

Fylgikvillar og dauðsföll eftir skurðaðgerðir

Gísli H. Sigurðsson

Höfundur er prófessor við læknaeild Háskóla Íslands og yfirlæknir á svæfinga- og gjörgæsludeild Landspítala



gislihs@landspitali.is

Þrátt fyrir framfarir í læknavísindum eru fylgikvillar og dauðsföll eftir skurðaðgerðir enn vandamál. Þótt litlar og meðalstórar valaðgerðir á sjúklingum í lágáhættuhópum leiði sjaldan til alvarlegra fylgikvilla eða dauða, má aldrei gleyma að engin ífarandi inngríp eru alveg hættulaus, jafnvel við bestu aðstæður. Á síðustu tveimur áratugum hefur orðið hröð þróun sem hefur leitt til þess að æ stærrí skurðaðgerðir eru nú gerðar á eldri og veikari sjúklingum en áður. Fyrir 15-20 árum hefði verið óhugsandi að gera hjartaskurðaðgerð á 85 ára einstaklingi þótt hann hefði verið frískur að öðru leyti.

Fram að þessu hafa verið til takmarkaðar upplýsingar um tíðni og alvarleika fylgikvilla eftir skurðaðgerðir á Íslandi nema í örfáum sérgreinum, og þá einkum við valaðgerðir. Fyrir tveimur árum tóku tvenn Evrópusamtök lækna, European Society of Intensive Care Medicine og European Society of Anaesthesiology, höndum saman um að kanna fylgikvilla og dauðsföll eftir skurðaðgerðir í Evrópu. 28 lönd og 498 spítalar tóku þátt, þar á meðal Ísland með þrjá spítala: Landspítala, Sjúkrahúsið á Akureyri og Sjúkrahúsið á Akranesi. Rannsóknin var gerð vorið 2011 og var sjúklingum sem fóru í skurðagerð inni á sjúkrahúsi (val- eða bráðaaðgerð) á sjö sólarhringa tímabili fylgt náði eftir. Ferli sjúklinga var skráð frá undirbúningi aðgerðar, við svæfingu og skurðaðgerð, á vöknun og/eða gjörgæsludeild og á legudeild þar til sjúklingur var útskrifaður. Allar sérgreinar skurðlækninga voru með

í rannsókninni nema þar sem þekking á fylgikvillum var þegar fyrir hendi, það er við hjarta- og heilaaðgerðir, auk aðgerða við fæðingar. Niðurstöðurnar voru birtar í *Lancet*.¹ Alls tóku 46.539 sjúklingar þátt í rannsókninni, þar af létust 1864 (4%) innan 90 daga frá aðgerð. Það vakti talsverða athygli að dánartíðni eftir skurðaðgerðir mældist lægst á Íslandi en auk Íslands skipuðu þrjú önnur Norðurlönd fjögur efstu sætin yfir lága tíðni dauðsfalla. Eins og vænta mátti var dánartíðni hæst eftir stórar aðgerðir í efri hluta kviðarhols og í vélinda og eftir stærrí aðaaðgerðir. Rannsóknin sýndi að sjúklingar með undirliggjandi sjúkdóma, svo sem lifrar-, hjarta- og æðasjúkdóma, lungnasjúkdóma og sykursýki 1, voru í verulega aukinni hættu.

Ekki liggur í augum uppi hvers vegna dánartíðnin var svo lág á Íslandi. Hún var mun hærri í nágrennalöndunum Danmörku, Bretlandi og Írlandi. Vafalítið tengist þessi góði árangur að einhverju leyti breytingum á skipulagi heilbrigðismála með fækkun sjúkrahúsa og flutningi stærrí og flóknari skurðaðgerða á færri og betur búin sjúkrahús þar sem besta þekking og aðstaða er fyrir hendi. Margar rannsóknir hafa sýnt fram á betri árangur þar sem þetta hefur verið gert og greinileg fylgni er milli árangurs og fjölda aðgerða af tiltekinni tegund. Auk þess má nefna að vegna fámennis hafa ýmsar greinar á Landspítala komið á samstarfi við erlendar sjúkrahúsnanir til að tryggja gæði þjónustunnar.

Reynsla frá hjartaskurðlækningum hefur sýnt að hægt er að ná góðum árangri við stórar og áhættusamar skurðaðgerðir á hááhættusjúklingum. Dánartíðni eftir opnar kransæðaaðgerðir er nú innan við 2%. Þetta hefur tekist með því að grandskoða og bæta ferli sjúklingsins frá greiningu og meðferð fyrir aðgerð til útskriftar. Hér er ekki einungis átt við nákvæma greiningu á þeim sjúkdómi sem á að meðhöndla, heldur einnig aðra undirliggjandi sjúkdóma sem gætu haft áhrif á batahorfur eftir aðgerð. Ennfremur hefur ferli á skurðstofu, svæfingaaðferðir, skurðaðgerðin sjálf, meðferð á hjarta og lungna-

vél og fleira, verið staðlað í samræmi við niðurstöður klínískra rannsókna. Síðast en ekki síst eru hjartaskurðsjúklingar lagðir inn á gjörgæsludeild eftir aðgerð og síðar á sérhæfða legudeild þar sem starfsfólk er vant að meðhöndla fylgikvilla sem koma upp eftir slíkar aðgerðir. Því er eðlilegt að spyrja af hverju sambærilegum aðferðum sé ekki beitt til að bæta árangur af öðrum áhættuaðgerðum sem eru þekktar fyrir hærri dánartíðni en hjartaskurðlækningar. Þótt ætla megi að auðveldara sé að staðla ferli hjartaskurðaðgerða en ýmissa annarra aðgerða, hafa rannsóknir sýnt að hægt er að bæta árangur eftir aðrar áhættuaðgerðir eins og stórar kviðarholsaðgerðir.^{2,3} Þetta má til dæmis gera með bættu ferli fyrir aðgerð, stöðluðu ferli á skurðstofu og bættu meðferð eftir aðgerð.^{2,3}

Þrátt fyrir að Ísland hafi komið svo vel út í rannsókninni¹ sem raun ber vitni, má ekki slaka á. Við verðum að vera stöðugt á verði um öryggi sjúklinga og lengi er hægt að bæta árangur. Með aukinni árvekni, bættri þekkingu og þjálfun heilbrigðisstarfsfólks, reglulegum gæðakönnunum og aðlögun á ferlum sjúklinga eftir áhættuhópum er hægt að ná enn lengra í að fækka alvarlegum fylgikvillum eftir skurðaðgerðir, bæði hérlandis og erlendis.

Heimildir

1. Pearse RM, Moreno RP, Bauer P, Pelosi P, Metnitz P, Spies C, et al. Mortality after surgery in Europe: a 7 day cohort study. *Lancet* 2012; 380: 1059-65.
2. Green D, Paklet L. Latest developments in peri-operative monitoring of the high-risk major surgery patient. *Int J Surg* 2010; 8: 90-9.
3. Ghaferi AA, Birkmeyer JD, Dimick JB. Variation in hospital mortality associated with inpatient surgery. *N Engl J Med* 2009; 361: 1368-75.

Morbidity and mortality after surgery

Gísli H. Sigurðsson MD PhD
 Director Scandinavian Postgraduate Program in Intensive Care Medicine
 Editor *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*
 Chairman of Landspítali University Hospital Research Council
 Professor & Faculty Chairman
 Department of Anaesthesia & Intensive Care Medicine
 Landspítali University Hospital, Hringbraut and Faculty of Medicine, University of Iceland
 IS 101 Reykjavík
 ICELAND