

Standart işlem prosedürü (SİP)

Elle taşınabilen kısa protokol barostat

İP başlığı: Elle taşınabilen kısa protokol barostat ile rektal duyuşal test nasıl yapılır?

Yazar: **Dr. Henriette Heinrich**

Düzenleme: **Prof. Mark Fox**

## 1. AMAÇ:

SİP, anorektal motor ve duyuşal fonksiyonlarının klinik araştırmaları ile ilgili klinisyenler ve araştırmacıların kısa protokol elle taşınan barostat kullanarak elde ettiğı bulguların doğru uygulanması, kayıt ve analiz edilmesinin mümkün olması için tasarlanmıştır.

## 2. GİRİŞ

Rektal barostat, rektal hacim, kompiyans ve algısının değerlendirilmesinde altın standarttır. Bununla birlikte, donanım maliyeti ve elektronik barostat ile inceleme için gerekli olan zaman, bu yöntemi araştırmalar için kullanım ile sınırlayan faktörlerdir. Kısa protokol elle taşınan barostat, rektal kapasite (40 mmHg genişleme basıncındaki rektal hacim olarak tanımlanır), kompiyans ve hissinin 10 dakika altında bir sürede hızlı değerlendirmesini sağlar.<sup>1-4</sup>

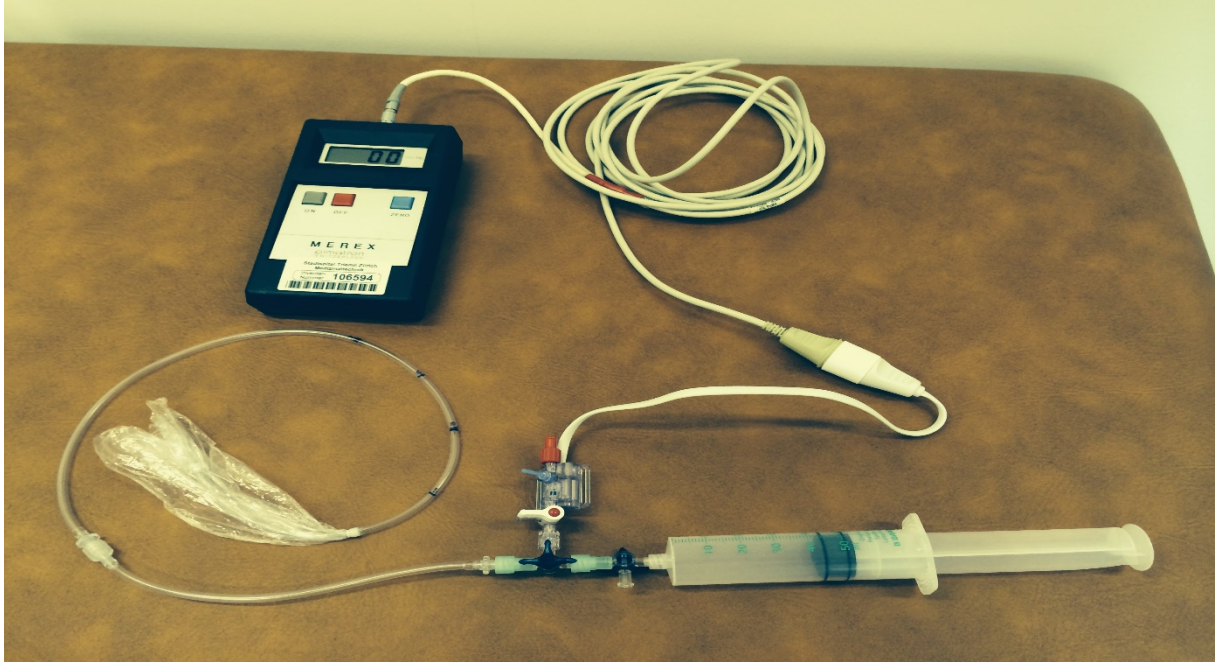
## 3. KAPSAM

Bu SİP, anorektal motor ve duyuşal testin klinik çalışmalarının yürütülmesinde görev alan hemşire ve araştırmacıları da içeren tüm klinik personele uygundur.

## 4. SPESİFİK İŞLEM TANIMLAMASI

### 1. Ekipman:

Büyük boy (ör:700 ml) Barostat torbası ve kateter düzeneğı (ör: Mui Scientific)  
50 ml şırınga  
İki adet 3 yollu musluk  
Alkol bezleri  
Yağlama jeli  
Sfigmanometre (Elektronik ya da elle taşınan)



## 2. Potansiyel zararlar ve güvenli uygulama

- Şüphelenilmeyen ajanlar ile enfeksiyon- HIV ya da Hepatit virüsleri, kan ya da herhangi diğer vücut sıvıları

## 3. Güvenli Uygulama

Tek kullanımlık eldiven giy. Eldivenler, ekipman kontaminasyonundan korunmak için gereken sıklıkla değiştirilebilir.  
Atık ayırma kurallarına uy.  
Elleri temizlemek için gerektiğinde alkol jelleri kullanılabilir.  
İşlemi uyguladıktan sonra ellerini yıka.

## 4. Kontrendikasyonlar

- Talimatları tamamlamada dili tam anlamama

## 5. Hasta hazırlığı

### Test öncesi hasta hazırlığı:

Hastalar, önceden test tarihi hakkında iyice bilgilendirilmelidir. Hasta refakatçi isterse bu sağlanmalıdır.

Randevu saati öncesi ya da işlemden 30 dakika önce hastaların dışkılaması istenmelidir. Bu mümkün değilse mini lavman verilebilir.

### İşlemden önce hasta hazırlığı:

1. İşleme başlamadan önce hasta detaylarını doğrula.
2. İşlemden önce lokal uygulamaya göre işlem için bilgilendirilmiş onam alınmalıdır.

3. Test işlemleri sırasında tam işbirliği için, testin gereklilikleri tam detaylı olarak hastaya açıklanmalıdır.
4. Hastayı, istediği zaman işlemde vazgeçme hakkı olduğu konusunda bilgilendir.
5. Herhangi bir allerji varlığını kontrol et.
6. Hastanın alabileceği herhangi bir ilacı gözden geçir.
7. Hastaya soru sorma fırsatı sağla.
8. Hastadan önlük giymesini ve iç çamaşırını çıkarmasını iste. Vücutlarının alt yarısını örtmek için bir bez sağla. Hasta konforu için kolonoskopi pantolonları da sağlanması mümkündür.

## 6. Ekipman hazırlığı:

1. Barostat torbasını, sfigmanometreye ve 3 yollu muslukla şırıngaya bağla (resime bak).
2. Şırınga ile barostat torbasını tamamen boşalt.
3. Kullanımdan önce sfigmanometrenin sıfırlandığından emin ol.

## 7. Test işlemleri

1. Hasta sol yan pozisyonda (SYP) yatırılmalıdır. Fekal doluluk kontrolü için parmakla rektal muayene (PRM) yapılmalıdır.
2. Barostat torbası yağlanmalı ve yerleştirme için katlanmalıdır.
3. Barostat hastanın rektumu içine dikkatlice yerleştirilmelidir.
4. Her dolumdan sonra üç yollu musluğun doğru pozisyonu ile balondan havanın çıkmamasını sağlayarak, 50 ml şırınga ile barostatı yavaşça şişirmeye başla.
5. Sfigmanometrede supra-fizyolojik bir seviyeye ulaşana kadar belli bir sıra ile balonu şişir (Çalışmalarda, 40 mmHg rektum içi genişleme basıncı kullanılmıştır).
6. Bu rektal kapasiteyi gösterir (rektum içi genişleme basıncında verilen hacim).
7. Barostat torbasını indir.
8. Rahatsızlık ya da ağrı nedeni ile hasta 40mmHg'ya ulaşamazsa, ulaşılan en yüksek basıncı not et. Stabil bir değerlendirme için en azından >30mmHg gereklidir.
9. Torbayı tamamen boşalttıktan sonra barostatı hastanın torbanın dolu olduğunu söylediği ana kadar şişir (ilk his).
10. "İlk his" kısmına bu hacmi not al.
11. Hasta acil dışkılama isteği olduğunu söyleyene kadar barostat torbasını şişirmeye devam et.
12. "Acil" kısmına bu hacmi not al.
13. Hasta maksimum rahatsızlık hissedene dek barostat torbasını doldur.
14. "maksimum rahatsızlık" kısmına hacmi not al. Bu rektal kapasiteden daha fazla olabilir (ör: 40 mmHg genişleme basıncından daha yüksek).

15. Şişirilen hacmin yarısını geri al ve sfigmanometre üzerindeki basıncı not al.  
Bu, kompliyansın yaklaşık bir ölçümüdür (ör: rektal kapasite 300 ml, daha sonra 150 ml indir ve bu hacimde basıncı ölç).
16. Barostat torbasını tamamen boşalt.
17. Barostat torbasını rektumdan çıkar.
18. Test bitmiştir.

## 8. Analiz ve veri işleme

1. Hacim eşiklerini 40 mmHg'da rektal kapasite yüzdesi olarak tarif edin. Altın standard barostat incelemesinde ayarlanmış basınçta his ölçümüne benzer olarak, bu da farklı rektal kapasiteli hastalar arasında rektal hassasiyet karşılaştırmasına izin verir (normal 180-360ml, belli bir sırada yapılan şişirmede elde edilen değerler) <sup>4</sup>
2. Kompliyans, ölçülen rektal hacmin yarısındaki basıncı gösterir.

## 5. DAHİLİ VE HARİCİ REFERANSLAR

1. Fox M, Thumshirn M, Fruhauf H, et al. Determinants of fecal continence in healthy, continent subjects: a comprehensive analysis by anal manometry, rectal barostat and a stool substitute retention test. *Digestion* 2011;83:46-53.
2. Sauter M, Heinrich H, Fox M, et al. Toward more accurate measurements of anorectal motor and sensory function in routine clinical practice: validation of high-resolution anorectal manometry and Rapid Barostat Bag measurements of rectal function. *Neurogastroenterol Motil* 2014;26:685-95.
3. Carrington EV, Scott SM, Bharucha A, et al. Expert consensus document: Advances in the evaluation of anorectal function. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2018;15:309-323.
4. Fox M, Thumshirn M, Fried M, et al. Barostat Measurement of Rectal Compliance and Capacity. *Diseases of the Colon and Rectum* 2006;49:360 - 370.