

PREDOPERATIVNA PRIPRAVA IN POOPERATIVNA NEGA PRI ARTROPLASTIČNIH POSEGIH NA KOLKIH

Milica Kopic

UDK/UDC 616.728.2–089.28–083

PREOPERATIVE PREPARATION AND POSTOPERATIVE CARE IN HIP ARTHROPLASTY

DESKRIPTORJI: kolk proteza; predoperativna nega, pooperativna nega

DESCRIPTORS: hip prosthesis; preoperative care; postoperative care

IZVLEČEK – Z vse višjo starostjo prebivalstva se večja tudi število degenerativnih boleznih sklepov.

Osnovni problem pri takšnih pacientih je bolečina. So zelo prizadeti, težko se gibljejo in potrebujejo pomoč drugih tudi pri vsakodnevnih opravilih. Artroplastika kolka je obsežna operacijska intervencija, ki zahteva temeljito predoperativno pripravo.

Cilj pooperativne nege je čim hitrejša stabilizacija vitalnih funkcij; ta cilj skušamo doseči s čim manj zapleti. S fizioterapijo skušamo kolk čim hitreje razgibati in pripraviti pacienta za samostojno gibanje doma. Delo s pacientom je vselej individualno.

ABSTRACT – Along with longer life span, also degenerative diseases are more common.

The main problem of patients is pain. They are heavily disabled, hardly mobile, they need the help of others in everyday matters. Hip arthroplasty is an extensive operative intervention which requires thorough preoperative preparation.

The aim of postoperative care is speedy stabilization of vital functions and the attaining of the set aim without complications. With physiotherapy we wish to achieve the best hip mobility and prepare the patient for independent walking and moving about his home. Nursing care of patients is always individually based.

Degenerativne bolezni sklepov so vse večji socialno medicinski problem. Zaradi vse daljše življenjske dobe so tudi degenerativne bolezni pogostejše.

Sam proces se najprej odigrava v sklepni ovojnici, v smislu degeneracije, potem pride do reaktivnega produktivnega bujenja kosti pod ovojnico. Te spremembe na ovojnici in na kosti sekundarno iritirajo sinovialno membrano, ki reagira s povečano produkcijo sinovialne tekočine in reaktivnim vnetjem. Posledica teh sprememb so bolečine in kontrakture sklepov. Izmenična obdobja poslabšanj in remisij bolezni so klinično značilna za degenerativne bolezni sklepov.

Etiologija degenerativnih sprememb sklepov še ni povsem pojasnjena. Pojav degenerativnih sprememb sklepov pri mlajših osebah omogoča predpostavko, da je glavni vzrok nastanka artroz insuficienca krvnih žil, ki je posledica arterioskleroze. Predpostavka, da je hormonalna insuficienca glavni vzrok artroz, ne drži. Degenerativne spremembe vse pogosteje opažamo tudi pri mlajših ljudeh.

Danes menimo, da razen fiziološkega staranja sklepov, obstaja še več drugih dejavnikov, ki izzovejo degenerativne spremembe na sklepih (obolenja jeter, metabolična obolenja, kronični alkoholizem itn.).

Prvi klinični znaki so lažje bolečine pri forsirani obremenitvi in bolečine v začetku gibanja. Včasih v sklepu tudi škriplje. Po razgibavanju napetost v sklepu začne popuščati, bolečine počasi prenehajo, a se po daljšem stanju ali delu ponovno pojavijo. Bolečine so običajno močnejše ob nižjem zračnem pritisku, ki omogoča obilnejše nabiranje sinovialne tekočine. Ta pojav imenujemo »bolečine, ki spremljajo spremembo vremena«, ponavadi nastopijo zjutraj in z mirovanjem prenehajo.

V prvih fazah obolenja je funkcija sklepa ohranjena, posledica tega pa je še večja obraba sklepnega hrustanca. Na obremenjenih mestih se pojavi močna sklerozacija, kasneje pa številne degeneracijske ciste v glavici femurja in ponvici acetabula. Takšni bolniki veliko počivajo. Bolečine se pogosto širijo proti kolenu. Bolečine se pojavijo tudi v glutealnih mišicah, ki se zaradi insuficience displastičnega sklepa hitreje utrudijo in se odzovejo na bolečino. Te so v začetku artroze pogoste in pri površnih pregledih jih pogosto zamenjajo z ishialgičnimi bolečinami. Zdravljenje je v takšnem primeru seveda neuspešno. Potek bolezni je počasen.

Iz anamneze spoznamo, da je bolnik imel težave že pet do šest let prej, preden je prišel k zdravniku. Bolnik na začetku bolezni šepa samo občasno, kasneje pa stalno in si ne more več obuti čevljev. Zaradi kontraktur sklepov težko sedi na nizkem stolu. V prvih fazah obolenja so otežkočeni rotacijski gibi, forsirani pasivni gibi povzročajo šibke bolečine. Kasneje gibljivost v sklepu oslabi, bolečine pa se ojačajo; nazadnje je gibljivost povsem onemogočena. Kadar je prizadet samo en kolčni sklep, so težave, ki nastanejo zaradi bolezni, še znosne in bolnik lahko še naprej opravlja svoje delo. Stanje je mnogo težje, kadar bolezen zajame oba sklepa. Bolnik hitro postane invaliden in ne more več skrbeti za svojo osebno higieno.

Najpogostejše težave bolnikov z degenerativnim obolenjem kolčnega sklepa

Največjo težavo predstavljajo bolečine, tudi pri mirovanju in ponoči. Bolniki z obolenjem kolkov so težki invalidi, težko pokretni, pri vsakdanjih opravilih potrebujejo pomoč drugih. Zaradi omejene pokretnosti in stalnih bolečin, ki so različne intenzitete imajo občutek invalidnosti, ki ga pogosto spremljajo duševne težave.

Mlajši bolniki so nesposobni za delo, potrebna je prekvalifikacija, sprememba delovnega mesta ali upokojitev. Bolniki so prikrajšani pri dohodku.

Ker število degenerativnih obolenj kolkov narašča, je večje tudi število delovnih invalidov, ki so nesposobni za svoje delo. To je breme za vso družbo. Ljudje, ki bi lahko največ ustvarili in koristili družbi, se morajo pogosto upokojiti.

Predoperativna priprava

Duševna priprava bolnika

Duševna priprava bolnika je del priprave, ki je ne smemo zanemariti. Zajema bolnika in njegove svojce, saj so nam lahko v pomoč. Psihoterapevtska vloga zdravstvenih delavcev se torej kaže v pravilnem in stvarnem seznanjanju bolnika ter njegovih svojcev z boleznijo in odnosom do nje. Pri tem spodbujamo bolnikov optimizem in optimizem svojcev, bolnikovo potrpežljivost, samostojnost, realna pričakovanja in upanje.

Hospitalizacija in operacija pomenita za prizadetega bolnika hudo duševno obremenitev. Zato potrebuje pomoč pri premagovanju stresa. Stres pa pogojuje že prisotnost bolezni, nezmožnost za delo, srečanje s tujimi ljudmi in okoljem, strah pred bolečino, pred samo operacijo in končno pred izidom le-te. Bolnika skušamo predvsem opogumiti, da na potek zdravljenja optimistično gleda. Dajemo mu napotke, kako se bo lahko čimprej vrnil v normalno življenje. Spoštovati moramo njegovo osebnost in storiti vse, da zmanjšamo njegovo stisko. Vse to pa dosežemo s pogovorom in natančnim opazovanjem. Večino skrbi bomo odvzeli bolniku že s tem, če ga bomo znali poslušati. Naša naloga je olajšati napetost in prispevati k boljšemu počutju s tem, da ga aktiviramo k sodelovanju v procesu zdravljenja.

Klinična in laboratorijska obdelava

Zdravstveno stanje moramo temeljito preučiti glede na bolnikovo starost in oceniti njegove vitalne rezerve. Artroplastika kolka je velik operativni poseg, zato je potrebna temeljita obdelava bolnika. Anamneza ob sprejemu, predložena medicinska dokumentacija in pogovor s svojci nam pomagajo voditi preiskave in pripravo bolnika ciljano.

Vemo, da po 60. letu starosti pogosto srečujemo pri bolnikih bolezni, ki zahtevajo še dodatne priprave (hipertenzija, obolenja ožilja – varice in varikozni sindrom, kardiopatije, diabetes itn.).

V predoperativni fazi naredimo številne preiskave:

- laboratorijski pregled krvi in urina,
- določitev krvne grupe in faktorja Rh,
- kompletni koagulogram,
- kompletni EKG,
- bakteriološki pregled urina in brisa grla,
- rentgensko slikanje medenice s kolki, slikanje pljuč,
- klinični pregled pljuč in srca,
- pregled anestezista,
- po potrebi pregled specialistov: kardiolog, angiolog, diabetolog itn.

Medikamentozna priprava

Medikamentozna priprava je pomembna za predpripravo bolnika na operativni poseg. Pogosto je potrebno podpreti srce, urediti krvni pritisk ali krvni sladkor. Naloga medicinske sestre je, da predpisano terapijo podeli bolniku pravočasno in redno. V času zdravljenja redno kontrolira vitalne funkcije bolnika ali skrbi za izvedbo drugih potrebnih kontrolnih pregledov po navodilu zdravnika.

Priprave na dan pred operacijo

Ko so opravljene vse preiskave, je bolnik pripravljen na operativni poseg. Priprava bolnika dan pred posegom je naslednja:

– telesna priprava: bolnika okopljemo, postrizemo mu nohte in ga obrijemo. Pomembna je priprava operativnega polja. Koža mora biti zdrava in nepoškodovana. Poraščene dele previdno pobrijemo, razkužimo, pokrijemo s sterilno kompreso in zavijemo;

– duševna priprava: z bolnikom se pogovarjamo o operaciji in kasnejši rehabilitaciji, odgovarjamo mu na zastavljena vprašanja. Z bodrilnimi besedami mu lajšamo strah pred operacijo;

- priprava dokumentacije za anestezijo in premedikacijo: zvišati temperaturo pred operacijo mu damo zdravilo, ki ga predpiše anesteziolog, da bolnik lažje zaspi;
- rezerviramo kri za transfuzijo med operativnim posegom;
- vzamemo kompletne koagulacijske teste in uredimo antikoagulantno zaščito.

Pooperativna nega

Smisel pooperativne nege je, da se čim hitreje stabilizirajo normalne funkcije organov ter da dosežemo postavljeni cilj brez zapletov. V zgodnji pooperativni fazi s stalnim nadzorom, rednim merjenjem vitalnih funkcij ter poostrenim opazovanjem dovolj zgodaj zaznamo grozeče komplikacije. Obstoja nevarnost hitrih, neželenih sprememb, ki nas opozorijo na razvoj pooperativnega šoka, respiratornih motenj, retence urina idr. Izkušena, strokovno dobro podkovaná medicinska sestra bo spremembe zaznala pravočasno in ustrezno ukrepala.

Po operaciji bolnika namestimo v sobo za intenzivno nego na oddelku: osnovna naloga medicinske sestre po sprejemu bolnika je kontinuirano opazovanje:

- vitalne funkcije: izmerimo jih ob sprejemu in nato vsake pol ure, po potrebi tudi pogosteje. Opazujemo bolnikovo dihanje, barvo kože, prekrvavitev prstov;
- operativne rane: nadziramo zavoj, pogledamo tudi pod bolnika, da ne bi prezrli krvavitve;
- položaj bolnika: bolnik leži na hrbtu, operirana okončina je v srednjem položaju, v abdukciji. Okončino podložimo zaradi relaksacije mišic, s tem zmanjšamo bolečino. S tem položajem pa tudi preprečimo luksacijo operiranega kolka;
- stalna drenaža: bolnik ima v rani nameščeno stalno sukucijo. Skrbimo za stalni podtlak v steklenicah, z njimi ravnamo strogo sterilno. Odstranimo jih po 48. do 72. urah – po navodilu operaterja. Količino posesane krvi merimo in beležimo. V primeru večje krvavitve opozorimo operaterja;
- nadzor trajne intravenozne kapalne infuzije ali transfuzije: pri operaciji pride do večje izgube krvi, zato jo moramo nadomestiti s transfuzijo. Če ta ni stekla med operativnim posegom, jo namestimo na oddelku. Pri večjih krvavitvah moramo po predhodnem pregledu rdeče krvne slike in ugotovljene anemije bolniku tudi pozneje dati transfuzijo sveže krvi;
- nadzor diureze: bolniku pred operativnim posegom vstavimo za krajši čas trajni urinski kateter zaradi kontrole diureze, pa tudi zato, da preprečimo luksacijo operiranega kolka zaradi pogostega dviganja na nočno posodo;
- antibiotična zaščita: za operacije v ortopediji veljajo vsi zakoni asepse in antisekse. Nekatera tkiva (na primer tetive) so še posebej dovzetna za infekcijo. Infekcija je pri operaciji artroplastike kolka prava katastrofa. Najmanjša motnja pri celjenju rane lahko pri ortopedskih operacijah zmanjša ali celo izključi želeni uspeh. Zaradi tega moramo zagotoviti čimbolj sterilne pogoje za delo.

Na dan operacije bolnika zaščitimo z antibiotikom, ki smo ga določili po antibiogramu brisa grla in Sanforda. Prvi odmerek dobi tik pred ali med operacijo, na oddelku nadaljujemo s predpisano terapijo;

- analgetična terapija: bolniku damo analgetično terapijo, ki jo predpiše operater.

Antikoagulantna zaščita

Eden najpogostejših zapletov po operaciji kolka je tromboembolija. Starejši bolniki so še zlasti ogroženi zaradi slabe cirkulacije krvi, zmanjšane gibljivosti in pogostega varikoznega sindroma. Zaradi tega je pomembna antikoagulantna zaščita, pozorni pa moramo biti na naslednje: z njo moramo začeti preden nastane trombus, bolnik mora biti zaščiten vse do polne mobilnosti. Ker je rehabilitacija nekaterih bolnikov dolgotrajna, je dolgotrajna tudi antikoagulantna zaščita.

Zdravila, ki jih uporabljamo v ta namen, učinkujejo na agregacijo trombocitov in preprečujejo aktiviranje faktorja koagulacije. Ne smejo pa vplivati na mehанизem koagulacije, kar bi lahko povzročilo krvavitev med operacijo in v zgodnji pooperativni fazi. Uporabljamo Heparin, Pelentan, raztopine Dextrana itn.

Pred uvedbo antikoagulantne zaščite vzamemo bolniku anamnezo. Zanimajo nas rizični faktorji, kot so: prebolela možganska ali srčna kap, kajenje, sladkorna bolezen, visok krvni tlak itn. Pogledamo tudi vrednost holesterola in trigliceride. Skupaj z vrednostmi koagulacijskih testov je doziranje in izbira antikoagulantnega sredstva individualna. Ob rednih kontrolah koagulacijskih testov je doziranje sprotno z ozirom na vrednosti.

Z zaščito začnemo dan pred ali dve uri pred operacijo. Pri bolnikih z varicami začnemo s povijanjem nog že pred operacijo. Vsem bolnikom po operaciji redno povijamo noge vse do popolne mobilnosti.

Cilj fizikalnih metod antikoagulantne profilakse je preprečevanje ali vsaj zmanjševanje zastoja v velikih venah nog. Najboljše so aktivne metode, ki so zasnovane na aktivnem krčenju mišic. Metodo prilagajamo bolniku in njegovim sposobnostim. Zgodnja mobilizacija je vsekakor najpomembnejši element antikoagulantne profilakse.

Operativno rano previjemo drugi dan po operaciji. Za prevez moramo zagotoviti kolikor je mogoče sterilne pogoje. Rano očistimo, po navodilu operaterja odstranimo sukucijo in rano sterilno prekrijemo. Zaradi antikoagulantne zaščite lahko nastane hematoma, zato v naslednjih dneh previjamo rano po potrebi. Deseti dan po operaciji odstranimo šive.

Pogosto imajo bolniki težave s prebavo. Vzrok je lahko večdnevno strogo ležanje, nekaterim je neprijetno odvajati v nočno posodo, ali pa tega niso vajeni. Pomagamo jim z naravnimi sredstvi (Donat), če to ne pomaga, jim tretji dan damo blago odvajalno sredstvo. Prebava se uredi, ko bolnik shodi.

Zaradi večdnevnega ležanja na hrbtu obstaja velika nevarnost nastanka preležanine na trtici. Naloga medicinske sestre je, da odstrani vse možne dejavnike, ki bi lahko povzročili preležanine. Preležanina je lokalno žarišče, zmanjša obrambo organizma, pušča brazgotino, zelo pa se podaljša tudi hospitalizacija. Preležanine preprečimo z dobro osebno higieno, pazljivim postiljanjem, previdno masažo in spreminjanjem težišča pritiska. Previdni pa moramo biti tudi pri polaganju nočne posode. Včasih pa nam, kljub zgoraj navedenim preventivnim ukrepom, ne uspe popolnoma preprečiti draženja kože; takrat uporabimo blazine proti preležaninam.

Fizioterapija

Poudarek fizioterapije pri bolniku z operacijo na kolku (totalni endoprotezi) je na individualnem delu z bolnikom pred in po njej. Ena najpomembnejših nalog

fizioterapevta po operaciji je preprečevanje ponovnega nastanka kontrakturnih in učenje hoje z umetnim kolkom. Želimo, da doseže bolnik čim večjo gibljivost kolka in da ga usposobimo za samostojno hojo in gibanje doma

Predoperativno delo: Pri teh bolnikih je še posebej pomembna priprava, ker imajo močne kontrakture in hude bolečine, ki trajajo že več let. Večina gre za starejše bolnike, ki imajo še druga obolenja. Tudi nevarnost po operaciji je večja kot pri mlajših, težje jih je pripraviti k sodelovanju in počasneje dojemajo.

Bolnika učimo: dihalnih vaj, s čimer dosežemo boljše preventiliranje pljuč, aktivnih vaj s stopali, ki zmanjšujejo nevarnost zastoja krvi v žilah in hoje z berglami s polaganjem bolne noge ter izmerimo gibljivost kolka, prikrajšavo ali atrofijo.

Postoperativno delo se odvija po okvirnem programu in po dodatnih navodilih operaterja. Delo z bolnikom je vedno individualno.

Na dan operacije moramo paziti na pravilno lego operiranega kolka in okončine, opazujemo prekrvavitev prstov, izvajamo dihalne vaje ter statične in aktivne vaje s stopali. Drugi dan pričnemo z rahlo fleksijo in ekstenzijo, z abdukcijo in addukcijo v majhnih obsegih, z obračanjem na trebuh zaradi preprečevanja flekturnih kontrakturnih. Tretji dan se obseg gibov poveča. Četrti dan vaje postopno stopnjujemo, bolnik posedla na robu postelje. Peti dan bolnik vstane in hodi s pomočjo opore. Šesti do deseti dan ponavljamo vse vaje, bolnik hodi po ravnem in se uči hoje po stopnicah. Od desetega dneva do treh tednov po operaciji se terapija ponavlja.

Ob odpustu izmerimo gibljivost kolka in funkcionalno prikrajšavo. Bolniku damo navodila za življenje doma. Bolnik izvaja proste vaje, hodi z berglami z delno obremenitvijo operirane noge ali brez obremenitve, odvisno od vrste proteze, do kontrole pri ortopedu – operaterju.

Namen fizioterapije po operaciji na kolku je, da se bolniki uspešno vključijo v običajne vsakodnevne dejavnosti.

Ponavadi se bolniki po končanem zdravljenju vrnejo v domače okolje. V primeru neurejenih socialnih razmer se povežemo s socialno službo, ki uredi podaljšano zdravljenje v domu za ostarele ali stalno nastanitev.

Medicinska sestra lahko veliko pripomore k prosvetljenosti ljudi in napotitvi prizadetih k specialistu, zlasti v patronažni službi, in sicer tako, da jim svetuje spremembo življenja, tako da je kolčni sklep čimmanj obremenjen, razgibavanje v razbremenilnem položaju, pove jim, da naj ne nosijo težkih bremen, priporoča jim redukcijsko dieto za znižanje telesne teže ter svetuje uporabo palice ali bergele pri hoji.

Pri hospitalnem zdravljenju pacientov ima medicinska sestra prav tako pomembno vlogo pri duševni pripravi bolnika za zdravljenje, pri osnovni in specialni negi in pri rehabilitaciji.

Zdravstveni delavci moramo skrbeti za prosvetljevanje in zdravstveno vzgojo ter za pozitiven odnos do lastnega zdravja. Tako bodo tudi uspehi zdravljenja in ozdravljenja degenerativne bolezni kolka še večji kot do sedaj.

Literatura

Ruszkowski I. Ortopedija. Zagreb: Medicinska naklada, 1970.