



Ενημερωτικός Οδηγός Ασθενούς & Οικογένειας

ΘΩΡΑΚΟΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
Α.Ν.Θ. ΘΕΑΓΕΝΕΙΟ



Copyright © Θωρακοχειρουργικό Τμήμα Α.Ν.Θ. Θεαγένειο, 2026.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Συντάκτης 1^{ης} έκδοσης: Δρ Αθανάσιος Κλέωντας

BSc, MD, MSc(ET), MSc(MHSC), Dr(Med)Sc, BTS

Χειρουργός Θώρακος

Διευθυντής Θωρακοχειρουργικού Τμήματος

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας διατριβής, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της διατριβής για κερδοσκοπικό σκοπό πρέπει να απευθύνονται προς τον συγγραφέα.



Ενημερωτικός Οδηγός Ασθενούς & Οικογένειας

Θωρακοχειρουργικό Ογκολογικό Τμήμα, Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο»

Χρόνος ανάγνωσης οδηγού: 26 min

Καλώς ήρθατε στο τμήμα μας!

Η εξειδικευμένη ιατρική και νοσηλευτική ομάδα του Θωρακοχειρουργικού Τμήματος του Α.Ν.Θ. Θεαγενείου είναι δίπλα σας σε κάθε στάδιο της θεραπείας σας. Αυτός ο οδηγός σχεδιάστηκε για να απαντήσει με έγκυρο και επιστημονικό τρόπο σε όλες τις απορίες σας, διευκολύνοντας την προετοιμασία, τη νοσηλεία και την ασφαλή μετεγχειρητική σας ανάρρωση.

Το Θωρακοχειρουργικό Τμήμα βρίσκεται στον 3^ο όροφο του νοσοκομείου και διαθέτει **18 κλίνες** νοσηλείας.

✦ **Σημαντική Σημείωση Πρόσβασης (Νόμος 2071/1992):** Η αρχική προσέγγιση, η πρώτη κλινική εκτίμηση και ο έλεγχος του φακέλου κάθε ασθενούς για την ένταξή του στο Θωρακοχειρουργικό Τμήμα διενεργούνται **αποκλειστικά και μόνο μέσω των Τακτικών Πρωινών ή Απογευματινών Εξωτερικών Ιατρείων** του νοσοκομείου, κατόπιν προγραμματισμένου ραντεβού [1].

- **Τηλεφωνικό Κέντρο Ραντεβού (Πρωινά ή Απογευματινά Τακτικά Ιατρεία):** 2310 898103 849 [2]
- **Εναλλακτικός αριθμός εξωτερικών ιατρείων:** 1566
- **Ηλεκτρονικά:** Επισκεφθείτε την επίσημη πλατφόρμα **FindDoctors** του gov.gr, όπου θα συνδεθείτε χρησιμοποιώντας τους προσωπικούς σας κωδικούς Taxisnet.
- **Μέσω Εφαρμογής:** Κατεβάστε το **MyHealth App** στο smartphone σας για να διαχειρίζεστε τα ραντεβού σας απευθείας από εκεί.

🚨 **Απαραίτητη Προϋπόθεση:** Κατά την αρχική αυτή εκτίμηση στα Εξωτερικά Ιατρεία, ο ασθενής **πρέπει υποχρεωτικά να προσκομίσει το σύνολο των ιατρικών του εξετάσεων και κυρίως τα CD όλων των απεικονιστικών εξετάσεων** (π.χ. Αξονικές Τομογραφίες - CT, Μαγνητικές Τομογραφίες - MRI, PET-CT). Χωρίς τα αυθεντικά CD των απεικονίσεων είναι αδύνατη η ορθή αξιολόγηση και ο χειρουργικός σχεδιασμός από την ιατρική ομάδα.



Πίνακας Περιεχομένων

- **Σημαντική Σημείωση Πρόσβασης (Νόμος 2071/1992)**
 - Τηλεφωνικό Κέντρο Ραντεβού & Γραμμές Εξωτερικών Ιατρείων
 - Απαραίτητη Προϋπόθεση Προσκόμισης Απεικονιστικών CD
- **1. Τι είναι η Θωρακοχειρουργική**
- **2. Τύποι Θωρακοχειρουργικών επεμβάσεων**
- **3. Θωρακοχειρουργικές προσπελάσεις**
- **4.  Προεγχειρητικός Έλεγχος & Κατάθεση Αίματος**
 - Ιατρικές Εξετάσεις & Σπυρομέτρηση
 - Ιατρείο Προαναισθητικού Ελέγχου
 -  Κατάθεση Αίματος (Υποχρεωτική): Ποσότητες, Χρόνοι & Συχνότητα Αιμοδοσίας
- **5.  Προετοιμασία στο Σπίτι & Ρύθμιση Φαρμάκων**
 - Διακοπή Καπνίσματος & Σωματική Υγιεινή
 -  Διαχείριση Αντιπηκτικών & Αντισταμοπεταλιακών Φαρμάκων
 -  Διαχείριση Αντιδιαβητικών Φαρμάκων (Ρύθμιση Ζαχάρου)
 - Προεγχειρητική Νηστεία (Πρωτόκολλα ERAS)
- **6.  Τι πρέπει να έχετε μαζί σας στο Νοσοκομείο**
 - Έγγραφα, Φάρμακα και Ρουχισμός
 -  Υποχρεωτικές Αφαιρέσεις (Κοσμήματα, Βερνίκια Νυχιών)
 -  Κινητές Οδοντοστοιχίες («Μασέλες») & Τεχνητά Μέλη
- **7.  Διαδικασία Εισαγωγής & Έγγραφη Συγκατάθεση**
 - Χρόνος & Τοποθεσία Εισαγωγής ανά Είδος Αναισθησίας
 -  Υποχρεωτική Ενυπόγραφη Συγκατάθεση Ασθενούς & Συγγενή
- **8.  Αναλυτικές Μετεγχειρητικές Επιπλοκές ανά Είδος Επέμβασης**
 1. Ινοπτική Video-Βρογχοσκόπηση (Εύκαμπτο/Άκαμπτο)
 2. Τοποθέτηση Σωλήνα Θωρακικής Παροχέτευσης (Tube Thoracostomy)
 3. Τοποθέτηση Πλήρους Εμφυτεύσιμης Συσκευής Port-a-cath
 4. Εκτομή Βλάβης Ημιδιαφράγματος



5. Αποφλοιώση Πνεύμονα – Εκτομή Τοιχωματικού Υπεζωκότα
6. Εκτομή Όγκου Θωρακικού Τοιχώματος
7. Παροχέτευση Επιπλεγμένης Παραπνευμονικής Συλλογής / Εμπυήματος
8. Εκτομή Όγκου Μεσοθωρακίου
9. Σφηνοειδείς Εκτομές Πνεύμονα (Wedge Resections)
10. Τμηματοεκτομές Πνεύμονα (Segmentectomies)
11. Λοβεκτομή & Συστηματικός Λεμφαδενικός Καθαρισμός Μεσοθωρακίου
12. Διλοβεκτομή & Συστηματικός Λεμφαδενικός Καθαρισμός Μεσοθωρακίου
13. Πνευμονεκτομή & Συστηματικός Λεμφαδενικός Καθαρισμός Μεσοθωρακίου

• 9. 🏠 **Μετεγχειρητική Νοσηλεία στον Θάλαμο (3ος Όροφος)**

- 💉 Πολυτροπική Αναλγησία (Διαχείριση Πόνου & Αντλίες PCA)
- 🩺 Διαχείριση & Κριτήρια Αφαίρεσης Θωρακικών Σωλήνων (Chest Tubes)
- 🩺 Οξυγονοθεραπεία & Βρογχοδιασταλτική Αγωγή
- 💊 Προληπτική Αντιβιοτική Αγωγή (Διάρκεια βάσει Πρωτοκόλλων)
- 🩺 Μετεγχειρητική Προφυλακτική Αγωγή για Θρομβώσεις (Κάλτσες, Ηπαρίνη)
- 🏃 Εξειδικευμένο Φυσικοθεραπευτικό Πλάνο (Εξασκητής αναπνοής, Βήχας, Κινητοποίηση)
- 🩺 Μετεγχειρητική Σίτιση & Πρόληψη Δυσκοιλιότητας

• 10. 📋 **Κριτήρια & Διαδικασία Εξιτηρίου**

- Α. Κλινικά & Λειτουργικά Κριτήρια
- Β. Έγγραφα & Φάρμακα κατά την Έξοδο

• 11. 🏠 **Οδηγίες Ανάρρωσης στο Σπίτι & Παρακολούθηση**

- 📞 Πού απευθύνεστε πρώτα για βοήθεια (Τμήμα ή Εφημερεύον Νοσοκομείο)
- 📊 Καθημερινές Μετρήσεις στο Σπίτι (Παλμικό οξύμετρο, Θερμόμετρο)
- 💊 Φροντίδα Τραυμάτων & Οδηγίες για Ατομική Υγιεινή
- 🏃 Περιορισμοί Δραστηριοτήτων (Άρση Βάρους, Οδήγηση, Πτήσεις)

• 12. 🩺 **Αφαίρεση Ραμμάτων & Μετεγχειρητικός Έλεγχος**

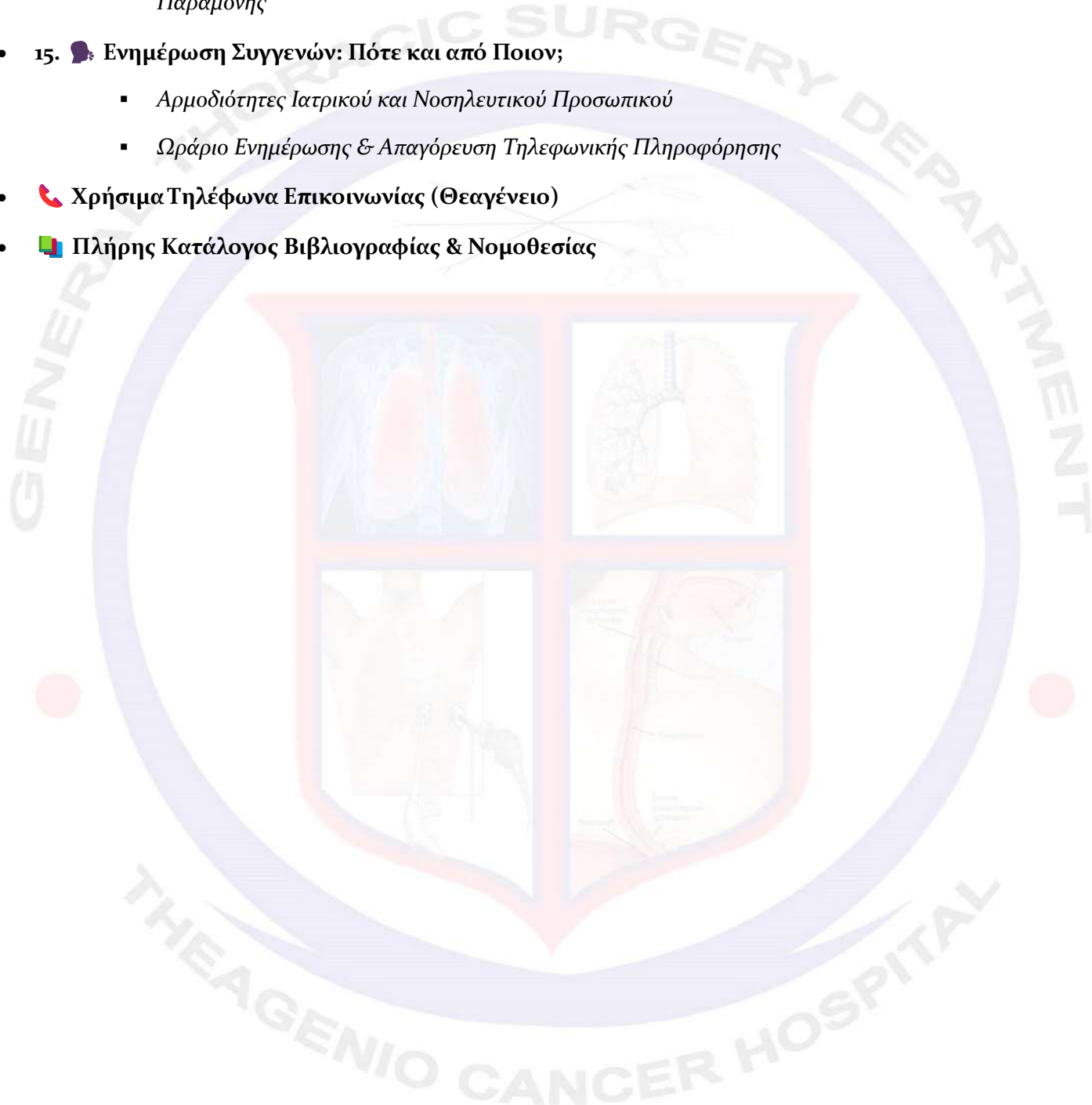
- Λειτουργία Ιατρικών: Πρωινά ή Απογευματινά

• 13. 📁 **Αντίγραφα Ιατρικού Φακέλου & Εξετάσεων**

- Διαδικασία, Δικαιολογητικά & Χρόνοι Έκδοσης



- 14. ⚖️ Δικαιώματα & Υποχρεώσεις Ασθενών και Συνοδών
 - Ασθενείς: Δικαιώματα & Υποχρεώσεις
 - 🚫 Συνοδοί: Αυστηροί Κανόνες Τμήματος και Νοσοκομείου, Έλεγχος Λοιμώξεων & Κάρτες Παραμονής
- 15. 🗣️ Ενημέρωση Συγγενών: Πότε και από Ποιον;
 - Αρμοδιότητες Ιατρικού και Νοσηλευτικού Προσωπικού
 - Ωράριο Ενημέρωσης & Απαγόρευση Τηλεφωνικής Πληροφόρησης
- 📞 Χρήσιμα Τηλέφωνα Επικοινωνίας (Θεαγένειο)
- 📖 Πλήρης Κατάλογος Βιβλιογραφίας & Νομοθεσίας



1. Θωρακοχειρουργική

Ο όρος «Θωρακοχειρουργική» αναφέρεται στην αντιμετώπιση των χειρουργικών παθήσεων του θώρακα. Ο θώρακας ως ανατομική περιοχή εκτείνεται από τον τράχηλο μέχρι το διάφραγμα και περιέχει:

Πνεύμονες: Δύο πνεύμονες, έναν σε κάθε μία πλευρά του θώρακα. Οι πνεύμονες αποτελούνται από ανατομικά τμήματα, που ονομάζονται λοβοί. Ο αριστερός πνεύμονας έχει δύο λοβούς κι ο δεξιός έχει τρεις λοβούς.

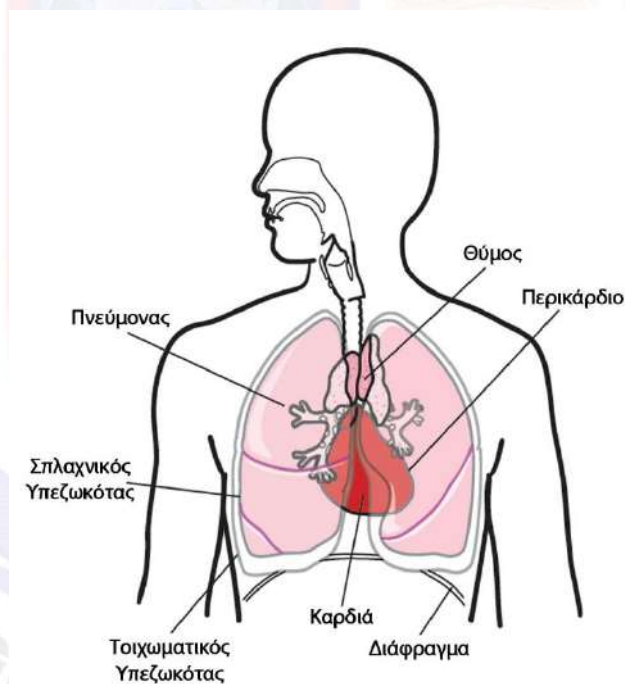
Υπεζωκότας: Δύο λεπτές μεμβράνες που η μία περιβάλλει τον πνεύμονα (σπλαχνικός υπεζωκότας) και η άλλη επενδύει εσωτερικά το θωρακικό τοίχωμα (τοιχωματικός υπεζωκότας). Ο σχισμοειδής χώρος μεταξύ των δύο πετάλων του υπεζωκότα αποτελεί την υπεζωκοτική κοιλότητα.

Περικάρδιο: Μία λεπτή μεμβράνη που περιβάλλει την καρδιά.

Διάφραγμα: Ο θολωτός εγκάρσιος μυς που διαχωρίζει την περιτοναϊκή κοιλότητα (κοιλιά) από το θώρακα.

Καρδιά: Το όργανο, που λειτουργώντας ως μυική αντλία, συμβάλει στην κυκλοφορία του αίματος σε όλο το σώμα.

Θύμος: Ένας αδένας στη μέση του θώρακα που βοηθά στην αντιμετώπιση των λοιμώξεων



Εικόνα 1: Ανατομία Θώρακος

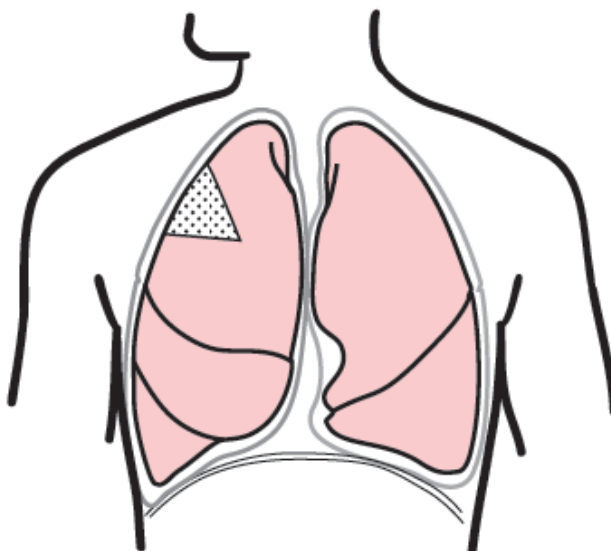
(Τροποποιημένο από Memorial Sloan Kettering Cancer Center)



2. Τύποι Θωρακοχειρουργικών Επεμβάσεων

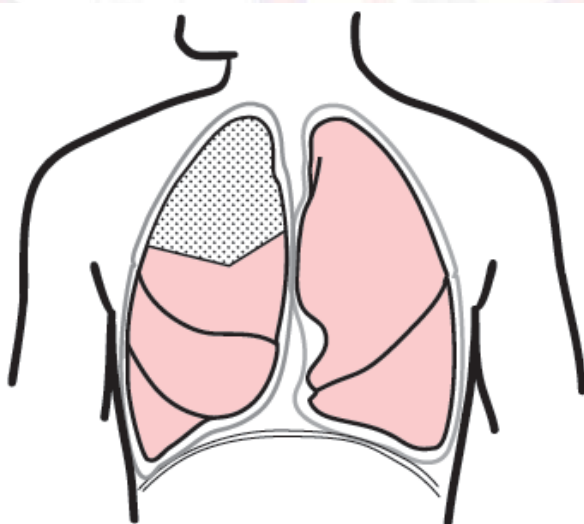
Αναφέρονται μόνο ορισμένοι από τους πιο συνήθως διενεργηθέντες τύπους Θωρακοχειρουργικών επεμβάσεων:

Σφηνοειδής εκτομή πνεύμονα: Εκτομή ενός μικρού τμήματος ενός λοβού των πνευμόνων.



Εικόνα 2: Σφηνοειδής εκτομή πνεύμονα
(Τροποποιημένο από Memorial Sloan Kettering Cancer Center)

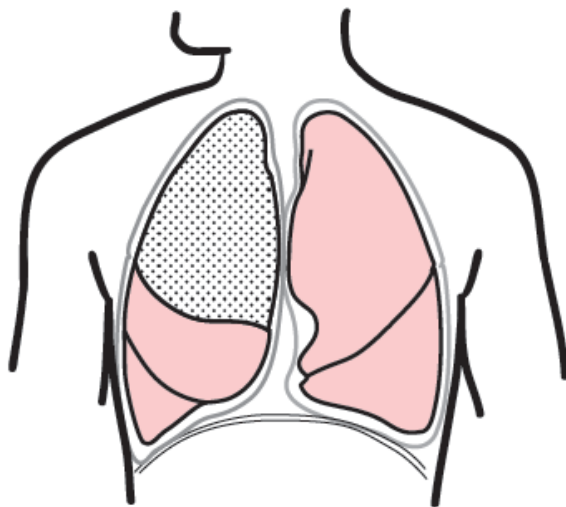
Τμηματεκτομή πνεύμονα: Εκτομή ενός μεγαλύτερου τμήματος ενός λοβού των πνευμόνων.



Εικόνα 3: Τμηματεκτομή πνεύμονα
(Τροποποιημένο από Memorial Sloan Kettering Cancer Center)



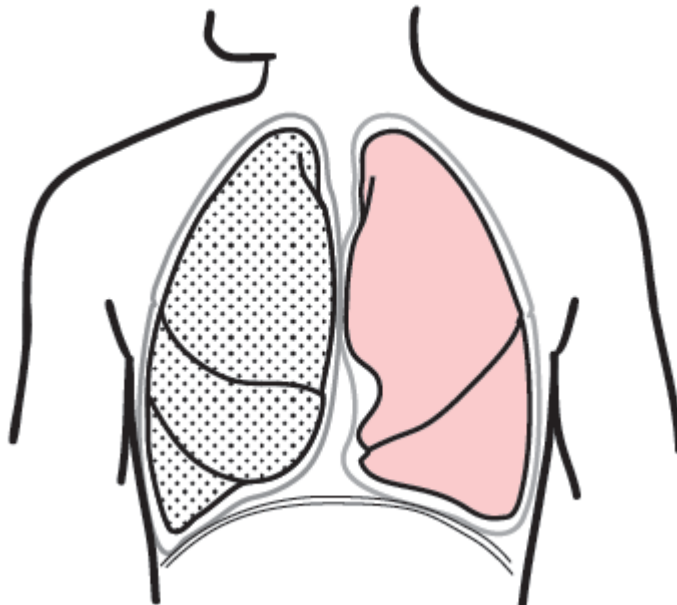
Λοβεκτομή πνεύμονα: Εκτομή ενός ολόκληρου λοβού των πνευμόνων.



Εικόνα 4: Λοβεκτομή πνεύμονα

(Τροποποιημένο από Memorial Sloan Kettering Cancer Center)

Πνευμονεκτομή: Εκτομή ενός ολόκληρου πνεύμονα.

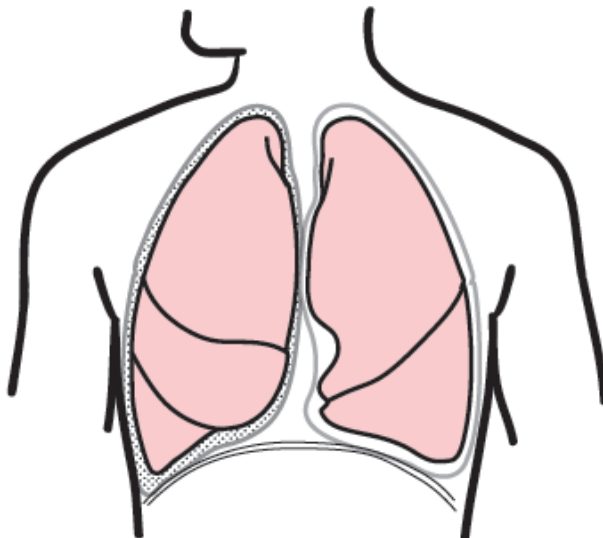


Εικόνα 5: Πνευμονεκτομή

(Τροποποιημένο από Memorial Sloan Kettering Cancer Center)

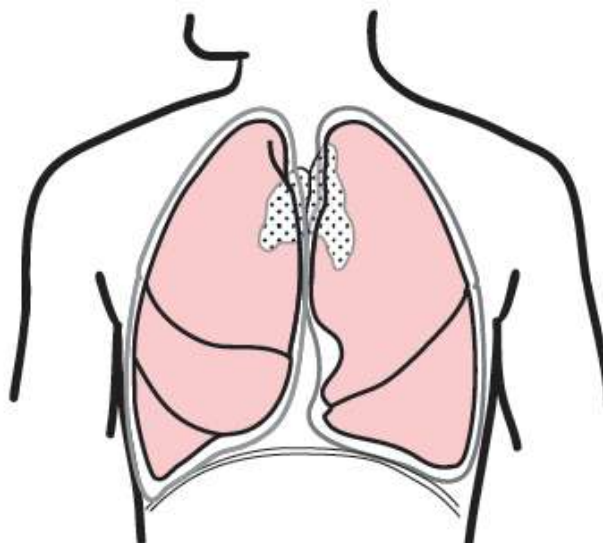


Αποφλοιώση κι υπεζωκοτεκτομή: Εκτομή μέρους των μεμβρανών που επικαλύπτουν τον πνεύμονα εξωτερικά και το θωρακικό τοίχωμα εσωτερικά.



Εικόνα 6: Αποφλοιώση κι υπεζωκοτεκτομή
(Τροποποιημένο από Memorial Sloan Kettering Cancer Center)

Θυμεκτομή: Εκτομή ολόκληρου του θύμου αδένος.



Εικόνα 7: Θυμεκτομή
(Τροποποιημένο από Memorial Sloan Kettering Cancer Center)



Άλλες Θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις

Μερικές χειρουργικές παθήσεις του θώρακα αντιμετωπίζονται με διαδικασίες, στις οποίες δεν απαιτείται η χειρουργική εξαίρεση κάποιου τμήματος των πνευμόνων ή του υπεζωκότα. Ορισμένες από τις πιο συχνές είναι:

Πλευροδεσία: Η διαδικασία κατά την οποία προκαλείται «συγκόλληση» των δύο πετάλων του υπεζωκότα, με σκοπό την μη επανεμφάνιση πλευριτικής συλλογής ή πνευμοθώρακα.

Βιοψία Υπεζωκότα: Λήψη βιοψίας από τον τοιχωματικό υπεζωκότα.

Τοποθέτηση σωλήνα ή καθετήρα θωρακικής παροχέτευσης: Η εισαγωγή σωλήνα μικρού ή μεγάλου εύρους στην υπεζωκοτική κοιλότητα για την παροχέτευση υγρού ή αέρα.

Τοποθέτηση πλήρους εμφυτεύσιμου κεντρικού φλεβικού καθετήρα (port-a-cath): Ο μόνιμος κεντρικός καθετήρας (Port-a-Cath) είναι ένα σύστημα πλήρους εμφυτεύσιμου ενδαγγειακού καθετήρα, του οποίου το τύμπανο εμφυτεύεται σε μία νεοδημιουργούμενη υποδόρια θήκη πάνω από το μείζονα θωρακικό μυ στην υποκλείδια περιοχή και το άκρο του καθετήρα διαμέσου της έσω σφαγίτιδας ή της υποκλειδίου φλέβας καταλήγει στην συμβολή της άνω κοίλης φλέβας με τον δεξιό κόλπο της καρδιάς. Ευρεία εφαρμογή της συσκευής πραγματοποιείται κυρίως σε ογκολογικούς ασθενείς που χρίζουν παρατεταμένης διάρκειας προσπέλαση του κεντρικού, αγγειακού συστήματος για έγχυση φαρμάκων, ενδοφλέβιων υγρών, διαλυμάτων παρεντερικής διατροφής, παραγώγων του αίματος, καθώς και για αιμοληψία.

THEAGENIO CANCER HOSPITAL



3. Θωρακοχειρουργικές προσπελάσεις

Υπάρχουν διάφοροι τρόποι προσπέλασης στην θωρακική κοιλότητα για την διενέργεια θωρακοχειρουργικών επεμβάσεων. Οι πιο συχνά εφαρμοζόμενοι τύποι είναι οι εξής:

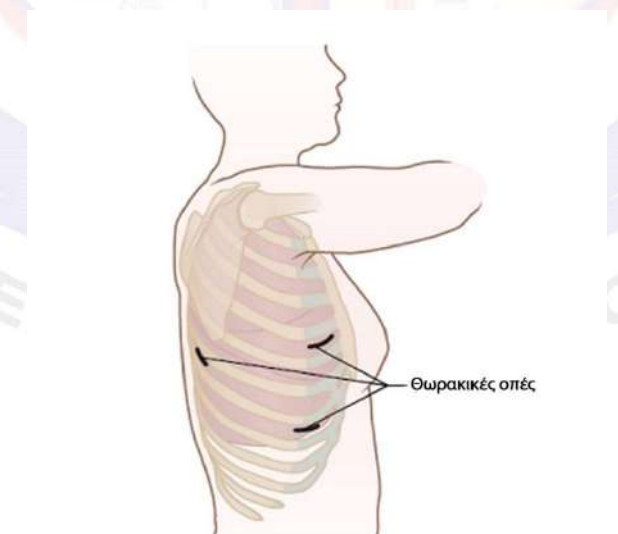
Θωρακοτομή: Τομή παράλληλη με τη διεύθυνση των πλευρών, συνήθως 8-10cm



Εικόνα 8: Θωρακοτομή

(Τροποποιημένο από Memorial Sloan Kettering Cancer Center)

Θωρακοσκοπία: Με την διενέργεια μιας ή περισσότερων οπών στο θωρακικό τοίχωμα και την εισαγωγή θωρακοσκοπικής κάμερα κι ενδοσκοπικών εργαλείων.

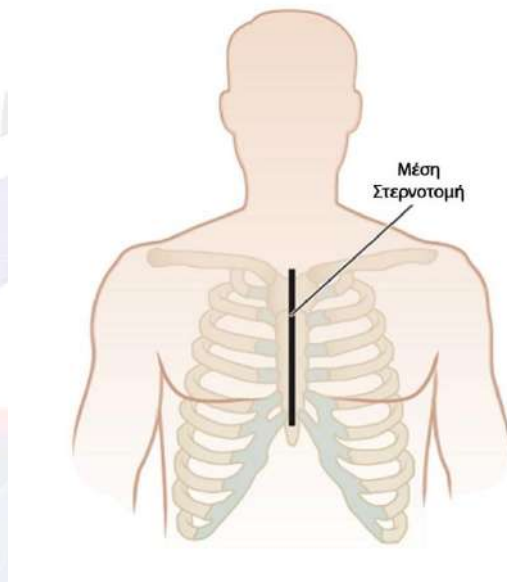


Εικόνα 9: Θωρακοσκοπία

(Τροποποιημένο από Memorial Sloan Kettering Cancer Center)



Μέση στερνοτομή: μία κάθετη τομή στην πρόσθια επιφάνεια του θώρακα.



Εικόνα 10: Μέση Στερνοτομή

(Τροποποιημένο από Memorial Sloan Kettering Cancer Center)



4. 🏢 Προεγχειρητικός Έλεγχος & Κατάθεση Αίματος

Ο προεγχειρητικός έλεγχος αποτελεί το θεμέλιο της ασφάλειας του ασθενούς, μειώνοντας τις πιθανότητες διεγχειρητικών και μετεγχειρητικών επιπλοκών και εστιάζει στην μελέτη της εξαιρεσιμότητας της βλάβης (εάν η βλάβη εξαιρείται πλήρως) και της εγχειρησιμότητας του ασθενούς (εάν το σώμα του ασθενούς μπορεί να ανεχθεί την χειρουργική επέμβαση) [3].

- **Ιατρικές Εξετάσεις:** Περιλαμβάνουν αναλύσεις αίματος (γενική αίματος, βιοχημικά, έλεγχο πήξης), αναλύσεις ούρων, ηλεκτροκαρδιογράφημα (ΗΚΓ), διαθωρακικό υπερηχογράφημα καρδιάς κι ακτινογραφία θώρακος.
- **Λειτουργικός Έλεγχος Αναπνοής (Σπιρομέτρηση):** Μέτρηση των δεικτών FEV₁ (βίαια εκπνεόμενος όγκος στο 1^ο δευτερόλεπτο) και DLCO (διαχυτική ικανότητα του πνεύμονα). Σύμφωνα με τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες των **ESTS / AATS / STS**, τιμές άνω του 80% υποδηλώνουν χαμηλό κίνδυνο για τον ασθενή που αφορά εκτομή πνευμονικού ιστού, όπως η λοβεκτομή [4].
- **Ιατρείο Προαναισθητικού Ελέγχου:** Πραγματοποιείται υποχρεωτική εξέταση από τον Αναισθησιολόγο του Θεαγενείου για την αξιολόγηση του ιατρικού ιστορικού, την ταξινόμηση κατά την κλίμακα ASA και τον καθορισμό του πλάνου αναισθησίας και μετεγχειρητικής αναλγησίας.
- **🔴 Κατάθεση Αίματος (Υποχρεωτική):** Λόγω της φύσης των ογκολογικών θωρακοχειρουργικών επεμβάσεων, απαιτείται η εξασφάλιση 2-3 φιαλών ολικού αίματος από το συγγενικό ή φιλικό περιβάλλον.
 - **Ποσότητα ανά δότη:** Σε κάθε αιμοδοσία, ο δότης δίνει περίπου **450 ml αίματος**.
 - **1 Δότης = 1 Φιάλη (Μονάδα):** Κάθε εθελοντής προσφέρει μία μονάδα ολικού αίματος. Η ποσότητα αυτή αντιστοιχεί σε λιγότερο από το 10% του συνολικού όγκου αίματος ενός ενήλικα και ο οργανισμός την αναπληρώνει πολύ γρήγορα.
 - **🕒 Χρήσιμα δεδομένα για την ποσότητα και τον χρόνο:**
 - **Χρόνος αιμοληψίας:** Η διαδικασία για να πληρωθεί ο ασκός συλλογής περιφερικού αίματος διαρκεί μόλις **5 έως 10 λεπτά**.
 - **Αναπλήρωση όγκου:** Ο όγκος του πλάσματος αναπληρώνεται πλήρως **μέσα σε 24 ώρες**, γι' αυτό είναι σημαντικό να πίνετε πολλά υγρά μετά την αιμοδοσία.
 - **Αναπλήρωση κυττάρων:** Τα ερυθρά αιμοσφαίρια αναπληρούνται από τον μυελό των οστών μέσα σε περίπου **4 έως 6 εβδομάδες**.
 - **📅 Πόσο συχνά μπορείτε να δίνετε αίμα:** Λόγω του χρόνου που χρειάζεται ο οργανισμός για να αναπληρώσει τα στοιχεία του αίματος, υπάρχουν ασφαλή χρονικά όρια:
 - **Άνδρες:** Μπορούν να προσφέρουν αίμα έως **4 φορές τον χρόνο** (κάθε 3 μήνες).
 - **Γυναίκες:** Μπορούν να προσφέρουν αίμα έως **3 φορές τον χρόνο** (κάθε 4 μήνες).
 - **Τοποθεσία:** Τμήμα Αιμοδοσίας Α.Ν.Θ. «Θεαγένειο» (Αλεξάνδρου Συμεωνίδη 2, Θεσσαλονίκη, Ισόγειο).
 - **Τηλέφωνο:** 2310 898 264.
 - **Ωράριο Αιμοληψιών:** Καθημερινά **09:00 – 13:30 & 17:00 – 19:00**. Σαββατοκύριακα & Αργίες **10:00 – 12:00**.

- **Σημείωση:** Αν η αιμοδοσία γίνει σε άλλο νοσοκομείο ή παρέχεται από συγκεκριμένο σύλλογο αιμοδοτών, δηλώνεται υποχρεωτικά στο αιμοδοτικό κέντρο ή στο σύλλογο: **«Για το Θεαγένειο, Θωρακοχειρουργικό Τμήμα, ημερομηνία χειρουργικής επέμβασης και το ονοματεπώνυμο του ασθενούς».**



5. 🏠 Προετοιμασία στο Σπίτι & Ρύθμιση Φαρμάκων

Η σωστή προετοιμασία στο σπίτι (Prehabilitation) βελτιώνει σημαντικά την έκβαση του χειρουργείου και μειώνει τον χρόνο μετεγχειρητικής νοσηλείας.

- **Διακοπή Καπνίσματος:** Είναι **υποχρεωτική** η διακοπή του τουλάχιστον **2-4 εβδομάδες προεγχειρητικά**. Έρευνες δείχνουν ότι μειώνει κατά 50% τις πιθανότητες μετεγχειρητικής πνευμονίας, ατελεκτασίας και διαφυγής αέρα [5].
- **Αλκοόλ:** Η κατανάλωση αλκοόλ πριν από χειρουργείο πρέπει να **αποφεύγεται αυστηρά για τουλάχιστον 48 ώρες**, καθώς αλληλοεπιδρά με την αναισθησία, μειώνει την ικανότητα επούλωσης και αυξάνει τον κίνδυνο αιμορραγίας και μετεγχειρητικών λοιμώξεων.
- **Σωματική Υγιεινή:** Κάντε ένα καλό ντους το προηγούμενο βράδυ και το πρωί του χειρουργείου με ειδικό αντισηπτικό σαπούνι (π.χ. χλωρεξιδίνη 4%), για τη μείωση του κινδύνου λοιμώξεων του χειρουργικού πεδίου [6].

🔴 Διαχείριση Αντιπηκτικών & Αντιαιμοπεταλιακών Φαρμάκων

Η τροποποίηση της αγωγής είναι απαραίτητη για την αποφυγή σοβαρής αιμορραγίας. Η διακοπή ή αντικατάσταση γίνεται πάντα σε συνεννόηση με τον Καρδιολόγο σας [7].

- **Κλασική Ασπιρίνη (Salospir, Aspirin):** Διακόπτεται **5 έως 7 ημέρες πριν** από την επέμβαση [8].
- **Ισχυρά Αντιαιμοπεταλιακά (Plavix, Iscover, Brilique, Efient):** Διακόπτονται αυστηρά **5 έως 7 ημέρες πριν**. Η επανέναρξη καθορίζεται μετεγχειρητικά μετά την αφαίρεση των θωρακικών παροχετεύσεων.
- **Νεότερα από του Στόματος Αντιπηκτικά - NOACs (Eliquis, Xarelto, Pradaxa, Lixiana):** Διακόπτονται **48 ώρες πριν** την επέμβαση.
- **Παραδοσιακά Αντιπηκτικά (Sintrom, Coumadin):** Διακόπτονται **5 ημέρες πριν**. Κατά τις ημέρες αυτές, ο ασθενής κάνει τη διαδικασία «γέφυρας» (bridging) με **υποδόριες ενέσεις ηπαρίνης** (π.χ. Arixtra, Clexane, Innohep) μία ή δύο φορές την ημέρα, οι οποίες σταματούν 24 ώρες πριν το χειρουργείο.

🔴 Διαχείριση Αντιδιαβητικών Φαρμάκων (Ρύθμιση Σακχάρου)

Η σωστή ρύθμιση προστατεύει από λοιμώξεις και βοηθά στην ταχεία επούλωση των τραυμάτων.

- **Μετφομίνη (Glucophage, Glucofree):** Διακόπτεται **το βράδυ πριν από το χειρουργείο**. Δεν λαμβάνεται η πρωινή δόση της ημέρας του χειρουργείου [9]. Επαναχορηγείται 48 ώρες μετά την επέμβαση, εφόσον ο ασθενής σιτίζεται κανονικά.
- **Αναστολείς SGLT-2 (Forxiga, Jardiance, Steglatro):** Είναι **κρίσιμο** να διακόπτονται **3-4 ημέρες πριν** από την επέμβαση για την αποφυγή της σοβαρής επιπλοκής της ευγλυκαιμικής διαβητικής κετοξέωσης [10].
- **Αγωνιστές των υποδοχέων του πεπτιδίου GLP1 (Ozempic, Mounjaro, Victoza):** Λόγω της καθυστέρησης στη γαστρική κένωση, **συστήνεται η διακοπή τους 1 εβδομάδα πριν από κάθε προγραμματισμένη επέμβαση**, καθώς αυξάνουν τον κίνδυνο εισρόφησης του περιεχομένου του στομάχου στους πνεύμονες κατά τη γενική αναισθησία.



- **Λοιπά Δισκία (Solosa, Diamicron, Januvia, Galvus):** Διακόπτεται η πρωινή δόση της ημέρας του χειρουργείου λόγω της νηστείας, προς αποφυγή υπογλυκαιμίας.
- **Ινσουλίνη (Ενέσιμη):** Το βράδυ πριν το χειρουργείο λαμβάνεται κανονικά η βασική ινσουλίνη, συχνά μειωμένη κατά 20% μετά από οδηγία του αναισθησιολόγου. Το πρωί του χειρουργείου **δεν λαμβάνεται η ταχείας δράσης ινσουλίνη**. Κατά τη νοσηλεία, το σάκχαρο ρυθμίζεται αποκλειστικά στο νοσοκομείο με βραχείας δράσης ινσουλίνη.
- **Πολυβιταμίνες κι άλλα συμπληρώματα διατροφής:** Η βιταμίνη Ε, οι πολυβιταμίνες, τα φυτικά φάρμακα και άλλα συμπληρώματα διατροφής μπορεί να προκαλέσουν αιμορραγία. **Διακόψτε τη λήψη τους 7 ημέρες πριν** από την επέμβαση.
- **Προεγχειρητική Νηστεία:** Σύμφωνα με τα πρωτόκολλα **ERAS**, επιτρέπεται στέρεη τροφή έως **6 ώρες πριν** και καθαρά υγρά (νερό) έως **2 ώρες πριν** την αναισθησία [11]. Ωστόσο, για απόλυτη ασφάλεια, συνιστάται πλήρης νηστεία από τα **μεσάνυχτα (24:00)** της προηγούμενης ημέρας.



6. 🏠 Τι πρέπει να έχετε μαζί σας στο Νοσοκομείο

Πάρτε μαζί σας μόνο τα απολύτως απαραίτητα αντικείμενα:

- **Έγγραφα & Φάκελος:** Αστυνομική ταυτότητα, ΑΜΚΑ, και ολόκληρος ο φάκελος με τις πρόσφατες εξετάσεις (CD αξονικών, σπιρομέτρηση, βιοψίες).
- **Πρόσφατο test Covid**
- **Φάρμακα:** Όλη την καθημερινή φαρμακευτική σας αγωγή μέσα στις αρχικές τους συσκευασίες.
- **Ρουχισμός:** Άνετα ρούχα ή πυτζάμες που **κουμπώνουν μπροστά** (με φερμουάρ ή κουμπιά) και κλειστές, αντιολισθητικές παντόφλες.
- **Προσωπική Υγιεινή:** Οδοντόβουρτσα, οδοντόκρεμα, χτένα, υγρά μαντηλάκια και ενυδατικό χειλιών.
- 🚫 **Υποχρεωτικές Αφαιρέσεις:** Κοσμήματα, ρολόγια, μεγάλα χρηματικά ποσά. Το βερνίκι νυχιών και τα τεχνητά νύχια πρέπει να αφαιρεθούν πλήρως, καθώς εμποδίζουν τη σωστή λειτουργία του οξυμέτρου.
- 🦷 **Κινητές Οδοντοστοιχίες / Τεχνητά Μέλη:** Εάν ο ασθενής φέρει μερική ή ολική κινητή οδοντοστοιχία («μασέλα»), αυτή **πρέπει υποχρεωτικά να αφαιρεθεί** το πρωί της επέμβασης στον θάλαμο. Η παραμονή της ενέχει σοβαρό κίνδυνο μετατόπισης ή εισρόφησης στους αεραγωγούς κατά τη διασωλήνωση. Το ίδιο ισχύει για ακουστικά βαρηκοΐας, τεχνητούς οφθαλμούς ή φακούς επαφής.



7. Διαδικασία Εισαγωγής & Έγγραφο Συγκατάθεση

Η διαδικασία εισαγωγής και η νομική/ιατρική κατοχύρωση της επέμβασης ακολουθούν αυστηρά πρωτόκολλα ασφαλείας [12]:

- **Πού γίνεται η εισαγωγή:** Ο ασθενής προσέρχεται αρχικά στο Θωρακοχειρουργικό τμήμα στον 3^ο όροφο για να παραλάβει τα παραπεμπτικά προεγχειρητικού ελέγχου και ακολούθως κατεβαίνει στα Εξωτερικά Ιατρεία του Θωρακοχειρουργικού Τμήματος (Γραφείο Νο2 στο ισόγειο), για τη διοικητική διεκπεραίωση. Κατόπιν, οδηγείται στον 3^ο όροφο, όπου βρίσκεται το Θωρακοχειρουργικό Τμήμα. Εκεί θα σας υποδεχθεί η προϊσταμένη νοσηλεύτρια του τμήματος και θα σας βοηθήσει να εγκατασταθείτε στο θάλαμο νοσηλείας.
- **Χρόνος Εισαγωγής:**
 - **Επεμβάσεις με Γενική Αναισθησία:** Η εισαγωγή διενεργείται υποχρεωτικά **την προηγούμενη ημέρα του χειρουργείου.**
 - **Επεμβάσεις με Τοπική Αναισθησία:** Η εισαγωγή διενεργείται **την ίδια ημέρα της επέμβασης**, το πρωί.

•  **Υποχρεωτική Ενυπόγραφη Συγκατάθεση:**
Πριν από την επέμβαση ή κατά την επίσκεψη στα εξωτερικά ιατρεία, **ο ασθενής και ένα στενό συγγενικό πρόσωπο/φροντιστής**, της επιθυμίας του ασθενούς, καλούνται να ενημερωθούν πλήρως από την ιατρική ομάδα και να συνυπογράψουν τα επίσημα έντυπα συγκατάθεσης. Η υπογραφή αυτή επιβεβαιώνει ότι κατανοείτε και αποδέχεστε:

- Τον σκοπό, το είδος και τον τρόπο διενέργειας της συγκεκριμένης **χειρουργικής επέμβασης**, καθώς και τις πιθανές **επιπλοκές** της.
 - Το πλάνο και τους κινδύνους της **χορήγησης αναισθησίας.**
 - Την πιθανότητα αναγκαστικής **μετάγγισης αίματος ή παραγώγων του.**
 - Την πιθανότητα προγραμματισμένης ή έκτακτης **νοσηλείας στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας (ΜΕΘ) ή Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ).**
- **Προετοιμασία στον Θάλαμο:** Οι νοσηλευτές ελέγχουν τα ζωτικά σημεία, παραδίδουν την ειδική ρόμπα και διενεργούν τοπικό ευπρεπισμό του θώρακα (εάν απαιτείται). Χορηγείται προληπτικά αντιβίωση 60 λεπτά πριν την τομή (συνήθως κατά την άφιξη του ασθενούς στην χειρουργική αίθουσα).



8. Αναλυτικές Μετεγχειρητικές Επιπλοκές ανά Είδος Θωρακοχειρουργικής Επέμβασης

1. Ινοπτική Video-Βρογχοσκόπηση (με Εύκαμπτο ή Άκαμπτο Βρογχοσκόπιο)

- **Συνολικό Ποσοστό Επιπλοκών:** 0.1% – 11% [13].
- **Ποσοστό Θνητότητας:** 0.1% [13].
- **Πιθανές Επιπλοκές:** Βρογχόσπασμος, λαρυγγόσπασμος, ατελεκτασία πνεύμονα, αιμορραγία, λοιμώξεις, συγκοπή, ναυτία, έμετος, εισρόφηση, υποξαιμία, υπερκαπνία, κάκωση φωνητικών χορδών, αναπνευστική δυσχέρεια, πνευμονία, πνευμοθώρακας, αιμοθώρακας, καρδιακές αρρυθμίες και μυοκαρδιακή δυσλειτουργία.

2. Τοποθέτηση Σωλήνα Θωρακικής Παροχέτευσης (Tube Thoracostomy)

- **Συνολικό Ποσοστό Επιπλοκών:** 5% – 10% [14].
- **Ποσοστό Θνητότητας:** 0.1% – 0.5% [14].
- **Πιθανές Επιπλοκές:** Κάκωση μεσοπλεύριου αγγειονευρώδους δεματίου, εμπύημα, τοπική λοίμωξη θέσης τοποθέτησης, πνευμονικό οίδημα από επανέκπτυξη, τραυματισμός ενδοθωρακικών οργάνων, καρδιακές αρρυθμίες, χυλοθώρακας και υποδόριο εμφύσημα.

3. Τοποθέτηση Πλήρους Εμφυτεύσιμης Συσκευής Port-a-cath

- **Συνολικό Ποσοστό Επιπλοκών:** 2.2% [15].
- **Ποσοστό Θνητότητας:** 0% [15].
- **Πιθανές Επιπλοκές:** Πνευμοθώρακας (2.2%), αιμάτωμα (2.2%), καρδιακή αρρυθμία (2.1%), κάκωση αρτηρίας (1.6%), αιμορραγία (0.4%), λοίμωξη θήκης (0.3%), σχετιζόμενη με τον καθετήρα φλεβοθρόμβωση (4.7%), σύνδρομο καταπόνησης καθετήρα (2.5%), διάβρωση υπερκείμενου δέρματος (0.8%), κάταγμα καθετήρα (0.4%), αποκοπή καθετήρα και εμβολή (0.3%).

4. Εκτομή Βλάβης Ημιδιαφράγματος

- **Συνολικό Ποσοστό Επιπλοκών:** 37.8% [16].
- **Ποσοστό Θνητότητας:** 1.4% [16].
- **Πιθανές Επιπλοκές:** Αναπνευστική ανεπάρκεια (15.5%), παρατεταμένη διαφυγή αέρα (3.4%), αιμορραγία (2.7%), πνευμονία (2.7%), κολλική μαρμαρυγή (1.4%), νεφρική ανεπάρκεια (3.5%), λοίμωξη τραύματος (1.2%), χυλοθώρακας (0.7%), πάρεση παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου (0.7%), ARDS (0.7%), έμφραγμα μυοκαρδίου (0.7%), καρδιακή ανακοπή (0.7%).



5. Αποφλοίωση Πνεύμονα – Εκτομή Τοιχωματικού Υπεζωκότα

- **Συνολικό Ποσοστό Επιπλοκών:** 37.1% [16].
- **Ποσοστό Θνητότητας:** 5.1% [16].
- **Πιθανές Επιπλοκές:** Αναπνευστική ανεπάρκεια (25%), πνευμονία (8.4%), παρατεταμένη διαφυγή αέρα (6.3%), αιμορραγία (5.4%), νεφρική ανεπάρκεια (3.5%), κοιλιακή μαρμαρυγή (2.3%), ARDS (1.3%), λοίμωξη τραύματος (1.2%), πάρεση παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου (0.7%), καρδιακή ανακοπή (0.7%), χυλοθώρακας (0.2%), έμφραγμα μυοκαρδίου (0.2%).

6. Εκτομή Όγκου Θωρακικού Τοιχώματος

- **Συνολικό Ποσοστό Επιπλοκών:** 21% [16].
- **Ποσοστό Θνητότητας:** 1% [16].
- **Πιθανές Επιπλοκές:** Αναπνευστική ανεπάρκεια (7.8%), παρατεταμένη διαφυγή αέρα (5.4%), αιμορραγία (3.4%), πνευμονία (2.9%), εμπύημα (2%), λοίμωξη τραύματος (2%), κοιλιακή μαρμαρυγή (2%), καρδιακή ανακοπή (1%), έμφραγμα μυοκαρδίου (0.5%), νεφρική ανεπάρκεια (0.5%).

7. Παροχέτευση Επιπλεγμένης Παραπνευμονικής Συλλογής

- **Συνολικό Ποσοστό Επιπλοκών:** 0.1% – 11% [17].
- **Ποσοστό Θνητότητας:** 5.4% – 18.3% [17].
- **Πιθανές Επιπλοκές:** Ινοθώρακας, βρογχοπλευρικό συρίγγιο, σηπτική καταπληξία, αναπνευστική ανεπάρκεια, υποτροπή εμπύηματος, καρδιαγγειακές επιπλοκές, παρατεταμένη διαφυγή αέρα, αιμορραγία, ατελεκτασία πνεύμονα [18].

8. Εκτομή Όγκου Μεσοθωρακίου

- **Συνολικό Ποσοστό Επιπλοκών:** 26.4% [16].
- **Ποσοστό Θνητότητας:** 1.4% [16].
- **Πιθανές Επιπλοκές:** Αναπνευστική ανεπάρκεια (8.6%), πνευμονία (3.8%), κοιλιακή μαρμαρυγή (2.9%), παρατεταμένη διαφυγή αέρα (1.4%), αιμορραγία (1.4%), πάρεση παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου ή φρενικών νεύρων (1.2%), νεφρική ανεπάρκεια (1.2%), εμπύημα (1%), λοίμωξη τραύματος (1%), καρδιακή ανακοπή (1%), χυλοθώρακας (0.7%), βρογχοπλευρικό συρίγγιο (0.5%), έμφραγμα μυοκαρδίου (0.2%), Σύνδρομο Οξείας Αναπνευστικής Δυσχέρειας (ARDS - 0.2%) [16].

9. Σφηνοειδείς Εκτομές Πνεύμονα (Wedge Resections)

- **Συνολικό Ποσοστό Επιπλοκών:** 12.9% [16].
- **Ποσοστό Θνητότητας:** 0.4% [16].
- **Πιθανές Επιπλοκές:** Αναπνευστική ανεπάρκεια (2.9%), παρατεταμένη διαφυγή αέρα (2.8%), πνευμονία (2.7%), αιμορραγία (0.9%), κοιλιακή μαρμαρυγή (0.5%), νεφρική ανεπάρκεια (0.5%), εμπύημα (0.2%), λοίμωξη τραύματος (0.2%), καρδιακή ανακοπή (0.2%), χυλοθώρακας (0.1%), πνευμονική εμβολή (0.1%), έμφραγμα μυοκαρδίου (0.1%) [16].



10. Τμηματοεκτομές Πνεύμονα (Segmentectomies)

- **Συνολικό Ποσοστό Επιπλοκών:** 29.3% [16].
- **Ποσοστό Θνητότητας:** 0.7% [16].
- **Πιθανές Επιπλοκές:** Παρατεταμένη διαφυγή αέρα (11%), πνευμονία (8.7%), αναπνευστική ανεπάρκεια (6.3%), κοιλιακή μαρμαρυγή (2.8%), νεφρική ανεπάρκεια (0.9%), αιμορραγία (0.8%), χυλοθώρακας (0.6%), πάρεση παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου (0.4%), εμπύημα (0.3%), πνευμονική εμβολή (0.3%), λοίμωξη τραύματος (0.2%), έμφραγμα μυοκαρδίου (0.1%), καρδιακή ανακοπή (0.1%) [16].

11. Λοβεκτομή & Συστηματικός Λεμφαδενικός Καθαρισμός Μεσοθωρακίου

- **Συνολικό Ποσοστό Επιπλοκών:** 40.5% [16].
- **Ποσοστό Θνητότητας:** 1.3% [16].
- **Πιθανές Επιπλοκές:** Παρατεταμένη διαφυγή αέρα (15.5%), πνευμονία (11.2%), αναπνευστική ανεπάρκεια (9.7%), κοιλιακή μαρμαρυγή (5.5%), αιμορραγία (2.4%), νεφρική ανεπάρκεια (1.2%), καρδιακή ανακοπή (0.8%), βρογχοπλευρικό συρίγγιο (0.8%), εμπύημα (0.7%), χυλοθώρακας (0.7%), πάρεση παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου (0.7%), έμφραγμα μυοκαρδίου (0.7%), λοίμωξη τραύματος (0.6%), πνευμονική εμβολή (0.3%), ARDS (0.2%) [16].

12. Διλοβεκτομή & Συστηματικός Λεμφαδενικός Καθαρισμός Μεσοθωρακίου

- **Συνολικό Ποσοστό Επιπλοκών:** 66.4% [16].
- **Ποσοστό Θνητότητας:** 2.5% [16].
- **Πιθανές Επιπλοκές:** Παρατεταμένη διαφυγή αέρα (28.6%), αναπνευστική ανεπάρκεια (21.8%), πνευμονία (19.3%), κοιλιακή μαρμαρυγή (9.2%), βρογχοπλευρικό συρίγγιο (2.5%), αιμορραγία (2.5%), χυλοθώρακας (1.7%), ARDS (1.7%), νεφρική ανεπάρκεια (1.7%), πάρεση παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου (0.8%), εμπύημα (0.8%), έμφραγμα μυοκαρδίου (0.8%), καρδιακή ανακοπή (0.8%), λοίμωξη τραύματος (0.6%), πνευμονική εμβολή (0.3%) [16].

13. Πνευμονεκτομή & Συστηματικός Λεμφαδενικός Καθαρισμός Μεσοθωρακίου

- **Συνολικό Ποσοστό Επιπλοκών:** 54.8% [16].
- **Ποσοστό Θνητότητας:** 8.2% [16].
- **Πιθανές Επιπλοκές:** Αναπνευστική ανεπάρκεια (20.5%), πνευμονία (11.6%), κοιλιακή μαρμαρυγή (11%), αιμορραγία (8.2%), βρογχοπλευρικό συρίγγιο (6.2%), πάρεση παλίνδρομου λαρυγγικού νεύρου (3.4%), καρδιακή ανακοπή (2.7%), παρατεταμένη διαφυγή αέρα (2.1%), λοίμωξη τραύματος (2.1%), ARDS (2.1%), έμφραγμα μυοκαρδίου (2.1%), νεφρική ανεπάρκεια (2.1%), εμπύημα (0.7%), χυλοθώρακας (0.7%), πνευμονική εμβολή (0.7%) [16].

Πέραν των συνήθων προαναφερόμενων επιπλοκών, για κάθε ένα ασθενή, ανάλογα με το ατομικό του ιστορικό και τις συνοδές του παθήσεις, υπολογίζεται εξατομικευμένα το **EuroSCORE II**, ένα υπολογιστικό μοντέλο κινδύνου που αναπτύχθηκε από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Θωρακικών Χειρουργών ([ESTS](#)) για να προβλέψει την **ζοήμερη μετεγχειρητική θνησιμότητα** σε ασθενείς που υποβάλλονται σε ανατομική εκτομή πνεύμονα.



9. Μετεγχειρητική Νοσηλεία στον Θάλαμο

Μετά τη Μονάδα Μετεγχειρητικής Παρακολούθησης, ο ασθενής μεταφέρεται σε θάλαμο του 3^{ου} ορόφου (20 κλίνες) για την ολοκλήρωση της νοσηλείας του.

-  **Πολυτροπική Αναλγησία (Διαχείριση Πόνου):** Χρησιμοποιείται συνδυασμός επισκληρίδιου καθετήρα ή παρασπονδυλικού αποκλεισμού ή μεσοπλεύριου αποκλεισμού, ενδοφλέβιων αναλγητικών και αντλίας PCA [7]. **Μην ανέχεστε τον πόνο.** Ενημερώστε άμεσα τη νοσηλευτική ομάδα για να ρυθμιστεί η δόση πριν τις ασκήσεις.
-  **Διαχείριση Σωλήνων Θωρακικής Παροχέτευσης (Chest Tubes):** Οι σωλήνες ελέγχονται συνεχώς για τη στεγανότητα και την ποσότητα του υγρού [19]. Αφαιρούνται από τον ιατρό, όταν δεν υπάρχει διαφυγή αέρα (air leak < 30 ml/min) για 24 ώρες και η παροχή υγρού είναι κάτω από 200–450 ml το 24ωρο, επί κλίνης και υπό τοπική αναισθησία.
-  **Οξυγονοθεραπεία & Βρογχοδιασταλτικά:** Χορηγείται οξυγόνο με ρινική κάνουλα ή μάσκα για τη διατήρηση του κορεσμού ($SpO_2 > 92-94\%$). Παράλληλα, γίνονται καθημερινές εισπνοές μέσω νεφελοποιητή (βρογχοδιασταλτικά) για τη διευκόλυνση της αναπνοής και της αποβολής εκκρίσεων [13].
-  **Προληπτική Αντιβιοτική Αγωγή:** Συνεχίζεται ενδοφλέβια για 24 έως 48 ώρες μετεγχειρητικά [6]. Η παράτασή της πέραν του 48ώρου απαγορεύεται βάσει διεθνών πρωτοκόλλων, καθώς δεν προσφέρει προστασία και αναπτύσσει ανθεκτικά μικρόβια, εκτός εάν υφίσταται υποψία εμφάνισης μετεγχειρητικής λοίμωξης [6].
-  **Μετεγχειρητική Προφυλακτική Αγωγή για Θρομβώσεις:** Λόγω του υψηλού κινδύνου εμφάνισης θρομβοεμβολής στις ογκολογικές θωρακοχειρουργικές επεμβάσεις καθώς και της υπερπηκτικής φύσης των νεοπλασιών, ακολουθείται αυστηρό πρωτόκολλο. [21]:
 - **Ελαστικές Κάλτσες Διαβαθμισμένης Πίεσης:** Τοποθετούνται υποχρεωτικά και στα δύο πόδια πριν το χειρουργείο και παραμένουν καθ' όλη τη διάρκεια της νοσηλείας για τη βελτίωση της φλεβικής επιστροφής [21].
 - **Φαρμακευτική Προφύλαξη:** Χορηγείται καθημερινά υποδόρια ένεση ηπαρίνης χαμηλού μοριακού βάρους (LMWH) στον θάλαμο, ξεκινώντας 8-12 ώρες μετεγχειρητικά [21].
 - **Πρώιμη Κινητοποίηση:** Η φυσική κίνηση αποτελεί τον ισχυρότερο σύμμαχο κατά της θρόμβωσης [20].
-  **Εξειδικευμένο Φυσικοθεραπευτικό Πλάνο:**
 - **Συσκευή αναπνευστικών ασκήσεων – 3Flow (Incentive Spirometry):** Υποχρεωτική εκτέλεση 10-15 βαθιών εισπνοών κάθε ώρα [3].
 - **Ενθάρρυνση Βήχα:** Ο ασθενής πρέπει να βήχει για να καθαρίζει το τραχειοβρογχικό δέντρο. Για τη μείωση του πόνου, **αγκαλιάζει και πιέζει σφιχτά ένα μαξιλάρι πάνω στο θώρακα** την ώρα του βήχα.
 - **Πρώιμη Κινητοποίηση:** Έγερση σε καρέκλα εντός 12-24 ωρών και καθημερινό περπάτημα στον διάδρομο για μείωση των θρομβώσεων [20].



- **Μετεγχειρητική Σίτιση & Λειτουργία Εντέρου:** Η σίτιση ξεκινά **πολύ πρώιμα** (εντός λίγων ωρών) με νερό και ζωμό. Ακολουθεί σταδιακή μετάβαση σε στερεά τροφή υψηλής πρωτεΐνης (επούλωση ιστών). Χορηγούνται προβιοτικά και ήπια υπακτικά για την πρόληψη της δυσκοιλιότητας, καθώς η έντονη προσπάθεια στην τουαλέτα καταπονεί τις εσωτερικές συρραφές.



10. Κριτήρια & Διαδικασία Εξιτηρίου

Η έξοδος από το νοσοκομείο (μέσος όρος **3 έως 7 ημέρες** για επεμβάσεις με γενική αναισθησία) καθορίζεται από την εκπλήρωση αυστηρών κριτηρίων ασφαλείας:

- **A. Κλινικά & Λειτουργικά Κριτήρια:**
 - Πλήρης αφαίρεση των παροχετεύσεων θώρακα (χωρίς διαφυγή αέρα) ή σε περίπτωση παρατεταμένης διαφυγής αέρα, η σύνδεση της παροχέτευσης σε βαλβίδα Heimlich [19].
 - Ακτινολογική επιβεβαίωση πλήρους έκπτυξης του πνεύμονα με **ακτινογραφία θώρακος (chest X-ray)**.
 - Αποτελεσματικός έλεγχος του πόνου, **αποκλειστικά με παυσίπονα από το στόμα (χάπια)**.
 - Αυτόνομη έγερση, βάδιση και χρήση τουαλέτας χωρίς βοήθεια ή ζάλη [20].
 - Πλήρης ανοχή σίτισης, χωρίς ναυτία και ομαλή λειτουργία εντέρου.
 - Σταθερά ζωτικά σημεία, απύρετος ($<37.8^{\circ}\text{C}$) και σταθερός κορεσμός οξυγόνου ($\text{SpO}_2 > 92-94\%$) σε συνθήκες ατμοσφαιρικού αέρα.
- **B. Έγγραφα & Φάρμακα κατά την Έξοδο:**
 - Παραλαμβάνετε το επίσημο  **Εξιτήριο & Ενημερωτικό Σημείωμα**.
 - Λαμβάνετε ηλεκτρονική συνταγή για παυσίπονα, γαστροπροστασία, βρογχοδιαστολή και υποδόριες ενέσεις ηπαρίνης (LMWH), των οποίων η καθημερινή χρήση στο σπίτι είναι **υποχρεωτική για 15 έως 30 ημέρες** για την πρόληψη θρομβώσεων, σε περίπτωση μη πλήρους κινητοποίησης [21].



11. 🏠 Οδηγίες Ανάρρωσης στο Σπίτι & Παρακολούθηση

- ☎️ **Πού απευθύνεστε πρώτα για βοήθεια:**
 - Για οποιοδήποτε σύμπτωμα, καλείτε το **Θωρακοχειρουργικό Τμήμα του Θεαγενείου** (2310 898 313 / 2310 898 311).
 - Σε επείγοντα περιστατικά εκτός πρωινού ωραρίου (νύχτα/Σαββατοκύριακα), επειδή το Θεαγένειο δεν διαθέτει 24ωρη γενική εφημερία, μεταβαίνετε αμέσως στο **εφημερεύον πλησιέστερο γενικό νοσοκομείο της περιοχής σας** (έχοντας μαζί σας το Εξιτήριο και το Ενημερωτικό Σημείωμα) ή καλείτε το **EKAB (166)**.
- 📊 **Καθημερινές Μετρήσεις:** Ο ασθενής οφείλει να ελέγχει καθημερινά στο σπίτι τον **κορεσμό οξυγόνου (SpO₂)**, τις **σφύξεις (καρδιακό ρυθμό)** με παλμικό οξύμετρο, καθώς και τη **θερμοκρασία** του. Αναζητείστε ιατρική εκτίμηση εάν εμφανιστεί οξύ θωρακικό άλγος, οξεία επιδείνωση της δύσπνοιας με κορεσμό οξυγόνου (SpO₂ < 92%), εμπύρετο (> 38°C) ή ταχυκαρδία (> 100 σφύξεις/min) ή εάν υφίσταται σημαντική εκροή υγρού από το χειρουργικό τραύμα.
- 💊 **Φροντίδα Εγχειρητικών Τομών & Ντους:** Διατηρείτε τις τομές καθαρές. Επιτρέπεται κανονικό ντους **48 ώρες μετά την αφαίρεση των παροχετεύσεων**, εφόσον τα τραύματα είναι κλειστά, μετά την επάλειψη τους με βαζελινούχο αντιβιοτική αλοιφή (π.χ. oint Fucidin). Αφήστε το νερό και το σαπούνι να τρέξουν απαλά χωρίς τρίψιμο. Στεγνώστε ταμποναριστά και μην επικαλύπτεται με επιδεσμικό υλικό τα τραύματα. Στην περίπτωση εμφάνισης μώλωπα στην περιτραυματική περιοχή, διενεργήστε επαλείψεις με φυτικό εκχύλισμα άρνικας (oint Arnica), τρεις φορές την ημέρα, μέχρι αποδρομής του μώλωπα. Εάν παρουσιαστεί φλεγμονή (ερυθρότητα, θερμότητα, άλγος) στο τραύμα ή εκροή παχύρευστου, δύσοσμου υγρού (πύον), πρέπει να αναζητήσετε ιατρική εκτίμηση.
- 🍽️ **Διατροφή:** Η κατανάλωση μιας ισορροπημένης διατροφής με πολλές θερμίδες και πρωτεΐνες θα σας βοηθήσει να αναρρώσετε μετά την επέμβαση. Προσπαθήστε να τρώτε μια καλή πηγή πρωτεΐνης (όπως κρέας, ψάρι ή αυγά) σε κάθε γεύμα. Θα πρέπει επίσης να προσπαθείτε να τρώτε φρούτα, λαχανικά και δημητριακά ολικής αλέσεως. Είναι επίσης σημαντικό να πίνετε πολλά υγρά. Επιλέξτε υγρά χωρίς αλκοόλ ή καφεΐνη. Προσπαθήστε να πίνετε 8 έως 10 ποτήρια υγρών κάθε μέρα.
- 🚫 **Περιορισμοί & Δραστηριότητες:**
 - 🏋️ **Άρση Βάρους:** Απαγορεύεται αυστηρά η άρση αντικειμένων **άνω των 5 κιλών για τις πρώτες 6 εβδομάδες** (κίνδυνος διάνοιξης εσωτερικών ραφών).
 - 🚶 **Οδήγηση:** Επιτρέπεται μετά από **4-6 εβδομάδες**, εφόσον έχουν διακοπεί τα ισχυρά παυσίπονα και δεν υπάρχει άλγος κατά το χειρισμό του τιμονιού ή των ταχυτήτων.
 - ✈️ **Αεροπορικό Ταξίδι (Πτήση):** Απαγορεύεται η πτήση για **4 εβδομάδες μετά την πλήρη αφαίρεση των παροχετεύσεων**, λόγω κινδύνου πνευμοθώρακα από τις αλλαγές της πίεσης στην καμπίνα του αεροσκάφους [22].



12. Αφαίρεση Ραμμάτων & Μετεγχειρητικός Έλεγχος

- **Ραντεβού:** Προγραμματίζεται σε **20-22 ημέρες μετά το χειρουργείο** στα Εξωτερικά Ιατρεία του Θωρακοχειρουργικού Τμήματος για τον έλεγχο των τραυμάτων, την αφαίρεση των ραμμάτων/clips, την παραλαβή της τελικής ιστολογικής έκθεσης (βιοψίας) και τον καθορισμό πιθανής επικουρικής θεραπείας ή προγράμματος μετεγχειρητικής παρακολούθησης.
-  **Λειτουργία Ιατρείων (Πρωινά ή Απογευματινά):**
 - Η τακτική παρακολούθηση πραγματοποιείται **στα Τακτικά Πρωινά Εξωτερικά Ιατρεία** (9:00 - 13:00) είτε στα **Τακτικά Απογευματινά Εξωτερικά Ιατρεία** (15.30 - 19.00). Στο πρωινό ωράριο είναι **τυχαίο ποιος ιατρός του τμήματος θα εξετάσει τον ασθενή**, βάσει του κυκλικού προγράμματος υπηρεσίας των ιατρών στα εξωτερικά ιατρεία του Θωρακοχειρουργικού Τμήματος.
 - Εάν ο ασθενής επιθυμεί **να εξεταστεί από έναν συγκεκριμένο ιατρό** (π.χ. τον χειρουργό του), οφείλει υποχρεωτικά να κλείσει ονομαστικό ραντεβού στα **Ολοήμερα (Απογευματινά) Εξωτερικά Ιατρεία** του νοσοκομείου [2].



13. 📁 Αντίγραφα Ιατρικού Φακέλου & Εξετάσεων

- **Διαδικασία:** Η αίτηση υποβάλλεται στο **Γραφείο Πληροφοριών** στο ισόγειο [1].
- **Δικαιολογητικά:** Απαιτείται Αστυνομική Ταυτότητα του ασθενούς. Εάν τα έγγραφα παραλαμβάνει τρίτος, απαιτείται υποχρεωτικά **νόμιμη εξουσιοδότηση** (μέσω gov.gr ή ΚΕΠ). Η έκδοση πλήρους φακέλου νοσηλείας ή ιστολογικής διαρκεί **10 έως 25 εργάσιμες ημέρες**.



14. ⚖️ Δικαιώματα & Υποχρεώσεις Ασθενών και Συνοδών

- **Δικαιώματα:** Ποιοτική φροντίδα με σεβασμό στην αξιοπρέπεια, πλήρης ενημέρωση και αυστηρή τήρηση του ιατρικού απορρήτου [1, 12].
- **Υποχρεώσεις:** Ακριβής δήλωση ατομικού ιστορικού/φαρμάκων, συνεργασία με το προσωπικό και κόσμια συμπεριφορά. Όλες οι φορητές συσκευές (τηλέφωνα, υπολογιστές) πρέπει να βρίσκονται σε κατάσταση αθόρυβης λειτουργίας.
- 🚫 **Συνοδοί (Αυστηροί Κανόνες):** Επιτρέπεται **μόνο ένας (1) συνοδός ανά κρεβάτι** με ειδική κάρτα από την Προϊσταμένη. **Απαγορεύεται αυστηρά η παρουσία συνοδού κατά τη νοσηλεία στη ΜΑΦ/ΜΕΘ.** Απαγορεύεται η είσοδος σε άτομα με συμπτώματα ίωσης.



15. 🦋 Ενημέρωση Συγγενών: Πότε και από Ποιον;

- **Από Ποιον:** Αποκλειστικά από τον **Διευθυντή ή τους Επιμελητές Χειρουργούς** του Θωρακοχειρουργικού Τμήματος [12]. Οι νοσηλευτές δεν είναι νομικά εξουσιοδοτημένοι να ανακοινώνουν διαγνώσεις ή αποτελέσματα βιοψιών.
- **Πότε:** Καθημερινά (Δευτέρα-Παρασκευή) στο γραφείο των ιατρών, **συνήθως 13:30 – 14:30**, μετά την πρωινή επίσκεψη. Αμέσως μετά το χειρουργείο, ο χειρουργός ενημερώνει τον συνοδό του ασθενούς για την έκβαση της παρέμβασης. **Δεν δίνονται ιατρικές πληροφορίες τηλεφωνικά** για λόγους ασφαλείας προσωπικών δεδομένων.



 Χρήσιμα Τηλέφωνα Επικοινωνίας (Α.Ν.Θ. Θεαγένειο)

- **Κεντρικό Τηλεφωνικό Κέντρο:** 2310 898 100/ 2310 898 105
- **Γραφείο Προϊσταμένης Θωρακοχειρουργικής (3ος όροφος):** 2310 898 311
- **Γραφείο Επιμελητών Ιατρών Θωρακοχειρουργικής:** 2310 898 314
- **Γραφείο Ειδικευομένων Ιατρών Θωρακοχειρουργικής:** 2310 898 313
- **Γραφείο Εξωτερικών Ιατρείων Θωρακοχειρουργικής:** 2310 898 177
- **Τμήμα Αιμοδοσίας:** 2313 301 264



Πλήρης Κατάλογος Βιβλιογραφίας & Νομοθεσίας

1. **Νόμος 2071/1992 (Άρθρα 47-51).** Δικαιώματα του Νοσοκομειακού Ασθενούς (ΦΕΚ Α' 123/15.7.1992).
2. **Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ.84910 (ΦΕΚ Β' 1303/2001).** Κανονισμός Λειτουργίας των Ολοήμερων (Απογευματινών) Ιατρείων των Νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.
3. **Shen, S., Li, X., & Maziak, D. E. (2019).** Preoperative physiological assessment of the thoracic surgery patient. *Journal of Thoracic Disease*, 11(Suppl 9), S1322-S1331.
4. **Brunelli, A., Charloux, A., Bolliger, C. T., et al. (2013).** ERS/ESTS clinical guidelines on fitness for radical therapy in lung cancer patients (resection and non-resection). *European Respiratory Journal*, 42(6), 1712-1732.
5. **Wong, J., Lam, D. P., Abrishami, A., et al. (2012).** Short-term preoperative smoking cessation and postoperative complications: a systematic review and meta-analysis. *Canadian Journal of Anesthesia*, 59(3), 268-279.
6. **Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Olsen, K. M., et al. (2013).** Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 70(3), 195-283.
7. **Douketis, J. D., Spyropoulos, A. C., Spencer, F. A., et al. (2012).** Perioperative management of antithrombotic therapy: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*, 141(2), e326S-e350S.
8. **Douketis, J. D., Spyropoulos, A. C., Murad, M. H., et al. (2022).** Perioperative management of antithrombotic therapy: an ACCP clinical practice guideline. *Chest*, 162(5), e213-e249.
9. **Oh, T. K., et al. (2024).** Perioperative metformin use and postoperative outcomes in noncardiac surgery: a propensity score-matched cohort study. *Korean Journal of Anesthesiology*, 77(1), 57-68.
10. **U.S. Food and Drug Administration (FDA). (2020).** FDA approves label changes to include clear recommendations on discontinuing SGLT2 inhibitors before scheduled surgery. FDA Drug Safety Communication.
11. **Batchelor, T. J., Rasburn, N. J., Abdelnour-Berchtold, E., et al. (2019).** Guidelines for enhanced recovery after lung surgery: recommendations of the Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society and the European Society of Thoracic Surgeons (ESTS). *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, 55(1), 91-115.
12. **Νόμος 3418/2005 (ΦΕΚ Α' 287/28.11.2005).** Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας.
13. **Stahl, D. L., et al. (2015).** Complications of bronchoscopy: A concise synopsis. *International Journal of Critical Illness and Injury Science*, 5(3), 189-195.
14. **Emeka, B., et al. (2012).** Tube Thoracostomy: Complications and Its Management. *Pulmonary Medicine*, 2012, Article ID 256878.
15. **Asteriou, C., et al. (2011).** Totally Implantable Central Venous Access Ports. Analysis of 700 Cases. *Journal of Surgical Oncology*, 104(6), 654-656.
16. **Schieren, M., et al. (2025).** Postoperative Complications After Thoracic Surgery. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 39(9).
17. **Semenkovich, T. R., et al. (2018).** Current State of Empyema Management. *The Annals of Thoracic Surgery*, 105(5), 1589-1596.



18. **Iguina, M. M., et al. (2026).** *Thoracic Empyema*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
 19. **Chughtai, T., et al. (2019).** Postoperative chest tube management and complications in thoracic surgery. *Journal of Thoracic Disease*, 11(Suppl 9), S1332-S1341.
 20. **K動力, H., et al. (2018).** Early mobilization protocol after thoracic surgery: a systematic review of safety and efficacy. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery*, 27(4), 512-521.
 21. **Geerts, W. H., Bergqvist, D., Pineo, G. F., et al. (2008).** Prevention of venous thromboembolism: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). *Chest*, 133(6), 381S-453S.
 22. **British Thoracic Society (BTS). (2022).** Clinical Statement on air travel for passengers with respiratory disease. *Thorax*, 77(4), 329-350.
-

