

Pooperacinis ligonių aktyvinimas ir mityba po pilvo ertmės operacijų

Povilas Ignatavičius

Linus Venclauskas, Saulius Švagždys

Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Chirurgijos klinika

ERAS[®] Society

"The immediate challenge to improving the quality of surgical care is not discovering new knowledge, but rather how to integrate what we already know into practice". [Urbach DR, Baxter NN. BMJ 2005]



IASMEN

International Association for Surgical Metabolism and Nutrition



ESPEN

The European Society for Clinical Nutrition and Metabolism

Guidelines for Perioperative Care for Pancreaticoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations

Kristoffer Lassen · Marielle M. E. Coolsen · Karem Slim · Francesco Carli ·
José E. de Aguilar-Nascimento · Markus Schäfer · Rowan W. Parks ·
Kenneth C. H. Fearon · Dileep N. Lobo · Nicolas Demartines · Marco Braga ·
Olle Ljungqvist · Cornelis H. C. Dejong

Guidelines for Perioperative Care in Elective Colonic Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society Recommendations

U. O. Gustafsson · M. J. Scott · W. Schwenk · N. Demartines · D. Roulin ·
N. Francis · C. E. McNaught · J. MacFie · A. S. Liberman · M. Soop ·
A. Hill · R. H. Kennedy · D. N. Lobo · K. Fearon · O. Ljungqvist

Review

Consensus guidelines for enhanced recovery after gastrectomy

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations

K. Mortensen¹, M. Nilsson², K. Slim³, M. Schäfer⁴, C. Mariette⁵, M. Braga⁶, F. Carli⁷,
N. Demartines⁴, S. M. Griffin⁸ and K. Lassen¹ on behalf of the Enhanced Recovery After Surgery
(ERAS®) Group

¹Department of Gastrointestinal and Hepatobiliary Surgery, University Hospital of Northern Norway, Tromsø, Norway, ²Department of Surgical Gastroenterology, Karolinska University Hospital, Stockholm, Sweden, ³Department of Digestive Surgery, Centre Hospitalier Universitaire Est, Clermont-Ferrand, France, ⁴Department of Visceral Surgery, University Hospital of Lausanne (Centre Hospitalier Universitaire Vaudois), Lausanne, Switzerland, ⁵Department of Digestive and Oncological Surgery, University Hospital C. Huriez, Lille, France, ⁶Department of Surgery, San Raffaele University, Milan, Italy, ⁷Department of Anesthesia, McGill University Health Centre, Montreal, Quebec, Canada, and ⁸Northern Oesophagogastric Cancer Unit, Royal Victoria Infirmary, Newcastle Upon Tyne, UK

Correspondence to: Dr K. Mortensen, Department of Gastrointestinal and Hepatobiliary Surgery, University Hospital of Northern Norway, 9038 Brevika, Norway (e-mail: kim.mortensen@unn.no)

Labai silpnas
įrodymų
lygmuo

Silpnas
įrodymų
lygmuo

Vidutinis
įrodymų
lygmuo

Stiprus
įrodymų
lygmuo

Silpna rekomendacija

Stipri rekomendacija

Priešoperacinis gydymo plano aptarimas su pacientu

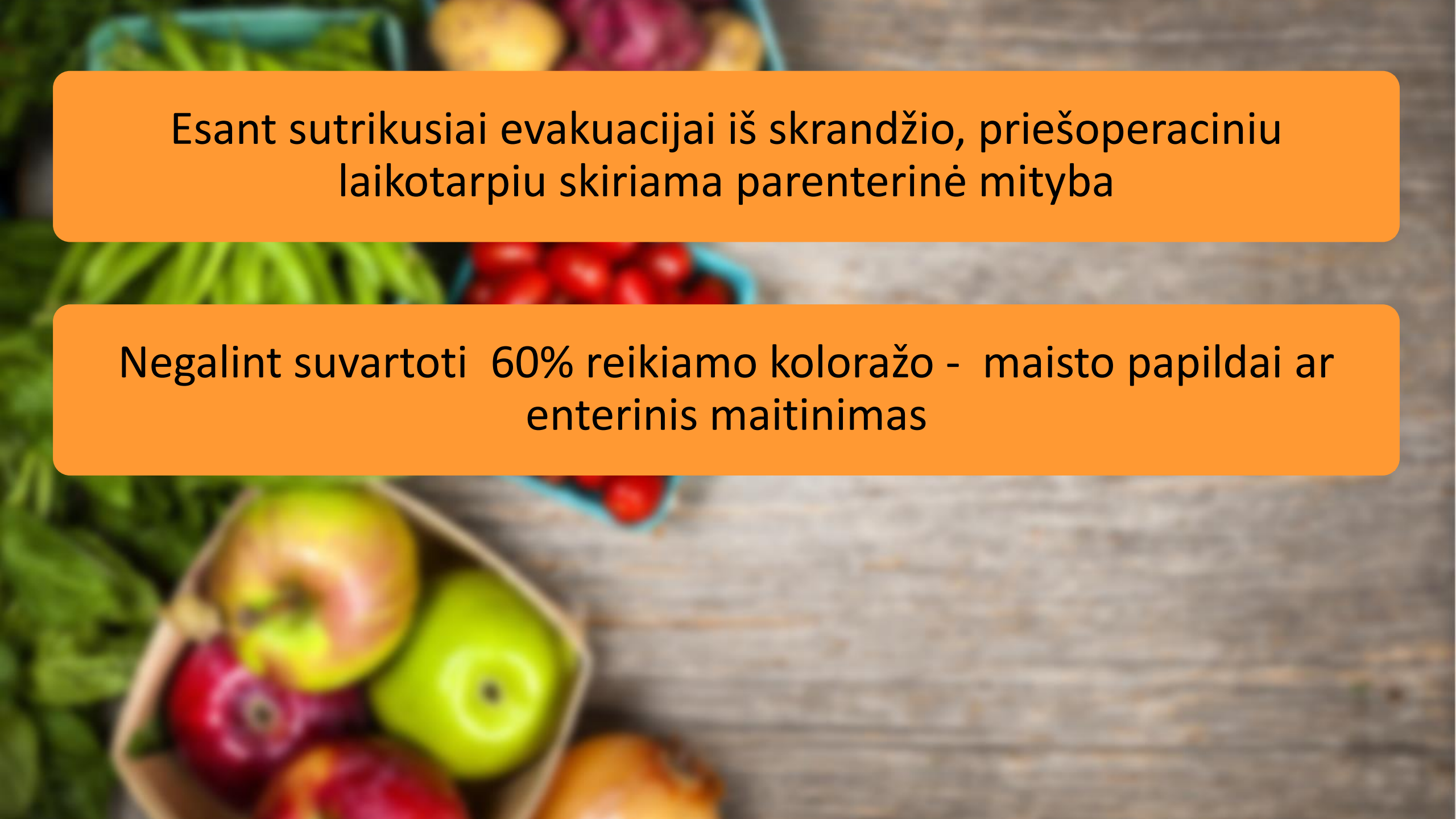
Gydymas MMMH pradedamas 2-12 val. iki operacijos ir tęsiamas iki 4 savaičių

Mėnesį laiko prieš operaciją nevartoti alkoholio, nerūkyti

Papildoma „dirbtinė“ priešoperacinė mityba nereikalinga

5-7 dienų trukmės imunomityba (prieš didelės apimties operacijas) sumažina infekcinių komplikacijų dažnį

Priešoperacinis angliavandenių turinčių gėrimų vartojimas



Esant sutrikusiai evakuacijai iš skrandžio, priešoperaciniu laikotarpiu skiriama parenterinė mityba

Negalint suvartoti 60% reikiamo koloražo - maisto papildai ar enterinis maitinimas

6 val. iki operacijos – maistas; 2 val. iki operacijos – skaidrūs skysčiai

Priešoperacinis žarnyno paruošimas nereikalingas



30-60 min. prieš pjūvj skiriamas profilaktinis antibiotikas

Rutininis priešoperacinis tulžies latakų drenažas neturėtų būti atliekamas

Pjūvio tipā pasirenka operuojantis chirurgas

Nedideli skrandžio navikai (T1) turėtų būti operuojami laparoscopiškai

T2-T4 skrandžio navikai gali būti operuojami laparoscopiškai.
Trūksta atsitiktinių imčių tyrimų

Gaubtinės žarnos navikai turėtų būti operuojami laparoskopiškai

Gerybiniai tiesiosios žarnos navikai gali būti operuojami laparoskopiškai

Epidūrinė nejautra (mažesnis skausmas, mažiau kvėpavimo sistemos komplikacijų)

Operacinės žaizdos kraštų nuskausminimas arba TAP blokada

Kontroliuojamas skysčių balansas perioperaciniu laikotarpiu

Apsaugojimas nuo hipotermijos operacijos metu sumažina komplikacijų dažnį

Hiperglikemijos kontrolė pooperaciniu laikotarpiu (vengiant hipoglikemijos)

Vengti pilvaplėvės ertmės drenavimo – mažiau komplikacijų,
ankstesnis pacientų aktyvumas

Nazogastrinis zondas pooperaciniu laikotarpiu nepagerina išeičių ir
neturėtų būti rutiniškai naudojamas

Šlapimo pūslės kateteris turėtų būti šalinamas 1-2 pooperacine
para

Prie įprastinės mitybos sugrįžtama per 3-4 dienas. Pacientas pats nusprendžia kiek valgyti

Pacientų aktyvinimas pradedamas 1-ą pooperacinę parą

Vidurius laisvinantys medikamentai ir kramtomoji guma gali pagreitinti žarnyno veiklą

Dreno pašalinimas po 72 val. (amilazės koncentracija sekrete < 5000 IU/L)

Somatostatinas ir jo analogai neturi reikšmingos įtakos pooperacinėms išeitims po PDR operacijos

Ligonių sekimas pooperaciniu laikotarpiu, išeičių registravimas ir vertinimas

