

ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ

Η εκδήλωση αυτή, ως πρόταση έγινε δεκτή με σκεπτικισμό από τους συναδέλφους, στην πράξη αγαπήθηκε και έγινε δεκτή με ενθουσιασμό από τους ίδιους συναδέλφους. Είναι δικαίωμα και υποχρέωση της ειδικότητάς μας να ασκεί και να ασκείται με τη μορφή της "ΜΕΓΑΛΗΣ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ" (Anaesthesia Grand Rounds).

Δεν είναι μακρυνά ο καιρός που μας θεωρούσαν "μη συναδέλφους". Έχω στο αρχείο μου γνωμάτευση της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ. περί του επείγοντος και του ρόλου του θεράποντος ιατρού και του αναισθησιολόγου που είναι ήμισα τιμητική για την Ιατρική Σχολή. Στην πράξη μέλη του ίδιου Δ.Ε.Π. της ίδιας σχολής έχουν κατανοήσει την έννοια του θεράποντος ιατρού αναισθησιολόγου. Ελπίζουμε σε έμπρακτη άρση παλαιών πικριών...

Δεν είναι μακρυνά χρονικά η διατύπωση γνώμων από επώνυμα μέλη της Ιατρικής Σχολής του Α.Π.Θ. και από έγγραφα της Διεύθυνσης Υγιεινής Θεσσαλονίκης για την "μη κλινική" υπόσταση της ειδικότητάς μας. Για το Υπουργείο Υγείας και το "κράτος των Αθηνών" ας μην μιλήσουμε καθόλου. Αλλά μήπως το σφάλμα είναι δικό μας;

Η συμμετοχή στη συζήτηση και την ανάλυση των περιστατικών που θα παρουσιασθούν ας είναι η ένδειξη ότι πολλά πράγματα έχουν αλλάξει και άλλα ακόμη θα αλλάξουν. Ας απαντήσουμε με τους στίχους από ένα παλιό νέγρικο τραγούδι:

*"Κύριε, δεν είμαστε αυτό που έπρεπε να είμαστε,
Δεν είμαστε αυτό που θέλουμε να γίνουμε,
Δεν είμαστε αυτό που θα γίνουμε,
Αλλά δόξα τω Θεώ, δεν είμαστε αυτό που είμασταν".*

*Lord, we ain't what we oughta be,
We ain't what we wanna be,
We ain't what we gonna be,
But thank God, we ain't what we was.*

Ακολουθούν οι εισαγωγικές σημειώσεις για τα παρουσιαζόμενα περιστατικά και ευελπιστούμε για μια γόνιμη συζήτηση με το ακροατήριο.

Η Οργανωτική Επιτροπή του Συνεδρίου

Σήψη - Εγκεφαλικό επεισόδιο

Ασθενής 63 ετών εισάγεται επείγοντως στη ΜΕΘ με κυάνωση, ταχύπνοια, χαμηλή αρτηριακή πίεση και μειωμένο επίπεδο συνειδήσεως. Ο άρρωστος είχε πρόσφατο ιστορικό πυρετού και ισχαιμικών εγκεφαλικών επεισοδίων, που ήταν και η αιτία εισαγωγής του στο Νοσοκομείο. Είναι υπέρβαρος (120kg), καπνιστής και προ 6 ετών υπέστη χειρουργική επέμβαση για ανεύρυσμα κοιλιακής αορτής.

Στη ΜΕΘ ο άρρωστος διασωληνώνεται, υποστηρίζεται μηχανικά με αναπνευστήρα και γίνεται η στοιχειώδης αιμοδυναμική ανάνηψη. Ο καρδιακός ρυθμός είναι φλεβοκομβικός (110/min), η αρτηριακή πίεση 90/45mmHg, η RO θώρακος φυσιολογική, ενώ η ακρόαση των πνευμόνων δείχνει ομαλό αερισμό σε όλα τα πνευμονικά πεδία. Αποφασίζεται και διενεργείται διαθωρακικό και στη συνέχεια διοισοφάγεια υπερηχοκαρδιογράφημα και καθετηριασμός με Swan - Ganz.

Γ. Ιωαννίδης Μ.Ε.Θ. - Κλινική "Άγιος Λουκάς" Θεσσαλονίκης

Παρατηρήσεις συμμετέχοντος

Ηθικά διλήμματα στη Μ.Ε.Θ.

Ασθενής ηλικίας 84 ετών με υπέρταση, ισχαιμική νόσο του μυοκαρδίου και καρδιακή ανεπάρκεια εισέρχεται στην Ορθοπαιδική Κλινική με διατροχαντήριο κάταγμα. Γίνεται χειρουργική αποκατάσταση του κατάγματος.

Την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα εμφανίζει πλήρη κολποκοιλιακό αποκλεισμό και τοποθετείται προσωρινός βηματοδότης. Την δέκατη μετεγχειρητική ημέρα εμφανίζει καρδιακή κάμψη, βαρύ πνευμονικό οίδημα και καρδιακή παύση.

Χρυσιάλλα Τμηλιώτου Μ.Ε.Θ. Π.Γ.Ν.Θ. "Ιπποκράτειο"

Παρατηρήσεις συμμετέχοντος

A) Έχει η Αναισθησιολογία υπόσταση στο Ελληνικό Νοσοκομείο;

α) Πρόγραμμα χειρουργείου στο οποίο αναφέρεται μόνο το όνομα του χειρουργού και το είδος της επέμβασης. Το όνομα του ασθενή αγνοείται! Η αρμόδια χειρουργική κλινική δεν γνωρίζει κάτι για το περιστατικό. Ο ασθενής δεν υπάρχει στο νοσοκομείο. Δημιουργείται πρόβλημα προεγχειρητικής αξιολόγησης.

Ποια λύση δόθηκε στην πράξη;

β) Η νεαρά ασθενής (22 ετών) πρόκειται να υποβληθεί σε μαστεκτομή για κακοήθη όγκο. Κατά την προεγχειρητική επίσκεψη του αναισθησιολόγου διαπιστώνεται ότι η ασθενής αγνοεί τα πάντα για την επέμβαση.

Τι επακολουθεί;

B) Οι ασθενείς Β' Κατηγορίας και ο αναισθησιολόγος.

α) Θύμα τροχαίου μεταφέρεται από τα εξωτερικά ιατρεία στο χειρουργείο με αιμορραγία από τον ενδοτραχειακό σωλήνα και προγραμματίζεται για επείγουσα...

β) Θύμα τροχαίου μεταφέρεται από νοσοκομείο σε νοσοκομείο για κάλυψη από πλευράς Μ.Ε.Θ. αφού έχει υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση ανάταξης επιπλεγμένων καταγμάτων κνήμης. Ο αρμόδιος χειρουργός αναφέρει τηλεφωνικά: "Δεν ξέρω, οι αναισθησιολόγοι ζήτησαν μονάδα..."

X. Θ. Σκούρης ΜΕΘΑ ΠΓΝΘ "ΑΧΕΠΑ"

Παρατηρήσεις συμμετέχοντος

Μια “περίεργη” αντιμετώπιση ARDS

Ασθενής 22 ετών, προηγουμένως υγιής, εμφάνισε μικρού βαθμού δύσπνοια, καταρροή και βήχα. Παρά τη χορήγηση αγωγής (αντιβίωση), σταδιακά η κατάστασή του επιδεινώθηκε και μετά πενήντημερο προσήλθε σε νοσοκομείο με δύσπνοια, ταχύπνοια, θωρακικό άλγος και πυρετό (έως 39.2°C). Αέρια αίματος: PaO₂: 44mmHg, PaCO₂: 27mmHg και pH: 7.51. Διασωληνώθηκε και διακομίσθηκε στη ΜΕΘ του Ιπποκράτειου ΓΠΝΘ με υποξυγοναιμία και κυκλοφορική ανεπάρκεια. Στην α/α δώρακα: πύκνωση (δε) κάτω λοβού. Ετέθη σε μηχανικό αερισμό. Εμμένουσα υποξυγοναιμία και βαρύτατη αιμοδυναμική αστάθεια παρά τη χορήγηση υγρών και ινοτρόπων. Από τις μετρήσεις με το Swan - Ganz υψηλές πιέσεις στην πνευμονική (PAP: 91/41 (60)mmHg), PCWP: 17mmHg, PVR: 414dyn sec cm⁻⁵, ΑΠ 90/55mmHg και σφύξεις 140/min. Πρώτη διάγνωση: ARDS λόγω πνευμονίας. Εχορηγήθη προσταλαγανδίνη E1.

Α. Καραπαναγιώτου ΜΕΘ Γ.Π.Ν.Θ. “Ιπποκράτειο”

Παρατηρήσεις συμμετέχοντος

Απειλητική για τη ζωή υποξυγοναιμία με φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος. Διαφορική διάγνωση και αντιμετώπιση.

Ασθενής ηλικίας 22 ετών δύμα τροχαίου ατυχήματος διακομίζεται στο Τ.Ε.Π. του νοσοκομείου σε μέρα γενικής εφημερίας, όπου από τον κλινικό και εργαστηριακό έλεγχο ανευρίσκονται.

- Ασθενής με πλήρη επαφή με το περιβάλλον καλή κινητικότητα στα άνω και κάτω άκρα χωρίς περιφερειακή νευρολογική σημειολογία.

- Άλγος στο δεξιό μηρό και στην αριστερή προκάρδιο χώρα.

- Καλή αιμοδυναμική κατάσταση, χωρίς αναπνευστική δυσχέρεια.

- Στην ακρόαση πνεύμονα ελάτπωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος αριστερά.

- Κοιλιά μαλακή, μη επώδυνος κατά την επιπόλης και την εν τω βάθει ψηλάφηση.

Από τον ακτινολογικό έλεγχο διαπιστώνεται.

- Υποτροχαντήριο κάταγμα δεξιού μηριαίου μη επιπεπλεγμένο.

- Κατάγματα 3ης - 4ης - 5ης πλευράς αριστερά, με σύνοδο σκίαση στο άνω και μέσο πνευμονικό πεδίο (θλάση αριστερού πνεύμονα;). Καρδιακή σκιά και αορτικό τόξο κατά φύση.

Η ασθενής διακομίζεται στην ορθοπεδική κλινική όπου το αριστερό κάτω άκρο τοποθετείται σε έλξη και της χορηγείται αναλγησία και αντιπηκτική αγωγή με ηπαρίνη χαμηλού μοριακού βάρους και προγραμματίζεται για τακτικό χειρουργείο μετά από τριήμερο.

Μετά την πάροδο 24ώρου, αιφνίδια, η ασθενής εμφανίζει έντονη αναπνευστική δυσχέρεια με αίσθημα επικείμενου θανάτου με τα ίδια ακροαστικά και ακτινολογικά ευρήματα. Τα αέρια αίματος με κορήγηση οξυγόνου 10lit/min είναι:

$$\begin{aligned} PaO_2 &= 45\text{mmHg} \\ PaCO_2 &= 28\text{mmHg} \\ TCO_2 &= 20 \\ pH &= 7.48 \end{aligned}$$

Με βάση τα κλινικά ευρήματα και τα αέρια αίματος η ασθενής διασωληνώνεται και τίθεται σε μηχανικό ελεγχόμενο αερισμό με υποστήριξη όγκου και FiO₂ 100% χωρίς αξιοσημείωτη μεταβολή στα αέρια αίματος. Η ασθενής είναι αιμοδυναμικά σταθερή χωρίς να χρειάζεται υποστήριξη από ινóτροπα φάρμακα. Ο κλινικοεργαστηριακός έλεγχος δεν ανευρίσκει αξιοσημείωτες μεταβολές από αυτόν της προηγούμενης ημέρας. Η κλινική υπόνοια πνευμονικής εμβολής δεν επιβεβαιώνεται με επείγουσα αγγειογραφία πνευμόνος. Η βυθοσκόπηση των οφθαλμών η επισκόπηση για την ανεύρεση πετεχειών και η ακτινογραφία θώρακος δεν συνηγορούν υπέρ της λιπώδους εμβολής.

Η αδυναμία διόρθωσης της υποξυγοναιμίας με μηχανικό αερισμό και PEEP οδηγούν τους θεράποντες ιατρούς στην χρήση μερικής εξωσωματικής κυκλοφορίας δια μέσου μηρο - μηριαίας παράκαμψης. Η επί πλέον θεραπευτική αγωγή συνιστάται σε 1gr μεθυλπρεδνιζολόνης/24h, και κάλυψη από αντιβιοτική αγωγή με Imipenem 2gr/24h και Vancomycine 2gr/24h. Στην ασθενή χορηγείται γενική αναισθησία και μυοχάλαση και το θεραπευτικό αυτό σχήμα συνεχίζεται για μια εβδομάδα. Στο διάστημα αυτό η ασθενής ουδέποτε χρειάσθηκε υποστήριξη της κυκλοφορίας με ινóτροπα και παρέμεινε αιπύρετη με τιμές PaO₂ περί τα 200mmHg, υπό εξωσωματική παράκαμψη.

Την 8η ημέρα η ασθενής έχει φυσιολογική ακτινογραφία θώρακος, αλλά μετά την διακοπή της εξωσωματικής κυκλοφορίας και υπό ελεγχόμενο μηχανικό αερισμό με υποστήριξη όγκου, FiO₂ 100% και PEEP 10cm H₂O τα αέρια αίματος εμφανίζουν

$$\begin{aligned} PaO_2 &= 52\text{mmHg} \\ PaCO_2 &= 35\text{mmHg} \\ TCO_2 &= 28 \\ pH &= 7.48 \end{aligned}$$

Η αύξηση ή ελάτπωση του PEEP κατά 5cm H₂O επιδεινώνουν το PaO₂ της ασθενούς κατά 5 - 10mmHg.

Ποια είναι η δική σας διάγνωση και θεραπευτική προσέγγιση του προβλήματος;

Δ. Μαιάμης ΜΕΘ ΠΓΝΘ "Γ. Παπανικολάου"

Παρατηρήσεις συμμετέχοντος