

AMELİYAT SONRASI HASTA TAKİP VE BAKIMI

6

Ar. Gör. Dr. İkbal Emre KILIÇ

Cerrahi bir müdahalenin öncesi ve sonrası hasta ve hekim açısından oldukça önem arz etmektedir. Preoperatif ve postoperatif dönem olarak adlandırılan bu dönemler cerrahi işlemin anlam kazandığı dönemlerdir. Geçmişten günümüze baktığımızda teknolojiye ve tıp alanındaki gelişmeler ameliyat tekniklerinde olduğu kadar postoperatif bakımda da yeni bilgi, beceri ve tecrübelerin kazanılmasına yol açmıştır. Kazanılan bu yenilikler morbidite ve mortalite oranı yüksek olduğu için imkansız veya zor görülen birçok ameliyatın yapılabilmesine olanak sağladı. Bunun sonucu olarak mevcut gelişmeler cerrahi, anestezi ve diğer tüm sağlık personeline daha verimli daha güvenli bir çalışma ortamı sağladı.

Her hasta hastalığının boyutu ve ciddiyeti ne olursa olsun hekimi için eşsiz öneme sahiptir. Hekimler bunun bilincinde olmakla beraber azami dikkati göstermekle sorumludurlar. Cerrahi işlem öncesi ve sonrası her aşaması ayrı bir öneme sahip olan bu sürecin ameliyat sonrası bakım ve takip dönemi bu bölümümüzün konusu olacaktır.

6.1. Giriş

Ameliyat sonrası bakım ve takip ameliyatın hemen bitiminde başlar, amaç hastayı geçirdiği ameliyatın boyutuna bağlı olarak belli bir kararlılıkta tutmaktır. Bunun için hastanın ameliyat öncesi ve ameliyat esnasında yapılan ameliyatın ne olduğu çok iyi kavranmalı, gelişebilecek her türlü komplikasyon çok iyi bilinerek koruyucu önlemler rutin olarak uygulamaya konulmalıdır.

mitede kızarıklık, şişlik, iki ekstremitte arasında çap farkı olması halinde venöz doppler inceleme faydalı olur, beraberinde spiral BT kullanımı da emboli tanısı koymada klinisyenin işini kolaylaştıracaktır.

6.3.5. Kardiyak komplikasyonlar

Kalp dışı cerrahi yapılan hastaların önemli bir kısmında atrial fibrilasyon (AF) ve supraventriküler taşikardi (SVT) gelişir. Sempatik aktivite, AF'nin tetiklenmesinden sorumlu başlıca otonomik mekanizmadır. Vagal manevralar bazı durumlarda SVT'yi sonlandırabilir. SVT adenozin tedavisine iyi yanıt verir, dirençli olgularda kısa etkili β -blokerler, dihidropiridin grubunda olmayan bir kalsiyum kanal blokeri (diltiazem ve verapamil) veya amiodaron (IV) ile bu aritmiler sonlandırılabilir. Negatif inotropik etkisi nedeniyle verapamil dikkatli kullanılmalıdır. Önceden uyarılmış SVT/AF'de kalsiyum kanal blokerlerinin kullanımı önerilmez. Perioperatif AF için tedavinin amacı ventriküler hızın kontrolünü sağlamaktır. β -blokerler ve dihidropiridin grubu olmayan kalsiyum kanal blokerleri (diltiazem ve verapamil), AF'de hız kontrolünün sağlanmasında kullanılır. Cerrahi gibi yüksek adrenerejik durumlarda yararlı olmadığından digoksin sadece kronik kalp yetersizliği olan hastalarda ilk seçenek olarak kullanılabilir. β -blokerlerin kalp dışı cerrahiden sonra AF'nin sinüs ritmine konversiyonunu hızlandırdığı gösterilmiştir (13). Çeşitli çalışmalarda β -blokerlerin preoperatif kullanımının aritmi kontrolünü daha iyi sağladığı gösterilmiştir (14). Cerrahi geçiren hastalarda görülen MI olgularının %50'sinde, artmış bir oksijen ihtyacının bulunmasına karşın sıvı kayması, fizyolojik stres, hipotansiyon ve anestezinin etkisi gibi faktörler nedeniyle bu ihtiyaç karşılanamaz. Kardiyak iskemi olaylarının çoğu da postoperatif dönemin ilk 4 gününde gelişir (15). Bu nedenle riskli hasta gruplarının postoperatif kardiyak stabilizasyon açısından yoğun bakım ünitelerinde yakın takip altında tutulması gereklidir.

Kaynakça

1. Dağıstanlı S, Kalaycı MU, Kara Y. Evaluation of ERAS Protocol in General Surgery. İKSST Derg 2018;10(Ek sayı):9-20
2. Özyılmaz E, Kaya A. Postoperatif hastada gelişen solunum yetmezliğinde noninvaziv mekanik ventilasyonun yeri. Tuberk Toraks 2012; 60(2):185-192
3. Nelson R, Edwards S, Tse B: Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery (review).Cochrane Database Syst Rev(3):1,2006
4. Halpin V,Soper N: The management common bile duct Stones. Current Surgical Therapy,7th ed. Cameron J, Ed. CV Mosby, Inc, St Louis, 2001
5. Keten D, Aktaş F: Catheter-Associated Urinary Tract Infections. Klimik Dergisi 2014; 27(2): 38-47

6. Venturi ML, Attiger CE, Mesbahi AN, et al: Mechanisms and clinical application of the vaccum assisted closure (VAC) device. *Am J Clin Dermatol* 2005;6: 185,
7. Benítez FDM, Noyola AG, Martínez ASGIG, Ilionanys Betancourt Plaza: Program of Gastrointestinal Rehabilitation and Early Postoperative Enteral Nutrition: a prospective study. *Updates in Surgery* 2018; 70: 105–112
8. Zaloga G. Parenteral Nutrition in adult inpatients with functioning gastrointestinal tracts: Assesment of outcomes. *Lancet* 2006;367: 1101,
9. Dumlu EG, Bozkurt B, Tokaç M, Kıyak G, Özkardeş AB, Yalçın S, Kılıç M: Malnutrition and Nutrition Supplementation In Surgical Patients. *Ankara Medical Journal* 2013; 13(1):33-39
10. Özçelik MF. Türk Cerrahi Derneği Yeterlilik (Board) Okulu Ders Notları. Ankara. Türk Cerrahi Derneği Yayınları, 2018
11. Willke A, Tireli M: Postoperatif Ateş. *ANKEM Derg* 2009;23(2):86-88
12. Yormaz S, Yılmaz H, Alptekin H, Acar F, Ece İ, Çolak B, Yormaz B, Kafali ME, Şahin M. Laparoskopik Sleeve Gastrektomi'de Pulmoner Tromboemboli Riskinin Padua Skoru ile Değerlendirilmesi: Retrospektif Bir Çalışma. *ACU Sağlık Bil Derg* 2019; 10(1):73-77
13. Hert S, Eeckhout E, Fowkes G, Gorenek B: Kalp Dışı Cerrahide Preoperatif Kardiyak Riskin Değerlendirilmesi Ve Perioperatif Kardiyak Tedaviye İlişkin Kılavuzlar. *European Heart Journal*, 2009
14. McGory ML, Maggarda MA, Ko CY. A Meta Analysis Of Perioperative Beta Blockage: What is The Actual Risk Reduction? *Surgery* 2005;138:171,
15. Grayburn PA, Hillis DL: Cardiac Events in Patients Undergoing Noncardiac Surgery: Shifting The Paradigm From Noninvasive Risk Stratification To Therapy. *Ann Intern Med* 2003;138:506,

Gözden Geçirelim

- Ameliyat sonrası bakım ve takip ameliyatın hemen bitiminde başlar. Bu takibin nerede yapılacağı konusu ciddi önem arz etmektedir ve belli faktörler takip olacak yer konusunu belirlemede yardımcı olur.
- Hastanın özgeçmişi, soygeçmişi, detaylı öyküsü, fizik muayenesi gibi preoperatif klinik durumu, yapılan ameliyat işleminin ne olduğu, sürecin nasıl geçtiği ve ne kadar sürede tamamlandığı, hastanın anestezi ve cerrahi ekip ile birlikte değerlendirilen postoperatif klinik durumu gibi özelliklerin hastanın takip olacak yerini belirlemede ekibin yol haritasını oluşturur.
- ERAS, cerrahi stresi azaltarak, postoperatif fizyolojik fonksiyonların idamesi ve erken mobilizasyona olanak sağlamayı amaçlayan düzenlemeleri içerir. Bu da azalmış morbidite, hızlı iyileşme ve kısalmış hastanede kalış süresi ile sonuçlanır. Ameliyat sonrası geçen dönemi ERAS protokolünü de göz önüne alarak birçok bileşeni ile incelemek gerekir.
- Oksijen tedavisi, vital bulguların değerlendirilmesi, ağrı kontrolü, drenlerin takibi, hemogram, üre/kreatinin ve elektrolit durumunun takibi, yara bakımı, hidrasyon, beslenme, erken mobilizasyon, postoperatif komplikasyonların önlenmesi ve olduğu durumda erken müdahale postoperatif bakımın önemli basamaklarıdır.