

11. Pobyt dziecka w szpitalu

Tomasz Dangel, Katarzyna Januszewska,
Wojciech Stycuła, Beata Kulesza, Dina Radziwiłłowa,
Małgorzata Pawłowska, Katarzyna Parafianowicz,

Przygotowanie dziecka do pobytu w szpitalu

Do najważniejszych elementów przygotowania dziecka do pobytu w szpitalu należy jego przygotowanie od strony psychologicznej oraz informacyjnej. Odpowiedź na pytanie, jak tego dokonać, nie jest jednak jednoznaczna, a reakcja dziecka na informacje o konieczności leczenia szpitalnego lub operacji serca zależy od wielu czynników:

- wieku dziecka
- jego odporności psychicznej
- rodzaju wady serca i metod jej leczenia
- doświadczeń z poprzednich pobytów w szpitalu – pozytywnych lub negatywnych
- przewidywanej długości pobytu w szpitalu
- wsparcia ze strony rodziców
- właściwego podejścia lekarzy oraz całego personelu szpitala
- warunków i atmosfery panujących w szpitalu.

W przypadku wielu wad serca operację przeprowadza się w okresie noworodkowym i wtedy najważniejsza dla dziecka jest stała obecność jednego z rodziców.

Operację u dziecka starszego planuje się najczęściej wówczas, gdy dziecko czuje się dobrze i z wyjątkiem niewielkiego ograniczenia wysiłku fizycznego nie odczuwa swej choroby. Takiemu dziecku należy wyjaśnić powody leczenia szpitalnego oraz właściwie przygotować je do pobytu w szpitalu.

Przygotowanie dziecka do pobytu w szpitalu można podzielić na kilka etapów:

1. Przygotowanie rodziców
2. Przygotowanie dziecka
3. Zebranie niezbędnej dokumentacji i wykonanie zalecanych zabiegów

4. Przygotowanie rzeczy koniecznych oraz takich, które mogą umilić dziecku pobyt w szpitalu

Jak przygotować siebie?

Zanim rodzice zaczną rozmawiać z dzieckiem o konieczności pobytu w szpitalu i operacji, muszą najpierw sami się do tego przygotować. Nie ma bowiem nic gorszego dla dziecka niż widok zapłakanych i przerażonych rodziców, którzy mówią dziecku o konieczności pójścia do szpitala.

Z tego też powodu to przede wszystkim rodzice muszą zapanować nad własnymi obawami i negatywnymi emocjami, które mogą jedynie niepotrzebnie wystraszyć dziecko. Może im to ułatwić uzyskanie od lekarzy dokładnych informacji, co jest konieczne w przypadku ich dziecka i dlaczego, na kiedy planowany jest początek leczenia i w jaki sposób będzie ono prowadzone. Istotne jest także zapoznanie się z techniką przeprowadzania różnych zabiegów oraz badań.

Rodzice powinni również wiedzieć o możliwościach wystąpienia powikłań pooperacyjnych. Mogą się wówczas przygotować psychicznie i nie wpadać w panikę, jeżeli pewne komplikacje zaistnieją.

Dużą ulgę przynosi ponadto rozmowa z innymi rodzicami, którzy byli już w podobnej sytuacji.

Przed rozmową z dzieckiem rodzice powinni się dokładnie zapoznać z warunkami panującymi w szpitalu oraz regulaminami danych oddziałów. Ważne jest zwłaszcza poznanie możliwości przebywania z dzieckiem. Trzeba też wiedzieć, co należy zabrać ze sobą do szpitala.

Rodzice, którzy zamierzają przebywać na oddziale ze swoim dzieckiem, powinni również się zorientować w możliwościach zakwaterowania w szpitalu lub jego pobliżu.

Jak przygotować dziecko?

Przede wszystkim należy dziecku mówić prawdę.

Ogromnie ważne jest wybranie odpowiedniego momentu i sposobu poinformowania dziecka. Nie można tego zrobić ani za wcześnie, ani zbyt późno. Rodzice powinni również pamiętać, że w trakcie rozmowy z dzieckiem nie liczą się wyłącznie słowa, ale też postawa i sposób mówienia: ton głosu, wyraz twarzy, gesty.

Zamiast płaczącego uzalania się: „Oj, biedactwo ty moje, czemu to ciebie spotyka”, lepiej tę samą treść przekazać w formie pozytywnej: „Szczęściarzu, pan doktor naprawi twoje serce i będziesz mógł jeszcze szybciej biegać”. Dziecko powinno zrozumieć, że idzie do szpitala, bo jest chore, a planowana operacja ma mu pomóc.

Dziecko łatwiej akceptuje nową sytuację, jeśli czyta mu się książki dostosowane do jego wieku, których akcja toczy się w szpitalu, i omawia się wspólnie opisane

Ryc. 1. Ukochane zabawki i obecność rodziców ułatwią dziecku przejście przez okres pobytu w szpitalu



tam wydarzenia. Książeczki typu „Franklin idzie do szpitala”, „Martynka spadła z roweru”, czy „Bajki, które leczą” pomogły już niejednemu dziecku w poznaniu i zrozumieniu czekających je zabiegów oraz uświadomieniu, że w szpitalu jest dużo więcej dzieci. Pomocne mogą się okazać również zabawki typu „Mały doktor”, pozwalające dziecku na zabawę w lekarza, pielęgniarkę oraz organizowanie zabaw tematycznych wraz z rodzicami.

Dziecku, które czeka operacja, należy w zrozumiały dla niego sposób objaśnić procedury przed- i pooperacyjne. Istotne jest zapewnienie go (szczególnie dotyczy to dzieci powyżej 2.–3. roku życia), że lekarze w szpitalu zrobią wszystko, by nie czuło bólu oraz dobrze spało w trakcie operacji. Im starsze jest dziecko, tym bardziej potrzebuje rzeczowych i uporządkowanych informacji.

Na pytania dziecka należy zawsze udzielać odpowiedzi zgodnych z prawdą. Jest to podstawowy warunek zbudowania i utrzymania zaufania dziecka do rodziców, co w efekcie daje poczucie bezpieczeństwa i oparcia. Odpowiedzi nie powinny być zbyt ogólnikowe czy zbyt szczegółowe, ani też wykraczać poza zakres spraw, o które dziecko pytało.

Rodzice powinni wyjaśnić dziecku, kiedy będą przy nim, a kiedy i z jakich powodów zostanie samo. Lepiej nie obiecywać dziecku rzeczy niemożliwych do spełnienia. Wiadomo na przykład, że na Oddziale Intensywnej Opieki Medycznej można przebywać z dzieckiem tylko w wyznaczonym czasie. Każde odstępstwo od deklaracji rodziców dziecko może później potraktować jako formę porzucenia lub kary. Najlepsze, co rodzice mogą zrobić dla swojego dziecka w szpitalu, to przebywać z nim tak często, jak to możliwe.

Rodzice powinni się także starać tak nastawić dziecko, by postrzegało lekarzy i pielęgniarki jako osoby, które robią wszystko, żeby mu pomóc, a nie skrzywdzić. Oczywiście takiego stanu nie uda się osiągnąć w ciągu kilku dni czy tygodni, jeżeli wcześniej „straszenie lekarzem, zastrzykiem” należało do ulubionych metod

wychowawczych. Przyjazne nastawienie dziecka do personelu szpitala może mu zaoszczędzić wielu niepotrzebnych stresów i lęków. Strach przed bólem zwiększa odczuwanie bólu, a czasami „strach boli najbardziej”. Odpowiednie przygotowanie dziecka wymaga wieloletniej pracy wychowawczej, która jednak przynosi zawsze korzyści, zwłaszcza w przypadku wielokrotnych pobytów dziecka w szpitalu i licznych kontroli lekarskich.

Ważne!

- Dziecko należy przygotowywać do pobytu w szpitalu z dużym wycuciem i ostrożnością. Rodzice powinni się przy tym kierować własną intuicją i znajomością potrzeb swojego dziecka.
- Jeśli rodzice nie znają odpowiedzi na pytania dziecka, powinni mu o tym otwarcie powiedzieć i porozmawiać z kompetentnymi osobami, często już w szpitalu.
- Dzieci nieprzygotowane lub często przebywające same w szpitalu na ogół z trudem adaptują się do nowych, obcych warunków. Boją się wszystkiego, odmawiają współpracy z lekarzami i personelem, wolniej wracają do zdrowia. Silny stres psychiczny wywołuje u nich stany nerwicowe utrzymujące się czasami długo po powrocie ze szpitala.

Niezbędna dokumentacja i zalecane zabiegi

Przed przyjęciem dziecka do szpitala rodzice powinni zgromadzić całą dostępną dokumentację dotyczącą: poprzednich pobytów dziecka w szpitalu, wykonanych w międzyczasie kontroli i badań, szczególnie badań echokardiograficznych oraz hemodynamicznych (cewnikowania serca). Jeżeli dziecko od początku leczy się w tym samym ośrodku, kopie wszystkich dokumentów znajdują się w archiwum szpitala. Przygotowanie dokumentacji ma największe znaczenie w przypadku dzieci leczonych wcześniej w innych ośrodkach.

Zgodnie z wymaganiami niektórych szpitali rodzice muszą przed przyjęciem dziecka dopilnować wykonania różnych badań. Zestaw tych badań nie jest zazwyczaj obszerny i zależy od zwyczajów i organizacji pracy w danym szpitalu. Rodzice są szczegółowo poinformowani o rodzaju tych badań oraz miejscu, gdzie mają być przeprowadzone. Wszystkie wątpliwości wyjaśnia lekarz prowadzący dziecko; pomocny może być również lekarz pierwszego kontaktu (lekarz rodzinny, pediatra).

Termin przyjęcia do szpitala bywa czasami ustalany na kilka tygodni czy miesięcy wcześniej. Trzeba jednak pamiętać, że stan dziecka może się zmienić i wówczas konieczne jest szybsze przyjęcie, poza wyznaczonym terminem. Jeśli pojawią się nowe, niepokojące objawy, rodzice powinni się skontaktować z lekarzem prowadzącym dziecko.

Zdarza się również, że w szpitalu z różnych powodów zmienia się termin – przyspiesza lub opóźnia. Rodzice powinni być na to przygotowani i nie upatrywać w takich zdarzeniach niczyjej złej woli.

Co trzeba lub warto zabrać ze sobą do szpitala?

Oczywiście wiele zależy od wieku dziecka. Najczęściej trzeba zabrać:

1. Książeczkę zdrowia dziecka i skierowanie do szpitala.
2. Wyniki badań dziecka, które rodzice przechowują – USG, echokardiografii, badania krwi, grupy krwi dziecka, a także poprzednie wypisy ze szpitala.
3. Przybory toaletowe, ręczniki, a w przypadku niemowląt i małych dzieci – jednorazowe pieluchy, ulubioną butelkę i smoczek.
4. Bieliznę osobistą, piżamę, szlafrok, dres i inne wygodne ubrania oraz kaptcie i klapki pod prysznic. Należy też pomyśleć o stałej i systematycznej wymianie brudnej odzieży na czystą.
5. Ulubioną maskotkę dziecka – „przytulankę” do zasypiania, ewentualnie poduszczkę, kocyk, „pieluszkę szmatkę”, które koniecznie należy wcześniej dokładnie wyprać.
6. W przypadku dzieci starszych warto zabrać również: przybory do pisania, rysowania, zeszyty i podręczniki szkolne, a także magnetofon przenośny z ulubionymi nagraniami, zdjęcia bliskich osób lub przypominające radosne sytuacje, ulubione gry i zabawki.

Ważne!

- Wyposażenie dziecka zależy od regulaminu/zwyczajów panujących w danym szpitalu (niekiedy zasady te są różne na różnych oddziałach tego samego szpitala) i należy się do nich dostosować.
- Personel oddziału zwykle nie bierze odpowiedzialności za rzeczy pozostawione z dzieckiem w szpitalu.
- Pozostawienie dziecku żywności należy wcześniej uzgodnić z pielęgniarką dyżurną lub dietetyczką.

Oddział kardiologii dziecięcej

Na oddział kardiologiczny przyjmowane są dzieci w celu:

- diagnostyki wrodzonych i nabytych wad serca
- ustalenia wskazań do leczenia kardiochirurgicznego lub kardiologicznych zabiegów interwencyjnych

- przeprowadzenia kardiologicznych zabiegów interwencyjnych
- leczenia w okresie pooperacyjnym przy ścisłej współpracy z kardiochirurgami
- diagnostyki i leczenia zaburzeń rytmu serca
- diagnostyki i leczenia pierwotnych oraz wtórnych chorób mięśnia sercowego (kardiomiopatie) oraz procesów zapalnych (np. zapalenie mięśnia sercowego, choroba Kawasaki).

Przyjęcie na oddział kardiologii odbywa się na podstawie skierowania od lekarza lub karty informacyjnej zalecającej dalsze leczenie (jest to dokument przebiegu leczenia szpitalnego, otrzymywany na oddziale szpitalnym przy wypisie do domu). W nagłych przypadkach, kiedy stan zdrowia dziecka wymaga natychmiastowej interwencji, skierowanie nie jest wymagane. Rodzice zobowiązani są również do przedstawienia dowodu ubezpieczenia, czyli dokumentu, który potwierdza uprawnienia do świadczeń zdrowotnych oraz opłacanie składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Po umieszczeniu dziecka w sali rozpoczyna się cały proces diagnostyczny, mający na celu dokładne rozpoznanie (bądź potwierdzenie rozpoznania) wady lub choroby serca. Dziecko bada lekarz prowadzący, który przeprowadza krótki wywiad dotyczący dziecka, jego stanu ogólnego i historii leczenia (rodzice powinni mu przekazać całą posiadaną dokumentację dotyczącą leczenia dziecka). Najczęściej dziecko poddawane jest także wielu specjalistycznym badaniom, takim jak m.in. echokardiograficzne badanie serca, RTG, EKG, pomiar saturacji, próba wysiłkowa (roz. 5). Czasami do dokładniejszego określenia wady konieczne jest również wykonywane na oddziale kardiologicznym diagnostyczne cewnikowanie serca.

Uzyskane wyniki badań są analizowane w czasie konsylium kardiologicznego lub, w przypadku wad wymagających leczenia operacyjnego, kardiologiczno-kardiologicznego. Dopiero potem podejmowane są decyzje, czy istnieją wskazania do interwencyjnego cewnikowania serca (część wad może być korygowana nieoperacyjnie), do operacji (tj. czy pacjent odniesie korzyści zdrowotne z przeprowadzonej operacji, uwzględniając ryzyko z nią związane) lub podjęcia leczenia farmakologicznego w warunkach szpitalnych. W przypadku konieczności przeprowadzenia korekcji wady ustala się ponadto przybliżony czas, w którym należy ją przeprowadzić, a w przypadku wad złożonych omawia szczegółowy plan leczenia wieloetapowego (ryc. 2.).

Rodzice dziecka są dokładnie informowani przez kardiologa prowadzącego o podjętych decyzjach i jeśli zachodzi potrzeba operacji, kierowani do kardiochirurgów, którzy informują ich o dalszym leczeniu. Proszeni są również o podpisanie dokumentów potwierdzających ich zgodę na operację, cewnikowanie diagnostyczne lub interwencyjne, transfuzję krwi bądź narkozę.

Przed każdą planowaną operacją lub cewnikowaniem serca wykonuje się na oddziale kardiologicznym wszystkie badania i testy m.in. w celu wykrycia i wyeliminowania infekcji. Dziecko może być poddane zabiegowi, jeśli jego stan zdrowia jest idealny – nie stwierdza się infekcji dróg oddechowych, kataru czy nie-

Ryc. 2. Niemowlę ze złożoną wadą serca oczekujące na operację na oddziale kardiologicznym. W prawej ręce widoczna kroplówka z prostaglandyną E1, na stopie czujnik pulsoksymetru, a na klatce piersiowej elektrody monitora (zapis EKG)



wyleczonych zębów. Jedyne odstępstwo od tej reguły stanowi stan bezpośrednio zagrożenia życia dziecka.

W trakcie pobytu na oddziale kardiologicznym dziecko objęte jest profesjonalną opieką lekarzy kardiologów, wykwalifikowanych pielęgniarek, dietetyka i psychologa. W razie konieczności prowadzone są konsultacje lekarzy innych specjalności oraz rehabilitacja.

Większość szpitali stara się w miarę możliwości zadbać o komfort psychiczny dziecka: działają świetlica, biblioteka, prowadzone są zajęcia szkolne, w wielu placówkach rodzice mogą przebywać z dzieckiem przez całą dobę.

Oddział kardiochirurgii dziecięcej

Pacjenta po operacji kardiochirurgicznej, który nie wymaga już intensywnego nadzoru w ramach oddziału intensywnej terapii, przenosi się zazwyczaj na oddział kardiochirurgiczny. Specjalistyczną opiekę lekarską nad dziećmi na tym etapie powrotu do zdrowia sprawują w głównej mierze kardiochirurdzy. W zależności od stanu zdrowia dziecka korzystają oni z konsultacji lekarzy innych specjalności: kardiologów, neurologów, anestezjologów, specjalistów rehabilitacji, czy też pediatrów. Na oddziale tym pracują również dietetycy oraz psycholodzy. Lekarzem prowadzącym, decydującym o nowych lekach, planowanych badaniach itd.

jest najczęściej kardiochirurg i do niego powinni się zwracać rodzice z pytaniami o swoje dziecko. Pobyt na oddziale kardiochirurgii ma na celu rehabilitację ogólnoustrojową umożliwiającą bezpieczne opuszczenie szpitala przez dziecko. W niektórych szpitalach ostatnie dni przed wypisaniem do domu dziecko spędza na oddziale kardiologii.

Podczas pobytu na oddziale kardiochirurgicznym wykonuje się planowe badania diagnostyczne, oceniające wyniki operacji i wykluczające ewentualne powikłania. Oprócz podstawowych badań laboratoryjnych (morfologia, badanie ogólne moczu, gazometria) i EKG wykonuje się nieinwazyjne badania obrazowe: zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej oraz echokardiografię. Czasami do wyjaśnienia wątpliwości konieczne jest przeprowadzenie inwazyjnych badań układu krążenia (cewnikowanie serca) czy też tomografii komputerowej. Podstawowy cel tych badań stanowi ocena skuteczności wykonanej operacji i wykluczenie powikłań pooperacyjnych. Nie należy jednak zapominać, że najważniejszej oceny wyników operacji dokonuje lekarz na podstawie analizy stanu dziecka. Badania dodatkowe mają jedynie znaczenie pomocnicze.

Okres pobytu na oddziale kardiochirurgicznym to czas, w którym mogą wystąpić poważne powikłania związane bezpośrednio z przebytych zabiegami operacyjnym. Do najczęściej występujących należy obecność płynu w jamach opłucnowych (przestrzenie pomiędzy płucami a ścianami klatki piersiowej), jamie otrzewnowej (przestrzeń pomiędzy jelitami w jamie brzusznej) lub w worku osierdziowym. Powikłanie to jest najczęściej objawem niewydolności krążenia w okresie przystosowywania się organizmu do nowych warunków anatomicznych po operacji. Uraz worka osierdziowego w czasie operacji wpływa również na powstanie swoistej reakcji zapalnej, której następstwem jest zwiększone wytwarzanie i gromadzenie płynu w okolicy serca. Płyn w jamach opłucnowych utrudnia dziecku oddychanie (powoduje duszność) i znacznie wydłuża okres rehabilitacji. Duża ilość płynu w worku osierdziowym może się stać przyczyną groźnego powikłania, tzw. tamponady serca, polegającej na ucisku serca przez zgromadzony w jego okolicy płyn. Duża ilość płynu w jamach opłucnowych, worku osierdziowym czy jamie otrzewnowej nie poddaje się zazwyczaj zachowawczym metodom leczenia (leki) i wymaga chirurgicznego usunięcia. W tym celu jednorazowo nakłuwana jest jama (punkcja) lub zakłada do niej cienki dren, przez który zgromadzony płyn odprowadzany jest na zewnątrz. Zabieg ten nie wymaga zazwyczaj znieczulenia ogólnego (tj. narkozy); wykonywany jest w pomieszczeniu zabiegowym na oddziale kardiochirurgicznym z zastosowaniem znieczulenia miejscowego (tj. dotyczącego tylko miejsca nakłucia/założenia drenu). Nietypowa lokalizacja płynu u małego dziecka stanowi wskazanie do przeprowadzenia zabiegu w warunkach sali operacyjnej w znieczuleniu ogólnym. Po kilku lub kilkunastu dniach, kiedy płyn przestaje się gromadzić – co potwierdza zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej i (lub) badanie ultrasonograficzne, dren można usunąć. Niektóre wady serca (np. serce jednokomorowe) i operacje (np. operacja Fontana) w szczególny sposób predysponują do gromadze-

Ryc. 3. Dziecko na oddziale kardiochirurgicznym – po operacji serca. Na klatce piersiowej widoczny jest opatrunek chroniący ranę pooperacyjną, na twarzy wąsy tlenowe, a na nadgarstkach kaniule w żyłach umożliwiające dożylne podawanie leków



nia się płynów w jamach ciała. W rzadkich przypadkach może to trwać miesiącami, ale po ustąpieniu zazwyczaj nie obserwuje się tendencji do nawrotów.

Inne częste powikłanie to infekcja rany, która wydłuża i upośledza jej proces gojenia. Podstawowe znaczenie ma leczenie miejscowe, polegające na częstej zmianie opatrunków z użyciem środków antyseptycznych i antybiotyków. Opatrunki należy zmieniać codziennie (niekiedy kilka razy dziennie), korzystając z pomieszczenia zabiegowego na oddziale kardiochirurgicznym. Infekcje pooperacyjne mogą dotyczyć również innych narządów – płuc, dróg moczowych czy też przewodu pokarmowego – i są spowodowane nie tylko konieczną ingerencją w okresie okołoperacyjnym (wprowadzenie ciała obcego do organizmu, np. założenie cewnika do pęcherza moczowego), ale również upośledzeniem odporności po ciężkiej operacji, jaką jest prawie każda operacja kardiochirurgiczna. Infekcje układu oddechowego leczy się farmakologicznie (podawanie leków), a także z zastosowaniem tlenoterapii biernej i rehabilitacji oddechowej. Tlenoterapia bierna polega na podawaniu do oddychania mieszanki gazowej wzbogaconej w tlen za pomocą tzw. wąsów tlenowych (rurki kończące się dwoma otworami w nosie dziecka) lub masek tlenowych, umożliwiających dodatkowo jednoczesne nawilżanie wdychanej mieszaniny powietrza z tlenem i wziewne podawanie leków.

Do rzadziej występujących powikłań po operacjach serca, które są diagnozowane na oddziale kardiochirurgicznym, należą zaburzenia rytmu serca i przewodzenia. Objawiają się one zbyt szybko, zbyt wolną lub nieregularną czynnością serca. W zdecydowanej większości przypadków są to zaburzenia ustępujące samoistnie po kilku – kilkunastu dniach, spowodowane zaburzeniami elektrolitowymi lub przejściowym obrzękiem serca po operacji. Dzieciom z wadami serca,

u których występuje duże ryzyko uszkodzenia układu przewodzącego w czasie operacji (np. skorygowane przełożenie dużych naczyń), zakłada się w czasie zabiegu na powierzchnię serca zakończenia przewodów rozrusznika (elektrody nasierdziejowe). Przewody te wychodzą przez skórę w pobliżu rany operacyjnej. W razie wystąpienia zaburzeń rytmu serca można je szybko podłączyć do rozrusznika i dzięki przewodzonym impulsom pobudzać serce do skurczów w rytmie narzuconym przez rozrusznik. Po powrocie prawidłowego rytmu i przewodzenia elektrody odłączane są od rozrusznika; przez kilka dni pozostają jeszcze w ciele dziecka, stanowią zabezpieczenie w przypadku ponownego pojawienia się zaburzeń. Jeżeli nie ma wątpliwości, że zaburzenia ustąpiły, elektrody można wyjąć w pomieszczeniu zabiegowym na oddziale kardiologicznym. W przypadku dłużej utrzymujących się zaburzeń podaje się leki antyarytmiczne. Trwałe, nieustępujące nieprawidłowości w obrębie układu bodźcoprzewodzącego, przyczyniające się do niewydolności układu krążenia, wymagają wszczepienia rozrusznika i trwałej stymulacji serca (patrz rozdz. 10., s. 199.).

Bardzo ważnym elementem prawidłowej i szybkiej rehabilitacji dziecka po operacji kardiologicznej jest obecność rodziców przy dziecku na oddziale pooperacyjnym. W większości szpitali w Polsce rodzice mogą przebywać z dzieckiem przez cały dzień, a także i w nocy. Często jednak szpitale nie mogą zapewnić odpowiednich warunków pobytu na oddziale osobom dorosłym. Wymaga to od rodziców znoszenia wielotygodniowych nieraz niedogodności, ale dla dziecka ma bardzo duże znaczenie. Obecność bliskiej osoby przyspiesza proces zdrowienia, zmniejsza lęk i stres dziecka związany z bólem i kontaktem z obcymi osobami oraz nowymi sytuacjami. Z drugiej strony pobyt na oddziale jest ważny dla samych rodziców. Pomijając aspekty psychologiczne związane z poczuciem „czuwania” nad swoim dzieckiem, rodzice wiele się uczą – na przykład opieki nad chorym dzieckiem oraz radzenia sobie w różnych nietypowych sytuacjach. Umieją na przykład odróżnić niepokojące objawy świadczące o pogorszeniu stanu dziecka od nieistotnych dla jego zdrowia przejawów zmienionego funkcjonowania układu krążenia po operacji (np. sinica pojawiająca się w czasie płaczu w przypadku niektórych wad).

W procesie leczenia dziecka są jednak momenty, w których obecność rodziców nie jest wskazana, a może być wręcz szkodliwa zarówno dla sprawnego i skutecznego przeprowadzenia niektórych czynności lekarskich czy pielęgnarskich, jak i dla samych rodziców, niemających zazwyczaj medycznego przygotowania, a więc i umiejętności odpowiedniej interpretacji obserwowanych wydarzeń. W takich sytuacjach rodzice są zazwyczaj proszeni przez personel medyczny o opuszczenie pomieszczenia, w którym znajduje się ich dziecko, i powinni spełnić tę prośbę.

Znieczulenie dziecka z wadą serca

Znieczulenie ogólne

Współczesne znieczulenie ogólne ma charakter złożony. Należą do niego:

- wyłączenie świadomości
- zwiotczenie mięśni szkieletowych
- zniesienie bólu i zablokowanie reakcji hormonalno-metabolicznej na uraz operacyjny.

Innymi słowy ktoś, kto został tylko uśpiony i zwiotczony, może w czasie operacji reagować na ból. Sygnały bólowe z pola operacyjnego docierają do mózgu i zmuszają układ nerwowy do mobilizacji organizmu, która zwykle występuje w wyjątkowych sytuacjach zagrażających życiu. Gdy człowiek musi się bronić, uciekać lub przetrwać w trudnych warunkach, taka reakcja organizmu jest korzystna. Inaczej jednak się dzieje podczas operacji przeprowadzanej w znieczuleniu ogólnym.

Badania naukowe wykazały, że na przeżycie dzieci po operacjach wad serca istotnie wpływa sposób znieczulenia. Konieczne jest podanie silnych leków anestetycznych i przeciwbólowych w dużych dawkach lub zastosowanie znieczulenia przewodowego (np. znieczulenia zewnątrzoponowego). Dopiero wtedy sygnały bólowe, docierające do mózgu z pola operacyjnego, nie wywołują szkodliwej reakcji hormonalno-metabolicznej. Właściwe dobranie leków i metod znieczulenia zabezpiecza pacjenta przed ujemnymi skutkami urazu operacyjnego i zasadniczo wpływa na wyniki leczenia. Anestezjolog nie tylko usypia (i budzi) pacjenta; podczas całego znieczulenia ogólnego i operacji obserwuje (monitoruje) ważne dla życia czynności ustroju i zapobiega zaburzeniom krążeniowo-oddechowym oraz metabolicznym. Najważniejszy organ, który trzeba zawsze chronić, to mózg.

Należy podkreślić, że wszystkie wymienione na wstępie elementy znieczulenia ogólnego mają charakter całkowicie odwracalny, tzn. nie wpływają na dalszy rozwój fizyczny i intelektualny dziecka.

Rozmowa z anestezjologiem

Przed operacją anestezjolog spotyka się z rodzicami i dzieckiem, żeby zebrać informacje, które są mu potrzebne do przeprowadzenia znieczulenia. Rozmowa z rodzicami ma również na celu uzyskanie ich świadomej zgody na przeprowadzenie zabiegu operacyjnego w znieczuleniu ogólnym u dziecka. Określenie **świadoma** zgoda oznacza, że rodzice – przed podjęciem decyzji i podpisaniem odpowiedniego dokumentu – uzyskali od anestezjologa zrozumiałą dla nich informację oraz jasne odpowiedzi na zadane mu pytania. Dopiero wówczas ich decyzja spełnia wymagania świadomej zgody.

Rozmowa z anestezjologiem jest także okazją do osobistego poznania lekarza, który będzie odpowiadał za bezpieczeństwo dziecka podczas poważnej operacji.¹ Przebieg rozmowy może wpłynąć zasadniczo na stres, który przeżywają rodzice. Rozmowa powinna ich uspokoić, a nie zwiększyć ich niepokój. Aby rozmowa przyniosła zamierzony skutek, muszą być spełnione podstawowe warunki, jak: osobny gabinet, brak pośpiechu, cierpliwość, umiejętność słuchania i zadawania pytań, poruszenie wszystkich ważnych kwestii, spojrzenie na całą sytuację oczami dziecka.

Moja rada

Nie należy rozmawiać na temat znieczulenia dziecka z osobami, które nie są specjalistami z dziedziny anestezjologii i nie mają doświadczenia w znieczulaniu dzieci z wadami serca. Błędne opinie uzyskane od niekompetentnych osób mogą niepotrzebnie zwiększyć niepokój rodziców.

Przygotowanie dziecka

Równie ważne jak rozmowa z rodzicami jest przygotowanie psychologiczne dziecka. Używając określenia „psychologiczne”, nie mam na myśli konsultacji psychologa. Jeżeli dziecko jest na tyle duże, że potrafi mówić i rozumie sytuację, anestezjolog powinien również z nim porozmawiać. Używając zrozumiałego języka, wyjaśnić dokładnie i po kolei, co się będzie z nim działo w dniu operacji, oraz odpowiedzieć na jego pytania. Dziecko powinno wiedzieć, co się będzie działo zarówno przed operacją, jak i po niej, kiedy się obudzi. Trzeba je uprzedzić, że po obudzeniu może mieć w gardle rurkę służącą do oddychania i z tego powodu nie będzie mogło mówić, że do tej rurki pielęgniarka może wkładać cewnik i odsysać wy-

¹ W dużych szpitalach, gdzie wszystko odbywa się w pośpiechu, a lekarze mają mało czasu, może się zdarzyć, że rozmowę z rodzicami będzie przeprowadzał inny anestezjolog, nie zaś ten, który ma znieczulać dziecko. Należy najpierw tę sprawę wyjaśnić (tzn. zaraz po tym, gdy lekarz się przedstawi zapytać: czy to właśnie Pan/Pani będzie znieczulał/a nasze dziecko?) i ewentualnie poprosić o spotkanie z właściwym lekarzem.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 27 lutego 1998 r. w sprawie standardów postępowania oraz procedur medycznych przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii w zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 24 marca 1998 r.) mówi: „§ 10. Lekarz anestezjolog zapoznaje się z dokumentacją medyczną pacjenta, skompletowaną wraz z niezbędnymi wynikami badań laboratoryjnych przez lekarza prowadzącego, oraz przeprowadza, co najmniej na 24 godziny przed planowanym zabiegiem operacyjnym, badanie w celu zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia, zgodnie ze stanem zdrowia pacjenta i wskazaniami medycznymi. Lekarz anestezjolog może zlecić dodatkowe badania i konsultacje niezbędne do zakwalifikowania pacjenta do znieczulenia.”

dzielinę, że z klatki piersiowej będą wychodziły inne rurki podłączone do bulgoczących butli z wodą, że pielęgniarka podająca leki przeciwbólowe będzie pytała, czy je coś boli, że w razie bólu należy odpowiedzieć ruchem powiek lub ręki, że nie będzie mogło pić ani wstawać z łóżka, że rodzice nie będą mogli od razu przy nim być, ale że pojawiają się natychmiast, gdy tylko lekarz im na to pozwoli itd. Bardzo ważne, żeby nie rozmawiać z rodzicami „nad głową dziecka”, które, pozornie nie zwracając uwagi na prowadzoną dyskusję, starannie się jej przysłuchuje. Jeżeli anestezjolog ma rodzicom do zakomunikowania coś, czego dziecko usłyszeć nie powinno, powinien im to przekazać na osobności.

Po wstępnej rozmowie dziecko rozpozna twarz anestezjologa i kiedy go spotka w dniu operacji, poczuje się bezpieczniej, gdy będzie się musiało pożegnać z pielęgniarkami ze swojego oddziału. Jest więc ważne, by lekarz, witając się z dzieckiem na bloku operacyjnym, nie miał na twarzy maski i przypomniał mu wcześniejsze spotkanie.

Anestezjolog może też zmniejszyć lęk dziecka, zlecając pielęgniarkom, żeby podały mu tzw. premedykację przed przewiezieniem na blok operacyjny. Premedykacja oznacza podanie leku uspokajającego. Obecnie najczęściej stosowany jest w tym celu midazolam (Dormicum), który można podać doustnie. Jest to lek o działaniu uspokajającym (w większej dawce nasennym), przeciwlękowym i amnestycznym (tzn. powoduje niepamięć). Ponieważ nie ma działania przeciwbólowego, w celu znieczulenia skóry w miejscu wkłucia do żyły można zastosować odpowiedni krem (EMLA).

W dniu operacji

Anestezjodolży niestety nie potrafią (poza opisaną powyżej rozmową) zmniejszyć zdenerwowania rodziców w dniu operacji ich dziecka. Stres towarzyszący oczekiwaniu na zakończenie operacji może nieco złagodzić kardiochirurg, wychodząc do rodziców i informując ich ogólnie o przebiegu operacji, stanie ich dziecka i spodziewanym czasie zakończenia zabiegu. Będą się czuli bezpieczniej, wiedząc, że ktoś o nich myśli i niepokoi się wraz z nimi. Wiele też może pomóc uśmiech, serdeczny gest i ciepłe słowo.

Moja rada

Stanowczo odradzam przyjmowanie w dniu operacji leków uspokajających lub alkoholu. Rodzice mogą natomiast wcześniej poprosić psychologa o zademonstrowanie kilku prostych ćwiczeń zmniejszających lęk i napięcie emocjonalne.

Po zakończeniu operacji anestezjolog nie zawsze budzi dziecko. Czasem korzystniejsze jest przekazanie dziecka na oddział pooperacyjny w stanie uśpienia i obudzenie go później.

Rodzice nie mogą wejść na oddział pooperacyjny od razu po przyjęciu dziecka. Lekarze i pielęgniarki potrzebują trochę czasu na wykonanie wielu ważnych czynności i badań. Dlatego muszą oni poczekać, aż przyjdzie lekarz i udzieli im informacji. Oczekiwanie na te informacje może się okazać bardzo trudne.

Warto się do tego przygotować wcześniej, np. porozmawiać z rodzicami innego dziecka, które było wcześniej operowane. Dowiedzieć się, jak oni przeżywali te chwile oczekiwania.

Podsumowanie

Nie ulega wątpliwości, że decydujący wpływ na wynik operacji ma kardiochirurg – jego umiejętności, doświadczenie i talent. Zadanie wszystkich pozostałych członków zespołu na sali operacyjnej – wśród nich anestezjologa – polega na stworzeniu mu jak najlepszych warunków do przeprowadzenia operacji. Aby to osiągnąć, potrzebne są wzajemne zrozumienie, szacunek i zaufanie – czyli podstawowe warunki dobrej pracy zespołowej. Decyzje podczas operacji trzeba podejmować i realizować natychmiast. Każdy członek zespołu musi dokładnie wiedzieć, co ma robić. Wbrew pozorom jednak, to nie kardiochirurg jest najważniejszą osobą na sali operacyjnej – najważniejsze jest oczywiście chore dziecko.

Anestezjolodzy pracują w warunkach silnego stresu i pod presją czasu. Potrafią bardzo szybko myśleć i podejmować decyzje. Ich wyobraźnia jest cały czas aktywna i pozwala przewidywać potencjalnie niebezpieczne sytuacje. W chwili zagrożenia życia pacjenta koncentrują się na działaniu. Na ogół nie są profesjonalnie przygotowani do prowadzenia rozmów z rodzicami chorych dzieci (program ich szkolenia nie obejmuje takich zagadnień). W tej dziedzinie są raczej samoukami. Cenią sobie czas, więc będą się starali przekazywać najważniejsze informacje w zwięzłej formie. Nie znaczy to, że są pozbawieni współczucia lub źle wychowani. Dla nich najważniejsze jest obserwowanie powierzonego im chorego i zapewnienie mu bezpieczeństwa.

Reasumując, można powiedzieć, że kredyt zaufania udzielony anestezjologowi to najlepsza rzecz, jaką rodzice mogą w tej sytuacji zrobić. Powinni mu zaufać, że bezpiecznie przeprowadzi dziecko przez okres operacji. Przecież to właśnie on jest specjalistą od zapewnienia choremu bezpieczeństwa.

Dzień operacji

W dniu operacji dziecko przebywa już zazwyczaj w szpitalu. W niektórych szpitalach, w których rachunek ekonomiczny w znacznym stopniu wpływa na decyzje lekarskie, dzień operacji może być równocześnie dniem przyjęcia do szpitala. Wszystkie badania przygotowujące dziecko do operacji są wówczas wykony-

wane w czasie poprzednich pobytów w szpitalu lub ambulatoryjnie (tj. w przychodni bez przyjęcia do szpitala) kilka dni przed przyjęciem.

Niezależnie jednak od momentu przyjęcia do szpitala, rodzice powinni pamiętać, że dziecko musi pozostawać na czczo, tj. w ciągu ostatnich 6 godzin nie może jeść ani pić. Mniejsze dzieci otrzymują w tym czasie kroplówkę – czyli płyny dożylnie, mające pokryć zapotrzebowanie płynowe. Podanie dziecku choćby łyka wody bez zgody personelu medycznego może wpłynąć na odroczenie terminu operacji.

Dziecko przygotowywane do operacji powinno mieć przynajmniej jedno wejście dożylnie (wenflon w żyłę obwodowej) do podania pierwszych leków znieczulających na bloku operacyjnym.

W przypadku starszych dzieci, rozumiejących cel przyjęcia do szpitala, bardzo duże znaczenie ma ich komfort psychiczny. W większości przypadków zapewnia go obecność rodziców do ostatnich chwil przed operacją.

Dzieci są specjalnie przygotowywane (premedytacja) – otrzymują leki zmniejszające lęk i stres, po których najczęściej są senne i stają się bardziej obojętne na wszystko, co się wokół nich dzieje. Niektóre dzieci dodatkowo przygotowuje psycholog kliniczny.

Dzień przed operacją podaje się zazwyczaj leki o działaniu przeczyszczającym lub zleca się wykonanie lewatywy. Dzieci nie są karmione w dobie operacji (a niekiedy znacznie dłużej w zależności od ich stanu po operacji). Ponadto w okresie okołoperacyjnym otrzymują niekiedy leki, których uboczne działanie polega na hamowaniu ruchów jelit. Wlew doodbytniczy ma ułatwić oddawanie stolca we wczesnym okresie pooperacyjnym i zapobiec powstawaniu kamieni kałowych.

Rady rodziców dla rodziców

- W dniu operacji wykonujcie dokładnie i bez żadnych dyskusji wszystkie polecenia wydane przez lekarzy i pielęgniarki.
- Absolutnie nie próbujcie podawać dziecku ukradkiem niczego ani do picia, ani do jedzenia.
- Pamiętajcie, że Wasza obecność przy dziecku do ostatnich chwil przed operacją jest dla niego bardzo ważna. Bądźcie nastawieni pozytywnie, dziecko nie może w żaden sposób odczuć Waszych lęków: uśmiechajcie się, bawcie z dzieckiem, czytajcie mu książkę, a w przypadku nawet małego dziecka śpiewajcie, nućcie, mówcie do niego. Tylko w ten sposób przyczynicie się do poprawy komfortu psychicznego dziecka, okażecie mu miłość oraz umocnicie jego wiarę w powodzenie operacji.

- Nie obiecujcie dziecku, że będziecie przy nim, kiedy się obudzi po operacji. Zapewnijcie je natomiast, że przyjdziecie do niego natychmiast, gdy zezwolą na to lekarze.
- Nie wpadajcie w panikę, gdy pielęgniarka i anestezjolog przyjdą zabrać dziecko na blok operacyjny. Odprowadźcie je do granic bloku operacyjnego z wyrazem twarzy wyrażającym przekonanie, że dzięki operacji powróci ono do zdrowia.
- Dowiedzcie się wcześniej, czy dziecko może mieć ze sobą swoją „przytulankę”. Dziecko będzie się czuło po przebudzeniu rażniej. Wszystko, co przygotowaliście dla dziecka, musi być bezwzględnie czyste, podpisane i oddane pielęgniarce.
- Dowiedzcie się, ile w przybliżeniu będzie trwała operacja, gdzie i kiedy możecie się dowiedzieć o jej wynik i kiedy będziecie mogli zobaczyć dziecko.

Blok operacyjny

Przeprowadzenie operacji kardiologicznej u dziecka wymaga skoordynowanej współpracy około 10 osób, w tym: kardiologów, anestezjologa, perfuzjonistów i zespołu pielęgniarskiego (instrumentariuszek, pielęgniarek anestezjologicznych). Istotną rolę odgrywają pracownicy pionu technicznego, którzy dbają o sprawne funkcjonowanie sali operacyjnej – między innymi oświetlenia, klimatyzacji, sterylizacji sprzętu chirurgicznego itp. Dziecko, które trafia na blok operacyjny, jest przytomne, ale pozostaje pod wpływem tzw. premedykacji, czyli leków mających zmniejszyć jego niepokój i lęk.

Po przewiezieniu dziecka na salę operacyjną przez anestezjologa i pielęgniarkę anestezjologiczną (ryc. 4.) rozpoczyna się pierwszy etap zabiegu operacyjnego. Anestezjolog układa dziecko na stole operacyjnym (dziecko nie jest jeszcze wtedy uśpione) i podłącza system monitorowania utlenowania krwi, czyli saturacji (pulsoksymetr) oraz elektrody do zapisu EKG. Następnie podaje leki znieczulające przez wcześniej założone wkłucie do żyły obwodowej (wenflon) i intubuje dziecko, tj. wprowadza rurkę intubacyjną do tchawicy przez usta lub nos. Rurka intubacyjna służy do połączenia układu oddechowego dziecka z respiratorem – urządzeniem, które w czasie operacji „oddycha” za pacjenta.

Kolejny krok anestezjologa to założenie cewników do żył obwodowych – tj. mniejszych żył na kończynach dolnych i(lub) górnych – które służą w czasie operacji do podawania leków i płynów leczniczych. Do bezpośredniego pomiaru ciśnienia tętniczego służy cewnik założony do tętnicy promieniowej (przy nadgarstku) lub udowej (w pachwinie). Dokładny pomiar objętości wydalanego

Ryc. 4. Blok operacyjny – trwa operacja serca dziecka



moczu umożliwia cewnik wprowadzany do pęcherza moczowego. Ponieważ zdecydowaną większość operacji kardiologicznych przeprowadza się w hipotermii (tj. obniżonej temperaturze ciała), do ciała dziecka wprowadzane są czujniki temperatury (najczęściej do przełyku, nosa i odbytnicy). Bardziej skomplikowane operacje wymagają założenia cewników do dużych żył: żyły szyjnej wewnętrznej lub żyły udowej do pomiaru ośrodkowego ciśnienia żylnego (ciśnienia w prawym przedsionku).

Uzyskiwane wyniki pomiarów przedstawiane w postaci wykresów lub wartości liczbowych na monitorze (ośrodkowe ciśnienie żyłne, ciśnienie tętnicze, zapis krzywej EKG, saturacja, temperatura) dostarczają informacji o stanie dziecka; na ich podstawie kardiochirurg oraz anestezjolog podejmują decyzje dotyczące operacji i prowadzenia pacjenta (liczba i rodzaj stosowanych leków, sposób ustawienia parametrów respiratora itd). Ostatni element przygotowania stanowi odpowiednie ułożenie dziecka na stole operacyjnym, w zależności od planowanego dojścia operacyjnego. Najczęstsze jest ułożenie na plecach, gdy planuje się sternotomię środkową (cięcie mostka w linii środkowej), lub na boku z uniesioną ponad głowę kończyną górną w przypadku operacji przeprowadzanych z torakotomii tylnobocznej (cięcie klatki piersiowej na boku pod łopatką).

Równoległe z powyższymi czynnościami zespół chirurgów przygotowuje się do operacji (kilkakrotne mycie rąk specjalnymi płynami, wkładanie czapek,

masek, sterylnych fartuchów i rękawiczek). Zespół instrumentariuszek przygotowuje sterylne zestawy narzędzi oraz materiałów chirurgicznych. Perfuzjoniści przygotowują układ do krążenia pozaustrojowego, który zastępuje pracę serca i płuc w czasie wykonywania operacji na otwartym sercu.

Po zakończeniu wszystkich wymienionych wyżej czynności chirurdzy przygotowują pole operacyjne: zmywają skórę odpowiednimi środkami antyseptycznymi (niszczącymi drobnoustroje występujące na skórze) i obkładają miejsce, w którym planowana jest linia cięcia, sterylnymi chustami.

Po otwarciu klatki piersiowej (przecięcie skóry, tkanki podskórnej, mięśni, mostka) otwiera się worek osierdziowy (włóknistą torebkę otaczającą serce). Następnie w tych zabiegach, które tego wymagają, podłącza się krążenie pozaustrojowe, wprowadzając kaniule (specjalne rurki) do aorty i prawego przedsionka. Większość operacji kardiologicznych wykonuje się na otwartym sercu, istnieje bowiem możliwość zastosowania krążenia pozaustrojowego – systemu utrzymującego przepływ krwi w narządach i tkankach przy zatrzymanym sercu.

Układ krążenia pozaustrojowego (ryc. 5.) składa się z: pompy (zastępującej funkcję serca), oksygenatora (zastępującego funkcję płuc urządzenia, w którym odbywa się wymiana gazowa), wymiennika ciepła (urządzenia regulującego temperaturę krwi), rezerwuaru krwi oraz zestawu filtrów i łączących poszczególne elementy drenów. System krążenia pozaustrojowego podłącza się, umieszczając jedną kaniulę w prawym przedsionku serca (pobiera się nią krew „od dziecka”), a drugą w aorcie (podaje się nią krew „do dziecka”) operowanego. Sprawne funkcjonowanie krążenia pozaustrojowego wymaga podania do układu heparyny, substancji hamującej krzepnięcie krwi, która zapobiega wykrzepianiu i zatkaniu skrzepami całego systemu drenów i kaniul.

Zabiegi kardiologiczne na zatrzymanym sercu z użyciem krążenia pozaustrojowego muszą być wykonywane w warunkach hipotermii, czyli obniżenia

Ryc. 5. Układ krążenia pozaustrojowego



temperatury ciała, czasami aż do 20°C. W warunkach obniżonej temperatury dochodzi do zwolnienia procesów metabolicznych tkanek, co powoduje zmniejszenie zapotrzebowania komórek na tlen oraz substancje odżywcze i chroni w ten sposób przed ich uszkodzeniem. Obniżenie temperatury ciała pacjenta uzyskuje się poprzez obniżenie temperatury krwi w układzie krążenia pozaustrojowego, obniżanie temperatury otoczenia, schłodzenie materaca, na którym leży pacjent, i obłożenie głowy dziecka lodem. W takich warunkach – hipotermii i krążenia pozaustrojowego – operujący kardiochirurdzy przeprowadzają zabieg operacyjny.

Po zakończeniu operacji serce musi na nowo rozpocząć pracę: temperaturę ciała podnosi się do prawidłowych wartości, ogrzewając krew w układzie krążenia pozaustrojowego, zwiększając temperaturę otoczenia i podgrzewając materac. Po usunięciu kaniul krążenia pozaustrojowego operację kończy zszycie rany operacyjnej i założenie opatrunku. Działanie heparyny, która hamuje krzepnięcie, odwraca podanie protaminy, substancji wiążącej heparynę. Czasami jednak w tym okresie operacji tamowanie uporczywego krwawienia przedłuża cały zabieg. Większość operacji przeprowadzanych w krążeniu pozaustrojowym trwa około 3–4 godzin. Bardziej skomplikowane zabiegi mogą trwać 5–7 godzin, a niekiedy nawet dłużej.

Uważa się, że zabieg operacyjny jest udany, jeżeli wszystkie procedury na sali operacyjnej przebiegły zgodnie z wcześniej ustalonym planem. Jest to jednak dopiero połowa sukcesu – ostatecznie o losach operowanego pacjenta decyduje przebieg pooperacyjny – leczenie na oddziale intensywnej opieki medycznej i kardiochirurgicznym.

Opieka pooperacyjna – oddział intensywnej opieki medycznej

Po zakończeniu operacji dziecko przewożone jest na oddział intensywnej opieki medycznej (ryc. 6.). Najczęściej pozostaje pod działaniem leków znieczulających w stanie głębokiego snu, nie czuje bólu, nie oddycha samodzielnie (jest podłączone do respiratora) i nadal wymaga ścisłego monitorowania.

Wyposażenie oddziału intensywnej opieki medycznej umożliwia kontynuację prowadzenia sztucznej wentylacji oraz monitorowanie wszystkich ważnych dla życia funkcji organizmu. Monitorowanie, czyli odbiór, analiza i zapis danych obejmuje podstawowe parametry życiowe pacjenta, takie jak: ciśnienie tętnicze, ośrodkowe ciśnienie żyłne (ciśnienie w prawym przedsionku), saturacja (wysycenie tlenem krwi), temperatura ciała i EKG. Wszystkie te dane są przedstawiane na monitorach zlokalizowanych przy łóżeczkach dzieci. Najważniejszą rolę odgrywa jednak obserwacja dziecka przez specjalnie wyszkolone pielęgniarki i lekarzy. Leczenie na oddziale intensywnej opieki medycznej jest kompleksowe: prowadzą je kardiochirurdzy, anestezjolodzy, pediatrzy i kardiologowie.

Ryc. 6. Oddział intensywnej opieki medycznej



Noworodki i niemowlęta leżą zazwyczaj w inkubatorach (otwartych lub zamkniętych), urządzeniach, które utrzymują odpowiednią temperaturę w otoczeniu dziecka. Większe dzieci leżą w normalnych łóżeczkach.

Bezpośrednio po operacji większość pacjentów podłączona jest do respiratora przez rurkę intubacyjną, wprowadzoną przez nos lub usta do tchawicy (ryc. 7.). Respirator to urządzenie zastępujące lub wspomagające oddychanie. Gdy dziecko wybudzi się całkowicie ze znieczulenia, zaczyna samodzielnie oddychać i, jeżeli funkcja serca jest prawidłowa, można podjąć decyzję o odłączeniu od respiratora (ekstubacji). Następuje to zazwyczaj w 1. dobie po operacji, ale okres wspomagania oddechu może trwać znacznie dłużej (w przypadku mniejszych dzieci oraz bardziej skomplikowanych wad), co nie musi wcale oznaczać wystąpienia jakichś powikłań.

Obok rurki intubacyjnej widoczna jest zazwyczaj druga cieńsza rurka, wprowadzona przez nos lub usta. Jest to sonda żołądkowa służąca do odprowadzania płynu gromadzącego się w żołądku w czasie operacji, a potem, gdy dziecko nie je samodzielnie, do podawania pokarmu.

Wszystkim dzieciom operowanym w krążeniu pozaustrojowym pozostawia się dren w klatce piersiowej (rurka wychodząca na zewnątrz w pobliżu rany operacyjnej), przez który drenowana jest krew z okolicy serca. Zapobiega to gromadzeniu się krwi w worku osierdziowym, która może uciskać serce i zaburzać w ten sposób jego funkcję. Gdy ustępuje krwawienie, dren jest usuwany (zazwyczaj w 1. dobie po operacji). W szczególnych przypadkach, gdy chirurdzy przewidują gromadzenie się płynów w jamach ciała, jeszcze w trakcie operacji zakładają do tych jam dreny. Najczęściej jednak dodatkowe dreny zakładane są dopiero wówczas, gdy zgromadzi się duża ilość płynu, upośledzająca funkcję narządów (płuc, serca).

Zdecydowana większość rurek, jakie dochodzą do dziecka, to cewniki wprowadzone do naczyń, przez które podawane są leki i płyny. Z drugiej strony po-

Ryc. 7. Niemowlę po operacji kardiochirurgicznej (widoczny opatrunek na lewym boku) z podłączonym respiratorem (rurka intubacyjna wprowadzona przez nos) oraz sondą żołądkową zakończoną strzykawką



łączone są one ze strzykawkami zainstalowanymi w specjalnych urządzeniach, tzw. pompach infuzyjnych, które równomierne podają określone przez lekarza dawki leków.

Za pomocą cewnika w pęcherzu moczowym monitoruje się diurezę (ilość oddawanego moczu), co jest nie tylko pośrednim wskaźnikiem funkcji serca, ale też ułatwia ocenę gospodarki płynowej dziecka.

Do najczęściej stosowanych leków po operacjach kardiochirurgicznych należą leki diuretyczne (np. furosemid) – stosowane w celu zwiększenia produkcji moczu i usunięcia nadmiaru wody z organizmu, leki inotropowe (np. dopamina, adrenalina, milrinon, digoksyna) – stosowane w celu poprawy kurczliwości mięśnia sercowego, antybiotyki – stosowane w celu profilaktyki lub leczenia zakażeń oraz środki przeciwbólowe i uspokajające. Ponieważ większość leków przeciwbólowych działa również nasennie, dzieci we wczesnym okresie pooperacyjnym bardzo dużo śpią, co wywołuje niepotrzebnie niepokój rodziców.

W dobie operacji dzieci nie są karmione. Podawanie pokarmów przez sondę lub karmienie doustne rozpoczyna się zazwyczaj w 1.–3. dobie po operacji. Wtedy należy się dowiedzieć, jak można dostarczać na oddział pokarm matki, a także poinformować lekarzy prowadzących dziecko o alergiach pokarmowych, specjalnych dietach (tzw. eliminacyjnych), czy też zwyczajach żywieniowych dziecka.

Niekiedy ze względu na niestabilny stan układu krążenia, zakażenie ogólnoustrojowe, czy też powikłania ze strony przewodu pokarmowego okres ścisłej diety ulega przedłużeniu i dziecko jest karmione pozajelitowo. Żywienie pozajelitowe (hiperalimentacja) polega na dostarczaniu wszystkich składników pokarmowych (białka, tłuszcze, węglowodany), podobnie jak witamin i mikroelementów w formie łatwo przyswajalnych cząsteczek. Składniki te podawane są bezpośrednio do naczyń i pokrywają w całości zapotrzebowanie dziecka.

Okres leczenia na oddziale intensywnej opieki medycznej jest różny i zależy od stanu dziecka przed operacją, wieku dziecka, rodzaju wady, przebiegu i rodzaju wykonanej operacji, procesu gojenia i wystąpienia powikłań pooperacyjnych. Stan dziecka nawet po udanym zabiegu kardiochirurgicznym należy zawsze określać jako poważny, zwłaszcza w pierwszych dniach po operacji, z uwagi zarówno na sam rodzaj zabiegu, jak i groźące powikłania.

Dla rodziców dziecka pierwsze dni po operacji kardiochirurgicznej są bardzo trudne: niepokoją się o jego dalsze losy, martwią groźącymi powikłaniami pooperacyjnymi, a ich stres pogłębia ograniczony lub wręcz niemożliwy bezpośredni kontakt z dzieckiem, które nadal pozostaje pod wpływem silnych środków znieczulających i uspokajających, a także jest otoczone skomplikowaną aparaturą (przewody, dreny, monitory, pompy).

Lekarze oddziału intensywnej opieki medycznej są zobowiązani do informowania rodziców o aktualnym stanie dziecka. Udzielając informacji, często, zazwyczaj nieświadomie, używają skomplikowanej terminologii medycznej. Rodzice mają oczywiście prawo do uzyskania wyjaśnień dotyczących niejasnych pojęć, muszą jednak pamiętać, że specyfika pracy na tym oddziale nie zawsze pozwala lekarzowi poświęcić rodzicom wystarczająco dużo czasu, aby wyjaśnić wszystkie niejasności. Rodzice powinni więc zadawać krótkie i w miarę możliwości precyzyjne pytania. W dobie operacji powinni zapytać o przebieg operacji (czy jest zgodny z planem? czy wystąpiły jakieś powikłania?), o aktualny stan dziecka, o sposób, w jaki powinni się dowiadywać o dziecko w ciągu najbliższych dni (jak często można przychodzić, dzwonić? pod jakie numery telefonów?).

Informacje o tym, jak opiekunowie muszą wyposażyć swoje dziecko (pieluszki, ubranka, ulubiony smoczek) można uzyskać również od pielęgniarek. Jeżeli w danym szpitalu przewiduje się odwiedziny rodziców na oddziale intensywnej opieki medycznej, zazwyczaj ich czas jest ograniczony (kilka minut). Rodzice muszą także wiedzieć, że stan ich dziecka lub dzieci leżących obok, a także zabiegi wykonywane przez pielęgniarki i lekarzy mogą się stać przyczyną nagłego przerwania odwiedzin lub wręcz je uniemożliwić. Dobrze więc zapytać, jakie formy odwiedzin są na danym oddziale zgodne z panującym regulaminem i zwyczajami.

Gdy stan dziecka ulega poprawie, zaczyna samodzielnie oddychać, nie wymaga stosowania silnych leków wspomagających krążenie i może być normalnie karmione, stopniowo usuwa się wszystkie wkłucia i cewniki. Odłącza się również stopniowo urządzenia monitorujące i dziecko można przenieść na oddział pooperacyjny (kardiochirurgiczny).

Transfuzja krwi

Krew jest płynną tkanką krążącą w układzie naczyń krwionośnych (tętnice, żyły, naczynia włosowate). Około 1/3 objętości krwi stanowią krwinki czerwone (erytrocyty), krwinki białe (leukocyty) i krwinki płytkowe (trombocyty), pozostałe 2/3 objętości krwi to osocze (plazma), które jest wodnym roztworem różnych białek (albuminy, globuliny i inne).

Krew spełnia wiele ważnych funkcji. Przede wszystkim zaopatruje wszystkie tkanki organizmu w tlen, substancje odżywcze, hormony, witaminy i mikroelementy, a produkty przemiany materii przenosi do narządów wydalniczych (nerki, płuca, gruczoły potowe).

Hemoglobina znajdująca się w krwinkach czerwonych transportuje do tkanek tlen pobrany z płuc i odwrotnie przenosi z tkanek do płuc dwutlenek węgla.

Krwinki białe niszczą bakterie, wirusy, grzyby, pasożyty i inne mikroorganizmy, chronią organizm przed zakażeniem.

Płytki krwi wraz z czynnikami krzepnięcia biorą udział w procesie krzepnięcia krwi.

Białka osocza – albuminy – utrzymują prawidłowe ciśnienie osmotyczne krwi, czyli zapobiegają przechodzeniu wody z naczyń krwionośnych do tkanek i powstawaniu obrzęków.

Krażenie krwi spełnia również bardzo ważną rolę w regulacji temperatury ciała.

Grupy krwi

Znane są liczne układy grupowe krwi, jednak największe znaczenie ma układ grupowy AB0 i Rh.

W układzie grupowym AB0 na powierzchni krwinek czerwonych znajdują się 2 antygeny – antygen A i antygen B. Na tej podstawie rozróżnia się 4 podstawowe grupy krwi: jeśli antygeny występują pojedynczo, mówi się o grupie A lub B, jeśli wspólnie, o grupie AB. Jeżeli na powierzchni krwinek nie stwierdza się tych antygenów, krew jest grupy 0 (zero).

W surowicy krwi zawsze znajdują się naturalne przeciwciała, tzw. izoprzeciwciała dla antygenów nieobecnych na powierzchni krwinek czerwonych. Izoprzeciwciała w kontakcie z niezgodną grupowo krwią zlepiają, a następnie niszczą erytrocyty.

Na układ grupowy Rh składają się antygeny C, D, E. Najważniejszy i najsilniejszy jest antygen D – w zależności od jego braku lub obecności wprowadzono oznaczenie Rh(-) i Rh(+).

Krew – niezastąpiony lek – przetaczana jest tym chorym, u których nie ma możliwości zastosowania innego leczenia.

W kardiologii dziecięcej istnieją następujące podstawowe wskazania do przetoczenia krwi (transfuzji):

1. Operacja w krążeniu pozaustrojowym u małego dziecka. Krążenie pozaustrojowe zastępuje pracę serca i płuc w czasie operacji. Operacja w krążeniu pozaustrojowym u dużego dziecka nie powoduje groźnego dla życia rozcieńczenia krwi i może być przeprowadzana bez użycia krwi i preparatów krwiopochodnych.
2. Masywne krwawienia pooperacyjne.
3. Anemia w okresie pooperacyjnym, czyli zmniejszenie ilości hemoglobiny we krwi. Dotyczy to często niemowląt w okresie tzw. fizjologicznej anemii pomiędzy 8. a 12. tygodniem życia, kiedy to hemoglobina płodowa rozpada się, a organizm nie zdążył jeszcze wytworzyć wystarczającej ilości nowej hemoglobiny.

Kardiologia jest dziedziną medycyny, w której zużywa się najwięcej krwi i preparatów krwiopochodnych. Do jednej operacji nawet małego dziecka potrzeba najczęściej od 1 do 2 litrów krwi.

Przetoczenie krwi

Przetoczenie krwi (transfuzja) polega na wprowadzeniu bezpośrednio do naczyń (najczęściej żył) pełnej krwi lub jej poszczególnych składników (preparatów krwiopochodnych).

Ponieważ krew jest tkanką i ponad 1/3 objętości krwi stanowią komórki, przetoczenie krwi to pewnego rodzaju przeszczepienie. Biorca i dawca krwi muszą mieć zgodne grupy krwi, aby nie nastąpiła reakcja obronna organizmu biorcy, a w efekcie odrzucenie przeszczepu.

Przed każdym przetoczeniem wykonuje się z każdej partii przetaczanej krwi tzw. próbę krzyżową, określającą zgodność w zakresie antygenów układu AB0 i antygeny D z układu Rh. Po uzyskaniu pomyślnego wyniku próby krzyżowej można podjąć decyzję o przetoczeniu. Jeżeli biorcą jest noworodek lub niemowlę do 3. miesiąca życia, należy również oznaczyć grupę krwi matki i obecność ewentualnych przeciwciał w krążeniu dziecka (przeciwciała matki przechodzą przez łożysko w życiu płodowym).

Najlepsze rozwiązanie dla każdego pacjenta stanowi transfuzja autologiczna. Polega ona na przetoczeniu pacjentowi jego własnej krwi w czasie operacji (krew, która opuściła łożysko naczyniowe w polu operacyjnym przechodzi przez system filtrów i z powrotem podawana jest pacjentowi) lub krwi zgromadzonej na kilka tygodni przed planowaną operacją (krew konserwowana i gromadzona w banku krwi). Niestety w większości przypadków, szczególnie u małych dzieci, nie jest to możliwe.

Powikłania po przetoczeniu

Powikłania po przetoczeniu krwi występują bardzo rzadko. Najczęstsze powikłanie stanowi wystąpienie reakcji uczuleniowej na przetaczaną krew. Objawy reakcji uczuleniowej zazwyczaj ograniczają się jedynie do wysypki, przyspieszenia akcji serca lub gorączki, ale mogą również przybrać postać wstrząsu.

Drugie groźne powikłanie to zakażenie chorobami wirusowymi (AIDS, zapalenie wątroby typu B lub C). Przetaczana krew jest zawsze badana w kierunku chorób zakaźnych, jednak czasami może się zdarzyć (1 przypadek na kilkaset tysięcy przetoczeń), że zawiera chorobotwórcze drobnoustroje, których wykrycie było niemożliwe. Dotyczy to najczęściej krwi pobieranej w okresie tzw. okna immunologicznego, tj. bezpośrednio po zakażeniu, kiedy organizm dawcy nie zdążył jeszcze wyprodukować przeciwciał przeciwko wirusowi. Badanie na obecność przeciwciał jest najczęściej stosowanym testem w kierunku zakażeń, którego wynik może wyeliminować daną krew z banku krwi.

Oddanie krwi jest zabiegiem bezpiecznym. Dawcą krwi może być każda osoba w wieku 18–65 lat, jeśli jest zdrowa, nie pozostaje pod wpływem alkoholu i zostanie zakwalifikowana przez lekarza przeprowadzającego badanie ogólne i wywiad. Wykonuje się również badania laboratoryjne krwi i moczu. Wykrycie we krwi wirusów: HIV, zapalenia wątroby typu B lub C lub dodatnich odczynów kiłowych jest czynnikiem wykluczającym oddanie krwi. Jednorazowo dawca oddaje krew pełną w ilości 450 ml. Zabieg można powtarzać co 8 tygodni. Rodzice dzieci, rodzina i znajomi często oferują oddanie krwi, co jest bardzo cennym uzupełnieniem zasobów dostępnych w bankach krwi.

Sytuacje szczególne

Stanowisko niektórych religii (np. świadkowie Jehowy) zabraniające przetoczenia krwi u swych wyznawców, w Polsce musi być respektowane przez lekarzy i jest związane z prawem każdego obywatela do wyrażania zgody na leczenie lub nie wyrażania jej, zgodnie z przekonaniami i wyznawanymi zasadami.

We wspólnocie świadków Jehowy transfuzje krwi były dopuszczalne do 1945 roku, kiedy to wprowadzono ich zakaz, a od 1961 roku za przekroczenie tego zakazu grozi wykluczenie ze zboru.

Towarzystwo Strażnica w uzasadnieniu zakazu powołuje się na fragmenty Biblii zakazujące „przyjmowania krwi”. Kontekst biblijny odnosi się jednak zawsze do spożywania krwi, a nie jej przetaczania, ponadto Biblijne wzmianki dotyczą zawsze krwi zwierzęcej, a nie ludzkiej. Przetoczenie krwi z punktu widzenia medycyny jest przeszczepieniem, a nie spożyciem.

Przeszczepienia narządów we wspólnocie świadków Jehowy są dozwolone od 1980 roku, jednak w zakresie przetaczania krwi, również przeszczepienia, polityka Towarzystwa Strażnica jest bardzo nieuporządkowana i z punktu wi-

dzenia nauki nieuzasadniona. Dopuszcza się np. przetaczanie niektórych preparatów krwiopochodnych (albumin, immunoglobulin, czynników krzepnięcia), a zakazuje innych (osocza – które jest mieszaniną preparatów dozwolonych: albumin, globulin itd.). Jedne transfuzje są dozwolone, a inne zabronione, nawet w obliczu zagrożenia życia.

Problem dzieci, których rodzice są świadkami Jehowy, jest szczególnie złożony. Dziecko nie może być świadkiem Jehowy, ponieważ wspólnota ta praktykuje chrzest osób „dojrzałych umysłowo” – zatem zakazy Towarzystwa Strażnica nie dotyczą dzieci, natomiast rodzice należący do wspólnoty w nieuzasadniony sposób odnoszą je do swoich dzieci, co jest przyczyną niepotrzebnych tragedii.

Należy mieć nadzieję, że rodzice mając na względzie dobro i życie swoich dzieci, będą postępowali racjonalnie i nie będą odmawiali zgody na przetoczenie krwi i preparatów krwiopochodnych.

Polityka przywódców wspólnoty świadków Jehowy dotycząca przetoczeń krwi zostanie z pewnością wkrótce zmieniona, jak to miało miejsce w przypadku przeszczepów, szczepionek czy niektórych składników krwi. Zajmuje się tym towarzystwo powstałe w łonie wspólnoty – Zjednoczenie Świadków Jehowy na rzecz Reform w kwestii Krwi. Trzeba mieć jednak świadomość nieodwracalnych i tragicznych konsekwencji obecnego stanowiska wspólnoty (źródło: <http://www.ajwrb.org/polish/links/index.html>)

O co należy pytać lekarza prowadzącego?

„U mojej 2-letniej córki kardiolog zdiagnozował właśnie tętniaka AS z małym ubytkiem. Nie mogę za wiele się doczytać z informacji od lekarza, bo jest napisana odręcznie. A powtórzył tego, co mówił, też nie jestem w stanie, bo byłam w szoku.”

„Dziewczyny, co oznacza typ F0???????”

„Czy komuś mówi coś ‘niedomykalność komory trójdziałnej’, a może ‘zastawki trójdziałnej’? Spadło to na nas jak przysłowiowy grom z jasnego nieba. Proszę o wyjaśnienia.”

„Czytam i czytam, i już sama nie wiem. Czym różnią się między sobą koark-tacja i stenoza aorty?”

Informacja o wadzie serca dziecka, operacjach i związanym z nimi ryzyku zgonu wywołuje u rodziców taki stres, że idąc na rozmowę z lekarzem, nie wiedzą, o co pytać, a z tego, co lekarz mówi, na ogół niewiele rozumieją i pamiętają. Lekarze, często nie zdając sobie z tego sprawy, mówią do rodziców, używa-

jąc medycznego żargonu. Wielu z nich, pracując na co dzień z dziećmi z wadami serca, zapomina, że to co dla nich jest oczywiste, często nie jest zrozumiałe dla rodziców.

Dlatego postanowiliśmy stworzyć listę przykładowych pytań przydatnych w trakcie rozmowy z lekarzami. Z własnej praktyki wiemy, że spisanie w trakcie rozmowy odpowiedzi na papierze pomaga później w ich lepszym zrozumieniu, gdy już w domu można wszystko przemyśleć na spokojnie. W przeciwnym wypadku jest duże prawdopodobieństwo, że następnego dnia niczego nie będziemy pamiętać.

Niezależnie od tego, jaka wada serca została rozpoznana u dziecka, nigdy nie powinniśmy się bać zadawania pytań. Lekarz to taki sam człowiek jak my – często ma rodzinę i dzieci. Dlatego nie ma żadnego powodu, byśmy czuli przy nim niepewność i onieśmienie. Pamiętajcie – najlepszymi adwokatami naszych dzieci jesteśmy my sami. Od nas będzie zależało, gdzie urodzi się dziecko zdiagnozowane prenatalnie. My będziemy mieli wpływ na wybór szpitala, a co się z tym może wiązać – wybór metod leczenia. Z całą pewnością poczucie, że zrobiło się wszystko, co w naszej mocy, powiązane z zaufaniem, jakim obdarzymy lekarzy, będzie korzystnie wpływało na nasze samopoczucie podczas operacji i rekonwalescencji dziecka.

Pytania, które warto zadać kardiologowi

1. Jak wygląda i pracuje zdrowe serce?
2. Na czym polega wada serca dziecka?
3. Czy możliwe jest narysowanie tej wady na graficznym schemacie zdrowego serca? (schemat znajduje się na końcu książki)
4. Czy konieczne będzie leczenie chirurgiczne tej wady? Jeżeli tak, to kiedy? Czy będzie to jedna operacja, czy planowanych jest kilka?
5. Czy jest jedna metoda leczenia tej wady, czy też są różne metody? Jaki mam wpływ na wybór konkretnej metody?
6. W którym ośrodku i ile takich operacji przeprowadzono – o ile lekarz nie zna danych z innych ośrodków, zapytajcie o operacje w danym ośrodku oraz jakie były ich wyniki operacji?
7. Który lekarz najczęściej operuje daną wadę?
8. Czy mam możliwość wyboru szpitala lub chirurga? Jeżeli tak, to jaki mam wybór i kogo lekarz nam poleca? (spróbuj spytać: „Gdyby to było Pani/Pana dziecko, gdzie i przez kogo chciałaby Pani/Pan, żeby było operowane?”)
9. Jakie leki i dlaczego dziecko musi obecnie dostawać?
10. Jakie badania i zabiegi czekają dziecko w najbliższym czasie?
11. Jak długo może trwać pobyt dziecka w szpitalu?
12. Na jakich oddziałach dziecko będzie przebywało – czy będzie przyjęte od razu na kardiochirurgię czy najpierw na kardiologię? Ile czasu dziecko będzie przebywało na oddziale przed operacją?

13. W przypadku diagnozy prenatalnej warto spytać o możliwość porodu w szpitalu, w którym ma być leczone dziecko po urodzeniu lub innym znajdującym się w jego pobliżu oraz o najlepszy sposób rozwiązania ciąży: poród naturalny czy cesarskie cięcie.

Pytania, które warto zadać chirurgowi przed operacją

1. Na czym będzie polegała operacja/zabieg w przypadku mojego dziecka?
2. Czy będzie to operacja w krążeniu pozaustrojowym?
3. Co się stanie, jeżeli nie uda się przeprowadzić operacji zgodnie z planem?
4. Jak długo będzie trwała operacja i z jakim wiąże się ona ryzykiem?
5. Czy dziecko będzie miało w trakcie jej trwania transfuzję krwi?
6. Czy mogę być dawcą krwi dla mojego dziecka?
7. Kto i kiedy udzieli mi informacji o przebiegu operacji?
8. Jakie są najczęstsze powikłania pooperacyjne w przypadku tej wady?
9. W jaki sposób mogę się z Panią/Panem skontaktować po operacji?
10. Jakie są szanse mojego dziecka na normalne życie, jeśli uda się skorygować wadę?
11. Czy po operacji pozostanie blizna? Jeżeli tak, to gdzie?
12. Z kim mam się kontaktować w razie dodatkowych pytań?

Pytania, które warto zadać chirurgowi bezpośrednio po operacji bądź lekarzowi informującemu nas o jej przebiegu (np. anestezjologowi)

1. Czy udało się naprawić wadę?
2. Czy dziecko jest stabilne?
3. Czy pojawiły się jakieś problemy w trakcie operacji?
4. Czy dziecko potrzebowało transfuzji krwi lub innych preparatów krwiopochodnych?
5. Jaka aparatura wspomaga obecnie życie dziecka? Jakie leki dziecko otrzymuje?
6. Czy dziecko samodzielnie oddycha? A jeśli nie, to kiedy jest przewidywany termin odłączenia od aparatury wspomagającej oddychanie?
7. Do kogo i jak często mogę dzwonić, by uzyskać bieżące informacje o stanie zdrowia dziecka? (poproś o numery telefonów)
8. Kiedy będę mógł zobaczyć dziecko?
9. Kiedy będę mógł dłużej pozostać z dzieckiem? Czy jest to możliwe również w nocy?
10. Na jakim oddziale dziecko będzie przebywało i jak długo?
11. Kiedy dziecko będzie mogło pić i jeść? Czy można mu coś przynieść?
12. Kiedy dziecko będzie mogło usiąść? Wstać?

Pytania, które warto zadać przed wypisem do domu

1. Jakie leki, w jakich dawkach i kiedy mam podawać dziecku? (nie zapomnijcie wziąć recept!)
2. Jakie mogą wystąpić skutki działania leków, na co powinniśmy zwrócić szczególną uwagę?
3. Jak długo dziecko będzie brało leki?
4. Na kiedy planowana jest pierwsza wizyta kontrolna po operacji? U którego lekarza powinna się ona odbyć? (Warto przed wyjściem ze szpitala umówić się już na konkretny termin!)
5. Jakie badania i jak często należy u dziecka wykonywać?
6. Czy wskazana jest rehabilitacja? Jeśli tak, to jaka i kto ją będzie prowadził? Czy można ją robić z dzieckiem samemu w domu?
7. Czy powinniśmy się zaopatrzyć w jakieś specjalne urządzenia – aparat tlenowy, ciśnieniomierz itp.
8. Czy moje dziecko powinno być na specjalnej diecie? Jeżeli tak, to jakiej?
9. Czy dziecko potrzebuje regularnych przerw na odpoczynek i(lub) zwolnienia z WF? (ważne w przypadku dzieci w wieku szkolnym)
10. Czy trzeba zwracać szczególną uwagę na pogłębiające się objawy sinicy w czasie płaczu?
11. Czy powinniśmy wiedzieć o jakichś specjalnych ograniczeniach dla dziecka?
12. Kiedy dziecko będzie mogło powrócić do normalnej aktywności fizycznej: biegać, pływać, grać w piłkę, jeździć na nartach? Jakie sporty są niewskazane?
13. Czy dziecko może jeździć w góry – do jakiej wysokości? Latać samolotem?
14. Jakie szczepienia i w jakim wieku – poza standardowym kalendarzem – należy dziecku zrobić?
15. Czy szczepienia, których termin przypadał w trakcie pobytu dziecka, były wykonane w szpitalu – jeśli nie, to kiedy i gdzie należy je wykonać?
16. W przypadku jakich chorób należy się udać z dzieckiem do szpitala (zapalenie płuc, inne)?
17. Czy należy informować lekarzy o wadzie serca dziecka i w jakich przypadkach, jaką informację należy im przekazać – czy wystarczy wypis ze szpitala?
18. Na jakie aspekty zdrowia dziecka należy zwracać szczególną uwagę – zęby, przeziębienia, zakażenia, choroby zakaźne, alergie – co w poszczególnych przypadkach należy robić?
19. Czy dziecko powinno się odizolować od dorosłych i dzieci, i na jak długo?
20. Czy dziecko może pójść do żłobka, przedszkola, szkoły i kiedy?
21. Co oznacza profilaktyka zapalenia wsierdzia i w jakim zakresie obowiązuje ona dziecko?
22. Czy w trakcie pobytu w szpitalu stwierdzono u dziecka uczulenie na jakieś leki – jeśli tak, to na jakie?
23. Czy smarować bliznę i czym?

