



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ**

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ ΜΕ ΘΕΜΑ:

“Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις μετεγχειρητικές δυσχέρειες και στις μετεγχειρητικές επιπλοκές.”

Ονοματεπώνυμο φοιτήτριας: Μαγδαληνή Θεωρή Α.Μ: 672/ 17968

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Κα Θεοδώρα Μπακάρα- Νίκου, Λέκτορας.

ΙΩΑΝΝΙΝΑ 2020

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ:

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των σπουδών μου στο τμήμα της νοσηλευτικής. Το θέμα της εργασίας με ενθουσίασε από τη πρώτη στιγμή που το άκουσα και την δούλεψα με αγάπη και μεράκι. Για την ολοκλήρωσή της σημαντικό ρόλο έπαιξε η καθηγήτρια και λέκτορας κα. Μπακάρα, η οποία με την σωστή καθοδήγησή της με βοήθησε για το επιθυμητό αποτέλεσμα. Ένα μεγάλο ευχαριστώ, ακόμη, στους γονείς μου που με στήριξαν όλα αυτά τα χρόνια και πίστεψαν σε μένα.

Περιεχόμενα

Περίληψη	5
Εισαγωγή.....	8
Χειρουργική Επέμβαση.....	10
Χειρουργική ομάδα.....	10
Νοσηλευτική φροντίδα στη μετεγχειρητική φάση	11
Γενικές μετεγχειρητικές δυσχέρειες	12
Ειδικές μετεγχειρητικές επιπλοκές	18
Από το καρδιαγγειακό σύστημα	18
Από το αναπνευστικό σύστημα	20
Από το γαστρεντερικό σύστημα	222
Επιπλοκές από το ουροποιητικό σύστημα.....	23
Επιπλοκές από βαριατρικές επεμβάσεις	24
Μέρος Β' :.....	25
Νέα ερευνητικά δεδομένα.....	25
Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές	25
Μετεγχειρητικός πυρετός	26
Διδάγματα για τη μετεγχειρητική επούλωση τραυμάτων: σεβαστείτε το παρελθόν και αγκαλιάστε το μέλλον.....	27
Επούλωση πληγών μετά από ολική αρθροπλαστική γονάτου	30
Μετεγχειρητική αιμορραγία μετά από χειρουργική επέμβαση θυρεοειδούς: Οδηγίες φροντίδας	31
Μετεγχειρητικές επιπλοκές από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.....	33
Οι αρρυθμίες σε παιδιά κατά τη πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση	34
Μετεγχειρητικές αρρυθμίες και η αντιμετώπισή τους.....	35
Αιτίες και πρόληψη μετεγχειρητικής βλάβης του μυοκαρδίου	37
Επίπτωση, διαχείριση, πρόληψη και έκβαση της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής στη θωρακική χειρουργική ογκολογία.....	39
Προεγχειρητική συμπλήρωση με συμπύκνωμα ινωδογόνου στην καρδιοχειρουργική: Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη	41

Μετεγχειρητικές επιπλοκές από αναπνευστικές παρεμβάσεις	43
Η επίδραση της εμπνευσμένης συγκέντρωσης οξυγόνου στη μετεγχειρητική πνευμονική ατελεκτασία σε παχύσαρκους ασθενείς που υποβάλλονται σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή: μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη διπλή-τυφλή μελέτη.....	44
Μετεγχειρητική ατελεκτασία και πνευμονία μετά από γενική θωρακική χειρουργική επέμβαση.....	46
Μετεγχειρητικές επιπλοκές από γαστρεντερικές επεμβάσεις.....	48
Μετεγχειρητικός ειλέος: Παθοφυσιολογία, επίπτωση και πρόληψη.....	49
Μετεγχειρητικές επιπλοκές και σχετιζόμενη με την παραμονή διάθεσή τους μετά από οοτοί μεταμόσχευση ήπατος και διαζονες ογκολογικές επεμβάσεις για πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς όγκους γαστρεντερικού όγκου σε όσα νοσηλεύονται σε ενδιάμεση τεχνητή ζωή	51
Οι εμπειρίες ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου μετεγχειρητική ανάρρωση: ολοκληρωμένη ανασκόπηση.....	54
Μετεγχειρητικές επιπλοκές από βαριατρική	57
Επιπλοκές της Βαριατρικής Χειρουργικής στο Τμήμα Έκτακτης Ανάγκης	58
Επιπλοκές της βαριατρικής χειρουργικής: Παρουσίαση και διαχείριση έκτακτης ανάγκης	59
Μετεγχειρητικές επιπλοκές στη μονάδα εντατικής θεραπείας	61
Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην μετεγχειρητική πορεία ασθενών	62
Είναι αποτελεσματική η τηλεφωνική παρακολούθηση των ασθενών με μετεγχειρητική αποφρακτική άπνοια ύπνου; Μια προοπτική μελέτη παρατήρησης σε ένα παιδιατρικό τριτοβάθμιο κέντρο	63
Μουσική παρέμβαση νοσηλευτικής: Μια συστηματική μελέτη χαρτογράφησης.....	65
Η επίδραση του μασάζ ποδιών στο μετεγχειρητικό επίπεδο πόνου και άγχους στη χειρουργική λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής: Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη πειραματική μελέτη	67
Βιβλιογραφία	70

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στις μετεγχειρητικές δυσχέρειες και στις μετεγχειρητικές επιπλοκές

Μαγδαληνή Θεωδωρή

Φοιτήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Παν/μίου Ιωαννίνων

Περίληψη

Διανύουμε μια εποχή, σύμφωνα με την οποία, κάποιο μέλος του οικογενειακού-συγγενικού-κοινωνικού περιβάλλοντός μας θα έχει υποβληθεί τουλάχιστον μία φορά σε μια χειρουργική επέμβαση. Μια επέμβαση, όμως, μπορεί να ταλαιπωρήσει για αρκετό καιρό αργότερα τον ασθενή, ειδικότερα, εάν μετά την επέμβαση παρουσιαστούν μετεγχειρητικές επιπλοκές και επιβαρύνουν ακόμα περισσότερο την υγεία του.

Σκοπός: η διερεύνηση των μετεγχειρητικών επιπλοκών και των δυσχερειών που μπορεί να βιώσει ένας ασθενής ή μια ομάδα ασθενών και η νοσηλευτική παρέμβαση πάνω σε αυτές.

Υλικό και Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στις ηλεκτρονικές βάσεις δεδομένων PubMed, ScienceDirect, Google Scholar. Το υλικό της μελέτης αποτέλεσαν επιλεγμένα άρθρα δημοσιευμένα κατά κύριο λόγο την τελευταία δεκαετία στην αγγλική και ελληνική γλώσσα.

Αποτελέσματα: Αν και βρισκόμαστε στην σύγχρονη εποχή, όπου η εξέλιξη της τεχνολογίας έχει διευκολύνει την ποιότητα των ανθρώπων γενικότερα και ειδικότερα στον τομέα της υγείας, δεν μπορούμε να προβλέψουμε με βεβαιότητα, ότι οι χειρουργικές επεμβάσεις δεν θα επιφέρουν στον ασθενή καμία επιπλοκή. Οι επεμβάσεις αυτές, ποικίλλουν από την μία με την άλλη, καθώς και ο βαθμός δυσκολίας και σοβαρότητάς τους. Μερικές από αυτές γίνονται από επιλογή του ασθενούς για βελτιστοποίηση της υγείας του, π.χ βαριατρική χειρουργική επέμβαση ή είναι αναγκαίες να γίνουν π.χ επέμβαση στο θώρακα. Και στη μια περίπτωση αλλά και στην άλλη οι

μετεγχειρητικές επιπλοκές θεωρούνται πλέον αναπόσπαστο κομμάτι όλης αυτής της διαδικασίας που υπόκειται ο ασθενής.

Συμπεράσματα: Οι μετεγχειρητικές δυσχέρειες και επιπλοκές είναι σαφώς αρκετές και διαφοροποιούνται ανάλογα με το ανατομικό σύστημα όπου γίνεται η επέμβαση. Μερικές από αυτές είναι ήπιες και αντιμετωπίζονται σχετικά εύκολα χωρίς να νιώθει μεγάλη δυσφορία ο ασθενής, άλλες μπορεί να θέλουν πιο μεγάλο χρόνο αντιμετώπισης και άλλες να είναι θανατηφόρες για τον ασθενή. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να γίνεται το καλύτερο δυνατόν από όλη την επιστημονική ομάδα υγείας και να παρέχεται στον ασθενή η κατάλληλη περίθαλψη, ανάλογα με τις ανάγκες του.

Λέξεις ευρετηρίου: μετεγχειρητικές επιπλοκές, μετεγχειρητική νοσηλευτική παρέμβαση, μετεγχειρητικές δυσχέρειες.

Summary

We are going through an era in which a member of our family-relative-social environment has undergone surgery at least once. An operation, however, can bother the patient for a long time, especially if postoperative complications occur and further aggravate his health.

Purpose: to investigate the postoperative complications and difficulties that a patient or a group of patients may experience and the nursing intervention on them.

Material and Method: Review of the international literature in the electronic databases PubMed, ScienceDirect, Google Scholar. The material of the study were selected articles published mainly in the last decade in English and Greek.

Results: Although we are in the modern era, where the evolution of technology has facilitated the quality of people in general and health in particular, we cannot predict with certainty that surgery will not cause any complications to the patient. These operations vary from one to another, as well as the degree of difficulty and severity. Some of these are done by the patient's choice to optimize his health, eg bariatric surgery or it is necessary to perform, for example, chest surgery. In both cases, postoperative

complications are now considered an integral part of the whole process that the patient is undergoing.

Conclusions: Postoperative difficulties and complications are clearly several and vary depending on the anatomical system where the operation is performed. Some of them are mild and relatively easy to treat without the patient feeling much discomfort, others may want more time to treat and others may be fatal to the patient. In any case, the best possible research should be done by the entire scientific health team and the patient should be provided with the appropriate care, according to his needs.

Index words: postoperative complications, postoperative nursing intervention, postoperative difficulties

Εισαγωγή

Σχεδόν όλες οι χειρουργικές επεμβάσεις έχουν τον κίνδυνο για τυχόν επιπλοκές. Μερικές από αυτές δεν εξαρτώνται από την ανατομική θέση της επέμβασης και μπορεί να εμφανιστούν μετά από οποιαδήποτε εγχείρηση, ενώ κάποιες άλλες μπορεί να προκαλέσουν κίνδυνο τοπικά και συνήθως παρατηρούνται μετά από συγκεκριμένη χειρουργική πράξη (Henry, 2005). Γενικότερα, οι επιπλοκές που δημιουργούνται ύστερα από χειρουργικές επεμβάσεις επιβάλλεται να προσεγγίζονται με βάση την πρόβλεψη, την αναγνώριση και την αντιμετώπιση αυτών. Μερικές από αυτές τις επιπλοκές είναι σχετικά ελάσσονες, όπως παραδείγματος χάρη ένα μικρό μετεγχειρητικό αιμάτωμα μέχρι και πολύ απειλητικές για τη ζωή, όπως ένα μετεγχειρητικό έμφραγμα του μυοκαρδίου ή μια αναστομωτική διαφυγή. (Doherty, 2017). Οι καρδιακές επιπλοκές ύστερα από εγχείρηση μπορεί να φέρουν τη ζωή του ασθενούς σε κρίσιμο κίνδυνο. Η γενική αναισθησία καταστέλλει το μυοκάρδιο και μερικά αναισθητικά φάρμακα μπορεί να προκαλέσουν αρρυθμίες, διότι το μυοκάρδιο έχει την τάση να ευαισθητοποιείται στις κατεχολαμίνες. Επιπρόσθετα, η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι μια συνήθης επιπλοκή, η οποία διαιρείται σε πρωτογενή, σε αντιδραστική και, τέλος, σε δευτερογενή αιμορραγία. Κάποιες ενδείξεις είναι η εμφανής μετεγχειρητική αιμορραγία ή η έξοδος αιματηρού υγρού από τις παροχετεύσεις, τα ψυχρά και υγρά άκρα, καθώς και η διάταση μετά από κοιλιακή επέμβαση. Οι επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα είναι αρκετά σύνηθες φαινόμενο μετά από κάποια εγχείρηση. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτές, είναι ο πόνος της τομής, (ειδικότερα στην άνω κοιλία και στο θώρακα), η παράλυση φρενικού νεύρου, η ξήρανση των βρογχικών εκκρίσεων, η υπερβολική καταστολή και η παχυσαρκία. (Henry, 2005). Η συχνότερη μετεγχειρητική επιπλοκή του αναπνευστικού είναι η ατελεκτασία. Γενικότερα στις επεμβάσεις, ένα σύστημα που επηρεάζεται άμεσα είναι το γαστρεντερικό. Η αναισθησία και οι χειρουργικοί χειρισμοί μειώνουν τη φυσιολογική δραστηριότητα του εντέρου. Παράγοντες όπως π.χ τα φάρμακα και ιδιαίτερα τα οπιοειδή, επιδεινώνουν τον μετεγχειρητικό ειλεό ή παρατείνουν την πορεία του. Άλλο ένα επίκαιρο θέμα είναι η παχυσαρκία, η οποία δυστυχώς αυξάνεται παγκοσμίως. Εξαιτίας αυτού του γεγονότος, πολλοί άνθρωποι καταφεύγουν στις βαριατρικές χειρουργικές επεμβάσεις για βελτιστοποίηση της υγείας τους με την απώλεια βάρους. Όμως, αυτή η απότομη αλλαγή βάρους δεν έχει πάντοτε τα επιθυμητά

αποτελέσματα. Οι επιπλοκές μετά από βαριατρική επέμβαση συνήθως είναι αναπνευστικές, αλλά ανάλογα με την ηλικία, το βάρος και προϋπάρχουσες ασθένειες μεταβάλλονται (Rachel et al., 2018). Εκτός από τις ειδικές επιπλοκές με βάση το κάθε σύστημα, υπάρχουν και οι γενικές που εμφανίζονται ανεξαρτήτως ανατομικής θέσης της επέμβασης. Για παράδειγμα ο μετεγχειρητικός πυρετός. Επιπλέον, το αιμάτωμα είναι ακόμη μια επιπλοκή που δημιουργείται από τη συλλογή αίματος ή θρόμβου εντός του χειρουργικού τραύματος. Επίσης, η λοίμωξη του χειρουργικού τραύματος αναπτύσσεται στην περιοχή της χειρουργικής τομής με τη μορφή φλεγμονής, κυρίως στο χώρο του νοσοκομείου, αλλά και ύστερα, εάν εμφανιστεί σε διάστημα εντός και 30 ημερών. Ακόμη, η κεφαλαλγία και η ναυτία σε φυσιολογικά επίπεδα είναι αποτελέσματα της αναισθησίας, αλλά εάν επιμένουν μπορεί να υποδηλώνουν ηλεκτρολυτικές διαταραχές, υποογκαιμία ή απότομες αλλαγές της αρτηριακής πίεσης του ασθενούς. Εκτός από τις σωματικές επιπτώσεις, δεν πρέπει να αγνοείται και η έντονη ανησυχία του ασθενούς, ιδιαίτερα τις πρώτες μέρες μετά την εγχείρηση, όμως εάν εξακολουθεί να παραπονιέται γενικότερα, μπορεί αυτή η ανησυχία μπορεί να υποδηλώνει π.χ πνευμονική εμβολή ή κάποια άλλη σοβαρή δυσχέρεια. Επομένως, ο ρόλος του νοσηλευτή που εργάζεται σε χειρουργικές κλινικές είναι πολύ σημαντικός. Οι παρεμβάσεις του νοσηλευτή υπόψη των ιατρικών οδηγιών, θα είναι αυτές, οι οποίες θα συνοδεύουν τον ασθενή κατά τη μετεγχειρητική περίοδό του, με σκοπό φυσικά, την ανακούφισή του από τις παραπάνω δυσχέρειες.

Μέρος Α' :

Χειρουργική επέμβαση

Η χειρουργική επέμβαση είναι μια επεμβατική διαδικασία, που σκοπό έχει την τη διάγνωση ή την αντιμετώπιση κάποιας παθολογικής κατάστασης. Παρόλο που η εγχείρηση είναι ιατρική πράξη, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι καθοριστικός, αφού επεμβαίνει στη φροντίδα του ασθενούς πριν, κατά τη διάρκεια, και μετά αφού έχει τελειώσει το χειρουργείο.

Η **περιεγχειρητική** νοσηλευτική είναι μέρος της νοσηλευτικής επιστήμης που περιλαμβάνει τα τρία στάδια νοσηλείας του χειρουργικού ασθενή. Στα τρία στάδια αυτά, περιλαμβάνεται η προεγχειρητική, η διεγχειρητική και η μετεγχειρητική φροντίδα. Το κάθε στάδιο από αυτά διεκπεραιώνει τον δικό του σκοπό βασισμένο σε μια λογική αλληλουχία πράξεων. Η προεγχειρητική φάση θεωρείται από την ώρα που παίρνεται η απόφαση για χειρουργική επέμβαση μέχρι έως ότου μπει ο ασθενής στην χειρουργική αίθουσα. Η διεγχειρητική φάση αρχίζει όταν ο ασθενής βρίσκεται στην χειρουργική αίθουσα και τελειώνει όταν μεταφερθεί στην αίθουσα ανάνηψης. Η τελευταία φάση είναι η μετεγχειρητική, η οποία αρχίζει όταν ο ασθενής εισαχθεί στην αίθουσα ανάνηψης μέχρι και τη στιγμή που θα αναρρώσει πλήρως από την χειρουργική επέμβαση (LeMone et al., 2014).

Χειρουργική ομάδα

Όπως σε κάθε κλινική υπάρχει ένα πλάνο και ένα πρωτόκολλο, ακολούθως και στη χειρουργική αίθουσα συμβαίνει το ίδιο. Η χειρουργική ομάδα απαρτίζεται από κάποια συγκεκριμένα μέλη. Τα μέλη της είναι τα εξής: Ο χειρουργός ιατρός, ο οποίος είναι και επικεφαλής της ομάδας, οι χειρουργοί βοηθοί, ο αναισθησιολόγος, ο νοσηλευτής αναισθησιολογίας, ο νοσηλευτής κίνησης και ο νοσηλευτής εργαλειοδοσίας.

Οι ρόλοι του νοσηλευτή κίνησης και του νοσηλευτή εργαλειοδοσίας: Το άτομο που είναι υπεύθυνο για να δίνει τα αποστειρωμένα εργαλεία στον ιατρό χειρουργό μπορεί να είναι νοσηλευτής ή βοηθός νοσηλευτή. Ακόμη, σε κάποιες χώρες, όπως στην Αμερική, μπορεί να είναι και τεχνικός. Ο νοσηλευτής εργαλειοδοσίας πρέπει να είναι πολύ προσεκτικός, διότι βρίσκεται στην άσηπτη περιοχή της χειρουργικής αίθουσας. Η άσηπτη τεχνική είναι κανόνας σε όλη τη διάρκεια της επέμβασης. Αν για κάποιο λόγο, η ασηψία διακοπεί, πρέπει άμεσα να τονίζεται και να διορθώνεται από τους αρμόδιους του αντικειμένου. Από την άλλη, ο νοσηλευτής κίνησης μαζί με τον νοσηλευτή αναισθησίας είναι υπεύθυνοι για την διατήρηση της ασφάλειας του ασθενούς. Ο νοσηλευτής κίνησης είναι αυτός που συνδέει την επικοινωνία μεταξύ της χειρουργικής αίθουσας και του χώρου εκτός του χειρουργείου (DeWit, 2009).

Νοσηλευτική φροντίδα στη μετεγχειρητική φάση

Ο χρόνος που βρίσκεται ο ασθενής στην αίθουσα ανάνηψης είναι πολύ κρίσιμος. Ο νοσηλευτής της αίθουσας ανάνηψης δίνει βαρύτητα στον αεραγωγό του ασθενούς, στον τρόπο με τον οποίο αναπνέει, καταγράφει τακτικά τα ζωτικά σημεία του, καθώς και παρατηρεί τη χειρουργική τομή. Μια επιπλέον ευθύνη του νοσηλευτή ανάνηψης είναι να παρακολουθεί τη διανοητική λειτουργία καθώς και το επίπεδο συνείδησης. Είναι πολύ πιθανό ο ασθενής να χρειάζεται συνέχεια βοήθεια στον προσανατολισμό όσον αφορά τον χώρο, τον χρόνο και τα πρόσωπα. Δεν θα πρέπει να ξεχνιέται και η ψυχολογική υποστήριξη, διότι ο ασθενής νιώθει ευάλωτος και θα πρέπει να εξαρτάται από άλλους ανθρώπους μέχρι να σταθεροποιηθεί η δική του κατάσταση.

Ακόμη, αξιοσημείωτη είναι η αξιολόγηση ενυδάτωσης, η οποία επιτυγχάνεται με την καταγραφή προσλαμβανόμενων και αποβαλλόμενων υγρών για την τυχόν ανίχνευση σημαντικών μετεγχειρητικών επιπλοκών από το καρδιαγγειακό σύστημα ή τους νεφρούς. Επίσης, χρέος του νοσηλευτή ανάνηψης είναι να εκτιμά την ένταση του μετεγχειρητικού

πόνου του ασθενούς και να προσπαθεί να το ανακουφίζει, έτσι ώστε ο ασθενής να νιώθει καλύτερα. Η ανακούφιση και η άνεση του ασθενούς συχνά επιτυγχάνεται με τη χορήγηση αναλγητικών φαρμάκων, χωρίς να επιδεινώνονται πιθανές παρενέργειες της αναισθησίας (LeMone et al., 2014).

Γενικές μετεγχειρητικές δυσχέρειες

Ο μετεγχειρητικός πόνος είναι μια συχνή μετεγχειρητική δυσχέρεια που κατά βάση ταλαιπωρεί τους περισσότερους χειρουργικούς ασθενείς. Ο πόνος είναι η αντιδραστική απάντηση του οργανισμού σε σωματικούς και ψυχολογικούς στρεσογόνους παράγοντες. Συνήθως στις χειρουργικές επεμβάσεις ο πόνος εμφανίζεται αιφνίδια και είναι οξύς. Ο ασθενής εμφανίζει διάφορα σωματικά συμπτώματα, όπως το αίσθημα έντονου πόνου στην τομή της χειρουργημένης περιοχής, ταχυκαρδία, αυξημένη αρτηριακή πίεση, μυδρίαση, εφίδρωση και ωχρότητα.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση μετεγχειρητικού πόνου: Ο νοσηλευτής εκτιμά την ένταση του πόνου, την ποιότητα, τον χαρακτήρα του και προσπαθεί να βρεί τρόπους αντιμετώπισής του. Ο νοσηλευτής σε συνεννόηση και με τους άλλους επαγγελματίες υγείας συμμετέχει σε κατάλληλες φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές μεθόδους θεραπείας. Η θεραπεία που συστήνεται είναι η χορήγηση αναλγητικών κατόπιν εντολής ιατρού (LeMone et al., 2014).

Μετεγχειρητική ναυτία και μετεγχειρητικός έμετος: Η ναυτία είναι μια ασαφής όμως με δυσάρεστη αίσθηση που τις περισσότερες φορές έρχεται με αυτήν αντιμέτωπος ο χειρουργικός ασθενής. Ο ασθενής αισθάνεται αδιαθεσία, δυσφορία ή και ζάλη (αναγούλα). Τις περισσότερες φορές συνοδεύεται από έμετο και ελάχιστες φορές χωρίς έμετο. Ως έμετος, “ορίζεται η βίαιη εξώθηση του περιεχομένου του ανώτερου πεπτικού συστήματος, η οποία προέρχεται από τη σύσπαση των μυών στον εντερικό σωλήνα και στο κοιλιακό τοίχωμα” (LeMone et al., 2014).

Επιπλέον, και τα δύο τις περισσότερες φορές αποτελούν παρενέργειες της αναισθησίας και με τη πάροδο του χρόνου εξαφανίζονται. Σε άλλες περιπτώσεις μπορεί να οφείλονται σε κάποια δυσλειτουργία του πεπτικού συστήματος ή σε γαστρική διάταση. Πάντως, σε όλες τις περιπτώσεις είναι ένα καλοήθεις συμπτώματα που δημιουργούνται κατά την ανάνηψη του ασθενούς. Εάν εμφανιστούν τις επόμενες μετεγχειρητικές ημέρες, μπορεί να οφείλονται στη φαρμακευτική αγωγή του ασθενούς ή μπορεί να “προειδοποιούν” την ύπαρξη μια άλλης επιπλοκής, για παράδειγμα μετεγχειρητικός ειλεός (Παπαλάμπρος, 2011).

Νοσηλευτική αντιμετώπιση μετεγχειρητικής ναυτίας και εμέτου: Ο νοσηλευτής καταγράφει τα ζωτικά σημεία του ασθενούς, παρατηρεί τη κατάσταση του δέρματος, καθώς και το σωματικό βάρος του ασθενούς. Ο νοσηλευτής στην προκειμένη μετεγχειρητική δυσχέρεια πρέπει να δώσει έμφαση στην ακριβή καταγραφή της πρόληψης και αποβολής των υγρών. Επιπλέον, οφείλει να παρατηρεί την ποσότητα, το χρώμα και το ειδικό βάρος των ούρων. Ύστερα, μπορεί να χορηγήσει αντιεμετική αγωγή, αφού πρώτα έχει προηγηθεί εντολή ιατρού, πριν από τα γεύματα και πριν από διάφορες θεραπευτικές μεθόδους που ούτως ή άλλως μπορεί να προκαλέσουν το αίσθημα της ναυτίας. Επιπρόσθετα, ο νοσηλευτής μπορεί να καθοδηγήσει τον ασθενή να παίρνει βαθιές αναπνοές, έτσι ώστε να επιτευχθεί η καταστολή του αντανακλαστικού του εμέτου. Ακόμη, ο νοσηλευτής πρέπει να συμβουλευτεί τον ασθενή να καταναλώνει μικρές ποσότητες υγρών και ξηρών τροφών. Ο διαχωρισμός αυτός, δηλαδή της πρόσληψης ξηρών τροφών και υγρών, συμβάλλει θετικά στη μείωση της ναυτίας και του εμέτου (LeMone et al., 2014).

Εκτός των άλλων, κρίνεται απαραίτητο η τοποθέτηση δροσερής γάζας στο μέτωπο του ασθενούς και η ενθάρρυνση να ξεπλένει εντατικά το στόμα του ,και, αν δεν μπορεί ο ίδιος, με τη βοήθεια του νοσηλευτή, να το επιτυγχάνει. Τέλος, ο νοσηλευτής επιβάλλεται να αερίζει διαρκώς το δωμάτιο του ασθενούς από τις δυσάρεστες οσμές και να διατηρεί το περιβάλλον του ήσυχο και φιλικό προς τον ασθενή. Όλα τα παραπάνω βελτιώνουν επιτυχώς το αίσθημα ναυτίας και εμέτου (DeWit, 2009).

Μετεγχειρητική ανησυχία: Στους περισσότερους μετεγχειρητικούς ασθενείς η ανησυχία είναι ένα αναπόσπαστο κομμάτι της πλέον κατάστασής τους. Είναι ένα δυσάρεστο συναίσθημα που μπορεί να συσχετιστεί με αυξημένη θνητότητα και νοσηρότητα και ,μακροπρόθεσμα, με μια πολύπλοκη νοσηλεία του ασθενούς. Επιπρόσθετα, η ανησυχία διεγείρει το συμπαθητικό νευρικό σύστημα και έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση της αρτηριακής πίεσης κατά 30 με 40% και της καρδιακής συχνότητας. Ακόμη, αποδυναμώνει το ανοσοποιητικό σύστημα, καθυστερεί την επούλωση του τραύματος και αλλάζει τη πηκτικότητα του αίματος. Άλλες συνέπειες της μετεγχειρητικής ανησυχίας, είναι η αύξηση της καρδιακής ισχαιμίας, οι διαταραχές του καρδιακού ρυθμού και του μετεγχειρητικού πόνου. Ο ακριβέστερος δείκτης ανησυχίας είναι η έκφρασή της από τον ίδιο τον ασθενή κατά πόσο ανησυχεί.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση μετεγχειρητικής ανησυχίας: Ο νοσηλευτής καταγράφει τα συναισθήματα ανησυχίας του ασθενούς και αξιολογεί τη κατάσταση με την ίδια μέθοδο που αξιολογεί και τον μετεγχειρητικό πόνο. Ο νοσηλευτής συνδράμει σημαντικά στη μείωση της μετεγχειρητικής ανησυχίας των ασθενών. Ειδικότερα, ο νοσηλευτής MMA πρέπει να ενημερώνει συχνά τους ασθενείς του για την ικανοποιητική κατάσταση της υγείας τους και για το ότι αυτή καλυτερεύει συνεχώς. Ο καθησυχασμός και η φροντίδα είναι οι κύριοι παράγοντες που ελαχιστοποιούν αυτή τη δυσχέρεια. Σε μια μελέτη χειρουργημένων ασθενών, αποδείχθηκε ότι οι ασθενείς οι οποίοι βρίσκονταν σε κρίσιμη κατάσταση, ανέφεραν ως τρομερή ανάγκη να αισθάνονται ασφαλείς στο περιβάλλον τους και παρομοίασαν τους νοσηλευτές ως ανθρώπους-κλειδιά για αυτόν ακριβώς τον σκοπό, για να νιώθουν ανακούφιση και σιγουριά. Οι νοσηλευτές γενικότερα, πρέπει ούτως ή άλλως να μιλούν χαμηλόφωνα και ήρεμα και να κρατούν το περιβάλλον ήσυχο και φιλικό προς τον ασθενή. Άλλοι τρόποι που χρησιμοποιούνται για τη μείωση της ανησυχίας, είναι ο νοσηλευτής να βρίσκεται δίπλα στον ασθενή του, έτσι ώστε να νιώθει ασφάλεια και ότι είναι κάποιος μαζί του σε περίπτωση που χρειαστεί το οτιδήποτε. Επίσης, το μασάζ, το άγγιγμα, η διάσπαση προσοχής, οι ασκήσεις χαλάρωσης και η μουσική συμβάλουν θετικά. Εκτός από τις μη φαρμακευτικές μεθόδους, μερικοί ασθενείς μπορεί να χρειαστούν και αγχολυτική αγωγή, την οποία χορηγεί ο νοσηλευτής κατόπιν εντολής ιατρού (Osborn et al., 2016).

Γενικές Μετεγχειρητικές επιπλοκές

Μία από τις συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές που μπορεί να προκληθεί ανεξαρτήτως του τύπου επεμβάσεως είναι οι παρενέργειες από την αναισθησία. Η αναισθησία (η απώλεια της αισθητικής αντίληψης) χρησιμοποιείται για τις εγχειρήσεις από τη δεκαετία του 1840. Οι σκοποί της αναισθησίας είναι να μην αισθάνεται πόνο ο ασθενής κατά τη διάρκεια της επέμβασης και να προκληθεί μια σύντομη αμνησία, έτσι ώστε ο ασθενής να μην θυμάται κάτι από το δυσάρεστο αυτό γεγονός. Παρόλο που η ιατρική έχει προχωρήσει πολύ και οι μέθοδοι αναισθησίας έχουν εξελιχθεί, πάντα υπάρχει ο κίνδυνος για τον ασθενή που τη λαμβάνει. Στη μετεγχειρητική φάση, οι συνήθεις επιπλοκές της αναισθησίας είναι οι παραισθήσεις στους ενήλικες. Πολλοί από αυτούς, ειδικά τις πρώτες ώρες μετά το χειρουργείο χάνονται στο χώρο και στο χρόνο και ούτε θυμούνται τα δικά τους συγγενικά πρόσωπα. Επιπλέον, μπορεί να παρατηρηθούν απόφραξη των αεραγωγών και έμετοι.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση στις μετεγχειρητικές παρενέργειες της αναισθησίας: Οι νοσηλευτές οφείλουν να λαμβάνουν προφυλακτικά μέτρα σε περίπτωση που ο ασθενής εμφανίσει παραισθήσεις και αρχίσει να συγχύζεται. Τα μέτρα αυτά, κυρίως αφορούν την πρόληψη κάκωσης κατά τη φάση διέγερσης του ασθενούς. Επιπλέον, συνίσταται η διασφάλιση ήσυχου περιβάλλοντος και η αποφυγή οπτικοακουστικών ερεθισμάτων που μπορεί να επιβαρύνουν την κατάσταση του ασθενούς (DeWit, 2009).

Άλλη μια συνήθης επιπλοκή, είναι ο μετεγχειρητικός πυρετός. Ο μετεγχειρητικός πυρετός εμφανίζεται ως συστηματική αντίδραση του οργανισμού στην ιστική κάκωση που προηγήθηκε. Τις περισσότερες φορές, όμως, οφείλεται σε συνθήκες που έχουν άμεση σχέση με την επέμβαση. Από τις έρευνες που έχουν γίνει, έχει παρατηρηθεί ότι ο χρόνος που μεσολάβησε από τη χειρουργική επέμβαση, παίζει καθοριστικό ρόλο στην αιτιολογία του πυρετού. Επίσης, έχει καθιερωθεί διεθνώς ένας αλγόριθμος διερεύνησής του, ο οποίος αποτελείται από «τέσσερα W». 1) Wind: αναπνευστικό, 2) Water: ουροποιητικό, 3) Wound: χειρουργικό τραύμα και 4) Walk: αγγειακές παθήσεις. Ο αλγόριθμος αναλύεται ως εξής: ο πυρετός που εμφανίζεται κατά τις πρώτες 48 ώρες,

συνήθως προέρχεται από το αναπνευστικό σύστημα με την ατελεκτασία ως πρώτη επιπλοκή. Μετά την τρίτη μετεγχειρητική ημέρα οφείλεται σε λοίμωξη του ουροποιητικού. Μετά την πέμπτη μετεγχειρητική ημέρα εμφανίζονται επιπλοκές επούλωσης του χειρουργικού τραύματος και των αναστομώνσεων ,και, τέλος μετά την έβδομη μετεγχειρητική ημέρα ο πυρετός αποδίδεται σε εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, σηπτικές φλεβίτιδες κ.α (Δ.Ε.Π Α' χειρουργικής κλινικής Παν. Αθηνών, 2014.).

Άλλη μια συνήθης επιπλοκή είναι η αιμορραγία. Ως αιμορραγία χαρακτηρίζεται η μεγάλη απώλεια αίματος. Μπορεί να είναι είτε εσωτερική είτε εξωτερική. Επίσης, μπορεί να προέλθει από διαταραχές πήξης του αίματος. Οι διαταραχές αυτές, μπορεί να προκληθούν από κάποια παθολογική κατάσταση ή από κάποιες παρενέργειες των φαρμάκων. Στα αρχικά στάδια της μετεγχειρητικής αιμορραγίας ο ασθενής θα εμφανίσει ανησυχία και άγχος, καθώς και χαρακτηριστικά του shock. Επιπρόσθετα, ενδέχεται να παρουσιαστεί από την πρώτη κιόλας μετεγχειρητική ώρα ως και τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Η πρόγνωση της μετεγχειρητικής αιμορραγίας είναι καλή από τη κλινική της εικόνα. Όπως για παράδειγμα, ο ασθενής έχει ενδείξεις πτώσης αρτηριακής πίεσης, αύξηση των σφύξεων, ψυχρό κολλώδες δέρμα και μειωμένη αποβολή ούρων. Ακόμη, αν είναι σοβαρή η αιμορραγία μπορεί να καταλήξει ο ασθενής σε επανεπέμβαση (LeMone et al., 2014).

Νοσηλευτική αντιμετώπιση μετεγχειρητικής αιμορραγίας: Οι νοσηλευτές ενδείκνυται να ελέγχουν συνεχώς την αιμορραγία και να τοποθετούν τον ασθενή σε θέση καταπληξίας, δηλαδή τα πόδια να στέκονται πιο ψηλά και το κεφάλι σε χαμηλότερο έδαφος. Επιπλέον, οι νοσηλευτές κατόπιν συνεννόησης με τον ιατρό, πρέπει να χορηγήσουν φαρμακευτική αγωγή για την αύξηση της αρτηριακής πίεσης, να χορηγήσουν οξυγόνο και να παρακολουθούν εντατικά τα ζωτικά σημεία του ασθενούς (DeWit, 2009).

Άλλη μια ,εξίσου, σημαντική επιπλοκή, είναι η επούλωση τραύματος. Τρόποι που βελτιώνουν αυτόν τον μηχανισμό στον οργανισμό μας είναι η επαρκής ανάπαυση, η καλή αιματική ροή και η σωστή διατροφή. Όμως, στους μετεγχειρητικούς ασθενείς, τα

παραπάνω μεταβάλλονται. Ο ασθενής μετά από χειρουργείο είναι ταλαιπωρημένος, τόσο σωματικά όσο και ψυχικά. Ακόμη , λόγω της κλινήρης θέσης η κυκλοφορία του αίματος στον οργανισμό δεν ρέει σωστά και η διατροφή προφανώς αλλάζει για να μην επιβαρυνθεί επιπλέον ο οργανισμός. Λόγω αυτών των καταστάσεων, ο ασθενής παρουσιάζει καταστολή του ανοσοποιητικού συστήματος, αφού εμφανίζει έντονο στρές και συναισθηματικές διαταραχές, που οδηγούν τον οργανισμό σε επιπλέον ευαισθητοποίηση στους ξένους μικροοργανισμούς (DeWit, 2009).

Νοσηλευτική αντιμετώπιση στην επούλωση τραύματος: Οι νοσηλευτές κατά κύριο λόγο οφείλουν να αξιολογούν την περιοχή της χειρουργημένης τομής, γιατί μπορεί να εμφανιστούν στη τομή σημεία οιδήματος, αιματώματος, ορώδους συλλογής , λύση της συνέχειας του δέρματος κ.α. Άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν την επιβράδυνση του τραύματος είναι ο μετεγχειρητικός βήχας, οι έμετοι και η ναυτία. Γι αυτό το λόγο, οι νοσηλευτές πρέπει να εκπαιδεύουν τους ασθενείς κατά τη διάρκεια του βήχα να προστατεύουν τη τομή για την πρόληψη της διάνοιξής της. Επιπλέον, ο κατάλληλος τρόπος για την πρόληψη των νοσοκομειακών λοιμώξεων ενός χειρουργικού τραύματος, είναι το σωστό πλύσιμο των χεριών σε κάθε αλλαγή του τραύματος , καθώς και η τήρηση των άσηπτων τεχνικών χειρισμών κατά την αλλαγή των επικαλυμμάτων (DeWit., 2009).

Ειδικές μετεγχειρητικές επιπλοκές

Από το καρδιαγγειακό σύστημα

Έρευνες έχουν αποδείξει ότι παράγοντες που επηρεάζουν τις διαταραχές του καρδιακού ρυθμού μετεγχειρητικά, είναι η ήδη υπάρχουσα καρδιακή νόσος, η υπέρταση, η διάρκεια της αναισθησίας, η ηλικία κ.α.

Το οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου είναι μια γνωστή επιπλοκή, η οποία δεν είναι συχνή, ωστόσο όμως χρήσει άμεσης αντιμετώπισης γιατί είναι απειλητική για τη ζωή. Ο νοσηλευτής πρέπει να είναι σε ετοιμότητα και να γνωρίζει, ότι στο 60% των περιπτώσεων κλινική εικόνα του ασθενούς είναι ασυμπτωματική, χωρίς να συνοδεύεται από πόνο στο στήθος, λόγω της μακράς δράσης των φαρμάκων της αναισθησίας.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση στο οξύ έμφραγμα του μυοκαρδίου: Ο νοσηλευτής πρέπει να αξιολογεί πιο εντατικά τους ασθενείς υψηλού κινδύνου για το χρονικό διάστημα 48-72 ωρών για την έγκαιρη διάγνωση εκδηλώσεων ισχαιμίας, καθώς και για την άμεση έναρξη της κατάλληλης θεραπείας.

Άλλη μια σημαντική επιπλοκή είναι η καρδιακή ανακοπή. Ο παγκόσμιος οργανισμός υγείας ορίζει την καρδιακή ανακοπή ως «αιφνίδιο θάνατο» ο οποίος μπορεί να επέλθει εντός της μιας ώρας χωρίς να ευθύνονται εμφανή αίτια. Όπως είναι γνωστό, παράγοντες που συμβάλλουν στη δημιουργία της επιπλοκής αυτής, είναι τα ισχαιμικά καρδιακά και τα μη ισχαιμικά καρδιακά αίτια. Στα μη ισχαιμικά καρδιακά αίτια περιλαμβάνεται η καρδιακή ανεπάρκεια, ο κολποκοιλιακός αποκλεισμός και διάφορα άλλα σύνδρομα διαταραχών της αγωγιμότητας. Ο νοσηλευτής οφείλει να γνωρίζει καλά τη κλινική εικόνα της καρδιακής ανακοπής για να μπορεί μετά να δράσει γρήγορα. Η κλινική εικόνα αυτής της επιπλοκής περιλαμβάνει την αιφνίδια απώλεια συνείδησης, την απουσία σφύξεων, τη κατάργηση των αντανακλαστικών, τη μη αντίδραση της κόρης στο φώς κ.α.

Νοσηλευτική παρέμβαση στη καρδιακή ανακοπή: Ο νοσηλευτής για να προσπαθήσει να αντιμετωπίσει αυτή την επιπλοκή , θα πρέπει να ξεκινήσει άμεσα τη καρδιοαναπνευστική αναζωογόνηση, δίνοντας τεχνητή αναπνοή και κάνοντας θωρακικές συμπίεσεις (Δ.Ε.Π Α' χειρουργικής κλινικής Παν. Αθηνών, 2014.).

Τέλος, μια άλλη επιπλοκή από το καρδιαγγειακό σύστημα είναι η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση. Πρόκειται για μια επιπλοκή, η οποία είναι πολύ συχνή κατά τη μετεγχειρητική περίοδο και συνήθως επηρεάζονται κυρίως τα κάτω άκρα του ανθρώπινου οργανισμού. Προδιαθετικοί παράγοντες για τη δημιουργία αυτής της επιπλοκής είναι: α) να έχει υποβληθεί ο ασθενής ορθοπεδικό χειρουργείο, β) κάποια ασθενής να είναι έγκυος ή να έχει γεννήσει πρόσφατα ή να έχει ήδη κίρσους, γ) οι ασθενείς να είναι παχύσαρκοι ή να καπνίζουν, δ) ασθενείς να υποφέρουν από λοίμωξη ή σπηλαιμία, και, τέλος, ασθενείς που πάσχουν από μια κακοήγη νόσο.

Νοσηλευτική παρέμβαση στην εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση: Ο νοσηλευτής από την άλλη, έχει χρέος να προλαμβάνει – όσο αυτό είναι εφικτό- τη στάση του φλεβικού αίματος. Η πρόληψη είναι ένα πολύ σημαντικό κομμάτι, που αν χειριστεί καλά από τους επαγγελματίες υγείας, τα οφέλη για τους ασθενείς θα είναι πολλά. Όπως για παράδειγμα, η μείωση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και έγκαιρη κινητοποίηση του ασθενούς. Αυτά τα δύο, οδηγούν τον ασθενή στη γρηγορότερη επανένταξή του στην κανονικότητα της καθημερινότητάς του (LeMone et al., 2014).

Από το αναπνευστικό σύστημα

Οι επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα είναι πολύ συχνές, διότι δεν σχετίζονται αποκλειστικά μόνο με τις επεμβάσεις που πραγματοποιούνται στον θώρακα, αλλά και σε άλλες που γίνονται οπουδήποτε αλλού. Ο ασθενής μετεγχειρητικά πολλές φορές δεν μπορεί να αναπνεύσει καλά λόγω του μετεγχειρητικού πόνου ,και, αυτό συχνά οδηγεί στην ελάττωση του αναπνεόμενου όγκου και μετέπειτα στην εμφάνιση ατελεκτασίας που αργότερα μπορεί να εξελιχθεί σε πνευμονία (Παπαλάμπρος, 2011).

Ως ατελεκτασία χαρακτηρίζεται η κατάρρευση μιας ή περισσότερων περιοχών του πνεύμονα, με αποτέλεσμα οι πνεύμονες να μην μπορούν να στείλουν οξυγόνο μέσω του αίματος, λόγω αυτής της δυσλειτουργίας. Η συνήθης κλινική εικόνα του ασθενούς περιλαμβάνει τη δύσπνοια, την ελάττωση του αναπνευστικού ψιθυρίσματος, τη κυάνωση και το έντονο άγχος.

Άλλη μια σημαντική επιπλοκή είναι η πνευμονία. Πνευμονία ορίζεται η φλεγμονή του πνευμονικού παρεγχύματος, που μπορεί να προκληθεί, είτε από μικροβιακή επιμόλυνση, είτε από την ύπαρξη ξένου σώματος στον πνεύμονα. Τα ευρήματα που βοηθούν για τη διάγνωση της πνευμονίας είναι ο υψηλός πυρετός, η ταχύπνοια, η ταχυκαρδία, ο παραγωγικός βήχας, ο θωρακικός πόνος και η δύσπνοια.

Τέλος, στις αναπνευστικές επιπλοκές εντάσσεται και ο πνευμοθώρακας. Η συλλογή αέρα στην υπεζωκοτική κοιλότητα μπορεί να δημιουργηθεί είτε διεγχειρητικά είτε μετεγχειρητικά. Συνήθως, μπορεί να προκληθεί από κάποια ιατρογενή κάκωση. Αιτιολογικοί παράγοντες από τους οποίους εκδηλώνεται πνευμοθώρακας είναι οι εξής: η ρήξη του τραχειοβρογχικού δένδρου κατά την προσπάθεια διασωλήνωσης, η οποία ,όμως, ταλαιπωρεί και μετεγχειρητικά τον ασθενή και η προσπάθεια τοποθέτησης κεντρικής φλεβικής γραμμής (υποκλείδιος καθετήρας) (Δ.Ε.Π Α' χειρουργικής κλινικής Παν. Αθηνών, 2014).

Νοσηλευτική αντιμετώπιση στις επιπλοκές του αναπνευστικού συστήματος: Ο νοσηλευτής μετεγχειρητικά επιβάλλεται να ενθαρρύνει τον ασθενή να βήχει, να παίρνει βαθιές αναπνοές, να αλλάζει θέσεις στο κρεβάτι κ.ο.κ. Επιπλέον, χορηγεί οξυγόνο με βάση πάντοτε τις ιατρικές οδηγίες και ενθαρρύνει τον ασθενή να κινητοποιηθεί, όσο πιο γρήγορα μπορεί, ανάλογα, βέβαια με τη συνολική του κατάσταση. Επιπρόσθετα, οφείλει να αξιολογεί, αν ο ασθενής έχει τη σωστή ενυδάτωση, και, κάτι που δεν πρέπει να παραλείπεται, είναι να του παρέχει ψυχολογική υποστήριξη, όχι μόνο σε αυτόν, αλλά και στην οικογένειά του. Τέλος, ο νοσηλευτής πρέπει ακόμη να εφαρμόζει και τα εξής μέτρα: Να κάνει λήψη δείγματος των πτυέλων για καλλιέργεια και να ελέγχει την ευαισθησία του ασθενούς στα αντιβιοτικά (LeMone et al., 2014).

Από το γαστρεντερικό σύστημα

Οι πιο συχνές επιπλοκές από το γαστρεντερικό σύστημα είναι: ο μετεγχειρητικός ειλεός, η γαστρική διάταση και η εμφάνιση δυσκοιλιότητας. Ο μετεγχειρητικός ειλεός συνήθως εμφανίζεται, όταν ο ασθενής έχει υποβληθεί σε μεγάλο χειρουργείο στη περιοχή της κοιλίας, και, ειδικά, αν υπήρχε και από πριν φλεγμονή στην περιοχή αυτή. Αιτιολογικοί παράγοντες που συντελούν στην δημιουργία αυτής της επιπλοκής είναι οι μεταβολές του ύδατος και των ηλεκτρολυτών. Η κλινική εικόνα του μετεγχειρητικού ειλεού περιλαμβάνει τη σταθερά σκληρή κοιλία, τη μείωση ή την απουσία των εντερικών ήχων, τη ναυτία-έμετο, το πόνο και την αναστολή αερίων και κοπράνων.

Η γαστρική διάταση μπορεί να εξελιχθεί απειλητική για τη ζωή του ασθενούς, αφού μπορεί να προκαλέσει ισχαιμία στην περιοχή της κοιλίας, δυσλειτουργία στην επαναφορά του καρδιακού ρυθμού και σύνδρομο άνω κοιλιακού διαμερίσματος. Παράγοντες που μπορεί να ερεθίσουν τη δημιουργία της, είναι το άσθμα, η αναζωογόνηση και η απόφραξη του στομάχου.

Είναι επίσης, φυσικό επόμενο, οι μετεγχειρητικοί ασθενείς να εμφανίσουν δυσκολία στην ομαλή επαναλειτουργία της κοιλίας. Ο οργανισμός αυτών των ασθενών είναι αδύναμος, αφυδατωμένος και η ομοιόσταση έχει μεταβληθεί. Σε αυτούς τους ασθενείς χορηγούνται συχνά διάφορα λιπαντικά κοπράνων (όπως π.χ το δοκουσιλικό νάτριο) για να βοηθούν στην απόδευση.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση στις επιπλοκές από το γαστρεντερικό σύστημα: Η νοσηλευτική μετεγχειρητική φροντίδα επικεντρώνεται στη σταδιακή επανέναρξη της σίτισης του ασθενούς. Ο νοσηλευτής επιβάλλεται να ενθαρρύνει τον ασθενή να ξεκινήσει την υδρική δίαιτα το βράδυ μετά το χειρουργείο και να του εξηγήσει γιατί είναι αυτό αναγκαίο, όσο και να μην θέλει ο ίδιος. Ακόμη, είναι σημαντικό να παροτρύνει ο νοσηλευτής τον ασθενή να αρχίζει να κινείται όσο μπορεί, διότι με αυτόν τον τρόπο, επιτυγχάνεται η σταδιακή επαναφορά της λειτουργίας του εντέρου (Osborn et al., 2016).

Επιπλοκές από το ουροποιητικό σύστημα

Άλλες επιπλοκές που συναντώνται πολύ συχνά , είναι αυτές που προκαλούνται από το ουροποιητικό σύστημα. Οι επιπλοκές αυτές, έχουν να κάνουν με την επίσχεση ούρων και τις διαταραχές της αφόδευσης. Η αδυναμία του ασθενούς να ουρήσει και η κατακράτηση ούρων στην μετεγχειρητική φάση του ασθενούς, είναι πολύ πιθανόν, να παρουσιαστούν από την επιρροή κάποιων προδιαθεσικών παραγόντων. Τέτοιοι προδιαθεσικοί παράγοντες, είναι η απουσία κινητικότητας του ασθενούς, η διαταραχή του ισοζυγίου υγρών ή κάποια ιατρογενής κάκωση κατά διάρκεια της επέμβασης στη περιοχή της πυέλου.

Νοσηλευτική αντιμετώπιση στην επίσχεση ούρων και στις διαταραχές αφόδευσης:

Ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμά τη ουροδόχο κύστη για διάταση εάν ο ασθενής δεν έχει ουρήσει εντός των 7 με 8 ωρών από τη στιγμή που έχει χειρουργηθεί. Ακόμη, έχει ευθύνη να παρακολουθεί και να καταγράφει τα προσλαμβανόμενα και τα αποβαλλόμενα υγρά. Επιπλέον, σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες πάντοτε, ενδείκνυται να αυξήσει τα χορηγούμενα υγρά από το στόμα από 2.500 έως 3.000 mL ημερησίως, αν βέβαια αυτό το επιτρέπει και η κατάσταση του ασθενούς ,και, να προβεί στην τοποθέτηση ουροκαθετήρα. Στις διαταραχές αφόδευσης, ο νοσηλευτής πρέπει να εξασφαλίσει στον ασθενή ένα δωμάτιο απομόνωσης, έτσι ώστε όταν χρησιμοποιήσει την πάπια να μην νιώθει άσχημα. Εκτός των άλλων, βασικό είναι να παρακολουθεί τις κενώσεις και να ελέγχει με βάση τη ποσότητα και το χρώμα τους και να τον βοηθήσει να κινητοποιηθεί για την ομαλή επαναλειτουργία του εντέρου. Τέλος, καλό θα ήταν, επίσης, να κάνει ακρόαση των εντερικών ήχων του ασθενούς και να τον ρωτά, αν έχει αποβάλλει αέρια.

Επιπλοκές από βαριατρικές επεμβάσεις

Όπως όλοι γνωρίζουμε, η νοσογόνος παχυσαρκία αποτελεί ένα πρόβλημα που ταλαιπωρεί πολλούς ανθρώπους λόγω της σωματοδομής τους. Ιδιαίτερα τα τελευταία χρόνια οι παχύσαρκοι ασθενείς αυξάνονται ολοένα και περισσότερο. Η επέμβαση της νοσογόνου παχυσαρκίας είναι μια «μεταβολική» επέμβαση. Με άλλα λόγια, ο χειρουργός σε σύγκριση με άλλα χειρουργεία, επεμβαίνει σε όργανα (όπως πχ ο στόμαχος) που είναι κατά τα άλλα υγιή, έτσι ώστε να επιτευχθεί ο μεταβολικός στόχος. Ωστόσο, οι χειρισμοί αυτοί μπορεί να επιφέρουν μερικές επιπλοκές, όπως άλλωστε και κάθε άλλου είδους χειρουργείο. Μερικές από τις επιπλοκές αυτές, είναι η κατάργηση των βηματοδοτικών κέντρων του στομάχου στην επιμήκη γαστρεκτομή, αλλά και άμεση απώλεια κιλών, που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία μεταβολών στην ενδοκοιλιακή πίεση. Ακόμη, η εμφάνιση γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης είναι πάρα πολύ συχνή, ειδικά τις πρώτες μετεγχειρητικές ημέρες. Επιπλέον, μελέτες έχουν δείξει, ότι ένα ποσοστό ασθενών μπορεί να εμφανίσει και συμπτώματα χολολιθίασης, η οποία μπορεί να οφείλεται στην ταχεία απώλεια κιλών, παρά στον χειρισμό της επέμβασης. Αξιοσημείωτο είναι να αναφερθεί, ότι οι ασθενείς με σοβαρή παχυσαρκία μπορεί να εμφανίσουν πολλές επιπλοκές κατά τη περιεγχειρητική φάση, όπως είναι για παράδειγμα η κήλη, η εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση, κάποια λοίμωξη κ.α. Αυτές οι επιπλοκές είναι συχνές, όταν και ασθενής εκτός από τη παχυσαρκία έχει και άλλα προβλήματα υγείας, όπως είναι η υπνική άπνοια, ο σακχαρώδης διαβήτης κτλ (Παπαλάμπρος, 2011).

Μέρος Β' :
Νέα ερευνητικά δεδομένα

Γενικές μετεγχειρητικές επιπλοκές.

Post-operative fever.

Abstract:

Post-operative fever is very common. The exact incidence of postoperative fever is not known, but the numbers are high. Estimates from different surgical procedures reveal that fever occurs early in the postoperative period anywhere from 20% to 90% of patients. In the majority of these cases, the fever occurs on the first or second day after surgery and has been linked to atelectasis. Postoperative fever is known to occur after all types of surgical procedures, irrespective of the type of anesthesia. The fever also occurs in children and both genders. Postoperative fever can occur after minor surgical procedures but is rare and depends on the type of procedure. Overall, both abdominal and chest procedures result in the highest incidence of postoperative fever (Abdelmaseeh & Oliver, 2019).

Μετεγχειρητικός πυρετός

Περίληψη:

Ο μετεγχειρητικός πυρετός είναι πολύ συχνός. Η ακριβής συχνότητα εμφάνισης μετεγχειρητικού πυρετού δεν είναι γνωστή, αλλά οι αριθμοί είναι υψηλοί. Οι εκτιμήσεις από διάφορες χειρουργικές επεμβάσεις αποκαλύπτουν ότι ο πυρετός εμφανίζεται νωρίς στην μετεγχειρητική περίοδο οπουδήποτε από 20% έως 90% των ασθενών. Στην πλειονότητα αυτών των περιπτώσεων, ο πυρετός εμφανίζεται την πρώτη ή δεύτερη ημέρα μετά τη χειρουργική επέμβαση και έχει συνδεθεί με ατελεκτασία. Ο μετεγχειρητικός πυρετός είναι γνωστό ότι συμβαίνει μετά από όλους τους τύπους χειρουργικών επεμβάσεων, ανεξάρτητα από τον τύπο της αναισθησίας. Ο πυρετός εμφανίζεται επίσης σε παιδιά και στα δύο φύλα. Ο μετεγχειρητικός πυρετός μπορεί να εμφανιστεί μετά από μικρές χειρουργικές επεμβάσεις, αλλά είναι σπάνιος και εξαρτάται από τον τύπο της διαδικασίας. Συνολικά, τόσο οι κοιλιακές όσο και οι θωρακικές διαδικασίες έχουν ως αποτέλεσμα την υψηλότερη συχνότητα μετεγχειρητικού πυρετού (Abdelmaseeh & Oliver, 2019).

Lessons learned for postoperative wound healing: respect the past and embrace the future.

Abstract:

The field of patient safety in surgery has seen dramatic improvements in the new millennium. Ongoing global initiatives keep a focus on assuring timely access to appropriate care for disparities while avoiding “low value” surgical care with the goal of optimizing long-term patient outcomes. The widespread implementation of fast-track surgery through evidence-based “enhanced recovery after surgery” (ERAS) programs has improved key outcome metrics on a global scale, including shorter hospital length of stay, reduction of opiate use for perioperative pain control, increased patient experience scores and improved outcomes.

Despite the availability of appropriate antiseptic techniques, modern technology, and an improved understanding of soft tissue management, the risk of surgical site complications leaves significant room for improvement. As of today, the risk of surgical site infection in patients with high-risk lower extremity fractures, such as high-energy fractures of the tibial plateau, tibial plafond, and calcaneus, may be as high as 15%. This rate may even be higher in elderly patients and patients with medical co-morbidities. Surgical site infections continue to represent a significant healthcare and socioeconomic problem as they frequently result in hospital re-admissions, need for secondary surgeries, need for long-term antibiotics, sick leave days, disability, and patient morbidity. On a daily basis, healthcare providers make a significant effort in treating patients with surgical site infections as well as researching complex surgical strategies for salvaging musculoskeletal infections. While the appropriate treatment of surgical site infections remains an important effort, it remains crucial to continue our focus on preventing the actual occurrence of surgical site infections, in particular in high-risk injuries and high-risk patient populations. Thus, we must continue to explore early cost-efficient interventions that carry the potential to lower the incidence of surgical site infections. Potential surgical strategies requiring further investigation include the implementation of patient safety protocols, local antibiotic delivery systems, and incisional negative-pressure wound therapy. Besides improving upon operative measures, the perioperative medical management will play an increasingly important role in the prevention of surgical site infections (Zelle & Stahel, 2019).

Διδάγματα για τη μετεγχειρητική επούλωση τραυμάτων: σεβαστείτε το παρελθόν και αγκαλιάστε το μέλλον.

Περίληψη:

Ο τομέας της ασφάλειας των ασθενών στη χειρουργική επέμβαση έχει σημειώσει δραματικές βελτιώσεις στη νέα χιλιετία. Οι συνεχιζόμενες παγκόσμιες πρωτοβουλίες εστιάζουν στην εξασφάλιση έγκαιρης πρόσβασης σε κατάλληλη φροντίδα για ανισότητες, αποφεύγοντας παράλληλα τη «χαμηλής αξίας» χειρουργική φροντίδα με

στόχο τη βελτιστοποίηση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων των ασθενών. Η εκτεταμένη εφαρμογή ταχείας χειρουργικής επέμβασης μέσω τεκμηριωμένων προγραμμάτων «ενισχυμένης ανάρρωσης μετά από χειρουργική επέμβαση» έχει βελτιώσει τις βασικές μετρήσεις αποτελεσμάτων σε παγκόσμια κλίμακα, συμπεριλαμβανομένης της βραχύτερης διάρκειας παραμονής στο νοσοκομείο, τη μείωση της χρήσης οπιούχων για τον έλεγχο του περιεγχειρητικού πόνου, την αύξηση της βαθμολογίας από την εμπειρία του ασθενούς και βελτιωμένα αποτελέσματα.

Παρά τη διαθεσιμότητα κατάλληλων αντισηπτικών τεχνικών, σύγχρονης τεχνολογίας και βελτιωμένης κατανόησης της διαχείρισης των μαλακών ιστών, ο κίνδυνος επιπλοκών χειρουργικής θέσης αφήνει σημαντικό περιθώριο βελτίωσης. Από σήμερα, ο κίνδυνος μόλυνσης από χειρουργική περιοχή σε ασθενείς με κατάγματα χαμηλού άκρου υψηλού κινδύνου, όπως κατάγματα υψηλής ενέργειας του κνημιαίου οροπεδίου, κνημιαίο πλαφόν και ασβεστίου, μπορεί να είναι τόσο υψηλό όσο 15%. Αυτό το ποσοστό μπορεί ακόμη και να είναι υψηλότερο σε ηλικιωμένους ασθενείς και ασθενείς με ιατρική συννοσηρότητα. Οι λοιμώξεις του χειρουργικού χώρου εξακολουθούν να αντιπροσωπεύουν ένα σημαντικό υγειονομικό και κοινωνικοοικονομικό πρόβλημα καθώς συχνά οδηγούν σε επανεισδοχή στο νοσοκομείο, ανάγκη για δευτερογενείς χειρουργικές επεμβάσεις, ανάγκη για μακροχρόνια αντιβιοτικά, ημέρες άδειας ασθενείας, αναπηρία και νοσηρότητα των ασθενών. Σε καθημερινή βάση, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης καταβάλλουν σημαντική προσπάθεια για τη θεραπεία ασθενών με λοιμώξεις χειρουργικής περιοχής καθώς και για την έρευνα σύνθετων χειρουργικών στρατηγικών για τη διάσωση μυοσκελετικών λοιμώξεων. Ενώ η κατάλληλη θεραπεία των λοιμώξεων του χειρουργικού χώρου έχει κάνει σημαντική προσπάθεια, παραμένει κρίσιμο να συνεχίσουμε την εστίασή μας στην αποτροπή της πραγματικής εμφάνισης λοιμώξεων χειρουργικής περιοχής, ιδίως σε τραυματισμούς υψηλού κινδύνου και πληθυσμούς ασθενών υψηλού κινδύνου. Ως εκ τούτου, πρέπει να συνεχίσουμε να διερευνούμε πρώιμες οικονομικές παρεμβάσεις που έχουν τη δυνατότητα να μειώσουν τη συχνότητα εμφάνισης λοιμώξεων στο χειρουργικό σημείο. Πιθανές χειρουργικές στρατηγικές που απαιτούν περαιτέρω διερεύνηση περιλαμβάνουν την εφαρμογή πρωτοκόλλων ασφάλειας ασθενούς, τοπικά συστήματα χορήγησης αντιβιοτικών και προσωρινή θεραπεία τραύματος αρνητικής πίεσης. Εκτός από τη βελτίωση των χειρουργικών μέτρων, η

περιεγχειρητική ιατρική διαχείριση θα διαδραματίσει ολοένα και σημαντικότερο ρόλο στην πρόληψη των λοιμώξεων του χειρουργικού χώρου (Zelle & Stahel, 2019).

Wound healing after total knee arthroplasty.

Abstract:

Complications of wound healing in the early postoperative period can be severely detrimental to clinical outcomes after total knee arthroplasty. Thorough knowledge of preoperative risk factors, meticulous surgical technique and wound closure, as well as careful postoperative wound monitoring can prevent wound complications or lead to their elimination without subsequent morbidity. If complications occur during the postoperative period, the injury should be evaluated and treated immediately to avoid peripheral infection.

Wound problems after total knee arthroplasty can lead to serious complications including infection and the need for further surgery.

A thorough preoperative evaluation should be performed for all patients before receiving total knee arthroplasty. Modifiable risk factors should be addressed whenever possible to minimize the risk of injury complications. While age is a non-modifiable risk factor, elderly patients should be informed of the increased risks of impaired healing and wound complications. Patients over the age of 85 are more susceptible to surgical site infections and wound withdrawal. These elderly patients also have higher 30-day readmission rates for all causes after TKA, although this result is confused with comorbid conditions.

Diabetes mellitus is a common comorbidity that has a profound effect on wound healing. Hyperglycemia at the time of surgery leads to reduced levels of type I collagen in the skin and lower industrial properties with reduced maximum stress and reduced elasticity (Vakhshori et al., 2018).

Επούλωση πληγών μετά από ολική αρθροπλαστική γονάτου

Περίληψη:

Οι επιπλοκές της επούλωσης των πληγών στην πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο μπορεί να είναι σοβαρά επιζήμιες για τα κλινικά αποτελέσματα μετά από ολική αρθροπλαστική γονάτου. Η ενδελεχής γνώση των προεγχειρητικών παραγόντων κινδύνου, η σχολαστική χειρουργική τεχνική και το κλείσιμο των τραυμάτων, καθώς και η προσεκτική μετεγχειρητική παρακολούθηση τραυμάτων μπορούν να αποτρέψουν τις επιπλοκές της πληγής ή να οδηγήσουν στην εξάλειψή τους χωρίς επακόλουθη νοσηρότητα. Εάν προκύψουν επιπλοκές κατά τη μετεγχειρητική περίοδο, το τραύμα πρέπει να αξιολογηθεί και να αντιμετωπιστεί αμέσως για να αποφευχθεί η περιπροθετική λοίμωξη.

Προβλήματα πληγών μετά από ολική αρθροπλαστική γόνατος μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές επιπλοκές συμπεριλαμβανομένης της μόλυνσης και της ανάγκης για περαιτέρω χειρουργική επέμβαση.

Πρέπει να διενεργηθεί διεξοδική προεγχειρητική αξιολόγηση για όλους τους ασθενείς πριν από τη λήψη ολικής αρθροπλαστικής στο γόνατο. Οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου πρέπει να αντιμετωπίζονται όταν είναι δυνατόν για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου επιπλοκών τραύματος. Ενώ η ηλικία είναι ένας μη τροποποιήσιμος παράγοντας κινδύνου, οι ηλικιωμένοι ασθενείς θα πρέπει να ενημερώνονται για τους αυξημένους κινδύνους της εξασθενημένης επούλωσης και των επιπλοκών της πληγής. Ασθενείς ηλικίας άνω των 85 ετών είναι πιο ευαίσθητοι σε λοιμώξεις χειρουργικής θέσης και απόσυρση πληγών. Αυτοί οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν επίσης υψηλότερα ποσοστά επανεισδοχής 30 ημερών για όλες τις αιτίες μετά το ολική αρθροπλαστική γόνατος, αν και αυτό το αποτέλεσμα συγχέεται με συννοσηρές καταστάσεις.

Ο σακχαρώδης διαβήτης είναι μια κοινή συννοσηρότητα που έχει βαθιά επίδραση στην επούλωση των πληγών. Η υπεργλυκαιμία κατά τη στιγμή της χειρουργικής επέμβασης οδηγεί σε μειωμένα επίπεδα κολλαγόνου τύπου I στο δέρμα και σε κατώτερες βιομηχανικές ιδιότητες με μειωμένο μέγιστο στρες και μειωμένο συντελεστή ελαστικότητας (Vakhshori et al., 2018).

Postoperative Bleeding after Thyroid Surgery: Care Instruction

Abstract:

Prospective studies on the incidence, etiology, and prognosis of well-characterized patients with bleeding after thyroid surgery are lacking. Bleeding after thyroid surgery cannot be predicted or prevented even if risk factors are known in every single procedure, which enhances the importance of the following issues: (a) meticulous hemostasis and surgical technique; (b) cooperation with the anesthesiologist, i.e., controlling the Valsalva maneuver, adequate blood pressure at the end of the operation as well as at extubation phase and (c) in case of bleeding, a prompt management to guarantee a better outcome. This requires an intensive postoperative clinical monitoring of patients, ideally, in a recovery room with trained staff for at least 4-6 h. Early recognition of postoperative bleeding with immediate intervention is the key to the management of this complication (Pontin et al., 2019).

Μετεγχειρητική αιμορραγία μετά από χειρουργική επέμβαση θυρεοειδούς: Οδηγίες φροντίδας

Περίληψη:

Λείπουν μελέτες προοπτικών σχετικά με τη συχνότητα, την αιτιολογία και την πρόγνωση καλά χαρακτηρισμένων ασθενών με αιμορραγία μετά από χειρουργική επέμβαση θυρεοειδούς. Η αιμορραγία μετά από χειρουργική επέμβαση θυρεοειδούς δεν μπορεί να προβλεφθεί ή να αποφευχθεί ακόμη και αν είναι γνωστοί παράγοντες κινδύνου σε κάθε διαδικασία, γεγονός που ενισχύει τη σημασία των ακόλουθων ζητημάτων: (α) σχολαστική αιμόσταση και χειρουργική τεχνική. (β) συνεργασία με τον αναισθησιολόγο, δηλαδή τον έλεγχο του ελιγμού Valsalva, επαρκή αρτηριακή πίεση στο τέλος της επέμβασης καθώς και κατά τη φάση επώασης και (γ) σε περίπτωση αιμορραγίας, μια άμεση διαχείριση για να εξασφαλιστεί ένα καλύτερο αποτέλεσμα. Αυτό απαιτεί εντατική μετεγχειρητική κλινική παρακολούθηση των ασθενών, ιδανικά, σε ένα δωμάτιο αποκατάστασης με εκπαιδευμένο προσωπικό για τουλάχιστον 4-6 ώρες. Η έγκαιρη

αναγνώριση της μετεγχειρητικής αιμορραγίας με άμεση παρέμβαση είναι το κλειδί για τη διαχείριση αυτής της επιπλοκής (Pontin et al., 2019).

Συμπέρασμα:

Ο μετεγχειρητικός πυρετός είναι μια συνήθης μετεγχειρητική επιπλοκή που εμφανίζεται σε μεγάλο ποσοστό σε ασθενείς που έχουν υποβληθεί ήδη σε χειρουργική επέμβαση. Ανεξαρτήτου οργάνου που έχει χειρουργηθεί, είναι φυσικό επόμενο τα δύο πρώτα 24ωρα ο ασθενής να παρουσιάσει πυρετό. Όπως έδειξε και η έρευνα, οι επεμβάσεις που δημιουργούν περισσότερο πυρετό είναι αυτές που γίνεται στη θωρακική καθώς και στη κοιλιακή χώρα. Είναι αξιοσημείωτο να αναφερθεί, ότι από το παρελθόν έχουν γίνει σημαντικές βελτιώσεις όσον αφορά τις τεχνικές αντισηψίας και την φροντίδα της τομής του ασθενούς κ.α. Λόγω και της σύγχρονης τεχνολογίας, έχει διαπιστωθεί, ότι οι ασθενείς έχουν παρουσιάσει λιγότερο χρόνο μετεγχειρητικής παραμονής τους στο νοσοκομείο και ότι έχει μειωθεί αρκετά η χρήση των οπιούχων κατά τη περιεγχειρητική φάση των ασθενών. Όμως ο κίνδυνος για λοιμώξεις στην χειρουργημένη περιοχή εξακολουθεί να υπάρχει. Οι λοιμώξεις αυτές αντιπροσωπεύουν ένα υγειονομικό, οικονομικό καθώς και κοινωνικό πρόβλημα, αφού υπάρχει περίπτωση επανεισδοχής των ασθενών στο νοσοκομείο. Παρά τη βελτίωση των χειρουργικών μέτρων, η περιεγχειρητική ιατρική διαχείριση παίζει σημαντικό ρόλο για τη πρόληψη της χειρουργημένης περιοχής. Επιπλέον, προβλήματα πληγών μετά από την επέμβαση μπορεί να οδηγήσουν σε περεταίρω επιπλοκές, όπως π.χ η μόλυνση και η ανάγκη για δεύτερη χειρουργική επέμβαση. Οι τροποποιήσιμοι παράγοντες κινδύνου που επιδεινώνουν την επούλωση του τραύματος πρέπει να ρυθμίζονται από πριν, όπως π.χ το κάπνισμα. Υπάρχουν, όμως, και κάποιοι παράγοντες, όπως η ηλικία, η οποία προφανώς δεν μπορεί να αλλάξει. Στην έρευνα παρατηρήθηκε, ότι οι ηλικιωμένοι άνω των 85 ετών είναι πιο ευαίσθητοι στις χειρουργικές λοιμώξεις και στην απόσυρση των πληγών. Γι αυτό το λόγο, πρέπει να ενημερώνονται από πριν για τους αυξημένους κινδύνους της εξασθετισμένης επούλωσης και των επιπλοκών της πληγής. Ένας άλλος μη τροποποιήσιμος παράγοντας που επιδρά στην επούλωση του τραύματος είναι ο σακχαρώδης διαβήτης. Είναι μια κοινή συννοσηρότητα, η οποία εάν εμφανίσει υπεργλυκαιμία κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης καταστά μειωμένα τα

επίπεδα κολλαγόνου στο δέρμα. Τέλος, η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι μια σοβαρή επιπλοκή που χρήζει άμεσα αντιμετώπιση. Η μετεγχειρητική αιμορραγία μπορεί να εμφανιστεί από δυσλειτουργία των αιμοπεταλίων, από θρομβοπενία κ.α. Γι αυτό το λόγο συνίσταται η εντατική παρακολούθηση του ασθενούς από νοσηλευτές για τουλάχιστον τις πρώτες 4 με 6 ώρες μετά το χειρουργείο.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές από καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις

Arrhythmias in Children in Early Postoperative Period After Cardiac Surgery.

Abstract:

Arrhythmias are well-known complications after congenital cardiac surgery.

1 Although transient and treatable in most cases, they are a cause of substantial morbidity and mortality.

2 These arrhythmias occur mostly in the early postoperative period when hemodynamic fluctuations are common, making the patient unstable and may lead to low cardiac output syndrome (LCOS) and cardiac arrest unless treated and resolved in a timely fashion. Review of existing literature revealed an incidence of arrhythmias ranging from 7.3% to 48%^{1,3-6} in the early postoperative period after congenital cardiac surgery. The etiology of postoperative arrhythmias in children who are recovering from the effects of surgery may include myocardial incision, cannulation, sutures close to the conduction system, cardiac dysfunction, electrolyte disturbances, catecholamine stimulation, acute changes in intracardiac pressures and volumes, cardiopulmonary bypass (CPB)-related

inflammation, ischemia–reperfusion, residual hemodynamic impairment, as well as pain and anxiety.^{1–8} Our objective in this study was to find the incidence, diagnosis, and associations of arrhythmias in children in the postoperative period (Sahu et al., 2018).

Οι αρρυθμίες σε παιδιά κατά τη πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο μετά από καρδιοχειρουργική επέμβαση

Περίληψη:

Οι αρρυθμίες είναι γνωστές επιπλοκές μετά από συγγενή καρδιακή χειρουργική επέμβαση.

1. Αν και παροδικές και θεραπεύσιμες στις περισσότερες περιπτώσεις, αποτελούν αιτία σημαντικής νοσηρότητας και θνησιμότητας.
2. Αυτές οι αρρυθμίες εμφανίζονται κυρίως στην πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο όταν οι αιμοδυναμικές διακυμάνσεις είναι συχνές, καθιστώντας τον ασθενή ασταθή και μπορεί να οδηγήσει σε σύνδρομο χαμηλής καρδιακής εξόδου (LCOS) και καρδιακή ανακοπή, εκτός εάν αντιμετωπιστεί και επιλυθεί εγκαίρως. Η ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας αποκάλυψε μια συχνότητα εμφάνισης αρρυθμιών από 7,3% έως 48% 1,3-6 στην πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο μετά από συγγενή καρδιακή χειρουργική επέμβαση. Η αιτιολογία των μετεγχειρητικών αρρυθμιών σε παιδιά που αναρρώνουν από τα αποτελέσματα της χειρουργικής επέμβασης μπορεί να περιλαμβάνει τομή του μυοκαρδίου, σωληνώσεις, ράμματα κοντά στο σύστημα αγωγής, καρδιακή δυσλειτουργία, διαταραχές ηλεκτρολυτών, διέγερση κατεχολαμίνης, οξείες αλλαγές στις ενδοκαρδιακές πιέσεις και όγκους, καρδιοπνευμονική παράκαμψη (CPB) σχετιζόμενη φλεγμονή, ισχαιμία-επαναιμάτωση, υπολειμματική αιμοδυναμική δυσλειτουργία, καθώς και πόνος και άγχος.¹⁻⁸ Στόχος μας σε αυτή τη μελέτη ήταν να βρούμε τη συχνότητα, τη διάγνωση και τους συσχετισμούς των αρρυθμιών στα παιδιά κατά τη μετεγχειρητική περίοδο (Sahu et al., 2018).

Postoperative Arrhythmias and Their Management

Abstract:

Early cardiac arrhythmias are well-known complications of pediatric cardiac surgery. These arrhythmias are also a major cause of mortality and morbidity. Several reports have been published regarding late postoperative arrhythmias after pediatric cardiac surgeries. Nevertheless, data related to the early postoperative period after cardiac surgery in children are limited. Arrhythmias that may be easily tolerated in normal heart can have a major influence on hearts with congenital defects. Postoperative cardiac arrhythmias range from simple atrial or ventricular ectopies to major arrhythmias such as atrial flutter/fibrillation or ventricular tachycardia (VT). Other common arrhythmias are junctional ectopic tachycardia or complete atrioventricular block (CHB) after any manipulation on conduction system. Several factors, including myocardial dysfunction, electrolyte disturbances, adrenergic stimulation, sutures in the myocardium, residual hemodynamic impairment, as well as pain and anxiety, have been implicated in the pathogenesis of early postoperative arrhythmias in children. The aim of this chapter is to present an overview of the common cardiac arrhythmias occurring in immediate postoperative period (Haghjoo & Khorgami, 2017).

Μετεγχειρητικές αρρυθμίες και η αντιμετώπισή τους

Περίληψη:

Οι πρώιμες καρδιακές αρρυθμίες είναι γνωστές επιπλοκές της παιδιατρικής καρδιακής χειρουργικής. Αυτές οι αρρυθμίες είναι επίσης μια σημαντική αιτία θνησιμότητας και νοσηρότητας. Έχουν δημοσιευτεί αρκετές αναφορές σχετικά με τις καθυστερημένες μετεγχειρητικές αρρυθμίες μετά από παιδιατρικές καρδιακές χειρουργικές επεμβάσεις. Ωστόσο, τα δεδομένα που σχετίζονται με την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο μετά από καρδιακή χειρουργική επέμβαση σε παιδιά είναι περιορισμένα. Οι αρρυθμίες που μπορούν εύκολα να γίνουν ανεκτές στην κανονική καρδιά μπορεί να έχουν σημαντική επίδραση στις καρδιές με συγγενή ελαττώματα. Οι μετεγχειρητικές καρδιακές αρρυθμίες κυμαίνονται από απλές κολπικές ή κοιλιακές εκτοπίες έως μείζονες αρρυθμίες όπως

κολπικός πτερυγισμός / μαρμαρυγή ή κοιλιακή ταχυκαρδία (VT). Άλλες συνηθισμένες αρρυθμίες είναι η εκτοπική ταχυκαρδία ή πλήρης κολποκοιλιακός αποκλεισμός (CHB) μετά από οποιοδήποτε χειρισμό στο σύστημα αγωγής. Αρκετοί παράγοντες, όπως η δυσλειτουργία του μυοκαρδίου, οι διαταραχές των ηλεκτρολυτών, η αδρενεργική διέγερση, τα ράμματα στο μυοκάρδιο, η υπολειμματική αιμοδυναμική δυσλειτουργία, καθώς και ο πόνος και το άγχος, έχουν εμπλακεί στην παθογένεση των πρώιμων μετεγχειρητικών αρρυθμιών στα παιδιά. Ο σκοπός αυτού του κεφαλαίου είναι να παρουσιάσει μια επισκόπηση των κοινών καρδιακών αρρυθμιών που εμφανίζονται σε άμεση μετεγχειρητική περίοδο (Haghjoo & Khorgami, 2017).

Causes and prevention of postoperative myocardial injury

Abstract:

Over the past few years non-cardiac surgery has been recognised as a serious circulatory stress test which may trigger cardiovascular events such as myocardial infarction, in particular in patients at high risk. Detection of these postoperative cardiovascular events is difficult as clinical symptoms often go unnoticed. To improve detection, guidelines advise to perform routine postoperative assessment of cardiac troponin. Troponin elevation – or postoperative myocardial injury – can be caused by myocardial infarction. However, also non-coronary causes, such as cardiac arrhythmias, sepsis and pulmonary embolism, may play a role in a considerable number of patients with postoperative myocardial injury. It is crucial to acquire more knowledge about the underlying mechanisms of postoperative myocardial injury because effective prevention and treatment options are lacking. Preoperative administration of beta-blockers, aspirin, statins, clonidine, angiotensin-converting enzyme inhibitors and angiotensin receptor blockers, and preoperative revascularisation have all been investigated as preventive options. Of these, only statins should be considered as the initiation or reload of statins may reduce the risk of postoperative myocardial injury. There is also not enough

evidence for intraoperative measures such blood pressure optimisation or intensified medical therapy once patients have developed postoperative myocardial injury. Given the impact, better preoperative identification of patients at risk of postoperative myocardial injury, for example using preoperatively measured biomarkers, would be helpful to improve cardiac optimization (Verbree-Willemsen et al., 2019).

Αιτίες και πρόληψη μετεγχειρητικής βλάβης του μυοκαρδίου

Περίληψη:

Τα τελευταία χρόνια η μη καρδιακή χειρουργική επέμβαση έχει αναγνωριστεί ως ένα σοβαρό τεστ κυκλοφοριακού στρες που μπορεί να προκαλέσει καρδιαγγειακά συμβάντα όπως το έμφραγμα του μυοκαρδίου, ιδιαίτερα σε ασθενείς με υψηλό κίνδυνο. Η ανίχνευση αυτών των μετεγχειρητικών καρδιαγγειακών συμβάντων είναι δύσκολη καθώς τα κλινικά συμπτώματα συχνά δεν γίνονται απαρατήρητα. Για τη βελτίωση της ανίχνευσης, οι οδηγίες συμβουλεύουν να πραγματοποιούν ρουτίνα μετεγχειρητική αξιολόγηση καρδιακής τροπονίνης. Η αύξηση της τροπονίνης - ή ο μετεγχειρητικός τραυματισμός του μυοκαρδίου - μπορεί να προκληθεί από έμφραγμα του μυοκαρδίου. Ωστόσο, επίσης και μη στεφανιαίες αιτίες, όπως καρδιακές αρρυθμίες, σήψη και πνευμονική εμβολή, μπορεί να διαδραματίσουν ρόλο σε σημαντικό αριθμό ασθενών με μετεγχειρητικό τραυματισμό του μυοκαρδίου. Είναι σημαντικό να αποκτήσετε περισσότερες γνώσεις σχετικά με τους υποκείμενους μηχανισμούς μετεγχειρητικής βλάβης του μυοκαρδίου, επειδή λείπουν αποτελεσματικές επιλογές πρόληψης και θεραπείας. Η προεγχειρητική χορήγηση β-αναστολέων, ασπιρίνης, στατινών, κλονιδίνης, αναστολέων ενζύμου μετατροπής της αγγιοτενσίνης και αναστολέων των υποδοχέων της αγγιοτενσίνης και η προεγχειρητική επανεγγειοποίηση έχουν ερευνηθεί ως προληπτικές επιλογές. Από αυτά, μόνο οι στατίνες θα πρέπει να θεωρηθούν ως η έναρξη ή η επαναφόρτιση των στατινών μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μετεγχειρητικής βλάβης του μυοκαρδίου. Δεν υπάρχουν επίσης αρκετά στοιχεία για ενδοεγχειρητικά μέτρα, όπως βελτιστοποίηση της αρτηριακής πίεσης ή εντατική ιατρική θεραπεία όταν οι ασθενείς έχουν αναπτύξει μετεγχειρητικό τραυματισμό του μυοκαρδίου. Λαμβάνοντας υπόψη τον

αντίκτυπο, η καλύτερη προεγχειρητική ταυτοποίηση των ασθενών που κινδυνεύουν από μετεγχειρητικό τραυματισμό του μυοκαρδίου, για παράδειγμα με χρήση προεγχειρητικά μετρημένων βιοδεικτών, θα ήταν χρήσιμη για τη βελτίωση της καρδιακής βελτιστοποίησης (Verbree-Willemsen et al., 2019).

Incidence, Management, Prevention and Outcome of Post-Operative Atrial Fibrillation in Thoracic Surgical Oncology.

Abstract:

Atrial fibrillation (AF) is a common supraventricular arrhythmia, a recognized risk factor for ischemic stroke, as a potential driver for heart failure (HF). Cancer patients have an increased risk for AF, even not including any cancer-specific treatment, as surgery or chemotherapy. The mechanism is multifactorial, with inflammation and changes in autonomic tone as critical actors. Commonly, AF is a recurrent complication of the post-operative period in cancer surgery (especially thoracic). Recent papers confirmed a significant incidence of post-operative (non-cardiac surgery) AF (PAF), partially mitigated by the use of prophylactic (rate or rhythm control) treatments. A relevant difference, in terms of mean hospitalization time, emerges between patients developing PAF and those who do not, while long term impact remains a matter of debate, due to several potential confounding factors. Besides clinical predictors, structural (i.e., echocardiographic) and bio-humoral findings may help in risk prediction tasks. In this respect, pre-operative natriuretic peptides (NPs) concentrations are nowadays recognized as significant independent predictors of perioperative cardiovascular complications (including PAF), while elevated post-operative levels may further enhance risk stratification. The aim of the present paper is to trace the state of the art in terms of incidence, management, prevention, and outcome of PAF in the field of thoracic surgical oncology (Fabiani et al., 2020).

Επίπτωση, διαχείριση, πρόληψη και έκβαση της μετεγχειρητικής κολπικής μαρμαρυγής στη θωρακική χειρουργική ογκολογία

Περίληψη:

Η κολπική μαρμαρυγή (ΚΜ) είναι μια κοινή υπερκοιλιακή αρρυθμία, ένας αναγνωρισμένος παράγοντας κινδύνου για ισχαιμικό εγκεφαλικό επεισόδιο, ως πιθανός οδηγός για καρδιακή ανεπάρκεια (ΚΑ). Οι καρκινοπαθείς έχουν αυξημένο κίνδυνο για ΚΜ, ακόμη και χωρίς να συμπεριλαμβάνουν συγκεκριμένη θεραπεία για τον καρκίνο, όπως χειρουργική επέμβαση ή χημειοθεραπεία. Ο μηχανισμός είναι πολυπαραγοντικός, με φλεγμονή και αλλαγές στον αυτόνομο τόνο ως κριτικοί παράγοντες. Συνήθως, η ΚΑ είναι μια επαναλαμβανόμενη επιπλοκή της μετεγχειρητικής περιόδου στη χειρουργική επέμβαση καρκίνου (ειδικά στο θώρακα). Πρόσφατα έγγραφα επιβεβαίωσαν μια σημαντική επίπτωση μετεγχειρητικής (μη καρδιακής χειρουργικής) ΚΑ (ΜΚΜ), που μετριάστηκε μερικώς από τη χρήση προφυλακτικών θεραπειών (ρυθμός ελέγχου ρυθμού). Μια σχετική διαφορά, από την άποψη του μέσου χρόνου νοσηλείας, εμφανίζεται μεταξύ των ασθενών που αναπτύσσουν PAF και εκείνων που δεν το κάνουν, ενώ η μακροπρόθεσμη επίπτωση παραμένει θέμα συζήτησης, λόγω πολλών πιθανών συγχυτικών παραγόντων. Εκτός από τους κλινικούς προγνωστικούς παράγοντες, τα δομικά (δηλ. Ηχοκαρδιογραφικά) και τα βιο-χημικά ευρήματα μπορούν να βοηθήσουν σε εργασίες πρόβλεψης κινδύνου. Από την άποψη αυτή, οι προεγχειρητικές συγκεντρώσεις νατριουρητικών πεπτιδίων (NPs) αναγνωρίζονται σήμερα ως σημαντικοί ανεξάρτητοι προγνωστικοί παράγοντες των περιεγχειρητικών καρδιαγγειακών επιπλοκών (συμπεριλαμβανομένου της ΜΚΜ), ενώ τα αυξημένα μετεγχειρητικά επίπεδα ενδέχεται να ενισχύσουν περαιτέρω τη διαστρωμάτωση του κινδύνου. Ο σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να εντοπίσει την κατάσταση της τεχνολογίας όσον αφορά τη συχνότητα εμφάνισης, τη διαχείριση, την πρόληψη και την έκβαση του PAF στον τομέα της θωρακικής χειρουργικής ογκολογίας (Fabiani et al., 2020).

Preoperative supplementation with fibrinogen concentrate in cardiac surgery: A randomized controlled study.

Abstract:

Excessive bleeding after cardiac surgery is a severe complication associated with increased morbidity and mortality. Both the surgical trauma and impaired haemostasis influence such bleeding. Impaired platelet function, dilutional coagulopathy secondary to use of cardiopulmonary bypass, perioperative use of antithrombotic medications, and hypothermia may all contribute to the impaired haemostasis. Fibrinogen is a key factor in coagulation. An inverse correlation between plasma fibrinogen concentration and postoperative bleeding volume has been reported in cardiac surgery, as recently demonstrated in a meta-analysis. The observation that preoperative fibrinogen concentration correlates with postoperative bleeding, raises the question of whether supplementation with fibrinogen concentrate before surgery would reduce bleeding and transfusion. This hypothesis was first tested in a pilot study in twenty coronary artery bypass grafting (CABG) patients with primary objective of safety (clinically detectable side-effects and graft patency). 7 Subjects who received fibrinogen concentrate had significantly less postoperative blood loss and higher postoperative haemoglobin concentrations. Based on that study, the European Society of Anaesthesiology (ESA) wrote in their guidelines for management of severe perioperative bleeding: ‘We suggest considering prophylactic preoperative infusion of 2 g fibrinogen concentrate, because it may reduce bleeding following elective CABG surgery’ (Class 2C recommendation). 8. We hypothesized that preoperative supplementation with fibrinogen concentrate would reduce postoperative blood loss. To test this hypothesis, we performed a prospective, randomized, double-blind placebo-controlled study (Jeppsson et al., 2016).

Προεγχειρητική συμπλήρωση με συμπύκνωμα ινωδογόνου στην καρδιοχειρουργική: Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη μελέτη

Περίληψη:

Η υπερβολική αιμορραγία μετά από καρδιακή χειρουργική επέμβαση είναι μια σοβαρή επιπλοκή που σχετίζεται με αυξημένη νοσηρότητα και θνησιμότητα. Τόσο το χειρουργικό τραύμα, όσο και η μειωμένη αιμόσταση επηρεάζουν τέτοια αιμορραγία. Μειωμένη λειτουργία των αιμοπεταλίων, αραίωση της πήξης του θρόμβου μετά τη χρήση καρδιοπνευμονικής παράκαμψης, περιεγχειρητική χρήση αντιθρομβωτικών φαρμάκων και υποθερμία μπορεί όλα να συμβάλλουν στην εξασθενημένη αιμόσταση. Το ινωδογόνο είναι ένας βασικός παράγοντας πήξης. Έχει αναφερθεί αντίστροφη συσχέτιση μεταξύ της συγκέντρωσης του ινωδογόνου στο πλάσμα και του όγκου μετεγχειρητικής αιμορραγίας στην καρδιακή χειρουργική επέμβαση, όπως αποδείχθηκε πρόσφατα σε μια μετα-ανάλυση. Η παρατήρηση ότι η προεγχειρητική συγκέντρωση ινωδογόνου συσχετίζεται με μετεγχειρητική αιμορραγία, εγείρει το ερώτημα εάν η συμπλήρωση με συμπύκνωμα ινωδογόνου πριν από τη χειρουργική επέμβαση θα μείωνε την αιμορραγία και τη μετάγγιση. Αυτή η υπόθεση δοκιμάστηκε για πρώτη φορά σε πιλοτική μελέτη σε είκοσι ασθενείς με παράκαμψη στεφανιαίας αρτηρίας (ΠΣΑ) με πρωταρχικό στόχο ασφάλειας (κλινικά ανιχνεύσιμες παρενέργειες και παθητικότητα του μοσχεύματος). Τα άτομα που έλαβαν συμπύκνωμα ινωδογόνου είχαν σημαντικά μικρότερη μετεγχειρητική απώλεια αίματος και υψηλότερες συγκεντρώσεις μετεγχειρητικής αιμοσφαιρίνης. Βάσει αυτής της μελέτης, η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Αναισθησιολογίας (EEA) έγραψε στις οδηγίες τους για τη διαχείριση της σοβαρής περιεγχειρητικής αιμορραγίας: «Προτείνουμε να εξετάσουμε την προφυλακτική προεγχειρητική έγχυση 2 g συμπυκνώματος ινωδογόνου, επειδή μπορεί να μειώσει την αιμορραγία μετά από εκλεκτική χειρουργική επέμβαση ΠΣΑ» (Κατηγορία 2C σύσταση). Υποθέσαμε ότι η προεγχειρητική συμπλήρωση με συμπύκνωμα ινωδογόνου θα μείωνε την μετεγχειρητική απώλεια αίματος. Για να δοκιμάσουμε αυτήν την υπόθεση, πραγματοποιήσαμε μια προοπτική, τυχαιοποιημένη, διπλά τυφλή ελεγχόμενη με εικονικό φάρμακο μελέτη (Jeppsson et al., 2016).

Συμπέρασμα:

Κάθε χειρουργείο έχει τις δικές του δυσκολίες, όμως οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις έχουν ένα περισσότερο βαθμό επικινδυνότητας, λόγω του ότι οι επιπλοκές που μπορεί να προκληθούν, ενδέχεται σε μεγάλο βαθμό, να γίνουν θανατηφόρες. Μετεγχειρητικές επιπλοκές όπως οι αρρυθμίες, με συνηθέστερη, τη κολπική μαρμαρυγή, η βλάβη του μυοκαρδίου και η συσσώρευση αιμορραγίας στη συγκεκριμένη περιοχή, είναι επιπλοκές που πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα. Οι παραπάνω έρευνες μας δείχνουν τη σοβαρότητα της κατάστασης, παρουσιάζοντας δοκιμές που έχουν πραγματοποιηθεί. Μια ομάδα ασθενών, που είναι οι καρκινοπαθείς, είναι ούτως ή άλλως πιο ευάλωτοι στην εμφάνιση κολπικής μαρμαρυγής, και, ειδικά όταν η χειρουργική επέμβαση γίνει στο θώρακα, ακόμα πιο πολύ. Γι αυτό χρειάζεται μεγάλη προσοχή, καθώς και ειδικό χειρισμό για να αποφευχθούν τα χειρότερα. Όπως όλοι γνωρίζουμε, η μετεγχειρητική αιμορραγία είναι μια επείγουσα κατάσταση που πρέπει να αντιμετωπιστεί όσο πιο σύντομα. Έχει αναφερθεί σημαντική συσχέτιση μεταξύ του ινωδογόνου, ενός βασικού παράγοντα πήξης του αίματος και του όγκου της μετεγχειρητικής αιμορραγίας. Σε μια πιλοτική μελέτη που έγινε σε 20 ασθενείς, αναφέρθηκε ότι η προεγχειρητική χορήγηση ινωδογόνου μειώνει σημαντικά την εμφάνιση μετεγχειρητικής αιμορραγίας. Επιπλέον, η μη καρδιακή χειρουργική επέμβαση προκαλεί συχνό κυκλοφορικό στρες, με αποτέλεσμα διάφορα καρδιαγγειακά συμβάντα, όπως είναι το έμφραγμα μυοκαρδίου. Για την ανίχνευση αυτών των συμβάντων, συνίσταται η μετεγχειρητική αξιολόγηση της καρδιακής τροπονίνης, γιατί η αύξηση αυτής ή ο μετεγχειρητικός τραυματισμός του μυοκαρδίου, μπορεί να προκληθούν από το έμφραγμα μυοκαρδίου. Επιπλέον, και άλλοι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τους ασθενείς με μετεγχειρητικό τραυματισμό του μυοκαρδίου, είναι οι αρρυθμίες, η σήψη και η πνευμονική εμβολή. Γι αυτούς τους λόγους, οι ειδικοί συμβουλεύουν τη προεγχειρητική χορήγηση β-αναστολέων, ασπιρίνης, στατινών κ.α.

The effect of inspired oxygen concentration on postoperative pulmonary atelectasis in obese patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: a randomized-controlled double-blind study.

Abstract:

Postoperative pulmonary complications are a major cause of morbidity, mortality and prolonged hospital stay and increased the cost of care after surgery. Atelectasis is a serious complication and one of the most dangerous postoperative pulmonary complications. Pulmonary atelectasis occurs in 85–90% of healthy adults within minutes after the induction of general anaesthesia, and up to 15% of the entire lung may be atelectatic, in the basal regions, resulting in a true pulmonary shunt of 5–10% of cardiac output.

Obesity reduces respiratory functions, affects all parameters of lung function testing and is the main cause of postoperative pulmonary complications after general anaesthesia. Obese patients have lower lung compliance, chest wall compliance and total respiratory compliance.

Atelectasis is more marked in obese patients because of lower resting lung volumes, smaller airway calibre and cephalad displacement of the diaphragm in the supine position. The main mechanisms underlying the atelectasis formation in obese patients are compression, loss of surfactant or impaired surfactant function and absorption of gas (oxygen) from alveoli behind closed or intermittently closed airways.

Ventilation for only a few minutes with 100% oxygen causes a significant increase in atelectasis after anaesthesia induction compared with ventilation with lower oxygen concentration. Moreover, high inspired oxygen concentration, even for brief periods of time, has been shown to induce atelectasis. The inspired oxygen fraction (FiO₂) used

during general anaesthesia will influence atelectasis formation. Atelectasis will not happen during general anaesthesia if the inspired oxygen concentration is 30% or less. However, this is not recommended, because decreasing the inspired oxygen concentration will also decrease the duration of nonhypoxic apnoea.

However, no clear association between atelectasis formation and oxygen concentration during maintenance of anaesthesia has yet been established, and several other harms and benefits still need further investigation.

This study was designed to compare the effect of high inspired 90% FiO₂ and low inspired 40% FiO₂ on postoperative pulmonary atelectasis in obese patients during laparoscopic cholecystectomy (Eskandr et al., 2019).

Η επίδραση της εμπνευσμένης συγκέντρωσης οξυγόνου στη μετεγχειρητική πνευμονική ατελεκτασία σε παχύσαρκους ασθενείς που υποβάλλονται σε λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή: μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη διπλή-τυφλή μελέτη

Περίληψη:

Οι μετεγχειρητικές πνευμονικές επιπλοκές αποτελούν σημαντική αιτία νοσηρότητας, θνησιμότητας και παρατεταμένης παραμονής στο νοσοκομείο και αύξάνουν το κόστος της φροντίδας μετά από χειρουργική επέμβαση. Η ατελεκτασία είναι μια σοβαρή επιπλοκή και μία από τις πιο επικίνδυνες μετεγχειρητικές πνευμονικές επιπλοκές. Η πνευμονική ατελεκτασία εμφανίζεται στο 85-90% των υγιών ενηλίκων μέσα σε λίγα λεπτά μετά την πρόκληση γενικής αναισθησίας και έως και το 15% του συνόλου των πνευμόνων μπορεί να είναι ατελεκτικά, στις βασικές περιοχές, με αποτέλεσμα μια πραγματική πνευμονική παράκαμψη 5-10% της καρδιακής εξόδου.

Η παχυσαρκία μειώνει τις αναπνευστικές λειτουργίες, επηρεάζει όλες τις παραμέτρους της δοκιμής της πνευμονικής λειτουργίας και είναι η κύρια αιτία μετεγχειρητικών πνευμονικών επιπλοκών μετά από γενική αναισθησία. Οι παχύσαρκοι ασθενείς έχουν χαμηλότερη συμμόρφωση στους πνεύμονες, συμμόρφωση στο θωρακικό τοίχωμα και ολική αναπνευστική συμμόρφωση.

Η ατελεκτασία είναι πιο έντονη σε παχύσαρκους ασθενείς λόγω του χαμηλότερου όγκου των πνευμόνων ανάπνοσης, του μικρότερου διαμετρήματος των αεραγωγών και της κεφαλής του διαφράγματος στην ύπτια θέση. Οι κύριοι μηχανισμοί στους οποίους βασίζεται ο σχηματισμός ατελεκτασίας σε παχύσαρκους ασθενείς είναι η συμπίεση, η απώλεια επιφανειοδραστικού παράγοντα ή εξασθενημένη λειτουργία επιφανειοδραστικού παράγοντα και η απορρόφηση αερίου (οξυγόνου) από κυψελίδες πίσω από κλειστούς ή διακεκομμένα κλειστούς αεραγωγούς.

Ο εξαερισμός για λίγα μόνο λεπτά με 100% οξυγόνο προκαλεί σημαντική αύξηση της ατελεκτασίας μετά από επαγωγή αναισθησίας σε σύγκριση με τον αερισμό με χαμηλότερη συγκέντρωση οξυγόνου. Επιπλέον, η υψηλή συγκέντρωση οξυγόνου ακόμη και για σύντομες χρονικές περιόδους, έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί ατελεκτασία. Το εμπνευσμένο κλάσμα οξυγόνου (FiO₂) που χρησιμοποιείται κατά τη γενική αναισθησία θα επηρεάσει το σχηματισμό ατελεκτασίας. Η ατελεκτασία δεν θα συμβεί κατά τη διάρκεια της γενικής αναισθησίας εάν η συγκέντρωση του εμπνευσμένου οξυγόνου είναι 30% ή μικρότερη. Ωστόσο, αυτό δεν συνιστάται, επειδή η μείωση της συγκέντρωσης του εμπνευσμένου οξυγόνου θα μειώσει επίσης τη διάρκεια της μη υποξικής άπνοιας.

Ωστόσο, δεν έχει ακόμη τεκμηριωθεί σαφής συσχέτιση μεταξύ σχηματισμού ατελεκτασίας και συγκέντρωσης οξυγόνου κατά τη διάρκεια της συντήρησης της αναισθησίας και αρκετές άλλες βλάβες και οφέλη χρειάζονται ακόμη περαιτέρω έρευνα.

Αυτή η μελέτη σχεδιάστηκε για να συγκρίνει την επίδραση του υψηλού εμπνευσμένου 90% FiO₂ και του χαμηλού εμπνευσμένου 40% FiO₂ στη μετεγχειρητική πνευμονική ατελεκτασία σε παχύσαρκους ασθενείς κατά τη διάρκεια της λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής (Eskandr et al., 2019).

Postoperative Atelectasis and Pneumonia After General Thoracic Surgery.

Abstract:

Atelectasis and pneumonia are common postoperative complications occurred in patients undergoing general thoracic surgery. Strategies to reduce the risk of postoperative pulmonary complications including these 2 disorders consist of smoking cessation, optimization of underlying chronic obstructive pulmonary disease(COPD), adequate pain control, intensive oral care, and so on. Preoperative treatments for patients with COPD are the same as those for COPD patients being not about to have surgery, which mainly consist of long-acting bronchodilators and pulmonary rehabilitation. Postoperative atelectasis can be treated with airway clearance techniques including postural drainage and coughing, and bronchial suctioning using bronchoscopy or tracheal catheter inserted through cricothyroid ligament as needed. Treatment for postoperative pneumonia starts with microbiologic studies on respiratory samples followed by assessment of existence or non-existence of sepsis, severity of the disease using I-ROAD (immunodeficiency, respiration, orientation, age, dehydration) prognostic guidelines, and risk factors for multidrug-resistance pathogens. Then, adequate selection of antibiotics and escalation or de-escalation principle is required according to the new guidelines recently published by the Japanese Respiratory Society (Hoshikawa & Tochii, 2017).

Μετεγχειρητική ατελεκτασία και πνευμονία μετά από γενική θωρακική χειρουργική επέμβαση

Περίληψη:

Η ατελεκτασία και η πνευμονία είναι συχνές μετεγχειρητικές επιπλοκές που εμφανίστηκαν σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γενική θωρακική χειρουργική επέμβαση. Οι στρατηγικές για τη μείωση του κινδύνου μετεγχειρητικών πνευμονικών

επιπλοκών, συμπεριλαμβανομένων αυτών των 2 διαταραχών, συνίστανται στη διακοπή του καπνίσματος, στη βελτιστοποίηση της υποκείμενης χρόνιας αποφρακτικής πνευμονικής νόσου (ΧΑΠ), στον επαρκή έλεγχο του πόνου, στην εντατική στοματική φροντίδα και ούτω καθεξής. Οι προεγχειρητικές θεραπείες για ασθενείς με ΧΑΠ είναι οι ίδιες με εκείνες για ασθενείς με ΧΑΠ που δεν πρόκειται να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση, η οποία αποτελείται κυρίως από βρογχοδιασταλτικά μακράς δράσης και πνευμονική αποκατάσταση. Η μετεγχειρητική ατελεκτασία μπορεί να αντιμετωπιστεί με τεχνικές εκκαθάρισης των αεραγωγών, συμπεριλαμβανομένης της ορθοστατικής αποστράγγισης και του βήχα, και βρογχική αναρρόφηση χρησιμοποιώντας βρογχοσκόπηση ή τραχειακό καθετήρα που εισάγεται μέσω του συνδέσμου κρικοθυρεοειδούς, όπως απαιτείται. Η θεραπεία για μετεγχειρητική πνευμονία ξεκινά με μικροβιολογικές μελέτες σε αναπνευστικά δείγματα, ακολουθούμενη από εκτίμηση ύπαρξης ή μη ύπαρξης σήψης, σοβαρότητα της νόσου χρησιμοποιώντας προγνωστικές οδηγίες I-ROAD (ανοσοανεπάρκεια, αναπνοή, προσανατολισμός, ηλικία, αφυδάτωση) και παράγοντες κινδύνου για πολλαπλά φάρμακα - παθογόνα αντίστασης. Στη συνέχεια, απαιτείται επαρκής επιλογή αντιβιοτικών και αρχή κλιμάκωσης ή απο-κλιμάκωσης σύμφωνα με τις νέες οδηγίες που δημοσιεύθηκαν πρόσφατα από την Ιαπωνική Αναπνευστική Εταιρεία (Hoshikawa & Tochii, 2017).

Συμπέρασμα:

Οι μετεγχειρητικές πνευμονικές επιπλοκές είναι πάρα πολύ σοβαρές, διότι είναι κύριοι παράγοντες νοσηρότητας και θνησιμότητας. Επειδή, ακριβώς, για αυτό τον λόγο, ο ασθενής αναγκάζεται να παραμείνει περισσότερο διάστημα στο χώρο του νοσοκομείου ,και, αυτό σημαίνει, επιπλέον αύξηση του κόστους περίθαλψης μετά από τη χειρουργική επέμβαση. Η ατελεκτασία είναι μια επικίνδυνη επιπλοκή, η οποία παρουσιάζεται στο 85-90% των ασθενών μετά από γενική αναισθησία. Η ατελεκτασία παρατηρείται πιο έντονα στους παχύσαρκους ασθενείς, λόγω του ότι από το υπερβολικό βάρος οι πνεύμονες έχουν επιβαρυνθεί και διαθέτουν χαμηλότερο οξυγόνο. Παράγοντες που συντελούν στη δημιουργία της, είναι η συμπίεση, η δυσλειτουργία των επιφανειοδραστικών ουσιών και οι διακεκομμένοι κλειστές αεραγωγοί. Η ατελεκτασία και η πνευμονία είναι οι

συνηθέστερες μετεγχειρητικές επιπλοκές, κυρίως σε ασθενείς που υποβάλλονται σε επεμβάσεις της θωρακικής κοιλότητας. Οι συμβουλές που δίνονται για την ελάττωση αυτών των δύο επιπλοκών, σχετίζονται με τη διακοπή του καπνίσματος, την καλύτερευση της χρόνιας αποφρακτικής πνευμονοπάθειας, τον επαρκή έλεγχο του πόνου και την συστηματική στοματική περιποίηση. “Η μετεγχειρητική ατελεκτασία μπορεί να αντιμετωπιστεί με τεχνικές απομάκρυνσης των αεραγωγών, συμπεριλαμβανομένης της απότομης αποστράγγισης και βήχα, και βρογχική αναρρόφηση χρησιμοποιώντας βρογχοσκόπηση ή καθετήρα τραχείας που εισάγεται μέσω του βλεννογόνου συνδέσμου ανάλογα με τις ανάγκες”. Η αντιμετώπιση της μετεγχειρητικής πνευμονίας αρχίζει με μικροβιακές εξετάσεις, όπου παρατηρείται αν υπάρχει σήψη ή όχι και ύστερα χορηγούνται αντιβιοτικά.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές από γαστρεντερικές επεμβάσεις

Postoperative ileus: Pathophysiology, incidence, and prevention

Abstract:

Postoperative ileus (POI) is a major focus of concern for surgeons because it increases duration of hospitalization, cost of care, and postoperative morbidity. The definition of POI is relatively consensual albeit with a variable definition of interval to resolution ranging from 2 to 7 days for different authors. This variation, however, leads to non-reproducibility of studies and difficulties in interpreting the results. Certain risk factors for POI, such as male gender, advanced age and major blood loss, have been repeatedly described in the literature. Understanding of the pathophysiology of POI has helped combat and prevent its occurrence. But despite preventive and therapeutic efforts arising from such knowledge, 10 to 30% of patients still develop POI after abdominal

surgery. In France, pharmacological prevention is limited by the unavailability of effective drugs. Perioperative nutrition is very important, as well as limitation of preoperative fasting to 6 hours for solid food and 2 hours for liquids, and virtually no fasting in the postoperative period. Coffee and chewing gum also play a preventive role for POI. The advent of laparoscopy has led to a significant improvement in the recovery of gastrointestinal function. Enhanced recovery programs, grouping together all measures for prevention or cure of POI by addressing the mechanisms of POI, has reduced the duration of hospitalization, morbidity and interval to resumption of transit (Venara et al., 2016).

Μετεγχειρητικός ειλεός: Παθοφυσιολογία, επίπτωση και πρόληψη

Περίληψη:

Ο μετεγχειρητικός ειλεός είναι ένα σημαντικό επίκεντρο ανησυχίας για τους χειρουργούς επειδή αυξάνει τη διάρκεια της νοσηλείας, το κόστος της φροντίδας και τη μετεγχειρητική νοσηρότητα. Ο ορισμός του POI είναι σχετικά συναινετικός αν και με μεταβλητό ορισμό του διαστήματος έως την ανάλυση κυμαίνεται από 2 έως 7 ημέρες για διαφορετικούς συγγραφείς. Αυτή η παραλλαγή, ωστόσο, οδηγεί σε μη αναπαραγωγιμότητα των μελετών και δυσκολίες στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων. Ορισμένοι παράγοντες κινδύνου για μετεγχειρητικό ειλεό, όπως φύλο ανδρών, προχωρημένη ηλικία και μείζονα απώλεια αίματος, έχουν περιγραφεί επανειλημμένα στη βιβλιογραφία. Η κατανόηση της παθοφυσιολογίας του μετεγχειρητικού ειλεού βοήθησε στην καταπολέμηση και την πρόληψη της εμφάνισής της. Ωστόσο, παρά τις προληπτικές και θεραπευτικές προσπάθειες που προκύπτουν από αυτές τις γνώσεις, το 10 έως 30% των ασθενών εξακολουθούν να αναπτύσσουν POI μετά από κοιλιακή χειρουργική επέμβαση. Στη Γαλλία, η φαρμακολογική πρόληψη περιορίζεται από τη μη διαθεσιμότητα αποτελεσματικών φαρμάκων. Η περιεγχειρητική διατροφή είναι πολύ σημαντική, καθώς και ο περιορισμός της προεγχειρητικής νηστείας σε 6 ώρες για στερεά τρόφιμα και 2 ώρες για υγρά, και ουσιαστικά χωρίς νηστεία κατά τη μετεγχειρητική περίοδο. Ο καφές και οι τσίχλες παίζουν επίσης προληπτικό ρόλο για το POI. Η έλευση

της λαπαροσκόπησης έχει οδηγήσει σε σημαντική βελτίωση στην αποκατάσταση της γαστρεντερικής λειτουργίας. Τα ενισχυμένα προγράμματα αποκατάστασης, ομαδοποιώντας όλα τα μέτρα πρόληψης ή θεραπείας του μετεγχειρητικού ελλείους με την αντιμετώπιση των μηχανισμών αυτού, μείωσαν τη διάρκεια της νοσηλείας, της νοσηρότητας και του διαστήματος σε επανέναρξη της διέλευσης (Venara et al., 2016).

Postoperative complications and their stay-related postoperative liver transplantation and diffuse oncological procedures for primary or different gastrointestinal tumors in patients treated in intermediate artificial life.

Abstract:

Aim of the study: To record postoperative complications after liver transplantation and major gastrointestinal procedures and to determine the healthrelated quality of life of the two groups seven years after surgery in comparison with the general population. Material and Methods: The study examines two groups, 32 patients who have undergone orthotopic liver transplantation and 32 patients who have undergone major surgery for gastrointestinal diseases. The patients admitted to the Intensive Care Unit after surgery for at least three days. The complications during the immediate postoperative period, and the health-related quality of life after 7 years postoperatively were examined. Results: Most common complications related to patients with liver transplantation were infections, representing 78.1% of cases, while on the second group, the most common complications were nephrological at 46.9%, followed by cardiovascular complications and infections at rates of 43.8% and 34.4% respectively. The rates of postoperative death in patients undergoing liver transplantation was significantly higher for patients with cardiovascular complications and significantly lower in those with respiratory complications. In patients undergoing major surgery for gastrointestinal tumor and developed infection, renal and cardiovascular complications, the rates of death at 7 years was significantly higher, while the postoperative death rates were higher in those with infections. Concerning quality of life, the specific questionnaire was answered by 43.75% (14/32) of patients in each group. Only the unit of “Mental Health” revealed significant differences between the two patients’ groups. Specifically, patients with liver transplantation demonstrated a

significantly higher score, compared to patients with gastrointestinal tumor surgery. The quality of life in other aspects of the survey was similar between the two groups of patients. Compared with the general population, the score on the unit “Role Physical” was significantly lower in patients who underwent liver transplantation. Compared with the general population, the score on the units “Physical Functioning”, “Role Physical”, “Role Emotional” and “Mental Health” were significantly lower in patients who underwent surgery for gastrointestinal tumor. Conclusions: Recognition of complications is essential in order to plan treatment immediately and thus decrease the morbidity and mortality. Accordingly, the determination of the health-related quality of life is particularly important, since the choice of any possible treatment affects the patients’ later life (Καρούνη, 2016).

Μετεγχειρητικές επιπλοκές και σχετιζόμενη με την παραμονή διάθεσή τους μετά από οοτοί μεταμόσχευση ήπατος και διαζονες ογκολογικές επεμβάσεις για πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς όγκους γαστρεντερικού όγκου σε όσα νοσηλεύονται σε ενδιάμεση τεχνητή ζωή

Περίληψη:

Σκοπός της μελέτης: Να καταγραφούν οι μετεγχειρητικές επιπλοκές μετά από μεταμόσχευση ήπατος και μείζονες χειρουργικές επεμβάσεις στο γαστρεντερικό σύστημα, να καθοριστεί η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των δύο ομάδων 7 χρόνια μετά τη χειρουργική επέμβαση και να γίνει σύγκριση με αυτή του γενικού πληθυσμού. Υλικό και Μέθοδος: Η μελέτη εξετάζει δύο ομάδες ασθενών, 32 ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος και 32 ασθενείς που έχουν υποβληθεί σε μείζονα χειρουργική επέμβαση για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος. Οι ασθενείς εισήχθησαν στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας μετά το χειρουργείο και παρέμειναν για τουλάχιστον 3 μέρες. Μελετήθηκαν οι άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές και η σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής 7 χρόνια μετά την επέμβαση.

Αποτελέσματα: Η πιο συχνή επιπλοκή στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε Μεταμόσχευση Ήπατος ήταν οι λοιμώξεις σε ποσοστό 78,1%, ενώ στη δεύτερη ομάδα, οι πιο συχνές επιπλοκές ήταν οι νεφρολογικές σε ποσοστό 46,9%, ακολουθούμενες από τις καρδιαγγειακές επιπλοκές και τις λοιμώξεις σε ποσοστό 43,8% και 34,4% αντίστοιχα. Τα ποσοστά μετεγχειρητικού θανάτου στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση ήπατος ήταν σημαντικά υψηλότερα στους ασθενείς με καρδιαγγειακές επιπλοκές και σημαντικά χαμηλότερα σε εκείνους με αναπνευστικές επιπλοκές. Στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μείζονα χειρουργείο για όγκο του γαστρεντερικού και παρουσίασαν λοιμώξεις, νεφρολογικές και καρδιαγγειακές επιπλοκές, τα ποσοστά θανάτου στα 7 έτη ήταν σημαντικά υψηλότερα, ενώ τα ποσοστά μετεγχειρητικού θανάτου ήταν υψηλότερα σ'αυτούς που παρουσίασαν λοιμώξεις. Όσον αφορά τη ποιότητα ζωής το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε σε ποσοστό 43,75% (14/32) των ασθενών από κάθε ομάδα. Μόνο η διάσταση «Ψυχική Υγεία» παρουσίασε σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων. Συγκεκριμένα οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση ήπατος σημείωσαν σημαντικά μεγαλύτερη βαθμολογία, σε σύγκριση με τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος. Δε σημειώθηκαν σημαντικές διαφορές στις υπόλοιπες διαστάσεις της ποιότητας ζωής μεταξύ των δύο ομάδων ασθενών. Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, η βαθμολογία στη διάσταση «Σωματικός ρόλος» ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε μεταμόσχευση ήπατος. Σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό, η βαθμολογία στις διαστάσεις «Σωματική Λειτουργικότητα», «Σωματικός ρόλος», «Ρόλος συναισθηματικός» και «Ψυχική υγεία» ήταν σημαντικά χαμηλότερη στους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε χειρουργείο για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος. Συμπεράσματα: Η αναγνώριση των επιπλοκών είναι σημαντική, έτσι ώστε να ξεκινήσει άμεσα ο σχεδιασμός αντιμετώπισης και θεραπείας και να μειωθεί με αυτό το τρόπο η νοσηρότητα και η θνητότητα. Αντίστοιχα η καταγραφή της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητα ζωής είναι ιδιαίτερα σημαντική, μιας και η επιλογή της κάθε πιθανής θεραπείας επηρεάζει τη μετέπειτα ζωή των ασθενών (Καρούνη, 2016).

The experiences of colorectal cancer patients in postoperative recovery: integrative review.

Abstract:

Colorectal cancer is a common cancer of the gastrointestinal tract and is a major cause of global deaths. Currently, the diagnosis of colorectal cancer is increasing among younger populations in Asia and the West. In the USA, according to data from 1974 to 2013, the number of patients with colorectal cancer increased each year and the incidence rate is now very high among the elderly. It is predicted that by 2030 the incidence of colorectal cancer worldwide will increase by 60 percent.

Surgery is still the main treatment method for colorectal cancer patients. Although surgery is an effective treatment approach, colorectal cancer surgery is an abdominal surgery that has a higher tendency to develop complications compared to other types of surgery. After surgery, the patient can experience changes in both mind and body, including postoperative syndrome, anxiety and depression. In many cases of postoperative colon surgery, medical appliances applied postoperatively can cause additional embarrassment, for example, having a stoma attached, and this can cause additional upset.

The main goal of postoperative care is to encourage patients to recover. When the recovery process is good, the rate of complications also decreases and this in turn reduces the re-admission rates to hospitals as well as the relevant costs of admission. Moreover, patients can return to performing their daily activities more smoothly. It is essential that care providers understand all aspects of the experiences of patients after colorectal cancer surgery and analyze their needs related to those experiences. In this way, healthcare providers will be able to understand the patient's experience clearly and provide the correct holistic care.

This review of existing literature will help to better understand the meaning of the life experiences as well as the needs of colorectal cancer patients after having surgery and during the recovery period. The purpose of this work is to synthesize the qualitative research that describes the experiences of colorectal cancer patients during postoperative recovery in order to obtain a clear conclusion that will be useful for healthcare providers.

Such information can be used to make appropriate care plans that meet the needs of specific groups of patients. This could reduce undesirable impacts, promote good recovery and lead to a better quality of life in the long term.

The objective of this integrative review focuses on how patients experience the postoperative period after receiving colorectal cancer surgery, and its purpose is to synthesize colorectal cancer patients' experiences and their needs during the postoperative period (Changai et al., 2020).

Οι εμπειρίες ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου μετεγχειρητική ανάρρωση: ολοκληρωμένη ανασκόπηση

Περίληψη:

Ο καρκίνος του παχέος εντέρου είναι ένας κοινός καρκίνος του γαστρεντερικού σωλήνα και είναι μια σημαντική αιτία παγκόσμιων θανάτων. Επί του παρόντος, η διάγνωση του καρκίνου του παχέος εντέρου αυξάνεται στους νεότερους πληθυσμούς στην Ασία και τη Δύση. Στις ΗΠΑ, σύμφωνα με στοιχεία από το 1974 έως το 2013, ο αριθμός των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου αυξήθηκε κάθε χρόνο και το ποσοστό επίπτωσης είναι τώρα πολύ υψηλό μεταξύ των ηλικιωμένων. Προβλέπεται ότι έως το 2030 η συχνότητα εμφάνισης καρκίνου του παχέος εντέρου παγκοσμίως θα αυξηθεί κατά 60%.

Η χειρουργική επέμβαση εξακολουθεί να είναι η κύρια μέθοδος θεραπείας για ασθενείς με καρκίνο του παχέος εντέρου. Αν και η χειρουργική επέμβαση είναι μια αποτελεσματική θεραπευτική προσέγγιση, η χειρουργική επέμβαση καρκίνου του παχέος εντέρου είναι μια κοιλιακή χειρουργική επέμβαση που έχει μεγαλύτερη τάση να αναπτύσσει επιπλοκές σε σύγκριση με άλλους τύπους χειρουργικής επέμβασης. Μετά τη χειρουργική επέμβαση, ο ασθενής μπορεί να αντιμετωπίσει αλλαγές τόσο στο μυαλό όσο και στο σώμα, συμπεριλαμβανομένου του μετεγχειρητικού συνδρόμου, του άγχους και της κατάθλιψης. Σε πολλές περιπτώσεις μετεγχειρητικής χειρουργικής παχέος εντέρου, οι ιατρικές συσκευές που εφαρμόζονται μετεγχειρητικά μπορούν να προκαλέσουν

πρόσθετη αμηχανία, για παράδειγμα, έχοντας προσκολλημένο στόμα και αυτό μπορεί να προκαλέσει επιπλέον αναστάτωση.

Ο κύριος στόχος της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι να ενθαρρύνει τους ασθενείς να αναρρώσουν. Όταν η διαδικασία ανάρρωσης είναι καλή, το ποσοστό επιπλοκών μειώνεται επίσης και αυτό με τη σειρά του μειώνει τα ποσοστά επανεισδοχής στα νοσοκομεία καθώς και το σχετικό κόστος εισδοχής. Επιπλέον, οι ασθενείς μπορούν να επιστρέψουν στην καθημερινή τους δραστηριότητα πιο ομαλά. Είναι σημαντικό οι πάροχοι φροντίδας να κατανοήσουν όλες τις πτυχές των εμπειριών των ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση καρκίνου του παχέος εντέρου και να αναλύσουν τις ανάγκες τους που σχετίζονται με αυτές τις εμπειρίες. Με αυτόν τον τρόπο, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης θα μπορούν να κατανοήσουν καθαρά την εμπειρία του ασθενούς και να παρέχουν τη σωστή ολιστική περίθαλψη.

Αυτή η ανασκόπηση της υπάρχουσας βιβλιογραφίας θα βοηθήσει στην καλύτερη κατανόηση της σημασίας των εμπειριών της ζωής καθώς και των αναγκών των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου μετά από χειρουργική επέμβαση και κατά τη διάρκεια της περιόδου ανάρρωσης. Ο σκοπός αυτής της εργασίας είναι να συνθέσει την ποιοτική έρευνα που περιγράφει τις εμπειρίες ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου κατά τη μετεγχειρητική ανάρρωση προκειμένου να επιτευχθεί ένα σαφές συμπέρασμα που θα είναι χρήσιμο για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης. Αυτές οι πληροφορίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη δημιουργία κατάλληλων σχεδίων φροντίδας που ανταποκρίνονται στις ανάγκες συγκεκριμένων ομάδων ασθενών. Αυτό θα μπορούσε να μειώσει τις ανεπιθύμητες επιπτώσεις, να προωθήσει την καλή ανάκαμψη και να οδηγήσει σε καλύτερη ποιότητα ζωής μακροπρόθεσμα.

Ο στόχος αυτής της ολοκληρωμένης επισκόπησης επικεντρώνεται στον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς βιώνουν την μετεγχειρητική περίοδο μετά από εγχείρηση καρκίνου του παχέος εντέρου και σκοπός του είναι να συνθέσει τις εμπειρίες των ασθενών με καρκίνο του παχέος εντέρου και τις ανάγκες τους κατά τη μετεγχειρητική περίοδο (Changai et al., 2020).

Συμπέρασμα:

Ο μετεγχειρητικός ειλεός αποτελεί βασικό λόγο ανησυχίας για τους χειρουργούς, διότι επιβαρύνει το κόστος περίθαλψης και τη μετεγχειρητική νοσηρότητα καθώς και απαιτεί μεγαλύτερη διάρκεια νοσηλείας. Αιτίες κινδύνου για μετεγχειρητικό ειλεό προκαλεί συνήθως το ανδρικό φύλο, η αρκετά μεγαλύτερη ηλικία και η μεγάλη διαρροή αίματος. Αν και έχουν γίνει έρευνες για την πρόληψη αυτού του προβλήματος, αρκετοί ασθενείς, ωστόσο, εμφανίζουν αυτή την επιπλοκή μετά από εγχείρηση στην κοιλιά. Η μετεγχειρητική διατροφή διαδραματίζει κεντρικό ρόλο στην καταπολέμηση εμφάνισης αυτής της επιπλοκής, καθώς και η σωστή προεγχειρητική νηστεία. Μελέτες έχουν δείξει επίσης, ότι όταν επιτραπεί η κατάποση στον ασθενή, ουσίες που βοηθούν είναι ο καφές και η τσίχλα. Άλλη μια έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 2 ομάδες ασθενών. Στο σύνολό τους ήταν 64 και αξιολογήθηκαν στη πρώτη ομάδα 32 ασθενείς οι οποίοι έκαναν ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος και στη δεύτερη ομάδα υπόλοιποι 32 που υποβλήθηκαν σε μείζονα εγχείρηση για όγκο του γαστρεντερικού συστήματος. Οι ασθενείς νοσηλεύτηκαν στη ΜΕΘ μετά την επέμβαση και έμειναν για τουλάχιστον 3 ημέρες. Σε αυτό το διάστημα μελετήθηκαν οι άμεσες μετεγχειρητικές επιπλοκές ύστερα από τις παραπάνω επεμβάσεις. Στη πρώτη ομάδα διαπιστώθηκε, ότι η πιο συχνή επιπλοκή ήταν οι λοιμώξεις 78.1%, ενώ στη δεύτερη οι επιπλοκές, ήταν κυρίως, νεφρολογικές σε ποσοστό 46.9%. Πέρα από το ποσοστό των επιπλοκών, μελετήθηκε εξίσου και η ποιότητα ζωής αυτών των ανθρώπων μετά από 7 χρόνια αφότου είχαν χειρουργηθεί. Γενικότερα, δεν υπήρχαν μεγάλες διαφορές μεταξύ τους στους διάφορους τομείς εκτός, όμως, από το ψυχολογικό τομέα. Παρατηρήθηκε, λοιπόν, ότι οι ασθενείς που υποβλήθηκαν πριν 7 χρόνια σε μεταμόσχευση ήπατος ήταν πιο “ψυχικά υγιείς” σε σχέση με εκείνους που υποβλήθηκαν για όγκο. Όπως είναι γνωστό, ο καρκίνος παχέος εντέρου είναι ένας συχνός κακοήθης όγκος του γαστρεντερικού σωλήνα που προκαλεί, μάλιστα, άμεσα αιτία θανάτου. Στην Ασία αλλά και στη Δύση τα περιστατικά αυτής της μορφής καρκίνου έχουν αυξηθεί σημαντικά ακόμη και στο νεότερο πληθυσμό. Υπάρχει πρόβλεψη, ότι μέχρι 2030 η συχνότητά του θα είναι 60% μεγαλύτερη σε παγκόσμια κλίμακα. Ως θεραπεία εκλογής των ασθενών που πάσχουν από αυτό τον καρκίνο είναι η χειρουργική. Παρόλο που αυτή η εγχείρηση έχει δείξει ότι έχει αποτελέσματα, η χειρουργική επέμβαση ορθοκολικού καρκίνου δεν παύει να είναι μια κοιλιακή επέμβαση.

Στις κοιλιακές επεμβάσεις έχει εξακριβωθεί ότι παρουσιάζουν ένα ευρύ φάσμα επιπλοκών σε σχέση με άλλους τύπους χειρουργικής επέμβασης. Μετά από αυτή, ο ασθενής δεν είναι απίθανο να εμφανίσει κάποιες αλλαγές, οι οποίες έχουν να κάνουν είτε με το μυαλό είτε με το σώμα. Σε αυτές τις αλλαγές συμπεριλαμβάνονται τα εξής: μετεγχειρητικό σύνδρομο, έντονο άγχος και κατάθλιψη. Επιπλέον, συνηθίζεται σε αυτές τις περιπτώσεις να προτείνουν οι γιατροί κάποιες συσκευές μετεγχειρητικά, οι οποίες, όμως, μπορεί να προκαλούν στον ασθενή επιπρόσθετη δυσφορία. Τέτοια συσκευή, μπορεί να είναι παραδείγματος χάρι η τοποθέτηση ενός στομίου. Ο κυριότερος σκοπός της μετεγχειρητικής φροντίδας είναι η ενθάρρυνση των ασθενών, προκειμένου να αναρρώσουν όσο πιο σύντομα και ποιοτικά γίνεται. Όταν η διαδικασία ανάρρωσης πραγματοποιείται χωρίς ιδιαίτερα προβλήματα, τα ποσοστά των επιπλοκών μειώνονται σημαντικά. Η διαδικασία αυτή, αποσκοπεί στο γεγονός της ευκολότερης προσαρμογής του ασθενούς, όταν επιστρέψει και πάλι στους ρυθμούς της καθημερινής ρουτίνας του. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού, όμως, χρειάζεται οι επαγγελματίες υγείας να ακούν με προσοχή τις ανησυχίες των ασθενών που έκαναν επέμβαση παχέος εντέρου και να συζητούν από κοινού τις ανάγκες τους. Με αυτό τον τρόπο, ο επαγγελματίας υγείας θα μπορεί να κατανοήσει πως νιώθει ο ασθενής και να είναι σε θέση να προσεγγίζει τα πράγματα ολιστικά.

Μετεγχειρητικές επιπλοκές από βariatρική

Bariatric Surgery Complications in the Emergency Department.

Abstract:

Obesity is an increasingly widespread pathology worldwide, but despite the pandemic the only effective therapy to date is surgery. Accordingly, each year an increasing percentage of the population becomes former bariatric patients, so that the number of complications in previous bariatric surgery cases is rising. The first bariatric procedures were performed in the 1950s, but until the late 1980s the use of surgery for obesity was confined to a few centers. The great diffusion of bariatric surgery corresponded with the spread of

laparoscopic surgery (1990s). Because of its young age bariatric surgery has long been considered a minor surgery, and therefore many surgeons are not trained in the management of its complications. Along with perioperative complications there are many complications that occur years after surgery, which include internal hernias (perhaps the most insidious and difficult to diagnose), intestinal obstructions, perforated ulcers, slippage or stenosis of the gastric band (a complication with severity ranging from mild to catastrophic). General surgeons must be familiar with the new post-bariatric anatomy and the possible complications, because some of these require life-saving surgery in emergency conditions and do not allow the patient to be transferred to a bariatric center (Marinari, 2020).

Επιπλοκές της Βαριατρικής Χειρουργικής στο Τμήμα Έκτακτης Ανάγκης

Περίληψη:

Η παχυσαρκία είναι μια όλο και πιο διαδεδομένη παθολογία παγκοσμίως, αλλά παρά την πανδημία, η μόνη αποτελεσματική μέχρι σήμερα θεραπεία είναι η χειρουργική επέμβαση. Κατά συνέπεια, κάθε χρόνο ένα αυξανόμενο ποσοστό του πληθυσμού γίνεται πρώην βαριατρικός ασθενής, έτσι ώστε ο αριθμός των επιπλοκών σε προηγούμενες περιπτώσεις βαριατρικής χειρουργικής να αυξάνεται. Οι πρώτες βαριατρικές διαδικασίες πραγματοποιήθηκαν στη δεκαετία του 1950, αλλά μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του 1980 η χρήση χειρουργικής επέμβασης για παχυσαρκία περιορίστηκε σε μερικά κέντρα. Η μεγάλη διάδοση της βαριατρικής χειρουργικής αντιστοιχούσε με την εξάπλωση της λαπαροσκοπικής χειρουργικής (1990). Λόγω της μικρής ηλικίας, η βαριατρική χειρουργική επέμβαση θεωρείται από καιρό μια δευτερεύουσα χειρουργική επέμβαση, και ως εκ τούτου πολλοί χειρουργοί δεν έχουν εκπαιδευτεί στη διαχείριση των επιπλοκών της. Μαζί με τις περιεγχειρητικές επιπλοκές υπάρχουν πολλές επιπλοκές που εμφανίζονται χρόνια μετά τη χειρουργική επέμβαση, οι οποίες περιλαμβάνουν εσωτερικές κήλες (ίσως τις πιο ύπουλες και δύσκολες στη διάγνωση), εντερικά εμπόδια, διάτρητα έλκη, ολίσθηση ή στένωση της γαστρικής ζώνης (επιπλοκή με σοβαρότητα που

κυμαίνεται από ήπια σε καταστροφικό). Οι γενικοί χειρουργοί πρέπει να είναι εξοικειωμένοι με τη νέα μετα-βαριατρική ανατομία και τις πιθανές επιπλοκές, επειδή μερικά από αυτά απαιτούν χειρουργική επέμβαση διάσωσης σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και δεν επιτρέπουν στον ασθενή να μεταφερθεί σε βαριατρικό κέντρο (Marinari, 2020).

Complications of bariatric surgery: Presentation and emergency management.

Abstract:

The epidemic in obesity has led to an increase in number of so called bariatric procedures. Doctors are less comfortable managing an obese patient after bariatric surgery. Peri-operative mortality is less than 1%. The specific feature in the obese patient is that the classical signs of peritoneal irritation are never present as there is no abdominal wall and therefore no guarding or rigidity. Simple post-operative tachycardia in obese patients should be taken seriously as it is a WARNING SIGNAL. The most common complication after surgery is peritonitis due to anastomotic fistula formation. This occurs typically as an early complication within the first 10 days post-operatively and has an incidence of 1–6% after gastric bypass and 3–7% after sleeve gastrectomy. Post-operative malnutrition is extremely rare after restrictive surgery (ring, sleeve gastrectomy) although may occur after malabsorptive surgery (bypass, biliary pancreatic shunt) and is due to the restriction and change in absorption (Kassir et al., 2016).

Επιπλοκές της βαριατρικής χειρουργικής: Παρουσίαση και διαχείριση έκτακτης ανάγκης

Περίληψη:

Η επιδημία στην παχυσαρκία έχει οδηγήσει σε αύξηση του αριθμού των λεγόμενων βαριατρικών διαδικασιών. Οι γιατροί είναι λιγότερο άνετοι στη διαχείριση ενός παχύσαρκου ασθενούς μετά από βαριατρική χειρουργική επέμβαση. Η μετεγχειρητική θνησιμότητα είναι μικρότερη από 1%. Το ειδικό χαρακτηριστικό του παχύσαρκου

ασθενούς είναι ότι τα κλασικά σημάδια περιτοναϊκού ερεθισμού δεν υπάρχουν ποτέ, καθώς δεν υπάρχει κοιλιακό τοίχωμα και επομένως δεν υπάρχει προστασία ή ακαμψία. Η απλή μετεγχειρητική ταχυκαρδία σε παχύσαρκους ασθενείς θα πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη καθώς πρόκειται για ΠΡΟΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΣΗΜΑ. Η πιο κοινή επιπλοκή μετά τη χειρουργική επέμβαση είναι η περιτονίτιδα λόγω του σχηματισμού αναστομικών συριγγίων. Αυτό συμβαίνει συνήθως ως πρώιμη επιπλοκή εντός των πρώτων 10 ημερών μετεγχειρητικά και έχει επίπτωση 1-6% μετά την γαστρική παράκαμψη και 3-7% μετά τη γαστρεκτομή του μανικιού. Ο μετεγχειρητικός υποσιτισμός είναι εξαιρετικά σπάνιος μετά από περιοριστική χειρουργική επέμβαση (δακτύλιος, γαστρεκτομή στο μανίκι), αν και μπορεί να εμφανιστεί μετά από δυσασποροφογητική χειρουργική επέμβαση (παράκαμψη, χολική παγκρεατική μετατόπιση) και οφείλεται στον περιορισμό και την αλλαγή στην απορρόφηση (Kassir et al., 2016).

Postoperative Complications in the Intensive Care Unit.

Abstract:

The incidence and prevalence of obesity continue to increase globally. Obese patients have an increased risk of postoperative complications after bariatric surgery. Obesity is also a risk factor for admission to the intensive care unit, which may negatively impact outcomes. An appropriate surgical and anesthetic approach for obese patients undergoing bariatric surgery is required to minimize the risk of postoperative complications and admission to the intensive care unit. Understanding the risk factors for postoperative complications, as well as preventing or quickly recognizing these complications, may help clinicians improve the postoperative course of bariatric patients (Carron, 2020).

Μετεγχειρητικές επιπλοκές στη μονάδα εντατικής θεραπείας

Περίληψη:

Η συχνότητα και ο επιπολασμός της παχυσαρκίας συνεχίζουν να αυξάνονται παγκοσμίως. Οι παχύσαρκοι ασθενείς έχουν αυξημένο κίνδυνο μετεγχειρητικών επιπλοκών μετά από βαριατρική χειρουργική επέμβαση. Η παχυσαρκία είναι επίσης παράγοντας κινδύνου για εισαγωγή σε μονάδα εντατικής θεραπείας, η οποία μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τα αποτελέσματα. Απαιτείται κατάλληλη χειρουργική και αναισθητική προσέγγιση για παχύσαρκους ασθενείς που υποβάλλονται σε βαριατρική χειρουργική επέμβαση για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου μετεγχειρητικών επιπλοκών και εισδοχής στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Η κατανόηση των παραγόντων κινδύνου για μετεγχειρητικές επιπλοκές, καθώς και η πρόληψη ή η γρήγορη αναγνώριση αυτών των επιπλοκών, μπορεί να βοηθήσει τους κλινικούς ιατρούς να βελτιώσουν την μετεγχειρητική πορεία των βαριατρικών ασθενών (Carron, 2020).

Συμπέρασμα:

Η παχυσαρκία είναι μια γνωστή παθολογία πλέον σε παγκόσμια έκταση και η μόνη λύση σε αυτήν παραμένει μέχρι σήμερα η χειρουργική επέμβαση. Οι αρχικές βαριατρικές επεμβάσεις πραγματοποιήθηκαν τη δεκαετία του 1950, αλλά και μέχρι τα τέλη του 1980 αυτές οι επεμβάσεις γινόντουσαν σε ελάχιστα κέντρα. Η εξάπλωση της βαριατρικής επηρεάστηκε σημαντικά από τη διαδεδομένη, πλέον, λαπαροσκοπική χειρουργική (1990). Η βαριατρική θεωρείται σχετικά νέο είδος επέμβασης στο χώρο της χειρουργικής και για αυτό τον λόγο πολλοί χειρουργοί γιατροί δεν εκπαιδεύονται σωστά για την διαχείριση των πιθανών επιπλοκών της. Μετεγχειρητικά, μπορεί να εμφανιστούν εσωτερικές κηλίδες, οι οποίες δεν γίνονται εύκολα αντιληπτές, εντερικά εμπόδια, διάτρητα έλκη, ολίσθηση ή στένωση της γαστρικής ζώνης κ.α. Οι γενικοί χειρουργοί

επιβάλλεται να προσαρμοστούν όχι μόνο με τη τεχνική, αλλά και με την μεταβαριατρική συστομία, καθώς και με τις πιθανές επιπλοκές. Επιπλέον, η επιδημία στη παχυσαρκία οδηγεί ολοένα και περισσότερους ασθενείς να υποβάλλονται σε βαριατρική επέμβαση για να απαλλαγούν από αυτό το «πρόβλημα» σε σύντομο χρονικό διάστημα. Και όπως σε κάθε επέμβαση, οι επιπλοκές μπορεί να είναι παρούσες. Για παράδειγμα, η μετεγχειρητική ταχυκαρδία στους βαριατρικούς ασθενείς πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη, καθώς μπορεί να προμηνύει μεγάλο κίνδυνο. Ακόμη, η πιο συχνή μετεγχειρητική επιπλοκή θεωρείται η περιτονίτιδα, η οποία εμφανίζεται κατά τις πρώτες 10 μέρες μετά την εγχείρηση. Ο μετεγχειρητικός υποσιτισμός δεν είναι τόσο συχνός, αλλά μπορεί να προέλθει από λανθασμένη χειρουργική τεχνική. Τέλος, είναι γεγονός, ότι οι παχύσαρκοι ασθενείς με παθολογικά προβλήματα αυξάνονται διαρκώς. Ακόμη, ερευνητές έχουν διαπιστώσει, ότι η παχυσαρκία αποτελεί παράγοντα κινδύνου για την είσοδο αυτών των ασθενών σε ΜΕΘ. Μια σωστή χειρουργική και αναισθητική προσέγγιση για τους ασθενείς που υποβάλλονται σε βαριατρική μπορεί να ελαττώσει τον κίνδυνο των μετεγχειρητικών επιπλοκών, καθώς και την εισαγωγή τους στη ΜΕΘ. Η άμεση κατανόηση των αιτιών κινδύνου, καθώς και η πρόληψη των επιπλοκών μπορεί να βοηθήσει στη βελτιστοποίηση της μετεγχειρητικής πορείας των ασθενών αυτών.

Νοσηλευτικές παρεμβάσεις στην μετεγχειρητική πορεία ασθενών

Is nurse-led telephone follow-up for post-operative obstructive sleep apnoea patients effective? A prospective observational study at a paediatric tertiary centre.

Abstract:

The use of a follow-up telephone questionnaire administered by a trained medical professional is a safe post-operative recovery evaluation tool. None of the patients in our study experienced any serious or permanent post-operative sequelae. Moreover, parents surveyed were overwhelmingly satisfied with this form of follow-up. This process also

provides a robust safety net for those with ongoing problems who may need further investigation and management. Discharging patients following surgery without any form of follow-up is a missed opportunity for obtaining feedback, measuring the impact treatment has had on the patients QoL and capturing those with residual symptoms.

Future studies may be designed to compare results of the telephone follow-up to formal clinical evaluation and/or polysomnography when indicated, as well as assessing long-term patient outcomes. These studies would contribute to strengthening the validity of telephone follow-up.

Our post-operative nurse-led telephone service is an effective way to manage the post-operative course of patients who undergo adenotonsillectomy without compromising patient safety or satisfaction. It allows a better use of available resources, frees up outpatient appointments and saves patients time and expense (Walijee et al., 2020).

Είναι αποτελεσματική η τηλεφωνική παρακολούθηση των ασθενών με μετεγχειρητική αποφρακτική άπνοια ύπνου; Μια προοπτική μελέτη παρατήρησης σε ένα παιδιατρικό τριτοβάθμιο κέντρο

Περίληψη:

Η χρήση ενός τηλεφωνικού ερωτηματολογίου παρακολούθησης που χορηγείται από έναν εκπαιδευμένο ιατρό είναι ένα ασφαλές εργαλείο αξιολόγησης της μετεγχειρητικής ανάκαμψης. Κανένας από τους ασθενείς στη μελέτη μας δεν παρουσίασε σοβαρές ή μόνιμες μετεγχειρητικές συνέπειες. Επιπλέον, οι γονείς που ερωτήθηκαν ήταν πολύ ικανοποιημένοι με αυτήν τη μορφή παρακολούθησης. Αυτή η διαδικασία παρέχει επίσης ένα ισχυρό δίκτυ ασφαλείας για όσους βρίσκονται σε συνεχή προβλήματα και μπορεί να χρειαστούν περαιτέρω έρευνα και διαχείριση. Η απομάκρυνση ασθενών μετά από χειρουργική επέμβαση χωρίς καμία μορφή παρακολούθησης είναι μια χαμένη ευκαιρία για τη λήψη ανατροφοδότησης, τη μέτρηση της επίδρασης που είχε η θεραπεία στους ασθενείς QoL και τη σύλληψη εκείνων με υπολειπόμενα συμπτώματα.

Οι μελλοντικές μελέτες μπορεί να σχεδιαστούν για να συγκρίνουν τα αποτελέσματα της τηλεφωνικής παρακολούθησης με την επίσημη κλινική αξιολόγηση και / ή την

πολυνομομογραφία όταν ενδείκνυται, καθώς και την αξιολόγηση των μακροπρόθεσμων αποτελεσμάτων των ασθενών. Αυτές οι μελέτες θα συνέβαλλαν στην ενίσχυση της εγκυρότητας της τηλεφωνικής παρακολούθησης.

Η μετεγχειρητική τηλεφωνική υπηρεσία με επικεφαλής νοσοκόμα είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος για τη διαχείριση της μετεγχειρητικής πορείας των ασθενών που υποβάλλονται σε αδενοτονιλολεκτομή χωρίς να διακυβεύεται η ασφάλεια ή η ικανοποίηση του ασθενούς. Επιτρέπει την καλύτερη χρήση των διαθέσιμων πόρων, ελευθερώνει ραντεβού για εξωτερικούς ασθενείς και εξοικονομεί χρόνο και έξοδα για τους ασθενείς (Walijee et al., 2020).

Nursing music intervention: A systematic mapping study.

Abstract:

Music is a familiar part of life for most people in the world. Based on its ability to intensify emotions, its use has become common in the treatment of disease. Today, music and musical activities are used in many areas of medical science to meet the physical, psychological, social and mental needs of individuals. Music intervention, which is known to have a positive effect on the treatment of disease, is a practice that is on the agenda of the healthcare system.

It has been stated in literature that music therapy can be applied effectively by health professionals in clinical environments that music therapy, when used as a complementary and alternative treatment method, may be included in nursing interventions; and these treatments may aid in the patient-oriented approach of nurses. There have been numerous studies carried out by nurse researchers involving music intervention in the treatment and prevention of pain and anxiety, which are frequently encountered in the treatment and diagnosis processes of patients, and which affect both quality of life and compliance with treatment, as well as vital signs, the reduction of depression and agitation the management of dyspnea and the improvement of quality of sleep and life.

Nurses are one of the most extensively trained health care professionals in hospitals, and they also outnumber other healthcare providers and are in more frequent communication with patients. These factors make nurses unique in terms of symptom management and in

the provision of the most appropriate care for the patient. Moreover, it is known that a direct relationship exists between the quality of nursing care and patient outcomes. The effects of complementary and non-pharmacological methods like music therapy and their contribution to nursing care are very important, and so warrant analysis in terms of their ability to improve the health of patients, the quality of symptom management, the level of nursing care and the reduction of costs in these areas (Cigersi et al., 2019).

Μουσική παρέμβαση νοσηλευτικής: Μια συστηματική μελέτη χαρτογράφησης

Περίληψη:

Η μουσική είναι ένα οικείο μέρος της ζωής για τους περισσότερους ανθρώπους στον κόσμο. Με βάση την ικανότητά του να εντείνει τα συναισθήματα, η χρήση του έχει γίνει κοινή στη θεραπεία της νόσου. Σήμερα, η μουσική και οι μουσικές δραστηριότητες χρησιμοποιούνται σε πολλούς τομείς της ιατρικής επιστήμης για την κάλυψη των σωματικών, ψυχολογικών, κοινωνικών και διανοητικών αναγκών των ατόμων. Η μουσική παρέμβαση, η οποία είναι γνωστό ότι έχει θετική επίδραση στη θεραπεία της νόσου, είναι μια πρακτική που περιλαμβάνεται στην ατζέντα του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης.

Έχει αναφερθεί στη βιβλιογραφία ότι η μουσικοθεραπεία μπορεί να εφαρμοστεί αποτελεσματικά από επαγγελματίες υγείας σε κλινικά περιβάλλοντα ότι η μουσικοθεραπεία, όταν χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική και εναλλακτική μέθοδος θεραπείας, μπορεί να συμπεριληφθεί σε νοσηλευτικές παρεμβάσεις. και αυτές οι θεραπείες μπορούν να βοηθήσουν στην προσέγγιση των νοσοκόμων που προσανατολίζονται στον ασθενή. Έχουν διεξαχθεί πολλές μελέτες από ερευνητές νοσοκόμων που περιλαμβάνουν μουσική παρέμβαση στη θεραπεία και πρόληψη του πόνου και του άγχους, οι οποίες συναντώνται συχνά στη διαδικασία θεραπείας και διάγνωσης των ασθενών, και οι οποίες επηρεάζουν τόσο την ποιότητα ζωής όσο και τη συμμόρφωση με τη θεραπεία, ως ζωτικής σημασίας σημάρια, τη μείωση της κατάθλιψης

και της ταραχής, τη διαχείριση της δύσπνοιας και τη βελτίωση της ποιότητας του ύπνου και της ζωής.

Οι νοσηλευτές είναι ένας από τους πιο εκτεταμένα εκπαιδευμένους επαγγελματίες υγείας στα νοσοκομεία, και ξεπερνούν επίσης τους άλλους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης και βρίσκονται σε συχνότερη επικοινωνία με τους ασθενείς. Αυτοί οι παράγοντες καθιστούν τους νοσηλευτές μοναδικούς όσον αφορά τη διαχείριση των συμπτωμάτων και την παροχή της καταλληλότερης περίθαλψης για τον ασθενή. Επιπλέον, είναι γνωστό ότι υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας και των αποτελεσμάτων των ασθενών. Οι επιδράσεις των συμπληρωματικών και μη φαρμακολογικών μεθόδων όπως η μουσικοθεραπεία και η συμβολή τους στη νοσηλευτική φροντίδα είναι πολύ σημαντικές και γι 'αυτό απαιτούν ανάλυση όσον αφορά την ικανότητά τους να βελτιώσουν την υγεία των ασθενών, την ποιότητα της διαχείρισης των συμπτωμάτων, το επίπεδο της νοσηλευτικής φροντίδας και τη μείωση του κόστους σε αυτούς τους τομείς (Cigersi et al., 2019).

The Effect of Foot Massage on Postoperative Pain and Anxiety Levels in Laparoscopic Cholecystectomy Surgery: A Randomized Controlled Experimental Study.

Abstract:

Inadequate pain and anxiety management in the early postoperative period extends the recovery period and increases the risk of complication. Therefore, it has been suggested to manage acute pain and anxiety concurrently. Pharmacologic and nonpharmacologic complementary therapies can be used to manage pain and anxiety after laparoscopic cholecystectomy. Considering the complications of pharmacologic interventions such as respiratory depression, nausea, vomiting, convulsions, itching, decreased gastrointestinal motility, and urinary retention, nonpharmacologic interventions without side effects are crucial.

Pain can be relieved with the stimulation of nociceptor nerve endings—by thick fibers—that are located on the skin's surface and trigger signals associated with the perception of pain. As nociceptors are densely located in the hands and feet, hand and foot massage may effectively reduce pain.

Studies indicate that postoperative foot massage reduces postoperative pain and use of analgesics, and causes an associated decline in anxiety levels. However, studies evaluating pain and anxiety levels together after foot massage for this patient population are limited. This study was designed to determine the effect of foot massage as an alternative nonpharmacologic pain management method for postoperative pain and anxiety levels in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy surgery (Koras & Karabulut, 2019).

Η επίδραση του μασάζ ποδιών στο μετεγχειρητικό επίπεδο πόνου και άγχους στη χειρουργική λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής: Μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη πειραματική μελέτη

Η ανεπαρκής διαχείριση του πόνου και του άγχους κατά την πρώιμη μετεγχειρητική περίοδο παρατείνει την περίοδο ανάρρωσης και αυξάνει τον κίνδυνο επιπλοκών. Ως εκ τούτου, έχει προταθεί η ταυτόχρονη διαχείριση οξέος πόνου και άγχους. Φαρμακολογικές και μη φαρμακολογικές συμπληρωματικές θεραπείες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη διαχείριση του πόνου και του άγχους μετά από λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Λαμβάνοντας υπόψη τις επιπλοκές των φαρμακολογικών παρεμβάσεων όπως αναπνευστική καταστολή, ναυτία, έμετο, σπασμούς, κνησμό, μειωμένη γαστρεντερική κινητικότητα και κατακράτηση ούρων, οι μη φαρμακολογικές παρεμβάσεις χωρίς παρενέργειες είναι ζωτικής σημασίας.

Ο πόνος μπορεί να ανακουφιστεί με τη διέγερση των νευρικών απολήξεων του nociceptor - από παχιές ίνες - που βρίσκονται στην επιφάνεια του δέρματος και προκαλούν σήματα που σχετίζονται με την αντίληψη του πόνου. Καθώς τα nociceptors βρίσκονται πυκνά στα χέρια και τα πόδια, το μασάζ χεριών και ποδιών μπορεί να μειώσει αποτελεσματικά τον πόνο.

Μελέτες δείχνουν ότι το μετεγχειρητικό μασάζ ποδιών μειώνει τον μετεγχειρητικό πόνο και τη χρήση αναλγητικών και προκαλεί σχετική μείωση των επιπέδων άγχους. Ωστόσο,

οι μελέτες που αξιολογούν τα επίπεδα πόνου και άγχους μαζί μετά το μασάζ ποδιών για αυτόν τον πληθυσμό ασθενών είναι περιορισμένες. Αυτή η μελέτη σχεδιάστηκε για να προσδιορίσει το αποτέλεσμα του μασάζ ποδιών ως εναλλακτικής μεθόδου μη φαρμακολογικής διαχείρισης του πόνου για μετεγχειρητικά επίπεδα πόνου και άγχους σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργική επέμβαση λαπαροσκοπικής χολοκυστεκτομής (Koras & Karabulut, 2019).

Συμπέρασμα:

Σε μια μελέτη που έγινε σε παιδιά που υποβλήθηκαν σε χειρουργική επέμβαση, η μετεγχειρητική διαχείριση έγινε από το νοσηλευτικό προσωπικό με τηλεφωνική υπηρεσία. Με αυτό τον τρόπο, πραγματοποιείται η ικανοποίηση των ασθενών, ότι έξω από το χώρο του νοσοκομείου λαμβάνουν μια ειδική παρακολούθηση. Μειώνεται, δηλαδή, η επιβάρυνση του ασθενούς για μετεγχειρητική φροντίδα. Ακόμη, εξοικονομεί το κόστος περίθαλψης των ασθενών, κάτι που λαμβάνεται από αρκετούς σοβαρά υπόψη. Τα πλεονεκτήματα αυτή της προσέγγισης είναι πολλά, γιατί δεν επωφελούνται μόνο οι μικροί ασθενείς, αλλά και οι γονείς. Δεν χρειάζεται πλέον οι ασθενείς και οι οικογένειες τους να βγαίνουν εκτός του προγράμματος της καθημερινότητάς τους, όπως είναι το σχολείο και η εργασία, ούτε θα χρειάζεται να αναμένουν πολύ ώρα για να κάνουν μια σύντομη διαβούλευση με τον γιατρό. Επιπλέον, όλοι πρέπει να γνωρίζουν, ότι οι νοσηλευτές είναι εξειδικευμένοι επαγγελματίες υγείας και αποτελούν την μεγαλύτερη υγειονομική ομάδα περίθαλψης σε αριθμό. Ακόμη, είναι αυτοί που επικοινωνούν πιο εντατικά με τους ασθενείς και συνεπώς γνωρίζουν περισσότερα για αυτούς. Μια από τις σύγχρονες εναλλακτικές μεθόδους χωρίς την χρήση φαρμάκων είναι η μουσικοθεραπεία. Οι νοσηλευτές που ασχολήθηκαν με αυτή την έρευνα ανακάλυψαν, πως η μουσική θεραπεία συμβάλλει στη πρόληψη του πόνου και του άγχους, στη βελτιστοποίηση της ποιότητας ζωής του ασθενούς, στην μείωση του αισθήματος κατάθλιψης και στη διαχείριση της δύσπνοιας. Με αυτό τον τρόπο, αυξάνεται η ποιότητα παροχής της

νοσηλευτική φροντίδας, οι ασθενείς είναι πιο χαρούμενοι, γιατί μπορεί να αντιμετωπιστούν με αυτή τη νέα μέθοδο και όχι απλά με τη συντηρητική θεραπεία. Η διάθεση του ασθενούς γίνεται καλύτερη και πιο θετική. Τέλος, όπως αποδεικνύουν και άλλες έρευνες, ο σοβαρός και οξύς πόνος μπορεί να προκαλέσει το αίσθημα στον ασθενή να μην θέλει να κινείται λόγω της δυσφορίας που νιώθει, και, αυτό να έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία θρομβοεμβολικών επιπλοκών. Επιπρόσθετα, το άγχος που δημιουργείται σαν συνέπεια του πόνου, επιδρά αρνητικά στην όλη φάση. Αυτό συμβαίνει, διότι το άγχος αυξάνει το οξυγόνο, τον μυϊκό πόνο και το γαλακτικό οξύ στους μύες. Η συγκέντρωση όλων αυτών των παραγόντων μπορεί να εμφανίσει στον ασθενή συστηματικές κράμπες, οι οποίες προστίθενται και αυτές στις ενοχλήσεις που αισθάνεται. Ο πόνος και το άγχος θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ταυτόχρονα, έτσι ώστε να μην παραταθεί περαιτέρω η διαμονή του ασθενούς στο νοσοκομείο. Η αντιμετώπιση αυτή, δηλαδή του πόνου και του άγχους, μπορεί να γίνει είτε με φαρμακολογική είτε με μη φαρμακολογική διαχείριση. Μελέτες έχουν διαπιστώσει, ότι το μετεγχειρητικό μασάζ ποδιών ελαχιστοποιεί τον μετεγχειρητικό πόνο και ελαττώνει τη λήψη αναλγητικών φαρμάκων. Πιο συγκεκριμένα, βοηθά στη μείωση των επιπέδων άγχους και συμβάλλει συνάμα στη χαλάρωση του ασθενούς.

Βιβλιογραφία

- **Abdelmaseeh, T. A., & Oliver, T. I.** (2019). Postoperative Fever.
- **Carron, M.** (2020). Postoperative Complications in the Intensive Care Unit. In *Emergency Surgery in Obese Patients* (pp. 31-36). Springer, Cham.
- **Changyai, K., Kongvattananon, P., & Somprasert, C.** (2020). The experiences of colorectal cancer patients in postoperative recovery: integrative review. *Journal of Health Research*
- **Ciğerci, Y., Kısacık, Ö. G., Özyürek, P., & Çevik, C.** (2019). Nursing music intervention: A systematic mapping study. *Complementary therapies in clinical practice*.
- **DeWit, S.,** (2009). Παθολογική Χειρουργική Νοσηλευτική. *Έννοιες και πρακτική. Εκδόσεις Πασχαλίδης.* Αθήνα. (σελ.139-146).
- **Eskandr, A. M., Atallah, H. A., Sadik, S. A., & Mohamemd, M. S.** (2019). The effect of inspired oxygen concentration on postoperative pulmonary atelectasis in obese patients undergoing laparoscopic cholecystectomy: a randomized-controlled double-blind study. *Research and Opinion in Anesthesia and Intensive Care*, 6(3), 287.
- **Fabiani, I., Colombo, A., Bacchiani, G., Cipolla, C. M., & Cardinale, D. M.** (2020). Incidence, Management, Prevention and Outcome of Post-Operative Atrial Fibrillation in Thoracic Surgical Oncology. *Journal of Clinical Medicine*, 9(1), 37.
- **Haghjoo, M., & Khorgami, M.** (2017). Postoperative arrhythmias and their management. In *Congenital heart disease in pediatric and adult patients* (pp. 769-783). Springer, Cham.
- **Henry, M. M., & Thompson, J. N.** (2012). *Clinical Surgery E-Book: With STUDENT CONSULT Online Access.* Elsevier Health Sciences. (pp 100-105).
- **Henry, M., & Thomson, J.** (2005). Κλινική χειρουργική. *Εκδόσεις Παρσιανού,* Αθήνα.

- **Hoshikawa, Y., & Tochii, D.** (2017). Postoperative Atelectasis and Pneumonia after General Thoracic Surgery. *Kyobu geka. The Japanese journal of thoracic surgery*, 70(8), 649-655.
- **Jeppsson, A., Waldén, K., Roman-Emanuel, C., Thimour-Bergström, L., & Karlsson, M.** (2016). Preoperative supplementation with fibrinogen concentrate in cardiac surgery: a randomized controlled study. *BJA: British Journal of Anaesthesia*, 116(2), 208-214
- **Kassir, R., Debs, T., Blanc, P., Gugenheim, J., Amor, I. B., Boutet, C., & Tiffet, O.** (2016). Complications of bariatric surgery: presentation and emergency management.
- **Koraş, K., & Karabulut, N.** (2019). The Effect of Foot Massage on Postoperative Pain and Anxiety Levels in Laparoscopic Cholecystectomy Surgery: A Randomized Controlled Experimental Study. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(3), 551-558.
- **LeMone, P., Burke, K., & Bauldoff, Gerene.,** (2014). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. *Κριτική Σκέψη κατά τη φροντίδα του ασθενούς. Ιατρικές εκδόσεις, Αθήνα* (σελ. 88-93).
- **Marinari, G. M.** (2020). Bariatric Surgery Complications in the Emergency Department. In *Emergency Surgery in Obese Patients* (pp. 109-112). Springer, Cham.
- **Osborn., Wraa., Watson., & Holleran.** (2016). Παθολογική-Χειρουργική Νοσηλευτική. *Προετοιμασία για τη Νοσηλευτική πρακτική. Εκδόσεις Πασχαλίδης. Αθήνα.* (σελ 548-560).
- **Pontin, A., Pino, A., Caruso, E., Pinto, G., Melita, G., Maria, D. P., & Dionigi, G.** (2019). Postoperative Bleeding after Thyroid Surgery: Care Instructions. *Şişli Etfal Hastanesi tıp Bülteni*, 53(4), 329.
- **Reckman, Y. J., & Creemers, E. E.** (2018). Circulating circles predict postoperative atrial fibrillation.
- **Sahu, M. K., Das, A., Siddharth, B., Talwar, S., Singh, S. P., Abraham, A., & Choudhury, A.** (2018). Arrhythmias in children in early postoperative period

- after cardiac surgery. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery*, 9(1), 38-46.
- **Vakhshori, V., & Lieberman, J. R.** (2018, March). Wound healing after total knee arthroplasty. In *Seminars in Arthroplasty* (Vol. 29, No. 1, pp. 7-13). WB Saunders.
 - **Venara, A., Neunlist, M., Slim, K., Barbieux, J., Colas, P. A., Hamy, A., & Meurette, G.** (2016). Postoperative ileus: pathophysiology, incidence, and prevention. *Journal of visceral surgery*, 153(6), 439-446.
 - **Verbree-Willemsen, L., Grobбен, R. B., van Waes, J. A., Peelen, L. M., Nathoe, H. M., van Klei, W. A., & Grobbee, D. E.** (2019). Causes and prevention of postoperative myocardial injury. *European journal of preventive cardiology*, 26(1), 59-67.
 - **Walijee, H., Sood, S., Markey, A., Krishnan, M., Lee, A., & De, S.** (2020). Is nurse-led telephone follow-up for post-operative obstructive sleep apnoea patients effective? A prospective observational study at a paediatric tertiary centre. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 129, 109766
 - **Way, L. W., & Doherty, G. M. (Eds.).** (2003). *Current surgical diagnosis & treatment*. Lange Medical Books/McGraw-Hill. (pp.62-68)
 - **Zelle, B. A., & Stahel, P. F.** (2019). Lessons learned for postoperative wound healing: respect the past and embrace the future.
 - **Δ.Ε.Π Α' χειρουργικής κλινικής Παν. Αθηνών.,** (2014). Χειρουργική. *Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας*, Αθήνα (σελ.128-134).
 - **Καρούνη, Χ.** (2016). *Μετεγχειρητικές επιπλοκές και σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής μετά από ορθοτοπική μεταμόσχευση ήπατος και μείζονες ογκολογικές επεμβάσεις για πρωτοπαθείς ή δευτεροπαθείς όγκους γαστρεντερικού συστήματος σε ασθενείς που νοσηλεύθηκαν σε μονάδα εντατικής θεραπείας* (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Υγείας. Τμήμα Ιατρικής. Κλινική Β'Προπαιδευτική Χειρουργική.
 - **Παπαλάμπρος, Ε.** (2011) Χειρουργική. *Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική Σχολή*.