

Käypä hoito –suositus leikkausta edeltävästä arvioinnista on julkaistu 23.6.2014. Suositus kokonaisuudessaan on julkaistu sivulla <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50066>

KÄYPÄ HOITO -SUOSITUS LEIKKAUSTA EDELTÄVÄ ARVIOINNISTA

Mitä uutta päivityksessä?

- Päivityksessä korostetaan riittävän aikaista potilaan fyysisen suorituskyvyn arviointia ja leikkausriskiä suurentavien tekijöiden tunnistamista.
- Potilaat pitää leikkausta edeltävien viikkojen ajaksi ohjata kuntoa kohentavaan liikuntaan.
- Päivityksessä korostetaan, että tupakointi ja alkoholin käyttö on tärkeä lopettaa heti, kun leikkauspäätös on tehty.

Tausta

► Suomessa tehdään vuosittain yli 350 000 erilaista elektiivistä kirurgista toimenpidettä. Ennen potilaan lähettämistä leikkaukseen hänen toimenpidekelpoisuutensa pitää arvioida. Arviossa on otettava huomioon potilaan fyysinen suorituskyky, hänen sairauksistaan ja yleiskunnostaan aiheutuvat riskit sekä suunnitellun leikkauksen suuruudesta riippuva riski. Kun leikkauksekelpoisuutta heikentävät riskit tunnistetaan, potilas ehditään riittävän ajoissa ennen leikkausta ohjata kuntoa kohentavaan harjoitteluun, päihteistä vieroittumiseen ja ravitsemustilan optimointiin sekä tarvittaviin konsultaatioihin.

Seulontatutkimukset

Leikkausta edeltävistä seulontatutkimuksista, kuten EKG:n rekisteröinnistä, keuhkokuuvauksesta ja hemoglobiiniin, elektrolyyttipitoisuuden ja kreatiniinipitoisuuden määrittämisestä, ei ole hyötyä hyvässä hoitotasapainossa olevien potilaiden arvioinnissa. Hoidon kannalta merkitykselliset tutkimukset määräytyvät esitietojen, kliinisten löydösten, suunnitellun toimenpiteen ja siihen liittyvien riskitekijöiden perusteella. Myöskään rutiinitutkimuksista ei liene hyötyä terveiden tai hyvässä hoitotasapainossa olevien potilaiden arvioinnissa ainakaan ennen pienen riskin leikkauksia (C).

Suurentuneen riskin potilaat

Sydän- ja verisuonitapahtumat ovat tavallisimpia leikkauksiin liittyviä komplikaatioita. Onkin tärkeää havaita etukäteen, keillä potilaista on erityisen suuri komplikaatioiden riski, ja optimoida heidän tilansa ennen leikkausta (taulukko 1). Esimerkiksi huonossa hoitotasapainossa oleva sydämen vajaatoiminta suurentaa merkittävästi leikkauksenaikaista riskiä.

Leikkaukseen liittyvät keuhkokomplikaatiot heikentävät leikkauksitulosta. Keuhkohtaumatauti, runsas tupakointi ja krooninen yskänärsytys ovat merkittävimpiä keuhkokomplikaatioiden riskitekijöitä. Potilas pitää ohjata lopettamaan tupakointi heti, kun leikkauksen päätös on tehty, sillä tupakoinnin lopetus vähintään 4–8 viikkoa ennen leikkausta vähentää postoperatiivisia komplikaatioita (B). Keuhkohtaumatauti sairastavat taas tulee ohjata tekemään lihaskuntoa ja -kestävyyttä parantavia harjoituksia ja aerobisia liikuntaharjoituksia ennen elektiivistä leikkausta.

Diabeteksen tasapaino pitää arvioida, sillä huono hoitotasapaino ennustaa merkittäviä sydän- ja infektiokomplikaatioita (C). Jos potilaalla on munuaisten vajaatoiminta tai sille altistavia sairauksia tai lääkityksiä tai hän on yli 70-vuotias, häneltä tulee mitata plasman kreatiniinipitoisuus ja laskea glomerulusten suodatusnopeus (GFR), sillä munuaisten vajaatoiminta suurentaa leikkaukselle suuntaa suhteessa vajaatoiminnan asteeseen (A).

Lihavuus sinänsä ei suurentane anestesiaan liittyviä riskejä, mutta sen liittännäissairaudet suurentavat. Lihavuus on muun muassa tyypin 2 diabeteksen, kohonneen verenpaineen, metabolisen oireyhtymän, sepelvaltimotaudin, obstruktiivisen uniapnean ja astman riskitekijä. Koska sairauksien riski riippuu lihavuuden vaikeudesta, erityistä huomiota tulee kiinnittää vaikeasti ja sairaalloisesti lihaviiden potilaiden arviointiin.

Ikä on itsenäinen toimenpiteen jälkeisen sairastavuuden riskitekijä,

Näytön asteen luokitus käypä hoito –suosituksissa.

Koodi	Aste	Selitys
A	Vahva tutkimusnäyttö	Useita menetelmällisesti tasokkaita tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaisia.
B	Kohtalainen tutkimusnäyttö	Ainakin yksi menetelmällisesti tasokas tutkimus tai useita kelvollisia tutkimuksia.
C	Niukka tutkimusnäyttö	Ainakin yksi kelvollinen tieteellinen tutkimus.
D	Ei tutkimusnäyttöä	Asiantuntijoiden tulkinta (paras arvio) tiedosta, joka ei täytä tieteelliseen tutkimukseen perustuvan näytön vaatimuksia.

Taulukko 1. Sydänsairauksia arvioidessa tulee kiinnittää huomiota erityisesti seuraaviin asioihin:

Onko potilaalla ollut aiemmin sydäninfarkti?
Onko potilaan sepelvaltimoita stentattu?
Onko potilaalla rintakipuja?
Onko potilaalla tiedossa oleva sydämen vajaatoiminta?
Onko potilaalla vaikea-asteinen läppävika?
Onko potilaalla jokin muu erikoissairaanhoidon säännöllisessä seurannassa oleva sydänsairaus?
Onko potilaalla vaikea synnynnäinen sydänvika?
Onko potilaalla hypertrofinen obstruktiivinen kardiomyopatia?
Onko potilaalla vakavia rytmihäiriöitä?

joskin perussairaudet vaikuttavat leikkauksen jälkeiseen sairastuvuuteen enemmän kuin ikä. Ikääntyminen suurentaa leikkauspotilaiden sydän- ja verenkiertokomplikaatioiden ja aivo-verenkiertokomplikaatioiden riskiä (A). Korkea ikä myös suurentaa leikkauspotilaiden kuolleisuutta (A).

Lopuksi

Päihteiden, kuten alkoholin, käytöstä tulee pidättäytyä ennen elektiivistä leikkausta, ja varsinkin alkoholin liikakäyttö lisää perioperatiivisia komplikaatioita (B). Leikkausta ennen arvioidaan siis potilaan fyysinen suorituskyky, leikkauriskiä suurentavat tekijät ja mahdollisuudet parantaa leikkauksekelpoisuutta. Lisäselvityksistä ja hoidon optimoinnista saatavaa hyötyä arvioitaessa tulee kuitenkin aina punnita, millaista hyötyä niistä voidaan saada suhteessa leikkauksen viivästy- misestä aiheutuvaan haittaan (esim. syöpäkirurgiassa). Potilaan asianmu- kainen informointi on tärkeää, jotta hän voi osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. ■

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Anestesiologiyhdistys ry:n asettama työryhmä

Jouko Jalonen (puheenjohtaja)
Hannu Kokki (kokoava kirjoittaja)
Markku Hynynen
Merja Kokki
Leena Lindgren
Tuula Manner
Kristiina Mattila
Ville Mattila (Käypä hoito -toimittaja)
Pirjo Mustonen
Markku Salmenperä
Harri Tohmo
Jaana Vironen