

ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ (I)

Η μεγάλη αναισθησιολογική επίσκεψη έχει σκοπό στην έμπρακτη και ουσιαστική δέσμευση στις ρήσεις του Ιπποκράτη, «πρώτη μου φροντίδα θα είναι να αποκαταστήσω, να διαφυλάξω και βελτιώσω την υγεία των ασθενών μου», και του Σωκράτη, «θα θέσω όλες μου τις δυνάμεις και ικανότητες στην υπηρεσία της εκπαίδευσης για όλους τους μαθητές που μου έχουν εμπιστευθεί».

Προεδρεία : Νικήτας Γεώργιος, Σκούρτης Χαρίσιος
Εισηγητές : Κασαπάκη Α, Σαμαράς Θ, Βρετζάκης Γ, Σκούρτης Χ.

ΜΙΑ ΕΠΙΤΟΚΟΣ ΓΙΑ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΚΑΙΣΑΡΙΚΗ ΤΟΜΗ

(Μια περιπέτεια με προβλήματα διασωλήνωσης, διάχυτης ενδοαγγειακής πήξης, αντίδρασης στο μεταγγισθέν αίμα και συνολικά τρεις χειρουργικές επεμβάσεις)

Επίτοκος, 33 ετών, διακομίσθηκε στο ΤΕΠ του Νοσοκομείου από Ιδιωτική Κλινική με ασθενοφόρο του ΕΚΑΒ και εικόνα αιμορραγικού shock, μετά από προγραμματισμένη καισαρική τομή (αδυναμία διασωλήνωσης, η επέμβαση έγινε με ραχιαία αναισθησία και ακολούθησε υστερεκτομή λόγω μη ελεγχόμενης αιμορραγίας).

Άμεσα αποφασίσθηκε η μεταφορά της ασθενούς στο χειρουργείο, όπου η διασωλήνωση έγινε χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία (με τη βοήθεια οδηγού και εξωτερική υποβοήθηση). Χειρουργοί και Μαιευτήρες προέβησαν σε διερεύνηση και συρραφή του αιμορραγούντος κολοβώματος της μήτρας.

Η ασθενής, μετά την επέμβαση διακομίσθηκε στη ΜΕΘ.

ΜΕΓΑΛΟ ΜΗΝΙΓΓΙΩΜΑ ΣΕ ΗΛΙΚΙΩΜΕΝΟ ΑΣΘΕΝΗ

(Μια ...αναισθησιολογική εμπλοκή)

Ασθενής, 72 ετών, προγραμματίζεται για αφαίρεση μηνιγγιώματος ΑΡ κροταφοβρεγματικά. Μετά την επέμβαση παραμένει στη ΜΜΑΦ σε μηχανικό αερισμό και στη προσπάθεια αφύπνισης παρουσιάζει γενικευμένους τονικοκλονικούς σπασμούς. Λόγω αυξημένης ροής των παροχετεύσεων αποφασίστηκε επανεπέμβαση (διάρκειας 2 ωρών).

Ο ασθενής μεταφέρθηκε στη ΜΕΘ και μετά 3 ημέρες αποφασίστηκε νέα επέμβαση για αποσυμπίεση οιδήματος και κοιλιοστομία.

Ο ΑΛΒΑΝΟΣ, Ο ΑΜΕΡΙΚΑΝΟΣ, ΤΟ ΤΡΑΥΜΑ ΚΑΙ Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ.

Όταν ο Αλβανός πολυτραυματίας χρειάστηκε επείγουσα αγγειογραφία, τότε ...

Όταν ο Αμερικανός πολυτραυματίας χρειάστηκε επείγουσα αγγειογραφία, τότε ...

Η ΝΟΜΙΚΗ ΥΠΟΣΤΑΣΗ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΑ ΝΕΚΡΟΥ ...

Ασθενής κηρύσσεται εγκεφαλικά νεκρός σύμφωνα με τα ισχύοντα της ιατρικής και του ελληνικού νόμου.

Οι συγγενείς του ασθενούς, λόγω αστοχίας των χειρισμών της ιατρικής ομάδος, ζητούν την συντήρηση του νεκρού σε συνθήκες ΜΕΘ μέχρι που ...πεθάνει.

ΜΕΓΑΛΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΕΠΙΣΚΕΨΗ (II)

Προεδρεία : Βρετζάκης Γεώργιος, Σκούρτης Χαρίσιος
Εισηγητές : Βρετζάκης Γ, Δραγουμάνης Χ, Κωνσταντίνου Φ.

«18° C»

Ασθενής άνδρας, 76 ετών, καλής σωματικής διάπλασης, με πολυετές ιστορικό υπέρτασης διακομίζεται στο Νοσοκομείο μας με το ΕΚΑΒ μετά από νυχτερινή νοσηλεία σε Νοσοκομείο της περιοχής Βορείου Έβρου, με διάγνωση: Επεισόδια θωρακικού άλγους συνοδευόμενα από διαταραχές του ST-T, μεγάλο ανεύρυσμα ανιούσης αορτής. Ο ασθενής λαμβάνει αντιστηθαγχική αγωγή και το ΕΜ έχει αποκλειστεί. Στο Νοσοκομείο μας, μετά από πλήρη διαγνωστικό έλεγχο που επιβεβαιώνει την διάγνωση οξέος διαχωρισμού της ανιούσας αορτής – τόξου και εντοπίζει δυσλειτουργία (στενοανεπάρκεια) της αορτικής βαλβίδας και μετά από ολιγόωρη νοσηλεία στη ΜΕΘ Καρδιοχειρουργικής για προετοιμασία, ο ασθενής οδηγείται στο χειρουργείο. Η εισαγωγή στην αναισθησία, διασωλήνωση, τοποθέτηση κεντρικών γραμμών, καθετήρα πνευμονικής, τοποθέτηση γραμμών εξωσωματικής στα αριστερά μηριαία αγγεία και στερνοτομή τελούνται χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα. Τοποθετείται φλεβική κάνουλα στον δεξιό κόλπο και υπό εξωσωματική κυκλοφορία αποκλείεται η αορτή στο ύψος της ανωνύμου, χορηγείται καρδιοπληγία και τελείται η κεντρική αναστόμωση βαλβιδοφόρου αορτικού μοσχεύματος με εμφύτευση των στεφανιαίων. Για την κατασκευή της περιφερικής αναστόμωσης, ο ασθενής ψύχεται με στόχο τους 18° C για την επίτευξη circulatory arrest. Κατά τη ψύξη, η τιμή του BIS κατέρχεται και

σε θερμοκρασία ουροδόχου κύστης περίπου 29,9° C μηδενίζεται. Ο ασθενής συνεχίζει να ψύχεται μέχρι τη θερμοκρασία-στόχο και εκεί η εξωσωματική κυκλοφορία σταματά και, σε αναίμακτο πεδίο, τελείται η περιφερική αναστόμωση (χρόνος arrest = 50 λεπτά). Σε όλη αυτή την περίοδο, η τιμή του BIS παραμένει μηδέν με «flat-line» στο ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Με το πέρας της κατασκευής της περιφερικής αναστόμωσης και ταυτόχρονα με την επανέναρξη της εξωσωματικής κυκλοφορίας, η τιμή του BIS ανέρχεται απότομα στο 80 και παραμένει σταθερά σε ψηλές τιμές (μεταξύ 60-80) για μια ώρα (η θερμοκρασία κύστης φθάνει στους 30° C). Στην συνέχεια της επαναθέρμανσης, η τιμή του BIS διακόπτεται από μικρής διάρκειας χαμηλές τιμές αλλά κατά βάση παραμένει υψηλή (μεταξύ 60-80), για τις δύο επόμενες ώρες. Τελικά σταθεροποιείται σε χαμηλές τιμές (20-35) και παραμένει έτσι στην υπόλοιπη περίοδο (weaning from by-pass, σύγκλιση, μεταφορά στη ΜΕΘ). Συνολικός χρόνος αναισθησίας – επέμβασης = 10 ώρες και 30 λεπτά. Η μετεγχειρητική πορεία του ασθενή είναι χωρίς σημαντικά προβλήματα, η αφύπνιση και αποδισωλήνωση γίνονται την μεθεπόμενη όπου και δεν διαπιστώνεται νευρολογικό έλλειμμα. Εξέρχεται της ΜΕΘ σε 4 ημέρες.

Συζήτηση :

Κοιμάται ο ασθενής στην περίοδο των τριών ωρών μετά το «arrest», όπου η τιμή BIS είναι υψηλή ;

Εάν ναι, γιατί το BIS είναι υψηλό ;

«Εξάγωνο»

Ασθενής άνδρας 54 ετών, με διεγνωσμένο ανεγχείρητο Ca-πνεύμονος και ελεύθερο λοιπό ιστορικό, προγραμματίζεται για μεσαυλιοσκόπηση – λήψη βιοψίας, προς σταδιοποίηση και καθορισμό θεραπείας. Σημειώνεται ότι η επέμβαση αυτή είναι μικρής διάρκειας (30 περίπου λεπτά), γίνεται με μικρή (2-3 cm) υπερστερνική τομή στην εντομή και οι αναισθητικές απαιτήσεις περιορισμένες. Ο ασθενής προσέρχεται στο χειρουργείο, συνδέεται με ΗΚΣκόπιο, παλμικό οξύμετρο, πιεσοταλαντοσίμετρο στο δεξί χέρι, τοποθετείται περιφερική φλεβική γραμμή στο αριστερό χέρι, γίνεται εισαγωγή στην αναισθησία, διασωλήνωση, συνδέεται με τον αναπνευστήρα και αρχίζει η επέμβαση. Σε 15 περίπου λεπτά, οξύως, παρατηρείται σημαντική αιμορραγία από τη μικρή τομή του πεδίου που δεν ελέγχεται πιεστικά και έχει χαρακτήρα αρτηριακού τραυματισμού, δεξιά της μέσης γραμμής. Με την υπόνοια κάκωσης αορτικού τόξου ή ανωνύμου ή κοινής καρωτίδας, αποφασίζεται σε λίγα λεπτά επείγουσα στερνοτομή και κινητοποιείται πλήρης ομάδα που συμπεριλαμβάνει προετοιμασία μηχανής εξωσωματικής κυκλοφορίας. Στον χρόνο αυτό και υπό δυσμενείς εργονομικές συνθήκες (η κεφαλή του ασθενή αποτελεί αποστειρωμένο χειρουργικό πεδίο υπό συνεχή πίεση) τοποθετούνται αρτηριακή γραμμή στην αριστερή κερκιδική, θηκάρι στην αριστερή υποκλείδιο φλέβα, καθετήρας ουροδόχου κύστης με θερμόμετρο και αλλάζει το αναισθητικό σχήμα προς καρδιοχειρουργική επέμβαση. Τελείται η στερνοτομή και παρασκευάζονται τα μεγάλα φλεβικά και αρτηριακά στελέχη του δεξιού άνω μεσαυλίου, όπου διαπιστώνεται κάκωση της ανωνύμου αρτηρίας. Με το ενδεχόμενο εξωσωματικής ή ακόμη και «circulatory arrest» να απομακρύνεται δεδομένου ότι η χειρουργική ομάδα θεωρεί ότι μπορεί να διορθώσει τη βλάβη με απλό σύντομο αποκλεισμό του αγγείου, ζητείται να εκτιμηθεί η ανοχή του ασθενή σε έναν τέτοιο χειρισμό. Με αποκλεισμένη την ανώνυμο αρτηρία, ο ασθενής έχει αρτηριακή πίεση 125/84 mmHg στο αριστερό χέρι και 74/62 mmHg στο δεξί χέρι (πιεσοταλαντοσίμετρο). Μετά από θετική εκτίμηση, τελείται χειρουργική διόρθωση υπό αποκλεισμό. Ο ασθενής αφυπνίζεται χωρίς νευρολογικό έλλειμμα.

Συζήτηση :

Με ποια δεδομένα εκτιμήθηκε ότι μπορεί να αποκλειστεί το μισό της κυκλοφορίας προς τον εγκέφαλο;

Ποιος είναι ο καταλληλότερος χειρισμός κατά την περίοδο του αποκλεισμού;