

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ

ΣΧΟΛΗ : Σ.Ε.Υ.Π.

ΤΜΗΜΑ : ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

Π τ υ χ ι α κ ή ε ρ γ α σ ί α

"Περικαρδίτιδα - Νοσηλευτική διεργασία ασθενών με περικαρδίτιδα"

Σπουδάστριάς : Καρδαρά Αθηνά

Υπεύθυνη Καθηγήτρια :

Παπαδημητρίου Μαρία



Επιτροπή εγκρίσεως

Πτυχιακής εργασίας

1)

2)

3)

Πτυχιακή εργασία για τη λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής

Πάτρα 21-3-1991

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	316
----------------------	-----

Ὅποιος ἔχει

ὑγεία

ἐλπίζει.

Ὅποιος ἐλπίζει

ἔχει τὸ παν.



Π ρ ό λ ο γ ο ς

Με συγκίνηση ολοκλήρωσα την επιβαλλόμενη εργασία μου, η οποία θα με οδηγήσει στην τελική ευθεία για τη λήψη του πτυχίου της Νοσηλευτικής.

Μ'αυτόν τον τρόπο, μου δόθηκε η δυνατότητα να ασχοληθώ με τη μελέτη του καρδιολογικού ασθενούς, του ασθενούς που πάσχει από ένα νόσημα της καρδιάς, την περικαρδίτιδα. Κατέβαλλα, λοιπόν, προσπάθεια να πληροφορηθώ και να εμπλουτίσω τις γνώσεις μου, όσο ήταν δυνατόν περισσότερο.

Το ενδιαφέρον, που παρουσιάζει η πάθηση λόγω κάποιας πρωτοτυπίας - σε σχέση με πολλές απ' τις παθήσεις της καρδιάς - και λόγω του ότι υπάρχει κίνδυνος να απειλήσει άμεσα την ανθρώπινη ζωή, αποτέλεσε το ερέθισμα για την επιλογή του θέματος.

Στόχος μου είναι, με τη βιβλιογραφία και την παρουσίαση των δύο περιπτώσεων περικαρδίτιδας, να δώσω στον αναγνώστη να κατανοήσει το θέμα κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο.

Το πρώτο κεφάλαιο της εργασίας περιλαμβάνει ό,τι αφορά γενικά την περικαρδίτιδα, το δεύτερο την ανάλυση τριών κυριωτέρων μορφών της (οξεία καλοήθης-ιδιοπαθής, συμπιεστική, καρδιακός επιπωματισμός), το τρίτο τη νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με περικαρδίτιδα και το τέταρτο κεφάλαιο τη νοσηλευτική διεργασία και τα σχεδιαγράμματα νοσηλευτικής φροντίδας των δύο ασθενών. Στο τέλος, γίνεται αναφορά στο ρόλο της νοσηλεύτριας στην κοινότητα.

Κλείνοντας τις λίγες αυτές γραμμές, θεωρώ απαραίτητο να ευχαριστήσω απ' το βάθος της καρδιάς μου την υπεύθυνη καθηγήτριά μου δ. Παπαδημητρίου Μαρία για το ενδιαφέρον της σ' αυτή την εργασία όπως και το διδακτικό προσωπικό της Νοσηλευτικής Σχολής του Τ.Ε.Ι. Πάτρας και όσους μου παρείχαν τις πληροφορίες με τα συγγράματά τους,

τους ασθενείς, τους γιατρούς και τους νοσηλευτές του Νοσοκομείου  
"Αλεξάνδρα" Αθήνας

Επίσης, θα παρακαλούσα την αξιότιμη εξεταστική επιτροπή, καθώς και κάθε αναγνώστη για παραλείψεις, λάθη ή ατέλειες να με κρίνουν με επιείκεια στην τελευταία μου αυτή εκπαιδευτική εργασία.

Πίνακας Περιεχομένων

Σελίδα

Πρόλογος	II
Περιεχόμενα	IV
Εισαγωγή	XI
<u>Κεφάλαιο I</u>	
Αδρή ανατομία και φυσιολογία της καρδιάς	1
Κατασκευή και λειτουργία του περικαρδίου	6
Ταξινόμηση και αιτιολογία της περικαρδίτιδας	9
Παθολογοανατομία	11
Κλινικές εκδηλώσεις (Υποκειμενικά συμπτώματα - αντικειμενικά σημεία)	13
Παρακλινικός έλεγχος	18
Διάγνωση και διαφορική διάγνωση	19
Θεραπεία	20
Παρακέντηση του περικαρδίου	22
Πορεία - Πρόγνωση	24
<u>Κεφάλαιο II</u>	
A. Οξεία καλοήθης (ιδιοπαθής) περιδικαρδίτιδα	25
B. Συμπιεστική περικαρδίτιδα	30
Γ. Καρδιακός επιπωματισμός (Cardiac Tamponade)	37
<u>Κεφάλαιο III</u>	
Νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με περικαρδίτιδα	42
<u>Κεφάλαιο IV</u>	
Νοσηλευτική διεργασία (Ορισμός και σκοποί)	57
Νοσηλευτική διεργασία ασθενούς με περικαρδίτιδα (ιδιοπαθή) και σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής του φρον- τίδας.	57
Νοσηλευτική διεργασία ασθενούς με περικαρδίτιδα (νεφρολογική) και σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής του	

φροντίδας.	71
Η νοσηλεύτρια στην κοινότητα	83
Επίλογος	85
Βιβλιογραφία	86

### Εἰσ α γ ω γ ῆ

Ο Θεός "τα πάντα εν σοφία εποίησε", με πρώτο και τελειότερο από τα δημιουργήματά Του, τον άνθρωπο. Ζωντανή απόδειξη αποτελεί η κατασκευή και η λειτουργία του ανθρώπινου σώματος, του οποίου ένα από τα κύρια όργανά του είναι η καρδιά.

Η καρδιά, το θαυμαστό αυτό όργανο που μας κρατά ζωντανούς, παίξει το ρόλο της αντλίας στέλνοντας το αίμα σ'ολόκληρο το σώμα, και εξασφαλίζοντας τη φυσιολογική ροή και πίεσή του. Οι συστολές της καρδιάς αρχίζουν τις πρώτες ημέρες της εμβρυϊκής ανάπτυξης και συνεχίζονται ως το θάνατο του ατόμου. Έστω και ολιγόλεπτη διακοπή της λειτουργίας της καρδιάς μπορεί να οδηγήσει σε σοβαρές βλάβες ή στο θάνατο.

Τα νοσήματα της καρδιάς είναι αυτά τα οποία κατά μεγαλύτερο ποσοστό απειλούν τη ζωή του ανθρώπου και αποτελούν τη συνηθέστερη αιτία θανάτου στην Ευρώπη και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής. Σύμφωνα με μια διακήρυξη της Παγκοσμίου Οργανώσεως Υγείας επισημαίνεται ότι "τα καρδιακά νοσήματα αποτελούν πρόβλημα τεραστίων διαστάσεων ήδη. Στο προσεχές μέλλον και από την προϋπόθεση ότι η έρευνα της αιτιολογίας και της προλήψεως δε θα ανατρέψουν την παρούσα τάση, θα αποτελέσουν τη μεγαλύτερη επιδημία, που αντιμετώπισε ποτέ το ανθρώπινο γένος".

Η περικαρδίτιδα - μία πάθηση, που είναι αξιολογικά σημαντική και παρουσιάζει αρκετό ενδιαφέρον - είναι η φλεγμονή των πετάλων του περικαρδίου (του σάκου, που περιβάλλει την καρδιά), η οποία συνήθως αποτελεί μέρος, δευτεροπαθής εκδήλωση ή επιπλοκή άλλης νόσου.

Παρατηρείται σε κάθε ηλικία. Οι περισσότεροι όμως ασθενείς είναι μεταξύ 10 και 40 ετών. Οι άνδρες προσβάλλονται τρεις φορές συχνότερα από τις γυναίκες.



Από αιτιολογική άποψη η συχνότητα ποικίλλει. Περίπου 70% είναι πυώδης, 3% φυματιώδης και τα υπόλοιπα 27% διαφόρων μορφών, στις οποίες περιλαμβάνεται και ο ρευματικός πυρετός. Η τελευταία μορφή είναι πλέον κοινή στα βόρεια ψυχρά κλίματα. Η αιτιολογική συχνότητα υφίστανται μεταβολές με τη χρήση των αντιβιοτικών, που αλλάζει την πορεία των πρωτοπαθών λοιμώξεων, οι οποίες προκαλούν περικαρδίτιδα. Γι' αυτό πρέπει να αναθεωρείται περιοδικά.

Η περικαρδίτιδα διακρίνεται ανάλογα με την κλινική πορεία σε οξεία και χρόνια μορφή. Η οξεία μπορεί να είναι : α) Ξηρή, όταν δε συγκεντρώνεται υγρό στο περικάρδιο, ή είναι τόσο λίγο ώστε να μη βρίσκεται κλινικά και β) υγρή με άφθονη παραγωγή υγρού. Το υγρό, που αθροίζεται στον περικαρδικό σάκο, εμποδίζει την πλήρωση της καρδιάς κατά τη διαστολή. Αν αυτό συμβεί γρήγορα είναι δυνατόν να επέλθει καρδιακός επιπωματισμός (Cardiac Tamponade). Η χρόνια περικαρδίτιδα παίρνει τη μορφή της συμπιεστικής περικαρδίτιδας κατά την οποία το περικάρδιο γίνεται παχύ, ινώδες και ασβεστοποιημένο και εμποδίζει τη λειτουργία της καρδιάς με αποτέλεσμα την καρδιακή ανεπάρκεια.

Η νοσηλεύτρια, ως το πρόσωπο που αποδέχεται πρώτο τον ασθενή και τους οικείους του στο Νοσοκομείο, είναι η μοναδική για την παρακολούθηση όλων των προβλημάτων του ασθενούς, επειδή είναι συνεχώς παρούσα.

Η εκπαίδευσή της, η ικανότητά της και η εμπιστοσύνη την οποία εμπνέει, προσόντα τα οποία πρέπει να την διακρίνουν, είναι υψίστης σημασίας. Πρέπει να έχει υπόψη της, ότι ο ασθενής που πάσχει από καρδιακό νόσημα διακατέχεται από φόβο - μιας και υπάρχει κοινή γνώμη ότι ο αιφνίδιος θάνατος οφείλεται συχνά σε καρδιακή νόσο - με πιαθνό αποτέλεσμα την επιδείνωση της καταστάσεώς του. Η νοσηλεύτρια είναι σε θέση να βοηθήσει τον ασθενή, όταν έχει σω-

στή αντίληψη για τη φύση των παθήσεων του, την πρόγνωση, και τη θεραπεία της και κατορθώσει να εμπνεύσει εμπιστοσύνη.

Η ανακούφιση του ασθενούς από τα συμπτώματα που προκαλεί η πάθηση, η παροχή πλήρους νοσηλευτικής φροντίδας και η πρόληψη εμφάνισης των νοσημάτων, είναι δυνατόν να επιτευχθούν σε σημαντικό βαθμό, όταν η νοσηλεύτρια γνωρίζει τις παθολογοανατομικές και παθοφυσιολογικές μεταβολές της καρδιάς, ώστε να στηρίζει τις νοσηλευτικές της δραστηριότητες σε επιστημονικές αρχές.

## Κ ε φ ά λ α ι ο      Ι

### ΑΔΡΗ ΑΝΑΤΟΜΙΑ ΚΑΙ ΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΚΑΡΔΙΑΣ

Το καρδιαγγειακό σύστημα αποτελείται από την καρδιά, που αποτελεί την αντλία με την οποία προωθείται το αίμα και εξασφαλίζεται η ομαλή ροή του, από τις αρτηρίες, οι οποίες μεταφέρουν το αίμα από την καρδιά προς τα διάφορα σημεία του σώματος, από τα αρτηρίδια, τα οποία είναι μικρότερες αρτηρίες, οι οποίες οδηγούν στα ακόμη μικρότερα τριχοειδή αγγεία, από τα φλέβια, που ξεκινούν από τα τριχοειδή και από τις φλέβες που είναι πα αγγεία, που μεταφέρουν αίμα από τους ιστούς προς την καρδιά. Οι κύριοι φυσιολογικοί ρόλοι του καρδιαγγειακού συστήματος είναι η μεταφορά στους ιστούς οξυγόνου και θρεπτικών ουσιών και η παραλαβή απ' αυτούς και η μεταφορά στα απεκκριτικά όργανα των άχρηστων προϊόντων του μεταβολισμού.

Η καρδιά μωιάζει με μία βιολογική αντλία, που πάλλεται ακατάπαυστα μέρα και νύχτα. Για μήνες, πριν από την γέννηση μέχρι και το θάνατο, η καρδιά συνεχίζει τις ρυθμικές της συστολές, χαλαρώνοντας μόνο για ένα κλάσμα δευτερολέπτου. Ξεπερνά, λοιπόν και άπολύ την ικανότητα των συνηθισμένων μυών του σώματος. Πάλλεται συνεχώς 100.000 φορές το 24ωρο στέλνοντας συνέχεια 5lt αίμα ανά λεπτό σε κυκλοφοριακό σύστημα αντλώντας 7000 lt αίματος κάθε 24 ώρες πράγμα που σημαίνει ότι σε όλη τη διάρκεια της ζωής μας στέλνει κατά μέσο όρο 200.000.000 lt αίματος στο σώμα μας.

Είναι ένα όργανο κοίλο και μυώδες, έχει σχήμα ανεστραμμένου κώνου με την κορυφή προς τα κάτω και αριστερά και βρίσκεται στο μεσοθωράκιο. Το τοίχωμά της αποτελείται από τρία στρώματα: το εξωτερικό, που ονομάζεται επικάρδιο (αποτελεί το περισπλάχνιο πέταλο του ορογόνου περικαρδίου), το μέσο στρώμα, που αποτελείται από μυϊκό ιστό και ονομάζεται μυοκάρδιο και το εσωτερικό της κοι-

λότητας της καρδιάς, που επενδύεται από λεπτή μεμβράνη, το ενδο-κάρδιο.

Ο καρδιακός μυς εμφανίζει τέσσερις κοιλότητες, δύο κόλπους (δεξιό και αριστερό) και δύο κοιλίες (δεξιά και αριστερή). Οι δύο κόλποι χωρίζονται μεταξύ τους με το μεσοκολπικό διάφραγμα. Στο δεξιό κόλπο καταλήγουν η άνω και κάτω κοίλη φλέβα, που συλλέγουν το φλεβικό αίμα που προέρχεται από την περιφέρεια. Στον αριστερό κόλπο καταλήγουν οι τέσσερις φλέβες, που λέγονται πνευμονικές και επαναφέρουν στην καρδιά το αίμα, που έχει οξυγονωθεί στους πνεύμονες.

Οι δύο κάτω κοιλότητες, οι κοιλίες, χωρίζονται με το μεσοκοιλιακό διάφραγμα. Οι κόλποι και οι κοιλότητες επικοινωνούν μεταξύ τους διαμέσου δύο ανοιγμάτων, τα κολποκοιλιακά στόμια, που κλείνονται από δύο βαλβίδες: τη μητροειδή βαλβίδα, μεταξύ αριστερού κόλπου ή' αριστερής κοιλίας, και την τριγλώχινα βαλβίδα μεταξύ δεξιού κόλπου και δεξιάς κοιλίας. Από τις κοιλίες εκφύονται δύο μεγάλα αγγεία : η αορτή από την αριστερή κοιλία και η πνευμονική αρτηρία από την δεξιά κοιλία. Στην έκφυση της αορτής και της πνευμονικής αρτηρίας, ρυθμίζουν τη διέλευση του αίματος από τις κοιλίες δύο βαλβίδες που ονομάζονται μηνοειδείς, η αορτική βαλβίδα αριστερά και η πνευμονική βαλβίδα δεξιά.

Ουσιαστικά υπάρχουν δύο συστήματα κυκλοφορίας, η μικρή και η μεγάλη κυκλοφορία που συνδέονται μεταξύ τους. Το αίμα ωθείται από την αριστερή κοιλία στην αορτή περνώντας από την αορτική βαλβίδα. Ρέοντας στις αρτηρίες πηγαίνει σ' όλα τα μέρη του σώματος, όπου εφοδιάζει τους ιστούς με οξυγόνο και θρεπτικές ουσίες. Όταν αυτές οι ζωτικές ουσίες εξαντληθούν δίνοντας τη θέση τους, στο  $CO_2$ , το νερό και άλλες άχρηστες ουσίες, το αίμα ρεει μέσα από τις φλέβες πίσω στην καρδιά και εισέρχονται στο δεξιό κόλπο, με την άνω και κάτω κοίλη φλέβα. Διαμέσου της τριγλωχινας βαλβίδας

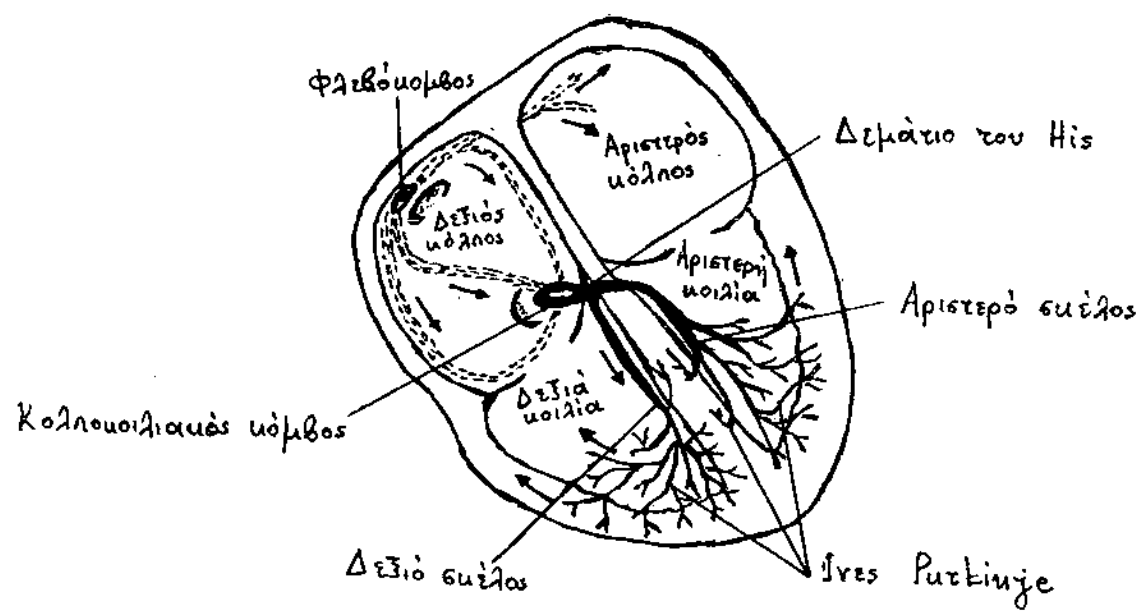
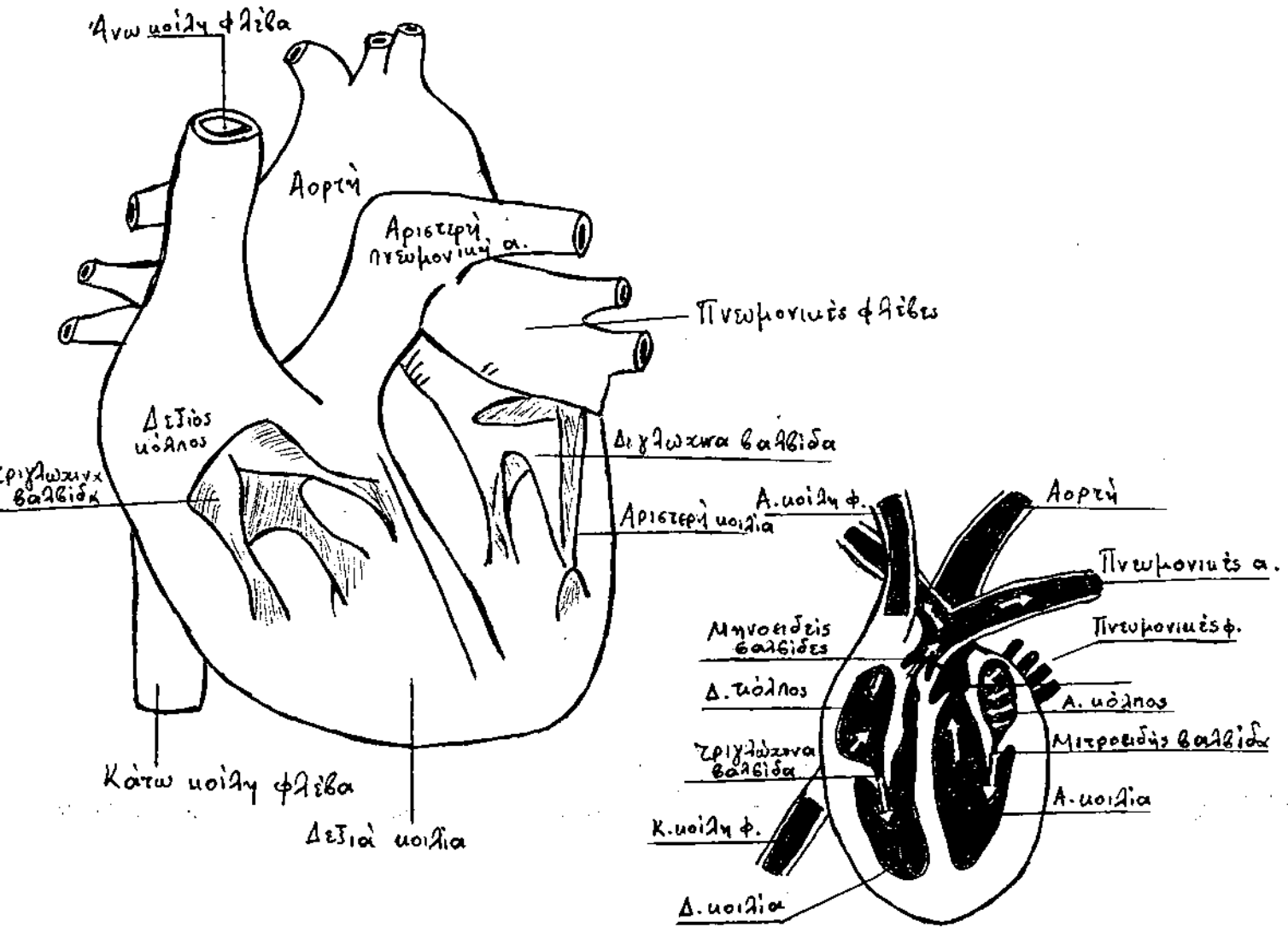
το προωθεί στην πνευμονική αρτηρία, η οποία διοχετεύει φλεβικό αίμα στους πνεύμονες, όπου οξυγώνεται. Από τους πνεύμονες, οξυγονομένο αίμα επιστρέφει με τις πνευμονικές φλέβες (2 δεξιά και 2 αριστερά) στον αριστερό κόλπο, απ'όπου μέσω της μητροειδούς βαλβίδας μεταβιβάζεται στην αριστερή κοιλία.

Η δεξιά καρδιά εξυπηρετεί, τη μικρή (πνευμονική) κυκλοφορία και είναι σύστημα χαμηλών πιέσεων και οξυγονώσεως, ενώ η αριστερή τροφοδοτεί τη μεγάλη (περιφερική) κυκλοφορία γι'αυτό και είναι σύστημα υψηλών πιέσεων και οξυγώσεως.

Η καρδιά, για να μπορέσει να διεκπεραιώσει τη λειτουργία της, έχει ανάγκη από τροφή οξυγονωμένου αίματος. Οι αρτηρίες που αιματώνουν την καρδιά είναι οι στεφανιαίες (σχηματίζουν στεφάνι γύρω από την καρδιά). Είναι δύο και εκφύονται από την αορτή. Η αριστερή στεφανιαία αιματώνει κύρια την αριστερή κοιλία και τον κόλπο, και χωρίζεται σε δύο κλάδους : τον πρόσθιο κατιόντα κλάδο και την περισπώμενη αρτηρία. Η δεξιά στεφανιαία αρτηρία αιματώνει κύρια τη δεξιά κοιλία και τον αντίστοιχο κόλπο.

Η καρδιά έχει ένα δικό της βηματοδότη και δικό της σύστημα παραγωγής και αγωγής των διεγέρσεων, δηλ. εμφανίζει αυτοματισμό και μέσα σ'αυτήν παράγονται, χωρίς εξωτερικές επιδράσεις τα ερεθίσματα που απαιτούνται για τη λειτουργία της.

Το σύστημα παραγωγής και αγωγής των διεγέρσεων (ΣΠΑΔ) - για την παραγωγή των ερεθισμάτων και για την μετάδοση της διεγέρσεως από τους κόλπους προς τις κοιλίες - αποτελείται από μυϊκές ίνες, εμβρυϊκής μορφής. Ο πρώτος σταθμός είναι ο φλεβόκομβος (του Keith και Flack), που βρίσκεται στο δεξιό κόλπο, λίγο πιο κάτω από την εκβολή της άνω κοίλης φλέβας, που γεννά το ηλεκτρικό ερέθισμα και το διαχέει ρυθμικά σ'όλο το μυϊκό ιστό του κόλπου. Το ερέθισμα μ'αυτό τον τρόπο φτάνει στον υποκείμενο σταθμό, τον κολποκοιλιακό κόμβο (του Aschaff Tawara) που βρίσκεται μέσα στο κάτω



μέρος του μεσοκοιλιακού διαφράγματος. Από τον κόμβο αυτό το ερέθισμα, μεταδίδεται διαμέσου του δεματίου του His, που διατρέχει το μεσοκοιλιακό διάφραγμα και διακλαδίζεται στο αριστερό και δεξιό σκέλος, στις δύο πλευρές του διαφράγματος, μέσα στο μυοκάρδιο των κοιλιών. Τα δύο σκέλη σχηματίζουν δίκτυο μικρότερων κλάδων, τις ίνες του Purkinje, στην κορυφή της καρδιάς και επεκτείνονται προς τα πάνω κατά μήκος του πλάγιου τμήματος κάθε κοιλίας. Έτσι διεγείρεται το μυοκάρδιο των κοιλιών και προκαλείται σύσπαση,

Επομένως, το ηλεκτρικό ερέθισμα μετατρέπεται σε μια μηχανική σύσπαση.

Η καρδιά έχει δύο κύριες φάσεις : τη συστολική κατά τη διάρκεια της οποίας έχουμε τη σύσπαση των ινών του μυοκαρδίου και την εξώθηση του αίματος από τις κοιλότητες των κοιλιών στην αορτή και στην πνευμονική αρτηρία αντίστοιχα, και τη διαστολική φάση. στην οποία οι μυϊκές ίνες χαλαρώνουν και οι κοιλότητες γεμίζουν από αίμα.

## ΚΑΤΑΣΚΕΥΗ ΚΑΙ ΛΕΙΤΟΥΡΓΙΑ ΤΟΥ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΥ

Το περικάρδιο είναι ινορογόνος σάκος με διπλό τοίχωμα που περιβάλλει την καρδιά και τις ρίζες των μεγάλων αγγείων τα οποία καταλήγουν ή ξεκινούν απ'αυτή. Ο εξωτερικός σάκος είναι κατασκευασμένος από ινώδη ιστό και γι'αυτό λέγεται ινώδες πεκάρδιο. Εσωτερικά το ινώδες περικάρδιο υπαλείφεται από το δεύτερο σάκο, που είναι λεπτός υμένας καλυπτόμενος από μονόστιβο πλακώδες επιθήλιο. Ο εσωτερικός αυτός σάκος λέγεται ορογόνο περικάρδιο και αποτελείται από το περίτονο πέταλο, το οποίο, επενδύει το ινώδες περικάρδιο και από το περισπλάχνιο πέταλο (που είναι γνωστό και επικάρδιο).

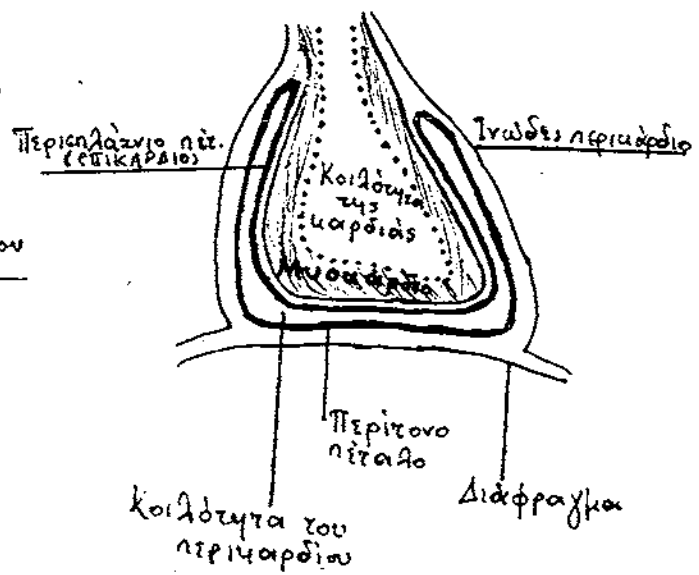
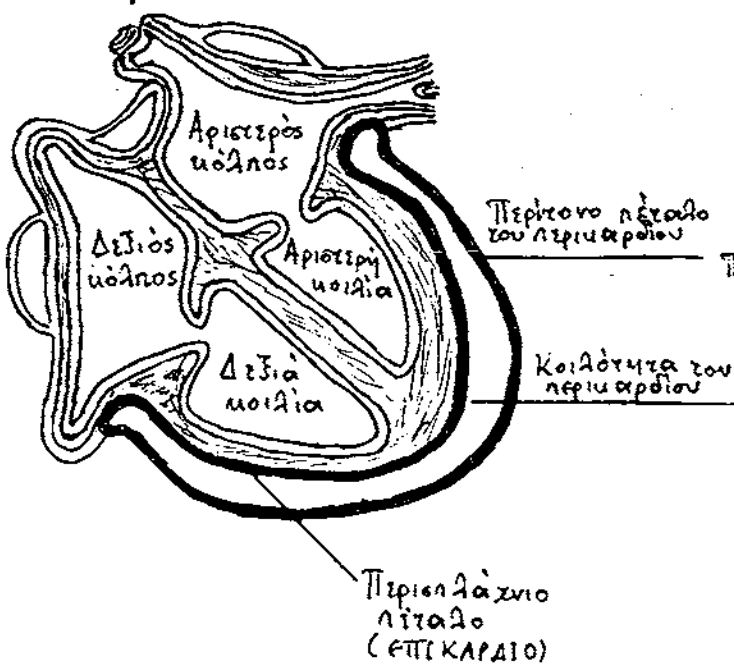
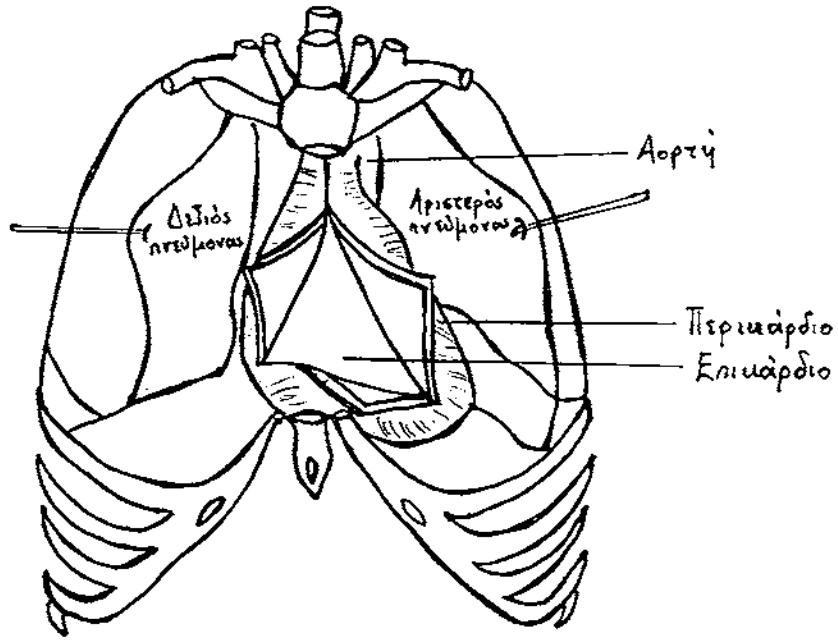
Η εξωτερική επιφάνεια της καρδιάς περιβάλλεται από το περιπλαχνιο πέταλο του ορογόνου περικαρδίου. Ανάμεσα στα δύο αυτά πέταλα υπάρχει η κοιλότητα του περικαρδίου, η οποία, όσο μεγαλώνει η καρδιά, απ'τη στιγμή που αναπτύσσεται η αρχική κοιλότητα του ορογόνου περικαρδίου μικραίνει. Στο τελειωμένο άτομο η κοιλότητα αυτή γίνεται ένας σχισμοειδής χώρος, που περιέχει μικρή ποσότητα υγρού (περίπου 59 κ.εκ.) και εμποδίζει έτσι την τριβή ανάμεσα στα δύο πέταλα. Το ινώδες περικάρδιο είναι πολύ ισχυρό και ελάχιστο διασπαστό, έτσι ώστε αν αδροιστεί υγρό με γρήγορο ρυθμό μέσα στην κοιλότητα του περικαρδίου, η καρδιά συμπιέζεται και παρεμποδίζεται η εισροή αίματος από τις φλέβες προς την καρδιά.

Το περικάρδιο δεν έχει ουσιώδη σημασία για τη ζωή. Η αφαιρέσή του σε ασθενείς με χρόνια συμπιεστική περικαρδίτιδα, υγρή περικαρδίτιδα που δεν υποχωρεί με τη συντηρητική αγωγή και ιδιοπαθή περικαρδίτιδα λόγω πολλών υποτροπιών δε δημιουργεί εμφανή δυσλειτουργία. Ωστόσο βρέθηκε ότι το περικάρδιο έχει ορισμένες προστατευτικές λειτουργίες :



- 1) Εμποδίζει την υπέρμετρη διάταση των καρδιακών κοιλοτήτων σε αύξηση της διαστολικής πληρώσεως των κοιλιών και έτσι περιορίζει ή δεν επιτρέπει την εμφάνιση λειτουργικής ανεπάρκειας της μητροειδούς ή της τριγλώχινας.
- 2) Προστατεύει από την ανάπτυξη πνευμονικού οιδήματος, περιορίζοντας την πλήρωση της δεξιάς κοιλίας, σε περιπτώσεις με διάταση της αριστεράς.
- 3) Βοηθά την πλήρωση των κόλπων με αίμα κατά τη διάρκεια της συστολής των κοιλιών λόγω της ελάττωσης της ενδοκαρδιακής πίεσης.
- 4) Υποστηρίζεται ότι προστατεύει τους πνεύμονες από κακώσεις που οφείλονται στις κινήσεις της καρδιάς.
- 5) Διατηρεί την καρδιά σε άριστη θέση λειτουργίας μέσα στο θώρακα.
- 6) Με την παραγωγή του περικαρδιακού υγρού κάνει ολισθηρή την επιφάνεια της καρδιάς και έτσι επιτρέπει τις ελεύθερες κινήσεις της κατά τη διάρκεια της συστολής και χαλάρωσης του καρδιακού μυός.

Μετά την αφαίρεση του περικαρδίου, ακτινολογικά συνήθως αποκαλύπτεται μεγέθυνση της καρδιάς σε σύγκριση με την προεγχειρητική κατάσταση.



## ΤΑΞΙΝΟΜΗΣΗ ΚΑΙ ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑΣ

Η περικαρδίτιδα ταξινομείται : α) Αιτιολογικά, ανάλογα με τον αιτιολογικό μικροβιακό παράγοντα, όταν αυτός είναι γνωστός ή ανάλογα με τη νόσο, όταν αποτελεί μέρος ή επιπλοκή αυτής, β) Παθολογοανατομικά, ανάλογα με τον τύπο της περικαρδιακής αντίδρασεως και του εξιδρώματος.

Έχουν παρατηρηθεί λοιπόν οι εξής αιτιολογικές ποικιλίες περικαρδίτιδας :

1. Οξεία καλοήθης, οξεία ιδιοπαθής ή οξεία μη ειδική περικαρδίτιδα. Ο όρος καλοήθης δεν ισχύει σ'όλες τις περιπτώσεις, επειδή μπορεί να προκληθεί μυοκαρδιοπάθεια με συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια ή συμπιεστική περικαρδίτιδα.
2. Εμφραγματική περικαρδίτιδα.
3. Μετεμφραγματική περικαρδίτιδα (Σύνδρομο Dressler).
4. Τραυματική (συνήθως μικροβιακή) περικαρδίτιδα από πυροβόλο όπλο ή από τραύμα με μαχαίρι. Τελευταία έγινε γνωστό ότι η τραυματική περικαρδίτιδα μπορεί να προέλθει από έμμεσο τραύμα της καρδιάς, χωρίς δηλ. διάτρηση του περικαρδιακού σάκου.
5. Περικαρδίτιδα από ειδικές λοιμώξεις :
  - α) Μικροβιακές λοιμώξεις (στρεπτόκοκκος, σταφυλόκοκκος)
  - β ) Ιώσεις (Coxsackie B, γρίπη, ECHO)
  - γ) Φυματίωση, δ) Μυκητιάσεις, ε) Μηνιγγοκοκκικές λοιμώξεις.
  - στ) Γονοκοκκικές λοιμώξεις.
6. Νεοπλασματική περικαρδίτιδα. Το περικάρδιο προσβάλλεται από κακοήθεις μεταστατικούς όγκους, όπως Ca πνεύμονα στους άνδρες και μαστούς στις γυναίκες. Συμπεριλαμβάνονται η λευχαιμία και το λέμφωμα.
7. Περικαρδίτιδα από νοσήματα του συνδετικού ιστού : Ρευματοειδής νόσος, ρευματικός πυρετός, διάσπαρτος ερυθηματώδης λύκος κ.λ.π.

8. Περικαρδίτιδα από ακτινοβολία. Η ακτινοθεραπεία του μεσοθωρακίου είναι δυνατόν να προκαλέσει περικαρδίτιδα, που μερικές φορές οδηγεί σε συμπίεση της καρδιάς.
9. Ουραιμική περικαρδίτιδα, που συμβαίνει στη νεφρική ανεπάρκεια.
10. Περικαρδίτιδα μετά χειρουργική καρδιοτομή ή θωρακοτομή.
11. Μυξοιδηματική περικαρδίτιδα.
- 12- Συφλιδική περικαρδίτιδα.
13. Περικαρδίτιδα από ανεύρυσμα αορτής.
14. Φαρμακευτική περικαρδίτιδα από φάρμακάπως υδραλαζίνη, προκαΐναμίδη, αντιπηκτικά, πενικιλλίνη.

## ΠΑΘΟΛΟΓΟΑΝΑΤΟΜΙΑ

Η περικαρδίτιδα ταξινομείται ανάλογα με την παθολογοανατομική βλάβη στις παρακάτω μορφές : Ινώδης ή οροϊνώδης αιμορραγική , πυώδης ή διαπυητική και συμφυτική ή συμπιεστική περικαρδίτιδα (με και χωρίς ασβέστωση) .

Η ινώδης ή οροϊνώδης περικαρδίτιδα είναι η πιο συχνή. Παρατηρείται σε συνδυασμό με πολλές νόσους, αλλά μπορεί να είναι και ιδιοπαθής. Στην επιφάνεια της καρδιάς συχνά ανευρίσκονται λευκές κηλίδες από ινώδες ή ινώδη ιστό. Η άλλη άκρη του φάσματος αφορά την πάχυνση του περιτονίου και περισπλάχνιου πετάλου του περικαρδίου, τα οποία και συμφύονται μεταξύ τους. Συγχρόνως υπάρχει εξίδρωμα, το οποίο μπορεί να είναι αιματηρό και μερικές φορές απομονωμένο σε σάικους που σχηματίζουν οι συμφύσεις του περικαρδίου.

Η αιμορραγική περικαρδίτιδα είναι ποικιλία της οροϊνώδους, στην οποία το υγρό περιέχει ικανή ποσότητα αίματος, ώστε να έχει μία αιμορραγική εικόνα. Συνήθως εμφανίζεται στην νεοπλασματική και φυματιώδη περικαρδίτιδα. Πρέπει να διακρίνεται από το αιμοπερικάρδιο που είναι η θρόμβωση αίματος μέσα στην περικαρδιακή κοιλότητα και οφείλεται συνήθως σε ρήξη της καρδιάς ή σε διαχωριστικό ανεύρυσμα της αορτής.

Η πυώδης περικαρδίτιδα αφορά κυρίως τοπική λοίμωξη (υποδιαφραγματικό απόστημα, ηλεκτρόδια βηματοδότη, πνευμονία, τραύματα) . Μπορεί, όμως, και να επιπλέξει καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις, μηνιγγίτιδα, επιλόχειο πυρετό κ.λ.π. Το εξίδρωμα περιέχει πολυμορφοκυττάρια και ερυθρά αιμοσφαίρια και συνήθως τον αιτιολογικό παράγοντα, σήμερα απαντά σπάνια σε σχέση με την εποχή πριν την ανακάλυψη των αντιβιοτικών. Η πρόγνωσή της είναι σοβαρή και συχνά εξελίσσεται σε συμπιεστική περικαρδίτιδα.

Η συμφυτική ή συμπιεστική περικαρδίτιδα αποτελεί συχνό επακόλουθο κάθε οξείας περικαρδίτιδας και σταθερά των καρδιοχειρουργ-

γικών επεμβάσεων σε τρόπο, που συχνά δυσκολεύει τις επανεγχειρήσεις. Χαρακτηρίζεται από πάχυνση και συγκόλληση των πετάλων του περικαρδίου με αποτέλεσμα την εκφύλιση του κατά τόπους και την εναπόθεση αλάτων ασβεστίου. Είναι δυνατόν να οδηγήσει σε συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

Εκτός από τις μορφές αυτές περικαρδίτιδας, παθολογοανατομικά, έχει περιγραφεί και μια σπάνια μορφή : η χοληστερολική περικαρδίτιδα, στην οποία ανευρίσκεται αρκετά μεγάλη ποσότητα χοληστερόλης, στον περικαρδιακό σάκο, τόση, ώστε παρομοιάστηκε με "χουσίφι" χρώμα (250mg/100 ml).

Οι παθολογοανατομικές εκδηλώσεις διαφέρουν ανάλογα με τον αιτιολογικό παράγοντα. Οι μικροοργανισμοί φθάνουν στο περικάρδιο με την κυκλοφορία του αίματος (αιματογενώς), με άμεση επέκταση από τους γύρω ιστούς του μεσοθωρακίου, με τα λεμφαγγεία (λεμφογενώς) ή από διαμπερή τραύματα.

### ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Οι κλινικές εκδηλώσεις της περικαρδίτιδας αφορούν ένα ευρύ φάσμα και ποικίλλουν.

Εξαρτώνται από δύο κυρίως παράγοντες : α) Τον αιτιολογικό παράγοντα της φλεγμονώδους διαδικασίας και την υποκείμενη νόσο και β) την φύση και ιδιαίτερα το ποσό του περικαρδιακού εξιδρώματος, το οποίο υπάρχει εκείνη τη συγκεκριμένη στιγμή. Η φλεγμονώδης διαδικασία τελικά οδηγεί σε πάχυνση του περικαρδίου και ίνωση και ο ρυθμός με τον οποίο προχωρεί η νόσος, αν δεν επουλωθεί εντελώς, ποικίλλει πλατιά. Η φλεγμονή μπορεί να οδηγήσει σε υγρό και με την ίνωση μπορεί να αναπτυχθεί περικαρδιακή συμπίεση.

### ΥΠΟΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ

Υπάρχουν τρεις ομάδες συμπτωμάτων :

- 1) Άλγος ή προκάρδια δυσφορία
- 2) Δύσπνοια και άλλα συμπτώματα, που προκαλούνται από τη συμπίεση της καρδιάς και των γύρω θωρακικών μορίων και
- 3) Γενικά συμπτώματα, που οφείλονται στην περικαρδιακή φλεγμονή ή τη γενική νόσο, της οποίας η περικαρδίτιδα αποτελεί μέρος.

1) Άλγος : Το προκάρδιο άλγος είναι συνήθως σύμπτωμα της οξείας μορφής, αλλά απουσιάζει πιθανώς στις μισές περιπτώσεις. Το περισπλάχνιο πέταλο του περικαρδίου είναι αναίσθητο στο άλγος. Ενώ ίνες άλγους από το φρενικό νεύρο στο περίτονο πέταλο μπορεί να ευθύνονται για άλγος, στο αριστερό πλάγιο του τρεχήλου. Το προκάρδιο άλγος οφείλεται : α) Σε περικαρδιακό εξίδρωμα που μπορεί να προκαλέσει αμβλύ συμπιεστικό άλγος (πρωτοπαθές) με διάταση ολοκλήρου του περικαρδιακού σάκου και άρα και του περιτόνου πετάλου του περικαρδίου. β) Σε συνυπάρχουσα πλευρίτιδα του υπεζωκότα. Το άλγος εμφανίζεται οξύ και με απομακρυσμένες ακτινοβολίες απο

τον τράχηλο, γ) Σε ισχαιμία του μυοκαρδίου, χωρίς να συνυπάρχει περικαρδίτιδα.

Ο χαρακτήρας του άλγους είναι οξύς και έντονος ή αιβλύς και ήπιος. Εντοπίζεται αρχικά στην περιοχή του στέρνου και επεκτείνεται στη συνέχεια σ'ολόκληρο το προκάρδιο με ακτινοβολία προς τον αριστερό ώμο (ή και το δεξιό), τον αυχένα και το βραχίονα, προς το επιγάστριο και προς την αριστερή ωμοπλαττωαία χώρα, έτσι ώστε να μοιάζει με το άλγος της στεφανιαίας αποφράξεως. Επιτείνεται συνήθως κατά τη βαθειά εισπνοή, κατά την κίνηση του θωρακικού τοιχώματος και το βήχα,

Όταν το άλγος είναι, αποκλειστικά κοιλιακό, μπορεί να οδηγήσει σε λανθασμένη διάγνωση οξείας κοιλιακής επιπλοκής.

## 2) Δύσπνοια και άλλα συμπτώματα πύεσεως

Η δύσπνοια αποτελεί πρώϊμο, συχνό και συνήθως κύριο σύμπτωμα σε περιπτώσεις περικαρδίτιδας στις οποίες συγκεντρώνεται εξυδροματικό υγρό στον περικαρδιακό σάκο. Οι ασθενείς, λοιπόν, εμφανίζουν ταχύ αναπνευστικό ρυθμό, αβαθείς και εργώδεις αναπνοές και έκδηλη ορθοπνοϊκή στάση.

Η παθογένεια της δύσπνοιας δεν είναι βέβαιη. Πιθανόν, προκαλείται από μηχανική πίεση των βρόγχων ή των πνευμόνων και σε περιπτώσεις με σημαντική ποσότητα εξιδρώματος από τη μειωμένη ζωτική χωρητικότητα που προκαλείται από κατάληψη του ενδοθωρακικού χώρου. Η μηχανική αυτή εξήγηση της δύσπνοιας συμφωνεί με την παρατήρηση, ότι ασθενείς με εξιδρωματική περικαρδίτιδα ανακουφίζονται ελαφρά ή μέτρια, όταν σκύβουν προς τα εμπρός (σε αντίθεση με τους πάσχοντες από πνευμονική συμφόρηση, οι οποίοι σηκώνουν το κεφάλι και τους ώμους) έτσι ώστε, το υγρό μετατοπίζεται προς τα κάτω μακριά από τη βάση της καρδιάς και προς τα εμπρός, προς το θωρακικό τοίχωμα.

Αξίζει να σημειωθεί ότι σε ταχεία ανάπτυξη υγρού, παρατηρείται η εικόνα του καρδιακού επιπωματισμού επειδή παρεμποδίζεται



η διαστολή των κοιλιών λόγω της πύεσης, που ασκείται από έξω. Παράλληλα συμβαίνει ελάττωση του όγκου παλμού και του κατά λεπτόν όγκου αίματος, αντισταθμιστική ταχυκαρδία και πτώση της αρτηριακής πύεσης. Έτσι, οι ασθενείς, παραπονούνται για έντονο αίσθημα κόπωσης, ζάλη και μερικές φορές συγκοπτικές κρίσεις. Μπορεί να συμβεί και αιφνίδιος θάνατος.

Μερικές φορές, προκαλούνται και άλλα συμπτώματα από πίεση παρακειμένων οργάνων (τραχείας, βρόγχων, πνευμόνων και οισοφάγου), όπως ξηρός βήχας, βράγχος φωνής, δυσφαγία. Τα συμπτώματα αυτά είναι πιθανόν να εμφανισθούν σε περιπτώσεις με μεγάλες ποσότητες εξιδρώματος, όπως συμβαίνει στη φυματιώδη περικαρδίτιδα.

### 3) Γενικά συμπτώματα

Τα γενικά συμπτώματα μπορεί να οφείλονται στην περικαρδιακή λοίμωξη ή στη φλεγμονή καθ'εαυτή ή στη γενική νόσο, της οποίας μέρος αποτελεί η περικαρδίτιδα, και είναι : πυρετός, ιδρώτες, φρίκια, κόπωση ή εξασθένηση, απώλεια βάρους, αγωνία, κατάπτωση ή παρήρημα.

### ΑΝΤΙΚΕΙΜΕΝΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

Οι αντικειμενικές εκδηλώσεις της οξείας και υποξείας περικαρδίτιδας είναι :

- A. Αλλοιώσεις των φυσικών σημείων απ'το θώρακα λόγω της φλεγμονής του περικαρδίου και της παρουσίας υγρού.
- B. Εκδηλώσεις της αλλοιωμένης κυκλοφοριακής δυναμικής λόγω καρδιακού επιπωματισμού ή συμπύεσης, που προκαλείται από αυξημένη ενδοπερικαρδιακή πίεση και
- Γ. Γενικές εκδηλώσεις της περικαρδιακής φλεγμονής και της νόσου που συνυπάρχει.

A. Φυσικά σημεία απ' το θώρακα

Η φλεγμονή του περικαρδίου και η παρουσία υγρού στον περικαρδιακό σάκο δημιουργούν αλλοιώσεις των φυσικών σημείων απ' το θώρακα :

1. Περικαρδιακός ήχος τριβής : Ο ήχος αυτός είναι επιπόλαιος, ξεστικός ήχος, ή ήχος, που εμφανίζει απόχρωση "τραχίος δέρματος". Ακούγεται συνήθως, όταν ο ασθενής σκύβει προς τα εμπρός. Συχνά είναι ευφήμερος. Μπορεί να ακούγεται για λίγες ώρες τη μία ημέρα και διακεκομμένα για λίγες ημέρες. Μερικές φορές όμως παρατείνεται για εβδομάδες ή μήνες. Επίμονοι ήχοι τριβής ακούγονται συχνότερα σε περικαρδίτιδα από νεόπλασμα, αλλά επίσης σε συφαιμία, καλοήγη περικαρδίτιδα, φυματιώδη περικαρδίτιδα.

Ο περικαρδιακός ήχος τριβής ακούγεται συνήθως στη ξηρή ινώδη περικαρδίτιδα. Παρ' όλα αυτά ακούγεται συχνά και όταν υπάρχει περικαρδιακό υγρό.

Ενώ, ο περικαρδιακός ήχος τριβής, είναι σημείο είτε οξείας ινώδους περικαρδίτιδας, είτε εξιδρωματικής τα πιο κάτω σημεία ανευρίσκονται μόνο κατά την ύπαρξη σημαντικής ποσότητας υγρού.

2. Αύξηση της περικαρδιακής αμβλύτητας. Η αριστερή παρυφή της καρδιακής αμβλύτητας στο 2ο και 3ο αριστερό μεσοπλεύριο διάστημα μετατοπίζεται σημαντικά προς τας αριστερά. Έτσι αυξάνει το εύρος της αμβλύτητας στα επίπεδα αυτά, ιδιαίτερα στη θέση κατάκλισης.

3. Γενικευμένη αύξηση της καρδιακής αμβλύτητας : Η περιοχή της καρδιακής αμβλύτητας αυξάνεται σε γενικό επίπεδο, όπως διαπιστώνεται με την επίκρουση, σε σημαντική, όμως, ποσότητα περικαρδιακού εξιδρώματος και παίρνει σφαιρικό σχήμα κατά την κατάκλιση του ασθενούς.

4. Το σημείο του Ewart ή του Pins . Αφορά ευρήματα πυκνώσεως της περιοχής εκείνης των πνευμόνων, η οποία βρίσκεται πίσω από

την καρδιά. Αυτό αποδίδεται σε τοπική συμπίεση των πνευμόνων από τη μεγάλη μάζα του υγρού. Είναι δυνατόν να συμμετέχουν άλλοι μηχανισμοί, αλλά δεν έχουν επιβεβαιωθεί ικανοποιητικά.

5- Άλλα φυσικά σημεία. Οι καρδιακές ώσεις είναι συνήθως ασθενείς και κυματοειδείς ή μπορεί να εξαφανισθούν τελείως.

Όμοια, οι καρδιακοί τόνοι είναι συνήθως ασαφείς με ελατωμένη ένταση και απομακρυσμένοι, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής είναι ξαπλωμένος. Παρ'όλα αυτά, σε αρκετή ποσότητα περικαρδιακού υγρού υπάρχουν ισχυρή ώση της κορυφής και ισχυροί καρδιακοί τόνοι.

#### B. Αιμοδυναμικές αλλοιώσεις σε καρδιακό επιπωματισμό.

Οι αιμοδυναμικές αλλοιώσεις στον καρδιακό επιπωματισμό παρατήρηθηκαν κλινικά σε περιπτώσεις εξιδρωματικής περικαρδίτιδας και αιμοπερικαρδίου του ανθρώπου. Αυτές είναι :

1. Αύξηση της δεξιάς ενδοκοιλιακής και φλεβικής πίεσεως και της δεξιάς κοιλιακής διαστολική πίεσεως, κατά το χρόνο τον οποίο ανέρχεται η πίεση μέσα στο περικάρδιο.
2. Πτώση, του όγκου παλμού κατά ώση και αργότερα του καρδιακού ογκού παλμού ανά 1'.
3. Αύξηση του καρδιακού ρυθμού.
4. Πτώση της ζωτικής χωρητικότητας.
5. Όψιμη πτώση της πίεσεως του αίματος, ιδιαίτερα της συστολικής.

#### Γ. Γενικά σημεία (περικαρδιακής φλεγμονής και της νόσου που συνυπάρχει) -

Πυρετός, ιδρώτας, εξασθένηση και απώλεια βάρους και λευκοκυτάρωση, με βαρύτητα ανάλογα προς το ύψος του πυρετού, είναι τα γενικά σημεία. Σε περιπτώσεις φυματιώδους περικαρδίτιδας, όμως, υπάρχει σχετική λευκοπενία ή φυσιολογικός αριθμός λευκών αιμο-

σφαιρίων ακόμη και σε παρουσία μετρίου πυρετού. Έντονη λευκοκυτάρωση και πολυμορφοπυρήνωση, φανερώνει μικροβιακή πυώδη περικαρδίτιδα. Στη ρευματική περικαρδίτιδα η ωχρότητα και η αναιμία είναι χαρακτηριστικά σημεία.

Η γενική εμφάνιση του ασθενή που πάσχει από εξιδρωματική περικαρδίτιδα χαρακτηρίζεται από αγωνία, ανησυχία,. Ο ασθενής είναι κλυδωνωτικός ή ωχρός και παίρνει συγκεκριμένη στάση. Συνήθως, ανακάθεται τελείως και σκυβει προς τα εμπρός. Σπάνια, παίρνει τη γονατοθωρακική θέση.

#### ΠΑΡΑΚΛΙΝΙΚΟΣ ΕΛΕΓΧΟΣ :

##### ΗΛΕΚΤΡΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ

Το ηλεκτροκαρδιογράφημα στην περικαρδίτιδα παρουσιάζει χαρακτηριστικές μεταβολές του διαστήματος ST και του κύματος T από συμμετοχή των περιφερικών στοιβάδων του μυοκαρδίου.

##### ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ :

Το μέγεθος και το σχήμα της καρδιαγγειακής σκιάς δε μεταβάλλεται από μικρές ποσότητες περικαρδιακής συλλογής υγρού. Αυτό μπορεί να συμβεί και σε συλλογή εκατοντάδων ml υγρού. Παρ'όλα αυτά, η ακτινολογική εξέταση είναι χρήσιμη σε αρκετούς ασθενείς. Στις περιπτώσεις αυτές παρατηρείται αύξηση του μεγέθους της καρδιακής σκιάς, η οποία μερικές φορές παίρνει σχήμα "σακούλας γιαουρτιού" Στην ακτινοσκόπηση οι κινήσεις της καρδιακής σκιάς είναι νωθρές ή απουσιάζουν.

Σε διαδοχικές εξετάσεις κατά διαστήματα ημερών, η καρδιακή σκιά εμφανίζει διαφορετικό μέγεθος επηρεαζόμενη από την ποσότητα

του περικαρδιακού υγρού.

### ΗΧΟΚΑΡΔΙΟΓΡΑΦΗΜΑ

Αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για την αποκάλυψη περικαρδιακής συλλογής υγρού. Είναι ακίνδυνη και ακριβής μέθοδος. Το ηχοκαρδιογράφημα είναι το καταλληλότερο μέσο για την παρακολούθηση των μεταβολών της ποσότητας του περικαρδιακού υγρού, όπως επίσης και για τη διαφορική διάγνωση της υγρής περικαρδίτιδας από την καρδιακή διόγκωση από διάταση των καρδιακών κοιλοτήτων.

Η γνώση της κλινικής σημασίας των εργαστηριακών εξετάσεων από τη νοσηλεύτρια την εμπλουτίζει με πολύτιμες πληροφορίες, που την κάνουν ικανή για την παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας, καθώς και την πρόληψη τη θεραπεία και την ανακούφιση του πάσχοντα. Η θετική συμβολή της στην αντιμετώπιση του ασθενούς πριν, κατά την διάρκεια και μετά τη διεξαγωγή του παρακλινικού ελέγχου θα αναφερθεί στο κεφάλαιο νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με περικαρδίτιδα.

### ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η λεπτομερής λήψη του ιστορικού και η κλινική εξέταση με την βοήθεια των εργαστηριακών εξετάσεων σε ορισμένες περιπτώσεις οδηγούν εύκολα στην ορθή διάγνωση της νόσου, που προκαλεί την οξεία περικαρδίτιδα. Έτσι δεν υπάρχουν δυσκολίες για τη διάγνωση της τραυματικής, της μετεμφραγματικής, της συρριμικής, της μετά από ακτινοβολία, και άλλων μορφών περικαρδίτιδας. Άλλοτε πάλι η αιτιολογική διάγνωση της περικαρδίτιδας είναι δυσχερής.

Έτσι προκάρδιο άλγος και πυρετός, ανεξήγητη δύσπνοια και ταχυκαρδία, εκδηλώσεις συστηματικής φλεβικής υπεραιμίας, χωρίς εμφανή καρδιοπάθεια θα προτρέπουν στην αναζήτηση οξείας περικαρδίτιδας. Περικαρδιακός ήχος τριβής, διεύρυνση της καρδιάς, σημείο

Ewart, παράδοξος σφυγμός, έκδηλη ελάττωση των καρδιακών σφύξεων και χαρακτηριστικές αλλοιώσεις στο ΗΚΓ είναι τα πιο ουσιώδη διαγνωστικά χαρακτηριστικά. Η Αναρρόφηση του περικαρδιακού σάκου μπορεί να βοηθήσει στη διάγνωση της περικαρδίτιδας και στη διαπίστωση του αιτιολογικού τύπου της.

Η διαφορική διάγνωση της οξείας περικαρδίτιδας πρέπει να γίνει από : καρδιακή διεύρυνση με ασαφή αρχή, συμφορική καρδιακή ανεπάρκεια, πλευροπνευμονική νόσο, πνευμονική εμβολή, βαλβιδική νόσος της καρδιάς όταν ο ήχος τριβής συγχέεται με φύσημα, μυοκαρδιακό έμφραγμα λόγω προκαρδίου άλγους και παραπλησίων ηλεκτροκαρδιογραφικών αλλοιώσεων, οξείες κοιλιακές επιπλοκές όταν το άλγος ακτινοβολεί προ στην κοιλιά και ανεύρυσμα ή όγκος.

#### ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Η θεραπεία κατευθύνεται προς την υποκείμενη νόσο και όχι την περικαρδίτιδα καθ'εαυτή. Η αιτιολογική αγωγή στην οξεία περικαρδίτιδα εφαρμόζεται αν και εφ'όσον υπάρχουν επαρκείς ενδείξεις για το αίτιο.

Η συμπτωματική αγωγή εφαρμόζεται για την αντιμετώπιση τυχόν υπάρχοντος άλγους, των κινδύνων της αναπτύξεως μεγάλης ποσότητας υγρού και της κυκλοφορικής στάσεως. Όσον αφορά το άλγος, που είναι έντονο δοκιμάζονται σαλικυλικά και ισχυρότερα αναλγητικά μέχρι τη μεπεριδίνη.

Η χρήση των κορτικοστεροειδών δεν αποτελεί βέβαια, ειδική αγωγή. Επειδή, όμως, ασκούν αντιφλεγμονώδη δράση και μειώνουν την εξίδρωση υγρού μέσα στην περικαρδιακή κοιλότητα ή επιταχύνουν την απορρόφησή του, χρησιμοποιούνται : α) στις περικαρδίτιδες για τις οποίες δεν υπάρχει αιτιολογική αγωγή και β) στις περικαρδίτιδες γνωστής αιτιολογίας όπου εφαρμόζεται αγωγή χωρίς αποτέλεσμα, ως προς την πορεία των τοπικών σημείων. Δεν ενδείκνυται η μεμονωμέ-

νη χρήση τους, όταν δεν υπάρχει πιθανή ή αιτιολογική διάγνωση και υπάρχει κίνδυνος να καλυφθεί ή να εξαρθεί αιτιολογικός παράγοντας.

Η συλλογή υγρού στο περικάρδιο αντιμετωπίζεται με την γενική αγωγή. Αν, όμως, η ποσότητα γίνει σημαντική και μάλιστα σε μικρό χρονικό διάστημα τότε ενδείκνυται η αφαίρεση αυτού με παρακέντηση (Η τεχνική περιγράφεται παρακάτω).

Ειδικότερα οι ενδείξεις περιλαμβάνουν σημεία σοβαρής παρακωλύσεως της κυκλοφορίας (ορθόπνοια, μικρός σφυγμός, αχρότητα, πτώση της Α.Π., αύξηση της Κ.Φ.Π.  $> 20$  cm/H<sub>2</sub>O). Η εικόνα του καρδιακού επιποματισμού είναι απόλυτη ένδειξη, αλλά καλό είναι να μην αφήνεται η κατάσταση να φθάσει ως εκεί.

Η χειρουργική παροχέτευση σπάνια είναι αναγκαία, ιδιαίτερα σε πυώδεις περικαρδίτιδες.

Η κυκλοφορική στάση αντιμετωπίζεται με την αιτιολογική αγωγή και με τη μείωση της συλλογής υγρού μέσα στο περικάρδιο. Έως, όταν όμως, υπάρξει ουσιαστικό αποτέλεσμα από τα μέσα αυτά, η χρήση διουρητικών φαρμάκων είναι δυνατόν να ωφελήσει συμπτωματικά.

Η δακτυλίτιδα δε χορηγείται, γιατί το μυοκάρδιο δεν πάσχει και εκτός αυτού η επιβραδυντική δράση, που ασκεί στη συχνότητα, αν επιτευχθεί με ισχυρές δόσεις, δεν είναι βέβαιο, ότι θα ωφελήσει γιατί η ταχυκαρδία είναι χρήσιμη, ως προς τον περιορισμό του μεγέθους διαστολικής πληρώσεως των κοιλιών σε κάθε συστολή.

Η χρόνια περικαρδίτιδα, που είναι υγρή και είναι η χρόνια εξέλιξη της οξείας περικαρδίτιδας ή αυτή που έχει εγκατασταθεί από την αρχή με ήπια συμπτώματα, αντιμετωπίζεται ανάλογα με τα αίτια και συμπτωματικά.

Θεραπευτικό πρόβλημα υπάρχει, όταν η χρόνια περικαρδιακή συλλογή χρονίζει ή αντιμετωπίζοντάς την υποτροπιάζει χωρίς να ελέγχεται με τα μέτρα, που αναφέρθηκαν. Τότε ενδείκνυται η περικαρ-

διεκτομή.

Η συμπιεστική περικαρδίτιδα αντιμετωπίζεται χειρουργικά.

Η συντηρητική αγωγή αφορά τα διουρητικά φάρμακα. Η δακτυλίτιδα είναι χρήσιμη σε ορισμένες περιπτώσεις, εφόσον υπάρχει και μυοκαρδιακή βλάβη. Διαιτητική αγωγή με περιορισμό του νατρίου και των υγρών, είναι ωφέλιμη.

#### ΠΑΡΑΚΕΝΤΗΣΗ ΤΟΥ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΟΥ

Η παρακέντηση του περικαρδιακού χώρου αποτελεί σοβαρή ιατρική πράξη. Η τρώση μιας στεφανιαίας αρτηρίας ή του μυοκαρδίου μπορεί να προκαλέσει το θάνατο. Γι' αυτό πρέπει να διενεργείται με μεγάλη προσοχή από έμπειρο προσωπικό και μόνο για την επείγουσα αντιμετώπιση του καρδιακού επιπωματισμού. Η εισαγωγή της βελόνας γίνεται :

1. Από την υποξίφωειδή θέση, όπου η βελόνα εισάγεται στη γωνία που σχηματίζεται από το αριστερό πλευρικό όριο και τη ξίφωειδή απόφυση.
2. Κοντά στην κορυφή της καρδιάς, 2 cm από το εσωτερικό όριο της αριστερής καρδιακής αμβλύτητας.
3. Αριστερά στο 5ο ή 6ο μεσοπλεύριο διάστημα στο χείλος του στέρνου. Η βελόνα, θα πρέπει να έχει μικρή αιχμή για την ελαχιστοποίηση του κινδύνου τρώσεως.

Ο ασθενής προετοιμάζεται κατάλληλα για την παρακέντηση. Λαμβάνει κάποιο κατευναστικό σύμφωνα με ιατρική εντολή. Του χορηγείται ενδοφλεβίως διάλυμα χλωριούχου νατρίου 0,9% ή γλυκόζης με αργό ρυθμό, για τη διατήρηση γραμμής για ενδοφλέβια θεραπεία σε επείγουσα περίπτωση. Τοποθετείται σε άνετη θέση σε κλίση 60° από το οριζόντιο επίπεδο για τη διευκόλυνση της εισόδου της βελόνας στον περικαρδιακό σάκο. Εφαρμόζονται τα ηλεκτρόδια του ηλεκ-



τροκαρδιογράφου, στα σκέλη του ασθενούς. Υπάρχει διαθέσιμος απινιδωτής για άμεση χρήση σε περίπτωση που προκληθεί μαρμαφυγή, καθώς βηματοδότης και συσκευή για τεχνητή αναπνοή.

Η περικαρδιακή παρακέντηση ενεργείται με τις προφυλάξεις της χειρουργικής ασηψίας. Το ακριβές σημείο της εισαγωγής της βελόνας και ο υποδόριος ιστός αναισθητοποιούνται με διάλυμα 2% προκαΐνης. Η βελόνα περικαρδιακέντησης εφαρμόζεται σε σύριγγα 50 ml, μέσω μιας σπρόφιγγας τριών κατευθύνσεων. Το προκαρδιακό ηλεκτρόδιο του ΗΚΓφου συνδέεται με τη βελόνα αναρρόφησης μέσω του αποστειρωμένου σώματος γείωσης, που στερεώνεται στο μπέκ της με clip. Η βελόνα προωθείται αργά ώσπου να αναρροφηθεί υγρό. Όταν η βελόνα μπει μέσα στον περικαρδιακό σάκο, στερεώνεται στη θέση της με αιμοστατική λαβίδα που την πιάνει μαζί με το δέρμα στο σημείο εισόδου της. Το ΗΚΓ ή ΑΠ και η ΚΦΠ του ασθενούς παρακολουθούνται συνεχώς (Όταν η βελόνα ακουμπά στο κοιλιακό μυοκάρδιο, μεγαλώνει το διάστημα ST. Όταν ακουμπά στο κοιλιακό μυοκάρδιο, μεγαλώνει το διάστημα PR. Όταν η βελόνα τρυπά το μυοκάρδιο, το σύμπλεγμα QRS γίνεται μεγάλο και ασταθές. Αν απ' την παρακέντηση βγει αιμορραγικό υγρό, προσδιορίζεται ο αιματοκρίτης του και συγκρίνεται με αυτόν του αίματος του ασθενούς για να αποκλεισθεί η είσοδος της βελόνας σε καρδιακή κοιλότητα. Μια άλλη απόδειξη ότι δεν προήλθε από το εσωτερικό της καρδιάς είναι η αδυναμία πήξεως του αιμορραγικού υγρού.

Μετά την περικαρδιοκέντηση είναι απαραίτητη η προσεκτική παρακολούθηση της ΑΠ, της ΚΦΠ και των καρδιακών ήχων για έγκαιρη ανίχνευση τυχόν υποτροπής του επιπωματισμού. Γι' αυτό ο ασθενής είναι προτιμώτερο να βρίσκεται στη μονάδα εντατικής θεραπείας. Σε περιπτώσεις που : α) το περικαρδιακό υγρό μαζεύεται επανειλημμένα, β) Η αναρρόφηση του δεν είναι αποτελεσματική, γ) Ο ασθενής παρουσιάζει επιπλοκές, πρέπει να γίνει χειρουργική παροχέτευση,

δηλ. παροχέτευση με χειρουργική τομή,

Επιπλέον παρακολουθείται ο ασθενής για διαπίστωση επιπλοκών :

α) Απρόσεκτη διατροφή του μυοκαρδίου, β) Αρρυθμίες, γ) Τρώση πνεύμονα, στομάχου ή ήπατος, δ) Τρώση στεφανιαίας αρτησίας.

#### ΠΟΡΕΙΑ ΚΑΙ ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Η πορεία και η πρόγνωση της περικαρδίτιδας εξαρτώνται από την αιτιολογία και από την ποσότητα, το είδος και την ταχύτητα απορροφήσεως του εξιδρώματος. Υπάρχουν πολύ ελαφριές μορφές, οι οποίες ή δεν διαγιγνώσκονται καθόλου ή διαρκούν λίγες ημέρες και δεν επηρεάζουν την γενική κατάσταση του ασθενούς. Καλύτερη συνήθως πρόγνωση έχουν οι περιπτώσεις περικαρδίτιδας οι οποίες οφείλονται σε ρευματική αιτιολογία, ενώ χειρότερη έχουν η πυώδης και η φυματιώδης περικαρδίτιδα που όμως μπορεί να επηρεασθούν ευνοϊκά με αντιβιοτική και χειρουργική θεραπεία.

Γενικά, την εξέλιξη της νόσου επηρεάζει η κατάσταση του μυοκαρδίου και το μέγεθος των βλαβών που συνυπάρχουν. Απλή περικαρδίτιδα, που εντοπίζεται μόνο στο περικάρδιο, έχει καλή πρόγνωση και ευνοϊκή πορεία. Αντίθετα, όταν μεφληγμονή συμμετέχει το μεσοθωράκιο, η κλινική εικόνα είναι βαριά και η πρόγνωση σοβαρή.

Στη συνέχεια θα αναλυθούν οι κυριώτερες μορφές περικαρδίτιδας: η οξεία καλοήθης (ιδιοπαθής) περικαρδίτιδα, η συμπιεστική περικαρδίτιδα και ο καρδιακός επιπωματισμός.

Κ ε φ α λ α ι ο      ΙΙ

Α. ΟΞΕΙΑ ΚΑΛΟΗΘΗΣ (ΙΔΙΟΠΑΘΗΣ) ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Η οξεία καλοήθης (ιδιοπαθής) περικαρδίτιδα είναι η πιο συχνή περικαρδίτιδα και προσβάλλει συνήθως άτομα μέσης ή προχωρημένης ηλικίας, κυρίως άνδρες.

Η επώδυνη και εμπύρετη αυτή κατάσταση\* που προηγείται κατά μία ή δύο εβδομάδες η ατυχη πνευμονία ή μπορεί να αναπτυχθεί χωρίς φανερή αιτία. Η εποχιακή κατανομή της πάθησης την άνοιξη και το φθινόπωρο και η τάση να εκδηλώνεται μετά από λοίμωξη του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος υποδηλώνει, ότι ο αιτιολογικός παράγοντας είναι ιός (ιοί Cocksackie A ή B, ECHO).

Παθολογοανατομική εικόνα : Λίγα είναι γνωστά για την παθολογοανατομική εικόνα, γιατί η πάθηση σπάνια είναι θανατηφόρα. Το περικαρδιακό υγρό είναι στείρο. Μπορεί να είναι αιμορραγικό και μερικές φορές τόσο πολύ, ώστε να προκαλέσει καρδιακή συμπίεση.

Συμπτώματα : Αρχίζει σ'ένα 50% των περιπτώσεων με συμπτώματα φλεγμονής του αναπνευστικού συστήματος όπως : γενική κακουχία, πυρετό, ξηρό βήχα, ελαφρά εφίδρωση, κόπωση, αδραλαγίες. Ο πυρετός είναι υψηλός, (υψηλότερος την πρώτη ημέρα) και διαρκεί λίγες ημέρες ως 3-6 εβδομάδες.

Χαρακτηριστικό όμως είναι ο περικαρδιακός πόνος. Οξεία εισβολή θωρακικού πόνου ανευρίσκεται σε ποσοστό γύρω στα 60% των ασθενών με τη νόσο αυτή. Σπάνια δεν υπάρχει πόνος. Εντοπίζεται στην περιοχή του στέρνου και ακτινοβολεί προς τον τράχηλο, τη ράχη, τον ώμο, το επιγάστριο όπως συμβαίνει και στο έμφραγμα του μυοκαρδίου. Επιτείνεται συχνά κατά την αναπνοή, το βήχα, την κατάποση ή τη στροφή του θώρακα και ανακουφίζεται, κάπως, όταν ο ασθενής ανακάθεται στο κρεβάτι και σκύβει προς τα εμπρός. Ο πόνος αυτός μπορεί να διαρκέσει για εβδομάδες και να παρουσιάζει

\* ακολουθεί λοίμωξη του ανωτέρου αναπνευστικού συστήματος

επανειλημμένες υποτροπές.

Σημεία : Σ' όλες σχεδόν τις περιπτώσεις υπάρχει περιδιακός ήχος τριβής. Αποτελεί το χαρακτηριστικό παθολογικό εύρημα της νόσου. Προφέλλεται στη μεταξύ των πετάλων του περικαρδίου τριβή κατά την κίνηση της καρδιάς. Παρατηρείται σε ποσοστό 70% περίπου των ασθενών με οξεία περικαρδίτιδα.

Όπως αναφέρθηκε, ήδη, η αναζήτηση του περικαρδιακού ήχου τριβής πρέπει να γίνεται σε διάφορες στάσεις, όπως με τον ασθενή καθιστό να σκύβει προς τα εμπρός και στο τέλος της εκπνοής, ή σε γόνατο-αγκωνιαία θέση.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι η περικαρδιακή τριβή εμφανίζει σαφείς μεταβολές με τις αναπνευστικές κινήσεις: σε ορισμένους ασθενείς η τριβή ακούγεται καλύτερα στο τέλος της βαθιάς εισπνοής, ενώ σε άλλους στην εκπνοή.

Η συλλογή περικαρδιακού υγρού δημιουργεί αύξηση της σφαιριτιδικής φλεβικής πιέσεως, σε σχέση πάντα όμως, με το ρυθμό συσσώρευσης του υγρού. Αν η συλλογή του υγρού γίνεται πολύ γρήγορα, μερικές εκατοντάδες ml μπορούν να προκαλέσουν συμπίεση της καρδιάς και επιπωματισμό με αύξηση της φλεβικής πιέσεως, πτώση της αρτηριακής πιέσεως και συγκοπική κρίση ή αιφνίδιο θάνατο. Από την άλλη μεριά, η βαθμιαία συσσώρευση του περικαρδιακού υγρού συνήθως δεν προκαλεί τέτοια συμπτώματα κι ευρήματα, ακόμη κι όταν η ποσότητα του υγρού στον περικαρδιακό σάκο ξεπερνά το ένα λίτρο.

Συχνά δε μπορεί να αποδειχθεί η παρουσία περικαρδιακού υγρού, όμως σε ορισμένους ασθενείς είναι αρκετά άφθονο, ώστε να διαγιγνώσκεται ακτινολογικά, ή να προκαλεί καρδιακό επιπωματισμό. Το περικαρδιακό υγρό συχνά είναι αιματηρό ή αχυρόχρωο.

**Η λ ε κ τ ρ ο κ α ρ δ ι ο γ ρ ά φ η μ α :** Κατά τις πρώτες ημέρες της οξείας στεφανιαίας αρτηριοπάθειας παρατηρείται ανύψωση του διαστήματος ST με το κοίλο προς τα πάνω στις κλασσικές απαγωγές και στις περισσότερες προκάρδιες απαγωγές. Στο στάδιο της αποδρομής της νόσου, δηλαδή μετά από λίγες ημέρες ή μια εβδομάδα, το διάστημα ST τείνει να επανέλθει στην ισοηλεκτρική γραμμή, ενώ τα κύματα T γίνονται αρνητικά. Μετά την αποδρομή της νόσου το ΗΚΓ γίνεται φυσιολογικό.

Σε ύπαρξη υγρού παρατηρείται ελάττωση του δυναμικού του συμπλέγματος QRS και σε ορισμένες περιπτώσεις εμφανίζονται ηλεκτρικές εναλλαγές, δηλ. εναλλαγή στο ύψος των διαφόρων ηλεκτρολογικών κυμάτων.

**Α κ τ ι ν ο γ ρ α φ ί α θώρακα :** Σε πολλούς ασθενείς τα ευρήματα της ακτινογραφίας θώρακα είναι φυσιολογικά. Η παρουσία λίγων εκατοντάδων ml περικαρδιακού υγρού δεν προκαλεί υποχρεωτικά ανιχνεύσιμες ακτινολογικές αλλοιώσεις.

Όταν υπάρχει περικαρδιακό υγρό σε μεγάλη ποσότητα η εγκάρσια διάμετρος της καρδιάς είναι αυξημένη. Η ύπαρξη περικαρδιακού υγρού συνοδεύεται από μικρές συλλογές πλευριτικού υγρού αμφοτερόπλευρα στο 65% των περιπτώσεων. Επίσης, οι ασθενείς συχνά εμφανίζουν μικρές περιοχές πνευμονίτιδας.

**Η χ ο κ α ρ δ ι ο γ ρ ά φ η μ α :** Με το ηχοκαρδιογράφημα παρατηρείται μια περιοχή ελεύθερη σκιάσεως (echo free area) μεταξύ οπισθίου κοιλιακού τοιχώματος και περικαρδίου ή και μεταξύ θωρακικού τοιχώματος και δεξιού κοιλιακού τοιχώματος.

**Ε ρ γ α σ τ η ρ ι α κ έ ς ε ξ ε τ ά σ ε ι ς :** Κατά την οξεία καλοήγη περικαρδίτιδα συχνά υπάρχει στο αίμα λευκοκυττάρωση και μέτρια αύξηση της T.K.E., αύξηση της γλουταμινικής οξαλοξεικής τρανσαμινάσης του ορού (SGOT) στο 15% των περιπτώσεων και σπάνια αύξηση της κρατινικής φωσφοκινάσης (CPK). Ο λόγος

είναι δυνατόν να απομονωθεί από τα ούρα, τα κόπρανα, το αίμα.

**Επιπλοκές :**

Η οξεία καλοήγησ περικαρδίτιδα υποχωρεί χωρίς επιπτώσεις στην καρδιακή λειτουργία. Ωστόσο σε αρκετούς ασθενείς η πάθηση υποτροπιάζει μία ή περισσότερες φορές (σε λιγώτερο από 10% των περιπτώσεων). Εκτός από την υποτροπή είναι δυνατόν να εμφανισθούν:

- α) Καρδιακές αρρυθμίες
- β) Καρδιακός επιπωματισμός
- γ) Συμπιεστική περικαρδίτιδα
- δ) Συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια.

Οι τρεις τελευταίες επιπλοκές είναι πολύ σπάνιες.

**Διαφορική Διάγνωση:** Δυσχέρεες προκύπτουν για διάκριση της οξείας ιδιοπαθούς από τη φυματιώδη και τη νεοπλαματική περικαρδίτιδα. Πιθανόν να γίνει παρακέντηση του περικαρδίου για διαπίστωση ή αποκλεισμό της διαγνώσεως φυματιώδους περικαρδίτιδας πριν το μακροχρόνιο πρόγραμμα αντιβιοτικής θεραπείας. Επίσης δημιουργείται πρόβλημα διαφορικής διάγνωσης μεταξύ της οξείας ιδιοπαθούς περικαρδίτιδας και του οξέως εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Η διάκριση μεταξύ των δύο αυτών παθήσεων μπορεί να γίνει από το ότι στην οξεία καλοήγη (ιδιοπαθή) περικαρδίτιδα :

- α) Υπάρχει προηγούμενο ιστορικό αναπνευστικής λοίμωξης
- β) Δεν υπάρχει προηγούμενο ιστορικό στηθάγχης
- γ) Ο πόνος επιδεινώνεται με την αναπνοή, το βήχα, την κατάποση
- δ) Ο πυρετός υπάρχει από την αρχή υψηλός και εξαφανίζεται μέσα σε λίγες ημέρες.
- ε) Η περικαρδιακή τριβή είναι διαρκείας.
- στ) Στο ΗΚΓ : η ανύψωση του ST διαστήματος είναι σχεδόν αόλες του τις απαγωγές. Δεν υπάρχουν τα παθολογικά κύματα Q νέκρωσης. Η αρνητικοποίηση του επάρματος T συμβαίνει και στις τρεις κλασσικές απαγωγές.

Θ ε ρ α π ε ί α : Η οξεία καλοήθης (ιδιοπαθής) περικαρδίτιδα είναι αυτοπεριοριζόμενη πάθηση και συνήθως υποχωρεί αυτόματα σε 7-14 ημέρες. Συνιστάται καθησύχασις του ασθενούς, ανάπαυση στο κρεβάτι, όσο διαρκεί ο πυρετός και ο πόνος και χορήγηση αναλγητικών (ασπιρίνη, παρακεταμόλη) για την αντιμετώπιση του πόνου. Αυτό συνήθως υποχωρεί με την ασπιρίνη, η οποία όμως σε ορισμένες περιπτώσεις θα πρέπει να δοθεί τακτικά π.χ. κάθε 3-4 ώρες για 2 ή περισσότερες ημέρες.

Όταν τα συμπτώματα επιμένουν για πολλές ημέρες με σοβαρή κλινική εικόνα ή όταν η πάθηση υποτροπιάζει ή δημιουργεί προβλήματα από μεγάλη συλλογή περικαρδιακού υγρού - ιδιαίτερα σε εκδηλώσεις καρδιακού επιπωματισμού - χορηγούνται κορτινοστεροειδή (πρεδνιζόνη), που προκαλούν γρήγορη ανακούφιση. Χρειάζεται, όμως, προσοχή γιατί με τη διακοπή τους μπορεί να συμβεί υποτροπή. Στις σπάνιες περιπτώσεις με πολλές υποτροπές, τα κορτικοστεροειδή μπορεί να συνεχιστούν για εβδομάδες ή μήνες.

Πίνακας διάκρισης μεταξύ εμφράγματος μυοκαρδίου και ιδιοπαθούς περικαρδίτιδας.

	Έμφραγμα μυοκαρδίου	Ιδιοπαθής περικαρδίτιδα
Οπισθοστερνικός πόνος	Σπάνια επηρεάζεται από την αναπνοή ή τη θέση. Συχνά αντανακλά στην γνάθο και στα χέρια	Αρκετά συχνά χειροτερεύει με την αναπνοή και τη θέση. Σπάνια αντανακλά στη γνάθο, στα χέρια.
Συμπτώματα	Πλευροδυνία	Μπορεί να υπάρχει από την αρχή
	Βήχας	Μπορεί να είναι γνάρισμα
	Πυρετός	Χαμηλός από την αρχή. Εμφανίζεται τη 2η ως 6η ημ. Διαρκεί 2-4 ημέρες
Σημεία	Ήχος τριβής περικαρδίου	Παροδικός 10% Παροδικός 50%, μπορεί να είναι εκτεταμένος, και να διαρκεί για ημέρες.
ΗΚΓ	Μπορεί να υπάρχει ανύψωση του ST με παθολογικά κύματα Q. Οι αλλοιώσεις παραμένουν πάνω από ένα μήνα.	Ανύψωση του ST χωρίς παθολογικά κύματα Q. Οι αλλοιώσεις σπάνια παραμένουν πάνω από ένα μήνα.

B. ΣΥΜΠΙΕΣΤΙΚΗ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Η συμπιεστική περικαρδίτιδα αποτελεί την κύρια συμπτωματική μορφή της χρόνιας περικαρδίτιδας, γιατί εμφανίζεται συνήθως, ως χρόνια, που εξελίσσεται σιγά-σιγά σε σειρά ετών.

Είναι η μεγάλη ινώδης διήθηση ή πάχυνση του περικαρδίου, η οποία εμποδίζει τη διαστολή των κοιλιών.  
Είναι σχετικά σπάνια πάθηση, αλλά έχει ενδιαφέρον σαν αιτία σοβαρής, παρατεταμένης, αλλά θεραπεύσιμης καρδιακής ανεπάρκειας.



Η αιτιολογία της παραμένει αμφίβολη σε πολλούς ασθενείς. Με την ιστολογική εξέταση του περικαρδίου αποδεικνύεται ότι τα 10% περίπου των περιπτώσεων προκαλούνται από φυματίωση. Τα τελευταία χρόνια έγινε γνωστό ότι η ιδιοπαθής περικαρδίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε συμπίεστική περικαρδίτιδα. Διάφορα βακτηρίδια, ιοί, παράσιτα, μύκητες είναι δυνατόν να προκαλέσουν την αρχική φλεγμονή του περικαρδίου, η οποία θα εξελιχθεί αργότερα σε συμπίεστική περικαρδίτιδα.

Άλλα αίτια είναι η ουραιμία, το τραύμα, η ακτινοβολία, τα νεοπλασματά, η ρευματοειδής αρθρίτιδα, ο ρευματικός πυρετός, ο οποίος μπορεί να προκαλέσει συμφυτική περικαρδίτιδα και ασβέστωση του περικαρδίου, όμως σπάνια ή ποτέ καταλήγει σε συμπίεστική περικαρδίτιδα.

Σήμερα η συμπίεστική περικαρδίτιδα, που συνοδεύει φυματιώδη και πυώδη περικαρδίτιδα έχει γίνει πολύ σπάνια, εξαιτίας της ύπαρξης της αντιφυματικής θεραπείας και των αντιβιοτικών.

Πρέπει να σημειωθεί, ότι σε μεγάλη αναλογία ασθενών δεν είναι δυνατή η εξακρίβωση της αιτίας της συμπίεστικής περικαρδίτιδας.

**Π α θ ο λ ο γ ο α ν α τ ο μ ι κ ή ε ι κ ό ν α :** Το περικάρδιο χαρακτηρίζεται από πάχυνση, σκλήρυνση και συγκόλληση των πετάλων του, αλλοτε σε όλη τους την έκταση, ιδίως γύρω από τα μεγάλα αγγεία και άλλοτε κατά περιοχές, μεταξύ των οποίων μερικές φορές υπάρχουν σακκοειδείς χώροι που περιέχουν υγρό, ή υπολείμματα, φλεγμονής. Το αλλοιωμένο αυτό περικάρδιο εκφυλίζεται κατά τόπους με εναπόθεση αλάτων ασβεστίου. Οι αλλοιώσεις αυτές δίνουν στο περικάρδιο μερικές φορές την εικόνα της "θωρακισμένης καρδιάς", γιατί το περικάρδιο μοιάζει με κέλυφος αυγού. Επιπλέον, με την ανάπτυξη συμφύσεων προς τους γύρω ιστούς, το στέρνο και τις πλευρές, η καρδιά ακινητοποιείται και έτσι περιορίζεται ακόμη περισσότερο ή ήδη ελαττωμένη κινητικότητα της.

Το μυοκάρδιο είναι δυνατόν να υποστεί εκφυλιστικές αλλοιώσεις ή και ατροφία εξαιτίας της μακροχρόνια και ισχυρής συμπίεσης. Συνήθως, όμως η κατάστασή του είναι ικανοποιητική.

**Π α θ ο φ υ σ ι ο λ ο γ ί α :** Η καρδιά είναι ακινητοποιημένη σε ένα παχύ, άκαμπτο, ινώδες περικάρδιο και συμπιέζεται, απ' αυτό με συνέπεια την αδιαστολία των κοιλιών, και άρα και την παρεμπόδιση της πληρώσεώς τους. Η φλεβική πίεση αυξάνεται και ακολουθεί η εμφάνιση εκδηλώσεων περιφερειακής φλεβικής στάσης. Παράλληλα, λόγω περιορισμένης φλεβικής επιστροφής, μειώνεται ο όγκος παλμού.

Η αύξηση του κατά λεπτόν όγκου αίματος γίνεται μόνο με αύξηση της καρδιακής συχνότητας στις περιπτώσεις αυξημένων αναγκών στην περιφέρεια.

**Σ υ μ π τ ώ μ α τ α :** Οι ασθενείς με συμπιεστική περικαρδίτιδα παρουσιάζουν συμπτώματα συνήθως όμοια με εκείνα της συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας με εξαίρεση το ότι συχνά αρχίζουν βαθμιαία. Το κατευθυντήριο σύμπτωμα για τη διάγνωση είναι η διάταση της κοιλιάς, λόγω ασκίτη, και το οίδημα των κάτω άκρων. Εμφανίζουν διόγκωση του ήπατος και ασκίτη, συνήθως με μεγάλη ποσότητα υγρού, το οποίο αναπτύσσεται πρώϊμα και αναπαράγεται πολύ γρήγορα μετά τις εκκενωτικές παρακινήσεις. Η διόγκωση αυτή - όπως ήδη αναφέρθηκε - οφείλεται στη στάση του αίματος στις κοίλες φλέβες, ως συνέπεια πλέσεως των μεγάλων φλεβών μέσα στο θώρακα και παρεμποδίσεως της διαστολής της καρδιάς.

Η δύσπνοια δεν αποτελεί κύριο σύμπτωμα, αλλά υπάρχει συνήθως σ' όλες τις περιπτώσεις σε ελαφρά μορφή, γιατί η πνευμονική φλεβική πίεση αυξάνεται σε μικρό βαθμό. (Η αριστερή κοιλία δέχεται μειωμένη ποσότητα αίματος - που εξωθεί η δεξιά κοιλία - και αυτή τη μειωμένη ποσότητα την εξωθεί εύκολα). Η δύσπνοια και μερικές φορές ορθόπνοια, που παρουσιάζει ο ασθενής οφείλεται αφενός στη μείωση του όγκου παλμού και αφετέρου στον υδροθώρακα, που συνήθως

υπάρχει, και την ανύψωση και ακινητοποίηση του διαφράγματος από τον ασκίτη.

Η δύσπνοια στην κόπωση μπορεί να συγκαλύπτεται από την παρουσία του οιδήματος και του ασκίτη. Η ορθόπνοια και η νυκτερινή δύσπνοια είναι ασυνήθη συμπτώματα αντίθετα μ'ότι συμβαίνει στη διαδρομή των άλλων μορφών συμφορητικής καρδιακής ανεπάρκειας.

Επίσης οι ασθενείς παραπονούνται για εύκολη κόπωση, ανορεξία, δυσπεψία και απώλεια σωματικού βάρους. Τα συμπτώματα αυτά οφείλονται σε συνδυασμό ελαττωμένης καρδιακής παροχής και ηπατικής συμφόρησης.

Κατά κανόνα δεν υπάρχει θωρακικός πόνος.

**Σ η μ ε ί α :** Ένα σημαντικό και σχεδόν σταθερό σημείο είναι η αύξηση της φλεβικής πλέσεως όπως καλύτερα κρίνεται κλινικά από τη διάταση των φλεβών του τραχήλου με τον ασθενή τοποθετημένο σε κλίση  $45^{\circ}$  από το οριζόντιο επίπεδο. Είναι δυνατόν να υπάρχει σημείο Kussmaul, δηλαδή εισπνευστική διάταση των φλεβών του τραχήλου και άρα και αύξηση της φλεβικής πλέσεως. Το σημείο αυτό είναι μη ειδικό σημείο για την συμπιεστική περικαρδίτιδα.

Η αρτηριακή πίεση είναι χαμηλή.

Ο αρτηριακός σφυγμός είναι συνήθως ταχύς και μικρός. Σε μικρό ποσοστό ασθενών ανευρίσκεται παράδοξος σφυγμός, που σημαίνει ελάττωση του μεγέθους, του σφυγμού και της συστολικής αρτηριακής πλέσεως, πάνω από 10 mm/Hg, κατά την εισπνοή, λόγω ελαττώσεως του όγκου παλμού της αριστεράς κοιλίας.

Η ωση της καρδιάς δύσκολα ή καθόλου ψηλαφιέται. Οι καρδιακοί της ήχοι συχνά, αλλά όχι πάντοτε, ακούγονται μακρυνοί. Δεν υπάρχει συνήθως καρδιακό φύσημα. Περικαρδιακός ήχος διαπιστώνεται συχνά στην κορυφή της καρδιάς.

Επίσης, συχνά διαπιστώνεται αμβλύτητα στο κατώτερο τμήμα του ενός ή και των δύο ημιθωρακίων, που οφείλεται σε υδροθώρακα.

Το ήπαρ είναι συνήθως διογκωμένο και σκληρότερο από το φυσιολογικό και ο ασκίτης αποτελεί συχνό εύρημα. Κάποιος βαθμός οιδήματος παρατηρείται στα κάτω άκρα.

**Ηλεκτροκαρδιογράφημα :** Το ηλεκτροκαρδιογράφημα στη συμπτωτική περικαρδίτιδα δεν είναι συνήθως διαγνωστικό. Χαρακτηριστικές αλλοιώσεις είναι το χαμηλό δυναμικό των συμπλεγμάτων QRS, ιδίως στις απαγωγές των άκρων με επιπέδωση ή αναστροφή των κυμάτων T στις περισσότερες απαγωγές.

Στο 1/4 με 1/3 των ασθενών υπάρχει κολπική μαρμαρυγή, ενώ κολπικός πτερυγισμός σε μικρό ποσοστό ασθενών.

**Ακτινογραφία θώρακα :** Κατά τον ακτινολογικό έλεγχο το μέγεθος της καρδιάς είναι φυσιολογικό ή ελαφρώς αυξημένο. Το εύρημα αυτό έρχεται σε αντίθεση με την καρδιακή ανεπάρκεια με την οποία η συμπτωτική περικαρδίτιδα συγχέεται κλινικά.

Σε περισσότερες οξείες περιπτώσεις καρδιακής συμπίεσης η καρδιακή σκιά είναι αρκετά μεγάλη, γιατί υπάρχει συνδυασμός παχύνσεως του περικαρδίου και παρουσίας περικαρδιακού υγρού. Ποσοστό 40% με 50% των ασθενών παρουσιάζουν ασβέστωση του περικαρδίου που όμως δεν είναι διαγνωστικό της συμπτωτικής περικαρδίτιδας.

**Ηχοκαρδιογράφημα :** Το ηχοκαρδιογράφημα δε βοηθά απόλυτα στη διάγνωση της συμπτωτικής περικαρδίτιδας και σπάνια ανακαλύπτεται πάχυνση του περικαρδίου με τους υπερήχους.

Σε μία προσπάθεια επιβεβαίωσης της διάγνωσης γίνεται καθετηριασμός της καρδιάς, που έχει μεγάλο ενδιαφέρον για τους ασθενείς με συμπτωτική περικαρδίτιδα. Όμως, τα ευρήματα δεν είναι ειδικά.

**Επιπλοκές :** Οι επιπλοκές συνίστανται :

- α) Στην κολπική μαρμαρυγή.
- β) Στην επηρεασμένη λειτουργία του ήπατος.
- γ) Στον ασκίτη και στην πλευριτική συλλογή.

**Διαφορική διάγνωση:** Η διάγνωση της συμπιεστικής περικαρδίτιδας βασίζεται, κυρίως, στη μόνιμη αύξηση της φλεβικής πιέσεως (όταν αυτή υπάρχει) παρά τη θεραπεία της καρδιακής ανεπάρκειας, δηλαδή, παρά την ανάπαυση στο κρεβάτι και τη χορήγηση δακτυλπίδας και διουρητικών. Επίσης πιθανολογείται σε κάθε ασθενή με δύσπνοια στην κόπωση, με ή χωρίς οιδήματα, καθώς και στην αναφορά του ασθενή για προσβολή περικαρδίτιδας κατά το παρελθόν. Η απόδειξη παράδοξου σφυγμού, καθαρών των πνευμονικών πεδίων στην ακτινοσκόπηση και φυσιολογικής ή ελαφρώς διογκωμένης της καρδιακής σκιάς κάνουν τη διάγνωση πρακτικά βέβαιη. Αν και δεν είναι καθαυτή διαγνωστική η ύπαρξη ασβέστωσης στο περικάρδιο όταν αυτή συνυπάρχει μαζί με αύξηση της περιφερειακής φλεβικής πιέσεως είναι πολύ πιθανή η ύπαρξη της συμπιεστικής περικαρδίτιδας.

Η διαφορική διάγνωση θα γίνει από την περιοριστική καρδιομυοπάθεια και την ενδομυοκάρδια ίνωση. Είναι πάρα πολύ δύσκολο να γίνει η διάκριση.

Ακόμη, πρέπει να διαχωρισθεί από άλλες παθήσεις, όπως είναι οι παθήσεις της τριγλώχινας, οι οποίες εμφανίζουν εικόνα περιφερικής φλεβικής στάσης και από τη στένωση της μπτροειδούς.

Τέλος, η συμπιεστική περικαρδίτιδα πρέπει να διακρίνεται από την ηπατική κίρρωση, στην οποία η φλεβική πίεση παραμένει φυσιολογική.

**Θεραπεία:** Η θεραπεία της συμπιεστικής περικαρδίτιδας είναι χειρουργική, συνίσταται δηλαδή σε εκτομή του περικαρδίου, εφόσον όμως η κατάσταση του ασθενούς επιδεινώνεται προοδευτικά. Αφαιρείται χειρουργικά ο φλοιός του ενώδους ιστού γύρω από την καρδιά σε περιπτώσεις με φανερή συμφόρηση των σπλάγχνων (ασκίτης) και παράλληλα φανερή δυσφορία από τη συμπτωματολογία. Η επέμβαση είναι σχεδόν πάντα ανακουφιστική παρά θεραπευτική, επειδή

υπάρχει κάποια ένδειξη μετά την επέμβαση περιορισμού της κίνησης της καρδιάς ακόμη κι αν δεν υπάρχουν πια τα συμπτώματα και τα σημεία. Η επέμβαση μπορεί να είναι είτε εύκολη είτε δύσκολη. Πρέπει να γίνεται μόνο από έμπειρο καρδιοχειρουργό, γιατί ο αποχωρισμός του περικαρδίου από το ατροφικό μυοκάρδιο είναι δύσκολος και υπάρχει κίνδυνος να συμβεί διάτρηση των καρδιακών κοιλοτήτων με καταστροφικά αποτελέσματα, ιδιαίτερα όταν η νόσος είναι μακροχρόνια, το περικάρδιο και το τοίχωμα της δεξιάς κοιλίας σχηματίζει μια συμπαγή μάζα πυκνού ινώδους ιστού.

Ακόμη, μπορεί να υπάρχει συμμετοχή του αριστερού μέρους της καρδιάς. Σ' αυτήν την περίπτωση ελευθερώνεται πρώτα αυτή η πλευρά για να αποφευχθεί το πνευμονικό οίδημα. Επιπλέον, χρειάζεται σοβαρή κρίση για να αποφασιστεί πότε έχει αφαιρεθεί αρκετός ιστός για να ανακούφισει την απόφραξη της πλήρωσης. Αν αφαιρεθεί πάρα πολύς ιστός, η δεξιά κοιλία τείνει να διατεθεί με αποτέλεσμα την ανεπάρκεια της δεξιάς κοιλίας.

Οι εκδηλώσεις της αυξημένης φλεβικής στάσης αντιμετωπίζονται με χορήγηση διουρητικών σε μικρές ή μέτριες δόσεις, και σε πολύ σοβαρές καταστάσεις, με εκκενωτικές παρακεντήσεις της κοιλίας ή και του θώρακα. Η χρησιμότητα της δακτυλίτιδας είναι αμφίβολη. Πρέπει να χορηγείται εφόσον συνυπάρχει και μυοκαρδιακή βλάβη.

Π ρ ό γ ν ω σ η: Μία επιτυχημένη χειρουργική επέμβαση, μειώνει την πίεση πλήρωσης της καρδιάς σε φυσιολογικά επίπεδα, και τότε η μακροχρόνια πρόγνωση είναι καλή.

Το ποσοστό της θνητότητας κατά την επέμβαση είναι 5-10% περίπου και ποικίλλει με το στάδιο της νόσου. Στις προχωρημένες καταστάσεις είναι μεγαλύτερο. Μετά την χειρουργική επέμβαση, η βελτίωση μπορεί να καθυστερήσει (εβδομάδες, μήνες) ή και να είναι ατελής.

Γενικά, η νόσος διατρέχει μια χρόνια πορεία. Σε ασθενείς, στους οποίους η νόσος δεν έχει διαγνωσθεί, ίσως γίνει ανεκτή

ή χρόνια υψηλή φλεβική πίεση και μάλιστα καλά. Τελικά αναπτύσσεται ηπατική κίρρωση, αν ο ασθενής δε χειρουργηθεί.

### Γ. ΚΑΡΔΙΑΚΟΣ ΕΠΙΠΩΜΑΤΙΣΜΟΣ (CARDIAC TAMPONADE)

Ο καρδιακός επιπωματισμός (Cardiac Tamponade) μπορεί να οριστεί σαν διαταραχή της διαστολικής πληρώσεως της καρδιάς η οποία προκαλείται από ανεξέλεγκτη αύξηση της ενδοπερικαρδιακής πίεσεως. Συμβαίνει κάθε φορά, που με ταχύ ρυθμό παράγεται (ή εισέρχεται) υγρό μέχρι το περικάρδιο με αποτέλεσμα την οξεία κοιλιακή αδιαστολία. Αποτελεί, λοιπόν, επείγον ιατρικό πρόβλημα, που προέρχεται από την αποδυνάμωση του μυοκαρδίου, με άμεσο αποτέλεσμα την πτώση της καρδιακής παροχής, τη συμφόρηση και ισχαιμία των περιφερειακών οργάνων ή ενδεχομένως και της ίδιας της καρδιάς.

Τις περισσότερες φορές συνδέεται με μία από τις εξής τρεις αιτίες :

1) Τραύματα , 2) Νεοπλασματικές νόσους, 3) Λοιμώξεις: μικροβιακές, φυματίωση.

Ο γιατρός πρέπει να σκέφτεται το ενδεχόμενο του επιπωματισμού σ'όλες τις περιπτώσεις περικαρδίτιδας, ιδίως αυτές που προκαλούνται από τις τρεις αυτές αιτίες. Παρ'όλα αυτά πρέπει να σκέφτεται το ενδεχόμενο ακόμη και σε συνθήκες απουσίας γνωστής λοιμώξεως, τραυματισμό ή κακοήθους νόσου. Συχνά, η υποκείμενη νόσος, που ευθύνεται για τον επιπωματισμό δεν είναι εμφανής κατά το χρονικό διάστημα που ο ασθενής παρουσιάζεται με ταχυκαρδία, αύξηση της φλεβικής πίεσεως και πτώση της αρτηριακής. Είναι δυνατόν να προκληθεί στην ιδιοπαθή, ουραιμική ή κακοήθη περικαρδίτιδα μετά από αντιπηκτική αγωγή. Επίσης άλλα αίτια καρδιακού επιπωματισμού είναι : ιατρογενή (μετά από διαγνωστική παρακέντηση της αριστερής ή δεξιάς κοιλίας), η ρήξη της καρδιάς και των μεγάλων αγγείων, το

έμφραγμα του μυοκαρδίου, οι καρδιοχειρουργικές επεμβάσεις.

**Π α θ ο ρ υ σ ι ο λ ο γ ί α :** Η υψηλή πίεση στον περικαρδιακό σάκο παρεμποδίζει την πλήρωση και των δύο κοιλιών και έτσι ο όγκος παλμού γίνεται πολύ μικρός. Στην αρχή αυτό αντirropeύται με αύξηση της καρδιακής συχνότητας, αλλά γρήγορα ακολουθεί υπόταση και μεγάλη ελάττωση της αιματώσεως των περιφερικών ιστών.

**Σ υ μ π τ ώ μ α τ α:** Ανησυχία, εφίδρωση, δύσπνοια (τυπικά δεν υπάρχει ορθόπνοια, όμως ο ασθενής μπορεί να σκύβει προς τα εμπρός για να ανακουφιστεί από τη δύσπνοια). Ξάλη, συγκοπική κρίση είναι τα συμπτώματα, που προκαλούνται από τον οξύ καρδιακό επιπωματισμό και φθάνουν σε shock.

**Σ η μ ε ρ ί α :** Συνήθως υπάρχει φλεβοκομβική ταχυκαρδία. Υπάρχει αύξηση της περιφερικής φλεβικής πιέσεως, που γίνεται αντιληπτή από τη διάταση των φλεβών του τραχήλου, όταν ο ασθενής τοποθετείται σε κλίση  $45^{\circ}$  από το οριζόντιο επίπεδο. Το ήπαρ είναι διογκωμένο. Η συστολική αρτηριακή πίεση συνήθως είναι πρεσμένη και μερικές φορές σε βαριές περιπτώσεις επιπωματισμού ο σφυγμός δε ψηλαφιέται και η αρτηριακή πίεση δεν μπορεί να μετρηθεί.

Αναμένεται παράδοξος σφυγμός. (Η ψηλάφηση της μηριαίας αρτηρίας βοηθά στην ανεύρεση του παράδοξου σφυγμού. Ψηλαφιέται πιο δύσκολα στον καρπό, όταν η πίεση είναι πολύ χαμηλή).

Επιπλέον παρατηρείται ελάττωση της εντάσεως των καρδιακών ήχων, συμβαίνει όμως, μερικές φορές οι καρδιακοί ήχοι να ακούγονται καλά. Η καρδιακή ώση συνήθως δε ψηλαφιέται εύκολα.

Λέγεται, λοιπόν, ότι ο καρδιακός επιπωματισμός χαρακτηρίζεται από τρία κλινικά σημεία : την αύξηση της φλεβικής πιέσεως, την πτώση της αρτηριακής πιέσεως και τη μικρή ήσυχη καρδιά. Υπογραμμίζεται ότι τα χαρακτηριστικά αυτά κυρίως ισχύουν για τον καρδιακό επιπωματισμό με ταχεία έναρξη, ιδιαίτερα αυτόν, που προκαλείται από τραύματα της καρδιάς, με πυροβόλο, όπλο ή μαχαίρι, χω-



ρίς όμως πάντα να διαφεύγει η διάγνωση περιπτώσεων με καρδιακό επιπωματισμό πιο βαθμιαίας ενάρξεως, όπως συμβαίνει στα νεοπλάσματα και στις λοιμώξεις.

**Ηλεκτροκαρδιογράφημα:** Στον καρδιακό επιπωματισμό δεν υπάρχουν ειδικές ηλεκτροκαρδιογραφικές μεταβολές, αλλά το ΗΚΓ σπάνια είναι φυσιολογικό. Είναι δυνατόν να υπάρχουν καρδιακές αρρυθμίες (κολπική μαρμαρυγή, εκτακτοσυστολές, ή κοιλιακή μαρμαρυγή).

Διαγνωστικά είναι τα χαμηλά δυναμικά και η ανύψωση του διαστήματος S-T.

**Ακτινογραφία θώρακα:** Ανακαλύπτεται ότι η καρδιοπερικαρδιακή σκιά είναι φυσιολογικού μεγέθους ή ελαφρά αυξημένη και τα πνευμονικά πεδία διαυγή.

**Ηχοκαρδιογράφημα:** Με το ηχοκαρδιογράφημα ανιχνεύεται η παρουσία περικαρδιακού υγρού. Η απόδειξη της παρουσίας υγρού δείχνει ότι είναι δυνατόν να υπάρχει καρδιακός επιπωματισμός, όμως το εύρημα αυτό δεν είναι διαγνωστικό συμπλέσεως της καρδιάς.

**Επιπλοκές:** Οι επιπλοκές του καρδιακού επιπωματισμού περιλαμβάνουν την κυκλοφορική καταπληξία με την ανεπαρκή αιμάτωση των οργανικών συστημάτων, συνήθως του εγκεφάλου και των νεφρών. Η πρόωπη αναγνώριση και η ταχεία θεραπεία είναι ουσιώδεις, ιδιαίτερα στις οξείες περιπτώσεις.

**Διαφορική διάγνωση:** Είναι αναγκαίο να διακριθεί ο καρδιακός επιπωματισμός από άλλες οξείες επείγουσες καρδιακές καταστάσεις όπως η αιμορραγία, το έμφραγμα και η πνευμονική εμβολή. Σημεία, που υποδηλώνουν πτώση της αρτηριακής πίεσης και της καρδιακής παροχής και αύξηση της φλεβικής πίεσης και της καρδιακής συχνότητας πρέπει να βάλουν σε υποψία το γιατρό για την πιθανότητα του καρδιακού επιπωματισμού. Ο παράδοξος σφυγμός κατευ-

θύνει στη διάγνωση, ενώ η εξέταση, που βοηθά περισσότερο διαγνωστικά είναι το ηχοκαρδιογράφημα.

**Θεραπεία:** Ο καρδιακός επιπωματισμός απαιτεί άμεση ιατρική αντιμετώπιση με παρακέντηση του περικαρδίου για την αφαίρεση υγρού, από τον περικαρδιακό σάκο. Είναι προτιμώτερο, όμως να επιβεβαιώνεται η παρουσία περικαρδιακού υγρού με το ηχοκαρδιογράφημα με εξαίρεση βέβαια τις περιπτώσεις, που υπάρχει απειλητική ανάγκη για άμεση περικαρδιοκέντηση, δηλ. σε ασθενείς με απώλεια συνειδήσεως ή shock.

Βελτίωση σημαντική της αρτηριακής πίεσεως και της καρδιακής παροχής μπορεί να συμβεί με την αφαίρεση μόλις 25 ml υγρού (αν και συνήθως αφαιρείται περισσότερο). Αν η αφαίρεση υγρού δε μπορεί να γίνει αμέσως η αρτηριακή πίεση βελτιώνεται με έγχυση φυσιολογικού ορού ή πλάσματος ή ενδοφλέβια έγχυση θετικών ινóτροπων φαρμάκων, όπως ισοπροτερενόλης. Μετάγγιση αίματος χρειάζεται σε τραυματίες που είχαν και απώλεια αίματος.

Μετά την άρση του καρδιακού επιπωματισμού εφαρμόζεται αιτιολογία ή και χειρουργική θεραπεία. Αναζητάται η αιτία του καρδιακού επιπωματισμού και γίνονται οι απαραίτητες ενέργειες για την πρόληψη της υποτροπής του. Το περικαρδιακό υγρό πρέπει να εξεταστεί για να διαπιστωθεί η αιτία του επιπωματισμού (π.χ. Αν ο ασθενής έπαιρνε αντιπηκτικά πρέπει να διακοπούν αμέσως, οι μικροβιακές λοιμώξεις απαιτούν ειδικά αντιβιοτικά). Χαρακτηριστικά, αναφέρεται ότι είναι χρήσιμη η χορήγηση συνδυασμού κορτικοστεροειδών και διουρητικών για την αντιμετώπιση της περικαρδιακής συλλογής και την πρόληψη και αντιμετώπιση του καρδιακού επιπωματισμού. Επίσης το νιτροπρωσσικό νάτριο του οποίου η κυριότερη δράση είναι η μείωση των περιφερικών αντιστάσεων, και η ελάττωση της φλεβικής επαναφοράς χωρίς να προκαλεί ταχυκαρδία, ενδεχομένως να ασκεί ευεργητική δράση στον οξύ καρδιακό επιπωματισμό.

Χειρουργική θεραπεία (εκτομή ενός τμήματος του περικαρδίου για την ελεύθερη επικοινωνία με τον υπεζωκότα) απαιτείται σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως στην ύπαρξη βέβαιου επιπωματισμού και στην αδυναμία αφαιρέσεως υγρού με παρακέντηση ή όταν η αφαίρεση του υγρού δε βελτιώνει τον επιπωματισμό. Επίσης, η χειρουργική θεραπεία έχει ουσιώδη σημασία σε περιπτώσεις, που το υγρό και ο επιπωματισμός υποτροπιάζουν επανειλημμένα. Η χειρουργική θεραπεία είναι η θεραπεία εκλογής όταν ο επιπωματισμός οφείλεται σε τραύμα.

Ο ασθενής με καρδιακό επιπωματισμό πρέπει να τοποθετείται σε μονάδα εντατικής θεραπείας με προσεκτική παρακολούθηση της αρτηριακής και φλεβικής πιέσεως για έγκαιρη αναγνώριση των υποτροπών.

**Πρόγνωση:** Ο οξύς καρδιακός επιπωματισμός, σαν μία επιπλοκή της νόσου του περικαρδίου, απειλεί τη ζωή. Η άμεση όμως πρόγνωση είναι καλή σε ικανοποιητική αντιμετώπιση, με την προϋπόθεση ότι δεν έχει παρουσιαστεί ρήξη ενός μεγάλου στοιχείου στο περικάρδιο. Η μακροχρόνια πρόγνωση εξαρτάται από την υποκείμενη αιτία της νόσου του περικαρδίου.

Κ ε φ ά λ α ι ο      Ι Ι Ι

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ

Η νοσηλεύτρια παραλαμβάνοντας τον ασθενή, που εισάγεται στο Νοσοκομείο, τον αντικρύζει ως μία μοναδική βιοψυχοκοινωνική ύπαρξη με αθάνατη ψυχή και τον προσεγγίζει ως ολότητα. Καλείται μαζί με το γιατρό να τον διαβεβαιώσει, ότι βρίσκεται σε έμπειρα χέρια ικανών ανθρώπων, οι οποίοι φροντίζουν για την περιφρούρηση της υγείας του.

Στην πρώτη της επαφή με τον ασθενή, η νοσηλεύτρια, θέτει σε εφαρμογή μια από τις βασικές ιδιότητες της Νοσηλευτικής, την παρατήρηση. Η ικανότητα της να παρατηρεί σωστά κι εκλεκτικά είναι ζωτικής σπουδαιότητας, τόσο για την διάγνωση της νόσου όσο και για τον προγραμματισμό της θεραπευτικής του αγωγής. Η Florence Nightingale, ορθή παρατηρήτρια της νοσηλευτικής τέχνης, λέει : "Χωρίς τη σωστή και συνεχή παρατήρηση θα είμαστε οι άχρηστες νοσηλεύτριες πα'όλη την αφοσίωσή μας".

Η γενική κατάσταση, λοιπόν, του ασθενούς αξιολογείται με βάση το σχέδιο νοσηλευτικού ιστορικού, που ακολουθεί η νοσηλεύτρια - σύμφωνα με την παρατήρησή της - και περιλαμβάνει στοιχεία όπως : όψη και χροιά δέρματος, αναπνοή, σφυγμός, αρτηριακή πίεση, άλγος, κόπωση, οιδήματα, ψυχολογική κατάσταση κ.λ.π.

Η προσεκτική λήψη του ιστορικού από τη νοσηλεύτρια προσφέρει σημαντική βοήθεια, στην εκτίμηση των συμπτωμάτων του ασθενούς και αποτελεί βασική προϋπόθεση για την ετοιμασία του σχεδίου της ολοκληρωμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

Η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει τον ασθενή με περικαρδίτιδα σωστά και ολοκληρωμένα. Η νοσηλευτική της φροντίδα αποβλέπει :

- Στην απαλλαγή από τα συμπτώματα και στη διόρθωση των ανισοζυγιών (θρεπτικό, ενεργειακό, υδατοηλεκτρολυτικό ανισοζύγιο).

- Στη θεραπεία της υποκείμενης συστηματικής νόσου.
- Στην υποβοήθηση του καρδιακού έργου.

Επιπλέον, επιβλέπει στενά τον ασθενή για : α) εμφάνιση συμπτωμάτων δύσπνοιας, ορθόπνοιας, ταχυκαρδίας, αύξηση Φ.Π. ελάττωση Α.Π., που μπορεί να υποδηλώνουν καρδιακό επιπωματισμό.

β) Κλινικές εκδηλώσεις, που υποδηλώνουν καρδιακή ανεπάρκεια και εφαρμογή του ανάλογου θεραπευτικού σχήματος.

γ) Αξιολόγηση της απόκρισής του στο εφαρμοζόμενο θεραπευτικό σχήμα.

Οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις, που εφαρμόζονται από τη νοσηλεύτρια για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων που εκδηλώνονται στον ασθενή με περικαρδίτιδα, περιγράφονται στη συνέχεια.

Ά λ γ ο ς (πόνος): Η νοσηλεύτρια παρατηρεί το χαρακτήρα, τη θέση, την επέκταση και την ένταση του πόνου για την εκτίμησή του. Με τις γνώσεις, που διαθέτει, είναι σε θέση να κάνει τη διάκριση ανάμεσα σ' αυτόν τον πόνο και τον πόνο του εμφράγματος.

Ανακουφίζει, λοιπόν, τον ασθενή με τα ακόλουθα νοσηλευτικά μέτρα :

- 1) Του εξασφαλίζει την κατάλληλη θέση στο κρεβάτι ή την καρέκλα δηλαδή τον βοηθά να ανακαθήσει με ελαφρά κλίση του κορμιού προς τα εμπρός, τοποθετεί μαξιλάρι στη μέση του και του συνιστά να αποφεύγει τις κινήσεις του κορμιού, όπως και κάθε είδους δραστηριότητα για να μην αυξάνεται ο πόνος.
- 2) Ενημερώνει το γιατρό σχετικά με τον πόνο, χορηγεί παυσίπονα (ασπιρίνη) σύμφωνα με την ιατρική οδηγία και παρακολουθεί το αποτέλεσμα.
- 3) Εξασφαλίζει ηρεμία και ανάπαυση με περιορισμό των επισκέψεων, χαμηλό φωτισμό και απομάκρυνση των θορύβων.
- 4) Χορηγεί ηρεμιστικά, για την εξασφάλιση ήρεμου ύπνου, πάντα σύμφωνα με την εντολή του γιατρού.

- 5) Διαθέτει χρόνο για επικαιρωνιά μαζί του, ιδιαίτερα τις εσπερινές ώρες, που η μέρα τελειώνει και το σκοτάδι έρχεται για να μεγαλοποιήσει τον πόνο.
- 6) Εξασφαλίζει την παρουσία των οικείων προσώπων.

Καταβολή, κόπωση :

- 1) Μειώνει τις φυσικές δραστηριότητες. Η νοσηλεύτρια, επειδή γνωρίζει ότι μ' αυτόν τον τρόπο μειώνεται η ικανότητα του ασθενή για αυτοεξυπηρέτηση, γεγονός που επηρεάζει την ψυχική του σφαίρα, φροντίζει να βρεί τρόπο δημιουργίας στον ασθενή αισθήματος κάποιας ικανότητας (π.χ. αντιμετώπιση οικογενειακών θεμάτων μικρής εντάσεως).
- 2) Ενισχύεται το διαιτολόγιο με λευκώματα και βιταμίνες (είναι δυνατόν και με συμπληρωματικές βιταμίνες).
- 3) Τον ενισχύει ψυχολογικά.
- 4) Χορηγεί υγρά εμπλουτισμένα με ζάχαρη για την κάλυψη των θερμιδικών αναγκών.
- 5) Φροντίζει για την πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα, όταν εμφανίζεται πυρετό.
- 6) Με την πτώση του πυρετού, εκτελεί εντριβές του σώματος.
- 7) Εξασφαλίζει ήρεμο περιβάλλον.
- 8) Φροντίζει για την πραγματοποίηση των φυσικών αναγκών του (π.χ. τον βοηθά στη λήψη φαγητού).
- 9) Παρακολουθεί το βάρος του.

Πυρετός, εφιδρώσεις : Για την καταπολέμηση του

πυρετού θέτει σε εφαρμογή :

- 1) Ψυχρά επιθέματα
- 2) Επαλείφει το δέρμα με αινόπνευμα, χωρίς να εκτελεί εντριβές
- 3) Χορηγεί άφθονα και δροσερά υγρά.
- 4) Διατηρεί χαμηλή τη θερμοκρασία του θαλάμου.
- 5) Φροντίζει για τις συχνές αλλαγές του νυκτικού και των λευχημά-

των και χρησιμοποιεί ελαφρά κλινοσκεπάσματα.

- 6) Συνιστά τον περιορισμό των δραστηριοτήτων.
- 7) Εκτελεί συχνές πλύσεις του στόματος, και των χειλέων με δροσερό νερό ή αντισηπτικό διάλυμα.
- 8) Εκτελή καθημερινό λουτρό καθαριότητας.
- 9) Προφυλάσσει τον ασθενή από κρουαλόγημα με την αποφυγή έκθεσης σε ρεύματα αέρα, με τη διατήρηση του στεγνού με τη συχνή αλλαγή των λευχημάτων.
- 10) Ενισχύεται το διαιτολόγιο με λευκώματα και βιταμίνες.
- 11) Κορηγεί αντιπυρετικό σύμφωνα με την ιατρική εντολή.
- 12) Ελέγχει τη θερμοκρασία σε συχνά διαστήματα (3ωρη θερμομέτρηση), το σφυγμό και την Α.Π.
- 13) Ενθαρρύνει τον ασθενή για σωματική και ψυχική ανάπαυση.

Ρίγος - φρίκια: Η νοσηλεύτρια για να αντιμετω-

πίσει το ρίγος και τα φρίκια, που πιθανόν εκδηλώσει ο ασθενής με περικαρδίτιδα :

- 1) Παραμένει κοντά του και δημιουργεί αίσθημα ασφάλειας.
- 2) Κορηγεί θερμά υγρά.
- 3) Τοποθετεί θερμοφόρα στα πόδια.
- 4) Προσθέτει ζεστό, αλλά ελαφρό ρουχισμό (κουβέρτα μάλλινη).
- 5) Συγκρατεί τον ασθενή στο κρεβάτι και τον προστατεύει από κινήσεις όταν αυτό είναι έντονο.
- 6) Θερμομετρεί τον ασθενή αμέσως μετά την υποχώρηση του ρίγους, καθώς και δύο ώρες μετά.
- 7) Αναγράφει τις θερμοκρασίες και ενημερώνει τον γιατρό.

Ανορεξία: Για την ανορεξία :

- 1) Κορηγεί τροφή της προτιμήσεώς του και φροντίζει για την ποιικιλία στο διαιτολόγιό του.
- 2) Κορηγεί καλοσερβιρισμένη και εύπεπτη τροφή σε περιποιημένο δίσκο.

- 3) Δημιουργεί κατάλληλο περιβάλλον την ώρα του φαγητού (Αερίζει το δωμάτιο, απομακρύνει τα δοχεία και τα άλλα χρησιμοποιούμενα υλικά, επιτρέπει την παραμονή πολύ οικείων προσώπων).
- 4) Φροντίζει για την τήρηση των ωρών σερβιρίσματος της τροφής.
- 5) Διατηρεί τη στοματική κοιλότητα καθαρή.
- 6) Φροντίζει για μείωση της θερμοκρασίας, του σώματος και του πόνου την ώρα του φαγητού.
- 7) Τον εθαρρύνει με τον τρόπο της, ώστε να λαμβάνει τα γεύματα.
- 8) Δίνει ιδιαίτερη προσοχή σε περίπτωση, που τον βοηθήσει να φάει.
- 9) Ενημερώνει το δελτίο νοσηλείας.

Άγχος - αγωνία: Το άγχος και η αγωνία είναι ένα συχνό σύμπτωμα, που επιδρά αρνητικά στη γενική κατάσταση του ασθενούς. Η επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τον ασθενή είναι πολύ σημαντική και έχει ευνοϊκή επίδραση σ' αυτόν. Έτσι ενθαρρύνεται να εξωτερικεύσει τι σκέπτεται, τι αισθάνεται, πόσο υποφέρει λόγω της ασθένειάς του, πως ερμηνεύει ό,τι του συμβαίνει. Η αναγνώριση αυτής της ψυχολογικής καταστάσεως του ασθενούς προσφέρει ευρύτερη βάση για τη νοσηλευτική αξιολόγηση και τον προγραμματισμό της φροντίδας του. Εκτός της εξασφάλισης επικοινωνίας νοσηλεύτριας-ασθενούς

- 1) Η νοσηλεύτρια εξασφαλίζει συνθήκες ήρεμου περιβάλλοντος και ύπνου.
- 2) Φροντίζει για επικοινωνία μεταξύ αυτής και των οικείων προσώπων του ασθενούς.
- 3) Φροντίζει για τη σωστή εκτέλεση των νοσηλειών.
- 4) Ενθαρρύνει τον ασθενή για απασχόληση (Ανάγνωση βιβλίων, ακρόαση μουσικής κ.λ.π.).

Δύσπνοια: Η νοσηλεύτρια για την εκτίμηση της δύσπνοιας παρατηρεί τους παράγοντες, που μειώνουν ή επιδεινώνουν τη δύσπνοια τη θέση που λαμβάνει ο ασθενής, το χαρακτήρα της αναπνοής, το χρώ-



μα και την έκφραση του προσώπου, τη διόγκωση των φλεβών του τραχήλου και θέτει σε εφαρμογή τα εξής :

- 1) Εξασφαλίζει την κατάλληλη θέση στον ασθενή (ημικαθιστική).  
Ανυψώνει το ερεσίνωτο και τοποθετεί μαξιλάρια στη μέση του.
- 2) Χορηγεί  $O_2$  σύμφωνα με τις ιατρικές οδηγίες και παρακολουθεί τον ασθενή, ώστε να λαμβάνει σωστά το  $O_2$ .
- 3) Τον υποστηρίζει, ψυχολογικά και συμβάλλει στην πρόληψη της συναισθηματικής έντασης με τη δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος (π.χ. φροντίζει για την απασχόλησή του, τον ενημερώνει για ότι τον αφορά, περιορίζει τον αριθμό των επισκεπτών).
- 4) Διατηρεί τη θερμοκρασία του θαλάμου στους  $15^{\circ} C$ ,
- 5) Χορηγεί ηρεμιστικό για την εξασφάλιση ήρεμου ύπνου.
- 6) Χορηγεί δακτυλίτιδα για βελτίωση της συσταλτικότητας της καρδιάς, αν κριθεί απαραίτητο από το γιατρό, και παρακολουθεί για συμπτώματα τοξικού δακτυλιτισμού (βραδυσφυγία, ναυτία, έμετοι, διάρροια, ζάλη, πονοκέφαλος).
- 7) Φροντίζει για την κάλυψη των φυσικών αναγκών του (Ατομική καθαριότητα, διατροφή, κένωση εντερικού σωλήνα).
- 8) Χορηγεί εύπεπτες τροφές και τροφές που δε δημιουργούν αέρια.
- 9) Φροντίζει για την απασχόληση του ασθενούς.

Ο ασθενής, σε ορισμένες περιπτώσεις, μπορεί να εμφανίσει ορθόπνοια. Τοποθετείται, λοιπόν, σε καθιστική θέση με τα άκρα να αναπαύονται σε τραπέζι και η μέση να στηρίζεται με μαξιλάρια.

Οι ασθενείς με συμπίεστική περικαρδίτιδα παρουσιάζουν συνήθως ασκίτη και οίδημα των κάτω άκρων. Η νοσηλεύτρια αντιμετωπίζει τα δύο αυτά προβλήματα του ασθενούς ως εξής :

#### Α σ κ ί τ η ς :

- 1) Βοηθά τον ασθενή κατά την παρακέντηση
- 2) Φροντίζει να ουρήσει ο ασθενής, τον ζυγίζει και μετρά τον σφυγμό και την Α.Π. πριν από την παρακέντηση.

- 3) Τον τοποθετεί στην κατάλληλη θέση - ξαπλωμένος πλάγια στην άκρη του κρεβατιού με τον κορμό υψωμένο ή τοποθετημένος σε ημικαθιστική ή καθιστική θέση και τον στηρίζει με μαξιλάρια.
- 4) Τον παρακολουθεί κατά τη διάρκεια της παρακέντησης και μετρά την Α.Π. και το σφυγμό του.
- 5) Σημειώνει την ποσότητα και το χαρακτήρα του υγρού της παρακέντησης.
- 6) Ελέγχει τις γάζες να μη διαφεύγει υγρό και μολυνθεί το τραύμα.
- 7) Χορηγεί διουρητικά και περιορίζει το NaCl σύμφωνα με τις ιατρικές υποδείξεις.
- 8) Τηρεί δελτίο ισοζυγίου υγρών.
- 9) Τον τοποθετεί σε ημικαθιστική θέση για να βοηθήσει την αναπνοή του.
- 10) Υποβοηθά τη διάθεσή του για φαγητό, επειδή η συμφόρηση των σπλάγχων οδηγεί σε ανορεξία.

Ο ί δ η μ α κ . ά κ ρ ω ν :

- 1) Περιορίζει το NaCl και χορηγεί διουρητικά φάρμακα σύμφωνα με την εντολή του γιατρού.
- 2) Σημειώνει με ακρίβεια τα υγρά που προσλαμβάνονται και αποβάλλονται.
- 3) Χορηγεί Κ και τροφές πλούσιες σε Κ.
- 4) Ζυγίζει καθημερινά τον ασθενή κάτω από τις ίδιες συνθήκες (στον ίδιο ζυγό, με τα ίδια ρούχα, την ίδια ώρα).
- 5) Φροντίζει για την περιποίηση του δέρματος των περιοχών, που πιέζονται για την πρόληψη κατακλίσεων.
- 6) Τον ενθαρρύνει να αλλάζει θέση στο κρεβάτι αν αυτό είναι δυνατόν - και τον βοηθά να σηκώνει τα κάτω άκρα κατά διαστήματα.
- 7) Ρυθμίζει προσεκτικά και παρακολουθεί την ταχύτητα ροής των υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια.

Η συμπιεστική περικαρδίτιδα δίνει την εικόνα της συμφορητικής, καρδιακής ανεπάρκειας. Γι' αυτό η νοσηλεύτρια δίνει μεγάλη προσοχή στην ανάπαυση του ασθενούς, στη δίαιτά του η οποία πρέπει να περιλαμβάνει : μικρά και συχνά γεύματα, περιορισμό των θερμίδων, περιορισμό του λίπους και του νατρίου, αποφυγή των τροφών, που σχηματίζουν αέρια, καθώς και την δύσπεπτη τροφή, περιορισμό των υγρών, στη διούρηση με την καταγραφή του ισοζυγίου υγρών και του βάρους του σώματος , στην κένωση του εντερικού σωλήνα, στα φάρμακα, στην απασχόληση και στην εκπαίδευσή του, που αφορά το διαιτολόγιο, την ανάπαυση, το βάρος σώματος, τη χρήση φαρμάκων και την περιοδική εξέταση από το γιατρό.

Ο ασθενής αυτός δηλαδή, που εξέρχεται από το Νοσοκομείο αν δεν υποβληθεί σε εγχείρηση, ενημερώνεται από τη νοσηλεύτρια σχετικά με την ασθένειά του, με ιδιαίτερη έμφαση στα συμπτώματα που μπορεί να επανεμφανίσει (αύξηση σωματικού βάρους, διόγκωση στην περιοχή των ποδών, ανορεξία, αίσθημα κόπωσης).

Ακόμη, πληροφορείται για τη φαρμακευτική αγωγή και το σωστό διαιτολόγιο (ετικέτες σ' όλα τα φάρμακα, γραπτές οδηγίες για τη δακτυλίτιδα και τη διουρητική θεραπεία, γραπτό διαιτητικό πλάνο με τις τροφές, που μπορεί να πάρει ή που απαγορεύεται. Τέλος ενθαρρύνεται να ασκείται εφόσον η άσκηση δε συντελεί στην εμφάνιση συμπτωμάτων της νόσου και τονίζεται η ανάγκη συχνής παρακολούθησής από το γιατρό.

Ο καρδιακός επιπωματισμός καταλήγει σε κυκλοφοριακή καταπληξία (shock) αν δεν αντιμετωπισθεί έγκαιρα. Η νοσηλεύτρια ενεργεί ως εξής :

- Σημειώνει τα ζωτικά σημεία του ασθενούς σε συχνά χρονικά διαστήματα και τον παρακαλούθει για συμπτώματα εμφάνισης shock: πτώση της Α.Π., σφυγμός ταχύς και νηματοειδής, αναπνοή επιπόλαιη και ανώμαλη, δέρμα ωχρό και ψυχρό, εφίδρωση, άκρα ψυχρά,

ανησυχία, κυάνωση, απώλεια αισθήσεων, ολιγουρία ή ανουρία.

Όταν εμφανισθούν τα συμπτώματα του shock, η νοσηλεύτρια :

- 1) Αφαιρεί το μαξιλάρι από το κεφάλι του ασθενούς και ανυψώνει το κάτω μέρος του κρεβατιού (με κύβους) για την καλύτερη αιμάτωση του εγκεφάλου.
- 2) Τον διατηρεί ζεστό με προσθήκη ελαφρών κουβερτών και θερμοφόρων (θερμοκρασία νερού  $55^{\circ}$  -  $60^{\circ}$  C) που τοποθετείται πάνω από την πρώτη κουβέρτα.
- 3) Περιορίζει τις κινήσεις του ασθενούς στο ελάχιστο.
- 4) Επιταχύνει τη ροή των υγρών που χορηγούνται ενδοφλέβια (με εντολή γιατρού).
- 5) Είναι έτοιμη για χορήγηση αίματος, ορού ή άλλων φαρμάκων που καθορίζει ο γιατρός.
- 6) Μετρά τα ούρα με μεγάλη ακρίβεια καθώς και τα υγρά που λαμβάνονται και αποβάλλονται.
- 7) Δε χορηγεί στον ασθενή τίποτε από το στόμα χωρίς την ιατρική εντολή.
- 8) Ενθαρρύνει τον ασθενή.
- 9) Ελέγχει τα ζωτικά σημεία και την όλη κατάστασή του.

Σε περίπτωση, που κριθεί απαραίτητη η παρακέντηση του περικαρδίου για την αφαίρεση υγρού από τον περικαρδιακό σάκο (για τη βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας και την πρόληψη του shock), η νοσηλεύτρια θα πρέπει να έχει κατά νού τον κίνδυνο της απέξω μόλυνσης, οπότε η τεχνική της ασηψίας και αντισηψίας πρέπει να γίνεται με σχολαστικότητα και μεγάλη προσοχή.

Πριν την περικαρδιοκέντηση, η νοσηλεύτρια ενισχύει το ηθικό του ασθενούς και τον τοποθετεί στην κατάλληλη για την παρακέντηση θέση. Έχει έτοιμο το απαραίτητο υλικό (καθώς και βηματοδότη και απιδινωτή) και παρακολουθεί τα ζωτικά σημεία.

Κατά την εκτέλεση της παρακέντησης βοηθά το γιατρό, επιβλέπει

τη διενέργεια της άσηπτης τεχνικής και παρακολουθεί συνεχώς το ΗΚΓ, την Α.Π., και την Κ.Φ.Π. Επίσης παρατηρεί προσεκτικά για την παρουσία αιματηρού υγρού. Αν βγαίνει αίμα με μεγάλη ταχύτητα μπορεί να είναι απαραίτητο να γίνει αμέσως θωρακοτομή και καρδιορραφή.

Μετά το πέρας της περικαρδιοκέντησης ο ασθενής εισάγεται στη μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την ενίσχυσή του ψυχολογικά. Μεριμνά ώστε το λαμβανόμενο υγρό να σταλεί στο ανάλογο εργαστήριο. Τακτοποιεί ότι χρησιμοποιήθηκε. Ενημερώνει την προϊσταμένη και το φύλλο νοσηλείας για τα αποτελέσματα της παρακέντησης. Στη Μ.Ε.Θ παρακολουθεί προσεκτικά για αύξηση της Κ.Φ.Π και πτώση της Α.Π., σημεία που πιθανόν να σημαίνουν καρδιακό επιπωματισμό.

Όσον αφορά τις αρρυθμίες, που αποτελούν μία από τις πιο συχνές επιπλοκές, που μπορεί να εμφανίσει ο ασθενής με περικαρδίτιδα, η νοσηλεύτρια πολύ συχνά είναι το πρώτο πρόσωπο από την ομάδα υγείας που θα αντιληφθεί την ύπαρξή τους. Αυτό κατορθώνεται με τη λήψη των σφυγμών, που δε θα πρέπει ποτέ να αποτελεί μηχανική εργασία, αλλά θα πρέπει να παρατηρείται η συχνότητα, ο ρυθμός και ο χαρακτήρας του σφυγμού και να σχετίζεται με την όλη κατάσταση του ασθενούς. Μετριέται σε διάστημα 1 λεπτού τουλάχιστον και καταγράφεται αμέσως. Σε περίπτωση εμφάνισης κάποιας ανωμαλίας, αυτή αναφέρεται έγκαιρα. Η μέτρηση του καρωτιδικού σφυγμού είναι απαραίτητη για καλύτερη εξακρίβωση κάποιας ανωμαλίας. Αν εμφανισθεί αρρυθμία συνιστάται στον ασθενή να παραμείνει στο κραβάτι. Δεν είναι απαραίτητο να γνωρίζει λεπτομέρειες για την κατάστασή του, αν δεν τον απασχολούν αξιολογικά ενοχλήματα. Οι περισσότεροι όμως ασθενείς παραπονούνται για παλμούς, ζάλη, προκάρδιο άλγος και κατέχονται από άγχος. Το άγχος και η αγωνία μεγαλώνουν τα ενοχλήματα. Γι' αυτό πρέπει το προσωπικό του Νοσοκομείου να δώσει στον

ασθενή πληροφορίες σχετικά με την κατάστασή του, εφόσον οι συνθήκες το επιτρέπουν και να επνεύσει αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας.

Για τον ασθενή που πρόκειται να υποβληθεί σε περικαρδιεκτομή απαιτείται υψηλής ποιότητας νοσηλευτική προεγχειρητική ετοιμασία καθώς και μετεγχειρητική φροντίδα. Αποτελούν βασικούς συντελεστές για την επιτυχία της εγχειρήσεως και την ομαλή αποκατάσταση της υγείας.

Επειδή καλύπτει μεγάλο κεφάλαιο η νοσηλευτική φροντίδα ασθενούς με εγχείρηση καρδιάς, θα αναφερθώ σ'αυτήν περιληπτικά.

Η προεγχειρητική ετοιμασία περιλαμβάνει την :

- Ψυχολογική ετοιμασία του ασθενούς.
- Προεγχειρητική διαδικασία
- Φυσική ετοιμασία

Για την ψυχολογική ετοιμασία, η νοσηλεύτρια δημιουργεί ατμόσφαιρα εμπιστοσύνης και κατανοήσεως. Ενημερώνει τον ασθενή για τον τρόπο λειτουργίας της Μ.Ε.Θ., στην οποία θα νοσηλευθεί και πραγματοποιεί επίσκεψη σ'αυτήν για γνωριμία με το προσωπικό και επίδειξη των μηχανημάτων. Συζητά με τον ασθενή τυχόν απορίες του, όσον αφορά τον τρόπο αναισθησίας, τις διαγνωστικές εξετάσεις, την τεχνική της εγχειρήσεως. Τέλος προσφέρει βοήθεια για την αντιμετώπιση κοινωνικοοικονομικών προβλημάτων (χρηματική δαπάνη νοσηλείας εξεύρεση αίματος, οικογενειακές και επαγγελματικές υποχρεώσεις).

Η προεγχειρητική διδασκαλία περιλαμβάνει οδηγίες και επιδείξεις σχετικά με τη θέση που λαμβάνει (θέση Fowler με τα γόνατα ελαφρά λυγισμένα, τα χέρια και οι ώμοι σε θέση αναπαύσεως) και την εκτέλεση της αναπνοής και εκπνοής. Τον διδάσκει, τοποθετώντας η νοσηλεύτρια το χέρι της στο πάνω μέρος της κοιλιάς του και παρακολουθώντας τις αναπνευστικές του κινήσεις, πως να βγάζει τον αέρα (σαν να σφυρίζει) και πως να παίρνει αναπνοές (αναπνέει με

τη μύτη ήρεμα και βαθιά φουσκώνοντας την κοιλιά του μέχρι να σπρώχνεται το χέρι της). Για την πρόκληση του βήχα και την απομάκρυνση των τραχειοβρογχικών εκκρίσεων η νοσηλεύτρια τον βοηθά με μετακίνηση από την ύπτια στην καθιστική θέση, με ελαφρά κτυπήματα στη ράχη, με ενθάρρυνση για βαθιές εισπνοές και εκπνοές καθώς και με ενθάρρυνση να βήχει καθώς βοηθιέται. Για αποτελεσματικό βήχα ο ασθενής τοποθετείται σε καθιστική θέση με το κεφάλι σε κάμψη, τους ώμους χαλαρωμένους και προς τα εμπρός και τα πόδια υποστηριγμένα. Στην αγκαλιά του τοποθετείται μαξιλάρι για ανύψωση του διαφράγματος. Γέρνοντας τον κορμό προς τα εμπρός, εκονέει και μετά από 2-3 φορές βραδείας εισπνοής, παίρνει μια βαθιά κοιλιακή αναπνοή και ενισχύεται να βήξει.

Επιπλέον τον διδάσκει πως να κινείται με κατάλληλες κινήσεις - ασκήσεις σώματος (κάμψη του γόνατος προς το θώρακα, κάμψη ακ. έκταση των ώμων, περιστροφές της ποδοκνημικής άρθρωσης).

Η φυσική ετοιμασία του ασθενούς αφορά ενημέρωση, βοήθεια και προγραμματισμό στον εργαστηριακό έλεγχο του (Αιματολογικός έλεγχος, ΗΚΓ κ.λ.π.), Υγιεινή φροντίδα στοματικής κοιλότητας για την πρόληψη αναπνευστικών λοιμώξεων. Μέτρηση και εκτίμηση προσλαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών, ζωτικών σημείων και σωματικού βάρους. Περιορισμό φυσικών δραστηριοτήτων καθώς και NaCl. Χορήγηση φαρμάκων (Δακτυλίτιδα, διουρητικά).

Μετά από την εγχείρηση, ο ασθενής νοσηλεύεται στη Μ.Ε.Θ. Κατά το πρώτο 48ωρο ο κίνδυνος σοβαρών επιπλοκών είναι αυξημένος. Το εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό παρακολουθεί συνεχώς τον ασθενή. Μετρά συχνά και εκτιμά τα ζωτικά του σημεία, το επίπεδο συνείδησης. Παρακολουθούνται η Κ.Φ.Π. και η πνευμονική αρτηριακή πίεση, το ΗΚΓ (αναφέρονται τυχόν αρρυθμίες). Μετρά και καταγράφει το ποσό των ούρων κάθε ώρα. Παρακολουθεί το χρώμα των ούρων και το Ε.Β., την παροχέτευση (ποσό, χαρακτηριστικά υγρού), τον

αναπνευστήρα αν είναι συνδεδεμένος μ' αυτόν. Τηρεί δελτίο ισοζυγίου υγρών ανά ώρα. Ενθαρρύνει τον ασθενή να κάνει κινητικές ασκήσεις μόλις σταθεροποιηθούν τα ζωτικά σημεία.

Κατά την έξοδο του από το Νοσοκομείο ενημερώνεται για τις δραστηριότητες, τα φάρμακα, τη διαίτα και την παρακολούθησή του από το γιατρό, ανάλογα με την κατάσταση της υγείας του.

Οι διαγνωστικές εξετάσεις στις οποίες υποβάλλεται ο ασθενής με περικαρδίτιδα είναι το ηλεκτροκαρδιογράφημα, η ακτινολογική εξέταση της καρδιάς, η ηχοκαρδιογραφία και η αγγειοκαρδιογραφία, η οποία γίνεται μόνο όταν δε βοηθήσουν τη διάγνωση τα απλούστερα μέσα. Ο ρόλος της νοσηλεύτριας στην κάθε μία απ' αυτές είναι ιδιαίτερα πολυτιμος.

Για τη λήψη ΗΚΓ δε γίνεται καμιά προετοιμασία στον ασθενή, απλώς τον ενημερώνει για τη διαδικασία, για να εξαλειφθή τυχόν φόβος ή ανησυχία. Απομακρύνει τους επισκέπτες. Συστήνει στον ασθενή το γιατρό, που θα κάνει το ΗΚΓ, όταν δε το κάνει η ίδια. Τον τοποθετεί στην ύπτια θέση και ελευθερώνει τοθώρακα από τα λευχήματα. Παραμένει κοντά του, όταν το ΗΚΓ, το παίρνει ο γιατρός, εφόσον η κατάστασή του είναι σοβαρή. Τέλος, πληροφορείται για τα αποτελέσματα, για την προσφορά καλύτερης νοσηλευτικής φροντίδας στον ασθενή.

Σχετικά με την ακτινολογική εξέταση της καρδιάς (ακτινογραφική εξέταση και ακτινοσκόπηση), η νοσηλεύτρια ενημερώνει τον ασθενή για την εξέταση, το χρόνο εκτελέσεώς της και τον τρόπο βοήθειας και συνεργασίας αυτού με το γιατρό και το χειριστή των μηχανημάτων.

Η ίδια ενημέρωση αφορά και τη λήψη ηχοκαρδιογραφήματος.

Η προετοιμασία του ασθενούς για την αγγειοκαρδιογραφία που εφαρμόζεται συνήθως σε συνδυασμό με τον καθετηριασμό της καρδιάς περιλαμβάνει ενημέρωση σχετικά με την εξέταση, δεν παίρνει τίποτε



από το στόμα για 6-8 ώρες πριν απ'αυτήν και χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων μισή ώρα πριν μεταφερθεί ο ασθενής στο αιμοδυναμικό εργατήριο, αφού εκδηλώσει φόβο και αγωνία. Η νοσηλεύτρια φροντίζει να τον πληροφορήσει για τον τρόπο βοήθειας και συνεργασίας με το υγειονομικό προσωπικό κατά την εξέταση. Τέλος τον παρακολουθεί καθ'όλη τη διάρκειά της και μετά απ'αυτήν για εμφάνιση τυχόν επιπλοκών. (Αλλεργική αντίδραση, από τη σκιερή ουσία, θρόμβωση, ερεθισμός του αγγείου, αιμορραγία).

Η νοσηλεύτρια, αναγνωρίζοντας τη μεγάλη σημασία της επίδρασης του οικογενειακού περιβάλλοντος στο συναισθηματικό κόσμο του ασθενούς και στην προσαρμογή του, στις διαπροσωπικές της σχέσεις μ'αυτόν, συμπεριλαμβάνει και την οικογένειά του. Βοηθά έτσι, τα μέλη της οικογένειας να αντιμετωπίσουν με λιγότερη αγωνία την κατάσταση του ασθενή.

Έχοντας συνειδητοποιήσει η νοσηλεύτρια το λειτούργημα της αποστολής της πάντοτε αποδίδει εξαιρετικά, όταν βάζει τον εαυτό της σε κάθε περίπτωση ασθενούς. Όσο περισσότερο, λοιπόν, γνωρίζει τον εαυτό της και εκτιμά την εργασία της, τόσο και σωστότερα αξιολογεί τον ασθενή και δημιουργεί τις κατάλληλες προϋποθέσεις για την παροχή πλήρους και εξατομικευμένης νοσηλευτικής φροντίδας.

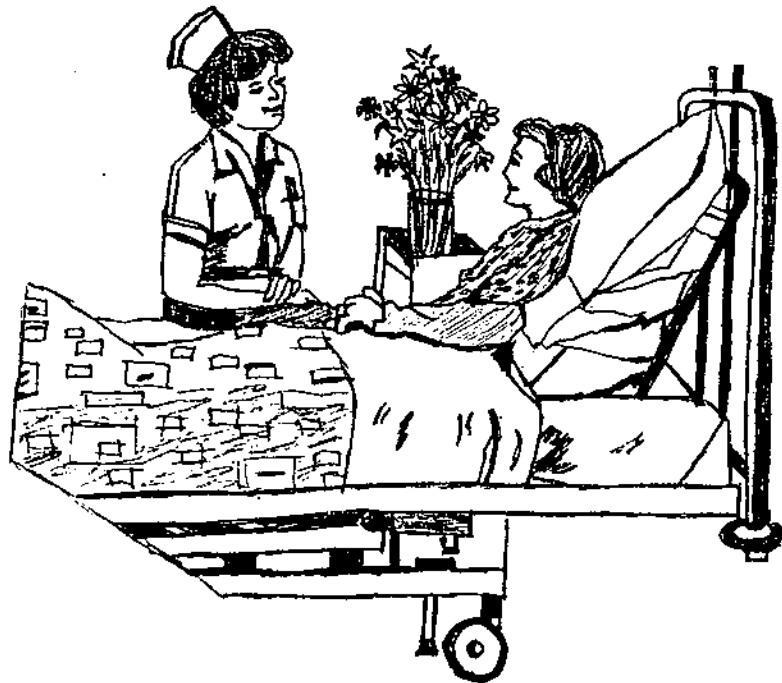
Δείξε καλοσύνη  
και μόνο καλοσύνη.

Θα έχεις πάντα

ένα κέρδος,

οτι είσαι

άνθρωπος.



## Κ ε φ ά λ α ι ο      Ι V

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ

Η νοσηλευτική διεργασία είναι εφαρμογή επιστημονικής μεθόδου αξιολόγησης (εκτίμησης) των αναγκών και προβλημάτων του ασθενούς, συστηματικού προγραμματισμού, διεκπαιρωσέως της νοσηλευτικής φροντίδας και μελέτης των αποτελεσμάτων της φροντίδας αυτής.

Αναλύοντας τον ορισμό της νοσηλευτικής διεργασίας, θα λέγαμε, ότι, πρωταρχικά γίνεται νοσηλευτική αξιολόγηση του ασθενούς λαμβάνοντας πληροφορίες από το νοσηλευτικό, το ιατρικό ιστορικό, το διάγραμμα, τις εργαστηριακές εξετάσεις, τις νοσηλεύτριες, τους γιατρούς, και κυρίως με την παρατήρηση, που προϋποθέτει επιστημονική κατάρτιση, κλινική πείρα, αντίληψη, μνήμη, κριτικό πνεύμα, καλή λειτουργία των αισθητηρίων οργάνων, διαίσθηση, αίσθημα ευθύνης και γνωριμία του ασθενούς ως προσώπου.

Στη συνέχεια, διαπιστώνονται και διατυπώνονται τα προβλήματα καθώς και οι αντικεμενικοί σκοποί τους. Κατόπιν, προγραμματίζονται οι νοσηλευτικές ενέργειες βάση των αναγκών-προβλημάτων, που διαπιστώθηκαν και διεκπαιρώνεται η νοσηλευτική φροντίδα. Τέλος, γίνεται εκτίμηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας, που εφαρμόσθηκε και σε περίπτωση μη ικανοποιητικού αποτελέσματος πραγματοποιείται αναθεώρηση και αναπροσαρμογή αυτών.

Η μέθοδος της νοσηλευτικής διεργασίας αποβλέπει :

1. Στη διατήρηση και προαγωγή της υγείας.
2. Στην πρόληψη της ασθένειας.
3. Στην προαγωγή της ανάρρωσης.
4. Στην αποκατάσταση της ευεξίας και του μεγίστου βαθμού λειτουργικότητας.

### ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ (ΙΔΙΟΠΑΘΗ)

Η κυρία Α.Π., 69 ετών, κάτοικος Αθήνας, εισήχθη στη θεραπευ-

τική του Νοσοκομείου "Αλεξάνδρα" Αθήνας στις 17-8-90 με κύρια συμπτώματα εμπύρετο και οπισθοστερνικό άλγος.

Παρέλαβα την ασθενή την 4η ημέρα για να την νοσηλεύσω. Με σκοπό μου, τη νοσηλευτική εκτίμηση της ασθενούς για την παροχή εξατομικευμένης και σωστής νοσηλευτικής φροντίδας, χρησιμοποίησα τις εξής πηγές πληροφοριών : την ίδια την ασθενή, καθώς και το άμεσο περιβάλλον της, το ιατρικό ιστορικό, το νοσηλευτικό ιστορικό, το διάγραμμα, τις εργαστηριακές εξετάσεις, τις ιατρικές και τις νοσηλευτικές σημειώσεις.

Σύμφωνα, λοιπόν, με τις πληροφορίες αυτές που συγκέντρωσα, αναφέρεται κατά το ατομικό αναμνηστικό της ασθενούς υπέρταση, 200/100 mm/Hg, που ρυθμίζεται με διουρητικά (Moduretic).

Η παρούσα νόσος, για την οποία εισάγεται, αρχίζει 7 ημέρες πριν με πυρετό ( $38,6^{\circ} - 39,2^{\circ} \text{C}$ ) ο οποίος μειώνεται μόνο με τη λήψη αντιπυρετικών, καταβολη, ανορεξία και 4 ημέρες πριν με οξύ πόνο. Επίσης, αναφέρει από 3 ημερών βήχα.

Παρατηρώντας την ασθενή διαπίστωσα ότι η όψη της ήταν καλή και η χροιά του δέρματος φυσιολογική. Επιπλέον, τα ζωτικά σημεία δεν παρουσίασαν αποκλίσεις του φυσιολογικού. (Σφυγμός: 80/1, αρτηριακή πίεση : 160/90 mm/Hg, αναπνοές : 18/1') με εξαίρεση τη θερμοκρασία, η οποία φανέρωνε ότι η ασθενής είχε πυρετό ( $38,7^{\circ} \text{C}$ ), τόσο κατά την τοποθέτηση θερμομέτρου, όσο και κατά την αφή στο πρόσωπο και τα χέρια (ήταν θερμά). Εκτός από τον πυρετό, άλλα προβλήματα της ασθενούς, που διαπίστωσα ήταν :

Πόνος, θωρακικός, που χαρακτηρίζεται οξύς και έντονος. Εντοπίζεται στην περιοχή του στέρνου. Αντανακλάται στον τράχηλο, τον ώμο και την ράχη. Κύριο χαρακτηριστικό του πόνου, είναι ότι αυξάνεται με τη βαθιά εισπνοή, το βήχα, και τις κινήσεις του κορμιού.

Βήχας, ξηρός όχι όμως επίμονος.

Άγχος - αγωνία για την κατάσταση της υγείας της.

Καταβολή - αδυναμία

Ανορεξία

Για τη διάγνωση της νόσου, η ασθενής υποβλήθηκε σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο. Από τον έλεγχο, η ακτινογραφία θώρακα ήταν (+). Παρουσίασε αύξηση των ορίων της καρδιάς.

Η λήψη ΗΚΓ ήταν επίσης (+): Το T ήταν αρνητικό σε όλες τις απαγωγές. Ενώ το υπερηχοκαρδιογράφημα φανέρωσε μικρή προς μέτρια ποσότητα περικαρδιακού υγρού.

Η Διάγνωση ήταν Περικαρδίτιδα (Ιδιοπαθής).

Στις 20/8/90, που παρέλαβα την ασθενή, η 3ωρη θερμομέτρησή της κυμαίνεται από 38<sup>ο</sup> - 38,7<sup>ο</sup> C. Λαμβάνεται αίμα για καλλιέργεια καθώς και για άλλες εξετάσεις: (Γεν. αίματος, Κάλιο, Νάτριο, SCOT, SGPT, LDH, CPK). Επίσης ΗΚΓ Rθ θώρακα και U/S καρδιάς που είναι (+). Τις τρεις προηγούμενες ημέρες νοσηλείας πραγματοποιήθηκαν οι απαραίτητες εργαστηριακές εξετάσεις. (Γεν. αίματος, γεν. ούρων, Κάλιο, Νάτριο, ένζυμα, ουρία, σάκχαρο) που ήταν φυσιολογικές (εκτός από μια αύξηση των λευκών αιμοσφαιρίων) καθώς και καλλιέργεια αίματος, η οποία ήταν αρνητική. Η θερμοκρασία κυμάνθηκε από 38,2<sup>ο</sup> - 39<sup>ο</sup> C. Δεν χορηγήθηκε αντιπυρετικό ή παυσίπονο.

Με την παρατήρηση, των προβλημάτων - αναγκών της ασθενούς κατάρτισα ανάλογο σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας. Σκοπός μου είναι να αντιμετωπίσω με σειρά προτεραιότητας αυτά τα προβλήματα.

Στις 10/8/90, λοιπόν αντιμετώπισα :

- α) Τον πόνο : Προγραμματίστηκαν συγκεκριμένες νοσηλευτικές ενέργειες όπως : 1) Εξασφάλιση ικανοποιητικής θέσης στο κρεβάτι ή στην καρέκλα, αφού όμως πρώτα εκτιμήθηκε ο χαρακτήρας, η θέση, η επέκταση και η ένταση του πόνου. Η κατάλληλη θέση ήταν η καθιστική, με ελαφρά κλίση του κορμού προς τα εμπρός. 2) Χορήγηση παυσίπονου

(P.O.Salospir 625 mg 2 X 3) 3) Εξασφάλιση ηρεμίας και ανάπαυσης με περιορισμό των επισκεπτών, απομάκρυνση των θορύβων και χαμηλό φωτισμό. 4) Αποφυγή κάθε δραστηριότητας και μείωση των κινήσεων του κορμιού. 5) Επικοινωνία της νοσηλεύτριας με την ασθενή και διάθεση χρόνου μαζί της ιδιαίτερα τις βραδυνές ώρες. 6) Χορήγηση ηρεμιστικού (P.O. Lexotanil 1,5 mg 1X2). 7) Εξασφάλιση της παρουσίας των οικείων προσώπων.

β) Το άγχος και την αγωνία : Εφαρμόστηκαν : 1) Επικοινωνία της νοσηλεύτριας με την ασθενή. 2) Χορήγηση ηρεμιστικού για την εξασφάλιση ήρεμου ύπνου. 3) Συνθήκες κατάλληλου περιβάλλοντος για την ασθενή (Απομάκρυνση προσώπων, που την δυσαρεστούν, αερισμός θαλάμου, κατάλληλη θερμοκρασία θαλάμου κ.λ.π.). 4) Επικοινωνίας της νοσηλεύτριας με τα οικεία πρόσωπα. 5) Σωστή εκτέλεση των νοσηλειών. 6) Ενθάρρυνση της ασθενούς για απασχόλησή της (Ανάγνωση βιβλίων, ακρόαση μουσικής κ.λ.π.).

γ) Τον πυρετό : Η εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας αφορούσε : 1) Εφαρμογή ψυχρών επιθεμάτων για 15' περίπου ανά 2-3 h. 2) Επάλειψη του δέρματος με οινόπνευμα. 3) Ενίσχυση της ασθενούς για τη λήψη αφθόνων ή δροσερών υγρών. 4) Διατήρηση χαμηλής της θερμοκρασίας του θαλάμου (15° C). 5) Αλλαγή του ιδρωμένου νυκτικού και των λευχημάτων. 6) Χρήση ελαφρών κλινοσκεπασιμάτων. 7) Συχνές πλύσεις στόματος και χειλίων με νερό δροσερό ή αντισηπτικό διάλυμα (Hexalen). 8) Λουτρό καθαριότητας καθημερινά. 9) Προφύλαξη της ασθενούς από κρουαλόγημα (Αποφυγή έκθεσις σε ρεύματα αέρα, διατήρηση της ασθενούς στεγνής κ.λ.π.). 10) Ενίσχυση του διαιτολογίου με λευκώματα (γάλα, κρέας) και βιταμίνες (φρούτα) και χορήγηση υγρών. I.V. (Dextrose 5% 1000 ccX2) για σωματική πάχωση και κάλυψη των θερμιδικών αναγκών. 11. Τρίωρη θερμομέτρηση, έλεγχος σφυγμού και Α.Π. 12) Ενθάρρυνση για σωμα-

τική και ψυχική ανάπαυση (Ανάπαυση στο κρεβάτι και συζητήσεις ευχάριστες με τη νοσηλεύτρια και τα οικεία πρόσωπα). 13) Χορήγηση αναλγητικού - αντιπυρετικού (C.Salospir 62 5 mg 2X3).

δ) Την ανορεξία : Για την αύξηση της διαθέσεως για φαγητό :

1) Λαμβάνονται υπόψη από τη νοσηλεύτρια και οι τροφές της προτιμήσεως της ασθενούς (Ψητά φαγητά : κατόπουλο). 2) Χορηγείται κατάλληλη καλοσερβιρισμένη τροφή σε περιποιημένο δίσκο. 3) Εξασφαλίζει ποικιλία στο διαιτολόγιο της (ζυμαρικά). 4) Δημιουργείται κατάλληλο περιβάλλον την ώρα του φαγητού (Αερισμός του θαλάμου, απομάκρυνση των δοχείων και των άλλων χρησιμοποιούμενων υλικών κ.λ.π.) 5) Αποφεύγεται καθυστέρηση στο σερβίρισμα της τροφής 6) Διατηρείται καθαρή η στοματική κοιλότητα (Πλύσεις με Hexalen). 7) Χορηγείται ασπιρίνη (Salospir 625 mg 2X3) για μείωση της θερμοκρασίας του σώματος και του πόνου κατά την ώρα του φαγητού. 8) Δημιουργούνται κατάλληλες συνθήκες για την λήψη φαγητού της ασθενούς από τη νοσηλεύτρια (εξασφαλίζεται άνετη θέση στην ασθενή καθώς υποβοηθείται από τη νοσηλεύτρια, λαμβάνεται μέριμνα για την αποφυγή πνιγμού κ.λ.π.). 9) Αναγράφεται η τροφή που πήρε καθώς και οι παρατηρήσεις της νοσηλεύτριας για την όρεξη της ασθενούς.

ε) Καταβολή - αδυναμία : Για την σωματική και ψυχολογική τόνωση της ασθενούς : 1) Ενισχύεται το διαιτολόγιο με λευκώματα και βιταμίνες. 2) Ενισχύονται ψυχολογικά από τη νοσηλεύτρια. 3) Μειώνονται οι φυσικές δραστηριότητες. 4) Χορηγούνται υγρά I.V. (Dextose 5% 1000 cc X 2) και υγρών P.O. (πορτοκαλάδες). 5) Λαμβάνονται μέριμνα για την πτώση του πυρετού. 6) Αποφεύγεται οι θόρυβοι. 7) Υποβοηθείται από τη νοσηλεύτρια κατά την λήψη φαγητού.

στ) Βήχας: Για την εξάλειψη του βήχα χορηγείται σιρόπι Mucosolol 15cc 2X3.

Ο προγραμματισμός και η εφαρμογή της νοσηλευτικής φροντίδας για την εξουδετέρωση των υπάρχοντων προβλημάτων της ασθενούς απέδωσαν κάπως ικανοποιητικά. Ο πόνος, το άγχος, η αγωνία, ο πυρετός (η θερμοκρασία κατήλθε στους 37° C), ο βήχας μειώθηκαν αρκετά και η ασθενής αισθάνθηκε ψυχικά καλύτερα, και σωματικά λιγότερο. Μόνο η ανορεξία και η καταβολή - αδυναμία δεν είχαν κάποιο θετικό αποτέλεσμα αμέσως. Όσον αφορά, το φαγητό η ασθενής έφαγε μόνο το γιαούρτι, ενώ αρνήθηκε τον πουρέ - κοτόπουλο) και τη λαχανοσαλάτα, το ροδάκινο. Ως προς την καταβολή - αδυναμία η ασθενής εξέφραζε ακόμη αδυναμία.

Στις 21/8/1990, η ασθενής εμφάνισε αρρυθμία (κολπική μαρμαρυγή). Ανέφερε έντονα τα συμπτώματα (ζάλη, άγχος, αγωνία, προκάρδιο, πόνο, αίσθημα παλμών). Με σκοπό τη διόρθωση της καρδιακής λειτουργίας :

1) Λαμβάνεται ο κερκιδικός και ο καρωτιδικός σφυγμός (Σε διάστημα 1' οι σφυγμοί ανέρχονται στους 150/1', είναι άρρυθμοι, μικρού μεγέθους και μαλακοί) και η Α.Π., η οποία σημειώνει πτώση (90/50 mm/Hg). 2) Αναφέρονται αμέσως στο γιατρό. 2) Λαμβάνεται ΗΚΓ (Ακανόνιστες και χαώδεις κολπικές διεγέρσεις). 3) Χορηγείται δακτυλίτιδα IV. (Digoxin 0,5 mg). 4) Συνιστάται ανάπαυση στο κρεβάτι. 5) Αντιμετωπίζεται το άγχος και η αγωνία με τις γνωστές νοσηλευτικές ενέργειες. 6) Παρακολουθείται συνεχώς και λαμβάνονται τα ζωτικά σημεία. 7) Ενημερώνεται η ασθενής για την κατάστασή της, από τη νοσηλεύτρια όσο είναι δυνατό.

Η κολπική μαρμαρυγή αντιμετωπίστηκε με επιτυχία και η ασθενής παρουσίασε αμέσως βελτίωση.

Ειτός από την αρρυθμία αντιμετωπίστηκαν : α) Το άγχος και η αγωνία, β) Η ανορεξία : Εφαρμόστηκαν οι ίδιες νοσηλευτικές ενέργειες της προηγούμενης ημέρας. Παράλληλα ενισχύθηκε η ασθενής να λαμβάνει τα γεύματα με ενημέρωση από τη νοσηλεύτρια των ωφελειών



των διαφόρων τροφών, κυρίως για την καταπολέμηση της καταβολής - αδυναμίας της. γ) Η καταβολή - αδυναμία.

Η ασθενής ξεπέρασε το άγχος και την αγωνία από την εμφάνιση της κολπικής μαρμαρυγής. Αυξήθηκε η διάθεσή της για φαγητό (έφαγε ρύζι-κατόπουλο, γιαούρτι, ροδάκινο) ενώ εξέφραζε μια κάποια καταβολή ακόμη. Η θερμοκρασία κυμάνθηκε από  $36,5^{\circ}$  -  $37^{\circ}$  C, ο σφυγμός και η Α.Π. ήταν φυσιολογικά. Επίσης, την ίδια ημέρα λαμβάνεται Κ/α πυέλων, αίμα για καλλιέργεια και ένζυμα καθώς και Rö θώρακα. Οι καλλιέργειες αίματος και πυέλων ήταν αρνητικές. Οι τιμές των ενζύμων φυσιολογικές ενώ η Rö θώρακα ήταν θετική.

Στις 22/8/1990, η ασθενής δεν παρουσίασε κάποιο ιδιαίτερο πρόβλημα. Η θερμοκρασία, κυμαίνεται από  $36,8^{\circ}$  -  $37,5^{\circ}$  C, οι σφυγμοί είναι 75-85/1' και η Α.Π. 150/85 mm/Hg.

Λαμβάνει τα εξής φάρμακα : P.O. Salospir 625 mg 2X3, P.O. Digoxin 1X1, P.O. Mucothiol 15ccX3.

Στις 23/8/90, εμφανίζει ξανά κολπική μαρμαρυγή. Αντιμετωπίζεται το ίδιο αποτελεσματικά, ενώ η δακτυλίτιδα χορηγείται στις 10 π.μ. IV. Digoxin 0,25 mg, και στις 13.00 μ.μ. ξανά με την ίδια δόση.

Η ασθενής ενθαρρύνεται για να αποβάλλει το άγχος της. Τα ζωτικά σημεία βρίσκονται στα φυσιολογικά επίπεδα. Επίσης υποβάλλεται σε U/S καρδιάς : (+).

Στις 24/8/90, η ασθενής σηκώνεται και περπατά στο διάδρομο και στο θάλαμο. Αρχίζει σιγά-σιγά και ανακτά τις δυνάμεις της μιας και η θερμοκρασία βρίσκεται στα φυσιολογικά επίπεδα.

Λαμβάνεται αίμα για τον καθορισμό των τιμών των ενζύμων καθώς και της στάθμης Digoxin. Είναι φυσιολογικά. Η Rö θώρακα είναι (+) και η τομογραφία μεσοθωρακίου χωρίς παθολογικά ευρήματα από το μεσοθωράκιο. Τα ζωτικά σημεία είναι επίσης φυσιολο-

γικά.

Στις 25/8/90, η ασθενής εμφανίζει μεγαλύτερη δύναμη και ανέ-  
ση στις δραστηριότητές της.

Στις 26/8/90, το Sc πνευμόνων : (-) και το U/S (+). Η στάθ-  
μη Digoxin φυσιολογική.

Από τις 27/8/90 - 31/8/90, που πραγματοποιείται η έξοδος απο  
το Νοσοκομείο η ασθενής έχει βελτιωθεί πλήρως και δεν παρουσιάζει  
κανένα πρόβλημα. Εξέρχεται με διάγνωση περικαρδίτιδα (ιδιοπαθή)  
και δίνονται οδηγίες για : P.O. Salospir 625 mg, για 30 ημ. 2X3  
για 15 ημ. μετά 5 tabl. ημερησίως για άλλες 15 ημ. 4 tabl. ημερη-  
σίως, ακολούθως για άλλες 30 ημ. 4 tabl. ημερησίως και σταδιακή δια-  
κοπή δηλ. 1 tabl. κάθε 10 ημέρ. τελείας διακοπής.

P.O. Digoxin 0,25 mg/X μέρα παρά μέρα.

1. Προβλήματα	2. Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4. Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	5. Αποτελέσματα (Εκτίμηση)
<p>Πυρετός (38° C-39,7° C)</p> <p>α) Πτώση της θερμοκρασίας στα φυσιολογικά επίπεδα.</p> <p>β) Ταχεία αποκατάσταση της ασθενούς από την εμπόρετη κατάσταση.</p>	<p>- Παραγωγή ψυχρών επιθεμάτων</p> <p>- Επαλείψη και δέσιμο με οινόπνευμα (όχι ενριωβέζ).</p> <p>- Κορήνηση αίθρων και δροσερών υγρών.</p> <p>- Διατήρηση χαμηλής της θερμοκρασίας του θαλάμου.</p> <p>- Αλλαγή του υδαμένου νυκτικού και των λευχημάτων σε εφιδρώσεις.</p> <p>- Χρησιμοποίηση ελαφρών ηλινοσκεπασμάτων.</p> <p>- Συχνή περιποίηση της στοματικής κοιλότητας και των χειλέων.</p> <p>- Λουτρό περιποίησης από προσολόγητα</p> <p>- Προβλεψη της ασθενούς από προσολόγητα</p> <p>- Συμπληρωματική υδροχρήση</p> <p>- Χρήση αντιπυρετικών</p> <p>- Έλεγχος της θερμοκρασίας του σώματος σε συχνά διαστήματα.</p> <p>- Σωματική και ψυχική ανάπαυση.</p>	<p>- Η νοσηλεύτρια εφαρμόζει ψυχρό επιθετήρι, που το αναθεώνει συνεχώς και το τοποθετεί στο μέτωπο της ασθενούς για 15' περίπου ανά 2-3h.</p> <p>- Επαλείφει το δέρμα με οινόπνευμα χωρίς να γίνονται ενριωβέζ (γιατί προκαλείται θερμότητα).</p> <p>- Ενισχύει την ασθενή να παίρνει άφθονα υγρά (νερό, ισοριωβέζ).</p> <p>* - Πραγματοποιεί συχνές αλλαγές νυκτικού και λευχημάτων σε εφιδρώσεις.</p> <p>- Τα κλινοσκεπασματα της ασθενούς είναι ελαφρά.</p> <p>- Πραγματοποιεί συχνές πλύσεις στόματος και χειλέων με δροσερό νερό ή αντισηπτικό διάλυμα (Hexalen). Τα χείλη πλένονται με την βοήθεια ποτ-κόλπο.</p> <p>- Εκτελεί λουτρό καθαριότητας καθημερινά.</p> <p>- Την προσυλάσσει από προσολόγητα με την απεικνή ένδεσης σε ρέματα αέρας, διατήρηση της ασθενούς στεγνή, καθαριότητα δάσματος για την απομάκρυνση κίσσεων και τοξικών ουσιών, συχνή αλλαγή των λευχημάτων.</p> <p>- Ενισχύει το διαταλόγο με λευκάματα (γάλα, καφέ) και βιταμίνες (φρούτα, σαλάτες). Συμπίστα τον περιορισμό των δραστηριοτήτων και χορηγεί υγρά IV εμπλουτισμένα με ζάχαρη για την κάλυψη των θερμικών αναγκών της (Dextrose 5% 1000ccX2)</p> <p>- Χορηγεί αντιπυρετικό (P.O. Salofar 625 mgX3)</p> <p>- Καθάρνει την θερμοκρασία ανά 3h και την καταγράφει στο διάγραμμα της ασθενούς, καθώς και το σπυγμό και την Α.Π.</p> <p>- Ενδραφώνει την ασθενή να ανυπαύεται σωματικά (να μην ασχολείται με κάποια δραστηριότητα) και ψυχικά (με συζητήσεις για θέματα, που την ευχαριστούν και με περιορισμό των επισκέψεων).</p> <p>* - Ο δάσματος αερίζεται καλά και στο περιβάλλον κυκλοφορεί δροσερός και φρέσκος αέρας. Η θερμοκρασία διατηρείται στους 15° C.</p>	<p>- Πτώση του πυρετού με την εφαρμογή των α) β) νοσηλευτικών ενεργειών λόγω σπυλικής θερμότητας που προκαλείται με την εφίδρωση η οποία αυξάνεται με την ύγραση του δάσματος, την αντινοβολία και την αγωγιμότητα.</p> <p>- Πτώση του πυρετού με την ενυδάτωση, που μελώνει τη θερμοκρασία του σώματος με την αύξηση της διουρητικής. Σηπτόλιον αποβάλλονται και οι τοξίνες που επιδρούν στο θερμοκρασιακό κέντρο και η υδροχρήση.</p> <p>- Η απώλεια θερμότητας ενισχύεται με την αγωγιμότητα και την αντινοβολία (υπόχρη χει διαφορά μεταξύ της θερμοκρασίας του σώματος και το περιβάλλοντος).</p> <p>- Η ασθενής αιθάσεται ευχάριστα από το στεγνό ρουχισμό τα ελαφρά κλινοσκεπασματα και τις συχνές πλύσεις στόματος και χειλέων.</p> <p>- Το καθημερινό λουτρό καθαριότητας "εξοικονομεί" την ασθενή και προκαλείται και απώλεια θερμότητας εφόσον δεν παραμένει υδατός (οι πόροι είναι ανοικτοί).</p> <p>- Η ασθενής δεν παρουσιάζει καμία κυκλοφορία.</p>	<p>- Με τη σωματική ισοχρη διατηρείται η αίμα του οργανισμού σε υψηλά επίπεδα. Γίνεται αντιληπτή την 4η ημ.</p> <p>- Το σωματικό των ποσών γλυκιδίων-πυρετογόνων ουσιών, που επιδρούν στο θερμοκρασιακό κέντρο του εγκεφάλου και το απορροφούν με αποτέλεσμα την επαναρρύση του θερμοκρασιακού επιπέδου, την αγγειοδιαστολή και εφίδρωση και επομένως την πτώση της θερμοκρασίας.</p> <p>- Η ασθενής δεν ασχολείται με δραστηριότητες που αυξάνουν τις κινήσεις και ενισχύονται με τη στήριξη.</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 20/8/90 και εώς

1. Προβλήματα	2. Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας.	3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας.	4. Βραβυμένη προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	5. Αποτελέσματα (Εκτίμηση)
<p>Άγχος-Αγωνία</p>	<p>Μείωση-απαλλαγή άγχους-αγωνίας, όσο το δυνατόν πιο σύντομα.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δημιουργία συνθηκών για επικοινωνία με την ασθενή.</li> <li>- Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου</li> <li>- Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος</li> <li>- Επικοινωνία νοσηλεύτριας με τα οικεία πρόσωπα.</li> <li>- Βασική εκτέλεση των νοσηλείων</li> <li>- Αποσχόληση της ασθενούς για την απομάκρυνση άγχους-αγωνίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η νοσηλεύτρια ευχαρύνει την ασθενή να ακούσει τα αισθήματά της. Διαθέτει χρόνο για την ακρόασή της. Γίνονται προσπάθειες για προαγωγή χαλάρωσης και άνεσης της ασθενούς. Δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης. Η νοσηλεύτρια είναι σε θέση να θυμάται τις ατομικές προτιμήσεις της και διατηρεί μια στάση αποδοχής αυτής.</li> <li>- Κορηγεί ηρεμιστικό (P.O. Lexotanil 1,5 mg 1X2). Κορηγεί παυσίπονο (P.O. Salospir 625 mg 2X3).</li> <li>- Απομακρύνει τους θορύβους (δυνατές ομιλίες, θορυβώδη βαδίσματα, ραδιόφωνο).</li> <li>- Διατηρεί ελάχιστο φωτισμό.</li> <li>- Απομακρύνει πρόσωπα που την δυσαρεστούν. Εξασφαλίζει την παρουσία προσώπων που την ευχαριστούν. Εξασφαλίζει τον αερισμό του θαλάμου, κατάλληλη θερμοκρασία θαλάμου, κατάλληλο φωτισμό (όχι άπθονο και έντονο φως), απομάκρυνση θορύβων.</li> <li>- Η νοσηλεύτρια επικοινωνεί με τα οικεία πρόσωπα της ασθενούς και τονίζει την αξία της παρουσίας τους για τη μείωση, άγχους-αγωνίας. Τους εξηγεί τους παράγοντες, που αυξάνονται, ελαττώνουν το άγχος και ζητά τη συμμετοχή τους σ' αυτό.</li> <li>- Κατά την εκτέλεση των νοσηλείων η νοσηλεύτρια εξηγεί την ασθενή τι πρόκειται να συμβεί. Απομακρύνει τους επικείμετους με ευγένεια και κλείνει τις πόρτες και τα παράθυρα. Τοποθετεί την ασθενή σε αναπαυτική θέση. Εκτελεί τη νοσηλεία με σταθερές, γρήγορες και ήρεμες κινήσεις. Διατηρεί συγκεντρωμένη την προσοχή της κατά την διάρκεια της εκτελέσεως νοσηλείας, εμπνέει εμπιστοσύνη και σεβασμό στην ασθενή. Παρακολουθεί τυχόν αντιδράσεις κατά την εφαρμογή της νοσηλείας. Τέλος τακτοποιεί την ασθενή σε κατάλληλη θέση και απομακρύνει τα χρησιμοποιούμενα αντικείμενα.</li> <li>- Ευχαρύνει την ασθενή για ανάγνωση βιβλίων για ακρόαση μουσικής και ραδιοφώνου, για ευχάριστη συζήτηση.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η εφαρμογή και των έξι νοσηλευτικών ενεργειών μείωσαν αισθητά το άγχος και την αγωνία της ασθενούς ως το βράδυ της 20/8/90.</li> <li>- Την 21/8/90 την 23/8/90 η ασθενής εμφάνισε ξανά άγχος-αγωνία, που όμως αντιμετωπίστηκαν το ίδιο ικανοποιητικά.</li> <li>- Όπως αποδείχθηκε, το άμεσο περιβάλλον επηρεάζει την ψυχική κατάσταση της ασθενούς.</li> <li>- Η παρουσία οικείων προσώπων δημιουργεί ασφάλεια.</li> <li>- Η εκτέλεση σωστής τεχνικής των νοσηλείων και η άσκηση συμπεριφοράς της νοσηλεύτριας δημιουργεί αισθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας στην ασθενή, και επομένως τη μείωση του άγχους και της αγωνίας.</li> <li>- Η αποσχόληση και η ψυχαγωγία τονώνουν το ηθικό, απασχολούν την προσοχή και αυξάνουν την αισιοδοξία.</li> </ul>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 20/8/90 και εής

1. Προβλήματα	2. Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4. Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	5. Αποτελέσματα (Εκτίμηση)
Πόνος	Μείωση - εξάλειψη του πόνου	<ul style="list-style-type: none"><li>- Εκτίμηση του πόνου, με την παρατήρηση από τη νοσηλεύτρια δηλ. του χαρακτήρα, της θέσης, της επέκτασης, της έντασης.</li><li>- Εξασφάλιση κατάλληλης θέσης στο κρεβάτι ή στην καρέκλα.</li><li>- Ενημέρωση του γιατρού.</li><li>- Χορήγηση πειστικού σύμψνα με την ιατρική εντολή.</li><li>- Εξασφάλιση ηρεμίας και ανάπαυσης.</li><li>- Αποφυγή κάθε δραστηριότητας</li><li>- Επικοινωνία της νοσηλεύτριας με την ασθενή και απασχόληση μαζί της.</li><li>- Χορήγηση ηρεμιστικού για την εξασφάλιση ήρεμου ύπνου.</li><li>- Εξασφάλιση της παρουσίας οικείων προσώπων και περιορισμός του αριθμού των επισκεπτών.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Ο πόνος χαρακτηρίζεται από τη νοσηλεύτρια οξύ και έντονος. Εντοπίζεται στην περιοχή του στέρνου και αντανακλάται στον τράχηλο, τον ώμο και τη μάχη. Αυξάνεται με τη βαθιά εισπνοή το βήχα και τις κινήσεις του κορμιού.</li><li>- Η ασθενής απαρνεί να ξαπλώνει σε ύπια θέση, αλλά ανακάθεται στο κρεβάτι ή στην καρέκλα με ελαφρά κλίση του κορμιού προς τα εμπρός. Τοποθετείται μαξιλάτι στη μέση.</li><li>- Ο γιατρός ενημερώνεται για το πόνο.</li><li>- Χορηγεί ασπιρίνη για τον πόνο (P.O. Salospir 625 mg 2X3).</li><li>- Για την ηρεμία και την αναπνοση μειώνει τις επισκέψεις καθύς και εξασφαλίζει χαμηλό φωτισμό του θαλάμου και απομακρύνει τους θορύβους.</li><li>- Συνιστάται αποφυγή κάθε είδους δραστηριότητας και μείωση, των κινήσεων του κορμιού.</li><li>- Διάθεση χρόνου της νοσηλεύτριας για την απασχόληση της ασθενούς και την επικοινωνία μαζί της.</li><li>- Χορηγεί ηρεμιστικό για την εξασφάλιση ήρεμου ύπνου (P.O. Lektanil 2,5 mg 1X2).</li><li>- Τα οικεία και αγαπητά πρόσωπα της ασθενούς την επισκέπτονται συχνά. Περιορίζονται οι επισκέψεις.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Η ασθενής ανακουφίσθηκε από τον πόνο από τις 20(8/90 και εής με την εφαρμογή των προγραμματισμένων νοσηλευτικών ενεργειών.</li><li>- Τα φάρμακα, που χορηγήθηκαν και η κατάλληλη θέση της ασθενούς εξάλειψαν αμεσα στον πόνο.</li><li>- Η παρουσία των οικείων προσώπων και της νοσηλεύτριας ιδιαίτερα κατά τις βραδυνές ώρες μείωσαν στο ελάχιστο τον πόνο αυτές τις ώρες, γιατί το σκοτάδι έχει καταθλιπτική επίδραση σ'αυτήν και μεγαλοποιεί τον πόνο).</li></ul>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
Από 20/8/90 και εξής

1. Προβλήματα	2. Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4. Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	5. Αποτελέσματα (Εκτίμηση)
Ανορεξία	Αύξηση της διαθέσεως για φαγητό	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Κορήνιση τροφής της προτιμήσεως της.</li> <li>- Κορήνιση καλοσεβριωμένης τροφής σε περιποιημένο δίσκο.</li> <li>- Κορήνιση εύπεπτης τροφής.</li> <li>- Εξασφάλιση ποικιλίας στο διαιτολόγιό της.</li> <li>- Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος την ώρα του φαγητού, ώστε να μην αναστέλλεται η διάθεση για φαγητό.</li> <li>- Ψεβδύματα τροφής σε τακτικές ώρες.</li> <li>- Διατήρηση της στοματικής κοιλότητας καθαής.</li> <li>- Προσπάθεια για μείωση της θερμοκρασίας του αίματος και του πόνου την ώρα του σεβρίσματος του φαγητού.</li> <li>- Ενίσχυση της ασθενούς να λειώνει τα γεύματα.</li> <li>- Δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για τη λήψη φαγητού της ασθενούς από τη νοσηλεύτρια.</li> <li>- Ενημέρωση του δελτίου νοσηλείας σχετικά με την τροφή που πήρε.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η ασθενής εκφράζει την επιθυμία της για ψητά φαγητά (ψητό κατόπουλο) και τη δυσανεξία της για βραστά (σούπες). Η νοσηλεύτρια χορηγεί ψητά φαγητά τις περισσότερες φορές.</li> <li>- Ο δίσκος είναι περιποιημένος και η τροφή καλοσεβριωμένη, έτσι ώστε να είναι ελκυστική στην ασθενή. (Ο δίσκος καλύπτεται με τετράγωνο και τα μαχαιροπίρουνα είναι καθαρά και στη σωστή θέση).</li> <li>- Χορηγεί εύπεπτες τροφές.</li> <li>- Το διαιτολόγιο αναλύσσεται και με άλλες τροφές, εκτός από τα ψητά (ζυμαρικά).</li> <li>- Την ώρα του φαγητού έχει φροντίσει: Αερισμό του δωατίου, απομάκρυνση των δοχείων και των άλλων χρησιμοποιούμενων υλικών, έχει χορηγήσει δοχείο πριν τη λήψη φαγητού. Επιτρέπει την παρουσία πολύ οικείων προσώπων.</li> <li>- Τα γεύματα σεβίρονται τακτικά και απαρעύγεται κάθε καθυστέρηση.</li> <li>- Διατηρεί τη στοματική κοιλότητα καθαρή με πλύση με αντισηπτικό διάλυμα (Hexalen).</li> <li>- Χορηγεί ασπιρίνη (Salospir 625 mg 2X3)</li> <li>- Ενίσχυση της λήψεως των γευμάτων με ενημέρωση της ασθενούς από τη νοσηλεύτρια των ωφελειών από τις διάφορες τροφές κυρίως για την καταπολέμηση της καταβολής της αδυναμίας.</li> <li>- Για τις κατάλληλες συνθήκες λήψεως φαγητού: Τακτοποιεί σε άνετη και αναπαυτική θέση με σηκωμένο το κεφάλι στο ιαξιλάτι. Τα χέρια πλένονται και τοποθετεί πετσέτα φαγητού κατάλληλα. Παρέχει την τροφή χωρίς να βιάζεται και ελέγχει αν η ασθενής μπορεί να καταπίνει. Γεμίζει το κουτάλι κάθε φορά κατά τα 2/3 και οι ποσότητες της τροφής που προσέφει είναι μικρές για την αποφυγή πνιγμού. Δε χορηγεί τροφή βίαια, αν δεν έχει καταπεί η ασθενής την προηγούμενη. Κατά τη χορήγηση νερού στηρίζει το κεφάλι της με το ένα χέρι κάτω από το ιαξιλάτι, ενώ με το άλλο υποστηρίζει το ποτήρι και αφήνει την ασθενή να το κατευθύνει μόνη της.</li> <li>- Αποχολεί την ασθενή με ευχάριστη συζήτηση. Βοηθά την ασθενή να καθαρίσει τα χείλη που λερώνονται.</li> <li>- Απομακρύνει το δίσκο.</li> <li>- Αναγράφει την τροφή, που πήρε καθώς και τις παρατηρήσεις που αναφέρονται στην άρση της ασθενούς.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Οι νοσηλευτικές ενέργειες για την αύξηση της όρεξης της ασθενούς εισαχόθηκαν από τις 20/8/90. Η διάθεση για φαγητό αυξήθηκε από τις 22/8/90. Είναι γνωστό ότι:</li> <li>- Η ανεπιθύμητη τροφή συχνά γίνεται δύσπεπτη παρά τη φυσιολογική κατάσταση του στομάχου.</li> <li>- Η όλη της τροφή ευνοεί την έκκριση των πεπτικών υγρών και την αύξηση της κινητικότητας του πεπτικού σωλήνα για την πέψη και την απορρόφηση των τροφών.</li> <li>- Ο πόνος και η κόπωση προκαλούν αύξηση του πεπτικού σωλήνα κι έτσι δυσχερεία στην πέψη και απορρόφηση των τροφών.</li> <li>- Το ευχάριστο περιβάλλον απομακρύνει τις δυσμενείς επιδράσεις του δυσάρεστου περιβάλλοντος (ειθερώσεις, έμετος, αποχρέμσεις, δοχεία) στην πέψη.</li> </ul>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 20/8/90 και εξής

1. Προβλήματα	2. Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4. Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	5. Αποτελέσματα (Εκτίμηση)
Καταβολή - αδυναμία	Σωματική και ψυχολογική τόνωση	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενίσχυση του διαίτολογίου με λευκώματα και βιταμίνες.</li> <li>- Ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς από τη νοσηλεύτρια</li> <li>- Μείωση των φυσικών δραστηριοτήτων</li> <li>- Κορήγηση υγρών IV εμπλουτισμένων με ζάχαση για την καλύτερη θερμοδυναμική αναγνώριση.</li> <li>- Πτώση της θερμοκρασίας σε φυσιολογικά επίπεδα.</li> <li>- Εντριβές στο αίμα και στα όκρα με την πτώση του πυρετού.</li> <li>- Αποφυγή θορύβων</li> <li>- Βοήθεια κατά τη λήψη φαγητού</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η νοσηλεύτρια φροντίζει για την ενίσχυση του διαίτολογίου με λευκώματα 100-150 gr ημερησίως (κρέας, ψάρι, γάλα) και βιταμίνες (χυμούς - φρούτα).</li> <li>- Την ενισχύει ψυχολογικά με ανάμνηση του ηθικού της. Τονίζει ότι η καταβολή αυτή, που νιώθει, είναι παροδική και ότι θα ξεπεραστεί με τη βελτίωση της κατάστασής της). Η ασθενής απαιτείται και μειώνονται όσο είναι δυνατόν οι φυσικές δραστηριότητες της και αυξάνονται προσδεδυτικά με τη συνεχή βελτίωσή της (Με τη μείωση του πυρετού, ενθαρρύνονται οι περιπατητικές της δραστηριότητες ανάλογα και με την αντοχή της).</li> <li>- Κορηγεί ορό Dextose 5% 1000cc X 2 και την ενθαρρύνει να παίρνει και πορτοκαλάδες,</li> <li>- Για τη μείωση του πυρετού εφαρμόζει ανάλογες νοσηλευτικές ενέργειες (Αναφέρονται στο σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας για τον πυρετό).</li> <li>- Εκτελεί εντριβές στο αίμα και στα όκρα. αφού έχει σημειωθεί πτώση του πυρετού.</li> <li>- Εξασφαλίζει ήρεμο περιβάλλον απαλλαγμένο από θορύβους.</li> <li>- Κορηγεί βοήθεια στην ασθενή για τη λήψη του φαγητού της.</li> </ul>	<p>Η εφαρμογή των νοσηλευτικών ενεργειών για την αντιμετώπιση της καταβολής αδυναμίας είχαν αποτέλεσμα για την ασθενή όχι όμως άμεσο. Η ασθενής αισθάνθηκε καλύτερα την 5η ημέρα εφαρμογής του προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας. Η κατάλληλη διατροφή, η ψυχολογική υποστήριξη από τη νοσηλεύτρια, η πτώση του πυρετού, η αποφυγή κοπώσεως και η ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος με τις εντριβές συνέβαλαν κατά τον καλύτερο δυνατό τρόπο στη σωματική και ψυχολογική τόνωση της ασθενούς.</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 21/8/90 και 23/8/90

1. Προβλήματα	2. Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4. Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	5. Αποτελέσματα (Εκτίμηση)
Αρρυθμία (Κολπική μαρμαρυγή)	Διόρθωση της καρδιακής λειτουργίας	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Αξιολόγηση από τη νοσηλεύτρια των συμπτωμάτων της κολπικής μαρμαρυγής</li> <li>- Λήψη του σφυγμού και της Α.Π.</li> <li>- Λήψη ΗΚΓ</li> <li>- Χορήγηση του φαρμάκου εκλογής για την κολπική μαρμαρυγή.</li> <li>- Εξασφάλιση ανάπαυσης της ασθενούς στο κρεβάτι.</li> <li>- Αντιμετώπιση άγχους-αγωνίας.</li> <li>- Συνεχής παρακολούθηση της κατάστασής της ασθενούς.</li> <li>- Ενημέρωση της ασθενούς σχετικά με την κατάσταση της.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η νοσηλεύτρια αξιολογεί τα συμπτώματα, που αναφέρει η ασθενής: Ζάλη, αίσθημα παλμών, άγχος-αγωνία, προ-κάρδιος πόνος(είναι έντονα)</li> <li>- Λαμβάνει τον καρδιακό σφυγμό, αλλά και τον καρδιακικό για καλύτερη εξακρίβωση της αναπνοής, σε διάστημα 1' με μεγάλη ακρίβεια καθορίζοντας τη συχνότητα, το ρυθμό, το μέγεθος την τάση του σφυγμού. Επίσης λαμβάνει την Α.Π. Σημειώνονται στο διάγραμμα και αναφέρονται έγκαιρα στο γιατρό.</li> <li>- Λαμβάνει ΗΚΓ για τη διαπίστωση αναπνοής στο ρυθμό.</li> <li>- Χορηγεί ενδοφλεβίως δακτυλίτιδα (D<sub>2</sub> 0,5 mg)</li> <li>- Με τη χορήγηση δακτυλίτιδας παρακολουθείται η ασθενής για εμφάνιση συμπτωμάτων τοξικού δακτυλίτιδισμού.</li> <li>- Συνιστά στην ασθενή να παραμένει στο κρεβάτι.</li> <li>- Επαρμόζει, προγραμματισμένες νοσηλικές ενέργειες για την απαλλαγί από το άγχος-αγωνία. (Αναφέρονται στο σχεδιάγραμμα νοσηλευτικής φροντίδας για άγχος-αγωνία).</li> <li>- Η νοσηλεύτρια παρακολουθεί με αμείωτο ενδιαφέρον την κατάσταση της ασθενούς και λαμβάνει σε τακτά διαστήματα τα ζωτικά της σημεία και τα αξιολογεί.</li> <li>- Η νοσηλεύτρια ενημερώνει την ίδια την ασθενή για την κατάστασή της, όσο είναι δυνατόν, δείχνοντας συμπάθεια, αγάπη και ενδιαφέρον γι'αυτήν και έχοντας αναπτύξει αίσθημα εμπιστοσύνης και ασφάλειας.</li> </ul>	<p>Η ασθενής εμφανίζει κολπική μαρμαρυγή στις 21/8/90 καθώς και στις 23/8/90. Η λήψη του σφυγμού φανερώνει 150 σφυγμούς/ 1', που είναι άρρυθμοι με μικρό μέγεθος και χαρακτηρίζονται μαλακοί ως προς την τάση. Η Α.Π. 90/50 mm/Hg.</p> <p>Οι κολπικές διεγέρσεις είναι τελείως ακανόνιστες ή χαώδεις όπως δείχνει το ΗΚΓ.</p> <p>Η δακτυλίτιδα χορηγείται ενδοφλεβίως και φέρνει άμεσο αποτέλεσμα στην ασθενή. Δρά στο πνευμονογαστρικό νεύρο και επιβραδύνει τα ερεθίσματα που περνούν από τον κολποκοιλιακό κόμβο και μειώνει τον αριθμό των ερεθισμάτων που κατευθύνονται προς τις κοιλίες</p> <p>Η κατάσταση της ασθενούς παρουσίασε βελτίωση με τη χορήγηση της δακτυλίτιδας, την ανάπαυση την εξάλειψη του άγχους και τη συνεχή παρακολούθηση της νοσηλεύτριας.</p>



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΔΙΕΡΓΑΣΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ ΜΕ ΠΕΡΙΚΑΡΔΙΤΙΔΑ (ΝΕΟΠΛΑΣΜΑΤΙΚΗ)

Η κυρία Α.Χ., 70 ετών κάτοικος Αθήνας, εισήχθη στη θεραπευτική του Νοσοκομείου "Αλεξάνδρα" Αθήνας στις 15-10-90 με κύρια συμπτώματα δύσπνοιας, κοπώσεως και δύσπνοια κατακλίσεως, οιδήματα κάτω άκρων, καταβολή.

Η ασθενής εισάγεται για δεύτερη φορά στο Νοσοκομείο σε χρονικό διάστημα 7 μηνών. Κατά την πρώτη εισαγωγή της παρουσίασε συμπτώματα όπως : άλγος καυστικού χαρακτήρα στη δεξιά ωμοπλάτη, που επεκτεινόταν με το βήχα, τρεκινήσεις και τη βαθιά εισπνοή, δύσπνοια που επιδειωνόταν προοδευτικά, και απόλυτη αρρυθμία. Διαγνώσθηκε περικαρδίτιδα. Εργαστηριακά διαπιστώθηκε περικαρδιακή συλλογή-κολπική μαρμαρυγή.

Ακολούθησε αγωγή με ακετυλοσαλικυλικό οξύ (P.O. Salospir 625 mg 2X4), δακτυλίτιδα (P.O. Digoxin 0,25 mg 1 tabl. μέρα παρά μέρα) και διπυριδαμόλη (P.O. Persantin 75 mg 1X3).

Παρουσίασε βελτίωση και εξήλθε από το Νοσοκομείο ύστερα από 8 ημέρες. Από τότε ήταν ελεύθερη συμπτωμάτων.

Η παρούσα νόσος αρχίζει προ διμήνου με επιδείνωση της δύσπνοιας (δύσπνοια κοπώσεως και ορθόπνοια), οιδήματος κάτω άκρων, καταβολή- αδυναμία.

Παρέλαβα την ασθενή την 3η ημέρα για να την νοσηλεύσω. Οι πηγές των πληροφοριών, που χρησιμοποίησα για την παροχή πλήρους και σωστής νοσηλευτικής φροντίδας αφορούσαν, την ίδια την ασθενή, το άμεσο περιβάλλον της, το ιατρικό ιστορικό, το νοσηλευτικό ιστορικό, το διάγραμμα, τις νοσηλευτικές και ιατρικές σημειώσεις, τις εργαστηριακές εξετάσεις.

Στο ατομικό αναμνηστικό αναφέρεται υπέρταση 190/110 mm/Hg, που ρυθμίζεται με διουρητικά (Moduretic). Επίσης μαστεκτομή αριστερά προ 25ετίας. Επακολούθησαν ακτινοβολίες- Από 5ετίας παρα-

τηρείται δύσπνοια κοπώσεως.

Επισκοπώντας την ασθενή, διαπίστωσα, ότι η όψη ήταν σχετικά καλή με τη χροιά του δέρματος ελαφρά κυανωτική. Η δύσπνοια επιδεινωνόταν με μικρή προσπάθεια, καθώς και στην υπτία θέση. Η κοιλιά ήταν ελαφρώς διογκωμένη, το ήπαρ ψηλαφητό και τα κάτω άκρα (οι ποδοκνημικές αρθρώσεις) παρουσιάζουν οιδήματα. Το σημείο εκείνο που ήταν ιδιαίτερα έντονο και εμφανές ήταν το άγχος και η αγωνία της ασθενούς.

Η λήψη των ζωτικών σημείων έδειξε : θερμοκρασία  $36,7^{\circ} \text{C}$  αρτηριακή πίεση 160/80 mm/Hg, αναπνοές 50/1' και σφυγμός 105/1' αλλά άρρυθμος.

Τα προβλήματα λοιπόν, που παρατήρησα, εκτός από τη δύσπνοια προσπάθειας και την ορθόπνοια ήταν :

Άγχος-αγωνία, οιδήματα κάτω άκρων, καταβολή-αδυναμία, ανορεξία.

Η ασθενής κατά την παραμονή της στο Νοσοκομείο υποβλήθηκε σε πλήρη εργαστηριακό έλεγχο. Οι εξετάσεις ήταν φυσιολογικές, εκτός από την Rö θώρακα (+), που φανέρωσε αύξηση καρδιακών ορίων και πλευριτική συλλογή άμφω. Το ΗΚΓ και το U/S καρδιάς ήταν επίσης θετικά. Απ' το πρώτο, διαπιστώθηκε πλήρη αρρυθμία και απ' το δεύτερο : α) Διάταση δεξιού κόλπου, β) Μέτρια ποσότητα περικαρδιακού υγρού, γ) Διάταση καρδιακών κοιλοτήτων δ) Μικρού βαθμού ανεπάρκεια πνευμονικής και τριγλώχινας.

Επίσης, πραγματοποιήθηκαν παρακεντήσεις περικαρδίου και θώρακα. Η κυτταρολογική του πλευριτικού υγρού ήταν αρνητική, ενώ του περικαρδιακού ήταν θετική για κακοήθεια, πιθανώς αδενικού τύπου.

Διαγνώσθηκε, περικαρδίτιδα νεοπλασματική.

Στις 17-10-90, που παρέλαβα την ασθενή, λαμβάνεται αίμα για γεν. αίματος, κάλιομ Νάτριο, χρόνο προθρομβίνης. Επιπλέον λαμβάνονται ΗΚΓ και Rö θώρακα που είναι (+). Αυτή τη μέρα αντιμετωπίζα τα εξής προβλήματα :

α) Το άγχος και την αγωνία: Θεώρησα καλό να ξεκινήσω αρχικά από αυτό το πρόβλημα που ήταν αξιολογημένα σημαντικό. Σκοπό μου ήταν να μειώσω το άγχος και την αγωνία τουλάχιστον ως το βράδυ. Γι' αυτό προγραμματίστηκαν και εφαρμόστηκαν ανάλογες νοσηλευτικές ενέργειες (Αναφέρθηκαν στη νοσηλευτική διεργασία του πρώτου περιστατικού με περικαρδίτιδα)

β) Τη δύσπνοια προσπαθείας και την ορθόπνοια : Η νοσηλευτική φροντίδα για αυτό το πρόβλημα αφορούσε : 1) Εξασφάλιση ικανοποιητικής θέσης και ανάπαυσης (Η ασθενής τοποθετείται σε ημικαθιστική θέση ανυψώνεται το ερεισίνωτο χρησιμοποιούνται 2-3 μαξιλάρια για τη μέση και δεν καταβάλλει προσπάθειες) .

2. Χορήγηση  $O_2$  3-4 lt/1' με ρινική κάνουλα και ανάλογη παρακολούθηση από τη νοσηλεύτρια. 3. Αντιμετώπιση του άγχους και της αγωνίας. 4. Διατήρηση της θερμοκρασίας του θαλάμου στους  $15^{\circ}C$ .

(Αερισμός του θαλάμου, κυκλοφορία φρέσκου και δροσερού αέρα) .

5. Χορήγηση ηρεμιστικών φαρμάκων (P.O. Lexotanil 1,5 mg 1X2) για την εξασφάλιση ήρεμου ύπνου, καθώς και δημιουργία συνθηκών κατάλληλου περιβάλλοντος (Ελάχιστος φωτισμός, απομάκρυνση θορύβων κ.λ.π.) . 6. Χορήγηση δακτυλίτιδας για βελτίωση της συσταλτικότητας της καρδιάς (P.O. Digoxin 0,25 mg 1 μέρα παρά μέρα) .

7. Κάλυψη των φυσικών αναγκών της ασθενούς. (Η ατομική καθαριότητα πραγματοποιείται στο κρεβάτι. Η διαίτα είναι άναλος με μικρά και συχνά γεύματα, περιορισμό της κυτταρίνης, των τροφών, που δημιουργούν αέρια, των θερμίδων, των υγρών και του λίπους. Για την κένωση του εντέρου η ασθενής υποβοηθάται με υπακτικό φάρμακο όπως γάλα Μαγνησίας 15ccX2) . 8. Απασχόληση της ασθενούς (με ευχάριστες συζητήσεις, ακρόαση μουσικής κ.λ.π.) .

γ) Τα οιδήματα των κάτω άκρων. Για τον περιορισμό του οιδήματος των κάτω άκρων τίθενται σε εφαρμογή τα παρακάτω :

1. Χορήγηση άναλου διαίτας. 2. Χορήγηση διουρητικού φουροσεμίδης

(P.O. Lasix 40 mg 1ΧΔευτ-, Τετ., Παρ.). 3. Μέτρηση λαμβανομένων και αποβαλλομένων υγρών (Λαμβάνονται 2000 κ.εκ. υγρά ημερησίως και μετρούνται και τα ούρα 24ώρου). 4. Χορήγηση καλιούχων τροφών (πατάτες, μπανάνες, πορτοκάλια). 5. Καθημερινή μέτρηση του βάρους σώματος στον ίδιο ζυγό, με τα ίδια ρούχα και την ίδια ώρα. 6. Περιποίηση του δέρματος των περιοχών του οιδήματος, καθώς και των περιοχών που πλέζονται για την πρόληψη κατακλίσεων. 7. Αλλαγή της θέσεως του ασθενούς στο κρεβάτι. 8. Έγερση των κάτω άκρων και εφαρμογή παθητικών κινήσεων αυτών. 9- Χορήγηση δακτυλίτιδας (Digoxin 0,25 mg P.O. 1 Χ μέρα παρά μέρα).

δ) Την καταβολή - αδυναμία : Το πρόβλημα της καταβολής - αδυναμίας αντιμετωπίζεται με σωματική και ψυχολογική τόνωση, δηλαδή : Ενίσχυση του διαιτολογίου με λευκώματα (100-150 gr ημερησίως), όπως γάλα, κρέας, ψάρι καθώς και βιταμίνες όπως φρούτα, χυμοί.

2) Ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς από τη νοσηλεύτρια. 3. Μείωση των φυσικών δραστηριοτήτων και προοδευτική αύξησή τους. 4. Εντριβές στο σώμα και στα άκρα για την ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος. 5. Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος απαλλαγμένου από θορύβους. 6. Βοήθεια της ασθενούς κατά τη λήψη φαγητού. 7. Εξασφάλιση των απαραίτητων αντικειμένων της ασθενούς κοντά της.

ε) Την ανορεξία : Η αύξηση της διαθέσεως για φαγητό ενισχύθηκε με τις γνωστές νοσηλευτικές ενέργειες, που αναφέρθηκαν ήδη στη νοσηλευτική διεργασία του πρώτου περιστατικού με ιδιοπαθή περικαρδίτιδα.

Η νοσηλευτική φροντίδα για το κάθε πρόβλημα ξεχωριστά δεν ήταν ιδιαίτερα αποτελεσματική την πρώτη ημέρα παραλαβής της ασθενούς από τη νοσηλεύτρια.

Το άγχος και η αγωνία δε μειώθηκε αρκετά μέχρι το βράδυ. (Η ασθενής δεν έδειξε διάθεση να εκφράσει τα αισθήματά της. Παρόλα αυτά δεχεται την ακρόαση από την νοσηλεύτρια). Η χορήγηση

O<sub>2</sub> την βοηθά σημαντικά και την κάνει να αισθάνεται κάπως καλύτερα). Η δύσπνοια προσπαθείας και η ορθόπνοια μειώθηκε στο ελάχιστο. Ο περιορισμός του οιδήματος των κάτω άκρων, καθώς και της καταβολής-αδυναμίας δεν ήταν ορατός από την πρώτη ημέρα. Επίσης, παρά την εκδήλωση της ανορεξίας της η ασθενής έφαγε σούπα-κοτοπουλο, γιαούρτι. Τα ζωτικά σημεία κυμαίνονται σε φυσιολογικά επίπεδα. Το ΗΚΓ και η RÖ θώρακα είναι θετικά (+).

Στις 18/10/90, καταβάλλονται μεγαλύτερες προσπάθειες για την έγκαιρη αντιμετώπιση του άγχους και της αγωνίας. Η νοσηλεύτρια προβαίνει στις ίδιες νοσηλευτικές ενέργειες, επιμένοντας περισσότερο στην καλή επικοινωνία της με την ασθενή. Η ασθενής εμπιστεύεται τη νοσηλεύτρια και συζητά με ευχαρίστηση μαζί της. Το άγχος και η αγωνία, που αισθανόταν ως τώρα η ασθενής, μειώνεται αισθητά. Δεν τίθεται μεγάλο πρόβλημα δύσπνοιας, μιας και η κατάλληλη νοσηλευτική φροντίδα γι'αυτήν, δίνει τη δυνατότητα στην ασθενή να αναπνέει εύκολα.

Για τα οίδηματα των κάτω άκρων συνεχίζεται η ίδια νοσηλευτική φροντίδα. Η σωματική και ψυχολογική πόνωση εφαρμόζεται το ίδιο σταθερά. (Η ασθενής εκδηλώνει ακόμη αδυναμία). Η όρεξη σιγά-σιγά αυξάνεται. (Η ασθενής έφαγε ρύζι, κρέας, γιαούρτι, κομπόστα). Επίσης, λαμβάνεται αίμα για προσδιορισμό των τιμών Κ.Να, χρόνου προθρομβίνης και στάθμης Digoxin. Τα φάρμακα που λαμβάνει είναι : P.O. Digoxin 0,25 mg 1X μέρα παρά μέρα, Persantin 75mg 1X2, Medrol 16 mg 1X1.

Στις 19/10/90, το άγχος και η αγωνία αντιμετωπίζεται ακόμη καλύτερα, γιατί η νοσηλεύτρια διαθέτει χρόνο για να "ακούσει" την ασθενή. Η παρουσία της οικογενείας έχει θετική επίδραση. Τα οίδηματα των κάτω άκρων μειώνονται σιγά-σιγά. Επίσης, η ασθενής αισθάνεται λιγότερο αδυναμία-καταβολή. Τα ζωτικά σημεία είναι φυσιολογικά και το U/S θετικό.

Απ' τις 20/10/90 ως τις 25/10/90 η κατάσταση της ασθενούς είναι η ίδια. Έχει απαλλαχθεί από το άγχος και την αγωνία. Η δύσπνοια αντιμετωπίζεται καλά, το οίδημα μειώθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό, η αδυναμία είναι μικρή και διαθέτει όρεξη για φαγητό.

Στις 26/10/90, εκτελείται παρακέντηση περικαρδίου για διαγνωστικό σκοπό. Αφαιρέθηκαν 60 cc περικαρδιακού υγρού, που ήταν οροαιματηρό. Η κυτταρολογική περικαρδιακού υγρού ήταν θετική για κακοήθεια.

Η ασθενής εμφάνισε ξανά άγχος - αγωνία και φόβο πριν και κατά την παρακέντηση. Κατά τη φάση προετοιμασίας της παρακέντησης η νοσηλεύτρια : 1) Χορηγεί ηρεμιστικό στην ασθενή (P.O. Lexotanil 1,5 mg). 2. Χορηγεί IV διάλυμα γλυκόζης Dextrose 5% με αργό ρυθμό, 3) Τοποθετεί την ασθενή σε άνετη θέση με το ερεισίνωτο ανυψωμένο κατά γωνία 60°. 4) Εφαρμόζει τα ηλεκτρόδια του ΗΚΓφου. 5) Φροντίζει ώστε να υπάρχει διαθέσιμος απιδινωτής (για την τυχόν εμφάνιση μαρμαρυγής). 6) Την ενισχύει ψυχολογικά και την ενημερώνει. 7) Λαμβάνει τα ζωτικά σημεία.

Η ασθενής ως αυτό το σημείο είναι υπομονετική, αλλά λίγο αγχώδης.

Κατά τη φάση εκτέλεσης της παρακέντησης : 1) Η περιοχή ετοιμάζεται με αντισηψία, καλύπτεται με αποστειρωμένο τετράγωνο και σχιστό και γίνεται η τοπική αναισθησία με διάλυμα προκαΐνης. 2) Η ψυχολογική ενθάρρυνση της ασθενούς συνεχίζεται από την νοσηλεύτρια. 3) Κατά την είσοδο της βελόνας στον περικαρδιακό σάκο παρακολουθούνται το ΗΚΓ, τα ζωτικά σημεία και η Κ.Φ.Π. συνεχώς.

Κατά τη φάση παρακολούθησης της ασθενούς (μετά την περικαρδιοκέντηση) : 1) Η νοσηλεύτρια τοποθετεί την ασθενή σε κατάλληλη θέση (ημικαθιστική), 2) Λαμβάνει τα ζωτικά σημεία και παρακολουθεί τυχόν απόκλισή τους από τα φυσιολογικά επίπεδα. 3) Λαμβάνει φροντίδα για το υγρό ώστε να σταλεί στο ανάλογο εργαστήριο.

4) Τακτοποιεί το τροχήλατο. 5) Ενημερώνει το φύλλο νοσηλείας.

Η παρακέντηση του περικαρδίου δε δημιούργησε κάποια επιπλοκή. Τα ζωτικά σημεία και η Κ.Φ.Π. ήταν φυσιολογικά (Α.Π. 150/75mm/Hg, σφυγμός : 75/1', αναπνοή 18/1', θερμοκρασία: 37° C, Κ.Φ.Π. 8 cm/H<sub>2</sub>O). Το άγχος αντιμετωπίσθηκε με επιτυχία.

Στις 27/10/90 και 28/10/90 η κατάσταση στις ασθενούς ήταν η ίδια. Στις 29/10/90 πραγματοποιείται παρακέντηση θώρακα αριστερά. Αφαιρέθηκαν 280 cc πλευριτικού υγρού. Η όψη του υγρού ήταν θολή και η χροιά αιματηρή. Η κυτταρολογική ήταν αρνητική. Η ασθενής δεν εμφάνισε ιδιαίτερο άγχος-αγωνία. Με τηνηθική τόνωσή της και την κατάλληλη ετοιμασία (πριν κατά και μετά την παρακέντηση) η εκτέλεση ήταν επιτυχής. Τα ζωτικά σημεία ήταν σε φυσιολογικά όρια.

Τις επόμενες μέρες νοσηλείας και ως την έξοδο της ασθενούς (10/11/90) δεν ανέκυψε κάποιο πρόβλημα. Η κατάσταση της βελτιώθηκε αρκετά. Εξέρχεται από το Νοσοκομείο με διάγνωση περικαρδίτιδα (νεοπλασματική) και δίνονται οδηγίες για : P.O. Digoxin 0,25 mg 1X μέρα παρά μέρα, Persantin 75 mg 1X2, Medrol 16 mg πρωί, 8mg βράδυ για 20 ημ. και ακολούθως 16mg 1X1.

Πριν την έξοδό της υποβάλλεται σε χημειοθεραπεία με : I.V.Endoxan, Farmoxubicin, Solu-Cortet, Primperan.

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
Από 17/10/90 και εξής

1. Προβλήματα	2. Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4. Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	5. Αποτελέσματα (Εκτίμηση)
<p>Δύσπνοια (προσπάθειας και ορθόπνοια)</p>	<p>α) Μείωση του βαθμού της δύσπνοιας και ανακούφιση της ασθενούς</p> <p>β) Υποβοήθηση του καρδιακού έργου</p>	<p>- Αξιολόγηση της δύσπνοιας από την ερμηνεία των παρατηρήσεων δηλ. παρατήρηση των παραγόντων που μειώνουν ή επιδεινώνουν τη δύσπνοια της θέσης που λαμβάνει η ασθενής κατά την δύσπνοια του χαρακτήρα της αναπνοής, του χρώματος καθήσει. Εμφανίζει ταχύπνοια και της έκφρασης του προσώπου, με γρήγορες και επιπόλαιες αναπνοές της διόγκωσης των φλεβών του τραχήλου.</p> <p>- Εξασφάλιση ικανοποιητικής θέσης και ανάπαυσης.</p> <p>- Χορήγηση O<sub>2</sub></p> <p>- Αντιμετώπιση του άγχους και της αγωνίας. Πρόληψη της συναίσθηματικής έντασης.</p> <p>- Διατήρηση της θερμοκρασίας του θαλάμου στο επίπεδο των 15° C.</p> <p>- Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου.</p> <p>- Χορήγηση δακτυλίτιδας</p> <p>- Κάλυψη των φυσικών αναγκών της ασθενούς (Ατομική καθαριότητα - Διατροφή - Κένωση εντερικού σωλήνα).</p> <p>- Άπασχόληση της ασθενούς.</p>	<p>- Με την παρατήρηση από τη νοσηλεύτρια διαπιστώνεται: Επιδείνωση της δύσπνοιας μετά από μικρή προσπάθεια που όμως μειώνεται με την ανάπαυση, καθώς και όταν η ασθενής βρίσκεται στην υπτία θέσης που περιορίζεται όταν αναρρα της αναπνοής, του χρώματος καθήσει. Εμφανίζει ταχύπνοια και επιπόλαιες αναπνοές και ελαφρά κυανωτικό χρώμα. Με την αύξηση της δύσπνοιας η ασθενής γίνεται αγχώδης και το πρόσωπό της φανερώνει αγωνία. Οι φλέβες του τραχήλου είναι διογκωμένες.</p> <p>- Εξασφαλίζει ικανοποιητική ανάπαυση και κατάλληλη θέση ανάλογα του χαρακτήρα της δύσπνοιας. Ευθερώνει την ασθενή να μην καταβάλει προσπάθειες και τοποθετείται σε ημικαθιστική θέση. Αποφεύγει την τοποθέτηση ιαξιλαιού κάτω από τα γόνατα. Σε εμφάνιση ορθόπνοιας την τοποθετεί σε καθιστική θέση (τη σπρώχνει με 2-3 μαξιλάρια).</p> <p>- Χορηγεί O<sub>2</sub> 3-4lt/l' με ρινική κάνουλα. Κατά τη χορήγηση O<sub>2</sub> η νοσηλεύτρια παρακολουθεί: Ο ρυθμός ροής O<sub>2</sub> να είναι σύμφωνα με την εντολή. Τα ακραία της κάνουλας να είναι στους ραδίνες. Το O<sub>2</sub> να ρέει κανονικά. Ο σωλήνας να είναι στερεωμένος στο μαξιλάρι, ώστε να μην εμποδίζει την άνετη κίνησή του κεφαλιού. Αλλαγές στα ζωτικά σημεία της ασθενούς, στο χρώμα, στη διανοητική κατάσταση. Την ύπαρξη τυχόν αντικειμένων ή ασιών που με την παρουσία O<sub>2</sub> υποβοηθείται η καύση (π.χ. οινόπνευμα).</p> <p>- Την υποστήριξη ψυχολογικά για να αντιμετωπισθεί το άγχος και η αγωνία. Επίσης εφαρμόζονται οι νοσηλευτικές ενέργειες, που έχουν αναφερθεί για το άγχος-αγωνία).</p> <p>- Ο θαλάμος αερίζεται καλά και στο περιβάλλον της ασθενούς κυκλοφορεί έρσοτος και φρέσκος αέρας. Ο αερισμός του χώρου δεν εμποδίζεται με παραβάν και κουρτίνες.</p> <p>- Χορηγεί προεμιστικό ήρεμο για την εξασφάλιση ήρεμου ύπνου (P.O. Loketanil 1,5 mgX1X2) και δημιουργεί κατάλληλες συνθήκες, όπως ελάχιστο φως, απομάκρυνση θορύβων, περιορισμό των επισκέψεων, εξασφάλιση παρουσίας μέλους της οικογένειας κοντά της.</p>	<p>- Η δύσπνοια προσπαθείας και η ορθόπνοια μειώθηκαν αρκετά από τη 2η κιόλας ημέρα εφαρμογής του προγράμματος ν.φ.</p> <p>- Οι νοσηλευτικές ενέργειες εφαρμόστηκαν ικανοποιητικά και υποβοηθήθηκε έτσι και το καρδιακό έργο.</p> <p>- Η παρατήρηση συνέβαλε στην προσέγγιση της επιτυχίας των σκοπών της ν.φ.</p> <p>- Η ανάπαυση μειώνει το φόρτο της κυκλοφορίας του αιματός.</p> <p>- Με την ημικαθιστική θέση μειώνεται η επιστροφή φλεβικού αίματος στην καρδιά και τους πνεύμονες, η πνευμονική συμπίεση, ανακουφίζεται και μειώνεται η πίεση που ασκεί το ήπαρ στο διάφραγμα. Με την καθιστική θέση στην ορθόπνοια ελαττώνεται η φλεβική επαναστροφή ή εξαλείφεται η πίεση που ασκούν τα σπλάχνα στο διάφραγμα αυξάνεται έτσι η ζωτική χωρητικότητα του πνεύμονα, βελτιώνεται η κυκλοφορία και η αιμάτωση του αναπνευστικού κέντρου.</p> <p>- Με το O<sub>2</sub> βελτιώνεται η οξυγόνοση των ιστών. Το άγχος και η συναίσθηματική ένταση αυξάνει το έργο της καρδιάς.</p> <p>- Η θερμοκρασία των 15° του θαλάμου διευκολύνει την είννοια και δημιουργεί άνεση στην ασθενή.</p> <p>- Η ασθενής είναι ανήσυχη και παρουσιάζει δυσκολία στον ύπνο λόγω εγκοιλιακής υποξίας.</p> <p>- Η δακτυλίτιδα (ανα-</p>



ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
Από 17/10/90 και εξής

1. Προβλήματα	2. Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4. Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	5. Αποτελέσματα (Εκτίμηση)
Συνέχεια			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Χορηγεί δακτυλίτιδα για βελτίωση της συσταλτικότητας της καρδιάς P.O.Digoxin 0,25 mg 1x/μέρα παρά μέρα. Με τη χορήγηση δακτυλίτιδας παρακολουθεί την ασθενή για εμφάνιση συμπτωμάτων τοξικού δακτυλιτισμού.</li> <li>- Η ατομική καθαριότητα γίνεται από τη νοσηλεύτρια με την ασθενή στο κρεβάτι. Για τη διαίτα : Χορηγεί μικρά και συχνά γεύματα. Είναι άναλος, με πολύ περιορισμένη κυτταρίνη και χωρίς τροφές που δημιουργούν αέρια. Περιορίζονται οι θερμίδες τα υγρά και το λίπος. Για την κένωση του εντέρου δε χορηγεί τροφές πλούσιες σε κυτταρίνη, αλλά υποβοηθά το έντερο με υπαικτικό φάρμακα. (Γαλα Μαγνησίας) και υποκλεισκό όταν η ασθενής δεν έχει κενώσεις. - Η ασθενής απασχολείται με ευχάριστες συζητήσεις, ακρόαση μουσικής.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- αέροθηκε πως δασ) προκαλεί αύξηση της συστολής της καρδιάς ή μείωση της συχνότητας του καρδιακού παλμού με αποτέλεσμα :</li> <li>- αύξηση του ΚΛΟΑ</li> <li>- πτώση της Φ.Π. αίματος.</li> <li>- μείωση όγκου αίματος (αύξηση διούρησης)</li> <li>- Το λουτρό προκαλεί μυϊκή χαλάρωση και ενισχύει την κυκλοφορία</li> <li>- Τα μικρά και συχνά γεύματα δεν επιβαρύνουν τη λειτουργία της πέψης. Η διαίτα έχει υποθερμιδική για αποφυγή παχυσαρκίας που εμποδίζει την καρδιακή λειτουργία - Η άναλος διαίτα και ο περιορισμός των υγρών περιορίζει τον ολικό όγκο του αίματος. Οι τροφές έχουν πολύ περιορισμένη κυτταρίνη και είναι τροφές που δε δημιουργούν αέρια για αποφυγή ανύψωσης του διαφράγματος και παρεμπόδιση του καρδιακού έργου.</li> <li>- Η παρουσία των κοπράνων στο έντερο αυξάνει το περιεχόμενο της κοιλιάς δημιουργώντας έτσι πίεση του διαφράγματος και της καρδιάς.</li> <li>- Η πνευματική απασχόληση ευχαριστεί και ωφελεί την ασθενή.</li> </ul>

ΕΚΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 17/10/90 και εφεξής

1. Προβλήματα	2. Σκοποι νοσηλευτικής φροντίδας	3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4. Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	5. Αποτελέσματα (Εκτιμήσεις)
Οιδήματα κάτω άκρων	Περιορισμός του οιδήματος των κάτω άκρων	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Περιορισμός NaCl</li> <li>- Ακριβής χορήγηση διουρητικών φαρμάκων</li> <li>- Ακριβής μέτρηση λαμβανόμενων και αποβαλλομένων υγρών</li> <li>- Χορήγηση καλιούχων τροφών</li> <li>- Μέτρηση βάρους σώματος την ίδια ώρα καθημερινά και κάτω από τις ίδιες συνθήκες (σιτίσεως, ενδύσεως κ.λ.π.)</li> <li>- Περιποίηση του δέρματος των περιοχών του οιδήματος, καθώς και των περιοχών που πιέζονται για την πρόληψη καταλίσεων</li> <li>- Ενίσχυση της ασθενούς να αλλάξει θέση στο κρεβάτι.</li> <li>- Έγερση των κάτω άκρων κατά διαστήματα και εφαρμογή παθητικών κινήσεων αυτών.</li> <li>- Χορήγηση ελαστικής κάλτσας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η νοσηλεύτρια χορηγεί άνολο δίαιτα.</li> <li>- Χορηγεί διουρητικά φάρμακα (Lasix 40mg P.O. 1x Δευτ., Τετ., Παρασκ.),</li> <li>- Μετά τα λαμβανόμενα και αποβαλλόμενα υγρά. (Η ασθενής λαμβάνει 2000 κ.εκ. υγρά και αποβάλλει το ίδιο ημερησίως). Μετρούνται τα ούρα 24ώρου).</li> <li>- Ενισχύει την ασθενή να λαμβάνει τροφές πλούσιες σε Κ. (πατάτες, μπανάνες, πορτοκάλια, κ.α.) και πωσασιουθεί για συμπύκνωση υποκαλιαιμίας.</li> <li>- Την ζυγίζει καθημερινά στον ίδιο ζυγό με τα ίδια ρούχα, την ίδια ώρα. (Η ασθενής δεν εμφανίζει απόκλιση από το βάρος της: 80Kg.).</li> <li>- Η παρουσία οιδήματος επιβάλλει ειδική φροντίδα του δέρματος με την χρήση ουδέτερων σαπουνιών. Έλεγχει τις περιοχές, που πιέζονται για την εμφάνιση τυχόν ερυθρότητας. Ενισχύει την κυκλοφορία του αίματος στα σημεία αυτά (π.χ. φτέρνας) με πλύσεις με ζεστή σαπουνιά και εντριβή με οινόπνευμα.</li> <li>- Η ασθενής αλλάζει θέση στο κρεβάτι, σηκώνοντας τα κάτω άκρα κατά διαστήματα και εφαρμόζονται παθητικές κινήσεις αυτών.</li> <li>- Χορηγεί ελαστική κάλτσα (Digosin 0,25 στον περιορισμό του οιδήματος P.O. 1Χμέρα παρά μέρα)</li> </ul>	<p>Τα οιδήματα των κάτω άκρων μειώθηκαν σιγά-σιγά σε σημαντικό βαθμό.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Η άνολος δίαιτα με την οποία αποφεύγεται η κατακράτηση υγρών, η χορήγηση διουρητικών (φουροσεμίδης): Δοσ με αναστολή της απορρόφησης Na στο ανιόν σκέλος της αγκύλης του Henle), η πρήση δελτίου ισοζυγίων υγρών, η καθημερινή μέτρηση του βάρους καθώς και η λήψη καλιούχων τροφών (με τη διούρηση αποβάλλεται καλίο), η φροντίδα των περιοχών του οιδήματος και αυτών στις οποίες ασκείται πίεση, ή αλλαγή της θέσεως του ασθενούς στο κρεβάτι, η έγερση των κάτω άκρων με την εφαρμογή παθητικών κινήσεων και η χορήγηση ελαστικής κάλτσας (η οποία μειώνει τον όγκο του αίματος και αυξάνεται έτσι η διούρηση),</li> <li>- Ψηφίσαν συγκεκριμένες νοσηλευτικές ενέργειες, που οδήγησαν στον επιθυμητό αποτέλεσμα, δηλ. θμηντό αποτέλεσμα, δηλ. οιδήματος των κάτω άκρων και στην αποφυγή των καταλίσεων.</li> </ul>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 17/10/90 και εξής

1. Προβλήματα	2. Εκπολι νοσηλευτικής φροντίδας	3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4. Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	5. Αποτελέσματα (Εκτίμηση)
Άγχος - αγωνία	Μείωση-απαλλαγή άγχους-αγωνίας όσο το δυνατόν πιο σύντομα	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Δημιουργία συνθηκών για επικοινωνία με την ασθενή.</li> <li>- Εξασφάλιση ήρεμου ύπνου</li> <li>- Εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος</li> <li>- Επικοινωνία της νοσηλεύτριας με τα οικεία πρόσωπα.</li> <li>- Σαφή εκτέλεση των νοσηλειών</li> <li>- Απασχόληση της ασθενούς για την απομάκρυνση άγχους-αγωνίας.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η νοσηλεύτρια ενδιαρρύνει την ασθενή να εκφράσει τα αισθήματά της. Διατίθεται χρόνος της νοσηλεύτριας για ακρόαση της ασθενούς. Δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης. Γίνονται προσπάθειες για προαγωγή χαλάρωσης και άνεσης της ασθενούς. Η νοσηλεύτρια θυμάται τις ατομικές προτιμήσεις της ασθενούς και διατηρεί μια στάση αποδοχής αυτής.</li> <li>- Χορηγεί ηρεμιστικά (P.O.Lexota-pil 1,5 mg pg) 1X2</li> <li>- Απομακρύνει τυχόν θορύβους. Εξασφαλίζει ελάχιστο φωτισμό.</li> <li>- Απομακρύνει πρόσωπα δυσάρεστα για αυτήν, ενώ εξασφαλίζει την παρουσία προσώπων που την ευχαριστούν. Αερίζει τον θάλαμο. Εξασφαλίζει κατάλληλη θερμοκρασία αυτού, κατάλληλο φωτισμό και απομακρύνει τους θορύβους.</li> <li>- Η νοσηλεύτρια στην επικοινωνία της με τα οικεία πρόσωπα τονίζει την αξία της παρουσίας της τους εξηγεί τους παύοντες που αυξάνουν και ελατώνουν το άγχος και ζητά τη συμμετοχή τους σ' αυτό</li> <li>- Κατά την περικαρδιοκέντηση η νοσηλεύτρια εξηγεί εκ των προτέρων στην ασθενή τι πρόκειται να συμβεί, τονώνει το ηθικό της και την τοποθετεί στην κατάλληλη θέση. Διατηρεί συγκρατημένη την προσοχή της κατά τη διάρκεια της παρακέντησης, εμπνέει εμπιστοσύνη και παρακολουθεί τυχόν αντιδράσεις. Μετά το τέλος της παρακέντησης την τοποθετεί στην κατάλληλη θέση (ημικαθιστική) την ενισχύει ψυχολογικά και απομακρύνει τα χρησιμοποιούμενα αντικείμενα.</li> <li>- Ενθαρρύνει την ασθενή για ανάγνωση βιβλίων, για ακρόαση μουσικής, για ευχάριστη συζήτηση.</li> </ul>	<p>Η εφαρμογή του προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας δεν είχε άμεσο αποτέλεσμα. Το άγχος και η αγωνία μειώθηκαν σε κάποιο βαθμό από τη 2η ημέρα παραλαβής της ασθενούς από τη νοσηλεύτρια (18/10/90). Οι ίδιες νοσηλευτικές ενέργειες τέθηκαν σε εφαρμογή στις 26/10/90 όταν η ασθενής παρουσιάσε άγχος-αγωνία πριν και κατά την περικαρδιοκέντηση.</p> <p>- Γενικά, η παρουσία των οικείων προσώπων, οι κατάλληλες συνθήκες περιβάλλοντος, η απασχόληση της ασθενούς και κυρίως η καλή επικοινωνία της νοσηλεύτριας με την ασθενή και η αλόγη συμπεριφορά της είχαν ικανοποιητικά αποτελέσματα.</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 17/10/90 και εφεξής

1- Προβλήματα	2. Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4. Επαρρογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	5. Αποτελέσματα (Εκτίμηση)
Καταβολή - αδυναμία	Σωματική και ψυχολογική τόνωση.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ενίσχυση του διαιτολογίου με λευκώματα και βιταμίνες.</li> <li>- Ψυχολογική ενίσχυση της ασθενούς με τη νοσηλεύτρια</li> <li>- Μείωση των φυσικών δραστηριοτήτων.</li> <li>- Εντριβές στο αίμα για την ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος.</li> <li>- Εξασφάλιση ήρεμου περιβάλλοντος απαλλαγμένου από θορύβους.</li> <li>- Βοήθεια της ασθενούς κατά τη λήψη φαγητού.</li> <li>- Εξασφάλιση των απαραίτητων αντικειμένων της ασθενούς κοντά της.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Η νοσηλεύτρια ενισχύει το διαιτολόγιο με λευκώματα 100-150gr ημερησίως (άπαχο κρέας, ψάρι, γάλα, γιαούρτι) και βιταμίνες (φρούτα) -</li> <li>- Την ενισχύει ψυχολογικά με ανύψωση του ηθικού της- (Τονίζει ότι η καταβολή αυτή που νιώθει είναι παροδική και ότι θα ξεπεραστεί με τη βελτίωση της κατάστασής της).</li> <li>- Η ασθενής αναπαύεται και μειώνονται, όσο είναι δυνατόν οι φυσικές δραστηριότητες, της και αυξάνονται προοδευτικά με τη συνεχή βελτίωσή της.</li> <li>- Εκτελεί συχνές εντριβές στο αίμα.</li> <li>- Εξασφαλίζει ήρεμο περιβάλλον, απαλλαγμένο από θορύβους.</li> <li>- Κορηγεί στην ασθενή βοήθεια για την λήψη του φαγητού της.</li> <li>- Λαμβάνει μέριμνα για την ύπαρξη των απαραίτητων αντικειμένων της ασθενούς κοντά της.</li> </ul>	<p>Η ασθενής αισθάνθηκε λιγότερο αδυναμία - καταβολή την 3η ημέρα εφαρμογής του προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας.</p> <p>- Η κατάλληλη διατροφή η ψυχολογική υποστήριξη από τη νοσηλεύτρια, η αποφυγή κοπώσεως και η ενίσχυση της κυκλοφορίας του αίματος με τις εντριβές συνέβαλαν στη σωματική και ψυχολογική τόνωση.</p>

ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Από 17/10/1990 και εξής

1. Προβλήματα	2. Σκοποί νοσηλευτικής φροντίδας	3. Προγραμματισμός νοσηλευτικής φροντίδας	4. Εφαρμογή προγράμματος νοσηλευτικής φροντίδας	5. Αποτελέσματα (Εκτίμηση)
Ανορεξία	Αύξηση της διαθέσεως για φαγητό	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Χορήγηση τροφής της προτιμήσεως της</li> <li>-Χορήγηση καλοσεβρισμένης τροφής σε περιποιημένο δίσκο.</li> <li>-Χορήγηση εύπεπτης τροφής</li> <li>-Εξασφάλιση ποιικιλίας στο διαιτολόγιό της</li> <li>-Δημιουργία κατάλληλου περιβάλλοντος την ώρα του φαγητού, ώστε να μην αναστέλλεται η διάθεση για φαγητό.</li> <li>-Ερβίρισμα τροφής σε τακτικές ώρες.</li> <li>-Διατήρηση της στοιχειωδούς κοιλότητας καθαρής.</li> <li>-Ενίσχυση της ασθενούς να λαμβάνει τα γεύματα</li> <li>-Δημιουργία κατάλληλων συνθηκών για την λήψη φαγητού της ασθενούς από τη νοσηλεύτρια</li> <li>-Ενημέρωση του δελτίου νοσηλείας σχετικά με την τροφή που πήρε.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Η ασθενής εκκράζει την επιθυμία της για σούπα κατόπουλο. Χορηγεί στην ασθενή σούπα κατόπουλο.</li> <li>-Ο δίσκος είναι περιποιημένος και η τροφή καλοσεβρισμένη έτσι ώστε να είναι ελκυστική στην ασθενή. (Ο δίσκος καλύπτεται με τετράγωνο και τα μαχαιροπήρουνα χείναι καθαρά και στη σωστή θέση. Τα σκεύη από ποσελάνη δεν είναι ραγιαμένα ή ελασράς κτυπημένα).</li> <li>-Χορηγεί εύπεπτες τροφές.</li> <li>-Φροντίζει για την ύπαρξη ποιικιλίας στο διαιτολόγιο της.</li> <li>-Για την ώρα του φαγητού : <ul style="list-style-type: none"> <li>Αερίζει το δωμάτιο, απομακρύνει τα δοχεία, και τα άλλα χρησιμοποιούμενα υλικά. Έχει χορηγήσει δοχείο πριν τη λήψη φαγητού. Επιτοέπει την παραμονή πολύ οικείων προσώπων.</li> <li>-Τα γεύματα σερβίρονται τακτικά και αποστέγγεται κάθε καθυστέρηση.</li> <li>-Φροντίζει για να διατηρείται η στοματική κοιλότητα καθαρή με πλύση με δροσερό νερό ή αντισηπτική διάλυση (Hexalen)</li> <li>-Ενθαρρύνεται η ασθενής να λαμβάνει τα γεύματα με ενημέρωση των ωρελειών από τις διάφορες τροφές, κυρίως για την καταπολέμηση της καταβολής-αδυναμίας</li> <li>-Δημιουργεί τις κατάλληλες συνθήκες για τη λήψη φαγητού (Αναφέρονται στο σχεδίαγραμμα ν.φ. του προβλήματος ανορεξία του πρώτου περιστατικού με ιδιωτική περισοδίτιδα).</li> <li>-Αναγράφει την τροφή που πήρε, καθώς και τις παρατηρήσεις, που αναφέρονται στην όρεξη της ασθενούς.</li> </ul> </li> </ul>	<p>Η διάθεση της ασθενούς για φαγητό αυξήθηκε σιγά-σιγά από τη 2η κιόλας ημέρα που παραλήφθηκε από τη νοσηλεύτρια.</p> <p>Οι προγραμματισμένες νοσηλευτικές ενέργειες για την αντιμετώπιση της ανορεξίας απέδωσαν αποτελεσματικά.</p>

### Η ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ ΣΤΗΝ ΚΟΙΝΟΤΗΤΑ

Σε πολλές χώρες του κόσμου επικρατεί ακόμη η λανθασμένη ιδέα ότι η Νοσηλευτική, κύρια προσφέρει τις υπηρεσίες της στον περιορισμένο χώρο του Νοσοκομείου.

Ένα μεγάλο όμως πρόβλημα, ειδικά για την χώρα μας, είναι η ουσιαστική έλλειψη υπηρεσιών υγείας στο χώρο της κοινότητας. Άρα σχεδόν δεν υπάρχουν Νοσηλευτικές δραστηριότητες στο χώρο αυτό.

Για να φθάσει το Νοσηλευτικό προσωπικό στην Κοινότητα απαιτούνται: η ανάπτυξη νέων υπηρεσιών υγείας και το ζωντάνεμα των ήδη υπάρχόντων, η επάνδρωσή τους με επαρκή εκπαιδευμένο νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και ο προσδιορισμός του ρόλου της νοσηλεύτριας.

Επίσης, σήμερα υπάρχει επείγουσα ανάγκη για τη μόρφωση του τύπου γενικής νοσηλεύτριας, που να μπορεί να εργάζεται αποτελεσματικά τόσο στο Νοσοκομείο, όσο και στην Κοινότητα.

Η νοσηλεύτρια στην κοινότητα πρέπει να διαθέτει παρατηρητικότητα, δεξιότητες και ικανότητα να αναπτύσσει διαπροσωπικές σχέσεις, ικανότητα να διδάσκει ακόμα και ομάδες και να οργανώνει την εργασία της και να πραγματοποιεί τα προγράμματά της. Είναι απαραίτητο να είναι καλά πληροφορημένη για την περιοχή της, να γνωρίζει τις ανάγκες της και να ταξινομεί τους ασθενείς κατά προτεραιότητα, ανάλογα δηλ. αν έχουν ανάγκη εντατικού ελέγχου ή περιορισμένου ελέγχου υγείας.

Στην κοινότητα, λοιπόν, η νοσηλεύτρια μπορεί να συμβάλλει θετικά στην αντιμετώπιση της περικαρδίτιδας με :

α) την πρόληψη, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με τη συνέντευξη των ατόμων για την κατάσταση της υγείας τους, την παρατήρηση και την παροχή συμβουλών για διάφορες νόσους που δημιουργούν την περικαρδίτιδα, με εμβολιασμούς (π.χ. Β.С.С.), με την πραγματοποίηση εξετάσεων.

β) Την φροντίδα για την εξασφάλιση κατάλληλου περιβάλλοντος ερ-

γασίας (π.χ. τραυματική περικαρδίτιδα από τέμνοντα και άλλα όργανα) σε συνεργασία με το γιατρό και με την υπηρεσία ασφάλειας της υπηρεσίας.

γ) Την θεραπεία (π.χ. Σε οξεία περικαρδίτιδα, ο ασθενής πρέπει να τύχει φροντίδων για την συμπτωματική ανακούφιση αυτού, να παραμείνει στην κλινική και να υποβληθεί στην θεραπεία της λοιμώξεως με την χρήση σουλφαμιδών, πενικιλλίνης κ.ά.).

δ) Τη διδασκαλία, την διαπαιδαγώγηση, η οποία αφορά ατομική διαπαιδαγώγηση και ενημέρωση καθώς και οργάνωση ομαδικών διαλέξεων, εκπαίδευση ατόμων για τη χορήγηση Πρώτων Βοηθειών.

ε) Επισκέψεις κατ'οίκον, ή στο Νοσοκομείο για τη συγκέντρωση πληροφοριών.

στ) Την έρευνα, που αφορά τις λοιμώξεις και τις νοσηρές καταστάσεις που είναι γνωστές ότι προκαλούν περικαρδίτιδα.

Βέβαια, για να επιτύχει η Νοσηλεύτρια το σκοπό της, είναι ανάγκη να γνωρίζει την περιοχή της και τις οικογένειες, να έχει πείρα, λογική, ενδιαφέρον να μαθαίνει, να αποκτά εμπειρίες, και να είναι υπομονετική μέχρι να φθάσει σε ικανοποιητικά αποτελέσματα.

Επιβάλλεται, λοιπόν, η αναθεώρηση της ιδέας, που αναφέρθηκε στην αρχή και η ανάπτυξη νοσηλευτικών δραστηριοτήτων στο χώρο της κοινότητας, γιατί είναι τόσο σημαντική η ύπαρξή τους, όσο και απαραίτητη.

### Ε π ί λ ο γ ο ς

Ο καρδιολογικός ασθενής και επομένως και ο ασθενής που πάσχει από περικαρδίτιδα έχει την ανάγκη της νοσηλεύτριας περισσότερο από τα άλλα μέλη της υγειονομικής ομάδας. Γιατί, όπως ήδη αναφέρθηκε, ο ασθενής με καρδιακό νόσημα αισθάνεται ότι απειλείται άμεσα η ζωή του και αναπτύσσει αισθήματα φόβου, αγωνίας ακόμη και μελαγχολίας.

Η νοσηλεύτρια είναι το πρόσωπο, που μπορεί να παίξει θετικό ρόλο-τόσο στο Νοσοκομείο, όσο και στην κοινότητα - για την αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς, αφού έχει το προνόμιο να ασκεί το λειτούργημά της σε μια διαπροσωπική ατμόσφαιρα. Χρησιμοποιώντας τα πιο σημαντικά εργαλεία της, την ανθρώπινη γλώσσα και τη γλώσσα της συμπεριφοράς επιτυγχάνει να μεταγγίσει πίστη και ελπίδα στον απελπισμένο, να ενθαρρύνει το φοβισμένο, να καταπραΰνει τον ταραγμένο, να προσφέρει ψυχολογική υποστήριξη και παρηγοριά σε όποιον υποφέρει.

Αρκεί να γνωρίζει συνειδητά αυτό, που έχει γράψει ο ψυχολόγος Eysenck: "Ο ασθενής είναι για τη θεραπεία μιας ασθένειας τουλάχιστον τόσο σημαντικός όσο και η ίδια ή ασθένεια".

Τότε, πραγματικά, η συμβολή της θα είναι τεράστια και τα οφέλη σημαντικά, τόσο γι' αυτήν, με το να βρίσκει πάντα τη Νοσηλευτική ως πολύτιμη εμπειρία και ως στίβο για προσωπική τελειοποίηση και κοινωνική χρησιμότητα, όσο και για τον ασθενή, που νοσηλεύει στον οποίο θα βρει αντίκρουσμα το εξής ρητό από τις Παροιμίες: "Αδελφός υπό αδελφού βοηθούμενος ως πόλις οχυρά και υψηλή, ισχύει δε ώσπερ τεθεμελιωμένον βασίλειον".



Βιβλιογραφία

BARNARD C., EVANS P.: Η καρδιά και οι καρδιοπάθειες.

Μετάφραση : ΤΖΑΝΤΑΛΙΑΣ Κ. Επίτομος. Έκδοση: 1η Εκδόσεις :  
Π. Κουτσομπός. Αθήνα 1988.

BOCCHI P., CALATRONI O., FAVERO L., LEONI G., MAGNANI M., TOFANI  
L., : Υγεία Εγκυκλοπαίδεια : "Γενική Ιατρική και Χειρουργική.

Καρδιά". Μετάφραση : Από επιτελείο ιατρών. Τόμος : 6ος. Έκδοση:  
1η. Εκδόσεις : Δομική Π.Ε.Γκούμας - Κωτσιόπουλος. Copyright για  
την Ελλάδα 1988.

BURCH G.: Καρδιολογία-Ανατομική-Φυσιολογία-Σημειολογία-Νοσολογία  
και Θεραπευτική. Μετάφραση : ΚΑΛΑΦΑΤΑΣ Π., ΒΟΡΓΙΑΣ Ν. Επίτομος.

Έκδοση : 1η. Εκδόσεις : Ιατρική Βιβλιοθήκη Γ. Γερόλυμπος, Αθήνα  
1959.

ΓΑΛΑΡΙΩΤΗΣ Κ. Σημειώσεις Καρδιολογίας και ηλεκτροκαρδιογράφημα

Επίτομος. Έκδοση 1η. Αθήνα 1970.

ΓΑΡΔΙΚΑΣ Κ. Ειδική Νοσολογία. Επίτομος. Έκδοση : 3η. Εκδόσεις:  
Γ. Παρισιάνος. Αθήνα 1981.

ΓΕΩΡΓΑΚΗ Α., ΝΑΝΟΥ Κ. : Νοσηλευτική Ι. Επίτομος. Έκδοση : 1η  
Οργανισμός εκδόσεως διδακτικών βιβλίων. Αθήνα 1986.

CHAUCHARD P.: Η καρδιά και οι ασθένειά της. Μετάφραση: ΟΥΖΟΥΝΗΣ  
Χ. Επίτομος. Έκδοση : 1η, Εκδόσεις: Ι. Ζαχαρόπουλος Αθήνα 1965.

ΖΙΩΡΗΣ Χ. Μεταβολαί της μεγίστης τιμής της πρώτης παραγώγου της  
πιέσεως της αριστεράς κοιλίας (Max DP/DT) επί οξέος καρδιακού  
επιπωματισμού και της εν συνεχεία χορηγήσεως νιτροπρωσσικού  
νατρίου. Επίτομος. Έκδοση: 1η. Αθήνα 1981-

FRIEDBERG C.: Καρδιολογία. Μετάφραση: Από επιτελείο ιατρών. Τό-  
μος : 2ος. Έκδοση : 1η. Εκδόσεις: Κοβάνης. Αθήνα 1959.

HARRISON T., REEVES T.: Principles and problems of Ischemic Heart  
Disease Copyright 1968 by year book medical publishers-

HURST W., LOGUE B., SCHLANT R., WENGER N.: Η καρδιά. Αρτηρίες και

φλέβες. Μετάφραση : ΜΙΧΑΛΟΠΟΥΛΟΣ Χ. Τόμος: 3ος. Έκδοση: 4η  
Εκδόσεις : Μαχαών. Αθήνα 1978.

ΚΑΛΑΝΤΖΗ-ΑΖΙΖΙ Α.: Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο της  
υγείας- Επίτομος. Έκδοση: 2η. Εκδόσεις : Δ. Μαυρομάτη. Αθήνα.  
1988.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ., ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ. Νοσηλευτική Παθολογική Χειρουργική.  
Τόμος: 2ος. Μέρος : 1ο. Έκδοση: 9η. Εκδόσεις : Ιεραποστο-  
λική Ένωση Αδελφών Νοσοκόμων "Η ΤΑΒΙΘΑ" Αθήνα 1987.

ΜΙΧΑΗΛΙΔΗΣ Γ., ΑΥΓΟΥΣΤΑΚΗΣ Δ., ΚΟΙΔΑΚΗΣ Α, ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π.:  
Καρδιολογία. Επίτομος. Έκδοση: 1η Εκδόσεις : Γ. Παρισιάνος.  
Αθήνα 1970

MOLLER J., AMPLATZ K., EDWARDS J.: Παθήσεις καρδιάς. Συγγενείς  
καρδιοπάθειες, Παθολογοανατομία. Παθοφυσιολογία. Κλινική διάγνωση.  
Αιμοδυναμική διερεύνηση. Μετάφραση: ΣΠΑΝΟΣ Π. Επίτομος.

Έκδοση 1η. Εκδόσεις: Επιστημονικών βιβλίων και περιοδικών  
"University studio Press". Θεσσαλονίκη 1983.

ΜΟΥΛΟΠΟΥΛΟΣ Σ. Θεραπευτική εσωτερικών νόσων. Επίτομος. Έκδοση:  
2η. Εκδόσεις: Γ. Παρισιάνος. Αθήνα 1983.

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Ν. Ισχαιμική Καρδιοπάθεια. Επίτομος. Έκδοση: 1η  
Εκδόσεις: Λίτσας. Αθήνα 1981.

ΠΑΠΑΖΟΓΛΟΥ Ν. Κλινική Καρδιολογία. Επίτομος Έκδοση: 1η Εκδόσεις:  
Λίτσας Αθήνα 1981

READ A., BARRITT D., LANGTON H.: Σύγχρονη Παθολογία. Μετάφραση:  
ΜΟΥΤΣΟΠΟΥΛΟΣ Χ. Επίτομος. Έκδοση: 2η. Εκδόσεις: Λίτσας. Αθήνα  
1984.

ΣΑΧΙΝΗ-ΚΑΡΔΑΣΗ Α. ΠΑΝΟΥ Μ.: Παθολογική και Χειρουργική Νοσηλευτική  
Νοσηλευτικές διαδικασίες. Τόμος : 2ος, Μέρος: 1ο, Έκδοση: 1η  
Εκδόσεις: Βήτα. Αθήνα 1985

SOCLOW M., MACLLROY M.: Κλινική Καρδιολογία. Μετάφραση ΚΑΡΑΝΤΖΑΣ  
Ν. Επίτομος. Έκδοση : 3η. Εκδόσεις: Π. Πασχαλίδης. Αθήνα 1985.

ΣΟΜΠΟΛΟΣ Κ.: Χρόνια περιοδική αιματοκάθαρση. Επίτομος. Έκδοση:  
1η. Εκδόσεις: Α. Μιχάλης Θεσσαλονίκη 1984.

ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π. Καρδιολογία. Επίτομος. Έκδοση: 1η. Εκδόσεις: Γ. Πα-  
ρισιάνος. Αθήνα 1987.

ΤΣΑΜΠΟΥΛΑΣ Ν. Ειδική Νοσολογία. Επίτομος. Έκδοση: 1η. Εκδόσεις:  
Ι. Κρικέλης, Αθήνα 1956

