

## 2. Czynności higieniczne

W przeddzień operacji chory kąpie się. Zalecane jest użycie dodatkowo środka odkażającego (z przeprowadzonych badań wynika, że dwukrotny przedoperacyjny prysznic lub kąpiel przy zastosowaniu chlorheksydyny zmniejsza liczbę bakterii 9-krotnie, jodopowidonu – 1,3-krotnie, mydła z dodatkiem triclocarbonu – 1,9-krotnie). Kąpiel lub mycie miejsca operowanego z użyciem środka odkażającego należy powtórzyć w dniu operacji.

**Anestezjolog** bada chorego, szczególną uwagę zwraca na schorzenia współistniejące (np. choroby serca, naczyń krwionośnych, układu oddechowego, choroby gruczołów dokrewnych, choroby alergiczne itp.) z aktualną chorobą chirurgiczną, sprawdza wyniki badań, ustala rodzaj znieczulenia, premedykacji oraz zaleca środki uspokajające i nasenne na noc poprzedzającą operację.

**Pielęgniarka** sprawdza oraz wykonuje zlecenia, zgodnie z kartą zleceń.

### W dniu operacji pielęgniarka:

- sprawdza, czy nie zaistniały przeciwwskazania do wykonania zabiegu operacyjnego, np. temperatura, kaszel, u kobiet krwawienie miesiączkowe itp.;

- przygotowuje pole operacyjne, tzn. usuwa włosy z okolic planowanej rany operacyjnej. Najlepszym sposobem jest depilacja, ale może ona spowodować uczulenie skóry na środek depilujący, dlatego najczęściej wykonuje się golenie owłosionej skóry. Celem tego zabiegu jest zredukowanie bakterii w polu operacyjnym. Ważne jest, aby golić pacjenta maszynką do golenia jednorazowego użytku, możliwie krótko przed przewiezieniem na blok operacyjny (długa przerwa między ogoleniem pola a operacją może spowodować infekcję skóry przez mikroskopijne skaleczenia w czasie golenia);

- kontroluje, czy paznokcie pacjentki nie są pokryte lakierem, jeżeli tak, należy go zmyć, ponieważ lakier uniemożliwi obserwację objawu niedotlenienia – sinicy, widocznej na płytkach paznokciowych;

- wykonuje zlecenia, np. założenie pacjentowi sondy do żołądka, cewnika do pęcherza moczowego;

- pomaga, wykonuje (lub pacjent wykonuje sam) toaletę poranną z dokładną toaletą jamy ustnej i zębów, co zmniejsza ryzyko infekcji bakteryjnej podczas intubacji, usuwa protezy zębowe, okulary lub soczewki kontaktowe, spinki do włosów, zakłada czepek na włosy;

- przypomina choremu o konieczności opróżnienia pęcherza moczowego. Zwiotczenie mięśni podczas zabiegu może spowodować

wać mimowolne oddanie moczu;

- w przypadku żyłaków na kończynach dolnych pielęgniarka bandażuje nogi opaską elastyczną, aby zapobiec zaleganiu krwi w żyłakach, a przez to zmniejszyć niebezpieczeństwo powstania zakrzepicy żyłnej w okresie pooperacyjnym;

- podaje premedykację na 0,5–1 godziny przed operacją lub w zależności od wskazówek anestezjologa.

**Premedykacja jest to farmakologiczne przygotowanie chorego do znieczulenia.** Ma na celu:

- zniesienie niepokoju i lęku przed zabiegiem,
- ułatwienie wprowadzenia do znieczulenia,
- zmniejszenie przemiany materii, co pozwala ograniczyć wielkość dawki środków stosowanych podczas znieczulenia,
- zapobieganie niekorzystnemu działaniu ubocznemu leków stosowanych w znieczuleniu ogólnym.

Obecnie w premedykacji stosuje się Dormicum w postaci tabletki w dawce 7,5 mg. Po podaniu premedykacji pacjent nie opuszcza już łóżka, o określonej godzinie lub po telefonicznym wezwaniu z bloku operacyjnego pielęgniarka zawozi pacjenta na blok i przekazuje wraz z pełną dokumentacją (historia choroby, karta zleceń, karta gorączkowa, wyniki badań i konsultacji, a także dokumentacja anestezjologiczna) pielęgniarce anestezjologicznej.

## Przygotowanie chorego do operacji w trybie nagłym

Zabiegi operacyjne w trybie nagłym wykonuje się z tzw. wskazań życiowych, np. niedrożność jelit, pęknięty wrzód żołądka lub dwunastnicy, uraz brzucha itp. Stan chorego jest zwykle ciężki, nie ma czasu na przygotowanie chorego dalsze fizyczne i psychiczne, wykonuje się więc skrócone do minimum przygotowanie bliższe.

### Przygotowanie fizyczne

- Niezbędne badania to: pomiar ciśnienia krwi, tętna, oddechów i temperatury, EKG, oznaczenie grupy krwi i czynnika Rh, pobranie krwi na próbę krzyżową, jeżeli trzeba – podać krew lub pre-

paraty krwiopochodne, morfologię, poziom elektrolitów oraz inne według zlecenia lekarskiego. Czasami niezbędne jest wykonanie badania radiologicznego.

- Pielęgniarka zakłada dostęp żylny i podłącza kroplowy wlew dożylny (zgodnie z kartą zleceń).
- Pacjenta należy poinformować, że nie wolno mu przyjmować żadnych pokarmów i płynów doustnie. Płyny będą podawane dożylnie.
- Jeżeli sytuacja tego wymaga, pacjenta myje się.
- Goli pole operacyjne.
- Usuwa protezy, okulary, u kobiet spinki do włosów, lakier z paznokci.
- Opróżnia pęcherz moczowy (jeżeli chory ma trudności, wykonuje się cewnikowanie).
- Jeżeli zabieg operacyjny wymaga tego, zakłada się sondę i odprowadza treść żołądkową.
- Zabezpiecza się biżuterię i rzeczy wartościowe i wraz z dokumentacją, w której pacjent podpisuje zgodę na zabieg operacyjny, zawozi się go na salę operacyjną

## Przygotowanie psychiczne

Opisane przygotowanie psychiczne pacjenta do zabiegu operacyjnego w trybie nagłym jest szczególnie ważne, ponieważ pacjent jest na ogół zaskoczony sytuacją, w jakiej się znalazł, często niespodziewanie wyrwany z dotychczasowego środowiska. Otoczenie go życzliwością i złagodzenie lęku powinno mieć znaczenie pierwszoplanowe w postępowaniu z chorym.

### Pytania sprawdzające

1. Na czym polega przygotowanie pacjenta do zabiegu operacyjnego w trybie planowym?
2. Omów różnice w przygotowaniu chorego do zabiegu operacyjnego w trybie planowym i nagłym.
3. Co to jest premedykacja? Wymień cele premedykacji.

## Literatura zalecana

1. Jurczyk W., Szulc R. (red.) *Postępowanie okołoperacyjne*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
2. Kapała W. *Pielęgniarstwo w chirurgii*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
3. Ciurus M. *Pielęgniarstwo operacyjne*. Adi, Łódź 1998.
4. Hollender M. *Psychologia w praktyce lekarskiej*. PZWL, Warszawa 1975.
5. Kawczyńska M., Kowalewska M., Podkova I. *Pielęgniarstwo chirurgiczne – materiały pomocnicze*. Centrum Metodyczne Doskonalenia Nauczycieli ŚSM, Warszawa 1987.
6. Kawczyńska M. Lęk przedoperacyjny. *Pielęgniarka i Położna* 1991, 1.
7. Fibak J. (red.). *Chirurgia dla studentów medycyny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002.
8. Tuszewski M. (red.). *Chirurgia przewodu pokarmowego z elementami pielęgniarstwa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995.
9. Walewska E. (red.) *Podstawy pielęgniarstwa chirurgicznego*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
10. Ciechaniewicz W. (red.). *Pielęgniarstwo, ćwiczenia*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2001.

## Opieka pielęgniarska nad pacjentem po zabiegu operacyjnym

### Postępowanie z pacjentem we wczesnym okresie pooperacyjnym (w ciągu pierwszych 24 godzin, czyli w „O” dobie po zabiegu)

Po zabiegu operacyjnym, przez około 2–3 godziny pacjent przebywa na tzw. sali wybudzeń lub sali pooperacyjnej pod opieką pielęgniarki anestezjologicznej i lekarza anestezjologa. Zapewnia to choremu możliwość natychmiastowej interwencji lekarza i pielęgniarki w razie wystąpienia związanych z przebyciem znieczuleniem zaburzeń. W tym czasie ustępuje działanie środków znieczulających, powracają odruchy, stabilizują się podstawowe funkcje życiowe organizmu.

Pacjent w ciężkim stanie ogólnym lub po rozległej, skomplikowanej operacji jest z reguły przewożony na oddział intensywnej opieki medycznej, natomiast chory w dobrym stanie ogólnym wraca na oddział chirurgiczny, na salę, na której przebywał przed operacją. O przewiezieniu pacjenta na oddział chirurgiczny decyduje anestezjolog.

Powrót chorego na oddział powinno poprzedzić odpowiednie przygotowanie jego sali.

Sala powinna być przewietrzona, bielizna pościelowa zmieniona, na stoliku przyłóżkowym powinna znajdować się miska nerkowata, lignina, kubeczek z przegotowaną wodą i łyżeczka do zwilżania ust.

Z sali operacyjnej odbierają pacjenta dwie pielęgniarki i jeszcze przed przewiezieniem go na salę chorych sprawdzają:

- czy jest przytomny i w pełni wybudzony (nawiązują kontakt słowny z chorym),
- czy opatrunek jest suchy, nie przesiąknięty np. krwią,
- czy dreny są umocowane w ranie, czy nie leżą np. wysunięte obok pacjenta,

— uzyskują informacje o stanie pacjenta i przyjmują zlecenia od anestezjologa.

**Jeżeli chory nie jest w pełni wybudzony, opatrunek na ranie ma przesiąknięty krwią, wysunięty dren leży obok rany, pacjenta nie należy zabierać z sali operacyjnej!**

Po przewiezieniu pacjenta na salę pielęgniarki pomagają mu ułożyć się w odpowiedniej pozycji. Po operacji w znieczuleniu ogólnym pacjent najczęściej przyjmuje pozycję na plecach półwysoką, a jeżeli występują nudności i wymioty – półwysoką na boku.

Dokumentację chorego pielęgniarka znosi do dyżurki pielęgniarskiej, przekazuje uwagi dotyczące stanu chorego i zalecenia anestezjologa pozostałym członkom zespołu pielęgniarskiego i lekarzowi prowadzącemu chorego.

Zadaniem pielęgniarki w „O” dobie po zabiegu operacyjnym jest stała, systematyczna kontrola i ocena stanu zdrowia pacjenta, a w razie zaobserwowania jakichkolwiek niepokojących objawów natychmiastowe zgłoszenie ich lekarzowi.

**Po przewiezieniu pacjenta na salę pielęgniarka sprawdza:**

1. **Stan świadomości chorego** – czy zachowuje kontakt z otoczeniem, reaguje na bodźce słowne i dotykowe, śpi okresowo czy ciągle. Jeżeli zauważy niepokojące objawy (brak reakcji na bodźce, ciągły sen), powinna natychmiast zawiadomić lekarza.

2. **Podstawowe funkcje życiowe chorego: oddech, ciśnienie tętnicze krwi, tętno, temperaturę** – obserwuje liczbę i charakter oddechów, zaleganie wydzieliny w drogach oddechowych. Oddech zwolniony i spłycony lub przyspieszony mogą świadczyć o rozwijających się u pacjenta zaburzeniach krążeniowo-oddechowych. Prowadzi pomiar ciśnienia tętniczego krwi, tętna i zapisuje w karcie obserwacyjnej łącznie z dokładną godziną pomiaru. Przez pierwsze 2 godziny pomiary wykonuje się co 15 minut, potem przez 1 godzinę co 30 minut, a później np. co 2 godziny. Częstotliwość oceny parametrów zależy od stanu ogólnego pacjenta, rodzaju wykonanej operacji i zleceń lekarza. W przypadku jakichkolwiek zaburzeń pomiarów dokonuje się częściej. Tętno mierzy się na tętnicy promieniowej. Jeżeli jest ono niewyczuwalne, świadczy to o słabym wypełnieniu łożyska naczyniowego, centralizacji krążenia i zagrożeniu wstrząsem.

3. **Czynność nerek** – kontrola diurezy i prawidłowego nawodnienia chorego. Godzinową diurezę prowadzi się u chorych zagrożonych wystąpieniem wstrząsu. Prawidłowa diureza godzinowa wynosi 30–50 ml moczu na godzinę. U chorych bez cewnika diurezę

ocenia się dopiero po samoistnym bądź prowokowanym oddaniu moczu w czasie 8–12 godzin po operacji. U chorych po operacjach brzusznych kontroluje się czynność nerek przez prowadzenie dobowej zbiórki moczu.

4. **Zabarwienie i stan napięcia skóry** – skóra powinna być różowa i dobrze napięta. Zblednięcie lub zasinienie wskazuje na niedotlenienie. Suchość skóry, obniżenie ciśnienia, przyspieszenie tętna, zmniejszenie diurezy wskazują na odwodnienie. Wzrost ciśnienia, przyspieszenie tętna, bóle głowy, rozszerzenie żył szyjnych świadczą o przewodnieniu chorego.

5. **Opatrunek na ranie pooperacyjnej** – obserwuje, czy nie jest przesiąknięty krwią, żółcią, płynem surowiczym. Przesiakanie opatrunku należy zgłosić lekarzowi.

6. **Zabezpiecza drewny, podłącza końcówkę do jałowego pojemnika na spływ lub ssania typu Redona** (o podciśnieniu w butelce Redona informuje harmonijkowy wskaźnik) – wypływ krwistej wydzieliny z rany w ilości 50–100 ml w ciągu pierwszej godziny po zabiegu należy zgłosić natychmiast lekarzowi (możliwość wystąpienia krwotoku, a wraz z przyspieszonym tętnem, obniżonym ciśnieniem, skórą bladą i spoconą, narastającym niepokojem pacjenta – wstrząsu).

7. **Nasilenie bólu** – bezpośrednio po powrocie chorego na oddział pielęgniarka pyta pacjenta o nasilenie i lokalizację bólu, podaje leki przeciwbólowe według zlecenia lekarskiego, najlepiej dożylnie we wlewie ciągłym lub w odpowiednich godzinach podania, drodze i dawce wyznaczonych przez lekarza. Kontroluje działanie środka przeciwbólowego i w razie nieustępowania bólu zgłasza lekarzowi.

8. **Zabezpiecza dostęp żylny, przetacza zlecone płyny infuzyjne** – kontroluje szybkość przepływu, a także ciśnienie i tętno – przy niskim ciśnieniu może przyspieszyć dożylny wlew kroplowy, w przypadku wysokiego ciśnienia tętniczego – zwolnić wlew i poinformować lekarza.

9. **Wykonuje zlecenia lekarskie** – pobiera krew na badania, podaje zlecone leki, sprawdza dokumentację i wykonuje zawarte w niej zlecenia lekarskie.

Pielęgniarka dba o bezpieczeństwo i wygodę chorego przez zmianę pozycji (zapobiega to powstaniu powikłań oddechowych, w szczególności niedodmy) i o zapewnienie ciszy. Dbą także o czystość ciała pacjenta, pomaga w zaspokajaniu potrzeb fizjologicznych w łóżku, dba o czystość bielizny osobistej i pościelowej i zmienia ją w razie potrzeby.

## Plan pielęgnacji chorego w dobie zabiegu operacyjnego

Podstawą do planowania i podejmowania działań pielęgniarstwa w dobie zabiegu operacyjnego jest obserwacja chorego, uzyskane informacje o dolegliwościach pacjenta, wiedza pielęgniarki o reagowaniu poszczególnych układów i narządów organizmu na znieczulenie i zabieg operacyjny i związanych z nimi możliwości wystąpienia różnych powikłań pooperacyjnych.

Problem pielęgnacyjny	Cel działania	Plan działania
Niebezpieczeństwo wystąpienia zaburzeń krążenia (np. krwotok, wstrząs, ostra niewydolność krążenia)	zapobieganie wystąpieniu zaburzeń	<ul style="list-style-type: none"> <li>- obserwacja i pomiar tętna, ciśnienia według schematu podanego wcześniej,</li> <li>- obserwacja koloru i wilgotności skóry,</li> <li>- obserwacja zabarwienia dystalnych części ciała,</li> <li>- obserwacja opatrunku, ilości i jakości wydzieliny z rany,</li> <li>- obserwacja zachowania pacjenta i reagowanie na zgłaszane objawy subiektywne (zawroty głowy, mroczki przed oczami),</li> <li>- prawidłowe nawodnienie chorego (podawanie płynów infuzyjnych na zlecenie lekarza),</li> <li>- obserwacja diurezy (godzinowej lub dobowej zbiórki moczu)</li> </ul>
Niebezpieczeństwo wystąpienia zaburzeń oddychania	zapobieganie wystąpieniu zaburzeń	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kontrola oddechów (liczby, głębokości),</li> <li>- ułożenie chorego w pozycji wysokiej lub półwysokiej,</li> <li>- podanie środków przeciwbólowych,</li> <li>- podanie tlenu,</li> <li>- odsysanie zalegającej wydzieliny,</li> <li>- wykonywanie ćwiczeń oddechowych,</li> <li>- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali chorych</li> </ul>

Ból rany pooperacyjnej	zmniejszenie lub zlikwidowanie bólu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ocena wielkość bólu na podstawie komunikacji werbalnej i niewerbalnej z chorym,</li> <li>- obserwacja chorego w kierunku nasilenia bólu,</li> <li>- ułożenie w wygodnej pozycji,</li> <li>- podanie leków przeciwbólowych,</li> <li>- obserwacja reakcji chorego na działanie podanych leków przeciwbólowych,</li> <li>- reagowanie na skargi chorego i zgłaszanie ich lekarzowi,</li> <li>- stabilizacja rany podczas wykonywania ćwiczeń oddechowych i kaszlu</li> </ul>
Dren w ranie pooperacyjnej	zmniejszenie ryzyka powikłań	<ul style="list-style-type: none"> <li>- wyjaśnienie choremu celu założenia drenu i zasady działania drenażu,</li> <li>- sprawdzenie drożności drenażu,</li> <li>- obserwacja ilości i zabarwienia drenowanej treści,</li> <li>- dokumentowanie wypływającej treści,</li> <li>- pielęgnacja skóry wokół drenu,</li> <li>- poinstruowanie chorego o konieczności zwracania uwagi na dren i niedopuszczeniu do zagięcia czy wypadnięcia drenu</li> </ul>
Założony dostęp żylny (kaniula żylna)	zapobieganie powikłaniom	<ul style="list-style-type: none"> <li>- właściwe unieruchomienie i zabezpieczenie kaniuli w żyłę opatrunkiem do tego przeznaczonym,</li> <li>- odnotowanie w karcie wktuć obwodowych miejsca i daty założenia kaniuli,</li> <li>- obserwacja miejsca wktucia i monitorowanie okresu utrzymania kaniuli w żyłę (od momentu wktucia do czasu wymiany na nową 48-72 godzin),</li> <li>- po podaniu leków przepłukać 5 ml 0,9% NaCl z uwagi na drażniący wpływ leków na naczynia żyłne,</li> <li>- obserwacja miejsca wktucia w kierunku powikłań</li> </ul>

Chory nie może oddać moczu	ułatwienie oddania moczu	<ul style="list-style-type: none"> <li>- prowokowanie oddania moczu różnymi sposobami,</li> <li>- zachowanie intymności i dogodnej pozycji,</li> <li>- założenie cewnika do pęcherza moczowego (jeżeli chory nie odda moczu do 8–12 godzin po zabiegu)</li> </ul>
Nudności i wymioty	złagodzenie dolegliwości	<ul style="list-style-type: none"> <li>- obserwacja chorego, ilości i treści wymiocin,</li> <li>- ułożenie chorego w pozycji wysokiej lub półwysokiej z głową na bok,</li> <li>- zapewnienie miski nerkowatej, ligniny, wody do płukania ust,</li> <li>- wykonywanie głębokich oddechów,</li> <li>- podanie leków przeciwwymiotnych na zlecenie lekarza,</li> <li>- wietrzenie sali,</li> <li>- toaleta jamy ustnej</li> </ul>
Dreszcze lub drżenie pooperacyjne	ustąpienie dreszczy lub drżenia	<ul style="list-style-type: none"> <li>- kontrola temperatury,</li> <li>- obserwacja ciśnienia krwi, tętna, oddechu,</li> <li>- okrycie dodatkowym kocem,</li> <li>- zastosowanie tlenoterapii,</li> <li>- utrzymanie temperatury sali w granicach 22–24°C</li> </ul>
Suchość w jamie ustnej	zmniejszenie suchości w jamie ustnej	<ul style="list-style-type: none"> <li>- zwilżanie ust przegotowaną wodą,</li> <li>- płukanie jamy ustnej przegotowaną wodą,</li> <li>- toaleta jamy ustnej,</li> <li>- dożylnie uzupełnianie płynów według zlecenia lekarskiego,</li> <li>- zapewnienie odpowiedniego mikroklimatu w sali chorych</li> </ul>

W przedstawionym planie pielęgnacji chorego w dobie zabiegu operacyjnego ujęte zostały problemy pielęgnacyjne aktualne i potencjalne (które mogą wystąpić w związku z reakcją organizmu na zabieg).

## Postępowanie z pacjentem w kolejnych dobach po zabiegu operacyjnym

Pielęgnacja chorego w kolejnych dobach po zabiegu operacyjnym jest uzależniona głównie od stanu chorego i rodzaju operacji. Niezależnie od tego, że każdego chorego po zabiegu operacyjnym należy traktować indywidualnie i w pielęgnacji brać pod uwagę jego możliwości, istnieje jednak pewien ogólny schemat postępowania, który obejmuje takie czynności, jak: walkę z bólem, postępowanie z raną pooperacyjną i drenami, jak najwcześniejsze usprawnianie chorego, stopniowe rozszerzenie diety i pomoc w czynnościach higienicznych. W miarę zdrowienia pacjent staje się coraz bardziej samodzielny i wymaga coraz mniejszej pomocy ze strony pielęgniarki.

Jeżeli chory miał założony cewnik Foleya, staramy się go usunąć w miarę możliwości jak najszybciej, mobilizując chorego do samodzielnego oddawania moczu.

Diętę chorego rozszerza się stopniowo, w zależności od rodzaju operacji. Jeżeli zabieg był wykonywany w obrębie przewodu pokarmowego: w dniu zabiegu operacyjnego, w dobie „0” – dieta ścisła, można tylko choremu zwilżać usta wodą. W dobie „1” po zabiegu podaje się do picia płyny obojętne, w dobie „2” – dieta płynna, a w „3” dobie – dieta jest lekkostrawna lub np. wątrobowa czy wrzodowa w zależności od schorzenia pacjenta. Jeżeli zabieg operacyjny był wykonany nie na przewodzie pokarmowym, chory otrzymuje dietę normalną już od „1” doby po operacji.

## Postępowanie z raną pooperacyjną

Rana pooperacyjna przykryta jest jałowym opatrunkiem. Zmianę opatrunku wykonuje się po około 24–48 godzinach po zabiegu operacyjnym (jeżeli opatrunek jest suchy). Opatrunki przesiąknięte wydzieliną należy zmienić wcześniej. Dodatkowe badanie rany pooperacyjnej wykonuje się w przypadku wystąpienia bólu i wzrostu temperatury ciała. Sugerują one zakażenie rany.

Objawy miejscowe zakażenia rany to:

- ból rany,
- obrzęk,
- zaczerwienienie brzegów rany,
- wzrost temperatury w okolicy rany,
- obecność ropnej wydzieliny,