

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ: <<ΝΕΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΑΠΟΦΕΙΣ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΣΤΗΝ
ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ>>

ΤΗΣ ΕΠΟΥΔΑΣΤΡΙΑΣ:

ΚΩΝΣΤΑΝΤΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΑΣ

ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΔΗΜΟΠΟΥΛΟΣ Π.

ΠΑΤΡΑ 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ
ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ

2046



Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α

	σελίδα
1. ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ.....	1
2. ΚΕΝΤΡΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ, ΣΤΑΘΜΟΙ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ...	3
3. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	10
4. ΤΡΑΠΕΖΑ ΑΙΜΑΤΟΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ.....	14
5. ΕΥΓΧΡΟΝΑ ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ.....	21
6. ΤΑ ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΖΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ.....	23
7. ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΑ ΕΡΥΘΡΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ.....	24
8. ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ.....	26
9. ΜΕΤΑΓΓΙΞΗ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΤΟΥ.....	28
10. ΜΑΖΙΚΗ ΜΕΤΑΓΓΙΞΗ.....	30
11. ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗ ΣΥΝΤΗ- ΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ.....	31
12. ΜΕΤΑΓΓΙΞΗ ΑΙΜΑΤΟΣ.....	16
13. Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΕΚΕΠΤΡΙΑΣ ΣΤΗΝ ΑΙ- ΜΟΔΟΣΙΑ.....	53
14. ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ.....	57
15. ΟΙ ΕΝΟΠΛΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ ΚΑΙ Η ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ....	62
16. Η ΕΚΚΛΗΣΙΑ: ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ.....	64
17. ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ.....	70
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	74

Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Έχουν πολλά γραφεί και λεχθεί για την προσπάθεια για την προαγωγή του τομέα της Αιματολογίας που ασχολείται με την Αιμοδοσία.

Εδώ είναι η δικαιολογημένη μου απορία για το πως ένας λαός τόσο συναισθηματικός και ανοιχτόκαρδος σαν τους Έλληνες υστερεί ακόμη στο ζήτημα της αιμοδοσίας συγκριτικά με άλλους λαούς. Είναι η άγνοια η προκατάληψη, ο φόβος που φταίνει γι' αυτό;

Είναι η αβεβαιότητα για το αν ένας που πρόθυμα δίνει αίμα σήμερα για να σώσει κάποιον θα βρει την ίδια συμπαράσταση όταν αύριο θα χρειαστεί και ο ίδιος αίμα ή μήπως είναι μελλιπής πληροφόρηση του κοινού και οι πολλές άλλες οργανωτικές ατέλειες από την πλευρά του κράτους που φταίνε περισσότερο. Όμως η αλήθεια είναι ότι απέχουμε αρκετά ακόμη από το να είμαστε αυτόνομοι σε αίμα γι' αυτό και θα πρέπει κράτος και πολίτες να κάνουν υστάτη προσπάθεια για να επιλύσουμε οριστικά το πρόβλημα της Αιμοδοσίας ένα πρόβλημα περισσότερο Κοινωνικό παρά Ιστορικό.

ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

Η Αιμοδοσία είναι ένας ξεχωριστός τομέας της Αιματολογίας με τεράστια ανάπτυξη τα 20 τελευταία χρόνια. Για να ανταποκριθεί στους πολλαπλούς τομείς του έργου της, επιβάλλεται να υπάρχει οργάνωση, <<η Οργάνωση της Αιμοδοσίας>>. Αυτή η οργάνωση έχει ένα ενιαίο σύστημα, και είναι αξιοσημείωτο αυτό, γιατί ίσως είναι από τα λίγα παραδείγματα στην Ιατρική που οι άνθρωποι ασχολούνται με ένα τομέα, οι μεταγγισολόγοι, μιλάει στην ίδια γλώσσα, χρησιμοποιούνε τα ίδια σύμβολα και τις ίδιες τεχνικές σε όλο τον κόσμο. Φυσικά αυτό επιτυγχάνεται με την δημιουργία Ειδικών Επιτροπών Εμπειρογνομόνων, τόσο στο πλαίσιο του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, όσο και στο πλαίσιο του Συμβουλίου της Ευρώπης, που τις αρχές του ακολουθεί η χώρα μας.

Η λειτουργία και η ανάπτυξη του Αιμοδοτικού Συστήματος εξαρτώνται από την παράλληλη ύπαρξη της υποδομής, που θα εξασφαλίσει τη λαϊκή συναίνεση και συμμετοχή για την προσφορά αίματος, και της απαραίτητης επιστημονικής και υλικότεχνικής υποδομής για την εξασφάλιση του ποιοτικού ελέγχου και της σωστής θεραπευτικής χορήγησης του αίματος.

Κάθε χώρα έχει μία ειδική νομοθεσία για την Αιμοδοσία. Αυτή η ειδική νομοθεσία προβλέπει για την Αιμοδοσία

1. Τα κριτήρια επιλογής ή αποκλεισμού αιμοδοτών
2. Τον τρόπο συλλογής του αίματος
3. Τον τρόπο παρασκευής των παραγώγων αίματος και πλάσματος
4. Τις αρχές συντήρησης του αίματος και των παραγώγων του.
5. Τον τρόπο παράδοσης και διακίνησης του αίματος και των παραγώγων

6. Τέλος τον εργαστηριακό έλεγχο με τις εργαστηριακές εξετάσεις που επιβάλλονται (ορολογικές, καθαρισμός ομάδων, έλεγχος νοσημάτων που μεταδίδονται με την μετάγγιση και έλεγχος στειρότητας).
7. Την πρακτική της μετάγγισης δηλ. τον τρόπο αίτησης ενός αίματος για μετάγγιση, τον τρόπο επιλογής του αίματος και τις απαραίτητες εξετάσεις που πρέπει να προηγηθούν από μια μετάγγιση
8. Τον απαραίτο όρο της τήρησης δελτίων καταγραφής όλων αυτών των διαδικασιών ώστε να είναι δυνατός ο πολλαπλός έλεγχος που εξασφαλίζει την αποτροπή των συμβαμάτων.

Επειδή η Αιμοδοσία συνεχώς εξελίσσεται, η νομοθεσία εκσυγχρονίζεται με διατάγματα και Υπουργικές αποφάσεις. Η οργάνωση της Αιμοδοσίας περιλαμβάνει τα Κέντρα και τους Σταθμούς Αιμοδοσίας, καθώς και μικρές Υπηρεσίες Αιμοδοσίας που εξυπηρετούν μικρά Νοσηλευτικά ιδρύματα.

ΚΕΝΤΡΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ, ΣΤΑΘΜΟΙ, ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΑ ΙΔΡΥΜΑΤΑ

Το 1955 ιδρύθηκε με το συστατικό Νόμο της Αιμοδοσίας, η Εθνική Υπηρεσία Αιμοδοσίας.

Η Υπηρεσία αυτή, σύμφωνα με τις ισχύουσες διατάξεις περιλαμβάνει την Κεντρική Υπηρεσία και τις Περιφερειακές Υπηρεσίες.

Τις περιφερειακές Υπηρεσίες αποτελούν:

α) Τα κέντρα Αιμοδοσίας

Σήμερα σε ολόκληρη τη χώρα λειτουργούν 12 Κέντρα Αιμοδοσίας. Από αυτά τα πέντε λειτουργούν σε Κρατικά Νοσοκομεία, 4 στην Αθήνα, ένα στον Πειραιά και δύο στην Θεσσαλονίκη στο ΑΧΕΠΑ. Τα υπόλοιπα δύο είναι το Δρακοπούλειο Κέντρο Αιμοδοσίας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού και τα Κέντρα Αιμοδοσίας Ι.Κ.Α. Αθηνών, Πατρών, Ηρακλείου Κρήτης, Αλεξανδρούπολης.

Οι τομείς που καλύπτουν τα Κέντρα Αιμοδοσίας είναι:

α) Η εξασφάλιση της αναγκαίας ποσότητας αίματος και παραγώγων

β) Ο έλεγχος και η παρασκευή αίματος

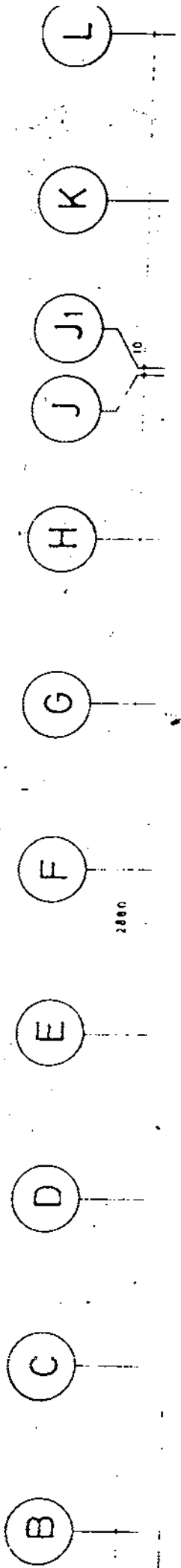
γ) Η προετοιμασία του αίματος για την μετάγγιση

δ) Η παρακολούθηση των χρονίων ασθενών με συγγενή αιματολογικά νοσήματα και σαν παράδειγμα η χώρα μας έχει την Μεσογειακή Αναιμία.

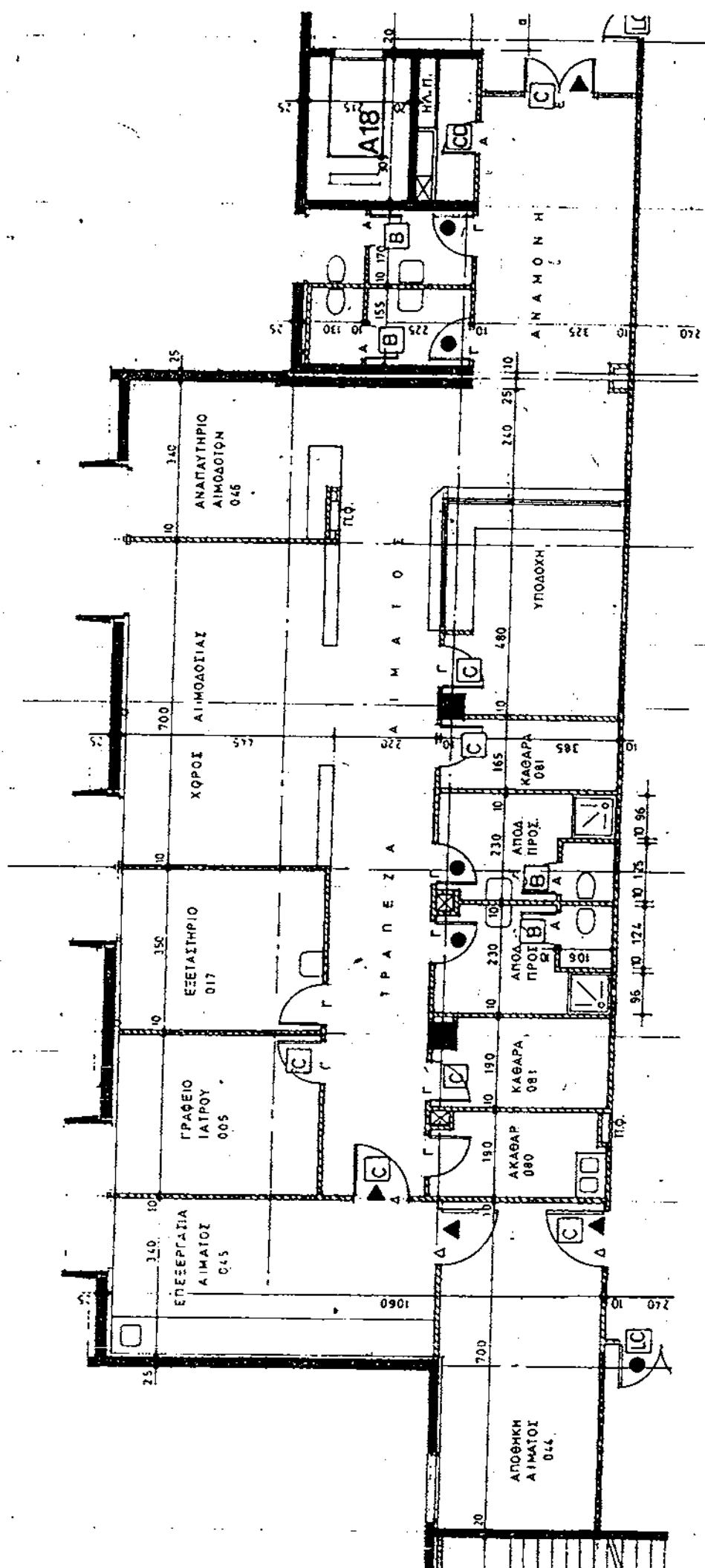
ε) Ο έλεγχος και η αντιμετώπιση των διαταραχών της πήκτικότητας του αίματος

στ) Ο έλεγχος των αυτοάνοσων νοσημάτων του αίματος

ζ) Ο έλεγχος της ισοσυμβατότητας δηλ. των αντιγόνων των εστών με σκοπό την επιλογή του κατάλληλου δότη για ένα δέ-



ΤΥΠΙΚΗ ΔΙΑΤΑΞΗ ΚΕΝΤΡΟΥ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΤΟΥ Π.Π.Ν.Π.



κτη, για μια μεταμόσχευση μυελού των οστών.

η) Επίσης σαν έργο έχουν την παρασκευή αντιορρών, που χρησιμοποιούνται σαν αντιδραστήρια, την παρασκευή των παραγώγων πλάσματος και την συντήρηση των στοιχείων του αίματος με την μέθοδο της Κρυοβιολογίας.

θ) Η πλάσμα-κυτταροαφαίρεση, με τα καινούργια μηχανήματα

ι) Η εκπαίδευση.

Η Αιμοδοσία σαν εξαιρετικά εξειδικευμένος τομέας πλαισιώνεται σε επιστημονικό, ιατρικό, νοσηλευτικό, και τεχνικό προσωπικό υψηλής στάθμης με εξειδίκευση στον τομέα της Αιμοδοσίας.

Τα Κέντρα Αιμοδοσίας είναι εξοπλισμένα με περισσότερα μηχανήματα και προσφέρουν ειδικότητα σε γιατρούς. Επίσης λειτουργούν (εξήντα τρεις) σταθμοί Αιμοδοσίας και δεκατρείς Νοσοκομειακές Υπηρεσίες Αιμοδοσίας.

Οι Σταθμοί Αιμοδοσίας ανήκουν στις δευτεροβάθμιες Υπηρεσίες και λειτουργούν σε Κρατικά Νοσοκομεία Αθήνας, Πειραιά και Θεσσαλονίκης, όπως Γενικό Νοσοκομείο Γεωργίου Παπανικολάου, Θεαγένειο και Άγιος Παύλος, Αγία Σοφία, καθώς και στα Κρατικά Νοσοκομεία όλων σχεδόν των Νομών της χώρας. Οι Νοσηλευτικές μονάδες στα επαρχιακά Νοσοκομεία εξαρτώνται από τον αριθμό των κλινών που έχουν και εξαρτώνται άμεσα από τον κοντινότερο Σταθμό.

Τέλος οι Νοσοκομειακές Υπηρεσίες ανήκουν στις πρωτοβάθμιες και λειτουργούν σε Κρατικά Νοσοκομεία όπως και σε Νοσοκομεία Ιδιωτικού Δικαίου. Σε πρωτοβάθμιο επίπεδο επίσης λειτουργούν οι κινητές μονάδες Αιμοληψίας οι οποίες κινούνται από τόσο σε τόσο βάση ενός προγράμματος Ειδικού Αιμο-

ληψιών.

Αποστολή όλων των Υπηρεσιών Αιμοδοσίας είναι η λήψη, η συντήρηση, ο εργαστηριακός έλεγχος και η διάθεσή του προς μετάγγιση αίματος.

Τα κέντρα, όπως και οι μεγάλοι σταθμοί Αιμοδοσίας έχουν αυξημένες αρμοδιότητες και προσφέρουν μεγάλης αξίας επιστημονικό έργο. Τα κέντρα όπως και οι μεγάλοι σταθμοί Αιμοδοσίας, συμβάλλουν σημαντικά στην αντιμετώπιση χρόνιων αιματολογικών ασθενών, όπως των πασχόντων από μεσογειακή Αναιμία και αιμορροφιλία. Μάλιστα ορισμένα από τα Κέντρα αυτά έχουν αναπτύξει ειδικά τμήματα με σημαντικό έργο, όχι μόνο στην περίθαλψη των ασθενών αυτών αλλά και στην έρευνα.

Επίσης στα Κέντρα Αιμοδοσίας γίνεται η εκπαίδευση στα της αιμοδοσίας ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού, με το οποίο στην συνέχεια πλαισιώνονται οι Υπηρεσίες αιμοδοσίας.

Ειδικά, για το Κέντρο Αιμοδοσίας και παρασκευής παράγωγων Αίματος του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας Πειραιά, πρέπει να τονιστεί ότι αυτό είναι η μοναδική Μονάδα της χώρας μας, όπου συγκεντρώνονται μεγάλες ποσότητες αίματος, γίνεται η επεξεργασία του και παρασκευάζεται, πλην του νωπού, και το ξηρό πλάσμα για τις ανάγκες του Στρατού, καθώς και τα παράγωγα του πλάσματος όπως ο αιμορροφιλικός παράγοντας VIII. (παρασκευάζεται μόνο το 30% της συνολικής ποσότητας που απαιτείται) και το ινωδογόνο.

Βέβαια η Ελλάδα δεν είναι αυτάρκης σε παράγωγα του πλάσματος. Ιδίως η αλβουμίνη είναι 100% εισαγόμενο προϊόν. Σαν πρώτος στόχος του Υπουργείου είναι η βαθμιαία αύξηση της παρασκευαζόμενης ποσότητας του παράγοντα VIII.

Σήμερα για την προμήθεια του υπόλοιπου 70% δαπανώνται μεγάλα ποσά και μάλιστα σε ξένο συνάλλαγμα.

Εκτός όμως από τους οικονομικούς λόγους υπάρχουν και άλλοι σοβαρότεροι λόγοι, που επιβάλλουν να γίνουμε, το γρηγορότερο, αυτάρκεις τουλάχιστον σε αντιαιμοροφιλικούς παράγοντες. Είναι ο κίνδυνος μετάδοσης του AIDS από το πλάσμα.

Όσον αφορά την αλβουμίνη το κέντρο του Πειραιά έχει συνάψει σύμβαση με το Κέντρο του Ερυθρού Σταυρού της Βέρνης για ανταλλαγή πλάσματος με αλβουμίνη.

Η Κεντρική Υπηρεσία, η Διεύθυνση δηλ. αιμοδοσίας του Υπουργείου, έχει σαν αποστολή την οργάνωση της Αιμοδοσίας στην Ελλάδα.

Στην αρμοδιότητα της Υπηρεσίας αυτής είναι:

1. Η ίδρυση, οργάνωση και χορήγηση άδειας λειτουργίας Κέντρων, Σταθμών και Νοσοκομειακών Υπηρεσιών Αιμοδοσίας
2. Ο επιστημονικός έλεγχος όλων αυτών των υπηρεσιών αιμοδοσίας
3. Ο προγραμματισμός των αναγκών τους σε επιστημονικό εξοπλισμό
4. Ο προγραμματισμός και η παρακολούθηση εφαρμογής μέτρων, για την εξασφάλιση και συντήρηση του αίματος και των παραγώγων του.
5. Η οργάνωση αιμοληψιών
6. Η παρακολούθηση των αναγκών και η φροντίδα για την διακίνηση του αίματος και των παραγώγων του
7. Η διαφώτιση του κοινού σε θέματα αιμοδοσίας.

Η Διεύθυνση Αιμοδοσίας, σαν αρμόδιος φορέας για την οργάνωση της Αιμοδοσίας στην χώρα μας, έχει και την ευθύνη

για την κάλυψη των αναγκών της σε αίμα.

Οι ανάγκες αυτές αφορούν χειρουργικές επεμβάσεις, οξείες αιμορραγίες, χρόνια αιματολογικά περιστατικά, τροχαία ατυχήματα τα οποία δυστυχώς απορροφούν μεγάλες ποσότητες αίματος κ.λ.π.. Βέβαια, η εξεύρεση αίματος για την κάλυψη των αναγκών αυτών, είναι πρόβλημα κάθε χώρας. Η χώρα μας όμως έχει και το πρόβλημα της μεσογειακής αναιμίας. Πρόκειται για τα 3.000 περίπου άτομα με Μεσογειακή Αναιμία, που χρειάζονται συνολικά χιλιάδες μεταγγίσεις αίματος το χρόνο. Ο αριθμός βέβαια αυτών των ατόμων, με την εφαρμογή της προγεννητικής διάγνωσης, δεν αυξάνεται πολύ, πλην όμως, προκειμένου τα άτομα αυτά να έχουν μια καλύτερη περίθαλψη, είναι απαραίτητο να διατίθενται κάθε χρόνο πολύ μεγάλες ποσότητες αίματος.

Πληγές προέλευσης του αίματος στη χώρα μας είναι

- α) Για το Α' εξάμηνο του 1988, περιβάλλον ασθενών μονάδες 137.229
- β) Οι εθελοντές αιμοδότες: Μονάδες 46.385
- γ) Οι ένοπλες δυνάμεις 7,7% και 16.939 μονάδες
- δ) Ο Ελβετικός ερυθρός Σταυρός: 25.137 Μονάδες.

Στο συνολικό ποσό αίματος που καταναλώσαμε το έτος 1985 πρέπει να προσθέσουμε το αίμα που μας στέλνει ο Ελβετικός Ερυθρός Σταυρός (50.000.000 μονάδες). Το αίμα αυτό προσφέρεται δωρεάν, πλην όμως για τις εργαστηριακές εξετάσεις του, το κόστος των υλικών κλπ το Ελληνικό Δημόσιο πληρώνει κάθε χρόνο γύρω στα 175.000.000 δρχ. σε συνάλλαγμα.

Εκποός βέβαια του Υπουργείου είναι η σταδιακή μείωση των ποσοτήτων του ελβετικού αίματος και η αποδέσμευσή μας

από την ξένη εξάρτηση δεδομένου ότι στόχος της ΕΟΚ είναι η αυτοδυναμία σε αίμα και παράγωγο της κάθε χώρας.

Στην Ελλάδα την ευθύνη για την Αιμοδοσία έχει η αρμόδια Υπηρεσία του Υπουργείου Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων. Η Υπηρεσία αυτή ιδρύθηκε το 1959. Το 1988 ψηφίσθηκε νέος νόμος πλαίσιο για τη λειτουργία της Αιμοδοσίας που όμως δεν έχει ακόμη ενεργοποιηθεί. Η Υπηρεσία Αιμοδοσίας συλλέγει καθημερινά πληροφορίες σχετικά με την συλλογή και την διάθεση του αίματος και αποφασίζει για την κατανομή των αποθεμάτων αίματος σε όλη την χώρα. Επί πλέον η Υπηρεσία είναι υπεύθυνη για την νομοθεσία στον τομέα Αιμοδοσίας, για τον προγραμματισμό των κινητών συνεργείων, εκπαίδευση, προσέλκυση εθελοντών αιμοδοτών και δημόσιες σχέσεις.

Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Το αίμα είναι ένα θεραπευτικό υλικό ανθρώπινης προέλευσης που κανένα εργαστήριο στον κόσμο δεν μπόρεσε μέχρι τώρα να παρασκευάσει.

Προσφέρεται μόνο εθελοντικά από τον άνθρωπο στον άνθρωπο. Μιλώντας για αιμοδοσία στην Ελλάδα, δεν εννοούμε απλώς την μετάγγιση αίματος, που σημειωτέον είναι η πρώτη επιτυχημένη μεταμόσχευση οργάνων, αλλά την όλη εκείνη οργάνωση, που ασχολείται με την λήψη, συντήρηση και διάθεσή του προς μετάγγιση αίματος και των παραγώγων του. Η οργάνωση αυτή στηρίζεται σε κανόνες, που έχουν γίνει γενικά αποδεκτοί.

Αν θελήσουμε να παραστήσουμε σχηματικά την διαδικασία της αιμοδοσίας, θα ζωγραφίσουμε ένα διάγραμμα, με τρία διαμερίσματα. Το πρώτο περιλαμβάνει τον αιμοδότη και ότι αναφέρεται σ' αυτόν. Το δεύτερο παριστάνει την Υπηρεσία Αιμοδοσίας που συλλέγει, επεξεργάζεται το αίμα και λειτουργεί σαν διάμεση διαδικασία στοχεύοντας στην χορήγηση (τρίτο διαμέρισμα) του αίματος προς τον πάσχοντα, που το χρειάζεται. Η Αιμοδοσία στην χώρα μας είναι ένας τομέας σχετικά νέος.

Η πρώτη Υπηρεσία Αιμοδοσίας οργανώθηκε από τον Ελληνικό Ερυθρό Σταυρό το 1935 και η Υπηρεσία αυτή πέτυχε να διαθέσει για πρώτη φορά συντηρημένο αίμα για μετάγγιση το 1939. Μέχρι τότε οι μεταγγίσεις γίνονταν παρουσία του αιμοδότη.

Συγκεκριμένα, η πρώτη μετάγγιση αίματος έγινε στις 30 Νοεμβρίου του 1939 στο <<Λαϊκό Νοσοκομείο Αθηνών>>. Το

1948 Επιτροπή Αμερικανών Καθηγητών που επισκέφθηκαν την χώρα μας, σε σχετική έκθεσή της, αναφέρει ότι <<Η Αιμοδοσία στην Ελλάδα είναι σχεδόν ανύπαρκτη>>. Αρχικά και για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα το όλο βάρος της Αιμοδοσίας έφερε ο Ελληνικός Ερυθρός Σταυρός ο οποίος αναγκαστικά στηριζόταν στους αμειβόμενους αιμοδότες.

Η αλματώδης όμως πρόοδος της Ιατρικής Επιστήμης και η μεγάλη ανάπτυξη της Αιμοδοσίας διεθνώς μετά τον Β΄ Παγκόσμιο πόλεμο, πρόβαλλαν επιτακτική την ανάγκη της οργάνωσης της αιμοδοσίας και στη χώρα μας, με βάση βέβαια τα διεθνή πρότυπα.

Έτσι, το 1952 δημιουργούνται τα τέσσερα πρώτα κρατικά Κέντρα Αιμοδοσίας. Τα δύο στην Αθήνα, ένα στον Πειραιά και ένα στην Θεσσαλονίκη.

Στην Αθήνα είναι το Ιπποκράτειο και Λαϊκό Νοσοκομείο, Γενικό Νοσοκομείο Νίκαιας Πειραιά και το Κέντρο Αιμοδοσίας στην Θεσσαλονίκη.

Το 1955 δημοσιεύεται ο συστατικός Νόμος για την Αιμοδοσία. Είναι το Νομοθετικό Διάταγμα 3340/55. Με τις διατάξεις του ιδρύεται στο τότε Υπουργείο Κοινωνικής Πρόνοιας, Υπηρεσία Αιμοδοσίας καλούμενη Εθνική Υπηρεσία Αιμοδοσίας. Σκοπός της είναι η οργάνωση της Αιμοδοσίας στη χώρα μας, με βάση τις διεθνώς παραδεικτές Αρχές συλλογής, εργαστηριακής έρευνας, διατήρησης και διάθεσης του αίματος, και των παραγώγων του, για την αντιμετώπιση των συνήθως και εκτάκτων αναγκών του πληθυσμού.

Με βάση τις διατάξεις του Νόμου αυτού, εκπονείται το εθνικό Πρόγραμμα Αιμοδοσίας και διορθώνονται και οργανώνονται οι ανά τη χώρα Υπηρεσίες Αιμοδοσίας. Το 1959 εκδίδεται το Νο_

νομοθετικό Διάταγμα 4026/59 με το οποίο τροποποιείται και συμπληρώνεται ο αρχικός Νόμος για την αιμοδοσία.

Οι διατάξεις τούτου ρητά ορίζουν ότι:

Η Οργάνωση της Αιμοδοσίας στην Ελλάδα, στηρίζεται στο θεσμό της εθελοντικής δωρεάν προσφοράς του αίματος. Κατ'εξαίρεση, επιτρέπεται και η προσφορά του με αμοιβή, εφόσον το εθελοντικό αίμα δεν επαρκεί για την κάλυψη των συνήθων και εκτάκτων αναγκών.

Επίσης βασική ρύθμιση του νομοθετικού αυτού διατάγματος είναι ότι, οι υπάρχουσες κατά την δημοσίευσή του ή οι μέλλουσες να λειτουργήσουν Υπηρεσίες Αιμοδοσίας, του Κράτους, όπως και των πάσης φύσεως Οργανισμών, Ιδρυμάτων Δημοσίου ή Ιδιωτικού Δικαίου, Ιδιωτικών Κλινικών που δεν επιτρέπεται να προσπορίζονται κέρδη και υπόκεινται στον επιστημονικό και διαχειριστικό έλεγχο του Υπουργείου Κοινωνικής Υπηρεσίας.

Μέχρι το 1938 γίνονταν περί τις 1935 μεταγγίσεις με άμεση και έμμεση μέθοδο χωρίς συντήρηση του αίματος. Με την άμεση μέθοδο ο αιμοδότης, στον οποίο γινόταν μέχρι τότε αποκάλυψη της φλέβας του. Βρισκόταν κοντά στον ασθενή και το αίμα μεταγγιζόταν με την βοήθεια συσκευής OCHLECKER, BECK ή JUBE αμέσως.

Με την έμμεση μέθοδο το αίμα του αιμοδότη, που και πάλι ήταν κοντά στον ασθενή, λαμβανόταν μέσα σε κύλινδρο με κιτρινό νάτριο και μεταγγιζόταν στον ασθενή με σύριγγες.

Το 1977 αποτελεί σταθμό για την Αιμοδοσία στην Ελλάδα. Το χρόνο αυτό το Υπουργείο πήρε από απόφαση για την κατάργηση της εμπορίας του αίματος και μελέτησε το θέμα του κλεισίματος των δεκαέξι τραπεζών αίματος, που υπήρχαν και λει-

τουργούσαν παράνομα.

Μάλιστα, επειδή στην Ελλάδα, λόγω της Μεσογειακής Αναιμίας, έχουμε ιδιαίτερες ανάγκες σε αίμα, έπρεπε να ληφθεί ιδιαίτερη μέριμνα για τα 3.000 περίπου άτομα που πάσχουν από Μεσογειακή Αναιμία. Έτσι, έγιναν ενέργειες και το Μάρτιο του 1977 υπογράφηκε μεταξύ του Ελληνικού Δημοσίου και του Ελβετικού Ερυθρού Σταυρού, τριετής συμφωνία για δωρεάν παροχή στην Ελλάδα 50.000 περίπου μονάδων (ασκών & συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων το χρόνο αντί καταβολής του κόστους των υλικών των εργαστηριακών εξετάσεων, της παράδοσης κλπ.

Με την σύμβαση αυτή, και την εν τω μεταξύ δραστηριοποίηση των Υπηρεσιών Αιμοδοσίας, αποφασίστηκε το κλείσιμο των ιδιωτικών Τραπεζών αίματος, οι οποίες έπαψαν να λειτουργούν οριστικά από τον Μάρτιο του 1979.

ΤΡΑΠΕΖΑ ΑΙΜΑΤΟΣ - ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

Το τμήμα αιμοδοσίας μέσα στο νοσοκομειακό συγκρότημα πρέπει να βρίσκεται συνήθως στο ιαδείο για να μπορεί να επικοινωνεί τόσο με άλλα τμήματα του νοσοκομείου όσο και με τον εξωτερικό χώρο για να μπορούν να διευκολύνονται οι αιμοδότες.

Αποτελείται δε από τιάφορους χώρους όπως:

α) Χώρος λήψεως ιστορικού: Εκεί βρίσκεται μια ειδικευμένη αδελφή που θα πάρει μαζί με τον γιατρό το ιστορικό του εθελοντή, θα συμπληρώσει τα στοιχεία του στην κάρτα αιμοδοσίας, αν είναι η πρώτη φορά που αυτός δίνει αίμα, και θα του δώσει το ανάλογο έντυπο να συμπληρώσει. Αυτό το έντυπο περιλαμβάνει το εξής ερωτηματολόγιο:

ΚΡΑΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ

ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

ΓΕΝΙΚΟ ΚΡΑΤΙΚΟ ΝΟΣ/ΜΕΙΟ ΠΑΤΡΑΣ

Αυξ.αριθ.....

Ημερομηνία.....

ΙΣΤΟΡΙΚΟΝ ΑΙΜΟΔΟΤΟΥ

Όνοματεπώνυμο Αιμοδότη.....

Ηλικία.....Βάρος.....Διεύθυνσις.....

Έγγαμος..... Επάγγελμα.....Ομάς Αίματος Γονότυπος.....

Καταγωγή.....Δίδει Αίμα δια.....

Αριθμ.Ταυτότητος.....

Αριθ.λήψεως	Ημερ.	Σφίξεις πίεσης	HT	KLINE	AU	Υπογραφή γιατρού

Είχατε εις το παρελθόν:

Έχετε τώρα:

Ελονοσία;.....	Άσθμα.....	Εγκυμοσύνη;.....
Συφιλίδα;.....	Επιληψία;...	Τατουάζ ή Βελονισμό;..
Ίκτερον τα τελευταία	Κρυολπγημα..	Μήπως χάσατε βάρος;...
5 χρόνια;.....	Διαβήτη;....	ή είχατε πυρετό;.....
Αλλεργία;.....	Καρδιακά ε-	ή λεμφαδενοπάθεια;....
Άλλας νόσους.....	νοχλήματα...	

Άλλας νόσους;.....

Υπέστητε προσφάτως εμβολιασμόν;

ή αντιτετανικόν ορόν;.....Ρευματικό πυρετό;.....

Ταξιδεύσατε σ'άλλη χώρα;.....

ΔΗΛΩΣΙΣ ΑΙΜΟΔΟΤΟΥ

Ο υπογεγραμμένος.....δηλώ ότι απάντησα ειλικρινώς εις τας ανωτέρω ερωτήσεις, δίδω την συγκατάθεσίν μου δια να ληφθελ μέρος του αίματός μου το οποίον θα χρησιμοποιηθελ δια τον ασθενή νοσηλευόμενον εις το ανωτέρω Νοσοκομείον εάν χρειασθελ ούτος μετάγγισιν. Εάν όμως δεν χρειασθελ τότε δίδω την συγκατάθεσίν μου να χρησιμοποιηθελ δια μετάγγισιν εις άλλον ασθενή.

Εν Πάτραις τη.....19..

Ο ΔΗΛΩΝ

(Υπογραφή).....

>>

>>

β) Αίθουσα Αναμονής. Κατάλληλα διακοσμημένη, ήσυχη, καθαρή με αφίσσες στους τοίχους που θα διαφωτίζουν τον εθελοντή ότι το αίμα που θα προσφέρει θα σώσει ζωές και ότι δεν θα πάθει απολύτως τίποτα προσφέροντας λίγο αίμα για τους συναν-

θρώπους του, καθώς και ενημερωτικά έντυπα σχετικά με την αιμοδοσία.

γ) Το γραφείο Διευθύντριας

δ) Το Γραφείο Ιατρών

ε) Βοηθητικοί χώροι (χώροι καθαριστιών κ.α.)

στ) Αίθουσα αιμοληψιών

Η αίθουσα πρέπει να είναι ήσυχη και να αερίζεται καλά.

- Να είναι ευρύχωρη και άνετη ώστε να αποφεύγεται ο συνωστισμός

- Να διαθέτει ειδικά κρεβάτια αιμοληψίας, με μηχανισμό αλλαγής της γωνίας του κρεβατιού, ώστε να αντιμετωπίζονται λιποθυμικές καταστάσεις κατά την διάρκεια της αιμοληψίας.

- Εκτός από το αναγκαίο υλικό για την αιμοληψία, σύριγγες αποστειρωμένες, βαμβάκι, οινόπνευμα, ασκούς, πιεσόμετρο. Τοποθετημένα πάνω σε καρδοσι πρέπει να διατίθενται όλα τα μέσα για την άμεση αντιμετώπιση ανεπιθύμητων αντιδράσεων των αιμοδοτών όπως λιποθυμία.

Οι περισσότεροι αιμοδότες ανέχονται την αφαίρεση 400 ως 450 ML αίματος χωρίς παρενέργειες. Οποσδήποτε, μερικά άτομα παρουσιάζουν ανεπιθύμητες αντιδράσεις. Τα συμπτώματα περιλαμβάνουν αδυναμία, εφίδρωση, ζάλη, αίσθημα παλμών, ανυτία, απώλεια συνειδήσεως, σπασμούς, απώλεια ούρων και κοπράνων. Το δέρμα είναι ψυχρό, διαπιστώνεται πτώση της πίεσης του αίματος (συστολική 50-60 MMHG) ή και αδυναμία ανιχνεύσεως της πίεσης.

Όταν εμφανιστούν τα πρώτα ανεπιθύμητα συμπτώματα, η αιμοληψία πρέπει να διακόπτεται. Αμέσως μετά γίνεται αλλαγή της κλίσεως του κρεβατιού (χαμηλά το κεφάλι, ψηλότερα τα πόδια) και χαλάρωση των ενδυμάτων του αιμοδότη. Εξασφαλίζεται πλήρης αερισμός και τοποθετούνται ψυχρά επιθέματα. Όταν τα συμπτώματα επιμένουν επιβάλλεται ιατρική παρακολούθηση και αντιμετώπιση.

ΦΛΕΒΟΚΕΝΤΗΣΗ

Στον βραχίονα του αιμοδότη εφαρμόζεται πνεστικός επίδεσμος και επιλέγεται η κατάλληλη φλέβα. Σκοπός του επιδέσμου είναι η απόφραξη της φλεβικής ροής όχι όμως και της αρτηριακής.

Κατά συνέπεια, ο πνεστικός επίδεσμος δεν πρέπει να πιέζει περισσότερο από την αρτηριακή πίεση. Αυτό ελέγχεται με την ψηλάφηση του σφυγμού. Αν χρησιμοποιηθεί σφυγμομανόμετρο η πίεση που πρέπει να ασκηθεί είναι περίπου 60 MM υδραργύρου.

Στα παχύσαρκα άτομα για να αποκλεισθεί η φλεβική ροή συχνά χρειάζεται πίεση 80 ή 90 MM/HG. Η χαλαρή πίεση ευθύνεται για πολλές ατελείς αιμοληψίες. Τα χέρια του ατόμου που θα κάνει την αιμοληψία πρέπει να είναι επιμελώς πλυμένα. Όταν η φιάλη ή ο ασκός αιμοληψίας ετοιμασθούν για άμεση χρήση η περιοχή της φλεβοκεντήσεως προετοιμάζεται με τις ακόλουθες λεπτομέρειες:

-Καθαρισμός του δέρματος:

Διάλυμα πράσινου σαπουνιού επαλείφεται με βαμβάκι σε επιφάνεια 4 X 6 CM περίπου. Έπειτα το δέρμα τρίβεται με δύναμη επί ένα λεπτό. Το σαπούνι, η διαλυμένη ακαθαρσία και το λίπος απομακρύνεται με διάλυμα 10% ακετόνης σε 70% αιθυλική ή ισοπροπυλική αλκοόλη.

-Απολύμανση του δέρματος:

Μετά τον καθαρισμό το δέρμα απολυμαίνεται με διάλυμα ιωδίου 3% σε 70% οινόπνευμα, το οποίο αφήνεται να στε-

γνώσει. Το βάμμα ιωδίου αφαιρείται με διάλυμα 10% ακετόνη σε 70% οινόπνευμα. Η περιοχή καλύπτεται με αποστειρωμένη γάζα μέχρις ότου φλεβοκεντηθεί.

- Αιμοληψία:

Ο πλεστικός επιδέσμος που έχει λυθεί κατά την προετοιμασία της περιοχής φλεβοκεντήσεως εφαρμόζεται και πάλι, ενώ από τον αιμοδότη, ζητείται να σφίξει την γραθιά του αρκετές φορές, ώστε να διαταθούν οι φλέβες του βραχίονα. Στην συνέχεια αφαιρείται το κάλυμα από την βελόνα φλεβοκεντήσεως και αυτή εισάγεται καλά στην φλέβα. Στην επιτυχία της φλεβοκεντήσεως βοηθά και η έλξη (τράβηγμα) του δέρματος και των ιστών που βρίσκονται αμέσως πάνω από την ψηλαφητή φλέβα με τον αντίχειρα του αιμολήπτη, ώστε να ακινητοποιηθεί η φλέβα. Μόλις, το αίμα εμφανισθεί στο σωλήνα της συσκευής, χαλαρώνουμε βαθμιαία το κλείστρο της συσκευής οπότε το αίμα αρχίζει να ρέει μέσα στον ασκό. Κατά την διάρκεια της αιμοληψίας ο βραχίονας του αιμοδότη ελέγχεται κατ'επανάληψη για την καλή κατάσταση του πλεστικού επιδέσμου και τη θέση της βελόνας. Η ροή του αίματος πρέπει να είναι συνεχής και ταχεία. Συχνά, η διακοπή της ροής του αίματος μπορεί να αποκατασταθεί με σωστή επαντοποθέτηση του πλεστικού επιδέσμου.

Κατά την διάρκεια της αιμοληψίας ο ασκός πρέπει να ανακινείται σε συχνά διαστήματα (εφόσον δεν υπάρχει αυτόματος ανακινητήρας) για να επιτυγχάνεται ανάμιξη του αίματος με το αντιπηκτικό και να αποφεύγεται ο σχηματισμός θρόμβων.

Η ποσότητα του αίματος κινείται από το βάρος του στους ασκούς (που μπορούν εύκολα να ζυγισθούν).

Όταν η αιμοληψία συμπληρωθεί ο σωλήνας ροής κλείνεται ερμητικά με το κλείστρο. Η βελόνα της φλέβας παραμένει στην θέση της. Στη συνέχεια γίνονται διαδοχικά οι ακόλουθες ενέργειες:

- Η ροή του αίματος αποκαθίσταται με καλάρωμα του κλείστρου, οπότε το κλείστρο γεμίζει αίμα. Προσοχή στην ανακίνηση.

- Ο σωλήνας κλείνεται και πάλι με το κλείστρο και η βελόνα της φλέβας αφαιρείται. Το αίμα που υπάρχει μέσα στη συσκευή αιμοληψίας μεταφέρεται στο ένα ή περισσότερα συνόδα σωληνάκια που δεν περιέχουν αντιπηκτικό (για να ληφθεί ορός).

Όταν τελειώσει η αιμοληψία ο ασκός αίματος με το συνοδό φιαλίδιο τοποθετείται στο ειδικό ψυγείο. Αν για τεχνικούς λόγους επέλθει διακοπή της αιμοληψίας, η επαναχρησιμοποίηση της ίδιας συσκευής αιμοληψίας απαγορεύεται κατά την επανάληψη της φλεβοκέντησεως του ατόμου.

- Αίθουσα ανανήψεως των αιμοδοτών

Εκεί υπάρχουν αναπαυτικά καθίσματα που κάθονται οι αιμοδότες αφού δώσουν αίμα. Ο χώρος αυτός είναι κατάλληλα εξοπλισμένος με τα ειδικά μηχανήματα που θα αντιμετωπίσουν τυχόν προβλήματα που παρουσίασαν οι αιμοδότες αλλά και για να επανέρθουν στην πρώην κατάστασή τους μετά την διαδικασία της αιμοληψίας. Εκεί φροντίζουμε τον αιμοδότη. Μετά την αφαίρεση της βελόνας, στην θέση παρακέντησεως εφαρμό-

ζεται επίδεσμος. Ο αιμοδότης μετά την αιμοληψία πρέπει να μείνει ξαπλωμένος επί 10 λεπτά, κάτω από την στενή παρακολούθηση του προσωπικού.

Στον αιμοδότη πρέπει να δοθούν μερικές οδηγίες όπως:

-Να μην καπνίσει επί μισή ώρα.

-Να πάρει τα αναψυκτικά και την τροφή που του προσφέρονται στην αίθουσα αυτή.

-Να μην φύγει πριν του το επιτρέψει το υπεύθυνο προσωπικό.

-Να πει περισσότερα υγρά κατά τις επόμενες ώρες.

-Να λάβει ένα καλό γεύμα εκείνη την ημέρα και να προσπαθήσει να μην πει φαινοπνευματώδη ποτά.

-Αν παρουσιάσει αιμορραγία από το σημείο της φλεβοκέντησεως να σπρώξει το χέρι ψηλά και να εφαρμόσει πίεση.

-Αν δεν αισθάνεται καλά να ξαπλώσει ή να καθίσει με το κεφάλι ανάμεσα στα γόνατα.

-Αν τα συμπτώματά επιμένουν να επιστρέψει στην Υπηρεσία Αιμοδοσίας ή να επισκεφτεί γιατρό.

-Εφόσον αισθάνεται καλά μισή ώρα μετά την αιμοληψία μπορεί να επαναλάβει όλες του τις δραστηριότητες εκτός αν η δουλειά του είναι ιδιαίτερα κοπιαστική.

-Ο επίδεσμος από το σημείο φλεβοκέντησεως μπορεί να αφαιρεθεί λίγες ώρες αργότερα.

- Χώρος διακίνησης του αίματος

Εκεί υπάρχει το ειδικό ψυγείο που τοποθετούνται τα αίματα απόπου θα διακινηθούν πρόσφατα στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

-Το εργαστήριο παρασκευής παραγώγων του αίματος, όπως:
(αιμοπεταλίων, πλάσματος κ.λ.π.).

-Εργαστήριο Ελέγχου Μεσογειακής Αναιμίας που γίνονται
όλες οι σχετικές εξετάσεις και έλεγχοι γύρω από το νόσημα
αυτό που απασχολεί σημαντικά τον Ελλαδικό χώρο.

-Χώρος μετάγγισης των παιδιών που πάσχουν από Μεσο-
γειακή Αναιμία.

Ενεί συνήθως ελέγχεται ο γονότυπος και ο φαινότυπος στα παιδιά με Μεσογειακή Αναιμία και στα άτομα με χρόνια Νεφρική Ανεπάρκεια.

ΜΗΧΑΝΗΜΑΤΑ ΣΥΓΧΡΟΝΑ

Κάθε τμήμα αιμοδοσίας πρέπει να είναι εξοπλισμένο με τα κατάλληλα μηχανήματα έτσι ώστε να μπορέσει να ανταπεξέλθει στις έκτακτες ανάγκες.

Τα κυριότερα μηχανήματα ενός τμήματος αιμοδοσίας είναι:

1. Τα φυγεία με τους κατάλληλους καταψύκτες για να διατηρούν το αίμα στις κατάλληλες συνθήκες θερμοκρασίας.
2. Η ψυχομένη φυγόκεντρος.
3. Η απλή φυγόκεντρος.
4. Καταψύκτης με θερμοκρασία $-15, -35^{\circ}\text{C}$.
5. Απλά κρεβάτια αιμοληψιών.
6. Ανακλινητήρας αιμοπεταλίων, που διατηρούν για πέντε μέρες τα αιμοπετάλια.
7. Φυγόκεντροι σωληναρίων.

8.Υδατόλουτρα.

9.Μηχανήματα για τον έλεγχο του AIDS:

10.Αυτόματοι ζυγοί.

11.Αυτόματος συγκολλητής.

12.Μηχανήματα για τον έλεγχο του Αυστραλιανού αντιγόνου.

13.Ειδικά μηχανήματα πλασμασφαίρεσης και αφαίρεσης αιμοπεταλίων.

14.Ειδικές πολυθρόνες.

15.Καρδιογράφος.

16.Σετ για ενδοτραχειακό σωλήνα.

17.Το σύστημα ELISA χρησιμοποιείται για τον έλεγχο ηπατίτιδας και AIDS.

18.Ένα COMPUTER για την αρχειοθέτηση καρτών ώστε να γίνεται καλύτερα ο έλεγχος των αιμοδοτών σχετικά με το πόσες εθελοντικές αιμοδοσίες έκανε.

19.Καρότσι πρώτων βοηθειών για την αντιμετώπιση λιποθυμικών καταστάσεων, ένα φορείο, έναν απινηδοτή, καρδιογράφο, ειδικό δίσκο με φάρμακα, μία AMFOW BAG. Το καρότσι αυτό πρέπει να είναι κόκκινου χρώματος για να γίνεται εύκολα ευδιάκριτο.

ΤΑ ΠΑΡΑΓΩΓΑ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΑΖΟΝΤΑΙ

ΑΠΟ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

1. Συμπυκνωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια (αιματοκρίτης 70%).
2. Ερυθρά αιμοσφαίρια πλυμένα.
3. Ερυθρά αιμοσφαίρια συντηρημένα σε χαμηλή θερμοκρασία
4. Ερυθρά αιμοσφαίρια με ελάχιστη πρόσμειξη λευκών αιμοσφαιρίων.
5. Αιμοπετάλια συμπυκνωμένα.
6. Λευκά αιμοσφαίρια.
7. Πλάσμα πρόσφατου αίματος συντηρημένου σε χαμηλή θερμοκρασία.
8. Κρυσταλλικό συντηρημένο σε χαμηλή θερμοκρασία ή σε ξερή κατάσταση.

Η χρησιμοποίηση των παραγόντων του αίματος έφερε πραγματική επανάσταση στον τομέα της αιμοδοσίας. Η ευρεία εφαρμογή τους οφείλεται στο ότι στηρίζεται σε επιστημονικές βάσεις.

Με την σημερινή τακτική της χορηγήσεως των παραγόντων του αίματος που δεν υστερεί ποιοτικά από το πρόσφατο ολικό αίμα, η μετάγγιση έγινε πολύ αποδοτική και ο κίνδυνος μεταδόσεως διαφόρων νοσημάτων έχει μειωθεί στο ελάχιστο.

ΣΥΜΠΥΚΝΩΜΕΝΑ ΕΡΥΘΡΑ ΑΙΜΟΣΦΑΙΡΙΑ

Η χρησιμοποίηση των συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων με αιματοκρίτη 70% ή και 90% για άλλους έχει γενικευθεί σε όλες τις χώρες (Σουηδία 100%).

Πράγματι, η σπώλεια αίματος ή η μη παραγωγή ή καταστροφή των ερυθρών αιμοσφαιρίων απαιτεί την αναπλήρωση του συστατικού αυτού.

Η απαιτάσταση του ολικού όγκου επιτυγχάνεται με ποικίλους τρόπους: με χορήγηση κρυσταλλοειδών διαλυμάτων, ηλεκτρολυτών, διαλύματος RINGER, πλάσματος υποκαταστάτων του πλάσματος.

Η χορήγηση ερυθρών αιμοσφαιρίων επιτρέπει την αναπλήρωση των στοιχείων του αίματος, το οποίο τουλάχιστον στον ενήλικο, δεν πρέπει να κατέβει κάτω από το 25% του αιματοκρίτη ή 8 γρ. % αιμοσφαιρίνης.

Είναι γνωστό ότι η χορήγηση 1 μονάδας συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων προκαλεί αύξηση του αιματοκρίτη κατά 2,5 μονάδες· τούτο επιτρέπει τον καθορισμό των μονάδων ερυθρών αιμοσφαιρίων που είναι αναγκαίες για την επίτευξη του επιθυμητού ορίου του αιματοκρίτη.

Με την χορήγηση συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων αποφεύγεται η μεγάλη αύξηση του όγκου αίματος που βρίσκεται στην κυκλοφορία. Τούτο έχει ιδιαίτερη σημασία σε περιπτώσεις αναιμιών, όπου ο όγκος του αίματος είναι φυσιολογικός, και παθολογικών καταστάσεων (π.χ. καρδιοπαθειών, υπερτάσεων) όπου αποφεύγεται η υπερφόρτωση της κυκλοφορίας.

Τα ερυθρά αιμοσφαίρια χορηγούνται σε μερικές περιπτώσεις ύστερα από επανειλημμένες εκπλύσεις με ισοτονό διάλυμα χλωριούχου νατρίου, έτσι ώστε να αφαιρούνται πλήρως τα λευκοκύτταρα και τα αιμοπετάλια. Οι περιπτώσεις αυτές αφορούν ασθενείς που έχουν υποστεί επανειλημμένες μεταγγίσεις και στον ορό του αίματος τους εμφανίζονται κυρίως λευκοσυγκολλητίνες. Τα ερυθρά αιμοσφαίρια μπορούν επίσης να χορηγηθούν ύστερα από επεξεργασία και συντήρησή τους σε χαμηλές θερμοκρασίες -70°C . Τα πλεονεκτήματα των ερυθρών αυτών αιμοσφαιρίων είναι η εναποθήκευση σπανίων ομάδων αίματος και η πρόληψη αντιδράσεων στο δέκτη λόγω απαλλαγής του από πλάσμα λευκά και αιμοπετάλια, καθώς και ο μειωμένος κίνδυνος μεταδόσεως της ηπατίτιδας Β.

Η συνεχής αύξηση του ποσοστού χρησιμοποίησεως συμπυκνωμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων στην Ελλάδα οφείλεται στην κατάργηση των φιαλών και τη χρησιμοποίηση ασκών από πλαστική ύλη, γιατί η αφαίρεση του πλάσματος κατά τις πρώτες ώρες μετά τη λήψη του αίματος γίνεται σε κλειστό σύστημα. Το πλάσμα, μετά την φυγοκέντρηση του ασκού που περιέχει πλήρες αίμα, μεταφέρεται με πίεση στοῦ ἄδειο ασκό μέσα από ένα σωλήνα που συνδέει τους δύο ασκούς.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ ΑΙΜΟΠΕΤΑΛΙΩΝ

Τα αιμοπετάλια διαχωρίζονται από το ολικό αίμα μέσα σε 8 ώρες από την λήψη του.

Η συντήρησή τους γίνεται σε θερμοκρασία δωματίου επί 5 ημέρες, με την προϋπόθεση της συνεχούς ανακινήσεως, ώστε να διατηρήσουν την λειτουργικότητά τους.

Ο ασκός αίματος φυγοκεντρείται σε χαμηλές στροφές (900 X G επί 20 λεπτά) έπειτα, το υπερκείμενο πλάσμα μεταφέρεται στον συνοδευτικό ασκό. Το τελευταίο αυτό πλάσμα περιέχει το μεγαλύτερο μέρος των αιμοπεταλίων του αίματος πο έχει ληφθεί. Η απώλεια των αιμοπεταλίων δεν υπερβαίνει το 20-30%. Αν όμως απαιτείται μεγάλη ποσότητα αιμοπεταλίων, είναι προτιμότερο αυτά να είναι συμπυκνωμένα. Τα τελευταία αυτά παρασκευάζονται από πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια ύστερα από φυγοκέντρωσή του και μετάφορα του υπερκείμενου πλάσματος, που είναι φτωχό σε αιμοπετάλια, σε τρίτο συνοδευτικό ασκό. Η φυγοκέντρωση γίνεται με ταχύτητα 2000 X G επί 20' λεπτά και η ποσότητα του πλάσματος που παραμένει δεν υπερβαίνει τα 50 ML.

Οι ένδειξεις της μεταγγίσεως αιμοπεταλίων αφορούν τις περιπτώσεις θρομβοπενίας ή θρομβοπάθειας. Ο αριθμός των αιμοπεταλίων δεν αποτελεί ένδειξη, ακόμη και αν κατέβει κάτω των 20.000, αλλά εφόσον συνοδεύεται από αιμορραγικές εκδηλώσεις. Οι χορηγούμενες δόσεις αιμοπεταλίων ανέρχονται θεωρητικά για τα παιδιά σε 1 μονάδα αιμοπεταλίων ανά 5 KG σωματικού βάρους, και στους ενήλικες σε 1 μονάδα ανά 7 KG

σωματικού βάρους.

Οι δόσεις αυτές θεωρητικά αυξάνουν τον αριθμό των αιμοπεταλίων από 50-100 x 10⁹/L. Τούτο βέβαια, μπορεί να ελεγχθεί με την μέτρηση του αριθμού των αιμοπεταλίων.

Τα αιμοπετάλια, όπως και τα τελικά αιμοσφαίρια, φέρουν τα αντιγόνα του συστήματος HLA. Το σύστημα αυτό καθορίζει την σύνθεση κοινών αντιγόνων της μεμβράνης των λευκών αιμοσφαιρίων των αιμοπεταλίων και των περισσότερων από τα κύτταρα των ιστών.

Από τις 4 κύριες περιοχές ABCD, μόνο τα προϊόντα ABC περιοχών ανευρίσκονται στα αιμοπετάλια. Λόγω του μεγάλου πολυμορφισμού του συστήματος τούτου, η μετάγγιση αιμοπεταλίων προσφέρει πάντοτε αντιγόνα ξένα προς το δέκτη.

Τα αντιγόνα AB του συστήματος ABO ανευρίσκονται στις μεμβράνες των αιμοπεταλίων, όχι όμως τα αντιγόνα του συστήματος RH. Εκτός των προαναφερθέντων αντιγόνων, τα αιμοπετάλια φέρουν ειδικά αιμοπεταλιακά αντιγόνα. Όλα αυτά επιβάλλουν την χορήγηση αιμοπεταλίων με φειδώ, δηλαδή μόνο για την αντιμετώπιση αιμορραγικών εκδηλώσεων.

Η χορήγηση αιμοπεταλίων συμβατών προς το σύστημα ABO συνιστάται δεδομένου ότι η επιβίωση των αιμοπεταλίων διαφορετικών ομάδων αίματος είναι σύντομη. Επίσης, παρά το γεγονός ότι τα αιμοπετάλια δεν έχουν τα αντιγόνα RH, η μετάγγιση αίματος σε άτομα RH αρνητικά πρέπει να γίνει με αιμοπετάλια προερχόμενα από άτομα RH αρνητικού, καθώς κατά την παρασκευή του αίματος υπάρχει πάντοτε μικρή πρόσμιξη ερυθρών αιμοσφαιρίων που μπορούν να ανοσοποιήσουν τον δέκτη. Η χρησιμοποίηση αιμοπεταλίων γνωστής γονοτυπικής συνθέσεως κυ-

οίως ως προς το σύστημα HLA, με συντήρηση τους σε χαμηλή θερμοκρασία διευκολύνει πάρα πολύ τη χορήγησή τους ανοσοποιημένα στο σύστημα HLA.

ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΠΛΑΣΜΑΤΟΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΠΑΡΑΓΩΓΩΝ ΤΟΥ

ΞΗΡΟ ΠΛΑΣΜΑ

Σήμερα οι ενδείξεις χρησιμοποίησως του ξηρό πλάσματος είναι δύσκολο να ανεύρεθούν, ακόμη και για εγκαύματα όπου η χορήγηση αλπουμίνης ή πλάσματος πρόσφατα κατεψυγμένου είναι περισσότερο αποτελεσματική. Δεδομένου ότι το πλάσμα αυτό προέρχεται από δεξαμενές πλάσματος πολλών δοτών και έχει κίνδυνο μετάδοσης νοσημάτων πρέπει να αποφεύγεται η χρήση του.

ΠΛΑΣΜΑ ΠΡΟΣΦΑΤΑ ΚΑΤΕΨΥΓΜΕΝΟ

Τα πλεονεκτήματα του είδους αυτού του πλάσματος είναι η διατήρηση των παραγόντων της πήξεως του αίματος, η ευκολία παρασκευής του και ο πολύ μικρός κίνδυνος μεταδόσεως της ηπατίτιδας Β. Εκτός των περιπτώσεων μεγάλου αριθμού μεταγγίσεων το πλάσμα μπορεί να δοθεί χωρίς διάκριση ομάδων αίματος, υπό τον όρο ότι το πλάσμα τούτο είχε ελεγχθεί ως προς την παρουσία ανόσων αντισωμάτων αντί-A ή αντι-B. Επίσης δεν λαμβάνεται υπόψη ο παράγων RH, γιατί θεωρητικά το πλάσμα δεν πρέπει να περιέχει κύτταρα. Το πρόσφατα κατεψυγμένο πλάσμα διατηρείται σε θερμοκρασία -30°C

επί 6 μήνες. Το μελονέκτημά του συνίσταται στο ότι δεν μπορεί να αποσταλεί εύκολα σε απομακρυσμένη περιοχή.

ΠΛΑΣΜΑ ΠΟΥ ΥΠΟΒΑΛΛΕΤΑΙ ΣΕ ΚΡΥΟΚΑΘΙΣΗΝ

Το πλάσμα που λαμβάνεται πρόσφατα κατεψυγμένο σε θερμοκρασία -30°C και ξαναθερμασμένο σε θερμοκρασία 4°C προοιχεί την απομόνωση πρωτεΐνης που έχει τις ιδιότητες της αντιμορροφιλικής σφαιρίνης Α συνδεδεμένης με ποσότητα ινωδογόνου, η οποία κατακάθεται στον πυθμένα του ασκοῦ. Η πρωτεΐνη αυτή συντηρείται για μεγάλο διάστημα σε χαμηλές θερμοκρασίες. Περιέχει πρωτεΐνη FIBRONETINE που είναι πολύ χρήσιμη για τις λοιμώξεις. Η επαναθέρμανση στη θερμοκρασία των 37°C του ιζήματος τούτου, το οποίο και επαναδιαλύεται στο υπερκείμενο πλάσμα είναι έτοιμο για την μετάγγιση του στον άρρωστο.

Υπάρχουν σήμερα σκευάσματα πλάσματος σε ξηρά κατάσταση περισσότερο πλούσια σε αντιμορροφιλική σφαιρίνη Α, χωρίς την παρουσία ινωδογόνου τα οποία και χρησιμοποιούνται σε μεγάλες χειρουργικές επεμβάσεις στους αιμορροφιλικούς ασθενείς.

Ετην περίπτωση της αιμορροφιλίας Β χορηγείται πλάσμα πρόσφατα κατεψυγμένο ή <<προθρομβινικός παράγων>> που περιέχει σε μεγάλες ποσότητες το παράγοντα ΙΧ.

Χορήγηση αλπουμίνης

Η χορήγηση αλπουμίνης ενδείκνυται σε τρεις περιπτώσεις: στην αποκατάσταση του όγκου του πλάσματος, στην αύξηση της δυνατότητας ενδαγγειακής δεσμεύσεως της χολερυ-

θρίνης στο νεογνό που εμφανίζει αιμολυτική νόσο, και στην αναπλήρωση της χρόνιας υποαλμπουμιναιμίας. Το σκεύασμα της αλμπουμίνης δεν μεταδίδει τον ιό της ηπατίτιδας. Διάλυμα 5% χρησιμοποιείται για την αναπλήρωση του όγκου του πλάσματος και 25% για τις περιπτώσεις υποαλμπουμιναιμίας. Η αλμπουμίνη υπάρχει σε τρία είδη διαλυμάτων: 100 ML περιέχει 20 GR αλμπουμίνη, 100 ML 17,5 GR, 50 ML 8,75 GR, 10 ML (παιδικό 1,75 GR).

ΜΑΖΙΚΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ

Μαζική μετάγγιση θεωρείται η χορήγηση αίματος ή των παραγώγων του σε όγκο ίσο ή μεγαλύτερο από τον όγκο του δέκτη. Το αίμα που μεταγγίζουμε διαφέρει σημαντικά από το αίμα που κυκλοφορεί στον οργανισμό του δότη. Το αίμα αυτό περιέχει αντιπηκτικές ουσίες και επιπλέον παρουσιάζει διαταραχές από την συντήρησή του στο ψυγείο.

Στις συνηθισμένες μεταγγίσεις οι βλοχημικές διαταραχές του συντηρημένου αίματος διορθώνονται από τον δέκτη αμέσως ή σε χρονικό διάστημα μετά την χορήγησή του. Αυτό όμως δεν συμβαίνει και στις μαζικές μεταγγίσεις, γιατί ο δέκτης δεν μπορεί να διορθώσει τις βλοχημικές διαταραχές σε τόσο μεγάλη έκταση.

Ωστόσο, αν συμβεί αυτό απαιτείται η χορήγηση πολύ μεγάλων ποσοτήτων αίματος και σε γρήγορο ρυθμό. Από τις κυριότερες διαταραχές κατά την μαζική μετάγγιση είναι η ελάττωση του αριθμού των αιμοπεταλίων του δέκτη εξ αιτίας της

προκαλούμενης αιμοαρραιώσεως του αίματος, ο δέκτης στην περίπτωση αυτή αδυνατεί να αποκτήσει αμέσως τον αριθμό των αιμοπεταλίων του στα προηγούμενα επίπεδα, γιατί οι εφεδρείες σε αιμοπετάλια είναι περιορισμένες και επιπλέον η παραγωγή νέων αιμοπεταλίων αργεί (4-5 ημέρες).

ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ ΚΑΙ Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ

ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥ ΑΙΜΑΤΟΣ

ΑΝΤΙΠΗΚΤΙΚΕΣ ΟΥΣΙΕΣ

CPD	CPDA - I
CITRATE	CITRATE
PHOSPHATE	PHOSPHATE
DEXTROSE	DEXTROSE
	ADENINE

Μέχρι σήμερα υπήρχε η γνώμη ότι αιτία της ανακοπής της καρδιάς που παρουσιάζεται καμμία φορά, είναι η τοξικότητα του λιθιού νατρίου και γι' αυτό χορηγούσαμε στα ενδιαμέσα των μεταγγίσεων ποσότητα ασβεστίου. Τελευταία όμως χάρον στις ειδικές τεχνικές οι οποίες προσδιορίζουν το λιθικό ασβέστιο, που αποτελεί κατά κάποιον τρόπο το κλάσμα του ασβεστίου που παρουσιάζει φυσιολογική δραστηριότητα, βρέθηκε ότι το κλάσμα είναι χαμηλό στην μαζική μετάγγιση.

ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΤΩΝ ΚΥΡΙΟΤΕΡΩΝ ΣΥΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ
ΑΙΜΑΤΟΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΣΥΝΤΗΡΗΣΗ ΤΟΥΣ ΣΕ 4°C

Α) 1. Μείωση του χρόνου επιβιώσεως των ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Τα μεταγγιζόμενα ερυθρά αιμοσφαίρια που παρουσιάζουν ανεπανόρθωτη βλάβη αφαιρούνται από την κυκλοφορία μέσα σε λίγες ώρες. Τα υπόλοιπα, αφού διορθώσουν την βιοχημική τους διαταραχή, επιβιώνουν φυσιολογικά. Το ποσοστό που παραμένει στην κυκλοφορία του δέκτη μετά από ένα 24ωρο, θεωρείται το ποσοστό επιβίωσης των μεταγγισθέντων ερυθρών αιμοσφαιρίων.

Σύμφωνα με το Διεθνές Συμβούλιο Υγείας, το ποσοστό των συντηρουμένων ερυθρών αιμοσφαιρίων στο φυγείο σε 4°C πρέπει να επιζεί φυσιολογικά κατά την μετάγγιση του στο δέκτη μέχρι και την 21η ημέρα συντηρήσεως του αίματος όταν χρησιμοποιείται το διάλυμα CPD ή την 35η ημέρα όταν χρησιμοποιείται το διάλυμα CPDA1. Βέβαια το ποσοστό αυτό παρουσιάζει διακυμάνσεις, που εξαρτώνται από το άτομο που έδωσε αίμα.

2. Μείωση του ενζύμου 2-3 D.P.G.

Η κυριότερη λειτουργία των ερυθρών αιμοσφαιρίων είναι η μεταφορά του οξυγόνου στους ιστούς. Κατά την συντήρηση του αίματος η μεταφορά αυτή διαταράσσεται εφόσον μειωθεί η στάθμη του ενζύμου 2-3 D.P.G.. Το ένζυμο αυτό παραμένει στο συντηρημένο αίμα, στα φυσιολογικά επίπεδα επί μία εβδομάδα.

Ο κίνδυνος για τον δότη υπάρχει όταν:

- α) Όταν χορηγηθούν μεγάλες ποσότητες αίματος ώστε να προληφθεί πλήρης αντικατάσταση του αίματος του δέκτη σε μικρό χρονικό διάστημα.
- β) Όταν όλες οι μονάδες προέρχονται από αίμα συντηρημένο παραπάνω από 1-2 εβδομάδες.
- γ) Όταν ο δέκτης δεν έχει τις απαιτούμενες εφεδρείες ώστε να αυξήσει την καρδιακή παροχή.

3. Μείωση του χρόνου επιβίωσης των αιμοπεταλίων.

Σημασία για την φυσιολογική αιμόσταση έχει, όπως είναι γνωστό, ο ικανοποιητικός αριθμός και η φυσιολογική λειτουργία των αιμοπεταλίων. Τα αιμοπετάλια συντηρούνται καλύτερα στην θερμοκρασία των 4-6^o C, δηλαδή την θερμοκρασία που συντηρείται το αίμα, τα μικροσωληνάρια των αιμοπεταλίων σπάζουν κι έτσι κάνουν βραχύτερο το χρόνο επιβιώσεως τους.

4. Μείωση των παραγόντων της πήξεως.

Οι περισσότεροι παράγοντες της πήξεως είναι σταθεροί στο συντηρημένο αίμα ακόμη και όταν ο χρόνος συντηρήσεως έχει υπερβεί τα καθορισμένα όρια. Δηλαδή η στάθμη τους είναι αρκετή για ικανοποιητική αιμόσταση. Ιδιαίτερα το ινωδογόνο διατηρεί ανέπαφη την πηκτικότητα του και έτσι η ανεύρεση χαμηλού ινωδογόνου κατά τις μαζικές μεταγγίσεις έχει σημαντική αξία, γιατί δεν οφείλεται στην αραίωση του αίματος, αλλά σε άλλα αίτια π.χ. ενδαγγειακή πήξη του αίματος.

Στις μαζικές μεταγγίσεις δεν προκαλείται μείωση της στάθμης των παραγόντων από το συντηρημένο αίμα, σε βαθμό που να διαταραχθεί ο μηχανισμός της πήξεώς του. Διαταράσσεται ο αριθμός των αιμοπεταλίων, γιατί το χορηγούμενο αί-

μα όχι μόνο αραιώνεται με αίμα του δέκτη, αλλά και δεν του προσφέρει αιμοπετάλια. Ο δέκτης θα τα βρει μόνο αν του χορηγήσουμε αιμοπετάλια ταυτόχρονα με το χορηγούμενο συντηρημένο αίμα.

5. Μείωση του αριθμού των λευκών αιμοσφαιρίων.

Τα λευκά αιμοσφαίρια καταστρέφονται γρήγορα στο συντηρημένο αίμα.

Β) Αύξηση των τοξικών ουσιών

Το αεροστεγές δοχείο (φιάλη ή ασκός) όπου συντηρείται το αίμα παρεμποδίζει την αποβολή των άχρηστων υλικών του μεταβολισμού των διαφόρων στοιχείων του αίματος.

Η επιβίωση των ερυθρών αιμοσφαιρίων εξαρτάται από την γλυκόλυση, το τελικό προϊόν της οποίας είναι το γαλακτικό οξύ.

Το γαλακτικό οξύ μειώνει το PH στο τέλος των 21 ημερών συντηρήσεως του αίματος.

Το κάλιο αυξάνει κάθε μέρα κατά 1 MEG/L. Η αύξηση όμως αυτή δεν έχει μεγάλη σημασία κατά την μαζική μετάγγιση στον ενήλικα. Αυτό φαίνεται να οφείλεται στο ότι ο δέκτης έχει συνεχώς χαμηλό K.

Η αμμωνία αυξάνει γρήγορα στο συντηρημένο αίμα, αυτό όμως δεν έχει σημασία εκτός αν το αίμα δοθεί σε άρρωστο, που πάσχει από ηπατική ανεπάρκεια. Οι ουσίες που εκλύονται από την πλαστική ύλη των ασκών προέρχονται από πολυβινύλη, ουσία βασική για την κατασκευή των πλαστικών ασκών. Η ουσία ως τώρα δεν έχει αποδειχθεί ότι είναι νουσηρή.

Όλες οι ουσίες που προαναφέρθηκαν μπορούν να εξου-

δετερωθούν αν αφαιρεθεί το πλάσμα πριν γίνει η μετάγγιση αίματος.

Γ) Παραγωγή μικροαθροισμάτων

Τα μικροαθροίσματα από αιμοπετάλια, κοκκιοκύτταρα και ινώδες αυξάνουν κατά την συντήρηση του αίματος και είναι πολύ μεγαλύτερα στα συμπυκνωμένα ερυθρά αιμοσφαίρια όταν αφαιρεθεί το πλάσμα με φυγοκέντρηση. Πολλές προσπάθειες να αφαιρεθούν ή να συγκρατηθούν με ειδικά φίλτρα δεν έδωσαν ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Η ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Μία από τις σημαντικότερες και κατ'εξοχήν θεραπευτικές εφαρμογές του αίματος που για την διεκπεραίωση της την κύρια ευθύνη έχει το τμήμα αιμοδοσίας είναι η μετάγγιση του αίματος σε άτομα που κάθε φορά το έχουν ανάγκη.

Είναι συνείδηση όλων ότι <<το αίμα σώζει ζωές>>, η αδριστη αντίληψη της άμεσης σχέσης του αίματος με τη ζωή αποτέλεσε από τους αρχαίους ακόμη χρόνους, τη λογική βάση για τη θεραπευτική χρήση του αίματος. Αναφορές στη χορήγηση αίματος, υπάρχουν στον Όμηρο, σε Αιγυπτιακούς παπύρους και σε εβραϊκά και Συριακά χειρόγραφα. Το αίμα βέβαια που χρησιμοποιούσαν, ήταν αίμα νεαρών ζώων, που οι ηλικιωμένοι και οι εξασθενημένοι το έπιναν, για να αναζωογονηθούν. Αυτή ήταν η πρακτική μετάγγιση αίματος για πολλούς αιώνες μετά τον Γαληνό.

Η πρώτη μετάγγιση αποδίδεται στον Πάπα Ιννοκέντιο Η' και χρονολογείται το 1942. Η πρώτη πάντως λεπτομερής περιγραφή της τεχνικής της μετάγγισης βρίσκεται σε μία πραγματεία του Γερμανού χημικού ANDREA LIBANIUS το 1615 αν και οι Ιταλοί θέλουν το γιατρό JEAN DE COLLE να είναι ο πρώτος, που έκανε μετάγγιση το 1628 στην Πάδοβα.

Η περιγραφή της κυκλοφορίας του αίματος από τον HARVEY το 1628 και η επινόηση μιας συσκευής για ενδοφλέβια χορήγηση υγρών το 1657 από τον CRISTIPHER WREN, που δεν ήταν άλλος από τον αρχιτέκτονα του καθεδρικού ναού του Αγίου Παύλου του Λονδίνου, ήταν τα γεγονότα που σήμαναν την ιστορία της μετάγγισης. Μια σειρά επτυχών πειραμάτων, όπου αίμα

ζώου μεταγγιζόταν σε ζώο άλλου είδους, άνοιξε τον δρόμο για το μεγάλο γεγονός: τη μετάγγιση αίματος ζώου σε άνθρωπο. Η ιστορική ημερομηνία είναι 15η Ιουνίου 1667, και πρωταγωνιστής ο καθηγητής της φιλοσοφίας και των Μαθηματικών στο Παρίσι, JAN BATTISTE DENYS. Ο άρρωστος κατόρθωσε να επιβιώσει και το εγχείρημα του DENYS βρόσκει μιμητές. Πέντε μήνες μετά, ο RICHARD LOWER πραγματοποιεί την πρώτη μετάγγιση σε αγγλικό έδαφος μπροστά στα έκπληκτα μάτια των μελών της Βασιλικής Εταιρείας. Ο ασθενής του LOWER πήγε καλά, πήρε μάλιστα και δεύτερη μετάγγιση και όλα φαίνονταν να πηγαίνουν μια χαρά. Το χορηγούμενο αίμα προκαλούσε βέβαια εντονότατα φαινόμενα, αλλά, οι αντιδράσεις αυτές δήλωναν την κάθαρση των αρρώστων από δαιμονικά στοιχεία. Ένα χρόνο όμως μετά την πρώτη προσπάθεια του DENYS, ο τρίτος κατά σειρά άρρωστος του, που μεταγγίσθηκε και αυτός από αίμα προβάτου, κατέληξε. Ο DENYS κατηγορήθηκε για φόνο, ακολούθησαν εξαντλητικές δίκες και ο μεν DENYS αθώωθηκε, οι μεταγγίσεις όμως απαγορεύτηκαν δια νόμου το 1670.

Παράλληλα, με την βοήθεια του άκαμπτου συντηρητισμού εκείνης της περιόδου, εγκαταλείφθηκε και κάθε πειραματισμός γύρω από το θέμα και οι μεταγγίσεις ξεχάστηκαν για 150 χρόνια περίπου.

Η πρώτη μετάγγιση ανθρώπινου αίματος έγινε το 1818 από τον Άγγλο Μαλευτήρα BLUNDELL, ο οποίος έσωσε έτσι τέσσερις γυναίκες, που αιμορραγούσαν κατακλυσμιαία μετά από τοκετό. Το ενδιαφέρον των γιατρών αναζωπυρώθηκε και η μετάγγιση άρχισε να παίρνει κάποια θέση στην θεραπευτική. Βέβαια, το πρόβλημα της πήξης του αίματος και οι βαρείες αιμολυτι-

κές αντιδράσεις, που όπως υπολογίζεται, συνδόευσαν το 1/4 των μεταγγίσεων εκείνης της εποχής, περιόριζαν σημαντικά την εφαρμογή τους.

Η σύγχρονη ιστορία της μετάγγισης αίματος αρχίζει το 1901 με την ανακάλυψη των ομάδων αίματος από τον LANDSTEINER που τιμήθηκε γι' αυτό το 1930 με το βραβείο Νόμπελ. Οι μελέτες που ακολούθησαν είχαν σαν αποτέλεσμα την ολοένα ασφαλέστερη χορήγηση αίματος και η παρασκευή μη τοξικών αντιπηκτικών ουσιών επέτρεψε, μόλις κατά την διάρκεια του Α' Παγκόσμιου Πολέμου την μετάγγιση συντηρημένου αίματος. Οι μέθοδοι μετάγγισης εκείνης της εποχής ήταν δύο. Κατά την άμεση μέθοδο γίνονταν αποκάλυψη της φλέβας του αιμοδότη και το αίμα μεταγγιζόταν αμέσως στον άρρωστο, που βρισκόταν δίπλα του με την βοήθεια μιας κατάλληλης συσκευής. Στην έμμεση μέθοδο το αίμα του αιμοδότη που βρισκόταν και πάλι κοντά στον άρρωστο, συγκεντρωνόταν μέσα σε κύλινδρο με αντιπηκτικό και μεταγγίζονταν στον ασθενή με σύριγγα.

Κάπως έτσι φθάσαμε στο 1937, που ο FANTUS οργανώνει στο COOK COUNTRY HOSPITAL του Σικάγου την Πρώτη Τράπεζα Αίματος.

Προσπάθειες για μετάγγιση αίματος έγιναν και στην Ελλάδα. Ο καθηγητής Σπύρος Οικονόμου είναι ο πρώτος που επιχείρησε μετάγγιση το 1916 στην Πολυκλινική Αθηνών παίρνοντας αίμα από τον τότε βοηθό του Μιχαήλ Πατρικαλάκη. Το 1935 ο Μαθιός Μακκιάς ιδρύει την Οργάνωση Αιμοδοσίας του Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού, ενώ ο Μιχάλης Παϊδούσης είναι ο πρώτος που πραγματοποιεί μετάγγιση συντηρημένου αίματος στις 30 Νοέμβρη 1939 στο Λαϊκό Νοσοκομείο.

Από δω και πέρα οι εξελίξεις στο χώρο της μεταγγισιοθε-

ραπείας ακολουθούν τον αστρονομικό ρυθμό της εποχής μας και, αν τις ακολουθήσουμε, δεν θα καταφέρουμε παρά να χαθούμε στους δαιδαλώδεις δρόμους του μικρόκοσμου της ιατρικής.

Η τεχνολογική εξέλιξη έχει κάνει σήμερα δυνατό όχι μόνο το διαχωρισμό των βασικών συστατικών του αίματος (πλάσμα, ερυθρά αιμοσφαίρια, αιμοπετάλια κ.α.), αλλά και την παραγωγή μιας μεγάλης σειράς ουσιών, που κυκλοφορούν σ' αυτό σε μικρές ποσότητες, όπως είναι οι παράγοντες της πήξης, η λευκωματίνη κ.α. Έτσι λοιπόν σήμερα αντί να μιλούμε για θεραπεία με μεταγγίσεις είναι πιο σωστό να μιλούμε για θεραπεία υποκατάστασης με παράγωγα αίματος. Μ' αυτόν τον τρόπο μειώθηκαν σημαντικά οι ανεπιθύμητες ενέργειες των μεταγγίσεων ενώ παράλληλα γίνεται σωστότερη εκμετάλλευση του αίματος, περισσότεροι δηλ. άρρωστοι ωφελούνται από την ίδια ποσότητα αίματος, που παλιότερα θα χρειάζονταν για πολύ λιγότερους. Όλα αυτά βέβαια δεν σημαίνουν απλά πως περιορίστηκε αυστηρά στις καταστάσεις εκείνες όπου υπάρχει απόλυτη ένδειξη γι' αυτό, όπως είναι οι μεγάλες αιμορραγίες, οι οποίες συνολικά αντιπροσωπεύουν το 20% περίπου των καταστάσεων, που απαιτούν χορήγηση αίματος ή παραγώγων του.

Παράγωγα του αίματος και οι θεραπευτικές τους ενδείξεις

α) Πλάσμα: Ο διαχωρισμός του πλάσματος από τα ερυθρά αιμοσφαίρια ήταν ο πρώτος, που έγινε. Το πλάσμα συντηρείται στην βαθιά κατάψυξη για ένα χρόνο ή παροξηραμένο για 5-10 χρόνια. Χρησιμοποιείται σε καταστάσεις όπου υπάρχει απώλεια πλάσματος, όπως τα εγκαύματα, αλλά και σε περιπτώσεις συνεχισόμενης μεγάλης αιμορραγίας, αφού η χορήγησή του μπορεί

να είναι άμεση, χωρίς να χρειάζεται ειδικός έλεγχος, αναφορικά με το συγκεντρωμένο δέκτη. Έτσι, δίνεται στο γιατρό η πίστωση χρόνου, που χρειάζεται μέχρι να ετοιμασθεί το κατάλληλο το συμβατό με τον άρρωστο πλήρες αίμα. Σ' αυτές τις καταστάσεις, αντί για ολικό πλάσμα, μπορούμε να χορηγήσουμε ένα κλάσμα του, την λευκωματίνη. Το κλάσμα αυτό φέρεται σε υγρή μορφή και μπορεί επίσης να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της ελάττωσης των πρωτεϊνών του αίματος, που συνοδεύει διάφορα νοσήματα, όπως για παράδειγμα την κίρρωση του ήπατος.

Πρόσφατα κατεψυγμένο πλάσμα, που έχει διαχωριστεί από το αίμα μέσα σε έξι ώρες από την αιμοληψία, χορηγείται σε αρρώστους με αιμορραγική διάθεση, γιατί περιέχει όλους τους παράγοντες της πήξης.

β) Ερυθρά αιμοσφαίρια: Χρησιμοποιούνται για την άμεση αντιμετώπιση πολύ βαριών χρόνιων αναιμιών και για την θεραπεία μερικών από τις αναιμίες, που προέρχονται από κάποια ανωμαλία της λειτουργίας της παραγωγής των ερυθρών αιμοσφαιρίων του αρρώστου ή από την επίδραση κάποιου παράγοντα που τα καταστρέφει. Για παράδειγμα αναφέρεται η μεσογειακή αναιμία, τις αναιμίες που συνοδεύουν πολλές φορές τις λευχαιμίες ή τον καρκίνο.

Το πιο απλό παρασκεύασμα ερυθρών αιμοσφαιρίων είναι αυτό, που παίρνουμε από την αφαίρεση της μεγαλύτερης ποσότητας του αντίστοιχου πλάσματος. Σε ειδικές περιπτώσεις χρειάζεται να πλύνουμε τα ερυθρά αιμοσφαίρια με φυσιολογικό ορό ή και να αφαιρέσουμε τα λευκά αιμοσφαίρια που τα συνοδεύουν. Στη βαθιά κατάψυξη, τα ερυθροκύτταρα μπορούν να διατηρηθούν για χρόνια. Έτσι, ο καθένας θα μπορούσε να γίνει

αιμοδότης του εαυτού του για ώρα ανάγκης, ειδικά αν είναι άτομο με σπάνια ομάδα αίματος και δεν είναι εύκολο να βρεθούν γι' αυτόν αιμοδότες την ώρα που, για παράδειγμα, θα μπει ειτάκτως στο χειρουργείο. Δυστυχώς, το κόστος συντήρησης των κατεψυγμένων ερυθροκυττάρων είναι υπέρογκο και προς το παρόν τουλάχιστο, η πλατιά ανάπτυξη τέτοιου είδους Τραπεζών είναι αρκετά δύσκολη.

γ. Αιμοπετάλια: Τα αιμοπετάλια διαχωρίζονται σχετικά εύκολα από το ολικό αίμα, και χορηγούνται για την αντιμετώπιση αιμορραγικών καταστάσεων, που συνοδεύουν παθήσεις των αιμοπεταλίων του αρρώστου, ή είναι αποτέλεσμα τοξικής επίδρασης φαρμάκων, όπως για παράδειγμα των διάφορων χημειοθεραπευτικών φέρνονται σαν πλάσμα πλούσιο σε αιμοπετάλια ή σαν συμπυκνωμένα αιμοπετάλια και διατηρούνται μόνο δύο 24ωρα από την ώρα της αιμοληψίας. Για την κάλυψη ενός αρρώστου, χρειάζονται αιμοπετάλια από 6-8 αιμοδότες κατά μέσο όρο

δ) Λευκά αιμοσφαίρια: Υπάρχουν καταστάσεις, κυρίως από την λήψη ορισμένων τοξικών φαρμάκων, που η παραγωγή λευκών αιμοσφαιρίων από το μυελό των οστών καταστέλλεται. Τότε ο άρρωστος, μη έχοντας τα κύτταρα αυτά που εθύνονται για την άμυνά του, γίνεται ευπαθής στις λοιμώξεις και κινδυνεύει άμεσα. Επειδή πολλές από τις λοιμώξεις αυτές δεν αντιμετωπίζονται εύκολα με τα αντιβιοτικά, σκεφτήκαμε πως η καλύτερη θεραπεία τους θάταν η χορήγηση λευκών αιμοσφαιρίων. Η εφαρμογή αυτής της σκέψης έχει καλά αποτελέσματα, αλλά η μικρή ποσότητα των λευκοκυττάρων στο πλήρες αίμα και η περιορισμένη τους επιβίωση κάνουν τη συλλογή τους αρκετά

δύσκολη. Τα λευκά αιμοσφαίρια παίρνονται κατευθείαν από το δότη με μηχάνημα, που μπορεί να κάνει αυτόματα το διαχωρισμό τους από το αίμα, το οποίο την ίδια στιγμή ξαναμπαίνει στην κυκλοφορία του δότη από άλλη φλέβα.

Με τον ίδιο τρόπο μπορούμε σήμερα να πάρουμε εκλεκτικά και άλλα συστατικά του αίματος του δότη, όπως αιμοπετάλια και λευκωματίνη. Αναλογία είναι και η αφαίρεση του πλάσματος μόνο του δότη, χωρίς δηλαδή τα ερυθρά αιμοσφαίρια, η γνωστή πλάσμαφαίρεση. Αυτή χρησιμοποιείται θεραπευτικά για τον δότη, προκειμένου να απαλλάξει τον οργανισμό του από μερικά βλαπτικά συστατικά, που κυκλοφορούν στο πλάσμα του και είναι υπεύθυνα για ορισμένες νόσους.

ε) Παράγοντες της πήξης: Η παρασκευή τους από το πλήρες αίμα έδωσε κυριολεκτικά ζωή στους αιμορροφιλικούς. Σήμερα έχουμε διαθέσιμο τον κατάλληλο για κάθε αιμορροφιλικό άρρωστο παράγοντα πήξης, που μπορούμε να τον συντηρούμε στις ιδανικότερες για τη διατήρηση της λειτουργικότητάς τους συνθήκες και να τον χορηγούμε στην ακριβή δόση που χρειάζεται ο συγκεκριμένος άρρωστος και μάλιστα σε πολύ μικρό όγκο. Οι πιο συνηθισμένες μορφές αντ αιμορροφιλικών παραγόντων είναι το ινωδογόνο, το κρυσζήμα, ο συμπυκνωμένος παράγοντας VIII και το προθρομβινικό σύμπλεγμα.

Είκοστο που είναι ιδιαιτέρως σημαντικό είναι να μάθουμε πως πίσω από κάθε μονάδα αίματος στέκει σήμερα ένα τεράστιο εργαστήριο με σκοπό να αξιοποιήσει απόλυτα το κάθε ένα από τα δεκάδες συστατικά της ωφελότητας έτσι όσο γίνεται και περισσότερο τους αρρώστους, με το μικρότερο δυνατό κίνδυνο επιπλοκών.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΜΕΤΑΓΓΙΣΗ ΑΙΜΑΤΟΣ

Η μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του αίματος, δηλαδή των ερυθρών αιμοσφαιρίων, των αιμοπεταλίων και του πλάσματος, είναι βασικό όπλο της σύγχρονης θεραπευτικής. Το αίμα είναι ένας ιστός, και η μετάγγιση είναι μεταμόσχευση ιστού. Η μετάγγιση αίματος είναι επιβεβλημένη και πραγματικά σωτήρια για ορισμένες παθολογικές καταστάσεις ή παραγώγων του, πρέπει να τίθεται μετά από έντονο προβληματισμό, και αφού αξιολογηθούν τα θεραπευτικά οφέλη έναντι των πιθανών κινδύνων απ' αυτή.

Κατ'επανάληψη αναφέρθηκε ότι, για όλους τους τομείς της αιμοληψίας, υπάρχουν νομοθετημένοι κανόνες, που πρέπει να τηρούνται απαραβίαστα. Η πιστή εφαρμογή των κανόνων αυτών περιορίζει σημαντικά τις παρενέργειες από τη μετάγγιση.

Τις αντιδράσεις, που παρουσιάζονται μετά τη μετάγγιση αίματος ή παραγώγων του αίματος, τις διακρίνουμε σε άμεσες και επιβραδυνόμενες. Οι άμεσες αντιδράσεις παρουσιάζονται κατά τη διάρκεια της μετάγγισης, μερικές από αυτές λίγα λεπτά μετά την έναρξη ή και ώρες μετά το γέλος της μετάγγισης. Οι επιβραδυνόμενες αντιδράσεις παρουσιάζονται αργότερα, ημέρες, μήνες ή και χρόνια μετά τη μετάγγιση. Έτσι, ο αιτιολογικός παράγοντας των επιπλοκών αυτών, σε μερικές περιπτώσεις, μπορεί και να μην εντοπιστεί. Τις άμεσες αντιδράσεις τις διακρίνουμε σε άνοες και μη άνοες.

Άνοες αντιδράσεις ονομάζουμε αυτές, οι οποίες οφείλονται σε αντίδραση των αντισωμάτων, που υπάρχουν στον λή-

πη, έναντι των αντιγόνων του δότη, τα οποία αντιγόνα ο οργανισμός του λήπτη αναγνωρίζει σαν ξένα και προσπαθεί να τα καταστρέψει. Οι αντιδράσεις οφείλονται σε αντιερυθροκυτταρικά αντισώματα και προκαλούν αιμόλυση, σε αντιλευκοκυτταρικά ή αντιαιμοπεταλιακά αντισώματα, που εκδηλώνονται με πυρετό, και σε αντισώματα έναντι των πρωτεϊνών του ορού, και εκδηλώνονται με αλλεργικές αντιδράσεις.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΜΕΣΗΣ ΑΝΟΣΗΣ

- α) Αιμολυτική αντίδραση
- β) Διάχυτη ενδαγγειακή πήξη
- γ) Νεφρική ανεπάρκεια
- δ) Πυρετική αντίδραση
- ε) Αλλεργική αντίδραση

Η πλέον επικίνδυνη αντίδραση είναι η αιμολυτική αντίδραση όταν αυτή οφείλεται σε ασυμβατότητα του ΑΒΟ συστήματος. Μόνο λάθη, οφειλόμενά σε παραλήψεις σε κάποιο από τα στάδια της διαδικασίας της αίτησης για αίμα, διασταύρωση ή μετάγγιση, μπορεί να προκαλέσουν αυτήν την συχνά θανατηφόρα αντίδραση.

Για να αποφευχθούν αυτού του είδους τα μοιραία λάθη, επιβάλλεται η πιστή εφαρμογή, χωρίς παραλείψεις, των κανόνων της Αιμοδοσίας.

Η αιμολυτική αντίδραση, που οφείλεται σε ασυμβατότητα ΑΒΟ, εκδηλώνεται πολύ γρήγορα σχεδόν από την μετάγγιση των πρώτων κυβικών εκατοστών του αίματος και παρουσιάζεται

με δυσφορία, προκάρδιο πόνο, έντονη ερυθρότητα του προσώπου, ναυτία, έμετο, πτώση της πίεσης και γενικά με πολύ θορυβώδη φαινόμενα. Εάν δεν αξιολογηθούν αμέσως τα συμπτώματα και δεν διακοπεί έγκαιρα η μετάγγιση αίματος, τότε θα αναπτυχθεί διάχυτη ενδαγγειακή πήξη, λόγω της απελευθέρωσης θρομβοπλαστικών ουσιών από την ενδαγγειακή αιμόλυση των ερυθρών αιμοσφαιρίων και λόγω της ενεργοποίησης του συμπληρώματος, ακολούθως δε, λόγω των παραπάνω, θα αναπτυχθεί οξεία νεφρική ανεπάρκεια και ολιγουρία ή ανουρία. Η θνησιμότητα είναι υψηλή. Ευτυχώς, η συχνότητα τέτοιων συμβάντων είναι πολύ μικρή. Αναφέρεται εμφάνιση μίας περίπτωσης στις 23.000 μεταγγίσεις ή μίας περίπτωσης ασυμβατότητας στα 6.000 μεταγγιζόμενα άτομα.

Η πυρετική αντίδραση, η οποία, οφείλεται σε αντίδραση αντιγόνου αντισώματος λευκών ή και αιμοπεταλίων, παρουσιάζεται συνήθως μία ώρα μετά την έναρξη της μετάγγισης, προηγείται δε ρίγος και πονοκέφαλος. Η αντίδραση αυτή, η οποία παρουσιάζεται σε πολυμεταγγιζόμενα άτομα, και της οποίας η συχνότητα είναι 1% δεν είναι δυνατόν να προληφθεί και δεν σημαίνει ότι εάν παρουσιαστεί μία φορά, θα πρέπει να επαναληφθεί και τις επόμενες. Εάν όμως εμφανισθεί σε 3 διαδοχικές μεταγγίσεις, τότε θα πρέπει να χρησιμοποιούνται ερυθρά πτωχά σε λευικά και αιμοπετάλια, τα οποία μπορεί να παρασκευαστούν με την χρήση ειδικών φίλτρων ή με το πλύσιμο των ερυθρών. Οι αλλεργικές αντιδράσεις οφείλονται σε αντίδραση αντιγόνου αντισώματος των πρωτεϊνών του ορού. Εμφανίζονται σε συχνότητα 3% σε πολυμεταγγιζόμενα ά-

τομα και συνήθως είναι ήπιες. Σε σπάνιες περιπτώσεις η αλλεργική αντίδραση είναι έντονη και σπανιότατα συνοδεύεται από SHOCK και θάνατο ακόμην.

Οι αντιδράσεις αυτές δεν μπορούν να προβλεφθούν, μπορούν όμως να αποφευχθούν σε μελλοντικές μεταγγίσεις, όταν πλύνουμε τα ερυθρά ή χρησιμοποιήσουμε αίμα, από αιμοδότες με μειωμένη IGA για τις περιπτώσεις εκείνες, που έχουμε λήπτη με ανεπάρκεια IGA.

ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ ΑΜΕΣΕΣ ΜΗ ΑΝΟΣΕΣ

Οι αντιδράσεις αυτές οφείλονται σε μολυσμένο αίμα, και είναι:

α) Μολυσμένο αίμα

β) Εμβολή αέρα

γ) Κυκλοφοριακή επιβάρυνση

δ) Επιπλοκή μαζικής μετάγγισης

υπεριαλαιμία, υπασβεστιαμία, υποθερμία,
αιμορραγική διάθεση, μικροσυσσωρεύματα.

Η μόλυνση του αίματος γίνεται, όταν το αίμα δεν συντηρείται σωστά, δηλαδή δεν παραμένει στην θερμοκρασία των 4°C και πάντως πάντα σε θερμοκρασία μικρότερη των 10°C . Εάν το αίμα παραμένει εντός ψυγείου στις κλινικές ή στα χειρουργεία και επιστραφεί στη Αιμοδοσία, δεν θα πρέπει να επαναχρησιμοποιηθεί, εάν η θερμοκρασία του είναι μεγαλύτερη των 10°C . Συνήθως τα βακτηρίδια, τα οποία αναπτύσσονται στο αίμα, είναι τα GRAM (-). Η αντίδραση από μολυσμένο αίμα εκδηλώνεται με ρίγος, πυρετό, διάρροια, υπόταση, νεφρική ανε-

πάρκεια και σε υψηλό ποσοστό καταλήγει σε θάνατο.

Η εμβολή αέρα είναι μία άλλη επιπλοκή, η οποία ήταν συχνή, όταν χρησιμοποιούσαμε γυάλινες φιάλες για την συλλογή του αίματος και η μετάγγιση γινόταν υπό πίεση, γιατί έπρεπε να γίνει γρήγορα. Συνήθως απαιτούνται 60-80 ML αέρα, για να παρουσιαστούν φαινόμενα από εμβολή. Σήμερα που χρησιμοποιούνται οι πλαστικοί ασκοί κατά κύριο λόγο πρέπει να είμαστε προσεκτικοί στα σημεία σύνδεσης των συσκευών, για να μην έχουμε είσοδο αέρα στον ασθενή.

Κυκλοφορική επιβάρυνση θα παρουσιαστεί συνήθως σε μικρά παιδιά ή σε ηλικιωμένα άτομα με καρδιοαναπνευστικά προβλήματα. Σε αυτές τις περιπτώσεις η ταχύτητα της μετάγγισης δεν θα πρέπει να είναι μεγαλύτερη των 120 ML ανά ώρα δηλ. 30 σταγόνες το λεπτό, όταν στα φυσιολογικά άτομα είναι 40-60 σταγόνες ανά λεπτό.

Όταν λόγω της βαρύτητας της κατάστασης του ασθενή, επιβάλλονται μαζικές μεταγγίσεις αίματος, τότε είναι δυνατόν να παρουσιαστούν ορισμένες αντιδράσεις όπως: υπερκαλιαιμία, εφόσον χορηγηθεί ολικό αίμα συντηρημένο για περισσότερο από 10 ημέρες και σε ποσότητα μεγαλύτερη των 5,5 LIT εντός 10 ωρών, κυρίως σε άτομα με νεφρική ανεπάρκεια. Η υπερκαλιαιμία μπορεί να αποφευχθεί, αν αφαιρέσουμε το πλάσμα από το προς μετάγγιση αίμα.

Υπασβεστιαϊμία παρουσιάζεται όταν αίμα μεταγγισθεί σε ποσότητα 1 LIT μέσα σε 10 λεπτά. Τότε είναι δυνατόν να παρουσιαστεί καρδιακή ανακοπή και για να προληφθεί, πρέπει να χορηγείται γλυκονικό ασβέστιο.

Από υποθερμία, κινδυνεύουν οι ασθενείς, εάν τους χο-

οηγηθεί κρύο αίμα σε ποσότητα 3000 ML/ώρα. Το 3% των ασθενών, που παίρνουν τέτοια ποσότητα αίματος, με τόσο ταχύτητα, έχουν πιθανότητες να παρουσιάσουν καρδιακή ανακοπή. Γι' αυτό, σ' αυτές τις μαζικές μεταγγίσεις, το αίμα πρέπει να θερμαίνεται με κατάλληλη συσκευή. Αιμορραγική διάθεση θα παρουσιασθεί, εάν μεταγγιστεί συντηρημένο αίμα σε ποσότητα μεγαλύτερη των 5 LIT εντός 48 ωρών. Η αιμορραγική διάθεση οφείλεται, κατά κύριο λόγο, σε μείωση των αιμοπεταλίων. Για την αντιμετώπισή της, θα πρέπει να χορηγηθούν αιμοπετάλια, αλλά και πρόσφατο πλάσμα.

Τέλος, τα μικροουσσωρεύματα, που υπάρχουν στο συντηρημένο αίμα, και τα οποία αποτελούνται από αιμοπετάλια και ινική κυρίως περνάνε από τα συνήθη φίλτρα, που συγκρατούν μικροθρόμβους μεγέθους—έως 170 μ., και είναι δυνατόν, σε μαζικές μεταγγίσεις, να προκαλέσουν προβλήματα από τους πνεύμονες.

ΕΠΙΒΡΑΔΥΝΟΜΕΝΕΣ ΑΝΤΙΔΡΑΣΕΙΣ

ΑΝΟΣΕΕΣ

Αιμολυτική αντίδραση

Πορφύρα

Αντίδραση Ξενιστιού-μοσχεύματος

Αλληλοευαισθητοποίηση

ΜΗ ΑΝΟΣΕΕΣ

Ηπατίτις Α

Ηπατίτις Β^α

Ηπατίτις μη Α μη Β

Ελονοσία

Κυτταρομεγαλοϊός

LAV/HTLV - III

Σύφιλης

Αιμοσιδήρωση AIDS

Οι επιβραδυνόμενες αντιδράσεις διακρίνονται κι αυτές σε άνοσες και μη άνοσες. Οι άνοσες οφείλονται και πάλι σε αντίδραση αντιγόνων αντισώματος, η οποία όμως εκδηλώνεται με καθυστέρηση. Αιμολυτική αντίδραση είναι δυνατόν να παρουσιαστεί αργότερα και οφείλεται στη δευτερογενή ανάπτυξη αντισωμάτων έναντι αντιγόνων συστημάτων ομάδος αίματος, πλην του ABO. Συνήθως εκδηλώνεται με αναιμία και εμφάνιση ίκτερου, λόγω εξαγγειακής αιμόλυσης κατά 5η - 7η ημέρα μετά την μετάγγιση.

Η πορφύρα οφείλεται σε άλλω-αντισώματα έναντι αντιγόνων των αιμοπεταλίων ZW^a Pl^{A1} , τα οποία όμως προκαλούν μη ειδική καταστροφή των αιμοπεταλίων του ασθενούς.

Η αντίδραση ξενιστού μοσχεύματος, η οποία είναι πολύ σπάνια, οφείλεται στην εμφύτευση λεμφοκυττάρων του δότη στον μυελό των οστών του ξενιστή, και παρουσιάζεται μόνο σε άτομα ανοσοκατεσταλμένα. Για πρόληψη τέτοιων επιπλοκών, όταν αίμα πρόκειται να μεταγγισθεί σε ανοσοκατεσταλμένα άτομα, θα πρέπει να προηγηθεί ακτινοβολία του αίματος.

Τέλος, κάθε μετάγγιση αίματος, είναι δυνατόν να προκαλέσει αλληλοευαισθητοποίηση διαφόρων αντιγόνων, με αποτέλεσμα ασυμβατότητα σε επόμενες μεταγγίσεις. Στις μη άνοσες παθολογίες περιλαμβάνεται κυρίως η μετάδοση διάφορων νοσημά-

των. Το κύριο πρόβλημα, παρ'όλη την εξέλιξη της επισημής στον τομέα αυτό, παραμένει η μετά μεταγγίσις ηπατίτις.

Όπως γνωρίζουμε, υπάρχουν τρεις μορφές ηπατίτιδας: η Α ή Β και η μη Α μη Β. Η ηπατίτιδα Α, σχεδόν ποτέ, δεν αποτελεί πρόβλημα για την μετάγγιση. Οι σπάνιες όμως περιπτώσεις ηπατίτιδας Α, που αναφέρονται στην βιβλιογραφία, παρουσιάστηκαν εντός 30 ημερών από την μετάγγιση. Η ηπατίτιδα Β έχει περιοριστεί εξαιρετικά πολύ, διότι έχουμε την εφασπρησιακή δυνατότητα να ελέγχουμε την ύπαρξη του ιού στον ορό των δοτών. Η εξέταση αυτή ελέγχου του αντιγόνου επιφανείας του ιού της ηπατίτιδας Β εφαρμόζεται στην Ελλάδα για περισσότερο από 15 χρόνια, και συνεχώς η χρησιμοποιούμενη μεθοδολογία βελτιώνεται, έτσι ώστε σχεδόν όλοι οι υγιείς φορείς της ηπατίτιδας Β, οι οποίοι στη χώρα μας ανέρχονται σε 2,5-5% περίπου, να εντοπίζονται και να αποκλείονται από αιμοδότες. Το πρόβλημα για την Αιμοδοσία τώρα είναι η μη Α μη Β ηπατίτις για την οποία δεν διαθέτουμε με τρόπο ελέγχου. Τα ποσοστά της μετά μεταγγίση ηπατίτιδα μη Α μη Β, η οποία συνήθως είναι ανικτερική, ανέρχονται σε 4-18% (Ελλάδα 15%).

Η επώαση της ηπατίτιδας μη Α μη Β κυμαίνεται από 2-15 εβδομάδες.

Η ελονοσία άρχισε και πάλι να αποτελεί πρόβλημα λόγω της μετακίνησης των πληθυσμών, και κυρίως λόγω των συχνών ταξιδίων σε χώρες που ενδημεί η ελονοσία. Έχει παρατηρηθεί ότι, αίμα το οποίο έχει διατηρηθεί στους 4°C επί 9 μήνες, σπάνια μεταδίδει την ελονοσία. Ο χρόνος επώασης πά-

ντως της ελονοσίας κυμαίνεται από 11 εβδομάδα, έως πολλούς μήνες. Το ξηρό ή κατεψυγμένο πλάσμα δεν μεταδίδει ελονοσία.

Ο κυτταρομεγαλοϊός παρουσιάζει συχνότητα λοίμωξης μετά μετάγγιση = 13%, πλην όμως μόνο 1,6% των ασθενών παρουσιάζουν κλινική εκδήλωση 3-6 εβδομάδες μετά τη μετάγγιση. Βαριές κλινικές εκδηλώσεις παρατηρούνται κυρίως σε ανοσοκατασταλμένα άτομα, σε σπληνεκτομηθέντα άτομα και σε νεογνά, όταν μεταγγισθούν με μεγάλες ποσότητες πρόσφατου αίματος.

Οι κλινικές εκδηλώσεις περιλαμβάνουν πνευμονία, ηπατίτιδα, θρομβοπενία, αιμολυτική ανααιμία, με συνηθέστερο το μετά μεταγγισιακό σύνδρομο με χαρακτηριστική εικόνα από τα λευκοκύτταρα, καθώς επίσης πυρετό και λεμφαδενοπάθεια.

Οι ιοί LAV/HTI - III μεταδίδονται με την μετάγγιση αίματος και παραγώγων αυτού. Η πρωτολοίμωξη εμφανίζεται 2-6 εβδομάδες μετά την έκθεση στον ιό, και την 8-12 εβδομάδα το άτομο γίνεται οροθετικό δηλαδή, αναπτύσσει τα HTV-III αντισώματα. Το άτομο αυτό έχει πιθανότητα που προς το παρόν, θεωρείται ότι ανέρχεται στο 10%, να νοσήσει από AIDS μέσα στα επόμενα 5 χρόνια. Φυσικά, ο έλεγχος των αιμοδοτών για LAV-HTLV - III αντισώματα ο οποίος εφαρμόζεται ήδη στη χώρα μας, αποκλείει σχεδόν εξ ολοκλήρου την λοίμωξη από τον ιό. Η συχνότητα του ιού στη χώρα μας, από τα μέχρι τώρα δεδομένα, είναι μικρότερη του 1 σε 4000 αιμοδοτές.

Η σύφιλη, η οποία προ του 1940 αποτελούσε μεγάλο κίνδυνο για τα μεταγγιζόμενα άτομα, τώρα που γίνεται ο ορολογικός έλεγχος και το αίμα διατηρείται στους 4°C όπου μετά

από 72 ώρες η σπειροχαιμία καταστρέφεται, δεν αποτελεί κίνδυνο.

Τέλος, οι επιβραδυνόμενες αντιδράσεις, περιλαμβάνεται και η αιμοσιδήρωση για τα άτομα εκείνα, που η ζωή τους εξαρτάται από την συνεχή λήψη αίματος.

Όπως είναι γνωστό, μία μονάδα αίματος περιέχει περίπου 200 MGR σιδήρου, και η ημερήσια απώλεια σιδήρου ανέρχεται σε 1 MGR.

Σχετικά με την μετάδοση του Σύνδρομου επίκτητως Ανοσολογικής ανεπάρκειας σημαντική είναι και η ευθύνη της μεταγίσεως εκτός των άλλων οδών. Σήμερα η προσπάθεια όλων των χωρών αποβλέπει στο να γίνουν αυτάκεις σε αίμα και παράγωγα αίματος. Μ'αυτόν τον τρόπο, αφ'ενός μεν θα αποκλεισθούν από αιμοδότες οι ομάδες υψηλού κινδύνου και αφ'ετέρου με τον επιστάμενο εργαστηριακό έλεγχο του λαμβανόμενου αίματος, θα αποκλεισθεί κάθε περίπτωση μετάδοσης του λού.

(Τσεβοένη Ιπποκράτη-«ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΑ»)

Ο ΡΟΛΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑΣ ΚΑΙ ΕΠΙΣΚΕΠΤΡΙΑΣ

ΣΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ

Με το νέο σύστημα της πρωτοβάθμιας υγειονομικής φροντίδας που υιοθετήθηκε σε όλο σχεδόν τον κόσμο, σε όλα σχεδόν τα εθνικά συστήματα υγείας του κόσμου ανοίγονται μεγάλες προσβάσεις των λειτουργιών και προγραμμάτων υγείας στο κοινό και κυρίως στο απομακρυσμένο από τα ιδρύματα υγείας κοινό, που παρέμεινε λίγο πριν, σε μεγάλη άγνοια για τα θέματα υγείας. Ένα μέλος αυτού του φορέα της Π.Υ.Φ. είναι και η επισκέπτρια, η οποία μαζί με τα άλλα μέλη αυτής της ομάδας υγείας και παράλληλα με τα άλλα θέματα, μπορεί όχι μόνο να εκπαιδεύσει, αλλά να πείσει το κοινό και να αποδείξει θέσεις για Εθελοντική Αιμοδοσία. Αλλά δεν είναι ο μοναδικός τρόπος για την επισκέπτρια η Π.Υ.Φ. για να εκπαιδεύσει το κοινό για την Αιμοδοσία. Από τη φύση της δουλειάς της, είναι καθημερινά σε επαφή με κάποιο κοινό, οργανωμένο ή ελεύθερο, κλειστό ή ανοικτό. Η Επισκέπτρια μπαίνει στην Οικογένεια, στο σχολείο, στο εργοστάσιο, δέχεται κοινό στο Κέντρο Υγείας και πηγαίνει παντού χωρίς εμπόδιο και διδάσκει τα της υγείας ατομικής και δημόσιας. Υπάρχει λοιπόν άριστη υπηρεσιακή δομή για να περάσει η επισκέπτρια τα μηνύματά της στους πολίτες και να μπορέσει με αυτά να περάσει και το μήνυμα της Εθελοντικής Αιμοδοσίας. Ένας άλλος τρόπος για να περάσει το μήνυμα σε νέους ανθρώπους, στις σπουδάστριες των Νοσηλευτικών Σχολών και των Σχολών Επισκεπτριών και Επισκεπτών Υγείας, είναι οι καθηγήτριες των Π.Ε.Γ. και του Τμήματος Νοσηλευτικής της Σχολής Επαγγελματιών Υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών. Ακόμη η επισκέπτρια

σαν μέλος Κλαδικών συνδικαλιστικών Συλλόγων, μπορεί να ασκήσει θετική επιρροή για Εθελοντική Αιμοδοσία.

Από την άλλη οι νοσηλεύτριες μπορούν να εκπαιδεύσουν και να περάσουν το μήνυμα της Εθελοντικής Αιμοδοσίας σε ένα αρκετά εκτεταμένο και πολύ ευαίσθητοποιημένο κοινό: στους αρρώστους και στους συγγενείς των αρρώστων.

Και εδώ θα περάσει πιο εύκολα το μήνυμα γιατί οι άνθρωποι αυτοί έζησαν το πρόβλημα, όταν έφαχναν για αίμα.

Αλλά, για να περάσει αυτό το μήνυμα επιτυχημένα από τα Εκπαιδευτικά και Υπηρεσιακά Νοσηλευτικά προγράμματα στο κοινό, πρέπει η Νοσηλεύτρια και η Επισκέπτρια να είναι κατάλληλα προετοιμασμένες. Από την σύγχρονη βασική τους εκπαίδευση έχουν πάρει στοιχειώδη μαθήματα Αιμοδοσίας. Πιστεύουμε ότι κι αυτό δεν είναι αρκετό. Οι Υπηρεσίες, που απασχολούν Επισκέπτριες στα Κέντρα Υγείας και Νοσηλεύτριες στα Νοσοκομεία και στις Τράπεζες Αίματος, πρέπει να μεριμνούν και οργανώνουν ειδικά επιμορφωτικά σεμινάρια, στο αντικείμενο της Αιμοδοσίας με δύο σκοπούς.

Πρώτον, να διαμορφώνουν για θετική θέση και στάση απέναντι στην Εθελοντική Αιμοδοσία τις ίδιες τις Επισκέπτριες και Νοσηλεύτριες. Και δεύτερον, να τις εφοδιάζουν με τις απαραίτητες γνώσεις που θα μεταδώσουν στο κοινό.

Ο Ε.Ε.Σ. στα πλαίσια των άλλων επιμορφωτικών προγραμμάτων για το Νοσηλευτικό Προσωπικό, διοργανώνει και σεμινάρια Αιμοδοσίας κάθε χρόνο για τις Επισκέπτριες Αδελφές, που εργάζονται στα Κοινοτικά Προγράμματα αγωγής της Υγείας, που διαθέτει ο ΕΕΣ στην Αθήνα και σε όλα σχεδόν τα διαμερίσματα της χώρας. Τα προγράμματα αυτά έχουν μεγά-

λες προσβάσεις στο κοινό και διευκολύνουν πράγματι το πέρασμα των μηνυμάτων Υγείας και κυρίως της Εθελοντικής Αιμοδοσίας. Το παράδειγμα των ίδιων των Λειτουργών Υγείας θα έπειθε πολύ το φοβισμένο κοινό γύρω από την Εθελοντική Αιμοδοσία. Πόσες εξορμήσεις έχουν γίνει στις Σχολές Νοσοκόμων, παλαιότερα, αλλά και τώρα. Γιατί όχι στα ΤΕΙ στα Πανεπιστήμια Αθηνών; Πως δεχόμαστε να ζητούμε από άλλους εξωνοσηλευτικούς και εξωιατρικούς ανθρώπους να δώσουν αίμα, ενώ εμείς απέχουμε;

Η επιμορφωτική πρακτική και η προσέλευση αιμοδοτών από το Προσωπικό της Αιμοδοσίας, δηλ. το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, το Γραφείο Δημοσίων Σχέσεων, την Κοινωνική Υπηρεσία, το Σώμα Εθελοντών Αιμοδοτών του ΕΕΣ και τους Διοικητικούς Υπαλλήλους, γίνεται με την εξής κλιμάκωση:

1) Σαν πρώτο βήμα, η επισκέπτρια αδελφή, το γραφείο δημοσίων σχέσεων και η Κοινωνική Υπηρεσία αναζητούν συνεργάτες στους μεγάλους χώρους, ερχόμενη σε επαφή με τις διοικήσεις και τα συνδικάτα των οργανισμών καθώς και με τα ήδη <<ευαίσθητοποιημένα άτομα>> στην ιδέα της Αιμοδοσίας.

2) Ακολουθεί η δημιουργία ενός πρώτου πυρήνα αιμοδοσίας που οργανώνει μια ομιλία από γιατρό στο χώρο δουλειάς όπου και διανέμεται διαφωτιστικό υλικό για την Αιμοδοσία.

3) Στην συνέχεια οι εκπρόσωποι των εργαζομένων στην επιτροπή - πρώτο πυρήνα - Αιμοδοσίας επισκέπτονται το νοσοκομείο για να εξοικειωθούν με την πρακτική της Αιμοδοσίας.

4) Το επόμενο βήμα είναι η οργάνωση της πρώτης αιμοληψίας που διενεργείται είτε στο κέντρο είτε στο χώρο δουλειάς, όπου οι υποψήφιοι αιμοδότες νοιώθουν μεγαλύτερη ασφάλεια και παρακινούνται ομαδικά.

5) Μετά την πρώτη αιμοληψία, στην οποία δίνεται ιδιαίτερη προσοχή, για να αφήσει καλές αναμνήσεις, ο αιμοδότης <<επιβραβεύεται>> με ένα δίπλωμα και αργότερα καλείται να συμμετάσχει σε εκδηλώσεις για την αιμοδοσία.

6) Από δω και πέρα αναπτύσσεται ένα σχέδιο διατήρησης της επικοινωνίας ανάμεσα στην Υπηρεσία Αιμοδοσίας και τους Αιμοδότες με τον τρόπο της αλληλογραφίας, των φιλικών επισκέψεων και της φροντίδας να εξυπηρετούνται οι αιμοδότες για κάποια δική τους ανάγκη.

7) Έχοντας πια εδραιώσει το ενημερωτικό έργο, η Υπηρεσία αιμοδοσίας επιχειρεί επαναληπτική αιμοληψία και προτρέπει τον κάθε αιμοδότη να στρατολογεί ο ίδιος πια άλλους αιμοδότες με σκοπό την δημιουργία πολλών παράπλευρων πυρήνων.

8) Από εκεί και πέρα είναι αναγκαίο να επιλέγονται οι πιο πιστοί από τους τακτικούς αιμοδότες καθώς και εκείνοι που πρωτοστατούν στην επέκταση της αιμοδοτικής προσπάθειας, οπότε και τους απονέμονται τιμητικές διακρίσεις. Παράλληλα, προωθείται η ενσωμάτωσή τους στο Σώμα των Εθελοντών Αιμοδοτών του ΕΕΣ, στο Σώμα των Σαμαρειτών του ΕΕΣ, το Τμήμα των Εθελοντών αδελφών και Εθελοντών Κοινωνικών Λειτουργών.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΩΜΑΤΟΣ ΕΘΕΛΟΝΤΩΝ ΑΙΜΟΔΟΤΩΝ

Το σώμα αυτό δημιουργήθηκε για πρώτη φορά το 1954 με βασικό σκοπό την αύξηση της εθελοντικής προσφοράς αίματος και την σύσφιξη της μεταξύ των μελών της αλληλεγγύης. Βρίσκεται κάτω από την αιγίδα και εποπτεία της Κεντρικής Εφορείας Αιμοδοσίας του Ε.Ε.Σ.

Σύμφωνα με το καταστατικό, τακτικά μέλη του σώματος γίνονται όσοι:

- έχουν:
1. αιμοδοτήσει τουλάχιστον τρεις φορές
 2. αποδεχτεί τις διατάξεις του παρόντος κανονισμού
 3. εγγραφεί στα τηρούμενα μητρώα του σώματος

Το Σώμα Εθελοντών διοικείται από Κέντρικό Συμβούλιο από οκτώ μέλη που εκλέγεται για μία διετία από την Γενική Συνέλευση των μελών. Κάθε μέλος του Σώματος δικαιούται:

1. Να αποκτήσει ειδική ταυτότητα που θα φέρει τον τίτλο του, την φωτογραφία του και τα πλήρη στοιχεία του.
2. Να φέρει το ειδικό σήμα του Σώματος και τις τιμητικές διακρίσεις που απονεμήθηκαν σ' αυτόν από την Κεντρική Εφορεία Αιμοδοσίας.
3. Να έχει δωρεάν παρακολούθηση της υγείας του στα εξωτερικά ιατρεία των Νοσοκομείων του Ε.Ε.Σ.
4. Να έχει μια φορά το χρόνο ή σε επείγουσα ανάγκη δωρεάν εκτέλεση απλών εργαστηριακών εξετάσεων από τα οικεία εργαστήρια του Δρακοπουλείου Κέντρου Αιμοδοσίας του Ε.Ε.Σ.
5. Να εξυπηρετείται αυτός και η οικογένειά του σε περίπτωση αιμοληπτικής του ανάγκης.

Τα τελευταία χρόνια το σώμα έχει εκτείνει τις δραστη-

ριότητες του συνεργαζόμενα με πολλούς Συλλόγους και Σωματεία όπως:

Κοινωνικής και Πνευματικής Ανάπτυξης του παιδιού

Αιμοδοτών Μενιδίου

Καρδαριτσιωτών

Πρόσκοποι Περιφέρειας Λυκαβηττού, Παγκρατίου,

Ν.Φιλαδελφείας και Ε.Κ.Σ.

ΚΕΑ Ελληνικού και Ελευσίνας

Συνεργαζόμενα Χριστιανικά Σωματεία <<ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΠΑΥΛΟΣ>>

Ένωση Αμφικτονίας

<<ΚΑΡΙΤΑΣ>> Καθολική Αρχιεπισκοπή Αθηνών και πολλά άλλα καθώς και μεμονωμένους αιμοδότες. Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου παρευρίσκονται σε αιμοληψίες του Κέντρου και δίνονται ομιλίες με σκοπό την προσέλκυση νέων αιμοδοτών.

Στην οργάνωση του σώματος Εθελοντών Αιμοδοτών συμβάλλει σημαντικά και ο κοινωνικός λειτουργός που η συμβολή του μπορεί να έχει βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα.

Η αρχική φάση εργασίας του περιέχει μελέτη της Κοινότητας. Η συνεργασία με διάφορους φορείς και η συμμετοχή τους στην διάδοση της ιδέας της εθελοντικής αιμοδοσίας, είναι βασική προϋπόθεση στην όλη προσπάθεια και στηρίζεται στη σωστή ενημέρωση για την κοινωνική διάσταση του προβλήματος.

Στην φάση της οργάνωσης της αιμοληψίας, ο κοινωνικός λειτουργός επεμβαίνει για την εξομάλυνση είτε οργανωτικών, είτε διαπροσωπικών προβλημάτων, που μπορεί να περιέχονται σε κάθε ομαδική προσπάθεια, ώστε να επιτευχθεί η εδραίωση και η παραπέρα προώθηση του αιμοδοτικού έργου.

Τέλος, με την εξυπηρέτηση των εθελοντών αιμοδοτών σε κοινωνικά τους προβλήματα, οδηγεί, ο κοινωνικός λειτουργός, στην καλλιέργεια πνεύματος, εμπιστοσύνης, ανάμεσα στον φορέα αιμοδοσίας και στον αιμοδότη, γεγονός που τον εξατομικεύει, συσφίγγει τις σχέσεις και προάγει την συνεργασία και την διάδοση της ιδέας της εθελοντικής αιμοδοσίας.

Η Κοινωνική Υπηρεσία, σε στενή συνεργασία με την επιστημονική Δ/ντρια και Ιατρονοσηλευτικό Προσωπικό, εργάστηκε και εργάζεται πρωτοποριακή, εφαρμόζοντας πρόγραμμα που αργότερα υιοθετήθηκε από τους κρατικούς φορείς.

Αναφερόμαστε συγκεκριμένα στην συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας, όπου η ενημέρωση και η ευαισθητοποίηση ήταν κάθετη, από την κορυφή της πυραμίδας (τον Υπουργό) μέχρι τους Συλλόγους Γονέων. Το μακροπρόθεσμο εδώ αποτέλεσμα ήταν η εξοικείωση των μαθητών με την αιμοδοσία, στο χώρο του σχολείου τους, όπου καλλιεργούνται οι αυριανοί αιμοδότες

1 9 7 6

Το Μάρτη του 1976, οργανώνεται για πρώτη φορά Κοινωνική Υπηρεσία στο Δρακοπούλειο Κέντρο Αιμοδοσίας, με ένα Κοινωνικό Λειτουργό και πλαισιώνεται με ομάδα Εθελοντών Κοινωνικής Πρόνοιας. Ο Κοινωνικός Λειτουργός, ξεκινά τα οπρώτα στάδια μελέτης της κοινότητας και την ενημερώνει για το πρόγραμμα αιμοδοσίας.

1 9 7 7

Συνεχίζεται η μελέτη της Κοινότητας, ερευνώντας τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της, πληθυσμό (αστικό - βιομηχανι-

κό - αγροτικό), και πηγές ανθρώπινου δυναμικού, προετοιμάζοντας τους φορείς για αποδοχή του προγράμματος.

1 9 7 8

Γίνεται μία σταδιακή υποδοχή του προγράμματος από τους κυβερνητικούς φορείς. Διευρύνεται η συνεργασία με το Υπουργείο Παιδείας (Ανώτατη - Μέση Εκπαίδευση - Τεχνική). Εφαρμόζονται οι μέθοδοι Κοινωνικής Εργασίας και χρησιμοποιούνται τα μέσα προσέγγισης της Κοινότητας, όπως συνεντεύξεις, ομιλίες, κινηματογραφικές προβολές, καμπάνιες, έντυπο υλικό κλπ. Οργανώνονται αιμοληψίες με 500 μονάδες αίματος.

1 9 7 9

Γίνεται προσπάθεια ευαισθητοποίησης και μη κυβερνητικών φορέων (Δήμοι, Οργανισμοί κλπ) και οργανώνονται αιμοληψίες με τη συλλογή 1750 μονάδων αίματος.

1 9 8 0

Συνεχίζεται η προσπάθεια για ευαισθητοποίηση κι άλλων ομάδων πληθυσμού· παρατηρείται μεγάλη αύξηση των εθελοντών αιμοδοτών και συλλέγονται 2.480 μονάδες αίματος.

1 9 8 1

Μειώνονται οι αιμοληψίες που οφείλεται σε ενδοϋπηρεσιακές δυσκολίες του κέντρου (μειωμένο προσωπικό, στάσεις εργασίας). Το αίμα που συλλέγεται είναι 930 μονάδες.

1 9 8 2

Παρατηρείται ακόμη μεγαλύτερη μείωση των αιμοληψιών

(350 μονάδες αίματος). Αυτή τη φορά οφείλεται στην διακοπή της συνεργασίας με το Υπουργείο Παιδείας, λόγω ανακατατάξεων στο χώρο του. Αυτό το χρόνο η Κοινωνική Υπηρεσία καταβάλλει προσπάθεια για δημιουργία νέων ανοιγμάτων, όπως Τράπεζες, Οργανισμοί κ.λ.π.

1 9 8 3

Αρχίζει να γίνεται σταδιακή υποδοχή του προγράμματος από μη κυβερνητικούς φορείς. Οργανώνονται αιμοληψίες και συλλέγονται 955 μονάδες.

1 9 8 4

Δημιουργούνται νέα ανοίγματα. Ξεκινά επανασυνεργασία με κυβερνητικούς φορείς, οργανώνονται αιμοληψίες και συλλέγονται 2.240 μονάδες αίματος.

1 9 8 5

Παρατηρείται η μεγαλύτερη αύξηση στον αριθμό των αιμοληψιών. Επεκτείνεται η συνεργασία σε διάφορους φορείς και συλλέγονται 2.850 μονάδες αίματος.

Πρέπει να προσθέσουμε ότι η δραστηριότητα της Κοινωνικής Υπηρεσίας δεν περιορίζεται μόνο στον τομέα των αιμοδοσιών, αλλά περισσότερο επεκτείνεται στο χώρο της Μεσογειακής Αναιμίας.

ΟΙ ΕΝΟΠΛΕΣ ΔΥΝΑΜΕΙΣ ΚΑΙ Η ΑΙΜΟΣΟΔΙΑ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τηρώντας τις βασικές αρχές και του κανόνες της Αιμοδοσίας, επιστημονικούς, ηθικούς, προσπαθούμε να γίνουμε αυτάρκεις στο πολύτιμο υγρό που δεν είναι άλλο από το αίμα.

Οι βασικές αρχές είναι:

- 1.Εθελοντική προσφορά αίματος.
- 2.Εξασφάλιση προστασίας σε δύο ανθρώπινες υπάρξεις, στον υγιή δότη και στον ασθενή δέκτη.
- 3.Κάλυψη των αναγκών όλου του πληθυσμού.
- 4.Άριστη αξιοποίηση του αίματος, και των παραγώγων του.
- 5.Αποφυγή σπατάλης και κυρίως ακρήστευση του αίματος λόγω λήξεως ορίου ζωής.
- 6.Εωστή και δίκαιη διάθεση του αίματος και τέλος.
- 7.Μετάγγιση αίματος και παραγώγων LEGE ARTIS από ειδικά εκπαιδευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό σε ειδικούς χώρους κατάλληλα εξοπλισμένους.

Όπως ξέρουμε οι ένοπλες δυνάμεις έχουν πρωταρχικό ρόλο και στον πόλεμο και στην ειρήνη. Η προσφορά τους συνεχής, αφίλοκερδής, ουσιαστική, πολύπλευρη, απευθύνεται σε όλους τους πολίτες, μικρούς και μεγάλους, φτωχούς και πλούσιους. Δεν αρνήθηκαν ποτέ βοήθεια στην πολιτεία σε δύσκολες στιγμές, όπως σεισμούς, πλημμύρες, πυρκαγιές, ομαδικά ατυχήματα κ.α..

Δεν θα ήταν νοητό λοιπόν να υστερήσουν στον ευαίσθητο τομέα της αιμοδοσίας, αυτής της ύψιστης ανθρωπιστικής

πρόξης και κοινωνικού χρέους.

Οι Διευθύνσεις ΥΓΝ των τριών όπλων, με σωστή οργάνωση και προγραμματισμό, εφαρμόζοντας δεοντολογικούς κανόνες και ηθικές αρχές και στηριζόμενες σε ενιαία μεθοδολογία, σωστή χωροταξικά κατανομή και αποτελεσματικό συντονισμό, κατάφεραν να καλύπτουν πλήρως και χωρίς άγχος τις ανάγκες τους σε αίμα και παράγωγα αυτού. Και όχι μόνο τις ανάγκες του στρατεύματος αλλά καλύπτουν παράλληλα και τις ανάγκες της πολιτείας στο μέτρο πάντα του δυνατού.

Στο ξεκίνημά του το 1952 η Εθνική Υπηρεσία Αιμοδοσίας στηρίχθηκε, κατά κύριο λόγο, στο περιβάλλον των ασθενών, στις ένοπλες δυνάμεις και σε λίγους εθελοντές αιμοδότες. Στη δύσκολη αυτή κατάσταση και στη σύγχυση που επικρατούσε δημιουργήθηκαν οι έμποροι αίματος με τις ιδιωτικές τράπεζες «μία σκοτεινή σελίδα στην πορεία της μετάγγισης» που ευτυχώς καταργήθηκαν το 1974 με απόφαση του Υ.Κ.Υ..

Από την Δ/ση του Υ.Κ.Υ. προγραμματίζονται ανά τρίμηνο περίπου με κοινή απόφαση των Υπουργών Εθνικής Άμυνας και Κοινωνικής Πρόνοιας οι εξορμήσεις κινητών συνεργείων στα κέντρα κατάταξης.

Οι μονάδες αίματος, που λαμβάνονται με εθελοντική πάντ αιμοδοσία, συγκεντρώνονται στο Γ.Κ.Ν.Π. <<ΑΓΙΟΣ ΠΑΝΤΕΛΗΜΩΝ>>, και ή διατίθενται σαν νωπό πλήρες αίμα στα διάφορα νοσοκομεία, ή πλασματοποιούνται για τις ανάγκες των ενόπλων δυνάμεων.

Με σωστή διασώτιση-πληροφόρηση πρέπει να στρατολογήσουμε αιμοδότες, αναγνωρίζοντας την μεγάλη προσφορά τους.

Η ΕΚΚΛΗΣΙΑ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΗΣ

ΕΘΕΛΟΝΤΙΚΗΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Κάθετι αληθινά μεγάλο μέσα στη ζωή φαίνεται να είναι ανασπώσαστα δεμένο με το στοιχείο του πάθους. Στα χείλη των ανθρώπων το πάθος έχει πολλές φορές το νόημα της εκούσιας υποταγής σε μία από τις ανθρώπινες αδυναμίες. Μα η υποταγή στις ανθρώπινες αδυναμίες είναι μία συνθηκολόγηση και όχει ένα πάθος.

Ένα πάθος είναι η αγάπη.

Η έξοδος από τον εαυτό σου, για να προσεγγίσεις κάποιον διπλανό. Αυτή η έξοδος είναι η πιο μεγάλη αγωνία της ψυχής, κι αυτός ο διπλανός, όταν τον νιώσεις σίγουρα για διπλανό, η πιο μεγάλη λαχτάρα της.

Οι ηθικολόγοι έφτιαξαν την αγάπη να 'ναι πότε οίκτος, πότε συμπόνια, πότε μία σειρά από πράξεις καλές, που σε γεμίζουν με την αφελή ικανοποίηση του ενάρτετου.

Τοποθετώντας την προσφορά προς τον συνάνθρωπό μας πάνω σ' αυτήν την βάση, μπορούμε να μιλάμε για γνήσιο εθελοντισμό. Ένα εθελοντισμό, που είναι πραγματικό πάθος. Γιατί ο εθελοντισμός έχει μέσα του την θυσία, και η θυσία είναι έκφραση ενός υπέρτατου πάθους σάπης, ενός πάθους για τους ανθρώπους.

Η σημαντικότερη προσφορά αίματος από μέρους της Εκκλησίας έγινε από την Εκκλησία της Κορίνθου με πρωτεργάτη της τον Σεβασμιώτατο Μητροπολίτη της που ίδρυσε το Κεντρικό Γραφείο Αιμοδοσίας, στις 2 Σεπτέμβρη 1985.

Το συμβούλιο του Κεντρικού Γραφείου είναι επταμελές

από κληρικούς και λαϊκούς, με σκοπό τον Συντονισμό, Προγραμματισμό, την διαφώτιση για την αιμοδοσία και την διαχείριση του Αίματος.

Για την καλύτερη εξυπηρέτηση της νέας αυτής δραστηριότητας, ιδρύθηκαν και έξι περιφερειακά Γραφεία Αιμοδοσίας στις πόλεις του Λουτρακίου, του Κιάτου, του Ευλοιάστρου, του Δεοβενίου, της Νεμέας και των Αθιγίων, με σκοπό τη δραστηριοποίηση των ομόρων ενοριών, σχετικά με την αιμοδοσία.

Τα περιφερειακά Γραφεία διοικούνται από τριμελείς επιτροπές. Όλα τα Περιφερειακά Γραφεία βρίσκονται κάτω από την εποπτεία του Κεντρικού Γραφείου.

Έπειτα, για να ολοκληρωθεί τηλεγραφικά η οργάνωση, σε κάθε ενορία υπάρχει η Ενοριακή Επιτροπή Αιμοδοσίας αποτελούμενη από πέντε μέλη, με πρόεδρο τον εφημέριο και τέσσερις αποκλειστικά εθελοντές αιμοδότες, με σκοπό την ενημέρωση και διαχείριση του αίματος κατά περιφέρειες διανεμημένες.

Ο εθελοντισμός στην Κορινθία μέχρι το 1984 κυμαίνεται γύρω στο 1,7% δηλαδή σχεδόν ανύπαρκτος. Τα αίτια αυτού πολλά προκατάληψη και φόβος. Ο φόβος οφείλεται στην άγνοια και η προκατάληψη στη σύγχυση, που υπάρχει σχετικά με την εμπορευματοποίηση του αίματος.

Και οι δύο αυτοί παράγοντες είναι ανασταλτικοί. Έπρεπε πάσει θυσία να υπερνικηθούν έτσι, χωρίς αργοπορία άρχισε η ενημέρωση. Καθορίστηκε από τις 15.9.1985 ως 15.11.1985 μία δίμηνη εκστρατεία διαφώτισης του Κορινθιακού Πληθυσμού πάνω σε θέματα αιμοδοσίας. Εντεταλμένοι κληρ

οικοί, αφού ενημερώθηκαν και εφοδιάστηκαν με τα απαραίτητα φυλλάδια, πέρασαν σπ'όλες τις ενορίες και μίλησαν σε εκκλησίες, καφενεία, πλατείες κ.λ.π..

Οι ιεροκήρυκες έλαβαν εντολή στα κηρύγματά τους να αφιερώνουν δύο-τρία λεπτά στην αιμοδοσία. Μία εμπνευσμένη εγκύκλιος του Σεβασμιωτάτου Μητροπολίτου διαβάστηκε σ'όλους τους Ναούς στις 14 Σεπτεμβρίου, ημέρα του Τιμίου Σταυρού, και την επόμενη Κυριακή 15 Σεπτεμβρίου.

Τα αποτελέσματα αυτής της προσπάθειας για ενημέρωση και διαφώτιση διαγράφονται ξεκάθαρα από την επιτυχία των αιμοληψιών. Έτσι οργανώθηκε για πρώτη φορά δειλά-δειλά η πρώτη αιμοληψία χωρίς ουσιαστική υποδομή. Ουσιαστική βοήθεια προσφέρει στον αγώνα μας ο Σταθμός Αιμοδοσίας του Γ.Ν.Κορίνθου. Ένα άριστα εκπαιδευμένο και πρόθυμο επωμίζονται την ευθύνη. Οι Ναοί γίνονται ουσιαστικά χώροι αιμοληψίας. Η πρώτη Αιμοληψία γίνεται στις 4 Αυγούστου 1985, όπου οι ενορίτες προσφέρουν 29 ασκούς αίματος. Αργότερα επαναλαμβάνεται μετά ενός εξαμήνου αιμοληψία, η προσέλευση των εθελοντών αιμοδοτών τριπλασιάζεται, με αποτέλεσμα να μαζευτούν 90 φιάλες αίματος, δηλαδή μία αύξηση 200%.

Στις 13 Οκτωβρίου του 1985 στο Κιάτο συγκεντρώνονται 14 φιάλες αίματος. Στις 27 του ίδιου μήνα, σε μία μόνο ενορία του Ευλοκάστρου, συγκεντρώνονται 13 φιάλες. Μέχρι σήμερα, μετά από ενημερωτικές συναντήσεις που έγιναν στο Ευλόκαστρο, έχουν γραφτεί πάνω από 150 εθελοντές που ο ενθουσιασμός τους, ήταν τέτοιος, που ο συνεταιριστικός οργανισμός ΕΡΜΗΣ Ευλοκάστρου πρόσφερε 150.000 δραχ. για την αγορά

μηχανημάτων για την πρόληψη Μεσογειακής Αναιμίας.

Στις 15 Δεκεμβρίου, στην Ενορία της Κοιμήσεως της Θεοτόκου στην Κόρινθο, σπάει το φράγμα των 85 φιαλών και γίνεται μία μεγάλη αιμοληψία σε ανοικτό χώρο. Εδώ υπήρξε σχετική ενημέρωση, γιατί, εκτός από τα επαναλαμβανόμενα κηρύγματα, εστάλησαν 500 προσωπικές επιστολές, 1000 φέιγ βολάν, πολλές αφίσσες στα επίκαιρα σημεία, και την παραμονή της αιμοληψίας, αυτοκίνητο με μεγάφωνα επί 3 ώρες και πλέον ενημέρωνε τους ενορίτες.

Η επίσημη έναρξη του Προγράμματος Αιμοδοσίας της Μητροπόλεως έγινε πανηγυρικά στις 12 Ιανουαρίου στο Μητροπολιτικό Ναό του Αποστόλου Παύλου Κορίνθου. Αυτή την αιμοληψία κάλυψαν τα μέσα μαζικής ενημέρωσης ο τύπος επαρκώς και η τηλεόραση λίαν πλημμελώς.

Ήταν πράγματι συγκινητικό. Ενώ γινόταν η θεία Λειτουργία, ο Μητροπολίτης, κηρύσσοντας την έναρξη της λειτουργίας του νέου θεσμού, ετόνισε <<όπως ο Κύριος έδωσε το αίμα του για να σωθούν όλοι οι άνθρωποι, έτσι κι εμείς ας δώσουμε λίγο από το αίμα μας, για να σώσουμε αυτούς που υποφέρουν>> και κάλεσε λαό και κλήρο να πάνε δίπλα στο βαπτιστήριο του Ναού, που είχε μετατραπεί σε Κέντρο Αιμοδοσίας να δώσουν αίμα. Συγκεντρώθηκαν 135 φιάλες αίματος. Όμως τα αποτελέσματα της καλής ενημέρωσης φάνηκαν και στην Νεμένα, ένα χώρο κάπως απομακρυσμένο. Παρά την κακοκαιρία στις 2.2.86 ο κόσμος έρχεται και προσφέρει 135 φιάλες αίματος. Ήταν ένα πραγματικό πανηγύρι.

Αν γίνει μία ανασκόπηση του σταθμού αιμοδοσίας του Γενικού Νοσοκομείου Κορίνθου κατά την εξαετία 1979-1984, θα

δούμε ότι ο αριθμός των αιμοληψιών ήταν κατά μέσο όρο 1500 φιάλες το χρόνο. Από αυτό το ποσοστό του προσφερόμενου εθελοντικά αίματος ήταν μόνο 1,7%.

Το 1985 ο αριθμός των αιμοληψιών ανέρχεται σε 2.530 ενώ το ποσοστό του εθελοντικά προσφερόμενου αίματος ανεβαίνει στο 21% και είχαν πραγματοποιηθεί 18 εξωτερικές αιμοληψίες.. Οι 11 από αυτές έγιναν σε συνεργεία με οργανωμένα σύνολα και συγκεντρώθηκαν 305 φιάλες αίματος, δηλαδή ποσοστό 57,6%.

Οι υπόλοιπες 7 έγιναν κατά το δεύτερο εξάμηνο του 1985 από την Ιερά Μητρόπολη Κορίνθου και συγκέντρωσε 140 φιάλες, δηλαδή ποσοστό 26,5%. Το 1986, κατά τους δύο πρώτους μήνες τα μέχρι τώρα στοιχεία ανατρέπονται. Σε σύνολο 610 αιμοληψιών, οι 380 προέρχονται από εθελοντές αιμοδότες επομένως το ποσοστό των εθελοντών τριπλασιάζεται και φθάνει στο 62,3%. Η ενεργοποίηση της Εκκλησίας προσφέρει το 95% απ' αυτό το αίμα, δηλαδή 360 φιάλες.

Έχει λοιπόν ξεκινήσει μία προσπάθεια από μέρος της Εκκλησίας που επιφέρει συνεχώς όλο και πιο σπλοούς καρπούς, γιατί υπάρχει η διάθεση και η οργανωμένη υποδομή και η σωστή ενημέρωση και κατάρτιση.

Στον τομέα της Αιμοδοσίας απαιτείται ένας σύγχρονος προγραμματισμός και στελέχη, που θα πλοτέψουν στον θεσμό αυτό και αποφασίζουν να δουλέψουν με πραγματική αγάπη πάνω σ' αυτό. Απαιτούνται εθελοντές που θα απευθύνονται σε εθελοντές. Πρέπει να γίνουν πολλές ενημερωτικές εκπομπές και κάλυψη των μεγάλων αιμοληψιών, όχι για δισφήμιση μα για ε-

θισμό. Ακόμη μία και στην Κόρινθο γίνεται μία οργανωμένη προσπάθεια, προτείνουμε την υποστήριξη του Υπουργείου:

1) Με τη διάθεση στο Νομό ενός κινητού συνεργείου Αιμοληψίας.

2) Την επάνδρωση του με τα απαιτούμενα μηχανήματα για στην δημιουργία μίας μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας με σκοπό την πρόληψη και αντιμετώπιση των παιδιών με Μεσογειακή Αναιμία της Κορινθίας και της Αργολίδος.

(ΘΕΜΑΤΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΣΤΕΛΕΧΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ΝΤΙΝΑ ΠΟΛΙΤΗ

ΕΚΔΟΣΗ ΑΘΗΝΑ 1987)

ΤΑ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΚΑΛΥΤΕΡΗ ΟΡΓΑΝΩΣΗ

ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

Μέσα στα πλαίσια ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας, η Υγεία αποτελεί δικαίωμα του ατόμου και υποχρέωση κοινωνική με τον παρεμβατισμό του Κράτους.

Είναι στους στόχους της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας, οι Υγειονομικές Υπηρεσίες κάθε χώρας να εκπονήσουν Σχολικά και Επιμορφωτικά Προγράμματα για την Υγεία ώστε να διαμορφωθούν συμπεριφορές υγείας των πολιτών με σκοπό την προάσπιση και προαγωγή της ατομικής και δημόσιας υγείας.

Μέσα στο γενικό αυτό πλαίσιο της αγωγής Υγείας, η Αιμοδοσία σαν εθελοντική πράξη παίζει ένα πρωταρχικό ρόλο στην ανάπτυξη αγαθών σχέσεων ανάμεσα στο άτομο - μέλος της Κοινότητας και την Πολιτεία, στην προσπάθεια για την εδραίωση ενός κράτους Πρόνοιας.

Η ανάλυση της σημερινής κατάστασης της Αιμοδοσίας στον τόπο μας, παρά τα τεράστια άλματα που έχουν γίνει δημιουργεί προβληματισμούς για το μέλλον. Οι κοινωνικές έρευνες για την Αιμοδοσία που επιτελέστηκαν η μία παρ' το χώρο του Ε.Ε.Σ. με την συνεργασία της εταιρείας BOLD σε ένα πολύ ευρύ αντιπροσωπευτικό δείγμα του πληθυσμού και η άλλη στον περιορισμένο και ομοιογενή χώρο της Τράπεζας της Ελλάδας, έδειξαν πως η μεγάλη πλειοψηφία του Ελληνισμού γνωρίζει την ανάγκη για προσφορά αίματος. Η πλειοψηφία όμως των Συμπολιτών μας δεν έχει δώσει ποτέ αίμα. Ποιός είναι ο στόχος και ποιό το περιεχόμενο της αιμοδοτικής πολιτικής μας, ποιό θα είναι το μήνυμα και πως θα το μεταδώσουμε στον πλη-

θυσμό, είναι τα ερωτήματα που πιστεύουμε ότι στο τέλος της εργασίας μας θα έχουν καλυφθεί.

Από την διεθνή εμπειρία αλλά και την Ελληνική, τουλάχιστον αυτή από το χώρο του ΕΕΣ, ξέρουμε ποιές πρέπει να είναι οι επιλογές μας.

Η εκπόνηση προγράμματος ενημέρωσης και προσέλιυσης αιμοδοτών και ο σχεδιασμός των στρατηγικών δημοσιότητας για την εθελοντική αιμοδοσία, αποτελούν διαδικασίες, που δοκιμάστηκαν ήδη στην πράξη.

Η μεθοδολογία της επιμορφωτικής και σχολικής εκπαιδευτικής πρακτικής θα πρέπει να ανανεώνεται κάθε φορά το περιεχόμενό της με τέχνη και εφευρετικότητα.

Συνοπτικά αναφέρουμε κάποιους στόχους για το μέλλον της Αιμοδοσίας:

1. Το 1979 εκπνέει το τρίχρονο συμβόλαιο βοήθεια σε αίμα από τον Ελβετικό Ερυθρό Σταυρό για το πρόγραμμα μεταγγίσεων των ασθενών με Μεσογειακή Αναιμία. Μέχρι το 1990 αν εντείνουμε τις προσπάθειές μας για ανάπτυξη της αιμοδοσίας, θα μπορέσουμε να εξασφαλίσουμε εθνική επάρκεια αίματος.

2. Κι ένας πιο μακροπρόθεσμος στόχος: αυτός που θα εξασφαλίζει πραγματικά όχι μόνάχα την ποσοτική αλλά και την ποιοτική επάρκεια αίματος, ώστε και έγκαιρα να έχουμε το αίμα που χρειαζόμαστε αλλά και αξιοποίησή του σωστή και ασφαλείς να γίνεται και να αποφεύγεται η σπατάλη.

Για το έτος 2.000 η Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας έχει προγραμματίσει την επίτευξη του οικουμενικού στόχου:

Υ Γ Ε Ι Α Γ Ι Α Ο Λ Ο Υ Σ

Στην Ελλάδα αυτό το σύνθημα εις το μεταφράσουμε με ένα υποκατάστατο: Μεταβολή των Αιμοδοτών που προσφέρουν αίμα ευκαιριακά για τον συγγενή ή φίλο σε τακτικούς εθελοντές.

Και μερικοί επιμέρους στόχοι:

1. Βελτίωση της υλικοτεχνικής υποδομής και των επιστημονικών δυνατοτήτων και Υπηρεσιών αιμοδοσίας.

2. Ανάπτυξη του προγράμματος κλασματοποίησης του αίματος και παραγωγής προϊόντων πλάσματος.

3. Διερεύνηση της Τράπεζας Ειδικών Δωρητών Αίματος για την Μεσογειακή Αναιμία και τις σπάνιες ομάδες. Αυτό με παράλληλη ενημέρωση για την πρόληψη της Μεσογειακής Αναιμίας.

4. Δικτύωση όλων των βαθμίδων της Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας, και Τριτοβάθμιας περίθαλψης γύρω από την υπηρεσία Αιμοδοσίας.

5. Πλαισίωση των Υπηρεσιών Αιμοδοσίας Νοσηλεύτριες-Νοσηλευτές διπλωματούχους 3ετούς φοιτήσεως, αποφοίτους των ΤΕΙ που εκτός από το έργο του Αιμολήπτη θα αναλάβουν υπεύθυνα και με επαγγελματική συνείδηση το έργο της ενημέρωσης για την Αιμοδοσία. Τα άτομα αυτά πολυδύναμα, ετοιμασμένα με θεωρητικές επιστημονικές και πρακτικές γνώσεις, διάθεση για συνεργασία με κοινωνική παράταση θα ανταποκρίνονται στο ρόλο τους σχετικά με την λειτουργία της Αιμοδοσίας.

6. Διασύνδεση των Υπηρεσιών Υγείας με την Κοινότητα για το θέμα της Αιμοδοσίας. Δημιουργία γραφείων αιμοδοτικών πυρήνων σε κάθε Δήμο, Οργανισμό Κοινής Ωφέλειας και

σύλλογο ή τόπο δουλειάς.

7. Αναβάθμιση της σχολικής εκπαίδευση και της εκπαιδευτικής τηλεδρασης σχετικά με το πρόγραμμα Αιμοδοσίας..

8. Καλύτερη συνεργασία με τα μέσα μαζικής ενημέρωσης με την δημιουργία Γραφείου Αιμοδοσίας στην ΕΡΤ και την Ένωση Συντακτών. Υιοθετούμε την πρόταση της Λιάνας Κανέλλη για οργάνωση στρογγυλής Τράπεζας με θέμα: <<Η ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ ΣΤΑ ΜΕΣΑ ΜΑΖΙΚΗΣ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ>>, με πρόσκληση εκπροσώπων του τύπου και της ραδιοτηλεδρασης.

(ΘΕΜΑΤΑ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΕΤΕΛΕΧΩΝ

ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΣΥΝΤΑΞΗΣ: ΝΤΙΝΑ ΠΟΛΙΤΗ

ΕΚΔΟΣΗ, ΑΘΗΝΑ 1987).

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ: Βασικοί Κανόνες Λειτουργίας
Της Αιμοδοσίας, Δεύτερη Έκδοση, 1989.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΗ ΕΤΑΙΡΕΙΑ, ΠΡΑΚΤΙΚΟ βοήθημα Αιμοδοσίας
Τεύχος Α, Αθήνα 1989

ΚΑΤΡΑΜΑΔΟΥ Δ., Προϊσταμένη Αιμοδοσίας Αγίας Σοφίας
Προσωπική Συνέντευξη.

ΚΩΝΤΟΠΟΥΛΟΥ Ε. ΛΟΥΚΟΠΟΥΛΟΥ Δ.: Αιμοληψία, Τράπεζα Αίματος
Έκδοση 1954

Μ.Α ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ-Σ.Φ.ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ: Γενική Παθολογική
Χειρουργική.

ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ: Τόμος Α
Έκδοση Ενάτη, 1986.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Σ.Φ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ: Αιματολογική Νοσηλευτική
Παθολογική Χειρουργική. Τόμος Β
Έκδοση Ενάτη, Αθήνα 1987.

ΠΟΛΙΤΗ Κ.: Θέματα Αιμοδοσίας για την Εκπαίδευση Στελεχών,
Έκδοση, Αθήνα, 1987.

TECHNICAL MANUAL, Αμερικάνικη Αιματολογική Εταιρεία

ΤΣΕΚΡΕΝΗ ΙΠΠ. "Αιματολογία".

Έκδοση, Τρίτη, Αθήνα 1984.

"ΤΟ ΑΙΜΑ: ΟΛΑ ΟΣΑ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΣΕΡΕΙ ΚΑΝΕΙΣ ΓΙΑ ΤΟ ΑΙΜΑ
ΚΑΙ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ".

Έκδοση, Α, 1985.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑΣ

"ΟΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΟΛΟΙ ΝΑ ΜΑΘΟΥΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΙΜΟΔΟΣΙΑ"

Αθήνα, 1984.

