

Pismo uredništvu/Letter to the editor

PREANESTEZIOLOŠKA AMBULANTA V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

Silva Zupančič, Darja Kasnik, Viktorija Rus-Vaupot

Oddelek za anesteziologijo in intenzivno medicino, Splošna bolnišnica, Gosposvetska 3, 2380 Slovenj Gradec

Odkritje anestezije v sredini 19. stoletja je omogočilo razvoj moderne kirurgije. Od takrat je minilo več kot 150 let odkrivanja, preučevanja in razvoja anestezijskih tehnik in učinkovin. Ob splošni anesteziji se je razvila še regionalna anestezija, blokade perifernih živcev, lokalna anestezija.

Anestezija nam omogoča, da dosežemo umiritev, nezavest, amnezijo, analgezijo, neodzivnost avtonomnih refleksov na stimulanse in relaksacijo mišic. Hkrati vplivamo na različne organske sisteme (srčnožilnega, dihalnega...), kar lahko v določenih okoliščinah privede do perioperativne zbolelosti in umrljivosti.

Perioperativno obdobje spada v sklop anesteziologovega dela. Zajema pripravo bolnika na operativni poseg in anestezijo, vodenje anestezije med operacijo in sledenje bolnika po operaciji in skrb za pooperativno bolečino.

Na zbolelost in umrljivost v perioperativnem obdobju vplivajo: bolnikovo zdravstveno stanje, operativni poseg in anestezija. Cohen in kolegi so v študiji vplivov bolnikovega zdravstvenega stanja, operativnega posega in anestezije ugotovili, da je bolnikovo stanje pomembnejši dejavnik v napovedi perioperativne smrtnosti od anestezije.

Za zmanjšanje perioperativnih zapletov je potrebna predoperativna priprava in dobro poznavanje bolnikovega zdravstvenega stanja. Na osnovi tega uvrščamo bolnike po ASA (American Society of Anaesthesiologists) klasifikaciji v šest razredov, iz katerih lahko predvidimo nevarnost razvoja perioperativnih zapletov. Perioperativni zapleti so v I. in II. razredu redki. Pogostnost zapletov predvsem med in po operativnem posegu se zvišuje po III.-IV. razredu (najpogostejši so srčno-žilni zapleti, dihalni zapleti, presnovne motnje...).

Nameni predoperativne priprave so:

- Seznaniti se z zahtevnostjo in obsegom operativnega posega.
- Ugotoviti bolnikovo zdravstveno stanje na osnovi anamneze, pregleda, laboratorijskih testov, poprejšnje medicinske dokumentacije in opredeliti okoliščine, ki lahko vplivajo na perioperativne zaplete.
- Če je potrebno, dobiti mnenja drugih specialistov za zmanjšanje nevarnosti razvoja perioperativnih zapletov.
- Načrtovati predoperativne medikacije, anestezijske tehnike in način anestezije ter pooperativni nadzor.
- Seznaniti bolnika z operativnim posegom, načinom anestezije, možnostmi zapletov in pooperativne analgezije.
- Komunikacija anesteziologa v predoperativni pripravi s kirurgom, splošnim zdravnikom in anestezijsko skupino.
- Natančno vodenje medicinske dokumentacije o predoperativni pripravi.

V Splošni bolnišnici Slovenj Gradec smo anesteziologi izvajali predoperativne preglede odraslih bolnikov pred načrtovanim kirurškim posegom v času dežurne službe v obliki konziliarnih pregledov. Bolniki so bili sprejeti na oddelek dan pred načrtovano operacijo. V popoldanskem ali večernem času jih

Klasifikacija. ASA (American Society of Anaesthesiologists)

Razred	Opis zdravstvenega stanja	Primeri
ASA I.	Bolnik brez organskih, fizioloških, psihiatričnih motenj.	
ASA II.	Bolnik z dobro urejeno kronično boleznijo, brez močnejše izraženih sistemskih znakov.	Urejena hipertenzija, urejen diabetes, blaga debelost, kajenje, starost manj kot eno in več kot 70 let.
ASA III.	Bolnik s kronično boleznijo z izraženimi sistemskimi posledicami in občasnimi poslabšanji.	Kongestivna srčna bolezen brez znakov popuščanja, stabilna AP, star infarkt, slabo urejena hipertenzija, močno povišana telesna teža, KOPB z občasnimi poslabšanji, kronična ledvična bolezen.
ASA IV.	Bolnik s kronično boleznijo, ki je slabo urejena, s pogostimi poslabšanji, ki ogrožajo življenje.	Nestabilna AP, simptomatska KOPB, kongestivna srčna bolezen s popuščanjem, hepatorenalna bolezen, sepsa, večorganska odpoved, hude motnje v strjevanju krvi.
ASA V.	Kritično bolni bolnik, pri katerem so možnosti preživetja z operativnim posegom ali brez njega majhne.	
ASA VI.	Možgansko mrtvi bolnik, ki je darovalec organov.	
E	Oznaka, ki jo dodamo zgoraj naštetim razredom in označuje nujni operativni poseg.	

je pregledal dežurni anesteziolog. Dosegli smo, da so bili pred operacijo pregledani vsi odrasli bolniki. Ob tem smo se srečevali s številnimi težavami.

Dežurni anesteziolog, ki je v dežurstvu opravljal vse nujne anestezije, vodil Center intenzivne terapije in pregledoval bolnike na oddelkih, je bil preobremenjen. Z odkrivanjem spremljajočih bolezni, ki so zahtevale dodatno predoperativno pripravo (predvsem stabilizacijo srčnožilnega in dihalnega sistema), se je podaljševala predoperativna ležalna doba. Večino predoperativne priprave smo opravili v bolnišnici na oddelkih operativnih strok ali na internem oddelku. Oteženo je bilo programiranje operativnih posegov.

Zaradi tega je prihajalo do nesporazumov oziroma konfliktov med operaterji in anesteziologi.

Naš cilj je bil ureditev preanesteziološke ambulante, v kateri bi pregledali bolnike približno 14 dni pred operativnim posegom.

Po pripravi in dogovorih predstojnice Oddelka za anesteziologijo in intenzivno medicino z bolnišnično upravo in ZZZS

Območna enota Ravne na Koroškem in ureditvi prostorov smo lahko začeli z rednim delom v preanestezioški ambulanti.

Pred začetkom smo o našem delu in delovnem času seznanili oddelke v bolnišnici, predvsem kirurški, ginekološki in urološki oddelki. Prav tako smo obvestili zdravstvene domove na področju Koroške in Velenja. Poslali smo navodila osebnemu zdravniku za predoperativno pripravo s prošnjo, da bolniku, ki je predviden za operativno zdravljenje, naredijo hemogram, pregled urina, EKG in po presoji osebnega zdravnika še druge laboratorijske teste ter rentgenogram prsnih organov. Izvide naj bi prinesel bolnik skupaj z veljavno napotnico za pregled.

Preanestezioška ambulanta je začela z delom novembra 1998. Najpogostejše začetne težave so bile predvsem naročanje bolnikov in dobivanje napotnic pri osebnih zdravnikih. Po intervencijah in pogovorih s predstavniki zdravstvenih domov in ZZS Območno enoto Ravne na Koroškem so ti problemi le še občasni.

Bolniki, ki se v ambulantah operativnih strok naročajo na operativni poseg, dobijo telefonsko številko z navodilom.

Ambulanta dela dvakrat tedensko (torek, četrtek) od 7. ure do 14. ure 30 minut in v soboto od 7. ure 30 min. do 8. ure 05 min. – (kontrola). V tem času poteka tudi naročanje po telefonu. Bolnike naročamo na ure, s tem se delno izognemo predolgemu čakanju. Prostore si delimo z Ambulanto za zdravljenje bolečin.

V ambulantni delata medicinska sestra in zdravnik anesteziolog. Bolnika sprejme medicinska sestra, ki opravi del nujnega administrativnega dela (ostalo delo opravi oddelčna administratorka). Pripravi dokumentacijo, delno izpolni ambulantni in premedikacijski list. Bolniku izmeri krvni tlak in utrip, zabeleži telesno višino in maso. Seznanjeni ga s pripravo pred operacijo (higijeno, karenci) ter z navodili »INFORMACIJE O ANESTEZIJI BOLNIKU IN NJEGOVI SVOJCEM«, ki jih bolnik lahko prebere v čakalnici. Prav tako se z bolnikom pogovori o pooperativni bolečini in možnostjo lajšanja le-te.

Zdravnik se z bolnikom pogovori o bolezni, zaradi katere bo operiran, o spremljajočih boleznih ter zdravlilih, ki jih dobiva. Bolnika usmerjeno sprašuje o poprejšnjih anestezijah, morebitnih zapletih ter anestezioških posebnostih v krvnem sorodstvu.

Klinični pregled zajema splošni status, pregled dihalnega in srčnožilnega sistema, po potrebi orientacijski nevrološki status. Usmerjeni pregled zajema dihalne poti, rast zob, orofaringealno klasifikacijo (Mallampati), gibljivost vratne hrbtenice, pozicijo traheje. Na osnovi teh izvidov lahko oceni verjetnost težav pri endotrahealni intubaciji.

Večina bolnikov prinaša s seboj rutinske predoperativne preiskave – hemogram in EKG ter medicinsko dokumentacijo. Na osnovi dobljenih anamnestičnih podatkov, pregleda dokumentacije ter kliničnega statusa se anesteziolog odloči o še potrebnih dodatnih preiskavah in pregledih pri specialistih (najpogostejše internist, internist kardiolog, pulmolog).

Vse dobljene podatke vpisujemo na ambulantni premedikacijski list v dvojniku. Originalni zapis dobi bolnik; če je potrebo-

na dodatna priprava, so na tem listu zapisana vsa navodila osebnemu zdravniku, specialistu in operaterju.

Zabeležena je tudi priporočena oblika anestezije, premedikacija ter priporočila glede potrebne antibiotske zaščite in anti-koagulantne zaščite.

Po pregledu bolnika seznanimo z obliko anestezije, ki bo potrebna za predvideni operativni poseg, z možnimi zapleti in mu odgovorimo na vprašanja o anesteziji. Prosimo ga, da prebere pisno soglasje za anestezijo in ga podpiše. Žal ugotavljamo, da bolniki v večini anestezijo zelo slabo poznajo, malo vedo o pooperativnem lajšanju bolečine, redki so tisti, ki postavljajo vprašanja v zvezi z anestezijo.

V preanestezioški ambulanti Splošne bolnišnice Slovenj Gradec je bilo v letu 2000 pregledanih 2586 bolnikov, ki so bili programsko operirani na kirurškem, urološkem ali ginekološkem oddelku Splošne bolnišnice Slovenj Gradec. Ostalih 2879 bolnikov smo pregledali v dežurstvu.

Večji del bolnikov (80%) je sodilo po klasifikaciji ASA v prvi in drugi funkcionalni razred, kar pomeni nizko perioperativno tveganje. Večje perioperativno tveganje pomenita tretji in četrty razred (18% in 2%). Pri bolnikih so bili potrebni dodatni specialistični pregledi in dodatna priprava v 6%. Med najpogostejšimi spremljajočimi boleznimi so bile bolezni kardiovaskularnega sistema (pri 18% vseh bolnikov).

Tab. 1. *Razporeditev bolnikov v razrede po klasifikaciji ASA.*

Število bolnikov	ASA I.	ASA II.	ASA III.	ASA IV.
2586	37%	43%	18%	2%

Po več kot dveletnem delu ambulate ugotavljamo pomanjkljivosti in si seveda postavljamo tudi cilje za izboljšanje dela ter s tem izboljšanje preoperativne priprave bolnika.

Naši cilji so:

- uvedba vsakodnevne ambulate,
- dostopnost ambulate v popoldanskem času vsaj enkrat tedensko,
- uvedba nekaterih testov v ambulanto (EKG, spirometrija),
- seznanjanje bolnikov z možnostjo avtotransfuzije,
- računalniško vodenje celotne dokumentacije in vključitev v računalniško mrežo bolnišnice.

Uresničitev ciljev bo postopna in je odvisna od kadrovskih in finančnih možnosti oddelka oziroma bolnišnice.

Mislamo, da smo na pravi poti za čimboljšo pripravo bolnikov in s tem minimaliziranjem nevarnosti perioperativnih zapletov pri načrtovanih operativnih posegih.

Viri

1. Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK. Preoperative evaluation. In: Fleisher LA. Clinical anesthesia. 3rd ed. London: Lippincott-Raven, 1997: 443–59.
2. Smetana GW. Preoperative assessment of the healthy patient. McGraw-Hill, 2000.
3. Cohen MM et al. Does anesthesia contribute to operative mortality. JAMA 1988; 260: 2859–9.