

Bariatrik Cerrahi Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı

Complications of Bariatric Surgery and Nursing Care

 BETÜL GÜVEN*

Geliş Tarihi: 23.05.2018, Kabul Tarihi: 13.09.2018, Yayın Tarihi: 10.07.2019

Cite this article as: B Güven. Bariatrik Cerrahi Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2019;16(2):139-143.

Hakem Değerlendirmesi: Dış bağımsız.

Çıkar Çatışması: Yazar çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

Finansal Destek: Yazar bu çalışma için finansal destek almadıklarını beyan etmiştir.

Peer-review: Externally peer-reviewed.

Conflict of Interest: No conflict of interest was declared by the author.

Financial Disclosure: The author declared that this study has received no financial support.

© Telif Hakkı 2019 Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (SANERC) - Makale metnine www.kuhead.org web sayfasından ulaşılabilir.

© Copyright 2019 by Koç University School of Nursing Publication of the Semahat Arsel Nursing Education and Research Center - Available online at www.kuhead.org

ÖZ

Obezite prevalansı epidemik oranlarda artış göstermekte; obezite ve ona eşlik eden komorbid durumları majör halk sağlığı sorunu haline getirmektedir. Bununla birlikte obezite için diyet, fiziksel aktivitenin artırılması, davranış değişikliği tedavisi ve farmakoterapi gibi birkaç etkili tedavi yöntemi bulunmakta ancak bu yöntemler sadece geçici kilo kaybı sağlamaktadır. Midenin boyutunu kısıtlayan ve kalori alımını sınırlayan bariatrik cerrahi, uzun dönemde kilo kaybı sağlamada ve obeziteye eşlik eden komorbid durumların iyileşmesinde en etkili tedavi yöntemi olarak görülmektedir. Tüm cerrahi girişimlerin bazı riskleri olsa da obezite, bariatrik cerrahi hastalarını yüksek riskli hale getirebilmektedir. Ameliyat sonrası majör komplikasyon gelişme riski çeşitli faktörlere bağlı değişmekle birlikte yaklaşık olarak %0.2-10 arasındadır. Ameliyat sonrası erken dönemde kanama, atelettazi, venöz tromboembolizm, anastomoz kaçağı, rabdomiyoliz; geç dönemde dumping sendromu, marjinal ülserler, beslenme ve vitamin yetersizlikleri gibi komplikasyonlar görülmektedir. Morbidite ve mortaliteyi önlemek için bu komplikasyonların önlenmesi, erken tanısı ve uygun tedavisi çok önemlidir. Bariatrik cerrahi uygulamaları son yıllarda giderek artmaktadır. Bariatrik cerrahi girişimi ve hastanın obeziteyle ilişkili diğer sağlık sorunlarından kaynaklanan ameliyat sonrası komplikasyonların önlenmesi ve etkin yönetiminde, cerrahi hemşirelerine önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu makalede bariatrik cerrahi geçiren bireylerde ameliyat sonrası dönemde sıklıkla karşılaşılan komplikasyonlara ve hemşirelik bakımına yer verilmiştir.

Anahtar kelimeler: Bariatrik cerrahi; hemşirelik bakımı; komplikasyonlar.

ABSTRACT

The prevalence of obesity has increased to epidemic proportions, making obesity and its comorbid conditions a major public health concern. There are few effective treatments for obesity such as dieting, increased physical activity, behavior modification or pharmacotherapy. However, these interventions are associated with only transitory weight loss. Bariatric surgery, which restricts the size of the stomach and limits calorie intake, is considered the most effective treatment with long term weight loss and improvement of obesity-related comorbidities. However, all surgery carries some degree of risk, and obesity may put bariatric surgery patients at a higher risk. The risk of developing major postoperative complications is approximately 0.2–10%, depending on various factors. Early postoperative complications such as bleeding, atelectasis, venous thromboembolism, escape of anastomosis, rhabdomyolysis and late complications such as dumping syndrome, marginal ulcers, vitamin and nutritional deficiencies can be seen. Prevention, early detection and appropriate management of complications are crucial to avoid morbidity and mortality. Bariatric surgeries are increasing in recent years. There are significant responsibilities for surgical nurses in the prevention and effective management of postoperative complications related to bariatric surgery and other obesity-related health problems. In this article, the postoperative complications and nursing care of patients who underwent bariatric surgery are discussed.

Keywords: Bariatric surgery; nursing care; complications.

* B Güven, Dr. Öğretim Görevlisi
Koç Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi, İstanbul
Yazışma Adresi / Address for Correspondence:
Topkapı Mahallesi, Davutpaşa Cad.
Koç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Kampüsü
No:4, 34010 Zeytinburnu / İstanbul
Tel: 0 212 311 26 27 Faks: 0 212 311 26 02
e-posta: begüven@ku.edu.tr

Dünya çapında oldukça yaygın bir hastalık olan obezite; hemen hemen her organ sisteminde olumsuz klinik etkilere ve psikososyal sorunlara neden olmakta ve dünyada önlenebilir ölüm nedenleri arasında ikinci sırada yer almaktadır.⁽¹⁻³⁾ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre, 2014 yılında dünyada 1.9 milyar 18 yaş ve üstü yetişkin bireyin fazla kilolu (%39), bunların 600 milyonundan (%13) fazlasının da obez olduğu bildirilmiştir.^(4,5) Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)- 2016 verilerine göre Türkiye'de 15 yaş ve üzeri obez bireylerin oranı %19.6'dır.⁽⁶⁾

Fiziksel aktivitenin artırılması, beslenmenin düzenlenmesi ve davranış değişiklikleri, obezite tedavisinin merkezini oluştururken ayrıca kullanılan farmakolojik yöntemler de bulunmaktadır. Bariatrik cerrahi günümüzde morbid obezite için en etkili tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir. Obezite ile ilişkili sağlık sorunlarının iyileşmesinde, tamamen düzelmesinde ve obeziteye bağlı yeni sorunların ortaya çıkmasını önlemede, bariatrik cerrahinin oldukça etkin olduğu bildirilmektedir.^(5,7-9) Bariatrik cerrahi; obezitenin nedeni, önlenmesi ve tedavisi için geliştirilen invaziv veya minimal invaziv tekniklerin tümüne verilen isimdir. Obezitenin yanı sıra metabolik hastalıkların tedavisinde de kullanılan cerrahi bir uygulamadır.^(3,5,7,10-13)

Bariatrik cerrahi yöntemleri kısıtlayıcı (restriktif), emilimi bozucu (malabsorptif) ve kısıtlayıcı ve emilimi bozucu kombine girişimler olmak üzere üç kategoriye ayrılmaktadır. Kısıtlayıcı yöntemlerde (Ayarlanabilir mide bandı, sleeve gastrektomi ve vertikal band gastropласти) gastrik volüm azaltılarak erken doyumluk hissinin yaratılması ve bu yolla kalori alımının kısıtlanması amaçlanmaktadır. Emilimi bozucu yöntemlerde (Bilio-pankreatik diversiyon ve biliopankreatik diversiyon+duodonal switch) ise ince bağırsağın uzunluğunun azaltılmasıyla besinlerin emilimi azalmaktadır. Roux-en-Y gastrik bypass, en sık uygulanan kombine yöntemlerden olup, gastrik hacmi küçülterek ve emilimi bozarak kilo kaybı sağlamaktadır. Cerrahi yöntemlerin çoğu laparoskopik olarak gerçekleştirilmekte, bu nedenle açık cerrahiye kıyasla ameliyat sonrası iyileşme daha hızlı olmaktadır.^(3,9-11) Yapılan bir çalışmada 2003-2013 yılları arasında dünya çapında toplam 468.609 bariatrik cerrahi vakasının yapıldığı ve bunların %95.7'sinin laparoskopik olarak gerçekleştirildiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada Türkiye'deki bariatrik cerrahi girişim sayısının 2013 yılında 3250 olduğu ve %92.7 oranında laparoskopik yöntemin kullanıldığı belirtilmektedir.⁽¹⁴⁾

Bariatrik cerrahi morbid obezitenin tedavisinde etkili bir yöntem olmasına karşın kilo kaybının sağlanmasında kolay bir yol değildir. Yapılan çalışmalarda bariatrik cerrahinin, genel mortalite ve morbidite oranlarının düşmesini sağlamasıyla birlikte güvenli olduğu belirtilse de son yıllarda artan oranlarda ameliyat sonrası erken dönem olumsuz sonuçları ve perioperatif komplikasyonları bildirilmektedir.⁽¹⁵⁾ Yapılan bir sistematik analiz çalışmasında bariatrik cerrahi sonrası ≤ 30 gün mortalite oranının %0.08, ≤ 30 gün mortalite oranının %0.31, komplikasyon görülme oranının ortalama %17 olduğu, gastrik

bypass (GB) yönteminin daha fazla komplikasyona yol açtığı, ayarlanabilir gastrik band (AGB) yönteminin mortalitesi ve komplikasyon oranlarının ise daha düşük olduğu belirtilmektedir.⁽¹⁶⁾

Bariatrik cerrahi, diğer cerrahi girişimlerde olduğu gibi komplikasyon riski taşımaktadır. Çeşitli kaynaklarda bariatrik cerrahi sonrası komplikasyonların ameliyat sonrası erken dönem (30 güne kadar), ameliyat sonrası geç dönem (30 günden sonra); majör (reoperasyon gerektiren veya ölümlü sonuçlanan), minör; cerrahiden bağımsız ve cerrahiyle ilişkili olarak sınıflandırıldığı görülmektedir.^(8,17,18) Perioperatif dönemde bariatrik cerrahi hastalarının bakımından sorumlu multidisipliner ekip, ameliyat öncesinden başlayarak olası komplikasyonları önlemeyi, tedavi etmeyi ve hastaları desteklemeyi hedeflemektedir. Bu ekibin bir üyesi olan hemşire, bariatrik cerrahi hastasının bakımını gastrik cerrahi uygulanan hasta bakımına benzer bir şekilde yönetmesine karşın bariatrik cerrahi hastalarının obezite ve eşlik eden hastalıklar nedeniyle komplikasyon gelişme riskinin artacağını bilmelidir.^(19,20)

Bu makalede bariatrik cerrahi sonrası en sık görülen komplikasyonlar ve hemşirelik bakımı ele alınmıştır.

Bariatrik Cerrahi Sonrası Komplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı

Bariatrik cerrahi geçiren hastaların büyük çoğunluğunda yaşam kalitesinde artma, kilo kaybıyla birlikte diyabet gibi obeziteye eşlik eden hastalıklarında iyileşme görülmektedir. Mortalite oranı düşük olmakla birlikte, cerrahi nedeniyle komplikasyonlar gelişebilmektedir.^(5,10) Yapılan bir sistematik analiz çalışmasında 164 çalışma incelenmiş, komplikasyon oranı %17 olarak belirlenmiştir.⁽¹⁶⁾ Cerrahi girişimlerin laparoskopik yöntemle uygulanması ve bariatrik cerrahinin teknik becerisi, erken dönem komplikasyon oranlarını azaltmaktadır.⁽²¹⁾ Ameliyattan hemen sonra majör bir komplikasyon gelişme riski, hastanın komorbid hastalıkları, uygulanan cerrahi yöntemin türü, cerrahi yaklaşım (laparoskopik veya açık) ve cerrahinin tecrübesine bağlı olarak, günümüzde yaklaşık olarak %0.2-10 arasında değiştiği bildirilmektedir.^(22,23)

Ameliyat Sonrası Erken Dönem Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı

Bariatrik cerrahi sonrası 30 gün içinde kanama, atelektazi, venöz tromboembolizm, anastomoz kaçağı ve rabdomiyoliz gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir.

Kanama

Ameliyat sonrası erken dönemde görülen kanama, ilk 48 saat içerisinde ortaya çıkan kanamadır ve genellikle dikiş ya da anastomoz hattından kaynaklanmaktadır.^(5,23,24) Gastrik bypass cerrahisi sonrası ciddi kanama komplikasyonu oranının %0.4-4 arasında değiştiği bildirilmektedir.^(23,25) Kanama gelişen hastada taşikardi, melena ve hemogloblin ve hematokrit değerinde

düşme gibi klinik belirtiler gelişmektedir. Bu hastalarda cerrahi tedavi gerekirse de kan transfüzyonu, endoskopik inceleme ve tedavi gerekmektedir. Hemodinamisi bozulan ve endoskopik tedaviyle kontrol altına alınamayan durumlarda cerrahi girişim endikasyonu olmaktadır. Kanama gelişen hastalarda hastanede yatış süresi uzamakta ve kanama gelişmeyen hastalara göre mortalite oranı artmaktadır.⁽²²⁻²⁴⁾

Hemşirelik bakımı: Hastanın yaşam bulguları, oksijen saturasyonu, drenaj miktarı ve idrar çıkışı takip edilmelidir. Kanama durumunda tromboz profilaksisi, klinik stabilite sağlanana kadar uygulanmamalıdır.^(17,24)

Atelektazi

Genel anestezi uygulaması pulmoner gaz değişimini önemli oranda etkilemektedir. Aynı zamanda obez hastalarda göğüs ve abdominal alanda bulunan ekstra yağ dokusunun, diyafragma, toraks ve abdominal yapılara baskı yapmasına bağlı olarak atelektazi gelişime riski daha da fazla olmaktadır.^(5,17,22-24) Atelektazi genellikle ameliyattan 24-48 saat sonra gelişmekte ve taşipne, ateş, solunum seslerinde azalma ve lökositoz gibi belirtiler göstermektedir.^(17,22-24)

Hemşirelik bakımı: Ameliyat sonrası atelektazi komplikasyonu gelişmesini önleme girişimleri; ağrı yönetimi, erken mobilizasyon, arteriyel oksijenasyonu arttırmak için yatak başının 30°-45° yüksekte tutulması, derin solunum, öksürük egzersizleri ve solunum egzersiz cihazı (triflo) kullanımını içermektedir.^(22,23) Obez bireylerin çoğunluğunda uyku apnesi öyküsü bulunması nedeniyle hemşire, hastaların solunum seslerini, oksijen saturasyonunu değerlendirmeli, CPAP (sürekli hava yolu basıncı-continious positive airway pressure) ya da BPAP (değişken hava yolu basıncı-bi-level positive airway pressure) tedavisi kullanımı varsa, ameliyat sonrası derlenme odasında uygulanmaya başlanmalıdır.^(5,24,26-28) Amerikan Uyku Tıbbi Akademisi, uyku apnesi olan hastalar için opioid analjeziklerin kullanılmasını önermemektedir.^(24,26-28)

Venöz Tromboembolizm

Bariatrik cerrahi sonrası derin ven trombozu ve akciğer embolisini içeren venöz tromboembolizm komplikasyonunun %0.04 olduğu ve büyük oranda taburculuğu takiben geliştiği belirtilmektedir. Derin ven trombozu (DVT) gelişmesine neden olan risk faktörleri, BKİ>50 kg/m² olması, DVT öyküsü, hiperkoagülasyon öyküsü, pulmoner hipertansiyon, venöz staz, fiziksel fonksiyonel durumun zayıf olması, açık ya da revizyon cerrahi, cerrahi girişim süresinin 3 saatten uzun olmasıdır. Akciğer embolisi solunum yetmezliği ile kendini göstermektedir.^(17,22,23)

Hemşirelik bakımı: Ameliyat öncesi DVT'ye yönelik risk değerlendirme aracıyla, hastaların risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Risk değerlendirmesinde kullanılacak sistemlerden bir tanesi Wells Skorlaması'dır.⁽²⁹⁾ Venöz dönüşümün zorlaşması, kalp yetmezliği ve hareket azlığı gibi nedenlerle, hastaların bacaklarında sıklıkla ödem görülebilir.

Hastalardaki ödemin varlığı ve derecesi değerlendirilmelidir.^(5,17,22,23) Derin ven trombozu ve akciğer embolisinin belirti ve bulguları izlenmelidir. Erken mobilizasyon, vasküler ve pulmoner komplikasyonların önlenmesinde anahtardır; hasta ameliyat sonrası aynı gün mobilize edilmelidir. Ayrıca aralıklı pnömatik kompresyon tedavisi ve antiembolik çorap kullanılmalıdır.^(17,22,23) Yatak içi mobilizasyon artırılmalı, bacak ve ayak egzersizleri saat başı uygulanmalıdır. Ameliyat sonrası 24 saat içinde düşük molekül ağırlıklı heparin uygulanmakta, yüksek riskli hastalarda taburculuk sonrası da uygulanmaya devam edilmektedir.^(5,17,24,30,31) Hasta ve ailesine heparin uygulamasının, morarma, hematüri, melena, epistaksis ve peteşi gibi olası yan etkileri açıklanmalıdır.^(5,17,24,30,31)

Anastomoz Kaçağı

Roux-en-Y gastrik bypass ve sleeve gastrektomiye takiben görülebilecek hayatı tehdit eden en ciddi komplikasyonlardan biri anastomoz veya stapler hattı kaçağıdır.^(11,32) Sleeve gastrektomi ameliyatı sonrası anastomoz kaçağı görülme oranı, %1-3 arasında değişmektedir.^(5,17,24) Açık ve laparoskopik teknik arasındaki anastomoz kaçak oranları tartışmalı bir konudur.^(5,17,23) Bariatrik cerrahinin revizyon ameliyatlarından sonra anastomoz kaçağı riski oranları %35'e ulaşmaktadır. Klinik belirtiler asemptomatik hastalardan, septik şok belirti ve bulguları görülen hastalara kadar değişiklik gösterebilmektedir.^(5,17,23) Dört saatten uzun süren 120/dk fazla nabız sayısı, taşipne, hipoksi, karın ağrısı, hipotansiyon ve ateş geliştiğinde anastomoz kaçağını düşündürmelidir.^(5,17,31,32) Anastomoz kaçağı yaşayan hasta da bu bulguların ardından solunum sıkıntısı, peritonit ve sepsis gelişebilmektedir.^(5,33) Anastomoz kaçağından şüphe edilen hastalarda C-reaktif protein (CRP) testi yapılmalıdır. Anastomoz kaçağının saptanmasında, IV ve oral kontrastlı maddeyle çekilen bilgisayarlı tomografi (BT), en iyi görüntüleme yöntemi olarak değerlendirilmektedir.^(5,17)

Hemşirelik bakımı: Anastomoz kaçaklarının erken belirlenmesi, sonuçların olumlu olmasında kritik bir öneme sahip olduğu için hemşire, anastomoz kaçağının klinik belirti ve bulgularının farkında olmalı ve takip etmelidir.⁽⁵⁾ Anastomoz kaçaklarının tedavisinde, erken dönemde dikme, drenaj, endoskopik kliplleme, stent yerleştirme, fibrin yapıştırıcı ya da cerrahi girişim uygulanmaktadır.^(5,17,31,33) Hemodinaminin izlenmesi, direktif edilen tedavinin (sıvı tedavisi, proton pompa inhibitörü, antibiyotik gibi) uygulanması, gerektiğinde hastanın cerrahi girişime hazırlanması ve hasta ve ailesine psikolojik desteğin sağlanması hemşirenin sorumlulukları arasındadır.⁽¹⁷⁾

Rabdomiyoliz

Ameliyat sonrası erken dönemde gelişebilecek komplikasyonlardan biri olan rabdomiyoliz, nadir görülmesine karşın elektrolit dengesizlikleri, hipovolemi ve akut böbrek yetmezliğinin gelişmesine neden olarak yaşamı tehdit edebilmektedir. İskelet kaslarının hasarı ve nekrozu sonucu, miyogloblin ve hücre içi ürünlerin dolaşıma katılmasıyla gelişmektedir.^(5,17,22) Ameliyat sonra görülme insidansı

%7-30.4'dür.⁽³¹⁾ BKİ>55-60 kg/m² (süper morbid obezite) olması, ameliyat süresinin uzun olması, ameliyat sırasında hastanın pozisyonu, Amerikan Anestezistler Derneği (ASA-American Society of Anesthesiologists) skorunun 3-4 olması, diyabet ve hipertansiyon rabdomiyoliz risk faktörleri arasında yer almaktadır.^(5,17,31,33) Ameliyat sonrası analjezi tedavisi ve var olan kas iskelet sistemi sorunları nedeniyle sıklıkla tanı konma gecikebilmektedir.⁽²²⁾ Hastalarda kalça, sırt ve omuz bölgesinde uyuşukluk, ağrı gibi belirtiler görülmekte ve bu belirtiler genellikle yaralanmadan sonraki ilk 24 saat içinde gelişmektedir. Kreatin kinaz (CK) seviyesinin normalden beş kat artmasıyla tanı konulmaktadır.^(17,22,31)

Hemşirelik bakımı: Hastaların basınç noktaları desteklenmeli, basınç azaltıcı destek yüzeyler/yataklar kullanılmalıdır. Hastalar erken mobilizasyona teşvik edilmelidir. Özellikle süper morbid obez hastalar insizyon bölgesi dışındaki ağrı yönünden de değerlendirilmelidir. Hastanın idrar rengi izlenmeli, koyu renkli idrar varlığında miyoglobininüriden şüphelenilmelidir. Tanı konulduktan sonra yoğun sıvı tedavisi ve diürez ile ölümcül sonuçların gelişmesi önlenir.^(5,17,22,32,33) Hastaların aldığı ve çıkardığı izlenmelidir. Altı-on iki saatte bir CK seviyesine bakılmalı ve hiperkalemi veya kardiyak irritabilite açısından hastalar monitörize edilerek izlenmelidir.^(17,22,33)

Ameliyat Sonrası Geç Dönem Komplikasyonları ve Hemşirelik Bakımı

Bariatrik cerrahiden 30 gün sonra dumping sendromu, marjinal ülserler, beslenme ve vitamin yetersizlikleri gibi komplikasyonlar gelişebilmektedir.

Dumping Sendromu

Daha çok gastrik bypass, biliopankreatik diversiyon ve duodenal switch ameliyatlarından sonra görülen bir komplikasyondur.^(5,23) Pilor sfinkteri bypass edildiği için yoğun karbonhidrat içerikli gıdaların alınmasından sonra mide içeriğinin herhangi bir işlemle geçmeden, hızlıca ince bağırsağa ilerlemesi sonucu gelişmektedir.^(5,32,33) Peristaltizmin artması nedeniyle hastalarda taşikardi, terleme, baş dönmesi, diyare, bulantı, yorgunluk, karın ağrısı ve geç dönemde hipoglisemi şikayetleri gelişebilmektedir.^(5,24,25,34)

Hemşirelik bakımı: Bu komplikasyonun gelişmesinden korunmak için azar azar ve sık sık yemek yeme, yiyeceklerin yavaş yavaş, iyice çiğnenerek yenmesi, şeker içeriği yüksek olan gıdalar yerine lif oranı yüksek, kompleks karbonhidrat (birleşik şekerler) içerikli ve proteinden zengin gıdalarla beslenme, katı gıdalar alındıktan 30 dakika sonra sıvıları alma konusunda, hasta ve ailesi bilgilendirilmelidir.^(25,33-35) Diyet düzenlemeleriyle başarılı olunamazsa nadir de olsa medikal tedaviye gereksinim olabilmekte; hastaların yaşam kalitesini iyileştirmek için medikal tedavi olarak sentetik somatostatin analogu Octreotide önerilmektedir.⁽²⁵⁾

Marjinal Ülserler

Marjinal ülserler, gastrik bypass yapılmış hastalarda tipik olarak gastrojejunal anastomozun jejunal tarafında lokalize olurlar.^(5,17,22,25) Hastaların %0.6-16'sında marjinal ülser geliştiği bildirilmektedir. Nonsteroid antiinflamatuar ilaç kullanımı, sigara, helikobakter pilöri enfeksiyonu, doku perfüzyonun gerginlik nedeniyle bozulması, stapler ya da absorbe olmayan sütür gibi yabancı materyal varlığı nedenlerine bağlı marjinal ülserler gelişebilmektedir. Hastalarda bulantı, karın ağrısı, gastrointestinal kanama, stomal stenoz ya da perforasyon gibi belirtiler ve bulgular görülmektedir.^(17,22,25)

Hemşirelik bakımı: Ülser belirtileri hasta ve ailesine anlatılmalı, ülser için önemli bir risk faktörü olması nedeniyle ameliyat sonrası sigara içilmemesi gerektiği açıklanmalıdır. Ayrıca koruyucu olarak verilen proton pompa inhibitörü ilacını düzenli olarak ve aç karnına kullanması, non-steroidal antiinflamatuar grubu ilaç kullanılması gerektiğinde doktoruna danışması konusunda hastalar bilgilendirilmelidir.^(17,22,23,36)

Beslenme ve Vitamin Yetersizlikleri

Morbid obez bireylerin ameliyattan önce bir dizi beslenme yetersizliklerinin olduğu bilinmektedir. Bunun nedeni tam olarak bilinmese de yüksek kalorili fakat düşük kalitede besin değeri olan gıdalarla beslenmenin neden olduğu düşünülmektedir.^(5,17) Ameliyat sonrası uygulanan bariatrik cerrahi yöntemine göre beslenme yetersizlikleri değişiklik göstermektedir. Emilimi bozucu girişimlerden sonra birçok vitamin ve mineral eksiklikleri görülmektedir.^(5,17) Duodenum ve proksimal jejunumun bypass edilmesine bağlı kalsiyum eksikliği, jejunumun bypass edilmesi sonucu ameliyattan bir-üç ay sonra tiamin eksikliği, midenin alt bölümünün bypass edilmesi sonucu vitamin B12 eksikliği görülebilmektedir.^(5,17) Tüm cerrahi yöntemlerden özellikle ilk altı ay sonra, günlük alınan kalori miktarı çok düşük olmakta; bu durum özellikle protein gibi makro besinlerin alınmasını da azaltmaktadır.^(5,17,31) Düşük protein alımı saç dökülmesinin artmasına ve yara iyileşmesinin olumsuz yönde etkilenmesinin neden olabilmektedir.^(5,17,31)

Hemşirelik bakımı: Ameliyat sonrası belirtiler izlenip, tetkikler yapılır ve uygun destek tedavisiyle, beslenme yetersizlikleri kontrol altında tutulabilir.^(5,17,31,37) Protein gereksinimi, kısıtlayıcı girişimler için 60-120 gr/gün, emilimi bozucu girişimler için 80-120 gr/gün olmalıdır.^(5,17,31,37,38) Ameliyat sonrası hastalara günlük B kompleks vitamin, D vitamininin de içinde bulunduğu, günlük 1200-2000 mg kalsiyum sitrat, ilk 6 ay vitamin B12, günlük 150-200 mg demir, demir emilimini arttırmak için C vitamini ve tüm doğurganlık çağındaki kadınlara folik asit desteği alması önerilmektedir.^(5,17,31,37,38) Tüm bu vitamin desteklerinin önemi konusunda hastalar bilgilendirilmeli, beslenmede dikkat etmeleri gereken noktalar açıklanmalı ve vitamin eksiklikleri açısından düzenli kontroller yapılmalıdır. Diğer önemli konu da sıvı alımıdır.^(5,17) Yeterli hidrasyonun sağlanması için günlük 1.5 litre sıvı alması

gerektiği hastalara açıklanmalı, aldığı sıvının yeterli olup olmadığını belirlemek için idrar miktarını ve rengini takip etmesi konusunda bilgi verilmelidir.^(5,17,38)

Sonuç

Bariatrik cerrahi dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek daha yaygın hale gelmektedir. Morbid obezite için etkili ve güvenli bir tedavi yöntemi olmakla birlikte, cerrahi ve ameliyat öncesi eşlik eden hastalıklar, bariatrik cerrahi hastalarının ameliyat sonrası komplikasyon gelişme riskini artırmaktadır. Bariatrik cerrahide istenen sonuçlara ulaşmada hastaların bakımının planlanması için bariatrik cerrahi ve komplikasyonları konusunda hemşirelerin bilgili olması gerekmektedir. Hemşirelerin ameliyat sonrası gelişebilecek komplikasyonları önlemesi ve erken tespit etmesi, hasta sonuçlarını iyileşmesine katkı sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Çayır A, Atak N, Köse SK. Beslenme ve diyet kliniğine başvuranlarda obezite durumu ve etkili faktörlerin belirlenmesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası. 2011;64(1):13-9.
- Frühbeck G. Bariatric and metabolic surgery: A shift in eligibility and success criteria. Nature Reviews Endocrinology. 2015;11(8):465-77. doi: 10.1038/nrendo.2015.84.
- Sümer A. Definitions of obesity and current indications for obesity surgery. Eur J Endosc Laparosc Surg. 2014;1(4):144-50.
- WHO. Obesity and overweight fact sheet. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (cited 2018 March 5)
- Güven B, Akyolcu N. Obezite cerrahisi uygulanan hastalarda eğitim ve danışmanlık hizmetinin etkinliği [doctoral dissertation]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2016.
- Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK). Basın Odası Haberleri. Available from: http://www.tuik.gov.tr/basinOdasi/haberler/2017_31_20170607.pdf (cited 2018 July 27)
- Dolgun E, Yavuz M. Aşırı şişmanlık cerrahisinde hemşirelik bakımı. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi. 2010;3(1):85-92.
- Jamal MH, Aminian A. Bariatric surgery: Is it a safe treatment modality?. Kuwait Medical Journal. 2015;47(3):193-200.
- Yorgancı K, Tırnaksız MB. Morbid obezitenin cerrahi tedavisi. Hacettepe Tıp Dergisi. 2007;38(4):218-22.
- Daniels J. Obesity. In: Lewis SL, Dirksen SR, Heitkemper MML, Bucher L, Harding MM, editors. Medical-surgical nursing: Assessment and management of clinical problems. St. Louis: Mosby Elsevier; 2014. p. 906-21.
- Fencil JL, Walsh A, Vocke D. The bariatric patient: An overview of perioperative care. AORN Journal. 2015;102(2):116-28. doi: 10.1016/j.aorn.2015.05.007.
- Sağlam F, Güven H. Obezitenin cerrahi tedavisi. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2014;30(Suppl. 1):60-5.
- Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Daire Başkanlığı. Türkiye'de obezite tedavisinde obezite cerrahisinin yeri. Available from: <http://hta.gov.tr/pdf/Obezite%20Cerrahisi%20Rapor%2025%2004%202014.pdf> (cited 2018 April 14)
- Angrisani L, Santonicola A, Iovino P, Formisano G, Buchwald H, Scopinaro N. Bariatric surgery worldwide 2013. Obesity Surgery. 2015;25:1822-32. doi: 10.1007/s11695-015-1657-z.
- Montravers P, Augustin P, Zappella N, Dufour G, Arapis K, Chosidow D, et al. Diagnosis and management of the postoperative surgical and medical complications of bariatric surgery. Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine. 2015;34(1):45-52. doi: 10.1016/j.accpm.2014.06.002.
- Chang SH, Stoll CR, Song J, Varela JE, Eagon CJ, Colditz GA. The Effectiveness and risks of bariatric surgery: An updated systematic review and meta-analysis, 2003-2012. JAMA Surgery. 2014;149:275-87. doi: 10.1001/jamasurg.2013.3654.
- Bozkurt S. Complications in bariatric surgery. Laparoscopic Endoscopic Surgical Science. 2016;23(4):133-41. doi: 10.14744/less.2014.27147.
- Schulman AR, Thompson CC. Complications of bariatric surgery: What you can expect to see in your practice. The American Journal of Gastroenterology. 2017;112(11):1640-55. doi: 10.1038/ajg.2017.241.
- Hanson D. Complications of weight loss surgery: implications for critical care nursing. Critical Care Nursing Clinics of North America. 2004;16:553-8.
- Timby BK, Smith NE. Introductory Medical-Surgical Nursing. Caring for clients with gastrointestinal disorders. 11th ed. Wolters Kluwer Health&Lippincott Williams&Wilkins; 2014. p. 738-40.
- Piché ME, Auclair A, Harvey J, Marceau S, Poirier P. How to choose and use bariatric surgery in 2015. Canadian Journal of Cardiology. 2015;31(2):153-66. doi: 10.1016/j.cjca.2014.
- Chand B, Prathanvanich P. Critical care management of bariatric surgery complications. Journal of Intensive Care Medicine. 2016;31(8):511-28. doi: 10.1177/0885066615593067.
- Lim RB. Bariatric operations: Perioperative morbidity and mortality. UpToDate. 2017. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/bariatric-operations-perioperative-morbidity-and-mortality> (cited 2018 May 14)
- Grindel M, Grindel C. Nursing care of the person having bariatric surgery. Medsurg Nursing. 2006;15(3):129-45.
- Ellsmere JC. Late complications of bariatric surgical operations. UpToDate. 2017. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/late-complications-of-bariatric-surgical-operations> (cited 2018 May 17)
- Garza S. Bariatric weight loss surgery patient education, preparation, and follow-up. Critical Care Nursing Quarterly. 2003;26(2):101-4.
- Erkoç SK, Yılmaz AA. Bariatrik anestezi, postoperatif bakım ve komplikasyonlar. Anestezi Dergisi. 2016;24(3):139-53.
- Thorell A, MacCormick AD, Awad S, Reynolds N, Roulin D, Demartines N, et al. Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: enhanced recovery after surgery (eras) society recommendations. World Journal of Surgery. 2016;40:2065-83.
- Ulusal Venöz Tromboembolizm Profilaksi ve Tedavi Kılavuzu - 2010. Available from: http://www.toraks.org.tr/uploadfiles/Ulusal_Venoz_Tromboembolizm_Profilaksi_ve_Tedavi_Kilavuzu2010.pdf (cited 2018 July 27)
- Mulligan AT, McNamara AM, Boulton HW, Trainor LS, Raiano C, Mullen A. Best practice updates for nursing care in weight loss surgery. Obesity. 2009;17(5):895-900. doi: 10.1038/oby.2008.579.
- Mechanicck JI, Youdim A, Jones DB, Garvey WT, Hurley DL, McMahon MM, et al. Clinical practice guidelines for the perioperative nutritional, metabolic, and nonsurgical support of the bariatric surgery patient-2013 update: Cosponsored by American Association of Clinical Endocrinologists, the Obesity Society, and American Society for Metabolic & Bariatric Surgery. Obesity. 2013;21:1-27. doi: 10.1002/oby.20461.
- Aygin D, Açıl H. Morbid obezlerde bariatrik cerrahi sonrası erken dönem hemşirelik bakımı. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2015;4(4):604-13.
- Kaser N, Kukla A. Weight-loss surgery. The Online Journal of Issues in Nursing. 2009;14(1). Available from: http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableOfContents/Vol142009/No1Jan09/Weight-Loss-Surgery_1.aspx (cited 2018 April 10)
- Gagnon LE, Sheff EJK. Outcomes and complications after bariatric surgery. The American Journal of Nursing. 2012;112(9):26-36.
- Dunham M. Caring for patient undergoing bariatric surgery. Nursing. 2013;43(10):44-50. doi: 10.1097/01.NURSE.0000432118.12880.ff.
- Yıldırım AE, Altun R, Demiriz B, Yılmaz AF. Bariatrik cerrahi uygulanmış hastalarda endoskopi ve endoskopik tedavi yöntemleri. Güncel Gastroenteroloji Dergisi. 2014;18(4):415-22.
- Heber D, Greenway FL, Kaplan LM, Livingston E, Salvador J, Still C. Endocrine and nutritional management of the post-bariatric surgery patient: An endocrine society clinical practice guideline. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2010;95(11):4823-43. doi: 10.1210/jc.2009-2128.
- Parsak CK. Management and follow-up of a patient after bariatric surgery. European Journal of Endoscopic Laparoscopic Surgery. 2014;1(4):231-7. doi: 10.14744/less.2014.35229.