

ΙΑ-1
ΧΡΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ ΑΛΛΑΓΗΣ ΦΙΛΤΡΩΝ ΚΑΙ ΚΥΚΛΩΜΑΤΩΝ ΣΤΑ
ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ

Ε. Πιπίνη, Ν. Λαγός, Α. Παναγιώτου, Ε. Σίντου, Ε. Αρναούτογλου, Γ. Παπαδόπουλος

Κλινική Αναισθησιολογίας και Μετεγχειρητικής Εντατικής Θεραπείας, ΠΓΝ
Ιωαννίνων, Ιωάννινα

Σκοπός

Σκοπός της έρευνας είναι να μελετήσουμε: α) πως χρησιμοποιούνται και πως αλλάζουν τα φίλτρα και τα κρικοειδή κυκλώματα των αναισθησιολογικών μηχανημάτων, β) πως ελέγχονται και συντηρούνται τα αναισθησιολογικά μηχανήματα.

Υλικό και μέθοδοι

Μελετήθηκε ο τρόπος χρήσης, η συχνότητα αλλαγής φίλτρων και η συντήρηση αναισθησιολογικών μηχανημάτων σε 34 νοσοκομεία της χώρας μας. Συγκεντρώσαμε στοιχεία από κάθε αναισθησιολογικό τμήμα (είτε με επίσκεψη είτε με τηλεφωνική επαφή) σε ότι αφορά το σύνολο των χειρουργικών αιθουσών, των αναισθησιολογικών μηχανημάτων, την αποστείρωση του εσωτερικού φίλτρου (κασέτα) του αναπνευστήρα, την συχνότητα αλλαγής κυκλώματος και αλλαγής εξωτερικών φίλτρων.

Αποτελέσματα

Πραγματοποιούν τακτικά προγραμματισμένη αποστείρωση του εσωτερικού φίλτρου (κασέτα) του αναπνευστήρα σε 13 από τα 34 νοσοκομεία.

Αναλυτικά: Σε κάθε σηπτικό περιστατικό: 2 νοσοκομεία, κάθε 15μερο ή σηπτικό: 1 νοσοκομείο, κάθε μήνα ή σηπτικό: 2 νοσοκομεία, κάθε 3μηνο ή σηπτικό: 6 νοσοκομεία και κάθε 6μηνο ή σηπτικό: 2 νοσοκομεία.

Δεν πραγματοποιούν τακτικά αποστείρωση 21 από τα 34. Σε αυτά γίνεται ετησίως ανάλογα με το service του αναισθησιολογικού μηχανήματος.

Τοποθετούν εξωτερικό φίλτρο: ένα στο ασθενή μεταξύ του Υ-κομματιού του κυκλώματος και του τραχειοσωλήνα και το αλλάζουν στο τέλος της ημέρας ή μετά από 8 ώρες χρήση σε 1 από τα 34 νοσοκομεία.

Τοποθετούν φίλτρα ένα ή περισσότερα φίλτρα μεταξύ του αναπνευστήρα και του ασθενούς και τα αλλάζουν σε κάθε περιστατικό στα 33 από τα 34.

Από αυτά τα 33 τοποθετούν ένα φίλτρο σε 23 νοσοκομεία δύο φίλτρα (στον ασθενή & στην εκπνοή) σε 7 νοσοκομεία, ενώ υπάρχουν και 3 νοσοκομεία τα οποία τοποθετούν 3 φίλτρα (στον ασθενή, στην εκπνοή & εισπνοή).

Αλλαγή κρικοειδών κυκλωμάτων στο τέλος της ημέρας ή μετά από 8 ώρες χρήσης (πλην σηπτικού) πραγματοποιούν 24 από τα 34. Υπάρχουν 7 από τα 34 που τα αλλάζουν σε κάθε περιστατικό, ενώ υπάρχουν και 3 από τα 34 όπου η αλλαγή γίνεται δύο φορές την εβδομάδα.

Συμπεράσματα

Οι περισσότερες έρευνες ορίζουν ότι η χρήση των εξωτερικών φίλτρων χωρίς παράλληλη αλλαγή των κυκλωμάτων αναπνοής, μειώνει το ποσοστό λοιμώξεων στους ασθενείς που υποβάλλονται σε μηχανικό αερισμό.

Η ερευνά μας δείχνει ότι στον ελληνικό χώρο υπάρχει ανάγκη προδιαγραφών που να αφορούν την αποστείρωση των αναισθησιολογικών μηχανημάτων ή την χρήση εξωτερικών φίλτρων οι οποίες θα πρέπει να τηρούνται ανεξαιρέτως από όλα τα νοσοκομεία της χώρας. Τα προβλήματα που εμφανίζονται αποδίδονται στην έλλειψη τεχνικού με αποκλειστική απασχόληση στα χειρουργεία όπως προβλέπεται από τον νόμο.

Βιβλιογραφία

1. Fabbri LP., Lo Nostro A., Filoni M., Merciai V., Loru G., Boncinelli S., Comodo N. The use of hydrophobic PALL BB22-15MS filters in cross-infection prevention during anesthesia. *Minerva Anesthesiol.*1998 Oct;64(10):431-7
2. Martin R. Lessard, MD and Claude A. Trépanier Should we use breathing filters in anesthesia?/Devrions-nous utiliser des filtres respiratoires en anesthésie ? *Canadian Journal of Anesthesia* 49:115-120 (2002).

ΙΑ-2

ΑΓΧΟΣ ΚΑΙ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΕΛΛΗΝΑ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥ

Ε.Τριανταφυλλίδου, Κ.Μαντσόπουλος, Α.Ζωγράφου, Δημόπουλος Π.

Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Φλώρινας

Εισαγωγή

Αποτελεί κοινή αντίληψη το γεγονός ότι οι αναισθησιολόγοι υποβάλλονται καθημερινά σε όλο και μεγαλύτερο φόρτο εργασίας με συνέπεια έναν ιδιαίτερα αυξημένο βαθμό επαγγελματικού stress.

Υλικό-Μέθοδος

Με κριτήριο τα σχετικά δεδομένα από την ξένη βιβλιογραφία, προχωρήσαμε στην δημιουργία ενός ερωτηματολογίου που απευθύνονταν στους ιατρούς των αναισθησιολογικών τμημάτων όλων των νοσοκομείων της Ελλάδας. Πιο συγκεκριμένα, οι 270 ειδικευμένοι συνάδελφοι, που ανταποκριθήκαν στο ερωτηματολόγιο της εργασίας μας, χωρίστηκαν σε 3 ομάδες, με κριτήριο την ηλικία τους:

ΟΜΑΔΑ	ΗΛΙΚΙΑ ΙΑΤΡΩΝ (σε έτη)
A	30-40
B	40-50
Γ	50 κι άνω

Από την επεξεργασία των απαντήσεων, προέκυψαν τα εξής αποτελέσματα:

Αποτελέσματα

Πρόβλημα επικοινωνίας με τους συναδέλφους τους αντιμετωπίζουν το 56,6% του συνόλου (153/270) με υπερέχουσα την ομάδα A, ενώ το 48,14% (130/270) βιώνει το επαγγελματικό stress καθημερινά για μεγάλα χρονικά διαστήματα, σε αντίθεση με το 5% των συναδέλφων τους στο εξωτερικό. Το γεγονός αυτό οφείλεται κατά κύριο λόγο στην βαρύτητα των περιστατικών και στην ανάγκη να μην αναβάλλονται τα περιστατικά. 173 εκ των 270 αναισθησιολόγων (64,1%) υποστηρίζει ότι η αύξηση του παραγομένου έργου αποβαίνει εις βάρος της ασφαλείας του ασθενούς ποσοστό ανάλογο με την ηλικία του αναισθησιολόγου, ενώ η καθημερινή συνεργασία με τους χειρουργούς οδηγεί το 30,7% των αναισθησιολόγων (83/270) σε αποφυγή αναβολής των περιστατικών, ακόμη και όταν αυτό επιβάλλεται και συγκεκριμένα πιο συχνά στην ομάδα Γ. Ικανοποιημένοι με το επάγγελμά τους δηλώσαν το 40,7% (110/270) των ιατρών, ικανοποίηση που αποδίδεται στο ενδιαφέρον της ειδικότητας, ενώ το 27% των ιατρών εξέφρασε δυσαρέσκεια, η οποία οφείλεται στις χαμηλές αποδοχές και στην μη αναγνώριση του έργου του ιατρού της συγκεκριμένης ειδικότητας. Υπήρχε, σε μεγάλο ποσοστό, ταύτιση των απόψεων των συναδέλφων που εργάζονται σε νοσοκομεία τόσο των μεγάλων αστικών κέντρων και όσο και στην επαρχία.

Συμπέρασμα

Ο Έλληνας αναισθησιολόγος, αν και ικανοποιημένος με το επάγγελμά του, βιώνει καθημερινά και σε μεγαλύτερο βαθμό από αυτούς του εξωτερικού το επαγγελματικό stress ενώ η καθημερινή τριβή με τις άλλες ειδικότητες τον οδηγεί σε παράβλεψη μέρους αυτών που έχει διδαχθεί.

ΙΑ-3
ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΣΤΗ ΔΙΑΣΩΛΗΝΩΣΗ ΤΟΥ
ΤΡΑΧΗΛΟΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Α. Μούντριχα¹, Φ. Παγανά¹, Δ. Γιαννάτος¹, Β. Αρώνη², Π. Σετάκη², Ν. Ζώταλης¹, Ν. Μαρουδιάς¹

**¹ΩΡΑ Τμήμα και ²Αναισθησιολογικό Τμήμα, Κωνσταντοπούλειο Νοσοκομείο Ν. Ιωνίας
«Η Αγία Όλγα», Ν. Ιωνία**

Εισαγωγή- Σκοπός

Η στοματοτραχειακή και ρινοτραχειακή διασωλήνωση είναι οι βασικές μέθοδοι στη Γενική Αναισθησία των ασθενών με χειρουργικά προβλήματα κεφαλής και τραχήλου. Σκοπός της εργασίας είναι οι εναλλακτικές λύσεις της γενικής αναισθησίας (τραχειοστομία, διϋπογενείδια προσπέλαση) που μπορεί να εφαρμοστούν στις περιπτώσεις ασθενών με ευμεγέθεις όγκους, πολλαπλά τραύματα και δυσμορφίες της τραχηλοπροσωπικής χώρας, όπου η κλασική διασωλήνωση συναντά δυσχέρειες εφαρμογής της.

Υλικό- Μέθοδος

Την τελευταία 10ετία, σε είκοσι εννέα (29) ασθενείς με χειρουργικές παθήσεις τραχήλου- γνάθων- ρινικών οστών, του Τμήματος Ωτορινολαρυγγολογίας του Κωνσταντοπούλειου Νοσοκομείου Ν. Ιωνίας "Η Αγία Όλγα", εφαρμόστηκαν παραλλαγές των κλασικών μεθόδων διασωλήνωσης. Ειδικότερα, σε είκοσι πέντε (25) ασθενείς με ΚΕΚ και κατάγματα σπλαχνικού κρανίου (συντριπτικά κατάγματα γνάθων και ρινικών οστών) έγινε τραχειοστομία. Η διϋπογενείδια προσπέλαση (Altemir) εφαρμόστηκε σε τέσσερα (4) χρόνια περιστατικά γναθοπροσωπικής χειρουργικής, στα οποία δεν ήταν δυνατή η στοματοτραχειακή διασωλήνωση λόγω σύγκλισης- ακινητοποίησης των γνάθων, ενώ οι ρινικές χοάνες λόγω ανατομικών προβλημάτων και μεγάλης στένωσης δεν επέτρεπαν τη ρινοτραχειακή διασωλήνωση. Το ένα περιστατικό αφορούσε σε έντονη ρινογναθιαία υποπλασία με τέλεια αποπλάτυνση των ρινικών οστών. Οι άλλες τρεις περιπτώσεις αφορούσαν σε μετατραυματικές δυσμορφίες σπλαχνικού κρανίου: στις δύο από αυτές συνυπήρχε τέλεια απόφραξη των ρινικών διόδων συγγενούς αιτιολογίας, ενώ στον τρίτο ασθενή η ρινική απόφραξη ήταν απότοκος πολλαπλών καταγμάτων των ρινικών οστών. Στους ασθενείς στους οποίους εφαρμόστηκε η μέθοδος Altemir η αποσωλήνωση ήταν άμεση μετά το πέρας της επέμβασης.

Αποτελέσματα

Σε όλες τις περιπτώσεις που απαιτήθηκε η διενέργεια τραχειοστομίας ή η εφαρμογή της μεθόδου Altemir αντί της κλασικής διασωλήνωσης, επιτεύχθηκε ασφαλής εφαρμογή της γενικής αναισθησίας.

Συμπεράσματα

Σε ασθενείς με χειρουργικά προβλήματα κεφαλής και τραχήλου, όπου η κλασική διασωλήνωση είναι δύσκολο να εφαρμοστεί, οι εναλλακτικές μέθοδοι της τραχειοστομίας και της υπογενείδιας διασωλήνωσης επέτρεψαν την ασφαλή χορήγηση Γενικής Αναισθησίας με ικανοποιητικό λειτουργικό και αισθητικό αποτέλεσμα.

Βιβλιογραφία

1. Altemir F.H. The submental route for endotracheal intubation. J. Max- Fac. Surg. 14: 64- 65, 1986
2. Walfe Antony: Patient care and airway control during maxillofacial surgery. Clinics in Plastic Surgery. Vol. 9, No.4, pp.443- 44, Oct. 1982

ΙΑ-4

ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΨΥΧΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΚΑΙ ΜΕΣΗΛΙΚΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Γ. Ντόνας¹, Ι. Γκόλια², Μ. Φιλιππέσκου¹, Δ. Χρηβατάκης¹, Κ. Κίτσιος¹, Ε. Σφύρα¹

1. Αναισθησιολογικό τμήμα Γ.Ν.Ν. Χαλκιδικής 2. Γ' Τμήμα Οξέων, Ψ.Ν Θεσ/νίκης

Εισαγωγή - Σκοπός: Ψυχικές διαταραχές προϋπάρχουσες ή αντιδραστικές προς τη σωματική νόσο ή την αναμενόμενη χειρουργική επέμβαση παρατηρούνται και σε μη ψυχιατρικούς ασθενείς.¹ Η διαδικασία μιας χειρουργικής επέμβασης είναι ένα γεγονός που δημιουργεί άγχος στον ασθενή και πολλές βιβλιογραφικές αναφορές εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα άγχους σε ασθενείς, προεγχειρητικά.²

Η μελέτη μας έχει σκοπό α) να αναγνωρίσει και να συσχετίσει τους παράγοντες εκείνους που μπορεί να επιδεινώσουν την ψυχική κατάσταση μεσηλικών και υπερηλικών ασθενών, προεγχειρητικά και β) να συγκρίνει τις δύο ομάδες σε σχέση με τους παραπάνω παράγοντες.

Υλικό - Μέθοδος: Στη μελέτη περιλήφθηκαν 67 ασθενείς οι οποίοι απάντησαν με τη συγκατάθεσή τους στο ερωτηματολόγιο. Οι ασθενείς χωρίστηκαν, ανάλογα με την ηλικία, σε δύο ομάδες, Α και Β (Α > 65 ετών και Β 40 - 65 ετών)

Εκτιμήθηκαν το άγχος και η κατάθλιψη σε σχέση με τις εξής παραμέτρους: α) φύλο, β) παρουσία ή μη υποστηρικτικών συστημάτων [ΥπΣυ] (οικογένεια, παιδιά, θεσμοθετημένοι κοινωνικοί φορείς), γ) είδος αναισθησίας (γενική ή περιοχική) [ΕιδΑν}, δ) ύπαρξη ή μη εμπειρίας από άλλες επεμβάσεις [ΠρΕμπ], ε) επίγνωση ή μη της βαρύτητας της νόσου [ΕπΒαΝο] και ζ) ύπαρξη ή μη ενημέρωσης σχετικά με τη διαδικασία του χειρουργείου και της αναισθησίας [Ενημ].

Η εκτίμηση του προεγχειρητικού άγχους και της κατάθλιψης έγινε με την (αριθμητική) κλίμακα HADS (Hospital Anxiety-Depression Scale),² κατόπιν συνεντεύξεως.

Συγκρίθηκαν οι μέσοι όροι (ΜΟ) των τιμών του άγχους και της κατάθλιψης που παρατηρήθηκαν σε όλες τις παραπάνω παραμέτρους και η στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων έγινε με τη δοκιμασία Student-t test. Σημαντικό θεωρήθηκε το επίπεδο $p < 0.005$.

Αποτελέσματα: Η μέση ηλικία της ομάδας Α ήταν 78,8 και της ομάδας Β 56,3 έτη. Η κατανομή των ασθενών στις δύο ομάδες ως προς το πλήθος και το φύλο καθώς και τα αποτελέσματα των μέσων όρων άγχους και κατάθλιψης σε όλες τις παραμέτρους που εκτιμήθηκαν φαίνονται στον πίνακα που ακολουθεί:

	Ομάδες	α) Φύλο	β) ΥπΣυ		γ) Ειδ Αν		δ) Πρ Εμπ		ε) Επ ΒαΝο		ζ) Ενημ	
ΑΓΧΟΣ (ΜΟ)	A (n=32)	Γ=10,5	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΓΕΝ	ΠΕΡ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ	ΝΑΙ	ΟΧΙ
	Γ = 17	A=8,5	7,3	12,4	7,4	10,3	9,3	9,8	7,1	12,4	7,5	10
	A = 15	NS	p<0.05		NS		NS		p<0.05		NS	
	B (n=35)	Γ=8,5	8,5	12,1	9,5	7,5	8,8	9,6	7,4	12,9	7	11,1
	Γ = 18	A=9,6	p<0.05		NS		NS		p<0.05		NS	
	A = 17	NS	p<0.05		NS		NS		p<0.05		NS	
ΚΑΤΑΘΛΙΨΗ (ΜΟ)	A	Γ=8	5,5	11,5	5	8,2	8	7,5	5,3	11,3	4,2	8,2
		A=7,9	p<0.05		NS		NS		p<0.05		NS	
	B	Γ=4,9	5,8	8,8	6,8	5,5	7,8	5,8	5,8	9,3	4,9	7,5
		A=6,9	p<0.05		NS		NS		p<0.05		NS	
	NS	p<0.05		NS		NS		p<0.05		NS		

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματα της μελέτης μπορεί να υποστηριχθεί ότι οι κύριοι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την περιεγχειρητική ψυχική κατάσταση τόσο των μεσηλικών όσο και των υπερηλικών ασθενών, ελατώνοντας το άγχος και την κατάθλιψη, είναι το υποστηρικτικό σύστημα και η επίγνωση της νόσου.

Βιβλιογραφία:

1. Abiodun OA: A validity study of the hospital anxiety and depression scale in general hospital units and a community sample in Nigeria. BJ oh Psychiatry, 1994; 165: 669-72
2. Kureski J, Rocke AD, Teriq AQ: Perioperative Knowledge and anxiety score of patients undergoing surgery. Middle East J Anesthesiology 1995, 3: 325-33

ΙΑ-5

ΜΕΤΑΒΟΛΕΣ ΤΗΣ ΝΟΗΤΙΚΗΣ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΠΕΡΗΛΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕΤΑ ΑΠΟ ΠΕΡΙΟΧΙΚΗ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ ΣΕ ΟΡΘΟΠΑΙΔΙΚΕΣ ΕΠΕΜΒΑΣΕΙΣ

Μ. Φιλιππέσκου¹, Γ. Ντόνας¹, Ι. Γκόλια², Σ. Γουγουλιά¹, Γ. Μπαλέζντροβ¹, Ε. Σφύρα¹

1. Αναισθησιολογικό τμήμα Γ.Ν.Ν. Χαλκιδικής . 2. Γ΄ Τμήμα Οξέων, Ψ.Ν Θεσ/νίκης

Εισαγωγή - Σκοπός: Διαταραχές της νοητικής κατάστασης παρατηρούνται σε ένα στους πέντε υπερήλικες νοσηλευόμενους ασθενείς. Το ποσοστό εμφάνισης τέτοιων διαταραχών αυξάνεται σε ασθενείς με κατάγματα μηριαίου.¹

Σκοπός της παρούσης μελέτης είναι να διερευνηθούν οι μεταβολές της νοητικής κατάστασης κατά τη μετεγχειρητική περίοδο, σε υπερήλικες ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεγάλες ορθοπαιδικές επεμβάσεις στα κάτω άκρα, υπό περιοχική αναισθησία.

Υλικό - Μέθοδος: Στη μελέτη περιλήφθηκαν 58 ασθενείς 34 άνδρες και 24 γυναίκες, φυσικής κατάστασης ASA 2-3, που χειρουργήθηκαν για ορθοπαιδικές επεμβάσεις. Όλοι οι ασθενείς υποβλήθηκαν σε περιοχική αναισθησία (υπαραχνοειδή ή επισκληρίδια). Στους ασθενείς δόθηκε για προνάρκωση μιδαζολάμη από το στόμα σε δόση 100 μgr*kgΒΣ, μισή ώρα πριν από την επέμβαση. Αποκλείστηκαν της μελέτης ασθενείς με ψυχικές διαταραχές όπως και όσοι λάμβαναν αγχολυτικά και υπναγωγά φάρμακα. Επίσης, εξαιρέθηκαν όσοι εκδήλωσαν έντονη υπόταση, διαταραχές του ρυθμού και μεγάλη αιμορραγία διεγχειρητικά.

Οι ασθενείς απάντησαν με τη συγκατάθεσή τους, σε τυποποιημένες ερωτήσεις της «Σύντομης Εξέτασης της Νοητικής Κατάστασης» (Mini Mental State Examination ή MMSE)² την προηγούμενη της επέμβασης, όπως και την πρώτη, δεύτερη, τρίτη, τέταρτη και πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα. Η κάθε απάντηση βαθμολογούνταν με ένα βαθμό. Σύμφωνα με τη συνολική βαθμολογία (μέγιστο=30) οι ασθενείς χαρακτηρίζονταν ως; Α) μη έχοντες γνωστική διαταραχή (28-30), Β) με ένδειξη γνωστικής διαταραχής που χρήζει περαιτέρω διερεύνησης (24-27) και Γ) ελαφρά ανοϊκό (20-24).

Καταγράφονταν: το άθροισμα από τις σωστές απαντήσεις (πίνακας 1: προεγχ, 1^η, 2^η, 3^η, 4^η, 5^η), η ηλικία, το φύλο και το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, η χρήση καπνού και αλκοόλ, η ύπαρξη αναπνευστικής, καρδιακής ή μεταβολικής νόσου, η διεγχειρητική χορήγηση προποφόλης, η διάρκεια αναισθησίας και νοσηλείας όπως επίσης και η τυχόν εκδήλωση επεισοδίου διέγερσης ή άλλης ψυχικής διαταραχής και η φαρμακευτική αντιμετώπισή τους (πίνακας 2).

Η στατιστική ανάλυση των μεταβολών της MMSE κλίμακας έγινε με τη δοκιμασία Student t-test κατά ζεύγη. Σημαντικό θεωρήθηκε το επίπεδο p<0.001.

Αποτελέσματα: Τα αποτελέσματα της μελέτης φαίνονται στους πίνακες που παρατίθενται:

Πίνακας 1:					
προεγχ	1 ^η μτχ	2 ^η μτχ	3 ^η μτχ	4 ^η μτχ	5 ^η μτχ
26,60	25,37	24,89	25,23	25,30	25,33
	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001	p<0.001

Πίνακας 2:									
Ηλικία	Φύλο	Εκπαίδευση	Καπνός	Συννοδός νόσος	Προποφ	Διάρκεια (λεπτά)	Παραλήρημα	Ανησυχία	
73,7 έτη	Α=32 Γ=24	Βασική	28	Καρδ/πάθεια	34	ΝΑΙ=15 ΟΧΙ=41	Αναισθ/ίας=86,7 Νοσηλείας=17,8	4	9 (16,1%)
		Μέση	2	Αλκοόλ	27	Φάρμακα			
		Ανώτατη	3	7	Μεταβολ/κή			26	

Συμπεράσματα: Από τα αποτελέσματα της μελέτης προκύπτει μια στατιστικά σημαντική ελάττωση της νοητικής κατάστασης των ασθενών κατά την άμεση μετεγχειρητική περίοδο. Η μεταβολή όμως αυτή στερείται ιδιαίτερης κλινικής σημασίας, δεδομένου ότι κυμαίνεται μέσα στα όρια της ένδειξης γνωστικής διαταραχής (διαβάθμιση Β).

Βιβλιογραφία:

1. KyziridisTh: Post-operative delirium after hip fracture treatment: a review of the current literature Postoperatives Delir nach Hüftfraktur-Behandlung: eine Übersicht der aktuellen Literatur. GMS Psychosoc Med 2006;3:Doc01
2. Folstein MF, Folstein FE, McHugh PR: Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients fort he clinitian. J Psychiatr Res, vol 12, pp189-98, 1975

ΙΑ-6
ΜΕΛΕΤΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΚΑΤΑΘΛΙΠΤΙΚΗΣ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Π. Δάρας*, **Ε. Χρονά***, **Σ. Παπαναστασίου***, **Α. Τσελεμπής****, **Ν. Τίτλερ***, **Γ. Μουσσάς****, **Α. Παλγιμέζη***

***Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Νίκαιας – Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων», Νίκαια**

****Ψυχιατρική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία», Αθήνα**

Σκοπός

Η επίπτωση των καταθλιπτικών επεισοδίων στον ελληνικό πληθυσμό κυμαίνεται σύμφωνα με έρευνες από 5,4% έως και 7,4%¹. Σκοπός της μελέτης αυτής είναι η διερεύνηση της εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας προεγχειρητικά, σε ασθενείς οι οποίοι επρόκειτο να υποβληθούν σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση και η διαπίστωση του κατά πόσον ο προγραμματισμός ενός χειρουργείου αποτελεί έναν επιβαρυντικό παράγοντα συναισθηματικής αστάθειας.

Υλικό και Μέθοδος

Στη μελέτη συμμετείχαν 64 ασθενείς ASA I-III οι οποίοι επρόκειτο να υποβληθούν σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση χαμηλής, μέτριας ή υψηλής βαύτητας και οι οποίοι 24 ώρες πριν από τη χειρουργική επέμβαση συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο BDI (Beck Depression Inventory)². Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε με προσωπική συνέντευξη και επίσης καταγράφηκαν η ηλικία των ασθενών, το φύλο τους καθώς και το ιστορικό προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων. Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων έγινε με χρήση των μεθόδων Student's t-test, χ^2 , ANOVA και Pearson Correlation με $p < 0,05$ να θεωρείται στατιστικά σημαντικό. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σαν μέσες τιμές \pm σταθερή απόκλιση (Mean \pm SD).

Αποτελέσματα

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν $46,12 \pm 10,12$ έτη. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο (t-test, $p < 0,05$), μεταξύ ανδρών ($46,79 \pm 9,6$ έτη) και γυναικών ($45,52 \pm 10,8$ έτη). Επίσης δεν διέφεραν αριθμητικά οι ασθενείς με ιστορικό προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης ως προς το φύλο (χ^2 , $p > 0,05$). Ο μέσος όρος στο BDI ήταν $8,71 \pm 7,45$ ενώ ένα ποσοστό 24% των ασθενών εμφάνιζε στοιχεία καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Η βαρύτητα της επέμβασης στην οποία υποβλήθηκαν οι ασθενείς καθώς και η κατηγορία ASA στην οποία βρίσκονταν δεν φάνηκε να επηρεάζουν την τιμή του BDI (ANOVA, $p > 0,05$). Αντίθετα, οι ασθενείς οι οποίοι είχαν υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση στο παρελθόν εμφάνισαν υψηλότερες τιμές BDI ($11,4$ έναντι $4,01$, t-test, $p < 0,05$). Ο γυναικείος πληθυσμός παρουσίασε επίσης υψηλότερες τιμές BDI σε σχέση με τον ανδρικό σε επίπεδο στατιστικά σημαντικό ($11,1$ έναντι $6,01$, t-test, $p < 0,05$). Η ηλικία δεν φάνηκε να παρουσιάζει συσχέτιση με την καταθλιπτική συμπτωματολογία (Pearson Correlation, $p > 0,05$).

Συμπεράσματα

Κατά την προεγχειρητική περίοδο πριν από προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις, αυξάνεται σημαντικά η συχνότητα εμφάνισης καταθλιπτικής συμπτωματολογίας. Πιο ευάλωτος εμφανίζεται να είναι ο γυναικείος πληθυσμός καθώς και ασθενείς με ιστορικό προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων.

Βιβλιογραφία

1. Mavreas VG., Beis A., Mouyias A., Rigoni F., Lyketsos GC., Prevalence of Psychiatric Disorders in Athens, Soc Psychiatry 1986;21:172-181
2. Beck A.T. & Steer R.A., (1987) Manual for the Revised Beck Depression Inventory, San Antonio TX, Psychological Corporation

**ΜΕΛΕΤΗ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΑΓΧΩΔΟΥΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ ΣΕ
ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΟΙ ΟΠΟΙΟΙ ΥΠΟΒΑΛΛΟΝΤΑΙ ΣΕ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΗ
ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ**

Π. Δάρας*, Ε. Χρονά*, Σ. Παπαναστασίου*, Δ. Μπρατής, Μ. Κορρέ*, Γ. Μουσσάς**,
Α. Παλγυμέζη***

***Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Ν. Νίκαιας – Πειραιά «Αγ. Παντελεήμων», Νίκαια**

****Ψυχιατρική Κλινική, Γ.Ν.Ν.Θ.Α «Η Σωτηρία», Αθήνα**

Σκοπός

Η αγχώδης διαταραχή εμφανίζεται να είναι η συχνότερη ψυχιατρική διάγνωση στον ελληνικό πληθυσμό με τη συχνότητά της να αγγίζει σύμφωνα με μελέτες το 8%¹. Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να διερευνήσει την ανάπτυξη αγχώδους συμπτωματολογίας προεγχειρητικά σε ασθενείς οι οποίοι επρόκειτο να υποβληθούν σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση να τη συσχετίσει με τα ποσοστά που αφορούν το γενικό πληθυσμό και να διαπιστώσει κατά πόσον ο προγραμματισμός μιας χειρουργικής επέμβασης λειτουργεί σαν ένας επιβαρυντικός παράγοντας για την ανάπτυξη αγχώδους συμπτωματολογίας προεγχειρητικά.

Υλικό και Μέθοδος

Μελετήθηκαν συνολικά 64 ασθενείς ASA I-III οι οποίοι επρόκειτο να υποβληθούν σε προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση χαμηλής, μέτριας ή υψηλής βαύτητας και οι οποίοι 24 ώρες πριν από τη χειρουργική επέμβαση συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο Spielberger State – Trait Anxiety Questionnaire². Το ερωτηματολόγιο αυτό διαφοροποιεί την αγχώδη συμπτωματολογία η οποία προκαλείται από καταστάσεις (State) από το άγχος σαν χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου (Trait). Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε με προσωπική συνέντευξη και επίσης καταγράφηκαν η ηλικία των ασθενών, το φύλο τους καθώς και το ιστορικό προηγούμενων χειρουργικών επεμβάσεων. Η στατιστική ανάλυση των στοιχείων έγινε με χρήση των μεθόδων Student's t-test, χ^2 , ANOVA και Pearson Correlation με $p < 0,05$ να θεωρείται στατιστικά σημαντικό. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται σαν μέσες τιμές \pm σταθερή απόκλιση (Mean \pm SD).

Αποτελέσματα

Η μέση ηλικία του δείγματος ήταν $46,12 \pm 10,12$ έτη. Δεν υπήρχε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το φύλο (t-test, $p < 0,05$). Επίσης δεν διέφεραν αριθμητικά ως προς το φύλο οι ασθενείς με ιστορικό προηγούμενης χειρουργικής επέμβασης (χ^2 , $p > 0,05$). Ο μέσος όρος στο State Anxiety Score ήταν $41,53 \pm 14,35$ και ο μέσος όρος στο Trait Anxiety Score ήταν $39,97 \pm 10,71$. Ο μέσος όρος του συνολικού Anxiety Score ήταν $81,5 \pm 22,54$ με ένα ποσοστό 24% του συνόλου των ασθενών να παρουσιάζει παθολογικές τιμές. Η βαρύτητα της χειρουργικής επέμβασης καθώς και η κατηγορία ASA στην οποία βρίσκονταν δεν φάνηκε να επηρεάζουν την τιμή των Anxiety Scores (ANOVA, $p > 0,05$). Ο γυναικείος πληθυσμός εμφάνισε υψηλότερες τιμές στο State Anxiety Score από τον ανδρικό ($47,45$ έναντι $34,94$, t-test, $p < 0,05$). Η ηλικία δείχνει να μην συσχετίζεται με την εμφάνιση αγχώδους συμπτωματολογίας (Pearson Correlation, $p > 0,05$). Ισχυρή θετική συσχέτιση εμφανίστηκε μεταξύ των παθολογικών State και Trait Anxiety Scores (Pearson Correlation, $p < 0,01$).

Συμπεράσματα

Η εμφάνιση αγχώδους διαταραχής που προκαλείται από καταστάσεις είναι συχνή μεταξύ των ασθενών κατά την προεγχειρητική περίοδο πριν από προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις. Πιο ευάλωτος εμφανίζεται να είναι ο γυναικείος πληθυσμός. Φαίνεται ότι η προεγχειρητική προσέγγιση των ασθενών πρέπει να λαμβάνει υπόψη και αυτόν τον παράγοντα.

Βιβλιογραφία

1. Mavreas VG., Beis A., Mouyias A., Rigoni F., Lyketsos GC., Prevalence of Psychiatric Disorders in Athens, Soc Psychiatry 1986;21:172-181
2. Spielberger GD., Gorush RL., Lushene RE (1970), The State – Trait Anxiety Inventory, Palo Alto CA, Consulting Psychologists Press

ΙΑ-8

ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΑΣΘΕΝΗ ΜΕ ΚΙΡΡΩΣΗ ΗΠΑΤΟΣ ΚΑΙ ΑΙΜΟΦΙΛΙΑ Α ΠΟΥ ΥΠΟΒΛΗΘΗΚΕ ΣΕ ΟΡΘΟΤΟΠΙΚΗ ΜΕΤΑΜΟΣΧΕΥΣΗ ΗΠΑΤΟΣ.

¹ Παπαγεωργίου Χ., ¹ Αναγνωστάρα Ε., ² Τακουδας Δ., ² Παπανικολάου Β., ¹ Σδράνη Β.

¹ Α' Αναισθησιολογικό Τμήμα, ² Πανεπιστημιακή Κλινική Μεταμοσχεύσεων, Γ.Π.Ν.Θ. Ιπποκράτειο.

Σκοπός της μελέτης είναι να αναλύσουμε τις ιδιαιτερότητες που αντιμετωπίσαμε κατά τη χορήγηση αναισθησίας σε ασθενή με κίρρωση τελικού σταδίου και αιμοφιλία Α που υποβλήθηκε σε ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος (Μ.Η.)

Περιγραφή περιστατικού. Ενήλικας άντρας 56 ετών με ιστορικό κίρρωσης ήπατος λόγω ηπατίτιδας C από 10ετίας. Πρωτοπαθές ηπατοκυτταρικό Ca ήπατος από 2ετίας χειρουργηθέν με αριστερή ηπατεκτομή και στη συνέχεια χημειοβολισμός του ήπατος. Ιστορικό αιμοφιλίας Α με επίπεδα παράγοντα VIII 7%. Χωρίς ασκίτη, εγκεφαλοπάθεια ή πυλαία υπέρταση. Καλή συστατικότητα μυοκαρδίου, κλάσμα εξώθησης=80%. Προετοιμασία προ χειρουργείου με παράγοντα VIII 1000U 12 ώρες και 1 ώρα πριν την έναρξη της επέμβασης. Προεγχειρητικός εργαστηριακός έλεγχος :

Hb: 11,1 gr/dl, PLT: 78000, PT: 12/10sec, PTT: 39/32sec, INR: 0,88, FVIII: 84%, SGOT: 25mg/dl, SGPT: 16mg/dl, Glucose: 109mg/dl.

Αναισθησιολογική αντιμετώπιση. Εισαγωγή στην αναισθησία με φεντανύλη (5γ/kg), προποφόλη (3mg/kg), cis-ατρακούριο (0,15mg/kg). Διατήρηση αναισθησίας με φεντανύλη (3γ/kg/h), cis-ατρακούριο (2γ/kg/min), σεβοφλουράνιο 1%-2%. Κατά την έναρξη του χειρουργείου έλαβε 1000U F VIII και στη συνέχεια στάγδην 400 U/h. Γινόταν αναπροσαρμογή της δόσης του παράγοντα ανάλογα με τα επίπεδα του που μετρούνταν ανά ώρα. Ο ασθενής τέθηκε σε μηχανικό αερισμό με μείγμα O₂/αέρα με FiO₂: 0,4. Διεγχειρητικό monitoring: άμεση μέτρηση Α.Π., ΗΚΓ, Κ.Φ.Π., SpO₂, EtCO₂, CO, SvO₂. Κατά τη διάρκεια του χειρουργείου ο ασθενής διατηρήθηκε αιμοδυναμικά σταθερός ενώ μετά την επαναιμάτωση απαιτήθηκε η χρήση αγγειοσυσπαστικού (νοραδρεναλίνη) ~ 0,03 -0,04 γ/kg/min. Διατήρηση αιμοσφαιρίνης μεταξύ 8,5-9,5gr/dl. Όγκος χορηγούμενων υγρών : N/S: 5800ml, RBC: 10 U, FFP: 21 U, PLT: 10 U, Cryo: 16 U. Καλή διούρηση (~ 2ml/kg/h) με χορήγηση μαννιτόλης 20% (2ml/kg). CaCl₂ χορηγούνταν ανάλογα με τον εργαστηριακό έλεγχο. Οι διεγχειρητικές μεταβολές του πηκτικού μηχανισμού και της οξεοβασικής ισορροπίας ήταν:

	Έναρξη	Ανηπατική φάση	Επαναιμάτωση πυλαίας φλέβας	Επαναιμάτωση ηπατ. αρτηρίας	Τέλος επέμβασης
Hb(gr/dl)	11,1	9,2	8,9	9,1	8,8
PLT	78000	74000	59000	53000	49000
PT(sec)	12/10	12/11	17/11	18/11	16,6/11
PTT(sec)	39/32	64/38	85/38	68/38	57,3/38
INR	0,88	1,03	1,42	1,45	1,38
F VIII(%)	84	71	67	87	71
pH	7,4	7,24	7,19	7,28	7,31
HCO ₃ -(mmol/l)	21,3	16,9	15,1	17,4	18,3

Χειρουργική τεχνική : piggyback. Χρόνος χειρουργείου 7h 30min. Μεταφορά στην Μ.Ε.Θ. Συνέχιση χορήγησης F VIII στάγδην, μετάγγιση 3U RBC και 5U FFP. Αποσωλήνωση μετά 16h και ελάττωση δόσης παράγοντα. Πηκτικός μηχανισμός: PT: 18/11. PTT: 45/38, INR: 1,68, F VIII: 127%. Αιμοδυναμικά σταθερός, καλό επίπεδο συνείδησης, καλή λειτουργία μοσχεύματος. Την 4η μετεγχειρητική μέρα παρουσιάζει εμπύρετο με πτώση του επιπέδου συνείδησης. Διασωλήνωση, μεταφορά στην Μ.Ε.Θ. Εμπύρετο έως 39°C, πιθανή πρωτοπαθής δυσλειτουργία μοσχεύματος, αιμοδυναμική αστάθεια, ολιγο-ανουρία. Σηπτικό Shock με αποτέλεσμα κατάληξη ασθενούς την 8η μετεγχειρητική μέρα.

Συμπεράσματα. Η καλή λειτουργία του μοσχεύματος καθορίζεται και από την αύξηση των επιπέδων του παράγοντα VIII χωρίς εξωγενή χορήγηση. Ο ασθενής παρουσίασε καλή λειτουργία του μοσχεύματος τις πρώτες 3 ημέρες μετά τη Μ.Η. που εκδηλώθηκε και με σημαντική ελάττωση των αναγκών σε παράγοντα VIII και φυσιολογικό πηκτικό μηχανισμό. Στη συνέχεια όμως λόγω σηπτικού shock επιδεινώθηκε η λειτουργία του μοσχεύματος, εκδηλώθηκε σημαντική διαταραχή πήξης και πολυοργανική ανεπάρκεια και ο ασθενής κατέληξε.

Βιβλιογραφία: 1. Living donor liver transplantation for hepatitis C related hepatocellular carcinoma in a hemophilia patient. Au WY et al. Haemophilia 2005 Jul; 11(4): 405-7

2. Liver transplantation in hemophilia. Wilde J et al. Br J Haematol 2002 Jun; 117(4): 952-6.

ΙΑ-9

ΑΝΑΓΚΕΣ ΚΑΙ ΠΡΟΣΔΟΚΙΕΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΠΡΟΟΠΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΕΠΙΣΚΕΨΗΣ ΤΟΥ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥ ΑΠΟ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΚΑΙ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟΥΣ

Β. Φυντανίδου, Ζ. Αρβανιτάκη, Δ. Ζηλιανάκη, Β. Τσάπραλη, Χ. Νικολαΐδης, Α. Λαζαρίδου

Α΄ Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Π.Ν.Θεσσαλονίκης “Γ. Παπανικολάου”

Σκοπός

Η εκτίμηση των γνώσεων, προσδοκιών, αναγκών και απαιτήσεων των ασθενών σε σχέση με την προεγχειρητική επίσκεψη του αναισθησιολόγου και τη χορηγούμενη αναισθησία.

Υλικό – Μέθοδος

Προοπτική μελέτη σε 560 χειρουργικούς ασθενείς - 270 άνδρες με μέση ηλικία 54,98±17,85 έτη και 290 γυναίκες με μέση ηλικία 54,71±17,46 έτη - που αντιμετωπίστηκαν στο Νοσοκομείο μας κατά τη διάρκεια του 2005, οι οποίοι κλήθηκαν να απαντήσουν, πριν από την προεγχειρητική επίσκεψη του αναισθησιολόγου, σε ερωτηματολόγιο που αποτελούνταν από 43 ερωτήσεις ταξινομημένες σε 5 θεματικές ενότητες (Προεγχειρητική συναισθηματική κατάσταση / Ενημέρωση και γνώσεις για την αναισθησία και το ρόλο του αναισθησιολόγου / Προσδοκίες από την προεγχειρητική επίσκεψη του αναισθησιολόγου / Εξηγήσεις και διευκρινίσεις για την πορεία της αναισθησίας / Εξηγήσεις και διευκρινίσεις για τους κινδύνους και τις επιπλοκές της αναισθησίας). Οι απαντήσεις (ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ / ΝΑΙ / ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ / ΟΧΙ) αξιολογήθηκαν σε σχέση με το φύλο, την ηλικία, την κατάσταση κατά ASA και το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών, καθώς και με το είδος της χορηγούμενης αναισθησίας (Πίν. 1). Ταυτόχρονα, στο ερωτηματολόγιο απάντησαν και 17 αναισθησιολόγοι του τμήματός μας - 8 άνδρες και 9 γυναίκες - με σκοπό να εκτιμήσουν τις απαντήσεις των ασθενών. Στη συνέχεια οι απαντήσεις των ομάδων συγκρίθηκαν μεταξύ τους. Για τη στατιστική επεξεργασία χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές μέθοδοι Kruskal - Wallis και Mann Whitney U Tests.

Πίν. 1: Παράμετροι ασθενών.

		N	%			N	%			N	%
Φύλο	Άνδρες	270	48,2	ASA	I	40	7,1	Εκπαίδευση	Βασική	320	57,2
	Γυναίκες	290	51,8		II	370	66,1		Μέση	190	33,9
Ηλικία	<60 ετών	290	51,8		III	130	23,2		Ανώτερη	50	8,9
	>60 ετών	270	48,2		IV	20	3,6	Είδος αναισθησίας	Γενική	480	85,7
									Περιοχική	80	14,3

Αποτελέσματα

Στατιστικά σημαντικές διαφορές ($p < 0,05$) μεταξύ των απαντήσεων που έδωσαν οι ασθενείς στις διάφορες υποενότητες του ερωτηματολογίου διαπιστώθηκαν σε σχέση με τις ακόλουθες παραμέτρους:

1^ο: Ηλικία: Οι μεγαλύτερης ηλικίας ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο αγχωμένοι ($z = -2,755$, $p = 0,006$) και λιγότερο ενημερωμένοι ($z = -3,546$, $p = 0,000$) σε σχέση με τους μικρότερης. Σημαντικές ήταν και οι διαφορές σε σχέση με τις ερωτήσεις της υποομάδας για τις προσδοκίες από την προεγχειρητική επίσκεψη του αναισθησιολόγου ($z = -2,632$, $p = 0,008$).

2^ο: Επίπεδο εκπαίδευσης: Σε γενικές γραμμές οι λιγότερο μορφωμένοι ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο αγχωμένοι και λιγότερο ενημερωμένοι. Αναλυτικά, στατιστικά σημαντικές διαφορές παρατηρήθηκαν αφενός μεν μεταξύ βασικού και μέσου επιπέδου (stress: $z = -4,153$, $p = 0,000$ / information: $z = -2,923$, $p = 0,003$), αφετέρου δε μεταξύ βασικού και ανώτερου επιπέδου (stress: $z = -3,243$, $p = 0,001$ / information: $z = -6,405$, $p = 0,000$), όχι όμως μεταξύ μέσου και υψηλού.

3^ο: Είδος αναισθησίας: Ασθενείς που υποβάλλονται σε γενική αναισθησία εμφανίζονται περισσότερο αγχωμένοι ($z = -3,709$, $p = 0,000$).

Αναφορικά με την κατηγορία ASA, διαφορές διαπιστώθηκαν μόνο μεταξύ των ASA II και III ασθενών και μόνο σε σχέση με τις ερωτήσεις της υποομάδας για τις εξηγήσεις και διευκρινίσεις για την πορεία της αναισθησίας ($z = -2,354$, $p = 0,019$).

Από τη σύγκριση των απαντήσεων ασθενών και αναισθησιολόγων, στατιστικά σημαντικές διαφορές διαπιστώθηκαν σε σχέση με τις εξής υποενότητες του ερωτηματολογίου:

1^ο: Προεγχειρητική συναισθηματική κατάσταση ($z = -4,536$, $p = 0,000$).

2^ο: Ενημέρωση και γνώσεις ($z = -3,807$, $p = 0,000$).

3^ο: Εξηγήσεις και διευκρινίσεις για την πορεία της αναισθησίας ($z = -2,694$, $p = 0,007$).

Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της μελέτης καταδεικνύουν τη δραστική ανάγκη βελτίωσης της ποιότητας της προεγχειρητικής επίσκεψης του αναισθησιολόγου. Η συζήτηση και αναγνώριση των φόβων, αναγκών, επιθυμιών ή και απαιτήσεων του ασθενούς - που πολλές φορές δεν αναγνωρίζονται σωστά από τον αναισθησιολόγο, λαμβανομένων υπόψη παραγόντων όπως η ηλικία και το μορφωτικό τους επίπεδο, αλλά και το είδος της χορηγούμενης αναισθησίας, θα συμβάλλουν σημαντικά στην ποιοτική αναβάθμιση της περιεγχειρητικής φροντίδας του ασθενούς από τον αναισθησιολόγο.

Βιβλιογραφία

1. Snyder-Ramos SA et al. Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der Qualität der Narkoseaufklärung. Anaesthesist 2003; 52: 818-829.

ΙΑ-10

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ ΤΟΠΟΘΕΤΗΣΗΣ ΚΕΝΤΡΙΚΩΝ ΦΛΕΒΙΚΩΝ ΚΑΘΗΤΗΡΩΝ ΣΕ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΜΕ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΕΣ ΚΑΚΟΗΘΕΙΕΣ: Η ΕΜΠΕΙΡΙΑ ΜΙΑΣ 5ΕΤΙΑΣ (2001 – 2005)

Β. Φυντανίδου, Θ. Χατζόπουλος, Β. Τσάπραλη, Δ. Ζηλιανάκη, Ζ. Αρβανιτάκη, Π. Ιωάννου, Γ. Γεωργιάδης

Β΄ Αναισθησιολογικό Τμήμα, Γ.Π.Ν.Θεσσαλονίκης “Γ. Παπανικολάου”

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ανάγκη εντατικής θεραπείας των ασθενών με αιματολογικές κακοήθειες επιβάλλει τη συχνή χρήση και μακροχρόνια παραμονή κεντρικών φλεβικών καθετήρων [Central Venous Catheters (CVCs)]. Η τοποθέτηση και παρουσία τους όμως συνοδεύεται από επιπλοκές, δυνητικά επικίνδυνες. Η πλειοψηφία των απειλητικών για τη ζωή επιπλοκών επισυμβαίνουν κατά την προσπάθεια εισαγωγής τους.

ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Κατά τη διάρκεια της 5ετίας 2001-2005 τοποθετήθηκαν από τους ιατρούς του τμήματός μας 479 CVCs σε 432 ασθενείς – 230 άνδρες και 202 γυναίκες, με αιματολογικές κακοήθειες [Οξεία μυελογενής λευχαιμία 136 (28,4%) / Οξεία λεμφογενής λευχαιμία 34 (7,1%) / Χρόνια μυελογενής λευχαιμία 20 (4,2%) / Χρόνια λεμφογενής λευχαιμία 5 (1,0%) / Hodgkin's λέμφωμα 83 (17,3%) / Non- Hodgkin's λέμφωμα 125 (26,1%) / Μυελοδυσπλαστικό σύνδρομο 8 (1,7%) / Πολλαπλούν μυέλωμα 35 (7,3%) / Διάφορα 33 (6,9%)].

Στις ενδείξεις τοποθέτησης CVCs περιλαμβάνονταν η ανάγκη χορήγησης χημειοθεραπείας, υγρών και παραγώγων του αίματος, διαλυμάτων παρεντερικής διατροφής και αντιβιοτικών ή άλλων φαρμάκων, η συχνή λήψη δειγμάτων αίματος για monitoring therapy και καλλιέργειες, η συλλογή και μεταμόσχευση PBSC (Peripheral blood stem cells) και η μεταμόσχευση μυελού των οστών.

Σε όλες τις περιπτώσεις η εισαγωγή των CVCs γίνονταν στο χειρουργείο με τεχνική Sheldiger, σε συνθήκες αυστηρής ασηψίας και υπό τοπική αναισθησία, ακολουθούμενη από ακτινογραφία θώρακα για έλεγχο της θέσης του περιφερικού άκρου του καθετήρα και αποκλεισμό της πιθανότητας πνευμοθώρακα. Σε ασθενείς με $PLT < 45 \times 10^9/L$ προηγούνταν μετάγγιση αιμοπεταλίων. Καταγράφηκαν ο τύπος του CVC, η θέση εισαγωγής του, η θέση του περιφερικού του άκρου στην ακτινογραφία ελέγχου, οι επιπλοκές τοποθέτησης και η αντιμετώπισή τους.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τοποθετήθηκαν 5 (1,0%) μονόαιλοι, 139 (29,1%) δίαυλοι, 37 (7,7%) τρίαυλοι και 298 (62,2%) δίαυλοι καθετήρες αιμοκάθαρσης. Με υποκλείδια προσπέλαση τοποθετήθηκαν 167 (34,9%) – 106 στη δεξιά και 61 στην αριστερή (3 μονόαιλοι, 54 δίαυλοι, 13 τρίαυλοι και 97 δίαυλοι καθετήρες αιμοκάθαρσης) ενώ δια της έσω σφαγίτιδας 312 (65,1%) – 275 στη δεξιά και 73 στην αριστερή (2 μονόαιλοι, 85 δίαυλοι, 24 τρίαυλοι και 201 δίαυλοι καθετήρες αιμοκάθαρσης).

Στην ακτινογραφία ελέγχου, το περιφερικό άκρο του καθετήρα βρίσκονταν στη συντριπτική πλειοψηφία των περιπτώσεων στην επιθυμητή θέση – άνω κοίλη φλέβα, συμβολή άνω κοίλης φλέβας και δεξιού κόλπου. Σε κακή θέση βρίσκονταν σε 12 περιπτώσεις (2,5%). Συγκεκριμένα, σε 4 περιπτώσεις ο καθετήρας βρισκόταν στην αντίπλευρη υποκλείδιο (3 μετά υποκλείδιο και 1 μετά εισαγωγή δια της έσω σφαγίτιδας), σε 4 στη σύστοιχη και σε 2 στην αντίπλευρη έσω σφαγίτιδα μετά υποκλείδιο προσπέλαση, ενώ σε 2 περιπτώσεις περιελλίσονταν εντός της υποκλείδιου φλέβας. Η αλλαγή θέσης του ασθενούς με κλίση του κρεβατιού ή στροφή της κεφαλής ήταν σε όλες τις περιπτώσεις αρκετή για την αναθεώρηση του καθετήρα.

Παρατηρήθηκαν αδυναμία τοποθέτησης του καθετήρα σε 3, τοποθέτηση του καθετήρα εντός της υποκλείδιου αρτηρίας σε 1 (0,2%), τρώση της καρωτίδας σε 6 (1,3%), αιμάτωμα στη θέση εισαγωγής σε 23 (4,8%), πνευμοθώρακας σε 7 (1,5%) και μαζικός αιμοθώρακας σε 1 (0,2%) περίπτωση. Στις 5/6 περιπτώσεις τρώσης της καρωτίδας, οι συνέπειες περιορίστηκαν στη δημιουργία αιματώματος ελάσσονος σημασίας και ακολούθησαν η αλλαγή θέσης κεντρικής φλεβικής προσπέλασης σε 3, η τοποθέτηση του καθετήρα από περιφερική φλέβα σε 1 και η προσωρινή εγκατάλειψη της προσπάθειας σε 1. Σε 1 ασθενή μετά από τρώση της καρωτίδας κατά την προσπάθεια προσπέλασης της έσω σφαγίτιδας ακολούθησαν πολλαπλές προσπάθειες προσπέλασης της υποκλείδιου φλέβας με ατυχές αποτέλεσμα την εγκατάσταση αιμοθώρακα για την αντιμετώπιση του οποίου απαιτήθηκαν αρχικά κλειστή παροχέτευση του ημιθωρακίου και στη συνέχεια θωρακοτομή λόγω μαζικής αιμορραγίας. Από τις 7 περιπτώσεις πνευμοθώρακα, οι 4 ήταν χωρίς κλινική σημασία, ενώ 3 απαίτησαν την τοποθέτηση κλειστής παροχέτευσης.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η χρήση των CVCs σε ασθενείς με αιματολογικές κακοήθειες είναι σε γενικές γραμμές ασφαλής, πρέπει όμως να λαμβάνονται υπόψη αφενός μεν η ανάγκη τήρησης αυστηρών κανόνων ασηψίας κατά την εισαγωγή τους, αφετέρου δε οι ιδιαιτερότητες των αιματολογικών ασθενών – συνήθως ουδετεροπενικοί ή θρομβοπενικοί. Τα ποσοστά των επιπλοκών που σχετίζονται με την τοποθέτησή τους είναι αποδεκτά. Ιδιαίτερη προσοχή απαιτείται για τη διάγνωση και αντιμετώπιση των αιμορραγικών επιπλοκών, που είναι οι συχνότερες. Η σχολαστική προσήλωση στο πρωτόκολλο εισαγωγής και η ικανή εμπειρία των ενεργούντων αποτελούν τα σημαντικότερα στοιχεία αποφυγής δυνητικά επικίνδυνων επιπλοκών