

Informasjon til deg som skal ryggopereres ved

Martina Hansens Hospital



Innholdsfortegnelse

Om Martina Hansens Hospital.....	3
1. Prolapsoperasjon.....	4
2. Avlastningsoperasjon, spinal stenose.....	6
3. Avstivningsoperasjon, fiksasjon.....	8
4. Før operasjon.....	11
5. Etter operasjon.....	11
6. Råd om opptrening og aktivitet.....	12
7. Komplikasjoner.....	13
8. Øvelser etter ryggkirurgi.....	14
9. Bekreftelse på mottatt informasjon.....	16

Martina Hansens Hospital



Sykehuset ligger i stille, landlige omgivelser ved siden av Vestre Viken HF, Bærum sykehus. Martina Hansens Hospital er eiet av Stiftelsen Martina Hansens Hospital og er et spesialist-sykehus i ortopedisk kirurgi, revmatologi og revmakirurgi.

Hospitalet inngår i regional helseplan for Helseregion Øst og har primært behandlingsansvar for pasienter fra Akershus fylke, men mottar pasienter fra hele landet i samsvar med Fritt sykehusvalg. Hospitalet opererer ca. 4.400 pasienter pr. år. Vi har ca. 450 ryggoperasjoner i året, i hovedsak prolapsoperasjoner, spinal stenose (trang ryggmargskanal) og avstivninger i nedre del av ryggen. I tillegg utførers operasjoner med innsetting av hofte- og kneproteser, et stort antall artroskopiske operasjoner i knær og andre ledd, og andre typer ortopediske inngrep. Sykehuset har i løpet av de siste årene blitt betydelig spesialisert, og er det sykehuset i Norge som setter inn flest leddproteser (proteser i hofte, kne, skulder, albue, håndledd, finger og stortåledd).

Revmatologisk avdeling drives som en «combined unit» med et nært samarbeid mellom revmatologer og revmakirurger i pasientbehandlingen. Revmatologisk avdeling behandler også pasienter med osteoporose, og de har egen bescanner.

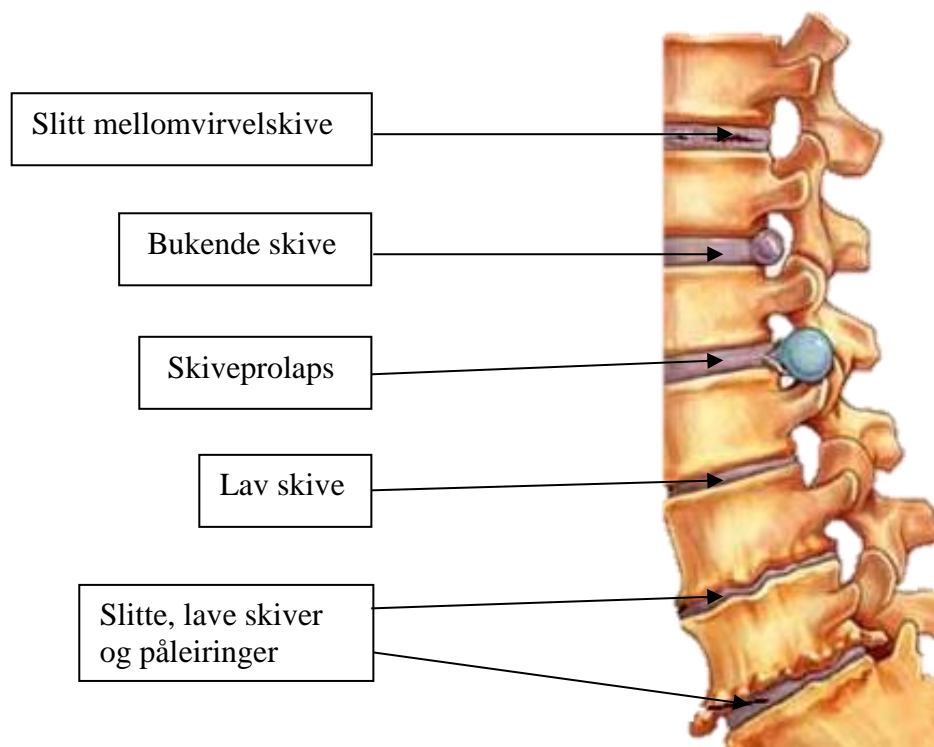
Hospitalet har ca. 400 ansatte og er et kostnadseffektivt privateid sykehus i offentlig sektor.

Besøksadr.: Dønskiveien 8, 1346 Gjøttum
Postadr: Postboks 823, 1306 Sandvika
Tlf: 06780, Inntakskontor: 67521719
E-post: postmottak@mhh.no Internett: www.mhh.no
Ortopedisk sengepost B: 67521774/75

Ved Martina Hansens Hospital utfører vi i hovedsak tre typer ryggoperasjoner. I dette heftet beskriver vi alle tre typer inngrep. Vi ber deg studere informasjonen som omhandler den operasjonstypen du skal behandles for.

1. Prolapsoperasjon

Slitt skive eller utposning/prolaps i en mellomvirvelskive i ryggen. Illustrasjonen viser ulike tilstander ved en mellomvirvelskive:



Det finnes to metoder for operasjon: Mikrokirurgisk teknikk eller tradisjonell åpen teknikk. Kirurgen avgjør hvilken metode som er mest hensiktsmessig å bruke for ditt tilfelle.

Mikrokirurgisk teknikk:

Via et ca. 3 cm. langt snitt i lenderyggen føres det inn en type «arbeidsrør» og gjennom dette røret utføres noe avbiting av virvelbuen og fjerning av leddbånd. Deretter innstilles mikroskopet og resten av operasjonen skjer ved hjelp av dette. For å finne prolapsen må man skyve til side en nerverot og til dels også «vannsekken» (dura) som omgir ryggmargen. Når prolapsen (skivebrokket) er lokalisert skjæres et lite snitt i hinnen som dekker det, og selve «brokket» eller skiveinnholdet kan fjernes. Man må alltid gå inn i selve mellomvirvelskiven med instrumenter for å fjerne resten av prolapsen.

Mikroteknikk egner seg best ved første gangs prolaps og hvor pasienten har symptomer bare fra den ene siden. Hvordan prolapsen ser ut i henhold til røntgenbildene (CT/MR) er også viktig. Hos tidligere opererte pasienter vil det oftest bli brukt tradisjonell teknikk.

Tradisjonell åpen teknikk:

Frengangsmåten er i det store og hele som beskrevet foran, men det brukes litt større snitt og man har bedre plass til å arbeide på. Mens man ved mikroteknikk bare kan gå inn på den ene siden av ryggtaggene og således også bare på den ene siden av mellomvirvelskiven, hvilket i de fleste tilfeller også er tilstrekkelig, kan man ved den åpne teknikk gå inn på begge sider samtidig og også fjerne prolapsen fra begge sider. Skal man gå inn på begge sider med mikroteknikk må man selvfølgelig ta en side om gangen, legge nytt snitt på den andre siden og flytte mikroskopet. Hvilken teknikk man vil bruke avgjøres i hvert enkelt tilfelle.

Kontroll: Du skal normalt ikke til kontroll etter en prolapsoperasjon.

Anestesi (bedøvelse), blødning, etc.:

Prolapsoperasjoner og da spesielt ved ukompliserte førstegangs tilfeller, er vanligvis greie å utføre. De kan i spesielle tilfeller utføres i spinalanestesi, selv om vi hos oss rutinemessig bruker narkose. Blødningsfaren er vanligvis liten og behovet for blodoverføring oppstår relativt sjelden. Det legges noen ganger inn dren til sårhulen ved tradisjonell åpen teknikk for å hindre postoperativ blodansamling (hematom) som kan øke faren for infeksjon og eventuelt øve trykk på nervestrukturer. Dren legges sjelden ved bruk mikrokirurgisk teknikk.

Postoperativt:

Etter avsluttet inngrep legges pasienten i seng på postoperativ avdeling (oppvåkningsavdelingen). Her blir hun/han tatt hånd om av spesialutdannede sykepleiere og leger til ut på ettermiddagen eller kvelden da hun/han flyttes tilbake til sengeposten. Vanligvis kommer man seg litt raskere etter en mikro-operasjon enn etter tradisjonell teknikk, men store prinsipielle forskjeller foreligger ikke. Vi har fysioterapeuter som instruerer i øvelser og tilrettelegger for god opptrening.

Prognose:

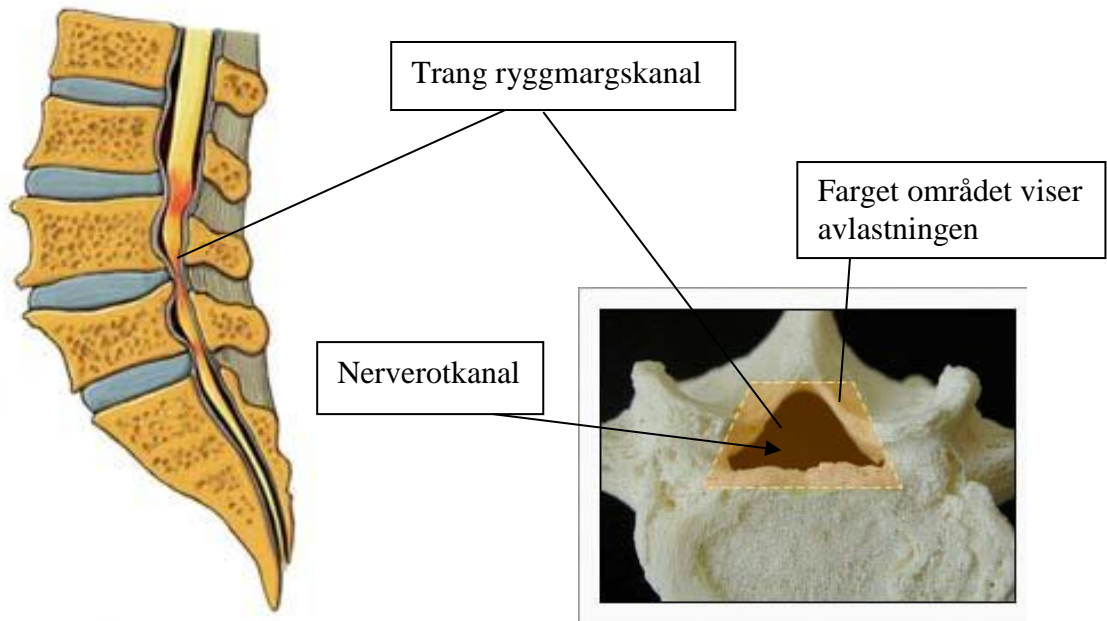
Mulighetene for bedring etter prolapsoperasjon er gode, internasjonalt regner man med at 80-90 % av pasientene blir kvitt sine ischiassmerter, noen ganger riktignok med noen grad av restsmerter. Eventuelle muskellammelser som har oppstått før operasjonen har man ingen garanti for å bedre, men i mange tilfeller, spesielt der hvor lammelsen var ufullstendig og av ny dato, vil den kunne gå tilbake etter operasjonen. Det er viktig at du lytter til rådene du får på sykehuset. Gjør man det, trenger ikke hensynet til ryggen være noe til hinder for full utfoldelse verken i arbeidslivet eller på fritiden, se for øvrig *Pkt. 6 Råd om opptrening og aktivitet*.

Skulle det melde seg spørsmål i forbindelse med operasjonen som ikke synes godt nok belyst i dette skrevet, vil leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeut og sosionom stå til tjeneste med å besvare disse så godt som mulig

2. Avlastningsoperasjon, spinal stenose

Som betyr ‘trang ryggmargskanal’, dvs. at det er for dårlig plass for ryggmarg eller nervene på grunn av slitasjeforandringer.

Trang ryggmargskanal kan også skyldes medfødte forhold, eller være en kombinasjon av disse to årsakene. Det kan også være trangt der nerven går ut fra ryggmargen, i nerverotkanalen.



Selv om noen pasienter har *medfødt* trang spinalkanal i større eller mindre grad, er hovedårsaken slitasjeforandringer i mellomvirvelskiver og ryggspylenes sideledd. Under operasjonen utvides ryggmargskanalen sentralt ved at deler av virvelbuen fjernes, ved behov i flere nivåer, og man utvider sidehullene i virvelsøylen for å skaffe bedre plass for nervene som går nedover til bena (ischias-nervene).

I noen tilfeller kan det bli aktuelt å kombinere forannevnte tiltak med en avstiving av to eller flere virvler fordi det har oppstått såkalt “virvelglidning”. Noen ganger kan det også bli aktuelt å gjøre avstiving selv om det ikke var planlagt på forhånd, dette bl.a. for å unngå at ryggspylen blir ustabil fordi det ble nødvendig å fjerne mer ben enn planlagt. Når det gjelder selve avstivingsprosedyren vises til neste punkt.

Avlastningsoperasjon (dekompressjon) ved spinal stenose gir ofte godt resultat idet smertene forsvinner helt eller delvis. Operasjonen har oftest best effekt på bensmertene men kan i mange tilfeller også bedre smertene i selve ryggen. Det forekommer imidlertid også ved disse operasjonene at bedringen ikke blir som forventet, uten at man kan si hvorfor. Erfaringen har dessuten vist at det kan være en tendens til tilbakefall etter noen tid, det kan dreie seg om måneder eller flere år.

Kontroll: Du skal normalt ikke til kontroll etter denne type operasjon.

Anestesi (bedøvelse), blødning etc.:

Det dreier seg om en relativt stor operasjon. Inngrepet utføres derfor i narkose. Da det noen ganger kan bli en del blødning må man også være forberedt på at blodoverføring kan bli nødvendig. For å unngå blodansamling i sårhulen (hematom) etter avsluttet operasjon blir det lagt inn dren som transporterer eventuelt blod til en pose. Dette gjør det også mulig å ha oversikt med graden av blødning.

Postoperativt:

Etter avsluttet operasjon blir pasienten lagt i seng på postoperativ avdeling (oppvåkingsavdelingen). Her blir hun/han tatt hånd om av spesialutdannede sykepleiere og leger inntil hun/han utpå ettermiddagen eller kvelden blir tilbakeført til sengeposten. Hvis alt går etter planen skal pasienten stå opp av sengen allerede neste dag, med assistanse fra pleiepersonalet. Vi har fysioterapeuter som instruerer i øvelser og tilrettelegger for god opptrening.

Mulige komplikasjoner:

Man kan ikke utelukke komplikasjoner i forbindelse med kirurgiske inngrep generelt, og slett ikke ved større operasjoner. De vanligste er: større blødning (ca. 1 %), nerveskade (som oftest forbigående) (ca. 0-3 %), postoperativ sårinfeksjon (ca. 1 %). Noe oftere kan det oppstå skade på «vannsekken» (dura) som omgir ryggmarg og nerverøtter, men dette har vanligvis ingen annen konsekvens enn at inngrepet blir litt forlenget og at pasienten må vente noen dager med å stå opp. Hvis det skulle oppstå problemer av noe slag, f. eks. uventet mye blødning og blodtrykksfall, kan det hende at pasienten blir overført til intensivavdelingen i Vestre Viken, Bærum Sykehus, og blir der til neste dag.

Noe senere i forløpet kan det oppstå blodpropp i ben eller i verste fall i lunge (sjelden). Man kan heller ikke helt utelukke hjerneslag, spesielt hos litt eldre pasienter. Pga. selve leiet på operasjonsbordet kan det forekomme trykk på nerver i armene, noe som kan føre til dovenhet og ubehag i hånd og fingre, men vanligvis er dette forbigående.

Man skal i det hele tatt være oppmerksom på at alle store kirurgiske inngrep innebærer en viss risiko, og risikoen øker gjerne med tiltagende alder.

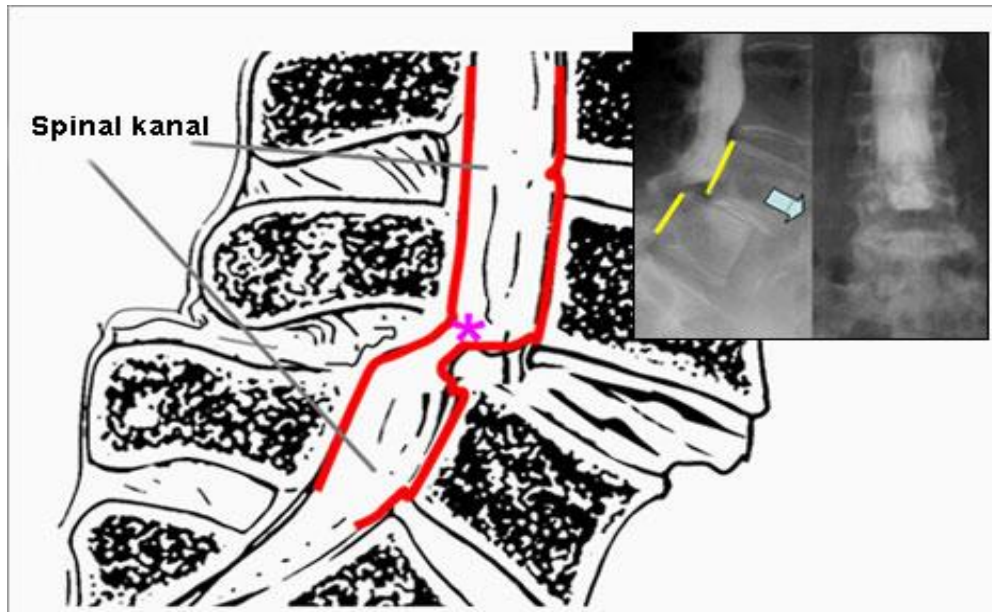
Prognose:

Avlastningsoperasjon (dekompresjon) ved spinal stenose gir ofte godt resultat idet smertene forsvinner helt eller delvis. Operasjonen har oftest best effekt på bensmertene, men kan i mange tilfeller også bedre smertene i selve ryggen. Det forekommer imidlertid også ved disse operasjonene at bedringen ikke blir som forventet, uten at man kan si hvorfor. Erfaringen har dessuten vist at det kan være en tendens til tilbakefall etter noen tid, det kan dreie seg om måneder eller flere år. Det er viktig at du lytter til rådene du får på sykehuset. Gjør man det, trenger ikke hensynet til ryggen være noe til hinder for full utfoldelse verken i arbeidslivet eller på fritiden, se for øvrig *Pkt. 6 Råd om opptrening og aktivitet*.

Skulle det melde seg spørsmål i forbindelse med operasjonen eller tiden etterpå, vil leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeut og sosionom stå til tjeneste for å besvare disse så godt som mulig.

3. Avstivningsoperasjon, fiksasjon

Denne operasjonstypen er aktuell ved kroniske smertetilstander i nedre del av ryggen der årsaken antas å skyldes uttalte slitasjeforandringer og/eller glidning i ryggvirvlene.



Figuren viser en ryggrad med store slitasjeendringer og glidning mellom 2 virvler. Trangheten er markert med en stjerne

Det er ulike operasjoner som benyttes for avstivning av korsryggen. Kirurgen vurderer hvilken operasjon som er mest hensiktsmessig for deg. Operasjonene medfører noe ulik etterbehandling i forhold til korsettbruk. De to hovedtypene av forskjellige operasjonene er:

Posterolateral fiksasjon:

Bruk av benvev. Det tilstrebes å danne en benbro mellom to eller flere virvler ved at man transplanterer ben enten fra ben man kniper av i ryggen under operasjonen, fra pasientens egen hoftekam eller, sjeldnere, fra benbank. For at denne "broen" skal tilhele (gro) og bli stabil kreves det ro på dette stedet i virvelsøylen. I tilstivningsperioden benyttes korsett i 4 mnd., og så en avvenningstid på 6 uker. Fordelen med ikke å bruke metall er at inngrepet går raskere, det blir gjerne mindre blødning og faren for komplikasjoner reduseres. Det går ca. 5-6 mnd. fra operasjonstidspunktet til avstivningen er grodd og pålitelig.

Vanligvis bruker vi denne metoden når bare to virvler skal avstives, mens vi benytter metallskruer og plater ved avstivning av mer enn to virvler.

Instrumentell fiksasjon:

Bruk av benvev og skruer/plater. For at benbroen fra en virvel til neste skal holdes stabil kan man benytte metallskruer, plater eller staver som "låser" de aktuelle virvler. Vanligvis benyttes da ikke korsett etter operasjonen.

Begge operasjonene medfører at du har visse restriksjoner og pålagte begrensninger for aktiviteter som gir bevegelse i korsryggen. For at du skal oppnå best mulig resultat av operasjonen skal du derfor unngå å bøye hoften mye mer enn 70° (hold åpen vinkel mellom lår og overkropp) og unngå å bevege (krumme/svaie) korsryggen. Du får mye veiledning i forhold til dette etter operasjonen av sykepleier og fysioterapeut.

Kontroller: Du vil bli innkalt til kontroll etter ca. 4 mnd. til fysioterapiavdelingen. Videre opptreningsplan tilrettelegges da. Benvevet er på dette tidspunktet ikke fullstendig tilhelet, så du må fortsatt ta hensyn til ryggen. Har du korsett skal du nå starte med korsettavviklingen, og du vil få et skriv som forklarer hvordan du best gjør dette. Avviklingen tar omtrent 6 uker. Etter kontrollen, eller etter at evt. korsett er avviklet, skal du begynne opptreningen mot ditt normale aktivitetsnivå. Det kan være nyttig å benytte fysioterapeut på hjemstedet for å få veiledning til denne opptreningen.

Etter ett år blir du innkalt til kontroll med røntgenundersøkelse. Når kirurgen din har vurdert bildene vil du få skriftlig tilbakemelding om resultatet.

Anestesi (bedøvelse), blødning:

Avstivingsoperasjoner er relativt store inngrep og kan vare fra to til fire timer eller mer. Operasjonen utføres med pasienten i narkose. Aktuelle smertelindringsprosedyrer som vil bli benyttet vil du bli informert om før operasjonen. Det vil alltid være en del blødning under operasjonen og blodoverføring blir i noen tilfeller nødvendig. For å unngå ansamling av blod i sårhulen (hematom) blir det lagt inn dren som transporterer blodet ut til en pose hvor man kan registrere hvor mye blod som kommer ut, og derved ha kontroll med hvor mye det eventuelt blør etter at såret er lukket. Det kan også brukes to dren, et fra selve ryggspylen og et fra stedet hvor det evt. ble hentet ekstra benvev.

Postoperativt:

Etter avsluttet operasjon blir pasienten lagt i seng på postoperativ avdeling (oppvåkingsavdelingen) og tatt hånd om av spesialutdannede sykepleiere og leger. Utpå ettermiddagen eller kvelden blir han/hun tilbakeført til sengeposten. Hvis alt går etter planen skal pasienten stå opp av sengen allerede neste dag, godt hjulpet av pleiere på posten. Vi har fysioterapeuter som instruerer i øvelser og tilrettelegger for god opptrening.

Mulige komplikasjoner:

Man kan aldri utelukke komplikasjoner i forbindelse med kirurgiske inngrep generelt og slett ikke ved større inngrep som dette. De vanligste er: Større blødning (ca. 1 %), nerveskade (som oftest forbigående) (ca. 0-3 %), postoperativ sårinfeksjon (ca. 1 %). Noe oftere kan det oppstå skade på dura (vannsekken) som omgir ryggmarg og nerverøtter, men dette har vanligvis ingen annen konsekvens enn at inngrepet blir forlenget og at pasienten må ha sengeleie noen dager. Hvis det skulle oppstå problemer av noe slag, for eksempel uventet mye blødning og blodtrykksfall, kan det hende at pasienten blir overført til intensivavdelingen i Vestre Viken, Bærum Sykehus, og blir der til neste dag.

Noe senere i forløpet kan det oppstå blodpropp i bena eller verste fall lungeemboli (sjelden), og man kan heller ikke helt utelukke hjerneslag, spesielt hos litt eldre. Pga. selve leiet på operasjonsbordet kan det forekomme trykk på nerver i armene, som kan føre til dovenhet og ubehag i hånd og fingre, men vanligvis er dette forbigående.

Man skal i det hele tatt være oppmerksom på at alle store kirurgiske inngrep innebærer en viss risiko og risikoen øker gjerne med tiltagende alder.

Prognose:

Avstiving av deler av ryggspylen har erfaringsmessig god effekt på kroniske korsryggmerter i svært mange tilfeller. Det må imidlertid understrekes at ikke alle blir bra eller bedre, i verste fall kan det hende at man blir verre. Problemet er at vi fortsatt ikke har gode nok holdepunkter for på forhånd til å kunne plukke ut de pasientene som med sikkerhet vil kunne bli bra eller bedre.

Den viktigste forutsetningen for en vellykket operasjon er at det foreligger sikre slitasjeforandringer på røntgenbildene av ryggen, eller at såkalt virvelglidning påvises, eller andre røntgenforandringer som tyder på at virvelsøylen kan være ustabil. Muligheten for et godt resultat reduseres hvis pasienten er ryggoperert tidligere. Ifølge internasjonale publikasjoner kan man ikke regne med mer enn 50 % sjans for godt resultat hvis pasienten er operert en gang før, og redusert sjans for bedring hvis pasienten er operert 2 eller 3 ganger før.

En av grunnene til uteblitt bedring kan være at benbroen mellom virvlene ikke har grodd ordentlig, skruene kan for eksempel ha løsnet eller brukket. I noen tilfeller kan det da bli aktuelt med ny operasjon (reoperasjon). Det er vitenskapelig belegg for å si at røyking kan redusere denne tilhelingen.

Det hender at pasienten også får smerter i det området hvor bentransplantatet er tatt, og at disse smertene vedvarer over lang tid. Til tross for at operasjonen er såkalt teknisk vellykket hender det likevel at bedringen uteblir, og i slike tilfeller har vi fra kirurgisk side lite eller ingenting å stille opp med av behandlingstiltak.

Det er viktig at du lytter til rådene du får på sykehuset. Gjør man det, trenger ikke hensynet til ryggen være noe til hinder for full utfoldelse verken i arbeidslivet eller på fritiden, se for øvrig *Pkt. 6 Råd om opptrening og aktivitet.*

NB: Pasienter som har gjennomgått en ryggoperasjon med fiksasjon (begge typer) bør ikke bruke smertestillende midler av typen NSAIDs som f.eks. Voltaren, Ibux, Arthrotec o.l. Disse påvirker bentilheling og kan gi et dårligere resultat. Kortison påvirker også bentilhelingen. Hvis du er nødt til å bruke kortison eller lignende preparater grunnet annen sykdom (revmatiske lidelser eller ondartede lidelser) ta kontakt med spesialist for å justere doseringen.

Skulle det melde seg spørsmål i forbindelse med operasjonen eller tiden etterpå, vil leger, sykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeut og sosionom stå til tjeneste med å besvare disse så godt som mulig.

4. Før operasjonen

Innleggelsesdagen vil du få mye informasjon om hva som skjer operasjonsdagen og dagene etter operasjonen. Du vil bli informert om daglige rutiner på sengeposten, hvordan du kan forebygge blodpropp, og hvordan du best kan ta hensyn til og fremme tilhelingen av operasjonsområdet. Er det andre ting du lurer på er det bare å spørre.

Du vil også bli bedt om å fylle ut noen skjemaer fra fysioterapeutene og der beskrive hvordan ryggplagene dine arter seg.

5. Etter operasjonen

Beregnet tid for tilheling av hud og blodkar, dvs. selve såret, er 2-3 uker. For sener og muskulatur tar det 6-8 uker, og det berørte vevet trenger 4-6 mnd. for å opparbeide seg god styrke. Bentilheling ved fiksasjonsoperasjoner tar 5-6 mnd. Opptrening etter en fiksasjonsoperasjon er beregnet til minimum 8-9 mnd. Ryggen bør ikke utsettes for store belastninger i denne tiden. Med stor belastning menes tunge løft, aktiviteter som krever mye bevegelse av korsryggen (f.eks. mye bøy i hoften), eller aktiviteter som tar lang tid å gjennomføre. Du vil bli instruert av fysioterapeut hvordan du f.eks. kan snu deg i sengen, komme deg inn og ut av sengen og hvordan du kan forebygge blodpropp. Du blir også informert om forholdsregler i denne perioden, samt noen enkle øvelser. Øvelsene har som hensikt å aktivisere og styrke ryggens dype, støttende muskulatur, gi bedret benstyrke og bevisstgjøre oppreist holdning. I tillegg vil det videre treningsopplegget skisseres individuelt.

Du vil også få informasjon om hvordan du skal forholde deg til operasjonssåret og bruk av smertestillende midler av sykepleiere. Operasjonsdagen blir du liggende på ryggen noen timer (minst 3 timer), men kan legge deg på siden etter hvert om du ønsker det.

1. dag : Du får hjelp til å stå opp av sengen og kan støtte deg til en prekestol. Hver klokke time bør du gjøre små øvelser for å stimulere blodsirkulasjon og dermed medvirke til at du unngår en evt. blodpropp. Du vil også få hjelp til å finne gode hvilestillinger.

Etter hvert: Gange: Så fort du kan bør du være oppe flere ganger daglig, evt. med litt hjelp fra personalet. Gå heller flere kortere turer til å begynne med fremfor å være lengst mulig oppe av gangen. Prekestol brukes så lenge du har behov for det, men kan med fordel avvikles tidlig. Trappegang brukes ikke som trening, men til forflytning. Krykker brukes vanligvis ikke etter ryggoperasjon.
Sitting: Du kan prøve deg fram med sitting, korte perioder (for eksempel noen min.) til å begynne med. Du skal sitte høyt både på stol, på sengekant og på toalett. De aller fleste får krumning av korsryggen ved vanlig sittehøyde. Det er viktig at du sitter like oppreist i ryggstølen som når du står eller går.

Hjelpemidler: Behovet for hjelpemidler vurderes individuelt. Aktuelle hjelpemidler kan være toalettforhøyer, klosser for oppbygg av seng, høy stol (eller pute), gripetang og strømpe-påtrekker. De fleste av hjelpemidlene lånes i fra hjelpemiddelsentralen i hjemkommunen. Noen enkle hjelpemidler kan kjøpes på sykehuset.

For prolaps- og spinal stenose-operasjoner blir man utskrevet etter 1 – 3 dager, avhengig av operasjonsmetode og din generelle tilstand. Etter avstivningsoperasjon reiser man vanligvis hjem 4 – 6 dager etter operasjon.

Det er ikke nødvendig med rehabiliteringsopphold etter ryggoperasjoner. Man fortsetter med de øvelsene man lærte på sykehuset, og generelle aktiviteter f.eks. gåturer, for å komme i form. Du får med deg en rekvisisjon til fysioterapi som du kan benytte etter 6 uker.

Vanlig sykemeldingstid 4-6 uker. Sykemeldingstid er avhengig av yrke og vurderes av kirurg.

Operasjonssåret: Bandasjen skiftes utreisedagen og skal i utgangspunktet sitte på til stingene tas hos fastlegen etter ca. 2 uker. Den er vanntett og kan dusjes med. Bandasjen skiftes ved behov, dvs. kun dersom den ikke lenger er tett, har rullet seg opp eller er gjennomblødd. Ved tegn til infeksjon: rødme, hevelse, økt sekresjon fra såret og/eller feber, må du kontakte Martina Hansens Hospital direkte. Ved tegn på blodpropp (smerte, hevelse og varme i leggen) kontaktes legevakten.

Medikamenter: Du kan gjenoppta ordinær medisinerings når du reiser fra hospitalet dersom ikke annet er avtalt. Det er viktig å være godt smertelindret slik at du kan holde deg i aktivitet og forebygge blodpropp. Vi anbefaler deg å fortsette å ta smertestillende til faste tider de første dagene. **De smertestillende midlene du får med deg når du reiser hjem bør du trappe ned bruken av gradvis.**

Røyking: Vi anbefaler alle våre pasienter å **slutte med røyking** i god tid før operasjonen, gjerne flere måneder. **Røykere får generelt dårligere resultat etter ryggkirurgi**, og spesielt etter avstivningsoperasjon, grunnet økt dannelse av arrvev og dårligere bentilheling. Det anbefales også at man holder seg røykfri i noen måneder etter operasjonen, og helst at man benytter anledningen til å slutte helt å røyke!

6. Råd om opptrening og aktivitet

I tiden etter operasjon bør du ta hensyn til ryggen for å sikre tilhelingen best mulig. Du skal altså være forsiktig med løfting/bæring og unngå støtbelastninger som løp og hopp. Det er imidlertid viktig at du er oppegående i økende grad og holder deg i aktivitet ved å gå turer, også utendørs. Velg stødige skotøy med støtabsorberende såler.

Det er viktig å bruke tid til å tilvenne kroppen nye aktiviteter og økende aktivitetsnivå. Det er også viktig at du tar hensyn til smerte/ubehag og tretthet i det opererte området. Det er normalt at plagene varierer en del etter operasjonen. Det kan være lurt å legge seg ned når man hviler fremfor å sitte. Pausene trenger ikke vare mer enn 10-15 min.

Råd for opptreningen:

- Gradvis økning av belastning (f.eks. annen hver uke eller hver 10. dag)
- Variert gange (variasjon i terreng, underlag og tempo).
- Variere øvelser stående, liggende og hvile. Styrke oppnås med få og tunge øvelser, utholdenhet oppnås med mange og lette øvelser.
- Benstyrke før armstyrke.
- Symmetriske øvelser før asymmetriske (eks. begge armer samtidig eller knebøy begge ben før vekselvis annenhver arm eller ben).
- Stabiliserende øvelser før dynamiske (øvelser som krever at du holder ryggen i ro, før øvelser som krever bevegelser av korsryggen).
- Balansetrening, stående på ett eller begge ben på mykt eller ustøtt underlag.

For å opprettholde god ryggfunksjon er det viktig å fortsette å trene og være i aktivitet. Husk at opptrening skal ta tid og at kroppen liker bevegelse og variasjon!

Bilkjøring: Etter prolaps- og avstivningsoperasjon bør du være passasjer de første 2 - 3 ukene, med seteryggen stilt bakover. Du kan være sjåfør etter 4 - 6 uker, litt avhengig av hvordan du sitter i bilen og varighet av bilturen. Etter avstivningsoperasjon, og hvis du ikke har korsett, kan du evt. begynne å kjøre selv etter 2 – 3 mnd. Bruker du korsett bør du vente til etter 4 mnd. kontrollen. Varier seteryggen i løpet av lengre turer, plasser gjerne en pute i korsryggen, ta hyppige pauser slik at du kan strekke deg ut, og gå en tur rundt bilen.

Husk veitrafikkloven: ansvaret for kjøringen er sjåførens!

Løfting Unngå tunge løft, husk å holde gjenstanden så nær kroppen som mulig. Det vil være individuelt hva som oppleves som tungt, men prinsippet er at løftet ikke skal oppleves som tungt for deg.

Seksualliv Ta hensyn til belastning og medbevegelse av korsryggen.

Etter avstivningsoperasjon gjelder i tillegg følgende retningslinjer:

Sitting: Etter at du har vært til 4 mnd. kontroll kan du begynne å redusere sitte høyde. Prøv deg frem og gjør det gradvis.

Skole/arbeid: Er du i skolesituasjon, har tungt arbeid eller arbeid med mye bevegelse, vil tidspunktet for tilbakevending vurderes særskilt og evt. tilrettelegging foretas.

Trening: Du skal være i aktivitet utover dine vanlige gjøremål daglig. Etter korsettavviklingen må du også fortsette gradvis å øke aktivitetsnivået ditt. Prøv å unngå gjøremål som innebærer fare for fall og kraftige støt.

Lagidrett eller konkurranser: vent 8-10 mnd. etter operasjonen.

Sykling: Prøv deg evt. frem på ergometersyssel. Begynn med lav belastning. Vanlig sykkel etter 6 måneder.

Svømming: Etter ca. 3-6 måneder. Begynn med ryggsømming.

Skigåing: Langrenn etter ca. 6 måneder med forsiktighet og fornuft evt. konferer med kirurg.



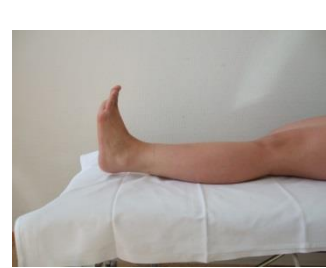
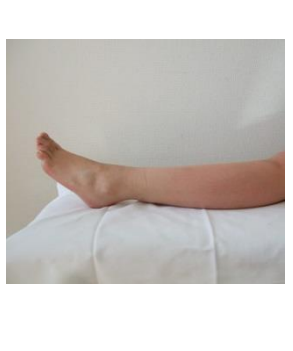




Vanntrening: Instruksjon/gruppetrening bør avvendes i 4 mnd.









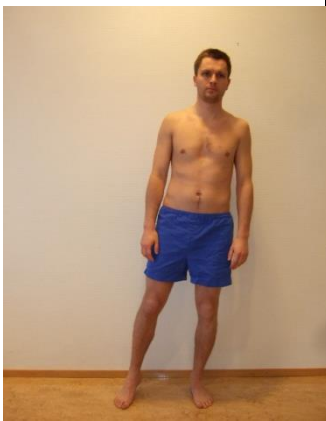
7. Komplikasjoner

Dersom du opplever å ha fått en komplikasjon eller det har oppstått en uheldig hendelse, kan dette innklages for Norsk Pasientskadeerstatning, Postboks 3, St. Olavs plass, 0130 Oslo, eller på E-mail adresse: npepost@npe.no. Spørsmål vedrørende dette kan rettes til personalet.

Vi tilstreber å gjøre alt som står i vår makt for at du skal få en vellykket ryggoperasjon og et godt opphold her ved Martina Hansens Hospital.

8. Øvelser etter ryggkirurgi

<p>Hvilestillinger Finn en god hvilestilling som gir god avspenning. Det reduserer både behovet for smertestillende midler og fremmer tilhelingen etter operasjonen. Bruk puter eller reguler sengen for best mulig komfort.</p>		
<p>Øvelser for å øke generell blodsirkulasjon Vi anbefaler at du gjør øvelser 5 minutter hver klokke de første dagene, når du ligger mye, for å redusere risiko for blodpropp. Stram og hold, så slapp av musklene. Eksempler for bena:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Strekk og bøy ankene, rolige bevegelser. Gjenta 10 ganger.2. Stram muskulaturen på oversiden av kneskjellet. Hold stramningen i 10 sek 5 ganger. (Hælen skal litt opp fra underlaget).3. Knip og slipp rolig setemusklene 5 ganger <p>Bruk armer og hender også (f.eks. bøy og strekk fingre). Strekk armene over hodet og pust dypt inn og ut 5 ganger, slik at du får fylt og tømt lungene helt.</p>		
		
<p>Bruk av prekestol Den/de første dagene etter operasjonen kan du benytte en prekestol. Det er viktig at du belaster ryggen i en oppreist posisjon for dermed å stimulere ryggens støttemuskulatur.</p>		
<p>Bevisstgjøring og aktivisering av ryggens støttemuskulatur Den dype magemuskulaturen er viktig når ryggen skal opprettholde en stilling fordi den sikrer ryggens stødighet.</p> <p><u>Instruksjon:</u> Stram den nedre delen av magen din, og bekkenbunnen, hold spenningen 10 sek. Pust som vanlig. Stramningen kan du få frem f.eks når du puster rolig, langt ut. Gjenta 10 ganger.</p>		

<p>Sitting</p> <p>Det gir ikke økt belastning på ryggen når du sitter hvis du bare holder ryggen like oppreist som når du står. Støtt gjerne korsrygg og bekken med en pute for å unngå krumningen</p>			
<p>Styrkeøvelse for leggmuskulatur</p> <p>Støtt deg gjerne de første dagene til prekestol eller vegg.</p> <p><u>Instruksjon:</u> Opp/ned på tå. Rolig tempo. Pass på at du holder ryggen oppreist hele tiden (skulderparti over hofteparti)</p>			
<p>Styrkeøvelser av lår- og setemuskulatur</p> <p>Len setet og overkroppen inn mot en vegg el. Pass på at knærne dine peker i samme retning som tærne.</p> <p><u>Instruksjon:</u> Bøy og strekk knær og hofter.</p>			
<p>Vektoverføring ben</p> <p>Dette er en øvelse for å stimulere balanse og kraft i det benet du står på.</p> <p><u>Instruksjon:</u> Flytt tyngde fra ben til ben uten å lene overkroppen sideveis. Hold balansen!</p>			

Bekreftelse på mottatt informasjon i forbindelse med ryggoperasjon

Dokumentet er gjennomlest og forstått.

Dato:.....

.....
Navn i store bokstaver

.....
Fødselsdato

.....
Underskrift

Ett eksemplar av denne bekreftelsen skal returneres i undertegnet stand til sykehuset før innleggelsen, gjerne sammen med skjemaet med personlige opplysninger.

Adresse: Martina Hansens Hospital, Postboks 823, 1306 Sandvika

Bekreftelse på mottatt informasjon i forbindelse med ryggoperasjon

Dokumentet er gjennomlest og forstått.

Dato:.....

.....
Navn i store bokstaver

.....
Fødselsdato

.....
Underskrift

Ett eksemplar av denne bekreftelsen skal returneres i undertegnet stand til sykehuset før innleggelsen, gjerne sammen med skjemaet med personlige opplysninger.

Adresse: Martina Hansens Hospital, Postboks 823, 1306 Sandvika