

Anesthesie

Pijnbestrijding voor, tijdens en na de operatie

Deze tekst is grotendeels overgenomen van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie.

Inleiding

1. De anesthesioloog

2. Verschillende soorten verdoving

3. Welke vorm van verdoving is voor u geschikt?

4. Voorbereiding op de operatie

5. Narcose (algehele verdoving)

5.1 Het wakker worden uit de narcose

5.2 Bijwerkingen van de narcose

5.3 Risico's van de narcose

5.4 Verwardheid en concentratiestoornissen na de operatie

6. Regionale verdoving van arm, been of onderlichaam

6.1 De ruggenprik (spinaal anesthesie of epiduraal katheter)

6.2 Blokverdoving van arm of been (plexusverdoving)

7. Na de ingreep

8. Pijnbestrijding na de operatie

8.1 Soorten pijnmedicatie

8.2 Wat u moet weten over metamizol

8.3 Wat u moet weten over morfine

8.4 Pijnmeting

8.5 Pijn melden

9. Naar huis

10. Vragen

Hoe gaan wij met uw vertrouwelijke gegevens om

Inleiding

Binnenkort wordt u geopereerd. Uw behandelend specialist heeft u daarover geïnformeerd. Bij die operatie is een vorm van anesthesie nodig. Anesthesie is een verzamelnaam voor verschillende soorten verdoving. In deze folder leest u over verschillende vormen van verdoving, de risico's en de mogelijke pijnbestrijding na de operatie.

Als u na het lezen nog vragen heeft, stel die dan gerust aan de anesthesioloog of de verpleegkundige.

1. De anesthesioloog

Voor de operatie, tijdens het zogenaamde pre-operatief spreekuur, ziet u de anesthesioloog. Dat is de arts die gespecialiseerd is in de verschillende vormen van verdoving en pijnbestrijding. De anesthesioloog is op de hoogte van de geplande operatie. Hij of zij stelt u vragen over uw gezondheid, welke medicijnen u gebruikt en of u allergisch bent voor bepaalde medicijnen. Ook kunt u vragen verwachten over eerdere operaties en hoe u toen op de verdoving reageerde. Zo krijgt de anesthesioloog een indruk van uw gezondheidstoestand.

De anesthesioloog die het pré-operatieve gesprek met u voert is niet altijd de anesthesioloog die u verdoving geeft tijdens de operatie. De afspraken die met u zijn gemaakt (bijvoorbeeld narcose of een ruggenprik), zijn vastgelegd en worden ook door andere anesthesiologen nagestreefd.

In het Slingeland Ziekenhuis werken arts-assistenten onder supervisie van de anesthesiologen. Bij uw operatie kan een arts-assistent aanwezig zijn. Het is mogelijk dat deze arts-assistent u de verdoving geeft of daarbij ondersteunt, onder toezicht van de anesthesioloog.

Tijdens de operatie is de anesthesioloog of de anesthesiemedewerker voortdurend bij u om u tijdens de operatie zo goed mogelijk te begeleiden. Uw ademhaling, hartslag en bloeddruk worden continu bewaakt. Ook zorgt de anesthesioloog ervoor dat uw vochtgehalte op peil blijft en dat u, indien nodig, een bloedtransfusie krijgt toegediend bij sterk bloedverlies tijdens de operatie. Zo nodig kan de anesthesioloog op ieder moment de verdoving bijstellen.

2. Verschillende soorten verdoving

Er bestaan verschillende soorten verdoving:

- narcose (algehele verdoving), waarbij het hele lichaam wordt verdoofd en u tijdelijk buiten bewustzijn bent;
- regionale verdoving: waarbij een deel van het lichaam, zoals een arm, een been of het onderlichaam, tijdelijk gevoelloos wordt gemaakt;
- lokale verdoving, waarbij een klein stukje huid 'plaatselijk' wordt verdoofd, bijvoorbeeld om een wond te hechten;
- een combinatie van bovenstaande.

3. Welke vorm van verdoving is voor u geschikt?

Welke vorm van verdoving voor u het meest geschikt is, hangt af van verschillende factoren, zoals uw leeftijd, lichamelijke conditie en de soort operatie. Uw eigen wensen kunt u voorleggen aan de anesthesioloog. Samen beslist u welke verdoving het beste past bij uw persoonlijke situatie en bij de operatie die u krijgt.

Het kan zijn dat de anesthesioloog u voorstelt om de narcose te combineren met een ruggenprik (epiduraal katheter, zie 6.1) of verdoving van een arm/been (plexusverdoving), eventueel met een plexus katheter (zie 6.2). Dit heeft als voordeel dat u na de operatie betere pijnstilling kunt krijgen.

Mocht de verdoving die met u afgesproken is onvoldoende blijken te werken of niet lukken, dan krijgt u mogelijk een andere vorm van verdoving.

Mogelijk krijgt u tijdens de operatie metamizol (Novalgine®) toegediend via het infuus. Dit middel zorgt ervoor dat u na de operatie minder pijn heeft. Als u dit middel niet toegediend wilt krijgen, kunt u dit aangeven bij de anesthesioloog tijdens het pre-operatief spreekuur. Meer informatie over metamizol vindt u in paragraaf 8.2.

4. Voorbereiding op de operatie

Medicatiespreekuur (souterrain, route 86)

Voordat u wordt opgenomen in het ziekenhuis heeft u een afspraak op het medicatiespreekuur. Een apothekersassistent bespreekt met u welke medicijnen u gebruikt. Neem voor deze afspraak altijd uw actuele medicatieoverzicht mee. Dit overzicht is verkrijgbaar bij uw eigen apotheek.

Pre-operatief spreekuur (souterrain, route 82)

Aansluitend aan het medicatiespreekuur afspraak heeft u een gesprek met een anesthesioloog en een verpleegkundige. Dit noemen we het pre-operatief spreekuur. Tijdens dit spreekuur bespreekt de anesthesioloog met u op welke manier u wordt verdoofd tijdens de operatie. De verpleegkundige geeft uitleg over de opname en uw verblijf in het ziekenhuis. Ook legt de verpleegkundige uit wat u voor de operatie wel en niet mag eten en drinken. De afspraken over het eten en drinken die voor u gelden staan op de nuchterkaart. Deze kaart krijgt u ook op het pre-operatief spreekuur.

Voorbereiding op de verdoving

Als voorbereiding op de verdoving kunt u op de verpleegafdeling een injectie of een tabletje krijgen. Hiervan wordt u al wat slaperig. Het kan ervoor zorgen dat u zich na de operatie niet altijd kan herinneren wat er allemaal is gebeurd. De verpleegkundige brengt u in uw bed naar de operatieafdeling. Daar ziet u de anesthesioloog en anesthesiemedewerker.

5. Narcose (algehele verdoving)

Voordat u de narcosemiddelen krijgt toegediend, wordt de bewakingsapparatuur aangesloten. U krijgt plakkers op uw borst om uw hartslag te meten en een klemmetje op uw vinger om het zuurstofgehalte in uw bloed te controleren. Uw bloeddruk wordt aan uw arm gemeten. U krijgt een naald ingebracht in uw arm, waarop soms een infuus wordt aangesloten. Via deze naald spuit de anesthesioloog de narcosemiddelen in. Binnen een halve minuut valt u in een diepe slaap.

Net voordat u onder narcose gaat, krijgt u een kapje met zuurstof voorgehouden. Dit ruikt een beetje naar plastic. Geef het vooraf aan indien u dit niet prettig vindt, dan houden we hier zoveel mogelijk rekening mee.

Om uw ademhaling tijdens de operatie te kunnen controleren wordt in veel gevallen een plastic beademingsbuisje in de keel gebracht voordat de operatie begint. U merkt daar niets van, want u bent dan al onder narcose.

Tijdens de operatie blijft de anesthesioloog of anesthesiemedewerker voortdurend bij u. Dankzij de bewakingsapparatuur kan precies worden vastgesteld hoe uw lichaam op de operatie reageert. De ademhaling en de bloedsomloop kunnen zo nodig worden bijgestuurd en er worden medicijnen toegediend om de narcose in stand te houden.

5.1 Het wakker worden uit de narcose

Zodra de slikreflexen terugkeren, halen we het beademingsbuisje weer uit uw keel. U merkt hier niets van. Daarna gaat u naar de uitslaapkamer.

U kunt zich kort na de operatie nog slaperig voelen en af en toe wegdommelen. Dat is heel normaal. Met het uitwerken van de narcose kunt u pijn krijgen in het operatiegebied. Door de verdoving, maar ook als gevolg van de operatie kunt u misselijk worden. Vraag de verpleegkundige gerust om een pijnstiller of een middel tegen misselijkheid.

Als de controles goed zijn, de pijnstilling goed is ingesteld en u in onze ogen genoeg wakker bent, gaat u weer terug naar de verpleegafdeling.

5.2 Bijwerkingen van de narcose

Terug op de afdeling kunt u zich nog wat slaperig voelen. Misschien bent u misselijk, moet u braken en/of heeft u pijn. De verpleegkundigen weten precies wat ze u kunnen geven. U mag er gerust om vragen.

Heeft u een zwaar of kriebelig gevoel achter in de keel, dan komt dat van het busje dat tijdens de operatie in uw keel zat om de ademhaling te kunnen regelen. Die irritatie verdwijnt vanzelf binnen een aantal dagen. Als u direct forse keelpijn en/of slikklachten heeft, meld dit dan aan de verpleegkundige.

Veel mensen hebben dorst na een operatie. Als u wat mag drinken, drink dan voorzichtig. Mag u niet drinken? Dan kan de verpleegkundige uw lippen nat maken om de ergste dorst weg te nemen.

Om de operatie goed uit te kunnen voeren, heeft u spierverslappers gekregen. Na de operatie krijgt u het middel Bridion (sugammadex) toegediend. Dit middel versnelt het herstel van de kracht van uw spieren.

Het middel Bridion kan invloed hebben op hormonale anticonceptiemiddelen. Wij adviseren u het volgende:

- Als u de anticonceptiepil gebruikt op dezelfde dag dat u Bridion krijgt toegediend, volg dan de instructies voor een vergeten tablet in de bijsluiter van uw pil.
- Als u andere hormonale anticonceptiemiddelen gebruikt (bijvoorbeeld een anticonceptiering, implantaat of een IUS zoals een spiraaltje), dient u de komende 7 dagen een aanvullende, niet-hormonale anticonceptiemethode (zoals een condoom) te gebruiken. Volg daarbij het advies in de bijsluiter op.

5.3 Risico's van de narcose

Narcose is tegenwoordig zeer veilig. Complicaties zijn echter niet altijd te voorkomen. De volgende complicaties kunnen voorkomen bij een narcose:

- U kunt allergisch reageren op medicijnen.
- Als u niet nuchter bent, kan maaginhoud in de longen terechtkomen. Dit kan een longontsteking veroorzaken.
- Bij het inbrengen van het beademingsbuisje kan uw gebit worden beschadigd, evenals uw stembanden.
- Door een ongelukkige houding tijdens de operatie kan een zenuw in uw arm of been beklemd raken, waardoor tintelingen en krachtverlies kunnen blijven bestaan. Dit risico is hoger bij een operatie met narcose waarbij u op uw buik ligt.

Bij een normaal verloop van de operatie is de kans zeer klein dat er ernstige complicaties optreden. Vraag uw anesthesioloog gerust of de verdoving in uw geval bijzondere risico's met zich meebrengt.

5.4 Verwardheid en concentratiestoornissen na de operatie

Na een operatie heeft het lichaam tijd en energie nodig om te herstellen. Zowel bij een ruggenprik als narcose kunnen in de eerste zes weken na de operatie concentratiestoornissen ontstaan. Narcose zelf zorgt niet voor dementie, maar kan onderliggende geheugenstoornissen wel versneld aan het licht brengen.

Verwardheid na een operatie hangt met veel zaken samen, zoals de operatie zelf, pijnstillers, de indruk van slangetjes en een andere, onbekende omgeving. De soort verdoving die is gebruikt (narcose of ruggenprik) heeft hier geen invloed op. Dergelijke verwardheid treedt vaker op bij patiënten die een grote operatie krijgen of bij oudere patiënten met verminderde reserves. Deze verwardheid wordt ook wel een delier genoemd. We zijn hier zeer alert op, aangezien een delier ernstige gevolgen kan hebben.

Indien verwardheid direct na de operatie optreedt in de uitslaapkamer kan het in het uiterste geval nodig zijn om armen of benen kortdurend vast te maken aan het bed.

6. Regionale verdoving van arm, been of onderlichaam

Bij een regionale verdoving wordt een gedeelte van het lichaam (bijvoorbeeld een arm, been of het gehele onderlichaam) tijdelijk gevoelloos en bewegingloos gemaakt. Door een verdovingsmiddel rond een zenuw te spuiten kunnen zenuwen of zenuwbanen tijdelijk worden uitgeschakeld.

Bij regionale verdoving blijft u tijdens de operatie wakker. U ziet niets van de operatie: alles wordt met doeken afgedekt. Als u liever niet wakker bent tijdens de operatie, kunt u een slaapmiddel krijgen. Het gevoel verdwijnt soms niet helemaal. Het is normaal dat u voelt dat u wordt aangeraakt.

Vaak lopen de pijnzenuwen samen met de zenuwen die de spieren laten werken. Die worden met de verdoving ook tijdelijk uitgeschakeld. De spieren raken dan verlamd: ze werken even niet. Als de verdoving volledig is uitgewerkt, heeft u weer de normale kracht en beheersing over de spieren.

U kunt op verschillende manieren een regionale verdoving krijgen:

1. Ruggenprik (spinaal anesthesie of epiduraal katheter)
2. Blokverdoving van arm of been (plexusverdoving)

6.1 De ruggenprik (spinaal anesthesie of epiduraal katheter)

Een ruggenprik kan via een 'spinaal anesthesie' of een 'epiduraal katheter' worden uitgevoerd.

Bij een spinaal anesthesie wordt de verdovingsvloeistof ingespoten in de ruimte waar de ruggenmergvloeistof zit. Deze verdoving werkt heel snel. U merkt direct dat uw benen warm worden en gaan tintelen. Later worden ze gevoelloos en slap, net als de rest van uw onderlichaam.

Bij een epiduraal katheter wordt de verdovingsvloeistof in de ruimte rondom het ruggenmergvlies gespoten. Daar kan een katheter (dun slangetje) worden achtergelaten. Via dit slangetje kan een aantal dagen pijnstilling worden gegeven, dus ook na de operatie. De plaats waar de verdoving wordt ingespoten bepaalt welk gebied wordt verdoofd. Benen zijn dus niet altijd verdoofd. Voor een epiduraal katheter wordt vaak gekozen bij grotere operaties aan de buik of borstkas in combinatie met narcose.

Voordat de ruggenprik wordt gezet, wordt u aangesloten op de bewakingsapparatuur. Uw bloeddruk wordt gemeten en er wordt een infuusnaald ingebracht in een arm. Afhankelijk van de voorkeur van de anesthesioloog wordt u gevraagd te gaan zitten of op uw zij te gaan liggen. De ruggenprik is niet pijnlijker dan een gewone injectie. Gedurende de operatie blijft de anesthesioloog of de anesthesiemedewerker bij u.

Afhankelijk van het gebruikte medicijn kan het drie tot zes uur duren voordat de verdoving volledig is uitgewerkt. Met het uitwerken van de verdoving kan ook pijn optreden. Wacht niet te lang om de verpleegkundige om een pijnstiller te vragen. Zorg ervoor dat er iemand bij u is als u voor het eerst wilt gaan staan.

Tijdens een ruggenprik kunnen de volgende bijwerkingen optreden:

- Het kan voorkomen dat de verdoving bij u onvoldoende werkt. Soms kan de anesthesioloog nog wat extra verdoving bijgeven. Indien dit niet mogelijk is, krijgt u alsnog narcose.
- Tijdens een ruggenprik kunt u een lage bloeddruk krijgen. Bij een lage bloeddruk kunt u misselijk worden. Geef dit aan, we kunnen dit snel verhelpen.
- Soms komt het voor dat het verdoofde gebied zich verder dan bedoeld naar boven uitbreidt. U merkt dat doordat uw handen gaan tintelen. Misschien kunt u wat moeilijker ademen. De anesthesioloog zal u wat extra zuurstof toedienen. Meestal zijn de klachten daarmee opgelost.
- De verdoving strekt zich uit tot de blaas. Het plassen kan daardoor moeilijker gaan dan normaal. Het kan nodig zijn de blaas met een katheter leeg te maken. Door voorafgaand aan de operatie uw blaas goed leeg te plassen en na de operatie niet direct veel te drinken, is een blaaskatheter vaak niet nodig.

Als de verdoving is uitgewerkt, kunnen de volgende bijwerkingen en complicaties optreden:

- Het komt voor dat er rugpijn ontstaat op de plaats waar de prik is gegeven. Dit heeft te maken met de houding tijdens de operatie. De klachten verdwijnen meestal binnen enkele dagen.
- Na een ruggenprik kunt u hoofdpijn krijgen. Deze hoofdpijn onderscheidt zich van 'gewone' hoofdpijn doordat de pijn minder wordt bij platliggen en juist erger wordt bij overeind komen. Als u hier last van heeft, meld dit dan bij de anesthesioloog. Hij/zij kan u advies geven.
- Er is kans op een infectie op de plaats waar de ruggenprik is geplaatst. In het ergste geval ontstaat er een hersenvliesontsteking. Verschijnselen die kunnen duiden op een infectie zijn: koorts, roodheid van de prikplaats, overgevoeligheid voor licht en stijfheid van de nek. Neem bij twijfel altijd contact op met de huisarts.
- Door de ruggenprik kan een bloeditstorting bij het ruggenmerg ontstaan. In het ergste geval kan dit zoveel druk op het ruggenmerg geven dat een blijvende verlamming optreedt. Dit komt zeer zelden voor. Als u onverwachts uw benen niet meer voelt, moet u dit zo snel mogelijk melden.

6.2 Blokverdoving van arm of been (plexusverdoving)

Uw arm of been kan worden verdoofd door de zenuwknoop (plexus) die naar de arm of het been loopt tijdelijk uit te schakelen. Dit gebeurt door rond de zenuwen een verdovingsmiddel te spuiten, bijvoorbeeld in de oksel, hals, lies, bil of knieholte. Om u tijdens de operatie zo nodig medicijnen te kunnen toedienen, krijgt u een infuusnaald in uw (andere) arm.

Om een blokverdooving goed te zetten, wordt meestal gebruikgemaakt van een echoapparaat in combinatie met een zenuwprikkelaar. Het echoapparaat brengt de zenuwen goed in beeld. De anesthesioloog prikt met een naald op de plaats waar de zenuwen lopen die naar de arm of het been gaan. Met een lage dosis elektrische stroom wordt de zenuw vervolgens geprikkeld. U merkt dat doordat uw arm, hand of been onbewust beweegt. Het is belangrijk dat u tijdens het prikken stil blijft liggen. Als de naald op de goede plaats zit, spuit de anesthesioloog het verdovende middel in.

Korte tijd later merkt u dat uw arm, hand of been gaat tintelen en warm wordt. Later verdwijnt het gevoel en kunt u uw arm en hand of been niet meer bewegen. Het duurt 15 tot 45 minuten voordat de verdooving goed werkt. Tijdens de operatie blijft u wakker. U ziet niets van de operatie: alles wordt met doeken afgedekt. Als u liever niet wakker bent, dan kunt u om een slaapmiddel vragen.

Afhankelijk van het gebruikte medicijn kan het drie tot zes uur duren voordat de verdooving volledig is uitgewerkt. Wanneer de verdooving is uitgewerkt keren de beweging en het gevoel in uw arm of been weer terug. Met het uitwerken van de verdooving kan ook pijn optreden. Wacht niet te lang om de verpleegkundige om een pijnstiller te vragen.

Bij sommige grotere ingrepen wordt bij het zetten van de blokverdooving ook een katheter (dun slangetje) achtergelaten. Dit noemen we ook wel een plexus katheter. Via dit slangetje kan een aantal dagen pijnstilling worden gegeven, dus ook na de operatie. Hiervoor wordt een draagbaar pompje gebruikt dat vanzelf leegraakt (Easypump®). Als het pompje leeg is, werkt de verdooving geleidelijk uit. De katheter wordt verwijderd voordat u naar huis gaat.

Na een blokverdooving hoeft u niet altijd in het ziekenhuis te blijven totdat de verdooving is uitgewerkt. Dat hangt af van de operatie die bij u is verricht. Zolang de arm verdoofd is moet u uw arm in een draagdoek (mitella) houden.

Bijwerkingen en mogelijke complicaties bij een blokverdooving van een arm of been:

- Het kan voorkomen dat de verdooving bij u onvoldoende werkt. Soms kan de anesthesioloog nog wat extra verdooving bijgeven. Indien de verdooving niet naar behoren werkt, krijgt u alsnog narcose.
- U kunt nog enige tijd last houden van tintelingen in uw arm en hand of been nadat de verdooving is uitgewerkt (postoperatieve tintelingen). Dat komt door irritatie van de zenuwen door de prik of door de gebruikte medicijnen. Deze tintelingen verdwijnen in de meeste gevallen na enkele weken tot maanden vanzelf.
- Overgevoeligheid voor de gebruikte verdovingsmiddelen komt soms voor. Dit kan zich uiten in benauwdheid, huiduitslag en/of lage bloeddruk. Deze klachten zijn meestal goed te behandelen.
- De zenuwen die verdoofd moeten worden, lopen vlakbij grote bloedvaten. Het is mogelijk dat het verdovende medicijn direct in de bloedbaan komt. Dat uit zich in een metaalachtige smaak, tintelingen rond de mond, een slaperig gevoel, hartritme stoornissen, stuip trekkingen en uiteindelijk bewusteloosheid. Dit komt zeer zelden voor.

7. Na de ingreep

Na de operatie brengen de anesthesioloog en de anesthesiemedewerker u naar de uitslaapkamer (verkoeverkamer). Dit is een aparte ruimte vlakbij de operatiekamer. Gespecialiseerde verpleegkundigen zien er hier op toe dat u rustig bijkomt van de operatie. Ook hier bent u aangesloten op de bewakingsapparatuur. Soms loopt er een slangetje door uw neus om u extra zuurstof te geven of om uw maag te ontlasten (zodat eventueel overtollig maagsap wordt afgevoerd).

U verlaat de uitslaapkamer zodra u voldoende wakker bent en de pijn voor u aanvaardbaar is. Uitgangspunt hierbij is dat u goed kunt doorademen, ophoesten en bewegen bij de pijn die u op dat moment heeft. U wordt dan naar de verpleegafdeling gebracht. Als u een epiduraal katheter of PCA-pomp (zie 8.1) heeft gekregen, komt de verpleegkundig pijnconsulent in de loop van de dag bij u langs.

8. Pijnbestrijding na de operatie

Na de operatie kunt u pijn krijgen. Dit noemen we postoperatieve pijn. Het hebben van pijn kan het genezingsproces vertragen. Daarom is het belangrijk om zorgvuldig met pijn om te gaan. Samen met u proberen wij de pijn zo goed mogelijk te bestrijden. Soms is het nodig al vóór de operatie met pijnmedicatie te starten om de pijn goed te kunnen bestrijden ná de operatie.

8.1 Soorten pijnmedicatie

De anesthesioloog informeert u over de mate van pijn die u kunt verwachten na de operatie en welke methode van pijnbestrijding hierbij het beste past.

De verschillende methoden van pijnbestrijding die wij toepassen om pijn na de operatie te verminderen, zijn:

- Tabletten (paracetamol, diclofenac, tramadol, movicox).
- Zetpillen (paracetamol, diclofenac).
- Lokale pijnstillende injecties rondom de wond; deze worden gegeven op de operatiekamer als u nog verdoofd bent.
- Injectie tijdens de operatie (metamizol): dit middel wordt tijdens de operatie toegediend.
- Injecties na de operatie (morfine).
- Infuus (morfine).
- Epiduraal katheter (morfine en een verdovend middel).
- Blokverdooving: soms zijn pijnstillers alleen niet voldoende. Als we in de uitslaapkamer merken dat de pijn niet goed onder controle te krijgen is, kan het zijn dat we na de operatie alsnog een blokverdooving plaatsen. Geef het vooraf aan de anesthesioloog aan als u dit echt niet wilt.
- PCA-pomp (morfine): hierbij beheert u uw pijnbestrijding zelf. U voelt immers de pijn en kunt het beste beoordelen hoeveel pijnstilling u nodig heeft. U krijgt voor de operatie een infuus, waar na de operatie een pomp op aan wordt gesloten. Als u de pijn op voelt komen, drukt u op de toedieningsknop en krijgt u via het infuus morfine toegediend. De pomp wordt zo ingesteld, dat u nooit te veel morfine krijgt. Uw behandelend arts/de verpleegkundige overlegt met u hoe lang u de PCA-pomp kunt gebruiken.

8.2 Wat u moet weten over metamizol

Metamizol (Novalgin®) is een sterke pijnstiller met weinig bijwerkingen. Het wordt in veel gevallen tijdens de operatie toegediend zodat u na de operatie minder pijn heeft. Het zorgt er ook voor dat er minder kans is op misselijkheid en braken na de operatie.

In zeer zeldzame gevallen zorgt metamizol ervoor dat het beenmerg stopt met het aanmaken van bloedcellen. Ook de bloedcellen die nodig zijn voor de afweer. Dit heet agranulocytose. Agranulocytose is de eerste dagen na de operatie te herkennen aan:

- hoge koorts of aanhoudende rillingen;
- slijmvliesaanandoeningen zoals zweren in de mond, keel of op de genitaliën.

Neem bij deze klachten contact op met uw huisarts of de huisartsenpost.

Metamizol wordt bij de meeste operaties standaard toegediend, tenzij u heeft aangegeven dat u dit niet wilt. Dit kunt u doen tijdens het pre-operatief spreekuur met de anesthesioloog. U krijgt dan een ander medicijn toegediend. Daarbij neemt het risico op misselijkheid en braken vaak weer toe.

8.3. Wat u moet weten over morfine

Morfine wordt vaak als pijnstiller gebruikt. Morfine staat bekend als een middel waaraan je verslaafd kunt raken. Als het wordt gebruikt als pijnstiller, is de kans op verslaving zeer klein. U krijgt de morfine namelijk geleidelijk toegediend. Wel went het lichaam na verloop van tijd aan het gebruik van morfine. Dit kan geen kwaad, alleen moet de morfine niet plotseling stoppen. Dan kunnen onttrekkingsverschijnselen optreden. Daarom wordt de dosering altijd geleidelijk afgebouwd.

Net als ieder ander geneesmiddel, kunnen bij morfine ook bijwerkingen optreden. De meest voorkomende bijwerking is verstopping van de darmen. Daarom schrijft uw arts u altijd een laxerend middel voor. De meeste bijwerkingen treden alleen op in het begin van de behandeling. Soms treedt misselijkheid op. Deze verdwijnt na een aantal dagen.

Als de misselijkheid niet vanzelf verdwijnt, kan de arts u een middel tegen de misselijkheid voorschrijven.

Heeft u nog andere vragen over het gebruik van morfine? Stel deze dan gerust aan uw arts.

8.4 Pijnmeting

Om pijn zo goed mogelijk te kunnen bestrijden, is het belangrijk te weten in welke mate u pijn ervaart. De verpleegkundige vraagt u een aantal keer per dag om een cijfer te geven aan de mate waarin u pijn ervaart. U kunt een cijfer tussen 0 en 10 geven. 0 betekent dat u geen pijn heeft en 10 betekent dat u ondraaglijke pijn heeft.

U kunt nooit een verkeerd cijfer geven. Het gaat immers om de pijn die u ervaart en pijn is een persoonlijke ervaring. Veel mensen vinden het moeilijk om aan een ander uit te leggen hoeveel pijn zij hebben en dit uit te drukken in een cijfer. Als hulpmiddel hierbij kan een pijnmeetlat worden gebruikt.

Bij grote operaties is pijn niet altijd helemaal te voorkomen. Het doel van pijnbestrijding is om te zorgen dat de pijn draaglijk is.

8.5 Pijn melden

Hoe langer u wacht met het melden van pijn, hoe moeilijker het is om de pijn te bestrijden. Meldt u daarom regelmatig aan de verpleegkundige en arts hoe het met de pijn is en of de pijnstillers goed helpen. De verpleegkundige of arts kan de pijnmedicatie dan, indien nodig, tijdig aanpassen.

Als u op een andere plaats dan het geopereerde gebied pijn krijgt, dient u dit altijd door te geven aan de verpleegkundige en afdelingsarts.

9. Naar huis

Als u nog dezelfde dag naar huis mag, zorg er dan voor dat u door een volwassene begeleid wordt en dat u niet alleen thuis bent. Regel vervoer per taxi of eigen auto, maar rijd zelf niet. Doe het thuis de eerste 24 uur na de operatie rustig aan. Bestuur geen machines. Neem geen belangrijke beslissingen. Eet en drink licht verteerbare voedingsmiddelen. Het is heel gewoon dat u zich na een operatie nog een tijdlang niet fit voelt. Dat ligt niet alleen aan de verdoving, maar aan de ingrijpende gebeurtenis die iedere operatie nu eenmaal is. Het lichaam moet zich in zijn eigen tempo herstellen. Dat heeft tijd nodig.

10. Vragen

Als u vragen heeft dan kunt u ze stellen aan de anesthesioloog tijdens het pre-operatieve spreekuur.

Uw privacy en onze geheimhouding

Om u de beste zorg te kunnen geven, hebben wij gegevens van u nodig. Deze gegevens leggen wij digitaal vast en beveiligen wij goed. Wij gaan zorgvuldig om met deze gegevens en houden ons aan de wet- en regelgeving. Dit betekent onder andere dat al onze medewerkers een geheimhoudingsplicht hebben en u als patiënt recht heeft op privacy. Uitgebreide informatie over uw privacy, rechten en plichten vindt u in de folder '[Uw rechten en plichten als patiënt](#)'. Deze folder kunt u raadplegen op folders.slingeland.nl.