

Predstavitev primera Obravnava bolnika pri »fast track« operaciji

Boštjan Jovan

Uvod

Obravnava kirurških bolnikov se v zadnjih letih korenito spreminja. Te spremembe so posledice novih dognanj na področju kirurgije, ki so podprte z znanstvenimi dokazi, za razliko od ustaljenega načina obravnave, ki je v uporabi sedaj. Obravnava bolnika pri fast track operaciji zajema celovito oskrbo bolnika od priprave bolnika pred operacijo, izbire posebne kirurške tehnike, oskrbe bolnika s strani anesteziologa pred, med njo in po njej, fizioterapijo po operaciji do zdravstvene nege, ki se vključuje v vse faze obravnave bolnika. V obravnavi bolnika po metodi fast track je dokazano, da je število kirurških zapletov enako kot pri klasični metodi, vendar se število internističnih zapletov drastično zmanjša. To je pomembno dejstvo, saj ljudje v bolnišnicah največkrat umirajo zaradi internističnih zapletov in ne kirurških. To metodo so razvili Skandinavci, v zadnjih letih pa jo uspešno uporabljajo tudi ostale države.

Predstavitev primera

V nadaljevanju prispevka bo prikazan primer bolnika, obravnavanega po metodi fast track operacije.

Moški star 66 let, po poklicu komercialist, se je približno 3 mesece počutil utrujeno. Ta utrujenost ga je pripeljala do osebnega zdravnika, kjer je bila ugotovljena anemija. Nivo hemoglobina v krvi je bil 48 g/l. Gospod je opazil tudi kri v blatu. Zaradi anemije je bolnik dobil 2 vrečki koncentriranih eritrocitov in bil napoten na gastroskopijo in koloskopijo. Zaradi pomanjkanja železa je dobil tablete železa 100 mg 2x/dan. Med gastroskopijo so odstranili polip, ki je bil po preiskavah benignen. Pri koloskopiji pa je nastal problem, saj so med preiskavo naleteli na neprehoden del črevesa. Iz tega dela so odvzeli tkivo in ga poslali na histološko preiskavo, kjer je bil

*Boštjan Jovan, dipl. zn.
Onkološki inštitut Ljubljana*

ugotovljen adenokarcinom kolona. Gospod je bil napoten na Onkološki inštitut Ljubljana in kirurg je bil mnenja, da je bolnik kandidat za operacijo s pospešenim okrevanjem ali fast track operacijo.

Pet dni pred operacijo je bilo bolniku sporočeno, naj se oglasi na preoperativnem oddelku Onkološkega inštituta Ljubljana. Z bolnikom smo opravili razgovor o pripravi na operacijo, kaj lahko pričakuje na dan operacije in nekaj dni po operaciji. Seveda je napoved okvirna in se prilagaja glede na njegove zmožnosti in potrebe. Bolnik prejme tudi pisna navodila o prehrani pred operacijo. Bolniku svetujemo glede morebitnih strahov in ga spodbudimo k aktivnemu sodelovanju pri zdravstveni negi. Ta pogovor trenutno poteka v sobi za razgovore na preoperativnem oddelku, pripravljata se tudi posvetovalnica za zdravstveno nego s področja fast track kirurgije, v katero bodo ti bolniki vključeni.

Priprava bolnika na operacijo – zdravstvenovzgojno delo:

Ob razgovoru dobi bolnik navodila o prehrani in se jih drži ves čas do operacije:

- bolnik lahko zaužije neomejeno količino hrane,
- hrana naj bo raznovrstna in kvalitetna,
- obroke naj porazdeli večkrat dnevno (5 – 6/dan),
- dobi energijske napitke, ki jih pije po 2 na dan do operacije,
- tri dni pred operacijo naj bo hrana revna z balastom,
- bolnik naj pije veliko tekočine (2 – 3 l/dan),
- bolnik naj ohrani redno telesno aktivnost, pretiran počitek ni priporočljiv.

Bolnik je bil sprejet na preoperativni oddelek en dan pred predvideno operacijo.

Dan pred operacijo:

- hrana brez celuloze (tudi večerja),
- po večerji zaužije 800 ml sladkega napitka,
- zaradi krvavitve pred operacijo ni dobil klizme.

Bolnik je zaužil vse obroke, vključno z večerjo, po večerji je zaužil še 800 ml sladkega napitka, ki preprečuje dehidracijo in padec glukoze v krvi po operaciji. Bolniki s to vrsto operativnega posega običajno dobijo zvečer pred operacijo še čistilno klizmo, vendar je bila le-ta zaradi krvavitve kontraindicirana.

Na dan operacije:

- bolnik se je sam higiensko pripravil za operacijo,
- dovoljeno mu je bilo pitje neomejene količine bistrnih tekočin, spil je tudi 400 ml sladkega napitka,
- zadnji 2 uri pred operacijo je bil tešč,
- pred operacijo je dobil dormicum.

Bolnik se je sam higiensko pripravil za operacijo, o količini popite tekočine ni podatka, je pa popil 400 ml sladkega napitka. Bolnik se je pogovoril še s kirurgom o sami operaciji, če bi imel še kakšna vprašanja, bi imel tudi možnost pogovora z medicinsko sestro. 2 uri pred operacijo je bil tešč, po aplikaciji dormicuma zaradi varnosti sam ni smel več vstajati.

Neposredno po operaciji:

- bolnik je bil sprejet na intenzivni oddelek,
- dobil je 1500 ml infuzije,
- popil je 200 ml proteinskega napitka in 400 ml čaja,
- prejemal je kontinuirano analgezijo po epiduralnem katetru – brez morfija (5ml/h), višina th. 8 - 9 + bolusi po potrebi, ki si jih je dajal sam s pomočjo epiduralne črpalke,
- po petih urah se je s pomočjo medicinske sestre usedel in je sedel 30 minut,
- ocena bolečine po VAS: 4.

Bolniku je na intenzivnem oddelku uveden monitoring ter merjenje vitalnih funkcij in kontrola izločenih tekočin na eno uro. Bolniku razložimo delovanje epiduralne črpalke, ki ima poleg kontinuirane aplikacije analgetika možnost bolusne aplikacije, ki si jo bolnik lahko aplicira sam. Bolnika smo spodbujali k večkratnemu obračanju v postelji in smo ga po petih urah naučili pravičnega posedanja po operaciji trebuha. Bolnik je sedel pol ure, nato smo ga naučili še, kako se pravilno poleže v posteljo. Kljub obračanju v postelji in posedanju je bila njegova bolečina primerno urejena (VAS 4 na dan operacije je zadovoljiv rezultat). Kljub temu, da mu količina tekočine, ki bi jo lahko zaužil, ni bila omejena, je popil le 600 ml tekočine. Vzroke za majhno količino zaužite tekočine lahko iščemo v bolnikovih navadah (normalno malo pije), morda je problem v spremembi pristopa do bolnikov s takšno vrsto operacije, saj je bolnik po klasični metodi lahko le močil usta ali pil zelo omejeno količino tekočine, po fast track metodi pa lahko neomejeno pije.

1. dan po operaciji:

- bolnik je dobil tekočo hrano, pil je lahko neomejeno, popil je tudi 3 proteinske napitke in 1 ogljikovohidratni napitek,
- kontinuirana analgezija po epiduralnem katetru, dodan zaldiar 3x/dan in analgin 2x/dan, opiat venozno po potrebi,
- ocena bolečine po VAS: 3,
- za spodbudo peristaltike je prejel reglan 3x/dan in magnezijev sulfat 0,5 g zvečer (peristaltika je prisotna že 1. dan po operaciji),
- zaradi blage anemije (Hb 96 g/l je prejel venofer in eprex),
- odstranjen je bil urinski kateter,
- samostojna hoja do stranišča in večkrat po hodniku,
- bolnik je prejel svečko.

Monitoring je bil bolniku odstranjen, vitalne funkcije smo merili na dve uri. Ker je bolnik zaužil dovolj tekoče hrane per os (2700 ml), ni dobil infuzije parenteralne prehrane. Po odstranitvi urinskega katetra je imel sicer težave z uriniranjem, vendar je po spodbudi diureze z edemidom spontano uriniral. Bolnik se je umil, sicer še v postelji s pomočjo medicinske sestre, preostanek dneva pa je sam hodil do stranišča. Po metodi fast track igra veliko vlogo pri spodbudi gibanja bolnika skupni prostor. Ker pri nas takšnega prostora nimamo, smo bolnika večkrat dnevno spodbujali k sprehodom po hodniku, ki jih je tudi opravil. Bolniku smo zaradi blagih bolečin zmanjšali hitrost kontinuirane analgezije preko epiduralnega katetra. Ocena bolečine po VAS je bila danes kljub povečanemu gibanju 3. Bolnikova peristaltika je bila prisotna že 1. dan, odvajal je pline, vendar blata kljub spodbudi z odvajalom in veliko gibanja ni odvajal. Bolnik je potreboval le popravek hemoglobina v krvi, ostali izvidi so bili v mejah normale in niso potrebovali popravka.

2. dan po operaciji:

- bolnik je dobil hrano brez celuloze + napitke,
- kontinuirana analgezija po epiduralnem katetru,
- ocena bolečine po VAS: 3,
- za spodbudo peristaltike je še naprej prejemal reglan 3x/dan in magnezijev sulfat 1 g 2x/dan,

- bolnik je odvajal blato (brez odvajala),
- bolniku je bil odstranjen abdominalni dren,
- bolnik je bil praktično normalno telesno aktiven.

Merjenje vitalnih funkcij je bilo zmanjšano na nekajkrat dnevno. Ker je bila pri bolniku prisotna peristaltika, ker je odvajal pline in ker je bil trebuh palpatorno normalen, je bolnik dobil hrano brez celuloze. Bolnik je pojedel praktično vse obroke in popil 3200 ml tekočine. Tukaj smo tudi ovrgli sum o bolnikovih navadah, da malo pije. Anestezist se je še vedno odločil za kontinuirano epiduralno analgezijo, zaldiar 3x/dan in analgin po potrebi, ki pa ga ni potreboval. Bolnik ni dobil odvajala, a je kljub temu odvajal. Bolnik se je sam umil v kopalnici, čez dan je brez pomoči hodil na stranišče in večkrat dnevno po hodniku, menili smo, da je bil praktično normalno aktiven.

3. dan po operaciji:

- hrana brez celuloze + napitki,
- bolusna analgezija po epiduralnem katetru na 6 ur + zaldiar 3x/dan,
- ocena bolečine po VAS: 2,
- za spodbudo peristaltike je prejemal reglan 3x/dan in magnezijev sulfat 1g 2x/dan,
- bolnik je odvajal blato,
- prejel je venofer in eprex.

Ker je bolnik že dva dni pojedel vse obroke in dovolj pil, smo bili mnenja, da se normalno prehranjuje in smo prenehli z beleženjem količine zaužite hrane in tekočine. Uvedli smo bolusno analgezijo po epiduralnem katetru, bolnik je zopet spontano odvajal, zaradi anemije je prejel venofer in eprex.

4. dan po operaciji:

- hrana brez celuloze + napitki,
- bolusna analgezija po epiduralnem katetru na 12 ur + zaldiar/6ur,
- ocena bolečine po VAS: 0,
- za spodbudo peristaltike je prejel reglan 3x/dan in magnezijev sulfat 1g 2x/dan.

5. dan po operaciji:

- hrana brez celuloze + napitki,
- bolusna analgezija po epiduralnem katetru na 12 ur + zaldiar/6ur,
- ocena bolečine po VAS: 0,
- za spodbudo peristaltike je prejel Reglan 3x/dan in magnezijev sulfat 1 g 2x/dan,
- prejel je eprex.

6. dan po operaciji:

- hrana brez celuloze + napitki,
- bolusna analgezija po epiduralnem katetru na 12 ur + zaldiar/6ur,
- ocena bolečine po VAS: 0,
- za spodbudo peristaltike je prejel reglan 3x/dan in magnezijev sulfat 1 g 2x/dan,
- bolnik je odvajal blato.

7. dan po operaciji:

Odhod bolnika domov.

Bolnik je 6. dan zopet spontano odvajal blato, torej smo bili mnenja, da se je njegova prebava vzpostavila na normalo in smo lahko bolnika odpustili domov. Na dan odhoda smo bolniku ponovno vzeli kri za laboratorijske preiskave in nivo hemoglobina se je popravil na 114 g/l. Ostali izvidi so bili še vedno v mejah normale in niso potrebovali popravka.

Zaključek

Naše delo je večinoma skoncentrirano na čas pred operacijo, na dan operacije in na prve tri dni po operaciji. Naslednje dni bolnik potrebuje le analgetike, vse ostale aktivnosti so na nivoju kot so bile pred operacijo. Izjema je dieta brez celuloze, ki preprečuje napenjanje. Bolnik je bil pred operacijo dobro informiran o pomenu zadostne enteralne prehrane (tudi napitkov) in pomenu aktivnosti po operativnem posegu, zato ocenjujemo, da je dobro sodeloval v procesu zdravstvene nege.

Bolnik je bil odpuščen v domačo oskrbo z datumom naslednjega preveza rane, receptom za analgetik, navodili o nadaljnji prehrani in s telefonsko številko, na katero lahko pokliče v primeru težav.

Bolnik je bil zelo zadovoljen s fast track obravnavo in njegove zadnje besede so bile: «ste me dobro zrihtali». Predvsem so zadovoljni bolniki, ki so že imeli izkušnje z operacijo črevesja in so bili prvič operirani po klasični metodi, drugič pa po metodi fast track.

Pri obravnavi bolnika imamo še nekaj manevrskega prostora za izboljšave, saj je bil to eden od naših prvih bolnikov, ki je bil voden po fast track programu. V tujini odpustijo bolnika domov 3. do 5. dan, pri nas smo bolnike, operirane po klasični metodi, odpuščali domov 10. do 15. dan. Glede na to, da mi to metodo še uvajamo, menim, da je odhod bolnika domov 7. dan po operaciji črevesja brez večjih zapletov tudi lep dosežek. Ko bomo imeli več izkušenj s fast track kirurgijo, bomo morda naredili še kakšno izboljšavo in bomo lahko enake primere odpuščali v domačo oskrbo še kak dan prej.

Vidne so velike spremembe v načinu obravnave bolnika, vendar je to šele začetek dolge poti k boljši, z znanstvenimi dokazi podprti obravnavi bolnika.