

A hazai aneszteziológiai gyakorlat nemzetközi tükörben



Károvičs János

Az egységesülő Európában az egyes szakmai szervezetek is igyekeznek közösen alkalmazható irányelveket, módszereket kialakítani. Ez a folyamat az aneszteziológia területén meglehetősen előrehaladott és a közösen kidolgozott protokollokat igen széles körben használják. Szeretnék néhány, többnyire szubjektív megjegyzést tenni a hazai és az európai aneszteziológiai gyakorlat hasonlóságairól és különbségeiről.

Az, hogy manapság az aneszteziológiai beavatkozások relatív problémamentesnek minősülnek, annak köszönhető, hogy sikerült biztonságosan megoldani a műtétek alatti szabad légút, a lélegeztetés és a folyadék-elektrolit háztartás, illetve a keringésstabilitás problémáit (1). Mindez elsősorban az aneszteziológia biztonságának kérdéskörébe tartozik. A biztonság alapvető követelmény és a betegellátás minőségének elsőrendű meghatározója.

Úgy tartják, hogy a teljes perioperatív mortalitás 1:500, az aneszteziológiai okból bekövetkező halálozás pedig 1:13 000 gyakoriságú (2). Az előző érték valamennyi csoportba – azaz az American Society of Anesthesiologists (ASA) rizikóbeosztás I–V. csoportjába – sorolt beteg perioperatív halálozására vonatkozik. Világosabbá teszi a képet, ha tekintetbe vesszük, hogy az ASA I–II. csoportba tartozó (a legjobb általános állapotú) betegek körében az anesztézia miatti halálozás gyakorisága 1:126 000. Ez a rizikó egy verbális skálán igen alacsonynak minősíthető, és talán jobban érzékelhető, ha azt mondjuk, hogy nagyságrendben egy nagyvárosban egy esetnek felelne meg. (Érdemes összevetni a baleseti statisztikákkal.) Mutatja ez azt is, hogy az aneszteziológiai beavatkozás önmagában – amennyiben a beteg állapotától és a beavatkozás okától, természetétől eltekinthetnénk – igen biztonságos

orvosi tevékenység. Olyannyira az, hogy számos vélemény szerint a kutatóknak az aneszteziológiai gyakorlat minőségi értékelésekor ma inkább a beavatkozások morbiditására kellene koncentrálnia, nem pedig a „túlélésre”, amit mindenki szinte természetesnek gondol. Az anesztézia biztonságának növelése terén elért eredmények nagyszerűségét támasztja alá az, hogy ez a javulás olyan időszakban következett be, amikor egyre több idős és nagy kockázatú betegnél végeznek sebészeti beavatkozásokat. Az 1996-os francia aneszteziológiai munkát vizsgáló felmérés adatai azt mutatták, hogy 1980 óta az anesztéziára kerülő ASA I. csoportba tartozó betegek száma 30%-kal, míg az ASA III. csoportba soroltaké 268%-kal(!) nőtt (3, 4).

Hogyan jutott ez a – még egy emberöltővel ezelőtt is olyan kockázatosnak tartott – beavatkozás a biztonságosságra erre a szintjére? Köszönhető ez eszközeink, különösen a betegmonitorozás és a gyógyszereink minőségi javulásának, az ébredőszobák kialakításának, módszereink fejlődésének (5). Többek között a regionális anesztézia újrafelfedezésére gondolok. Nem hanyagolható el a szakorvosképzés szintjének jelentős emelkedése és a kutatási eredmények kiterjedt alkalmazása sem. Mindez világosan utal arra, hogy az aneszteziológiai kontraindikációkat érdemes lenne felülvizsgálni és újrafogalmazni.

Mi valósult meg mindebből itthon? Nem kétséges, hogy valamennyi területen határozott a fejlődés a hazai intézményekben. Ennek ellenére több vonalon sajnos lemaradás tapasztalható. Ezek közül elsőnek említe-

A nagy idegblokkok alkalmazása a halálozás mintegy 30%-os csökkenését eredményezi. Itthon vajon miért ilyen korlátozott a használata?

Levelezési cím: dr. Károvičs János,
1024 Budapest, Margit krt. 39. E-mail: jeanmariemo@t-online.hu

ném az aneszteziológiai munkával kapcsolatos adatgyűjtést és adatfeldolgozást. Itt főleg az adatok megbízhatóságában, következetességében látom a bajok forrását. Azt hiszem, jogosan vethető fel a kérdés: idehaza miért nem végeznek hasonló jellegű adatfeldolgozásokat?

Milyen különbségeket látok a klinikai munkában? Előrebocsátom, hogy ennél az összehasonlításnál az általam legjobban ismert angliai aneszteziológiai betegellátás módját használom mintaként. Ott a színvonal javításának folyamatos igénye vezetett oda, hogy az aneszteziológusok egyre nagyobb hangsúlyt fordítanak a betegek műtét előtti előkészítésére. Ezt a kérdést ma még sehol a világon nem tudták kielégítően, a kor színvonalán megoldani. A tradicionális modell a megváltozott kórházi és gazdasági körülmények között nem működik (6).

Perioperatív ellátás

Az aneszteziológusok munkáját a sebészi igények, a kórházvezetés szempontjai – minél olcsóbban, minél több beteget ellátni – és a jobb információ, felvilágosítás mellett a magas szintű ellátás iránti betegigények határozzák meg (1). Az itthon általánosan elterjedt

aneszteziológiai ambulancia Angliában sohasem vált népszerűvé. Ott a fejlődés a perioperatív ellátás átalakulásának irányába mutat. Ez egyrészt találkozik az aneszteziológusok azon igényével, hogy felelősségüket, munkájukat a műtéti anesztézia mellett a pre- és posztoperatív ellátásra is kiterjesszék. Egy ilyen feladat eddig sem volt idegen a szakmától, hiszen tapasztalataim szerint most

is az aneszteziológusokat hívják – itthon és külföldön egyaránt –, ha a betegeknek műtét előtt vagy után probléma lép fel. Másrészt megfelel annak a szakmai és gazdasági követelménynek, hogy szétforgácsolt – és ezért drágább – ellátás helyett egységes szervezési formában, konkrét, megfogható felelősséggel lássák el a betegeket műtét előtt és után. További előnye ennek a rendszernek, hogy módot ad a teljes előkészítési folyamat áttekintésére, feldolgozására, folyamatos javítására. A gyakorlatban ez úgy valósul meg, hogy több kórház is létrehozott már perioperatív részleget, vagy a már meglévő ambuláns részleget alakítják át a célnak megfelelően. A részleg feladata valamennyi elektív műtetre váró beteg kivizsgálása, a kapott információk, leletek összesítése, a különböző egységek (sebészet, aneszteziológia, radiológia stb.) munkájának összehangolása, szükség esetén valamennyi műtét előtti konzultáció megszervezése, majd végül a beteg felvétele és közvetlenül a műtétet megelőzően az előkészítés elvégzése. A beteget csak egy-két órával a műtét előtt veszik fel és a beavatkozást követően – annak jellegétől függően – a posztoperatív szakban is itt látják el. A tapasztalat azt mutatja, hogy az úgynevezett egynapos (day case) sebészi betegek 15%-a és az elektív sebészi beavatkozásokra várók 40%-a igényel osztályos felvételt.

Nem hagyható figyelmen kívül a házi orvosok szerepe sem, akik jelentős részt vállalnak a betegek műtét előtti előkészítésében és a posztoperatív kezelés, különösen az otthoni fájdalomcsillapítás vezetésében is. Itthon most mélyreható változtatásokat terveznek a betegellátásban. Ez jó alkalmat teremthetne a perioperatív ellátás módjának újragondolására is.

Regionális módszerek

A műtéteknél alkalmazott általános anesztéziái eljárások itthon és a nyugat-európai országokban szinte teljesen azonosak. Különbség csak az egyszer használatos eszközök bőségében és a legújabb gyógyszerek, műszerek elérhetőségében észlelhető. Az igazi eltérés a regionális aneszteziológiai eljárások kiterjedt intra- és posztoperatív alkalmazásában mutatkozik. Tapasztalatom szerint ezeket itthon csak egy-egy központban használják rutinszerűen vagy általános anesztéziával kombinációban, vagy mint elsődleges műtéti érzéstelenítési módszert. A regionális aneszteziológiai eljárások (gerincvelő-közel érzéstelenítés, nagy idegblokkok) ma kétségtelenül reneszánszukat élik. Széles körű használatukat több vizsgálat eredménye magyarázza: különösen nagy sebészeti beavatkozások esetében például az epidurális érzéstelenítés alkalmazása csökkentette a perioperatív mortalitást és a nagy szövődmények számát. *Rodgers* 2000-ben számolt be arról, hogy a spinális és az epidurális érzéstelenítés használata egyharmadával csökkentette a műtéti mortalitást, 44%-kal a mélyvénás trombózis, 55%-kal a tüdőembólia, 39%-kal a pneumonia, 59%-kal a légzésdepresszió és 50%-kal a műtétek alatti transzfúziók szükségességét, előfordulásának valószínűségét. Csökkent a műtétet követő myocardialis infarctusok és veseelégtelenségek gyakorisága is, bár ezeknél nem tudtak statisztikai különbséget igazolni (7, 8). Gondoljunk csak bele: manapság, ha sikerül egy „csodagyógyszerrel” néhány százalékos mortalitáscsökkenést elérni, akkor azt az ipar és a szakmák is nagy ovációval üdvözik. A nagy idegblokkok alkalmazása pedig a halálozás mintegy 30%-os csökkenését eredményezi! Nem véletlen tehát, hogy olyan robbanásszerűen terjedt el a regionális módszerek használata a korszerű aneszteziológiai gyakorlatban. Nehezen elfogadható ezért, hogy itthon ilyen korlátozott a használata. Annál is inkább, mert az említett előnyös hatásakon túl ezek a módszerek kitűnően alkalmazhatók a műtét utáni fájdalomcsillapításra is.

Fájdalomcsillapítás műtét után

Furcsa módon ez a terület sem került eléggé a figyelem középpontjába itthon. A műtét utáni fájdalom nem megfelelő csillapítása elfogadhatatlan és komoly jogi következményekkel járhat a fogyasztói társadalmakban. Az angliai gyakorlat szerint beteg nem hagyhatja el úgy a műtét, hogy ne kapjon hatékony fájdalomcsillapítást, ne kísérelje részletes utasítás a további fájdalomcsillapítás mi-

A műtét utáni fájdalom nem megfelelő csillapítása: elfogadhatatlan!

kéntjére. Tudom, itthon is számos kolléga törekszik erre, és eredményesen használja a rendelkezésére álló lehetőségeket, de úgy érzem, a közvéleményben még nem tudatosodott ennek a jelentősége. Az előzőekben is említett adatok alapján nehéz elfogadni azt, hogy nagy sebészeti, ortopédiai beavatkozások után néhány helyen még mindig elegendőnek tartják a nem kábító fájdalomcsillapítók használatát. Azzal függhet ez össze, hogy a kábító fájdalomcsillapítók alkalmazásával kapcsolatban sajnos sok a téves információ alapuló fenntartás. Annál is inkább furcsának találom a helyzetet, mivel az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás és Sebész Szakmai Kollégium már 1996-ban közös ajánlást adott ki erről a témáról, és ebben valamennyi lényeges szempont, javasolt módszer szerepelt (9).

Angliában a fájdalomcsillapítók közül legkiterjedtebben a morfiumot használják, amit minden esetben hányáscsillapítók adagolásával egészítenek ki. Alternatív módszerként használható a beteg által vezérelt analgészia (patient controlled analgesia, PCA). Ennek alkalmazásához azonban már infúziós pumpa szükséges. A morfium mellett, annak kiegészítéseként, illetve a morfium dózisának lehetőség szerinti csökkentése céljából, rendszeresen kapnak a betegek – amikor a szájon keresztüli gyógyszerbevitel már lehetséges – paracetamolt és nem szteroid gyulladásgátló fájdalomcsillapító tablettát. A nem szteroid gyulladásgátló szer szedésének ellenjavallata esetén kodein típusú gyógyszert alkalmaznak a kombináció részeként. A per os fájdalomcsillapítás napokon át folyik, vagy otthoni használatra felírják, ha a beteg a műtét napján hagyja el az intézetet.

Regionális érzéstelenítés alkalmazásakor intrathecalis vagy epiduralis morfiumot, fentanilt adnak helyi érzéstelenítőszerrel kombinálva. Ebben az esetben is igénybe vehető a beteg által vezérelt infúziós pumpa, az epiduralis kanülhöz csatlakoztatva. A műtétet követően a pumpa „elkíséri” a beteget az osztályra, és általában 48–72 órás használat után állítják le. Az orális szereket ilyen esetekben is mindig alkalmazzák a továbbiakban.

A hatékony fájdalomcsillapítás lehetővé teszi, hogy a betegek szinte azonnal – szintén a posztoperatív szövődmények csökkentésének érdekében – mobilizálhatók.

A ma általánosan használt fájdalomcsillapítási módszerek még nem tökéletesek, de nagy biztonsággal és igen hatékonyan, olcsón alkalmazhatók, hiszen például egy pumpa egyszeri beruházással számos betegnél, éveken át alkalmazható, így az egy betegre számított költsége csekély. Számos klinikai vizsgálat folyik abból a célból, hogy az ideálist jobban megközelítő fájdalomcsillapítási módokat, gyógyszer-kombinációkat találjanak. A klinikai gyakorlatban a legnagyobb problémát nem az annyira rettegett – az opioidok használatát esetlegesen követő – légzésdepresszió jelenti, mint azt sokan (tévesen) gondolják, hanem az ezek mellékhatásaként jelentkező hányinger-hányás. Ez „kis ügy, de nagy probléma”; kezelése egyre inkább az aneszteziológiai munka minőségének mércéjeként használatos, hiszen jelentkezése nemcsak az opioidok, hanem számos más, aneszte-

ziológusok által használt szer alkalmazását is kísérheti (1). Jelenleg még nem rendelkezünk megfelelően eredményes megelőzési, kezelési eljárással ennek kivédésére.

A szülési fájdalom csillapítása

Végül néhány szó a szülési fájdalom csillapításáról. Ezt világszerte a szülészeti ellátás minőségi mutatójaként értékelik, és elképzelhetetlen, hogy szülészeti intézmények működhessenek anélkül, hogy lehetőséget biztosítsanak a szülési fájdalom hatékony csillapítására. Ez jelenleg elsősorban az epiduralis érzéstelenítést jelenti, mivel az egyéb módszerek meg sem közelítik ennek az eljárásnak az eredményességét. Használatának gyakorisága országonként és intézményenként is eltérő, 30–90% közé tehető. Azt gondolom, hogy ezen a területen igen nagy a lemaradásunk itthon. Rendkívül furcsa, hogy hazánkban néhány úttörő munkát végző intézet kivételével nem alkalmazzák ezt az eljárást. Egészen biztos, hogy a szülő nők igényelnék, és az is biztos, hogy elterjedését nem a ma is köztudatban lévő számos téves vélemény, elképzelés akadályozza. Talán a legelfogadhatóbb magyarázat az aneszteziológusok létszáhiánya. Egy biztos: ennek a lehetőségnek a választhatósága nélkül a sokat emlegetett európai színvonal nem valósítható meg!

A kábító
fájdalom-
csillapítók
alkalmazásával
kapcsolatban
sok a téves
információn
alapuló
fenntartás.

Szemléletváltozást!

A múlt század utolsó negyede hatalmas előrelépést hozott az aneszteziológia területén. Nemcsak számos, különlegesen kedvező farmakológiai tulajdonságokkal rendelkező gyógyszer került használatba (propofol, midazolam, alfentanil, remifentanil, sevofluran), de jelentősen fejlődtek betegszelzési eljárásaink, eszközeink és nem utolsósorban a szakorvosképzés és a kutatás színvonala. Mindez lehetővé tette, hogy a műtéti érzéstelenítés az egyik legbiztonságosabb orvosi beavatkozássá váljon. Ugyanakkor a biztonság impresszionáló javulását – paradox módon – a peres esetek számának jelentős emelkedése kísérte. Az ok elemzése azonban messze túlmutat ezen rövid áttekintés keretein. Természetesen továbbra is a fő cél a biztonság fenntartása, sőt, fokozása. Ezen a területen a hazai aneszteziológia is kiváló eredményekkel büszkélkedhet. További javulás és a nyugat-európai kihívások támasztotta igényeknek megfelelő színvonal csak akkor biztosítható, ha itthon is hatékony szervezeti és mindenekelőtt szemléleti változtatásokat tudunk elérni. Ez utóbbiak nagy része

A szülési
fájdalom
csillapításának
választhatósága
nélkül a sokat
emlegetett
európai
színvonal nem
valósítható
meg!

még anyagi terhelést sem jelenthet, hiszen például a jobb minőségű fájdalomcsillapításhoz minden feltétel adott ma is. A számítógépes adatfeldolgozás korában a minőségi, megbízható adatgyűjtés sem jelenthet különösebb nehézséget. Nem kétséges, hogy a javulást ma elsősorban ezen adatok elemzésével és a betegek jobb

műtét előtti előkészítésével, posztoperatív ellátásával lehet biztosítani.

A Dilemmák rovatban megjelenő írások a felkért szakemberek egyéni szakmai tapasztalatát és véleményét tükrözik.

IRODALOM

1. Shephard DA. The changing pattern of anaesthesia, 1954–2004: a review based on the content of the Canadian Journal of Anaesthesia in its first half-century. *Canadian Journal of Anaesthesia* 2005;52:238–48.
2. Lagasse RS. Anaesthesia safety: model or myth? A review of the published literature and analysis of current original data. *Anaesthesiology* 2002;97:1609–17.
3. Safe anaesthetic practice—fact, fantasy or folly? *ASA Newsletter* 2003;67(6).
4. Clergue F, Auroy Y, Pequignot F, Jouglu E, Lienhart A, Laxenaire MC. French survey of anaesthesia in 1996. *Anaesthesiology* 1999;91:1509–20.
5. Pierce EC Jr. The 34th Rovenstine Lecture. 40 years behind the mask: safety revisited. *Anesthesiology* 1996;84:965–75.
6. Kerridge R. New systems for pre-operative preparation: challenges and opportunities for anaesthetists. *The Royal College of Anaesthetists Bulletin* 2005;30:1491–5.
7. Rodgers A, Walker N, Schug S, McKee A, Kehlet H, van ZA, et al. Reduction of postoperative mortality and morbidity with epidural or spinal anaesthesia: results from overview of randomised trials. *Br Med J* 2000;321:1493.
8. Park WY, Thompson JS, Lee KK. Effect of epidural anaesthesia and analgesia on perioperative outcome: a randomized, controlled Veterans Affairs cooperative study. *Annals of Surgery* 2001;234:560–9.
9. A műtét utáni akut fájdalom csillapításáról. Az Aneszteziológiai és Intenzív Terápiás, valamint a Sebész Szakmai Kollégium közös ajánlása. *Magyar Sebészet* 1996;49:233–7.



MARKETING, PUBLIC RELATIONS ÉS REKLÁM AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN X. országos konferencia

Helyszín: Budapest, Hunguest Hotel Platánus (1087 Budapest, Könyves Kálmán krt. 44.)
Időpont: 2007. február 22–23.

Fő témák:

Az egészségügyi reform kommunikációs lehetőségei (szakembereknek és/vagy laikusoknak)
Vállalati társadalmi szerep- és felelősségvállalás
Az egészségügyi tevékenység reklámozása
Szabályozás és önszabályozás az egészségipar kommunikációjában
Egyéb témák, esettanulmányok

Részvételi díj:

	febr. 22.	febr. 23.	mindkét napra
Február 1. előtti jelentkezés	10 000	11 000	13 500 Ft
Február 1. utáni jelentkezés	11 000	12 000	14 500 Ft
Helyszíni jelentkezés	13 000	14 000	17 000 Ft

További információ és jelentkezés: É+L Kft. 1364 Budapest 4., Pf. 354. Telefon/fax: (1) 313-2027, e-mail: el.kft@chello.hu