



Operative Behandlung von Hämorrhoiden

**VCH 6.7.
5-493**

Version 01

Diese VA ist im Zusammenhang mit folgenden VAs zu lesen:

Änderungen gegenüber der letzten Fassung:

1 Ziel und Zweck

<Stadiengerechte?> operative Beseitigung der pathologischen Schwellkörperhypertrophie.

2 Anwendungsbereich

Patienten, bei denen konservative Behandlungsverfahren keine Symptombefreiung bewirken und bei denen die Resektion dieser erwarten lässt.

2.1 Indikation

Permanenter Hämorrhoidalprolaps mit oder ohne Inkarzeration oder Thrombose, persistierende Blutungs-symptome trotz ausreichender konservativer Behandlung

Merkmale der Chronizität des Leidens liegen vor:

- Dauer des Bestehens
- erfolglose konservative Behandlungsversuche und/oder
- Sekundärveränderungen

Symptomatische Beschwerden müssen mit hinreichender Sicherheit durch den Eingriff behoben werden können.

2.2 Kontraindikation

Stuhlinkontinenz, die nicht durch die Hämorrhoiden per se bedingt ist. Symptomatische und kompensatorische Schwellkörperhypertrophie, z.B. nach Fisteloperation.

3 Beschreibung

3.1 Zugang

Die Indikationsstellung erfolgt in der Regel in der Proktologischen Sprechstunde. <auch Zuweisung aus der Sprechstunde?> Bereits dort wird der Patient über Therapiemöglichkeiten und deren

Folgen <Risiken, auch der Nichtbehandlung, Verhalten nach dem Eingriff>> aufgeklärt. <Muster eines Aufklärungsprotokolls?> <Wenn möglich, wird er dort dem Anästhesisten vorgestellt und das Aufklärungsgespräch zur Narkose wird geführt. <<Wenn nicht, erhalten die Patienten den entsprechenden Aufklärungsbogen <genaue Bezeichnung< mit der Bitte, diesen auszufüllen <ist hier unterschreiben gemeint? Der Bogen kann das Gespräch nicht ersetzen!> >Wird der Eingriff an jedem beliebigen Wochentag durchgeführt oder gibt es spezielle OP-Tage?>

Wegen der selektiven Indikationsstellung und des ausschließlich hohen Schweregrades wird der Eingriff als stationäre Behandlung geplant. Nur in Ausnahmefällen <welche wären das z.B.?> kann der Eingriff ambulante oder als tageschirurgischer Eingriff durchgeführt werden.

3.1.1 Ablauf bei der Notfallaufnahme

Bei Selbsteinweisung oder Akuteinweisung erfolgt die Eingangsunter-suchung (siehe 3.1.3) in der Erstversorgung. Die Indikationsstellung und die Bestätigung der stationären Übernahme des Patienten erfolgen durch den Oberarzt oder einen Facharzt für Chirurgie. Das Aufklärungsgespräch wird bei der Aufnahme in der Erstversorgung geführt. Dokumentation im Krankenblatt oder auf gesondertem Formblatt <welches?>. Planung und Festlegung des Operationszeitpunktes <durch wen?>

3.2 Klinische Entscheidung

Als absolute Indikation für den Eingriff gilt die Inkarzeration, die einen Akuteingriff erfordert. Patienten, die analgetisch und antiphlogistisch anbehandelt sind (Standard: Ibuprofen/Novaminsulfon), unter Thrombose und </oder?> Schmerzen ohne Inkarzeration leiden, werden für einen elektiven Eingriff vorgesehen.

3.2.1 Ablauf bei der Anmeldung

<Aufnahmeprozedur nach VAVERWxx<

3.2.2 Untersuchungsbefunde bei der Aufnahme

Erhebung der Anamnese und des Lokalbefundes, Dokumentation. Vermeidung schmerzhafter und wenig aussagefähiger Manipulationen <rektale Untersuchung, Rektoskopie?>. Prästationäre Diagnostik durch-führen:

- Labor: Blutbild <groß, klein?>, Gerinnungsstatus <welche Parameter?>, Leberenzyme (Zirrhose) <welche?>, Blutzucker, Elektrolyte <welche?>, Kreatinin

- Röntgen-Thorax 2 Ebenen bei Patienten, die älter als 50 Jahre sind
- Ruhe-EKG

<Nur auf Anforderung durch die Anästhesie sind Untersuchungsbefunde <<welche?> mitzubringen. <Wie alt? Sind vom Hausarzt die Untersuchungen durchzuführen? Werden die aus der Proktologischen Sprechstunde beim Hausarzt angefordert? Mit welchem Formular?>

3.3 Präoperative Versorgung am OP Tag

3.3.1 Aufnahme

Die Registrierung und Einweisung erfolgen am OP-Tag ab 7.00 Uhr

>auf zeitlichen Ablauf bei ambulanten OP-Tagen allgemein verweisen: kommen alle zur gleichen Zeit? Oder zeitlich gestaffelt? In welchen Abständen? Wo meldet sich der Patient zur Registrierung und Einweisung?>.

Der Patient wird in dafür vorgesehenen <?> Zimmern der Aufnahmestation versorgt <vom Personal dieser Station?>.

3.3.2 Vorbereitung des Patienten

Falls möglich und vertretbar <?>, erhält der Patient zur schonenden Enddarmreinigung ein Supp. <welches?> oder Klys <welches?> Ausreichende Analgesie <Darreichungsform, Menge?> mit Ibuprofen, Novalgine.

Wenn sich die Operation um mehr als drei Stunden verzögert, erhält der Patient erneut ein <Klys, Supp.?>.

3.4 Operation

3.4.1 Vorbereitung des Eingriffs

<?>

3.4.2 Narkose

Der Eingriff wird in Vollnarkose oder Regionalanästhesie durchgeführt (siehe Prozedur <?>). Die Lokalanästhesie wird nur in Ausnahmefällen angewendet <kann man beschreiben, welche das sind?>.

3.4.3 Beschreibung des Eingriffs

Die Operation erfolgt in Steinschnittlage. Nach schonender <digitaler?> Dehnung des Schließmuskels Einsetzen des Park'schen Analspreizers. Beginn der Excision bei 7.00 Uhr. Unter weitestgehender Schonung des Anoderms wird der Knoten mit zentraler

Stielung und Durchstechungsligatur excidiert. Mobilisation der seitlichen Schleimhautränder. Der Defekt wird zentral mit Einzelknopfnähten verkleinert, ein laterales Drainagedreieck bleibt unverschlossen. In Einzelfällen, wie z. B. bei komplettem zirkulärem Analprolaps, können Modifikationen des Verfahrens nötig. Einlegen eines Polidocanol-Salbenstreifens in den Analkanal. Der Salbenstreifen dient der passageren Drainage und Kompression. <Vorlage? Netz hose? Wohin wird der Patient anschließend wie gebracht?>

3.4.4 Histologie

<?>

3.4.5 Postoperative Ableitungen

Polidocanol-Salbenstreifen, der am Abend <besser Stundenangabe?>

Bei unmittelbar postoperativem Harnverhalt Einlegen eines Dauerkatheters für 48 Stunden.

3.5 Postoperative Versorgung am OP-Tag

3.5.1 Schmerztherapie

4 x täglich 400 mg Ibuprofen, bei Bedarf zusätzlich Novalgin Tropfen <bis zu wieviel pro Tag pro Applikation?>. Bei sehr starken Schmerzen am OP-Tag eventuell Schmerz tropf <gesonderte Prozedur?> anlegen oder Dipidolor i.m. <bis zu wieviel in welchem Abstand?>

3.5.2 Verlaufsdokumentation, Monitoring

Überwachungsbogen (RR, Puls, Temperatur, besondere Ereignisse wie Blutung, starke Schmerzen, Harnverhalt) durch Pflegepersonal.

3.5.3 Postoperative Visite

<Zeitpunkt der Visite?> Entfernung des Salbenstreifens <mit Inspektion der Wunde?>

3.5.4 Infusionsprogramm

Entfällt in der Regel

3.5.4 Thromboseprophylaxe

Präoperativ Fraxiparin <wann, wieviel?>. Bei Immobilität täglich postoperativ <wieviel, wie lange?>.

3.5.5 Medikation

Dragees Dulcolax am Abend des OP-Tages, anschließend tägliche <Zeitpunkt?> Gabe mit angepaßter Dosis <von-bis? Und wie lange?>.

Nach Entfernen des Polidocanolsalbenstreifens Vorlage eines Salbentupfers, der 2 x täglich gewechselt werden soll <welche Salbe? Wann nicht mehr vorlegen?>

Bei Harnverhalt im Verlaufe des Aufenthaltes Applikation von Doryl (Menge, Darreichungsform?>, even-tuell Einmalkatheter.

Eigene und Bedarfsmedikation

3.5.6 Kostaufbau

Orale Kost <Vollkost?>nach Ablauf der Narkosekarenzzeit <6 Stunden? Vorher trinken?. <

3.5.7 Pflege

Nach jedem Stuhlgang soll der Patient ein Sitzbad mit Kamillenlösung <Stärke?, Dauer?> nehmen. Wenn nötig, den Patienten bei Sitzbad und Salbenapplikation unterstützen.

Digitales Dehnen des Schließmuskels alle 2 Tage <durch wen?>

3.5.8 Mobilisation

Eigenmobilisation mit Hilfe am OP-Tag

3.6 Entlassung, Nachsorge

Nach drei bis fünf Tagen kann der Patient in der Regel in hausärztliche Behandlung entlassen werden.

3.5.9 Berichterstattung an den weiterbehandelnden Arzt

Kurzbrief >handschriftlich?< mit Therapieempfehlung <wird dem Patienten mitgegeben. Erhält der Patient Hinweise auf das weitere Verhalten?< Der Abschlußbericht wird nach der ersten Nachuntersuchung erstellt von wem?>.

3.5.10 Nachuntersuchung

Poststationäre Nachsorge 2 mal innerhalb von 10 Tagen <in der proktologischen Sprechstunde? und was?>.

4 Dokumentation

Über- oder Einweisung, vom Patienten mitgebrachte Befunde, Krankenakte des Patienten, Kopien in Am-bulanzakte, <Gibt es einen Verweis in der Ambulanzakte auf die Krankenakte und andersher-um?>Aufklärungsbögen für Eingriff und Narkose >Bezeichnungen?>

Narkoseprotokoll, OP-Protokoll, Histologiebefund, Pflegedokumentation, Kurzbrief mit Therapieempfehlung, Abschlußbericht

5 Ressourcen

5.1 Zeitbedarf

OP-Zeit: 40 Min.

Stationärer Aufenthalt: 3-5 Tage

Histologie:

Ambulante Nachuntersuchungen: <?<

6 Risiken, Gegenmaßnahmen

7 Hinweise und Anmerkungen

<?<

8 Mitgeltende Unterlagen

Gebrauchsanleitungen Klyss, Supp., Ibuprofen 400, Novalgin, Polidocanol, Salbentupfer, Kamillenkonzentrat, Dulcolax, evtl. weiter Medkation

9 Zuständigkeit, Qualifikation

Indikationsstellung: Chirurg (Facharzt?)

Aufklärung über den Eingriff: Arzt

Narkoseaufklärung: Anästhesist

Aufnahme: Pflege

Vorbereitung des Patienten: Pflegekraft

Vorbereitung der OP: Pflege

9.1.1 Narkose: Anästhesist

Durchführung der OP: Chirurg (Facharzt?)

Histologie: <Begleitschein, Transport, Untersuchung und Bericht?>

Versorgung nach OP und Prophylaxen: Pflege

Visite nach OP: Chirurg

Dehnung des Schließmuskels: Chirurg (Facharzt?)

Kurzbrief mit Therapieempfehlung, Abschlußbericht: Arzt

Entlassung: Pflege

Dokumentation: Person, die die Tätigkeit ausgeführt hat

10 Begriffe

Hämorrhoiden: knotenförmige Erweiterungen des Schwellkörpers im Anus

Inkarzeration: Einklemmung, Abschnürung

11 Anlagen

Anlage 1: Ambulanzkarte

Anlage 2. Krankenakte

Anlage 3: Aufklärungsbogen <Eingriff<

Anlage 4: Aufklärungsbogen Narkose

Anlage 5: Narkoseprotokoll

Anlage 6: OP-Protokoll

Anlage <?: Histologiebegleitschein, -befund?>

Anlage 7: Kurzbrief

Anlage 8: Abschlußbericht

Hamburg, den

Autor