

Προεγχειρητική αξιολόγηση

7

Αρχές προεγχειρητικής αξιολόγησης	127
ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ	128

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ	131
--	-----

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Όταν ένας ασθενής εισάγεται σε χειρουργική κλινική προκειμένου να υποβληθεί σε διαγνωστικό έλεγχο ή χειρουργική επέμβαση, θα πρέπει να λαμβάνεται λεπτομερές ιστορικό και να γίνεται προσεκτική κλινική εξέταση, τα δε δεδομένα θα πρέπει να καταγράφονται. Οι σημειώσεις αυτές που καταγράφονται στον φάκελο του ασθενούς είναι ιδιαίτερα σημαντικές, τόσο επειδή παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες στους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας που εμπλέκονται στη φροντίδα του ασθενή όσο και επειδή αποτελούν επίσημο έγγραφο με ιατρο-νομική ισχύ, που μπορεί να αξιοποιηθεί εάν υπάρξει κάποια δυσμενής εξέλιξη στην πορεία του ασθενούς. Οι σημειώσεις θα πρέπει να είναι ακριβείς και ευανάγνωστες, ενώ θα πρέπει να αναγράφεται η ημερομηνία εγγραφής της κάθε σημείωσης, όπως επίσης και το όνομα του γιατρού που έχει κάνει την καταγραφή των στοιχείων στον φάκελο του ασθενή.

Όταν πρόκειται για *προγραμματισμένες (εκλεκτικές) χειρουργικές επεμβάσεις*, η αρχική κλινική εξέταση γίνεται συχνά κατά τη διάρκεια μιας **επίσκεψης προεγχειρητικής εκτίμησης**, από ένα ειδικευόμενο ιατρό της χειρουργικής κλινικής ή του αναισθησιολογικού τμήματος. Στόχος της εκτίμησης αυτής είναι η αναζήτηση τυχόν ιατρικών ή κοινωνικών προβλημάτων που μπορεί να περιπλέξουν την επέμβαση και η λήψη των κατάλληλων μέτρων για να προληφθούν αν είναι δυνατόν τα προβλήματα αυτά (Πλαίσιο 7.1). Σε ασθενείς με σοβαρές συνυπάρχουσες παθήσεις, στην προεγχειρητική αξιολόγηση του ασθενή θα πρέπει να συμμετέχει και ένας έμπειρος αναισθησιολόγος. Ο έλεγχος αυτός γίνεται συχνά σε ειδικά ιατρεία προεγχειρητικής εκτίμησης, που έχουν ευκολότερη πρόσβαση σε εξειδικευμένες εξετάσεις (π.χ. δοκιμασία καρδιοαναπνευστικής κόπωσης ή έλεγχος αναπνευστικής λειτουργίας).

Για *επείγουσες εισαγωγές* ασθενών στη χειρουργική κλινική, η αξιολόγησή τους συχνά γίνεται σταδιακά. Αρχικά ο έλεγχος γίνεται από ειδικευμένους γιατρούς της κλινικής, που στη συνέχεια αναφέρονται στους ιεραρχικά προϊστάμενους τους. Βασικός στόχος είναι η διάγνωση της βασικής πάθησης, εντούτοις όμως θα πρέπει να αναγνωρισθούν τυχόν συνυπάρχουσες παθήσεις, όπως επίσης και

άλλοι παράγοντες που μπορεί να περιπλέξουν την πορεία του ασθενή. Σε *βαριές τραυματικές κακώσεις* υπάρχει ήδη κινητοποίηση των έμπειρων γιατρών της χειρουργικής κλινικής με τηλεφωνική κλήση πριν την άφιξη του ασθενοφόρου με τον τραυματία.

ΑΡΧΕΣ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ

Κεντρικό ρόλο στην προεγχειρητική αξιολόγηση κατέχει η προσεκτική διατύπωση ερωτημάτων προς τον ασθενή, όπως επίσης και η λεπτομερής κλινική εξέταση αυτού, προκειμένου να αναγνωρισθούν εκ των προτέρων τυχόν προβλήματα που έχουν σημασία για τον αναισθησιολόγο και τον χειρουργό, όπως επίσης και τυχόν ιδιαιτερότητες ή προβλήματα κοινωνικής φύσης που μπορεί να έχουν αντίκτυπο στη νοσηλεία του ασθενή. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι χειρουργικοί ασθενείς δεν θα παρουσιάσουν καμία επιπλοκή στη διάρκεια της νοσηλείας τους, εντούτοις όμως μπορούν να παρατηρηθούν δυνητικά αποτρέψιμες καταστροφικές επιπλοκές αν η προεγχειρητική αξιολόγηση δεν γίνει με τρόπο λεπτομερή και συστηματικό. Είναι πιθανόν να χρειασθεί πριν την επέμβαση να βελτιστοποιηθεί η γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή, αναλόγως βέβαια και του επείγοντος ή μη χαρακτήρα της επέμβασης. Στόχος του γιατρού που αξιολογεί προεγχειρητικά τον ασθενή είναι να απαντηθούν οι ερωτήσεις που περιλαμβάνονται στο Πλαίσιο 7.1. Κατά τον προεγχειρητικό έλεγχο είναι πιθανόν να προκύψει ανάγκη να υποβληθεί ο ασθενής σε περαιτέρω εξετάσεις ή άλλες παρεμβάσεις, ενώ αναγνωρίζονται οι ασθενείς με συνυπάρχουσες παθήσεις που διατρέχουν κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών κατά την περιεγχειρητική περίοδο. Θα πρέπει επίσης να εξετάζεται η αγωγή που λαμβάνει ο ασθενής για τις τυχόν συνυπάρχουσες παθήσεις (π.χ. υπέρταση, σακχαρώδη διαβήτης). Οι εξετάσεις που γίνονται προεγχειρητικά μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως βασικά δεδομένα με τα οποία θα συγκριθούν οι ίδιες εξετάσεις του ασθενή κατά τη μετεγχειρητική περίοδο (π.χ. ηχοκαρδιογράφημα σε καρδιακή ανεπάρκεια). Στον Πίνακα 7.1 παρουσιάζονται συνοπτι-

ΠΛΑΙΣΙΟ 7.1 Προεγχειρητική αξιολόγηση και σχεδιασμός**1. Διάγνωση**

- (Αρχική) διάγνωση – πόσο σίγουρη είναι;
- Μήπως χρειάζονται κάποιες περαιτέρω εξετάσεις για την επιβεβαίωση της αρχικής διάγνωσης;
- Σημαντικά στοιχεία από το ιστορικό;
- Ευρήματα από την κλινική εξέταση;
- Αποτελέσματα εξετάσεων που έχουν ήδη γίνει;
- Έχει ληφθεί βιοψία πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο (εάν χρειάζεται);

2. Επέμβαση

- Τι είδους επέμβαση ή θεραπευτική παρέμβαση προγραμματίζεται να γίνει;
- Μήπως έχουν αλλάξει κάποια δεδομένα που μπορεί να επηρεάσουν την επέμβαση που σχεδιάζεται να γίνει;
- Η κατάσταση του ασθενή βελτιώνεται ή επιδεινώνεται;
- Μήπως έχουν προκύψει κάποια νεότερα δεδομένα από το διαγνωστικό έλεγχο του ασθενή; (π.χ. πνευμονικές μεταστάσεις στην ακτινογραφία θώρακα)
- Η ένδειξη της προγραμματιζόμενης επέμβασης παραμένει ακόμη;
- Υπάρχουν τυχόν ιδιαίτεροι κίνδυνοι εμφάνισης επιπλοκών που σχετίζονται με τη συγκεκριμένη επέμβαση (είτε διεγχειρητικά είτε μετεγχειρητικά, όπως π.χ. εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση μετά από επεμβάσεις πυέλου)
- Μήπως χρειάζεται να γίνουν κάποιες ιδιαίτερες προετοιμασίες για το συγκεκριμένο είδος επέμβασης; (π.χ. εάν αναμένεται μαζική απώλεια αίματος θα πρέπει να ζητηθεί η διασταύρωση του ανάλογου αριθμού μονάδων αίματος προεγχειρητικά)
- Μήπως χρειάζεται να γίνουν κάποιες συγκεκριμένες ενέργειες, ανάλογα με το είδος της επέμβασης (π.χ. λαρυγγοσκόπηση για έλεγχο των φωνητικών χορδών πριν από επεμβάσεις θυρεοειδούς, συνεννόηση με το ακτινολογικό τμήμα για την πιθανότητα ανάγκης λήψης ακτινογραφιών στην αίθουσα του χειρουργείου κ.λπ.)

3. Αναισθησία

- Τι είδους αναισθησία θα δοθεί;
- Αναμένονται κάποιες ιδιαίτερες επιπλοκές της αναισθησίας; (ανάλογα με το είδος της επέμβασης, όπως π.χ. μετεγχειρητική λοίμωξη αναπνευστικού μετά από θωρακοτομή ή επεμβάσεις στην άνω κοιλία, κίνδυνος εισρόφησης στον ασθενή με εντερική απόφραξη κατά τη διάρκεια της εισαγωγής στην αναισθησία)

4. Δυνατότητα του ασθενή να ανεχθεί την χειρουργική επέμβαση

- Υπάρχουν συνυπάρχουσες παθήσεις; Λαμβάνεται η κατάλληλη θεραπεία γι' αυτές; (π.χ. ινσουλινοεξαρτώμενος σακχαρώδης διαβήτης). Υπάρχουν τυχόν παθήσεις που θα μπορούσαν να προκαλέσουν ειδικά προβλήματα στον ασθενή; (π.χ. ρευματοειδής αρθρίτιδα με προσβολή της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης)
- Μήπως χρειάζεται να γίνουν κάποιες ιδιαίτερες εξετάσεις ή να εφαρμοσθούν κάποια συγκεκριμένα θεραπευτικά μέτρα για τις συνυπάρχουσες παθήσεις κατά την διάρκεια της προεγχειρητικής περιόδου; (π.χ. έλεγχος αναπνευστικής λειτουργίας και φυσιοθεραπεία για τη χρόνια βρογχίτιδα, ακτινολογικός έλεγχος της αυχενικής μοίρας της σπονδυλικής στήλης για τη ρευματοειδή αρθρίτιδα)
- Μήπως η συγκεκριμένη χειρουργική πάθηση δημιουργεί ιδιαίτερα προβλήματα στον ασθενή; (π.χ. διαταραχές του ισοζυγίου υγρών και ηλεκτρολυτών λόγω εμέτων)
- Μήπως ο ασθενής λαμβάνει φάρμακα που θα μπορούσαν να δημιουργήσουν προβλήματα κατά την αναισθησία ή τη χειρουργική επέμβαση (π.χ. αναστολείς μονοαμινοοξειδάσης ή κορτικοστεροειδή)
- Είναι ο ασθενής σε θέση να ανεχθεί την προγραμματιζόμενη χειρουργική επέμβαση και την αναισθησία;

5. Ασθενείς υψηλού κινδύνου

- Μήπως ο ασθενής διατρέχει αυξημένο κίνδυνο εμφάνισης επιπλοκών από την αναισθησία ή την χειρουργική επέμβαση; (Πίνακας 7.1)

6. Μετά την επέμβαση

- Μήπως αναμένεται κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου ή μετά το εξιτήριο του ασθενή (π.χ. στους ηλικιωμένους ασθενείς που ζουν μόνοι τους)
- Μήπως υπάρχουν κάποια προβλήματα που σχετίζονται ειδικά με την αναισθησία ή τη συγκεκριμένη επέμβαση όσον αφορά την ανάρρωση του ασθενή και την αποκατάσταση της υγείας του; Μήπως χρειάζεται να γίνει κάποιος ιδιαίτερος προγραμματισμός για την αντιμετώπιση των προβλημάτων αυτών; (π.χ. εμφυτεύματα μετά από μαστεκτομή, φροντίδα ασθενών με στομία, τεχνητά μέλη σε ασθενείς με ακρωτηριασμό άκρων και ανάγκη για θεραπεία αποκατάστασης κ.λπ.)

κά κάποια συνηθισμένα προβλήματα που απαντώνται σε χειρουργικούς ασθενείς που ανήκουν σε ομάδες αυξημένου κινδύνου.

ΒΑΣΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

Η μεθοδολογία προεγχειρητικού ελέγχου μπορεί να διαφέρει μεταξύ των διαφόρων νοσοκομείων, εντούτοις όμως επιβάλλεται να ακολουθούνται κάποια βασικά βήματα προκειμένου να επιτευχθεί η μέγιστη δυνατή ασφάλεια του ασθενή (βλ. Πλαίσιο 7.2). Το είδος της επέμβασης και ο βαθμός του επείγοντος αυτής, αλλά και η κατάσταση του εκάστοτε ασθενή καθορίζουν το τι ακριβώς θα απαιτηθεί να γίνει στα πλαίσια του προεγχειρητικού ελέγχου.

ΕΝΗΜΕΡΩΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΚΑΙ ΛΗΨΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

(Βλ. Κεφάλαιο 1 για το νομικό πλαίσιο, περισσότερες λεπτομέρειες και ιδιαίτερες περιπτώσεις)

Για να είναι σε θέση ο ασθενής να κάνει τις επιλογές του, θα πρέπει να έχει κατανοήσει την κατάσταση της υγείας του και τις διαθέσιμες μεθόδους θεραπείας, με τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα (συμπεριλαμβανομένων

Πίνακας 7-1 Ασθενείς αυξημένου κινδύνου για την εμφάνιση περιεγχειρητικών επιπλοκών

Ομάδα ασθενών	Ιδιαίτεροι κίνδυνοι	Αντιμετώπιση
Πρόωρα νεογνά, μικρόσωμα νεογνά και βρέφη	Απώλειες υγρών και ηλεκτρολυτών Υποθερμία στην αίθουσα χειρουργείου	Μέτρηση ηλεκτρολυτών και προσεκτική αποκατάσταση τυχόν διαταραχών του ισοζυγίου υγρών/ηλεκτρολυτών Θερμαινόμενες κουβέρτες, παρακολούθηση θερμοκρασίας
Ασθενείς ηλικίας άνω των 60 ετών	Καρδιαγγειακές παθήσεις	Ακτινογραφία θώρακα και ΗΚΓ προεγχειρητικά (εφόσον ενδείκνυται με βάση τις κατευθυντήριες οδηγίες) – παρακολούθηση διεγχειρητικά
Υπερήλικες ασθενείς	Σύγχυση Υπονατρίαμία Δυσκολία ή αδυναμία κινητοποίησης	Πολυπαραγοντική αντιμετώπιση (βλ. Κεφ. 8) Έλεγχος ηλεκτρολυτών προεγχειρητικά – αποκατάσταση τυχόν διαταραχών Επαρκής βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό και τους φυσιοθεραπευτές
Καπνιστές	Μετεγχειρητική λοίμωξη αναπνευστικού και ατελεκτασία Αυξημένος κίνδυνος εμφράγματος μυοκαρδίου	Διακοπή καπνίσματος πριν την επέμβαση (κατά προτίμηση 4 εβδομάδες πριν) Ακτινογραφία θώρακα (προεγχειρητικά) Φυσιοθεραπεία αναπνευστικού (προεγχειρητικά και μετεγχειρητικά) ΗΚΓ (προεγχειρητικά), αποφυγή υποξίας διεγχειρητικά και μετεγχειρητικά, χορήγηση οξυγόνου μετεγχειρητικά
Παχύσαρκοι ασθενείς	Αυξημένος κίνδυνος εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης Αυξημένος κίνδυνος διαπύσης τραύματος Δυσκολία κινητοποίησης	Προφύλαξη από φλεβική θρομβοεμβολική νόσο – βλ. Κεφάλαιο 12 Ενημέρωση ασθενή (κατά τη διαδικασία λήψης της συγκατάθεσης) Πρώιμη κινητοποίηση (με βοήθεια) Σύσταση στους ασθενείς να χάσουν βάρος πριν την επέμβαση
Ασθενείς με συνυπάρχουσες παθήσεις	Ανάλογα με τη συνυπάρχουσα παθολογική κατάσταση	Έγκαιρη παραπομπή του ασθενή στον γιατρό της ανάλογης ειδικότητας και στον αναισθησιολόγο

ΠΛΑΙΣΙΟ 7.2 Βασικά βήματα στην προεγχειρητική αξιολόγηση και προετοιμασία του ασθενή

- Λήψη ιστορικού
- Κλινική (φυσική) εξέταση
- Συγκέντρωση όλων των διαθέσιμων πριν την εισαγωγή του ασθενή πληροφοριών που αφορούν τη διάγνωση
- Προγραμματισμός τυχόν περαιτέρω διαγνωστικού ελέγχου (εφόσον κριθεί απαραίτητος)
- Ειδική προετοιμασία ανάλογα με το είδος της συγκεκριμένης επέμβασης
- Διερεύνηση ασθενή για κάθε γνωστή συνυπάρχουσα ή λανθάνουσα πάθηση που πιθανολογείται με βάση το ιστορικό και την κλινική εξέταση, σε συνεργασία με τους γιατρούς της κατάλληλης ειδικότητας
- Συζήτηση με τον ασθενή για την επέμβαση και την περίοδο της ανάρρωσης και λήψη της συγκατάθεσής του μετά από λεπτομερή ενημέρωσή του
- Σήμανση της περιοχής του σώματος στην οποία θα γίνει η επέμβαση
- Συνεννόηση με το προσωπικό του χειρουργείου
- Ενημέρωση του αναισθησιολόγου
- Καταγραφή οδηγιών σχετικά με τη χορήγηση προφυλακτικής αντιβίωσης, αντιπηκτικής αγωγής (για την πρόληψη της φλεβικής θρομβοεμβολικής νόσου) και άλλων φαρμάκων (ανάλογα με τις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε ασθενή)
- Σχεδιασμός της ανάρρωσης και της αποκατάστασης του ασθενή

των πιθανών επιπλοκών) της κάθε μιας. Οι ασθενείς συνήθως δεν μπορούν αρχικά να αφομοιώσουν παρά μικρό μόνο μέρος των πληροφοριών που τους παρουσιάζονται, επειδή οι περισσότεροι δεν γνωρίζουν τον τρόπο λειτουργίας του οργανισμού (φυσιολογία) και τις διαταραχές της λειτουργίας του (παθοφυσιολογία). Συχνά νιώθουν αγχωμένοι και 'πελαγωμένοι' στη διάρκεια της επίσκεψής τους στο ιατρείο ή τμήμα επειγόντων περιστατικών και έτσι δεν είναι σε θέση να αντιληφθούν πλήρως αυτά που τους αναφέρει ο γιατρός.

Για **προγραμματισμένες (εκλεκτικές) χειρουργικές επεμβάσεις** η συγκατάθεση του ασθενή θα πρέπει να λαμβάνεται σε δύο φάσεις. Στην πρώτη φάση γίνεται μία πρώτη συζήτηση όπου αναφέρονται και οι διαθέσιμες θεραπευτικές επιλογές, χωρίς να υπάρχει η πίεση από μία επικείμενη χειρουργική επέμβαση. Στη φάση αυτή μπορεί να δοθούν στον ασθενή τα κατάλληλα ενημερωτικά φυλλάδια όπως επίσης και οδηγίες σχετικά με ιστότοπους που θα μπορούσε να επισκεφθεί για ενημέρωση στο διαδίκτυο. Στη δεύτερη φάση, πριν τη χειρουργική επέμβαση, ελέγχεται εάν ο ασθενής έχει κατανοήσει αυτά που του έχουν αναφερθεί και στη συνέχεια λαμβάνεται η συγκατάθεσή του για την επέμβαση. Κατά τη διαδικασία ενημέρωσης και λήψης της συγκατάθεσης του ασθενή, ο γιατρός θα πρέπει να δείχνει κατανόηση προς τον ασθενή και να μην είναι βιαστικός. Συχνά μπορεί να χρειασθεί να επαναλάβει κάποιες εξηγήσεις. Πριν τη λήψη της συγκατάθεσης, ο

ασθενής θα πρέπει να έχει ενημερωθεί και για τις πιθανές επιπλοκές της επέμβασης. Γενικά, οι επιπλοκές θα πρέπει να αναφέρονται αν η πιθανότητα εμφάνισής τους μετά την επέμβαση είναι $\geq 5\%$ ή αν είναι μεν σπανιότερες αλλά περισσότερο σοβαρές (π.χ. κάκωση παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου σε θυρεοειδεκτομές).

Για **επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις**, μπορεί να μην υπάρχει διαθέσιμος επαρκής χρόνος ώστε να ακολουθηθεί όλη αυτή η διαδικασία. Είναι επίσης πιθανό να μην είναι γνωστό εκ των προτέρων το τι θα συναντήσει ο χειρουργός κατά την επέμβαση. Και σε αυτή την περίπτωση όμως θα πρέπει να δοθούν κάποιες πληροφορίες από τον χειρουργό στον βαθμό που είναι δυνατόν, ενώ αν χρειασθεί θα πρέπει να ενημερώνονται και οι στενοί συγγενείς του ασθενή. Σε γενικές γραμμές οι ασθενείς εμπιστεύονται τον γιατρό τους και ζητούν τη γνώμη του για το τι θα πρέπει να γίνει. Ο γιατρός μπορεί να είναι σαφής και ξεκάθαρος σχετικά με τη βέλτιστη (κατά τη γνώμη του) μέθοδο αντιμετώπισης των περισσοτέρων παθήσεων, θα πρέπει όμως να είναι προετοιμασμένος να συζητήσει πιθανές εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας, ακόμη και αν αυτό σημαίνει ότι θα πρέπει να παραπέμψει τον ασθενή σε άλλον συνάδελφό του. Οι ασθενείς έχουν την τάση να γοητεύονται από τις θεωρούμενες ‘μοντέρνες’ χειρουργικές μεθόδους (εδώ συχνά συμπεριλαμβάνονται οι λαπαροσκοπικές επεμβάσεις ή οι επεμβάσεις με laser), θα πρέπει όμως κατά την ενημέρωσή τους να παρουσιάζεται μία ισορροπημένη εικόνα της πραγματικότητας χωρίς εξωραϊσμούς και απλοποιήσεις. Ως εκ τούτου, ο ίδιος ο γιατρός οφείλει να γνωρίζει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα της κάθε μεθόδου θεραπείας.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΓΙΑ ΤΗ ΦΑΣΗ ΑΝΑΡΡΩΣΗΣ

Όταν η άμεση μετεγχειρητική περίοδος είναι πιθανόν να είναι δυσάρεστη και όχι εύκολα ανεκτή από τον ασθενή (π.χ. εισαγωγή σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας), είναι φρόνιμο να ενημερώνεται σχετικά εκ των προτέρων και να του δίνεται η δυνατότητα, εφόσον υπάρχει, να επισκεφθεί το χώρο. Οι ασθενείς με μαθησιακές δυσκολίες και κάποιοι ηλικιωμένοι ασθενείς μπορεί να έχουν δυσκολίες προσαρμογής στις μεταβολές των συνθηκών του περιβάλλοντός τους και, για τον λόγο αυτό, χρειάζεται κάποια προετοιμασία ώστε να εξοικειωθούν με τον χώρο και το προσωπικό της χειρουργικής κλινικής.

Το πλάνο ανάρρωσης και αποκατάστασης του ασθενή μετά την επέμβαση θα πρέπει να συζητηθεί μαζί του και με τους συγγενείς του ήδη κατά την προεγχειρητική περίοδο. Στη συζήτηση αυτή θα πρέπει να περιγραφεί και το πόσο γρήγορα αναμένεται να αναρρώσει ο ασθενής από την επέμβαση και το επίπεδο δραστηριότητας που επιτρέπεται και αναμένεται να είναι ανεκτό μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής και η οικογένειά του θα είναι σε θέση να διευθετήσουν έγκαιρα διάφορα κοινωνικά, εργασιακά και οικογενειακά ζητήματα. Εάν χρειασθεί, μπορεί να κανονισθεί εκ των προτέρων κάποια βοήθεια κατ’ οίκον (π.χ. παρουσία ή επίσκεψη νοσηλεύτη στο σπίτι του ασθενή) μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο. Η αβεβαιότητα σχετικά με αυτά τα ζητή-

ματα συχνά προκαλεί άγχος και παρατείνει την περίοδο της ανάρρωσης.

ΣΗΜΑΝΣΗ ΤΗΣ ΠΕΡΙΟΧΗΣ ΤΗΣ ΕΠΕΜΒΑΣΗΣ

Αφού ληφθεί η συγκατάθεση του ασθενή για τη χειρουργική επέμβαση, ο χειρουργός θα πρέπει να **σημάνει την περιοχή της επέμβασης** στο δέρμα του ασθενή με ανεξίτηλη μελάνη. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό όταν η επέμβαση θα πρέπει να γίνει στη μία πλευρά του σώματος (π.χ. σε αποκατάσταση βουβωνοκήλης ή ακρωτηριασμό κάτω άκρου). Είναι δε ακόμη πιο σημαντικό όταν ο ασθενής είναι πιθανόν να τοποθετηθεί σε πρηνή θέση (με το πρόσωπο κάτω) επί της χειρουργικής τραπέζης, καθώς κάτι τέτοιο μπορεί να προκαλέσει σύγχυση και πιθανά λάθη (χωρίς να υπάρχει ελαφρυντικό από νομικής απόψεως). Με τη σήμανση της περιοχής της επέμβασης εξασφαλίζεται επίσης η συμφωνία του ασθενή σχετικά με το είδος της επέμβασης και την πλευρά του σώματος (δηλαδή δεξιά ή αριστερά) στην οποία θα γίνει αυτή. Ο έλεγχος της ταυτότητας του ασθενή, του είδους της επέμβασης στην οποία θα υποβληθεί, της θέσης της επέμβασης (δηλαδή δεξιά ή αριστερά) όπως επίσης και της σήμανσης της περιοχής της επέμβασης θα πρέπει να γίνεται κατ’ επανάληψη κατά την πορεία του ασθενή από το θάλαμό του στην αίθουσα χειρουργείου. Σε πολλά νοσοκομεία έχει υιοθετηθεί η λίστα ελέγχου της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας (ΠΟΥ) (βλ. Κεφάλαιο 1, Πλαίσιο 1.8). Φυσικά, ο χειρουργός θα πρέπει να γνωρίζει με απόλυτη σαφήνεια το τι επέμβαση θα γίνει στον αναισθητοποιημένο ασθενή που παρουσιάζεται σε αυτόν επί της χειρουργικής τραπέζης.

ΔΙΑΚΟΠΗ ΣΙΤΙΣΗΣ – ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΣ ΠΡΟΣΛΗΨΗΣ ΥΓΡΩΝ ΠΡΟΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΑ

Κάθε ασθενής που πρόκειται να υποβληθεί σε γενική αναισθησία θα πρέπει να έχει άδειο στομάχι έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί η πιθανότητα αναγωγής γαστρικού περιεχομένου και εισρόφησής του εντός των πνευμόνων κατά την εισαγωγή στην αναισθησία ή στη φάση της ανάνηψης. Εντούτοις, θα πρέπει να καταβάλλεται κάθε δυνατή προσπάθεια ώστε να ελαχιστοποιηθεί η διάρκεια της περιόδου της διακοπής της σίτισης πριν την επέμβαση. Οι ασθενείς μπορούν συνήθως να φάνε μέχρι 6 ώρες πριν την επέμβαση, ενώ η πρόσληψη υγρών από το στόμα επιτρέπεται μέχρι 2 ώρες πριν την επέμβαση. Η **πρόσληψη υδατανθράκων** μπορεί να μειώσει το άγχος των ασθενών, βελτιώνει την ενυδάτωσή τους, μειώνει την αντίσταση στην ινσουλίνη και τη φλεγμονώδη απάντηση και βελτιώνει την έκβαση των ασθενών. Υπάρχουν ειδικά σχεδιασμένα υγρά σκευάσματα για χορήγηση από το στόμα που περιέχουν σύνθετους υδατάνθρακες με χαμηλή ωσμωτικότητα, τα οποία προωθούνται από τον στόμαχο προς το έντερο σε μικρό χρονικό διάστημα και τα οποία μπορούν να δοθούν 12 ώρες πριν την επέμβαση και μέχρι 2 ώρες πριν από αυτή (υπό την προϋπόθεση ότι δεν υπάρχει διαταραχή της γαστρικής κένωσης). Σε ασθενείς με αυξημένο κίνδυνο εισρόφησης, όπως π.χ. οι ασθενείς με γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση, εντερική απόφραξη κ.λπ., ο αναισθησιολόγος μπορεί να χορηγήσει φάρμακα που καταστέλλουν την έκκριση

γαστρικού οξέος και προκινητικά φάρμακα. Σε ασθενείς που υποβάλλονται σε χειρουργικές επεμβάσεις σε μονάδες ημερήσιας νοσηλείας θα πρέπει να γίνεται προσεκτικός έλεγχος της νηστείας και του βαθμού ενυδάτωσης αυτών.

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΑΝΑΙΣΘΗΣΙΟΛΟΓΟ

Για προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις, θα πρέπει να ενημερώνεται εκ των προτέρων ο αναισθησιολόγος για την επέμβαση που πρόκειται να γίνει (και γενικά για το πρόγραμμα χειρουργείου της ημέρας). Για τις επείγουσες χειρουργικές επεμβάσεις ο αναισθησιολόγος θα πρέπει να γνωρίζει ποιος ασθενής θα υποβληθεί σε ποια επέμβαση, πόσο επείγουσα είναι η επέμβαση και ποια είναι η γενική κατάσταση του ασθενή, όπως επίσης και ποια μέτρα ανάνηψης έχουν εφαρμοσθεί σε αυτόν. Κατά την επίσκεψή του στον ασθενή ο αναισθησιολόγος εξετάζει τα προβλήματά του και συζητεί μαζί του τα θέματα που αφορούν την αναισθησία, δίνει δε οδηγίες για την κατάλληλη προνάρκωση. Ο αναισθησιολόγος εκτιμά τη δυνατότητα του ασθενή να ανεχθεί την αναισθησία και την επέμβαση και φροντίζει να τον προετοιμάσει κατάλληλα, συχνά δε βοηθά στην ανάνηψη του ασθενή (όταν αυτό χρειάζεται).

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΑΙΘΟΥΣΑΣ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

Για κάθε επέμβαση, ο ειδικευόμενος χειρουργός είναι συνήθως υπεύθυνος για να ενημερώσει το χειρουργείο σχετικά με την επέμβαση και για την ανάλογη προετοιμασία της αίθουσας χειρουργείου (όταν υπάρχουν ιδιαίτερες απαιτήσεις). Στο **πρόγραμμα χειρουργείου** αναγράφεται το όνομα του ασθενή, το φύλο, η ηλικία του, η νοσηλευτική μονάδα στην οποία νοσηλεύεται και η επέμβαση στην οποία πρόκειται να υποβληθεί. Η πλευρά του σώματος (δεξιά ή αριστερά) στην οποία πρόκειται να γίνει η επέμβαση σημαίνεται με σαφήνεια (και σωστά!). Θα πρέπει να επισημάνεται τυχόν ανάγκη ειδικού εξοπλισμού, ακτινολογικού ελέγχου κατά τη διάρκεια της επέμβασης ή τοποθέτησης του ασθενή σε ειδική θέση (ανάλογα με το είδος της επέμβασης). Θα πρέπει να καταγράφεται τυχόν λοίμωξη ή φορεία ανθεκτικού στη μεθικιλίνη χρυσίζοντα σταφυλόκοκκου (methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* – MRSA), όπως επίσης και η ύπαρξη τυχόν αλλεργίας (π.χ. σε latex ή σε ιώδιο). Σε κάποια νοσοκομεία αναγράφεται

επίσης και ο αριθμός των μονάδων αίματος που έχει ζητηθεί να είναι διαθέσιμος από την αιμοδοσία για την επέμβαση. Εάν γίνουν αλλαγές, θα πρέπει να δοθεί ένα νέο πρόγραμμα που θα αντικαταστήσει το παλιό προκειμένου να αποφευχθεί η σύγχυση και τα τυχόν λάθη.

ΣΕΙΡΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

Για τις προγραμματισμένες χειρουργικές επεμβάσεις, συνιστάται να τηρείται η ακόλουθη σειρά:

1. **Αλλεργία στο latex:** οι ασθενείς με αλλεργία στο latex προηγούνται στη λίστα χειρουργείου, καθώς θα πρέπει να απομακρυνθούν από την αίθουσα χειρουργείου όλα τα προϊόντα που περιέχουν latex και η αίθουσα να αεριστεί με θετική πίεση επί αρκετές ώρες πριν την επέμβαση
2. **Παιδιατρικοί ασθενείς:** για να μειωθεί η διάρκεια της περιόδου νηστείας και το άγχος
3. **Διαβητικοί ασθενείς** για να διευκολυνθεί η ρύθμιση του σακχάρου όσο το δυνατόν περισσότερο, ελαχιστοποιώντας τη διάρκεια της περιόδου νηστείας και διασφαλίζοντας την όσο το δυνατόν ταχύτερη επάνοδο στη συνήθη διαίτα του διαβητικού ασθενή και την ανάλογη αντιδιαβητική αγωγή
4. **Περιστατικά ημερήσιας νοσηλείας:** για να μεγιστοποιηθεί η διάρκεια της περιόδου ανάνηψης πριν το εξιτήριο του ασθενή
5. **Νοσηλευόμενοι ασθενείς** χωρίς ιδιαίτερες απαιτήσεις όσον αφορά την αίθουσα χειρουργείου
6. **Ασθενείς με επιμόλυνση, επεμβάσεις στο παχύ έντερο ή σε γαγγραινώδη άκρα:** προκειμένου να αποφευχθεί η επιμόλυνση στα επόμενα περιστατικά της λίστας χειρουργείου
7. **Ασθενείς με μεταδοτικά νοσήματα, π.χ. MRSA,** αιματογενώς μεταδιδόμενες ιογενείς λοιμώξεις. Τα άτομα που δεν είναι απαραίτητα στην αίθουσα χειρουργείου θα πρέπει να απομακρύνονται από αυτήν. Θα πρέπει να χρησιμοποιούνται αναλώσιμα υλικά/εξοπλισμός (π.χ. αντί των υφασμάτων οθωνίων χρησιμοποιούνται χάρτινα μιας χρήσης). Μετά την επέμβαση και πριν την είσοδο του επόμενου περιστατικού γίνεται επιμελής καθαρισμός της αίθουσας.

ΠΡΟΕΤΟΙΜΑΣΙΑ ΓΙΑ ΜΕΙΖΟΝΑ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΕΠΕΜΒΑΣΗ

Στο επόμενο παράδειγμα παρουσιάζεται ο τρόπος με τον οποίο μπορεί να γίνει η προετοιμασία ενός ασθενή για μία μεϊζονα χειρουργική επέμβαση, ενώ παράλληλα αναλύονται και τα ζητήματα που αφορούν την προεγχειρητική διαχείρισή του. Τα όσα περιγράφονται στη συνέχεια είναι αντιπροσωπευτικά των σημειώσεων που θα καταγράφονταν στον φάκελο του ασθενή.

ΙΣΤΟΡΙΚΟ

Ο κος Γ. Π. είναι ένας συνταξιούχος αγρότης ηλικίας 70 ετών, που πάσχει από καρκίνο της ορθοσιγμοειδικής συμβολής και που εισάγεται για προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση (προσθία εκτομή του ορθού).

Παρούσα νόσος

Ο ασθενής εξετάστηκε στα εξωτερικά ιατρεία πριν από 3 εβδομάδες, με ιστορικό διαρροϊκών κενώσεων (3–5 κενώσεις /ημέρα) στο διάστημα των τελευταίων 5 εβδομάδων, χωρίς απώλεια αίματος ή βλήννης. Ο γενικός γιατρός που τον παρέπεμψε αναφέρει ότι σε τρεις διαδοχικούς ελέγχους τα κόπρανα ήταν θετικά για λανθάνουσα απώλεια αίματος. Αναφέρεται απώλεια βάρους 4 kg στη διάρκεια των 3 τελευταίων μηνών (ο ασθενής αναφέρει ότι ούτως ή άλλως προσπαθούσε να χάσει βάρος).

Αποτελέσματα εξετάσεων (ως εξωτερικός ασθενής)

- Εύκαμπτη σιγμοειδοσκόπηση: ευμεγέθους εξωφυτικός

όγκος στο ανώτερο ορθό. Αδύνατη η προώθηση του ενδοσκοπίου πέραν της βλάβης. Η βιοψία ανέδειξε την ύπαρξη αδενοκαρκινώματος

- Αξονική τομογραφία (με σκιαγραφικό) κοιλίας και πύελου: δεν αναγνωρίζεται η παρουσία σύγχρονων καρκίνων του παχέος εντέρου. Ήπαρ χωρίς μεταστάσεις
- Ακτινογραφία θώρακα: φυσιολογική χωρίς παρουσία μεταστάσεων
- Διορθικό υπερηχογράφημα για τοπική σταδιοποίηση: χωρίς διασπορά εκτός του τοιχώματος του εντέρου
- Εξετάσεις αίματος: αιμοσφαιρίνη 11,6 g/L στη γενική αίματος, λοιπά φυσιολογικά. Ουρία/ηλεκτρολύτες/ηπατική βιοχημεία φυσιολογικά

Εξέταση κατά συστήματα

Καλή γενική κατάσταση, τον τελευταίο καιρό όμως εμφανίζει κάποιου βαθμού δύσπνοια μετά τη βάδιση απόστασης 200 μέτρων σε επίπεδο έδαφος. Περιστασιακά νιώθει ταχυκαρδία. Χωρίς άλλα συμπτώματα από το καρδιοαναπνευστικό σύστημα. Μικρή ακτίνα ούρων κατά την ούρηση. Ουδέν άλλο παθολογικό εύρημα από την εξέταση κατά συστήματα

Ατομικό αναμνηστικό

Σκωληκοειδεκτομή σε ηλικία 14 ετών, χωρίς επιπλοκές από την αναισθησία. Σοβαρή κάκωση αριστερού αγκώνα (σε αγροτικό ατύχημα) σε ηλικία 20 ετών. Παρουσίασε ίκτερο κατά τη διάρκεια του Δευτέρου Παγκοσμίου Πολέμου όταν ήταν στην Ασία, έκτοτε ουδέν. Υπέρταση τα τελευταία 10 χρόνια, υπό αγωγή (την τελευταία πενταετία). Σακχαρώδης διαβήτης (διαγνώστηκε πριν από 3 χρόνια) ρυθμιζόμενος με δίαιτα μόνο.

Οικογενειακό ιστορικό

Μητέρα παχύσαρκη, πέθανε σε ηλικία 55 ετών από επιπλοκές διαβήτη (γάγγραινα). Ο αδελφός του με βαρύ αγγειακό εγκεφαλικό επεισόδιο σε ηλικία 64 ετών, από το οποίο ανέρρωσε εν μέρει. Χωρίς οικογενειακό ιστορικό καρκίνου του εντέρου.

Κοινωνικό ιστορικό

Χήρος εδώ και 2 χρόνια, η σύζυγος κατέληξε από καρκίνο μαστού. Έχει έναν υιό και μία κόρη, και οι δύο παντρεμένοι με μικρά παιδιά, ζουν μακριά του. Ζει στο δικό του σπίτι (μία μικρή φάρμα), με τουαλέτα στον πάνω όροφο. Είναι ανεξάρτητος και χρησιμοποιεί αυτοκίνητο για τις δουλειές του. Καπνίζει 20 περίπου τσιγάρα την ημέρα από την ηλικία των 15 ετών. Λήψη αλκοόλ (4 μονάδες/ημέρα) (Σ.τ.Μ: μία μονάδα αλκοόλ ισοδυναμεί με 10 gr καθαρού αλκοόλ).

Φάρμακα

Λαμβάνει ατενολόλη 50 mg (β-αναστολέας) και βενδροφλουμεθειαζίδη 2,5 mg (διουρητικό) μία φορά την ημέρα (κάθε πρωί) για την ρύθμιση της υπέρτασης. Λαμβάνει ασπιρίνη 75 mg/ημέρα 'για την καρδιά του'. Του είχε δοθεί παλαιότερα η οδηγία να μην λαμβάνει πενικιλλίνη, αλλά δεν μπορεί να θυμηθεί για ποιο λόγο. Δεν μπορεί να θυμηθεί πότε έλαβε για τελευταία φορά πενικιλλίνη. Δεν είναι αλλεργικός στο ιώδιο.

ΕΞΕΤΑΣΗ

Γενική κατάσταση. Άνδρας ηλικίας 70 ετών, σε καλή γενική κατάσταση, χωρίς να παρουσιάζει εμφανώς άγχος. Μελαψό δέρμα, χωρίς εμφανή αναιμία, χωρίς κυάνωση, χωρίς ίκτερο, χωρίς λεμφαδενοπάθεια, χωρίς πληκτροδακτυλία, χωρίς διόγκωση του θυρεοειδούς. Τα δάκτυλά του είναι χρωματισμένα από τον καπνό. Δεν παρουσιάζει πυρετό.

Καρδιαγγειακό και αναπνευστικό σύστημα. Σφυγμός 68/min ρυθμικός. Αρτηριακή πίεση 150/110 mmHg. Ήπιο συστολικό φύσημα αριστερά παραστερνικά. Χωρίς οίδημα στις ποδοκνημικές αρθρώσεις, χωρίς αυξημένη πίεση σφαγιτίδων. Εκτεταμένοι κιρσοί κάτω άκρων, άμφω. Εξέταση θώρακα χωρίς ιδιαίτερα ευρήματα εκτός από λίγους τρίζοντες που δεν εξαφανίζονται με τον βήχα.

Κοιλία. Μέτρια παχυσαρκία. Ουλή από την προηγηθείσα σκωληκοειδεκτομή. Μαλακή κατά την ψηλάφηση. Χωρίς ψηλαφητή διόγκωση ήπατος/σπληνός. Πιθανή μάζα στον αριστερό λαγόνιο βόθρο –που δεν φαίνεται να αντιστοιχεί σε κόπρανα καθώς δεν διασπάται. Εξέταση αρνητική για βουβωνοκήλη. Φυσιολογικά έξω γεννητικά όργανα. Δακτυλική εξέταση ορθού: ομαλή μέτρια διόγκωση προστάτη χωρίς ψηλαφητές σκληρίες, κόπρανα φυσιολογικής χροιάς.

Κεντρικό νευρικό και μυοσκελετικό σύστημα. Παραμόρφωση αριστερού αγκώνα/αγκύλωση (σε γωνία 90 μοιρών), κατά τα λοιπά χωρίς παθολογικά ευρήματα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Άνδρας ηλικίας 70 ετών με διάγνωση 'καρκίνος ορθοσιγμοειδούς' χωρίς εμφανή διασπορά της νόσου, εισέρχεται στην χειρουργική κλινική για χειρουργική επέμβαση (πρόσθια εκτομή ορθοσιγμοειδούς).

Με βάση τις πληροφορίες αυτές καταρτίστηκε μία λίστα με τα προβλήματα του ασθενή. Με βάση τη λίστα αυτή έγιναν περαιτέρω εξετάσεις και σχεδιάστηκε η κατάλληλη θεραπεία, όπως παρουσιάζεται στον Πίνακα 7.2, όπου και εξηγείται περαιτέρω ο σχεδιασμός αυτός.

Πίνακας 7-2 Παράδειγμα προεγχειρητικής αξιολόγησης ενός ασθενή που έχει εισαχθεί προκειμένου να υποβληθεί σε μείζονα χειρουργική επέμβαση (βλ. κείμενο, *Προετοιμασία για μείζονα χειρουργική επέμβαση*)

Πρόβλημα	Σημασία για τον χειρουργό	Σχεδιασμός για την αντιμετώπιση του κάθε προβλήματος
1. "Ήπιος" σακχαρώδης διαβήτης	Δεν υπάρχει "ήπιος" διαβήτης! Είναι καλά ρυθμισμένος ο διαβήτης;	Έλεγχος όλων των δειγμάτων ούρων για γλυκόζη Μέτρηση γλυκόζης ορού νηστείας και HbA1c Μπορεί περιγχειρητικά να χρειασθεί η χορήγηση ινσουλίνης με κλίμακα
2. Παχυσαρκία	Πολλά πιθανά προβλήματα Δυσκολίες στη μετακίνηση/ κινητοποίηση στο θάλαμο και στο χειρουργείο Δύσκολη χειρουργική προσπέλαση Προδιάθεση για διαπύση τραύματος Αυξημένος κίνδυνος εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης ή πνευμονικής εμβολής	Έγκαιρη παραπομπή για αναισθησιολογική εκτίμηση Μήπως χρειάζεται κρεβάτι ή χειρουργική κλίνη ειδικών προδιαγραφών; Διαθεσιμότητα ανελκυστήρα/ανυψωτήρα (μετεγχειρητικά) Υπολογίστε ότι θα χρειασθεί περισσότερος χειρουργικός χρόνος και ότι θα χρειασθείτε τουλάχιστον δύο βοηθούς για την εκτέλεση της επέμβασης Να εξετασθεί το ενδεχόμενο επούλωσης του χειρουργικού τραύματος κατά τρίτο σκοπό (εφόσον είναι μολυσμένο) Προφύλαξη από εν τω βάθει φλεβοθρόμβωση (χορήγηση ηπαρίνης σε χαμηλή δόση και ειδικές κάλτσες διαβαθμισμένης πίεσης)
3. Υπέρταση	Πόσο καλά ελέγχεται η υπέρταση με τα φάρμακα που λαμβάνει ο ασθενής; Μήπως η αυξημένη αρτηριακή πίεση κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο οφείλεται στο άγχος του; Υπάρχουν άλλες επιπλοκές της υπέρτασης όπως υπερτροφία ή διάταση της αριστεράς κοιλίας;	Παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης ανά 4ωρο μετά την εισαγωγή του ασθενή. Στη συνέχεια αποφασίστε για τη φαρμακευτική αγωγή Ελέγξτε τον σφυγμό και την αρτηριακή πίεση περιοδικά σε διάστημα αρκετών ωρών Ο ασθενής θα πρέπει να υποβληθεί σε ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ) και ακτινογραφία θώρακα (και το αποτέλεσμα να ελεγχθεί). Υπερηχογράφημα καρδιάς αν χρειάζεται
4. Πρόσφατη εμφάνιση δύσπνοιας προσπάθειας και ταχυκαρδίας/αισθήματος παλμών	Πρόκειται για εκδηλώσεις άγχους ή για εκδηλώσεις βαριάς καρδιοπάθειας ή πνευμονοπάθειας;	Συμβουλευθείτε καρδιολόγο για το αίσθημα παλμών ΗΚΓ και ακτινογραφία θώρακα Πιθανόν να απαιτηθεί έλεγχος της αναπνευστικής λειτουργίας Επανελέγχος της αιμοσφαιρίνης – μήπως έχει επιδεινωθεί η αναιμία;
5. Μικρή ακτίνα ούρων κατά την ούρηση και διογκωμένος προστάτης	Πιθανός καρκίνος προστάτη Πιθανή δυσκολία στην τοποθέτηση καθετήρα ουροδόχου κύστης (Foley) πριν την έναρξη της επέμβασης Κίνδυνος επίσχεσης ούρων μετεγχειρητικά μετά την αφαίρεση του καθετήρα	Μέτρηση του PSA πλάσματος Διορθικό υπερηχογράφημα με λήψη βιοψίας (αν χρειασθεί) Προετοιμαστείτε για πιθανή υπερηβική κυστεοστομία στην αίθουσα χειρουργείου (να υπάρχει διαθέσιμος ο απαραίτητος εξοπλισμός)
6. Ιστορικό ικτέρου	Ιστορικό που υποδηλώνει ηπατίτιδα	Θα χρειασθεί ορολογικός έλεγχος για πιθανή ηπατίτιδα Β ή C
7. Καπνιστής	Πιθανός καρκίνος πνεύμονα (μη διαγνωσθείς) Πιθανή έκπτωση της αναπνευστικής λειτουργίας Αυξημένος κίνδυνος εμφάνισης λοιμώξεων αναπνευστικού μετεγχειρητικά Αυξημένος κίνδυνος εμφράγματος του μυοκαρδίου	Ακτινογραφία θώρακα Έλεγχος αναπνευστικής λειτουργίας Προεγχειρητική φυσιοθεραπεία αναπνευστικού Μετεγχειρητική χορήγηση οξυγόνου
8. Κάκωση αριστερού αγκώνα	Μπορεί να προκαλέσει πρακτικά προβλήματα κατά την επέμβαση	Ενημερώστε το προσωπικό του χειρουργείου για την ανάγκη προσεκτικής τοποθέτησης του ασθενή επί της χειρουργικής κλίνης

Πίνακας 7-2 Παράδειγμα προεγχειρητικής αξιολόγησης ενός ασθενή που έχει εισαχθεί προκειμένου να υποβληθεί σε μείζονα χειρουργική επέμβαση (βλ. κείμενο, Προετοιμασία για μείζονα χειρουργική επέμβαση) (συνέχεια)

Πρόβλημα	Σημασία για τον χειρουργό	Σχεδιασμός για την αντιμετώπιση του κάθε προβλήματος
9. Λήψη διουρητικών	Επίπεδα ηλεκτρολυτών και νεφρική λειτουργία: είναι εντός των φυσιολογικών ορίων;	Μέτρηση ουρίας, κρεατινίνης και ηλεκτρολυτών στο πλάσμα
10. Λήψη ασπιρίνης	Μπορεί η προκαλούμενη από την ασπιρίνη γαστρίτιδα να εξηγήσει την ήπια αναιμία; Μπορεί να προκαλέσει αιμορραγική διάθεση κατά τη διάρκεια της επέμβασης	Χρησιμοποιήστε αναλγητικά που δεν ερεθίζουν τον γαστρικό βλεννογόνο Πρόβλεψη: διακοπή λήψης της ασπιρίνης 10-14 ημέρες πριν την επέμβαση (αν είναι δυνατόν)
11. Πιθανή αλλεργία στην πενικιλίνη	Η πενικιλίνη χρησιμοποιείται συχνά για την πρόληψη ή την θεραπεία των λοιμώξεων	Καταγράψτε την ύπαρξη πιθανού ιστορικού αλλεργίας στην πενικιλίνη. Μπορεί να χρειασθεί να χορηγηθούν άλλα αντιβιοτικά
12. Καρδιακό φύσημα	Έχει κλινική σημασία; Χρειάζεται χορήγηση προφυλακτικής αντιβίωσης;	Συμβουλευθείτε τον αναισθησιολόγο ή τον καρδιολόγο. Εξετάστε το ενδεχόμενο να χρειασθεί να γίνει υπερηχοκαρδιογραφικός έλεγχος Συμβουλευθείτε τις κατευθυντήριες οδηγίες
13. Ζει μόνος του, φροντίζει κάποια ζώα	Ποιος θα φροντίσει τον ασθενή όταν επιστρέψει σπίτι του; Ποιος θα αναλάβει τη φροντίδα των ζώων ενόσω ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο;	Θα πρέπει να γίνουν οι απαραίτητες συνεννοήσεις και διακανονισμοί για την περίοδο ανάρρωσης κατ' οίκον, με τη βοήθεια ενός κοινωνικού λειτουργού
14. Χαμηλή αιμοσφαιρίνη	Όχι τόσο χαμηλή ώστε να χρειασθεί μετάγγιση αίματος πριν την επέμβαση, οι εφεδρείες όμως είναι πιο περιορισμένες (εν όψει της επέμβασης) Σε περίπτωση μεγάλης χειρουργικής επέμβασης πιθανόν να συμβεί σημαντική απώλεια αίματος	Ζητήστε από την αιμοδοσία να γίνει διασταύρωση τουλάχιστον 2 μονάδων αίματος (για να καλυφθεί η επέμβαση) Ζητήστε επιπλέον μονάδες (π.χ. συνολικά τουλάχιστον 4 μονάδες)
15. Μπορεί να χρειασθεί να γίνει κολοστομία (προσωρινή ή μόνιμη)	Κατανοεί τις πληροφορίες όσον αφορά την φροντίδα της στομίας; Θα είναι σε θέση να ανταπεξέλθει στις απαιτήσεις της φροντίδας αυτής;	Παραπομπή του ασθενή σε άτομο εξειδικευμένο για τη φροντίδα της στομίας. Είναι πιθανόν να χρειασθεί να γίνει μία επίδειξη της φροντίδας της στομίας πριν ο ασθενής υποβληθεί στην επέμβαση (βλ. Κεφάλαιο 27)
16. Θα γίνει διάνοιξη του αυλού του εντέρου κατά τη διάρκεια της επέμβασης	Κίνδυνος επιμόλυνσης της περιτοναϊκής κοιλότητας και του χειρουργικού τραύματος από κόπρανα	Μπορεί να χρειασθεί προετοιμασία του εντέρου και χορήγηση προφυλακτικής αντιβίωσης κατά την περιεγχειρητική περίοδο
17. Βλάβη στην είσοδο της πυέλου	Μήπως υπάρχει διήθηση του ουρητήρα από τον όγκο;	Εξετάστε το ενδεχόμενο να απαιτηθεί υπερηχογράφημα νεφρών για να αποκλεισθεί η υδρονέφρωση
18. Κιρσοί	Μεγαλύτερος κίνδυνος εν τω βάθει φλεβοθρόμβωσης (που ήδη είναι αυξημένος λόγω της ηλικίας του ασθενή >70 ετών) και του είδους της επέμβασης [επέμβαση πυέλου]	Εφαρμογή μέτρων προφύλαξης: χορήγηση ηπαρίνης σε χαμηλές δόσεις, χρήση ειδικών αντιθρομβωτικών καλτσών Πρώιμη κινητοποίηση ασθενή