

ΤΕΙ ΠΑΤΡΑΣ
ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ
ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΣΧΕΣΗ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ & ΑΡΤΗΡΙΑΚΗΣ ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ

Π Τ Υ Χ Ι Α Κ Η Ε Ρ Γ Α Σ Ι Α
ΣΠΟΥΔΑΣΤΟΥ: ΧΑΡΑΛΑΜΠΟΠΟΥΛΟΥ ΔΗΜΗΤΡΙΟΥ

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ
ΠΑΠΑΔΗΜΗΤΡΙΟΥ ΜΑΡΙΑ



Πτυχιακή Εργασία για τη λήψη πτυχίου Νοσηλευτικής

Π ά τ ρ α 1990

ΑΡΙΘΜΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	327
----------------------	-----



Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ

Στην εκπνοή των 3 χρόνων σπουδών μου λίγω πριν αφήσω τα θρανία για μια θέση στην αρένα της ζωής και με εφόδια ό,τι απλόχερα μου προσφέρθηκε τα 3 χρόνια της φοιτήσεως μου στη Νοσηλευτική σχολή των Τ.Ε.Ι. Πατρών, μου δίνεται η ευκαιρία να παρουσιάσω στην πτυχιακή μου εργασία ένα θέμα που πάντα με ερέθιζε και με απασχολούσε. Την σχέση που μπορεί να έχει η υπέρταση ως προδιαθεσικός παράγοντας στην εμφάνιση του εμφράγματος του μυοκαρδίου.

Είναι μια εργασία που με μεράκι την ετοίμαζα για έξι μήνες και με χαρά την παρουσιάζω στην εξεταστική επιτροπή.

Η απειρία μου όμως ήταν μεγάλη. Προσπάθησα να την υπερνικήσω διαβάζοντας και μελετώντας παρόμοιες εργασίες. Παρ'όλα αυτά δεν είμαι σίγουρος για τα αποτελέσματα. Είμαι όμως βέβαιος ότι τόσο η υπεύθυνη καθηγήτρια όσο και τα μέλη της εξεταστικής επιτροπής θα σταθούν με κατανόηση.

Ευχαριστώ

Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α	Σ Ε Λ Ι Δ Α
Π Ρ Ο Λ Ο Γ Ο Σ	I
Π Ε Ρ Ι Ε Χ Ο Μ Ε Ν Α	II
Α. - Μ Ε Ρ Ο Σ Α' - Γ Ε Ν Ι Κ Ο	
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	1
ΚΕΦΑΛΑΙΟ I.-	2.
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ - ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΕΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΥΠΕΡΤΑΣΗ & ΤΟ ΕΜΦΡΑΓΜΑ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ II.-	4.
ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ: α. Υπέρτασης β. Εμφράγματος	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ III.-	8.
ΘΕΡΑΠΕΙΑ: α. Υπέρτασης β. Εμφράγματος	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ IV.-	11.
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ - ΠΡΟΛΗΨΗ ΥΠΕΡΤΑΣΕΩΣ	
ΜΕΡΟΣ Β! - ΕΙΔΙΚΟ	
I.- ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ	16.
II.- ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	17.
III.- ΣΥΖΗΤΗΣΗ	24
IV.- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	28
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	31
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	32.

Α! ΜΕΡΟΣ - ΓΕΝΙΚΟ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Είναι γνωστό ότι η πρώτη αιτία θανάτου στη χώρα μας αλλά και παγκόσμια είναι οι καρδιαγγειακές παθήσεις με δεύτερη τα κακοήθη νεοπλάσματα.

Στις καρδιαγγειακές παθήσεις πρώτη θέση κατέχει το έμφραγμα του μυοκαρδίου η οποία αναφέρεται και ως η πρώτη αιτία θανάτου στη χώρα μας.

Μία άλλη αιτία που συχνά τα τελευταία χρόνια δημιουργεί πολλά προβλήματα στην ανθρωπότητα είναι η υπέρταση. Η αρτηριακή υπέρταση κατάχει μια εξέχουσα θέση στις αιτίες θανάτου στην Ελλάδα αλλά ταυτόχρονα πολύ συχνά οδηγεί σε έμφραγμα του μυοκαρδίου .

Είναι γνωστό ότι ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγοντας στην εμφάνιση του εμφράγματος είναι η αρτηριακή υπέρταση.

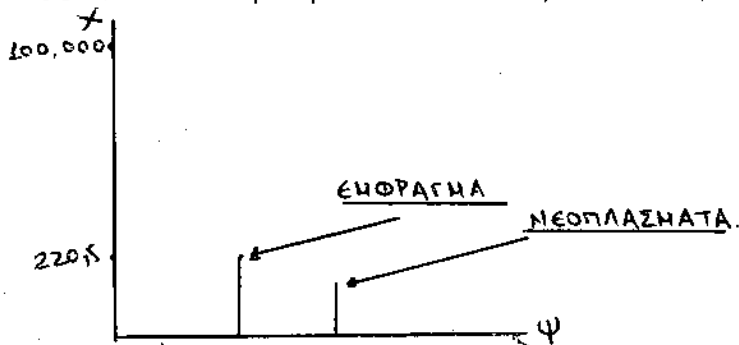
Στόχος αυτής της εργασίας είναι να δείξει κατά πόσο η παραπάνω εικασία για την προαναφερθείσα σχέση είναι βάσιμη: Χωρίς να θέλω να αμφισβητήσω τις ως τώρα εργασίες πάνω σ'αυτό το θέμα-πράγμα που από θέση δεν είμαι ικανός να κάνω - επιθυμούσα να έχω προσωπική άποψη για το θέμα καθώς επίσης και πως μπορεί να αντιμετωπισθεί ως Νοσηλευτικό πρόβλημα στην πρόληψη και μείωση εμφάνισης νέων κρουσμάτων.

Για το λόγο αυτό έγινε επί έξι μήνες μια έρευνα στο Περιφεριακό Γενικό Νοσοκομείο Αθηνών της οποίας τα αποτελέσματα και τον τρόπο διεξαγωγής θα αναλύσω στη συνέχεια.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ -I-

ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΑ

Όπως ανέφερα παραπάνω το έμφραγμα του μυοκαρδίου αποτελεί την πρώτη αιτία θανάτου στη χώρα μας. Όπως φαίνεται στο σχ. 1 τα καρδιακά νοσήματα είναι το 25% επί του συνολικού αριθμού θανάτων με δεύτερα τα νεοπλάσματα (19,7 %)



x: Συνολικός αριθμός θανόντων (1982)

ψ: αιτια θανάτου.

Πιο αναλυτικά. Το 1982 ο συνολικός αριθμός θανόντων ήταν 86.345.- Από αυτούς οι 1.689 πέθαναν λόγω αυξημένης αρτηριακής πίεσης (2%) και οι 8.834 από έμφραγμα (11%) . Από τους 86.345 οι 45.134 ήταν άνδρες και 41.211 ήταν γυναίκες. Από τους 8.834 που πέθαναν από έμφραγμα οι 5.880 ήταν άνδρες και οι 2.958 γυναίκες. Από τους δε 1689 που πέθαναν λόγω υπέρτασης οι 692 ήταν άνδρες και οι 997 γυναίκες.

Από μια πρώτη ματιά τα συμπεράσματα που μπορούμε να βγάλουμε από τα παραπάνω νούμερα είναι: 1ον. Σαφώς η υπέρταση είναι κύριος προδιαθεσικός παράγοντας. 2ον. Οι θάνατοι από έμφραγμα είναι περισσότεροι στους άνδρες ενώ από υπέρταση είναι περισσότερες γυναίκες.

Ας δούμε τώρα πως σκιαγραφείται ο Ελλαδικός χώρος με βάση τους πάσχοντες από υπέρταση και έμφραγμα το 1986 όπου

θα πρέπει να σημειώσουμε ότι η χρονιά αυτή επί 100.000 θανόντων οι 300.000, δηλαδή το 1/3 περίπου πέθαναν λόγω εμφράγματος ενώ στους τελευταίους (στους 300.000) αναφέρεται η υπέρταση ως προδιαθεσικός παράγοντας για το 27,4%.

Ας δούμε τώρα τον παρακάτω πίνακα:

	Πάσχοντες από Υπέρταση	Πάσχοντες από Υπέρταση
Περιφέρεια Πρωτευούσης	402	3.213
Λοιπή Στερεά	116	945
Πελοπόννησος	273	844
Ιοίνιοι Νήσοι	52	184
Ηπειρος	43	328
Θεσσαλία	89	605
Μακεδονία	433	727
Θράκη	53	259
Νήσοι Αιγαίου	137	368
Κρήτη	86	276
Σ Υ Ν Ο Λ Ο	1.684	7.749

Από όλα τα παραπάνω στοιχεία είναι πιστεύω εμφανές ότι μπορεί χωρίς αμφίβολια το έμφραγμα να θεωρηθεί η μάστιγα του σύγχρονου πολιτισμού και της σύγχρονης κοινωνίας εφόσον τα ποσοστά εμφανίσεώς του είναι ιδιαίτερα αυξημένα στις αστικές περιοχές.

Τέλος θα ήθελα να τονίσω ότι λόγω των ιδιαιτεροτήτων που υπάρχουν στην εμφάνιση υπερτάσεως και εμφράγματος και κυρίως είναι ότι αρκετές φορές τα εμφράγματα μένουν αδιάγνωστα και η υπέρταση δεν δηλώνεται σαν κύρια νόσο τα πραγματικά ποσοστά πρέπει να θεωρηθούν κατά πολύ αυξημένα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο -ΙΙ-

ΠΑΘΟΛΟΓΙΑ.

α. Υπέρτασης.

Οι βλάβες που παρατηρούνται σε πάσχοντες από υπέρταση μπορούν να διακριθούν σε δύο κατηγορίες. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει τις βλάβες του εδάφους, δηλαδή των υποκειμενικών νόσων οι οποίες οδηγούν στην δημιουργία της υπέρτασης. Η δεύτερη περιλαμβάνει τις βλάβες που προκαλεί αυτή η ίδια η υπέρταση.

Η μεγάλη πλειοψηφία των περιπτώσεων υπέρτασης είναι ιδιοπαθούς τύπου χωρίς γνωστή αιτιολογία. οι περιπτώσεις με υποκειμενική αιτιολογική νόσο μπορούν να διακριθούν σε ορμονικές, νεφρικές και αποφρακτικές.

*** ΟΡΜΟΝΙΚΕΣ.**

Μεγάλη ποικιλία ορμονικών διαταραχών βρέθηκε ότι συνδέεται με την υπέρταση. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ενδοκρινική διαταραχή είναι άμεση αιτία της υπέρτασης σε άλλες περιπτώσεις, η σχέση είναι λιγότερο άμεση ή παραμένει στο επίπεδο της εμπειρικής συσχέτισης.

*** ΝΕΦΡΙΚΕΣ.**

Οι νόσοι του νεφρού σαν αιτίες υπέρτασης παίρνουν την μορφή (1) ορμονοπαραγωγικών όγκων, (2) παρεγχυματικών νόσων όπως σπειραματονεφρίτιδας ή πυελονεφρίτιδας και (3) αγγειακών νόσων.

*** ΑΠΟΦΡΑΚΤΙΚΕΣ ΝΟΣΟΙ.**

Κλασικό παράδειγμα αποφρακτικής βλάβης που προκαλεί υπέρταση είναι η στενωπή του ισθμού της αορτής. Σήμερα η νόσος αυτή συχνά διαγιγνώσκεται σωστά. Ο μηχανισμός της

υπερτάσεως υπήρξε θέμα συζητήσεων και οι γνώμες διχάζονται αν πρόκειται για αποφρακτικό φαινόμενο που προκαλείται απευθείας από τη στένωση της αορτής ή είναι αποτέλεσμα μη σφυγμώδους ροής προς τους νεφρούς. Υπέρ της τελευταίας απόψεως είναι το γεγονός ότι περιφερικά του ισθμού η συστολική πίεση είναι κάτω του φυσιολογικού ενώ υπάρχει διαστολική υπέρταση τόσο κεντρικά όσο και περιφερικά του ισθμού.

* ΕΠΙΠΛΟΚΕΣ.

Με τη γενική σημασία του όρου όλες οι βλάβες που παρατηρούνται σαν αποτέλεσμα της μόνιμης υπερτασικής καταστάσεως μπορούν να θεωρηθούν σαν επιπλοκές. Η αρχική έδρα των επιπλοκών είναι το μυοκάρδιο, τα περιφερικά αρτηρίδια και οι μικρές αρτηρίες της περιφερικής κυκλοφορίας. Σαν αποτέλεσμα των αλλοιώσεων των αγγείων αυτών συμβαίνουν επιπλοκές στα διάφορα όργανα, ιδίως στους νεφρούς και στον εγκέφαλο. Οι πνεύμονες προσβάλλονται σαν αποτέλεσμα της προσβολής της καρδιάς, του εγκεφάλου ή των νεφρών.

Β.- ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ

Το έμφραγμα είναι μία από τις εκδηλώσεις της στεφανιαίας νόσου. Οι εκδηλώσεις αυτές είναι: 1. στηθάγχη, 2. Έμφραγμα, 3. Διαφόρων τύπων αρρυθμίες, 4. Αιφνίδιος θάνατος, 5. Χρόνια καρδιακή ανεπάρκεια.

Έμφραγμα καλείται η απότομη νέκρωση περιοχής του μυοκαρδίου ως αποτέλεσμα διακοπής παροχής αίματος σ αυτή. Πολλές φορές συμβαίνει όταν σε αθηρωματώδη πλάκα σχηματισθεί θρόμβος με αποτέλεσμα την πλήρη απόφραξη του αγγείου. Αλλοτε είναι αποτέλεσμα ρήξεως αθηρωματώδους πλάκας και έκχυσης του

μαλακού περιεχομένου στον αυλό του αγγείου. Άλλοτε πάλι σε αιμορραγία εντός αθηρωματώδους πλάκας. Τέλος σε πολλές περιπτώσεις οφείλεται σε προοδευτική απόφραξη της αρτηρίας άνευ θρομβόσεως.

Τα πιο πολλά εμφράγματα αφορούν την αριστερή κοιλία. Εμφραγμα δεξιάς κοιλίας ή κόλπων είναι κατά κανόνα επέκταση βλάβης αριστεράς κοιλίας.

Είναι δυνατόν να αφορά ολόκληρο το πάχος του τοιχώματος του μυοκαρδίου (διατοιχωματικό) οπότε οφείλεται κατά κανόνα σε απόφραξη μεγάλου αγγείου ή κλάδου, ενώ άλλοτε μόνον την υπενδοκάρδιον ζώνην και οφείλεται σε απόφραξη των ενδοτοιχωματικών κλάδων των αγγείων.

* Κλινική Εικόνα.

Πόνος απότομος, λίαν έντονος, οπισθοστερνικός. Διαρκεί άνω της 1/2h, πολλές φορές και επί ώρες και δεν υποχωρεί με χορήγηση νιτρογλυκερίνης. Άλλοτε ο πόνος δεν είναι ισχυρός στην αρχή, καθίστανται όμως έντονος σε λίγα λεπτά. Συνοδεύεται πολλές φορές από ιδρωτες, έμετους, λιποθυμικές τάσεις και δύσπνοια. Πολλές φορές εμφανίζεται εικόνα shock.

* Τα χαρακτηριστικά Η.Κ.Γ γραφικά ευρήματα είναι:

- 1.- Βαθύ και ευρύ Q. Χαρακτηριστικό νέκρωσης
- 2.- Ανάσπαση ST - Ρεύμα βλάβης.
- 3.- Αρνητικό T - Ισχαιμία.

* Επιπλοκές

Οι επιπλοκές του εμφράγματος είναι: 1. Αρρυθμίες. 2. Εκτακτες κοιλιακές συστολές - Κολπική μαρμαφυγή- αποκλεισμός) 2. Καρδιακή κάμψη. 3. Καρδιογενές shock. 4.

Ρήξη καρδιάς (σπάνια). 5. Ανεύρισμα αριστερής κοιλίας (επί 15% των περιπτώσεων). 6. Θρομβοεμβολικά φαινόμενα. 7. Μεταφραγματικό σύνδρομο (σύνδρομο Dressler).

*** ΠΡΟΔΙΑΘΕΣΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

1.- Υπέρταση, 2.- Κάπνισμα, 3.- Σακχαρώδης Διαβήτης, 4.- Υπερχοληστεριναιμία, 5.- Αύξηση ουρικού οξέος, 6.- Καθιστική ζωή, 7.- Παχυσαρκία, 8.- Κληρονομικότητα.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο - Ι Ι Ι -

ΘΕΡΑΠΕΙΑ.

α. Υπέρτασης.

Γενικοί κανόνες για τη θεραπεία της υπέρτασεως, είναι οι εξής: 1.- Επιλογή των ασθενών για αντιυπερτασική φαρμακευτική αγωγή. Εδω δεν υπάρχει ομοφωνία. Μερικοί πιστεύουν ότι κάθε ασθενής με υπέρταση πρέπει να υποβάλλεται σε θεραπεία άλλοι πάλι ότι η αντιυπερτασική αγωγή επιβάλλεται όταν η διαστολική πίεση υπερβαίνει το άθροισμα των 80 mmHg + το 1/2 της ηλικίας περί ανδρων και το άθροισμα των 90 mmHg + το 1/2 της ηλικίας προκειμένου για γυναίκες .

2.- Απαραίτητη προϋπόθεση είναι όπως ο ασθενής υπό θεραπεία αισθάνεται καλά.

3.- Η θεραπεία συνεχίζεται συνήθως για όλη τη ζωή.

Επιδιώκεται ότι η αρτηριακή πίεση διατηρείται εντός φυσιολογικών τιμών.

4.- Η Συστολική υπέρταση - σημαντικού βαθμού και σταθερά - δεν πρέπει να αγνοείται.

* Σχήματα θεραπευτικής αγωγής.

I.- Επί ηπίας και μέσης αρτηριακής υπέρτασης .
Ενδείκνυται συνδυασμός νατριοδιουρητικού και αναστολέως των β-αδρενεργικών υποδοχέων. Inderal 40-160 mg ημερησίως.

II.- Επί βαρείας υπέρτασεως καθώς και επί κακοήθους υπέρτασεως χορηγούνται Γουναιθιδίνη ή Βεθανιδίνη ή Δεβριζοκίνη. το κύριο μειονέκτημα είναι η παρουσία ορθοστατικής υποστάσεως. Τελευταία χρησιμοποιείται η τριμαζοσίνη η οποία στερείται σοβαρών παρενεργειών και προ παντός δεν προκαλεί ορθοστατική υποταση.



Η μη φαρμακευτική αντιμετώπιση της υπέρτασης συνίσταται: α) στην ελάττωση του σωματικού βάρους, β) στον περιορισμό του αλατιού, γ) στη σωματική άσκηση, δ) τροποποίηση συμπεριφοράς, ε) περιορισμός οινοπνεύματος.

Παρακάτω ακολουθούν δύο πίνακες που δείχνουν τα αποτελέσματα στις περιπτώσεις (α) και (γ).

Πίνακας 1. Επίδραση της ελάττωσης του σωματικού Βάρους στην αρτηριακή πίεση υπερτασικών ατόμων.

Συγγραφείς	Μέση επιτευχθείσα ελάττωση σωματικού βάρους σε Kgr.	Μέση επιτευχθείσα ελάττωση μέγιστης/ελαχίστη ΑΠ σε mmHg.
Ramsay et al	0,6	22,7/15,3
Reisiu et al	8,8	25,7/20,0
Stamler et al	5,3	13,3/9,7

Πίνακας 2. Επίδραση σωματικής άσκησης στην αρτηριακή πίεση υπερτασικών ατόμων.

Συγγραφείς	Συνολική διάρκεια & μορφή άσκησης (20-60 λεπτά, 2-5 φορές/εβδ.	Μέση επιτευχθείσα ελάττωση μέγιστης/ελαχίστης αρτηριακής πίεσης σε mmHg
Boyer, tasch	6 μήνες τζόγκιν	13/12
Hanson, Medde	7 μήνες τρέξιμο, διάφορα σπορς	16/11
Choquett, Ferguren	6 μήνες τζόγκιν, βόλλεϋ κ.α.	14/8
Bonanno, Lies	12 εβδομ. τζόγκιν	13/14
Roman et al	27 μήνες ποδηλασία τζόγκιν	28/16
Hagbergetal	6 μήνες τρέξιμο	8/5

B. Εμφράγματος

Η θεραπεία του εμφράγματος είναι η εξής:

α. Καταπολέμηση του πόνου.

- Πεθιδίνη 50 - 100 mg βραδέως iv ή I.M. ανά 4-8 ώρες η Μορφίνη 10-20 mgr.
- Αν ο πόνος είναι στηθαγχικός δίνουμε νιτρώδη.
- Αν έχουμε περικαρδική τριβή δίνουμε ασπιρίνη ή κορτιζόνη.



β. Αντιαρρυθμική αγωγή.

- Επί φλεβοτομβικής βραδυκαρδίας, κάτω των 50/1' ή αν συνοδεύεται από υπόταση δίνουμε 0,25 mg ατροπίνη I.V. ανά 3 μέχρι 1,0 mg.
- Επί κοιλιακών εκτοκτοσυστολών δίνουμε ξυλοκαΐνη 100 mg I.V. και 100 mg/ώρα.

γ. Χορήγηση O₂ σε όσους έχουν δύσπνοια (2.4.0t /1).

δ. Αντιπηκτική αγωγή για πρόληψη θρομβώσεων.

I.- Ηπαρίνη, 1cc υποδορίως ανά 6ωρο δεν χρειάζεται έλεγχο χρόνου προθρομβίνης.

II.- Την 4η ημέρα αρχίζουν αντιπηκτικά από του στόματος Sintrome 4 mg ή Panwarfin 5 gr 1 δισκίο την ημέρα απο την αρχή της θεραπείας χρειάζεται έλεγχος χρόνου προθρομβίνης.

Επί 3μήνου συνίσταται αποφυγή κοπόσεως συγκινήσεως, ασκήσεως και ελαφρά δίαιτα.

Συντηρητική ζωή είναι απαραίτητη εφ όρου ζωής.

Κ Ε Φ Α Λ Α Ι Ο -IV-

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ στην ΠΡΟΛΗΨΗ της ΥΠΕΡΤΑΣΗΣ

Σ αυτό το κεφάλαιο θα εξετάσουμε τον τρόπο με τον οποίο η νοσηλευτική επιστήμη μπορεί να παρέμβει αποτελεσματικά και να προκαλέσει ένα σοβαρό ρήγμα στη σχέση υπέρτασης - εμφράγματος. Δηλαδή πώς θα μειωθούν τα επεισόδια εμφράγματος που σαν αιτία έχουν την αρτηριακή υπέρταση. Είναι σαφές πως για να γίνει κάτι τέτοιο θα πρέπει να δουλέψουμε στην κατεύθυνση μείωσης εμφάνισης αρτηριακής υπέρτασης. Η πρόληψη δηλαδή και η αντιμετώπιση της υπέρτασης είναι το ζητούμενο.

Ο Νοσηλευτής ή η νοσηλεύτρια που θα ασχοληθεί με αυτό το ζήτημα θα πρέπει να κατέχει καλά τη νοσηλευτική επιστήμη να είναι ενημερωμένος άφογα για το θέμα και το πρόβλημα που έχει να λύσει. Η ενημέρωση του κοινού αποτελεί καθήκον του νοσηλευτή και θα πρέπει να γίνεται με ευθύνη και συνέπεια και να στηρίζεται στις σύγχρονες απόψεις και γνώσεις για το θέμα που τον απασχολεί και στη συγκεκριμένη περίπτωση για την υπέρταση, τη σχέση της με το έμφραγμα. Στη συνέχεια θα αναλύσω τις απόψεις για το τι πρέπει να περιλαμβάνει ένα πρόγραμμα ενημέρωσης του κοινού για την πρόληψη και έγκαιρη αντιμετώπιση της υπέρτασης.

Βασικό είναι να γνωρίσει το κοινό τον τρόπο και την αξία της ανίχνευσης της υπέρτασης. Είναι γνωστό ότι ο υπέρτασικός ασθενής θα ωφεληθεί καλύτερα αν η νόσος του αποκαλυφθεί σε πρώιμη φάση της φυσικής ιστορίας της, σε τρόπο που οι βλαπτικές επιδράσεις της αυξημένης αρτηριακής πίεσης οι οποίες συμβαίνουν με την πάροδο των ετών να

διακοπούν έγκαιρα. Ασχετα αν η υπέρταση είναι ασυμπτωματική ή προκαλεί συμπτώματα που δεν είναι ειδικά ο μόνος λογικός τρόπος για την ανίχνευση της είναι η μέτρηση της αρτηριακής πίεσεως. Μέχρι τώρα το όλο θέμα στηριζόταν στην τυχαία αποκάλυψη της υπερτάσεως κατά τη διάρκεια εξετάσεως που ο ίδιος ο ασθενής επιζητούσε για τον εαυτό του, ή για λόγους ασφαλίσεως, κατά τη θητεία στις ένοπλες δυνάμεις κατά την πρόσληψή του σε μια δουλειά κ.λ.π.

Ο παραδοσιακός αυτός τρόπος συμπληρώθηκε τελευταία από θετικές προσπάθειες της δημόσιας υγείας που εφαρμόζονται στο γενικό πληθυσμό. Οι προσπάθειες αυτές συχνά γίνονται από οργανώσεις, όπως η Αμερικάνικη Καρδιολογική Εταιρεία. Σ αυτό το σημείο η παρέμβαση του νοσηλευτή στη δημιουργία τέτοιων ομάδων και η στενή και ισοτίμη συνεργασία με ενήμερους και υπεύθυνους γιατρούς καθώς επίσης και η κατάρτιση προγραμμάτων ενημέρωσης του κοινού που καθιστούν τον ασθενή υπεύθυνο για την παρακολούθηση είναι το κλειδί της επιτυχίας τέτοιων προγραμμάτων και βοηθούν στην επίλυση του προβλήματος.

Που θα απευθύνονται όμως αυτά τα προγράμματα; με άλλα λόγια ποιος θα είναι ο πληθυσμός - στόχος; Οι ασθενείς οι οποίοι βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο από υπέρταση και αναμένεται ότι θα ωφεληθούν περισσότερο από την κατάλληλη ενημέρωση και θεραπεία είναι οι ασθενείς ηλικίας 15 έως 30 ετών. Οι νέγροι εμφανίζουν ιδιαίτερα υψηλή συχνότητα υπερτάσεως. Γι αυτό οι ομάδες αυτές πρέπει να τυχαίνουν ιδιαίτερης προσοχής κατά τη σχεδίαση προγραμμάτων ελέγχου και ενημέρωσης του πληθυσμού. Ωστόσο πρέπει να εξετάζονται

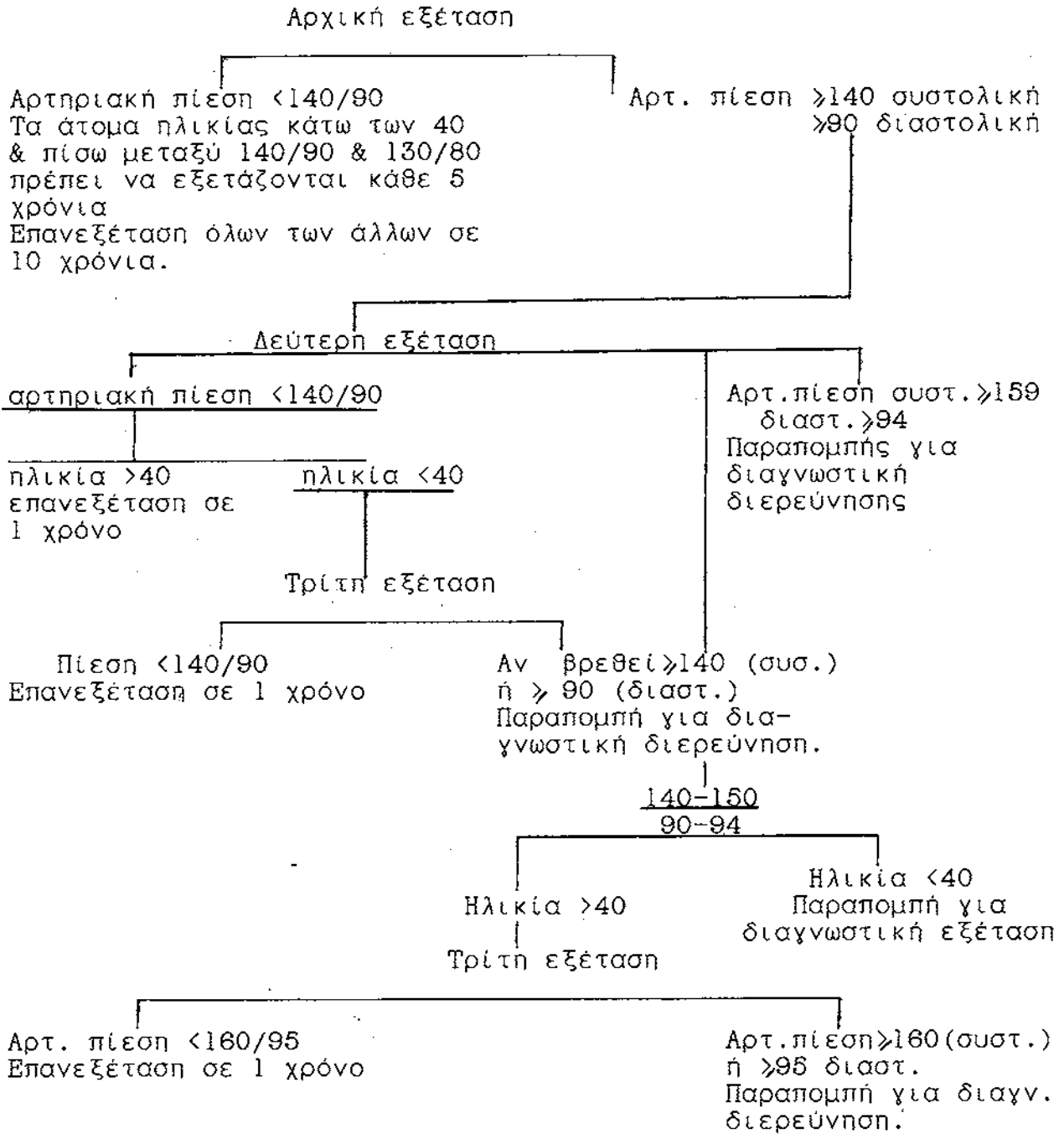
όλα τα άτομα ηλικίας 15 έως 65 ετών ανεξάρτητα φυλής, επειδή σημαντικό ποσοστό αυτών εμφανίζει αυξημένη αρτηριακή πίεση.

Ποιά είναι όμως τα κριτήρια για τη διάγνωση της υπερτάσεως έτσι ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν πλατιά προγράμματα ανίχνευσεως της νόσου στον πληθυσμό;

Η κατανομή των επιπέδων της αρτηριακής πίεσεως σε ένα πληθυσμό παίρνει τη μορφή μιας κωδωνοειδούς καμπύλης η οποία παρουσιάζει απόκλιση προς τα υψηλότερα επίπεδα. Οι ασθενείς με την υψηλότερη πίεση βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο. Το αναπόφευκτο ερώτημα είναι πιο σημείο της καμπύλης διαχωρίζει το φυσιολογικό από το παθολογικό. Και πάλι εκ πρώτης όψεως θα μπορούσε κανείς ότι εφ' όσον δεν υπάρχει συμφωνία για το ανώτερο φυσιολογικό επίπεδο της αρτηριακής πίεσεως, επομένως και για τη διάκριση του φυσιολογικού από το παθολογικό, δεν μπορούν να εφαρμοστούν πλατιά προγράμματα ανίχνευσης της νόσου στον πληθυσμό.

Η κλινική εμπειρία τα επιδημιολογικά στοιχεία και τα αποτελέσματα της θεραπείας έχουν οδηγήσει στο γενικό συμπέρασμα ότι συστολική αρτηριακή πίεση πάνω από 140 και διαστολική πάνω από 90 είναι δυνητικά παθολογικές για τις ηλικίες πάνω από τα 40 κι ότι συστολική πάνω από 130 και διαστολική μεγαλύτερη από 80 είναι δυνητικά παθολογικές για τις ηλικίες τις κάτω των 40.

Οι περισσότεροι συμφωνούν ότι συστολικές πιέσεις μεγαλύτερες των 160 και διαστολικές μεγαλύτερες του 95 είναι σαφώς παθολογικές. Τα δεδομένα αυτά μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη χάραξη ενός διαγράμματος για επανεξέταση ή παραπομπή για παραπέρα διαγνωστική διεύρυνση των ατόμων που ανακαλύπτονται με αυξημένη αρτηριακή πίεση (σχεδ. 1).



Σχέδιο 1:

Κριτήρια για επαναμέτρηση και παραπομπή για διαγνωστική διερεύνηση της αρτηριακής πίεσης.

(Από το J.E.Wood, et al. Guidelines for the Detection, Diagnosis, and Management of Hypertensive population, Circulation, 44 : A 263, 1971).

Το αποτέλεσμα όλων των παραπάνω αν εφαρμοστούν σωστά και μεθοδικά θα είναι σίγουρα ένα ρήγμα στη σχέση υπέρτασης και εμφράγματος. Θα είμασταν όμως αφελείς αν πιστεύαμε ότι έτσι πολεμάμε και την εμφάνιση κρουσμάτων εμφράγματος. Η υπέρταση είναι ένας από τους προδιαθεσικούς παράγοντες του εμφράγματος, ίσως ο πιο σημαντικός. υπάρχουν όμως και άλλοι εξίσου σημαντικοί όπως το κάπνισμα, η καθιστική ζωή, η πολυσαρκία κ.α., που θα πρέπει και αυτοί να αντιμετωπιστούν ανάλογα. η έγκαιρη αντιμετώπιση και πρόληψη του εμφράγματος του μυοκαρδίου συνολικά αποτελεί ένα άλλο πιο σύνθετο κεφάλαιο. Εδώ ασχοληθήκαμε με τη σχέση που έχει με την υπέρταση και πως μπορεί μέσα από αυτή τη σχέση να αντιμετωπισθεί.

Πιστεύω πως είναι σαφές το σκεπτικό και η όλη ανάλυση .

Μείωση υπερτασικών σαφώς σημαίνει μείωση των εμφραγματιών εξ αιτίας της υπέρτασης.

Μ Ε Ρ Ο Σ Β'

Ε Ι Δ Ι Κ Ο

I.- ΥΛΙΚΟ - ΜΕΘΟΔΟΣ

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο Αθηνών από 1.3.1990 έως και 30.9.1990 σε σύνολο 365 ασθενών.

Η έρευνα αυτή είχε δύο σκέλη.

Κατά το πρώτο σκέλος και κατά το χρονικό διάστημα που προαναφέρθηκε ερωτήθηκαν 265 ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύονταν στην Καρδιολογική Κλινική του Γ.Π.Ν.Α. με διεγνωσμένο έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Οι παραπάνω ασθενείς απάντησαν σε συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) και σε χρόνο όχι πάνω από πέντε λεπτά (0,5'). Το δείγμα ήταν τυχαίο (όσο μπορεί να είναι εφόσον η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε συγκεκριμένο χώρο) και πραγματικά ποικίλο. Δεν υπήρχε περιορισμός σε ηλικία ή φύλο. Η φυλή που εξετάστηκε ήταν η λευκή και ήταν αυτή που κατοικεί στον Ελλαδικό χώρο. Το ευτύχημα ήταν ότι το δείγμα όπως θα αποδειχθεί παρακάτω μπορεί κανείς εύκολα να πει ότι ήταν αντιπροσωπευτικό από όλη την Ελλάδα.

Με τους ασθενείς αυτούς κρατήθηκε η ανωνυμία.

Το ερωτηματολόγιο φτιάχτηκε κατά τέτοιο τρόπο ώστε να μπορεί να φανεί 1ο) αν η υπέρταση σε σχέση με τους άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες κατέχει πρωτεύοντα ρόλο και 2ο) αν πράγματι ισχύει το παραπάνω να φανεί η σχέση μεταξύ εμφράγματος και υπέρτασης.

Η αντιμετώπιση των ασθενών απέναντι στην όλη διαδικασία της έρευνας ήταν θετική και οι ίδιοι ήσαν πολύ συνεργάσιμοι.

Το δεύτερο σκέλος έχει ως εξής. Κατά το διάστημα 1.3.1990 έως 31.3.1990 εκατό ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν στην 1η χειρουργική κλινική του Γ.Π.Ν.Α. παρουσίασαν αυξημένη αρτηριακή πίεση η οποία ρυθμίστηκε κατά την παραμονή τους στο τμήμα και δόθηκαν οι σχετικές οδηγίες κατά την έξοδό τους. Αυτοί οι ασθενείς εν αγνοία τους έγιναν μέρος της έρευνας κατά τον εξής τρόπο. Κατά την έξοδό τους από την κλινική ο υποφαινόμενος κρατούσε σε μία κατάσταση τα αρχικά του ονόματος του ασθενούς τον αριθμό του μητρώου του εισιτηρίου και τον αριθμό τηλεφώνου του ασθενούς.

Μετά διάστημα έξι μηνών και από 1.9.1990 έως 30.9.90 ενοχλήθηκαν οι ασθενείς τηλεφωνικώς και ερωτήθηκαν για την κατάσταση της υγείας τους.

Τα αποτελέσματα ήταν συγκλονιστικά. Οι τηλεφωνικές συνδιαλέξεις ήταν ανώνυμες και έγιναν από τη γραμματεία της κλινικής χωρίς καμιά δική μου παρέμβαση.

Και εδώ όπως και στο πρώτο σκέλος το δείγμα ήταν τυχαίο και ισχύουν ακριβώς τα ίδια για το φύλο την ηλικία και τη φυλή.

Από εδώ και στο εξής το δείγμα του πρώτου σκέλους θα αναφέρεται ως ΔΕΙΓΜΑ Α' και του δεύτερου σκέλους ΔΕΙΓΜΑ Β' προς αποφυγή λαθών και χάριν συντομίας.

II.- Α Π Ο Τ Ε Λ Ε Σ Μ Α Τ Α

As εξετάσουμε πρώτα τα αποτελέσματα αναλυτικά. Και as ξεκινήσουμε πρώτα από τα αποτελέσματα που εξάγονται από την εξέταση του ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ Α'.

Η ηλικία των εξεταζόμενων ήταν από 25 έτη έως 60 έτη. Το 50% αυτών είχαν ηλικία μεταξύ 45 και 50. Χαρακτηριστικό

είναι το σχήμα 1 όπου φαίνονται ανά 5 έτη τα ποσοστά των ασθενών που πάσχουν από εμφράγμα.

Όσον αφορά το φύλο εξετάστηκαν 140 άνδρες και 125 γυναίκες. Από αυτούς 10% ανέφεραν ιστορικό εμφράγματος (πίνακας 2 - σχήμα 2).

Αυξημένη πίεση δηλαδή υπέρταση ανέφεραν ότι είχαν πριν την παρουσίαση εμφράγματος 80 ασθενείς. Δηλαδή 30,4% περίπου.

Συγκεκριμένα οι 80 αυτοί ασθενείς αναφέρουν ότι η πίεσή τους για διάφορο διάστημα για τον καθένα πριν την παρουσίαση του πρώτου εμφράγματος παρουσιάζε τιμές μεγαλύτερες των 160 mmHg όσον αφορά την συστολική και μεγαλύτερες των 90 mmHg όσον αφορά τη διαστολική. (σχήμα 3).

Το 20% των ερωτηθέντων βρέθηκε να έχει περισσότερο βάρος του κανονικού. Συγκεκριμένα 53 ασθενείς είχαν βάρος μεγαλύτερο των 85 κιλών και όχι μεγαλύτερο των 100 Kgr με μέσο όρο ύψους 1,70 m, ενώ μόνο το 20% του δείγματος ασκούσαν καθημερινά. Επίσης 66 ασθενείς ήταν καπνιστές δηλαδή το 25% του δείγματος. Από αυτούς οι 33 ήταν χρόνια καπνιστές (πάνω από 10) και κάπνιζαν πάνω από ένα πακέτο (20 τσιγάρα) την ημέρα (σχήματα 4-5).

Οι συνθήκες διατροφής των περισσότερων μπορούν να χαρακτηριστούν ικανοποιητικές όσον αφορά τα γεύματα, την ποσότητα αυτών σε αλάτι και πόση οίνοπνευματωδών ποτών.

Τέλος ο χρόνος μεταξύ εμφάνισης υπερτάσεως και εμφράγματος κυμαίνεται από 3 μήνες μέχρι και 2 χρόνια για το 50% των υπερτασικών ασθενών, και τα πρώιμα συμπτώματα που οδήγησαν στο γιατρό ήταν 20% αυτών η υπέρταση και 70%

προκάρδιος πόνος ενώ 10% επισκέφθηκαν τον καρδιολόγο εξ αιτίας εμφάνισης δύσπνοιας (σχήμα 6 - πίνακας 2).

Οι αναλύσεις των αποτελεσμάτων που εξάγονται από τα ερωτηματολόγια μας δίνουν τα εξής στοιχεία.

1ο.- Για τους προδιαθεσικούς παράγοντες οι οποίοι εμφανίζονται με την ακόλουθη σειρά.

I.- Υπέρταση 30,4%. II.- Κάπνισμα 25%. III.- Καθιστική ζωή 20%, IV.- Παχυσαρκία 20%, V.- Κληρονομικότητα 18%.

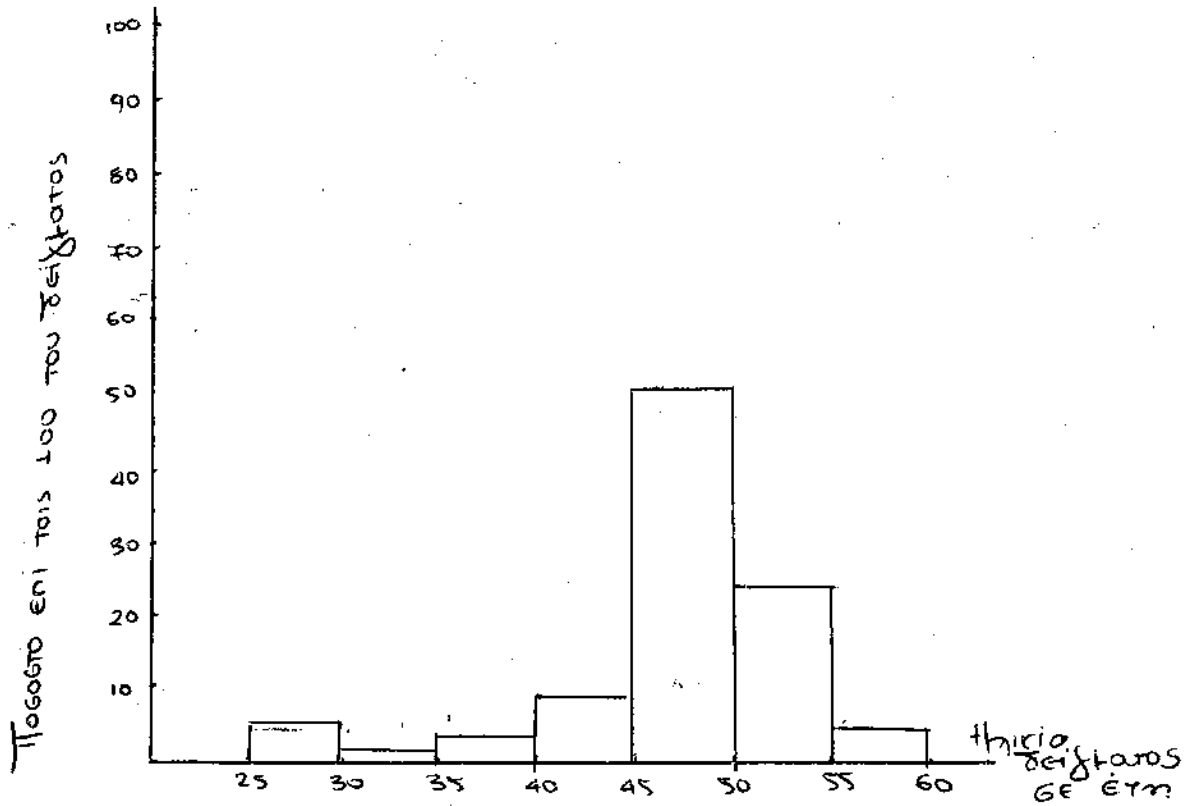
2ο.- Σαφώς η υπέρταση έχει άμεση σχέση με την εμφάνιση εμφράγματος η οποία όπως φαίνεται είναι τέτοια που όχι μόνο δεν επιτρέπεται να την παραβλέψουμε αλλά να την εξετάσουμε σε βάθος πράγμα που θα γίνει στη συνέχεια.

Ας δούμε τώρα τα αποτελέσματα που εξάγονται από το 2ο Δείγμα. Από τους εκατό ασθενείς που ερωτήθηκαν οι 28 δήλωσαν ότι κατά το διάστημα 1.4.1990 έως και 31.8.1990 παρουσίασαν προβλήματα δύσπνοιας και κοπώσεως με αποτέλεσμα να εμφανίσουν τελικά έμφραγμα του μυοκαρδίου (πίνακας 3).

Εδώ δεν έχουμε άλλα στοιχεία για το δείγμα παρά μόνο ότι όλοι είχαν πρόβλημα υπέρτασης.

Ο συλλογισμός σ αυτή την περίπτωση είναι πάρα πολύ απλός. Η υπέρταση εύκολα μπορεί να χαρακτηριστεί ο σοβαρότερος προδιαθεσικός παράγοντας του εμφράγματος. Από μόνο του όμως αυτό το αποτέλεσμα δεν μπορούμε να το λάβουμε σοβαρά υπ όψη μας. Σαςν συμπλήρωση όμως του προηγουμένου πιστεύω ότι τεκμηριώνεται ο αρχικός συλλογισμός.

ΣΧΗΜΑ Ι.: Κατανομή πληθυσμού σε ηλικίες σε σχέση με την επί τοις 100 εμφάνιση εμφράγματος.



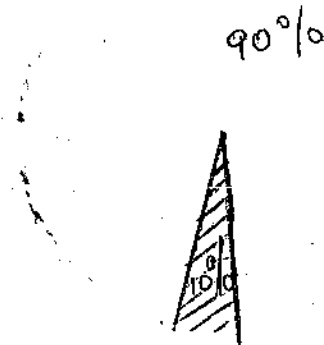
Όπως φαίνεται στο σχήμα Ι οι ηλικίες μεταξύ 45 & 50 εμφανίζουν το μεγαλύτερο ποσοστό εμφραγμάτων (50%).

Πίνακας I: Κατανομή δείγματος ανά φύλο σε σχέση με το επί % ποσοστό εμφάνισης εμφράγματος.

ΦΥΛΟ	ΣΕ ΣΥΝΟΛΟ 265 ασθενών	Επί τοις % ποσοστό.
ΑΝΔΡΕΣ	140	52,8
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	125	47,1

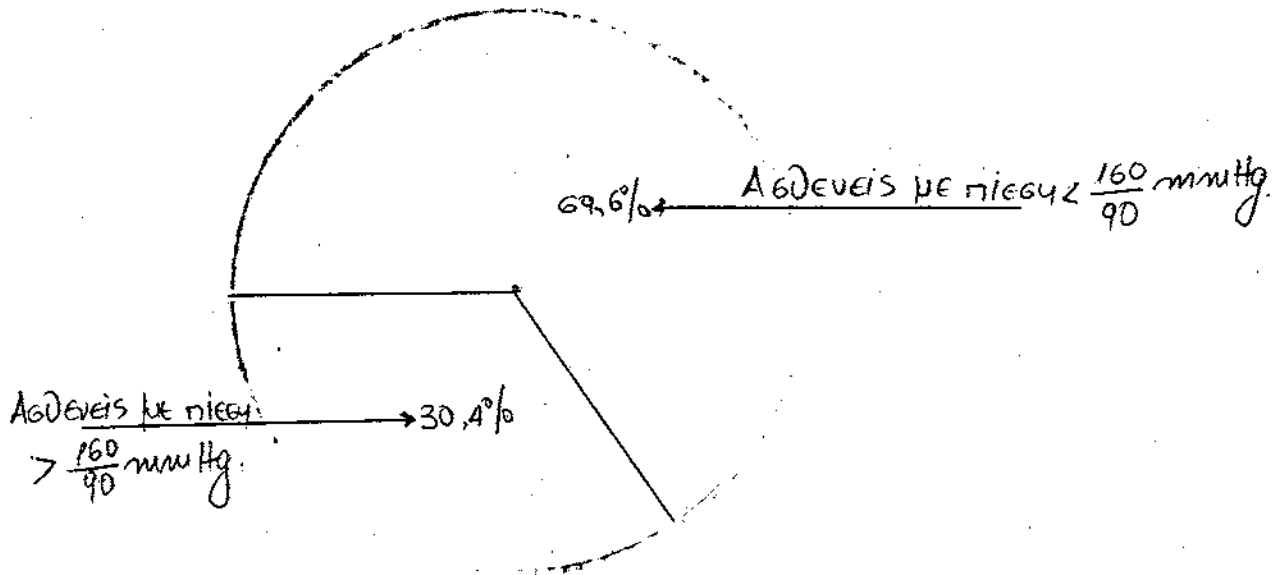
Όπως φαίνεται στον πίνακα I οι άνδρες παρουσιάζουν αυξημένο ποσοστό εμφάνισης εμφράγματος (52,8%).

Σχήμα 2. Κατανομή πληθυσμού σε σχέση με την κληρονομικότητα.



Το σκιαγραφημένο κομμάτι δείχνει το ποσοστό του πληθυσμού που ανέφερε κληρονομικό ιστορικό. Όπως φαίνεται είναι μόνο το 10%

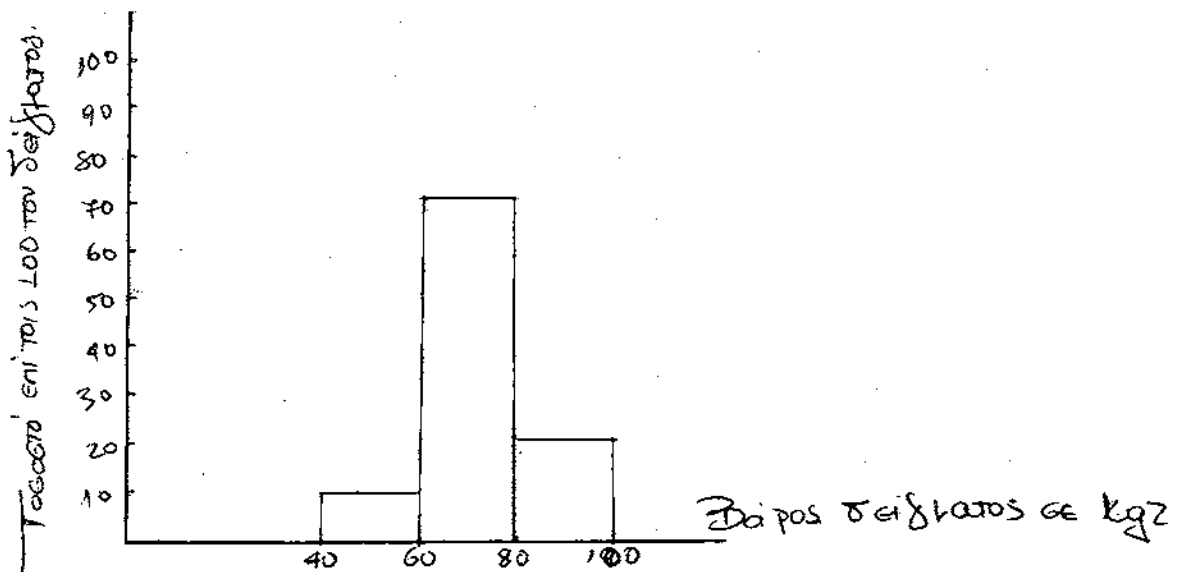
Σχήμα 3: Κατανομή πληθυσμού σε σχέση με την τιμή της αρτηριακής πίεσης.



Όπως φαίνεται στο σχήμα 3 το 30,4% παρουσίαζε πίεση μεγαλύτερη των 160/90 mmHg.

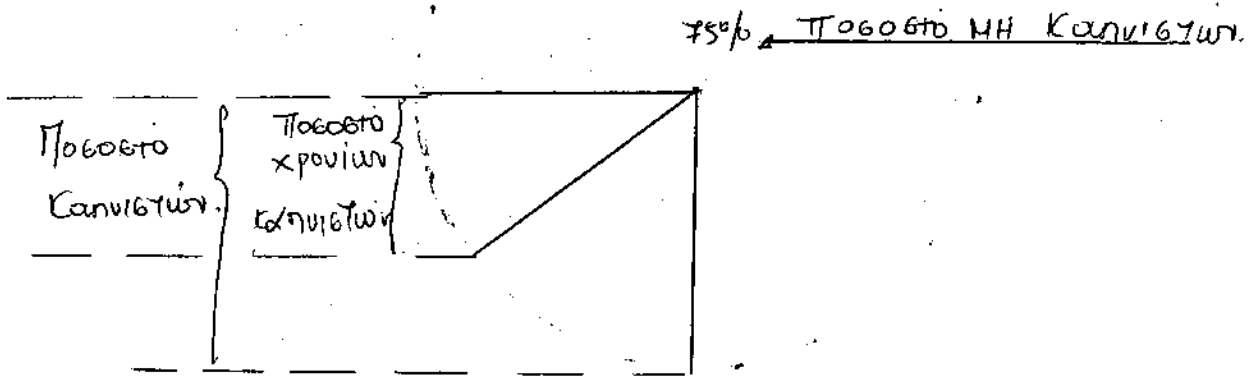
Σχήμα 4.

Κατανομή πληθυσμού σε σχέση με το βάρος του.



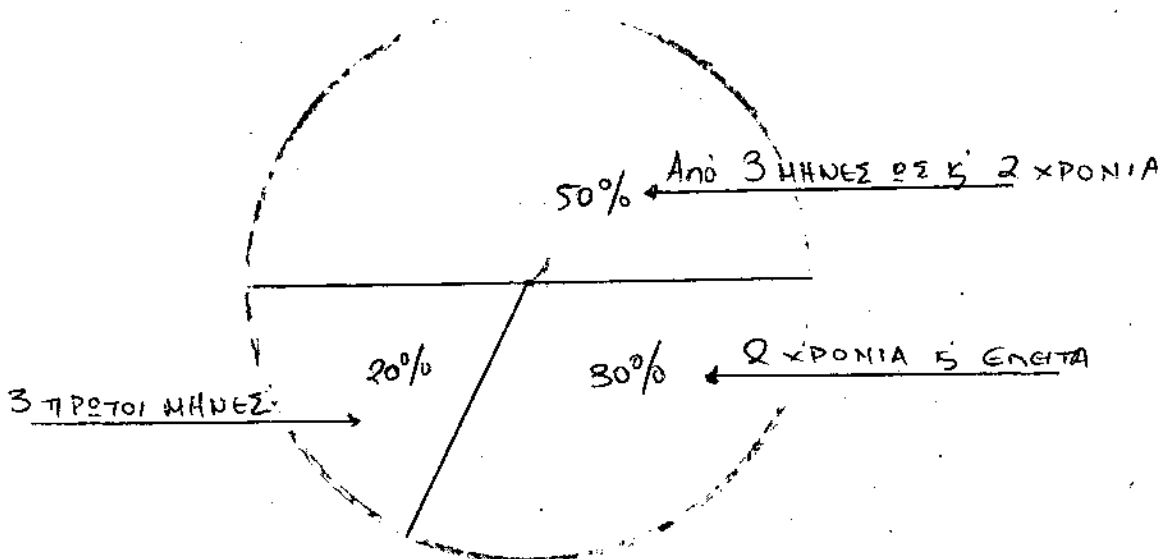
Όπως φαίνεται στο σχήμα 4 το 20% του δείγματος είχε βάρος μεταξύ 80Kgr και 100Kgr.

Σχήμα 5: Κατανομή πληθυσμού σε σχέση με το κάπνισμα.



Όπως φαίνεται στο σχήμα 5 το 25% του πληθυσμού ήταν καπνιστές ενώ από αυτούς 50% (12,5% του δείγματος) ήταν χρόνιοι καπνιστές.

Σχήμα 6: Κατανομή υπερτασικών ασθενών (30% συνολικού δείγματος) σε σχέση με το χρόνο εμφάνισης εμφράγματος από τη στιγμή εμφάνισης υπερτάσεως.



Όπως φαίνεται στο σχήμα 6, ένα 20% των υπερτασικών παρουσιαζαν έμφραγμα μέσα στους 3 πρώτους μετά την εμφάνιση υπέρτασης ένα 50% μετά των 3 πρώτων μηνών και 2 χρόνων ενώ το υπόλοιπο 30% μετά από 2 χρόνια.

Πίνακας 2: Κατανομή πρώιμων συμπτωμάτων που οδήγησαν τους ασθενείς στο γιατρό.

Συμπτώματα	Σε σύνολο 265 ασθενών	Ποσοστό επί τοις % του δείγματος
Υπέρταση	52	22
Προκαρδιακοί πόνοι	189	70
Δύσπνοια	26	10

Πίνακας 3.-

Α/Α	Αρχικά Όνομ/νυμο ασθενούς	Αριθμός μπρώου εισιτηρίου ασθενούς	Προσβολή από έμφραγμα κατά την περίοδο 1.4.90 - 31.8.90
1.-	Γ.Π.	2057	ΟΧΙ
2.-	Δ.Χ.	1081	ΟΧΙ
3.-	Μ.Β.	2175	ΟΧΙ
4.-	Θ.Μ.	1070	ΝΑΙ
5.-	Α.Μ.	1085	ΟΧΙ
6.-	Α.Π.	1981	ΟΧΙ
7.-	Ε.Κ.	1994	ΟΧΙ
8.-	Δ.Π.	2585	ΟΧΙ
9.-	Δ.Κ.	2490	ΟΧΙ
10.-	Γ.Χ.	2673	ΝΑΙ
11.-	Κ.Π.	1001	ΝΑΙ
12.-	Ν.Π.	1571	ΟΧΙ
13.-	Ν.Β.	1681	ΟΧΙ
14.-	Ι.Κ.	2385	ΟΧΙ
15.-	Ε.Σ.	0130	ΝΑΙ
16.-	Τ.Κ.	4590	ΟΧΙ
17.-	Δ.Κ.	2683	ΟΧΙ
18.-	Κ.Μ.	1789	ΟΧΙ
19.-	Ε.Κ.	1974	ΝΑΙ
20.-	Ε.Μ.	2560	ΟΧΙ
21.-	Γ.Π.	2005	ΟΧΙ
22.-	Μ.Σ.	1193	ΝΑΙ
23.-	Γ.Μ.	2530	ΟΧΙ
24.-	Γ.Χ.	2740	ΟΧΙ
25.-	Α.Ο.	3641	ΟΧΙ
26.-	Π.Φ.	2571	ΝΑΙ
27.-	Α.Β.	2431	ΟΧΙ
28.-	Τ.Κ.	2102	ΟΧΙ
29.-	Μ.Κ.	2210	ΟΧΙ
30.-	Κ.Π.	2100	ΟΧΙ
31.-	Μ.Α.	2320	ΝΑΙ
32.-	Ρ.Φ.	2424	ΝΑΙ
33.-	Θ.Κ.	2527	ΟΧΙ
34.-	Μ.Μ.	2736	ΟΧΙ
35.-	Ι.Π.	2875	ΟΧΙ
36.-	Α.Μ.	1821	ΝΑΙ
37.-	Κ.Κ.	1831	ΟΧΙ
38.-	Μ.Μ.	2075	ΟΧΙ
39.-	Α.Ν.	1010	ΟΧΙ
40.-	Δ.Μ.	1001	ΟΧΙ
41.-	Κ.Κ.	2122	ΝΑΙ
42.-	Β.Λ.	2030	ΟΧΙ
43.-	Α.Κ.	2020	ΝΑΙ
44.-	Μ.Π.	2120	ΟΧΙ
45.-	Ζ.Δ.	1975	ΟΧΙ
46.-	Ζ.Τ.	1061	ΟΧΙ
47.-	Κ.Α.	1541	ΝΑΙ
48.-	Α.Α.	2020	ΟΧΙ
49.-	Ν.Γ.	2105	ΟΧΙ
50.-	Κ.Ρ.	3485	ΟΧΙ
51.-	Κ.Α.	3375	ΟΧΙ

A/A	Αρχικά Όνομ/νυμο ασθενούς	Αριθμός μητρώου εισιτηρίου ασθενούς	Προσβολή από έμφραγμα κατά την περίοδο 1.4.90 - 31.8.90
52.-	A.A.	3061	ΝΑΙ
53.-	Δ.Γ.	3540	ΟΧΙ
54.-	E.K.	2650	ΝΑΙ
55.-	Γ.Η.	1001	ΟΧΙ
56.-	Π.Π.	1920	ΟΧΙ
57.-	Χ.Τ.	2461	ΟΧΙ
58.-	Λ.Μ.	2927	ΝΑΙ
59.-	Κ.Τ.	2959	ΝΑΙ
60.-	Μ.Ρ.	1991	ΟΧΙ
61.-	Μ.Π.	1985	ΟΧΙ
62.-	Α.Π.	2984	ΟΧΙ
63.-	Ν.Σ.	2974	ΟΧΙ
64.-	Π.Ι	2000	ΝΑΙ
65.-	Μ.Π.	2010	ΝΑΙ
66.-	Μ.Μ.	1020	ΟΧΙ
67.-	Α.Π.	1111	ΟΧΙ
68.-	Δ.Π.	2859	ΟΧΙ
69.-	Κ.Δ.	2791	ΝΑΙ
70.-	Ε.Μ.	3671	ΟΧΙ
71.-	Ι.Ζ.	1966	ΟΧΙ
72.-	Π.Κ.	1940	ΟΧΙ
73.-	Ε.Π.	1140	ΝΑΙ
74.-	Ε.Χ.	2034	ΟΧΙ
75.-	Β.Λ.	1969	ΟΧΙ
76.-	Μ.Γ.	1913	ΟΧΙ
77.-	Ν.Π.	1124	ΝΑΙ
78.-	Θ.Π.	2501	ΟΧΙ
79.-	Ε.Κ.	2602	ΟΧΙ
80.-	Ν.Μ.	2709	ΝΑΙ
81.-	Α.Ψ.	3009	ΟΧΙ
82.-	Δ.Π.	3164	ΟΧΙ
83.-	Θ.Μ.	2105	ΝΑΙ
84.-	Α.Σ.	2231	ΟΧΙ
85.-	Μ.Σ.	1421	ΟΧΙ
86.-	Χ.Μ.	2121	ΟΧΙ
87.-	Ε.Α.	3643	ΝΑΙ
88.-	Β.Τ.	1834	ΟΧΙ
89.-	Θ.Α.	2462	ΟΧΙ
90.-	Σ.Ε.	2565	ΝΑΙ
91.-	Λ.Κ.	2421	ΟΧΙ
92.-	Α.Κ.	2731	ΟΧΙ
93.-	Σ.Λ.	2091	ΟΧΙ
94.-	Μ.Β.	1341	ΝΑΙ
95.-	Τ.Κ.	1561	ΟΧΙ
96.-	Μ.Α.	2356	ΟΧΙ
97.-	Γ.Α.	2271	ΝΑΙ
98.-	Ε.Φ.	2831	ΟΧΙ
99.-	Κ.Λ.	2205	ΟΧΙ
100.-	Α.Γ.	2369	ΟΧΙ

III.- Συζήτηση

Σε καμιά περίπτωση δεν πιστεύω ότι η έρευνα η οποία πραγματοποιήθηκε από τον υποφαινόμενο μπορεί να συγκριθεί με αυτές των οποίων τα αποτελέσματα μελετήθηκαν στο Α' μέρος της εργασίας .

Ας υποθέσουμε όμως να δούμε τα αποτελέσματα αυτής της εργασίας παράλληλα με αυτά που έχουν ήδη αναφερθεί .

Πρώτα -πρώτα βλέπουμε μια αντιστοιχία όσον αφορά τον αριθμό, ανδρών - γυναικών. Δηλαδή και στις δύο περιπτώσεις ο αριθμός των πασχόντων ανδρών είναι κατά κάτι μεγαλύτερος από αυτόν των γυναικών. Επιδημιολογικά στοιχεία: 45.134 άνδρες

41.211 γυναίκες

Παρούσα έρευνα: 140 άνδρες

125 γυναίκες

Ο λόγος που συμβαίνει αυτό έχει να κάνει με την παραγωγή οιστρογόνων στις γυναίκες. Η παραγωγή οιστρογόνων έχει σαν αποτέλεσμα τη μείωση της εμφάνισης των αθηρωματιών πλακών στα αγγεία. Γι αυτό το λόγο οι γυναίκες παρουσιάζουν επεισόδια εμφραγμάτων αρκετά συχνά μετά το τέλος της εμμήνου ρήσεως όπου δεν έχουμε παραγωγή οιστρογόνων.

Δεύτερον.- Όπως φαίνεται και στις δύο περιπτώσεις η υπέρταση είναι ο βασικός - κύριος προδιαθεσικός παράγοντας εμφάνισης εμφράγματος. Συγκεκριμένα το 1986 η υπέρταση αναφέρεται ως προδιαθεσικός παράγοντας στο 27,4% των θανάτων από έμφραγμα ενώ από την παρούσα εργασία η υπέρταση αναφέρεται ως προδιαθεσικός παράγοντας στο 30,4% των πασχόντων από έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Σύγκριση για τον ανά την Ελλάδα αριθμό περιστατικών σε

κάθε περιφέρεια δυστυχώς δεν μπορεί να γίνει γιατί τα περιστατικά τα οποία εξετάστηκαν ήταν όλα από την περιφέρεια πρωτεύουσας . Βέβαια η καταγωγή αυτών θα μπορούσε να μελετηθεί και ενδεικτικά να έχουμε μια εικόνα ανά περιφέρεια. Πιστεύω όμως ότι αυτό θα ήταν μεγάλο λάθος εφόσον η παραμονή των ασθενών στην ευρύτερη περιφέρεια πρωτεύουσας ήταν πάνω από 3 χρόνια.

Θα μπορούσαμε λοιπόν να πούμε ότι τα αποτελέσματα αυτής της εργασίας επαληθεύονται όσον αφορά τον παράγοντα ο οποίος μελετάται .

IV.- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Όπως αναφέρεται στην εισαγωγή της εργασίας στόχος της είναι να δείξει κατά πόσο η υπέρταση είναι ο κυριότερος προδιαθεσικός παράγοντας του εμφράγματος του μυοκαρδίου δίγοντας ταυτόχρονα και σε μένα τον ίδιο μια προσωπική άποψη επί του θέματος.

Από τα επιδημιολογικά στοιχεία φαίνεται σαφώς αυτή η σχέση, όπως επίσης και από τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήχθη .

Η υπέρταση είναι ο προδιαθεσικός εκείνος παράγοντας που συχνά (30,4%) οδηγεί στην εμφάνιση εμφράγματος .θα πρέπει λοιπόν να είναι το κύριο μέρος, ο κορμός θα έλεγα της προσπάθειας μείωσης επεισοδίων εμφραγμάτων παράλληλα πάντα με τους άλλους προδιαθεσικούς παράγοντες. Εάν τώρα σκεφτεί κανείς ότι η υπέρταση κατέχει μια εξέχουσα θέση ανάμεσα στις αιτίες θανάτου στην Ελλάδα με όλο και αυξανόμενη τάση ενώ παράλληλα δεν δηλώνεται σαν κύρια νοσο και τα ποσοστά αυξάνουν είναι εύκολο να καταλάβει κανείς τον

κίνδυνο που απειλεί την ανθρωπότητα.

Για το λόγο αυτό είναι απαραίτητη η ενημέρωση του κοινού η οποία θα στοχεύει στη μείωση εμφανίσεως υπέρτασης και κατά φυσική συνέπεια και επεισοδίων εμφράγματος.

Τελειώνοντας θα ήθελα να τονίσω ορισμένα σημεία τα οποία τα θεωρώ απαραίτητα για τη σωστή και ολοκληρωμένη ενημέρωση του κοινού.

1ον.- Η ενημέρωση πρέπει να γίνεται με απλά και κατανοητά λόγια.

2ον.- Πρέπει να τονιστεί ότι η υπέρταση είναι βασικός παράγοντας αρτηριοσκλήρωσεως και εμφανίσεως εμφράγματος.

3ον.- Ο υπερτασικός πρέπει να πειστεί να ακολουθεί πιστά τις υποδείξεις του γιατρού του γιατί σήμερα, η αρτηριακή υπέρταση αντιμετωπίζεται αποτελεσματικά σχεδόν πάντοτε και είναι απαράδεκτο να δημιουργεί προβλήματα στις αρτηρίες στην καρδιά ή και σε άλλα όργανα.

4ον.- Η αρτηριακή πίεση πρέπει να ελέγχεται προληπτικά (αναφέρθηκαν προηγούμενα σκέψεις και τρόπος) γιατί μπορεί να υπάρχει υπέρταση για πολλά χρόνια χωρίς να έχει προκαλέσει ενοχλήματα.

5ον.- Η χαμηλή αρτηριακή πίεση, όχι μόνο δεν έχει σχέση με την "υπόταση" που είναι μια σπάνια αλλά σοβαρή παθολογική κατάσταση, αλλά είναι και παράγοντας μακροζωίας.

Όλα αυτά μπορεί να τα επιτύχει το νοσηλευτικό προσωπικό είτε εργαζόμενο σε κοινότητες εξασκώντας την κοινοτική νοσηλευτική είτε εργαζόμενο οπουδήποτε αλλού, ακόμα και

στον κοινωνικό του περίγυρο. Βέβαια πιά ολοκληρωμένα και με συγκεκριμένα αποτελέσματα θα εργασθεί εξασκώντας την κοινοτική νοσηλευτική μια ολοκληρωμένη επιστήμη μέρος της νοσηλευτικής επιστήμης.

Τέλος εκφράζω την ελπίδα μου ότι κάποια στιγμή θα φτάσουμε στο σημείο, αντιμετωπίζοντας σωστά και μεθοδικά τους προδιαθεσικούς παράγοντες του εμφράγματος και βελτιώνοντας τις συνθήκες ζωής, το έμφραγμα να μην αποτελεί απειλή για την ανθρωπότητα και πιστεύω ότι κάτι τέτοιο προϋποθέτει συν τοις άλλοις την εφαρμογή της νοσηλευτικής επιστήμης από τους σύγχρονους εκπροσώπους της.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΗΛΙΚΙΑ:

ΦΥΛΟ: ΑΡΡΕΝ ΘΗΛΥ

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:

ΚΑΤΑΓΩΓΗ(ΦΥΛΗ):

ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ:

ΚΛΗΡΟΝΟΜΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

.....

ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ:

.....

1.ΔΙΑΣΤΟΛΙΚΗ ΠΙΕΣΗ:.....

2.ΣΥΣΤΟΛΙΚΗ ΠΙΕΣΗ:.....

3.ΒΑΡΟΣ:..... ΥΨΟΣ:.....

4α.ΚΑΠΝΙΖΑΤΕ ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

β.ΑΝ ΝΑΙ: ΠΟΣΑ(ΑΡΙΘΜΟΣ ΣΙΓΑΡΕΤΩΝ) ΠΟΣΟ ΚΑΙΡΟ

5.ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΑΣΚΗΣΗ:

6α.ΤΑ ΓΕΥΜΑΤΑ ΣΑΣ ΗΤΑΝ ΑΚΑΝΟΝΙΣΤΑ: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

ΑΝ ΝΑΙ ΠΩΣ:

.....

ΑΝ ΟΧΙ ΠΩΣ:

.....

β.ΗΤΑΝ ΠΛΟΥΣΙΑ ΣΕ ΑΛΑΤΙ: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

γ.ΠΙΝΑΤΕ ΟΙΝΟΠΝΕΥΜΑΤΩΔΗ: ΝΑΙ..... ΟΧΙ.....

ΑΝ ΝΑΙ: ΠΟΣΟΤΗΣ

ΕΙΔΟΣ

ΧΡΟΝΟΣ

ΠΡΙΝ ΓΕΥΜΑΤΟΣ

ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΓΕΥΜΑΤΟΣ

ΜΕΤΑ ΓΕΥΜΑΤΟΣ

7.ΧΡΟΝΟΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΜΦΑΝΙΣΕΩΣ ΥΠΕΡΤΑΣΕΩΣ ΚΑΙ ΕΜΦΑΝΙΣΕΩΝ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΟΣ:

.....

8.ΠΟΙΑ ΤΑ ΠΡΩΙΜΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΣΤΟ ΓΙΑΤΡΟ:.....

.....

Β Ι Β Λ Ι Ο Γ Ρ Α Φ Ι Α

ΓΑΡΔΙΚΑΣ Δ.: "ΕΙΔΙΚΗ ΝΟΣΟΛΟΓΙΑ" Επίτομος, Τρίτη Έκδοση.
Εκδόσεις: ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα 1981.

HURST J. WILLIS: " Η ΚΑΡΔΙΑ" (Μετάφραση Δρ Χρήστος Μι-
χαλόπουλος) Τόμος Γ', Πρώτη Έκδοση.
Εκδόσεις: ΜΑΧΑΩΝ. Αθήνα 1987.

ΚΟΡΟΞΕΝΙΑΔΗΣ Γ: "ΠΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ" . Καρδιολογικά θέματα - Διαλέξεις Ιπποκράτειου,
Εκδόσεις: ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ.
Αθήνα, 1988, σελ. 291-301.

ΚΟΥΡΟΥΚΛΗΣ Κ: "ΣΤΕΦΑΝΙΑΙΑ ΡΟΗ" - Καρδιολογικά θέματα-
Διαλέξεις Ιπποκράτειου, Εκδόσεις: ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ. , Αθήνα 1988, σελ. 143-154.

ΚΡΕΜΑΣΤΙΝΟΣ Δ.: " ΑΙΦΝΙΔΙΟΣ ΘΑΝΑΤΟΣ ΣΤΟ ΟΞΥ ΕΜΦΡΑΓΜΑ ΤΟΥ
ΜΥΟΚΑΡΔΙΟΥ" Καρδιολογικά θέματα - Διαλέξεις Ιπποκράτειου,
Εκδόσεις: ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ.
Αθήνα, 1988, σελ.249-258.

ΜΑΛΓΑΡΙΝΟΥ Μ.-ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΙΔΟΥ Σ.: " ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ - ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ" Τόμος Β' - Μέρος Ιο - Ενάτη Έκδοση -
Εκδόσεις: ΙΕΡΑΠΟΣΤΟΛΙΚΗ ΕΝΩΣΗ ΑΔΕΛΦΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΩΝ
" Η ΤΑΒΙΘΑ", Αθήνα 1987.

ΜΟΥΝΤΟΚΑΛΑΚΗΣ Θ: " ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΥΠΕΡΤΑ-
ΣΗΣ" Καρδιολογικά θέματα - Διαλέξεις Ιπποκράτειου,
Εκδόσεις: ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ.
Αθήνα, 1988, σελ.317-323.

ΟΡΙΕ Η. ΛΑΙΝΟΛ : " ΦΑΡΜΑΚΑ ΣΤΗΝ ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ" (Μετάφραση- Ε-
πιμέλεια Νίκος Κελερμένος) Επίτομος έκδοση Πρώτη-
Εκδόσεις: ΛΙΤΣΑ, Αθήνα 1988.

ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ Α.: " ΟΙ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΕΙΕΣ ΧΩΡΙΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥΣ ΚΑΙ Η ΖΩΗ ΤΟΥ ΚΑΡΔΙΟΠΑΘΟΥΣ ΧΩΡΙΣ ΑΦΟΡΙΣΜΟΥΣ " Επίτομος - Τρίτη Έκδοση, Εκδόσεις: Ι. ΖΑΧΑΡΟΠΟΥΛΟΥ, Αθήνα 1982.

ΣΑΧΙΝΗ - ΚΑΡΔΑΣΗ Α.- ΠΑΝΟΥ Μ. : " ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ - ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ", Τόμος 2ος, Μέρος Α', Πρωτότυπη Έκδοση, Εκδόσεις: ΒΗΤΑ, Αθήνα 1985.-

ΤΟΥΤΟΥΖΑΣ Π.: " ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΑ" Επίτομος - Τρίτη Έκδοση - Εκδόσεις: ΓΡ. ΠΑΡΙΣΙΑΝΟΥ, Αθήνα 1987.-

