

Hemorojaus chirurginio gydymo dienos stacionare socialiniai ir ekonominiai aspektai

Socioeconomic aspects of day case surgery for hemorrhoids

Paulius Žeromskas, Kęstutis Strupas, Audrius Janėnas

*Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikų Pilvo chirurgijos centras, Santariškių g. 2, LT-08661 Vilnius
El. paštas: Paulius.Zeromskas@santa.lt*

*Abdominal Surgery Center, Vilnius University Hospital “Santariškių klinikos”, Santariškių str. 2, LT-08661 Vilnius,
Lithuania
E-mail: Paulius.Zeromskas@santa.lt*

Tikslas

Ištirti pacientų požiūrį į hemorojaus chirurginį gydymą dienos chirurgijos sąlygomis.

Ligoniai ir metodai

Paštu apklausti 2003 m. nuo III–IV laipsnio hemorojaus operuoti 34 pacientai (retrospektyvusis tyrimas). Pacientai operuoti taikant tarpvietės bloko nejautrą su intravenine sedacija. Atlikta Milligan–Morgan hemoroidektomija. Skausmui išvengti ir pooperaciniam nuskausminimui vartoti COX-2 inhibitoriai.

Rezultatai

Hemorojaus sukelti simptomai visuomeninei veiklai ir darbui iki operacijos trukdė 94,1% apklaustųjų. Po operacijos 91,2% pacientų išnyko juos varginę skundai iki operacijos. Jokių problemų neturėjo 21 (62%) apklaustasis. Taikytą nuskausminimą operacijos metu teigiamai įvertino visi operuoti pacientai: puikiai – 13 (38,2%), labai gerai – 11 (32,4%), gerai – 6 (17,6%), neblogai – 4 (11,8%). Nepakankamo pooperacinio nuskausminimo nenurodė nei vienas pacientas. Gydymą tik vieną parą ligoninėje kaip pakankamą vertino 28 (82,4%) pacientai, o 6 (17,6%) nurodė, kad ligoninėje buvo gydomi per trumpai. Išvykus iš ligoninės pacientus toliau gydė: 16 (47%) – operavęs chirurgas, 7 (20,5%) poliklinikos chirurgas, 4 (12%) – šeimos gydytojas, 7 (20,5%) gydėsi patys pagal operavusio chirurgo rekomendacijas. Po operacijos išangės gijimas, paciento nuomone, užtruko nuo 2 iki 12 savaičių. Į darbą pacientai po operacijos grįžo nevienodai greitai: po 1 savaitės – 6 (17,6%), po 2 savaičių – 5 (14,7%), po 3 savaičių – 6 (17,6%), po 4 savaičių – 6 (17,6%), po 6 savaičių – 3 (9%). Kiti 8 (23,5%) pacientai buvo bedarbiai ir pensininkai.

Išvados

Hemorojaus gydymą dienos stacionare 28 (82,4%) pacientai vertino teigiamai. Pasirinktą tarpvietės bloko nejautrą su intravenine sedacija ir pooperacinį nuskausminimą COX-2 inhibitoriais pacientai vertino tik teigiamai. Geriausi sociali-

niai ir ekonominiai rezultatai pasiekiami, kai pacientą po operacijos ambulatoriškai gydo operavęs chirurgas.

Pagrindiniai žodžiai: dienos stacionaras, hemorojus, perianalinis blokas

Objective

This study explores the patients' attitude towards the day case surgery of haemorrhoids.

Patients and methods

Patients operated on in 2003 because of hemorrhoids were questioned by mail (a retrospective study). All the patients had been suffering from stage III–IV haemorrhoids. Anesthesia of the perianal block with intravenous sedation and the Milligan–Morgan haemorrhoidectomy were applied. COX-2 inhibitors were used for pain prevention and postoperative analgesia.

Results

The anus problems before the operation in 94.1% of the respondents impeded their social activities and work. 91.2% of the patients after the operation had no complaints they suffered before the operation. 21 (62%) respondents experienced no problems at all. The perineal block analgesia was evaluated as excellent by 13 (38.2%) patients, as very good by 11 (32.4%), as good by 6 (17.6%), as not bad by 4 (11.8%). Postoperative analgesia was evaluated as excellent by 6 (17.6%) patients, as very good by 12 (35.3%), as good by 11 (32.4%), as not bad by 5 (14.7%). One-day hospital stay was evaluated as sufficient by 28 (82.4%) patients, and 6 (17.6%) patients considered that the in-hospital stay too short. Sixteen patients were treated by the operating surgeon (47%), by a clinic surgeon (7–20.5%), by family doctor (4–12%), 7–20.5% recovered on their own guided by the operating surgeon instructions. The anus healing lasted (according to the patients) from 2 to 12 weeks. The patients went back to work not equally quickly. Six (17.6%) needed 1 week, 5 (14.7%) 2 weeks, 6 (17.6%) 3 weeks, 6 (17.6%) 4 weeks, 3 (9%) 6 weeks to recover. Eight patients (23.5%) were unemployed or retired.

Conclusions

One-day hospital stay was evaluated as sufficient by 28 (82.4%) patients. The perineal block analgesia during the operation was evaluated positively by all the patients. None of the patients noted the postoperative analgesia with the COX-2-specific inhibitor as insufficient. Long-term observation by the operating surgeon improves the socioeconomic results.

Keywords: day case surgery, haemorrhoids, perianal block

Ižanga

Šiandien efektyvi sveikatos priežiūros sistemos veikla gali būti siejama tik su dideliais struktūriniais ir organizaciniais pokyčiais. Ligoninėms tai reiškia mažesnę vidutinę gulėjimo ligoninėje trukmę, didesnę lovos funkcionavimą, ambulatorinėms įstaigoms – visapusišką paciento ištyrimą ir daugiau įvairesnių gydymų jų procedūrų.

Į ligoninę pacientas guldomas tik kai ambulatorinė pagalba nebeįmanoma. Lietuvoje diegiamos naujos veiklos formos – dienos stacionaras ir dienos chirurgija. Darbo tikslas – ištirti pacientų požiūrį į hemorojaus chirurginį gydymą dienos chirurgijos sąlygomis.

Ligoniai ir metodai

Paštu apklausėme 2003 m. nuo hemorojaus operuotus ligonius (retrospektyvusis tyrimas). Pacientai atsakė į 21 klausimą. Anketa sudaryta remiantis gyvenimo kokybės tyrimų metodologija [1]. Visi pacientai operuoti nuo III–IV laipsnio hemorojaus. Jie hospitalizuoti operacijos dieną. Prieš operaciją padaryta valomoji klizma. Pacientai operuoti taikant tarpvietės bloko nejautrą su intravenine sedacija [2]. Hemoroidektomija atlikta Milligan–Morgan metodu. Skausmui išvengti ir pooperaciniam nuskausminimui vartoti COX-2 inhibitoriai. Kitą parą pacientai vyko namo (1 lovadienis). Pacientams buvo paaiškintas am-

bulatorinis režimas ir įduota išsami pooperacinio gydymo schema epikrizėje.

Nuskausminimo schema:

1. Skausmo prevencija (ryte prieš operaciją): *Vioxx* 50 mg.
2. Intraveninė sedacija: *Sol. Midasolami* 5–10 mg į vieną.
3. Tarpvietės blokas: *Sol. Bupivocaini* 0,25 % – 40 ml, *Sol. Lidocaini* 0,5% – 40 mg.
4. Pooperacinis nuskausminimas (COX-2 inhibitoriais) – *Vioxx* 25 mg 2 kartus per dieną.

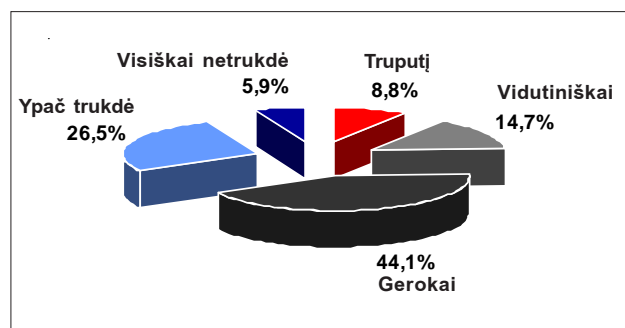
Anketa išsiųsta 55 pacientams, atsakė 34 (61,8%). Pacientų amžiaus vidurkis – 45 metai (nuo 25 iki 65 metų). Atsakymus atsiuntė 21 moteris ir 13 vyrų.

Rezultatai

Subjektyvi paciento būklė prieš ir po operacijos

Hemorojaus sukelti simptomai iki operacijos trukdė visuomeninei veiklai ir darbui 32 (94,1%) apklaustiesiems: truputį – 3 (8,8%), vidutiniškai – 5 (14,7%), gerokai – 15 (44,1%), ypač – 9 (26,5%). Visiškai netrukdė 2 (5,9%) pacientams (1 pav.)

Po operacijos 31(91,2%) pacientui išnyko iki operacijos varginę skundai. Jokių problemų neturėjo 21 (62%) apklaustasis. Bet per 4 paskutines savaites išangės problemos normaliam darbui ar visuomeninei veiklai trukdė 13 (38,2%) apklaustųjų, truputį trukdė – 6 (17,6%), vidutiniškai – 4 (11,8%), gerokai – 2 (5,9%), ypač – 1 (2,9%). Tačiau nė vienas iš jų papildomai nesigydė.



1 pav. Kiek išangės problemos iki operacijos trukdė visuomeninei veiklai ir darbui

Dienos stacionaro vertinimas

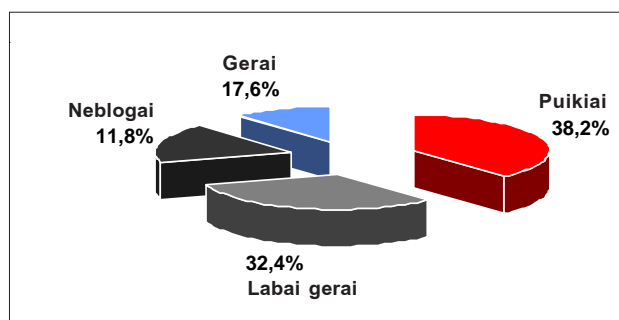
Dienos chirurgijos stacionaras susijęs su greita pacientų kaita ir padidėjusiu personalo darbo krūviu. Kadangi tai nauja darbo organizavimo patirtis, mums buvo svarbu išsiaiškinti savo darbo trūkumus.

Taikytą operacinį nuskausminimą teigiamai įvertino visi operuoti ligoniai: puikiai – 13 (38,2%), labai gerai – 11 (32,4%), gerai – 6 (17,6%), neblogai – 4 (11,8%) (2 pav.). Pooperacinį nuskausminimą visi pacientai įvertino teigiamai: puikiai – 6 (17,6%), labai gerai – 12 (35,3%), gerai – 11 (32,4%), neblogai 5 – (14,7%).

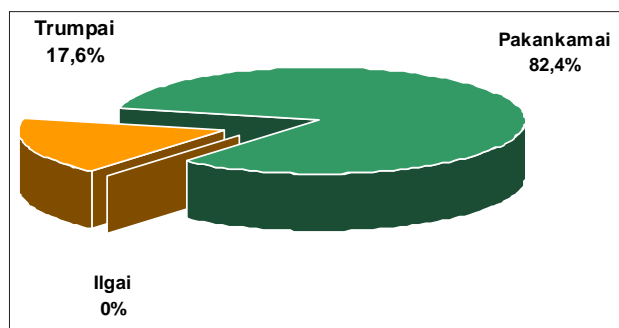
Gydymą liginėje vieną parą kaip pakankamą vertino 28 (82,4%) pacientai, o 6 (17,6%) nurodė, kad liginėje buvo gydomi per trumpai (3 pav.).

Ambulatorinis gydymas

Išvykstant pacientams buvo paaiškintas gydymosi namuose režimas. Įteiktas išrašas su detaliu ambulatori-



2 pav. Operacinio nuskausminimo vertinimas



3 pav. Hospitalizacijos trukmės vertinimas

niu režimu ir gydymo schema. Paaškinimus pacientai vertino taip: pakankamai – 11 (32,4%), gerai – 19 (55,9%), vidutiniškai – 2 (5,9%) truputį – 1 (2,9%), išaiškinta nepakankamai – 1 (2,9%) (4 pav.).

Išvykus iš ligoninės pacientus toliau gydė: 16 (47%) – operavęs chirurgas, 7 (20,5%) – poliklinikos chirurgas, 4 (12%) – šeimos gydytojas, 7 (20,5%) – gydėsi patys pagal operavusio chirurgo rekomendacijas (5 pav.).

Po operacijos išangės gijimas, paciento nuomone, užtruko nuo 2 iki 12 savaičių: 7 (21%) – 2 savaites, 12 (36%) – 4 savaites, 3 (9%) – 6 savaites, 5 (15%) – 8 savaites, 2 (6%) – 10 savaičių, 4 (12%) – 12 savaičių.

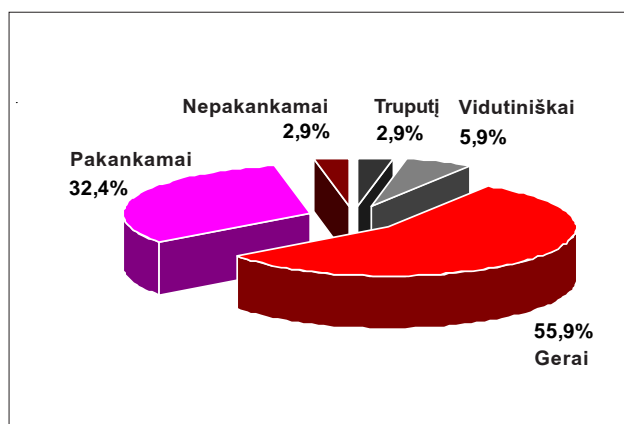
Į darbą pacientai po operacijos grįžo nevienodai greitai: Po savaitės – 6 (17,6%), po 2 savaičių – 5 (14,7%), po 3 savaičių – 6 (17,6%), po 4 savaičių – 6 (17,6%), po 6 savaičių – 3 (9%). Kiti 8 (23,5%) pacientai buvo bedarbiai ir pensininkai. Palyginome, ar grįžimo į darbą laikas priklauso nuo gydančio gydytojo. Kai pacientas buvo gydomas operavusio chirurgo, į darbą grįžo vidutiniškai po 2,9 savaitės (1–6 sav.), kai poliklinikos chirurgas – po 3 savaičių (1–6 sav.), kai šeimos gydytojas – po 3,5 savaitės (2–6 sav.). Analogiška tendencija būdinga pacientų vertinimui, kaip greitai sugijo išangės žaizda. Gydant operavusiam gydytojui, išangės žaizdos sugijo vidutiniškai per 6 savaites (2–12 sav.), poliklinikos chirurgui – 6,3 savaitės (4–10 sav.), šeimos gydytojui – 7,5 savaitės (4–12 sav.).

Diskusija

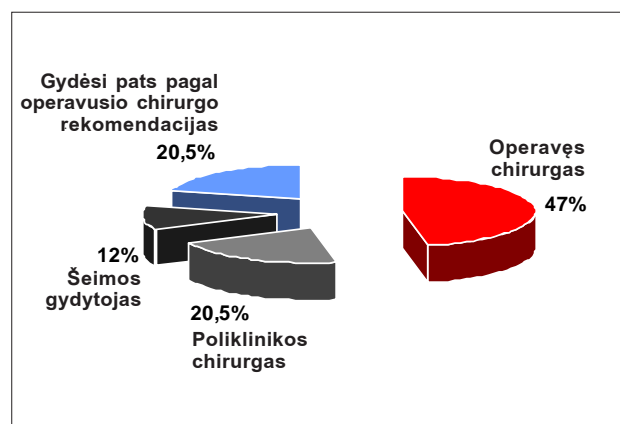
Daugelio pacientų nuomone, operacija buvo sėkminga – 32 (94,12%) pacientams pranyko varginę simptomai. Duomenys gali atrodyti prieštaringi, nes du pacientai (5,88%) nurodo tam tikrus simptomus, o 13–38% apklaustųjų tai trukdė darbui per pastarąsias 4 savaites. Tačiau kadangi nė vienas papildomai nesigydė, galima daryti išvadą, kad simptomai yra nevarginantys ar vienkartiniai. Tačiau galima teigti, kad minėti duomenys yra labiau susiję su liga ir atvira hemoroidektomija bei jos komplikacijomis, o ne su gydymu dienos chirurgijos sąlygomis.

Mūsų nuomone, dienos chirurgijos sąlygomis ypač svarbu pasirinkti tinkamą nuskausminimą [3–9]. Jis turi būti efektyvus, sukeliantis mažiausiai komplikacijų, nereikalaujantis ilgalaikio stebėjimo stacionare [3–9]. Pasirinkimas galėtų būti toks: intubacinė nejautra, spinalinė ar epidurinė nejautra ir tarpvietės blokas. Kaip tinkamiausią pasirinkome tarpvietės bloką. Pacientai nuskausminimą operacijos metu įvertino tik teigiamai. Nepasitaikė nė vieno pooperacinio šlapimo susilaikymo, pykinimo, vėmimo atvejo.

Pooperaciniam nuskausminimui kėlėme tokias sąlygas: galimybė tęsti ambulatoriškai, neinjekcinė forma (daugeliui gali būti problemiška susileisti vaistų), nenarkotiniai analgetikai (nereikalingi receptai, nėra pavojaus priprasti). Mums buvo ypač svarbu, kaip pasirinktą nuskausminimą vertino pacientas. Nuskausminimą COX-2 preparatais pacientai įvertino tik gerai ir tai atitiko mūsų iškeltas sąlygas.



4 pav. Ambulatorinio gydymosi namuose paaškinimo vertinimas



5 pav. Ambulatorinį gydymą prižiūrintis asmuo

Svarbus lūžis gydant pacientą yra grįžimas namo. Mūsų nuomone, kad sėkmingai veiktų dienos chirurgijos stacionaras, būtina pakankama priežiūra ir konsultacinė ambulatorinė pagalba. Tam skyrėme ypač daug dėmesio. Kadangi patys neturime galimybės kasdien ambulatoriškai prižiūrėti pacientų, jiems buvo paaiškinta, kaip toliau gydytis namuose ir viskas buvo išdėstyta raštu epikrizėje. Tačiau 4 (12%) pacientams paaiškinimų nepakako. Visi šie pacientai vėliau gydėsi ne pas operavusį chirurgą. Tai būtų galima vertinti kaip trūkumą – nepakankamą ryšį tarp operavusio chirurgo, paciento ir ambulatoriškai gydančio gydytojo.

Vertinant pasveikimą svarbu, kaip greitai pacientas pasijuto sveikas ir grįžo į darbą. Aiškinomės, ar vieno-dai greitai, pacientų nuomone, gijo žaizda. Pastebėta, kad gydant operavusiam chirurgui žaizdos sugijo vidutiniškai 1,5 savaitės greičiau. Ši tendencija, aišku, nerodo, kad dėl to žaizdos gyja greičiausiai ir pacientai greičiau grįžta į darbą. Veikiausiai daug lemia specialisto požiūris į problemą. Šeimos gydytojo žinios apie hemorojų ir ypač – apie pooperacinį laikotarpį yra ne tokios išsamios. Matyt, bijodamas pakenkti pacientui jis stengiasi kuo ilgiau tęsti nedarbingumo lapelį (vidutiniškai iki 3,5 savaitės). Vertindamas išan-

gęs būklę ir skundus, proktologas psichologiškai gerai nuteikia pacientą, kad pooperacinis laikotarpis sklandus, ir leidžia jam anksčiau grįžti į darbą (mažiau nei po 3 savaitių). Manome, kad svarbu ir operavusio chirurgo psichologinis statusas. Jis yra ne mažiau už ligo- nį suinteresuotas geru socialiniu ir ekonominiu darbo rezultatu, ankstyvu paciento grįžimu į normalų gyvenimą. Tačiau kitiems gydytojams tai rūpi mažiau. Jie gydė beveik trečdalį (32,5%) pacientų (poliklinikos chirurgas – 20,5%, šeimos gydytojas – 12%). Todėl būtinas operavusio chirurgo tiesioginis ryšys su kiekvienu iš pacientų ar toliau jį gydančiu gydytoju.

Surinkus duomenis paaiškėjo, kad palankiai dienos stacionarą vertina dauguma ligo- nių.

Išvados

1. Hemorojaus gydymą dienos stacionaro sąlygomis pacientai vertino palankiai.
2. Pasirinktą tarpvietės bloko nejautrą su intraveneine sedacija ir pooperacinę nuskausminimą COX-2 inhibitoriais pacientai vertino tik teigiamai.
3. Geriausi socialiniai ir ekonominiai rezultatai pasiekiami, kai pacientą po operacijos ambulatoriškai gydo operavęs chirurgas.

LITERATŪRA

1. Furmonavičius T. Su sveikata susijusios gyvenimo kokybės tyrimų metodologiniai aspektai. *Medicina* (Kaunas) 2004; 40(6): 509–516.
2. Gudaitytė J, Marchertienė I, Pavalkis D. Anestezija, taikoma anorektalinei chirurgijai ambulatorinėmis sąlygomis. *Medicina* 2004; 40 (2): 101–111.
3. Francisco M, Roxas T, Babie Normita, Talip E. and Crisostomo C. Armando. Double-blind, Randomized, Placebo-controlled Trial to Determine the Efficacy of Eutectic Lidocaine/Prilocaine (EMLA) Cream for Decreasing Pain During Local Anaesthetic Infiltration for Out-patient Haemorrhoidectomy. *Asian Journal of Surgery* 2003; 26 (1): 26–30.
4. Lacerda-Filho A, Cunha-Melo J. Outpatient hemorrhoidectomy under local anaesthesia. *Eur J Surg* 1997; 163: 935–940.
5. Ho KS, Eu KW, Heah SM, Seow-Choen F, Chan YW. Randomized clinical trial of haemorrhoidectomy under a mixtu-

re of local anaesthesia versus general anaesthesia. *Br J Surg* 2000; 87: 410–413.

6. Foo E, Sim R, Lim HY, Chan STF. Ambulatory Anorectal Surgery – Is it Feasible Locally? *Ann Acad Med Singapore* 1998; 27: 512–514.

7. Hoff SD, Bailey HR, Butts DR, Max E, Smith KW, Zamora LF. Ambulatory surgical haemorrhoidectomy – a solution to postoperative urinary retention? *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 1242–1244.

8. Heer R, Dobson D and Plusa SM. How to alter surgical practice? The use of guidelines to encourage day-case haemorrhoidectomy. *JR Coll Surg Edinb* 2000; 45(12): 369–370.

9. Poškus T, Samalavičius NE, Drąsutis RK, Radžiūnas G, Vaitkus A, Songaila A. Užpakalinis tarpvietės blokas operuojant išangę ir tiesiąją žarną. *Lietuvos Chirurgija* 2003; 1(3): 266–270.

Gauta: 2005-11-27

Priimta spaudai: 2006-05-22