

Rozdział 13

Opieka chirurgiczna

Wprowadzenie

Położna może być zaangażowana w zabiegi chirurgiczne przeprowadzane na kobietach ciężarnych z wielu przyczyn. Do najczęstszych zabiegów chirurgicznych należy cesarskie cięcie, jednak mogą być konieczne również inne zabiegi, w tym opierścienienie (podwiązanie) szyjki macicy, plastyka krocza lub ręczne usunięcie łożyska w znieczuleniu. Okresowo kobiety ciężarne wymagają przeprowadzenia operacji, takiej jak usunięcie wyrostka robaczkowego lub pęcherzyka żółciowego, a położna proszona jest o kontrolę ciąży. Położna może być pomocna przy przygotowaniu ciężarnej przed operacją, być z nią podczas operacji i/lub opiekować się nią, kiedy przestanie działać znieczulenie. Z tego względu niezbędne jest, aby położna znała dokładnie procedury wykonywania zabiegów i zasady opieki potrzebnej do wspierania ciężarnej poddanej operacji.

Scenariusz inicjujący



Proszę przeczytać poniższą sytuację w odniesieniu do cesarskiego cięcia.

Proszę rozważyć, jakie informacje są potrzebne, aby zinterpretować to zdarzenie:

Julia otwiera oczy i zaczyna delikatnie drżeć, obracając się w kierunku płaczącego dziecka. Przed chwilą została przewieziona z sali operacyjnej do pokoju wybudzeń z utrzymanym wlewie dożylnym. Jej nowo narodzony syn leży w łóżeczku przy łóżku. „Czy to już?” – pyta szarpniętą szpitalną koszulę nocną. „Co teraz?”

Pytania dotyczące sytuacji

- Dlaczego Julia zaczęła drżeć po operacji cięcia cesarskiego?
- Dlaczego Julia ma wlew dożylny?
- Dlaczego nosi szpitalną koszulę?
- Dlaczego przebywa w pokoju wybudzeń?
- Jak odpowiedziałby Pan/Pani na jej pytanie?
- Czy miała partnera przy porodzie?
- Skąd wie, że to jej dziecko?

Odpowiedzi na powyższe pytania znajdują się w tym rozdziale.



Cięcie cesarskie

Cięcie cesarskie oznacza chirurgiczne odebranie porodu poprzez nacięcie ścian jamy brzusznej i macicy. Jest zabiegiem położniczym wykonywanym przez starszego położnika u kobiety w znieczuleniu dokanałowym lub podpajęczynówkowym. Znieczulenia ogólnego unika się poza specjalnymi okolicznościami, takimi jak ciężkie uszkodzenie płodu lub na prośbę pacjentki. W latach 2004–2005 poniżej 10% cesarskich cięć było przeprowadzanych w znieczuleniu ogólnym (Centrum Informacji 2006). Cięcie cesarskie jest stosunkowo częstym zabiegiem w Wielkiej Brytanii: w latach 2004–2005 u 11% kobiet wykonano operację wcześniej zaplanowaną, a u 12% w trybie pilnym (Centrum Informacji 2006). Do wskazań do cięcia cesarskiego zalicza się: położenie pośladkowe płodu, ciążę mnogą, łożysko przodujące i zapobieganie przeniesieniu zakażenia z matki na dziecko, takiego jak HIV (NICE 2004). Cięcie cesarskie dzieli się na podstawie 4 stopni pilności jego przeprowadzenia: szybkie ratowanie życia matce lub dziecku; upośledzenie płodu lub nieprawidłowości u matki, niezagrażające bezpośrednio ich życiu; brak uszkodzenia płodu lub matki, ale konieczny jest wczesny poród; cięcie cesarskie odpowiada kobiecie lub personelowi (NICE 2004).

Opieka chirurgiczna

Opieka chirurgiczna oznacza więcej niż wykonanie zabiegu operacyjnego. Jest to całościowy proces trwający od okresu przedoperacyjnego do pooperacyjnego, a położna jest zaangażowana w każdy jego aspekt.

Opieka przedoperacyjna

Opieka przedoperacyjna dotyczy opieki udzielonej przed zabiegiem opera-

cyjnym. Była również określana jako psychologiczne i fizyczne przygotowanie oraz ocena pacjenta przed zabiegiem (Mallet & Dougherty 2000).

Większość klinik położniczych posiada protokoły lub standardowe wytyczne regulujące opiekę chirurgiczną i zgodnie z nimi należy postępować w opiece przedoperacyjnej. Jednym z nich jest wykaz przedoperacyjnych czynności personelu, który informuje, że spełnione zostały wszystkie kryteria odnoszące się do bezpiecznej, właściwej i skoncentrowanej na pacjentce opiece.

Zadanie

Proszę dowiedzieć się, jakie protokoły dotyczące opieki przedoperacyjnej posiada Pani/Pana oddział?

Proszę dowiedzieć się, jaka lista przedoperacyjnych czynności personelu jest stosowana na Pani/Pana oddziale.

Zadanie

Proszę dowiedzieć się, czym jest zespół Mendelzona oraz jakie działania można podjąć, żeby zminimalizować ryzyko jego pojawienia się. Dlaczego u kobiet ciężarnych istnieje ryzyko jego wystąpienia?

Opieka okołoperacyjna

Bardzo często położna najpierw opiekuje się ciężarną przed operacją, a następnie asystuje w zabiegu operacyjnym, odbiera dziecko od lekarza prowadzącego poród oraz opiekuje się matką i dzieckiem podczas i po operacji. Z tego względu położna musi rozumieć zasady aseptyki w środowisku sali operacyjnej.

Ramka 13.1 Opieka przedoperacyjna/sposób prowadzenia opieki

- **Pozostawienie pacjentki na czczo przed operacją**

Uzasadnienie Upewnienie się, że w żołądku nie ma treści pokarmowej, którą pacjentka mogłaby zwrócić, a następnie zachłysnąć się nią. Pacjentka przed planowym zabiegiem powinna pozostać na czczo przez 6 godzin (Mallet & Dougherty 2000)

- **Pacjentka ubiera się w koszulę szpitalną**

Uzasadnienie Jest to zalecane ze względu na prawdopodobieństwo ubrudzenia ubrania krwią i płynami ciała

- **Przygotowanie miejsca cięcia**

Uzasadnienie W związku z miejscem cięcia w linii bikini konieczne jest usunięcie z niego włosów w odległości około 2,5–5 cm wzdłuż szczytu włosów łonowych. Włosy należy usunąć na sucho za pomocą nowej jednorazowej maszynki do golenia, a kobieta musi wyrazić na to zgodę. Należy założyć rękawice. Pomocne w usunięciu wszystkich włosów jest użycie hipoalergicznego plastra. Skóra na brzuchu i wokół miejsca cięcia jest odkażana tuż przed każdą operacją, zwykle roztworem chlorheksydyny (Maller & Dougherty 2000)

- **Uzyskanie zgody od pacjentki**

Uzasadnienie Używany jest specjalny formularz zgody, który jest następnie umieszczany w historii pacjentki. Uzyskanie zgody służy upewnieniu się, że pacjentka jest świadoma konieczności wykonania operacji i tego, co się z nią wiąże, w tym każdego ryzyka i zagadnienia dotyczącego zdrowienia. Dane należy sprawdzić w odniesieniu do opaski na jej ręce i dwukrotnie sprawdzić przed operacją. Forma udzielenia zgody powinna być końcowym punktem rozmowy,

która służy poinformowaniu pacjentki i przygotowaniu jej do operacji

- **Zdjęcie biżuterii**

Uzasadnienie Biżuteria może stanowić w sali operacyjnej zagrożenie, głównie podczas używania diatermii. Istnieje również prawdopodobieństwo jej zaginięcia, szczególnie niekorzystne wtedy, gdy jest wartościowa. Biżuterię należy więc zdjąć i oddać krewnym lub umieścić w zamkniętym sejfie. Należy odnotować to w historii choroby pacjentki. Jeżeli kobieta chce pozostawić obrączkę ślubną, należy okleić ją hipoalergicznym plastrem

- **Usunięcie lakieru do paznokci**

Uzasadnienie Podczas operacji dokonuje się pomiaru saturacji, dlatego lakier na paznokciach powinien zostać usunięty

- **Założenie opaski identyfikacyjnej – nazwisko, data urodzenia, numer identyfikacyjny**

Uzasadnienie Pacjentka może być nieprzytomna lub bez kontaktu, tak więc kluczowe jest założenie właściwej opaski identyfikacyjnej

- **Odnotowanie uczulenia/nadwrażliwości na leki i zakładanie czerwonych opasek identyfikacyjnych**

Uzasadnienie Informacje o wcześniejszych uczuleniach lub nadwrażliwości na leki, które mogą zapobiec ich ponownemu podaniu pacjentce

- **Protezy**

Uzasadnienie Obecność jakichkolwiek protez, w tym sztucznych zębów czy koronek, powinno być odnotowane. Sztuczne lub ruszające się zęby mogą spowodować uduszenie lub mogą zostać usunięte podczas intubacji. Protezy mogą zostać usunięte lub mogą zaginać podczas operacji. Należy również usunąć

Ramka 13.1 Opieka przedoperacyjna/sposób prowadzenia opieki – cd.

wszelkie kolczyki lub zakleić je hipoalergiczną taśmą

■ Dokumentacja

Uzasadnienie Należy sprawdzić pozostałą dokumentację medyczną z okresu przedoperacyjnego, taką jak wykaz leków i znieczulenia, aby upewnić się, że są odpowiednie, podane właściwemu pacjentowi i zgodnie z najnowszymi zaleceniami. Należy odnotować, o której godzinie pacjentka została przyjęta na salę operacyjną, kto był przy tym obecny i jakie wykonano czynności

■ Przygotowanie psychologiczne

Uzasadnienie Położna powinna udzielać pacjentce pełnych informacji o wszystkim, co jest wykonywane, i z góry wyjaśnić sposób przeprowadzania zabiegu. Jest również korzystne poznanie przez pacjentkę i jej partnera personelu obecnego w sali operacyjnej przed rozpoczęciem zabiegu.

Celem sali operacyjnej jest dostarczenie środowiska wolnego od patogenów (Mallet & Dougherty 2000). Dlatego cały personel jest ubrany w czyste fartuchy, obuwie ochronne, czepki i maski. Wszystkie osoby bezpośrednio uczestniczące w zabiegu operacyjnym powinny przez 5 minut czyścić ręce odkażającym mydłem lub roztworem detergentu oraz założyć sterylne fartuchy i rękawiczki (Mallet & Dougherty 2000).

Podczas przewożenia na salę operacyjną tożsamość pacjentki powinna zostać ponownie sprawdzona, a pacjentce (i jej partnerowi, jeżeli będzie miała cięcie cesarskie w znieczuleniu dokanałowym lub zewnątrzoponowym), gdy tylko jest to możliwe, należy dać kilka minut na przystosowanie się do nowego otoczenia. W utrzymaniu dobrych relacji położna–ciążarna istotna jest komunikacja.

Położna powinna też upewnić się, że jest przygotowana do zbliżającego się porodu dziecka, ze sprawdzonym i gotowym zestawem do resuscytacji oraz niezbędną dokumentacją i innymi rzeczami w zasięgu ręki. Rodzice mogą chcieć natychmiast ubrać dziecko w ich własne ubrania, w takim wypadku moż-

na zabrać je do sali operacyjnej podczas przygotowań do porodu.

Istotne w przypadku cesarskiego cięcia jest również to, aby pamiętać, że odbywa się ono w miejscu, które stanowi zarówno środowisko porodu, jak i sterylną salę operacyjną. Pacjentka ma wykonywany zabieg operacyjny, jednak jest to też czas przyjścia jej dziecka na świat. Życzenia pacjentki, jeżeli tylko jest to możliwe, należy uszanować (NICE 2004).

Anestezjolog i ODP (lekarz praktykujący na sali operacyjnej) pomagają w ułożeniu ciężarnej do znieczulenia, które w większości przypadków jest dokanałowe. Pacjentka powinna być ułożona w pozycji siedzącej, pochylona ku przodowi, w czym może pomagać położna poprzez umieszczenie poduszki na jej kolanach, aby podeprzeć jej brzuch, a także mówiąc do niej podczas zabiegu. W przypadku znieczulenia ogólnego, partner nie może zwykle być obecny na sali operacyjnej.

Po zadziałaniu znieczulenia ciężarnej należy założyć cewnik do pęcherza moczowego, ponieważ znieczulenie upośledza działanie mięśni pęcherza mo-

czowego (NICE 2004). Do założonego na stałe cewnika Foley'a przyczepia się woreczek zbierający mocz, umieszczony z zachowaniem zasad jałowości. Dzięki zacewnikowaniu można być pewnym, że podczas operacji pęcherz moczowy będzie pusty i nie zasłoni miejsca cięcia macicy, zmniejszając w ten sposób ryzyko uszkodzenia pęcherza.

Podczas zabiegu pacjentka jest zasłonięta w ten sposób, że nie widzi pola operacyjnego, chociaż niektóre kobiety chcą widzieć poród ich dziecka, tak więc w miarę konieczności można rozważyć przygotowanie małego ekranu. Po wyjęciu dziecka z macicy pępowina jest zaciskana i obcinana, a dziecko jest przekazywane położnej. Następnie jest przenoszone do czekającego zestawu resuscytacyjnego, osuszane, badane i ciepło ubrane. Gdy wszystko jest w porządku, położna może zabrać dziecko do matki i ojca, aby doprowadzić do bezpośredniego kontaktu. Położna musi następnie ocenić łożysko i błony płodowe oraz pobrać krew pępowinową do dwóch strzykawkę z heparyną na badanie gazometryczne.

Zadanie

Proszę odnaleźć salę operacyjną na Pani/Pana oddziale.

Proszę dowiedzieć się, w jaki sposób pobierana jest krew pępowinowa i jaka jest procedura wykonywania gazometrii na Pani/Pana oddziale.

Opieka pooperacyjna

Pacjentka zostaje przeniesiona z sali operacyjnej do sali wybudzeń w celu obserwacji. Może być to wyznaczona sala lub część sali porodowej. Kobieta

zwykle zostaje przeniesiona z płynami podawanymi dożylnie i opatrunkiem na ranie pooperacyjnej. Jeżeli miała znieczulenie ogólne, powinna mieć maskę z tlenem. Anestezjolog przekaże dalszą opiekę nad pacjentką położnej w pokoju wybudzeń oraz opíše wszystkie zabiegi i leki, jakie otrzymała pacjentka, wyjaśni konieczność dożylnego wlewu i omówi znieczulenie.

Należy szybko ocenić ciśnienie krwi, temperaturę, tętno, częstość oddechów, wysycenie krwi tętnicznej tlenem oraz stan ogólny pacjentki. Kobiętę należy obserwować na jednoosobowej sali, aż do uzyskania samodzielnego oddechu i możliwości porozumienia z nią (NICE 2004). Ocena funkcji życiowych powinna być przeprowadzana regularnie, zwykle czyni się to z częstością od 5 do 20 minut, co 15 minut w ciągu pierwszej godziny, potem co pół godziny, jeżeli pacjentka jest w stanie stabilnym, i następnie co godzinę, aż do opuszczenia przez nią sali wybudzeń.

Zadanie

Proszę odnaleźć salę pooperacyjną na Pani/Pana oddziale.

Analiza

scenariusza inicjującego



Proszę ponownie rozważyć przykładową sytuację opisaną na początku.

Julia otwiera oczy i zaczyna delikatnie drżeć, obracając się w kierunku płaczu dziecka. Przed chwilą została przewieziona z sali operacyjnej do pokoju wybudzeń z utrzymanym wlewem dożylnym. Jej nowo narodzony syn leży w łóżeczku przy łóżku. „Czy to już?” – pyta szarpiąc szpitalną koszulę nocną. „Co się dzieje?”