

Wykład 2

PRZYGOTOWANIE CHOREGO DO ZNIECZULENIA I OPERACJI

Nie trzeba nikogo przekonywać, że żaden chory nie jest przyjmowany do szpitala jedynie po to, aby zostać poddany znieczuleniu. Lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii łączy dwie specjalności, które nieco odbiegają od siebie charakterem:

- anestezjologię stanowiącą dyscyplinę „usługową”, mającą stworzyć warunki do przeprowadzenia operacji; czasami zdarza się przyrównywać rolę anestezjologa do strażnika pilnującego duszy chorego, aby ta nie opuściła ciała, w czasie kiedy chirurdzy zajmują się jedynie powłoką materialną pacjenta;
- intensywną terapię, w obrębie której anestezjolog prowadzi czynności diagnostyczno-terapeutyczne, prosząc niekiedy lekarzy innych specjalności o pomoc w tym zakresie; o ile anestezjolog pełni funkcję usługową, to intensywny terapeuta jest gospodarzem oddziału, na którym podejmowana jest terapia ciężko chorych ludzi.

Pierwsze kilka zdań wykładu powinno przekonać czytelnika, że warunkiem wykonania znieczulenia jest kwalifikacja chorego do operacji. Kwalifikacji do zabiegu operacyjnego dokonuje chirurg. Chirurg również określa tryb jego wykonania. I tak, operacje ze wskazań:

- nagłych – stanowią ok. 26% wszystkich operacji;
- pilnych – 41%;
- planowych – 22%;
- wybiórczych – 10%.

W tym miejscu konieczne jest przyjęcie przedziałów czasowych, charakteryzujących tryb znieczulenia. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 20 grudnia 2012 r. zakłada, że znieczulenie może się odbywać w jednym z czterech trybów:

- natychmiastowym – operacja wykonywana jest bezpośrednio po podjęciu decyzji przez operatora u chorego znajdującego się w stanie zagrożenia życia, groźby utraty kończyny czy narządu i ich funkcji; w tym trybie stabilizacja stanu pacjenta prowadzona jest równocześnie z operacją;
- pilnym – zabieg wykonywany jest w ciągu 6 godzin od podjęcia decyzji przez operatora, u pacjenta z ostrymi objawami choroby lub w przypadku pogorszenia stanu zdrowia;
- przyspieszonym – operacja wykonywana jest w ciągu kilku dni od podjęcia decyzji przez chirurga;
- planowym – zgodnie z planem operacyjnym.

W Świecie idealnym, do którego – mam nadzieję – kiedyś dojdziemy, każda operacja zostanie wcześniej przedyskutowana (w gronie chirurgów i anestezjologa) pod kątem momentu jej rozpoczęcia, czasu trwania, operowanej okolicy, rozległości, spodziewanych trudności (np. utraty krwi czy problemów dotyczących operacji w pobliżu dużych naczyń bądź struktur nerwowych) oraz przewidywanego okresu pooperacyjnego.

Każdy chory, u którego planowana jest operacja, zostaje skierowany na oddział chirurgiczny. Już przy przyjęciu pacjent otrzymuje Przedoperacyjną Ankietę Anestezjologiczną/Konsultacji przed Znieczuleniem (szerzej będzie o niej mowa w dalszej części rozdziału), z którą powinien się zapoznać i wypełnić jedynie te fragmenty, które nie budzą jego wątpliwości.

Następnie zostaje zbadany przez chirurga i zakwalifikowany do operacji oraz umieszczony w planie operacyjnym. Kiedy zostanie zredagowany plan operacji (zwykle dzień przed operacją), zapoznaje się z nim anestezjolog, ten sam, który złoży chorym wizytę przedoperacyjną.

PRZEDOPERACYJNA WIZYTA ANESTEZJOLOGICZNA

Każdy chory zakwalifikowany do operacji powinien mieć złożoną wizytę przez anestezjologa. Nosi ona zwyczajowo nazwę przedoperacyjnej wizyty anestezjologicznej. Jest to swego rodzaju badanie przesiewowe, które ma:

- dostarczyć anestezjologowi podstawowych informacji o stanie zdrowia chorego;
- być okolicznością do pozyskania odpowiednich badań, zgodnych z przyjętym protokołem postępowania;

- dostarczyć choremu informacji na temat opieki okołoperacyjnej;
- pozwolić na wybór techniki znieczulenia, którą może być:
 - monitorowana opieka anestezjologiczna,
 - sedacja,
 - analgezja,
 - analgo-sedacja,
 - znieczulenie regionalne:
 - blokady obwodowe,
 - blokady splotowe,
 - blokady centralne,
 - znieczulenie ogólne:
 - krótkotrwałe dożylne,
 - wziewne,
 - dotchawicze,
 - całkowicie dożylne (*total intravenous anaesthesia*, TIVA: *manually controlled infusion*, MCI, ewentualnie *target controlled infusion*, TCI),
 - zbilansowane.

Przedoperacyjna wizyta anestezjologiczna, uwzględniając stan zdrowia chorego, charakter operacji i jej rozległość oraz czas trwania, pozycję chorego na stole operacyjnym (ułożenie), jak również ryzyko wystąpienia powikłań – pozwala dokonać optymalnego wyboru postępowania z chorym.

Cele wizyty anestezjologicznej

Są one następujące:

- zapoznanie chorego z planem przygotowania do znieczulenia;
- wzbudzenie zaufania chorego i uspokojenie go;
- zbadanie chorego;
- określenie stanu fizycznego według skali Amerykańskiego Towarzystwa Anestezjologów (American Society of Anesthesiologists, ASA);
- sprawdzenie wyników badań dodatkowych;