee potilaiden omasta tiedonhalusta sekä lyhentyneiden hoitoaikojen vaatimuksista. Nykyään potilailta odotetaan myös entistä parempia itsehoitovalmiuksia. (Torkkola ym. 2002: 7.) Nämä seikat muun muassa asettavat puitteet potilasoppaan laatimiseen.

Potilasohjeen lähtökohta on potilaan tarve saada olennaista tietoa sekä laitoksen tarve ohjata potilas toimimaan oikein. Kirjoitustavaksi on suositeltavaa käyttää tärkein ensin -periaatetta. Tällöin vain alun lukevat saavat olennaisimman tietoonsa. Hyvät otsikot herättävät lukijan mielenkiinnon ja jakavat tekstin sopiviin lukupaloihin. Kuvat ovat hyvä havainnollistamisväline. Tärkeää on selittää kuvat kuvatekstillä. Kuvien käytön yhteydessä tulee muistaa tekijänoikeudet. (Torkkola ym. 2002: 35, 39 - 42.)

Ohjeen varsinainen teksti tulee otsikoiden ja kuvien jälkeen. Asiat kerrotaan tapahtumajärjestyksessä tai kysymysrunгон avulla: mitä, miten, missä, milloin, millä seurauksella ja kuka. Ohjeessa viimeisenä esiintyvät yhteystiedot sekä tekijätiedot ja viitteet lisätietoihin, esimerkiksi luotettaviin internetsivuihin. Tärkeää on ilmaista, mistä potilas saa lisätietoa. (Torkkola ym. 2002: 42 - 44.)

Hyvin suunniteltu ohje parantaa ohjeen ymmärrettävyyttä ja houkuttelee lukemaan. Ohjeen tulee olla ytimekäs, eikä tyhjää tilaa tule pelätä. Suunnittelu alkaa asettelumallista,

joka luo pohjan ohjeelle. Samanmuotoisuus sairaalan ohjeiden kesken helpottaa ohjeiden omaksumista ja rakentaa sairaalan imagoa. Potilasoppaaseen suositellaan A4-arkkikokoa joko pysty- tai vaakamalliin ja käytettävän fontin tulee olla helppolukuista. (Torkkola ym. 2002: 53 - 59.)

Potilasohjeet tuottavat sellaista tietoa, joka vaikuttaa potilaan tiedolliseen tasoon - se on vaikuttamista uuden tiedon saamiseen - usein kohdennettuna tietyille määritellyille ryhmälle. Vaikuttaminen yksilön käyttäytymiseen ja asenteisiin on huomattavasti hankalampaa. (Torkkola ym. 2002: 19 - 22.)

Potilasohjeessa on tärkeää se, mitä asioita kerrotaan, mutta myös se, miten ne kerrotaan. Ohjeissa korostuu usein tiedon antajan asiantuntijavalta potilaaseen nähden. Tärkeää olisi kuitenkin tutkia, kuinka toimiva ja ymmärrettävä ohje on potilaan eli maallikon näkökulmasta. (Torkkola ym. 2002: 11 - 12.)

3.3 Oppaat virtsakivipotilaalle

STaLT-projektia on toteutettu samalla työskentelytavalla aiemmin, joten työmme toteuttamistapa nousee vanhojen STaLT-projektiin tehtyjen töiden pohjalta. Töihin tutustuessamme olemme päätyneet perinteiseen konkreettiseen potilasoppaaseen, koska uskomme sen olevan helpommin potilaiden saatavilla kuin esimerkiksi verkkosivujen. Haluamme oikeasti tavoittaa sen potilasryhmän, joka voi hyötyä tuotoksestamme.

Suunnittelemme kaksi itsenäistä opasta Länsi-Talinnan keskussairaallalle. Oppaiden aiheena on virtsakivipotilaan kirurginen hoito, tarkennettuna tähystyksenä tehtävät perkutaaninen nefrolitotomia ja ureterorenoskopia. Molemmat oppaamme jakautuvat pre-, intra- ja postoperatiivisen hoidon alueisiin.

Tarkoituksena on luoda oppaista selkeä ja tiivis kokonaisuus, joka palvelee virtsakivipotilaiden tiedollisia tarpeita mahdollisimman hyvin. Haluamme kertoa oppaissa hoitotyön kannalta keskeiset asiat. Kotihoito-ohjeiden sisältö painottuu yksiselitteisiin ohjeisiin, joilla pyritään turvaamaan potilaiden itsenäinen selviytyminen kotona.

Vaikka molemmat tähyystoimenpiteet sisältävät samankaltaisia ohjeita muun muassa kotihoidosta, on kyseessä silti kaksi erilaista ja erillistä toimenpidettä. Siksi päädyimme tekemään kaksi opasta, että potilaille olisi selkeää, mikä toimenpide heille tehdään.

Huomioimme oppaissa potilaiden yksilöllisen hoidon erillisen osion avulla, johon hoitaja ja potilas voivat kirjoittaa yksilöllisiä hoito-ohjeita. Näitä voivat olla potilaan mahdolliset muut sairaudet, tai jos hoidossa tulee poikkeavuutta, jolloin potilas kotiutuu esimerkiksi katetrin kanssa. Oppaiden tulee pysyä yksinkertaisina noudattaen kunkin toimenpiteen ideaalista etenemistä. Jos potilaan hoitoprosessi poikkeaa tästä, ei opas yksinään riitä antamaan potilaalle tarpeeksi tietoa. Aina on olemassa potilasryhmä, joka tarvitsee erityisohjeita oman hoidon toteuttamiseksi ja onnistumiseksi.

Käytämme oppaissa selkeitä otsikoita, jotka johdattavat lukijan suoraan oikeille jäljille. Olemme päätyneet monisivuiseen oppaaseen havaittuamme tarpeellisen tiedon määrän toimenpiteistä suureksi. Toisaalta olisimme voineet tehdä oppaat yhdestä hoidon osa-alueesta, mutta hoidon selkeän jatkuvuuden kannalta on tärkeää tuoda koko hoitoprosessi esiin samalla kertaa. Vaikka oppaissa on paljon tietoa omaksuttavaksi, on potilaalla mahdollisuus palata lukemaan eri osa-alueita aina uudestaan.

Monisivuinen opas ja A4-koko, jota potilasoppaaseen suositellaan, mahdollistavat myös tekstin asettelun väljemmin. Kokonaisuus muodostuu näin selkeämmäksi. Liian ahdas teksti näyttää raskaalta ja voi väsyttää lukijan jo alkumetreillä. Lisäksi tekstin kirjainkoko voi suurentaa luettavuuden helpottamiseksi. Pyrimme kirjoittamaan tekstin lukijaystävälliseksi, maallikolle ymmärrettäväksi.

Valitsemme oppaisiin selkeän fontin ja värinä käytämme mustaa. Mustavalkoinen kontrasti on lukijaystävällisin vaihtoehto. Kuvituksen osalta päädyimme selkeisiin kehyksiin, jotka eivät varasta huomiota itse asialta, mutta tuovat oppaalle mielenkiintoa.

Virtsakivitaudin hoito on mennyt viime vuosina reilusti eteenpäin, mikä näkyy myös haasteena hoitajan työssä. Potilaat ovat valveutuneita etsimään itse tietoa omasta sairaudestaan. Hoitotyön asiantuntijoiden tehtävä onkin yhdessä lääketieteen asiantuntijoiden kanssa toimia tiedon oikeellisuuden varmentajana hoitotyön asiakkaalle.

Virtsakivitaudista löytyy runsaasti hyviä lähteitä lääketieteen näkökulmasta. Lähteitä, jotka painottavat hoitotyön näkökulmaa, on vähemmän. Virtsakivipotilaan kirurginen hoito noudattelee kuitenkin pitkälti perinteistä leikkauspotilaan hoitotyötä. Lisäksi olemme saaneet arvokasta ensi käden tietoa juuri oman ammattiryhmämme edustajalta, urologisen potilaan hoitotyön asiantuntijalta, tekemämme haastattelun avulla. Kirjallisuuskatsauksen valmistuttua oppaan tiedollinen sisältö onkin ollut helppo koota.

Olemme löytäneet monia eri lähteitä virtsakivitaudin hoidosta, joten uskomme ettei työstämme puutu oleellisimpia hoitoon liittyviä asioita. Eri lähteissä painotettiin samoja tekijöitä järjestelmällisesti. Kirurgisen potilaan ohjauksen osalta pyrimme tuomaan työssämme esiin tietoa urologisen potilaan ohjauksen tarpeesta. Hoitotieteellinen tutkimus, jossa selvitettäisiin virtsakivipotilaan ohjauksen tarvetta laajasti, olisi ollut hyvä apuväline oppaiden suunnittelussa.

Olemme kirjoittaneet työhömmä virtsakivitaudin erilaisista nykyaikaisista hoitomuodoista, jotta työstämme tulee kattava ja mahdollisimman hyvä kuvaus potilaan erilaisista mahdollisuuksista virtsakivitaudin hoidossa. Olemme siis kertoneet myös paljon hoidoista, jotka jäävät omien oppaidemme ulkopuolelle. Voisikin ajatella, että tulevaisuudessa tehtäisiin lisää virtsakivipotilaan hoito-oppaita muun muassa potilaan konservatiivisesta hoidosta ja kehonulkoisesta murskaushoidosta.

STaLT-projektissa mukana olo antaa meille kokemuksia kansainvälisestä yhteistyöstä ja hoitotyön kehittämisestä. Olemme tehneet kirjallisen sopimuksen työstämme Viron yhteyshenkilön, Länsi-Talinnan keskussairaala Oy:n hoitotyön johtajan kanssa. Työmme ohjaamisesta ja valvonnasta vastaavat Helsingin ammattikorkeakoulun terveystieteiden tohtori Ly ja Länsi-Talinnan keskussairaalan koulutusjohtaja.

Omista aikatauluongelmista johtuen emme päässeet tutustumispäivänä käymään Tallinnassa, mikä olisi ollut mielenkiintoista. Samalla olisimme voineet kysyä tarkemmin yhteistyöhenkilöiden toiveita työmme suhteen. Toisaalta olemme saaneet ottaa itse vas-

tuun työn sisällön tuottamisesta ja aiheen rajaamisesta. Tämä on pakottanut miettimään hoitotyön kannalta oleellisimpia asioita virtsakivipotilaan hoidossa. Toivomme, että työssämme näkyy se, että olemme valmistumassa juuri sairaanhoitajiksi.

Uskomme työllemme olevan tarve, koska opinnäytetyön aihe on syntynyt työelämäläh- töisesti. Lisäksi tilastotietojen valossa virtsakivitauti koskettaa huomattavaa potilasmää- rää vuosittain Virossa. Mielestämme konkreettinen opinnäytetyö autenttiseen käyttöön vastaa tulevan työmme toimenkuvaa. On ollut mielenkiintoista pohtia sairaanhoitajan antamaa ohjausta potilaalle koko hoitoprosessin ajalta: potilaan sairaalaan tulovaiheesta aina kotihoidon ohjeisiin asti. Tämä on vahvistanut näkemystä oman ammattiryhmän työn tärkeydestä potilaiden hyvinvoinnin kannalta.

LÄHTEET

Ala-Opas, Martti 2002: Virtsakivitauti. Teoksessa Nurmi, Martti - Lukkarinen, Olavi - Ruutu, Mirja - Taari, Kimmo - Tammela, Teuvo (toim.): Urologia. Hel- sinki: Duodecim. 203 - 214.

- Anttila, Kyllikki - Hirvelä, Mervi - Jaatinen, Tiina - Polviander, Marjut - Puska, Eeva-Liisa 2002: Sairaanhoido ja huolenpito. Helsinki: Wsoy.
- Bjälje, Jan G. - Haug, Egil - Sand, Olav - Sjaastad, Oystein V. - Toverud, Kari C. 1999: Ihminen, fysiologia ja anatomia. Helsinki: Wsoy.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2003: Munuais kivien murskaushoito. Potilasohje. Verkkodokumentti. Luotu 4.6.2003. <<http://intra.hus.fi>>. Luettu 26.9.2007.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2006: Virtsatie kivien murskaushoito kehonulkoisella murskauslaitteella (ESWL-hoito). Potilasohje. Luotu 8.11.2006. <<http://intra.hus.fi>>. Luettu 26.9.2007.
- Hendolin, Niilo - Lindell, Ossi 1993: Onko virtsatie kivien hoito Suomessa ajan tasalla? Suomen Lääkärilehti 48 (36). 3598 - 3604.
- Hietanen, Helvi - Iivanainen, Ansa - Seppänen, Salla - Juutilainen, Vesa 2002: Haava. Helsinki: Wsoy.
- Holmia, Silja - Murtonen, Irja - Myllymäki, Hannele - Valtonen, Katariina 2004: Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: Wsoy.
- Hovi, Pirjo-Riitta 2003: Lyhythoitoisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen annetusta ohjauksesta ja selviytymisestä kotona. Pro gradu - tutkielma. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- Ihanus, Marianne 2008. Sairaanhoidaja AMK, uroterapeutti. Helsinki. Haastattelu 16.2.2008.
- Juusela, Harri - Permi, Jaakko - Talja, Martti 1992: Urologian kehitys ja tulevaisuus Suomessa. Suomen Lääkärilehti 47 (25). 2283 - 2286.

- Koivula, Anne - Tanninen, Salla 2007: Postoperatiivinenhoito vuodeosastolla. Teoksessa Allila, Anja - Matilainen, Elina - Mustajoki, Marianne - Rasimus, Mirja (toim.): Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Duodecim. 304 - 306.
- Koivula, Anne - Tanninen, Salla 2007: Preoperatiivinen hoito. Teoksessa Allila, Anja - Matilainen, Elina - Mustajoki, Marianne - Rasimus, Mirja (toim.): Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Duodecim. 303 - 304.
- Kääriäinen, Maria - Kyngäs, Helvi - Ukkola, Liisa - Torppa, Kaarina 2005: Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 3 (1). 10 - 15.
- Lehtoranta, Kari – Tukiainen, Eija – Lindell, Ossi 2002: Virtsakivipotilaan tutkiminen sekä ruokavalion ja lääkehoidon mahdollisuudet. Duodecim 118 (21). 2183 - 2190.
- Lindell, Ossi 1999: Endoskopia urologiassa. Duodecim 115 (12). 1349 - 1357.
- Lindell, Ossi 2002: Miten estää virtsatiekivien uusiutuminen? Suomen Lääkärilehti 57 (33). 3143 - 3144.
- Lindell, Ossi 1996: Virtsatiekivien hoito. Käypä hoito. Duodecim 112 (17). 1587 - 1592.
- Mattila, Anneli 1998: Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana - potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. Hoitotiede 10 (3). 144 - 151.
- Nienstedt, Walter (toim.) 2002: Lääketieteen termit. Helsinki: Duodecim.
- Ovaska, Jari 1999: Endoskooppisen kirurgian mullistus. Duodecim 115 (12). 1325 - 1326.
- Pakkanen, Kirsi 2007: Virtsatiekivipotilaan hoito. Teoksessa Allila, Anja - Matilainen, Elina - Mustajoki, Marianne - Rasimus, Mirja (toim.): Sairaanhoitajan käsikirja. Helsinki: Duodecim. 210 - 211.

Saarelma, Osmo 2007: Virtsakivitauti. Duodecim terveyskirjasto. Verkkodokumentti. Päivitetty 21.3.2007. <<http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/>>. Luettu 26.9.2007.

Sairanen, Jukka - Taari, Kimmo 2003: Perkutaaninen nefrolithotomia. Uutisurho, suomen urologiset hoitajat ry:n jäsenlehti 2/2003. 20 - 21.

Salonen, Ritva 1998: Urologisen potilaan ja hänen omaisensa ohjaus. Haastattelututkimus potilaille ja omaisille. Opinnäytetutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Torkkola, Sinikka - Heikkinen, Helena - Tiainen, Sirkka 2002: Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.

Virtsakivitauti 2007. Verkkodokumentti <<http://www.facta.fi>>. Luettu 13.12.2007.

Virtsan katetrointi ja katetrin hoito 2007. Verkkodokumentti. <<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/3845/12018>>. Luettu 13.12.2007.

Virtsatiekivitauti 2007. Verkkodokumentti. <<http://www.terveysportti.fi>>. Luettu 13.12.2007.

Viron tilastotietokeskus 2007. Verkkodokumentti. <<http://www.sm.ee>>. Luettu 10.12.2007.

KIRJALLISUUTTA

Aldridge, Michael D. 2004: Writing and Redesigning Readable Patient education Materials. Nephrology Nursing Journal. Journal of the American Nephrology Nurses Association. 31 (4). 373 - 377.

Heikkinen, Helena 2002: Potilasohjeiden uudistamisprojekti päiväkirurgiassa. Spiritium

37 (4). 27.

Heikkinen, Katja – Johansson, Kirsi – Leino-Kilpi, Helena – Rankinen, Sirkku - Virtanen, Heli – Salanterä, Sanna 2006: Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990 - 2003. *Hoitotiede* 18 (3). 120 - 130.

Nylander, Ulla 2002: Potilaan opettaminen. Lähtökohtana potilaslähtöisyys. Pro gradu - tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.

Raid, Ulla 1999: Virolaisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä kivusta ja sen hoidosta. Tutkielma. Kuopio: Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Tarkkila, Pekka - Tuominen, Marjatta 1995: Mitkä leikkaukset voidaan tehdä puudutuksessa? *Duodecim* 111 (4). 365.

Virta, Maarit 1993: Kirurgisten sairaalapotilaiden tyytyväisyys hoidon teknisammattillisen, kasvatuksellisen ja luottamuksellisen suhteen alueeseen. Tutkielma. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos.

Ihanus Marianne, sairaanhoitaja amk, uroterapeutti,
Haastattelu 16.2.2008

Miten sairaanhoitaja ohjaa potilasta valmisteluissa ennen virtsakivien poistamista ureterorenoskopiolla?

Potilas ei tarvitse muita esivalmisteluja leikkaukseen kuin leikkauspäivänä ravinnotta olemisen. Edellisenä päivänä potilas saa syödä perusruokaa. Jos potilaan suoli ei ole toiminut moneen päivään, on syytä antaa pieni peräruiske ennen toimenpidettä, usein edellisenä iltana. Tämä asia kannattaa varmistaa iäkkäämmiltä potilailta.

Leikkausaamuna potilas käy normaalisti suihkussa ja pukeutuu puhtaaseen sairaala-asuun.

Kuinka sairaanhoitaja hoitaa ja ohjaa potilasta ko. toimenpiteen jälkeen?

Potilas saa syödä heti heräämöstä vuodeosastolle siirtymisen jälkeen, jos hänellä ei ole pahoinvointia. Potilaan kipua seurataan ja tarvittaessa lääkitään. Leikkauksessa asetettu kestokatetri poistetaan usein leikkauksen jälkeisenä päivänä. Tämän jälkeen on varmistettava, että potilas saa virtsattua spontaanisti ja että virtsarakko tyhjenee hyvin. Tällöin potilas voi kotiutua.

Sairaalassa oloaika on tämän potilasryhmän osalta laskenut aiemmasta. Usein potilas voi kotiutua jo leikkauksen jälkeisenä päivänä.

Kotihoito-ohjauksessa tulee painottaa seuraavia asioita: virtsa voi olla veristä vielä muutamia viikkoja toimenpiteen jälkeen, jos virtsa muuttuu selvästi verisemmäksi, eikä virtsaus suju, tulee potilaan ottaa yhteyttä hoitopaikkaan. Kipuun annetaan särkylääkeresepti, ja jos kivut lisääntyvät yllättäen ja kuume nousee, on otettava yhteys hoitopaikkaan. Potilasta kehoitetaan juomaan runsaasti, noin 2 – 2.5 litraa vuorokaudessa. Saunomista, ammekylpyä ja raskasta liikuntaa tulisi välttää viikon verran. Potilaan tulee saada myös tieto jatkohoitoajasta. Jatkohoitona tehdään noin kuukauden kuluttua urografia tai natiiviröntgen, jotta varmistetaan hoidon lopputulos. Lisäksi potilaalta otetaan virtsanäyte, plv ja tutkitaan kreatiniiniarvo.

Miten sairaanhoitaja ohjaa potilasta, jolle tehdään virtsakivien poisto perkutaanisen nefrektomian avulla?

Potilaiden hoitoaika vuodeosastolla on nykyään noin 3-5 päivää. Leikkausta edeltävänä päivänä potilas saa syödä liemiruokaa ja suolisto tyhjennetään suun kautta annettavilla tyhjennyslääkkeillä. Potilas saa kaksi tablettia kahden tunnin välein, eli yhteensä neljä tablettia, joiden avulla suoli tyhjenee. Leikkausaamuna potilas käy suihkussa ja hoitaja tarkistaa ihon kunnon leikkausalueelta ja ajaa tarvittaessa alueen ihokarvat.

Leikkauksen jälkeen potilaalle jätetään katetri munuaiseen. Hoitaja poistaa katetrin 2-5 päivää toimenpiteen jälkeen. Aukko kyljessä peitetään sidoksilla. Ennen katetrin poistoa tehdään katetrin kautta varjoainekuvaus, jolla varmistetaan virtsan kulku munuaisesta. Osa kirurgeista laittaa leikkaussalissa myös alatiekatetrin. Tämä poistetaan leikkauksen jälkeisenä päivänä. Potilas saa juoda leikkauksen jälkeen, jollei pahoinvointia ilmaannu. Leikkauksen jälkeisenä päivänä potilas saa alkuun nestemäistä ruokaa ja usein jo iltpäivällä kiinteää ruokaa. Nämä potilaat voivat olla melko kipeitä, joten hyvä kipulääkitys on tärkeää.

Kotihoito-ohjauksessa kerrotaan samat asiat virtsauksesta, kivuista, juomisesta, peseytymisestä ja liikkumisesta kuin alakautta tehtävän tähystyksen yhteydessä. Lisäksi tulee painottaa seuraavia asioita: kyljessä oleva aukko, josta katetri on poistettu, voi erittää jopa parin viikon ajan. Aluetta suojataan haavataitoksilla tai liimareunapussilla, jos vuoto on runsasta. Sidos vaihdetaan sen kastuessa tai likaantuessa.

TIETOA TEILLE, JOLLA ON TODETTU VIRTSAKIVITAUTI:

Opas virtsakivien tärhystystoimenpiteeseen
virtsaputken kautta

Virtsakivitaudilla tarkoitetaan sairautta, jossa munuaisiin, virtsanjohtimiin tai virtsarakkoon muodostuu saostumia, joista virtsakivet kiteytyvät.

Virtsakivitauti on Euroopassa nopeasti yleistyvä tauti, jonka syytä ei ole pystytty varsinaisesti osoittamaan. Ruokavaliolla saattaa olla vaikutusta taudin syntyyn. Tietyille kivilajeille voidaan suositella erityistä hoitolinjausta virtsakivien ennaltaehkäisyyn. Hoitomuotona on tällöin ruokavalio tai lääkehoito. Lääkäri voi kertoa teille tästä hoitomahdollisuudesta enemmän, mikäli ennaltaehkäisevä hoito on teille tarpeen.

Usein virtsakivet poistuvat virtsateistä itsestään. Joskus kuitenkin tarvitaan avuksi hoitotoimenpidettä.

Teidän hoitomenetelmäkseen on valittu kiven/kivien poisto tärhystyksenä virtsaputken kautta.

ENNEN TOIMENPIDETTÄ:

Toimenpiteen kulku käydään kanssanne läpi, jolloin teillä on mahdollisuus keskustella mieltänne askarruttavista asioista lääkärin tai hoitajan kanssa.

Toimenpidettä edeltävänä päivänä saatte syödä tavallista ruokaa.

Toimenpidettä edeltävänä yönä olkaa syömättä ja juomatta kello 3 lähtien.

Leikkausaamuna peseytykää hyvin suihkussa ja hoitaja pyytää teitä pukeutumaan leikkausasuun.

Saatte tarvittaessa rauhoittava esilääkeen ja mahdolliset omat aamulääkkeenne saatte ottaa nukutuslääkärin määräyksen mukaan.

Teidän hoitomenetelmäkseen on valittu kiven/kivien poisto tähystyksenä virtsaputken kautta.

TOIMENPITEEN AIKANA:

Useimmiten toimenpide tehdään nukutuksessa. Tähystystoimenpide tehdään virtsaputken ja virtsarakon kautta virtsajohtimeen, jossa kivi sijaitsee ja samalla tähystimen etenemistä seurataan televisiomonitorista.

Pienet kivet poistetaan suoraan tähystimen kautta, kun taas suuret kivet murskataan ennen niiden poisottamista.

Toimenpiteen lopuksi kirurgi laittaa teille virtsakatetrin virtsarakkoon virtsankulun turvaamiseksi.

TOIMENPITEEN JÄLKEEN:

Leikkaussalista teidät siirretään heräämöhöoneeseen, jossa hoitaja tarkkailee vointianne ja teidät siirretään vuodeosastolle vointinne salliessa.

Toimenpiteen jälkeen teille annetaan kipulääkettä tarpeenne mukaan ja saatte juoda ja syödä heti ellei pahoinvointia esiinny.

Hoitaja seuraa virtsan erityistä sekä verisyyttä teille laitetun katetrin kautta.

Katetri poistetaan useimmiten leikkauksen jälkeisenä päivänä. Tämän jälkeen hoitaja varmistaa, että virtsaus sujuu normaalisti ja rakko tyhjenee täydellisesti.

Hoitajan tulee olla läsnä noustessanne vuoteesta ensimmäisen kerran toimenpiteen jälkeen. Tämän jälkeen saatte liikkua vapaasti vointinne mukaan. Voitte kotiutua leikkauksen jälkeisenä päivänä

edellyttäen, että:

- ° virtsaus sujuu
- ° ette ole pahoinvoiva
- ° kivut lievittyvät tablettilääkityksellä.

KOTIHOITO-OHJEET:

Virtsaa voi olla veristä useamman viikon ajan toimenpiteen jälkeen, joten juokaa runsaasti vettä, noin 2-2½ litraa vuorokaudessa.

Voitte peseytyä normaalisti suihkussa välttäen kuitenkin saunomista ja ammekylpyjä infektioriskin vuoksi viikon ajan toimenpiteestä.

Kevyt liikunta kuten kävely on sallittua, mutta välttää raskasta nostamista ja liikkumista parin viikon ajan.

Ottakaa tarvittaessa kipulääkettä lääkärin antaman ohjeen mukaan.

Ottakaa yhteys hoitopaikkaanne: _____, jos:

- virtsa muuttuu selvästi aiempaa verisemmäksi
- virtsaaminen ei suju
- kivut lisääntyvät yllättäen
- kuume nousee
- jokin hoitoanne koskeva asia mietityttää teitä.

Teidän hoitoanne koskevat erityisohjeet:
(Täytetään yhdessä hoitajan kanssa)

Teidän jatkohoitoaikanne ja -paikkanne:
(Täytetään yhdessä hoitajan kanssa)

Vuodeosaston yhteystiedot:
(Täytetään yhdessä hoitajan kanssa)

TIETOA TEILLE, JOLLA ON TODETTU VIRTSAKIVITAUTI:

Opas virtsakivien tähystysleikkaukseen
munuaisen seudulta ihon läpi

Virtsakivitaudilla tarkoitetaan sairautta, jossa munuaisiin, virtsanjohtimiin tai virtsarakkoon muodostuu saostumia, joista virtsakivet kiteytyvät.

Virtsakivitauti on Euroopassa nopeasti yleistyvä tauti, jonka syytä ei ole pystytty varsinaisesti osoittamaan. Ruokavaliolla saattaa olla vaikutusta taudin syntyyn. Tietyille kivilajeille voidaan suositella erityistä hoitolinjausta virtsakivien ennaltaehkäisyyn. Hoitomuotona on tällöin ruokavalio tai lääkehoito. Lääkäri voi kertoa teille tästä hoitomahdollisuudesta enemmän, mikäli ennaltaehkäisevä hoito on teille tarpeen.

Usein virtsakivet poistuvat virtsateistä itsestään. Joskus kuitenkin tarvitaan leikkaushoitoa avuksi.

Nykyään leikkaushoito on pitkälle mahdollista toteuttaa ilman avoleikkausta tähystyksellä.

Tähystysleikkauksen erityispiirteitä ovat:

- vähäisempi leikkauksen jälkeinen kipu
- pienempi leikkaushaava
- nopeampi toipuminen
- lyhyempi sairastamisaika.

Teidän hoitomenetelmäkseen on valittu kiven/kivien poisto tähystysleikkauksena munuaisen seudulta ihon läpi.

ENNEN TOIMENPIDETTÄ:

Toimenpiteen kulku käydään kanssanne läpi, jolloin teillä on mahdollisuus keskustella mieltänne askarruttavista asioista lääkärin tai hoitajan kanssa.

Toimenpidettä edeltävänä päivänä saatte syödä nestemäistä ruokaa.

Teille annetaan suolen tyhjenemistä edesauttavaa lääkettä ja tarvittaessa saatte myös peräruiskeen. Hoitaja ohjaa teitä lääkkeen otossa.

Toimenpidettä edeltävänä yönä teidän tulee olla syömättä ja juomatta kello 3 lähtien.

Leikkausaamuna peseytykää hyvin suihkussa. Samalla hoitaja tarkistaa leikkausalueen ihon kunnon sekä tarvittaessa ajaa alueelta ihokarvat.

Pukeutukaa hoitajan antamaan leikkausasuun.

Saatte tarvittaessa rauhoittavaa esilääkettä ja mahdolliset omat aamulääkkeenne saatte ottaa nukutuslääkärin määräyksen mukaan.

TOIMENPITEEN AIKANA:

Tähystysleikkaus tehdään nukutuksessa munuaisen seudulta ihon läpi, lävistäen iho neulalla ja näin syntynyt aukko ryhdytään laajentamaan tähystimellä.

Tähystyksen apuna käytetään ultraääni- tai röntgenohjausta.

Kivi murskataan yleisimmin ultraäänienergialla ja syntyneet kivenmurut imetään tai poistetaan pihdeillä tähystimen rungon läpi.

Toimenpiteen lopuksi kirurgi laittaa teille munuaiskatetrin tähystimen aukosta virtsankulun varmistamiseksi. Toisinaan kirurgi laittaa myös virtsakatetrin virtsarakkoon.

TOIMENPITEEN JÄLKEEN:

Leikkaussalista teidät siirretään heräämöhöoneeseen, jossa hoitaja tarkkailee vointianne ja teidät siirretään vuodeosastolle vointinne salliessa.

Toimenpiteen jälkeen teille annetaan kipulääkettä tarpeen mukaan ja saatte juoda heti, ellei pahoinvointia esiinny.

Leikkauksen jälkeisenä päivänä saatte alkuun nestemäistä ruokaa ja jos pahoinvointia ei ilmene, saatte alkaa syömään kiinteää ruokaa.

Teille on laitettu virtsakatetri, joka poistetaan leikkauksen jälkeisenä päivänä.

Munuaiskatetria pidetään 2-5 päivää ja hoitaja seuraa sen avulla virtsan eritystä sekä verisyyttä.

Ennen munuaiskatetrin poisottamista teille tehdään varjoainekuvaus munuaiskatetrin kautta virtsan esteettömän kulun varmistamiseksi munuaisesta virtsajohtimeen.

Jos virtsan kulku on esteetön, hoitaja ottaa teiltä munuaiskatetrin pois ja varmistaa, että virtsaus sujuu normaalisti ja rakko tyhjenee täydellisesti.

Munuaiskatetrin poiston jälkeen teille jää pieni aukko kylkeenne, josta erittyy verta ja kudostenestettä. Tämä erityys voi jatkua jopa kahden viikon ajan toimenpiteen jälkeen.

Voitte kotiutua vuodeosastolta edellyttäen, että:

- ° virtsaus sujuu
- ° ette ole pahoinvoiva
- ° kivut lievittyvät tablettilääkityksellä
- ° kyljessänne olevan aukon hoito onnistuu itsenäisesti.

KOTIHOITO-OHJEET:

Virtsaa voi olla veristä useamman viikon ajan toimenpiteen jälkeen, joten juokaa runsaasti vettä, noin 2-2½ litraa vuorokaudessa.

Voitte peseytyä normaalisti suihkussa välttäen kuitenkin saunomista ja ammekylpyjä infektioriskin vuoksi viikon ajan toimenpiteestä.

Jos kyljessänne oleva aukko erittää, käytäkää haavasidoksia suojana ja vaihtakaa sidos aina, jos se on märkä, likainen tai erittänyt läpi.

Vaihtakaa sidos vähintään joka toinen päivä ja kun haavaeritys on loppunut, ei aukkoa tarvitse enää

suojata.

Kevyt liikunta kuten kävely on sallittua, mutta välttää raskasta nostamista ja liikkumista parin viikon ajan.

Ottakaa tarvittaessa kipulääkettä lääkärin antaman ohjeen mukaan.

Ottakaa yhteyttä hoitopaikkaanne: _____, jos

- virtsa muuttuu selvästi aiempaa verisemmäksi
- virtsaaminen ei suju
- kivut lisääntyvät yllättäen
- kuume nousee yli 38 astetta
- kyljessänne oleva aukko muuttuu selvästi punaiseksi, turvonneeksi, kuumottavaksi, kosketusaraksi
- jokin hoitoanne koskeva asia mietityttää teitä.

Teidän hoitoanne koskevat erityisohjeet:
(Täytetään yhdessä hoitajan kanssa)

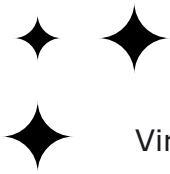
Teidän jatkohoitoaikanne ja -paikkanne:
(Täytetään yhdessä hoitajan kanssa)

Vuodeosaston yhteystiedot:
(Täytetään yhdessä hoitajan kanssa)



**TIETOA TEILLE, JOLLA ON
TODETTU VIRTSAKIVITAUTI:**

Opas virtsakivien tähystysleikkaukseen munuaisen seudulta ihon läpi



Virtsakivitaudilla tarkoitetaan sairautta, jossa munuaisiin, virtsanjohtimiin tai virtsarakkoon muodostuu saostumia, joista virtsakivet kiteytyvät.

Virtsakivitauti on Euroopassa nopeasti yleistyvä tauti, jonka syytä ei ole pystytty varsinaisesti osoittamaan. Ruokavaliolla saattaa olla vaikutusta taudin syntyyn. Tietyille kivilajeille voidaan suositella erityistä hoitolinjausta virtsakivien ennaltaehkäisyyn. Hoitomuotona on tällöin ruokavalio tai lääkehoito. Lääkäri voi kertoa teille tästä hoitomahdollisuudesta enemmän, mikäli ennaltaehkäisevä hoito on teille tarpeen.

Usein virtsakivet poistuvat virtsateistä itsestään. Joskus kuitenkin tarvitaan leikkaushoitoa avuksi. Nykyään leikkaushoito on pitkälle mahdollista toteuttaa ilman avoleikkausta täyhystyksellä.

Tähystysleikkauksen erityispiirteitä ovat:

- vähäisempi leikkauksen jälkeinen kipu
- pienempi leikkaushaava
- nopeampi toipuminen
- lyhyempi sairastamisaika.



Teidän hoitomenetelmäkseen on valittu kiven/kivien poisto tähytysleikkauksena munuaisen seudulta ihon läpi.

ENNEN TOIMENPIDETTÄ:

Toimenpiteen kulku käydään kanssanne läpi, jolloin teillä on mahdollisuus keskustella mieltänne askarruttavista asioista lääkärin tai hoitajan kanssa.

Toimenpidettä edeltävänä päivänä saatte syödä nestemäistä ruokaa.

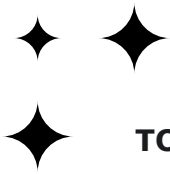
Teille annetaan suolen tyhjenemistä edesauttavaa lääkettä ja tarvittaessa saatte myös peräruiskeen. Hoitaja ohjaa teitä lääkkeen otossa.

Toimenpidettä edeltävänä yönä teidän tulee olla syömättä ja juomatta kello 3 lähtien.

Leikkausaamuna peseytykää hyvin suihkussa. Samalla hoitaja tarkistaa leikkausalueen ihon kunnon sekä tarvittaessa ajaa alueelta ihokarvat.

Pukeutukaa hoitajan antamaan leikkausasuun.

Saatte tarvittaessa rauhoittava esilääkkeen ja mahdolliset omat aamulääkkeenne saatte ottaa nukutuslääkärin määräyksen mukaan.



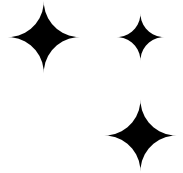
TOIMENPITEEN AIKANA:

Tähystysleikkaus tehdään nukutuksessa munuaisen seudulta ihon läpi, lävistäen iho neulalla ja näin syntynyttä aukkoa ryhdytään laajentamaan tähystimellä.

Tähystyksen apuna käytetään ultraääni- tai röntgenohjausta.

Kivi murskataan yleisimmin ultraäänienergialla ja syntyneet kivenmurut imetään tai poistetaan pihdeillä tähystimen rungon läpi.

Toimenpiteen lopuksi kirurgi laittaa teille munuaiskatetrin tähystimen aukosta virtsankulun varmistamiseksi. Toisinaan kirurgi laittaa myös virtsakatetrin virtsarakkoon.



TOIMENPITEEN JÄLKEEN:

Leikkaussalista teidät siirretään heräämöhuoneeseen, jossa hoitaja tarkkailee vointianne ja teidät siirretään vuodeosastolle vointinne salliessa.

Toimenpiteen jälkeen teille annetaan kipulääkettä tarpeen mukaan ja saatte juoda heti, ellei pahoinvointia esiinny.

Leikkauksen jälkeisenä päivänä saatte alkuun nestemäistä ruokaa ja jos pahoinvointia ei ilmene, saatte alkaa syömään kiinteää ruokaa.

Teille on laitettu virtsakatetri, joka poistetaan leikkauksen jälkeisenä päivänä.

Munuaiskatetria pidetään 2-5 päivää ja hoitaja seuraa sen avulla virtsan eritystä sekä verisyyttä.

Ennen munuaiskatetrin poisottamista teille tehdään varjoainekuvaus munuaiskatetrin kautta virtsan esteettömän kulun varmistamiseksi munuaisesta virtsajohtimeen.

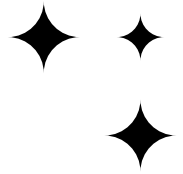
Jos virtsan kulku on esteetön, hoitaja ottaa teiltä munuaiskatetrin pois ja varmistaa, että virtsaus sujuu normaalisti ja rakko tyhjenee täydellisesti.



Munuaiskatetrin poiston jälkeen teille jää pieni aukko kylkeenne, josta erittyy verta ja kudostenestettä. Tämä erityys voi jatkua jopa kahden viikon ajan toimenpiteen jälkeen.

Voitte kotiutua vuodeosastolta edellyttäen, että:

- virtsaus sujuu
- ette ole pahoinvoiva
- kivut lievittyvät tablettilääkityksellä
- kyljessänne olevan aukon hoito onnistuu itsenäisesti.



KOTIHOITO-OHJEET:

Virtsa voi olla veristä useamman viikon ajan toimenpiteen jälkeen, joten juokaa runsaasti vettä, noin 2-2½ litraa vuorokaudessa.

Voitte peseytyä normaalisti suihkussa välttämällä kuitenkin saunomista ja ammekylpyjä infektioriskin vuoksi viikon ajan toimenpiteestä.

Jos kyljessänne oleva aukko erittää, käytäkää haavasidoksia suojana ja vaihtakaa sidos aina, jos se on märkä, likainen tai erittänyt läpi.





Vaihtakaa sidos vähintään joka toinen päivä ja kun haavaeritys on loppunut, ei aukkoa tarvitse enää suojata.

Kevyt liikunta kuten kävely on sallittua, mutta välttäkää raskasta nostamista ja liikkumista parin viikon ajan.





Ottakaa tarvittaessa kipulääkettä lääkärin antaman ohjeen mukaan.

Ottakaa yhteyttä hoitopaikkaanne: _____, jos





- virtsa muuttuu selvästi aiempaa verisemmäksi
- virtsaaminen ei suju
- kivut lisääntyvät yllättäen
- kuume nousee yli 38 astetta
- kyljessänne oleva aukko muuttuu selvästi punaiseksi, turvonneeksi, kuumottavaksi, kosketusaraksi
- jokin hoitoanne koskeva asia mietityttää teitä.



Teidän hoitoanne koskevat erityisohjeet:
(Täytetään yhdessä hoitajan kanssa)



Teidän jatkohoitoaikanne ja -paikkanne:
(Täytetään yhdessä hoitajan kanssa)



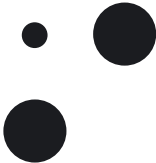
Vuodeosaston yhteystiedot:
(Täytetään yhdessä hoitajan kanssa)





**TIETOA TEILLE, JOLLA ON
TODETTU VIRTSAKIVITAUTI:**


Opas virtsakivien t hystystoimen-
piteeseen virtsaputken kautta



Virtsakivitaudilla tarkoitetaan sairautta, jossa munuaisiin, virtsanjohtimiin tai virtsarakkoon muodostuu saostumia, joista virtsakivet kiteytyvät.

Virtsakivitauti on Euroopassa nopeasti yleistyvää tauti, jonka syytä ei ole pystytty varsinaisesti osoittamaan. Ruokavaliolla saattaa olla vaikutusta taudin syntyyn. Tietyille kivilajeille voidaan suositella erityistä hoitolinjausta virtsakivien ennaltaehkäisyyn. Hoitomuotona on tällöin ruokavalio tai lääkehoito. Lääkäri voi kertoa teille tästä hoitomahdollisuudesta enemmän, mikäli ennaltaehkäisevä hoito on teille tarpeen.

Usein virtsakivet poistuvat virtsateistä itsestään. Joskus kuitenkin tarvitaan avuksi hoitotoimenpidettä.



Teidän hoitomenetelmäkseen on valittu kiven/kivien poisto tähystyksenä virtsaputken kautta.

ENNEN TOIMENPIDETTÄ:

Toimenpiteen kulku käydään kanssanne läpi, jolloin teillä on mahdollisuus keskustella mieltänne askarruttavista asioista lääkärin tai hoitajan kanssa.

Toimenpidettä edeltävänä päivänä saatte syödä tavallista ruokaa.

Toimenpidettä edeltävänä yönä olkaa syömättä ja juomatta kello 3 lähtien.

Leikkausaamuna peseytykää hyvin suihkussa ja hoitaja pyytää teitä pukeutumaan leikkausasuun.

Saatte tarvittaessa rauhoittava esilääkeen ja mahdolliset omat aamulääkkeenne saatte ottaa nukutuslääkärin määräyksen mukaan.



TOIMENPITEEN AIKANA:

Useimmiten toimenpide tehdään nukutuksessa.

Tähystystoimenpide tehdään virtsaputken ja virtsarakon kautta virtsajohtimeen, jossa kivi sijaitsee ja samalla tähystimen etenemistä seurataan televisiomonitorista.

Pienet kivet poistetaan suoraan tähystimen kautta, kun taas suuret kivet murskataan ennen niiden poisottamista.

Toimenpiteen lopuksi kirurgi laittaa teille virtsakatetrin virtsarakkoon virtsankulun turvaamiseksi.



TOIMENPITEEN JÄLKEEN:

Leikkaussalista teidät siirretään heräämöhuoneeseen, jossa hoitaja tarkkailee vointianne ja teidät siirretään vuodeosastolle vointinne salliessa.

Toimenpiteen jälkeen teille annetaan kipulääkettä tarpeen mukaan ja saatte juoda ja syödä heti ellei pahoinvointia esiinny.

Hoitaja seuraa virtsan erityistä sekä verisyyttä teille laitetun katetrin kautta.

Katetri poistetaan useimmiten leikkauksen jälkeisenä päivänä. Tämän jälkeen hoitaja varmistaa, että virtsaus sujuu normaalisti ja rakko tyhjenee täydellisesti.

Hoitajan tulee olla läsnä noustessanne vuoteesta ensimmäisen kerran toimenpiteen jälkeen. Tämän jälkeen saatte liikkua vapaasti vointinne mukaan.

Voitte kotiutua leikkauksen jälkeisenä päivänä edellyttäen, että:

- virtsaus sujuu
- ette ole pahoinvoiva
- kivut lievittyvät tablettilääkityksellä.



KOTIHOITO-OHJEET:

Virtsa voi olla veristä useamman viikon ajan toimenpiteen jälkeen, joten juokaa runsaasti vettä, noin 2-2½ litraa vuorokaudessa.


Voitte peseytyä normaalisti suihkussa välttämättä kuitenkin saunomista ja ammekylpyjä infektioriskin vuoksi viikon ajan toimenpiteestä.

Kevyt liikunta kuten kävely on sallittua, mutta välttäkää raskasta nostamista ja liikkumista parin viikon ajan.

Ottakaa tarvittaessa kipulääkettä lääkärin antaman ohjeen mukaan.

Ottakaa yhteys hoitopaikkaanne: _____, jos:

- virtsa muuttuu selvästi aiempaa verisemmäksi
- virtsaaminen ei suju
- kivut lisääntyvät yllättäen
- kuume nousee
- jokin hoitoanne koskeva asia mietityttää teitä.



Teidän hoitoanne koskevat erityisohjeet:
(Täytetään yhdessä hoitajan kanssa)

Teidän jatkohoitoaikanne ja -paikkanne:
(Täytetään yhdessä hoitajan kanssa)

Vuodeosaston yhteystiedot:
(Täytetään yhdessä hoitajan kanssa)
