

Koroner Arter Cerrahisi Uygulanan Yaşlı Hastalarda "Fast-Track" Protokolünün Etkinliği

Sayın Editör,

Derginizin 2003 yılı 1. sayısında yayınlanan Çağlı ve arkadaşlarına ait "Koroner Arter Cerrahisi Uygulanan Yaşlı Hastalarda "Fast-Track" Protokolünün Etkinliği" (1) başlıklı yazıyı ve buna ilişkin editöryel yorumu ilgiyle okuduk. Hem hasta, hem hekim, hem hastanelere sağlayacağı yararlar dışında, ülke ekonomisine de ciddi katkılarda bulunacağına inandığımız bu uygulama ve dolayısıyla yukarıda adı geçen yazı ile ilgili yorumlarımızı paylaşmak istedik.

Söz konusu çalışmada; her iki grup hastanın yoğun bakımda hangi sıklıkla ekstübasyon için değerlendirildikleri, hangi kriterler baz alınarak ekstübe edildiği, yoğun bakımdan çıkarıldığı ve taburcu edildiği belirtilmemiştir. Konvansiyonel anestezi alan hastaların geç ekstübe edilmesi kanımızca anestezi protokolü ile ilintili değildir, zira kendi uygulamamızda yazarların konvansiyonel yöntemde kullandıklarından daha yüksek ilaç dozlarıyla vaka seçimi yapılmaksızın ortalama entübe kalma süreleri 240 dakika olarak gerçekleşmiş ve 60 yaş üzerindeki hastaların %65'i 240 dakikanın altında ekstübe edilebilmiştir (2). Ayrıca yüksek doz opioid denildiğinde eğer kullanılan ajan fentanil ise bunun dozunun 50-150 mg/kg olması gerekir. Çalışmada kullanılan fentanil orta dozdur ve fentanilin eliminasyon yarı ömrünün 3-6 saat olduğu düşünüldüğünde 14 saatte varan ekstübasyonlardan fentanilin (anestezi tekniğinin) sorumlu tutulması kanımızca yanlıştır. Anestezi teknikleri ultra FTR'de önem kazanmaktadır çünkü bu olgularda ekstübasyon ameliyat masasında yapılmaktadır. Postoperatif ilk 6 saatte ekstübasyon planlanıyorsa modern anestezi teknikleri arasında "outcome" açısından çok ciddi bir farklılık olmadığı inancındayız.

Majör morbiditede (düşük debi, kanama, aritmi ve respiratuvar problem) ve kan ürünlerinin kullanımında anlamlı bir fark olmamasına rağmen neden

konvansiyonel grup yoğun bakımda ortalama 38 saat, hastanede ise ortalama 1.5 gün daha fazla kalmışlardır?

Ameliyatların her iki grup hasta için aynı cerrahlar tarafından mı yapıldığı, yoğun bakım ve servis takiplerinin aynı ekip tarafından mı yapıldığı belirtilmemiştir zira bu konu sonuçları ciddi biçimde etkileyecek bir "bias" nedenidir.

Hastaları erken taburcu etmek "fast track recovery" (FTR) için bir "end-point" olarak alınmamalıdır. Hastayı 3. gün taburcu edip ertesi gün yatırmak 3 günde başarıyla taburcu ettiğiniz anlamına gelmez. Dolayısıyla hastaneye tekrar yatma (re-admission) değerlerini vermek çok önemlidir. Yoğun bakıma geri dönüş oranları da aynı şekilde irdelenmelidir.

Makalenin son cümlesi "Uygun hasta seçimi..." diye başlamaktadır. Bizim kanaatimiz FTR'ye uygun olmayan hasta olmadığı yönündedir. Çok yüksek riskli olgularda bile FTR başarıyla uygulanabilir (3). Ayrıca yüksek riskli hastalarda preoperatif risk faktörlerinin hiçbirisi ICU kalış ve hastanede kalış sürelerini etkileyen bağımsız bir faktör olarak karşımıza çıkmamıştır (4). Ancak ülkemizde maalesef gözden kaçan veya yeterince önemsenmeyen bir unsur olan kan kullanımının ekstübasyonu geciktirdiği, ICU kalış süresini, mortaliteyi ve hastaneye geri dönüş oranlarını arttırdığı tarafımızdan gösterilmiştir (3).

Bizim verilerimiz ve deneyimlerimize göre FTR protokolünün başarı ile uygulanmasındaki en önemli basamaklar:

- 1- Ekip çalışmasına inanmak,
- 2- Hasta ve hasta yakınlarına, uygulanan protokolü anlatıp onların bilinçlenmesini sağlamak,
- 3- Yardımcı sağlık personelinin eğitimi ve protokole olan inançlarını sağlamak,
- 4- Kardiyopulmoner baypas periyodunda ("off-pump" olgularda kalp kaldırılmışken) doku perfüzyonunun yeterli olması,
- 5- Sıvı idaresinin iyi yapılması, aşırı volüm replasmanından kaçınmak,
- 6- Kan ve kan ürünleri kullanımından mümkün olduğunca kaçınmak,
- 7- Erken ekstübasyon,

- 8- Erken ICU çıkışı,
- 9- Erken mobilizasyon,
- 10- Aritmi profilaksisidir (hastanede kalış süresini uzatan faktörlerin başında atriyal fibrilasyon gelmektedir).

Bu güncel çalışmalarından dolayı yazarları kutlar, çalışmalarında başarılar dileriz.

Dr. Fevzi Toraman
Dr. Cem Alhan
Acıbadem Kadıköy Hastanesi, İstanbul

Kaynaklar

1. Çağlı K, Uncu H, İşcan Z, ve ark. Koroner arter cerrahisi uygulanan yaşlı hastalarda "fast track" protokolünün etkinliği. Anadolu Kardiyol Derg 2003; 3: 8-12.
2. Toraman F, Karabulut EH, Dağdelen S, Tarcan S, Alhan C. Fentanil ile "fast track" anestezi. GKD Anest Yoğ Bak Dern Derg 2002; 8: 15-20.
3. Alhan C, Toraman F, Karabulut EH, et al. Fast track recovery of high risk coronary bypass surgery patients. Eur J Cardiothorac Surg. 2003; (In press)
4. Toraman F, Karabulut H, Dağdelen, Tarcan S, Alhan C. Açık kalp cerrahisinde yüksek riskli vakalarda hızlandırılmış toparlanma protokolü. Türk Kardiyol Dern Arş 2001; 29: 626-32.

Yazarın Yanıtı

Sayın Editör,

Yoğun bakımımızda hastalarımız için ekstübasyon kriterleri; hemodinamik, pulmoner, metabolik ve nörolojik stabildir. Genellikle kliniğimizde geleneksel

leşen kurallar dahilinde hastalar yıllardır 12. saatten sonra ekstübe edilmiştir. Dolayısıyla da buna paralel olarak yoğun bakım çıkışı ve taburculuk uzamaktadır. Hastaların yoğun bakımda uzun kalmalarının en önemli sebeplerinden biri de memleketimizin yıllardır uzayan ve çözümlenememiş sosyal nedenleridir. Bunlardan en önemlilerinden biri hastanemizde preoperatif yatış süresinin ortalama 10 günden fazla oluşu ve "ayaktan tetkiklerin hazırlanıp yatış yapılma" programının rahat yürütülememesinden dolayı postoperatif servis yataklarının hızlı boşaltılamamasıdır. "Fast Track" protokolü ile ilgili çalışmaya başladığımızda ilk 6 saatlik ekstübasyon hedefi bile bizim gibi köklü ve geleneklerin ön planda olduğu bir merkez için oldukça kısa bir süreydi. Ancak bu protokolün ilk uygulanması ve uygulanabilirliğinin kendi tecrübemiz dahilinde gösterilebilmesi için oldukça seçici ve tedbirli davranmaya gayret edildi. Tabii ki "Fast Track" protokolünün ismine uygun olarak, oldukça erken ekstübasyonlar ve hızlı transferler bundan sonraki hedefler olmalıdır. Ancak ilk denemelerdeki hassasiyetler göz ardı edilmemelidir. Ayrıca her iki çalışma grubundaki vakaların ameliyatları farklı cerrahi ve perfüzyon ekiplerince, yine postoperatif takipleri de farklı ekiplerce gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla bu etkenler istenilen sonuçların ortaya çıkamamasının önemli sebeplerindendir.

Yazımıza göstermiş olduğunuz ilgiye ve yapıcı eleştirilere, çalışma arkadaşlarımla beraber teşekkür ediyorum.

Op. Dr. Kerim Çağlı
Türkiye Yüksek İhtisas Hastanesi
Kalp Damar Cerrahisi Kliniği
Sıhhiye/Ankara