

ÜROLOJİ SERVİSİNDE LAPAROSKOPIK HASTA TAKİBİ

Burhan BAYLAN¹

GİRİŞ

Tüm cerrahi servislere hastaların servis takibi önem arz etmektedir ve gerekli bilgi, beceri, deneyim ve dikkat gerektirir. Tüm cerrahilerin kendi içerisinde takip protokollerine uygun takipleri yapılması gerektiği gibi, laparoskopik cerrahilerin de yapılan ameliyata göre servis takipleri titizlikle yapılmalıdır. Üroloji servislerinin çoğunda, postoperatif hasta grupları arasında laparoskopik yöntemler uygulanan hastalar geniş yer kaplamaktadır. Bu hasta grubunun ameliyat öncesi ve sonrasında, operasyon sırasında uygulanması gereken prosedürler deneyimli ve bilgili ekip üyeleri tarafından yapıldığında komplikasyon oranları azalarak başarı yükselmektedir. Bu bölümde ürolojik laparoskopik cerrahi geçiren hastaların ameliyat sonrası dönemde takip ve bakımında dikkat edilmesi gereken konular ele alınmıştır.

Hastalar ameliyat odasında uyandırıldıktan sonra postoperatif dönemde bakım odasına alınır. Burada stabilize sağlanana kadar hastalar takip edilir. Stabil hale gelen hastalar anestezi ve cerrahi alanından deneyimli kişiler tarafından servise alınır. Her aşamasında ayrı önem arz eder ve takiplerin deneyimli personel tarafından yapılması gerekir. Postoperatif bakım odasında acil müdahaleye ihtiyaç durumunda kullanılacak ekipmanın hazır bulunması ve monitorizasyonunun yapılması gerekir. Bu alandaki personelin acil durumlar ve postoperatif hasta takip yönetimi açısından iyi yetişmiş ve eğitilmiş olması gerekir.

Hasta stabil hale gelince servise nakli anestezi ve cerrahi ekibinden, tecrübeli çalışanlar tarafından yapılmalıdır. Yatağa alınan hastanın mai ve drenaj

¹ Dr. Öğr. Üyesi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Üroloji A.D.
baylanburhan@gmail.com

anastomoz hattı üzerine denk gelirse, emici etki ile idrar ektravazasyonuna ve drenajın uzamasına neden olabilir. Böyle durumlarda drenaj katateri 1-2 cm kadar kısaltılarak, delikli alanın yeri değiştirilebilir. Yine drenajın uzadığı durumlarda, gelen dren sıvısının biyokimya değerleri çalıştırılarak, sıvının cinsi hakkında bilgi edinilebilir. Bu kataterlerden örnek alınır iken, kataterin üzeri antiseptik ile silinerek enjektör ile giriş yapıp alınmalıdır. Sıvının kreatin seviyesine göre idrar olup olmadığı ayırt edilebilir. Eğer gelen sıvı plazma ise genellikle 10-12 gün içerisinde drenajın azalması beklenir.

Laparoskopik cerrahi hazırlık aşaması, ameliyat odası ve enstrümanları, postoperatif hastaların takibi özel deneyim ve bilgi gerektirir. Düzenli ve işbirlikçi olarak bir arada çalışan bir laparoskopik ameliyat ekibinin varlığı, başarıya giden yolda en önemli faktörlerden biridir. Bu nedenle laparoskopik cerrahilerde bütün ekip üyelerinin cerrahi hasta yönetimi konusunda yerli bilgi ve beceriye ayrıca gelişmeleri takip ederek daha deneyimli hale gelmeleri gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Altınel M, Akıncı S. Ürolojik Laparoskopik Cerrahide Postoperatif Bakım. Turk Urol Sem 2010; 1: 147-52
2. Öbek C. Ürolojik laparoskopide komplikasyonlar ve önlenmesi. Üroonkoloji Bülteni 2005;2
3. Koivusalo AM, Kellokumpu I, Ristkari S, Lindgren L. Splanchnic and renal deterioration during and after laparoscopic cholecystectomy: a comparison of the carbon dioxide pneumoperitoneum and the abdominal wall lift method. Anesth Analg. 1997;85(4):886-891.
4. Wolf JR, Stoller ML. The Physiology of Laparoscopy: Basic Principles, Complications and other Considerations Urol J.1994;152:294-302
5. Putensen –Himmer G, Lammer H, Lingnau W, Aigner F, Benzer H. Comparison of postoperative respiratory function after laparoscopy or open laparotomy for cholecystectomy. Anesthesiology 1992;77:675-80.
6. Bablekos GD, Roussou T, Rasmussen T, Vassiliou MP, Behrakis PK. Postoperative changes on pulmonary function after laparoscopic and open cholecystectomy. Hepatogastroenterology 2003;50:1193-200.
7. Pini M, Spyropoulos AC. Prevention of venous thromboembolism. Semin Thromb Hemost 2006;32:755-66.
8. Delaney CP. Clinical perspective on postoperative ileus and the effect of opiates. Neurogastroenterol Motil 2004;16 Suppl 2:61-6.
9. Okegawa T, Noda H, Horie S, Nutahara K, Higashihara E. Comparison of transperitoneal and retroperitoneal laparoscopic nephrectomy for renal cell carcinoma: a single-center experience of 100 cases. Int J Urol 2008;15:957-60.
10. Wolf JS Jr, Bennett CJ, Dmochowski RR, Hollenbeck BK, Pearle MS, Schaeffer AJ, et al. Best practice policy statement on urologic surgery antimicrobial prophylaxis. J Urol 2008;179:1379-90.