

θα επωφεληθούν από απολίνωση διαιτηρικών φλεβών και ασθενείς με αρτηριακή ανεπάρκεια που θα επωφεληθούν από αγγειακή παράκαμψη. Ο ρόλος του πλαστικού χειρουργού είναι να επιλέξει την κατάλληλη μέθοδο κάλυψης του ελλείμματος (δερματικό μόσχευμα, τοπικός κρημνός διαιτηρικών αρτηριών, ελεύθερος δερματικός ή μυϊκός κρημνός). Κρημνοί διαιτηρικών αρτηριών έχουν θέση στην κάλυψη χρονίων ελκών αγγειακής αιτιολογίας στο ίδιο στάδιο με την αρτηριακή παράκαμψη, ενώ ελεύθεροι μυϊκοί κρημνοί φαίνεται να εξασφαλίζουν καλύτερο αποτέλεσμα σε διαβητικής αιτιολογίας ελλείμματα. Η μεταφορά ελεύθερων κρημνών σε αυτές τις ομάδες ασθενών έχει μειώσει αισθητά το ποσοστό ακρωτηριασμών, εξασφαλίζοντας αποδεκτά λειτουργικά αποτελέσματα.

5. ΚΑΤ' ΟΙΚΟΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ

Καλοφυσσούδης Ιωάννης

Νοσηλεύτης ΤΕ, MBA, MSC, Διευθυντής ποιότητας και εκπαίδευσης Νοσοκομείο «ΕΡΡΙΚΟΣ ΝΤΥΝΑΝ», Διευθυντής Νοσηλευτικών Υπηρεσιών «ΕΝ' ΟΙΚΩ»

Η παροχή νοσηλευτικής φροντίδας κατ' οίκον έχει ως βασικό σκοπό τη βελτίωση της ποιότητας ζωής από μων κάθε ηλικίας που αντιμετωπίζουν πρόσκαιρα ή μόνιμα κοινωνικά προβλήματα υγείας και χρήζουν εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

Απευθύνεται σε άτομα: (α) μη αυτεξυτηρετούμενα εξ' αιτίας προβλημάτων υγείας, (β) που διανύουν την τρίτη ή τέταρτη ηλικία, (γ) που χρειάζονται φροντίδα λόγω κοινωνικών προβλημάτων ή πρόσκαιρων παθήσεων ή χρονίων νοσημάτων, (δ) που χρειάζονται φροντίδα μετά από θεραπεία σε κρατικά ή ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα (αποκατάσταση – rehabilitation) και (ε) ασθενείς τελικού σταδίου αθεράπευτης νόσου που χρήζουν ειδικής θεραπείας (καταπραυντικής=palliative) και φροντίδας της διατροφής τους.

Στην παρούσα ανακοίνωση αναλύονται οι τρόποι πρόσβασης σε υπηρεσίες κατ' οίκον νοσηλείας στα μοντέρνα συστήματα υγείας είναι οι ακόλουθοι: 1) Ο ασθενής παραπέμπεται από τον οικογενειακό ιατρό εφόσον διαπιστωθεί τέτοια ανάγκη. 2) Ο ασθενής απευθύνεται σε μια μονάδα πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και συνήθως στο κέντρο υγείας για κάποιο πρόβλημα υγείας και εκεί αποφασίζεται ότι μπορεί να αντιμετωπιστεί στο σπίτι. 3) Ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο και μετά την έξοδό του συνεχίζεται η νοσηλευτική φροντίδα στο σπίτι. 4) Ο κοινοτικός νοσηλεύτης, η οικογένεια, ή η κοινότητα διαπιστώνει ότι ένα άτομο έχει κάποιο πρόβλημα και ζητά την παρέμβαση της αρμόδιας υπηρεσίας.

Επίσης γίνεται αναφορά στην κατάσταση που υπάρχει σήμερα σχετικά με την κατ' οίκον νοσηλεία στην Ελλάδα, όπως η έλλειψη δομών και το συνεχόμενα

αυξημένο κόστος υπηρεσιών υγείας δημιουργεί την ανάγκη κάλυψής τους από την ιδιωτική πρωτοβουλία. Με αρχές βασισμένες στην ποιότητα και τη διαφάνεια των υπηρεσιών και του κόστους τους, στην ασφάλεια του ασθενούς και των επαγγελματιών υγείας και στη διασφάλιση της εμπιστευτικότητας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων, η προσφορά νοσηλευτικών υπηρεσιών κατ' οίκον προσφέρει εναλλακτικές εξατομικευμένες λύσεις σε χρόνια προβλήματα υγείας.

Στην ομιλία συμπερασματικά θα αναφερθούμε στα θεραπευτικά σχήματα τα οποία και προσφέρονται υπό μορφή βάσης υπηρεσιών και τα οποία περιλαμβάνουν: παρεντερική φροντίδα (φαρμακευτική αγωγή, ενδοφλέβια διαλύματα, διατροφή, συστήματα χορήγησης), εντερική διατροφή, τεχνητό αερισμό, φροντίδα στομίας, κατακλίσεις, θεραπεία γονιμότητας και διαχείριση χρόνιου πόνου.

ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ, 03 ΑΠΡΙΛΙΟΥ

Β' ΣΤΡΟΓΓΥΛΟ ΤΡΑΠΕΖΙ: ΠΟΝΟΣ

ΑΙΘΟΥΣΑ «ΑΜΦΙΘΕΑΤΡΟ»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΕΣ: ΧΑΤΖΗΚΑΛΗΣ ΜΑΪΚ,

ΝΤΟΥΛΑ ΜΑΡΙΑ

ΩΡΑ: 10.00 - 11.00

1. ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ ΟΞΥ ΤΡΑΥΜΑ

Γκλινάβου Ανδρομάχη,

Αναπληρώτρια Διευθύντρια Αναισθησιολογικού τμήματος, Γ.Ν.Α. «Γ. Γεννηματάς»

Κατά τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικές πρόοδοι στην εκτίμηση και αντιμετώπιση του οξέος πόνου. Ιδιαίτερα τα δέκα έως είκοσι τελευταία χρόνια έχουν γίνει μεγάλες μεταβολές και έχουν εισαχθεί νέες τεχνικές χορήγησης των αναλγητικών φαρμάκων (π.χ. ελεγχόμενη από τον ασθενή επισκληρίδιος αναλγησία), η χρήση νεότερων φαρμάκων καθώς και ο συνδυασμός τους με άλλα παλαιότερα σαν ένα μέρος πολυπαραγοντικής αναλγησίας, καθώς επίσης και η ίδρυση υπηρεσιών οξέος πόνου. Η διαχείριση του οξέος πόνου στην κλινική πράξη θα πρέπει να βασίζεται στις καλύτερα διαθέσιμες αποδείξεις. Κατά το παρελθόν πολλοί γιατροί και νοσηλευτικό προσωπικό πίστευαν ότι ο πόνος είναι ένα φυσικό και αποδεκτό φαινόμενο της χειρουργικής και του τραύματος. Αντίθετα σήμερα είναι γνωστό ότι ο αθεράπευτος σοβαρός οξύς πόνος, συνδυαζόμενος με τη φυσιολογική απάντηση στο τραύμα γνωστή ως απάντηση στο stress, έχει έναν αριθμό ανεπιθύμητων ενεργειών θα μπορεί να οδηγήσουν σε επιπλοκές όπως η ισχαιμία μυοκαρδίου ή το έμφραγμα και η πνευμονία.

Ειδικότερα θα αναφερθούμε στον οξύ μη χειρουργικό πόνο, όπως τα εγκαύματα και το τραύμα του νωτιαίου μυελού.

Οι χαρακτήρες του πόνου στο έγκαυμα είναι κυρίως δύο ειδών:

α) σταθερός πόνος (constant pain) ο οποίος εμφανίζεται στην ανάπαυση, είναι συνεχής ή διαλείπων, σχετίζεται με την υποκειμένη αιτία του τραύματος, τοπικούς παράγοντες (ισχαιμία, φλεγμονή).

β) περιστασιακός πόνος (breakthrough) που μπορεί να οφείλεται στις κινήσεις, το βήχα, τις αλλαγές γαζών της τραυματικής επιφάνειας.

Επίσης μπορεί να είναι μεικτός: α) αλγαισθητικός ο οποίος είναι η φυσιολογική απάντηση σε επώδυνο ερέθισμα, οφείλεται στην ιστική καταστροφή και χρονικά είναι περιορισμένος και

β) νευροπαθητικός ο οποίος προέρχεται από μη ορατό (γνωστό) βλαπτικό ερέθισμα και προκαλείται από τη δυσλειτουργία ή καταστροφή των κεντρικών και περιφερικών νευρών, ενώ υπάρχει μια λογική πιθανότητα να αναπτυχθεί μετά χρόνος πόνος.

Η αποτελεσματική αναλγησία περιλαμβάνει συχνά τόσο φαρμακολογικές όσο και μη φαρμακολογικές θεραπείες. Θα χρησιμοποιήσουμε συνήθως ενδοφλέβια οπιοειδή. Γιά μικρότερο πόνο πιθανώς είναι επαρκή και η χρήση τους μόνο από το στόμα. Ενδεχομένως μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη. Στην πρώτη περίπτωση θα πρέπει ο ασθενής να παρακολουθείται στενά για τις επιπλοκές από τα οπιοειδή, όπως καταστολή κυρίως αναπνευστική καθώς και μεταβολές της αρτηριακής πίεσης σε περίπτωση υποογκαιμίας. Μπορεί επίσης να απαιτηθεί η χορήγηση απλών κατασταλτικών (π.χ. μιδαζολάμη). Επίσης μπορεί να χορηγηθεί κεταμίνη σε διάλειμμα χαμηλής δόσης ή σε διακεκομμένες bolus δόσεις, καθώς και ο συνδιασμός τους.

Όταν ο ασθενής έχει τραύμα του νωτιαίου μυελού ο πόνος έχει τους ίδιους χαρακτήρες όπως προαναφέρθηκε δηλαδή αλγαισθητικός (στην περιοχή της βλάβης από τη μυική καταστροφή) και νευροπαθητικός. Η θεραπεία και αυτού του πόνου περιλαμβάνει συχνά οπιοειδή (περιλαμβανομένης και της τραμαδόλης) και απλών αναλγητικών φαρμάκων καθώς επίσης και γκαμπαπεντίνη, πρεγκαμπαλίνη, κεταμίνη, λιδοκαΐνη και τρικυκλικά αντικαταθληπτικά.

Επιλεγμένη βιβλιογραφία:

Acute pain management: a practical guide. Pamela E. Macintyre, Stephan A. Schug Third edition 2007.

2. ΠΟΝΟΣ ΣΤΟ ΧΡΟΝΙΟ ΤΡΑΥΜΑ

Δίπλας Διονύσιος

Αναπληρωτής Διευθυντής, Αναισθησιολογικού τμήματος και Ιατρείου Πόνου
Γ.Ν.Α. «Ο Ευαγγελισμός»

Ο πόνος ορίζεται ως μια δυσάρεστη συναισθηματική εμπειρία συνδεδεμένη με οργανική ή λειτουργική ιστική βλάβη. Η διάκρισή του σε οξύ και χρόνιο πόνο παίζει σημαντικό ρόλο, γιατί κάθε είδος χρήζει διαφορετικής αντιμετώπισης. Χρόνιος πόνος σύμφωνα με τον Bonica είναι ό πόνος που συνεχίζει να υφίσταται ένα

μήνα μετά την φυσιολογική πορεία μιας οξείας νόσου ή το αναμενόμενο διάστημα επούλωσης ενός τραυματισμού. Ο χρόνιος πόνος αποτελεί μια αυθύπαρκτη και περίπλοκη οντότητα που επηρεάζει σοβαρά την ποιότητα ζωής του ασθενούς και έτσι θεωρείται ο ίδιος νόσος.

Τα μη νεοπλασματικά σύνδρομα που σχετίζονται με χρόνιο μόνιμο πόνο ή με συχνά παροξυσμικά επεισόδια πόνου είναι πολλά. Συχνότερα θεωρούνται αυτά που συνδέονται με το μυοσκελετικό σύστημα (οσφυαλγία, αυχενικό σύνδρομο, μυοπεριτοναϊκά σύνδρομα, αρθραλγίες) οι κεφαλαλγίες, σύνδρομα που συνδέονται με νευροπαθητικό ή σπλαγγχνικό πόνο (νευραλγία τριδύμου, μεθερπητική νευραλγία, χρόνια παγκρεατίτιδα κ.α.) τα μετατραυματικά σύνδρομα, οι αγγειοπάθειες κ.α.

- Ο οξύς πόνος που ακολουθεί ένα τραυματισμό συνήθως υποχωρεί μετά την επούλωση του τραύματος. Σε μερικές όμως περιπτώσεις επιμένει ακόμα και μετά την επούλωση, μπορεί να επεκτείνεται σε παρακείμενους ιστούς και να συνοδεύεται από υπεραλγησία και αλλοδυνία. Το σύνδρομο αυτό ονομάστηκε «σύνθετο περιοχικό επώδυνο σύνδρομο» (CRPS).

- Οι ασθενείς που έχουν υποστεί χειρουργικό ακρωτηριασμό ενός άκρου βιώνουν δύο μορφές πόνου. Πόνο κολοβώματος και πόνο μέλους φάντασμα.

- Ο κεντρικός πόνος οφείλεται σε βλάβη ή τραυματισμό του ΚΝΣ και τείνει να είναι εντοπισμένος σε περιοχή που αντιστοιχεί σωματοτυπικά στην κεντρική βλάβη

- Οι ασθενείς με αγγειοπάθειες που παραπέμπονται στα κέντρα πόνου είναι αυτοί που έχουν εξελκτικές αγγειοπάθειες με έντονο πόνο ισχαιμία και συχνά και τροφικές διαταραχές στα άκρα τους εξελκώσεις και γάγγραινες (αποφρακτική θρομβοαγγειίτιδα, σύνδρομο Raynaud, διαβητική αγγειοπάθεια).

Η αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι πολύπλευρη και δύσκολη και εξαρτάται από την έντασή του. Περιλαμβάνει φαρμακευτική από του στόματος αγωγή και επεμβατικές τεχνικές. Τα φάρμακα που θεωρούνται κατάλληλα για την αντιμετώπιση του χρόνιου πόνου είναι: τα μη-στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα, τα παράγωγα του σαλικυλικού οξέος, η παρακεταμόλη, τα ανιεπιληπτικά φάρμακα (καρβαμαζεπίνη, φαιντοΐνη, κλοναζεπάμη, γκαμπαπεντίνη, πρεγκαμπαλίνη), τα αντικαταθληπτικά (τρικυκλικά, αναστολείς της MAO, εκλεκτικοί αναστολείς επαναπρόσληψης σεροτονίνης ή σεροτονίνης και αδρεναλίνης), η κεταμίνη, οι A2 αγωνιστές αδρενεργικών υποδοχέων, νευροληπτικά και οπιοειδή φάρμακα.

Απο τις επεμβατικές τεχνικές αναφέρονται τοπικές διηθήσεις με τοπικά αναισθητικά φάρμακα ή πιο σύνθετες τεχνικές όπως διηθήσεις νεύρων, διηθήσεις γαγγλίων, χημική συμπαθεκτομή, ηλεκτρική διέγερση του νωτιαίου μυελού και των μεγάλων ριζών, ενδονωτιαία έγχυση φαρμάκων.