

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ
ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ
ΑΓΩΓΗ

A1

ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ

Σε κάθε περίπτωση ασθενή που πρόκειται να υποστεί τη χειρουργική θεραπεία και ανεξάρτητα από τη βαρύτητά της, καθίσταται απαραίτητη η εφαρμογή της προεγχειρητικής αγωγής, η οποία περιλαμβάνει την ψυχολογική και τη βιολογική προετοιμασία του ατόμου.

A. ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Ο χειρουργικός ασθενής προσδοκά από τον ιατρό την επιστημονική του επιδεξιότητα και την ικανότητα της κατανόησης της ψυχικής του κατάστασης και της αντίδρασής του στην ασθένεια. Συνεπώς, η αξία της προσφοράς της ψυχολογικής προετοιμασίας του ασθενή είναι ιδιαίτερα μεγάλη.

Το άγχος είναι η πρώτη αντίδραση του χειρουργικού ασθενή και ως σύνθετη υποκειμενική απάντηση στα ερεθίσματα, επηρεάζεται από τον χαρακτήρα, τις συνήθειες, την τοποθέτηση προς το πρόβλημα και την κοινωνική και θρησκευτική υποδομή του ατόμου.

Η ψυχική επιβάρυνση του ασθενή συνεχίζεται

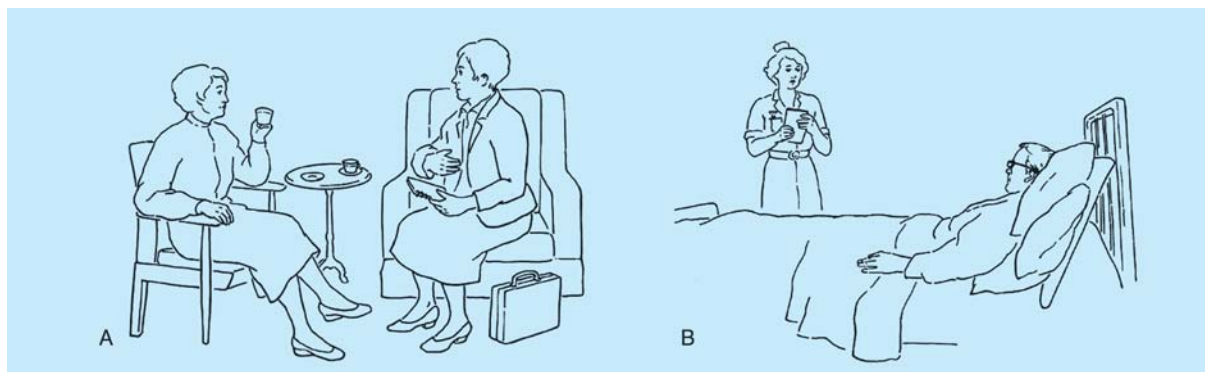
με την υποδοχή του είδους της χειρουργικής θεραπείας και αυξάνεται με την είσοδό του στη νοσηλευτική μονάδα και κατά την παραμονή της επέμβασης. Επομένως, η ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή πρέπει να αρχίζει πολύ νωρίς και να συνεχίζεται ανάλογα με τις απαιτήσεις (Εικ. A.1.1).

Περίπου το 90-95% των χειρουργικών ασθενών δοκιμάζουν ανησυχία και φόβο πριν από την επέμβαση και το 60-65% συγκαλύπτει με ποικίλους μηχανισμούς αυτά τα συναισθήματα.

Έχει διαπιστωθεί ότι η επιτυχής ψυχολογική προετοιμασία του ασθενή επιφέρει τα ακόλουθα αποτελέσματα:

1. Συντομεύεται ο χρόνος της μετεγχειρητικής νοσηλείας.
2. Ελαττώνεται η συχνότητα εμφάνισης των μετεγχειρητικών επιπλοκών.
3. Μειώνεται η ανάγκη χορήγησης αναλγητικών φαρμάκων μετά την επέμβαση.

Η προεγχειρητική επίσκεψη του υπεύθυνου χειρουργού και η κατανόηση και η αντίληψη της



Εικόνα A.1.1. Ψυχολογική προεγχειρητική προετοιμασία του περιπατητικού (A) και κλινήρους (B) ασθενούς.

πραγματικότητας δημιουργεί ηρεμία, εμπιστοσύνη και ιδανικές συνθήκες συνεργασίας.

Πολλές φορές είναι απαραίτητος ο συνδυασμός της ψυχολογικής με τη φαρμακευτική προετοιμασία του ασθενούς για την επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος.

Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται κατά την επιλογή του κατάλληλου ηρεμιστικού και υπνωτικού φαρμακευτικού σκευάσματος και την εκτίμηση της απαραίτητης δόσης. Η ανεπαρκής δόση είναι δυνατό να προκαλέσει το αντίθετο αποτέλεσμα, καθώς καταστέλλοντας μερικώς τον εγκεφαλικό φλοιό, ελευθερώνονται κατώτερα κέντρα και εκδηλώνεται απειθαρχητή αγωνία και ανησυχία, η οποία είναι αντιστρόφως ανάλογη προς το μέγεθος του προβλήματος και του είδους της χειρουργικής θεραπείας.

B. ΒΙΟΛΟΓΙΚΗ ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ

Η βιολογική προετοιμασία του ασθενή περιλαμβάνει τον έλεγχο του πηκτικού μηχανισμού και τη μετάγγιση του αίματος, τον έλεγχο και την αποκατάσταση των λειτουργιών του κυκλοφορικού, του αναπνευστικού, του ουροποιητικού και του πεπτικού συστήματος και των ενδοκρινών αδένων, καθώς και την προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου.

B.1. Ο πηκτικός μηχανισμός του αίματος

Η προεγχειρητική εκτίμηση του αίματος αποβλέπει στον έλεγχο του πηκτικού μηχανισμού και την αποκατάσταση της αιμορραγικής διάθεσης του ασθενούς. Η προεγχειρητική εκτίμηση περιλαμβάνει τη λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση του ασθενούς και την εργαστηριακή διερεύνηση του αίματος.

B.1.1. Ιστορικό

Η πιο χρήσιμη δοκιμασία για τη διερεύνηση μιας αιμορραγικής διάθεσης είναι η αναζήτηση από το ιστορικό του ατόμου της ύπαρξης υπερβολικής αιμορραγίας μετά από μια χειρουργική επέμβαση και παρατεταμένων ρινορραγιών ή μητρορραγιών, ενώ σημειώνεται η λήψη φαρμάκων που επηρεάζουν τους αιμοστατικούς μηχανισμούς, όπως είναι η ασπιρίνη, τα αντιπηκτικά και τα αντιφλεγμονώδη.

B.1.2. Κλινική εξέταση

Η προσεκτική κλινική εξέταση του δέρματος, των βλεννογόνων και των αρθρώσεων, για τη διαπί-

σωση πετεχειών, εκχυμώσεων, αιματωμάτων και αιμάρθρων, είναι δυνατό να αποκαλύψουν την παρουσία βλάβης του τοιχώματος των αγγείων, των αιμοπεταλίων και των παραγόντων της πήξης.

B.1.3. Εργαστηριακή διερεύνηση

Όταν το ιστορικό και η κλινική εξέταση του ασθενούς είναι αρνητικό για την παρουσία αιμορραγικής διάθεσης, η ύπαρξη ασυμπτωματικής νόσου συνήθως αποκλείεται με τη διενέργεια των εξετάσεων της γενικής αίματος (Hb, Ht, Ερυθρά, Λευκά-τύπος), του αριθμού των αιμοπεταλίων, του χρόνου μερικής θρομβοπλαστίνης και του χρόνου ροής και πήξης (Εικ. Α.1.2Α).

Η αιμορραγία που εκδηλώνεται κατά τη διάρκεια ή λίγο μετά τη χειρουργική επέμβαση οφείλεται σχεδόν πάντοτε στις ακόλουθες αιτίες:

- Την ανεπιτυχή τοπική αιμόσταση, η οποία εκδηλώνεται ως εστιακή αιμορραγία και δεν σχετίζεται με γενικευμένο αιμοστατικό πρόβλημα.
- Τις αιμορραγικές επιπλοκές των μεταγγίσεων, οι οποίες ακολουθούν μετά από μαζικές μεταγγίσεις δέκα ή περισσότερων μονάδων συνηρημένου αίματος και οφείλονται στον χορηγούμενο ελαττωμένο αριθμό αιμοπεταλίων.
- Το σύνδρομο της διάχυτης ενδαγγειακής πήξης, στο οποίο η ενδαγγειακή ενεργοποίηση του μηχανισμού πήξης προκαλεί κατανόηση των παραγόντων της πήξης, των αιμοπεταλίων και δευτεροπαθή ενεργοποίηση του ινωδολυτικού μηχανισμού, με αποτέλεσμα την εκδήλωση σοβαρής αιμορραγίας.

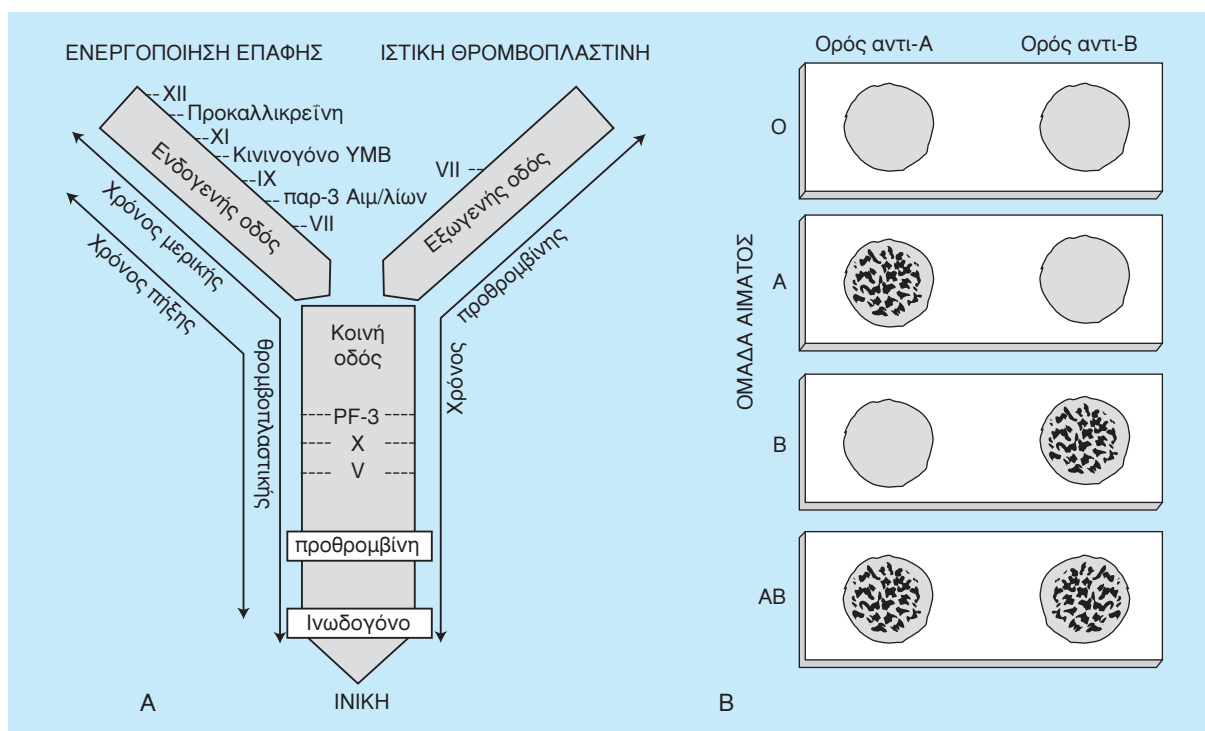
B.2. Η μετάγγιση αίματος και των προϊόντων του

Η μετάγγιση αίματος, πλάσματος και των υποκατάστατων του στο χειρουργικό ασθενή δεν είναι σπάνια και εξυπηρετεί την υποκατάσταση και διατήρηση του φυσιολογικού όγκου του αίματος, τη διόρθωση της σοβαρής αναιμίας και την αποκατάσταση των διαταραχών της αιμόστασης.

Πριν από κάθε μετάγγιση αίματος, απαραίτητος είναι ο εργαστηριακός προσδιορισμός της ομάδος αίματος ABO (Εικ. Α.1.2Β) και του παράγοντα Rhesus (Rh), για να αποφευχθούν τα συμβαματα των μεταγγίσεων.

B.2.1. Πλήρες αίμα

Το πλήρες αίμα χορηγείται στις περιπτώσεις οξείας αιμορραγίας, όπως είναι από το γαστρεντερικό σωλήνα και όταν η απώλεια είναι μεγαλύτερη των



Εικόνα Α.1.2. Κλασικός καταρράκτης της πήξης του αίματος (Α) και οι ομάδες αίματος του συστήματος ABO (Β).

1000 ml. Πρόκειται για αίμα που συλλέχθηκε κάτω από άσηπτες συνθήκες, μέσα σε δοχείο (συνήθως 300-500 ml) με το κατάλληλο αντιπηκτικό, διατηρήθηκε σε θερμοκρασία ψυγείου (2-4°C) και είναι δυνατό να χορηγηθεί με ασφάλεια μέχρι και 3 εβδομάδες από τη λήψη του. Το αίμα αυτό δεν περιέχει καθόλου λειτουργούντα αιμοπετάλια μετά τη δεύτερη ημέρα.

Απαραίτητη είναι η χορήγηση αίματος συμβατού ως προς την ομάδα του συστήματος ABO και τον παράγοντα Rh. Μόνο σε εξαιρετικά επείγουσες περιπτώσεις, στις οποίες δεν υπάρχουν χρονικά περιθώρια αναμονής για τη δοκιμασία διασταύρωσης του αίματος που διαρκεί 30-45 min περίπου, είναι δυνατό να χορηγηθεί μικρή ποσότητα αίματος ομάδας O, Rh(-) σε ασθενείς ομάδας A, B και AB.

Κάθε μονάδα αίματος (500 ml) που χορηγείται, αυξάνει την αιμοσφαιρίνη κατά 1-1,5 gr% και τον αιματοκρίτη κατά 4-4,5% στον ενήλικα και πρέπει να χορηγείται σε χρονικό διάστημα 1,5-2 ώρες (80-100 σταγόνες/min).

Β.2.2. Συμπυκνωμένα ερυθρά

Τα συμπυκνωμένα ερυθρά χορηγούνται για την αντιμετώπιση της χρόνιας αναιμίας χωρίς υποβολαιμία και παρασκευάζονται μετά από φυγοκέ-

ντρηση του πλήρους αίματος, ώστε να αφαιρεθεί το μεγαλύτερο ποσό του πλάσματος και του αντιπηκτικού και ο τελικός αιματοκρίτης του προϊόντος να είναι 70% περίπου, σε αντίθεση με τον αιματοκρίτη 35-40% του πλήρους αίματος.

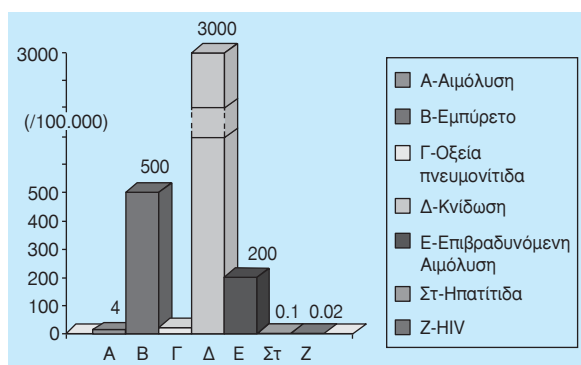
Σε αιμορραγικές διαθέσεις, είναι δυνατή η μετάγγιση και άλλων προϊόντων του αίματος, όπως είναι το εναιώρημα αιμοπεταλίων που παρασκευάζεται αμέσως όταν ζητηθεί από το πλάσμα 4-6 μονάδων αίματος και το φρέσκο κατεψυγμένο πλάσμα, το οποίο είναι πλάσμα που καταψύχθηκε μέσα σε 4 ώρες και φυλάσσεται σε θερμοκρασία κάτω των -30°C.

Β.3. Συμβάματα των μεταγγίσεων

Κατά τις μεταγγίσεις του αίματος και των προϊόντων του είναι δυνατό να εμφανισθούν τα ακόλουθα συμβάματα (Εικ. Α.1.3):

Β.3.1. Αιμολυτικές αντιδράσεις

Οι περισσότεροι σοβαρές αιμολυτικές αντιδράσεις οφείλονται στην αντίδραση των αντισωμάτων του πλάσματος του λήπτη με τα αντιγόνα των ερυθρών αιμοσφαιρίων του δότη. Τα συμπτώματα εκδηλώνονται αμέσως μετά τη χορήγηση μικρού ποσού αίματος και περιλαμβάνουν αίσθημα καύσου κατά μήκος της φλέβας όπου χορηγείται το αίμα, κε-



Εικόνα Α.1.3. Συχνότητα των κυριότερων ανεπιθύμητων αντιδράσεων στη μετάγγιση του αίματος.

φαλαγγία, δύσπνοια, ναυτία, ρίγος, πυρετό, υπόταση, ταχυκαρδία, ολιγουρία και οξεία νεφρική ανεπάρκεια. Σε κάθε περίπτωση υποψίας αιμολυτικής αντίδρασης, πρέπει η μετάγγιση να διακόπτεται, να ελέγχεται η ύπαρξη ελεύθερης αιμοσφαιρίνης στο αίμα και τα ούρα του ασθενή και η διασταύρωση του αίματος να επαναληφθεί. Σε περίπτωση που δεν διαπιστωθεί ασυμβατότητα μεταξύ δότη και λήπτη, η αιμολυτική αντίδραση είναι δυνατό να οφείλεται σε χορήγηση αίματος που έχει διατηρηθεί σε κακές συνθήκες. Η θεραπεία της κατάστασης αρχίζει αμέσως και συνίσταται στη διατήρηση της διούρησης, με χορήγηση μαννιτόλης και την αντιμετώπιση της οξείας νεφρικής ανεπάρκειας.

B.3.2. Μετάδοση νοσημάτων

Με το αίμα του δότη είναι δυνατό να μεταδοθεί η ηπατίτιδα Β και το AIDS, η χρησιμοποίηση όμως των ευαισθητών μεθόδων ανίχνευσης του HBsAg (αυστραλιανό αντιγόνο) και του HIV (ιός της ανοσολογικής ανεπάρκειας του ανθρώπου) στο αίμα του δότη φαίνεται ότι επιλύει αυτά τα προβλήματα. Ακόμη, με το αίμα είναι δυνατό να μεταδοθούν η μη Α μη Β ηπατίτιδα, ο κυτταρομεγαλοϊός, το τοξόπλασμα, το πλασμώδιο της ελονοσίας και η σύφιλη.

B.3.3. Αιμορραγική διάθεση

Εμφανίζεται μετά από μαζικές μεταγγίσεις του διατηρημένου αίματος σε μικρό χρονικό διάστημα και οφείλεται στη μικρή περιεκτικότητά του σε λειτουργούντα αιμοπετάλια.

B.3.4. Λοιπά συμβλήματα

Στις μεταγγίσεις, είναι δυνατό να εμφανισθούν ακόμη και πυρετικές αντιδράσεις, οι οποίες οφεί-

λονται στην παρουσία αγνώστων πυρετογόνων ουσιών, στη μόλυνση του αίματος με μικρόβια κατά τη λήψη και συντήρησή του και στην ευαισθητοποίηση του λήπτη σε αντιγόνα των λευκοκυττάρων του δότη, αλλεργικές αντιδράσεις, υπερφόρτωση της κυκλοφορίας, εμβολή αέρα, φλεβική θρόμβωση και ηλεκτρολυτικές διαταραχές.

B.4. Κυκλοφορικό σύστημα

Το καρδιαγγειακό σύστημα του χειρουργικού ασθενή καταπονείται με την καταστολή της συσταλτικότητας του μυοκαρδίου και της αναπνοής, καθώς και οι διακυμάνσεις του τόνου του αυτόνομου νευρικού συστήματος και της θερμοκρασίας οδηγούν σε σημαντικές μεταβολές της αρτηριακής πίεσης, της πλήρωσης των κοιλιών και του ολικού όγκου αίματος. Ακόμη, οι παθήσεις του κυκλοφορικού συστήματος που επιβαρύνουν ιδιαίτερα την πρόγνωση μιας εγχειρητικής επέμβασης και της αναισθησίας είναι κυρίως οι βαλβιδοπάθειες, οι παθήσεις των στεφανιαίων αγγείων, ο κολποκοιλιακός αποκλεισμός, η υπέρταση και σε μικρότερο βαθμό οι αρρυθμίες.

Οι βασικές και ελάχιστες προϋποθέσεις για την ασφαλή προεγχειρητική εκτίμηση του κυκλοφορικού συστήματος είναι η λήψη ιστορικού, η κλινική εξέταση, το ηλεκτροκαρδιογράφημα και η ακτινογραφία του θώρακα.

B.4.1. Ιστορικό

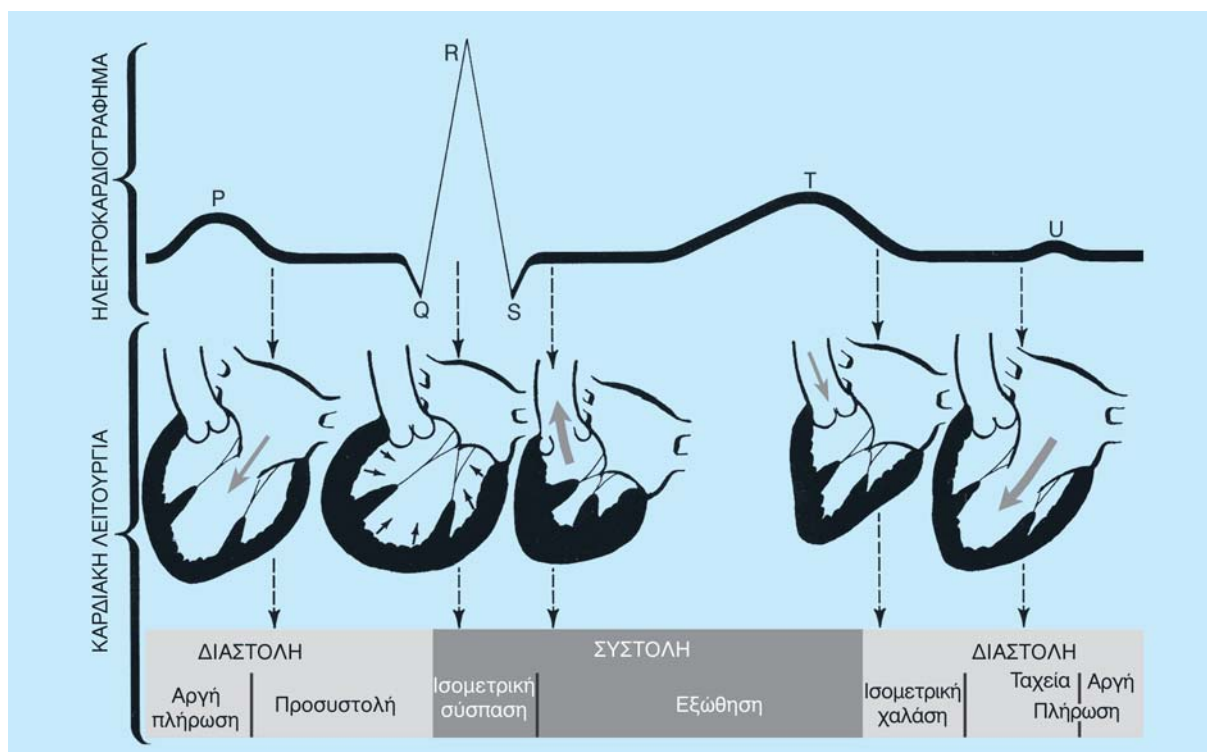
Με το ιστορικό διευκρινίζεται αν ο ασθενής είχε στο παρελθόν κάποια καρδιολογικά προβλήματα και εάν ελάμβανε καρδιολογικά φάρμακα. Σε ασθενείς με ασταθή στηθάγχη δεν επιτρέπεται οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση, εκτός αν είναι αναπόφευκτη, ώσπου να αντιμετωπισθεί το πρόβλημα.

B.4.2. Κλινική εξέταση

Η εφαρμογή της επισκόπησης, της ψηλάφησης, της επίκρουσης και της ακρόασης είναι σε θέση να αποκαλύψει την παρουσία καρδιακής νόσου, όπως είναι η στένωση της αορτικής και της μιτροειδούς βαλβίδας, η υπερτροφική μυοκαρδιοπάθεια και η μεσοκοιλιακή επικοινωνία.

B.4.3. Ηλεκτροκαρδιογράφημα

Σημαντικά ευρήματα από το ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) είναι η ανάσπαση ή πτώση του διαστήματος ST και τα αρνητικά επάρματα T, τα οποία μπορεί να είναι ενδεικτικά πρόσφατης



Εικόνα Α.1.4. Η μορφολογία του ηλεκτροκαρδιογραφήματος και οι φάσεις της καρδιακής λειτουργίας.

ισχαιμίας ή εξελισσόμενου εμφράγματος του μυοκαρδίου (Εικ. Α.1.4). Ακόμη με το ΗΚΓ γίνεται η διάγνωση των αρρυθμιών, πολλές από τις οποίες πρέπει να αντιμετωπίζονται προεγχειρητικά.

Β.4.4. Ακτινογραφία του θώρακα

Η ακτινογραφία του θώρακα είναι απαραίτητη, επειδή δίνει σημαντικές πληροφορίες σχετικές με διάφορα καρδιακά νοσήματα, το μέγεθος της καρδιάς και την ύπαρξη πνευμονικής συμφόρησης.

Σε ειδικές περιπτώσεις, είναι δυνατό να γίνουν προεγχειρητικά και άλλες εξετάσεις, όπως είναι το υπερηχοκαρδιογράφημα και η δοκιμασία κόπωσης.

Β.5. Αναπνευστικό σύστημα

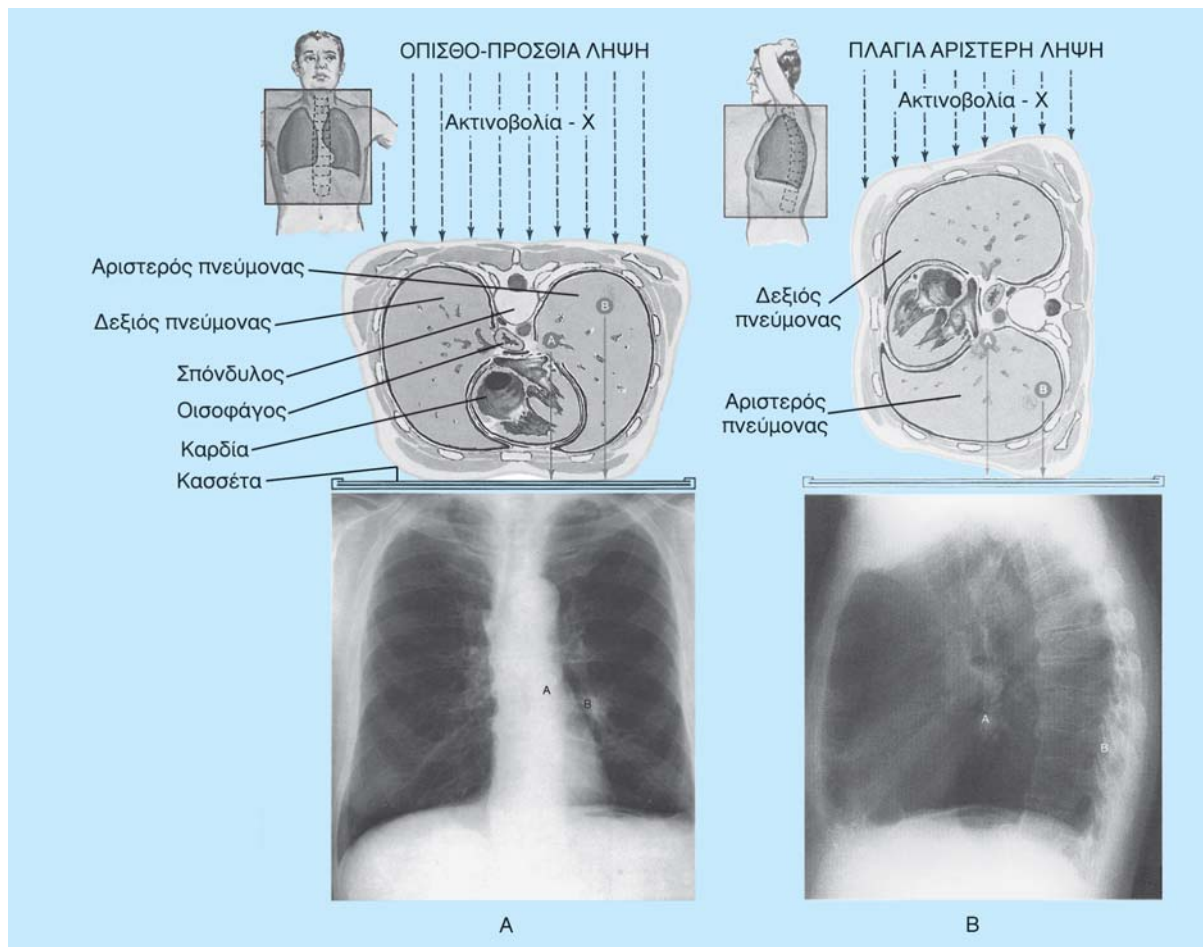
Οι πολυάριθμες παθήσεις του αναπνευστικού συστήματος αξιολογούνται κυρίως με τη λήψη του ιστορικού, την κλινική εξέταση και την ακτινογραφία του θώρακα (Εικ. Α.1.5). Οι παθήσεις αυτές πρακτικά υποδιαιρούνται στις ακόλουθες δύο μεγάλες κατηγορίες: α) Στις αποφρακτικές των αεροφόρων οδών, όπως είναι το βρογχικό άσθμα, το εμφύσημα και η χρόνια βρογχίτιδα και β) στις περιοριστικές του πνευμονικού παρεγχύματος και

του θωρακικού τοιχώματος, όπως είναι η ίνωση του πνεύμονα, η πνευμονία, η ατελεκτασία και η κολαγόνοση.

Η εγχείρηση και η αναισθησία επιβαρύνουν την προϋπάρχουσα πάθηση του αναπνευστικού με την κεντρική καταστολή του αναπνευστικού κέντρου από τα αναισθητικά και ναρκωτικά φάρμακα και τον ελεγχόμενο αερισμό, τη μυοχαλαρωτική ενέργεια και το μετεγχειρητικό περιορισμό των αναπνευστικών κινήσεων και της απόχρεμψης.

Την καλύτερη προεγχειρητική ετοιμασία του αναπνευστικού συστήματος εξασφαλίζουν οι ακόλουθες ενέργειες:

1. Η πνευμονική φυσικοθεραπεία, για την αύξηση της απόδοσης των αναπνευστικών μυών.
2. Η εφαρμογή διαλείπουσας θετικής ενδοπνευμονικής πίεσης (IEEP) και θετικής τελοεκπνευστικής πίεσης (PEEP), για τη διευκόλυνση της ανταλλαγής των αερίων.
3. Οι εισπνοές υδρατμών με βρογχοδιασταλτικά, βλεννολυτικά και αντιβιοτικά φάρμακα.
4. Η χορήγηση παραγώνων της θεοφυλλίνης.
5. Η παρακέντηση και αφαίρεση του πλευριτικού ή ασκητικού υγρού.



Εικόνα Α.1.5. Η κλασική απλή οπισθοπροσθία (Α) και πλάγια αριστερή (Β) ακτινογραφία του θώρακα.

6. Στους ασθματικούς ασθενείς, χορηγούνται διάφορα φάρμακα, όπως είναι τα βρογχοδιασταλτικά, αντιαλλεργικά, αντιβιοτικά, βλεννολυτικά, ηρεμιστικά και η κορτιζόνη.
7. Στις οξείες πνευμονικές παθήσεις, αν δεν είναι δυνατή η αναβολή της επέμβασης ή η εφαρμογή περιοχικής αναισθησίας, γίνεται έντονη κάλυψη με αντιβιοτικά και εντατική μετεγχειρητική φροντισιοθεραπεία.
8. Στους καπνιστές, συνιστάται η διακοπή του καπνίσματος τρεις εβδομάδες πριν από τη χειρουργική επέμβαση, επειδή τότε επανέρχεται η κινητικότητα του χροσσωτού επιθηλίου του τραχειοβρογχικού δένδρου.

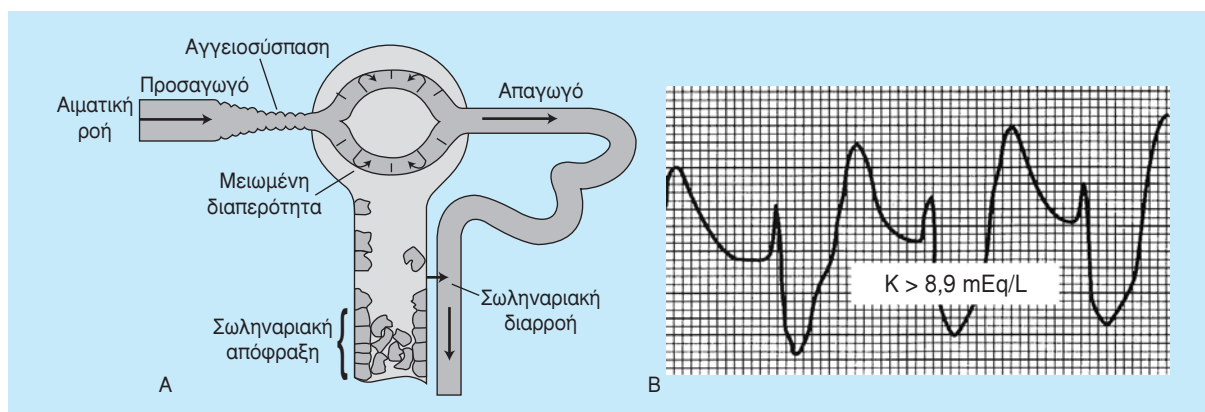
Β.6. Ουροποιητικό σύστημα

Η τραυματική-χειρουργική Οξεία Νεφρική Ανεπάρκεια (ΟΝΑ), η οποία έχει τη μεγαλύτερη θνησιμότητα από τις άλλες μορφές ΟΝΑ, αποτελεί ένα καθημερινό πρόβλημα στην κλινική πράξη.

Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνιση του συνδρόμου αυτού είναι η αναισθησία, η χειρουργική επέμβαση, το τραύμα, η υποογκαιμία, η σήψη, η καταπληξία, τα νεφροτοξικά φάρμακα, η προϋπάρχουσα νεφρική βλάβη και η ηλικία του ασθενούς (Εικ. Α.1.6Α).

Το άμεσο αποτέλεσμα της ΟΝΑ είναι η κατακράτηση τοξικών ουσιών του μεταβολισμού και η αδυναμία ομοιόστασης των υγρών του σώματος. Στη συνέχεια, όλα τα όργανα μπορεί να δώσουν συμπτώματα, σε αντίθεση με το πρώτο στάδιο της εισβολής, όπου κυριαρχούν τα συμπτώματα από το όργανο που προσβάλλεται, όπως π.χ. συμβαίνει στην περίπτωση τις οξείας γαστρορραγίας που προέχει η συμπτωματολογία της μεθαιμορραγικής καταπληξίας.

Κατά το δεύτερο στάδιο της ολιγοανουρίας, οι πιθανότεροι άμεσοι κίνδυνοι για τη ζωή του ασθενούς είναι η υπερκαλαιμία (Εικ. Α.1.6Β), η οξέωση και η υπερφόρτωση με H_2O . Η συσσώρευση



Εικόνα Α.1.6. Μηχανισμοί πρόκλησης ολιγουρίας (Α) και οι ηλεκτροκαρδιογραφικές εκδηλώσεις της προχωρημένης υπερκαλιαιμίας (Β) κατά την οξεία νεφρική ανεπάρκεια.

της ουρίας και της κρεατινίνης είναι δείκτες της βαρύτητας της ΟΝΑ.

Στο τρίτο στάδιο της πολυουρίας εμφανίζονται προβλήματα αφυδάτωσης ή ελλειμμάτων ηλεκτρολυτών, όπως του K^+ και του Na^+ .

Στο τέταρτο στάδιο της ανάρρωσης η σπειραματική διήθηση αυξάνει προοδευτικά, το ισοζύγιο του αζώτου γίνεται θετικό και οι σωληναριακές λειτουργίες του νεφρού, όπως είναι η οξίνιση και η πύκνωση των ούρων, επανέρχονται σταδιακά στα φυσιολογικά όρια.

Η διάγνωση της ΟΝΑ στηρίζεται κυρίως στη λήψη του ιστορικού, στην κλινική εξέταση, στη γενική εξέταση των ούρων και στον προσδιορισμό στο αίμα της ουρίας, της κρεατινίνης και των ηλεκτρολυτών K^+ και Na^+ .

Για την περαιτέρω διερεύνηση του συνδρόμου της ΟΝΑ, πολύτιμες πληροφορίες παρέχονται από τον υπερηχοτομογραφικό έλεγχο και την ιστοτοπική μελέτη των νεφρών, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις και για την οριστική διάγνωση της νόσου εφαρμόζεται η βιοψία του νεφρού.

Παράλληλα με την κλινικοεργαστηριακή διερεύνηση της ΟΝΑ αρχίζει και η θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς, με τη διόρθωση της υπερκαλιαιμίας και του ουραιμικού συνδρόμου με αιμοκάθαρση, αντιμετώπιση της σηψαιμίας και αποκατάσταση του ισοζυγίου του αζώτου με κατάλληλη διατροφή.

Β.7. Πεπτικό σύστημα

Η προεγχειρητική αγωγή του πεπτικού συστήματος περιλαμβάνει κυρίως τις ακόλουθες ενέργειες:

Β.7.1. Παροχέτευση του στομάχου

Η παροχέτευση του στομάχου εφαρμόζεται για ανακουφιστικούς και θεραπευτικούς λόγους, όπως είναι στις περιπτώσεις με κατάποση δηλητηρίου από το στόμα και με μηχανικό ή παραλυτικό ειλεό, ιδιαίτερα του ανώτερου λεπτού εντέρου. Η παροχέτευση γίνεται με τη χρήση του ρινογαστρικού σωλήνα (Levin) (Εικ. Α.1.7Α), ενώ όταν πρόκειται για κένωση και πλύση του στομάχου, χρησιμοποιείται ο οισοφάγιος ελαστικός σωλήνας, ο οποίος στο ένα του άκρο φέρει χωνοειδή διεύρυνση.

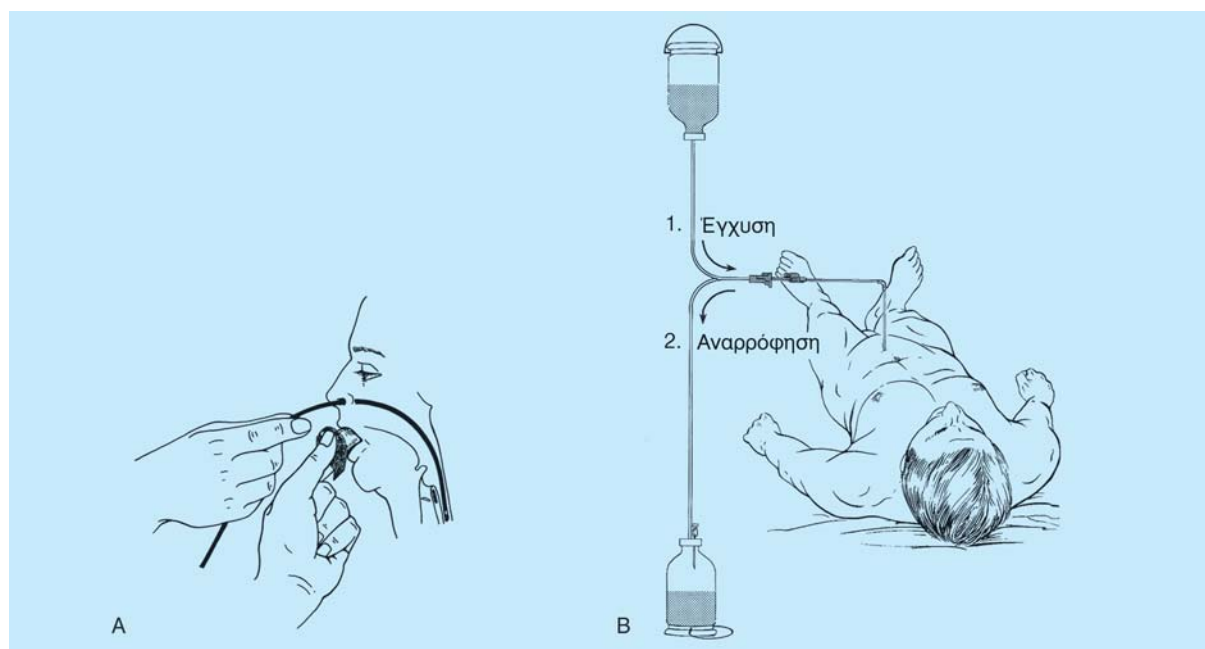
Β.7.2. Κένωση του εντερικού σωλήνα

Η κένωση του περιεχομένου του εντέρου εφαρμόζεται για να αποφευχθεί η απώλεια κοπράνων επάνω στο χειρουργικό τραπέζι και να επιτευχθεί η ευχερέστερη διενέργεια της χειρουργικής επέμβασης της κοιλίας, η διευκόλυνση της ασηψίας του εγχειρητικού πεδίου σε περίπτωση διεγχειρητικής διάνοιξης του πεπτικού σωλήνα και η αποφυγή της δημιουργίας αερίων μέσα στον πεπτικό σωλήνα από τη σήψη του περιεχομένου του.

Η κένωση του εντερικού σωλήνα επιτυγχάνεται με τη χρήση καθαρικών φαρμάκων (X-Prep) και με καθαρικούς υποκλυσμούς.

Συνήθως γίνονται δύο υποκλυσμοί, ο ένας το απόγευμα της παραμονής της ημέρας της εγχειρητικής επέμβασης και ο άλλος έξι ώρες πριν από την επέμβαση για την καθαριότητα του κατώτερου τμήματος του παχέος εντέρου.

Χρησιμοποιούνται διάφορα διαλύματα υγρών, όπως είναι ο φυσιολογικός ορός, αραιό γαλάκτωμα σαπουνιού, εκχύλισμα χαμομηλιού, ή έτοιμα συσκευασμένα διαλύματα (Enema), σε ποσότητα 150-2000 ml θερμοκρασίας 38°-39° C.



Εικόνα Α.1.7. Τοποθέτηση του ρινογαστρικού σωλήνα (Α) και η περιτοναϊκή πλύση (Β).

B.7.3. Έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας

Ο ακριβής έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας είναι ιδιαίτερα σημαντικός, επειδή ορισμένες από τις παθήσεις του απειλούν την έκβαση της θεραπείας και τη ζωή του ασθενούς.

Ο προεγχειρητικός έλεγχος της ηπατικής λειτουργίας στηρίζεται κυρίως στη λήψη του ιστορικού, στην κλινική εξέταση και στον προσδιορισμό στο αίμα της χολερυθρίνης, των τρανσαμινασών (SGOT, SGPT), των λευκωμάτων, του χρόνου προθρομβίνης, της αλκαλικής φωσφατάσης και της γ-GT.

B.7.4. Οξεία κοιλία

Οι ασθενείς με οξεία κοιλία συχνά εμφανίζουν διαταραχές στο ισοζύγιο του ύδατος και των ηλεκτρολυτών, καθώς μετακινούνται υγρά από τους φυσιολογικούς χώρους στο περιτόναιο, τον αυλό και το τοίχωμα του εντέρου. Ακόμη, παρουσιάζουν και αναπνευστική ανεπάρκεια.

Στους ασθενείς αυτούς, η προεγχειρητική αγωγή περιλαμβάνει, εκτός από τη ρύθμιση των υγρών και των ηλεκτρολυτών του οργανισμού, τη χορήγηση οξυγόνου και την περιτοναϊκή πλύση (Εικ. Α.1.7Β).

B.8. Ενδοκρινολογικά θέματα

Στην προεγχειρητική αγωγή, τα κυριότερα ενδοκρινολογικά θέματα που πρέπει να ελέγχονται

και να αντιμετωπίζονται είναι ο σακχαρώδης διαβήτης, η φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια ή νόσος του Addison και ο υπερθυρεοειδισμός.

B.8.1. Σακχαρώδης διαβήτης

Ο προσδιορισμός του σακχάρου του αίματος είναι απαραίτητος για τη διάγνωση του σακχαρώδη διαβήτη. Η κατάλληλη προετοιμασία του διαβητικού ασθενούς απαιτεί την αποφυγή της υπογλυκαιμίας, της διαβητικής οξέωσης και της απώλειας ύδατος και ηλεκτρολυτών.

Για το λόγο αυτό χορηγούνται υγρά και ηλεκτρολύτες, διακόπτεται η χορήγηση των αντιδιαβητικών φαρμάκων παρατεταμένης ενέργειας και αντικατάστασή τους με κρυσταλλική ινσουλίνη, χορηγείται κατάλληλη τροφή ή διάλυμα δεξτρόζης 5% ενδοφλεβίως. Ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο το πρωί χωρίς να χορηγηθεί ινσουλίνη, η οποία χορηγείται μόνο μετά τον προσδιορισμό του σακχάρου του αίματος κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Κατά κανόνα, προτιμάται να υπάρχει σχετική υπεργλυκαιμία σε όλη τη διάρκεια της αναισθησίας.

B.8.2. Νόσος του Addison

Η νόσος του Addison ή φλοιοεπινεφριδιακή ανεπάρκεια, παλαιότερα ήταν ασύμβατη με την αναισθησία και την εγχείρηση. Σήμερα, οι ασθενείς αυτοί υφίστανται κάθε επέμβαση με μεγάλη

ασφάλεια λαμβάνοντας τις ορμόνες με το ακόλουθο σχήμα:

Την παραμονή της εγχείρησης χορηγείται 100-200 mg (I.M.) υδροκορτιζόνης, πριν από την επέμβαση 100 mg (I.V.) υδροκορτιζόνης, κατά τη διάρκεια της επέμβασης 100-200 mg (I.V.) υδροκορτιζόνης και μετά το τέλος της επέμβασης 100 mg (I.V.) υδροκορτιζόνης, μαζί με υγρά, υδατάνθρακες και αίμα, σε περίπτωση ολιγαϊμίας.

Μετεγχειρητικά, οι δόσεις της κορτιζόνης ελαττώνονται βαθμιαία και ο ασθενής συνεχίζει με την προεγχειρητική ημερήσια δόση του.

B.8.3. Υπερθυρεοειδισμός

Η προετοιμασία του ασθενούς με υπερθυρεοειδισμό αρχίζει δύο εβδομάδες ενωρίτερα με τη χορήγηση ιωδιούχων φαρμακευτικών σκευασμάτων.

Σχολαστική πρέπει να είναι η προεγχειρητική εκτίμηση για τη διαπίστωση κλινικών εκδηλώσεων του υπερθυρεοειδισμού. Η πιο απλή και ασφαλής είναι η δοκιμασία της ατροπίνης, κατά την οποία χορηγούνται 0,6 mg ατροπίνης (I.V.) και παρακολουθούνται οι μεταβολές της καρδιακής συχνότητας. Έτσι, εάν ο αριθμός των σφύξεων ανά min είναι μικρότερος από 120, τότε υπάρχει ανάταξη του υπερθυρεοειδισμού, εάν είναι 120-150, η προετοιμασία είναι ανεπαρκής και εάν είναι μεγαλύτερος από 150, συνιστάται η αναβολή της εγχείρησης.

B.9. Γενική προεγχειρητική αγωγή

Στη γενική προεγχειρητική αγωγή του ασθενή περιλαμβάνονται οι ακόλουθες ενέργειες:

B.9.1. Καθαριότητα του σώματος

Η καθαριότητα του σώματος επιτυγχάνεται αρχικά με το λουτρό καθαριότητας, το οποίο αποβλέπει στην καλύτερη λειτουργικότητα του δέρματος και την αποφυγή επιμόλυνσης του τραύματος της τομής. Το λουτρό γίνεται την προηγούμενη ημέρα της επέμβασης με τη χρησιμοποίηση κοινού ή αντισηπτικού σαπουνιού και νερού.

Στην καθαριότητα του σώματος περιλαμβάνε-

ται και η καθαριότητα ορισμένων δυσπρόσιτων θέσεων του, όπως είναι ο ομφαλός, η περιποίηση των νυχιών και η καθαριότητα και η αντισηψία της στοματικής κοιλότητας, της ρινός και του ρινοφάρυγγα.

B.9.2. Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου

Η προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου, δηλαδή της περιοχής της επιφάνειας του σώματος που θα γίνει η τομή της επέμβασης, περιλαμβάνει την καθαριότητα, την αποτρίχωση και την αντισηψία του δέρματος, ώστε να ελαχιστοποιηθεί ο κίνδυνος των μολύνσεων του τραύματος.

Η θέση και η έκταση της προετοιμασίας του εγχειρητικού πεδίου καθορίζεται από το είδος της επέμβασης και περιλαμβάνει αρκετή έκταση (ακτίνα 20 cm τουλάχιστον) γύρω από την τομή του δέρματος (Εικ. Α.1.8).

B.9.3. Αντιμετώπιση της αϋπνίας

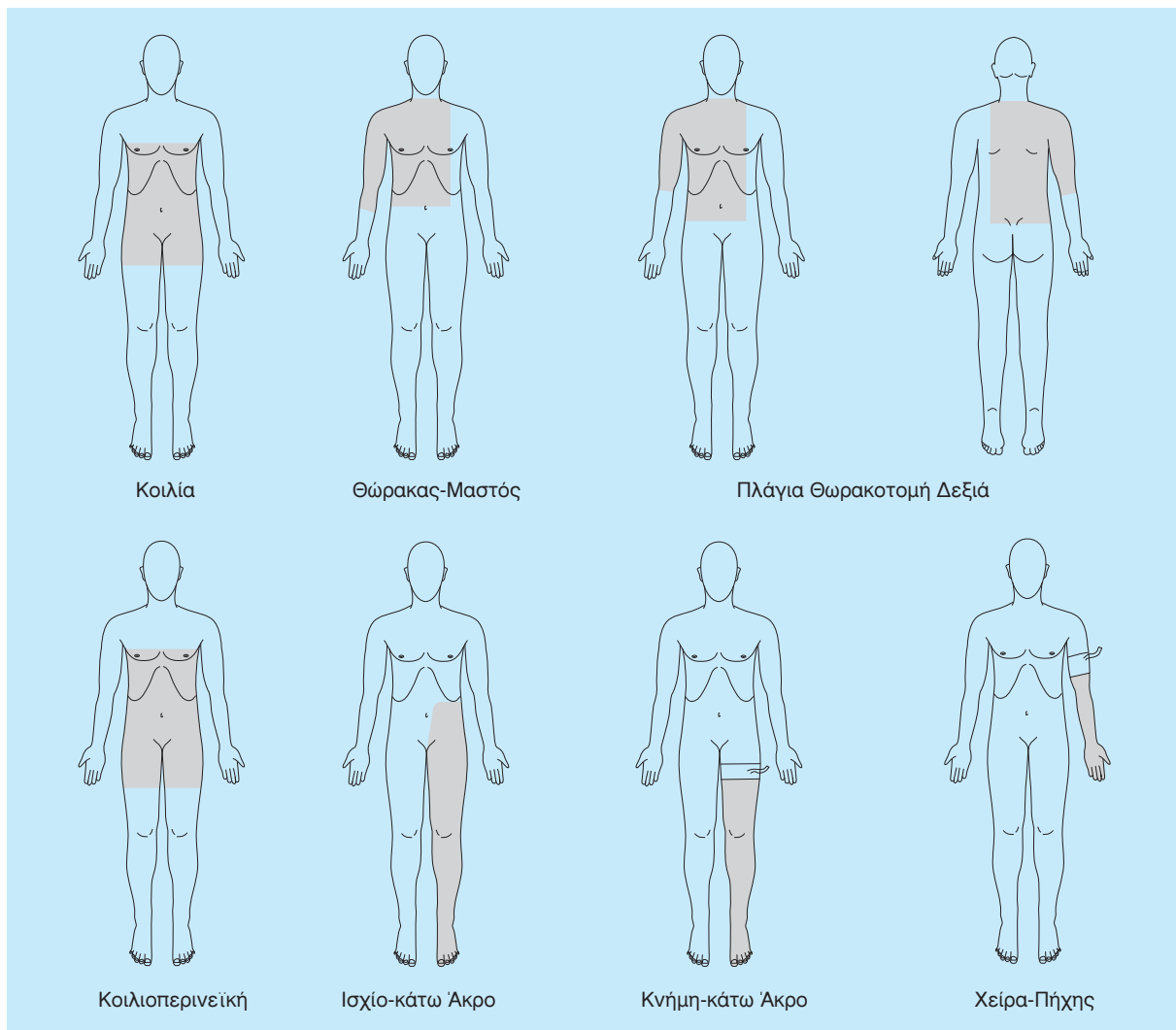
Η αναμονή της επέμβασης προκαλεί αγωνία και φόβους, τα οποία οδηγούν στην εκδήλωση αϋπνίας και κόπωσης, τα οποία προδιαθέτουν στην εμφάνιση διαταραχών της μετεγχειρητικής πορείας του ασθενή και στην εκδήλωση επιπλοκών.

Για να αντιμετωπισθεί η αϋπνία, χορηγείται ηρεμιστικό και υπνωτικό φάρμακο το βράδυ της παραμονής της επέμβασης.

B.9.4. Ενδυμασία χειρουργείου

Μισή ώρα πριν από την εγχείρηση, ο ασθενής κενώνει την ουροδόχο κύστη του, αφαιρεί όλα τα ενδύματα, τα καλλυντικά, τις βαφές και τις τεχνητές οδοντοστοιχίες του, παραδίδει τα κοσμήματα για φύλαξη και φορά την ενδυμασία του χειρουργείου.

Η ενδυμασία αυτή αποτελείται από τα ποδονάρια, τα οποία είναι είδος υφασμάτων βαμβακερών καλτσών μέχρι τα γόνατα, το υποκάμισο, το οποίο είναι νυχτικό από κοινό βαμβακερό ύφασμα, ανοικτό στο πίσω μέρος του και το σκούφο, ο οποίος καλύπτει το τριχωτό της κεφαλής των γυναικών και είναι από λεπτό βαμβακερό ύφασμα.



Εικόνα Α.1.8. Προετοιμασία του εγχειρητικού πεδίου για χειρουργικές επεμβάσεις στις διάφορες περιοχές του σώματος.

**Ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής στο θέμα:
«ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΑΓΩΓΗ»****Ερώτηση 1**

Η ψυχολογική προετοιμασία του χειρουργικού ασθενή

- A. επιτυγχάνεται με την κατάλληλη εγχειρητική τεχνική
- * B. συντομεύει τη μετεγχειρητική νοσηλεία
- Γ. αυξάνει την ανάγκη χορήγησης αναλγητικών
- * Δ. συνδυάζεται και με φαρμακευτική προετοιμασία

Ερώτηση 2

Ο πηκτικός μηχανισμός του αίματος ελέγχεται με

- * A. την κλινική εξέταση των βλεννογόνων
- * B. την αρίθμηση των αιμοπεταλίων
- Γ. τη μέτρηση της ταχύτητας καθίζησης των ερυθρών
- Δ. τον προσδιορισμό της χοληστερίνης του αίματος

Ερώτηση 3

Η μετάγγιση αίματος γίνεται

- A. πριν από τον προσδιορισμό της ομάδος αίματος
- * B. μετά τον προσδιορισμό του παράγοντα Rhesus
- * Γ. για διατήρηση του φυσιολογικού όγκου αίματος
- Δ. πάντοτε με συμπυκνωμένα ερυθρά

Ερώτηση 4

Τα κυριότερα συμβάματα των μεταγγίσεων του αίματος

- A. οφείλονται στη συμβατότητα του λήπτη και του δότη
- B. είναι η αιμόλυση των ερυθρών αιμοσφαιρίων του λήπτη
- * Γ. είναι η μετάδοση του AIDS
- * Δ. είναι οι πυρετικές αντιδράσεις

Ερώτηση 5

Η αξιολόγηση του κυκλοφορικού συστήματος γίνεται με

- * A. την κλινική εξέταση
- B. τις βιοχημικές εξετάσεις του αίματος
- * Γ. το ηλεκτροκαρδιογράφημα
- * Δ. την ακτινογραφία του θώρακα

Ερώτηση 6

Προεγχειρητικά, το αναπνευστικό σύστημα

- * A. ελέγχεται με την ακτινογραφία του θώρακα
- B. ελέγχεται με τη δοκιμασία κόπωσης
- * Γ. βελτιώνεται με την πνευμονική φυσικοθεραπεία
- Δ. βελτιώνεται με τον περιορισμό της απόχρεμψης

Ερώτηση 7

Προεγχειρητικά, η οξεία νεφρική ανεπάρκεια ελέγχεται με

- A. την ακτινογραφία του θώρακα
- * B. τη γενική εξέταση των ούρων
- * Γ. τον προσδιορισμό της κρεατινίνης του αίματος
- Δ. τον προσδιορισμό της χοληστερίνης του αίματος

Ερώτηση 8

Κατά την προεγχειρητική αγωγή του πεπτικού συστήματος

- * A. εφαρμόζεται ρινογαστρικός καθετήρας
- B. δεν κενώνεται το παχύ έντερο
- * Γ. προσδιορίζονται οι τρανσαμινάσες του αίματος
- Δ. προσδιορίζεται η ουρία του αίματος

Ερώτηση 9

Κατά την προεγχειρητική αγωγή

- * A. προσδιορίζεται το σάκχαρο του αίματος
- B. διακόπτεται η χορήγηση κρυσταλλικής ινσουλίνης
- Γ. διακόπτεται η χορήγηση υδροκορτιζόνης
- * Δ. ο υπερθυρεοειδισμός ελέγχεται με τη δοκιμασία ατροπίνης

Ερώτηση 10

Στην προεγχειρητική αγωγή,

- A. το λουτρό καθαριότητας γίνεται την ημέρα της εγχείρησης
- * B. εφαρμόζεται αντισηψία του εγχειρητικού πεδίου
- Γ. δεν χορηγούνται ηρεμιστικά-υπνωτικά φάρμακα
- * Δ. ο ασθενής φορά την ενδυμασία του χειρουργείου