Bölüm
172

PREOPERATİF VE POSTOPERATİF HASTA YAKLAŞIM VE YÖNETİMİ

Erdal DOĞAN[1]

1.PREOPERATİF HASTA YAKLAŞIM VE YÖNETİMİ

Giriş

Preoperatif hasta yaklaşım ve yönetimi güvenli bir anestezi uygulaması için anestezi uzmanları tarafından yapılması gereken klinik değerlendirmedir. Anestezi uzmanları hastanın gerçek durumunu ameliyat öncesi hasta ziyaretinde yeterli derecede değerlendirebilirse, yapılacak girişimi, oluşabilecek sorunları ile daha iyi başa çıkabilmeyi ve daha güvenli bir anestezi planlayabilirler. Preoperatif anestezi değerlendirmesi, perioperatif hasta yönetimine klavuzluk eder. Yapılan birçok çalışma, preoperatif hazırlığın yetersiz yapılmasının, perioperatif dönemde mortaliteyi artıran en önemli neden olduğunu göstermiştir. İyi bir preoperatif değerlendirme, hastanın mortalite ve morbiditesini azaltır ve hastanede yatış süresini kısaltır (1-6).

Preoperatif değerlendirme ve hazırlamanın hedefleri şunlardır (3,7):

1. Ameliyat gereken durumların belgelenmesi.
2. Hastanın genel sağlık durumunun değerlendirilmesi.
3. Ameliyat anında ve sonrasında sorun yaratabilecek bilinmeyen durumların ortaya çıkarılması.
4. Perioperatif risk tespitinin yapılması.
5. Cerrahi ve anestezik perioperatif morbitide veya mortaliteyi azaltmak için hastanın tıbbı durumunun iyileştirilmesi.
6. Uygun bir perioperatif bakım planının geliştirilmesi.
7. Anksiyeteyi azaltmak ve iyileşmeyi kolaylaştırmak amacıyla hastanın cerrahi, anestezi, intraoperatif bakım ve postoperatif ağrı tedavisi hakkında eğitimi.
8. Maliyetlerin düşürülmesi, hastanede kalış süresinin kısaltılması, iptallerin azaltılması ve hasta memnuniyetinin arttırılması.

Tıbbı geçmiş

Tıbbı geçmiş, preoperatif değerlendirmenin en önemli kısmıdır. Alınacak anamnez; hastanın cerrahi geçmişinin, aile öyküsünü, sosyal geçmişini (tütün kullanımı, alkol ve yasadışı uyuşturucu kullanımı), allerji öyküsünü, güncel ilaç tedavisi olup olmadığını, ilaçlara verilen olağan dışı tepkileri ve önceki anesteziklerle ilişkili herhangi bir problem veya komplikasyonun olup olmadığını içermelidir. Aile öyküsünde; anestezi ile ilişkili olumsuz reaksiyonların varlığı sorgulanmalıdır. Çocuklarda öykü, doğum tarihi, doğumda prematürite, perinatal komplikasyonlar ve konjenital kromozomal veya anatomik malformasyonların varlığı gibi doğum öyküsünü içermelidir, ayrıca mevcut olan yada yakın geçmişte geçirilmiş solunum yolu enfeksiyonları sorgulanmalıdır.

Tıbbı geçmiş, tanısı konulmamış hastalıkları veya yetersiz kontrol edilen kronik hastalıkların aranması için sistemlerin tam incelenmesini gerektirir. Kardiyovasküler ve solunum sistemi has-

[1] Anesteziyoloji ve Reanimasyon Uzmanı drerdaldogan21@gmail.com Özel Sultan Hastanesi

Tablo 6. Modifiye Aldrete Skorlaması		
Kas gücünün değerlendirilmesi	4 ekstremite hareketli	2
	2 ekstremite hareketli	1
	Ekstremitelerde hareket yok	0
Solunumun değerlendirilmesi	Rahat ve derin soluk alabilme ve öksürebilme	2
	Sıkıntılı solunum, yüzeyel, sınırlı soluk alıp verme	1
	Nefes alamama	0
Dolaşımın değerlendirilmesi	Arteryel Kan basıncı ± 20 mmHg preanestezik dönem	2
	Arteryel Kan basıncı ± 20 – 50 mmHg preanestezik dönem	1
	Arteryel Kan basıncı ± 50 mmHg preanestezik dönem	0
Bilincin değerlendirilmesi	Tam uyanık	2
	Seslendirilerek uyandırılıyor, uykuya meyilli	1
	Yanıt yok	0
O2saturasyonunun değerlendirilmesi	Oda havasında > % 92	2
	% 90 SpO2 için O2 inhalasyonu gerekli	1
	O2 desteği ile < % 90	0

yoğun bakım ünitesine (YBÜ) nakledilebilirler (41,43).

Hastaların derlenme odasından servise gönderilmelerine karar vermek için kullanılan skorlama sistemi Modifiye Aldrete Skorlamasıdır (Tablo 6). Yaşlı hastalar, konjestif kalp yetersizliği olan hastalar, intraoperatif kardiyak bir olay yaşanan hastalar, uzun bir cerrahi girişim geçiren hastalar, ağrı ve bulantı kusması olan hastalar derlenme odasında daha uzun süre izlenmeliler.

SONUÇ

Modifiye Aldrete skoru 9-10 puan olan hastalar yani bilinci açık, komutlara uyan, hayati fonksiyonları stabil, solunum ve dolaşım bulguları stabil olduğu zaman servisine gönderilebilir.

Kaynaklar:

1. Garcia-Miguel FJ, Serrano-Aguilar PG, Lopez-Bastida J. Preoperative assessment. Lancet 2003;362:1749-57.
2. Roizen MF. Anesthetic implications of concurrent diseases. In Anesthesia. 5th Edition. Miller RD (ed) Philadelphia, Churchill-Livingstone 2000, p. 903-1015.
3. Kitts JB. The preoperative assessment; who is responsible? Can J Anesth 1997;44:1232-1236.
4. Macpherson DS, Lofgren RP. Outpatient internal medicine preoperative evaluation: a randomized clinical trial. Med Care 1994;32:498-507.
5. An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology. 2012;116(3):522-38.
6. King MS. Preoperative evaluation. Am Fam Physician 2000;62:387-96.
7. Roizen MF, Foss JF, Fischer SP. Preoperative evaluation. In Anesthesia. 5th Edition. Miller RD (ed) Philadelphia, Churchill-Livingstone, 2000, p. 824-883.
8. American Society of Anesthesiologists Task Force on Preanesthesia Evaluation. Practice Advisory for Preanesthesia Evaluation. Anesthesiology. 2002; 96:485-496.
9. Roizen MF. Preoperative laboratory testing: What is needed? 54th ASA Annual Refresher Course Lectures, 2003, 146.
10. Halaszynski TM, Juda R, Silverman DG. Optimizing postoperative outcomes with efficient preoperative assessment and management. Crit Care Med 2004; 32: S80.
11. Rabkin SW, Horne JM. Preoperative Electrocardiography: effect of new abnormalities on clinical decisions. Can Med Asso J 1983; 128:146.
12. Klock PA. Drug interactions for the anesthesiologist. 55th ASA Annual Refresher Course Lectures, 2004, 147.
13. Leak JA. The potential hazards of perioperative herb and dietary supplement use. 55th ASA Annual Refresher Course Lectures, 2004, 146.
14. Adusumilli PS, Ben-Porat L, Pereira M, et al. The prevalence and predictors of herbal medicine use in surgical patients. J . Am Coll Surg 2004; 198: 583-590.
15. Crowe S, Lyons B. Herbal medicine use by children presenting for ambulatory anesthesia and surgery. Paediatr Anaesth 2004; 14: 916-91.
16. Kearon C, Hirsh J. Management of anticoagulation before and after surgery. N Engl J Med 1997; 336:1506–1511.
17. Fleisher LA. Risk of anesthesia. In Anesthesia. 5th Edition. Miller RD (ed) Philadelphia, Churchill-Livingstone, 2000, p. 795-823.

18. Cohen MM, Duncan PG, Tate RB. Does anesthesia contribute to operative mortality? JAMA 1988; 260:2859.
19. Khuri SF, Daley J, Henderson W, et al. The National Veterans Administration Surgical Risk Study: risk adjustment for the comparative assessment of the quality of surgical care. J Am Coll Surg 1995; 180:519-531.
20. Klotz HP, Candinas D, Platz A, et al. Preoperative risk assessment in elective general surgery. Br J Surg 1996; 83:1788-1791.
21. Eagle KA, Berger PB, Calkins H, et al. ACC/AHA Guideline Update for Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery—Executive Summary. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1996 Guidelines on Perioperative Cardiovascular Evaluation for Noncardiac Surgery). Anesth Analg 2002; 94:1052-1064.
22. Chassot, PG, Delabays A, Spahn DR. Preoperative evaluation of patients with, or at risk of, coronary artery disease undergoing non-cardiac surgery. Br J Anaesth 2002; 89:747-759.
23. Fleisher LA. Risk of anesthesia. In Anesthesia. 5th Edition. Miller RD (ed) Philadelphia, Churchill-Livingstone, 2000, p. 795-823.
24. Chassot, PG, Delabays A, Spahn DR. Preoperative evaluation of patients with, or at risk of, coronary artery disease undergoing non-cardiac surgery. Br J Anaesth 2002; 89:747759.
25. Ashton CM, Petersen NJ, Wray NP, et al. The incidence of perioperative myocardial infarction in men undergoing noncardiac surgery. Ann Intern Med 1993; 118:504-510 (Level III).
26. Lawrence VA, Dhanda R, Hilsenbeck SG, et al. Risk of pulmonary complications after elective abdominal surgery. Chest 1996; 110:774–750.
27. Smetana GW. Current concepts: preoperative pulmonary evaluation. N Engl J Med 1999; 340:937–944.
28. Mohr DN, Lavender RC. Preoperative pulmonary evaluation: identifying patients at increased risk for complications. Postgrad Med 1996;100:241-256.
29. Warner MA, Offord KP, Warner ME, et al. Role of preoperative cessation of smoking and other factors in postoperative pulmonary complications: a blinded prospective study of coronary artery bypass patients. Mayo Clin Proc 1989; 64:609– 616. 26.
30. Warner DO, Warner MA, Barnes RD, et al. Perioperative respiratory complications in patients with asthma. Anesthesiology 1996;85:460-467.
31. Kabalin CS, Yarnold PR, Grammer LC. Low complication rate of corticosteroid-treated asthmatics undergoing surgical procedures. Arch Intern Med 1995; 155:1379-1384.
32. Nomori H. Preoperative respiratory muscle training: assessment in thoracic surgery patients with special reference to postoperative pulmonary complications. Chest 1994; 105:17821788.
33. Rock P. Evaluation and perioperative management of the patient with respiratory disease. 53rd ASA Annual Refresher Course Lectures, 2002, p. 253.
34. Rennotte MT, Baele P, Aubert G, Rodenstein DO. Nasal continuous positive airway pressure in the perioperative management of patients with obstructive sleep apnea submitted to surgery. Chest 1995; 107:367-374.
35. Coursin DB. Perioperative management of the diabetic patient. 55th ASA Annual Refresher Course Lectures, 2004, 210.
36. Juul AB, Wetterslev J, Kofoed-Enevoldsen A, et al. The Diabetic Postoperative Mortality and Morbidity (DIPOM) trial: Rationale and design of a multicenter, randomized, placebo-controlled, clinical trial of metoprolol for patients with diabetes mellitus who are undergoing major noncardiac surgery. American Heart Journal 2004; 147:677-683.
37. Hancı V, Pişkin Ö. Geriatrik Anestezide Derlenme ve Postoperatif Bakım. Turkiye Klinikleri J Anest Reanim -Special Topics 2011;4(1):52-9.
38. Morgan GE, Mikail MS, Murray MJ. Postanesthesia Care. In: Morgan GE, Mikail MS, Murray MJ (eds.) Clinical Anesthesiology. 3rd edition. New York, Lange Medical Books/ McGraw-Hill. 2002 p: 936-950.
39. McGoldrick KE. Anesthesia Considerations for Geriatric Outpatients. In: Silverstein JH, Rooke GA, Reves JG, Mcleskey CH (eds). Geriatric Anesthesiology. 2nd edition., New York, Springer science+Business Media, 2008 p: 322-33.
40. American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Practice guidelines for postanesthetic care: a report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. Anesthesiology 2002;96(3):742-52.
41. Vimlati L, Gilsanz F, Goldik Z. Quality and safety guidelines of postanaesthesia care: Working Party on Post Anaesthesia Care (approved by the European Board and Section of Anaesthesiology, Union Européenne des Médecins Spécialistes). Eur J Anaesthesiol 2009;26(9): 715-21.
42. Postanestezik Bakım, Anestezi Uygulama Kılavuzları,- Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (tard), Kasım 2005.
43. Membership of the Working Party:, Whitaker Chair DK, Booth H, Clyburn P, Harrop-Griffiths W, Hosie H, Kilvington B, Macmahon M, Smedley P, Verma R; Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Immediate post-anaesthesia recovery 2013: Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland. Anaesthesia 2013;68(3):288-97.