

За сестринските грижи при бързо възстановителната (лапароскопска и роботизирана) хирургия

Милена Нанкова, Силвия Борисова

Nursing cares at fast - track (laparoscopic and robotic) surgery

Milena Nankova, Silvia Borisova

Резюме: Въведение: Концепцията за ускорено хирургично възстановяване след лапароскопска операция, наричано също ERAS цели по-бързо изписване от болницата и по-бързо възстановяване на организма, след различни по обем хирургически интервенции, без да се увеличават усложненията или смъртността. Прилагането на сестрински грижи с бързо възстановителната методика следоперативно може да намали постоперативните усложнения и болката, да съкрати болничния престой, така че качеството на рехабилитацията да се подобри значително.

Цел: Да се изследва прилагането на бързо възстановителна хирургия (БВХ) от хирургични медицински сестри (ХМС) и се разкрият възможностите за оптимизирането му.

Материал и методи: В девет големи болници в България е изследвано мнението на лекари и ръководни медицински сестри (122) относно прилагане на БВХ от ХМС; самооценка на ХМС (147), работещи по правилата на БВХ. Приложени методи- документален анализ, структурирано интервю и пряка анонимна анкета.

Резултати: Установява се висока степен на познаване на правилата и опит в практикуване БВХ от ХМС, както и необходимост от допълнителна сестринска документация свързана със следоперативни грижи- алгоритми за работа и въвеждане на чек лист. Изведени са предложения за усъвършенстване на протокола работа на ХМС.

Ключови думи: медицинска сестра, бързо възстановителната хирургия, лапароскопска и роботизирана хирургия

Abstract: Introduction: The concept of accelerated surgical recovery after laparoscopic surgery, also called ERAS aims at faster discharge from the hospital and faster recovery of the body after various volumes of surgical interventions without increasing complications or mortality. The application of nursing care with the fast recovery method postoperatively can reduce postoperative complications and pain, shorten the hospital stay, so that the quality of rehabilitation is significantly improved.

Aim: To study the application of rapid recovery surgery (RRS) by surgical nurses (SN) and to reveal the possibilities for its optimization..

Material and methods: In nine large hospitals in Bulgaria the opinion of doctors and senior nurses (122) on the application of RRS by SN was studied; self-assessment of SN (147) who are working according to the rules of RRS. Applied methods - documentary analysis, structured interview and direct anonymous poll.

Results: A high degree of knowledge of the rules and experience in practicing RRS from SN is established, as well as the need for additional nursing documentation related to postoperative care - algorithms for work and introduction of a checklist. Suggestions for improvement of the SN work protocol have been made..

Keywords: nurse, fast-track surgery, laparoscopic and robotic surgery

Въведение

Концепцията за ускорено хирургично възстановяване след лапароскопска операция, наричано също ERAS или мултимодална хирургия включва използването на различни стратегии за осигуряване на по-добри условия за операция и възстановяване. Целта е постигане на по-бързо изписване от болницата и по-бързо възстановяване на организма, след различни по обем хирургически интервенции, без да се увеличават усложненията или смъртността. Този процес включва оптимизирано функциониране на органите преди операцията, обучение на пациента, правилно подбрана и приложена анестезия [5] и разяснен план за изписване от болница [10].

Резултатите, които се очакват от протоколите за бързо следоперативно възстановяване е да се намалят психологическия и физиологичен стрес, свързан с хирургично заболяване.

Анализ на руско езични медицински литературата демонстрира нарастващ интерес да се използва този протокол при големи хирургични и онкологични заболявания [3].

Liu Yongrui извърша и публикува проучване, в което разделя 156 пациента с колоректален карцином на два групи. На първата група (86 пациента), осигурява сестрински грижи по ускорена хирургическа програма,

а на останалите (70 пациента) традиционни следоперативни сестрински грижи. Анализира и сравнява следоперативното възстановяване и усложнения. Резултатите показват, че прилагането на сестрински грижи по методите на бързо възстановяване следоперативно може ефективно да подпомогне черндробна функция на пациентите с колоректален карцином, да намали постоперативните усложнения и болката, както и да съкрати болничния престой, така че качеството на рехабилитацията да се подобри значително [7].

Цел

Да се изследва прилагането на бързо възстановителна хирургия (БВХ) от хирургични медицински сестри (ХМС) и се разкрият възможностите за оптимизирането му.

Материал и методи

В девет големи болници в България са проучени:

а) мнението: на лекари и ръководни медицински сестри, общо 122, относно прилагане на бързо възстановителна хирургия, чрез метода на структурирано интервю;

б) самооценка на хирургични медицински сестри,

общо 147, работещи по правилата на бързо възстановителна хирургия, чрез метода на пряка анонимна анкета.

Чрез документален анализ са изследвани писмени становища относно приложението на ERAS протокола и са обобщени и представени елементите му през периоперативния период.

Резултати и обсъждане

Анализ на протокола ERAS

Maessen et al. подчертават, че „протоколът за бързо възстановяване не е достатъчен“ сам по себе си, за да се постигне добър резултат си [9]. Въз основа на опита си Vona et al., категорично потвърждават това. Според тях добрият протокол изисква някои основни елементи за работа:

- 1.знания и вяра за научната основа на протокола за грижа;
- 2.добре дефиниран и много ангажиран мултидисциплинарен екип с достатъчен брой специалисти за максимално обхващане на пациента и спазване на протокола, оптимизиращ положителен резултат от пътя на грижите [4,6];
- 3.мотивация на пациента;
- 4.предоперативно обучение на пациентите по време на мултидисциплинарни консултации [11];
- 5.институция, която желае да подкрепя лекарите в адаптирането на пътищата за грижи, за да насърчи мултидисциплинарен подход към пациента; да извърши структурни промени на отделенията, адаптирайки се към появили се нужди на пациентите, по-специално по отношение на ранната мобилизация и натоварването на сестринските грижи;
- 6.периодични одити за стандартизиране на пътя на грижите, особено в ранните етапи;
- 7.протоколът трябва да се счита за „развиваща се парадигма“: трябва да се препоръча гъвкав подход за улесняване на възприемането на техники, подкрепени от новопоявили се доказателства [8].

В таблица № 1 са обобщени и представени елементите на ERAS.

Табл.1 Елементи на ERAS в периоперативен период

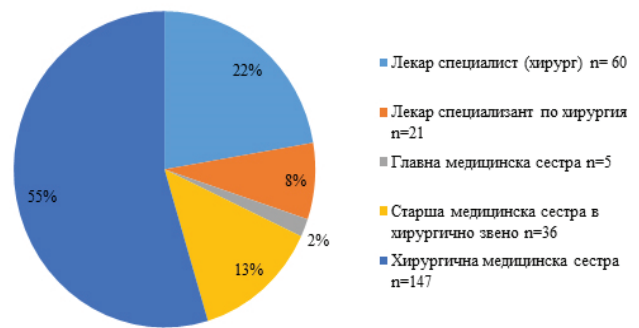
	Елементи на ERAS
Предоперативен период	<ul style="list-style-type: none"> • Образование на пациентите и полагащите грижи по отношение на техните роли и очаквани етапи в ролите на възстановяване; • Индивидуална оценка на риска за пациента; • Оптимизиране на медицинското обслужване; • Осигуряване на 12,5% въздухопроницаемост 2 часа след операцията; • Осигуряване спазването на инструкциите за спирание на приема на течности и храна преди операцията, позволява се консумация на бистра течност до 2 часа преди операцията [13]; • Отказ от използване на механично почистване; • Отказ на премедикация с опоициди и антиеметици; • Препиране на пробиотици преди операцията; • Интравенозна инфузия на разтвор с глюкоза предоперативно, по преценка [2].
Интраоперативен период	<ul style="list-style-type: none"> • Осигуряване на мулти-modalна аналгезия, включително регионална анестезия; • Осигуряване на профилактика против постоперативно гадене и повръщане; • Осигуряване на целенасочена интравенозна терапия, включително насочено към управление на емоцията; • Уверяване се, че са изпълнени поддържащи стандартни мерки, включително поддръжка на нормотермията [13]; • Минимално инвазивен хирургичен достъп; • Предотвратяване на хипотермия по време и след операция; • Максимально намаляване на употребата на опиоидни аналгетици; • Отказ от рутинно инсталиране в коремната кухина на дренаж.
Следоперативен период	<ul style="list-style-type: none"> • Ранно отстраняване на пикочните, централните венозни и епидурални катетри, дренажи; • Отказ от неразумни хемотрансфузии [2]; • Управлението на болката, за да позволи ранно раздвижване; • Наблюдение за следоперативно гадене и повръщане, за да се позволи ранно захранване; • Следоперативно проследяване на пациента, включително фазата на пост-остра грижа; • Одитиране на всички стъпки за съответствие, преглед и подобряване на процесите [13];

Резултати от проучване прилагането на бързо възстановителна хирургия

Изследването на прилагане на БВХ се проведе в девет болници в България в периода м. Юни - Ноември 2019 год. В лечебните заведения се работи лапароскопска и/или роботизирана хирургия. Болниците, които обхваща проучването са: УМБАЛ „Св.Марина“ ЕАД Варна, МБАЛ „Св. Анна“ АД гр. Варна , УМБАЛ „Д-р Георги Странски“ – Плевен, УМБАЛ „Дева Мария“ Бургас, УМБАЛ – „Бургас“ АД, МБАЛ – Варна към ВМА, МБАЛ „Доверие“ АД, Аджибадем Сити Клиник МБАЛ „Токуда“ и МБАЛ „Шумен“ АД. Изследването се проведе, чрез стандартизирано интервю при лекари, главни и старши медицински сестри и чрез пряка анонимна анкета за Хирургични медицински сестри. Общият брой на респондентите е 269.

На фиг. 1 са представени респондентите в проучването, по заемана от тях длъжност. Най-голям брой са изследвани хирургичните медицински сестри (n=147), които пряко прилагат бързо възстановителната хирургия. След тях по численост са лекарите специалисти (n=60), които преценяват прилагането на подхода на възстановяване при пациентите.

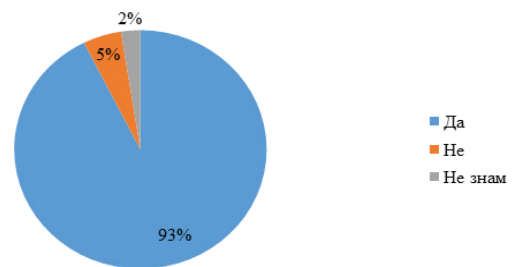
Изследвани групи респонденти по длъжност



Фиг.1 Групи респонденти представени по заемани длъжности

На въпрос към лекарите (специалисти и специалианти), главните и старшите медицински сестри, дали медицинските сестри работят по правилата за БВХ? От общо 122 отговорили 113 са посочили положително, а общо 9 са отговорили с не или не знам. Този отговор следва да покаже, че хирургичните медицински сестри познават и прилагат правилата на БВХ, според колегите, с които работят (Фиг.2).

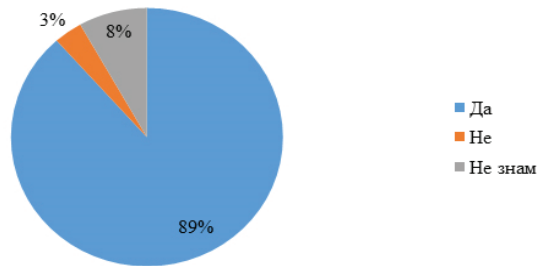
Мнение за работата на хирургичните медицински сестри по методите на бързо възстановителната хирургия



Фиг. 2 Мнение на лекари, главни и старши медицински сестри, за работа на хирургичните медицински сестри по правилата на бързо възстановителната хирургия

Проучи се самооценката на ХМС, като 130 от тях твърдят, че работят по правилата на БВХ и едва 17 са отговорили отрицателно или не знам (Фиг.3).

Самооценка на медицинските сестри за работа по методите на бързо възстановителна хирургия



Фиг. 3 Самооценка на хирургичните медицински сестри за работа по методите на бързо възстановителна хирургия

В заключение можем да обобщим, че 243 от респондентите са отговорили положително на въпроса за прилагане на методите на бързо възстановителна хирургия след лапароскопска и роботизирана операция. Оценката и самооценката за този метод на работа и на двете групи респонденти се доближава и е висока. Това са обнадеждаващи резултати за напредъка и развитието на миниинвазивната хирургия и адаптацията на специалистите по здравни грижи към променящата се среда на работа.

Според М. Грудева най-общо понятието „алгоритъм“ означава точно и еднозначно предписание за поетапното изпълнение в строго определена последователност на умствени операции и практически действия, за решаване на задачи от определен клас или дидактическа технология.

Алгоритмите в медицинското образование се подразделят на диагностични, терапевтични и поведенчески. Поведенческите алгоритми представляват задължителна последователност от действия, свързани с незабавни, екстрени, спешни действия в критични професионални ситуации.

Следва да се има предвид, че точното заучаване на алгоритъма е задължително условие за надеждно усвояване на дадена манипулация. Тяхното дидактическо предназначение не е само за обучение, самообучение, но и за контрол и самоконтрол [1].

Бланката - чек листът е специално разработен подробен списък с задачи, които трябва задължително да бъдат изпълнени в определен хронологичен ред и отбелязани, като извършени в писмена форма, за гаранция на качествено и навременно изпълнение на служебните задължения. Чек листът служи за доказателство на вина при настъпили проблеми вследствие пренебрегнати отговорности.

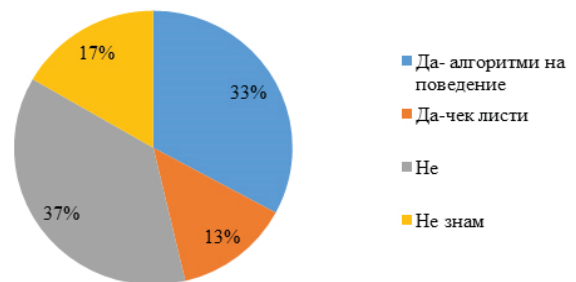
Безспорни ползи от ползването на чек лист:

- Очертават се основни правила, касаещи съответното звено - например час на отваряне, затваряне.
- Спазва се режим и последователност на работата.
- Стандартизира се процеса на работа във времеви измерения
- Подобрява се качеството на работа. Избягват се „малките“ пропуски.
- Персонално търсене на отговорност.

- Водене на запис на протичащите ежедневни процеси.
- Внася се ред по отношение на поддържането на работното място.
- Улеснява се работата на прекия ръководител. По този начин той може да ръководи повече звена едновременно [12].

Проучи се необходимостта от допълнителна сестринска документация, свързана с БВХ. Резултатите от стандартизираното интервю и анкетата са обобщени на фиг. 4. Почти равни са резултатите - 37% смятат, че има необходимост от въвеждане на чек лист, а 33% - от въвеждане на алгоритми за работа. Останалите са изразили отрицателно мнение или са посочили отговор „не знам“.

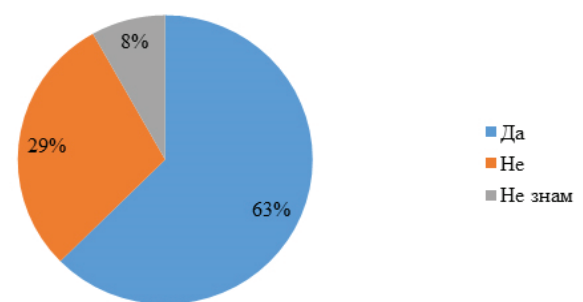
Необходимост от въвеждане на допълнителна документация при бързо възстановителна хирургия



Фиг. 4 Необходимост от допълнителна сестринска документация, свързана с БВХ

Изследвахме мнението на хирургичните медицински сестри за необходимост от въвеждане на алгоритъм за работа в периперативния период. От 147 респондента положително са отговорили 92, а останалите не виждат такава необходимост или са без мнение (фиг. 5). Отговорът на анкетираните ни навежда на мисълта, че е добре да бъдат изработени алгоритми за периперативно поведение на медицинските сестри в практиката.

Необходимост от въвеждане на алгоритми за работа в периперативния период



Фиг. 5 Необходимост от въвеждане на алгоритми за работа в периперативния период според ХМС.

Заклучение


Анализът на ERAS протокола, показва, че той сам по себе си е недостатъчен и изисква обучен, мотивиран и добре координиран персонал, както и условия за прилагането му. Важна страна в бързо възстановителната хирургия е обученият пациент и желанието му за съдействие.

Установява се висока степен на познаване на правилата и опит в практикуване на бързовъзстановителна хирургия след миниинвазивни операции от хирургичните медицински сестри. Проучването потвърждава необходимостта от въвеждане на допълнителна сестринска документация свързана със следоперативни грижи - алгоритми за работа и чек лист.

Включването на хирургичните медицински сестри в периода след миниинвазивна операция ще доведе до повишаване на качеството на грижа при една усъвършенствана организация и документация.

Библиография

1. Грудева М. Процесът на обучение във медицинското училище, МООРЕА- Варна 2011, 48-51.
2. Пучков К., В. Коренная, Н. Подзолкова, Fast track: хирургические протоколы ускоренной реабилитации в гинекологии, Здоровье женщины №8 (114)/2016 ISSN 1992;5921
3. Расулов А., С. Гордеев, А. Овчинникова, Ю. Ковалева, Результаты протокола ускоренного восстановления у больных колоректальным раком, Онкологическая Колопроктология ,ТОМ 6 / VOL. 6, 02.2016, 19
4. Bona S, et al Introducing an enhanced recovery after surgery program in colorectal surgery: A single center experience, World J Gastroenterol. 2014 Dec 14; 20(46): 17578–17587. Published online 2014 Dec 14. doi: 10.3748/wjg.v20.i46.17578
5. Brumm J Baylor operating room: past, present, future Proc (Bayl Univ Med Cent). 2004 Jan; 17(1): 83–88)
6. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, Thomas S. Early enteral feeding versus “nil by mouth” after gastrointestinal surgery: Systematic review and meta-analysis of controlled trials. BMJ. 2001;323:773–6.(PMC free article) (PubMed)
7. Liu Yongrui, Application of fast track surgery in routine nursing for patient with colorectal cancer, Saudi J Biol Sci. 2017 Dec; 24(8): 1939–1942. .(PubMed)
8. Lyon A, Payne CJ, Mackay GJ. Enhanced recovery programme in colorectal surgery: does one size fit all? World J Gastroenterol. 2012;18:5661–5663. (PMC free article) (PubMed) (Google Scholar)
9. Maessen J, Dejong CH, Hausel J, Nygren J, Lassen K, Andersen J, Kessels AG, Revhaug A, Kehlet H, Ljungqvist O, et al. A protocol is not enough to implement an enhanced recovery programme for colorectal resection. Br J Surg. 2007;94:224–231. (PubMed) (Google Scholar)
10. Norlyk Annelise,Ing. Harder, After colonic surgery: The lived experience of participating in a fast-track programme, Int J Qual Stud Health Well-being. 2009; 4: 170–180.
11. Sjöstedt L, Hellström R, Stomberg MW. Patients’ need for information prior to colonic surgery. Gastroenterol Nurs. 2011;34:390–397. (PubMed) (Google Scholar)
12. Тодоров Т. Чек лист – съставяне и начин на приложение, 2011, <https://hotelierite.net>
13. ERAS - The key points, University College London, <https://www.futurelearn.com/courses/perioperative-medicine>

Автори:
 Милена Нанкова, докторант ФОЗ, МУ-Варна
 проф. Силвия Борисова,, ФОЗ, МУ-Варна
 E-mail: milena_yiki@abv.bg