



Zabieg operacyjny - przygotowanie do operacji i dbanie o jej efekt.

Zabieg operacyjny jest z reguły silnym przeżyciem dla pacjenta. Wiąże się z wieloma wątpliwościami, pytaniami czy zmartwieniami. Jedno jest pewne - decyzję o poddaniu się zabiegowi należy przemyśleć razem ze swoim lekarzem oraz rodziną. Większość zabiegów reumoortopedycznych jest zabiegami planowymi, co zwiększa ilość czasu, jaką ma pacjent na przygotowanie.

Gdy decyzja o poddaniu się zabiegowi już zapadnie i mamy wyznaczony termin, możemy się do niego spokojnie przygotować, jak i przygotować do tego nasze otoczenie. Przy pakowaniu walizki pamiętajmy o zabraniu stroju do ćwiczeń, czy stabilnych butów na płaskim obcasie, które będą dobrze trzymały piętę. Unikajmy zabierania ze sobą dużych sum pieniędzy, czy wartościowych rzeczy. Warto również dowiedzieć się, czy po zabiegu będziemy zmuszeni do używania kul. Są różne ich rodzaje, np. z pełną rączką lub bez pełnej rączki - aby dokonać wyboru, który będzie odpowiedni do naszych indywidualnych preferencji, należy przed operacją wybrać się do sklepu ze sprzętem ortopedycznym i sprawdzić, z jakim rodzajem kul będziemy się czuć najlepiej.

Kiedy jesteśmy już spakowani i nadchodzi dzień zgłoszenia się do szpitala, stawiamy się ze skierowaniem na izbie przyjęć. Po dokonaniu niezbędnych formalności trafiamy na oddział docelowy. Tutaj wbrew pozorom, nie czeka nas beczynne leżenie, a zaczyna się już proces przygotowania do zabiegu operacyjnego. Spotykamy się z pielęgniarką, lekarzem chirurgiem, anestezjologiem. Każda z tych osób będzie nam zadawać dużo pytań i dawać do podpisania różne zgody - np. na założenie cewnika, wykonanie takiego, a nie innego znieczulenia. Możemy być trochę zdezorientowani całą tą krzątaniną, ale jest to zupełnie normalne. W końcu czeka nas poważna rzecz, jaką jest operacja, trafiliśmy do zupełnie obcego miejsca, wśród nieznanym nam ludzi, od których zależy nasze życie i zdrowie. Dlatego wszystkie swoje pytania, wątpliwości zapisujemy na kartce i nie mamy oporów korzystać z niej podczas rozmów z kolejnymi specjalistami. Zapiszmy sobie również informacje tj. przyjmowane przez nas leki i ich dawki - usprawni to rozmowę z lekarzem i zminimalizuje ryzyko popełnienia przez nas błędu. Następnie zostaną nam pobrane krew oraz mocz na badania oraz wykonane takie rutynowe badania przed zabiegiem, jak np. ekg.

Wśród wątpliwości jakie mają pacjenci, związanych z czasem okołoperacyjnym, są m.in.:

1) Czy po operacji będę odczuwał ból? -

Opieka około operacyjna jest prowadzona tak, aby pacjent nie odczuwał bólu związanego z zabiegiem. Jest on niepożądany zarówno dla pacjenta, jak i personelu medycznego. Ból zwiększa stres, opóźnia gojenie się rany i negatywnie wpływa na przebieg rehabilitacji pooperacyjnej.

2) Jak będzie wyglądało znieczulenie? –

W celu wybrania optymalnej metody znieczulenia, lekarz anestezjolog przeprowadza z pacjentem rozmowę przed zabiegiem. Brany jest pod uwagę stan ogólny pacjenta, rodzaj zabiegu, który ma być przeprowadzony oraz preferencje pacjenta (np. czy podczas zabiegu chce być świadomy - tzn. nie odczuwać bólu, ale słyszeć to, co się dzieje na sali operacyjnej)

3) Czy po zabiegu będę całkowicie uzależniony od innych? –

To zagadnienie jest często odbierane jako ubezwłasnowolnienie i budzi rozumiany lęk. Pierwsze doby są zawsze krytyczne, ponieważ nasz organizm musi dojść do normalnego funkcjonowania, po takiej obciążającej sytuacji, jakim jest dla niego zabieg operacyjny. Kwestia tego co możemy wykonywać sami, będzie ujęta w dalszej części tekstu.

Dwoma typami zabiegów, jakie są najczęściej wykonywane w oddziale reumoortopedii, są to zabiegi czyszczenie stawów oraz zabiegi rekonstrukcyjne (wszczepianie endoprotez).

Dzień przed operacją mamy pobieraną krew na próbę zgodności, jest to konieczne przed każdą interwencją chirurgiczną, żeby w razie wystąpienia takiej konieczności podczas zabiegu, można nam było podać bezpiecznie krew od dawcy. W dniu przed zabiegiem, dokonuje się również przeczyszczenia układu pokarmowego. Najczęściej podawane są czopki ułatwiające nam wypróżnienie, rzadziej wykonuje się enemę, czyli lewatywę. Dokonuje się tego tylko na wyraźne zlecenie lekarza. Środków doustnych nie stosuje się w ogóle i tutaj uwaga - nie przyjmujemy żadnych środków (tabletek, syropów, herbat) przeczyszczających na własną rękę. Efekt działania środków doustnych jest widoczny najczęściej dopiero na drugi dzień. W naszym przypadku jest to dzień zabiegu operacyjnego i nasze działania na własną rękę mogą być przyczyną odwołania operacji. W dniu poprzedzającym zabieg zostają nam podane leki przeciwwzakrzepowe, następuje korygowanie dawek insuliny (jeśli się nią leczymy) oraz innych leków, które przyjmujemy - np. leków nasercowych (nie zdziwmy się więc jeśli zostaną nam podane inne, najczęściej zmniejszone dawki leków - jeśli mamy wątpliwości, pytajmy).

Będziemy mieć mierzone tętno, ciśnienie krwi, temperaturę ciała. Dostaniemy również mydło antybakteryjne - w razie trudności w samodzielnym umyciu się, nie krępujmy się poprosić o pomoc pielęgniarkę. Jeśli istnieje konieczność wygolenia miejsca operacyjnego, zostanie to wykonane około dwóch godzin przed zabiegiem.

O rzeczach, o których powinniśmy poinformować personel medyczny przed operacją, to:

- wszelkie wysypki na skórze, czy błonach śluzowych
- kobiety powinny poinformować o miesiączkowaniu – gdy używają tamponów, stają się one pożywką dla bakterii i mogą stać się wrotami zakażenia
- informujemy o krwawieniach z przewodu pokarmowego
- przekazujemy informacje o tym, czy mamy uczulenie na jakiegokolwiek rzeczy (np. silikon)

Ważną rzeczą jest nieograniczanie przyjmowania płynów, pijmy cały dzień, aż do godziny około 22, kiedy to przyjemy środek uspokajający. Od tego momentu nie przyjmujemy doustnie żadnych płynów, ani pokarmów (pamiętajmy, że cukierek czy guma do żucia, to również pokarm). Jedynym wyjątkiem są leki przyjmowane rano w dniu zabiegu - możemy je popić małym łyżkiem wody. Przed pójściem na blok operacyjny, wyjmijmy z buzi wszelkie protezy, czy aparaty ruchome, które nosimy, zdejmijmy okulary i soczewki, zmyjmy lakier na paznokciach - wszystkie te czynności sprawią, że w razie konieczności intubacji czy sprawdzenia, np. przepływów krwi przez kapilary - najcieńsze z naczyń krwionośnych, personel medyczny będzie mógł wykonać te czynności bezzwłocznie, co może uratować nam życie. Jeżeli chodzi o aparaty słuchowe, to nie ściągamy ich po to, aby był z nami zachowany kontakt w postępowaniu okołoperacyjnym. Ściągniemy również takie rzeczy jak zegarki, czy biżuteria.

Na blok operacyjny zawsze jedziemy na wózku leżącym, ubrani w specjalną bieliznę operacyjną (która posiada rozcięcie z tyłu oraz we wszystkich miejscach, w których jest to konieczne ze względu na typ zabiegu). Nie zakładamy nic poza tą bielizną.

Kończyna do operacji musi być oznaczona, ale na bloku operacyjnym usłyszymy to pytanie kilkakrotnie - nie odbierajmy tego, jako niewiedzę lekarzy na nasz temat. Jest to czynność rutynowa, która ma na celu zminimalizowanie pomyłki.

Kiedy znajdziemy się już po zabiegu na sali pooperacyjnej, musimy być przygotowani na to, że będziemy monitorowani (nasze tętno, ciśnienie krwi oraz saturacja - czyli stopień natlenienia naszej krwi tlenem). Najbardziej uciążliwe dla pacjentów jest mierzenie ciśnienia, bo pompowanie mankietu odbywa się początkowo co 15 minut, ale jest to niezbędne do prawidłowego nadzoru nad naszym organizmem po operacji. W kroplówce mamy podłączone płyny dożylnie, które będą się wchłaniać całą dobę. Będziemy również otrzymywali leki przeciwbólowe - dożylnie, domięśniowo lub zewnątrzoponowo przez cewnik, którym podawano nam znieczulenie. Po znieczuleniu do operacji, które było podane zewnątrzoponowo, będziemy zmuszeni do pozostania w pozycji leżącej na płasko, przez 24 godziny - jest to profilaktyka, przed możliwością wystąpienia zespołu popunkcyjnego (ból głowy, nudności, wymioty). Możliwość picia wody również zależy od rodzaju znieczulenia - warto mieć małą butelkę ze smoczką, do picia, co ułatwi nam samodzielne picie.

Jeśli pozwolono nam pić – nie ograniczajmy tego i nie krępujmy się korzystać z basenu czy kaczki, są to normalne sprzęty medyczne, zaprojektowane z myślą o ułatwieniu funkcjonowania osób m.in. po operacjach.

Jeżeli chodzi o poruszanie się, należy już w miarę możliwości ruszać nogami, rękoma (nieoperowanymi) leżąc w łóżku. Pionizacja następuje w pierwszej dobie po operacji. Inną formą rehabilitacji prowadzonej po operacji jest oklepywanie przez personel, czy dmuchanie w przystosowaną do tego butelkę. Wszystkie te czynności mają polepszyć ukrwienie i natlenowanie tkanek oraz zmniejszyć ryzyko takich powikłań dłuższego leżenia jak zapalenie płuc, czy odleżyny. Zwracamy uwagę na opatrunek , czy nie ulega przekrwieniu (w celu lepszej obserwacji, nośmy jasne ubrania). W razie wystąpienia takiej sytuacji , należy powiadomić pielęgniarkę.

W drugiej dobie zaczynamy normalnie jeść, posiłki lekkostrawne- dieta w tym okresie powinna być pozbawiona owoców oraz produktów mlecznych, a wszystkie produkty mogące ulec szybkiemu zepsuciu trzymajmy podpisane w lodówce. Jeżeli chodzi o płyny pijmy wodę, herbatę, soki (kupowane najlepiej w małych opakowaniach, tak, aby nie stały długo po otwarciu). Nie podkładajmy wałków pod operowaną kończynę, żeby uniknąć robienia się przykurczów.

Pionizacja następuje najczęściej w pierwszej dobie po operacji. Gdy mamy założony opatrunek gipsowy na nodze, poruszamy się na wózku inwalidzkim. Trzymajmy nogę wysoko – opuszczanie nogi powinno się odbywać stopniowo, bo inaczej może to powodować ból. W przypadku, gdy operowana była ręka, trzymajmy ją na temblaku/chuście.

Materiał został przygotowany przez Zakład Epidemiologii i Promocji Zdrowia Instytutu Reumatologii na podstawie wykładu Pani Renaty Parafiniuk, wygłoszonego w ramach cyklu "Czwartkowych spotkań z reumatologią".

