

Laparoskopik Cerrahi Sonrası Bulantı ve Kusmanın Önlenmesi/Yönetiminde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamalarının Yeri

Sennur KULA ŞAHİN*, Tülin YILDIZ**

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü/İstanbul*

Namık Kemal Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü/Tekirdağ**

Özet

Laparoskopik cerrahi; önceleri sadece safra kesesi ve reflü hastalıklarının tedavisinde uygulanırken; hasta konforu, memnuniyeti ve güvenliğinin kanıtlanmasına paralel olarak apandisit, böbreküstü bezi, dalak, fıtıklar, kalın barsak ve obezite cerrahisinde de giderek daha fazla sayıda yapılmaya başlanmıştır.. Günümüzde laparoskopik cerrahide; gelişmiş anestezi teknikleri ve antiemetik ajanların kullanılmasına karşın ameliyat sonrası bulantı ve kusma önemli bir bakım sorunu olma özelliğini korumaktadır. Bulantı-kusma; yaşamı tehlikeye sokan bir komplikasyon olmamakla birlikte, önlem alınmadığı ve giderilemediği zaman aspirasyona, elektrolit dengesizliğine, dehidratasyona, yara açılmasına, hastanede kalış süresinin uzamasına, maliyet artışına ve hasta memnuniyetinin azalmasına neden olabilmektedir. Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın önlenmesi/yönetimi, anestezi, cerrah ve cerrahi hemşirelerinin işbirliğini gerektiren multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalıdır. Ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın güncel tedavisinde; antiemetikler, hidrasyonun sağlanması ve oksijen terapisi kullanılmaktadır.

Bu makalenin amacı ameliyat sonrası bulantı-kusma görülme riski yüksek hastalarda farmakolojik tedavi yaklaşımları ve tamamlayıcı-alternatif tedavi uygulamalarının birlikte kullanılması ameliyat sonrası bulantı ve kusmanın görülme oranında azalma sağladığı kadar bütüncül hasta bakımının gerçekleşmesini de katkı sağlayacağını vurgulamaktır.

Anahtar kelimeler: bulantı-kusma, ameliyat sonrası, laparoskopik cerrahi, tamamlayıcı-alternatif tedavi uygulamaları

Yazışma Adresi:

Yard.Doç.Dr. Sennur Kula Şahin,
İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Bölümü/İstanbul
Atatürk Bulvarı, No:27 Unkapanı, Fatih 34083 İstanbul
e-posta: metsen_38@hotmail.com Tel: 0530 363 38 60

Abstract

Implementation Of Complementary And Alternative Medicine Practices For Prevention/Management Of Nausea And Vomiting After Laparoscopic Surgery

Laparoscopic surgery, has been used only for gall bladder and reflux disease as a treatment. Proving its effect on patient comfort, satisfaction and security it is being implemented for appendicitis, adrenal gland, spleen, hernias, colon, bariatric surgery. Today despite using advanced anesthetic techniques and antiemetic agents in laparoscopic surgery, postoperative nausea and vomiting remains an important feature for patient care. Although nausea and vomiting are not life-threatening it may lead to aspiration, electrolyte imbalance, dehydration, wound opening, extends the duration of hospital stay, cost increase and decrease patient satisfaction when they are not prevented /resolved. Prevention/management of postoperative nausea and vomiting should require multidisciplinary coordination between anesthesiologists, surgeons and medical surgical nurses.

Currently, antiemetics, hydration and oxygen therapy are used for treatment of postoperative nausea and vomiting. The goal of this article is to emphasize the implementation of complementary-alternative and pharmacological treatment in reduction of postoperative nausea and vomiting rate in high risk patients and their contribution on holistic patient care.

Key words: nausea and vomiting, postoperative period, laparoscopic surgery, complementary-alternative treatments

Giriş

Bilim ve teknolojideki ilerlemelerin cerrahi ve anestezi uygulamalarına yansması ile laparoskopik cerrahi girişimler, özellikle son yirmi yılda yeni bir boyut kazanmış, Laparoskopik cerrahi önceleri sadece safra kesesi ve reflü tedavisinde vazgeçilmez iken; hasta konforu, memnuniyeti ve güvenliğinin kanıtlanmasına bağlı olarak apandisit, böbreküstü bezi, dalak, fitıklar, kalın barsak cerrahisi, obezite cerrahisinde de başarı ile uygulanmaya başlamıştır(1-3). Laparoskopik cerrahi girişimin bütün avantajlarına ve yeni antiemetik ajanların klinik kullanıma girmesine karşın abdominal insüflasyon nedeni ile ameliyat sonrası bulantı-kusma (ASBK) hala önemli bir bakım sorunu olma özelliğini korumaktadır (2,4,5). Bu-

lantı-kusmanın nedeni tam olarak açıklanamasa da laparoskopik cerrahi girişim önemli bir faktör olarak kabul edilmektedir (6).

Laparoskopik Cerrahi Sonrası Bulantı-Kusma

Laparoskopik cerrahi girişim sonrası hastalarda bulantı-kusma % 38-57 oranında görülmektedir. Bulantı-kusma görülme riskini artıran kadın cinsiyet, sigara kullanma, taşıt tutması, ASBK öyküsü ve opioid kullanımını gibi faktörler eklendiğinde, bu oranın %92'lere yükseldiği bildirilmektedir. Bulantı, hoş olmayan ve rahatsızlık veren bir deneyimdir (7). Bulantı-kusma kontrol altına alınmadığında ameliyat sonrası en az ağrı kadar rahatsızlık vermektedir (8).

Macorio, Weinger, Carney ve Kim (1999)'in yaptıkları çalışmada hastalara ameliyat sonrası dönemde en fazla rahatsızlık veren on komplikasyon arasından bulantı-kusmanın dördüncü sırada yer aldığını belirlemişlerdir (9). Bulantı-kusma yaşamı tehlikeye sokan komplikasyon olmamakla birlikte önlem alınmadığı ve giderilemediği zaman aspirasyona, elektrolit dengesizliğine, dehidratasyona, yara açılmasına, hastanede kalış süresinin uzamasına, maliyet artışına ve hasta memnuniyetinin azalmasına neden olabilmektedir (10-12). Gan, Sloan, Dear, Moalem ve Lubarsky (2001) hastaların ASBK'yı önlemek amacı ile her cerrahi girişimde ortalama yüz dolar ilave maddi kayba uğradıklarını belirlemişlerdir (13).

Tamamlayıcı Alternatif Tedavi Uygulamaları

Tamamlayıcı-alternatif tedavi (TAT) uygulamaları M.Ö 3000 yıllarından itibaren uygulanmaktadır. Modern tıbbın kurucusu olarak kabul edilen Hipokrat kitaplarında 400'e yakın bitkisel üründen bahsetmiş, hastalıkların tedavisinde günlük aromatik banyoların yapılması ve ardından masaj uygulamalarının önemini vurgulamıştır (17,18). On dokuz ve yirminci yüzyıllarda sağlıklı/ hasta bireylerin geliştirilen ilaçların etkisine inanmaması, ilaçların ciddi yan etkilerinin olması, ekonomik sorunlar, doğallığın her zaman etkili ve yan etkiden arınmış olduğu düşüncesi, bütüncül (holistik) bakım yaklaşımları gibi çok fazla etmene bağlı olarak tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları yeniden güncel duruma gelmiştir (15,19,20). 1997'de Amerika Ulusal Sağlık Enstitüsü'nün kemoterapiden kaynaklanan bulantı-kusmanın önlenmesinde TAT uygulamalarına yer vermesi ile ASBK'da da yaygın olarak kullanılmaya başlanmıştır (12).

Ameliyat Sonrası Bulantı Kusmanın Güncel Tedavisinde Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Uygulamaları

ASBK'nın güncel tedavisinde antiemetikler, hidrasyonun sağlanması ve oksijen terapi kullanılmaktadır (4,7,10). Ancak bazı hastalarda antiemetiklere karşı baş ağrısı, ajitasyon ve taşikardi gelişebilmektedir (14). ASBK görülme riski yüksek hastalarda farmakolojik tedavi yaklaşımları ve (TAT) uygulamalarının birlikte kullanılması ASBK görülme oranında azalma sağladığı kadar bütüncül hasta bakımın gerçekleşmesine de yardımcı olur(12,15,16). Yapılan çalışmalarda ASBK'nın önlenmesi/yönetiminde en fazla kullanılan TAT; progresif gevşeme tekniği, müzik terapisi, izopropil alkol koklatma, aromaterapi ve akubasıncıtır (4,15, 21).

Progresif Gevşeme Tekniği: Kasların aşamalı olarak gerilmesi ve gevşetilmesi şeklinde tanımlanan bir yöntemdir. Öğrenilmesi ve uygulanması kolay olan progresif gevşeme tekniği laparoskopik cerrahi girişimlere bağlı ağrı ve bulantı-kusmayı azaltmada olumlu etkilere sahip olduğu belirtilmektedir. Yavaş ve derin birkaç nefes alındıktan sonra baştan-ayak ucuna kadar vücut kasları beş'e kadar sayılarak gerilir ve gevşetilir. Gevşeme tekniği ile kalp atım hızının yavaşlaması, kan basıncının düşmesi, oksijen tüketiminin azalması ve metabolik hızın yavaşlaması sağlanarak hastalarda ameliyat sonrası komplikasyonların azaltılmasına da yardımcı olur (22-23). Gevşeme egzersizi, germe-gevşetme (yaklaşık 20 dakika), sadece gevşetme (yaklaşık 10 dakika), derin nefes alma eğitimi-nefesli gevşeme (yaklaşık 3-4 dakika) ve hızlı gevşeme (birkaç saniye) adımlarından oluşmaktadır (23).

Müzik Terapisi: Müzik terapi; parasempatik sinir sistemini aktive ederek, kan basıncı, kalp atım sayısı ve solunum hızında azalmaya, en-

dorfin salgısında ise artmaya neden olarak ağrı kontrolüne yardımcı olmaktadır. Ağrı kontrolünün sağlanması aynı zamanda bulantı-kusma görülme oranında da azalmaya yol açar. Müzik terapisinin etkinliğini değerlendirmek amacı ile yapılan birçok çalışma; ağrı ve anksiyete üzerinde olumlu etkiler yarattığını göstermektedir (24). Aromaterapi ile birlikte uygulandığında etkinliğinin daha fazla arttığı bildirilmektedir (12, 25). Winston, Rinehart, Riley, Vacchiano ve Pellegrini (2003) cerrahi girişim sonrası hastalara bulantı ve kusmanın önlenmesi/yönetiminde izopropil alkol ve müzik terapisinin birlikte kullanılmasının, antiemetik (ondansetron intravenöz dört mg) tedavisinden daha fazla etkin olduğunu belirlemişlerdir (25). Müzik terapisi; uygulaması kolay, maliyeti düşük, yan etkisi olmayan ve gelişebilecek duyuşsal sorunları kontrol altına almada etkili bir yöntemdir (17, 21).

Literatürde müzik terapisi sırasında kullanılacak müziğin uygun seçilmemesi, kişide ağrıya bağlı bulantı-kusmayı arttırabileceği belirtilmektedir. Cerrahi hastalarında uygulanacak müzik terapisi sırasında dinletilecek müziğin; bireyin tercihi, geçmiş deneyimleri, sağlık durumu, kişilik ve kültürel yapıları göz önünde bulundurularak seçilmesi gerektiği, seçilen müzik türünün her hasta üzerinde farklı etkiler yaratabileceği, hangi müziğin hastayı rahatlatacağı veya gerginleştireceği dikkate alınması vurgulanmaktadır. Yaşlı hastaların alçak melodili müzikleri tercih ederken, genç hastaların yüksek melodili müzik terapisinden etkilendiği ve bu terapi yöntemini daha kabullenabilir davrandıkları bildirilmektedir (16,26). Müzik terapisi uzun süreli uygulandığında, iritasyona neden olacağından, 15-30 dakika arası müzik dinletmenin uygun olduğu, çevredeki seslerden etkilenmeyi önlemek için kulaklık kullanılması önerilmektedir (21).

Aromaterapi: Bitkilerde bulunan uçucu yağlarla yapılan tedavi olarak adlandırılmaktadır. Literatürde aromaterapinin vücut üzerinde dengeleyici etkisi, iyileştirici özelliğe sahip olması ve bitkilerden doğal olarak elde edilmesi, sentetik ilaçların tehlikelerine de bir alternatif oluşturmaktadır. Aromatik yağlar, deri yoluyla kana geçerek hem farmakolojik olarak hem de koklama duyusunu uyarak etki sağlar. Bu yağların içinde bilinen ya da bilinmeyen bazı analjezik bileşenlerin, beyin sapında dopamin, endorfin, noradrenalin ve serotonin gibi maddelerin salgılanmasını etkilediği bildirilmektedir (17,23,27). Aromaterapi; inhalasyon, topikal ve masaj yoluyla uygulanmaktadır. İnhalasyon yöntemi ile aromaterapi uygulamasında 10-15 dakikanın yeterli olduğu belirtilmektedir (17, 27,28).

Orta düzeyde bulantısı olan hastalarda özellikle nane, zencefil, karabiber ve lavanta içeren aromaterapik yağların inhalasyon yöntemi uygulanarak kullanılması ile bulantı-kusma görülme oranında önemli düzeyde azalma sağladığı saptanmıştır. Bu yeni aromaterapi yöntemlerini içeren çalışmalar sınırlıdır (10,12,25).

Akubasınc: ASBK'nın önlenmesi/yönetimi için akubasınc yönteminin kullanımı geleneksel Çin Tıbbında en az 3000 yıl öncesine dayanmaktadır. Akupunktura benzer bir tedavi yöntemi olup akupunktur noktalarına iğne batırma yerine, parmak, avuç içi ve dirsek ile basınc uygulanarak yapılır. Medikal ürünler arasında bulantı önleyici bileklik, akubandı olarak da geçmektedir (29,30). Akubasınc yönteminde genellikle perikardium-6 (P6 ya da Neiguen) akupunktur noktası kullanılmaktadır. P6 noktası, el bileğinin iç yüzünün 4-5 cm (3 parmak) üzerinde yer almaktadır. Bu noktaya 2-3 dakika akubasınc yöntemi uygu-

landığında bulantı-kusma görülme oranında azalma olduğu bulunmuştur (12, 17, 29, 30).

Akubasınc, noninvaziv, güvenli ve etkili olması nedeni ile TAT içerisinde önemli bir yöntemdir. Akubasınc yönteminin bulantı-kusma üzerindeki etki mekanizması henüz tam olarak açıklanamamış olmasına rağmen birkaç teori vardır; P6 noktasına basınç uygulandığında, se-reprospinal sıvıdaki endorfin ve serotonin salgılanmasına neden olduğu ya da ağrıda kapı kontrol teorilerine dayanmaktadır (4,29).

Yapılan çalışmalarda cerrahi girişim sonrası akubasınc yönteminin, ağrı ve bulantı-kusmayı azalttığı belirtilmektedir. Lee ve Done (1999)'nın ASBK'nın önlenmesi için antiemetik kullanımı (5-HT reseptör antagonisti dışında) ile akubasınc yönteminin karşılaştırıldığı 19 çalışmayı içeren meta analizi sonucunda erken dönemde bulantı-kusmayı önlemede akubasınc yönteminin, antiemetik tedavisi kadar etkili olduğu saptanmıştır (31). Doran ve Halm (2010)'ın 13 çalışmanın meta analizi sonucu Lee ve Done (1999) 'nın çalışması ile paralellik göstermektedir (14). Ceyhan, Mısırlıoğlu, Güzey, Özen ve Baltacı (2004) major ortopedik cerrahi sonrası akubasınc uygulamasının bulantıda etkili olmasına rağmen kusmada etkili olmadığını belirtmişlerdir (32). Turgut, Özalp, Dikmen, Savli, Tuncel ve Kadıgülları'nın yaptığı çalışmada (2007); jinekolojik cerrahi girişimden 30 dakika önce ve ameliyat sonrası ilk 24 saat içinde akubasınc uygulanan hastalardan % 33'ünde bulantı-kusma saptanırken, uygulanmayanların %63'ünde bulantı-kusma saptanmıştır (33).

Sonuç ve öneriler: ASBK'nın önlenmesi/yönetimi multidisipliner ekip çalışmasını gerektirmektedir. ASBK görülme riski yüksek hastalarda TAT uygulamalarına daha fazla yer verilmesinin ve bu alanda çalışmaların yapıl-

masının, hasta bakımındaki memnuniyet ve konforu arttıracaklarını düşündürmektedir.

Kaynaklar

1. Girish P. Complications of laparoscopy. *Anesthesiology Clinics of North America* 2001;19(1):89-105.
2. Hooper V.D Care of the laparoscopic surgical patient (Ed: Drain B, Odom Ferrin J). *Perianesth Nursing*. Saunders, 5.Ed, 2009:665-67.
3. Çelik S.Robot yardımcı laparoskopik cerrahide hemşirenin rolü. *Yeni Tıp Dergisi* 2011;28(2):83-86.
4. Golembiewski J, Chernin E, Chopra T.Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting, *Am J Health Syst Pharm* 2005;62;1242-52.
5. Morgan EG Anesthesia application. In: *Clinical Anesthesiology*, 4.ed. New York, The McGrawHill Companies, 2006:1-30
6. Gan TJ. Risk factors for postoperative nausea and vomiting. *Anesthe Analg* 2006;102:1884-98.
7. Şalviz A, Alkış N. Postoperatif bulantı-kusma (Ed:Özatamer O, Batislam Y, Özgencil E, Aklaya F). *Anestezi Güncel Konular*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul 2010:427-36.
8. Apfel et al. A factorial trial of six interventions for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *The New England Journal of Medicine* 2004;350;2441-51.
9. Macario A, Weinger M. Which clinical anesthesia outcomes are important to avoid? The perspective of patients. *Economics And Health Systems Research* 1999;89;652-57.
10. ASPAN's evidence-based clinical practice guideline for the prevention and/or management of PONV/PDND. *J Perianesth Nurs* 2006;21(4): 230-50.
11. Gan TJ, Ran Jiao, Zenn M, Georgiade G. A randomized controlled of electro-acupoint stimulation or ondansetron versus placebo for the prevention of postoperative nausea and vomiting. *Anesth Analg* 2004; 99(4);1070-75.
12. Mamaril ME, Windle PE, Burkard JF. Prevention and management of postoperative nausea and vomiting: A look at complementary techniques. *J Perianesth Nurs* 2006, 21(6):404-10.
13. Gan T, Sloan F, Dear DL, Moalem H, Lubarsky DA. How much are patients willing to pay to avoid postoperative nausea and vomiting?.*Anesth Analg* 2001;92(2);393-400.
14. Doran K, Halm M. Integrating acupressure to alleviate postoperative nausea and vomiting. *Am J Crit Care* 2010;19;553-56.

15. Craig S, Valentine W. Integrated health practices: Complementary and alternative therapies (Ed: Rothrock C). Alexander's Care of the Patient Surgery. Mosby Elsevier, 13.Ed, 2007:1198-1216.
16. Cassileth B, Deng G, Vickers A, Yeung S.K, Chwisitek M, Garrity D, Gubili J, Vroom P. PDQ Oncology, (Çev:Topuz E), İstanbul Tıp Kitapevi, 1.Baskı, 2007: 65-91.
17. Fontaine K.L. Complementary & alternative therapies for nursing practice. 2nd.ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall 2004: 119-99.
18. Lewis S, Heitkemper M, Dirksen R.S, O'Brien G.B, Bucher L. Complementary and alternative therapies. In:Medical Surgical Nursing, Mosby Elsevier, 7.ed 2007:94-106.
19. Khorshid L, Yapucu Ü. Tamamlayıcı tedavilerde hemşirenin rolü. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, 2005;8(2);124-130.
20. Sarışen Ö, Çalışkan D.(2005). Fitoterapi: Bitkilerle tedaviye dikkat. Sted, 2005;14(8):182-87.
21. Potter P, Perry A. Complementary and alternative therapies. In: Fundamentals of Nursing Mosby Elsevier,7.ed 2009:771-85.
22. Noble KA. Stop the spinning world: Postoperative nausea and vomiting. J Perianesth Nurs 2006;21(6); 431-35.
23. Yavuz M. Ağrıda kullanılan nonfarmakolojik yöntemler. (Ed: Eti Aslan F).Ağrı Doğası ve Kontrolü, Avrupa Tıp Kitapçılık, İstanbul 2006 :135-47.
24. Uçan Ö, Ovayolu N.Müzik ve tıpta kullanımı. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2006;1(3):14-20.
25. Winston AW, Rinehart RS, Riley GP, Vacchiano CA, Pellegrini JE. Comparison of inhaled isopropyl alcohol and intravenous ondansetron for treatment of postoperative nausea. AANA J 2003;1(2);127-32.
26. Wakim J.H, Smith S, Guinn CThe effect of music therapy. J Perianesth Nurs 2010: 25(4);226-32.
27. Özata N. Fitoterapi &Aromaterapi. Arıtan Yayınevi, 1.baskı, 2006:16-27.
28. Linquist R, Snyder M. Introduction to complementary and alternative therapies in nursing. (Ed: Ignatavicius D, Workman L.). Medical Surgical Nursing, Elsevier Saunders, 5.ed 2006: 32-39.
29. Hakverdioğlu G, Türk G. Acupressur. Hacettepe Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2006:43-47.
30. Horasanlı E, Usta B, Gözdemir M, Sert H, Demircioğlu İ, Karabayırlı İ. Akupunktur ve anestezi.Yeni Tıp Dergisi 2009;26;66-72.
31. Lee A, Done MI. The use of nonpharmacologic techniques to prevent postoperative nausea and vomiting: a meta analysis. Anesth Analg, 1999;88;1362-9.
32. Ceyhan A, Mısırlıoğlu F, Güzey N.A , Özen M, Baltacı B. İntravenöz hasta kontrollü analjezide morfine bağlı bulantı ve kusmada "reliefband" ve metoklopramidin etkinliği. Türk Anest Rean Der 2004;32;180-86.
33. Turgut S, Özalp G, Dikmen S. Savli S, Tuncel G, Kağıtçılar N. Acupressure for postoperative nausea and vomiting in gynaecological patients receiving patient-controlled analgesia. Eur J Anaesthesiol 2007;24(1);87-91.