

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π.
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ
ΣΤΗΝ ΣΥΡΡΑΦΗ ΤΩΝ ΙΣΤΩΝ»**



**ΣΠΟΥΔΑΣΤΗΣ: ΠΑΓΚΑΛΤΖΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ
ΥΠΕΥΘ. ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΦΙΔΑΝΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ**

ΠΑΤΡΑ 2000

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
1.1 Ιστορία των απολινώσεων και ραμμάτων	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
2.1 Εισαγωγικά στοιχεία	9
2.2 Αναισθησία, Αντισηψία – Ασηψία, Τραύματα, Αιμορραγίες	9
2.3 Φλεβοτομία – Αφαίμαξη, Χειρουργική Αγγείων	11
2.4 Τραχειοτομία, Εμπύημα Θώρακος, ακρωτηριασμός μαστού	12
2.5 Κοιλιακές εγχειρήσεις	14
Α. Εντερική απόφραξη	14
Β. Χειρουργική του στομάχου	15
Γ. Εχινόκοκκος ήπατος	16
2.6 Περινεϊκή Λιθοτομία	16
2.7 Γυναικολογικές εγχειρήσεις	17
Α. Εξαίρεση κύστης ωοθήκης	17
Β. Καισαρική τομή	18
Γ. Εκτοπική κύηση	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
3.1 Εγχειρητικές τομές – Γενικά στοιχεία	21
3.2 Κάθετες τομές	21
Α. Μέση γραμμή	21
Β. Πλάγιες χώρες	22
3.3 Εγκάρσιες τομές	22
3.4 Λοξές τομές	23
3.5 Συνδυασμένες τομές	24
3.6 Επούλωση χειρουργικού τραύματος	24
Α. Βιολογία της επούλωσης	24
Β. Μορφές επούλωσης	25
Γ. Παράγοντες που επηρεάζουν την επούλωση	25
3.7 Φροντίδα χειρουργικού τραύματος	28
Α. Προεγχειρητική φροντίδα	29
Β. Διεγχειρητική φροντίδα	30
Γ. Μετεγχειρητική φροντίδα	30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
4.1 Ιδιότητες ραμμάτων	32
4.2 Ταξινόμηση ραμμάτων	32
4.2.1 Απορροφήσιμα ράμματα	33
Α. Οργανικά – Φυσικά	33
Β. Συνθετικά ράμματα	35
4.2.2 Μη απορροφήσιμα ράμματα	37
Α. Οργανικά- Φυσικά Μη απορροφήσιμα ράμματα	38
Β. Οργανικά- Συνθετικά Μη απορροφήσιμα ράμματα	39
4.2.3 Αυτόματα Συρραπτικά (staples)	43
4.3 Αποστείρωση και σωστή χρήση των ραμμάτων	45
4.4 Εκλογή των υλικών ραμμάτων	46

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 Τα διλήμματα των Νοσηλευτών στο χειρουργείο	51
---	----

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Η Νοσηλευτική του χειρουργείου	58
6.2 Καθήκοντα Νοσηλευτικού προσωπικού Χειρουργείου	62
6.3 Κανονισμοί και ευθύνες στο Χειρουργείο	67
6.4 Προετοιμασία εφοδίων και προσωπικού	70
Α. Στρώσιμο τραπεζιών	70
Β. Καταμέτρηση γαζών, εργαλείων και βελονών	71

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 Νοσηλευτική Διεργασία	73
7.2 Εξατομικευμένες Νοσηλευτικές Παρεμβάσεις με την μέθοδο της Περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής Διεργασίας	74

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

91

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα εργασία έχει σαν σκοπό να ενισχύσει την έλλειψη της εκπαιδευτικής βιβλιογραφίας σχετικά με τη Νοσηλευτική εκπαίδευση στο χώρο του χειρουργείου. Η εργασία αυτή περιορίζεται σε απαραίτητες θεωρητικές γνώσεις τις οποίες θα πρέπει να διαθέτουν σπουδαστές και φοιτητές της Νοσηλευτικής που βρίσκονται στο βασικό στάδιο εκπαίδευσής τους στο Χειρουργείο και επιμένοντας ενδεχομένως σε θέματα που προοδευτικά έχουν αποκτήσει μεγαλύτερη σημασία.

Η ανάπτυξη των θεμάτων γίνεται σε επτά επιμέρους κεφάλαια: στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται μια ιστορική αναδρομή των απολινώσεων και ραμμάτων ενώ στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται μια αναφορά στις «αρχικές ιδέες» και τις σημαντικότερες χειρουργικές μεθόδους που εφαρμόστηκαν απ' την αρχαιότητα μέχρι και τον 19^ο αιώνα.

Ακολουθεί το κεφάλαιο το οποίο αναφέρεται στις εγχειρητικές τομές που γίνονται για διάφορες επεμβάσεις, στους παράγοντες που επιδρούν στην επούλωση του χειρουργικού τραύματος και την φροντίδα αυτού.

Στο τέταρτο κεφάλαιο γίνεται μια απλή ταξινόμηση ραμμάτων που χρησιμοποιούνται για την συρραφή των ιστών, τις ιδιότητές τους, καθώς και τα κριτήρια εκλογής του σωστού ράμματος.

Έπεται το κεφάλαιο που αναφέρεται στα διλήμματα των Νοσηλευτών που εργάζονται στο Χειρουργείο ενώ στο έκτο κεφάλαιο αναπτύσσονται θέματα σχετικά με την περιεγχειρητική Νοσηλευτική φροντίδα, τα καθήκοντα και ευθύνες του Νοσηλευτικού προσωπικού Χειρουργείου.

Ακολουθεί το κεφάλαιο που αναφέρεται στην εξατομικευμένη Νοσηλευτική παρέμβαση με την μέθοδο της περιεγχειρητικής Νοσηλευτικής Διεργασίας στην οποία γίνεται και μια αδρή περιγραφή της τεχνικής των χειρουργικών επεμβάσεων που μελετάται.

Ο παραπάνω διαχωρισμός έγινε έτσι ώστε να είναι εύκολη η ανάγνωση και κατανόηση της εργασίας από όσους διαβάζουν αυτή, προκειμένου να γίνει σωστή πληροφόρηση για τον εξειδικευμένο ρόλο του Νοσηλευτή στο Χειρουργείο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΩΝ ΑΠΟΛΙΝΩΣΕΩΝ ΚΑΙ ΡΑΜΜΑΤΩΝ

Η ιστορία της ασθένειας είναι τόσο παλιά όσο και η ιστορία της ανθρωπότητας. Μπορούμε να υποθέσουμε ότι η ασθένεια και η απάντηση στην ασθένεια με χειρουργικούς χειρισμούς είναι της ίδιας αρχαιότητας.

Πηγές αναφέρουν ότι, στην εποχή προ του Ιπποκράτη, λόγω έλλειψης ιατρικών βιβλίων, έχουμε πληροφορίες μόνο από αρχαιολογικά ευρήματα, από ερείπια ναών, επιγραφές, απεικονίσεις παραστάσεων σε αγγεία και από περικοπές μη Ιατρικών συγγραμμάτων. Ιδιαίτερα οι πληροφορίες προέρχονται από τα αρχαιολογικά ευρήματα από τις ανασκαφές των ναών του Ασκληπιού και από τις περιγραφές του Ομήρου. Εκεί γνωρίζουμε ότι ο καθαρισμός των τραυμάτων γινόταν με χλιαρό νερό και ως αιμοστατικά χρησιμοποιούνταν ρίζες φυτών, ίσως και το όπιον.

Τα αρχαιότερα Ιατρικά συγγράμματα είναι αυτά που έχουν καταγραφεί από τους Αιγυπτίους πάνω από 4.000 χρόνια και στα οποία γίνεται αναφορά στους τένοντες και στους σπάγγους για απολινώσεις και ράμματα. Οι Έλληνες ήταν οι οδηγοί στο πεδίο της Ιατρικής, και οι τεχνικές τους αργότερα υιοθετήθηκαν από τους Ρωμαίους. Ο Ιπποκράτης περιέγραψε την χρήση των ραμμάτων και απολινώσεων και ο Celsus έγραψε γύρω από τα ράμματα στην διατριβή του *De Medicina*.¹ Χαρακτηριστικά ο Aurelius C. Celsus αναφέρει ότι τα ράμματα είναι «μαλακά και χωρίς πολλές περιελίξεις ούτως ώστε να απομακρύνονται εύκολα».²

Ο Γαληνός, το 2^ο μ.χ. αιώνα χρησιμοποίησε μετάξι και χορδή κάνναβης για απολινώσεις καθώς επίσης και χορδές από έντερο ζώων για να κλείσει τα τραύματα των Ρωμαίων μονομάχων.

Τον 10^ο αιώνα, ο Rhazes αναγνωρίστηκε ως ο πρώτος που έραψε κοιλιακά τραύματα με χορδές άρπας κατασκευασμένα από περιστρεφόμενες ίνες από έντερο ζώων.¹ Ο Aricenna (980 - 1037) ήταν ο πρώτος που περιέγραψε την χρήση μονόκλωνων ραμμάτων που κατασκεύασε από τρίχες

χοίρων. Ο Henry de Mondeville (1260 - 1320) συνιστούσε βελόνες αιχμηρές και καθαρές ώστε να αποφεύγονται μολύνσεις του τραύματος.²

Κατά την διάρκεια του Μεσαίωνα, η χειρουργική υποχώρησε και τα ράμματα ξεχάστηκαν έως ότου ξαναγεννηθούν από τον Ambroise Pare (1510-1590). Ο Pare προχώρησε σε πολλές καινοτομίες. Μέχρι τότε, οι αιμορραγίες αντιμετωπιζόνταν με καυτηριασμούς. Ο Pare εισήγαγε σε ευρύτατη κλίμακα την απολίνωση, την περίδεση δηλαδή αγγείου που αιμορραγούσε με λινό νήμα, πράγμα που είχε ήδη υποδείξει ο Τζιοβάνι Ντα Βίγκο (1450 - 1525) για τα μεγάλα αγγεία.¹ Ο John Hunter (1728 - 1793) εξέφρασε την άποψη ότι τα ράμματα δεν είναι αναγκαία και ότι αν χρησιμοποιούνται πρέπει να είναι σε διακεκομμένη ραφή.

Στους προηγούμενους αιώνες, ένα από τα κύρια προβλήματα ήταν η παρουσία φλεγμονής σε τραύματα που κλείνονταν με ραφή. Σχεδόν πάντα χρησιμοποιούνταν μη απορροφήσιμα ράμματα και έτσι τα ζωικά παραμερίστηκαν. Μόνο μετά από προσπάθειες του Philip S. Physic (1816) πρώτου καθηγητή χειρουργικής στην Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου της Pennsylvania, μπήκαν τα ζωικά ράμματα σε ευρεία χρήση. Ο Luigi Porta, καθηγητής της χειρουργικής στην Pavia το 1840, απέδειξε ότι τα ζωικά ράμματα ήταν πιο ανθεκτικά και ομογενή και έτσι η χρήση τους γενικεύθηκε.²

Αν θελήσουμε να συγκρίνουμε την κατάσταση που επικρατούσε στην χειρουργική του 18^{ου} αιώνα με τις προόδους που πραγματοποιήθηκαν σε άλλους τομείς της Ιατρικής, θα δυσκολευτούμε πολύ να ανακαλύψουμε κάποιο αποφασιστικό σταθμό προόδου της μεγάλης αυτής Ιατρικής ειδικότητας. Πλατιοί ορίζοντες για την χειρουργική προσφέρει ο 19^{ος} αιώνας με την ασηψία και την αντισηψία.

Η χρησιμοποίηση από τον Lister των αποστειρωμένων ραμμάτων παρέκαμψε το πρόβλημα των επιμολύνσεων των τραυμάτων και έκανε δυνατή την χρήση τους σε ευρύτατη κλίμακα.

Ο Joseph Lister (1827- 1912) ανακάλυψε ότι τα μικρόβια παρουσιάζονται στις ίνες του ράμματος και όχι ότι το ράμμα αυτό καθ' αυτό προκαλεί επιμόλυνση του τραύματος. Η απολύμανση των ραμμάτων με καρβολικό οξύ πέτυχε καλά αποτελέσματα στην επούλωση των τραυμάτων. Επίσης ο Lister ανακάλυψε ότι το χρωμικό οξύ έκανε τα ράμματα Cargut και

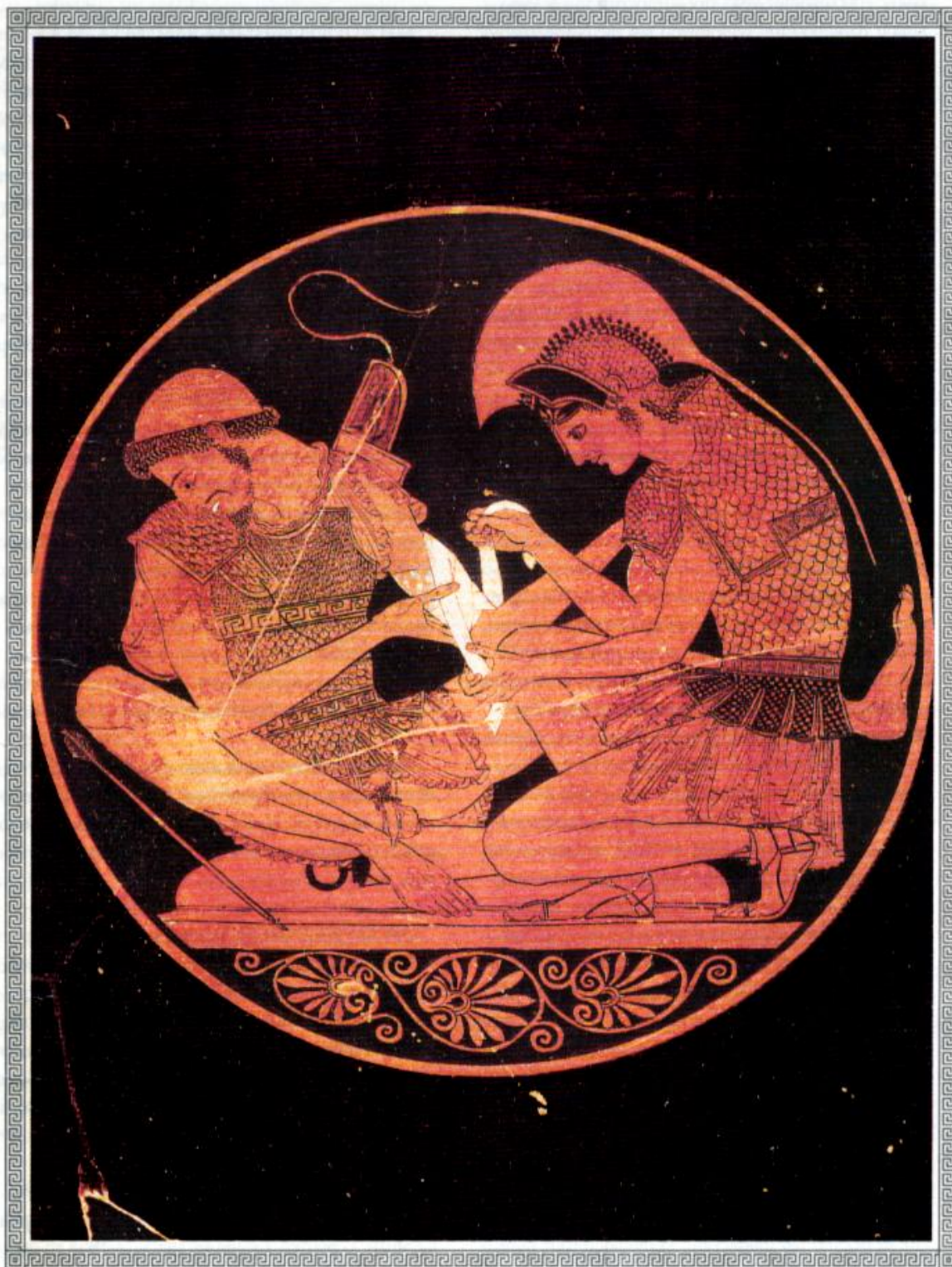
τις απολινώσεις λιγότερο απορροφήσιμες από τους ιστούς.¹ Ο Claudius το 1902 εισήγαγε το ιωδιομένο ζωικό ράμμα.

Την εποχή εκείνη υπήρχε διχογνωμία στο αν και κατά πόσο η ραφή των τραυμάτων ήταν απαραίτητη για την επούλωσή τους, ενώ ο Samuel Young το 1807 είχε προτείνει τη χρήση συγκολλητικής γύψου για το κλείσιμο των τραυμάτων. Ο Sims το 1857 και ο Cushing το 1889 χρησιμοποίησαν ασημένια σύρματα για διάφορες χειρουργικές χρήσεις.

Το 1889, ο Theodor Kocher βρήκε ότι το ζωικό ράμμα είχε το μεγάλο μειονέκτημα της πρόκλησης φλεγμονής και πρότεινε αντ' αυτού τη χρήση μετάξιου. Ο William Hasted το 1891 και το 1913 σε δύο μελέτες του υποστήριξε τη χρήση του μεταξιού σαν υλικό ραφής. Ήταν σίγουρος ότι το μετάξι είναι ανώτερο υλικό από τα ζωικά ράμματα. Μετά από αυτές τις μελέτες αναπτύχθηκαν μεγάλες αντιθέσεις μεταξύ των χειρουργών για το αν είναι προτιμότερο το μετάξι ή το ζωικό ράμμα.²

Πολλά είδη υλικών ραμμάτων έχουν χρησιμοποιηθεί διαμέσου των αιώνων, συμπεριλαμβανομένων του: χρυσού, ασημιού και σύρματος – λινού και πυρήνα βαμβακιού – υλικό από βόδι, καγκουρό, φάλαινα, τένοντες ποντικιών, καμήλα και μαλλιά αλόγων. Μόνο τα τελευταία 50 χρόνια η ανάπτυξη και κατασκευή των υλικών των ραμμάτων έχει επιτευχθεί με κάθε λεπτομέρεια.

Συνθετικά απορροφήσιμα υλικά: Polyglycolic acid (Dexon), καθώς επίσης και συνθετικά μη απορροφήσιμα: Polypropylene, Polyamide 6 και 66, Polyester έχουν εισαχθεί για χρήση στη χειρουργική επεξεργασία κατά την κατασκευή του ή λόγω κακού χειρισμού του χειρουργού και του Νοσηλευτή. Επίσης πολύκλινα ράμματα για την συρραφή του δέρματος θα έπρεπε να αποφεύγονται, εκτός εάν χρησιμοποιούνται σε απόλυτα καθαρές περιπτώσεις και απομακρύνονται σε 3 έως 5 ημέρες ή παίρνονται ειδικά μέτρα για την αποφυγή μόλυνσης π.χ. προσεκτική αντισηψία του τραύματος ή επάλειψη αντιβιοτικής αλοιφής στην επιφάνεια του δέρματος κατά μήκος του ράμματος.^{1,2}



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται μια αναφορά στις διάφορες χειρουργικές μεθόδους που έχουν την βάση τους στην Αρχαιότητα. Εξαιρείται η μεγάλη Ιατρική επινοητικότητα του Ιπποκράτη και των διαδόχων του, περιφημότερων γιατρών της αρχαιότητας. Αναπτύσσονται όλα τα νεώτερα επιτεύγματα στον τομέα της χειρουργικής, που αποτελούν εξελίξεις παλαιότερων προσπαθειών και μεθόδων ακόμη και αρχαίων.

2.2 ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΑ, ΑΝΤΙΣΗΨΙΑ – ΑΣΗΨΙΑ, ΤΡΑΥΜΑΤΑ, ΑΙΜΟΡΡΑΓΙΕΣ

Η ημερομηνία 16 Οκτωβρίου 1846 είναι γνωστή σ' όλους τους χειρουργούς του κόσμου, ως η ιστορική μέρα της πρώτης νάρκωσης με εισπνοές αιθέρα από το 70ετή χειρουργό John Warren στον ασθενή Gilbert Addott με όγκο του αυχένα, με τη βοήθεια δε του οδοντιάτρου William Morton. Ο οδοντίατρος είχε πριν λίγο καιρό χρησιμοποιήσει αιθέρα για εξαγωγή δοντιών.

Από τη μελέτη όμως της ιστορίας προκύπτει ότι ο χειρουργός Crawford Long στην πόλη Jefferson (Georgia) είχε προηγηθεί του Warren κατά 4 ½ χρόνια δηλ. στις 30 Μαρτίου 1842, δεν είχε όμως γίνει γνωστό ειμή μετά την επέμβαση του Warren.

Το άλλο αναισθητικό, το πρωτοξείδιο του αζώτου, που είχε ανακαλυφθεί από τον Dary το 1800 άρχισε να χρησιμοποιείται το 1844 από τον οδοντίατρο Wells. Όπως όμως συμβαίνει συχνά, προέκυψε κι εδώ θέμα προτεραιότητας με συζητήσεις και προσφυγή και στην Γαλλική Ακαδημία των Επιστημών από τον χημικό Jackson, επίσης και στην Γαλλική Ακαδημία Ιατρικής από τον Wells το 1847. Αξίζει να σημειωθεί, μ' αυτή την ευκαιρία, ότι στην αρχαιότητα ο Διοσκουρίδης είναι εκείνος που πρώτος τον 1^ο μ.Χ. αιώνα χρησιμοποίησε το φυτό «Μανδραγόρα» ως αναισθητικό. Θα έπρεπε εδώ να υπενθυμίσουμε ότι η πρώτη νάρκωση με αιθέρα στην Ελλάδα έγινε πολύ

νωρίς, λίγους μήνες μετά την ανακάλυψη δηλ. τον Απρίλη 1847 από τους Traimper και Πετσάλη.

Όσον αφορά τις άλλες δύο ανακαλύψεις του 19^{ου} αιώνα, την αντισηψία και ασηψία – που μαζί με την νάρκωση έδωσαν μεγάλη και απότομη ώθηση στην πρόοδο της χειρουργικής – είναι γνωστά τα ονόματα των 3 πρωτοπόρων σοφών, Semmelweiss, Lister, Pasteur. Πρέπει να αναφερθούν οι αρχικές ιδέες και τα διδάγματα του Ιπποκράτη και των διαδόχων του, επίσης του Γαληνού σχετικά με το θέμα. Ο καθένας εντυπωσιάζεται από την χρησιμοποίηση τότε, προς αποφυγή της λοίμωξης, διαφόρων μέσων, όπως η άκρα καθαριότητα, η χρησιμοποίηση καθαρών οθονίων – πετσετών, βρασμένου νερού για πλύσεις του τραύματος, θαλασσινού νερού, κρασιού ως αντισηπτικού, καθώς και ουσιών ξηραντικών προς αποφυγή της διαπύησης κ.α. Πρέπει ακόμη να αναφέρουμε την καυτηρίαση των μολυσμένων τραυμάτων, «Καύσος Ίασης αρίστη» δίδασκαν τότε.

Κάνει εντύπωση ακόμη το πλήθος των ιδεών και λογικών θεραπευτικών μεθόδων για τα τραύματα, τα κατάγματα, απλά ή επιπεπλεγμένα, τις ορθοπεδικές παθήσεις που περιγράφονται στα Ιπποκράτεια Κείμενα, μαζί με τα έξυπνα εργαλεία και ορθοπεδικά μηχανήματα, διαφόρου τύπου. Όχι λιγότερα των 90 ειδών εργαλεία αναφέρονται.

Όσον αφορά την αντιμετώπιση της αιμορραγίας, που από την αρχαιότητα αποτελεί ένα από τα δύσκολα προβλήματα της χειρουργικής, γνωρίζουμε ότι στην εποχή του Ιπποκράτη χρησιμοποιούσαν σκόνες αντιαιμορραγικές, καθώς και καυτηριάσεις. Ο Κέλσος της Ρώμης είναι εκείνος που σε μεγάλη αιμορραγία εξετέλεσε πρώτος την περιδεση του αιμορραγούντος αγγείου, μέθοδος που πολύ αργότερα, ύστερα από 14 αιώνες, ο Ambroise Paré (1552) την εφάρμοσε συστηματικά σε ακρωτηριασμό. Σ' όλους αυτούς τους αιώνες που είχαν μεσολαβήσει, η καυτηρίαση της τραυματικής επιφάνειας ήταν ο κανόνας. Ευρεία χρήση είχε κάνει ο ονομαστός Παύλος ο Αιγινήτης (7^{ος} μ.χ αι.) καθώς και οι διάσημοι Άραβες Albucasis (936 - 1011) και Avicenna (980 - 1097). Σε μια εικόνα παλαιότερων εποχών που δείχνει ακρωτηριασμό μαστού για όγκο, που έγινε για πρώτη φορά το 1655 από τον Scultetus, βλέπει κανείς να καυτηριάζεται για αιμόσταση, η μεγάλη τραυματική επιφάνεια. Ύστερα από μερικούς αιώνες

ο γαλβανοκαυτήρας και ο θερμοκαυτήρας Paquelin (1876) αντικατέστησαν το πυρακτωμένο σίδερο. Ο ξακουσμένος νευροχειρουργός Cushing του Harvard εισήγαγε το 1928 την διαθερμία με ηλεκτρόπηση.

Με ότι, με λίγα λόγια, είπαμε πριν από λίγο είναι συνδεδεμένο, όπως είναι φυσικό, το θέμα του ακρωτηριασμού των άκρων.

Η ανάγκη για ακρωτηριασμό αυξήθηκε, όπως εύκολα εννοείται, με την ανακάλυψη της πυρίτιδας στα μέσα του 14^{ου} μ.χ αι. και τη χρησιμοποίηση στους τόσο συχνούς πολέμους. Τους προηγούμενους αιώνες ο ακρωτηριασμός ενός άκρου γινόταν για γάγγραινα, με αφαίρεση διαμέσου των νεκρωμένων ιστών και όχι επί υγιούς, κι αυτό για τον φόβο της αιμορραγίας. Κι εδώ έχουμε πάλι τα γραπτά κείμενα του πατέρα της Ιατρικής στα οποία αναφέρεται τούτη η επέμβαση με ένδειξη τη γάγγραινα.

Ύστερα από 19 αιώνες, το 1693, ο χειρουργός του Βρετανικού Ναυτικού John Woodall πρότεινε και δημοσίευσε ο ακρωτηριασμός να γίνεται στα όρια νεκρωμένων και υγιών ιστών. Ας μη ξεχνούμε δε ότι μέχρι τον 15^{ου} μ.Χ. αιώνα τούτη η επέμβαση περιοριζόταν στην κνήμη, και μόνο αργότερα, που εισήχθη η απολίνωση των αγγείων, άρχισαν οι χειρουργοί να τολμούν την επέμβαση στον μηρό.

2.3 ΦΛΕΒΟΤΟΜΙΑ – ΑΦΑΙΜΑΞΗ, ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΑΓΓΕΙΩΝ

Για αρκετούς αιώνες, εμπειρικοί και επιστήμονες γιατροί, πολλές φορές απλοί άνθρωποι ενεργούσαν αφαίμαξη για φλεγμονές, πνευμονία, πυρετό, πάχος και άλλα νοσήματα, πολύ συχνά χωρίς συγκεκριμένη ένδειξη, αυτό δε συνέβαινε και στην Ελλάδα μέχρι και τις πρώτες δεκαετίες του 20ου αι. Αναφέρεται ότι πριν από αρκετά χρόνια υπήρχαν στη χώρα μας άνθρωποι υγιείς που 2 φορές το χρόνο, την άνοιξη και το φθινόπωρο, έκαναν αφαίμαξη «για να διατηρείται καλά η υγεία τους και να αποκτούν νέες δυνάμεις». Κάνει εντύπωση ότι, όταν 3 ονομαστοί Άγγλοι επιστήμονες οι W. Harvey, Sydenham και John Hunter εφάρμοσαν σε ευρεία κλίμακα (τον 17^ο αι.) τη φλεβοτομή για θεραπεία φλεγμονών, πνευμονίας, πυρετού κτλ, δημιουργήθηκε για πολλά χρόνια μια «υστερική κατάσταση». Πίστεψαν την φλεβοτομή ως πανάκια. Και βλέπουμε το 1737, όταν άνοιξε το Bristol Royal Infirmary, να ενεργείται αφαίμαξη στα 73% των εισερχομένων στο Νοσοκομείο ασθενών. Σημειώνεται

ότι την «Αρχική Ιδέα» είχαν οι Αιγύπτιοι 4200 χρόνια πριν από τους 3 διάσημους Άγγλους που αναφέραμε παραπάνω και 12 αιώνες πριν από την «Ιπποκρατικήν Συλλογήν». Οι πάπυροι Ed. Smith και Ebers, ιδίως ο πρώτος που περιέχει χειρουργικά θέματα, αναφέρουν την αφαίμαξη. Θα έπρεπε να διευκρινίσουμε ότι στα Ιπποκράτεια κείμενα ως συχνή ένδειξη αναφέρεται ο πόνος και ο πυρετός, αλλά και άλλες παθολογικές καταστάσεις. «Φλεβοτομή των τοιωδε ηγεμονικόν εστίν» ή «τα δε οξέα πάθεα φλεβοτομήσεις, ην ισχυρόν φαίνεται το νόσημα».

Ύστερα απ' αυτά που είπαμε δεν είναι περίεργο ότι ο Κέλσος τον 1^ο αιώνα επαινούσε την μέθοδο, επίσης ο Γαληνός έναν αιώνα αργότερα.

Λίγα λόγια τώρα για την χειρουργική των αγγείων. Πολλούς αιώνες πριν ο Matas το 1888 συστήσει την ενδοανευρυσμορραφή, οι διάσημοι γιατροί της αρχαιότητας Αντύλλος, Κέλσος, Ορειβάσιος, Αέτιος (6^{ος} αι) είχαν εκφράσει τις «Αρχικές ιδέες» για την αντιμετώπιση ορισμένων παθήσεων των αγγείων. Βαθμιαία προχώρησαν στην απολίνωση των αγγείων, οπότε άρχισαν να τολμούν και του μηρού τον ακρωτηριασμό. Πιο συγκεκριμένα πρόοδοι γίνονται μετά τον 17^ο αι από τον Anel, Desault, Bichat, Dechamps, Hunter, Giovanni κ.α. Ο Astley Cooper απολίνωσε την 1-11-1805 την κοινή καρωτίδα, τον δε Απρίλιο 1817 ο ίδιος χειρουργός απολίνωσε ανεπιτυχώς την κοιλιακή αορτή για αιμορραγούν ανεύρυσμα. Θα έπρεπε εδώ να τονίσουμε την σοβαρότατη συμβολή σε τούτη τη χειρουργική του ξακουσμένου Halsted του John Hopkins (1812-1922) ο οποίος εισήγαγε και την χρήση των ελαστικών γαντιών.

2.4 ΤΡΑΧΕΙΟΤΟΜΙΑ, ΕΜΠΥΗΜΑ ΘΩΡΑΚΟΣ, ΑΚΡΩΤΗΡΙΑΣΜΟΣ ΜΑΣΤΟΥ

Μια παγκόσμια σημαντική προσωπικότητα ο Πρόεδρος των Ηνωμένων Πολιτειών G. Washington πέθανε στις 14 – 12 – 1799 από σηπτική λαρυγγίτιδα με έντονη δύσπνοια. Την τραχειοτομία που είχε συστήσει ένας από τους θεράποντες δεν την δέχτηκαν οι στενοί συγγενείς.

Έπρεπε να περάσει ¼ αιώνα για ν' αποκτήσει εμπιστοσύνη τούτη η εγχείρηση και ν' αρχίσει να εκτελείται συχνότερα, με πρωτοπόρο δε τον Bretonneau το 1825. Έτσι κάνει εντύπωση, ότι αν και την «Αρχική ιδέα» για σύσταση και εκτέλεση είχαν γιατροί της Αρχαιότητας, πέρασαν πολλοί αιώνες μέχρι τον 19^ο αι. μέχρις ότου γενικευθεί. Ιδού τι μας διδάσκει η ιστορία: ο

Ασκληπιάδης Βιθυνίας (124-40 π.Χ) που πέρασε τα περισσότερα χρόνια στη χρόνια στη Ρώμη, εξετέλεσε πρώτος την τραχειοτομία. Έτσι εξιστόρησε το γεγονός ο Γαληνός και ο Ρωμαίος Caelius Aurelianus, τονίζοντας ότι η αρχική ιδέα ήταν του γιατρού αυτού. Τον 3^ο αι. ο Αντύλλος διευκρίνισε ότι ο τρίτος και τέταρτος χόνδρος – δακτύλιος της τραχείας είναι εκείνοι που πρέπει να διατέμνονται. Έχουμε ωστόσο την αντίθετη γνώμη του Αρεταίου της Καππαδοκίας (1^{ος} μ.Χ. αι.) ο οποίος αναφέρει μεν τη χρησιμοποίηση της επέμβασης, δεν την συμβουλεύει όμως γιατί το τραύμα αυξάνει τη φλεγμονή και είναι δύσκολο να επουλωθεί εξαιτίας του χονδρικού ιστού.

Ο Abulcasis (936 – 1013) συνέραψε επιτυχώς τραύματα της τραχείας. Έχουμε αργότερα, το 1545, τον Ιταλό Brasanolo που αποκτά ιδιαίτερη πείρα. Στη συνέχεια ο Fabricius, επίσης ο Habicot του Παρισιού το 1620 και πολλοί άλλοι χειρουργοί την εκτελούν για διάφορες παθήσεις, οξείες και χρόνιες.

Προκειμένου για το εμπύημα του θώρακα, αναφέρουμε απλά την αρχή που πρέσβευε ο Ιπποκράτης, να μη διανοίγεται και εκκενώνεται το πύον πριν παρέλθουν δύο εβδομάδες για να γίνει το πύο παχύρρευστο, να γίνουν συμφύσεις και ν' αποτραπεί έτσι ο επικίνδυνος εγχειρητικός πνευμοθώρακας. Μια αγωγή δηλαδή πράγματι σοφή για την εποχή.

Όσον αφορά τις εγχειρήσεις μαστού, προπαντός τον ακρωτηριασμό, γνωρίζουμε ότι τούτη η επέμβαση άρχισε να εκτελείται κάπως συχνότερα, παράλληλα με τις λαπαροτομίες, στο τελευταίο τέταρτο του 19^{ου} αι. και αυτό χάρη στις μεγάλες γνωστές ανακαλύψεις. Αλλά και από τις αρχές του αιώνα αυτού γινόταν η εγχείρηση, αλλά σπανιότερα. Θα νόμιζε κανείς ότι μόλις τότε είχαν αρχίσει να χειρουργούν τέτοιες περιπτώσεις. Και όμως η ιστορία μας διδάσκει, ότι πολύ πρωτύτερα, τον 17^ο αιώνα, το 1655 ο Scultetus στη Γαλλία είναι από τους πρώτους που ακρωτηρίασε μαστό και να καυτηριάζει με πυρακτωμένο σίδηρο την μεγάλη τραυματική επιφάνεια. Αργότερα αναφέρονται 2 άλλες ιστορικές περιπτώσεις, οι επόμενες:

Η γνωστή στην εποχή της Αγγλίδας μυθιστοριογράφος Fany d' Arblay υπέστη μαστεκτομή από τον διάσημο χειρουργό του Ναπολέοντα βαρόνο Dominique Larrey στις 30 – 11 – 1811 πριν αυτός αναχωρήσει για τη γνωστή δραματικά αποτυχημένη εκστρατεία της Ρωσίας. Η εγχείρηση έγινε φυσικά χωρίς νάρκωση. Η χειρουργηθείσα έζησε άλλα 29 χρόνια, πέθανε δε σε ηλικία

88 χρονών. Μια άλλη γυναίκα χειρουργήθηκε στην Βοστώνη στις 18 – 7 – 1718, δηλ. έναν αιώνα πριν από την προηγούμενη από τον Baylston και τούτη η ασθενής επέζησε 39 χρόνια, πέθανε δε σε ηλικία 85 χρονών.

Εάν θελήσουμε τώρα να ρίξουμε μια ματιά τι γινόταν στην Αρχαιότητα, βλέπουμε ότι ο Λεωνίδης τον 1^ο μ.Χ αι. εξετέλεσε εγχείρηση μαστού, για την αιμόσταση δε χρησιμοποίησε πυρακτωμένο σίδηρο.

Την ίδια περίπου εποχή ένας άλλος χειρουργός σύγχρονος του Κέλσου, ο Αρχιγένης της Απαμείας εξετέλεσε επίσης ακρωτηριασμό. Ένα άλλο γεγονός ακόμη πιο εντυπωσιακό που αναφέρεται 6 αιώνες νωρίτερα, το 522 π.Χ είναι το εξής: ο Δημοκλήδης ο Κνίδιος, ο οποίος μεταφέρθηκε ως αιχμάλωτος στο παλάτι του Δαρείου στα Σούσα, τον θεράπευσε για το κάταγμα, την δε Βασίλισσα Άτουσα χειρούργησε για «φυμα του μαστού, όπερ έκρυσαν ενέμετο πρόσω». Όστε βλέπουμε ότι η «Αρχική Ιδέα» των επεμβάσεων στο μαστό ανάγεται στους Έλληνες γιατρούς της αρχαιότητας.

2.5 ΚΟΙΛΙΑΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

A. Εντερική απόφραξη

Είναι γνωστό ότι η συστηματική κάπως θεραπεία της εσωτερικής απόφραξης άρχισε το 1889 από τον Frederick Treres του London Hospital. Εάν θελήσουμε να ανατρέξουμε στην Ιστορία βλέπουμε ότι η αντιμετώπιση του νοσήματος με τα πολλαπλά αίτια, μεταξύ των οποίων και η περιεσφιγμένη κήλη, πέρασε από πολλά στάδια, πολλοί δε είναι οι χειρουργοί σ' όλο τον κόσμο που είχαν συμβάλλει στην ορθολογιστική θεραπεία (Frankono, Nuck, Nelaton κ.α.). Η εξέλιξη των πολλών εγχειρητικών μεθόδων είχε ως αποτέλεσμα να καθιερωθούν στο τέλος οι πλέον αποτελεσματικές. Είναι βέβαιο πάντως ότι αρκετοί Γάλλοι του 18^{ου} αιώνα είχαν συστηματοποιήσει την εξαίρεση του νεκρωμένου εντέρου και εκτελέσει κοπροχόο συρίγγιο με προσπάθεια να το κλείσουν ενώνοντας τα 2 εντερικά στόμια..

Οι τεράστιες πρόοδοι της Ιατρικής του τωρινού αιώνα έχουν συμβάλλει στην μεγάλη ελάττωση της θνησιμότητας, η οποία στις πρώτες τρεις δεκαετίες του αιώνα μας δεν ήταν μικρότερη του 40 – 60%. Εάν τώρα θελήσουμε να ρίξουμε μια ματιά τι γινόταν στα χρόνια της Αρχαιότητας, βλέπουμε ότι ο Πραξαγόρας της Κω είναι ο πρώτος, που εξετέλεσε τομή επί της προπετείας

περιεσφιγμένης κήλης και διάνοιξε το έντερο με σχηματισμό έτσι εντερικού συριγγίου. Στα Ιπποκρατικά Κείμενα βρίσκει κανείς οδηγίες για συντηρητική θεραπεία (κλύσματα, εμφύσημα αέρα κτλ.). Περιέργως για πολλούς αιώνες δεν βρίσκει κανείς περισσότερα στοιχεία. Μόνον αργότερα, τον 15^ο αιώνα ο Saliceto είναι μεταξύ των πρώτων Ιταλών που χρησιμοποίησαν αρκετά το χειρουργικό μαχαίρι, ενώ οι Άραβες, μερικούς αιώνες προηγουμένως, χρησιμοποιούσαν το πυρακτωμένο σίδηρο.

Όσον αφορά τις αιμορροΐδες και τα περιεδρικά συρίγγια, για τα οποία υπάρχουν ειδικές συγγραφές του Ιπποκράτη, οι «αρχικές ιδέες» χειρουργικής θεραπείας, με τη βοήθεια εδροσκοπίου, είχαν τεθεί από τότε.

B. Χειρουργική του στομάχου

Αφού οι κοιλιακές εγχειρήσεις δεν άρχισαν ν' αποτολμώνται εκτός τις 3 τελευταίες δεκαετίες του περασμένου αιώνα, θα νόμιζε κανείς ότι τούτη η χειρουργική αρχίζει την 9 Απριλίου 1879 με την πρώτη περιορισμένη γαστρεκτομή που έγινε στο Παρίσι από τον Pean για καρκίνο του πυλωρού με κακή δε έκβαση. Αλληλένδετη ιστορικά είναι η πρώτη γαστροεντεροαναστόμωση που έγινε επίσης για Ca στις 28 Απριλίου 1881 από τον Wolfler στη Βιέννη, καθώς και η πρώτη επιτυχής γαστρεκτομή για έλκος από τον διάσημο Billroth της Βιέννης. Ιδού τι διδάσκει η ιστορία: Προς το τέλος του 16^{ου} αιώνα ο Schenic της Βοημίας ανέφερε ασθενή με συρίγγιο γαστρικό από τραυματισμό στη διάρκεια κυνηγιού. Ο ασθενής θεραπεύθηκε. Τους επόμενους 2 αιώνες αναφέρθηκαν και άλλα τέτοια περιστατικά.

Το 1767 ο Nollson θεράπευσε στρατιώτη με τραύμα του στομάχου. Ο παθών μεταφέρθηκε σε βαριά κατάσταση στο Νοσοκομείο, όπου συνερράφη το τραύμα. Ο ασθενής, παρά τις 9 αιμορραγίες, θεραπεύθηκε. Εκτός απ' τον τραυματισμό, άλλη επείγουσα περίπτωση είναι η κατάποση ξένου σώματος και τότε έχουμε την περίπτωση του χωρικού απ' την Πράγα, που κατά την διάρκεια επίδειξης σε πανηγύρι το 1602 κατάπιε το μαχαίρι. Το ξένο σώμα παρέμεινε για 7 εβδομάδες, στο τέλος των οποίων ο χειρουργός – κουρέας Florian Matthis του Brandenburg το αφαίρεσε με μικρή γαστρεκτομή. Έκτοτε επακολούθησαν και άλλα τέτοια περιστατικά.

Στην χώρα μας για πρώτη φορά το 1893 έγινε εγχείρηση για αφαίρεση πιρουνιού από τον Τσάκωνα.

Γ. Εχινόκοκκος ήπατος

Για την εχينوκοκκίαση γενικά ξέρουμε, ότι οι παρατηρήσεις και η εγχειρητική πείρα εξελίχθηκαν στις χώρες όπου το νόσημα είναι ενδημικό. Ειδικά για την εντόπιση στο ήπαρ, οι συστηματικές εγχειρήσεις, όπως οι λαπαροτομίες γενικότερα, δεν άρχισαν να γενικεύονται κάπως ειμή τις 3 τελευταίες δεκαετίες του περασμένου αιώνα, ενώ πρωτύτερα μεταξύ 1800 και 1870 οι επεμβάσεις ήταν σπάνιες. Αν θελήσουμε να πληροφορηθούμε τι γινόνταν τα παλαιότερα χρόνια, μαθαίνουμε ότι αρκετοί ερευνητές ασχολήθηκαν με το θέμα, με αποτέλεσμα στο δεύτερο ήμισυ του 18^{ου} αιώνα ν' ανακαλυφθεί η παρασιτική φύση του νοσήματος. Το 1801 δόθηκε το όνομα «Εχινόκοκκος» από τον Rudolphi. Κι εδώ όμως είχαμε παρατηρήσεις και «Αρχικές Ιδέες» για το νόσημα από τους Έλληνες σοφούς της αρχαιότητας και ιδού με λίγα λόγια:

Ο Ιπποκράτης τονίζει στους «Αφορισμούς» την επιπλοκή ρήξης του εχινόκοκκου στην περιτοναϊκή κοιλότητα με αποτέλεσμα τον θάνατο. Ύστερα από 5 αιώνες, άλλος σοφός, ο Γαληνός, για πρώτη φορά τον 2^ο μ.Χ. αι. μιλεί για «υδατίδες» και τονίζει την προτίμηση εντοπισμού στο ήπαρ. Ένας άλλος ξακουσμένος της Αρχαιότητας ο Αρεταίος της Καππαδοκίας είχε κάνει τον 1^ο μ.Χ. αι. την παρατήρηση ότι «υπάρχει μια άλλη μορφή της υδρωπικίας, που αποτελείται από πολλές μικρές κύστες γεμάτες υγρό και μαζεμένες στην περιοχή της κοιλίας».

2.6 ΠΕΡΙΝΕΪΚΗ ΛΙΘΟΤΟΜΙΑ

Οι ασθένειες είναι τόσο παμπάλαιες όσο και ο άνθρωπος και επομένως και οι προσπάθειες ν' ανακουφισθεί ή να θεραπευθεί ο άρρωστος ανάγονται επίσης στα πολύ παλιά χρόνια. Έτσι συνέβη και με τα βασανιστικά ενοχλήματα, που προκαλούνται από τους λίθους της ουροδόχου κύστης. Πολύ νωρίς είχαν την «Αρχική ιδέα» να εφεύρουν μέθοδο που θα απήλαγε τον ασθενή από τους πόνους, την συχνουρία και την λοίμωξη. Και άρχισε να εφαρμόζεται η περινεϊκή λιθοτομή. Καμία άλλη εγχείρηση της προαντισηπτικής εποχής βρήκε τέτοια ανταπόκριση από τους χειρουργούς και καμιά άλλη κράτησε τα σκήπτρα για πολλούς αιώνες και συζητήθηκε τόσο πολύ στις λεπτομέρειες. Το νόσημα ήταν τόσο συχνό στη Γαλλία τον 16^ο

αιώνα, ώστε οι Βασιλείς διορίζαν «λιθοτόμους» αυλικούς. Και όχι μόνον αυτό, αλλά ο φιλόδοξος Δούκας Stanisles ίδρυσε στη Λορένη σχολή χειρουργών λιθοτόμων. Στην Αγγλία συνέβαιναν παρόμοια. Στην περίοδο 1772-1816 στο Norwich και Norfolk Hospitals ένας στους 38 εισερχόμενους ασθενείς υφίστατο περινεϊκή λιθοτομία, με θνησιμότητα 16,8%.

Βλέπουμε έτσι, ότι η επέμβαση ήταν συχνή και βεβαίως απαιτούσε κάποια ειδίκευση είτε από τους εμπειρικούς, είτε από τους Κουρείς – Χειρουργούς, είτε τους επιστήμονες χειρουργούς. Ονομαστοί «λιθοτόμοι» που έμειναν στην ιστορία είναι οι Colot, Routeau, Lovis κ.α. Κάνει εντύπωση ότι στην δυναστεία των Colot που κράτησε 200 χρόνια, οι 8 γενεές τους έκρυβαν το μυστικό του τεχνικού της πλάγιας περινεϊκής λιθοτομίας. Άλλοι εκτελούσαν μέση περινεοτομή. Αν τώρα θελήσουμε να δούμε τι γινόταν στην αρχαιότητα, βλέπουμε ότι ο Κέλσος, τον 1^ο μ.Χ. αι, ήταν ο πρώτος που περιέγραψε την περινεϊκή λιθοτομή. Τα πρώτα εκείνα χρόνια η επέμβαση περιοριζόταν στις περιπτώσεις με μεγάλο λίθο, διευκολύνονταν δε με την εισαγωγή του δακτύλου και την πίεση από το απευθυσμένο. Αργότερα στα χρόνια του Μεσαίωνα έχουμε ορισμένες προσωπικότητες που εκτελούν με δεξιότητα την επέμβαση, τον Granco, το Guy de Chauliac, τον Ambroise Paré. Θα έπρεπε εδώ ν' αναφέρουμε ότι ο Franco είναι εκείνος, που εξετέλεσε για πρώτη φορά υπερηβική κυστεοτομία το 1556. Τούτη η εγχείρηση δεν άρχισε να γενικεύεται ειμή μετά την ανακάλυψη του κυστεοσκοπίου το 1887 από τον Max Nitse της Βιέννης, οπότε η περινεϊκή λιθοτομία, αφού κράτησε τα σκήπτρα αρκετούς αιώνες παρέδωσε βαθμιαία τη θέση της στην υπερηβική κυστεοτομία.

2.7 ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΕΣ ΕΓΧΕΙΡΗΣΕΙΣ

A. Εξαίρεση κύστης ωοθήκης.

Ενώ στις αρχές του 19^{ου} αιώνα η εγχειρητική προσπέλαση της περιτοναϊκής κοιλότητας θεωρούνταν αδύνατη, γι' αυτό και δεν αποτολμούνταν από κανένα σχεδόν χειρουργό, στην Αμερική ο Ephraim McDowell στο Danville προέβαινε τον Ιανουάριο 1809 στην επιτυχή εξαίρεση υπερμεγέθους κύστης ωοθήκης. Στο τόλμημά του αυτό συνέβαλε ο ξακουσμένος δάσκαλός του John Bell που δίδασκε την δυνατότητα μιας

τέτοιας εγχείρησης. Αυτό ήταν μια μεγάλη επιτυχία της χειρουργικής των Ηνωμένων Πολιτειών. Και όχι μόνον αυτό, αλλά τούτο το γεγονός υπήρξε σοβαρό προοίμιο των λαπαροτομιών που αργότερα εφαρμόστηκαν για πολλά άλλα νοσήματα. Στα επόμενα χρόνια ο Mc Dowell χειρούργησε και μερικές άλλες περιπτώσεις.

Η υποδοχή του σοβαρού τούτου επιτεύγματος, όπως πολλές φορές συνέβη, δεν υπήρξε ευνοϊκή.

Καθώς περνούσαν τα χρόνια, και άλλοι χειρουργοί στις Ηνωμένες Πολιτείες και την Αγγλία χειρουργούν περιπτώσεις οι οποίες βαθμιαία αυξάνουν. Ο Atlee της Philadelphia μέχρι το 1851 είχε χειρουργήσει 222 περιπτώσεις με θνησιμότητα 52%. Άλλα ονόματα χειρουργών είναι του Clay, του Keith κ.α. Στη Γαλλία η υποδοχή δεν ήταν όποια θα έπρεπε. Ενώ οι διαπρεπείς της εποχής Malgaigne, Nelaton κ.α. πολέμησαν την εγχείρησή, άλλοι όπως ο Kaeberra κ.α. πρωτοστάτησαν στο να διαδοθεί η επέμβαση.

Όσον αφορά την Ελλάδα, ξέρουμε ότι οι πρώτες επεμβάσεις έγιναν μετά το 1860 από τους Αρεταίο, Γαλβάνη και αργότερα από τους Ζαΐμη και Καλλιοντζή. Τον πρώτο καιρό η χρησιμοποίηση ψεκασμού διάλυσης φαινικού οξέος ήταν συχνή, όπως αποδεικνύεται από την περίπτωση που χειρούργησε στις 29 – 9 – 82 σε σπίτι ο Κανάκης.

B. Καισαρική τομή

Όλος σχεδόν ο κόσμος μένει με την εντύπωση, ότι τούτη η επέμβαση πήρε το όνομα από το δήθεν γεγονός ότι πρώτη φορά εκτελέστηκε για να δει το φως ο Αυτοκράτορας Ιούλιος Καίσαρ, που βασίλεψε, ως γνωστό, στα μέσα του 1 π.Χ. αιώνα. Αυτό όμως δεν είναι σωστό. Γιατί όπως απέδειξε, τον προηγούμενο 19^ο αι. ο γνωστός μαιευτήρας του Gottingen, Friedrich Oslander, η μητέρα του Καίσαρα Αυρηλία ζούσε όταν ο Καίσαρ ήταν 48 ετών, εκείνα δε τα παλιά χρόνια μόνο από επέμβαση σε νεκρή γυναίκα θα ήταν δυνατόν να εξαχθεί ένα ζωντανό νήπιο. Είναι πιθανό η λέξη « Caesarean – Καισαρική» να προέρχεται από το ρήμα Caeso ή Caedo που σημαίνει «κόπτω».

Ερευνώντας την Ιστορία βλέπει κανείς, ότι ήδη το 1363 ο διάσημος Guy de Chauliac στο σύγγραμμά του Grande Chirurgie έδινε οδηγίες για την

επέμβαση σε γυναίκες. Άλλος Γάλλος ο Guillemineau το 1609 ανέφερε 2 περιπτώσεις προσωπικές του σε ζωντανή γυναίκα. Οι μητέρες αυτές καθώς και άλλες 3 χειρουργημένες από άλλους παρισινούς χειρουργούς πέθαναν. Έχουμε όμως γραπτές μαρτυρίες από τον Rousset, χειρουργό του Παρισιού, για μερικές δεκαετίες πρωτίτερα, το 1581, που ανέφερε 15 επιτυχείς Καισαρικές Τομές απ' τον ίδιο και άλλους συναδέλφους του. Αλλά και ακόμη προηγούμενα χρόνια στη Γερμανία συνέβαιναν τα ίδια. Αναφέρονται 7 επεμβάσεις το 1411 σε γυναίκες φυλακών ή ψυχιατρείων, με καλή έκβαση και για τα παιδιά και για τις μητέρες.

Η πρώτη αυθεντική επέμβαση, με έκδοση επίσημου ιατρικού πιστοποιητικού, έλαβε χώρα σε ζωντανή μητέρα στο Wittenberg στις 21-4-1610 απ' τον χειρουργό Trautman.

Γύρω και μετά το 1700 οι περιπτώσεις, όπως ήταν φυσικό, αυξάνουν, ιδίως μετά τα μέσα του περασμένου αιώνα, οπότε και η θνησιμότητα ελαττώνεται σημαντικά.

Γ. Εκτοπική Κύηση

Όταν μια μέρα του 1694 ο Ολλανδός Χειρουργός Abraham Cyriac προσκλήθηκε από μια γυναίκα 32 ετών που έλεγε ότι ήταν έγκυος από 21 μήνες και αισθανόταν το βάρος του παιδιού στην κοιλιά της, αλλά και μέτριους πόνους, είδε στην χώρα του ομφαλού εξέγκωση με σαρκία. Όταν με μια χονδρή μήλη διέκρινε το συνυπάρχον συρίγγιο και εισήγαγε το δάκτυλό του αισθάνθηκε οστόν κρανίου. Όταν στη γυναίκα και τους συγγενείς δηλώθηκε ότι υπήρχε φόβος θανάτου, δέχτηκαν την εγχείρηση, η οποία έγινε με τομές αριστερά. Ο χειρουργός αφαίρεσε μεγάλο λιθοπαίδιο και έραψε τα τοιχώματα με 4 διασταυρωμένες ραφές. Η γυναίκα είχε κανονική ανάρρωση, αργότερα είχε κανονικό τοκετό, και αργότερα είχε δίδυμα.

Τούτη φαίνεται ότι είναι η πρώτη χειρουργηθείσα περίπτωση. Η πρώτη περίπτωση που αναφέρεται είναι του ξακουσμένου Άραβα χειρουργού Albucasis. Τον κάλεσαν να επισκεφθεί γυναίκα που ήταν έγκυος από πολλούς μήνες και τελευταία παρουσιάστηκε διόγκωση στην περιοχή του ομφαλού με εκροή πύου και έξοδο τεμαχίων οστών, τα οποία έκαναν να διαγνώσει

εκτοπική κοιλιακή κύηση. Με την έξοδο των οστών η γενική κατάσταση βελτιώθηκε πολύ. Το συρίγγιο παρέμεινε.

Τέτοιες περίεργες περιπτώσεις αναφέρονται αρκετές μετά τον 16^ο αιώνα και στην Αγγλία, στη Γαλλία, στη Γερμανία, και οι οποίες με την πάροδο των ετών, ιδίως του 19^{ου} αιώνα μετά το 1880, πολλαπλασιάζονται. Θα έπρεπε να αναφέρουμε ότι μέχρι της εποχής αυτής είχαν εφαρμοσθεί ανεπιτυχώς διάφορες μέθοδοι συντηρητικές για την καταστροφή του εμβρύου π.χ. ηλεκτρόλυση, ενδοεμβρυϊκή ένεση μορφίνης ή άλλων φαρμάκων και που βεβαίως ήταν επικίνδυνες για την γυναίκα.³

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3.1 ΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΕΣ ΤΟΜΕΣ – ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η ευχέρεια εκτέλεσης μιας χειρουργικής επέμβασης εξαρτάται από την κατάλληλη εγχειρητική τομή. Οι εγχειρητικές τομές στην κοιλιακή χώρα διακρίνονται σε κάθετες, λοξές, εγκάρσιες και συνδυασμένες. Κατά την εκτέλεση πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η φορά των μυών, η νεύρωση και η αγγείωσή τους⁴. Σχετικά με τις εγχειρητικές τομές πρέπει να γνωρίζουμε τα εξής:

1. Πρωταρχική αποστολή μιας τομής είναι να παράσχει προσπέλαση. Δεν πρέπει να το ξεχνάμε ποτέ και να μην παρασυρόμαστε από δευτερεύοντα θέματα, ως ενδεχόμενο δημιουργίας κήλης ή διάνοιξης, δυσφορία, δυσμορφία.
2. Πρέπει να θυμόμαστε ότι οι τομές επουλώνονται από τα χείλη και όχι από τις γωνίες.
3. Για ερευνητική λαπαροτομία, χρησιμοποιούμε δεξιά παράμεσο τομή συμμετρικώς άνω και κάτω απ' τον ομφαλό. Στα παιδιά με εγκάρσια τομή δυνατόν να παράσχει καλύτερη προσπέλαση.
4. Προσπαθούμε να επικεντρώσουμε την τομή υπέρθεν της βλάβης, εάν είναι γνωστή. Τούτο δεν είναι πάντοτε δυνατόν, διότι υπάρχουν οστείνα όρια στην κοιλία.⁵

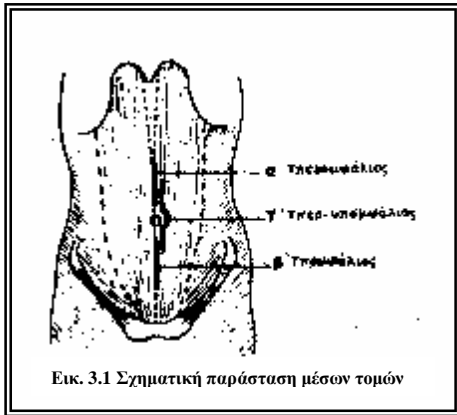
3.2 ΚΑΘΕΤΕΣ ΤΟΜΕΣ

Αφορούν τη μέση γραμμή ή τις πλάγιες χώρες.

A. Μέση γραμμή.

Διακρίνονται σε 1) Μέση υπερομφάλιο, 2) Μέση υπομφάλιο, 3) Μέση υπερ – υπομφάλιο (Εικ.3.1)

Οι τομές της μέσης γραμμής, έχουν το πλεονέκτημα ότι μειώνουν τον αριθμό των προς διαίρεση στιβάδων προσφέρουν δε ίση προσπέλαση προς αμφότερα τα πλάγια της κοιλίας. Επιπλέον επειδή διανοίγεται η λευκή γραμμή είναι ταχύτερη, έχει καλύτερη επούλωση και δεν καταστρέφονται αγγεία και νεύρα. Οι γυναικολόγοι χρησιμοποιούν συχνά την κάτω τομή της μέσης



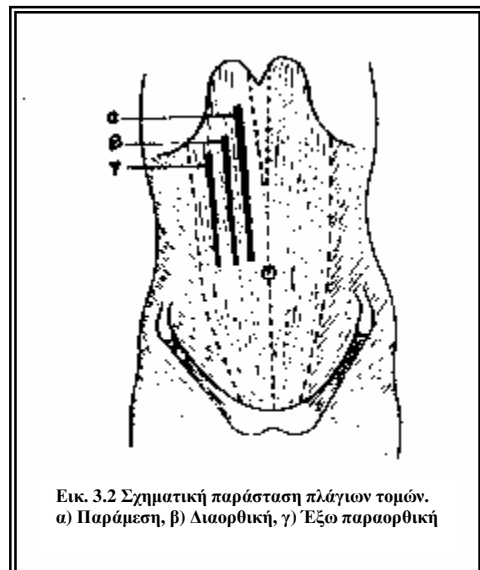
γραμμής, καθώς και για επεμβάσεις στο επιγάστριο, χοληφόρα και παχύ έντερο.^{4,5}

Αν δε συρραφτεί με προσοχή με μη απορροφούμενα ράμματα, πιθανόν να οδηγήσει σε κοιλιακή ρήξη ή μετεγχειρητική κοίλη.

B. Πλάγιες χώρες.

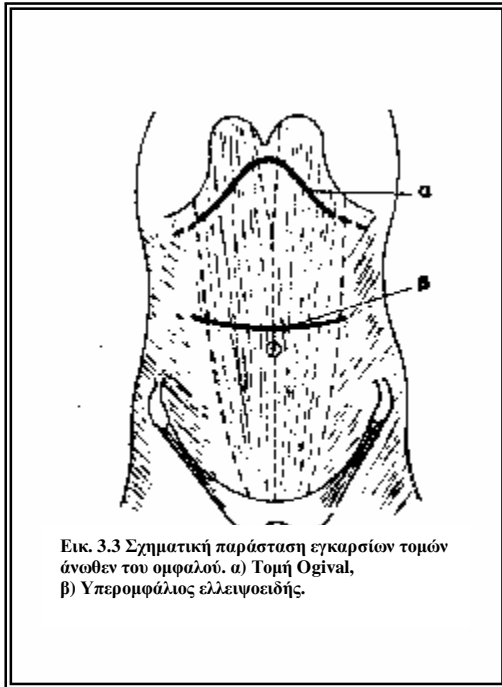
Οι πλάγιες κάθετες τομές, αριστερά ή δεξιά της μέσης γραμμής, διακρίνονται σε σχέση με τον ορθό κοιλιακό σε : 1) Παράμεση, 2) Διαορθική και 3) Παραορθική (Εικ.3.2).

Μπορεί και αυτές αναλόγως με το «όργανο στόχο» να αφορούν την άνω ή κάτω κοιλία ή ολόκληρο το κοιλιακό τοίχωμα. Το πλεονέκτημα αυτών των τομών είναι ότι επιτυγχάνεται καλύτερη προσπέλαση για ορισμένα όργανα. Το μειονέκτημα είναι ότι απαιτείται μεγαλύτερος χρόνος και έχουμε μεγαλύτερη καταστροφή ιστών.⁴



3.3 ΕΓΚΑΡΣΙΕΣ ΤΟΜΕΣ

Διακρίνονται και αυτές σε υπερομφάλιες και υπομφάλιες, που διατέμνουν πάντα τους ιστούς κατά την γραμμή της τομής του δέρματος, είναι χρήσιμες υπό τον όρο ότι γίνονται αρκετά μακρές ώστε να παράσχουν την απαιτούμενη αποκάλυψη. Για περιορισμένη αποκάλυψη προσχεδιασμένων επεμβάσεων, ένα εγκάρσιο τραύμα είναι εξαιρετικό. Η εγχείρηση του Ramstedt, εγκάρσια κολοστομία, μπορεί να τελεστεί με βραχείες εγκάρσιες τομές. Μια εγκάρσια επιγαστρική τομή είναι χρήσιμη εάν είναι ευρεία η κοιλία, μπορεί δε να κυρτωθεί με το κυρτό προς τα άνω για να επιτρέψει μέγιστη προσπέλαση στην άνω κοιλία. Η τομή του Pfannensteil, η οποία είναι εγκάρσια, ύπερθεν



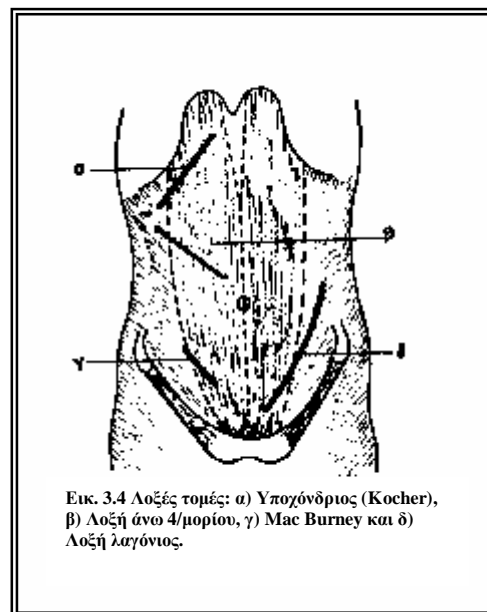
του εφηβιαίου, κειμένη ακριβώς κάτω του ορίου του τριχωτού επιτρέπει διαχωρισμό του κάτω ορθού μυός.^{4,5} Λόγω της μειωμένης μυϊκής έντασης στο σημείο της ραφής, επιτρέπει στον ασθενή να βήχει και ελαττώνει έτσι τον κίνδυνο των σθηθικών επιπλοκών. Οι παράγοντες αυτοί είναι σημαντικοί στις επεμβάσεις σε ηλικιωμένους ασθενείς π.χ. προστατεκτομή.⁶ Τα πλεονεκτήματα είναι ότι είναι ασφαλείς τομές διότι δεν καταστρέφουν αγγεία και νεύρα. Οι

ευρείες ελλειψοειδείς παρέχουν ευρύ πεδίο και προκαλούν λιγότερες επιπλοκές από το αναπνευστικό σύστημα, ενώ τα μειονεκτήματά τους είναι ότι καθυστερούν στην εκτέλεσή τους^{4,5} (Εικ.3.3)

3.4 ΛΟΞΕΣ ΤΟΜΕΣ

Οι κυριότερες λοξές τομές είναι: **1)** Η δεξιά υποχόνδριος (Kocher), **2)** Η αριστερή υποχόνδριος, **3)** η τομή Mc Burney ή σκωληκοειδούς και **4)** οι βουβωνικές (Εικ. 3.4).

Οι λοξές τομές δυνατόν να παρέχουν καλή προσπέλαση. Η τομή του Kocher που γίνεται 2 cm υπό το δεξιό πλευρικό τόξο από την μέση γραμμή μέχρι το έξω χείλος του ορθού κοιλιακού μυός, που διαιρεί όλους τους ιστούς κατά την γραμμή της τομής του δέρματος, επιτρέπει καλή αποκάλυψη της χοληδόχου κύστης. Αριστερή λοξή τομή δυνατόν να χρησιμοποιηθεί για είσοδο



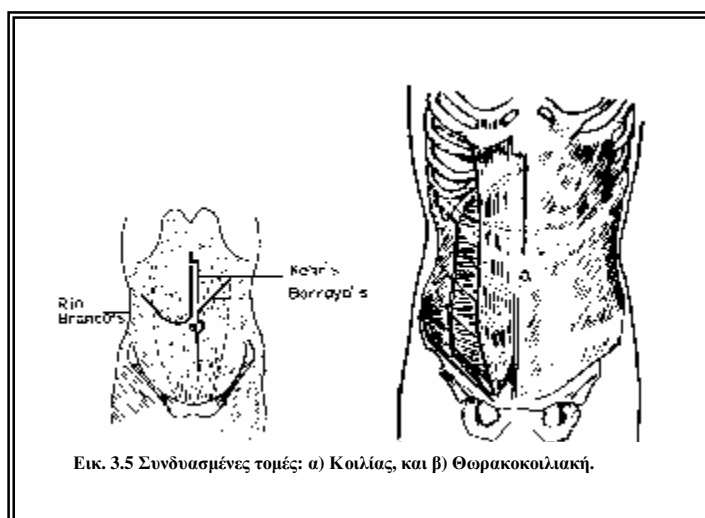
στο αριστερό άνω τεταρτημόριο της κοιλίας. Κατά την κάτω κοιλία, τομή για όλες τις στιβάδες μπορεί να αρχίζει ακριβώς ύπερθεν της πρόσθιας άνω λαγόνιας άκανθος, διαιρεί δε όλους τους ιστούς κατά την γραμμή των ινών του

έξω λοξού μυός και απονεύρωσης – τομή Rutherford Morison. Μία χρήσιμη τομή δυνατόν να γίνει από το άκρο περίπου ενός 10^{ου} πλευρικού χόνδρου που διάγει λοξά προς τα άνω, συναντώντας το αντίθετο πλευρικό τόξο κάθετα, παρά το άκρο του 8^{ου} πλευρικού χόνδρου ^{4,5}. Η τομή Rutherford Morison χρησιμοποιείται για την αφαίρεση της σκωληκοειδούς απόφυσης, καθώς και για την αποκάλυψη των λαγόνιων αγγείων και των ουρητήρων. Αποτελεί χρήσιμη τομή σε περιπτώσεις στις οποίες η σκωληκοειδής απόφυση καταλαμβάνει οπισθοκωλική θέση καθώς και για την παροχέτευση του σκωληκοειδούς αποστήματος.⁶

3.5 ΣΥΝΔΥΑΣΜΕΝΕΣ ΤΟΜΕΣ

Είναι τομές που αφορούν συνήθως ειδικές επεμβάσεις Διακρίνονται σε:

1) Συνδυασμένες κοιλιακές τομές. Οι πλέον γνωστές από αυτές είναι η Kehr, η Barraya και η Rio Branco (Εικ.3.5), **2)** Συνδυασμένες θωρακοκοιλιακές.



Αφορούν επεμβάσεις κυρίως του ήπατος ή οισοφάγου και του στομάχου, μπορεί δε να είναι ή αριστερά ή δεξιά και διακρίνονται σε υψηλή (5^ο μεσοπλεύριο διάστημα) και χαμηλή (8^ο μεσοπλεύριο διάστημα) (Εικ.3.6).

3.6 ΕΠΟΥΛΩΣΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

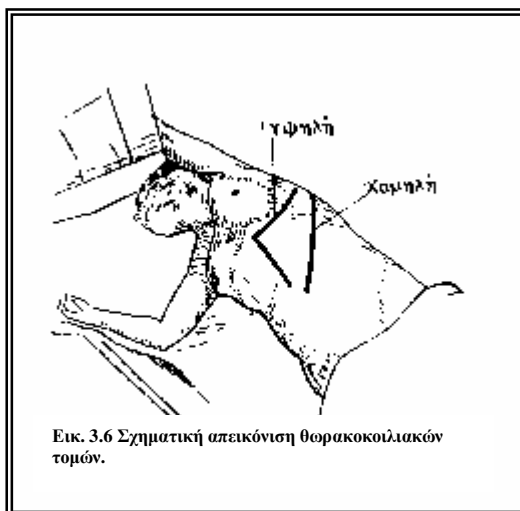
Η επούλωση των τραυμάτων είναι μία σκόπιμη ενέργεια του οργανισμού, χωρίς την παρουσία της οποίας καμία χειρουργική πράξη δεν θα ήταν δυνατή.

A. Βιολογία της επούλωσης.

Τρεις είναι οι κύριες φάσεις της επούλωσης: 1) Φλεγμονώδης 2) Παραγωγική ή κυτταρική και 3) Απορρόφησης.

Φλεγμονώδης: Αρχίζει ταυτοχρόνως με τη δημιουργία της τομής και αποτελεί την πιο σημαντική ανταπόκριση των ιστών στο τραύμα. Συμμετέχουν διάφοροι παράγοντες χημικοί, όπως η ισταμίνη, σεροτονίνη, διάφορες κίνινες (βραδυκινίνη, κυλλιδίνη), καθώς και διάφορα κύτταρα όπως ουδετερόφιλα και μονοκύτταρα. Η φάση αυτή διαρκεί περίπου μία εβδομάδα.

Παραγωγική ή Κυτταρική: Αρχίζει με την εμφάνιση των πρώτων ινοβλαστών, που παρατηρούνται μετά την πρώτη εβδομάδα, και προέρχονται από μεσεγχυματικά κύτταρα, που



Εικ. 3.6 Σχηματική απεικόνιση θωρακοκοιλιακών τομών.

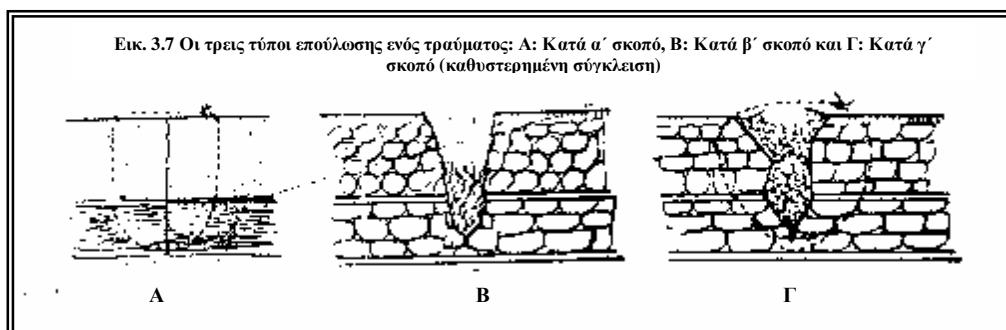
εκκρίνουν το βασικό μόριο του κολλαγόνου. Η ισχύς του επουλωτικού ιστού εξαρτάται από το κολλαγόνο, και ιδίως την δικτυωτή μορφή του. Παράλληλα, ενδοθηλιακά κύτταρα από τα αγγεία σχηματίζουν ένα νέο πλούσιο δίκτυο τριχοειδών.

Απορρόφηση: Η φάση αυτή διαρκεί επί μήνες. Υποχωρούν οι ινοβλάστες και συνεπώς η παραγωγή κολλαγόνου και συντελείται μία συνεχής επαναδιαμόρφωση της ουλής.

B. Μορφές επούλωσης.

Τρεις είναι οι κύριοι τύποι της επούλωσης ενός τραύματος: κατά πρώτο, κατά δεύτερο και κατά τρίτο σκοπό (Εικ. 3.7).

Κατά πρώτο σκοπό: Είναι η άμεση συρραφή και επούλωση του τραύματος. Η επιθηλιοποίηση των χειλέων στις περιπτώσεις αυτές έχει συντελεσθεί εντός 24 ωρών.



Εικ. 3.7 Οι τρεις τύποι επούλωσης ενός τραύματος: Α: Κατά α' σκοπό, Β: Κατά β' σκοπό και Γ: Κατά γ' σκοπό (καθυστερημένη σύγκλειση)

Κατά δεύτερο σκοπό: Είναι όταν το τραύμα δεν συρράπτεται αλλά αφήνεται να επουλωθεί βραδέως αφ' εαυτού. Η επούλωση γίνεται κυρίως δια συρρικνώσεως.

Καθυστερημένη σύγκλιση: Κατ' αυτήν αφήνουμε ανοικτό το τραύμα επί 3-5 μέρες, ώστε ο οργανισμός να καταπολεμήσει τη φλεγμονή, και ακολούθως συρράπτεται. Με τον τρόπο αυτό μειώνουμε το ποσοστό φλεγμονής των τραυμάτων που είναι μολυσμένα, χωρίς να μειώνεται η ισχύς του τραύματος.

Γ. Παράγοντες που επηρεάζουν την επούλωση.

Η ισχύς ενός τραύματος που επουλώνεται μετράται με δύο μεταβλητές: την «ισχύ τάσεως» και την «ισχύ διατάσεως». Η πρώτη μετρά το φορτίο κατά μονάδα επιφάνειας που απαιτείται κατά τη διάσπαση του τραύματος, ενώ η δεύτερη μετρά το φορτίο που χρειάζεται να διασπασθεί το τραύμα, ανεξαρτήτως από τις διαστάσεις.

Υπάρχουν διάφοροι παράγοντες που είτε επιταχύνουν είτε επιβραδύνουν την επούλωση ενός τραύματος. Έχει υπολογισθεί ότι η ισχύς αποκαθίσταται βραδέως, και ότι σε 150 ημέρες έχει ανακτήσει το εν επουλώσει δέρμα το 60% περίπου της αντίστοιχης ισχύος του μη τραυματισμένου δέρματος.

Οι παράγοντες που επιβραδύνουν την επούλωση τους χωρίζουμε στις εξής κατηγορίες.

- 1. Κακή τεχνική.** Σ' αυτή περιλαμβάνονται η πλημμελής προετοιμασία του τραύματος, η παραβίαση των κανόνων ασηψίας, η μη εξασφάλιση καλής αιμάτωσης στα τραυματικά χείλη, η δημιουργία τάσεως μεταξύ των χειλέων του τραύματος που συρράπτονται, και βεβαίως η κακή εγχειρητική τεχνική, που προϋποθέτει απόλυτο σεβασμό των ιστών.
- 2. Μηχανικοί παράγοντες.** Εδώ υπάγονται η ύπαρξη ξένων σωμάτων στους ιστούς, η επιλογή του κατάλληλου ράμματος και η άσκηση τοπικής τάσεως μεγαλύτερης των 30 mmHg.

Ιδιαίτερως στην επιλογή των ραμμάτων, θα πρέπει να έχουμε υπόψη μας τ' ακόλουθα:

- B Θα πρέπει πάντα να τοποθετείται το πιο λεπτό ράμμα, που είναι δυνατόν για την περίπτωση.
 - B Η ισχύς ενός ράμματος μειώνεται πολύ πιο γρήγορα από το ρυθμό απορρόφησής του.
 - B Όλα τα ράμματα προκαλούν βαθμό τοπικής αντίδρασης, λιγότερο όμως τα συνθετικά μονόκλωνα.⁴
 - B Να μην είναι ευπρόσβλητο από τους φυσικούς και χημικούς παράγοντες των ιστών.
 - B Να μη δημιουργεί ευνοϊκό περιβάλλον για την ανάπτυξη βακτηρίων.
 - B Να μην καθυστερεί τις διαδικασίες επούλωσης.
 - B Να μην προκαλεί αλλεργική αντίδραση.
 - B Να μην έχει καρκινογόνες ιδιότητες.
 - B Να αποστειρώνονται εύκολα.
 - B Να είναι εύχρηστο.
 - B Να διατηρεί τη δύναμη συγκράτησης και την ασφάλεια των κόμπων για αρκετό χρόνο, μέχρις ότου οι ιστοί είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν τη φυσιολογική καταπόνηση.
 - B Να έχει ελεγχόμενη ελαστικότητα.²
- 3. Επιπλοκές τραύματος.** Οι επιπλοκές του χειρουργικού τραύματος που καθυστερούν σημαντικώς την επούλωση και θα πρέπει να αποφεύγονται είναι οι εξής:
- X Αιμάτωμα. Πολλές φορές η αιμορραγία του εγχειρητικού τραύματος γίνεται υποδόρια και γι' αυτό είναι καλυμμένη. Σταματά μόνη της, δημιουργεί όμως θρόμβο μέσα στο τραύμα. Αν ο θρόμβος είναι μικρός απορροφάται χωρίς θεραπεία. Αν είναι μεγάλος, επειδή καθυστερεί την επούλωση του τραύματος, αφαιρείται αφού κοπούν μερικά ράμματα του τραύματος.
 - X Μόλυνση. Για τις περισσότερες μολύνσεις των μετεγχειρητικών τραυμάτων ενοχοποιείται ο σταφυλόκοκκος. Άλλοι μικροοργανισμοί που μπορούν να κάνουν μόλυνση είναι το κολοβακτηρίδιο, το βακτηρίδιο του κυανού πύου, ο στρεπτόκοκκος κ.α.

Σημαντικό ρόλο στην πρόληψη της μόλυνσης του χειρουργικού τραύματος παίζει η διατήρηση ασηψίας κατά τις αλλαγές του και η

καθαριότητα του περιβάλλοντος. Την κυριότερη ευθύνη την έχει ο Νοσηλευτής. Τα συμπτώματα παρουσιάζονται συνήθως 36- 48 ώρες μετά την έναρξη της φλεγμονώδους επεξεργασίας. Η συχνότητα των σφίξεων αυξάνει, η θερμοκρασία ανεβαίνει και το τραύμα γίνεται επώδυνο, οίδηματώδες και ζεστό. Αν η φλεγμονή εντοπίζεται βαθιά μπορεί να απουσιάζουν τα τοπικά σημεία.

Θεραπευτικά γίνεται διάνοιξη και παροχέτευση του τραύματος με ελαστικό σωλήνα ή γάζα. Επίσης μπορεί να γίνει έκπλυση του τραύματος με ζεστή αντισηπτική διάλυση – φυσιολογικό ορό και να χορηγηθεί ειδική αντιβίωση μετά καλλιέργεια του υγρού του τραύματος. Τέλος, μπορεί να χρησιμοποιηθούν και θερμά επιθέματα.

X Ρήξη ραμμάτων – εκσπλάχνωση. Η επιπλοκή αυτή είναι ιδιαίτερα σοβαρή σε κοιλιακά τραύματα. Οφείλεται σε ρήξη ραμμάτων, μόλυνση, βήχα και μεγάλη κοιλιακή διάταση.

Η ρήξη μπορεί να συμβεί ξαφνικά με έξοδο των εντερικών ελίκων στο κοιλιακό τοίχωμα. Προκαλεί έντονο πόνο που συνήθως συνδυάζεται με εμετό. Όταν τα χείλη του τραύματος αποχωρίζονται βαθμιαία, τα σπλάχνα μπορεί να βγουν από το τραύμα βαθμιαία, ή και καθόλου και το κύριο σύμπτωμα να είναι η απότομη έξοδος μεγάλης ποσότητας περιτοναϊκού υγρού στις γάζες. Για την πρόληψη της ρήξης χρησιμοποιείται ειδικός επίδεσμος. Η εκσπλάχνωση είναι συχνότερη σε: αρρώστους ηλικιωμένους, καχεκτικούς, παχύσαρκους που μετά την εγχείρηση παρουσιάζουν επίμονους και βίαιους εμέτους, τυμπανισμός κοιλίας ή πνευμονικές επιπλοκές.⁷

4. **Μεταβολικοί παράγοντες**. Από τους μεταβολικούς παράγοντες εκείνοι που φαίνονται να επηρεάζουν την επούλωση είναι η μειωμένη στάθμη των λευκωματινών του αίματος, η έλλειψη ορισμένων μετάλλων (Fe^{+2} , Mn^{+2} , Cu^{+2} , Ca^{+2} και Zn) και βιταμινών (κυρίως C και A). Η παρουσία O_2 είναι αναγκαία για την επούλωση, ενώ η βιταμίνη E φαίνεται ότι δρα ανασταλτικώς. Ο διαβήτης φαίνεται ότι δεν επηρεάζει μεν την επιθηλιοποίηση, έχει επίδραση όμως όπου απαιτείται αυξημένη σύνθεση κολλαγόνου.

5. **Χημειοθεραπεία και Ακτινοθεραπεία**. Παρ' ότι φαίνεται ότι η χρήση χημειοθεραπευτικών έχει μία αποδεκτή νοσηρότητα κατά την επούλωση,

εν τούτοις είναι γενικώς αποδεκτό τα χημειοθεραπευτικά να χρησιμοποιούνται αφού περάσει η πρώτη φάση της επούλωσης. Η επούλωση των ακτινοβολημένων ιστών παρουσιάζει μία καθυστέρηση.⁴

Οι παράγοντες που επιταχύνουν την επούλωση είναι οι εξής:

- Η θερμότητα, που συμβάλλει στην αύξηση αιμάτωσης και, επομένως, αύξηση της ταχύτητας των χημικών αντιδράσεων επούλωσης.
- Η στενή επαφή των επιφανειών του τραύματος.⁷

3.7 ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΥ ΤΡΑΥΜΑΤΟΣ

Η φροντίδα του χειρουργικού τραύματος αρχίζει από την προεγχειρητική, περνά στη διεγχειρητική και συνεχίζεται στην μετεγχειρητική.

A. Προεγχειρητική φροντίδα

Περιλαμβάνει την εξασφάλιση όλων των συστηματικών και τοπικών συνθηκών που συνεπάγονται ομαλή επούλωση.

Προφυλακτική συστηματική χορήγηση αντιβιοτικών. Οι χειρουργικές επεμβάσεις διακρίνονται σε :

1. Καθαρές, όταν η τομή γίνεται σε περιοχή που δεν φλεγμαίνει και δεν συμμετέχει το αναπνευστικό σύστημα και ο γαστρεντερικός σωλήνας. Το ποσοστό λοιμώξεων είναι 1%.
2. Δυνητικώς μολυσμένες. Όταν η επέμβαση γίνεται στο αναπνευστικό ή γαστρεντερικό. Το ποσοστό λοιμώξεων είναι 7%.
3. Μολυσμένο τραύμα. Εγχειρήσεις που έχουν παραβιασθεί οι κανόνες ασηψίας – αντισηψίας ή εγχειρήσεις σε φλεγμονές. Ποσοστό λοιμώξεων είναι 20%.
4. Ρυπαρές επεμβάσεις, σε εγχειρήσεις με πύον ή διατρημένα σπλάχνα. Ποσοστό λοιμώξεων κυμαίνεται στο 40%.

Η συστηματική προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών θα πρέπει να γίνεται σε δυνητικώς μολυσμένες και μολυσμένες ή ρυπαρές επεμβάσεις. Το σχήμα θα πρέπει να περιλαμβάνει αντιβίωση, που είναι ανάλογη του πιθανού παθογόνου μικροβίου της περιοχής ή του συστήματος που προέρχεται η μόλυνση.

Η προετοιμασία του παχέος εντέρου θα πρέπει να γίνεται σε εγχειρήσεις του οργάνου αυτού, σε εγκαυματίες και άτομα με μειωμένη ανοσοβιολογική αντίδραση.

Μέτρα προφύλαξης από διείσδυση μικροβίων. Ισχύουν οι ακόλουθες γενικές αρχές:

1. Η συνήθης μικροβιολογική χλωρίδα του δέρματος δεν είναι επιβλαβής, εκτός εάν έχουν αναπτυχθεί παθογόνοι μικροοργανισμοί όπως σε δερματίτιδες, εκζέματα κ.α.
2. Υπάρχουν περιοχές όπου φυσιολογικώς έχουν υψηλή συγκέντρωση μικροοργανισμών (βουβωνικές χώρες, μασχάλες κ.α).
3. Το υλικό που χρησιμοποιείται για ασηψία θα πρέπει να παραμείνει όσο χρειάζεται για ν' ασκήσει τη μικροβιοκτόνο δράση του.
4. Το ξύρισμα του δέρματος είναι επιβλαβές, ιδιαίτερος όταν γίνεται αρκετές ώρες πριν από την επέμβαση.
5. Τα χέρια του χειρουργού θα πρέπει να είναι «κοινωνικώς» καθαρά, αλλά ν' αποφεύγονται οι πολλαπλές πλύσεις με σκληρές βούρτσες.
6. Η χρησιμοποίηση εφ' άπαξ χρήσεως χειρουργικών πεδίων καθώς και ανάλογες μπλούζες χειρουργείου μειώνουν τη συχνότητα λοιμώξεων.

B. Διεγχειρητική φροντίδα

Κατά τη διεγχειρητική περίοδο απαιτείται:

1. Σχολαστική τήρηση κανόνων ορθής εγχειρητικής.
2. Αιμόσταση είναι προτιμότερο να γίνεται με λεπτό ράμμα και η απολίνωση ν' αφορά μόνο το αγγείο που αιμορραγεί και όχι en block ιστούς.
3. Προστασία του χειρουργικού τραύματος με αδιάβροχα πεδία που θ' αφορούν σ' όλο το πάχος της τομής.
4. Η τοπική χρήση αντιβιοτικών δεν συνιστάται.
5. Συρραφή μολυσμένου τραύματος γίνεται μόνο εάν έχει προηγηθεί προφυλακτική χρήση αντιβιοτικών και μετά τοπικό καθορισμό και έκπλυση.
6. Σε βαριά μολυσμένα τραύματα συνιστάται καθυστερημένη σύγκλιση.

Γ. Μετεγχειρητική φροντίδα

Επιδεσμικό υλικό – αντισηπτικά. Από τα διάφορα είδη επιδεσμικού υλικού που χρησιμοποιείται για την επικάλυψη των χειρουργικών τραυμάτων, έχει αποδειχθεί ότι η επούλωση είναι πιο γρήγορη όταν χρησιμοποιούνται υδρόφοβα και όχι υδρόφιλα υλικά.⁴

Η επίδεση του τραύματος γίνεται για:

- ∅ Την απορρόφηση των υγρών που παροχετεύονται από το τραύμα.
- ∅ Την ακινητοποίηση της περιοχής του τραύματος.
- ∅ Την προστασία του τραύματος από μηχανική κάκωση.
- ∅ Την αιμόσταση.
- ∅ Την προφύλαξη από μόλυνση.
- ∅ Την άνεση του αρρώστου και ανάπτυξη του αισθήματος ασφαλείας.

Πολλοί χειρουργοί, αν το τραύμα είναι ξηρό και καθαρό, αφαιρούν το αρχικό επιδεσμικό υλικό και αφήνουν το τραύμα ανοικτό. Συνηθέστερα όμως, η επίδεση μένει ως την αφαίρεση των ραμμάτων.

Τα πλεονεκτήματα της τεχνικής μη επίδεσης του τραύματος είναι:

- ∅ Παρεμπόδιση δημιουργίας θερμότητας, υγρασίας, σκοταδιού, που είναι παράγοντες απαραίτητοι για την ανάπτυξη μικροβίων.
- ∅ Εύκολη παρακολούθηση του τραύματος.
- ∅ Ο άρρωστος μπορεί εύκολα να κάνει μπάνιο.
- ∅ Απλοποίηση της μετεγχειρητικής φροντίδας.
- ∅ Αποφυγή δερματικής αντίδρασης από λευκοπλάστη.
- ∅ Διευκόλυνση δραστηριοτήτων του αρρώστου.
- ∅ Οικονομία.

Ως υποκατάστατα της επίδεσης, στην ανοικτή μέθοδο χρησιμοποιούνται πλαστικές ουσίες που εφαρμόζονται με ψεκασμό. Αφαιρούνται μετά 5 – 7 ημέρες. Ανεξάρτητα από ό,τι αναφέρθηκε πιο πάνω, οι πιο πολλοί χειρουργοί προτιμούν την εφαρμογή μιας επίδεσης στο χειρουργείο, αμέσως μετά την επέμβαση, και μιας αλλαγής της 4-5 ημέρες αργότερα.

Η καλύτερη και ασφαλέστερη τεχνική αλλαγής είναι η χρησιμοποίηση ξεχωριστού αποστειρωμένου πακέτου για τον κάθε άρρωστο.⁷

Τα χημικά αντισηπτικά που χρησιμοποιούνται για την περιποίηση των χειρουργικών τραυμάτων θα πρέπει να διαλέγονται με προσοχή, διότι τα νέα επιθηλιακά κύτταρα είναι εύθραυστα και είναι δυνατόν το αντισηπτικό να παρεμποδίσει την επαναεπιθηλιοποίηση τραυματικής επιφάνειας.

Ράμματα – Συγκολλητικές ταινίες. Η χρησιμοποίηση ραμμάτων έχει ως συνέπεια τοπική φλεγμονή. Τα ράμματα όμως φέρουν σε καλύτερη επαφή τα τραυματικά χείλη. Καλύτερος είναι ο συνδυασμός, ραμμάτων δηλαδή για τις πρώτες 2-3 ημέρες και εν συνεχεία αντικατάστασή τους με συγκολλητικές ταινίες.

Ο χρόνος αφαίρεσης των ραμμάτων εξαρτάται από την ανατομική περιοχή που βρίσκεται η τομή. Η τάση π.χ. στα βλέφαρα είναι πολύ μικρότερη από ό,τι στο δέρμα της ράχης.

Σε καθυστερημένη σύγκλειση θα πρέπει να μην αποκαλύπτεται το τραύμα πριν περάσουν 3 – 4 μέρες, διότι μπορεί να επιμολυνθεί. Η συμπλησίαση γίνεται εάν το τραύμα είναι ρυπαρό, γίνεται βιοψία και καλλιέργεια για καθορισμό της πυκνότητας των μικροβίων. Εάν η πυκνότητα είναι $>10^5$ αναβάλλεται η σύγκλειση μέχρις ότου η πυκνότητα κατέβει $<10^5$.⁴

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 ΙΔΙΟΤΗΤΕΣ ΡΑΜΜΑΤΩΝ

Τα ράμματα μπορούν να ταξινομηθούν σε κατηγορίες σύμφωνα με τις φυσικές ιδιότητες των υλικών. Ράμματα που περιέχουν μόνο μία ίνα καλούνται μονόκλωνα. Αυτά που είναι κατασκευασμένα από πολλές ίνες νήματα καλούνται πολύκλωνα. Μόνο τα nylon και τα χειρουργικά ράμματα από ανοξείδωτο ατσάλι κατασκευάζονται μόνο σε μία μορφή.

Ο φυσικός χαρακτήρας του ράμματος είναι ένας σπουδαίος παράγοντας στο να καθοριστεί η αντίδραση των ιστών όταν τα ράμματα χρησιμοποιούνται στις επεμβάσεις.

Σήμερα τα υλικά των ραμμάτων αξιολογούνται σύμφωνα με τις ακόλουθες ιδιότητες, κάθε μία από τις οποίες πρέπει να λαμβάνεται υπόψη σοβαρά στη χειρουργική:

1. Σταθερότητα (ασφάλεια κόμπων)

2. Αναστολή βακτηρίων
3. Ελαστικότητα (ελαστική αντοχή)
4. Απορροφητικότητα
5. Ιστοσυμβατότητα
6. Ομαλή μετεγχειρητική πορεία.
7. Αντοχή.
8. Ανθεκτικότητα στη μόλυνση.
9. Ευχέρεια στη χρήση.

Το παράξενο με τη σύγχρονη βιβλιογραφία είναι ότι σε γενικές γραμμές αποδέχονται σχεδόν το σύνολο των κυκλοφορούντων ραμμάτων. Κάθε μια από τις παραμέτρους αυτές συμμετέχει σε άλλοτε άλλο βαθμό στην επιτυχία της ραφής.²

4.2 ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΡΑΜΜΑΤΩΝ.

Τα ράμματα μπορούν να ταξινομηθούν σε απορροφήσιμα ή μη απορροφήσιμα, φυσικά ή συνθετικά, ανόργανα ή οργανικά, πολύκλινα ή μονόκλινα.

4.2.1 Απορροφήσιμα ράμματα.

Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται μόνο οργανικής υπόστασης ράμματα, τα οποία χωρίζονται σε φυσικά και συνθετικά.¹



A. Οργανικά – φυσικά

Κατασκευάζονται από ιστούς ζώων, κυρίως κολλαγόνο ιστό εντέρου βοοειδών, προβάτων, ή συνδετικό ιστό απονεύρωσης βοδινού. Τα ράμματα αυτά είναι τα cat – gut. Το cat σημαίνει χορδή εντέρου (και όχι γάτα, όπως κατά λάθος πιστεύεται συχνά). Τα ζωικά αυτά ράμματα είναι :

- ∅ Το απλό Cat – gut (Plain)
- ∅ Το Cat – gut χρωμέ (Chromic)
- ∅ Σε μικρή κλίμακα χρησιμοποιούνται και τα ζωικά ράμματα κολλαγόνου (Collagen), ταινίες (Fascialata) και μεμβράνη Cargile, όλα από κολλαγόνο εντέρου βοδινού.⁸ Αναλυτικά:

Catgut Plain: Όταν χρησιμοποιούνται τα ζωικά ράμματα ένας ξενιστής ιστός αντιδρά με ήπια φλεγμονώδη αντίδραση, που είναι τυπικά μια ενδογενής αντίδραση σ' ένα ξένο σώμα. Η αντίδραση του ξένου σώματος συνοδεύεται από απώλεια αντοχής και μάζας του υλικού σαν αποτέλεσμα της δράσης πρωτοελυτικών ενζύμων (π.χ. κολλαγενάση) και την αποσύνθεση του ράμματος κολλαγόνου μέχρις ότου απορροφηθεί τελείως. Η ταχύτητα απορρόφησης επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες. Κάποιοι από τους πιο

σπουδαίους παράγοντες που επηρεάζουν το ρυθμό απορρόφησης και την μείωση της αντοχής είναι:

- X Ο τύπος του απλού ράμματος γενικά απορροφάται πιο γρήγορα από τον τύπο χρωμίου.
- X Υπάρχει ταχύτερη απορρόφηση σε περιοχές που υπάρχουν περισσότερα πρωτεολυτικά ένζυμα.⁹

Απορροφάται εντός 14 το πολύ ημερών, η δε αντίδραση των ιστών είναι κανονική.¹ Η χρήση των ζωικών ραμμάτων αντενδείκνυται στην περιοχή τραυμάτων που έχουν υποστεί λοίμωξη επειδή εδώ η απορρόφηση είναι ταχύτερη. Επιπλέον, το ζωικό ράμμα αντενδείκνυται εκεί όπου το ράμμα χρειάζεται να παραμείνει για μεγάλες περιόδους. Σε κάποιους ασθενείς μπορεί να υπάρχουν αντιδράσεις υπερευαισθησίας στο κολλαγόνο. Αυτές εκφράζονται σαν φλεγμονώδεις αντιδράσεις.⁹

Catgut χρωμέ: Η βασική διαφορά του από το απλό έγκειται στην χρωμίωσή του (εμβαπτίζεται σε διάλυμα χρωμίου). Η χρωμίωση αυξάνει το χρόνο απορρόφησης του σχεδόν στο διπλάσιο. Οι άλλες ιδιότητες του είναι σχεδόν πανομοιότυπες του απλού, αλλά απουσιάζει μικρότερη πιθανότητα δημιουργίας μόλυνσης. Η αποστείρωση και των δύο τύπων γίνεται με ακτινοβολία.¹

Τα απορροφήσιμα ράμματα (Catgut χρωμέ) συνιστώνται να χρησιμοποιούνται στις εγχειρήσεις των χοληφόρων. Ωστόσο, αξίζει να σημειωθούν, τεκμηριωμένες περιπτώσεις λιθίασης του χοληδόχου πόρου που οφειλόταν στο σχηματισμό λίθων γύρω από το μη απορροφήσιμο υλικό που χρησιμοποιήθηκε στις προηγηθείσες εγχειρήσεις των χοληφόρων. Δεν υπάρχει ομοφωνία μεταξύ των χειρουργών για το καταλληλότερο υλικό για την απολίνωση του κυστικού πόρου, αφού συνιστάται η χρησιμοποίηση τόσο απορροφήσιμου όσο και μη απορροφήσιμου υλικού. Εξαρτάται από την εμπειρία που έχει ο κάθε χειρουργός για τη χρήση του. Παρά τις διαφωνίες όμως των χειρουργών, υπάρχουν μαρτυρίες, κλινικές και πειραματικές, που δείχνουν, ότι η χρήση μη απορροφήσιμου υλικού μπορεί να οδηγήσει στην ανάπτυξη λιθίασης του χοληδόχου πόρου.

Ο τύπος του λίθου που σχηματίζεται, διαφέρει από τους λίθους που εισέρχονται μέσα στο χοληδόχο πόρο από τη χοληδόχο κύστη. Πρόκειται για λίθους σχετικά εύθρυπτους, με κοραλλιοειδή όψη και φαιού χρώματος.

Τα απορροφήσιμα ράμματα που εισέρχονται στο χοληδόχο πόρο, διέρχονται τις περισσότερες φορές προς το δωδεκαδάκτυλο χωρίς να προκαλέσουν κανένα ενόχλημα. Σε λίγες όμως περιπτώσεις δυνατό να παραμείνουν μέσα στο χοληδόχο πόρο και να αποτελέσουν τον πυρήνα σχηματισμού λίθων, οι οποίοι στη συνέχεια μπορεί να προκαλέσουν όλες τις σοβαρές επιπλοκές της χοληδοχολιθίασης. Στις περιπτώσεις αυτές απαιτείται νέα εγχείρηση για την αφαίρεση του λίθου, που πολλές φορές γίνεται με δυσμενείς για τον ασθενή συνθήκες και γι' αυτό μπορεί να αποβεί μοιραία. Οι περισσότεροι χειρουργοί χρησιμοποιούν μη απορροφήσιμο ράμμα αφού επαλείψουν το ράμμα με κερί (boue – wax).

Ο Silvennoinen έδωσε την πειραματική επιβεβαίωση του φαινομένου. Στα πειράματά του σε κουνέλια, τοποθέτησε την εξωτερική επιφάνεια της χοληδόχου κύστης μεταξύ και χρωμέ cat – gut, και κατόπιν θυσίασε τα πειραματόζωα σε τακτά χρονικά διαστήματα. Ασβεστούχα συγκρίματα βρέθηκαν γύρω από τα ράμματα σε μεταξύ, μέσα στη χοληδόχο κύστη, στο 20% των περιπτώσεων, ενώ σε καμιά περίπτωση δε βρέθηκε cat – gut μέσα στη χοληδόχο κύστη. Σε μερικές περιπτώσεις, ακόμη και την 28^η μέρα βρέθηκε μεταξύ που μετανάστευσε, μέσα στη χοληδόχο κύστη.

Οι μαρτυρίες που αναφέρθηκαν υποστηρίζουν τα συμπεράσματα του Silvennoinen, ο οποίος συνιστά να χρησιμοποιείται χρωμέ cat – gut για την απολίνωση του κυστικού πόρου, της κυστικής αρτηρίας, τη συρραφή μιας χοληδοχοτομής και τις χολοπεπτικές αναστομώσεις.¹⁰

B. Συνθετικά Ράμματα.

Στα συνθετικά απορροφήσιμα υλικά ραμμάτων συγκαταλέγονται: η πολυγλακτίνη 910 (Vicryl), Πολυδιοξανόνη (P.D.S) , Πολυγλυκολικό οξύ (Dexon). Είναι πολύκλωνα ράμματα εκτός από το P.D.S. Η διαφορά τους βασίζεται στον χρόνο απορρόφησής τους από τους ιστούς. Αποστειρώνονται με οξείδιο του αιθυλενίου.¹

Το ράμμα Vicryl είναι ένα συνθετικό απορροφήσιμο χειρουργικό ράμμα που συντίθεται από ένα συμπολυμερές που φτιάχνεται από 90% γλυκολίδιο και 10% Λ – λακτίδιο. Τα πλεκτά ράμματα Vicryl περιβάλλονται από ένα μίγμα που αποτελείται από ίσα μέρη συμπολυμερούς από γλυκολίδιο και λακτίδιο (Polyglactin 370) Και στεαρικό ασβέστιο. Το συμπολυμερές της Polyglactin 910 και Polyglactin 370 με στεαρικό ασβέστιο έχουν βρεθεί να είναι μη αντιγονικά, μη πυρετογόνα και προκαλούν μια ελαφρά ιστική αντίδραση κατά τη διάρκεια της απορρόφησης. Τα ράμματα Vicryl χρησιμοποιούνται στην σύγκληση γενικά μαλακών ιστών καθώς και για απολινώσεις, συμπεριλαμβανομένης και της χρήσης σε οφθαλμολογική χειρουργική, αναστομώσεις περιφερειακών νεύρων και μικροχειρουργικής αγγείων διαμέτρου μικρότερης των 2mm. Η ασφάλεια και η αποτελεσματικότητα των ραμμάτων Vicryl στον καρδιαγγειακό ιστό δεν έχει τεκμηριωθεί ακόμη.¹¹ Στη στοματική κοιλότητα βρέθηκε ότι η πολυγλακτίνη 910 δεν δημιουργεί ερεθισμό και ότι αποτελεί μια καλή επιλογή στην χειρουργική του περιοδοντίου.² Τέλος χρησιμοποιείται και στην οισοφάγο – γαστρική αναστόμωση.¹²

Το ράμμα Vicryl προκαλεί μια μικρή αρχικά φλεγμονώδη αντίδραση στους ιστούς και την ανάπτυξη ινών συνδετικού ιστού. Η προοδευτική απώλεια της δύναμης τάσης και η ενδεχόμενη απορρόφηση των ραμμάτων Vicryl συμβάλει μέσω της υδρόλυσης, όπου το πολυμερές διασπάται σε γλυκολικό και λακτικό οξύ τα οποία στην συνέχεια απορροφώνται και μεταβολίζονται στο σώμα. Η απορρόφηση αρχίζει ως απώλεια της δύναμης τάσης και ακολουθείται από απώλεια μάζας. Όλη η αρχική δύναμη τάσης χάνεται μεταξύ 4 και 5 εβδομάδων από την εμφύτευση. Η απορρόφηση των ραμμάτων Vicryl ολοκληρώνεται σε 56 έως 70 ημέρες.

ΗΜΕΡΕΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΕΜΦΥΤΕΥΣΗ	ΠΟΣΟΣΤΟ % ΤΗΣ ΠΑΡΑΜΕΝΟΥΣΑΣ ΑΡΧΙΚΗΣ ΔΥΝΑΜΗΣ
14 ημέρες	75%
21 » (6/0 και μεγαλύτερα)	50%
21 » (7/10 και μικρότερα)	40%

Αυτά τα ράμματα, επειδή είναι απορροφήσιμα, δεν πρέπει να χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις όπου απαιτείται εκτεταμένη προσέγγιση ιστών κάτω από πίεση. Οι ανεπιθύμητες ενέργειες που συνοδεύουν τη χρήση αυτού του υλικού, περιλαμβάνουν παροδικό τοπικό ερεθισμό στην περιοχή του τραύματος, παροδική φλεγμονώδη αντίδραση σε ξένο σώμα, ερύθημα και σκλήρυνση κατά την διάρκεια της διαδικασίας απορρόφησης υποδερμικών ραμμάτων. Όπως κάθε ξένο σώμα, τα ράμματα Vicryl μπορούν να ενισχύσουν μια προϋπάρχουσα μόλυνση.¹¹

Τα ράμματα Dexon παρουσιάστηκαν στις ΗΠΑ το 1971 και το 1977 ακολούθησε μια άλλη μορφή με λεπτότερες ίνες που ονομάστηκε «S». Τα ράμματα αυτά δεν περιέχουν καθόλου κολλαγόνο ή οργανικές αντιγονικές ουσίες. Οι Mejias και Griffin υποστηρίζουν ότι τα Dexon απορροφούνται υδρολυτικά κατά τη φάση της επούλωσης και τα προϊόντα τους μεταβολίζονταν εξ ολοκλήρου από το ουροποιητικό, πεπτικό και αναπνευστικό σύστημα. Στη στοματική κοιλότητα έχουν δείξει σημαντική αντοχή, γεγονός που επιτρέπει τη μείωση της διαμέτρου άρα και μικρότερο τραυματισμό. Έχει παρατηρηθεί ότι μετά από 5 – 7 ημέρες παραμονή στη στοματική κοιλότητα η αντοχή τους ελαττώνεται σημαντικά.² Συνθετικά απορροφήσιμα ράμματα (dexon), ίσως είναι πιο ασφαλή στις εγχειρήσεις των χοληφόρων, αλλά διαρκούν περισσότερο χρόνο και γι' αυτό υπάρχει πιθανότητα να αποτελέσουν τον πυρήνα νέου χολόλιθου. Η μόνη εξαίρεση, όπου αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν, είναι η παρουσία οξείας παγκρεατίτιδας, στην οποία υπάρχει ο κίνδυνος πρώιμης διάλυσης του cat – gut, όταν εφαρμόζεται.¹⁰

4.2.2. Μη απορροφήσιμα ράμματα

Τα μη απορροφήσιμα ράμματα χωρίζονται στα ανόργανα και τα οργανικά. Τα δε οργανικά σε φυσικά και συνθετικά.¹ Χαρακτηριστικό τους είναι ότι ανθίστανται στην ενζυματική διάσπαση μέσα στους ιστούς.²

Ανοξείδωτο Σύρμα: Είναι το δυνατότερο υλικό ράμματος με την καλύτερη δύναμη κόμβων. Ο χειρισμός του απαιτεί βολική φροντίδα για ν' αποφευχθεί στράβωμα του σύρματος και κατά συνέπεια σπάσιμο το οποίο μπορεί να προκαλέσει μακράς περιόδου προβλήματα προκαλώντας πόνο και

προεκβολή του σπασμένου σύρματος μέσα στην περιτονία και το δέρμα.¹ Χρησιμοποιείται για συγκράτηση κυρίως οστών, στην Ορθοπαιδική ή για συρραφή του στέρνου στην Καρδιοχειρουργική.⁸ Στη χειρουργική του στόματος έχει εφαρμοστεί στις αποκαταστάσεις των χειλεοσχιστιών και υπερωιοσχιστιών. Στην υπόλοιπη χειρουργική του στόματος και στην περιοδοντολογία δεν έχει εφαρμογή.²

A. Οργανικά Φυσικά Μη Απορροφήσιμα Ράμματα.

Μετάξι: Το μετάξι είναι μη απορροφήσιμο χειρουργικό ράμμα συντιθέμενο από την οργανική πρωτεΐνη φιμπρίνη. Η πρωτεΐνη αυτή εξάγεται από τα κουκούλια εκτρεφόμενων μεταξοσκωλήκων *bombyx mori* της οικογένειας των βομβυκίδων. Τα νήματα μεταξιού που προορίζονται για παραγωγή πλεκτού μεταξιού απαλλάσσονται από το φυσικό κόμμα και το φυσικό κερί. Μετά από αυτόν τον καθαρισμό τα νήματα μεταξιού επενδύονται με καθαρό κερί.¹³

Ιστορικά το μετάξι κρατά ένα μεγάλο ρεκόρ ως υλικό ράμματος στη χειρουργική, προτεινόμενο από τον Kocher για να μειώσει την παρατηρούμενη από τον ίδιο συχνότητα λοίμωξης από τα ράμματα catgut. Ο κύριος λόγος για την επίμονη χρησιμοποίησή του είναι ο εξαιρετικός χειρισμός του και τα χαρακτηριστικά των κόμβων, αν και αυτό είναι μια φτωχή εκλογή ράμματος όταν σχετίζεται με την συχνότητα λοίμωξης, αντίδρασης και διάρκειας της δύναμής του.¹ Τα ράμματα μεταξιού ενδείκνυται για συγκράτηση μαλακών ιστών σε επαφή και / ή συγκόλληση, συμπεριλαμβανομένων οφθαλμολογικών και νευρολογικών επεμβάσεων.¹³ Ακόμη χρησιμοποιείται σε περιπτώσεις περιόδου τραχήλου της μήτρας, καθώς και σε καρδιαγγειακές επεμβάσεις.^{14,15,16}

Τα ράμματα μεταξιού προκαλούν μια αρχική φλεγμονώδη αντίδραση στον ιστό, ακολουθούμενη από σταδιακή δημιουργία κάψας γύρω από το ράμμα από ινώδη συνδετικό ιστό. Παρόλο που τα ράμματα μεταξιού είναι μη απορροφήσιμα υφίστανται όμως σταδιακή υδρόλυση *in vivo* (στον ιστό) και μπορεί να χάσουν όλη την αντοχή τους με το χρόνο.

Στις παρενέργειες που συνδέονται με τη χρήση αυτού του ράμματος συγκαταλέγονται αλλεργικές αντιδράσεις ατόμων που έχουν ευαισθησία στο

μετάξι, αρχική φλεγμονώδης αντίδραση και τοπικός ερεθισμός στη θέση της πληγής. Όπως κάθε ξένο σώμα, το ράμμα μεταξιού μπορεί να επιδεινώσει μια προϋπάρχουσα μόλυνση.¹³

Βαμβάκι: Κατασκευάζεται από μακριές ίνες βαμβακιού περιελιγμένες με τρόπο που μοιάζει με το μετάξι.² Είναι ουσιαστικά πιο ιδεώδες από το μετάξι σε σχέση με την αντίδρασή του και την ικανότητα πρόκλησης λοίμωξης. Αν και ελάχιστα πιο διαρκές από το μετάξι, το κύριο μειονέκτημά του είναι ο φτωχός χειρισμός του όταν είναι βρεγμένο.¹ Η χρήση του στη στοματική κοιλότητα είναι περιορισμένη διότι αφενός μεν η καταστροφή του προάγει τη δράση των μικροβίων, και αφετέρου η περιορισμένη του αντοχή δεν καλύπτει τις ανάγκες.²

B. Οργανικά Συνθετικά Μη Απορροφήσιμα Ράμματα.

Τα οργανικά συνθετικά μη απορροφήσιμα ράμματα κατασκευάζονται από πολυεστέρες – πολυπροπυλένιο και πολυαμιδή. Κατά κύριο λόγο είναι μονόκλωνα ράμματα με υψηλή αντοχή. Δημιουργούν ελάχιστη αντίδραση στους ιστούς και δεν παρέχουν κατάλυμα στα βακτηρίδια. Ως μειονέκτημα αναφέρεται ο υπερβολικά μεγάλος αριθμός κόμπων που απαιτείται.¹

Το **γραμμικό πολυαιθυλένιο** είναι ένα συνθετικό υλικό που περιλαμβάνει μια ομάδα από οχτώ θερμοπλαστικές συνθετικές ρητίνες, που κατασκευάζονται σε ράμμα με διαδικασία πίεσης. Σαν μονόκλωνο συνθετικό μη απορροφήσιμο υλικό είναι λείο, μαλακό και ευλύγιστο. Το υλικό αυτό είναι κάπως λιγότερο ελαστικό από άλλα συνθετικά ράμματα και προκαλεί ελάχιστη ιστική αντίδραση.

Το γραμμικό πολυαιθυλένιο έχει πολύ μεγάλη ελαστικότητα και αντοχή και λόγω της ομαλότητάς του διαπερνά εύκολα τους ιστούς. Χρησιμοποιείται στο κλείσιμο τραυμάτων του δέρματος, και σε αγγειακές αναστομώσεις. Λόγω της ευκολίας στη χρήση, της αντοχής και της ελάχιστης ιστικής αντίδρασης, είναι μια εξαιρετική επιλογή για τις περισσότερες οδοντιατρικές εφαρμογές.

Το **Nylon (polyamide)** διατίθεται μονόκλωνο και πολύκλωνο. Παρουσιάζει σημαντική ελαστικότητα και σε μικρά μεγέθη αποτελώντας έτσι πολλές φορές υλικό επιλογής για τη μικροχειρουργική. Υπάρχουν παραλλαγές

των ιδίων ραμμάτων που διατίθενται με επικάλυψη από σιλικόνη ή Teflon. Στις περιπτώσεις αυτές έχει ακόμα μεγαλύτερη αντοχή.

Το Νο 4/0 μονόκλωνο ράμμα Nylon προτιμάται, σαν βελτίωση του Dermalon, για κλείσιμο τομών δέρματος επειδή είναι λιγότερο άκαμπτο και ακανθώδες και το Νο 5/0 μονόκλωνο Nylon ράμμα ενωμένο με σφυρηλατημένη βελόνα για εξωτερικές τομές στο πρόσωπο.² Ένα μόσχευμα 7,5 mm. που συρράπτεται με συνεχές ράμμα 10/0 Nylon ίσως να δίνει τα καλύτερα αποτελέσματα στην διαμπερή κερατοπλαστική επί ερπητικής κερατίτιδας.¹⁷ Το πλεγμένο ράμμα από Nylon συνήθως είναι βαμμένο μαύρο και έχει ανάλογη ευχρηστικότητα, ικανότητα σχηματισμού κόμπων και ορατότητα με το πλεγμένο μετάξι, αλλά προκαλεί πολύ λιγότερες αντιδράσεις από τους ιστούς του τραύματος. Ο ρυθμός μόλυνσης των ιστών που έχουν συρραφεί με πολύκλινα ράμματα από Nylon είναι σημαντικά μικρότερος από οποιαδήποτε άλλα μη απορροφήσιμα πολύκλινα ράμματα. Το Nylon διογκώνεται και χάνει κάποια από την αντοχή του μετά από ένα χρόνο, αλλά αυτό δεν φαίνεται να έχει καμία πρακτική σημασία.

Το **Dacron** κατασκευάζεται από συνθετικές πολυεστερικές πλεγμένες ίνες και υπάρχει σε πολλές μορφές με ή χωρίς σιλικόνη. Είναι το πιο ανθεκτικό μη μεταλλικό υλικό που υπάρχει σήμερα. Η μεγάλη ελαστικότητά του και αντοχή διατηρούνται απεριόριστα στους ιστούς. Προκαλεί μικρή ιστική αντίδραση και παρέχει ασφάλεια κόμπων. Η πρόκληση μειωμένης ιστικής αντίδρασης προάγει την ταχύτερη επούλωση και την άνεση του ασθενούς. Η ιστική αντίδραση σ' αυτό το υλικό είναι παρόμοια μ' αυτή του μεταξιού, πλην όμως η συνολική του αντίδραση είναι σημαντικά μικρότερη.

Το ράμμα από Dacron χρησιμοποιείται όταν απαιτείται ένα ανθεκτικό μη απορροφήσιμο ράμμα που δεν προκαλεί αντιδράσεις σε γενικές, οφθαλμολογικές και ορθοπεδικές επεμβάσεις. Το υψηλό επίπεδο αντοχής και η μικρή πρόκληση ιστικής αντίδρασης κάνουν το ράμμα αυτό πρώτη επιλογή στην καρδιαγγειακή χειρουργική. Σημαντική ακόμα φαίνεται ότι είναι η συμβολή του στη χειρουργική αποκατάσταση των σχιστιών.

Το **πολυπροπυλένιο (Prolene)** διατίθεται σε διαφανή και βαμμένη μπλε μορφή. Είναι μονόκλωνο, εξαιρετικής διαπερατότητας, ελάχιστα τραυματικό, με μεγάλη ελαστικότητα. Παρουσιάζει πολύ μικρή

θρομβογεννητικότητα, γεγονός που έχει μεγάλη σημασία στην αγγειοχειρουργική.

Άλλες σημαντικές του ιδιότητες είναι ότι δεν διαβρέχεται από το αίμα, δεν εξασθενεί από τα ιστικά ένζυμα και διατηρεί τις φυσικές του ιδιότητες για πολύ χρόνο. Οι ιδιότητες αυτές το κάνουν πολύ χρήσιμο στην πλαστική χειρουργική. Στη χειρουργική του στόματος και στην περιοδοντολογία μπορεί να καλύψει το μεγαλύτερο μέρος των αναγκών με άριστα αποτελέσματα.² Τέλος χρησιμοποιείται σε επεμβάσεις γαστρο – δωδεκαδακτυλικής αναστόμωσης.¹⁸

Μια μεγάλη ποικιλία ιστών, μετάλλων και πλαστικών υλικών έχει χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για την ενίσχυση ή την αντικατάσταση αυτοχθόνων ιστών κατά τη θεραπεία των κηλών του κοιλιακού τοιχώματος. Σήμερα τα υλικά που χρησιμοποιούνται στην εγχειρητική των κηλών είναι κατά κανόνα συνθετικά, από τα οποία τα πιο διαδεδομένα είναι το πλέγμα πολυπροπυλενίου και το πλέγμα πολυεστέρα.

Το πλέγμα πολυπροπυλενίου υψηλής πυκνότητας εισήχθη στις ΗΠΑ στις αρχές της δεκαετίας του '60 και έχει χρησιμοποιηθεί σε χιλιάδες περιστατικών για την επανόρθωση ελλειμμάτων του κοιλιακού και θωρακικού τοιχώματος. Είναι ισχυρό και ανθεκτικό προκαλεί ελάχιστη αντίδραση στους ιστούς και είναι ανεκτό ακόμη και επί παρουσίας τοπικής λοίμωξης. Είναι το πιο διαδεδομένο υλικό στην προσθετική χειρουργική των κηλών στις δε ΗΠΑ χρησιμοποιείται σχεδόν κατά αποκλειστικότητα.

ΕΝΔΕΙΞΕΙΣ

- ü Απώλεια ιστών. Η περισσότερο επιτακτική ένδειξη χρησιμοποίησης πλέγματος στη χειρουργική των κοιλιακών τοιχωμάτων είναι η απώλεια μυοαπνευρωτικών ιστών λόγω χειρουργικής αφαίρεσης, τραυματισμού ή τοπικής σήψης.
- ü Δυσαναλογία μεταξύ όγκου της κήλης και ενδοκοιλιακής χωρητικότητας. Το κοιλιακό τοίχωμα έχει την ικανότητα μεταβάλλοντας το μυϊκό του τόνο να προσαρμόζει τη χωρητικότητα της περιτοναϊκής κοιλότητας στις τρέχουσες ανάγκες, οι οποίες υπαγορεύονται από φυσιολογικές ή παθολογικές καταστάσεις. Η ιδιότητα αυτή επί χρονίας βάσεως είναι πολύ σημαντική

ενώ επί οξείας βάσεως είναι περιορισμένη. Σε μεγάλες και χρόνιες κήλες όπου ένα σημαντικό μέρος των σπλάγχχνων βρίσκεται μονίμως εκτός του περιτοναϊκού χώρου, ο μυϊκός τόνος των κοιλιακών τοιχωμάτων και κατ' επέκταση η χωρητικότητα της περιτοναϊκής κοιλότητας έχει προσαρμοστεί στη νέα κατάσταση ούτως ώστε η περιτοναϊκή κοιλότητα είναι αδύνατον να φιλοξενήσει το περιεχόμενο της κήλης μετά από εγχειρητική ανάταξη χωρίς ειδική προεγχειρητική προετοιμασία. Η εγχειρητική ανάταξη μιας γιγαντιαίας κήλης με τον ασθενή υπό μυοχάλαση συνήθως δεν παρουσιάζει πρόβλημα αλλά μετά το τέλος της αναισθησίας και την αποκατάσταση του μυϊκού τόνου των κοιλιακών τοιχωμάτων ο οργανισμός καλείται ακαριαία ν' ανταποκριθεί στη νέα κατάσταση πράγμα που είναι αδύνατο. Η απότομη αύξηση του ενδοκοιλιακού περιεχομένου πιέζοντας την κάτω κοίλη φλέβα και το διάφραγμα μειώνει την επιστροφή του φλεβικού αίματος στην καρδιά και επιβαρύνει την αναπνευστική λειτουργία. Ο ασθενής ή θα πεθάνει από shock και ασφυξία ή θα οδηγηθεί στο χειρουργείο για αφαίρεση των ραμμάτων και επαναφορά της κήλης. Ο ιδανικός τρόπος επιδιόρθωσης μιας κήλης όταν υπάρχει δυσαναλογία μεταξύ όγκου της κήλης και της ενδοκοιλιακής χωρητικότητας είναι με τη χρήση αυτοχθόνων ιστών μετά την αγωγή δια προοδευτικού πνευμονοπεριτόναιου κατά την οποία σε διάρκεια ημερών ή εβδομάδων διατείνονται τα κοιλιακά τοιχώματα με την επανειλημμένη ενδοπεριτοναϊκή εμφύσηση αέρα. Η χρήση πλέγματος πολυπροπυλενίου παρακάμπτει τα πρακτικά προβλήματα που σχετίζονται με την εφαρμογή της αγωγής του πνευμονοπεριτόναιου το σπουδαιότερο απ' τα οποία είναι η πολυήμερη θεραπεία.

- ü Βουβωνοκήλες. Οι ενδείξεις για την εφαρμογή πλέγματος στις βουβωνοκήλες δεν είναι σαφώς καθορισμένες και παραμένουν εν πολλοίς θέμα προσωπικής εκτίμησης και προτίμησης, αν και οι θιασώτες της χρησιμοποίησης πλέγματος σε όλες τις βουβωνοκήλες συνεχώς αυξάνονται.
- ü Διάσπαση τραύματος. Η μετεγχειρητική διάσπαση τραύματος συνήθως αντιμετωπίζεται με άμεση συρραφή χρησιμοποιώντας ράμματα τάσεως ή ράμματα ολικού πάχους. Επί παρουσίας τοπικής σήψης λόγω της

απώλειας ιστών και της φλεγμονής τα ράμματα τάσεως συχνά επιπλέκουν το πρόβλημα αντί να το λύσουν. Το 1975 οι Gilsdorf και Shea ανακοίνωσαν 6 περιστατικά όπου χρησιμοποίησαν πλέγμα πολυπροπυλενίου για τη σύγκλειση διασπασθέντος τραύματος λόγω διαπύησης με ενθαρρυντικά αποτελέσματα.

ü Εξασθένιση απονευρωτικού ιστού

ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ

ü Διαπύηση.

ü Επιπλοκές από τη γεινίαση πλέγματος και αναστόμωσης.

ü Ορώδης συλλογή. Η τοποθέτηση πλέγματος πολυπροπυλενίου για επανόρθωση ελλειμμάτων του κοιλιακού τοιχώματος συνοδεύεται τόσο συχνά από τη συλλογή ορώδους αντιδραστικού υγρού, ώστε αυτό το φαινόμενο μετά βίας μπορεί να χαρακτηριστεί σαν επιπλοκή.

ü Επιπλοκές βουβωνοκηλών. (διόγκωση του όρχεως, θρομβοφλεβίτιδα του σπερματικού τόνου, υδροκήλες).

ü Άλλες επιπλοκές όπως αναπνευστική ανεπάρκεια, ανακοπή, υφηπατικό απόστημα κ.α. που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί.¹⁹

4.2.3 Αυτόματα Συρραπτικά (Staples)

Η εφαρμογή των αγκτήρων (clips) στη συρραφή των ιστών δεν αποτελεί πρόσφατη επίτευξη. Ήδη το 1908 ο Hultl στη Βουδαπέστη χρησιμοποίησε συρραπτική μηχανή βάρους 3,5 Kgr , η οποία αποτέλεσε την πρόδρομο των γνωστών λαβίδων von Petz και Nakayama.

Η αρχική έρευνα, επάνω στις αναστομωτικές συρραπτικές μηχανές οφείλεται στους Ρώσους, οι οποίοι σχεδίασαν το 1950 την ειδική για αναστομώσεις αγγείων λαβίδα. Η λαβίδα αυτή αποτέλεσε τη βάση της κατασκευής ολόκληρης σειράς αναστομωτικών μηχανών που αφορούν τόσο τα αγγεία όσο και στο γαστρεντερικό σωλήνα.

Η αναστόμωση του εντέρου με συρραπτική μηχανή διαδόθηκε στο δυτικό τουλάχιστον κόσμο κατά τα τελευταία 2 ή 3 χρόνια, μετά την κατασκευή στις ΗΠΑ της αναστομωτικής μηχανής, EEA stapler. Η μηχανή αυτή, η οποία αποτελεί βελτιωμένο τύπο του ρωσικού προτύπου 249 και πήρε την ονομασία

της από τα αρχικά των λέξεων End – to – End Anastomosis, σχεδιάστηκε αρχικά για την τελικό – τελική αναστόμωση του ορθού. Η χρήση της όμως επεκτάθηκε και στις εγχειρήσεις των υπολοίπων τμημάτων του παχέος εντέρου, του λεπτού εντέρου και του κατώτερου οισοφάγου.

Η συρραπτική μηχανή εντέρου, EEA stapler, αποτελείται από το κυρίως όργανο που έχει τη μορφή πιστολιού με λαβή, σκανδάλη και άξονα και του δόθηκε ανεπίσημα η ονομασία «πιστόλι» (gun) και από την κεφαλή που αποτελείται και αυτή από δύο μέρη ανάμεσα στα οποία γίνεται η αναστόμωση. Στο ρωσικό τύπο η κεφαλή είναι πολλαπλών χρήσεων, ενώ στο βελτιωμένο αμερικανικό τύπο είναι μιας χρήσεως.

Η εφαρμογή της συρραπτικής μηχανής δεν αλλάζει τίποτα στην τεχνική της εγχείρησης της πρόσθιας εκτομής του ορθού, ως την φάση της τοποθέτησής της.²⁰ Τα κύρια πλεονεκτήματα που μας προσφέρει η χρήση των αυτόματων συρραπτικών στην πρόσθια εκτομή του παχέος εντέρου, είναι η ελάττωση του διεγχειρητικού χρόνου και η δυνατότητα αποφυγής της κοιλιοπερινεϊκής εκτομής σε πολλές περιπτώσεις χωρίς να επηρεάζονται τα αποτελέσματα της επέμβασης όσον αφορά την επιβίωση του ασθενούς από την κακοήγη νόσο του.²¹ Οι κυκλικοί αναστομωτήρες EEA και Premium EEA έχουν συμβάλει στην αύξηση του αριθμού των χαμηλών πρόσθιων εκτομών και στη δημιουργία πολύ χαμηλών αναστομώσεων, χωρίς να διακινδυνεύεται η ασφάλεια της αναστόμωσης²²

Η εφαρμογή της συρραπτικής μηχανής EEA stapler αίρει τις δυσκολίες της παραδοσιακής αναστόμωσης με διακεκομμένες ραφές, κρατά το χειρουργικό πεδίο καθαρό, περιορίζει κάπως το χρόνο της εγχείρησης, δίνει τη δυνατότητα σε χαμηλότερη εκτομή και κατασκευάζει αναστόμωση καθαρή, ομαλή και άνετη.

Όσον αφορά τις μετεγχειρητικές επιπλοκές, όλοι συμφωνούν ότι είναι λιγότερες από τις επιπλοκές της αναστόμωσης με τις συνήθεις ραφές και ότι η μετεγχειρητική πορεία των ασθενών αυτών είναι πιο ομαλή. Οι συχνότερες επιπλοκές που αναφέρονται οφείλονταν στην διαρροή από την αναστόμωση. Άλλες σπανιότερες επιπλοκές υπήρξαν η ουλώδης στένωση της αναστόμωσης, το ορθοκολπικό συρίγγιο, η σχετική ακράτεια κοπράνων, η αιμορραγία από την αναστόμωση κ.α.²⁰

Τα αυτόματα συρραπτικά μηχανήματα χρησιμοποιούνται και σε επεμβάσεις όπως η ουρητηροειλεοδερμοστομία, συμβάλλοντας στην συντόμευση του χειρουργικού χρόνου, που εν πάση περιπτώσει δεν είναι πολύ μεγαλύτερος από εκείνον που απαιτείται για μια αμφοτερόπλευρη ουρητηροστομία στο δέρμα.²³

Η χρήση των συρραπτικών μηχανημάτων στη χειρουργική του οισοφάγου και του στομάχου, κατέχει σημαντικότερη θέση, ίσως την πιο σημαντική, ίσης ή παρεμφερούς αξίας με αυτήν που κατέχει στη χειρουργική του ορθού. Στον οισοφάγο ουσιαστική χρήση των συρραπτικών εργαλείων γίνεται σε 2 γενικές κατηγορίες χειρουργικών παθήσεων. Στην αντιμετώπιση των εκκολπωμάτων του οισοφάγου και στις περιπτώσεις οισοφαγεκτομών με συνοδό αποκατάσταση της συνέχειας του πεπτικού σωλήνα, με δημιουργία, σωληνωτών γαστρικών κρημνών ή όχι.²⁴

4.3 ΑΠΟΣΤΕΙΡΩΣΗ ΚΑΙ ΣΩΣΤΗ ΧΡΗΣΗ ΤΩΝ ΡΑΜΜΑΤΩΝ.

Την πορεία της εξέλιξης της σύνθεσης, αποστείρωσης και συσκευασίας των ραμμάτων πρέπει να γνωρίζει και να ακολουθεί και ο Νοσηλευτής χειρουργείου. Η εμφάνιση των ραμμάτων στα χειρουργεία έγινε σε καρούλια. Ο Νοσηλευτής έπρεπε να τα κόψει στο σωστό μέγεθος, να τα αποστειρώσει και να μεριμνά για την διατήρηση της αποστείρωσής τους.

Όλη η διαδικασία είχε ως εξής:

- Τύλιγμα του ράμματος προσεκτικά σε ειδικό γυάλινο μπουκαλάκι
- Αποστείρωση με βρασμό
- Τοποθέτηση κατά μέγεθος σε γυάλινα βάζα με οινόπνευμα.
- Αναγραφή του είδους ράμματος και την ημέρας αποστείρωσης έξω από το βάζο.
- Επανάληψη της αποστείρωσης κάθε 15 μέρες.

Τα ράμματα αποστειρώνονταν το πολύ 3 φορές (αυτό γινόταν παλαιότερα).

Η εξέλιξη της τεχνολογίας και οι αυξημένες απαιτήσεις της χειρουργικής, ανάγκασαν τις εταιρίες ραμμάτων στην εξεύρεση λειτουργικότερων

συσκευασιών πιο απλών στη χρήση τους. Έτσι το έργο του Νοσηλευτή έγινε πιο εύκολο.

Η σωστή χρήση των ραμμάτων συνιστά:

- Σταδιακό έλεγχο της ημερομηνίας λήξης της αποστείρωσης.
- Προσεκτικό έλεγχο της συσκευασίας του ράμματος πριν ανοιχθεί
- Προσεκτική ταξινόμηση και τοποθέτηση των ραμμάτων στις βιτρίνες χειρουργείων για την αποφυγή λάθους.
- Να μην ανοίγονται πολλά ράμματα στην αρχή της επέμβασης.
- Έλεγχος του ράμματος για τυχόν κόμβους και της αντοχής του πριν δοθεί στον χειρουργό.
- Γνώση των χαρακτηριστικών κάθε ράμματος.
- Γνώση του κοστολογίου τους.

Όσο πιο πολύ εξελίσσονται τα ράμματα και η συσκευασία τους τόσο περισσότερο αυξάνεται το κοστολόγιό τους. Γι' αυτό ο Νοσηλευτής πρέπει να γνωρίζει εκτός των άλλων ιδιοτήτων τους και το κοστολόγιό τους, ούτως ώστε να αποφεύγεται η σπατάλη.

4.4 ΕΚΛΟΓΗ ΤΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΡΑΜΜΑΤΩΝ.

Ποια υλικά ραμμάτων πρέπει να εκλεγούν για τη συρραφή των ιστών και την αποκατάσταση των τραυμάτων είναι μια μόνιμη ερώτηση. Την απάντηση σ' αυτή την ερώτηση πρέπει να την έχει ο Νοσηλευτής γνωρίζοντας τα χαρακτηριστικά και τις ιδιαιτερότητες κάθε ράμματος, έτσι ώστε να μην αποτελεί απλώς εκτελεστικό όργανο κατά την διάρκεια της επέμβασης αλλά και για να έχει την δυνατότητα να προτείνει κάποιο άλλο ράμμα σε τυχόν έλλειψη του ζητηθέντος.

Κάθε χειρουργικό ράμμα έχει ένα ή περισσότερα χαρακτηριστικά που το καθιστούν κατάλληλο για διαφορετικές εφαρμογές, σε διάφορα σημεία του σώματος. Η εκλογή του ράμματος διαφέρει επίσης από χειρουργό σε χειρουργό και είναι αποτέλεσμα αποφασιστικών παραγόντων όπως είναι η πείρα του χειρουργού, η προσωπική του προτίμηση, οι αρχές της φροντίδας τραυμάτων (καθαρότητα, μετάγγιση αίματος, αιμόσταση κ.α.) και η κατανόηση του ασθενή (ιστορικό και φυσική εξέταση).

Παλαιότερα η εκλογή βασιζόταν κυρίως στην μηχανική αντοχή του ράμματος και στον βαθμό μηχανικής στήριξης που αυτό πρόσφερε στον ιστό κατά την περίοδο της επούλωσης. Ο χειρουργός είχε να εκλέξει μεταξύ ενός απορροφήσιμου ράμματος (Catgut) και ενός απορροφήσιμου (Μετάξι).

Σήμερα ο χειρουργός, εκτός από την μεγάλη ποικιλία ραμμάτων που έχει στη διάθεσή του, έχει επίσης και μια αρκετά μεγάλη ποικιλία βιολογικών δεδομένων η οποία τον βοηθά στην εκλογή του κατάλληλου ράμματος για μια συγκεκριμένη εγχείρηση.

Τα βασικά σημεία που λαμβάνονται υπόψη πριν την εκλογή του κατάλληλου ράμματος είναι τα ακόλουθα:

- ∅ Το ράμμα πρέπει να έχει την αυτή τουλάχιστον αντοχή με τον ιστό (στην φυσιολογική του κατάσταση) στον οποίο θα χρησιμοποιηθεί.
- ∅ Να εξετάζεται κατά πόσο ο ιστός θα ελαττώσει την αντοχή του ράμματος και ποιος ο πιθανός βαθμός με τον οποίο το ράμμα θα χάνει την αντοχή του.
- ∅ Κατά πόσο το ράμμα μεταβάλλει βιολογικώς την επούλωση του τραύματος.
- ∅ Τα πολύ μολυσμένα τραύματα, τα ισχαιμικά τραύματα ή τραύματα λευχαιμικών, ανοσοκατασταλμένων ή υποσιτιζόμενων ασθενών ίσως είναι καλύτερα να αντιμετωπίζονται χωρίς ράμματα αλλά με μία προσεκτική επίδεση, με αποστειρωμένα κολλητικά strips. Ακόμη, μερικές καταστάσεις απαιτούν ράψιμο άσχετα με την κατάσταση του ασθενή.
- ∅ Πρέπει να αποφεύγεται η χρησιμοποίηση πολύκλωνων (συνθετικών ή φυσικών) ραμμάτων και των απλών Catgut εκεί όπου υπάρχει τάση μόλυνσης.

Η απαγόρευση της χρήσης των πολύκλωνων και του Catgut έχει τις ρίζες της στο γεγονός ότι τα μεσοδιαστήματα μεταξύ των νημάτων των πολύκλωνων ραμμάτων προσφέρουν υπόστρωμα στον πολλαπλασιασμό βακτηριδίων. Βακτηριακοί πολλαπλασιασμοί δυνατόν να εμφανιστούν σε οποιοδήποτε ράμμα του οποίου η επιφάνεια έχει υποστεί οποιαδήποτε αλλοίωση είτε λόγω πολλαπλής χρήσης. Ήταν δύσκαμπτα, πολύπλοκα και δύσκολα στη χρήση τους καθώς επίσης απαιτούσαν μεγάλο χρόνο και κόπο προετοιμασίας.

Την τελευταία δεκαετία έχει επιτευχθεί μεγάλη ανάπτυξη στα Α.Σ. με αποτέλεσμα την αντικατάσταση της κλασικής μεθόδου συρραφής (ράμματα) σε όλες σχεδόν τις χειρουργικές πράξεις. Τα συρραπτικά όργανα έχουν ευρύ φάσμα εφαρμογής στη γενική χειρουργική διευκολύνοντας τον χειρουργό στην απολίνωση και διαίρεση – αγγείων, στις αναστομώσεις (ευθείες και κυκλικές), στην τοποθέτηση αιμοστατικών κ.λ.π., στο κλείσιμο περιτονίας και δέρματος. Η χρησιμοποίησή τους (Α.Σ.) μπορεί να μειώσει τον χειρουργικό χρόνο ικανοποιητικά, τον χρόνο υπό την αναισθησία, την απώλεια αίματος, τον χειρισμό των ιστών και του τραύματος και ακόμη διευκολύνει στην μετεγχειρητική πορεία του ασθενή.

Τα συρραπτικά όργανα, αν και συμβάλλουν στην ταχύτητα, αποτελεσματικότητα και στην ασφάλεια των αναστομώσεων έχουν μερικά μειονεκτήματα.

Η διάγνωση της κατάστασης του ασθενή με C.T και NMR scanning είναι δύσκολη, εάν όχι δυνατή σε παρουσία πολλών εσωτερικών μεταλλικών συνδετήρων ακόμη και αυτών της περιτονίας.

Πρόσφατα οι εταιρίες επέκτειναν την χρήση των χειρουργικών staples με την καταπληκτική τεχνολογία Auto – Απορροφήσιμων Staples, με την παραγωγή του υλικού Polysorb, που αυτοδιασπάται στο σώμα, και την χρησιμοποίησή του Τιτανίου το οποίο δεν προκαλεί αντίδραση στους ιστούς (ενώ μέχρι τώρα όλα τα Staples ήταν από ανοξείδωτο χάλυβα, που παρέμεινε αναλλοίωτος στο σώμα).

Μια παλιά αφρικανική μέθοδος συρραφής δέρματος ίσως θα μπορούσε να θεωρηθεί ως ο προκάτοχος των αυτόματων συρραπτικών δέρματος. Η χρησιμοποίηση μυρμηγκιών στη συρραφή δέρματος είναι παράδοση στην Κεντρική Αφρική όπου εφαρμόζεται ακόμη, αλλά σταδιακά εξαφανίζεται λόγω του πολλαπλασιασμού των νοσοκομείων και των κλινικών σε αυτή την ήπειρο.

Κρατώντας τις άκρες της τομής μαζί, ο θεραπευτής τοποθετεί τα μυρμηγκία του γένους *Dorylus* στο τραύμα. Ενστικτωδώς τα μυρμηγκία δαγκώνουν και κλείνουν τα σαγόνια τους σφραγίζοντας την τομή. Ο θεραπευτής κόβει και απομακρύνει τους θώρακες και τις ουρές των μυρμηγκιών, αφήνοντας τα σαγόνια στο τραύμα για μερικές ημέρες έως ότου θεραπευτεί.

Η εξέλιξη στη συρραφή του δέρματος είναι επίδραση του τραύματος – Ατσάλινα κλιπ – κολλητικά strips – αυτόματα συρραπτικά.

Ολόκληρη η σειρά των μιας χρήσεως Α.Σ. αντιπροσωπεύει μια αξιολογη βελτίωση ενάντια στους σχετικά αδέξιους και πολύπλοκους μεταλλικούς τους προκατόχους. Όμως όλη αυτή η εξέλιξη των συρραπτικών δεν απαλλάσσει τον χειρουργό και την χειρουργική ομάδα από τον σεβασμό των κανόνων της άσηπτης τεχνικής και της εγχειρητικής όπως καθαριότητα, τραυματική προσεκτική αιμόσταση, σεβασμό στην βιωσιμότητα των ιστών και την παροχή αίματος, χρήση υγιούς ελεύθερου ασθενείας ιστού και αναστομώσεις χωρίς τάση.

Ένα άλλο σημείο το οποίο θα πρέπει να αναφερθεί είναι το υψηλό κόστος των συρραπτικών. Μελέτες όμως απέδειξαν ότι η σωστή χρησιμοποίηση των συρραπτικών επιφέρει σημαντική μείωση του ενδονοσοκομειακού κόστους νοσηλείας και των μετεγχειρητικών ημερών παραμονής του ασθενούς προς αποθεραπεία.

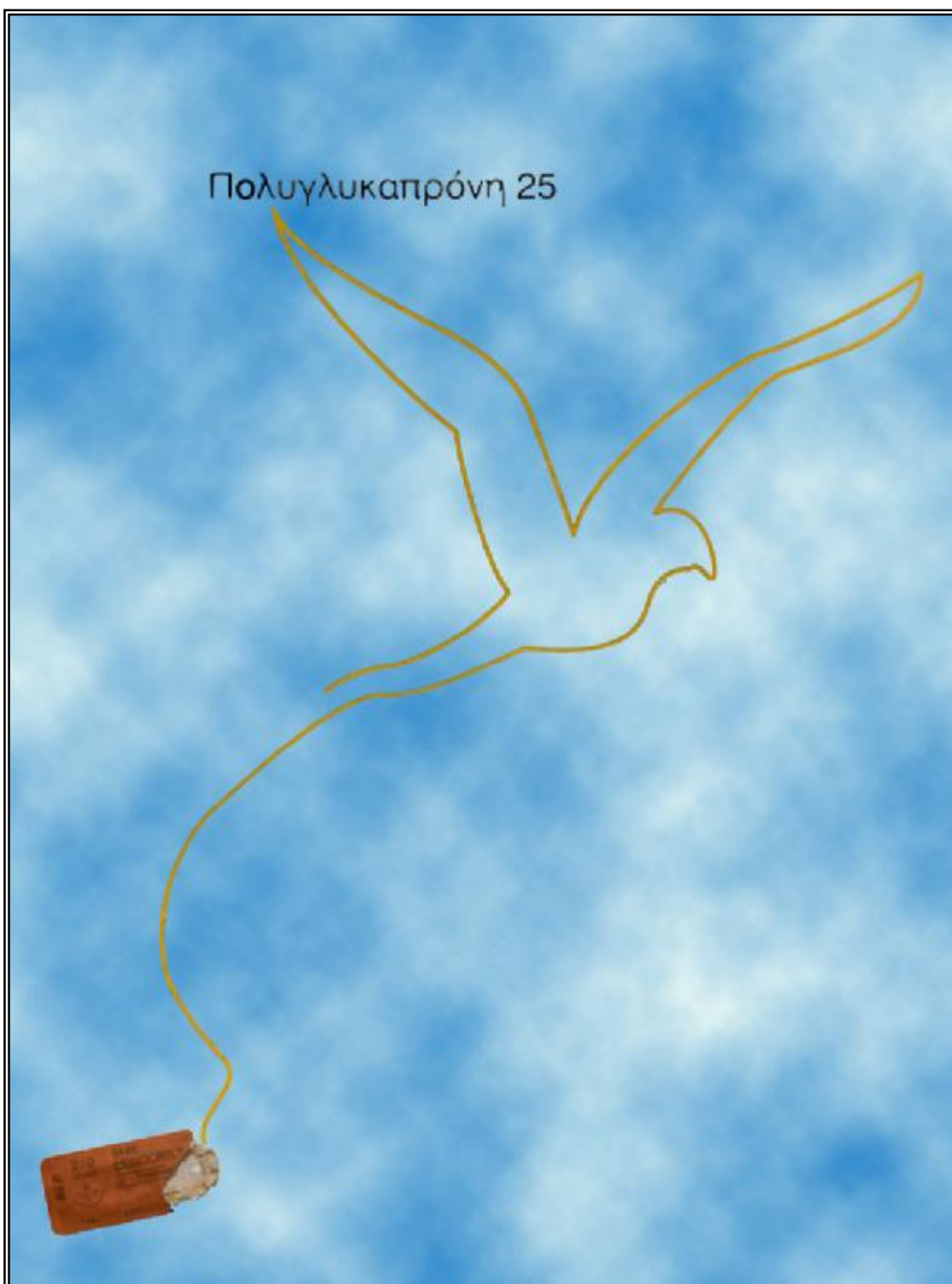
Το μεγαλύτερο πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου συρραφής, δηλαδή η συνύπαρξη ασφάλειας, οικονομίας και ταχύτητας, προϋποθέτει:

- ┆ Γνώσεις των ιδιοτήτων κάθε συρραπτικού
- ┆ Παράλληλη θεωρητική και πρακτική κατάρτιση.
- ┆ Εκλογή του κατάλληλου συρραπτικού.
- ┆ Έλεγχο της συσκευασίας πριν ανοιχθεί.
- ┆ Να ανοίγονται την κατάλληλη στιγμή και εφόσον η χρησιμοποίησή τους είναι σίγουρη.
- ┆ Τήρηση των κανόνων άσηπτης τεχνικής.
- ┆ Προσεκτικός χειρισμός.
- ┆ Γνώση του κόστους τους για αποφυγή σπατάλης.

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι η εξέλιξη της συρραφής των ιστών πέρασε από πολλά στάδια για να καταλήξει σήμερα στην αυτόματη συρραφή με την χρήση των αυτόματων συρραπτικών, χωρίς βέβαια να αποκλείει τις γνώσεις της κλασικής μεθόδου των ραμμάτων και όλων των προκατόχων του.

«Ιατρική δε πάντα πάλαι υπάρχει και αρχή και οδός ευρημένη, καθ' ην και τα ευρήματα πολλά τε και καλώς έχοντα εύρηται εν πολλώ χρόνω και τα λοιπά ευρεθήσεται ην τις ικανός τε εών και τα ευρημένα ειδώς, εκ τούτων ορμώμενος ζητήη». (Ιπποκράτης , Αρχ. Ιατρ. 1,572)

Με αυτά τα λόγια ο πατέρας της Ιατρικής, ο Μέγας Ιπποκράτης, θέλησε να δείξει ότι δεν μπορεί να υπάρξει πρόοδος στο μέλλον χωρίς γνώση των κεκτημένων του παρελθόντος.¹



ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5.1 ΤΑ ΔΙΛΗΜΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ.

«Όμνυμι Απόλλωνα ιητρόν και Ασκληπιόν και Υγείαν και Πανάκειαν και Θεούς πάντας τε και πάσας ίστορας ποιευμένος, επιτελέα ποιήσιν κατά δύναμιν και κρίσιν εμήν όρκον τόνδε και ξυγγραφήν τήνδε.»

Με αυτά τα λόγια από τον όρκο του Ιπποκράτη η νεαρή γυναίκα γίνεται Νοσηλεύτρια ... αφού τελείωσε με επιτυχία τις σπουδές της και έτσι ξεκινάει η σταδιοδρομία της στον κλάδο της Νοσηλευτικής. Είναι όμως γνωστό ότι η επιτυχής σταδιοδρομία απορρέει από την αμφιβολία, η οποία θεωρείται η απαρχή της ηθικής. Αναζητώντας στον χρόνο την ηθική στα ιατρικά επαγγέλματα, τη συναντάμε στον όρκο του Ιπποκράτη 25 αιώνες πριν, αλλά και τώρα να εξακολουθεί να αποτελεί τη βάση όλων των κωδικών της ιατρικής Ηθικής. Πράγματι, μετά την πάροδο αιώνων, χρειάστηκε να αναμοχλεύσουν τους κανόνες της ηθικής και δεοντολογίας το 1947 μετά τις θηριωδίες του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου και να τους επαναπροσδιορίσουν στις ανάλογες διαστάσεις τους ύστερα από τόσες παραβιάσεις που είχαν υποστεί εν ονόματι της προόδου και της επιστημότητας. Το 1966 συνήλθε στο Παρίσι ένα διεθνές συνέδριο με θέμα την ηθική και δεοντολογία και στο οποίο επώθηκαν τα εξής: «Είναι αδύνατη η ύπαρξη ιατρικού ανθρωπισμού άνευ ηθικών βάσεων, οι οποίες στην πληρότητα και στην ολότητά τους προσφέρονται μόνο από τη χριστιανική ηθική». Είναι σημαντικό να συμπορεύονται ο Ιπποκράτης των 25 αιώνων πριν, με το Χριστιανισμό των 20 αιώνων και να καθορίζουν ακόμη τα δεοντολογικά και ηθικά θέματα του λειτουργήματος.

Παράλληλα όμως, όπως είναι γνωστό, η ιατρική είναι μια επιστήμη δυναμική. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα να συμπαρασύρει με την πρόοδο της και όλα τα επαγγέλματα γύρω από αυτήν. Επομένως αυτό έχει σαν συνέπεια να εγκαταλείπονται τα παλιά ιατροκεντρικά μοντέλα, να αδυνατούν καινούριες ειδικότητες, νέες εξειδικεύσεις και κατά συνέπεια επαναδιαπραγματεύονται ρόλοι που παλιά θεωρούνταν δεδομένοι.

Έτσι ο Νοσηλευτής και στην προκειμένη περίπτωση ο Νοσηλευτής χειρουργείου – νεοδιορισμένος σε κάποιο νοσοκομείο έρχεται για πρώτη φορά αντιμέτωπος με την ευθύνη και την αμφιβολία. Η πρώτη επέμβαση, η πρώτη εργαλειοδοσία. Σίγουρα δεν αισθάνεται έτοιμος, είναι η πρώτη φορά. Συνήθως, το πρώτο χειρουργείο είναι και εύκολο, επιλεγμένο για την περίπτωση, - σκωληκοειδίτιδα, βουβωνοκήλη κλπ – αλλά ο φόβος της αδεξιότητας λόγω της απειρίας, της μόλυνσης του χειρουργικού πεδίου κλπ. λειτουργούν επάνω του ανασταλτικά. Είναι πιθανότατα το πρώτο του ηθικό δίλημμα με το οποίο έρχεται αντιμέτωπος. Βέβαια ο όρκος το λει καθαρά: «... του εμέ διδάξαντος και μαθηταίσι συγγεγραμμένοις τε και ωρκισμένοις...» Δηλαδή «... θα μεταδώσω τους επαγγελματικούς κανόνες σε μαθητές που συνδέθηκαν μαζί μου με όρκο...» και είναι πράγματι παλαιότερος και εμπειρότερος Νοσηλευτής αυτός που θα τον θωρακίσει με κουράγιο με το έμπειρο βλέμμα του, τις συμβουλές και τις παραινέσεις του και έτσι τολμά. Είναι σημαντικό όταν θα γίνει έμπειρος με την σειρά του να θυμάται και να τηρεί και αυτός το τρίτο σημείο του όρκου.

«Διαιτήμασί τε χρήσομαι επ ωφέλη καμνόντων κατά δύναμιν και κρίσιν εμήν, επί δηλήσει δε και αδική είρξιν». Δηλαδή «θα χρησιμοποιήσω τη θεραπευτική δίαιτα μόνο για την ωφέλεια των αρρώστων όσο εξαρτάται από τη δύναμη και την κρίση μου, και θα τους προφυλάξω από κάθε βλάβη και αδικία..»

Όφελος των αρρώστων, μια σταδιοδρομία αφιερωμένη με αυταπάρνηση και αυτοθυσία στο σκοπό αυτό. Πόσες φορές γίνεται δυσάρεστος στους γιατρούς όταν προσπαθεί να τους απομακρύνει από το χειρουργείο όταν δεν έχουν άμεση σχέση με αυτό, όταν γίνονται συζητήσεις, υπάρχουν φοιτητές στο χειρουργικό πεδίο κατά τη διάρκεια της επέμβασης και αυξάνει ο κίνδυνος της μόλυνσής του. Είναι γνωστό ότι πρέπει να παρέμβει στο νέο γιατρό, ο οποίος δε γνωρίζει την τεχνική πλυσίματος των χεριών ή λόγω της απειρίας του δεν κινείται σωστά στο χειρουργείο. Είναι γνωστό ότι πρέπει, προς όφελος του ασθενούς, να παρέμβει στο σωστό χρόνο της εγχείρησης και να υπενθυμίσει στους χειρουργούς ότι τα γάντια πρέπει να αλλαχθούν. Σήμερα τα πράγματα έχουν αλλάξει και η υγεία δεν είναι τόσο

ιατροκεντρική. Όμως, από πόσους εκτιμούνται αυτές οι πρωτοβουλίες των Νοσηλευτών;

Προς όφελος του αρρώστου παραβιάζονται τα ωράρια σε εποχές απεργιών όταν δεν είναι δυνατό να αναβληθούν κάποια χειρουργεία, προς όφελος των αρρώστων παραβιάζεται το δωρο λόγω έλλειψης προσωπικού, προς όφελος των αρρώστων δεν εγκαταλείπεται το χειρουργείο την κρίσιμη φάση του αν και ο αντικαταστάτης είναι έτοιμος στο πλάι. Το όφελος του αρρώστου γίνεται συχνά αιτία δυσaráσκειας των ανωτέρων, όταν το καθήκον και η συνείδηση λένε ότι δεν αρκεί ένα έγγραφο ή μια αναφορά στην οποία να αναφέρονται απλώς οι ελλείψεις και η ανεπάρκεια υλικού. Αυτό, το όφελος των αρρώστων, είναι η αιτία απόκτησης γνώσεων, εξειδίκευσης, συνεχούς αγώνα και προσοχής.

Προσοχή στην ετοιμασία των εργαλείων ώστε να προβλέπεται η ύπαρξη οποιουδήποτε εργαλείου υπάρχει πιθανότητα να χρειασθεί κατά τη διάρκεια της επέμβασης, προσοχή στην τοποθέτηση του αρρώστου στο χειρουργικό τραπέζι ώστε να αποφευχθούν επιπτώσεις στην υγεία του ασθενούς από κακή τοποθέτηση, όπως η παροδική παράλυση ή τα εγκαύματα από τη διαθερμία....

Αλλά τα μεγαλύτερα προβλήματα γεννήθηκαν ταυτόχρονα με την πρόοδο της επιστήμης ... όπως για παράδειγμα οι μεταμοσχεύσεις οργάνων. Από τη μία πλευρά ο θάνατος και από την άλλη η ζωή. Έχουν γίνει πολλές φορές συζητήσεις για το θέμα αυτό, διότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει αυξημένη ζήτηση ιστικών μοσχευμάτων ανθρώπινης προέλευσης. Πολλοί νομικοί ασχολήθηκαν με τον προσδιορισμό της χρονικής στιγμής της έλευσης του θανάτου, και με το αν και υπό ποιές συνθήκες δύνανται να διατεθούν ή να φυλαχθούν σε τράπεζες ιστικών μοσχευμάτων ιστοί ή όργανα του ανθρώπινου σώματος. *Το ερώτημα που απασχολεί τους νομικούς είναι αν το ανθρώπινο σώμα, νεκρό πλέον, αποτελεί πράγμα κατά την έννοια του εμπραγμάτου δικαίου και αν είναι έτσι, σε ποιον ανήκει. Αν δηλαδή αρκεί η χρονική μεταβολή από τη ζωή στο θάνατο να μεταβάλει το ανθρώπινο σώμα σε πράγμα ώστε να παραληφθούν τμήματά του.* Με βάση τα παραπάνω και με τη θέληση του νεκρού ο οποίος υποτίθεται εκφράσθηκε ελεύθερα και ενσυνείδητα εν ζωή, για τη μετά το θάνατο του δωρεά οργάνων, στα πλαίσια

του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του ανθρώπινου σώματος, ως ειδικότερης εκδήλωσης του δικαιώματος αυτοδιάθεσης του ανθρώπινου σώματος, ως ειδικότερης εκδήλωσης του δικαιώματος της προσωπικότητας, έστω λοιπόν και χωρίς νομική παρατυπία, αδίκημα, *είναι το δίλημμα των δύο αντίθετων πλευρών είναι η ζωή και ο θάνατος. Είναι το όφελος του δέκτη που συνεπάγεται το θάνατο του δότη.*

Το όφελος του αρρώστου, του αρρώστου με ηπατίτιδα Β, του αρρώστου με AIDS . Από μελέτη που έγινε στην Αμερική, βρέθηκε ότι 1.200 άτομα από το υγειονομικό προσωπικό έχουν μολυνθεί.

Ο ιός του AIDS, ως γνωστόν, μεταδίδεται με την άμεση επαφή με το αίμα, το σπέρμα ή άλλες εκκρίσεις – κολπικές, δάκρυα ανευρίσκεται επιπλέον στο εγκεφαλονωτιαίο υγρό, στο αρθρικό και στο αμνιακό. Εκτός λοιπόν από τη μόλυνση με βελόνες, οξύαιχμα χειρουργικά εργαλεία, μόλυνση μπορεί να γίνει και διαμέσου του βλεννογόνου του στόματος, της μύτης και του επιπεφυκότα, λόγω των εκτινασσόμενων σταγονιδίων αίματος που δημιουργούνται σε εργώδεις εγχειρήσεις, ιδίως στις ορθοπεδικές που χρησιμοποιούνται κόπτες, τρυπάνια κλπ. Στο βωμό του οφέλους του αρρώστου διακινδυνεύεται η προσωπική υγεία.

Είναι γνωστό ότι τα χειρουργεία δεν είναι οι υγιέστεροι χώροι. Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι οι εργαζόμενοι σε τέτοιους χώρους υποφέρουν συχνά από ψυχοσωματικά νοσήματα, λόγω των πολλαπλών στρεσογόνων παραγόντων, όπως είναι η καθυστέρηση ή η αναβολή προγραμματισμένου χειρουργείου, λόγω προηγηθεισών άλλων χειρουργικών επεμβάσεων, η κακή οργάνωση, οι λίστες αναμονής των δημοσίων νοσηλευτηρίων. Όλα αυτά επιδεινώνουν την κατάσταση του στρες. Επίσης, ο φόρτος εργασίας και η συνεχής εγρήγορση, η ευσυνειδησία, η υπευθυνότητα, η συνεργασία παίζουν σημαντικό ρόλο στη δημιουργία του άγχους. Αποτέλεσμα, νοσήματα με ψυχοσωματικό υπόστρωμα, όπως οι πονοκέφαλοι, οι ημικρανίες, οι διαταραχές της μνήμης, η κολίτιδα, το έλκος, η γαστρίτιδα κλπ.

Εκτός από τα παραπάνω, βρέθηκε ότι άνω του 50% των εργαζομένων πάσχουν από κισσούς των κάτω άκρων και αιμορροΐδες σαν αποτέλεσμα της πολύωρης ορθοστασίας. Οι δερματίτιδες από την επαφή με χημικά σαπούνια

για τον καθαρισμό των χεριών πριν από το χειρουργείο είναι ένα άλλο καθημερινό πρόβλημα.

Επίσης, τα αναισθητικά αέρια (πρωτοξειδίο του αζώτου, αλοθάνιο φλουράνιο κλπ), η χρόνια έκθεση σε αυτούς τους παράγοντες, καθώς και η ανεπαρκής ανανέωση του αέρα των χειρουργείων, σε συνάρτηση με τον έντονο φωτισμό και τις υψηλές θερμοκρασίες που αναπτύσσονται, μπορούν να προκαλέσουν αδυναμία στη συγκέντρωση. Εάν προστεθεί και ηχορύπανση από κλιματιστικά, αναρροφήσεις, αναπνευστήρες κλπ αιτιολογούνται οι πονοκέφαλοι των εργαζομένων στα χειρουργεία. Είναι γνωστό ότι το αλοθάνιο, το μεξοφλουράνιο, τριχλωρεθολαίνιο είναι τοξικά για το ήπαρ, πιθανολογούνται δε και καρκινογενέσεις από αυτά.

Τέλος, τα Laser που χρησιμοποιούνται πλέον στη σύγχρονη χειρουργική εγκυμονούν κινδύνους ανάφλεξης του αναισθητικού αερίου με συνέπεια τα εγκαύματα, όπως και κινδύνους βλαβών του αμφιβληστροειδούς χιτώνα. Όμως, τελικά το όφελος του ασθενούς υπερέχει.

Αυτό το όφελος είναι το αίτιο των συναισθημάτων πόνου και στενοχώριας σε περίπτωση απώλειας του ασθενούς κατά τη χειρουργική επέμβαση ή για τη θλίψη που επικρατεί στις περιπτώσεις παρηγορητικών εγχειρήσεων των καρκινοπαθών και τότε είναι το αίσθημα του ανίσχυρου που επικρατεί απέναντι στο μοιραίο. Αυτό το όφελος ενώνεται και γίνεται κοινή αγωνία με το χειρουργό, εκείνα τα 20 λεπτά που μεσολαβούν για την ταχεία βιοψία, που θα γίνει αιτία να αποφασισθεί το είδος της επέμβασης αλλά και να προσδιοριστούν το προσδόκιμο επιβίωσης του αρρώστου. Εδώ ίσως είναι επίκαιρα τα λόγια του αγίου το θεού του Μ. Βασιλείου, ο οποίος είπε τα παρακάτω: «... η επιστήμη έχει κάποια όρια δυνατότητας. Ανακουφίζει, παρηγορεί αλλά μέχρι ενός σημείου. Μπροστά μάλιστα στο γεγονός του θανάτου δεν έχει να πει τίποτα. Πρέπει να παραχωρήσει τη θέση της σε μια άλλη πραγματικότητα...»

Πόσες δουλειές δε γίνονται επιπλέον για το όφελος του αρρώστου. Ίσως αυτή η ουμανιστική ηθική λειτουργεί και παραβιάζονται καθημερινά τα δικαιώματα των Νοσηλευτών. Αλλά και είναι δυνατό να αντιμετωπισθεί με αδιαφορία το παρασκεύασμα στο ψυγείο, διότι δε βρίσκεται ο «αρμόδιος υπάλληλος» που θα το στείλει στο παθολογοανατομικό εργαστήριο, ώστε να

αρχίσει η θεραπευτική αγωγή του ασθενούς. Ή όταν τελικά καταλήγεις να απομακρύνεις τα εργαλεία μετά την αφαίρεση κύστης εχινόκοκκου ή καρκινικών ιστών χωρίς να επιμένεις στα αναφαίρετα δικαιώματα της ιεραρχίας και πάλι για το όφελος του αρρώστου γίνεται. Ο ηθικός νόμος είναι η τροχοπέδη της διεκδίκησης.

«Ου δώσω δε ουδέν φάρμακον ουδενί αιτηθείς θανάσιμον, ουδέ υφηγήσομαι ξυμβουλίην τοιήνδε, ομοίως δε ουδενί γυναικί πεσσόν φθόριον δώσω».

Δηλαδή, «δε θα χορηγήσω θανατηφόρο φάρμακο σε κανένα, όσο και αν παρακληθώ, ούτε θα υποδείξω τέτοια συμβουλή. Επίσης, δε θα δώσω σε γυναίκα φάρμακο εκτρωτικό». Σήμερα τα προβλήματα και διλήμματα που προκαλούνται από την ηθική δεοντολογία είναι ιδιαίτερα οξυμμένα. Η ευθανασία απασχολεί όλους τους κλάδους της υγείας, οι δε εκτρώσεις είναι καθημερινή πραγματικότητα. Υπάρχει σίγουρα μεγάλος προβληματισμός σχετικά με την ορθότητα της απόφασης του κάθε Νοσηλευτή, αν θα σταθεί αρωγός σε χειρουργείο που αφορά την άμβλωση. *Οποιαδήποτε όμως και αν είναι η απόφαση του, χρειάζεται ηθικά και πνευματικά εφόδια, όπως επίσης ψυχικό σθένος και κατάλληλη προπαίδεια για τη σωστή αντιμετώπιση τέτοιων λεπτών προβλημάτων που αγγίζουν τις ρίζες της ζωής,* της ζωής που και για τον χριστιανισμό είναι πολυτιμότεο αγαθό, σύμφωνα με τη θεώρηση του ανθρώπου σαν ψυχοσωματική ενότητα και ανεπανάληπτη προσωπικότητα.

Πάντως, όσο και να γίνεται προσπάθεια κωδικοποίησης της ιατρικής δεοντολογίας, όπως είπε ο Αθ. Αβραμίδης, «η παροχή υγείας δεν μπορεί παρά να είναι ποιοτική και όχι ποσοτική, να είναι προσωπική, να είναι για τον κάθε άνθρωπο ξεχωριστά, σε κάθε περίπτωση εφόσον ο ασθενής είναι μοναδικός σαν νοσολογική οντότητα και σαν προσωπικότητα». Όλα αυτά τονίζουν την αναγκαιότητα της λήψης αποφάσεων οι οποίες αφορούν τη νοσηλευτική δεοντολογία και οι Νοσηλευτές δεν είναι δυνατό να παρακολουθούν, από τη βολική θέση του απλού θεατή, τα γεγονότα.

Όταν όμως έρχεται η ώρα του διλήμματος για τη σωστή επιλογή στην λήψη αποφάσεων, ας θυμόμαστε τα πάντα επίκαιρα λόγια του γιατρού Paul Tournier «οι γιατροί έχουμε δύο χέρια: το δυνατό χέρι του χειρουργού που σώζει ζωές και ένα αριστερό χέρι για να παρηγορούμε τους ανθρώπους από

τις δοκιμασίες τους. Πάντοτε τείνουμε να φέρουμε σε αντίθεση το ένα χέρι απέναντι στο άλλο. Υπάρχουν άνθρωποι θρησκευόμενοι που αρνιούνται την επιστήμη εν ονόματι της πίστης. Και υπάρχουν άνθρωποι που λατρεύουν τη δύναμη της τεχνικής και απορρίπτουν τον Θεό. Όλη μου τη ζωή την αφιέρωσα στο να ενώσω αυτά που φέρουν σε αντίθεση και να δείξω στους πιστούς ότι από το Θεό έρχεται η δύναμη των σοφών γιατρών. Και να δείξω στους γιατρούς ότι δεν θα ήσαν δυνατοί αν ο Θεός δεν τους έδινε δύναμη. *Έτσι δεν κληθήκαμε να θέσουμε σε αντίθεση το δεξί χέρι με το αριστερό, αλλά να τα ενώσουμε. Και όταν ενώσουμε τα 2 χέρια, αυτό είναι σημείο της προσευχής».*

Ίσως αυτά τα λόγια είναι και η απάντηση στα ηθικά διλήμματα των Νοσηλευτών χειρουργείου. Είναι το συμπέρασμα της επιστήμης της τέχνης να χαρίζει υγεία και του ουμανισμού. Όταν δε τηρούνται τα παραπάνω τότε:

«Όρκον μεν ουν μοι επιτελέα ποιέοντι και μη ξυνγγέοντοι εΐη επαύρασθαι και βίου και τέχνης, δοξασμένω παρά πάσιν ανθρώποις εις το αεί χρόνον. Παραβαίνοντι δε και επιορκέοντι, τανάντια τουτέων». Δηλαδή «όσο λοιπόν θα τηρώ τον όρκο μου αυτό και δεν τον παραβιάζω, είτε να πετυχαίνω στη ζωή και στην τέχνη μου, έχοντας καλό όνομα πάντοτε ανάμεσα στους ανθρώπους. Εάν όμως τον παραβώ και γίνω επίορκος να πάθω τα αντίθετα».²⁵

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6.1 Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ.

Η Νοσηλευτική φροντίδα στο χειρουργείο χορηγείται με δύο κυρίως τρόπους που είναι:

A. Η άμεση νοσηλευτική φροντίδα στον ίδιο τον άρρωστο και

B. Η έμμεση νοσηλευτική (ή τεχνική) φροντίδα. Αυτή είναι η φροντίδα της οργάνωσης, προετοιμασίας, χρήσης και χειρισμού των εφοδίων και των εργαλείων της εγχείρησης που χρησιμοποιούνται τελικά στον άρρωστο.

Οι δύο αυτοί τρόποι χορήγησης φροντίδας εναλλάσσονται συνεχώς στη διεγχειρητική φάση εγχείρησης.

Τα τελευταία χρόνια στις προηγμένες χώρες έχει καθιερωθεί ο όρος περι – εγχειρητική νοσηλευτική φροντίδα, ο δε Νοσηλευτής χειρουργείου ονομάζεται και περι – εγχειρητικός Νοσηλευτής.⁸ Η εξασφάλιση της υψηλής ποιότητας στην περιεγχειρητική Νοσηλευτική, εξαρτάται από την καθιέρωση μιας λαμπρής επίδοσης κατά τη διάρκεια παροχής υπηρεσιών του Νοσηλευτικού προσωπικού και από τη διαβεβαίωση ότι όντως ο ασθενής δέχεται τη φροντίδα αυτής της ποιότητας. Βέβαια, αυτό σημαίνει ότι πρέπει να ερωτηθούν και οι δύο πλευρές: Νοσηλευτικό προσωπικό και ασθενείς.

Για να μπορέσουμε να προσδιορίσουμε την ποιότητα της φροντίδας που παρέχει το Νοσοκομείο στο οποίο εργαζόμαστε πρέπει να δημιουργήσουμε ένα μοντέλο το οποίο θα αποτελείται από 3 μέρη και θα μπορούσε να έχει την εξής σχηματική παράσταση:

- 1. Διαμόρφωση αξιών:** είναι αδύνατον να μπορούμε να μιλάμε για ποιότητα πριν να εξετάσουμε τις αξίες του επαγγέλματος, τις κοινωνικές αξίες και τις ηθικές αξίες του Νοσοκομείου. Οι αξίες αυτές είναι που στην πραγματικότητα καθορίζουν την ποιότητα, είναι όμως δύσκολο να γίνουν σαφείς.
- 2. Καθιέρωση στάνταρ και κριτηρίων για τον προσδιορισμό του αποτελέσματος, της διαδικασίας και της συγκρότησης της παροχής της Νοσηλευτικής φροντίδας.** Το μοντέλο που περιγράφεται έχει τριών ειδών κριτήρια: **α)** για τη συγκρότηση, **β)** τη διαδικασία και **γ)** το

αποτελεσμα. Και τα τρία απαντούν στην ερώτησή: ποια είναι η ποιότητα της Νοσηλευτικής φροντίδας, αλλά από διαφορετικό σημείο αναφοράς.

α) Τα κριτήρια συγκρότησης περιγράφουν την υλική, οικονομική και οργανωσιακή συγκρότηση του νοσοκομείου όπως τις απαιτήσεις σε προσωπικό δυναμικό, τις εμπειρίες και γνώσεις του προσωπικού, το περιβάλλον κ.α.

β) Τα κριτήρια της διαδικασίας επικεντρώνονται στις πράξεις του Νοσηλευτή κατά τη διάρκεια παροχής υπηρεσιών. Δηλαδή τι ενέργειες κάνει ένας Νοσηλευτής και τι αλληλεπιδράσεις έχουν. Τέτοια είναι να γίνεται πλήρης επαλήθευση των στοιχείων του ασθενή πριν μεταφερθεί στο χειρουργείο, να παρατηρεί την κατάσταση του ασθενή κατά τη διάρκεια της χειρουργικής επέμβασης κ.α.

γ) Τα κριτήρια του αποτελέσματος περιγράφουν το αποτέλεσμα της παροχής υπηρεσιών ή κάποια μεγάλη αλλαγή στην κατάσταση της υγείας του ασθενή, όπως ο ασθενής δεν πρέπει να έχει μολυνθεί, η ακεραιότητα του δέρματος του ασθενή να έχει διατηρηθεί κ.α.

3. Εκτίμηση του βαθμού της ασυμφωνίας μεταξύ των στόνταρ που έχουμε θέσει και του ισχύοντος επιπέδου της ποιότητας που παρέχεται. Αυτό το σκέλος ασχολείται με τη βαθμολόγηση της ισχύουσας παροχής υπηρεσιών και την ασυμφωνία αυτής με τα στόνταρτ που έχουμε θέσει. Οι δυνατότητες και οι αδυναμίες της Νοσηλευτικής φροντίδας που παρέχουμε πρέπει να μελετηθούν από την άποψη του αν έχουμε καταφέρει να υλοποιήσουμε τα στόνταρτ που είχαμε θέσει.

4. Διαλογή και εφαρμογή εναλλακτικών μεθόδων για τη βελτίωση της Νοσηλευτικής φροντίδας. Συνήθως αφού έχουμε κάνει την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται καταχωνιάζουμε τα αποτελέσματα σε κάποιο συρτάρι. Είναι όμως σημαντικό να καταλάβουμε ότι τα αποτελέσματα αυτά πρέπει να λειτουργήσουν ως βάση για την εφαρμογή νέων μεθόδων που σκοπό θα έχουν τη βελτίωση της Νοσηλευτικής φροντίδας όπως προσωπική πρωτοβουλία, αλλαγές στη διοίκηση, έρευνα κ.α.

5. Βελτίωση της Νοσηλευτικής φροντίδας. Σ' αυτό το τελικό σκέλος του μοντέλου επιτελείται η βελτίωση της Νοσηλευτικής φροντίδας εφαρμόζοντας τις αλλαγές που αναφέρουμε. Πρέπει να τονίσουμε ότι αυτό που μας ενδιαφέρει είναι η βελτίωση και όχι η απόδειξη ότι προσφέρουμε φροντίδα. Όμως το αν ή όχι έχει επιτευχθεί η βελτίωση αυτή θα φανεί στην επόμενη αξιολόγηση που θα κάνουμε.²⁶

Η Νοσηλευτική σήμερα είναι ανεξάρτητο, αυτόνομο και αυτορρυθμιζόμενο επάγγελμα, και έχει τις δικές της ευθύνες για την ποιότητα της φροντίδας που προσφέρει στον άρρωστο. Ως εκ τούτου, για να είναι σε θέση να τον φροντίσει στο χειρουργείο (με την απαιτούμενη τελειότητα στην προετοιμασία της εγχείρησης του, την απαιτούμενη ετοιμότητα, χωρίς περιπτώς καθυστερήσεις, έχοντας υπόψη όλες τις ανάγκες και ιδιαιτερότητες του) πρέπει να γνωρίζει εκ των προτέρων τον άρρωστο, με προ – εγχειρητική επίσκεψη στο θάλαμο και μετεγχειρητική, όταν είναι δυνατό.

Η παρουσία του Νοσηλευτή ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης στο Χειρουργείο, δικαιολογείται μόνο αν εφαρμόζεται περιεγχειρητική νοσηλευτική, η οποία περιλαμβάνει:

1. Προεγχειρητική φάση: ο Νοσηλευτής επισκέπτεται τον άρρωστο στο θάλαμό του, κυρίως για να αξιολογήσει την κατάστασή του στο χειρουργείο (εξατομικευμένα), αλλά και για να εξηγήσει, να διδάξει και να ηρεμήσει τον άρρωστο για το τι πρόκειται να συμβεί.⁸ Εκτός από την ψυχολογική προετοιμασία, ο Νοσηλευτής χειρουργείου επιβλέπει και ελέγχει αν έχουν γίνει τα εξής:

- ┌ Γραπτή συγκατάθεση για τη διενέργεια της επέμβασης.
- ┌ Κλινική εξέταση και λήψη του ιστορικού όπου λαμβάνονται σοβαρά η ηλικία, η παχυσαρκία, η θρέψη - υδατοηλεκτρολυτική ισορροπία, φάρμακα που τυχόν παίρνει ο ασθενής, διαγνωστικές εξετάσεις, διδασκαλία του αρρώστου σχετικά με την ετοιμασία δέρματος, τον καθαρισμό υποκλυσμού, τη λήψη υγρών και διατροφής που πρόκειται να γίνουν την προηγούμενη της επέμβασης και ό,τι σχετικό με την ημέρα της επέμβασης, επίδειξη πως να βήχει αποτελεσματικά και να παίρνει βαθιές αναπνοές για την πρόληψη πνευμονικών επιπλοκών.

Λ Συμπλήρωση του προεγχειρητικού δελτίου όπου ελέγχεται αν έγινε λήψη ζωτικών σημείων, έλεγχος ταυτότητας ασθενή, αφαίρεση φακών επαφής, κοσμημάτων και οδοντοστοιχείας, καθαρισμός βαμμένων νυχιών ή χειλέων, κένωση κύστης, προνάρκωση, ειδική στολή χειρουργείου κ.α.²⁷

2. Διεγχειρητική φάση: είναι η φάση της εκτέλεσης της εγχείρησης στην αίθουσα του χειρουργείου. Κατ' αυτήν ο Νοσηλευτής επιβλέπει την τοποθέτηση και ασφάλεια του αρρώστου στο χειρουργικό τραπέζι, υποστηρίζει ψυχολογικά τον άρρωστο και οργανώνει τη χειρουργική ομάδα. Εφοδιάζει σωστά και ανταποκρίνεται στις ανάγκες της, αντιμετωπίζει τις επιπλοκές, παρατηρεί συνεχώς την θέση του αρρώστου, καταμετρά τα υλικά, στοιχειοθετεί κάθε λεπτομέρεια της φροντίδας και διατηρεί ασφαλή και ομαλό το ρυθμό εκτέλεσης της εγχείρησης.

3. Μετεγχειρητική φάση: Κατ' αυτήν ο άρρωστος μεταφέρεται από το χειρουργείο στην αίθουσα της Ανάνηψης, με τη συνοδεία του Νοσηλευτή, που παραδίδει τα στοιχεία της εγχείρησης στο εκεί νοσηλευτικό προσωπικό. Εξηγεί τυχόν συμβάντα στην εγχείρηση, την παρακολούθηση καθετήρων και σωλήνων, και εφιστά την προσοχή σε ιδιαίτερα σημεία του αρρώστου εξασφαλίζοντας έτσι την απαιτούμενη συνέχεια σωστής νοσηλευτικής φροντίδας και στην φάση αυτή.⁸

Γενικά οι ευθύνες του Νοσηλευτή στην αίθουσα Ανάνηψης συνοψίζονται στις εξής ενέργειες:

- ◆ Σημειώνει την ώρα προσέλευσης του αρρώστου στην ανάνηψη.
- ◆ Παίρνει τα ζωτικά σημεία για τον έλεγχο της γενικής κατάστασής του και τα καταγράφει με ακρίβεια.
- ◆ Φροντίζει να διατηρηθεί η αεροφόρος οδός ανοικτή με την κατάλληλη θέση, το κεφάλι πλάγια, για να μην γίνει εισρόφηση εμεσμάτων σε περίπτωση εμέτου. Διατηρεί επίσης τον αεραγωγό ή ενδοτραχειακό σωλήνα στη θέση του.
- ◆ Παρατηρεί και παρακολουθεί:
 - X Την ενδοφλέβια έγχυση ορού ή μετάγγισης.
 - X Τον τύπο του διαλύματος, ποσόν, ρυθμό ροής και το σημείο φλεβοκέντησης για να μη μετακινηθεί η βελόνα και σπάσει η φλέβα.

X Τις συνδέσεις και τη λειτουργία των παροχετεύσεων – όταν υπάρχουν – ποσότητα και χρώμα υγρών καθώς και την κατάσταση του τραύματος.

X Ελέγχει τη θέση της μάσκας – αν παίρνει οξυγόνο – και τη λειτουργία της συσκευής.

- ◆ Ελέγχει το χρώμα των νυχιών, χειλέων, δέρματος για κυάνωση, καθώς και αν το δέρμα είναι υγρό, ξηρό, ψυχρό ή θερμό.
- ◆ Παρακολουθεί το επίπεδο συνείδησης και την παρουσία ή απουσία αντανακλαστικών των βλεφάρων, του βήχα, της κατάποσης.
- ◆ Παρακολουθεί γενικότερα για εμφάνιση επιπλοκών.²⁷

6.2 ΚΑΘΗΚΟΝΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ.

Τα βασικά καθήκοντα του Νοσηλευτικού προσωπικού στο Χειρουργείο συνοψίζονται σε δύο ρόλους:

1. Το ρόλο του Νοσηλευτή κυκλοφορίας στη χειρουργική ομάδα, και
2. Το ρόλο του αποστειρωμένου εργαλειοδότη.

Το ρόλο της **κυκλοφορίας**, πρέπει να αναλαμβάνει Νοσηλευτής ανώτερης ή ανώτατης εκπαίδευσης, επειδή εκτός από τις ιδιαίτερες γνώσεις του σχετικά με την αξιολόγηση και εφαρμογή της Νοσηλευτικής Διεργασίας, ο ρόλος αυτός έχει και πολλά στοιχεία οργάνωσης, επιστασίας, εκπαίδευσης κ.τ.λ.

Αναλυτικά τα καθήκοντα και ευθύνες Νοσηλευτή κυκλοφορίας είναι:

A. Στην αρχή της εγχείρησης πρέπει:

- ┌ Να γνωρίζει την εργασία στη χειρουργική αίθουσα, τις εγχειρήσεις και τις ευθύνες του.
- ┌ Να συντονίζει τη χειρουργική ομάδα.
- ┌ Να προγραμματίζει τη νοσηλευτική φροντίδα του αρρώστου.
- ┌ Να ετοιμάζει και να ελέγχει τα έπιπλα και τα μηχανήματα, όπως αναρροφητήρα, χειρουργικούς προβολείς, τα τραπέζια των εργαλείων, τους κουβάδες των απορριμάτων, τη διαθερμία και τα σκαμνιά κλπ.
- ┌ Να οργανώνει το άνοιγμα των πακέτων και το στρώσιμο των τραπεζιών, και να συγκεντρώνει όλα τα εφόδια.

- └ Να αναγνωρίζει τον άρρωστο και να παρευρίσκεται κατά την άφιξή του στην αίθουσα,
- └ Να καταμετρά και να καταγράφει γάζες, βελόνες και εργαλεία.

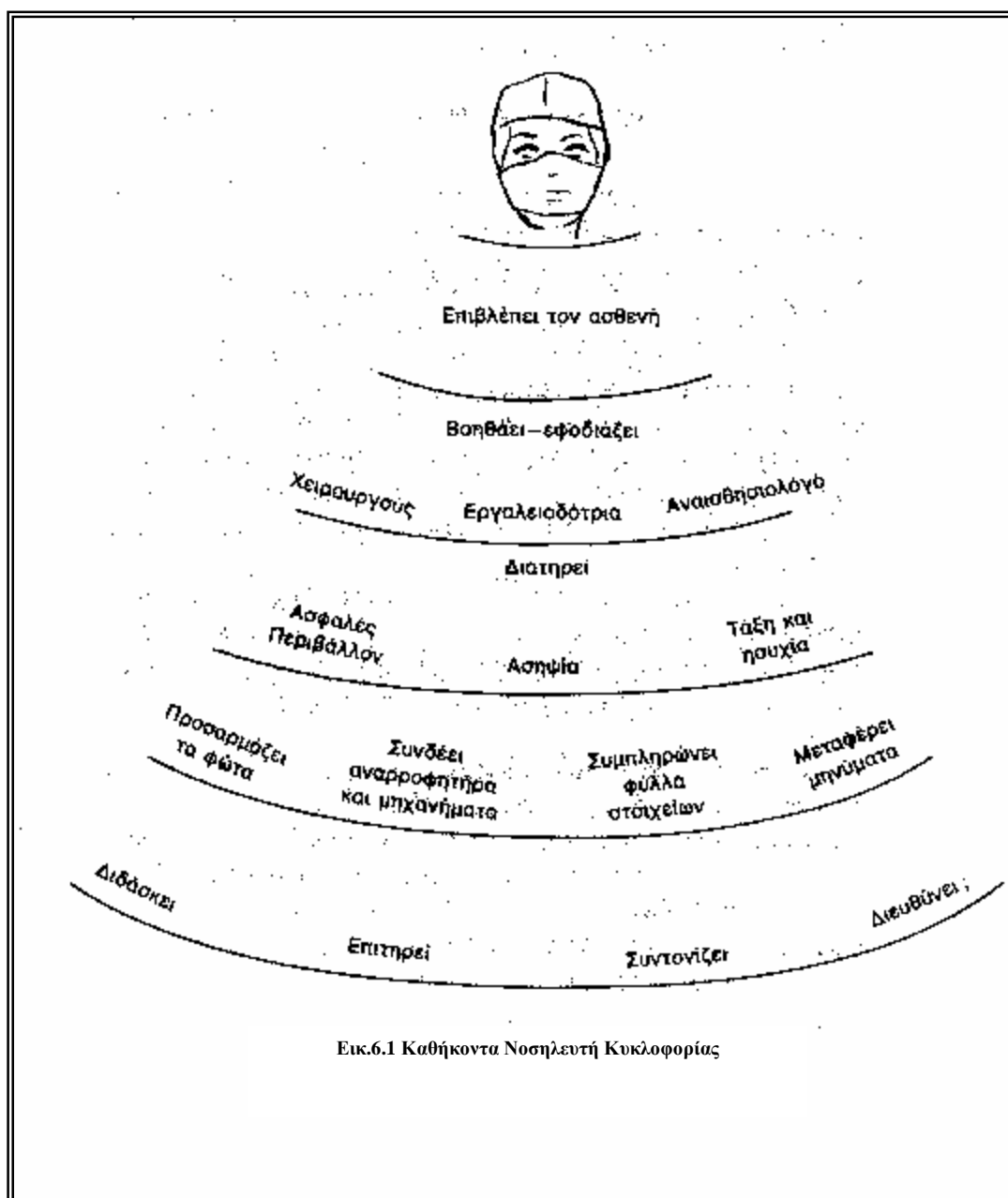
B. Κατά την εγχείρηση πρέπει:

- └ Να βοηθάει και να επιστατεί στην τοποθέτηση του αρρώστου στην σωστή χειρουργική θέση, την οποία παρακολουθεί συνεχώς και φροντίζει να μην πάθει βλάβη ο άρρωστος.
- └ Να δίνει διαλύσεις, φάρμακα, εργαλεία, γάζες κλπ στον εργαλειοδότη.
- └ Να βοηθάει και να παρευρίσκεται στο σκέπασμα του αρρώστου με αποστειρωμένα σεντόνια.
- └ Να βοηθάει στο ντύσιμο των χειρουργών με αποστειρωμένη ρόμπα.
- └ Να συνδέει τον αναρροφητήρα και τη διαθερμία.
- └ Να καταγράφει τη φροντίδα και τη συνεχή χορήγηση γαζών, ραμμάτων κλπ.
- └ Να παρακολουθεί συνεχώς, να επιβλέπει και να διορθώνει λάθη ασηψίας.

Γ. Στο τέλος της εγχείρησης πρέπει:

- └ Να καταμετρά γάζες και εργαλεία στο κλείσιμο του περιτοναίου και του δέρματος μαζί με τον εργαλειοδότη.
- └ Να αποσυνδέει τα μηχανήματα και να αφαιρεί τα σεντόνια από τον άρρωστο.
- └ Να συμπληρώνει και να φροντίζει την αποστολή του παρασκευάσματος ή άλλων δειγμάτων στα εργαστήρια.
- └ Να συμπληρώνει, να ελέγχει και να υπογράφει τα στοιχεία της εγχείρησης.
- └ Να φροντίζει τη μεταφορά και να συνοδεύει τον άρρωστο στην Ανάνηψη.
- └ Να επιστατεί στην απομάκρυνση των απορριμμάτων από την αίθουσα και τον καθαρισμό της από τον καθαριστή.
- └ Να εφοδιάζει πάλι την αίθουσα με εργαλεία και εφόδια για την επόμενη εγχείρηση.
- └ Να συζητά και να αξιολογεί τη φροντίδα και τα αποτελέσματα του αρρώστου με την ομάδα (Εικ.6.1).

Το ρόλο του αποστειρωμένου **εργαλειοδότη** (ή και τεχνικού) αναλαμβάνει το Νοσηλευτικό προσωπικό μέσης ή τεχνικής εκπαίδευσης,



επειδή κατά βάση είναι το κύριο τεχνικό μέρος κατά τη συμμετοχή στην εγχειρητική πράξη της εγχείρησης.

Ο ρόλος του εργαλειοδότη είναι εξίσου σημαντικός, απαιτεί μεγάλη γνώση και φροντίδα των εργαλείων και υλικών (προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά). Γνώση επίσης της πορείας της εγχείρησης, κατά την οποία πρέπει να είναι αυστηρά και συνεχώς προσηλωμένος στο πεδίο, σε βαθμό

που να μπορεί να προσφέρει το σωστό εργαλείο που χρειάζεται, πριν ακόμη προλάβει ο χειρουργός να το ζητήσει.

Ο εργαλειοδότης πρέπει να διαθέτει μεγάλη τεχνική επιδεξιότητα, ψυχραιμία, ταχύτητα και σταθερότητα στις κινήσεις του. Αναλυτικά τα καθήκοντα του εργαλειοδότη είναι τα εξής:

A. Στην αρχή της εγχείρησης πρέπει:

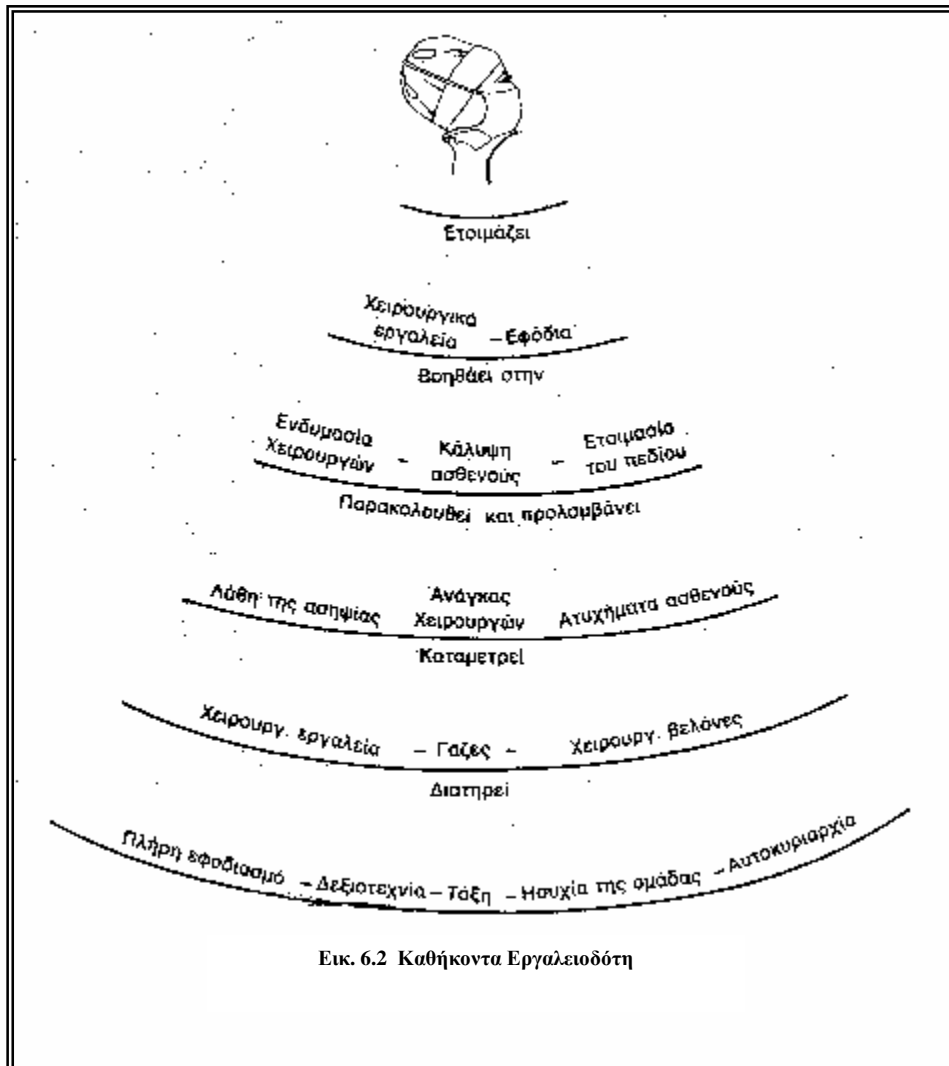
- ∫ Να είναι ενήμερος για την προγραμματισμένη εγχείρηση, να γνωρίζει τα εργαλεία και τις τεχνικές καθώς και τις υποχρεώσεις του.
- ∫ Να βοηθάει το Νοσηλευτή κυκλοφορίας στην ετοιμασία της αίθουσας και των εφοδίων.
- ∫ Να πλένεται έγκαιρα και να ντύνεται με αποστειρωμένη ρόμπα και γάντια.
- ∫ Να στρώνει τα τραπέζια εργαλείων και να τοποθετεί στη σωστή θέση όλα τα απαραίτητα εφόδια.
- ∫ Να μετρά με το Νοσηλευτή γάζες, εργαλεία και βελόνες.

B. Κατά την εγχείρηση πρέπει:

- ∫ Να βοηθάει τους γιατρούς να ντυθούν με ρόμπα και γάντια.
- ∫ Να βοηθάει στην αντισηψία του δέρματος του αρρώστου και το σκέπασμά του με τα αποστειρωμένα σεντόνια.
- ∫ Να φέρνει και να τοποθετεί τα τραπέζια με τα εργαλεία στη θέση τους.
- ∫ Να συνδέει και να φροντίζει τα καλώδια διαθερμίας, ρύγχη αναρρόφησης κλπ.
- ∫ Να προλαβαίνει και να ικανοποιεί τις ανάγκες των χειρουργών συνεχώς, προσφέροντας σωστά εργαλεία, γάζες, ράμματα, σύριγγες για πλύση, σωλήνες παροχέτευσης και ό,τι άλλο χρειαστεί.
- ∫ Να παρακολουθεί συνεχώς τη χρήση των γαζών, να γνωρίζει πόσες γάζες βρίσκονται στο τραύμα και να υπενθυμίζει στο χειρουργό την αφαίρεσή τους.
- ∫ Να παίρνει και να ελέγχει κάθε ιστό ή ότι άλλο υλικό έρχεται στο τραπέζι του από τον άρρωστο, και να φροντίζει την σωστή παράδοση των παρασκευασμάτων στο Νοσηλευτή κυκλοφορίας.

Γ. Στο τέλος της εγχείρησης πρέπει:

- ∫ Να καταμετρά με προσοχή τις γάζες, τα εργαλεία και τις βελόνες και να υπογράφει τα στοιχεία της εγχείρησης, μαζί με το Νοσηλευτή κυκλοφορίας και να βοηθήσει στην επίδεση του τραύματος.
- ∫ Να μαζεύει και να τακτοποιεί τα ακάθαρτα και άλλα εργαλεία, λάστιχα, καλώδια, σύριγγες κλπ. Και να φροντίζει για την μεταφορά τους στο τμήμα αποστείρωσης.
- ∫ Να γνωρίζει τις τεχνικές της απολύμανσης και τους κανόνες διεκπεραίωσης μολυσμένων εργαλείων και υλικών, και να τις εφαρμόζει όταν χρειάζεται, σύμφωνα με τον κανονισμό.
- ∫ Να γνωρίζει το σωστό τρόπο περιτυλίγματος πακέτων και να ετοιμάζει τα πακέτα που συσκευάζονται στο χειρουργείο.
- ∫ Να βοηθά τέλος στην τακτοποίηση και το νέο εφοδιασμό της αίθουσας, μαζί με το Νοσηλευτή κυκλοφορίας, για την επόμενη εγχείρηση (Εικ. 6.2).



Ο διαχωρισμός αυτός των δύο ρόλων δε σημαίνει βέβαια ότι ο Νοσηλευτής κυκλοφορίας δεν πρέπει να γνωρίζει ή να αναλαμβάνει καθήκοντα εργαλειοδότη, όταν η σύνθεση και η αναλογία Νοσηλευτών και βοηθών Νοσηλευτών το επιβάλλει. Επιπλέον, ο Νοσηλευτής είναι υπεύθυνος για την εκπαίδευση του νέου Νοσηλευτικού προσωπικού, και πρέπει να διδάξει και να επιτηρεί και τους δύο ρόλους.

Δυσκολότερο και συχνά επιζήμιο για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, την αρτιότητα και την ασφάλεια της εξυπηρέτησης της ομάδας και του αρρώστου, είναι η ανάθεση του ρόλου της κυκλοφορίας σε βοηθητικό προσωπικό με ελλιπείς γνώσεις. Η διοίκηση του νοσοκομείου και του χειρουργείου πρέπει να φροντίζει για την σωστή αναλογία Νοσηλευτικού προσωπικού στο χειρουργείο, που είναι δύο Νοσηλευτές ανά ένα βοηθό Νοσηλευτή. Κάθε άλλη αναλογία είναι επιζήμια στην ποιοτική απόδοση όλου του τομέα.

6.3 ΚΑΝΟΝΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΕΥΘΥΝΕΣ ΣΤΟ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟ.

Για να επιτευχθεί ομαλή λειτουργία στον πολύπλοκο τομέα των χειρουργείων, είναι απαραίτητο να υπάρχουν γραπτοί κανονισμοί, οδηγίες και συστάσεις προς το προσωπικό για διάφορα θέματα.

Οι κανονισμοί γενικά καθορίζουν το επίπεδο της φροντίδας και ασφάλειας του αρρώστου, και στοχεύουν στην προστασία του, αλλά και στην προστασία του προσωπικού. Πρέπει να είναι σταθεροί, γραμμένοι με σαφήνεια, να προσδιορίζουν ξεκάθαρα το στόχο και το σκοπό τους, και να αναφέρουν τον τρόπο εκτέλεσης διαδικασιών και τα άτομα που πρέπει να εκτελούν τις διαδικασίες αυτές.

Μερικοί κανονισμοί αφορούν όλους τους εργαζόμενους και άλλοι ορισμένη κατηγορία μόνο.

Για μερικούς κανονισμούς ζητείται η γραπτή ενημέρωση με υπογραφή από το προσωπικό, και για λόγους νομικής ευθύνης, η εφαρμογή τους είναι υποχρεωτική.

Ο κανονισμός κυκλοφορίας και ενδυμασίας στο χειρουργείο ορίζει λεπτομερειακά:

α. Ποια άτομα από το Νοσοκομείο (εκτός του προσωπικού του χειρουργείου) επιτρέπεται να κυκλοφορήσουν στον καθαρό χώρο του χειρουργείου, ποιοι άλλοι επισκέπτες μπορούν να έχουν είσοδο, και

β. Καθορίζει με σαφήνεια την ειδική ενδυμασία του καθενός για την είσοδο στον καθαρό χώρο, αλλά και με ποια ενδυμασία επιτρέπεται στο μόνιμο προσωπικό να εξέλθει και να επιστρέψει στο χειρουργείο κατά τη βάρδια της εργασίας του.

Οι κανονισμοί μεταχείρισης αρρώστων περιγράφουν τον τρόπο, τα άτομα, την ενδυμασία και τα στοιχεία που πρέπει να συνοδεύουν τον άρρωστο στις μετακινήσεις του προς και από το χειρουργείο. Πρέπει επίσης να αναφέρουν:

B Την ανάγκη αναγνώρισης της ταυτότητάς του και τη φύλαξη των αντικειμένων του.

B Τη συνοδεία και συνεχή επίβλεψή του στο φορείο ή το χειρουργικό τραπέζι σε όλη τη διάρκεια παραμονής του στο χειρουργείο.

B Τη σωστή τοποθέτησή του στη θέση της εγχείρησης και τη συνεχή διατήρησή της για πρόληψη βλάβης.

B Την αναφορά τυχόν ατυχημάτων.

B Την τήρηση λεπτομερειακών στοιχείων της εγχείρησης, Μητρώου χειρουργείου κ.α.

Οι κανονισμοί διαδικασιών και τεχνικής της εκτέλεσής τους, αναφέρονται σε συστάσεις τεχνικής, δηλαδή πως και από ποια άτομα πρέπει να εκτελούνται. Οι κανόνες αυτοί απαιτούν αφοσίωση στην πλήρη τήρηση της τεχνικής από όλους και με σχολαστικότητα, για την αποφυγή λοίμωξης ή μετεγχειρητικής βλάβης του αρρώστου, σε θέματα όπως:

B Το προεγχειρητικό πλύσιμο των χεριών του προσωπικού και την αντισηψία του δέρματος του αρρώστου.

B Τις οδηγίες χρήσης των μηχανημάτων.

B Την άσηπτη τεχνική στην μεταχείριση των εργαλείων και των αποστειρωμένων υλικών.

B Την ακριβή σχολαστική καταμέτρηση των εργαλείων και γαζών της εγχείρησης, από ποιους και πότε.

- B Τη συσκευασία και αποστολή των παρασκευασμάτων του αρρώστου στα εργαστήρια.
- B Τη χορήγηση φαρμάκων.
- B Την προφύλαξη του προσωπικού από την ακτινοβολία (ακτινογραφίες και ακτινοσκοπικά μηχανήματα).
- B Την τεχνική διεκπεραίωση σηπτικής εγχείρησης και απολύμανσης του χώρου.
- B Τον τρόπο διακίνησης αποστειρωμένων εργαλείων και υλικών, όπως και της απομάκρυνσης των ακάθαρτων και απορριμμάτων, και όλων των άλλων διαδικασιών που αποφασίζονται σε κάθε Νοσοκομείο από τους υπεύθυνους της σύνταξης του εσωτερικού κανονισμού.

Η κρισιμότητα της φύσης της εργασίας που εκτελείται στο χειρουργείο, και οι πιθανότητες δυσμενών αποτελεσμάτων στον άρρωστο, δημιουργεί αυτόματα μεγάλες ευθύνες για ολόκληρο το προσωπικό κάθε κατηγορίας του τομέα, επειδή όπως τονίστηκε, η εκτέλεση κάθε εγχείρησης είναι ομαδική εργασία.

Το Νοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργείου πρέπει να έχει συναίσθηση των ευθυνών αυτών, οι οποίες στην περίπτωση του επικεντρώνονται στα σημεία των ιδιαίτερων καθηκόντων του, όπως :

- α.** Στη διεκπεραίωση, συμπαράσταση, παρακολούθηση και υποστήριξη του αρρώστου στη διεγχειρητική φάση της εγχείρησης και σε όλο το διάστημα παραμονής του στο χώρο του Χειρουργείου.
- β.** Στην ετοιμότητα προετοιμασίας, τήρηση της ασηψίας, καταμέτρηση των υλικών της εγχείρησης, ταχύτητα και επάρκεια στον εφοδιασμό της ομάδας, διεκπεραίωση των παρασκευασμάτων και τήρηση των στοιχείων της εγχείρησης.
- γ.** Στην ασφάλεια του αρρώστου και του περιβάλλοντος, με τον έλεγχο των μηχανημάτων (π.χ. διαθερμίες), την επιτήρηση της σωστής θέσης του αρρώστου στο τραπέζι, τον έλεγχο της κυκλοφορίας στην αίθουσα, την καθαριότητα και απολύμανση των εργαλείων και του χώρου, και
- δ.** Στην προσωπική ευθύνη της γνώσης για εκτέλεση σωστής τεχνικής, τήρηση των κανονισμών του Χειρουργείου, υποχρέωση συνεχιζόμενης

αυτομόρφωσης και διατήρησης προσωπικού ενδιαφέροντος για εξατομικευμένη φροντίδα και υπεύθυνη συμπεριφορά για κάθε άρρωστο.

Σε μερικές χώρες του εξωτερικού που η προσφυγή αρρώστων στα δικαστήρια είναι συχνή, ακόμη και το Νοσηλευτικό προσωπικό του χειρουργείου αναγκάζεται και πληρώνει ασφάλεια για περίπτωση δικαστικής αγωγής και καταδίκης εναντίον του.

6.4 ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΕΦΟΔΙΩΝ ΚΑΙ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ.

Στο χρονικό διάστημα που ο άρρωστος βρίσκεται στη φάση χορήγησης της αναισθησίας, το Νοσηλευτικό προσωπικό της αίθουσας ετοιμάζει τα τραπέζια των αποστειρωμένων εφοδίων και εργαλείων, και με συντονισμένο ρυθμό ετοιμάζονται και οι χειρουργοί.

Ο Νοσηλευτής κυκλοφορίας είναι υπεύθυνος για το συντονισμό των ενεργειών αυτών από κάθε μέλος της ομάδας.

Ο ίδιος φροντίζει τη συλλογή των εφοδίων για κάθε προγραμματισμένη εγχείρηση, τα οποία σε οργανωμένα σωστά χειρουργεία είναι καταγραμμένα σε ειδική κάρτα απαιτούμενων εφοδίων με βασικά αντικείμενα:

- ü Τα πακέτα ιματισμού τραπεζιών.
- ü Τα πακέτα με ρόμπες προσωπικού.
- ü Τα πακέτα με αποστειρωμένα γάντια.
- ü Γάζες διαφόρων μεγεθών σε δεσμίδες.
- ü Δίσκοι εργαλείων, ορισμένοι για κάθε είδος εγχείρησης (και κάθε επιθυμία των Χειρουργών).
- ü Διάφορα πακέτα υγειονομικού αποστειρωμένου υλικού.
- ü Χειρουργικά ράμματα (καθορισμένα) και οτιδήποτε άλλο θελήσει ο χειρουργός με τον οποίο έχει προηγουμένως συνεννοηθεί.

Στην ετοιμασία αυτή, ανάλογα με τις περιστάσεις και το διαθέσιμο χρόνο, συμμετέχει και ο εργαλειοδότης, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.

A. Στρώσιμο τραπεζιών

Ο εργαλειοδότης ειδικότερα, αφού ντυθεί με αποστειρωμένη στολή, προχωρεί στο στρώσιμο των τραπεζιών και των εργαλείων. Αυτό γίνεται είτε σε ιδιαίτερο χώρο αποστειρωμένων υλικών, που επικοινωνεί κατευθείαν με

την αίθουσα, είτε μέσα στην αίθουσα πριν έρθει ο άρρωστος, αλλά και συγχρόνως την ίδια ώρα που ο Αναισθησιολόγος δίνει αναισθησία. Στην περίπτωση αυτή το στρώσιμο γίνεται μακριά από το χειρουργικό τραπέζι, σε μια γωνιά της αίθουσας που δεν κυκλοφορεί το λοιπό προσωπικό.

Απαραίτητη στο στρώσιμο των τραπεζιών είναι η παρουσία του Νοσηλευτή κυκλοφορίας, που ανοίγει τα μικρά αποστειρωμένα πακέτα των υλικών, τα χειρουργικά ράμματα, τα αποστειρωμένα καλώδια διαθερμίας, σωλήνες κλπ.

Εκτός από τα τραπέζια των εργαλείων, ο εργαλειοδότης ετοιμάζει και τρίτο μικρό τραπέζι, με αποστειρωμένο πανί, που τοποθετεί γάζες, λαβίδα και μπολ (bowl) για να κάνει ο χειρουργός προεγχειρητική αντισηψία του δέρματος της περιοχής της εγχείρησης του αρρώστου, με ιώδιο και οινόπνευμα.

B. Καταμέτρηση γαζών, εργαλείων και βελόνων.

Απαραίτητη σοβαρή διαδικασία για την ασφάλεια του αρρώστου από το στάδιο αυτό, είναι η σχολαστική καταμέτρηση όλων των γαζών και των εργαλείων που τοποθετούνται στα τραπέζια και που καταγράφονται σε ειδικό έντυπο, το οποίο συμπληρώνει ο Νοσηλευτής κυκλοφορίας.

Η **πρώτη καταμέτρηση** γίνεται συγχρόνως από τους δύο (Νοσηλευτή κυκλοφορίας – εργαλειοδότης) που μετρούν μεγαλοφώνως κάθε δεσμίδα, κομμάτι προς κομμάτι, και καταγράφονται σε δεσμίδες πάλι, π.χ. 10 + 10+10 κλπ.

Αυτό επαναλαμβάνεται σε όλη την διάρκεια της εγχείρησης, κάθε φορά που ο Νοσηλευτής κυκλοφορίας ανοίγει όσες επιπλέον δεσμίδες χρειάζονται, για κάθε κατηγορία γαζών, χειρουργικών ατραυματικών ραμμάτων και εργαλείων.

Κανόνας είναι πως ο ένας πρέπει να είναι υπεύθυνος Νοσηλευτής. Δεν θα πρέπει να μετρήσουν δηλ. δύο μαθητές ή δύο βοηθοί Νοσηλευτών μαζί.

• Οι γάζες πρέπει να μετρηθούν και στο τέλος της εγχείρησης, για αντιπαραβολή και διασφάλιση πως δεν έμεινε καμιά μέσα στο τραύμα του αρρώστου. Γι' αυτό ο Νοσηλευτής κυκλοφορίας γυρίζει συνεχώς και μαζεύει με λαβίδα και γάντια όλες τις χρησιμοποιούμενες (με αίματα) γάζες

σε ειδικούς κρεμαστήρες στη σειρά, για να διευκολύνεται η τελική καταμέτρηση, είτε διαφορετικά συγκεντρώνει τις γάζες στον ίδιο αριθμό που είχε κάθε δεσμίδα (π.χ. σε σωρούς κατά 10άδες ή 12άδες) σε ειδικό τραπέζι ή λεκάνες, είτε τις κλείνει σε μικρά πλαστικά σακουλάκια πάλι σε ίδιες δεσμίδες.

Όταν πλησιάζει το τέλος της εγχείρησης και ο χειρουργός ετοιμάζεται να συρράψει το περιτόναιο, να κλείσει δηλ. την κάθε κοιλότητα, πρέπει να γίνει **δεύτερη καταμέτρηση** (πάλι από τους δύο Νοσηλευτές) των ματωμένων γαζών και των ακόμη καθαρών γαζών που βρίσκονται στα τραπέζια, για να ισολογιστεί ο καταγραμμένος αριθμός που δόθηκε στο πεδίο από την αρχή της ετοιμασίας. Τότε αναφέρεται στο χειρουργό το «Γάζες σωστές», που περιμένει ν' ακούσει πριν ράψει.

Τρίτη και τελική καταμέτρηση (επαλήθευση) γίνεται μετά τη συρραφή του δέρματος του αρρώστου, για να βεβαιωθεί ξανά πως δεν έμεινε καμιά γάζα μεταξύ συρραφής περιτοναίου και δέρματος, στα τοιχώματα δηλαδή της κοιλίας.

Οι βελόνες και τα εργαλεία που δίνονται στο τραπέζι του εργαλειοδότη μετριούνται και αυτά, στην αρχή και στο τέλος της εγχείρησης. Πρέπει να μετριούνται σε περίπτωση που αλλάζει ο εργαλειοδότης (σε πολύωρες εγχειρήσεις) και χρειάζεται να παραδώσει το τραπέζι του τον επόμενο. Αυτός πρέπει να απαιτήσει καταμέτρηση πριν αναλάβει ευθύνη. Το ίδιο ισχύει και για το Νοσηλευτή κυκλοφορίας της αίθουσας, που πρέπει να παραδώσει τα υλικά και το έντυπο καταγραφής στον επόμενο Νοσηλευτή που έρχεται στη θέση του.⁸

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7.1 ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ.

Νοσηλευτική διεργασία είναι η συστηματική, επιστημονική επίλυση ενός προβλήματος στην πράξη.

Είναι μία σειρά από σχεδιασμένες ενέργειες προκειμένου να ικανοποιηθούν οι ανάγκες και να επιλυθούν τα προβλήματα του ασθενούς και της οικογένειάς του.

Οι σκοποί της νοσηλευτικής διεργασίας είναι:

- | Η διατήρηση της υγείας του ατόμου.
- | Η πρόληψη της νόσου.
- | Η προαγωγή της ανάρρωσης, όταν υπάρχει νόσος.
- | Η αποκατάσταση της ευεξίας και της μέγιστης λειτουργικότητας του ατόμου.²⁸

Η περί – εγχειρητική νοσηλευτική, όπως διαγράφηκε, εφαρμόζει την νοσηλευτική διεργασία που περιλαμβάνει την:

- └ Προεγχειρητική εκτίμηση του αρρώστου.
- └ Σχεδιασμό της φροντίδας.
- └ Εφαρμογή του σχεδίου (στη διεγχειρητική φάση) με πλήρη καταγραφή της φροντίδας του, και
- └ Αξιολόγηση της φροντίδας μετεγχειρητικά. Αυτό γίνεται με νέα σύντομη επίσκεψη στο θάλαμο, συζήτηση παρατήρηση και πληροφόρηση από τον άρρωστο, για τα αποτελέσματα της φροντίδας που δόθηκε στο χειρουργείο.

Προεγχειρητική νοσηλευτική διεργασία μπορεί να εφαρμόσει μόνο ο Νοσηλευτής ανώτερης και ανώτατης εκπαίδευσης, που έχει τις γνώσεις για εκτίμηση του αρρώστου, αξιολόγηση και καταγραφή.

Ο Νοσηλευτής αυτός αναλαμβάνει το ρόλο του Νοσηλευτή κυκλοφορίας στην χειρουργική ομάδα και είναι ο κυρίως υπεύθυνος τη οργάνωσης, διδασκαλίας, επιστάσις και αντιμετώπισης επιπλοκών στην εργασία, όπως αναφέρθηκε παραπάνω.⁸

7.2 ΕΞΑΤΟΜΙΚΕΥΜΕΝΕΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΜΕ ΤΗΝ ΜΕΘΟΔΟ ΤΗΣ ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑΣ.

Α΄ Περιστατικό

Όνοματεπώνυμο : Π.Μ.

Έτος γέννησης : 1948

Τόπος κατοικίας: Μεσολόγγι

Επάγγελμα : Δημόσιος υπάλληλος.

Ατομικό ιστορικό

Η κ. Π.Μ. εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία το ΠΠΝΓΠ στις 5 – 2 – 2000 όπου και διεγνώσθη χολολιθίαση. Την ίδια μέρα στη κ. Π.Μ. έγινε εισιτήριο εισαγωγής στο γραφείο κίνησης ασθενών για την Α΄ χειρουργική κλινική του ίδιου Νοσοκομείου. Κατά την λήψη του ιστορικού, η ασθενής ανέφερε νοσήματα χρόνια όπως νευρική υπέρταση και κατάθλιψη (εποχιακή) ενώ τον τελευταίο καιρό δεν κοιμάται σχεδόν καθόλου. Η δίαιτα που ακολούθησε στο σπίτι της είναι χολοκυστοπαθούς, καθώς ανέφερε παρόμοιο επεισόδιο έντονου πόνου στο δεξιό υποχόνδριο προς 12ετίας σε προχωρημένη εγκυμοσύνη η οποία τότε αντιμετωπίστηκε συντηρητικά, όπως και προ 7ετίας και 6ετίας (τότε δεν βρέθηκαν λίθοι). Πριν από ένα μήνα παρουσίασε πάλι παρόμοιο επεισόδιο και γι' αυτό εισήχθη στο Νοσοκομείο Μεσολογγίου όπου διεγνώσθη χολοκυστίτιδα και οξεία παγκρεατίτιδα. Σε σημερινό έλεγχο παρουσίασε εικόνα χρόνιας χολοκυστίτιδας με λίθους και κρίθηκε η αντιμετώπιση της χειρουργικά.

Περιγραφή τεχνικής χολοκυστεκτομής.

Η χοληδόχος κύστη έχει σχήμα αχλαδιού και μήκος περίπου 4 ιντσών. Είναι προσδεδεμένη με την κάτω επιφάνεια του δεξιού ηπατικού λοβού. Αιματώνεται απ' την κυστική αρτηρία. Ο κυστικός πόρος συνδέει την χοληδόχο κύστη με τον κοινό ηπατικό πόρο ο οποίος διοχετεύει την χολή από το ήπαρ στο δωδεκαδάκτυλο.

Πολλοί από τους υποψηφίους για χολοκυστεκτομή ασθενείς είναι παχύσαρκοι, ως εκ τούτου μία ικανοποιητική διάνοιξη είναι απαραίτητη. Η υποπλευρία τομή είναι χρήσιμη στην περίπτωση αυτή και πλείστοι των χειρουργών την εφαρμόζουν.

Υπάρχουν 2 μέθοδοι για την αφαίρεση της χοληδόχου κύστης.

1. Παλίνδρομος μέθοδος: Η κυστική αρτηρία και ο κυστικός πόρος εντοπίζονται, διαιρούνται και απολινώνονται. Έπειτα η χοληδόχος κύστη εκτέμνεται απ' το ήπαρ. Το σημείο εκτομής δυνατόν να ραφεί ή να πωματισθεί με απορροφούμενη αιμοστατική γάζα SURGICEL αφού προηγουμένως έχει συγκρατηθεί η αιμορραγία με θερμό μάκτρο ή διαθερμία.

Το βασικό πλεονέκτημα της μεθόδου αυτής είναι ότι η αρτηρία και ο πόρος απολινώνονται, πριν η αιμορραγία απ' το σημείο εκτομής της χοληδόχου κύστης συσκοτίσει το οπτικό πεδίο.

2. «Πρώτο: Χοληδόχος Κύστη» μέθοδος: Είναι αυτονόητο ότι η χοληδόχος κύστη αποκολλάται απ' το ήπαρ πριν απολινωθεί η αρτηρία και ο κυστικός πόρος. Ο κίνδυνος είναι ότι, δυνατόν να προξενηθεί βλάβη του κοινού ηπατικού ή χοληδόχου πόρου ή της ηπατικής αρτηρίας εξ αιτίας μεγάλης έλξης της ελευθερωμένης χοληδόχου κύστης.

Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιείται μόνο στις περιπτώσεις εκείνες στις οποίες συμφύσεις εμποδίζουν την εύκολη αναγνώριση των αγγείων και των πόρων.

Εάν ο ασθενής παρουσιάσει ίκτερο, έχει στο ιστορικό του πρόσφατο ίκτερο ή ψηλαφούμενο λίθο στον κοινό χοληδόχο πόρο τότε μια πλήρης εξερεύνηση του πόρου αυτού είναι απαραίτητη (χοληδοχοτομή) για να διαπιστωθεί ότι παραμένει ανοικτός.

Β΄ Περιστατικό.

Όνοματεπώνυμο : Μ.Γ.

Έτος γέννησης : 1970

Τόπος κατοικίας: Πάτρα

Επάγγελμα : Οικιακά.

Ατομικό ιστορικό

Η κ. Μ.Γ. εισήλθε στα εξωτερικά ιατρεία του ΠΓΝ 409 στις 18 – 9 – 2000 με ωδίνες και ρήξη εμβρυϊκών υμένων. Αφού εξετάστηκε κρίθηκε αναγκαία η εισαγωγή της στη μαιευτική κλινική του ίδιου Νοσοκομείου. Κατά τη λήψη του ιστορικού η επίτοκος δεν ανέφερε κάποια χρόνια προβλήματα υγείας. Αφού έγινε εισιτήριο εισαγωγής η επίτοκος μεταφέρθηκε στην μαιευτική κλινική όπου της έγινε η απαιτούμενη προετοιμασία (λήψη Ζωτικών Σημείων, κένωση κύστης κ.α.). Κατόπιν μεταφέρθηκε στην αίθουσα τοκετών για επισταμένη παρακολούθηση τόσο της ίδιας όσο και του εμβρύου, καθώς και για την έναρξη της διαδικασίας του φυσιολογικού τοκετού. Λόγω αδυναμίας φυσιολογικής διαστολής του τραχήλου κρίθηκε αναγκαία η μεταφορά της στο χειρουργείο και η πραγματοποίηση καισαρικής τομής για την αποφυγή προβλημάτων υγείας τόσο στην ίδια όσο και στο έμβρυο.

Περιγραφή τεχνικής

Πριν την εγχείρηση την υποψήφια για καισαρική τομή έγκυο ή επίτοκο προετοιμάζουμε, όπως σε κάθε λαπαροτομία. Σε περίπτωση αναιμίας προσπαθούμε να διορθώσουμε αυτή πριν απ' την εγχείρηση ή με τη χορήγηση αίματος κατά την εγχείρηση. Σε περίπτωση, που αυτή βρισκόταν σε τοκετό πρέπει να διορθώσουμε τις ηλεκτρολυτικές διαταραχές και σε περίπτωση, που οι εμβρυϊκοί υμένες είχαν ραγεί, πρέπει η χορήγηση αντιβιοτικών φαρμάκων ν' αρχίσει πριν την εγχείρηση.

Λίγο πριν απ' την εγχείρηση ετοιμάζουμε την υποψήφια για καισαρική τομή με ξύρισμα των τριχών του εφηβαίου και της κοιλιάς, ως τον ομφαλό, με επάλειψη όλης της περιοχής της κοιλιάς με αντισηπτική διάλυση της εκλογής μας, με τοποθέτηση μόνιμου καθετήρα στην ουροδόχο κύστη και με επικάλυψη ολόκληρου του σώματός της με αποστειρωμένο ρουχισμό,

αφήνοντας ακάλυπτη την περιοχή του δέρματος ανάμεσα στον ομφαλό και την ηβική σύμφυση. Ακολουθεί, έπειτα η γενική αναισθησία της γυναίκας.

Η εγχείρηση της καισαρικής τομής περιλαμβάνει τους παρακάτω χρόνους:

- Διανοίγουμε τα κοιλιακά τοιχώματα με την τομή (κάθετη ή εγκάρσια) και με γρήγορους χειρισμούς, αποφεύγοντας την απολίνωση των αγγείων του υποδόριου ιστού. Κατά τη διάρκεια του χρόνου αυτού ο δεύτερος βοηθός κρατάει τη μήτρα μέσω των κοιλιακών τοιχωμάτων και του ρουχισμού επικάλυψης τους, στη μέση γραμμή. Αν στο στάδιο αυτό ο αναισθησιολόγος διαπιστώσει πτώση της αρτηριακής πίεσης, τότε ο βοηθός αφήνει τη μήτρα να πέσει προς τα πλάγια.
- Διορθώνουμε την θέση της μήτρας για την καλύτερη αποκάλυψη της πρόσθιας επιφάνειάς της, ύστερα από εφαρμογή διαστολέων κοιλιακών τοιχωμάτων και απωθούμε τις εντερικές έλικες προς τα πάνω με μεγάλα σπληνία. Για την καλύτερη απώθηση των εντερικών ελίκων και την καλύτερη απομόνωση του εγχειρητικού πεδίου, τοποθετούμε 3 σπληνία. Ένα στο πυθμένα της μήτρας και 2 στα πλάγιά της. Έτσι, αποφεύγεται η διαφυγή αμνιακού υγρού ή αίματος μέσα στην περιτοναϊκή κοιλότητα.
- Τοποθετεί διαστολέα Doyen ο δεύτερος βοηθός στην κάτω γωνία του τραύματος των κοιλιακών τοιχωμάτων και πάνω στην ηβική σύμφυση, για την καλύτερη αποκάλυψη του κατώτερου τμήματος της πρόσθιας επιφάνειας της μήτρας, ως το σημείο της ανάκαμψης της κυστεομητριάδας πτυχής.
- Συλλαμβάνει με χειρουργική λαβίδα ο χειρουργός την κυστεομητριάδα πτυχή και κόβει αυτή με ψαλίδι, την αποκολλά με τα δάχτυλα ή με τολύπιο, εφαρμοσμένο σε τολυπολαβίδα σε έκταση όχι παραπάνω από 5 cm., και την κατασπά προς την ουροδόχο κύστη με σύγχρονη αποκόλληση σε μικρό βάθος του ουροδογόνου χιτώνα της μήτρας, που αντιστοιχεί στο πάνω χείλος της τομής. Η αποκόλληση του άνω χείλους θα μας βοηθήσει στην καλύτερη επικάλυψη της τομής στο τέλος της εγχείρησης. Αν η αποκόλληση αυτή προβλέπεται δύσκολη, εγκαταλείπεται, για να μην καθυστερεί η επέμβαση.

- Αφαιρείται ο διαστολέας Doyen απ' το δεύτερο βοηθό και επανατοποθετείται με τέτοιο τρόπο, ώστε να συγκρατείται το κάτω χείλος της τομής της κυστεομητριάδας πτυχής.
- Εκτελείται εγκάρσια τομή με νυστέρι, μήκους 1cm περίπου στο κέντρο της επιφάνειας του κατώτερου τμήματος της μήτρας, που αποκαλύφθηκε και διανάγεται προς τα πλάγια με τους δείκτες των χεριών, τοποθετημένους στο μικρό άνοιγμα της τομής και βαθιά ως τη μητριάδα κοιλότητα.
- Αν ο αμνιακός σάκος είναι ακέραιος στο σημείο αυτό, τον σπάζουμε. Το άνοιγμα αυτό της μήτρας αντιστοιχεί περίπου στο εσωτερικό στόμιο του τραχήλου.
- Αφαιρεί το διαστολέα της κάτω γωνίας του τραύματος ο δεύτερος βοηθός, εισάγει την αριστερή παλάμη του ο χειρουργός (όταν αυτός βρίσκεται αριστερά της γυναίκας) κάτω απ' την κεφαλή του εμβρύου, και πιέζει τον πυθμένα της μήτρας με το δεξιό χέρι, βοηθούμενος και από τον βοηθό, ώστε η κεφαλή του εμβρύου, χρησιμοποιώντας την παλάμη του σαν υπομόχλιο, να εξέλθει από το άνοιγμα της τομής. Αν πρόκειται για ισχιακή προβολή ή για εγκάρσιο σχήμα, τότε ο χειρουργός συλλαμβάνει το πόδι του εμβρύου με τη βοήθεια του σπληνίου, για να μην του γλιστρήσει.
- Αναρροφώνται οι εκκρίσεις του στόματος και της μύτης του εμβρύου απ' τον πρώτο βοηθό αμέσως μετά την απελευθέρωση της κεφαλής και έλκεται η κεφαλή προς τα έξω, όπως στο φυσιολογικό τοκετό, για να ελευθερωθούν οι ώμοι και εξέλθει ολόκληρο το έμβρυο. Αν η έξοδος της κεφαλής είναι δύσκολη, καταφεύγουμε στην εφαρμογή ειδικού εμβρυουλκού του Simpson, για να βοηθήσουμε.
- Συλλαμβάνουμε το έμβρυο απ' τα σφυρά αμέσως μετά την έξοδό του συμπληρώνουμε την αναρρόφηση των εκκρίσεων του απ' το στόμα και τη μύτη, απολινώνει τον ομφάλιο λώρο ο πρώτος βοηθός και παραδίδουμε το νεογνό σε βοηθητικό πρόσωπο ή στο νεογνολόγο για την περίθαλψή του.
- Εφαρμόζει πάλι το διαστολέα της κάτω γωνίας του τραύματος ο δεύτερος βοηθός, όταν ο χειρουργός και ο πρώτος βοηθός ασχολούνται με την αναρρόφηση των εκκρίσεων και την απολίνωση του ομφάλιου λώρου.

- Αποσπογγίζει ο πρώτος βοηθός το αίμα του τραύματος της μήτρας και συλλαμβάνει τις δύο γωνίες του με θυριδωτές λαβίδες ο χειρουργός, για την αποφυγή αιμορραγίας.
- Έλκει προς τα πάνω τις δύο θυριδωτές λαβίδες ο πρώτος βοηθός, για την καλύτερη έκθεση του τραύματος, και συλλαμβάνει τον ομφάλιο λώρο με το αριστερό χέρι ο χειρουργός, ενώ με το δεξί ασκεί πίεση στον πυθμένα της μήτρας πάνω απ' τα κοιλιακά τοιχώματα, για την έξοδο του πλακούντα. Αν ο πλακούντας δεν βγαίνει με τον παραπάνω χειρισμό ή αν διαπιστωθεί, πως αυτός δεν είναι ακέραιος, τότε ο χειρουργός εκτελεί δακτυλική επισκόπηση της μήτρας. Μετά την έξοδο του πλακούντα με την χρησιμοποίηση λαβίδας Kocher βοηθάμε την αποκόλληση και έξοδο των εμβρυϊκών υμένων.
- Τοποθετείται σπληνίο μέσα στη μητριαία κοιλότητα για την πρόκληση αιμόστασης και για τον καλύτερο έλεγχο των τραυματικών χειλέων, ενώ ο αναισθησιολόγος προσθέτει 10 μονάδες ωκυτοκίνης στον ορό, για να προκαλέσει σύσπαση της μήτρας και ελάττωση της αιμορραγίας.
- Μετά αφαιρείται το σπληνίο της ενδομήτριας κοιλότητας και αρχίζει η συρραφή της μήτρας, κυστεομητριαίας πτυχής, περιτόναιου, μυών περιτονίας, χορίου (ή υποδόριου) και δέρματος. Στο τέλος, συνθλίβουμε τον πυθμένα της μήτρας μετά τη συρραφή των κοιλιακών τοιχωμάτων και πριν συνέλθει η γυναίκα από την αναισθησία, για την έξοδο των πηγμάτων αίματος, και αποσπογγίζουμε την κοιλότητα του κόλπου με τολύπια, εφαρμοσμένα σε τολυπολαβίδα, για την απελευθέρωσή της από πύγματα αίματος, που συγκεντρώθηκαν σ' αυτήν.²⁹

ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκη / Πρόβλημα αρρώστου περιεγχειρητικά	Προεγχειρητική εκτίμηση του αρρώστου	Σχεδιασμός φροντίδας	Εφαρμογή σχεδίου (διεγχειρητικά)	Αξιολόγηση φροντίδας (μετεγχειρητικά)
<p>Χολοκυστεκτομή λόγω παρουσίας λίθων στην χοληδόχο κύστη.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Επίσκεψη του Νοσηλευτή στο θάλαμο του αρρώστου προκειμένου να τον ενημερώσει για την επέμβαση και οτιδήποτε κρίνεται αναγκαίο. - Ενθάρρυνση του αρρώστου να διατυπώσει τα συναισθήματά του για την επέμβαση. - Έλεγχος λήψης 	<ul style="list-style-type: none"> - Προετοιμασία χειρουργικής αίθουσας με αποστειρωμένο: <ul style="list-style-type: none"> • Βασικό δίσκο εργαλείων λαπαροτομίας και ειδικού set χοληδόχου κύστης για την αφαίρεση των λίθων. • Set ιματισμού. • Ρόμπες. • Γάζες με ρίγα. • Γάντια διαφόρων μεγεθών 	<ul style="list-style-type: none"> - Επιβεβαιώθηκαν τα στοιχεία της ασθενούς με την άφιξή της στην χειρουργική αίθουσα. - Εξασφαλίσθηκε η σωστή θέση της ασθενούς (ύπτια) στο χειρουργικό τραπέζι. - Βοηθήθηκε το προσωπικό (χειρουργοί εργαλειοδότης) στο ντύσιμό τους με αποστειρωμένες ρόμπες 	<p>Με τις κατάλληλες Νοσηλευτικές ενέργειες διεγχειρητικά ολοκληρώθηκε επιτυχώς η αφαίρεση της χοληδόχου κύστης χωρίς την ύπαρξη μετεγχειρητικών επιπλοκών. Ακόμη η πιστή τήρηση κανόνων ασηψίας και αντισηψίας από πλευράς τόσο του Νοσηλευτή</p>

Ανάγκη / Πρόβλημα αρρώστου περιεγχειρητικά	Προεγχειρητική εκτίμηση του αρρώστου	Σχεδιασμός φροντίδας	Εφαρμογή σχεδίου (διεγχειρητικά)	Αξιολόγηση φροντίδας (μετεγχειρητικά)
	<p>ιστορικού και κλινικής εξέτασης του ασθενούς.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Διενέργεια διαγνωστικών εξετάσεων για το συγκεκριμένο πρόβλημα του ασθενούς. – Έλεγχος και συμπλήρωση προεγχειρητικού δελτίου σχετικά με το αν έγινε: <ul style="list-style-type: none"> • Λήψη ζωτικών σημείων 	<ul style="list-style-type: none"> • Ράμματα απολίνωσης και συρραφής ιστών. – Αναγνώριση στοιχείων ταυτότητας της ασθενούς όπως αυτά αναγράφονται στην περιχειρίδα και στον φάκελο της ασθενούς. – Επίβλεψη της ασθενούς στο χειρουργικό τραπέζι μέχρι έναρξης της 	<ul style="list-style-type: none"> – Καλύφθηκε η ασθενής με το αποστειρωμένο σερβιέτ μαξιλαριού εκτός από την περιοχή της επέμβασης δηλαδή την δεξιά υποχόνδρια. – Έγινε καταμέτρηση γαζών και εργαλείων πριν την έναρξη της επέμβασης. – Συνδέθηκαν και τέθηκαν σε λειτουργία τα μηχανήματα που θα χρησιμοποιηθούν 	<p>κυκλοφορίας όσο και του εργαλειοδότη μείωσε την πιθανότητα εμφάνισης λοιμώξεων.</p>

		επέμβασης για την πρόληψη πτώσης της.		
--	--	---	--	--

Ανάγκη / Πρόβλημα αρρώστου περιεγχειρητικά	Προεγχειρητική εκτίμηση του αρρώστου	Σχεδιασμός φροντίδας	Εφαρμογή σχεδίου (διεγχειρητικά)	Αξιολόγηση φροντίδας (μετεγχειρητικά)
	<ul style="list-style-type: none"> • Έλεγχος στοιχείων ταυτότητας ασθενή. • Αφαίρεση ξένων σωμάτων (οδοντοστοιχίες, φακοί επαφής, κοσμήματα). • Καθαρισμός βαμμένων νυχιών ή χειλέων. • Κένωση ουροδόχου κύστης. • Καθαρτικός υποκλυσμός 	<ul style="list-style-type: none"> – Εξασφάλιση σωστής θέσης (ύπτιας) στο χειρουργικό τραπέζι και διατήρησής της για την πρόληψη βλάβης. – Συμπλήρωση του ειδικού δελτίου σχετικά με την επέμβαση, τους χειρούργους ιατρούς, τους αναισθησιολόγους 	<p>αναρροφητήρας, διαθερμία.</p> <p>– Εφοδιάστηκε το μεγάλο χειρουργικό τραπέζι με τα εργαλεία, γάζες, ράμματα, σωλήνες αναρρόφησης, καλώδιο διαθερμίας και οτιδήποτε άλλο χρειάζεται για την</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> • Προνάρκωση 30' - 1H πριν την μεταφορά του στο χειρουργείο που περιλαμβάνει τη χορήγηση πεθιδίνης 	<p>και οτιδήποτε κρίνεται απαραίτητο</p> <ul style="list-style-type: none"> – Εξασφάλιση ασηψίας με: 	<p>επέμβαση</p> <ul style="list-style-type: none"> – Συμπληρώθηκε το έντυπο «Στοιχεία εγχείρησης σχετικά με το είδος, την διάρκεια της επέμβασης, τον 	
--	--	---	--	--

Ανάγκη / Πρόβλημα αρρώστου περιεγχειρητικά	Προεγχειρητική εκτίμηση του αρρώστου	Σχεδιασμός φροντίδας	Εφαρμογή σχεδίου (διεγχειρητικά)	Αξιολόγηση φροντίδας (μετεγχειρητικά)
	<p>0,05gr και ατροπίνης 0,50gr</p> <ul style="list-style-type: none"> • Αντικατάσταση των ενδυμάτων του ασθενούς με την ειδική στολή χειρουργείου • Ετοιμασία δέρματος του εγχειρητικού πεδίου 	<ul style="list-style-type: none"> – Την χρησιμοποίηση αποστειρωμένου υλικού – Την αντισηψία του δέρματος της ασθενούς – Το σωστό και 	<p>υπεύθυνο χειρουργό και τους βοηθούς, τον αναισθησιολόγο, το είδος αναισθησίας, το ονοματεπώνυμο του εργαλειοδότη και του Νοσηλευτή κυκλοφορίας</p>	

	<ul style="list-style-type: none"> • Νηστεία του αρρώστου 8 ώρες πριν από την επέμβαση για τη μείωση πιθανότητας διάτασης του στομάχου και εισρόφησης κατά και μετά την αναισθησία και για την πρόληψη της υποθερμίας 	<p>προσεκτικό προεγχειρητικό πλύσιμο των χεριών του προσωπικού</p>	<p>αν στάλθηκε παρασκεύασμα στο παθολογοανατομικό για ιστολογική εξέταση</p> <p>–Εξασφαλίσθηκε πιστή τήρηση των κανόνων ασηψίας καθ' όλη τη διάρκεια της επέμβασης</p>	
--	--	--	--	--

Ανάγκη / Πρόβλημα αρρώστου περιεγχειρητικά	Προεγχειρητική εκτίμηση του αρρώστου	Σχεδιασμός φροντίδας	Εφαρμογή σχεδίου (διεγχειρητικά)	Αξιολόγηση φροντίδας (μετεγχειρητικά)
	<ul style="list-style-type: none"> • Εξασφάλιση γραπτής συγκατάθεσης για την διενέργεια της επέμβασης απ' τον άρρωστο ή απ' τους συγγενείς του 	<p>–Έλεγχος, προετοιμασία και σύνδεση μηχανημάτων όπως διαθερμίας, αναρρόφησης κ.α.</p> <p>- Προσεκτική καταμέτρηση εργαλείων</p>	<p>για την προστασία της ασθενούς από μολύνσεις</p> <p>–Παρακολουθήθηκε η ασθενής για συμπτώματα τυχόν επιπλοκών με σκοπό την άμεση αντιμετώπισή</p>	

		<p>και γαζών πριν την έναρξη της επέμβασης και μετά το πέρας αυτής από υπεύθυνο Νοσηλευτικό προσωπικό (Νοσηλευτή κυκλοφορίας και εργαλειοδότη)</p>	<p>τους. – Μετά το τέλος της επέμβασης εξασφαλίστηκε η προσεκτική μεταφορά της ασθενούς στην αίθουσα Ανάνηψης μέχρι αποκατάσταση</p>	
--	--	--	--	--

Ανάγκη / Πρόβλημα αρρώστου περιεγχειρητικά	Προεγχειρητική εκτίμηση του αρρώστου	Σχεδιασμός φροντίδας	Εφαρμογή σχεδίου (διεγχειρητικά)	Αξιολόγηση φροντίδας (μετεγχειρητικά)
		<p>– Έλεγχος για τη διεκπεραίωση όλων των πράξεων που αναγράφονται στο προεγχειρητικό δελτίο</p>	<p>των ζωτικών σημείων της.</p>	

ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Ανάγκη / Πρόβλημα αρρώστου περιεγχειρητικά	Προεγχειρητική εκτίμηση του αρρώστου	Σχεδιασμός φροντίδας	Εφαρμογή σχεδίου (διεγχειρητικά)	Αξιολόγηση φροντίδας (μετεγχειρητικά)
Καισαρική τομή που οφείλεται σε αδυναμία εξόδου του εμβρύου με φυσιολογικό τοκετό.	<p>– Ετοιμασία της επιτόκου πριν τη μεταφορά της στο χειρουργείο η οποία περιλαμβάνει:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Έλεγχος Ζ.Σ. για την διάγνωση τυχόν παθολογικής κατάστασης της εγκυμοσύνης • Λήψη αίματος και ούρων και αποστολή τους για ανίχνευση λευκώματος στα ούρα και για διασταύρωση αίματος 	<p>– Ετοιμασία χειρουργικής αίθουσας με αποστειρωμένο εξοπλισμό όπως:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Set ιματισμού • Δίσκος καισαρικής • Ρόμπες • Λαβή φωτισμού • Γάντια διαφόρων μεγεθών • Γάζες (με ρίγα και χωρίς ρίγα) 	<p>– Επιβεβαιώθηκαν τα στοιχεία της επιτόκου</p> <p>– Τοποθετήθηκε η επίτοκος σε ύπτια θέση για την εκτέλεση της επέμβασης</p> <p>– Επιβεβαιώθηκε ότι η επίτοκος δεν έχει υπερθυρεοειδισμό για την χρησιμοποίηση Betadine</p> <p>– Έγινε καθαρισμός και επάλειψη της περιοχής της κοιλιάς με αντισηπτική διάλυση Betadine</p>	<p>Η Καισαρική Τομή έγινε με επιτυχία. Μητέρα και έμβρυο χαίρουν υγείας. Δεν παρουσιάστηκαν μετεγχειρητικές επιπλοκές.</p>

Ανάγκη / Πρόβλημα αρρώστου περιεγχειρητικά	Προεγχειρητική εκτίμηση του αρρώστου	Σχεδιασμός φροντίδας	Εφαρμογή σχεδίου (διεγχειρητικά)	Αξιολόγηση φροντίδας (μετεγχειρητικά)
	<p>στην αιμοδοσία (Σε περίπτωση αναιμίας προσπαθούμε να διορθώσουμε αυτή πριν την επέμβαση ή με τη χορήγηση αίματος κατά την επέμβαση)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Εκτίμηση της ποιότητας του αμνιακού υγρού σε περίπτωση που έχουν ραγεί οι εμβρυϊκοί υμένες και χορήγηση αντιβιοτικού φαρμάκου πριν την επέμβαση • Ζύγισμα επιτόκου • Υποκλισμός για την 	<ul style="list-style-type: none"> • Κομπρέσες • Καθετήρας ουροδόχου κύστης • Ράμματα <p>Ακόμα:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betadine ή Octenisept • Φυσιολογικός ορός • Στατό γαζών και κομπρεσών • Ουροσυλλέκτης • Σύριγγα με 5ml N/S για σταθεροποίηση του καθετήρα στην ουροδόχο κύστη • Αναγνώριση των 	<ul style="list-style-type: none"> – Τοποθετήθηκε μόνιμος καθετήρας στην ουροδόχο κύστη και σύνδεσή του με τον ουροσυλλέκτη – Έγινε καταμέτρηση εργαλείων, γαζών με ρίγα και κομπρεσών και καταγράφηκαν στο ειδικό δελτίο (10 κομπρέσες, 20 γάζες) – Εφοδιάστηκε το χειρουργικό τραπέζι, με μαχαιρίδια, γάζες, κομπρέσες, ράμματα 	

	αποφυγή εξόδου κοπράνων και ρύπανσης	στοιχείων της επιτόκου όπως αναγράφονται	για τη συρραφή μήτρας,	
Ανάγκη / Πρόβλημα αρρώστου περιεγχειρητικά	Προεγχειρητική εκτίμηση του αρρώστου	Σχεδιασμός φροντίδας	Εφαρμογή σχεδίου (διεγχειρητικά)	Αξιολόγηση φροντίδας (μετεγχειρητικά)
	<p>του περινέου λόγω της μυϊκής χάλασης που γίνεται εξαιτίας της αναισθησίας κατά την επέμβαση</p> <ul style="list-style-type: none"> • Κένωση της ουροδόχου κύστης με ούρηση • Ευπρεπισμός των εξωτερικών γεννητικών οργάνων (ξυρίζεται το τριχωτό του εφηβαίου, και η κοιλιά ως τον ομφαλό) • Γίνεται κατευναστικό λουτρό καθαριότητας της επιτόκου 	<p>στο φάκελο και στην περιχειρίδα.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Εξασφάλιση σωστής θέσης επιτόκου στο χειρουργικό τραπέζι (ύπτια) και επίβλεψη αυτής για την αποφυγή πτώσης της – Προστασία της επιτόκου από λοιμώξεις με: <ul style="list-style-type: none"> • Την πιστή τήρηση κανόνων ασηψίας • Την χρησιμοποίηση αποστειρωμένου υλικού 	<p>κυστεομητριάας πτυχής, περιτονιου, μυών περιτονίας, χορίου (ή υποδορίου) και δέρματος</p> <ul style="list-style-type: none"> – Καλύφθηκε ολόκληρο το σώμα της επιτόκου με αποστειρωμένο ιματισμό εκτός απ' την περιοχή ανάμεσα στον ομφαλό και την ηβική σύμφυση – Τηρήθηκαν οι κανόνες ασηψίας και αντισηψίας για την προστασία της 	

	<ul style="list-style-type: none"> • Αφαιρούνται οι φακοί επαφής, οδοντοστοιχίες και ξεβάφονται τα νύχια 	<ul style="list-style-type: none"> • Το προσεπτικό πλύσιμο των χεριών των 	επιτόκου και του εμβρύου από λοιμώξεις	
Ανάγκη / Πρόβλημα αρρώστου περιεγχειρητικά	Προεγχειρητική εκτίμηση του αρρώστου	<u>Σχεδιασμός φροντίδας</u>	Εφαρμογή σχεδίου (διεγχειρητικά)	Αξιολόγηση φροντίδας (μετεγχειρητικά)
	<p>και τα χείλη της επιτόκου για την καλύτερη παρακολούθησή της</p> <ul style="list-style-type: none"> • Διόρθωση ηλεκτρολυτών διαταραχών <p>– Εξέταση ατομικού φακέλου παρακολούθησης της επιτόκου για να ενημερωθούμε για την κατάσταση της υγείας της και την εξέλιξη της εγκυμοσύνης, λήψη τυχόν φαρμάκων, αν είναι</p>	<p>χειρουργών και του εργαλειοδότη</p> <p>– Προσεκτική καταμέτρηση γαζών, κομπρεσών και εργαλείων τόσο πριν την επέμβαση και πριν το κλείσιμο της τομής</p> <p>– Συμπλήρωση του ειδικού βιβλίου με τα στοιχεία της επιτόκου, την ημερομηνία, την ώρα εισόδου και</p>	<p>– Έγινε επίβλεψη της επιτόκου για τυχόν επιπλοκές με σκοπό την άμεση αντιμετώπισή τους</p> <p>– Μετά το τέλος της επέμβασης εξασφαλίσθηκε η προσεκτική μεταφορά της στην Ανάνηψη για παρακολούθηση και σταθεροποίηση των ζωτικών σημείων</p>	

	αλλεργική σε κάποια φάρμακα, αν έχει υπερθυρεοειδισμό (στην	έναρξης της επέμβασης και πέρας αυτής, τα		
Ανάγκη / Πρόβλημα αρρώστου περιεγχειρητικά	Προεγχειρητική εκτίμηση του αρρώστου	Σχεδιασμός φροντίδας	Εφαρμογή σχεδίου (διεγχειρητικά)	Αξιολόγηση φροντίδας (μετεγχειρητικά)
	περίπτωση αυτή δεν χρησιμοποιείται Betadine αλλά Octenisept) –Ψυχολογική υποστήριξη της επιτόκου και ενθάρρυνση αυτής να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες της.	στοιχεία των χειρουργών, του αναισθησιολόγου, του Νοσηλευτή κυκλοφορίας, του εργαλειοδότη, το είδος της νάρκωσης πόσες γάζες και κομπρέσες δόθηκαν (αρχικά δίνονται 20 γάζες και 10 κομπρέσες).		

--	--	--	--	--

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Σπαθοπούλου Σ.**, *Παρελθόν και εξέλιξη στη συρραφή των ιστών*, Νοσηλευτική Γραμμή, Τόμος 4, Τεύχος 4^ο, Επιστημονικές εκδόσεις Ε.Π.Ε., Αθήνα 1993, σ. 54 – 58
2. **Βρότσος Ι. – Φουρμούζης Ι.**, *Υλικά ταφής – απορροφήσιμα και μη – στην Περιοδοντολογία*, Οδοντοστοματολογική Πρόοδος, Τόμος 46, Τεύχος 1, διμηνιαίο περιοδικό της εταιρείας οδοντοστοματολογικής έρευνας, Αθήνα 1992, σ 9 – 13
3. **Κουριάς Β.**, *Οι «Αρχικές Ιδέες» και μέθοδοι χειρουργικών επεμβάσεων. Εφαρμογή και εξέλιξη διαμέσου των αιώνων*, Ελληνική Χειρουργική, Τόμος 55, Τεύχος 2, εκδόσεις Ελληνικής Χειρουργικής Εταιρείας, Αθήνα 1983, σ. 100 – 106
4. **Παπαδημητρίου Ι. – Ανδρουλάκης Γ.**, *Αρχές Γενικής Χειρουργικής*, Τόμος Α, Έκδοση 1^η, εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1989, σ. 31 – 40
5. **Kirk R.**, *Εγχειρίδιον Κοιλιακών Επεμβάσεων*, **Μετάφραση – Επιμέλεια: Μόσχοβος Κ.**, Επίτομος, έκδοση 1^η, Αθήνα 1971, σ. 38 – 41
6. *Σύνοψις Βασικής Χειρουργικής*, εγχειρίδιο συντεταγμένο και εκτυπωμένο υπό Ethicon Ltd., Αθήνα 1972, σ. 1 – 2, 5
7. **Σαχίνη – Καρδάση Α. – Πάνου Μ.**, *Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική*, Τόμος 1, Ε΄ επανέκδοση, εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα 1996, σ. 71 – 72, 85 – 86
8. **Παπαδάκη Αικ.**, *Το Χειρουργείο στη Βασική Νοσηλευτική Εκπαίδευση*, επίτομος, έκδοση 1^η, ιατρικές εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα 1992, σ. 65 – 66, 151 – 157, 162 – 164, 166, 187 – 191, 207 – 208, 213 – 214

9. Οδηγός χρήσης Cat.gut plain / chrom υπό B. Braun Surgical GmbH
10. **Καραμανώλης Σ. – Ναούμ Μ. – Τσαντήλας Δ. – Κοντούλης Μ. – Γιακουστίδης Ε. – Παπάζογλου Ο.,** *Μη αποροφήσιμα ράμματα – μια σπάνια αιτία λιθίασης του χοληδόχου πόρου*, Ελληνική Ιατρική, Τόμος 49, Τεύχος 3, διμηνιαία έκδοση Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 1982, σ. 210 – 213
11. Οδηγός χρήσης ραμμάτων Vicryl υπό Johnson and Johnson Hellas
12. **Δουγένης Δ. – Βαγιανός Κ. – Walker W.S. – Cameron E.W.J – Sang C.T. – Walbaum P.R.,** *Ενδοθωρακική οισοφάγο – γαστρική αναστόμωση: Συρραπτικά μηχανήματα ή παραδοσιακή συρραφή;*, Ιατρική, Τόμος 61, Τεύχος 2, μηνιαία έκδοση Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Αθήνα 1992, σ. 211 – 215
13. Οδηγός Χρήσης ραμμάτων Silk
14. **Καλογήρου Δ. – Κοντοράβδης Α. – Κασσάνος Δ. – Μασούρας Χ. – Κουτηφάρης Β. – Βιτωράτος Ν.,** *Βακτηριολογική έρευνα σε περιδέσεις τραχήλου*, Γαληνός, Τόμος 26, Τεύχος 2, διμηνιαία ιατρική έκδοση, Αθήνα 1984, σ. 410
15. **Παπαθανασίου Κ. – Σταματόπουλος Π. – Τσαλίκης Τ. – Μανταλενάκης Σ.,** *Η ανάταξη της μήτρας με το λαπαροσκόπιο*, Γαληνός, Τόμος 30, Τεύχος 5, διμηνιαία ιατρική έκδοση, Αθήνα 1988, σ. 511
16. **Παπάζογλου Σ. – Σιμπιλίδης Γ. – Χριστοδουλίδης Κ. – Τουρτόγλου Α.,** *Επιτυχής συρραφή διαπιτραίνοντος τραύματος της καρδιάς*, Γαληνός, Τόμος 24, Τεύχος 4, διμηνιαία ιατρική έκδοση, Αθήνα 1982, σ. 617

17. **Μπεχράκης Μ. – Γαρταγάνη Σ., - Τραγάκη Μ.,** *Παράγοντες επιτυχίας της κερατοπλαστικής*, Αχαϊκή Ιατρική, Τεύχος 1, περιοδικό της Ιατρικής Εταιρείας Δυτικής Ελλάδος, Πάτρα 1986, σ. 61
18. **Πιερρακάκης Σ. – Καρυδάκης Π. – Σαμπαλής Γ. – Οικονόμου Ν. – Νίνος Α. – Φινοκαλιώτης Ν.,** *Η δια του συγκλεισθέντος γαστρικού κολοβώματος γαστροδωδεκαδακτυλική αναστόμωση κατά Billroth – I με τη χρήση του κυκλικού αναστομωτήρα*, Γαληνός, Τόμος 34, Τεύχος 6, διμηνιαία ιατρική έκδοση, Αθήνα 1992, σ. 614
19. **Κοτζιάς Ν.,** *Η χρησιμοποίηση πλέγματος πολυπροπυλενίου ως υποκατάστατου απονευρωτικού ιστού στη χειρουργική του κοιλιακού τοιχώματος*, Ιατρικά Χρονικά, Τόμος 18, Τεύχος 1, Αθήνα 1995, σ. 26, 29 – 31
20. **Ζησιάδης Γ – Α. – Γαμβρός Ο. – Αλετράς Ο.,** *Παρατηρήσεις από την εφαρμογή της συρραπτικής μηχανής EEA stapler στις χαμηλές αναστομώσεις του ορθού*, Ελληνική Ιατρική, Τόμος 48, Τεύχος 2, διμηνιαία έκδοση Ιατρικής Εταιρείας Θεσσαλονίκης, Θεσσαλονίκη 1982, σ. 120 – 121, 124
21. **Αλφαράς Π. – Σαραφίδου Π. – Μπαράτσης Σ. – Μαγγανάς Δ. – Δρακόπουλος Σ.,** *Η εμπειρία μας από τη χρήση των αυτόματων συρραπτικών στη χαμηλή πρόσθια εκτομή*, Νοσοκομειακά Χρονικά, Τόμος 54, Τεύχος 2, τριμηνιαία έκδοση της ένωσης επιστημονικού προσωπικού θεραπευτηρίου «Ο Ευαγγελισμός», Αθήνα 1992, σ. 123
22. **Παπαχριστοδούλου Α. – Ζωγράφος Γ. – Φωτιάδης Κ. – Σαφιολέας Μ. – Γκόγκας Ι. – Σκαλκέας Γρ.,** *Χειρουργική αντιμετώπιση του καρκίνου του ορθού. Εμπειρία μιας δεκαετίας*, Ιατρική, Τόμος 64, Τεύχος 2, μηνιαία έκδοση Εταιρείας Ιατρικών Σπουδών, Αθήνα 1993, σ. 186

23. **Πούλιος Κ. – Μαλόβρουβας Δ. – Στέλλος Α**, *Επείγουσα υπερκυστική εκτροπή των ούρων. Ουρητηροστομία στο δέρμα ή ειλεοκύστη*; Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων, Τόμος 23, Τεύχος 4, διμηνιαία έκδοση των υγειονομικών σωμάτων του Στρατού, του Ναυτικού και της Αεροπορίας, Αθήνα 1989, σ. 216
24. **Πιερρακάκης Στ. – Δουρίδας Γ. – Καρυδάκης Π. – Βούτου – Βαιδάκη Αικ.**, *Υποβοηθούμενες δια συρραπτικών εργαλείων μέθοδοι στη χειρουργική του οισοφάγου*, Ιατρικά Χρονικά, Τόμος 19, Τεύχος 12, Αθήνα 1996, σ. 713
25. **Πατεράκη**, *Τα διλήμματα των αδελφών στο χειρουργείο*, Τομή και Φροντίδα, Τεύχος 24, έκδοση Α΄, έκδοση της Johnson and Johnson Hellas, Αθήνα 1997, σ. 8 – 10
26. **Μπαλτά Β**, *Εξασφάλιση υψηλής ποιότητας στην Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, Τομή και Φροντίδα, Τεύχος 22, έκδοση Α΄, έκδοση της Johnson and Johnson Hellas, Αθήνα 1996, σ. 27 – 28
27. **Αθανάτου Ε**, *Κλινική Νοσηλευτική*, επίτομος, έκδοση Στ΄, Αθήνα 1996, σ. 185 – 195, 199
28. **Σαββοπούλου Γ**, *Βασική Νοσηλευτική. Μια βιο – ψυχο – κοινωνική προσέγγιση*, επίτομος, έκδοση 1^η, εκδόσεις «Η ΤΑΒΙΘΑ», Αθήνα 1996, σ. 115
29. **Παπανικολάου Ν. – Παπανικολάου Α.**, *Μαιευτική*, επίτομος, έκδοση 3^η, επιστημονικές εκδόσεις Γρ. Παρισιάνου, Αθήνα 1994, σ. 559 – 563